

COLLANA DI MEDICINA PRATICA: IL LINGUAGGIO DELLA PELLE

DERMATOLOGIA SCIENZA DI BASE PER LA CLINICA

A cura di:

Giuseppe Palminteri, Torello Lotti, Francesco Allegri e Collaboratori

TRATTATI

MATTIOLI 1885



RILIEVI SEMEIOLOGICI E DIAGNOSTICI NELLA PRATICA MEDICA

APPENDICE: IL GEROGLIFICO CUTANEO

CAPITOLO 7

G. VERSO, G. FRADÀ, G. PALMINTERI, D. PICCIOTTO

Sommario: premesse generali; rilievi semeiologici e diagnostici mirati; accertamenti diagnostici generali; esemplificazioni semeiologiche nella clinica.

Premesse generali

A seguito di quanto esposto nel precedente capitolo, la diagnosi dermatologica, pur basandosi essenzialmente sull'osservazione diretta della cute, procede dall'esame morfologico all'anamnesi e, per una possibile definizione etiologica, ai riscontri funzionali e laboratoristici.

Questi ultimi devono essere richiesti per la conferma della diagnosi clinica, e da questa devono trarre origine. L'obiettività clinica e l'anamnesi rappresentano infatti le basi fondamentali del corretto iter diagnostico.

L'esame obiettivo cutaneo costituisce il momento più indicativo e quindi l'osservazione clinica deve essere la più accurata possibile ed estesa a tutta la superficie corporea. Le lesioni cutanee, infatti possono essere singole o multiple, localizzate o diffuse, sino a coinvolgere buona parte del mantello cutaneo. Esse possono essere simmetriche o monolaterali, mono o polimorfe a seconda dell'evoluzione clinica e il tempo di insorgenza. Più periferiche e più piccole sono in genere le lesioni più recenti, più estese ed evidenti quelle meno recenti. L'analisi delle lesioni è mirata alla caratterizzazione di alcuni parametri quali il colore, la forma, la dimensione, il numero, gli aspetti della superficie e dei margini, la disposizione, la consistenza, l'eventuale dolorabilità e l'evoluzione. La dislocazione topografica può fornire elementi utili alla formulazione diagnostica. Una lente di ingrandimento consente una osservazione più accurata, soprattutto delle manifestazioni meno evidenti.

Il quadro clinico può risultare vario e tuttavia presentare identiche caratteristiche in affezioni da etiologie diverse; peraltro, nella stessa malattia può presentarsi con varianti notevoli in differenti individui o in fasi diverse.

La sintomatologia subiettiva, se a volte orienta sulla natura della malattia, può essere invece completamente muta.

È di fondamentale importanza l'osservazione ripetuta nel tempo, allo scopo di cogliere eventuali modificazioni che contribuiscono a chiarire la diagnosi.

Rilievi semeiologici e diagnostici mirati

L'impiego di lenti di ingrandimento consente un'analisi più rispondente delle lesioni elementari.

La diascopea, con vitropressione, permette rilievi obiettivi migliori, una volta operata la momentanea decongestione. Utile, talvolta, l'osservazione alla luce di Wood per evidenziare l'eventuale fluorescenza del substrato, dirimente per patologie parassitarie e discromie. Altrettanto necessari, a volte, certi accorgimenti semeiologici come la detersione preliminare delle lesioni, la diafanizzazione, la recentazione, il grattamento metodico alla Brocq, la prova di Nicolsky, etc.

La detersione delle lesioni assicura l'evidenziazione di elementi prima coperti da formazioni sierocrostose, squamo-cheratosiche e da medicamenti topici.

La diafanizzazione, mediante olio di cedro, permette una migliore visualizzazione del substrato per trasparenza degli strati ipercheratosici.

La recentazione, basata sullo sfregamento manuale o con oggetti smussi, consente di evidenziare l'eventuale tendenza pomfoide delle lesioni.

Il grattamento metodico con spatola e cucchiaio di Wolkmann consente di verificare il distacco di squame sottili nella pitiriasi versicolore (segno del truciolo), di frammenti micacei delle squame psoriasiche (segno della goccia di stearina); spinto fino alla asportazione di tutti gli strati squamosi, esso produce nelle chiazze psoriasiche lesioni a carico delle anse delle papille dermiche (comparsa della rugiada rossa-segno di Auspitz).

Il segno di Nicolsky si evoca tentando di scollare con una certa forza l'epidermide perilesionale nei portatori di epidermolisi bollosa e di pemfigo.

