

# CASI CLINICI

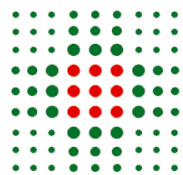
1<sup>o</sup>

Incontro Regionale  
Radiologia Pediatrica in Emilia-Romagna  
Esperienze a confronto



Dipartimento ad Attività Integrata dei Servizi Diagnostici e per Immagini  
Direttore: Prof. Pietro Torricelli

Dott.ssa M. Ciliberti, Dott.ssa V. Frisullo



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA**  
Azienda Ospedaliero - Universitaria di Modena



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI  
DI MODENA E REGGIO EMILIA

## ***Caso clinico 1***

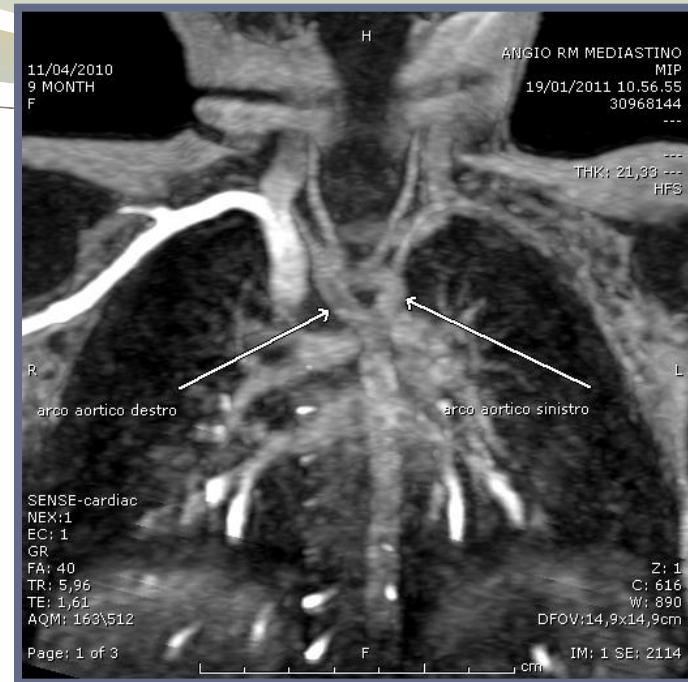
- **C. B.**
- **Sesso F**
- **età 8 mesi**
- **stridore inspiratorio ed espiratorio persistente dall'età di 2-3 mesi**
- **la sintomatologia si attenuava durante il sonno; non sintomi digestivi (disfagia, vomito, rigurgiti)**

