

Topic **Dermatologia infettiva**Presenting Author **Gaia Bossalini, Domodossola****Title: Leishmaniosi cutanea complessa in età pediatrica: un caso di ritardo diagnostico, terapia combinata e cluster familiare****Authors:**G. Bossalini¹, G. Daffunchio¹, M. Coridori¹, G. Rinninella¹, C. Coppola¹, V. Giacomet¹**Affiliation:**

1Clinica Pediatrica ad Indirizzo Infettivologico, Ospedale L. Sacco, ASST FBF SACCO, Università degli Studi di Milano

Abstract body

Introduzione: La leishmaniosi cutanea (LC) rappresenta la forma più frequente di leishmaniosi. Le lesioni cutanee evolvono generalmente in modo cronico e paucisintomatico nel sito di inoculo del flebotomo infetto. In età pediatrica il quadro clinico può essere eterogeneo e generare un ritardo diagnostico, con conseguente ricorso a trattamenti empirici inefficaci e ritardo di terapia specifica. Presentiamo un caso di LC complessa che evidenzia le principali criticità diagnostiche, terapeutiche ed epidemiologiche della malattia.

Metodi: Descrizione di un caso di LC complessa, analisi del percorso diagnostico-terapeutico ed epidemiologia

Risultati: Un bambino di 4 anni, precedentemente sano, ha presentato una papula eritemato-rosea della guancia destra insorta dopo una riferita puntura di flebotomo durante un soggiorno in Marocco. La lesione ha mostrato una lenta progressione con infiltrazione, nodulazione e successiva ulcerazione con formazione di esuberante tessuto di granulazione; nei mesi successivi sono comparse ulteriori lesioni analoghe al volto e agli arti superiori. Nei sei mesi successivi è stato sottoposto a ripetuti trattamenti empirici (acido fusidico/betametasone, aciclovir e successivamente gentamicina topica per due mesi), senza beneficio clinico. La diagnosi è stata posta solo dopo biopsia cutanea, risultata positiva all'immunoistochimica per *Leishmania* e confermata dalla sierologia per *Leishmania infantum*. L'assenza di interessamento mucosale e viscerale e la presenza di cinque lesioni, alcune localizzate al volto con rischio di esiti cicatriziali permanenti, hanno consentito di classificare il quadro come LC complessa secondo i criteri IDSA/ASTMH. Il trattamento con amfotericina B liposomiale (3 mg/kg/die per 5 giorni consecutivi e poi al 14° e 21° giorno) ha determinato una regressione solo parziale delle lesioni, rendendo necessaria l'associazione di paromomicina topica 15% per 30 giorni, con successivo miglioramento clinico. Contestualmente, la madre presentava una lesione cutanea confermata come leishmaniosi, configurando un raro cluster familiare.

Conclusioni: Il caso sottolinea l'importanza di considerare precocemente la leishmaniosi cutanea nella diagnosi differenziale delle lesioni cutanee croniche persistenti in età pediatrica, soprattutto in caso di storia di esposizione in aree endemiche. Un riconoscimento tempestivo della malattia consente di evitare trattamenti inappropriati, limitare la progressione delle lesioni e ridurre gli esiti cicatriziali potenzialmente deturpanti. La risposta incompleta alla terapia sistemica con amfotericina B liposomiale nelle forme pediatriche complesse evidenzia la necessità di un approccio terapeutico multimodale, considerando le possibili peculiarità della risposta al trattamento in età pediatrica. Inoltre, il riscontro di un cluster familiare ribadisce il ruolo centrale dell'anamnesi epidemiologica per un corretto inquadramento diagnostico e gestione appropriata della malattia.

Grafici/tabelle in allegatohttps://www.infettivologiapediatrica.it/upload/abstractAttach/Attach_ABS_62.jpg*L'autore dichiara che il lavoro non è stato precedentemente presentato ad un altro congresso*