

MeB – Pagine Elettroniche

Volume II

Marzo 1999

numero 3

ORTOPEDIA PER IL PEDIATRA**Osteofiti**

Giuseppe Maranzana

*Divisione di Ortopedia infantile, IRCCS 'Burlo-Garofolo', Trieste***IL CASO**

Manuel Z., anni 9, è stato seguito dal suo pediatra per la presenza di una tumefazione nella regione anteriore della spalla sinistra. All'età di 3 anni, infatti, il bambino era stato mandato all'osservazione dello specialista ortopedico per la comparsa della suddetta tumefazione. Essa appariva di consistenza dura, della dimensione di 2 centimetri per 1 e mezzo circa, libera sui piani superficiali ma adesa su quelli profondi; il termotatto non era aumentato, la cute soprastante indenne, i linfonodi nel cavo ascellare non interessati. Il sospetto era stato subito che la tumefazione fosse a provenienza dall'osso ed era stata suggerita l'esecuzione di un radiogramma dell'omero e non di un'ecografia delle parti molli, come poteva sembrare più logico ad una superficiale analisi. Il radiogramma aveva evidenziato la presenza di una esostosi pedunculata del terzo prossimale dell'omero. Poiché tale esostosi era sempre stata del tutto asintomatica, non si poneva l'indicazione

chirurgica. Da un accurato esame clinico di tutto il corpo tale esostosi risultava isolata e non facente parte di una malattia esostosante. Alla madre venne consigliato, quindi, di portare il bambino a controllo una volta all'anno per una valutazione clinica dell'estensione delle dimensioni dell'esostosi e dell'eventuale comparsa di sintomatologia algica. Nei controlli periodici che si susseguirono negli anni l'esostosi risultò invariata. All'ultimo controllo, risalente a un mese fa, essa risultava lievemente ingrandita, diventando visibile ad occhio nudo, ed iniziava a dare al bambino la sensazione di averla: venne posta così l'indicazione chirurgica. Si scelse di asportarla durante le vacanze scolastiche, evitando al bambino di perdere due giorni di scuola. Due settimane prima della data prevista dell'intervento, in seguito a un trauma ricevuto nel corso di una partita di pallacanestro a scuola, il bambino accusò un fortissimo dolore al braccio sinistro.

L'INTERVENTO

Portato al Pronto Soccorso, eseguiva un radiogramma del braccio che evidenziava la rottura dell'esostosi a livello del suo peduncolo d'impianto. L'esostosi fu asportata il giorno seguente.





IL MESSAGGIO

Il messaggio è contenuto nel caso, e nella sua “naturale” gestione. L'esostosi isolata, a differenza della malattia esostotica, va considerata come un “non problema”, o più semplicemente va trascurata fino a che non dà problemi. Se dà fastidio, di solito per motivi tra l'estetico, il meccanico e il semplicemente “fastidioso”, va tolto. La radiologia è sufficiente per fare la diagnosi.

La frattura, come si è verificato in questo caso, è l'occasione. La degenerazione neoplastica, in età matura, è stata descritta. “E' stata descritta” vuol dire che i casi in cui è avvenuta questa degenerazione sono eccezionali: in altre parole che sia l'asportazione sistematica, sia il controllo radiologico periodico costituiscono un eccesso di intervento.

L'attenzione andrà, normalmente, rivolto a quei casi, anzi a quei momenti in cui “succede qualcosa”: per esempio, come in questo caso, il dolore, ovvero un aumento inatteso delle dimensioni.

La malattia esostoica, cui si è fatto cenno, è una condizione più severa, che interessa più ossa, specie in sede metafisaria, che disturba la crescita e la simmetria degli arti. Ma anche lì, le indicazioni per l'intervento sono le stesse: togliendo le esostosi non si hanno effetti utili sulla crescita in lunghezza dell'arto e le esostosi vanno tolte solo se e quando disturbano. Disturberanno più facilmente quello della malattia esostotica che non la esostosi singola.