



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI PADOVA

Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia
Corso Integrato di Pediatria Generale e Specialistica
Anno Accademico 2014-2015

COMUNI ESANTEMI INFANTILI

Prof . L. Da Dalt

Comuni esantemi infantili

1. Morbillo (prima malattia)
2. Scarlattina (seconda malattia)
3. Rosolia (terza malattia)
4. Quarta malattia (scarlattinetta)
5. Megaloeritema infettivo (quinta malattia)
6. Esantema critico o subitum o roseola infantum (sesta malattia)
7. Varicella



Comuni esantemi infantili: la prevenzione

1. Morbillo (prima malattia)

2. Scarlattina (seconda malattia)

3. Rosolia (terza malattia)

4. Quarta malattia (scarlattinetta)

5. Megaloeritema infettivo (quinta malattia)

6. Esantema critico o subitum o roseola infantum (sesta malattia)

7. Varicella



COPERTURA VACCINALE A 24 MESI
(COORTE 2012)

E

MONITORAGGIO DELLA SOSPENSIONE
DELL'OBBLIGO VACCINALE SEMESTRALE AL
31/03/2013

	Polio	DT	Pertosse	Epatite B	Hib	Morbillo
2003	97,7	97,7	97,2	97,5	96,6	92,7
2004	97,8	97,9	97,7	97,6	97,0	93,7
2005	97,7	97,7	97,4	97,3	96,9	92,3
2006	97,6	97,7	97,4	97,4	96,9	93,0
2007	97,6	97,7	97,4	97,3	96,8	93,9
2008	96,2	96,3	96,1	96,0	95,4	92,4
2009	95,8	95,8	95,8	95,6	95,2	93,0
2010	95,4	95,4	95,3	95,1	94,8	92,5

