

MeB - Pagine Elettroniche

Volume XXVIII

Ottobre 2025

numero 8

I POSTER DEGLI SPECIALIZZANDI

QUANTI DANNI QUESTI EOSINOFILI!

Michele Cannas, Cristina Malaventura

Scuola di Specializzazione in Pediatria, Università di Ferrara

Indirizzo per corrispondenza: michele.cannas@edu.unife.it

Ragazzo di 15 anni giunge alla nostra osservazione per dolore addominale ingravescente da circa 1 mese associato a iporessia, vomito e perdita di peso (circa 5 kg, 8% del peso, BMI 17,3, 8° percentile). L'anamnesi non rilevava precedenti patologici di rilievo. Si segnalava, tre giorni prima dell'inizio della sintomatologia, terapia con eparina sottocute per prescrizione ortopedica in seguito a trauma distorsivo di caviglia.

All'esame obiettivo si evidenziava una dolorabilità diffusa dell'addome, prevalentemente a livello epigastrico e del quadrante inferiore destro, senza segni di peritonismo; peristalsi torbida e vomito a ogni tentativo di alimentazione. Gli esami ematochimici mostravano una conta degli eosinofili pari a 8.670/ μ l (44% dei globuli bianchi), indici di flogosi sistemici e mucosali negativi (VES 3 mm/h; calprotectina fecale 13 g/kg), elevazione del D dimero (23,63 mg/l); non riscontrate atipie e/o blasti allo striscio periferico.

L'ecografia addominale evidenziava la presenza di versamento ascitico e un diffuso ispessimento delle pareti intestinali sia tenuali che coliche (max 5 mm), con perdita di stratificazione. La TC addome confermava versamento ascitico esteso con spessore assiale massimo di 10 cm nello scavo pelvico e ispessimento parietale diffuso dal tratto distale dell'esofago fino al tratto prossimale del retto, compatibile con panenterocolite; non mostrava segni di ostruzione intestinale, pneumoperitoneo, masse/pacchetti linfonodali e alterazioni delle strutture vascolari (*Figura*). Il liquido ascitico prelevato mediante paracentesi eco-guidata mostrava un alto contenuto proteico (> 3 g/dl), una spiccata cellularità di tipo eosinofilo (85%) e risultava sterile dal punto di vista microbiologico. La biopsia osteomidollare evidenziava un midollo ipercellulato con significativa espansione della serie eosinofila (23% della popolazione cellulare) senza caratteristiche morfologiche neoplastiche.

Lo studio radiologico di torace e la spirometria non mostravano coinvolgimento polmonare. La RM cardiaca e quella encefalo escludevano un danno d'organo silente rispettivamente a carico di cuore e cervello. Le indagini infettivologiche (ricerca parassiti su feci, sierologia per *Strongyloides*, *Entamoeba*, *Toxocara* e *Schistosoma*)

risultavano negative, così come l'autoimmunità (ANCA, ANA, ENA).

