

MeB - Pagine Elettroniche

Volume XXVI

Aprile 2023

numero 4

I POSTER DEGLI SPECIALIZZANDI

LA POLMONITE DA ADENOVIRUS

Alessandro Zago, Simone Benvenuto

Scuola di Specializzazione in Pediatria, IRCCS Materno-Infantile "Burlo Garofolo", Università di Trieste

Indirizzo per corrispondenza: ale.tomzago@gmail.com

Un bambino di 3 anni giunge in Pronto Soccorso con una storia di tosse, rinite e febbre persistente da 7 giorni. È in terapia antibiotica con amoxicillina da 2 giorni nel sospetto di polmonite, diagnosi confermata il giorno precedente presso un'altra struttura, dove una Rx del torace aveva mostrato un addensamento destro e gli esami ematici una leucocitosi neutrofila con indici di flogosi elevati (GB $15.610/\text{mm}^3$, N $12.580/\text{mm}^3$, PCR $119,9 \text{ mg/l}$). Si presenta in buone condizioni generali, con respiro appoggiato e ingresso ridotto alla base destra, faringe iperemico con essudato tonsillare, tosse importante e rinite. Gli esami ematici ripetuti risultano in miglioramento (GB $13.310/\text{mm}^3$, N $9290/\text{mm}^3$, PCR 85 mg/l , VES 55 mm/h); l'ecografia polmonare mostra un versamento pleurico destro di spessore di 0,5 cm. Avviata quindi una duplice terapia antibiotica con ceftriaxone e vancomicina (per la presenza di versamento pleurico).

Nei giorni seguenti la febbre persiste, associata ad alvo diarroico. Ciò impone pertanto l'esclusione di cause di febbre persistente: malattia di Kawasaki incompleta (ecocardiogramma, ecografia addominale, visita oculistica ed esame urine negativi), tubercolosi (intradermoreazione secondo Mantoux e Quantiferon negativi), malignità ematologica (immunofenotipo periferico negativo), linfocitosi emofagocitica (ferritina $159,4 \mu\text{g/l}$, coagulazione e profilo epatico nella norma), infezione fungina (emoculture e galattomannano negativi).

Per escludere una ascessualizzazione polmonare, si esegue inoltre una TC del torace con mezzo di contrasto, che mostra una polmonite a plurimi addensamenti bilaterali. Intanto un tampone multiplex mostra positività per adenovirus, la cui viremia risulta marcatamente elevata (682.513 copie/ml). Uno studio dell'immunità (immunoglobuline, anticorpi vaccinali, sottopopolazioni linfocitarie) esclude un deficit immunitario alla base dell'evoluzione così severa e prolungata della polmonite da adenovirus. Dopo l'ultimo picco febbrile in 13ª giornata, si osserverà una

stabile defervescenza con piena ripresa della cenestesi e risoluzione dell'alvo diarroico.

L'**adenovirus** è un patogeno molto comune in età pediatrica, e in particolare in età prescolare quando è causa del 5-10% di tutti gli episodi febbrili. Le infezioni a decorso più severo sono invece più comuni nel soggetto immunodepresso, ma possono verificarsi anche negli immunocompetenti, come nel nostro caso. L'eziologia delle polmoniti nella fascia 1-5 anni è più frequentemente virale; nei bambini > 5 anni è tipicamente batterica. Una PCR molto elevata deve indurre a pensare a *Streptococcus pneumoniae* come agente eziologico; fra i virus, l'unico che condivide questa capacità di muovere gli indici di flogosi è l'adenovirus. Anche clinicamente l'adenovirus, e il particolare i sierotipi 3, 7, 14, 21, causa polmoniti simili a una polmonite batterica. Altre infezioni che i diversi ceppi di adenovirus possono provocare sono miocardite, meningoencefalite, epatite, enterite, cistite, congiuntivite.

L'infezione da adenovirus va quindi tenuta a mente nel caso di una flogosi importante che ricorda una polmonite batterica, nel contesto di una febbre persistente o ricorrente. Se una polmonite batterica correttamente trattata non sfebbra entro circa 24-48 ore dall'inizio della terapia antibiotica, pensare alle complicanze (empiema, ascesso, polmonite necrotizzante), polmonite da batteri atipici, tubercolosi, batterio resistente alla terapia, malattia in atto, malattia di Kawasaki incompleta, malignità (istiocitosi) deficit immunitario.

Messaggi chiave

Un adenovirus può mascherarsi da batterio: anche se la clinica e il quadro laboratoristico sembrano secondari a un agente batterico, pensa anche all'adenovirus se la polmonite non si sfebbra in 24-48 ore.

Tanta infiammazione che dura tanto a lungo o che ricorre: pensa all'adenovirus!