

MeB - Pagine Elettroniche

Volume XXVII

Febbraio 2024

numero 2

I POSTER DEGLI SPECIALIZZANDI

LATTANTE CON INAPPETENZA IN PRONTO SOCCORSO: UNA SFIDA PER IL PEDIATRA

Michela Leotta¹, Paola Cavallaro¹, Antonella De Santis², Speranza Cioffi³,
Nicoletta Della Vecchia⁴, Laura Papini⁴, Sebastian Cristaldi⁴, Anna Maria Musolino⁴,
Mara Pisani⁴, Umberto Raucci⁴, Alberto Villani⁴

¹UOC di Pediatria, Università di Messina

²Ospedale Pediatrico "Bambino Gesù", IRCCS, Università Tor Vergata, Roma

³UOC Pediatria, Università della Campania "L. Vanvitelli", Napoli

⁴Dipartimento di Emergenza e Pediatria Generale, Ospedale Pediatrico "Bambino Gesù", IRCCS, Roma

Indirizzo per corrispondenza: micheleotta1@gmail.com

INTRODUZIONE

L'ernia diaframmatica congenita (CDH) è un difetto dello sviluppo del diaframma, caratterizzato dall'erniazione del contenuto addominale nella cavità toracica, con conseguenti vari gradi di ipoplasia ed ipertensione polmonare. L'ernia diaframmatica congenita a presentazione tardiva (L-CDH) è molto rara, ma la diagnosi rappresenta una sfida per le sue varie manifestazioni cliniche e il cui ritardo può essere fatale.

CASO CLINICO

Una lattante di 2 mesi giungeva in Pronto Soccorso (PS) per inappetenza da 3 giorni, non episodi di vomito, apiretica. In anamnesi fisiologica nata a termine, fenomeni neonatali normoevoluti, allattamento materno e regolare crescita ponderale.

All'ingresso in PS si presentava in buone condizioni cliniche, con esame obiettivo nella norma, ma alla luce della storia clinica veniva sottoposta ad EGA venoso, esami laboratoristici e *stick* urine, tutti con esito negativo. L'ecografia addominale evidenziava un marcato e diffuso meteorismo intestinale e un'esile falda di versamento libero in addome disposta in sede sottoepatica.

Dopo rivalutazione a distanza di qualche ora di osservazione, alla luce delle buone assunzioni idrocaloriche, la paziente veniva dimessa a domicilio con la diagnosi di coliche gassose.

Dopo 17 giorni tornava in PS per pianto inconsolabile, rifiuto all'alimentazione e 3 episodi di vomito, di cui 2 biliari. Si presentava in condizioni generali discrete, apiretica, con fontanella anteriore lievemente depressa, idratazione nei limiti, parametri vitali nella norma.

Alla luce della storia clinica veniva eseguita nuova ecografia addome che mostrava presenza di immagine di "whirlpool" in regione para-aortica sinistra ed evidenza di anse intestinali stirate cranialmente in cavità toracica sinistra. A completamento diagnostico veniva eseguita radiografia di torace e addome (*Figura 1*) che mostrava anse intestinali distese (in parte dal gas), che occupavano pressoché completamente la cavità toracica omolaterale; il polmone sinistro, disventilato e distelettasico, era dislocato cranialmente e l'immagine cardio-mediastinica presentava una modesta dislocazione verso destra.



Figura 1. Radiografia torace e addome. Anse intestinali distese che occupano la cavità toracica omolaterale; polmone sinistro, disventilato e distelettasico, dislocato cranialmente con profilo cardio-mediastinico con modesta dislocazione verso destra.

I reperti di *imaging* apparivano suggestivi per volvolo intestinale in **ernia diaframmatica sinistra**. Veniva pertanto sottoposta a intervento urgente di riduzione dell'ernia e riparazione della breccia diaframmatica, senza complicanze postchirurgiche. La radiografia del torace postoperatoria non mostrava anse intestinali in cavità toracica a sinistra e la paziente veniva dimessa in buone condizioni generali.

CONCLUSIONI

Questo caso clinico mette in evidenza l'ampio spettro di presentazioni cliniche della L-CDH e sottolinea l'importanza di prendere in considerazione una radiografia del torace nei pazienti che accedono in PS per vomito inspiegabile e/o difficoltà respiratoria.