

Le patologie dermatologiche del bambino non sono generalmente responsabili di sintomatologia dolorosa: i sintomi soggettivi più comunemente riferiti dai piccoli pazienti sono infatti principalmente il prurito e, in secondo ordine, il "bruciore". Mentre però il prurito (che pure è un sintomo "soggettivo") può essere quantificato con un parametro dermatologico "oggettivo" abbastanza preciso già a prima vista (valutando la quantità, l'estensione e la severità delle lesioni da grattamento), il dolore non è invece facilmente rilevabile o quantificabile con "segni" dermatologici immediatamente riconoscibili. Può essere quindi difficile (soprattutto nel bambino più piccolo che spesso piange "comunque" durante la

LA PELLE CHE FA MALE

MARIO CUTRONE

Unità Semplice di Dermatologia Pediatrica, Ospedale dell'Angelo, Mestre (Venezia)

visita) farsi un'idea precisa della reale dolorabilità di una lesione cutanea. Malgrado questa difficoltà, è importante, quando si valuta un quadro dermatologico, cercare di tenere presente in ogni caso anche il parametro "dolore", perché ci sono alcune patologie cutanee effettivamente in grado di evocare dolenzia anche importante e perché, in alcuni casi, è proprio la pre-

senza di questo sintomo a facilitare il percorso diagnostico.

Vediamo allora in questa Iconografica le principali situazioni in cui, in età pediatrica, la pelle "fa male", utilizzando, per semplicità didattica, un criterio "geografico" di sede, con un percorso che parte dalle lesioni del cuoio capelluto fino ad arrivare ai problemi del piede.

IL CUOIO CAPELLUTO



1. Emangioma ulcerato. Gli emangiomi presentano un rapido accrescimento "tridimensionale" soprattutto nei primi 3 mesi di vita. La posizione *back to sleep*, imperativa per la prevenzione della SIDS, può tuttavia facilitare l'ulcerazione di emangiomi della regione occipitale. Questa ulcerazione è molto dolorosa e talvolta di difficile trattamento, e per questo rientra nella casistica candidata al trattamento con propranololo per os (l'efficacia per le lesioni di questa sede è ottima e il dolore scompare in media a 2 settimane dall'inizio terapia¹). Il dosaggio utilizzato negli emangiomi ulcerati è lo stesso utilizzato nel normale protocollo di trattamento degli emangiomi: 2 mg/kg/die suddivisi in tre somministrazioni, da proseguire fino all'età in cui l'emangioma cessa la sua storia naturale di aumento volumetrico (circa 10-12 mesi di età).

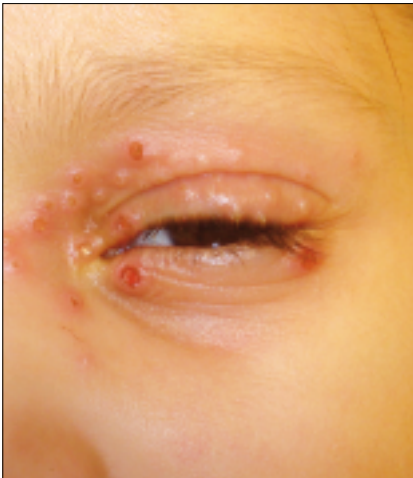


2. Kerion. La tinea capitis "comune" è antiestetica ma non dolorosa. La versione infiammatoria della tinea capitis, il kerion, si evidenzia come area di capelli "agglutinati" tra loro da una secrezione giallastra colloidale, a prima vista simile a pus. Il kerion è raramente riconosciuto a prima vista, e quasi sempre viene in prima battuta confuso con l'impetigine e trattato, ovviamente senza successo, con la terapia antibiotica. Il ritardo nella prescrizione della terapia antimicotica appropriata (griseofulvina per os a dosaggi elevati, attorno a 20 mg/kg/die in due somministrazioni) mette a rischio la *restitutio ad integrum* della sede colpita e costringe talvolta ad associare, a fine terapia, del cortisone topico per cercare di ridurre il diradamento e migliorare l'aspetto finale del bambino.



