

COLLANA DI MEDICINA PRATICA: IL LINGUAGGIO DELLA PELLE

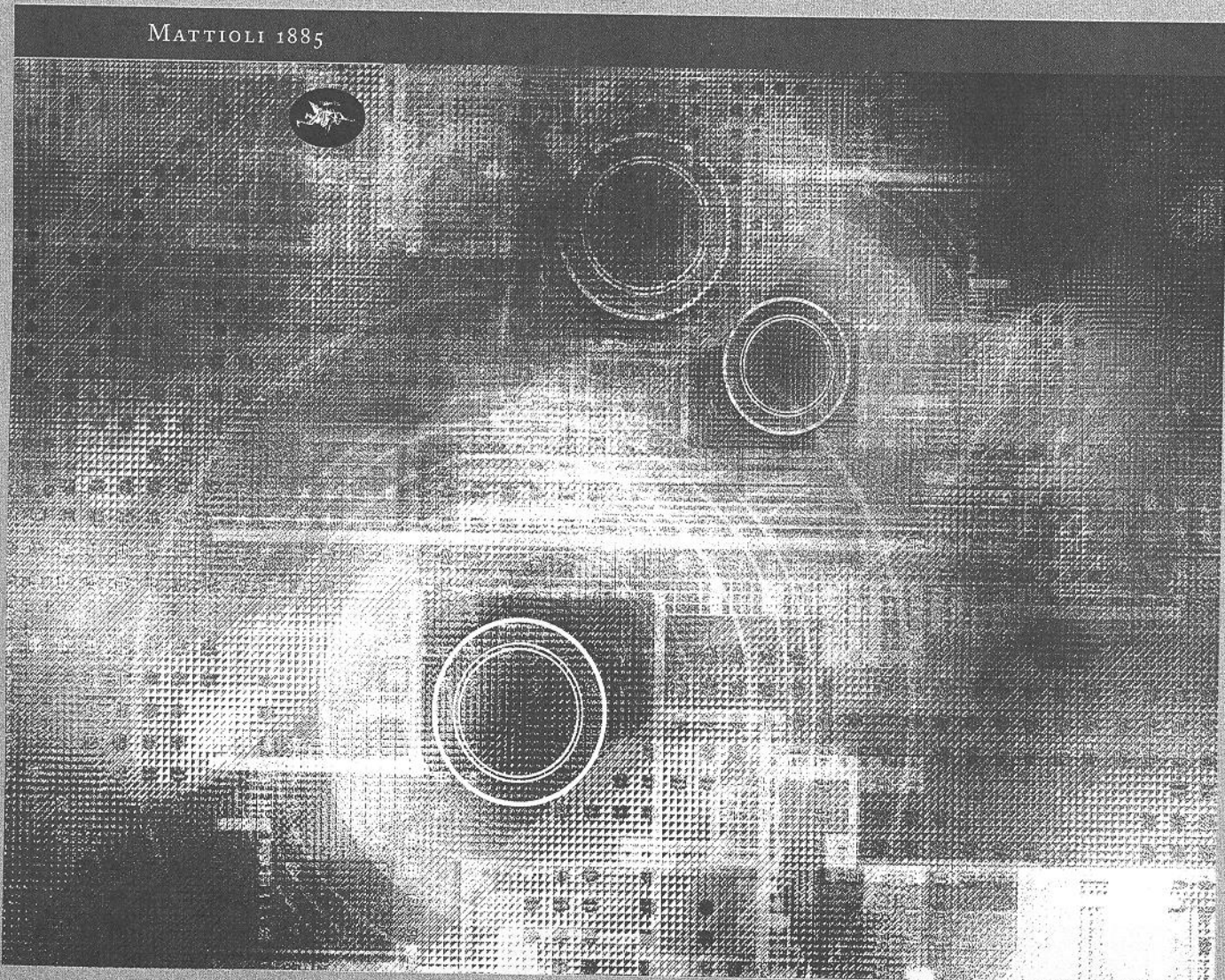
DISFUNZIONI SISTEMICHE
NELLE DERMOPATIE DA CONTATTO
CON RILIEVI CLINICO-PATOGENETICI
SPERIMENTALI E CLASSIFICATIVI

A cura di:

