

I POSTER DEGLI SPECIALIZZANDI

ERITEMA NODOSO: QUANDO LA CUTE DIVENTA UNA SPIA...

Mariasole Conte

Scuola di Specializzazione in Pediatria, Università di Trieste

Indirizzo per corrispondenza: mariasoleconte@gmail.com

La storia di questa bambina di 22 mesi inizia verso gli 8 mesi di vita, epoca in cui la piccola aveva iniziato a presentare sangue rosso vivo e muco nelle feci e tendenza ad alvo diarroico. Il problema veniva inizialmente interpretato come secondario a ragade anale. A 9 mesi di vita si eseguivano però i prick test: per riscontro di positività per β -lattoglobulina si ipotizzava che le scariche diarroiche fossero secondarie a intolleranza alle proteine del latte vaccino. Si escludeva quindi il latte vaccino dalla dieta, eliminazione che però non aveva portato alcuna modifica delle caratteristiche dell'alvo.

Andando a valutare con attenzione la curva di crescita emergeva però in maniera preponderante una deflessione (in particolare a partire dai 12 mesi di vita) della curva di crescita sia ponderale (dal 75° al 50° percentile) che staturale (dal 50° al 25° percentile). Nella storia della bambina, a 16 mesi di vita, si inserisce anche un episodio di febbre associato a diarrea muco-ematica: il quadro clinico e gli esami ematici che evidenziavano un aumento degli indici di flogosi (PCR 5,6 mg/dl e VES 45 mm/h), venivano interpretati inizialmente come gastroenterite virale. A 22 mesi di vita la bimba però si presenta per la comparsa di un nodulo dolente iperemico a localizzazione pretibiale associato al rifiuto a deambulare, nodulo suggestivo per **eritema nodoso** (Figura 1).

Non si evidenziava alcuna storia di trauma né alcuna somministrazione di farmaci, veniva inoltre escluso un potenziale contatto con soggetti affetti da tubercolosi (test Mantoux, risultato negativo). Gli esami ematici eseguiti in concomitanza evidenziavano uno spiccato aumento degli indici di flogosi (PCR 209 mg/l, VES 55 mm/h), leucocitosi neutrofila (GB 29.220/mm³, N 15.890/mm³), piastrinosi (PLT 857.000/mm³) e lieve anemia microcitica (Hb 9,8 g/dl, MCV 64). Inevitabile procedere quindi all'ecografia dell'addome, con riscontro di uno spessore della parete del colon ascendente aumentato. Una succes-

siva colonscopia rivelava lungo tutto il colon lesioni ulcerative profonde, serpiginose, con essudato purulento e anche alcune piccole lesioni all'ileo con mucosa edematosa, alterazioni compatibili con **malattia di Crohn**.



Figura 1. Nodulo dolente iperemico a localizzazione pretibiale.

Visto l'esordio precoce della malattia infiammatoria intestinale sono state avviate le dovute indagini genetiche. La gravità del quadro endoscopico ha imposto l'avvio della terapia immunosoppressiva con prednisone, associando fin da subito l'azatioprina.

Un caso interessante di lesione cutanea che diventa spia di un processo sistemico: l'eritema nodoso.

L'eritema nodoso rappresenta la manifestazione cutanea più comune nelle persone con malattia infiammatoria intestinale (si verifica in circa il 10%-15% dei casi) in particolare in quelli con malattia di Crohn e può comparire anche nelle forme di malattia infiammatoria cronica intestinale a esordio precoce, come nel caso presentato.