

Il piede presenta alcune peculiarità particolarmente interessanti dal punto di vista dermatologico.

- È un segmento corporeo che viene "utilizzato" in modo completamente diverso in età neonatale e, quando subentra la stazione eretta, dopo l'anno di vita.
- È quasi costantemente ricoperto dalle scarpe e presenta quindi un "microclima" diverso dalle altre sedi cutanee.
- Ha caratteristiche molto diverse nella regione plantare rispetto a quella dorsale.
- È costantemente soggetto a microtraumi sia involontari (scarpe, taglio delle unghie) che volontari (sport).
- Difficilmente il bambino toglie scarpe e calzini durante la visita, e diventa quindi difficile osservare lesioni

QUADRI DERMATOLOGICI DEL PIEDE

MARIO CUTRONE, ILARIA MATTEI

UOS di Dermatologia Pediatrica, Ospedale Umberto I, Mestre (Venezia)

dermatologiche in modo accidentale, se non sono state segnalate precedentemente dalla madre.

È quindi necessario, quando osserviamo una lesione dermatologica del piede, tenere presenti queste caratteristiche che a volte giocano un ruolo causale ed esclusivo in ciò che stiamo vedendo, e altre volte invece mo-

dificano la morfologia e la storia naturale o ritardano il momento della diagnosi di patologie che potremmo osservare anche in altre sedi.

Presentiamo quindi in questo miniatlante le principali lesioni cutanee riscontrabili ai piedi, separando il periodo neonatale e del primo anno di vita da quello successivo, dopo l'inizio della stazione eretta.

Il piede del neonato e del lattante

Le lesioni cutanee del piede del neonato possono presentarsi come chiazze (rosse, bluastre e marrone), pustole, bolle, aree di secchezza o macerazione, malformazioni, tumefazioni e lesioni iatrogene.



1. Chiazze rosse: malformazioni vascolari capillari (MVC). Le MVC sono sempre presenti al momento della nascita e, a differenza degli emangiomi, non presentano alcuna tendenza a progressiva tumefazione e persistono per tutta la vita. Se presentano dimensioni così importanti da coinvolgere una percentuale ampia dell'arto inferiore, meritano monitoraggio clinico seriato, per la possibilità di sviluppo asimmetrico della lunghezza e del trofismo dell'arto interessato.



2. Chiazze blu: chiazze mongoliche (CM). Le CM sono sempre presenti alla nascita e tendono alla risoluzione spontanea nell'arco di alcuni anni. Più frequenti negli asiatici ma soprattutto nei neri, sono relativamente comuni anche nei bianchi (8%). La localizzazione più conosciuta è quella lombosacrale, ma ogni sede, compresa quella acrale, è possibile. In questa immagine sono evidenti una chiazza più pigmentata alla regione dorsale del piede e una più sfumata alla caviglia.



3. Chiazze marrone: nevi melanocitici congeniti (NMC). Sono presenti nell'1-2% dei nati. Le dimensioni possono variare (da 1,5 cm dei piccoli fino a più di 20 cm dei giganti). Ogni sede è possibile. La localizzazione al piede (e i continui microtraumi correlati) non rappresenta un fattore di rischio per la trasformazione maligna, che in età pediatrica è realmente rarissima (ad eccezione che nei NMC giganti).



4. Pustole biancastre: melanosi pustolosa transitoria (MPT). La MPT fa parte delle cosiddette dermatosi neonatali transitorie. Meno comune dell'eritema tossico, è presente già alla nascita nella sua fase pustolosa, ben presto sostituita dalla fase di "collareto" aperto (visibile nella parte alta dell'immagine) e successivamente da iperpigmentazione puntiforme che può persistere per mesi. È più comune nel fototipo scuro, e non richiede alcuna terapia.



