

---

**GIORNATE DI TERAPIA IN DERMOVENEREOLOGIA**  
**XIII RIUNIONE**  
**(1983-2008)**

**RIASSUNTI DELLE COMUNICAZIONI**

---

# RELAZIONI MAGISTRALI

---

## WHAT'S NEW IN PEDIATRIC DERMATOLOGY THERAPY?

AMY S. PALLER

*Department of Dermatology, Northwestern  
University Feinberg School of Medicine,  
Chicago, IL, USA*

Several new treatment modalities have been proposed to treat common or more difficult to management skin problems of children. The past few years have experienced an array of new topical products to treat atopic dermatitis, focused on decreasing the reliance on topical corticosteroid ointments. In 2000, the calcineurin inhibitors were introduced and shown to have significant anti-inflammatory effects; they continue to be used widely, despite the theoretical (but never substantiated) risk of development of non-melanoma skin cancer or lymphoma. The molecular studies showing structural abnormalities in the skin barrier in association with atopic dermatitis, coupled with the demonstrated deficiency of ceramide, has led to the release of several "barrier creams" which may be both emollient and mildly anti-inflammatory. Importantly, the colonization of the skin of atopic dermatitis patients with *S. aureus*, including MRSA, and role of the organism as a trigger for dermatitis demands that new therapy be directed at minimizing *S. aureus* overgrowth; in our experience dilute bleach baths are the best way to suppress organism growth without the development of resistance. Psoriasis is another inflammatory skin disorders that begins in childhood in about 1/3 of cases; when severe, children are subjected to treatment with systemic medications that risk significant side effects. Etanercept (0.8 mg/kg/week) has now been shown to be successful in moderate to severe pediatric plaque type psoriasis in a 48 week trial; the medication was well tolerated. Children with problematic morphea risk significant disfigurement as well as orthopedic complications. The combination of methotrexate with initial corticosteroid therapy stops disease progression and can reverse the induration, dyspigmentation, and sometimes atrophy associated with the condition. Side effects are unusual. Finally, vascular tumors in infants are generally left untreated because of the lack of effective topical therapy. More evidence suggests that imiquimod may cause rapid improvement in superficial hemangiomas of infancy and clear pyogenic granulomas in children.

# UPDATE ON NEPHROGENIC SYSTEMIC FIBROSIS MANAGEMENT AND THE IDENTIFICATION OF ASSOCIATED RISK FACTORS

DENNIS P. WEST

*Department of Dermatology, Northwestern  
University Feinberg School of Medicine,  
Chicago, IL, USA*

Nephrogenic systemic fibrosis (NSF), also known as nephrogenic fibrosing dermopathy, is a recently recognized skin condition affecting individuals with renal insufficiency. This rare disorder was first seen in dialysis patients in 1997, and was later described as a scleromyxedema-like disorder in 2000. The lesions of NSF are usually symmetric and located on the extremities and trunk with sparing of the face. These lesions are characterized by hardening and thickening of the skin, often with a peau d'orange appearance or textured plaques, papules or nodules. Joint contractures may also develop, with some patients becoming wheelchair dependent. Originally thought to only affect the skin, it has recently been seen to also produce fibrosis of the diaphragm, psoas muscle, renal tubules and rete testis. Although the etiology is unknown, there have been several theories as to the cause/s including recent thrombotic events, erythropoietin levels, the type and duration of dialysis, and most recently, the use of gadolinium containing agents in MRIs and other contrast studies. Because of the significant discomfort and possible mobility limitations of NSF, it is critical to find the cause and/or other risk factors that include age, sex, race, renal diagnosis, medical history, type of dialysis, dialysis duration, type of dialysis fluid, membrane type, date of NSF diagnosis, medications, renal transplants, surgical procedures, thrombotic events, MRI with Gd-CA, type of gadolinium used, gadolinium dosage, date of next dialysis following gadolinium administration, erythropoietin dosage, iron dosage, anticardiolipin antibodies, antiphospholipid antibody, angiotensin converting enzyme inhibitors, phosphate,  $\beta_2$  microglobulin, and metabolic acidosis.

## **Objectives**

1. Recognize the impact on quality of life and clinical characteristics of nephrogenic systemic fibrosis.
2. Identify associated risk factors for NSF.
3. Discuss therapeutic approaches to NSF management.

---

# THE DEEP SCIENCE OF SUPERFICIAL TOXICITIES TO TARGETED ANTICANCER AGENTS

MARIO E. LACOUTURE

*Department of Dermatology, Robert H.  
Lurie Comprehensive Cancer Center,  
Northwestern University, Chicago, IL, USA*

## **Description of presentation**

The introduction of novel agents targeting specific proteins and pathways involved in cancer has resulted in spectacular improvements in patient survival. Despite this remarkable success, the majority of patients treated with these drugs will develop dermatological side effects, which lead to decreased quality of life and inconsistent antineoplastic therapy, both of which may affect clinical outcome. Therefore, attentive dermatological care is critical for the optimization of targeted anticancer drugs.

## **Objectives**

1. Recognize impact on quality of life and clinical characteristics of dermatological toxicities to targeted therapies in cancer.
2. Understand mechanisms involved in dermatological toxicities to targeted therapies in cancer.
3. Discuss mechanistically-based interventions towards these cutaneous toxicities in cancer patients.

---

## **RELAZIONI SU TEMA PREORDINATO**

## ETANERCEPT NEL TRATTAMENTO LONG-TERM DELLA PSORIASI

ENZO BERARDESCA,  
MARCO ARDIGÒ,  
ANTONIO MASTROIANNI,  
CLAUDIO BONIFATI

*Istituto Dermatologico San Gallicano,  
Roma*

L'efficacia terapeutica d'etanercept, molecola dimerica, è legata fundamentalmente alla sua spiccata capacità di legare il TNF-alfa circolante nel sangue periferico rendendolo biologicamente inattivo. Infatti, etanercept si lega e neutralizza gli omodimeri di TNF-alfa legandosi a questi con una affinità 1000 volte superiore al recettore fisiologico normalmente presente nel siero dei soggetti sani ed impedendo, così, il legame del TNF-alfa con i recettori di membrana ed il conseguente scatenamento o mantenimento del processo infiammatorio attraverso l'attivazione delle cellule infiammatorie. Dopo anni dall'introduzione di etanercept nel panorama terapeutico reumatologico e dermatologico è possibile valutarne la reale efficacia, le caratteristiche e l'incidenza di effetti collaterali. I dati attualmente a disposizione, relativi all'efficacia clinica, al tipo e all'incidenza di effetti collaterali, dimostrano che etanercept è in grado di arrestare il danno articolare in circa l'80% dei pazienti e di indurre la scomparsa delle lesioni cutanee in circa il 70% dei casi secondo i parametri ACR (per la valutazione dell'andamento dell'artrite) e PASI (per la componente cutanea) con alto grado di tollerabilità. Nell'artrite psoriasica, etanercept, somministrato per via sottocutanea due volte la settimana, sembra essere dotato di un'alta capacità di indurre una significativa e rapida riduzione della sintomatologia dolorosa articolare con efficacia quantificabile fino alla remissione completa in un alta percentuale di pazienti. La progressione radiologica del danno articolare risulta essere arrestata dalla terapia con effetti anche a due anni dall'inizio del trattamento con etanercept. Si assiste inoltre, anche ad una riduzione del 67% del PASI score con anche scomparsa del prurito cutaneo. Questo dato, avvalorato da ulteriori studi clinici, ha dimostrato l'efficacia di etanercept sia sulla componente cutanea dell'artrite psoriasica che sulla psoriasi volgare moderata o severa.

# PSORIASI, NEOANGIOGENESI ED INFlixIMAB: STUDIO CLINICO, ISTOLOGICO ED IMMUNOISTOCHEMICO

MARIO PIPPIONE,  
CARLO TOMASINI

*Dermosifilopatia 3, Dipartimento di Scienze  
Biomediche ed Oncologia Umana,  
Università di Torino*

La psoriasi è una dermatosi a decorso cronico con manifestazioni cliniche variabili ed implicazioni importanti sulla qualità della vita e talvolta anche sulla prognosi “quoad vitam” dei soggetti affetti. In particolare, i pazienti con estese manifestazioni cutanee, forme pustolose generalizzate, eritrodermia e ad artrite non responsivi alle tradizionali terapie sono attualmente i candidati all'utilizzo dei farmaci “biologici”. Tali farmaci mostrano un'azione diretta contro molecole chiave del processo patogenetico della psoriasi, garantendo un'efficacia maggiore ed una minor incidenza di effetti collaterali. L'infliximab è un anticorpo monoclonale IgG1 chimerico ad elevata affinità e specificità per il TNF-alfa sia nella forma solubile che transmembrana. Tale molecola è coinvolta in molteplici azioni pro-infiammatorie inducendo la secrezione di citochine da parte di varie cellule; infliximab aumenta inoltre la proliferazione epidermica ed è in grado di “up-regolare” l'espressione di molecole di adesione (ICAM-1) sulle cellule endoteliali che mediano il “traffico” dei linfociti nella cute. Recentemente è stato inoltre evidenziato che l'inibizione di TNF-alfa è in grado di ridurre sensibilmente la neoangiogenesi in artrite reumatoide, con effetto inibitorio sulla flogosi (1). L'angiogenesi riveste un ruolo chiave e precoce nell'induzione della lesione psoriasica. Il pattern vascolare psoriasico è unico e peculiare, caratterizzandosi da vasi neoformati di tipo capillare ad aspetto tortuoso che spiralizzano nella papilla dermica. Nel presente studio abbiamo voluto valutare gli aspetti clinici, istopatologici ed immunocistochimici della terapia con infliximab in un gruppo di pazienti affetti da psoriasi moderata-grave con artropatia, selezionati da una più ampia casistica di pazienti in terapia con infliximab presso il nostro Istituto. Tutti i casi sono stati documentati clinicamente con fotografie ai vari tempi dello studio. Infliximab è stato somministrato per via e.v secondo protocollo. Prelievi biotipici sono stati ottenuti da lesioni psoriasiche ai tempi 0, 2 e 6 ed il materiale è stato processato per esame istopatologico ed immunocistochimico con i seguenti anticorpi: CD 31, Fattore VIII, CD3, CD8, MIB1. A distanza di 6 settimane, lo studio istopatologico ed immunocistochi-



---

mico hanno evidenziato una quasi completa scomparsa dell'infiltrato infiammatorio e della componente vascolare nella placca psoriasica, con riduzione significativa dell'espressione dei markers immunostochimici testati, in particolare quelli di tipo vascolare. Dal punto di vista clinico si osservava una riduzione di circa il 70% del PASI a T 12. I risultati di questo studio preliminare confermano l'efficacia e la tollerabilità di infliximab nel trattamento di pazienti affetti da psoriasi moderata-grave. Nel meccanismo d'azione di infliximab va inclusa l'inibizione dell'angiogenesi con conseguente effetto anti-infiammatorio e miglioramento clinico, aprendo nuove prospettive all'utilizzo sempre più mirato di tale molecola (2).

### **Bibliografia**

1. Paleolog EM et al. Modulation of angiogenic vascular endothelial growth factor by tumor necrosis factor alpha and interleukin-1 in rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 1998;41:1258-1265
2. Markham T et al. Resolution of endothelial activation and down regulation of Tie2 receptor in psoriatic skin after infliximab therapy. *J Am Acad Dermatol* 2006;54:1003-1012

## **REAZIONI AVVERSE CUTANEE DA FARMACI ANTI-INFIAMMATORI NON STEROIDEI (FANS)**

NICOLA ASTE,  
LAURA ATZORI

*Clinica Dermatologica,  
Università di Cagliari*

L'esposizione ad un farmaco comporta inevitabilmente un rischio di effetti indesiderati spesso legati alle attività terapeutiche stesse, ma che in gran parte sono prevedibili, correlati alla dose ed al tempo di esposizione e quindi ben valutabili, più semplicemente chiamati effetti collaterali. Esiste una minoranza di casi (5-10%) in cui la reazione al farmaco è imprevedibile, non strettamente correlata alla dose od alle modalità di esposizione e si verifica per una particolare suscettibilità di quell'individuo al farmaco, eventualmente anche solo transitoria, per la concomitanza di fattori scatenanti o favorenti di non semplice determinazione. L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha introdotto il termine di "Reazione Avversa da farmaci" (Adverse Drug Reaction; ADR) per identificare appunto tutte quelle eterogenee condizioni che rappresentano una "risposta inattesa e non voluta all'assunzione di un farmaco, somministrati in maniera adeguata allo scopo terapeutico o diagnostico desiderato". Una delle categorie di farmaci di più ampio impiego è rappresentata dagli anti-infiammatori non steroidei (FANS), per alcuni dei quali è stata segnalata una discreta incidenza di reazioni avverse cutanee. I preparati ritenuti maggiormente responsabili sono la nimesulide, l'acido acetil salicilico, gli inibitori delle COX-2, il paracetamolo, il diclofenac. Lo spettro di manifestazioni cliniche è estremamente polimorfo, con una netta prevalenza dell'orticaria-angioedema e delle eruzioni esantematiche, seguite da reazioni avverse severe quali la sindrome di Stevens-Johnson e la necrolisi epidermica tossica, le vasculiti cutanee, la pustolosi esantematica acuta generalizzata. La continua introduzione di nuovi FANS ed il non facile riconoscimento di alcuni quadri clinici sono condizioni che richiedono un precoce intervento del dermatologo ai fini della tempestiva e corretta diagnosi, nonché dell'adozione di adeguate misure terapeutiche.

## **IL BEXAROTENE COME NUOVA OPZIONE TERAPEUTICA NEI LINFOMI CUTANEI A CELLULE T IN FASE PRECOCE**

**PIERLUIGI AMERIO**

*Istituto di Clinica Dermatologica,  
Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma*

Il bexarotene rappresenta la terza generazione di farmaci analoghi della vitamina A ed è il primo retinoide che agisce in maniera selettiva a livello dei recettori X dei retinoidi. Il suo effetto biologico è mediato attraverso il legame con il recettore nucleare RXR (retinoid-X-receptor) a cui segue il legame con il DNA e l'interazione con altri fattori di trascrizione. Il bexarotene svolge un'azione anti-proliferativa sui linfociti neoplastici di linfoma cutaneo ed è stato utilizzato finora per il trattamento di pazienti affetti da linfoma cutaneo a cellule T in fase avanzata refrattari ad almeno un trattamento per via sistemica. Recentemente è stato proposto l'uso del bexarotene a basse dosi anche negli stadi iniziali dei linfomi cutanei a cellule T, in monoterapia o in associazione ad altre terapie quali la PUVA con risultati incoraggianti. La possibilità di limitarne e controllarne gli effetti collaterali dose-dipendenti, di somministrarlo per via orale e la buona compliance da parte del paziente rendono il bexarotene una nuova ed interessante opzione terapeutica nel trattamento dei linfomi cutanei a cellule T anche negli stadi iniziali di malattia.

# RUOLO DEL BEXAROTENE NEL TRATTAMENTO DEI LINFOMI CUTANEI A CELLULE T

NICOLA PIMPINELLI

*Dipartimento di Scienze Dermatologiche,  
Università di Firenze, a nome del GILC  
(Gruppo Italiano Linfomi Cutanei)*

Bexarotene è il capostipite dei retinoidi, retinoidi che agiscono in maniera selettiva a livello dei recettori X dei retinoidi (retinoid-X-receptors, RXR) e svolgono molteplici effetti farmacologici combinati (antiproliferativo, prodifferenziativo ed immunomodulante) che ne giustificano l'efficacia clinica nel trattamento dei linfomi cutanei a cellule T (CTCL), gruppo eterogeneo per quadro clinico-patologico, decorso e prognosi. Nella Micosi Fungoide (MF) e sindrome di Sézary (SS) le indicazioni terapeutiche sono attualmente calibrate sullo stadio di malattia in base al sistema TNMB. Negli stadi iniziali della MF (I-IIA), caratterizzati da ottima prognosi, il trattamento preferito è quello "skin-directed" (diretto alla cute); negli stadi avanzati (IIB-IV), caratterizzati da un netto peggioramento della prognosi, la scelta del trattamento è particolarmente delicata. I problemi centrali del trattamento dei CTCL sono la difficoltà nell'ottenere una soddisfacente risposta clinica e di mantenerne la stabilità, in particolare con la progressione dello stadio di malattia. Tra le "nuove" terapie dei CTCL, bexarotene ha assunto ruolo ed importanza crescenti, dimostrandosi attivo nei CTCL sia in monoterapia che in associazione con altri trattamenti in virtù dei suoi molteplici meccanismi di azione e di un ottimo sinergismo con quelli di altri trattamenti; gli effetti collaterali hanno incidenza e gravità principalmente legate alla dose somministrata, con conseguente grande importanza di una accurata selezione dei pazienti da trattare, una intelligente modulazione del dosaggio e l'utilizzo di prevenzione e trattamento farmacologico adeguati. Bexarotene è attualmente indicato, al dosaggio standard di 300 mg/m<sup>2</sup>/die, nel trattamento dei CTCL in fase avanzata refrattari/ricaduti; data la obiettiva difficoltà nel mantenere la remissione o stabilità raggiunta con le terapie tradizionali, è sempre più diffuso l'utilizzo del farmaco (anche a dose ridotta) al fine di consolidare le risposte/stabilizzazioni ottenute. Bexarotene ha dimostrato la sua efficacia anche in associazione con altri trattamenti diffusamente impiegati nei CTCL; in particolare, l'associazione di bexarotene a basse dosi (75-150 mg/m<sup>2</sup>/die) con PUVA è utile anche nei pazienti con MF in fase iniziale (IB-IIA) refrattari a/ricaduti dopo PUVA

---

+/- interferon e nella MF follicolotropa, variante di MF caratterizzata da prognosi complessivamente peggiore rispetto alla MF classica. Obiettivi degli studi clinici controllati in corso sono la possibile riduzione dei tempi di risposta clinica, la diminuzione della dose cumulativa di UVA ed il possibile consolidamento della remissione clinica.

# LA PRESCRIZIONE MAGISTRALE NELLA DERMATOLOGIA DEL TERZO MILLENNIO

LUCIO ANDREASSI,  
\*MARCO ANDREASSI

*Sezione di Dermatologia, Dipartimento di  
Immunologia Clinica e Scienze  
Immunologiche e \*Centro di Scienza e  
Tecnologia Cosmetiche, Università di Siena*

Il trattamento delle malattie cutanee si è avvalso da sempre di medicinali topici, che fino a non molti anni or sono hanno avuto un ruolo dominante in terapia dermatologica. La introduzione di validi farmaci attivi per via sistemica ha ridimensionato l'importanza della terapia topica, che conserva comunque una sua specifica collocazione nel contesto delle varie diversificazioni della disciplina. Sono le patologie a prevalente valenza estetica che possono beneficiare maggiormente dell'impiego di prodotti topici, che vanno spesso adattati a specifiche esigenze cliniche e individuali. La personalizzazione del prodotto configura una preparazione magistrale, la cui prescrizione richiede alcune fondamentali conoscenze di base in tema di preparazioni topiche e l'osservanza delle attuali norme legislative. È da ricordare che una prescrizione magistrale, anche se non contiene principi attivi con le caratteristiche di farmaci, si definisce comunque farmaco ed implica precise responsabilità medico-legali. Alcune circostanze aprono nuove prospettive nella prescrizione di prodotti magistrali. Tra queste sono da ricordare l'ampia gamma di veicoli disponibili ed i progressi raggiunti dalle tecnologie implicate nella dinamica di rilascio cutaneo dei principi attivi. È infine da ricordare la disponibilità di farmaci, un tempo coperti da brevetto ed oggi utilizzabili in preparazioni magistrali.

## **Bibliografia**

- Bettiol F. Manuale delle preparazioni galeniche. Milano, Ed. Tecniche Nuove, 2003

## PRINCIPI ATTIVI TOPICI IN STUDIO

PIETRO SANTOIANNI,  
\*MASSIMILIANO NINO

*Sezione di Dermatologia, Dipartimento di Patologia Sistemica e \*Dottorato di ricerca in Scienze Dermatologiche, Sezione di Dermatologia Clinica, Venereologia e Dermatologia Allergologica e Ambientale, Università "Federico II", Napoli*

Nella somministrazione topica il principio attivo deve ottenere massima efficacia locale con minimo assorbimento sistemico. L'azione farmacologica risulta dalle caratteristiche della sostanza attiva in combinazione con eccipienti e veicoli appropriati. Importante è la biodisponibilità intradermica dei principi attivi: la cute può essere considerata come una membrana semipermeabile selettiva, con un sistema immunitario attivamente reattivo a numerosi stimoli specifici. Vi sono diverse condizioni per le quali l'effetto terapeutico è legato a biodisponibilità elevata di principi attivi a livello di epidermide, di strutture dermiche o cutanee più profonde. Le diverse strutture non sono facilmente raggiungibili quando la barriera epidermica è integra (ad es. nel trattamento di vitiligine, alopecia o anche lichen, psoriasi, etc.). Quando si applica sulla cute una sostanza con un veicolo semplice può essere insufficiente il risultato terapeutico ottenuto per le proprietà di barriera dello strato corneo. La diffusibilità e la capacità di un soluto di attraversare la barriera è influenzata in particolare da veicolo ed eccipienti che influenzano velocità e intensità di assorbimento e pertanto biodisponibilità ed efficacia (ad es. una preparazione in gel o schiuma, assicurando maggiore penetrazione, può dimostrare migliori risultati). D'altra parte penetrazione e biodisponibilità di principi attivi e farmaci sono legate alle proprietà fisicochimiche della sostanza. Sostanze che penetrano facilmente ad es. sono quelle acetilate: (acetil cisteina, acetilcarnosina, vitamina E acetato, etc.). Sono anche rivolti studi a molecole del gruppo delle statine, o contenenti radicali solforati, antociani e molecole particolari come pentossifillina e idrossianisolo. Saranno discusse le possibili utilizzazioni risultanti anche da studi originali sperimentali.

---

## I FARMACI ORFANI: SIGNIFICATO GENERALE E INTERESSE PER IL DERMATOLOGO

FRANCESCA COTTONI

*Istituto di Dermatologia, Università di Sassari*

I farmaci orfani sono definiti come i farmaci non distribuiti dall'industria farmaceutica per ragioni economiche ma che rispondono a un bisogno di salute pubblica. In realtà, una sostanza che è utilizzata per il trattamento di una malattia frequente potrebbe avere anche un'indicazione orfana che non è stata ancora sviluppata. Concretamente possono presentarsi tre casi: a) prodotti destinati al trattamento delle malattie rare, b) prodotti ritirati dal mercato per ragioni economiche e terapeutiche, c) prodotti che non sono stati sviluppati. Principalmente la problematica dei farmaci orfani è attualmente da mettere in relazione alle malattie rare. Una malattia è definita rara, in Europa, quando colpisce non più di cinque soggetti ogni 10.000 abitanti. L'OMS ha classificato finora 5000 patologie rare, di cui la maggior parte causate da anomalie genetiche. Se la diagnosi di queste patologie è il primo problema che il medico deve affrontare, il secondo è l'approccio terapeutico o di ausilio al paziente. Uno dei maggiori ostacoli ad una adeguata disponibilità di cure per questi pazienti è costituito dallo scarso interesse che l'industria farmaceutica pone nello sviluppare farmaci alle normali condizioni di mercato; questo perché, in mancanza di incentivi, i costi della loro commercializzazione non sarebbero recuperati con le vendite. Poiché nell'ambito dermatologico sono presenti malattie rare, la problematica dei farmaci orfani interessa direttamente il dermatologo.

### **Siti informativi:**

[www.iss.it](http://www.iss.it); [www.orpha.net](http://www.orpha.net)



## ALLERGIA DA CONTATTO AL NICHEL E DESENSIBILIZZAZIONE ORALE

GIOVANNI ANGELINI,  
DOMENICO BONAMONTE,  
\*ANDREA CAVANI,  
\*\*ANTONIO CRISTAUDO,  
\*ORNELLA DE PITÀ

*Clinica Dermatologica, Università di Bari;  
\*Istituto Dermopatico dell'Immacolata,  
IRCCS, Roma; \*\*Istituto Dermatologico  
San Gallicano, IFO, Roma*

Come per altri allergeni a basso peso molecolare attivi anche per via sistemica, pure per il nichel esisterebbe la possibilità di induzione di tolleranza immunologica per via orale. Al riguardo, i primi studi sono stati eseguiti in animali di laboratorio: il pretrattamento mediante NiSO<sub>4</sub> orale induce espansione di sottogruppi linfocitari CD4<sup>+</sup> ad attività soppressiva con conseguente mancata risposta alla successiva immunizzazione per via cutanea. Tentativi di induzione di tolleranza eseguiti nell'uomo hanno portato a risultati promettenti. Di recente si è visto che i linfociti CD4<sup>+</sup> CD25<sup>+</sup>, una nuova sottoclasse di linfociti a funzione regolatoria, nei soggetti con allergia al nichel non sembrano capaci di inibire risposte proliferative al metallo da parte dei linfociti circolanti metallo-specifici. Al contrario, soggetti sani esposti al metallo dispongono di una quota di linfociti CD4<sup>+</sup> CD25<sup>+</sup> in grado di inibire fortemente le risposte in vitro nichel-specifiche, con conseguente situazione di "silenzio immunologico" ogni qualvolta l'organismo viene a contatto con il metallo. Nel presente studio si è ipotizzato che la somministrazione orale di nichel, al dosaggio di 50 µg/die per 3 mesi, possa ripristinare in soggetti allergici l'equilibrio intrinseco del sistema immunitario attraverso la stimolazione del braccio regolatorio a discapito di quello effettore. Gli obiettivi dello studio sono dunque quelli di verificare in soggetti con dermatite allergica da contatto l'efficacia clinica della terapia iposensibilizzante orale (TIO) al nichel e le modificazioni di alcuni parametri immunologici (concentrazione dei linfociti T regolatori CD4<sup>+</sup> CD25<sup>+</sup> prima e dopo la TIO). Da risultati preliminari clinici emergono una rilevante attenuazione della sintomatologia cutanea eczematosa e un specifico innalzamento della soglia di sensibilizzazione al metallo.

# INTERAZIONI FARMACOLOGICHE CON ALIMENTI E PRODOTTI NATURALI IN DERMATOLOGIA

PAOLO LISI

*Sezione di Dermatologia Clinica,  
Allergologica e Venereologica,  
Dipartimento di Specialità Medico-  
Chirurgiche, Università di Perugia*

La co-somministrazione di due o più farmaci con differente meccanismo d'azione può determinare effetti negativi per potenziamento o per riduzione/annullamento dell'azione farmacologica di uno dei due composti, ma anche reazioni avverse inattese, più o meno dannose. Non sono da trascurare, tuttavia, gli effetti sinergici, da ricondurre a due farmaci che esplicano la stessa azione ma con meccanismi diversi. In questo ambito sono da includere le possibili interazioni tra farmaci e alimenti, alcol, fumo di sigaretta e, soprattutto, prodotti naturali a base di erbe, che, pur meno documentate in dermatologia, sono potenzialmente osservabili in corso di malattie cutanee in trattamento sistemico. Al pari di quanto si verifica in corso di assunzione di più farmaci, le interazioni tra farmaci e alimenti possono determinare alterazioni dell'assorbimento gastro-intestinale e, in casi più rari, della metabolizzazione del farmaco ma anche dell'alimento; quelle di tipo farmaceutico, invece, sono irrilevanti. Le interazioni tra farmaci e alcol, al contrario, sono condizionate dalla dose del farmaco assunto e/o dalla quantità delle bevande alcoliche ingerite, ma anche dall'età dei pazienti. Da non trascurare, infine, la crescente frequenza delle interazioni tra farmaci e prodotti naturali a base di erbe, il cui uso non è quasi mai riferito dai pazienti, in quanto ritenuto innocuo, e spesso non indagato dai medici. In questi casi le interazioni possono essere condizionate dalla presenza di ingredienti attivi nelle erbe o dalla metabolizzazione delle stesse da parte degli enzimi del citocromo P450 e/o della glicoproteina P.

## TERAPIA DELLE RECIDIVE DELL'ERISPELA CON AZITROMICINA: RISULTATI PRELIMINARI

STEFANO VERALDI,  
SILVIA BOTTINI,  
LUISA LUNARDON,  
MARIA CHIARA PERSICO,  
CLAUDIA FRANCIA

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

L'erisipela degli arti inferiori recidiva nel 20-35% dei pazienti. Numerosi sono gli antibiotici e gli schemi terapeutici proposti per la prevenzione delle recidive. In base ai dati della letteratura, la penicillina benzatina per via intramuscolare, ogni due settimane, sembra essere il farmaco più efficace. Presentiamo i risultati preliminari di uno studio pilota e spontaneo relativo all'utilizzo dell'azitromicina nella prevenzione delle recidive dell'erisipela. Questo antibiotico è stato scelto per tre motivi:

- a) è efficace, in vitro e in vivo, nei confronti di *Streptococcus pyogenes* e di *Staphylococcus aureus*, batterio emergente nell'eziologia dell'erisipela e ormai responsabile del 20-30% dei casi;
- b) sono stati fino a oggi pubblicati solo rari casi di resistenza di questi due batteri al farmaco;
- c) in pazienti con sospetta allergia alle penicilline.

La casistica è costituita da 17 pazienti con erisipela recidivante (almeno tre episodi) localizzata agli arti inferiori, di cui 13 valutabili (6 maschi e 7 femmine, di età compresa tra 44 e 64 anni; età media: 51 anni). L'azitromicina è stata utilizzata per via orale al dosaggio di 500 mg/die per tre giorni consecutivi alla settimana per due mesi. Questo ciclo è stato ripetuto altre due volte a distanza di due mesi. Nel complesso, sono stati quindi effettuati tre cicli di due mesi l'uno all'anno, intervallati da due mesi di sospensione. Il follow-up è stato di 2-62 mesi. In una sola paziente è stata osservata una recidiva. Un paziente ha riferito gastralgie, ma non tali da sospendere la terapia. Nel complesso, la compliance è stata eccellente. Sulla base dei risultati ottenuti, pur considerando l'esiguità della casistica e, in alcuni pazienti, il breve follow-up, l'azitromicina può essere presa in considerazione nella prevenzione delle recidive dell'erisipela.

