

## MeB - Pagine Elettroniche

Volume XXIX

Aprile 2026

numero 4

### I POSTER DEGLI SPECIALIZZANDI

## LA DIAGNOSI DIFFERENZIALE DI UN'OSTRUZIONE INTESTINALE NEONATALE

Francesca Senn

*Scuola di Specializzazione in Pediatria, IRCCS materno infantile "Burlo Garofolo", Trieste*

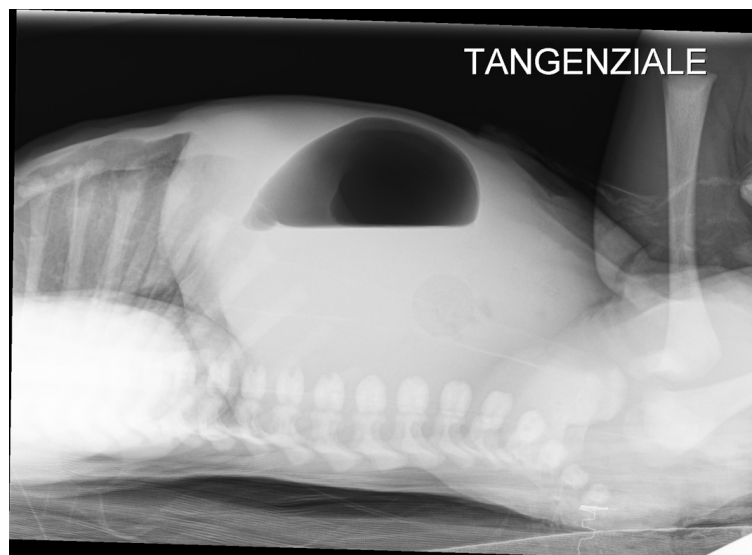
**Indirizzo per corrispondenza:** sennfrancesca@gmail.com

Primogenita che nasce a 38+4 settimane gestazionali da parto vaginale spontaneo, dopo gravidanza normodecorsa con ecografie prenatali nella norma e nessun rischio infettivo noto al momento del parto. Perinatalità fisiologica con APGAR 9 e 10 e regolare *skin to skin* materno. I parametri auxologici alla nascita risultavano normali: peso e lunghezza tra il 10° e 25° percentile e circonferenza cranica tra 3° e 10° percentile.

Alla prima visita, eseguita attorno alle 8 ore di vita, nulla di clinicamente rilevante tranne una fossetta sacrale a fondo cieco, indagata poi con ecografia che escludeva malformazioni.

Allattata al seno con buona suzione.

In seconda giornata di vita il personale infermieristico e la madre segnalano rigurgiti dopo ogni pasto, di colore giallastro. Il peso era sceso del 5% dal peso alla nascita e la glicemia di controllo eseguita risultava nel *range* della norma. Alla visita di controllo la neonata risultava in buone condizioni generali, tonica, rosea ed eupnoica, con addome trattabile e peristalsi udibile. A 36 ore di vita, per la permanenza dei rigurgiti e la quantità crescente di materiale giallastro emesso, si eseguiva analisi del gene *ABL*, che risultava bilanciato, e si portava a eseguire RX addome (*Figura*), che notava importante gastrectasia con livello idroaereo, ma nessuna presenza di gas o materiale fecale nel resto dell'addome.



*Figura.* RX addome in proiezione latero-laterale.

Tale reperto è da considerarsi anomalo: dai primi momenti di vita il neonato deglutisce aria che entro la prima ora di vita raggiunge il duodeno, entro le 3 ore di vita il

termine del digiuno, entro 12 ore di vita il termine dell'ileo ed entro le 24h deve aver percorso tutto l'intestino e aver raggiunto il retto: la scansione eseguita, dunque, avrebbe

dovuto mostrare livelli idroaerei in ogni segmento intestinale, colon-retto compreso. Si poneva dunque sospetto di **ostruzione intestinale**.

La diagnosi differenziale di un'ostruzione intestinale neonatale che provochi rigurgiti o vomiti gastrici ripetuti dovrebbe normalmente escludere un'atresia duodenale, ipotesi meno verosimile per l'assenza del segno della doppia bolla alla radiografia antero-posteriore, e la malrotazione o il volvolo. La stenosi ipertrofica del piloro era escludibile sia per la tempistica di esordio sia per l'assenza di vomito a getto. L'atresia esofagea o la fistola tracheoesofagea sono state escluse dalla presenza di aria nello stomaco e la stabilità clinica.

Si eseguiva dunque un'ecografia addominale a completamento che evidenziava anse a vortice e modesto versamento endoaddominale, in un quadro compatibile con volvolo intestinale. Ponendosi indicazione chirurgica, si eseguivano esami ematici, risultati sostanzialmente nella norma, (GB 10.850/ $\mu$ l, di cui N 7.470, L 1.850, M 1.110, piastrine 213.000/ $\mu$ l, PCR 0,71 mg/l, PCT 0,71  $\mu$ g/l, assetto coagulativo normale, assetto epato-renale normale) e una emocultura (risultata negativa).

Portata in sala operatoria d'urgenza, alla laparotomia si individuavano anse scure in ipocondrio destro, in quadro confermato di malrotazione dell'intestino tenue evolutosi a volvolo (3 giri completi). Alla derotazione si visualizzava rapida ripresa della vascolarizzazione delle anse.

Il decorso post-operatorio è stato buono con introduzione dell'alimentazione enterale (latte materno spremuto via SNG) dalle 24h post-operatorie, fino al raggiungimento dell'autonomia alimentare e dello svezzamento dall'alimentazione iatrogena in settima giornata, tornando all'alimentazione al seno esclusiva.

L'approccio laparotomico per il volvolo neonatale è attualmente dibattuto in Letteratura: pare infatti che i nuovi approcci laparoscopici, da evidenze iniziali, presentino meno recidive di malrotazione ma non minor incidenza di altre complicanze, con minori tempi di degenza e di ritorno all'alimentazione orale; l'approccio ancora attualmente più utilizzato è la laparotomia di Ladd.

#### BIBLIOGRAFIA DI RIFERIMENTO

- Choi G, Je BK, Kim YJ. Gastrointestinal Emergency in Neonates and Infants: A Pictorial Essay. *Korean J Radiol* 2022;23(1):124-38. DOI: 10.3348/kjr.2021.0111.
- Rich BS, Dolgin SE. Hypertrophic Pyloric Stenosis. *Pediatr Rev.* 2021;42(10):539-45. DOI: 10.1542/pir.2020-003277.
- Zhang Z, Chen Y, Yan J. Laparoscopic Versus Open Ladd's Procedure for Intestinal Malrotation in Infants and Children: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A* 2022;32(2):204-12. DOI: 10.1089/lap.2021.0436.