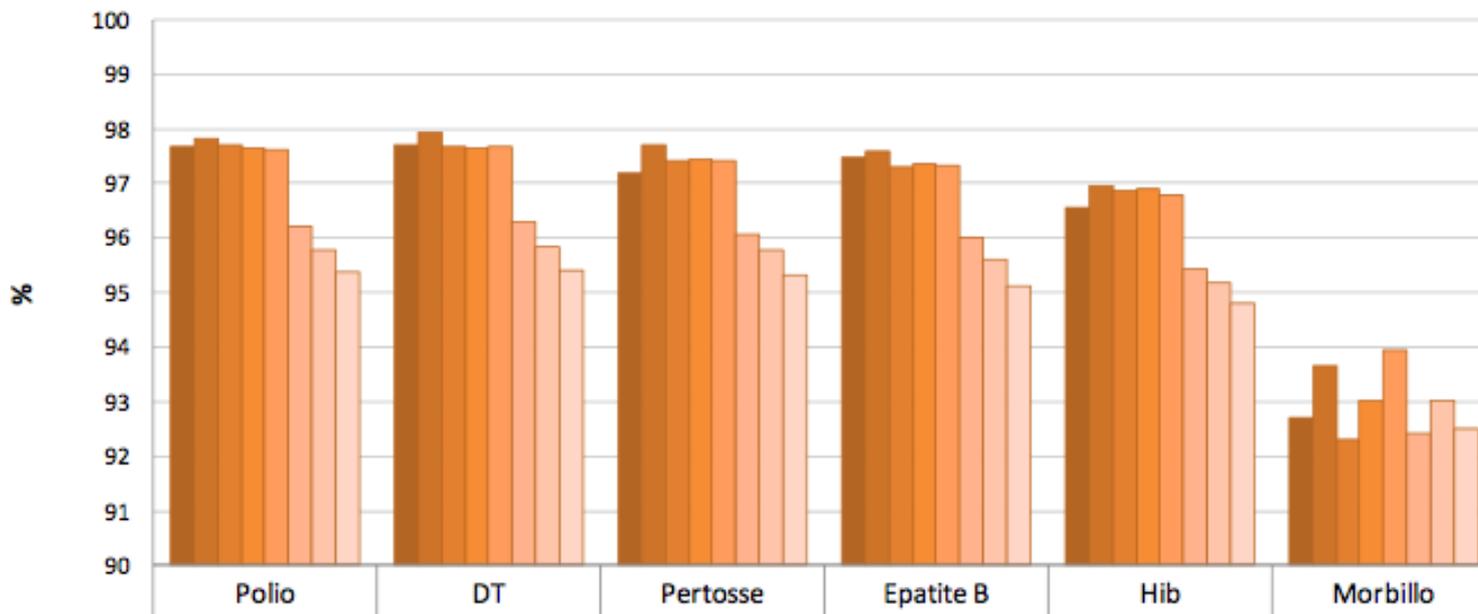
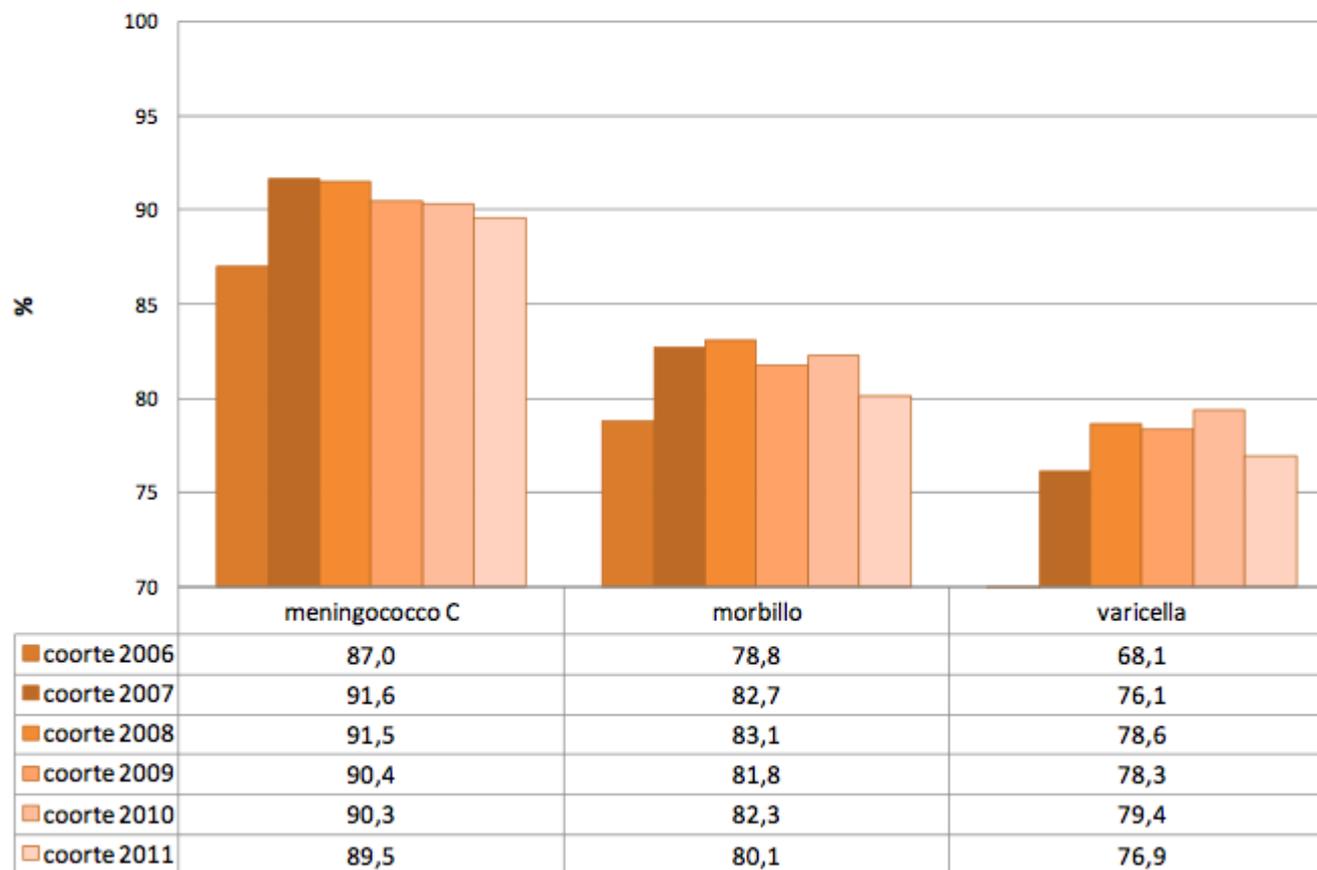


Figura 1b: Andamento delle coperture vaccinali aggiustate a 24 mesi di vita. Regione Veneto, coorti di nascita 2003-2010.

