

MeB – Pagine Elettroniche

Volume VII

Aprile 2004

numero 4

CASO CLINICO INTERATTIVO

Una bambina con febbre e dolore alle ossa

di S. Bassanese, T. Gerarduzzi, F. Marchetti

Clinica Pediatrica, IRCCS Burlo Garofolo, Trieste

- Spondilite/osteomielite infettiva
- Sindrome di Guillan-Barré
- Leucemia
- Stipsi ostinata in corso di virosi intercorrente
- Artrite idiopatica giovanile di tipo sistemico
- Massa addominale

1 | 2 | 3 | 4 | 5

A. è una bambina di 3 anni con anamnesi sostanzialmente muta. Due mesi fa ha presentato febbre alta e dolori ossei diffusi. Era comparsa una zoppia con accentuazione del dolore all'anca di destra e progressivo rifiuto a camminare. La somministrazione di un antipiretico-analgesico non aveva migliorato il quadro. Un ricovero ospedaliero aveva evidenziato la limitazione funzionale a carico dell'anca destra (resistenza alla flessione, abduzione ed intrarotazione), oltre alla presenza di otite concomitante. Gli esami ematochimici mostravano l'elevazione marcata degli indici di flogosi (VES: 120 mm/h, PCR: 8.8 mg/dl) a fronte di un emocromo indifferente (senza leucocitosi). Posta diagnosi di otite con coxalgia reattiva, è stata avviata terapia con amoxicillina ed un antinfiammatorio con immediato miglioramento clinico (scomparsa del dolore e della febbre). A distanza di un mese da questo episodio la piccola ha presentato la varicella, caratterizzata da un paio di giorni di febbre alta, vescicole molto numerose, espresse anche a livello vulvare, durata circa una settimana. A distanza di un paio di settimane dalla caduta dell'ultima crosta della varicella, A. manifesta nuovamente febbre, stato di sofferenza marcato, rifiuto a camminare. La piccola è molto lamentosa e riferisce dolore al basso ventre rifiutandosi talvolta di fare pipì.

Obiettivamente non si evidenzia alcuna limitazione funzionale alle articolazioni, i riflessi osteotendinei sono simmetrici e ben elicetabili, l'addome è trattabile, senza epatosplenomegalia, si palpano feci nel sigma. Non si evidenzia linfoadenomegalia. L'ecografia addominale nega la presenza di masse a livello pelvico e l'esplorazione delle articolazioni coxo-femorali nega la presenza di versamento. Sono evidenti invece dei piccoli linfonodi in sede inguinale sinistra (il precedente episodio di coxalgia era localizzato a destra). Negative le radiografie del torace, del rachide e degli arti inferiori (fino alle ginocchia). Gli esami ematochimici rivelano nuovamente un marcato movimento degli indici di flogosi (VES 97 mm/h, PCR 5.8 mg/dl) con una lieve tendenza alla leucopenia (GB 5.080/mmc, N 1.400/mmc, Hb 11.7 g/dl, MCV 83 fl, PLT 194.000) e l'elevazione dell'LDH (1084, con CPK nella norma). Lo striscio periferico non mostra blasti; nella norma anche l'immunofenotipo; negativi gli anti-Parvovirus, la Mantoux, il Monotest, gli anticorpi anti-Bartonella.

La diagnosi sospetta è di: