

Giù la maschera



Carmelo Schepis

UO di Dermatologia, IRCCS Oasi, Troina (Enna)

La mamma di Caterina, 2 anni, porta la figlia dalla pediatra in occasione del bilancio di salute. Tutto risulta in ordine al controllo clinico. Al termine la mamma chiede al pediatra cosa può fare per quel “puntino” sulla guancia, che la bambina ha da tempo e che si è gradualmente allargato diventando una piccola chiazza rossa, nonostante la crema emolliente che la mamma ha applicato – la stessa che la pediatra le ha sempre suggerito – per la lieve dermatite atopica da cui la bambina è affetta. La pediatra esamina la lesione che si presenta come una macula delle dimensioni di una moneta da 50 centesimi e ipotizza una dermatite irritativa; la bambina è spesso raffreddata, tende a asciugarsi il naso con la mano e la guancia può essersi irritata per il muco nasale. Prescrive quindi una pasta all’ossido di zinco per protezione e raccomanda che la pelle sia tenuta sempre asciutta e ben idratata.

Passa un mese e la mamma telefona alla pediatra per informarla che, poiché la macchia continuava ad allargarsi nonostante la terapia da lei proposta, un farmacista amico di famiglia le ha consigliato un’altra crema a base di mometasone furato, che lei ha applicato per circa 2 settimane, senza neanche avvertirla, perché analoga a quelle che la pediatra aveva già suggerito per la dermatite atopica. La lesione però ha continuato a estendersi; ormai interessa quasi metà del viso e questo decorso inizia a preoccuparla. La pediatra chiede di rivedere la bambina e la madre la porta nuovamente in ambulatorio.

Cosa vede la pediatra?

All’esame clinico, si osserva una ampia macula sulla guancia destra. I bordi della lesione sono rilevati, infiammati e lievemente squamosi. Si osservano alcune micro pustole sparse intorno alla lesione principale. L’aspetto è di una dermatopatia a configurazione anulare, che dalla zona pre-auricolare dx si spinge a lambire il canto laterale dell’occhio dx (Figura 1). La mamma riferisce di moderato prurito. La pediatra conosce la bambina, che è sempre stata bene, e non riesce a identificare segni o sintomi che la indirizzino verso un sospetto diagnostico specifico. La rilevanza della lesione e la sua estensione, in assenza di prurito importante, di bru-

ciore o di altri sintomi sistemici, non aiutano la pediatra a orientarsi, e decide pertanto di sospendere ogni terapia locale e di inviare Caterina a consulto dermatologico.

Cosa fa il dermatologo?

Dopo esame della lesione, il dermatologo approfondisce l’anamnesi recente e la madre di Caterina racconta che da alcuni mesi la nonna materna, rimasta sola, si è trasferita da loro e la famiglia ospita in giardino “in regime di bed and breakfast” i numerosi gatti che lei ha portato con sé e con i quali Caterina gioca spesso, perché li adora.

La storia della paziente e la morfologia della dermatite consentono di sospettare una diagnosi di *tinea faciei* in incognito.

Il dermatologo procede quindi a raschiare parte dei bordi squamosi della lesione, per metterli su un terreno di coltura per dermatofiti (DTM), un agar speciale che viene utilizzato nella micologia medica per i test di screening generali sui dermatofiti. La produzione di alcali porta il colore del terreno a cambiare da giallo-arancio a rosso. Dopo 7 giorni la coltura risulta positiva (di colore rosso) per micofiti e dopo 14 giorni le colonie di funghi sono molto evidenti su un terreno rosso corallo (Figura 2). Pertanto la diagnosi di *tinea faciei* in incognito è confermata.



Figura 2. Terreno di coltura positivo: colore rosso e colonie fungine evidenti in bianco.

La bimba, che pesa circa 13 kg, viene trattata con 250 mg di griseofulvina, al giorno, in piccoli frammenti mescolati nel pasto di mezzogiorno, per 40 giorni; inoltre viene applicata localmente una crema a base di nitrato di econazolo due volte al dì fino a risoluzione (2 mesi circa).

La posologia della griseofulvina è 20-25 mg/kg/die (10-15 mg/kg/die se ultra-micronizzata) per 6-8 settimane, da somministrare preferibilmente insieme al pasto,



Figura 1. Lesione eritematosa, lievemente desquamante, a contorni policiclici con qualche micro pustola.

possibilmente ad alto contenuto lipidico. Dopo il trattamento Caterina va incontro a guarigione.

Diagnosi differenziale e breve discussione

La *tinea faciei* è un'infezione dermatofitica che si presenta sulla pelle del viso [1]. A causa della sua localizzazione può spesso essere confusa con altre dermatiti e condizioni, come eczema, lupus eritematoso cutaneo, dermatite seborroica, psoriasi [2] o herpes [3]. L'anamnesi remota e recente, il decorso ed eventuali test diagnostici di supporto, consentono di definire la diagnosi. Questa malattia colpisce più comunemente i bambini a causa della loro propensione ad abbracciare gli animali domestici (per es. gatti, cani di piccola taglia e conigli).

Perché "in incognito"?

