MeB – Pagine Elettroniche
Volume XVII Febbraio 2014 numero 2

I POSTER DEGLI SPECIALIZZANDI

VA' DOVE TI PORTA IL CUORE

G. Spagnut, M. Vergine

Scuola di Specializzazione in Pediatria di Udine

Indirizzo per corrispondenza: giulia_spag@hotmail.com

Giulia, 6 anni, sana, giunge in Pronto Soccorso per febbre alta persistente da 5 giorni, astenia e lieve dispnea comparsa dalla sera stessa. Discrete condizioni generali, cute roseo-pallida, P 21,5 kg stabile, TC 37,7 °C. Respiro appoggiato, al torace su tutti i focolai e al dorso, si apprezza soffio cardiaco 3-4/6, in assenza di edemi declivi ed epatosplenomegalia. Faringe liervemente iperemico ai pilastri, non petecchie. I genitori riferiscono che il soffio è stato segnalato per la prima volta dal pediatra di famiglia solo 2 giorni prima in corso di rialzo febbrile. Da segnalare una faringite non trattata circa 2 mesi prima. Esegue esami ematici: GB 14.700/mmc, Hb 11,4 g/dl, PLT 283.000/mmc, PCR 249 mg/l, VES 75 mm/h; Rx torace che non documenta una cardiomeglaia né addensamenti, ECG inizialmente refertato come nella norma.

All'ecocardiogramma si evidenzia dilatazione atriale e ventricolare sinistra con rigurgito mitralico severo e alterazione dei lembi mitralici, per cui avvia terapia con captopril. La positività di una prima emocoltura per Gram+ *(Staphylococcus hominis)*, nel sospetto di un'endocardite batterica, ha imposto avvio con terapia antibiotica ev. Tuttavia l'evidenza successiva di un BAV di primo grado all'ECG, di un TAS di 1822 UI/ml e di una negatività della seconda e terza emocoltura hanno indirizzato verso una diagnosi di cardite in corso di malattia reumatica. È stata iniziata terapia con prednisone 2 mg/kg/die, embricato con ASA (80 mg/kg/die) dopo 4 settimane, senza risoluzione della valvulopatia. Attualmente è ancora in ASA e captopril, le è stata vietata qualsiasi attività ludico-motoria, esegue ecocardiografie mensili e profilassi con benzatilpenicillina im.

Conclusioni

La febbre reumatica è una malattia infiammatoria acuta che può colpire le articolazioni, il cuore, la pelle e il SNC. La cardite è la manifestazione più grave (colpisce dal 40% al 75% dei pazienti). Il caso interessante di Giulia è che all'esordio presentava solo febbre (criterio minore) e soffio cardiaco (criterio maggiore). D'altro canto la cardite che ha presentato è risultata da subito molto grave e invalidante. Per cui il messaggio da portarsi a casa è che un soffio cardiaco >2/6 olosistolico di nuova insorgenza che persiste anche fuori dal picco febbrile senza altri sintomi impone una diagnosi di esclusione di cardite al fine di avviare tempestivamente la terapia antiinfiammatoria e eventuale trattamento dell'insufficienza cardiaca. Rimane inoltre obbligatorio secondo linee guida dell'AHA il trattamento profilattico per le recidive fino all'età adulta.