

## **QUANDO LA PANCIA PARLA... E BASTA ASCOLTARLA**

Francesca Galdo

*Seconda Università di Napoli*

**Indirizzo per corrispondenza:** [galdofrancesca@gmail.com](mailto:galdofrancesca@gmail.com)

Gabriele, un ragazzo di 14 anni, giunge presso il Pronto Soccorso perché da dieci giorni presenta dolore addominale di tipo crampiforme, diarrea (4-5 scariche di feci liquide di colore verdastro, senza muco e senza sangue) e astenia. Da un giorno inoltre è comparsa la febbre (TC max 39 °C).

All'esame obiettivo si riscontrano mucose disidratate e una dolorabilità diffusa alla palpazione addominale, senza segni di peritonismo.

Si eseguono esami ematici che mostrano una leucocitosi neutrofila (GB 29.800/mm<sup>3</sup> di cui N 25.300/mm<sup>3</sup>, L 2000/mm<sup>3</sup>) e notevole rialzo degli indici di flogosi (PCR 45,14 mg/dl e VES 59 mm/h). Risultano nella norma: elettroliti, transaminasi, GGT e amilasi pancreatica.

Posto il sospetto di gastroenterite da *Salmonella* con batteriemia secondaria (leucocitosi neutrofila e importante aumento della PCR), vengono avviate terapia reidratante e terapia antibiotica endovenosa con ciprofloxacina. Viene quindi ricoverato in Clinica Pediatrica per proseguire le cure.

Nei giorni seguenti le condizioni migliorano, con riduzione del dolore addominale, del vomito, delle scariche di diarrea e della PCR (11,41 mg/dl), ma tuttavia la febbre (TC max 37,5 °C) e la leucocitosi neutrofila (GB 20.630/mm<sup>3</sup> di cui N 16.500/mm<sup>3</sup>, L 2100/mm<sup>3</sup>) persistono.

L'ipotesi eziologica da *Salmonella* viene poi esclusa, data la negatività di coprocultura ed emocultura. Improvvisamente il decorso clinico peggiora: ricompaiono febbre elevata e dolore addominale, che questa volta è più localizzato in fossa iliaca destra e con un Blumberg lievemente positivo. Per tale motivo, nel sospetto di appendicite insorta come complicanza della gastroenterite, viene richiesta una prima valutazione chirurgica che nega l'addome chirurgico in base all'esame obiettivo (mancata localizzazione esclusiva del dolore in fossa iliaca destra e assenza di resistenza di parete), agli esami ematochimici (in miglioramento) e all'ecografia (appendice di 4,5 mm

di spessore trasparietale).

Coerenti con il nostro sospetto clinico, impostiamo una triplice terapia antibiotica, ma Gabriele non migliora e il susseguirsi degli eventi è molto rapido: una seconda ecografia addominale ci conferma l'ipotesi di appendicopatia (diametro assiale di 12 mm con un'immagine iperecogena rotondeggiante di 9 mm nel suo contesto) e si conclama un quadro subocclusivo intestinale con vomito (radiografia dell'addome mostra numerosi livelli idroaerei con importante coprostasi colica).

Alla luce di tale novità, in accordo con i colleghi chirurghi, viene sottoposto a intervento di appendicectomia laparotomica in urgenza, che rilevava la presenza di una peritonite inveterata con numerose aderenze, in un quadro di **accesso appendicolare**.

Il nostro caso riguarda un grande classico: appendicite come presentazione atipica di esordio o come complicanza di una gastroenterite?

L'incidenza di errata diagnosi di appendicite in età pediatrica è stimata tra il 7,5% e il 13%, ed è inversamente correlata all'età: l'incidenza nei bambini di età prescolare è tra il 43% e il 72%, in età scolare dal 12% al 28%, meno del 15% negli adolescenti. La presentazione atipica dei sintomi è ciò che contribuisce maggiormente all'errore diagnostico e, contrariamente all'ortodosso insegnamento chirurgico, la diarrea può essere un sintomo di presentazione clinica dal 33% al 41% dei casi, che può sia precedere che concorrere con il dolore addominale. Dato il riconoscimento del ruolo che infezioni di varia natura (gastroenterite, polmoniti, faringotonsilliti...) hanno nel meccanismo fisiopatologico dell'appendicite, una diagnosi di diarrea infettiva non esclude la presenza o il possibile sviluppo di appendicite acuta come complicanza, come accaduto nel nostro caso.