

INFEZIONI DEI TESSUTI MOLLI

IMPETIGINE STREPTOCOCCICA

Agente Eziologico: S. Pyogenes, B-emolitico Gruppo A (ceppi 12, 49, 53, 55, 56, 57, 60)

È un'infezione della pelle molto contagiosa, che si presenta per lo più su viso, collo, estremità, ascelle, glutei. È tipica dei bambini dai 2 ai 5 anni (età prescolare) è comunemente trasmessa da uno stretto contatto, frequente nei mesi estivi e per scarsa igiene.

Si manifesta inizialmente con piccole papule rosse simili a punture d'insetti che rapidamente si trasformano in piccoli gruppi di vescicole o pustole, che si rompono e danno origine a croste color miele spesse 2 cm, circondate da un alone eritematoso e infiammato. L'intero processo dura circa 2 settimane senza lasciare cicatrici.

Senza un'opportuna terapia può causare una Glomerulonefrite Acuta Post-Streptococcica (tempo di latenza 18-21gg), persistere per settimane con comparsa di nuove lesioni.

Complicanze: Osteomielite, Artrite Settica, Polmonite, Cellulite, Setticiemia

Terapia: Se le lesioni sono poco estese → Neomicina in crema x 1 settimana finoltre la scomparsa delle lesioni;

Se le lesioni sono molto estese → Penicillina e derivati x os.

In ambulatorio: → Amoxicillina x os + Impacchi di Soluzione Fisiologica per ammorbidire le croste + Pomata Locale → nuovo controllo dopo 8gg

IMPETIGINE BOLLOSA

Agente Eziologico: S. Aureus

Questa infezione è tipica del neonato e del bambino ed insorge su cute sana o integra (SSS – Sindrome della Cute Ustionata da Staphylococcus). Questi batteri producono una tossina in grado di ridurre l'adesione tra le cellule dell'epidermide e lo strato di derma sottostante. Questo porta alla formazione di una bolla. Le bolle possono comparire in diverse zone della pelle, soprattutto sui glutei e sul tronco. Si formano inizialmente delle vescicole che si espandono rapidamente, fino a diventare vere e proprie bolle con la tendenza a confluire. Il contenuto inizialmente chiaro e sieroso, diviene poi torbido (→ posso isolare il germe). Le bolle sono fragili e facili alla rottura lasciando così un'erosione superficiale e poi una crosta giallastra. Con la guarigione, questa crosta svanisce. Si possono anche associare sintomi di malessere generale e febbre.

Terapia: Antibiotico ad uso topico o sistemico

IMPETIGINE NON BOLLOSA

Agenti Eziologici: HSV, HVZ, Tinea Corporis, Scabbia

Colpisce le regioni del viso e le estremità in seguito a traumatismi, lacerazioni, scabbia, ustioni, punture. Inizia con una minuscola vescicola o pustola → crosta color miele spessa 2 cm con alone eritematoso, asintomatica (occasionalmente prurito) Nel 90% dei casi si associa una Linfadenopatia regionale (++) adulti) e nel 50% Leucocitosi. Risoluzione spontanea senza cicatrici in 2 settimane.

Può diffondere alle altre regioni del corpo attraverso il grattamento con le dita, vestiti, asciugamani

ECTIMA

Agenti Eziologici: S. Aureus, S. Pyogenes B-emolitico gruppo A

È simile all'impetigine non bollosa, ma il processo infiammatorio si estende più in profondità fino al derma (→ bolle → ulcere che si ricoprono con croste, ma poi lasciano cicatrici)

Fattori Favorenti: traumi, punture di insetti, scabbia, pediculosi, escoriazioni

Clinica: Vescicole-pustolose (Ø max 4 cm) con alone eritematoso → ulcera con margini rialzati → crosta giallo-grigia che contribuisce alla persistenza dell'infezione e alla guarigione lenta con esiti cicatriziali. Sede più frequente sono le gambe (ma potenziale disseminazione per autoinoculazione)

Complicanza: Linfangite, Cellulite, rara Glomerulonefrite

Terapia: Antibiotici sistemici + ammorbidire croste

ECTIMA GANGRENOSA

Ulcera necrotica ricoperta da escara grigio-nerastra. Segno di sepsi da Pseudomonas Aeruginosa o altri (S. Aureus, Enterobacter, Aspergillus, Candida) colpisce pz. Immunodepressi.

Clinica: macula rossa → vescicola → ulcera a margini rilevati su cute eritematosa → crosta spessa e nerastra (lesioni singole o multiple)
Invasione della parete vascolare venosa (non arteriosa)

Diagnosi: Emocultura o Cultura da biopsia cutanea

INFEZIONI DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO

Non Necrotizzanti: Terapia conservativa + Terapia Antibiotica

Necrotizzanti: Terapia Antibiotica + Chirurgica (in quanto pericolose per la vita vista la distruzione locale dei tessuti e la tossicità sistemica)

CELLULITI

Infezioni e infiammazioni del connettivo lasso con coinvolgimento limitato del derma e risparmio dell'epidermide

Fattori Favorenti: Trauma pregresso, chirurgia o lesioni cutanee, pz immunodepressi, stasi ematica, diabete mellito

Eziologia: Frequenti (*S. Pyogenes*, *S. Aureus*) Occasionale (*Pneumococco*, *E. Coli*)
Immunocompromessi e Diabetici (*Pseudomonas*, *Legionella*, *Haemophilus*, *Funghi*)

Clinica: Area cutanea calda, edematosa, lucente, vivido eritema, dolente, a margini indistinti poiché il processo è localizzato in profondità coinvolgendo sottocute e derma. C'è fovea. Vi sono sintomi sistemici quali Febbre, Adenopatia, Malessere. (DD. *S. Aureus* → localizzato, tende a suppurare /
S. Pyogenes → diffusione rapida + linfangite)

Diagnosi: Clinica + LAB (leucocitosi, emocultura e aspirato nella zona di infiammazione)
Se al volto(→ DD: HVZ, Osteomielite mascellare, Sinusite, Dermatite Allergica)

Terapia: Età < 50aa → Cloramfenicolo + Ampicillina
Età > 50aa → Amoxicillina + Penicillina (o Cefazolina)

FASCITE NECROTIZZANTE

Infezione che coinvolge la fascia superficiale, ma risparmia l'epidermide. Patologia severa, spesso fatale. Rara, possibile in età neonatale come complicanza di cataratta, balanite, ecc.

Eziologia: *S. Pyogenes*(→ su lesione da Varicella al 4° gg), *S. Aureus*, *Clostridium Perfringens*, *E. Coli*, Anaerobi, Enterococchi

Sede: estremità, addome, regione perianale

Clinica:

- Eritema + Edema → duro al centro, violaceo, pieno di bolle e aree necrotiche, anestesia cutanea, gangrena, crepitio, essudato
- Sintomi tossici sistemici → Shock settico, Insufficienza d'organo. L'infezione si estende lungo la fascia, inizialmente poche lesioni cutanee localizzate → Dopo 24h-48h trombosi vascolari, ischemia cutanea.
- Sindrome Compartmentale ad un'estremità → edema duro, dolore al movimento, perdita di sensibilità e polso periferico (Emergenza Chirurgica)

Terapia: Antibiotici ad ampio spettro ev + Rimozione chirurgica delle aree necrotiche + Infusione di liquidi + Analgesici