

Queste pagine rappresentano la finestra delle pagine elettroniche su M&B cartaceo.  
 Contributi originali. I testi in extenso sono pubblicati on line

## Casi contributivi



### **DOPPIO DISTRETTO RENALE: TRATTAMENTO NON CHIRURGICO**

A. Corsini<sup>1</sup>, P. Minelli<sup>1</sup>, A. Sangiorgi<sup>2</sup>, P. Bulli<sup>2</sup>

<sup>1</sup>UO di Pediatria, Azienda USL Nord, Ospedale di Bentivoglio

<sup>2</sup>UO di Urologia, Azienda USL Nord, Ospedale di San Giovanni in Persiceto

### **DOUBLE RENAL DISTRICT: NON-SURGICAL TREATMENT**

#### Key words

Urinary malformations, Non-invasive treatment

#### Summary

Report of a case of recurrent pyelonephritis in a patient with double district and lower district hydronephrosis, non-surgically treated with dilatation and stent, maintained for 3 weeks. Stable correction results after one year.

**Il caso** - BF, 5 anni, si presenta per febbre con brividi, dolore al fianco sinistro, manovra di Giordano positiva. Episodi di febbre improvvisa senza altri sintomi si erano verificati più volte in passato. GB 14.300/dl (neutrofili 82%), PCR 3,6 mg/dl, VES 40 mm, leucocituria, batteriuria (batterioscopia, test dei nitriti), urocoltura ripetutamente positiva per *Proteus mirabilis*. Ecografia: idronefrosi sinistra di 1°-2° grado, contenuto della pelvi disomogeneo, con forma-

zioni ecogene in sospensione e/o con tendenza a sedimentare nella porzione più declive della pelvi: in vescica, in posizione laterale e basale a sn, formazione occupante spazio, a margini netti del diametro di 3 x 2 mm. Cistografia minzionale negativa: urografia con evidenza di doppio distretto escretore a sinistra, il cui collettore superiore si continua con un uretere ben opacizzato fino alla vescica, mentre il collettore inferiore appare dilatato, e opacizzato soltanto fino al giunto, che presenta morfologia displasica. Scintigrafia renale con DMSA: non evidenza di scar.

Si decide per una rimozione dell'ostacolo displasico al giunto pieloureterale inferiore sinistro. Viene effettuata una pielografia retrograda sn con dilatazione iperbarica della relativa giunzione pieloureterale displasica, mediante catetere a palloncino tipo UROMAX del collettore inferiore e successivo posizionamento di stent ureterale double J 7 Fr. Lo stent è stato mantenuto per complessivi 21 giorni, sotto protezione antibiotica, con controlli batterioscopici settimanali. Alla rimozione dello stent sono seguiti controlli batterioscopici mensili che, a distanza di 12 mesi, continuavano a mostrare urine limpide con assenza di leucociti e batteri. L'ecografia dimostrava la completa e persistente risoluzione dell'idronefrosi sinistra.

**Il contributo** - Pensiamo meriti considerazione il tipo di trattamento non invasivo della componente ostruttiva della malformazione e l'utilità dell'esame batterioscopico diretto rispetto all'urocoltura.



### **REFLUSSO GASTROESOFAGEO-ASMA-COLLASSO- IPERSENSIBILITÀ ALLE PROTEINE DEL LATTE VACCINO**

P. Gianino, P. Longo, M.C. Zambelli, A. Laccisaglia, M. Costamagna - Dipartimento di Scienze Pediatriche e della Adolescenza, OIRM, Università di Torino

### **GASTRO-OESOPHAGEAL REFLUX-ASTHMA-SHOCK- INTOLERANCE TO COW-MILK PROTEINS**

#### Key words

Gastro-oesophageal reflux, Asthma, Shock, Cow-milk intolerance

#### Summary

Report of a case of cow-milk intolerance in a premature new-born with bronchospasm, reflux, shock.

**Il caso** - Chiara nasce alla 31<sup>a</sup> settimana di gestazione per PROM, da parto cesareo; peso 1375 g, APGAR 3/5. Un mese di degenza; allattamento misto, poi con formula.

A un mese di vita, a casa, crisi di apnea nel sonno, preceduta da eruttazione. Postura anti-reflusso. I rigurgiti e le apnee si ripetono. Latte AR, domperidone e ranitidina. Nessun miglioramento.

Il quadro si complica per il sopravvenire di ripetuti episodi di bronchite asmatica, che richiedono 5 ricoveri. Rx torace, pasto baritato, ECG, IgE totali e antilatte: tutto risulta negativo. La dieta di eliminazione (soia) ha un netto immediato successo, però con ripresa dei sintomi dopo alcune settimane (si ritorna alla formula AR).

Chiara continua a rigurgitare e ad avere frequente broncospasmo. Le sue condizioni generali però restano buone, e viene proposta una diagnosi di "happy wheezing". Ma la madre trascorre le sue giornate a osservare se la bambina rigurgita o "fischia".

A questo punto il caso giunge alla nostra osservazione. Ci colpisce che le bronchiti asmatiche non siano precedute da rinite, che la tosse e il fischio esordiscano all'improvviso durante o subito dopo il pasto; che il broncospasmo si risolva spontaneamente in pochi minuti (fino a un paio d'ore); che, durante il pasto, la bambina presenti crisi di pallore con estremità fredde, e che la crescita stia rallentando. Si ripropone l'ipotesi di una IPLV, si fa un tentativo di dieta con idrolisato spinto, ma già dal primo pasto compaiono crisi di pallore e sudorazione fredda, e al terzo pasto vomito. La sostituzione dell'idrolisato con una dieta rigorosamente priva di PLV interrompe ogni sintomo. Dopo un mese, una prova di scatenamento, positiva, conferma la diagnosi di IPLV. La tolleranza clinica è stata raggiunta intorno all'anno di età.

**Il contributo** - La diagnosi di IPLV di tipo pronto è sostenuta da due prove ex juvantibus (la luna di miele in soia si è interrotta per la successiva ri-sensibilizzazione) e dal test di scatenamento. La IPLV si è manifestata anche nei riguardi dell'idrolisato. Un test di cuti-sensibilità *prick-by-prick* avrebbe potuto arricchire il caso ma, anche se negativo (come era stata negativa la ricerca di IgE specifiche), non avrebbe cambiato la diagnosi.

La presenza di un GER non è stata né documentata né esclusa con sufficiente sicurezza. Che la IPLV fosse stata indotta da un GER primitivo (possibile), o che la IPLV abbia potuto indurre un GER secondario (molto probabile), causa a sua volta di broncospasmo riflesso, o che fosse essa stessa causa di broncospasmo allergico, è materia di discussione. Anche gli episodi di collasso potrebbero essere stati IgE mediati, o, più facilmente, vaso-vagali, riflessi.

Il caso costituisce un esempio della complessità dei rapporti tra allergia alimentare, rigurgito, broncospasmo, collasso, e delle trappole che possono costellare il percorso clinico.