

COLLANA DI MEDICINA PRATICA: IL LINGUAGGIO DELLA PELLE

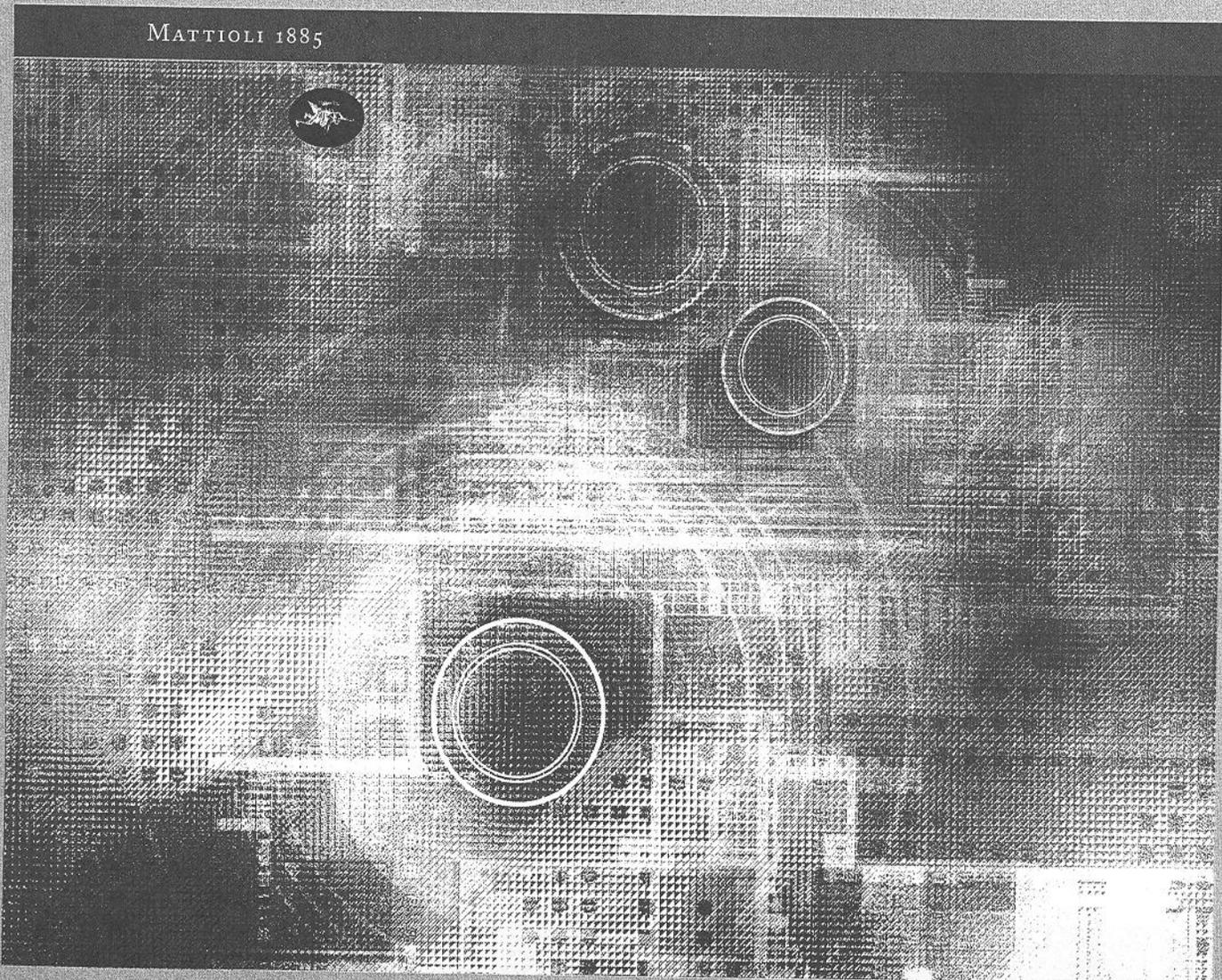
DISFUNZIONI SISTEMICHE
NELLE DERMOPATIE DA CONTATTO
CON RILIEVI CLINICO-PATOGENETICI
SPERIMENTALI E CLASSIFICATIVI