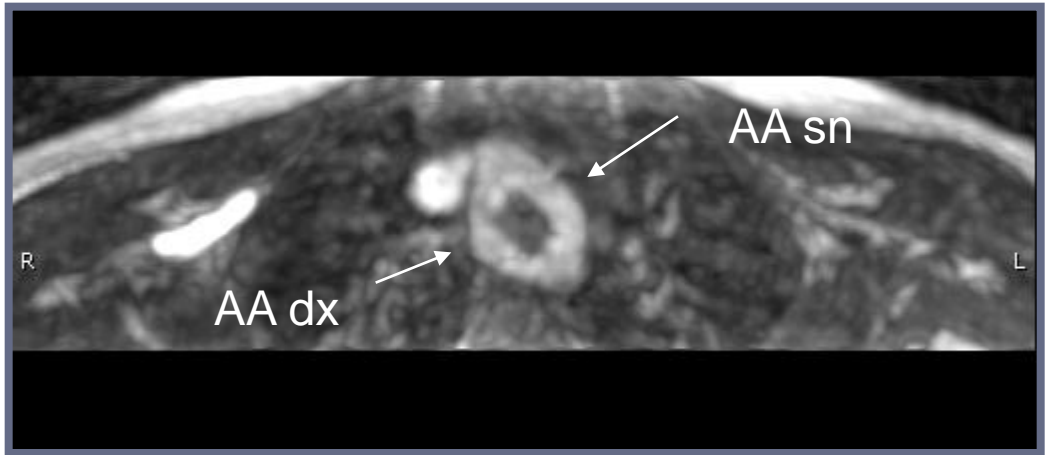
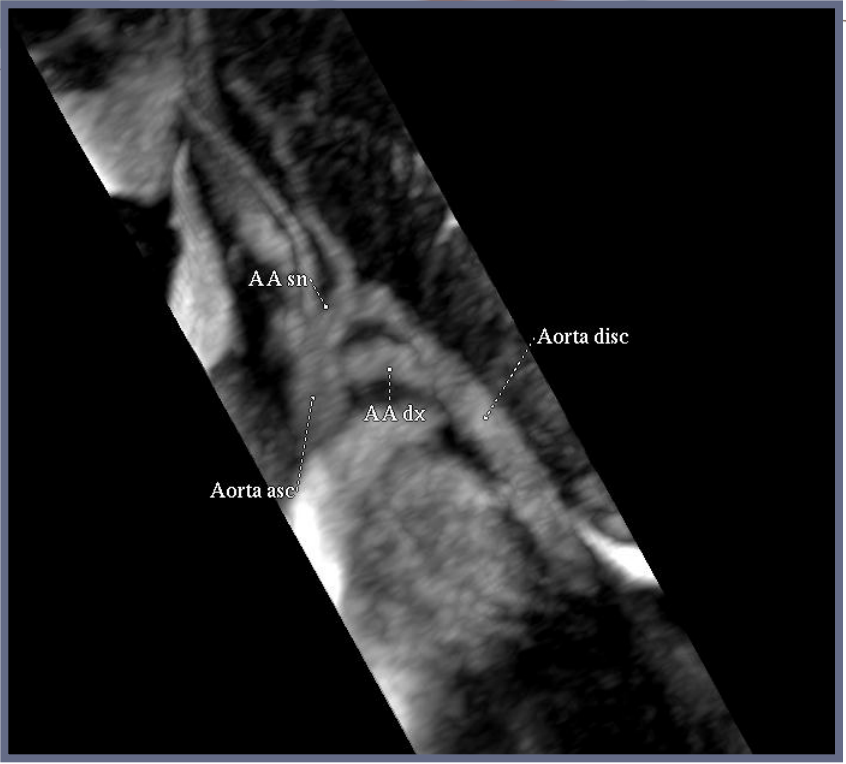
## **Laringotracheoscopia (con ottica rigida in respiro spontaneo):**

*“impronta ab extrinseco della parete tracheale anteriore dal terzo distale sino alla carena, non fistole né tracheomalacia, bronchi pervi, mucosa integra”*

## Angio RM:

*“anteriormente al terzo distale della trachea, in prossimità della carena, l’aorta ascendente si biforca in due rami che si portano rispettivamente a destra e a sinistra della trachea stessa e da ciascuno emergono carotide e succlavia con calibro e decorso regolari; formano poi un arco a concavità inferiore, decorrono al di sopra dei rispettivi bronchi principali e posteriormente alla trachea confluiscono nell’aorta discendente di calibro e decorso regolari; il terzo distale della trachea compreso nell’anello vascolare appare di calibro ridotto rispetto al tratto più craniale”*

