

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

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

Indirizzo per corrispondenza: zemira79@hotmail.com

1 | 2 | 3 | 4 | 5

Ciascuno di questi esami ha, in effetti, un suo razionale anche se una accurata valutazione diagnostica può essere effettuata ricorrendo ad un algoritmo che si avvale di uno score clinico (Wells score), del dosaggio del d-dimero ed eventualmente dell'esecuzione di una TAC del torace (7). Nel nostro caso, però, tutte le indagini eseguite negano il sospetto clinico di un quadro di embolia polmonare da trombosi venosa profonda. In particolare, l'emogas analisi si dimostra nella norma (non evidenza di ipossia con ipocapnia) e così pure l'ECG che non evidenzia segni di sovraccarico emodinamico dx. La TAC del torace (eseguita con tecnica angioTC) esclude difetti di opacizzazione dei rami arteriosi polmonari ed, infine, l'eco color-doppler non evidenzia segni di trombosi venosa profonda in atto.

A questo punto una doverosa riconsiderazione del quadro ci porta ad approfondire alcune ulteriori ipotesi diagnostiche:

- L'ipotesi di *leucemia* è sostenuta dal riscontro di un quadro di citopenia con interessamento di tutte le linee cellulari e dalla sintomatologia dolorosa inguinale riferibile al distretto osseo. Di fatto, però, nei giorni successivi al ricovero si assiste ad una completa normalizzazione dell'emocromo con evidenza di un quadro di modesta leucocitosi neutrofilia (GB 12580, N 8900, L 2100) accompagnato da un recupero dell'Hb (11.5 g/dl) e delle piastrine (225.000 con successiva tendenza alla piastrinosi 398000/mm³). Dato il forte sospetto diagnostico derivante dall'iniziale quadro di pancitopenia viene, comunque, eseguito un puntato midollare che nega la presenza di cellule atipiche (con negatività anche dell'immunofenotipo).

- *Osteomielite in paziente settico*: tale ipotesi troverebbe conferma nelle caratteristiche della febbre (picchi febbrili elevati preceduti da brivido e risoluzione con abbondante sudorazione) e nell'importante sintomatologia dolorosa a carico dell'inguine e della coscia sx. Gli indici di flogosi sono sempre molto elevati (PCR 26.28 mg %, VES 54, ferritina 651 ng/dl). Il risultato negativo della scintigrafia l'escluderebbe.

Tuttavia diversi elementi clinici e di laboratorio erano a favore di una ipotesi infettiva:

a) l'iniziale pancitopenia con successiva normalizzazione ed il rialzo del d-dimero (non spiegabile dall'ipotesi, negata, di una trombosi venosa profonda), si dimostrano espressione laboratoristica diretta di un quadro di sepsi. In particolare, la pancitopenia può essere interpretata come l'epifenomeno di un transitorio blocco midollare da citochine infiammatorie. Inoltre, le crisi di dispnea con desaturazione associata ad ipotensione sono interpretabili come manifestazione clinica di un'iniziale CID in paziente settico soprattutto alla luce della ripetizione dell'evento in corso di picco febbrile.

b) all'emocoltura avviata all'ingresso si isola uno *Stafilococcus Aureus* meticillino sensibile.

Decidiamo di mirare la terapia nei confronti del patogeno isolato e visto l'insuccesso della terapia in atto (ampicillina + sulbactam) passiamo alla somministrazione di Teicoplanina e Clindamicina sulla scorta della gravità del quadro clinico, ipotizzando un'infezione profonda.

La tipologia di patogeno isolato si dimostra, in effetti, compatibile con l'ipotesi di una localizzazione ossea secondaria ad una diffusione ematogena (8,9).

Decidiamo di eseguire la RMN del bacino (Figura 1). Tale indagine ci permette di evidenziare una localizzazione ascessuale a carico dei muscoli otturatore interno ed esterno di sx consensuale ad un quadro di osteomielite della branca ischio-pubica di sx. Alla luce di tali evidenze ripetiamo, poi, una radiografia del bacino (a distanza di circa 2 settimane dall'esordio della sintomatologia) che effettivamente dimostra il rimaneggiamento osteo-strutturale della branca ischio-pubica di sx. confermando, pertanto, il limite "temporale" di tale metodica (Figura 2).

