

Magia basata sull'evidenza

Pierangela Rana

Pediatra di famiglia, ACP Puglia-Basilicata

Questa Rubrica pubblica casi di dermatologia pediatrica. Ha volutamente un tono dimesso, come quello di amici che si scambiano informazioni bevendo un caffè o chiacchierando al telefono in una pausa di lavoro; ma le informazioni che dà sono importanti per la pratica. Quindi racconti brevi, poche voci bibliografiche piuttosto elementari, soprattutto qualche buona immagine. Mandate i vostri casi a Pierangela Rana (pierangela.rana@tin.it).

Abstract

Evidence Based Magic

Marco limps for a pain in his foot. The cause appears to be a thorn from a sea urchin but clinically it looks like a wart. Among the different therapeutic approaches which is the best one? Waiting for a spontaneous resolution, considering a therapeutic solution or adopting placebo?

Quaderni acp 2010; 17(4): 172-173

Key words Warts. Human Papillomavirus. Placebo

Marco zoppica per dolore a un piede. Vengono accusate le spine di un riccio su cui ha posato il piede, ma l'aspetto clinico non è quello. Piuttosto è quello di verruche. Cosa fare fra le decine di provvedimenti terapeutici? Adottarne qualcuno o tenere conto della possibile guarigione spontanea non facendo nulla? O adottare un placebo?

Parole chiave Verruche. Human Papillomavirus. Placebo

Marco zoppica

Marco, 8 anni, è arrivato in ambulatorio a fine estate un po' zoppicando, ma sorridente. "Cosa è successo?", gli ho chiesto. Naturalmente è la mamma che risponde raccontando che "l'ultima volta che siamo stati in spiaggia, Marco, scalzo, ha posato il piede su ciò che restava di un riccio ben bene ripulito del suo contenuto".

Lei aveva cercato di estrarre le spine che si erano conficcate, ma, a distanza di qualche settimana, ancora si notavano sotto la pianta del piede dei puntini neri che, secondo lei, erano le estremità degli aculei che non era riuscita a raggiungere con l'ago e la pinzetta per sopracciglia che aveva utilizzato. "Vediamo!", dico a Marco. Le lesioni (figura 1 e 2) sono 3 o 4, verso il margine interno della pianta del piede sinistro, rotondeggianti, ravvicinate, non rilevate, anzi quasi incassate nello spessore del corneo.

L'aspetto è ruvido, ipercheratosico, non sono accompagnate da fenomeni flogistici. La pressione procura al bambino il dolore che gli impedisce di appoggiare completamente il piede durante la deambulazione.

Spine o verruche?

L'aspetto di un corpo estraneo ritenuto e infetto è caratterizzato da flogosi e, non di rado, da una raccolta purulenta. Queste non erano convincenti come derivate da corpo estraneo. Sembravano decisamente più verruche plantari. Il colore nerastro (figura 2), che faceva pensare alla persistenza delle spine nello spessore cutaneo, poteva derivare da capillari dermici trombizzati.

Un ripasso

Le verruche sono lesioni causate da *Human Papillomavirus* (HPV) della famiglia dei Papovavirus, virus a DNA. Sono una delle infezioni cutanee più frequenti in tutti i popoli e specie nell'età scolare e negli adolescenti, con percentuali di incidenza del 10-20%, senza preferenza di sesso. Ci sono vari tipi clinici di verruche.

Il 60-70% è rappresentato dalle *verruche volgari*, quasi sempre di tipo papulonodulare, con superficie tipicamente "secca", diametro di alcuni mm e colorito roseo-grigiastro. Possono essere dovunque, ma più frequentemente nelle sedi acrali, specie alle dita delle mani

dove prediligono la sede periungueale. Un'altra varietà è quella filiforme-digitata, a sviluppo spiccatamente esofitico, con aspetto peduncolato, tipica delle regioni periorifciali del volto.

Il 25-30% è rappresentato dalle *verruche plantari*, più spesso singole, a volte numerose e raggruppate con disposizione "a mosaico".

Il 5% circa è costituito dalle *verruche piane*, piccole papule con superficie piana e liscia, più o meno pigmentate, localizzate elettivamente al volto e al dorso delle mani.

Più rare le lesioni dell'area genitale (*condilomi acuminati*), possibili negli adolescenti in relazione a un contagio sessuale. Le verruche genitali nei bambini sono eccezionali e, nella grande maggioranza, localizzate nell'area perianale; sono conseguenti più frequentemente ad autoinoculazione da altra sede cutanea o a eteroinoculazione da verruche delle mani di un familiare. Sono da considerare sempre attentamente come possibile segno di abuso sessuale.

