

XVII Convegno Nazionale

# Dermatologia per il Pediatra

19 – 20 Maggio 2017

Palazzo dei Congressi di Riccione

**È proprio necessaria  
una cura?**

**Rosea, Alba e Versicolor**

**Pierangela Rana**

pediatra



# Pitiriasi

dal greco pítyron, **crusca**, con riferimento all'aspetto di fine desquamazione della pelle affetta da pitiriasi, alba, rosea o versicolor



**È proprio necessaria  
una cura?**

Sempre?



Qualche volta?



Mai?



**I genitori di Antonio, 5 aa, sono  
spaventati dall'esordio improvviso  
e dall'estesa diffusione delle lesioni**



**12 ottobre '16**  
**lesioni eritematose**  
**disseminate sul**  
**tronco,**  
**asintomatiche**



**Aspetto microvescicoloso**

**lieve desquamazione**

**dimensioni variabili**



**No febbre**

**No prurito**

**No compromissione generale**

**Anamnesi negativa per dermatopatie o  
allergopatie**





Molte lesioni dermatologiche rivelano la loro natura con l'evoluzione nel tempo

L'attesa è indispensabile

Rassicuro i genitori e prometto di seguire Antonio  
con controlli ravvicinati nel sospetto diagnostico di

# **Pitiriasi rosea**

non curare, ma prendersi cura

Dopo tre giorni



Dopo una settimana



Dopo due settimane  
amici e parenti  
non si davano pace  
che per una cosa  
così «mostruosa»  
non si dovesse fare  
**NIENTE!**



Ormai, però, la dermatite di Antonio, assumeva sempre più le forme di una Pitiriasi Rosea tipica



Dopo tre settimane



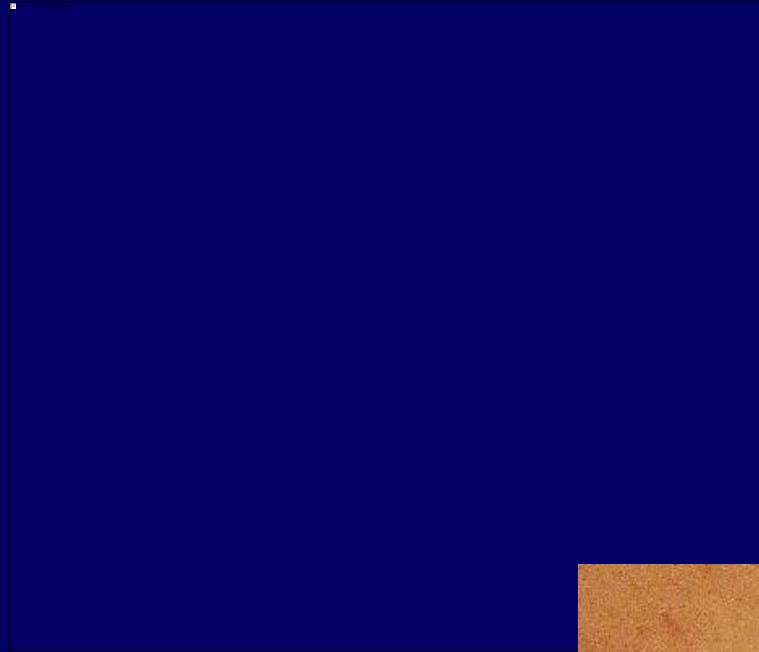
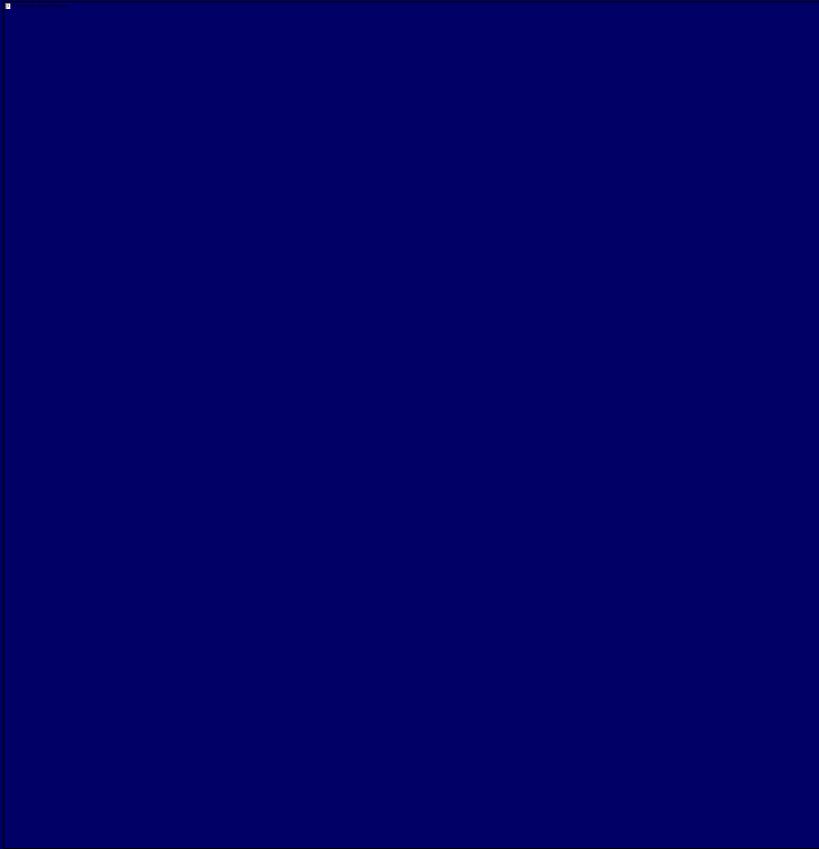
30 dicembre 2016

