

# **FEBBRE E MALATTIE ESANTEMATICHE**



# Scarlattina o II malattia



DEF: malattia esantematica dovuta all'azione di un'esotossina pirogena prodotta da uno streptococco  $\beta$ -emolitico di gruppo A (SBEA).

EZIOLOGIA: streptococco  $\beta$ -emolitico di gruppo A. La scarlattina è causata dalla tossina prodotta dal batterio.

CONTAGIOSITA': secrezioni respiratorie in ambienti affollati; massima contagiosità nella fase iniziale della malattia.

PERIODO DI INCUBAZIONE: 2-7 giorni.



CLINICA: febbre elevata, ad esordio improvviso; faringodinia e linfonadenomegalia →  
**FARINGOTONSILLITE ACUTA STREPTOCOCCICA** con rash caratteristico.



- Incubazione da 2 a 7 giorni, esordio con febbre, vomito e faringite
- Entro 12 - 48 ore **esantema** tipico:  
Eruzione cutanea **puntata non confluyente rosa-rossa** con aspetto a "**carta abrasiva**"; spesso inizia al collo e si stende a tronco e estremità; maggiormente presente nelle pieghe cutanee (ascelle, inguine, natiche). Il viso appare eritematoso con **pallore**: periorale, mento e naso; la pelle si scolora alla pressione (**segno della mano gialla**)



Nel periodo esantematico  
la lingua presenta un aspetto caratteristico:  
prima coperta da una **patina biancastra**, poi tende a  
disepitelizzarsi a partire dai bordi e dalla punta facendole  
assumere un aspetto "a freccia"; la disepitelizzazione continua  
poi su tutta la superficie mostrando le papille gustative che le  
danno l'aspetto "**a fragola**"



# DIAGNOSI

- Più frequente tra 3-14 anni; clinica (febbre, faringodinia, essudato, linfoadenopatia satellite, assenza di tosse)
  - Tampone faringeo in faringe posteriore
  - Test rapido da convalidare con coltura di conferma
- I portatori non sono infetti e non a rischio per febbre reumatica



## TERAPIA

**Amoxicillina 50 mg/kg/die (2 - 3 somministrazioni al giorno) per 10 gg.**

Benzatin penicillina G ad azione prolungata in  
unica somministrazione

Eritromicina, clindamicina per soggetti allergici

Non esiste vaccino, possibili recidive (diversi sierotipi!!) Isolamento per le prime 24 ore di terapia.



# Complicanze

## 1) Precoci di tipo settico:

Per contiguità; casi di terapia non fatta

- Otite, più frequente; mastoiditi, sinusiti
- Ascesso peritonsillare, retrofaringeo

## 2) Tardive:

Malattia reumatica

Artrite acuta post-streptococcica

Glomerulonefrite



# Malattia reumatica (reumatismo articolare acuto o febbre reumatica)

Risposta infiammatoria alla tonsillite da SBEA; dopo 2-3 settimane

Manifestazioni più frequenti:

- **artrite** (nel 60-80% dei pazienti, ed è spesso la prima manifestazione clinica)
- **cardite** (50-60%; poliartrite asimmetrica che interessa le grandi articolazioni, buona risposta ai FANS), con conseguente insufficienza mitralica e aortica.

Segni meno comuni: **eritema marginato, noduli sottocutanei**





# SCARLATTINETTA ( IV malattia )

- Manifestazioni più attenuate rispetto alla scarlattina;
- SINTOMI: cefalea, inappetenza, sonnolenza, febbre, gola rossa e infiammata e ingrossamento linfonodale
- ESANTEMA: a livello inguinale e dei glutei, con puntini che scompaiono dopo 4-5 giorni
- Si risolve rapidamente, si manifesta anche nell'adulto



# MEGALOERITEMA ( V malattia )

EZIOLOGIA: Parvovirus B19

PICCO EPIDEMICO: Tardo inverno-primavera (tutto l'anno)

Una delle malattie più frequenti.

CONTAGIO: Max contagiosità PRIMA della comparsa del rash, goccioline saliva e tosse. Quando compare il rash non si è più contagiosi

PERIODO DI INCUBAZIONE prima dell'eritema dai 4 ai 28 giorni (media 16-17)

FASE PRODROMICA: febbre modesta, faringodinia, sintomi simili al raffreddore, cefalea.



