

MeB – Pagine Elettroniche

Volume XVI

Marzo 2013

numero 3

I POSTER DEGLI SPECIALIZZANDI

Un torcicollo indigesto

M. Vidoni, E. Zanelli

*Clinica Pediatrica, IRCCS Materno-Infantile "Burlo Garofolo",
Università degli Studi di Trieste*

Indirizzo per corrispondenza: Vidoni.Ts@gmail.com

C. è un bambino di poco più di 2 anni che viene trasferito presso il nostro Pronto Soccorso per la presenza di scialorrea, disfagia e impossibilità a estendere completamente il capo. La sua storia inizia 7 giorni prima con l'insorgenza di febbre, mal di gola e rifiuto per i cibi solidi; nel sospetto di una faringotonsillite si tenta la somministrazione di amoxicillina per os, che però non assume vista l'intensa faringodinia. In seguito il dolore peggiora con impossibilità dei movimenti di estensione e rotazione del capo e disfagia anche per i liquidi. Il piccolo viene ricoverato presso un ospedale periferico, dove per il riscontro di edema della glottide, leucocitosi neutrofila e incremento di VES e PCR, avvia una terapia con Prednisone e Ceftriaxone. Dopo 5 giorni di trattamento C. mostra un miglioramento clinico con sfebbramento. A distanza di 24 ore però i sintomi riappaiono e nel sospetto di un ascesso retrofaringeo, viene trasferito. All'esame obiettivo all'ingresso il bambino appare sofferente, con posizione antalgica del capo e dolorabilità all'estensione; è presente inoltre un'intensa iperemia faringotonsillare, senza masse né dolore alla palpazione. L'obiettività polmonare risulta negativa, con buon ingresso d'aria bilateralmente. Per escludere l'ipotesi dell'ascesso, si decide di eseguire una TAC con mdc, ma sono bastate le scansioni Scout AP e LL per mettere in luce la causa della sintomatologia: **un corpo estraneo metallico di circa 2 cm di diametro, localizzato in ipofaringe**, caudalmente rispetto all'osso ioide. Si procede dunque alla rimozione dello stesso con risoluzione completa del quadro. Si trattava di una spilla!

L'ingestione di corpi estranei è molto frequente in età pediatrica, con un picco d'incidenza tra i 6 mesi ed i 3 anni. Le manifestazioni cliniche sono molteplici, da respiratorie a gastrointestinali e possono comparire a settimane o mesi dall'evento. La mancanza di un quadro eclatante di presentazione non è dunque un criterio sufficiente per escludere tale ipotesi. Il riscontro di sintomi respiratori quali wheezing, stridor e tosse o gastrointestinali come disfagia, scialorrea ed il rifiuto ad alimentarsi devono sempre indurre il sospetto di ingestione accidentale di corpo estraneo. L'ipofaringe rappresenta una sede di arresto atipica, ma molto pericolosa per la possibilità di un'improvvisa e completa ostruzione delle vie aeree. Il metal detector può essere utilizzato nel sospetto d'ingestione di un oggetto metallico ma Rx e TC, consentono di definire con precisione la presenza e la localizzazione del corpo

estraneo. È ragionevole attendere l'eliminazione spontanea per almeno 24 ore se l'oggetto è rotondeggiante, non erosivo e in benessere del bambino, altrimenti è possibile ricorrere all'endoscopia o in casi più seri, alla chirurgia. In letteratura l'associazione tra torcicollo e ingestione di corpo estraneo viene descritta come una complicanza dello stesso, l'ascesso retrofaringeo. Nel nostro caso, invece, l'ascesso retrofaringeo è stata l'ipotesi di partenza, rafforzata da una storia clinica fuorviante.

tratto da: **Le Giornate di Medico e Bambino**, Lecce, 4-5 maggio 2012