

MeB – Pagine Elettroniche

Volume IV

Novembre 2001

numero 9

ORTOPEDIA PER IL PEDIATRA

Un caso di zoppia

Giuseppe Maranzana

Maria, anni 11, si presenta, su consiglio del suo pediatra, dallo specialista ortopedico per effettuare una visita urgente. Da circa un mese infatti presenta un dolore saltuario al ginocchio sinistro dopo sforzo anche modesto che la costringe a zoppiare e che non recede con il riposo né con i comuni antiinfiammatori. Nell'ultima settimana questo dolore ha determinato anche dei risvegli notturni.

All'anamnesi non si rileva alcunché di significativo: nessuno familiare presenta problemi di natura ortopedica, la bambina non aveva sofferto di patologie importanti.

All'esame obiettivo le condizioni generali della bambina sono buone; le anche risultano libere nei movimenti di flessione-abduzione, intra ed extrarotazione; vi è una dolorabilità al terzo inferiore del femore e al terzo medio della gamba.

Si consiglia l'esecuzione di: rx ginocchio e anca ed esami ematochimici.

I radiogrammi sono negativi, i risultati degli esami sono i seguenti:

G.B. 13.080

G.R. 4.400.000

Hb 12.7

Ht 35.8

VES 20

Una settimana dopo viene eseguita una TAC del ginocchio sinistro che risulta negativa. Per il persistere del dolore viene applicata una doccia di posizione al ginocchio sinistro per 10 giorni e viene prescritta una terapia antiinfiammatoria per via generale.

Si suggerisce l'esecuzione di una Risonanza Magnetica del ginocchio sinistro. A distanza di 10 giorni, quando la paziente si presenta per rimuovere la doccia lamenta ancora dolore e dolorabilità. Visitando la paziente si evidenzia la comparsa di una limitazione articolare al gomito destro (flessione -15°) con modestissimo edema senza arrossamento né "calor". Si consiglia allora di continuare con la terapia antiinfiammatoria in atto e di ricontrollare la bambina dopo 10 giorni, eseguendo nello stesso contesto una visita pediatrica reumatologica e nuovamente gli esami ematochimici. Dopo 10 giorni la

bambina, all'esame obiettivo, presenta una dolorabilità elettiva al ginocchio sinistro con dolore riflesso sul quadricipite e dolorabilità sul gomito destro con limitazione funzionale. Presente zoppia di fuga. Gli esami ematochimici sono:

G.B. 6.900

G.R. 4.050.000

Hb 12.300

Ht 34

creatinina 0.46

fosfatasi alcalina 194

IgG 848, IgA 107, IgM 53

LDH 255

PCR 0.04

TAS 232

VES 16

Esame urine negativo

Il pediatra reumatologo, dopo la visita, pone diagnosi di artrite reumatoide oligoarticolare e richiede:

ANA: 0.22

ANA (immunofluorescenza): assenti

ecografia gomito, ginocchio, anca sinistra: negative

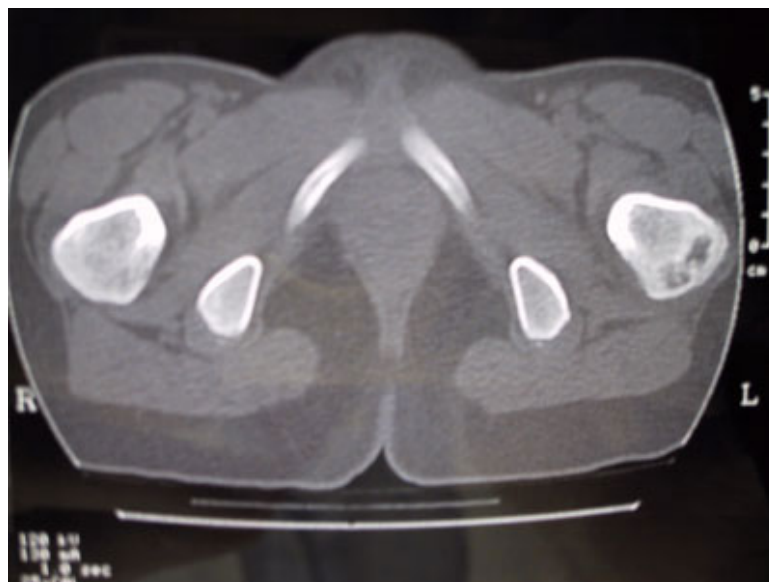
visita oculistica: nella norma

visita ortopedica: "lieve limitazione della flessione-abduzione dell'anca sinistra (-10° circa), liberi gli altri gradi di articolarietà. Non segni di flogosi in atto a carico dell'apparato locomotore. Lieve ipotrofia coscia di sinistra (-1 cm di diametro rispetto alla destra)".

Consiglio: riposo, controllo dopo 30-45 giorni circa per eventuale ripetizione radiogrammi anca e ginocchio.

A questo punto l'ipotesi diagnostica di artrite reumatoide è meno plausibile e incomincia a prendere corpo l'ipotesi di una patologia dell'anca. Per i frequenti risvegli notturni e il miglioramento della sintomatologia dolorosa con l'assunzione di aspirina si ipotizza la diagnosi di osteoma osteoide e si programma una TAC dell'anca sinistra ed un rx torace.

Alla TAC viene evidenziata una zona di lisi a livello del collo femorale in corrispondenza del gran trocantere.