Il segno di Koebner, o dell'isomorfismo reattivo, è utile in quanto serve ad evidenziare l'isomorfismo della reattività cutanea ad una malattia specifica: ad esempio nella psoriasi, nel lichen ruber planus e nelle verruche piane. Il segno si ricerca determinando una escoriazione superficiale lineare con un ago e verificando l'eventuale comparsa, lungo di essa, delle lesioni tipiche della malattia in oggetto. Tutto ciò a prescindere da una fenomenologia spontanea da stimolazioni ambientali e da lavoro.

L'esame citodiagnostico di Tzank è molto utilizzato per il riconoscimento delle affezioni bollose, della leishmaniosi cutanea e delle neoplasie. Dopo l'asportazione col bisturi del tetto delle bolle si preleva il liquido e materiale del fondo senza provocare sanguinamento.

Lo stesso procedimento si utilizza nelle neoplasie ulcerate, mentre nelle forme non ulcerate si procede alla valutazione di un frammento. Sarà possibile così riconoscere nel pemfigo le patognomiche cellule acantolitiche (v. Fig. 6.21) e nella leishmaniosi i protozoi liberi o contenuti nel citoplasma degli istiociti.

Lesioni recenti, non modificate dalle terapie o dall'evoluzione del quadro patologico, possono essere studiate specificamente attraverso la biopsia cutanea. Questa è molto importante in corso di patologie quali le neoplasie, le ematodermie, le sarcoidosi, la tubercolosi, le malattie allergiche. La colorazione elettiva dei preparati istologici cutanei è quella all'ematossilina-eosina, ma in particolari circostanze si può ricorrere a numerose altre (v. note di istiocitopatologia). È necessario fornire all'istopatologo i dati riguardanti l'anamnesi del paziente, la sede del prelievo biotico e le ipotesi diagnostiche.

L'esame ecografico della cute viene usato nello studio preoperatorio dei melanomi e di altri tumori, soprattutto allo scopo di evidenziarne la profondità, ma anche nella sclerodermia, e per valutare l'effetto di farmaci (corticosteroidi) nell'indurre atrofia cutanea (Braun-Falco).

Le indagini microbiologiche mirano all'identificazione diretta dell'agente patogeno oppure all'isolamento dello stesso in coltura o cavia a fini diagnostici ma anche terapeutici.

La ricerca diretta del microrganismo in essudati, squame, peli, unghie e nei tessuti cutanei viene effettuata con esame microscopico a fresco o dopo colorazioni (Gram, Ziehl-Nielsen, Giemsa).

Per gli organismi non visibili si procede con metodiche di immunofluorescenza o immunoenzimatiche che si avvalgono dell'utilizzazione di anticorpi monoclonali diretti contro particolari antigeni microbici.

Le indagini colturali prevedono terreni per la crescita di protozoi, miceti e di quasi tutti i batteri, e colture cellulari per particolari ceppi batterici e per tutti i virus. Il riconoscimento del microrganismo isolato si effettua con test immunologici. A completamento si utilizzano l'antibiogramma o la determinazione delle concentrazioni minime inibenti di vari chemioterapici. L'inoculazione in animali può rappresentare un'ulteriore metodica di isolamento dell'agente infettante (sempre meno usata).

Tra gli esami diretti su lesioni cutanee, quello più comunemente praticato è l'esame micologico.

In caso di micosi profonde l'esame istologico è utile.

Le intradermoreazioni con candidina e tricofitina (estratti idrosolubili da colture di varie specie rispettivamente di *Candida* e *Dermatofiti*) saggiano la capacità reattiva del soggetto nei confronti di antigeni fungini. La positività è rappresentata dalla comparsa di una reazione di tipo ritardato eritemato-infiltrativa, papulosa o nodulare, talora con vescicolazione e pustolazione.

Per accertamenti di determinate funzionalità, con strumentazioni di misure fisiche (elasticità del derma, flusso del sebo, umidità dello strato corneo, etc.), si rimanda alla lettura di contributi specialistici.

Accertamenti diagnostici generali

Gli esami ematochimici integrano come di consueto gli altri esami. Si cita qui, poiché di particolare interesse dermatologico (mesenchimopatie, pemfigo, pemfigoidi, dermatite erpetiforme), la ricerca di anticorpi diretti contro antigeni nucleari, antigeni della sostanza cementante intercellulare dell'epidermide, antigeni delle diverse strutture della giunzione dermo-epidermica.

