



Dal Neonato all'Adolescente

Novità e vecchi problemi

IX Edizione

IV Corso Nazionale SIMA

Palermo

24-25 novembre 2017

*Alcune realtà
di non facile riscontro
nello studio del PdF*

**Una strana tiroidite
subacuta**

A. Lo Cascio *Pediatra di Famiglia – Mondello*

A. Gangemi *Specializzanda in Pediatria - Palermo*

Caso clinico n° 1

Giovanni

- Nato da I gravidanza normodecorsa a 41 wg da parto spontaneo
- Anamnesi perinatale negativa
- Familiarità per tireopatia (nonna materna)

- Una sorella di 5 aa in buona salute
- Genitori giovani, molto attenti
- Ottimo rapporto di fiducia con il PdF

**Il ruolo centrale
del pediatra di famiglia**



All'età di 8 anni ..

Portato in ambulatorio per torcicollo ed otalgia sx → terapia con ibuprofene e programmato controllo telefonico

Dopo 48 ore situazione peggiorata:

- *aspetto lievemente sofferente*
- **Tumefazione dolente ed arrossata sottomandibolare sn**
- **febbre continuo-remittente**

- Genitori preoccupati



In Ospedale ..

Esami ematochimici:

- leucocitosi neutrofila (73%), AST/ALT 58/82 U/L
- PCR 13,5 mg/L

→ inizia terapia con Ceftriaxone

Richiesti Ft3-Ft4-TSH-AbTPO-Tg
Ab EBV, CMV, Toxo, Adeno
ed anti Bartonella

Esegue Mantoux



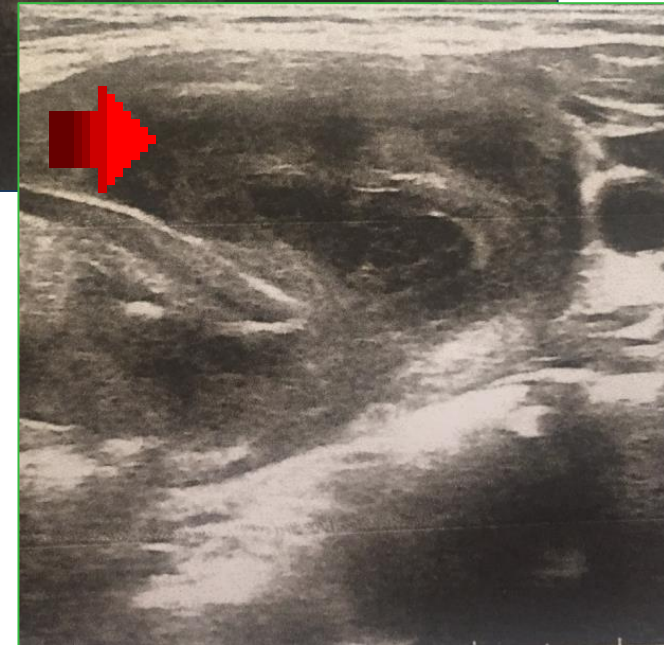
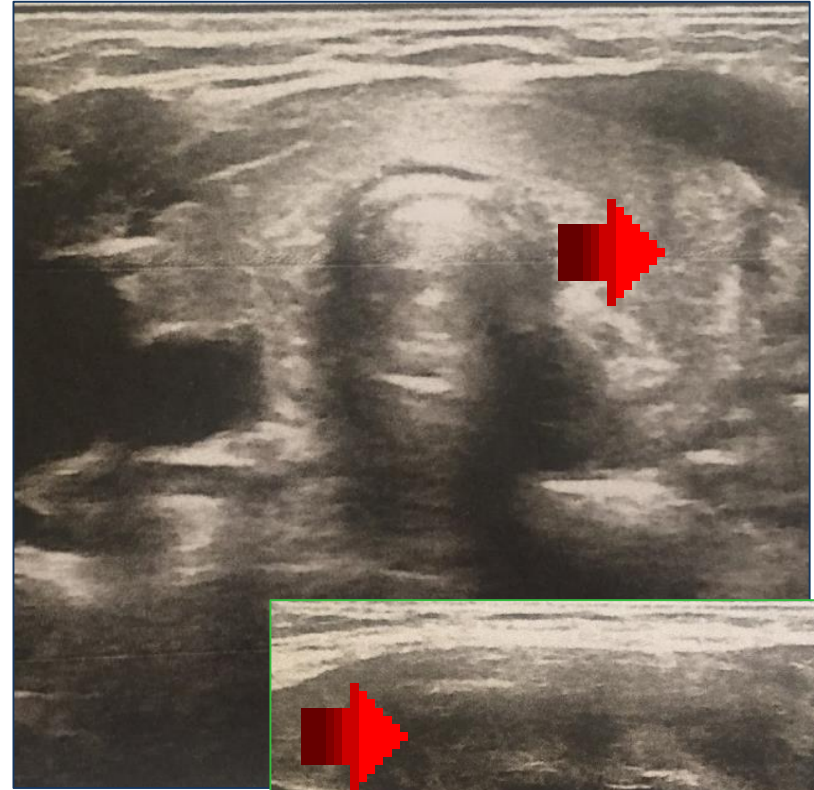
Iter diagnostico: esami strumentali

- **Rx torace:** nella norma

- **Eco collo e tiroide**

aumento di volume del lobo sn
interamente occupato da
lesione focale ipo-anecogena
(DT 42,3x26,9 mm) con
vascolarizzazione perilesionale

Bilateralmente immagini ovalari
ipoecogene (diametro < 1 cm)
da riferire a linfadenomagalie
reattive



Iter diagnostico

- Funzionalità tiroidea ed Ab nella norma
- Indagini virologiche negative

Prescritta terapia con deltacortene



FNAB base terzo medio lobo sinistro per esame citologico e colturale

Strisci a fondo ematico, tireociti con aspetti regressivi, numerosi granulociti, linfociti, macrofagi schiumosi e cellule giganti

RMN Collo con e senza mdc

- *Lobo sn aumentato di volume e disomogeneo. In contiguità in sede caudale espanso ovaliforme (2,5x2 cm) ad intensità sovrafluida da riferire ad adenia reattiva*
- *Multipli linfonodi aumentati di volume bilateralmente in sede I-c e sottomandibolare*

Sulla base della storia clinica e delle indagini eseguite l'endocrinologo pone diagnosi di:

TIROIDITE SUBACUTA

Durante la degenza (12 giorni):