(8 settimane)

Finalmente è tutto finito!



# Pitiriasi Rosea

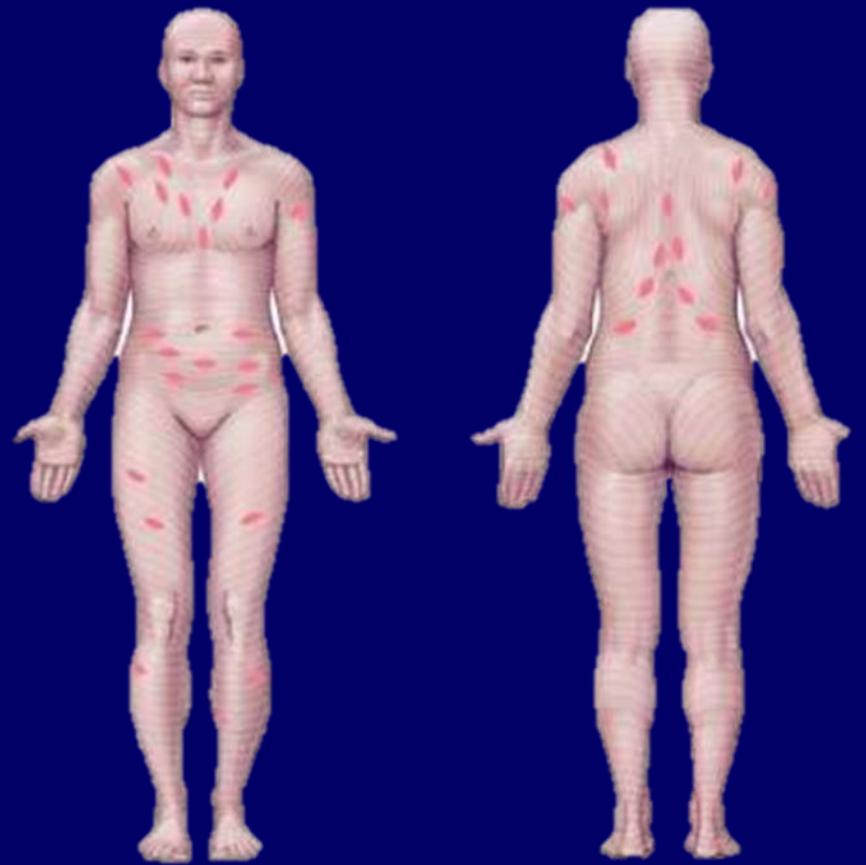


Lesioni eritemato – desquamative di forma ovalare, a limiti netti e bordo appena rilevato che può sollevarsi a collaretto



