ERITEMA NODOSO UNILATERALE IN RAGAZZA DI 17 ANNI

Ventura LourençoJ.[1], Mazeda I.[2], Oliveira J.[1], Martins A.[2], Ramos S.[2]
[1]ULS São João, Faculty of Medicine of University of Oporto, Portugal
[2]ULS Póvoa de Varzim-Vila do Conde, Póvoa de Varzim, Portugal

Parole chiave Eritema nodoso, Streptococco beta-emolitico, bambino.

Abbreviazione **EN** = eritema nodoso.

Caso clinico. Una ragazza di 17 anni, con anamnesi positiva per dermatite atopica, si è presentata al pronto soccorso con noduli eritematosi dolorosi della superficie anteriore della gamba sinistra, associata a lesioni di dermatite atopica in regione poplitea sinistra. Era apiretica e non aveva storia di traumi locali. È stata inizialmente trattata con flucloxacillina dopo diagnosi di cellulite, ma è stata successivamente ricoverata per intraprendere terapia antibiotica endovenosa a causa della mancata risposta al trattamento orale. Dopo l'assenza di miglioramento con la terapia antibiotica, è stata presa in considerazione la diagnosi di eritema nodoso unilaterale. Ulteriori accertamenti hanno evidenziato un titolo anti-streptolisina O di 590 UI/mL (vn 0–150), un ispessimento del tessuto sottocutaneo all'ecografia della gamba, e risultati normali nelle indagini infettivologiche (inclusi HCV, HIV, HAV, Mantoux, parassiti nelle feci e colture), immunologiche e alle radiografie del torace e della gamba sinistra. La consulenza dermatologica ha confermato il sospetto diagnostico di eritema nodoso unilaterale. La paziente ha completato un ciclo di 2 settimane di terapia antinfiammatoria non steroidea. Le lesioni sono scomparse dopo 8 settimane.

Fig. 1: Eritema nodoso unilaterale in ragazza di 17 anni

Discussione. L'eritema nodoso (EN) è la forma più comune di panniculite, ossia dell'infiammazione del tessuto adiposo sottocutaneo (1). È più frequente nelle donne tra la terza e la quarta decade di vita (2). La patogenesi dell'EN non è ancora del tutto chiarita, ma si ritiene che sia legata a una reazione di ipersensibilità ritardata verso diversi stimoli antigenici. Si manifesta cioé come conseguenza di una reazione di ipersensibilità di tipo ritardato (3) a farmaci, infezioni, gravidanza, malattie infiammatorie e neoplasie (1). La presenza di immunocomplessi circolanti in alcune forme secondarie, come quelle associate a malattie infiammatorie croniche intestinali (4), suggerisce il coinvolgimento sia di meccanismi mediati da immunocomplessi sia di meccanismi mediati dai linfociti T (tipo IV) (5). Anche l'attivazione delle molecole di adesione endoteliale e dei mediatori infiammatori sembra contribuire al processo patologico (6).

L'EN si presenta tipicamente con noduli bilaterali, eritematosi, non ulcerati, localizzati nelle porzioni estensorie delle gambe, che tendono a risolversi spontaneamente entro 3–8 settimane (1). Le caratteristiche delle lesioni cutanee evolvono nel tempo: inizialmente sono più eritematose e dolorose, per poi diventare violacee e non dolenti (1). Possono inoltre interessare altre sedi corporee, inclusi braccia, tronco e volto (1, 3).

Nei bambini, l'EN è raro, ma rappresenta comunque la forma più frequente di panniculite in età pediatrica (7). Sintomi quali febbre, malessere generale e artralgie possono accompagnare le lesioni cutanee (1). L'eziologia è idiopatica nel 23-55% dei casi pediatrici, mentre nel 47-77% è associata a condizioni sottostanti — più comunemente infezioni, ma anche malattie autoimmuni, farmaci, vaccini e neoplasie (7). L'infezione streptococcica è uno stimolo causale frequente, visto che l'EN solitamente si manifesta due-tre settimane dopo un'infezione faringea (3). Presentazioni atipiche di EN, come i casi unilaterali in età pediatrica, sono estremamente rare. Esiste un solo altro caso riportato di EN unilaterale in un paziente pediatrico, anch'esso associato a probabile infezione streptococcica (8). Altre localizzazioni insolite includono lesioni plantari, come descritto in due bambini, a testimonianza dell'ampio spettro clinico dell'EN (9).