- Ceftriazone e.v. per quattro giorni
- Ibuprofene per os per quattro giorni
- Metilprednisolone e.v. 15mg x 2 per quattro giorni
- Ampicillina sulbactam per sei giorni
- Amikacina per 6 giorni

Follow up post dimissione

- Controllo funzionalità tiroidea ed eco tiroide:
nessuna sostanziale modifica rispetto alla dimissione

Giovanni nei successivi due anni sta bene e non pratica
nessuna terapia

Da segnalare progressivo incremento ponderale per cui esegue
anche controllo glicemia e insulinemia risultati nella norma



Tiroidite subacuta



TIROIDITI ASSOCIATE A DOLORE

Tiroidite subacuta
o granulomatosa
di De Quervain

TIROIDITE INFETTIVA
granulocitaria

TIROIDITE DA
RADIAZIONE

TIROIDITE DA
PAINONE

Criteri Diagnostici TIROIDITE SUBACUTA

Epidemiologia: più freq nelle **donne** (F:3-6=M:1), stagionale (estate-autunno)

Causa: **Virale, Coxsackie** – pregressa flogosi vie aeree superiori

	Clinica	Laboratorio
I Fase	Dolore al collo spontaneo e continuo (tiroidite pain full) irradiato lateralmente a mandibola e orecchio, aumento volume ghiandola , febbre, preceduti da astenia e mialgia	Aumento indici di flogosi , lieve leucocitosi con linfocitosi ; elevazione ormoni tiroidei con possibilità di tireotossicosi
Fase intermedia	Persiste dolore	Ipotiroidismo per persistente inibizione del TSH
II Fase	Riduzione e scomparsa del dolore	Ritorno all' eutiroidismo

Diagnosi: se incerta, utile **FNAB**

Istologia: infiltrato di plasmacellule, istiociti **cell giganti multinucleate** con sconvolgimento della struttura follicolare

Terapia: Nei casi lievi, **fans**. Nella maggior parte dei pz **prednisone** (25 mg/die) o **metilprednisolone** (16 mg/die per 2 settimane e riduzione graduale)

Due anni dopo

Torna in ambulatorio per nuovo aumento di volume della tumefazione, semiovalare poco dolente, di 6 cm in zona cervicale anteriore sn medialmente al muscolo sternocleidomastoideo **e febbre**



- **Ecografia:** lesione focale solida disomogenea vascolarizzata extratiroidea. Diversi linfonodi iperplastici.

Orientamento di

Cisti infetta del tragitto del
seno piriforme



Inizia un nuovo iter diagnostico ..

- Esame citologico e colturale
- Pattern tiroideo: nella norma
- Es ematochimici: leucocitosi neutrofila, PCR modicamente aumentata, AST/ALT nella norma
- Inizia Terapia: amikacina, ampicillina-sulbactam, desametasone

Tumefazione persiste immodificata anche se non dolente

- **RM collo senza e con mdc:** dimensioni ridotte della tumefazione
- Consigliato **FNAB** per caratterizzazione tissutale
non riuscita l'aspirazione della formazione
quadro citologico insufficiente per un giudizio diagnostico



P. Garofalo

U.O. di Endocrinologia - A.O. "V. Cervello", Palermo

Tumefazione tiroidea

X Congresso Nazionale S.I.M.A.

Castiadas 22-24 Ottobre 2003

Caso clinico 2

Scenario 1

Ida C. di anni 16.

Familiarità positiva per diabete e tireopatie.

Nulla alla patologica remota.

Menarca a 13 anni con regolarità mestruale.

Nell'agosto 2002, durante un soggiorno turistico presso un'isola del Mediterraneo, comparsa improvvisa di febbre elevata (fino a 40 gradi) preceduta da brivido scuotente. Dopo alcune ore faringodinia severa ed ingravescente con sintomo soggettivo di "spina in gola". Consultato un sanitario venne avviata prontamente terapia con ampicillina per os (due grammi die). All'anamnesi viene segnalata una ingestione accidentale di lisca di pesce circa due giorni prima dell'esordio dell'evento febbrile.

Dopo due giorni persistendo l'ipertermia ed essendo peggiorata la disfagia, nuovo controllo medico. L'obiettività clinica mostrava aspetto modicamente sofferente, ipertermia, mesoadenia laterocervicale bilaterale con prevalente interessamento delle stazioni linfonodali sx. Cospicuo edema peri-linfonodale che causava una ridotta apertura della cavità orale, pertanto difficoltosa visualizzazione del faringe e delle logge tonsillari la cui mucosa comunque appariva detersa e rosea. La paziente lamentava notevole faringodinia con ipersalivazione e difficoltà alla deglutizione tale da indurla ad alimentarsi con dieta semiliquida.

Quesito clinico

Ipotesi diagnostiche :

- a) Mononucleosi infettiva o sindrome simil-nucleosica (CMV....) ?**
- b) Linfadenite batterica o protozoaria ?**
- c) Corpo estraneo in ipofaringe con ascessualizzazione secondaria ?**

Scenario 2

La terapia con ampicillina veniva sostituita con amoxicillina+acido clavulanico.

La febbre permaneva sempre elevata e con andamento di tipo continuo, per cui la paziente a distanza di 48 ore tornava ad essere sottoposta a valutazione clinica il cui esame obiettivo , oltre a confermare i reperti prima descritti, metteva in evidenza un peggioramento delle condizioni generali, postura del capo in modesta iperestensione, lieve abbassamento della voce, edema dolente a carico della regione anteriore del collo che impediva la valutazione palpatoria della tiroide ed accentuazione dell'edema pre-esistente della regione laterocervicale sinistra.

Quesito clinico

Quali ulteriori ipotesi diagnostiche?

- a) Laringite ipoglottica?**
- b) Cellulite batterica?**
- c) Malattia sistemica ?**

Scenario 3

Poiché il luogo dove si è svolta questa prima parte della storia clinica (isola di Pantelleria) non consentiva di attivare tappe diagnostiche mirate e soprattutto a causa del deterioramento delle condizioni cliniche della paziente (franca sofferenza generale, febbre, disfagia, peggioramento della ipofonia) il sanitario del luogo, pediatra in vacanza sull'isola, ne disponeva il trasferimento a Palermo.

Giunta in città venivano eseguite le prime indagini ematochimiche con i seguenti esiti:

Leucocitosi neutrofila (20.000/mm³, N. 85%)

VES alla prima ora 90 mmHg

Iperalfa 2 (1.21 g/dl)

Sideremia 10 mcgr/dl.

Veniva altresì consultato un endocrinologo esperto anche in ecografia del collo.

