
Capitolo 2
Cominciamo
dalla pelle

Capitolo 2

Cominciamo dalla pelle

Un primo sguardo

La patologia dermatologica è una delle motivazioni più frequenti per il pediatra, per questo bisogna osservare tutto il corpo del bambino, nudo, con attenzione per definire la tipologia di lesioni che osservate. La nomenclatura non è ridondante: troppo spesso si parla di macchie, eritemi, senza altra definizione: definire la tipologia è il passo determinante per la diagnosi e la terapia (**Figura 2.1**).

Il colore

- | |
|--|
| • Il pallore: le varie sfumature dal roseo al livido |
| • La cianosi |
| • La cute “troppo rossa” |
| • Le “macchie mongoliche” |
| • L'ittero |
| • Le macchie bianche: la Vitiligo |
| • Le macchie colorate: bruno-marrone: caffè-latte |
| • Le macchie rosse |
| • Gli angiomi |
| • I nevi |

Il pallore: le varie **sfumature** dal roseo al livido: la cute del bambino è bene irrorata in tutta la sua superficie, nel neonato

e primi mesi di vita alcune zone possono apparire rosse in uno specifico metamero cutaneo. Si tratta di una transitoria ipervascolarizzazione da non confondere con angiomi.

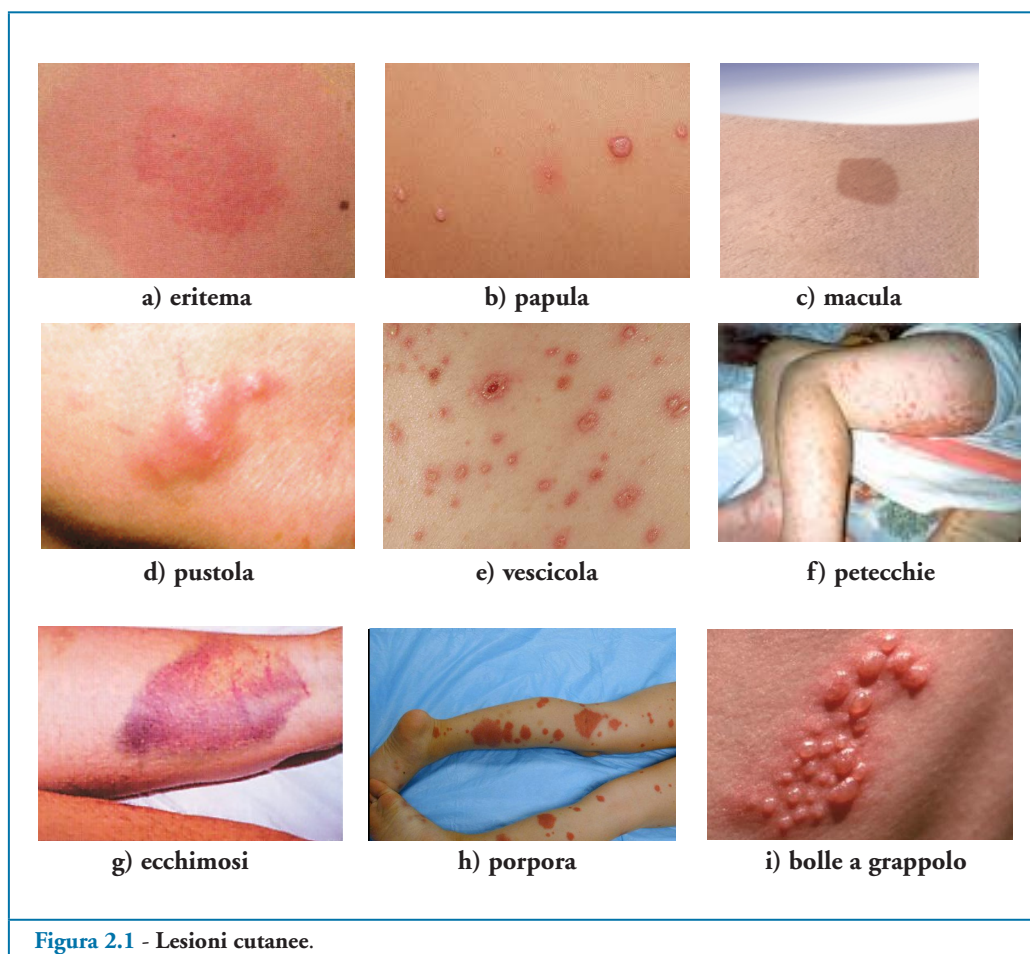
Non bisogna trascurare il grado di **pallore**, che fornisce indicazioni cliniche solo se notiamo un colore molto chiaro con venature bluastre, altrimenti non possiamo soggettivamente valutare una anemia senza aver misurato la emoglobina.

