

Nella stessa settimana osserviamo 3 bambini con lesioni cutanee apparentemente simili (Figura 1, 2, 3).

Si tratta in tutti i casi di chiazze eritematose, di forma anulare, con una zona centrale più chiara e un orletto periferico dove sono presenti rare pustole e/o vescicole.

Dalla semplice osservazione delle singole lesioni e dalla storia clinica siamo orientati verso un'infezione fungina in tutti e tre i casi.

Federico (Figura 1) ha un'età di 3 mesi e un'anamnesi familiare negativa per atopica; le chiazze, presenti da 1 mese, sono simmetriche e localizzate al volto. È già stato trattato con mometasone localmente per 10 giorni senza alcun miglioramento.

Un successivo trattamento con fluconazolo per os (2 mg/kg/die) x 10 gg, associato a econazolo per via topica, non ha modificato la lesione.

Gli esami ematologici escludono deficit immunologici cellulo-mediati e umorali e

LESIONI ANULARI SIMILI, PATOLOGIE DIVERSE

SIMONE GANGAROSSA, DIEGO CIMINO, NUNZIA LUCINI*

Pediatr di base, ACP Ragusa

*Dirigente medico UTIN, Ospedale OMPA, ASL 7, Ragusa

la sindrome da iper-IgE. Decidiamo, dopo consulenza dermatologica, di continuare la terapia steroidea topica con mometasone per altri 15 gg + betametasone per os alla dose di 0,1 mg/kg/die per 5 giorni, ottenendo alla fine la risoluzione delle lesioni.

Alessio (Figura 2) ha invece un'età di 4 anni e le 2 chiazze, presenti da un mese, sono asimmetriche e localizzate al dorso. L'anamnesi esclude contatto con animali, nella norma il resto dell'esame obiettivo cutaneo e generale. L'esame colturale per la ricerca dei miceti risulta negativo. Tuttavia un trattamento ex adjuvantibus con fluconazolo per os (2 mg/kg/die) per 2 mesi condurrà a una lenta e completa guarigione.

Erika (7 anni) presenta invece una chiazza anulare unica, di circa 3 cm di diametro, localizzata alla superficie dorsale del braccio sinistro e lievemente pruriginosa (Figura 3).

L'anamnesi accerta due episodi di impetigine crostosa avvenuti l'anno precedente ed esclude anche in questo caso contatto recente con animali.

Un trattamento ex adjuvantibus con antimicotico per uso topico protratto per 10 giorni non risolverà il problema.

Tuttavia, dopo tale periodo, diventerà evidente un'eruzione diffusa al tronco,

caratterizzata da lesioni maculo-papulari piccole, ovalari, lievemente rilevate, di colore rosa-marrone, alcune delle quali ricoperte da lievi squame che permetteranno di porre diagnosi di pityriasis rosea (Figura 4).

Conclusioni: nel primo caso (dermatite atopica) è la valutazione clinica globale (sede e simmetria delle lesioni, età del paziente) più che l'aspetto della singola lesione (il quale invece potrebbe suggerire una micosi) a fornirci valide indicazioni per la terapia risolutiva.

Nel secondo caso (tinea corporis) sono proprio l'aspetto e l'asimmetria delle lesioni che ci hanno orientato a intraprendere un trattamento ex adjuvantibus con fluconazolo, anche in presenza di un esame di laboratorio negativo che ci avrebbe invece allontanato dalla diagnosi.

Nel terzo caso (pityriasis rosea) è l'eruzione successiva al tronco (e non l'aspetto della lesione primitiva) a permetterci la diagnosi clinica, eliminando ogni incertezza sulla natura della chiazza.



Figura 1. Federico: chiazza sul volto.

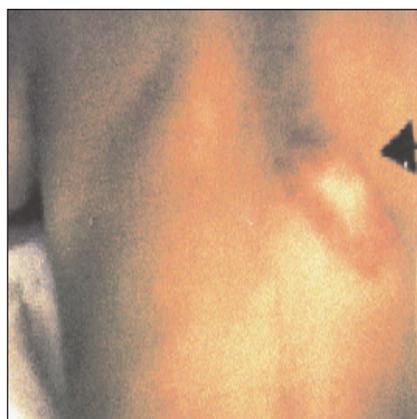


Figura 2. Alessio: chiazza sul dorso.



Figura 3. Erika: chiazza sul braccio.



Figura 4. Pityriasis rosea di Gibert.

Il commento di Mario Cutrone

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

Mi è stato chiesto di commentare questi tre casi, e lo faccio volentieri, con molta sincerità e senza alcuna pretesa di aver ragione. Penso che non sia sbagliato aggiungere un punto di vista esterno, che può non essere perfettamente allineato con quello dei colleghi, ma sempre con l'intenzione di "giocare tutti insieme" a capire al meglio i problemi del bambino, della sua pelle e le possibili sottili combinazioni di pro e contro che portano alla diagnosi definitiva (quando è definitiva).

Le chiazze "anulari" in dermatologia sono realmente numerose (ricordiamo, ad esempio, il frequente e quasi mai diagnosticato granuloma anulare, o il più raro eritema anulare centrifugo, o la stessa comunissima orticaria acuta che spesso si presenta con aspetto anulare) e possiamo quindi trovarci in difficoltà di fronte a casi di questo genere. Per questo motivo la diagnosi differenziale dovrebbe effettivamente basarsi non solo sull'osservazione della morfologia della chiazza (che può ingannare), ma anche sull'ispezione del resto della cute e sull'anamnesi.

