

TUTTO BENESSERE NEWS

L'ESTATE È ALLE PORTE: I CONSIGLI WAIDID PER PROTEGGERE I BAMBINI DALLE INFEZIONI DELLA PELLE

Roma, 13 maggio 2019 – Nonostante siamo a metà maggio, le temperature sono ancora piuttosto basse. A breve, si aspetta comunque l'arrivo della tanto desiderata estate. **I bambini sono spesso vittime di infezioni batteriche della pelle** che proprio, con l'arrivo della stagione calda e del clima caldo-umido, si manifestano con ancora maggiore frequenza. I rischi di queste infezioni **variano a seconda della loro localizzazione**: da quelle che coinvolgono solo la parte più superficiale della cute (l'epidermide) a quelle che colpiscono la parte più profonda (il derma).

“Anche una piccola ferita, un graffio o una puntura d'insetto possono facilitare l'accesso dei batteri all'interno della pelle e generare un'infezione che può diffondersi ad altre zone della cute – afferma la Professoressa Susanna Esposito, Presidente dell'Associazione Mondiale per le Malattie Infettive e i Disordini Immunologici (WAidid) e Professore Ordinario di Pediatria all'Università degli Studi di Perugia -. Per evitare i rischi di un'eventuale degenerazione dell'infezione è necessario valutare da quanto tempo è insorta la lesione, quanto è estesa e quali sono i sintomi associati, come ad esempio febbre, dolore e prurito. Inoltre, è importante considerare quali possano essere stati i fattori predisponenti, tra cui l'assunzione di farmaci, l'esposizione alla luce solare, il contatto con allergeni o animali”.

Con l'avvicinarsi della stagione estiva, WAidid quindi **raccomanda di mantenere la pelle dei bambini pulita e ben idratata** in modo da difenderla dai batteri e dai funghi e **consiglia una moderata esposizione al sole** nei primi anni di vita per favorire la sintesi della vitamina D, ricordando di evitare sempre le ore più calde e di non prolungarla troppo nel tempo. Nel caso di infezione batterica della pelle **il primo riferimento è sempre il pediatra** (specialmente quando i bambini sono piccoli) che, **a seconda del caso e della gravità**, eventualmente evidenzierà ai familiari la **necessità di una visita dermatologica**.

Tra le infezioni cutanee dell'età pediatrica, quelle più comuni nel periodo estivo sono le seguenti:

-) L'**impetigine** è una delle **più comuni infezioni cutanee tra i 2 e i 5 anni**¹ e si stima che colpisca a livello mondiale **circa il 12% dei bambini**². Tra i fattori di rischio, la dermatite atopica, traumi della pelle, morsi di insetto, l'alta umidità e la scarsa igiene. Si distingue in due forme: non bollosa e bollosa. La prima forma è generalmente provocata dallo *Staphylococcus aureus* (nel 70% dei casi) e dallo *Streptococcus pyogenes*^{1,3} e si presenta con piccole vescicole o pustole che evolvono rapidamente in croste di color giallo. Anche la seconda forma, quella bollosa, è causata dallo *Staphylococcus aureus* e si manifesta con bolle flaccide e trasparenti sotto le ascelle, sul collo e nell'area del pannolino. Una novità terapeutica nel trattamento dell'impetigine è rappresentata dall'**ozenoxacina**, pomata antibiotica battericida che agisce rapidamente con un successo terapeutico complessivo riscontrato **dopo soli 5 giorni** in seguito a somministrazione due volte al giorno,

con la riduzione dell'impatto dell'infezione e una buona tollerabilità nei pazienti a partire dai 6 mesi di età⁴⁻⁷.

