

## Osteoporosi e Spondilartrosi: quando la diagnosi non convince

### Summary

L'osteoporosi postmenopausale e la spondilartrosi sono condizioni spesso associate e responsabili di manifestazioni algiche anche di una certa intensità. La comparsa di una dorsalgia ingravescente, in assenza di manifestazioni sistemiche, aveva portato alla diagnosi iniziale, suffragata dalle immagini radiologiche, di osteoporosi postmenopausale misconosciuta con cedimenti vertebrali e spondilartrosi. La scarsa risposta alla terapia approntata e la successiva comparsa di segni neurologici ed elevazione degli indici di flogosi hanno richiesto ulteriori indagini che hanno portato alla diagnosi corretta di ascesso epidurale.

Venegoni C. Osteoporosis and spondyloarthritis: when the diagnosis is not convincing. *Trends Med* 2012; 12(1):29-30.

©2012 Pharma Project Group srl. ISSN: 1594-2848

### Anamnesi fisiologica

Donna caucasica di 63 anni, insegnante in pensione, una gravidanza a termine a 30 anni e menopausa spontanea a 52 anni. In buone condizioni di salute, dopo la menopausa non ha fatto terapie sostitutive o antiosteoporotiche in quanto 2 MOC effettuate al momento della menopausa e dopo tre anni avevano riportato valori del BMD nei limiti della normalità.

### Anamnesi patologica remota

A 28 anni la signora ha avuto una pleurite tubercolotica, trattata con nicizina sino a guarigione completa. A 51 anni ha subito l'asportazione di un nodulo sottomammario dx che all'esame istologico aveva mostrato la presenza di granulomi gigantomitotici caseificanti confluenti con istiocitosi schiumosa in assenza di batteri alcool-acido resistenti.

### Anamnesi patologica prossima

A metà gennaio la signora, in piena salute, ha accusato una dorsalgia ingravescente, accentuata dai movimenti e dalla digitopressione sulle vertebre e irradiato verso la scapola dx, con scarsa attenuazione in posizione sdraiata e in assenza di manifestazioni sistemiche.

Visitata dal medico curante è stata trattata dapprima con FANS e successivamente data la scarsa risposta terapeutica con analgesici a pieno dosaggio, senza tuttavia ottenere una remissione completa della sintomatologia.

Dopo una settimana dall'esordio dei sintomi è stata sottoposta ad un'indagine radiologica del torace e del rachide dorsale, con riscontro di accentuazione della cifosi

dorsale con deformazione a cuneo delle vertebre medio dorsali in un contesto di osteopenia e spondilartrosi. Nulla a carico del parenchima polmonare. A seguito di tale indagine veniva prescritta una MOC e veniva aggiunto alla terapia in corso del clodronato IM e della Vit D per os. Tuttavia, dopo due giorni, a causa dell'accentuarsi della sintomatologia, la signora si rivolgeva al Pronto Soccorso dell'Ospedale di zona.

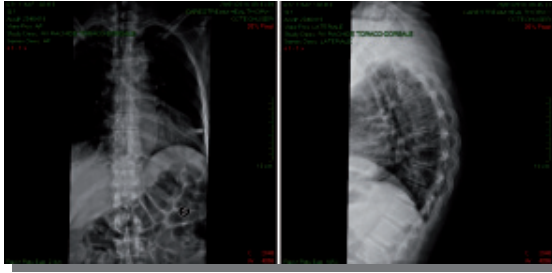
All'arrivo in PS la signora si presentava eupnoica, vigile collaborante, con obiettività toracica e addominale normale, con dorsalgia irradiata a dx, associata a contrattura della muscolatura paravertebrale. Dopo aver preso visione degli esami ematochimici routinari, peraltro privi degli indici di flogosi, e di una Rx del torace, il Medico del PS dimetteva la signora con diagnosi di "Dolore dorsale di verosimile natura muscolo scheletrica" confermando la terapia approntata dal Medico Curante.

Dopo altri 5 giorni il quadro clinico si complicava con la comparsa di anuria da ritenzione e da ipostenia marcata agli arti inferiori con deambulazione oltremodo difficoltosa. Per tali motivi la signora su indicazione del Curante ritornava in ospedale con una richiesta di ricovero per "Paraplegia arti inferiori di ndd". All'arrivo in PS la signora si presentava lucida e collaborante, apiretica, con dorsalgia importante e contrattura muscolare paravertebrale, con motilità cervicale e lombare conservata, deambulazione autonoma difficoltosa e globo vescicale da ritenzione urinaria. Alvo riferito regolare.

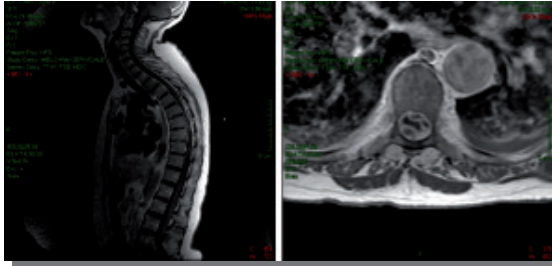
Lo specialista Neurologo chiamato a consulto rilevava una sostanziale normalità del Lesgue e dei ROT bilateralmente, l'assenza di disestesie e parestesie agli arti inferiori e confermava una marcata ipostenia agli arti inferiori. Lo Stesso, presa visione di nuovi accertamenti radiologici del torace e del rachide dorsale e lombare, non mostranti alterazioni rispetto ai precedenti, e degli esami ematochimici (VES 106 mm), richiedeva una RMN del rachide e una emocultura.

