

Comunicazioni orali presentate dagli specializzandi al 29° Congresso Nazionale dell'Associazione Culturale Pediatri

Dentro l'epidemia!

Valentina Pelliccia, Nicoletta Ambrosino, Paolo Feliciani

Scuola di Specializzazione in Pediatria
Università degli Studi di Siena

Caso clinico

Edoardo, 13 anni, viene inviato da un ospedale periferico per dispnea e iperpiressia da 6 giorni (TC max 40°); ha eseguito Rx torace, che mostra "sfumata riduzione della diafania parenchimale in sede medio-basale sx, possibile espressione di modesta flogosi", e prelievo ematico: lieve piastrinopenia (111.000/mm³) e lieve incremento GOT (56 UI/l). Pregressa infezione da varicella 3 settimane prima, per cui era rimasto in casa quasi tutto il tempo fino al ricovero. All'arrivo in PS il ragazzo è prostrato, apiretico con PV nei limiti (TC 36,7°, FC 76 bpm, SpO₂ 97%). All'esame obiettivo: intensa iperemia congiuntivale bilaterale, cheilite con fissurazioni, epistassi, faringe iperemico con importante scolo ematico; lesioni crostose al volto e lesioni ipercromiche diffuse al volto, al tronco e agli arti, esiti dell'infezione VZV. In reparto presenta un successivo episodio di abbondante epistassi associato a emoftoe, tosse e riferita difficoltà respiratoria; i PV tuttavia restano stabili. Si decide di valutare l'evoluzione del quadro clinico e instaurare solo terapia di supporto, con terapia antibiotica già in atto (claritromicina 500 mg 2 volte/giorno prescritta dal curante). Dopo 6-7 ore compare rash morbilliforme diffuso, confluyente al volto; viene eseguita ricerca IgM e IgG per morbillo, tampone faringeo e raccolta urine. Le IgM risultano positive e confermano l'infezione acuta da morbillo; risulta poi positivo anche il tampone (ricerca PCR).

Conclusioni

In Italia sono stati registrati 3074 casi di morbillo dal 1° gennaio 2017, di cui l'89% non vaccinati, 2640 casi in più rispetto allo stesso periodo dello scorso anno, pari a un incremento ≈ 600%. Nel caso di Edoardo il quadro clinico è risultato confondente: il sospetto di polmonite posto prima dell'arrivo presso il nostro PS, in relazione anche

alla recente infezione da VZV, ha orientato verso una complicanza di quest'ultima; inoltre la poca dimestichezza con una patologia rara negli ultimi anni ha portato a un ritardo diagnostico ed esposizione accidentale di una lattante di 7 mesi. Edoardo non ha presentato, a oggi, complicanze tipiche del morbillo; tuttavia ha continuato a presentare numerosi episodi di epistassi in conseguenza della mucosite, in soggetto con varici del setto nasale. La rapida diffusione del virus e l'estrema facilità del contagio nei soggetti suscettibili (nel nostro caso sembra sia stato lo studio del pediatra il luogo del contagio) impongono la necessità di prevenire il contagio mediante tutti i mezzi a disposizione: vaccinazione, rapido riconoscimento e isolamento del paziente.

✉ valip2002@gmail.com

Marta: un caso di ipotonia male interpretato

Roberta Cupone, Lorenzo Lodi

Medici in formazione specialistica,
Università di Firenze

Caso clinico

Marta ci viene inviata a 6 mesi di vita con il sospetto di poliradicolonevrite postvaccinica. Nata da cesareo a termine, podalica, IA 8-9. Anamnesi familiare e personale negativa; riscontro di ipotonia dal secondo mese, più evidente subito dopo la seconda dose di vaccino esavalente. All'esame obiettivo posizione a rana, torace a imbuto, peso 10° centile, nervi cranici indenni. Posizione preferita con testa appoggiata sulla spalla sinistra. Evidente ipotonia del collo e del tronco. Ipotonia dei 4 arti, più evidente agli inferiori. ROT assenti. Sono presenti fascicolazioni della lingua. La madre riferisce movimenti fetali sempre più rari nel terzo trimestre di gravidanza e assenza di flessione della coscia sull'addome e della gamba sulla coscia già dal primo mese di vita, progressivo rifiuto del seno, scialorrea e tosse durante l'alimentazione. Successivamente arresto dello sviluppo motorio, ipotonia marcata e rallentamento della curva di crescita, ma regolare sviluppo relazionale.

