

La pitiriasi rosea è una dermatite eritemato-desquamativa di frequente riscontro, che interessa soggetti giovani-adulti, dall'età di 10 anni in su, ma che è stata osservata fin dai primi 2-3 anni di vita. L'incidenza è intorno a 0,68 casi per 100 pazienti dermatologici, o 172,2 per 100.000 persone/anno. La prevalenza in soggetti di età compresa tra 10 e 29 anni è 0,6%¹.

È nota anche come pitiriasi rosea di Gilbert, in onore del dermatologo francese che ne conì il nome nel 1860.

Come si manifesta?

È una condizione facilmente riconoscibile quando si presenta nella sua forma tipica, perché è caratterizzata da alcuni elementi "chiave" molto peculiari.

Prima di tutto la **localizzazione** delle lesioni, distribuite al tronco e alla radice degli arti (Figura 1), con risparmio pressoché completo del volto e delle estremità. Gli elementi hanno forma ovalare, dimensioni comprese tra 0,5 e 2 cm, e tipicamente si dispongono con il loro asse maggiore parallelo al decorso delle coste, dando il caratteristico aspetto ad "albero di Natale".

Il secondo elemento è l'**assenza completa (o quasi) di prurito** che, quando c'è, è comunque modesto e mai riferito come sintomo caratterizzante.

Inoltre, nella sua forma completa, la pitiriasi rosea inizia con una singola

LA PITIRIASI ROSEA

IRENE BERTI

Clinica Pediatrica, IRCCS "Burlo Garofolo", Trieste

chiazza isolata rotondeggiante (**chiazza madre**, Figura 2), che è seguita entro 7-14 giorni dalla comparsa delle altre lesioni rosa salmone, finemente desquamate, in cui spesso è visibile un orletto periferico più eritematoso. La chiazza madre, se presente, facilita di molto la diagnosi, ma è raramente rilevabile (meno del 30% dei casi)² e la sua assenza non esclude che si tratti di una pitiriasi rosea.

A volte si riscontra un coinvolgimento della mucosa orale, che in alcuni studi risulta molto frequente (fino al 50% dei casi con erosioni del palato e delle gengive, ulcere della lingua, lesioni aftose della mucosa orale in genere (Figura 3)). Spesso il quadro non è dolente.

Qual è la causa?

La pitiriasi rosea è stata attribuita in passato a diversi fenomeni e tutt'ora

non esiste un'eziologia certa. Si ritiene che intervengano fattori predisponenti costituzionali, che però non sono né di natura autoimmunitaria né su base atopica. Alcuni elementi epidemiologici, come la maggior frequenza in primavera e in autunno, e l'autorisoluzione, seppur in tempi medio-lunghi, fanno propendere per un'eziologia di tipo infettivo, virale. Inoltre qualche volta ci sono sintomi prodromici alle alte vie respiratorie e sono stati descritti dei cluster nella stessa famiglia o all'interno della stessa comunità. Verosimilmente si tratta di un virus a bassa diffusione (forse della famiglia degli herpes³⁻⁵), che provoca manifestazioni solo cutanee e molto superficiali. La contagiosità è trascurabile.

Diagnosi differenziale

La diagnosi di pitiriasi rosea è solo clinica ed è facile nella grande maggioranza dei casi, proprio per gli aspetti così caratteristici e ripetitivi sopra descritti.

In presenza della chiazza madre, soprattutto prima che si manifestino numerose altre lesioni, l'errore più comune è scambiarla per una tinea corporis.

Nelle fasi successive il quadro più simile è quello della psoriasi guttata⁶, condizione caratterizzata dall'improvvisa comparsa di piccole papule e chiazze eritemato-desquamative, localizzate al tronco e alle estremità prossimali degli arti (ma anche sul viso), che quasi sempre insorge 1 o 2 settimane dopo una faringite, per lo più streptococcica. La psoriasi guttata può risolversi spontaneamente e risponde bene alla terapia antibiotica antistreptococcica, anche se è possibile che le lesioni cutanee si ripresentino in occasione di nuovi episodi infettivi da streptococco.