Interessa entrambi i sessi, a tutte le età, picco tra i 10 e i 40 aa, generalmente esordisce con una «chiazza madre», ovalare, ben delimitata, con un aspetto stropicciato, a cartina di sigaretta.

Dopo compaiono chiazze più piccole che evolvono a gittate e si dispongono secondo le linee di tensione della cute





Compare senza prodromi

Interessa più frequentemente il tronco, il collo, il terzo prossimale degli arti superiori e il cuoio capelluto

Il prurito, se c'è, è modesto

# Pitiriasi Rosea atipica per sede



raramente interessa il volto, gli arti inferiori e i genitali

# Pitiriasi Rosea



La diagnosi è clinica  
la risoluzione spontanea  
dopo 4 - 8 settimane

Eziologia ancora non  
definita  
Riattivazione dei virus  
HHV6 e HHV7?

La terapia della rosea

è stata oggetto di numerosi studi

Nel 2000 un gruppo di

studiosi indiani dimostrò

l'efficacia dell' eritromicina nel

abbreviare il decorso della malattia

L'unico merito di quello studio...



## ERITROMICINA NELLA PITYRIASIS ROSEA

Descrizione di un caso di personale osservazione

Pierangela Rana - Pediatra di Base - Bisceglie e mail: rana@catro.it

Valeria E., 7 anni, in ottime condizioni generali, nell'anamnesi solo un episodio recente di faringite febbrile trattato escusivamente con antipiretico. Il 3 aprile 2000 viene osservata in ambulatorio per la comparsa al tronco, all'addome e alla radice degli arti, di lesioni sparse eritematose, ovalari, ricoperte da una leggera desquamazione, estremamente pruriginose, di diametro variabile da pochi millimetri al centimetro. Incerta sulla diagnosi, somministro un antistaminico e decido di riesaminarla a breve termine. Il giorno dopo le lesioni hanno guadagnato il collo, i gomiti e le ginocchia, sono più numerose, più grandi, il prurito è più intenso: anche se è mancata o è passata inosservata la tipica lesione iniziale (chiazza madre), la diagnosi di Pityriasis rosea si impone per le caratteristiche del quadro morfologico.



Durante una ricerca su medline per eventuali novità circa l'eziologia e la terapia, l'attenzione è caduta su un lavoro del febbraio 2000 in cui si valuta l'efficacia dell'Eritromicina nella pityriasis rosea, scaturito da un'osservazione occasionale e verificata con il metodo dello studio in doppio cieco su due gruppi di 45 pazienti(1).



**1. J Am Acad Dermatol 2000 Feb;42 (2 Pt 1):241-4**  
**Eritromicina in pityriasis rosea: a double-blind, placebo-controlled clinical trial.**  
Shanna PK, Yadav TP, Gautam RK, Taneja N, Satyanarayana L, Department of Dermatology, New Delhi, India.

Il tentativo terapeutico mi sembrava allettante perché relativamente non nocivo, perché era giustificato dalla gravità del quadro e perché, secondo una vecchia teoria eziopatogenetica, potrebbe essere in causa, nel determinismo della p.rosea, un mycoplasma, microrganismo intracellulare sensibile ai macrolidi (2). - Così somministro Eritromicina sospensione al 10% alla dose di 50 mg/Kg/die frazionata ogni otto ore per 14 giorni. - Già dopo la prima settimana di terapia il prurito era scomparso tanto da rendere inutile l'assunzione dell'antistaminico e le lesioni quasi completamente regredite.