# LE IMMUNOGLOBULINE AD ALTE DOSI PER VIA ENDOVENOSA (IgADEV) COME TERAPIA ADIUVANTE NEL TRATTAMENTO DEL PEMFIGO VOLGARE: ESPERIENZA CON SETTE PAZIENTI

GIOVANNI BORRONI,  
CAMILLA VASSALLO,  
VALERIA BRAZZELLI,  
PAOLA GABBA,  
OLGA CIOCCA

*Clinica Dermatologica, Fondazione IRCCS  
Policlinico San Matteo, Università di Pavia*

Il pemfigo volgare, la forma più comune di pemfigo, si caratterizza per un andamento cronico-ingravescente, che propone numerose difficoltà terapeutiche, relative sia all'efficacia dei farmaci nel controllo della malattia, sia ai loro effetti collaterali. La malattia è causata da autoanticorpi diretti verso specifici antigeni desmosomiali, le desmogleine. L'obiettivo principale della terapia è pertanto la riduzione degli autoanticorpi, che può essere ottenuta con terapie volte a ridurre la funzione plasmacellulare secernente. La terapia d'elezione si basa sull'impiego di corticosteroidi sistemici, con l'integrazione di farmaci inibitori e/o modulatori della risposta immunitaria, come la ciclosporina, la ciclofosfamida, il metotrexate, l'azatioprina, il micofenolato (mofetile o, più di recente, sodico), o di farmaci biologici diretti contro le plasmacellule, come il rituximab. L'effetto immunomodulatore delle immunoglobuline ad alte dosi e.v. (IgADEV) costituisce una possibilità terapeutica, laddove le condizioni del paziente controindichino gli immunosoppressori, o mostrino una mancata risposta alla terapia in atto, ed una progressione della malattia. Sono stati proposti 5 meccanismi principali, non esclusivi, per l'effetto immunomodulante di questa terapia: 1) blocco funzionale dei ricettori Fc sui macrofagi splenici; 2) inibizione del danno mediato dal complemento; 3) modulazione della produzione di citochine; 4) neutralizzazione degli autoanticorpi circolanti da parte degli anticorpi anti-idiotipici nell'IgADEV, e 5) neutralizzazione dei patogeni coinvolti nell'eziologia della malattia autoimmune. Altre sostanze attive dal punto di vista immunologico presenti nell'IgADEV, ad es. gli antigeni del leucocita umano di classe II, il CD4 solubile e l'interferone gamma, sono anche stati proposti come attivi nell'immunomodulazione (107). Viene qui proposta una casistica di sette pazienti affetti da pemfigo volgare grave e ingravescente, resistente alla terapia corticosteroidica, due di sesso femminile e cinque di sesso maschile, di età compresa tra i 41 ed i 71 anni di età, che sono stati sottoposti a terapia con cicli di immunoglobuline ad alte dosi (3000-4000 mg/die e.v. per tre-cinque giorni), ripetuti mensilmente in un periodo compreso fra i tre ed i sei mesi. In sei casi su sette si è ottenuto un miglioramento clinico e la possibilità di

---

ridurre almeno pro tempore il dosaggio steroideo sistemico. In 3 pazienti un follow-up a due anni dopo il trattamento ha dimostrato la persistenza a lungo termine del miglioramento, mentre in tre pazienti sono state riscontrate recidive con ritorno del quadro clinico alla gravità osservata prima del trattamento. Un paziente ha presentato recidive a breve termine e diffuse. I risultati ottenuti, e in particolare l'assenza, almeno nella nostra casistica, di effetti collaterali, e la persistenza della risposta clinica in 3 pazienti con malattia resistente, portano a considerare la somministrazione endovenosa di alte dosi di immunoglobuline come una terapia adiuvante efficace, indicata per pazienti selezionati. Le limitazioni di questa terapia sono legate all'esclusivo uso ospedaliero e al suo alto costo.

# IMPIEGO DELLE IMMUNOGLOBULINE ENDOVENOSE AD ALTE DOSI IN DERMATOLOGIA

DECIO CERIMELE,  
SARA PRUNEDDU

*Istituto di Dermatologia, Università di Sassari*

L'impiego di immunoglobuline per via endovenosa (IVIG) ad alte dosi (2gr./kg/mese) esercita azione immunomodulatoria e presenta indicazioni per il trattamento di diverse malattie dermatologiche a patogenesi autoimmune. La terapia IVIG viene considerata una terapia di prima scelta nelle forme gravi di dermatomiosite, nella necrolisi tossica epidermica (sindrome di Lyell) e nella malattia di Kawasaki: è una terapia di seconda scelta nelle malattie bollose autoimmuni, nelle vasculiti sistemiche, nelle forme gravi di lupus eritematoso sistemico. Questa terapia è stata impiegata anche in casi particolari di dermatite atopica, di orticaria autoimmune, di scleromixedema, di forma gravi di malattie vascolari del collagene. I principali effetti biologici di questa terapia, che potrebbero spiegarne l'azione immunomodulatoria (1) sono:

- Blocco funzionale dei recettori Fc del complemento
- Neutralizzazione degli autoanticorpi ed inibizione della loro produzione
- Inibizione del complemento
- Modulazione delle produzioni di citochine e di loro antagonisti
- Attivazione o blocco funzionale del recettore proapoptotico Fas (CD95)
- Modulazione delle proprietà delle cellule dendritiche
- Segnalazione attraverso Fc gamma RIIB, recettore inibitorio di Fc
- Aumentata sensibilità agli steroidi.

## **Bibliografia**

1. Prins C, et al. Intravenous immunoglobulin properties, mode of action and practical use in dermatology. *Acta Derm Venereol* 2007;87:206-18

## TRATTAMENTO DEL PEMFIGO CON ANTICORPI MONOCLONALI ANTI CD-20 (RITUXIMAB)

MARCELLO FAZIO,  
GIUSEPPE CIANCHINI,  
\*ORNELLA DE PITÀ,  
\*\*BIAGIO DIDONA

*Dipartimento di Immunodermatologia e  
\*Laboratorio di Immunologia ed  
Allergologia e \*\*I Divisione di Dermatologia,  
Istituto Dermatologico dell'Immacolata,  
IRCCS, Roma*

Il pemfigo volgare è una grave patologia mucosa e/o cutanea a genesi autoimmune provocata da autoanticorpi diretti contro antigeni presenti a livello della sostanza intercellulare dei cheratinociti, corrispondenti alle desmogleine 1 e 3, molecole responsabili della coesione intercellulare. Al legame di tali autoanticorpi segue la formazione di lesioni bollose che, se particolarmente numerose ed estese, possono compromettere seriamente le condizioni del paziente. Tale malattia, dopo l'avvento dei corticosteroidi e dei farmaci immunosoppressori, risulta mortale solo in una minoranza dei casi, tuttavia non sono infrequenti casi di resistenza alle comuni pratiche terapeutiche, mentre l'insorgenza di gravi e invalidanti effetti collaterali iatrogeni è la regola. Il farmaco rituximab, anticorpo monoclonale anti CD-20, esercita la sua azione terapeutica provocando la deplezione dei linfociti B ed è stato già impiegato con successo e con buona tollerabilità nel trattamento di varie patologie autoimmuni anticorpo-mediate. Recenti segnalazioni sporadiche circa l'utilizzo di rituximab in singoli casi di pemfigo volgare grave e resistente ai comuni trattamenti, sembrano indicare un ottimo rapporto tra efficacia e tollerabilità a favore del rituximab e suggeriscono la necessità di valutare tali parametri su casistiche maggiormente significative. Riportiamo la nostra casistica di soggetti affetti da pemfigo volgare o foliaceo grave, resistente a tutte le comuni terapie, o con serie controindicazioni all'uso prolungato di corticosteroidi ad alte dosi, nei quali è stato deciso l'impiego del rituximab. Il farmaco è stato somministrato alla dose di 375mg/mq per ciclo per un totale di quattro cicli ad intervalli settimanali. Tutti i casi hanno dimostrato una positiva risposta al trattamento. Non si è avuta presenza di effetti collaterali seri correlati a tale terapia e ad un follow up di almeno 12 mesi tutti i pazienti sono in buone condizioni, con malattia assente, controllata con steroidi a modico dosaggio, o senza terapia. In alcuni casi, la recidiva della malattia è stata nuovamente trattata con rituximab ottenendo una nuova risposta favorevole. Il dosaggio sierico degli anticorpi anti-desmogleina 1 e 3 ha mostrato un netto e progressivo decremento nel tempo dei livelli autoanticorpali.

---

La nostra positiva esperienza, tra le più ampie finora riportate in letteratura, ci porta a considerare il rituximab un efficace e ben tollerato trattamento per il pemfigo sia volgare che foliaceo, di impiego relativamente semplice. Viene altresì segnalata la pressoché totale assenza di effetti collaterali, soprattutto infettivi, nei nostri pazienti, che contrasta con quanto segnalato in precedenza, poiché in alcuni dei casi finora pubblicati in letteratura sono insorte infezioni gravi e talora mortali. Gli alti costi e la non completa conoscenza degli effetti a lungo termine limitano tuttora l'utilizzo in più vasta scala di questa terapia, che è da riservare ai casi particolarmente gravi o non responsivi alle comuni terapie.



# RUOLO DELLE ACILETANOLAMMIDI NEL CHERATINOCITA E NELLE DERMATITI

VINCENZO DI MARZO

*Endocannabinoid Research Group,  
Istituto di Chimica Biomolecolare del CNR,  
Pozzuoli (NA)*

La palmitoiletanolammide (PEA) è un composto analgesico ed anti-infiammatorio prodotto da tutte le cellule animali assieme ad altre aciletanolammidi, di cui l'endocannabinoide anandamide (arachidonoiletanolammide, AEA), e l'oleoiletanolammide (OEA) sono quelle meglio caratterizzate farmacologicamente (Re et al., Vet J. 2007; Matias et al., Br J Pharmacol, 2007). La PEA sembra svolgere molte delle sue azioni farmacologiche periferiche in maniera autocrina o paracrina e mediante soppressione dell'attivazione dei mastociti. Differentemente dall'AEA, essa non è in grado di legare e attivare i recettori cannabici CB1 e CB2, né un altro target dell'AEA, i canali "transient receptor potential" del tipo vanilloide-1 (TRPV1). Gli effetti anti-infiammatori della PEA sembrano invece essere dovuti all'attivazione dei recettori nucleari "peroxisome proliferator-activated receptor- $\alpha$ " (PPAR- $\alpha$ ) (Lo Verme et al., Mol Pharmacol. 2005). Più recentemente è stata proposta per questa sostanza anche un'azione stimolatoria sui recettori "orfani" GPR55 (Ryberg et al., Br. J. Pharmacol. 2007). Infine, la PEA è in grado di potenziare gli effetti dell'AEA sui recettori cannabici e TRPV1 (effetto "entourage"). L'OEA attiva i recettori PPAR- $\alpha$  più potentemente della PEA, ma è molto meno potente sul GPR55, anche se può attivare direttamente anche i recettori TRPV1. Forse anche a causa di questo diverso spettro di azioni, essa non è in grado di esibire effetti anti-infiammatori efficaci quanto quelli prodotti dalla PEA. È stato osservato che l'attivazione dei recettori CB1, CB2 e PPAR- $\alpha$  e la desensibilizzazione dei recettori TRPV1 attenuano diversi tipi di dermatiti, nonché il prurito ad esse associato, in modelli animali (Sheu et al., J Invest Dermatol, 2002; Banvolgyi et al., J Neuroimmunol, 2005), e che la PEA è efficace in tal senso anche nell'uomo, attraverso meccanismi molecolari non ancora chiariti (Stander et al., Hautarzt, 2006). Nella mia presentazione fornirò una rassegna degli effetti anti-infiammatori della PEA e, partendo da nuovi dati ottenuti nel mio laboratorio in cheratinociti umani e in modelli animali, illustrerò il possibile uso di questa sostanza e dei suoi derivati nelle dermatiti allergiche da contatto e nel granuloma.

---

## L'ASPORTAZIONE DEL MELANOMA PRIMITIVO È SICURAMENTE GIOVEVOLE AL PAZIENTE?

ALFREDO REBORA

*Sezione di Dermatologia, Di.S.E.M.,  
Università di Genova*

Conosciamo la storia naturale del melanoma? Ahimé no. Quella che conosciamo è la storia naturale del melanoma asportato, che non è necessariamente la stessa storia. Ovviamente è così perché la diagnosi stessa di melanoma non è certa senza esame istologico e quindi senza asportazione. Eppure, tutti abbiamo esperienza di uno o più casi di melanoma vivi e vegeti dopo un quarto di secolo, morti poi dopo l'intervento. È curioso che in un'epoca di trionfante Evidence Based Medicine noi consegniamo ciecamente la vita dei nostri pazienti a convinzioni tanto tradizionali quanto incerte. In questa comunicazione si cercherà di dimostrare che l'intervento chirurgico può favorire l'espansione del tumore e di suggerire il supporto medico per evitare che questo avvenga.

# STORIA NATURALE DEL MELANOMA CUTANEO: OSSERVAZIONE RETROSPETTIVA

MARIO ARICÒ

*Cattedra di Dermatologia, Unità Operativa  
Complessa di Dermatologia e MTS,  
Università di Palermo*

Il melanoma cutaneo è un tumore potenzialmente letale caratterizzato da una origine eterogenea che si sviluppa de novo nella maggior parte dei casi in cute apparentemente normale o in un numero limitato di casi in contiguità con i cosiddetti potenziali precursori. Escludendo i cosiddetti potenziali precursori la maggior parte dei melanomi cutanei prende origine dalle strutture melanocitarie epidermiche. Il melanoma inizia nell'epidermide come melanoma in situ o in fase radiale intraepidermica. Il periodo temporale che definisce questa fase prima che la lesione si sprofonda nel derma è estremamente variabile. È opinione largamente diffusa che la scoperta precoce del melanoma migliori la prognosi del paziente. Tuttavia il concetto clinico ed istopatologico di "melanoma precoce" non è del tutto chiaro. Infatti, alcuni definiscono melanoma precoce il melanoma in situ o invasivo meno di 1 mm di spessore Breslow, altri, ancora, melanoma nella sola fase di crescita radiale. I melanomi in situ sono spesso da considerare non letali e quindi curabili, tuttavia casi di metastasi da melanoma in situ o in fase di crescita radiale sono stati riportati in letteratura. Vi sono melanomi in situ che sottoposti a follow-up per lungo tempo non diventano invasivi, altri, invece, anche rapidamente possono invadere il derma e progredire verso una malattia metastatica con una prognosi infuusta per il paziente. Sfortunatamente non vi sono metodi clinici ed istopatologici che possono distinguere il melanoma in situ "indolente" e il melanoma in situ che progredisce verso lo stadio invasivo. Ciò porta a non potere quantizzare la proporzione dei melanomi in situ indolenti il cui range può essere anche estremamente ampio. Dette osservazioni sono supportate dal fatto che mentre il tasso di mortalità rimane stabile il tasso di incidenza incrementa ciò indica che l'aumentata sorveglianza porta solo ad un incremento di escissioni di lesioni indolenti. A tal proposito si è ricorso ad una analisi retrospettiva nei pazienti ricoverati presso la Clinica Dermatologica nel periodo compreso tra il 1965 ed il 1990 al fine di valutare anamnesticamente il periodo temporale intercorso tra l'insorgenza della lesione pigmentaria e la successiva diagnosi di melanoma della stessa lesione.

# MELANOMA PRIMITIVO SCONOSCIUTO: IMPLICAZIONI IMMUNOLOGICHE, ASPETTI CLINICO- PROGNOSTICI ED APPROCCIO TERAPEUTICO

PIETRO QUAGLINO,  
MARIA GRAZIA BERNENGO

*Sezione di Dermatologia, I Divisione  
Universitaria di Dermatologia, Dipartimento  
di Scienze Biomediche ed Oncologia  
Umana, Università di Torino*

I dati in letteratura evidenziano come in una percentuale di pazienti variabile dal 2% fino al 13%, la diagnosi di melanoma sia effettuata in seguito al rilievo di una metastasi, di solito linfonodale, in assenza di un melanoma primitivo clinicamente evidenziabile. Su un totale di 4120 pazienti affetti da melanoma seguiti presso il nostro Centro dal 1975 al 2006, in 212 la prima diagnosi è stata eseguita su una lesione metastatica. In 129 di questi, la lesione primitiva è stata identificata: nella maggior parte dei casi, si trattava di un melanoma cutaneo in fase di regressione (“falsi” primitivi sconosciuti). In 83 pazienti (2.1%), invece, non vi era evidenza di una lesione primitiva, né l’anamnesi riportava precedenti interventi chirurgici a livello cutaneo. Nel presente lavoro, i dati clinico-patologici ed il decorso clinico di questi pazienti è stato confrontato con quelli di un gruppo di controllo costituito da pazienti con primitivo cutaneo diagnosticato presso il nostro Centro ed analoghe caratteristiche cliniche. I nostri dati evidenziano come i pazienti con melanoma primitivo sconosciuto costituiscano un distinto subset da un punto di vista sia clinico (maggior incidenza di patologie autoimmuni, vitiligine, nevi atipici e con regressione) sia prognostico (sopravvivenza indicativamente migliore rispetto al gruppo di controllo). È quindi verosimile che questi pazienti siano caratterizzati da un peculiare pattern di risposta immunologica, come suggerito da alcuni recenti dati in letteratura che evidenziano lo sviluppo di cloni citotossici circolanti anti-Melan-A/Mart-1. I dati clinico-patologici ed immunologici rivestono un rilevante impatto sull’approccio terapeutico. In primo luogo, il mancato riscontro del melanoma primitivo dopo accurate indagini clinico-strumentali non deve essere considerato come un fattore prognostico sfavorevole, ed in questo senso deve essere condotto un attento counselling del paziente. In secondo luogo, il trattamento della lesione metastatica su cui è stata effettuata la diagnosi deve essere chirurgico, e ove possibile radicale, proprio in considerazione del decorso clinico potenzialmente favorevole.

# LA FOTOTERAPIA CON LUCE VISIBILE LASER O NON-COERENTE E METILAMINOLEVULINATO NEL TRATTAMENTO DELL'ACNE VOLGARE

PIER GIACOMO CALZAVARA-  
PINTON, ROSSANA CAPEZZERA,  
CRISTINA ZANE

*Clinica Dermatologica, Ospedali Civili  
Regionali, Università di Brescia*

Negli ultimi anni, fototerapie con luce ultravioletta e visibile emessa tanto da fonti non coerenti che da laser sono state sperimentate come alternative terapeutiche efficaci, ben tollerate e prive di tossicità nel trattamento dell'acne. Tuttavia il meccanismo d'azione è ampiamente sconosciuto, il disegno sperimentale di tali studi è perlopiù insufficiente ed anche un confronto dei risultati è pressochè impossibile dato che sono state impiegati protocolli con lunghezze d'onda e dosi della radiazione e numero e frequenza dei trattamenti molto diversi tra loro. Allo scopo di migliorare la conoscenza dei meccanismi d'azione della fototerapia con luce visibile, abbiamo eseguito la determinazione con tecniche non-invasive della quantità di sebo, idratazione e pH cutanei, e della perdita d'acqua trans-epidermica in 15 donne affette da acne volgare trattate con esposizioni ripetute (due volte la settimana per 4 settimane) a 20 J/cm<sup>2</sup> di luce rossa a banda larga (l:600-750 nm). I trattamenti furono sempre ben tollerati con solo una leggera e transitoria sensazione di bruciore e tutti i pazienti riportarono un miglioramento con riduzione del punteggio GAGS delle lesioni del viso mentre le lesioni non trattate del tronco non mostrarono alcun cambiamento. Il miglioramento si dimostrò persistente al follow-up di 3 mesi. Il trattamento portò anche alla riduzione significativa e persistente al follow-up dell'escrezione di sebo e della TEWL. Entrambi possono essere correlate a una ridotta colonizzazione follicolare da *Propionibacterium Acnes* che può essere danneggiato in modo letale dalla fotoattivazione delle proprie porfirine endogene. Inoltre, la luce visibile nell'intervallo spettrale del rosso può modulare efficacemente l'attività infiammatoria delle popolazioni cellulari dermiche e la sintesi di metallo-proteinasi nei fibroblasti. Il pH cutaneo e l'idratazione dello strato corneo non mostrarono variazioni suggerendo che l'epidermide non è danneggiata dalla fototerapia. In conclusione, i nostri risultati paiono dimostrare che la fototerapia con luce rossa può essere efficace nel controllo dell'acne volgare anche se, di per sé, non pare sufficiente per un controllo ottimale. I risultati ottenuti con diagnostica strumentale non invasiva suggeriscono che la riduzione dell'escrezione di sebo e la riduzione della TEWL accompagnano il miglioramento clinico. Ulteriori progressi si evidenziano con la applicazione di metilaminolevulinato.

# LA TERAPIA FOTODINAMICA NELLE VERRUCHE CUTANEE E GENITALI

MANUELA PAPINI,  
LUCA BANDINI,  
MICHELA CICOLETTI

*Clinica Dermatologica di Terni,  
Università di Perugia*

Le verruche cutanee e genitali rappresentano una patologia estremamente comune e suscettibile di trattamento con molteplici modalità terapeutiche, dalle toccature di acido salicilico o di altri caustici, alla crioterapia, all'immunoterapia topica. Le probabilità di successo dei vari tipi di trattamento sono molto variabili e poco meno della metà dei soggetti possono guarire spontaneamente. Alcune delle modalità di trattamento classiche, quali le applicazioni di acido salicilico, hanno costi bassi o moderati, a fronte, tuttavia, di successi terapeutici modesti, anche in relazione alla scarsa compliance del paziente nell' eseguire correttamente le medicazioni. Altri trattamenti, quali la crioterapia, sono dolorosi, richiedono tempi lunghi di riparazione post-trattamento e possono causare esiti discromici e/o cicatriziali, soprattutto quando le lesioni sono localizzate in regioni esteticamente o funzionalmente sensibili (volto, perinichio). Le terapie immunomodulanti, quali l'imiquimod, l'interferon intralesionale, l'immunoterapia topica con SADBE o difenciprone, hanno costi molto elevati. La terapia fotodinamica (PDT) si è dimostrata efficace nel trattamento delle verruche cutanee, con una percentuale di successi variabile dal 56% al 100% dei casi e comunque significativamente superiori a quelli ottenibili con la crioterapia e con PDT-placebo. Risultati ugualmente buoni sono riportati nel trattamento delle verruche genitali, patologia per la quale l'applicazione di ALA può avere anche un importante valore nella diagnostica differenziale e nel precisare l'estensione delle lesioni. La PDT nel trattamento delle verruche cutanee e genitali unisce la selettività di azione con l'assenza di effetti collaterali rilevanti e di esiti cicatriziali o inestetici. I costi ancora relativamente elevati suggeriscono, tuttavia, di limitarne, per ora, l'impiego ai casi "difficili", quali le localizzazioni periungueali, le lesioni multiple e/o molto estese, le lesioni del volto e di altre sedi "estetiche" in soggetti di pelle nera o in quelli particolarmente predisposti agli esiti discromici o cheiloidei.

---

## L'IMPIEGO DI CICLOSPORINA IN PAZIENTI AFFETTI DA HCV

RUGGIERO FRANCAVILLA

*Unità Operativa di Malattie Infettive,  
Ospedale di Bisceglie, Bari*

Nella lettura sarà evidenziato come la ciclosporina sia efficace nel trattamento delle manifestazioni dermatologiche in corso di epatopatia cronica da HCV, e come la sua efficacia si manifesti nei pazienti sia clinicamente, con un notevole miglioramento delle lesioni cutanee, sia sierologicamente con un calo delle transaminasi e della carica virale, raggiungendo risultati incoraggianti soprattutto in associazione agli attuali trattamenti antivirali. L'azione inibitoria selettiva sulla NS5B, indispensabile per la replicazione dell'HCV, rende la ciclosporina un farmaco sicuro da utilizzare in un approccio combinato ed integrato con la terapia antivirale per migliorare la prognosi di pazienti con malattia autoimmune che presentano un'infezione concomitante da virus dell'epatite C.

---

## **INFLUENZA DELLA TERAPIA SISTEMICA DELLA PSORIASI SUI SINTOMI PSICHICI DELLA SCHIZOFRENIA**

MARTINA ZANNI,  
GIUSEPPE DE PANFILIS,  
SERGIO DI NUZZO

*Clinica Dermatologica, Università di Parma*

Una co-morbilità tra psoriasi e malattie psichiatriche non è di raro riscontro. Presentiamo il caso di un paziente affetto da psoriasi volgare moderata-grave e concomitante schizofrenia, trattato con ciclosporina A: tale terapia ha provocato presumibilmente un peggioramento dei sintomi psichiatrici. Si è dunque provveduto a sostituire la ciclosporina A con un farmaco “biologico” anti-TNF $\alpha$ , ottenendo un buon miglioramento del quadro clinico cutaneo, a fronte di nessun peggioramento di quello psichico. Ciclosporina A e farmaci biologici anti-TNF $\alpha$  sono terapie sistemiche frequentemente attualmente utilizzate in pazienti con psoriasi moderata-grave. Tali farmaci sono tuttavia in grado di modificare l’equilibrio citochinico sistemico, già peraltro alterato in malattie come la psoriasi e la schizofrenia, con effetti talora inaspettati. È dunque importante sottolineare che i farmaci sistemici, usati nella psoriasi moderata-grave, in grado di modificare l’assetto citochinico debbano essere utilizzati, soprattutto nei pazienti con patologie psichiatriche, con cautela, in quanto potrebbero andare a modificare la storia naturale di entrambe le malattie.



# LA FOTOCHEMIOTERAPIA IN DERMATOLOGIA: LIMITI E PROSPETTIVE

MICHELE FIMIANI,  
PIETRO RUBEGNI

*Sezione di Dermatologia, Dipartimento di  
Medicina Clinica e Scienze  
Immunologiche, Università di Siena*

La fotochemioterapia extracorporea (FCE), conosciuta anche come fotoferesi, rappresenta ormai una consolidata metodica terapeutica in cui ad una leucaferesi segue il trattamento PUVA (8-metossipsolarelene + UVA) delle cellule prelevate dal torrente circolatorio. La FCE è stata introdotta nel trattamento della sindrome di Sèzary fin dal 1987. Negli anni successivi è stata impiegata con successo sia nel trattamento di tutti gli stadi dei linfomi cutanei a cellule T (CTCL) che in molte malattie a patogenesi autoimmunitaria (sclerosi sistemica progressiva, GvHD, rigetto di trapianto d'organo). Più recentemente alcuni singoli report della letteratura hanno mostrato come la FCE si sia dimostrata utile nella cura di numerose altre patologie di interesse dermatologico quali la dermatite atopica grave dell'adulto, il pemfigo volgare, la dermatomiosite, la pitiriasi rubra pilare eritrodermica, il lichen planus erosivo, l'epidermolisi bollosa acquisita, la morfea generalizzata. Purtroppo i dati della letteratura a nostra disposizione non sempre sono tali da risultare pienamente convincenti. Uno degli aspetti più intriganti della FCE, ad esempio, è la sua capacità di indurre due effetti terapeutici apparentemente opposti: l'attivazione del sistema immunitario contro le cellule neoplastiche (CTCL) e l'inibizione dell'attività linfocitaria nelle patologie a carattere autoimmune (GvHD, rigetto di trapianto d'organo etc.). Esiste inoltre una notevole discrepanza, almeno in alcune patologie, tra i risultati ottenuti dai diversi gruppi di studiosi. Anche il meccanismo d'azione di questa interessante metodica terapeutica rimane ancora controverso. Da numerosi dati della letteratura emerge tuttavia con chiarezza che la FCE è in grado di poter esplicare alcuni importanti effetti immunologici: apoptosi linfocitaria (circa 80% delle cellule fototrattate); rapida induzione della differenziazione monocitaria fino allo stadio di cellule dendritiche immature; una più lenta e progressiva maturazione delle cellule dendritiche immature verso cellule presentanti l'antigene; induzione di subset di linfociti T regolatori con conseguente produzione di IL-10; ripristino del rapporto DC1/DC2 e Th1/Th2. Anche se il ruolo ed il reale significato che tutti questi effetti hanno nella induzione della risposta clinica in

---

patologie a patogenesi differente e/o complessa è a tutt'oggi non ben chiaro, appare evidente il ruolo della ECP quale importante terapia in grado di influenzare pesantemente il funzionamento del sistema immunitario.

---

**ELETTROCHEMIOTERAPIA:  
ESPERIENZA DELLA  
CLINICA  
DERMATOLOGICA,  
UNIVERSITÀ DEGLI STUDI  
DI ROMA "LA SAPIENZA"**

PIETRO CURATOLO,  
MONICA MANCINI,  
ARIANNA RUGGIERO,  
RITA CLERICO,  
MIRKO FRASCA,  
STEFANO CALVIERI

*Dipartimento di Malattie Cutanee e  
Veneree e Chirurgia Plastica e  
Ricostruttiva, Università La Sapienza, Roma*

L'elettrochemioterapia (ECT) è un nuovo approccio terapeutico palliativo e locale per il trattamento di tumori primitivi della cute, di metastasi cutanee e sottocutanee. Il trattamento si basa sulla sinergia di due effetti: l'elettroporazione e l'utilizzo di farmaci antiblastici con un'elevata cito-tossicità intrinseca, ma poco o per nulla permeanti, quali la bleomicina e il cisplatino. L'elettroporazione è un processo fisico reversibile, che induce uno stato temporaneo di alta permeabilità della membrana cellulare, dovuto all'esposizione della cellula a treni di impulsi bifasici di breve durata e di alto voltaggio, permettendo a farmaci antiblastici che normalmente attraversano la membrana cellulare con difficoltà, di amplificare la loro tossicità. Gli Autori riportano la loro esperienza nel trattamento di metastasi cutanee di melanoma, di carcinomi e di tumori primitivi cutanei (Sarcoma di Kaposi, Carcinoma a cellule di Merkel).