3. Sovrainfezione di cefaloematoma. Il cefaloematoma è una rara tumefazione del capo del neonato dovuta a una emorragia sottoperiosteale. La raccolta, tipicamente (a differenza di quanto avviene nel caput succedaneum-tumore da parto), non supera i confini dell'osso sottostante poiché il periostio rimane aderente alle suture. Il cefaloematoma, di solito unilaterale e localizzato a livello parietale, non è di per sé dolente. Occasionalmente, sia spontaneamente sia a seguito di tentativi di svuotamento della lesione tramite aspirazione, è possibile una sovrainfezione batterica. In questi casi (e nel caso rappresentato in fotografia) la tumefazione diventa dolente e sono necessarie terapia antibiotica e correzione chirurgica².

LA REGIONE PERIUCULARE



4. Herpes simplex. L'Herpes simplex della regione cutanea perioculare può essere doloroso e può accompagnarsi a una sensazione di prurito e bruciore. Talvolta viene confuso con l'impetigine, ma l'errore può essere evitato osservando le lesioni elementari (microvescicole a grappolo, diverse dalle lesioni bollose/crostose dell'impetigine) e l'assenza di lesioni satelliti a distanza (caratteristiche invece dell'impetigine). La terapia con aciclovir per os viene praticamente sempre utilizzata, e una visita oculistica per evidenziare eventuali complicanze oculari è d'obbligo.



5. Cellulite palpebrale/perioculare. La "cellulite" della regione palpebrale evoca importante dolore, impedisce il sollevamento della palpebra e può accompagnarsi o meno a febbre. La lesione è calda al tatto, ben delimitata, e non si evidenziano lesioni satelliti. La terapia antibiotica per via generale è d'obbligo, così come è prassi l'esecuzione di prelievo ematico alla ricerca di alterazione dei parametri di flogosi (PCR e GB). In realtà, non sempre, tali valori sono elevati al momento della prima osservazione, ma l'inizio della terapia antibiotica non deve essere per questo ritardato.



6. Puntura d'insetto. È la principale diagnosi differenziale della cellulite palpebrale. Elementi utili alla differenziazione sono: l'assenza di dolore, la presenza di prurito intenso, la presenza (nei casi più semplici) di evidente puntura in sede di edema o comunque di altre punture d'insetto nelle zone limitrofe all'edema perioculare. Nei casi dubbi è giustificato un tentativo *ex adiuvantibus* con cortisone topico e antistaminico per os. È opportuno comunque ricordare che la puntura d'insetto, direttamente ma ancor più a seguito di grattamento, può funzionare come porta di ingresso per una successiva infezione.

LA REGIONE PERINASALE



7. Tumefazione della linea mediana nasale. Una lesione dolente e secernente della linea mediana nasale richiede non solo una immediata terapia antibiotica, ma anche una rivalutazione a fine terapia per valutare la presenza o meno di segni cutanei compatibili con un quadro malformativo sottostante (*sinus* e cisti dermoide). Oltre all'eventuale presenza di una "fossetta", un altro segno particolarmente evocativo è la presenza di peli e secrezione biancastra (in corrispondenza del lume della fossetta) e di una "gobbeta" che altera il profilo nasale. In caso di sospetto una RMN è obbligatoria per escludere collegamenti intracranici e il possibile rischio di infezioni severe.



8. Danni iatrogeni da device per supporto respiratorio. L'introduzione in neonatologia dei device per CPAP con mascherine o "naselli" ha consentito di evitare un numero elevato di intubazioni. Tuttavia, la pressione esercitata sulla cute nasale per garantire un flusso efficace provoca in qualche caso, anche con le maggiori attenzioni possibili, lesioni ecchimotiche o vere e proprie escare³. È probabile che i continui studi relativi ai materiali e all'ergonomia dei device porteranno alla progressiva scomparsa di questo tipo di lesioni iatrogene, ma per il momento è necessario mantenere la massima sorveglianza su queste possibili lesioni iatrogene.



9. Ustioni. Possono essere molto dolenti, tanto che il primo provvedimento da prendere nella gestione dell'ustione in età pediatrica (ancor prima delle medicazioni topiche) è sempre la somministrazione di terapia antidolorifica per via generale. Le ustioni del volto non fanno eccezione. Il caso è relativo a una ustione da liquidi (acqua per gli spaghetti) ed è caratterizzato da aree di ustione dermica superficiale ed edema palpebrale. Si è risolto senza lasciare esiti cicatriziali in circa 3 settimane con medicazioni a base di antibiotico topico in crema e garze grasse atte a impedire traumatismi involontari a ogni cambio della medicazione.

