

MeB - Pagine Elettroniche

Volume XXVII

Dicembre 2024

numero 10

I POSTER DEGLI SPECIALIZZANDI

UNA TROMBOCITOPENIA ASSOCIATA ALLA SCABBIA IN UN NEONATO: CASO CLINICO E REVISIONE DELLA LETTERATURA

Giulia La Malfa

UO di Malattie Infettive, Ospedale dei Bambini "G. Di Cristina", ARNAS CIVICO, Università di Palermo

Indirizzo per corrispondenza: giulilm98@gmail.com

La **scabbia** è un'infestazione causata dalla penetrazione e dalla migrazione nell'epidermide dell'acaro *Sarcoptes scabiei hominis* femmina gravida. Ogni anno si verificano circa 300 milioni di nuovi casi nel mondo, con elevata prevalenza in alcune aree geografiche come l'America Centrale (con prevalenza fino al 90-100% in alcuni villaggi) e l'Australia, soprattutto tra le popolazioni aborigene (circa il 50%). È comune nei Paesi a risorse limitate, nei pazienti immunocompromessi e negli individui con scarsa igiene personale. Nel neonato, le infezioni da scabbia si manifestano tipicamente come eruzioni nodulari che coinvolgono il viso, il collo, il cuoio capelluto, i palmi delle mani e le piante dei piedi, in contrasto con il coinvolgimento predominante di mani, polsi, gomiti e caviglie negli adulti. La vasta gamma di diagnosi differenziali per le eruzioni nodulari nei neonati spesso porta a valutazioni errate, scambiando la scabbia per altre condizioni.

CASO CLINICO

Neonato di un mese senza significativa storia medica, nato a termine tramite parto cesareo con un peso alla nascita di 3.160 g. Presenta lesioni maculopapulari agli arti e nelle pieghe cutanee, comparse circa tre settimane prima. Dopo consulenza dermatologica è stata avviata una terapia topica con acido fusidico e betametasona per sette giorni. Tuttavia, a causa della persistenza dei sintomi e della diffusione delle lesioni al tronco, il bambino è stato successivamente ricoverato ed è stata avviata una terapia antibiotica con amoxicillina-clavulanato per quattro giorni. L'insuccesso nella risoluzione clinica ha determinato una nuova consulenza dermatologica che ha portato alla diagnosi di scabbia e all'inizio della terapia con permetrina. Contestualmente al ricovero, gli esami di laboratorio hanno rivelato **anemia** e **piastrinopenia** ($62.000/\text{mm}^3$), che hanno motivato il trasferimento nella nostra Unità per ulteriori valutazioni e trattamenti.

All'ammissione, il bambino pesava 4,630 kg e presentava manifestazioni cutanee compatibili con la scabbia

infantile su tutto il corpo (*Figura 1*), con lesioni meno pronunciate sul dorso e sul viso.



Figura 1. Lesioni osservate in un neonato all'ammissione presso il Centro.

L'emocromo ha mostrato un conteggio dei globuli bianchi di $9.150/\mu\text{l}$ (con il 20,7% di neutrofili, il 64,6% di linfociti, il 6,9% di monociti, il 7,7% di eosinofili; Hb 8,7 g/dl, MCV 79,2 fl, MCH 28,6 pg, MCHC 36,2 g/dl, reticolociti 4,82% e piastrine $48.500/\text{mm}^3$). È stata avviata una terapia empirica di trattamento topico con permetrina e in considerazione di una parziale risposta clinica è stata somministrato un preparato galenico al 10% di benzil benzoato. La diagnosi clinica della scabbia è stata confermata dall'osservazione dell'acaro attraverso esame microbiologico (*Figura 2*).

I successivi esami hanno mostrato un aumento del conteggio dei globuli bianchi ($11.530/\mu\text{l}$), un conteggio delle piastrine stabile ($60.500/\text{mm}^3$) e un livello di Hb di 8,9 g/dl. A distanza di pochi giorni è stata osservata una diminuzione del conteggio dei globuli bianchi ($8.490/\mu\text{l}$), mentre le piastrine sono rimaste stabili ($54.500/\text{mm}^3$) e i livelli di Hb sono diminuiti a 8,1 g/dl. La sierologia per IgG del citomegalovirus e IgM del VCA di Epstein-Barr è risultata

negativa, mentre IgG ed EBNA IgG sono risultate positive. Un ulteriore monitoraggio ha mostrato una **citopenia bili-neare** persistente, con livelli di Hb a 8,4 g/dl e piastrine a 45.500/mm³, insieme a un aumento del conteggio dei linfociti (11.600/ μ l).

