P238

VIROLOGIA

INFEZIONE DISSEMINATA FATALE DA VARICELLA ZOSTER VIRUS IN UN PAZIENTE CON NEFRITE LUPICA

P. Ravanini [3], G. Faolotto [3], M. Briasco [3], P. Macaluso [3], A.M. Nicosia [3], M.G. Maimone [3], V. Vassia [2], A. Croce [2], M. Leutner [1], S. Fangazio [2], M. Quaglia [2], C. Smirne [2]

[1]*Anatomia e Istologia Patologica, Ospedale Maggiore della Carità di Novara*

[2]*Dipartimento di Medicina Traslazionale, Università del Piemonte Orientale, Novara*

[3]*Microbiologia e Virologia, AOU Maggiore della Carità di Novara*

INTRODUZIONE

Varicella Zoster virus (VZV), un membro della famiglia delle Herpesviridae (HV), rimane latente nei gangli nervosi dopo una prima infezione, ma può sempre riattivarsi, causando una sindrome clinica, solitamente caratterizzata da rash cutaneo e neurite acuta. In alcuni casi, possono verificarsi complicanze più severe, specialmente in pazienti immunocompromessi, dove il coinvolgimento multiorgano può sviluppare encefaliti, meningiti asettiche, polmoniti e epatiti.

Qui riportiamo un caso fatale di varicellosi disseminata in un paziente affetto da Lupus eritematoso sistemico (LES) e sindrome anti-fosfolipidi (APS), trattato con micofenolato e steroidi ad alte dosi.

METODI

Una donna, di etnia caucasica di 49 anni, affetta da LES e APS si presenta al pronto soccorso, lamentando un inizio di dolore acuto addominale, in assenza di febbre, nausea e vomito. Due mesi prima, le era stato diagnosticato il lupus eritematoso sistemico, con un pattern positivo omogeneo antinucleo (titolo 1:320) e la sindrome da anticorpi anti-fosfolipidi, accompagnati da disfunzione multiorgano (nefrite lupica con sindrome nefrosica, sierosite polmonare, anemia emolitica e artrite). In conseguenza di queste diagnosi, la paziente aveva cominciato una terapia con micofenolato e prednisone.

All'arrivo in ospedale la paziente presenta petecchie sul torace e sugli arti con linfocitopenia, diminuiti livelli di IgG e aumento delle transaminasi. Viene iniziato il metilprednisolone, ma le condizioni della paziente peggiorano drammaticamente, con la comparsa di Coagulazione Intravascolare Disseminata (CID). La paziente inizia, in seguito, a mostrare segni di disfunzione multiorgano e muore alcuni giorni dopo.

RISULTATI

All'autopsia, la mucosa faringea ha mostrato lesioni ulcerative, suggestive di infezione virale. Il parenchima epatico conteneva aree di necrosi coagulativa e emorragica. L'indagine immunoistochimica non ha fornito risultati positivi per herpes simplex 1 (HSV-1) e 2 (HSV-2) e citomegalovirus. La ricerca molecolare quantitativa nel plasma per i virus erpetici è stata effettuata su un campione prelevato il giorno della morte. Il dato più rilevante è stata la forte positività per il virus della varicella Zoster (VZV) (19.600.000 copie/ml), in assenza di anticorpi IgM e IgG. Inoltre, sono state riscontrate positività per CMV, EBV e HHV-6, con livelli molto inferiori.

CONCLUSIONI

In letteratura, Habuka et al. hanno recentemente descritto un caso drammatico di infezione da VZV disseminata in un paziente con nefrite lupica, trattato con micofenolato e steroidi ad alte dosi, esattamente come nel caso da noi descritto. Sebbene questi elementi siano simili tra i due pazienti, quello da noi descritto, è il primo caso in un soggetto caucasico, a differenza di quanto ipotizzato da Habuka di una possibile connessione tra questa reazione clinica anomala e l'etnia asiatica.

La sierologia del virus della varicella Zoster sembra indicare una recente prima infezione, alla quale la paziente non è stata capace di reagire, probabilmente a causa di un severo stato di immunosoppressione.

Questo caso suggerisce la possibilità di complicanze non prevedibili, causate dalla riattivazione di VZV, specialmente in pazienti che ricevono una forte terapia immunosoppressiva, in particolare nell'associazione tra micofenolato e steroidi ad alte dosi. Una diagnosi virale precoce è fortemente raccomandata in questi pazienti.