Nella dermatite atopica (anche in un lattante di tre mesi come **Federico**) difficilmente la localizzazione alle guance è l'unica manifestazione: normalmente sono presenti almeno secchezza e fissurazioni retroauricolari, ma spesso anche le altre sedi "del lattante" (arti, tronco) sono coinvolte. L'approccio scelto è probabilmente eccessivo (in un solo mese prima cortisone per 10 giorni, poi antimicotico per altri 10 giorni, poi esami, poi cortisone topico e per os) e sicuramente può ingenerare, oltre che apprensione nei genitori, una qualche confusione nel curante (non dimentichiamo che la tinea trattata con cortisone locale si modifica fino a diventare indistinguibile). Una breve attesa senza terapia con rivalutazione a breve non avrebbe messo in pericolo il bambino e avrebbe consentito ben presto una diagnosi clinica sicura con la sola osservazione delle altre nuove localizzazioni.

Anche l'approccio scelto per il secondo caso (**Alessio**, tinea cor-

poris), mi sembra un po' eccessivo e la conclusione forse non sicurissima. In effetti l'aspetto "anulare" poteva fare pensare a una tinea, ma l'esame micologico negativo, se fatto correttamente, è dirimente e non può essere ignorato. Non va dimenticato che nel bambino più grande (**Alessio** aveva 4 anni) sono invece possibili forme di dermatite atopica "lieve", in chiazze, che si evidenziano soprattutto in autunno e in primavera. La decisione di prescrivere fluconazolo per os ex adjuvantibus per 2 mesi poteva essere ragionevolmente (dopo l'esito della coltura) preceduta da un tentativo, probabilmente efficace, con cortisone topico. La risoluzione dopo addirittura 2 mesi di terapia non conferma in modo inequivocabile il sospetto diagnostico, ma farebbe pensare piuttosto a una evoluzione spontanea della chiazza. Il bambino andrebbe seguito nel tempo per vedere se compariranno nuove chiazze (che saranno più probabilmente eczematose, e non di tinea).

Per quanto riguarda il terzo caso (**Erika**, 7 anni, pityriasis rosea di Gibert), è successo (prescrizione di antimicotico nel sospetto di tinea) quello che spessissimo succede non solo in fase iniziale, ma anche dopo che è cominciata l'eruzione tipica al tronco. Qui l'osservazione poteva forse aiutare fin dall'inizio (non è proprio una lesione anulare, ma è finemente crostosa anche al centro). La localizzazione della "chiazza madre" a un arto è abbastanza frequente, e anche in questo caso un po' di attesa (chiarificatrice) per una chiazza asintomatica poteva essere tollerata.

In conclusione, in caso di chiazza anulare:

COSA FARE: se non siamo sicuri della diagnosi, conviene aspettare (eventualmente eseguendo una coltura) e rivedere, piuttosto che iniziare una terapia ex adjuvantibus, potenzialmente confondente (quella topica) e probabilmente in ogni caso eccessiva (quella per os).

COSA RICORDARE: la tinea corporis è sovradagnosticata ed è "epidemiologicamente" molto più rara della dermatite atopica e della pityriasis versicolor.

CONFRONTI IN PEDIATRIA 2004

Tre domande allo specialista e... una tavola rotonda

Trieste 3-4 dicembre 2004

Dal pediatra all'esperto le tre domande essenziali, quelle di maggiore attualità, quelle che non hanno mai ricevuto adeguata risposta, quelle che accendono la controversia. Tre domande scelte con l'aiuto di tutti voi attraverso un sondaggio di Medico e Bambino.

Programma

- Broncopneumologia: non solo asma • Dermatologia: gli inestetismi (angiomi, macchie, acne ecc.) • Epatologia: le epatiti
- Ortopedia pediatrica: i problemi neonatali • Chirurgia pediatrica: i dubbi del pediatra • Medicina legale: doveri ed eccessi
- Cardiologia pediatrica: ipertensione e altro • Neuropsichiatria infantile: epilessia 2004 • Genetica: quando, come e perché
- Ginecologia pediatrica: i dubbi del pediatra • Il dolore: saper capire, saper prevenire, saper curare • Nutrizione: integratori, vitamine e probiotici: quando, come e perché • Pediatria d'urgenza: ustioni, ferite, avvelenamenti e altro
- Il difetto di immunità: quando pensarci, come non sbagliare • Odontostomatologia pediatrica: non solo un problema di denti

Tavola rotonda

ECM: i crediti del diavolo?

Attenzione! Aiutateci a scegliere le tre domande di avvio di ogni confronto, spedendoci quelle che voi sentite come più importanti relativamente ai tempi del convegno. Inviare per posta a Giorgio Longo o Alessandro Ventura (IRCCS "Burlo Garofolo", Via dell'Istria 65/1, 34137 Trieste) o meglio ancora per e-mail: longog@burlo.trieste.it, ventura@burlo.trieste.it

Questo convegno si fregia di non richiedere crediti ECM