---

## LICHEN SCLERO- ATROFICO IN ETÀ PEDIATRICA

ANNALISA PATRIZI,  
BEATRICE RAONE,  
FRANCESCO SAVOIA,  
IRIA NERI

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

Il Lichen sclero-atrofico (LSA) è una patologia infiammatoria cronica che predilige l'area genitale ed il sesso femminile. Sebbene si manifesti prevalentemente in età post-menopausale, questa patologia presenta un secondo picco di incidenza nell'infanzia, intorno ai 7 anni. Il quadro clinico è noto, tuttavia per l'età pediatrica non esiste un score di severità della malattia universalmente accettato. Sebbene sia possibile la remissione spontanea alla pubertà, è necessaria una terapia precoce per controllare i sintomi e prevenire le complicanze. Nonostante manchino a tutt'oggi linee guide di terapia standardizzate, di prima scelta si utilizzano gli steroidi topici potenti di I e II classe, da impiegarsi fino alla completa remissione del quadro clinico. Recentemente sono stati impiegati con successo anche gli inibitori della calcineurina. Riportiamo i dati di uno studio retrospettivo relativo ai casi di LSA in età pediatrica osservati presso il nostro ambulatorio di Dermatologia Pediatrica dal gennaio '99 all'Ottobre 2007.

## I NUOVI VACCINI HPV

ALDO DI CARLO

*Istituto Dermatologico San Gallicano,  
IRCCS, Roma*

Si conoscono oltre 120 genotipi di HPV della specie umana, diversificati con tecnica PCR non essendo il virus coltivabile. Per la loro maturazione completa gli HPV necessitano di tessuti epiteliali stratificati, tra cui quelli dell'area genitale che sono quindi sessualmente trasmessi (IST). L'infezione può avvenire a livello genitale esterno e comporta l'insorgenza di condilomi acuminati (genotipi 6,11), mentre nel caso del cancro della cervice è pressochè costante la presenza di altri tipi di HPV, cd oncogeni, quali l'HPV 16, 18, 31, 33. Dal punto di vista bio-molecolare, nel primo caso l'HPV-DNA si replica in forma extra-cromosomica inducendo la formazione di iperplasie papillomatose benigne, mentre nel secondo caso il DNA virale si integra in quello dell'ospite riducendo l'attività di sorveglianza delle proteine p53 e Rb sulla proliferazione cellulare e provocando l'iperespressione di E6 ed E7, proteine oncogene virali. Occorrono poi condizioni favorevoli locali e generali oltre alla persistenza per anni del virus per giungere alla trasformazione neoplastica: e.g. CIN 3, cancro della cervice. L'attuale generazione di vaccini preventivi HPV è basata sull'assemblaggio di proteine di rivestimento del virus HPV senza la componente interna del DNA (VLP). Obiettivo dei vaccini così preparati è quello di provocare una risposta anticorpale efficace (neutralizzante). I primi dati di follow-up mostrano che l'effetto protettivo dura almeno 4,5 anni dopo la iniziale vaccinazione, in assenza di significativi effetti collaterali. Sono in corso follow-up più prolungati, tra cui quello del NCI. Peraltro è da considerare che tali vaccini non proteggono contro altri genotipi HPV che seppur meno frequenti sono anch'essi in grado di provocare il cancro anogenitale e cervicale. A tale scopo sono in corso studi su vaccini contenenti le frazioni L1 di più genotipi di HPV oncogeni. Inoltre i vaccini non prevengono la progressione verso il cancro in soggetti che al momento della vaccinazione sono già infettati con HPV 16 e 18. Di norma vengono praticate tre iniezioni intramuscolari in un periodo di 6 mesi. Sono in corso studi per valutare se altre dosi sono necessarie nel tempo per assicurare una maggiore durata di protezione. Tuttora in fase sperimentale è invece lo studio di un vaccino terapeutico che dovrebbe invece tendere a elicitare la risposta immune verso forme di infezione da HPV oncogeni e di cancro HPV indotto.

## **IMIQUIMOD: TRATTAMENTO DELLE NEOPLASIE CUTANEE IN DERMATOLOGIA**

**PIER ALESSANDRO FANTI,  
COSIMO MISCIALI,  
SABINA VACCARI,  
ELENA BARBIERI**

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

Imiquimod è un immunomodulatore topico già ampiamente utilizzato nel trattamento di varie neoplasie cutanee, come carcinoma basocellulare, morbo di Bowen, cheratosi attiniche. Sono stati riportati con successo trattamenti di melanoma in situ (lentigo maligna) e metastasi da melanoma come palliativo. È riportato il trattamento di casi di Paget extramammario e l'utilizzo nella prevenzione dei cheloidi. Negli ultimi 4 anni abbiamo trattato numerosi casi di carcinoma a cellule basali sia di tipo superficiale che di tipo nodulare, 30 pazienti affetti da morbo di Bowen e pazienti portatori di cheratosi attiniche multiple. La durata del trattamento e la frequenza di applicazione era in relazione al tipo di neoplasia da trattare. Il protocollo per il trattamento dei carcinomi basocellulari prevedeva 5 applicazioni settimanali di Imiquimod per 6 settimane consecutive. Al termine della terapia, abbiamo riscontrato la guarigione clinica ed istologica nel 94% dei pazienti con un quadro istologico di carcinoma basale di tipo superficiale. Il 74% dei pazienti affetti da carcinoma a cellule basali di tipo nodulare non hanno risposto al trattamento. Lo schema terapeutico da noi utilizzato nel morbo di Bowen prevedeva 3 applicazioni settimanali per un periodo di 8 settimane. È stata osservata una guarigione clinica in tutti i pazienti. Il protocollo utilizzato nel trattamento delle cheratosi attiniche consisteva nell'applicazione del farmaco 3 volte alla settimana per un periodo compreso fra 6 -8 settimane. La maggior parte dei casi da noi trattati presentava lesioni multiple principalmente localizzate a livello del volto e del cuoio capelluto. Abbiamo assistito ad una guarigione completa nella quasi totalità dei casi (97%). Tre pazienti, refrattari alle terapie convenzionali, hanno applicato l'Imiquimod per un periodo complessivo di 9-12 mesi, per la presenza di multiple aree da trattare. Nel corso di un follow-up compreso tra i 12 e 36 mesi, l'87% dei pazienti trattati per carcinomi basocellulari, non ha presentato delle recidive; il 97% dei casi di morbo di Bowen e l'89% dei casi di cheratosi attiniche ha mantenuto la guarigione clinica. Nel corso degli ultimi anni molti studi si sono limitati nel valutare l'efficacia del trattamento con Imiquimod nelle neoplasie cuta-

---

nee. Questo studio, analizzando un follow up compreso fra 1 e 3 anni, ci ha permesso di valutare a lungo termine il mantenimento della guarigione in assenza di recidive nella maggior parte dei casi da noi trattati, risultato per lo più sovrapponibile a quello ottenuto dalla chirurgia tradizionale.

---

## ATTUALITÀ NEL TRATTAMENTO DELL'IPERIDROSI

DANIELE INNOCENZI

*Unità Operativa Complessa di Dermatologia, Polo Pontino, Università La Sapienza, Roma*

L'iperidrosi è caratterizzata da una produzione esagerata di sudore non più correlata alla regolazione della temperatura corporea, ma continua e fuori da qualsiasi controllo omeostatico. Può essere primitiva (idiopatica) o secondaria ad altre patologie (disordini metabolici, malattie febbrili, farmaci, etc). L'iperidrosi idiopatica è molto più frequente di quella secondaria e necessita di un accurato e specifico iter diagnostico e di un corretto approccio terapeutico da parte del dermatologo. Esistono terapie sia di tipo medico (antitranspiranti, ionoforesi, tossina botulinica, etc) che di tipo chirurgico (simpaticectomia transtoracica), più o meno efficaci, alcune gravate da importanti effetti collaterali. Tra i trattamenti topici l'utilizzo dei sali d'alluminio rappresenta, senza dubbio, una delle opzioni più efficaci. Attualmente sono disponibili formulazioni topiche solide (stick, pomate) o liquide (spray, lozioni) che spesso, soprattutto se utilizzate per lungo tempo, possono provocare irritazione e prurito, eventi avversi che ne condizionano negativamente l'utilizzo. Recentemente sono stati sperimentati nuovi prodotti la cui formulazione riduce in maniera significativa l'insorgenza di tali effetti collaterali, mantenendo inalterata la loro efficacia nel trattamento dell'iperidrosi.



## **ESPERIENZA TERAPEUTICA NEL SARCOMA DI KAPOSI CLASSICO**

LUCIA BRAMBILLA,  
VINICIO BONESCHI,  
ATHANASIA TOURLAKI,  
MONICA BELLINIA,  
BIANCA MARIA SCOPPIO

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

In 29 anni di esperienza abbiamo avuto modo di osservare 655 pazienti con sarcoma di Kaposi, prevalentemente di tipo classico, ma anche di tipo iatrogeno. Molti di questi sono stati sottoposti a chemioterapia locale e/o sistemica. Sulla base di una casistica così ampia, abbiamo potuto sviluppare un sistema di stadiazione allo scopo di decidere la migliore strategia terapeutica, approccio utile in particolare nei pazienti più anziani e compromessi. Negli stadi iniziali, (I e II con progressione lenta) ci orientiamo sulla osservazione clinica, la chemioterapia intralesionale (vincristina) per i noduli isolati, la radioterapia in casi selezionati e la terapia compressiva con calze elastiche. Negli stadi II con progressione veloce, III e IV, la mono- o polichemioterapia sono l'approccio di base, con la compressione con calze elastiche come utile supporto. Come trattamento di prima linea utilizziamo: a) Vinblastina: induzione 4, 6, 8 mg e.v./settimana, mantenimento 10 mg e.v. ogni 3 settimane o b) Vinblastina (come sopra) + Bleomicina 15 mg i.m. ogni 2 settimane dopo l'induzione con vinblastina. Come terapia di seconda linea: a) Vinorelbina: induzione: 17,5 mg/m<sup>2</sup> ogni 2 settimane per 5 cicli; mantenimento 29 mg/m<sup>2</sup> ogni 3 settimane, o Etoposide 150 mg/die e.v. per 3 giorni consecutive ogni 3 settimane, o Gemcitabina 1200 mg/m<sup>2</sup> e.v./settimana per 2 settimane, con un intervallo di tre settimane, o Epirubicina 20 mg e.v./settimana. Tutti questi trattamenti chemioterapici vanno mantenuti fino al miglior risultato clinico ottenibile, seguito da tre cicli di consolidamento. Tra le terapie più recenti, ricordiamo: Paclitaxel 100 mg e.v./sett.; Doxorubicina Liposomiale 20 mg/m<sup>2</sup> ogni 3 settimane per 6 cicli; inibitori delle proteasi. Le linee guida della terapia verranno illustrate e discusse, presentando la nostra esperienza personale.

## UTILIZZO DEL ZAFIRLUKAST NELLA TERAPIA DELL'ERITEMA NODOSO

ENRICO NUNZI,  
SALVATORE NOTO,  
\*LUIGI MASSONE

*Dipartimento di Scienze della Salute,  
Università di Genova; Unità Operativa di  
Dermatologia Sociale, Azienda  
Ospedaliero-Universitaria San Martino e  
\*Unità Operativa di Dermatologia,  
Ospedale Galliera, Genova*

Gli inibitori dei leucotrieni sono in commercio in Italia con l'indicazione del trattamento dell'asma anche se questi farmaci possono essere utilizzati con successo in altre patologie come la dermatite atopica, psoriasi e orticaria cronica. Vides E.A. et al nel 1999 hanno segnalato l'utilità del zafirlukast nelle leproreazioni compresa la leproreazione da immunocomplessi che nella maggioranza dei casi si esprime clinicamente con eritema nodoso. Abbiamo utilizzato il zafirlukast nella terapia dell'eritema nodoso in corso di sarcoidosi e di eritema nodoso leproso cronico, in questo caso come risparmiatore di cortisone.

### **Bibliografia**

- Vides EA, et al. Effect of zafirlukast on Leprosy reactions. Int J Leprosy 1999;67:71

---

## **IL RUOLO DELLA TERAPIA TOPICA NEL TRATTAMENTO DELLE ONICOMICOSI**

**BENVENUTO GIANNOTTI,  
ELISA MARGHERITA DIFONZO**

*Dipartimento di Scienze Dermatologiche,  
Università di Firenze*

Il trattamento delle onicomicosi risulta ancora oggi lungo, difficile e non ancora completamente soddisfacente. La disponibilità di un antimicotico efficace in formulazione di lacca rappresenta una valida arma da utilizzare nel trattamento di questa infezione. La lacca antimicotica, utilizzata da sola, risulta efficace nel trattamento della forma bianca superficiale e di quella distale subungueale, in particolare quando l'infezione è limitata a poche lamine. Negli altri casi l'uso dell'antimicotico in lacca, associato al trattamento sistemico, rientra nelle strategie da adottare per ottenere una migliore e più rapida risposta terapeutica. Utilizzando una complementarietà delle vie di distribuzione dei farmaci si ottiene nella zona da trattare un potenziamento delle concentrazioni antifungine. Inoltre l'aggiunta del farmaco topico a quello sistemico permette di poter utilizzare quest'ultimo per periodi più brevi, riducendone gli effetti collaterali. Vengono quindi proposte e discusse delle linee guida che tengono conto del quadro clinico dell'affezione e dei cosiddetti fattori prognostici negativi.

## BIOTINA ED ONICOSCHIZIA

ANTONELLA TOSTI

*Clinica Dermatologica,  
Università di Bologna*

La fragilità ungueale rappresenta un problema che affligge circa il 20% della popolazione e colpisce quasi esclusivamente le unghie delle mani. È più frequente nelle donne che negli uomini e colpisce tutte le fasce di età anche se si osserva un picco dopo i 50 anni. Circa il 30% delle donne, infatti, dopo i 50 anni di età riferisce che le unghie si spezzano, si fissurano, si sfaldano e non diventano lunghe. La fragilità ungueale può essere idiopatica o associata a numerose malattie dermatologiche e sistemiche. Sebbene in commercio siano presenti numerosi integratori alimentari formulati per migliorare la fragilità ungueale non vi sono studi clinici controllati che dimostrano la loro efficacia nel trattamento della fragilità ungueale. In particolare non vi sono studi che evidenziano l'utilità dell'assunzione di aminoacidi solforati o di oligoelementi in questa patologia. L'unico principio attivo per il quale vi sono evidenze scientifiche di efficacia con studi clinici controllati è la biotina. Nel 1990 Colombo ha testato lo stesso dosaggio di biotina su 45 donne affette da fragilità ungueale. Dopo 6-9 mesi la biotina è risultata molto utile per migliorare non solo l'aspetto clinico delle unghie, ma anche la loro ultrastruttura. Le cellule cornee della lamina ungueale mostravano infatti una distribuzione più densa ed un arrangiamento più regolare. Così come negli animali, anche nell'uomo la tolleranza a questa vitamina è ottima e non sono noti eventi avversi conseguenti alla somministrazione orale. Attualmente non c'è certezza sul target della biotina a livello della lamina ungueale anche se sembrerebbe agire sulle strutture favorenti l'adesione tra i cheratinociti, ed in particolare sui lipidi.

---

## LE ITTIOSI

Abstract non pervenuto.

GIANLUCA TADINI

*Centro Malattie Cutanee Ereditarie,  
Clinica Dermatologica, Policlinico  
Mangiagalli e Regina Elena, IRCCS,  
Università di Milano*

---

**RAZIONALE SCIENTIFICO** Abstract non pervenuto.  
**DELL'UTILIZZO DEGLI**  
**EMOLLIENTI A BASE DI**  
**GLICEROLO**

SILVIA MARCHETTI

*Centro Malattie Cutanee Ereditarie,  
Clinica Dermatologica, Policlinico  
Mangiagalli e Regina Elena, IRCCS,  
Università di Milano*

## **NUOVO TRATTAMENTO TOPICO PER GLI STATI ITTIOSIFORMI**

GIANLUCA TADINI,  
SILVIA MARCHETTI,  
ELENA BRUNI,  
FABIANA BALBO,  
LAURA MARCHESE,  
LUISA LUNARDON

*Centro Malattie Cutanee Ereditarie,  
Clinica Dermatologica, Policlinico  
Mangiagalli e Regina Elena, IRCCS,  
Università di Milano*

Il Centro per le Malattie Cutanee Ereditarie della Clinica Dermatologica di Milano ha partecipato ad un protocollo sperimentale (studio randomizzato controllato in doppio cieco) riguardante l'utilizzo di un farmaco topico a base di glicerolo e paraffina, per il trattamento degli stati ittiosiformi. Sono stati reclutati 3 pazienti: due affetti da una forma autosomica recessiva di Ittiosi, non eritrodermica e uno affetto da Ittiosi di tipo IV. Lo studio prevedeva 12 settimane di trattamento (4 con l'utilizzo del veicolo verso il farmaco e le restanti 8 solo con il farmaco) con applicazione del topico 2 volte al giorno, e successiva valutazione dei pazienti alla II-IV-VIII-XII settimana. La valutazione è stata effettuata su entrambi gli arti inferiori. Al termine dello studio abbiamo osservato dei buoni risultati nei nostri pazienti con marcata riduzione: del prurito, della secchezza cutanea, delle squame e dell'eritema. I pazienti hanno dovuto esprimere una valutazione personale del trattamento e lo hanno ritenuto molto soddisfacente. Considerati i buoni risultati conseguiti abbiamo deciso di estendere l'utilizzo di questo farmaco topico anche ad altri pazienti afferenti al nostro Centro, affetti da Ittiosi.

---

## MELANOMA E SECONDO TUMORE

UGO BOTTONI,

\*VALERIA DEVIRGILIIS,

\*VINCENZO PANASITI,

\*MICHELA CURZIO,

\*MARIARITA ROSSI,

\*VINCENZO ROBERTI,

\*RITA CLERICO,

\*STEFANO CALVIERI

*Dermatologia, Università Magna Graecia,  
Catanzaro; \*Dipartimento di Malattie  
Cutanee e Veneree e Chirurgia Plastica e  
Ricostruttiva, Università La Sapienza, Roma*

Nei pazienti con melanoma l'incidenza di un secondo tumore maligno non cutaneo varia tra 1,5 e 20% secondo diverse statistiche presenti in letteratura. Nella nostra casistica dal 1992 a tuttoggi il 5,4% dei pazienti con melanoma ha presentato un secondo tumore maligno non cutaneo. Tra i secondi tumori maligni da noi osservati ricordiamo: il carcinoma della mammella, quello della tiroide, la leucemia mieloide e linfatica cronica, il linfoma di Hodgkin, il carcinoma della prostata e l'epatocarcinoma. In solo 2 pazienti il secondo tumore maligno è stato diagnosticato dopo il melanoma primitivo cutaneo e in entrambi i casi si trattava di un epatocarcinoma. La comparsa di un epatocarcinoma è generalmente correlata a una precedente epatite virale e in effetti entrambi i nostri pazienti presentavano nel siero anticorpi specifici per il virus dell'epatite C (HCV). Ricordiamo a questo proposito che sia il melanoma che l'epatocarcinoma condividono un particolare gene, il MAGE-1, originalmente isolato da una linea cellulare di melanoma, ma anche fortemente espresso nelle cellule di epatocarcinoma.



## TRATTAMENTO DEI PAZIENTI AFFETTI DA MELANOMA IV STADIO CON FOTEMUSTINA E BEVACIZUMAB

BENVENUTO GIANNOTTI,  
\*ILARIA MEUCCI,  
NICOLA PIMPINELLI

*Dipartimento di Scienze Dermatologiche,  
Università di Firenze; \*Day Hospital  
Oncologico, Presidio Ospedaliero Firenze  
Centro, Azienda Sanitaria, Firenze*

Migliorare la risposta clinica (response rate, RR) e la sopravvivenza globale (overall survival, OS) and overall survival (OS) sono obiettivi primari nel melanoma IV stadio. A tutt'oggi, nessun trattamento è risultato superiore alla monochemioterapia in termini di OS, sebbene diversi schemi di biochemioterapia si siano dimostrati capaci di migliorare RR e sopravvivenza libera da progressione (progression-free survival, PFS). Tra le terapie cosiddette "targeted", bevacizumab – anticorpo monoclonale umanizzato anti-VEGF (Vascular Endothelial Growth Factor) – ha dimostrato buona efficacia nel carcinoma metastatico del colon e, più recentemente, incoraggianti risultati in altri tumori solidi, compreso il melanoma. Lo scopo del nostro studio pilota spontaneo è stato quello di valutare efficacia (RR, PFS e OS) e tollerabilità di una associazione di fotemustina e bevacizumab in pazienti con melanoma IV stadio protrattati. Sono stati trattati 8 pazienti (6 M, 2 F; età mediana 56,5 anni; 3 in stadio M1a, 2 in M1b, 3 in M1c) con il seguente protocollo: fotemustina 100 mg/mq e.v. giorni 1,8,15 (induzione) → 4 settimane di stop → a seguire ogni 21 giorni per 6 cicli (mantenimento), associata con bevacizumab (5 mg/kg) e.v. Abbiamo osservato una risposta parziale in 2/8 pazienti (25%), stabilizzazione in 5/8 (62%) e progressione in 1 paziente, con un PFS mediano di 8,5 mesi e una OS mediana di 11,5 mesi. Va sottolineato che abbiamo osservato una buona risposta obiettiva, benché non valutabile come risposta parziale, anche nei 3 pazienti con stadio M1c (due con metastasi epatiche estese, 1 con metastasi cardiache estese). Il profilo di tossicità si è rivelato complessivamente molto (piastrinopenia reversibile di grado III-IV in 2/8 pazienti, emorragia mucocutanea in 1/8). Gli incoraggianti risultati di questo ed altri studi pilota spontanei hanno suggerito la necessità di uno studio clinico multicentrico di fase II, attualmente in corso con il coordinamento della 2<sup>a</sup> unità di Oncologia Medica dell'Istituto Nazionale Tumori di Milano.

---

## TERAPIA DEL MELANOMA PRIMITIVO

GIORGIO LANDI

*Casa di Cura San Lorenzino, Cesena*

Il trattamento di elezione del melanoma primitivo consiste nella sua exeresi chirurgica. Una escissione in blocco fino alla fascia con margine di cute indenne di 1 o 2 cm è appropriata e non sussistono evidenze di sostanziali differenze evolutive entro tali margini. Solo limitatamente alla lentigo maligna sono state riferite esperienze alternative di crioterapia e di laserterapia o terapie mediche locali con acido azelaico o imiquimod. Dallo studio di 17.600 casi di melanoma raccolti dall'American Joint Committee on Cancer la sopravvivenza dopo trattamento chirurgico convenzionale risulta correlata in prima istanza allo spessore del tumore e, nei casi in cui sono state ricercate, alla presenza di micrometastasi nei linfonodi regionali. Anche nell'esperienza personale su 678 casi sottoposti a biopsia del linfonodo sentinella la sopravvivenza a 5 anni è ridotta del 30% in presenza di micrometastasi. Il trial MSLT-I concluso recentemente da Morton ha dimostrato che la sopravvivenza a 5 anni nei pazienti operati per micrometastasi linfonodi raggiunge il 72%, mentre nei pazienti operati per metastasi nodali palpabili non supera il 52%. Tali dati nel loro insieme confermano che la cura del melanoma primitivo è chirurgica e che la ricerca e il trattamento precoce delle metastasi ai linfonodi regionali contribuiscono a migliorare la sopravvivenza dei pazienti.

## **EFALIZUMAB PRIMA SCELTA PER IL CONTROLLO CONTINUO DELLA PSORIASI**

**GIAMPIERO GIROLOMONI,  
PAOLO GISONDI**

*Clinica Dermatologica, Università di Verona*

La psoriasi è una malattia immuno-mediata caratterizzata da un andamento cronico recidivante e da un significativo impatto sulla qualità di vita del paziente, indipendentemente dalla gravità clinica. L'approccio terapeutico ideale ha come obiettivo la risoluzione o il marcato miglioramento delle lesioni cutanee, il controllo a lungo termine della malattia, il miglioramento della qualità di vita del paziente e un'ottima tollerabilità. L'efalizumab è un anticorpo monoclonale umanizzato di tipo IgG1, rivolto contro la subunità CD11a dell'antigene LFA1, in grado di interferire con diverse fasi della cascata immunologica alla base della patogenesi della psoriasi. L'efalizumab è approvato sia in Europa che negli USA per il trattamento della psoriasi a placche moderata/severa. Lo schema terapeutico prevede la somministrazione di efalizumab per via sottocutanea 1 volta la settimana al dosaggio di 0,7 mg/kg per la prima iniezione (fase di induzione), seguito da 1 mg/kg per un periodo complessivo di almeno 12 settimane di trattamento. Studi di fase II e III hanno dimostrato l'efficacia e la tollerabilità dell'efalizumab nel trattamento della psoriasi a placche di grado moderato-severo con un miglioramento alla 12<sup>a</sup> settimana del PASI75 nel 22-39% dei pazienti trattati con efalizumab versus il 2-5% dei pazienti trattati con placebo. Sono stati condotti studi clinici che hanno dimostrato che il trattamento continuato con efalizumab è in grado di mantenere o in alcuni casi migliorare i risultati ottenuti alla 12<sup>a</sup> settimana di terapia con un ulteriore miglioramento del PASI75 nel 44% e nel 60% dei pazienti trattati rispettivamente alla 24<sup>a</sup> settimana e alla 48<sup>a</sup> settimana di trattamento.

---

## **IMPIEGO DELL'ANTICORPO MONOCLONALE ADALIMUMAB NEL TRATTAMENTO DELLA PSORIASI ARTROPATICA E DELLA PSORIASI CUTANEA GRAVE**

MARIA RITA BONGIORNO,  
GIUSEPPE PISTONE,  
MARIO ARICÒ

*Cattedra di Dermatologica, Unità  
Operativa Complessa di Dermatologia e  
Malattie a Trasmissione Sessuale,  
Università di Palermo*

La psoriasi è una malattia infiammatoria cronica che colpisce l'1-3% della popolazione mondiale. Anche se le terapie sistemiche tradizionali possono essere efficaci, il loro uso in alcuni pazienti è limitato dall'insorgenza di effetti collaterali ed in alcuni casi dalla non responsività. Negli ultimi decenni numerose citochine pro-infiammatorie e molecole co-stimolatorie sono state identificate come fattori chiave nella patogenesi e nella progressione della malattia e di queste TNF, IL-1 e IL-6 sono state usate come targets terapeutici con notevole successo. Fra i farmaci biologici l'adalimumab, anticorpo monoclonale ricombinante umano IgG<sub>1</sub>, si lega con alta affinità e specificità al TNF-alfa umano ma non alla linfotossina alfa. Esso agisce come antagonista del TNF-alfa neutralizzandone l'azione biologica e modulando le risposte biologiche indotte o regolate dal TNF-alfa stesso. Viene riportata l'esperienza della Clinica Dermatologica nel trattamento della psoriasi artropatica e della psoriasi cutanea grave refrattaria alle terapie sistemiche tradizionali.

## **ESPERIENZA PERSONALE CON ADALIMUMAB NEL TRATTAMENTO DI PAZIENTI CON ARTRITE PSORIASICA E CONCOMITANTE PSORIASI**

NICOLETTA CASSANO,  
FRANCESCO LOCONSOLE,  
ROSALBA BUQUICCHIO,  
VALENTINA MASTRANDREA,  
GINO ANTONIO VENA

*Clinica Dermatologica II, Università di Bari*

Adalimumab è un anticorpo monoclonale umano anti-TNF attualmente approvato in Europa per il trattamento dell'artrite reumatoide, spondilite anchilosante ed artrite psoriasica, e recentemente anche per il trattamento del morbo di Crohn. I primi dati di efficacia di adalimumab nella psoriasi sono stati ottenuti dalla subanalisi di pazienti con concomitante psoriasi arruolati in studi clinici sull'artrite psoriasica, e si sono via via accumulate esperienze sull'utilizzo nella psoriasi. L'efficacia di adalimumab nella psoriasi è stata documentata da studi randomizzati controllati di fase II e fase III. Presentiamo la nostra esperienza relativa all'uso di adalimumab in pazienti affetti da artrite psoriasica attiva (resistenti o intolleranti alle terapie tradizionali o con controindicazioni all'utilizzo delle suddette terapie), focalizzando l'attenzione sulla risposta delle concomitanti lesioni cutanee. Alcuni dei pazienti sottoposti a terapia con adalimumab avevano in precedenza utilizzato altri farmaci biologici anti-TNF, interrotti successivamente per motivi vari, tra cui inefficacia.

---

## **OSSERVAZIONI SULLA TERAPIA CON PSORALENI TOPICI PER LA TERAPIA DELLA PSORIASI**

ENRICO COLOMBO,  
GIORGIO DELROSSO,  
PAMELA FARINELLI,  
FEDERICA BELLINZONA,  
GIORGIO LEIGHEB

*Clinica Dermatologica, Università Piemonte  
Orientale, A. Avogadro, Novara*

La fotodermatologia costituisce un importante settore della nostra disciplina. Se da un lato sono sempre più approfondite le conoscenze degli effetti delle radiazioni elettromagnetiche non ionizzanti sulla biosfera ed in particolare sull'uomo, d'altro canto la fototerapia rappresenta un importante presidio terapeutico nelle patologie della cheratinizzazione (psoriasi e ittiosi) e nelle patologie linfoproliferative (linfomi propri della cute) oltre che in numerose altre patologie. Alla fototerapia tradizionale (PUVA terapia con psoralene sistemico) si sono aggiunte negli ultimi anni altre metodiche terapeutiche con psoralene topico (Balneo e Gel-PUVA). Gli Autori presentano la loro esperienza sia nelle psoriasi diffuse che nelle psoriasi circoscritte (psoriasi palmo-plantare) confrontando i risultati con la fototerapia tradizionale e valutando i vantaggi e limiti di questa metodica terapeutica con ampia esposizione iconografica.