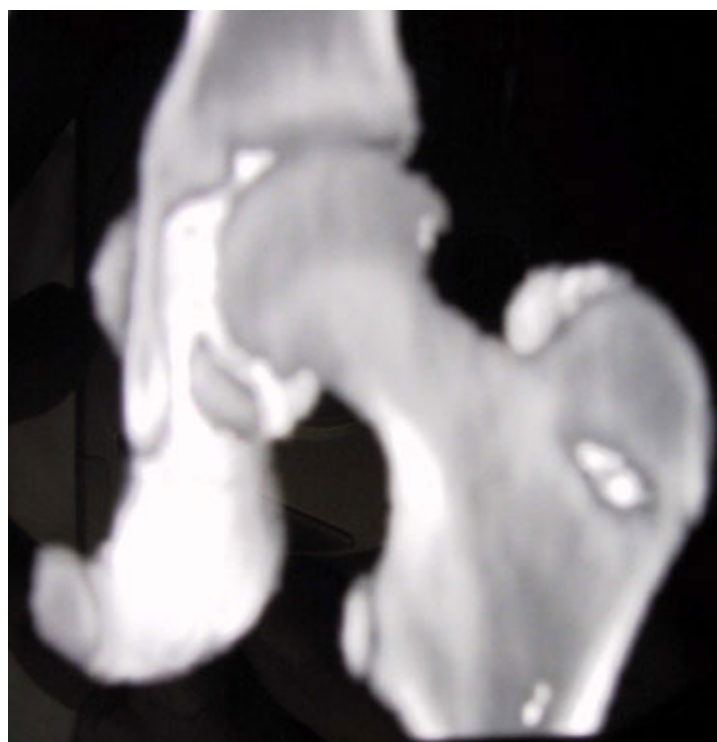
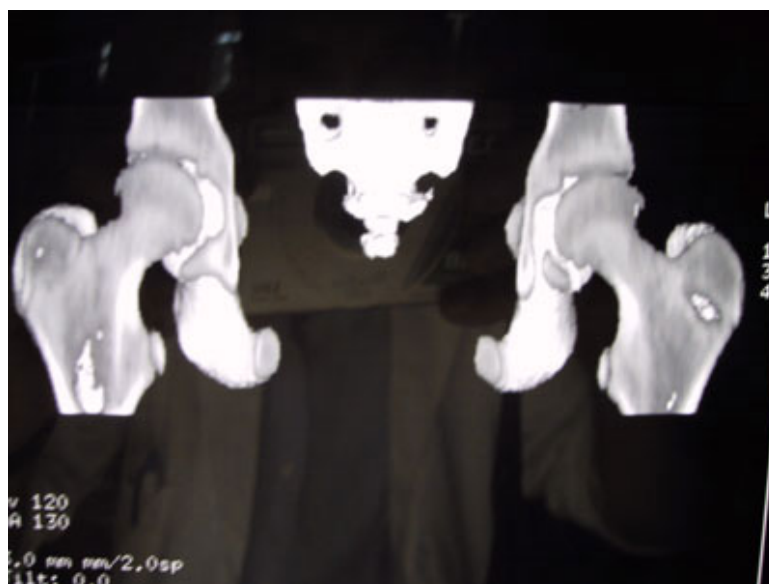


Il risultato della visita ortopedica è il seguente:

”bambina ancora in buone condizioni generali; zoppia sinistra; l’esame articolare è nella norma a tutti i livelli e in particolare anche a livello della coxo-femorale sinistra che è libera”.

Si segnala persistenza di ipotrofia muscolare alla coscia di sinistra. Si consiglia di eseguire scintigrafia ossea e di programmare biopsia. L’esame scintigrafico dello scheletro, ese-

guito dato il quesito clinico anche con tecnica trifasica e tomografica al bacino, evidenzia in fase osteotropa iperaccumulo del tracciante a gradiente piuttosto intenso in corrispondenza del gran trocantere del femore di sinistra, reperto che appare riconoscibile già nelle immagini precoci della fase dinamica e di pool ematico e che nelle immagini tomografiche interessa tutta la regione supero-laterale della porzione trocanterica del femore ed in parte il collo femorale, arrivando infero-lateralmente fin quasi al piccolo trocantere.



Tale reperto appare di non univoca interpretazione: la diagnosi di osteoma osteoide appare poco verosimile mentre ci si orienta verso una patologia tumorale di probabile natura maligna.

La bambina viene ricoverata e al momento dell'intervento appare molto sofferente e dimagrita. Si procede quindi ad eseguire biopsia ossea: dopo incisione di cute e sottocute si arriva a livello del gran trocantere. Con un carotatore ci si posiziona a livello della lesione, oramai visibile anche in radioscopia. Alla prima martellata esce dall'osso pus, ponendo fine ad ogni dubbio diagnostico. Vengono posti a dimora due drenaggi, uno inflate e uno deflate e lasciati in sede per una settimana, con terapia antibiotica per via generale con cefalosporina (Totacef 500 mg 3 volte al dì). L'esame istologico

del tessuto prelevato evidenzia presenza di tessuto necrotico. L'esame culturale evidenzia la presenza di Stafilococchi, difficili da tipizzare. Dopo una settimana i lavaggi vengono rimossi e si passa ad antibiotico-terapia per via orale. A controllo a distanza di un mese dall'intervento la bambina risulta completamente guarita.