Giuseppe Palminteri, Raffaele Scerrato, Antonino Coppola

TRATTATI

MATTIOLI 1885



RILIEVI DIAGNOSTICO-DIFFERENZIALI NELL'ECZEMA DA CONTATTO

CAPITOLO 5

G. PALMINTERI, A. FERRUZZA, G. LA PAGLIA, S. TOTARO, M.G. VERSO

Rilievi clinici per la diagnostica differenziale

Gli aspetti diagnostici, quasi sempre riportabili agli aspetti clinici dell'EAC, vengono interpretati sulla base di elementi clinico-anamnestici e allergologico-funzionali (7). Il riscontro di lesioni di tipo dermatitico, a focolai ben circoscritti, talora indefiniti nei contorni, caratterizzati da manifestazioni eritemato-vescicolari o essudanti, papulo-infiltrative, desquamative e crostose o lichenificate, a volte in varia aggregazione con aspetti polimorfi, orienta intanto verso una diagnosi generica di dermatite eczemato-sa.

Ovviamente il dato anamnestico dell'esposizione a vari agenti soprattutto chimici, suggerisce la possibilità del rischio professionale suffragato dalla localizzazione delle manifestazioni iniziali, che di solito corrispondono alle sedi di impatto delle noxe lavorative, e dalle stesse modalità di diffusione delle lesioni prima descritte.

Il primo problema diagnostico differenziale riguarda la dermatite da agenti irritanti. Questa si distingue soprattutto per la costante assenza di lesioni in vicinanza e a distanza dal focolaio iniziale, per lo scarso rilievo di fattori predisponenti di natura diatesica familiare, per le alterazioni della sensibilità, per una rapida regressione delle forme acute, allontanate le noxe, per la negatività dei test epicutanei e per l'eventuale riscontro di lesioni istopatologiche di tipo regressivo degli strati epidermici superficiali.

L'eczema professionale con diffusione a distanza (Fig. 1) si deve spesso differenziare dalla dermatite atopica, che si distingue per il rilievo di cute secca, xerosica e di dermatografismo bianco. Sono particolarmente compromessi il viso e i cavi poplitei e, nelle localizzazioni secondarie, le pieghe, il collo e le mani.



Figura 1
Dermatite eczemato-sa cronico-recidivante da cemento con diffusione a distanza

Sono prevalenti i focolai di lichenificazione, il prurito è molto intenso, diffuso, e la dermatopatia ha un carattere ostinatamente cronico-recidivante. Sono caratteristici nella dermatite atopica l'aumento delle IgE e la reattività, il più spesso aspecifica, a sostanze proteiche, microbiche e parassitarie. In qualche raro caso si riscontra positività ad agenti chimici. Si ricorda quanto sia talvolta difficoltosa la differenziazione della dermatite atopica da forme di dermatite irritativa.

La tinea corporis è caratterizzata da chiazze eritemato-desquamative di solito rotondeggianti a risoluzione centrale, e manifestazioni vescicolari nella sede periferica delle chiazze stesse, mentre la tinea manum, con localizzazione palmare, presenta un aspetto di cute secca desquamante su un fondo eritematoso, facilmente confondibile

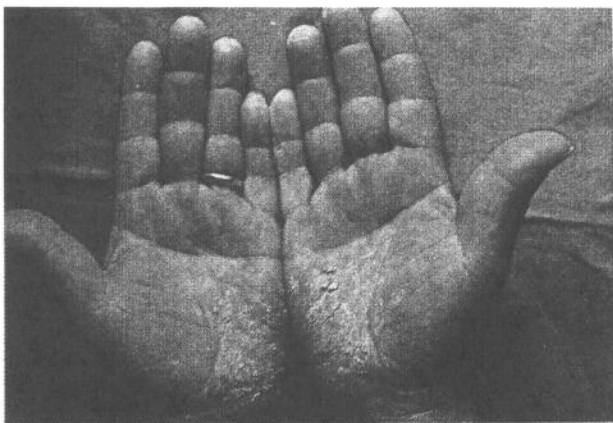


Figura 2
Psoriasi palmare

con un quadro clinico di dermatite da contatto desquamativa; tuttavia l'anamnesi, le prove allergologiche e gli esami micologici sono dirimenti ai fini diagnostici.