L'ecografia, eseguita con qualche difficoltà per la notevole dolorabilità dell'area anatomica da esplorare, metteva in evidenza un lobo destro della tiroide nella norma, mentre a carico del terzo superiore del lobo di sinistra nel suo versante ventrale si evidenziava una ampia lesione focale solida, ipoecogena ben delimitata dal rimanente parenchima, con contorni non ben definiti nella sua porzione apicale, e della quale non era possibile definire con certezza la pertinenza tiroidea o extratiroidea. Venivano inoltre visualizzati diversi linfonodi laterocervicali omolaterali, iperplastici con caratteristiche ultrasonografiche di "reattività secondaria".

Quesiti clinici

1) Quale diagnosi?

- a) Cisti laterale del collo, infetta?**
- b) Tiroidite subacuta focale?**
- c) Tiroidite acuta suppurativa?**

2) Quali ulteriori indagini?

- a) Valutazione degli ormoni tiroidei**
- b) Scintigrafia tiroidea**
- c) FNAB della lesione focale**

Scenario clinico 4

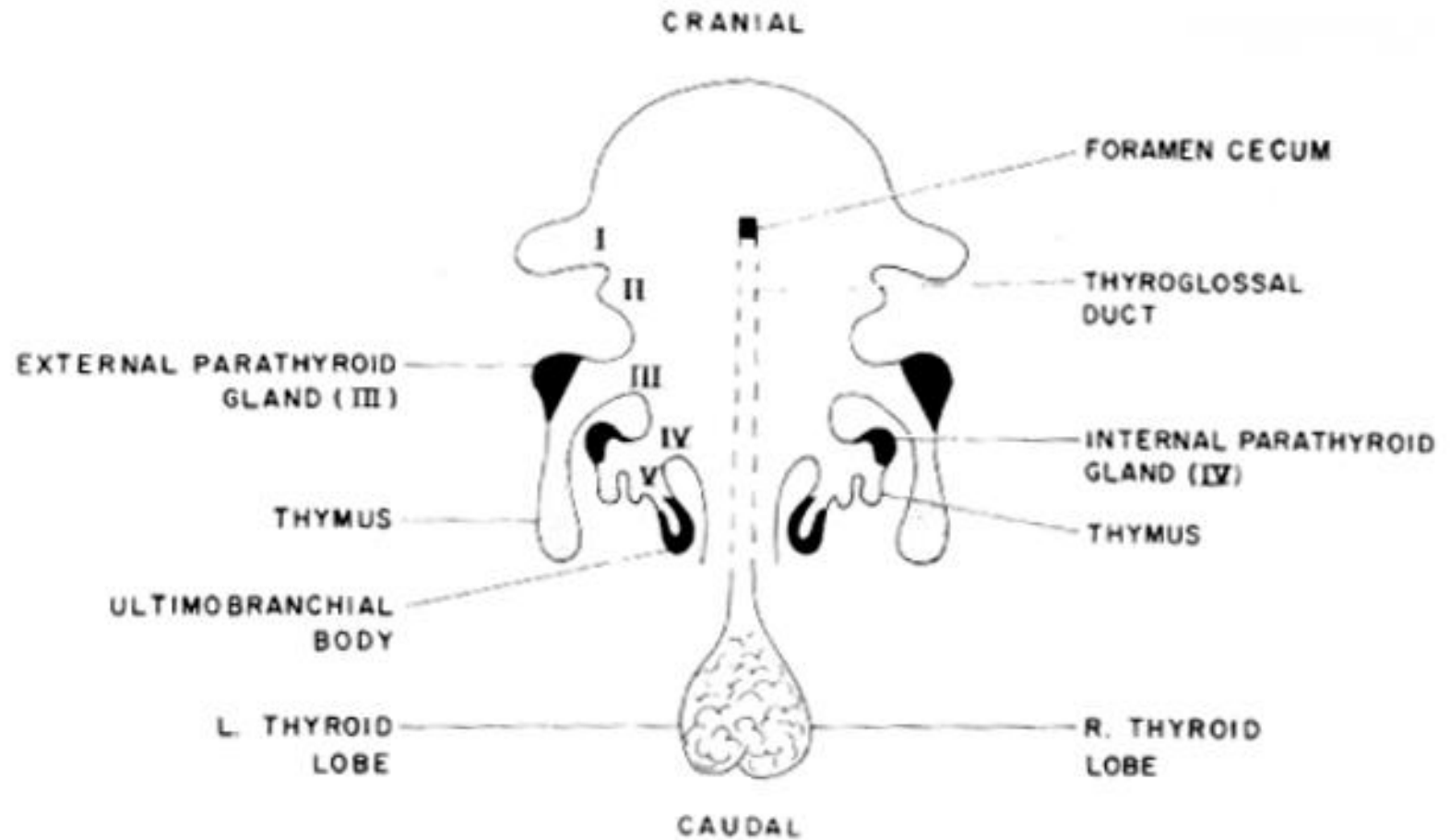
Nessuna ulteriore indagine; veniva posta diagnosi di tiroidite acuta suppurativa ed avviata terapia con steroide (prednisone 12.5 mg x die), e ceftazidima (1 gr x 2 i.m.). Dopo 24 la febbre permaneva ma a valori più contenuti (38.5 gradi centigradi) e vi era anche un miglioramento dello stato generale e della sintomatologia soggettiva; inoltre i G.B. si riducevano a 16.000/mm³ sebbene vi era un aumento percentuale dei neutrofili da 85% a 88%.