 **Claudio Venegoni**  
Specialista in Reumatologia  
Via Pergolesi 28, Bareggio (Mi)

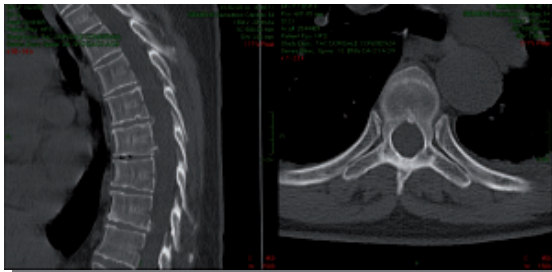
**Figura 1.** Rx eseguite il 29/01. Accentuazione della cifosi dorsale con deformazione a cuneo delle vertebre medio dorsali, osteopenia e spondilartrosi



**Figura 2.** RMN eseguita il 29/01. Lesione extra dura- le a manicotto estesa da D4 a D8 con conseguente compressione del midollo spinale e alterazione del segnale midollare a livello di D4.



**Figura 3.** TAC eseguita il 01/02. Assenza di lesioni strutturali ossee a carico dei metameri esaminati



La RMN eseguita in regime di urgenza evidenziava una lesione extra durale a manicotto estesa da D4 a D8 con conseguente compressione del midollo spinale e alterazione del segnale midollare a livello di D4. Nel sospetto di una lesione infettiva veniva subito intrapresa una terapia antibiotica con Imipem 500 mg x4 e.v (continuata per 10 giorni) e la Signora veniva trasferita in Neurochirurgia per ulteriori approfondimenti diagnostici e terapeutici. Nei giorni successivi, l'esito dell'emocoltura risultava positivo per lo *Staphylococcus aureus*, mentre null'altro di significativo emergeva dalle indagini eseguite. In particolare non sono state documentate immunodeficienza e ne la presenza di endocardite o foci settici. Ad un'ulteriore approfondimento anamnestico la signora ha riferito di essersi sottoposta a procedure di manicare nelle settimane precedenti la comparsa della dorsalgia, suggerendo in tal modo una probabile genesi della sepsi.

Il progressivo e rapido miglioramento del quadro sintomatologico, degli indici di flogosi e dei quadri RMN (in quinta giornata: netta riduzione della raccolta epidurale

con impronta nettamente ridotta sul midollo spinale) e TAC (assenza di lesioni strutturali ossee a carico dei metameri esaminati) a seguito della terapia intrapresa, hanno escluso l'eventualità di un intervento chirurgico e la signora è stata dimessa con una terapia antibiotica a base di amoxicillina e acido clavulanico 3 g die per un mese. Successivi controlli ematochimici e RMN (dopo un mese: riduzione della raccolta flogistica epidurale con minima impronta sul sacco durale) hanno confermato l'avvenuta guarigione del focolaio settico e la signora è stata inviata ad un programma Fisioterapico per la ipostenia agli arti inferiori e per la contrattura alla muscolatura paravertebrale.

Al termine di tale programma la signora ha riacquisito una piena autonomia deambulatoria e attualmente esegue solo una terapia con clodronato + Vit D per osteoporosi.

## Discussione

La comparsa di un ascesso epidurale in persone non immunodepresse è un evento alquanto raro e pone notevoli difficoltà diagnostiche. Nel nostro caso, la sintomatologia di esordio era riconducibile alla condizione di osteoporosi postmenopausale e spondilartrosi: entrambe infatti possono essere responsabili di dorsalgie anche di una certa intensità. Tuttavia, l'esordio acuto in assenza di franchi cedimenti vertebrali, la rapidità delle modificazioni cliniche, la mancata risposta agli analgesici già lasciavano intravedere che la possibile causa dei disturbi della paz. non fosse una semplice osteoporosi. D'altra parte di fronte al dolore e ad alterazioni RX-grafiche evidenti, ma non marcate, spesso vengono fatte diagnosi generiche di "osteoporosi" e/o "artrosi", quantunque in tali situazioni sovente non vi siano chiare corrispondenze fra danno anatomico e sintomatologia soggettiva.

Le indagini radiologiche standard tempestivamente eseguite avevano avvalorato tale ipotesi diagnostica e la mancanza di manifestazioni sistemiche associabili ad uno stato flogistico, quali la febbre, non avevano indotto a richiedere l'esecuzione di indagini di laboratorio quali la VES e la PCR, non indicati ai fini diagnostici per l'osteoporosi e la spondilartrosi, così come la RMN e la TAC. Solo la successiva e improvvisa comparsa di manifestazioni neurologiche, quali la anuria da ritenzione e la ipostenia ingravescente agli arti inferiori, hanno posto il sospetto di una patologia midollare e di estendere le indagini. La elevazione marcata degli indici di flogosi, il dato RMN e la positività dell'emocoltura hanno consentito di porre l'esatta diagnosi di ascesso epidurale e di approntare la corretta terapia. In questo caso la terapia antibiotica, inizialmente ad ampio spettro e poi mirata sul dato dell'antibiogramma, ha permesso il rapido controllo della sepsi e la risoluzione della raccolta ascessuale. Cosa che ha portato ad evitare il coinvolgimento settico dei corpi vertebrali e l'instaurarsi di danni permanenti al midollo spinale. Questo sottolinea ancora una volta la necessità di evitare conclusioni generiche e superficiali anche in patologie così frequenti come quelle reumatiche, dove una buona preparazione di base, l'esatta interpretazione dei dati e un "occhio clinico" attento sono le carte vincenti per un lavoro di qualità.