

Un caso di febbre bottonosa del Mediterraneo

Antonio Giovanni Roncallo

Medico di medicina generale, Genova Valpolcevera

Federica Roncallo

Medico chirurgo, Genova

Un uomo di 54 anni dal fisico longilineo e sportivo, che ha sempre goduto di buona salute, se si eccettua qualche sindrome da raffreddamento, da circa 5-6 giorni lamenta febbre costante con puntate di 39-40° C, mialgie, modesta cefalea e inappetenza.

più attrezzato: la diagnosi viene confermata e gli vengono prescritti altri colliri, che non ottengono i risultati sperati.

Nei giorni successivi il paziente si accorge della presenza di linfoghiandole che diventano dolenti e dolorabili in sede latero-cervicale e consulta di sua iniziativa uno specialista otorinolaringoiatra, che correttamente gli fa presente che quel tipo di patologia non è di sua competenza.

Nei giorni successivi compare la già menzionata febbre e il paziente mi contatta per una visita.

se per caso possieda dei cani. Il paziente mi riferisce un episodio che aveva già precedentemente raccontato ai colleghi oculisti e che a loro non è sembrato di rilevante importanza.

La congiuntivite all'occhio destro si era manifestata circa 24 ore dopo questo episodio (che racconto con le parole del paziente): "Ero con mia moglie in giardino e accarezzando il mio cane notai una zecca, presi le pinze e gliela tolsi, ma invece di buttarla a terra e schiacciarla con le scarpe, continuai a stringere le pinze fintanto che la zecca letteralmente scoppiò e il liquido, come una bomba, mi finì sulla faccia, ma non so dirle il punto preciso."

► Storia clinica

Il paziente riferisce che tutti i suoi problemi sono iniziati da circa quindici giorni quando, accorgendosi di avere una probabile congiuntivite all'occhio destro, è andato al più vicino Pronto soccorso oculistico dove gli pongono diagnosi di iperemia della congiuntiva tarsale e del fornice.

Gli vengono prescritti due tipi di collirio di cui il paziente non ne ricorda il nome.

Dopo alcuni giorni di cura, non notando alcun beneficio, il paziente si reca in un altro Pronto soccorso

► Visita domiciliare

All'esame obiettivo l'apparato respiratorio, l'apparato addominale, il sistema nervoso e infine il fascio-cardiovascolare (eccezione fatta per la tachicardia febbrile) appaiono indenni. Si evidenzia iperpiressia, adenomegalia latero-cervicale destra e la nota congiuntivite. È presente anche un modesto esantema che dalle spalle tende ad espandersi verso le parti inferiori del corpo.

Ad un certo punto chiedo al paziente, anche se non ho notato lesioni o segni cutanei degni di nota,

► Diagnosi e terapia

A questo punto l'ipotesi diagnostica più probabile non poteva che essere la febbre bottonosa del bacino mediterraneo.

Esprimo il mio pensiero al paziente invitandolo a recarsi al più presto in una struttura ospedaliera, ma con mia sorpresa il paziente mi chiede: "Dottore, ma non potrebbe curarmi lei?".

Rispondo affermativamente e dato

il rischio delle note complicanze endoteliali, inizio immediatamente la terapia con doxiciclina, due compresse al giorno, senza aspettare l'esito degli esami ematochimici che gli prescrivo.

Il giorno dopo viene comunque eseguito un prelievo ematico al fine di avere nelle settimane successive una conferma diagnostica che puntualmente arriva sia con la positività dei test sierologici sia con valori della Weil Felix di 1:300.

Purtroppo il limite di queste indagini sierologiche è da ricercarsi nel tempo occorrente per ottenerne la risposta, per cui si può affermare che la diagnosi della febbre bottonosa è essenzialmente clinica.

Il paziente ha assunto la doxiciclina per una decina di giorni, dopo di che è completamente guarito ed è tornato alle sue normali occupazioni.

► Approfondimento

Fu Agostino Carducci, insigne cattedratico degli anni Venti, a descrivere per la prima volta una forma febbrile esantematica che aveva osservato alcuni anni prima e che chiamò "febbre eruttiva". Nei suoi studi mise subito in evidenza che in questa febbre eruttiva, rispetto al tifo esantematico, era assente il carattere di contagiosità.

Negli anni successivi fu sempre lui che ne scoprì l'eziologia, evidenziando il ruolo della zecca "*Rhipycephalus sanguineus*" (presente spesso nei cani e nei prati nei periodi primaverile ed estivo) nella trasmissione delle rickettsiosi, ovvero un gruppo di malattie causate da microrga-



Zecca "*Rhipycephalus sanguineus*"

nismi appartenenti al genere *Rickettsia*.

Rickettsia conorii è un parassita endocellulare, gram negativo, che vive all'interno dei fagolisosomi.

La zecca si infetta succhiando il sangue di un animale infetto e resta poi infestante per tutta la vita e trasmette l'infezione anche alla sua progenie.

Normalmente la trasmissione all'uomo avviene in seguito alla puntura della zecca infetta, ma sarebbe forse più corretto affermare che l'uomo si infetta quando viene in contatto con il sangue della zecca.

Il periodo di incubazione varia da 7 a 15 giorni, il periodo di invasione è di circa 3/4 giorni ed è caratterizzato da iperpiressia, cefalea, fibromialgie, nausea e dolori addominali.

Raramente il sensorio, almeno nel periodo iniziale di invasione, appare compromesso.

In questi casi, la diagnosi differenziale dovrebbe essere fatta con la meningite, ma in quest'ultima è presente rigidità nucale, che è invece assente nella rickettsiosi.

Un altro elemento di differenziazione è la macchia necrotica nera

circondata da un alone rossastro, "tache noire", che ha significato patognomonico per diagnosi di rickettsiosi e che corrisponde al punto dove la zecca si è insettata.

Un altro segno distintivo è la presenza, nelle stazioni linfonodali che drenano la linfa proveniente dal luogo di inoculazione, di una adenomegalia reattiva flogistica.

Se la diagnosi viene posta in ritardo sono possibili gravi danni endoteliali, sistemici e polmonari, la rickettsia ha infatti uno spiccato tropismo per l'endotelio.

La vasculite da rickettsia è dovuta alla liberazione di TNF che provoca necrosi dei tessuti e a livello polmonare causa un incremento della permeabilità capillare, che può portare a un quadro gravissimo di SDRA (sindrome da danno alveolare diffuso) che si manifesta inizialmente con dispnea e tachipnea e successivamente con cianosi ingravescente, ipossiemia e grave insufficienza respiratoria che può condurre all'*exitus*.

I soggetti che superano la fase critica sono costretti a convivere, per il resto della loro vita, con conseguenze funzionali respiratorie molto debilitanti.

La vasculite "rickettsiosa" può interessare qualsiasi distretto dell'organismo creando disordini funzionali la cui gravità è direttamente proporzionale all'organo colpito (cute, sistema nervoso centrale, cuore, reni).

Fortunatamente tutte queste complicanze si verificano solo nel 3-4% di tutti i casi di febbre bottonosa e colpiscono quasi sempre soggetti affetti da patologie croniche e/o con risposte anticorpali torpide.