

## MeB - Pagine Elettroniche

Volume XXII

Luglio 2019

numero 7

### INFETTIVOLOGIA

#### UN PATOGENO CAMALEONTICO

Marcella Lauletta, Sara Picariello, Maria Elisa Di Cicco, Diego Peroni

*UO di Pediatria, Azienda Ospedaliera Universitaria Pisana-Pisa*

**Indirizzo per corrispondenza:** [marcella.lauletta@virgilio.it](mailto:marcella.lauletta@virgilio.it)

Ingi, 8 anni, giunge alla nostra osservazione per febbre, tosse secca e rash cutaneo maculo-papulare al tronco; all'ascoltazione del torace si apprezza una riduzione del murmure vescicolare a livello dei campi mediobasali a dx. Gli esami ematici documentano un lieve rialzo degli indici di flogosi e la Rx del torace un addensamento in sede basale dx con modesto versamento pleurico. Viene intrapresa terapia antibiotica EV con cefuroxima a cui viene successivamente associata claritromicina per la persistenza della febbre e degli episodi ricorrenti di rash maculo-papulare. Tuttavia, Ingi inizia improvvisamente a lamentare cefalea intensa e appare in stato soporoso; un EEG evidenzia "anomalie elettriche irritative diffuse in tracciato diffusamente rallentato", compatibili con encefalite, per cui si inizia terapia con aciclovir e steroidi. Le ricerche eziologiche risultano positive per *Mycoplasma pneumoniae* (sierologia indicativa di infezione in atto); la RM encefalo non documenta alterazioni di rilievo. Nei giorni successivi, si assiste a una progressiva risoluzione del quadro polmonare e neurologico; si ripete un EEG che mostra un tracciato di fondo migliorato, ma ancora rallentato per età. Viene dimesso con diagnosi di broncopolmonite basale destra con versamento pleurico ed encefalite da *M. pneumoniae*.

*M. pneumoniae* è uno dei più comuni patogeni respiratori in età pediatrica, ma può essere causa anche di manifestazioni extra-polmonari. Tali manifestazioni possono interessare principalmente la cute e il sistema nervoso

centrale o periferico; sedi meno frequenti includono l'apparato genito-urinario (nefriti interstiziali), gastrointestinale (epatiti), cardiovascolare (endocarditi, miocarditi, pericarditi), ematopoietico (emolisi immunomediata) e muscolo-scheletrico (artriti, in particolare in soggetti con immunodeficit). L'interessamento cutaneo comprende orticaria, eritema nodoso, sindrome di Steven-Johnson e, talvolta, un rash che ricorda le reazioni da farmaci. Spesso i rash cutanei in corso di terapia antibiotica sono attribuiti a reazioni allergiche e non si prende in considerazione l'ipotesi infettiva, soprattutto da *M. pneumoniae*. Per quanto riguarda il coinvolgimento del sistema nervoso, uno dei quadri clinici più frequenti è l'encefalite, con forme a esordio precoce (entro 7 giorni dall'insorgenza dei primi sintomi, per la penetrazione del batterio nel SNC) e forme a esordio più tardivo (latenza di 7-14 giorni, per mimetismo molecolare); nel secondo caso, è eccezionale il riscontro del DNA del batterio nel liquor. Nel nostro caso l'esordio della sintomatologia neurologica si è verificato circa 10 giorni dopo l'insorgenza del quadro respiratorio, suggerendo, quindi, una patogenesi immunomediata dell'encefalite. Pertanto, da questa esperienza possiamo concludere che non bisogna mai sottovalutare eventuali segni e sintomi neurologici in pazienti con quadri polmonari compatibili con infezione da *M. pneumoniae*, data la frequenza e la gravità dell'interessamento cerebrale e la possibilità che residuino sequele permanenti a distanza.