

UN'INFEZIONE AL DITO CHE STENTA A GUARIRE

FRANCESCO MASSEI

Clinica Pediatrica I, Ospedale "S. Chiara", Università di Pisa

Francesco, 8 mesi, da circa due settimane presenta un'infezione a carico del III dito della mano destra; il quadro clinico era inizialmente caratterizzato da lesioni vescicolose a contenuto limpido, che nei giorni successivi erano divenute di aspetto torbido, a contenuto simil-purulento.

Il curante aveva iniziato un trattamento antibiotico, sia locale (muporicina) che generale (amoxicillina-acido clavulanico), senza però alcun miglioramento.

Il bambino non accusava né dolore locale né febbre, ma la persistenza delle lesioni inducono il curante a richiedere una consulenza presso il nostro ambulatorio.

Francesco appare in ottime condizioni generali; a livello della falange distale del III dito della mano destra, in corrispondenza della superficie dorsale e della regione del polpastrello, subito sotto l'unghia, si apprezzano lesioni vescicolo-bollose, a contenuto torbido, purisimile, con alone rosso-scuro (Figura 1, 2, 3). Il bambino non accusa dolore, e la palpazione locale non evoca dolorabilità, né consente di apprezzare un aumento della temperatura locale. Sono presenti inoltre, edema dell'intero dito e altre lesioni vescicolose localizzate tra il I e il II dito della mano destra (Figura 4). Eseguiamo un prelievo ematico e una aspirazione con ago sottile del contenuto liquido di una delle bolle a scopo diagnostico e consigliamo di sospendere qualsiasi trattamento, sia locale che generale.

Rivediamo Francesco a distanza di una settimana.

Le lesioni a livello delle dita della mano destra sono in miglioramento; si osserva infatti una tendenza alla guarigione, con desquamazione lamellare, essiccamento e crostificazione (Figura 5). La lesione vescicolosa, a contenuto limpido, tra I e II dito della mano destra, appare invariata (Figura 6). Le indagini sierologiche mostrano sieroconversione IgM per Herpes simplex e le ricerche con tecnica PCR sul liquido prelevato dalla bolla confermano la presenza di DNA del medesimo virus.

Si tratta perciò di una infezione virale (patereccio erpetico), la cui evoluzione, anche se lenta, è necessariamente benigna, verso una spontanea guarigione.

A un successivo controllo, dopo un'altra

settimana, il quadro appare in ulteriore miglioramento, come mostrato nella Figura 7.

A distanza di circa quaranta giorni dai primi sintomi Francesco è completamente guarito.

Il quadro clinico presentato dal nostro paziente è quello di una infezione scarsamente conosciuta, probabilmente perché sottodiagnosticata, denominata "patereccio virale o erpetico".

Una recente review della letteratura¹ ha puntualizzato le caratteristiche cliniche di questa affezione benigna, a decorso spontaneamente risolutivo, anche se in tempi talora lunghi (3-4 settimane).

Il "patereccio virale o erpetico" (*herpetic whitlow*) è la più comune manifestazione cutanea dell'infezione erpetica nei bambini, ed è causata dai virus *Herpes simplex* tipo 1 o 2. Descritta la prima volta nel 1909 da Adamson in due bambini con concomitante *Herpes labialis*², è caratterizzata dalla comparsa di lesioni vescicolo-bollose, eritematose, asintomatiche, localizzate prevalentemente a livello delle falangi distali (69%), del pollice (21%) e me-



Figura 1. Lesioni vescicolo-bollose a livello della superficie dorsale della falange distale del III dito della mano destra, in sede periungueale, con alone infiammatorio; si nota l'edema del dito.



Figura 2. Bolle a contenuto simil-purulento, a livello della cute del polpastrello del II dito della mano destra.



Figura 3. Lesioni vescicolo-bollose a contenuto "torbido" purisimile, con alone eritematoso ed edema infiammatorio di tutto il dito.



Figura 4. Lesione vescicolosa con alone infiammatorio a livello della regione interdigitale tra il I e il II dito della mano destra.



Figura 5. Tendenza alla guarigione con desquamazione lamellare, essiccamento e crostificazione delle lesioni; persiste l'edema del dito.



Figura 6. Lesione vescicolosa tra il I e il II dito della mano destra.



Figura 7. Ulteriore miglioramento della lesione.

