

MeB – Pagine Elettroniche

Volume IV

Dicembre 2001

numero 10

CONTRIBUTI ORIGINALI - RICERCA

Aspetti dermatologi della febbre bottonosa

D. Cimino, S. Gangarossa

*Pediatrici di base, ACP Ragusa****Mediterranean spotted fever: dermatological aspects.***

Summary Description of the exanthema in a small spotted fever epidemic. Tache noir was always present as an eschar and it oriented clinical diagnosis.

La febbre bottonosa è una malattia infettiva acuta causata dalla *Rickettsia conori*, trasmessa all'uomo dalla puntura della zecca del cane (*Rhipicephalus sanguineus*). Dopo un periodo di incubazione variabile tra 1 e 3 settimane dalla puntura della zecca, la malattia esordisce con febbre alta, cefalea, dolori articolari e muscolari. Nella zona della puntura compare una tipica ulcera di piccole dimensioni, con la zona centrale nera e un alone rossastro, detta tache noir. Tre-cinque giorni dopo la comparsa della febbre si ha una eruzione sulla pelle degli arti e del tronco, di tipo eritemato-maculopapuloso che dura circa 10 giorni.

Possono aversi a volte complicazioni a carico di diversi organi ed apparati (miocarditi, malattie epatiche o renali, uveiti, retinopatie).

È noto che il quadro clinico, la gravità e l'andamento della febbre bottonosa dipendono in parte dal momento in cui viene iniziata la terapia con tetracicline o cloramfenicolo; è pure noto che i test di laboratorio (test di immunofluorescenza IFA) forniscono un contributo diagnostico solo in fase tardiva (7°-10° giornata).

La diagnosi rimane pertanto eminentemente clinica: febbre n.d.d., esantema, *taiche-noire*, anamnesi di puntura di zecca, periodo epidemico.

I sintomi cutanei (esantema e taiche - noire) diventano pertanto gli elementi cutanei più importanti per la diagnosi precoce di febbre bottonosa.

Da una rapida ricerca bibliografica, la migliore descrizione dell'esantema ci pare quella fornita da Tolentino: "elementi eruttivi, poco numerosi di colorito roseo, poi rosso vinoso, maculopapulari ma anche nodulari (da cui il nome di bottonosa) e che non risparmiano le palme delle mani e le piante dei piedi".

Essi iniziano di solito al 4° giorno di malattia con esordio agli arti inferiori ed estensione al tronco e agli arti superiori. In genere non vi è tendenza dell'esantema a confluire.

Nella nostra esperienza (4 casi), 3 volte su 4, l'esantema si è manifestato con tali caratteristiche (fig 1, 2 e 3).

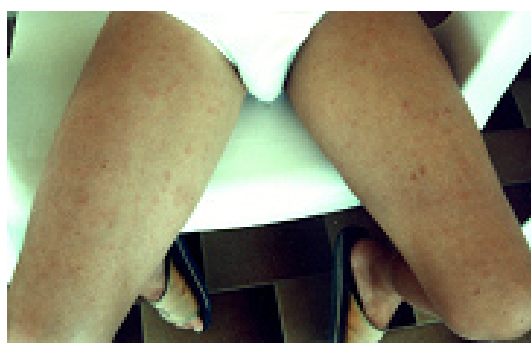


Figura 1.



Figura 2.



Figura 3.

In un caso, invece, gli elementi eruttivi hanno assunto un aspetto simil - orticarioide (fig 4).



Figura 4.

La taiche - noire si presenta come una lesione escariotica nella sede di puntura della zecca .

E' caratterizzata da una crosta nerastra circondata da un alone eritematoso; la crosta poi cade lasciando un ' ulcera ; a volte la taiche- noire può assumere sin dall'inizio le caratteristiche di una papula con una piccola depressione crateriforme centrale.

Non provoca dolore e raramente dà prurito .

E' presente nel 52% dei casi di F. B. ed equamente distribuita in sedi esposte e coperte; quando presente è patognomonica .

Le sedi prevalenti sono la testa e le gambe ma va ricercata anche nei punti più nascosti (nelle pieghe interdigitali o inguinali , nelle ascelle , fra i capelli).

Nei 4 casi riportati è sempre stata presente (2 volte in testa , 1 volta al dorso, 1 volta alla gamba) e si è presentata con le caratteristiche dell'escara (fig. 5, 6, 7, 8):



Figura 5. Caso 1 (gamba).

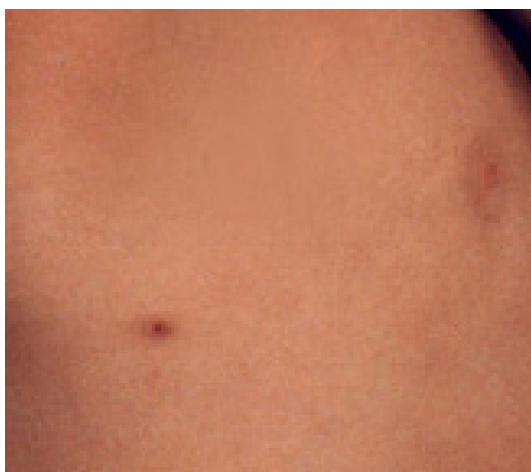


Figura 6. Caso 2 (tronco).



Figura 7. Caso 3, dietro l'orecchio.



Figura 8. Caso 4.

Alla sua ricerca ci ha indirizzato la comparsa dell'esantema in bambino con febbre n.d.d. in quanto l'assenza del dolore la fa passare spesso inosservata ; in tutti e 4 i casi è stata iniziata tempestivamente la terapia con minociclina (4 mg/kg/die nei primi 2 giorni di malattia, poi 2 mg/kg/die per altri 7 giorni) e lo sfebbramento è avvenuto sempre entro 24 ore ; un solo caso è stato ospedalizzato su richiesta dei genitori .

La diagnosi clinica è stata successivamente confermata dal laboratorio (in 3 casi IFA, in 1 caso sieroaagglutinazione di Weil - Felix) .

CONCLUSIONI

Ci è parso opportuno sottolineare l'importanza dei sintomi cutanei nella diagnosi precoce di febbre bottonosa al fine di instaurare nel più breve tempo possibile la terapia antibiotica con tetracicline o cloramfenicolo dato che questa forma di rickettsiosi , seppure generalmente benigna, può avere in rari casi (dall'0,5 al 6%) un decorso fulminante.

Risorse in rete (n.d.r.):

Una prova CME sull'argomento: <http://www.emedicine.com/med/topic1412.htm>