

Un pomfo vuol dire sempre orticaria... o no?



Iria Neri

UO di Dermatologia, Azienda Ospedaliero-Universitaria Sant'Orsola-Malpighi, Bologna

La mamma porta dal pediatra la figlia Angela, una bambina di 4 anni, dopo averla ripresa dall'asilo, perché le sono comparsi all'improvviso pomfi, associati a lesioni anulari con centro ecchimotico (Figura 1) su gran parte del corpo. La bambina cammina con difficoltà, come se avesse dolore alle articolazioni ed è molto irritabile.

L'anamnesi familiare è positiva per atopia e quella personale non evidenzia nulla di rilevante. Alla precisa domanda del pediatra la madre riferisce che la bambina non sembra avere prurito, perché non si gratta. Le lesioni descritte sono comparse all'improvviso durante la ricreazione a scuola, dove era appena rientrata, dopo un episodio infettivo delle prime vie respiratorie, trattato con antinfiammatori e amoxicillina per via orale, sospesi da circa 2 giorni.



Figura 1. Pomfi con aspetto figurato, anulare e policiclico, taluni con centro emorragico.

Cosa vede il pediatra?

Il pediatra, dopo un accurato esame clinico, oltre alle lesioni cutanee, rileva soltanto modesta tumefazione delle mani e dei piedi ed esclude segni di coinvolgimento sistemico. Peraltro, data l'evidenza delle ecchimosi, decide di richiedere esami ematochimici di 1° livello (emocromo, conta piastrine, TP, PTT, es. urine, proteina C reattiva, VES, sangue occulto nelle feci), per valutare in particolare la coagulazione: gli esami risultano tutti nella norma. Data la persistenza delle lesioni e delle tumefazioni dolorose delle estremità, il pediatra decide di inviare Angela a visita dermatologica, per escludere il sospetto diagnostico di vasculite.



Figura 2. Ben evidente l'aspetto emorragico nella parte centrale della lesione.



Figura 3. Marcato angioedema del piede

Escluse le cause sistemiche, cosa sospettare? Esaminiamo le lesioni

Dal dermatologo la bambina presenta pomfi della durata di qualche ora e lesioni anulari in parte confluenti a formare lesioni policicliche, con centro ecchimotico, che rappresenta l'esito di precedenti pomfi (Figura 2). È inoltre presente angioedema delle estremità con marcata impotenza funzionale (Figura 3).

Viene posta diagnosi di orticaria acuta figurata emorragica, verosimilmente postinfettiva. Gli esami di laboratorio già effettuati risultavano normali. Viene quindi

intrapresa terapia con antistaminici per os, che portano a risoluzione dell'eruzione in circa sei settimane.

Quali sono i segni e sintomi più rilevanti?

Nell'orticaria acuta del bambino spesso il prurito è assente. Quando si associa angioedema delle estremità è frequente il dolore, con artralgia associata a impotenza funzionale transitoria. Nella forma

emorragica i pomfi danno esito a ecchimosi superficiali, che regrediscono senza esiti in alcuni giorni. Gli esami di laboratorio non mostrano alterazione della crasi ematica, perché l'impronta emorragica è causata dall'edema del derma con stravasamento di emazie.

Tale forma di orticaria non è frequente e prevale in età pediatrica. Denominata inizialmente "orticaria acuta anulare" [1], il termine "orticaria multiforme" è stato pro-

posto nel 2007, per le caratteristiche cliniche peculiari di questa entità [2].

Si manifesta con pomfi, lesione elementare tipica dell'orticaria classica, che per confluenza assumono morfologia anulare, con bordi policiclici e centro ecchimotico. L'orticaria multifforme insorge prevalentemente in bambini di età compresa tra 4 mesi e 4 anni. Comunque sono stati riportati in letteratura casi in bambini a partire dalle 10 settimane di vita fino ai 17 anni di età. I sintomi che precedono il rash sono febbre, della durata da 1 a 3 giorni, con o senza i sintomi suggestivi per una infezione virale, quali tosse, otite media, rinorrea e diarrea.

