Artico C, et al. Medico e Bambino 2026;29(9):e277-e279
DOI: 10.53126/MEBXXIXN277

PAGINE ELETTRONICHE M&B http://www.medicoebambino.com

MeB - Pagine Elettroniche

Volume XXIX Novembre 2026 numero 9

I POSTER DEGLI SPECIALIZZANDI

# DOLORE ADDOMINALE IN ETÀ PEDIATRICA: LA STORIA DI UN CORPO ESTRANEO MISCONOSCIUTO

Claudia Artico[1,2], Beatrice Polito[1], Erika Placitelli[1,2], Flavio Storelli[3], Stefano Masi[3,4], Graziano Memmini[2,5]

[1]*Scuola di Specializzazione in Pediatria, Università di Pisa*
[2]*UOC Neonatologia e Pediatria, Nuovo Ospedale "Apuane" (NOA), Massa*
[3]*SOC Pronto Soccorso Pediatrico,*
[4]*Dipartimento dell'Alta Intensità e dell'Emergenza-Urgenza, Ospedale Pediatrico "Meyer", Firenze*
[5]*AOD Pediatria, Azienda USL Toscana nord ovest, Massa-Carrara*

**Indirizzo per corrispondenza**: artico.claudia@gmail.com

## CASO CLINICO

Riportiamo il caso di una bambina di 10 anni che accedeva in Pronto Soccorso per comparsa, da circa due giorni, di dolore addominale a livello dell'ipocondrio sinistro, in apiressia. Tale sintomatologia era esacerbata dagli atti respiratori e non era responsiva alla terapia antidolorifica. Non venivano riferiti traumi recenti. Dall'anamnesi patologica la paziente risulta affetta da asma allergico ed effettua terapia quotidiana con fluticasone per via inalatoria.

All'esame obiettivo emergeva una spiccata dolorabilità in sede mesogastrica durante i movimenti, con difficoltà a mantenere la posizione supina; l'addome era marcatamente dolente e dolorabile alla palpazione superficiale e profonda in ipocondrio sinistro, fianco sinistro e fossa iliaca sinistra, con segno di Blumberg negativo. Il segno di Giordano risultava negativo bilateralmente. Dal punto di vista dell'apparato respiratorio, la paziente era eupnoica in aria ambiente, senza presentare segni di distress respiratorio e l'auscultazione del torace era negativa per rumori patologici. In seguito alla visita si somministrava una dose di paracetamolo per os, senza miglioramento del dolore.

Si eseguivano quindi esami ematochimici, comprensivi di emocromo, funzionalità epato-renale, glicemia, elettroliti e *stick* urine, risultati nella norma. Si procedeva a richiedere un'ecografia dell'addome, risultata negativa, e quindi, in seguito, di una radiografia del torace e diretta dell'addome (*Figura 1*). Queste ultime indagini permettevano di far apprezzare la presenza di un corpo estraneo filiforme a densità metallica, che si proiettava a livello gastrico; in particolare alla diretta addome non vi erano patologici livelli idroaerei a sede enterocolica, né segni di pneumoperitoneo.

A completamento diagnostico, e previo consulto sia con lo specialista radiologo che con il *Trauma Center* pediatrico di riferimento, si eseguiva inoltre una TC addome (*Figura 2*), che individuava il noto corpo estraneo delle dimensioni di circa 30 mm a posizione verticale, che aveva trapassato lo stomaco fino ad arrivare in corrispondenza del lobo sinistro del fegato. Per identificarlo meglio, si è concordato di far assumere alla paziente circa un litro e mezzo d'acqua prima dell'esame: l'acqua, fungendo da mezzo di contrasto, avrebbe disteso lo stomaco permettendo di stabilire se l'ago penetrasse o meno nella parete gastrica anteriore.

Venivano presi quindi accordi con il Centro di riferimento per il trasferimento della paziente. Da un'attenta analisi di controlli radiografici che la paziente aveva eseguito in precedenza, è emerso un dettaglio sorprendente: in una radiografia del torace risalente a circa sei anni prima, effettuata durante un accesso in PS per un episodio di tosse, si riusciva già a intravedere (sebbene in modo parziale e sfumato) il corpo estraneo sopra menzionato, con analoga morfologia e localizzazione. Alla richiesta di chiarimenti riguardo a una possibile ingestione avvenuta in quel periodo, né la bambina né i genitori hanno saputo ricordare l'episodio.

