



INTERTRIGINE STREPTOCOCCICA DEL NEONATO DESCRIZIONE DI UN CASO

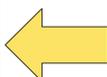
Iannone Antonio e Ciulli Laura
Pediatri di libera scelta

Neonato di 25 giorni che presenta a livello del cavo ascellare destro un'eruzione intertriginosa di colore rosso intenso a partenza dal fondo della piega, in parte ricoperta da essudato maleodorante, a limiti netti, in assenza di lesioni satelliti.

Nel sospetto di intertrigine batterica è stato eseguito tampone cutaneo per esame colturale ed iniziata terapia sia topica con acido fusidico che per via generale con amoxicillina e acido clavulanico per 7 giorni.



Il tampone cutaneo per batteri e funghi ha prodotto una crescita pura dello *Streptococcus pyogenes* sensibile alla Penicillina.



Netto miglioramento del quadro dermatologico dopo 5 giorni di terapia e completa risoluzione delle lesioni nei giorni seguenti .

L'intertrigine è una infezione superficiale non follicolare della cute (come riportato nella più recente classificazione delle infezioni della cute e dei tessuti molli, vedi Tab.1) che si localizza ad una piega.

Predilige i lattanti ed i bambini a causa della profondità e dell'umidità delle pieghe cutanee, fattori favorenti la macerazione e la colonizzazione, la postura flessa, il collo corto e la relativa paffutezza.

Si manifesta con una chiazza eritematosa a partenza dal fondo della piega, di colore rosso-vivo, in parte ricoperta da essudato maleodorante, a limiti arciformi ma netti.

Le pieghe interessate sono quelle del collo, della regione inguinale o le ascelle, spesso in modo asimmetrico.

Le lesioni non trattate tendono a persistere.

La diagnosi differenziale si pone con l'intertrigine irritativa, frequente nelle prime epoche di vita, o con la localizzazione alle pieghe della dermatite seborroica, della dermatite atopica o psoriasi inversa.

L'assenza di lesioni satelliti costituisce un elemento importante nella diagnosi differenziale nei confronti dell'intertrigine da *Candida*, che rappresenta la forma più frequente di intertrigine infettiva del lattante.

Tabella 1 - Infezioni della cute e dei tessuti molli in ambito pediatrico.

	Quadro clinico	Sintomi
Infezioni non complicate: a basso rischio di vita o di danno grave se localizzate ad un arto	Infezioni follicolari <ul style="list-style-type: none"> Follicoliti primitive Foruncolo, favo, foruncolosi Phodermite primitive follicolari Infezioni superficiali non follicolari <ul style="list-style-type: none"> Impetigine Ectima Intertrigine batterica Eritrasma Phodermite primitive superficiali non follicolari Anite streptococcica Dermo-impetigine Cellulite/ Erisipela Forme batteriche non necrotizzanti Impetiginizzazione di prosistenti dermatiti 	Possibili sintomi sistemici lievi
Infezioni complicate: ad alto rischio di vita o di danno grave se localizzate ad un arto	Infezione non necrotizzante	Ascesso: lesione focale, circoscritta, purulenta, con una cavità e infiammazione circostante dolente, eritematoso, indurito e fluttuante (non sempre apprezzabile). Possibile fuoriuscita spontanea di pus. Sintomi sistemici possibili, lievi, compresi febbre e malessere, assai rari i segni di compromissione generale grave
	Infezione necrotizzante	Fascite necrotizzante: segni cutanei: eritema (inizialmente anche molto modesto), edema teso che si estende al di là dell'area cutanea apparentemente interessata, a rapida evoluzione (~2,5 cm/h); drenaggio grigiastro o biancastro (a lavatura di piatti), vesciche o bolle, necrosi cutanea, ulcere, crepiti (gas); segni sistemici: dolore intenso sproporzionato a quanto si osserva all'esame obiettivo, e che si estende oltre i margini della lesione cutanea visibile; febbre, tachicardia, tachipnea, sudorazione, ipotensione, alterazione dello stato di coscienza (shock) Gangrena: febbre, dolore locale intenso, presenza di importanti sintomi sistemici, chiara presenza di gas nei tessuti (crepiti alla palpazione), presenza di una porta di ingresso dell'infezione
	Infezioni da ceppi produttori di tossine	Sindrome della cute ustionata: <i>Staphylococcal scalded-skin syndrome</i>

Le Infezioni in Medicina 2018. Elio Castagnola. Corrado Occeola

Il riconoscimento clinico di queste caratteristiche è importante per evitare trattamenti inappropriati a lungo termine con antimicotici o steroidi.

La conferma finale richiede la coltura microbiologica.

Il trattamento con antibiotici topici e orali è efficace.

Bibliografia

- Honig PJ, Frieden IJ, Kim HJ, et al. Streptococcal intertrigo: an underrecognized condition in children. *Pediatrics* 2003;112:1427-9
- Intertrigine streptococcica del neonato. *DermaPed*. Nedri L., Savoia SF., Patrizi A.; Edit Symposia.2005 N° 1 pag 123
- Neri I, Bassi A, Patrizi A. Streptococcal intertrigo. *J Pediatr* 2015;166:1318