

SU DI UN CASO DI OSTEOMIELE CRONICIZZATA  
DEL 1° METATARSALE

di

ROSARIO CUSCANI

In questa breve nota vogliamo intrattenerci su di un caso clinico relativo ad una osteomielite metatarsale che per il suo andamento del tutto atipico ci è apparso degno di considerazione.

Il caso che passiamo ad illustrare riguarda un paziente, C. Sebastiano di anni 13, il quale è venuto alla nostra osservazione per una tumefazione dolente all'avampiede destro e precisamente lungo la proiezione del I metatarsale.

Il paziente non riferiva con precisione sui propri dati anamnestici comunque, anche attraverso l'interrogazione dei di lui genitori, si poteva desumere che la suddetta tumefazione si era manifestata circa un mese prima e progressivamente era divenuta sempre più dolente aumentando nel contempo di volume.

Dalla incerta anamnesi si è comunque potuto accertare che nessun trauma precedente poteva mettersi in relazione all'attuale turgore e che — dato degno di rilievo — nessun rialzo termico si era manifestato nel corso dell'evolvere di tale tumefazione.

All'esame obiettivo è risultato quanto segue: ispettivamente la pelle di tutto il contorno dell'avampiede — notevolmente tumefatto — appariva tesa e di colorito giallo-paonazzo; l'alluce rispetto alla serie delle dita e rispetto anche al controlaterale si riscontrava accorciato come se attratto prossimalmente lungo l'asse del I metatarsale.

La palpazione superficiale, mentre risvegliava lieve dolenzia, faceva apprezzare aumento del termotatto; la palpazione profonda risultava ancora più dolente e determinava dei piccoli infossamenti che si colmavano abbastanza lentamente.

La motilità passiva e attiva dell'alluce era pressoché ridotta

a causa del dolore che le sollecitazioni motorie risvegliavano in sede metatarsale.

Sempre per il dolore alquanto ridotta appariva la motilità delle restanti dita.

La stazione eretta e la deambulazione risentivano del suddetto stato obiettivo del piede.