Le indagini sierologiche sono mirate alla dimostrazione della presenza di anticorpi specifici reattivi alla aggressione microbica. Le immunoglobuline IgM sono indicative di recente contatto, mentre le IgG testimoniano il "ricordo" immunologico. La loro titolazione è utile nella

valutazione diagnostica e del monitoraggio dell'efficacia terapeutica.

Utili sono i prelievi all'esordio della sintomatologia e dopo un certo tempo per cogliere eventuale sieroconversione.

La sensibilizzazione cutanea a microrganismi vari può essere svelata da una intradermoreazione, che ci fornisce informazione anche dello stato immunitario del paziente. L'inoculazione dell'antigene avviene nel derma e la positività è rappresentata dalla comparsa di un'area eritematosa e infiltrata nel punto di iniezione. Essa però non darà sempre indicazioni certe sulla cronologia infettiva.

I test allergodiagnostici cutanei sono indispensabili nella diagnostica delle allergopatie.

Distinguiamo:

- prove epicutanee o patch-test in cui gli apteni vengono apposti sulla cute integra;
- cuti-reazioni, o scratch-test, in cui gli apteni vengono posti a contatto con cute scarificata;
- intradermoreazioni in cui gli apteni vengono inoculati nel derma superficiale.

I patch test si effettuano nella ipotesi diagnostica di allergopatie di tipo ritardato (IV), ad esempio nelle dermatiti da contatto; gli scratch test e le intradermoreazioni svelano le reazioni di tipo immediato (I) come le pollinosi e l'orticaria immunoallergica.

Ad integrazione dei sopradetti test, indispensabile appare l'utilizzazione di metodiche diagnostiche di tipo radioimmunologico quali il RIA, il RAST, l'IRMA, l'ELISA, i test immunologici in fluorescenza (estinzione di fluorescenza, incremento di fluorescenza, polarizzazione di fluorescenza) volti all'identificazione di antigeni e di anticorpi.

L'immunofluorescenza, diretta o indiretta, trova la sua indicazione elettiva nell'identificazione di antigeni in sezioni di tessuto o in cellule, o anche di anticorpi circolanti o fissati ai tessuti e trova impiego nel riconoscimento della patologia cutanea da agenti batterici, nelle sindromi vasculitiche e autoimmuni, nelle dermatosi bollose. Gli studi sulle immunoreazioni cutanee linfocitomediate rappresentano dal punto di vista clinico e sperimentale un ulteriore contributo.

L'introduzione della cromatografia su strato sottile (TLC) consente l'identificazione e la purificazione di determinati allergeni in vari prodotti, mentre il test di inibizione della migrazione (MIT) evidenzia cellule T sensibilizzate da un antigene le quali liberano linfocine inibenti la migrazione dei monociti che sono stati liberati.

Meno utilizzate ma non meno importanti appaiono ricerche sierologiche come la deviazione del complemento, flocculazione, agglutinazione, sporoagglutinazione (nelle

micosi), l'immunodiffusione doppia, l'elettroforesi controcorrente, l'immunodiffusione radiale, l'immunolettroforesi, l'elettroforesi crociata, l'immunoassorbimento, la cromatografia di affinità o la marcatura per affinità.

Nelle ematodermie si procede anche all'effettuazione di test di blastizzazione linfocitaria.

In caso di alterazioni cutanee secondarie a vasculopatie è utile il ricorso a tutte le indagini mirate ad accertare la pervietà vasale. Vanno ricordate l'oscillometria, l'oscillografia, la pletismografia semplice o strain-gauge, la fotopletismografia, la reografia, la velocimetria doppler ed ecodoppler, ed oggi anche l'uso dei raggi laser.

Anche la capillaroscopia permette, con l'apposito stereoscopio applicato in corrispondenza del vallo ungueale, una sufficiente visualizzazione della vascolarizzazione dei capillari superficiali (ma anche del pigmento e dei dotti sudorali), e le sue anomalie (capillari dilatati, atrofici, allungati, tortuosi, etc.). Al flusso vascolare zonale è legata inoltre la termometria cutanea e il suo superamento diagnostico rappresentato oggi dalla teletermografia.

L'epiluminescenza è una metodica diagnostica invasiva, che permette di studiare *in vivo* le caratteristiche clinicomorfologiche di particolari lesioni cutanee e soprattutto di quelle pigmentate e vascolari, mentre con l'introduzione di ecografia ad alta frequenza ed ad alta risoluzione la possibilità di esaminare strutture in modo non invasivo ha conseguito un'ulteriore conferma.

