

MeB - Pagine Elettroniche

Volume XXVIII

Giugno 2025

numero 6

I POSTER DEGLI SPECIALIZZANDI

TIROIDITE ACUTA... MA NON TROPPO

Giulia Proietti Gaffi¹, Alessandro Naim¹, Edoardo Baldioli¹, Giordano Spacco¹, Roberto Gastaldi²,
Flavia Napoli², Mohamad Maghnie^{1,2}

¹Dipartimento di Neuroscienze, Riabilitazione, Oftalmologia, Genetica e Scienze materno-infantili (DINOEMI),
IRCCS "Giannina Gaslini", Università di Genova

²Clinica Pediatrica ed Endocrinologia, IRCCS "Giannina Gaslini", Genova

Indirizzo per corrispondenza: giuliproiettigaffi@gmail.com

INTRODUZIONE

La tiroidite suppurativa è un processo infettivo a carico della tiroide, causato generalmente da batteri per lo più appartenenti alla flora orofaringea, che provoca primariamente tumefazione e dolore a livello del collo con limitazione funzionale e febbre, rialzo degli indici di flogosi ma mantenimento per lo più di uno stato di eutiroidismo. A livello ecografico, prevalente è il riscontro di formazione disomogenea e ipoecogena tendenzialmente monolaterale.

Nella popolazione pediatrica, la patologia è spesso legata a una fistola del seno piriforme con anomalia del terzo o quarto arco branchiale. La terapia prevede l'uso di antibiotici con buon profilo di efficacia su *Staphylococcus aureus* e *Streptococcus pyogenes* e la correzione chirurgica del difetto.

CASO CLINICO

La nostra paziente, una bambina di 7 anni in buona salute, in seguito a un episodio di faringite presentava comparsa di tumefazione laterocervicale sinistra dolente con difficoltà alla mobilizzazione del collo e alla deglutizione, con riscontro ecografico di una formazione rotondeggiante in seno al lobo tiroideo sinistro con ecostruttura disomogenea e vascolarizzazione molto accentuata.

Contestualmente, gli esami ematochimici mostravano indici di flogosi alterati, funzionalità tiroidea in asse ma elevazione nei livelli di tireoglobulina. Dato il quadro suggestivo di tiroidite subacuta, veniva trattata dal pediatra di famiglia con terapia corticosteroidica per la durata di 2 mesi.

Giunta alla nostra attenzione a fine terapia per una seconda valutazione, la bambina si presentava senza alcun rilievo obiettivo a livello del collo, con indici di flogosi in range a eccezione della VES (38 mm/h) e funzionalità tiroidea sostanzialmente nella norma con tireoglobulina in asse (63,4 ng/ml). All'ecografia tiroidea eseguita presso il nostro Istituto, risultava minima residua disomogeneità parenchimale tiroidea al terzo medio del lobo di sinistra.

Veniva tuttavia evidenziata, nella stessa sede e strettamente adesa alla tiroide, formazione a margini netti (4x11 mm) ed ecostruttura disomogenea, sospetta per diverticolo. Si eseguiva dunque radiografia del transito esofageo, con riscontro di sottile fuoriuscita del mezzo di contrasto in corrispondenza del reperto ecografico, compatibile con possibile tragitto fistoloso a fondo cieco.

Dopo circa 15 giorni, si assisteva a ricomparsa della medesima sintomatologia, con lobo tiroideo sinistro nuovamente aumentato di dimensioni e disomogeneo all'ecografia (eseguita a domicilio) ed esami ematochimici con indici di flogosi elevati (globuli bianchi 16.670/mm³ con 74,4% di neutrofili, piastrine 642.000 /mm³, VES 70 mm/h, PCR 11,4 mg/dl) e funzionalità tiroidea in asse.

Nel sospetto diagnostico di recidiva di tiroidite subacuta, veniva nuovamente intrapresa terapia corticosteroidica per la durata di un mese, con rapido beneficio clinico, normalizzazione degli indici di flogosi e riduzione delle alterazioni ecografiche.

