

CASI CLINICI

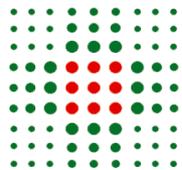
1°

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

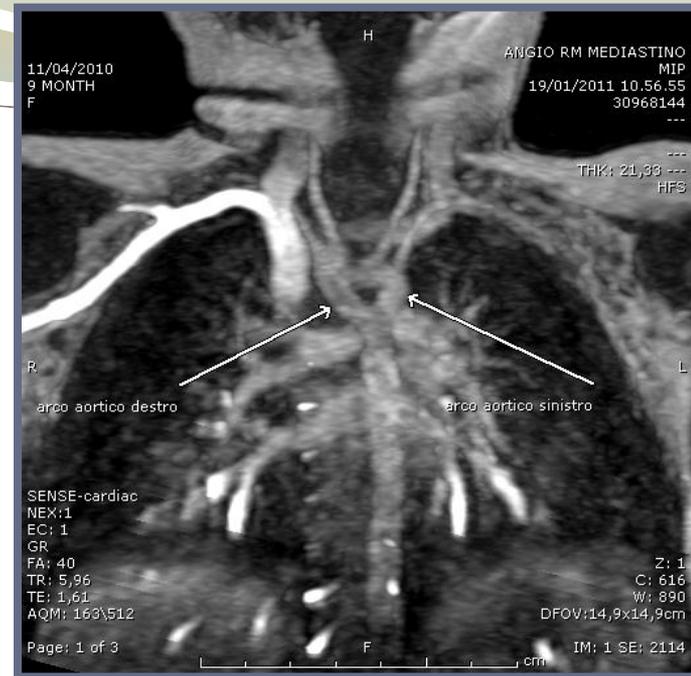
- C. B.
- Sesso F
- età 8 mesi
- stridore inspiratorio ed espiratorio persistente dall'età di 2-3 mesi
- la sintomatologia si attenuava durante il sonno; non sintomi digestivi (disfagia, vomito, rigurgiti)

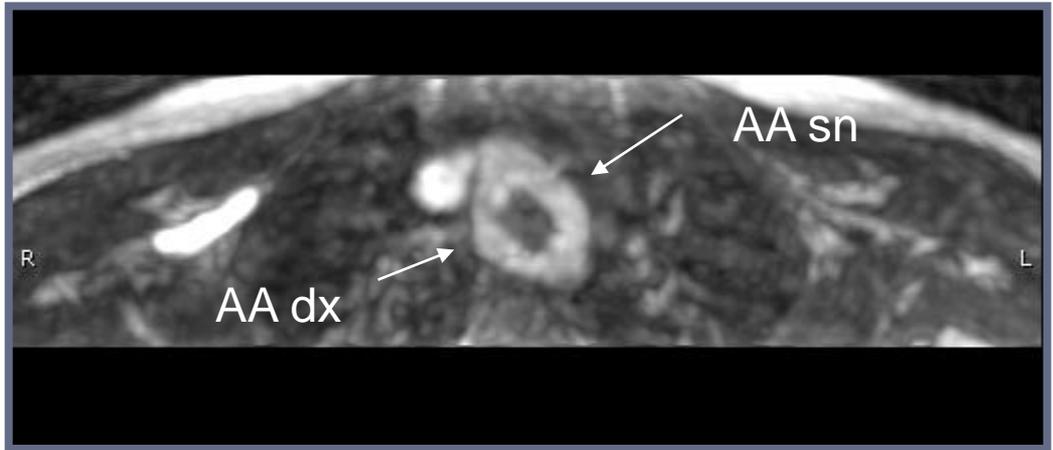
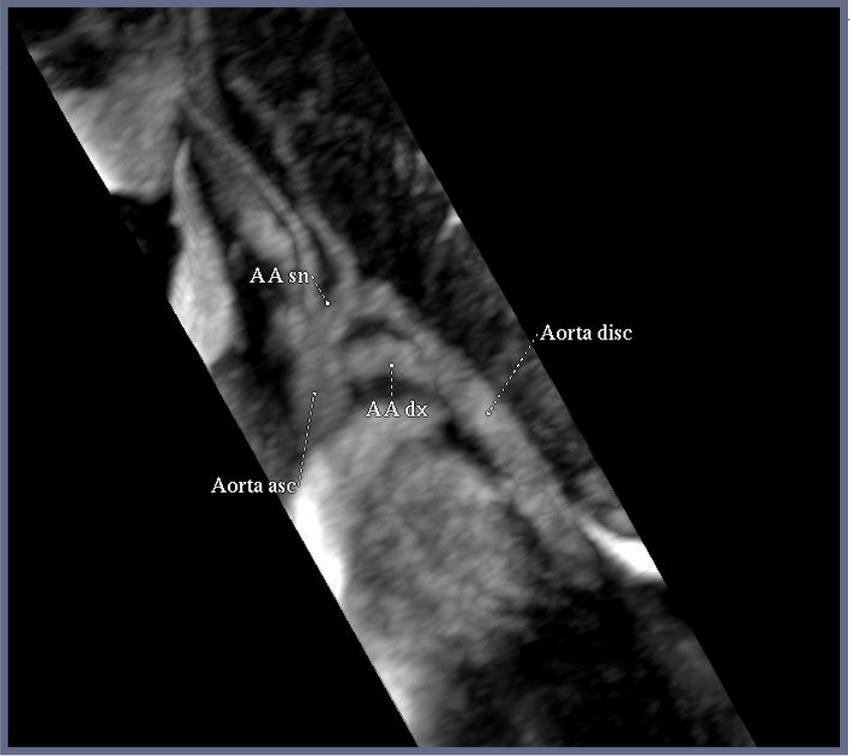
Laringotracheoscopia (con ottica rigida in respiro spontaneo):

