

Ascesso retroperitoneale da corpo estraneo dopo perforazione duodenale asintomatica. Case report

R. PUGLISI, C. MURMURA, A. PIOMBO, F. QUAGLIA

RIASSUNTO: Ascesso retroperitoneale da corpo estraneo dopo perforazione duodenale asintomatica. Case report.

R. PUGLISI, C. MURMURA, A. PIOMBO, F. QUAGLIA

Presentiamo un caso di un ascesso retroperitoneale da perforazione duodenale, per corpo estraneo, del tutto asintomatica. Il paziente era stato ricoverato per dolori lombari e crisi subocclusive, con anamnesi assolutamente negativa per sintomatologia acuta.

Dopo inquadramento clinico-strumentale e riscontro di neoforazione ascessualizzata nel contesto del muscolo psoas destro, il paziente è stato sottoposto ad intervento chirurgico, che ha evidenziato ascesso lombare, contenente un corpo estraneo (stuzzicadenti).

Si è trattato quindi di una migrazione transduodenale di corpo estraneo, senza segni clinici acuti di perforazione duodenale.

SUMMARY: Retroperitoneal abscess due to asymptomatic duodenal perforation by foreign body. A case report.

R. PUGLISI, C. MURMURA, A. PIOMBO, F. QUAGLIA

We present a case of retroperitoneal abscess due to asymptomatic duodenal perforation by foreign body. Patient has been admitted for lumbar pain and subocclusive crisis, with a medical history negative for acute symptomatology.

After both clinical and radiologic evaluation, an abscess-like mass was detected in the context of right psoas muscle. Patient underwent surgical operation and a lumbar abscess has been found containing a foreign body (toothpick).

There has been a transduodenal migration of the foreign body, without clinical signs of duodenal perforation.

KEY WORDS: Ascesso retroperitoneale - Perforazione duodenale asintomatica.
Retroperitoneal abscess - Asymptomatic duodenal perforation.

Introduzione

Presentiamo un caso di un ascesso retroperitoneale da perforazione duodenale, per corpo estraneo, del tutto asintomatica. Il paziente era stato ricoverato per dolori lombari e crisi subocclusive, con anamnesi assolutamente negativa per sintomatologia acuta.

Caso clinico

Paziente maschio di 81 anni, ricoverato nel dicembre 2004, nel nostro Reparto per dolori lombari e crisi subocclusiva.

Al ricovero il paziente lamentava forti algie al fianco destro irradiate alla radice della coscia omolaterale con difficoltà alla deam-

bulazione. L'obiettività addominale presentava un Murphy debolmente positivo, un Giordano positivo a destra e una leucocitosi neutrofila (16.300). Il rialzo termico era modesto (37.7°C). Il paziente non riferiva precedenti clinici di rilievo salvo l'asportazione endoscopica di un polipo del retto. Non era sottoposto ad alcuna terapia.

Durante il ricovero venivano eseguiti esami ematochimici (che dimostravano soltanto la persistenza di una leucocitosi neutrofila), esame chimico fisico delle urine (nella norma), ecografia addominale, Rx diretta dell'addome, Rx anca-colonna-bacino, Rx clisma con doppio contrasto e, a seguito di valutazione ortopedica, TC lombosacrale. Quest'ultimo esame dimostrava la presenza, nel contesto del muscolo psoas destro, di una massa di 50x37 mm che si estendeva distalmente al polo inferiore del rene con impregnazione periferica del mezzo di contrasto, massa riferibile a formazione ascessualizzata con un'immagine nel contesto di non chiara definizione (Fig. 1).

Il paziente veniva quindi sottoposto a intervento chirurgico. Intraoperatoriamente si evidenziava la presenza di aderenze tra la seconda porzione del duodeno e la formazione che aveva i caratteri di una raccolta con una capsula spuria. Alla sua apertura fuoriusciva una certa quantità di pus nel quale si repertava uno stuzzicadenti (Fig. 2). Considerate posizione e natura del corpo estraneo e la sua molto probabile provenienza digestiva, si iniettava bleu di metilene tramite il sondino naso-gastrico per evidenziare

Azienda Ospedaliera "Villascassi", Genova
U.O. Chirurgia Generale
S.S. di Chirurgia Colon-Proctologica
(Direttore: Prof. R. Puglisi)

