

MeB - Pagine Elettroniche

Volume XXVIII

Ottobre 2025

numero 8

I POSTER DEGLI SPECIALIZZANDI

È VIOLA MA NON FA PAURA: L'ORTICARIA MULTIFORME POST-INFETTIVA

Silvia Casali¹, Eleonora Bellini¹, Alessandro Rocca², Laura Andreozzi³, Marcello Lanari^{2,3}

¹Scuola di Specializzazione in Pediatria, Alma Mater Studiorum - Università di Bologna

²UO di Pediatria d'Urgenza, Pronto Soccorso Pediatrico e Osservazione Breve Intensiva, IRCCS Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna

³Dipartimento di Scienze Mediche e Chirurgiche, Alma Mater Studiorum - Università di Bologna

Indirizzo per corrispondenza: silvia.casali10@studio.unibo.it

Si presenta il caso di una bambina di 18 mesi giunta alla nostra osservazione per comparsa di lesioni orticarioidi in corso di terapia con amoxicillina, effettuata nei giorni precedenti per diagnosi clinico-ecografica di consolidamento polmonare durante valutazione presso altro presidio. L'episodio infettivo era caratterizzato da tosse e febbre persistente, con defervescenza avvenuta al 5° giorno di terapia antibiotica, associata a contestuale comparsa del quadro cutaneo. Su indicazione del pediatra di famiglia è stata sospesa la terapia antibiotica e avviata terapia con antistaminico e cortisone, con beneficio iniziale. Tuttavia, la riaccensione delle lesioni ha portato a una nuova valutazione della piccola nel PS Pediatrico del nostro presidio.

L'anamnesi familiare e personale è risultata positiva per atopia (episodi ricorrenti di *wheezing*).

Due settimane prima, la bambina aveva già eseguito un ciclo di amoxicillina per un altro evento infettivo senza reazioni avverse. Condizioni generali discrete; marcata irritabilità, febbre e iperemia del faringe, associate a un quadro cutaneo caratterizzato da edema delle estremità e lesioni cutanee eritemato-pomfoidi, anulari, pruriginose, confluenti, diffuse al volto, arti e tronco, dove predominava un aspetto purpurico con bordo violaceo e centro ecchimotico (Figura).

Gli esami ematici hanno mostrato segni di attivazione linfocitaria con indici di flogosi e parametri biochimici nei limiti di norma. Di fronte a un *rash* purpurico in un bambino febbrile, è doveroso escludere condizioni potenzialmente severe, come vasculiti o reazioni sistemiche da farmaci. Abbiamo quindi eseguito un'attenta diagnosi differenziale fra le principali condizioni dermatologiche che possono mimare un'orticaria para-infettiva.

Data l'età della bambina inferiore ai 24 mesi, è stata inizialmente considerata la malattia di Kawasaki incompleta¹, in quanto il *rash* cutaneo nelle forme non classiche può assumere un aspetto multiforme e possono non esserci

l'edema delle estremità e la febbre. Tuttavia, la negatività degli esami ematici e la defervescenza in meno di 5 giorni, osservata durante il ricovero, in reparto ha orientato il procedimento diagnostico verso altre ipotesi.

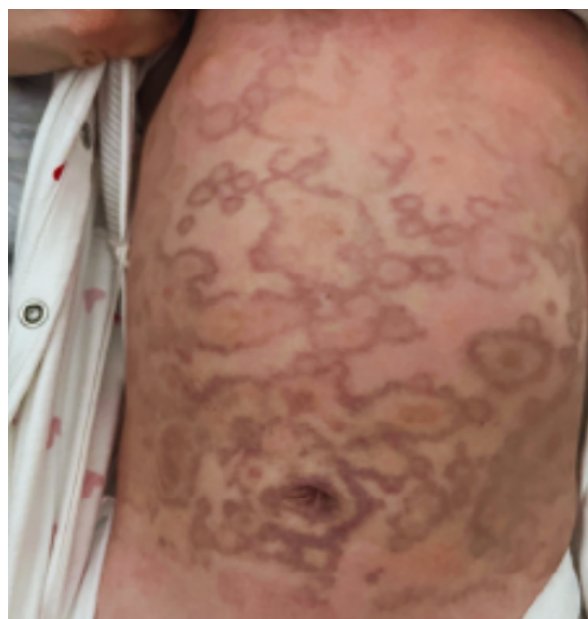


Figura. Lesioni anulari confluenti al tronco.

