

La capigliatura del neonato (assieme alla grandezza delle mani e di piedini) è uno dei principali argomenti di conversazione dei parenti riuniti davanti alle vetrine del Nido. Vengono proposte improbabili somiglianze con parenti vicini e lontani e, in caso di capelli radi o assenti, non manca mai una battuta spiritosa che coinvolge il nuovo nato e il padre calvo o quasi calvo.

Il pediatra ospedaliero e il neonatologo, fortunatamente, non vengono di solito coinvolti nella discussione, salvo i rari casi in cui c'è una patologia conclamata (tipo *aplasia cutis*, nevo sebaceo o alopecia triangolare congenita) o nella più piacevole circostanza che siano proprio loro i genitori.

C'è però un momento successivo in cui il pediatra (non più ospedaliero, ma di famiglia) viene interpellato, ed è quello quando, alcune settimane dopo la dimissione dall'ospedale, compare una chiazza glabra di forma grossolanamente orizzontale della regione occipitale (Figure 1, 2, 3). A volte sono gli stessi genitori o nonni che propongono la soluzione: "Evidentemente si strofina sul cuscino. D'altronde ci obbligate a tenerlo a pancia in su, quando lui dormirebbe così bene a pancia in giù...".

Il pediatra conferma in genere questa ipotesi "eziologica" della caduta dei capelli, senza fornire ulteriori spiegazioni e concentrando (giustamente) la sua attenzione e quella dei neogenitori su altri problemi (allattamento, vaccinazioni ecc.).

La successiva ricrescita spontanea dei capelli tranquillizza i genitori, che dimenticano rapidamente l'accaduto e non chiedono ulteriori spiegazioni.

Seppure si tratti di un problema banale, è però opportuno capire meglio quello che succede realmente a questi capelli, per almeno due motivi. Il primo motivo è personale e culturale: è sempre preferibile (quando possibile) che il pediatra sappia "perché" succede qualcosa a un suo paziente, evitando di dare per scontate cose che ha imparato per "sentito dire". Sarà poi il pediatra a decidere l'utilità di trasmettere o meno quella particolare nozione ai genitori e quanto dilungarsi nella spiegazione. Il secondo motivo è anche (forse) sanitario: con tutto lo sforzo profuso per la campagna "back to sleep", sarebbe un peccato rischiare di perdere qualche bambino, rigirato a pancia in su per motivi "estetici" (per combattere la caduta dei capelli: nessuno, meglio del dermatologo pediatra, sa cosa sono disposti a fare i genitori per un problema estetico).



Figura 1

HA PRESO TUTTO DA PAPÀ

MARIO CUTRONE

Ambulatorio per le Patologie cutanee del bambino,
UO di Pediatria, Ospedale Umberto I, Mestre (Venezia)

ALOPECIA OCCIPITALE FISIOLÓGICA DEL NEONATO

Come è chiaro dalla premessa, la chiazza glabra non ha nessuna relazione con la posizione nel sonno (come si poteva intuitivamente capire dal fatto che veniva ampiamente descritta anche quando, in tempi non lontanissimi, veniva consigliata la posizione a pancia in giù...).

I capelli "fetalì" semplicemente seguono lo stesso ciclo descritto per i capelli dell'adulto: attraversano una fase di crescita (anagen), una di involuzione (katagen) e una di arresto-caduta (telogen), ricominciando subito dopo il ciclo con una nuova fase anagen.

Alla 28a settimana di gestazione i capelli del feto entrano appunto in fase telogen (arresto-caduta) e passano poi alla successiva fase anagen di crescita, interessando dapprima l'area frontale e poi quella parietale.

I capelli dell'area occipitale non seguono invece lo stesso destino e non cadono, rimanendo in fase anagen (e quindi al loro posto) fino alla 40a settimana di gestazione. Entrano poi in fase telogen e cadono quindi successivamente, dopo la nascita, tra l'ottava e la dodicesima settimana di vita. Ecco quindi perché il neonato va a casa dal Nido con i suoi capelli e poi li perde più avanti, con il caratteristico pattern occipitale "rettangolare", indipendentemente da come dorme.

Questa regola ha ovviamente delle eccezioni e, seppur raramente, osserviamo delle varianti di caduta post-natali "frontali" e "parietali", probabilmente espressione di uno "spostamento", di un "ritardo" nello schema "classico". Queste varianti, più sfumate dal punto di vista clinico, vengono accettate serenamente dai genitori, e ci interessano un po' meno per la loro rarità e in quanto non espongono al rischio di riposizionamento in posizione prona del neonato.



Figura 2



Figura 3



Figura 4. Alopecia fisiologica "frontale".

In conclusione, l'alopecia occipitale fisiologica del neonato non ha alcun significato patologico, non è legata alla posizione nel sonno, è destinata a scomparire. La comprensione della sua patogenesi è forse un "lusso" culturale, ma è semplice e può



Figura 5. Alopecia fisiologica "parietale".

essere spiegata in pochi secondi ai genitori, evitando eventuali iniziative pericolose di "evitamento dello sfregamento" da parte di genitori e nonni preoccupati.

CASI INDIMENTICABILI IN PEDIATRIA AMBULATORIALE Vicenza, venerdì 6 febbraio 2004

PER QUESTO CONGRESSO VERRANNO RICHIESTI I CREDITI FORMATIVI (ECM)

Carissimi,

siamo qui per invitarvi a partecipare ai CASI INDIMENTICABILI che anche quest'anno, visto il successo delle passate edizioni, saranno dedicati alla pediatria ambulatoriale. Vi scriviamo perché contiamo sulla vostra partecipazione in prima persona.

Il convegno si svolgerà come al solito a Vicenza il primo venerdì di febbraio (6 febbraio 2004). Come al solito "l'indimenticabilità" del caso potrà essere data non solo dalle sue peculiarità cliniche, ma anche dal valore didattico e/o dall'esperienza umana che ha lasciato.

Contiamo di poter garantire l'ospitalità alberghiera ai pediatri il cui caso sarà accettato per la presentazione. Vi aspettiamo numerosi!

Cordiali saluti

prof. Alessandro Ventura, dott. Giorgio Longo

Programma preliminare

9.00-11.00 PRIMA SESSIONE (8 casi) Moderatori: A. Ventura, L. Zancan

11.00 Caffè

11.30-13.30 SECONDA SESSIONE (8 casi) Moderatori: G. Longo, G. Maggiore

13.30 Colazione di lavoro

14.30-16.30 TERZA SESSIONE (8 casi) Moderatori: L. Greco, F. Marchetti

16.30 Tè e biscotti

17.00-18.30 4 casi ambulatoriali visti dagli specialisti. Moderatori: F. Fusco, D. Sambugaro

di Pronto Soccorso - A. Lambertini

di Endocrinologia - G. Tonini

di Neuropsichiatria - A. Scabar

di Allergologia - F. Poli

SEGRETERIA SCIENTIFICA: Alessandro Ventura, Giorgio Longo, Isabella Giuseppin, Daniela Sambugaro, Fabrizio Fusco
Istituto per l'Infanzia, IRCCS "Burlo Garofolo" • via dell'Istria 65/1 - 34137 Trieste • Tel. 040 3785361 • Fax. 040 3785362

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA: Quickline sas • via S. Caterina da Siena, 3 - 34122 Trieste
Tel. 040 773737-363586 • Fax 040 7606590 • e-mail: info@quickline.it

