

Rubrica iconografica

AM è una ragazza italiana di 12 anni. Ha sofferto di dermatite atopica, ma ormai da alcuni anni sta bene.

Viene alla nostra osservazione perché da 5-6 mesi presenta al terzo superiore del torace una lesione nodulare, liscia al tatto, non dolente. Né AM né i genitori sono preoccupati, ma vorrebbero sapere "se è possibile fare qualcosa", naturalmente dopo aver saputo di cosa si tratta. Alla visita evidenziamo una lesione nodulare, a forma di confetto, di colore della cute normale, senza lesioni da grattamento o aloni eritematosi.

KJ è invece marocchino, ha 11 anni e non si preoccupa troppo della sua pelle. È un "guerriero", e le sue braccia e le sue gambe mostrano tutti i segni delle sue attività extrascolastiche.

Viene in PS per un trauma all'arto inferiore, e alla lesione nodulare che vediamo al torace, identica a quella di AM, né lui né i suoi genitori hanno dato importanza. È lì da qualche tempo, e non ha mai dato fastidio.

In entrambi i casi una semplice domanda durante l'approfondimento anamne-



AM, italiana, 12 anni. Ha sofferto di dermatite atopica. Chiede di fare "qualcosa" per risolvere questo problema estetico.



KJ, marocchino, 11 anni. Non dà per nulla importanza a questo nodulo nella regione toracica.

UN CONFETTO SUL PETTO

MARIO CUTRONE, PAOLA CAVICCHIOLI, MICHELA CHIRICO, LOREDANA COSMO, TOMMASO MALUSA, FRANCESCA MASCHIO, GIOVANNI MONTESANTO, ENRICO RAVAGNAN, FRANCESCO RUARO, ROSSELLA SEMENZATO, LUCIA TESSAROTTO

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

stico può chiarire la diagnosi e garantire un'ottima figura con i genitori (che come tutti i genitori non si capacitano mai che

una malattia "visibile" non sia riconosciuta istantaneamente dal medico curante...).

MA QUALI SONO LE DIAGNOSI DIFFERENZIALI CHE POTREBBERO VENIRE IN MENTE ALLA SOLA OSSERVAZIONE CLINICA?



Il colore più o meno uguale a quello della cute, l'aspetto "liscio", l'anamnesi positiva per dermatite atopica, potrebbero far pensare a un **mollusco contagioso**, ma il mollusco da Poxvirus normalmente (quando non è proprio piccolissimo) è "ombelicato". Inoltre, come l'aggettivo "contagioso" lascia intuire, raramente rimane isolato.



Lo **xantogranuloma giovanile** è discretamente frequente nel bambino ma nel complesso poco diagnosticato dal pediatra. Si tratta normalmente di lesioni cutanee nodulari non dolenti, a lenta crescita, inconfondibili per il caratteristico colore giallo arancione. Possono essere presenti alla nascita (35% dei casi) o comparire nei primi anni di vita (età media di comparsa attorno ai 22 mesi). L'autorisoluzione nel lungo termine (adolescenza) è la regola. Tra le localizzazioni extracutanee, rarissime, l'unica eventualmente da ricercare è quella oculare, talvolta causa di emorragie.



La **puntura d'insetto persistente** ("pseudolinfoma") si presenta come nodulo fisso, indolente, di dimensioni variabili ma raramente importanti. Normalmente, lo pseudolinfoma ha un colore rosa-rosso e il ricordo della pregressa puntura è ben noto ai genitori. A dispetto del nome un po' minaccioso, lo pseudolinfoma rappresenta comunque un problema di scarsa importanza e, se in zona non esposta e quindi non rilevante dal punto di vista estetico, può essere lasciato alla lenta risoluzione spontanea.



Anche una **verruca volgare** (per quanto la localizzazione al torace non sia delle più tipiche) potrebbe essere presa in considerazione. Tuttavia, la verruca volgare è generalmente "verrucosa", "ruvida" e normalmente si modifica nel tempo, desquamando e crescendo.

Di che cosa si tratta allora?

