

## Un ascesso retrofaringeo recidivante

Anna Favret<sup>1</sup>, Claudio Germani<sup>2</sup>, Flora Maria Murru<sup>3</sup>,  
Elena Neri<sup>2</sup>, Domenico Grasso<sup>4</sup>, Egidio Barbi<sup>2</sup>

<sup>1</sup>IRCCS Materno-Infantile “Burlo Garofolo”, Università degli studi di Trieste <sup>2</sup>SCO Pediatria d’urgenza e Pronto Soccorso,  
<sup>3</sup>SCO RADIOLOGIA, <sup>4</sup>SCO ORL, IRCCS Materno-Infantile  
“Burlo Garofolo”, Trieste

**Indirizzo per corrispondenza:** annafavret@gmail.com

C. è un bambino di 2 anni, giunge in Pronto Soccorso con una storia, incominciata 7 giorni prima, di faringodinia insorta improvvisamente, associata a febbre (38,5 °C) difficilmente controllabile con l’antipiretico, disfagia, scialorrea e dolore al collo. Considerata tale clinica, si era deciso di ricoverare il bambino presso la divisione pediatrica di riferimento. L’esame obiettivo aveva mostrato la presenza di torcicollo con flessione del capo verso destra, in posizione antalgica. Gli esami

di laboratorio avevano evidenziato una leucocitosi neutrofila (GB 22440 di cui 19300 neutrofili) e una Proteina C-Reattiva elevata (13 mg/dl). C. era stato sottoposto a una visita ORL che non aveva mostrato elementi significativi. Nel frattempo era stata avviata empiricamente la terapia antibiotica con ceftriaxone endovenosa a (1,3 g) che aveva portato a un netto miglioramento della sintomatologia già dopo 24 ore: il bambino si era sfebbrato, non aveva lamentato più dolore al collo né disfagia e gli indici di flogosi si erano negativizzati. Tuttavia, al quinto giorno dall’inizio della terapia antibiotica, il piccolo presenta nuovamente dolore al collo, disfagia e scialorrea, sebbene persista apiressia e non ci sia un rialzo degli indici di flogosi. Con questa storia si decide il trasferimento presso il nostro Istituto. Al suo arrivo si presenta in buone condizioni generali ma molto sofferente. L’esame obiettivo e l’endoscopia non evidenziano alcun elemento di rilievo. Nel sospetto di un ascesso retrofaringeo, viene eseguita la TC (*Figure 1 e 2*).



Figura 1. TC in sezione coronale.



Figura 2. TC in sezione sagittale.

**Qual è la vostra diagnosi?** La TC mostra la presenza di un corpo estraneo radiopaco in sede mediana caudalmente al piano ioideo. Il bambino viene dunque affidato allo specialista ORL il quale, in anestesia generale, rimuove il corpo estraneo che risulta essere una piccola spilla. Dopo tale intervento la sintomatologia presentata dal piccolo si risolve completamente. L'ascesso retrofaringeo (febbre, dolore al collo associato a torcicollo, indici di flogosi elevati) si era sviluppato in seguito alla ferita penetrante causata dall'ago della spilla; la patologia infettiva era stata controllata dalla terapia antibiotica ma la sintomatologia persisteva a causa della permanenza del corpo estraneo in faringe. L'ingestione di corpi estranei è una evenienza comune e spesso asintomatica in età pediatrica e la maggior parte avviene tra i 6 mesi e i 2 anni d'età<sup>1</sup>. Le complicanze più gravi che possono conseguire sono l'aspirazione bronchiale, la perforazione esofagea, la fistolizzazione e la formazione ascessuale<sup>2</sup>. L'ascesso retrofaringeo in età pediatrica è una rara complicanza suppurativa che segue le infezioni orofaringee<sup>3</sup>. Più raramente l'infezione dello spazio retrofaringeo deriva da una ferita penetrante successiva a un corpo estraneo. Nella letteratura pediatrica sono descritti ascessi retrofaringei causati da lische di pesce (alcuni casi), dall'ingestione di frammenti di vetro (1 caso) e di una linguetta per bevande (1 caso)<sup>2, 4-6</sup>. Lesioni del retrofaringeo possono anche complicare procedure iatrogene quali l'endoscopia, l'intubazione tracheale e il posizionamento di un sondino nasogastrico<sup>7</sup>. Una mancata diagnosi di ascesso retrofaringeo può comportare un rischio significativo di complicanze severe quali:

- ostruzione delle alte vie respiratorie
- mediastinite, a seguito della discesa del processo suppurativo
- polmonite da aspirazione, successiva alla rottura dell'ascesso

- trombosi della vena giugulare interna
- aneurisma della carotide
- per diffusione dell'infezione alle strutture anatomicamente vicine
- sepsi

L'esame endoscopico può non riuscire a identificare l'ascesso retrofaringeo<sup>8-10</sup> come è avvenuto nel nostro caso. La TC rimane dunque il Gold Standard per la diagnosi che è stata fondamentale anche per evidenziare la presenza del corpo estraneo.

## Bibliografia

### BIBLIOGRAFIA

- Kliegman RM, Stanton BF, St Geme JW, Schor NF, Behrman RE. Nelson Textbook of Pediatrics 19<sup>th</sup> edition. Elsevier 2011.
- Cheng W, Tam PKH. Foreign-Body Ingestion in Children: Experience With 1,265 Cases. J Pediatr Surg 1999;34:1472-6.
- Favret A, Germani C, Pelos G, Benelli E, Gregori M, Barbi E. L'ascesso retrofaringeo. Medico e Bambino 2013;32:159-66.
- Afolabi OA, Fadare JO, Oyewole EO, Ogah SA. Fishbone foreign body presenting with an acute fulminating retropharyngeal abscess in a resource-challenged center: a case report. J Med Case Rep 2011;5:165.
- Allotey J, Duncan H, Williams H. Mediastinitis and retropharyngeal abscess following delayed diagnosis of glass ingestion. Emerg Med J 2006;23:e12.
- Ross MN, Janik JS. Foil tab aspiration and retropharyngeal abscess in a toddler. JAMA 1988;260:3130.
- Marra S, Hotelling AJ. Deep neck infections. Am J Otolaryngol 1996;17:287-98.
- Grisaru-Soen G, Komisar O, Aizenstein O, Soudack M, Schwartz D, Paret G. Retropharyngeal and parapharyngeal abscess in children –Epidemiology, clinical features and treatment. Int J Pediatr Otorhinolaryngol 2010;74:1016-20.

Kirse DJ, Roberson DW. Surgical management of retropharyngeal space infection in children. *Laryngoscope* 2001;111:1413-22.

Thompson W, Cohen SR, Reddix P. Retropharyngeal abscess in children: a retrospective and historical analysis. *Laryngoscope* 1988;98:589-92.