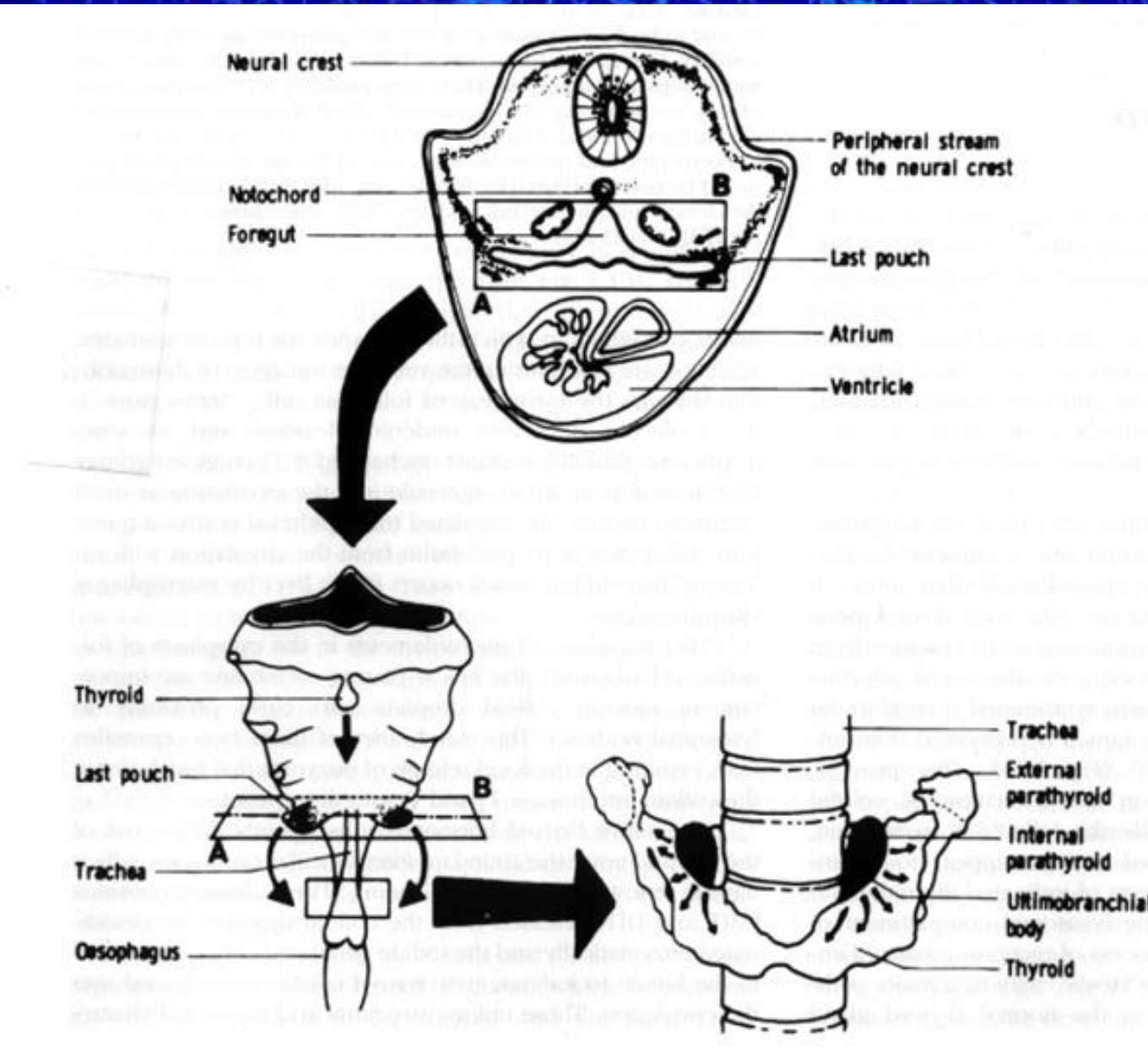
Nelle successive 24 ore ipertermia e peggioramento delle condizioni generali. Veniva quindi instaurata terapia con clindamicina e.v e piperacillina+tazobactam e.v. .Immediato e progressivo miglioramento delle condizioni locali e generali.

L'ecografia del collo eseguita ripetutamente nelle successive settimane consentiva di verificare una costante riduzione della volumetria della lesione focale e delle caratteristiche di ecogenicità e metteva inoltre in evidenza una sottile zona anecogena che partendo dalla lesione focale si estrinsecava in alto verso il seno piriforme omolaterale. Pertanto la diagnosi veniva così riformulata "tiroidite acuta secondaria a cisti infetta, fistolizzata, del seno piriforme"

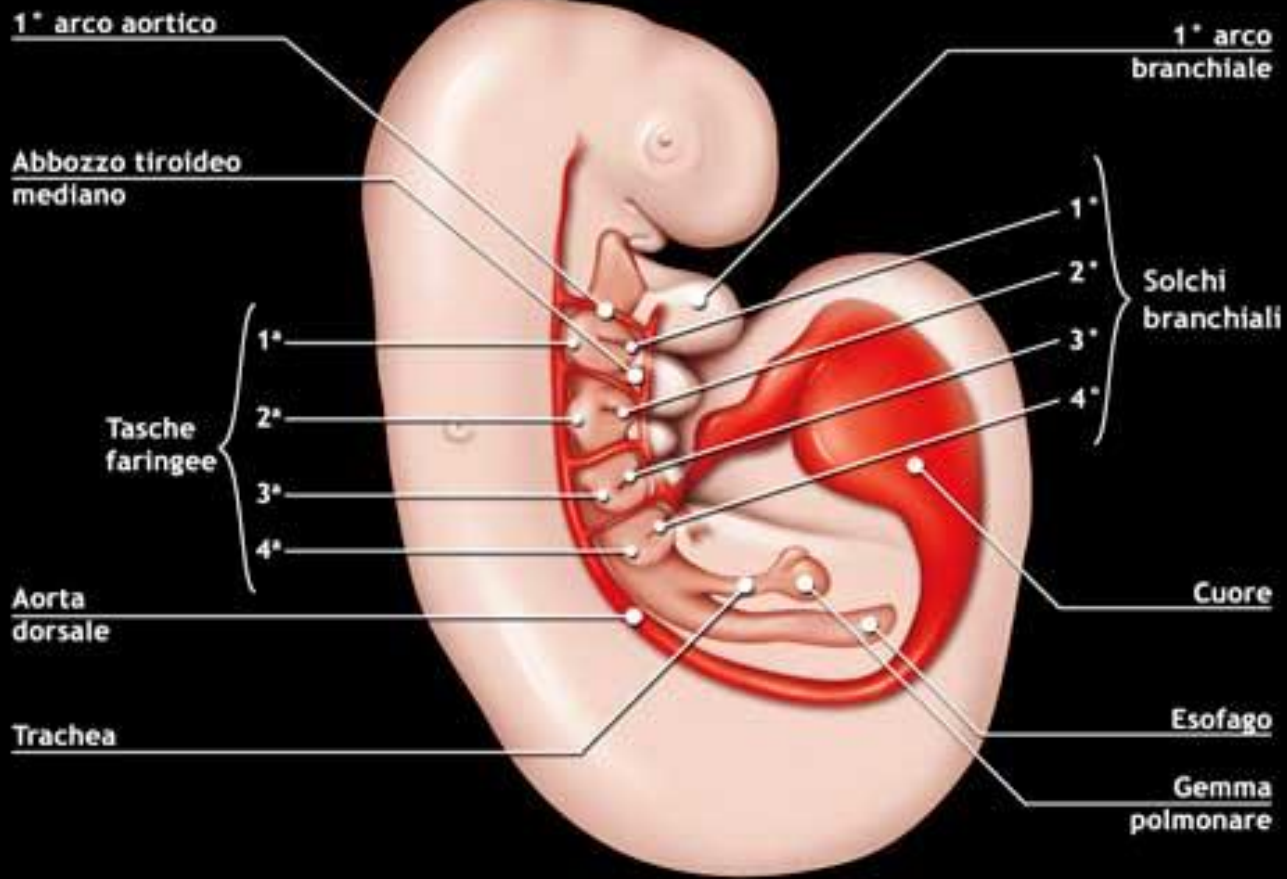
Dopo dieci giorni di terapia e.v. : VES 30 mm alla I ora, G.B. 11.000 con Neutrofili 48%. Veniva quindi proseguita terapia antibiotica con claritromicina per os che dopo una settimana veniva sostituita da cefuroxima per per altre due settimane.

