

UN CASO DI MALARIA AUTOCTONO DA PLASMODIUM OVALE CURTISI DIAGNOSTICATO INCIDENTALMENTE

B. Pieretti³, M. Moretti³, B. Canovari², M. Maracci², M. Menegon¹, L. Gradoni¹, R. Romi¹, C. Severini¹, D. Boccolini¹, F. Barchiesi², E. Pazzaglia³

¹Dipartimento Malattie Infettive, Parassitarie e Immunomediate, Istituto Superiore di Sanità, Roma

²U.O.C. Malattie Infettive, A.O. Ospedali Riuniti Marche Nord, Pesaro

³U.O.C. Patologia Clinica, A.O. Ospedali Riuniti Marche Nord, Fano

INTRODUZIONE

Il Plasmodium ovale presente principalmente in Africa occidentale e in alcune isole del Pacifico, è spesso difficile da diagnosticare per i limiti della diagnostica convenzionale (microscopia, test diagnostici rapidi). Descriviamo un caso autoctono criptico da Plasmodium ovale curtisi diagnosticato incidentalmente durante un turno di guardia notturna.

METODI

La paziente, una donna italiana di 66 anni, si è presentata al PS dell'AORMN per oliguria, algie al rachide lombare, iperpiressia con brivido e picchi febbrili fino a 39,5°C a giorni alterni associati ad astenia da circa 20 giorni.

RISULTATI

Sono stati richiesti una serie di esami ematochimici senza indagini specifiche verso l'infezione malarica non avendo la paziente in anamnesi viaggi in aree endemiche, che hanno evidenziato una lieve anemia (Hb 11,2g/dl), piastrinopenia ($69 \times 10^3/\text{mm}^3$), leucociti $4,81 \times 10^3/\text{mm}^3$, creatinina 1,7mg/dl, PCR 11,1mg/dl.

La moderata piastrinopenia associata all'alterazione dei citogrammi [doppia popolazione di neutrofili su strumentazione automatizzata Sysmex XN (Dasit)] ha indotto alla revisione microscopica del campione da parte del dirigente di turno evidenziando la presenza di emazie parassitate (IP 4%) con elementi a diverso stadio maturativo (trofozoiti e gametociti) attribuibili a P.ovale/vivax. Il test immunocromatografico BinaxNOW Malaria (Alere) ha riscontrato una debole positività per l'antigene panmalarico.

La paziente trasferita a Malattie Infettive è stata sottoposta a terapia con Eurartesim® con buona risposta clinica e dimessa dopo 48 ore.

Il caso è stato come da prassi notificato all'ISS con invio dei vetrini per la conferma microscopica della diagnosi e dell'emocromo per la diagnostica molecolare.

L'indagine entomologica presso l'abitazione della paziente e in diverse zone della città di residenza non ha evidenziato la presenza di zanzare Anopheles.

CONCLUSIONI

Il caso descritto presenta diversi spunti di riflessione. Sul versante laboratoristico la diagnosi di malaria richiede un approccio integrato di metodi con livelli di sensibilità e specificità complementari (morfologia del sangue periferico ed esame immunocromatografico), attenzione verso segnali indiretti (citogrammi e piastrinopenia) e competenze professionali del personale di guardia; sul versante clinico è necessario pensare a questa infezione nonostante un'anamnesi negativa per la possibilità di forme autoctone a trasmissione criptica.

Nel caso specifico la tempestiva diagnosi di infezione malarica effettuata già in PS e la corretta gestione del paziente hanno permesso di iniziare un trattamento mirato e prevenire lo sviluppo di eventuali complicanze.