Crotti B, et al. Medico e Bambino 2024;27(4):e82-e83
DOI: 10.53126/MEBXXVIIA82

PAGINE ELETTRONICHE M&B http://www.medicoebambino.com

MeB - Pagine Elettroniche

Volume XXVII Aprile 2024 numero 4

I POSTER DEGLI SPECIALIZZANDI

NON TUTTI GLI ASCESSI SONO INFETTI

Beatrice Crotti[1], Maurizio Fuoti[2], Laura Dotta[1], Maria Federica Girelli[3], Antonella Meini[3], Raffaele Badolato[1]

[1]*Clinica Pediatrica, Università di Brescia*
[2]*Clinica Pediatrica, Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva Pediatrica*, [3]*Clinica Pediatrica, ASST Spedali Civili di Brescia*

Indirizzo per corrispondenza: crobea@hotmail.com

CASO CLINICO

Riportiamo il caso di una bambina egiziana di 12 anni, che si è presentata alla nostra attenzione per tumefazione dolente della palpebra superiore destra, febbre, vomito e diarrea da tre giorni.

In anamnesi la paziente riferiva astenia, addominalgia ad andamento colico e calo ponderale di 2 kg nell'ultimo mese. Agli esami si riscontrava leucocitosi neutrofila (GB 15.560/mm^3, N 11.780/ mm^3), anemia microcitica (Hb 8,5 g/dl, MCV 60 fl) e rialzo degli indici di flogosi (PCR 355 mg/l). La TC del massiccio facciale metteva in evidenza un ascesso della ghiandola lacrimale destra. La paziente veniva dunque sottoposta a multipli approfondimenti tra i quali: emocolture e coprocolture, entrambe negative; drenaggio dell'ascesso con indagine colturale negativa; esami infettivologici (sierologia per *Bartonella spp.*, Widal-Wright, intradermoreazione secondo Mantoux, Quantiferon, ricerca tossina di Panton-Valentine, aspirato nasofaringeo con colturale per batteri e miceti e PCR per genomi virali, antigene *Aspergillus* e PCR per candida su siero) tutti negativi; ecocardiogramma, con esclusione di focolai di endocardite batterica; Rx torace con riscontro di addensamento della base polmonare sinistra; ecografia addome: ispessimento, perdita di stratificazione e ipervascolarizzazione delle pareti dell'ultima ansa ileale e di tutto il colon; rialzo marcato della calprotectina (> 2.000 µg/g, vn < 80) e p-ANCA positivi; la RM successiva torace-addome conferma l'ispessimento delle pareti del colon ed evidenza ulteriori ascessi a livello della dodicesima costa e della base polmonare sinistra.

La bambina veniva quindi trattata con terapia antimicrobica ad ampio spettro, dapprima con ceftriaxone e gentamicina, poi con piperacillina-tazobactam e daptomicina e successivamente con caspofungina, clindamicina, linezolid e meropenem, con scarso beneficio sui sintomi.

Durante la degenza si assisteva inoltre a comparsa di artrite di ginocchio e caviglia sinistri, mucosite del cavo orale, addominalgia persistente e di un ulteriore ascesso sottocutaneo del primo dito del piede destro (colturale negativo). Pertanto, alla luce dei riscontri ottenuti e nel sospetto di esordio di **malattia infiammatoria cronica intestinale** (**MICI**) si procedeva a EGD-scopia e colonscopia, con diagnosi definitiva di **colite ulcerosa** (**CU**).

Si avviava quindi terapia con mesalazina per os e metilprednisolone ev, con lenta e progressiva risoluzione della sintomatologia intestinale e delle lesioni ascessuali. Per escludere la presenza di un immunodeficit primitivo, venivano eseguiti immunofenotipo, immunoglobuline e test DHR123, tutti nella norma.

Dopo circa 6 mesi dalla remissione clinica, la paziente presentava una riacutizzazione della CU con addominalgia, rialzo della calprotectina fecale e manifestava una concomitante ricomparsa di tumefazione ascessuale palpebrale destra.

Il caso di CU riportato risulta peculiare per l'esordio caratterizzato dalla presenza di multipli ascessi abatterici, coerenti con la **sindrome degli ascessi asettici**.

CONCLUSIONI

Questa rara condizione si caratterizza per ascessi infiammatori sterili responsivi solo a terapie immunosoppressive e può rappresentare una manifestazione extraintestinale di MICI. Pertanto, in presenza di ascessi, specie se non responsivi a terapie antimicrobiche ad ampio spettro, è importante considerare la potenziale presenza di una MICI non riconosciuta. Inoltre, nel nostro caso, l'andamento clinico ha evidenziato una recrudescenza della lesione ascessuale consensuale alla riacutizzazione della malattia intestinale, in modo simile a quanto osservato abitualmente nelle artriti MICI-correlate.

BIBLIOGRAFIA DI RIFERIMENTO

- André MFJ, Piette JC, Kémény JL, et al.; the French Study Group on Aseptic Abscesses. Aseptic abscesses: a study of 30 patients with or without inflammatory

bowel disease and review of the literature. Medicine (Baltimore). 2007;86(3):145-61. DOI: 10.1097/md.0b013e18064f9f3.

- Bardy A, Guettrot-Imbert G, Aumaître O, André MF. Efficacy of Il-1β blockade in refractory aseptic abscesses syndrome. Mod Rheumatol. 2014;24(1):217-9. DOI: 10.3109/14397595.2013.852835.
- Bollegala N, Khan R, Scaffidi MA, et al. Aseptic Abscesses and Inflammatory Bowel Disease: Two Cases and Review of Literature. Can J Gastroenterol Hepatol. 2017;2017:5124354. DOI: 10.1155/2017/5124354.
- Elessa D, Thietart S, Corpechot C, Fain O, Mekinian A. TNF-α antagonist infliximab for aseptic abscess syndrome. Presse Med. 2019;48(12):1579-80. DOI: 10.1016/j.lpm.2019.09.056.
- Fillman H, Riquelme P, Sullivan PD, Mansoor AM. Aseptic abscess syndrome. BMJ Case Rep. 2020;13(10):e236437. DOI: 10.1136/bcr-2020-236437.
- Hara H, Wakui F, Fujitsuka A, Ochiai T, Morishima T. Subcutaneous abscesses in a patient with ulcerative colitis. J Am Acad Dermatol. 2000;42(2 Pt 2):363-5. DOI: 10.1016/s0190-9622(00)90113-0.
- Ozeki K, Tanida S, Kataoka H. Aseptic Abscess Syndrome With Ulcerative Colitis and Pyoderma Gangrenosum. Clin Gastroenterol Hepatol. 2022;20(10):A27. DOI: 10.1016/j.cgh.2022.04.040.
- Trefond L, Frances C, Costedoat-Chalumeau N, et al., On Behalf Of The French Study Group On Aseptic Abscesses. Aseptic Abscess Syndrome: Clinical Characteristics, Associated Diseases, and up to 30 Years' Evolution Data on a 71-Patient Series. J Clin Med. 2022;11(13):3669. DOI: 10.3390/jcm11133669.
- Yamaguchi Y, Nakagawa M, Nakagawa S, et al. Rapidly Progressing Aseptic Abscesses in a Patient with Ulcerative Colitis. Intern Med. 2021;60(5):725-30. DOI: 10.2169/internalmedicine.5733-20.