

I funghi che non guariscono... forse non sono funghi

Matteo Ferrara

Pediatra di famiglia, Olevano sul Tusciano (Salerno)

Una mattina arriva in ambulatorio Carla, ex paziente di 12 anni, trasferitasi da tempo in un altro paese. La madre è molto preoccupata perché, nonostante la terapia antimicotica topica e sistemica prescritta dall'attuale medico curante, "il fungo si è esteso". Carla riferisce al pediatra un episodio di faringite con intensa faringodinia circa 2 settimane prima, risoltosi in pochi giorni con terapia sintomatica.

Esame clinico

Piccole lesioni eritemato-desquamative al tronco e alla radice degli arti (Figura 1,2), disposte ad "albero di Natale" (Figura 3), senza coinvolgimento del volto. La prima chiazza comparsa è sul braccio sinistro, di circa 3,5 cm, rotondeggiante, più grande delle altre lesioni; 7 giorni dopo sono comparse le macchie sul tronco, con scarso prurito.

Diagnosi

La chiazza "madre", la successiva comparsa di altre lesioni, l'aspetto eritemato-desquamativo delle lesioni scarsamente pruriginose, la pregressa faringite, consentono di fare diagnosi di Pitiriasi rosea di Gibert, descritta per la prima volta nel 1860 dal dermatologo

francese Camille Melchior Gibert nel suo trattato di dermatologia [1]. È una frequente dermatite eritemato-desquamativa benigna, l'incidenza è di 0,68 casi per 100 tra i pazienti con affezioni cutanee [2], con picco tra il 10° e il 25° anno di età.

Non è infrequente anche al di sotto dei 10 anni, è stata descritta perfino in un bambino di 3 mesi [3]. Il decorso clinico, la morfologia e la distribuzione delle lesioni sono peculiari, consentendo spesso una diagnosi immediata. L'eziologia è sconosciuta. Alcuni studi chiamano in causa i virus e in particolare gli Herpes virus HHV6 e/o HHV7 [4] anche per alcune caratteristiche: maggior frequenza in autunno e primavera, autorisoluzione, antecedenti sintomi prodromici delle alte vie respiratorie. Tuttavia, l'eziologia virale non è mai stata dimostrata, né la contagiosità, anche se in letteratura sono state descritte piccole epidemie di comunità e familiari.

Nessun certificato medico deve essere redatto per la sospensione e/o ripresa della frequenza scolastica.

Clinica

Nella forma tipica o completa si esprime in 2 fasi. 1° fase: la "chiazza madre", con

localizzazione al tronco nel 50% dei casi, oppure alle natiche, estremità prossimali degli arti e collo. Generalmente è ovale, talvolta rotondeggiante, di diametro variabile da 2 a 10 cm, eritemato-squamosa, con aspetto sgualcito, rugoso, di colorito roseo-giallastro, ben delimitata da un anello periferico più congesto. Questo generalmente circonda un orletto desquamativo con il margine libero rivolto verso l'interno, e la superficie centrale è più chiara, finemente pitiriasica (furfuracea), a "carta di sigaretta" (Figura 4,5).

A volte il dermatoscopio è utile per visualizzare nei particolari l'orletto desquamativo.

Diagnosi differenziale

La diagnosi differenziale sulla chiazza madre va posta essenzialmente con: Tinea corporis, che si differenzia per l'evoluzione clinica: estensione eccentrica, risoluzione centrale, anello periferico più infiammato con assenza dell'orletto desquamativo ma anche con eczema nummulare, granuloma anulare, impetigine e psoriasi. In tutti questi casi, l'anamnesi, l'identificazione della lesione elementare e la palpazione della lesione consentono una definizione diagnostica.



Figura 1



Figura 2



Figura 3



Figura 4



Figura 5

2^a fase: a distanza di 7-14 giorni compaiono "chiazze figlie", con caratteristiche morfologiche uguali alla chiazza madre, ma più piccole, eruttive, localizzate al tronco e radice degli arti (disposizione centripeta), con aspetto ad "albero di Natale" (Figura 3) [5].

Più raramente è coinvolto il cavo orale con lesioni erosive aftose della mucosa, inclusi lingua e palato. In questa fase, la diagnosi differenziale si pone essenzialmente con: psoriasi guttata, pitiriasi lichenoidale, eczema nummulare, tinea corporis, impetigine e nei giovani sessualmente attivi non dimentichiamo la sifilide secondaria.