In ogni modo, non potendo scindere l'apparato tegumentario dal contesto clinico generale, l'acquisizione ai fini diagnostici di tutto quanto l'attuale tecnologia mette a disposizione è necessaria.

Esemplificazioni semeiologiche nella clinica

Nel quadro di quanto finora esposto, si può affermare che la semeiologia della cute risulta essenziale nell'approccio clinico dei pazienti in generale, con la consapevolezza di doverne finalmente rimuovere l'omissione.

Infatti l'esame dermatologico fa spesso prospettare orientamenti particolarmente mirati diagnostico-preventivi e prognostici soprattutto nelle patologie costituzionali, diatesiche e di tendenza, la fenomenologia cutanea essendo spesso presente nella patologia di singoli organi o apparati o in malattie sistemiche, metaboliche, genetiche, neoplastiche, infettive, etc., allo stato iniziale perchè disfunzioni generali possono influenzare le componenti anatomo-funzionali della cute.

Il medico, confortato da tecniche diagnostiche sempre

più specifiche e sofisticate, deve avvalersi delle informazioni ricavate da un accurato esame della cute come atto preliminare ed essenziale.

Per le manifestazioni subiettive cutanee particolare importanza, dal punto di vista fisiopatologico e diagnostico, riveste il **prurito** in numerose patologie internistiche, a prescindere dalla presenza del sintomo in molte malattie a preminenza dermatologica almeno sul piano clinico, come dermatite atopica, dermatite da contatto, lichen simplex, prurito anogenitale, candidosi, lichen planus, dermatite erpetiforme, eruzioni da farmaci, parassitosi, etc.

La valutazione diagnostica del paziente con prurito è quanto mai complessa e include, oltre ad un rigoroso esame dermatologico, l'acquisizione di una ponderata anamnesi personale e, se necessario, l'esecuzione di numerosi esami di laboratorio. Una quantità di cause possono scatenare un prurito episodico o ad andamento cronico-ricorrente; il prurito può presentarsi isolato o con uno spettro di manifestazioni cliniche spesso dominate da esso.

Per l'obiettività cutanea, talvolta rilevabile con la semplice ispezione, sono utili alcune esemplificazioni, riguardanti frequenti patologie.

Un **arrossamento** cutaneo, specie se al volto e se rimarchevole, deve far pensare alla policitemia e ad una poliglobulia (Fig. 7.1), qualunque ne sia la causa (da ipossia per insufficienza ventilatoria cronica, alterata diffusione alveolocapillare, permanenza ad alte quote, neoplasie renali ed epatiche). Nella policitemia sono dilatati anche i vasi congiuntivali ed è spesso concomitante una cianosi leggera, mentre una cianosi più intensa orienta verso una forma secondaria cioè verso una poliglobulia di origine polmonare o cardiaca (Fig. 7.2). Nella regione del palmo della mano e delle piante dei piedi si può verificare un eritema palmare e plantare per un'apertura, data da tempo, di anastomosi vascolari o in conseguenza di displasie vascolari.

Si devono, però, distinguere manifestazioni sintomatiche (Fig. 7.3) da cause diverse (epatite, malattie polmonari, eritematodes sistemico, poliartrite cronica, diabete mellito, colite ulcerosa, carcinomatosi, mononucleosi infettiva, abuso di nicotina, gravidanza).

Nell'alcolismo l'arrossamento del volto è dovuto in parte ad una modesta iperglobulia ed in parte ad una vasodilatazione cutanea specie se è presente una cirrosi epatica anche compensata.

Vanno anche ricordati il volto dell'iperteso rosso del morbo di Cushing (volto rotondo, a luna piena, coperto

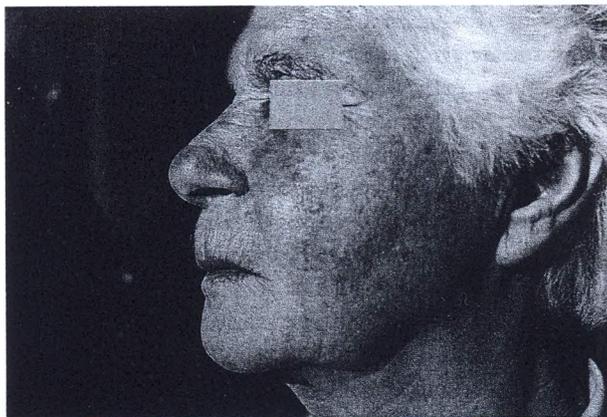


Figura 7.1
Facies poliglobulica



Figura 7.2
Cianosi da ipossia, con poliglobulia, per insufficienza ventilatoria cronica (Palminteri)