## **TERAPIA DELLA PSORIASI A LUNGO TERMINE: EFFICACIA E SICUREZZA**

NICOLA BALATO,  
MASSIMILIANO NINO,  
FRANCESCA GAUDIELLO,  
FABIO AYALA

*Sezione di Dermatologia clinica,  
allergologica e venereologica,  
Dipartimento di Patologia Sistemica,  
Università Federico II, Napoli*

La psoriasi è una dermatopatia che colpisce circa il 2-4% della popolazione mondiale. In Italia ha una prevalenza media del 3%. In una percentuale consistente (circa 30%) coesiste interessamento articolare. Studi sulla qualità della vita dei pazienti con psoriasi rivelano un impatto negativo paragonabile a quello valutato in pazienti con cardiopatia ischemica o broncopneumopatia cronica ostruttiva, malattie in cui un controllo parziale dei sintomi è chiaramente inaccettabile. Esiste una necessità cruciale di terapie efficaci e sicure a lungo termine per la psoriasi moderata-grave. Le terapie si articolano in varie fasi e le forme gravi richiedono spesso terapie sistemiche (ciclosporina, acitretina, metotressato, etc) o la fotochemioterapia. Oggi l'armamentario terapeutico della psoriasi si avvale delle terapie biologiche mirate specificamente a bloccare specifiche molecole chiave nella patogenesi della patologia. Tuttavia, tutte le terapie sistemiche tradizionali a lungo termine possono dare tossicità. Viene enfatizzata la possibilità di terapie rotazionali e intermittenti al fine di ridurre eventi avversi gravi correlati alle terapie stesse.

## **NOVITÀ SUL TRATTAMENTO DELLA PSORIASI CON L'ASSOCIAZIONE CALCIPOTRIOLO/ BETAMETASONE**

NICOLETTA CASSANO,  
GINO ANTONIO VENA

*Clinica Dermatologica II, Università di Bari*

Un'importante novità introdotta negli ultimi anni nella terapia topica della psoriasi volgare è rappresentata dall'associazione preconstituita di calcipotriolo e betametasone dipropionato in unguento, che permette di sfruttare sinergicamente gli effetti dei due principi attivi presenti in forma stabile ed attiva in un unico preparato. Le esperienze internazionali hanno evidenziato l'efficacia e la tollerabilità di quest'associazione preconstituita. Il prodotto, indicato nella terapia d'attacco per un tempo medio di circa 4 settimane, presenta una notevole rapidità d'azione e un ulteriore vantaggio in termini di compliance, grazie alla monosomministrazione giornaliera. Precedenti studi hanno evidenziato l'efficacia e la tollerabilità di questo unguento nei confronti del placebo, dei singoli principi attivi o di altri prodotti topici per il trattamento della psoriasi. Nella maggior parte di questi studi, la durata di trattamento era al massimo di 4 settimane, e, laddove prevista una fase di mantenimento, questa era effettuata con l'uso di prodotti "steroid-free", come calcipotriolo. Un recente studio ha dimostrato che l'associazione preconstituita è efficace e sicura anche quando utilizzata in maniera intermittente, al bisogno, per periodi più lunghi in un arco di tempo di osservazione di 52 settimane. L'analisi dei dati cumulativi dei trials clinici dimostrano che la riduzione dei sintomi indotta dal trattamento è indipendente dalla gravità basale della psoriasi e che l'unguento è notevolmente efficace anche in pazienti con psoriasi severa.



## QUALITÀ DELLA VITA NEL PAZIENTE AFFETTO DA HERPES ZOSTER

GIUSEPPE MICALI,  
MARIA RITA NASCA

*Clinica Dermatologica, Università di Catania*

L'Herpes Zoster (HZ) è un'affezione neurocutanea, che insorge più frequentemente in soggetti anziani e/o immunodepressi, dovuta alla riattivazione del virus varicella-zoster (VZV). Clinicamente è caratterizzato da lesioni eritemato-vescicolose a distribuzione dermatomericale e da concomitante sintomatologia algica. Il dolore, localizzato al territorio interessato e di intensità e durata variabili, spesso intollerabile, di tipo urente, costrittivo, continuo oppure intermittente, lancinante, con parossismi notturni, è il sintomo più importante e fastidioso dell'HZ. Generalmente, esso precede la caratteristica eruzione cutanea, potendo persistere nella fase eruttiva acuta e per un certo periodo (fin oltre 30 giorni) dopo la risoluzione delle manifestazioni cutanee, configurando in tali casi una delle più frequenti e temibili complicanze dell'HZ: la nevralgia post-erpetica. Quest'ultima può talora persistere anche per anni, essendo causa di disagio psichico e depressione che interferiscono notevolmente con le attività quotidiane ed il riposo notturno, e dunque con la qualità della vita, dei pazienti colpiti. È stato dimostrato che un'adeguata e tempestiva terapia antivirale dell'HZ, effettuata in fase acuta, può ridurre la durata e la gravità della nevralgia post-erpetica, oltre che curare efficacemente gli altri sintomi clinici della malattia. Tale terapia si basa sull'impiego di taluni farmaci sistemici, quali l'aciclovir, il valaciclovir, il famciclovir ed il brivudin. Tra essi, quelli di più recente introduzione nella pratica clinica, quale il brivudin, offrono, a fronte di un'efficacia clinica e di una tollerabilità analoga o addirittura superiore, il vantaggio di schemi posologici più maneggevoli, che migliorano notevolmente la compliance del paziente, anche in termini di qualità di vita, agevolando sia la gestione terapeutica della patologia in fase acuta che la prevenzione delle complicanze.

# **RUOLO DELLE HEAT SHOCK PROTEINS NEL FOTOINVECCHIAMENTO CUTANEO: POSSIBILI PROSPETTIVE TERAPEUTICHE**

**GIOVANNI SCAPAGNINI**

*Dipartimento di Scienze della Salute,  
Università del Molise*

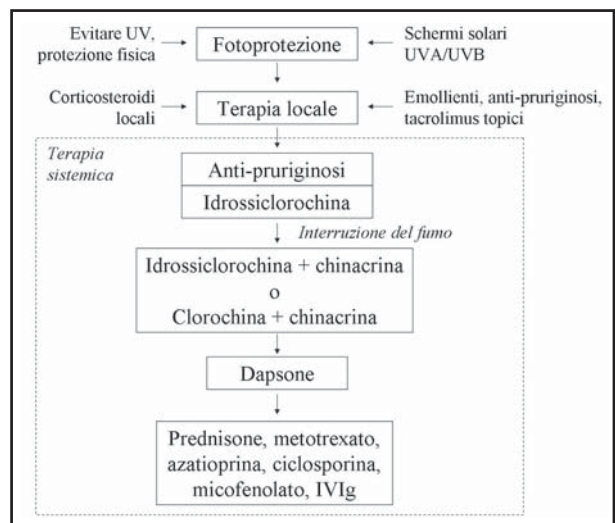
È noto come la cute soggetta a fotoinvecchiamento presenti caratteristiche alterazioni cliniche ed istologiche, nonché specifiche alterazioni dell'espressione genica. Le reazioni cellulari e le cascate molecolari che mediano il danno da radiazioni ultraviolette (UV) sulla cute comportano, attraverso la stimolazione di recettori di membrana e la conseguente attivazione di pathways di segnali di trasduzione collegati alle protein chinasi, la sintesi di svariati fattori di trascrizione e regolazione genica implicati nell'espressione di enzimi deputati al rimaneggiamento delle proteine strutturali del derma. L'innescò iniziale della cascata prodotta dall'esposizione alle radiazioni UV è in prima istanza riconducibile alla eccessiva produzione di specie reattive dell'ossigeno (ROS), che, da un lato, causano danni diretti ad importanti componenti cellulari (DNA, proteine e lipidi), dall'altro attivano taluni fattori di trascrizione nucleare. I sistemi cellulari hanno sviluppato raffinati e sensibili meccanismi genomici di difesa rapidamente inducibili in grado di contrastare gli effetti dannosi provocati dalle radiazioni UV, tra i quali un ruolo determinante è rivestito dalle cosiddette heat shock proteins (HSPs). La capacità cellulare e tissutale di mantenere adeguati livelli di espressione di geni citoprotettivi deputati alla produzione di HSPs in risposta allo stress ossidativo generato dall'esposizione UV sembra costituire una condizione indispensabile per il mantenimento dell'omeostasi e della sopravvivenza cellulare ed il rallentamento dei processi degenerativi collegati all'invecchiamento. La variabilità individuale nella capacità di attivazione di tali sistemi è collegata a meccanismi non ancora completamente chiari, che comunque includono il background genetico e l'età. Una maggiore comprensione dei fenomeni a cascata innescati dall'esposizione UV e del ruolo delle HSPs può non soltanto far luce sulle modificazioni biochimiche che avvengono nel fotoinvecchiamento, ma anche offrire l'opportunità di sviluppo per terapie farmacologiche innovative e mirate.

# LA TERAPIA DELLA DERMATOMIOSITE: AGGIORNAMENTO DELLE A.A.D. GUIDELINES DEL 1996

PAOLO FABBRI,  
DANIELE TORCHIA

*Dipartimento di Scienze Dermatologiche,  
Università di Firenze*

La dermatomiosite (DM) è una malattia infiammatoria cronica ad eziologia sconosciuta e a patogenesi autoimmune che colpisce la muscolatura striata e che si accompagna ad un caratteristico e patognomonicamente interessamento cutaneo. Le ultime linee-guida per il trattamento della DM, messe a punto dall'American Academy of Dermatology (AAD), risalgono al 1996,<sup>1</sup> mentre una revisione sistematica sulle opzioni terapeutiche attualmente disponibili per la DM è stata effettuata nel 2003 (ed aggiornata nel 2005) sul Database della Cochrane Library.<sup>2</sup> In questa relazione presenteremo un aggiornamento delle diverse opzioni terapeutiche utili per il trattamento sia delle manifestazioni cutanee che muscolari. Nella tabella abbiamo schematizzato una sorta di algoritmo terapeutico relativo alle manifestazioni cutanee che valorizzano i più recenti contributi della letteratura.



## Bibliografia

1. Drake LA, et al. Guidelines of care for dermatomyositis. J Am Acad Dermatol 1996;34(5 Pt 1):824-9
2. Choy EH, et al. Immunosuppressant and immunomodulatory treatment for dermatomyositis and polymyositis. Cochrane Database Syst Rev 2005;3:CD003643

# TERAPIA DEL SARCOMA DI KAPOSÌ DI TIPO CLASSICO MEDIANTE DOXORUBICINA LIPOSOMIALE PEGHILATA

MARIO DELFINO,  
\*GIUSEPPE DI LORENZO

*Sezione di Dermatologia clinica,  
allergologica e venereologica,  
Dipartimento di Patologia Sistemica e  
\*Cattedra di Oncologia Medica,  
Dipartimento di Endocrinologia ed  
Oncologia Molecolare e Clinica,  
Università Federico II, Napoli*

Il sarcoma di Kaposi classico (CKS) è una rara neoplasia che colpisce soprattutto soggetti in età avanzata ed è caratterizzata da evoluzione clinica variabile. Il decorso è solitamente lento, ma talvolta la neoplasia progredisce rapidamente e coinvolge anche gli organi interni, necessitando quindi di una chemioterapia sistemica. Di recente sono state segnalate alcune esperienze sull'uso della Doxorubicina liposomiale peghilata (PLD) come prima e seconda linea di trattamento nel CKS avanzato. Il presente studio retrospettivo valuta l'attività e la tossicità della PLD nel CKS pretrattato, aggressivo, non-viscerale. Venti pazienti di sesso maschile ed età media di 67 anni affetti da un CKS pretrattato, sono stati curati con PLD alla dose di 20 mg/m<sup>2</sup> per via endovenosa ogni 3 settimane per almeno 6 cicli. La terapia veniva sospesa in caso di peggioramento della malattia o all'insorgere di effetti avversi. Le risposte obiettive venivano determinate dopo 3 e 6 cicli; la eventuale tossicità ad ogni ciclo. Sono stati anche valutati l'intensità del dolore e dell'edema, la sopravvivenza libera da malattia e la sopravvivenza globale. Dopo i 6 cicli di terapia in 2 pazienti (10%) venivano osservate risposte parziali, mentre in 14 pazienti (70%) risposte complete. Quattordici pazienti (70%) ottenevano una remissione del dolore e dell'edema dopo 6 cicli. Nel 20% dei pazienti si osservava una neutropenia di grado 3, solo in un paziente (5%) di grado 4. La sopravvivenza media libera da malattia era di 9 mesi. Ad un follow-up medio di 36 mesi, 15 pazienti (75%) erano in vita.

---

## **TRATTAMENTO DELLO SCLEROMIXEDEMA CON IMMUNOGLOBULINE ENDOVENA E TALIDOMIDE**

AURORA PARODI,  
EMANUELE COZZANI,  
FRANCO RONGIOLETTI

*Sezione di Dermatologia, Di.S.E.M,  
Università di Genova*

Lo scleromixedema è una rara mucinosi cutanea/sistemica caratterizzata da una eruzione papulosa e sclerodermoide generalizzata e da manifestazioni sistemiche che ne condizionano la prognosi. Si associa ad una paraproteinemia. Tra le terapie proposte per la patologia figurano il melphalan, i corticosteroidi sistemici e la plasmaferesi, considerati trattamenti di prima scelta, i retinoidi come seconda scelta ed in alterantiva la ciclofosfamide, la ciclosporina, il methotrexate, la talidomide, le immunoglobuline endovena e l'interferome alfa 2b. Sebbene il melphalan sia considerato un trattamento di prima scelta per lo scleromixedema, circa la metà dei casi trattati con questo agente alchilante, secondo un lavoro di Dinneen e Dicken pubblicato sul J Am Acad Dermatol nel 1995, hanno avuto delle complicazioni gravi che ne hanno determinato l'exitus. Vengono riportati 2 pazienti affetti da scleromixedema, un uomo ed una donna trattati con successo il primo con talidomide e la seconda con immunoglobuline endovena.

# LA DERMATITE ATOPICA: FARMACI SPERIMENTATI E FARMACI SPERIMENTALI

CARLO GELMETTI,  
ADINA FRASIN

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

I corticosteroidi topici hanno rappresentato la terapia d'eccellenza della Dermatite Atopica (DA) per le lesioni acute negli ultimi quattro decenni. Per le terapie a lungo termine, gli studi randomizzati hanno dimostrato che il dosaggio intermittente, una volta raggiunto il controllo clinico della malattia, è un trattamento soddisfacente quasi completamente privo di effetti collaterali. La terapia topica con corticosteroidi due volte la settimana con l'aggiunta di una emolliente può ridurre il rischio di ricaduta della DA e può paradossalmente ridurre la quantità di steroide complessivo. Attualmente il trattamento convenzionale della DA rimane sintomatico e gli steroidi topici sono ancora il trattamento di prima scelta in caso di riaccensione acuta. Il dermatologo esperto otterrà tutti i benefici di questi farmaci ed eviterà tutti i potenziali effetti collaterali con un regime specifico per ogni paziente. I più recenti Inibitori Topici della Calcineurina (ITC) rappresentano un trattamento efficace senza causare atrofia cutanea. Tacrolimus unguento è stato approvato per i bambini con più di due anni d'età alla concentrazione dello 0.03% e per gli adulti allo 0.1%, mentre pimecrolimus è disponibile in crema alla concentrazione dell'1% sia per gli adulti che per i bambini con più di due anni d'età. Sia il Tacrolimus topico che il Pimecrolimus sono stati utilizzati con successo anche nei bambini con meno di 2 anni d'età. L'effetto clinico sul prurito può essere osservato dopo una settimana di terapia ed è mantenuto per tutta la durata del trattamento. Mentre il tacrolimus può sostituire i corticosteroidi topici nel trattamento di tutte le forme di DA (escluse quelle molto gravi che devono essere trattate con farmaci sistemici) il pimecrolimus può essere utilizzato per trattare le forme lievi/moderate. L'assorbimento sistemico, nella maggior parte dei pazienti, si è dimostrato essere basso, di solito 10 volte minore della quantità capace di produrre un'immunosuppressione sistemica. Gli attuali ITC sono diversi non solo come potenza, come si può facilmente dedurre dalle concentrazioni di vendita, ma anche come eccipienti. A parità di potenza relativa bisognerà quindi tenere anche in conto la "testura" del veicolo per una migliore gestione della malattia. Al momento attuale le precauzioni

d'uso che si trovano nelle istruzioni allegate ai farmaci appaiono del tutto corrette e il profilo di sicurezza degli ITC attuali appare molto buono ed anche i dati più recenti confermano che il rischio di linfoma non sembra essere differente da quello della popolazione generale. Inoltre, gli ultimi dati sulla farmacocinetica del tacrolimus topico nei bambini dai 3 ai 24 mesi sono sovrapponibili a quelli già noti, ed è quindi sperabile che le autorità regolatorie consentano, in un tempo non troppo lungo, l'impiego degli ITC anche nei bambini inferiori ai due anni di età. Per quanto riguarda gli emollienti che sono forse la parte più importante della terapia nei casi di malattia lieve/moderata, ricordiamo solo la raccomandazione dell'International Consensus Conference on Atopic Dermatitis II: "gli emollienti mantengono la pelle idratata e possono ridurre il prurito. Essi dovrebbero essere applicati regolarmente almeno due volte all'arco della giornata, anche quando non è presente alcun sintomo di malattia". La lista delle terapie in uso è impressionante (Tabella 1) e la lista delle terapie in sperimentazione è ancora più varia (Tabella 2); entrambe illustrano bene quale sia l'interpretazione molto differente che i vari studiosi danno della DA e, quindi, le soluzioni suggerite.

Tabella 1 - Alcune terapie per la Dermatite Atopica

Sistemiche	Topiche
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Corticosteroidi</li> <li>• Antistaminici</li> <li>• Mirtazapina</li> <li>• Doxepina</li> <li>• Naltrexone</li> <li>• Ciclosporina</li> <li>• Tacrolimus</li> <li>• Pimecrolimus</li> <li>• Azatioprina</li> <li>• Mycophenolato mofetil</li> <li>• Methotrexate</li> <li>• Retinoidi</li> <li>• Zafirlukast</li> <li>• Montelukast</li> <li>• Zileuton</li> <li>• IFN-<math>\gamma</math></li> <li>• Anti-IgE</li> <li>• Antibiotici</li> <li>• Fototerapia</li> <li>• Psicoterapia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Corticosteroidi</li> <li>• Tacrolimus</li> <li>• Pimecrolimus</li> <li>• Doxepina</li> <li>• Pramoxina</li> <li>• Lidocaina</li> <li>• Capsaicina</li> <li>• Retinoidi</li> <li>• Catrami</li> <li>• Inibitori della Fosfodiesterasi</li> <li>• Acido lipoico</li> <li>• Estratti di liquirizia</li> <li>• Acido Gliciretinico/telmesteina/Vitis vinifera (estratti)</li> <li>• Palmitoiletanolamide</li> <li>• PPAR(Peroxisome Proliferative-Activated Receptors) attivatori</li> <li>• Agenti riparatori della barriera (ceramide/colesterolo/acidi grassi, burro di karité, soia, acido ialuronico, urea, etc.)</li> <li>• Antibiotici</li> <li>• Tocoferolo acetato</li> <li>• Talco (preparazioni)</li> <li>• Ossido di zinco (preparazioni)</li> </ul>

Tabella 2 - Terapie sperimentali per la Dermatite Atopica

Marchio	Generico	Modo d'azione
Hivenyl	vapitadina	antagonista recettore istamina
Amevive	alefacept	proteina di fusione LFA-3/IgG Fc
Raptiva	efalizumab	mAb anti CD 11a
Sabarep	YP-001	inibitore proteasi cutanea
n/a	AN-0128	antibatterico e anti infiammatorio
n/a	riluzolo	inibitore rilascio glutammato
n/a	bimosiamosio	antagonisti E -, P- e L-selettine
n/a	CYT-003-QbG 10	immunoterapia/vacano Th2 soppressore
n/a	TS-022	agonista recettore prostanoide DP1
n/a	MRX-1	antinfiammatorio non steroideo multifunzionale
Aeroderm	AER001	antagonista IL-4 ri combinante e proteina IL-13
Avrina	NF-kappa-B (esca)	inibitore NFKβ
Araderm	AA10006	immunosoppressore
Dermolastin	rAAT	inibitore proteasi ricombinante α-1 anti tripsina
n/a	ASF-1075	antinfiammatorio
Atopic Dermatitis Patch	polidocanolo	barriera fisica + anti-pruriginoso
Targretin Gel	bexarotene	modulatore recettore retinoide X
Rituxan /MabThera	rituximab	mAb anti-CD20
n/a	GW84247QfAWD -12-281	inibitore topico fosfodiesterasi IV
n/a	SEGRA	agonista recettore glucocorticoidi selettivo
n/a	CCR3 antagonisti	antagonisti recettore-3 chemochina



---

## LA TERAPIA DERMATOLOGICA E LA SUA ISTOLOGIA

MARIO PIPPIONE,  
PAOLO BROGANELLI

*Dermosifilopatia 3, Dipartimento di Scienze  
Biomediche ed Oncologia Umana,  
Università di Torino*

La relazione è dedicata al Prof. Antonio Sapuppo che nel 1983 istituì le “Giornate Catanesi di Terapia in Dermovenereologia”. Qualsiasi relazione riguardante l’atto terapeutico anche come evento condizionante oppure derivante dalla cura delle malattie cutanee è degna di attenzione. Questo fu il concetto espresso dal Prof. Sapuppo in occasione della sua introduzione alla prima edizione delle Giornate di Terapia. La dermatopatologia e la terapia, ad una osservazione superficiale, possono apparire come due indipendenti branche, lontane, quasi separate, mentre tante e complesse sono le loro interazioni. La presente relazione prende in considerazione le varie sfaccettature attraverso le quali l’osservazione microscopica della cute può interagire sull’atto terapeutico. In fase conclusiva si sottolinea il ruolo essenziale dello specialista dermatologo quale interprete sia dell’istologia che della terapia delle malattie cutanee.

---

## TRATTAMENTO DEL DERMATOFIBROSARCOMA PROTUBERANS AD INFILTRAZIONE MUSCOLARE

GIORGIO LEIGHEB

*Clinica Dermatologica, Università Piemonte  
Orientale A. Avogadro, Novara*

Il dermatofibrosarcoma protuberans (DFSP) è una non comune neoplasia connettivale, non metastatizzante ma soggetta a ripetute recidive per exeresi incompleta in relazione alla sua imprevedibile infiltrazione periferica e profonda. L'interessamento fasciale è frequente ma anche i muscoli sottostanti possono essere infiltrati. Varie sono le terapie chirurgiche proposte, in genere basate su criteri empirici o probabilistici come ampie exeresi a 2-5 cm dai margini o comprendenti la fascia. La nostra esperienza su oltre 30 casi di DFSP trattati con tecnica di Mohs-Tübingen permette di affermare con dati di evidenza clinica che questa metodica è la più razionale e radicale. Infatti essa permette il controllo microtopografico dei margini di exeresi, guida nell'asportazione di residui tumorali dopo la prima escissione chirurgica e garantisce risparmio dei tessuti sani: ciò facilita le tecniche riparative con minori danni funzionali ed estetici.

# LEMBI PERFORANTI FREE-STYLE DELL'ARTERIA FACCIALE. STUDIO ANATOMICO ED APPLICAZIONI CLINICHE

FRANCESCO MOSCHELLA,  
ADRIANA CORDOVA

*Cattedra di Chirurgia Plastica e  
Ricostruttiva, Università di Palermo*

**Introduzione.** Lungo il solco naso genieno si distaccano numerosi perforanti dell'arteria facciale che possono essere peduncolo di lembi perforanti da usare per la ricostruzione dell'ala del naso e della regione periorale. Gli autori presentano il loro studio anatomico dell'arteria facciale sopramandibolare e la loro esperienza nelle ricostruzioni post exeresi oncologiche con lembi free style pedunculati basati sui perforanti dell'arteria facciale.

**Materiali e metodi.** Presso l'Università René Descartes di Parigi sono state studiate 6 arterie facciali dopo iniezione di latex colorato nell'arteria carotide esterna. Da Maggio 2005 a Giugno 2007 sono state effettuate 11 ricostruzioni della faccia con lembi free style pedunculati basati sui perforanti dell'arteria facciale dopo asportazione di carcinomi epiteliali, 8 dell'ala del naso e 4 della regione periorale. 10 lembi sono stati basati su 1 perforante, 1 su 2. In tutti i casi ad eccezione di 1 è stato identificato 1 perforante venoso. Le dimensioni massime del lembo sono state 6.5 x 4 cm. Il calibro dei perforanti era inferiore al millimetro.

**Risultati.** Lo studio anatomico ha dimostrato la presenza costante di perforanti dell'arteria facciale sopramandibolare lungo il solco naso-genieno in numero variabile da 2 a 6 (media 4) la più grande e costante delle quali si trova lateralmente alla commessura labiale. Tutti i lembi sono sopravvissuti totalmente. Solo in un caso si è osservata una necrosi dei 2 mm distali a causa dell'eccessivo sgrossamento. Le cicatrici sono state nascoste nel solco naso-labiale. Le ricostruzioni dell'ala del naso sono state effettuate in un tempo solo, risparmiando un intervento chirurgico rispetto al lembo naso-genieno classico. I perforanti sono sempre stati identificati preoperatoriamente con sonda Doppler da 8MHz.

**Conclusioni.** Il concetto di lembo free style rende obsoleto il lembo random. Ogni lembo può adesso avere una vascolarizzazione nota. La libertà di scelta della perforante permette di disegnare il lembo in modo da camuffare gli esiti cicatriziali. A livello del solco naso-genieno la presenza di perforanti dell'arteria e della vena facciale rende possibile l'allestimento di lembi perforanti free style per la ricostruzione dell'ala del naso e della regione periorale, le cui dimensioni sono limitate soltanto dalla necessità di chiudere il sito donatore per accostamento.

---

## LA VITILIGINE NELLA SINDROME POLIGHIANDOLARE AUTOIMMUNE

ANTONELLO TULLI,  
PAOLO AMERIO,  
MATTEO AURIEMMA,  
CARMELA INNOCENTE,  
VALENTINA D'ANGELO,  
MARIA ELENA MARRA

*Clinica Dermatologica, Università  
G. D'Annunzio, Chieti*

Le sindromi polighiandolari autoimmuni (SPA) sono un gruppo di patologie autoimmunitarie caratterizzate dall'interessamento di numerosi organi associate al deficit funzionale di ghiandole endocrine. Sono classificate attualmente in 4 gruppi. Alcune delle presentazioni cliniche di queste sindromi sono rappresentate da un interessamento autoimmune a livello cutaneo. La malattia cutanea più frequentemente associata alle SPA è la vitiligine. La patogenesi della vitiligine non è ancora ben chiarita ma si ritiene che nella maggior parte dei casi possa derivare da un processo autoimmune a carico dei melanociti cutanei. La frequenza della vitiligine nella popolazione generale è molto variabile nei diversi continenti, in Italia non esistono studi epidemiologici che si sono occupati direttamente di questa patologia. Presentiamo uno studio epidemiologico su una popolazione del centro Italia tendente a valutare l'epidemiologia di questa malattia e la associazione con le patologie ghiandolari autoimmunitarie. Inoltre si rivede criticamente la letteratura che descrive l'associazione della vitiligine con altre patologie autoimmunitarie.

# FOTOTERAPIA UVB A BANDA STRETTA, PIMECROLIMUS CREMA E TACROLIMUS UNGUENTO A CONFRONTO NELLA TERAPIA DELLA VITILIGINE

PASQUALE PATRONE,  
GIUSEPPE STINCO,  
MARINA FORCIONE

*Clinica Dermatologica, DPMSC,  
Università di Udine*

La vitiligine è una patologia acquisita della pigmentazione il cui trattamento rappresenta ancor oggi una sfida per il dermatologo. La fototerapia con gli UVB a banda stretta è un approccio terapeutico considerato efficace e sicuro. Gli inibitori topici della calcineurina, pimecrolimus e tacrolimus, rappresentano una nuova opzione terapeutica introdotta negli ultimi anni nel trattamento della vitiligine, che agiscono bloccando da un lato la produzione di IL-2 e la successiva attivazione dei linfociti T citotossici, dall'altra inibendo la citotossicità anticorpo-mediata contro specifici antigeni melanocitari. Abbiamo effettuato uno studio prospettico, randomizzato, comparativo, in aperto su un totale di 44 pazienti divisi in tre gruppi per confrontare l'efficacia e la sicurezza della fototerapia con UVB a banda stretta, del pimecrolimus 1% crema e del tacrolimus 0.1% unguento nel trattamento della vitiligine cronica. Gli schemi terapeutici prevedevano rispettivamente 2 sedute di fototerapia UVB a banda stretta alla settimana per 6 mesi, o l'applicazione topica dell'inibitore della calcineurina 2 volte al giorno per un totale di 6 mesi. L'efficacia del trattamento è stata valutata in termini di percentuale di repigmentazione e la sicurezza della terapia è stata valutata registrando gli effetti collaterali riportati dai pazienti e controllando al termine del ciclo terapeutico eventuali alterazioni degli esami ematochimici rispetto ai valori basali. 38 pazienti hanno portato a termine lo studio dimostrando la validità di tutti e tre i tipi di trattamento.

