

MeB – Pagine Elettroniche

Volume I

Dicembre 1998

numero 10

CONTRIBUTI ORIGINALI - CASI CONTRIBUTIVI

Poliartrite acuta migrante da parotite: osservazione personale di una bambina di 9 anni

Stefano Fiocchi¹, Francesca Lizzoli¹, Angelo Fiocchi²¹ Clinica Pediatrica Università di Pavia ² Divisione Pediatrica Ospedale di Magenta (Milano)

Mumps migratory polyarthritis

Abstract

The Case A female child aged 9 was referred for right gonalgia. During the previous three days, she had fever and migrating articular pain. Twenty days before, she had suffered from parotitis. ESR 5, negative PCR, normal hemachrome. She was administered Naproxene and she recovered in 7 days. **The Problem** The case described above is a case of migrating polyarthritis, which is different from post-streptococcal polyarthritis because temperature is absent and laboratory tests are negative. Moreover, the child's history shows a recent parotitis. **The Solution** Anti-inflammatory treatment in case of post-streptococcal polyarthritis and other infectious types of rheumatism is substantially similar, except for the length of treatment and the need for penicillin-based prophylaxis. **The Contribution** This case is not special or innovative from the point of view of medical progress. However, it could be useful to widen the number of case studies and to underline the need to take "also" into account arthropathy deriving from parotitis when putting a differential diagnosis of reactive arthritis.

PREMESSE

La possibilità di un'artropatia associata a parotite è indicata in tutti i più recenti testi di Pediatria. Ma le segnalazioni in letteratura sono così scarse da indurre a credere che si tratti di una rarità. Al meglio delle nostre conoscenze ne risultano infatti descritti in età pediatrica solo 8 casi, dal primo di Gold(3) del 1968, a quello di Henocq(6) del 1972, ai cinque di Harel(5) del 1990, all'ultimo di Nussinovitch(9) del 1995, secondario a vaccinazione anti-morbillo-parotite. Abbiamo pertanto ritenuto non inutile riferirne un'osservazione personale.

IL CASO

P. Silvia, di anni 9 e 2/12, ricoverata presso la Divisione Pediatrica dell'Ospedale di Magenta (Milano) il 15/4/1996 per gonalgia dx. Nei tre giorni precedenti il ricovero aveva accusato dolori migranti alle mani, ai polsi e ai gomiti, associati a febbre (37,5°C), a faringodinia e a screezio diarroico. Venti giorni prima del ricovero aveva presentato una tipica parotite bilaterale, decorsa come di norma. Nell'anamnesi remota: morbillo e varicella.

All'ingresso la paziente lamentava difficoltà al carico sull'arto inf. dx e alla marcia (zoppia). Buone le condizioni generali (P = Kg 28, H = cm 132, sviluppo normale). Febbricola (37,7°C). All'E.O locale il reperto di rilievo era costituito da una diffusa tumefazione del ginocchio dx, con modico arrossamento cutaneo, aumento della temperatura al tatto, difficoltà ai movimenti articolari attivi e resistenza ai movimenti passivi. Concomitavano una modesta iperemia tonsillare, un debole soffio cardiaco sistolico sul focolaio aortico e un discreto meteorismo addominale. Non disturbi urinari. Screezio diarroico (feci soffici, mucose). Ad una prima indagine di laboratorio risultavano i seguenti dati: VES = 5/17, PCR = mg 1.56/dL, GR = 3.920.000/mmc, Hb = 11.2 g/dL, GB = 7740/mmc di cui N 60, L 33, M 6, E 1 %. Urine negative. ECG e Ecocardiogramma nella norma. Tra le varie ipotesi diagnostiche veniva inclusa, su base anamnestiche, anche quella di un'artrite da parotite. Valutato il contesto clinico complessivo si iniziava terapia con cefaclor e naprossene.

Decorso. In 2^a giornata di ricovero si osservava un'attenuazione del quadro flogistico al ginocchio dx., mentre compariva artralgia alla caviglia sin. e al polso dx. In 3^a giornata: ulteriore riduzione della sintomatologia al ginocchio dx., accentuazione dei dolori al polso dx e comparsa di tumefazione dolorosa dell'articolazione metacarpo-falangea del pollice sin. In 4^a giornata il ginocchio dx appariva indenne e si attenuavano i sintomi nelle altre due sedi. Breve flussione dolorosa al ginocchio sin. in 5^a giornata. Modesta dolenzia e iperemia a livello dell'articolazione metatarso-falangea del 5° dito del piede sin. in 7^a giornata. Febbricola pomeridiana per i primi 5 giorni, poi defervescenza. Una totale e stabile regressione del quadro morboso si delineava in 8^a giornata. VES = 7/20, PCR = 0.8 mg/dL. Sospesa la terapia, la pz. veniva dimessa clinicamente guarita. in 10^a giornata. Sulla scorta dei dati clinici e di laboratorio (**Tab.1**) veniva posta diagnosi di *poliartrite migrante da parotite*. Negativi i successivi controlli fino a 6 mesi.

