

Il piccolo giunge alla nostra osservazione all'età di un mese per la comparsa di importanti lesioni eritemato-desquamative non responsive alla terapia topica con idrocortisone, consigliata in una precedente consulenza dermatologica. All'anamnesi viene riferita la comparsa da circa una settimana di lesioni "eczematose" nella zona del pannolino e di successive lesioni desquamative nel resto del corpo, in assenza di febbre o di altri sintomi. Il piccolo è allattato al seno, con madre a dieta normale. L'anamnesi familiare è positiva per atopia con madre affetta da rinite allergica e dermatite atopica e padre con storia di anafilassi da pomodoro. L'esame obiettivo del neonato mostra buone condizioni generali; la cute appare elastica, ben perfusa, con presenza di lesioni eritemato-essudative a margini netti nell'area del pannolino (Figura 1) e ulteriori lesioni desquamative (Figura 2, 3), con aspetto seborroico, al volto, tronco, cuoio capelluto, e piega retroauricolare; la restante obiettività non presenta nulla di rilevante. Il bimbo non sembra manifestare prurito. Gli esami ematochimici di routine, il dosaggio delle immunoglobuline e del

UNA DERMATITE DA PANNOLINO UN PO' INCONSUETA

FABIANA SAU¹, MARIA FURNO², ROBERTO MINELLI¹

¹Clinica Pediatrica, Università di Cagliari

²Università di Bologna

complemento, risultati nella norma, escludono l'eziologia infettiva o da immunodeficienza. Sono risultati negativi o nella norma il dosaggio della zinchemia e delle IgE totali e i prick test per acari e proteine del latte.

Supportati dalla letteratura e dall'aspetto delle lesioni si pone diagnosi di **napkin psoriasis**. Considerato il carattere essudante delle lesioni si instaura una terapia topica basata sull'uso di pasta all'acqua a ogni cambio del pannolino, mentre per il resto della superficie corporea si suggerisce l'impiego di crema idratante e lavaggio del piccolo con oli da ba-

gno. Viene suggerito, inoltre, l'utilizzo del pannolino di cotone durante il giorno relegando il pannolino-mutandina in plastica alle sole ore notturne, di più difficile gestione.

Dopo un mese di terapia la cute del bimbo appare ancora lievemente ipoidratata ma meno iperemica con un notevole miglioramento. Al successivo controllo dopo sei mesi, dopo l'inizio del divezzamento, l'area del pannolino risulta perfettamente integra e la cute del tronco nella norma. Si consiglia, quindi, una terapia topica emolliente, come per tutti i bambini di questa età.



Figura 1



Figura 2



Figura 3

NAPKIN PSORIASIS

La napkin psoriasis (psoriasi dell'area del pannolino) è una particolare forma di dermatite da pannolino, poco conosciuta e di difficile inquadramento nosologico, che si presenta nei primi due anni di vita, in particolare nei primi mesi. È la forma più frequente di psoriasi al di sotto dei 2 anni di età. È caratterizzata da lesioni eritematose confluenti, a margini netti e spesso congeste, estese a tutta l'area coperta dal pannolino, che si sviluppano rapidamente e spesso raggiungono la loro massima estensione in pochi giorni; talvolta nelle pieghe cutanee si osserva un'essudazione marcata. Dopo un periodo variabile da alcune settimane a mesi le lesioni precedentemente descritte si aggravano e compaiono lesioni secondarie a carattere eruttivo che, con gittate subentranti, coinvolgono il tronco, gli arti, il volto e il cuoio capelluto. Si tratta di micropapule con marcata componente desquamativa che tendono all'estensione periferica senza una risoluzione centrale; presentano una morfologia simile alle lesioni della psoriasi eruttiva. Le micropapule desquamative regrediscono fino alla completa risoluzione in due-tre mesi e solitamente non recidivano, nonostante la frequente persistenza dell'eritema nella zona del pannolino.

