

MeB - Pagine Elettroniche

Volume XXIX

Ottobre 2026

numero 8

I POSTER DEGLI SPECIALIZZANDI

UNA DIAGNOSI CHE NON STA IN PIEDI: L'INSIDIA DELL'OSTEOMIELETTA TUBERCOLARE DIETRO LA ZOPPIA

Laura de Alteriis¹, Sara Chiurchiù², Martina Di Giuseppe², Stefania Mercadante²,
Lorenza Romani², Laura Cursi², Marta Forestieri³, Cristina Russo⁴, Laura Lancella²,
Stefania Bernardi², Costanza Tripiciano²

¹*Scuola di Specializzazione in Pediatria, Università di Tor Vergata*

²*Unità di Malattie Infettive, ³Unità di Radiologia Diagnostica e Interventistica, ⁴Unità di Microbiologia e Immunologia diagnostica, IRCCS Ospedale Pediatrico "Bambino Gesù"*

Indirizzo per corrispondenza: laura.dealteriis@opbg.net

INTRODUZIONE

La zoppia non traumatica può rappresentare una sfida diagnostica a causa della varietà delle possibili cause sottostanti, differenti anche a seconda dell'età del paziente¹. Tra le cause più frequentemente diagnosticate si annovera la sinovite reattiva dell'anca, una condizione infiammatoria benigna e autolimitante, che colpisce prevalentemente i bambini tra i tre e gli otto anni.

CASO CLINICO

Bambino di 22 mesi condotto in PS per zoppia non traumatica antalgica destra in apiressia. Nulla da segnalare in anamnesi patologica remota; vaccinazioni eseguite secondo calendario. Agli esami ematici riscontro di lieve rialzo degli indici di flogosi (PCR 2,95 mg/dl). Viene dimesso a domicilio con diagnosi di sinovite reattiva dell'anca e con prescrizione di ibuprofene.

Per persistenza della zoppia, quattro giorni dopo, nuovo accesso presso il nostro DEA. Alla valutazione medica il bambino si presenta in buone condizioni generali. Mai febbre. Non presenta tumor, calor né rubor nella regione dell'anca destra. Presenta dolore alla massima extra-rotazione dell'anca e alla deambulazione persistente zoppia destra. Il restante esame obiettivo articolare è nella norma. Si eseguono esami con riscontro di anemia (Hb 9,3 g/dl) e lieve rialzo degli indici di flogosi (PCR 3,6 mg/dl). All'ecografia dell'anca destra versamento articolare con caratteristiche corpuscolate; alla RX si evidenzia erosione del collo del femore e tumefazione delle parti molli (Figura 1).

Il bambino viene dunque ricoverato nel sospetto di artrite settica con coinvolgimento osseo e si avvia terapia empirica ad ampio spettro con ceftriaxone. Eseguiti esami

microbiologici (emocultura e *film array* per osteomieliti, *film array* per virus respiratori su tampone rinofaringeo, tampone per SBEGA e *Kingella kingae*), risultati tutti negativi. A completamento eseguito anche immunofenotipo su sangue periferico che non evidenzia popolazioni anomale.

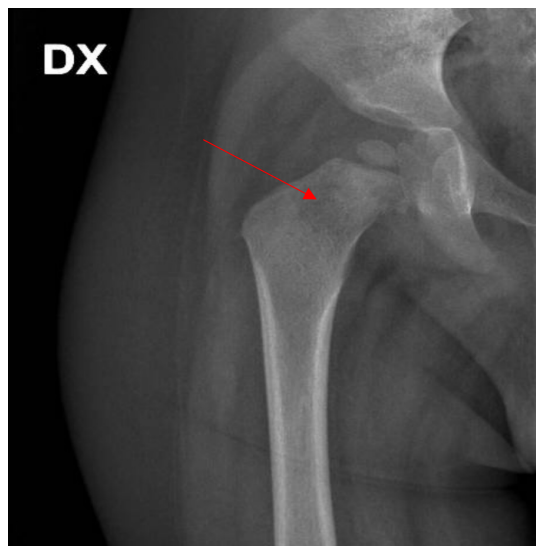


Figura 1. RX del bacino: area di erosione a livello del collo del femore localizzata sul versante anteriore a margini sfrangiati con associata tumefazione delle parti molli.

La risonanza magnetica dell'anca destra conferma lesioni compatibili con un quadro di artrite dell'anca destra e osteomielite del femore destro a carattere necrotico-colliquativo. Nel dettaglio, mostra un'estesa area a margini

anfrattuososi di significato necrotico-colliquativo di circa 21x14 mm in sede metafisaria prossimale (Figura 2).