Figura 23: Coperture vaccinali per prima dose per meningococco C, morbillo e varicella. Regione Veneto, coorti 2006-2011.



Comuni esantemi infantili: come riconoscerli

Lesione elementare

Numero, dimensione, distribuzione delle lesioni

Evoluzione

Altre manifestazioni

Periodo di invasione
(intervallo di tempo tra febbre e esantema)



MORBILLO

EZIOLOGIA: Virus a RNA della famiglia dei *Paramixovirus*

TRASMISSIONE: diretta attraverso secrezioni respiratorie o congiuntivali

INCUBAZIONE: 8-12 gg con paziente asintomatico

CONTAGIOSITA' : Dal 7° giorno di incubazione e per 4-6 gg di esantema



CLINICA

Fase prodromica (3-5 gg)

febbre ingravescente fino a elevata

3C cough, coryza, conjunctivitis

enantema: macchie di Koplik
(possono coinvolgere congiuntiva e mucosa vaginale)

vomito, diarrea

linfadenopatia





CLINICA

Fase esantematica (4-6 gg)

esantema maculopapulare rosso vivo
dalla regione frontale e retroauricolare
con diffusione cranio-caudale della
durata di 6 gg, scomparsa secondo
ordine di apparizione, con fine
desquamazione

La tosse è il sintomo più lungo (10gg)

DIAGNOSI

Quadro clinico



Ricerca del virus nelle secrezioni



Sierologia

Ig M dopo 1-2 gg dal rash per 1 mese.

PCR



DIAGNOSI DIFFERENZIALE

Rosolia

Infezione da Adenovirus,
enterovirus, EBV, HHV6,
Mycoplasma, Streptococco A

Malattia di Kawasaki

Reazioni da farmaci

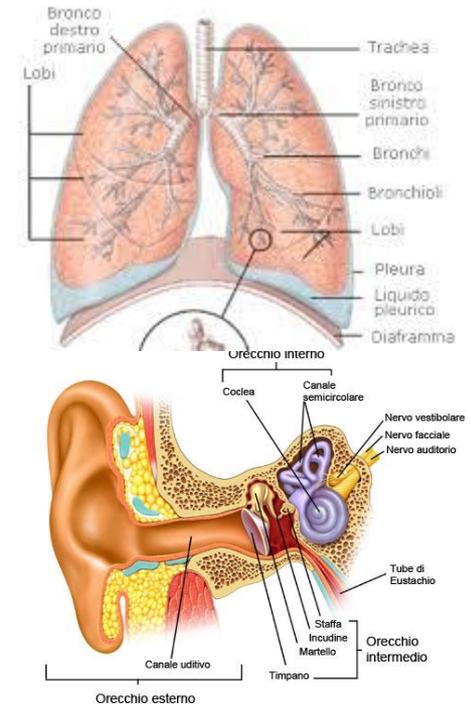
COMPLICANZE

Polmonite interstiziale

Sovrainfezioni batteriche (per depressione immunitaria)

Otite media, polmonite e bronchite, croup, tracheite, bronchiolite, sepsi

Riattivazione TBC



COMPLICANZE (principale ragione della vaccinazione!!!!)

Meningoencefalite(1/1000)

(dovuta a reazione immuno-allergica. Convulsioni fino al coma, morte nel 15%, sopravvivenza con 20-40% di reliquati neurologici)

ADEM (1/50-1000) encefalomielite acuta disseminata (processo infiammatorio demielinizzante su base autoimmune)

Panencefalite sclerosante subacuta (PESS): 1/100000

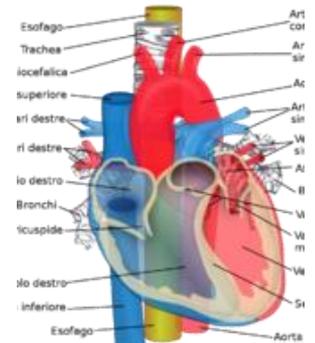
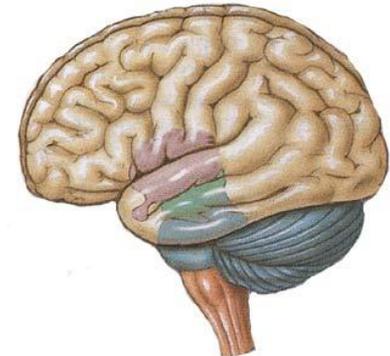
(forma degenerativa con latenza di 7 anni. Progressivo scadimento delle Funzioni neurologiche ed intellettive fino a morte)

