

Rubrica iconografica

I genitali, maschili e femminili, vengono raramente ispezionati dal pediatra. Fatte salve richieste specifiche dei genitori per la comparsa di patologia (tipicamente la dermatite da pannolino), i controlli programmati (ad esempio, la valutazione della fase puberale in età adolescenziale) o situazioni particolari come il sospetto di abuso, raramente il bambino o la bambina vengono spogliati completamente.

In effetti, sia la visita ospedaliera (degenza, PS) sia il controllo ambulatoriale presso il pediatra, malgrado le buone intenzioni di tutti, normalmente non prevedono questo step per vari motivi: di tempo (c'è sempre una coda "fuori"), di "pudore" da parte del paziente (che già concede malvolentieri il "resto" della visita), di "pudore" da parte del/della pediatra che sullo sfondo (specie quando non ha un'infermiera a disposizione e il/la paziente è adolescente) intravede sempre possibili ricadute medico-legali. L'osservazione della cute della regione genitale è invece importante, e, quando eseguita, permette di scoprire un largo range di situazioni che possono andare da varianti "normali" (ma clinicamente



Figura 1. La fimosi nel neonato è fisiologica e non va pertanto trattata in alcun modo.



Figura 2. L'ipertrofia del rafe mediano dello scroto è molto comune nel neonato. Si tratta di una variante "normale" che non richiede alcuna attenzione.

QUADRI DERMATOLOGICI DEI GENITALI: OSSERVAZIONE DI UN'AREA TRASCURATA

MARIO CUTRONE

UO di Pediatria, Ospedale Umberto I°, Mestre (Venezia)

impressionanti) a situazioni apparentemente minime (e sulle quali bisogna talvolta invece intervenire precocemente).

L'intento di questo articolo è quindi quello di evidenziare alcuni di questi quadri meno noti, trascurando le malformazioni comuni (ipospadia) e le dermatiti dell'area del pannolino, già ben conosciuti dal pediatra.

IL NEONATO

Vediamo dapprima alcuni quadri dermatologici "fisiologici" interessanti nel neonato.

Nell'epoca neonatale, la **fimosi** (Figura 1) è assolutamente fisiologica e non richiede alcun trattamento. Non dovrebbe quindi essere menzionata ai controlli di salute, per evitare la tentazione di ginnastiche prepuziali o altri provvedimenti potenzialmente dannosi. Fenomeno meno noto è l'**ipertrofia del rafe mediano dello scroto** (Figura 2). Asintomatica, si riduce spontaneamente con il passare dei mesi e non va confusa con l'**ipertrofia piramidale** (Figura 3) (localizzata sempre sulla linea mediana, in regione



Figura 3. L'ipertrofia piramidale ("Infantile perianal pyramidal protrusion" visibile a ore 12) è considerata una spia di stipsi ostinata.

perianale), considerata spia di stipsi ostinata.

Nel neonato "nero" il pene può presentare una caratteristica **iperpigmentazione "in bande"** (Figura 4), mentre lo scroto è costantemente molto più pigmentato rispetto alla cute dell'addome o delle cosce. Anche l'**iperpigmentazione del rafe mediano dello scroto** (Figura 5) e del suo prolungamento verso l'ano sono la regola, e non richiedono quindi alcun provvedimento. Nella neonata "nera" l'iperpigmentazione si evidenzia invece alle grandi labbra (Figura 6), prolungandosi nella linea alba addominale.

Altri rilievi interessanti, che riguardano i genitali femminili (di ogni colore), riguardano la possibile presenza di **secrezione** (biancastra nelle prime ore di vita, francamente ematica nelle ore successive e poi rapidamente autorisolutiva) (Figura 7), che è correlata al passaggio transplacentare di ormoni materni e non è mai segno di problemi endocrinologici sottostanti.

Anche l'**imene** può avere numerose modalità di presentazione "normale". Particolarmente interessante, perché molto



Figura 4. L'iperpigmentazione del pene "in bande" e l'iperpigmentazione dello scroto sono reperti molto comuni nel neonato "nero".



Figura 5. L'iperpigmentazione del rafe mediano dello scroto è più apprezzabile nel bambino "nero".



Figura 6. Il corrispettivo dell'iperpigmentazione dello scroto è nella femmina l'iperpigmentazione delle grandi labbra. Si accompagna a iperpigmentazione della linea alba.



