

Rubrica iconografica

Il riconoscimento rapido delle lesioni cutanee elementari nel bambino è uno dei problemi che più assilla il pediatra in ambulatorio. In effetti, per bypassare questo tipo di difficoltà "culturale", per la diagnosi di malattia dermatologica spesso viene utilizzato il criterio della distribuzione geografica (lesioni acroposte, lesioni solo al tronco ecc.). Questo criterio si rivela effettivamente utile in molte situazioni di pratica ambulatoriale, ma a volte, soprattutto in caso di lesioni "singole" in cui la distribuzione geografica non aiuta, è necessario avere almeno un'idea di "che cosa" si sta vedendo. La morfologia, o meglio la "forma" linea-

LESIONI ANULARI NEL BAMBINO

MARIO CUTRONE

Unità Operativa Semplice di Dermatologia Pediatrica, Ospedale Umberto I, Mestre, Venezia

re, anulare, figurata, delle lesioni, e la conoscenza dei quadri che si correlano a ogni tipo di pattern possono essere un valido e rapido supporto alla diagnosi.

In questo articolo tentiamo di illustrare uno dei tipi di "forma", quella anulare, fornendo qualche indicazione di diagnosi differenziale utile al pediatra.

Il criterio più utile da cui partire per la presentazione è probabilmente quello della frequenza. Alcune lesioni anulari sono frequentissime, altre realmente molto rare. Le immagini utilizzate sono state tutte raccolte presso l'Ambulatorio di Dermatologia Pediatrica della nostra Unità Operativa nell'arco degli anni 2002-2007.

LESIONI ANULARI COMUNI

Orticaria (Figura 1)

L'orticaria acuta di origine "virale" è un evento comunissimo, ma non sempre facile da vedere per il pediatra. La maggior parte dei bambini infatti, quando giunge in ambulatorio, non presenta alcuna lesione. La fugacità (intesa come scomparsa in poche ore) della singola manifestazione cutanea è infatti patognomonica di questo quadro e rende la diagnosi molto facile. Le lesioni dell'orticaria possono essere sia chiazze che ponfi più o meno pruriginosi, ma, quando la morfologia è anulare, normalmente si tratta di **ponfi anulari (senza desquamazione)** associati ad altre lesioni figurate. Dato



Figura 1. Orticaria. Le lesioni anulari sono fugaci e l'orletto non è desquamante. Normalmente è presente prurito.

l'andamento rapidamente autorisolutivo (in ore o giorni, solo raramente in alcune settimane), questo quadro necessita, come unico provvedimento, della prescrizione di un antistaminico per os, da continuare prudenzialmente per una settimana. Diete e accertamenti allergologici sono in questi casi inutili e da proscrivere.

Tinea corporis (Figura 2)

La tinea corporis è spesso sovradiagnosticata: ogni chiazza rotondeggiante, secca, isolata, viene prima o poi sospettata (e a volte trattata) come fungo. In realtà la manifestazione cutanea dell'infezione da *Microsporum canis* (il più comune agente eziologico in Italia) non è così frequente, e per un sospetto fondato è necessaria, oltre all'aspetto "anulare" e alla lunga durata, una storia di contatto con animali.

La tinea normalmente non è pruriginosa e, se non curata, tende a dare altre



Figura 2. Tinea corporis. Le lesioni anulari sono fisse, con orletto desquamante. Normalmente non è presente prurito.

lesioni. L'aspetto è tipico e ben noto: un **anello eritematoso desquamante con guarigione centrale**. L'interessamento del cuoio capelluto, quando c'è, aiuta moltissimo nella diagnosi, e costringe a iniziare una terapia protratta per os (con griseofulvina da 10 a 25 mg/kg/die).

La terapia della tinea corporis a pochi elementi (senza interessamento del cuoio capelluto) può limitarsi alla sola terapia antimicotica topica prolungata (la risoluzione avviene in alcune settimane). In caso contrario, la terapia di scelta rimane la griseofulvina per os.