Miocardite (rara)

Morbillo emorragico

(eruzione emorragica, cheratite, trombocitopenia; spesso fatale)

In gravide: morbidità per madre e 3% malformazioni fetali



TERAPIA



Sintomatica

Trattamento delle complicanze

PROFILASSI

Disposizioni legislative:

Notifica obbligatoria entro 48 ore; Isolamento del malato

Immunizzazione passiva entro 6 gg in:

immunocompromessi, età <6 mesi, gravide

Ig 0,25/ml/kg im in immunocompetenti; 0,5 ml/kg in immunocompromessi

Immunizzazione attiva:

MPR a 12-15 m, 5-6 aa (in caso di epidemia anche prima dei 12 mesi).

Vaccino entro 72h da esposizione



SCARLATTINA

EZIOLOGIA: Streptococco di gruppo A (esotossina pirogenica) a incidenza ciclica

TRASMISSIONE: via aerea

INCUBAZIONE: 2-5 gg

CLINICA

Febbre

Angina rossa

Disfagia

Esantema tipico dopo 24-36 ore finemente papulare eritematoso inizialmente a livello del collo e poi tronco ed estremità e al volto con risparmio periorale. Più intenso a gomiti, ascelle e inguine. Scompare alla digitopressione. Cute ruvida. Dopo 3-4 gg desquamazione a partire dal volto

Enantema: lingua a fragola

Faringite (iperemia, placche di fibrina)





DIAGNOSI

Tampone faringeo

Retrospectivamente in base alla
sieroconversione anticorpale (TAS) e Ac
antiDNAsi



DIAGNOSI DIFFERENZIALE

Esantemi virali

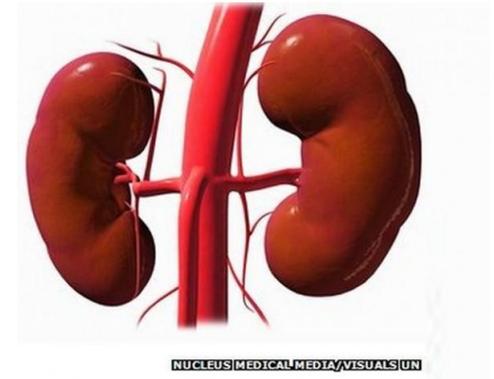
Malattia di Kawasaki

Reazione da farmaci

COMPLICANZE

Febbre reumatica

Glomerulonefrite acuta





TERAPIA:

Amoxicillina 50 mg/kg/die in 3 somministrazioni x 10 gg

In alternativa cefalosporine o macrolidi

PROFILASSI:

Notifica obbligatoria

Isolamento del malato fino al 2° giorno di terapia antibiotica

ROSOLIA POSTANATALE

(forma benigna da distinguere dalla ROSOLIA CONGENITA)

EZIOLOGIA: infezione da Rubivirus della famiglia delle Togaviridae

TRASMISSIONE: diretta attraverso saliva e secrezioni nasofaringee

INCUBAZIONE: 14-21 gg

CONTAGIOSITA' : Da 7 gg prima a 5 gg dopo esantema

CLINICA

Periodo prodromico (1-3 gg):

malessere, febbre, cefale
linfadenopatia retronucale e latero-cervicale



Periodo esantematico (2-3 gg): macule-papule rosee, diametro 3-4 mm, inizialmente al volto e collo, a disseminazione centrifuga. No desquamazione. Enantema: lesioni piccole rosate orofaringee (macchie di Forchheimer); lesioni petecchiali al palato.

DIAGNOSI

Quadro clinico

Sierologia

PCR (?)

