

DERMATITE PERIORALE



È frequente soprattutto in età adolescenziale, la si ritrova meno nei bambini più piccoli.

È caratterizzata da **papule eritematose** o **papulovesicicole non pruriginose** che possono trovarsi in regione perio-

rale ma anche in regione perinasale e perioculare. *Non è mai presente sulle guance.*

È più frequente nelle femmine.

La causa di tale manifestazione non è nota, la sua comparsa è stata associata all'uso topico di steroidi fluorati o all'utilizzo di aerosol contenente cortisone. È stata negata una predisposizione a svilupparla nei soggetti atopici, così come è stata esclusa un'ipotesi infettiva.

Cosa fare: sospendere l'eventuale steroide, applicare localmente metronidazolo gel all'1% 2 volte al dì per 1 mese, poi una volta al dì per 3-4 mesi. L'interruzione precoce della terapia può condurre frequentemente a

ricadute. Le tetracicline, pure efficaci, non vanno usate nei bambini sotto i 9 anni. Il meccanismo d'azione del metronidazolo non è del tutto chiaro ed è verosimilmente sia antibatterico che antinfiammatorio.

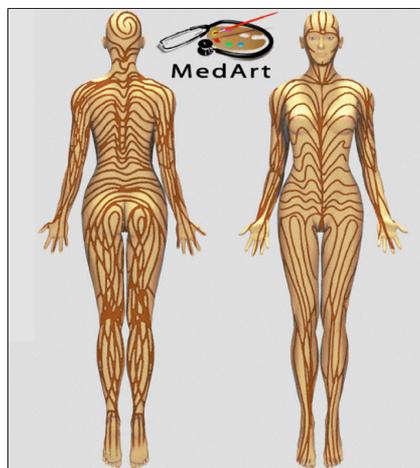


MOSAICISMO PIGMENTARIO

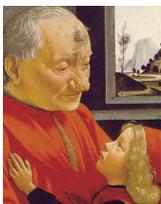
Questo bambino di 10 anni presenta numerose lesioni iperpigmentate al dorso e al torace dall'età di un anno. Queste chiazze presentano **margini frastagliati molto irregolari** e sono localizzate in una zona molto precisa del corpo. Si tratta di un mosaicism pigmentario e rappresenta l'espressione di un clone di cellule geneticamente diverse da altre (mutazione post-zigotica o somatica). Nel caso specifico si tratta di cheratinociti con una **alterazione della distribuzione o del trasporto della melanina**. Le chiazze sono **distribuite secondo le linee di Blaschko** o seguono dei pattern molto tipici e presentano margini irregolari frastagliati.

Il mosaicism pigmentario può riguardare solo la cute ed essere disgiunto da qualsiasi altra condizione patologica.

Attenzione alla diagnosi differenziale con la neurofibromatosi: nella NF le chiazze caffelatte sono disposte a caso su tutto l'ambito cutaneo e presentano margini regolari, non frastagliati.



Pubblichiamo l'immagine delle linee di Blaschko per gentile concessione del dott. Davide Brunelli (Med Art: www.med-ars.it).



EMANGIOMA CAPILLARE E TERAPIA CON BETA-BLOCCANTI

Bambina di 4 mesi e mezzo che nel primo mese di vita presenta una tumefazione sottocutanea molle della regione sovraorbitaria. Tale tumefazione, inizialmente piccola, va incontro a una crescita tumultuosa.

Si tratta di un emangioma capillare, la più frequente neoplasia benigna dell'infanzia. È dovuto alla proliferazione attiva di elementi angioblastici con formazione di capillari immaturi.

La lesione è visibile alla nascita nel 70% dei casi o appena visibile (30%). Presenta una crescita a volte tumultuosa fino ai 6-8 mesi, poi una fase di stato a cui segue una involuzione spontanea lenta in 8-10 anni.

Nella maggior parte dei casi non è necessaria alcuna terapia, viste la prognosi favorevole e la benignità del quadro. Tuttavia, nei casi in cui l'emangioma interferisca con funzioni vitali (localizzazione laringea, cavo orale, cavità nasali, orbite, ...) o crei un disturbo estetico invalidante, si può ricorrere alla chirurgia se la le-

sione è aggredibile o, più spesso, alla terapia medica. Il cortisone è la terapia più utilizzata (prednisone), alla dose di 3 mg/kg/die per tempi piuttosto lunghi. Gli effetti collaterali sono molti (cortisonismo e soppressione timica). Inoltre, spesso, dopo/durante lo scalo, vi può essere una ricrescita della tumefazione.

Oggi siamo davanti a una possibile rivoluzione terapeutica dell'emangioma capillare: il propranololo.

Il *New England* ha descritto 11 bambini con emangioma capillare trattati con successo con propranololo (2-3 mg/kg/die): sembrerebbe che la remissione ottenuta sia stabile anche dopo la sospensione del farmaco.

Anche al "Burlo Garofolo" di Trieste abbiamo avviato un progetto di ricerca per provare a trattare gli emangiomi capillari con beta-bloccante.

I risultati, al momento, sono buoni e fanno sperare nell'utilità di questa nuova opzione terapeutica.



Ringraziamo i genitori della bambina ritratta in questo articolo per aver autorizzato la pubblicazione delle immagini.

Irene Bruno
e-mail: brunoi@burlo.trieste.it