Figura 7. La "pseudomestruazione" nelle prime ore di vita è caratterizzata dapprima da colorito biancastro della secrezione.



Figura 8. Le varianti fisiologiche di presentazione dell'imene possono essere molto impressionanti. Le *hymenal tags* possono raggiungere alcuni centimetri di lunghezza.

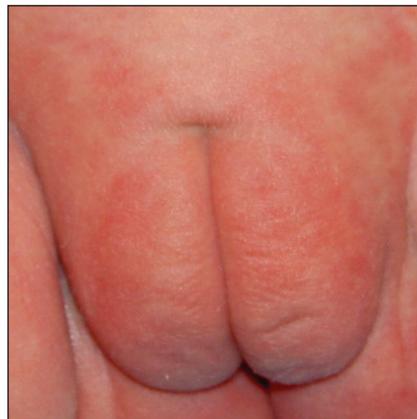


Figura 9. Le *incisure vulvari* delle prime ore di vita sono forse un fenomeno legato all'età gestazionale (post-termine).



Figura 10. La *melanosi pustolosa transitoria* può creare problemi di diagnosi differenziale solo nella fase iniziale. Già poche ore dopo la nascita le pustole sono sostituite dalle caratteristiche lesioni a "collaretto" (pustole "aperte").

evidente e poco conosciuta, è la presentazione con "hymenal tag" (Figura 8). Si tratta di un peduncolo a volte lungo alcuni centimetri, che protrude dalla vagina, e che a un occhio poco esperto può dare l'idea di una neof ormazione di natura neoplastica o virale. Ovviamente non richiede alcun trattamento e va rapidamente incontro a regressione spontanea.

Le **grandi labbra** della neonata, generalmente ipertrofiche e tumefatte per ragioni ancora non chiarite (forse in relazione all'età gestazionale avanzata) (Figura 9), possono apparire caratterizzate da rugosità o vere proprie "incisure". Anche questo quadro è asintomatico e rapidamente autorisolutivo.

Alcune dermatosi neonatali transitorie "classiche" del neonato possono localizzarsi ai genitali. Abbastanza frequente è la localizzazione scrotale della **melanosi pustolosa transitoria** (Figura 10). Caratterizzata da tre fasi (pustola, "collaretto" aperto e successiva iperpigmentazione persistente per qualche settimana), la melanosi pustolosa può porre qualche problema di diagnosi differenziale con infezioni batteriche. È più frequente nel neonato "nero", e si può localizzare, oltre che ai genitali, al volto, al collo e al torace.

Il **milium** (Figura 11), generalmente localizzato al volto, può occasionalmente presentarsi al prepuzio, con uno o più elementi. La piccola cisti si rompe spontaneamente nell'arco di qualche giorno, estraendo del materiale cheratinico biancastro. Molto raro, e molto più importante dal punto di vista funzionale, è il reperto di cisti parauretrali nella femmina. Alla nascita si presentano come una tumefazione biancastra che occlude la vulva. Raramente è necessario l'intervento del chirurgo per accelerare la fisiologica rottura con risoluzione definitiva del quadro. La **cisti parauretrale** della neonata (Figura 12), che entra in diagnosi differenziale con il rarissimo prolasso vaginale neonatale, appare in realtà essere la versione femminile del milium prepuziale.

Nelle prime settimane di vita si possono evidenziare i problemi di tipo vascolare. Gli **emangiomi** (Figura 13), che nei primi tre mesi di vita hanno la massima velocità di crescita, possono dare in sede genitale problemi di ulcerazione dovuti all'ambiente costantemente umido ed esposto a enzimi urinari e fecali, tipico di quell'area.

Rubrica iconografica



Figura 11. Il *milium prepuziale* è frequente e non dà mai problemi funzionali.



Figura 12. La *cisti parauretrale* della femmina è molto rara, e raramente richiede l'intervento del chirurgo.



Figura 13. L'*emangioma* della regione genitale può dare occasionalmente problemi di tipo "funzionale" a seconda delle dimensioni ragguianti. In questa immagine la componente prevalente è quella superficiale, rossa, e il problema funzionale è assente.



Figura 14. Un altro problema è quello legato al microambiente dei primi 2 anni di vita (caldo umido per l'utilizzo del pannolino) e alla conseguente maggior facilità di *ulcerazioni* di difficile trattamento.



Figura 15. Le *malformazioni venose* possono crescere nel tempo e modificare la morfologia dei genitali. In questo caso, il sanguinamento protratto aveva condotto a grave anemia.