Dermatite atopica (Figura 3)

La dermatite atopica (DA) è la più comune malattia dermatologica del bam-



Figura 3. Dermatite atopica. Le lesioni anulari sono fisse, più o meno infiammate, con secchezza anche centrale. Il prurito è variabile.

Rubrica iconografica

binio, e la diagnosi dovrebbe essere molto facile. In realtà, oltre alla forma "classica" (con coinvolgimento più o meno importante delle pieghe di gomito, polso, ginocchio, caviglia, e della regione retroauricolare), esistono forme in chiazze rotondeggianti, isolate o multiple, più o meno infiammate. Di queste chiazze è possibile, per quanto non comune, anche una variante anulare, di non facile differenziazione da una tinea.

In generale, rispetto alla tinea corporis, le chiazze anulari di dermatite atopica presentano una maggiore "secchezza" anche al centro della lesione e sono almeno lievemente pruriginose. La ricerca di coesistenza di segni minimi di dermatite atopica (come le pliche di Dennie Morgan perioculari, la secchezza delle labbra o l'interessamento dell'ultima falange delle dita della mano) può aiutare nella diagnosi. In questo caso, la terapia di scelta sarà il cortisone topico.

Impetigine (Figura 4)

L'impetigine è un evento ben noto anche alle mamme: la frequente comparsa nei mesi estivi, l'elevata ricorrenza nei soggetti affetti da dermatite atopica, rendono questa infezione batterica facilmente riconoscibile.

In Europa l'agente eziologico quasi esclusivo è lo stafilococco, mentre nei Paesi in via di sviluppo è spesso coinvolto lo streptococco beta-emolitico. Le lesioni possono presentare un aspetto bolloso o più facilmente crostoso, di colore tipicamente giallastro. Se non

trattate, le lesioni aumentano rapidamente di numero, diffondendosi nell'arco di poche ore.

Occasionalmente la singola lesione può presentarsi con un aspetto anulare. L'orletto della lesione è lievemente rilevato, giallastro-marrone (se già in fase crostosa), mentre la parte centrale della lesione è spesso umida ed esudante. Utile alla diagnosi differenziale con la tinea corporis è la morfologia delle lesioni satelliti, invariabilmente presenti (nella tinea corporis sono a loro volta degli anellini, nell'impetigine sono normalmente chiazze crostose giallastre). Anche la contemporanea presenza di dermatite atopica, e la localizzazione in una delle sedi tipiche di eczema possono facilitare la diagnosi.

Tinea incognito (Figura 5)

La difficoltà a interpretare correttamente una lesione anulare può portare a fare una scelta terapeutica sbagliata. La tinea corporis, come si è detto, è sovradagnosticata, e spesso capita che chiazze di dermatite atopica o di pitiriasi alba siano trattate con antimicotico. Occasionalmente, però, può succedere il contrario. La tinea trattata con cortisone topico inizialmente sembra migliorare, ma poi si ripresenta con un aspetto diverso dalla lesione iniziale.

In alcuni casi l'aspetto è quello di una chiazza eczematosa a margini policiclici, altre volte l'aspetto è a "cerchi concentrici". La terapia prolungata con antibiotico (oltre alla sospensione

del cortisone) porta a risoluzione in alcune settimane.

Nei casi clinicamente dubbi un semplice prelievo per coltura di squame cutanee (grattate con un vetrino) è di rimente.