La **cianosi**: è il grado successivo all'estremo pallore, con sfumature bluastre, specie al volto ed alle mani. Si nota meglio alle mucose della bocca quando la emoglobina ridotta sale al di sopra dei 5 grammi/dl. Non è un indice affidabile di scarsa ossigenazione dei tessuti e si verifica più frequentemente nel bambino policitemico che in quello anemico.

La **cute “troppo rossa”**: è spesso un fenomeno transitorio, che si accentua con l'agitazione del bambino e la febbre, è frequente in diverse malattie infettive, in genere non generalizzata a tutto il corpo.

Le **“macchie mongoliche”**: si tratta di zone bluastre nella zona coccigea verso le natiche, presenti nel primo mese di vita, che non hanno significato patologico.

L'ittero: la diagnostica dell'ittero nel neonato è trattato nel capitolo dedicato (*vedi Capitolo 1*). Al termine delle prime 3 settimane di vita, è indispensabile valutare



il grado dell'ittero sulla cute e nelle sclere (in generale la bilirubina è maggiore di 2gr/dl se si nota un ittero). Un tono giallo-verdastro orienta verso un ittero di tipo ostruttivo, che necessita di un urgente iter diagnostico.

Le macchie bianche: la **Vitiligo**, aree depigmentate. Sono presenti in vari segmenti metameric, senza un preciso orientamento, mutano con il tempo e possono essere associate a patologie auto-immuni o neuro-cutanee.

Le **macchie colorate**: zone bruno-marrone ben delimitate. Sei o più macchie caffè-latte di dimensioni > 5 mm nell'età infantile e >15 mm nei soggetti in età postpubere e/o la lentiginosi ascellare e/o inguinale sono criteri di sospetto della Neurofibromatosi.

Le **macchie rosse**: piccole, nummulari o grandi, larghe, erratiche, di breve durata sono frequentemente indice di orticaria allergica.

Gli **angiomi**: possono avere dimensioni ragguardevoli nel piccolo lattante e riguar-

dare le parti molli, non raramente collo e volto. Sono di origine vascolare e tendono a diminuire di volume con la crescita del lattante.

Ovviamente bisogna prestare particolare attenzione alle sedi a rischio, per esempio l'occhio, ove la rapida crescita può provocare alterazioni della funzione.

I **nevi**: sono formazioni maculari iperpigmentate (dal rosso al nero). L'operatore deve definirne il colore, la dimensione, i margini, circolari o lobulati, la posizione. È molto utile fare una foto con buona illuminazione, anche per confrontarli nel tempo. I nevi rossi o tendenti al rosso che sono di origine vascolare sono spesso emangiomi, con variabile evoluzione già nel primo anno di vita. Piccoli nevi stellari, che si schiariscono alla pressione sono i nevi a stella, benigni. Il *Nevus Simplex*, anche definito macchia salmone, è una lesione vascolare molto comune e transitoria nel neonato. Nevi più scuri sono dovuti a depositi di melanina e vanno controllati nel tempo. Nevi lobulati nel bambino più grande e nell'adolescente tendono ad essere benigni e mutevoli (nevo di Spitz). Il *Nevus Flammeus*, o nevo a vino di Porto, è una lesione estesa, con margini netti, dovuta a dilatazione capillare. Nevi o altre lesioni cutanee lungo la linea innervata da rami facciali o periorbitali del trigemino possono essere associati alla sindrome di Sturge-Weber, che comporta epilessia e danni neurologici.

Il pediatra interessato può munirsi di un nevoscopio, che, amplificando correttamente l'immagine, permette un notevole incremento della precisione diagnostica.

