

I POSTER DEGLI SPECIALIZZANDI

ANAFILASSI SÌ O ANAFILASSI NO? QUESTO È IL PROBLEMA

Paola Paganin

Scuola di Specializzazione in Pediatria, Università di Trieste

Indirizzo per corrispondenza: paganin1988@gmail.com

Giorgia è una ragazza di 15 anni che giunge alla nostra attenzione perché negli ultimi mesi ha presentato numerosi episodi (circa 11 in 4 mesi) caratterizzati dall'improvvisa e ricorrente comparsa, a distanza di un'ora dal pasto, di dolore addominale crampiforme, accompagnato da rifeunte scariche di diarrea e orticaria. In alcune occasioni l'orticaria è stata sostituita da *flushing* cutaneo diffuso e in due momenti il corollario sintomatologico è culminato con un episodio lipotimico.

La sua storia clinica precedente non è assolutamente dirimente in quanto la ragazza non ha mai avuto alcuna reazione allergica. L'alterazione dell'alvo riferita si è manifestata solo durante gli episodi descritti. Quando valutiamo la prima volta Giorgia cerchiamo di estrapolare dalla narrazione alcuni indizi che possano ricondurci a un fattore *trigger*, in particolare un alimento, data la stretta relazione temporale fra la comparsa dei sintomi e il pasto.

Il sospetto clinico che ci poniamo è che si tratti di un quadro di **anafilassi idiopatica** e avviamo un iter diagnostico volto a escludere tutte le possibili patologie con presentazione clinica analoga, essendo l'anafilassi idiopatica una diagnosi di esclusione. Vengono pertanto eseguiti multirast per alimenti, ovvero ricerca delle IgE specifiche per diversi alimenti, che è risultata negativa. È stata eseguita altresì la ricerca delle IgE specifiche per alfa-gal risultata anch'essa negativa; *Exercise-Induced Anaphylaxis*

(EIA) e *Food-Related Exercise-Induced Anaphylaxis* (FREIA) sono state facilmente escluse in quanto la componente dell'attività fisica è sempre mancata nell'anamnesi e gli episodi stessi si sono presentati in modo ricorrente dopo i pasti. L'angioedema ereditario è stato escluso sia sulla base dell'anamnesi, in quanto mancava l'angioedema come segno clinico, sia laboratoristicamente dalla normalità dei livelli dell'inibitore della C1-esterasi e della sua attività. I livelli sierici della triptasi sono risultati normali, escludendo la presenza di una mastocitosi sistemica.

Giorgia, al di fuori delle crisi, risulta essere una ragazza senza altri segni o sintomi suggestivi di patologie organiche, per cui si decide di interrompere l'*iter* diagnostico e di formulare la diagnosi ufficiale di anafilassi idiopatica e di avviare una terapia profilattica con cetirizina assunta quotidianamente. Tuttavia la ragazza non riferisce alcun miglioramento clinico. A questo punto ci chiediamo se la possibilità di essere di fronte a una vera anafilassi idiopatica sia ancora valida.

La classificazione eziologica dell'anafilassi idiopatica comprende una forma di natura somatoforme che può mimarla; il paziente non presenta una patologia organica, non ci sono riscontri oggettivi di quanto riportato e non risponde alla terapia di fondo con antistaminico, come nel caso di Giorgia.