DIAGNOSI DIFFERENZIALE

Infezioni da Adenovirus,
Parvovirus,

EBV,
Enterovirus,
Mycoplasma

Morbillo

COMPLICANZE

Porpora trombocitopenica (1/3000)

Artrite post-infettiva

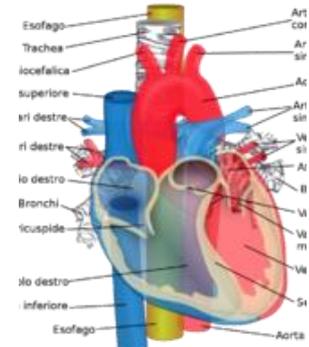
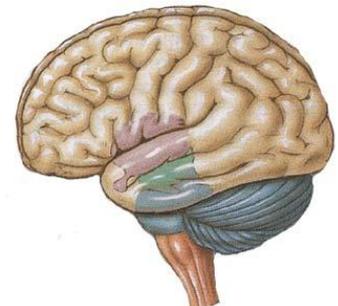
Panencefalite progressiva postinfettiva (PRP)

rara, si manifesta dopo anni dalla malattia

Encefalite postinfettiva (1/5000) si manifesta dopo 7 gg dalla malattia

Guillan Barrè; Neuriti periferiche

Miocardite



ROSOLIA CONGENITA (principale ragione della vaccinazione!!!!)

Cataratta e retinopatia

Anomalie cardiache congenite

Sordità

Microcefalia e anomalie neurologiche, PRP

Basso peso alla nascita

Porpora neonatale

Morte



TERAPIA

Non trattamento specifico

Terapia di supporto

Trattamento delle complicanze

Trattamento multidisciplinare delle anomalie del neonato



PROFILASSI

Disposizioni legislative: Notifica obbligatoria entro 48 ore; Isolamento del malato per 7gg dalla comparsa dell' esantema

Immunizzazione attiva: MPR a 12-15 m, 5-6 aa



MEGALOERITEMA INFETTIVO-V MALATTIA

EZIOLOGIA: Parvovirus B19

TRASMISSIONE: diretta attraverso saliva e secrezioni respiratorie

INCUBAZIONE: 4-28 gg in media 16-17gg

CLINICA

Fase prodromica: febbre modesta,
cefalea, infezione alte vie respiratorie



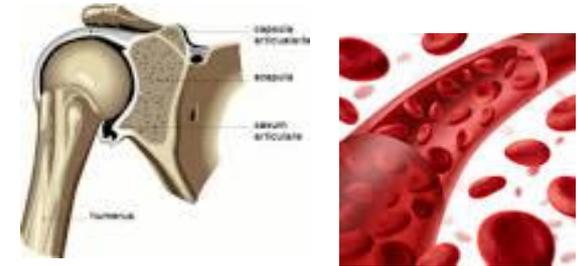
Esantema inizialmente eritematoso al volto (guance rosse con aspetto a “faccia schiaffeggiata”) e successivamente maculare e reticolare a tronco ed estremità. Risparmiati palmo delle mani e pianta dei piedi. Risoluzione lenta (1-3 settimane) con riaccensione dopo esposizione a luce solare, calore, esercizio e stress. Non dequamazione





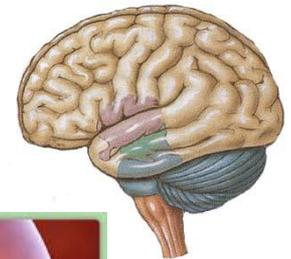
COMPLICANZE

Artralgie o artriti in bambini grandi e adolescenti

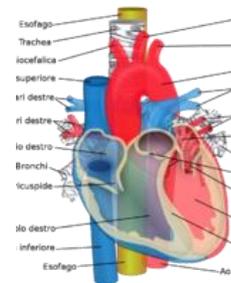


Crisi aplastiche transitorie nei soggetti con condizione emolitica cronica
Sindrome emofagocitica associata a infezione (pz immunocompromessi)

Meningite/encefalite/neuropatia periferica



Miocarditi



L' infezione materna primaria può causare idrope e morte fetale intrauterina

DIAGNOSI

Quadro clinico

Sierologia

PCR

DIAGNOSI DIFFERENZIALE

Rosolia

Morbillo

Infezioni da Enterovirus

Reazioni a farmaci

Disordini del tessuto connettivo

TERAPIA

Non esiste terapia antivirale specifica

In caso di complicanze Immunoglobuline



PROFILASSI

I bambini con megaloeritema infettivo non sono infettivi al momento della comparsa del rash. L'isolamento non è necessario.

Non disponibile vaccino al momento.