Granuloma anulare (Figura 6)

Il granuloma anulare (GA) è un problema frequente, teoricamente ben conosciuto dai pediatri, ma spessissimo non diagnosticato. Ha una eziologia ancora non del tutto chiarita, anche se sono stati nel tempo ipotizzati vari fattori scatenanti (TBC, punture d'insetto, esposizione solare, infezioni virali). In passato si è ipotizzato un rapporto stretto tra diabete tipo 1 e GA. In alcune occasioni è effettivamente possibile trovare in bambini diabetici GA, ma la relazione tra i due quadri è così debole che non si ritiene necessario indagare per possibile predisposizione al diabete tutti i bambini con GA. Le lesioni, come dice il nome stesso, sono nella gran parte dei casi anulari, anche se sono possibili varianti papulari o francamente nodulari. Le sedi più tipiche sono il dorso del piede e della mano, i glutei e gli arti. Le lesioni anulari si presentano nella variante più comune, isolata, caratterizzate da un orletto rilevato, non eritematoso, non dolente, che nel tempo (2 anni circa) va risolvendosi con un andamento centrifugo. La terapia con cortisone topico, in occlusione o senza, non accorcia in modo significativo la storia naturale della malattia.



Figura 4. Impetigine. La lesione anulare alla coscia sinistra potrebbe essere facilmente confusa con una tinea o con una chiazza di eczema. La presenza di numerose lesioni satelliti limitrofe con caratteristiche classiche (giallastre, crostose, in alcune aree umide) facilita la diagnosi.



Figura 5. Tinea incognito. L'erronea applicazione di cortisone topico sulla tinea porta inizialmente a un illusorio miglioramento. Successivamente, compare un aumento delle dimensioni della lesione con caratteristiche "capricciose" (lesione concentrica, bordo policiclico) che rendono difficile la diagnosi (la tinea diviene in "incognito").



Figura 6. Granuloma anulare. Il bordo del granuloma anulare è rilevato, non desquamante, non pruriginoso, non dolente. La presenza di altre lesioni è possibile, ma non è decisiva per la diagnosi. Utile invece la sede di localizzazione: dorso del piede, dorso della mano, glutei, arti.

Pitiriasi rosea di Gibert (Figura 7)

La pitiriasi rosea di Gibert fa parte ormai da molti anni del bagaglio culturale dei pediatri. La famosissima "chiazza madre" (che non in tutti i casi è presente e che non è pertanto necessaria per la diagnosi) in qualche caso si presenta con aspetto anulare, e per questo motivo viene talvolta (per la verità ormai raramente) scambiata per una tinea corporis. La successiva comparsa delle tipiche lesioni, piccole e di forma ovoidale (che si dispongono a tronco, dorso, collo e radice degli arti, risparmiando il volto), induce talvolta a perseverare nell'errore, facendo pensare a una diffusione della tinea. In realtà le lesioni micotiche, a differenza delle chiazze di pitiriasi rosea, tendono ad avere un inconfondibile andamento centrifugo. La risoluzione spontanea della pitiriasi rosea giunge invariabilmente dopo alcune settimane. Per ridurne la durata e l'espressività, alcuni Autori hanno suggerito di utilizzare un macrolide o un antivirale per os, ma l'astensione terapeutica continua ad essere l'opzione più ragionevole e praticata.



Figura 7. Pitiriasi rosea di Gibert. In un caso come questo la diagnosi differenziale con la tinea corporis può essere difficile. L'assenza di pregresso contatto con animali malati, ma soprattutto l'aspetto caratteristico delle lesioni più piccole (ovalari e non anulari con una fine desquamazione centrale) permette di fare agevolmente la diagnosi.

Psoriasi (Figura 8)

Contrariamente a quanto i genitori pensano, la psoriasi in età pediatrica non è rara. I quadri più frequenti sono quelli limitati al cuoio capelluto o alla presenza di chiazze isolate alla regione genitale o glutea. Occasionalmente può succedere di riscontrare episodi di eruzioni diffuse, con aspetto "figurato" e anulare come quello presentato nella figura. Nella stragrande maggioranza dei casi l'orientamento diagnostico non è difficile perché si tratta di bambini in cui era già nota la presenza di chiazze isolate. Può essere utile, nei casi dubbi, l'esecuzione di un prelievo di squame cutanee per coltura. L'ispezione di eventuali lesioni presenti al cuoio capelluto può essere dirimente: nella psoriasi le chiazze sono in genere multiple, solo crostose, senza troncamento dei capelli e molto spesso localizzate anche in prossimità della linea di impianto dei capelli; nella tinea capitis la lesione è, almeno inizialmente, unica ed è presente troncamento alla base dei capelli (con un aspetto di "prato all'inglese").



