

MeB – Pagine Elettroniche

Volume V

Dicembre 2002

numero 10

PEDIATRIA PER L'OSPEDALE

Le malattie del viaggiatore (Parte seconda)

a cura di Giorgio Bartolozzi

[vai alla parte prima](#)[vai alla parte terza](#)

DENGUE

Il Dengue è una malattia dovuta a un flavivirus, trasmesso dalla zanzara, che negli ultimi anni è divenuto responsabile di una delle principali malattie infettive delle aree tropicali e subtropicali del mondo, con 50 milioni di casi e 12.000 morti per anno. Il Dengue rappresenta una comune causa di febbre in persone che hanno compiuto di recente viaggi in aree tropicali o subtropicali, dove recentemente sono avvenute epidemie, come a Rio de Janeiro, Singapore, Porto Rico e Hawaii. Il Dengue può essere causato da uno dei 4 differenti sierotipi di virus ed è trasmesso dalla zanzara aedes che abita nelle aree urbane (un genere di zanzare della tribù Aedini, sottofamiglia Culicinae, al quale appartiene l'*Haedes aegypti*, che trasmette, oltre al dengue, la febbre gialla urbana, dovuta anch'essa a un flavivirus).

Dopo un periodo d'incubazione di 4-7 giorni, il Dengue si manifesta con un quadro simil influenzale con febbre, mal di testa e mialgia. In circa il 50% delle persone infettate si sviluppa una linfadenopatia ed un eritema diffuso o un esantema non specifico maculopapulare o petecchiale.

I reperti ematologici specifici sono la leucopenia e la piastrinopenia. Le due forme più gravi d'infezione, la shock sindrome e la febbre emorragica, sono rare nei viaggiatori, perché avvengono soprattutto in persone che erano state infettate in precedenza con un virus dengue di altro sierotipo.

La diagnosi è soprattutto clinica ed è confermata dal titolo di anticorpi sierici in campioni ottenuti nella fase acuta e nella fase di convalescenza, con un aumento di 4 volte o superiore del titolo.

La somministrazione di liquidi per via venosa si associa con una marcata riduzione della percentuale di morti, dovuta alla shock sindrome e alla febbre emorragica.

RICKETTSIAE

La triade febbre, mal di testa e mialgia in una persona che ha eseguito di recente un viaggio deve far pensare anche a un'infezione da rickettsie:

Tifo da morso di zecca Africana (*Rickettsia africae*);

Tifo da morso di zecca Mediterranea (*Rickettsia conorii*);

Tifo della boscaglia (*Orientia tsutsugamushi*).

Queste infezioni sono trasmesse da artropodi e sono caratterizzate dalla comparsa di un'escara indolore nella sede d'inoculazione. Soggetti che sono stati nei camping, che abbiano fatto una passeggiata o un safari nelle aree erbose o aride, sono ad alto rischio per l'infezione. Linfadenopatia regionale, esantema e leucopenia possono essere presenti; il rash è assente nel tifo da morso della zecca Africana.

La diagnosi di un'infezione da rickettsia è posta clinicamente ed è di facile trattamento (tetracicline); è possibile anche una diagnosi sierologica.

LEPTOSPIROSI

Anche una leptospirosi acuta si può presentare con febbre, mal di testa, mialgie ed esantema. Un segno caratteristico è la congiuntivite, che insorge soltanto dal 28 al 44% dei casi. Negli sport avventurosi e nell'ecoturismo sta la causa dell'aumento del numero di soggetti a rischio di leptospirosi, come anche una storia di esposizione ad acque dolci, come può avvenire in molti sport moderni sui torrenti di montagna. La malattia è classicamente bifasica ed è associata a meningite asettica, uveite, prove epatiche fortemente positive, proteinuria ed ematuria microscopica.

La penicillina e le tetracicline sono gli antibiotici di prima scelta. La diagnosi è usualmente confermata sierologicamente da un aumento di 4 volte o più del titolo di anticorpi nel siero, ottenuto durante la fase acuta e nella fase di convalescenza.