Esami ematici nella norma. EMG ed ENG indicative di malattia del motoneurone (denervazione massiva del bicipite brachiale e meno rilevante dei tibiali anteriori). Ricerca del gene SMN1: assenza degli esoni 7 e 8 del gene SMN1 dell'esone 5 e del gene NAIP, compatibile con amiotrofia spinale autosomica recessiva (SMA1/SMA): atrofia muscolare a trasmissione autosomica recessiva (gene su 5q13, prevalenza circa 1/80.000, incidenza annuale 1/10.000). Diversamente da quanto ipotizzato la poliradicolonevrite postvaccinica (patologia ben più rara) era da escludere per assenza del nesso temporale (solitamente 2-6 settimane dopo il vaccino). Va sottolineato come, nei casi di ipotonia neonatale, la diagnosi non potrà mai prescindere da una anamnesi mirata (movimenti fetali, in particolare) e da un attento esame obiettivo (aspetto del torace, assenza di motilità spontanea e riflessa agli arti inferiori, fascicolazioni della lingua).

✉ robertacupone@hotmail.it

Il rischio infettivologico nei pazienti fragili: il caso di un bambino migrante

Giulia Rendo, Stefania Del Sesto, Francesca Di Nello, Emma Longoni, Vania Giacomet, Gian Vincenzo Zuccotti
Unità Semplice di Infettivologia
Pediatria, Ospedale Luigi Sacco,
Università degli Studi di Milano

Caso clinico

K.M. è un bambino migrante, nato in Libia a novembre 2014, giunto in Italia a ottobre 2016 e ospitato con la madre in una struttura d'accoglienza. Durante accertamenti eseguiti per screening, sono state riscontrate nella madre infezione occulta da HBV (anti-HBs negativo, anti-HBc positivo) e sieropositività per infezione da HIV (HIV-RNA 32.149 cp/ml e CD4+954/mm³ -18,13%). Per tale motivo è stato eseguito nel bambino il dosaggio di HIV, Ab, risultati positivi. K.M. viene dunque condotto a novembre 2016 c/o la Unità Semplice di Infettivologia Pediatrica dell'Ospedale Luigi Sacco. In anamnesi viene riferito che è nato da parto eutocico

a termine. Decorso neonatale fisiologico. Alimentato al seno materno. Alla visita obiettività cardiaca, toracica e addominale nella norma. Non linfadenopatie di rilievo apprezzabili né evidenza di segni clinici di infezione in atto. Peso: 11,7 kg (10-25° p.le), lunghezza 82,3 cm (3-5° p.le). Agli esami all'ingresso presso il nostro Centro si confermano HIV-Ab positivi, HIV-RNA 278.800 cp/ml e CD4+ 2798/mmc (36,7%). Tra gli accertamenti eseguiti, riscontro di HbsAg negativo con HbsAb debolmente positivi, HCV e quantiferon negativi. È stata dunque intrapresa terapia antiretrovirale con lopinavir/ritonavir, zidovudina e lamivudina con buona risposta alla terapia e soppressione della carica virale a maggio 2017.

K.M. attualmente è in buone condizioni generali e sta proseguendo il follow-up presso il nostro Centro.

I bambini migranti rappresentano una popolazione di pazienti che merita attenzioni particolari dal punto di vista sociale e medico-sanitario. La prevalenza nei Paesi di origine dei pazienti migranti di infezioni quali l'HIV e la carenza di attuazione di metodiche di prevenzione di trasmissione di tali malattie giustificano la necessità di attuare indagini che consentano di individuare precocemente soggetti affetti e di intraprendere rapidamente una corretta terapia, in modo tale da controllare l'infezione, evitandone l'evoluzione e l'insorgenza delle sue complicanze.