Rubrica iconografica

Sono CHELOIDI POST-VARICELLA

La varicella, pur in tempi di dibattiti su prevenzione farmacologica e vaccinazione, continua infatti per ora a essere una patologia frequente e a fare i suoi (piccoli, in questo caso) danni.

Il problema, oltre che di diagnosi differenziale, è ovviamente alla fine solo estetico (anche se sull'importanza di questo "solo" non c'è sempre identità di vedute tra curante, genitori e paziente, specie se adolescente). Non per questo deve essere trascurato.



A pediatri e famiglie è ben noto l'esito in cicatrici depresse localizzate al volto, così frequenti da non essere vissute, nella maggior parte dei casi, come problema estetico.



La varicella è in grado di dare anche cicatrici cheloidee, che possono essere singole e discretamente grandi, come nei casi descritti, o multiple e di piccole dimensioni (a "chicco" di riso) come a ogni pediatra è capitato di vedere in ambulatorio.



La localizzazione più tipica dei cheloidi post-varicella è quella al tronco (come in questa foto), ma anche collo e arti sono spesso interessati.

CHE COSA DEVE SAPERE IL PEDIATRA SUI CHELOIDI?

Prima di tutto, esiste una predisposizione "razziale". I bambini con cute nera sono molto più a rischio di sviluppare cheloidi: è questo il motivo per cui i genitori del nostro paziente proveniente dal Marocco non erano per niente preoccupati, in quanto "abituati" a vedere cicatrici inestetiche. Data la natura ormai multiethnica delle nostre città, questo è un dato importante, da tenere a mente anche per quanto riguarda eventuali interventi chirurgici.

In secondo luogo, la varicella (fino a che ci sarà) è, nel bambino, uno dei fattori favorevoli, e che a un maggior numero di lesioni corrisponderà una maggiore probabilità di sviluppare cheloidi. Questo fa quindi concludere che i soggetti più esposti a varicella "violenta" (ad esempio, bambini con dermatite atopica non trattati con antivirale) avranno buone probabilità di avere degli esiti permanenti.

In terzo luogo, si può tentare una terapia "non invasiva" delle cicatrici cheloidee. I cerotti (più propriamente "lamine") silicnici, applicati alla sera e mantenuti per tutta la notte, ogni notte per 2-3 mesi, danno in genere risultati discreti (una riduzione del volume, ovviamente senza scomparsa completa della lesione), e senza effetti collaterali di rilievo.

Il risultato è migliore nelle sedi dove il ce-

rotto può rimanere meglio adeso al cheloide (ad esempio, regione sternale o fronte). L'effetto è invece scarso nelle sedi difficili (pieghe), dove il cerotto tende a staccarsi, e durante la stagione estiva (il sudore impedisce una permanenza prolungata della medicazione). Per tentare di ovviare a questi problemi, e anche per la "prevenzione" delle cicatrici cheloidee, sono stati messi in commercio gel a base di silicone (da applicare 2 volte al dì, per 2 mesi).

CONCLUSIONI

È compito del pediatra non solo cercare di risolvere i problemi "gravi" del bambino (quando ci sono), ma anche preoccuparsi di migliorare la qualità di vita e prevenire l'eventuale disagio psicologico (quando possibile) legato ai "piccoli" problemi.

Il cheloide post-varicella rientra in questa categoria: l'attenzione e la conoscenza del problema, una diagnosi rapida e precisa e l'eventuale proposta terapeutica, garantiscono un migliore rapporto di fiducia con le famiglie ed evitano la fuga verso provvedimenti impropri autoprescritti.

Indirizzo per corrispondenza:

Mario Cutrone
e-mail: cutfae@tin.it

Bibliografia di riferimento

Gathse A, Ibara JR, Obengui, Moyon G. Gigantic keloids after chicken-pox. A case report, Bull Soc Pathol Exot. 2003; 96(5):401-2.
Leung AK, Kao CP, Sauve RS. Scarring resulting from chickenpox. Pediatr Dermatol 2001;18(5):378-80.
Matheis H. Keloid eruption following chicken-pox. Dermatologica 1971;143(5):319-27.
Scheinfeld N, Cohen SR. Varicella causes skin pits and keloids-more reasons for the varicella vaccine. Pediatrics 2000;106(1 Pt 1):160.