LA REGIONE PERIAURICOLARE



10. Tumefazioni periauricolari da sovrainfezione di malformazione. Le fossette periauricolari, sia mono che bilaterali, sono un reperto piuttosto comune alla prima visita del neonato. Se la fossetta rappresenta il forame di uscita di un sinus collegato a una cisti, sono possibili frequenti sovrainfezioni. La terapia di scelta, in caso di episodi ripetuti, è chirurgica.



11. Psoriasi. La psoriasi in età pediatrica ha, nella stragrande maggioranza dei casi, una espressività modesta. Tuttavia, occasionalmente, sono possibili localizzazioni ad andamento particolarmente severo. La localizzazione retroauricolare o intrauricolare (nel condotto uditivo esterno) può risultare particolarmente dolorosa e difficile da trattare. Utile, nella diagnosi differenziale, la localizzazione più alta rispetto a quella tipica della dermatite atopica.



12. Red ear syndrome. La malattia delle orecchie rosse (*red ear syndrome*) è caratterizzata da episodi recidivanti di eritema intenso e molto doloroso del padiglione auricolare, con cute assolutamente indenne. Questa rara sindrome è considerata un equivalente cefalalgico e viene trattata con terapia antidolorifica al bisogno⁴.

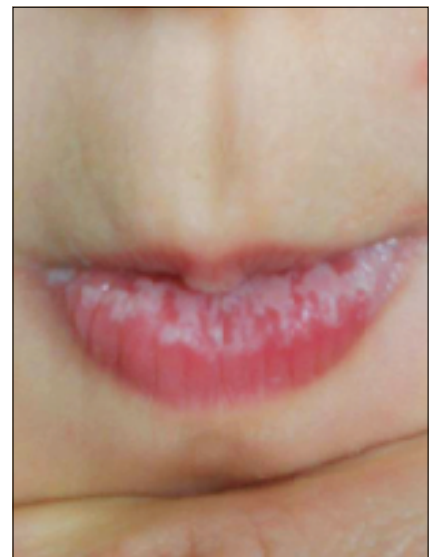
LA REGIONE BUCCALE



13. Gengivostomatite erpetica. Il primo episodio di infezione da virus Herpes simplex può passare asintomatico o dare una localizzazione orale molto dolorosa e accompagnata di conseguenza da scialorrea e talvolta da vera e propria disidratazione. Utili alla diagnosi differenziale sono la presenza quasi costante di febbre elevata, l'interessamento gengivale, la comparsa tardiva di lesioni esterne peribuccali. Questo quadro, apparentemente banale, è una causa non rara di consulenza di Pronto Soccorso Pediatrico.



14. Stomatite aftosa recidivante. Questo quadro, spesso confuso con la stomatite erpetica, non si accompagna a febbre e non coinvolge le gengive quanto, piuttosto, le mucose "mobili". L'eziologia è verosimilmente autoimmunitaria e pertanto i tentativi di terapia con aciclovir sono destinati inevitabilmente al fallimento. Le terapie topiche sono, per ovvi motivi di rapido dilavamento da parte della saliva, poco efficaci, ma possono essere tentate a scopo sintomatico.



15. Erosioni da caustici. L'ingestione accidentale o volontaria di caustici richiede monitoraggio clinico in ospedale e, nella maggior parte dei casi, l'esecuzione di esofago-gastroscopia per verificare l'entità del danno. Non sempre è chiaro se il bambino ha o non ha realmente ingerito il caustico, poiché la sintomatologia (disfagia, scialorrea, dolore) può comparire tardivamente. Per una diagnosi più precoce, può essere utile conoscere le manifestazioni "cutanee" delle lesioni da caustici: lesioni biancastre/patinose della regione di confine tra mucosa e labbra.

LA REGIONE DEL MENTO/COLLO



16. Tumefazione linfonodale in corso di mollusco infiammato. Il mollusco contagioso in fase infiammatoria, così come la stessa dermatite atopica in fase di *flare up*, è in grado di dare una tumefazione linfonodale reattiva, a volte intensamente dolente. La tumefazione linfonodale secondaria alla dermatite atopica risolve lentamente dopo adeguato trattamento cortisonico topico, mentre la tumefazione secondaria alla flogosi del mollusco è, a volte, legata a sovrainfezione batterica del mollusco stesso e necessita quindi di terapia antibiotica per via generale.



