

MeB – Pagine Elettroniche

Volume III

Maggio 2000

numero 5

CONTRIBUTI ORIGINALI - CASI CONTRIBUTIVI

Polmonite ricorrente (da adenovirus?)**IL CONTRIBUTO**

F. Panizon

*Clinica pediatrica dell'Università di Trieste, IRCCS Burlo Garofolo****Recurrent pneumonia (from Adenovirus)***

Summary A case of pneumonia: clinical and radiological picture of a bacterial form of pneumonia, characterised by persistent temperature for 5-7 days, despite an antibiotic treatment (ceftriaxone+azithromycin) against *Pneumococcus* and *Mycoplasma*. The picture reappeared 3 times at intervals of some months. At the third relapse, the pharynx swab and an antibody movement showed an Adenovirus involvement (<8° co-involvement).

Questa storia un po' singolare può essere interpretata come una patologia ricorrente da Adenovirus, analogamente a quanto già descritto su queste pagine. L'interessamento polmonare può essere dovuto a una sovrapposizione pneumococcica (come sembrerebbe probabile nel primo caso) ma potrebbe essere attribuita anche esclusivamente all'Adenovirus, sebbene questo agente sia raramente responsabile di polmonite. Dal punto di vista pratico, in qualsiasi modo si voglia interpretarne l'eziologia, il caso ci fa ricordare che la persistenza di uno stato febbrile in trattamento antibiotico non dimostra necessariamente una situazione di resistenza batterica e sottolinea la necessità di tener conto, nella gestione delle polmoniti, dello stato generale e della evoluzione del focolaio e non soltanto della febbre.

IL CASO

Beatrice, una bambina di 3 anni, viene ricoverata per febbre alta (39-40), associata a dolore al fianco destro, a reperto stetoacustico di ipofonesi con respiro sioffiante in base dx, dopo 2 gg di terapia con amoxicillina 50 mg/Kg+ clavulamico. Il quadro radiologico conferma la presenza di polmonite lobare inferiore dx con sottile falda di versamento. VES 80, CRP 11mg/dl, leucociti 18.000/8N13.500. Il quadro viene interpretato come una polmonite pneumococcica; la dose di amoxicillina viene aumentata a 100 mg/Kg, e il giorno seguente, per il mancato sfebbramento, sostituita con ceftriaxone 100 mg/Kg. Malgrado il miglioramento del quadro clinico, radiologico e umorale, la febbre persiste invariata per altri 5 gg (7 gg in tutto) e poi cade per crisi.

Il quadro si ripete, dopo 2 mesi, quasi con le stesse caratteristiche, salvo che per una minore estensione del focolaio polmonare (sempre a destra) e per una discreta evidenza di interessamento faringotonsillare e linfonodale laterocervicale. Il trattamento con ceftriaxone, e poi con ceftriaxone+azitromicina non modifica la curva termica, che rimane invariata, con punte giornaliere tra 39° e 40° per un totale di 5 gg. Non si registra un movimento degli anticorpi anti-micoplasma. Una valutazione immunologica (immunoglobuline, sottopopolazioni linfocitarie, complemento) non dimostra anomalie. Il quadro radiologico alla fine della malattia è perfettamente normale.

Al terzo episodio, molto simile, verificatosi altri due mesi dopo, un movimento anticorpale e un tampone faringeo positivo per Adenovirus denunciano una responsabilità (o corresponsabilità) eziologica di questo agente infettivo.