

Maschio di 7 anni giunge alla nostra osservazione per dolore ingravescente all'arto inferiore destro, associato a eruzione bollosa confluyente.

All'anamnesi riferita comparsa dell'eruzione nei tre giorni precedenti in apiressia, con progressiva intensificazione del dolore, per cui il curante aveva iniziato terapia con aciclovir per os. Riferita varicella nella mamma nel secondo trimestre di gravidanza senza evidenza clinica di varicella post-natale.

L'esame obiettivo all'ingresso evidenziava buone condizioni generali, presenza di lesioni eritemato-bollose all'arto inferiore dx e al gluteo dx con contenuto limpido, in corrispondenza dei dermatomeri L2-3 e S3 (Figura 1); inoltre alcune rare lesioni erano presenti al tronco e al volto.

ERUZIONE VESCICOLO-BOLLOSA IN UN BAMBINO IMMUNOCOMPETENTE

SEBASTIANO BUFFONI, ELENA BAILO*

SC di Pediatria, Ospedale Civile "Edoardo Agnelli", Pinerolo (Torino)

*Medico specializzando, Ospedale Infantile Regina Margherita, Torino

Sono stati quindi eseguiti esami ematochimici che evidenziavano leucopenia (WBC 2100) con linfo-monocitosi relativa (L 53,5%; M 22%) e lieve piastrinopenia (PLT 131.000). La PCR era di 1,6 mg%. In attesa dell'esito di Ab anti-herpes zoster è stata eseguita una consulenza dermatologica che ha posto diagnosi di herpes

zoster e instaurato terapia con aciclovir per os associato a rifampicina e gentamicina topica.

A 6 giorni di distanza netto miglioramento della sintomatologia (Figura 2) con normalizzazione degli esami ematochimici. A conferma della diagnosi giunge anche l'esito degli Ab anti-herpes zoster con IgM positive.



Figura 1

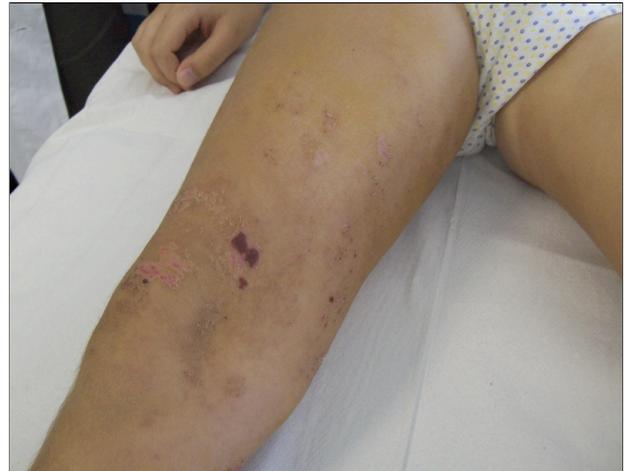


Figura 2

HERPES ZOSTER

L'herpes zoster è un'eruzione vescicolo-dermatomericata a eziologia virale, associata a riattivazione del virus herpes varicella-zoster (VZV), che rimane latente a livello dei gangli posteriori sensitivi del midollo spinale¹. È una patologia tipica dell'età avanzata e di più raro riscontro nei bambini di età inferiore a 10 anni, eccetto che in quelli sottoposti a terapie immunosoppressive, nei bambini affetti da HIV e in quelli che hanno contratto l'infezio-

ne da VZV in utero o nel primo anno di vita. Pertanto è molto importante raccogliere un'anamnesi materna accurata dell'epoca gestazionale e del 1° anno di vita del bambino per la comparsa di lesioni cutanee sospette o diagnosi accertata di varicella. L'età media di esordio dello zoster è di 9 anni. I tassi di incidenza in età pediatrica (tra 0 e 14 anni) sono 10 volte inferiori rispetto al gruppo di età superiore a 75 anni. In realtà lo zo-

ster infantile non è così raro come riportato in letteratura, ma solo sotto-diagnosticato nel bambino per la non facile diagnosi differenziale con l'impetigine.

La varicella costituisce la prima infezione erpetica e interessa solitamente l'età pediatrica, ma può interessare l'adulto nel 2% dei casi, con un decorso nettamente peggiore, specie nella gestante al 3° trimestre; qualora una gestante si infetti, può trasmettere

il virus al feto nel 25% dei casi²; una metà di questi feti presenterà sintomi clinici correlati all'età gestazionale in cui è avvenuto il contagio; se l'infezione è contratta prima del 5° mese, si può manifestare nel neonato con lesioni cicatriziali cutanee a estensione dermatomera, e con lesioni malformative a carico degli arti e degli occhi (varicella congenita, peraltro molto più rara della rosolia congenita, anche in presenza di infezione materna); l'infezione contratta dopo il 5° mese per via transplacentare può causare varicella neonatale nel primo mese di vita o esordire come herpes zoster nell'infanzia.

Se l'infezione della gestante si manifesta nei 5 giorni prima e dopo il parto può trasmettersi al 24% circa dei neonati, presentandosi con un quadro particolarmente grave per l'assenza degli anticorpi protettivi materni e per l'imaturità del sistema immunitario neonatale^{3,4}.

