

MeB - Pagine Elettroniche

Volume XXII

Luglio 2019

numero 7

IMMUNOLOGIA

UNA LEUCOPENIA DA... PESARE

E. De Luca, A. Cattoni, F. Saettini, A. Biondi, S. Bonanomi

Clinica Pediatrica, Ospedale San Gerardo - Fondazione MBBM, Monza

Indirizzo per corrispondenza: esterdeluca91@libero.it

C., 15 anni, è stata inviata presso il nostro servizio di Ematologia Pediatrica per inquadramento in merito al riscontro occasionale di leuco-neutropenia moderata (GB 3350/mmc, N 910/mmc, L 2140/mmc, Hb 14,2 g/dl, MCV 90,6 fl, PTL 222.000/mmc), confermata a più controlli. L'anamnesi patologica remota era silente per infezioni maggiori o ricorrenti. Nell'anno precedente, la ragazza aveva tuttavia presentato calo ponderale progressivo (da 39 a 32 kg), in assenza di sintomatologia sistemica, nonostante un riferito adeguato intake calorico. Aveva intrapreso anche un follow-up presso nutrizionista, senza apparenti benefici. La nostra prima valutazione evidenziava un quadro di magrezza patologica (BMI 13,6 kg/m², -4,2 SDS), ipotrofia muscolare, capelli radi, modesta ipertricosi e spiccata bradicardia (FC 39 atti/min, ritmici), confermata all'ECG. Gli esami ematochimici evidenziavano una grave leucopenia con neutropenia e linfopenia moderata (GB 2090/mmc, N 590/mmc, L 1220, Hb 14 g/dl, MCV 94 fl). Immunoglobuline, striscio periferico, screening autoimmunitario, VES, funzionalità tiroidea ed epato-renale, elettroliti e pannello nutrizionale risultavano nella norma. A completamento, eseguiva un aspirato midollare, che mostrava un midollo povero in cellule con serie mieloide ed eritroide modestamente rappresentate, senza atipie. Alla valutazione endocrinologica si riscontrava un quadro di amenorrea primaria di verosi-

mile natura ipotalamica (gonadotropine ridotte con estradiolo indosabile). Una dettagliata anamnesi ha evidenziato un atteggiamento conflittuale con il cibo, associato a un regime dietetico volontariamente ipocalorico dopo sospensione dell'attività agonistica praticata sino all'anno precedente. In considerazione del sospetto di disturbo del comportamento alimentare, veniva predisposto il ricovero presso il Reparto di Neuropsichiatria Infantile. Durante il ricovero, veniva posta diagnosi di disturbo alimentare di tipo restrittivo e impostato programma di rialimentazione per via enterale, con buona compliance e incremento ponderale di circa 2 kg alla dimissione (BMI: 14,8 kg/m², -3 SDS). I successivi controlli ematochimici mostravano un progressivo miglioramento della crasi ematica, con sostanziale risoluzione del quadro di leuco-neutropenia (GB 3710/mmc, N 1850/mmc, L 1410/mmc). Al momento, C. prosegue i controlli presso il DH per i disturbi alimentari e presso il servizio di Ematologia Pediatrica. Il caso di C. sottolinea l'importanza di considerare i disturbi della condotta alimentare nella diagnostica differenziale della leucopenia, in particolare negli adolescenti. Il 22% dei pazienti con anoressia presenta leucopenia ed è stata dimostrata correlazione con la durata del disturbo. L'aspirato midollare nei pazienti affetti da disturbo della condotta alimentare mostra peraltro, nei casi severi, un midollo ipocellulare, come nel nostro caso.