✉ giulia6560@gmail.com

Sindrome DRESS: l'importanza di riconoscerla

Massimo Luca Castellazzi,
Valeria Daccò, Carla Colombo
Centro Regionale di Riferimento
Fibrosi Cistica, Fondazione IRCCS Ca' Granda, Ospedale Maggiore Policlinico,
Università degli Studi di Milano

Caso clinico

Una bambina di 4 anni, affetta da fibrosi cistica con compromissione respiratoria lieve e colonizzazione polmonare da batteri Gram positivi, viene ricoverata presso il nostro reparto per una riacutizzazione polmonare. Sulla base dell'ultimo esame colturale dell'escreato disponibile, viene avviata una duplice terapia antibiotica endovenosa con piperacillina-tazobactam (150 mg/kg/die ogni 8 ore) e tobramicina

TABELLA 1. Valori dei parametri ematici dall'esordio alla risoluzione

Parametro	Giorno 1: ingresso in reparto	Giorno 14: esordio clinico DRESS	Giorno 18: sospensione antibiotico	Giorno 28: risoluzione completa esami ematici
Globuli bianchi (4800-12100/ mmc)	5600	8320	12140	7820
Eosinofili (100-500/mmc)	220	30	2940	440
PCR (<0,5 mg/dl)	0.59	10,31	3,19	0,14
AST-ALT (5-36 U/l e 5-29 U/l)	31-28	402-62	1560-311	36-60
LDH (120-300 U/l)	276	3637	10.880	300
PT-aPTT (0,94-1,22 e 0,86-1,20)	Non eseguito	Non eseguito	1,23-1,94	0,96-1,03
D-dimero (<230 ng/ml)	Non eseguito	Non eseguito	68384	230

na (10 mg/kg una volta al giorno) con progressivo miglioramento. Dopo 14 giorni di trattamento la bambina sviluppa iperiperissia (fino a 40 °C) e un rash cutaneo eritematoso, maculopapulare e pruriginoso che dal tronco si diffonde a tutto il corpo. Sono presenti inoltre linfadenopatia generalizzata e marcata epatomegalia. Gli esami ematici mostrano un rialzo degli indici infiammatori, un progressivo risentimento epatico e un'alterazione della coagulazione. Per un approfondimento diagnostico vengono eseguiti esami infettivologici, autoimmunitari ed ematologici che risultano tutti negativi. Parallelamente si documenta un rialzo degli eosinofili all'emocromo. Sulla base dei dati clinici e laboratoristici, viene posta diagnosi di sindrome DRESS (dall'inglese *Drug Reaction with Eosinophilia and Systemic Symptoms*) secondaria ad antibiotico.

La terapia antibiotica in corso viene sospesa e in una settimana si osserva una risoluzione del quadro clinico, mentre nell'arco di 14 giorni dall'esordio si osserva una normalizzazione degli esami ematici (Tabella 1).

Discussione

La sindrome DRESS è una reazione da farmaco, rara, potenzialmente pericolosa, con un'incidenza di 1 caso ogni

1000-10.000 esposizioni a farmaci. Gli anticonvulsivanti e gli antibiotici sono i farmaci più frequentemente associati allo sviluppo di questa condizione, specie quando somministrati per lunghi periodi di tempo. Si manifesta dalle 2 alle 6 settimane dopo l'esposizione al farmaco con febbre, rash cutaneo, linfadenopatia, alterazione della funzionalità epatica e leucocitosi con eosinofilia. Inoltre possono presentarsi alterazioni renali, cardiologiche, polmonari e neurologiche. Il tasso di mortalità è del 5-10%, soprattutto nei casi associati a insufficienza epatica. L'elevato sospetto clinico è fondamentale per la diagnosi. La sospensione della terapia farmacologica in corso determina nella maggior parte dei casi la risoluzione clinica e di laboratorio. Nei casi più gravi, la terapia cortisonica è associata a buoni risultati.

Conclusioni

Il nostro caso sottolinea l'importanza per i pediatri di saper riconoscere questa condizione potenzialmente letale, in particolare nei bambini che stanno assumendo terapie farmacologiche prolungate, al fine di applicare il trattamento più adeguato e migliorare la prognosi.

✉ lucastellazzi85@gmail.com