

La mononucleosi è una patologia infettiva, generalmente non grave, caratterizzata da febbre protratta fino a 7-10 giorni, tonsillite purulenta, linfonodi e talora milza ingrossati. Essa può inoltre simulare all'emocromo in alcune occasioni le caratteristiche di una leucemia all'esordio, creando falsi e spaventosi allarmi in tutta la famiglia.

In questo breve articolo daremo risposta alle domande chiave che ogni genitore si pone su questa patologia: contagio, quadri sintomatici, diagnosi e cura.

Contagio della Mononucleosi: come avviene?

Detta anche malattia del bacio (poiché si trasmette attraverso la saliva) la mononucleosi può diffondersi non solo tra adolescenti, ma anche in classe tra bambini attraverso goccioline di saliva contaminanti giocattoli, penne e altri oggetti.

Nella sua forma classica è detta mononucleosi infettiva ed è dovuta al virus EBV (*Epstein Barr Virus*). Come mai il contagio di questo virus è tanto frequente? Il motivo è semplice: il virus EBV viene rilasciato nella saliva fino a 6-12 mesi dopo la guarigione clinica. Ne consegue che in ogni classe e in ogni comunità ci sarà sempre qualcuno che magari l'ha avuta mesi prima, ma continua ad essere contagioso.

A questo punto la domanda nasce spontanea: dopo quanto tempo un bambino con mononucleosi potrà rientrare a scuola? Possiamo mai tenerlo a casa 6-12 mesi?

Assolutamente no. Sarebbe assurdo. I bambini con mononucleosi possono rientrare a scuola a 24-48 ore dalla guarigione clinica (sfebbramento) come in molte altre patologie infettive.

Essi possono continuare a contagiare altri bambini, ma per fortuna il contagio avviene solo per contatto di saliva, diretto o indiretto, e non per via aerea a differenza invece dei più diffusivi virus influenzali, morbillo, varicella etc che passano da un organismo all'altro pur semplicemente condividendo la stessa stanza e senza alcun contatto diretto di saliva.

Per limitare il contagio in una classe bisognerà insegnare ai bambini ad osservare le comuni norme igieniche: evitare condivisione di posate, bicchieri, fazzoletti, insegnar loro a non

mettere giocattoli in bocca, effettuare pulizia dei giocattoli a fine giornata. E nei più grandicelli: non mangiucchiarsi le penne!

Il buon senso ci suggerisce comunque che è umanamente e socialmente impossibile ottenere massimo rigore nell'osservanza di tali norme in contesti popolati da affettuosi e vivaci bambini (asilo ed elementari) o da focosi e appassionati adolescenti (medie e superiori). Dopotutto chiuderli in una campana di vetro non sarebbe forse una tragedia ben peggiore della mononucleosi sul piano dello sviluppo? Io credo proprio di sì.

Ecco perché il buon senso ci suggerisce di prevenire le malattie attraverso l'osservanza di norme igieniche e non mediante l'isolamento sociale.

La guarigione da mononucleosi conferisce comunque al soggetto immunità permanente: in un soggetto immunocompetente non è dunque possibile contrarre l'EBV più di una volta.

Non esiste vaccino contro questa patologia.

Quali sono i sintomi della Mononucleosi?

Man mano che ci si avvicina all'età adulta aumenta la probabilità di avere una mononucleosi a decorso asintomatico (forma inapparente): il 50% degli adulti che contraggono l'EBV non presenta infatti alcun sintomo.

Quando invece l'EBV viene contratto da un bambino o adolescente la probabilità di avere un decorso sintomatico è maggiore. L'inizio della malattia è generalmente brusco e caratterizzato da febbre elevata e persistente, mal di testa e malessere generale. Nei primi giorni può dunque simulare un'influenza e, se non correttamente diagnosticata, è abbastanza tipico che dopo 3 giorni di febbre molti di questi bambini cominceranno un antibiotico. La comparsa di esantema cutaneo diffuso dopo assunzione di alcuni antibiotici è un'altra caratteristica della mononucleosi e fin troppo spesso finisce con orientare la diagnosi.

A seguire alcuni dei principali sintomi di mononucleosi elencati in ordine di frequenza...

