

Una lesione cutanea lineare

MARIO CUTRONE

Azienda Ulss n.12 Veneziana, Ospedale "Umberto I", Div. di Pediatria, Mestre (VE)

RUBRICA ICONOGRAFICA

G. è un bambino di 2 anni esatti, vivace e allegro, che non ha mai presentato alcun particolare problema di salute. I genitori sono sani, non consanguinei, e non ci sono patologie di rilievo (dermatologiche e non) nelle famiglie di origine. Il bambino giunge all'osservazione del nostro ambulatorio divisionale nell'autunno del 1995 a causa di una strana eruzione cutanea, comparsa alla regione scapolare sinistra 5 mesi prima (a fine primavera) e tuttora persistente. Alla visita, riscontriamo una lesione lineare, della lunghezza di 12 cm circa, composta da papule eritematose non pruriginose, disposte "in fila indiana", che si estende dalla regione immediatamente laterale al rachide dorsale fino a superare la piega ascellare omolaterale, raggiungendo il muscolo deltoide (Figure 1 e 2). L'obiettività generale è negativa, i linfonodi ascellari omolaterali sono indenni, e non si rilevano segni di dermatite atopica o altre patologie dermatologiche comuni del bambino. Nelle settimane precedenti, G. è già stato visitato da due medici, che hanno ipotizzato rispettivamente una lesione traumatica da "strisciamento" e una dermatite da contatto (a eziologia non meglio definita). In entrambi i casi è stata prescritta terapia topica con gentamicina e betametasone associati



Figura 1



Figura 2



Figura 3



Figura 4

in crema, che ha portato a una rapida ma transitoria scomparsa della lesione. A ognuna delle successive recidive, i genitori sono diventati man mano sempre più preoccupati per l'impossibilità di riconoscere l'allergene, o comunque l'agente "irritante" responsabile del disturbo di G., e per la possibile evoluzione della malattia.

Le caratteristiche cliniche della lesione, del tutto particolari, la stagione

di comparsa, l'età del piccolo paziente, la prolungata persistenza in assenza di comparsa di altra sintomatologia (dermatologica e non), e la successiva definitiva scomparsa un mese dopo l'osservazione (e dopo un ulteriore breve ciclo di cortisone topico - mometasone furoato) ci hanno permesso di tranquillizzare i genitori di G., facendoci concludere per un quadro compatibile con la diagnosi di...

Il lichen striatus è un'affezione dermatologica relativamente comune in età pediatrica (4 casi negli anni 1994-'96 presso il nostro ambulatorio divisionale; 0,2 % dell'intera casistica della Dermatologia pediatrica dell'Università di Bari)¹. L'età media di comparsa è attorno ai 3 anni^{1,2}, con una netta prevalenza nel sesso femminile^{1,3} e una stagionalità prevalentemente estiva^{1,3}.

È probabilmente una patologia sottodiagnosticata in quanto, come avvenuto nel caso riportato, può venire spesso confusa con numerose altre eruzioni cutanee che presentano simile distribuzione lineare (herpes zoster iniziale, dermatite da alghe marine, punture ripetute di insetti, dermatiti artefate, psoriasi lineare, nevi epidermici, lichen ruber planus lineare e, nella fase di risoluzione in cui esitano lesioni ipocromiche, incontinenza pigmenti e sindrome di ITO).

L'eziologia è a tutt'oggi sconosciuta, anche se, dato il riscontro di piccole epidemie, di stagionalità e viste le peculiari caratteristiche cliniche, è stata recentemente proposta l'ipotesi di una ancora non precisata eziologia virale, attiva efficacemente come noxa solamente su "linee" cutanee predisposte (a causa di mutazioni somatiche avvenute durante il periodo embriona-

le)². Dal punto di vista clinico, infatti, il lichen striatus è caratterizzato dalla comparsa di papule rosee (almeno in fase iniziale), a tipica distribuzione successiva lungo le linee di Blasko, linee "virtuali" prive di relazione con le strutture nervose e vascolari, che si ritiene corrispondano invece alla direzione di crescita dei cloni di cellule cutanee.