L'uso di steroidi locali, senza aver fatto una diagnosi adeguata, può modificare la morfologia dell'infezione che gradual-

mente si espande. Tinea in incognito, quindi, perché l'infezione dermatofitica assume un aspetto artefatto a causa di terapie immunosoppressive inadeguate, per es. con steroidi topici (come in questo caso), ma anche sistemici, oppure con tacrolimus o pimecrolimus topici [4]. Questo evento è più frequente per es. negli atopici che, per la dermatite da cui sono affetti, possono più spesso ricorrere a terapie di questo genere.

Alcuni Autori preferiscono il termine di "tinea atipica" per indicare tutte le forme di dermatofitosi che non presentano le caratteristiche classiche, a causa della patomorfofosi cui vanno incontro.

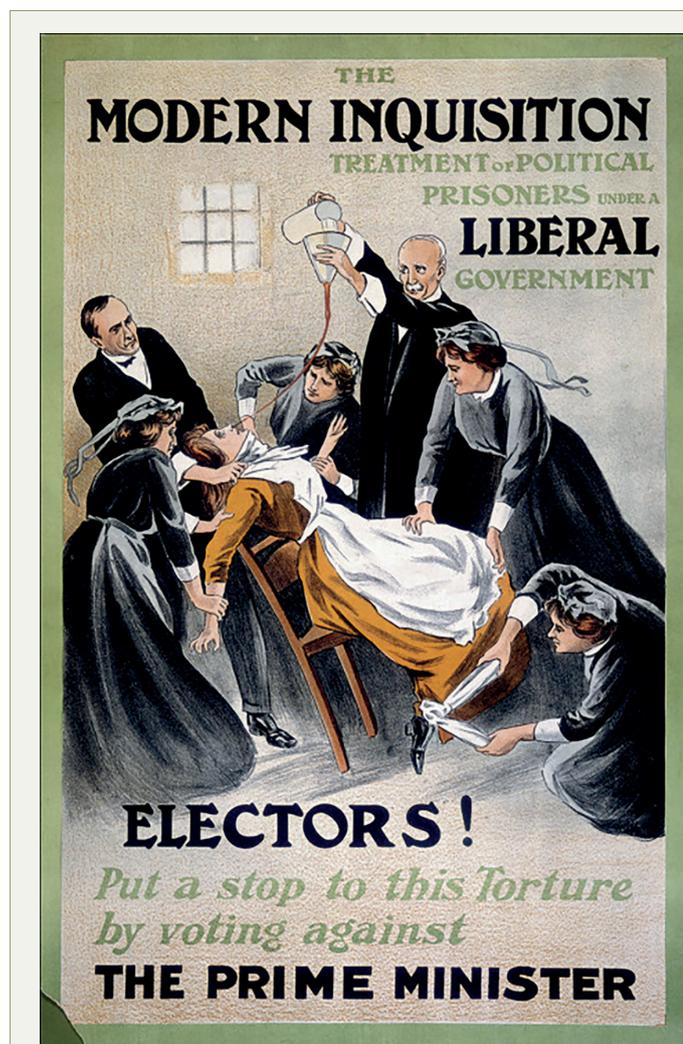
La terapia di elezione è a base di azoli topici contenenti econazolo, bifonazolo o miconazolo o allilamine, come la terbinafina. Le creme topiche di solito sono efficaci in un paio di mesi [1]. Tuttavia l'esperienza consiglia nei casi pediatrici più impegnativi di somministrare anche una terapia orale con griseofulvina per una risoluzione in tempi più brevi.

Cosa abbiamo imparato

La tinea del volto, se mal trattata, può assumere un aspetto "mascherato" e fuorviare la diagnosi. In caso di dermatiti del viso a evoluzione lenta e progressiva, prima di procedere con tentativi terapeutici, è sempre preferibile accertarsi della diagnosi, magari ricorrendo all'ausilio di terreni di coltura comunemente disponibili in commercio.

✉ cschepis@oasi.en.it

1. Lin RL, Szpietowski JC, Schwartz RA. Tinea faciei, an often deceptive facial eruption. *Int J Dermatol* 2004;43:437-40.
2. Atzori L, Pau M, Aste N, Aste N. Dermaphyte infections mimicking other skin diseases: a 154-person case survey of tinea atypica in the district of Cagliari (Italy). *Int J Dermatol* 2012;51:410-5.
3. Park YW, Choi JW, Paik SH, et al. Tinea incognito simulating herpes simplex virus infection. *Ann Dermatol* 2014;26:267-9.
4. Segal D, Wells MM, Rahalkar A, Joseph M, Mrkobrada M. A case of tinea incognito. *Dermatology Online J* 2013;19:18175.



Le donne medico suffragette a Londra

Le donne medico inglesi ebbero una notevole importanza nella campagna per il voto alle donne. Nel 1908 oltre 140 di loro si unirono a una manifestazione della campagna creando imbarazzo nell'establishment.

Venute in contatto con la polizia 100 donne di cui 20 laureate in medicina furono arrestate e multate. Molte rifiutarono di pagare e furono costrette al carcere. Iniziarono uno sciopero della fame e il governo ordinò la nutrizione artificiale. Il manifesto che si richiama alla moderna inquisizione fu pubblicato in seguito a questo provvedimento e fece grande scalpore nel mondo liberale inglese. È certamente il primo manifesto femminista.

Lancet 2018;391:422-3