“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”

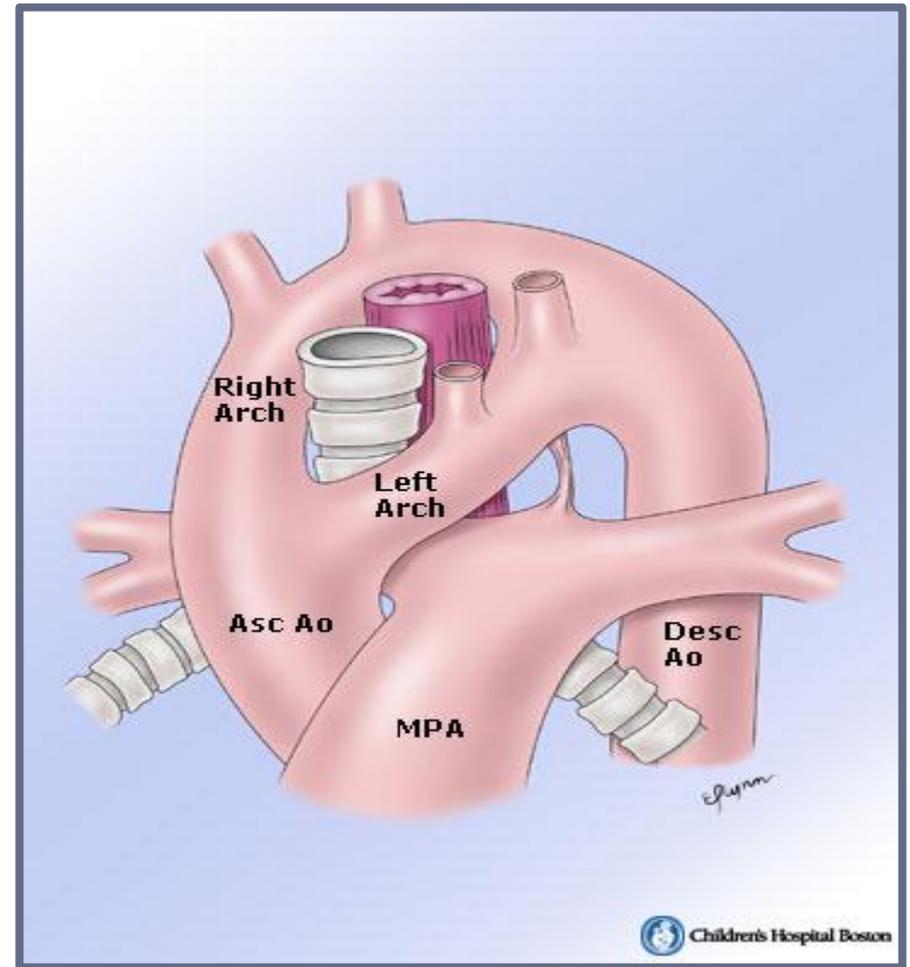




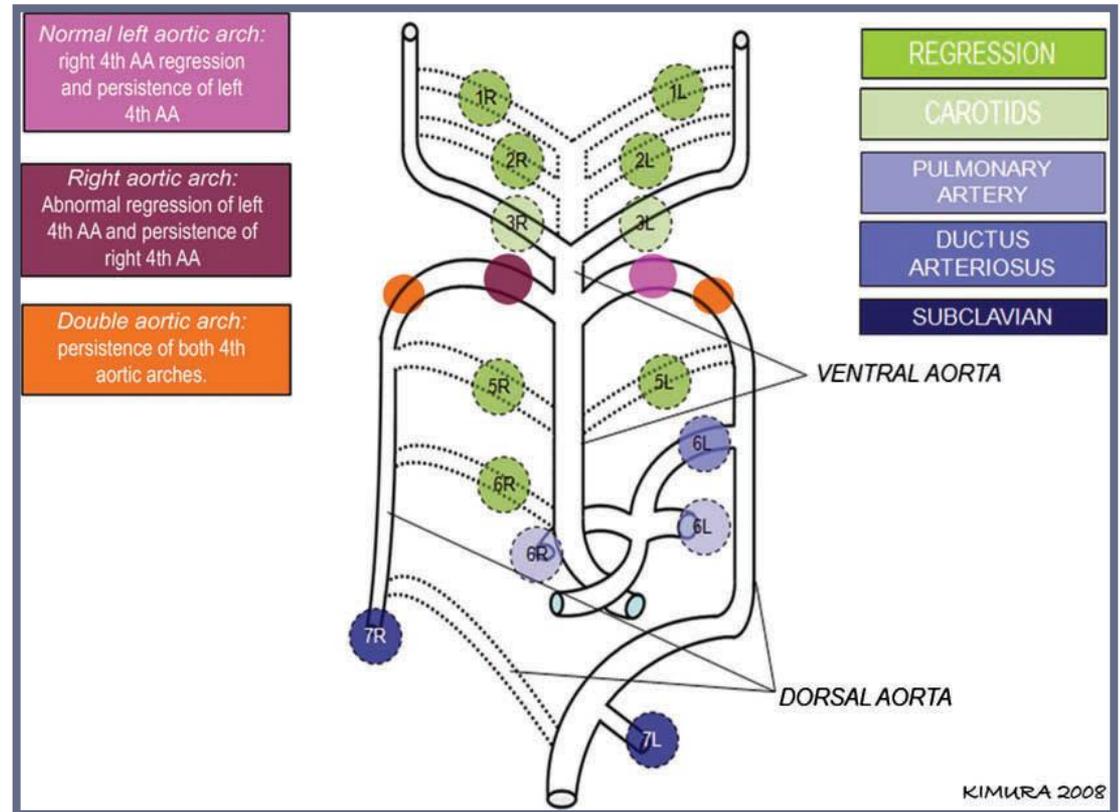
Cause di stridore congenito

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	

