

Zalocco F. ¹, Carloni I.², D'Angelo G.³, Osimani P. ², Cazzato S.²

¹Clinica Pediatrica, Università Politecnica delle Marche, Dipartimento Materno Infantile

² S.O.D. PEDIATRIA, Dipartimento Materno Infantile

³ SOSD Pronto Soccorso e Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza Pediatrica
 Presidio Ospedaliero G. Salesi, Ospedali Riuniti di Ancona

La malattia mani-piedi-bocca (MMPB) è una patologia infettiva che colpisce prevalentemente bambini nella prima infanzia, sostenuta da Enterovirus. Segni tipici sono una febbre di basso grado, vescicole sulla mucosa orale e sulla lingua e lesioni cutanee acrali, vescicolari, prevalentemente in sede palmo-plantare e talvolta sui glutei e sui genitali. A partire dal 2008, è stata descritta in Asia e in Europa una sindrome febbrile mucocutanea atipica attribuita prevalentemente a un nuovo ceppo di enterovirus, il Coxsackievirus A6. Mathes et al, hanno individuato gli aspetti caratteristici e polimorfi di tale forma: sviluppo di piccole vescicole che progrediscono a lesioni vescicolo-bollose e a bolle vere e proprie, che possono essere distribuite su tutto il corpo, e prediligono spesso, nei pazienti predisposti, le aree eczematose. Un'eruzione Gianotti Crosti-like, con papule, vescicole ed erosioni acro-facciali e relativo risparmio del tronco; un rash purpurico e petecchiale, più frequente sopra i 5 anni di vita e spesso acrale; reperti cutanei tardivi, quali l'onicomadesi e una desquamazione acrale. Raramente la malattia può interessare il sistema nervoso centrale con lo sviluppo di meningite, encefalite, paralisi flaccida acuta, crisi epilettiche e coma.

Caratteristiche cliniche e diagnosi differenziali della MMPB atipica associata a CVA6 ²

Elementi suggestivi di MMPB atipica: 1) febbre; 2) ulcerazioni orali 3) sintomatologia gastrointestinale lieve 4) lesioni vescicolari alle mani e piedi 5) contatto con persone malate

	Caratteristiche morfologiche cutanee	Diagnosi differenziale
Eruzioni vescicolo-bollose e ulcerative	<ul style="list-style-type: none"> Molto diffuse (>5% della superficie corporea) Periorale, acrale, regione anale Bolle più comuni età < 1 aa 	<ul style="list-style-type: none"> Impetigine bollosa Varicella Lichen planus bolloso
Eczema coxsackium	Vescicole e ulcerazioni in aree eczematose	<ul style="list-style-type: none"> Eczema herpeticum Infezione batterica secondaria a dermatite atopica
Eruzione Gianotti-Crosti like	Papule, vescicole ed erosioni acro-facciali e relativo risparmio del tronco	<ul style="list-style-type: none"> Sindrome Gianotti-Crosti Altri esantemi virali Orticaria multiforme
Rash purpurico e petecchiale	<ul style="list-style-type: none"> Più frequente nei pazienti con età > 5 anni Spesso acrale 	<ul style="list-style-type: none"> Vasculite leucocitoclastica Infezione da Parvovirus
Reperti cutanei tardivi	<ul style="list-style-type: none"> Onicomadesi e linee di Beau Desquamazione acrale 	<ul style="list-style-type: none"> Onicomadesi secondaria a farmaci o malattie sistemiche severe Desquamazione acrale secondaria a tossine o superantigeni (infezione da Streptococco gruppo A, malattia di Kawasaki, sindrome da shock tossico)

Bambina di 2 anni e 5 mesi giunta alla nostra osservazione per comparsa di eritema in regione perianale, piccole papule in sede periorale e alle estemità, associate a prurito, evolute in senso vescicolo-bollosa. Assunzione precedente di antistaminico, paracetamolo ed ibuprofene. In relazione al coinvolgimento cutaneo ed al dato anamnestico dell'assunzione di farmaci, nel sospetto non escludibile di Sindrome di Steven-Johnson, è stato intrapreso un ciclo di trattamento con immunoglobuline ev ed avviata terapia antibiotica orale. Le indagini eziologiche hanno rilevato una infezione da Coxsackievirus A6. Le lesioni cutanee sono poi evolute verso la guarigione completa. L'infezione ha coinvolto anche la madre della paziente, confermando come tale ceppo virale sia più contagioso e invasivo per il soggetto adulto rispetto la variante classica. La forma atipica di MMPB è caratterizzata da aspetti clinici eterogenei che possono rendere impervia la fase diagnostica. Più frequente, rispetto alla forma tipica, è il coinvolgimento sistemico che può rendere necessaria l'ospedalizzazione, soprattutto in epoca infantile.



EMAIL CONTACT
 federica.zalocco@gmail.com

BIBLIOGRAFIA

- Feder, Henry M., Nicholas Bennett, and John F. Modlin. "Atypical hand, foot, and mouth disease: a vesiculobullous eruption caused by Coxsackie virus A6." *The Lancet Infectious Diseases* 14.1 (2014): 83-86.
- Mathes, Erin F., et al. "'Eczema coxsackium' and unusual cutaneous findings in an enterovirus outbreak." *Pediatrics* 132.1 (2013): e149-e157.
- Lo, Shih-Hsuan, et al. "Clinical and epidemiologic features of Coxsackievirus A6 infection in children in northern Taiwan between 2004 and 2009." *Journal of Microbiology, Immunology and Infection* 44.4 (2011): 252-257.
- Lu QB, Zhang XA, Wo Y, Xu HM, Li XJ, et al. (2012) Circulation of Coxsackievirus A10 and A6 in Hand-Foot-Mouth Disease in China, 2009–2011. *PLoS ONE* 7(12): e52073. doi:10.1371/journal.pone.0052073