Valutare in Sanità
Una voce al servizio della Salute

RIVISTA
SCIENTIFICA

NUMERO SPECIALE



Casi clinici in dermatologia

Numero speciale

VALUTARE IN SANITÀ
Rivista Scientifica
Registrazione presso il Tribunale di Bari
n.36 del 24/09/09

www.valutareinsanita.it

Direttore Responsabile
Maddalena Milone

Direzione, redazione e pubblicità
Meeting Planner s.r.l.
Via Divisione Paracadutisti Folgore, 5
70125 Bari - Italia
Tel.080 9905360
Fax 080 9905359
e-mail: info@meeting-planner.it
website: www.meeting-planner.it

Editore
Meeting Planner s.r.l.
Via Divisione Paracadutisti Folgore, 5 - 70125 Bari

Stampa
Mediatipo s.r.l.
Via delle Margherite, 26
70026 - Modugno (BA)

La Direzione non si assume la responsabilità dei contenuti delle inserzioni pubblicitarie.
È vietata la riproduzione, anche parziale, dei testi.
Regolamento UE 679/2016 Tutela della Privacy – Informativa: Responsabile del trattamento Meeting Planner s.r.l.
Tutte le richieste di consultazione, modifica, integrazione e cancellazione dei dati personali dovranno essere inviate a Meeting Planner s.r.l.

Numero chiuso in redazione a dicembre 2018

Idrosadenite suppurativa: descrizione di un caso clinico

Valentina Mastrandrea, Raffaele Filotico - UO Dermatologia Ospedale A. Perrino di Brindisi

Introduzione

L'idrosadenite suppurativa (HS) è una malattia infiammatoria cronica della cute caratterizzata da una alterazione delle ghiandole pilosebacee. La malattia nella maggior parte dei casi esordisce dopo la pubertà e si manifesta con noduli infiammatori sottocutanei dolorosi, ascessi, fistole e cicatrici retraenti localizzati principalmente nelle regioni ascellari, inguinali, sottomammarie, perineali e perianali, sedi anatomiche delle ghiandole apocrine. La malattia ha un notevole impatto sulla qualità di vita dei pazienti sia nelle fasi acute quando sono presenti secrezioni ematiche e purulente, sia nelle fasi di quiescenza quando le cicatrici portano talvolta ad impotenza funzionale e notevoli danni estetici.

Caso clinico

Un uomo di 56 anni giungeva alla nostra osservazione per la presenza da circa 15 anni di lesioni nodulari, pustole, ascessi, fistole e cicatrici a livello di ascelle, inguine e perineo ***(Figura 1)***. Aveva effettuato terapia antibiotica topica, antibiotica sistemica e retinoidi orali con scarso giovamento. Solo una terapia combinata con minociclina e prednisone per os aveva prodotto una temporanea remissione della sintomatologia, ripresentatasi alla riduzione del dosaggio dello steroide. Il paziente veniva sottoposto alle indagini di laboratorio e strumentali necessarie per verificare l'eligibilità alla terapia con farmaci biologici anti TNF-alfa. Verificata la idoneità al trattamento, veniva prescritta terapia con adalimumab al dosaggio di 160 mg sc al tempo 0, seguito da 80 mg sc dopo due settimane, e da 40 mg sc alla settimana. Dopo 16 settimane di trattamento si osserva una notevole riduzione dei fenomeni flogistici e della presenza di lesioni ascessuali e pustolose ed una riduzione della dolorabilità delle lesioni.

Conclusioni

L'idrosadenite suppurativa è una malattia multifattoriale. Tra i fattori di rischio o fattori aggravanti sono menzionati il fumo, l'obesità e la storia familiare di HS. La prima linea di trattamento si basa sull'utilizzo di antibiotici, tra cui tetracicline, clindamicina, rifampicina e retinoidi orali. Visto il ruolo della flogosi nel mantenimento e nella progressione della malattia, tra le altre opzioni terapeutiche si sono dimostrati utili gli steroidi sistemici. In caso di mancata risposta alle terapie convenzionali o per le terapie a lungo temine, l'adalimumab, un anticorpo monoclonale umano anti TNF-alfa di recente approvato per l'HS, si è dimostrato efficace nel trattamento dell'HS mostrando un buon profilo di sicurezza nonostante i dosaggi elevati utilizzati in questa indicazione.