I criteri per la diagnosi di orticaria multifforme sono: lesioni orticarioidi da anulari a policicliche, con transitorie modificazioni ecchimotiche; durata delle singole le-

sioni inferiore alle 24 ore, angioedema o edemi acrali, dermografismo e risposta positiva agli antistaminici.

Diagnosi differenziale

L'orticaria multifforme va differenziata principalmente dalla porpora anafilattoide, detta anche porpora di Schönlein-Henoch, che, oltre alla cute, può colpire le articolazioni, l'apparato gastrointestinale e il rene. La porpora anafilattoide è la vasculite più comune dell'infanzia ed è caratterizzata da un quadro clinico più polimorfo, con maggiore durata delle singole lesioni cutanee, in genere di alcuni giorni. Si possono associare dolore intestinale, microematuria o presenza di sangue occulto nelle feci. Sebbene il quadro clinico dell'orticaria multifforme preoccupi i genitori per l'aspetto delle lesioni e per il dolore, si tratta di una forma a buona prognosi,

con tendenza alla guarigione in un tempo variabile da alcune settimane ad alcuni mesi.

Cosa abbiamo imparato

Il dolore articolare in questo caso è dovuto all'edema periarticolare, tipico dell'angioedema acrale dell'orticaria; la mancanza del prurito di fronte a pomfi non è un criterio che consente di escludere la diagnosi di orticaria.

✉ iria.neri@tin.it

1. Tamayo-Sanchez L, Ruiz-Maldonado R, Laterza A. Acute annular urticaria in infants and children. *Pediatr Dermatol* 1997;14:231-4.
2. Shah KN, Honig PJ, Yan AC. "Urticaria multifforme": a case series and review of acute annular urticarial hypersensitivity syndromes in children. *Pediatrics* 2007;119: e1177- e1183.

L'attuazione della nuova legge per i minori stranieri soli

La legge 47/2017 in materia di protezione dei minori stranieri non accompagnati (legge Zampa) disciplina alcuni aspetti fondamentali per la vita dei minori migranti che arrivano in Italia senza adulti di riferimento: fra questi gli standard dell'accoglienza nonché l'accesso alle cure sanitarie, aspetti indispensabili per favorire una presa in carico integrata dei minori. In particolare vengono regolati il sistema di accoglienza integrato tra strutture di prima accoglienza dedicate esclusivamente ai minori, all'interno delle quali i minori possono risiedere non più di 30 giorni ai fini dell'identificazione, e il sistema di protezione per richiedenti asilo e minori non accompagnati (SPRAR), con strutture diffuse su tutto il territorio nazionale, che la legge estende ai minori stranieri non accompagnati; inoltre vengono espressamente garantiti gli standard minimi nel rispetto della normativa nazionale e regionale. Viene poi attivata una banca dati nazionale dove confluisce la "cartella sociale" del minore, che lo accompagnerà durante il suo percorso, strumento essenziale a una efficace valutazione dell'interesse del minore, in relazione alla scelta di soluzioni di lungo periodo a suo favore. Sono previste maggiori tutele per il diritto all'istruzione e alla salute, con misure che superano gli impedimenti burocratici che negli anni non hanno consentito ai minori accompagnati di esercitare in pieno questi diritti (come per esempio la possibilità di procedere all'iscrizione al servizio sanitario nazionale) anche prima della nomina del tutore e l'attivazione di specifiche convenzioni per l'apprendistato, nonché la possibilità di acquisire i titoli conclusivi dei corsi di studio, anche quando, al compimento della maggiore età, non si possiede un permesso di soggiorno. Viene prevista infine la possibilità, esercitata a oggi sulla base di un vecchio Regio Decreto, di supportare il neomaggiorenne fino ai 21 anni di età qualora necessiti di un percorso più lungo di integrazione in Italia.

Aspetto particolarmente rilevante è quello della maggiore tutela con riferimento al diritto alla salute: il testo contiene misure che, superando le difficoltà burocratiche che in passato hanno reso difficile ai minori non accompagnati l'esercizio di tale diritto, garantiscono la piena attuazione dello stesso, facilitando l'accesso al SSN anche prima della nomina del tutore definitivo.

(da: Save the Children. Forum Nazionale "Proteggere, Accogliere, Crescere insieme". Milano, 15-16 giugno 2017)