

Rubrica iconografica

Al momento della visita, il bambino offre di solito spontaneamente alla nostra osservazione il "lato anteriore" della sua superficie cutanea.

Quando poi auscultiamo il bambino, quando cerchiamo tumefazioni linfonodali, quando utilizziamo la manovra di Giordano, certamente "tocchiamo" il bambino anche nel suo lato posteriore (una volta, per parallelo con i dischi a 45 giri, avremmo detto "il lato B"), ma solo raramente visualizziamo ed esaminiamo anche la pelle della regione dorsale. È invece interessante osservare come esista una certa quantità di quadri dermatologici, localizzati proprio alla regione dorsale o comunque "anche" alla regione dorsale, che meritano di essere conosciuti e in qualche caso, per la loro rilevanza clinica, approfonditi e trattati.

LA DERMATOLOGIA PEDIATRICA VISTA DA DIETRO: QUADRI CUTANEI DELLA REGIONE DORSALE

MARIO CUTRONE

Centro di riferimento provinciale ambulatoriale e di degenza per le patologie cutanee del neonato e del bambino, UO di Pediatria, Ospedale Umberto I, Mestre, Venezia

Di conseguenza, poiché l'ispezione della cute dorsale non aumenta il tempo della visita (viene eseguita contestualmente all'auscultazione), non richiede attrezzature particolari, è a costo zero e può fornire invece importanti informazioni sulla salute dei nostri pazienti, è opportuno che ogni pediatra completi l'esame obiettivo con questo semplice atto, e sappia orien-

tarsi tra le principali patologie cutanee di questa sede.

Presentiamo quindi in questo articolo un piccolo atlante dei quadri più interessanti e più comuni, che per motivi di maggiore comodità di memorizzazione e di utilizzo pratico in ambulatorio verranno proposti con una suddivisione per età.

NEONATO

Nel neonato la regione dorsale deve essere attentamente esaminata alla ricerca di alterazioni cutanee della linea mediana, markers di possibile disrafismo spinale.

Le lesioni considerate possibili segni di sospetto sono numerose (fossette della linea mediana fuori dal solco intergluteo, emangiomi, lipomi e tumefazioni aspecifiche con deviazione del solco intergluteo, ciuffi di pelo, aree di pigmentazione). Non c'è ancora un protocollo condiviso, ma è verosimilmente l'associazione di più markers che rende consigliabile l'esecuzione di indagini di approfondimento (RMN: la sola ecografia non permette normalmente una diagnosi sicura). L'accertamento precoce e l'eventuale correzione chirurgica possono infatti evitare importanti infezioni meningee e una eventuale "thetered cord".



Fossetta della regione mediana dorsale. La presenza di una fossetta ampia, fuori dal solco intergluteo ed esattamente sulla linea mediana, per quanto non associata ad altri markers, induce il sospetto di possibile disrafismo spinale. Nel caso presentato in figura la RMN era negativa.



L'associazione di fossetta, tumefazione (di origine vascolare o lipomatosa) e deviazione del solco intergluteo è fortemente sospettata. In questo caso la RMN ha confermato la presenza di disrafismo.



L'associazione di fossetta e tumefazione (2 markers), tanto più se con evidente flogosi (secrezione giallastra in questo caso), induce il sospetto di disrafismo spinale. Nel caso presentato in figura la RMN era negativa.

Anche le lesioni pigmentate della regione dorsale possono essere molto importanti. Vanno distinte le lesioni comuni e innocue, come le chiazze mongoliche e il nevo "ipercromico", da chiazze con possibilità di evoluzione neoplastica come i nevi melanocitici giganti.



Le chiazze mongoliche sono un reperto assolutamente innocuo e molto comune (fino al 10% dei bambini "bianchi", fino all'80% dei "neri"). La distribuzione alla regione sacrale è la più tipica, ma non è l'unica. La presenza (dalla nascita) di chiazze grigio-ardesiache alla regione dorsale non pone dubbi di diagnosi differenziale e non richiede alcun monitoraggio clinico.



Chiazze caffelatte. La presenza anche di poche (2-3) chiazze caffelatte viene sempre vissuta con forte preoccupazione da parte del pediatra curante per il sospetto di una possibile futura evidenziazione di NF1. In realtà, i bambini realmente affetti da NF1 mostrano in genere una progressione piuttosto veloce del numero delle chiazze e, nel tempo, sono quasi invariabilmente presenti localizzazioni tipiche (ascellari e inguinali, freckling o "segno di Crowe"). Nei bambini più piccoli viene comunque considerato un segno di sospetto la presenza di 5 o più chiazze di dimensioni superiori a 0,5 cm. Quando le chiazze sono in numero minore o più piccole, il monitoraggio clinico da parte del curante è il provvedimento più adeguato.



