

MeB - Pagine Elettroniche

Volume XXII

Luglio 2019

numero 7

GASTROENTEROLOGIA ED EPATOLOGIA

STIPSI CRONICA

Maria Rita L. Genovese, A. Taddio, Chiara Zanchi

IRCCS Materno-Infantile "Burlo Garofolo", Scuola di Specializzazione in Pediatria, Università di Trieste

Indirizzo per corrispondenza: genovese.mariarita@gmail.com

F. 3 anni, presenta stipsi sin dai primi mesi di vita. Se non stimolato evacuava spontaneamente circa una volta a settimana feci dure, inoltre vengono riferiti episodicamente fenomeni di encopresi.

Nell'arco di circa 7 mesi ha presentato un peggioramento della condizione che ha portato a tentare invano terapie con numerosi agenti lassativi quali guttalax, olio di paraffina e marmellata di tamarine senza beneficio. Veniva quindi avviata terapia cronica con Macrogol (da 15 g/die fino anche a 50 g/die), associata a clisteri evacuativi al bisogno.

Inoltre, durante tale periodo per l'entità della stipsi è stato sottoposto a 3 wash-out chirurgici in sedazione profonda, durante i quali sono state effettuate biopsie rettali che hanno escluso un eventuale malattia di Hirshprung. Il bambino veniva inquadrato in un contesto di stipsi funzionale, in quanto venivano escluse in prima battuta tutte le possibili cause organiche di stipsi quali un ipotiroidismo o la celiachia (IgA e IgG transglutaminasi pari a 0), pertanto oltre alla terapia rammollente si associava un terapia "educazionale" quotidiana. Nonostante ciò F. dopo qualche settimana dalla diagnosi, effettuava un nuovo accesso in Pronto Soccorso perché da 8 giorni non riusciva a evacuare, con una radiografia che mostrava un quadro di stasi fecale.

Veniva quindi ricoverato in clinica pediatrica per una rivalutazione generale ripetendo nuovamente tutti gli esami ematici e strumentali volti ad escludere tutte le possibili cause organiche di stipsi.

La RM escludeva un midollo ancorato, ma evidenziava la presenza di una marcata sovradistensione dell'ampolla rettale da stasi fecale. Il clisma opaco escludeva un'alterazione morfo-funzionale a carico del colon e confermava la permanenza di abbondanti residui fecali.

Si eseguiva quindi necessariamente un nuovo wash-out. Tutti gli esami ematici ripetuti risultavano nella norma ad eccezione degli esami per celiachia, questi infatti a distanza di 7 mesi mostravano una netta positività: IgA anti transglutaminasi 263,0 U/ml, IgG anti transglutaminasi 46,0 U/ml, IgA anti-endomisio IF Positivi. Positività confermata anche ai successivi prelievi.

L'EGDS, mostrava una mucosa duodenale compatibile con la diagnosi di celiachia, ipotesi diagnostica confermata anche dall'esame istologico delle biopsie eseguite durante l'esame e dalla presenza di un HLA DQ2 predisponente.

Alla luce della storia clinica, della sierologia positiva, dell'aspetto endoscopico della mucosa gastrica e della positività dell'esame biptico, era chiaro come la causa della stipsi cronica e ostinata di F. è sempre stata la celiachia.

Questa come è bene noto, può associarsi nel 5% circa dei casi, alla presenza di stipsi di difficile trattamento, come nel nostro caso, potendo giustificare il peggioramento clinico lamentato nei mesi dal nostro paziente.

Il bambino ha quindi sin da subito avviato una dieta priva di glutine, mantenendo il macrogol fisso per un breve periodo nel contempo ha avviato anche un breve ciclo steroideo orale, al fine di ridurre l'infiammazione e velocizzare la guarigione intestinale.

Questo approccio ha determinato sin da subito un rapido miglioramento clinico, infatti F. a oggi evacua regolarmente autonomamente.

Ricordiamoci sempre di escludere tra le cause di stipsi cronica ostinata la celiachia, infatti prima di etichettare definitivamente la stipsi come funzionale, se qualcosa non torna è sempre utile ripetere almeno una seconda volta gli esami ematici, soprattutto la sierologia per celiachia.