La diagnosi è prevalentemente clinica e si basa su un'anamnesi accurata e un esame obiettivo, supportati da esami di laboratorio e strumentali, che aiutano a differenziare l'EN da condizioni simili (1, 3). Gli accertamenti dovrebbero includere emocromo, indici di flogosi, tampone faringeo con coltura, titolo anti-streptolisina O, test di Mantoux e radiografia del torace per escludere tubercolosi o sarcoidosi (10). Nei casi dubbi, può essere necessaria una biopsia incisionale profonda, che tipicamente mostra una panniculite settale senza vasculite, spesso con granulomi radiali caratteristici (10).

La gestione dell'EN si concentra sul trattamento della causa sottostante e dei sintomi (1). Le misure di supporto comprendono riposo a letto, elevazione degli arti inferiori e impacchi freddi, mentre i farmaci antinfiammatori non steroidei rimangono il cardine della terapia sintomatica (10). Nei casi refrattari o gravi possono essere presi in considerazione ioduro di potassio, corticosteroidi sistemici, colchicina, dapsone, idrossiclorochina o terapie immunosoppressive (7, 10).

Nel caso qui descritto, l'EN unilaterale è stato diagnosticato in un'adolescente dopo mancata risposta agli antibiotici, con il supporto di un titolo antistreptolisinico elevato. Questo caso sottolinea l'importanza di considerare presentazioni atipiche, condurre una valutazione sistematica per escludere patologie sottostanti gravi e riconoscere la natura autolimitante dell'EN, fornendo al contempo una terapia sintomatica adeguata.

Conclusione. Questo caso mette in evidenza una rara presentazione unilaterale di eritema nodoso in età pediatrica, sottolineando l'importanza di riconoscere i quadri atipici di questa condizione.

Conflitti d'interesse

Gli autori dichiarano l'assenza di conflitti d'interesse.

Corrispondenza a:
Dr. Joana Ventura Lourenço
ULS São João
Faculty of Medicine of University of Oporto
e-mail: joanafventural@gmail.com
Adress: Rua Dr Pereira Júnior, 55 6A
4480-813 Vila do Conde, Portugal

Bibliografia

1) Requena L, Requena C. Erythema nodosum. *Dermatol Online J*. 2002;8(1):4.
2) Kunz M, Beutel S, Bröcker E. Leucocyte activation in erythema nodosum. *Clin Exp Dermatol*. 1999;24(5):396-401.
3) Kakourou T, Drosatou P, Psychou F, et al. Erythema nodosum in children: a prospective study. *J Am Acad Dermatol*. 2001;44(1):17-21.
4) Roth N, Biedermann L, Fournier N, et al. Occurrence of skin manifestations in patients of the Swiss Inflammatory Bowel Disease Cohort Study. *PLoS One*. 2019;14(1):e0210436.
5) Fujikawa T, Senoo A. Recurrent erythema nodosum as a warning of tuberculous lymphadenitis. *Mayo Clin Proc*. 2019;94(1):174-5.
6) Porges T, Shafat T, Sagy I, et al. Clinical, epidemiological, and etiological changes in erythema nodosum. *Isr Med Assoc J*. 2018;20(12):770-2.
7) Trapani S, Rubino C, Lodi L, et al. Erythema nodosum in children: a narrative review and a practical approach. *Children (Basel)*. 2022;9(4):511.
8) Calheiros-Trigo F, Martins S. Unilateral erythema nodosum: atypical presentation in pediatrics. *BMJ Case Rep*. 2017;2017:bcr2017222441.
9) Suarez SM. Plantar erythema nodosum: cases in two children. *Arch Dermatol*. 1993;129(8):1064-5.
10) Schwartz RA, Nervi SJ. Erythema nodosum: a sign of systemic disease. *Am Fam Physician*. 2007;75(5):695-700.