

MeB - Pagine Elettroniche

Volume XXIX

Febbraio 2026

numero 2

I POSTER DEGLI SPECIALIZZANDI

ARTRITE E OSTEOMIELE IN ETÀ PEDIATRICA: UN ESORDIO INSIDIOSO DI DREPANOCITOSI?

Francesca Di Marcoberardino¹, Vittoria Camelli², Emanuele Filice², Giacomo Stera²,
Mattia De Agostini², Elena Mengozzi³, Luca Guerra⁴, Chiara Ghizzi²

¹*Scuola di Specializzazione in Pediatria, Alma Mater Studiorum Università di Bologna*

²*Pediatria, ³Radiologia, ⁴Malattie Infettive, Ospedale Maggiore di Bologna*

Indirizzo per corrispondenza: fra.dimarcoberardino@studio.unibo.it

Maschio di 1 anno e 1 mese con genitori di origine straniera (Africa sub-sahariana), giungeva in Pronto Soccorso per comparsa improvvisa di algia, limitazione funzionale all'arto superiore destro e febbre.

L'esame obiettivo evidenziava dolorabilità alla palpazione del gomito destro con termotatto lievemente positivo. Gli esami ematochimici mostravano lieve leucocitosi (GB 15.800/mmc, N 58,2% e L 34%) e un indice infiammatorio elevato (PCR 5,13 mg/dl). L'ecografia del gomito evidenziava un versamento corpuscolato intrarticolare, suggestivo di artrite settica. La Rx dell'arto superiore destro era negativa per fratture e per lesioni ossee focali. Per approfondimento diagnostico venivano eseguiti tampone nasale per *S. aureus* (negativo), tampone faringeo per virus respiratori (negativo) ed emocolture (negative).

Alla luce dei rilievi clinico/laboratoristici, suggestivi per artrite a eziologia infettiva in fase iniziale, veniva intrapresa terapia antibiotica empirica con cefazolina, come da indicazione delle linee guida più recenti¹.

In considerazione della buona risposta (riduzione progressiva della PCR 5,13 mg/dl >2,4 mg/dl >0,32 mg/dl), dopo 6 giorni la terapia veniva convertita per os. Per monitorare l'eventuale evoluzione a osteomielite e decidere la durata della terapia antibiotica, veniva eseguita rivalutazione strumentale. A causa di un imprevisto tecnico, non è stato possibile eseguire la risonanza magnetica (RM) e pertanto veniva eseguita Rx di controllo a 10 giorni, che documentava una precoce osteomielite premetafisaria del radio adiacente l'articolazione, confermata dall'ecografia.

A completamento diagnostico, in considerazione della provenienza geografica dei genitori e del riscontro clinico-laboratorio suggestivo ma non tipico per artrite settica, veniva eseguita elettroforesi dell'emoglobina che ha mostrato la presenza di varianti HbA2 2,3%, HbF 27,2% e variante emoglobinica di "tipo S" pari al 61%. Il quadro

clinico-laboratorio era suggestivo per diagnosi di **drepanocitosi**.

Per effettuare la diagnosi differenziale tra osteomielite/artrite settica vs infarto midollare veniva poi eseguita una RM², che confermava modesta quota di versamento intrarticolare al gomito, aumento dell'intensità di segnale del midollo osseo a carico dell'omero distale e del radio prossimale, cui si associava reazione periostale adiacente entrambi i segmenti ossei, e minima irregolarità corticale sul versante laterale del terzo prossimale della diafisi radiale, di possibile ma non certa genesi infettiva. Alla luce del referto della RM che mostrava minimo coinvolgimento osseo, discusso il caso con colleghi infettivologi, si decideva di proseguire antibiotico-terapia per il trattamento dell'artrite settica con dubbio minimo coinvolgimento osseo³ con sospensione di cefixima e passaggio ad amoxicillina-clavulanato e si programmava follow-up strumentale a un mese.

DISCUSSIONE

La presentazione clinica (artrite e osteomielite) in un paziente con diagnosi di drepanocitosi pone un importante dilemma diagnostico, in quanto il quadro può essere dovuto sia a un processo infettivo primario sia a una complicanza ischemica (infarto midollare) della malattia di base, che simula l'osteomielite. Distinguere clinicamente l'osteomielite da una crisi vaso-occlusiva è difficile e la mancanza di un test diagnostico definitivo (*gold standard*) complica ulteriormente l'identificazione⁴. In Italia non esiste uno screening alla nascita per drepanocitosi, pertanto dovremmo sospettare questa patologia in bambini con clinica suggestiva che provengono da zone ad alta endemia o siano figli di genitori che provengono da queste aree geografiche.

Dunque, in presenza di clinica suggestiva, si dovrebbe considerare di eseguire l'elettroforesi dell'emoglobina, al

fine di escludere o fare diagnosi tempestiva di drepanocitosi, cambiando l'approccio terapeutico e la prognosi di questa patologia.

BIBLIOGRAFIA

- [1] Benito N, Martínez-Pastor JC, Lora-Tamayo J, et al. Executive summary: Guidelines for the diagnosis and treatment of septic arthritis in adults and children, developed by the GEIO (SEIMC), SEIP and SECOT. *Enferm Infecc Microbiol Clin (Engl Ed)* 2024; 42(4): 208-14. DOI: 10.1016/j.eimce.2023.07.007.
- [2] Delgado J, Bedoya MA, Green AM, Jaramillo D, Ho-Fung V. Utility of unenhanced fat-suppressed T1-weighted MRI in children with sickle cell disease -- can it differentiate bone infarcts from acute osteomyelitis? *Pediatr Radiol* 2015;45(13):1981-7. DOI: 10.1007/s00247-015-3423-8.
- [3] Al Farii H, Zhou S, Albers A. Management of Osteomyelitis in Sickle Cell Disease: Review Article. *J Am Acad Orthop Surg Glob Res Rev.* 2020 Sep;4(9):e20.00002-10. DOI: 10.5435/JAAOSGlobal-D-20-00002.
- [4] Berger E, Saunders N, Wang L, Friedman JN. Sickle cell disease in children: differentiating osteomyelitis from vaso-occlusive crisis. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2009 Mar;163(3):251-5. DOI: 10.1001/archpediatrics.2008.545.