

Rubrica iconografica

Le stalattiti sono un fenomeno naturale particolarmente affascinante: all'interno delle grotte, il percolamento continuo di gocce d'acqua ricche di calcare porta, nel corso dei millenni, alla formazione di vere e proprie "colonne" penzolanti dalla volta. Il nome di queste formazioni deriva dalla parola greca *stalaktos* (gocciolante), e la più lunga conosciuta si trova nella camera delle Rarità nella Gruta Rei do Mato (Brasile): è lunga ben 20 metri.

Molto meno affascinanti (soprattutto per i genitori) sono le piccole "stalattiti cutanee" che possiamo incontrare sul volto dei nostri piccoli pazienti. Queste si localizzano in particolare alla regione nasale, sia sulla punta (*Figura 1 e 2*), sia all'interno delle narici (*Figura 3*) e alle commissure labiali (*Figura 4*) dove possono raramente presentarsi anche bilateralmente (*Figura 5*). Altra localizzazione piuttosto rara è il mento.

STALATTITI SUL VISO?

MARIO CUTRONE

Centro di riferimento provinciale ambulatoriale e di degenza per le patologie cutanee del neonato e del bambino, UO di Pediatria dell'Ospedale Umberto I°, Mestre (VE)



Figura 1

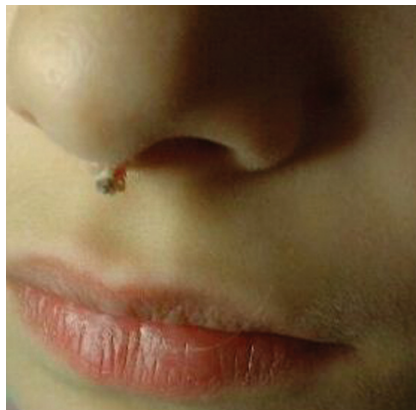


Figura 2

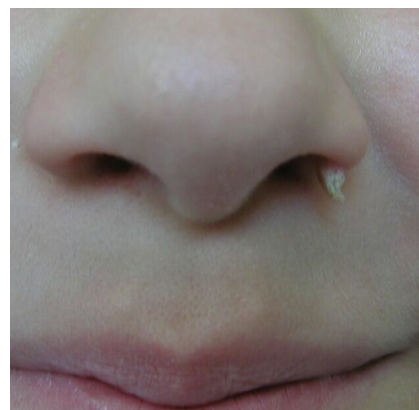


Figura 3

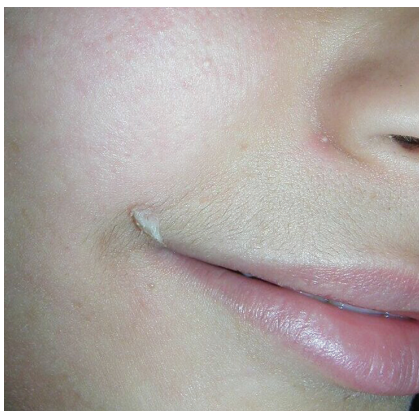


Figura 4

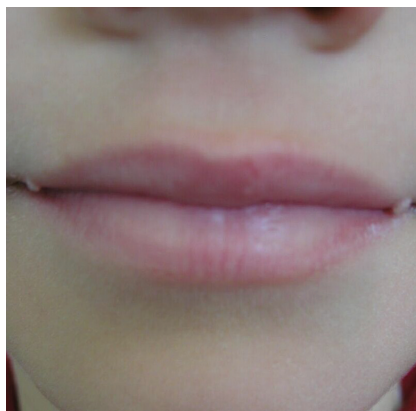


Figura 5

Queste strane "stalattiti" peribuccali e perinasali presentano una crescita relativamente rapida, ma sono autorisolvibili nel medio termine, innocue, non dolenti e non pruriginose. In quasi tutti i casi richiedono l'asportazione, perché importanti dal punto di vista estetico (il coinvolgimento del volto rende "difficile" la vita scolastica e relazionale dei bambini affetti).

