

MeB – Pagine Elettroniche

Volume XIV

Febbraio 2011

numero 2

CASI INDIMENTICABILI

Non la solita otomastoidite

Maria Chiara Pellegrin, Matteo Bramuzzo, Ines L'Erario

Scuola di Specializzazione in Pediatria, Università di Trieste

Emiliano (nome di fantasia) ha 2 anni quando la mamma decide preoccupata di portarlo in PS. Due settimane prima il pediatra ha diagnosticato un'otite media perforata all'orecchio sinistro e ha prescritto l'amoxicillina per 7 giorni. La secrezione dall'orecchio tuttavia è rimasta invariata; la mamma ha, inoltre, notato che, negli ultimi due giorni, il viso di Emiliano è diventato asimmetrico: quando piange l'occhio di sinistra rimane stranamente aperto mentre l'altro si chiude normalmente. Da ieri anche l'orecchio sinistro è diventato asimmetrico rispetto all'altro poiché il padiglione auricolare si è anteriorizzato e l'area retroauricolare si è arrossata e gonfiata. Nel nostro ambulatorio Emiliano si presenta in buone condizioni generali ed è apiretico; si constata la persistenza dell'otorrea all'orecchio sinistro associata alla perforazione della membrana timpanica. In sede mastoidea è presente una tumefazione arrossata e calda, non fluttuante alla palpazione, che causa il tipico sbandieramento del padiglione auricolare; si palpa inoltre una consensuale linfadenopatia laterocervicale e sottomandibolare sinistra. Data la sua storia e l'obiettività, il sospetto di otomastoidite è fortissimo. La paralisi del facciale associata risulta evidente soprattutto quando il bambino piange: sull'emivolto sinistro si osserva un deficit di chiusura della rima palpebrale, l'inclinazione verso il basso dell'emirima buccale ed un appiattimento del solco nasogenieno. Gli esami di laboratorio mostrano un'infezione in atto: 18.000 leucociti/mmc con prevalenza linfocitaria (57%), lieve piastrinosi (526.000/mmc), VES e PCR aumentate. Si decide quindi di ricoverare Emiliano con diagnosi di otomastoidite, complicata da paralisi periferica del facciale e di iniziare subito terapia antibiotica con ceftriaxone 1gr/die endovena. Il quadro però inizia presto a sembrare inusuale. Primo perché la risposta all'antibiotico non è brillante come ci aspettiamo: anche se leucociti e indici di flogosi appaiono in calo e il bimbo resta apiretico, la paralisi del VII non migliora completamente, persistono l'otorrea e la tumefazione in sede mastoidea. Neppure l'aggiunta della clindamicina (50 mg 4 volte/die) sembra risolutiva. Secondo perché la coltura del tampone auricolare rivela, invece del solito pneumococco, una flora mista con presenza di Gram negativi. Per questi motivi si decide allora di eseguire una TC dell'orecchio. L'esame evidenzia l'opacamento dell'orecchio medio ed esterno sinistro con marcata decalcificazione di tutta la catena ossiculare e la presenza di ampia breccia ossea in corrispondenza della base della mastoide. Il quadro appare compatibile con patologia espansiva ed erosiva dell'orecchio medio che impone un'intervento chirurgico. La mastoidectomia rivela

la presenza di colesteatoma dell'orecchio medio sinistro, poi confermato dall'anatomopatologo. Una volta operato il quadro si avvia alla risoluzione. Anche la paralisi del facciale regredisce in breve tempo senza la richiesta di corticosteroidi. Il colesteatoma è una crescita invasiva e deostruente delle cellule epiteliali cheratinizzate dell'orecchio medio; può essere primitivo oppure secondario ad un'otite purulenta cronica (detta anche otite colesteatomatosa) la quale si caratterizza per l'otorrea da perforazione timpanica persistente e non rispondente alla terapia antibiotica. Nel nostro caso il colesteatoma è verosimilmente secondario all'otite cronica ed ha avuto origine dalla proliferazione di cellule cutanee penetrate attraverso la membrana timpanica perforata; l'accrescimento della neoformazione ha determinato l'erosione delle strutture ossee circostanti (ossicini dell'udito e tegmen timpani) e ha permesso la diffusione dell'infezione alla mastoide rendendo possibile l'ingresso i germi Gram negativi originari del condotto uditivo esterno. La mastoidite complica un'otite media con una frequenza di 1,2 casi su 10.000 bambini-anno. Solitamente è sostenuta dal Pneumococco e non deve essere necessariamente trattata chirurgicamente; in fase iniziale, quando la mastoidite è ancora localizzata al periostio e alla palpazione non è fluttuante, la terapia antibiotica tempestiva (ceftriaxone endovena) porta alla risoluzione del quadro entro 48 ore. La mastoidectomia diviene invece obbligatoria nel caso si abbia una vera osteite con formazione di un ascesso fluttuante ed estremamente dolorabile alla palpazione oppure nel caso l'infezione sia secondaria ad un processo espansivo ed erosivo sottostante (come un colesteatoma o un'istiotosi). La TAC resta l'esame fondamentale per una corretta definizione di un quadro di mastoidite insolito e per porre formalmente l'indicazione all'intervento chirurgico, sempre necessario in presenza di un colesteatoma il quale può comunque recidivare. Il caso di Emiliano è interessante per più motivi. Primo perché non si tratta di una semplice otite media acuta complicata da mastoidite ma di una otomastoidite sostenuta da un colesteatoma sottostante. Secondo perché la clinica è suggestiva soprattutto grazie la paralisi periferica del facciale, complicità rara ma possibile di otite, mastoidite e colesteatoma. Terzo perché l'indicazione terapeutica di una mastoidite colesteatomatosa è solo chirurgica, previa esecuzione di una TAC che può evidenziare tessuto denso anormale e zone di erosione ossea.