La struttura

- **Atrofia**: tipica quella indotta da iniezione di insulina nel bimbo diabetico, ormai rara per la rotazione del sito di iniezione
- **Eritema**: zona arrossata di varia estensione (**Figura 2.1a**)
- **Macule**: zone delimitate di arrossamento, piccole, non rilevate, se più grandi definiamole macchie (**Figura 2.1c**)
- **Placche**: lesioni circoscritte elevate, circolari
- **Papule**: macule rilevate, ben definite, consistenti al tatto, se più grandi possono configurare dei noduli (**Figura 2.1b**)
- **Tumefazioni**: zone rilevate, dolenti, arrossate o violacee, spesso in zone esposte
- **Vescicole**: piccole bollicine rilevate, delimitate a 0,5 cm o larghe fino a formare bolle più grandi (**Figura 2.1e**)
- **Bolle**: vescicole più grandi a contenuto liquido (**Figura 2.1i**)
- **Pustole**: vescicole contenenti secrezioni e pus (**Figura 2.1d**)
- **Pomfi**: raccolta sottocutanea di liquido edematoso di varia estensione
- **Ulcere**: vescicole necrotiche scavate, scure
- **Petecchie**: piccole stelline rosso porpora a grappolo o isolate (**Figura 2.1f**)
- **Porpora**: zone emorragiche delimitate diffuse parallelamente agli arti (**Figura 2.1h**)

- **Ecchimosi:** larghe zone di cianosi violacea, spesso con alone giallastro (**Figura 2.1g**)
- **Strie:** zone di frammentazione dello strato superficiale della cute in aree a rapida estensione
- ***Acanthosis Nigricans:*** zone di inspessimento della cute con iperpigmentazione a puntini scuri, alle ascelle, alla faccia mediale delle cosce e alla cute retro-nucale (**Figura 3.3**)

- **Atrofia:** cute sottile, come carta velina, spesso con pieghette rosee.
- **Eritema:** zone più o meno estese di cute rossa. Nella zona perineale è tipica della dermatite da pannolino, che si accompagna spesso ad isole eritematose da colonizzazione da *Candida*. Un eritema molto variegato configura l'eritema multiforme, che può essere di grado severo. Una zona eritematosa estesa, calda, con bordi rilevati, fa sospettare una erisipela ed una cellulite.
- **Macule:** sono tipiche degli esantemi infantili, transitorie con aspetto vellutato, definite 'morbilliformi'.
- **Papule:** si tratta di macule rilevate con tessuto infiammatorio, spesso evoluzione di macule in diverse patologie infettive. Una maculo-papula, di colore arancio-marrone, che, strofinata (segno del Darier), esita in un pomfo con eritema circostante è suggestivo di Mastocitoma solitario.
- **Placche:** lesioni circoscritte, elevate, circolari con diametro maggiore di 1 centimetro, con fondo eritematoso crostoso (tipico dell'eczema) o chiaro, con cercine rilevato (tipico delle dermatofizie).
- **Tumefazioni:** frequenti esiti di traumi
- **Vescicole:** macula-papula-vescicola è la tipica eruzione della varicella. Grosse vescicole posso diventare bolle piene di liquido, come nelle ustioni. Bolle sul palmo delle mani o la pianta dei piedi fanno sospettare una patologia cutanea complessa (es. epidermolisi bollosa).
- **Bolle:** vescicole più grandi a contenuto liquido sieroso causate dallo scollamento degli strati dell'epidermide; possono essere isolate o a grappolo.
- **Pustole:** vescicole contenenti secrezioni e pus in evoluzione crostosa: sono la evoluzione piogena delle vescicole. Spesso a grappolo, frequentemente peri-orifizi, possono diffondersi rapidamente ovunque, e sono tipiche della impetigine.
- **Pomfi:** tipici di reazioni cutanee allergiche. Pericolosi se coinvolgono il labbro e la bocca.
- **Ulcere:** ultima evoluzione delle pustole. Rare nel bambino, talora generate da ustioni severe, traumi o più raramente da blocco vascolare nell'anemia falciforme.
- **Petecchie:** spesso senza significato, ma possono comparire dopo un trauma: la puntura della giugulare è frequente causa di petecchie al volto. Anche le crisi di vomito ripetuto o di tosse importanti possono causare petecchie. Sono segnale di gravità nelle sepsi batteriche.
- **Ecchimosi:** nelle zone esposte sono causate spesso da traumi, nelle zone non esposte fanno sospettare una coagulopatia.
- **Strie:** zone di stiramento dello strato di cute che si frammenta a zig-zag per iperestensione nel soggetto gravemente obeso.