A un mese dalla sospensione del secondo ciclo corticosteroidico, la bambina si presentava nuovamente febbrile e con tumefazione del collo inizialmente sinistra e poi estesa a tutta la regione, con *rubor* e *calor* contestuali, *range of motion* ridotto e disfagia: veniva dunque predisposto ricovero per accertamenti.

Gli esami ematochimici all'ingresso rivelavano indici di flogosi aumentati (GB 18.160 /mm³ con 70% di neutrofili, PCR 3,97 mg/dl, VES 57 mm/h) con funzionalità tiroidea in asse e tireoglobulina negativa. L'ecografia tiroidea mostrava invece notevole aumento dimensionale della formazione disomogenea contigua alla tiroide (30x55 cm circa), che appariva a margini polilobati, con parte di contenuto fluido organizzato e segnali vascolari intralesionali.

Veniva eseguita dunque risonanza magnetica del collo, con riscontro di cisti della IV tasca branchiale con tragitto fistoloso del seno piriforme complicata da flemmone dei tessuti molli del collo (*Figura 1*). In considerazione del

quadro indicativo di **tiroidite suppurativa**, si avviava terapia antibiotica con ceftriaxone (100 mg/kg/die) e clindamicina (30 mg/kg/die), con successivo isolamento di *S. pyogenes* al tampone colturale faringeo. Si procedeva successivamente all'exeresi chirurgica della neoformazione cistica del IV arco branchiale sinistro con cauterizzazione dell'orifizio della fistola. In seguito al trattamento antibiotico e chirurgico, la paziente non ha più presentato episodi infiammatori a carico del collo.

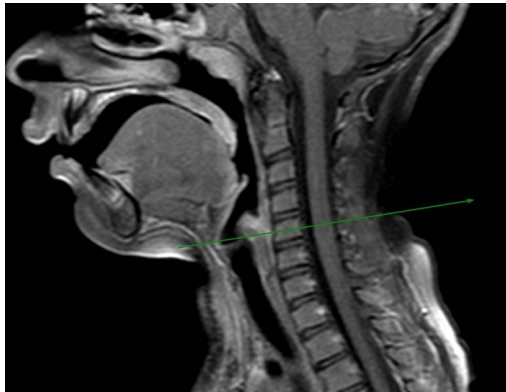


Figura. Area focale di spessore 3 mm e lunghezza 11 mm ipointensa in T1 e iperintensa in T2 con accentuato contrast enhancement interessante il tessuto paracordale posteriore, il tessuto connettivo paraesofageo e lo spazio para-sovra tiroideo di sinistra, compatibile con cisti della IV tasca branchiale.

CONCLUSIONI

Il caso presentato dimostra come nei bambini, in presenza di tiroidite ricorrente, sia necessario indagare la presenza di fistola del seno piriforme, una causa comune di tiroidite suppurativa nella popolazione pediatrica.

BIBLIOGRAFIA DI RIFERIMENTO

- Brook I. Microbiology and management of acute suppurative thyroiditis in children. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2003;67(5):447-51. DOI: 10.1016/s0165-5876(03)00010-7.
- Chi H, Lee YJ, Chiu NC, et al. Acute suppurative thyroiditis in children. *Pediatr Infect Dis J* 2002;21(5):384-7. DOI: 10.1097/00006454-200205000-00007.
- Lafontaine N, Learoyd D, Farrel S, Wong R. Suppurative thyroiditis: Systematic review and clinical guidance. *Clin Endocrinol (Oxf)* 2021;95(2):253-64. DOI: 10.1111/cen.14440.
- Sai Prasad TR, Chong CL, Mani A, et al. Acute suppurative thyroiditis in children secondary to pyriform sinus fistula. *Pediatr Surg Int* 2007;23(8):779-83. DOI: 10.1007/s00383-007-1939-1.
- Slatosky J, Shipton B, Wahba H. Thyroiditis: differential diagnosis and management. *Am Fam Physician* 2000;61(4):1047-52, 1054. Erratum in: *Am Fam Physician* 2000;62(2):318.