

MeB - Pagine Elettroniche

Volume XXVIII

Febbraio 2025

numero 2

I POSTER DEGLI SPECIALIZZANDI

EMATOMA, INFEZIONE E DIFETTO DELLA COAGULAZIONE

Raffaele Federico Iorio¹, Eugenia Bruzzese²

¹Scuola di Specializzazione in Pediatria,

²Dipartimento di Scienze Mediche Traslazionali, Università "Federico II", Napoli

Indirizzo per corrispondenza: raffaele.federico@live.it

CASO CLINICO

La causa più frequente di zoppia, febbre e aumento notevole degli indici infiammatori in età pediatrica è l'artrite settica. Talvolta è però indispensabile considerare altre cause.

Viene presentato il caso di un bambino di 10 anni, giunto alla nostra attenzione per coxalgia, febbre intermittente e difficoltà alla deambulazione da circa 4 giorni. In anamnesi attività fisica intensa nei giorni precedenti e una ferita al ginocchio destro non correttamente disinfettata. In reparto si presentava in condizioni cliniche discrete, febbrile e con multiple tumefazioni agli arti inferiori dolenti alla palpazione. Gli esami di laboratorio mostravano indici infiammatori elevati (PCR 220 mg/l, vn 0-5 mg/l e neutrofili $21.000/\text{mm}^3$); ecografia e Rx delle anche invece risultavano negative. Al ricovero veniva iniziata terapia empirica con ceftriaxone e vancomicina, con scarso miglioramento. La RM del bacino mostrava multiple raccolte simil-ascenduali ai glutei e alle cosce (Figura).

Durante il ricovero ha alternato stati di stabilità clinica a episodi febbrili caratterizzati da temperatura massima di 40°C (3-4 picchi giornalieri) e responsività al paracetamolo; inoltre, a causa del dolore era allettato e gli spostamenti richiedevano l'uso della sedia a rotelle. Considerato il valore di protrombina oltre i valori normali, si effettuava studio dell'attività enzimatica dei fattori della coagulazione, risultato positivo per **deficit del fattore VII**. Tale deficit risulta responsabile della formazione di ematomi intramuscolari, i quali si sarebbero ascessualizzati in seguito alla mancata disinfezione della ferita (che ha costituito la porta d'ingresso). Visto il mancato miglioramento clinico laboratoristico (PCR 300 mg/l, vn 0-5 mg/l, e neutrofili $30.000/\text{mm}^3$), è stato praticato svuotamento chirurgico della raccolta più grande e terapia di seconda linea con linezolid, rifampicina e amikacina.

Si assisteva a progressivo miglioramento delle condizioni cliniche con deambulazione possibile e negativizzazione degli indici infiammatori.



Figura. RM della coscia destra con raccolta maggiore di fluido di 3x4x6 cm.

La coltura effettuata sul materiale ascessuale (pus misto a sangue) risultava positiva per *S. aureus* meticillino-resistente (MRSA), produttore di leucocidina di Pantone-Valentine (P/V) e sensibile, da antibiogramma, agli antibiotici di prima linea.

CONCLUSIONI

In caso di zoppia e febbre, la diagnosi più frequente è l'artrite settica, ma è utile considerare una possibile infezione dei tessuti molli profondi e dei fasci muscolari. Le **infezioni dei tessuti molli profondi** vanno sempre gestite insieme al chirurgo. La tossina di P/V è un fattore di rischio per infezioni complicate. Il fallimento della terapia medica non è sempre legato all'antibiotico-resistenza, ma può essere dovuto alla difficoltà di raggiungere concentrazioni antibiotiche adeguate nelle sedi coinvolte. Nel sospetto di ematomi profondi non dimenticare uno screening coagulativo per deficit dei fattori coagulazione.