

Una bolla... non fa primavera



Francesca Caroppo, Elisa Milan, Anna Belloni Fortina

Centro Regionale di Dermatologia Pediatrica, Dipartimento di Medicina DIMED, Università di Padova

Alberto, un ragazzo di 15 anni, viene portato dalla madre per una visita dal pediatra in un pomeriggio di luglio per la comparsa improvvisa di un'eruzione cutanea bollosa. La madre riferisce di aver notato le prime lesioni il giorno precedente, a livello di mani e braccia, e che successivamente le lesioni erano aumentate in numero e dimensioni. Alberto riferisce inoltre un lieve prurito.

Il ragazzo ha eseguito tutte le vaccinazioni obbligatorie e in anamnesi presenta, da circa un anno, una condizione di obesità, per la quale da alcuni mesi è seguito da un endocrinologo e da un dietologo. Non vengono riferiti episodi febbrili o di altro rilievo nelle settimane più recenti, non assunzione di farmaci, né contatto con sostanze particolari. In famiglia non sono inoltre segnalate patologie dermatologiche.

Il pediatra indaga sulle attività svolte negli ultimi giorni dal ragazzo e su eventuali recenti viaggi. Non emergono tuttavia elementi di rilievo poiché la madre riferisce che Alberto, dalla fine della scuola, è sempre rimasto a casa, recandosi al mare o in montagna con i genitori saltuariamente, nei fine settimana.

Vista l'insorgenza acuta delle lesioni, il loro progressivo peggioramento e la mancanza di dati clinico-anamnestici riferibili a esantemi infettivi, il pediatra consiglia una visita dermatologica, per inquadrare e definire meglio la condizione clinica di Alberto.

La visita del dermatologo

Dopo alcuni giorni, Alberto giunge quindi all'attenzione del dermatologo. Le le-

sioni nei giorni successivi si erano estese anche a livello del collo, del volto e degli arti superiori. La madre riferisce al dermatologo della comparsa improvvisa delle prime lesioni a livello del dorso delle mani e della regione distale degli arti superiori. All'esame obiettivo cutaneo si osservano multiple lesioni eritemato-papulari localizzate a livello del volto e del collo, sia anteriormente che posteriormente, e numerose lesioni vescico-bollose, con bolle tese, a livello degli arti superiori e del dorso delle mani bilateralmente (Figure 1-3).

Considerando le lesioni bollose, tra le ipotesi diagnostiche che potevano essere prese in considerazione in prima istanza vi erano diverse condizioni (tra cui una dermatite allergica da contatto, un'epidermolisi bollosa acquisita, un pemfigoide bolloso e una dermatosi a IgA lineari).

Osservando con maggiore attenzione la localizzazione e la distribuzione delle lesioni, risultava tuttavia evidente il risparmio della regione del tronco e del dorso (sostanzialmente le aree non "esposte"), dove erano presenti solo isolate e minute lesioni eritematose, che sembravano "sfumare" a partire dalle regioni principalmente interessate (Figura 4).

A questo punto, il dermatologo cerca di approfondire l'anamnesi di Alberto. Inizialmente indaga su eventuali viaggi o spostamenti dell'ultimo periodo del ragazzo e della famiglia. Non trovando elementi di rilievo, cerca di indagare in modo più accurato, chiedendo in particolare alla madre nel dettaglio le attività che il ragaz-

zo svolgeva durante la giornata nei giorni precedenti. Emerge il fatto che, durante il pomeriggio, il ragazzo era solito giocare e rimanere fuori all'aperto, nel giardino di casa; un elemento di particolare rilievo che emerge è che, circa due giorni prima della comparsa delle lesioni, erano stati installati nel giardino dispenser automatici per la nebulizzazione di una sostanza insetticida a base di piretro per il trattamento di piante e alberi.

A questo punto a che diagnosi pensare?

L'insorgenza improvvisa di multiple lesioni vescico-bollose, unita alla loro particolare distribuzione a livello pressoché esclusivo delle regioni esposte, alla luce oltre agli altri elementi anamnestici, orienta dunque per la diagnosi di una dermatite da contatto a sostanze aerodisperse (*Airborn contact dermatitis*).

Cos'è l'*Airborn contact dermatitis*?