5. Acropustolosis of infancy. Molto più rara della melanosi pustolosa transitoria, fa la sua apparizione non alla nascita ma nelle settimane successive. Le lesioni caratteristiche sono papulo-vescicole palmo-plantari pruriginose, che ricompaiono con cadenza periodica (quindicinale) per alcuni mesi prima della risoluzione spontanea. L'acaro della scabbia non è implicato in questo quadro, a eziologia sconosciuta¹.



6. Scabbia. Nelle prime settimane di vita viene riconosciuta sempre con discreto ritardo perché ritenuta, a torto, quasi "impossibile". La diagnosi non è difficilissima, e la localizzazione plantare (e palmare) di vescicole madreperlacee pruriginose è quasi patognomonica nel piccolo lattante. La madre (normalmente la fonte di contagio), anche nei rari casi di contagio "non materno" data l'età del bambino e il conseguente contatto continuo, presenta prurito.



7. Bolle: epidermolisi bollosa. È una malattia (fortunatamente) rara. La classificazione di questo quadro è complessa e quasi mai realizzabile su sola base clinica. Le bolle, presenti alla nascita, vengono evocate dal minimo strofinamento e trauma. La localizzazione al piede, comune, si accompagna sempre a interessamento anche di altre sedi. La biopsia, e la prevenzione delle infezioni e di traumatismi inutili, sono d'obbligo.



8. Bolle: ustione. Incidenti iatrogeni involontari (bagno troppo caldo sia in ospedale che a casa) possono portare alla formazione di bolle alla regione glutea o, più frequentemente, ai piedi. La diagnosi può non essere facile per l'ovvia ritrosia ad ammettere questo tipo di incidenti. La linea di demarcazione netta tra cute coinvolta e non coinvolta dall'insulto termico può aiutare nella diagnosi.



9. Bolle: sifilide. La sifilide congenita è rarissima, perché sono previsti controlli *ad hoc* in gravidanza. In tempi di migrazioni e restrizioni assistenziali è però possibile che si possa osservare una *rentrée* di questa patologia. Le lesioni bollose palmo-plantari sono uno dei segni tipici di questo quadro, che deve essere obbligatoriamente trattato con terapia antibiotica adeguata e monitorato nel tempo.



10. Macerazione del post-maturo. La cute neonatale viene protetta, durante le prime 37-38 settimane di gestazione, dalla vernice caseosa. I neonati post-maturi, che rimangono esposti al liquido amniotico, presentano alla nascita aree di "macerazione" localizzate in genere ai genitali, mani e piedi. Poche ore dopo la nascita si evidenzia un fenomeno di *peeling* a larghi fogli. La risoluzione è spontanea e non richiede utilizzo di creme idratanti o oli.



11. Secchezza del neonato a termine. I neonati a termine presentano spesso delle aree di "secchezza" di severità variabile, localizzate spesso alla regione addominale e ancor più ai piedi (in particolare alla "piega" del collo del piede). Non è chiaro se il mantenimento o l'asportazione della vernice caseosa al momento della nascita giochino un qualche ruolo in questo fenomeno. La risoluzione è spontanea e non richiede alcuna terapia.



12. Ittiosi. È rara, ma con severità molto variabile e numerose varianti genetiche che ne rendono non semplice la classificazione. Alla nascita, a seconda del tipo, il neonato può essere eritrosico o presentare una marcata secchezza. L'eventuale localizzazione plantare è caratterizzata da una sfumatura giallastra. A differenza della macerazione da post-maturità e della secchezza fisiologica, l'ittiosi persiste (talvolta peggiorando) nei mesi successivi.



13. Sindattilia. La sindattilia è una delle malformazioni più comuni. Nella maggior parte dei casi rappresenta un difetto isolato, ma occasionalmente può far parte di quadri malformativi più complessi come la cutis marmorata teleangectasica congenita o la sindrome Proteus. In questi casi sono presenti però chiazze vascolari e asimmetria degli arti che permettono di escludere rapidamente la sindattilia semplice e inducono a un approfondimento diagnostico.



