

CARLO GELMETTI

**La pratica dell'atopia**

Carlo Gelmetti

**La pratica  
dell'atopia**



Springer

CARLO GELMETTI

*Direttore*

*Istituto di Scienze Dermatologiche*

*Università degli Studi di Milano*

*Direttore UOS di Dermatologia Pediatrica*

*Fondazione IRCCS*

*"Ospedale Maggiore Policlinico, Mangiagalli e Regina Elena", Milano*

ISBN 978-88-470-0774-1

e-ISBN 978-88-470-0775-8

Quest'opera è protetta dalla legge sul diritto d'autore. Tutti i diritti, in particolare quelli relativi alla traduzione, alla ristampa, all'utilizzo di illustrazioni e tabelle, alla citazione orale, alla trasmissione radiofonica o televisiva, alla registrazione su microfilm o in database, o alla riproduzione in qualsiasi altra forma (stampata o elettronica) rimangono riservati anche nel caso di utilizzo parziale. La riproduzione di quest'opera, anche se parziale, è ammessa solo ed esclusivamente nei limiti stabiliti dalla legge sul diritto d'autore, ed è soggetta all'autorizzazione dell'editore. La violazione delle norme comporta le sanzioni previste dalla legge.

Springer-Verlag fa parte di Springer Science+Business Media

springer.com

© Springer Italia 2008

L'utilizzo in questa pubblicazione di denominazioni generiche, nomi commerciali, marchi registrati, ecc. anche se non specificatamente identificati, non implica che tali denominazioni o marchi non siano protetti dalle relative leggi e regolamenti. Responsabilità legale per i prodotti: l'editore non può garantire l'esattezza delle indicazioni sui dosaggi e l'impiego dei prodotti menzionati nella presente opera. Il lettore dovrà di volta in volta verificarne l'esattezza consultando la bibliografia di pertinenza.

Layout copertina: Simona Colombo, Milano

Impaginazione: Compostudio, Cernusco s/N (MI)

Stampa: Grafiche Porpora, Segrate (MI)

*Stampato in Italia*

Springer-Verlag Italia S.r.l., Via Decembrio 28, I-20137 Milano



# Prefazione

L'estensione del concetto di atopia quale manifestazione di una maggiore sensibilità della cute e delle mucose agli stimoli infiammatori in senso lato ha portato a approcciare il paziente in maniera integrata. Il dermatologo, che è un privilegiato perché può vedere i primi segni della dermatite atopica già nel lattante, sa oramai che dovrà lavorare a stretto contatto con l'allergologo e gli altri specialisti d'organo cui spetterà di affrontare le eventuali manifestazioni più tardive come l'asma allergico e la rinocongiuntivite allergica.

L'impegno di Carlo Gelmetti e degli altri esperti nazionali per stimolare la creazione della Scuola dell'Atopia in Italia ha già portato i suoi frutti con la costituzione di vari gruppi in alcune realtà locali e con la pubblicazione nello scorso anno del volume "La scuola dell'atopia" (C. Gelmetti, Springer), che si è qualificato come il punto di riferimento di quest'ampia problematica.

Questo nuovo libro vuole essere un completamento del precedente, e, come annuncia il titolo, si propone di essere una guida pratica, destinata a coloro che si trovano in prima linea ed abbiano bisogno di indicazioni schematiche e precise per trarne decisioni rapide. L'atlante fotografico delle manifestazioni cliniche, gli algoritmi commentati dei capi principali ed una selezione dei farmaci e dei prodotti che possono essere utili nella gestione quotidiana dell'atopia, sono le tre parti di questa pubblicazione che pensiamo possa essere utile a tutti i professionisti della salute e, di conseguenza, a tutti i nostri pazienti.

