



Figura 1. Rash eritematoso micropapulare a livello della coscia sinistra e della regione inguinale omolaterale.

UN BAMBINO CON UN RASH MONOLATERALE

MICHELE MAZZOLAI¹, GIOVANNA VENTURA², IRENE BERTI³, EGIDIO BARBI^{1,3}

¹Dipartimento di Scienze Mediche, Chirurgiche e della Salute, Università di Trieste

²Pediatra di famiglia, Trieste

³Clinica Pediatrica, IRCCS Materno-Infantile "Burlo Garofolo", Trieste

Un bambino di due anni e mezzo giunge alla nostra attenzione per la comparsa di un rash eritematoso micropapulare monolaterale localizzato alla coscia sinistra ed esteso alla regione inguinale (Figura 1). Il quadro è lievemente pruriginoso e il rimanente esame obiettivo risulta nella norma. All'anamnesi si apprende solo

che il piccolo lamenta un po' di inappetenza dal giorno prima, mentre il giorno stesso ha presentato un singolo episodio di vomito alimentare.

In considerazione delle caratteristiche del rash, della scarsa sintomatologia presentata dal bambino, dell'età e della localizzazione, la diagnosi è abbastanza facile.

APEC (ASYMMETRIC PERIFLEXURAL EXANTHEM OF CHILDHOOD)

Conosciuto anche con la sigla ULE (*Unilateral Laterothoracic Exanthem*), si tratta di un esantema caratterizzato da lesioni maculo-papulari a piccoli elementi (circa 2-4 mm di diametro) con una certa tendenza alla confluenza. Il rash inizia tipicamente attorno a una piega, molto spesso quella ascellare, meno frequentemente quella inguinale, poplitea o antecubitale. Si estende in senso centrifugo, sempre dallo stesso lato, potendo interessare anche il tronco. La distribuzione del rash è asimmetrica, almeno nella fase iniziale. In seguito (alcuni giorni) può estendersi anche controlateralmente, mantenendo comunque una certa prevalenza nel lato di esordio^{1,3}. Il volto, invece, viene generalmente risparmiato⁴.

La malattia colpisce soprattutto bambini in età prescolare (il picco è a 1-4 anni), ma sono noti casi anche nel paziente adulto⁵.

L'eziopatogenesi è verosimilmente virale e l'eruzione cutanea è spesso preceduta da sintomi a carico delle vie respiratorie o del tratto gastroenterico. La causa specifica è però sconosciuta e studi eziologici caso-controllo hanno fallito nell'individuare un agente patogeno preciso. A riprova di un'eziolo-

gia virale non specifica non mancano *case report* che associano la malattia al virus di Epstein-Barr, piuttosto che al parvovirus B19, all'adenovirus, al rotavirus e all'herpesvirus 7^{1,5,6-8}.

Per quanto riguarda l'asimmetria dell'esordio e la preferenza di un lato, è stata ipotizzata una maggiore suscettibilità dei cheratinociti di una delle due metà del corpo, probabilmente legata a una mutazione negli stadi precoci dell'embriogenesi^{1,2}.

Lo stato generale del paziente di solito non è compromesso, ma esistono quadri particolarmente espressi dal punto di vista cutaneo, con lesioni molto pruriginose e durature. Oltre al prurito vi può essere febbre e si può apprezzare una linfadenopatia locoregionale nelle stazioni linfonodali contigue al rash, secondo alcuni Autori presente in quasi il 70% dei bambini affetti⁵.

Con cosa ci si può confondere?

Le possibili diagnosi differenziali descritte in letteratura sono numerose. Cercando di rimanere sul concreto, quelle su cui ci si può in qualche caso sbagliare sono la sudamina (o miliaria), la sindrome di Gianotti-Crosti, la dermatite atopica e soprattutto la dermatite da contatto.

La miliaria colpisce soprattutto i lattanti, presenta una distribuzione simmetrica coinvolgendo spesso la fronte e il collo, inoltre essendo legata al sudore è maggiormente frequente d'estate, o tipicamente nel bambino "troppo coperto".

La sindrome di Gianotti-Crosti si caratterizza invece per un rash papulare (talvolta vescicolare) con coinvolgimento simmetrico del volto e delle estremità e risparmio del tronco. Molto tipico il coinvolgimento dei padiglioni auricolari, che se presente aiuta nella diagnosi.

L'analogia con la dermatite atopica sta ovviamente nel coinvolgimento delle pieghe, però l'eczema, a differenza dell'APEC, prude molto e difficilmente presenta una prevalenza di lato così netta.

