

XIX Convegno Nazionale

Dermatologia per il Pediatra

“Pelle Madre”

24 - 25 Maggio 2019
Palazzo dei Congressi di Riccione



Le principali infezioni batteriche

Mirco Pierleoni



crosticina che ricorda il miele
o lo zucchero caramellato

Impetigine



**è una piodermite superficiale
causata da:
streptococco β -emolitico gruppo A
e / o
stafilococco aureo**

Impetigine



Impetigine

Non bollosa

(di Tilbury-Fox, contagiosa, volgare, crostosa)

Bollosa

(impetigine bollosa stafilococcica)



bordi con fronte di
avanzamento
“errante”

le lesioni si allargano
e perdono l'iniziale
forma rotondeggiante
o ovalare



Impetigine



Herpes simplex impetiginizzato



Impetigine

fattori favorenti

- **perdita dell'integrità epidermica (traumi, punture d'insetti, dermatiti pruriginose)**
- **macerazione cutanea (clima caldo-umido)**
- **carica infettante, virulenza e potere patogeno**
- **scarsa igiene**
- **deficit immunitari**

Stafilococco aureo

Esoenzimi:

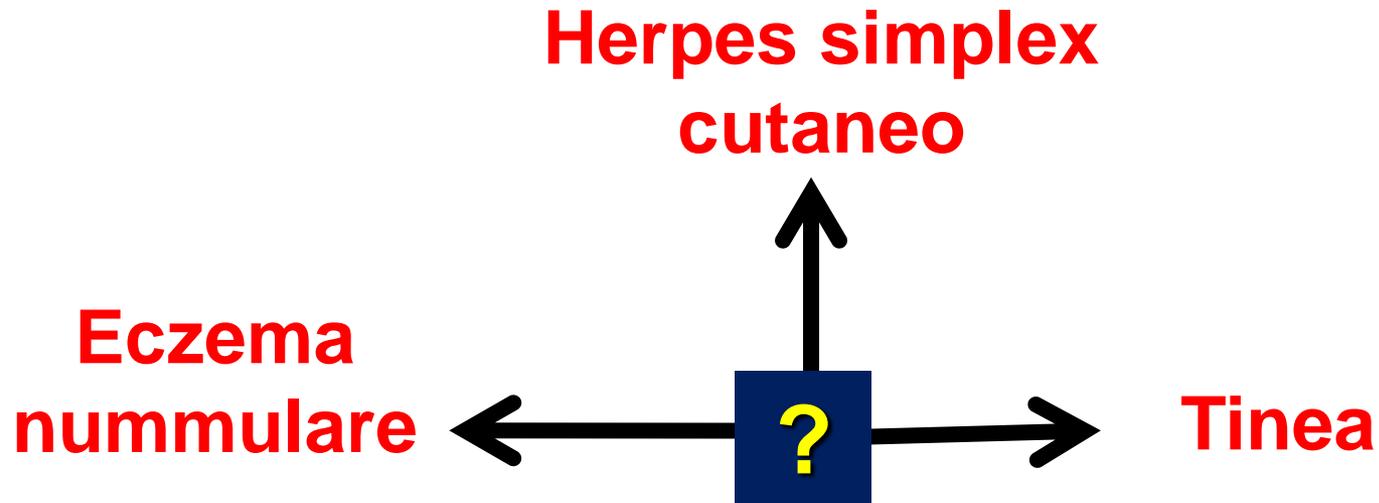
coagulasi (attiva la protrombina), catalasi, nucleasi, proteasi, ialuronidasi, lisozima, *penicillasi e betalattamasi*

Esotossine:

tossina esfoliativa A e B,
tossina della sindrome da shock tossico o
esotossina pirogenica C (TSST-1),
enterotossine

IMPETIGINE

i problemi più frequenti di DD



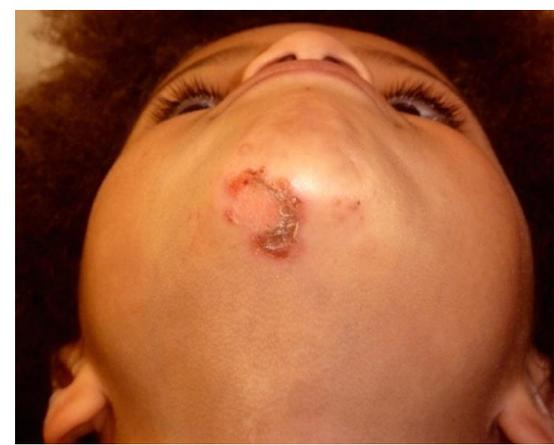
Herpes simplex



vescicole disposte “a grappolo”

Eczema nummulare





Impetigine

terapia locale

- **risultato terapeutico solo sulle lesioni trattate**
- **previene solo in parte la comparsa di nuove lesioni**

Impetigine: terapia locale

(solo in caso di poche e circoscritte lesioni)

2 - 3 volte al dì per 10 - 13 giorni

- mupirocina 2 %
- acido fusidico 2 %
- retapamulina 1%
- **clindamicina 1%**
- **eritromicina 3 - 4 %**
- **gentamicina 0,1%ALTRI**

**Dottore, abbiamo usato
mupirocina crema...
... ma con gentamicina + betametasone
andava meglio**





Impetigine

terapia sistemica



1. lesioni numerose o recidivanti (> 3)
2. alto rischio di epidemia
3. area periorale
4. segni di compromissione generale

Impetigine

terapia sistemica



PRIMA SCELTA

- **amoxicillina + ac.clavulanico**
(40-50 mg/Kg al dì, in due dosi, per 6 - 10 gg)

