Mela F & Ricci M. Medico e Bambino 2026;29(9):e274-e275
DOI: 10.53126/MEBXXIXN274

MeB - Pagine Elettroniche

Volume XXIX Novembre 2026 numero 9

I POSTER DEGLI SPECIALIZZANDI

SCIOGLIERE I NODI DELLA DIAGNOSI: L'IDENTITÀ DI UNA PANNICULITE

Federica Mela, Matteo Ricci

Dipartimento di Neuroscienze, Riabilitazione, Oftalmologia, Genetica e Scienze materno-infantili (DINOGMI), Università di Genova

Indirizzo per corrispondenza: melafederica97@gmail.com

INTRODUZIONE

La panniculite è un processo flogistico del tessuto adiposo sottocutaneo, caratterizzato da un'infiltrazione infiammatoria a carico dei lobuli adiposi e/o dei setti interlobulari. Tra le sue varianti, l'eritema nodoso rappresenta la forma più frequente e riconoscibile, clinicamente caratterizzata da noduli sottocutanei dolenti, eritematosi e simmetrici, localizzati prevalentemente nella regione pretibiale. Sebbene in molti casi rimanga idiopatico, è fondamentale indagare la presenza di patologie sottostanti. Le cause più comuni comprendono infezioni (in particolare da streptococco β-emolitico di gruppo A e *Mycobacterium tuberculosis*), malattie infiammatorie sistemiche (sarcoidosi, morbo di Behçet e malattie infiammatorie croniche intestinali), reazioni farmacologiche e, più raramente, neoplasie.

Le differenti forme cliniche e istopatologiche possono risultare simili dal punto di vista morfologico, rendendo talvolta necessaria la biopsia cutanea per una diagnosi definitiva. Il riconoscimento accurato dell'eziologia è cruciale per escludere patologie sistemiche o severe che possono celarsi dietro una manifestazione cutanea apparentemente isolata.

CASO CLINICO

Un ragazzo di 13 anni è giunto alla nostra osservazione per febbre persistente e placche eritematose calde e dolenti, localizzate agli arti inferiori. All'esame obiettivo si evidenziavano inoltre faringe iperemico e dolore addominale ai quadranti di destra.

Gli esami ematochimici evidenziavano leucocitosi neutrofila e un marcato incremento degli indici di flogosi (PCR e VES). Il tampone faringeo per streptococco β-emolitico di gruppo A risultava negativo; si osservava tuttavia un progressivo aumento dei titoli sierologici di TAS e anti-DNasi B.

La calprotectina fecale risultava significativamente elevata (> 1.000 µg/g). Le ulteriori indagini microbiologiche, comprensive di sierologia per EBV, *Mycoplasma pneumoniae*, test di Mantoux e coprocolture, risultavano negative, così come lo screening per la celiachia. L'ecografia addominale mostrava esclusivamente la presenza di fango biliare, mentre l'esame delle urine rilevava la presenza di emazie e leucociti.

Considerata la mancata risposta clinica alla terapia empirica con ibuprofene e ceftriaxone, si è proceduto a una rivalutazione complessiva del quadro clinico, indirizzando le indagini verso la definizione eziologica delle lesioni e la formulazione delle principali ipotesi diagnostiche differenziali.

Tra queste sono state considerate:

- eritema nodoso idiopatico
- forma post-infettiva, suggerita dal progressivo incremento dei titoli anti- streptococcici
- forma associata a malattia infiammatoria cronica intestinale (IBD), ipotizzata in relazione all'elevata calprotectina fecale, ma successivamente esclusa per l'assenza di sintomatologia gastrointestinale significativa e per l'*imaging* addominale negativo
- forme autoimmuni o vasculitiche (quali lupus panniculitis e poliarterite nodosa), escluse per la negatività di ANA e ANCA e l'assenza di coinvolgimento sistemico
- infezioni cutanee o sottocutanee, escluse per la negatività delle colture e l'assenza di segni suppurativi.

La biopsia cutanea, eseguita su una lesione rappresentativa, ha documentato un quadro di panniculite con aspetti istologici compatibili con una flogosi post-infettiva, consentendo di porre diagnosi definitiva di **panniculite post- streptococcica**.

CONCLUSIONI

La diagnosi differenziale delle panniculiti in età pediatrica richiede un approccio multidisciplinare che integri la valutazione clinica con gli esami laboratoristici, le indagini di *imaging* e, nei casi selezionati, l'esame istologico mediante biopsia cutanea.

Il presente caso evidenzia come, nelle forme pediatriche a decorso atipico o refrattarie alla terapia convenzionale, la biopsia cutanea rappresenti un presidio diagnostico imprescindibile, in grado di chiarire l'eziologia del processo flogistico e di orientare in maniera appropriata la gestione terapeutica e il successivo follow-up.

BIBLIOGRAFIA DI RIFERIMENTO

- Pérez-Garza DM, Chavez-Alvarez S, Ocampo-Candiani J, Gomez-Flores M. Erythema Nodosum: A Practical Approach and Diagnostic Algorithm. Am J Clin Dermatol 2021;22(3):367-78. DOI: 10.1007/s40257-021-00592-w.