

**I POSTER DEGLI SPECIALIZZANDI**

**BRONCHIOLITE INCONSOLABILE, L'ADDOME È TRATTABILE?**

Alessio Conte<sup>1</sup>, Valentina Carrato<sup>2</sup>, Daniela Pirlo<sup>2</sup>, Maria Grazia Faticato<sup>2</sup>, Maura Mazzoni<sup>2</sup>,  
Andrea Gazzolo<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Dipartimento di Neuroscienze, riabilitazione, oftalmologia, genetica e scienze materno-infantili (DINOEMI),  
Università di Genova

<sup>2</sup>IRCCS Materno-Infantile "Giannina Gaslini", Genova

**Indirizzo per corrispondenza:** alessioconte.1995@gmail.com

**INTRODUZIONE**

È stato dimostrato che le infezioni derivanti da alcuni ceppi di virus possono aumentare il rischio di invaginazione intestinale. Per quanto particolarmente nota l'associazione tra il vaccino per rotavirus e lo sviluppo di invaginazione intestinale, risulta più complesso dimostrarne il legame nelle infezioni comunitarie. Ciononostante, diversi studi hanno descritto l'associazione tra virus tipicamente associati a bronchiolite (in particolare adenovirus) e lo sviluppo di invaginazione intestinale.

**CASO CLINICO**

Durante i mesi invernali, un lattante di 3 mesi con precedente storia clinica non contributiva si presentava in Pronto Soccorso per distress respiratorio e tosse persistente. All'ingresso erano presenti tachidispnea lieve (FR 42), *wheezing* e rientramenti sottocostali e al giugulo (*score* di Wang = 4). Veniva posta diagnosi di bronchiolite e avviata terapia di supporto infusione e aerosol con adrenalina e ipratropio bromuro. Eseguiti test antigenici per RSV e SARS-CoV-2, risultati entrambi negativi. L'EGA capillare e la saturazione dell'ossigeno risultavano nella norma pertanto non veniva avviato supporto respiratorio o terapia con O<sub>2</sub>.

Dopo iniziale miglioramento clinico, in terza giornata si evidenziava importante irritabilità, con pianto persistente e inconsolabile. Nel sospetto di colica gassosa venivano eseguiti due microclismi con successiva fuoriuscita di sangue rosso vivo frammisto a coaguli, in assenza di anemizzazione. Nelle ore successive comparsa di vomito e quasi

completo rifiuto dell'alimentazione.

Venivano quindi eseguiti esame urine e urinocoltura, con esito negativo. L'EGA venoso dimostrava una lieve acidosi metabolica con aumento dei lattati (pH 7,34, BE -2,2, lattati 27,9 mg/dl) in presenza di leucocitosi neutrofila (N 14,19 cellule/ $\mu$ l) e PCR nei limiti di norma (0,5 mg/dl). Eseguita Rx addome con evidenza di sovraddistensione delle anse centro-addominali, in assenza di segni di perforazione. Il lattante veniva pertanto inviato al Centro di riferimento, dove veniva sottoposto a ecografia addominale con risultato dubbio che riportava "anse intestinali distese e iperemiche con materiale iperecogeno". Il giorno successivo veniva eseguita Rx clisma opaco che permetteva di porre diagnosi di **invaginazione ileocolica**.

Dopo un tentativo infruttuoso di riduzione in scopia, veniva posta indicazione a laparotomia in regime di urgenza per riduzione dell'invaginazione e appendicectomia consensuale. Il successivo decorso si svolgeva regolarmente (a esclusione di singola necessità di trasfusione di emazie concentrate) con dimissione a domicilio in quinta giornata post-operatoria.

**CONCLUSIONI**

I quadri di bronchiolite, in particolare con isolamento di adenovirus, sembrano risultare a maggior rischio per invaginazione intestinale. Risulta pertanto fondamentale escludere tale condizione in tutti i lattanti con bronchiolite che sviluppino sanguinamento gastroenterico o rifiuto ad alimentarsi con pianto inconsolabile.