

MeB – Pagine Elettroniche

Volume VI

Gennaio 2003

numero 1

PEDIATRIA PER L'OSPEDALE

Le malattie del viaggiatore

a cura di Giorgio Bartolozzi

vai alla parte prima

vai allaparte seconda

DIARREA

Gran parte dei viaggiatori in Paesi in via di sviluppo tornano in patria con diarrea. Fortunatamente la gran parte degli episodi di diarrea si risolve durante il soggiorno o poco dopo il ritorno, spesso grazie all'uso di farmaci antibatterici. Però dal 5 al 10% delle diarree durano due settimane o più, mentre nell'1-3% dei casi la diarrea si prolunga per 4 settimane o più.

Gli agenti infettivi causali sono identificati nel 50-75% delle diarree che durano meno di 2 settimane; mano a mano che la durata della diarrea aumenta, diminuisce la possibilità d'identificare uno specifico agente infettivo, mentre aumenta quella di dimostrare un'infezione parassitica. La *Giardia lamblia*, il *Cryptosporidium parvum*, l'*Entamoeba histolytica* e la *Cyclospora cayentanensis* sono i parassiti più spesso identificati, anche se essi sono identificati solo in un terzo dei soggetti con diarrea cronica (2-4 settimane) e nell'1-5% dei soggetti con diarrea acuta.

Nelle forme di diarrea con sangue va sospettata un'enteropatia invasiva o infiammatoria, se è presente febbre o se nelle feci viene riscontrato un aumento della presenza di leucociti. Un'enteropatia invasiva può presentarsi in poche ore e può complicarsi con infezioni metastatiche o con un'artropatia reattiva o infine con una sindrome di Guillain-Barré associata alla presenza del *Campylobacter jejuni*. In caso di negatività di ogni esame infettivologico, i soggetti con diarrea cronica vanno valutati per una malattia infiammatoria cronica dell'intestino o per processi espansivi.

La diarrea prolungata con malassorbimento deve far pensare ad una malattia protozoaria del tenue (specialmente all'infezione da *Giardia lamblia*) e alla sprue tropicale. Sebbene anatomo-patologicamente indistinguibile dalla sprue non tropicale (cioè dall'enteropatia glutine-sensibile, il morbo celiac), la sprue tropicale non si associa alla presenza di anticorpi antigliadina e antiendomio e non risponde all'allontanamento del glutine dalla dieta; essa risponde invece ad un trattamento prolungato con tetracicline e folati. Le cause comuni di diarrea non infettiva nei viaggiatori comprendono le deficienze postinfettive di disaccaridasi e la sindrome del colon irritabile.

La diarrea che inizia più di un mese dopo il ritorno dal viaggio non è dovuta all'esposizione ad agenti infettivi durante lo stesso viaggio.

Le persone con diarrea acuta non infiammatoria possono essere trattate empiricamente con liquidi e con un agente antimicrobico, come un macrolide o un chinolonico, insieme ad un farmaco antimotilità. Se si tratta di un'enteropatia invasiva (diarrea ematica + febbre) accanto al macrolide e al chinolonico non va usato il farmaco antimotilità. D'altra parte l'uso di un agente antimicrobico in soggetti (specialmente giovani adulti) con diarrea da *Escherichia coli* enteroemorragico (diarrea ematica con assenza o scarsa febbre) può associarsi ad un rischio aumentato di sindrome emolitico-uremica.

Nelle persone con diarrea è utile il prelievo di un campione di feci per eseguire la coltura per patogeni intestinali e per ricercare al microscopio le uova od i parassiti, se ci sono prove di una enteropatia invasiva, se la diarrea è persistente, se la diarrea non risponde al trattamento empirico e infine se la persona colpita è un immunocompromesso.

Talvolta può essere utile la ricerca della tossina del *Clostridium difficile*.

