

## MeB - Pagine Elettroniche

Volume XXIV

Marzo 2021

numero 3

### I POSTER DEGLI SPECIALIZZANDI

#### UNO STRANO TORCICOLLO

Ilaria Bizzarri, Lorenza Di Genova, Alessandra Paglino

*Scuola di Specializzazione di Pediatria, Università di Perugia*

**Indirizzo per corrispondenza:** [ilaria.bizzarri.86@gmail.com](mailto:ilaria.bizzarri.86@gmail.com)

Bambino di 3 anni arrivato alla nostra attenzione per cervicalgia e rigidità nucale presenti da circa un mese.

In anamnesi non si segnalavano traumi e aveva assunto ibuprofene con scarso beneficio. Veniva inoltre riferita nei giorni precedenti infezione indifferenziata delle alte vie respiratorie trattata con paracetamolo.

All'ingresso presso il nostro reparto, il piccolo presentava buone condizioni cliniche generali, atteggiamento antalgico del collo in flessione anteriore sinistra e contrattura della muscolatura cervicale. Si evidenziava inoltre lieve limitazione dei movimenti del collo per rigidità del rachide cervico-dorsale, in assenza di dolorabilità alla digitopressione dei processi spinosi vertebrali. La restante obiettività era nella norma eccetto lieve iperemia faringea. Venivano quindi effettuati esami ematici comprensivi di indici di flogosi, risultati nella norma, e avviati, oltre alla terapia antiinfiammatoria, cicli di fisiokinesiterapia con parziale miglioramento della sintomatologia. È inoltre eseguita valutazione oculistica per escludere torcicollo oculare (nella norma eccetto lieve ipermetropia) e per indagare la presenza di sindrome di Grisel o eventuali lesioni espansive, è stata effettuata RM encefalo e rachide cervico-dorsale con mdc che ha evidenziato alterazione di segnale a carico dell'emiarco posteriore sinistro di C1, con apparenti piccole aree millimetriche nel contesto osseo e sfumata iper-

intensità della muscolatura paravertebrale posteriore contigua di possibile natura edemigena.

A completamento diagnostico è stata quindi eseguita TC del rachide cervicale che confermava la presenza di alterazione ossea di aspetto litico con marcato assottigliamento della corticale interna che in alcuni tratti sembrava discontinua.

Nel sospetto di istiocitosi a cellule di Langerhans, sono stati eseguiti: ecografia addominale (nella norma) e Rx scheletro *in toto* che ha mostrato a livello femorale sinistro, in sede iuxtametatarsaria distale sul versante mediale, lesione ovalare a carattere litico che non determinava interruzione della corticale ossea adiacente. Quest'ultima lesione è stata ulteriormente indagata mediante TC con conferma del reperto e biopsia ossea non compatibile con istiocitosi a cellule di Langerhans.

Alla luce della negatività della biopsia, in accordo con i colleghi neurochirurghi si è proceduto a laminectomia C1 e ulteriore esame istologico che ha permesso di porre la **diagnosi di osteoblastoma**. Si è assistito quindi a completa regressione della cervicalgia.

In considerazione del comportamento benigno della lesione, il bambino è tuttora sottoposto esclusivamente a follow-up clinico strumentale circa semestrale.