## **Bibliografia**

1. Scherschun L, et al. Narrow-band ultraviolet-B is a useful and well-tolerated treatment for vitiligo. *J Am Acad Dermatol* 2001;44:999-1003
2. Grimes PE, et al. Topical tacrolimus for repigmentation of vitiligo. *J Am Acad Dermatol* 2002;47:789-791
3. Boone B, et al. Topical pimecrolimus in the treatment of vitiligo. *Eur J Dermatol* 2007;17:55-61
4. Hartmann A, et al. Hypopigmentary skin disorders. Current treatment options and future directions. *Drugs* 2004;64:89-107

# **RIDUZIONE DELLA IPERPIGMENTAZIONE PERILESIONALE IN PAZIENTI AFFETTI DA VITILIGINE SOTTOPOSTI A FOTOTERAPIA (UVB 311 nm TL01): RISULTATI PRELIMINARI CON UN SISTEMA FILTRANTE AD AMPIO SPETTRO (MEXORYL)**

**CORRADO FRATI**

*Unità Operativa di Dermatologia,  
ASL Frosinone*

I pazienti affetti da vitiligine e sottoposti a fototerapia (elioterapia, PUVA, UVB a banda stretta) possono andare incontro ad effetti collaterali ed in particolare ad una iperpigmentazione della pelle sana circostante la cute acromica. Scopo del presente lavoro è quello di ottenere la ripigmentazione delle chiazze vitiligoidee e di evitare gli effetti esteticamente indesiderati sulla cute sana. In questo studio preliminare (Marzo-Settembre 2007) sono stati esclusi vitiligoidei sottoposti a fototerapia nei precedenti 6 mesi e presentanti chiazze in fase di ripigmentazione. I soggetti selezionati (16, di cui 10 di sesso femminile), con età variabile da 9 a 52 anni, sono stati sottoposti sia a fototerapia abbinata ad altra terapia (in prevalenza antiossidanti), sia ad elioterapia: alla fine della sperimentazione sono stati esclusi 2 soggetti, in quanto non avevano eseguito almeno 2 mesi di fototerapia ed 1 mese di elioterapia. Sono stati presi in considerazione pazienti con vitiligine simmetrica localizzata alle mani e la fotoprotezione topica (UVA ed UVB) è stata praticata con un sistema filtrante fisico e chimico ad ampio spettro e fotostabile contenente varie sostanze (in particolare Mexoryl XL ed SX, Octacrilene, Diossido di Titanio, Parsol 1789, ZnO, Avobenzone). La valutazione clinica (chiazze acromiche e cute perilesionale) è stata eseguita determinando l'indice eritema (IE) e l'indice melanina (IM) con spettrofotometro a riflettanza (Mexameter). Il sistema topico filtrante è stato applicato solamente sulla mano destra in corrispondenza della cute sana, mentre la terapia topica antiossidante (Vitamina E, catalasi, acido lipoico, taurina) è stata eseguita sulla cute acromica di entrambe le mani. L'IE non ha dimostrato differenze significative. L'IM era incrementato in modo significativo sulla cute acromica di entrambe le mani dopo la fototerapia: una evidente ripigmentazione è stata osservata. Particolare attenzione è stata focalizzata sull'IM in corrispondenza della cute sana perilesionale dei 14 pazienti all'inizio, alla fine della fototerapia (UVB TL 01) e dopo l'elioterapia: le differenze sono state significative solamente alla mano sinistra dove non è stato applicato il filtro (il valore iniziale medio di 502 +/-26 era aumentato a 648+/-39 dopo UVB 311 e a 669+/- 45 dopo la successiva elio-

---

rapia). Questi risultati preliminari, che necessitano di ulteriori approfondimenti e di una casistica più ampia), dimostrano che l'applicazione topica di un sistema filtrante ad ampio spettro (UVA, UVB) sulla cute sana circostante la cute acromica può ridurre od eliminare la iperpigmentazione della cute sana, cioè il principale effetto collaterale in un paziente con vitiligine.

---

**SIMPOSIO SIDEC**  
**(Società Italiana di Dermatologia Estetica e Correttiva)**  
**FILLER: STATO DELL'ARTE E LINEE GUIDA**



## LA BIOSTIMOLAZIONE: REVISIONE CRITICA

CARLO BERTANA,  
PIERFRANCESCO CIRILLO,  
PAOLO SILVESTRIS,  
\*MAURIZIO BENCI

Roma; \*Firenze

La biostimolazione è una pratica di larga diffusione tra le tecniche di ringiovanimento. Il termine indica l'infiltrazione intradermica di preparati (principalmente a base di acido ialuronico non cross linkato o glucosaminosulfato) idonei a provocare l'induzione di una neosintesi di collagene e di connettivo dermico con la finalità di un miglioramento estetico. Vengono analizzate le caratteristiche generali dell'acido ialuronico nell'organismo e di quelli esogeni una volta introdotti nel derma. Il rationale di utilizzo è basato soprattutto su un effetto di stimolazione dei fibroblasti, con il risultato dell'incremento della produzione dell'acido ialuronico endogeno. Alcuni lavori scientifici ne documentano l'efficacia con buoni risultati per quanto riguarda la idratazione, il tono e la elasticità della pelle. I preparati ad hoc sono numerosi e presenti nei cataloghi di tutte le aziende che producono filler. La molecola quasi unanimemente adottata è l'acido ialuronico a basso peso molecolare (600.000/1.000.000 Dalton) non cross-linked, concepito per essere riassorbito in tempi brevi. Il preparato viene infiltrato a livello dermico in varie aree del viso, del collo, del décolletè, delle mani, in sedute ripetute ad intervalli di 15/30 giorni. I pazienti riconoscono di solito un beneficio estetico di buona entità su condizioni non troppo degradate di invecchiamento, secchezza, assottigliamento cutaneo.

### Bibliografia

1. Balazs EA. Intercellular matrix of connective tissue. In Finch CE, Hayflick L (eds): Handbook of the biology of aging. New York, Van Nostrano Reinhold, 1977:22-240
2. Balazs EA, Denlinger JL. Clinical use of the hyaluronan. In: Evered D, Whelan J (eds): The biology of hyaluronan (Ciba Foundation Symposium #143). Chichester, Wiley, 1989:265-280
3. Balazs EA, Denlinger JL, Leshiner E, et al. Hylan: Hjaluronan derivatives for soft tissue repair and augmentation. Biotech USA, 1988:14-16,442-445
4. Larsen NE, Leschiner E, Pollack CT, et al: Evaluation of Hylan B (Hylan Gel) as soft tissue dermal implants. In Mikos AG, Leong KW, Radomsky ML, et al (eds): Polymers in Medicine and Pharmacy (Proceedings of Materials Research Society, Spring Meeting, April 17-21, 1995, San Francisco, CA). Pittsburgh, PA, Material Research Society, 1995:193-197
5. Fagien S: Autologous collagen injections to treat deep glabellar furrows. Plast Reconstr Surg 1994

- 
6. The chemistry, biology and medical applications of hyaluronan and its derivatives (Laurent TC, ed). Wenner-Gren International Series, Vol. 72, Portland Press, London (1998)
  7. Yates JR. In Eden NR (ed): Mechanism of water uptake by the skin. New York, Wiley, 1971:485

# POSSIBILITÀ TERAPEUTICHE NELLA CORREZIONE DEL DANNO DA EVENTI AVVERSI DA FILLER

MAURIZIO BENCI,  
\*PIERFRANCESCO CIRILLO,  
\*CARLO BERTANA,  
\*PAOLO SILVESTRIS

*Firenze; \*Roma*

Molti inestetismi del viso sono corretti mediante impianto di sostanze eterologhe denominate filler. Queste sostanze possono essere suddivise schematicamente in riassorbibili e non riassorbibili. Entrambe le categorie possono dare eventi avversi e complicazioni più o meno importanti, in relazione alle loro caratteristiche chimico-fisiche ed immunologiche, alle modalità di infiltrazione e alla risposta dell'ospite. Le reazioni granulomatose possono accadere con tutte le categorie dei filler, ma in special modo con i cosiddetti filler permanenti o non riassorbibili. Il trattamento può variare dall'uso di iniezioni intralesionali di steroidi ad un mix di steroidi e 5-fluoro-uracile. Inoltre vari lavori riportano con successo l'uso di steroidi per os o ciclosporina per os. Altri lavori riportano l'uso di allopurinolo per os, mentre incoraggianti miglioramenti sono stati riportati con isotretinoina per os o con doxiciclina inoltre sono riportati in letteratura alcuni casi di granulomatosi trattati con successo con imiquimod topico. Per i granulomi che non risentono di alcun miglioramento, l'asportazione chirurgica rimane l'unica ed ultima possibilità di trattamento.

## Bibliografia

1. Cirillo PF, Silvestris P, Benci M. Filler riassorbibili o non riassorbibili? *Dermatologia Ambulatoriale* 2005;1/2:14-17
2. Benci M, Cirillo P, Bertana C, Fabianelli F. Complicanze da iniezione di filler riassorbibili e non riassorbibili e loro gestione EMC (Elsevier SAS, Paris). *Cosmetologia Medica e Medicina degli Inestetismi Cutanei*. 2006: 50-330-A-30
3. Benci M, Cirillo P, Bertana C, Fabianelli F, Silvestris P. I filler. In: Edizioni UTET. 2006

## PRESENTAZIONE DEL PROGETTO PER LA CONSENSUS CONFERENCE ITALIANA SUI DERMAL FILLER

PIERFRANCESCO CIRILLO,  
\*MAURIZIO BENCI, \*\*CARLO  
BERTANA, \*\*PAOLO SILVESTRIS

*Clinica Dermatologica, Dipartimento di  
Patologia e Medicina Sperimentale e  
Clinica, Università di Udine; \*Dipartimento  
di Scienze Dermatologiche, Università di  
Firenze; \*\*Roma*

Le linee guida rappresentano raccomandazioni facoltative di comportamento clinico elaborate da gruppi di studio e società scientifiche del settore, mediante un processo sistematico di revisione delle evidenze della letteratura scientifica, allo scopo di aiutare i medici pratici nel decidere quali siano le modalità assistenziali più appropriate in specifiche situazioni cliniche. Nel diritto sia nazionale che internazionale sta ad indicare un determinato insieme di regole da seguire e i termini dettagliati di un accordo. La stesura delle linee guida si basa sullo stato delle attuali conoscenze mediche. Studi successivi potranno indurre modifiche o cambiamenti. Con questi obiettivi è nato il progetto della CONSENSUS CONFERENCE ITALIANA SUI DERMAL FILLER. Un Comitato Organizzatore composto dal Prof. Nicolò Scuderi, Prof. Giuseppe Micali, Prof. Carlo Alberto Bartoletti, Dr. Paolo Silvestris, Dr. Pier Francesco Cirillo, Dr. Emanuele Bartoletti, Dr. Maurizio Benci e Dr. Carlo Bertana, hanno proposto ad un Board di Esperti composto da 54 professionisti distribuiti su tutto il territorio italiano, con rappresentatività bilanciata tra Chirurghi Plastici, Dermatologi e Medici Estetici, ed ugualmente tra Universitari, Ospedalieri e Liberi Professionisti, un questionario di 139 domande riguardanti:

- A. Le caratteristiche ideali di un filler
- B. I criteri di scelta (area anatomica, tipo di inestetismo)
- C. Le abitudini procedurali consolidate
- D. Gli aspetti medico-legali (cartella clinica e consenso info)
- E. I comportamenti nelle differenti zone anatomiche: pieghe nasolabiali, labbra, commissura orale, piega labiomentoniera, linea della mandibola, glabella, rughe orizzontali della fronte, sopracciglio, rughe periorbitali, occhiaie, solco naso giurale, lipoatrofia del volto AIDS e non AIDS-correlata, piramide nasale, cicatrici depresse, altre sedi anatomiche.

Il Progetto ha ricevuto sin dalla nascita il patrocinio delle più importanti Società Scientifiche del settore:

- La SICPRE (Società Italiana di Chirurgia Plastica Ricostruttiva ed Estetica) Presidente SICPRE Prof. Guido Molea
- La SIME (Società Italiana di Medicina Estetica) Presidente Prof. Carlo Alberto Bartoletti

- 
- La SIDEMAST (Società Italiana di Dermatologia medica, chirurgica, estetica e delle Malattie Sessualmente Trasmesse) Presidente Prof. Alberto Giannetti
  - La SIDCO (Società Italiana di Dermatologia Chirurgica e Oncologica) Presidente Dr. Massimo Laurenza
  - L'AIDA (Associazione Italiana Dermatologi Ambulatoriali) Presidente Dr. Gianluigi Giovene
  - L'ADOI (Associazione dei Dermatologi Ospedalieri Italiani) Presidente Dr. Patrizio Mulas
  - La SIDEC (Società Italiana di Dermatologia Estetica e Correttiva) Presidente Dr. Maurizio Benci
  - L'HTD (Italian High Tech Network in Dermatological Sciences) Coordinatore Pier Luca Bencini
  - La DDI (Donne Dermatologhe Italiane) Presidenti Antonella Tosti, Annalisa Barba, Corinna Rigoni
  - AICEF rcf (Associazione Italiana ORL di Chirurgia Estetica e Funzionale Rino-Cervico Facciale) Presidente Pietro Palma.

Gli obbiettivi di questa che è la prima Consensus Conference sui Dermal Filler in Italia ed in Europa, sono: l'analisi dello Stato dell'Arte e la Formulazione delle Linee Guida. Gli Autori li espongono entrambi.

## **LA BIORIVITALIZZAZIONE NEL FOTOINVECCHIAMENTO CUTANEO: VALUTAZIONE ECOGRAFICA**

AURORA TEDESCHI,  
FRANCESCO LACARRUBBA,  
BEATRICE NARDONE,  
GIUSEPPE MICALI

*Clinica Dermatologica, Università di Catania*

La biorivitalizzazione è una tecnica minimamente invasiva, utilizzata in dermatologia cosmetologica, che consiste nell'iniettare a livello dermico sostanze bioattive, quali l'acido ialuronico, in grado di promuovere il "ringiovanimento" della cute attraverso la creazione di un terreno favorevole all'attivazione dei fibroblasti ed agli scambi e le interazioni tra le cellule e la matrice extracellulare. L'ecografia cutanea è una metodica utilizzata per visualizzare e quantificare i cambiamenti della cute legati all'invecchiamento; in particolare, la cosiddetta Subepidermal Low Echogenic Band (SLEB), banda ipoecogena del derma legata all'elastosi, alla degradazione del collagene ed all'accumulo di glucosaminoglicani e acqua, è considerata un marker del fotoinvecchiamento, come confermato da numerosi studi. Riportiamo la nostra esperienza preliminare sull'utilizzo della biorivitalizzazione con acido ialuronico in cinque donne (età media: 61 anni, range 56-67 anni), con segni moderati di fotoinvecchiamento al dorso delle mani, trattate con iniezioni multiple di acido ialuronico non animale, stabilizzato, 1 volta la settimana per 4 settimane. I risultati del trattamento sono stati valutati mediante esame ecografico (sistema a 22 MHz B-mode) effettuato prima di ogni trattamento e 7 giorni dopo l'ultimo trattamento.

---

**SIMPOSIO ISPLAD**  
**(International-Italian Society of Plastic-Aesthetic**  
**and Oncologic Dermatology)**  
**ATTUALITÀ IN TEMA DI MUCOSE**

# IL LICHEN DEL DISTRETTO VULVARE: DIAGNOSTICA E TERAPIA (CONVENZIONALE E GALENICA)

GIULIO FERRANTI,  
\*PIETRO LIPPA

*Dipartimento di Dermatopatologia, Istituto Dermatologico dell'Immacolata, IRCCS, Roma; \*Roma*

**I parte.** Le patologie del distretto vulvare che vengono denominate con il termine di lichen sono innumerevoli, ma ognuna di queste patologie ha in comune il termine, ma non la nosologia ed il quadro clinico. Anche la terapia convenzionale e galenica può essere profondamente diversa. Le tre patologie cardine dei lichen genitali sono: il lichen planus, il lichen scleroso ed il lichen simplex. Ogni entità ha una sua configurazione clinica, il suo specifico istopatologico ed un diverso approccio terapeutico. Poichè sono patologie strettamente dermatologiche, un buon coordinamento fra questa disciplina e quella ginecologica, può migliorare lo standard diagnostico e le scelte terapeutiche.

**II Parte.** Le infezioni vulvari fanno parte di un insieme di manifestazioni a carico della vulva, dell'area cutanea adiacente o del resto della cute associati in alcuni casi ad altre manifestazioni simili a carico di altre mucose. Nonostante che il lichen simplex, il lichen scleroatrofico e il lichen planus abbiano un comune denominatore legato al loro nome, essi si differenziano tra loro nella clinica, nell'aspetto istologico e/o patogenetico tali da farli considerare entità nosologiche ben distinte. Esistono però numerose problematiche a riguardo della loro interpretazione, in particolare a livello vulvare in quanto l'anatomia tessutale dell'area tende ad esprimere morfologie similari nelle diverse forme dei lichen suddetti. Presentiamo una raccolta iconografica dei lichen genitali in rapporto alle diagnosi differenziali ed alle difficoltà diagnostiche che hanno posto durante la loro interpretazione. È stato spesso di valido aiuto il ricorso all'ausilio istologico però non sempre di facile esecuzione in quanto scarsamente accettato dalle pazienti. Le infezioni vulvari durante le fasi dei lichen possono sopraggiungere per sovrainfezione micotica spontanea, sovrainfezione da uso di steroidi topici o altri immunosoppressivi, in seguito a macerazioni delle pieghe vulvovaginali o cutanee adiacenti.



# L'“AGING” DEL DISTRETTO VULVARE: L'APPROCCIO DEL DERMATOLOGO PLASTICO

ELISABETTA PEROSINO

*Roma*

L'invecchiamento di cute e mucose è legato sostanzialmente a due grandi categorie di fattori: intrinseci ed estrinseci. Nell'invecchiamento cutaneo-mucoso dell'apparato genitale esterno grande rilevanza hanno le variazioni ormonali legate alla menopausa e alla premenopausa, relative alla diminuzione della produzione di estro-progestinici ematici con conseguente riduzione recettoriale corrispondente, e aumento dell'attività androgenica relativa. L'atrofia vulvare acquisita di tipo senile o fisiologico si manifesta istologicamente con una riduzione progressiva del derma per diminuzione del collagene ed appiattimento della giunzione dermo-epidermica. Sia nell'epidermide, nella fattispecie a livello dello strato basale, sia nel derma a livello dei fibroblasti sono infatti presenti recettori per gli estrogeni, che diminuiscono con il diminuire dei livelli degli estrogeni plasmatici. L'invecchiamento della vulva viene ancora, spesso, segnalato dalle pazienti solo in relazione alla secchezza e al prurito relativo, non portando all'attenzione dello specialista altri aspetti clinici non secondari ed importanti per la vita sessuale e quindi relazionale della donna. Dalla collaborazione fra il ginecologo ed il dermatologo si stanno impostando nuovi protocolli terapeutici: farmacologici, dermo-cosmetologici e strumentali che consentiranno sinergicamente di ottenere un miglioramento clinico e funzionale in linea con le esigenze delle donne nella società attuale.

## **Bibliografia**

1. Massobrio M, et al. Fisiopatologia clinica del climaterio femminile. Centro Scientifico Editore, Torino 1998
2. A.VV. Premenopausa e Menopausa. Fisiopatologia, clinica e terapia. Editors: Genazzani AR, Gambacciani M. CIC Edizioni Internazionali Roma, 2000
3. Erikssen PS, et al. Low dose 17 $\beta$  estradiol vaginal tablets in the treatment of atrophic vaginitis: a double placebo controlled study. Eur J Obstet Gynaecol Reprod Biol 1992;44:137-144

## **PATOLOGIE IMMUNO-CORRELATE DEL CAVO ORALE**

**ORNELLA DE PITÀ,  
GIUSEPPE CIANCHINI**

*Dipartimento di Immunodermatologia,  
Istituto Dermatologico dell'Immacolata,  
IRCCS, Roma*

Numerose patologie cutanee, a genesi autoimmune, possono presentare, nel loro decorso, manifestazioni a carico del cavo orale. Per ciò che concerne le patologie bollose autoimmuni, il pemfigo volgare è sicuramente il quadro principale per frequenza, intensità delle manifestazioni cliniche e difficoltà di gestione terapeutica. Anche il pemfigoide bolloso e quello cicatriziale possono, in varia misura, coinvolgere il cavo orale, mentre del tutto recentemente è stato descritto il pemfigo paraneoplastico. Il pemfigo volgare è una patologia bollosa autoimmune caratterizzata dalla presenza di autoanticorpi rivolti contro proteine transmembrinarie del desmosoma: il cavo orale è interessato in una percentuale variabile tra l'85 ed il 90% dei casi durante il decorso della malattia, mentre nel 50-67% decorre come prima presentazione, che può precedere di settimane o mesi il coinvolgimento cutaneo. Il pemfigoide cicatriziale coinvolge la mucosa buccale nell'80-90% dei casi mentre la forma cutanea ha una frequenza pari al 25%; da un punto di vista clinico, la localizzazione orale presenta una gengivite di tipo erosivo con rari elementi bollosi sul palato molle e sulla lingua e tale quadro può costituire, raramente, l'unica localizzazione. Nel caso del pemfigo volgare e del pemfigoide cicatriziale è possibile il dosaggio quantitativo di autoanticorpi circolanti diretti contro questi antigeni mediante metodo ELISA; tale dosaggio è utile sia a valutare l'attività di malattia, sia a monitorare l'efficacia della terapia. Inoltre, insieme all'immunofluorescenza diretta ed all'immunomicroscopia elettronica, l'ELISA consente diagnosi differenziale tra il pemfigoide cicatriziale del cavo orale ed il pemfigoide bolloso, l'epidermolisi bollosa acquisita, la dermatosi a IgA lineari ed il pemfigo paraneoplastico. Anche la dermatite erpetiforme, il pemfigoide bolloso, l'epidermolisi bollosa acquisita e la dermatosi a IgA lineari possono, in varia misura, coinvolgere nel loro decorso la mucosa orale. Tra le malattie del connettivo, sono soprattutto il lupus eritematoso e la sclerosi sistemica a determinare i quadri clinici di maggiore impegno per il cavo orale, ma la s. di Sjogren e la dermatomiosite devono comunque essere conosciute e considerate. Sono inoltre da tener presenti i quadri di stomatite

---

allergica, l'eritema multiforme ed il lichen planus. Gli obiettivi principali che si prefigge il clinico allorchè si trovi ad affrontare il coinvolgimento della mucosa orale da parte di una malattia immunomediata sono essenzialmente quattro: il miglioramento e la risoluzione delle lesioni presenti, il controllo del dolore, il mantenimento dell'igiene orale e la possibilità di un adeguato apporto alimentare.

---

## **IL BIANCO, IL ROSSO ED IL NERO NELLA MUCOSA ORALE**

GIULIO FERRANTI,  
GIUSEPPE CIANCHINI

*Dipartimento di Dermatopatologia,  
Istituto Dermatologico dell'Immacolata,  
IRCCS, Roma*

Un facile approccio alle patologie del cavo orale, può essere rappresentato dalla osservazione del colore prevalente che tali patologie assumono nelle fasi più significative del loro sviluppo patologico. Infatti la totalità delle manifestazioni cliniche presenti nelle mucose del cavo orale, modificano tali mucose non solo nella loro normale morfologia, ma anche per quanto riguarda il parametro colore. Una classificazione che suddivida le lesioni in biancastre, rossastre e nerastre, può essere un approccio semplice ed immediato per un orientamento diagnostico.

## LA LASER TERAPIA NELLE PATOLOGIE DELLE MUCOSE

IVANO LUPPINO,  
\*ELISABETTA PEROSINO

*Dipartimento Nazionale Laser, ISPLAD,  
Catania; \*Roma*

Negli ultimi anni sono state messe a disposizione degli Operatori nuove apparecchiature laser che riducono al minimo i danni termici dei tessuti ed effettuano precise ablazioni tissutali, condizioni essenziali per un ottimale restituito ad integrum. I Laser ablativi e, soprattutto il laser Er:YAG, si sono dimostrati un ottimo ausilio nella gestione di alcune lesioni benigne a carico delle mucose. Essi, in casi selezionati, possono egregiamente sostituire l'uso di elettrocauteri e ridurre, quindi, la cessione di enormi quantità di calore alla lesione da trattare, ma soprattutto ai tessuti circostanti. L'utilizzo dei laser ablativi, in special modo rappresentati dal Laser Erbium:YAG ( $\lambda = 2940$  nm) permette un miglior controllo della profondità ed una migliore possibilità di stima anticipata dell'eventuale danno. La vaporizzazione del tessuto non si accompagna a carbonizzazione ed avviene con scarsa propagazione dell'energia ai tessuti circostanti e quindi minimo danno termico. L'Er:YAG, infatti, diffonde per circa  $5 \mu$  a fronte di un danno termico di  $40-120 \mu$  del  $CO_2$  pulsato. L'Er:YAG può essere considerato, quindi, uno strumento di pura ablazione e vaporizzazione e questo lo rende particolarmente vantaggioso a livello mucoso. Vengono presi in considerazione, alcuni esempi di escissione con laser Erbium:YAG di lesioni mucose evidenziando i vantaggi e i limiti dell'utilizzo di questa emissione laser anche in rapporto ai rischi/benefici, non tralasciando di considerare gli sviluppi, in corso e del futuro, dei sistemi Er:YAG ad impulsi variabili.

---

**LUNCH FORUM / SIMPOSIO DDI  
(Donne Dermatologhe Italia)  
LA FITOTERAPIA IN DERMATOLOGIA**

---

## **FITOTERAPIA: REAZIONI AVVERSE**

CATERINA FOTI

*Sezione di Dermatologia, Dipartimento di  
Medicina interna, Immunologia e Malattie  
infettive, Università di Bari*

Il ricorso a preparazioni erboristiche è sempre più frequente nel nostro Paese e nel resto del mondo sia per migliorare lo stato di salute che, per curare vere e proprie patologie incluse tumori al seno, malattie epatiche, immunodeficienza, asma e disturbi reumatologici. Una delle ragioni principali è la convinzione che tali preparazioni sono naturali e quindi “sicure” e “prive di effetti collaterali”. In realtà, tali prodotti possono produrre reazioni avverse, anche gravi, che sono state attribuite all’interazione fra un fitoterapico ed un farmaco di sintesi, alla presenza all’interno del rimedio erboristico di metalli pesanti, all’inserimento all’interno dello stesso di un farmaco vero e proprio ed al fatto che non necessitano di prescrizione medica. È necessario pertanto, monitorare l’utilizzo dei prodotti erboristici, evidenziarne le possibili reazioni avverse ed informare il personale sanitario al fine di educare il paziente ad un utilizzo controllato degli stessi. Nel presente intervento saranno illustrati i principali casi riportati in letteratura di reazioni avverse gravi conseguenti all’uso dei prodotti in questione.

## **FITOTERAPICI SISTEMICI ED INVECCHIAMENTO CUTANEO**

**NORMA CAMELI,  
ELVA ERMITA ABRIL,  
LAURA DE MANINCOR,  
MIRKO SERIO**

*Istituto Dermatologico San Gallicano,  
IRCCS, Roma*

**MARIA CONCETTA ROMANO**

*Roma*

I parte. I prodotti derivati dalle piante sono stati utilizzati fin dall'antichità, ma ultimamente la loro popolarità è molto aumentata. Molti sono i fitoderivati assunti per via sistemica che possono contrastare l'invecchiamento cutaneo. In particolare è efficace l'acido ascorbico, sostanza idrosolubile, abbondante nelle verdure e nella frutta fresca. Questa vitamina, contenuta soprattutto negli agrumi, nei broccoli, nel kiwi, nel succo d'uva e nei frutti di bosco, è il protettore per eccellenza del microcircolo, rinforza le pareti dei capillari. Essa inoltre ha un ruolo nella regolazione delle fibre collagene e dell'elastina, contrastando la fisiologica perdita di tono ed elasticità cutanea cui va incontro la pelle nell'invecchiamento. Un altro estratto vegetale in grado di contrastare efficacemente l'azione del tempo è la soia, una leguminosa. La soia, ed i suoi derivati, fitosteroli ed isoflavonoidi, appartengono al gruppo dei fitoestrogeni e sono in grado di stimolare la produzione di collagene ed acido ialuronico. Il tè verde, bevanda molto apprezzata in Asia, contiene 4 tipi di polifenoli, di cui soprattutto l'epigallocatechina-3-gallato ha una potente azione antiossidante e fotoprotettiva. Il  $\beta$ -carotene è un composto isoprenoide, contenuto nella frutta e negli ortaggi di colore giallo/arancio e verde scuro (carote, pomodori, zucca gialla, peperoni e arance), noto per essere un precursore della vitamina A. È in grado di assorbire le radiazioni solari nello spettro dell'UVA (320-400 nm) e della luce visibile (fino a 500 nm) ed ha un ruolo di scavenger dell'ossigeno singoletto. Luteina e zeaxantina si trovano in alta concentrazione in molti vegetali a foglia verde quali ad esempio spinaci, cavolfiore e cavoli ed hanno un'azione antiossidante maggiore rispetto al  $\beta$ -carotene. Possono prevenire il danno cellulare innescando l'infiammazione cutanea UV-mediata e ridurre il numero dei cheratinociti apoptotici. La Vit. E comprende una famiglia di composti  $\alpha$ ,  $\beta$ ,  $\delta$ ,  $\gamma$  -tocoferoli, di cui la forma  $\alpha$  è la più importante, contenuta nell'olio di germe di frumento e nella soia, elimina i radicali liberi prodotti a livello delle membrane biologiche. Tutte queste sostanze possono essere assunte con una corretta alimentazione ricca di frutta e verdura. Ma l'emivita piuttosto breve fa sì che già dopo due giorni dalla raccolta, il contenuto, nella maggior parte



---

dei vegetali, si riduca di oltre la metà e venga ulteriormente ridotto con lo stoccaggio, la refrigerazione e la cottura. Inoltre le miscele di fitoterapici sistemici hanno una maggiore efficacia della semplice assunzione dei singoli principi attivi. Nel futuro è possibile che altre nuove piante possano essere identificate e commercializzate per contrastare l'invecchiamento cutaneo. Ciò richiede una stretta cooperazione multidisciplinare tra botanici, chimici, tossicologi, biologi e medici per ottenere prodotti efficaci e sicuri.