Follow-up ecografico proseguito fino a novembre, con restitutio anatomica ecografica ottenuta a distanza di 4 mesi dall'esordio della malattia.

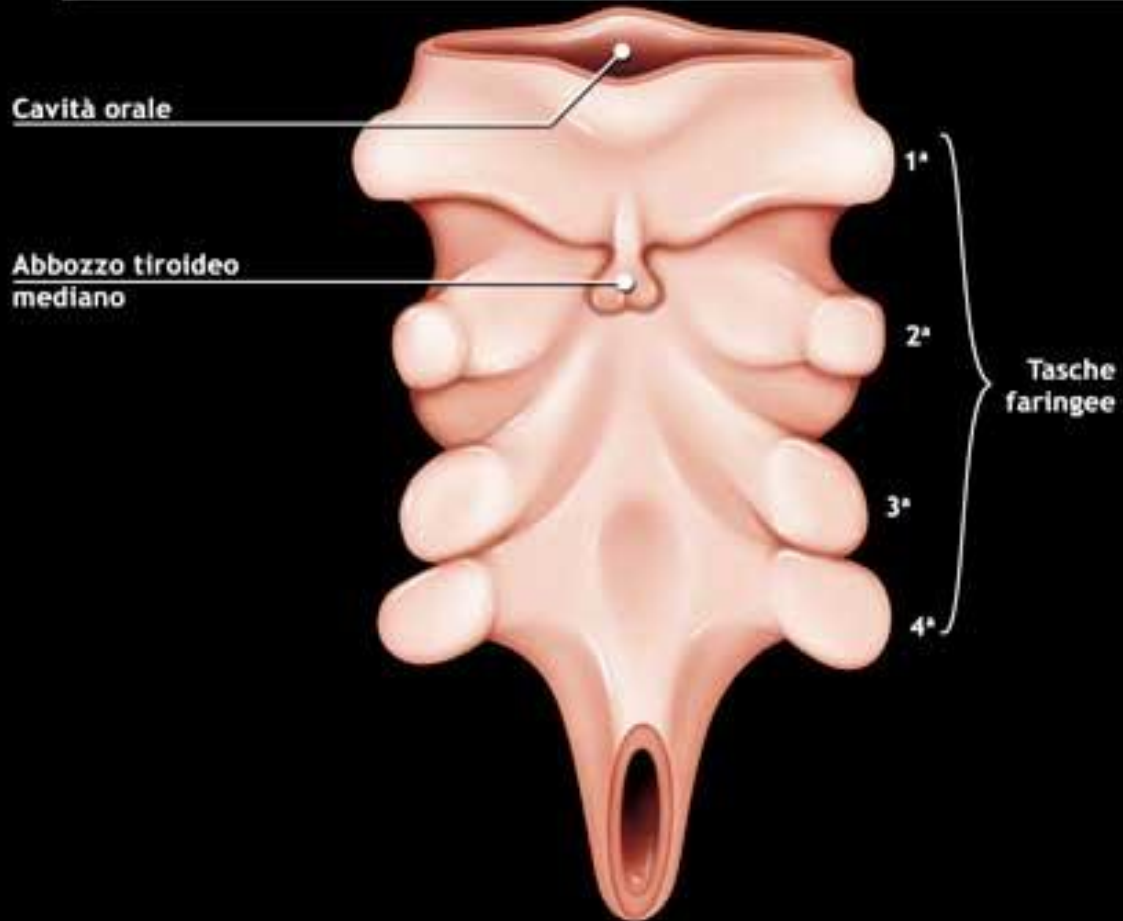




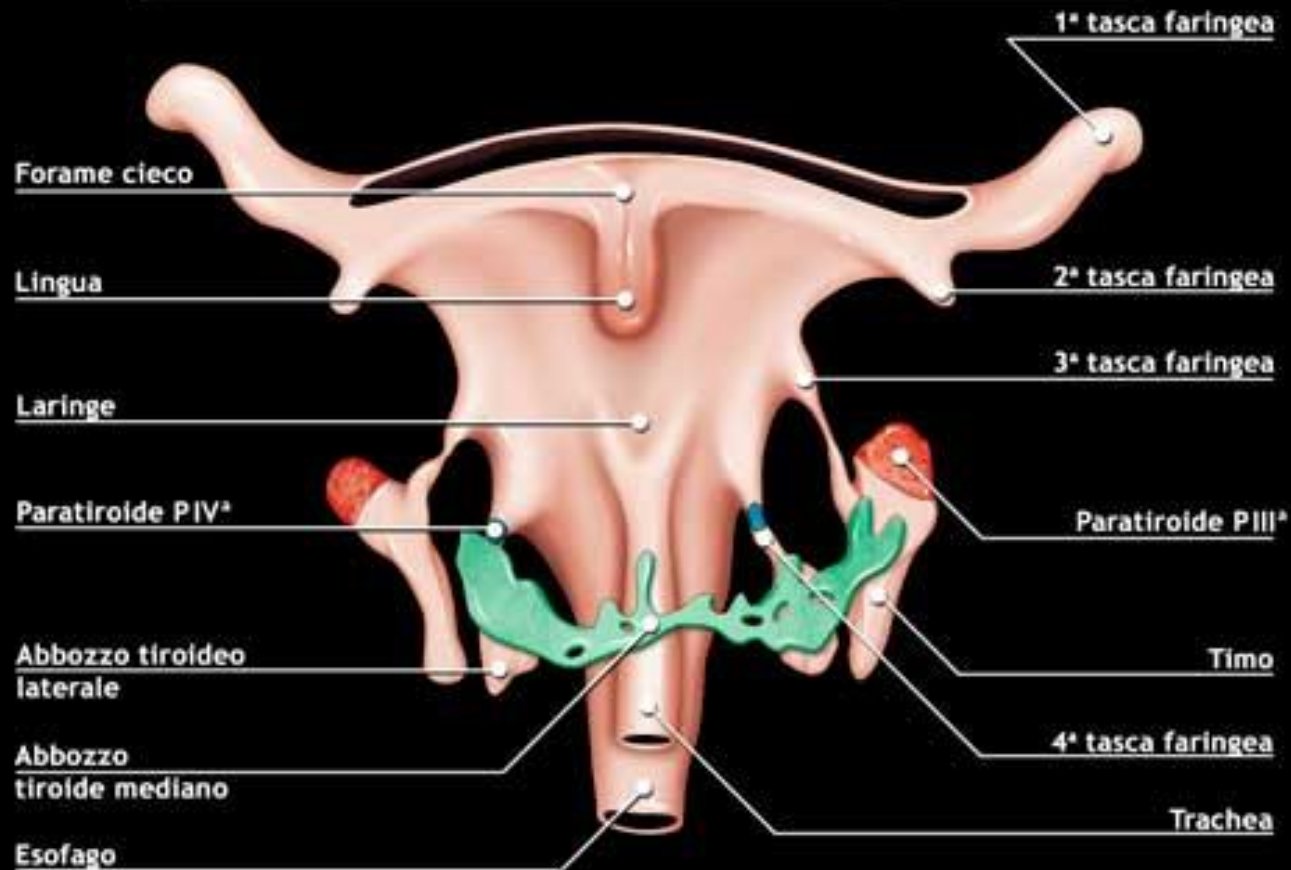
Embrione alla 4^a settimana: faringe e strutture connesse



