

Ricerca



SCINTIGRAFIA OSSEA E LESIONI INFIAMMATORIE DEL RACHIDE IN ETÀ PEDIATRICA

C. Milocco, S. Facchini, V. Leone, R. Ciambra, M. Pocecco
 UO di Pediatria e Neonatologia, Ospedale "Bufalini", Cesena

BONE SCINTIGRAPHY AND INFLAMMATORY LESIONS OF RACHIS

Key words Spondilodiscitis, Scintigraphy, Bartonella henselae

Summary Report of three cases of spondilodiscitis and one case of sacro-ileitis, one of them induced by Bartonella henselae, and the others without any demonstrated aetiology. For two of them, NMR was negative, and for all of them, scintigraphy with Tc99 was decisive for the purposes of diagnosis. All the patients recovered very fast after a treatment based on antibiotics.

Introduzione - La spondilodiscite è un'affezione singolare e non comune, di natura sicuramente infettiva, anche se raramente dimostrabile. La radiografia è inutile; la clinica, la RMN e la scintigrafia sono eloquenti.

I casi

Caso 1. Bambina di 2 anni: storia di 10 giorni di dolori alla schiena, diurni e notturni; rifiuto di camminare. Storia di banale trauma. Rx del rachide negativa; deambulazione senza zoppia, ma con rachide rigido, in atteggiamento destro convesso. Esami sostanzialmente negativi, compresa la PCR; VES 49. Scintigrafia con Tc99: ipercaptazione tra L3 e L4. RMN con gadolinio: spondilodiscite. Ceftriaxone e teicoplanina, corsetto. La sierologia IgG e IgM per *Bartonella* risulta positiva. La RMN nei due anni successivi dimostra la comparsa di sclerosi dei piatti vertebrali contrapposti, una riduzione del disco, e alla fine una parziale fusione dei corpi vertebrali.

Caso 2. Bambino di 19 mesi: 5 giorni di rifiuto alla deambulazione e alla stazione eretta o seduta, dopo banale trauma da caduta. Iperlordosi. PCR negativa; VES 71. Scintigrafia con Tc99: ipercaptazione tra L4 e L5 con interessamento dell'emicorpo di L5. Teicoplanina e aminoglicoside: rapida riduzione e scomparsa della sintomatologia in 48-72 ore; emocoltura, Mantoux, sierologia per *Bartonella* e per *Salmonella* negativa. RMN con gadolinio, dopo 17 gg: spondilodiscite. Al controllo a 3 mesi, riduzione del disco e al-

terato segnale all'emicorpo di L4, normalizzato al controllo a 6 mesi.

Caso 3. Bambino di 16 mesi, con febbre da 1 giorno: rifiuto a defecare; a tratti, flessione delle cosce sull'addome, come per dolore. Pianto alla posizione seduta. Schiena rigida. Pressione delle apofisi spinose indolore, ma resta l'impressione che il dolore sia alla schiena. Leucociti 18.000; PCR 3,9 mg%ml; VES 56. Scintigrafia con Tc99: incremento di captazione in L5 e L3. Teicoplanina e tobramicina. Risposta clinica brillante: sfebbramento e scomparsa della sintomatologia in 24 ore. RMN con gadolinio negativa. Ricerche sierologiche e culturali negative. Guarigione senza esiti, anche alla RMN.

Caso 4. Bambino di 12 anni: dolore al gluteo sinistro (insorto durante attività fisica); febbre 39°. Zoppia, rigidità lombare, scomparsa della lordosi, dolore all'articolazione sacro-iliaca sinistra. VES 67; PCR 7,9 mg%ml. Emocoltura, Mantoux, sierologia negativa; HLA B27 e ANA negative. RMN con gadolinio negativa. Scintigrafia con Tc99: accumulo di tracciante in corrispondenza della articolazione sacro-iliaca sinistra. Amoxicillina + clavulanato e aminoglicoside: sfebbramento in 24-48 ore; scomparsa del dolore in pochi giorni. A 6 settimane, la scintigrafia è ancora leggermente positiva e la radiografia mostra un'area di lieve addensamento.

Il contributo - I casi, tranne l'ultimo, sono molto simili. Il dolore e la rigidità lombare, non sempre immediatamente riconoscibile ma presente, la difficoltà alla deambulazione e alla stazione seduta sono quasi patognomici. La febbre spesso manca. I segni di laboratorio sono molto discreti. La VES è però sempre positiva. La RMN con gadolinio, considerata il golden standard, si è dimostrata in 2 casi insufficientemente sensibile, mentre la scintigrafia non ha mai ingannato.

Il trauma alla colonna, valorizzato nella letteratura, era presente in 2 casi, banale. L'eziologia infettiva, comprovata in un caso (*Bartonella*), è dimostrata dalla risposta sorprendentemente pronta alla terapia antibiotica. Resta non chiaro come un'infezione ossea o osteo-discale dia così modesti segni di laboratorio e guarisca così rapidamente; è ragionevole pensare a germi a bassa patogenicità (come la *Bartonella*). La negatività alla sierodiagnosi per *Bartonella* in 3 casi su 4 potrebbe essere dovuta alla precocità della sierodiagnosi.

Sommaro delle pagine elettroniche



Appunti di terapia

•Copertura vaccinale contro il morbillo •La vaccinazione contro lo pneumococco •Anticipazione dei limiti della pubertà precoce e analoghi GnRH

Un caso clinico dalla letteratura...

•Paralisi del facciale

Pediatria per l'ospedale

•L'infezione da citomegalovirus. Parte 2

Avanzi

•Il desametasone nella cura della meningite batterica in un Paese in via di sviluppo •La prognosi di pazienti HIV-1 positivi trattati fin dall'inizio con terapia antiretrovirale •Rischio di cancro in soggetti trattati con ormone della crescita •Il seme di soggetti che sono sopravvissuti al cancro •Infezione da HIV nei bambini del mondo •La prevenzione delle infezioni post-operatorie da *Staphylococcus aureus* con muciporina endonasale •Contraccettivi orali e rischio di cancro del seno •Efficacia comparativa dei repellenti contro le punture di zanzare •L'uso di un vaccino inattivato contro la varicella in trapiantati di midollo •Trattamento dell'autismo con risperidone •Fibrosi cistica senza mutazione del CFTR