

Chiara (due anni) viene condotta in ambulatorio perché presenta una tumefazione al braccio destro, in sede epitrocleare, di consistenza molle, con dimensioni di circa 5 x 3 cm, insorta da circa venti giorni (Figura 1).

La cute sovrastante la lesione appare eritematosa. L'anamnesi risulta negativa per trauma della regione e per penetrazione del corpo estraneo; un'ecografia eseguita nei giorni precedenti dimostra «area ipoanecoide di 3,97 x 1,09 cm, al cui interno si apprezzano 4 conca-merazioni periarticolari, sottofasciali, di dimensioni differenti» e conclude per «probabile raccolta organizzata e a contenuto disomogeneo» (Figura 2). Non sono stati eseguiti esami di laboratorio.

La lesione è molto suggestiva per una malattia da graffio di gatto, in parziale contrasto con l'evoluzione francamente suppurativa della linfadenopatia. La madre conferma il contatto, circa un mese prima, con 6 gattini, e descrive la caratteristica evoluzione della lesione prima vescicolare, poi crostosa e, infine, escoriativa.



Figura 1. L'adenoflemone.

Un linfonodo suppurato

D. CIMINO, N.R. LUCINI, S. GANGAROSSA
Associazione Culturale Pediatri, Ragusa

La piccola era trattata con terapia antibiotica (azitromicina 10 mg/kg/die per 3 giorni, seguita da ceftriaxone 50 mg/kg/die per 7 giorni), senza alcun miglioramento clinico.

All'esame obiettivo la piccola appare in buone condizioni generali, temperatura 36,6 °C, non sono presenti altre localizzazioni linfonodali né epatosplenome-

galia. La tumefazione presenta tutte le caratteristiche semiologiche dell'ascesso freddo (tumefazione fluttuante, pastosa, con scarsa tendenza alla colliquazione).

Un esame clinico più accurato metterà però in evidenza sul dorso della mano destra una piccola lesione granulomatosa, escoriata al centro (Figura 3).

Un ulteriore tentativo terapeutico con rifampicina alla dose di 10 mg/kg/die non riesce a far regredire l'ascesso che per le dimensioni raggiunte richiede l'in-

tervento chirurgico, che risulterà a un tempo diagnostico e curativo.

L'esame istologico confermerà la diagnosi di malattia da graffio di gatto.

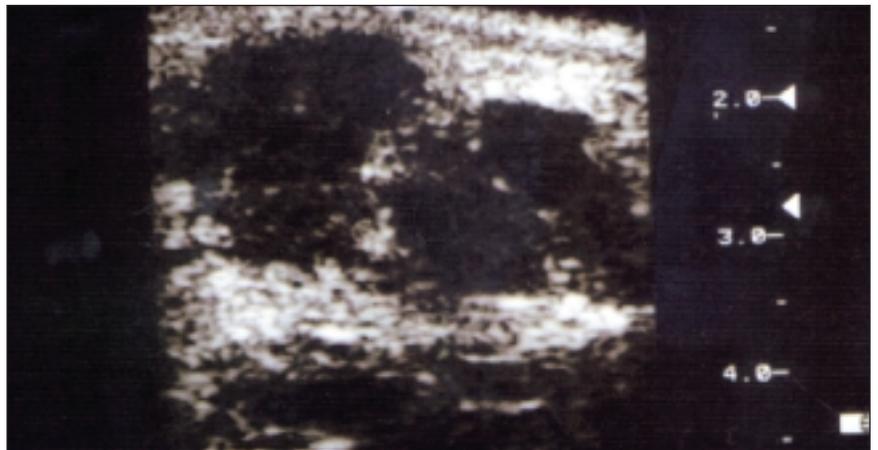


Figura 2. Il quadro ecografico.



Figura 3. La lesione alla mano.

Una bambina di sette anni, L.L., viene alla nostra osservazione in seguito alla comparsa, da cinque giorni, di una tumefazione angolo-mandibolare destra delle dimensioni di una noce.

Da due giorni, inoltre, si riscontravano lesioni nodulari multiple, dolenti, con cute sovrastante arrossata, localizzate alla superficie estensoria delle gambe e ascrivibili a un quadro di eritema nodoso. Gli esami di laboratorio evidenziavano: GB 7400; formula leucocitaria: neutrofili 38%; linfociti 45%; LUC 4.0%;

Eritema nodoso e linfadenite laterocervicale

MICHELE PORRELLO
Azienda Ospedaliera di Sciacca (Agrigento)

Hb 11,8 mg/dl; MCV 74; PTL 360.000; TAS 230; VES 43; PCR 0.80; GOT 27; GPT 17; prove di coagulazione nella

norma. Mantoux negativa, IgM *Toxoplasma*, EBNA, CMV, anticorpi antinucleo e anti-DNA negativi.

Dall'anamnesi si evidenziava il contatto con un gattino presente in casa, anche se la bambina non riportava evidenza di graffi o morsi da parte dell'animale.

Si eseguiva dosaggio degli anticorpi anti-*Bartonella henselae* che evidenziavano: IgM positive; IgG 1:128.

Si osservava la riduzione della tumefazione linfoghiandolare in due settimane, e la scomparsa dell'eritema nodoso in un mese.

La malattia da graffio di gatto (MGG) è una malattia a decorso generalmente benigno, caratterizzata, nella sua forma tipica, da linfadenopatia, spontaneamente risolutiva, localizzata nella regione che drena la sede di una lesione cutanea, provocata (solitamente) dal graffio di un gatto.

Il microrganismo responsabile della MGG è la *Bartonella henselae*, un bacillo Gram-negativo.

Le sedi preferenziali della linfadenopatia sono l'ascella e il collo.

L'evoluzione dei linfonodi interessati è verso la guarigione in alcune settimane o mesi o verso la suppurazione nel 10% dei casi.

Una piccola percentuale dei pazienti (3%) può presentare manifestazioni atipiche della malattia con interessamento a carico di singoli apparati quali il SNC (encefalite), il polmone (polmonite atipica), l'osso (lesioni osteolitiche), l'occhio



Figura 1. Eritema nodoso in corso di infezione da *Bartonella henselae*.

(sindrome oculoghiandolare di Parinaud) o la cute (eritema nodoso, eritema marginato).

La MGG è una malattia a decorso benigno e il trattamento è generalmente asintomatico. Nel paziente immunocompetente, nessun trattamento antibatterico è solitamente richiesto. L'antibiotico-terapia viene riservata alle forme di maggiore severità.

I farmaci indicati sono la rifampicina, il cotrimossazolo o la claritromicina.

Bibliografia

- Carithers HA. Cat-scratch disease. An overview based on a study of 1200 patients. *Am J Dis Child* 1985;139:1124.
Boyer KM. *Bartonella* (Cat-scratch disease). In: Feigin RD and Cherry JD (eds), *Textbook of Pediatrics Infectious Diseases*. WB Saunders Co, 1998:1512-7.
Karpathios T, Golpinos C. Cat-scratch disease in Greece. *Arch Dis Child* 1998;78:64-6.