*Milano, Novembre 2007*

**Elvio Alessi**  
*Direttore UOC Dermatologia  
Fondazione IRCCS  
"Ospedale Maggiore Policlinico,  
Mangiagalli e Regina Elena" di Milano*



# Indice

## **Parte I** Atlante fotografico

A cura di C. Gelmetti

**Introduzione** ..... 3

### **CAPITOLO 1**

**Evoluzione cronologica e topografica della dermatite atopica** ..... 5

### **CAPITOLO 2**

**Occhio** ..... 23

### **CAPITOLO 3**

**Orecchie** ..... 31

### **CAPITOLO 4**

**Bocca** ..... 35

### **CAPITOLO 5**

**Collo e tronco** ..... 39

### **CAPITOLO 6**

**Mano** ..... 45

### **CAPITOLO 7**

**Genitali** ..... 49

### **CAPITOLO 8**

**Piede** ..... 51

<b>CAPITOLO 9</b>	
<b>Diagnosi differenziale</b> .....	<b>53</b>
<b>CAPITOLO 10</b>	
<b>Forme particolari e complicazioni</b> .....	<b>61</b>
<b>Parte II</b> Algoritmi commentati	
<b>ALGORITMO 1</b>	
<b>Storia e nomenclatura della dermatite atopica</b> .....	<b>77</b>
C. Colonna, C. Gelmetti	
<b>ALGORITMO 2</b>	
<b>Eziopatogenesi della dermatite atopica</b> .....	<b>81</b>
G. Girolomoni, P. Gisondi, A. Boner	
<b>ALGORITMO 3</b>	
<b>Il ruolo delle IgE totali e specifiche per alimenti nella dermatite atopica</b> .....	<b>87</b>
A. Vierucci	
<b>ALGORITMO 4</b>	
<b>Diagnosi della dermatite atopica</b> .....	<b>91</b>
G. Fabrizi, C. Pagliarello	
<b>ALGORITMO 5</b>	
<b>Approccio terapeutico globale della dermatite atopica</b> .....	<b>103</b>
C. Gelmetti, A. Patrizi	
<b>ALGORITMO 6</b>	
<b>La terapia farmacologica</b> .....	<b>107</b>
M. Paradisi, C. Pelfini, M. El Hachem, C. Gelmetti	
<b>ALGORITMO 7</b>	
<b>Fototerapia della dermatite atopica</b> .....	<b>113</b>
G. Monfrecola	

**ALGORITMO 8****Uso degli emollienti nella dermatite atopica** ..... 117

A. Frasin, C. Gelmetti

**ALGORITMO 9****Diagnosi delle patologie respiratorie** ..... 121G.L. Marseglia, A. Licari, A. Marseglia, M. Leone, E. Civardi,  
M. De Amici, G. Ciprandi**ALGORITMO 10****Terapia delle patologie respiratorie** ..... 125

A.L. Boner, L. Pecorari

**ALGORITMO 11****Diagnosi delle patologie intestinali** ..... 129

A. Fiocchi, A. Martelli, D. Ghiglioni, M. Corvo

**ALGORITMO 12****Il trattamento dietetico del lattante con allergia  
alle proteine del latte vaccino** ..... 137

G. Cavagni, M.C. Artesani, S. Donnanno, G. Trimarco, C. Riccardi

**ALGORITMO 13****La cheratocongiuntivite atopica** ..... 145

S. Bonini, E. Galli, A. Lambiase

**ALGORITMO 14****Diagnosi delle patologie ORL** ..... 149

D. Passali, L. Salerno

**ALGORITMO 15****Problemi psicologici e loro gestione** ..... 153A.G. Burroni; P. Vizziello, S. Brambilla, I. Cropanese, B. Dal Lago,  
R. Mazzoni, C. Rigamonti**ALGORITMO 16****La metodica diagnostica degli Atopy Patch Tests  
nella dermatite atopica** ..... 159