Gli HPV hanno una resistenza molto alta negli ambienti esterni (particolarmente in quelli caldo-umidi) e si diffondono per trasmissione interumana, diretta o mediata da oggetti di uso comune. La *contagiosità*, più alta nelle fasi precoci dell'infezione e per le lesioni a localizzazione genitale, dipende, come per tutti i virus, da molteplici fattori: dal tipo di virus, dalla sua carica, dalla sede cutanea interessata, dalla presenza di lesioni della barriera epiteliale e dallo stato immunitario dell'ospite, sia generale che virus-specifico. I tempi di incubazione variano da poche settimane a 12-18 mesi, con una media di 3-4 mesi. La *diagnosi* risulta ovvia nella grande maggioranza dei casi. Di grande aiuto al riconoscimento delle verruche è l'assenza, tipica di que-

Per corrispondenza:
Pierangela Rana
e-mail: pierangela.rana@tin.it

occhio alla pelle

ste lesioni, del disegno cutaneo costituito dai dermatoglifi. Due dati sono interessanti. Il *meccanismo patogenetico* per cui quando, attraverso minime perdite dell'integrità della barriera epiteliale, raggiungono lo strato spinoso dell'epidermide provocano iperplasia epiteliale determinando un'accelerazione del ritmo proliferativo delle cellule germinative. La loro *commensalità*: rimangono presenti sulla superficie della cute sana, perilesionale e non, per cui l'eventuale scomparsa di una verruca non significa la scomparsa del virus.

Che fare?

Indipendentemente dal loro tipo clinico, dalla grandezza, dal numero, almeno i due terzi delle lesioni vanno incontro ad autorisoluzione: il 30% regredisce già nei primi 6 mesi, nell'arco di 2-4 anni la percentuale di regressione raggiunge il 75% circa. Il problema del *trattamento* si pone per eliminare il disagio fisico (dolore, prurito, molto più raramente sanguinamento o alterazione della crescita ungueale), per limitare la loro diffusione ad altre sedi cutanee dello stesso paziente o ai coattenei con cui, in vari contesti, è inevitabile il contatto. Dobbiamo tenere anche conto che la loro persistenza può determinare non di rado sofferenza psicologica. Questo è infatti quello che capita a Marco: nel momento in cui ha appreso l'ipotesi diagnostica formulata si è spaventato perché il suo compagno di banco, durante la cura per la stessa lesione, non aveva camminato per più di un mese e aveva molto sofferto. Che fare dunque? I pensieri terapeutici sono stati ondegianti. Prima ho pensato di non proporre alcuna terapia, di spiegare al bambino e ai genitori ciò che si sa a proposito delle verruche e soprattutto della loro favorevole evoluzione naturale e dei suoi tempi, anche se mai ben prevedibili nel singolo caso. Insomma il semplice "wait and see". Era un problema di comunicazione non semplice. Ma anche l'ipotesi dell'intervento prevedeva un problema di comunicazione non semplice per la mancanza di una procedura terapeutica di efficacia certa e al tempo stesso per l'invasività degli interventi e per i timori di Marco. Sono di fatto percorribili decine di metodi terapeutici sia di tipo fisico, distruttivo, che chimico o farmacologico. I *metodi distruttivi* sono la

FIGURA 1: LESIONI ROTONDEGGIANTI, RAVVICINATE, NON RILEVATE, QUASI INCASATE NELLO SPESSORE DEL CORNEO



FIGURA 2: INGRANDIMENTO FIGURA 1



FIGURA 3: RISOLUZIONE COMPLETA



escissione chirurgica, la diatermocoagulazione (ormai di raro utilizzo per le facili sequele cicatriziali), la crioterapia con azoto liquido e la laser-terapia (laser CO₂ e dye laser pulsato). Fra i *metodi chimici*, l'acido salicilico rappresenta ancora oggi il metodo più diffuso ed economico, e gestibile a domicilio, dai genitori. Le novità degli ultimi anni sono le *immunoterapie*, il cui razionale è di favorire la risposta immunitaria dell'ospite. La percentuale di recidive è in ogni caso del 30%, analoga al 30% della guarigione spontanea di cui si è detto sopra. Su questo 30% si fondavano le proposte "terapeutiche" di tipo suggestivo dei tempi antichi che sono oggi arrivati alla ipnosi. *Mia nonna recitava: se hai un "porro" butta un cece in un pozzo davanti a cui non passerai più per tutta la vita e il porro se ne va.* Alla fine, dopo una certa esitazione, propondo per la soluzione

della nonna arricchita da un placebo: una tintura madre di Tuja. Prescrivo applicazioni locali e 3 gocce da bere una volta al giorno per un mese. Dopo quattro settimane rivedo Marco. Le lesioni sono completamente risolte (figura 3).

Che la Tuja abbia proprietà cheratolitiche è possibile che qualcuno lo pensi, ma ovviamente manca di questo ogni dimostrazione concreta. Come manca il coraggio a chi scrive di suggerire questo comportamento ai lettori di questa rivista. ♦

Bibliografia

- [1] Majewsky S, Jablonska S. New treatments for cutaneous human papilloma infections. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2004;18:262-4.
- [2] Orth G. Human papillomaviruses and the skin: more to be learned. *J Invest Dermatol* 2004;123:11-2.
- [3] Brentjens MH, Yeung-yue KA, Lee PC, Tyring SK. Human papillomavirus: a review. *Dermatol Clin* 2002;20:315-31.