

MeB – Pagine Elettroniche

Volume II

Marzo 1999

numero 3

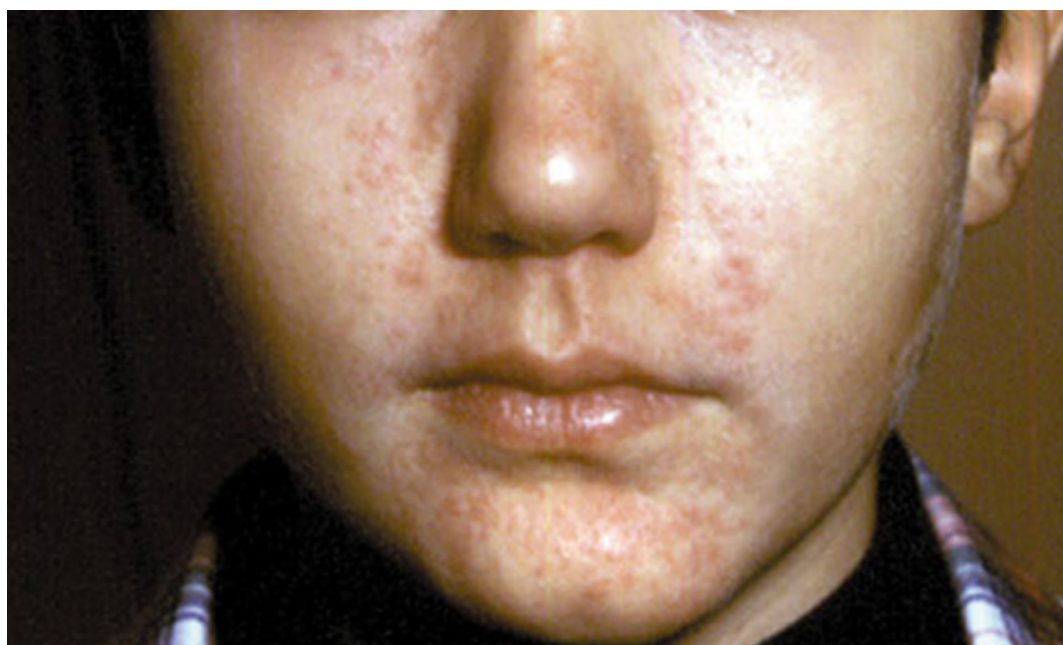
PEDIATRIA PER IMMAGINI

Dermatite periorale**IL CASO**

Filippo Longo

Clinica pediatrica, IRCCS 'Burlo-Garofolo', Trieste

Vincenzo, 12 anni e mezzo, viene in ambulatorio per lesioni al volto, presenti ormai da circa cinque mesi. Si tratta di piccole papule, papulovesicole e papulopustole miliariformi di uno-due millimetri di diametro, su base eritematosa, raggruppate simmetricamente e localizzate alle pieghe nasolabiali, alla zona perinasale e al mento; questi elementi hanno andamento recidivante con periodi di breve risoluzione che lasciano però sempre in sede un diffuso eritema, a volte con modesta desquamazione secca.



Il disturbo, inizialmente comparso alla base della piramide nasale, prevalentemente a destra, si è progressivamente esteso alle altre zone descritte. E' stato fatto inizialmente, dal medico curante, un trattamento locale con un antimicotico che, oltre a non dare miglioramento, ha provocato una reazione di bruciore per cui è stato sospeso dopo meno di una settimana. Un esame culturale per Candida e miceti è risultato negativo né sono stati documentati in sede germi patogeni; una ricerca di *Candida albicans* nelle feci è risultata negativa.

Nella storia clinica si segnala un asma bronchiale con allergia alla polvere di casa; il ragazzo era stato sottoposto nell'ultimo anno a ripetuti cicli di terapia con beclometasone dipropionato per aerosol.

IL PROBLEMA

Le lesioni potevano far pensare a prima vista ad una acne, ma questa eruzione eritematosa persistente composta di piccole papule e papulopustole, con distribuzione prevalente attorno

alla bocca e naso, configura un quadro solo similacneico che, per le sue caratteristiche morfologiche e di localizzazione, viene considerato una patologia a se stante e viene definito Dermatite Periorale, anche se questa definizione non è del tutto soddisfacente perché le lesioni sono spesso perinasali e a volte perioculari.

LA SOLUZIONE

Abbiamo iniziato terapia locale con metronidazolo all'1%, Metronidazolo Same gel una volta al giorno; al controllo, dopo tre settimane, la situazione appariva solo leggermente migliorata ma del tutto insoddisfacente per il paziente, che si sentiva disturbato nella relazioni con l'ambiente degli amici e della scuola. Si è deciso pertanto di iniziare terapia con minociclina 100mg/die per os; dopo tre settimane il miglioramento era evidente; la cura è stata protratta per altre tre settimane con risoluzione completa delle lesioni e senza recidive alla sospensione.

A distanza di sei mesi è stato visto in ambulatorio un altro adolescente (anche in questo caso sottolineo di sesso maschile) con lesioni simili a quelle appena descritte, inizialmente presenti attorno ad una narice, che si sono progressivamente aggravate ed estese dopo la applicazione di una crema cortisonica potente in associazione con neomicina (Halciderm Combi). Alla luce della precedente esperienza e rivalutando le indicazioni della letteratura sull'argomento, abbiamo deciso per la cura esclusivamente locale con metronidazolo due volte al giorno per tempi lunghi, dopo aver ovviamente sospeso il cortisone: solo dopo il primo mese di terapia abbiamo avuto l'evidenza di un chiaro miglioramento, anche se parziale, delle lesioni. Poiché il farmaco appariva ben tollerato e poiché un tentativo breve di sospensione ha portato a una ripresa della dermatite, abbiamo mantenuto la terapia locale fino a scomparsa della sintomatologia: ciò si è verificato in un tempo complessivo di quasi quattro mesi.