Poiché le lesioni pomfoidi sul tronco, dall'aspetto anulare e purpureo, apparivano più fisse rispetto ad altre aree e lasciavano un'impronta violacea, è stata considerata l'ipotesi di orticaria vasculitica². La fugacità delle lesioni osservata durante la degenza, l'assenza di sintomi sistemici e la negatività di ANA e complemento, ne hanno però ridotto significativamente la probabilità. Alla luce del mancato coinvolgimento di altri organi e l'età inferiore ai 2 anni della bimba, è stata valutata la possibilità di edema acuto

emorragico del lattante, caratterizzato però da lesioni fisse e distribuite prevalentemente al volto ed estremità. Poiché nel nostro caso il tronco era diffusamente coinvolto e le lesioni variabilmente fugaci, tale condizione è risultata poco probabile. Alla luce della recente esposizione all'amoxicillina e della normalità del complemento, è stata suggerita una reazione simil-malattia da siero³. Tuttavia, la comparsa del quadro cutaneo a distanza di pochi giorni dall'inizio della terapia antibiotica, la precedente assunzione di amoxicillina ben tollerata, la fugacità delle lesioni e l'assenza di artralgie e linfadenopatia, hanno reso poco probabile questa teoria. Fra le reazioni cutanee farmaco-correlate è stata considerata anche la sindrome DRESS (*Drug Reaction with Eosinophilia and Systemic Symptoms*), esclusa per l'assenza di eosinofilia, febbre elevata persistente, linfadenopatia e coinvolgimento sistemico, tutti segni tipici di DRESS e assenti nel nostro caso.

L'aspetto a bersaglio con centro ecchimotico delle lesioni ha portato a considerare l'ipotesi di eritema multiforme, esclusa tuttavia per assente coinvolgimento mucosale e per la transitorietà delle lesioni non evolute in necrosi o vescicole.

L'**orticaria multiforme post-infettiva**⁴ è risultata dunque la diagnosi più probabile, caratterizzata da lesioni orticarioidi anulari o policicliche con alterazioni ecchimotiche transitorie, fugacità delle lesioni con durata inferiore alle 24 ore, angioedema o edema acrale, dermatografismo, incremento degli indici di flogosi non significativo e risposta favorevole ad antistaminico.

Dopo terapia con metilprednisolone e clorfenamina si è infatti assistito a un progressivo miglioramento delle condizioni cliniche generali della piccola, scomparsa della febbre, riduzione dell'irritabilità e del prurito, con contestuale miglioramento del quadro cutaneo: risoluzione dell'edema periferico e riduzione dell'iperemia con una residua componente ecchimotica figurata al tronco, risparmiando volto e arti. Nel sospetto di un *trigger* infettivo, è stato eseguito

un tampone nasale molecolare per virus respiratori, risultato positivo per adenovirus e influenza A. Considerando la negatività del tampone antigenico per influenza A, il patogeno più probabile responsabile del quadro clinico è risultato essere l'adenovirus.

La valutazione specialistica dermatologica ha confermato la diagnosi di orticaria multiforme post-infettiva (variante emorragica) in fase di risoluzione.

CONCLUSIONI

Questo caso sottolinea l'importanza di un'accurata diagnosi differenziale nelle reazioni cutanee pediatriche, riconoscendo che l'orticaria post-infettiva può assumere caratteristiche purpuriche, evitando esami invasivi o trattamenti non necessari. L'osservazione ospedaliera si rende tuttavia utile in caso di condizioni cliniche generali non ottimali e scarsa risposta alla terapia per via orale, per valutare attentamente le lesioni e la loro evoluzione.

BIBLIOGRAFIA

- [1] Conte C, Sogni F, Rigante D, Esposito S. An Update on Reports of Atypical Presentations of Kawasaki Disease and the Recognition of IVIG Non-Responder Children. *Diagnostics* (Basel) 2023;13(8):1441. DOI: 10.3390/diagnostics13081441.
- [2] Mathur AN, Mathes EF. Urticaria mimickers in children. *Dermatol Ther* 2013;26(6):467-75. DOI: 10.1111/dth.12103.
- [3] Minasi D, Manti S, Chiera F, et al. Diagnosi differenziale dell'orticaria acuta del bambino. *Rivista di Immunologia e Allergologia Pediatrica* 2020;34(03):19-30.
- [4] Della Paolera S, Pellegrin MC, Berti I, Barbi E. Orticaria emorragica: eppur si muove. *Medico e Bambino* 2018;37(7):441-4.