FEBBRE TIFOIDE

A dir la verità per noi italiani non è necessario fare un viaggio all'estero per prendere il tifo, ma basta andare in alcune città del nostro Sud per essere a rischio. Fortunatamente i casi di tifo in Italia si sono ridotti di molte volte negli ultimi anni, grazie all'opera di epidemiologi e igienisti delle regioni più colpite: nel 2000, secondo i dati del Ministero della Salute, si sono avuti solo 615 casi, concentrati nel Lazio (51 casi), in Campania (153 casi), in Puglia (164 casi), in Calabria (49 casi) e in Sicilia (124 casi). Cifre ancora troppo alte, non c'è dubbio, ma molto ridotte, in confronto agli 11-12.000 casi degli anni 60-70, ai 3.183 casi del 1982 e ai 1.500 del 1990.

La diagnosi di febbre tifoidea fa parte del bagaglio culturale dei medici italiani, ed ecco perché non è necessaria la descrizione dei sintomi.

FEBBRE ASSOCIATA AD EMORRAGIE

Molte delle infezioni di cui abbiamo già parlato si presentano con febbre e manifestazioni emorragiche.

A queste vanno aggiunte due condizioni, molto importanti per la salute pubblica: la febbre Lassa e la malattia Ebola. La chiave nella diagnosi sta nella raccolta dell'anamnesi: una visita ad aree rurali o recenti contatti con persone ammalate nelle aree, dove le febbri emorragiche sono endemiche, sono elementi di alto sospetto. La maggior parte delle persone con febbri emorragiche si ammala entro 3 settimane dall'esposizione.

FEBBRE ASSOCIATA A INTERESSAMENTO DEL SISTEMA NERVOSO CENTRALE

Fra le numerose situazioni nelle quali si verifica questa associazione, vanno considerate nei viaggiatori la malaria, la tubercolosi, la febbre tifoide, le infezioni da rickettsie, la poliomielite, la rabbia, e le encefaliti virali (comprese l'encefalite giapponese, l'encefalite West Nile e l'encefalite da morso di zecca (TBE)). Va ricordata anche la meningite meningococcica, che è stata associata all'annuale pellegrinaggio alla Mecca e la meningite asettica, che può insorgere nel corso della leptospirosi. Di fronte a una meningite eosinofila bisogna pensare alla coccidiomiosi o alla angiostrongiliasi; quest'ultima affezione causata dall'invasione dello spazio meningeo da parte di un verme del ratto (*Angiostrongylus contonensis*) è stata ritrovata fra i viaggiatori che avevano visitato i Caraibi.

Un certo numero di turisti, che avevano visitato il nord della Tanzania, hanno acquisito di recente la tripanosomiasi dell'Africa orientale, trasmessa dalla mosca tsetse. Questa malattia si manifesta come un rigonfiamento eritematoso nella sede della puntura della mosca, febbre, mal di testa e mialgia, prima di passare alla meningoencefalite. Durante la fase acuta della malattia i tripanosomi si ritrovano spesso nello striscio di sangue.

FEBBRE ASSOCIATA A SINTOMI RESPIRATORI

La presenza di sintomi respiratori in un viaggiatore con febbre deve suggerire la presenza di un comune patogeno respiratorio come lo *Streptococcus pneumoniae*, il virus dell'influenza, il micoplasma e la *Legionella pneumophila*. I viaggiatori internazionali sono anche a maggior rischio di tubercolosi, che può divenire evidente dopo mesi o anni dal viaggio, e d'istoplasmosi e coccidiomiosi, per chi ha compiuto un viaggio in Messico.

La presenza di febbre, polmonite ed epatite deve far subito pensare alla febbre Q (dovuta alla *Coxiella burnetii* e associata all'esposizione ad animali), mentre la tosse, la presenza d'infiltrati polmonari non specifici ed eosinofilia periferica deve far venire in mente la sindrome di Löfller, dovuta alla trasmigrazione occasionale delle larve di elminti (ascaridi, anchilostoma e strongiloide) attraverso gli spazi alveolari. La tosse può essere anche presente nella malaria, nelle febbri tifoidee, nel tifo delle foreste e nel dengue.

FEBBRE ASSOCIATA AD ESPOSIZIONE SESSUALE O A SANGUE

Almeno il 5% delle persone che vanno all'estero per brevi periodi e circa il 50% di quelli che vi soggiornano a lungo, praticano contatti sessuali casuali durante i loro viaggi e la maggior parte di essi non utilizza il preservativo. La maggior parte delle malattie sessualmente trasmesse può causare febbre con o senza la presenza di manifestazioni a carico dei genitali. Fra queste vi sono le malattie causate da HIV, *Treponema pallidum*, citomegalovirus, virus di Epstein-Barr e virus dell'epatite B. D'altra parte agenti d'infezione di origine ematica possono ritrovarsi in persone che si sottopongono a tatuaggi o a piercing, che ricevono iniezioni o trasfusioni, che si sottopongono a pratiche chirurgiche o che si fanno fare la barba con rasoi comuni durante il viaggio.