Un'altra dermatite eritemato-desquama-



Figura 1. Chiazze eritematose e desquamate al tronco e all'ascella.



Figura 2. Distribuzione delle lesioni al dorso ad "albero di Natale" e chiazza madre (cerchio rosso).



Figura 3. Lesione erosiva della mucosa orale in bambino di 12 anni con pitiriasi rosea.

tiva che entra in diagnosi differenziale con la pitiriasi rosea è la pitiriasi lichenoidale, caratterizzata da un'eruzione cutanea a gittate successive di elementi papulari che diventano vescicole-pusto-

le, si appiattiscono, si allargano e vengono sormontati da una crosta. Nelle forme centripete a evoluzione acuta l'aspetto può essere difficilmente distinguibile da una pitiriasi rosea.

Esistono infine delle varianti piuttosto rare che, per localizzazione atipica (forma inversa, con lesioni acroposte) o aspetto vescicolare dell'eruzione, simulano altri quadri, come l'acrodermatite di Crosti-Gianotti o addirittura la varicella. In alcuni casi predomina una distribuzione asimmetrica che conferisce al quadro un'aspetto simile all'APEC (*Asymmetric Periflexural Exanthema of Childhood*). In queste, che sono comunque situazioni molto particolari, è di grande aiuto il criterio anagrafico, dal momento che la pitiriasi rosea riguarda bambini più grandi, mentre sia la dermatite di Crosti-Gianotti che l'APEC riguardano bambini tra i 18 mesi e i 5 anni.

C'è un reperto istologico tipico?

Nella pitiriasi rosea, come si è detto, la diagnosi è clinica ed è di solito semplice; per questo quasi mai è necessario eseguire una biopsia cutanea. Resta una piccola minoranza di casi in cui, per caratteristiche cliniche non facilmente inquadrabili o durata particolarmente protratta, si ricorre all'esame istologico. Il reperto non è comunque patognomonico: in genere si osserva un infiltrato linfocitario perivascolare su-

perficiale associato a esocitosi. Possono inoltre essere rilevate note di spongiosi (presenza di vescicole), paracheratosi focale (alterazione in cui le cellule dello strato corneo conservano il loro nucleo, mentre scompare lo strato granuloso; corrisponde clinicamente a un aspetto squamoso) e uno stravasato di eritrociti nel derma papillare.

Come si cura?

La pitiriasi rosea è una dermatite ad autorisoluzione in tempi medio-lunghi (6-12 settimane). Nella grande maggioranza dei casi non è indicato né necessario alcun trattamento, neanche sintomatico, essendo un'affezione molto poco pruriginosa. Qualora il prurito sia un sintomo disturbante o nelle forme vescicolari, può essere assunto un antistaminico oppure si può applicare localmente, nelle sedi di maggior fastidio, una crema steroidea. La regressione spontanea è comunque la regola e la percentuale di ricadute è molto bassa (2%)².

Indirizzo per corrispondenza:

Irene Berti
e-mail: berti@burlo.trieste.it

Bibliografia

1. Chuh A, Lee A, Zawar V, Sciallis G, Kempf W. Pityriasis rosea - an update. *Indian J Dermatol Venereol Leprol* 2005;71: 311-5.
2. Bonifazi E. Dermatiti eritemato-desquamative. I. Pityriasis rosea, eczematidi, pitiriasi lichenoidale. *Trattato di Dermatologia Pratica. Eur J Pediatr Dermatol* 1994;4:113-28.
3. Drago F, Ranieri E, Malaguti F, et al. Human herpes virus 7 in pityriasis rosea. *Lancet* 1997;349:1367-8.
4. Drago F, Malaguti F, Ranieri E, et al. Human herpesvirus-like particles in pityriasis rosea lesions: an electron microscopy study. *J Cutan Pathol* 2002;29:359-61.
5. Drago F, Broccolo F, Rebora A. Pityriasis rosea: an update with a critical appraisal of its possible herpesviral etiology. *J Am Acad Dermatol* 2009;61:303-18.
6. Eslick GD. Atypical pityriasis rosea or psoriasis guttata? Early examination is the key to a correct diagnosis. *Int J Dermatol* 2002;41:788-91.