

IL SEGNO DEL “PUNTO NEL FORO” NELLA CISTICERCOSI CUTANEA PEDIATRICA: UNA DIAGNOSI NON INVASIVA

Samuel M.D.

Christian Medical College and Hospital, Vellore, India

Parole chiave Cisticercosi, *Taenia solium*, ecografia, cute, bambino.

Caso clinico. Un bambino di 4 anni proveniente dall'India meridionale è stato esaminato per tumefazioni indolori del dorso presenti da un mese. Non erano riferiti precedenti traumi, febbre, cefalea, vomito o crisi convulsive, e lo sviluppo psicomotorio era adeguato all'età. L'esame obiettivo ha rivelato due noduli sottocutanei duri, mobili e non dolenti, con cute sovrastante normale (Fig. 1). L'esame generale e quello neurologico non hanno evidenziato alterazioni.

L'ecografia ad alta risoluzione, eseguita con una sonda lineare da 10-15 MHz, ha mostrato una lesione cistica ben definita di 8 x 6 mm nel piano sottocutaneo. Un focolaio ecogeno eccentrico, rappresentante lo scolice, produceva il segno del “punto nel foro” (Fig. 2). Era presente un'area ipoecogena circostante secondaria alla flogosi, mentre l'ecocolordoppler non ha mostrato vascolarizzazione interna. Questo quadro corrisponde a una cisti vitale o in degenerazione con infiammazione circostante (1, 2, 3).

Il test ELISA per la cisticercosi è risultato positivo confermando la diagnosi ecografica. L'esame del fundus oculi e l'ecografia oculare sono risultati normali. Poiché il bambino non presentava sintomi né reperti neurologici anomali, l'indagine di neuroimaging è stata rimandata dopo aver discusso con la famiglia i vantaggi diagnostici, la necessità di sedazione e la disponibilità delle risorse; di conseguenza, non è stato possibile escludere una neurocisticercosi asintomatica occulta. È stato somministrato albendazolo orale alla dose di 15 mg/kg/die per 14 giorni con un breve ciclo di corticosteroidi per limitare l'infiammazione associata al trattamento. Al controllo a 4 settimane, i noduli erano nettamente regrediti e il bambino continuava a stare bene.

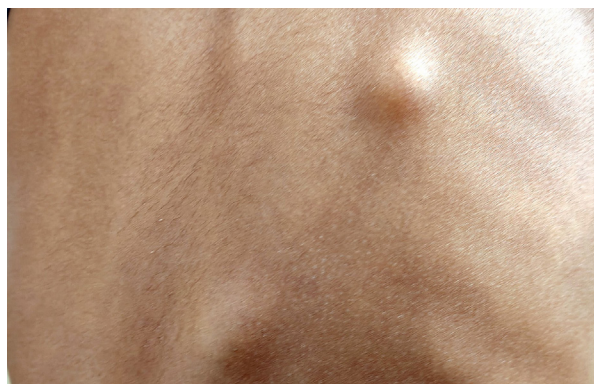


Fig. 1

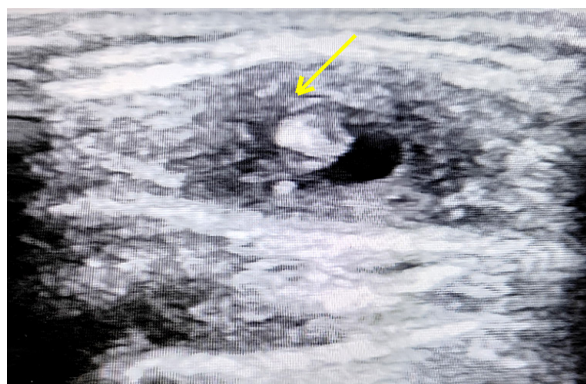


Fig. 2

Fig. 1, 2: Cisticercosi cutanea: noduli sottocutanei del dorso (Fig. 1). L'ecografia (Fig. 2) mostra cisti ben definita con scolice ecogeno eccentrico ed area ipoecogena circostante.

Discussione. L'aspetto ecografico della cisticercosi dei tessuti molli varia a seconda dello stadio del parassita e della risposta infiammatoria associata. I quadri descritti comprendono: una cisti con uno scolice eccentrico e una massa infiammatoria circostante, una cisti irregolare con liquido minimo, una cisti all'interno di una raccolta essudativa più ampia e una lesione calcificata (2, 3). La principale caratteristica diagnostica è la visualizzazione del cisticerco stesso. In questo bambino, l'architettura cistica, lo scolice eccentrico, la lieve infiammazione perilesionale e l'assenza di vascolarizzazione interna hanno permesso la diagnosi. La sierologia positiva e la risposta terapeutica hanno confermato la giustezza della diagnosi.

L'ecografia è particolarmente utile nei bambini perché è rapida, economica, priva di radiazioni e di solito non richiede sedazione. È in grado di distinguere la cisticercosi da ascessi, cisti epidermiche e malformazioni vascolari, riservando la biopsia o l'asportazione chirurgica alle lesioni atipiche o dubbie. La ricerca della malattia in altre sedi rimane importante. Un'attenta valutazione neurologica dovrebbe guidare l'imaging cerebrale, mentre una valutazione oculistica prima della terapia antiparassitaria aiuta a evitare l'infiammazione associata al trattamento in presenza di una cisti intraoculare non riconosciuta (4). La malattia cutanea disseminata, compreso il coinvolgimento orale, è stata evidenziata di recente e dovrebbe spingere a una valutazione sistemica più estesa (5).

Conclusione. In un bambino proveniente da una regione endemica che presenti noduli sottocutanei altrimenti aspecifici, l'identificazione del segno del "punto nel foro" può stabilire una diagnosi sicura e non invasiva, evitare un'inutile asportazione chirurgica e indirizzare verso un'adeguata valutazione neurologica e oculistica.

Conflitti d'interesse

L'autore dichiara l'assenza di conflitti d'interesse.

Corrispondenza a:

Dr. Melwin Dany Samuel
Christian Medical College and Hospital
Vellore, India 632004
e-mail: melwindany@gmail.com

Bibliografia

- 1) García HH, Gonzalez AE, Evans CAW, Gilman RH. *Taenia solium* cysticercosis. *Lancet*. 2003;362(9383):547-56. doi 10.1016/S0140-6736(03)14117-7
- 2) Vijayaraghavan SB. Sonographic appearances in cysticercosis. *J Ultrasound Med*. 2004;23(3):423-7. doi:10.7863/jum.2004.23.3.423
- 3) Mittal A, Gupta S, Gupta S, Mehta V. Subcutaneous and intramuscular cysticercosis: high-resolution sonography. *Indian J Dermatol Venereol Leprol*. 2009;75(5):515-6. doi 10.4103/0378-6323.55404
- 4) White AC Jr, Coyle CM, Rajshekhar V, et al. Diagnosis and treatment of neurocysticercosis: 2017 clinical practice guidelines by the Infectious Diseases Society of America and the American Society of Tropical Medicine and Hygiene. *Clin Infect Dis*. 2018;66(8):e49-e75. doi 10.1093/cid/cix1084
- 5) Bansal A, Bisht B, Arora P. Disseminated cutaneous cysticercosis with oral involvement: a rare presentation of cysticercosis. *Indian J Dermatol Venereol Leprol*. 2026;92(1):130-1. https://doi.org/10.25259/IJDVL_520_2025