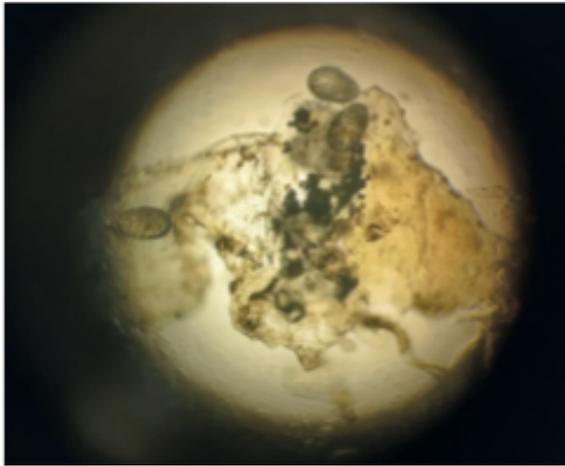


Figura 2. Vista microscopica delle uova di *Sarcoptes scabiei*, l'agente eziologico della scabbia, ingrandite al microscopio.

È stata richiesta una consulenza ematologica e l'aspirazione del midollo osseo ha rivelato un'iper cellularità, senza evidenza di patologia neoplastica, causante la citopenia persistente. Successivamente gli esami hanno mostrato un continuo miglioramento, con livelli di Hb a 8,5 g/dl e piastrine a 162.000/mm³, indicando una risoluzione concomitante della trombocitopenia insieme al miglioramento dermatologico. L'eosinofilia è persistita. Le successive visite di follow-up hanno mostrato conteggi delle piastrine di 250.000/mm³ e 311.000/mm³, indicando una remissione completa della trombocitopenia e dei sintomi clinici, con persistente anemia (Hb 8,5 g/dl).

DISCUSSIONE

La diagnosi di una dermatosi pustolosa che si verifica durante i primi mesi di vita si basa generalmente su reperti clinici. Tuttavia, alcuni casi possono richiedere semplici indagini, tra cui l'esame microscopico del contenuto pustoloso, le colture e le biopsie cutanee. I principali tipi benigni transitori di pustolosi neonatali includono l'eritema tossico neonatorum, l'acro pustolosi infantile, la melanosi pustolosa neonatale transitoria e l'acne neonatale. Le cause più comuni di lesioni cutanee pustolose infettive includono infezioni batteriche, che possono essere inizialmente localizzate (*Staphylococcus aureus*) o setticemiche (con *Listeria monocytogenes* come principale agente causativo); infezioni virali (herpes simplex, varicella-zoster e infezioni da citomegalovirus); infezioni fungine (candidosi); o disturbi parassitari (scabbia)^{1,2}.

La scabbia contratta durante il periodo neonatale mostra un modello clinico distintivo che differisce significativamente dalle manifestazioni osservate in individui più anziani. Il coinvolgimento di viso, collo, cuoio capelluto, palmi delle mani e piante dei piedi è una scoperta frequente, così come la tendenza di queste lesioni a formare pustole all'inizio del corso dell'infestazione. La scarsa alimentazione e la mancata acquisizione di peso in modo appropriato sono anche caratteristiche distintive. Le lesioni cutanee comprendono papule eritematose, croste nodulari e pustole. La possibilità di scabbia dovrebbe essere presa in considerazione per ogni neonato che presenta tali segni.

È consigliabile ottenere prelievi da siti multipli per confermare la diagnosi.

La letteratura fa riferimento a sette casi di neonati e bambini che hanno sviluppato solchi infiammati e noduli all'inizio del corso, il che non è tipico dell'eruzione osservata in bambini più grandi e adulti³.