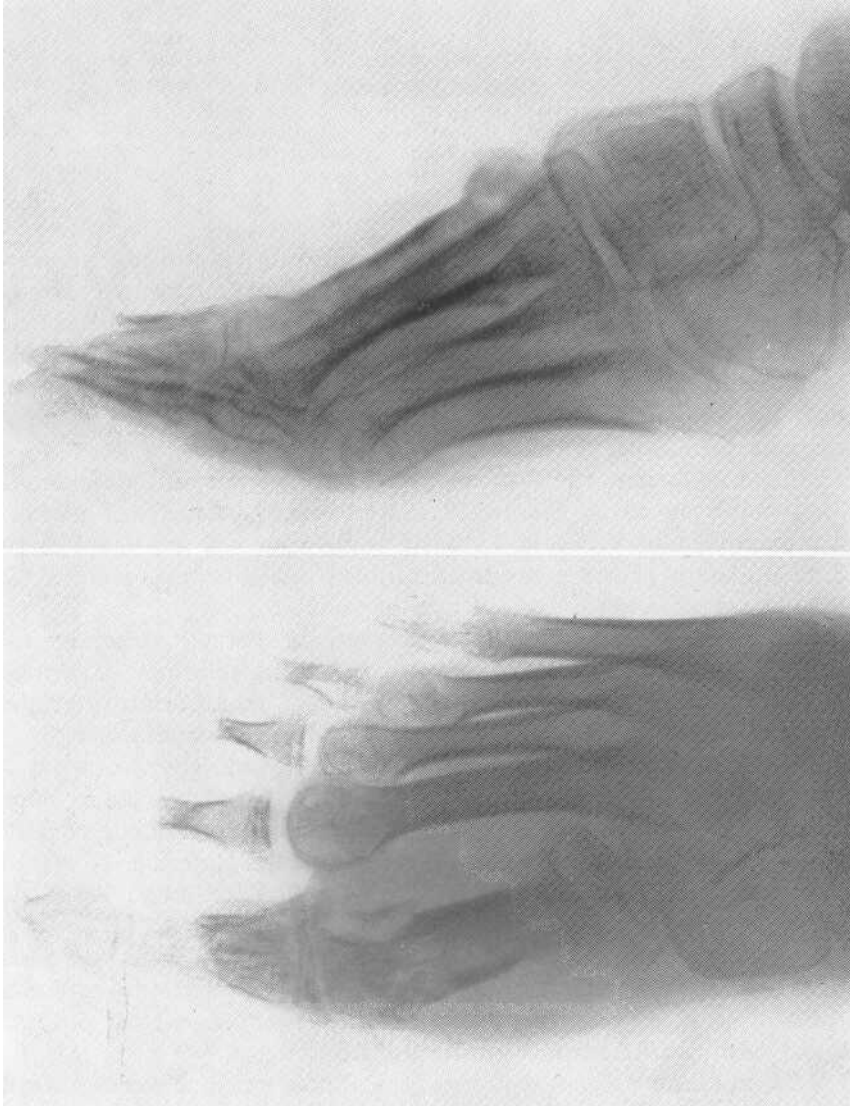


Fig. 1 - Spiegazione nel testo

Su di un caso di osteomielite cronicizzata ecc.

L'indagine radiografica che accompagnava il paziente al momento del ricovero nel nostro Istituto, praticata qualche tempo prima,, all'incirca 20 giorni, faceva rilevare un iniziale scompagi-



Fig. 2 - Spiegazione nel testo

namento strutturale del primo metatarso soprattutto in sede diafiso-metafisaria determinato da un processo osteodistruttivo.

L'esame radiografico dell'avampiede praticato da noi all'atto del ricovero (fig. 1) ha fatto rilevare, specialmente in proiezione dorso-plantare una scompaginatura di tutto il I asse metatarsale e particolarmente verso i suoi estremi: nel suo estremo prossimale l'osso appare interrotto, a contorni frastagliati e frammentato.

Il quadro, in altri termini, lasciava notare una tumultuosa evoluzione del processo che aveva determinato la cancellazione del profilo della corticale del metatarso.

L'ombra delle parti molli riferibili sia all'alluce che alla porzione metatarsale rispecchiava il turgore riscontrato alla obiettività.

Il paziente è stato trattenuto in clinica in osservazione avendo specialmente cura di controllare la temperatura la quale peraltro è rimasta sempre al di sotto dei 37°.

La V.E.S., l'esame emocromocitometrico e i comuni esami praticati di routine non hanno dato alcunché di anormale. Persistendo comunque la obiettività del piede e specialmente il dolore dopo circa una settimana è stata praticata ulteriore indagine radiografica (fig. 2) la quale faceva rilevare una maggiore scompaginatura dell'elemento metatarsale con spiccata frammentazione per cui erano evidenziabili altri nuclei ossei liberi rispetto all'esame