Notando la frequenza percentuale dei vari sintomi e segni di laboratorio di seguito elencati, è facile intuire che il quadro clinico può essere abbastanza variegato:

- vi è una quota di pazienti che sviluppa solo linfonodi aumentati (senza febbre!)
- un'altra quota che presenta linfadenopatia e febbre
- altri ancora che manifestano anche faringite con pus (il 10-30% ne è invece esente!)
- una quota del 50-60% che presenta anche milza ingrossata
- una quota minore che presenta anche esantema cutaneo, epatomegalia ed ittero

Linfonodi ingrossati (90-100% dei casi): i linfonodi sono spesso dolenti, possono raggiungere le dimensioni di una noce e restare così anche fino a 3 settimane; sono interessati in particolare quelli del collo, ma spesso anche inguine e ascelle

Febbre elevata e persistente (60-100% dei casi) talora fino a 7-10 giorni con sintomi simil-influenzali: debolezza, malessere generale, mal di testa

Mal di gola (70-90% dei casi): difficoltà a ingoiare, faringite purulenta con colate di pus sulle tonsille

Milza ingrossata | Splenomegalia (50-60% dei casi): tipico della mononucleosi e pertanto non indica che la malattia si sta aggravando

Fegato ingrossato | Epatomegalia (10% dei casi) spesso accompagnata da aumento di transaminasi non deve preoccupare i genitori poiché gli esami di laboratorio si normalizzeranno con il passare dei giorni

Esantema cutaneo (fino al 15% dei casi): simil-rosolia o simil-morbillo. La somministrazione di antibiotici derivati dalle penicilline (es: amoxicillina) può scatenare in pazienti con mononucleosi un esantema maculo-papulare particolarmente intenso. Solo la bravura del medico che interpreta il quadro clinico nel suo complesso potrà stabilire se trattasi di esantema da EBV o di allergia ad antibiotici.

Ittero (4-10% dei casi) per aumento della bilirubina

C'è da aggiungere che sotto i 5 anni di vita la sintomatologia può essere più lieve e meno duratura.

Come fare la Diagnosi di Mononucleosi

La mononucleosi va sospettata in ogni bambino con febbre persistente da oltre 4-5 giorni, mal di gola e linfonodi ingrossati. Il sospetto diventa ancor più forte qualora, dopo somministrazione di antibiotico (es: Zimox, Augmentin), il paziente abbia presentato un esantema cutaneo diffuso.

La conferma diagnostica di mononucleosi può essere però ottenuta solo mediante prelievo di sangue e richiesta dei esami sierologici che documentino la risposta anticorpale dell'individuo al virus EBV. Al fine di escludere altre diagnosi, ai bambini con febbre persistente, linfadenopatia e sospetto di mononucleosi vengono solitamente richiesti gli esami di seguito indicati...

Emocromo: mostrerà una leucocitosi (aumento dei globuli bianchi totali) e non di rado una riduzione delle piastrine; i globuli bianchi che tendono ad aumentare sono i monociti e i linfociti (detti anche *mononucleati...* di qui il nome *mononucleosi*).

Striscio periferico: dal momento che le alterazioni dell'emocromo sopra elencate sono rinvenibili anche nella leucemia, sarà utile effettuare nei casi dubbi uno striscio periferico: ciò che si vedrà non saranno i *blasti monomorfi* tipici della leucemia, ma piuttosto i cosiddetti *linfociti atipici* di aspetto polimorfo e caratterizzati da nucleo di grandi dimensioni. La presenza di questi linfociti ci farà etichettare il paziente come *sindrome mononucleosica*: a questo punto dobbiamo tener presente che, oltre all'EBV, anche altre infezioni possono dar luogo ad una sindrome mononucleosica. Come distinguerle?

Indici di infiammazione (Ferritina, VES, PCR): saranno di certo aumentati in caso di mononucleosi, ma molto più spiccatamente elevati in caso di più nefaste diagnosi ematologiche (leucemie... etc). Solo la bravura del medico che interpreta il quadro clinico-laboratoristico nel suo complesso può tracciare una linea di demarcazione tra la mononucleosi e tali altre condizioni

Indici di danno d'organo (AST, ALT, bilirubina, LDH): le transaminasi (ovvero AST e ALT) e la bilirubina potranno risultare moderatamente elevati in caso di coinvolgimento epatico (evento che avviene più frequentemente nelle forme da CMV piuttosto che da EBV); l'LDH potrebbe risultare modicamente aumentato in caso di mononucleosi, ma molto più spiccatamente aumentato in corso di leucemia

Esami sierologici per EBV, CMV e Toxoplasma: tali esami ci permetteranno di

confermare o escludere la diagnosi di mononucleosi tenendo inoltre presente che sindromi simil-mononucleosiche possono talora essere provocate anche da altri agenti infettivi. Per tale ragione sarà opportuno richiedere gli esami anticorpali non solo per EBV, ma anche per CMV (Citomegalovirus), Toxoplasma e, in bimbi non vaccinati, anche per Rosolia. Sarà discrezione del medico estendere l'indagine ad ulteriori agenti infettivi del sistema linforeticolare valutando il singolo quadro clinico-laboratoristico. Quali diagnosi aspettarsi dagli esami sierologici?