J) Le **infezioni micotiche** sono causate dai miceti (più conosciuti come funghi). In estate è più facile il contagio sia per la maggiore proliferazione dovuta al clima caldo – umido, sia per la più alta frequentazione dei bambini di piscine o di spazi comuni. I funghi possono diffondersi in molte zone del corpo quali il cuoio capelluto o la cute glabra. Nel primo caso (*tinea capitis*), la lesione è inizialmente costituita da piccole papule localizzate alla base del follicolo e, successivamente, si forma una placca circolare eritematosa e squamosa, al cui centro il capello diventa fragile e si spezza. Diventano così evidenti zone prive di capelli (alopecia) e il bambino può lamentare prurito. Nel secondo caso, le infezioni della cute (*tinea corporis*) si presentano come placche squamose, lievemente sopraelevate ed eritematose, che si diffondono in senso centrifugo lasciando una tipica lesione ad anello.

Sia nelle infezioni del cuoio capelluto che in quelle della cute, **le lesioni micotiche richiedono il trattamento con un farmaco antifungino** e spariscono spontaneamente nel giro di qualche mese.

J) Le **verruche cutanee** sono le lesioni caratteristiche delle infezioni virali da Papillomavirus e **riguardano il 5-10% dei bambini**. Anche in questo caso si diffondono maggiormente in estate tra i bambini che frequentano piscine o docce pubbliche. Le verruche comuni (*verruca vulgaris*) si riscontrano più frequentemente sulle dita, sul dorso delle mani, sul volto, sulle ginocchia e sui gomiti. Si tratta di papule ben circoscritte, con superficie irregolare e rugosa. Le verruche piane (*verruca plana*) sono caratterizzate da papule lievemente rilevate, di dimensioni generalmente inferiori ai 3 mm e di colore variabile dal rosa al marrone. La distribuzione è simile a quella delle verruche comuni, in alcuni casi però possono essere multiple e distribuirsi lungo una linea di trauma cutaneo, per esempio dal margine dei capelli al cuoio capelluto a causa dell'utilizzo del pettine. Nel 50% dei casi le verruche scompaiono spontaneamente entro due anni; **il mancato trattamento può, però, provocare la diffusione ad altre sedi del corpo**. Le verruche sono lesioni che interessano la parte superficiale della cute, quindi non cicatrizzano a meno che vengano trattate in modo aggressivo; generalmente **si consiglia l'applicazione di pomate all'acido salicilico**, mentre più discusso è l'utilizzo dell'azoto liquido.

Bibliografia

1. Bangert S, Levy M, Hebert AA. Bacterial resistance and impetigo treatment trends: a review. *Pediatr Dermatol*. 2012;29:243e248. <https://doi.org/10.1111/j.15251470.2011.01700.x>
2. Bowen AC, Mah_e A, Hay RJ, et al. The global epidemiology of impetigo: a systematic review of the population prevalence of impetigo and pyoderma. *PLoS One*. 2015;10:0136789. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0136789>.
3. Hartman-Adams H., Banvard C., Juckett G., Impetigo: diagnosis and treatment, *Am Fam Physician*, 2014; 90:229 – 235.
4. Yamakawa T, Mitsuyama J, Hayashi K. In vitro and in vivo antibacterial activity of T-3912, a novel non-fluorinated topical quinolone. *J Antimicrob Chemother* 2002;49:455-465.
5. López Y, Tato M, Espinal P, Garcia-Alonso F, Gargallo-Viola D, Cantón R, et al. In vitro selection of mutants resistant to ozenoxacin compared with levofloxacin and ciprofloxacin in Gram-positive cocci. *J Antimicrob Chemother* . Gennaio 2015;70(1):57-61.
6. Gropper S; Albareda N, Chelius K, Kruger D et al. Ozenoxacin 1% cream in the treatment of impetigo: a multicenter, randomized, placebo- and retapamulin-controlled clinical trial. *Future Med*. 2014; 9:1013-23.
7. Gropper S, Cepero AL, Santos B, Kruger D. Systemic bioavailability and safety of twice-daily topical ozenoxacin 1% cream in adults and children with impetigo. *Future Microbiol*. 2014; 9: 33-41; 5. Ozanex 1% crema, (Ferrer). 2017 Accessibile all'indirizzo https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/82357/FT_82357.html. Ultima consultazione: 26.03.2018