Il nevo melanocitico congenito, come le chiazze mongoliche, è già ben visibile alla nascita. A differenza delle chiazze mongoliche, il nevo congenito pone alcuni problemi quali il rischio di trasformazione neoplastica (già in età pediatrica nei nevi giganti, cioè di misura superiore ai 20 cm; a partire dall'adolescenza per i nevi di misura inferiore).



Nevo melanocitico congenito dopo curettage. Il nevo congenito di grandi dimensioni rappresenta anche un indubbio problema estetico. L'esecuzione di "curettage" (eseguibile con maggior facilità ed efficacia nelle prime settimane di vita), pur non azzerando il rischio oncologico, consente un risultato estetico importante e un conseguente miglioramento della qualità di vita. In questo caso, l'intervento è stato eseguito da F. Arcangeli e dalla sua équipe.



Nevo melanocitico congenito della regione nucale e dorsale. La presenza di nevi melanocitici congeniti di ampie dimensioni al collo e dorso deve fare porre il sospetto di possibile associazione con melanosi neurocutanea. Si tratta di una condizione rara, ma importante, nella quale si verifica una infiltrazione melanocitica delle meningi. I bambini affetti possono presentare idrocefalo, convulsioni, disfunzione dei nervi cranici. L'esame da eseguire è la RMN, che può evidenziare un tipico aumentato segnale in T1 nelle aree di infiltrazione linfocitaria (più spesso alla regione temporale anteriore vicino alla amigdala e al cervelletto) e l'eventuale trasformazione maligna di queste aree.



Nevo "ipercromico". Il nevo "ipercromico" (secondo la definizione di E. Bonifazi) è un'entità distinta dalla chiazza caffelatte e dal nevo melanocitico. Si tratta di un'area a margini indentati (a "coste del Maine"), solo lievemente più pigmentata della cute circostante. Il numero dei melanociti è normale e non c'è un aumentato rischio oncologico. Il nevo ipercromico non è ben visibile alla nascita e viene notato dai genitori solo dopo la prima esposizione solare (si abbronzano più della cute limitrofa).

Rubrica iconografica

LATTANTE

Nel bambino più grandicello, di qualche mese, sono invece alcune eruzioni micropapulose che possono attirare la nostra attenzione.



Sudamina. La sudamina (o miliaria) è un fenomeno tanto comune quanto poco diagnosticato. Può presentarsi sia spontaneamente (durante l'estate) sia per motivi "iatrogeni" (applicazione incongrua di crema idratante e/o oli cosmetici in corso di esantema o altra patologia dermatologica). In questo caso le lesioni elementari del quadro di base e della sudamina si sovrappongono, rendendo molto difficile la diagnosi.



Istiocitosi a cellule di Langerhans. È un quadro piuttosto raro, che può presentarsi in forma esclusivamente cutanea e spontaneamente autorisolutiva oppure in forma sistemica con coinvolgimento di altri organi (ossa e SNC). Il quadro dermatologico può essere in un primo momento confuso con una sudamina, ma la persistenza delle lesioni induce all'esecuzione di una biopsia cutanea (sempre dirimente).



Mastocitosi. È un fenomeno piuttosto frequente, ma raramente diagnosticato precocemente dal pediatra curante. Le lesioni elementari possono essere chiazze, papule o piccoli noduli color camoscio. In occasione di strofinamento volontario (segno di Darier) o involontario, la liberazione di istamina da parte dei mastociti che costituiscono la lesione provoca eritema perilesionale e lieve edema. Non sono necessarie terapie e la risoluzione completa avviene nell'adolescenza. Nella figura è ben visibile l'aspetto transitorio di uno dei mastocitomi dopo strofinamento.

BAMBINO IN ETÀ PRESCOLARE E SCOLARE

Il bambino in età prescolare e scolare "esce" dal microcosmo familiare e comincia ad essere più esposto alle infezioni batteriche e virali. Tra le infezioni che possono localizzarsi anche alla regione dorsale ci sono l'impetigine (da differenziare dall'herpes zoster), e le infezioni virali tipo mollusco contagioso.



