MEDICO E BAMBINO
PAGINE ELETTRONICHE

Primo pomeriggio in PS

CHIARA ZANCHI, GABRIELE CONT, LAURA RUBERT
Clinica Pediatrica, IRCCS "Burlo Garofolo", Trieste

V., bambina di 3 anni, arriva in Pronto Soccorso il pomeriggio del 23 dicembre, il nostro primo pomeriggio di guardia da specializzandi, per una linfadenopatia bilaterale importante e febbre elevata. La sua storia era iniziata la domenica, due giorni prima il suo arrivo in PS, con la comparsa di due piccoli linfonodi laterocervicali, uno destro e l'altro sinistro; il giorno successivo era comparsa anche febbricola e dolore ai movimenti del collo, motivo per cui la mamma l'aveva fatta visitare dal pediatra che, non avendo riscontrato alcuna localizzazione infettiva delle alte vie respiratorie, si era raccomandata di riportare la bimba all'attenzione di un medico nel caso in cui le condizioni fossero peggiorate.

All'arrivo in Pronto Soccorso la piccola è in discrete condizioni generali, rosea, ma sofferente. È febbrile (temperatura 39 °C) e i parametri vitali sono buoni (eupnoica, SaO2 98-99%). Presenta spiccata dolorabilità alla palpazione della regione laterocervicale, dove si apprezzano due grosse tumefazioni di consistenza teso-elastica, una destra e una sinistra, riconducibili a due grossi linfonodi. In particolare quello di sinistra è più grande (2 cm circa di diametro) e molto più dolente di quello dx e V. tiene il collo flesso verso sinistra in posizione antalgica. Sempre in sede laterocervicale bilateralmente sono presenti altri linfonodi più piccoli e meno dolenti. Il faringe è roseo, le tonsille piccole e rosee e le membrane timpaniche indenni. All'ispezione del cavo orale con l'abbassalingua però la piccola sembra manifestare difficoltà inspiratoria. Negativa l'obiettività cardiotoracica. L'addome è trattabile; non si apprezzano masse, né epatosplenomegalia. Non sono presenti segni meningei, anche se vi è una certa rigidità del collo. Non si palpano altri linfonodi nelle comuni sedi di repere.

Ci trovavamo quindi di fronte a una importante linfoadenopatia laterocervicale simmetrica, altamente febbrile, in assenza di una infezione faringotonsillare visibile. Le nostre prime due ipotesi sono state quelle di una mononucleosi e di un ascesso profondo del collo. A sfavore della prima ipotesi c'erano l'età, l'assenza di epatosplenomegalia e di tonsillite. Abbiamo quindi deciso di effettuare alcuni esami ematochimici urgenti (emocromo, VES, PCR, transaminasi, MONOTEST) e di chiamare l'otorino reperibile.

Nel frattempo le condizioni generali di V. iniziano rapidamente a peggiorare: chiede un bicchiere d'acqua e lo vomita, diventa a tratti saporosa; la mamma racconta che effettivamente durante il giorno si era rifiutata di mangiare, mentre il giorno prima aveva cenato volentieri. A questo punto allarmati e orientati ancora di più verso l'ipotesi di un ascesso profondo iniziamo la prima dose di terapia antibiotica con ceftriaxone e allertiamo anche il radiologo reperibile della possibile necessità di eseguire una TAC. Nel frattempo escono i risultati degli esami e arriva l'otorino.

Gli esami ematici mostrano una importante leucocitosi neutrofila (GB 26.000/mmc-N22.000/mmc - L 2400) con indici di flogosi aumentati (VES 40 mm/h, PCR 3,47 mg/dl). Le transaminasi sono normali (AST 21 U/L, ALT 35 U/L) e il monotest negativo.
All'ispezione del cavo orale l'otorino vede un'immagine a bombè sulla parete faringea in sede posterolaterale sinistra, motivo per cui chiede una TAC che evidenza un ascesso retrorinofaringeo di 3 cm x 1 cm, bilobato, che si estende dalla base cranica fino a un piano assiale passante per il soma di C5. Alle ore 20 circa la piccola entra in sala operatoria per il drenaggio dell'ascesso, viene ricoverata nel reparto di chirurgia e, al ceftriaxone, viene associata la clindamicina. Il giorno successivo V. muove liberamente il collo e si sfebbra completamente il giorno di Natale.

Impossibile dimenticarlo per il decorso rapido (febbre da un solo giorno con progressivo e rapido deterioramento delle condizioni generali in Pronto Soccorso),

l'assenza in anamnesi di una infezione pregressa delle alte vie respiratorie, la relativa rarità di tale patologia (da 1 a 3 casi/anno in centri otologici di terzo livello)… e perché è stata la prima vera emergenza gestita da noi specializzandi in Pronto Soccorso.

Vuoi citare questo contributo?
C. Zanchi, G. Cont, L. Rubert. PRIMO POMERIGGIO IN PS. *Medico e Bambino pagine elettroniche* 2010; 13(2) http://www.medicoebambino.com/?id=IND1002_10.html