- ***Acanthosis nigricans***: è spesso indice di insulino-resistenza nel soggetto severamente obeso affetto da sindrome metabolica, con rapporto Glicemia/Insulina (indice HOMA) patologico (**Figura 3.3**).

Sulla cute

• Scaglie giallastre untuose
• Scagliette secche chiare cerose, desquamanti specie nelle zone estensorie
• Larghe zone di scagliette secche bene adese alla cute (ittiosi)
• Lichenificazione: ispessimento ed indurimento della cute
• Croste di varia estensione, talora secernenti
• Comedoni
• Condilomi

- **Scaglie giallastre untuose**: tipiche della dermatite seborroica.
- **Scagliette secche** chiare cerose, sulle aree estensorie degli arti, ma anche sull'addome, segnale importante di psoriasi.
- **Larghe zone** di scagliette secche bene adese alla cute, spesso sulla faccia volare delle gambe più o meno scure, segnale di **ittiosi**.
- **Lichenificazione**: ispessimento ed indurimento della cute.
- **Croste** di varia estensione, talora secernenti: la fase complicata della dermatite atopica con sovrainfezione.
- **Comedoni**: noduletti ai follicoli pilo-sebacei, chiari od anche scuri (punti neri), diffusi al volto ed al dorso negli adolescenti con acne.

- **Condilomi**: funghetti chiari, con superficie microforata, a 'cavolfiore', isolati o a piccoli grappoli, sugli arti, al volto e nella zona genitale, da infezione da PapillomaVirus.

Sotto la cute

• Noduli sottocutanei
• Placchette arancio-giallo di grasso accumulato (xantomì)
• Cisti con copertura di cute liscia
• Piccole cisti annesse a peli o ghiandole sebacee

- **Noduli sottocutanei**, esiti di patologia infiammatoria, ma anche, se diffusi, segnale di malattia reumatica ed altra patologia autoimmune. Talora nodulo isolato, duro come una pietra, fa sospettare il pilomatrixoma, frequente formazione tumorale benigna dell'infanzia.
- **Placchette** arancio-giallo di grasso accumulato (xantomì): importante segnale di dislipidemia familiare. Poche zone di accumulo di grasso isolate al volto o sul naso possono essere reperti occasionali, ma vanno distinte dall'adenoma sebaceo della sclerosi tuberosa.
- **Cisti** con copertura di cute liscia; frequenti, di piccole dimensioni, senza significato patologico. Sopra le inserzioni tendinee degli arti, e sulla mano, sono dovute a lacerazioni tendinee.
- **Piccole cisti annesse a peli o ghiandole sebacee**: tipiche dell'acne giovanile complicata, ma se scure ed associate al pelo, configurano di nuovo un pilomatrixoma.

L'idratazione

- Secchezza della cute
- Il turgore
- L'edema

- **Secchezza della cute:** è un indice indiretto di disidratazione, difficile da valutare nel bambino: raramente è associata ad ipotiroidismo ed alla displasia ectodermica.
- **Il turgore:** viene valutata la velocità di rilascio di una plica cutanea sollevata gentilmente sull'addome (**Figura 2.2**): è un tradizionale indice di valutazione dello stato di idratazione. Nel bambino sano la plica ritorna al suo posto nell'arco di attimi (meno di secondi), mentre nel bimbo severamente disidratato, e più ancora nel malnutrito, la plica scende giù lentamente per alcu-

ni secondi. Si utilizza una valutazione della disidratazione di 50-100-150 ml/kg di peso a seconda della lentezza con la quale la plica rientra in posizione: ovviamente ci sono indici più obiettivi, quali la perdita di peso. La **Tabella 2.1** indica la stima approssimativa di perdite di liquidi in % del peso corporeo, in relazione al tempo che la plica 'pinzata' impiega a ritornare sul piano.

Nel bambino severamente malnutrito si nota la mancanza del pannicolo adiposo sottocutaneo, oltre al grado di disidratazione.

- **L'edema:** l'accumulo di liquido interstiziale causa una imbibizione della cute, che definisce l'edema. Nel bambino si osserva più spesso sotto gli occhi e sulla cresta sacrale: premendo col dito rimane per alcuni attimi una chiara impronta. Nel bimbo che piange molto e si agita vi è un normale turgore che si accumula nella zona periorbitale.



Figura 2.2 - Rilievo della plica cutanea.