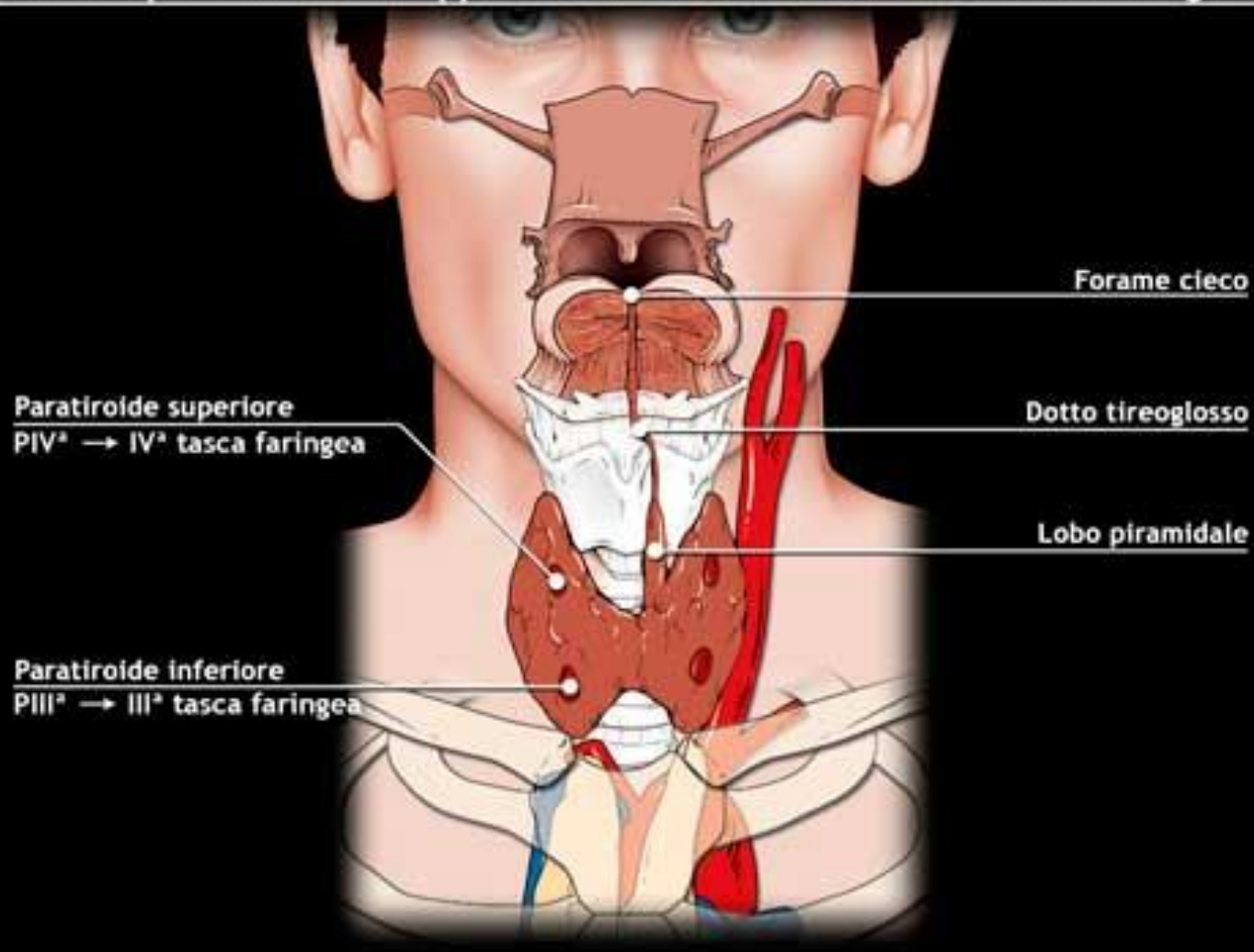
Embrione alla 4^a settimana: visione ventrale del faringe



