

Rubrica iconografica

Nel corso dell'ultimo anno si sono presentati presso il nostro ambulatorio 4 bambini di età diverse, comprese tra i 3 e i 10 anni, con un quadro e una storia assolutamente simili.

Tutti e quattro presentavano chiazze persistenti da più di due mesi agli arti inferiori (Figura 1-4).

Le chiazze erano non dolenti, non pruriginose, non evolutive.

I genitori (e il rispettivo curante) avevano cercato di dare nel tempo una spiegazione alla strana persistenza di queste chiazze. Erano state ipotizzate in primo luogo una eziologia traumatica (ipotesi abbandonata per la lunga persistenza), poi una iperpigmentazione "esogena" (era stato ipotizzato un contatto con catrame in spiaggia, e tentata ripetutamente una pulizia con prodotti oleosi). Infine, erano state ipotizzate una porpora di Schoenlein-Henoch e, molto velatamente, la possibilità di un maltrattamento o di una patomimia (lesioni autoprovocate).

Cosa sospettare?

Il primo sospetto potrebbe essere quello di una comune ecchimosi post-traumatica (Figura 5), ma l'anamnesi negativa, una breve attesa, durante la quale non si evidenzino le tipiche modificazioni (verdi-

DELLE CHIAZZE AGLI ARTI INFERIORI STRANAMENTE PERSISTENTI

MARIO CUTRONE

Servizio Ambulatoriale e di Degenza di Riferimento provinciale per le malattie cutanee del neonato e del bambino; UO di Pediatria, Ospedale Umberto I, Mestre

Indirizzo per corrispondenza: cuffae@tin.it

bluastre) e la rapida risoluzione, sono sufficienti a farci escludere l'ipotesi. Più complessa la diagnosi differenziale con le altre patologie ipotizzate.

La **porpora di Schoenlein-Henoch** si presenta effettivamente con chiazze agli arti inferiori, che però sono normalmente bilaterali, lievemente infiltrate (da cui il nome "palpable purpura") e, abbastanza rapidamente risolutive (durano al massimo qualche settimana, mai mesi). L'edema, il dolore addominale, l'ematuria microscopica e la positività della ricerca del sangue occulto sono possibili, ma non sono obbligatori per la diagnosi di porpora di Schoenlein-Henoch (Figura 6).

Il **maltrattamento** è una possibilità da considerare con molta attenzione e molta urgenza, per difendere il bambino da altri eventuali episodi di violenza, ma oggettivamente raro da vedere in Pronto Soccorso.

Nel maltrattamento difficilmente la lesione è isolata e invariata nel tempo. Sono spesso presenti lesioni "figurative", che possono riproporre la forma della dita o degli oggetti utilizzati per gli atti di violenza.

La **patomimia**, cioè le lesioni cutanee autoprovocate e non dichiarate dal paziente, sono un capitolo molto complesso della patologia dermatologica pediatrica, e della neuropsichiatria infantile. Valgono ancora le considerazioni fatte sulle ecchimosi accidentali o dolose: la troppo lunga persistenza senza modificazione rende improbabile questa diagnosi; importanti poi la morfologia e la distribuzione delle lesioni, che non corrispondono a nessuna patologia nota e hanno una distribuzione "bizzarra" (Figura 7).

I nostri quattro bambini comunque presentavano chiazze di colore particolare, con sfumature tra il marrone e il giallastro, in realtà non compatibili con una ecchimosi.



Figura 1



Figura 2



Figura 3



Figura 4

Rubrica iconografica



Figura 5. Nelle ecchimosi post-traumatiche e nel maltrattamento l'aspetto delle lesioni è spesso figurato. Nella foto si osserva la forma "a dita". Nel caso specifico sono le dita dell'ostetrico che ha afferrato il bambino durante il parto.



Figura 6. Nella porpora di Schoenlein-Henoch spesso coesiste edema e le lesioni sono "rosse" e, nella maggior parte dei casi, bilaterali.



Figura 7. Le lesioni autoprovocate hanno aspetto bizzarro e scarsamente compatibile con le patologie note. Le lesioni non sono persistenti ma piuttosto recidivanti. Nella foto si rileva una distribuzione lineare monolaterale alla superficie laterale della coscia destra in bambina destrimana.

