

MeB - Pagine Elettroniche

Volume XXVII

Giugno 2024

numero 6

I POSTER DEGLI SPECIALIZZANDI

UNA GUANCIA CHE SOFFIA

Marta Emanuela Picciau¹, Francesca Corrias², Gabriella Cherchi²

¹*Scuola di Specializzazione in Pediatria, Università di Cagliari*

²*SSD Emergenza e Urgenza Pediatrica, Dipartimento di Emergenza e Urgenza, Ospedale "ARNAS G. Brotzu", Cagliari*

Indirizzo per corrispondenza: martolinda92@hotmail.it

CASO CLINICO

Anna, 7 anni, giunge presso la Struttura di Emergenza e Urgenza Pediatrica per comparsa dalla mattina di dispnea e tumefazione della guancia sinistra e del collo. Riferita insorgenza di tosse due giorni prima, che sarebbe peggiorata la sera precedente, associata a fischio espiratorio, vomito e faringodinia, in assenza di febbre. In anamnesi storia di broncospasmo in corso di virosi.

Al momento della visita la bambina appare in discrete condizioni generali, vigile, reattiva, rosea e apiretica. La pervietà delle vie aeree è mantenibile. Si presenta con un distress respiratorio di grado moderato-grave caratterizzato da polipnea (FR 48 atti/min), rientramenti sottocostali e al giugulo e SatO₂ 92-93% in aria ambiente; all'auscultazione del torace ingresso d'aria ridotto, murmure aspro, con fischi e sibili diffusi su tutti gli ambiti polmonari (PRAM Score 8-9).

L'attività cardiaca è valida, con toni tachicardici (FC 136 bpm); polsi periferici normosfigmici e simmetrici. Inoltre, salta all'occhio una tumefazione maggiormente evidente alla guancia sinistra, dolorabile, ricoperta da cute integra, a margini non delimitabili, in assenza di crepitazioni alla palpazione; la tumefazione è estesa in sede sottomandibolare sinistra e laterocervicale bilateralmente. Dato il quadro respiratorio, si introduce prontamente ossigenoterapia con maschera a 5 l/min, si pratica un ciclo di tre aerosol in un'ora con salbutamolo e ipratropio bromuro e si somministra betametazone per via orale. Vengono eseguiti esami ematochimici con riscontro di leucocitosi neutrofila (GB 20.200/mmc), PCR 7,44 mg/dl, PCT negativa, restanti valori ed emogasanalisi venosa nella norma. Al termine del terzo aerosol, il quadro respiratorio resta invariato, con necessità di ossigenoterapia per mantenere una SaO₂ > 92%, pertanto la piccola viene ricoverata per approfondimento diagnostico.

All'ingresso in reparto, viene effettuata una radiografia del torace urgente che mette in evidenza una piccola falda di **pneumotorace** apicale bilateralmente e **pneumomediastino**

con importante enfisema sottocutaneo in paramandibolare sinistra, sottomandibolare, laterocervicale e sovraclaveare bilateralmente, esteso in sede paracostale superiore sinistra, associati a interstiziopatia, in assenza di focolai polmonari in atto. Per completezza vengono praticate visita cardiologica completa, risultata nella norma, e consulenza chirurgica che esclude la necessità di intervento. Durante la degenza è stata praticata terapia sistemica con azitromicina e betametazone, aerosolterapia con salbutamolo, ossigenoterapia e reidratazione endovenosa, con progressivo miglioramento del quadro clinico, confermato anche dalla radiografia di controllo che ha mostrato in quinta giornata la risoluzione dello pneumotorace e dello pneumomediastino con riduzione dell'enfisema sottocutaneo.

DISCUSSIONE

Lo pneumomediastino è definito come la presenza di aria libera nella cavità mediastinica¹.

Può essere provocato da tosse insistente, asma, bronchiolite, broncospasmo, vomito e i sintomi classici sono: dolore toracico, dispnea, tosse, dolore al collo, disfagia². L'aria nel mediastino può migrare verso gli spazi limitrofi e può causare pneumotorace ed enfisema sottocutaneo³. Nel nostro caso la tosse ha verosimilmente determinato la rottura della parete di alcuni alveoli e l'aria liberatasi attraverso le guaine perivasculari ha raggiunto l'ilo polmonare e il mediastino, diffondendosi al tessuto sottocutaneo¹, causando l'enfisema di collo e guance.

La gestione è di supporto, comprendente riposo, antidolorifici, sedativi della tosse, cortisonici, antibiotici e ossigeno, come nel nostro caso; solo raramente sono necessarie procedure invasive di drenaggio dell'aria¹.

Concludendo: in caso di guancia gonfia e dispnea, pensa all'*air leak*.

BIBLIOGRAFIA

- [1] Filpo A. Un petto che brucia. Medico e Bambino pagine elettroniche 2016;19(1).

-
- [2] Lee CY, Wu CC, Lin CY. Etiologies of spontaneous pneumomediastinum in children of different ages. *Pediatr Neonatol.* 2009;50(5):190-5. DOI: 10.1016/S1875-9572(09)60062-0.
- [3] Gasser CR, Pellaton R, Rochat CP. Pediatric Spontaneous Pneumomediastinum: Narrative Literature Review. *Pediatr Emerg Care.* 2017;33(5):370-4. DOI: 10.1097/PEC.0000000000000625.
-