14. Esadattilia (dita sovranumerarie). La presenza di abbozzi di dita accessorie in età neonatale non è rara e, seppur innocua, viene sempre vissuta "male" dai genitori che richiedono la risoluzione immediata del problema. Se il dito accessorio è un piccolo abbozzo, con base d'impianto molto stretta, la legatura precoce può essere un provvedimento adeguato. Se la base d'impianto è ampia, è necessario affidare l'asportazione al chirurgo pediatrico.



15. Perionichia/infezione periungueale. Le infezioni periungueali nel neonato sono frequenti. L'evento è talvolta favorito dalla presenza di unghie lunghe e taglienti già al momento della nascita, e talvolta invece da una condizione congenita di malallineamento ungueale. Può essere tentata terapia antibiotica topica, ma con monitoraggio clinico stretto per un eventuale rapido passaggio a terapia per os in caso di peggioramento clinico.



16. Fibrolipomatosi precalcaneale. È un quadro raro. I genitori si accorgono della presenza di una piccola "plica" cutanea bilaterale, a livello della regione precalcaneale, che altera il profilo del tallone. La tumefazione non è dolente, ha lo stesso colore della cute normale e cresce consensualmente alle dimensioni del piede del bambino, che deve essere rivisto al momento del cammino per valutare eventuali, improbabili, danni funzionali?



17. Orticaria acuta. È frequentissima, di origine virale. Se c'è interessamento di piede o mano, il dolore può prevalere sul prurito e l'aspetto (foto) può essere più edematoso che pofoide. Terapia antistaminica, per almeno 7-10 giorni, con dosaggio da adeguare in base alla risposta clinica. Inutili accertamenti allergologici e diete, da proporre solo in caso di evidenza "clamorosa" (sintomi extracutanei, immediata insorgenza dopo cibi o farmaci).



18. Edema emorragico acuto del lattante. Interessa esclusivamente il lattante ed è quasi sovrapponibile alla porpora di Schönlein-Henoch. Oltre a chiazze emorragiche a coccarda e interessamento del padiglione auricolare, l'edema di piede e mano è uno dei segni patognomonici. Non c'è interessamento viscerale e la risoluzione è spontanea. L'etiologia è ignota, forse legata a infezione. Un caso recente è stato associato a vaccinazione per virus H1N1³.



19. Lesioni iatrogene da lancetta per prelievo capillare. L'esecuzione di emogasanalisi, glicemia, bilirubinemia avviene spesso in età neonatale mediante prelievo capillare. Le conseguenze, inevitabili, sono piccole lesioni escoriativie ed ecchimosi da "spremitura". L'introduzione dei *device* per la misurazione transcutanea della bilirubinemia ha ridotto di molto l'incidenza di queste lesioni.



20. Lesioni iatrogene da saturimetria. Il sensore del saturimetro, correttamente applicato, non produce effetti collaterali a livello cutaneo. Tuttavia, se il sensore viene posizionato in modo troppo stretto oppure se il cerotto viene mantenuto nella stessa posizione per molto tempo, compaiono da minime escoriazioni fino a vere e proprie bolle.



21. Lesioni accidentali: hair tread tourniquet (pseudoainhum). La strozzatura di un dito da parte di un capello, di una fibra vegetale o di un filamento di tessuto, è un evento raro ma ben descritto in letteratura. L'intervento precoce, atto a sciogliere il laccio, è decisivo per evitare necrosi e amputazione. Oltre alle dita del piede, che sono le sedi più frequenti, possono essere coinvolti genitali, capezzoli, dita delle mani.

Lesioni cutanee del piede nel bambino

Le lesioni cutanee nel bambino più grande possono essere raggruppate in infezioni, patologie autoimmunitarie, malattie "costituzionali" (eczema, psoriasi, ittiosi), problemi rari.