**FASE ESANTEMATICA:** circa 7 gg (6-10), 3 fasi

1 Rash rosso intenso al volto (guance: **aspetto schiaffeggiato**)

2 **Estensione** (colore più attenuato) a tronco e arti

3 Le chiazze scolorano al centro (aspetto **"a coccarda o merlettato"**)

no palmi e piante piedi. Può durare anche 3 settimane, va e viene

Talora prurito, incostante.

### **TERAPIA:**

riposo e paracetamolo;  
antiistaminici per prurito



# ESANTEMA CRITICO

( VI malattia, ESANTEMA SUBITUM,  
ROSEOLA )

HUMAN HERPES VIRUS 6 ( HHV -6 ) e meno  
frequentemente 7 ( HHV-7)

Ubiquitario non stagionale

Colpisce i bambini dopo i 6 mesi (riduzione Ab materni); entro 24 mesi il 95%  
l'ha avuto, magari non riconosciuto

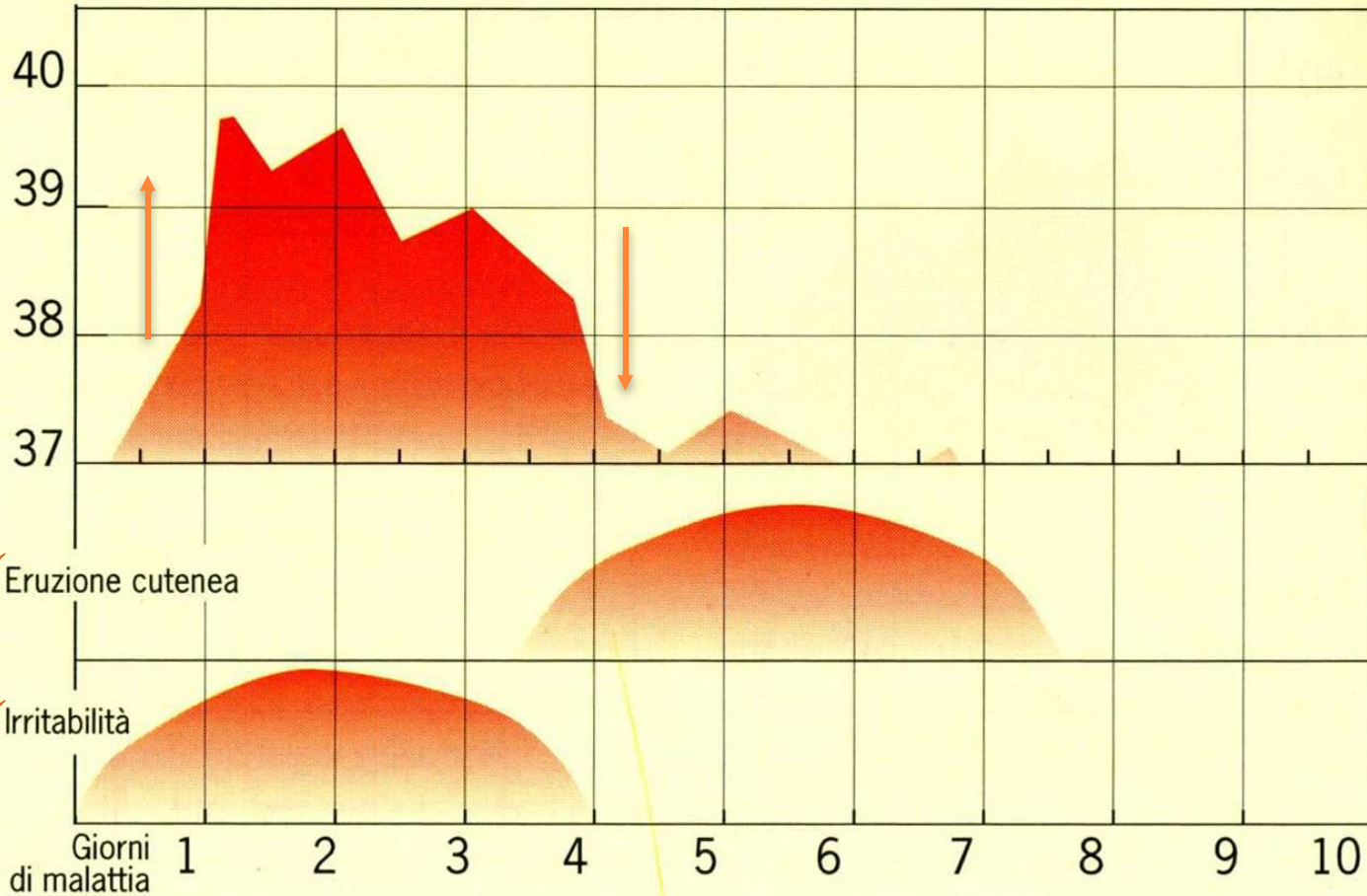
Febbre elevata che dura per 3-5 gg. Esantema rosa chiaro maculo-papuloso  
non pruriginoso, che compare alla risoluzione della febbre, durata variabile,  
non distintivo, > tronco