- Conferma di EBV | Mononucleosi Infettiva
 - diagnosi confermata dalla positività degli anticorpi EBV-VCA tipo IgM indicativi di infezione in atto
 - qualora siano positivi solo gli EBV-VCA tipo IgG allora vorrà dire che l'infezione è pregressa: essi compaiono nel sangue dopo 3 settimane e persistono per tutta la vita conferendo immunità permanente
 - la positività degli anticorpi EBV-EA segnala che l'infezione è recente e quindi il piccolo è ancora infettivo: compaiono dopo 1 mese e restano per 3-6 mesi al massimo
 - la positività degli EBNA segnala invece che l'infezione è di vecchia data: compaiono dopo 1 mese e restano positivi per tutta la vita

- Conferma di CMV | Malattia Citomegalica
 - diagnosi confermata da anticorpi CMV tipo IgM positivi
 - qualora siano positivi solo quelli di tipo IgG allora vorrà dire che l'infezione è pregressa

- Conferma di Toxoplasma | Toxoplasmosi
 - diagnosi confermata da anticorpi anti-Toxoplasma tipo IgM positivi
 - qualora siano positivi solo quelli di tipo IgG allora vorrà dire che l'infezione è pregressa

Doppia positività EBV e CMV: Cosa pensare?

Non di rado avviene che gli esami sierologici fatti nel sospetto di mononucleosi portino all'occhio del medico la doppia positività delle IgM per EBV e CMV. Come è possibile? Doppia infezione simultanea con richiesta di consulenza urgente alla Madonna di Lourdes?

Assolutamente no! Questa doppia positività delle IgM è il più delle volte dovuta ad un limite dei test di laboratorio utilizzati per dosare tali anticorpi. E' abbastanza noti infatti che, per similitudine strutturale, i due tipi di anticorpi cross-reagiscono coi reattivi utilizzati rispettivamente per l'uno e per l'altro. In poche parole le IgM anti-EBV danno non solo positività del test di laboratorio per l'EBV ma anche una lieve positività per il test che dovrebbe invece ricercare le IgM anti-CMV, e viceversa.

Sta dunque sempre all'interpretazione del pediatra capire di fronte a quale tipo di infezione ci si trova. Saranno sicuramente d'aiuto i rispettivi livelli di immunoglobuline per i 2 tipi di virus ma anche e soprattutto il quadro clinico-laboratoristico generale. Vedete che la medicina non è proprio matematica e che non di rado ha bisogno di essere interpretata?

Complicazioni dovute alla Mononucleosi

È possibile, sebbene poco frequente, l'interessamento del sistema nervoso sia centrale che periferico:

- Meningite a liquor limpido
- Encefalite
- Sindrome di Guillan-Barrè con paralisi ascendente

È altresì possibile il coinvolgimento di altri organi come cuore, polmoni e fegato.

Fatta eccezione per il fegato (coinvolto come detto nel 10% dei casi) le complicanze qui elencate sono davvero poco frequenti (meno di un bambino su 100) ed hanno un decorso generalmente favorevole se prontamente diagnosticate.

Va infine ricordata la temibile complicità della rottura di milza: come abbiamo visto il 50-60% dei pazienti con mononucleosi da EBV presentano un ingrossamento della milza che diventa più molle e suscettibile di rottura in seguito a traumatismi addominali.

Terapia per la Mononucleosi

Come per la stragrande maggioranza delle malattie virali, non esiste una terapia specifica contro l'EBV.

È utile l'impiego di farmaci antipiretici (paracetamolo o ibuprofene - [Leggi anche: come abbassare la febbre nei bambini](#)) e riposo a letto.

Nei casi particolarmente severi (abbondante pus a livello tonsillare, linfonodi molto voluminosi, febbre molto elevata), il pediatra potrebbe prescrivere al vostro bambino un farmaco a base di cortisone (es: *Bentelan, Soldesam, Sintredius*) per lo spiccato potere antinfiammatorio capace di rimuovere l'ingombro tonsillare nel giro di poco tempo.

In caso di milza ingrossata è particolarmente importante evitare attività che esponano a traumatismi addominali per scongiurare il temibile rischio di rottura della milza.

Per quanto riguarda l'alimentazione non vi è alcuna necessità di diete in bianco: nonostante ciò, quando c'è consistente ingombro tonsillare, il bambino potrebbe preferire pasti semifluidi e non troppo caldi.

Astenia e stanchezza dopo Mononucleosi

Una volta si credeva che la sindrome da affaticamento cronico caratterizzata da spiccata stanchezza, dolori muscolari e articolari, febbre e mal di testa fosse causata da un'infezione cronica da EBV. Oggi si ritiene che l'EBV non abbia alcuno ruolo nel determinare la comparsa di questa particolare condizione clinica.

Diverso è invece il discorso dei giorni immediatamente successivi alla guarigione che possono essere segnati dalla persistenza di debolezza e dolori muscolo-articolari, che

tenderanno ad attenuarsi col passare del tempo fino a scomparire nel giro di 10-15 giorni.