

Il padiglione auricolare e la regione periauricolare sono spesso coinvolti da "quadri" dermatologici in età pediatrica. Alcuni di questi quadri sono para-fisiologici e non richiedono attenzioni particolari; altri sono ben noti e facilmente diagnosticati da pediatra e dermatologo; altri sono rari o visibili solo come "incidentalmi" in corso di visite pediatriche per altri motivi.

L'intento di questa rubrica è quello di presentare un piccolo atlante di queste "condizioni" coinvolgenti la regione auricolare, presentatisi durante questi anni presso la nostra UO di Pediatria, con lo scopo di aiutare il medico non esperto in Dermatologia pediatrica a circoscrivere più facilmente l'ambito diagnostico e a evitare quindi errori grossolani.

"CONDIZIONI" DERMATOLOGICHE DELL'ORECCHIO IN ETÀ PEDIATRICA

MARIO CUTRONE¹, PAOLA CAVICCHIOLI², SILVIA CALLEGARO, MICHELA CHIRICO, LOREDANA COSMO, CHIARA GENTILOMO, TOMMASO MALUSA, GIOVANNI MONTESANTO, ROSSELLA SEMENZATO, ENRICO RAVAGNAN, LUCIA TESSAROTTO, GIOVANNI BATTISTA POZZAN

Unità Operativa Complessa di Pediatria, ¹Unità Semplice di Dermatologia Pediatrica,

²Unità Semplice di Terapia Intensiva Neonatale, Ospedale dell'Angelo, Mestre (Venezia)

"Condizioni" specifiche dell'orecchio o con coinvolgimento auricolare evidenziabili alla nascita

In età neonatale possono essere osservate condizioni transitorie, legate alla durata della gestazione o alla posizione in utero o al momento dell'espulsione, aspetti legati alla provenienza geografica dei genitori del bambino, localizzazioni all'orecchio di dermatosi transitorie neonatali e veri e propri quadri malformativi.



Orecchio "piegato". Al momento della nascita, è comune riscontrare anomalie transitorie della forma del padiglione da "posizione" intrauterina. La plica si risolve spontaneamente nel corso dei primi giorni di vita senza lasciare alcun esito.



Vernice caseosa. La vernice caseosa ha una funzione impermeabilizzante e antibatterica e viene prodotta fino alla 38^a settimana di gestazione. Se il neonato non è post-maturo, alla nascita la vernice è ben evidente soprattutto alle zone caratterizzate da pieghe come inguine, collo, ascelle e orecchio. Non è raro trovare amalgamati alla vernice capelli fetali "caduti" precocemente in utero.



Cianosi-congestione da presentazione "di faccia". Al momento del parto, la parte presentata può avere un aspetto ecchimotico da "suzione". Nella presentazione di faccia l'aspetto di volto e orecchie può risultare francamente impressionante e mimare una cianosi da ipossia (facilmente esclusa, oltre che dalla saturazione normale, dall'aspetto roseo e rassicurante della cute del tronco).



Eritema tossico del neonato. L'eritema tossico del neonato è probabilmente la più nota dermatosi neonatale transitoria. Le sedi di strofinamento e pressione (come la regione dorsale, i glutei, ma anche la regione retroauricolare) presentano normalmente un numero maggiore di elementi microfonoidi tipici.



Melanosi pustolosa transitoria. Le pustole biancastre e le lesioni a "colletto" tipiche di questo quadro benigno e spontaneamente autorisolutivo sono sempre già ben visibili alla nascita. Le localizzazioni più comuni sono la fronte, il collo, il volto. La regione del padiglione auricolare è raramente coinvolta.



Miliun. Le microcisti cheratiniche biancastre caratteristiche del miliun sono comunissime nel neonato a livello intraorale mediano (perle di Ebstein) e al volto. Il padiglione auricolare è raramente interessato. La risoluzione è spontanea e avviene nell'arco dei primi mesi di vita.



Tag preauricolare. I peduncoli o tag preauricolari sono discretamente comuni e possono essere singoli e di piccolissime dimensioni (di solito posti anteriormente al trago) oppure anche multipli e/o di grandi dimensioni. La sede potenzialmente interessata da questo quadro malformativo è quella che va dal trago alla commissura labiale. Il rischio di malformazioni associate è basso e non sono quindi richiesti accertamenti oltre alle routinarie otoemissioni acustiche¹.