Embrione alla 6^a-7^a settimana: faringe e derivati

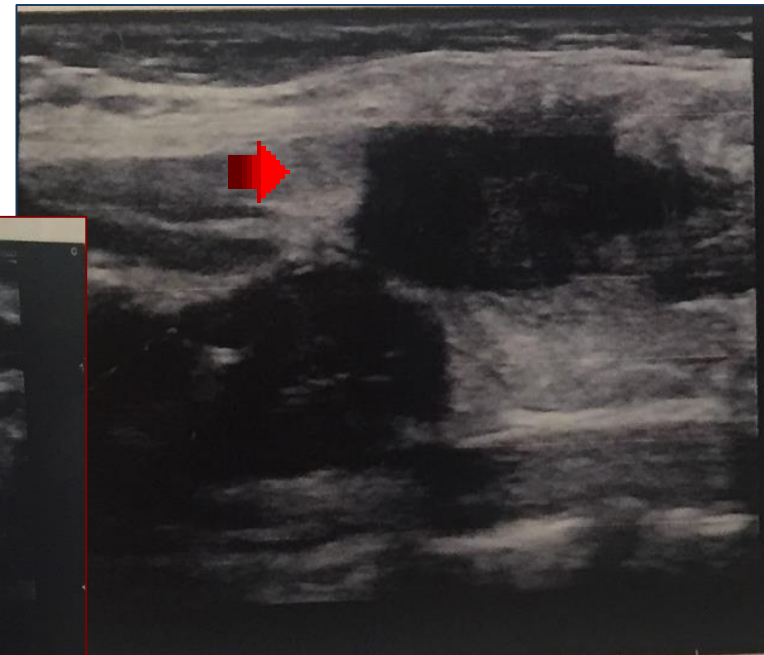
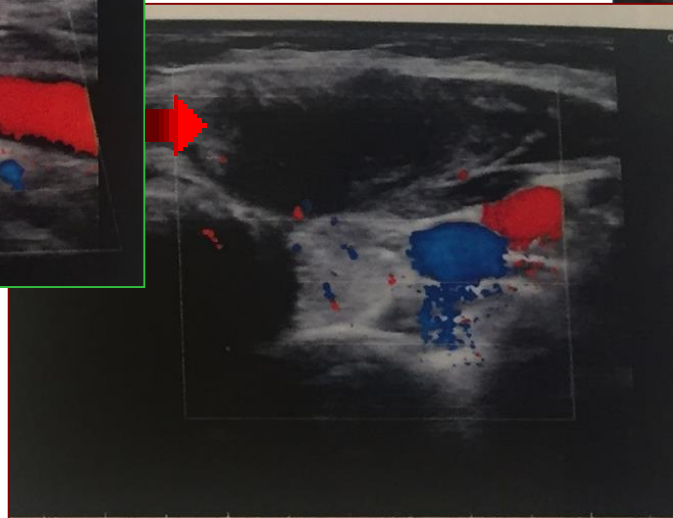
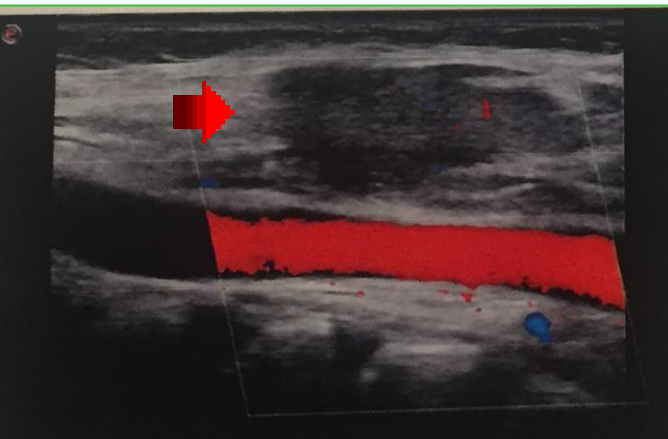


Tiroide e paratiroidi a sviluppo ultimato e relative derivazioni embriologiche



Chirurgia Pediatrica

- **EO:** tumefazione collo laterale sn, dura alla palpazione, non mobile, fissa sui piani profondi, non dolente, con posizione obbligata collo flessa a sn
- **Ecografia:** lobo sn dislocato posteriormente e caudalmente. Al di sopra neoformazione di cm 2,3x1,3 ad ecostruttura apparentemente solida, disomogenea per la presenza di aree ipoecogene e iperecogene con fibrosi. Vascolarizzazione periferica con qualche segnale centrale.



Chirurgia Pediatrica

Possibile cisti branchiale ripetutamente infetta

- Terapia antibiotica: amoxi-clav x 10 gg prima di exeresi



→→ *Drenaggio della tumefazione, toilette del cavo residuo, biopsia del contenuto della tumefazione anterolaterale del collo e biopsia della parete della tumefazione adesa al m. sternocleidomastoideo che risulta ispessito e indurito*

Chirurgia Pediatrica

BIOPSIA:

A) *Contenuto della tumefazione: riscontro di un frammento di tessuto fibroso privo di rivestimento epiteliale, sede di locale flogosi cronica attiva a specifica sparsa di lieve entità*

B) *Nei frammenti bioptici riscontro di frammenti di tessuto fibroso privi di rivestimento epiteliale con cospicuo infiltrato infiammatorio costituito da linfociti, granulociti neutrofili, plasmacellule e macrofagi, con tessuto di granulazione attivo e stravasi emorragici*

Esame colturale del materiale puruloide

Prevotella Oralis



- Organismo obbligatorio anaerobico, non mobile
- Alcuni ceppi di questo batterio hanno mostrato resistenza alla penicillina correlata alla codifica di una beta lattamasi

- Sembra essere presente in abbondanza nel pus e nel drenaggio del liquido delle ferite da ascessi orali
- Si comporta come agente patogeno opportunistico, prospera in ambienti anaerobi aggravando l'infiammazione e le infezioni



Diagnosi

TIROIDITE ACUTA INFETTIVA

Adenopatia
laterocervicale
satellite

Funzione
tiroidea
nella norma

Leucocitosi
neutrofila

Tumefazione del collo, con
cute sovrastante calda e
arrossata

All' ecografia
area
anecogena



Criteria Diagnostici TIROIDITE ACUTA INFETTIVA

Epidemiologia: rara, più freq nei molto giovani, lobo sn più coinvolto

Causa: Batterica, Staphyl Aureus, Streptoc pyogenes, Pneumococ pneumonite, Enterobatteri, Batteri anaerobi, Funghi ..

Clinica: **esordio acuto**, tumefazione del collo, con la cute sovrastante calda e arrossata, **febbre** con adenopatia laterocervicale satellite e limitazione funzionale del collo

Se dolore si irradia verso orecchio e mandibola

Episodi ricorrenti di tiroidite suppurativa o il rilevamento di una flora batterica mista suggerisce che l'infezione deriva da un **residuo del dotto tireoglossa** o, più spesso, da una **fistola del seno piriforme**

Criteri Diagnostici TIROIDITE ACUTA INFETTIVA

Laboratorio: leucocitosi neutrofila, aumento indici di flogosi, **funzione tiroidea nella norma**

Diagnosi: **ecografia** (area anecogena corrispondente alla raccolta ascessuale); **FNAB** (identificazione dell'agente eziologico)