© Copyright 2008, CIC Edizioni Internazionali, Roma

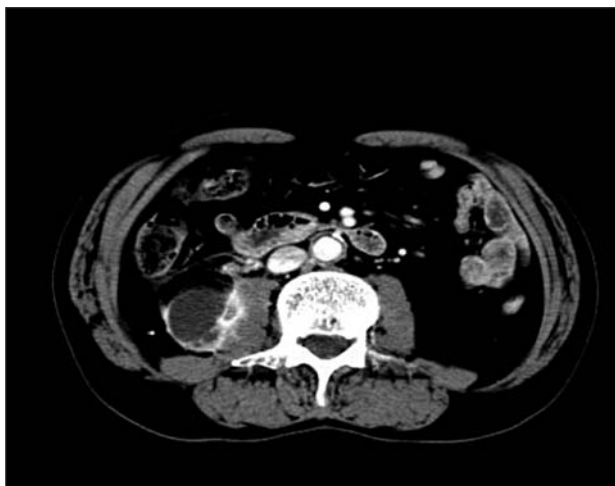


Fig. 1 - TC addominale: formazione ascessualizzata nel contesto del muscolo psoas destro.

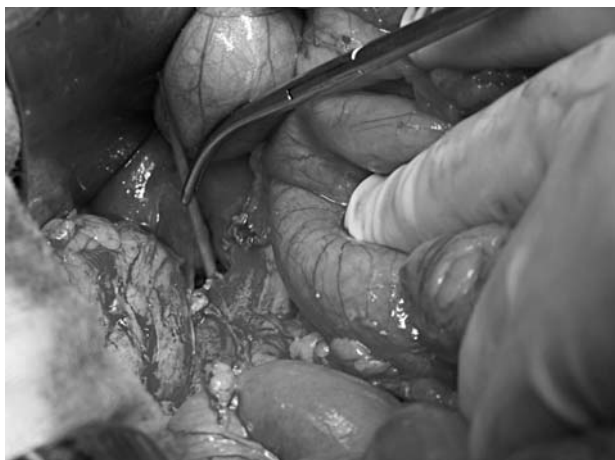


Fig. 2 - Riscontro intraoperatorio: corpo estraneo (stuzzicadenti).

una possibile fistola duodenale. Non essendoci stato spandimento del colorante, l'intervento si concludeva con il posizionamento di un drenaggio nella cavità svuotata e detersa.

È stata attuata quindi terapia antibiotica ad ampio spettro (amikacina 500 mg x 2, ampicillina + sulbactam 3 g x 2 e metronidazolo 500 mg x 3) per 5 giorni dopo l'intervento.

L'esame colturale del pus è risultato positivo per *Klebsiella Pneumoniae* sensibile a tutti gli antibiotici prescritti. Non vi sono state complicazioni post-operatorie. Il paziente è stato dimesso in 7^a giornata.

I successivi controlli clinici risultavano nella norma.

Discussione e conclusioni

La nostra condotta terapeutica (trattamento chirurgico e antibiotico-terapia ad ampio spettro) è stata condizionata dalla causa evidente dell'ascesso intraddominale (1-3). Nonostante un quadro clinico e radiologico suggestivo, il paziente non presentava infatti né fattori di rischio né patologie associate che giustificassero la presenza di un ascesso primitivo dello psoas (diabete mellito, uso intravenoso di droghe, AIDS, insufficienza renale, immunosoppressione) o secondario (Crohn, diverticolite, appendicite, cancro del colon, infezioni o neoplasie delle vie urinarie, litotrixxia extracorporea, osteomielite vertebrale, artrite settica, aneurisma aorta addominale infetto, manovre angiografiche, endocardite, linfadenite, TBC, batteriemia, traumi aperti o chiusi) (4-6).

Il paziente non ricordava alcuna sintomatologia addominale riferibile ad una perforazione digestiva precedente la comparsa dei sintomi correlati all'ascesso.

Abbiamo quindi concluso per un ascesso retroperitoneale da perforazione duodenale minima asintomatica da corpo estraneo.

Bibliografia

1. Mallick IH, Thoufeeq MH, Rajendran TP. Iliopsoas abscesses. Postgrad Med J 2004;80:459-462.
2. Walsh TR, Reilly JR, Hanley E. Changing etiology of iliopsoas abscess. Am J Surg 1992;163:413-16.
3. Ricci MA, Rose FB, Meyer KK. Pyogenic psoas abscess: worldwide variations in etiology. World J Surg 1986;10:834-43.
4. Mueller PR, Ferrucci JT Jr, Wittenberg J. Iliopsoas abscess: treatment CT-guided percutaneous catheter drainage. Am J Roentgenol 1984;142:359-62.
5. Cantasdemir M, Kara B, Cebi D. Computed tomography-guided percutaneous catheter drainage of primary and secondary iliopsoas abscesses. Clin Radiol 2003;58:811-15.
6. Tortuyaux JM, Bresler L, Courbey JP, Regent D, Grosdidier J. Intérêt diagnostique et thérapeutique de la laparoscopie dans les urgences abdominales. A propos d'un corps étranger perforant le duodénum. Acta Endoscopica 1992;22(1):65-68.