

MeB - Pagine Elettroniche

Volume XXIX

Giugno 2026

numero 6

I POSTER DEGLI SPECIALIZZANDI

QUEL MAL DI PANCIA... CHE PUNTAVA AL FEGATO

Francesca Romani, Camilla Ciurlia, Andrea Buonsante

Clinica Pediatrica, Fondazione IRCCS "San Gerardo dei Tintori", Università di Milano-Bicocca

Indirizzo per corrispondenza: f.romani2@campus.unimib.it

CASO CLINICO

Una giovane paziente di 16 anni si presentava in Pronto Soccorso per la comparsa, la settimana precedente, di dolore addominale localizzato in ipocondrio destro e, due giorni prima, di febbre (fino a 39 °C) senza vomito né diarrea. All'esame obiettivo, l'addome risultava trattabile, diffusamente dolente e dolorabile, con positività al segno di Murphy, senza evidenza di peritonismo. Gli esami ematici mostravano un lieve incremento degli indici infiammatori (PCR 168,3 mg/l, GB 7.270/mmc, neutrofili 74%, PCT negativa); normale la funzione epato-renale. L'ecografia addominale risultava negativa, senza visualizzazione dell'appendice, mentre la radiografia del torace non evidenziava alterazioni. La paziente veniva quindi ricoverata per proseguire l'osservazione e gli accertamenti.

Durante il ricovero veniva avviata una terapia *ex adiuvantibus* con PPI e paracetamolo, con parziale beneficio sul controllo del dolore. Per la persistenza di incremento degli indici di flogosi e febbre intermittente, in terza giornata di degenza veniva eseguita una TC addome, che evidenziava un'inflammazione dell'appendice retrocecale, confermando la diagnosi di **appendicite**. Nonostante l'avvio di terapia antibiotica con cefoxitina, si assisteva a ulteriore incremento degli indici di flogosi (PCR 198 mg/l), associato a persistenza della sintomatologia algica. In considerazione di ciò e a seguito di rivalutazione chirurgica, veniva posta indicazione a laparoscopia esplorativa.

La procedura evidenziava un quadro di iniziale peritonite, una minima quota di liquido citrino in pelvi e la presenza di aderenze veliformi tra la superficie epatica e il peritoneo parietale; l'appendice appariva affetta da flogosi catarrale, adesa all'annessio di destra con tracce di fibrina, suggestive di flogosi recente. La salpinge e gli annessi apparivano lievemente iperemici.

In seguito a valutazione ginecologica intraoperatoria, il quadro veniva attribuito a una pregressa **malattia infiammatoria pelvica (PID)** con successivo coinvolgimento dell'infezione a livello periepatico. Venivano quindi

eseguite appendicectomia e lavaggio della cavità addominale con abbondante soluzione fisiologica. Al rientro dalla sala veniva eseguito un tampone vaginale che confermava la presenza di infezione da *Chlamydia trachomatis* e *Ureaplasma urealyticum*, per cui veniva avviata terapia antibiotica mirata con doxiciclina e metronidazolo per os per un totale di due settimane.

Già dalla seconda giornata post-operatoria la paziente mostrava un netto miglioramento clinico, con risoluzione della febbre, buon controllo del dolore e riscontro di marcato calo della PCR agli esami ematochimici. La ragazza veniva quindi dimessa con indicazione a follow-up ginecologico.

DISCUSSIONE

La **sindrome di Fitz-Hugh-Curtis (FHCS)**, o **periepatite**, è una manifestazione cronica della malattia infiammatoria pelvica (PID) comunemente causata da *Neisseria gonorrhoeae* e *Chlamydia trachomatis*. È caratterizzata da un'inflammazione della capsula glissoniana con formazione di aderenze, senza interessamento del parenchima epatico, per cui anche nella nostra paziente non si è riscontrato un movimento delle transaminasi.

La diffusione dei batteri dalla pelvi alla capsula epatica è probabilmente dovuta alla circolazione del liquido addominale secondo gradiente pressorio lungo il canale paracolic destro fino allo spazio subfrenico e alla superficie epatica. Probabilmente, tuttavia, anche la diffusione linfatica ed ematogena giocano un ruolo nella disseminazione della malattia. In circa il 4% dei casi di PID negli adolescenti si pone diagnosi di FHCS. Si manifesta con dolore nel quadrante superiore destro dell'addome, febbre, brividi, nausea, vomito, perdite vaginali, dispareunia, disuria, crampi e sanguinamento post-coitale.

