

**I POSTER DEGLI SPECIALIZZANDI**

**UNA LINFADENITE DA VACCINO... LA BCG-ITE**

Giulia Facchina

*Scuola di Specializzazione in Pediatria, Università di Trieste*

*Indirizzo per corrispondenza:* facchina.giulia@gmail.com

Una lattante tunisina di 6 mesi giunge alla nostra attenzione per una storia di tre giorni di febbre associata a una tumefazione linfonodale dolente e iperemica al cavo ascellare sinistro. La sintomatologia non aveva risposto alla terapia antibiotica per os con amoxicillina e acido clavulanico. Gli esami ematici evidenziavano una leucocitosi neutrofila con piastrinosi e aumento della PCR, mentre un'ecografia eseguita in altra sede confermava la pertinenza linfonodale della tumefazione, che presentava colliquazione e segni di iniziale fistolizzazione.

Da segnalare in anamnesi l'esecuzione del vaccino antitubercolare due mesi prima nel Paese di provenienza. In considerazione della storia clinica e della localizzazione della linfadenite, abbiamo sospettato la presenza di una linfadenite tubercolare post-vaccinale (BCG-ite - BCG = bacillo di Calmette-Guérin), avviato terapia con isoniazide e rifampicina ed eseguito l'aspirazione chirurgica del linfonodo, con immediato beneficio. Tuttavia, alla luce della rapidità di comparsa dei sintomi, nel sospetto di una sovrainfezione batterica, abbiamo avviato in concomitanza la terapia antibiotica con clindamicina, e abbiamo eseguito gli esami immunologici (sottopopolazioni linfocitarie e ROI test), per escludere un difetto immunitario sottostante. Tali esami sono risultati nella norma. La PCR su aspirato è invece risultata positiva per *Mycobacterium complex*, con successiva positivizzazione a 40 giorni della coltura per *Mycobacterium bovis*, confermando l'ipotesi iniziale di BCG-ite. Inoltre, la coltura sull'aspirato è risultata positiva per *Staphylococcus aureus*, confermando la presenza di sovrainfezione batterica.

La **BCG-ite** è un'infezione da micobatteri (nella fattispecie *M. bovis*) secondaria alla vaccinazione antitubercolare, situazione che spesso si presenta con una semplice tumefazione linfonodale ascellare omolaterale rispetto al

sito di inoculo del vaccino (come nel caso della piccola). Tuttavia, in questo caso, il quadro era arricchito anche da dolorabilità locale con importante iperemia sovrastante con febbre e indici di flogosi aumentati. La situazione, descritta in letteratura come infezione sistemica da vaccinazione post-tubercolare, poteva avere due possibili spiegazioni: la prima prevedeva l'esclusione di un difetto immunitario (SCID e CGD); la seconda, invece, prevedeva la presenza di una sovrainfezione batterica. In tal senso è importante sottolineare che non solo dall'aspirato è stato isolato un ceppo di *S. aureus*, ma che l'immediato e stabile miglioramento clinico dopo aspirazione depongono per un ruolo molto più importante della componente piogenica che di quella tubercolare.

Il trattamento di questa condizione risulta essere controverso, dal momento che, se le forme non suppurative vanno in genere incontro a involuzione spontanea, quelle suppurative possono invece associarsi a decorsi prolungati e con esiti importanti.

La terapia medica con macrolidi o farmaci antitubercolari è molto controversa in quanto non sembra influenzare favorevolmente il decorso. In caso di forme con evoluzione suppurativa è raccomandato il ricorso all'agoaspirato per prevenire la fistolizzazione. Tale procedura è da considerarsi il *gold standard* terapeutico, ricorrendo all'escissione chirurgica esclusivamente nei casi in cui l'aspirato fallisca, in caso di linfonodi multi-loculati o qualora si sia già realizzata una fistolizzazione.

**Bibliografia di riferimento**

Grassi M, Mambelli L, Italiano F, Pugliese F, Piccinini G, Marchetti F. Linfadenite ascellare e vaccinazione antitubercolare. Medico e Bambino pagine elettroniche 2012;15(7).