A cura di:

Giuseppe Palminteri, Raffaele Scerrato, Antonino Coppola

TRATTATI

MATTIOLI 1885



LA CLINICA DELLA DERMATITE ALLERGICA DA CONTATTO CON DIAGNOSTICA DIFFERENZIALE

CAPITOLO 4

G. PALMINTERI, F. ALLEGRI, M.L. CAMINITA, A. FERRUZZA, D. PICCIOTTO

ASPETTI CLINICI DELL'ECZEMA ALLERGICO DA CONTATTO

Nel quadro dell'EAC si possono considerare forme tipiche e numerose varianti clinico-morfologiche (9, 11).

Nelle forme tipiche la fase di acuzie si presenta con chiazze eritemato-vescicolari, generalmente edematose e con bordi sfumati. Le vescicole sono puntiformi, più o meno agminate sino a confluire in grosse vescicole o microbolle (eczema vescicoloso e vescico-boloso, Fig. 1).

La rottura di tali elementi dà luogo alla formazione di zone abrase e di essudazione (eczema essudante). Alcune localizzazioni dell'eczema da contatto acuto, come le palpebre e le regioni genitali, possono accompagnarsi ad uno



Figura 1
Dermatite acuta vescico-bollosa da trementina in pittore (osservazione Essex Italia)

stato di edema intenso, mentre altre volte una scarsa vescicolazione viene individuata alla periferia delle chiazze. La detersione accurata di una superficie essudante lascia intravedere i cosiddetti pozzetti eczematosi del Devergie, punti esulcerati rotondeggianti gementi siosità.

La fase di acuzie dell'EAC va incontro ad una progressiva regressione verso la guarigione o a una fase subacuta, nella quale le lesioni diventano sempre più asciutte, le chiazze si ricoprono di croste e la congestione diminuisce. Tuttavia l'insorgenza di nuove lesioni può evidenziare un polimorfismo evolutivo, con prevalenza di singoli elementi (polimorfismo metacrono).

Persistendo le manifestazioni subentra la fase cronica, caratterizzata da un aspetto secco delle lesioni con riscontro di placche squamose lievemente eritematose, spesso pruriginose.

La forma lichenificata si ricollega a un lungo decorso dell'affezione ed è caratterizzata da prurito persistente e intenso con lesioni da grattamento; si notano frequentemente chiazze rilevate dal colore grigiastro, rosa pallido o bruno scuro, solcate da un disegno reticolare romboidale, quasi a mosaico (Figg. 2, 3).

Questo aspetto di lichenificazione è il risultato di un processo iperplastico dell'epidermide (acantosi ed ipercheratosi, v. istopatologia). Talvolta su queste chiazze ispessite e lichenificate, compaiono gittate di elementi vescicolari, più spesso (al dorso delle mani soprattutto) ipercheratosi e ragadi, croste con riduzione della congestione.

Varianti clinico-morfologiche

Alcune varianti clinico-morfologiche si configurano nell'eczema nummulare, nell'eczema disidrosiforme, nell'ec-