22. Impetigine/infezione stafilococcica. È l'infezione cutanea "per eccellenza". La localizzazione al piede è facilitata dalla possibilità di traumi in estate (quando si sta a piedi nudi o con scarpe aperte) e, nei soggetti con dermatite atopica, dalla presenza di aree di eczema nella piega del piede. La terapia, per la lesione singola, può limitarsi alla terapia topica (retapamulina, mupirocina, acido fusidico, gentamicina), ma il passaggio ad amoxicillina-acido clavulanico per os è inevitabile se le lesioni diventano rapidamente numerose.



23. Verruche. Le verruche plantari possono essere dolenti e perciò invalidanti. Prima di ogni visita per verruche del piede, è utile far camminare il bambino per valutare l'effettiva importanza del quadro. È opportuno inoltre valutare se il dolore è dovuto alla verruca o agli effetti collaterali di eventuali terapie intraprese autonomamente dai genitori (ad es. flogosi della cute perilesionale). 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 quindi il dolore.



24. Tinea. Le micosi sono a volte sovradiaagnosticate (moltissimi "piedi d'atleta" con lesioni interdigitali sono in realtà eczemi), e a volte invece sottodiaagnosticate (ad es. lesioni plantari confuse con dermatiti da contatto). Tinea pedis non è facile da diagnosticare, può localizzarsi in varie sedi (compreso l'arco plantare) ed è spesso modificata nella morfologia da precedenti tentativi terapeutici con cortisone topico. La terapia prevede l'uso prolungato di antimicotico topico, da proseguire per qualche giorno dopo la guarigione clinica.



25. Malattia mano-piede-bocca. L'infezione da virus coxsackie causa questa manifestazione cutanea che, a livello dei piedi, si caratterizza per la comparsa di lesioni vescicolose allungate a qualche giorno di distanza dall'esordio della malattia (vescicole intraorali). Una variante, ancora oggetto di studio ma descritta in articoli recenti e su molti forum, è caratterizzata da coinvolgimento ungueale visibile, a volta con caduta delle unghie, a 4 settimane dalla guarigione della malattia⁴.



26. Sepsi da meningococco. È l'incubo del medico di guardia, che teme sempre di sottostimare o non vedere una petecchia durante la visita. La localizzazione ai piedi (e in generale alle estremità) delle lesioni da meningococco è nota, e nei casi più gravi evolve rapidamente fino alla necessità di amputazione. Le lesioni sono petecchiali all'esordio, ma nell'arco di pochissime ore aumentano il loro volume fino a dare le lesioni classiche, caratterizzate da sfumatura violacea.



27. Herpes simplex. A torto, si ritiene che le manifestazioni cutanee dell'herpes simplex si localizzino esclusivamente alla regione peribuccale. In realtà qualsiasi altra localizzazione è possibile, ed è particolarmente interessante la localizzazione alle dita, che viene costantemente confusa con una infezione batterica. Aiutano nella diagnosi la presenza di lesioni vescicolari disposte a grappolo e la tumefazione, sempre molto importante⁵.



28. Larva cutanea migrans. Il quadro, una volta visto, è indimenticabile e facilmente riconoscibile. È caratterizzato da una lesione pruriginosa che compare, normalmente, a 15 giorni da una vacanza in regioni caldo-umide. La lesione, più spesso localizzata a piedi, arti inferiori o glutei (sedi che vengono a contatto con il terreno), assume rapidamente un aspetto "serpiginoso" inconfondibile. La terapia consiste nella somministrazione di albendazolo per os.



29. Gloves and socks. Il parvovirus B19 è noto per la "quinta malattia", ma è in grado di dare numerosi altri problemi non solo a livello sistemico, ma anche dermatologico. L'eruzione petecchiale a guanti e calzino ha, come si evince dal nome, una distribuzione che di per sé può indurre a sospettare la diagnosi corretta. È innocua, autorisolutiva, e non è legata a una eventuale piastrinopenia da parvovirus B19⁶.



