

I POSTER DEGLI SPECIALIZZANDI

VARICELLA... E COMPLICANZE

Antonio Giacomo Grasso*, Lorenzo Mambelli

Ospedale “Santa Maria delle Croci”, Ravenna

**Scuola di Specializzazione in Pediatria, Università di Trieste*

Indirizzo per corrispondenza: antoniograsso@gmail.com

Una bambina di 6 mesi viene inviata in ospedale dal pediatra di famiglia per febbre (max 38,5 °C) e comparsa di lesioni vescicolari al torace e agli arti superiori. È in buone condizioni generali. Viene posta diagnosi di varicella e inviata a domicilio con la prescrizione di sintomatici per la febbre. I genitori giungono in Pronto Soccorso due giorni dopo per la progressione delle lesioni vescicolari e per la comparsa di un edema duro al secondo dito della mano destra (*Figura 1*), secondario, dalla storia riferita dalla famiglia, a un trauma durante il gioco con la sorellina. Viene esclusa una frattura con l'esame radiografico e la bambina viene reinviata a domicilio. Torna due giorni dopo per persistenza e progressione della tumefazione alla base del dito e in regione palmare, comparsa di importante irritabilità (è intoccabile), inappetenza e persistenza della febbre con un quadro cutaneo di varicella in fase crostosa. Viene trattenuta in Osservazione e nella notte si osserva comparsa dell'edema anche a carico della mano sinistra. Gli esami ematici mostrano una leucocitosi (GB 22.220/mm³ con 13.550/mm³ neutrofili) e un aumento della PCR (57,2 mg/l).



Figura 1. Edema duro sul secondo dito della mano destra.

L'ecografia dei tessuti molli esclude un interessamento delle fasce tendinee e la conseguente necessità di incisio-

ne e drenaggio della lesione. Viene eseguita l'emocoltura e avviata terapia antidolorifica (la bambina è molto sofferente) e antibiotica empirica per cellulite con ceftriaxone e clindamicina. Il giorno successivo all'avvio della terapia si assiste a miglioramento clinico con scomparsa della febbre. L'emocoltura è risultata positiva per *Streptococcus pyogenes* gruppo A. Nei giorni seguenti si è assistito a un miglioramento progressivo della tumefazione coerentemente alla buona risposta alla terapia antibiotica, fino alla sua quasi completa scomparsa dopo sette giorni di terapia endovena con negativizzazione degli indici di flogosi e normalizzazione dell'emocromo.

La bambina è stata dimessa con terapia antibiotica orale fino al completamento dei 14 giorni di terapia. Una rivalutazione nei giorni successivi ha evidenziato una regressione ma non la completa scomparsa della tumefazione (persistenza di un edema duro) con desquamazione della stessa. A distanza di un mese la bambina non presenta una retrazione delle dita interessate delle mani, ma ha una limitazione funzionale nella flessione con sensibilità apparentemente conservata. Dovrà eseguire, dopo un breve periodo di ulteriore attesa con programma fisioterapico, una rivalutazione di immagini (RM) per escludere un interessamento tendineo e/o delle fasce muscolari.

La sovrainfezione batterica delle lesioni cutanee è una complicanza nota della varicella: in particolare la presenza di infezioni invasive da streptococco di tipo A viene preceduta dalla varicella nel 20% delle manifestazioni cellulitiche e nell'83% di quelle fascitiche e può arrivare a essere un'infezione estremamente severa con una mortalità nel 2% dei casi (Tapiainen T, et al. *Pediatr Infect Dis J* 2016;35(2):123-8). L'associazione fra le infezioni da iGAS (*invasive Group A Streptococcus*) e la varicella va conosciuta e riconosciuta al fine di avviare precocemente la terapia e rappresenta un ulteriore motivo per consigliare l'immunizzazione vaccinale.