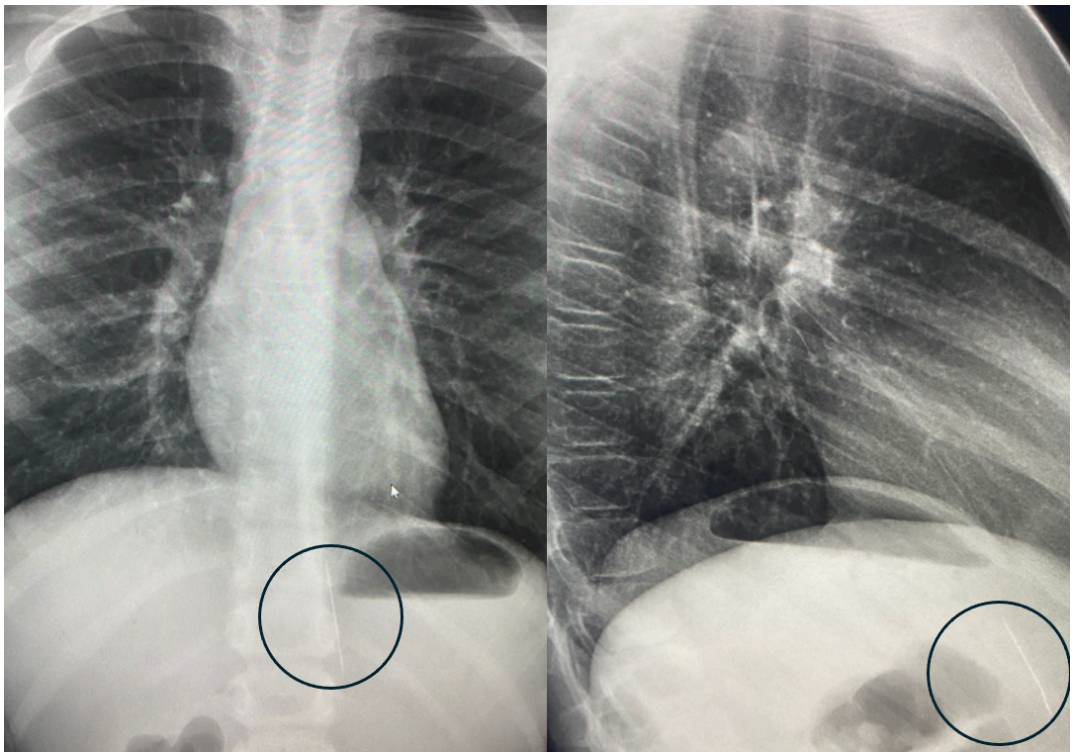


***Figura**. Immagine radiografica che mostra morfologia e localizzazione del corpo estraneo.*

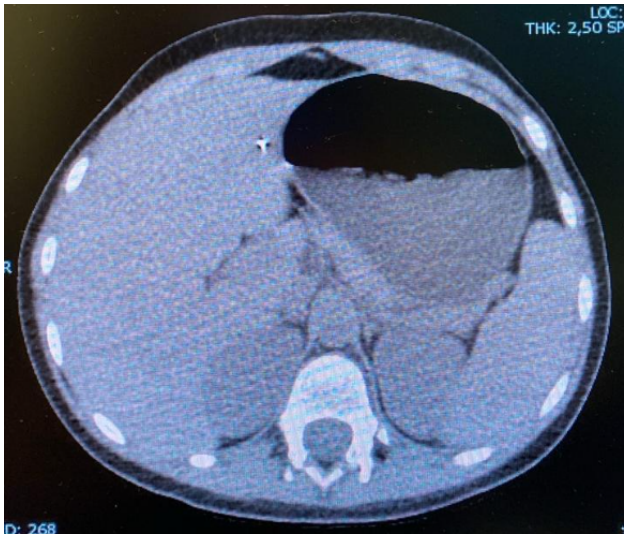



***Figura**. TC addome che mostra la penetrazione del corpo estraneo a livello del lobo epatico sinistro.*

## CONCLUSIONI

Il caso evidenzia l'importanza di un inquadramento clinico-radiologico accurato nei quadri di dolore addominale pediatrico, soprattutto in presenza di sintomi atipici e mancata risposta alla terapia analgesica. La scoperta tardiva di un corpo estraneo ingerito anni prima sottolinea il valore della revisione critica di esami radiologici pregressi e il rischio, spesso sottostimato, dell'ingestione accidentale di oggetti in età infantile.

Il caso offre inoltre uno spunto sull'importanza del follow-up anche in assenza di sintomi iniziali.

## BIBLIOGRAFIA DI RIFERIMENTO


- Cevizci MN, Demir M, Demir B, Demir I, Kilic O. Migration of ingested sewing needle from within sigmoid colon to outside of the lumen. Pak J Med Sci 2014;30(6):1422-4. DOI: 10.12669/pjms.306.5423.
- Dana K, Lama A, Mays A, Ayman A, Zakaria H, AlDekhail W. Incidental finding of a needle in the root of the mesentery of an 11-month-old boy: A case report. Int J Pediatr Adolesc Med 2021;8(2):117-20. DOI: 10.1016/j.ijpam.2020.03.011.
- Quitadamo P, Battagliere I, Del Bene M, et al. Sharp-Pointed Foreign Body Ingestion in Pediatric Age. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2023;76(2):213-7. DOI: 10.1097/MPG.0000000000003655.