17. Varicella. La vaccinazione per la varicella ha portato a un sensibile calo dei casi osservati. Tuttavia sono però possibili casi di varicella a volte anche complicati da sovrainfezioni batteriche. Il caso riportato in fotografia aveva presentato ascessi multipli, con scadimento delle condizioni generali e vivo dolore, e sensazione di tensione in corrispondenza delle lesioni ascessuali. In queste situazioni è necessario associare prontamente all'eventuale antivirale per via sistemica anche un antibiotico antistafilococcico anch'esso per via generale.



18. Acne fulminans. L'acne fulminans è una malattia su base autoimmune caratterizzata da lesioni acneiche molto importanti, a decorso rapido e con esiti cheloidi permanenti. Oltre alla sintomatologia dermatologica, sono presenti febbre, calo ponderale e dolore muscolare e osseo (elementi decisivi per la diagnosi). La terapia prevede l'utilizzo dell'isotretinoina per os (il cui uso è però discusso) associato a cortisone per via generale, che porta normalmente a rapida remissione dei sintomi generali ma solo a un lento miglioramento del quadro dermatologico².

LA REGIONE MAMMARIA



19. Eczema del capezzolo. L'eczema del capezzolo è una delle localizzazioni dell'eczema costituzionale/dermatite atopica che può risultare più dolorosa. È più frequente nei lattanti con dermatite severa e nell'adolescenza. La terapia di scelta rimane, anche in questa sede, il cortisone topico.



20. Ascesso mammario. L'ascesso della regione mammaria è un evento molto raro ma non molto complicato da diagnosticare. La dolenzia, anche intensa, è la regola e la fistolizzazione con superficializzazione giallastra consente un rapido inquadramento.



21. Ginecomastia. La ginecomastia dell'adolescente maschio, a differenza della tumefazione mammaria transitoria del neonato da passaggio transplacentare di ormoni, viene avvertita talvolta come dolente. Solitamente si presenta non così evidente come nella foto, ma come un semplice bottone mammario, rapidamente autorisolutivo.

MANO



22. Patereccio erpetico. Il patereccio erpetico (herpes "withlow") è dovuto all'infezione da Herpes simplex, ma viene costantemente confuso con una infezione stafilococcica e trattato con antibiotico topico e per via orale. La clinica è caratteristica: presenza di vescicole confluenti, inizialmente a contenuto trasparente e poi giallastro, edema e dolore al dito, evoluzione in crostosità brunastra. L'importanza della sintomatologia può consigliare, se diagnosticato all'esordio, un approccio terapeutico con antivirale per os.



23. Edema emorragico acuto del lattante. Questo quadro viene considerato da alcuni Autori come una forma "minore" (cioè senza interessamento viscerale) di porpora di Schönlein-Henoch. Colpisce i bambini al di sotto dell'anno di età, con sintomatologia caratterizzata da chiazze purpuriche multiple, condizioni generali nel complesso buone, edema e dolenzia delle estremità. È impressionante, ma fortunatamente autorisolutivo⁶.



24. Geloni. I geloni ("pernio") sono una lesione infiammatoria nodulare dolente, che compare in soggetti predisposti dopo esposizione al freddo. La sintomatologia, che compare alcune ore dopo l'esposizione al freddo, normalmente si autorisolve in 2-3 settimane. Forme di lunga durata (rarissime) possono fare sospettare una patologia sistemica sottostante (come l'anoressia, la sindrome da anticorpi antifosfolipidi, la celiachia)⁷.

GENITALI



25. Coinvolgimento scrotale all'esordio di porpora di Schönlein-Henoch. La porpora di Schönlein-Henoch può raramente esordire, in assenza di localizzazioni cutanee purpuriche, con dolore, eritema ed edema dello scroto. In questo caso la diagnosi può non essere semplice e si pone una diagnosi differenziale con eventuale torsione di testicolo (ma nella Schönlein-Henoch, a differenza che nella torsione, i due emisroti sono generalmente simmetrici). Anche nei casi più dubbi, i sintomi classici della Schönlein-Henoch compaiono comunque, in genere nei giorni successivi, e permettono quindi di confermare o escludere il sospetto clinico⁸.