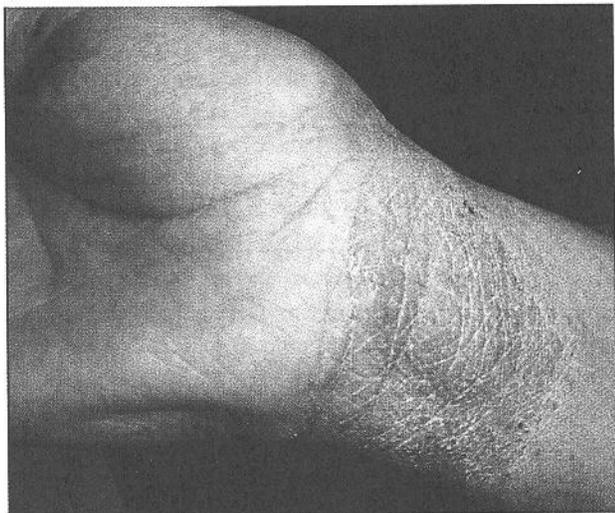


Figura 2
Dermatitis eczematosa lichenificata



Figura 3
Dermatitis eczematosa lichenificata

zem-prurigo, nella dermatite papulo-vescico-follicolare e lichenoidale, forme spesso ad eziopatogenesi diversa, con frequenti disfunzioni sistemiche.

L'eczema nummulare, evidenzia chiazze rotondeggianti o ovalari dall'aspetto di monete di varia grandezza qualche volta diffuse a tutta la cute, con scarso prurito (Fig. 4). Si possono osservare l'aspetto di acuzie o di cronicità. Si differenziano dalle micosi per l'assenza di bordi sopraelevati e per l'uniformità delle lesioni dalla periferia al centro.

L'etiopatogenesi è spesso sconosciuta, tuttavia in determinati rischi professionali risulta una sensibilizzazione ai sa-

li di cromo e di nichel e ad allergeni contenuti in oli solubili.

Sebbene in una discreta percentuale di casi la dermatite disidrosiforme abbia un'origine endogena da cause sconosciute o da infezioni micotiche croniche e focali (Fig. 5), a volte può rappresentare un aspetto di EAC.

L'affezione è caratterizzata da vescicole dure, indovate alle pieghe interdigitali, alle dita delle mani e dei piedi e al palmo delle mani e alla pianta dei piedi, contenenti liquido chiaro che può intorbidarsi su cute eritematosa o eritemato-desquamante. Le vescicole appaiono di solito raggruppate ed interessano anche le piante e i bordi laterali dei piedi (Fig. 5).



Figura 4
Dermatitis nummulare



Figura 5
Eczema disidrosiforme

Possono insorgere essudazione e fatti squamo-crostosi con prurito intenso.

L'assunzione di una dose di nichel, per via alimentare e più frequentemente nelle donne, può esercitare un'azione iritativa sull'eczema disidrosiforme (test di scatenamento), caratteristica del meccanismo da contatto sistemico (2, 5, 7, 8) (v. predisposizione individuale, inizio Cap. 3).

La varietà di eczem-prurigo è caratterizzata da una eruzione generalizzata di piccoli elementi papulo-pruriginosi escoriati al tronco e agli arti e colpisce i muratori, gli addetti alle cementerie (scabbia da cemento) e gli addetti alla preparazione e lavorazione di resine epossidiche. Fattori favorevoli sono il clima caldo-umido, la sudorazione e la costituzione emotiva del soggetto.

Nella varietà papulo-vescicolo-follicolare e lichenoidale, vicina alla precedente, si riscontra una eruzione di piccoli elementi, agminati, al più quanto un grano di miglio. Sono spesso responsabili di questa forma nichel e rivelatori cromogeni; nel caso della parafenildiammina la dermatopatia assume un aspetto papuloso lichenoidale, riportabile a eruzioni lichenoidi tipiche di DCS (vedi Cap. 3, Fig. 4).

Si può considerare anche una forma neuro-distrofica xerodermica eczematosa, che si differenzia dalla forma irritativa xerodermica da contatto, per la presenza della componente essudativa e per lesioni a distanza e positività di test epicutanei. In quanto tale è configurabile come dermatite da contatto allergica neurodistrofica sistemica, anche in considerazione del ruolo favorente di una patologia cervicale osteoarticolare spesso presente (Figg. 2 e 3).