Il Parte. Alimentazione eccessiva e sbilanciata, orari assurdi e ritmi stressanti, inquinamento atmosferico, alcool e fumo, tutti standard della nostra quotidianità, costituiscono una costante aggressione al nostro organismo. Così, cresce sempre più un nuovo concetto olistico di tutela del corpo, in cui il benessere generale diventa automaticamente bell'essere. In materia di cosmesi, in particolare, i consumatori attuali, sono sempre più attenti alla provenienza dei prodotti, alla qualità delle materie prime, alla cosiddetta "naturalità". I fitocosmetici antiage sono, statisticamente, insieme a quelli anticellulite, i più utilizzati dai consumatori italiani (8 su 10!) pertanto diventa importante proporre un inquadramento degli stessi, insieme a una sorta di classificazione e tipizzazione, segnalandone i limiti e le reali attitudini. Fitocosmesi, quindi, intesa con poca aneddotica ed empiria, ma sempre più con risultati scientificamente accreditati.

---

## **FITOTERAPIA E CAPELLI**

ANTONELLA TOSTI

*Clinica Dermatologica, Università di Bologna*

Sebbene i fitosteroli siano frequentemente utilizzati per il trattamento locale e sistemico della alopecia androgenetica, ci sono ancora pochi studi controllati che ne dimostrano l'efficacia e la sicurezza. Questo intervento illustrerà le proprietà dei fitoestratti e di altri estratti vegetali che, inibendo la 5 alfa reduttasi, hanno una potenziale utilità nel trattamento dell'alopecia androgenetica.

## **FITOTERAPIA E ACNE**

GABRIELLA FABBROCINI,  
LUISA DI SIMONE,  
\*CLAUDIA CAPASSO

*Sezione di Dermatologia clinica,  
allergologica e venereologica,  
Dipartimento di Patologia Sistemica,  
Università Federico II, Napoli;  
\*Clinica Dermatologica, Università di  
Catania*

La dermatologia ha sempre offerto alla fitoterapia materia di sperimentazione e di applicazione clinica in quanto spesso la cronicità e la resistenza ai comuni trattamenti di molte malattie dermatologiche possono generare una sfiducia nelle terapie convenzionali. Un settore in continua espansione è certamente la fitocosmesi. Recentemente il mercato fitofarmaceutico si è arricchito di molecole purificate estratte da piante medicinali e impiegate in prodotti dermocosmetici, quali il Sericoside (*Terminalia Sericea*) e l'acido ximelinico (*Olex Dissitiflora*). Ma anche per quanto riguarda le piante officinali prescrivibili in dermatologia, il medico deve porre particolare attenzione in quanto vi sono segnalazioni di dermatiti e effetti collaterali da principi attivi da piante, anche apparentemente non sensibilizzanti, quali la camomilla, la calendula, l'arnica. Tra le diverse patologie dermatologiche di interesse fitoterapico, l'acne può giovare di alcune preparazioni officinali con effetti antinfiammatori, immunostimolanti, antimicrobici e antisettici. *Uncaria tomentosa*, *Astragalus membranaceus*, *Curcuma Longa* sono solo alcune delle piante medicinali che ritroviamo nella letteratura fitoterapica impiegata per il trattamento dell'acne. Ma le evidenze scientifiche ci dimostrano che, seppure efficaci, l'impiego di tali terapie non può sostituire senz'altro quelle tradizionali.

---

## **FITOTERAPIA, SMAGLIATURE E CELLULITE**

CORINNA RIGONI,  
ALESSANDRA M. CANTÙ,  
\*AURORA TEDESCHI

*Donne Dermatologhe Italia, Milano;  
\*Clinica Dermatologica, Università di  
Catania*

Problemi estetici, quali le smagliature e la cellulite, rappresentano nel contesto della società moderna delle problematiche importanti, dal momento che affliggono una buona parte della popolazione giovanile ed adulta. La fitoterapia è quella parte della farmacologia che studia l'impiego terapeutico delle piante officinali e delle preparazioni medicinali da esse ottenute. L'uso delle erbe come rimedio risale a tempi antichissimi, allorché le piante costituivano la principale forma di cura. La ricerca scientifica ha negli ultimi anni rivalutato l'utilità di molti principi attivi di origine vegetale, che, per tale motivo, vengono impiegati in qualità di nuovi presidi cosmeceutici nella cura e nel mantenimento del benessere corporeo. Scopo del nostro intervento è illustrare i nuovi composti fitoterapici utilizzati nella prevenzione e nella cura di alcune patologie dermoestetiche quali le smagliature e la cellulite, discutendo la loro tollerabilità, la compliance, gli effetti benefici e gli eventuali effetti collaterali.

---

## LIQUIRIZIA E CUTE: ORIGINE E STORIA

GIUSEPPE CARRIERI

*Clinica Dermatologica,  
Università di Bari*

La glicirrizina, stretto triterpenico ricavato dalle radici della liquirizia, oltre ad avere azione diretta antivirale in grado di bloccare il virus dell'herpes responsabile del sarcoma di Kaposi, ha attività antimutagena e protettiva nei confronti della carcinogenesi, attività antibatterica in vitro nei confronti anche della *Candida Albicans*, azione antiallergica per inibizione del rilascio di istamina ed infine lieve azione antimacchia per attività dell'acido kojico e l'acido lattico estratto dalla liquirizia, che svolgono azione esfoliante e stimolante il turnover cellulare, favorendo l'attenuazione delle macchie pigmentarie.

---

**SIMPOSIO IAB**  
**(Italian Acne Board)**  
**TERAPIA DELL'ACNE: PROBLEMATICHE ATTUALI**

---

## ACNE E DIETA

MAURO BARBARESCHI

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

I rapporti tra acne e alimentazione sono da tempo noti al dermatologo. Fin dagli anni '60 le ricerche si sono concentrate nel tentativo di stabilire dei rapporti precisi tra, andamento clinico dell'acne e l'alimentazione seguita dai pazienti. I lavori pubblicati non hanno permesso di dare una risposta definitiva al quesito. In tempi recenti, la questione si è riaperta perchè alcuni studiosi hanno risollevato il tema della dieta ponendo l'accento non già su un singolo elemento, ma sulla dieta considerata in toto. Infatti nei paesi occidentali l'apporto calorico elevato provocando un alto indice glicemico supporterebbe in senso patogenetico l'acne. Sul fronte opposto, si è cercato di valutare se un integrazione mirata possa rallentare il processo infiammatorio acneico. Alcune sostanze quali i sali di zinco, la nicotinamide e gli acidi grassi polinsaturi sono stati oggetto di studio e valutazioni in questo senso. Lo specialista dermatologo pertanto si ritrova oggi ad un bivio tra quali alimenti sconsigliare e quali consigliare. La dieta dell'acne ritorna al centro dell'attenzione e attende una risposta che possa soddisfare specialisti e pazienti.

# ACNE E INTEGRATORI ALIMENTARI

DANIELE INNOCENZI

*Unità Operativa Complessa di Dermatologia, Polo Pontino, Università La Sapienza, Roma*

Secondo il Decreto Legislativo del maggio 2004 gli integratori alimentari sono “prodotti alimentari destinati a integrare la dieta che costituiscono una fonte concentrata di sostanze nutritive”. Si possono considerare integratori alcune vitamine (come la C, la E e la H), le proteine, i sali minerali, il coenzima Q10, i fitoestrogeni, l'acido lipoico. Per tutti gli integratori alimentari sono stati stabiliti dei valori di riferimento per quanto riguarda l'apporto giornaliero consigliato (Recommended Daily Assumption) e/o massimo. Tra le molecole che possono avere un effetto positivo nell'acne vi sono la vitamina A (o retinolo), la vitamina B3 (o vitamina PP o acido nicotinico o niacina o nicotinamide), la vitamina B8 (o vitamina H o biotina); alcuni aminoacidi, come la metionina; alcuni acidi grassi essenziali poliinsaturi, come l'acido linoleico; gli inibitori della 5 $\alpha$  reduttasi, come la *Serenoa repens*; alcuni isoflavonoidi e derivati del the verde. Recenti studi clinici hanno dimostrato che la nicotinamide topica, rispetto agli antibiotici topici, possiede una potente azione antiinfiammatoria senza il rischio di farmaco resistenza. L'azione antiinfiammatoria si basa sull'inibizione di meccanismi quali la chemotassi leucocitaria, la degranolazione dei mastociti, il rilascio di enzimi lisosomiali e di amine vasoattive. Un discorso a parte merita lo zinco, che in alcuni paesi, come la Francia, è stato utilizzato fin dagli anni '70 come un vero e proprio farmaco, in virtù dell'attività batteriostatica nei confronti di *Propionibacterium acnes*, dell'inibizione della chemiotassi dei neutrofili e dell'inibizione della 5- $\alpha$ -reduttasi di tipo I. A livelli terapeutici è stato dimostrato che i sali di zinco potrebbero avere un effetto benefico nella risoluzione delle lesioni infiammatorie dell'acne lieve e intermedia; tuttavia il meccanismo d'azione è conosciuto solo parzialmente. Da studi recenti è emerso che i sali di zinco inibiscono in vitro l'espressione dei Toll-like receptor di tipo 2 sulla superficie dei cheratinociti. Inoltre l'aggiunta di sali di zinco nelle colture di *P.acnes* riduceva la resistenza all'eritromicina delle colonie batteriche. Lo zinco è abitualmente utilizzato per via orale sotto forma di gluconato o solfato. Il successo dello zinco nell'acne è testimoniato anche dal suo utilizzo per via topica, associato sotto forma di acetato, all'eritromici-



---

na e alla clindamicina e, come pindolato, incorporato in detergenti. Al contrario possono peggiorare un'acne preesistente, soprattutto ad alti dosaggi, le vitamine B2 (riboflavina), B6 (piridossina) e B12 (cianocobalamina).

## ACNE E PROPIONIBACTERIUM ACNES

VINCENZO BETTOLI,  
ALESSANDRO BORGHI,  
LUCIA MANTOVANI,  
SARA MINGHETTI,  
ANNAROSA VIRGILI

*Sezione di Dermatologia, Dipartimento di  
Medicina Clinica e Sperimentale,  
Università di Ferrara*

Il *Propionibacterium acnes* è un batterio residente abituale del follicolo pilosebaceo. È un gram positivo, anaerobio facoltativo il cui coinvolgimento nella patogenesi dell'acne è stato ampiamente dimostrato. Sembra essere il più importante fattore di induzione della reazione infiammatoria nell'acne. Recenti studi hanno chiarito alcune vie attraverso le quali il P.Acnes attua tale funzione, come ad esempio quella dei Toll-like Receptors. La sua riduzione numerica all'interno del follicolo pilosebaceo è correlata ad un miglioramento del quadro clinico. La resistenza del *Propionibacterium acnes* agli antibiotici utilizzati per l'acne è progressivamente aumentata nel corso degli ultimi decenni. Questo è stato provocato in particolare dagli antibiotici topici, come eritromicina e clindamicina, ma anche da quelli sistemici, come tetracicline e macrolidi. Tale evento biologico ha condotto ad una ridotta risposta terapeutica dell'acne agli antibiotici stessi. L'acne è una patologia che si può definire atipica per certi versi in quanto è l'unica per la quale si prescrivono antibiotici per lunghi periodi, pur non essendo presente rischio di vita. L'impatto microbiologico è significativo, variazioni evidenti nell'ecosistema sia cutaneo che viscerale sono avvenute negli ultimi anni. Mentre gli aspetti laboratoristici sono abbastanza noti, molto meno si conosce dei risvolti clinici. Non è ancora chiaro, per esempio, quale sia la rilevanza clinica della diffusione di ceppi batterici resistenti nei vari organi ed apparati del corpo umano. Una conoscenza più approfondita di questi aspetti segnerà il destino della terapia antibiotica dell'acne nei prossimi anni.

## ACNE E SOLE

GIUSEPPE MONFRECOLA

*Sezione di Dermatologia clinica,  
allergologica e venereologica,  
Dipartimento di Patologia Sistemica,  
Università Federico II, Napoli*

La valutazione degli effetti del sole sulla cute acneica deve tener conto di diverse variabili alcune da mettere in relazione alle caratteristiche del paziente (fototipo, eventuali trattamenti in atto, tipologia dell'acne), altre relative alla variabilità dello spettro solare (latitudine, ora del giorno, altitudine etc.). Indipendentemente dalla tipologia dell'acne è evidente che fenotipo e fototipo del paziente giocano un ruolo fondamentale: individui con capelli rossi ed efelidi o comunque di fototipo <II sono maggiormente suscettibili agli effetti eritemigeni degli UV. Per essi l'effetto proinfiammatorio dei raggi solari può rappresentare un fattore aggravante se la loro acne è caratterizzata da una notevole componente infiammatoria. Nel rapporto acne-sole è importante operare una distinzione tra pazienti in trattamento e non. L'applicazione di alcuni prodotti topici come tretinoina/isotretinoina o benzoilperossido costituisce una controindicazione alla diretta esposizione al sole; lo stesso dicasi per coloro che si sottopongono periodicamente a peeling chimici o a trattamenti con idrossiacidi per ridurre i segni di una progressa acne. Il motivo di tale controindicazione è dovuto alla capacità fotosensibilizzante o all'effetto cheratolitico che alcune di esse determinano. Le tetracicline per os sono potenzialmente capaci di provocare reazioni fototossiche che sono dose-dipendente (buona quantità tissutale di farmaco e notevoli dosi di UV) e legate al fototipo del soggetto. La comparsa di cloasma è un'eventualità da tener presente in soggetti che assumono prodotti antiacne a base di estrogeni e antiandrogeni. È opinione comune sia dei pazienti che dei medici che l'acne migliori durante l'estate tuttavia i dati provenienti da alcuni questionari evidenzieranno che solo un terzo dei pazienti va incontro ad un miglioramento delle manifestazioni acneiche mentre da un terzo a metà tende al peggioramento. Vari fattori potrebbero contribuire a questa opinione: 1) la pigmentazione melanica indotta dagli UV solari genera un camouflagge naturale che riduce la visibilità delle manifestazioni acneiche e dei residui cicatriziali; 2) se la fotoesposizione avviene in aree climatiche caratterizzate da forte irradianza solare e basso tenore di umidità ed è accompagnata da immersioni in acqua

---

salata, viene a generarsi un leggero effetto “peeling” favorevole alla diminuzione della seborrea; 3) la riduzione delle papulo-pustole potrebbe essere ascrivibile all’effetto immunomodulante-antiinfiammatorio che basse dosi di UV possono determinare in alcuni individui. Il peggioramento estivo, sottolineato dai dati epidemiologici, può trovare spiegazione in alcune considerazioni: 1) sospensione della terapia perché retinoidi topici, benzoilperossido, tetracicline possono essere fotosensibilizzanti; 2) impiego di emulsioni idratanti o prodotti solari eccessivamente sostantivi che possono creare un effetto occlusivo; 3) condizioni meteorologiche, (particolarmente frequenti nell’estate mediterranea) caratterizzate da caldo-umido che comporta rigonfiamento del corneo (effetto occlusivo a livello dell’ostio follicolare) e facile colonizzazione batterica (follicolite che si sovrappone all’acne). L’irradiazione con UVB genera, come meccanismo naturale di fotoprotezione, un marcato ispessimento dell’epidermide che si riflette, in ultima analisi, anche in un aumento e ritenzione di corneociti a livello dell’acroinfundibolo. L’UVA, invece, può agire per via indiretta attraverso la formazione di specie di ossigeno reattivo (ROS). La produzione di ROS avviene per assorbimento dell’UVA da parte di cromofori cutanei (es. riboflavine, porfirine, NADPH, etc.) in presenza di ossigeno; le ROS interagiscono poi con ac. nucleici, proteine e, soprattutto, con lipidi. L’UVA, in grado di penetrare in profondità nelle ghiandole sebacee, provoca perossidazione lipidica non solo delle membrane ma, è stato dimostrato, anche dello squalene del sebo. Gli isomeri monoidrossiperossidati dello squalene esplicano un effetto comedogenico. È pertanto ipotizzabile che, dopo un’apparente e fugace miglioramento estivo delle manifestazioni acneiche, legato ai motivi precedentemente descritti, in realtà si verifichi un “effetto rimbalzo” che porta al ben conosciuto riacutizzarsi dell’acne nei primi tempi dell’autunno. Al paziente acneico, in estate, il dermatologo dovrebbe: 1) chiarire che il sole o i lettini UVA non portano alla remissione vera e duratura dell’acne; 2) consigliare di non interrompere completamente il trattamento ma adeguarlo alla situazione estiva (impiego di prodotti non fotosen-

---

sibilizzanti); 3) sconsigliare l'uso di cosmetici non formulati per cute seborroica o comunque con caratteristiche del veicolo tali da presupporre l'effetto occlusivo; 4) indicare prodotti fotoprotettivi poco sostantivi, meglio ancora se studiati per cute a tendenza acneica; 5) consigliare una visita di controllo/trattamento subito dopo le vacanze estive.

---

## ACNE ... E ALTRO

GABRIELLA FABBROCINI

*Sezione di Dermatologia clinica,  
allergologica e venereologica,  
Dipartimento di Patologia Sistemica,  
Università Federico II, Napoli*

È ormai noto che l'acne possa compromettere, in una società di forte immagine, quale quella attuale, il benessere psicologico, la capacità di relazione, la qualità della vita, fino ad indurre ad atti autolesivi. In particolare l'acne sembra causare maggior disagio quando è primariamente localizzata al viso, la parte corporea maggiormente interessata nelle interazioni sociali, soprattutto quando permangono esiti cicatriziali. Molteplici sono gli approcci terapeutici e cosmetologici per il trattamento delle cicatrici del paziente acneico attualmente a disposizione dei dermatologi. Riportiamo la nostra esperienza ambulatoriale di pazienti con cicatrici acneiche trattati mediante peeling chimici e needling (Collagen Induction).

---

**LUNCH FORUM / SIMPOSIO**  
**DERMOCOSMETOLOGIA DELLA PELLE SCURA**

# DERMOCOSMETOLOGIA DELLA PELLE SCURA

STEFANO VERALDI

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

Qualche anno fa è stato aperto, presso il nostro Istituto, un ambulatorio per la diagnosi e la terapia delle malattie infettive, parassitarie e tropicali della cute. Questa iniziativa ci ha permesso, tra le tante opportunità, di visitare numerosi pazienti con pelle scura. La pelle chiara e quella scura presentano una diversa anatomia. Nell'epidermide della pelle scura si riscontrano un film idro-lipidico di superficie più ricco in acidi grassi, uno strato corneo più compatto e spesso e melanosomi presenti anche nei cheratinociti dello strato corneo; i melanosomi, inoltre, sono dispersi e di maggiori dimensioni. Al contrario, non esistono differenze tra pelle chiara e pelle scura per quanto riguarda il numero, la distribuzione e la morfologia dei melanociti. Il derma e il sottocute non presentano differenze significative rispetto alla pelle chiara. Le ghiandole sebacee e sudoripare sono, nella pelle scura, più diffuse, più numerose, di maggiori dimensioni e iperseccernenti. I peli sono meno diffusi e presentano un fusto incurvato e spiraliforme, con una sezione di taglio appiattita ed ellittica. Le unghie non presentano differenze rispetto alla pelle chiara. Considerata nel complesso, la pelle scura si differenzia da quella chiara fundamentalmente per il colore, dovuto alla particolare anatomia dei melanosomi. Questa diversa anatomia presuppone una diversa fisiologia, che condiziona una diversa incidenza e/o presentazione clinica delle malattie con espressività cutanea. Si pensi, nel primo caso, alla rosacea (meno frequente su pelle scura) e alla vitiligine (più frequente su pelle scura); nel secondo, all'eritema: tutti i dermatologi sanno che su pelle chiara l'eritema appare come un arrossamento, di colore variabile dal rosa al rosso acceso, che scompare alla digitopressione, ma non tutti i dermatologi sanno che su pelle scura l'eritema appare di colore grigiastro. La diversa presentazione clinica delle malattie su pelle scura necessita di una sorta di revisione critica, da parte del dermatologo, della metodologia di lettura delle malattie cutanee. Il dermatologo si trova nuovamente a dover affrontare il problema della morfologia delle lesioni sulla pelle che già da tempo era abituato a considerare come acquisite e definite. Si avrà quindi un ritorno alla clinica pura, intesa come osservazione e classificazione di quadri



---

dermatologici noti, ma con presentazioni cliniche nuove o atipiche: a questo fenomeno è stato dato il nome di sindrome di Salgari 2. Inoltre, è da ricordare che le malattie che si osservano su pelle scura si osservano anche su pelle chiara: non esistono quindi malattie cutanee specifiche della pelle scura. Un altro aspetto interessante emerso negli ultimi anni è quello legato, per usare un termine impegnativo, all'integrazione. Molto semplicemente, individui con pelle scura che nel recente passato si recavano dal dermatologo per una malattia, oggi lo consultano spesso per problematiche cosmetologiche. Il passaggio da una domanda "medica" a una domanda "cosmetologica" non è altro che una spia dell'integrazione di una cultura in un'altra. Nella nostra esperienza, le più frequenti richieste da parte di soggetti con pelle scura riguardano la diagnosi e la terapia dell'acne, delle follicoliti, delle alterazioni della pigmentazione (dalla vitiligine al melasma), delle alterazioni della cicatrizzazione (cicatrici ipertrofiche e cheloidi) e delle alopecie (spesso causate da traumatismi chimici, termici e meccanici). Il dermatologo italiano si deve quindi adeguare, in tempi brevi, con una nuova cultura a una nuova realtà sociale.

---

**LUNCH FORUM / SIMPOSIO**

**IN TEMA DI DERMATOLOGIA “ESTETICA”:  
COME MIGLIORARE LA QUALITÀ DELLE PRESENTAZIONI  
SCIENTIFICHE AI CONGRESSI MEDICI**

---

## **INDICAZIONI “ESTETICHE” SU COME OTTIMIZZARE LE PRESENTAZIONI IN POWER POINT**

**STEFANO DE FILIPPI**

*Comunicazione Medica, Roma*

Spesso i contenuti di una presentazione congressuale non sono esposti nella forma adeguata e questo fa perdere il giusto interesse che dovrebbero suscitare. Renderli più impattanti non è impossibile, basta seguire alcune semplici regole di comunicazione per renderli chiari, semplici e perciò più interessanti per l'audience. Dalla disposizione studiata dei vari argomenti, alla forma estetica della presentazione è possibile aumentare l'impatto della propria comunicazione, catturando l'attenzione del pubblico. Questa è la filosofia alla base di "Comunicazione Medica": migliorare il modo di comunicare del mondo medico.

---

**LUNCH FORUM / SIMPOSIO**  
**COLLAGEN INDUCTION THERAPY:**  
**TRATTAMENTO DERMATOLOGICO DELLE CICATRICI ACNEICHE**

# IL NEEDLING NELLA TERAPIA DELLE CICATRICI POST-ACNEICHE

DANIELE INNOCENZI

*Unità Operativa Complessa di  
Dermatologia, Polo Pontino,  
Università La Sapienza, Roma*

Le cicatrici postacneiche rappresentano una sfida per il dermatologo sia per la difficoltà di trattamento che per i problemi psicologici che da esse derivano. Numerose sono le tecniche descritte in letteratura per il trattamento delle cicatrici. Di recente introduzione nella pratica clinica è la metodica dello “skin needling” o “collagen induction therapy”. Tale tecnica consiste nell'utilizzo di un rullo sul quale sono montati numerosi aghi che, penetrando nel derma, stimolano la produzione di nuovo collagene, migliorando l'aspetto delle cicatrici. E' di facile esecuzione, può essere effettuata in qualsiasi ambulatorio, necessita di semplice applicazione di crema anestetica e dà risultati più che soddisfacenti. Il passaggio ripetuto del rullo sulla cute determina un sanguinamento puntiforme che risulta facilmente controllabile e che determina numerose microemorragie nel contesto del derma. Le microemorragie sono responsabili dell'aggregazione piastrinica e della liberazione di fattori di crescita tissutale con miglioramento della condizione delle cicatrici. Alcuni lavori riportano la formazione di un campo magnetico, che si formerebbe in seguito alla penetrazione degli aghi nel derma, che sarebbe responsabile di modificazioni del potenziale elettrico delle cellule con conseguente miglioramento delle condizioni trofiche del derma.

---

## IL NEEDLING, UNA TECNICA EMERGENTE IN DERMATOLOGIA

\*MAURIZIO BENCI,  
PIERFRANCESCO CIRILLO,  
CARLO BENRTANA,  
PAOLO SILVESTRIS

*\*Firenze; Roma*

Il cosiddetto “needling” è una recente tecnica che ha cambiato radicalmente il modo di trattare la pelle del volto e di alcune zone del corpo. Siamo passati da tecniche di ablazione degli strati superficiali come i peeling ed il resurfacing a questa tecnica che prevede l'utilizzo di uno speciale dispositivo, che ha montati sulla sua parte rotante dei microaghi, che vanno a perforare letteralmente la pelle con una lunghezza scelta dal medico che può variare tra gli 0,3 mm a 1,5-3mm. La ricerca del “danno controllato” ha caratterizzato molti dei trattamenti di ultima generazione. Sappiamo che il sanguinamento ed il microtrauma indotto dai microaghi liberano nella pelle i fattori della coagulazione e molte citochine proinfiammatorie, che inducono una reazione di richiamo cellulare, di riparazione e di neoformazione di collagene. In generale tutti i segni da fotoinvecchiamento del volto possono trarre giovamento da questo trattamento. Dalle piccole rughe intorno alla bocca, alle rughe delle guance. Oltre al miglioramento della texture cutanea, si apprezza anche una diminuzione delle macchie e una luminosità migliore. Le cicatrici post acneiche rimangono comunque il trattamento di elezione per questo tecnica. Si prospettano ampie possibilità di utilizzo su inestetismi in zone “difficili”, come le mani od il décolleté, ma anche il trattamento di patologie dermatologiche dove le cure convenzionali sono spesso insoddisfacenti, come l'alopecia areata o la vitiligine.

---

## COMUNICAZIONI LIBERE

## **COMPARAZIONE DELL'EFFICACIA DI DIFFERENTI ANTIBIOTICI SISTEMICI NEL TRATTAMENTO DELL'ACNE INTERMEDIA**

**ELEONORA PAPUZZO,  
NEVENA SKROZA,  
GIACOMO LUCCIOLA,  
MARIA CONCETTA POTENZA,  
DANIELE INNOCENZI**

*Unità Operativa Complessa di  
Dermatologia, I Facoltà di Medicina e  
Chirurgia, Polo Pontino, Università  
La Sapienza, Roma*

L'acne di grado intermedio e severo è di solito trattata con terapia antibiotica sistemica che agisce attraverso meccanismi antibatterici, antinfiammatori ed immunomodulatori. Le tetracicline (metaciclina, doxiciclina, minociclina e limeciclina) ed i macrolidi (eritromicina e azitromicina) sono considerati gli agenti di prima scelta. Il nostro studio è stato condotto presso l'Ambulatorio dell'acne del Dipartimento di Malattie Cutanee-Veneree e Chirurgia Plastica Ricostruttiva dell'Università degli Studi "La Sapienza" di Roma e presso l'ambulatorio dell'acne della UOC di Dermatologia della I Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi "La Sapienza" di Roma, Polo Pontino. Sono stati inclusi 115 pazienti, affetti da acne di tipo intermedio, di età compresa tra i 13 ed i 39 anni (età media 19 anni), dei quali 64 di sesso maschile (55.6%) e 51 di sesso femminile (44.4%). I pazienti sono stati valutati sul piano clinico utilizzando il Global Acne Grading System (GAGS) mentre per valutare l'impatto sulla qualità di vita è stato somministrato l'Acne Quality of Life Questionnaire (A-QoL). Lo studio è stato effettuato somministrando quattro differenti tipi di antibiotici (Limeciclina, Doxiciclina, Metaciclina, Azitromicina) e valutando il miglioramento riscontrato dopo il trattamento con l'antibiotico prescelto a distanza di 4, 8 e 12 settimane. I pazienti sono stati trattati localmente con un antimicrobico (benzoin perossido) ed un retinoide (adapalene). Tutti gli antibiotici sistemici utilizzati nello studio hanno mostrato un significativo miglioramento del quadro clinico e della qualità di vita dei pazienti. La metaciclina si è dimostrata leggermente più efficace delle altre molecole.



---

# **EFFICACIA E TOLLERABILITÀ DELLA COMBINAZIONE CLINDAMICINA 1%-BENZOIL PEROSSIDO 5% PIÙ ISOTRETINOINA 0,05% NEL TRATTAMENTO DELL'ACNE**

**NEVENA SKROZA,  
ERSILIA TOLINO,  
BRUNO GROSSI,  
FRANCESCA NICOLUCCI,  
DANIELE INNOCENZI**

*Unità Operativa Complessa di  
Dermatologia, I Facoltà di Medicina e  
Chirurgia, Polo Pontino, Università  
La Sapienza, Roma*

Gli antibiotici topici, il benzoil perossido e i retinoidi topici, rappresentano i farmaci di prima scelta nel trattamento delle forme lievi di acne papulo-pustolosa. Essi vengono utilizzati anche nel trattamento dell'acne intermedia associati agli antibiotici sistemici. L'applicazione di antibiotici topici, retinoidi e benzoil perossido in un'unica formulazione è attualmente a disposizione del dermatologo con l'obiettivo di incrementare l'efficacia del trattamento, accelerare i tempi di guarigione e ridurre il rischio di effetti collaterali. Tali combinazioni possono essere o non essere associate ad altri topici nel trattamento dell'acne. Gli Autori presentano i risultati del trattamento a base di clindamicina 1%-benzoil perossido 5% più isotretinoina 0,05% in una casistica di 30 soggetti affetti da acne lieve papulo-pustolosa. I pazienti sono stati arruolati e seguiti valutando l'aspetto clinico attraverso il Global Acne Grading System (GAGS) e somministrando un questionario sulla qualità della vita (Acne-Qol). Le visite sono state effettuate a tempo 0 ed i controlli dopo un mese (T1) e due mesi (T2) di trattamento.

