

# La dermatite che non ti aspetti

Dario Alario – Giovanni Puddu

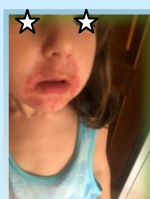
Master di Dermatologia Pediatrica, Università G. Marconi, Roma  
Direttori: F. Arcangeli, T. Lotti

Magliani F., Milioni M., Franch A., Iannone A., Ibba F., Ciulli L., Manta M., Depino R., Licordari A.

## CASO CLINICO

**Cloe**, 4 anni, presenta da circa un anno lesioni eritematose, papulo-pustolose insorte dapprima intorno alla bocca e successivamente intorno agli occhi ed al naso. Non sintomi sistemici. Riferito uso di corticosteroidi topici e sistemici, creme antimicotiche e antibiotiche, inibitori della calcineurina per uso topico senza alcun miglioramento del quadro clinico.

Riferiti episodi ricorrenti di bronchite asmatiche. Familiarità paterna per dermatite costituzionale.



## CARATTERISTICHE MACROSCOPICHE E DISTRIBUZIONE DELLE LESIONI

Papule monomorfe e papulo-pustole su fondo eritematoso, di colorito da roseo a rosso, alcune traslucide, localizzate prevalentemente a livello della regione periorale, perinasale e periorbitale. A livello del solco naso-labiale è presente eritema e desquamazione. Indenni le guance, la fronte ed una piccola area intorno al bordo del vermiglio. Alla dermatoscopia eritema e desquamazione.



# Cosa possiamo sospettare?

| PATOLOGIA                        | CARATTERISTICHE DIFFERENZIALI                                                                                                                                                                                                             |  | PATOLOGIA            | CARATTERISTICHE DIFFERENZIALI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|----------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Dermatite costituzionale         | <ul style="list-style-type: none"> <li>vescicole – essudato – croste</li> <li>meno lesioni papulose</li> <li>generalmente coinvolte aree cutanee</li> </ul>                                                                               |  | Impetigine           | <ul style="list-style-type: none"> <li>essudato e croste color miele</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| Acne volgare                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>adolescenti – raro tra 1 e 7 anni (valutazione endocrinologica)</li> <li>la distribuzione delle prime lesioni nella zona T (fronte – naso – mento)</li> <li>comedone lesione principale</li> </ul> |  | Tinea faciei         | <ul style="list-style-type: none"> <li>presentazione estremamente variabile.</li> <li>le lesioni di solito iniziano con macule squamose a bordi rialzati con estensione centrifuga ed ipopigmentazione centrale.</li> <li>si possono osservare anche papule – vescicole – croste</li> <li>la preparazione di idrossido di potassio può aiutare a diagnosticare un'infezione funginea.</li> </ul> |
| Dermatite allergica da contatto  | <ul style="list-style-type: none"> <li>meno lesioni papulose</li> <li>estremamente pruriginosa</li> <li>lesioni papulo vescicolari</li> <li>esposizione antigene</li> </ul>                                                               |  | Rosacea infantile    | <ul style="list-style-type: none"> <li>interessa l'area centrale del volto compresa la fronte e le guance, con eritema, papule, pustole e teleangectasie</li> <li>si associano spesso segni oculari come Orzaioli, Calazi recidivanti, Blefarite congiuntivite, Cheratite e Ulcere corneali.</li> </ul>                                                                                          |
| Dermatite irritativa da contatto | <ul style="list-style-type: none"> <li>meno lesioni papulose</li> <li>è riferita abitudine di bagnarsi le labbra o utilizzo del ciuccio</li> <li>le lesioni hanno margini netti</li> </ul>                                                |  | Angiofibromi         | <ul style="list-style-type: none"> <li>presenti nei pazienti di età superiore a 5 anni</li> <li>sono papule rosa o colore della cute sana circoscritte che si trovano spesso sulle pieghe naso-labiali, sulle guance e sul mento.</li> <li>Associazione con la sclerosi-tuberosa</li> </ul>                                                                                                      |
| Dermatite periorifiale           | <ul style="list-style-type: none"> <li>grappoli di papule eritematose o papule-pustole di 1-2 mm distribuite unilateralmente o bilateralmente intorno alla bocca, naso e occhi, con pelle secca e squamosa.</li> </ul>                    |  | Dermatite seborroica | <ul style="list-style-type: none"> <li>eritema-desquamazione grassa del cuoio capelluto- sopracciglia – pieghe naso-labiali</li> <li>risparmia le regioni periorali e manca di papule</li> </ul>                                                                                                                                                                                                 |

# CONCLUSIONI

La dermatite periorifiale (POD) è stata documentata nella popolazione pediatrica in pazienti di appena 3 mesi, con una leggera predominanza delle ragazze rispetto ai ragazzi. Sebbene questa condizione sia ben descritta in letteratura sulla popolazione adulta, i dati nella popolazione pediatrica sono molto più limitati.

Molti pazienti hanno una storia personale o familiare di disturbi atopici. Sebbene l'esatta patogenesi della POD sia sconosciuta, un denominatore comune tra molti pazienti è la precedente esposizione a corticosteroidi topici o, meno comunemente, per via inalatoria o sistemica. L'esatta relazione tra l'uso di steroidi e la dermatite è sconosciuta; può essere correlata ad una disfunzione della barriera epidermica, ad attivazione del sistema immunitario innato, ad alterazione della microflora cutanea con predominanza di batteri follicolari fusiformi. Si presenta tipicamente con papule eritematose o colore della cute sana circostante e raramente pustole intorno agli occhi, al naso e alla bocca e, occasionalmente, ai genitali. In genere risparmia la cute del bordo delle labbra, delle palpebre, della fronte e delle guance. Raramente descritto lieve prurito o bruciore. La diagnosi di POD è clinica. I test di laboratorio non sono utili e l'istologia, raramente utilizzata, ricorda la rosacea. È importante escludere le altre possibili diagnosi in base all'età del paziente, alla storia clinica e alla presentazione delle lesioni. Il metronidazolo topico ha avuto successo, in monoterapia, nel trattamento delle forme più lievi. Per i pazienti con lesioni cutanee extra-facciali o nelle forme più gravi possono essere utilizzati, in associazione, antibiotici orali come tetraciclina, doxiciclina, minociclina, azitromicina ed eritromicina a seconda dell'età del paziente per 6-12 settimane. Dopo 10gg di metronidazolo topico e 2 cicli di azitromicina abbiamo assistito ad un netto miglioramento del quadro clinico con grande soddisfazione dei genitori.

