

MeB - Pagine Elettroniche

Volume XXIX

Febbraio 2026

numero 2

I POSTER DEGLI SPECIALIZZANDI

NON UN SEMPLICE STRIDOR

Davide Rossi¹, Youcef Sadou², Cristiana Gilardi²

¹Scuola di Specializzazione in Pediatria, Università di Milano-Bicocca

²Patologia Neonatale, ASST "Papa Giovanni XXIII", Bergamo

Indirizzo per corrispondenza: d.rossi53@campus.unimib.it

Neonato a termine nato a 38 + 0 settimane di età gestazionale, AGA (peso alla nascita 3.020 g), da gravidanza complicata da diabete gestazionale, con buon adattamento alla vita extrauterina (Apgar 8 e 9 al primo e quinto minuto rispettivamente), presenta a circa 4 settimane di vita comparsa di stridor inspiratorio associato a lieve distress respiratorio. All'obiettività clinica emergevano lievi rientramenti intercostali e al giugulo e *cornage*, esacerbati in pianto o in concomitanza dei pasti. La persistenza del quadro clinico ha motivato l'approfondimento diagnostico mediante videolaringotracheobroncoscopia con strumento

flessibile in narcosi, che ha evidenziato compressione postero-anteriore della trachea a livello medio-distale, suggestiva per anomalia vascolare. È stata quindi eseguita un'ecocardiografia che ha posto il forte sospetto di **doppio arco aortico** (*Figura*). Tale reperto è stato quindi confermato dalla TC cuore con e senza mezzo di contrasto che documentava doppio arco aortico con ramo destro dominante e ramo sinistro ipoplasico, con compressione tracheale significativa (calibro minimo 1,5 mm) per un tratto di 5 mm. In base ai riscontri, veniva posta indicazione a correzione cardiocirurgica.

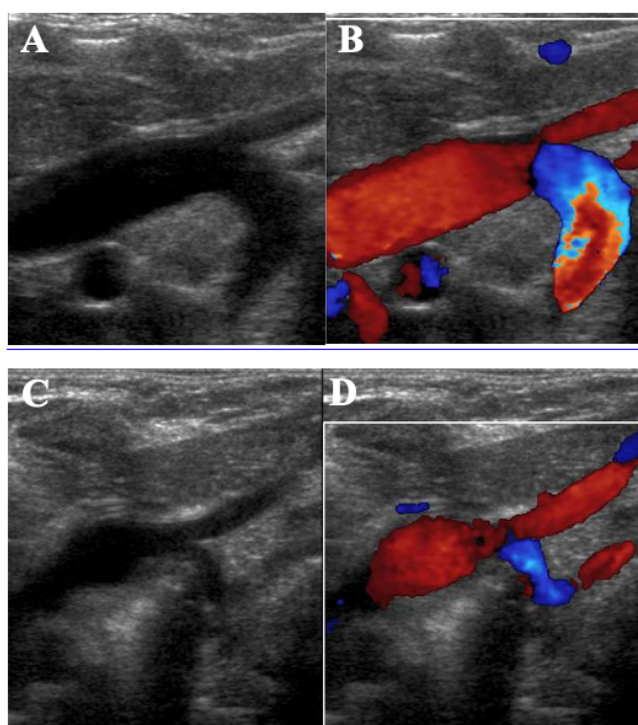


Figura. All'ecocardiografia: A-B evidenza di aorta ascendente con arco aortico destro posto, dominante, con la sua diramazione del tronco brachiocefalico; C-D presenza di un secondo arco aortico sinistro, ipoplasico, con diramazione dell'arteria succlavia sinistra.