Tab. 1 - Significativi dati di laboratorio

TAS	=	189 U
Fattore reumatoide	=	negativo
Anticorpi anti-nucleo, -muscolo liscio e -mitocondrio	=	assenti
Anticorpi antiparotite fissanti il complemento	=	presenti 1:80
Anticorpi IgM anti parotite (ELISA)	=	presenti
Sierologia per Mycoplasma, Parvovirus B19, HBV	=	negativa
Tampone oro-faringeo	=	negativo
Coproculture (2 controlli)	=	negative
Ricerca Rotavirus	=	negativo
Urinocolture (2 controlli)	=	negative

DISCUSSIONE

Dall'esame della letteratura sull'artrite da parotite ("mumps arthritis", "rhumatisme ourlien") abbiamo dedotto i seguenti dati. In 5 delle osservazioni pubblicate(3,5) l'intervallo tra flogosi parotidea e artropatia variava da 2 a 16 giorni. Nel caso attribuito a vaccinazione(9), relativo a un bambino di 19 mesi, i sintomi articolari erano insorti 15 giorni dopo l'inoculo. In 2 osservazioni(5-6), invece, non vi era stata evidenza di parotite ed era stato il dato anamnestico dell'esposizione al contagio ad orientare il sospetto diagnostico. Questo fatto non sorprende se si considera che nel 30-40% dei casi la parotite decorre in forma subclinica(7). Sono anche segnalati due casi (in adulti) in cui l'artropatia ha preceduto la parotite(1-2).

L'artropatia prevale largamente nei maschi (7/8 casi), interessa essenzialmente gli arti e si presenta più spesso come monoartrite (6/8 casi)(5,6,9) più raramente come poliartrite migrante(3,5). Nella prima forma sono elettivamente interessate le grandi articolazioni, soprattutto l'anca il ginocchio e il polso, mentre nella seconda sono colpite sia le grandi che le piccole articolazioni (mani, piedi). Variabile è l'andamento della temperatura, talora francamente elevata (5,6,9) tal'altra febbricolare o del tutto normale (3,5), senza correlazione con i valori della VES e con il numero di leucociti nel sangue periferico. Può associarsi una modesta anemia. La sintomatologia dura da qualche giorno a qualche settimana e regredisce spontaneamente senza sequele. A scopo sintomatico può essere giustificato l'uso di FANS.

La diagnosi eziologica, ragionevolmente formulabile su base anamnestica, è confermata dal riscontro nel siero di anticorpi primari (IgM) anti virus parotitico. Questa indagine è ovviamente indispensabile nei casi che si manifestano senza segni di parotite. Scarso valore è invece assegnato all'esame del liquido sinoviale. Nell'unico caso in cui è stato effettuato(9) la ricerca colturale del virus è risultata negativa, in accordo con la più vasta esperienza in campo adulto(4). Da qui l'incertezza circa la patogenesi dell'artropatia (5), nel dubbio che possa consistere(10) in un'invasione diretta della sinovia da parte del patogeno (artropatia settica, soprattutto nei casi precedenti la parotite(4) o precocemente successivi ad essa) o in un meccanismo immuno-mediato di vario tipo (artropatia asettica, post-infettiva, "reattiva"), nel quale si ritiene implicato anche l'aplotipo HLA B27(11). Questa opinione è largamente condivisa soprattutto per i casi insorgenti a maggior distanza dalla parotite.

CONCLUSIONI

La diagnosi posta nella nostra paziente si accorda ampiamente con i dati sopra riferiti. Il caso in sé non presenta né caratteri di originalità, né elementi di progresso conoscitivo. Riteniamo tuttavia che la sua segnalazione sia utile all'ampliamento casistico e ad un più attento richiamo "anche" dell'artropatia parotitica nella diagnosi differenziale delle "artriti reattive" in età pediatrica(8). Ciò in riferimento sia a casi da infezione naturale, sia a casi (possibili?) da vaccinazione(9). Potrebbero risulterne semplificati tanto il compito del pediatra quanto la cura del bambino.

Bibliografia

- Appelbaum E, Kohn J, Steinman RE e al. Mumps arthritis. Arch Intern Med 90, 1952, 1952
- Caranasos GJ, Felker JR. Mumps arthritis. Arch Intern Med 119, 394, 1967
- Gold HE, Boxerbaum B e Leslie HJ. Mumps arthritis. Amer J Dis Child 116, 47, 1968
- Gordon SC e Lauter CB. Mumps arthritis: a review of the Literature. Rev of Infect Dis 6, 338, 1984.
- Harel L, Amir J, Reish O, Cohen AH e al. Mumps arthritis in Children. Pediat Infect Dis J 9, 928, 1990.
- Henocq A e de Menibus CH. Le rhumatisme ourlien. Ann Pédiat 9, 321, 1972.
- Krugman S, Katz SL, Gersohn AA e Wilfert C. Infectious diseases of children. St. Louis: Mosby, 192, 1985.
- Leone L. Artriti reattive in età pediatrica. Medico e Bambino 15, 509, 1996.
- Nussinovitch M, Harel L e Varsano I. Arthritis after mumps and measles vaccination. Arch Dis Child 72, 348, 1995.
- Petty RE, Tingle AJ. Arthritis and viral infection. J Pediatr 113, 948, 1988.
- Schwartz BD. Infectious agents, immunity, and rheumatic diseases. Arthritis Rheum 33, 457, 1990.