

MeB – Pagine Elettroniche

Volume II

Maggio 1999

numero 5

PEDIATRIA PER IMMAGINI

Orticaria papulosa

Filippo Longo

*Clinica pediatrica, IRCCS 'Burlo-Garofolo', Trieste***L'OSSERVAZIONE**

E' frequente che, soprattutto nel periodo estivo, vengano portati in ambulatorio bambini con piccole papule eritematose che sono centrate da una piccola vescicola o da una crosticina, o francamente escoriate, molto pruriginose, a volte anche numerose, localizzate prevalentemente nelle zone esposte. La loro durata è in media di una, due settimane, ma molto spesso vi sono nuove gettate subentranti che prolungano anche di molti mesi la espressione globale del disturbo; il grattamento che consegue al prurito può aggravare la situazione con escoriazione, lichenificazione, ulcerazione infiammatoria e impetiginizzazione secondaria.

LE CAUSE

Questo è il quadro della **orticaria papulosa** o "strofulo": il suo aspetto è molto caratteristico e la origine ectoparassitaria è universalmente riconosciuta. Si tratta infatti di una comune reazione pruriginosa da ipersensibilità alle punture di insetti di vario tipo, in primo luogo zanzare, ma anche pulci di cani e gatti e meno frequentemente acari di piccoli animali con cui i bambini possono essere facilmente in contatto (uccelli e piccoli roditori). E' una condizione che può durare a lungo, disturbare il bambino per il prurito e preoccupare i genitori; è, insieme alla dermatite atopica e alla scabbia, la più frequente causa di prurito importante nel bambino. Non sempre i genitori riescono a correlare questa sintomatologia diffusa, fastidiosa, prolungata o ricorrente con la puntura delle zanzare e a maggior ragione con le punture di altri insetti: il più delle volte, infatti, la normale reazione alla puntura di zanzara (pomfo che compare dopo pochi minuti e che dura alcune ore) passa inosservata; inoltre, sembra che in questa condizione la pelle reagisca come se fosse stata punta da un

insetto anche in zone dove non ci sono morsi: è caratteristico il diffuso e improvviso riaccendersi di lesioni in via di risoluzione o completamente risolte anche per una singola nuova puntura; questo andamento spiazza e sconcerta i genitori, che sono portati ad attribuire ad altro (allergia ad alimenti, patologia infettiva) la causa delle lesioni pruriginose.

La malattia si realizza per una reazione di ipersensibilità che, per quanto riguarda le zanzare, è rivolta verso un antigene contenuto nella loro saliva: si è dimostrato che la risposta sierologica è caratterizzata da una iperproduzione di Immunoglobuline specifiche (IgE e IgG4).

L'orticaria papulosa non è comune nei primi anni di vita quando il bambino non ha ancora avuto modo di sensibilizzarsi alle punture degli insetti, ma si fa tipicamente più evidente a partire dal terzo-quarto anno per poi attenuarsi dopo i sette otto anni per un meccanismo di lenta desensibilizzazione naturale.

Non sempre la causa scatenante la risposta immune è rappresentata dalla puntura di zanzara. Spesso anche pulci, acari cheiletielle di animali da compagnia o che comunque vivono nello stesso ambiente dove il bambino svolge le sue attività di gioco possono essere la causa di un quadro clinico altrettanto eclatante e persistente; anche le cimici che infestano i materassi vecchi e le crepe dei muri possono pungere soprattutto di notte le parti del corpo in contatto con gli effetti lettereci. Le pulci di cani e gatti sono, dopo le zanzare, la causa più importante di orticaria papulosa nel bambino: in questo caso le lesioni si presentano con papule eritematose centrate da vescicoline e croste emorragiche pruriginose che hanno la peculiarità di raggrupparsi linearmente e localizzarsi oltre che alle estremità soprattutto nelle sedi coperte dove i vestiti aderiscono, come ad esempio la cute al di sotto delle calze o la zona della cintura.

Suggestiva è anche la localizzazione delle papule sia a torace e addome che a cosce e parte flessoria degli avambracci: tale localizzazione corrisponde alle zone di contatto sulla pelle del bambino con il pelo dei piccoli cuccioli che può aver tenuto in grembo.

