

Casi contributivi



UN CASO DI POLMONITE CON PIASTRINOSI

F. De Maddi, C. Santoro, R. Crusco, P. Siani
 UOC di Pediatria, A.O.R.N. A. Cardarelli, Napoli
 Indirizzo per corrispondenza: paolo.siani@ospedalecardarelli.it

PNEUMONIA WITH INCREASED PLATELETS: A CASE REPORT

Key words Infant, Pneumonia, Platelets, Coronary artery dilatation

Summary The Authors describe a case of pneumonia in an 11 months old child, who presented with high inflammatory indexes. Antibiotic response was quick, with rapid improvement of symptoms, fever resolution in 72 hours and resolution of the radiological pneumonia opacity. However, during hospitalisation, platelets increased rapidly. An echocardiogram was performed revealing a dilatation of the left coronary artery.

Caso clinico - A. ha 11 mesi e si ricovera nel mese di maggio per febbre elevata da quattro giorni, tosse e un episodio di cianosi periorale, perdita di coscienza e ipotonia di brevissima durata. All'ingresso A. ha una temperatura di 39°C; è irritabile, ma non presenta segni di interessamento meningo-encefalico. All'ascoltazione del torace si riscontrano rantoli a piccole bolle in medio-basale dx. Non soffi cardiaci. Organi ipocondriaci nei limiti. La saturazione di O₂ è normale. Gli esami di laboratorio mostrano una leucocitosi neutrofila, con lieve piastrinosi (GB 26.960; N 57%; PLT 567.000); un aumento degli indici di flogosi (VES 107; PCR 408 mg/l), della fosfatasi alcalina (1277 UI/l) e un'anemia microcitica (Hb 9,2; MCV 54). La radiografia del torace evidenzia un focolaio broncopneumonico. Viene posta diagnosi di broncopolmonite e di sospetta convulsione febbrile (l'anamnesi familiare è positiva). Viene iniziata terapia antibiotica per via orale. La risposta terapeutica è ottima: la temperatura corporea ritorna ai valori normali in 72 ore. Le condizioni generali migliorano; il bambino è meno irritabile e la tosse diviene sporadica. Resta da stabilire se gli indici infiammatori notevolmente aumentati possono essere in relazione al solo episodio di broncopolmonite, e resta da spiegare il valore della fosfatasi alcalina così elevata. Ripetiamo dopo pochi giorni alcuni esami di laboratorio. Gli indici infiammatori, e in particolare la PCR, risultano ridotti rispetto ai precedenti; anche i globuli bianchi si sono ridotti e l'elettroforesi dell'emoglobina evidenzia un trait talassemico. La sierologia esclude alcune infezioni virali e il *Mycoplasma pneumoniae*. Il bambino non è più febbrile, e appare globalmente migliorato. In decima giornata l'emocromo mostra un aumento ancora più significativo delle piastrine (1.420.000/mm³); si registrano un'ulteriore riduzione degli indici di flogosi e la normalizzazione della radiografia del torace. Per la piastrinosi si esegue un ecocardiogramma, dal quale risulta una dilatazione della coronaria sinistra (2,8 mm), con aspetto rimodellato delle pareti. A. è affetto da sindrome di Kawasaki (KS) atipica. Si inizia terapia

con ASA a dose antiaggregante. La scelta (molto discussa) di non praticare terapia con immunoglobuline ev (IVIG) è in relazione alla normalizzazione degli indici infiammatori e alla risoluzione della febbre, unitamente al rilievo dell'avvenuto danno coronarico. L'ecografia addominale per la ricerca di idrope della colecisti e la visita oculistica, per la ricerca di iridociclite, sono risultate negative. Il follow-up (a due settimane) mostra un reperto cardiaco pressoché immutato e una normalizzazione dei parametri di laboratorio. L'ecocardiogramma a 8 settimane rileva una riduzione del calibro della coronaria sx (1,8 mm).

Discussione - Il polimorfismo clinico della KS comporta difficoltà diagnostiche nelle forme incomplete e atipiche. Nella KS incompleta la febbre si accompagna a un numero minore di sintomi necessari alla diagnosi. La KS atipica è caratterizzata dalla presenza di febbre che si associa a manifestazioni non caratteristiche, quali: segni neurologici, sintomi chirurgici (addome acuto, appendicite, idrope della colecisti ecc.), aneurisma isolato delle coronarie, pancreatite acuta, linfadenopatia isolata, polmonite a lenta risoluzione ecc. Alcune manifestazioni tipiche possono comparire in una fase successiva. Utili le "red flag" cliniche (iridociclite, idrope della colecisti, desquamazione perineale) e il supporto del laboratorio (aumento delle gamma-GT, fosfatasi alcalina, ALT, conta piastrine, leucociti nel sangue/urine). Nel nostro paziente la piastrinosi ingravesciente è stato l'elemento determinante per la diagnosi. Un'attenta disamina del caso evidenzia all'ingresso un valore estremamente elevato degli indici infiammatori in rapporto alla patologia respiratoria. Il normale valore delle gamma-GT e l'ecografia addominale hanno lasciato il consistente dubbio di un isolato aumento della fosfatasi alcalina su base idiopatica o postinfettiva. Sono descritti casi di KS atipica, caratterizzati all'esordio da broncopolmonite, talvolta con pleurite, resistenti alla terapia. La mancata risposta terapeutica, unitamente a eventuali segni clinici o di laboratorio, può indirizzare verso un sospetto di KS. Nel nostro caso, al contrario, la buona risposta terapeutica dell'affezione respiratoria e il miglioramento delle condizioni generali e dei parametri infiammatori hanno ritardato la corretta diagnosi. Può essere discutibile la scelta di praticare, a danno coronarico avvenuto, la sola terapia con ASA. È ormai stabilito che alte dosi di IVIG riducono il rischio di sviluppo di aneurismi delle coronarie; di contro, non sono state trovate segnalazioni in letteratura sui vantaggi dell'uso di IVIG per una favorevole evoluzione del danno coronarico già presente in fase subacuta di malattia. Il risultato clinico e anatomico favorevole, in assenza di terapia con IVIG, ci conforta, ma nello stesso tempo lo studio retrospettivo del caso ci convince a un uso costante delle IVIG in situazioni dubbie. Il caso clinico descritto sottolinea l'importanza di sospettare la KS in ogni bambino con febbre alta da almeno 5 giorni, non altrimenti spiegabile, e con un notevole aumento degli indici infiammatori. È auspicabile che entro i 10 giorni dall'esordio febbrile sia effettuata, anche nei casi dubbi, l'infusione di IVIG per la prevenzione della comparsa di aneurismi delle coronarie, complicanza più frequente al di sotto dei 12 mesi di vita.

Le pagine verdi riportano in breve le ricerche e i casi clinici che compaiono per esteso sulle pagine elettroniche della rivista (accesso libero al seguente indirizzo: www.medicoebambino.com). Il sommario delle pagine elettroniche è riportato a pag. 617. Su questo numero della rivista elettronica segnaliamo il "Seminario degli specializzandi" che parla del bambino con il "batticuore". In "Occhio all'evidenza" D. Radzik approfondisce i tre studi pubblicati nel 2006 sul mito della prevenzione del danno polmonare con corticosteroidi inalatori nei bambini con asma (vedi *Farmacoriflessione* a pag. 656). In "Appunti di terapia" segnaliamo la recensione sui rischi che corrono i nati da fecondazione in vitro. La "Presentazione" (Power Point) parla di cefalea (tra psiche e farmaci).