Figura 1.
Esiti cicatriziali retraenti da pregressi ascessi e fistole

Bibliografia

1. Patil S, Apurwa A, Nadkarni N, Agarwal S, Chaudhari P, Gautam M . Hidradenitis Suppurativa: inside and out. Review. Indian J Dermatol. 2018;63:91-98.

Micosi fungoide follicolotropa: descrizione di un caso clinico

Valentina Mastrandrea, Raffaele Filotico - UO Dermatologia Ospedale A. Perrino di Brindisi

Introduzione

La Micosi fungoide (MF) è un linfoma primitivo cutaneo a cellule T. È il più frequente dei linfomi cutanei che risultano essere al secondo posto fra i linfomi extranodali dopo quelli dell'apparato digerente. Secondo la classificazione WHO/EORTC la MF follicolotropa è una variante di MF caratterizzata da un tropismo follicolare. La MF follicolotropa si presenta clinicamente con papule follicolari ipercheratosiche, con placche eritematose tumide e con lesioni acneiformi, prevalentemente a carico delle zone seborroiche; spesso si associano alopecia, prurito che può influire in modo significativo sulla qualità della vita dei pazienti, ed infezioni batteriche secondarie (1).

Caso clinico

Un uomo di 75 anni giungeva alla nostra osservazione per la comparsa da circa 8 mesi di chiazze eritemato-desquamative al tronco e al cuoio capelluto e di papule con aspetto follicolotropo all'addome, dorso e cuoio capelluto (Figura 1). In anamnesi risultava un pregresso trapianto cardiaco ortotopico per il quale era in trattamento immunosoppressivo, una insufficienza renale cronica al III stadio e un impianto di pacemaker in seguito ad episodi parossistici.

Il paziente veniva sottoposto, oltre che ad una routine ematochimica completa, ad una biopsia cutanea che evidenziava un infiltrato linfocitario a sede annessiale, prevalentemente costituito da piccole cellule con pleomorfismo nucleare e spiccato follicolotropismo. I reperti clinici, istologici, immunofenotipici e strumentali consentivano di porre la diagnosi di Micosi fungoide variante follicolare, stadio IB. Veniva intrapresa terapia con acitretina al dosaggio di 20 mg/die con netto miglioramento del quadro cutaneo.

Conclusioni

La MF follicolotropa è associata a un decorso più aggressivo, una scarsa risposta al trattamento, un aumento del rischio di progressione e una sopravvivenza generale inferiore rispetto alla MF classica. La diagnosi si basa sulla presentazione clinica e viene confermata dalla biopsia cutanea. Le indagini istologiche mostrano un'infiltrato di cellule ipercromatiche di varia taglia, con nuclei cerebriformi che invadono l'epitelio follicolare. Nella maggior parte dei casi si osserva una degenerazione mucinosa dell'epitelio follicolare. L'immunoistopatologia di solito rivela un fenotipo T-helper (CD3+, CD4+ e CD8-). Il trattamento più comune comprende nelle fasi iniziali l'impiego della fototerapia (PUVA o NB-UVB), in combinazione con interferon alfa-2a e retinoidi (1).

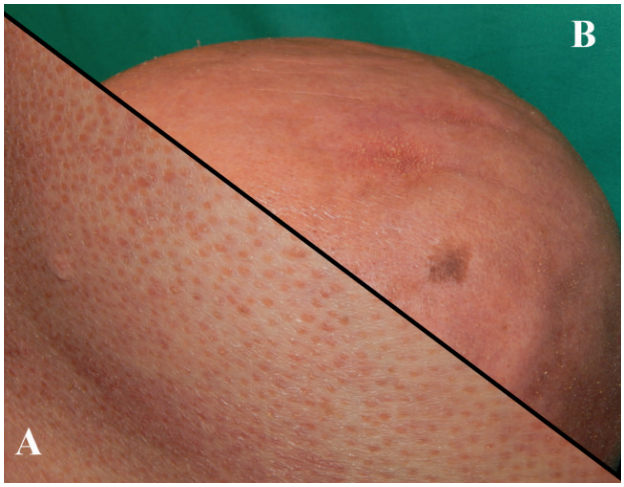


Figura 1.
A - Papule follicolari dell'addome
B - Alopecia e cheratosi follicolare del cuoio capelluto

Bibliografia

1. Mitteldorf C, Stadler R, Sander CA, Kempf W. Folliculotropic mycosis fungoides. J Dtsch Dermatol Ges. 2018;16:543-557.