# I SINTOMI DELLA SESTA MALATTIA



Temperatura °C



Eruzione cutanea



Irritabilità



Diarrea vomito



Raffreddore, congiuntivite



COMPLICANZE:

Evoluzione sostanzialmente benigna!

**CRISI CONVULSIVE** fino ad 1/3 dei pazienti

NON NECESSITA DI TRATTAMENTI SPECIFICI

ANTIPIRETICI per controllo febbre e ridurre il rischio di convulsioni



# Varicella

**Eziologia:** *Varicella-zoster virus (VZV), herpes viridae*

Malattia acuta virale, benigna **altamente contagiosa (95%)**, determinata da una primaria infezione con il VZV; caratterizzata dalla comparsa sulla pelle e sulle mucose di gettate successive di vescicole tipiche di solito accompagnate da modesta sintomatologia generale.

**Vie di contagio:** goccioline di Flugge, essudato vescicolare. Da 1-2 gg prima della comparsa dell'esantema fino all'ultima lesione non ancora crostosa.

**Periodo di incubazione:** 10-21 giorni (replicazione virale nel tessuto linfatico poi breve viremia)





## Clinica:

**Sintomi prodromici** > nei più grandi febbre malessere cefalea 24 - 48 ore prima del rash. Termina 24-48 ore dopo l'insorgenza del rash.

**"esantema a cielo stellato"**: seconda viremia → lesioni cutanee diffuse, in numero molto variabile, in gittate successive per più giorni (coesistono stadi diversi delle lesioni!). Spesso inizio a testa o tronco dove restano più numerose.

papule pruriginose → vescicole caratteristiche (dopo 24-48 ore diventano ombelicate, contenenti un liquido prima trasparente, poi più torbido) → croste in 2-8 giorni → cadono dopo 5-10 giorni, lasciando una cicatrice che tende a scomparire col tempo.





si possono localizzare su **tutto il corpo** (anche mucose: bocca, genitali, occhio)



Può essere presente **febbre** (solitamente modesta), tosse, astenia. Generalmente il paziente appare in discrete condizioni generali.





# COMPLICANZE

**Superinfezione batterica** da grattamento → impetigine, cellulite fino a forme invasive

**Polmonite:** forme molto gravi con esordio 1-6 giorni dopo rash, anche mortali, specie in immunodepressi

**Encefalite- meningoencefalite** postinfettiva 1/50.000, più grave nei più piccoli.

**Atassia cerebellare acuta** 1/4.000: dopo 2-6 giorni dal rash (variabile), esordio graduale di disturbi della marcia, del linguaggio e nistagmo. Recupero rapido in 24-72 ore e completo

**Forme emorragiche:** con coinvolgimento multiorgano. pz immunodepressi, tp antitumorali ecc., neonati (alta mortalità)

Rare: artriti, uveiti, congiuntiviti, nefriti e orchiti



# Laboratorio

Normalmente diagnosi clinica!!

Per forme atipiche: sierologia; leucopenia

# Profilassi

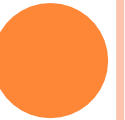
Vaccino con virus attenuati anche con MPR, facoltativo

(lieve rash 8-21 giorni dopo)

Varicella		
Convulsioni febbrili (il rischio dipende dall'età) febbre > 39C reazione nel sito di iniezione rash locale o generalizzato	4-9/10.000 15-27% 7-30% 3-5%	rare molto comune da comune a molto comune comune







Immunoglobuline anti zoster (ZIG) anti varicella zoster (VZIG)

Indicate entro 6 gg esposizione (48 ore)

## Terapia

Anti-istaminici, antipiretici

Gli antivirali (**aciclovir**) modificano il decorso della malattia! Se indicato (soggetti a rischio, contatti) iniziare precocemente, terapia antivirale per via venosa nei pazienti immunodepressi



# ZOSTER

Malattia acuta virale caratterizzata da grappoli di vescicole, di solito confinata a un dermatomero e da un dolore nevralgico nell'area del dermatomero interessato.