La nostra ipotesi sulla correlazione tra scabbia e trombocitopenia è derivata dall'insorgenza acuta (escludendo un quadro di disfunzione piastrinica, più tipicamente associato a un esordio graduale), dalla risoluzione concomitante con la condizione dermatologica e dall'esclusione di patologia neoplastica o emoglobinuria parossistica notturna, considerando una concomitante anemia. Si può pertanto ipotizzare una natura immuno-mediata innescata da *Sarcoptes scabiei*, l'agente eziologico della scabbia.

Due casi riportati nella letteratura descrivono la scabbia associata a trombocitopenia persistente durante il corso della malattia, che, come nel nostro caso, ha orientato l'attenzione verso altre ipotesi, evidenziando la complessità della diagnosi. Il primo caso riportato è simile a quello osservato nel nostro ospedale in termini di evoluzione clinica, trattamento avviato ed età del paziente⁴. La successiva normalizzazione dei valori piastrinici dopo il trattamento con un secondo ciclo di permetrina ha confermato la diagnosi iniziale.

Un altro articolo nella letteratura fa riferimento anche alla correlazione tra patologia dermatologica e trombocitopenia, aprendo la possibilità a nuove ipotesi patogenetiche per la trombocitopenia stessa⁵.

Il trattamento sincronizzato dei pazienti e dei loro contatti stretti è essenziale per il successo della terapia, dato che i tassi di ricaduta sono 2-3 volte più alti nei bambini e nei neonati. Le complicazioni note della scabbia comunemente derivano da infezioni secondarie, tra cui impetigine, cellulite e, nei casi gravi, glomerulonefrite e febbre reumatica.

Questo caso evidenzia l'associazione tra scabbia e trombocitopenia incidentale, confermata durante il follow-up concomitante alla manifestazione dermatologica della malattia. La risoluzione della trombocitopenia è coincisa con il trattamento efficace della condizione dermatologica.

Il monitoraggio della trombocitopenia, in considerazione di una nota associazione con la scabbia, insieme alla

sua risoluzione dopo il trattamento, potrebbe indicare la non necessità di ulteriori procedure investigative invasive come la biopsia del midollo osseo.

CONCLUSIONI

In conclusione, il caso illustra la complessità della scabbia nei neonati, che coinvolge sia aspetti dermatologici che ematologici. La presentazione atipica può anche portare a una diagnosi errata, sottolineando l'importanza di valutazioni approfondite e di una diagnosi accurata per garantire un trattamento adeguato. Questo sottolinea la necessità per gli operatori sanitari di mantenere un alto indice di sospetto per la scabbia, in particolare nei neonati e nei bambini che presentano manifestazioni dermatologiche insolite.

Inoltre, la correlazione tra scabbia e trombocitopenia mette in evidenza la necessità di ulteriori ricerche sui meccanismi fisiopatologici sottostanti e sulle possibili risposte immunitarie mediate da *Sarcoptes scabiei*.

In definitiva, sensibilizzare sull'ampia varietà di presentazioni cliniche della scabbia nei pazienti pediatrici è cruciale per una diagnosi tempestiva e una gestione

efficace, prevenendo così potenziali complicazioni e migliorando gli esiti clinici dei pazienti.

BIBLIOGRAFIA

- [1] Kim D, Teng J. Scabies infection in a neonate. *J Pediatr* 2014;165(6):1266-1266.e1. DOI: 10.1016/j.jpeds.2014.07.061.
- [2] Van Praag MC, Van Rooij RW, Folkers E, Spritzer R, Menke HE, Oranje AP. Diagnosis and treatment of pustular disorders in the neonate. *Pediatr Dermatol* 1997;14(2):131-43. DOI: 10.1111/j.1525-1470.1997.tb00221.x.
- [3] Hill TA, Cohen B. Scabies in babies. *Pediatr Dermatol* 2017;34(6):690-4. DOI: 10.1111/pde.13255.
- [4] Guerri S, Cappellaro E, Contratti M, et al. Un segno dei tempi che cambiano: scabbia neonatale [A sign of the changing times: neonatal scabies]. *Minerva Pediatr* 2010;62(3):329-32. Italian.
- [5] DeLeon SD, Melson SC, Yates AB. Crawling Toward a Diagnosis: Vesicles and Thrombocytopenia in a Neonate. *Hosp Pediatr* 2015;5(10):555-7. DOI: 10.1542/hpeds.2015-0045.