



Impetigine, erisipela e cellulite



Diagnosi clinica

Definizione

Infezione batterica superficiale della cute, che non interessa gli strati tissutali più profondi.

Segni e sintomi

Impetigine: esordio acuto, no sintomi sistemici.

- Impetigine non bollosa (frequente): prima papule, poi vescicole e pustole, infine croste.
- Impetigine bollosa (rara): prima vescicole, poi bolle più grandi.

Erisipela: esordio acuto, lesione arrossata, margini induriti ben definiti, più spesso su viso o gambe; nei primi giorni possono esserci bolle e febbre (> 38 °C) e altri segni di infezione sistemica.

Cellulite (non parliamo qui di cellulite periorbitaria): esordio acuto, lesione con *calor*, *rubor*, *tumor* e *dolor*, più spesso su viso o gambe, con febbre (> 38 °C) e altri segni di infezione sistemica. Se solo *rubor*, non è cellulite.

Criteri clinici

Impetigine: essudato e tessuto di granulazione friabile facilmente sanguinante.

Erisipela: segno dello scalino, area eritematosa ben demarcata.

Cellulite: più frequenti sintomi sistemici, margini più sfumati, cute tesa e lucida.

Gestione dell'infezione

Principi di trattamento antibiotico

Gli agenti patogeni più probabili sono i batteri: *Streptococcus pyogenes* (specialmente in caso di erisipela) e *Staphylococcus aureus*. Le opzioni antibiotiche empiriche devono avere una buona attività contro questi germi. Indicare trattamento topico, per os o parenterale in base all'estensione e alla profondità dell'infezione.

Terapia sintomatica

Non Applicabile.

Follow up

Il bambino va rivalutato in assenza di risoluzione o miglioramento della sintomatologia entro 36-48 ore.

Elementi di allerta

L'evoluzione dell'infezione deve essere attentamente valutata per il rischio di sepsi e/o fascite. Inviare in PS, se:

- segni sistemici gravi, che non si risolvono o peggiorano;
- dolore intenso e sproporzionato rispetto al quadro locale.

Esami

Test microbiologici - Non necessari nella maggior parte dei casi. Le colture da tampone tissutale devono essere evitate, soprattutto se cute integra, per l'elevato rischio di isolare germi contaminanti.

Altri test diagnostici - Non necessari nella maggior parte dei casi.

Razionale della terapia

Trattamento mirato a *Streptococcus pyogenes* e *Staphylococcus aureus*.

POTENZIALI COMPLICANZE

L'evoluzione sistemica o l'estensione dell'infezione ai tessuti profondi in corso di terapia antibiotica deve richiedere il ricovero.

Terapia antibiotica

Prima scelta

Impetigine non bollosa localizzata: trattamento topico con unguento di **mupirocina 2%** o **acido fusidico 2%** per 5 giorni

NEGLI ALTRI CASI TRATTABILI A DOMICILIO, UNA TRA LE SEGUENTI:

Amoxicillina+acido clavulanico [cat. AWaRe Access]: 80-90 mg/kg/die (dose riferita ad amoxicillina) per OS in 3 dosi per 5 giorni.

Cefalexina [cat. AWaRe Access]: 75-90 mg/kg/die per OS in 3 dosi per 5 giorni.

Flucloxacillina [cat. AWaRe Access]: 50 mg/kg/die per OS in 4 dosi per 5 giorni.

La durata indicata è quella minima e va personalizzata sulla base dell'andamento clinico o in caso di comorbidità.

Seconda scelta

SE ALLERGIA ALLE PENICILLINE (EVENTO RARO MA SOVRASTIMATO):

Sulfametossazolo+trimetoprim [cat. AWaRe Access]: 40 mg/kg/die (dose riferita a sulfametossazolo) per OS in due somministrazioni per 5 giorni.

La durata indicata è quella minima e va personalizzata sulla base dell'andamento clinico o in caso di comorbidità.