L'insieme di queste varietà di EAC è riportabile a condizioni individuali di più marcata predisposizione e suscettibilità. Altre caratteristiche dipendono a volte da condizioni cliniche come punto di impatto della sostanza allergizzante e distretto interessato (per esempio nel caso di interessamento del palmo delle mani si riscontrano spiccata ipercheratosi e spacchi ragadiformi molto marcati); localizzazioni aberranti (trasporto con le dita alle regioni periorbitarie di agenti sensibilizzanti); eruzioni polimorfe seconde a tipo idico, eritema essudativo multiforme-simile (2-5) insorgenti con meccanismo ancora non sufficientemente interpretato e pertanto non necessariamente di tipo dermatitico da contatto.

Eczema fotoallergico da contatto

Numerosi composti chimici, per provocare reazioni di tipo eczematoso allergico da contatto, devono andare incontro a un processo di fotoattivazione per azione delle radiazioni solari, come si verifica in condizioni di tipo foto-

tossico immediato o tardivo e di tipo fotoallergico immediato. Le sostanze in oggetto vengono denominate fotoallergeni responsabili di reazioni foto allergiche di tipo tardivo o eczematoso.

Se si tiene presente il numero rilevante di sostanze foto sensibilizzanti che possono costituire fonti di rischio in attività professionali varie (tra le quali è preponderante l'attività del personale sanitario ed infermieristico), è facile dedurre la possibilità di reazioni foto-allergiche di tipo eczematoso. Si citano a proposito composti chimici riportabili a fenotiazinici, salicilamidi alogenati, furocumarine, piante e oli essenziali, coloranti, catrami minerali, tiazinici, antibiotici, sulfamide e derivati, acido paraaminobenzoico e derivati, sbiancanti ottici. Queste sostanze possono essere responsabili anche di alterazioni di natura diversa (sempre in rapporto alla loro azione foto sensibilizzante), come dermatiti fototossiche, melanosi, melanodermie, fitofotodermatiti, cheratosi attiniche, eruzioni lichenoidi, eruzioni papulose, bolle, fotooncolisi, pseudo porfirie. Per riferimenti particolari in proposito si rimanda ai capitoli su fotodermatosi, dermatiti professionali da agenti irritanti, fitodermatiti.

L'eczema fotoallergico da contatto si riscontra più frequentemente nei lavoratori dell'industria, addetti alla produzione di fenotiazine, o esposti a fumi di oli grezzi e di pece o nel personale sanitario che impiega clorpromazina. È comunque da ricordare che i fotoapteni possono agire oltre che per contatto anche per via parenterale o orale, come farmaci che hanno prima determinato una sensibilizzazione per contatto (7).

Le sedi scoperte costituiscono la localizzazione delle reazioni fotoallergiche di tipo eczematoso con eventuale successivo interessamento anche di sedi non fotoesposte. Le manifestazioni insorgono generalmente 24 h dopo una irradiazione solare anche di scarsa entità. Sono responsabili le radiazioni UVA, ma svolge un ruolo patogenetico anche la luce artificiale (lampade fluorescenti).

La dermatosi è caratterizzata da manifestazioni eczematose in chiazze delimitate, congeste, lucenti e rilevate con fine desquamazione.

Rimuovendo le cause è possibile la guarigione con modesti esiti ipercromici. Tuttavia la persistenza dei contatti e dei fotoapteni, anche per il probabile arrivo di questi ultimi alla cute con meccanismo endogeno attraverso farmaci o alimenti, e l'esposizione protratta a stimoli radianti (a lungo andare diventano attive buona parte delle radiazioni) possono provocare una esasperante cronicizzazione dell'eczema.

DECORSO E COMPLICANZE

Decorso

Tenendo presenti le difficoltà di ordine nosografico l'evoluzione dell'EAC è quanto mai variabile in rapporto a più fattori:

- 1) cessazione, diminuzione o persistenza della esposizione agli allergeni;
- 2) ruolo dei fattori predisponenti individuali e ambientali e di numerosi cofattori patogenetici;
- 3) fenomeni di sensibilizzazione crociata e di polisensibilizzazione ad antigeni vari, chimici, batterici e fungini;
- 4) insorgenza di fenomeni di ipersensibilità immediata in rapporto a un particolare terreno reattivo individuale, condizioni facilitanti la configurazione di una DCS.