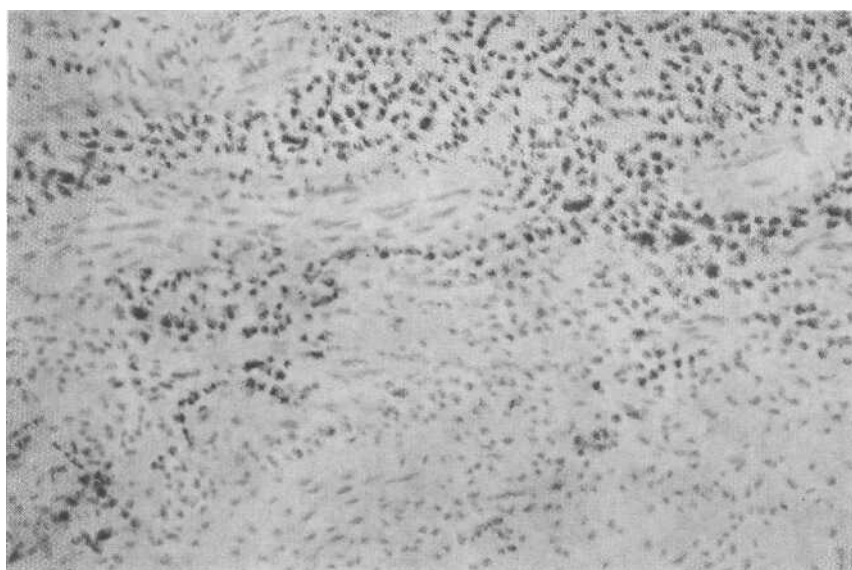


Fig. 3 - Tessuto granulomatoso riccamente infiltrato di Imfocidi, plasmacellule e con numerosi istiociti carichi di pigmento di ferro. (Colorazione UNNA-PAPPENHEIM)

Su di un caso di osteomielite cronicizzata ecc.

radiografico precedente. Le falangi dell'alluce apparivano ancora più retrate e ciò in rapporto alla più diffusa distruzione ossea.

Quest'ultimo reperto radiografico anziché fornirci dati di chiarimento per la diagnosi ha contribuito ad accrescere il diso-



Fig. 4 - Spiegazione nel testo

rientamento diagnostico che ad ogni modo veniva circoscritto a due lesioni: infiammatoria, più o meno acuta, o neoplastica.

Al fine di un ulteriore chiarimento diagnostico si è passati al prelievo bioptico: nella occasione è stata praticata cauta asportazione dei frammenti ossei ectopici e di tessuto granulomatoso di colorito grigio-plumbeo.

L'esame istologico metteva in evidenza un tipico tessuto di granulazione ricco di vasellini, di cellule reticolo-istiocitarie, di linfociti e plasmacellule (fig. 3).

Il paziente sempre nella stessa occasione ha avuto applicato un apparecchio gessato a carattere deambulatorio e quindi è stato dimesso raccomandandogli di presentarsi in Istituto per osservazioni periodiche almeno ogni mese.

Lo abbiamo rivisto esattamente dopo un mese dall'intervento e non abbiamo notato nulla di nuovo: esso aveva camminato regolarmente e senza alcun dolore e mai aveva manifestato rialzi termici.

Rivistolo ancora dopo due mesi, in tale occasione, previa rimozione dell'apparecchio gessato, abbiamo praticato esame radiografico (fig. 4) che ha dimostrato una riparazione della lesione ossea metatarsale che se non poteva definirsi esaurita di certo era molto avanzata.

Clinicamente il piede appariva detumefatto, pressoché indolente e sufficientemente valido al carico; presente era una modica ripresa della articolarietà dell'alluce. Pur avendo riscontrato una così avviata guarigione abbiamo creduto opportuno rimettere un apparecchio gessato col quale ulteriormente il paziente è stato dimesso.

## CONSIDERAZIONI

Dalla descrizione dettagliata tanto dei dati clinici e radiografici che dell'andamento della lesione risultano evidenti le difficoltà diagnostiche cui si è andato incontro; infatti il quadro non si è mantenuto tipico né per una lesione infiammatoria né per una lesione neoplastica. Se consideriamo l'osteomielite ematogena a localizzazione metatarsale, che non è poi tanto rara (1,4%, Pietrogrande 1962), dobbiamo ammettere che la sua evoluzione a livello di queste ossa è un po' particolare; ciò in rapporto alla morfologia dei metatarsi nella diversa età. Sappiamo infatti che queste ossa nei soggetti più giovani non hanno un lume diafisario e che col progredire dell'età per riassorbimento trabecolare si viene a creare la cavità midollare; in definitiva queste ossa presentano

poi una corticale abbastanza robusta e la diafisi di esse è circondata da periostio piuttosto spesso.

In base a queste premesse si capisce come nei soggetti più giovani la lesione infiammatoria può assumere una forma osteofittica, però la cancellazione della trama ossea è localizzata nelle parti centrali del metatarso e queste aree di osteolisi sono sempre circondate da un alone di addensamento osseo dovuto alla reazione periostale.

