

Linfadenite ascellare e vaccinazione antitubercolare

Massimo Grassi¹, Lorenzo Mambelli², Francesco Italiano^{1,3}, Fabrizio Pugliese¹, Giancarlo Piccinini¹, Federico Marchetti¹

¹UOC di Pediatria e Neonatologia, Azienda Ospedaliera di Ravenna; ²Scuola di Specializzazione in Pediatria, Università di Ferrara; ³UOC di Chirurgia Pediatrica, Ospedale Infermi, Rimini

Indirizzo per corrispondenza: federico.marchetti@ausl.ra.it

Riportiamo il caso di un lattante di 6 mesi nato in Romania, giunto alla nostra attenzione per la comparsa, da circa 10 giorni, di una linfadenopatia ascellare sinistra di circa 3 cm, in assenza di febbre e di segni ecografici di colliquazione o alterazione dell'architettura linfonodale.

Il bambino era stato sottoposto il primo giorno di vita alla vaccinazione antitubercolare, in seguito al quale si era sviluppata, circa 2 settimane dopo, una lieve reazione locale eritematosa a livello della sede di inoculo. Non linfadenopatie

distrettuali, accrescimento ponderale adeguato in assenza di episodi di febbre riferiti. In anamnesi da segnalare un contatto diretto con uno zio affetto da tubercolosi polmonare in trattamento.

Al momento della nostra valutazione il bambino si presentava in ottime condizioni generali, apiretico, obiettività respiratoria regolare; la linfadenopatia, presente in sede ascellare sinistra, risultava di consistenza teso-elastica, bilobata, mobile sui piani sottostanti, non dolente alla palpazione, inizialmente con cute sovrastante indenne. Non altre linfadenopatie palpabili, non splenomegalia; presente lesione eritemato-vescicolosa di circa 0,5 cm a livello del deltoide di sinistra (sede della vaccinazione BCG) (*Figura 1*). Non altri rilievi obiettivi significativi.

La linfadenopatia è andata incontro progressivamente ad aumento di dimensioni, lieve iperemia della cute sovrastante (*Figura 2*) con documentazione ecografica di segni di colliquazione.

La radiografia del torace era nella norma. Negativi gli indici di flogosi, nella norma l'emocromo e le immunoglobuline.



Figura 1. Si apprezza la lesione papuloeritematosa a livello della superficie esterna del deltoide emersa nella sede dell'inoculo del vaccino con BCG



Figura 2. Linfadenite ascellare omolaterale

QUALE È LA VOSTRA DIAGNOSI?

Il quadro descritto risulta essere quello di una linfadenite secondaria al vaccino con bacillo di Calmette-Guérin (BCG). La linfadenite da vaccino BCG, definita come lo sviluppo di una linfadenopatia omolaterale alla sede del vaccino, risulta essere il più comune effetto avverso del vaccino stesso.

Tipicamente la linfadenite può svilupparsi anche due settimane dopo la vaccinazione, ma nella maggior parte dei casi si sviluppa entro 6 mesi (al massimo entro 2 anni). Ad essere coinvolti risultano essere uno o al massimo due linfonodi, in più del 95% dei casi in sede ascellare omolaterale (minore l'incidenza a carico dei sovraclaveari e dei cervicali).

Fattori di rischio per lo sviluppo di una reazione di questo tipo sono la virulenza residua dei BCG utilizzati, la percentuale di bacilli vivi presenti nella preparazione e la dose del vaccino; importanti sono anche i fattori legati all'ospite quali principalmente l'esecuzione del vaccino in età neonatale e la compresenza di una immunodeficienza. In quest'ultimo caso si possono avere dei quadri di infezione da BCG disseminati.

La linfadenite da BCG ha due evoluzioni possibili. Si può assistere ad una regressione spontanea della linfadenite senza sequele in un arco di tempo variabile di alcune settimane. In altri casi si può avere invece una evoluzione suppurativa, con

incremento delle dimensioni dei linfonodi, eritema ed edema della cute sovrastante. Si può arrivare anche alla fistolizzazione superficiale con possibili esiti cicatriziali importanti. Il ruolo di una infezione secondaria (da piogeni) nella evoluzione suppurativa è molto dibattuto.

Il trattamento risulta essere controverso, dal momento che se le forme non suppurative vanno in genere incontro ad involuzione spontanea, quelle suppurative possono invece associarsi a decorsi prolungati e con esiti importanti.

La terapia medica con macrolidi o farmaci antitubercolari non influenza favorevolmente il decorso e pertanto non è indicata. In caso di forme con evoluzione suppurativa è raccomandato il ricorso all'agoaspirato per prevenire la fistolizzazione. Tale procedura è da considerarsi il gold standard terapeutico, ricorrendo all'escissione chirurgica esclusivamente nei casi in cui l'aspirato fallisca, in caso di linfonodi multiloculati o qualora si sia già realizzata una fistolizzazione.

Nel nostro caso, vista la evoluzione in senso rapidamente suppurativo della linfadenite (sia clinica che ecografica) e l'aspetto multiloculato, si è eseguita l'escissione chirurgica che ha evidenziato la presenza di pacchetto linfonodale con aspetto colliquativo centrale (*Figura 3*). Ad un mese di distanza dall'intervento non ci sono complicanze.



Figura 3. Pacchetto linfonodale ascellare con segni di suppurazione, escisso in sede intraoperatoria

Bibliografia di riferimento

- Bolger T, O'Connell M, Menon A, Butler K. Complications associated with the bacille Calmette-Guérin vaccination in Ireland. Arch Dis Child 2006;91(7):594-7.
- Goraya JS, Viridi VS. Bacille Calmette-Guerin lymphadenitis. Postgrad Med J 2002;78:327-9.
- Dommergues MA, de La Rocque F, Guy C, et al. Local and regional adverse reactions to BCG-SSI vaccination: a 12-month cohort follow-up study. Vaccine. 2009;27(50):6967-73.
- Turnbull FM, McIntyre PB, Achat HM, et al. National study of adverse reactions after vaccination with bacille Calmette-Guérin. Clin Infect Dis 2002;34(4):447-53.