Una curiosità: la mamma ha riferito che alla sospensione accidentale della terapia, per un giorno, si è verificata una repentina riaccensione dei sintomi e dei segni, con remissione immediata alla ripresa dello sciroppo. Dopo 14 giorni di trattamento la piccola Valeria, completamente guarita, ha sospeso l'assunzione dell'Eritromicina e non ha mostrato nessuna ripresa di malattia.

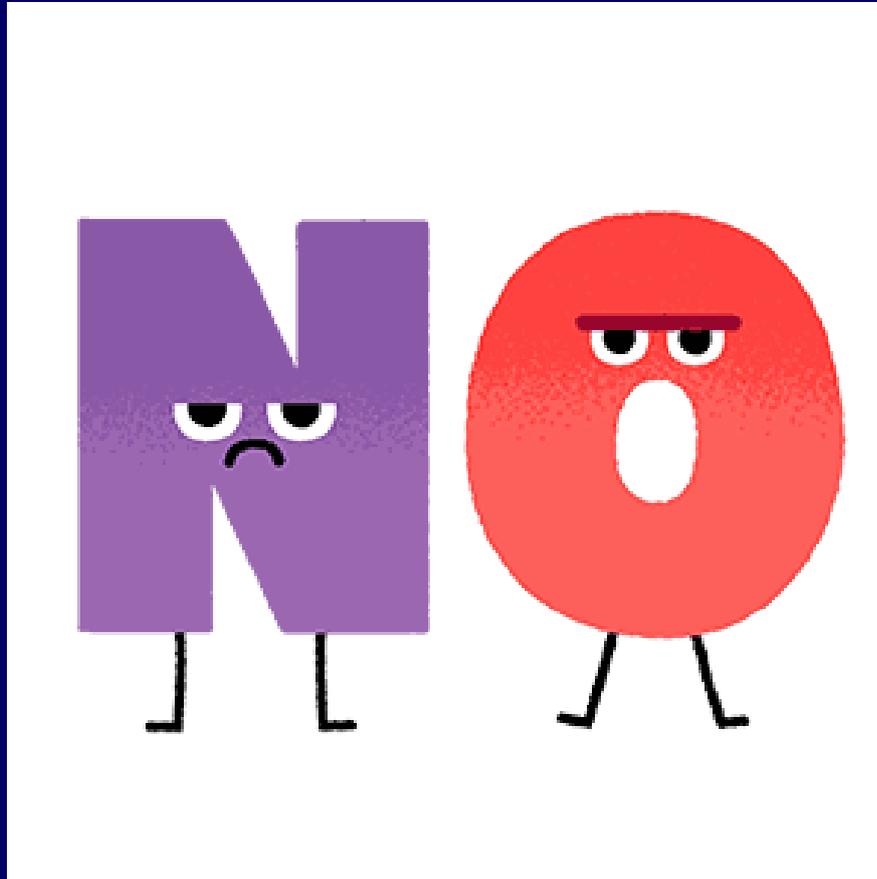
Fonte: nel microcosmo: l'azione dell'eritromicina nella pityriasis rosea, la proprietà antibiotica della sostanza non gioca alcun ruolo. Sulle scorie delle fusine contenute nei marmelli, si potrebbe scattare l'ipotesi che agisca invece come immunomodulante.

**BIBLIOGRAFIA**  
1. J Am Acad Dermatol 2000 Feb;42 (2 Pt 1):241-4  
*Eritromicina in pityriasis rosea: a double-blind, placebo controlled clinical trial.*  
Shanna PK, Yadav TP, Gautam RK, Taneja N, Satyanarayana L, Department of Dermatology, New Delhi, India.

2. F.Arcangeli, F.Longo  
*Permatologia per il pediatra, pag.159*



È proprio necessaria una cura?