DISCUSSIONE

La dermatite periorale appare clinicamente come una variante dell'acne ed è un quadro abbastanza comune nelle giovani donne; la prevalenza di questa affezione è notevolmente aumentata con l'avvento dei cortisonici fluorurati applicati al volto e si è ridotta nell'ultimo decennio, quando ci si è resi conto di questa complicazione della corticoterapia locale. Gli altri fattori ipotizzati come responsabili, da soli o in associazione al cortisone locale, sono una infezione cutanea fusobatterica di origine orodentaria, una irritazione da cosmetici e/o da altri agenti esterni, l'uso di dentifrici al fluoro.

Dal punto di vista fisiopatologico si pensa che il disturbo sia correlato, almeno in parte, all'acne rosacea, che ha però caratteristiche diverse: quest'ultima infatti compare alla quarta-quinta decade, ha localizzazione più estesa al volto e guance, vi è una maggior diffusione dell'eritema, le papule e le pustole sono più grandi e meno raggruppate: inoltre mentre sono ipotizzati alcuni fattori patogenetici comuni, come una reazione infiammatoria ad agenti infettivi (*Demodex folliculorum*, germi saprofiti, acari) o una irritazione da agenti esterni, i disturbi funzionali della circolazione come crisi vasodilatatorie termofobia teleangectasie e difetto di regolazione del flusso venoso facciale sono tipici solo dell'acne rosacea.

Una dermatite periorale può insorgere però anche senza che sia stata praticata alcuna terapia corticosteroidea topica e vi sono indicazioni nella letteratura che questo quadro così peculiare sia più comune di quanto si creda anche nei bambini e negli adolescenti maschi. In una revisione fatta alcuni anni fa all'ambulatorio di un reparto di dermatologia pediatrica di Cincinnati (USA) sono stati riscontrati in poco più di un anno 14 casi di bambini affetti (dai nove mesi ai sei anni), cinque dei quali erano maschi; solo in metà dei casi vi era stato un precedente trattamento con cortisone locale, di medio-alta potenza. Tornando ai nostri casi, uno dei nostri bambini, pur non essendo stato trattato con cortisone locale prima della comparsa della dermatite, aveva fatto ripetuti cicli di aerosol con beclometasone; la comparsa di dermatite periorale dopo terapia aerosolica con cortisone è già stata di recente segnalata in due bambini affetti da asma bronchiale

che sono stati trattati con budesonide per via inalatoria applicato sia con nebulizzatore che con distanziatore. Nel secondo nostro caso sembra esservi l'evidenza che una dermatite probabilmente di tipo irritativo preesistente sia stata aggravata dalla applicazione locale di cortisone.

Le indicazioni per la terapia di questa dermatite, spesso molto disturbante soprattutto per le conseguenze estetiche e per le quali vi è un consolidato consenso, sono le seguenti:

la sospensione del cortisone (quando questo è stata la causa scatenante) è ovviamente necessaria ma non sufficiente perché si ha spesso una ripresa della dermatite a distanza. A questa si deve associare la sospensione di qualsiasi tipo di cosmetico compresi gli emollienti. La terapia più consolidata è la tetraciclina per via orale (nei bambini al di sopra degli otto-dieci anni) per un periodo di circa otto settimane; ciò porta, come anche dimostrato in studi controllati, a una completa risoluzione senza ricadute. Nei bambini più piccoli possono essere usati i macrolidi ma non vi sono studi controllati in questo senso.

Il metronidazolo locale in concentrazioni variabili fra lo 0,75% e il 2% è stato usato con buoni risultati in vari "trial" terapeutici, segnalati in letteratura in analogia con gli effetti positivi ottenuti sulla componente papulo pustolosa della rosacea. Il meccanismo d'azione in queste patologie non è chiaramente conosciuto (effetto antinfiammatorio, effetto immunosoppressivo e, meno verosimilmente, antimicrobico). In commercio in Italia è disponibile un gel all'1%.

I risultati segnalati con questa terapia locale sono sempre stati buoni, anche se leggermente inferiori a quelli ottenuti con la tetraciclina per os, ma il tempo necessario per ottenere una risoluzione è molto più lungo: i primi risultati si ottengono dopo quattro-sei settimane ed una completa e stabile risoluzione si ottiene in genere dopo alcuni mesi di trattamento (tre-sei mesi). Quando usato per questa patologia, il metronidazolo è sempre stato ben tollerato anche per tempi lunghi senza effetti collaterali ed evidenza di assorbimento sistemico e perciò può essere una valida alternativa alla terapia sistemica.

Bibliografia

- Manders SM, Lucky AW: Perioral dermatitis in childhood. *J Am Acad Dermatol* 688-92, 1992
- Veien NK et al: Topical metronidazole in the treatment of perioral dermatitis. *J Am Acad Dermatol* 24, 258-60, 1991
- Miller SR Shaita AR: Topical metronidazole gel (0,75%) for the treatment of perioral dermatitis in children. *J Am Acad Dermatol* 31, 847-848, 1994
- Borck K et al: Perioral Dermatitis in children- Clinical presentation, Pathogenesis-related factors and response to topical metronidazole. *Dermatology*, 1977
- Held E et al: Perioral dermatitis in children under steroid inhalation therapy. *Ugeskr laeger* 159 (47), 7002-3, 1997