Nodulo calcifico dell'orecchio. Un nodulo "duro" di 1-3 mm al lobo o all'elice alla nascita rappresenta una delle possibili localizzazioni della calcinosi idiopatica del bambino². Si tratta di un fenomeno benigno, nella maggior parte dei casi a risoluzione spontanea. I livelli ematici di calcio e fosfato sono nella norma e non si evidenziano altri sintomi "sistemici" associati. Entra in diagnosi differenziale con verruche e mollusco contagioso, ma la palpazione della tipica consistenza "lapidea" permette di evitare errori.



Malformazioni del profilo del padiglione auricolare. La forma definitiva del padiglione dipende dall'andamento del rimodellamento di 6 diversi "collicoli" embrionali. Sono possibili quindi anomalie in sedi diverse. In questo caso si nota un'incisura a livello del profilo dell'elice, priva di associazioni malformative dell'orecchio interno.



Orecchio con lanugo. La presenza di lanugo abbondante all'elice, oltre che dipendere da fattori genetici, è legata normalmente alla provenienza geografica della famiglia. Nella nostra esperienza è comune nei neonati di famiglie orientali (Bangladesh, Pakistan, India).



Orecchio con lanugo. La maggior frequenza di lanugo del padiglione nei bambini con fototipo scuro non esclude la possibilità di una "fisiologica" presenza di lanugo abbondante anche nei bambini con fototipo chiaro. Questa condizione, se isolata, non richiede alcun accertamento ed è destinata a risolversi spontaneamente.



Iperpigmentazione della parte superiore del padiglione. Alla nascita i neonati di fototipo scuro possono fisiologicamente presentare alcune aree tipiche di iperpigmentazione: scroto, areole, falange distale, padiglione auricolare. Nel corso dei mesi successivi anche il resto della cute raggiungerà la tonalità di queste aree.



Malformazione vascolare capillare. Le malformazioni vascolari capillari sono chiazze eritematose piane, senza tendenza a una evoluzione tridimensionale, già ben visibili alla nascita. A differenza di quelle che coinvolgono le branche del trigemino, le piccole malformazioni vascolari capillari localizzate al padiglione auricolare non si associano a malformazioni e non richiedono accertamenti di imaging.



Chiazze mongoliche. Sono più comuni nei bambini con fototipo scuro, e si localizzano più frequentemente alla regione sacrale e al dorso. Localizzazioni più rare (chiazze mongoliche "ectopiche") sono quelle che coinvolgono gli arti distalmente e la regione del collo-volto. Le chiazze mongoliche vanno incontro a regressione spontanea, nella stragrande maggioranza dei casi, nei primi anni di vita³.



Nevo melanocitico congenito di grandi dimensioni. La localizzazione al padiglione auricolare rappresenta un importante danno estetico (permanente) e importanti problematiche per un eventuale trattamento chirurgico. Non sono segnalate dalla letteratura associazioni con malformazioni dell'orecchio interno.



Fossetta preauricolare. La formazione del padiglione, durante la fase del rimaneggiamento embrionale dei 6 colicoli auricolari, può andare incontro a vari tipi di errore. La formazione di una fossetta preauricolare è l'evento più comune e, se collegata con sinus e cisti, può andare incontro a infezioni recidivanti con necessità di trattamento chirurgico.



Fossetta del padiglione. La fossetta della conca del padiglione è un evento molto raro. È congenita, e non ha alcuna relazione con eventuali progressi comedoni del padiglione. La sovrainfezione batterica è una complicanza rara. La fossetta "congenita" della conca non deve essere confusa con gli esiti di pregresso comedone.



Fossetta del lobo auricolare. Una fossetta in questa posizione può mimare l'esito di una cicatrice da orecchini. È rara, poco rilevante sul piano estetico e clinico, e in genere non è, a ragione, rilevata dai genitori.

Patologie specifiche dell'orecchio o con coinvolgimento auricolare che compaiono dopo l'età neonatale

Di questo gruppo fanno parte patologie costituzionali come eczema, psoriasi e ittiosi, fenomeni vascolari come emangiomi e vasculiti, infezioni virali e batteriche come impetigine, infezioni erpetiche, verruche e mollusco contagioso, "riposte" a infezioni virali come orticaria, acrodermatite infantile, esantemi.



Eczema costituzionale-dermatite atopica. Com'è noto, la sede retroauricolare è praticamente patognomonica della dermatite atopica, ma nelle forme più severe il padiglione auricolare può essere interessato in toto. Nel caso illustrato, la sola applicazione di cortisone topico ha riportato a normalità la situazione in 4 giorni.