P.D. Pigatto

## **Parte III** Farmaci, cosmetici e presidi medico-chirurgici

<b>Introduzione</b> .....	<b>165</b>
C. Gelmetti, A. Frasin, L. Maffei	
<b>CAPITOLO 1</b>	
<b>Mini atlante fotografico</b> .....	<b>171</b>
C. Gelmetti	
<b>CAPITOLO 2</b>	
<b>Terapia termale per la dermatite atopica</b> .....	<b>189</b>
A. Calza, G. Zumiani	
<b>CAPITOLO 3</b>	
<b>Selezione dei prodotti</b> .....	<b>197</b>
C. Gelmetti, A. Frasin, L. Maffei	
Antibiotici .....	<b>199</b>
Antimicotici .....	<b>201</b>
Associazioni .....	<b>205</b>
Cortisonici .....	<b>209</b>
Cosmeceutici .....	<b>214</b>
Inibitori topici della calcineurina .....	<b>234</b>
Miscellanea .....	<b>235</b>
Paste .....	<b>237</b>





# Elenco degli Autori

Maria C. Artesani

*UOC di Allergologia Pediatrica, Dipartimento di Medicina Pediatrica, Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, Roma*

Attilio L. Boner

*Clinica Pediatrica, Università degli Studi, Verona*

Stefano Bonini

*Dipartimento di Oftalmologia, Università Campus Bio-Medico e IRCCS Fondazione "GB Bietti" per l'Oftalmologia, Roma*

Silvia Brambilla

*UO di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza, Fondazione IRCCS "Ospedale Maggiore Policlinico, Mangiagalli e Regina Elena", Milano*

Anna G. Burroni

*Azienda Ospedaliera Università "S. Martino", Genova*

Anna Calza

*Centro Studi Terme di Comano, Trento*

Giovanni Cavagni

*UOC di Allergologia Pediatrica, Centro Disciplinare per le Vaccinazioni a Rischio, Dipartimento di Medicina Pediatrica, Ospedale Pediatrico "Bambino Gesù", Roma*

Giorgio Ciprandi

*Dipartimento di Medicina Interna, Azienda Ospedaliera Università "S. Martino", Genova*

Elisa Civardi

*Dipartimento di Scienze Pediatriche, Università degli Studi e Fondazione IRCCS Policlinico "S. Matteo", Pavia*

Cristina Colonna

*Istituto di Scienze Dermatologiche, Università degli Studi di Milano e Fondazione IRCCS "Ospedale Maggiore Policlinico, Mangiagalli e Regina Elena", Milano*

Maurizio Corvo

*Dipartimento Materno Infantile, UO Pediatria, Ospedale "Macedonio Melloni", Milano*

Isabella Cropanese

*UO di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza, Fondazione IRCCS "Ospedale Maggiore Policlinico, Mangiagalli e Regina Elena", Milano*

Barbara Dal Lago

*UO di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza, Fondazione IRCCS "Ospedale Maggiore Policlinico, Mangiagalli e Regina Elena", Milano*

Mara De Amici

*Dipartimento di Scienze Pediatriche, Università degli Studi e Fondazione IRCCS Policlinico "S. Matteo", Pavia*

Simona Donnanno

*UOC di Allergologia Pediatrica, Dipartimento di Medicina Pediatrica, Ospedale Pediatrico "Bambino Gesù", Roma*

Maya El Hachem

*UO di Dermatologia, Ospedale Pediatrico "Bambino Gesù", Roma*

Giuseppe Fabrizi

*Cattedra di Malattie Cutanee e Veneree, Università degli Studi del Molise-Campobasso*

Alessandro Fiocchi

*Dipartimento Materno Infantile, UO Pediatria, Ospedale "Macedonio Melloni", Milano*

Adina Frasin

*Dipartimento di Pediatria, Ospedale "Macedonio Melloni", Milano*

Elena Galli

*UO di Immuno-Allergologia Pediatrica, Centro Ricerche, Ospedale "S. Pietro-Fatebenefratelli", Roma*

Carlo Gelmetti

*Istituto di Scienze Dermatologiche, Università degli Studi di Milano e Fondazione IRCCS "Ospedale Maggiore Policlinico, Mangiagalli e Regina Elena", Milano*

Daniele Ghiglioni

*Dipartimento Materno Infantile, UO Pediatria, Ospedale "Macedonio Melloni", Milano*

Giampiero Girolomoni

*UO di Clinica Dermatologica, Ospedale Civile Maggiore, Azienda Ospedaliera di Verona, Università di Verona*

