

## MeB - Pagine Elettroniche

Volume XXVIII

Dicembre 2025

numero 10

### I POSTER DEGLI SPECIALIZZANDI

#### PIASTRINOPENIA NEL CONTESTO DI UNA INTERCORRENZA INFETTIVA

Alessandro Zago

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

Indirizzo per corrispondenza: ale.tomzago@gmail.com

Bambina di 10 anni con un quadro di piastrinopenia nel contesto di un'intercorrenza infettiva. La storia clinica della piccola cominciava con comparsa di otalgia accompagnata a sintomatologia ascrivibile a virosi delle alte vie aeree, per cui veniva dapprima valutata dalla pediatra di famiglia che proponeva un atteggiamento di vigile attesa con somministrazione di terapia antalgica.

A distanza di circa tre giorni si verificavano episodi di epistassi monolaterali progressivamente aumentati in frequenza, accompagnati a comparsa di ecchimosi in corrispondenza delle ginocchia, bilateralmente, e di petecchie alla radice del naso (in corrispondenza del canto mediale dell'occhio sinistro), e diffusamente distribuite agli arti inferiori e in particolare alle caviglie.

All'arrivo in Pronto Soccorso buone condizioni generali: tonica, reattiva, RT <2". Petecchie diffuse a tutto il corpo, molto concentrate alle caviglie ma presenti anche su braccia, tronco, volto e fissurazione delle labbra con crosticine ematiche; 4 ematomi al ginocchio sinistro; sanguinamento narice destra; membrana timpanica destra indenne, membrana timpanica sinistra iperemica nella porzione superiore; non epatosplenomegalia. Agli esami ematochimici conta piastrinica pari a 0 (reperto confermato da un secondo prelievo eseguito a distanza di un'ora) con restante emocromo nella norma (Hb 14,4 g/dl, GB 11.290 di cui N 7.090 e L 3.200), coagulazione in range (INR 1,14, aPTT 1,10, fibrinogeno 414 mg/dl, ATIII 120%, D-dimero 1.652 ng/ml), elevazione degli indici di flogosi con PCR 10 mg/dl, VES 87 mm/h, urea 27 mg/dl, creatinina 0,53 mg/dl, acido urico 4,2 mg/dl, Na 138 mEq/l, K<sup>+</sup> 4,79 mEq/l, Cl 104 mEq/l, AST 27 U/l, ALT13 U/l, gGT 11 U/l, LDH 259 U/l; livelli di complemento adeguati.

In accordo con i colleghi dell'Oncologia veniva avviata terapia con immunoglobuline endovenosa a un dosaggio di 1 g/kg. Agli esami ematici in dimissione elevazione conta piastrinica pari a 72.000/mmc, Hb 13,0 g/dl, GB 10.130/mmc di cui N 6.030/mmc e L 3.200/mmc.

Il quadro clinico presentato, caratterizzato da un esordio acuto in benessere e da una bassa conta piastrinica, è da

ricondurre a una **porpora trombocitopenica idiopatica**, un tipo di **piastrinopenia acuta post-infettiva mediata da anticorpi**, che ha avuto un'ottima risposta alla somministrazione di immunoglobuline endovenosa, con rialzo della conta piastrinica.

#### DISCUSSIONE

La porpora trombocitopenica idiopatica si caratterizza per la presenza di una conta piastrinica tipicamente molto bassa in assoluto benessere, con emocromo, valori di emoglobina e striscio periferico normali, e può essere scatenata da un *trigger* infettivo. Vede la sua eziopatogenesi nello sviluppo di autoanticorpi (solitamente IgG) diretti contro gli antigeni di membrana (solitamente rivolti verso il complesso delle glicoproteine GP IIb/IIIa, ma sono descritti come *target* GP Ib/IX, GP Ia/IIa, GP V, GP VI); il complesso anticorpo-piastrina viene rapidamente fagocitato, grazie a un'emivita ridotta, dai macrofagi tissutali, prevalentemente splenici. Parallelamente alcuni anticorpi inibiscono la produzione piastrinica.

Circa il 40% dei casi non presenta anticorpi rilevabili agli esami ematochimici, pur avendo (probabilmente) un'eziologia autoimmune, pertanto la ricerca degli anticorpi non è né sensibile né specifica e pertanto non utile nella diagnosi.

In alcuni pazienti è ipotizzato, invece, un meccanismo di citotossicità T-mediato.

Rappresenta la causa più frequente di trombocitopenia in Pediatria.

Clinicamente, si caratterizza per la comparsa repentina di petecchie, ecchimosi e sanguinamento in un bambino sano; il 60% dei bambini presenta in anamnesi un'infezione virale (gli agenti eziologici possono essere differenti, come l'EBV, VZV, CMV). Solitamente non si associa a segni e sintomi sistematici. L'entità del sanguinamento può essere variabile: minimo o severo e pericoloso per la vita, in particolare nel caso dell'emorragia intracranica (complicanza rara che avviene nello 0,1-0,8% dei casi) o genito-urinaria. All'esordio più di

metà dei bambini presenta un sanguinamento esclusivamente cutaneo, mentre il 40% ha un coinvolgimento mucoso (gengivale, buccale, meno frequentemente urogenitale o congiuntivale/retinico).

La prima linea farmacologica è rappresentata dalla som-

ministrazione di immunoglobuline endovenosa, al dosaggio di 0,8-1 g/kg/die, ripetibile a distanza di 24 ore.

Ricadute frequenti, severe o associate ad anemizzazione in bambini di età superiore ai 4 anni sono indicazione alla splenectomia.