"LICHEN AUREUS"

Il lichen aureus fa parte di un gruppo di patologie dermatologiche spettacolari, ma assolutamente innocue, denominate "pigmented purpuric dermatoses" (dermatosi purpuriche pigmentate o capillariti). Queste sono caratterizzate da uno stravasamento cutaneo di eritrociti con conseguente deposito di emosiderina, e vengono suddivise in base alla morfologia delle lesioni in "Schamberg disease", Purpura annularis telangiectodes (Majocchi disease), "Pigmented purpuric lichenoid dermatosis" di Gougerot and Blum e, appunto, "lichen aureus".

L'eziologia di questi quadri è ancora sconosciuta, mentre la localizzazione prevalente agli arti inferiori fa ipotizzare un ruolo importante nella patogenesi della forza di gravità.

Il lichen aureus è un quadro che interessa spesso l'età pediatrica (un po' più spesso nei maschi), ed è caratterizzato da lesioni singole o poco numerose, di dimensioni variabili ma sempre piuttosto grandi, dal caratteristico colore marron arancione, solo vagamente "dorato" (aureus).

Non ci sono prurito né dolore o bruciore e non ci sono terapie realmente efficaci. Tra le altre, sono state proposte la PUVA

terapia, l'applicazione di steroidi topici e, in un lavoro recente, l'applicazione di pimecrolimus (immunomodulatore topico, non ancora in commercio in Italia, per la terapia della dermatite atopica). La risoluzione spontanea è la regola nel lungo termine, e nell'attesa non ci sono esami ematochimici utili da eseguire. Infatti, mentre per le altre capillariti caratterizzate da numerosissime lesioni petecchiali (ad esempio, la porpora di Shamberg) possono entrare in diagnosi differenziale con la piastrinopenia o altri difetti di coagulazione, il lichen aureus si presenta come lesione isolata in un quadro generale assolutamente normale dal punto di vista dermatologico.

Più interessante (e rapidamente risolutiva) è invece la diagnosi istologica, che evidenzia tipicamente lo stravasamento di eritrociti e un infiltrato perivascolare di cellule T, e la valutazione con dermoscopia, recentemente proposta.

Conclusione

Il lichen aureus è un fenomeno curioso, benigno, ma che può inquietare molto medici e parenti del bambino per la possibile confondibilità con altre patologie (in particolare l'abuso).

Nella diagnosi delle patologie dermatologiche del bambino si cerca normalmente di essere poco invasivi, di ragio-

nare sulle possibili diagnosi differenziali e, se le condizioni lo permettono, di attendere l'evoluzione della storia clinica. Anche in questo caso l'attesa è, nel lungo termine (nell'ordine di mesi), chiarificatrice e permette di arrivare abbastanza semplicemente alla diagnosi corretta. Nei casi dubbi, l'esecuzione di una piccolissima biopsia punch (2 o 3 mm di diametro) permetterà di confermare in modo assolutamente sicuro, e soprattutto rapido, il sospetto diagnostico di lichen aureus e di tranquillizzare immediatamente famiglie e pediatri curanti.

Bibliografia di riferimento

- Aoki M, Kawana S. Lichen aureus. *Cutis* 2002;69(2):145-8.
- Bohm M, Bonsmann G, Luger TA. Resolution of lichen aureus in a 10-year-old child after topical pimecrolimus. *Br J Dermatol* 2004;151(2):519-20.
- Ling TC, Goulden V, Goodfield MJ. PUVA therapy in lichen aureus. *J Am Acad Dermatol* 2001;45(1):145-6.
- Patrizi A, Neri I, Marini R, Guerrini V. Lichen aureus with uncommon clinical features in a child. *Pediatr Dermatol* 1996;13(2):173.
- Rubio FA, Robayna G, Herranz P, De Lucas R, Contreras F, Casado M. Abdominal Lichen aureus in a child. *Pediatr Dermatol* 1997;14(5):411.
- Zaballos P, Puig S, Malvey J. Dermoscopy of pigmented purpuric dermatoses (lichen aureus): a useful tool for clinical diagnosis. *Arch Dermatol* 2004;140(10):1290-1.