

MeB - Pagine Elettroniche

Volume XXII

Luglio 2019

numero 7

INFETTIVOLOGIA

NON SEMPRE I CALCOLI SONO CORRETTI

Maria Laura Nicolosi, Maria Luisa Melzi, Chiara Vimercati, Giovanna Zuin

Ospedale "San Gerardo", Fondazione MBBM, Monza

Indirizzo per corrispondenza: mlauranicolosi@gmail.com

Ragazzo di 14 anni, da circa dieci giorni presenta febbre e dolore in fianco destro; riferita banale caduta nei giorni precedenti la comparsa di tale sintomatologia. Viene condotto presso Pronto Soccorso (PS) dove esegue esami ematici (con riscontro di un modesto aumento della PCR), ecografia dell'addome e Rx del torace (risultate negative) e pertanto dimesso al domicilio. Il giorno seguente, per peggioramento della sintomatologia con dolore ingravescente e segno del Giordano positivo, il paziente viene nuovamente condotto presso il PS e ricoverato nel sospetto di colica renale; viene avviata terapia antidolorifica e antibiotica con cefotaxime, previa esecuzione di emocolture (risultate negative). Gli esami radiologici e di laboratorio eseguiti successivamente consentono tuttavia di escludere calcolosi renale e altre problematiche urologiche. Durante il ricovero F. presenta una singola puntata febbrile, indici di flogosi in progressivo incremento e persistenza del dolore fianco destro, irradiato in regione lombare, aumentato dalla mobilizzazione. Per identificare l'origine della sintomatologia dolorosa viene eseguita Rx del rachide, risultata negativa e RM del rachide lombosacrale che mostra un'ernia intraspongiosa a livello della limitante somatica inferiore di L3, corpo vertebrale sfumatamente iperintenso in STIR per edema spongioso ed enhancement dopo mezzo di contrasto. Le ipotesi diagnostiche formulate in seguito a tale esito sono:

- Leucemia (prontamente esclusa dopo esecuzione di aspirato midollare);
- Neoplasia ossea (linfoma osseo, osteosarcoma, sarcoma di Ewing);

- Malattia autoinfiammatoria (possibile esordio di osteomielite cronica multifocale ricorrente);
- Osteomielite infettiva.

Eseguita biopsia vertebrale con emocolture post-procedura che ha confermato diagnosi di osteomielite: isolato *Staphylococcus aureus* su sangue periferico (poi anche su coltura bioptica), per cui avviata antibiotico-terapia con oxacillina e levofloxacina.

Dopo tre settimane, visto il miglioramento clinico con VES in calo e PCR negativa, viene sospesa la terapia con levofloxacina. Alla RM di controllo eseguita dopo sei settimane di trattamento, si riscontra formazione di una raccolta intradiscale a livello di L3, per cui eseguita evacuazione TC-guidata: evacuato esclusivamente materiale ematico sterile, verosimile esito post-traumatico della precedente procedura bioptica eseguita.

F. viene pertanto dimesso a domicilio con indicazione a proseguire terapia antibiotica per os per ulteriori quattro settimane e follow-up ambulatoriale settimanale con monitoraggio degli indici di flogosi. Al controllo eseguito al termine del trattamento gli indici di flogosi sono spenti e F. è asintomatico e ha ottenuto un buon recupero funzionale.

Il dolore, associato ad aumento degli indici di flogosi, deve sempre suggerire l'ipotesi di osteomielite infettiva, anche in sedi insolite come quella vertebrale. Nei casi in cui la diagnostica per immagini non sia sufficiente, può rendersi indispensabile, come nel nostro caso, il ricorso alla biopsia ossea per una diagnosi di certezza.