26. Emangioma ulcerato della vulva. Come già detto, l'ulcerazione rende l'emangioma, normalmente asintomatico, molto doloroso e mal tollerato. L'ulcerazione a lenta risoluzione rappresenta quindi di per sé una indicazione all'utilizzo di propranololo per os. La localizzazione genitale amplifica la sintomatologia dolorosa. Altre lesioni cutanee estremamente dolenti della regione genitale sono le lesioni extraintestinali del morbo di Crohn, della malattia di Behçet, l'Herpes simplex e zoster e la poco conosciuta "ulcus vulvae acutum" da Epstein-Barr virus (EBV)⁹.



27. Herpes zoster genitale. L'Herpes zoster a insorgenza in età pediatrica è generalmente caratterizzato da assenza di dolore, tipicamente presente invece nello zoster dell'età adulta. Le localizzazioni perigenitale e perianale rappresentano l'eccezione a questa regola e sono molto dolenti anche in età pediatrica. Come particolarità legata all'età, è inoltre opportuno ricordare che uno zoster è possibile anche in soggetti senza anamnesi positiva per varicella, ma nati da madre con gravidanza complicata da varicella.

LA REGIONE PERIANALE



28. Ascesso perianale. L'ascesso perianale è un quadro non rarissimo in età pediatrica, in particolare nel primo anno di vita. Si presenta inizialmente come una tumefazione dolente ed eritematosa, che aumenta progressivamente di volume. L'evoluzione successiva porta talvolta a un rapido drenaggio spontaneo del pus e alla risoluzione del quadro, mentre occasionalmente è necessario l'apporto del chirurgo pediatrico. In alcuni casi la risoluzione è incompleta e può residuare un fistola nella sede del drenaggio. Pur essendo comune anche nel bambino sano, l'ascesso perianale (specie se recidivante e soprattutto nel bambino grande) può essere associato a MICI. Non sono quindi necessari accertamenti di screening in un primo episodio di ascesso, ma è raccomandabile il monitoraggio clinico nel tempo per escludere recidive minime.



29. Anite streptococcica. Questa particolare localizzazione dell'infezione da streptococco beta-emolitico di gruppo A è ben nota ai pediatri, che possono facilmente confermare il sospetto diagnostico "clinico" (eritema perianale dolente a margini netti) con un tampone rapido. La terapia di scelta è quella con amoxicillina per os, anche se un lavoro recente evidenzia un minor rischio di ricadute con agenti beta-lattamasi resistenti¹⁰. È talvolta necessario, soprattutto in casi recidivanti, approfondire l'anamnesi e risolvere l'eventuale stipsi favorente. Nelle femmine va tenuto presente nella diagnosi differenziale il lichene scleroatrofico (che normalmente, oltre alla zona perianale, coinvolge anche la regione vulvare).



30. Dermatite perianale da stipsi ed encopresi. La stipsi è un problema spesso non riconosciuto dai genitori, che arrivano talvolta a confondere l'encopresi con una diarrea. Il gemizio continuo di feci liquide può portare a quadri molto severi di dermatite perianale, con peggioramento conseguente della stipsi. Il tampone (cutaneo!) può occasionalmente risultare positivo per streptococco beta-emolitico di gruppo A a causa della maggiore sensibilità alle infezioni da danno alle proprietà di barriera. La terapia topica è inutile, e la risoluzione del quadro dermatologico è necessariamente legata alla risoluzione della stipsi. Il caso in fotografia prima della diagnosi (e alla correzione dell'alvo che ha portato alla guarigione) era stato negli anni precedenti studiato con biopsia (non dirimente) nel sospetto di patologia primitiva e non secondaria a stipsi.

ARTI INFERIORI



31. La porpora di Schönlein-Henoch. È un quadro comune, ben conosciuto dal pediatra: la porpora "palpabile", la distribuzione agli arti inferiori e ai glutei, la comparsa di lesioni lineari in corrispondenza del bordo dei calzini stretti sono inconfondibili. La dolenzia riferita dai bambini affetti riguarda le articolazioni degli arti inferiori (con edema e talvolta difficoltà nel cammino) e solo raramente riguarda l'addome. Non sono normalmente necessarie terapie a eccezione del riposo, mentre è opportuno il monitoraggio nel tempo dell'eventuale ematuria. L'ospedalizzazione alla diagnosi, un tempo considerata obbligatoria, è ora sostituita dall'esecuzione di esame urine, esami per escludere problemi coagulativi e una breve osservazione clinica seguita da monitoraggio domiciliare.