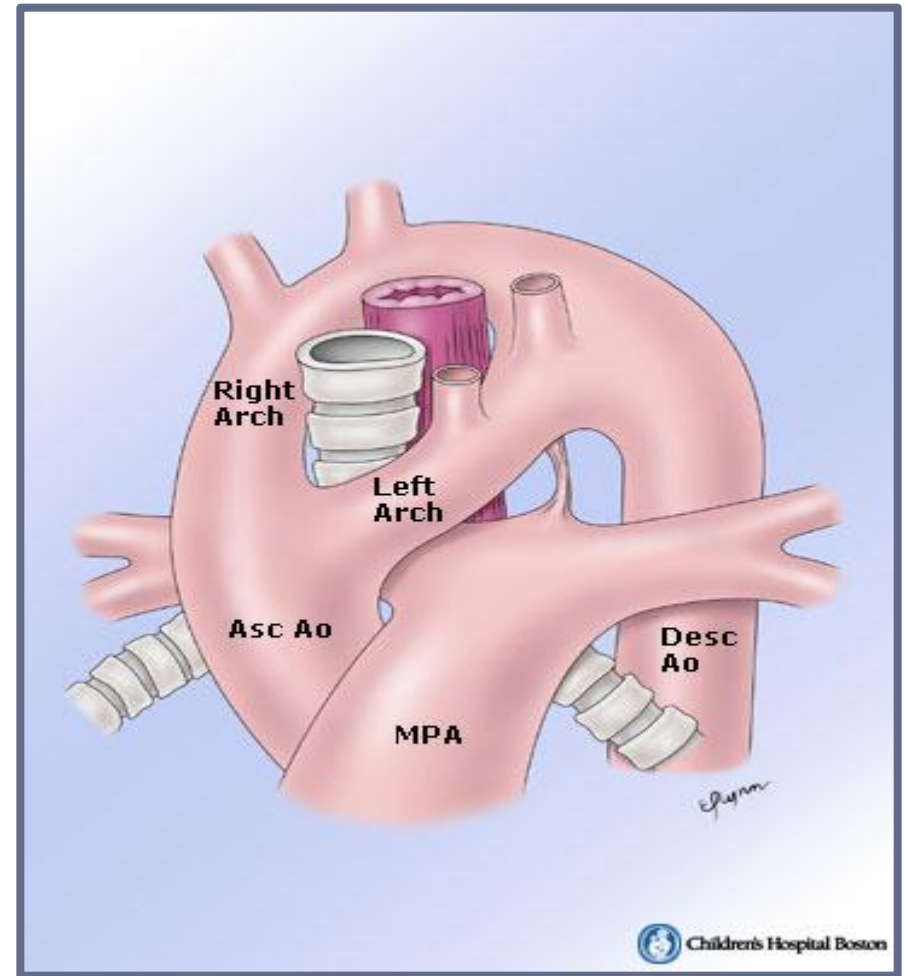




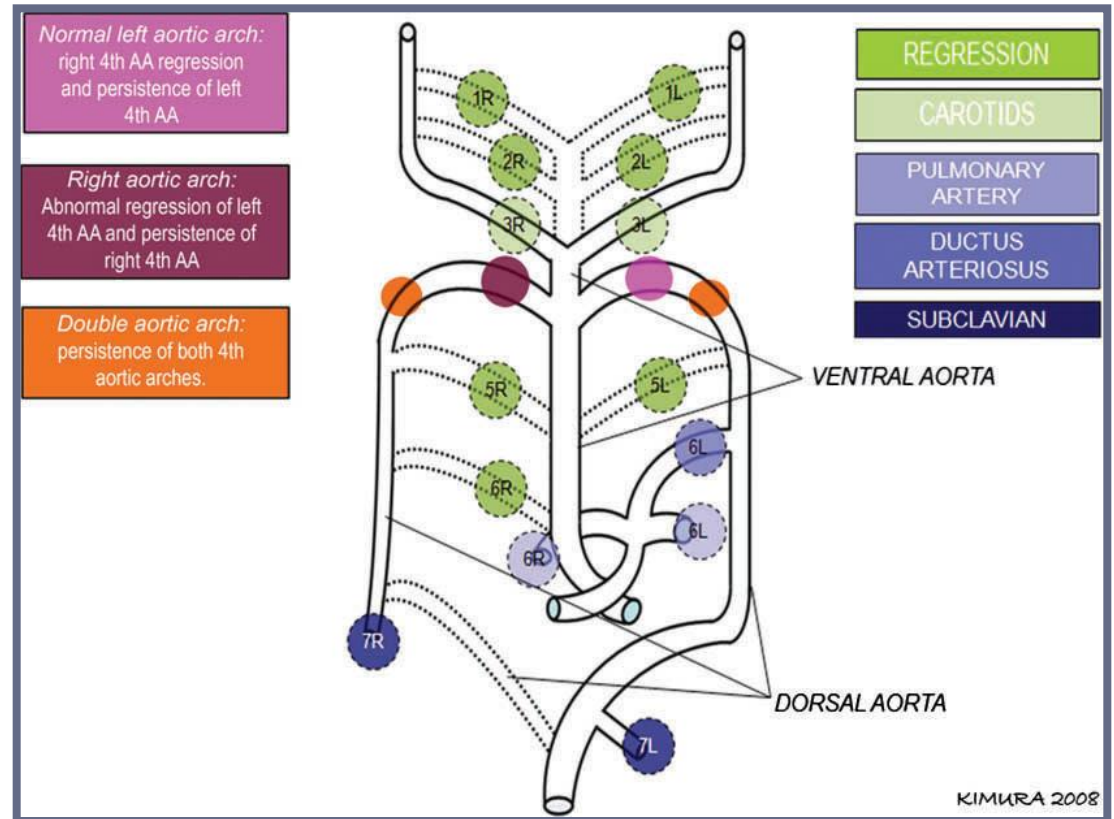
# Cause di stridore congenito

Sopralaringee	Laringee comuni	Laringee Rare	Tracheali	Cause non anatomiche
Atresia coane	Laringomalacia	Diaframma laringeo	Tracheomalacia	Sindrome cardio-vocale
Cisti tireoglossa	Paralisi corde vocali	Cisti laringea	Stenosi e cisti tracheale	Corpo estraneo
Macroglossia	Stenosi congenita subglottica	Linfangioma laringeo	Anomalie arco aortico	Reflusso G-E
Micrognazia	Emangioma subglottico	Igroma cistico	Teratomi e cisti mediastiniche	

**il Doppio Arco Aortico (DAA) e' la più frequente delle anomalie congenite dell'arco aortico (< 1% di tutte le cardiopatie congenite)**

