

MeB - Pagine Elettroniche

Volume XXVI

Aprile 2023

numero 4

I POSTER DEGLI SPECIALIZZANDI

HHV6, NON SOLO SESTA MALATTIA

Claudio Dello Schiavo

AOU "San Giovanni di Dio e Ruggi D'Aragona", Università di Salerno

Indirizzo per corrispondenza: mattdelsch@gmail.com

Bambina di 2 anni in buone condizioni di salute. Accede in Pronto Soccorso per vomito, diarrea e un episodio critico avvenuto in corso di febbre.

Suo fratello, nei giorni precedenti, ha manifestato un fugace *rash* lievemente eritematoso al termine di un periodo febbrile di circa due giorni.

Gli esami ematici comunque non mostrano particolari criticità. Viene ricoverata e trattata con terapia infusiva per un'iniziale stato di disidratazione associato a quella che inizialmente sembra configurarsi come una crisi febbrile semplice.

Tale sospetto viene però smentito quando la mattina successiva, a distanza di poche ore dal primo episodio, la bambina presenta un nuovo episodio critico con retrovulsione dei globi oculari e rigidità generalizzata interrotta dalla somministrazione di diazepam endorettale.

Esegue quindi:

- EEG in sonno e in veglia, che mostrano alterazioni non specifiche.
- TC encefalo con e senza mezzo di contrasto, dalla quale non emergono elementi degni di nota.

Nelle 24 ore successive la piccola presenta ulteriori due episodi critici per i quali esegue una RM in sedazione che mostra "piccoli *spot* di iperintensità in T2/FLAIR a carico

della sostanza bianca sottocorticale in sede frontale e parietale di significato aspecifico".

Nel corso della stessa giornata la bambina si presenta febbricitante (TC 38,5 °C), soporosa e poco reattiva; notiamo inoltre una sospetta incertezza nella marcia che fino a quel momento non si era mai manifestata. La comparsa di questi segni neurologici ci spinge a chiedere una consulenza infettivologica a seguito della quale si concorda per l'esecuzione di una rachicentesi.

Si riscontrano così anticorpi anti-**herpesvirus umano 6** (HHV6) nel liquor cefalorachidiano che comprovano la diagnosi di encefalite. Viene trattata con somministrazione di ganciclovir 5 mg/kg endovena ogni 12 h e desametasone 2 mg endovena ogni 12 h.

Continua tale terapia per una settimana quindi viene dimessa a seguito di un netto miglioramento delle sue condizioni cliniche e di un ulteriore elettroencefalogramma di controllo privo di alterazioni. Tornerà per eseguire una RM in sedazione al fine di escludere ogni tipo di reliquato neurologico.

Il caso descritto pone l'accento sulle differenti modalità di presentazione di un'infezione da HHV6 che, seppur raramente, può manifestarsi non solo come siamo soliti aspettarci ma in maniera molto più insidiosa anche in pazienti immunocompetenti.