

MeB - Pagine Elettroniche

Volume XXIV

Marzo 2021

numero 3

I POSTER DEGLI SPECIALIZZANDI

TORCICOLLO E MALATTIA DI KAWASAKI

Chiara Rubino¹, Sandra Trapani²

¹Scuola di Specializzazione in Pediatria, Università di Firenze

²Pediatria Medica, Ospedale Pediatrico "Meyer", Firenze

Indirizzo per corrispondenza: crubino7@gmail.com

Presentiamo il caso di un bambino di 3 anni, ricoverato nel nostro reparto al quinto giorno di febbre associata a dolore cervicale ingravescente.

Alla valutazione iniziale appare in condizioni generali discrete. Presenta dolore e limitazione completa alla mobilitazione attiva e passiva del collo. Non sono presenti segni meningei né deficit neurologici.

L'esame obiettivo generale rivela iperemia faringea, mirocadenopatia laterocervicale e lieve iperemia congiuntivale. Gli esami ematici mostrano leucocitosi neutrofila (globuli bianchi 16.400/mm³ con neutrofili 76%) e PCR aumentata (8,33 mg/dl, vn < 0,29 mg/dl).

Nel sospetto iniziale di eziologia infettiva, si avvia antibiototerapia ad ampio spettro con ceftriaxone (100 mg/kg/die) e si richiedono indagini infettivologiche (emocultura, PCR per pneumococco, meningococco, *Haemophilus influenzae*, adenovirus, virus di Epstein-Barr), poi risultate negative.

In considerazione della durata della febbre e degli sfumati segni evocativi di **malattia di Kawasaki** (MK), viene richiesta una valutazione cardiologica, la quale evidenzia una dilatazione aneurismatica di entrambe le coronarie. Tale dato ci consente di confermare il sospetto di MK¹: si somministrano immunoglobuline per via endovenosa (IVIg) al dosaggio di 2 g/kg e acido acetilsalicilico per os a dosaggio antinfiammatorio (50 mg/kg/die).

Per incremento della dilatazione aneurismatica delle coronarie al controllo ecocardiografico del giorno successivo, viene somministrata una seconda dose di IVIg e avviata profilassi anticoagulante con enoxaparina.

Nei giorni successivi il bambino si mantiene apiretico e i reperti ecocardiografici migliorano gradualmente. Il quinto giorno di ricovero riscontriamo una lieve desquamazione peringueale alle dita delle mani.

La diagnosi di MK si basa su criteri clinici. In presenza di forme incomplete, il riscontro di anomalie coronariche conferma la diagnosi nella maggior parte dei casi¹. L'edema retrofaringeo può essere una manifestazione rara di MK e determinare quadri che mimano un ascesso retrofaringeo². Pertanto, il dolore cervicale associato a febbre deve in primo luogo evocare un'eziologia infettiva (meningite, ascesso retrofaringeo, peritonsillare, parafaringeo tra le cause più comuni), senza dimenticare che può trattarsi del quadro di esordio di una MK, anche se gli altri segni clinici risultano sfumati.

Bibliografia

- [1] McCrindle B, Rowley AH, Newburger JW, et al. Diagnosis, treatment, and management of Kawasaki disease. *Circulation* 2017;135:e927-e999. DOI: 10.1161/CIR.0000000000000484.
- [2] Puhakka L, Saat R, Klockars T, Kajosaari L, Salo E, Nieminen T. Retropharyngeal involvement in Kawasaki disease - A report of four patients with retropharyngeal edema verified by magnetic resonance imaging. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2014;78(10):1774-8. DOI: 10.1016/j.ijporl.2014.07.008.