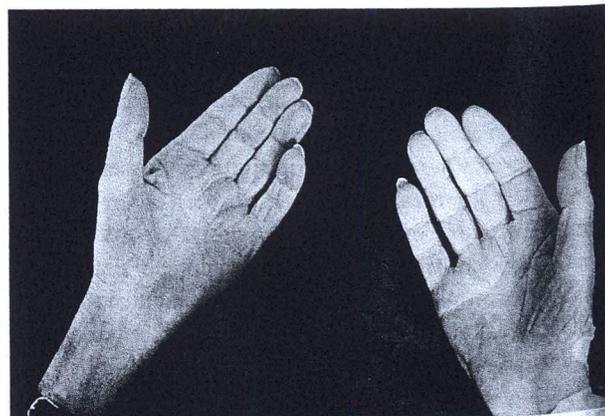


Figura 7.3
Eritema palmare sintomatico da epatopatia

di cute arrossata, anche perché assottigliata e quindi per maggiore trasparenza della vascolarizzazione e per la policitemia) (v. Capitolo 6), del carcinoide del tenue (accessi di intenso rossore, della durata di alcuni minuti, che iniziano al volto e si diffondono al tronco ed agli arti; associati talora a cianosi marcata). Tipici i quadri della rubeosi diabetica e le gote arrossate della stenosi mitralica.

La **ghirlanda vascolare** di Sahli o corona di Schweniger (Fig. 7.4), disposta sulla parete toracica, all'incirca a livello della sesta costa, è formata da piccoli vasi venosi che tendono a dividersi cranialmente in 3-4 rami ed è di significato non ben chiarito; può osservarsi nei tumori mediastinici con stasi nel territorio della cava superiore, nell'enfisema polmonare, ma talora non si accompagna a reperti patologici. Altre tipiche espressioni vascolari cutanee presenti negli epatopazienti, specie nei cirrotici, sono le teleangectasie a carta moneta ai pomelli e gli spider nevi (Fig. 7.5).

È noto il pallore della cute nelle anemie (meglio rilevabile alle mucose e al letto ungueale) e nelle nefropatie. Il pallore dei nefropatici è dovuto sia all'anemia concomitante, sia all'edema. In tali pazienti la cute è calda al tatto, distinguendosi dalla cute pallida ed edematosa, ma fredda dei cardiopatici.

Il colorito giallo della cute è caratteristico dell'ittero (da malattie epatocellulari, da fenomeni ostruttivi intra o extra-epatici, da iperemolisi); si associa a colorazione gialla delle sclere. Un colorito **giallo limone** della cute, che assume tonalità più intensa al palmo delle mani e alla pianta dei piedi, può verificarsi per deposizione di vitamina A con gli alimenti (carote, arance) o da un alterato metabolismo di questa, come accade nel diabete mellito e nel mixedema.

Iperpigmentazione cutanea può aversi in seguito all'assunzione di taluni farmaci: fenacetina, idantoina e mesantoina, fenotiazine (es: clorpromazina); note sono la **melanosi arsenicale**, la pigmentazione secondaria a deposizione di sali d'argento (**argiria**, Fig. 7.6) spesso dovuta a preparati organici usati per via nasale, la **crisocianosi** sostenuta dall'oro. Il prolungato trattamento con sali di bismuto somministrati per via parenterale era una volta in grado di causare la comparsa di chiazze iperpigmentate di colorito azzurrognolo, specie sulla cute perilabiale e alle gengive.

Pigmentazione di colorito bronzio si osserva in soggetti con emocromatosi (**diabete bronzino**).

Essi presentano iperpigmentazione diffusa per deposizione di emosiderina ed emofucina. Una colorazione molto simile insorge spesso in caso di **cirrosi biliare primitiva**. Colorazione bronzia si può riscontrare nel morbo di Gaucher.



Figura 7.4
Ghirlanda vascolare di Sahli



Figura 7.5
Spider nevi



Figura 7.6
Argiria cutanea

Pigmentazione caffè-latte è quella che compare nella neurofibromatosi.

Fra le disendocrinie, la più nota condizione responsabile di iperpigmentazione è l'**insufficienza corticosurrenalica** dovuta a distruzione granulomatosa e ad atrofia idiopatica della corteccia surrenalica.