Anche la psoriasi nella localizzazione palmare (Fig. 2) deve essere differenziata da eczemi squamosi allergici da contatto.

Nella psoriasi le chiazze, circoscritte, figurate con squame secche e argentine, colpiscono spesso le parti estensorie e non sono di solito pruriginose. La psoriasi è una dermatosi cronico-recidivante, eritemato-squamosa, spesso diffusa o generalizzata.

Esistono tuttavia manifestazioni eczematidiche psoriasiformi da contatto nell'ambito delle dermatiti da agenti irritanti, favorite da una suscettibilità da terreno costituzionale paracheratosico (vedi Fig. 10, Cap. 2).

Gli eczemi nummulari e disidrosiformi, quando non rappresentano aspetti di EAC, devono essere tenuti presenti ai fini di una definizione causale, caso per caso.

La dermatite seborroica da richiamare nel caso di localizzazioni secondarie alle pieghe, al viso, alle regioni ricoperte da peli come gli avambracci, presenta, comunque localizzazione elettiva di manifestazioni eritemato-desquamative circoscritte, con fini squame untuose al capillizio, alle regioni medio-toraciche, al centro del viso, ai padiglioni auricolari.

L'eczema lichenoidale da contatto si deve differenziare dal lichen planus che presenta papule poligonali piane, di colorito rosso-lilla, perfettamente delimitate anche se agminate), e frequente interessamento delle mucose visibili. In questa affezione, al pari della psoriasi, si può evidenziare il fenomeno di Koebner.

L'anamnesi è estremamente importante ai fini diagnostici, perché contribuisce a puntualizzare l'eventuale rapporto con l'attività professionale, oltre che l'insorgenza, la recrudescenza ed il decorso della dermatite.

Una anamnesi minuziosa non deve trascurare l'esame di tutte le attività del paziente, lavorative ed extralavorative, come anche le notizie su lavori precedenti, sull'uso di mezzi di protezione, su terapie topiche e generali e sull'impiego di prodotti cosmetologici. La conferma della prova dell'esposizione lavorativa è altamente indicativa ai fini del riconoscimento di una dermatite professionale, per cui si impone una mirata e attenta indagine anamnestica per determinare le condizioni di lavoro, l'esposizione cutanea agli agenti nocivi, la conoscenza degli agenti fisico-chimici usati per la lavorazione del prodotto (materie prime, prodotti di trasformazione, prodotto finito). A volte è necessario che il medico del lavoro visiti a più riprese l'azienda, al fine di approfondire lo studio sui vari aspetti delle condizioni del lavoro, utile sia ai fini della precisazione diagnostica sia a precisi scopi di profilassi.

Mezzi di indagine allergologico-funzionali

L'esame allergologico di elezione in corso di EAC è il test epicutaneo (o patch-test) che, quando positivo, provoca, tra 24 e 48 ore, più raramente 72, dalla apposizione delle sostanze in esame, reazioni di intensità varia (Tab. 1). È da tenere ben presente, comunque, che si riscontrano a volte reazioni falsamente positive (Figg. 3, 4), dovute ad esempio al materiale o al metodo di esecuzione, etc. (Tab. 2). Vi possono anche essere risultati falsamente negativi per cause molteplici quali la lettura precoce e la mancata lettura in terza-quarta giornata; l'influenza dell'eventuale terapia antistaminica e antireattiva in genere; la fase refrattaria che segue gli episodi acuti di dermatite allergica da contatto diffusa; la necessità di photo-patch-test; il fatto che la cute è sensibile, seppure raramente, soltanto in alcune zone particolari e non in toto; deficit immunologici; gravidanza; difetto del materiale saggiato; necessità di eseguire test di somministrazione.

Il patch-test va eseguito su cute indenne del dorso (Fig. 5) o della faccia volare dell'avambraccio, da non praticare in

	+ -	Dubbia (solo eritema)
Lieve	+	Eritema, lieve rilievo papuloso apprezzabile con la dito palpazione
Forte	++	Eritema, rilievo nettamente papuloso, vescicole evidenti
Intensa	+++	Edema e frequente confluenza di vescicole in bolle
FP		Falsamente positiva

Tabella 1

Classificazione quali-quantitativa delle reazioni ritardate specifiche da patch test (da Saia e Coll.)