Il decorso viene influenzato, pertanto, dalla particolare tendenza dell'EAC alla diffusione. Infatti, se è vero che esso può insorgere in una sede e quivi persistere per anni e poi esaurirsi, altre volte mostra tendenza diffusiva, anche rapida, agli arti e al viso, e talvolta si generalizza (vedi eczema nummulare, eczema-prurigo, eczema papulo-vescicolo-follicolare e lichenoidale).

Nella diffusione l'EAC segue un particolare schema distributivo, che si riscontra soprattutto nelle forme acute e recidivanti subacute. Così, l'eczema della mano compromette dapprima la mano controlaterale, quindi le regioni flessorie degli avambracci, il viso, le sedi genitali e gli arti inferiori; l'eczema del dorso del piede, il piede controlaterale, le gambe, le mani e infine le sedi genitali.

Le recidive per nuovi contatti con gli apteni contribuiscono all'istituirsi di forme croniche e lichenificate, che peraltro possono essere sostenute da molteplici fattori evocatori. Il decorso dell'EAC è anche influenzato dai medesimi apteni, che pervenendo alla cute per via ematica (e non solo: per via aerea costituiscono l'airborne dermatitis) determinano lesioni a distanza.

D'altronde in riferimento al nichel, si è potuto dimostrare l'insorgenza di sensibilizzazione di tipo anafilattoide per via generale, e così per altri metalli. A questo proposito molto significativi sono i rilievi di eczemi lichenoidi per contatto con dialcoilaniline, mentre l'inalazione delle stesse induce in soggetti, già sensibilizzati ai rivelatori cromogeni, l'insorgenza di una eruzione assai vicina al lichen planus (Fig. 6).

Il rilievo di una lichenificazione marcata con intenso prurito e di eventuali manifestazioni alle pieghe dei gomiti e delle ginocchia, al collo, alla nuca, ai piedi, conferma la diagnosi di dermatite atopica. Occorre considerare che fattori di richiamo sono costituiti da comuni agenti irritanti come detergenti, emollienti, oli solubili, sostanze chimiche

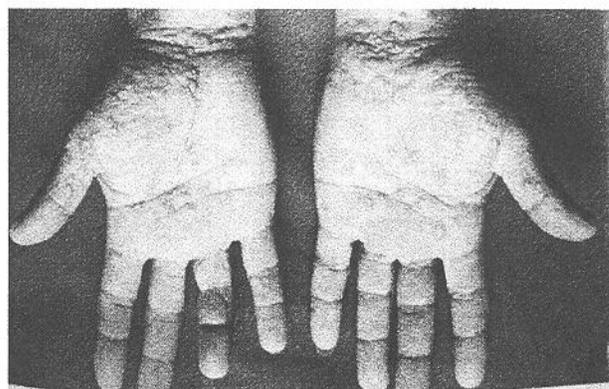


Figura 6
Lichen Planus

varie, etc., e che l'attività lavorativa in ambiente caldo umido o freddo aggrava l'affezione. Per questi motivi si è inclini a ritenere espressione di atopia alcune forme dermatitiche da agenti irritanti (8). Trattasi in effetti di una dermatite atopica con localizzazione prevalente alle mani e soggetta a riacutizzazioni per l'azione dei suddetti fattori di risveglio (12).

Complicanze

L'eczema allergico professionale (EAP) alla stregua degli eczemi allergici da contatto in generale, si può sovrapporre presentando il quadro dell'eczema impetiginizzato (Fig. 7).

Si ha spesso una reazione linfoangioitica e compromissione delle linfoghiandole tributarie superficiali. Pertanto all'aspetto sieroso della essudazione può subentrare un aspetto purulento con la formazione di chiazze eczemato-



Figura 7
Eczema impetiginizzato da cemento

se ricoperte da croste impetiginizzate, giallastre e può constatarsi adenopatia distrettuale dolorosa e febbre di tipo settico.