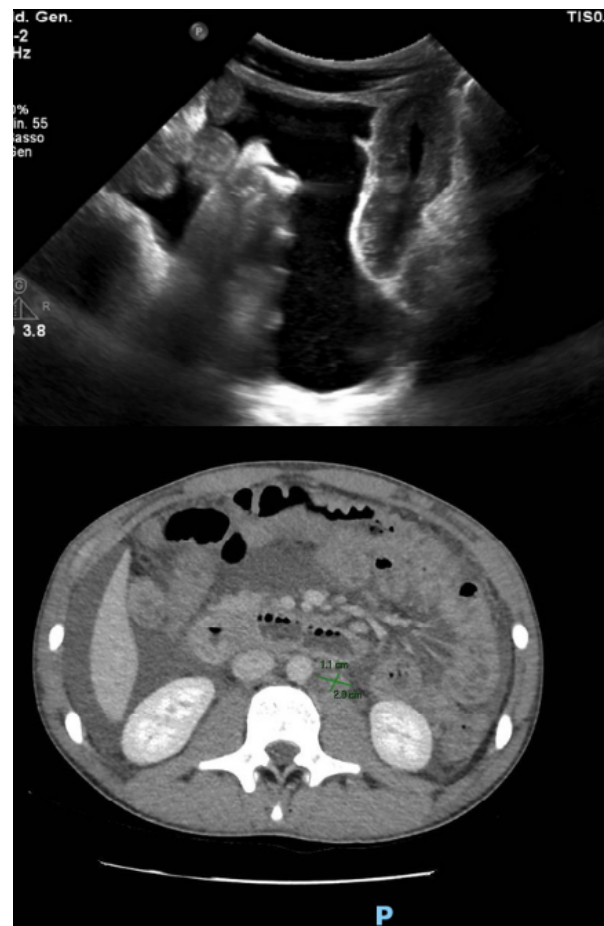


Figura. Ecografia che evidenzia un importante versamento addominale e in basso TC con diffuso ispessimento parietale dei tratti ileo-colici mostrati.

Completato l'iter diagnostico sopraindicato, si concludeva per **sindrome ipereosinofila** con interessamento panenterico trasmurale con versamento ascitico. Si avviava terapia corticosteroidica con brillante risposta sul piano

clinico, laboratoristico e strumentale. La conta eosinofila si riduceva del 70% a 24 ore dall'inizio del trattamento. Il ragazzo veniva dimesso a dieci giorni dall'avvio della terapia steroidea in buone condizioni generali, con conta eosinofila normalizzata e risoluzione del versamento ascitico all'ecografia. Si programmava follow-up gastroenterologico ed endoscopia delle alte e basse vie digestive.

DISCUSSIONE

La sindrome ipereosinofila (HES) è una condizione rara caratterizzata da una persistente e significativa eosinofilia (≥ 1.500 eosinofili/ μ l) associata a infiltrazione tissutale e variabile danno d'organo a carico di cute, polmone, tubo digerente, cuore e sistema nervoso centrale. Il danno tissutale mediato dagli eosinofili si basa su un duplice meccanismo: un'azione diretta tramite il rilascio di mediatori proinfiammatori e citotossici e un'azione indiretta attraverso la stimolazione della cascata infiammatoria che induce necrosi e danno trombotico¹.

Può riconoscere un'eziologia genetica, neoplastica o essere associata a infezioni parassitarie, fungine, virali, malattie allergiche, immunologiche, reumatologiche o indotta da farmaci^{1,2}. L'iter diagnostico e terapeutico è pertanto complesso e multidisciplinare ed è volto a ricercare in maniera proattiva il coinvolgimento d'organo, anche silente, e definirne l'eziologia^{2,3}.

Nel caso presentato la severa ipereosinofila, che ha da subito orientato la diagnosi, si associa a danno di singolo

organo con coinvolgimento panenterico trasmurale e versamento ascitico di tipo eosinofilo. Le indagini hanno escluso forme neoplastiche e secondarie. In considerazione della correlazione temporale fra assunzione di eparina ed esordio della sintomatologia, non è possibile escludere una sindrome ipereosinofila eparina-indotta. La brillante risposta allo steroide è ben descritta in letteratura, ma un monitoraggio a lungo termine sarà essenziale per prevenire eventuali recidive e individuare possibili complicanze.

BIBLIOGRAFIA

- [1] Orzes E, Vacca I, Lemma V; Osservatorio Malattie Rare. Documento di valutazione preliminare per la richiesta di un codice di esenzione univoco di malattia rara per la sindrome eosinofila (HES). Rare-Lab Srl ed. Roma, 2024.
- [2] Caminati M, Carpagnano LF, Alberti C, et al; Multidisciplinary Group on rare dysimmune conditions with hyper-Eosinophilia (GEos). Idiopathic hypereosinophilic syndromes and rare dysimmune conditions associated with hyper-eosinophilia in practice: An innovative multidisciplinary approach. World Allergy Organ J 2024;17(8):100928. DOI: 10.1016/j.waojou.2024.100928.
- [3] Shomali W, Gotlib J. World Health Organization-defined eosinophilic disorders: 2022 update on diagnosis, risk stratification, and management. Am J Hematol 2022;97(1):129-48. DOI: 10.1002/ajh.26352.