Figura 3
Test irritativo (falsamente positivo) al benzalconio cloruro in muratore

fase di acuzie dell'affezione allo scopo di evitare la recrudescenza delle manifestazioni cliniche o in periodo di trattamento corticosteroidico per via generale o antireattivo in genere, per non indurre condizioni di iporeattività.

È bene che gli allergeni con i quali deve essere eseguito il patch test siano incorporati in pomate (in genere vaselina filante bianca), per la maggiore maneggevolezza rispetto alle soluzioni e alle sospensioni, per il migliore assorbimento, e per il fatto che l'aptene incorporato in pomata

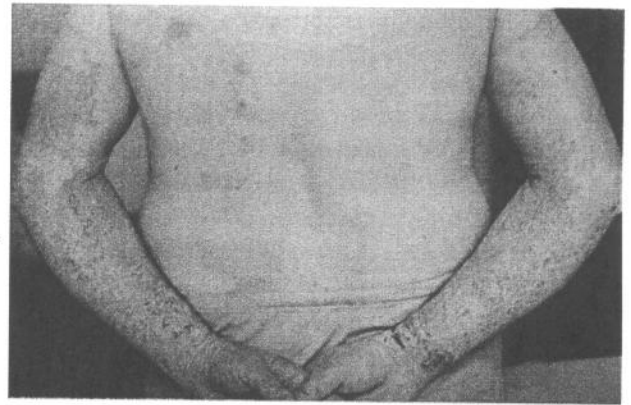


Figura 4
Dermopatia eczematosa cronicizzante in muratore in corso di trattamento corticosteroidico. Patch test al bicromato di potassio e al cobalto lievemente positivo (eritemato-papuloso), al benzalconio cloruro falsamente positivo (eritemato-bollosa)

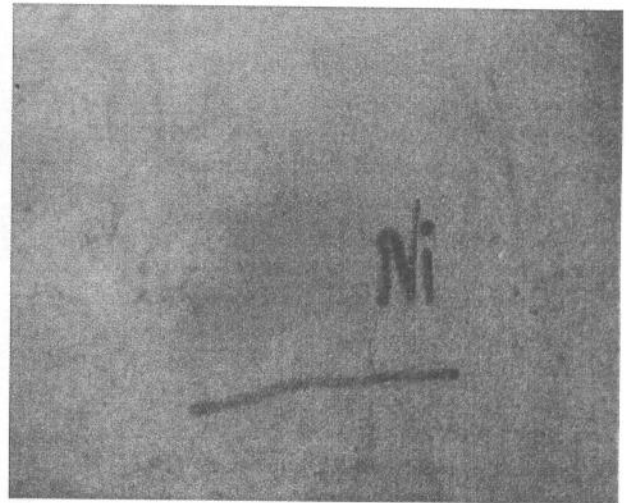


Figura 5
Test epicutaneo al solfato di nichel in metalmeccanico

	Reazioni positive, allergiche o specifiche	Reazioni falsamente positive, da irritazione o aspecifiche
Tempo di comparsa	Dopo 24-72 ore ed oltre	Dopo poche ore, talvolta immediato
Sintomatologia	Prurito	Tensione e bruciore
Morfologia	Eritema, rilievo, papule e vescicole, limiti sfumati non corrispondenti alla zona stimolata	Eritema brunoastro e purpurico, mancanza del rilievo e di vescicole, talvolta rapida evoluzione bollosa, limiti netti e corrispondenti alla zona stimolata, rapida regressione
Riacutizzazione dell'EAP	Si	No

Tabella 2
Diagnosi differenziale tra reazioni positive e falsamente positive (da Saia e Coll., modificata)

risente meno di modificazioni fisico-chimiche dovute a stimoli esterni o ad evaporazioni.

Per l'applicazione vengono impiegati dischetti concavi di alluminio (in cui sono poste le sostanze da esaminare), fissati da cerotti adesivi anallergici. Quando si tolgono i cerotti, dopo 48 ore, sarebbe opportuno attendere 30 minuti circa prima della lettura, in modo che si possa ridurre l'irritazione provocata dal cerotto e dai tondini impiegati per il test.