SECONDA SCELTA

- **claritromicina** (15 mg/Kg al dì, in 2 dosi, per 7 gg)
- **azitromicina** (10 mg/Kg al dì, 1 dose, per 5 gg)
- **cefalexina** (50-100 mg/Kg al dì, in 3 dosi, per 7gg)

Streptococchi

GRUPPO A (β -emolitico)

GRUPPO B - C - D - G - L (raramente)

residenti nel faringe: 10 - 20 %

residenti su cute e vestibolo nasale: 1%

Streptococchi

FATTORI BATTERICI

polisaccaride C, proteina M

ESOENZIMI

streptocinasi, proteinasi, ialuronidasi

ESOTOSSINE

streptolisina O, streptolisina S,
tossina eritrogenica

Streptococco gruppo A β -emolitico

principali quadri clinici

**interessamento epidermico: IMPETIGINE (non
bollosa)**

interessamento dermoepidermico: ECTIMA

**interessamento cute e sottocute: ERISPELA-
CELLULITE**

**interessamento periungueale: DATTILITE
BOLLOSA**

**interessamento delle pieghe: ANITE
STREPTOCOCCICA**

azione tossina: SCARLATTINA

Anite Streptococcica

(Dermatite streptococcica perianale)

agente eziologico: strept. β -emolitico (rar. stafilococco)

età e sesso: 2 - 9 anni (4 anni ++++), M > F

fattori favorenti: focolaio faringo-tonsillare o cutaneo

obiettività: eritema acceso ben delimitato, erosioni,
papulo-pustole, ragadi con secrezioni

sintomi associati: dolore, prurito, tenesmo e stipsi,
lieve febbre

complicanze: scarlattina, cellulite,
glomerulonefrite post-streptococcica,

diagnosi differenziale: psoriasi, candidiasi, ossiuri,
m. infiammatorie dell'intestino, abusi sessuali

TERAPIA

- **sistemica: (10 – 12 giorni)**
penicilline semisintetiche,
cefalexina,
claritromicina
- **locale: (12 - 14 giorni)**
mupirocina 2%
- **profilassi:**
mupirocina 2% 2volte/settimana

Follicoliti da piogeni



Follicoliti da piogeni



Agente eziologico: Stafilococco aureus

età e sesso: bambini e adulti; M = F

fattori favorenti: scarsa igiene, trattamenti occlusivi, ipercheratosi follicolare

obiettività: piccole pustole a forma di cupola, centrate da un pelo o da un capello, delimitate da orletto eritematoso

sintomi associati: modesto dolore

diagnosi differenziale: follicoliti da batteri Gram-negativi, follicoliti dermatofitiche, pitirospori

Follicoliti da piogeni



Follicoliti da piogeni (dermatoscopia)



Terapia



- locale:
mupirocina 2%
acido fusidico 2%
eritromicina 2 – 4 %
- profilassi:
norme igieniche
detergenti antisettici
- sistemica: (nelle follicoliti
profonde)
penicilline
semisintetiche,
cefalexina,
minociclina

Bacilli difteroidi

batteri **Gram-positivi** con estremità dilatate “a clava”
molto presenti nella **flora microbica cutanea**
residente, normalmente non patogeni

corynebacterium minutissimum ⇒ eritrasma

c. keratolyticum + micrococco sedentarius
⇒ cheratolisi puntata plantare

corynebacterium tenuis ⇒ tricomicosi ascellare

Cheratosi puntata

agente eziologico: *corynebacterium spp* e
micrococchi

età e sesso: adolescenti, M >> F

sedi: regioni *plantari* in sede di appoggio
e spazio interdigitale dita piedi

obiettività: *erosioni puntiformi* dello strato corneo
più o meno marcate e confluenti
si associa
iperidrosi e
odore sgradevole





**macerazione e
cheratolisi**







Cheratosi puntata terapia

- piede asciutto
- topici antibiotici:
 - eritromicina 3%
 - mupirocina 2 %
 - acido fusidico 2%
 - clindamicina 1%
 - benzoilperossido 10%
 - imidazolici

Cheratosi puntata plantare

diagnosi differenziale

- **tinea pedis**
- **disidrosi (pompholyx)**
- **dermatite plantare giovanile**

Tricomicosi ascellare

agente eziologico: *corynebacterium tenuis*

età e sesso: adolescenti e adulti M >> F

sedi: regioni ascellari e pube

obiettività: peli ricoperti da concrezioni
granulose di colorito
giallastro, rossastro o brunastro
(tricomicosi flava, rubra e nigra),
maleodoranti (acido-rancido)



Tricomicosi ascellare

diagnosi differenziale

- **Lendini della pediculosi ??**
- **Concrezioni da prodotti cosmetici ??**





eritrasma



La luce di Wood evidenzia, nelle aree che appaiono di colorito «rosso corallo», la presenza di coproporfirina III, pigmento idrosolubile, facilmente allontanabile con il lavaggio.



Eritrasma clinica



può colpire adolescenti e adulti M >> F

**sedi: pieghe inguinali, ascellari, interglutea,
ombelico, spazi interdigitali dei piedi**

**obiettività: chiazze eritematose, brunastre, a
bordi netti, poco desquamanti, prurito**



eritrasma



**agente
responsabile:**

**corinebacterium
minutissimum
(batterio Gram +)**

Eritrasma

diagnosi differenziale

- **tinea cruris, t. corporis** (*interglutea, ascellare, ombelico*) **t. pedis** (*spazi interdigitali dei piedi*)
- **pitiriasi versicolor**
- **psoriasi delle pieghe**

Eritrasma

Terapia

terapia locale

eritromicina, clindamicina, imidazolici

(mattino e sera per 10 – 12 giorni)

terapia sistemica

eritromicina o claritromicina per os (per 10gg)