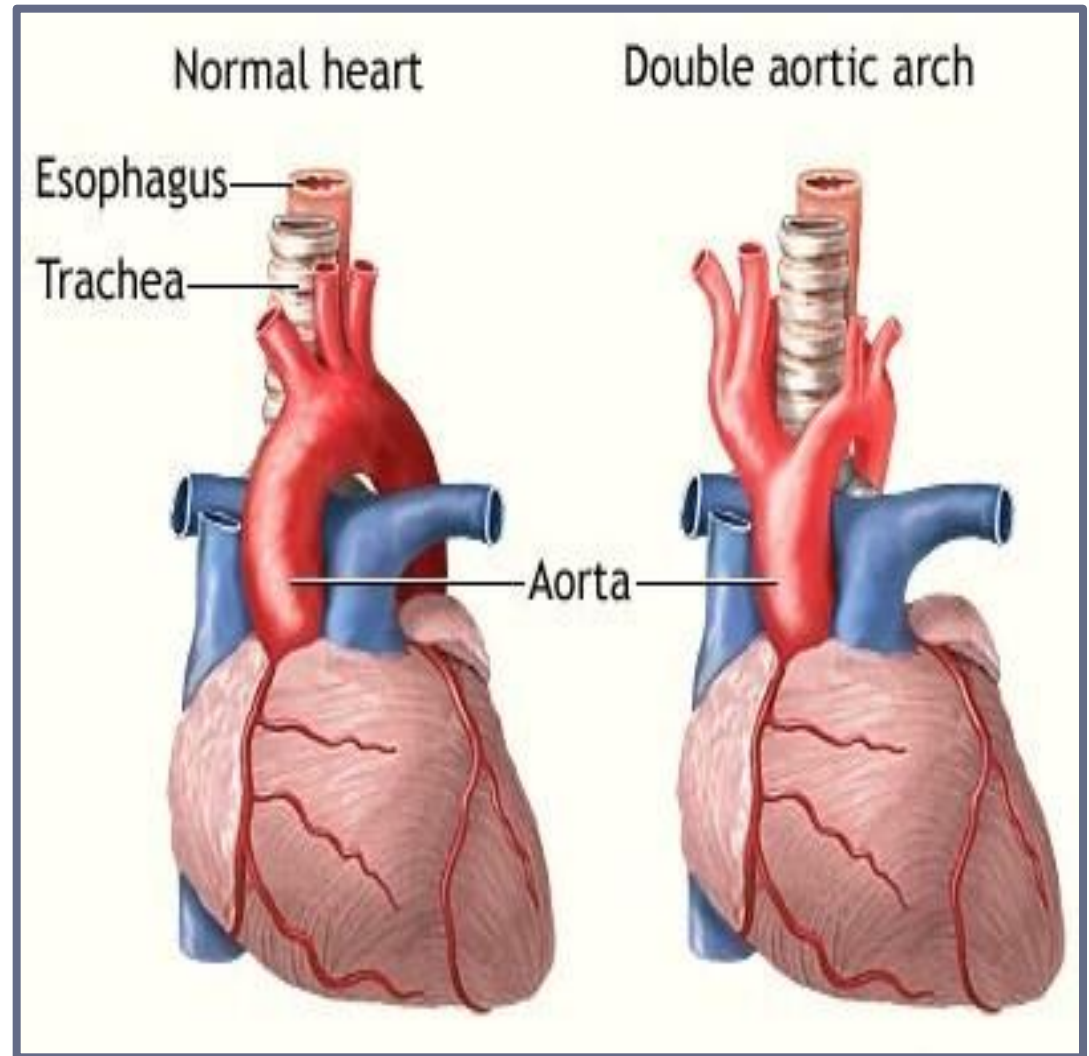


il DAA risulta  
da un difetto  
di  
riassorbimento  
del IV arco  
aortico  
distale destro  
durante  
l'embriogenesi






**l'arco aortico di sinistra e' generalmente più piccolo, a volte atresico e non funzionante**






**la sintomatologia