ESANTEMA 'SUBITUM'-VI MALATTIA

EZIOLOGIA: Herpes virus umano tipo 6 (HHV6) in età <3 anni

HHV7 in età 3-5 anni

Poiché non esiste immunità crociata, lo stesso paziente può presentare entrambe le infezioni

EPIDEMIOLOGIA: bambini tra 6 mesi e 2 anni di vita

TRASMISSIONE: secrezioni respiratorie

INCUBAZIONE: 7-14 gg

CLINICA:

Forma subclinica o paucisintomatica

Nei casi clinicamente manifesti:

1. Periodo pre-esantemático (3-4 gg): febbre elevata, irritabilità, frequente meningismo, possibili convulsioni, vomito e diarrea
2. Periodo esantemático: dopo sfebbramento per crisi, comparsa di esantema diffuso rubeoliforme o morbilliforme, della durata variabile da alcune ore a due giorni



DIAGNOSI

Quadro clinico

Esami di laboratorio: leucopenia, sporadiche alterazioni di funzionalità epatica e trombocitopenia.
Non alterazioni del liquor.

Sierologia

PCR

DIAGNOSI DIFFERENZIALE

Morbillo

Rosolia

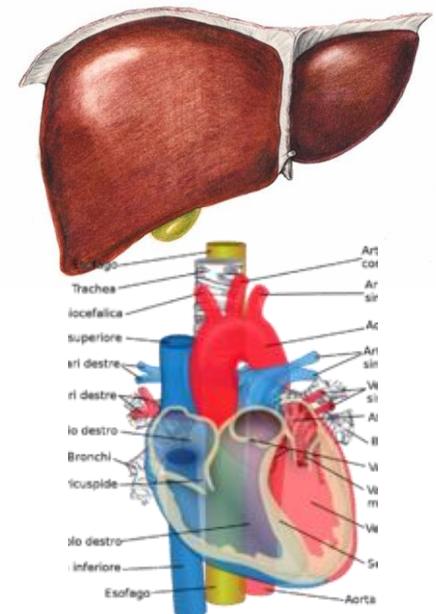
COMPLICANZE

Crisi comiziali

Meningite/encefalite/Cerebellite acuta

Epatite

Miocardite



TERAPIA



Patologia generalmente autolimitantesi che necessita solo terapia di supporto

In caso di complicanze neurologiche in pazienti immunocompromessi
terapia antivirale (????)

VARICELLA

EZIOLOGIA: Virus Varicella-Zoster (VZV) della famiglia Herpes viridae con epidemie annuali soprattutto in inverno e primavera

TRASMISSIONE: Diretta per contatto con lesioni o attraverso secrezioni orofaringee

INCUBAZIONE: 10-21 gg

CONTAGIOSITA' : da 2 gg prima della comparsa dell' eruzione fino a trasformazione in croste di tutte le vescicole

CLINICA

Periodo prodromico (24 ore): febbre moderata, malessere, inappetenza, cefalea



Esantema : maculo-papule che dopo poche ore si trasformano in vescicole a contenuto inizialmente chiaro, pruriginose e successivamente in pustole e dopo 4-6 gg in croste. Le lesioni appaiono prima su scalpo, volto e tronco a distribuzione centripeta.

HERPES ZOSTER

Riattivazione dalla fase latente del virus nei gangli spinali.

Cluster di lesioni vescicolari precedute da dolore urente a livello di uno o due dermatomeri.

Varicella e herpes zoster possono concorrere nella stessa famiglia e nello stesso bambino dando un'immunità crociata.



VARICELLA CONGENITA

Trasmissione transplacentare. I quadri clinici variano a seconda dell'epoca gestazionale in cui viene contratta l'infezione. Colpisce il 2% dei feti in caso di malattia tra 13-20 sg.

Embriofetopatia: lesioni oculari, cerebrali, ipoplasie arti, lesioni cutanee cicatriziali



VARICELLA PERINATALE

In caso di varicella materna insorta 5 gg prima e 2 gg dopo il parto esiste un rischio del 25-50%. Sintomatologia variabile fino a coinvolgimento polmonare epatico e cerebrale.

DIAGNOSI

Quadro clinico

Esami di laboratorio: leucopenia, moderato aumento delle funzionalità epatica. In pazienti con encefalite: aumento moderato di proteine, leucociti con glucosio normale nel liquor

Isolamento del virus nel liquido vescicolare

Test di Tzanck

Materiale cellulare viene prelevato dal fondo e dalle pareti della vescicola, strisciato e colorato con soluzione di Wright o colorazione di Giemsa: Cellule giganti multinucleate sono presenti nell'herpes simplex, nell'herpes zoster e nella varicella.