PATERECCIO VIRALE: CARATTERISTICHE EZIOPATOGENETICHE E CLINICHE

EZIOLOGIA	HSV tipo 1 o 2
FREQUENZA	Rara: descritta la prima volta nel 1909 in due bambini con associato <i>Herpes labialis</i> . Da allora 42 casi riportati in letteratura (72% < 2 anni); spesso sottodiagnosticata, perché poco conosciuta
PATOGENESI	Secondaria per lo più a gengivostomatite erpetica, <i>Herpes labialis</i> o genitale: autoinoculazione o contatto
ETÀ	Prevale nei bambini (< 2 anni) e nei soggetti giovani
SEDI	Mani (falangi distali delle dita, pollice, palmo), piedi
CARATTERISTICHE CLINICHE	Vescicole di tipo infiammatorio a contenuto chiaro nelle fasi iniziali, poi (dopo 1 settimana) più torbido, per la presenza di leucociti e detriti cellulari Scarsi o assenti segni di flogosi (dolore, bruciore e calore); presenza di edema locale ed eritema "rosso-cupo" Raramente linfadenite satellite e/o linfoangite Segni generali assenti; talora febbricola e malessere
DECORSO	Self-limited nel giro di circa tre settimane. Frequenti recidive
DIAGNOSI	Aspirazione con ago sottile delle lesioni per indagini colturali e/o di biologia molecolare (PCR)
DIAGNOSI DIFFERENZIALE	Con il classico "giradito"
TERAPIA	Per lo più sintomatica. Nessuna risposta al trattamento antibiotico. Nessuna efficacia dell'aciclovir topico. Talora (forme multifocali o stato di immunodepressione) può essere indicato l'aciclovir per via endovenosa
COMPLICANZE	Superinfezione da <i>Staphylococcus aureus</i> ed encefalite (dopo incisione chirurgica) e cheratite erpetica. Evitare l'incisione chirurgica

Tabella I

no comunemente del palmo delle mani. Alcune situazioni cliniche³ favoriscono la comparsa del pateruccio erpetico: la gengivostomatite erpetica del bambino, con autoinoculazione del virus a livello delle dita delle mani, il contatto con adulti infetti, la presenza di lesioni erpetiche a livello dei genitali, alcune professioni (dentisti, te-

rapisti respiratori, personale infermieristico e medico che vengono a contatto con le secrezioni del cavo orale), e infine gli atleti di sport con importante contatto fisico (rugby, wrestling), che possono sviluppare queste lesioni a carico non solo delle mani, ma anche del collo, del tronco, dei piedi e degli occhi. Nel nostro caso non era

presente una gengivostomatite erpetica, ma il bambino aveva probabilmente contratto l'infezione erpetica dal fratellino, che aveva presentato una stomatite vescicolo-bollosa.

Per il colore bianco-giallastro delle bolle (dovuto alla presenza di detriti cellulari necrotici) e per la presenza di edema e di eritema, le lesioni sono frequentemente confuse con il "pateruccio batterico" o "giradito", per cui vengono trattate con antibiotici o sottoposte a incisione e drenaggio chirurgico, controindicato e spesso dannoso (superinfezione da *Staphylococcus aureus*, encefalite dopo incisione chirurgica). È invece indicata, puramente a scopo diagnostico, un'aspirazione con ago sottile. Raramente si associano linfoadenopatia e/o linfoangite. Le lesioni sono autolimitanti, anche se lentamente (3-4 settimane), per cui non è necessario, tranne in condizioni particolari (forme multifocali o in soggetti immunocompromessi), alcun trattamento specifico, come l'aciclovir per via endovenosa¹, dal momento che una terapia topica è del tutto inefficace.

Le caratteristiche cliniche del pateruccio erpetico e gli aspetti diagnostico-differenziali nei confronti del classico giradito di natura batterica sono riassunti nelle *Tabella I* e *II*.

Bibliografia

1. Szinnai G, Schaad UB, Henninger U. Multiple herpetic whitlow lesions in a 4-year-old girl: case report and review of the literature. *Eur J Pediatr* 2001;160:528-33.
2. Adamson HG. Herpes febrilis attacking the fingers. *Br J Dermatol* 1999;21:323-4.
3. Kohl S. Herpes Simplex Virus. In: Feigin RD, Cherry JD (Eds). *Textbook of Pediatric Infectious Diseases*. WB Saunders Co, 1998:1710.

ASPETTI DI DIAGNOSTICA DIFFERENZIALE TRA PATERECCIO VIRALE E BATTERICO

	Pateruccio virale	Pateruccio batterico
Dolore, calore, eritema	Scarsi o assenti	Presenti
Caratteristiche delle vescicole	Inizialmente a contenuto chiaro	Fin dall'inizio di aspetto torbido
Evoluzione	Self-limited	Condizionata dagli antibiotici
Terapia antibiotica	Non efficace	Efficace

Tabella II