dipende dalla  
compressione aerea e/o digestiva**



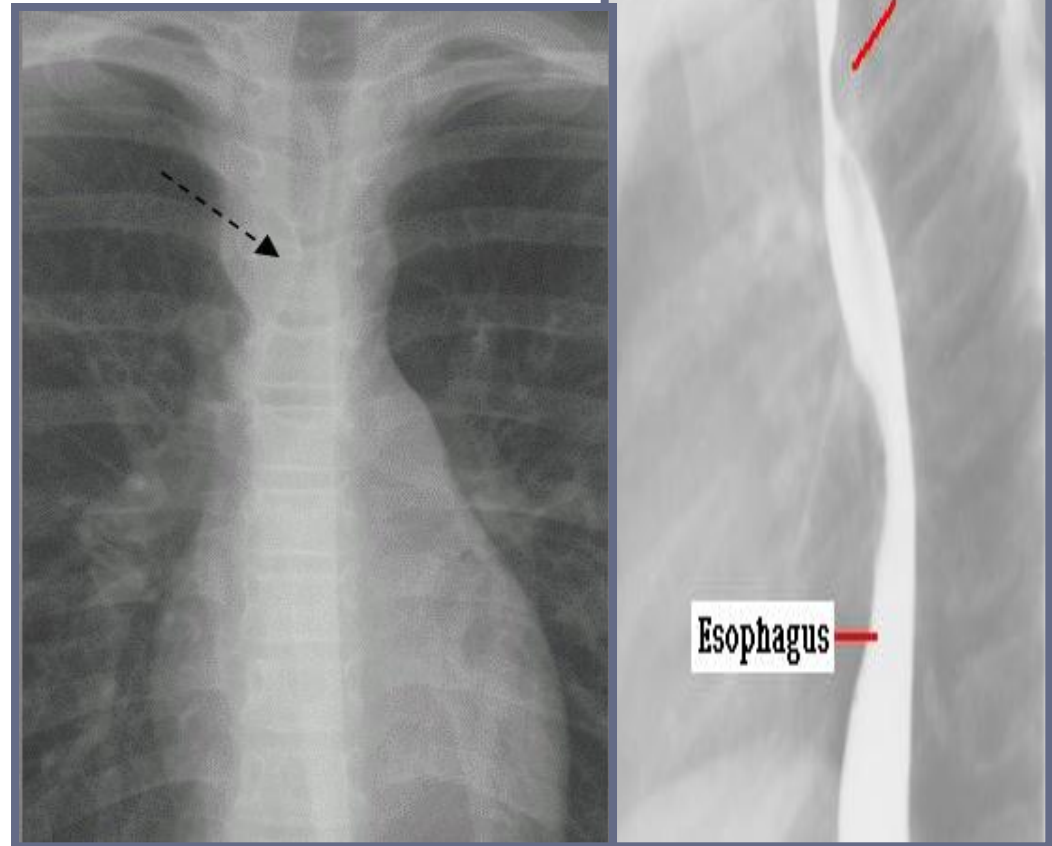
**in genere il bambino presenta nel periodo neonatale stridore, tosse cronica rauca, dispnea, disfagia, vomito e falsi percorsi alimentari responsabili di pneumopatie da inalazione**




