

MeB – Pagine Elettroniche

Volume XV

Ottobre 2012

numero 8

I POSTER DEGLI SPECIALIZZANDI

Un caso di febbre persistente

R. Puxeddu; A.P. Pinna; V. Pisano; A. Doneddu; S. Marras;
A.M. Nurchi

I Clinica Pediatrica, AOU Cagliari

Indirizzo per corrispondenza: robertapuxeddu@virgilio.it

Un bambino di 3 anni, giunge alla nostra osservazione per vomito e iperpiressia (39,5 °C) da 3 giorni. All'ingresso in reparto appare in condizioni generali scadute, astenico, pallido, itterico, con epatomegalia e manifestazioni maculo-papulose alla radice degli arti e in regione addominale, associati a disepitelizzazione linguale. Gli esami ematochimici documentano una leucocitosi neutrofila, un aumento degli indici di flogosi, di colestasi e delle transaminasi, con coagulazione normale. All'esame urine è presente bilirubinuria con ematuria e leucocituria al sedimento. Si richiedono i markers per virus epatotropi maggiori e minori, le indagini metaboliche e l'autoimmunità risultati tutti nella norma. L'ecografia addome documenta un fegato con ecostruttura disomogenea e ipoecogeno; vie biliari e colecisti normali. Anche la colangiogramma evidenzia un'attenuazione di segnale su tutto il parenchima, confermando la flogosi epatica. Dopo 7 giorni dal ricovero per il persistere della febbre resistente alla terapia, e la comparsa di notevole irritabilità, si esegue una visita cardiologica che evidenzia solo un calibro delle arterie coronarie ai limiti superiori della norma, prive di dilatazioni aneurismatiche.

Considerando l'andamento della febbre, la presenza del rash polimorfo, le alterazioni della mucosa orale, l'iniziale dilatazione coronarica, la trombocitosi si sospetta una malattia di Kawasaki atipica che, raramente, può manifestarsi con Sindrome citolitica acuta mista¹. Si imposta un trattamento con Ig ev ed a. acetilsalicilico che, dopo poche ore, determina una defervescenza della temperatura corporea che si manterrà stabile sotto i 37 °C. Dopo il terzo giorno di terapia compare la desquamazione delle prime falangi del II e III dito della mano sx e dei piedi. Nei giorni seguenti si assiste a un graduale miglioramento delle condizioni cliniche, con riduzione dell'epatomegalia, degli indici di citolisi e di colestasi. Il piccolo viene dimesso con diagnosi di epatite acuta colestatica in corso di malattia di Kawasaki che deve essere presa in considerazione in ogni caso di febbre persistente, vista la crescente frequenza delle forme atipiche che spesso si manifestano con epatopatie ed irritabilità, da non sottovalutare, per evitare le complicanze cardiologiche.

BIBLIOGRAFIA

1. Grech V, Buttigieg T, Portelli A, et al. Kawasaki disease presenting as hepatitis. *Ann Trop Paediatr* 2007;27:303-6.

Scarica il PPT

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

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