Figura 8. Psoriasi. La psoriasi "figurata" è una forma nel complesso rara, che può essere facilmente confusa con la tinea corporis. Se non c'è una storia nota di pregressa psoriasi o un esperto a portata di mano, è opportuno fugare il dubbio con la semplice esecuzione di un prelievo di squame cutanee per coltura. Si noti in questa immagine la sfumatura di colore che vira verso il fucsia, che già orienta verso una psoriasi piuttosto che verso una tinea corporis.

Precursori di emangioma (Figura 9)

Com'è noto, gli emangiomi, a differenza della *salmon patches* e delle malformazioni vascolari capillari, non sono generalmente visibili alla nascita e cominciano ad evidenziarsi qualche giorno dopo per raggiungere la massima velocità di crescita nei primi tre mesi di vita.

In realtà, in una certa percentuale di casi, già al momento della nascita, è possibile vedere sullo sfondo eritrosico della cute neonatale delle lesioni piane completamente chiare oppure lievemente eritematose, circondate da un alone chiaro, che preludono allo sviluppo di un precursore di emangioma. In questo caso, come visibile nella figura, possono apparire grossolanamente anulari.

Sfortunatamente i differenti aspetti dei precursori alla nascita (chiaro, eritematoso, con alone) non permettono allo stato delle conoscenze attuali di prevedere se l'emangioma che si svilupperà in quella sede da lì a poche settimane sarà a lenta o rapida crescita, né quali saranno le sue dimensioni finali.



Figura 9. Precursori di emangioma. Si noti la presenza di una chiazza eritematosa circondata da un alone chiaro "anemico". I genitori difficilmente possono accorgersi di questo tipo di lesione che sfugge sullo sfondo eritematoso tipico del neonato. Le puericultrici addestrate alle lesioni neonatali segnalano senza difficoltà questi quadri al neonatologo.

Rubrica iconografica

LESIONI ANULARI RARE

Eritema multiforme (Figura 10)

Con il termine di eritema multiforme (EM) vengono comprese entità nosologiche di diversa gravità e frequenza, che vanno da quadri più comuni e semplici senza coinvolgimento mucoso (eritema multiforme "minor") a quadri di gravità progressivamente crescente con coinvolgimento mucoso (EM "maior", sindrome di Stevens-Johnson e toxic epidermal necrolysis).

Nella pratica pediatrica ambulatoriale è importante saper riconoscere la forma minor: si tratta di lesioni cutanee anulari o a bersaglio, distribuite simmetricamente agli arti, poco o nulla pruriginose. Questi elementi possono essere facilmente confusi con ponfi anulari di un'orticaria virale, ma sono tipicamente più fissi e non fugaci, come avviene invece, per definizione, nell'orticaria. L'eziologia dell'EM è individuabile solo nel 50% dei casi (agenti infettivi, come herpes simplex o *Mycoplasma*, o farmaci, soprattutto antiepilettici o antinfiammatori). La durata dell'eruzione è nel complesso piuttosto prolungata (2-4 settimane). Non c'è una terapia realmente efficace, anche se il trattamento dell'eventuale agente eziologico può essere tentato (con qualche precauzione: gli antibiotici sono anch'essi implicati tra gli agenti eziologici!).



Figura 10. Eritema multiforme. Si notino le lesioni a coccarda. La distribuzione acrale è tipica. La persistenza per giorni delle singole lesioni è un elemento importante per la diagnosi differenziale con l'orticaria. In casi particolari, come in alcuni elementi visibili nella figura, le lesioni possono assumere aspetto bolloso.