DISCUSSIONE

Il doppio arco aortico è una patologia rara con una prevalenza stimata di 1:15.000 nati vivi (0,05 - 0,07%), tuttavia rappresenta la più comune causa di anomalie vascolari congenite del mediastino (33 - 75% di tutti gli anelli vascolari). Tale condizione è dovuta alla persistenza del IV arco branchiale durante lo sviluppo embrionario e al fallimento della regressione dell'arco aortico destro, con formazione di due archi che circondano trachea ed esofago, generando un anello completo^{1,2}. Nel 70 - 80% dei casi il ramo destro è dominante e il sinistro ipoplasico/atresico. La sintomatologia respiratoria precoce (stridore inspiratorio, *tirage*, distress durante l'alimentazione) è dovuta alla compressione tracheale e talvolta si associa anche a disfagia e difficoltà di suzione³. L'ecocardiografia è l'esame diagnostico di primo livello; è tuttavia necessario l'utilizzo della TC cardiaca per conferma diagnostica, che permette di definire morfologia, dominanza e grado di compressione tracheoesofagea ed è utile per il *planning* preoperatorio.

In virtù della diagnosi precoce, a 6 settimane di vita il neonato è stato pertanto sottoposto a resezione dell'arco sinistro mediante toracotomia sinistra al IV spazio intercostale. Dopo legatura del dotto di Botallo e sezione del ramo sinistro ipoplasico, la trachea risultava decompressa, con scomparsa della pulsazione endotracheale. Sebbene non siano state osservate complicanze perioperatorie, nel decorso post-operatorio il drenaggio pleurico ha cominciato a rifornirsi con abbondante liquido ematico-lattescente.

L'esame chimico-fisico del liquido ha confermato la diagnosi di chilotorace (trigliceridi 519 mg/dl). Tale complicanza post intervento cardiocirurgico non è rara (incidenza pari a 2 - 16%) ed è secondaria o a una lesione del dotto toracico o a un'ostruzione linfatica in seguito a manovre chirurgiche^{4,5}. Il trattamento è stato di tipo conservativo mediante drenaggio pleurico in aspirazione, passaggio ad alimentazione con monogen (latte a basso contenuto di LCT ed elevato apporto di MCT), indi per mancanza di risposta clinica è stata avviata una nutrizione parenterale totale^{4,5}.

In assenza di ingenti e persistenti perdite (>10 ml/kg/die oltre 14 giorni), non si è resa necessaria la somministrazione di octreotide o la legatura chirurgica del dotto toracico, con progressivo miglioramento del quadro clinico.

Questo caso sottolinea l'importanza di un approccio diagnostico al neonato con stridore inspiratorio persistente: l'obiettività clinica in sinergia con esami endoscopici e *imaging* cardiovascolare consentono di riconoscere tempestivamente un'anomalia rara ma potenzialmente grave come il doppio arco aortico, la cui correzione chirurgica precoce garantisce una prognosi eccellente e un rapido miglioramento respiratorio. Sebbene il chilotorace rappresenti una complicanza non infrequente della chirurgia del mediastino, la gestione conservativa consente nella maggioranza dei casi la risoluzione spontanea.

BIBLIOGRAFIA

- [1] Hanneman K, Newman B, Chan F. Congenital Variants and Anomalies of the Aortic Arch. *RadioGraphics* 2017;37(1):32-51. DOI: 10.1148/rg.2017160033.
- [2] Tarmahomed A, Umapathi KK. Double Aortic Arch. 2023 Aug 8. In: *StatPearls* [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan-.
- [3] Richardson MA, Cotton RT. Anatomic abnormalities of the pediatric airway. *Pediatr Clin North Am* 1984;31(4):821-34. DOI: 10.1016/s0031-3955(16)34647-8.
- [4] Said SM, Marey G, Knutson S, et al. Outcomes of Surgical Repair of Vascular Rings and Slings in Children: A Word for the Asymptomatic. *Semin Thorac Cardiovasc Surg* 2021;33(2):492-500. DOI: 10.1053/j.semthor.2020.09.013.
- [5] Agrawal A, Chaddha U, Kaul V, Desai A, Gillaspie E, Maldonado F. Multidisciplinary Management of Chylothorax. *Chest* 2022;162(6):1402-12. DOI: 10.1016/j.chest.2022.06.012.