Paolo Gisondi

*UO di Clinica Dermatologica, Ospedale Civile Maggiore, Azienda Ospedaliera di Verona, Università di Verona*

Alessandro Lambiase

*Sezione di Oftalmologia, Università di Roma Campus BioMedico, Roma*

Maddalena Leone

*Dipartimento di Scienze Pediatriche, Università degli Studi e Fondazione IRCCS Policlinico "S. Matteo", Pavia*

Amelia Licari

*Dipartimento di Scienze Pediatriche, Università degli Studi e Fondazione IRCCS Policlinico "S. Matteo", Pavia*

Laura Maffeis

*Fondazione IRCCS "Ospedale Maggiore Policlinico, Mangiagalli e Regina Elena", Milano*

Alessia Marseglia

*Dipartimento di Scienze Pediatriche, Università degli Studi e Fondazione IRCCS Policlinico "S. Matteo", Pavia*

Gian Luigi Marseglia

*Dipartimento di Scienze Pediatriche, Università degli Studi e Fondazione IRCCS Policlinico "S. Matteo", Pavia*

Alberto Martelli

*Dipartimento di Pediatria, Ospedale "Macedonio Melloni", Milano*

Rossana Mazzoni

*UO di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza, Fondazione IRCCS "Ospedale Maggiore Policlinico, Mangiagalli e Regina Elena", Milano*

Giuseppe Monfrecola

*Dipartimento di Patologia Sistemica, Sezione di Dermatologia Clinica, Allergologica e Venereologica, Università "Federico II", Napoli*

Calogero Pagliarello

*Associazione Oasi Maria SS-IRCCS per la Ricerca sul Ritardo Mentale e l'Involuzione Cerebrale, Troina (Enna)*

Mauro Paradisi

*VII Divisione, Dermatologia Pediatrica, Istituto Dermatologico dell'Immacolata, IRCCS, Roma*

Desiderio Passali

*Dipartimento di Scienze Ortopedico-Riabilitative, Radiologiche ed Otorinolaringoiatriche, Università degli Studi, Siena*

Annalisa Patrizi

*Dipartimento di Medicina, Clinica Specialistica e Sperimentale, Sezione di Clinica Dermatologica, Università di Bologna*

Lisa Pecorari

*Clinica Pediatrica, Università degli Studi, Verona*

Carlo Pelfini

*Azienda Ospedaliera della Provincia di Pavia*

Paolo D. Pigatto

*Istituto di Scienze Dermatologiche, Università degli Studi e Fondazione IRCCS "Ospedale Maggiore Policlinico, Mangiagalli e Regina Elena", Milano*

Carla Riccardi

*UOC di Allergologia Pediatrica, Dipartimento di Medicina Pediatrica, Ospedale Pediatrico "Bambino Gesù", Roma*

Claudia Rigamonti

*UO di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza, Fondazione IRCCS "Ospedale Maggiore Policlinico, Mangiagalli e Regina Elena", Milano*

Lorenzo Salerni

*Dipartimento di Scienze Ortopedico-Riabilitative, Radiologiche e Otorinolaringoiatriche, Università degli Studi, Siena*

Gemma Trimarco

*UOC di Allergologia Pediatrica, Dipartimento di Medicina Pediatrica, Ospedale Pediatrico "Bambino Gesù", Roma*

## ELENCO DEGLI AUTORI

Alberto Vierucci  
*Dipartimento di Pediatria, Azienda Ospedaliero-  
Universitaria "A. Meyer", Università di Firenze*

Paola Vizziello  
*UO di Neuropsichiatria dell'Infanzia e  
dell'Adolescenza, Fondazione IRCCS "Ospedale  
Maggiore Policlinico, Mangiagalli e Regina  
Elena", Milano*

Giuseppe Zumiani  
*UO di Dermatologia, Presidio Ospedaliero  
"S. Chiara", Trento*



