

## CASI INDIMENTICABILI in Pediatria ambulatoriale

*Quando gli esami complicano un po' la clinica.*

### DOLORI ADDOMINALI RICORRENTI CON ANSE ISPESSE IN BAMBINA CELIACA. QUALE DIAGNOSI?

*Marzia Lazzarini, UOC di Pronto Soccorso e Primo Accoglimento  
IRCCS "Burlo Garofolo", Trieste*

L. è una ragazza che ha ricevuto diagnosi di celiachia all'età di 11 mesi per scarsa crescita. Da allora in dieta senza glutine, con riscontro saltuario di positività degli anticorpi anti-transglutaminasi, indice di una non perfetta compliance dietetica.

All'anamnesi inoltre tre accessi al PS per episodi caratterizzati da tremori, agitazione e iperventilazione, a risoluzione spontanea, interpretati come crisi d'ansia.

#### Primo episodio

Viene inizialmente vista in PS per diarrea, vomito, dolori addominali incostanti, buone condizioni generali, addome trattabile senza segni di irritazione peritoneale. Poiché riferisce scarsa aderenza alla dieta priva di glutine, si dosano le tTG, che risultano alterate. Si rinforza quindi il consiglio alla dieta.

#### Cinque mesi dopo

Ritorna in PS per dolori addominali mesogastrici, senza vomito e diarrea, della durata di 2-3 giorni, associati a lieve movimento termico (T 37,3 °C). Dagli esami ematici modesto aumento degli indici di flogosi (VES 37 mm/h; PCR: 1,5 mg/dl), e importante aumento dell'LDH (1558 U/l). L'emocromo, TGO, TGP, CPK, proteinemia risultavano essere nella norma.

Per meglio definire la natura dei dolori viene eseguita un'ecografia addominale, che mette in evidenza un ispessimento delle pareti del tenue, delle anse ileali e del sigma.

Il caso viene discusso a lungo, anche in relazione alla possibile associazione tra celiachia e linfoma intestinale, ma prima di procedere con altri esami più invasivi si decide di valutare in prima istanza l'ipotesi di una ileite parainfettiva. Si decide quindi di rivalutare la ragazza a brevissima distanza dopo un ciclo di terapia antibiotica (ciprofloxacina 500 mg x 2 per una settimana). Dopo una settimana, al controllo clinico, i sintomi sono completamente scomparsi, gli esami normalizzati, l'ecografia addominale metteva in evidenza anse di spessore nella norma. La ragazza viene inviata a domicilio con la raccomandazione di un controllo a breve.

#### Tre mesi dopo

Dopo tre mesi completamente liberi da sintomi, la ragazza torna in PS per una ripresa dei dolori addominali, che si presentavano intensi, trafittivi, associati a vomiti ripetuti (di cui uno anche biliare) e a febbre (38°C). L'alvo era aperto a feci e gas, la peristalsi valida, ma l'addome presentava una lieve resistenza alla palpazione. Dagli esami ematici nuovamente un rialzo degli indici di flogosi (VES 30 mm/h; PCR 6 mg/dl) con emocromo, transaminasi, amilasi, creatinina ed elettroliti nella norma (GB 8400, N 5700, L 2700, M 300, Eo 100, Hb 13,4, MCV 80, PTL 250.000, TGO 15 U/l, TGP 11 U/l, amilasi tot 56 U/l, creatinina 0.59 mg/dl).

Si ripete un'ecografia addominale che mette in luce abbondanti residui fecali, nuovamente un ispessimento, ora a carico del sigma, e la presenza di un versamento transcolico in sede pericecale e tra le anse del tenue. Viene eseguita una radiografia diretta dell'addome, che dimostra la presenza di una minima ectasia a livello di un'ansa ileale dx. Nel frattempo la sintomatologia migliora con la somministrazione di antidolorifico.

