JULIO, nato il 28/8/04

giunge alla nostra osservazione il 8/8/05 per vomito, diarrea e febbre persistente da oltre una settimana

ANAMNESI

- Familiare: negativa per tare genetiche
- A.Personale: unicogenito nato a termine da parto spontaneo. Gravidanza normocondotta. Peso alla nascita kg 3.800. Fenomeni neonatali normoevoluti.
- Latte materno per tre mesi poi vaccino. Svezzamento a sei mesi. Vaccinazioni secondo legge.

All'ingresso in ospedale:

- Kg 10.900 cm 84 cc46
- EO: lieve iperemia faringea, al torace reperto fisiologico; addome globoso, trattabile, organi ipocondriaci non apprezzabili, piccola ernia ombelicale.

Esami di laboratorio:

- VES: 35, PCR 25.2, sideremia 7.
- Emocromo: GB 14.900 (N 77.2%, M 4.2%, L 18.6%), GR 4.420.000; Hb 9.9, MCV 73, PLT 449.000
- Azotemia, creatininemia, transaminasi, protidemia, elettrolitemia, QPE, TAS, emogasanalisi, sierologia per EBV, esami colturali su sangue, urine, feci, esame parassitologico ed occult test su feci, esame urine, ricerca adeno e rotavirus: tutto negativo.

ESAMI RADIOLOGICI

- Rx torace: nella norma
- Rx diretta addome: (15/8/05) al controllo attuale non si apprezza aria libera in cavità addominale, né immagini da riferire a livelli idroaerei. Coprostasi colica diffusa.

EVOLUZIONE

- Durante la degenza (8/8-17/8) il piccolo ha presentato febbre elevata di tipo continua con alvo dispeptico e lieve calo ponderale; candidosi orale

Ha praticato terapia con Ceftriaxone per 7gg e Mycostatin per 4gg.

- Ottenuto lo sfebbramento e migliorate le condizioni generali il paziente è stato dimesso il 17/8/05.

Dopo un giorno dalla dimissione il piccolo torna nuovamente a ricovero per la ricomparsa di vomito, diarrea e febbre

- VES 30, GOT 160, GPT 158, gammaGT 235, sideremia 27, LDH 958

Emocromo: GB 9.200, Hb 9, PLT 278.000

- Markers epatite A, B, C. Negativi; TORCH: negativo; EBV VCA IgG: positivo.

Ricerca Rotavirus: positiva.

- Coprocoltura, widal-wright: negativi

- Poniamo diagnosi di infezione da Rotavirus
- L'alvo si mantiene diarroico e persiste la febbre. Il bambino mangia con difficoltà e vomita.
- Viene posto in flebo e reidratato

Ad una settimana dal secondo ricovero

- Le condizioni del bambino non sono molto migliorate
- La febbre continua,
- l'alvo è diventato irregolare e la diarrea non è completamente risolto
- Il piccolo rifiuta l'alimentazione, vi è vomito saltuario e scadimento delle condizioni cliniche generali.

Sono ormai tre settimane di febbre

- L'infezione da Rotavirus non può giustificare tale evoluzione (probabilmente è stata contratta in ospedale durante il primo ricovero)
- Non si spiegano i livelli elevati di transaminasi ed LDH
- Decidiamo di ripartire con indagini per FUO

Il pomeriggio improvvisamente presenta sindrome subocclusiva con addome teso e vomito

- Visita chirurgica : addome teso, globoso. In sede ipogastrica e mesogastrica tumefazione di consistenza dura. All'esplorazione digitale del retto si apprezza nel Douglas una massa di consistenza dura-elastica a superficie liscia che occupa la pelvi.

RX DIRETTA ADDOME: grossolana e tenue opacità in sede addomino-pelvica che disloca superiormente le anse addominali notevolmente distese.

- ECOGRAFIA ADDOME: presenza di formazione bilobata a margini netti (12 per 12cm) che occupa la cavità addominale e pelvica dislocando verso sinistra la vescica. Tale formazione presenta ecostruttura prevalentemente ipoecogena nel suo contesto. Dilatazione calico-pielica bilaterale verosimilmente da compressione.

Viene trasferito in chirurgia pediatrica

- Pratica in laparoscopia biopsia della massa addominale:
- Sarcoma dei tessuti molli