FEBBRE ASSOCIATA AD EOSINOFILIA

Sebbene la febbre associata a eosinofilia (conta degli eosinofili uguale o superiore a 400/mm³) possa essere dovuta a condizioni ematologiche o a reazioni allergiche acute, la presenza di febbre ed eosinofilia in un viaggiatore deve far prendere in considerazione le cause infettive. Un'eosinofilia periferica è caratteristica delle infezioni da elminti, nelle quali i vermi migrano nei tessuti: anchilostoma, ascaride o strongiloide. Ma bisogna pensare anche alla schistosomiasi, alla larva migrans viscerale (toxocariasi), alla filariosi linfatica e alla trichinosi acuta. L'eosinofilia periferica si può trovare anche in persone con coccidiomiosi. Fra gli esami da chiedere in queste condizioni vanno ricordati: l'esame delle feci per la ricerca di uova e parassiti, le prove sierologiche per strongiliasi, schistosomiasi e altre infezioni da elminti, l'esame degli strisci di sangue, la biopsia cutanea per trovare le microfilarie, guidati dalla conoscenza delle aree geografiche oggetto del viaggio e dai reperti clinici.

Comuni o importanti malattie infettive che possono causare febbre nei viaggiatori, a seconda del periodo d'incubazione, della distribuzione geografica e delle modalità correnti di trasmissione:

Malattia	Distribuzione	Modalità di trasmissione	Periodo d'incubazione
Malattie con periodo d'incubazione inferiore a 14 giorni			