Edema emorragico del lattante (Figura 11)

L'edema emorragico acuto del lattante è considerato, da alcuni Autori, la forma "giovanile" della porpora di Schoenlein-Henoch (SH). Il quadro clinico con cui si presentano questi bambini è sempre però piuttosto impressionante, e molto più "galoppante" di quello della SH: rapida comparsa di chiazze emorragiche a "coccarda" (spesso scambiate con quelle della sepsi meningococcica), che tipicamente interessano arti e padiglione auricolare, risparmiando il tronco, ed edema marcatissimo di mani, piedi e talvolta palpebre. La febbre è sempre modesta, e le condizioni generali piuttosto buone contrastano con il quadro cutaneo molto spettacolare. I parametri di flogosi e quelli coagulativi risultano nella norma, e la risoluzione spontanea avviene in 2-3 settimane (con un miglioramento netto già a partire dalla quarta-quinta giornata).



Figura 11. Edema emorragico del lattante. Questa manifestazione, tipicamente acuta, può creare molta ansia in chi non ha mai avuto l'occasione di incontrarla per la sua somiglianza alla sepsi meningococcica. Le lesioni sono a bersaglio e spesso c'è edema associato (oculare o alle estremità).

Porpora di Schoenlein-Henoch (Figura 12)

La porpora di Schoenlein-Henoch (SH), ben nota a tutti i pediatri, è caratterizzata da chiazze purpuriche palpabili, che solo occasionalmente (come nella Figura) possono presentare pattern anulare.



Figura 12. Porpora di Schoenlein-Henoch. Le lesioni della SH sono facilmente riconosciute dai pediatri, ma mettono in forte apprensione i genitori. Le lesioni sono nella stragrande maggioranza dei casi limitate agli arti inferiori (compresi i glutei); sono "chiazze emorragiche", palpabili, alternate a petecchie. L'edema e le artralgie sono quasi inevitabilmente presenti.

La contemporanea presenza di edema doloroso e la prevalente localizzazione agli arti inferiori (caviglie, polpacci) e ai glutei rendono la diagnosi clinica tutt'altro che difficile.

Il dolore addominale, sempre ricordato nei testi, è presente in una percentuale modesta dei casi, così come l'ematuria (che va comunque sempre ricercata, sia all'esordio che nelle settimane successive, per escludere il possibile interessamento renale).

La completa risoluzione spontanea delle lesioni cutanee avviene in qualche settimana.

LESIONI ANULARI RARISSIME

Dermatite a IgA lineari (Figura 13)

È una patologia vescicolo-bollosa autoimmune molto rara (2 soli casi a Mestre tra il 2001 e il 2007), qualche volta considerata come reattiva all'assunzione di farmaci (soprattutto la vancomicina), ma nella maggior parte dei casi idiopatica. Il decorso, cronico recidivante, può durare molti anni ed è caratterizzato da prurito intenso e dalla formazione di lesioni vescicolose anulari a "corona di rosario" o "rosetta", che possono poi confluire a for-



Figura 13. Dermatite a IgA lineari. La disposizione a rosetta o a "corona di rosario" è tipica di questa malattia, piuttosto invalidante nei casi che non rispondono al dapsona e che fanno continue recidive. All'esordio è quasi sempre confusa con una impetigine e trattata a lungo con antibiotico.

mare chiazze estese con andamento policiclico. Tutte le sedi possono essere coinvolte, con particolare preferenza per gli arti, i genitali, la mucosa buccale, il cuoio capelluto. I casi più gravi sono quelli con interessamento oculare. La diagnosi è principalmente clinica, ma va confermata con l'istologia e con l'immunofluorescenza diretta che mostra i caratteristici depositi di IgA lineari che danno il nome alla malattia. Questo quadro viene spesso scambiato all'esordio per una impetigine stafilococcica e trattato, senza risultato, con antibiotico. Alcuni Autori hanno anche addirittura ipotizzato una relazione diretta tra la somministrazione di un antibiotico e l'esordio della dermatite a IgA lineari. La terapia prevede l'utilizzo di dapsona e cortisonici per via generale, con risultati ottimi, rapidi e definitivi nella maggior parte dei casi, ma talvolta invece incompleti e di breve durata.