Le sedi interessate possono essere varie (prevalentemente arti e molto più raramente il tronco o la testa) e la risoluzione, spontanea, avviene in un periodo variabile generalmente tra le 2-3 settimane e l'anno^{1,3,4}.

La sintomatologia soggettiva (prurito) è scarsa o più spesso assente, e la terapia cortisonica topica non sembrerebbe accorciare in modo inequivocabile la storia naturale della malattia, sempre e comunque benigna. L'istologia non è generalmente dirimente, e non si è evidenziata finora alcuna utilità diagnostica nell'esecuzione degli esami ematochimici.

Dal punto di vista pratico è più facile che i bambini affetti giungano all'osservazione del pediatra di famiglia più spesso durante la fase "acuta" di malattia (caratterizzata dalle papule e compatibile con il nostro caso), e che giungano invece al dermatologo o al pediatra ospedaliero nella fase succes-

siva, caratterizzata dall'esito ipocromico (esemplificato nelle *Figure 3 e 4* in due nostri pazienti rispettivamente di 1 e 4 anni).

In conclusione, il lichen striatus o BLAISE (*Blasko Linear Acquired Inflammatory Skin Eruption*, secondo una proposta del gruppo di Bordeaux) è una patologia non rarissima nel bambino, benigna, autorisolutiva e generalmente, se la si conosce e ci si pensa, facilmente diagnosticabile anche dal pediatra. La precisazione diagnostica, pur nella benignità del quadro, è comunque utile sia per la tranquillizzazione dei familiari che per evitare eventuali terapie o diete incongrue, sicuramente inutili se non potenzialmente dannose.

Bibliografia

1. Bonifazi E: Trattato di Dermatologia pediatrica. *European Journal of Pediatric Dermatology* 6, 1, 193-204, 1996.
2. Taieb A, El Youbi A, Grosshans E, et al: Lichen striatus: a Blasko linear acquired inflammatory skin eruption. *J Am Acad Dermatol* 25, 637-642, 1991.
3. Kennedy D, Rogers M: Lichen striatus. *Pediatric Dermatology* 13, 2, 95-99, 1996.
4. Hurwitz S: *Clinical Pediatric Dermatology*. Second Edition, Saunders Company, 64-65, 1993.

VIDEOCASSETTE CONFRONTI IN PEDIATRIA 1997

- | | |
|---|--|
| 1. Ortopedia pediatrica | G. Maranzana, G. Tagliavoro |
| 2. Neuropsichiatria infantile | F. Guzzetta, F. Bouquet |
| 3. Vaccinazioni | G. Bartolozzi, B. Assael |
| 4. Ginecologia pediatrica | V. Bruni, G. Tonini - modera G. Bartolozzi |
| 5. Dermatologia pediatrica | F. Arcangeli, E. Bonifazi |
| 6. Medicina legale | P. Benciolini, B.M. Altamura |
| 7. Infettivologia e terapia antibiotica | F. Marchetti, M. Fontana |
| 8. Endocrinologia pediatrica | M. Pocecco, B. Boscherini - modera G. Tonini |
| 9. Gli esami e le terapie inutili e dannose | G. Longo, A. Ventura |
| 10. Pronto soccorso pediatrico | L. Da Dalt, M. Andolina - modera E. Cardi |

Il costo di una videocassetta è di lire 52.000 (comprensivo di IVA 20% e spese postali)

Per informazioni: Quickline, via S. Caterina, 3 - 34122 Trieste. Tel 040 / 773737 - 363586. Fax 040 / 7606590

Modalità di pagamento: Assegno bancario non trasferibile intestato a Quickline. Bonifico bancario presso la Banca di Roma, Agenzia Trieste 3, L.go Barriera Vecchia 6, c/c 6708-39. Versamento su c/c postale n. 12128344 (specificando la causale) intestato a Quickline. e-mail: quick@trieste.com