Febbre isolata -Malaria (Plasmodio) -Dengue (Denguevirus tipo 1, 2, 3 e 4) -Febbre maculosa (rickettsie) -Febbre delle foreste (Orentia Tsutsugamushi) -Leptospirosi (Leptospira sierotipi) -Campilobatteriosi, salmonellosi, shigellosi -Febbre tifoidea (Salmonella enterica sierotipo typhi) -Infezione acuta da HIV -Tripanosomiasi (Africa orientale)	-Aree tropicali e subtropicali; alcune aree temperate -Aree tropicali e subtropicali, incluse le aree urbane -Diffusa in tutto il mondo -Diffusa in Asia e in parte dell'Australia -Diffusa; più comune nelle aree tropicali -Diffusa; più comune nei paesi in via di sviluppo -Paesi in via di sviluppo, specialmente India -Diffusa -Africa subsahariana	-Puntura di zanzare infetta -Puntura di zanzare infette -Puntura di zecca o acaro infetti -Puntura di una larva infetta -Contatto per cutaneo e per mucoso con urine di animale o con acqua o suolo contaminati; ingestione -Ingestione di cibi o acqua contaminati -Ingestione di cibi o acqua contaminati -Esposizione per mucosa o per cutanea a liquidi o sangue infetti -Puntura della mosca tsetse infetta	-Da 6 giorni a un anno -4-8 giorni (3-14 giorni) -Circa una settimana (da pochi giorni a 2-3 settimane) -10 giorni (da 6 a 21 giorni) -7-12 giorni (2-26 giorni) -2-6 giorni (1-20 giorni) -7-18 giorni (3-60 giorni) -Malattia acuta 10-28 giorni (10 giorni-6 settimane) -Malattia acuta 5-16 giorni (3-21 giorni); cronica mesi o anni
Febbre con emorragie -Meningococcemia, leptospirosi, malaria, altro -Febbre virale emorragica	-In parte dell'Asia, Africa e America latina -Diffusa, vari agenti causali Diffusa: comune nell'Asia orientale e del sud-ovest; di recente in Giamaica -Africa e parte dell'India -Africa subsahariana, con distribuzione focale	-Morso di un animale (cane): esposizione alla saliva di un animale infetto -Puntura di una zanzara o zecca infette -Ingestione di acqua o cibi contaminati con lumache; ingestione di larve infette o pesci d'acqua dolce -Ingestione di acqua o cibi contaminati con feci -Puntura di mosca tsetse infetta	-1-2 mesi (9 giorni-1 anno) -3-14 giorni (1-20 giorni) -2 settimane (da 5 giorni a 4-6 settimane) -7-14 giorni (3-35 giorni) -Malattia cronica, mesi o anni
Febbre con interessamento del SNC -Meningite meningococcica, meningiti ed encefaliti virali, malaria, febbre tifoide, -Rabbia -Encefalite da arbovirus -Angiostrongiliasi, meningite eosinofili -Poliomielite -Tripanosomiasi dell'Africa orientale	-In parte dell'Asia, Africa e America latina -Diffusa, vari agenti causali Diffusa: comune nell'Asia orientale e del sud-ovest; di recente in Giamaica -Africa e parte dell'India -Africa subsahariana, con distribuzione focale	-Morso di un animale (cane): esposizione alla saliva di un animale infetto -Puntura di una zanzara o zecca infette -Ingestione di acqua o cibi contaminati con lumache; ingestione di larve infette o pesci d'acqua dolce -Ingestione di acqua o cibi contaminati con feci -Puntura di mosca tsetse infetta	-1-2 mesi (9 giorni-1 anno) -3-14 giorni (1-20 giorni) -2 settimane (da 5 giorni a 4-6 settimane) -7-14 giorni (3-35 giorni) -Malattia cronica, mesi o anni
Febbre con reperti respiratori -Influenza -Legionellosi (Legionella pneumophila -Istoplasmosi acuta (Histoplasma capsulatum) -Coccidiomicosi acuta (Coccidioides immitis) -Febbre Q (Coxiella burnetii)	-Diffusa -Diffusa: epidemie in navi o in alberghi -Americhe (cave, miniere), di recente in Messico -Americhe Diffusa con focolai di malattia endemica	-Trasmissione diretta o per via aerea da un ammalato -Inalazione, aspirazione -Inalazione di spore -Inalazione di spore -Inalazione di aerosol infetti di origine animale	-1-3 giorni -5-6 giorni (2-10 giorni) -Malattia acuta 7-14 giorni; (3-21 giorni) -Malattia acuta 10-14 giorni (7-28 giorni) 14-21 giorni (2-29 giorni)
Periodo d'incubazione da 14 giorni a 6 settimane			
-Malaria -Febbre tifoide -Epatite A -Epatite E -Schistosomiasi acuta -Ascessi epatico amebico (Entamoeba histolytica) -Leptospirosi -Infezione acuta da HIV -Tripanosomiasi dell'Africa orientale -Febbri emorragiche virali -Febbre Q	-Diffusa, più comune nei Paesi in via di sviluppo -Diffusa, epidemie in Asia, Africa, America latina -Parte dell'Africa, Asia e America latina -Diffusa; più comune nei Paesi in via di sviluppo	Vedi sopra Vedi sopra -Ingestione di acqua o cibi contaminati -Ingestione di acqua o cibi contaminati -Penetrazione attraverso la cute intatta delle cercarie in acqua dolce -Ingestione di cisti, in cibi o acqua contaminati con feci Vedi sopra Vedi sopra Vedi sopra Vedi sopra	-28-30 giorni -26-42 giorni (2-9 settimane) -4-8 settimane -Settimane o mesi
Periodo d'incubazione di oltre 6 settimane			
-Malaria -Tubercolosi -Epatite B -Leishmaniosi viscerale (Leishmania donovani) -Filariasi linfatica (Wuchereria bancrofti) -Schistosomiasi -Ascesso epatico amebico -Micosi cronica -Epatite E -Rabbia -Tripanosomiasi africana (T. brucei gambiense, altri)	-Diffusa; molto comune in parti di Africa, Asia, America latina, Europa orientale e Russia -Diffusa; infezioni croniche comuni in parte dell'Asia, Africa e America latina -Molte parti dell'Africa, Asia, Sud America e bacino del Mediterraneo, in aree rurali -Aree tropicali -Diffusa, vari agenti causali -Africa sub-sahariana, distribuzione focale	Vedi sopra -Inalazione -Esposizione per cutanea e per mucosa a liquidi o sangue infetto; trasmissione sessuale e perinatale -Puntura di un pappataci infetto -Puntura di una zanzare infetta o di altri artropodi Vedi sopra Vedi sopra -Inalazione di spore Vedi sopra Vedi sopra -Puntura di una mosca tsetse infetta	-Primaria: settimane; riattivazione: anni -60-90 giorni (da 45 a 180 giorni, raramente 9 mesi) -2-6 mesi (da 10 giorni ad anni) -3-6 mesi o più -Da 1 settimana a 1 anno -Malattia cronica, da mesi ad anni