32. Eritema nodoso. L'eritema nodoso (EN) è caratterizzato da lesioni ponfoidi "fisse" (a differenza dell'orticaria), dolenti alla pressione, di colore rosso violaceo. La localizzazione tipica è quella pretibiale, e la risoluzione è spontanea nel medio termine. L'EN è, in genere, "idiopatico", ma sono possibili associazioni con malattie sistemiche come (tra le altre) la TBC (nella pratica quasi mai presente), la MICI, la tinea capitis, il linfoma di Hodgkin e le infezioni da *Mycoplasma pneumoniae*¹¹. Gli accertamenti da eseguire in caso di EN sono quindi quelli utili a escludere una di queste possibili cause, anche se il trattamento dell'eventuale patologia riscontrata non modifica in modo significativo la storia naturale dell'EN.



33. Cellulite erisipela. In occasione di soluzioni di continuo della cute è sempre possibile la sovrainfezione batterica. Occasionalmente, invece del classico sviluppo di una infezione superficiale a tipo impetigine (da *Staphylococcus aureus*), è possibile osservare infezioni più profonde caratterizzate da cute calda, eritematosa e molto dolente con margini netti, talvolta con successiva linfangite. Questo tipo di lesioni, denominate "erisipela", sono legate generalmente allo streptococco di gruppo A, e molto più raramente a *Streptococcus pneumoniae*, *Klebsiella pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Yersinia enterocolitica*, o *Moraxella sp.* L'ospedalizzazione nella fase iniziale è spesso necessaria per la valutazione dell'evoluzione clinica e per la terapia endovenosa.

PIEDE



34. Hair thread tourniquet syndrome. La sindrome del "pelo che fa da laccio" è più facilmente riscontrabile in lattanti che portano tutine chiuse ai piedi. Gli elementi più spesso chiamati in causa sono i capelli materni, ma anche i fili di cucitura del vestito o fibre vegetali sono talvolta alla base di questo quadro apparentemente banale, ma potenzialmente grave quando non prontamente riconosciuto e trattato. Il controllo dei piedi alla ricerca di questa lesione dovrebbe essere considerato in tutte le visite per pianto improvviso e protratto del lattante. Per la risoluzione è ovviamente importante verificare che la rottura del "laccio" e l'asportazione siano stati completi (possibilità di più giri attorno al dito).



35. Puntura di tracina. La puntura di tracina (peste della famiglia dei Trachinidi, detti anche pesce ragno, comunemente presenti anche nel Mediterraneo), pur non essendo in genere pericolosa per la vita, è sicuramente un'esperienza drammatica dal punto di vista della sintomatologia dolorosa. La tracina si nasconde nel fondo sabbioso delle nostre coste, lasciando esposti degli aculei che, quando calpestati accidentalmente dal piede del bambino, liberano una tossina in grado di provocare edema, eritema e dolore molto intenso. Il provvedimento più rapidamente utile, trattandosi di tossina termolabile, è l'immersione del piede in acqua calda.



36. Verruche. Le verruche plantari meritano una particolare attenzione perché, anche se non sempre, possono essere dolenti e perciò invalidanti. Prima di ogni visita per verruche del piede, è utile far camminare il bambino per valutare in modo oggettivo l'effettiva importanza del quadro. È inoltre opportuno valutare se il dolore è dovuto alla verruca o agli effetti collaterali di eventuali terapie intraprese autonomamente dai genitori (ad esempio, come nel caso presentato nella foto, flogosi della cute perilesionale). A tutt'oggi non esiste terapia risolutiva, ma in caso di dolore un tentativo con crioterapia e/o cheratolitici è utile a ridurre il volume della lesione e di conseguenza il dolore.



37. Esostosi subungueale. L'esostosi subungueale viene spesso confusa con la molto più comune verruca volgare. Questo tipo di lesione, la cui genesi è probabilmente attribuibile a microtraumi ripetuti, è più frequente nei calciatori. Nel tempo, l'esostosi cresce progressivamente provocando il sollevamento dell'unghia interessata e un dolore sempre più importante. La diagnosi viene sospettata su base clinica, ma deve essere confermata radiograficamente¹². La terapia è chirurgica e affidata all'ortopedico.



38. Infezione periungueale. L'infezione stafilococcica periungueale, associata a edema dolente, è un reperto comune (e recidivante) nei bambini affetti da malallineamento ungueale del primo dito. Il fenomeno, conosciuto popolarmente come "unghia incarnita", può essere molto invalidante. Il trattamento medico e i provvedimenti igienici di contorno (scarpe comode, istruzioni sul taglio delle unghie, massaggi, applicazione di bendaggi) sono normalmente poco efficaci nei casi severi e anche la correzione chirurgica è gravata da una percentuale discreta di recidive nel medio-lungo termine.