QR code
Video2.2

Tabella 2.1 Stima dello stato di disidratazione dalla plica cutanea in relazione al tempo, in secondi, di ritorno della plica sul piano cutaneo.

Secondi per tornare sul piano	Stima della Disidratazione in % del peso corporeo
< 2 sec	Perdita di < 5 % del peso corporeo
2-3 sec	Perdita del 5 – 8 % del peso corporeo
2-4 sec	Perdita del 9 - 10 % del peso corporeo
> 4 sec	Perdita di > 10 % del peso corporeo

Il prurito

- Senza lesioni sottostanti
 - Con lesioni diffuse
 - Con lesioni localizzate
- **Senza lesioni sottostanti:** bisogna considerare condizioni sistemiche, iniziando la valutazione della costituzione atopica del soggetto, ma non trascurando funzione epatica e patologie ematologiche.
- **Con lesioni diffuse:** se associate a zone eritematose di variata dimensione ed estensione suggerisce l'associazione con l'orticaria. Un prurito 'feroce' associato a diffuse lesioni da grattamento su cute secca coperta da cunicoli ipercheratosici e noduli sottocutanei, fa sospettare una infestazione da *Sarcoptes*.
- **Con lesioni localizzate:** Prurito su zone eritemato-crostose, secche, ma anche seccernenti, specie nelle pieghe degli arti, è tipico delle lesioni eczematose.

I dermatoglifi

Uno sguardo al palmo della mano fa osservare (**Figura 2.3**):

- i **solchi centrali** si vedono bene, dall'alto verso il basso, la Cresta distale traversa, subito sotto, la Cresta prossimale traversa, verso il pollice la

Cresta Tenare e verso il polso due Creste del polso. La presenza di un unico solco trasversale sul palmo della mano è associata a sospetto di cromosomopatia, in primis Sindrome di Down.

- il **triradio palmare** è il punto di incrocio dei tre solchi palmari sul terzo inferiore del palmo: per osservarlo è necessaria una ottima sorgente luminosa, l'otoscopio con pile nuove, senza speculo può aiutare. Analogamente alle anomalie dei solchi centrali, lo spostamento distale del triradio palmare è associato a sindromi congenite.

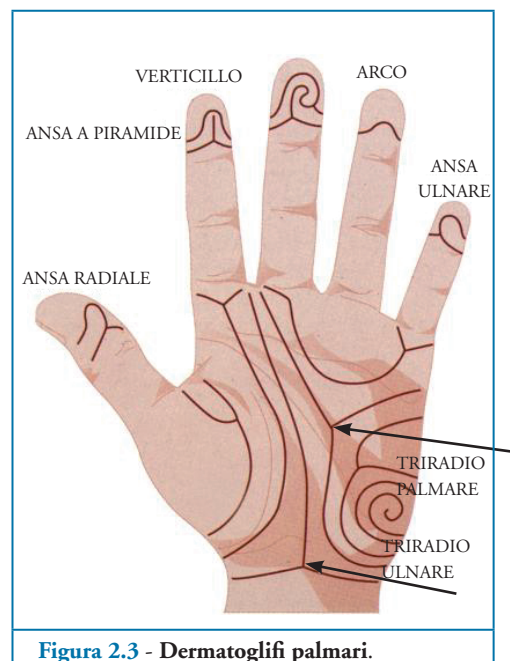


Figura 2.3 - Dermatoglifi palmari.

Le unghie

- Tempo di refilling capillare
- Dita a bacchetta di tamburo con unghia a botte
- Frammentazione della struttura dell'unghia

- **Tempo di refilling capillare:** tenendo premuta tra le dita la punta dell'unghia del dito del bambino, si causa una deplezione della irrorazione sanguigna: l'unghia diventa chiarissima, ma immediatamente si nota una rapida rivascolarizzazione che dura attimi, non secondi. Nel bambino con collasso cardio circolatorio, severa disidratazione e condi-



QR code Video
Unghie 1



QR code Video
Unghie 2

zioni generali compromesse, la rivascolarizzazione impiega qualche secondo. Le unghie sono infatti un facile punto di lettura della cianosi, del pallore, della pulsazione capillare. Nel bambino non si impiega utilmente la capillaroscopia.