Psoriasi. In età pediatrica questa localizzazione non è frequentissima (molto più comuni sono le localizzazioni al cuoio capelluto, ai genitali, all'ombelico). Quando l'orecchio è interessato, l'interessamento del condotto uditivo è frequente, pruriginoso, e richiede quasi inevitabilmente una terapia topica. La localizzazione alla piega retroauricolare, spesso con fissurazione importante, può essere confusa con localizzazione di dermatite atopica.



Ittiosi. In questo caso severo (ittiosi lamellare) è visibile il coinvolgimento auricolare e retroauricolare. A differenza che nella dermatite atopica, in questa condizione il prurito all'orecchio è modesto o addirittura assente, e la risposta al cortisone topico nulla. Gli emollienti possono dare una sensazione di miglioramento ma non sono in grado di risolvere o migliorare il quadro per tempi accettabili. È quindi talvolta necessaria (sotto stretta supervisione specialistica) terapia sistemica con acitretina⁴.



Emangioma dell'elice e della piega retroauricolare. Gli emangiomi in età pediatrica sono comunissimi e nella maggior parte dei casi poco problematici. La localizzazione alle pieghe (auricolari, glutee, inguinali) presenta un aumentato rischio di ulcerazione e sovrainfezione, con possibili esiti cicatriziali anche in caso di regressione spontanea ottimale dell'emangioma.



Edema emorragico acuto. L'edema emorragico acuto del lattante è stato considerato da alcuni Autori la variante "precoce" della porpora di Schönlein-Henoch. In realtà le chiazze emorragiche possono interessare le sedi più disparate e preoccupare non poco l'esaminatore che non riconosca questo quadro, fortunatamente benigno. L'interessamento del padiglione auricolare è quasi sempre presente e particolarmente impressionante. Non ci sono né ematuria né dolore addominale ma, come sottolineato dal nome, edema acrale e talvolta palpebrale⁵.



Red ear syndrome. I bambini che presentano questo raro quadro hanno episodi recidivanti di eritema doloroso dei padiglioni auricolari, considerato un equivalente cefalalgico. La red ear syndrome è stata studiata principalmente dai neurologi dell'adulto, che hanno però raccolto una discreta casistica anche in età pediatrica. Gli accertamenti di imaging neurologico risultano negativi. Sfortunatamente ancora non si dispone di una terapia risolutiva per questa fastidiosa patologia⁶.



Impetigine della piega retroauricolare. Le sovrainfezioni batteriche sono più frequenti nelle sedi di strofinamento o in aree caratterizzate da eczema. La regione della piega retroauricolare riunisce questi "fattori" di rischio ed è quindi spesso interessata da infezioni da *Staphylococcus aureus*. In casi di infezione estesa e protratta è possibile osservare tumefazione linfonodale omolaterale.



Lesione asessualizzata in sede di orecchino. Il lobo dell'orecchio viene utilizzato da sempre come sede preferenziale per il posizionamento di orecchini. Più recentemente è stato utilizzato per piercing di diversa dimensione e fattura. La sovrainfezione (talvolta con formazione di veri e propri ascessi) e le dermatiti da contatto sono quindi comuni in questa sede.



Mastoidite. Le otiti sono un problema comunissimo in pediatria, e i protocolli attuali prevedono, salvo rari casi, un trattamento iniziale con soli antidolorifici (nella presunzione di otite virale). Occasionalmente le otiti possono presentare eziologia batterica e, in rari casi, possono diventare otomastoiditi. Uno dei segni diagnostici fondamentali è lo spostamento in avanti e in fuori del padiglione auricolare. L'istiocitosi a cellule di Langerhans può esordire in modo simile per interessamento massivo della mastoide⁷.



Eruzione varicelliforme di Kaposi. Nei bambini affetti da eczema l'infezione da herpes simplex virus può diventare un problema serio. In questa immagine si evidenziano vescicole periorculari con localizzazioni che si estendono alla regione peribuccale e all'orecchio. La terapia prevede l'utilizzo di antivirale per os⁸.



Herpes zoster. L'herpes zoster viene ritenuto, a torto, raro in età pediatrica. Caratteristiche da ricordare sono la mancanza di dolore (tipico dell'età adulta), la possibilità di esiti finali di tipo cicatriziale (talvolta veri e propri cheloidi) e la possibilità di comparsa di herpes zoster in lattanti nati da madre con varicella in gravidanza.



Varicella. La varicella, malattia infettiva che ha dominato l'attività pediatrica per tutto il secolo scorso, è in procinto di diventare, grazie alla vaccinazione, una malattia rara o confinata a fasce di età specifiche (come gli adulti non vaccinati). Al volto, e all'orecchio, può lasciare cicatrici "deprese".