**il DAA, anche se raramente, può essere causa di tracheomalacia (abnorme collasso tracheale secondario a cedimento degli elementi cartilaginei e mioelastici) per compressione estrinseca**

**Sul radiogramma del torace antero-posteriore, può a volte essere reperito l'arco aortico destro, così come la compressione tracheale sotto forma di “intaccatura” bilaterale.**

**Il transito baritato esofageo mostra la compressione esofagea posteriore.**




Vascular ring–double aortic arch. (A) Chest radiograph shows focal indentation and narrowing of the midline trachea (arrow). (B) Esophagogram shows impingement of the vascular malformation upon the esophagus posteriorly.



**L'endoscopia rappresenta una tappa diagnostica importante quando la sintomatologia è tracheale.**

**La trachea è compressa a livello delle pareti laterali della sua porzione sopracarenaria e della carena.**



**l'Angio-RM è la tecnica diagnostica di scelta nelle anomalie dell'arco aortico dove evidenzia la posizione dei vasi e la loro correlazione con le altre strutture (esofago e trachea)**

**Il trattamento e' chirurgico e consiste, mediante toracotomia , nell'esclusione dell'arco non dominante.**

**I risultati sull'alimentazione sono in genere immediati; i sintomi relativi alla compressione tracheale se complicata da tracheomalacia scompaiono in maniera più progressiva.**



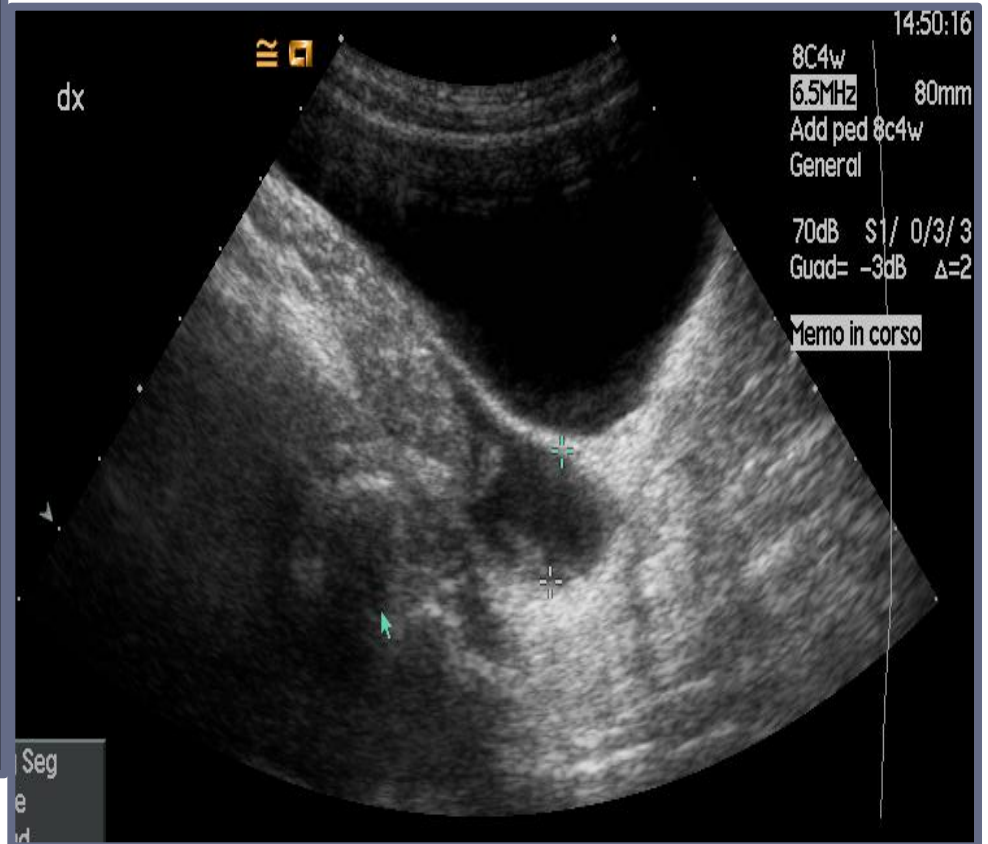
## *Caso clinico 2*

- K. S.
- Sesso F
- età 6 anni
- giunge alla nostra osservazione per la comparsa da alcuni giorni di addominalgia
- eseguiti clisteri con parziale beneficio