Figura 16. Lo *smegma* non è segno di infezione e non richiede alcun trattamento, se non la semplice pulizia.

L'*ulcerazione* (Figura 14) è difficile da trattare e talvolta si rende necessaria, nell'attesa della regressione spontanea che avverrà nell'arco di qualche anno, l'utilizzo di terapia laser mirata alla cicatrizzazione delle aree ulcerate.

Le *malformazioni venose o artero-venose* (Figura 15) sono molto più rare degli emangiomi, ma danno molti più problemi per la loro storia naturale che raramente prevede regressione e, più frequentemente, è caratterizzata invece da una progressiva crescita.

IL BAMBINO

Superata l'età neonatale, sono frequentemente apprezzabili altri fenomeni fisiologici. Il rilievo di materiale biancastro e caseoso, lo *smegma* (Figure 16-17), che fuoriesce spontaneamente oppure è raccolto in "tasche" formate dal prepuzio parzialmente scollato dal glande, e spesso motivo di grande apprensione nei genitori. La normale presenza di smegma, asintomatica e che si risolve con la semplice pulizia, va differenziata dalla *balanopostite* (Figura 18), con la quale viene spesso confusa. La balanopostite è un fenomeno flogistico, caratterizzato da bruciore, eritema e talvolta essudazione, e richiede terapia topica (generalmente l'applicazione quotidiana di uno steroide topico).

Il rilievo di numerose papule biancastre traslucide al pene, soprattutto alla superficie ventrale, viene talvolta scambiato per una manifestazione di infezione batterica o virale. Tale fenomeno, asintomatico e non patologico, è invece dovuto all'ipertrofia delle *ghiandole di Tyson* (Figura 19) e non richiede ovviamente alcun provvedimento.

A partire da questa età iniziano a essere più frequenti anche i riscontri di patologia "vera". Per quanto riguarda le possibili malformazioni, una tumefazione molle della linea mediana del pene o dello scroto a crescita progressiva è generalmente attribuibile alla presenza di una *cisti dermoide* (Figura 20). Tale cisti, contenente a volte diversi tipi di tessuto, non ha alcuna tendenza alla risoluzione spontanea e viene generalmente asportata per motivi funzionali.

Le lesioni pigmentate, in particolare i *nevi melanocitici* (Figura 21), possono localizzarsi all'area genitale. Non c'è maggior rischio di trasformazione mali-



Figura 17. La formazione di "tasche" durante i primi anni di vita è normale e legata al lento scorrimento del prepuzio verso il solco balano-prepuziale. Il termine "aderenze", che evoca "malattia", probabilmente non andrebbe utilizzato.



Figura 18. La *balanopostite* è piuttosto frequente e guarisce rapidamente con applicazioni di cortisone topico. Raramente, come in questo caso, si accompagna ad edema.



Figura 19. Le ghiandole di Tyson non vanno confuse con una infezione stafilococcica.



Figura 20. *Cisti dermoide*. Le tumefazioni della linea mediana, ovunque siano localizzate, meritano rispetto. Anche quelle del pene non sfuggono a questa regola.



Figura 21. *Nevo melanocitico* congenito del pene. La particolare posizione non aumenta né diminuisce il rischio di trasformazione maligna (quasi del tutto assente nei primi 10 anni di vita).



Figura 22. Lo *xantogranuloma giovanile* è caratterizzato da un inconfondibile colore giallo arancione. L'unica localizzazione extracutanea che merita di essere ricercata è quella oculare.

gna rispetto a qualsiasi altra sede, anche se in caso di necessità di asportazione chirurgica questa particolare localizzazione crea maggiori problemi tecnici all'operatore. Lo **xantogranuloma giovanile** (Figura 22) può, come molte altre lesioni cutanee (emangiomi, nevi, mastocitomi), localizzarsi praticamente ovunque. La localizzazione al pene non si comporta diversamente da tutte le altre e va incontro a risoluzione spontanea nel lungo termine.

Le infezioni della regione genitale sono tutt'altro che rare: l'infezione da mollusco contagioso (**poxxvirus**) (Figura 23) coinvolge spesso la regione peniena e vulvare. Meno frequente è il riscontro di verruche volgari, che, se localizzate al glande, assumono un caratteristico aspetto moriforme ed eritematoso. Molti studi hanno ormai dimostrato che la probabilità che la localizzazione genitale di questi tipi di infezione avvenga per via sessuale in età pediatrica (abuso) è molto bassa, ed è necessario essere quindi molto prudenti prima di avviare consulenze psicologiche o indagini a questo riguardo.