La malattia dura circa 1-2 mesi, a gittate subentranti di lesioni di numero e dimensioni ridotte nel tempo e, a differenza dell'adulto, nel bambino non è accompagnata da prurito [5]. Può recidivare nel 2% dei casi e raramente anche più volte [6].

Può esitare, specialmente in estate, in macchie discromiche, senza reliquati permanenti o complicazioni.

Se la malattia viene contratta in gravidanza, soprattutto nei primi mesi, può essere associata a maggior rischio di parto prematuro, aborto, ipotonia e/o iporiflessia alla nascita [7].

Esistono forme atipiche per decorso e numero delle lesioni (ad es. senza chiazza madre), oppure per morfologia, topografia, dimensioni, sintomatologia soggettiva [8]. Il trattamento non è necessario; in caso di prurito, creme/oli emollienti antistaminici per os sono utili.

✉ drmatteoferrara@gmail.com

1. Gibert CM. *Traité pratique des maladies spéciales de la peau et de la syphilis*, 1860.

2. Chu A, Albert L, Vijay Z, et al. Pityriasis rosea - an update. *Indian J Dermatol Venerol Leprol* 2005;71:311-5.

3. Hyatt HW. Pityriasis rosea in three month old infant. *Arch Pediatr* 1960;77:364-8.

4. Drago F, Broccolo F, Rebora A. Pityriasis rosea: an update with a critical appraisal of its possible herpesviral etiology. *J Am Acad Dermatol* 2009;61(2):303-18.

5. Berti I. La pitiriasi rosea. *Medico e Bambino* 2009;28(9):588-9.

6. Zawar V, Kumar R. Multiple recurrences of pityriasis rosea of Vidal: a novel presentation. *Clin Exp Dermatol* 2009;34(5):e114-6.

7. Drago F, Broccolo F, Zaccaria E, et al. Pregnancy outcome in patients with pityriasis rosea. *J Am Acad Dermatol* 2008;58(5 Suppl 1):S78-83.

8. Urbina F, Das A, Sudy E. Clinical variants of pityriasis rosea. *World Journal of Clinical Cases*. 2017;5(6):203-11. doi:10.12998/wjcc.v5.i6.203.

The Lancet e un caso di "scientific misconduct"

Il numero di *Lancet* del 7-13 luglio 2018 a p. 2 dichiara "retracted" due articoli di Paolo Macchiarini e coautori pubblicati da *Lancet* dopo aver ricevuto richieste di farlo dal nuovo presidente dell'Istituto Karolinska (KI), Ole Petter Ottersen. Nella sua decisione il KI rileva che la ricerca riportata da *Lancet* nel 2011 (1) e una Review nel 2012 (2) costituiscono una "scientific misconduct". Nella sua richiesta di ritiro, Ottersen afferma che "non è stato ottenuto alcun permesso etico per la ricerca. La ricerca è stata condotta senza un supporto sufficiente dei dati preclinici. L'articolo presenta i suoi dati in modo indebitamente positivo e acritico." Il verdetto finale arriva dopo anni di incertezza e turbolenze all'interno del KI secondo il quale tutti i numerosi autori (Paolo Macchiarini, Philipp Jungebluth, Karl-Henrik Grinnemo, Jan Erik Juto, Alexander Seifalian, Tomas Gudbjartsson e Katarina Le Blanc) sono stati riconosciuti colpevoli di cattiva condotta. Il giudizio è basato sulla loro intenzione di ingannare al momento della pubblicazione, e sulla loro negligenza nell'ottenere informazioni e permessi che erano richiesti sul piano etico. I tre coautori del documento di revisione non sono stati ritenuti colpevoli di cattiva condotta.

1. Tracheobronchial transplantation with a stem-cell-seeded bioartificial nanocomposite: a proof-of-concept study. *Lancet* 2011;378:1997-2004.
2. Engineered whole organs and complex tissues. *Lancet* 2012;379:943-52.

A COLPO D'OCCHIO

Rubrica a cura di Enrico Valletta e Martina Fornaro

UO di Pediatria, Ospedale G.B. Morgagni - L. Pierantoni, AUSL della Romagna, Forlì



Ragazzo di 13 anni con dolore all'anca alla deambulazione

Cosa mostra l'Rx?

- Epifisiolisi dell'anca
- Frattura del collo del femore
- Artrite settica
- Malattia di Legg-Calvé-Perthes
- Apofisite della spina iliaca

Soluzione del quesito a p. 273