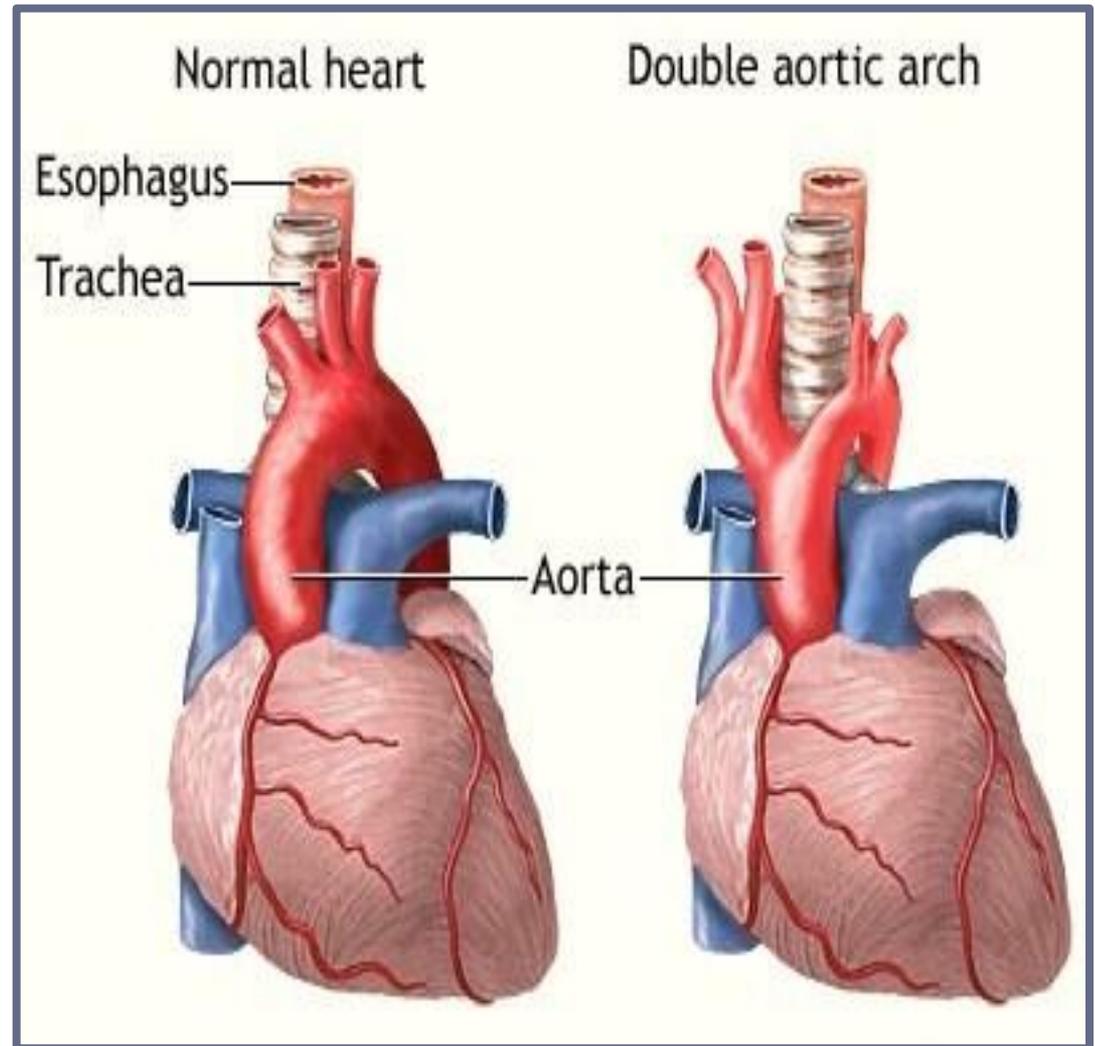
il Doppio Arco Aortico (DAA) e' la più frequente delle anomalie congenite dell'arco aortico (< 1% di tutte le cardiopatie congenite)

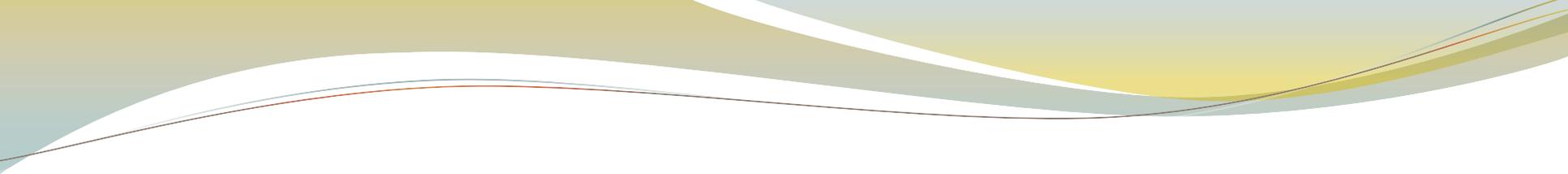


il DAA risulta
da un difetto
di
riassorbimento
del IV arco
aortico
distale destro
durante
l'embriogenesi

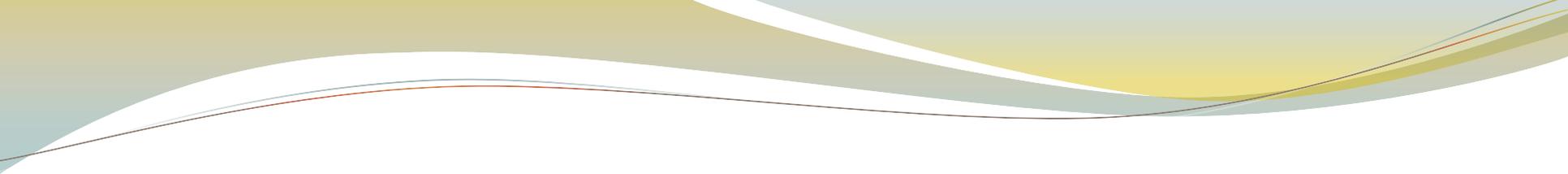


l'arco aortico di sinistra e' generalmente più piccolo, a volte atresico e non funzionante