Nei soggetti al di là del periodo dello accrescimento poi la osteomielite metatarsale si manifesta con caratteri addensanti. Nel nostro caso la lesione è stata sin dall'inizio del tipo osteolitico e tale caratteristica è stata sempre costante tanto da determinare la frammentazione dell'osso. Nessuna reazione si è avuta da parte del periostio ed inoltre la sua insorgenza non è stata acuta, né si è accompagnato stato febbrile.

Tali considerazioni lasciavano una via aperta: quella della neoplasia. IR tale via una eccellente guida sono sempre le parole di Putti: « Bisogna farsi l'abito a vivere nel sospetto dell'osteosarcoma se lo si vuole scoprire ai suoi primordi ».

Il sarcoma osteogeno-osteogenetico colpisce infatti prevalentemente i soggetti appartenenti al II decennio di vita anche se la localizzazione ai metatarsi è piuttosto rara; dal punto di vista radiografico per la notevole lisi destrutturante e per l'assenza della reazione periostale il quadro del nostro paziente si poteva bene ricondurre all'osteosarcoma del tipo osteolitico. E per tale diagnosi esistevano altri dati che in un certo qual modo suffragavano tale orientamento e cioè la tumefazione, l'assenza di febbre e specialmente l'assenza di reazione periosteale.

Però pur mancando l'alone periosteale non si riscontrava l'ombra di addensamento dei tessuti periostali che quasi sempre si accompagna alla massa tumorale sarcomatosa, né, inoltre, il paziente dimostrava interessamento dello stato generale né della crisi ematica.

Nel clima di questi dubbi l'indagine istologica ha avuto ragione della diagnosi: il processo era riferibile ad una osteomielite ematogena in fase di cronicizzazione.

Ulteriore serenità abbiamo avuto poi dall'andamento ulteriore della lesione; il paziente infatti dopo appena due mesi, come abbiamo detto, presentava segni di avviata guarigione.

L'importanza del caso quindi, secondo noi, sta appunto nel voler rimarcare la opportunità che lo studio diagnostico venga praticato totalitariamente e che pertanto all'esame istologico venga riconosciuta sovranità rispetto anche alla indagine radiografica.

Riferendoci al nostro caso, è stato proprio l'esame istologico quello che ha fugato qualsiasi incertezza diagnostica.

#### **Riassunto**

L'A. in occasione "di un caso di osteomielite metatarsale in fase di cronicizzazione di dubbia interpretazione dal punto di vista clinico e radiografico ribadisce che la indagine istologica è sovrana rispetto a quella radiografica perché qualche volta quest'ultima può dare adito a false interpretazioni.

#### **Résumé**

L'A dans un cas d'ostmielite métatarsale en phase de chronicization d'interpretation douteuse au point de vue clinique et radiographique répète que la recherche histologique est souveraine a l'égard de la recherche radiographique parce que quelques fois la dernière peut donner de fausses interprétations.

#### **Summary**

Concerning the case of metatarsal osteomyelitis in phase of chronicizing whose interpretation was doubtful from the clinical and radiographical point of view, the A affirms again that the histological exam is the most important compared to the radiographical one, because in this case the latter can bring to false interpretations.

#### **Zusammenfassung**

Bei einem Fall von metatarsaler Osteomyelitis die langsam chronisch wurde, deren klinischen und radiographischen Diagnose unsicher war, betoni der A dass die histologische Erforschung mehr Sicherheit gibt als die radiographische, weil diese zweifelhafte Auslegungen verursachen kann.

#### **Bibliografia**

- ACCHIAPPATI G., RANDELLI G. e M.: *Considerazione sul sarcoma osteogeno-osteogenetico*. Arch. Ortop., 1965, LXXVIII, 57.  
GOIDANICH I.F.: *I tumori primitivi dell'osso*. Poligrafici II Resto del Carlino. Bologna, 1957, 63.  
GOIDANICH I. F.: *Intervento seduto* 12-5-1963. Atti Men. S.O.T.I.M.I., 1963, Vili.  
PIETROGRANDE V.: *Osteomielite cronica*. Relaz. XLCH Congresso S.I.O.T., ottobre 1962, 204.  
PUTTI V.: citato da GOIDANICH.