**Parte I**

**Atlante fotografico**

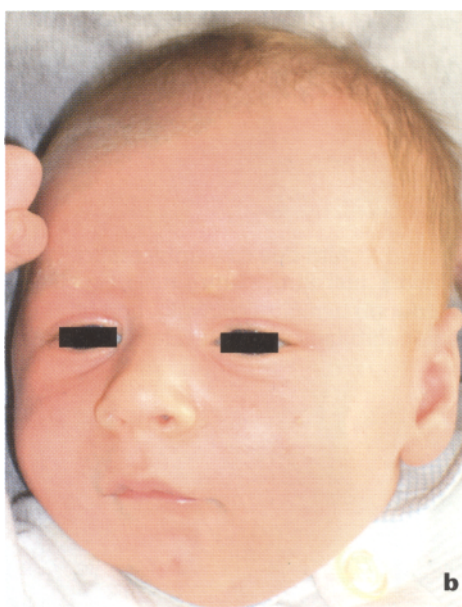


# Introduzione

La clinica della dermatite atopica (DA) del lattante o del bambino è, in genere, talmente tipica da essere riconosciuta con facilità dalla maggior parte dei medici, soprattutto dai pediatri. Detto questo, l'inizio della DA è spesso molto subdolo e può assai facilmente confondersi con le varie dermatiti infantili transitorie (o meno). La *vexata quaestio* della “crosta lattea” non si è ancora conclusa! Nei pazienti adolescenti o adulti, dermatiti accidentali (ad es. la dermatite irritativa da contatto) o coincidenti (ad es. la psoriasi) possono sovrapporsi e complicare il quadro clinico in maniera quasi inestricabile. Inoltre, ai non specialisti, non sono familiari alcuni quadri clinici (ad es. segno di Hertoghe, *dirty neck*, ecc.) che pure sono altamente indicativi della diagnosi. Lo scopo di questo atlante è quello di fornire una guida visuale alla DA nel corso del tempo e nei suoi differenti fenotipi.

Dai primi segni osservabili nei primissimi mesi di vita, le foto del primo gruppo illustrano l'evoluzione delle lesioni e della loro topografia. Nei gruppi successivi, l'atlante rappresenta la malattia in varie sedi topograficamente rilevanti, come l'occhio, le mani, o i genitali. Negli ultimi due gruppi, sono illustrate rispettivamente immagini di diagnosi differenziale e delle complicazioni della DA.

# Evoluzione cronologica e topografica della dermatite atopica



**Fig. 1a-c.** Nel primo-secondo mese di vita la dermatite atopica può manifestarsi in maniera molto discreta con desquamazione giallastra al capo entrando in diagnosi differenziale con la dermatite seborroica (se esiste). In realtà il bambino non si gratta ma non sappiamo se è per la modestità delle manifestazioni oppure per l'immaturità del sistema nervoso che impedisce il naturale riflesso del grattamento che segue al prurito che magari il bambino invece già avverte. Guardando bene la Fig. c si vede un eritema tenue con un accenno alla papulazione sulle guance con risparmio periorale: siamo quasi certi che questo bimbo avrà presto un quadro più tipico



**Fig. 2a,b.** Altri due casi emblematici: nella Fig **a** si vedono squamo-croste giallastre al capillizio e null'altro mentre nella Fig. **b** le lesioni, accompagnate da evidente eritema si estendono ben oltre coinvolgendo gli zigomi (piccola crosta ematica da grattamento) e le regioni orbitarie con notevole accentuazione del solco sottoorbitario