Sierologia: gli Ac anti VZV compaiono 4-5 gg dall' inizio dell' esantema

PCR

DIAGNOSI DIFFERENZIALE

Rash vescicolari da altri agenti infettivi:

Herpes virus, Enterovirus, Rickettsia, S. Aureus, vaiolo

Reazioni a farmaci

Herpes Zoster disseminato

Dermatiti da contatto

Morsi d' insetto

TERAPIA

Sintomatica con antistaminici e antipiretici
(NO ASPIRINA)



Quando trattare con antivirali sistemici: Acyclovir (efficace se iniziato prime 24H)

Forme di varicella non complicata in pazienti di età >13 aa, <12 m con con malattie polmonari e cutanee croniche, in terapia con corticosteroidi o salicilati, casi secondari o terziari: terapia orale 20 mg/kg/dose x4/die x 5 gg

Forme complicate o gravi, in neonati e in immunocompromessi: 10 mg/kg/dose x3/die x10-15 gg

Forme resistenti ad Acyclovir (Pz immunodeficienti): Foscarnet

PROFILASSI

Disposizioni legislative: Notifica obbligatoria entro 48 ore; Isolamento del malato x 7 gg dopo la comparsa delle vescicole

Immunizzazione passiva: Immunoglobuline entro 96 ore dall' esposizione
in

MADRI CON VARICELLA PERIPARTUM (insorta tra 5 gg prima e 2 gg dopo il parto)

IMMUNODEPRESSI

GRAVIDANZA

NEONATI ESPOSTI AL CONTAGIO

Immunizzazione attiva: MPRV a 12-15 m, 5-6 aa.

Efficacia di una dose di vaccino contro varicella severa: 97%.

Attenzione breakthrough diseases (varicella causata da un ceppo blando di VZV in pz vaccinato da più di 42 gg).

Vaccino a bambini sani 3-5 gg dall' esposizione



ALTRI ESANTEMI INFANTILI

Oltre alle cosiddette malattie esantematiche classiche, vi sono altre malattie che possono decorrere con esantema, quali:

BOCCA-MANI-PIEDI

MONONUCLEOSI INFETTIVA

.....

BOCCA-MANI-PIEDI

EZIOLOGIA: Coxsackie A16, oppure A 5,7,9, 10 o B 2 e 5, enterovirus 71, echovirus

TRASMISSIONE: via orale o respiratoria

INCUBAZIONE: 3-6 gg

CLINICA

Presenza /assenza di febbre di basso grado

Orofaringe iperemico

Vescicole su faringe posteriore, lingua, mucosa buccale, palato, gengive, labbra che si possono ulcerare lasciando

Lesioni maculopapulari, vescicolari e/o pustolari a livello di superfici dorsali ma anche palmo e pianta di mani e piedi, natiche e inguine

Risoluzione in una settimana



COMPLICANZE:

Malattia severa in neonati e immunodepressi

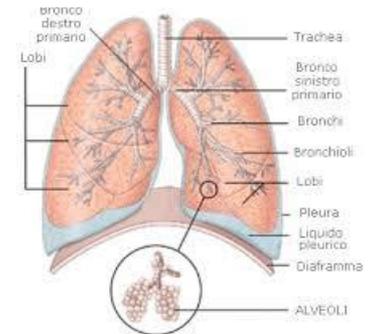
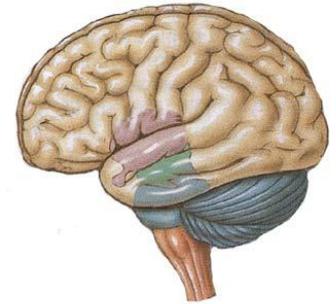
Se causata da Enterovirus 71 più severa

Meningoencefalite

edema ed emorragia polmonare

shock, morte

Coxsackie A16 può occasionalmente causare miocarditi, pericarditi e shock



DIAGNOSI:

Quadro clinico

Sierologia

PCR su sangue/liquor

DIAGNOSI DIFFERENZIALE:

Infezioni di Herpes simplex virus, Adenovirus, VZV, EBV, morbillo, rosolia, HHV6 e 7, Streptococco A, Stafilococco aureo

TERAPIA

Sintomatica

Trattamento delle complicanze (IG, corticosteroidi)



PREVENZIONE

Igiene