39. Piezogenic pedal papules. Le papule piezogeniche sono reperto comune nel bambino. Si evidenziano come papule giallastre (microerniazioni di tessuto adiposo) quando il tallone è in appoggio, e scompaiono quando il bambino si solleva sulle punte dei piedi. Non sono dolenti, salvo nel caso si trovino associate alla sindrome di Ehlers-Danlos¹³. Questa è caratterizzata anche, dal punto di vista dermatologico, da ipersensibilità cutanea e facilità alle ferite con cicatrizzazione a "carta di sigaretta". La diagnosi conclusiva, necessaria anche a definire il sottotipo preciso escludendo le forme più severe con possibile coinvolgimento vascolare, non è clinica ma basata su test genetico.

CONCLUSIONI

Una panoramica sulle condizioni dermatologiche caratterizzate da sintomatologia dolorosa può offrire spunti di osservazione interessanti sia per il pediatra (il primo a essere interpellato in caso di "pianto protratto" e comunque di dolore) sia per il dermatologo (sempre coinvolto, in un secondo momento, per la definizione diagnostica e terapeutica del quadro).

Con l'intento di presentare una guida utile per entrambi gli specialisti e di utilizzo immediato in ambulatorio, abbiamo esaminato 39 diversi quadri, sottolineando le particolarità di ognuno e, ove possibile, gli elementi che rendono possibile la diagnosi differenziale tra l'uno e l'altro.

Indirizzo per corrispondenza:

Mario Cutrone

e-mail: cutfae@tin.it

Bibliografia

1. Saint-Jean M, Léauté-Labrèze C, Mazereeuw-Hautier J, et al.; Groupe de Recherche Clinique en Dermatologie Pédiatrique. Propranolol for treatment of ulcerated infantile hemangiomas. *J Am Acad Dermatol* 2011;64:827-32.
2. Weiss KJ, Edwards MS, Hay LM, Allen CH. *Escherichia coli* - infected cephalohematoma in an infant. *Clin Pediatr (Phila)* 2009;48:763-6.
3. McCoskey L. Nursing Care Guidelines for prevention of nasal breakdown in neonates receiving nasal CPAP. *Adv Neonatal Care* 2008;8:116-24.
4. Eismann R, Gaul C, Wohlrab J, Marsch WC, Fiedler E. Red ear syndrome: case report and review of the literature. *Dermatology* 2011;223:196-9.
5. Zaba R, Schwartz R, Jarmuda S, Czarnecka-Operacz M, Silny W. Acne fulminans: explosive systemic form of acne. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2011;25:501-7.
6. Tagliabue A, Bettinelli A, F. Cogliati F. Edema acuto emorragico della prima infanzia (porpora di Seidlmayer). *Medico e Bambino* pagine elettroniche 2009;12(6). http://www.medicoebambino.com/?id=CL0906_40.html.
7. Simon TD, Soep JB, Hollister JR. Pernio in pediatrics. *Pediatrics* 2005;116:e472-5.
8. Palumbo E. Diagnosis of Henoch-Schönlein purpura in a child presenting with bilateral acute scrotum. *Acta Biomed* 2009;80:289-91.
9. Sárdy M, Wollenberg A, Niedermeier A, Flaig MJ Genital ulcers associated with Epstein-Barr virus infection (ulcus vulvae acutum). *Acta Derm Venereol* 2011;91:55-9.
10. Olson D, Edmonson MB. Outcomes in children treated for perineal group A beta-hemolytic streptococcal dermatitis. *Pediatr Infect Dis J* 2011;30:933-6.
11. Requena L, Yus ES. Erythema nodosum. *Dermatol Clin* 2008;26:425-38.
12. Unlu S, Demirkale I, Kalkan T, Tunc B, Bozkurt M. Large subungual exostosis of the great toe: a case report. *J Am Pediatr Med Assoc* 2010;100:296-8.
13. Kahana M, Feinstein A, Tabachnic E, Schewach-Millet M, Engelberg S. Painful piezogenic pedal papules in patients with Ehlers-Danlos syndrome. *J Am Acad Dermatol* 1987;17:205-9.