CINCA (Figura 14)

Sindrome rarissima ed estremamente invalidante, è una malattia infiammatoria cronica a esordio precocissimo che interessa diversi sistemi e organi. L'acronimo CINCA sintetizza le caratteristiche del quadro: **C**ronicità, **I**nsordio Infantile (anche neonatale), **I**nteressamento del sistema **N**ervoso, **C**ute e **A**rticolazioni. La sindrome CINCA è monitorata ormai da alcuni anni da un Registro Nazionale con base a Trieste (www.pediatria.univ.trieste.it/archi/CINCA/default.htm).



Figura 14. CINCA. La presenza di orticaria cronica fin dalle primissime settimane di vita (da non confondere con il banale eritema tossico del neonato, microponfoide e a rapida scomparsa nelle prime due settimane di vita) deve mettere il pediatra in allarme. Si tratta di patologia comunque rarissima.

Pur essendo di competenza superspecialistica reumatologica pediatrica, è interessante per il pediatra generalista sapere che uno dei segni di sospetto precoce è la comparsa di orticaria (cronica) in età neonatale. Le lesioni ponfoidi infatti ricompaiono quotidianamente, possono essere di dimensioni diverse e occasionalmente, come nell'orticaria, anulari. Il prurito è modesto. La ormai non più recente introduzione dei farmaci biologici nella farmacopea ufficiale (inibitori dell'interleuchina-1) ha dato a questi pazienti "orfani" la possibilità di una terapia efficace e quindi ha accresciuto di molto l'utilità della diagnosi precoce.

Lupus neonatale (Figura 15)

Il LES neonatale, dovuto al passaggio transplacentare di autoanticorpi materni, è un fenomeno realmente raro (1:20.000 nati). La maggior parte dei neonati colpiti (figli di madri affette da LES o da sindrome di Sjögren, talvolta assolutamente inconsapevoli perché asintomatiche) presenta esclusivamente sintomi cutanei, caratterizzati da chiazze anulari multiple con orletto eritematoso, come quella visibile nella foto, che si localizzano in genere al capo e che vanno spontaneamente incontro a risoluzione nei primi mesi di vita. Molto raramente possono essere presenti epatosplenomegalia e trom-



Figura 15. LES neonatale. Le lesioni, talora lievemente desquamanti ai margini, possono essere confuse in linea teorica con una tineia capitis (rarissima in età neonatale) o con una orticaria (che però è per definizione fugace). La localizzazione al capo è tipica.

bocitopenia, anch'esse autorisolvibili nei primi mesi senza conseguenze. La diagnosi di LES neonatale è però comunque importante perché, sfortunatamente, una piccola percentuale dei bambini affetti può presentare un blocco di branca completo o incompleto, con possibili conseguenze fatali, se non eventualmente trattato con posizionamento di un pacemaker. È quindi necessario, quando compaiono lesioni cutanee sospette di LES neonatale, eseguire un ECG, un emocromo e cercare gli anticorpi anti-Ro (SS-A), presenti in più del 90% dei pazienti, e in parallelo approfondire la situazione clinica e soprattutto sierologica della madre.

LESIONI ANULARI DI ORIGINE ESOGENA

Pur essendo la forma rotonda-anulare la più "normale" (cioè quella meno strana in natura, e quindi la meno sospetta di una origine "esogena"), alcune volte anche questa si associa a fenomeni di origine "esterna".