Non si conosce l'esatta incidenza della napkin psoriasis a causa delle differenti nomenclature utilizzate nei diversi Paesi e dai diversi Autori; è tuttavia una patologia poco frequente. Alcuni Autori considerano la napkin psoriasis come una dermatite seborroica, altri la interpretano come una particolare forma di dermatite da contatto o di ipersensibilità a candida. Tuttavia la teoria più accreditata vede la napkin psoriasis come un indicatore della diatesi psoriasica nel lattante dove l'uso del pannolino in plastica rappresenta il fattore scatenante. Questa teoria è supportata dalla comparsa di una psoriasi con-

clamata negli anni successivi nel 5-10% di neonati che hanno sviluppato la napkin psoriasis.

È peraltro opportuno sottolineare che, nella regione del pannolino, la terapia migliore consiste nel tenere il bambino, almeno quando è sveglio, con pannolini solo in cotone senza plastica esterna, usando blandi detergenti antisettici ai cambi, perché batteri e miceti in questa sede possono koebnerizzare. Nelle altre sedi si può solo idratare e rimuovere dolcemente le squame con oli prima e durante il bagno. Nelle sedi visibili (volto) spesso si ricorre alla terapia cortisonica sintomatica al bisogno per ridurre il rossore o alla terapia emolliente quando prevalgono le squame.

Diagnosi differenziale

La diagnosi di napkin psoriasis si avvale essenzialmente della clinica e risulta importante la corretta osservazione delle lesioni, che consente di distinguerla dalle dermatiti da pannolino simili:

- *dermatite da pannolino o delle zone convesse*: in questo caso sono interessate le zone convesse coperte dal pannolino con il classico aspetto a W della distribuzione delle lesioni eritematose e talvolta papulo-pustolose;
- *dermatite da candida dell'area del pannolino*: la candida spesso sovrainfetta la dermatite irritativa da pannolino; è possibile, tuttavia, riscontrare un coinvolgimento isolato nelle pieghe muco-cutanee genitali. Esordisce nel fondo delle pieghe cutanee che appaiono arrossate, macerate ed esudanti; successivamente si estende a tutta l'area del pannolino. Si differenzia dalla napkin psoriasis a causa dei margini a orletto desquamanti e dalle lesioni satelliti che in questo caso sono pustole;
- *dermatite seborroica infantile*: compare nei primi mesi di vita con lesioni eritemato-desquamative ricoperte da

squame giallastre, untuose. L'eziologia è sconosciuta, secondo alcuni Autori la napkin psoriasis potrebbe far parte delle forme di dermatite seborroica infantile che colpiscono l'area del pannolino;

- *dermatite da contatto*: interessa l'area di contatto con il pannolino con lesioni eritematose desquamanti, papule e, in alcuni casi, vescicole. È rara sotto i due anni di vita;

- *malattia di Leiner-Moussous*: si tratta di un'eritrodermia desquamativa che colpisce i neonati nei primi giorni di vita. La cute perianale appare arrossata, secca e squamosa, essudante nelle pieghe con generalizzazione secondaria a tutto il corpo. Spesso è associata ad anemia o disturbi gastrointestinali;

- *acrodermatite enteropatica*: è legata alla carenza di zinco per malassorbimento. Compare al divezzamento con lesioni eritemato-desquamative associate a lesioni vescicolo-bollose in sede periorifizia, perianale e genitale. Si distingue per l'associazione con la diarrea e le feci ipocromiche e untuose.

Indirizzo per corrispondenza:

Roberto Minelli

e-mail: robertominelli@tiscali.it

Bibliografia di riferimento

- Adam R. Skin care of the diaper area. *Pediatr Dermatol* 2008;25:427-33.
- Fernandes JD, Rivitti Machado MC, Prado de Oliveira ZN. Quadro clínico e tratamento da dermatite da área das fraldas - Parte II. *An Bras Dermatol* 2009;84:47-54.
- Fond L, Michel JL, Gentil-Perret A, et al. Psoriasis chez l'enfant. *Arch Pediatr* 1999;6:669-74.
- Morris A, Rogers M, Fischer G, Williams K. Childhood psoriasis: a clinical review of 1262 cases. *Pediatr Derm* 2001;18:188-98.
- Silverberg NB. Pediatric psoriasis: an update. *Ther Clin Risk Manag* 2009;5:849-56.