

**TUBERCOLOSI CUTANEA IN UNA DONNA IMMIGRATA DALL'INDIA**

L. Bragagnolo<sup>3</sup>, M. Stevan<sup>3</sup>, M. Rassu<sup>3</sup>, P. Barbacini<sup>3</sup>, M.U. Conforto<sup>2</sup>, P. Baù<sup>1</sup>, M. Pascarella<sup>3</sup>, M.T. Giordani<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servizio di Vulnologia Ospedale San Bassiano, Bassano del Grappa

<sup>2</sup>U.O.C. Malattie INFETTIVE E TROPICALI VICENZA

<sup>3</sup>U.O.C. MICROBIOLOGIA E VIROLOGIA VICENZA

**INTRODUZIONE**

La tubercolosi cutanea è attualmente assai poco rilevata nei Paesi a più alto tenore socioeconomico, mentre è presente ed anzi in aumento in tutti i Paesi in via di sviluppo. E' soprattutto nel nord dell'India e nel Pakistan che vengono riferite in letteratura medica incidenze più elevate di tubercolosi cutanea.. In Italia le forme cutanee sono considerate quasi eccezionali e ci sono pochi dati in letteratura. Descriviamo un caso di tubercolosi cutanea in una paziente immigrata dall'India, immunocompetente, che ha presentato i sintomi al rientro da un soggiorno nel Paese d'origine.

**METODI**

Una paziente di 36 anni di nazionalità indiana giungeva alla nostra osservazione nel mese di Novembre 2015 per una lesione ascessuale al piede destro. Riferiva di essersi provocata una ferita in tale sede mentre si trovava nel paese di origine. Il medico di medicina generale aveva consigliato applicazione di ittiolo e prescritto terapia antibiotica con macrolide per 7 gg senza alcun beneficio. Non era presente febbre nè sintomatologia sistemica .

Le raccolte di pus si erano moltiplicate nel piede quindi la paziente veniva inviata per un consulto infettivologico. L'esame colturale eseguito sul materiale dell'ascesso inciso aveva evidenziato uno Staphylococcus aureus meticillino sensibile trattato con amoxicillina /clavulanico per 5 gg.

Nonostante le medicazioni presso il Servizio di Vulnologia la paziente lamentava ancora dolore con fuoriuscita di pus dalla ferita. La lesione non migliorava e nel dicembre 2015 veniva effettuato un altro prelievo microbiologico che includeva, oltre alla ricerca di batteri e miceti, la ricerca diretta e colturale per micobatteri.

**RISULTATI**

L'esame colturale per batteri evidenziava sviluppo di Corynebacterium striatum.

L'esame microscopico diretto per bacilli acido alcool resistenti risultava negativo ma la PCR diretta (GeneXpert MTB test Cepheid) eseguita sul pus evidenziava la presenza di Mycobacterium tuberculosis Complex e la coltura con sistema Bactec MGIT 960 rilevava la crescita di bacilli alcool acido resistenti identificati come Mycobacterium Tuberculosis Complex (sistema InnoLIPA Innogenetics). E' stato eseguito l'antibiogramma con Bactec MGIT 960 che ha evidenziato la sensibilità ai farmaci Streptomina, Isoniazide , Rifampicina, Etambutolo e Pirazinamide .

Un Rx torace risultava negativo e il test QuantiFERON positivo. Sono state escluse altre infezioni concomitanti come HIV ed epatite B e C, nonché altre cause di immunocompromissione.

La paziente è stata trattata con terapia a base di 4 farmaci (Isoniazide , Rifampicina, Etambutolo e Pirazinamide a dosaggio standard per sei mesi) con miglioramento progressivo delle lesioni cutanee e finale guarigione

**CONCLUSIONI**

Le micobatteriosi atipiche ma anche la tubercolosi devono essere prese in considerazione nella diagnosi differenziale di ulcere cutanee in particolare nei pazienti immigrati, nei viaggiatori internazionali e nell'immunodepresso. È quindi importante eseguire esami microbiologici specifici per la ricerca dei micobatteri nel caso di ulcere o ascessi cutanei soprattutto in caso di lesioni persistenti.