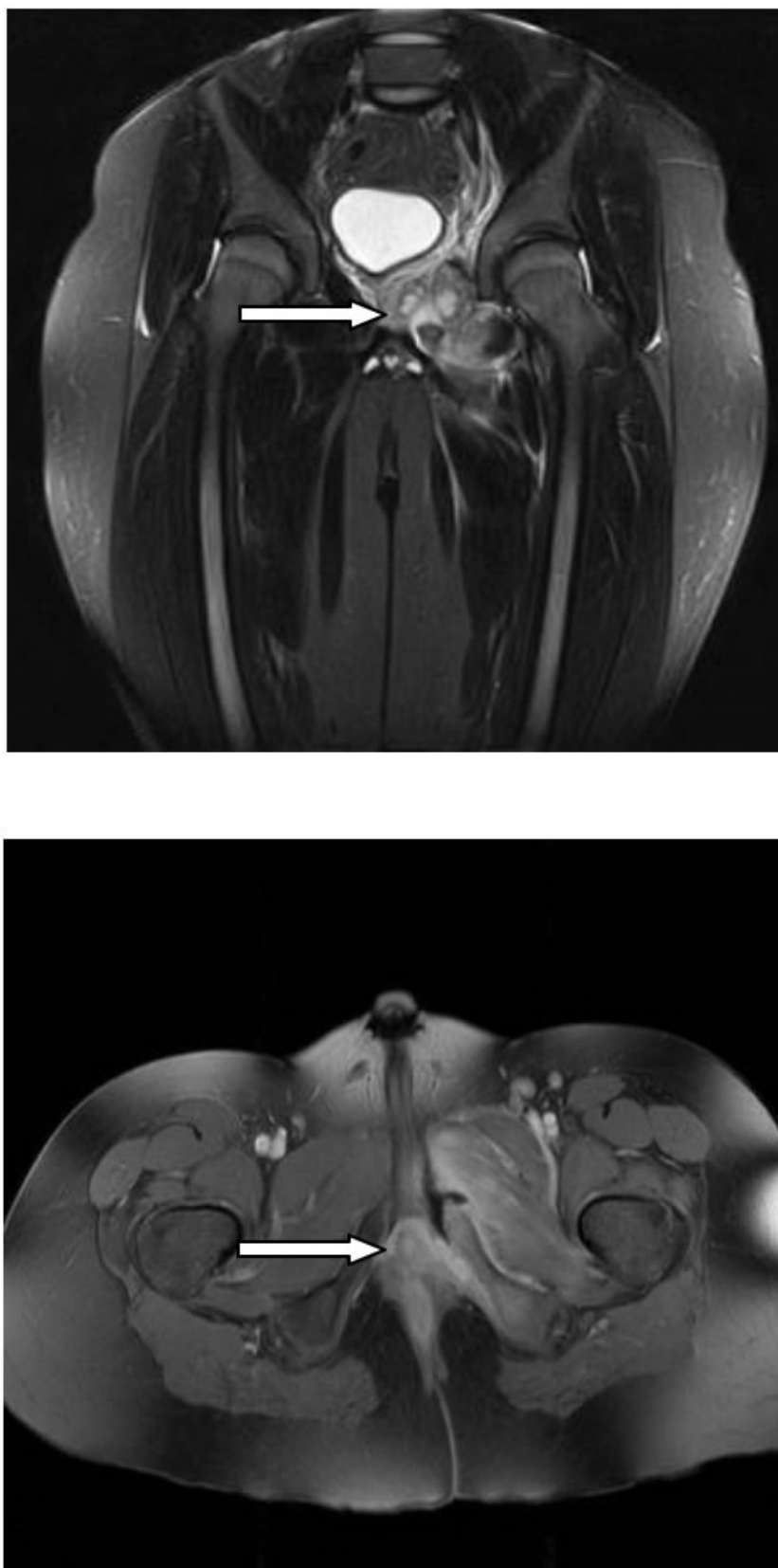


Figura 1. RMN: estesa alterazione di segnale coinvolgente la branca ischio-pubica sx ed i muscoli otturatori omolaterali. La branca ischiopubica mostra un'architettura spongiosa irregolare con interruzione corticale sul margine anteriore; i

gruppi muscolari appaiono aumentati di volume e caratterizzati da segnale interno disomogeneo con componenti liquide settate da riferire a raccolte ascessuali.



Figura 2. Rx bacino: rimaneggiamento osteo-strutturale della branca ischio-pubica di sx. ed in misura minore della branca ileo-pubica omolaterale.

Ma perché la scintigrafia aveva dato esito negativo? Probabilmente questa perdita di sensibilità dell'esame è da attribuire alla particolare localizzazione del processo infettivo in quanto la captazione da parte delle ossa del bacino potrebbe essere, almeno in parte, mascherata dall'accumulo del MdC in vescica (10).

A proposito della localizzazione ischio-pubica, quale ritenete essere la sua frequenza nel contesto di tutti i quadri di osteomielite?

- < 1%
- 20%
- 5-10%