- **Dita a bacchetta di tamburo** con unghia a botte: è la sfortunata evoluzione di una ipossiemia cronica, causata da malformazioni cardiache non corrette o pneumopatie croniche, tipiche della Fibrosi Cistica poco curata (**Figura 2.4**).
- **Frammentazione della struttura dell'unghia:** unghie scheggiate, desquamanti o picchiettate non sono rare nella

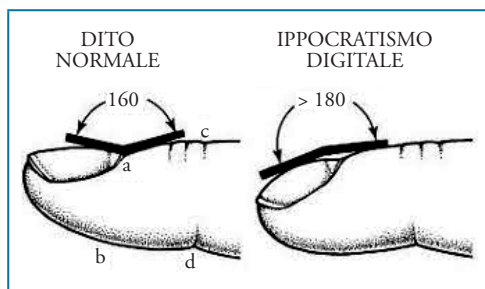


Figura 2.4 - Conseguenze dell'ipossiemia cronica sulle dita a bacchetta di tamburi.

psoriasi. La paronichia è una infezione sul letto ungueale ed i tessuti circostanti, spesso dolorosa ed associata a gonfiore del dito. Può essere di origine batterica o micotica. La zona periungueale può essere anche sede di condilomi.

I capelli

- Colore e tessitura (sparsi, fragili, molto chiari)
- Zone di alopecia
- Zone di strappo (tricotillomania)
- Croste e lesioni

- **Colore e tessitura:** lo Zinco è un elemento importante per il sano sviluppo del capello, anomalie di colore e di struttura fanno dunque sospettare situazioni di malassorbimento o malnutrizione cronica.
- **Zone di alopecia:** se lisce e senza tracce di capelli, possono essere nummulari o molto più estese e tendono a cambiare nel tempo, sono originate da patologia autoimmune di difficile trattamento. Alcune infezioni micotiche del capello esitano in zone di alopecia.
- **Zone di strappo (tricotillomania):** zone di alopecia verso l'occipite o vicino

all'orecchio, con capelli spezzati, irregolari fanno sospettare lo strappo reiterato dei capelli che, non raramente, vengono ingeriti dal bambino/adolescente con problemi psichici. Anche le sopracciglia possono avere segni di strappo.

- **Croste e lesioni:** lesioni crostose, eczematose o secernenti a chiazze richiedono una accurata descrizione di dimensione, morfologia e tipologia, per identificare la causa micotica o da tricofizie. Tipica è l'infezione da *Mallasezia Furfur* con eczema, localizzato al volto ed al collo nell'adolescente.

La peluria

- Normale peluria, peluria nel neonato
- Ipertricosi: irsutismo (**Figura 2.5**)
- Peluria puberale

- Normale **peluria:** la peluria nel neonato può essere molto marcata alle spalle e al dorso, sparisce entro 3 mesi e non ha caratteri di patologia.
- **Ipertricosi:** il bambino, di entrambi i sessi, in epoca prepuberale può essere coperto, specie agli arti, da una peluria