Di che cosa si tratta esattamente? Sono...

Rubrica iconografica

VERRUCHE FILIFORMI DEL VOLTO

Le verruche filiformi sono una delle possibili presentazioni cliniche delle verruche. Le altre, più comuni, sono: le verruche piane del volto, le verruche anogenitali, le verruche plantari (che sono le uniche sintomatiche), le verruche "a mosaico", e, ovviamente, le verruche delle mani.

L'agente eziologico è lo Human papilloma virus (HPV), di cui sono noti più di 100 tipi. La trasmissione può avvenire in modo diretto o indiretto ma, perché l'infezione proceda, è sempre necessaria

una particolare condizione di predisposizione da parte del "ricevente" (come una barriera cutanea poco funzionante o una situazione di immunodepressione)¹.

La storia naturale è normalmente poco impegnativa. Le verruche filiformi quasi mai diventano di grandi dimensioni (Figura 1), mai danno reali problemi funzionali legati all'occupazione di spazio (nella narice o all'angolo della bocca), e generalmente rimangono lesioni solitarie.



Figura 6. L'impetigine stafilococcica: la localizzazione iniziale di questa comune infezione è spesso proprio l'interno della narice. La massa in crescita è data però non da una massa "verrucosa", ma dal sovrapporsi di croste giallastre con rapida tendenza alla diffusione alle regioni limitrofe.



Figura 7. Le lesioni vascolari acquisite (angioma lobulare eruttivo) sono intensamente rosse e solo raramente hanno una base d'impianto stretta. Non assumono mai un aspetto a "stalattite" e tendono a sanguinare frequentemente e molto abbondantemente.



Figura 8. Il mollusco contagioso da Poxvirus è una papula. Raramente è presente come lesione isolata. L'aumento delle dimensioni, che talvolta si verifica, è graduale e nel senso del diametro e non dell'altezza. Un aumento rapido, anche in altezza, è visibile in caso di infiammazione e sovrainfezione batterica del mollusco contagioso.

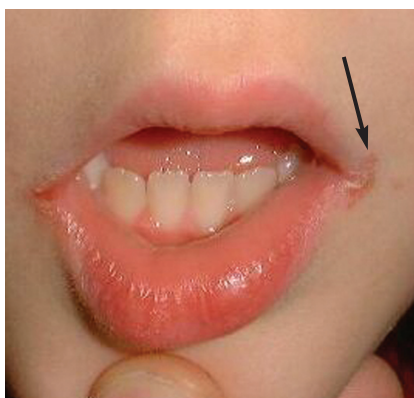


Figura 9. La perleche, o candidiasi della commissura labiale, è frequente nei ragazzi con dermatite atopica (è la tipica localizzazione peribuccale) e nei portatori di apparecchio ortodontico. La perleche si caratterizza per la presenza di fissurazione e la progressiva produzione di materiale biancastro agli angoli della bocca, che a differenza delle verruche filiformi è facilmente rimovibile.

Per quanto riguarda la terapia, sono possibili varie scelte. L'astensione terapeutica, trattandosi di malattia virale autorisolutiva, è una opzione possibile, ma raramente viene preferita per motivi estetici e relazionali. Il curettage (asportazione mediante utilizzo di curette monouso a lama anulare tagliente di 3-4 mm, preceduta da applicazione di anestesia locale con crema EMLA) e lo shaving (stessa procedura, ma con bisturi tradizionale, lineare) sono le opzioni più popolari sia nella letteratura internazionale² sia nella pratica italiana, come evidenziato da un recente tentativo di "consensus" al II Congresso della Società Italiana di Dermatologia Pediatrica a Rimini nel maggio 2006. Le due metodiche hanno raccolto, sommate, il 100% dei consensi in un apposito questionario distribuito a pediatri e dermatologi. In entrambi i casi si tratta di interventi di minimo impegno, estremamente economici (soprattutto se raffrontati alle altre proposte³), che non richiedono sutura o medicazioni nel breve termine, e che non lasciano esiti cicatriziali. Come av-



Figura 10. L'emangioma è di un colore rosso vivo, cresce solo nei primi 6-8 mesi di vita e non assume mai l'aspetto a stalattite.

