

**INFETTIVOLOGIA**

**DAI TROPICI AL COMASCO... PASSANDO PER IL VETERINARIO**

Luisa Impagnatiello<sup>1</sup>, Cecilia Milicia<sup>1</sup>, Francesca Musto<sup>1</sup>, Claudia Brusadelli<sup>1</sup>,  
Francesco Saettini<sup>2</sup>, Veronica Leoni<sup>2</sup>, Oscar Maglia<sup>3</sup>, Simona Sala<sup>3</sup>, Angelo Selicorni<sup>4</sup>,  
Luisa Abbagnato<sup>4</sup>, Alessandra Di Cesare Merlone<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Scuola di Specializzazione in Pediatria, <sup>2</sup>Clinica Pediatrica, Università Milano Bicocca  
<sup>3</sup>AO San Gerardo, Monza; <sup>4</sup>UOC Pediatria, ASST Lariana, Como

**Indirizzo per corrispondenza:** luisa.impagnatiello@gmail.com

Un bambino di 2 anni e mezzo giunge alla nostra attenzione per febbre persistente di tipo intermittente associata a citopenia e spleno-epatomegalia.

Circa tre settimane prima del ricovero ha presentato un episodio febbrile della durata di due giorni, indi, dopo completa defervescenza, la febbre è ricomparsa a distanza di una settimana. Per iperemia tonsillare, nel sospetto di faringite è stata intrapresa terapia con amoxicillina-acido clavulanico con iniziale miglioramento della curva termica ma, in seguito, per ricomparsa di temperatura febbrile, è stato rivalutato dalla curante che ha prescritto esami ematochimici mostranti rialzo degli indici di flogosi e pancitopenia (GB 3300/mm<sup>3</sup>, N 1420/mm<sup>3</sup>, Hb 7,7 g/dl, PLT 108.000/mm<sup>3</sup>, PCR 79,9 mg/l); conseguentemente la terapia è stata modificata con ceftriaxone intramuscolo. In seguito, per scarsa risposta a tale trattamento, il bambino è stato condotto in Pronto Soccorso dove veniva ricoverato per gli accertamenti e le cure specifiche del caso. Gli esami ematochimici mostravano peggioramento della pancitopenia (GB 2730/mm<sup>3</sup>, N 840/mm<sup>3</sup>, Hb 6,6 g/dl, PLT 106.000/mm<sup>3</sup>) con aumento di LDH e ferritina (rispettivamente 1187 U/l e 1330 ng/ml), transaminasi (AST/ALT 71/40 U/l) e VES (63 mm/h). Vista la persistenza del quadro febbrile si eseguivano indagini infettivologiche sia tramite sierologie (CMV, toxoplasma, EBV, parvovirus B19, HSV1-2) che PCR (micoplasma e virus influenzali), risultate negative. L'ecografia dell'addome confermava il reperto clinico di epatosplenomegalia e la Rx del torace evidenziava ipodiapfania retrocardiaca sx di possibile significato flogistico. Nel sospetto di malattia di Kawasaki eseguito inoltre un ecocardiogramma risultato nei limiti di norma, senza alterazioni delle coronarie né segni di endocardite.

Di fronte a tale quadro, le ipotesi diagnostiche più probabili sono malattie linfoproliferative, malattie infettive quali malaria, febbre tifoide, brucellosi o sindrome da attivazione macrofagica.

Per il peggioramento della citopenia e la persistenza

della febbre, il paziente è stato pertanto inviato per competenza presso il nostro Centro per eseguire aspirato midollare. All'esame obiettivo il bambino si mostrava in discrete condizioni generali con esame obiettivo nella norma tranne milza palpabile a 4 cm dall'arco di consistenza lignea e fegato all'arco. Veniva eseguito aspirato midollare in sedazione. A una valutazione citomorfologica preliminare il midollo appariva ricco in cellule con le tre serie midollari ben rappresentate e senza evidenza di elementi atipici. Nell'attesa del referto definitivo si discuteva il caso con il citomorfologo del laboratorio al quale si presentavano le caratteristiche cliniche del paziente, in particolare le puntate febbrili frequenti associate a brividi e l'entità della splenomegalia. In seguito a tale confronto tra medico e citomorfologo veniva revisionato nuovamente il vetrino dell'aspirato midollare con riscontro di alcuni parassiti extra cellulari e intracellulari (elementi istioidi), suggestivi per diagnosi di **leishmaniosi viscerale**.

Si approfondiva pertanto l'anamnesi: la madre ricordava e riferiva di aver frequentato insieme al piccolo un ambulatorio veterinario qualche settimana prima.

Il bambino ha prontamente iniziato terapia specifica con amfotericina B liposomiale e proseguito terapia antibiotica con ceftriaxone visto anche il quadro di BPN.

A conferma diagnostica sono stati eseguiti:

- Ab totali *Leishmania infantum*, risultati positivi;
- Ricerca *Leishmania* in PCR: positiva ad alta carica.

Dopo i primi giorni di trattamento il paziente ha mostrato un miglioramento delle condizioni generali con progressiva normalizzazione della curva termica. Dopo 4 giorni di terapia le conte ematologiche sono risultate in risalita e si è assistito a regressione dell'organomegalia già dopo una settimana di trattamento fino a progressiva completa risoluzione e negativizzazione della PCR quantitativa per *Leishmania* dal 14° giorno di terapia.