

MeB – Pagine Elettroniche

Volume XVI

Settembre 2013

numero 7

I POSTER DEGLI SPECIALIZZANDI

Se senti rumore di zoccoli... non pensare alla zebra, pensa al cavallo!

Massimiliano Leoni, Elisabetta Alberti, Marta Del Pistoia,
Francesco Vierucci, Giuseppe Saggese

Clinica Pediatrica, Università di Pisa

Indirizzo per corrispondenza: vieruf@hotmail.it

A., 12 anni, veniva condotto presso il Pronto Soccorso Pediatrico di un altro presidio ospedaliero per la comparsa di tumefazione palpebrale bilaterale in corso di febbre. In tale occasione sono stati riscontrati valori pressori elevati (170/100 mmHg, >99° percentile + 5 mmHg, compatibile con ipertensione arteriosa di stadio II). Per tale motivo sono stati eseguiti vari accertamenti tra cui un Holter pressorio che confermava la presenza di "generale severo incremento dei valori pressori sito-diastolici, senza dipping notturno", un'ecocardiografia che mostrava segni di lieve ipertrofia di parete del ventricolo sinistro, un Rx torace che risultava nella norma, e un'ecografia addominale che riscontrava la presenza di lieve versamento pelvico con reni e surreni nella norma. L'analisi del fundus oculi mostrava arterie retiniche ad andamento lievemente tortuoso. Veniva quindi iniziata terapia anti-ipertensiva con ace-inibitori (enalapril 5 mg x 2 vv/die) con normalizzazione dei valori pressori. Gli esami ematici mostravano valori degli elettroliti sierici e degli indici di flogosi nella norma, livelli di complemento lievemente ridotti (C3c 60 mg/dl con vn 90-180; C4 8,5 mg/dl con vn 10-40). Veniva inoltre effettuato il dosaggio dei livelli di aldosterone plasmatico che risultava estremamente elevato (> 1.000 ng/ml) con livelli di attività reninica plasmatica (ARP) soppressi. Il ragazzo veniva quindi inviato presso la Clinica Pediatrica di Pisa per sospetta ipertensione secondaria in corso di iperaldosteronismo primario. Giunto alla nostra osservazione, A. presentava buone condizioni generali e l'esame obiettivo era nei limiti della norma. Al fine di eseguire i vari accertamenti necessari per chiarire l'eziologia dell'ipertensione, si decideva di sospendere la terapia anti-ipertensiva proseguendo esclusivamente una dieta iposodica. Veniva ripetuto il dosaggio di aldosterone e ARP in clino- ed in orto-statismo, che risultavano nella norma (aldosterone in clinostatismo 3,5 ng/dl con vn 3,0-9,0; ARP in clinostatismo 2,0 ng/ml/h con vn 0,3-3,0; aldosterone in ortostatismo 8,9 ng/dl con vn 4,0-30,0; ARP in ortostatismo 7,93 ng/ml/h con vn 0,40-8,80; rapporto tra aldosterone e ARP 1,7 in orto e 1,1 in clinostatismo, con vn < 30). Per escludere altre cause di ipertensione secondaria, sono stati valutati i livelli di catecolamine urinarie e plasmatiche, risultati nella norma, e sono state eseguite ecodoppler delle arterie renali e RM addome (mirata all'analisi delle logge surrenaliche), risultate nella norma. Sono

stati ripetuti gli esami ematochimici che confermavano la presenza di ipocomplementemia, seppure di minor entità (C3c 75,4 mg/dl; C4 11,3 mg/dl) associata a elevazione del titolo antistreptolisinico (962 U/ml, vn <250). L'esame urine risultava nella norma. Un'anamnesi mirata evidenziava che circa un mese prima del riscontro dell'ipertensione il ragazzo aveva presentato un episodio di faringite essudativa febbrile trattata con amoxicillina. Inoltre, emergeva che il primo dosaggio dell'aldosterone e dell'ARP non era stato eseguito rispettando la corretta procedura necessaria per l'esecuzione dell'esame. Dopo la sospensione della terapia anti-ipertensiva i valori pressori si sono mantenuti nella norma, anche dopo ripresa della normale alimentazione. La nostra conclusione è stata che il ragazzo possa aver presentato ipertensione arteriosa secondaria a glomerulonefrite post-infettiva, verosimilmente post-streptococcica. **Commento.** Le principali cause di ipertensione arteriosa nel bambino variano in relazione all'età di insorgenza. Sotto i 12 anni di vita la prima causa di ipertensione è rappresentata dalle nefropatie mentre durante l'adolescenza prevalgono le forme idiopatiche e iatrogene. Le forme secondarie a patologie endocrinologiche e/o neoplastiche sono estremamente rare; d'altra parte un'attenta diagnosi differenziale è necessaria vista la severità di alcune condizioni. A tale proposito, in caso di sospetto fondato, devono essere eseguiti esami ormonali che richiedono una procedura standardizzata e una lettura dei risultati da parte di pediatri specialisti. In caso contrario, esiste il rischio di falsi positivi o negativi che possono complicare il percorso diagnostico. Inoltre, non appare ragionevole prendere in considerazione le cause rare di ipertensione senza prima indagare le cause più frequenti e più semplicemente valutabili, come le nefropatie. Nel caso descritto, durante la prima valutazione, la presenza di ipocomplementemia non era stata correttamente interpretata, probabilmente a causa dell'influenza esercitata dal risultato fortemente patologico degli esami ormonali non correttamente eseguiti.