Impetigine della regione dorsale. L'impetigine (quasi sempre stafilococcica nel mondo occidentale) è caratterizzata da lesioni bollose e crostose giallastre che al dorso, diffondendosi per contiguità, possono dare una certa lateralizzazione ed essere confuse con un herpes zoster.



Herpes zoster della regione dorsale. Come ben visibile nella foto, la lateralizzazione dello zoster è dermatomica e quindi ben riconoscibile dall'impetigine. Il dolore urente pre-eruzione, sempre presente nell'adulto, è praticamente sempre assente nel bambino.



Infezione da poxvirus (mollusco contagioso). L'infezione da poxvirus è una patologia "emergente", sempre più presente nei nostri ambulatori (verosimilmente in relazione all'aumentata incidenza della dermatite atopica). La localizzazione al dorso è comune, ma meno frequente delle localizzazioni alle pieghe e alla regione toracica laterale e ascellare.

La pityriasi rosea di Gibert, molto comune, è da qualche tempo stata collegata all'infezione da herpes virus. La visualizzazione al dorso della disposizione tipica delle lesioni può essere molto utile alla diagnosi.

Uno degli errori diagnostici più comuni è lo scambiare la pityriasi rosea per un "fungo" (soprattutto per la tinea corporis da *Microsporum canis*), mentre l'ipopigmentazione post-infiammatoria, esito di pregresse psoriasi o dermatite atopica del dorso, viene spesso confusa con la pityriasi versicolor o "fungo della spiaggia".



Pityriasi rosea di Gibert della regione dorsale. La pityriasi rosea, pur essendo molto comune, è sottodiagnosticata e spesso scambiata (ed erroneamente trattata) per una micosi. La ricerca della "chiazza madre" (non sempre presente) è di scarso aiuto per la diagnosi, mentre possono essere utili la valutazione delle lesioni elementari (chiazze ovalari con fine desquamazione centrale) e la disposizione "ad albero di natale" al dorso.



Pityriasi versicolor del dorso (detta popolarmente "fungo della spiaggia"). È molto comune nell'adulto e nell'adolescente, e l'agente eziologico è la *Malassezia furfur*. Le chiazze ipocromiche sono di piccole dimensioni, a margini netti, "a spruzzo di varachina". Le localizzazioni preferenziali sono il terzo superiore del dorso e del torace, le spalle e il collo. Nelle forme del ragazzo prepubere, generalmente localizzate, l'applicazione di un antimicotico topico è rapidamente efficace, ma le recidive sono frequenti.



La **tinea corporis** è dovuta in Europa principalmente al *Microsporum canis* trasmesso da cani, gatti e piccoli animali domestici infetti. La raccolta anamnestica di contatto con animali è quindi un elemento importante per la diagnosi, ma è la morfologia ad "anello" delle lesioni elementari a rendere "facile" la diagnosi. La terapia può essere topica in caso di numero modesto delle lesioni, ma deve necessariamente essere per via sistemica (griseofulvina) in caso di localizzazioni multiple e/o presenza di interessamento del cuoio capelluto.



La psoriasi in chiazze. Non è la forma più comune di presentazione della psoriasi nel bambino (molto più frequenti sono la localizzazione al cuoio capelluto e alla regione glutea e sovrapubica). La diagnosi (esclusivamente clinica) è piuttosto facile: le chiazze sono persistenti, non pruriginose e presentano squame biancastre ben evidenti sullo sfondo rosa acceso.



La **dermatite atopica** notoriamente presenta localizzazioni diverse a seconda dell'età. Nella "fase del bambino" le aree prevalentemente interessate sono quelle delle pieghe. Il tronco tuttavia può essere interessato, come in questo caso, sia con lesioni rotondeggianti ("nummulari") sia con lesioni micropapulari pruriginose.



Ippigmentazione post infiammatoria. Le chiazze di pityriasi rosea, tinea corporis, psoriasi in chiazze e dermatite atopica una volta risolte lasciano un'area di ippigmentazione post-infiammatoria, spesso confusa con una micosi. L'ippigmentazione post-infiammatoria ha margini sfumati (a differenza della già citata pityriasi versicolor); è appena più chiara della cute circostante (a differenza della vitiligine, che appare realmente "bianca"). Essendo già l'espressione di una "guarigione" clinica, non ha bisogno di alcuna terapia e si risolve spontaneamente in qualche settimana.