Tenendo presente che il migliore approccio di studio per la diagnosi etiologica in tema di EAC sarebbe quello di esaminare attraverso i patch-test le sostanze che effettivamente fanno parte, in senso lato, dell'attività lavorativa del soggetto in studio; si ricorda che a fini preventivi, per indagini di massa nei luoghi di lavoro, l'International Contact Dermatitis Research Group (I.C.D.R.G.) consiglia l'esame con una batteria di venti allergeni e che il Gruppo Italiano Ricerca Dermatiti da Contatto e Ambientali (G.I.R.D.C.A.) suggerisce di testare una batteria di 26 allergeni.

Esistono, inoltre, delle serie cosiddette "professionali" nelle quali sono raggruppate per alcune attività lavorative varie sostanze da saggiare.

In definitiva, i criteri da adottare nella scelta degli apteni da testare possono essere diversi a seconda della finalità che si intende perseguire: a fini preventivi, per indagini di massa e nelle visite di assunzione si può testare una delle serie "fisse"; nelle visite di assunzione e nelle visite di controllo, in caso di attività lavorative che espongono a sostanze sicuramente e altamente allergizzanti, si può adottare la serie "professionale", diversa per i vari tipi di lavoro; per motivi diagnostici si possono testare le sostanze alle quali il lavoratore è effettivamente esposto, con l'ausilio eventuale del materiale fornito dallo stesso lavoratore.

Nel sospetto di una fotodermatite è necessario eseguire i foto patch-test. Gli allergeni vengono applicati con le modalità prima descritte, in doppio. Una serie viene rimossa dopo 24 ore e la parte è sottoposta all'azione di radiazioni ultraviolette ($\lambda > 320$ nm), per 30 minuti e alla distanza di 25 cm dalla sorgente radiante. La lettura dei risultati viene fatta dopo 24 ore in contemporanea a quelli della seconda serie.

Risultati sovrapponibili a quelli che si ottengono con la classica tecnica del patch-test si hanno con altre metodologie per via epicutanea (Figg. 8 e 9 open test).

Sotto il riguardo della praticità e della rapidità dei risultati, abbiamo introdotto nel 1954 una metodica di applicazione in goccia "a cielo scoperto" (chiamata poi open test), dei comuni allergeni idrosolubili). Si appone direttamente sulla cute indenne da lesioni (solitamente dell'avambraccio) una goccia dell'allergene in studio (persolfato di

