

MeB - Pagine Elettroniche

Volume XXIX

Luglio 2026

numero 26

I POSTER DEGLI SPECIALIZZANDI

DOLORE, EDEMA E FEBBRE: RICONOSCERE PRECOCEMENTE LA TROMBOSI SETTICA DA MSSA NELL'ADOLESCENTE

Giovanna Centonze¹, Luca Di Bella¹, Antonia Cantavenera¹, Laura Napoli¹, Enrico Catania¹,
Claudia Colomba²

¹Scuola di Specializzazione in Pediatria, Università di Palermo

²UOC di Malattie Infettive Pediatriche, PO "G. Di Cristina", ARNAS CIVICO, Palermo

Indirizzo per corrispondenza: giovannacentonze1996@gmail.com

Ragazzo di 15 anni, giungeva in Pronto Soccorso (PS) per la comparsa di edema ed eritema nella regione perimalleolare destra, in assenza di traumi evidenti o riferiti. All'ingresso si presentava in buone condizioni generali.

Per il sospetto di un possibile trauma non ricordato o sottovalutato, è stata eseguita una radiografia della caviglia, refertata negativa per lesioni ossee. È stata quindi effettuata valutazione ortopedica, che ha posto indicazione all'immobilizzazione dell'arto con tutore.

Il giorno successivo, il paziente si recava nuovamente in PS per peggioramento del dolore, aumento del gonfiore e comparsa di febbre (T massima 40 °C). Gli esami ematochimici mostravano marcato aumento degli indici di flogosi e l'ecocolorDoppler della gamba destra mostrava una trombosi venosa poplitea destra.

In considerazione della comparsa di dispnea, eseguiva TC torace con mdc, che documentava la presenza di multipli focolai a entrambi gli emitoraci. Veniva trasferito presso il reparto di malattie infettive pediatriche.

All'ingresso in reparto si presentava in condizioni generali scadenti, con edema esteso dalla caviglia al polpaccio, severa impotenza funzionale della gamba destra, linfonomegalia a livello inguinale e una piccola lesione cutanea perimalleolare, su cui è stato eseguito un tampone culturale. All'auscultazione toracica si rilevava riduzione del murmure vescicolare basale destro.

In considerazione del quadro clinico, venivano eseguiti esami ematochimici che mostravano un aumento degli indici di flogosi (GB 14.750/ µl, N 71,6%, L 18,1%, PCR 6,11 mg/dl, procalcitonina >200 ng/ml, fibrinogeno

900 mg/dl). La RM dell'arto inferiore destro evidenziava "diffusa imbibizione a carattere fluido edematoso dei tessuti ipervascolari a partenza dal cavo popliteo e con estensione a livello di tutta la gamba sino alla caviglia e al piede" (Figura). Per tale motivo, veniva inizialmente somministrata terapia antibiotica empirica con linezolid e piperacillina-tazobactam. Eseguiva broncoscopia con BAL, su cui successivamente venivano avviate indagini microbiologiche con riscontro di positività per *Staphylococcus aureus* meticillino-sensibile (MSSA).

Veniva eseguita anche emocoltura su puntata febbrile, risultata anch'essa positiva per *S. aureus* MSSA, confermato anche all'esame colturale eseguito sulla lesione cutanea perimalleolare. Successivamente, sulla scorta dell'antibiogramma su emocoltura positiva, veniva rimodulata la terapia antibiotica e iniziata somministrazione di daptomicina.

In associazione alla terapia antibiotica, il paziente effettuava terapia eparinica a basso peso molecolare (EBPM) e terapia cortisonica ad azione antiedemigena. All'undicesimo giorno di terapia, veniva eseguita RM dell'arto inferiore destro di controllo, che evidenziava "iperintensità della spongiosa ossea peroneale", e nel sospetto di coinvolgimento osseo veniva introdotta terapia antibiotica con cefazolina.

Durante la degenza, il ragazzo mostrava progressivo miglioramento clinico, con risoluzione della febbre, riduzione dell'edema e miglioramento funzionale dell'arto.

Veniva dimesso dopo circa un mese dall'evento con indicazione a continuare fisioterapia domiciliare.



Figura. RM arto inferiore destro.

DISCUSSIONE

La trombosi venosa profonda (TVP) e ancor di più l'embolia polmonare settica in età pediatrica sono complicanze rare che possono svilupparsi in corso di sepsi da *Staphylococcus aureus* meticillino-sensibile (MSSA) acquisita in comunità, sebbene sia stata descritta maggiormente nei casi di infezione da ceppi meticillino-resistenti (MRSA)¹.

Clinicamente questi bambini presentano condizioni generali compromesse e gli esami ematochimici mostrano livelli elevati di PCR, procalcitonina, D-dimero e, in maniera frequente, positività all'emocoltura. Per tale motivo necessitano con maggiore probabilità di ricovero ospedaliero e in Terapia Intensiva².

La diagnosi di TVP viene sospettata quando il paziente si presenta con dolore, gonfiore e limitazione funzionale dell'arto interessato, anche se a volte i sintomi possono essere più sfumati, manifestandosi solo dopo l'inizio del trattamento dell'infezione primaria.

La conferma diagnostica definitiva avviene tramite l'ecocolorDoppler. Il trattamento prevede una duplice strategia con terapia antibiotica mirata sulla base dell'antibiogramma³ e terapia anticoagulante, generalmente con eparina a basso peso molecolare, iniziata non appena identificata la TVP. Il 54% dei pazienti ha mostrato risoluzione completa della trombosi entro 3

settimane, senza eventi avversi maggiori come sanguinamenti o recidive².

La **TVP in corso di infezione da *Staphylococcus aureus* meticillino-sensibile** è una complicanza significativa da non trascurare, anche nei bambini immunologicamente non compromessi. Riconoscere precocemente i segni clinici, monitorare gli indici infiammatori e iniziare tempestivamente la terapia antibiotica e anticoagulante può evitare complicanze e favorire la risoluzione completa del quadro trombotico.

BIBLIOGRAFIA

- [1] Poddar B, Sahoo JN, Gurjar M, Singh R, Azim A. Deep-vein thrombosis and septic pulmonary emboli in methicillin-sensitive *Staphylococcus aureus* infection. *Paediatr Int Child Health* 2013;33(1):49-52. DOI: 10.1179/2046905512Y.0000000022.
- [2] Liu L, Guo L, Wang Z, et al. Pediatric deep venous thrombosis associated with *Staphylococcus aureus* osteomyelitis. *J Infect Dev Ctries* 2023;17(4):494-9. DOI: 10.3855/jidc.17026.
- [3] Effendy L, Octora M, Kusumaningrum D. A case of deep vein thrombosis associated with methicillin sensitive *Staphylococcus aureus* genu septic arthritis. *Infect Dis Rep* 2020;12(Suppl 1):8725. DOI: 10.4081/idr.2020.8725.