È determinata da una infezione secondaria da herpesvirus V Z.

Dolore pre-eruttivo e post-eruttivo

Dolore diffuso in più zone cutanee, malessere e febbre

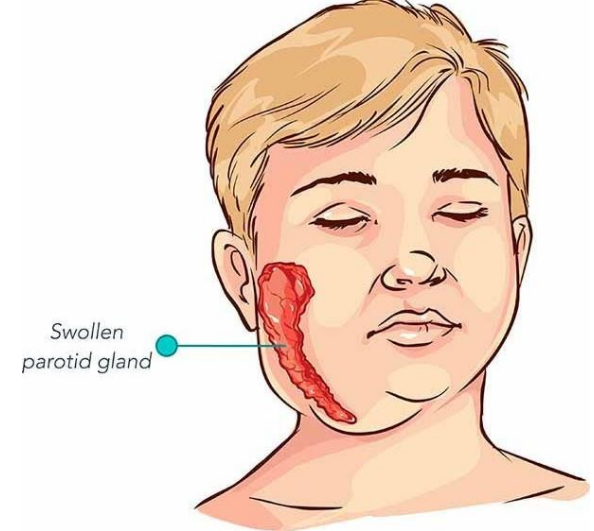








# PAROTITE EPIDEMICA



Infezione virale acuta con ingrossamento doloroso delle ghiandole salivari, principalmente le parotidi

Eziopatogenesi: Paramyxovirus - un solo sierotipo; goccioline di flugge: replicazione, viremia, gh salivari. Isolato in liquor, saliva, sangue, urine

Epidemiologia: prevaccino endemico con epidemie fine inverno o primavera; 5-9 anni. Ancora piccole epidemie

Contagiosità 24 h prima tumefazione fino a 5 gg dopo risoluzione

Atc. Materni fino a 6 mesi



# Clinica:

Incubazione da 14 a 24 gg.

30 - 40% infezione subclinica

Prodromi (nel bambino rari): 1-2 giorni, febbre, dolore muscolare (specie al collo) cefalea e malessere

**Gh. salivari** dolore e gonfiore in una o entrambe, generalmente in 1-3 gg. L'edema scompare in 3 - 7 gg.

# Diagnosi

Solitamente **leucopenia** con linfocitosi reattiva

Aumento **amilasi** sierica → normale entro 14

gg.



## COMPLICANZE

In genere buona prognosi

### **Meningite e meningoencefalite**

Frequente: 10-30% degli infetti; febbre, vomito cefalea letargia, rigidità nucale

### **Orchite, epididimite**

Comune negli adolescenti ed adulti (14 - 35%)

Orchite bilaterale nel 30%.

Può casusare atrofia gonadi, sterilità rara, riduzione fertilità 10%

### **Pancreatite**

## VACCINAZIONE MPR

<b>Parotite</b>		
reazione nel sito di iniezione gonfiore delle parotidi		molto comune
meningite asettica		comune
		molto comune

# PERTOSSE

- *Bordetella pertussis*, coccobacillo GRAM-
- Aderisce all'epitelio ciliato delle vie respiratorie: paralisi ciliare, infiammazione, aumento secrezioni. Non invasivo! Tossine
- Goccioline di saliva **ALTAMENTE CONTAGIOSA**, circa 100% per contatti stretti; isolamento fino a 5 gg
- Incubazione fino a 3 settimane



- FASE CATARRALE: fase più contagiosa; rinite importante, minima congiuntivite; febbre non significativa.
- FASE PAROSSISTICA: 1-6 settimane. Episodi di tosse scatenati da minimi stimoli tanto gravi da causare ipossia e cianosi, osservazione per eventuale supporto respiratorio.
  - ⌘ Complicanze: emorragie congiuntivali, petecchie, ematemesi enfisema sottocutane, fratture costali, encefalopatia
  - ⌘ Difficoltà dell'alimentazione
  - ⌘ Febbre: sovrinfezione
- FASE DELLA CONVALESCENZA: lenta risoluzione della tosse



- **Complicanze:** apnee, sovrinfezioni batteriche (polmonite), encefalopatia, morte; soprattutto bambini piccoli neonati
- **Diagnosi:** clinica; linfocitosi elevata; sierologie, es colturale del secreto nasofaringeo
- **Terapia:** supporto; antibiotica se nella fase catarrale (pochissimi), dopo meno efficace. Ideali **MACROLIDI** (eritromicina, azitromicina)
- Profilassi per i contatti
- **IMMUNIZZAZIONE!**