Dal punto di vista terapeutico, il mollusco viene agevolmente trattato con curettage e anestesia locale con EMLA, anche in regione genitale, senza necessità di sedazione. Le **verruche del glande** (Figura 24), molto più rare, vanno trattate chirurgicamente, in particolare quando sono in posizione tale da occludere il meato uretrale. Dopo l'eventuale intervento, data la scarsa incidenza di questa localizzazione, è sempre opportuno verificare istologicamente la correttezza della diagnosi.

L'infezione stafilococcica (**impetigine**) (Figura 25) dei genitali non è un evento frequente, e non presenta caratteristiche né terapia (mupirocina) diverse dalle localizzazioni in altre sedi. È invece assolutamente comune la localizzazione scrotale, peniena o al grande labbro, di **noduli di scabbia** (Figura 26). La diagnosi, come sempre nella scabbia, è facilitata dal prurito intensissimo e dalla (quasi) invariabile presenza di altri familiari affetti. Tuttavia, sono raramente possibili casi in cui il bambino è il primo affetto e la localizzazione genitale è la prima manifestazione, ed è quindi importante ricordare l'esistenza di questa particolare sede per non ritardare la corretta terapia. La crema antiscabbia (normalmente benzoato di benzile) an-

Rubrica iconografica



Figura 23. Il *mollusco contagioso* è la più frequente "complicanza" della dermatite atopica. La localizzazione al pene è tutt'altro che rara.



Figura 24. La *verruca vulgaris* del glande presenta un aspetto caratteristicamente moriforme e non verrucoso. In questo caso la lesione è stata asportata perché tendeva a occludere il meato uretrale e l'istologia ha confermato la diagnosi.



Figura 25. L'*impetigine stafilococcica* può localizzarsi anche al pene. La terapia rimane quella usuale (mupirocina topica) nei casi a diffusione limitata.



Figura 26. I noduli di *scabbia* della regione scrotale e peniena potrebbero essere scambiati a un esame superficiale con molluschi contagiosi. Il prurito intenso ci aiuta a non sbagliare la diagnosi.



Figura 27. La *dermatite atopica* nella fase del lattante non interessa quasi mai la regione "del pannolino", come ben evidenziato da questa immagine.



Figura 28. La *psoriasi* può interessare i genitali e dare un discreto disturbo soggettivo (prurito). La presenza di altre localizzazioni con aspetto tipico (come in questo caso) aiuta nella diagnosi differenziale.

drà prescritta contemporaneamente a tutti i familiari, su tutta la superficie cutanea. Nella regione genitale ci si limiterà alle sedi esterne (evitando mucosa vaginale e glande).

Nel campo delle malattie "costituzionali", la **dermatite atopica** (Figura 27), che è la più comune malattia cutanea dell'età pediatrica, era difficile che mancasse in questo lungo elenco di quadri dermatologici dei genitali. In effetti, l'area genitale e perianale ("del pannolino") sono generalmente risparmiate nella prima fase della dermatite atopica (fase cosiddetta del lattante). Il risparmio di quest'area dipende forse dall'iperidratazione o dall'effetto bendaggio dovuti al pannolino. Nelle fasi successive ("del bambino" e "dell'adolescente") la localizzazione alla base del pene è piuttosto frequente e nel complesso poco riconosciuta dal pediatra (che spesso pensa a una "nuova" malattia, ritardando l'applicazione della terapia già in uso). Anche la **psoriasi** (Figura 28), che nel bambino tende a localizzarsi alla regione glutea, sovrapubica e del cuoio capelluto, successivamente può localizzarsi anche al pene e alla vulva, dove si accompagna a prurito discreto.

Tra le patologie a eziologia autoimmune, il **lichen sclero-atrofico** (Figura 29) (che può raramente interessare ogni altro distretto cutaneo) è particolarmente interessante nelle sue localizzazioni genitali.

Nella femmina i sintomi principali sono il prurito, il bruciore (con conseguente sanguinamento legato al grattamento), la comparsa di alone atrofico biancastro perivulvare e il progressivo appiattimento delle grandi labbra. La diagnosi è semplice, purché ci si pensi, e il trattamento con cortisone topico per lunghi periodi consente un ottimo controllo della sintomatologia soggettiva e la regressione del quadro di atrofia.