Rubrica iconografica

ADOLESCENTE

L'adolescente può presentare alla regione dorsale problemi cutanei legati direttamente allo sviluppo puberale, come l'acne e le strie rubre, e problemi legati invece indirettamente all'età e allo sviluppo puberale, come l'aumento numerico dei nevi melanocitici acquisiti.



Acne dorsale. La localizzazione al dorso è la più comune dopo quella del volto. Pur essendo questa localizzazione meno importante dal punto di vista estetico, non va trascurata perché gli esiti cicatriziali dell'acne del dorso possono essere molto importanti (spesso cheloidi, come in questo caso). Nella maggioranza dei casi la localizzazione dorsale dell'acne indica un quadro nel complesso più grave e richiede quindi terapia non solo topica ma anche per via generale.



Nevi melanocitici acquisiti. Il rapido aumento numerico dei nevi melanocitici acquisiti della regione dorsale (ma anche di tronco e volto) è la regola nella fascia di età tra i 10 e 16 anni. Malgrado si tratti di un fenomeno benigno e fisiologico, questo fatto spaventa però molto i genitori. Dopo avere tranquillizzato la famiglia, è comunque opportuno, nel corso delle visite di routine, dare un'occhiata ai nevi dei ragazzi di questa età: a partire dall'adolescenza l'insorgenza del temibile melanoma, per quanto ancora realmente rarissima, comincia ad essere una diagnosi da dover considerare. Nel caso quindi di dubbio (modificazione rapida e spontanea di un nevo già presente o comparsa di neoformazione con evoluzione sospetta) è necessario inviare allo specialista per valutazione.



Nevi con alone (nevo di Sutton). Questo è un altro fenomeno che spaventa molto i genitori. Si tratta invece di un fenomeno frequentissimo e benigno, caratterizzato da una aggressione autoimmune localizzata a un'area perinevica. L'andamento clinico è caratterizzato dalla comparsa di un alone acromico che si allarga progressivamente, accompagnandosi a una progressiva regressione del nevo. Non sono necessarie terapie (l'alone è destinato a ripigmentarsi nel medio termine) e non c'è una maggiore predisposizione a sviluppare vitiligine o altra patologia dermatologica autoimmune.

Le patologie a eziologia autoimmune, pur possibili a ogni età, sono verosimilmente più frequenti a partire dal periodo adolescenziale.



Vitiligine della linea mediana dorsale. La vitiligine è una patologia ancora oggetto di molti studi per quanto riguarda eziologia e patogenesi. Un ruolo importante dell'autoimmunità è comunque sicuro, come dimostra la frequente presenza in questi pazienti di ac antitiroide e la quasi costante familiarità per patologie autoimmunitarie dermatologiche e non. Nelle sedi soggette a microtraumi ripetuti, la comparsa di nuove chiazze di vitiligine è molto probabile. Le salienze ossee come la regione malleolare o, come in questo caso, la regione del rachide dorsale, sono aree particolarmente a rischio.



Acne fulminans. Questo quadro, a eziologia autoimmune, è molto raro e molto invalidante. Pur somigliando molto dal punto di vista morfologico a una "normale" acne, non risponde alle usuali terapie e si accompagna inoltre a calo di peso, anemia, algie articolari, grave scadimento delle condizioni generali. La terapia, che si prolunga per mesi, prevede l'utilizzo di steroidi per os. Gli esiti cicatriziali gravi sono la regola.



Dermatite erpetiforme di Dühring (foto: cortesia del prof. E. Bonifazi). Questo quadro, che più che essere una entità nosologica a sé stante, deve essere considerato uno dei modi di presentazione della malattia celiaca, è realmente molto raro in età pediatrica. Una recente indagine tra i pediatri di libera scelta, eseguita in Veneto in occasione del Congresso "Anima e faccia della celiachia", ha evidenziato l'assenza di nuove diagnosi nel 2005 in Veneto. Da ricordare l'estremo prurito e la localizzazione interscapolare e alla regione estensoria degli arti. La diagnosi viene formulata con il consueto screening per la celiachia, corredato di biopsia cutanea con immunofluorescenza.

Anche i problemi cutanei correlati alle patologie da alterato rapporto con l'alimentazione (estrema magrezza e obesità) sono più frequenti nel periodo adolescenziale.