# Rx addome: nulla di rilievo



**Ecografia:** immagine a coccarda in ipocondrio sinistro sospetta per invaginazione e modesta quantità di liquido nello scavo pelvico

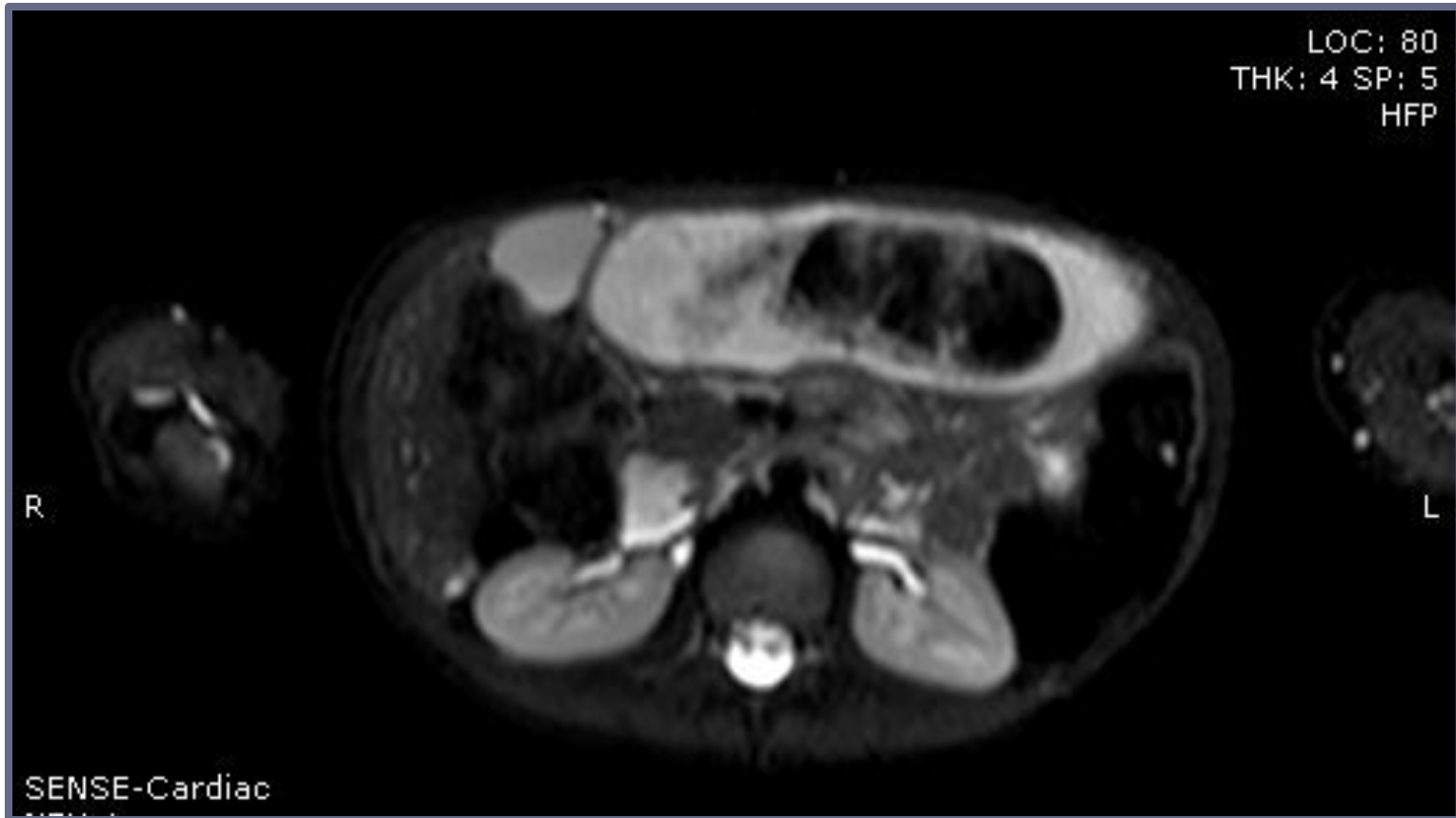


# Rx clisma opaco: negativo



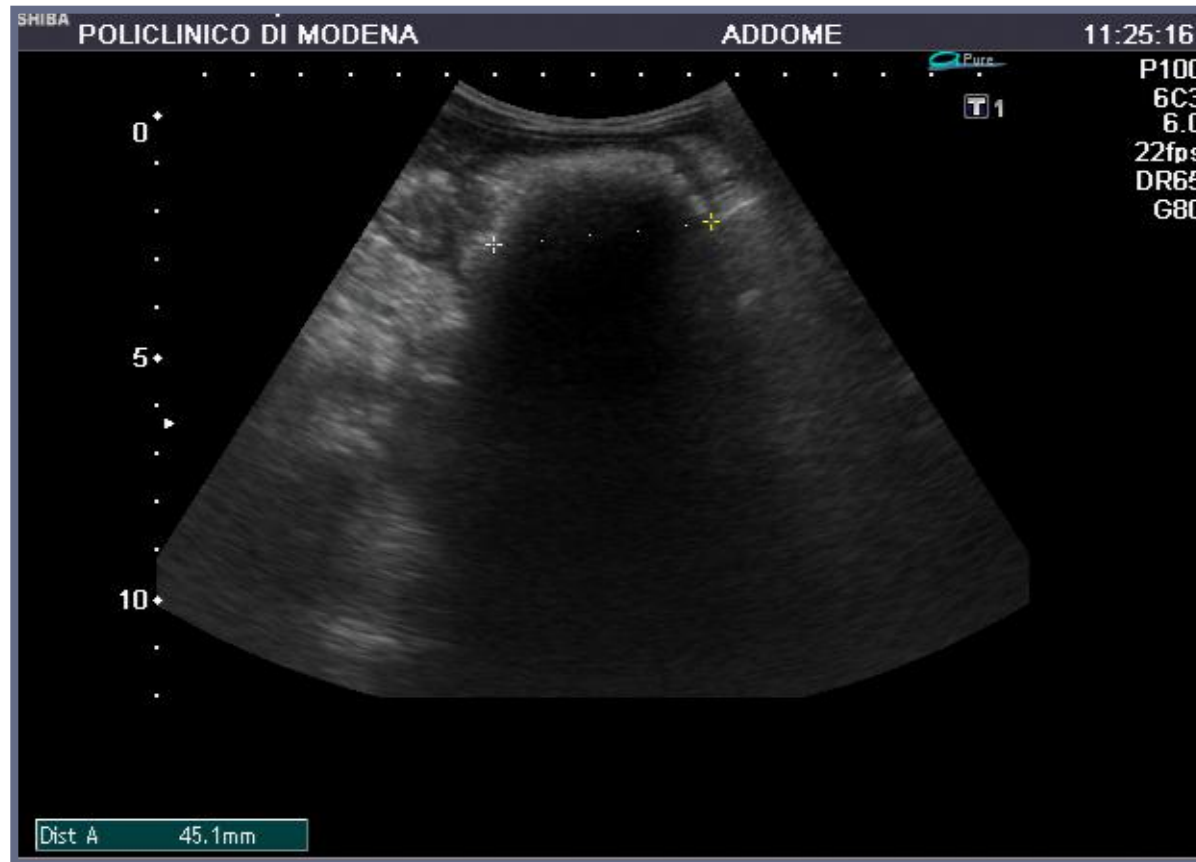
- Sospetto di invaginazione ileo-ileale
- Laparotomia: assenza di invaginazione ileo-ileale
- Decorso post-operatorio: in terza giornata recidiva di addominalgia, risoluzione spontanea dopo vomito ripetuto

# Entero-RM in post-ricovero: negativa (ingesti nello stomaco)



- dopo quattro mesi nuovo accesso per addominalgia, presenza di massa dura palpabile in ipocondrio sinistro
- sospetto di neoformazione della parete addominale

# Ecografia: formazione calcifica di 5 cm nel lume gastrico





- EGDS: voluminoso tricobezoario gastrico a calco non asportabile
- Gastrotomia: estrazione





Grazie per l'attenzione...