---

## LA MICROCHIRURGIA CUTANEA NELLA TERAPIA DELL'ACNE

BRUNO CAPITANIO,  
JO LINDA SINAGRA

*Istituto Dermatologico San Gallicano,  
Roma*

La microchirurgia cutanea è una valida tecnica di supporto alla terapia convenzionale dell'acne, ancora poco utilizzata. Essa consiste nell'asportazione, manuale o mediante sottili pinze chirurgiche, delle lesioni acneiche (comedoni chiusi e aperti, cisti e microcisti), dopo eventuale incisione con aghi n. 27 o con bisturi n. 11. Questa tecnica è un valido coadiuvante dei trattamenti domiciliari in tutte le forme di acne, ma si impone come terapia di elezione in alcuni casi selezionati, in cui le terapie convenzionali si rivelano scarsamente efficaci (acne prevalentemente ritenzionale, con scarsa o nulla componente infiammatoria). Tra i molteplici vantaggi di questa tecnica si ricordano:

- tempi di miglioramento molto rapidi, rispetto alle terapie convenzionali;
- riduzione dei tempi di somministrazione degli antibiotici sistemici;
- valida alternativa ai retinoidi per os, ove esistano condizioni che ne impediscano l'utilizzo (giovane età dei pazienti, donne in età fertile);
- preparazione della cute alla somministrazione dei retinoidi per os, nei pazienti in cui si sospetti un eventuale peggioramento paradossale durante questa terapia.

## ROSACEA OCULARE: UN CASO CLINICO

ERSILIA TOLINO,  
GIACOMO LUCCIOLA,  
ELEONORA PAPUZZO,  
ILARIA PROIETTI,  
DANIELE INNOCENZI

*Unità Operativa Complessa di  
Dermatologia, I Facoltà di Medicina e  
Chirurgia, Polo Pontino, Università  
La Sapienza, Roma*

La rosacea è una dermatosi benigna relativamente comune che colpisce più del 10% della popolazione; Starr e Mc Donald esaminando gli occhi dei pazienti con rosacea hanno riscontrato complicazioni oculari nel 58% dei pazienti e coinvolgimento corneale nel 33%. Le manifestazioni oculari più frequenti sono blefarite e congiuntivite. Altri segni oculari sono: calazi ricorrenti, erosioni epiteliali puntate, disfunzione delle ghiandole di Meibomio, neovascolarizzazione corneale, ulcerazione e infiltrazione del margine palpebrale, perforazione corneale e sclerale, episcleriti, scleriti e iriti. Si descrive il caso di una donna caucasica di 34 anni giunta alla nostra osservazione per la presenza, da quattro mesi circa, di lesioni nodulari localizzate in regione palpebrale bilateralmente. La paziente era stata sottoposta ad esami ematochimici, risultati nella norma, esame per la ricerca dell'*Helicobacter pylori*, negativo, e a terapia incisionale per la rimozione delle lesioni nodulari. La storia familiare è negativa per rosacea e malattie autoimmuni. All'esame obiettivo dermatologico era apprezzabile iperemia e teleangectasie palpebrali con calazi e papulo-pustole. Era inoltre associata congiuntivite con sensazione di corpo estraneo, bruciore e prurito. La paziente veniva sottoposta a terapia sistemica con azitromicina 500 mg (una cpr al giorno per tre giorni alla settimana per otto settimane) e terapia topica con metronidazolo gel per otto settimane. Al controllo a un mese si poteva apprezzare miglioramento del quadro clinico e una pressochè completa risoluzione al termine della terapia.

## PSORIASI ED HIV

ELISA CERVADORO,  
FRANCESCO RICCIUTI,  
DANI HANNA,  
GREGORIO CERVADORO

*Clinica Dermatologica, Scuola di  
Specializzazione in Dermatologia e  
Venereologia, Università di Pisa*

**Introduzione:** Con il termine psoriasi si definisce un complesso spettro di espressioni cliniche infiammatorie e iperproliferative geneticamente determinate, caratteristicamente ma non necessariamente coinvolgenti la cute con lesioni eritemato-squamose con insorgenza per lo più nella II-III decade di vita, di durata variabile (per lo più cronica) e andamento imprevedibile (per lo più recidivante). Gli approcci terapeutici possibili sono innumerevoli e in alcuni casi anche molto validi, tuttavia qualsiasi terapia si deve confrontare con il problema costituito dalla cronicità di questa affezione e quindi con effetti collaterali locali e sistemici, acuti e cronici.

**Materiali e metodi:** Mostriamo un caso clinico di un paziente affetto da psoriasi diffusa a placche in trattamento con terapia topica da diversi anni; il paziente giunge alla nostra osservazione per una riacutizzazione rapida, esplosiva, aggravata, della stessa psoriasi. All'esame cutaneo il paziente si presenta con cute eritrodermica diffusa desquamante, con isole di cute "sana" arrossate e violacee, in alcune zone corporee si riscontra una ipercheratosi desquamante impressionante. Inoltre il paziente, rispetto al precedente controllo (un anno prima) è molto dimagrito. Durante la degenza vengono effettuati tutti gli esami base, RX torace, ECG, marker neoplastici, virologici. Vengono compilate le schede PASI, VAS prurito, VAS dolore nel pre e post trattamento. Viene impostata una terapia topica in occlusiva per le zone ipercheratosiche ed una terapia sistemica per riequilibrare lo squilibrio idroelettrico e le proteine. Dopo aver impostato la terapia sistemica di base abbiamo introdotto la terapia dermatologica per la psoriasi optando per la ciclosporina. Durante il ricovero una amara sorpresa: gli esami virologici per HIV risultano positivi. È stato comunicato al paziente il dato clinico con purtroppo amara sorpresa anche dello stesso sventurato che non ne era a conoscenza. Dopo dieci giorni di trattamento il paziente è nettamente migliorato e sta tutt'oggi seguendo terapie antiretrovirali.

**Conclusioni:** Questo caso rappresenta quanto la dermatologia è la spia di patologie internistiche. Spesso infatti nella pratica clinica ritroviamo casi di psoriasi, sifilide, pitiriasi rosee, con colorazioni troppo violacee e con estensioni e iconografie estese non classiche che mimano e nascondono spesso replicazioni virali e riacutizzazioni di epatiti in atto.

---

## **CASI CLINICI DI PSORIASI GRAVE CUTANEA-ARTICOLARE TRATTATI CON ADALIMUMAB**

PAOLA SORGI,  
FRANCESCA BRUNI,  
CLAUDIA CARNEVALE,  
ANTONELLA BIDOLI,  
FRANCA CANTORES,  
STEFANO CALVIERI

*Dipartimento di Malattie Cutanee e  
Veneree e Chirurgia Plastica e  
Ricostruttiva, Università La Sapienza, Roma*

I casi clinici di psoriasi grave presentati esprimono il bisogno di ridefinizione della patologia psoriasica, nelle sue correlazioni cutanee ed articolari. Hanno richiesto un approccio terapeutico mirato. Gli Autori ipotizzano la possibilità di un intervento diagnostico-terapeutico molto precoce e di uno studio della malattia nella “early phase”.

---

# **EFFICACIA DELL'ANTICORPO MONOCLONALE INFLIXIMAB IN PAZIENTE CON PSORIASI A PLACCHE RESISTENTE AD ALTRE TERAPIE**

PAOLA SORGI,  
FRANCESCA BRUNI,  
CLAUDIA CARNEVALE,  
ANTONELLA BIDOLI,  
FRANCA CANTORESI,  
STEFANO CALVIERI

*Dipartimento di Malattie Cutanee e  
Veneree e Chirurgia Plastica e  
Ricostruttiva, Università La Sapienza, Roma*

Gli Autori presentano il caso clinico di un paziente con un quadro di psoriasi a placche di grado moderato-severo, resistente ad altre terapie di fondo, trattato precedentemente con altro biologico senza ottenere miglioramenti. Il paziente è stato infine sottoposto a terapia infusionale con infliximab con brillanti risultati.

---

## **CASO CLINICO DI PAZIENTE CON SINDROME DI SMITH- MAGENIS, AFFETTO DA PSORIASI A PLACCHE DI GRADO SEVERO, IN TERAPIA CON EFALIZUMAB**

PAOLA SORGI,  
FRANCESCA BRUNI,  
CLAUDIA CARNEVALE,  
ANTONELLA BIDOLI,  
FRANCA CANTORESÌ,  
STEFANO CALVIERI

*Dipartimento di Malattie Cutanee e  
Veneree e Chirurgia Plastica e  
Ricostruttiva, Università La Sapienza, Roma*

Gli Autori presentano il caso clinico di un paziente di 20 anni, affetto da una patologia rara, la sindrome di Smith-Magenis, causata da una delezione del cromosoma 17. Il paziente è affetto dall'infanzia da una psoriasi a placche di grado severo, per tale motivo è stato sottoposto a terapia iniettiva con efalizumab con ottimi risultati.

## **IDROSADENITE SUPPURATIVA E FARMACI ANTI-TNF $\alpha$**

KATHARINA HANSEL,  
LUCA STINGENI,  
PAOLO LISI

*Sezione di Dermatologia Clinica,  
Allergologica e Venereologica;  
Dipartimento di Specialità  
Medico-Chirurgiche e Sanità Pubblica,  
Università di Perugia*

L'idrosadenite suppurativa o malattia di Verneuil è patologia infiammatoria cronica che coinvolge primitivamente le ghiandole sudoripare apocrine e si estrinseca clinicamente con noduli infiammatori a evoluzione suppurativa, localizzati a livello inguino-crutale, perianale e ascellare. Il coinvolgimento del tessuto sottocutaneo determina sclerosi, cicatrici ipertrofiche, distruzione degli annessi cutanei e fistolizzazione. È descritto il caso di un 49enne che da circa 10 anni presentava in regione genito-pubo-crutale e al cavo ascellare destro ampi piastroni eritemato-edemato-infiltrativo-pustolosi, di tonalità rosso-violacea, intensamente dolenti, ricoperti da croste ematico-purulente; la rimozione di queste evidenziava numerosi tragitti fistolosi da cui fuoriusciva abbondante liquame ematico-puruloide, maleodorante. I precedenti trattamenti sistemici (antibiotici, corticosteroidi e retinoidi) avevano determinato solo lieve e transitorio miglioramento del quadro clinico. È stata intrapresa terapia infusionale con infliximab (5mg/kg) che ha indotto rapida ma temporanea riduzione della flogosi e della sintomatologia dolorosa, con comparsa, fra l'altro, di poliartrite acuta febbrile dopo la 2a infusione. Per tali ragioni tale terapia è stata interrotta e sostituita da quella con etanercept (25 mg, 2 volte alla settimana); questa, attualmente in corso da 11 mesi e ottimamente tollerata, ha determinato graduale e progressiva involuzione della manifestazioni cliniche. Vengono discussi i possibili meccanismi d'azione dei farmaci anti-TNF $\alpha$  nella idrosadenite suppurativa.



---

## **ETANERCEPT NEL TRATTAMENTO DELL'ACRODERMATITE DI HALLOPEAU**

PAOLA SORGI,  
FRANCESCA BRUNI,  
CLAUDIA CARNEVALE,  
ANTONELLA BIDOLI,  
FRANCA CANTORESI,  
STEFANO CALVIERI

*Dipartimento di Malattie Cutanee e  
Veneree e Chirurgia Plastica e  
Ricostruttiva, Università La Sapienza, Roma*

L'acrodermatite continua di Hallopeau nella prima pubblicazione viene definita "polidattilia suppurativa recidivante". La morfologia pustolosa è ricondotta ad una accentuazione della chemiotassi dei neutrofili che, trasformando i microascessi di Munro-Sabouraud in pustole rende palese sul piano clinico il più significativo degli aspetti infiammatori che caratterizzano la psoriasi a livello dell'epidermide. Quadro raro e di difficile gestione terapeutica. Gli AA espongono la loro casistica clinica, l'iter terapeutico, la brillante risoluzione con il farmaco biologico Etanercept.

# UN CASO DI LUPUS ERITEMATOSO SUBACUTO RESISTENTE ALLE TERAPIE IMMUNOSOPPRESSIVE CONVENZIONALI

TERESA GRIECO,  
CARMEN CANTISANI,  
MARIARITA ROSSI,  
\*DANIELE INNOCENZI,  
YULIA TERSKOVA,  
CLAUDIA MARSECANO,  
ISABELLA GUERRISI,  
STEFANO CALVIERI

*Dipartimento assistenziale di Dermatologia  
e Chirurgia Plastica e Ricostruttiva e  
\*Unità Complessa di Dermatologia,  
Polo Pontino, Università La Sapienza, Roma*

La terapia standard per il trattamento del lupus eritematoso subacuto si avvale dell'utilizzo degli agenti antimalarici e dei comuni immunosoppressori quali i corticosteroidi e la ciclosporina A (1-2). Gli Autori presentano il caso clinico di una paziente, di 46 anni, che mostrava la presenza di lesioni eritemato-infiltrative, rosso violacee, multiple, localizzate particolarmente alle regioni zigomatiche del volto ed al collo. La biopsia cutanea deponeva per lupus eritematoso subacuto (LESC) pertanto era stata intrapresa la terapia convenzionale immunosoppressiva per via sistemica a base di corticosteroidi e ciclosporina A. La paziente, tuttavia, aveva mostrato episodi di idiosincrasia a seguito della somministrazione di corticosteroidi e notevole aggravamento clinico con l'utilizzo della ciclosporina A. Gli Autori descrivono le possibili alternative terapeutiche di forme recalcitranti di LESC, con particolare riferimento all'uso di retinoidi a basso dosaggio per via sistemica e i possibili effetti collaterali nel trattamento di questa patologia (3).

Parole chiave: lupus eritematoso subacuto, immunosoppressori, retinoidi.

## Bibliografia

1. Drake LA, et al. Guidelines of care for cutaneous lupus erythematosus. *J Am Acad Dermatol* 1996;34:830-836
2. Callen JP. Cutaneous lupus erythematosus: a personal approach to management. *Austral J Dermatol* 2006;47:13-27
3. Callen JP. Management of "refractory" skin disease in patients with lupus erythematosus. *Best Pract & Res Clin Rheumatol* 2005;19:767-784

## LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO TRATTATO CON RITUXIMAB

ANNALISA ARCESE,  
MARTA CARLESIMO,  
BRUNO LAGANÀ,  
GERMANA CAMPLONE

*Unità Operativa Complessa di  
Dermatologia, II Facoltà di Medicina e  
Chirurgia, Azienda Ospedaliera S. Andrea,  
Università La Sapienza, Roma*

Un paziente di sesso maschile di 35 anni giunge alla nostra attenzione nel mese di Luglio 2007 con un grave quadro di Lupus eritematoso sistemico, con coinvolgimento multiviscerale. L'obiettività cutanea depone per un quadro diffuso di lupus psoriasiforme. Il paziente, seguito in ambito immunologico, era stato sottoposto nel corso del tempo a diversi trattamenti sistemici quali: idrossiclorochina, ciclosporina A, dapsone, methotrexate, corticosteroidi sistemici e talidomide, usati singolarmente o in associazione, con scarsi benefici terapeutici. Pertanto si decideva di trattare il paziente con Rituximab. Il trattamento prevedeva un primo ciclo con anticorpo anti CD20 somministrato alla dose di 1000mg in due tempi: T0 e T14. Durante la settimana successiva alla prima somministrazione di rituximab, il quadro clinico cutaneo migliorava notevolmente. La seconda somministrazione al tempo T14 non veniva effettuata a causa di un importante rialzo febbrile che obbligava a procrastinare l'infusione al tempo T21. Nei quattro mesi successivi alla seconda somministrazione del primo ciclo, il paziente presentava un miglioramento progressivo del quadro clinico sistemico, con regressione pressoché totale dell'obiettività cutanea.

---

## **IMPIEGO DELLA CICLOSPORINA NEL PIODERMA GANGRENOSO: TRE CASI CLINICI**

MARIA TERESA UZZAUTO,  
FRANCESCA RUGGIERO,  
RAFFAELLA MANZO,  
PAOLA VITIELLO,  
DOMENICO GIORGIANO

*Unità Operativa Complessa di  
Dermatologia, Presidio Ospedaliero  
Tortora, Pagani (Sa), ASL Salerno 1*

Il pioderma gangrenoso è una dermatosi infiammatoria ulcerativa a carattere cronico-ricorrente che va inquadrata tra le dermatosi neutrofile: è una malattia rara, per la quale non esiste una terapia specifica. Tra i molteplici farmaci in uso segnalati in letteratura, oltre ai corticosteroidi sistemici, vi è la ciclosporina, un immunosoppressore di origine fungina approvato nel trattamento delle forme gravi di psoriasi e dermatite atopica. Essa si pone come una valida alternativa agli steroidi nel trattamento di prima scelta della malattia. Riportiamo la nostra esperienza a proposito di tre pazienti affetti da pioderma gangrenoso nei quali la ciclosporina ha determinato la completa e stabile remissione del quadro clinico in assenza di effetti collaterali.

## TERAPIA ENZIMATICA SOSTITUTIVA NELLA MALATTIA DI FABRY: LA NOSTRA ESPERIENZA

ANNA ZAMPETTI,  
ROBERTA RICCI,  
DANIELA ANTUZZI,  
\*PIERLUIGI AMERIO,  
\*CLAUDIO FELICIANI

*Clinica Pediatrica e \*Istituto di Clinica  
Dermatologica, Università Cattolica del  
Sacro Cuore, Roma*

La malattia di Fabry è una malattia genetica caratterizzata da alterazioni a carico del gene dell'enzima lisosomiale alpha-galattosidase A (alpha-GAL A). Il deficit di tale enzima determina accumulo di globotriaosilceramide (GL-3) nell'endotelio vascolare a carico di vari organi e apparati. I sintomi e i segni generalmente osservati nei pazienti affetti da M. di Fabry sono rappresentati dalle acroparestesie, dagli angiocheratomi, dalle alterazioni a livello oculare, dell'apparato audiovestibolare nonché in fase più avanzata dai sintomi riconducibili all'interessamento, cardiaco, renale e del sistema nervoso centrale. L'enzima ricombinante umano alpha-GAL A è disponibile dal 2001 per i soggetti affetti da M. di Fabry come trattamento enzimatico sostitutivo somministrabile per via endovenosa. 15 pazienti affetti da M. di Fabry sono stati trattati dal 2001 ad oggi in regime ambulatoriale con una infusione bisettimanale di alpha-Gal ricombinante alla dose di 0,2 mg/Kg/die. Una valutazione basale dei 15 pazienti è stata eseguita a livello oculare, audiovestibolare, cardiaco, renale e cerebrale. La visita oculistica, otorinolaringoiatrica e neurologica sono state eseguite annualmente mentre le valutazioni cardiologiche e renali, tramite esami strumentali e di laboratorio, sono stati eseguiti semestralmente. La terapia enzimatica è stata ben tollerata da 14 pazienti. Un paziente ha sviluppato una reazione allergica che non ha determinato tuttavia la sospensione del trattamento in quanto controllata con antistaminici. In tutti i pazienti che lamentavano dolore è stato osservato il controllo della sintomatologia algica. Non sono state osservate modificazioni in senso progressivo a carico dell'apparato oculare in corso di trattamento e la compromissione audiovestibolare è rimasta stabile in corso di trattamento. La compromissione cardiaca e renale in tutti ha fatto registrare una stabilizzazione del quadro. Due pazienti sono stati affetti da ictus nonostante il trattamento. Nessuna modificazione è stata osservata clinicamente sugli angiocheratomi cutanei ma in due pazienti in cui è stata eseguita una valutazione ultrastrutturale prima e durante il trattamento è stata osservata una completa risposta dell'endotelio vascolare con scomparsa dei depositi di GL.3. Sebbene un monitoraggio attento e accurato sia necessario nei pazienti Fabry in trattamento i nostri risultati suggeriscono che la terapia enzimatica sostitutiva possa essere efficace e sicura nel trattamento della malattia di Fabry.

## UTILITÀ DELLA TALIDOMIDE NELLA MALATTIA DI BEHÇET: ESPERIENZA PEDIATRICA

PAOLA VITIELLO,  
VILMA PENNACCHIA,  
\*GIUSTINA RUSSO,  
\*NICOLETTA BERTOLINI,  
\*ROSARIA INDACO,  
\*RAFFAELLA CARLOMAGNO,  
\*MARIA ALESSIO

*Sezione di Dermatologia clinica,  
allergologica e venereologica,  
Dipartimento di Patologia Sistemica e  
\*Settore di Reumatologia, Dipartimento di  
Pediatria, Università Federico II, Napoli*

La malattia di Behçet (MB) è una vasculite sistemica a carattere infiammatorio ad eziologia ignota che di solito colpisce pazienti fra la seconda e terza decade di vita; esiste tuttavia un esordio pediatrico della sindrome. La talidomide è oggi studiata per le sue capacità immunomodulatorie, antinfiammatorie ed antiangiogenetiche anche in connettiviti e vasculiti. Il suo meccanismo d'azione, ancora non del tutto noto, appare legato ad una diminuzione della risposta immune cellulare e alla riduzione della produzione di alcune citochine pro-infiammatorie e favorenti la risposta immune, oltre che ad un'attività antiangiogenica. La talidomide si è dimostrata efficace, con un'azione indipendente dal dosaggio, come trattamento delle manifestazioni cutanee del lupus eritematoso sistemico e delle manifestazioni mucocutanee della MB, tuttavia con una ripresa dei sintomi alla sospensione del farmaco. Abbiamo valutato 16 pazienti affetti da MB ricoverati nel periodo compreso tra il 1995 e il 2007, presso il Settore di Reumatologia del Dipartimento di Pediatria dell'Università Federico II di Napoli. La diagnosi è stata posta secondo i criteri dell'International Study Group for Behçet's Disease. Il rapporto F:M era di 2:1, l'età media di insorgenza dei sintomi era di circa 4,6 anni (range 2-13 anni), i casi familiari due. Le manifestazioni cliniche all'esordio della malattia erano: ulcere aftose al cavo orale in 6/16 pazienti (37%), lesioni cutanee in 3/16 (19%), sintomi articolari in 7/16 (62,5%), sintomi gastrointestinali in 4/16 (25%), interessamento neurologico in 3/16 pazienti (19%). L'età media della diagnosi era 13 anni. I farmaci utilizzati nel trattamento dei bambini affetti dalla malattia di Behçet sono stati: cortisonici sistemici in 14/16 (87,5%), FANS in 6/16 (37,5%), sulfasalazina in 1/16 (6,25%), talidomide in 7/16 (43,7%), etanercept in 2/16 (12,5 %) e agenti topici. La BD è una patologia reumatologica relativamente rara in età pediatrica. Rispetto a studi analoghi, i nostri pazienti hanno presentato manifestazioni vascolari e complicanze oculari meno severe, nonché una più bassa incidenza di reazioni patergiche. Dei 7 pz trattati con talidomide al dosaggio iniziale di 100 mg/die, ridotto progressivamente fino al dosaggio minimo efficace (25 mg/die): in tutti si è ottenuta

---

completa remissione clinica, 2/16 hanno sospeso senza recidiva di malattia dopo circa 4 aa di trattamento, 2/16 hanno dovuto interrompere la terapia per la comparsa di segni clinici di neuropatia periferica, confermata all'EMG, 3 pazienti sono tuttora in trattamento senza evidenze di effetti secondari. La talidomide rappresenta una valida strategia terapeutica nella MB, tuttavia altri studi sono necessari per chiarire il suo meccanismo d'azione, il suo ruolo in combinazione con altri farmaci come steroidi e immunosoppressori, dosaggi e durata della terapia, anche in relazione agli importanti effetti collaterali del farmaco.

# TRATTAMENTO DELL'HERPES ZOSTER RECIDIVANTE CON VISCUM ALBUM IN PAZIENTI IMMUNODEPRESSI

ROSSELLA FILIPPETTI

*Unità Operativa Complessa di  
Dermatologica, Ospedale di Frascati,  
Roma*

Nome Comune: VISCHIO, distribuito prevalentemente nelle aree boreali, ma anche equatoriali dei cinque continenti, Sono diffusamente impiegate in terapia, le varietà europee a bacche bianche. Sono in corso di sperimentazione due varietà: la Coreana e la Californiana. Fitochimica: le viscotossine sono piccole proteine simili a veleni ofidici, e sono presentinella periferia della pianta; sono polipeptidi basici di 37 amminoacidi, termostabili, con sequenza identificata, del peso molecolare di 5kD. Se ne conoscono a tutt'oggi 6 tipi. Sono citotossine su colture di cellule tumorali con azione rapida (meno di 1 ora), aderiscono alle membrane cellulari a citolisi ed emolisi. La loro presenza potenzia sinergicamente l'azione delle lectine, formando complessi, sia per la citotossicità sia per l'attivazione in vitro delle cellule NK, mentre in assenza delle lectine sono responsabili della predominanza di effetti tossici. Le lectine sono proteine simili alle immunoglobuline, sono glicoproteiche di peso molecolare di circa 115kD, con specificità per la porzione glucidica dei glicoconjugati (galattosio), esercitano la loro attività citotossica legandosi agli acidi nucleici; si fissano ai polisaccaridi di membrana, penetrano nel citoplasma con meccanismo specifico e si legano agli acidi nucleici ribosomiali e nucleari, bloccando la sintesi proteica e distruggendo con meccanismo enzimatico l'rRNA, fino a provocare la morte con un meccanismo di apoptosi. L'azione immunomodulatrice delle lectine, si esplica inducendo la liberazione di IL -1 e 6 di TNFalfa. I polisaccaridi sono strutture di tipo arabinogalattanico e galatturanico, che in parte si frammentano in oligosaccaridi di peso molecolare basso. I polisaccaridi stimolano l'immunità cellulomediata, potenziano la citotossicità della frazione proteica ed il riconoscimento NK e LAK.

Case report. Abbiamo sottoposto 8 pazienti immunodepressi (HIV), con herpes Zoster recidivante, all'utilizzo per via parenterale di Viscum Album ed anche a 3 pazienti sani. L'estratto, standardizzato in lectina e viscotossina, è stato somministrato sotto cute 2 volte a settimana, con incremento graduale dalla 2<sup>a</sup> alla 20<sup>a</sup> settimana da 0,01 mg a 12 mg. Sono stati registrati gli eventi avversi, i dati ematochimici e biochimici. Non



---

sono stati registrati gravi eventi avversi, presenti solo nell'incremento del dosaggio, rispetto ai bassi dosaggi, esclusivamente tra i pazienti affetti da HIV (sintomatologia simil-influenzale e gengiviti transitorie), mentre nei 3 pazienti sani nessun segno avverso, anzi riferivano una sensazione generale di "benessere" con aumento dell'appetito. Ai controlli ematochimici, effettuati sui pazienti immuno depressi si riscontra, dopo 5 settimane, un incremento del numero delle sotto popolazioni linfocitarie panT Helper e NK, variazioni del numero di CD3+, CD4+, CD8+, CD16+/56+, mentre sui 3 pazienti sani non si riscontrano variazioni significative. Le recidive dell'Herpes Zoster, che nei pazienti con HIV avevano una frequenza mensile, non si sono ripetute nel corso dei 5 mesi di trattamento, ed è stata riscontrata inoltre, una significativa diminuzione della carica.

Conclusioni. Nelle casistiche di pazienti immunodepressi, sembra essere realmente proponibile un trattamento con Viscum Album che, non a caso, è usato nel centro Tumori di Torino nei casi di tumore al Pancreas.

# TRATTAMENTO DELLA NECROLISI EPIDERMICA TOSSICA CON IMMUNOGLOBULINE ENDOVENA AD ALTO DOSAGGIO: L'ESPERIENZA DELLA CLINICA DERMATOLOGICA DI CAGLIARI

LAURA ATZORI,  
ANNA LUISA PINNA,  
NICOLA ASTE

*Clinica Dermatologica,  
Università di Cagliari*

La necrolisi epidermica tossica o sindrome di Lyell rappresenta la più severa reazione avversa cutanea da farmaci, con una mortalità variabile dal 30 al 70%. Le linee guida internazionali raccomandano, oltre alla sospensione del farmaco responsabile, l'adozione di misure di supporto parenterale ed il trasferimento presso unità di terapia intensiva, in assenza di protocolli terapeutici di efficacia e sicurezza comprovata. Nonostante le numerose esperienze in campo internazionale, non esiste ancora un uniforme consenso sull'efficacia delle IgG endovena ad alto dosaggio. Riferiamo i risultati dell'impiego di tale trattamento presso la Clinica Dermatologica dell'Università di Cagliari. Materiali e metodi: In tutti i casi di necrolisi epidermica tossica giunti alla nostra osservazione dal ottobre 2002 al settembre 2007 è stata fatta una valutazione basale dell'indice di gravità della reazione (SCORTEN) ed esami ematochimici aggiuntivi per escludere controindicazioni al trattamento. Nei pazienti eleggibili al trattamento, le IgG sono state impiegate al dosaggio di 500 mg/Kg/die per un arco di tempo variabile dai 3 ai 5 giorni, per una dose complessiva di 2 g/Kg. Risultati: Sette pazienti con percentuali di scollamento dermoepidermico variabili dal 35 al 60% sono stati trattati con IgG endovena. Lo SCORTEN è risultato un indice molto utile nella valutazione immediata della severità della patologia, con un buon valore prognostico per la risposta alla terapia. L'arresto del processo autoaggressivo si è verificato rapidamente, nell'arco di 2 giorni. La riepitelizzazione completa si è manifestata in un tempo medio di 12 giorni. Tutti i pazienti sono andati incontro a remissione e non è stato osservato alcun effetto collaterale. Conclusioni: Per quanto limitata, la nostra esperienza conferma l'efficacia e sicurezza del trattamento con IgG endovena nelle reazioni avverse cutanee severe. Data la rarità di questo tipo di reazioni è indispensabile la raccolta di casistiche multicentriche il più omogenee possibile. La valutazione dell'indice SCORTEN può essere un valido ausilio per uniformare le casistiche.