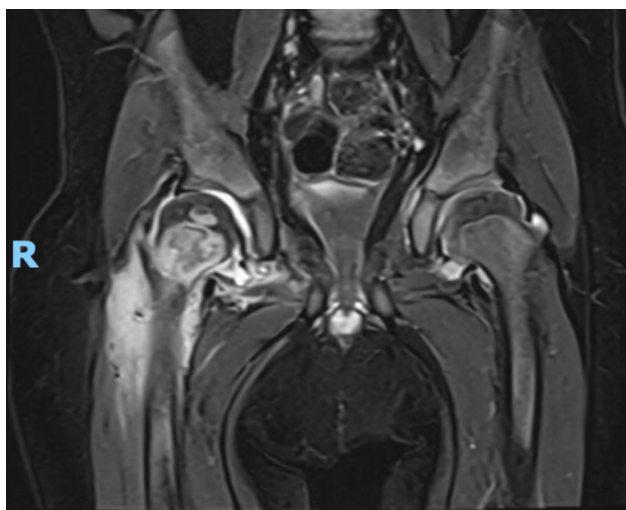


Figura 2. RM del bacino: artrite dell'anca destra con osteomielite del femore a carattere necrotico-colliquativo e interessamento dei muscoli circostanti.



Figura 3. RM del bacino di controllo a 3 mesi: riduzione dell'area necrotico-colliquativa.

All'approfondimento diagnostico, riferita dolorabilità anche notturna e lieve calo ponderale dall'insorgenza della zoppia. La famiglia è originaria dell'Albania e ha effettuato l'ultimo viaggio presso il Paese di origine qualche mese prima. Eseguito pertanto a completamento diagnostico, test di linfostimolazione ad antigeni tubercolari, risultato positivo. Si esegue dunque TC del torace, che mostra un quadro compatibile con tubercolosi linfonodale mediastinica. Negativa la ricerca di micobatterio tubercolare su tre aspirati gastrici e su feci.

Nel sospetto diagnostico di **tubercolosi ossea**, si esegue

biopsia ossea: l'esame microbiologico diretto dei campioni chirurgici mostra la presenza di bacilli acido-alcòl resistenti. Inoltre, sia l'amplificazione genica mediante PCR sia l'esame colturale risultano positivi per *Mycobacterium tuberculosis* multisensibile. All'esame istologico evidenza di infiltrato infiammatorio cronico.

Si avvia dunque quadruplica terapia con rifampicina, isoniazide, pirazinamide ed etambutolo. Dopo circa tre mesi sospesi etambutolo e pirazinamide. Ai controlli di risonanza magnetica a uno e tre mesi dall'inizio della terapia si assiste a un progressivo miglioramento del quadro, con riduzione dell'area necrotico-colliquativa del collo femorale di destra (18x8 mm e poi 14x7 mm; Figura 3). Attualmente il bambino sta proseguendo la terapia a domicilio con buona tolleranza. Definitivamente scomparsa la dolorabilità alla mobilizzazione dell'anca. Ha ripreso a deambulare correttamente.

DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

Sebbene la tubercolosi possa presentarsi con un ampio spettro di manifestazioni cliniche, la zoppia secondaria al coinvolgimento osteo-articolare risulta poco descritta in Letteratura. L'esordio è spesso insidioso e i sintomi sotto soglia, come dolore lombare o articolare, possono portare a ritardi diagnostici e danni irreversibili alle articolazioni, deformità o complicanze neurologiche². L'osteomielite tubercolare rappresenta una forma rara di tubercolosi extrapulmonare che coinvolge circa il 10–20% delle infezioni extrapulmonari da micobatteri in età pediatrica e l'1–2% di tutte le tubercolosi pediatriche³.

Questo caso ci ricorda che, di fronte al bambino che zoppica, anche un'anamnesi corretta può essere la chiave di volta. La ricerca proattiva di fattori di rischio epidemiologici può smascherare patologie rare ma severe, evitando pericolosi ritardi diagnostici in quadri clinici apparentemente comuni.

BIBLIOGRAFIA

- [1] Tumminelli C, Pastore S, Taddio A. Il bambino che zoppica: quando bisogna... pensarle tutte. Medico e Bambino 2025;44(1):18-24 DOI: 10.53126/MEB44018.
- [2] Subramanian R, Prasad S, Mamadapur M. Musculoskeletal manifestations in Tuberculosis. Best Pract Res Clin Rheumatol 2025;39(2):102057. DOI: 10.1016/j.berh.2025.102057.
- [3] Drobish I, Ramchandrar N, Raabe V, Pong A, Bradley J, Cannavino C. Pediatric Osteoarticular Infections Caused by Mycobacteria Tuberculosis Complex: A 26-Year Review of Cases in San Diego, CA. Pediatr Infect Dis J 2022;41(5):361-7. DOI: 10.1097/INF.0000000000003447.