

I dispetti degli ossiuri e i dispetti dei testicoli sono l'argomento di questi casi; non perfettamente documentati i primi (ma confermati dalla letteratura), chirurgicamente documentati i secondi. Documentata anche la "crudeltà mentale" dei chirurghi.

ASCESSO PERIANALE RECIDIVANTE DA OSSIURI: CHI L'AVREBBE MAI DETTO?

C. Locatelli, G. Vergine, V. Leone, R. Ciambra, M. Pocecco
UO di Pediatria, Ospedale "M. Bufalini", Cesena

Gianmarco giunge alla nostra osservazione per la comparsa di una tumefazione dolente in sede perianale, associata a fuoriuscita di materiale purulento, da due giorni in terapia con amoxicillina e acido clavulanico.

Il bambino aveva presentato già due anni prima un ascesso in regione perianale, regredito spontaneamente.

All'ispezione si apprezza gemizio di pus in sede perianale, associato a cellulite e strie linfangitiche in regione perianale, edema e linfoadenite satellite inguinale. L'emiscroto dallo stesso lato appare tumefatto, iperemico e dolente alla palpazione. L'esplorazione rettale evidenzia la presenza di una massa rotondeggiante, dura e dolente, del diametro di 1 centimetro, a livello della giunzione mucocutanea, compatibile con un ascesso sottomucoso.

La coltura del materiale purulento risulta sterile. Viene riscontrata la presenza di ossiuri nelle feci. Il bambino aveva già presentato un'infestazione da ossiuri in concomitanza con il pregresso ascesso perianale.

In letteratura¹⁻⁴ sono stati descritti 12 casi di ascessi e granulomi perianali causati da *Enterobius vermicularis*: anche il nostro caso potrebbe rientrare tra questi.

Il bambino viene quindi posto in terapia antibiotica parenterale con Targosid e terapia orale con Bactrim, associata a una dose di Vermox ripetuta a distanza di 2 settimane, con pronta remissione del quadro di cellulite perianale e graduale regressione dell'ascesso.

Una delle complicanze più frequenti delle infestazioni di *Enterobius vermicularis* è rappresentata da ascessualizzazione delle lesioni da grattamento in seguito a sovrainfestazione batterica. Raramente gli ossiuri possono causare direttamente la formazione di ascessi. Si ipotizza che gli ossiuri penetrino nelle cripte anali a livello della linea pettinata, e in tale sede stimolino una reazione infiammatoria circoscritta, che può esitare in un ascesso perianale. Questa ipotesi è supportata dal riscontro istologico post-chirurgico di parassiti morti e di uova all'interno delle cavità ascessuali. Nel nostro caso non è stato eseguito un esame istologico in quanto l'ascesso non ha necessitato di intervento chirurgico, poiché la terapia medica è stata risolutiva. Riteniamo comunque plausibile che un tale meccanismo patogenetico possa spiegare l'associazione da noi riscontrata tra ascesso perianale e infestazione da ossiuri.

Bibliografia

1. Avolio L, et al. Perianal granuloma caused by *Enterobius vermicularis*: report of a new observation and review of a literature. J Pediatr 1998;132:1055-6.
2. Lopez-Velez R, et al. Perianal abscess caused by *Enterobius vermicularis*. Enferm Infect Microbiol Clin 1997;15:228.
3. Mortensen NJ, et al. Perianal abscess due to *Enterobius vermicularis*. Report of a case. Dis Colon Rectum 1984;27:677-8.
4. Corea RT. *Enterobius vermicularis* in an ectopic site-perianal abscess. Ceylon Med J 1983;28:255-6.

NON C'È PIÙ! OVVERO "UN TESTICOLO DISPETTOSO"

Daniela Sambugaro, Vicenza

Tutti noi abbiamo sicuramente un buon numero di mamme indimenticabili, ma la mamma di Davide resterà nel mio personale Guinness dei primati.

È stata una delle mie prime pazienti e ricordo ancora come io, fresca di Clinica e digiuna di contatto con i genitori, tremassi all'idea della sua immancabile telefonata quotidiana alle 8,01: «Sono la mamma di un bambino di 35 giorni, a che distanza dai suoi occhi devo mettere la casina delle api?»; «E adesso che ha 45 giorni?»; «Di che colore devo acquistare il cappellino di mio figlio?»; «Posso usare il flash per le foto?», e via discorrendo.

Inutile dire che i suoi figli sono stati visitati accuratamente in innumerevoli bilanci di salute nel primo anno di vita, e poi, come spesso accade, solo per malattie intercorrenti.

Una mattina, alle 8,01, ricevo una telefonata da una voce nota. Con un tono disperato urla: «Non c'è più!». Il "desaparecido" in questione è il testicolo sinistro di Davide, che ha 10 anni. Lo visito, ed effettivamente, nonostante tutte le manovre di accovacciamento, non riesco più a trovare traccia del suo testicolo. Lo invio perciò dal chirurgo pediatra, che lo opera.

Ricordo ancora lo sgradevole colloquio con il chirurgo, assolutamente incredulo sulla presenza in precedenza dei testicoli (inviare un criptorchide a 10 anni?).

Tutto bene fino a 7 giorni dopo l'intervento, quando alle 8,01 di mattina mi telefona la madre di Davide, che con voce isterica mi grida: «Non c'è più!». Ancora una volta si riferiva al testicolo sinistro, di nuovo scomparso dalla sede ove era stato fissato con l'intervento.

Davide è stato rioperato da altri chirurghi dello stesso reparto. Non sono però riuscita a mettermi in contatto con l'operatore precedente, partito per una lunga permanenza negli Stati Uniti. Comunque adesso Davide sta bene, e anche i suoi testicoli sembrano godere di buona salute. L'unica cosa che è cambiata in Davide è il suo atteggiamento, molto guardingo e sospettoso verso la classe medica.

La presenza di testicoli in sede alla nascita non esclude la possibilità di un successivo criptorchidismo; il testicolo ascendente non è una condizione così rara; è dovuto a un difetto di crescita del funicolo spermatico in rapporto alla crescita somatica, probabilmente per la mancata regressione del processo vaginale. Mille visite di controllo nel primo anno di vita non sostituiscono regolari (anche se più rare) visite periodiche fino alla pubertà.