Iperpigmentazione della cute sovrastante le apofisi spinose vertebrali. Questo fenomeno è ben noto a tutti i pediatri, ma non è riportato in modo chiaro nella letteratura. Intuitivamente, potrebbe essere un fenomeno di iperpigmentazione post-infiammatoria da microtraumi ripetuti della cute sovrastante la colonna da cifosi e/o da magrezza.



Acanthosis nigricans. Questo aspetto nerastro e disomogeneo della cute è visibile alla regione nucale, alla regione dorsale periscollare e ai gomiti in caso di obesità. Più raramente, l'acanthosis può fare parte anche di quadri sindromici (sindrome tipo A, caratterizzata da iperandrogenemia, insulino-resistenza, ovaio policistico, ipertrofia clitoridea, e sindrome tipo B, caratterizzata da diabete, iperandrogenismo, e associazione con varie patologie autoimmuni come LES e tiroidite di Hashimoto). Non risponde in modo sostanziale alla terapia topica, ma regredisce spontaneamente, una volta che si sia riusciti a modificare il problema endocrinologico di base.



Il fenomeno delle **strie rubre** ("smagliature"), ben noto a ragazze e signore per l'importante impatto estetico e per l'assenza di terapie efficaci, può localizzarsi anche al dorso (oltre che alle sedi tipiche: cosce, glutei, seno).

Generalmente il fenomeno viene collegato a cambiamenti rapidi del peso corporeo, ma la localizzazione dorsale è più frequente nei giovani sportivi soggetti a microtraumi dorsali (ad esempio canoisti) o utilizzatori di sostanze dopanti.

CONCLUSIONE

La regione dorsale può essere la sede unica o prevalente di alcune importanti patologie dermatologiche, talvolta non ancora rilevate dai genitori al momento di una visita richiesta per altri motivi. In altri casi questa regione può essere una delle possibili sedi interessate da una specifica patologia cutanea, ma l'osservazione delle lesioni elementari localizzate in questa specifica area può essere decisiva per la diagnosi.

Durante le normali visite pediatriche è quindi comunque utile ricordare di visualizzare anche la cute dorsale del nostro paziente.

È sufficiente sollevare completamente la maglietta al momento dell'auscultazione (evitando di infilare "al buio" il fonendo tra cute e maglietta), ponendosi non a fianco (come a volte avviene quando il bambino siede su un lettino da visita addossato al muro) ma dietro il bambino.

Questo semplice atto, a costo zero in termini di durata della visita, può consentire la diagnosi precoce di alcune malattie dermatologiche (e quindi l'evitamento di una seconda visita a breve) durante le visite eseguite per altri motivi e garantisce in ogni caso una maggior precisione e accuratezza diagnostica nelle visite richieste specificamente per patologia dermatologica.

Indirizzo per corrispondenza:

Mario Cutrone
e-mail: cutfae@tin.it

Bibliografia di riferimento

• De Raeve LE, Roseeuw DI. Curettage of giant congenital melanocytic nevi in neonates: a decade later. *Arch Dermatol* 2002;138(7):943-7.

• Hale EK, Stein J, Ben-Porat L, et al. Association of melanoma and neurocutaneous melanocytosis with large congenital melanocytic naevi-results from the NYU-LCMN registry. *Br J Dermatol* 2005;152(3):512-7.

• Karamfilov T, Elsner P. Sports as a risk factor and therapeutic principle in dermatology. *Hautarzt* 2002;53(2):98-103.

• Mehrany K, Kist JM, Weenig RH, Witman PM. Acne fulminans. *Int J Dermatol* 2005;44(2):132-3.

• Mukhtar Q, Cleverley G, Voorhees RE, McGrath JW. Prevalence of acanthosis nigricans and its association with hyperinsulinemia in New Mexico adolescents. *J Adolesc Health* 2001;28(5):372-6.

• Musso C, Cochran E, Moran SA, et al. Clinical course of genetic diseases of the insulin receptor (type A and Rabson-Mendenhall syndromes): a 30-year prospective. *Medicine* 2004;83:209-22.

• Nguyen TT, Keil MF, Russell DL, et al. Relation of acanthosis nigricans to hyperinsulinemia and insulin sensitivity in overweight African American and white children. *J Pediatr* 2001;138(4):474-80.

• Schropp C, Sorensen N, Collmann H, Krauss J. Cutaneous lesions in occult spinal dysraphism-correlation with intraspinal findings. *Childs Nerv Syst* 2006;22(2):125-31.