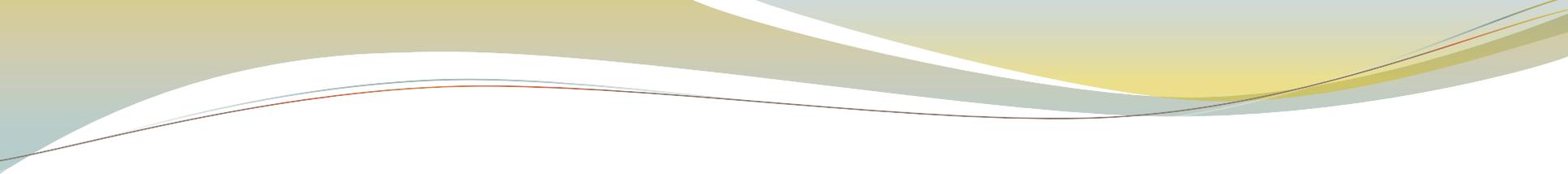




**la sintomatologia dipende dalla
compressione aerea e/o digestiva**



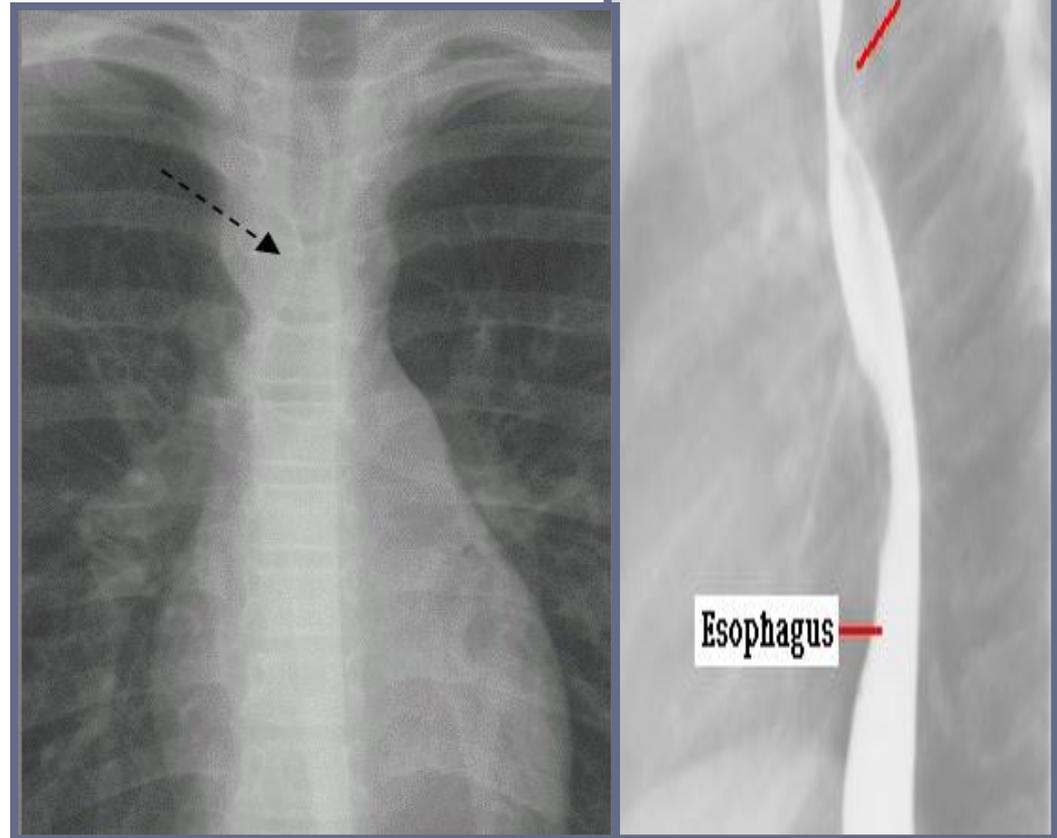
in genere il bambino presenta nel periodo neonatale stridore, tosse cronica rauca, dispnea, disfagia, vomito e falsi percorsi alimentari responsabili di pneumopatie da inalazione