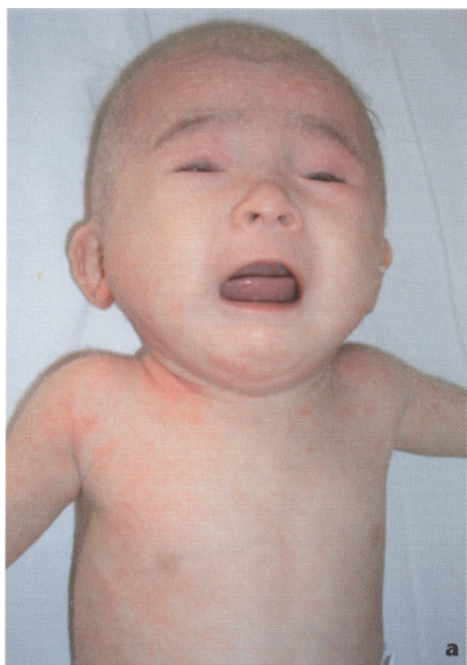


**Fig. 3a,b.** Questi due lattantini sono molto piccoli, ma in essi è già possibile fare con sicurezza la diagnosi di dermatite atopica. Nella Fig. **a** l'eritema è intenso e piccole aree erose e sierogementazioni sono ben visibili in regione pre- e retroauricolare. Nella Fig. **b**, nonostante le manifestazioni siano più modeste, si vedono distintamente delle lesioni da grattamento alla fronte; vuol dire che il bambino ha prurito e riesce già a grattarsi



**Fig. 4.** La dermatite atopica è una malattia con notevole componente genetica. Questi due gemelli ne sono la dimostrazione: già nei primi mesi di vita, dopo una "crosta latte" neonatale non meglio precisata, presentano entrambi una dermatite eritemato-desquamativa che coinvolge la fronte e le regioni zigomatiche in maniera simmetrica





**Fig. 5a-c.** Non ci sono etnie che sono immuni dall'atopia. Nelle Figg. **a** e **b** due bambini orientali; il primo con una dermatite severa del volto, il secondo con un classico coinvolgimento (precoce) alle pieghe antecubitali. Nella Fig. **c** un bambino africano con un marcato interessamento zigomatico e periorbitale



**Fig. 6.** Un lattante con tipica dermatite atopica in fase florida. Il volto è tutto preso, salvo la regione perinasale; le altre sedi sono meno coinvolte ma solo la regione protetta dal pannolino è praticamente indenne. Le regioni estensorie degli arti, dopo il volto, sono le più colpite mentre le regioni flessorie sono per il momento risparmiate



**Fig. 7a-c.** Come abbiamo già detto, nei piccoli lattanti le regioni estensorie degli arti sono le più colpite mentre le regioni flessorie sono generalmente risparmiate come in questo paziente (**a**, **b**). Un esame attento dello stesso bambino mette però in evidenza che un tenue eritema con inizio di papulazione (ruvidità al tatto!) è ben presente sulle guance (**c**)



**Fig. 8a-c.** Altri due tipici casi di bambini con dermatite atopica: le regioni temporali e le guance sono pesantemente coinvolte (**a**, **b**), mentre la regione antecubitale (del primo bambino) è del tutto risparmiata (**c**)



**Fig. 9.** In questi due pazienti con dermatite atopica, si è probabilmente ecceduto nella terapia cortisonica e ne osserviamo pertanto l'aspetto cushingoide. Gli steroidi per bocca sono, di norma, sconsigliati nel trattamento della dermatite atopica, proprio per evitare, accanto agli altri, anche questo effetto collaterale



**Fig. 10a, b.** Queste due foto ben esemplificano la topografia delle regioni colpite da dermatite atopica al volto di un bambino già svezzato. Il risparmio centrofacciale è classico. La dermatite, anche se è così acuta come nella Fig. **a**, migliora in pochi giorni con un trattamento adeguato (**b**)



**Fig. 11a-c.** Nel pazienti con la pelle scura può essere assai difficile percepire l'eritema, che quando è modesto si presenta come una tonalità più grigiastra rispetto al marrone di base; le sedi colpite però sono le stesse e questo facilita molto la diagnosi. Nelle Figg. **a** e **b** si vede appena l'eritema mentre nella Fig. **c** esso si cela con un grigio che deve fare pensare





**Fig. 12.** Questo è il quadro classico, prototipico, di una dermatite atopica di gravità moderata. Il volto e le sedi flessurali sono marcatamente colpite. La secchezza non può essere apprezzata da queste immagini ma clinicamente è facilmente percepibile sia alla vista che al tatto