Un'iperpigmentazione bruna della cute, specie a carico delle parti esposte, può insorgere, seppure raramente, in soggetti affetti da **tireotossicosi** o con **malattie ovariche**. Fra le malattie dismetaboliche va ricordata l'iperpigmentazione dell'**alcaptonuria** o ocronosi dovuta all'acido omogentisico.

La melanosi generalizzata maligna interessa, nella maggior parte dei casi, pazienti con carcinoma del polmone. L'iperpigmentazione, che risulta indistinguibile da quella riscontrabile nella **m. di Addison**, è la conseguenza dell'attività stimolante i melanociti da parte di polipeptidi sintetizzati dal tumore.

E a proposito della sindrome da carcinoide, il sistema cellulare APUD contiene in quantità amine biologicamente attive e ormoni polipeptidici. Per fatti iperplasici e soprattutto displasici insorgono sintomatologie generali associate a specifiche alterazioni cutanee da riportare alle proprietà dei particolari sistemi cellulari, comunemente originatisi dalla cresta neurale. Così tumori secernenti ACTH ectopico inducono sintomatologie cushingoidi con iperpigmentazione più marcata e più incidente che nello stesso Cushing, per produzione di MSH nel contesto della neoplasia. Lo stesso concetto di APUDOMA con i conseguenti risvolti clinici vale per la sindrome da Glucagonoma.

In questo senso è anche da considerare la ipercromia mucocutanea generalizzata da grigio al nerastro in pazienti con diffusione metastatica di **melanoma (APUDOMA però non ormonosecernente)** e con carcinoma del polmone con meccanismo ormono-secernente. D'altra parte una iperpigmentazione estesa nelle metastasi di melanoma si riscontra a causa dell'aumento assoluto della quantità di melanina presente nell'organismo: in tale forma l'iperpigmentazione non risulta accentuata in aree particolari (carattere distintivo dalle altre).

Attenzione va posta all'**acanthosis nigricans**, marker importante di patologie di organi interni nell'anziano.

La cute risulta iperpigmentata, lievemente ispessita, di aspetto soffice e vellutato. La lesione interessa solitamente le facce laterali e posteriore del collo, le pieghe inguinali, ascellari ed i capezzoli. Esistono tre forme principali: la varietà benigna, la varietà sindromica e la varietà maligna. La varietà benigna è più frequentemente associata all'obesità, soprattutto in soggetti di cute scura (pseudocanthosis nigricans). La varietà sindromica compare in soggetti di costituzione magra affetti da endocrinopatie,

in particolare diabete mellito insulino-resistente.

La varietà maligna interessa in genere soggetti anziani: l'aspetto della lesione è più verrucoso della varietà benigna. La diagnosi di neoplasia associata (interessamento di organi intra-addominali nella gran parte dei casi) può avvenire prima, insieme o dopo quella della lesione cutanea.

Il segno di Leser-Trèlat (Fig. 7.7) è dato dalla comparsa e/o dalla crescita di lesioni multiple di cheratosi seborroica, con iperpigmentazione, in associazione ad una neoplasia di organi interni; ma se si considera l'elevata incidenza sia della cheratosi seborroica che delle neoplasie nei soggetti anziani si è portati ad ipotizzare soltanto una pura coincidenza della loro associazione.

Comunque nei casi di improvvisa comparsa di nuove lesioni in numero elevato o di rapido aumento delle dimensioni di quelle esistenti, con associato prurito, sono consigliabili approfonditi esami diagnostici. È da ricordare che nel decorso evolutivo di processi tumorali maligni si può assistere, assieme all'insorgenza di quadri xerodermici ittiosiformi diffusi, ad una vera e propria essiccasi delle verruche seborroiche con prognosi decisamente sfavorevole.

Con il nome di **sindrome di Peutz-Jeghers** si indica l'associazione di poliposi intestinale generalizzata con frequente localizzazione all'intestino tenue (sono causa non rara di intussuscezione e la trasformazione maligna non ha l'incidenza che si riscontra nella sindrome di Gardner) e pigmentazioni melaniche della cute e delle mucose simili a lentiggini (labbra, pliche nasali, palpebre, dita della mano e del piede, polpastrelli e sedi sottolinguali, mucosa orale e faringe). La malattia è rara e viene trasmessa ereditariamente con meccanismo autosomico dominante (Fig. 7.8).



Figura 7.7
Segno di Leser-Trèlat

È tipica l'ipocromia congenita dell'**albinismo** (generalizzata depigmentazione della cute e dei peli o in chiazze più o meno estese) e quella acquisita della **vitiligine** (depigmentazione a chiazze). Può riscontrarsi depigmentazione nel morbo di Simmonds. Nell'ipopituitarismo la cute appare generalmente di colorito bianco-giallastro.