Micobatteriosi cutanea atipica: descrizione di un caso clinico

Raffaele Filotico, Valentina Mastrandrea - UO Dermatologia Ospedale A. Perrino di Brindisi

Introduzione

Mycobacterium marinum è un micobatterio non tubercolare, gram-positivo, patogeno opportunista, che induce infezioni nei pesci d'acqua dolce e marina, considerati quindi i vettori per l'infezione nell'uomo. I bacilli penetrano nella cute attraverso ferite e abrasioni, in genere in corso di manutenzione di acquari. Le manifestazioni cutanee sono rappresentate da noduli infiltrati, eritematosi, talora ulcerati, a disposizione sporotricoide per diffusione attraverso i vasi linfatici, che generalmente si localizzano a livello degli arti superiori (1).

Caso clinico

Un uomo di 53 anni giungeva alla nostra osservazione per la comparsa da circa 2 mesi di manifestazioni nodulari eritematose a livello dell'arto superiore destro, il primo dei quali insorto in corrispondenza del 2° dito della mano omolaterale, a disposizione sporotricoide, asintomatici, in assenza di linfoadenopatie (Figura 1). Il paziente era in buone condizioni generali. In anamnesi risultava la periodica cura di un acquario domestico.

Nel sospetto di una micobatteriosi, il paziente veniva sottoposto ad indagini diagnostiche: routine ematochimica, risultata nella norma; esame micologico, risultato negativo; esame batteriologico colturale a 25° risultato positivo per la presenza di bacilli alcol-acido resistenti, identificati come M. marinum; ed infine a biopsia cutanea che evidenziava una flogosi cronica granulomatosa suppurativa del derma profondo.

Si poneva pertanto diagnosi di Micobatteriosi da M. marinum e veniva impostata terapia con minociclina 200 mg al dì per 3 mesi, con risoluzione del quadro cutaneo.

Conclusioni

L'infezione da M. marinum non è molto frequente. Si stima che l'incidenza annuale negli Stati Uniti sia di 0,27 casi ogni 100.000 abitanti. Le due condizioni richieste per l'infezione sono la presenza di lesioni di continuo della cute e l'esposizione ad ambienti acquosi contaminati. La diagnosi comprende istopatologia, coltura a 25° e PCR. È fondamentale segnalare al laboratorio il sospetto clinico per incubare il campione a 25-30° dato che il M. marinum non cresce a 37° come gli altri micobatteri. Non esiste una terapia standardizzata nelle infezioni da M. marinum; in genere si utilizza la monoterapia in pazienti immunocompetenti e la terapia di associazione in pazienti immunosoppressi. Il trattamento antibiotico dovrebbe essere proseguito per almeno tre mesi prima di valutare la risposta clinica (1).

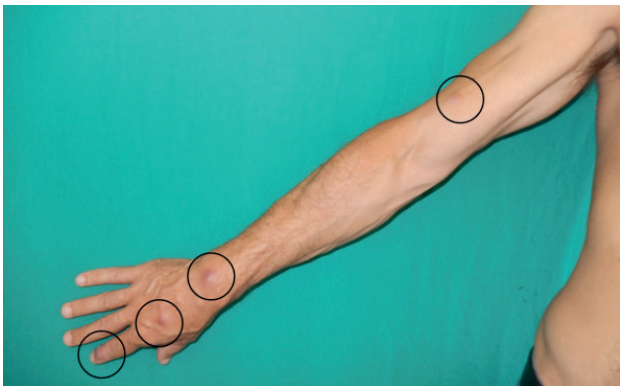


Figura 1.
Lesioni nodulari a disposizione sporotricoide

Bibliografia

1. Hashish E, Merwad A, Elgaml S, Amer A, Kamal H, Elsadek A, Marei A, Sitohy M. Mycobacterium marinum infection in fish and man: epidemiology, pathophysiology and management; a review. Vet Q. 2018 Dec;38:35-46.

