

## MeB – Pagine Elettroniche

Volume XXI

Novembre 2018

numero 9

### I POSTER DEGLI SPECIALIZZANDI

#### UN LINFONODO ATIPICO

Stefanny Andrade

*Scuola di Specializzazione in Pediatria, Università di Trieste*

**Indirizzo per corrispondenza:** [steppany2190@gmail.com](mailto:steppany2190@gmail.com)

Un bambino di 12 mesi giunge in Pronto Soccorso per una linfadenopatia laterocervicale sinistra presente da 3 settimane. Inizialmente, per presenza di otite media sinistra consensuale alla linfadenopatia, era stata avviata dal pediatra di famiglia terapia con amoxi-clavulanato per 7 giorni, in seguito alla quale era sfebbrato e la tumefazione si era ridotta, ripresentandosi però alla sospensione dell'anti-biotico.

Giunto in PS non ha febbre né tosse. Ha due gatti a casa. L'esame obiettivo è nella norma, si evidenzia solo la tumefazione non dolente, mobile sui piani superficiali, ma adesa sui profondi, con cute sovrastante rosea. Alla ecografia si riscontrano multipli linfonodi reattivi, ipoeccogeni, con aumentata vascolarizzazione, non aree colliquate. Gli esami ematici evidenziano uno stato infiammatorio con monocitosi e ipereosinofilia: VES 57 mm/h, GB 8440/mm<sup>3</sup>, di cui monociti 1100/mm<sup>3</sup> ed eosinofili 1050/mm<sup>3</sup>. Dosati anche anticorpi anti-*Bartonella*, *Toxoplasma*, virus di Epstein-Barr e citomegalovirus, che risulteranno poi negativi. Il consulente ORL, che alla luce degli esami e della clinica si orienta su una eziologia batterica da intracellulari, decide di avviare azitromicina per 5 giorni e rivalutare il paziente. Terminata la terapia antibiotica, visto il quadro clinico invariato esegue una Mantoux che a 48 h risulta positiva con 10 mm di infiltrato. Giunge quindi da

noi in consulenza. La famiglia nega contatti con soggetti affetti da tubercolosi, non hanno fatto viaggi all'estero, la radiografia del torace e il Quantiferon sono negativi. Insomma, una linfadenite da micobatteri non tubercolari fino a prova contraria! Durante il colloquio però emerge che il padre da tre settimane presenta tosse e recentemente ha perso 5 kg! Per cui iniziamo a pensare a un possibile caso di tubercolosi ed eseguiamo Mantoux e Rx al padre, che fortunatamente sono negativi.

Come suggerito in letteratura, nel sospetto di una linfadenite da micobatteri atipici optiamo per l'escissione chirurgica del linfonodo, che spesso è risolutiva. L'asportazione risulta difficile e incompleta per la notevole infiammazione e adesione del pacchetto linfonodale al piano muscolare. L'esame colturale e la ricerca tramite *polymerase chain reaction* evidenziano un *Mycobacterium avium* complex. Decidiamo quindi di avviare anche terapia antibiotica per sei mesi poiché, come segnalato in letteratura, in presenza di linfonodi reattivi multipli e impossibilità di asportazione completa, questa riduce il rischio di recidiva. I farmaci più utilizzati sono la claritromicina e la rifampicina. Sulla durata della terapia non vi è concordanza nei vari studi, ma noi abbiamo optato per una terapia di sei mesi, con la quale viene riportata una percentuale di guarigione fino al 100% dei casi.