L'*Airborn contact dermatitis* è una dermatite da contatto che può essere causata da diversi allergeni e/o sostanze irritanti che si trovano appunto dispersi nell'aria e che si manifesta tipicamente con lesioni localizzate a livello delle regioni cutanee esposte. Si tratta di una patologia non infrequente, con una incidenza riportata del 3%. Tuttavia l'incidenza è probabilmente sottostimata, a causa innanzitutto della difficoltà nel riconoscimento e identificazione delle sostanze volatili a cui il soggetto può essere stato esposto, in particolare nel caso di una esposizione sporadica e accidentale



Figure 1-2. Lesioni eritemato-papulari a livello del collo che si riducono progressivamente verso il tronco e il dorso.



Figura 3. Lesioni eritematose e vescico-bollose a livello degli arti superiori.

(a differenza delle forme di *Airborn contact dermatitis* su base professionale); inoltre, frequentemente, alcune possibili forme di *Airborn contact dermatitis* vengono identificate e diagnosticate erroneamente come dermatiti allergiche da contatto.

Le cause di *Airborn contact dermatitis* sono rappresentate dagli allergeni che possono essere liberati e trovarsi dispersi nell'aria da profumi, deodoranti, profumi per ambiente, piante, detersivi, prodotti disinfettanti, prodotti insetticidi e pesticidi (come nel nostro caso) oppure da pitture, vernici, materiali plastici, materiali adesivi, solventi industriali, colle, gomme, cemento (più frequenti nelle forme "professionali").

Le manifestazioni cliniche sono rappresentate da lesioni eritemato-papulari e vescico-bollose con una tipica localizzazione a livello delle aree cutanee esposte (viso, in particolare naso e regione perioculare, collo, localizzazione a "V" a livello della regione sternale, dorso delle mani, braccia). La diagnosi di *Airborn contact dermatitis* è sostanzialmente clinica, basata sull'osservazione delle lesioni e della loro tipica localizzazione. Oltre all'osservazione del-



Figura 4. Risparmio della regione anteriore del tronco che presenta isolate e minute lesioni eritematose.

le lesioni è però fondamentale condurre un'accurata e approfondita anamnesi, poiché è proprio il dato anamnestico che pone il sospetto di un'esposizione a sostanze volatili potenzialmente irritanti.

Qual è il trattamento dell'*Airborn contact dermatitis*?

Il trattamento dell'*Airborn contact dermatitis* deve essere commisurato al quadro clinico e alle specifiche condizioni del paziente. La severità del quadro clinico è generalmente correlata alla durata di esposizione agli allergeni aerodispersi e alla quantità di allergeni cui il paziente è stato esposto. Il primo trattamento dell'*Airborn contact dermatitis* consiste naturalmente nell'eliminare il contatto con le sostanze identificate come probabili cause del quadro clinico. Il trattamento delle lesioni si basa sull'applicazione di corticosteroidi topici a media o alta potenza con eventuale somministrazione di antistaminico per via sistemica, in caso di moderata o intensa sintomatologia pruriginosa. Le terapie sistemiche a base di corticosteroidi o immunosoppressive (methotrexate, azatioprina) sono riserva-

te alle forme di *Airborn contact dermatitis* più severe o recidivanti.

E il nostro paziente...?

Ad Alberto è stato innanzitutto raccomandato di rimanere in casa e non uscire in giardino per due settimane e le lesioni cutanee sono state trattate con mometasona furoato in crema (0,1%), applicato 1 volta al giorno per i primi 7 giorni e poi a giorni alterni per i successivi 7 giorni, con beneficio clinico e remissione completa del quadro clinico dopo 14 giorni.

✉ anna.bellonifortina@gmail.com

Breuer K, Uter W, Geier J. Epidemiological data on airborne contact dermatitis - results of the IVDK. *Contact Dermatitis*. 2015 Oct;73(4):239-47.

Cabanillas M, Fernández-Redondo V, Toribio J. Allergic contact dermatitis to plants in a Spanish dermatology department: a 7-year review. *Contact Dermatitis*. 2006 Aug;55(2):84-91.

Handa S, De D, Mahajan R. Airborne contact dermatitis - current perspectives in etiopathogenesis and management. *Indian J Dermatol*. 2011 Nov;56(6):700-6.