La riattivazione del VZV è rara nell'infanzia. Quando questa si verifica, causa lesioni vescicolari raggruppate nei dermatomeri di distribuzione di uno o più nervi sensitivi adiacenti. Talvolta può presentarsi in forma bollosa o emorragico-necrotica.

Le localizzazioni più frequenti nel bambino sono: toracica (50% dei casi), cervicobrachiale, trigeminale e lombosacrale.

La sintomatologia che accompagna l'eruzione infantile è costituita principalmente da prurito locale. Caratteristica tipica dello zoster infantile è l'assenza di dolore nella maggioranza dei casi, a eccezione della localizzazione a livello perianale-genitale, dove è invece sintomatico. Quest'ultimo aspetto può causare errori diagnostici, contribuendo alla già non facile diagnosi di zoster in pediatria.

Nella maggior parte dei casi si riscontra linfadenopatia satellite, mentre nel 30% dei casi compaiono lesioni vescicolari a distanza dal dermatomero affetto.

Dei casi di zoster infantile, solo il 20% ha un'anamnesi positiva di vari-

cella postnatale; il 60% ha anamnesi positiva per infezione contratta in utero e il restante 20% con anamnesi negativa per infezione primaria sarebbe stato infettato prepartum da madre asintomatica.

La diagnosi viene posta in base alla clinica (non sempre dirimente in pediatria), la sierologia con ricerca degli anticorpi specifici, e tramite l'amplificazione del DNA virale con PCR mediante l'isolamento del virus dalle vescicole. Quest'ultima tecnica può ritenersi utile in quanto fornisce una risposta immediata più di quanto non sia la sierologia.

La *diagnosi differenziale*⁵ dello zoster infantile viene posta con diverse dermatiti infettive, da agenti fisico-chimici, o su base autoimmune o tossico-allergica, tra cui:

- **Herpes simplex:** si manifesta con lesioni elementari simili, le vescicole, e può dare problemi di diagnosi differenziale quando vi sia un interessamento cutaneo in sede extra-labiale. Infatti, oltre alla tipica gengivostomatite, può manifestarsi in altre sedi con eruzione cutanea vescicolo-bollosa su un fondo eritematoso, con quadri clinici talvolta non sempre distinguibili dallo zoster (specie in fase precoce).

Come lo zoster, anche il simplex ha un neurotropismo per i gangli nervosi, da cui può innescare delle recidive cutanee (evoluzione bifasica) in seguito a stimoli aspecifici.

- **Impetigine bollosa da cocchi Gram-positivi:** solitamente si differenzia per una distribuzione non metamerica delle lesioni e per la presenza di secrezioni e croste mieliceriche; la coltura del liquido ne conferma la diagnosi.

- **Dermatite herpetiforme:** si manifesta con lesioni polimorfe, raramente anche bollose, intensamente pruriginose, causate da depositi granulari di IgA più profondi nel derma; si correla a enteropatia glutine-dipendente nella maggior parte dei casi. Caratteristica clinica è la localizzazione simmetrica delle lesioni.

- **Dermatosi bollosa cronica del bambino a depositi di IgA:** rara dermatite

a decorso benigno e patogenesi ignota, interessa il bambino nella prima decade di età, con decorso cronico recidivante; è caratterizzata da depositi lineari di autoanticorpi IgA diretti verso antigeni della giunzione dermo-epidermica; le lesioni hanno una caratteristica disposizione anulare "a rossetta".

- **Pemfigo:** rara malattia autoimmune, che può interessare l'infanzia con lesioni ulcerative isolate e dolenti al cavo orale per diverse settimane.

- **Fitofotodermatite:** solitamente è caratterizzata dalla comparsa di lesioni bollose sulle superfici fotoesposte, con assenza di prurito, in soggetti con anamnesi positiva per contatto con vegetali. Questa evenienza si verifica specialmente su lesioni cutanee da eczema, sedi nelle quali fa largamente difetto la risposta antivirale, legata specialmente ai *Toll-like receptor* (eczema vaccinatum, dermatite varicelliforme di Kaposi).

Lo zoster guarisce in genere nell'arco di 2-4 settimane senza sequele, ma talvolta si possono avere esiti cicatriziali ipertrofici o cheloidi. Rara è invece la nevralgia post-herpetica.

Indirizzo per corrispondenza:

Sebastiano Buffoni

e-mail: sbuffoni@asl10.piemonte.it

Bibliografia

1. Kurlan JG, Connelly BL, Lucky AW. Herpes zoster in the first year of life following postnatal exposure to varicella-zoster virus. *Arch Dermatol* 2004;140:1268-72.
2. Gabutti G, Rota MC, Guido M, et al. The epidemiology of varicella zoster virus infection in Italy. *BMC Public Health* 2008;8:372.
3. McCarter-Spaulding DE. Varicella infection in pregnancy. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2001;30:667-73.
4. Pinquier D, Gagneur A, Balu L, et al. Prevalence of anti-varicella-zoster virus antibodies in French infants under 15 months of age. *Clin Vacc Immunol* 2009;16:484-7.
5. Buffoni S, Salvai M. Dermatosi bollosa cronica del bambino (DBCB) nella diagnosi differenziale delle dermatiti bollose della seconda e terza infanzia. *Minerva Pediatr* 1995;47:409-15.