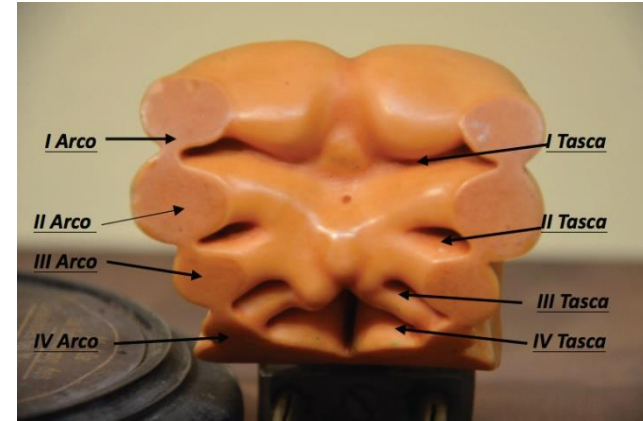


Istologia: polimorfonucleati, linfociti, necrosi tissutale, veri ascessi

Terapia: antibiotici a largo spettro; a volte utile drenaggio della raccolta ascessuale. Se trattata tempestivamente, non residua alterazione permanente della tiroide.

Fistola del seno piriforme

- Anomalie della 3 e 4 tasca branchiale
- La maggioranza sul lato sn del collo



Eziopatogenesi: persistenza del dotto faringo-branchiale, che connette terza e quarta tasca branchiale al faringe, che normalmente degenera durante la settima settimana di sviluppo

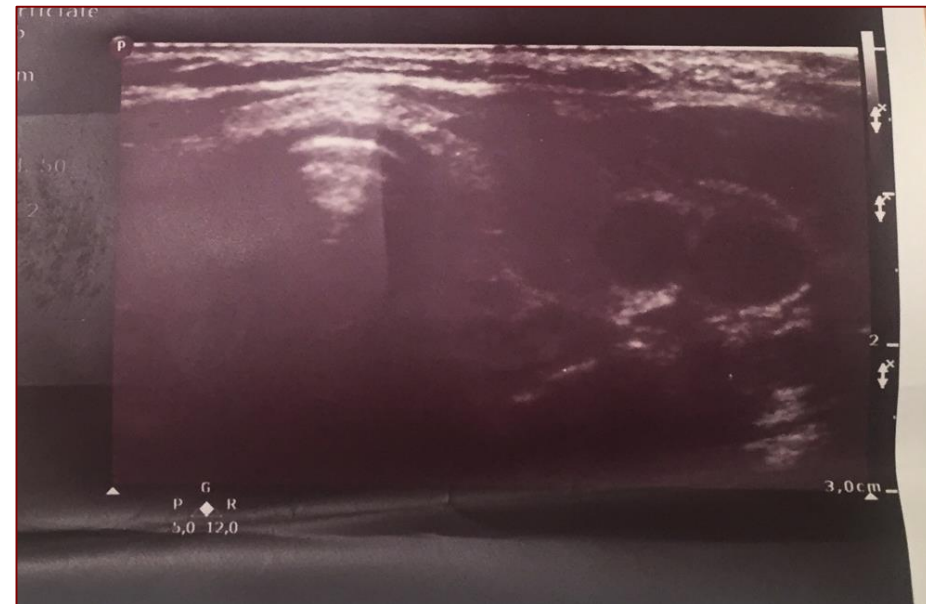
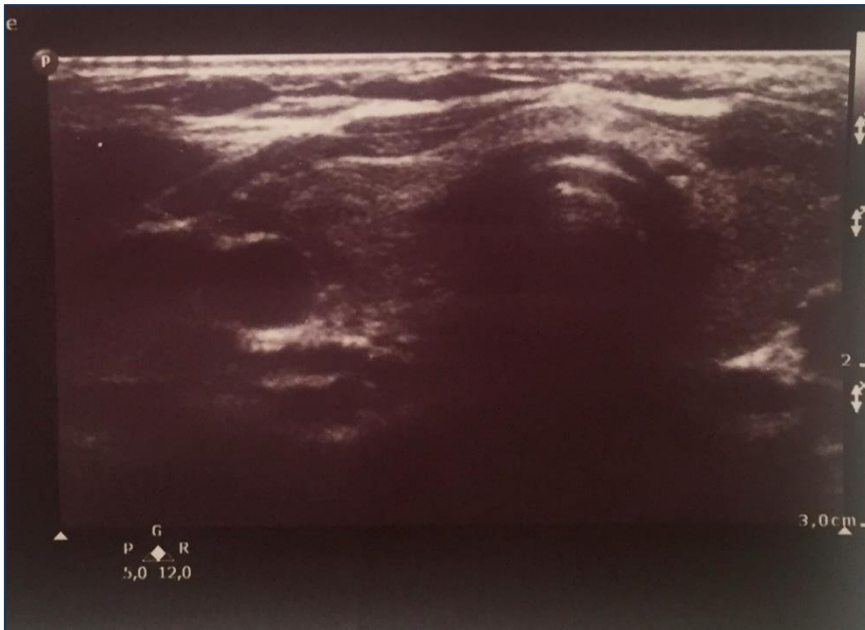
Sono state riportate in letteratura **fistole del seno piriforme secondarie a tiroiditi acute suppurative in età pediatrica**, per lo stretto rapporto anatomico tra seno piriforme sn e polo superiore della tiroide

GELLER KA, COHEN D, KOEMPEL JA, Thyroglossal duct cyst and sinuses: a 20-year Los Angeles experience and lessons learned. Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 2014 Feb

F. Civinini. Bottega per Plastiche Scientifiche, Friburgo. Museo di Anatomia Umana Normale. Università di Pisa

Controllo dopo 15 gg e due mesi

- **Ecografia:** non lesioni, non versamento, non masse sospette, non adenopatie satellite
- Non indicazioni chirurgiche





Tiroidite acuta

- Febbre
- Se dolore irradiato
- Tumefazione arrossata
- Indici flogosi elevati
- Funzione tiroidea nella norma
- Eco:area anecogena
- Exeresi chirurgica raccolta ascessuale



Tiroidite subacuta

- Febbre non sempre
- Dolore sempre irradiato
- Aumento volume ghiandola
- Indici flogosi elevati
- Alter funzione tiroidea
- Eco aree ipoecogene, che variano durante l'evoluzione della malattia.

Conclusioni



- Il lavoro fatto va al di là dell' impegno routinario del PDF
- Reso possibile grazie alla collaborazione con l'ospedale ...

Ma per poter realizzare tutto ciò è fondamentale il rapporto di fiducia con la famiglia

Conoscere per Riconoscere

Daniele Gallo

**INFORMAZIONE
E VERITÀ**

Far conoscere
per riconoscere

Grazie !