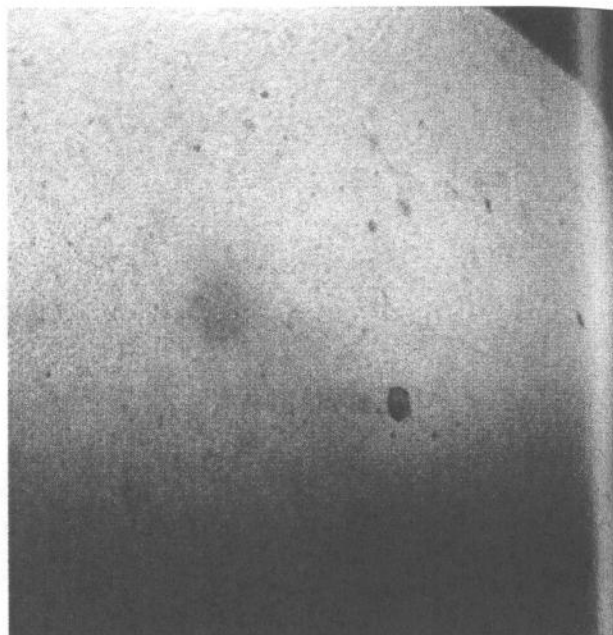


Figura 6
Test epicutaneo alla colofonia in parrucchiere

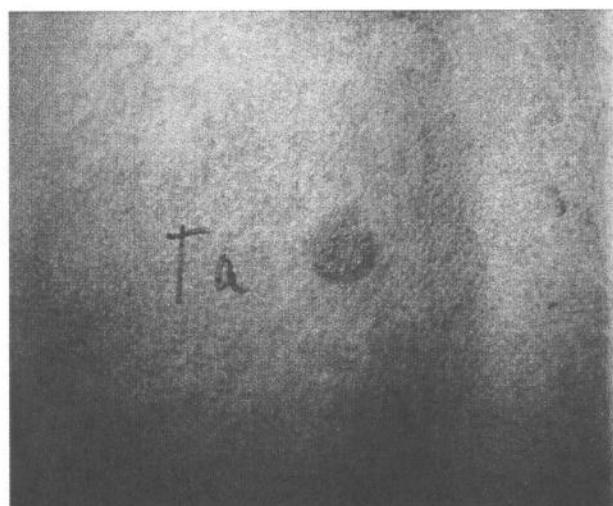


Figura 7
Test epicutaneo al tioglicolato di ammonio in parrucchiere

ammonio, bicromato di potassio, nichel solfato, etc.) in adeguate concentrazioni allergologiche per 15-30 minuti. La positività si manifesta dopo sei-otto ore dall'applicazione dell'allergene. Si notano reazioni eritemato-microvescicolari con esiti eritemato-papuloidi persistenti fino a dieci giorni (Figg. 5 e 6)

Di pratica attuazione anche la tecnica della strofinazione leggera, per la durata di pochi secondi (10-20 s) delle stes-



Figura 8
Open-test (a cielo scoperto) positive al persolfato di ammonio, soluzione allo 0,10% (osservazione Baccaredda e Palminteri)



Figura 9
Test epicutaneo al persolfato di ammonio mediante strofinazione leggera dell'aptene (osservazione Baccaredda e Palminteri)

se sostanze in soluzione. In caso di positività si nota una reazione locale dopo qualche ora (prurito, modico eritema) che esita in eritema punteggiato e leggermente papulo-vescicolare persistente fino a sette giorni (Fig. 9).

È da tenere presente lo stimolo espletato dal patch-test sull'EAC soprattutto nel caso di particolare acuzie e diffusione delle manifestazioni. Per questo motivo non si ravvisa la necessità che ogni caso di EAC debba essere sottoposto ad indagini di ordine allergologico, concetto sempre radicato in ambito sanitario e che può, però, essere giustificato dalle sfaccettature medico-legali che alcuni casi possono presentare. D'altra parte quanto detto vale anche nel caso di una sicura dermatite da agenti irritanti. Si consideri pertanto che il criterio clinico unito a quello anamnestico è ampiamente in grado di portare alla diagnosi, anche etiological, di dermatite da contatto, professionale e non.

Bibliografia

1. Baccaredda A, Palminteri G. Dermite professionnelle allergique aux persulfates chez les boulangers. Symposium sur les Dermatoses professionnelles. Lille, Juin 1955.
2. Baccaredda A, Palminteri G. Sulle dermatiti professionali da sensibilizzazione per contatto ai persolfati nei fornai. Sicilia Sanitaria 6, 144, 1956.
3. Palminteri G. Particolari aspetti cutireattivi in muratori, cementisti, zolfatai, affetti da dermatosi professionali. Min Dermatol 32, 40, 1957.
4. Palminteri G. Profilo clinico-evolutivo della dermatite professionale da persolfati e suoi aspetti cutireattivi in rapporto al potere sensibilizzante del reattogeno. Dermatologia 9, 4, 1958.
5. Palminteri G. Comportamento della reattività cutanea allergica in ipertermia ambientale. Lavoro Umano 12, 271, 1960.
6. Palminteri G. Sulla sensibilizzazione eczematosa sperimentale da dietilparanitrofeniltiofosfato. Ann It Derm Clin Sper 18, 123, 1964.
7. Palminteri G. Esperienze, rilievi e considerazioni sulla ipersensibilità da contatto di tipo ritardato. Ann It Derm Clin Sper 22, 47, 1968.
8. Saia B, e Coll. La diagnosi delle allergopatie professionali oggi. Atti 52° Congr. Naz. della Società Italiana di Medicina del Lavoro e Igiene Industriale. Palermo 28 settembre- 1 ottobre 1989.
9. Sertoli A, Fabbri P, Panconesi E. Considerazioni in tema di teste epicutanei e metodi in vitro nella diagnostica dell'eczema da contatto. Min Dermatol 111, 252, 1976.