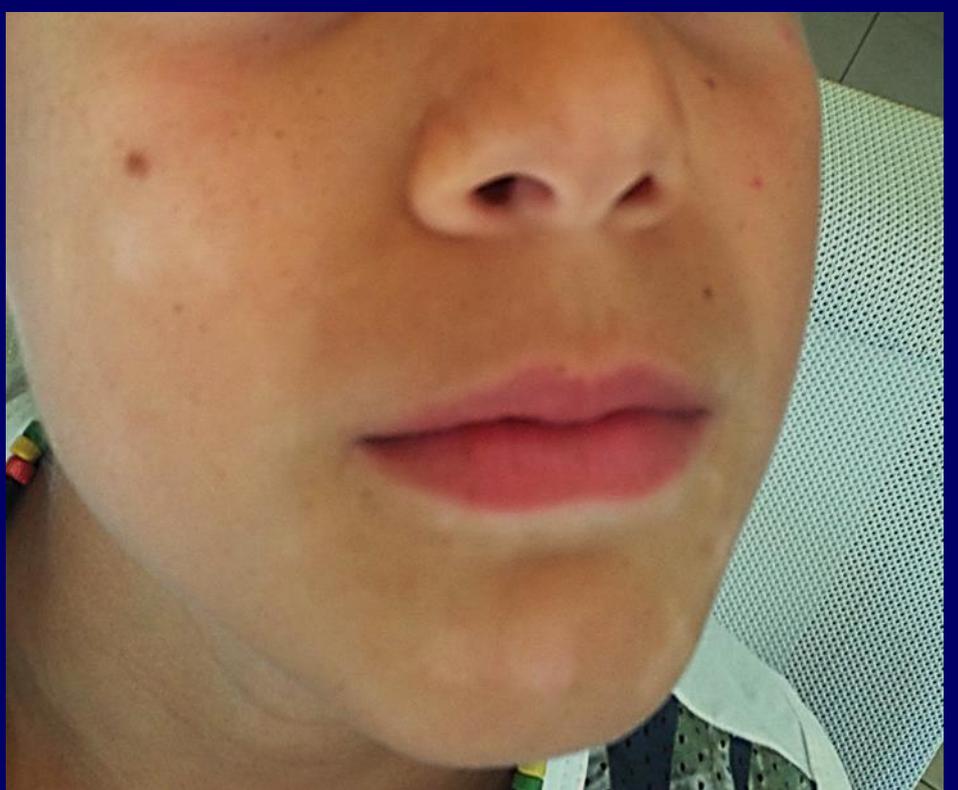


nella Rosea del bambino

# Pitiriasi Alba



Più evidente negli individui di pelle scura, è frequente anche negli individui di fototipo chiaro





Più frequente nei bambini  
Macchie bianche irregolari, a margini sfumati,  
asintomatiche, uniche o in numero limitato  
superficie centrale finemente desquamante



Sedi: fronte, guance, zigomi  
e superficie estensoria degli arti





Patogenesi infiammatoria  
Segno minore di eczema  
costituzionale  
Sedi tipiche

Pitiriasi alba



Che differenza c'è?