La sensibilità dell'esame microscopico di un singolo campione di feci per la ricerca delle uova e dei parassiti in generale non va al di là dell'80% (la variabilità dipende dal tipo di parassita); ma la facilità d'identificazione può essere aumentata esaminando altri campioni di feci o usando prove immunologiche enzimatiche o d'immuno-fluorescenza, comprendenti la *Giardia lamblia*, il *C. parvum* e l'*E. histolytica*. La ricerca nel siero di anticorpi verso l'*E. histolytica*, lo *Strongyloides stercoralis* e lo schistosoma può essere utile per la diagnosi, mentre una prova per il D-xilosio nelle urine, raccolte per molte ore, può aiutare nell'identificazione del malassorbimento.

Causa e durata

Agente

Acuta: durata inferiore a 2 settimane		
Virale	-Calicivirus (virus Norwalk e Norwalk-simili) rotavirus, enterovirus	-Spesso non sono diagnosticate; presenti da più del 5 al 10% dei casi di diarrea dei viaggiatori

Batterica	-Escherichia coli enterotossigeno o entero- aggregante, Campylobacter jejuni, salmonella, shigella, vibrio, aeromonas, plesiomonas, Clostridium difficile	-Sono la causa più comune di diarrea dei viaggiatori (dal 50 al 75% di tutti i casi)
Parassitaria	-Giardia lamblia, Cryptosporidium parvum, Entamoeba histolytica, Cyclospora cayetanensis, Isospora belli, Balamidium coli, Trichinella spiralis	-Sono in causa da meno dell'1 al 5% di tutti i casi
Cronica o persistente (da più di 2 a 4 settimane)		
Batterica	-E coli enteroaggregante o enteropatogeni, C. jejuni, shigella, salmonella, Yersinia enterocolitica, aeromonas, plesiomonas, C. difficile, M.tuberculosis, M. avium complex, Tropheryma whippelii (malattia di Whipple)	-Di rado causa di malattia cronica dei viaggiatori;
Fungina	-Paracoccidioides brasiliensis, Histoplasma capsulatum	-Di rado causa di malattia cronica dei viaggiatori; predominano i sintomi respiratori
Parassitaria -microsporidi -protozoi -elminti	-Enterocytozoon bieneusi, Encephalitozoon intestinalis -Giardia lamblia -Entamoeba histolytica -Cryptosporidium parvum - Cyclospora cayetanensis -Isospora belli -Dientamoeba fragilis - Trichiuris trichiura, Strombuloides stercoralis, schistosoma, Capillaria philippinensis, Fasciolopsis buski, Metagonimus yokogawai, echinostoma	-Raramente associati a diarrea cronica del viaggiatore; solo in persone con forti inocula
S. da eccessiva crescita batterica del tenue		-Può seguire un'infezione guarita. Risponde agli agenti antibatterici (metronidazole, chinoloni)
Sprue tropicale		-La biopsia dimostra villi corti e iperplasia delle cripte; risponde alle tetracicline e ai folati
Deficienza di disaccaridasi		-Fa seguito a un'infezione; risponde alla dieta
S. del colon irritabile		-Può seguire la diarrea dei viaggiatori
Altre		

cause non in

relazione con il viaggio

In molti casi di diarrea persistente la causa rimane sconosciuta. In queste condizioni alcuni esperti consigliano di usare un trattamento empirico con un antibatterico, come un chinolone, un macrolide o il metronidazolo. In qualche caso il paziente migliora dopo una dieta povera di lattosio. Nei soggetti che non rispondono può essere utile un esame endoscopico con biopsia o una biopsia duodenale.

Anche le forme che non si riescono a inquadrare, in genere si risolvono entro un anno.

MANIFESTAZIONI CUTANEE

Manifestazioni a carico della pelle sono comuni nei viaggiatori internazionali. La sede delle lesioni, il loro aspetto (maculo-papulare, nodulare, ulcerativo o lineare) e la presenza o assenza di sintomi associati (dolore, prurito e febbre) sono utili per la diagnosi.