Manifestazioni configurabili in dermatosi di relativa gravità clinica (dermatofibroma, angiocheratoma, candidosi, cloasma, vitiligine, psoriasi, perlèche, rosacea, dermatite seborroica, cheratosi, spider nevi, xantelasma, xantomi, lichenificazione circoscritta o neurodermite), si inquadrano a volte in patologie o sindromi più complesse (v. Dermatologia e Medicina interna).

Nell'età avanzata patologie sistemiche si manifestano spesso con sintomi cutanei, quali prurito, prurito, lichenificazione, alterazioni discromiche, eritematose, livaeo reticularis, livaeo racemosa (Fig. 7.9), diabetidi con una incidenza più elevata nei confronti dei pazienti di altre fasce di età. Infatti, diabete di lunga durata, aterosclerosi, nefropatie e neuropatie croniche, sarcoidosi, malattie sistemiche croniche possono causare un ampio quadro di alterazioni della cute.

Ad esempio nel lungo decorso di malattie tumorali dell'anziano si riscontra un aumento di metastasi e di sindromi paraneoplastiche cutanee e di dermatosi iatrogene ad esse correlate.

Nel corso di neoplasie maligne insorgono non raramente manifestazioni cutanee per lo più aspecifiche, in un quadro di sindromi paraneoplastiche coinvolgenti più organi o esclusivamente la cute (**dermatosi paraneoplastiche**). Le manifestazioni dermatologiche associate e correlate a varie neoplasie sono in continua elaborazione descrittiva



Figura 7.8
Pigmentazioni melaniche (sindrome di Peutz-Jeghers)

e classificativa e vanno da quadri apparentemente semplici come il prurito a sindromi complesse (dermatomiosite, eritema migrante necrolitico, erithema gyratum repens, acanthosis nigricans, nevi congeniti, alopecia mucinosa, pannicolite nodulare liquefacente, eritrodermia etc.).

Di notevole rilievo clinico è la fisiopatologia organi interni-cute spesso di natura ereditaria correlata a neoplasie di vari organi e apparati, dove la semeiologia cutanea risulta determinante ai fini diagnostici (es: malattia di Cowden o sindrome degli amartomi multipli, sindrome di Gardner, di Peutz-Jeghers, di Cronkhite-Canada, di Torre, dei neurinomi mucosi multipli).

Anche dermatosi infiammatorie si trovano spesso associate a neoplasie maligne (v. amiloidosi sistemica primaria, sindrome di Sweet, alopecia mucinosa, tromboflebite migrante, eritema anulare centrifugo).

Le esemplificazioni suddette rimarcano ancora l'importanza primaria della fenomenologia cutanea in patologia umana, per cui appare necessaria una conoscenza di base semeiologica e diagnostica della cute a tutti i livelli specialistici e di medicina generale.

Appendice: il geroglifico cutaneo (V. Troja)

Quando dobbiamo fare un controllo dei nevi melanocitici prima di ricorrere all'epilumiscenza e di prendere in considerazione vari metodi e segni propedeutici alla diagnosi clinica di melanoma, si può cercare con una comune lente d'ingrandimento la presenza o meno, nel contesto della lesione, del geroglifico cutaneo nei distretti cutanei in cui è bene rappresentato.

Se un nevo melanocitico è ricoperto dal geroglifico cutaneo che la circonda, senza alcuna interruzione o



Figura 7.9
Livaeo racemosa in rapporto con panarterite nodosa

rimaneggiamento della trama, in ogni punto del suo perimetro e perciò su tutta la sua superficie si può essere quasi certi che la formazione melanocitica è benigna o può raramente celare un nevo displastico. Detta constatazione, come altri segni, è relativa nel tempo. Talvolta, a distanza di qualche mese si può notare una circoscritta alterazione del disegno cutaneo in una piccola area della superficie nevica. Quando ciò si verifica – saranno possibilmente visibili altri segni predittivi del melanoma – l'asportazione del nevo è doverosa. L'esame istologico, in corrispondenza della alterazione o rimaneggiamento del geroglifico, evidenzia talvolta un melanoma "in situ".

La bioingegneria che dispone di attrezzature ottiche, che utilizzano la geometria dei frattali, la tecnologia PTM (Polynomial Texture Mapping) potrebbero confermare con estrema precisione le modificazioni del micro rilievo cutaneo che "grossolanamente" si evidenzia alla diretta osservazione clinica. Però è utopistico pensare di poter usare per la frequente diagnosi di nevi melanocitici dette attrezzature costose, rare e tanto impegnative che si finirebbe col ritardare la diagnosi di melanoma.