Vitiligine



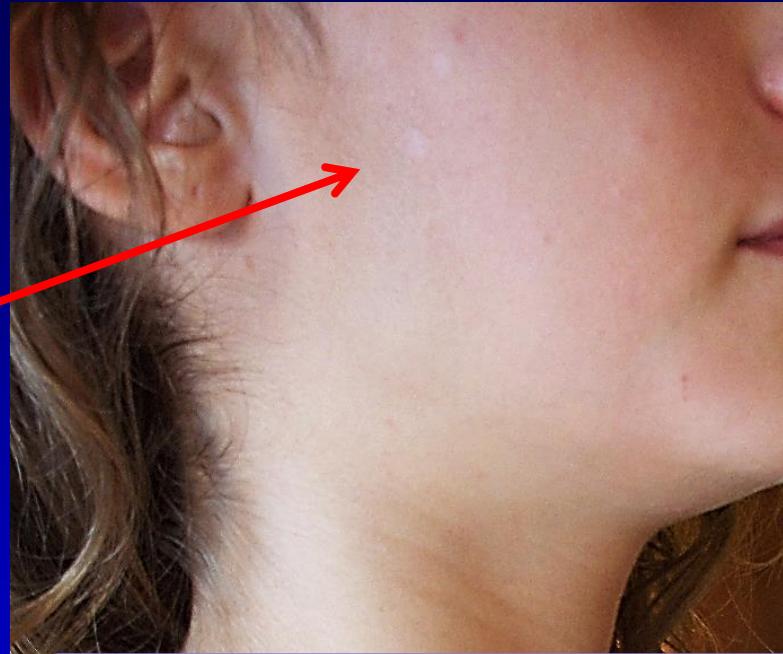
**No!!!**

È proprio necessaria una cura?



Miriana, 12 anni

Macchie bianche sulle guance



**Pitiriasi Versicolor**



# PITYRIASIS VERSICOLOR

causata da lieviti del genere *Malassezia*  
(*Pityrosporum*)

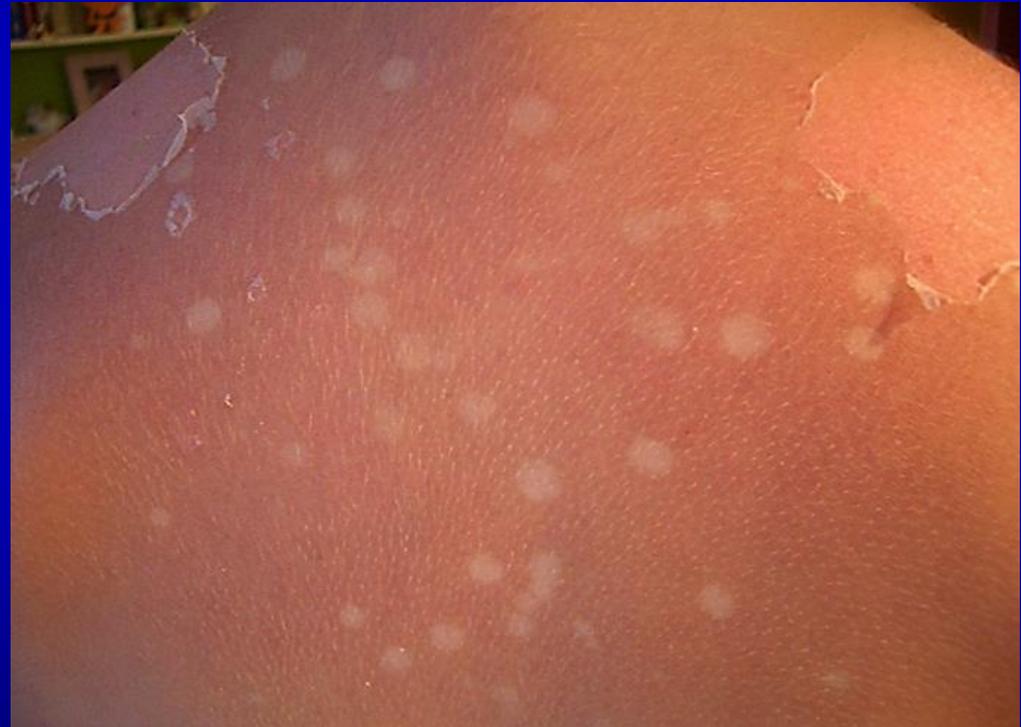
Saprofiti della cute

che passano da spore a colonie

**NON E' UNA INFEZIONE**  **NON E' CONTAGIOSA**

# Fattori favorenti

- Secrezione sebacea
- Sudorazione
- Clima ( mesi estivi )
- Indumenti occlusivi
- Topici oleosi