Verruca volgare. Le verruche volgari possono colpire qualsiasi area ma, eccettuate quelle a sede plantare, non sono generalmente molto fastidiose per i bambini più piccoli e possono di solito essere trascurate. In alcuni casi, come quello in fotografia, possono risultare però sgradevoli dal punto di vista estetico e motivare un tentativo terapeutico.



Verruca del condotto uditivo esterno. La localizzazione al condotto uditivo può risultare particolarmente problematica sul piano funzionale: la verruca mima un tappo di cerume, riducendo l'acusia ed è spesso oggetto di microtraumi, favorendo sovrainfezioni batteriche. È assolutamente eccezionale.



Mollusco contagioso. La lesione translucida e ombelicata del mollusco è comunissima e inconfondibile. Viene diagnosticata con buoni risultati dai pediatri di famiglia e talvolta addirittura dai genitori. L'astensione o il curettage rimangono probabilmente a oggi le opzioni più praticate.



Esantema da amoxicillina in corso di infezione da EBV. Questo tipo di esantema, pur noto a ogni medico, continua a essere ancora frequente per la tentazione di somministrazione precoce di antibiotico in tonsilliti non indagate con tampone o addirittura con tampone faringeo negativo. Questa eruzione, che solo occasionalmente interessa la sede auricolare, non si ripete in caso di futura ulteriore somministrazione di amoxicillina.



Eruzione maculo-papulare del padiglione auricolare in corso di acrodermatite di Gianotti-Crosti. La localizzazione auricolare in questa comune eruzione su base virale è particolarmente utile alla diagnosi: pur non essendo sempre presente, quando c'è, consente infatti di confermare con sufficiente sicurezza il sospetto diagnostico. Il quadro è autorisolutivo ma piuttosto persistente, ed è quindi sempre necessario avvertire i genitori della durata prolungata del quadro (fino a diverse settimane).



Orticaria. L'orticaria "acuta", generalmente di origine virale, coinvolge facilmente il padiglione auricolare, che può apparire molto edematoso mono o bilateralmente. La fugacità delle lesioni è fondamentale per arrivare alla corretta diagnosi. Le condizioni generali sono di solito sempre molto buone e la terapia antistaminica risolve la sintomatologia.

CONCLUSIONI

Una panoramica sulle condizioni coinvolgenti l'area auricolare può offrire spunti di osservazione interessanti sia per il pediatra (che nella visita di routine di solito si sofferma solo sulla parte "interna" dell'orecchio) sia per il dermatologo (che ha meno occasioni di vedere e conoscere i quadri parafisiologici, soprattutto dell'età neonatale).

Con l'intento di presentare una guida utile per entrambi gli specialisti e di utilizzo immediato in ambulatorio, abbiamo esaminato 36 diversi quadri, sottolineando le particolarità di ognuno 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. Firat Y, Sireci S, Yakinci C, et al. Isolated preauricular pits and tags: is it necessary to investigate renal abnormalities and hearing impairment? *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2008;265:1057-60.
2. Xu Y, Petronic-Rosic V, Stein SL. Subepidermal calcified nodule in a 7-month-old boy. *Skinmed* 2007;6:44-5.
3. Egemen A, Ikizoğlu T, Ergör S, Mete Asar

G, Yilmaz O. Frequency and characteristics of mongolian spots among Turkish children in Aegean region. *Turk J Pediatr* 2006; 48: 232-6.

4. Zhang XB, Luo Q, Li CX, He YQ, Xu X. Clinical investigation of acitretin in children with severe inherited keratinization disorders in China. *J Dermatol Treat* 2008;19: 221-8.

5. Fiore E, Rizzi M, Ragazzi M, et al. Acute hemorrhagic edema of young children (cockade purpura and edema): a case series and systematic review. *J Am Acad Dermatol* 2008;59:684-95.

6. Purdy RA, Dodick DW. Red ear syndrome. *Curr Pain Headache Rep* 2007;11:313-6.

7. Skoulakis CE, Drivas EI, Papadakis CE, Bizaki AJ, Stavroulaki P, Helidonis ES. Langerhans cell histiocytosis presented as bilateral otitis media and mastoiditis. *Turk J Pediatr* 2008;50:70-3.

8. Shenoy MM, Suchitra U. Kaposi's varicelliform eruption. *Indian J Dermatol Venereol Leprol* 2007;73:65.