Pemfigo del cavo orale: descrizione di un caso clinico

Raffaele Filotico, Valentina Mastrandrea - UO Dermatologia Ospedale A. Perrino di Brindisi

Introduzione

Le dermatosi bollose autoimmuni sono un gruppo eterogeneo di malattie caratterizzate dalla presenza di anticorpi diretti contro antigeni della cute e delle mucose. Nel Pemfigo tali anticorpi sono diretti contro i desmosomi cheratinocitari, in particolare desmogleina (Dsg) 1 e 3, con conseguente acantolisi, distacco intraepidermico e formazione della bolla. Le lesioni cutanee si presentano con bolle a tetto flaccido, a contenuto sieroso, su cute aflegmasica. Le lesioni mucose sono prevalentemente caratterizzate da erosioni dolenti; più raramente si osservano bolle integre (1).

Caso clinico

Un uomo di 57 anni giungeva alla nostra osservazione per la comparsa da circa 2 mesi di lesioni erosive alla mucosa del cavo orale e della pseudo mucosa delle labbra (Figura 1). Il paziente era in trattamento dialitico da molti anni a causa di una glomerulonefrite acuta ed era stato sottoposto in precedenza a terapia antivirale e antimicotica nel sospetto di un herpes labiale e di una candidosi orale.

Il paziente veniva sottoposto, oltre che ad una routine ematochimica completa, al dosaggio delle Dsg1/3 e BP (bullous pemphigoid) - 180 con tecniche di immunofluorescenza indiretta. Il riscontro di una positività per la Dgs 3 consentiva di porre la diagnosi di Pemfigo volgare a localizzazione mucosa e pseudomucosa. Pertanto, veniva intrapresa terapia con prednisone al dosaggio di 0,5 mg/kg/die a scalare fino alla dose di mantenimento con risoluzione del quadro clinico.

Conclusioni

Il Pemfigo è una malattia rara che non correttamente curata può essere ad esito infausto. Ha una incidenza che varia a seconda della regione geografica: nell'Europa centrale e negli Stati Uniti la sua incidenza è stimata tra 1 e 7 nuovi pazienti/milione/anno.

La diagnosi di Pemfigo si basa sulla combinazione della presentazione clinica e della rilevazione di autoanticorpi tissutali e/o circolanti mediante tecniche di immunofluorescenza diretta e indiretta. I livelli di autoanticorpi Dsg1 e 3 sono correlati all'attività della malattia. L'esame istologico evidenzia una bolla intraepidermica contenete le classiche cellule acantolitiche e scarsi elementi flogistici. Il trattamento di scelta è steroideo sistemico (1). La localizzazione esclusivamente orale è di frequente la sede di esordio della malattia ma spesso è misconosciuta. L'assenza di lesioni cutanee rende difficile la diagnosi che spesso è tardiva e comporta la necessità di terapia steroidea ad alto dosaggio e nei casi non responsivi al trattamento con rituximab.



Figura 1.
Erosioni alla pseudomucosa labiale

Bibliografia

1. Mitteldorf C, Stadler R, Sander CA, Kempf W. Folliculotropic mycosis fungoides. J Dtsch Dermatol Ges. 2018;16:543-557.

abbvie

L'INNOVAZIONE GUIDA LA NOSTRA SCIENZA.
LA VITA DELLE PERSONE GUIDA IL NOSTRO IMPEGNO.

Per rispondere alla domanda di salute nel mondo, AbbVie unisce lo spirito di un'impresa biotecnologica alla solidità di un'azienda farmaceutica di successo.
Il risultato è un'azienda biofarmaceutica che coniuga scienza, passione e competenza per migliorare la salute e la cura delle persone, con modalità innovative.
Incidere significativamente sulla vita delle persone è, per noi, più di una promessa.
È il nostro obiettivo.

abbvie.it



www.valutareinsanita.it