# Sedi

umide e/o seborroiche

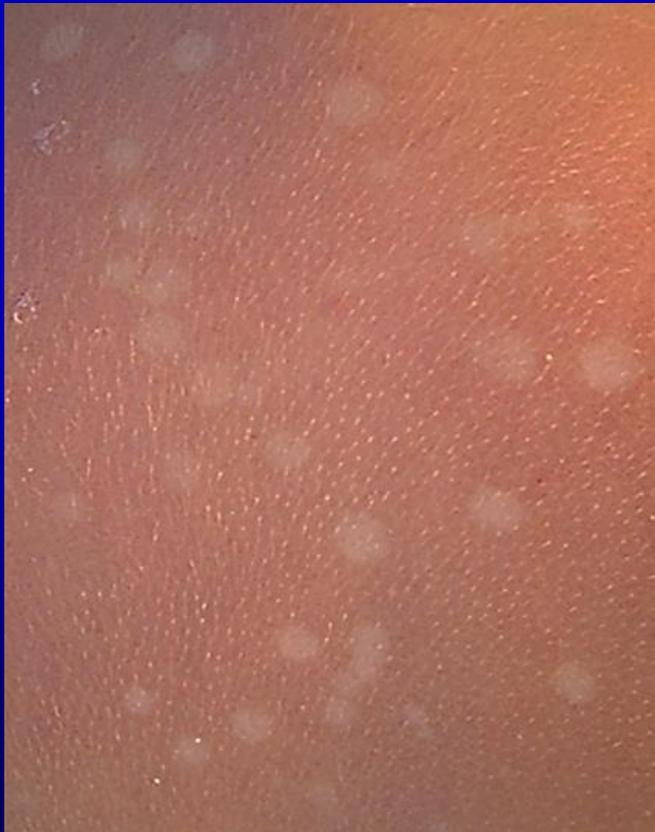
cuoio capelluto - collo - tronco – braccia

nel 40-50% dei rari casi infantili la sede prediletta è il volto



# caratteristiche cliniche costanti

- chiazze multiple
- a bordi netti
- di forma rotondeggiante



# caratteristiche cliniche variabili

- **Colore**
  - rosso-roseo            forme eritematose
  - giallo-camoscio } forme ipercromiche
  - bruno                }
  - bianco                forme ipocromiche
- **Dimensioni** : da pochi mm a vaste aree (per confluenza)
- *Prurito*



Forma eritematosa



Forma ipercromica



Forma ipocromica







Forma confluyente

# È proprio necessaria una cura?

Nel bambino, al primo episodio, senza tendenza all'estensione e con poche lesioni ipocromiche **NO**

Nell'adolescente, ad alto rischio di recidive (80% entro 2 anni ) **SI**

# Informazioni da dare

- La P.V. dipende dal “tipo di pelle” e il rischio di recidive (stagionali) è altissimo
- Nelle forme ipocromiche è necessaria l'esposizione alla luce o un lungo periodo di tempo (mesi) perché la pelle recuperi il suo colore
- E' inutile la terapia locale solo sulle lesioni visibili

# Miti da sfatare

- La Pitiriasi Versicolor è contagiosa
- E' necessario intervenire sugli indumenti...
- Piscine, palestre e spiagge sono luoghi “ad alto rischio”
- *Non si può fare nulla per evitare le recidive*

# Terapia di prima scelta : TOPICA

## **IMIDAZOLICO**

**1 applicazione al giorno per 15 giorni**

- Preferire emulsioni o soluzioni (spray)
- Applicare su tutto il tronco, collo e braccia
- Applicare anche sul volto solo se interessato
- Associare un detergente antimicotico come shampoo-doccia

# Terapia di seconda scelta : SISTEMICA

*quando?*

- Interessamento di vaste aree cutanee
- Casi resistenti
- Casi recidivanti
- Casi con “problemi” di compliance

# È proprio necessaria la prevenzione!

## *Privilegiare i topici !*

1. Utilizzo almeno bisettimanale di un detergente antimicotico (shampo-doccia)
2. +/- Imidazolico topico 1-2 volte alla settimana  
(... per anni !?)



# Riflessioni

una diagnosi corretta  
evita allarmismi, terapie ed esami inutili

una spiegazione esauriente  
rassicura la famiglia

una comunicazione frettolosa o approssimativa  
compromette il rapporto di fiducia



**Grazie per  
l'attenzione**