L'azione della microflora piogena cutanea che si traduce con manifestazioni più grossolanamente piogeniche come follicoliti, foruncoli, alterazioni piodermitiche, è favorita da fattori predisponenti individuali (malattie generali e dismetaboliche, alcolismo, etc.) e da fattori predisponenti locali (manifestazioni ragadiformi e abrasive), per cui si verificano più facilmente variazioni nella attività degli agenti batterici stessi con esaltazione della virulenza e del potere invasivo. A queste condizioni predisponenti individuali si uniscono spesso anche stimolazioni ambientali, fisiche e chimiche (luce, temperatura, umidità).

In questo quadro è facile l'evenienza della diffusione e generalizzazione della dermatopatia, anche con implicazioni interne e dell'insorgenza di fenomeni di anacoresi e di iperessia microbica in genere (vedi Cap. 1).

L'aumento della VES, la leucocitosi, la disprotidemia e l'albuminuria, sono dati di laboratorio che si riscontrano nelle complicanze settiche dell'EAC. Le modificazioni sieroproteiche, in genere, sono dovute alla diminuzione albuminica ed all'aumento della quota globulinica totale, soprattutto a carico delle gamma e delle alfa (2). L'entità di queste modificazioni umorali sta in rapporto non tanto col tipo delle manifestazioni cliniche, essudative o meno, e con la loro estensione, ma con la durata della dermatopatia stessa e il grado di reattività cutanea; comunque rappresentano una utile spia del decorso dell'affezione.

La compromissione del quadro protidemico di soggetti con EAC si può considerare spia del momento allergico-immunitario e trova conferma nel ritorno alla norma delle sieroproteine, parallelamente a una più rapida risoluzione dell'affezione, in pazienti sottoposti a trattamento desensibilizzante con istaminoterapia protetta con antistaminici.

Come si è già accennato a proposito del decorso, alcune condizioni, come la persistenza dei contatti (anche al di fuori dell'ambiente professionale), le polisensibilizzazioni e i trattamenti incongrui e inadatti, spesso si ripercuotono negativamente sulla dermatopatia con il sovrapporsi di fenomeni infettivi (eczema impetiginizzato, Fig. 7), irritativi e allergici con effetto cronicizzante.

La complicanza più temibile, comunque rara, è costituita dalla eritrodermia; per la sua insorgenza su un eczema da contatto possono concorrere gli stessi fattori etiopatogenetici e le stesse condizioni predisponenti individuali riscontrabili nel determinismo delle lesioni eczematose, comunque atti a provocarne la diffusione e poi la generalizzazione (Figg. 8, 9, 10).

L'eritrodermia assume spesso una caratteristica cronicizzante di durata anche lunga, con una prima fase essudativa, più specificamente eczematoso e, una seconda congesta e asciutta con desquamazione abbondante in larghe lamelle che si distaccano di continuo lasciando allo scoperto superfici tese e lucide. Nei casi ad evoluzione favorevole, assieme alla riduzione della desquamazione che assume un aspetto a piccole squame di tipo psoriasico, si nota



