

UN RARO CASO DI LINFANGITE SUPERFICIALE DOPO PUNTURA DI ARTROPODE

Buonagura R¹, Varricchi G^{2,3,4}, Galdiero MR^{2,3,4}, Detoraki A², Simeone E¹, Maiello M¹, Petraroli A², de Paulis A^{1,2,3,4}

¹Scuola di Specializzazione in Allergologia e Immunologia Clinica

²UOC di Medicina interna e Immunologia Clinica (AOU)

³Dipartimento di Scienze Mediche Traslazionali

⁴Centro Interdipartimentale di Ricerca in Scienze Immunologiche di Base e Cliniche (CISI)



Introduzione

La linfangite è un'inflammatione dei vasi linfatici caratterizzata da strie eritematose che si estendono in direzione prossimale da una lesione periferica verso i linfonodi regionali, talora accompagnata da sintomi sistemici quali febbre, brividi, tachicardia e cefalea.

Cause più comuni:

- infezioni batteriche (es. Streptococco di gruppo A)

Cause non infettive rare:

- meccanismi *non immunologici*

- meccanismi *immunologici* (IgE, IgG, immunocomplessi e cellule T)

La **linfangite superficiale secondaria a morso di artropode** mima la comune linfangite batterica, spesso erroneamente diagnosticata e trattata come un'infezione. Le reazioni più comuni a puntura di artropode sono di tipo cutaneo locale immediato e di lieve entità. Le reazioni locali ritardate, meno frequenti, possono persistere per giorni o settimane e sono spesso caratterizzate da indurimento dolente della zona interessata, vescicole o bolle.

Si ritiene possa essere legata ad una reazione di ipersensibilità alle tossine contenute nelle secrezioni degli artropodi che, drenate dai vasi linfatici, causano una diffusione lineare dell'inflammatione.



Metodi

Donna, 26 anni: anamnesi positiva per malattia infiammatoria cronica intestinale idiopatica in trattamento con antinfiammatori topici e pregressa AGEP dopo assunzione di idrossiclorochina.

Da circa due anni: comparsa di lesioni pruriginose non dolenti agli arti superiori e inferiori, ad evoluzione maculo-papulo-bollosa in circa 48 ore, seguite da un eritema lineare e serpiginoso lungo l'arto interessato, con durata variabile da giorni a settimane. Non erano presenti febbre, linfadenopatia o altri sintomi sistemici. La paziente non aveva memoria di punture di artropodi.

Durante il ricovero tali lesioni comparivano in diverse aree esposte. Nella fase iniziale si osservava una lesione da inoculo, simile a quella provocata da una puntura di artropode. Venivano eseguiti esami microbiologici sierologici e fecali per escludere cause infettive, nonché esami immunologici per escludere patologie autoimmuni, i quali risultavano negativi.

Biopsia cutanea: moderato infiltrato infiammatorio cronico costituito da granulociti eosinofili, linfociti T (CD3+) e rari linfociti B (CD20+). Compatibile con **diagnosi di orticaria papulosa**.

Risultati

Alla luce del quadro anamnestico, dell'assenza di febbre, di linfadenopatia e/o altri sintomi suggestivi di infezione e/o di malattia autoimmune, si poneva diagnosi di **orticaria papulosa con linfangite acuta superficiale a seguito di puntura di artropode**.

Terapia: antistaminici e glucocorticoidi per via orale, con risoluzione completa dei sintomi in circa 72 ore.

Conclusioni

La diagnosi di linfangite da puntura di artropode si basa sull'anamnesi e sull'esclusione di altre cause. È, pertanto, cruciale giungere ad una corretta diagnosi per avviare un trattamento appropriato, evitando l'uso improprio di antibiotici, che sono la prima linea di trattamento per la linfangite batterica acuta. Nel caso di linfangite superficiale da puntura di artropode, i farmaci di prima scelta includono i corticosteroidi topici, gli antistaminici e i corticosteroidi per via orale o iniettivi, con beneficio clinico in circa 48-72 ore.



PRESENTAZIONE CUTANEA ATIPICA NELLA MALATTIA DI STILL DELL'ADULTO: CASE REPORT

Buonagura R¹, Varricchi G^{2,3,4}, Galdiero MR^{2,3,4}, Detoraki A², Simeone E¹, Maiello M¹, Petraroli A², de Paulis A^{1,2,3,4}

¹Scuola di Specializzazione in Allergologia e Immunologia Clinica

²UOC di Medicina interna e Immunologia Clinica (AOU)

³Dipartimento di Scienze Mediche Traslazionali

⁴Centro Interdipartimentale di Ricerca in Scienze Immunologiche di Base e Cliniche (CISI)

Introduzione

La malattia di Still dell'adulto (AOSD) è una malattia autoinfiammatoria sistemica con picco bimodale nell'età 15-25 e 36-46 anni. Il fenotipo è variabile, più frequentemente si presenta con:

- **febbre** ricorrente
- **poliartralgia/artrite**
- **rash cutaneo tipico** (maculo-papulare, rosa salmone, migrante ed evanescente)

Le manifestazioni cutanee **atipiche**, più rare, sono caratterizzate da papule e placche fisse, squamose, estremamente pruriginose, da violacee a bruno-rossastre che tendono a persistere indipendentemente dagli episodi febbrili.



Metodi



Uomo, 29 anni

Diagnosi di AOSD con prevalente impegno articolare da circa 3 anni, in terapia con anti-TNF α (adalimumab biosimilare)

Tre 3 episodi di **faringite** associata a **febbre** nell'arco di un mese per cui praticava antibioticotераpia con parziale beneficio. In seguito a tali episodi comparivano **lesioni cutanee** caratterizzate da papule pruriginose, eritematose, desquamanti, confluenti in placche, talune con esiti simil-lichenoidi, a carico di dorso, torace, arti inferiori e superiori, zona retro-auricolare ed occipitale.

Terapia: **antistaminico** e **steroidi topici** senza beneficio



metilprednisolone 16 mg/die

miglioramento del quadro cutaneo e del prurito



Décalage steroideo riacutizzazione delle lesioni



Prednisone 25 mg/die e disposto il ricovero

Risultati

Durante il ricovero il paziente, oltre alle manifestazioni cutanee sopra descritte, si presentava apiretico con linfadenopatia ascellare ed inguinale ed artralgie diffuse prevalentemente a carico della colonna lombosacrale.

Esami ematochimici: aumento di IL-6 (35,20 pg/ml), ANA 1:160, test di Coombs positivo con negatività degli indici di flogosi; positività per HLA B51.

Gli esami sierologici, colturali e radiologici escludevano processi infettivi e/o neoplastici.

Biopsie cutanee:

- Addome, lesioni simil-psoriasiche
 - Arto inferiore, lesioni simil-lichenoidi
- processo reattivo, in assenza di elementi compatibili con psoriasi o lichen**

Terapia: **triamcinolone** 40 mg/ml i.m., con beneficio clinico

canakinumab 150 mg/28 giorni s.c.

Le manifestazioni cutanee in corso di AOSD vanno valutate con attenzione per non sottovalutare le forme atipiche che possono essere espressione di un'attività persistente della malattia e quindi fattore prognostico negativo. Risulta quindi fondamentale mettere in stretta correlazione le caratteristiche cliniche, laboratoristiche ed istopatologiche al fine di una corretta diagnosi, di un precoce e mirato trattamento farmacologico ed adeguato follow-up.