

I POSTER DEGLI SPECIALIZZANDI

**IL SILENZIO DELL'ORECCHIO, LA VOCE DEL CERVELLO:
UN CASO DI OTOMASTOIDITE OCCULTA**

Anna Giulia Imbimbo¹, Simona Basilicata^{1,2}, Rita Mirra², Roberto Evangelisti^{1,2},
Maria Giovanna Limongelli², Lidia Grappone²

¹Scuola di Specializzazione in Pediatria, Università "Federico II" di Napoli

²UOC di Pediatria, AORN San Pio, Benevento

Indirizzo per corrispondenza: annagiuliaimbimbo@gmail.com

Un bambino di 6 anni giungeva al Pronto Soccorso pediatrico per febbre e cefalea persistenti da alcuni giorni. Due settimane prima era stato trattato con amoxicillina/clavulanato per otite media acuta. All'ingresso il paziente appariva in discrete condizioni generali, febbrile (TC 39,2 °C) e lamentava cefalea intensa; obiettività cardiorespiratoria e neurologica nella norma. All'esame otoscopico le membrane timpaniche erano integre, senza segni di mastoidite, reperto confermato anche da valutazione otorinolaringoiatrica. La valutazione del fondo oculare non mostrava alterazioni patologiche.

Gli esami ematochimici evidenziavano leucocitosi neutrofila (GB 17.670/mm³; N 14.650, L 1.660) e incremento della proteina C reattiva (PCR 8,82 mg/dl). La radiografia del torace risultava negativa per addensamenti parenchimali.

In considerazione del quadro clinico e laboratoristico, il piccolo veniva ricoverato per terapia antibiotica endovenosa ad ampio spettro (ceftriaxone) e monitoraggio clinico.

Dopo apparente miglioramento della sintomatologia, in seconda giornata di ricovero si assisteva alla ricomparsa della cefalea associata a vertigini, con ipertermia modesta e ulteriore incremento degli indici infiammatori (PCR 15,93 mg/dl), con persistente leucocitosi neutrofila. Alla luce della comparsa di sintomi neurologici veniva eseguita una risonanza magnetica encefalo, con e senza mezzo di contrasto, che evidenziava un'otomastoidite sinistra con impregnazione pachimeningea perimastoidea (meningismo di contiguità) e trombosi del seno venoso sigmoideo e trasverso di sinistra, con estensione fino al golfo della giugulare.

Il paziente veniva quindi avviato a terapia antibiotica ad ampio spettro integrando al ceftriaxone la clindamicina, terapia anticoagulante con eparina a basso peso molecolare e corticosteroidica (desametasone), con successivo

trasferimento presso centro specialistico pediatrico per la gestione ORL e neurochirurgica.

MESSAGGI CHIAVE

- L'assenza di segni clinici tipici di otomastoidite (dolore o tumefazione mastoidea, otorrea, febbre elevata) non esclude la diagnosi, soprattutto in presenza di pregressa otite media acuta.
- Le complicanze intracraniche dell'otomastoidite sono ritenute rare (4-16%)¹ e interessano solitamente bambini di età inferiore a 2 anni². In realtà dopo l'epidemia SARS-Cov2 si è assistito all'aumento dei casi otomastoiditi/sinusiti e delle complicanze intracraniche connesse³ anche in bambini in età scolare.
- La comparsa di sintomi neurologici o vestibolari in un bambino con recente otite media acuta, deve indurre a considerare la possibilità di un'otomastoidite complicata.

BIBLIOGRAFIA

- [1] Cassano P, Ciprandi G, Passali D. Acute mastoiditis in children. Acta Biomed 2020;91(1-S):54-9. DOI: 10.23750/abm.v91i1-S.9259.
- [2] Garcia C, Salgueiro AB, Luis C, Correia P, Brito MJ. Acute mastoiditis in children: Middle ear cultures may help in reducing use of broad spectrum antibiotics. Int J Pediatr Otorhinolaryngol 2017;92:32-7. DOI: 10.1016/j.ijporl.2016.11.002.
- [3] Massimi L, Cinalli G, Frassanito P, et al. Intracranial complications of sinogenic and otogenic infections in children: an ESPN survey on their occurrence in the pre-COVID and post-COVID era. Childs Nerv Syst 2024;40(4):1221-37. DOI: 10.1007/s00381-024-06332-9.