30. Eritema multiforme. Può essere considerato una variante "fissa" dell'orticaria: le lesioni tipicamente non sono fugaci, e il prurito normalmente è scarso. A livello del piede si evidenziano lesioni plantari, talvolta con il tipico aspetto a coccarda, talvolta bollose. Gli agenti eziologici possibili sono numerosi: infezioni, farmaci, fattori fisici. La forma "minor" (la più comune), senza coinvolgimento mucoso, si autorisolve nell'arco di qualche settimana.



31. Vitiligine. È una patologia autoimmune comune in età pediatrica, caratterizzata da distruzione di melanociti con comparsa di zone acromiche. La regione dei piedi è spesso interessata (in particolare la regione malleolare), forse per la maggiore facilità di comparsa di chiazze in sede di microtraumi ripetuti. La terapia con cortisone topico e/o con UVB a banda stretta consente, molto spesso, la ripigmentazione delle lesioni, e deve essere sempre tentata.



32. Granuloma anulare. In età pediatrica è molto comune ma poco riconosciuto. La lesione primitiva può presentarsi come un "anello" di cute infiltrata e palpabile o come una vera e propria tumefazione. La localizzazione al dorso del piede è in assoluto la più tipica, ma non esclusiva; altre lesioni possono evidenziarsi al dorso della mano, agli arti e ai glutei. L'andamento è spontaneamente risolutivo in anni, e il cortisone topico non modifica la storia naturale.



33. Morfea. La gravità è molto variabile e l'approccio dipende dalla presentazione (attendista per una lesione singola a evoluzione lenta, e molto incisivo - prednisone, methotrexate ed ev. micofenolato - per lesioni multiple a rapida evoluzione). L'aspetto clinico iniziale è di chiazze lievemente più pigmentate della cute normale, per passare ad aree di atrofia biancastra con indurimento al tatto nelle fasi più avanzate.



34. Eczema. La localizzazione plantare dell'eczema costituzionale/dermatite atopica compare in età "tardiva", presenta stagionalità primaverile-estiva, è preannunciata da microvescicole che lasciano rapidamente il posto a fissurazioni e prurito. La terapia cortisonica topica è meno efficace che nelle altre manifestazioni della dermatite atopica, ed è quindi necessario prestare attenzione ai fattori ambientali favorenti (ridurre la sudorazione, utilizzo di calze speciali).



35. Psoriasi. Nella psoriasi infantile il piede può essere coinvolto con onicopatia o, raramente, con interessamento generalizzato della regione plantare. La terapia cortisonica topica non è sempre rapidamente efficace. Utile l'associazione cortisone-calcipotriolo e, nei casi di interessamento generalizzato resistente alle terapie topiche, il passaggio ad acitretina per os o, in casi molto selezionati ed estesi, ai farmaci "biologici".



36. Ittiosi/cheratoderma palmoplantare. Il coinvolgimento palmoplantare in corso di ittiosi può essere molto invalidante. Ad es., la foto fa riferimento a un caso severo di ittiosi lamellare, che ha reso difficile il cammino e ha modificato strutturalmente le dita. La terapia topica non modifica il quadro clinico ed è necessaria la somministrazione di acitretina per os. Il miglioramento è in genere così importante che è poi difficile sospendere, anche per brevi periodi, la terapia.



37. Unghia incarnita. È un quadro comune e molto invalidante. Alla base c'è un malallineamento ungueale costituzionale, associato a microtraumi e a fattori infettivi locali (sovrainfezione). La toilette e i consigli di terapia topica in molti casi si rivelano utili nell'immediato, ma insufficienti a prevenire le frequenti ricadute. In caso di recidive frequenti e invalidanti è necessaria un'onicectomia parziale con riduzione della matrice.



38. Iperostosi subungueale. Patologia rara che può essere facilmente scambiata per una verruca volgare. La diagnosi differenziale può essere fatta esclusivamente con un Rx, da considerare comunque quando l'aspetto della lesione (tipicamente subungueale) è a tronco di cono, dolente, in paziente esposto a microtraumi ripetuti (ad esempio, calciatore). La terapia è chirurgica, con asportazione del tessuto osseo in eccesso.