Figura 8
Manifestazioni dermatiche biotico-seborroiche con tendenza eritrodermia



Figura 9
Stesso paziente della figura 8. Manifestazioni diffuse degli arti

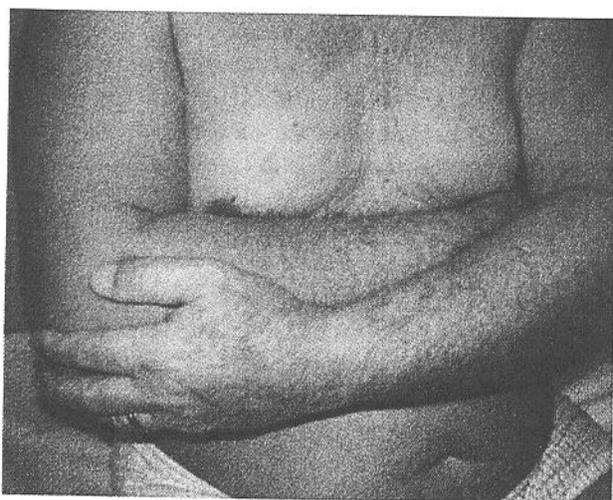


Figura 10
Stesso paziente della Fig. 8 in chiara evoluzione eritrodermica

una tonalità rosso-bruna dell'eritema generalizzato per l'evidenziarsi di una componente pigmentaria. Nel lungo decorso possono comparire distrofie ungueali e una linfadenite dermatopatica, per un processo reattivo cronico dell'apparato linfoghiandolare, che regredisce con la risoluzione dell'eritrodermia e che tuttavia si deve differenziare, con l'indagine istologica, dalla malattia di Hodgkin. L'eritrodermia è caratterizzata soggettivamente da brividi persistenti per perdita continuata di calore e da prurito ge-

neralizzato, e obiettivamente da febbre, da una sintomatologia generale variabile per interessamento degli apparati polmonare, intestinale, circolatorio e renale, e da riscontro di notevoli alterazioni nelle indagini di laboratorio (VES, protidogramma, urine, elettroliti, emocromo, ecc.).

Bibliografia

1. Di Lorenzo G, Palminteri G. Il linguaggio della pelle in immunologia clinica. In: G. Palminteri, T. Lotti, F. Allegri e Coll., *Dermatologia scienza di base per la clinica*, pp. 95-101, Mattioli Editore, Fidenza, 2008.
2. Grandolfo M, Foti C, Mastrolonardo M, Vena GA., Angelini G. La dermatite da contatto sistemica. *Boll Dermatol Allergol* 8, 107-132, 1993.
3. Mastruzzo G. Istopatologia. In: G. Palminteri, *Dermatologia Professionale: patologia cutanea e medicina generale*, pp. 231-233, Medical Books, 1990.
4. Meneghini CL, Angelini G. *Le dermatiti da contatto*, Lombardo Ed., Roma, 1982.
5. Palminteri G. Esperienze, rilievi e considerazioni sulla ipersensibilità da contatto di tipo ritardato. *Ann It CI Derm Sper* 22, 47-62, 1968.
6. Palminteri G, Panno G, Rizzo A. Modificazioni sieroproteiche in dermatopatie eczematose professionali. *Ann It CI Derm Sper* 16, 36-45, 1961/62.
7. Palminteri G. Aspetti della allergologia cutanea. *Ann It CI Derm Sper* 24, 380-90, 1971.
8. Palminteri G, Romano A. Sui rapporti tra medicina generale e dermatologia nell'eczema professionale: ruolo della predisposizione individuale. *Ann It CI Derm Sper*, Vol. XXVI, 50-55, 1972.

9. Palminteri G. Aspetti clinici dell'eczema allergico professionale. pp.223-231. In: G. Palminteri, Dermatologia professionale: patologia cutanea e medicina generale, Medical Books, 1990.
10. Palminteri G, Gagliardi G, Coppola A. Dermopatie negli addetti ai lavori domestici. Correlazioni con altre attività professionali. In: G. Palminteri, Dermatologia Professionale: patologia cutanea e medicina generale, Medical Books, 1990.
11. Palminteri G, Brai M, Troja V. Dermatiti da contatto. In: G. Palminteri, Dermatologia e medicina interna, il linguaggio della pelle, Vol. II, pp. 1233-40. Mattioli Editore, Fidenza, 1998.
12. Palminteri G. Dermatologia professionale (patologia cutanea e medicina generale). Medical Books, 1990.
13. Sertoli A. Dermatosi professionali. In: E. Panconesi, Manuale di Dermatologia. UTET, 1992.