

MeB – Pagine Elettroniche

Volume XVI

Aprile 2013

numero 4

CASI INDIMENTICABILI

Un Bambino con troppi eosinofili

R. Meneghetti, G. Policicchio

*Dipartimento Materno-Infantile, AULSS 15 "Alta Padovana"
UOA Pediatria, Cittadella (PD)*

Z. è davvero un bambino sano. Ha sette anni, è vivace e curioso, frequenta la 2° elementare con sostegno per ritardo del linguaggio (ma forse solo perché i genitori sono Tunisini...). Non assume farmaci, non ha mai avuto patologie di rilievo, in particolare non ha asma, dermatite o atopia; non ha alcuna sintomatologia gastrointestinale, polmonare o altro. Ha viaggiato unicamente a Tunisi città, mai in ambienti rurali. In casa

ha solo un gatto. La crescita è buona e non c'è stata perdita di peso, sudorazione o febbre. E allora perché questo bambino ha gli eosinofili così alti? Sì, perché Z. ci è stato inviato dal suo Pediatra di libera scelta perché questi eosinofili sono alti già da alcuni anni e non hanno alcuna intenzione di calare. Il primo emocromo era stato eseguito nel 2008 per riscontro di pallore cutaneo e ha confermato una marcata anemia sideropenica (come tutti sappiamo, frequente nei bambini del nord-Africa per questioni alimentari-culturali). Gli eosinofili in quell'occasione erano perfettamente normali ($260/\text{mm}^3$). Ai ripetuti controlli dell'emocromo per monitorizzare la terapia marziale, si assiste in diretta a un aumento graduale degli eosinofili fino a valori francamente importanti ($> 1700/\text{mm}^3$) da circa 10 mesi.

	11/01/08	24/11/08	26/02/09	7/04/09	14/04/09	6/05/09	02/11/09	19/05/09	22/04/11	31/10/11	
GB	6700	8600	8500	8200	7000	8600	9600	9800	9400	10200	
Hb	7,2	7,8	7,7	7,5	9,1	11,9	13,9	12,6	13,2	13,1	
MCV	58	58	59	56	62	68	79	77	80	78	
Ferrit	1	1,5	5,9	2		38	16	15	8	9	

IgE				221						Come dicevo, Z. è un bambino sano e l'EO lo conferma. Le uniche piccole cose da segnalare solo alcune carie destruenti, due piccoli linfonodi latero-cervicali e alcuni graffi di gatto. SatO₂ 99% in aa, peso 22,5 kg (56° percentile), altezza 126 cm (28° percentile). Tra le possibili cause della sua ipereosinofilia, possiamo subito scartare l'ipersensibilità ai farmaci (non ne assume), l'ipotesi allergologica (non ha alcun sintomo e in genere gli eosinofili non sono così marcatamente aumentati) e le infezioni intercorrenti (sono già 10 mesi che gli eosinofili sono così alti). Non ha presentato infezioni ricorrenti o altra sintomatologia riconducibile a sindromi da immunodeficienza congenita (sindrome da iper-IgE, Wiskott-Aldrich, OMENN o IPEX), inoltre, l'unica volta in cui sono state controllate, le IgE totali erano nella norma. Sicuramente dobbiamo indagare la presenza di una parassitosi e in questo caso non basterà un esame delle feci, perché quelle che possono causare ipereosinofilia sono: trichinellosi, cisticercosi (improbabili, visto che per ragioni religiose, Z. non mangia carne di maiale), toxocariasi ed echinococcosi; dovremmo eseguire eco-addome, Rx-torace, visita oculistica con FO e sierologia specifica. Non ha sintomi polmonari, gastrointestinali o cutanei che ne suggeriscano l'infiltrazione, sebbene l'interessamento cardiaco possa essere inizialmente asintomatico. Non ha neppure sintomi che possano far pensare a disordini linfoproliferativi (linfoma di Hodgkin, linfoma a cellule T o leucemia linfoblastica acuta), in ogni caso sarà utile eseguire, oltre all'eco addome e all'Rx-torace, un ECG con ecocardiogramma. Senza sintomi gastrointestinali, decidiamo di non eseguire endoscopia con biopsie. Se tutto ciò risultasse negativo, si dovrebbe pensare a una sindrome con ipereosinofilia idiopatica, causata da espansione di cloni aberranti mieloidi o linfoidi spesso geneticamente determinata. In questo caso andrà ovviamente eseguita un'analisi del midollo osseo. Gli esami eseguiti mostrano una diminuzione degli eosinofili che rimangono comunque a valori discretamente alti (1160/mm³) con restante emocromo nella norma. Le IgE totali sono consensualmente aumentate (>3000 IU/ml). PCR, IgG, IgA e IgM, EGA venoso, esame urine, sangue occulto fecale e parassiti fecali: tutti negativi. Nella norma anche l'Rx-torace, l'ECG con ecocardiogramma e la visita oculistica. L'eco-addominale mostra solo una milza ai limiti superiori per dimensioni e qualche linfonodo reattivo in regione centro addominale un po' dolenti alla pressione mirata. Quando quasi non ci speravamo più e stavamo considerando l'invio presso un centro di oncoematologia, la sierologia per <i>Toxocara</i> è risultata positiva (25 M con v.n. < 9). <i>Toxocara, canis e cati</i>, è un nematode dell'ordine Ascaridida che può infestare rispettivamente il cane o il gatto domestico da cui ci si infesta per via oro-fecale. È un'infestazione ubiquitaria e l'ipereosinofilia può essere l'unico campanello di allarme mentre il parassita persiste per anni causando danni negli organi in cui penetra (danni oculari, sintomi respiratori e, più raramente, miocardite, nefrite ed encefalite). La terapia consigliata è piuttosto semplice: albendazolo 10 mg/kg/die in 2 somministrazioni (massimo 400 mg/dose) per 5 giorni. Sembrano essere invece meno efficaci il thiabendazolo, il benzimidazolo e il mebendazolo. Dopo aver trattato il bambino con l'albendazolo (e trattato anche il gatto), è stato ripetuto un emocromo che ha visto una decisa diminuzione degli eosinofili (< 1000/mm³).
-----	--	--	--	-----	--	--	--	--	--	--