

Si fa presto a dire verruche...

Elisa Sama, Davide Brunelli, Fabio Arcangeli
 UO di Dermatologia, Ospedale "M. Bufalini", ASL Cesena

Vediamo un giovane giocatore di calcetto per il trattamento di alcune lesioni plantari insorte in maniera improvvisa da circa due settimane e già diagnosticate, in sede non specialistica, come verruche plantari.

Le lesioni

L'esame obiettivo mette in evidenza numerosi elementi maculari, del tutto piani o con minima salienza centrale, rotondeggianti, di colorito rosso-violaceo, talora con figurazione francamente "a coccarda" (figura 1, A e B).

La superficie risulta perfettamente liscia, non verrucosa. Il reperto palpatorio non offre alcun indizio di nodularità o di sensibile infiltrazione. L'esame dermoscopico mostra aree di colorito rosso-violaceo con diversa intensità cromatica, in assenza di pattern pigmentari e di significative alterazioni di superficie. Conservato il disegno cutaneo (creste e solchi).

La diascopea (vitropressione) conferma inequivocabilmente trattarsi di lesioni caratterizzate da stravasamento ematico e quindi verosimilmente post-traumatiche.

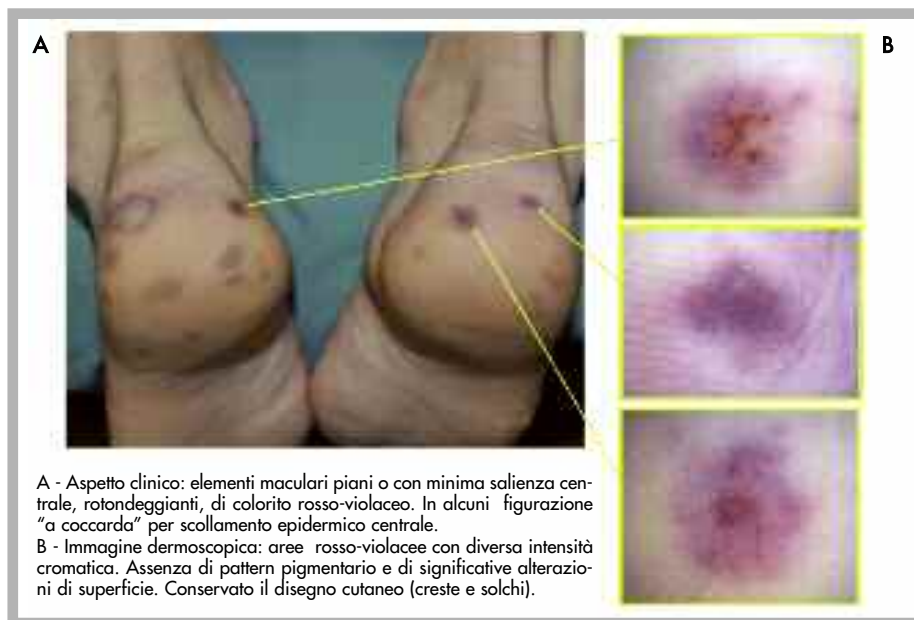
La diagnosi

Il riferimento anamnestico della presenza di granuli di gomma all'interno delle scarpe utilizzate durante una partita di calcetto ci consente di interpretare compiutamente il quadro. Si tratta senza dubbio di "lesioni ecchimotiche post-traumatiche".

I campi di calcetto con tappeti di erba sintetica frequentemente contengono alla loro base granuli di gomma (figura 2) liberi e mobili, utilizzati per conferire al fondo una maggiore elasticità. Può facilmente accadere che tali granuli, durante l'attività sportiva, penetrino involontariamente all'interno delle calzature rendendosi responsabili di reiterate sollecitazioni micro-traumatiche, con conseguente stravasamento ematico e deposizione di pigmento rosso-violaceo nella cute.

In diagnosi differenziale vanno considerate: a) le verruche virali (superficie cheratosica, presenza all'esame dermoscopico di globuli emorragici e totale scomparsa del disegno cutaneo), b) l'eritema polimorfo (lesioni con

FIGURA 1



A - Aspetto clinico: elementi maculari piani o con minima salienza centrale, rotondeggianti, di colorito rosso-violaceo. In alcuni figurazione "a coccarda" per scollamento epidermico centrale.
 B - Immagine dermoscopica: aree rosso-violacee con diversa intensità cromatica. Assenza di pattern pigmentario e di significative alterazioni di superficie. Conservato il disegno cutaneo (creste e solchi).

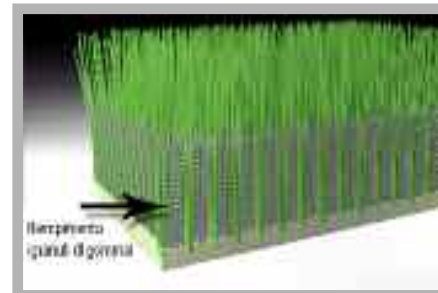
figurazione "a coccarda" per scollamento epidermico centrale presente alle superfici palmo-plantari ma anche ai gomiti, ginocchia e altre sedi) ed eventualmente, specie se isolate, lesioni di natura genericamente melanocitaria (pattern pigmentario all'esame dermoscopico). La guarigione, nel nostro caso, è naturalmente intervenuta rapidamente, a distanza di circa tre settimane, e del tutto spontaneamente, a seguito della sospensione temporanea dell'attività sportiva.

Questo caso, nonostante la sua sostanziale semplicità, ci permette di evidenziare quanto utile possa risultare l'osservazione dermoscopica delle lesioni cutanee. Grazie alle enormi potenzialità di magnificazione (da 10 x a 50 x e oltre) la dermoscopia consente di apprezzare particolari morfologici e cromatici altrimenti impercettibili a occhio nudo, incrementando in tal modo l'accuratezza diagnostica nel riconoscimento delle lesioni cutanee, pigmentate e non.

Cosa abbiamo imparato

L'esame obiettivo, anche per un occhio esperto, non sempre è sufficiente per fare una diagnosi certa.

FIGURA 2: STRUTTURA SCHEMATICA DI UN TAPPETO DI ERBA SINTETICA



Un'anamnesi accurata può essere di aiuto per indirizzare la diagnosi anche di fronte a lesioni dermatologiche apparentemente chiare, al fine di un'adeguata diagnosi differenziale.

Un semplice supporto diagnostico come la dermoscopia può incrementare significativamente l'accuratezza diagnostica, grazie anche alle sue capacità di magnificazione. ♦

Bibliografia di riferimento

Adams BB. Dermatologic disorders of the athlete. *Sport Med* 2002;32(5):309-21.
 Pecci M, Comeau D, Chawla V. Skin conditions in the athlete. *Am J Sports Med* 2009;37(2):406-18.

Per corrispondenza:
 Fabio Arcangeli
 e-mail: fabio.arcangeli4@alice.it