

MeB – Pagine Elettroniche

Volume X

Maggio 2007

numero 5

CASI INDIMENTICABILI

Una febbre di lunga durata

S. Armari, A. Santullo, M. Zerial, M. Pocecco

U.O. Pediatria, Ospedale M. Bufalini, Cesena

Agata è una bimba di 2 anni che giunge alla nostra osservazione per una storia di febbre elevata di tipo settico da 10 giorni con comparsa di dolori migranti (arto superiore destro, piante dei piedi) e diarrea negli ultimi giorni. Tale sintomatologia era iniziata mentre la bambina si trovava con i genitori a Praga. All'anamnesi si segnala che anche la madre aveva presentato alvo diarroico. All'ingresso la b. presenta buone condizioni generali, obiettività cardiorespiratoria negativa, addome trattabile, organi ipocondriaci nella norma, non linfoadenopatie, faringe iperemico con iperemia della rima labiale e lieve congiuntivite. Desquamazione fine al tronco e nella cute interdigitale di mani e piedi. Le ipotesi diagnostiche a cui inizialmente abbiamo pensato sono state: - Infezione virale (nonostante la febbre elevata e protratta le condizioni generali della bimba sono sempre state buone) - M. di Kawasaki (febbre persistente, iperemia del cavo orale, congiuntivite, desquamazione) - Artrite cronica giovanile (febbre, artralgie). Per orientarci meglio eseguiamo una serie di accertamenti: l'emocromo risulta assolutamente nella norma (non linfocitosi né anemia né piastrinosi); nella norma risultano pure le transaminasi, le sottopopolazioni linfocitarie, le immunoglobuline, la Mantoux, l'emocoltura (eseguita non in puntata febbrile), la VES e il tampone faringeo, l'Rx torace e l'ecografia addome, la coprocoltura per *Salmonella*, *Shigella* e *Rotavirus* e la ricerca del sangue occulto nelle feci. Si evidenzia solo un lieve aumento della PCR (1.4 mg/dl). Iniziamo a orientarci fortemente verso un'infezione virale e attendiamo lo sfebbramento ma la bambina, che peraltro sembra in ottime condizioni generali (non sono più presenti né le artralgie né l'alvo diarroico), continua a presentare febbre intermittente. A questo punto si insinua in noi il dubbio che possa trattarsi di "Munchausen by proxy" ma veniamo subito smentiti dal referto della Widal Wright che risulta positivo per *S. Typhi*. Iniziamo trattamento con Amoxicillina al dosaggio di 400 mg per tre volte al giorno con rapida scomparsa della febbre. La febbre tifoide è una sindrome clinica comprendente i termini "Tifo", causato dalla *Salmonella typhi*, e "Paratifo", causato dalle *Salmonelle paratyphi* A, B, C. A tale malattia non siamo spesso più abituati a pensare poiché in Italia è ormai rara. Il periodo d'incubazione è tra i 7 e 14 giorni. L'uomo è l'unico serbatoio naturale per cui è necessario il contatto diretto o indiretto con una persona infetta (portatore malato o cronico) per sviluppare l'infezione. Il metodo più frequente di trasmissione è l'ingestione di cibo o acqua contaminati con feci umane; altra fonte di trasmissione è costituita da ostriche o altri crostacei coltivati in acque contaminate da

fognature. Le manifestazioni cliniche variano a seconda dell'età; nei lattanti e nei bambini < 5 anni la febbre tifoide è abbastanza rara e comunque la sua espressione clinica in età pediatrica è molto aspecifica e solitamente si esprime come febbre anche poco elevata in assenza di altri segni o sintomi. Gli esami ematici possono mostrare anemia normocromica-normocitica, leucopenia, trombocitopenia ed aumento delle transaminasi. L'emocoltura risulta positiva nel 40-60% dei pazienti esaminati nella prima fase di malattia. Il trattamento si basa sulla somministrazione di antibiotici (CAF, ampicillina, amoxicillina, trimethoprim-sulfametossazolo) per un periodo di 14 giorni.