LE IMMAGINI



Fig. 1



Fig. 2



Fig. 3

Le immagini qui riportate (Fig 1-2-3) si riferiscono a un bambino, con lesioni presenti a fasi alterne da più di sei mesi, che non aveva cani e gatti in casa, ma che saltuariamente andava a giocare dalla nonna nel cui cortile c'erano cani e gatti infestati da pulci: solo a posteriori la mamma ha notato la coincidenza con le visite dalla nonna e il riaccendersi delle lesioni. Come è già stato detto, le lesioni decorrono in gettate e possono essere presenti contemporaneamente tutti gli stadi evolutivi e, se non si ostacola la esposizione al parassita, possono perdurare per qualche anno con ricorrenze stagionali (la ipersensibilità alle zanzare) o anche in maniera più continuativa come nel caso di una ipersensibilità alle pulci e acari.

LE COSE DA FARE

Una delle maggiori difficoltà nel trattamento di questa patologia è proprio quella di convincere i genitori che tutti i sintomi del bambino derivano da una ipersensibilità alla puntura di insetto: infatti, al di là del riscontro facilmente individuabile delle punture di zanzara nella stagione estiva, è possibile che l'evidenza della responsabilità di altri parassiti non sia così immediata. Le pulci dei cani e dei gatti infatti abbandonano il piccolo ospite subito dopo il pasto ematofago, ed inoltre possono sopravvivere per qualche tempo anche lontano dagli animali con cui i bambini giocano ed infestare quindi la casa, il giardino, il cortile della scuola, la casa della nonna, degli amichetti, ecc: non è quindi sempre facile e immediatamente comprensibile per i genitori pensare ai parassiti degli animali domestici come causa scatenante delle lesioni cutanee: in particolare non è necessario che cani e gatti vivano in famiglia perché i parassiti possono venire a contatto con la pelle del bambino e provocare le lesioni. Inoltre la diffusa e improvvisa ricomparsa di una eruzione su precedenti lesioni guarite, anche per una singola puntura di pulce o di una superstita zanzara autunnale, non è facilmente individuabile come causa scatenante e fa sì che una sintomatologia a lesioni multiple acuta e accompagnata da prurito come è quella che si verifica in questi casi, venga considerata di altra origine (infettiva ma più frequentemente da allergia alimentare).

La prevenzione e il controllo dell'ambiente costituiscono la base del trattamento di questa patologia; spesso misure anti-liche e di buon senso vengono dimenticate o considerate poco importanti dai genitori soprattutto se non convinti della origine della orticaria papulosa.

Per quanto riguarda le punture di zanzara, nei limiti del possibile dovrà essere evitata la permanenza nelle zone a rischio come in particolare le zone in vicinanza di acque stagnanti. Se il bambino rimane all'aperto anche dopo l'ora del tramonto dovrà essere protetto con repellenti applicati sulle parti scoperte ad esempio dietiltoluamide (Autan) evitandone il contatto con le mucose ed usando perciò di preferenza creme o lozioni. Nella camera da letto si può usare un insetticida con l'accortezza di aprire le finestre per qualche tempo dopo questa operazione; l'uso della zanzariere alle finestre e al limite sopra il letto è utile e consigliabile.

Più difficile è la prevenzione dalle punture di pulci e degli altri acari parassiti; oltre al trattamento degli animali con in-

setticidi dovranno essere disinfestati in maniera completa ed estensiva con lavaggio e uso di aspirapolvere tappeti divani ecc. dove le larve e le uova possono essere presenti.

Per la terapia sintomatica delle punture, solo la applicazione di una crema steroidea potente anche due volte al giorno per alcuni giorni è in grado di ridurre la sintomatologia. Di scarsa utilità gli antistaminici locali; gli antistaminici per via generale possono ridurre il prurito e sono anche utili per ridurre l'entità della risposta anamnesticca (riaccensioni delle vecchie lesioni in seguito a una nuova puntura). La applicazione di ghiaccio o di una soluzione di ammoniacca subito dopo una puntura ne riducono le conseguenze immediate (prurito, bruciore, pomfo). La possibilità di una impetiginizzazione secondaria, soprattutto se prevalgono lesioni escoriate, deve essere tenuta presente e controllata con terapia antibiotica locale (mupirocina) o, per lesioni estese, con terapia antibiotica sistemica.

Bibliografia

- Howard R, Frieden I: Papular urticaria in children. J Pediatric Dermatology vol 13 - 3, 246-249, 1996
- Reunala T. et al: Frequent occurrence of IgE and IgG4 antibodies against saliva of Aedes communis and Aedes aegypti mosquitoes in children. Int Arch Allergy Immunol 104 (4), 366-71, 1994
- Zhai H, Packman EW, Maibach HI: Effectiveness of ammonium solution in relieving type I mosquito bite symptoms: a double-blind, placebo-controlled study. Acta Dermatol Venereol (4), 297-298, 1998