Facile anche la distinzione con la dermatite da contatto che può presentarsi, oltre che con eritema e micro papule, con elementi vescicolari (ma anche purpurici, fino a bolle o ulcerazioni) ed è in genere molto localizzata, nelle sole sedi di contatto cutaneo con la sostanza offendentente. Può essere dolorosa, sarà sempre pruriginosa e risponde alla terapia corticosteroidica locale^{3,5}.

Cosa dobbiamo fare?

Le cose da fare sono poche, anzi una: rassicurare i genitori sulla benignità della malattia, informandoli sulla lunga durata. L'esantema dell'APEC infatti si risolve in genere in 3-6 settimane e dopo una breve fase di ipopigmentazione o desquamazione furfuracea non lascia esiti permanenti.

Il pediatra deve astenersi dal fare esami ematici e richiedere eventuali sierologie virali, le quali risultano poco informative considerando che si tratta di una malattia il cui agente eziologico specifico non è stato identificato e che si autolimita senza ricorrere a terapie farmacologiche.

Se proprio qualcosa si vuole dare, va bene un antistaminico orale (come la cetirizina) ma solo se il bambino si lamenta per il prurito, essendo consapevoli del fatto che l'effetto della terapia sarà limitato, come in tutte le condizioni pruriginose non istamino-dipendenti. Inutile anche l'utilizzo dei corticosteroidi, sia topici che orali³.

Come è finita nel nostro caso?

Il piccolo, dopo cinque giorni, è tornato nel nostro ambulatorio portato dalla madre per il manifestarsi di febbre (38 °C) con estensione del rash all'emiaddome omolaterale e comparsa di altre piccole lesioni analoghe all'avambraccio sinistro (Figura 2). Nonostante la diagnosi e le rassicurazioni sulla benignità della malattia, la madre ha insistito per la prescrizione di una crema corticosteroidica che, come previsto, è stata inefficace.

A un follow-up telefonico abbiamo appreso che la febbre è durata solo un giorno e il quadro cutaneo si è risolto in poco più di tre settimane.

I messaggi da portare a casa

- L'APEC è un esantema eritematopapulare a piccoli elementi asimmetrico, talvolta confluyente, che compare a livello di una piega.
- L'esordio è monolaterale ma può successivamente estendersi anche al lato opposto, sempre mantenendo una certa prevalenza di lato.
- Lo stato generale del bambino è buono. Oltre al prurito potranno comparire febbre e una linfadenopatia locoregionale.
- Non sono necessari esami ematici né alcuna terapia (al massimo un



Figura 2. Progressione del rash micropapulare dopo cinque giorni dalla prima visita. Si nota la presenza di elementi identici all'esantema iniziale a livello dell'emiaddome e dell'avambraccio omolaterale.

po' di antistaminico per bocca per il prurito; poco utili i corticosteroidi).

- Quello che bisogna fare è rassicurare le famiglie sulla benignità del quadro e sulla lunga durata (3-6 settimane).

Indirizzo per corrispondenza

Michele Mazzolai

e-mail: michele.mazzolai90@gmail.com

Bibliografia

1. Niedermeier A, Pfützner W, Ruzicka T, Thomas P, Happle R. Superimposed lateralized exanthem of childhood: report of a case related to adenovirus infection. *Clin Exp Dermatol* 2014;39(3):351-3.
2. Leung AK, Barankin B. Unilateral laterothoracic exanthem. *J Pediatr* 2015;167(3):775.
3. Cutrone M. APEC: esantema perifflessura-

le asimmetrico: un altro esantema per il pediatra. *Medico e Bambino* 1997;16(7):1-443.

4. Coustou D, Léauté-Labrèze C, Bioulac-Sage P, Labbé L, Taïeb A. Asymmetric perifflexural exanthem of childhood: a clinical, pathologic, and epidemiologic prospective study. *Arch Dermatol* 1999;135(7):799-803.
5. Pauluzzi P, Festini G, Gelmetti C. Asymmetric perifflexural exanthem of childhood in an adult patient with parvovirus B19. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2001;15:372-4.

6. Duarte AF, Cruz MJ, Baudrier T, et al. Unilateral laterothoracic exanthem and primary Epstein-Barr virus infection: case report. *Pediatr Infect Dis J* 2009;28:549-50.
7. Coustou D, Masquelier B, Lafon ME, et al. Asymmetric perifflexural exanthem of childhood: microbiologic case-control study. *Pediatr Dermatol* 2000;17(3):169-73.
8. Chuh A, Zawar V, Sciallis GF, Kempf W, Lee A. Pityriasis rosea, Gianotti-Crosti syndrome, asymmetric perifflexural exanthem, papular-purpuric gloves and socks syndrome, eruptive pseudoangiomatosis, and eruptive hypomelanosis: do their epidemiological data substantiate infectious etiologies. *Infect Dis Rep* 2016;8(1):6418.