

MeB – Pagine Elettroniche

Volume IX

Febbraio 2006

numero 2

CASO CLINICO INTERATTIVO

Dalla clinica all'esame strumentale: un ragazzo con sepsi e dolore alla gamba

Zemira Cannioto¹, Sonia Storelli², Floriana Zennaro³,
Jurgen Schlee⁴, Federico Marchetti¹

¹Clinica Pediatrica, IRCCS Burlo Garofolo, Trieste ²Unità Operative di Pediatria Ospedale di Gorizia-Monfalcone ³U.O. di Radiologia, IRCCS Burlo Garofolo, Trieste ⁴Dipartimento di Chirurgia Pediatrica, IRCCS Burlo Garofolo, Trieste

Indirizzo per corrispondenza: zemira79@hotmail.com

1 | 2 | 3 | 4 | 5

In effetti, ciascuno di questi esami può dare un importante contributo diagnostico anche se vanno considerate alcune differenze in termini di sospetto diagnostico, tempistica e finalità.

- La *radiografia standard* può essere considerata un buon strumento diagnostico nel sospetto di osteomielite ma si dimostra positiva solo dopo 7-14 gg. dall'esordio sintomatologico; se eseguita precocemente, infatti, le alterazioni del tessuto osseo secondarie al processo infettivo non sono ancora individuabili condizionandone un esito falsamente negativo (2).

- La *scintigrafia* insieme alla *RMN* rappresentano le tecniche considerate gold-standard per la diagnosi di osteomielite. L'indagine scintigrafica (a fronte di una sensibilità e specificità inferiori rispetto alla RMN) presenta il pregio della panoramicità dell'indagine che, spesso, può dimostrarsi utile in prima battuta nella localizzazione del processo infettivo anche nell'ottica di valutare/escludere l'eventualità di un quadro multifocale (3). Non si evidenzia una sostanziale differenza tra i diversi traccianti disponibili (tecnezio / granulociti marcati); qualche autore, peraltro, sostiene che l'utilizzo combinato delle due metodiche potrebbe consentire una migliore accuratezza diagnostica (4).

- La *TAC* consente una buona valutazione delle lesioni ossee ma si dimostra scarsamente informativa sull'eventuale coinvolgimento dei tessuti molli circostanti. Tale strumento diagnostico viene, solitamente, utilizzato come guida per procedure interventistiche quali il drenaggio di raccolte ascessuali.

- La *risonanza magnetica* rappresenta, come detto, l'indagine gold-standard nella diagnosi di osteomielite. Essa, infatti, consente di valutare con un'elevata definizione anatomica sia le lesioni ossee che l'eventuale coinvolgimento dei tessuti molli circostanti (5,6).

Si decide di eseguire la scintigrafia con tecnezio che dà un esito negativo. Negativa anche la radiografia del bacino e

la radiografia del torace. A questo punto si decide per il trasferimento presso il nostro reparto.

Siamo, quindi, di fronte ad un ragazzo che presenta una febbre di tipo settico (che sembra non rispondere alla terapia antibiotica in atto) accompagnata da un importante dolore alla gamba sx. con evidente limitazione funzionale prevalentemente in adduzione e difficoltà alla deambulazione (perché dolorosa). Non si apprezzano masse né linfonodi in sede inguinale bilateralmente. Non segni di edema periferico.

Sul piano laboratoristico viene confermato il quadro di pancytopenia con evidenza di un rialzo del d-dimero (8 mg/ml con v.n. >0.5mg/ml); il ragazzo presenta in corso di puntata febbrile tachipnea con desaturazione (SaO₂ 92-94%). Queste ultime evidenze fanno pensare ad una embolia polmonare da trombosi venosa profonda (dispnea con desaturazione, dolore riferito all'inguine, riscontro di un d-dimero mosso).

Quali indagini eseguireste in ragione di tale sospetto diagnostico?

- Scintigrafia ventilazione-perfusione
- Eco color-doppler
- TAC torace
- ECG
- Emogas analisi