



Eruzione vescicolo-bollosa in un bambino

Castello M., Vassallo C., Berardi L., Vascellaro A., Vignini M., Mosca M.

*Clinica Dermatologica, Università degli Studi di Pavia, Fondazione IRCCS
Policlinico San Matteo, Pavia, Italia*

INTRODUZIONE

Le eruzioni bollose e vescicolo-bollose possono essere il segno clinico di diverse affezioni cutanee-mucose; le più comuni sono le patologie bollose a patogenesi autoimmune e le patologie cutanee-mucose su base allergica.

Le malattie bollose sono un gruppo eterogeneo di patologie caratterizzate clinicamente dalla comparsa di bolle o vescicolo-bolle localizzate a livello dell'epidermide o della giunzione dermoepidermica [1]; queste patologie riconoscono una patogenesi autoimmune e si presentano molto spesso con una compromissione dello stato di salute generale tanto da risultare talora anche letali e da richiedere una specifica competenza diagnostica e terapeutica. A questo gruppo di patologie appartengono le malattie del gruppo del pemfigo, le malattie del gruppo dei pemfigoidi, l'epidermolisi bollosa acquisita, la dermatite erpetiforme di Duhring ed infine le malattie a IgA lineari.

Le malattie su base allergica sono patologie che possono assumere diversi quadri clinici, dai pomfi cutanei tipici dell'orticaria, agli edemi dell'angioedema, alle lesioni infiammatorie cutanee tipiche delle dermatiti sia atopica che irritativa ed anche da contatto. Le bolle e le vescicolo-bolle possono essere una delle manifestazioni cliniche delle patologie su base allergica, confermando la varietà di quadri clinica di queste patologie [2].

CASO CLINICO

È giunto alla nostra osservazione il piccolo Giancarlo, di 3 anni, di origini peruviane. Da circa un anno presentava lesioni vescico-bollose, intensamente pruriginose, localizzate soprattutto agli arti ed in regione palmare, presenti soprattutto nel periodo primaverile-estivo. Le bolle apparivano tese, a contenuto sieroso, su cute aflegmasica e risolvevano spontaneamente in alcune settimane, esitando in discromie e, raramente, in cicatrici superficiali (figure 1, 2, 3 e 4). Il paziente appariva altrimenti in buone condizioni generali, presentando, tuttavia, dolori addominali che seguivano i pasti. L'anamnesi allergologica indicava una possibile familiarità per atopia (sorella), senza alcun riscontro laboratoristico preciso. Nessun altro componente della famiglia presentava lesioni bollose.

Nel sospetto di patologia bollosa autoimmune, si eseguiva dosaggio per anticorpi antigliadina, BP180, BP230 ed immunofluorescenza indiretta. Contemporaneamente si eseguiva inquadramento allergologico con dosaggio di IgE totali e RAST per inalanti, pollini, alimenti, insetti. Non si eseguiva alcuna biopsia cutanea in quanto i genitori riferivano di averla eseguita in precedenza senza il riscontro di alcuna lesione patologica. Pur non essendo pervenuti alla nostra osservazione referti laboratoristici

circa l'esecuzione di tale biopsia si è preferito procedere l'indagine diagnostica con metodiche non invasive data l'età del paziente, riservando la possibilità di eseguire una nuova biopsia in assenza di risultati all'esecuzione degli esami ematochimici.

Gli esami escludevano una patologia autoimmune bollosa, mentre rilevavano valori di IgE totali molto elevati (>5000 KU/l); il RAST evidenziava una marcata positività per scarafaggio, formica e zanzara comune e positività per tafano, dittero chirinoide, curculione, mentre le IgE specifiche risultavano positive per *dermatophagoides pteronissinus*, latte, carota, banana e proteine dell'uovo.

Sulla base del quadro clinico e dei dati di laboratorio, abbiamo concluso per un'ipersensibilità a punture d'insetto in paziente atopico.

È stata quindi intrapresa una terapia con steroidi topici ed antistaminici sistemici con buona remissione clinica delle lesioni. Abbiamo inoltre consigliato di evitare le punture d'insetto.

DISCUSSIONE

Le lesioni bollose e vescicolo-bollose possono essere la manifestazione clinica di diverse patologie di interesse dermatologico; più frequentemente sono espressione di patologie bollose a patogenesi autoimmune, talora possono essere la manifestazione di una patologia cutanea su base allergologica [3].

Nei bambini le eruzioni bollose sono spesso dovute a punture d'insetto che possono essere di difficile diagnosi. Nonostante l'esposizione agli stessi insetti nell'ambito di una famiglia, i diversi membri possono rispondere in modo differente. Le recidive stagionali e l'esposizione ad insetti possono essere d'aiuto per la diagnosi. In alcuni casi, data la sovrapponibilità dei

quadri clinici delle due diverse patologie, si rende comunque necessaria l'esecuzione di una biopsia cutanea per esame istologico ed immunofluorescenza, col fine di ottenere una diagnosi di certezza.

Questo caso clinico ci permette di riflettere sulla possibilità che lesioni bollose o vescicolo-bollose ad esordio in età infantile possano essere dovute a punture d'insetto. Nel processo diagnostico risulta importante l'anamnesi personale e familiare oltre che l'inquadramento clinico e laboratoristico; infine l'efficacia della risposta terapeutica ci aiuta nel confermare la diagnosi.



Figura 1. Lesioni vescica-bollose alla mano destra.



Figura 2. Lesione in regione palmare destra.



Figura 3. Recenti esiti discromici all'avambraccio.



Figura 4. Lesioni vescicolo-bollose ed esiti discromici all'avambraccio.

RIASSUNTO

Riportiamo il caso clinico di un paziente di 3 anni che presentava lesioni vescicolo-bollose localizzate agli arti ed in regione palmare. Si eseguivano indagini ematochimiche (dosaggio di anticorpi antigliadina, BP180 e BP230, immunofluorescenza indiretta); è stato effettuato un RAST ed un dosaggio delle IgE totali.

Il dosaggio autoanticorpale e l'immunofluorescenza indiretta risultavano negativi; si evidenziava un'importante innalzamento dei valori di IgE totali, una positività ad alcuni allergeni alimentari ed ambientali ed una marcata positività alle punture di taluni insetti.

I dati laboratoristici, l'anamnesi familiare per atopia e la stagionalità delle lesioni hanno permesso nel nostro caso il raggiungimento di una diagnosi di certezza per ipersensibilità a punture d'insetto.

SUMMARY

We report the case of a 3 years old man who presented vesiculobullous lesion localized on the arms, on the legs and on the palmar region. Laboratory findings (Ab antigliadina, BP180, BP230, indirect immunofluorescence), RAST and IgE were done.

Antibody assay and indirect immunofluorescence were negatives; IgE were elevated, some allergens were positives, stings of some insect were markedly positives. Clinical laboratory data, familiar anamnesis for atopia and the stagionality of the lesions has make possible diagnosis of stings insect ipersensibility.

BIBLIOGRAFIA

1. Sarkisian EC, Boiko S. Acute localized bullous eruption in a boy. *Arch Dermatol* 1995;131(11):1329-1332
2. Nicholls DS, Christmas TI, Greig DE. Oedemerid blister beetle dermatosis: a review. *J Am Acad Dermatol* 1990;22(5):815-819
3. Elston DM. What's eating you?. *Cutis* 2004;74(5):285-286