Nell'ipotesi di una ricorrenza infettiva, o di una possibile malattia infiammatoria cronica intestinale, si decide di ritentare un ciclo di te-

rapia antibiotica (ciprofloxacina + metronidazolo) e di seguire l'evoluzione clinica. In sintesi, il quadro clinico appariva piuttosto confuso: ragazza con celiachia con storia di DAR, con immagine di ansa ispessita che si sposta, riscontro di aumento degli indici di flogosi e risposta in due occasioni all'antibiotico.

Si risolvono prontamente sia i dolori che la febbre.

Per meglio valutare la presenza di masse solide o di un ascesso appendicolare "raffreddato" dall'antibiotico, viene eseguita nel giorno seguente una TAC dell'addome.

La TAC mette in evidenza a livello sovrauterino a destra un'immagine rotondeggiante (di 2 cm circa), che non capta il mezzo di contrasto. L'immagine non risulta suggestiva per una cisti ovarica torta, peraltro esclusa da un'ecografia pelvica, ma pare compatibile con una duplicazione intestinale o con un diverticolo di Meckel. Nel frattempo si sono normalizzati gli indici di flogosi (VES 17 mm/h; PCR 0.66).

Una successiva ecografia visualizza un'immagine ovalare in sede ancora diversa (nella seconda ecografia identificata a livello dell'ombelicale trasversa destra), apparentemente circondata da parete intestinale. La tumefazione sembrava quindi un'ansa mobile, e per questo si è valorizzata la diagnosi di duplicazione intestinale. Tuttavia, non essendo escludibile una diagnosi di diverticolo di Meckel, si decide di eseguire la scintigrafia con Tc-99 prima di giungere alla laparoscopia.

#### La diagnosi definitiva

Come da programma, la ragazza ha eseguito una scintigrafia per diverticolo di Meckel, risultata negativa. A breve distanza ha quindi eseguito una laparoscopia esplorativa, che ha messo in luce... un diverticolo di Meckel "infiammato", su ansa intestinale anch'essa con caratteristiche di ansa con segni di flogosi.

#### Conclusioni e insegnamenti

Gli insegnamenti che ci sono sembrati rilevanti in questo caso sono:

- Ricordare che le complicazioni maggiori del diverticolo di Meckel sono almeno quattro: a) il sanguinamento (acuto o ricorrente, indolore o accompagnato da dolori addominali); b) l'invaginazione (anche ricorrente); c) l'oclusione; d) l'infiammazione (diverticolite). Non dimenticarsi in particolare di quest'ultima, che può esitare in perforazione. Tra le complicanze meno frequenti la torsione, la perforazione da corpi estranei o da fistole in corso di malattie infiammatorie croniche, la formazione di enteroliti.
- Il quadro clinico della diverticolite, analogamente all'appendicite, può presentarsi inizialmente con dolori addominali diffusi; in seguito i dolori possono assumere una localizzazione più precisa.
- All'ecografia intestinale il diverticolo può presentarsi in diverse forme: con immagine cistica, mimando una cisti da duplicazione intestinale; con immagine a goccia o a sacco a fondo vuoto; con immagine tubulare allungata, simile a una appendicite; con immagine a massa tondeggiante. L'aspetto ecografico tipico della parete intestinale (bordo iperecogeno interno tra il lume e la mucosa, circondato da tessuto muscolare ipoecogeno) può risultare confuso e sfumato in seguito a diversi gradi di edema, emorragia, ulcerazione con sanguinamento.
- Analogamente all'appendicite, la diverticolite può rispondere inizialmente all'antibiotico.
- È noto, ma vogliamo ricordarlo, che l'esecuzione di una scintigrafia non è sufficiente per escludere con certezza la diagnosi di diverticolo di Meckel.
- La terapia definitiva del diverticolo di Meckel sintomatico è comunque chirurgica. Nel riscontro occasionale, ovvero nei casi non sintomatici, non c'è invece indicazione alla resezione.