

I POSTER DEGLI SPECIALIZZANDI

Caso di Kawasaki incompleta

M. Barrani, M. Di Cicco, F. Moscuza, F. Massei

UO Pediatria, Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

Indirizzo per corrispondenza: monicabarrani@gmail.com

D. ha 9 anni e ½ e giunge alla nostra osservazione per sospetta linfadenite acuta.

Otto giorni prima della nostra osservazione il bambino aveva presentato febbre, faringodinia, astenia e algie agli arti inferiori: per tali motivi era stata iniziata terapia antibiotica con amoxicillina-acido clavulanico, assunta in maniera non costante per scarsa compliance. Dopo 3 giorni di terapia antibiotica, D. si era sfebbrato, ma dopo altri 3 giorni la febbre era nuovamente comparsa, questa volta associata a marcata irritabilità e cervicalgia con limitazione antalgica dei movimenti di flessione-estensione e di rotazione del capo.

Il bambino veniva quindi condotto presso il Pronto Soccorso Pediatrico, dove veniva riscontrata tumefazione linfonodale dolente e dolorabile in sede sotto-angolo-mandibolare; gli esami ematici mostravano GB 21.440/mm³ con N 84%, PLT 267.000/mm³, PCR 8,07 mg/dl, AST 17 U/L, ALT 9 U/L e una ecografia del collo evidenziava multiple linfadenomegalie laterocervicali bilaterali di aspetto infiammatorio con tendenza a conglomerare.

Nel sospetto di una linfadenite batterica, veniva consigliata terapia con amoxicillina-acido clavulanico; al controllo clinico, due giorni dopo, il bambino si presentava ancora febbrile e sofferente, con aumento di dimensioni della tumefazione sotto-angolo-mandibolare a sinistra e relativo peggioramento della cervicalgia: per tale motivo veniva intrapresa terapia endovenosa con ceftriaxone (60 mg/kg/die in monosomministrazione) e teicoplanina (10 mg/kg/die in monosomministrazione). Nei giorni successivi la febbre persisteva elevata, la linfadenopatia mostrava soltanto una minima riduzione, ma si associavano marcata iperemia congiuntivale bilaterale non secretiva, irritabilità generale a secchezza delle labbra con minima cheilite angolare.

Nel sospetto clinico di **malattia di Kawasaki incompleta** venivano ripetuti gli esami ematici (GB 11.400/mm³ con N 76%, PLT 486.000/mm³, PCR 8,73 mg/dl, VES 62 mm/h, ALT 112 U/L, AST 111 U/L, proteine tot. 7,9 g/dl, albumina 3,36 mg/dl) ed un esame ecocardiografico con riscontro di pericoronarite a carico della coronaria destra in assenza di aneurismi; veniva così iniziata terapia con IVIG (2 gr/kg/die in monosomministrazione) e, dopo 24 ore, si assisteva alla scomparsa della febbre e a una netta riduzione

sia dell'iperemia congiuntivale, che della tumefazione sotto-angolo-mandibolare a sinistra. Veniva inoltre intrapresa terapia antiaggregante con acido acetilsalicilico (3 mg/kg/die) proseguita per 8 settimane.

In considerazione del quadro clinico (febbre persistente per oltre 5 giorni, linfadenomegalia laterocervicale dolente e dolorabile, congiuntivite non secretiva bilaterale, mucosite), degli esami ematochimici e del reperto ecocardiografico di pericoronarite, si poneva diagnosi di "malattia di Kawasaki incompleta".

Il nostro caso ha avuto un esordio significativamente più tardivo rispetto alle forme classiche che generalmente interessano la fascia d'età tra i 18 e 53 mesi e si è manifestato con la comparsa di marcata irritabilità associata alla febbre persistente e alla linfadenopatia bilaterale, anche se maggiormente evidente a sinistra, con importante limitazione funzionale nei movimenti del collo. Tali sintomi, potevano inizialmente simulare una linfadenite acuta ma, la mancata risposta alla terapia antibiotica e la comparsa della congiuntivite bulbare bilaterale non essudativa e le alterazioni a carico delle labbra, quali fessurazioni e cheilite angolare, hanno indirizzato la nostra attenzione sulla possibilità che si trattasse di una forma incompleta di malattia di Kawasaki. La diagnosi è stata confermata dagli esami ematochimici che evidenziavano la presenza di leucocitosi neutrofila, piastrinosi, aumento degli indici di flogosi (VES, PCR) e delle transaminasi, ipoalbuminemia e il reperto ecografico mostrava l'interessamento cardiaco come si riscontra più frequentemente nei pazienti con malattia di Kawasaki di sesso maschile e di età superiore ai 5 anni. D. è stato sottoposto a terapia con immunoglobuline ev e antiaggregante con acido acetilsalicilico per os in accordo con i protocolli di trattamento. L'ottima risposta alla terapia somministrata confermava ulteriormente la diagnosi di malattia di Kawasaki.

tratto da: Confronti Giovani, **XXIV Congresso Nazionale Confronti in Pediatria**

Trieste, Palazzo dei Congressi della Stazione Marittima 2-3 dicembre 2011