Tatuaggio con hennè nero (Figura 16)

È quello, per intendersi, praticato in spiaggia proprio ai bambini perché "non fa male". È a volte causa di dermatiti molto importanti e pruriginose,

Rubrica iconografica

altre volte è all'origine di reazioni granulomatose. Responsabile di queste reazioni non è l'hennè in sé, utilizzato da sempre dalle popolazioni orientali per la decorazione della pelle, quanto un colorante (PPD), utilizzato per rendere più rapida la realizzazione del disegno ma soprattutto per rendere più scura ("black henna") e quindi più gradita ai clienti la caratteristica colorazione naturale arancio-marrone di questo tipo di tatuaggi. Quando il soggetto scelto come in questo caso è rotondo (il sole), la reazione infiltrativa anulare mima un granuloma anulare (che però, ovviamente, non ha mai i raggi...). La risoluzione spontanea av-



Figura 16. Reazione da tatuaggio all'hennè. Nero a forma di sole, confondibile con il granuloma anulare. Lesione infiltrativa anulare da parafenilendiamina. Un altro soggetto molto utilizzato dai tatuatori e che dà simili esiti anulari è il simbolo Jing/Jang.

viene in diverse settimane, e il cortisone topico accorcia solo di poco la storia clinica. Recentemente è stata segnalata la possibilità che un'allergia alla parafenilendiamina instauratasi con il tatuaggio possa persistere per tutta la vita.

Verruche volgari (Figura 17)

Sono un problema comune, banale (autorisolvibile e, ad eccezione di quelle plantari, asintomatiche), ma sono sorprendentemente molto poco tollerate dalle famiglie. Non essendoci una terapia che garantisca con assoluta certezza la guarigione immediata di questa patologia, non esiste un protocollo di approccio universalmente condiviso e molte sono le metodiche proposte.

Ognuna di queste terapie ha dei possibili effetti collaterali, e la crioterapia (che è una delle più usate) non fa eccezione. Il congelamento terapeutico



Figura 17. Esiti di crioterapia in verruca volgare. Questo esito non è dovuto a imperizia dell'operatore, ma è solo uno dei possibili esiti spiacevoli di questa terapia. Le verruche non dolenti, se non fortemente richieste dal paziente per motivi estetici e relazionali, non devono essere obbligatoriamente trattate.

della lesione verrucosa difficilmente riesce a limitare il danno esclusivamente al tessuto "patologico", e spesso la cute sana perilesionale viene coinvolta dal processo distruttivo, probabilmente facilitando la successiva estensione dell'infezione "ad anello" attorno alla verruca originaria. Quando si ha questo tipo di esito (che non dipende da imperizia dell'operatore, ma non è ovviamente molto gradito ai genitori), è consigliabile orientarsi verso l'attesa fiduciosa della risoluzione spontanea e non insistere nella lotta alla verruca.

Il morso umano (Figura 18)

Non è un tipo di lesione in generale molto frequente, ma nell'età del Nido è tutt'altro che raro. La diagnosi, in assenza della testimonianza diretta della vittima (che spesso ancora non sa parlare), potrebbe dare qualche problema.

In realtà si tratta di una lesione più ovalare che anulare, dove si evidenziano normalmente bene le singole impronte dei dentini.



Figura 18. Morso umano al Nido. Le sedi usuali sono gli arti superiori e più ancora le guance. Normalmente la risoluzione spontanea avviene in poche settimane.

MESSAGGI CONCLUSIVI

1. Le chiazze cutanee anulari sono nella maggior parte dei casi un problema banale, autorisolvibile, ma anche, seppur raramente, possono rappresentare un campanello d'allarme per patologie serie che necessitano di accertamenti o terapie da instaurare rapidamente.

2. La diagnosi differenziale tra queste lesioni (che è quindi importante) è nella maggior parte dei casi alla portata del pediatra che abbia la pazienza di ispezionare con un po' di attenzione la cute del bambino e, soprattutto, approfondire l'anamnesi.

3. Nei casi dubbi, consultare con calma un Atlante (o un miniatlante come quello presentato in queste pagine) e

rivedere il bambino dopo qualche giorno, può permettere di selezionare i casi da inviare a consulenza superspecialistica.

Indirizzo per corrispondenza:

Mario Cutrone
e-mail: cutfae@tin.it