Quando si osserva un soggetto con 20 o più nei melanocitici, possiamo perciò rapidamente evitare di controllare con un esame dermatoscopico accurato tutti quei nei che presentano un geroglifico perfettamente sovrapponibile a quello della cute perilesionale mentre andranno attentamente osservati quei nei che evidenziano sulla loro superficie alterazioni modeste o notevoli fino alla scomparsa del geroglifico cutaneo. In tal caso è probabile che stiamo esaminando un nevo dermico, un nevo giunzionale, un nevo di Clark, un nevo di Reed, di Spitz o un melanoma.

In molte lesioni cutanee virali (verruche), batteriche (foruncoli), protozoarie (leishmaniosi), immuno-reattive (lichen), neoplastiche (basaliomi) ecc... c'è la scomparsa del geroglifico cutaneo; quasi certamente la sua uniforme presenza su tutta la superficie di una lesione melanocitica, è indicativa al momento dell'esame, della benignità della lesione, anche quando le dimensioni sono notevoli (10 o più millimetri), e si apprezzano più tonalità di

colori. Potremmo concludere che il melanoma quando scrive la sua presenza incomincia a cancellare il normale disegno cutaneo.

Bibliografia

1. Bosco I. *Dermatologia generale*. SEV, Roma, 1970.
2. Bosco M, Palminteri G, Scerrato R. Eritemi. In: Palminteri G. *Dermatologia e Medicina Interna, il linguaggio della pelle*. Mattioli 1885, Fidenza, 1998; Volume I, Sezione II.
3. Bran-Falco O, Plewig W, Wolff HH, Burgdorf WHC. Basi scientifiche e principi di diagnostica dermatologica. In: *Dermatologia*. Springer, 2002, Volume I.
4. Buxton PK. La cute e le malattie sistemiche. *British Medical Journal* (ed. Italiana) 1989; 50 (suppl. 10): 63-70.
5. Duncan MC, Fenske NA. I segni sulla cute delle malattie degli organi interni. *Genetics* 1993; 9: 19-24.
6. Fradà G, Fradà G. *Semeiotica medica nell'adulto e nell'anziano*. Piccin Editore, 2003.
7. Guarneri B, Palminteri G, Vaccari M. Discromie. In: Palminteri G. *Dermatologia e Medicina Interna, il linguaggio della pelle*. Mattioli 1885, Fidenza, 1998; Volume II, Sezione VII.
8. Janni A. Il linguaggio della pelle nelle malattie endocrine. In: Palminteri G. *Dermatologia e Medicina Interna, il linguaggio della pelle*. Mattioli 1885, Fidenza, 1998; Volume II, Sezione VII.
9. Johnson ML. *Malattie della pelle*. In: Cecil. *Trattato di Medicina Interna*. Roma, XVI Edizione, 1985.
10. Leigheb G. *Testo e Atlante di Dermatologia*. Edimes, Pavia, 1995.
11. Lotti T, e al. *Dermatologia pratica per immagini*. In: Lotti T. *Dermatologia Clinica*. Utet, 2006; Volume I.
12. Palminteri G, Bosco M, Mastruzzo G, Scerrato R. *Patologie neoplastiche maligne e cute*. In: Palminteri G. *Dermatologia e Medicina Interna, il linguaggio della pelle*. Mattioli 1885, Fidenza, 1998; Volume II, Sezione IX.
13. Palminteri G, Fradà G, Scerrato R. *Premesse alla Dermatologia Clinica: morfologia e lesioni elementari*. In: Palminteri G. *Dermatologia e Medicina Interna, il linguaggio della pelle*. Mattioli 1885, Fidenza, 1998; Volume I, Sezione I.
14. Ponconesi E. *Manuale di Dermatologia*. UTET, Torino, 1992.
15. Picciotto D, Palminteri G. *Diagnostica dermatologica per l'Internista*. In: Palminteri G. *Dermatologia e Medicina Interna, il linguaggio della pelle*. Mattioli 1885, Fidenza, 1998; Volume I, Sezione I.
16. Pintacuola S, Palminteri G, Romanelli M. *Interessamento della cute nella patologia internistica*. In: Palminteri G. *Dermatologia e Medicina Interna, il linguaggio della pelle*. Mattioli 1885, Fidenza, 1998; Volume I, Sezione I.