

MeB - Pagine Elettroniche

Volume XXVI

Settembre 2023

numero 7

I POSTER DEGLI SPECIALIZZANDI

CI STAVANO DENTRO FINO AL COLLO, I LINFONODI...

Matteo Di Toro Mammarella

Scuola di Specializzazione in Pediatria, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

Indirizzo per corrispondenza: m.ditorom@gmail.com

Un bambino di 8 anni giungeva presso il nostro Pronto Soccorso per comparsa di dolore cervicale e vomito in apiressia. La mamma negava qualsiasi tipo di trauma. In anamnesi patologica remota si registrava una prematurità a 28+1 settimane di età gestazionale, per il resto nulla di rilevante.

Alla visita buone condizioni generali del bambino con dolorabilità ai movimenti del collo. Constatata la remissibilità del dolore dopo somministrazione di ibuprofene, il bambino veniva dimesso.

Dopo due giorni, il bambino tornava nuovamente in Pronto Soccorso per un'intensificazione del torcicollo destro, del vomito e della cefalea. Gli episodi di vomito riferiti erano 5 al giorno. La cefalea, invece, riferita come tensiva, persisteva da 3 mesi ma si era esacerbata negli ultimi 5 giorni. Clinicamente il bambino mostrava un atteggiamento del capo in flessione, la presenza di multipli linfonodi laterocervicali a destra, mobili e dolenti alla palpazione e una dolorabilità evocabile alla mobilizzazione attiva e passiva del collo. L'otoscopia era negativa bilateralmente.

Si eseguivano quindi esami ematici che mostravano una leucocitosi neutrofila (globuli bianchi $13,16 \times 10^9/l$, di cui 74,9% neutrofili), un aumento del valore della PCR (139,7 mg/l $vn < 5$ mg/l) e del fibrinogeno (911 mg/dl). Venivano eseguite inoltre una Rx del torace, che escludeva focolai broncopneumonici, e un'ecografia del collo che rilevava multipli linfonodi di dimensione aumentata in sede laterocervicale bilaterale (destra > sinistra), di cui i maggiori in sede retroangolomandibolare, di significato reattivo. In considerazione della sintomatologia neurologica (vomito e cervicaglia) si decideva quindi di approfondire il caso: la TC encefalo non mostrava alterazioni a livello del parenchima encefalico, ma in una sezione cervicale segnalava una formazione linfonodale in sede retrofaringea destra nel cui contesto si evidenziava un'area necrotico-cistica.

Nel sospetto dunque di un ascesso retrofaringeo veniva impostata la terapia antibiotica endovenosa con ceftriaxone

e, in seguito a valutazione otorinolaringoiatrica, si disponeva il ricovero per il proseguimento delle cure.

Giunto in reparto, il bambino eseguiva in prima battuta il test di Mantoux e successivamente il Quantiferon, entrambi rivelatisi negativi, e successivamente veniva sottoposto a una RM collo, impiegando sequenze TSE, DIXON E DWI, prima e dopo mezzo di contrasto. Il quadro che veniva descritto si mostrava compatibile con un quadro di linfadenite suppurativa retrofaringea destra associata a segni di infiammazione dello spazio retrofaringeo, prevertebrale e carotideo destro, con segni di edema osseo del clivus. Si confermava dunque l'antibioticoterapia con ceftriaxone. Le sierologie per *Toxoplasma gondii* e *Bartonella henselae* sono risultate negative.

In seguito a un netto miglioramento clinico e laboratoristico, il bambino veniva dimesso nei giorni successivi, con l'indicazione a eseguire una RM di controllo a un mese dalla dimissione, che ha poi mostrato un netto miglioramento del quadro precedentemente descritto.

Sebbene relativamente non comune, l'**ascesso retrofaringeo** rappresenta una complicanza critica delle infezioni orofaringee a cui è necessario prestare particolare attenzione dal momento che può evolvere rapidamente verso quadri ad alto tasso di morbilità/mortalità, in particolar modo nei bambini. Le complicanze spesso seguono infezioni lievi delle alte vie respiratorie e spesso si presentano con segni e sintomi che vengono sottostimati.

Il presente caso vuole sottolineare come, sebbene nel nostro caso il riscontro di ascesso retrofaringeo sia stato occasionale in conseguenza di una TC encefalo eseguita per la sintomatologia neurologica, il sospetto di questa patologia debba essere sempre valutato con attenzione di fronte a pazienti di età tipica che si presentano con cervicaglia importante, linfoadenopatia laterocervicale anche in assenza di febbre e con esami ematici dirimenti per un'infezione batterica senza altri segni di localizzazione.