La localizzazione nel maschio è invece più rara (Figura 30), anche se si tratta probabilmente di un problema sottodiagnosticato.

Si deve pensare a un lichen sclero-atrofico nei casi di fimosi acquisita, che all'ispezione risultano caratterizzati da una banderella costrittiva biancastra. Il trattamento con cortisone topico (utilizzato anche per la fimosi comune) ottiene buoni risultati, ed è probabilmente questo fattore confondente la motivazione della scarsità delle diagnosi. La sede ge-

nitale è tipica anche di un'altra patologia autoimmune, la **vitiligine** (Figura 31). Questo quadro, interessante in quanto talvolta si associa ad altre malattie autoimmuni (soprattutto l'ipotiroidismo) e deve essere quindi studiato, può talvolta sfuggire all'osservazione, risalendo poco per la scarsa esposizione ai raggi ultravioletti di questa particolare sede.

Come ogni altro distretto cutaneo, anche la regione genitale può andare incontro



Figura 29. Il lichen sclero-atrofico presenta un aspetto caratteristico (alone atrofico biancastro), molto facile da riconoscere se ci si pensa. Malgrado ciò, la diagnosi raramente viene posta in prima battuta.



Figura 30. Bisogna pensare a un lichen sclero-atrofico nel maschio con fimosi acquisita. In questa immagine, una recidiva con bandella costrittiva dopo intervento chirurgico.

a incidenti. Tra questi, i più comuni sono l'**ustione** e il **pizzicamento** (Figure 32 e 33). L'ustione dei genitali avviene raramente per utilizzo di bidet mal regolati. Più facile invece il rovesciamento accidentale di catini di acqua bollente addizionata a oli essenziali (suffumigi domestici) in corso di terapia "alternativa" per la rinite (che in questa occasione dimostra di non essere priva, come comunemente ritenuto, di effetti collaterali).

Il pizzicamento del prepuzio nella cerniera lampo è una esperienza spiacevole, dolorosa, ma generalmente non pericolosa. L'aspetto del prepuzio appena pizzicato è quello a "pantaloni anni 70", a zampa di elefante. La completa *restitutio ad integrum* è la regola.



Figura 31. La vitiligine del pene è molto comune. Meno frequente è, come in questo caso, un interessamento quasi esclusivo dello scroto. In questa sede la diagnosi può essere meno evidente per il minor contrasto con la cute sana (data la posizione, l'esposizione ai raggi UV è modesta).



Figura 32. L'ustione del pene pone il serio problema delle cicatrici "detraenti" e dei cheiloidi. In questo caso sarà stata una *restitutio ad integrum* completa.

CONCLUSIONE

L'osservazione della cute della regione genitale offre una grande varietà di quadri sia "fisiologici" che patologici, talvolta poco noti al pediatra. È necessario che le visite e i controlli di salute prevedano sempre un controllo della cute genitale: per escludere patologie che necessitino di provvedimenti rapidi, per rassicurare in caso di dubbi (talvolta non espressi verbalmente dai genitori), per evitare il by-pass verso altri specialisti, spesso non esperti di problematiche pediatriche. Per correttezza (e per evitare problemi di tipo medico-legale), è sempre opportuno che, in tutte le occasioni (ospedaliera o territoriali), la visita e la documentazione iconografica avvengano sempre alla presenza dei genitori e del personale paramedico.

Indirizzo per corrispondenza:

Mario Cutrone
e-mail: cutfae@tin.it

Bibliografia di riferimento

- Berenson AB. Appearance of the hymen at birth and one year of age: a longitudinal study. *Pediatrics* 1993;91(4):820-5.
- Fathi K, Pinter A. Paraurethral cysts in female neonates. Case reports. *Acta Paediatr* 2003; 92(6):758-9.
- Fleet SL, Davis LS. Infantile perianal pyramidal protrusion: report of a case and review of the literature. *Pediatr Dermatol* 2005;22(2):151-2.
- Hyman AB, Brownstein MH. Tyson's "glands". Ectopic sebaceous glands and papillomatosis penis. *Arch Dermatol* 1969;99(1):31-6.
- Tomasini C, Aloï F, Puiatti P, Caliendo V. Dermoid cyst of the penis. *Dermatology* 1997; 194(2):188-90.



Figura 33. I traumi del prepuzio da cerniera lampo sono frequenti, ma raramente giungono in Pronto Soccorso.