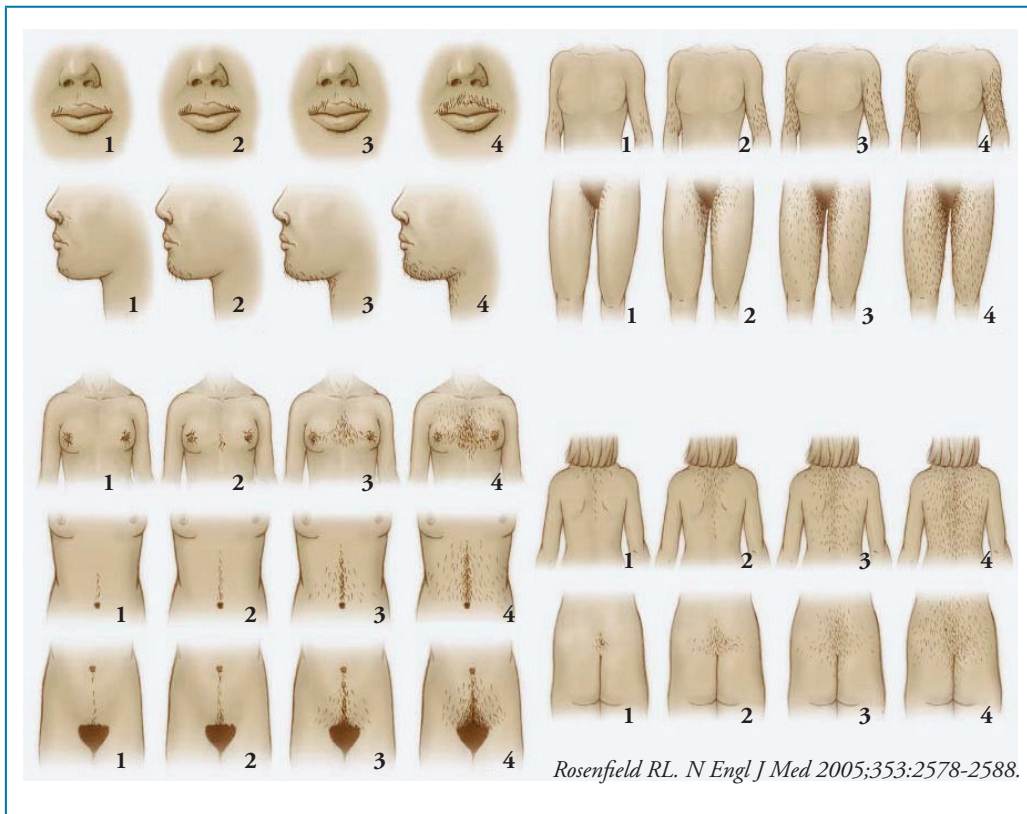


Figura 2.5 - Possibili irsutismi fisiologici. Punteggio di Ferriman-Gallwey per l'irsutismo. Assegniamo un punteggio a ciascuna delle nove aree sensibili agli androgeni, da 0 (nessuna peluria) a 4 (francamente virile). La somma fornisce una indicazione del grado di irsutismo corporeo. (Adattato da Hatch et al.)

fitta, morbida, corta che in taluni casi configura un irsutismo (**Figura 2.5**).

Tranne rari casi di ipotiroidismo e porfiria non ha in generale caratteristiche patologiche e può essere familiare.

- **Peluria puberale**: si tratta di una struttura del pelo del tutto diverso dalla peluria ed anche dalla ipertricosi, spesso non

facile da distinguere nelle prime fasi dello sviluppo puberale della bambina, che può avere la zona genitale coperta di peluria ma non avere i peli pubici indotti dall'attivazione ormonale. Infatti il pelo puberale ha struttura diversa, più rigida, lunga, circinata, bene impiantata. Ben diverso dal pelo morbido della peluria.

Bibliografia

- BIEBER T. *Atopic dermatitis*. N Engl J Med. 2008;358(14):1483-94.
- COHEN B. *Pediatric Dermatology*. 4th ed. Saunders; 2013.
- DAHLSTROM JE, SCOLYER RA, THOMPSON JF, JAIN S. *Spitz naevus: diagnostic problems and their management implications*. Pathology 2004;36:452-457.
- FABRIZI G. *Dermatologia pediatrica*. Masson, Milano, 2003.
- HABIF TP. *Clinical Dermatology*. 6th ed. Philadelphia: Mosby; 2015.
- HALKJAER LB, LOLAND L, BUCHVALD FF, et al: *Development of atopic dermatitis during the first 3 years of life*. Arch Dermatol. 2006;142:561-566.
- KRAFCHIK BR: *Eczematous disorders*. In Eichenfield LF, Frieden IJ, Esterly NB: *Textbook of Neonatal Dermatology*. Philadelphia, WB Saunders, 2001, p 241.
- LEUNG AK, RAFAAT M. *Benign neonatal hemangiomas*. Pediatr Dermatol. 2003;20:161-163.
- LISTERNICK R, CHARROW J. *Neurofibromatosis-1 in childhood*. Adv Dermatol. 2004;20:75-115.
- PAOLONI G, CUTRONE M, BERTI I. *Dermatologia per il Pediatra Caso... per caso*. 2014 ed. Medico&Bambino s.a.s.
- ROSENFELD RL. *Clinical practice. Hirsutism*. N Engl J Med. 2005 Dec 15;353(24):2578-88.
- TOSTI A, IORIZZO M, PIRACCINI BA, STARACE M. *The nail in systemic disease*. Dermatol Clin. 2006; 24:341-347.
- WESTON WL, LANE AT, MORELLI JG. *Evaluation of children with skin disease*. In Color Textbook of Pediatric Dermatology. St. Louis, Mosby, 2002.