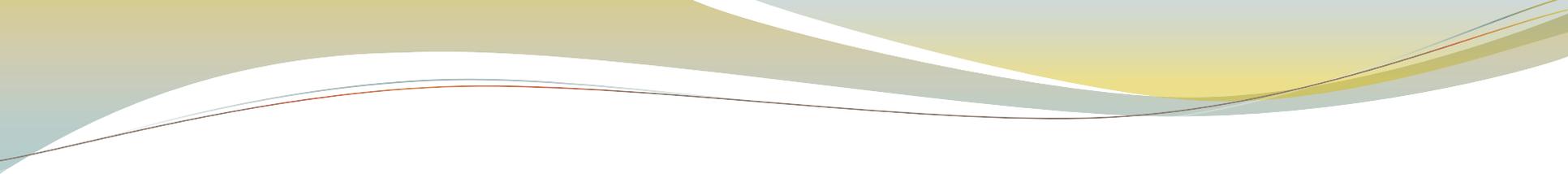
il DAA, anche se raramente, può essere causa di tracheomalacia (abnorme collasso tracheale secondario a cedimento degli elementi cartilaginei e mioelastici) per compressione estrinseca

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.

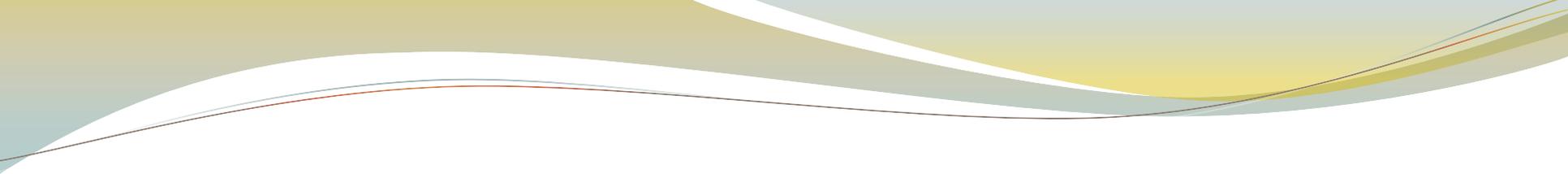


Vascular ring–double aortic arch. (A) Chest radiograph shows focal indentation and narrowing of the midline trachea (arrow). (B) Esophagogram shows impingement of the vascular malformation upon the esophagus posteriorly.



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.