PAPULE

Le punture d'insetto (cimici e pulci) causano prurito e lesioni papulari, che appaiono in generale a gruppi o con una distribuzione lineare. Anche la scabbia è comune nei paesi in via di sviluppo, per cui gli avventurosi globetrotter ed i viaggiatori sessualmente attivi ne sono spesso colpiti. L'eruzione

da telo da bagno, dovuta alla forma larvale degli anemoni di mare (*Edwardsiella lineata*) e delle meduse (*Linuche unguiculata*), è costituita da un esantema pruriginoso papulare, che è in generale confinato alle aree di cute coperte dal telo.

La dermatite da cercaria al contrario usualmente interessa la aree esposte e dipende dalla penetrazione delle cercarie della schistosomiasi di acqua dolce (piscine) o di acqua della costa.

Nei viaggiatori che soggiornano a lungo, particolarmente in Africa, un esantema pruriginoso, papulare può essere dovuto alla oncocerchiasi (*Onchocerca volvulus*).

TUMEFAZIONI SOTTOCUTANEE E NODULI

Le cause comuni di tumefazioni sottocutanee dolorose e fisse comprendono la miasi, la tungiasi e i foruncoli. La miasi è causata dall'invasione della cute da parte di larve di *Diptera* (mosca): le lesioni assomigliano a un foruncolo, con un'apertura centrale attraverso la quale fuoriesce materiale sieromattico e attraverso il quale può emergere la larva. I pazienti avvertono dolore e una sensazione di qualcosa che si muove all'interno della lesione.

La tungiasi si osserva nei viaggiatori che vengono dall'America latina, dall'Africa e dall'India ed è dovuta allo sviluppo nella cute della pulce femmina della sabbia (*Tunga penetrans*) spesso vicino alle unghie e alle piante dei piedi.

L'infezione da *Loa Loa* si manifesta dopo anni dall'esposizione, come invasione delle congiuntive e del sacco lacrimale o come aree migranti di angioedema, per le reazioni infiammatorie prodotte da verme adulto.

La tripanosomiasi acuta dell'Africa orientale è caratterizzata da tumefazioni, relativamente indolori, eritematose, fisse che possono ulcerarsi; possono essere confuse con una cellulite focale.

ULCERE

L'ectima è l'ulcerazione più frequente dei viaggiatori. L'ulcera superficiale, dolorosa, purulenta dell'ectima origina spesso da un trauma o da una puntura, che si è successivamente infettata con uno stafilococco aureo o con uno streptococco beta-emolitico gruppo A. Sebbene siano meno comuni, anche le lesioni della leishmaniosi cutanea sono importanti da riconoscere. Queste ulcere dolorose, si allargano lentamente, su una base granulomatosa e crostosa e margini in aumento. La leishmaniosi si può manifestare anche come una linfadenopatia isolata.

Le escare possono essere osservate nella febbre bottonosa del Mediterraneo, nel tifo della boscaglia e nel tifo da zecca africana. L'escara nella sede nella quale l'artropodo, che ha trasmesso le rickettsie, si è alimentato, è usualmente piccola (meno di 1 cm), è asintomatica e spesso trascurata.

LESIONI LINEARI E MIGRANTI

La larva migrans cutanea è la lesione serpiginosa più frequente nei viaggiatori. Essa è il risultato della migrazione di un nematode (*Ancylostoma brasiliense* e *Ancylostoma caninum*) nei tessuti superficiali. Si acquisisce per diretto contatto della cute con il suolo o con la sabbia, contaminate con le feci di un cane o di un gatto. Le lesioni, che all'inizio possono essere papulari o vescicolose, sono pruriginose e si ritrovano spesso ai piedi e alle natiche.

Le larve di *S. stercoralis* sono rapidamente mobili (si muovono fino a 5 cm ogni ora) e producono una traccia cutanea; sono spesso perianali.

Le fito-fotodermatosi derivano dall'esposizione della cute a composti contenenti psolaren, come quelli presenti nella calce. La fito-fotodermatosi si manifesta quando lo psolaren è esposto alla luce ultravioletta, per cui ne risulta una striscia dolorosa, non pruriginosa, iperpigmentata, che generalmente non si espande e non migra dopo la sua comparsa.

* **Ryan E.T., Wilson M.E., Kain K.C.: Illness after international travel, N Engl J Med 347:505-16, 2002**