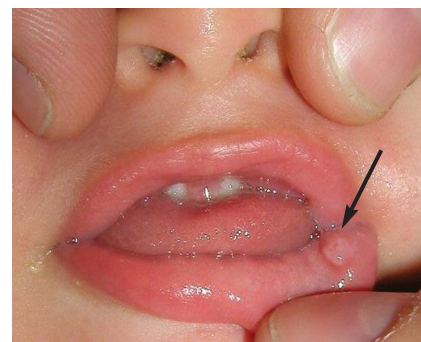


Figura 11. Il mucoccele è una masserella rosea, rotondeggiante, localizzata al labbro inferiore. Le dimensioni possono variare anche a seguito di fenomeni di "mordicchiamento".

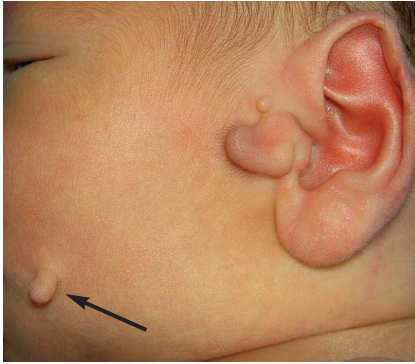


Figura 12. I tag preauricolari e della guancia sono molto comuni. Sono piccole malformazioni, già presenti alla nascita, tipicamente localizzate sulla linea di congiunzione tra trago e commissura labiale. In quest'ultima sede possono effettivamente assomigliare alle verruche filiformi (che sono però acquisite e a superficie più "verrucosa"). Il naso non è mai coinvolto.

viene per qualsiasi altro tipo di verruca, deve essere ben chiara ai genitori la finalità del provvedimento, che mira a un miglioramento estetico e NON alla gua-

rigione definitiva dall'infezione. La verruca filiforme, normalmente, si ripresenta infatti a distanza di alcune settimane o mesi, e viene riasportata al bisogno nell'attesa della risolutiva e conclusiva risposta immunitaria dell'ospite.

La diagnosi differenziale si pone con le lesioni nasali e peribuccali, riportate nelle *Figure 6-12*.

Le lesioni a localizzazione nasale, con comparsa improvvisa e successivo aumento delle dimensioni, più frequenti nel bambino sono illustrate nelle *Figure 6-8*.

Per quanto riguarda invece le lesioni a localizzazione peribuccale che possono andare incontro a progressivo aumento delle dimensioni, più frequenti nel bambino sono riportate nelle *Figure 9-12*.

Conclusione

Le verruche filiformi, una volta viste e "studiate", sono facili da riconoscere e da trattare.

La diagnosi, l'informazione ai genitori e

anche il trattamento sono alla portata del pediatra ambulatoriale e ospedaliero che, con il minimo di scienza e coscienza, associate al buon senso, possono affrontare in autonomia il curettage senza particolari rischi di complicanze.

Indirizzo per corrispondenza:

Mario Cutrone

e-mail: cutfae@tin.it

Bibliografia

1. Cutrone M. Infezioni cutanee, pag 357-374. In: Principi e pratica di Pediatria, 4° Edizione, 2005, a cura di F. Panizon, Monduzzi Editore.
2. Goodheart HP. Surgical Pearl: a rapid technique for destroying small skin tags and filiform warts. *Dermatol Online J* 2003;9(5):34.
3. Hagman JH, Bianchi L, Marulli GC, Soda R, Chimenti S. Successful treatment of multiple filiform facial warts with imiquimod 5% cream in a patient infected by human immunodeficiency virus. *Clin Exp Dermatol* 2003; 28(3):260-1.