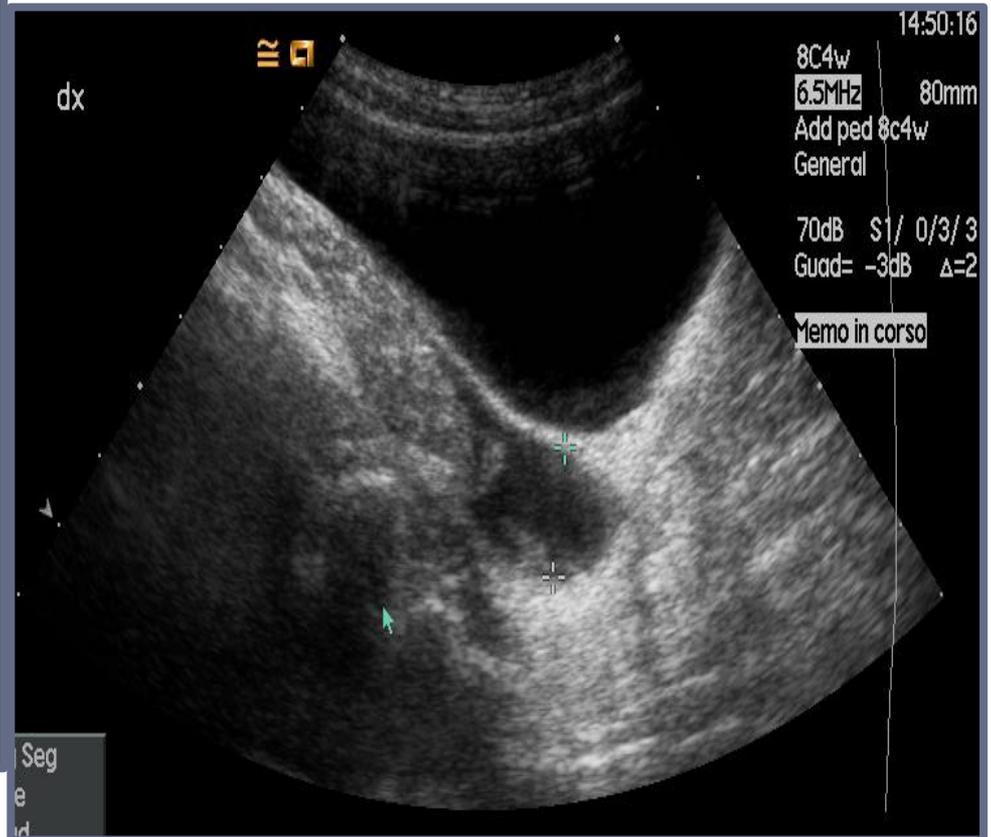
Caso clinico 2

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

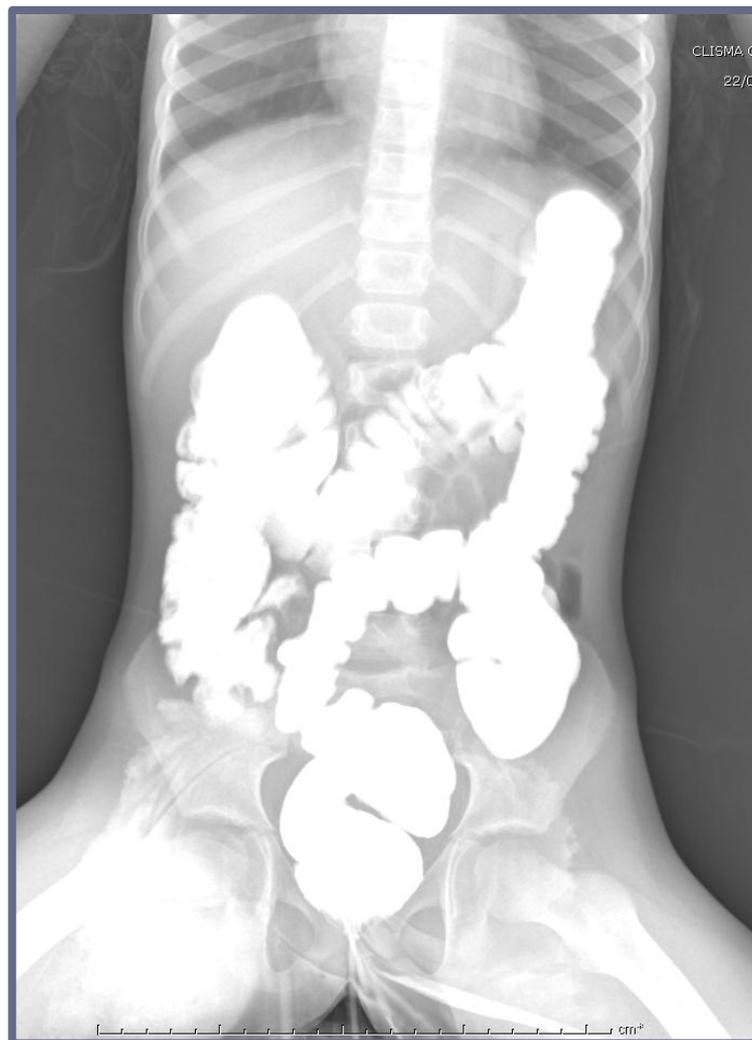
Rx addome: nulla di rilievo



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

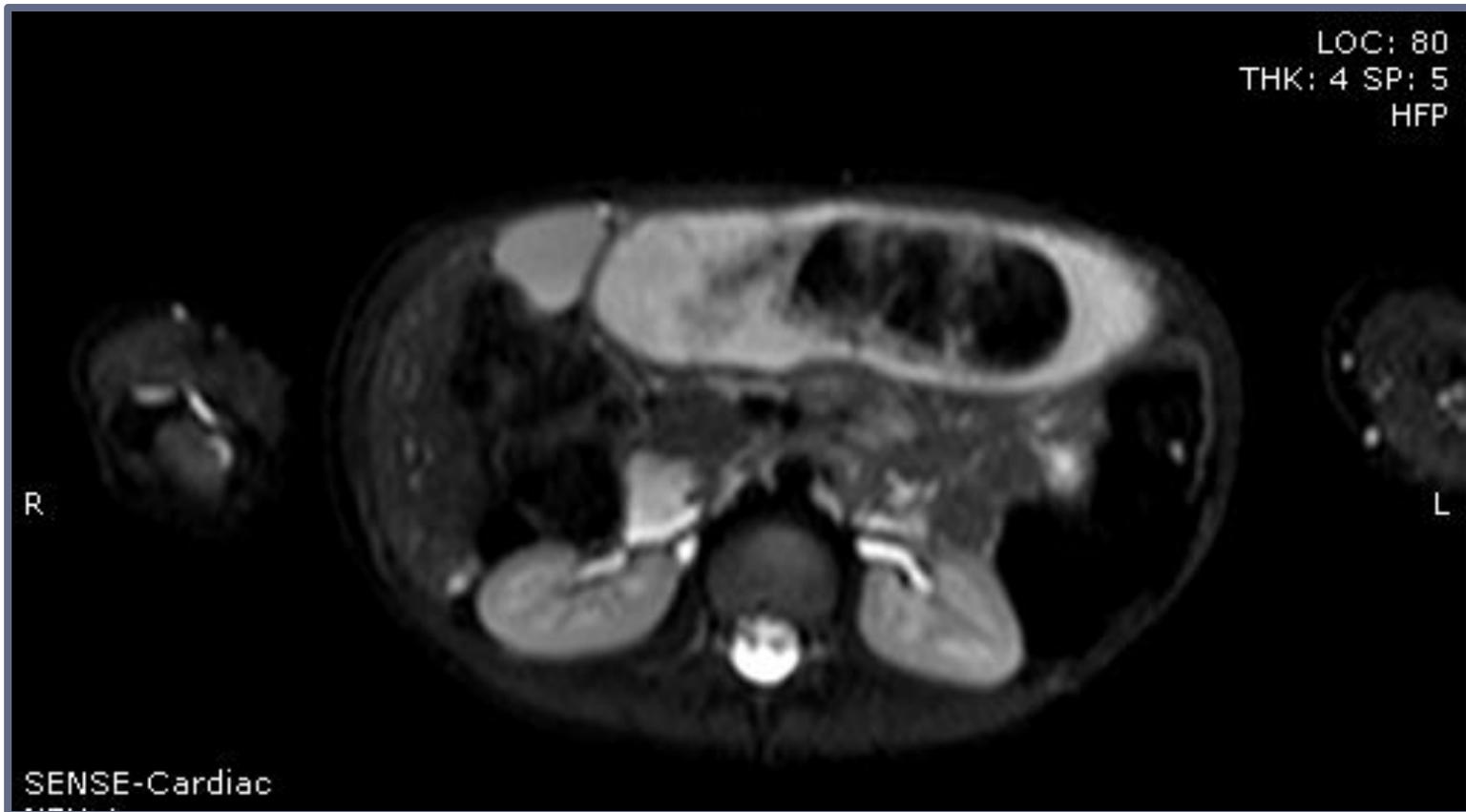


Rx clisma opaco: negativo



- 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)



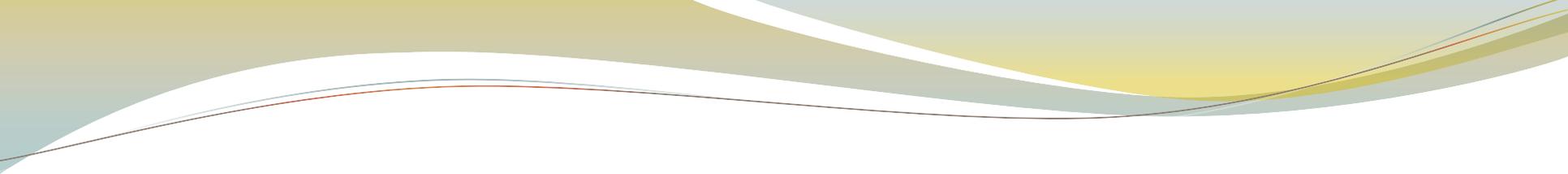
- dopo quattro mesi nuovo accesso per addominalgia, presenza di massa dura palpabile in ipocondrio sinistro
- sospetto di neoformazione della parete addominale

Ecografia: formazione calcifica di 5 cm nel lume gastrico



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





Grazie per l'attenzione...