

*Il caso non è esattamente indimenticabile, nel senso che manca della carica emotiva affettiva adatta a inchiodarlo nella memoria. Vero però che, visto una volta, non si sbaglia più. Ma a quanti capita di vederne due volte?*

## UN CASO DI ACRODERMATITE IN UN LATTANTE

Monica Barrani, Francesco Massei

UO Pediatria, Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

D., 20 mesi, da 3 giorni presenta febbre associata a modesta disappetenza e astenia e da 1 giorno è comparsa una dermatite caratterizzata da micropapule di aspetto vescicolare su fondo eritematoso, tendenti alla confluenza, lievemente pruriginose, localizzate al volto e agli arti con coinvolgimento della pianta dei piedi e del palmo delle mani. All'esame obiettivo il bambino si presenta in buone condizioni generali, niente da segnalare a carico dell'apparato cardio-respiratorio; è presente micropoliadenia laterocervicale, inguinale e ascellare bilaterale. Il faringe appare iperemico con zaffi di essudato biancastro sulla tonsilla sinistra. L'addome è trattabile con milza palpabile a +1 cm dall'arcata costale e il margine inferiore del fegato palpabile all'arcata costale. Nel sospetto di infezione da EBV vengono eseguiti esami ematici che mostrano una leucocitosi linfocitaria con linfociti "atipici" (14.600/mmc L 55%) e modesto incremento degli indici di flogosi (PCR 2,05 mg/dl, vn < 0,5; VES 28 mm/h, vn < 15). La diagnosi di mononucleosi infettiva viene confermata dalla sierologia, indicativa di infezione in atto (EBV-IgM > 160 U/ml).

L'acrodermatite papulosa infantile o sindrome di Gianotti-Crosti è una reazione cutanea papulovesicolosa acrolocalizzata, simmetrica, non ricorrente, autolimitata a evoluzione spontanea, correlata a varie infezioni virali. Gli elementi caratterizzanti sono la comparsa di papule o papulovesicolose monomorfe lenticolari di alcuni millimetri di diametro, di colore da roseo a purpurico, per lo più in una unica gettata (a ciò è dovuto il monomorfismo), con distribuzione simmetrica, localizzati in particolare al volto, alle natiche e alla superficie estensoria degli arti; le lesioni, pur ravvicinate, molto raramente confluiscono in placche di maggiori dimensioni, conservando quindi la loro individualità; non sono mai interessate le mucose, non vi sono in genere sintomi soggettivi generali e anche il prurito molto spesso è assente o di modesta entità, anche se in casi di forme estese è stato descritto un prurito importante. La durata della malattia è generalmente di tre-quattro settimane, con risoluzione spontanea ed esito in lieve desquamazione; nei soggetti di pelle più scura si può osservare una iperpigmentazione residua. Sono descritti in singoli casi decorsi di maggiore durata (fino a quattro mesi). La malattia non ricade; è rara

prima del primo anno di vita e dopo la pubertà. Lo spettro degli agenti infettivi correlati con la sindrome di Crosti-Gianotti è influenzato dai fattori epidemiologici di distribuzione delle infezioni virali, in Italia e nei Paesi occidentali, conseguenza del declino delle for-

me HbsAg positive in seguito alla vaccinazione specifica; attualmente l'etiologia di tale sindrome è per lo più correlata alle infezioni da Coxsackie, Enterovirus, Adenovirus, Parvovirus B19, Citomegalovirus, Rotavirus, Virus respiratorio sinciziale, Parainfluenza virus 1/2, Herpes virus 6. Tra questi, il virus più frequentemente correlato alla sindrome è quello di Epstein-Barr. Sono segnalati, inoltre, casi correlati a recenti vaccinazioni (polio, difterite, pertosse, morbillo, parotite, rosolia e influenza). Non vi sono dati precisi sulla patogenesi, sebbene il rapporto con una virosi o una vaccinazione recenti e le caratteristiche dell'infiltrato infiammatorio suggeriscano un meccanismo di ipersensibilità di tipo ritardato. D. non ha richiesto alcun trattamento specifico, ma è stato sufficiente seguire l'evoluzione clinica. L'acrodermatite papulosa non richiede infatti alcun trattamento, anche se, poiché si tratta di una patologia che può avere una espressività marcata e un'ampia estensione sulla cute, può essere fonte di preoccupazione nei genitori, soprattutto se accompagnata a prurito. È importante pertanto spiegarne l'origine e informare sulla possibilità anche di una lunga durata; qualora sia presente prurito, è utile una terapia sintomatica (antistaminici); nel caso si sospetti una origine frizionale esogena (papule non arrossate, limitate solo nelle sedi esposte al contatto, stagione, ricorrenza, abitudine a giochi a rischio) devono essere impartiti consigli per evitare il trauma frizzionale e devono essere prescritte creme emollienti. Nel caso si decida di ricercare l'etiologia virale, questa dovrà essere ampia e includere sempre il virus di Epstein-Barr, decisamente il più frequente in età infantile.



### Bibliografia di riferimento

- Caputo R, Gelmetti C, Ermacora E, Gianni E, Silvestri A. Gianotti-Crosti syndrome: a retrospective analysis of 308 cases. *J Am Acad Dermatol* 1992; 26:207-10.
- Hofmann B, Schuppe HC, Adams O, Lenard HG, Lehmann P, Ruzicka T. Gianotti-Crosti syndrome associated with Epstein-Barr virus infection. *Pediatr Dermatol* 1997;14:273-7.
- Patrizi A, Di Lernia V, Ricci G, Masi M, Varotti C. Papular and papulovesicular acrolocated eruptions and viral infections. *Pediatr Dermatol* 1990;7: 22-6.
- Velangi SS, Tidman MJ. Gianotti-Crosti syndrome after measles, mumps and rubella vaccination. *Br J Dermatol* 1998;139:1122-3.