39. Fibromatosi digitale. La fibromatosi digitale ricorrente del bambino è un fenomeno raro, caratterizzato dalla crescita rapida e progressiva di una tumefazione dura, eritematosa, non dolente, a carico di uno o più dita del piede. La risoluzione è spontanea senza alcuna terapia, ma è difficile rimanere indifferenti di fronte al rapido aumento di volume che, fino a pochi decenni fa, portava all'amputazione completa del dito. La biopsia confermativa è necessaria.



40. Porpora di Schönlein-Henoch. La porpora di SH è conosciutissima da tutti i pediatri e viene normalmente diagnosticata a colpo d'occhio. L'ematuria, il sangue occulto, il dolore addominale non sono sempre presenti, e non sono quindi obbligatori per la diagnosi. Come si osserva nella parte superiore dell'immagine, piccoli traumi o pressioni possono evocare ulteriori lesioni, lineari o figurate.



41. Sindrome di Gorlin. È un quadro genetico complesso, caratterizzato da un numero elevato di sintomi dermatologici e non (basaliomi in età adolescenziale, cisti odontogene, anomalie ossee, medulloblastoma). Uno dei criteri maggiori per la diagnosi è la presenza di pits (fossette) palmo-plantari. A una prima osservazione possono sembrare simili a comedoni (punti neri), ma un lavaggio in acqua evidenzia vere e proprie fossette⁸.



42. Sindrome Proteus. La sindattilia è un riscontro occasionale comune, ma se si associa ad altre anomalie come ipertrofia del piede, asimmetria degli arti e chiazze vascolari estese, è possibile pensare alla rara sindrome Proteus. Si tratta di un quadro a comparsa sporadica, in cui sono presenti talvolta anche ritardo psichico, crisi convulsive, scoliosi, e che richiede la presa in carico del genetista per la diagnosi. Alla nascita, ancor più della sindattilia, è patognomonica la presenza di cute ridondante plantare (iperplasia cerebriforme).

CONCLUSIONI

Una panoramica sulle condizioni coinvolgenti il piede può offrire spunti di osservazione interessanti sia per il pediatra (che nella visita di routine, per quanto scrupoloso, difficilmente toglie i calzini al bambino) sia per il dermatologo (che ha meno occasioni di vedere e conoscere soprattutto i quadri caratteristici dell'età neonatale).

Con l'intento di presentare una guida utile per entrambi gli specialisti e di utilizzo immediato in ambulatorio, abbiamo esaminato 42 diversi quadri, sottolineando le particolarità di ogni-

no 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. Mazereeuw-Hautier J. Infantile acropustulosis. *Presse Med* 2004;33:1352-4.
2. Semadeni BL, Mainetti C, Itin P, Lautenschlager S. Precalcaneal congenital fibrolipomatous hamartomas: report of 3 additional cases and discussion of the differential

- diagnosis. *Dermatology* 2009;218:260-4.
3. Ferreira O, Antunes I, Cruz MJ, et al. Acute hemorrhagic edema of childhood after H1N1 immunization. *Cutan Ocul Toxicol* 2010 Dec 2 [Epub ahead of print].
4. Haneke E. Onychomadesis and hand, foot and mouth disease - is there a connection? *Euro Surveill* 2010;15(37).pii:19664.
5. Mohler A. Herpetic whitlow of the toe. *J Am Board Fam Pract* 2000;13:213-5.
6. Fretzayas A, Douras K, Moustaki M, Nicolaidou P. Papular-purpuric gloves and socks syndrome in children and adolescents. *Pediatr Infect Dis J* 2009;28:250-2.
7. Larralde M, Boggio P, Abad ME, Pagotto B, Castillo A. Subungual exostosis in a 14 years old boy. *Arch Argent Pediatr* 2009;107:349-52.
8. Pereyra-Rodríguez JJ, Bernabeu-Wittel J, Conejo-Mir J. Multiple palmar pits and basal cell carcinomas. *CMAJ* 2010;182:E533.