La diagnosi è particolarmente difficile da formulare prima dell'intervento chirurgico e la valutazione ecografica o tomografica può essere utile ma non definitiva. L'ecografia può mostrare una falda liquida periepatica,

ispessimento della capsula di Glisson, e potenzialmente versamenti pararenali o ascessi pelvici. La TC può contribuire a visualizzare le aderenze e la flogosi acuta dell'appendice, ma il *gold standard* è la laparoscopia con visualizzazione diretta di aderenze simili a corde di violino (*Figura*).

La diagnosi differenziale include gravidanza ectopica, colecistite, epatite virale, colica renale, pielonefrite, embolia polmonare e appendicite. Il trattamento della FHCS coincide con quello della PID, per cui è necessario isolare il patogeno mediante tampone ed eseguire una terapia antibiotica mirata.

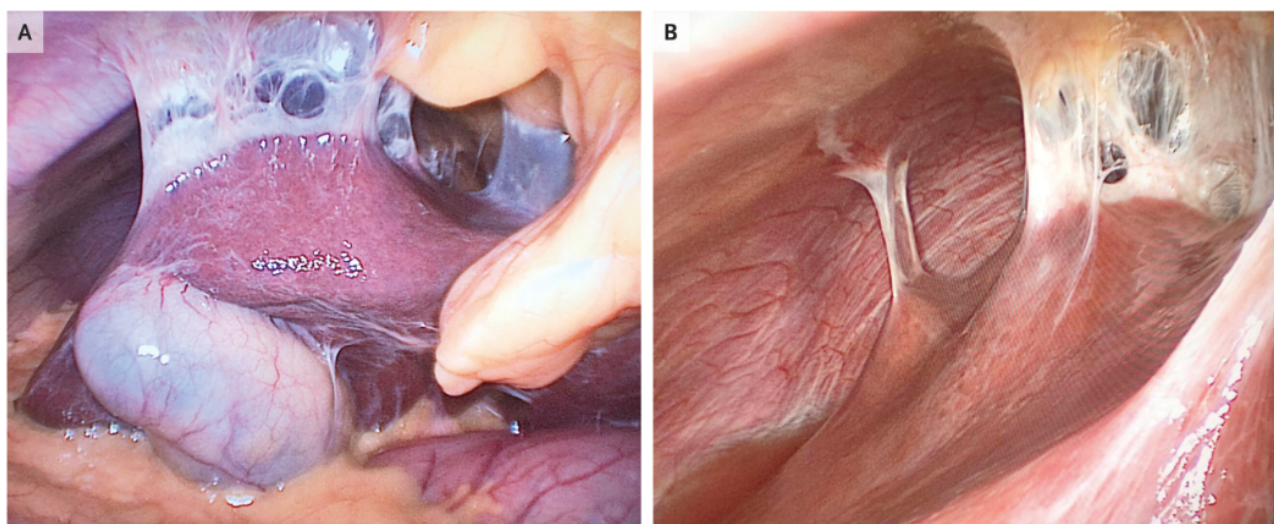


Figura. Aderenze a “corda di violino” tra fegato e peritoneo parietale.

CONCLUSIONI

Il caso clinico presentato sottolinea che sebbene il dolore addominale sia un sintomo molto comune in ambito pediatrico, è fondamentale mantenere un sospetto per eziologie ginecologiche nei casi di dolore addominale acuto o ricorrente, soprattutto nelle adolescenti. Riconoscere tempestivamente la malattia infiammatoria pelvica (PID) e le sue manifestazioni atipiche, come la periepatite, è cruciale per evitare complicanze a lungo termine e per garantire un trattamento adeguato.

BIBLIOGRAFIA DI RIFERIMENTO

- Coremans L, de Clerck F. Fitz-Hugh-Curtis syndrome associated with tuberculous salpingitis and peritonitis: a case presentation and review of literature. BMC Gastroenterol 2018;18(1):42. DOI: 10.1186/s12876-018-0768-0.
- Guerra F, Coletta D. Fitz-Hugh-Curtis Syndrome. N Engl J Med 2019;381(22):e38. DOI: 10.1056/NEJMicm1813625.
- MacLean AB. Fitz-hugh-curtis syndrome. J Obstet Gynaecol 2008;28(3):259-60. DOI: 10.1080/01443610802042993.
- Shikino K, Ikusaka M. Fitz-Hugh-Curtis syndrome. BMJ Case Rep 2019;12(2):e229326. DOI: 10.1136/bcr-2019-229326.
- Wølner-Hanssen P, Weström L, Mårdh PA. Perihepatitis and chlamydial salpingitis. Lancet. 1980;1(8174):901-3. DOI: 10.1016/s0140-6736(80)90838-7.