

RECIDIVA MALARICA: VALUTAZIONE CRITICA DI UN CASO CLINICO

A. Di Gregorio², S. Piconi¹, M.R. Gismondo², S. Passerini¹, M. Micale¹, R. Grande²

¹I Divisione Malattie Infettive AO Luigi Sacco Polo Universitario Milano

²Laboratorio di Microbiologia Clinica, Virologia e Diagnostica delle Bioemergenze AO Luigi Sacco Polo Universitario Milano

INTRODUZIONE

Delle quattro specie che causano la malaria nell'uomo, due (*P. vivax* e *P. ovale*) producono ipnozoiti, forme particolari di sviluppo intraepatico capace di rimanere silenti per lunghi periodi e riattivarsi in seguito. La conseguenza è un attacco di malaria che può non essere collegato a un'anamnesi suggestiva e non essere diagnosticato e trattato in maniera congrua.

METODI

CASO CLINICO: T.S., 28 aa. M, nazionalità italiana, si presenta presso il Pronto Soccorso (PS) dell'Azienda Ospedaliera Luigi Sacco – Polo Universitario (Hsacco) per febbre elevata e cefalea. All'anamnesi prossima non riferisce soggiorni in zone endemiche per malaria, ma in anamnesi remota riporta un episodio di malaria in Togo un anno prima, dove aveva soggiornato come cooperante. La diagnosi in loco era stata di Malaria da *P. falciparum* ed era stato trattato con chinino e.v., ceftriaxone e in seguito con Coartem® (Arthemether / Lumefantrina). Per la persistenza della sintomatologia era stato sottoposto in seguito in Italia ad accertamenti presso Hsacco, dove risultò negativo all'emoscopico per malaria (goccia spessa e striscio sottile colorati secondo Giemsa) e positivo al test rapido (RDT) per *P. falciparum* (Core™ Malaria Pan/Pv/Pf – Core diagnostics). Al paziente venne somministrato Eurartesim® (piperachina tetrafosfato/diidroartemisinina) cpr p.o e dopo venne dimesso.

In PS il paziente viene quindi sottoposto a RX torace ed esami ematochimici di routine. Si riscontra piastrinopenia moderata (piastrine = 96000; PT (INR) = 1,2; bilirubina totale = 1,34; PCR = 44,4; LDH = 261). Viene, quindi, dimesso con la prescrizione di eseguire altri tests sierologici (Rickettsia, CMV, TOXO) e la raccomandazione di ripresentarsi in PS qualora si ripresentasse la sintomatologia febbrile.

Il paziente ritorna in PS il giorno dopo con peggioramento del quadro clinico e dei parametri ematochimici. Viene richiesto l'esame emoscopico per malaria che risulta positivo per trofozoiti di *P. ovale* ed RDT negativo. La diagnosi di specie è stata in seguito confermata dalla biologia molecolare (RT PCR Bird – Italia-).

RISULTATI

La mancata speciazione della malaria nell'attacco primario può avere ripercussioni negative sul corretto trattamento e sul follow-up del paziente poichè non permette la somministrazione di una terapia adeguata e rende difficoltosa la diagnosi nelle recidive. In particolare, la recidiva da *P. ovale*, presenta difficoltà diagnostiche maggiori poichè, secondo la nostra esperienza, detto plasmodio può risultare falsamente negativo agli accertamenti diagnostici non microscopici a causa della maggiore variabilità antigenica rispetto agli altri plasmodi.

Nel nostro caso, inoltre, la mancata diagnosi di parassitemia mista durante l'attacco primario ha inficiato il trattamento per la mancata somministrazione di Primaquina che ha permesso, ad un anno di distanza, lo sviluppo di ipnozoiti epatici e la successiva recidiva.

CONCLUSIONI

: L'introduzione di una RT PCR come test di secondo livello nella diagnosi di malaria sarebbe importante per individuare una condizione di parassitemia mista, permettendo così una corretta terapia.