

**I POSTER DEGLI SPECIALIZZANDI**

**RADIOGRAFIA CON REAZIONE PERIOSTALE:  
LA LEUCEMIA IN DIAGNOSI DIFFERENZIALE**

Costanza Di Chiara\*, Paola Moras, Francesca Maschio, Marta Minute

*UOC di Pediatria, Ospedale "Ca' Foncello", Treviso*

*\*Scuola di Specializzazione in Pediatria, Dipartimento di Salute della Donna e del Bambino, Università di Padova*

*Indirizzo per corrispondenza: martaminute@gmail.com*

Un lattante di tre mesi, secondogenito, viene portato in Pronto Soccorso per crisi di pianto attribuite dai genitori a un dolore a carico della coscia destra successivo a un trauma banale da contatto accidentale con il seggiolino della macchina, avvenuto il giorno precedente.

L'anamnesi è per il resto muta: non altri traumi, non febbre; a domicilio continua ad alimentarsi regolarmente e se non toccato non appare disturbato.

Alla visita l'arto appare lievemente tumefatto, con cute integra, senza calor al termotatto. Alla palpazione della coscia destra il piccolo inizia a piangere, al contrario non si evoca dolore alla mobilizzazione né attiva né passiva. Complessivamente è un bel bambino, forse un po' pallido, senza alcun altro elemento all'esame obiettivo.

Viene eseguita una radiografia (Rx) di anca e femore destri che mostra una importante reazione periostale al terzo medio-distale del femore con area di rarefazione ossea associata a tumefazione dei tessuti molli adiacenti (Figura 1).



**Figura 1.** Rx di anca e femore destri del lattante.

La lesione periostale e l'interessamento dei tessuti molli fanno pensare *in primis* a una osteomielite, anche se non vi sono né pseudoparalisi né febbre, ma la diagnosi

differenziale obbliga a considerare anche la microfrattura da maltrattamento (Rx *total body* negativa per altre lesioni come risulta anche negativa la ricerca di emorragie retiniche) e, non ultimo, a una malignità.

Il semplice emocromo purtroppo dirime ogni dubbio: GB 171.000/mm<sup>3</sup> (N 104.000/mm<sup>3</sup>, L 29.000/mm<sup>3</sup>, Mo 34.000/mm<sup>3</sup>), Hb 9,3 mg/dl, PTL 95.000/mm<sup>3</sup>, con LDH 1026 U/l.

Il giorno seguente esegue aspirato midollare e immunocitochimica: **leucemia mieloide acuta iperleucocitica**, MLL-positiva, ad alto rischio.

Il dolore osteoarticolare è frequente all'esordio delle leucemie acute, associato ad altri sintomi nel 40% dei casi, come sintomo principale nel 25%. Più comune nelle leucemie linfoblastiche acute rispetto alle leucemie mieloidi acute, si presenta come dolore osseo diffuso che coinvolge tipicamente le ossa lunghe. L'*imaging* radiografico si caratterizza per presenza di strie metafisarie, osteolisi, osteosclerosi, osteopenia e, come per il nostro bambino, reazione periostale. Nel nostro caso l'emocromo è stato dirimente, ma in letteratura sono descritti casi, non rari, di esordio con interessamento osseo ed emocromo normale.

Non va quindi dimenticato che, di fronte a un Rx con reazione periostale, la leucemia deve sempre rientrare in diagnosi differenziale.

**Bibliografia di riferimento**

- Fonseca MB, Gomes FHR, Valera ET, et al. Signs and symptoms of rheumatic diseases as first manifestation of pediatric cancer: diagnosis and prognosis implications. *Rev Bras Reumatol Engl Ed* 2017;57(4):330-7.
- Riccio I, Marcarelli M, Del Regno N, et al. Musculoskeletal problems in pediatric acute leukemia. *J Pediatr Orthop B* 2013;22(3):264-9.