## Riferimenti bibliografici:

1. Bachot N, et al. Intravenous immunoglobulin treatment for Stevens-Johnson syndrome and toxic epidermal ne-

- 
- colysis: a prospective noncomparative study showing no benefit on mortality or progression. *Arch Dermatol* 2003;139:33-36
2. Trent JT, et al. Analysis of intravenous immunoglobulin for the treatment of toxic epidermal necrolysis using SCORTEN: The University of Miami Experience. *Arch Dermatol* 2003;139:39-43
  3. Prins C, et al. Effect of high-dose intravenous immunoglobulin therapy in Stevens-Johnson syndrome: a retrospective, multicenter study. *Dermatology* 2003;207:96-99
  4. Faye O, et al. Treatment of epidermal necrolysis with high-dose intravenous immunoglobulins (IV Ig): clinical experience to date. *Drugs* 2005;65:2085-2090
  5. French LE, et al. Use of intravenous immunoglobulin in toxic epidermal necrolysis and Stevens-Johnson syndrome: our current understanding. *Int Immunopharmacol* 2006;6:543-549
  6. Mittmann N, et al. IVIG for the treatment of toxic epidermal necrolysis. *Skin Therapy Lett* 2007;12:7-9

## UTILIZZO DI UNA NUOVA FORMULAZIONE DI PASTA ALL'ACQUA NELLE DERMATITI IRRITATIVE DELL'ETÀ PEDIATRICA

MAURO LA PIETRA,  
ANNALISA ARCESE,  
GIORGIANA FELIZIANI,  
ANTONINO FARDELLA,  
AMALIA GAMBA,  
GERMANA CAMPLONE

*Unità Operativa Complessa di  
Dermatologia, II Facoltà di Medicina e  
Chirurgia, Azienda Ospedaliera S. Andrea,  
Università La Sapienza, Roma*

Gli AA presentano i risultati preliminari di uno studio multicentrico, condotto in diversi reparti di Dermatologia Pediatrica Italiani, e che ha come obiettivo la valutazione dell'efficacia e della tollerabilità di una nuova pasta all'acqua nel trattamento topico di numerose dermatiti irritative dell'età pediatrica, che presentano massima incidenza in età neonatale. La maggior parte delle dermatiti riguarda affezioni dell'area gluteo-perineale (dermatiti da pannolino, aniti batteriche, dermatite atopica in fase essudativa, intertrigini di varia origine). La pasta all'acqua è un prodotto molto utilizzato e già noto alla tradizione galenica, ed è costituita in percentuali variabili da talco, glicerina ed acqua. Il talco, elemento immunologicamente inerte e dotato di attività lubrificante, adsorbente e lenitiva, incorporato in alta concentrazione all'interno di un veicolo grasso e lipofilico come la glicerina, rende questa pasta semisolida un prodotto non occlusivo, dalle proprietà rinfrescanti e di facile spalmabilità. La nostra esperienza ha confermato le aspettative mettendo l'utilizzo di questo prodotto in primo piano nelle dermatiti di natura irritativa e pertanto utilizzabile in numerose situazioni.

# NUOVE PROPOSTE NELLA DERMATITE ATOPICA: RISULTATI DI UNO STUDIO RANDOMIZZATO IN DOPPIO CIECO PER VALUTARE L'EFFICACIA DI UNA SETA MEDICATA

GIUSEPPE STINCO,  
FABIO PICCIRILLO

*Clinica Dermatologica, Dipartimento di  
Patologia e Medicina Sperimentale e  
Clinica, Università di Udine*

È noto che alcuni tessuti come la lana ed il cotone possano scatenare prurito ed eczema in pazienti affetti da Dermatite Atopica (DA). Recenti segnalazioni in letteratura hanno dimostrato una migliore tollerabilità di indumenti di una particolare seta. Obiettivo dello studio: valutare l'efficacia di una seta priva di sericina confrontandola con una seta analoga a cui è stato aggiunta una sostanza ad attività antibatterica (AEGIS AEM5775/5). Materiali e metodi: sono stati arruolati 30 pazienti di età compresa tra 3 e 31 anni (media  $14,2 \pm 7,7$ ) affetti da DA con lesioni eczemato-se localizzate agli arti superiori. Ad ogni partecipante veniva fornito un set di 4 paia di tubulari marcati con una cucitura di differente colore che differenziava i tubulari trattati con AEGIS AEM5772/5 e quelli non trattati. L'associazione colore-tipologia di seta non era nota né allo sperimentatore né al paziente. L'andamento clinico della DA veniva valutato utilizzando lo SCORAD index, modificato per i soli arti superiori, e, per il prurito, mediante una scala analogica visiva (VAS) al tempo 0 (T0), dopo 7 (T7), 14 (T14), 21 (T21) e 28 (T28) giorni. Risultati: al termine dello studio il miglioramento dello SCORAD è stato maggiore per la seta medicata. Tuttavia entrambe le sete hanno mostrato una riduzione significativa dei valori medi dello SCORAD. La seta medicata determinava una riduzione significativa e costante dello SCORAD durante tutte le settimane dello studio, mentre la seta non modificata produceva un miglioramento significativo solo durante le prime 2 settimane di trattamento. Anche la media del valore del prurito si riduceva statisticamente significativa per entrambe le tipologie di seta, ma era maggiore per il gruppo della seta medicata. Conclusioni: questo studio dimostra l'utilità dell'uso di questa particolare seta nei pazienti affetti da DA, e che l'associazione con AEM5772/5 si rivela un utile presidio terapeutico.

## Bibliografia

1. Ricci G, et al. Clinical effectiveness of a silk fabric in the treatment of atopic dermatitis. *Br J Dermatol* 2004;150: 127-131
2. Senti G, et al. Antimicrobial silk clothing in the treatment of atopic dermatitis proves comparable to topical corticosteroid treatment. *Dermatology* 2006;213:228-233

## **RAPIDA REGRESSIONE DI UN MORBO DI BOWEN TRATTATO CON IMIQUIMOD**

**GIORGIANA FELIZIANI,  
GABRIELLA DE MARCO,  
GUGLIELMO PRANTEDA,  
GERMANA CAMPLONE**

*Unità Operativa Complessa di  
Dermatologia, II Facoltà di Medicina e  
Chirurgia, Azienda Ospedaliera S. Andrea,  
Università La Sapienza, Roma*

Un uomo di 70 anni giunge alla nostra osservazione per la comparsa da circa 6 mesi di una lesione a placca eritemato-desquamativa che coinvolge tutta la falange prossimale del terzo dito della mano destra. L'esame istologico, concordemente con il sospetto clinico, depone per la diagnosi di morbo di Bowen. Data la potenziale invasività della neoplasia e la ricca vascolarizzazione della sede di insorgenza, viene proposta l'exeresi chirurgica o in alternativa la radioterapia; il paziente rifiuta entrambe le opportunità ritenendole troppo invasive e allora si decide di tentare un trattamento medico con imiquimod 5% crema. Dopo sole 4 settimane di trattamento si osserva, sia clinicamente che istologicamente, la completa risoluzione del morbo di Bowen senza alcuna recidiva ad un follow-up di 6 mesi. Il caso clinico riportato rappresenta un contributo alla casistica inerente il morbo di Bowen trattato con successo con imiquimod 5% crema, che secondo gli Autori resta comunque una terapia di seconda scelta rispetto alla chirurgia o alla radioterapia per il trattamento di questo tumore cutaneo, soprattutto quando insorge in zone particolarmente vascolarizzate come le acrosedi.

# NUOVE PROSPETTIVE NELLA TERAPIA TOPICA DELLA SARCOIDOSI CUTANEA

FABIO PICCIRILLO,  
VINCENZO DE FRANCESCO

*Clinica Dermatologica, DPMSC,  
Università di Udine*

Le manifestazioni cutanee della sarcoidosi si verificano nel 20-35% dei pazienti e spesso sono presenti all'esordio della malattia; possono essere specifiche (sostenute da granulomi) o aspecifiche (a carattere reattivo). Clinicamente le lesioni cutanee specifiche possono assumere aspetto estremamente variabile: macule, papule, noduli, placche, noduli sottocutanei, lupus pernio, cicatrici infiltrative, aree alopeciche, aree ittiosiche, ulcere e talora anche pustole. Istologicamente l'elemento patognomonico è il granuloma sarcoideo, privo di necrosi caseosa con cellule epitelioidi e rari o assenti linfociti e plasmacellule. La terapia della sarcoidosi cutanea può essere topica o sistemica in base alla severità ed alla estensione delle lesioni. La terapia standard della sarcoidosi cutanea si avvale dell'utilizzo di steroidi (topici e/o sistemici), antimalarici di sintesi, methotrexate o la combinazione di questi agenti. In talune forme infiltranti possono essere utilizzati iniezioni intralesionali di corticosteroidi o la crioterapia. Per le forme molto estese si è utilizzata anche la PUVA terapia. A causa della variabilità della risposta clinica e del possibile sviluppo di effetti collaterali sono state sperimentate nuove terapie. Le nuove prospettive terapeutiche si basano su recenti acquisizioni in tema di patogenesi della sarcoidosi modulando quelle anomalie cellulari e citochiniche responsabili della formazione del granuloma. Recentemente l'uso di inibitori topici della Calcineurina sono stati utilizzati con successo in talune forme di sarcoidosi cutanea localizzata. Una nostra personale esperienza con il tacrolimus topico allo 0,1%, oltre a determinare una buona risposta clinica ha evidenziato una persistenza del miglioramento a 3 mesi dalla sospensione della terapia. Durante il trattamento non si è verificato alcun effetto indesiderato. Benché non scervi da potenziali effetti collaterali, le nuove opzioni terapeutiche si propongono come alternativi e validi presidi di trattamento dotati di notevole efficacia e sicurezza.

## Bibliografia

1. Gutzmer R, et al. Successful topical treatment of cutaneous sarcoidosis with tacrolimus. *Hautarzt* 2003;54:1193-1197
2. Katoh N, et al. Cutaneous sarcoidosis successfully treated with topical tacrolimus. *Br J Dermatol* 2002;147:154-156

## **ULCERE CUTANEE CRONICHE DEGLI ARTI INFERIORI: TRATTAMENTO CON UN DISPOSITIVO A BASE DI COLLAGENE IN POLVERE**

LUISA LUNARDON,  
\*ALESSANDRO FARRIS,  
MARIA CHIARA PERSICO,  
CLAUDIA FRANCIA,  
VALENTINA TREVISAN,  
STEFANO VERALDI

*Istituto di Scienze Dermatologiche,  
Ospedale Maggiore Policlinico,  
Mangiagalli e Regina Elena, IRCCS,  
Università di Milano; \*Unità Operativa di  
Dermatologia, ASL 2 Savonese,  
Ospedale San Paolo, Savona*

Otto centri italiani (Catania, Milano, Perugia, Roma, Savona, Torino, Trieste e Venezia) di chirurgia plastica, chirurgia vascolare, dermatologia e geriatria hanno partecipato a uno studio clinico per valutare l'attività e la tollerabilità di un dispositivo medico-chirurgico di classe III in polvere (Catrìx®), in pazienti con ulcere cutanee croniche degli arti inferiori a eziopatogenesi variabile. Il dispositivo è costituito da collagene micronizzato ottenuto da cartilagine di trachea di bovino (73,5%), mucopolisaccaridi (18,1%), condroitinsolfato e dermatansolfato (4,9%) e materiali inerti (3,5%). Sono stati trattati 62 pazienti. La polvere è stata applicata, previa detersione con soluzione fisiologica, due volte alla settimana per otto settimane. Gli Autori presentano i risultati definitivi dello studio che, essendo terminato da poco, è attualmente in corso di valutazione statistica.



## ESPERIENZE CON UNA NUOVA LACCA NEL TRATTAMENTO DELLA FRAGILITÀ UNGUEALE

ELISA MARGHERITA DIFONZO,  
LORENA LOTTI,  
LAURA VANZI

*Dipartimento di Scienze Dermatologiche,  
Università di Firenze*

La fragilità ungueale “idiopatica” è una comune affezione delle unghie delle mani causata, tra l'altro, dai microtraumi e dalla continua idratazione/disidratazione della lamina. Si evidenzia solitamente con onicoretti (striature e fissurazioni longitudinali della lamina che è anche assottigliata) e con il quadro della onicoschizia lamellina (sfaldamento degli strati più superficiali della lamina). La frequente osservazione presso il nostro ambulatorio di pazienti con fragilità ungueale ci ha spinto ad iniziare uno studio volontario utilizzando una lacca di recente introduzione in commercio contenente urea 5%, acido mandelico 1%, glicerina 0,2%, miglio EF 10% e chitosano 10% (Onicoker lacca). Lo studio è stato condotto su 60 pazienti d'età compresa tra 16 e 70 anni, affetti da fragilità ungueale “idiopatica” (in assenza di evidenti patologie sistemiche e dermatologiche note come causa di fragilità ungueale).

I pazienti selezionati sono stati destinati a 2 diversi regimi di trattamento:

1) gruppo A (35 soggetti con impegno di 1-2 lamine ungueali): Onicoker lacca una applicazione serale x 3 mesi;

2) gruppo B (25 soggetti con impegno di più di 2 lamine e/o presenza di onicoschizia lamellina): Onicoker lacca 1 applicazione serale + Triconicon 2 c/die x 3 mesi.

La valutazione clinica veniva eseguita alla fine del trattamento e dopo 3 mesi dalla sospensione dello stesso. In ambedue i gruppi di pazienti i risultati sono stati ottimi, in assenza di effetti collaterali. In conclusione Onicoker lacca risulta efficace nel trattamento della fragilità ungueale. Nei casi in cui siano interessate più lamine o sia presente onicoschizia lamellina l'associazione con integratori alimentari permette di ottenere migliori risultati.

---

## **NOVITÀ NELL'USO DELLA TOSSINA BOTULINICA IN DERMATOLOGIA**

PATRIZIO SEDONA,  
MALVINA ZANCHI,  
MASSIMO BIZZARINI

*Unità Operativa di Dermatologia,  
Ospedale S.S. Giovanni e Paolo, Venezia*

Al di là del suo uso nell'iperidrosi e nelle rughe facciali la tossina botulinica ha dimostrato di avere numerose potenzialità dal punto di vista terapeutico. Viene riportata l'esperienza con tossina botulinica nel trattamento di alcune affezioni di interesse dermatologico, quali la psoriasi inversa, la malattia di Hailey- Hailey, la notalgia parestesica, le algie postzosteriane e il piede diabetico.

## **TERAPIA FOTODINAMICA: ESPERIENZA CLINICA NEGLI ULTIMI 10 ANNI**

PIETRO CAPPUGI,  
LUCIANO MAVILIA,  
FIORELLA BINI,  
CLAUDIO COMACCHI

*Gruppo Italiano Radiofrequenze e Terapia  
Fotodinamica (GIRTeF), Dipartimento di  
Scienze Dermatologiche, Università di  
Firenze*

Nel 1990 Kennedy, Pottier e Pross introdussero in dermatologia una nuova molecola per la terapia fotodinamica (PDT) topica, l'acido 5-aminolevulinico (ALA) precursore naturale, nella biosintesi dell'eme, della protoporfirina IX (Pp IX), un potente fotosensibilizzante endogeno superando così il grosso inconveniente della prolungata fotosensibilità dei fotosensibilizzanti sistemici. Gli anni successivi registrarono un aumento di interesse ed una diffusione logaritmica tra i ricercatori mondiali testimoniata dal sempre crescente numero di pubblicazioni scientifiche sull'argomento. L'approvazione dell'ALA con luce blu per il trattamento delle cheratosi attiniche da parte della FDA negli USA a fine anni novanta segnò un altro importante passo anche se molti ricercatori e clinici già utilizzavano preparazioni ex tempore di ALA. L'approvazione in Europa di un estere dell'ALA, il metil aminolevulinato ad inizio del nuovo secolo per il trattamento di cheratosi attiniche e carcinomi a cellule basali superficiali (e più recentemente anche per la Malattia di Bowen) con luce rossa ha accresciuto ulteriormente l'interesse di numerosi dermatologi sul tema PDT, stimolati dalle alte percentuali di guarigione oltre che dagli eccellenti risultati estetici riportati. Attualmente l'interesse si è spostato anche alla patologia non tumorale e ciò ha aperto nuove indicazioni che sebbene siano ancora off label sicuramente entusiasmano i cultori della materia.

# LA TERAPIA FOTODINAMICA NEL TRATTAMENTO DELLE CHERATOSI ATTINICHE E DEI CARCINOMI BASOCELLULARI: ESPERIENZA DELLA CLINICA DERMATOLOGICA DELL'UNIVERSITÀ LA SAPIENZA DI ROMA

VALERIA DE VIRGILIIS,  
VINCENZO PANASITI,  
\*UGO BOTTONI,  
MICHELA CURZIO,  
MARIARITA ROSSI,  
VINCENZO ROBERTI,  
SILVIA GOBBI,  
RITA CLERICO,  
STEFANO CALVIERI

*Dipartimento di Malattie Cutanee e  
Veneree e Chirurgia Plastica e  
Ricostruttiva, Università La Sapienza, Roma;  
\*Dermatologia, Università Magna Graecia,  
Catanzaro*

I trattamenti attualmente utilizzati per i carcinomi basocellulari e le cheratosi attiniche sono l'asportazione chirurgica, la crioterapia, la diatermocoagulazione, la laserterapia e i trattamenti topici con 5-fluorouracile, diclofenac e imiquimod. L'escissione chirurgica offre il miglior standard di riferimento per la cura di queste lesioni, anche perché consente di eseguire l'esame istologico, ma non è sempre applicabile in quanto è gravata da un rischio operatorio in pazienti critici e dalla possibilità di cicatrici residue; la crioterapia è un metodo rapido, economico, che necessita di attrezzature semplici, ma le percentuali di guarigione a lungo termine non sono sempre soddisfacenti; inoltre è un trattamento abbastanza doloroso. La diatermocoagulazione è anch'essa un metodo semplice ed economico ma da riservare al trattamento delle cheratosi attiniche superficiali, essendo scarsa l'efficacia a lungo termine per il carcinoma basocellulare. La laserterapia non offre particolari vantaggi rispetto alla diatermocoagulazione e alla crioterapia; i trattamenti topici con 5-fluorouracile, diclofenac e imiquimod, seppure efficaci, richiedono un periodo di trattamento piuttosto lungo e possono creare reazioni locali irritative o allergiche piuttosto importanti. La terapia fotodinamica è una tecnica terapeutica relativamente semplice e con effetti collaterali minimi, che sfrutta l'attività fotochemiotossica di molecole con attività fotosensibilizzante; consiste nell'applicazione successiva di due componenti: il farmaco e la luce attivante. È particolarmente utile per il trattamento di pazienti "a rischio" per l'intervento chirurgico (portatori di pacemaker, con alterazioni della coagulazione etc.) e quando si è in presenza di lesioni ampie in sedi difficilmente aggredibili per l'intervento chirurgico. Presentiamo i risultati della nostra esperienza nell'impiego della terapia fotodinamica con acido metil-aminolevulinico in pazienti affetti da carcinomi basocellulari e cheratosi attiniche.

---

## **TERAPIA FOTODINAMICA: ESPERIENZE CLINICHE**

MARIA ANTONIETTA  
PRESTIGIACOMO,  
FRANCESCA TODARO,  
SALVATORE AMATO

*Unità Operativa di Dermatologia,  
Ospedale Civico e Benfratelli, G. Di Cristina  
e M. Ascoli, Palermo*

La terapia fotodinamica è una recente tecnica terapeutica non invasiva, che permette senza l'uso di anestesia, il trattamento di alcuni carcinomi e delle precancerose cutanee. Consiste nell'applicazione di 5-acido amino levulinico (ALA) al 10% in occlusione per 3 ore sulle lesioni da trattare. Successivamente si applica una radiazione luminosa specifica per l'ALA che causa l'apoptosi e la necrosi delle cellule neoplastiche (assorbono il cromoforo selettivamente rispetto alle cellule sane). Pertanto questa tecnica si propone come valida alternativa terapeutica al trattamento chirurgico, ove questo sia reso impossibile dalle caratteristiche della lesione da trattare (estensione e localizzazione) o dalle condizioni generali del paziente. Gli AA descrivono la loro esperienza clinica, mostrando l'efficacia terapeutica del trattamento e la buona accettabilità da parte dei pazienti.

# TERAPIA DEL SARCOMA DI KAPOSÌ CON ELETTROCHEMIOTERAPIA (ECT). ESPERIENZE PRELIMINARI

ALESSANDRA LATINI,  
SILVANA TRINCONI,  
GIAMPAOLO IMPARA,  
\*ANTONIO BONADIES,  
\*FAUSTO GIULIANI,  
\*STEFANIA BUCHER,  
GUIDO PALAMARA,  
ALDO DI CARLO

*S.C. Dermatologia Infettiva e  
\*S.C. di Chirurgia Plastica Ricostruttiva,  
Istituto San Gallicano, IRCCS, Roma*

**Introduzione.** L'elettrochemioterapia (ECT) è una tecnica chirurgica recentemente impiegata in campo oncologico per il trattamento locale di alcune neoplasie in fase ripetitiva, non rispondenti ai trattamenti convenzionali o non operabili. L'ECT offre il vantaggio di poter assicurare una elevata penetrazione del farmaco antitumorale nelle sedi critiche dopo la sua somministrazione per via sistemica a dosi ridotte a bassa tossicità. La tecnica può essere ripetuta anche a breve distanza di tempo, sulla base della risposta clinica. L'applicazione di questa metodica si è recentemente estesa alla dermatologia oncologica per il trattamento rispettivamente di carcinomi, melanomi, sarcomi, e altrimenti non operabili. Tra i vari tipi di tumore aggradibili con questa tecnica terapeutica, si è ritenuto utile considerare il sarcoma di Kaposi classico, data la sua sensibilità alla bleomicina; il farmaco più impiegato in ECT, e data la sua resistenza a molte delle terapie classiche (chemioterapia, chirurgia, radioterapia).

**Metodi.** In collaborazione con S.C. di Chirurgia Plastica Ricostruttiva è stato avviato un protocollo di trattamento con ECT in pazienti affetti da sarcoma di Kaposi classico. Dal settembre 2007 sono stati trattati 4 pazienti, due maschi e due femmine. Due dei pazienti presentavano lesioni di tipo nodulare e gli altri due lesioni in placche localizzate per lo più agli arti inferiori. La bleomicina è stata impiegata alla dose di 15 mg/m<sup>2</sup> per via e.v., e praticata in anestesia generale (AL + Propofol).

**Risultati.** La media delle sedute è risultata variare tra 1 per le forme in placche, a 2,5 sedute per le nodulari. Il risultato a breve termine (dopo 7 giorni), ha evidenziato nei pazienti con lesioni a placche trattati una notevole riduzione della estensione delle stesse dopo la prima seduta, mentre in quelli con le forme nodulari la riduzione è stata più lenta ed ha richiesto tra le 2 e le 3 sedute. La tollerabilità sistemica è risultata buona. Il follow-up a tre mesi ha mostrato assenza di recidiva in loco in tutti e quattro i pazienti.

**Conclusioni.** I dati fino ad ora raccolti mostrano un soddisfacente grado di efficacia della ECT su quadri localizzati di sarcoma di Kaposi classico nodulare o a placche. Tuttavia, lo scarso numero di pazienti e il

---

breve periodo di follow-up suggeriscono la necessità di estendere le osservazioni nel tempo e su una casistica allargata, anche per definire eventuali associazioni della ECT, in caso di fallimento, con altri tipi di terapia.

# CARCINOMA SQUAMOCELLULARE IN SITU SU LICHEN SCLERO- ATROFICO: UNA NUOVA PROPOSTA TERAPEUTICA

ANNA MARIA CARROZZO,  
\*ANTIOCO FRANCESCO SEDDA,  
\*GABRIELE ROSSI,  
\*\*PIETRO DONATI,  
\*\*\*CESIDIO CIPRIANI

*Polo Dermatologico Territoriale Università  
Tor Vergata-Distretto 12 e \*FIM, ENEA-  
Casaccia e \*\*Dipartimento di  
Dermatologia, Ospedale San Galliciano,  
IFO e \*\*\*Dipartimento di Medicina  
Nucleare, Ospedale Sant'Eugenio, Roma*

Il Lichen sclero-atrofico (LS), è una dermatosi cronica-recidivante caratterizzata da papule e/o placche biancastre e atrofiche, che si manifestano per lo più a livello della cute della regione ano-genitale di entrambi i sessi, con una preponderanza del sesso femminile di circa 10 a 1. Può manifestarsi in tutte le età, ma affligge maggiormente le donne in post-menopausa e gli uomini di media età. L'eziologia è sconosciuta, anche se l'ipotesi autoimmune pare sia quella più accreditata. I sintomi classici sono prurito e dolore, generalmente la cute è liscia, ma può essere anche ipercheratosica, fragile e sottile, ipopigmentata, con chiazze purpuriche ed ecchimosi. Può evolvere in una balanite sclerotica obliterante per gli uomini, ed in una progressiva cicatrizzazione della vulva con riassorbimento delle piccole labbra e cicatrizzazione del cappuccio clitorideo per le donne. La diagnosi è per lo più clinica, anche se il supporto istologico è quasi sempre evocato ad escludere diagnosi differenziali, e nei casi dubbi di degenerazione epiteliomatosa. La terapia classica e maggiormente accreditata, anche se spesso non risolutiva, si basa sull'uso topico di glucocorticoidi ultrapotenti, come il clobetasone propionato, per lunghi periodi. Purtroppo gli effetti collaterali, come infezioni fungine e batteriche, atrofia cutanea, ed episodi di rebound sono frequenti. Altre terapie usate sono: testosterone topico, progesterone topico, retinoidi orali o topici, antagonisti della calcineurina per uso topico, terapia fotodinamica, UVA terapia, calcitriolo orale, dye laser, erbe cinesi, agopuntura. Il carcinoma squamocellulare è la complicanza più temuta (5% dei casi) nel lichen scleroatrofico per entrambi i sessi. La chirurgia viene frequentemente utilizzata, specie in quei casi in cui il processo di cicatrizzazione impedisce la funzione degli organi, ma risulta essere comunque demolitiva ed avvilente per il paziente. Nella presente relazione viene proposto un nuovo trattamento, che è stato da noi messo a punto e brevettato. Esso consiste essenzialmente in una tecnica radioterapica topica, chiamata beta-brachiterapia di superficie (o trattamento beta-brachiterapico dermatologico). Questa nuova tecnica, già da noi usata con ampia casistica come terapia dei carcinomi basocellulari e squamocellulari, è caratteriz-



---

zata dall'utilizzo di una resina inerte che incorpora un nanocolloide radioattivo beta-emittente. Il composto viene applicato esclusivamente sulla lesione, per un tempo variabile, accuratamente calcolato con Metodo Montecarlo e Algoritmi di Integrazione Point-Source, in base alla curva di distribuzione di dose richiesta, alla radioattività applicata ed alle dimensioni della lesione; esso può variare da qualche minuto ad una-due ore, quindi la resina radioattiva viene rimossa. Nel corso delle settimane successive, si ottiene una risposta biologica caratterizzata da un medio eritema, seguito, in alcuni casi, dalla formazione di una crosta, che gradualmente scompare, lasciando, a distanza di tre mesi circa, un tessuto clinicamente sano. La casistica inerente i carcinomi squamocellulari insorti su LS, trattati con beta-brachiterapia di superficie, riguarda a tutt'oggi 7 pazienti (6 uomini e 1 donna) con età media intorno ai 50 anni, con follow-up da 2 a 64 mesi (valor medio 24 mesi). In tutti e 7 i casi si è ottenuta la guarigione clinica, con conferma istologica, del carcinoma: in 4 casi è stato necessario un solo trattamento, mentre in 3 pazienti sono state necessarie più sedute (fino ad un massimo di 3). Ci sembra interessante segnalare che la tecnica ha mostrato una notevole efficacia non solo sugli epitelomi, ma anche sulla contestuale dermatosi sclerotica, ottenendo scomparsa del prurito e del dolore, recupero della plasticità tessutale e restituzione della funzionalità in tutti i casi trattati. La tecnica, effettuata senza necessità di ricovero, è indolore, priva di effetti collaterali, e offre una completa "restitutio ad integrum" estetica e funzionale.

### **Bibliografia**

- AF Sedda, et al. Beta Emitter Multilayer for the dermatological brachytherapy of cutaneous tumours, *European Journal of Nuclear Medicine*, 2003;30:S343
- AM Carrozzo C, et al. Superficial Brachytherapy with Beta- Emitting Isotopes for the Treatment of Basal Cell Carcinoma, *Journal of Investigative Dermatology* 2006;vol.126,Suppl.2:S37
- AF Sedda, et al. Dermatological High-Dose-Rate Brachytherapy for the Treatment of Basal and Squamous Cell Carcinoma, *Clinical and Experimental Dermatology*, submitted for publication

## UN CASO DI EPITELIOMA BASOCELLULARE MULTIPLO METASTATICO

MATTEO AURIEMMA,  
PAOLO AMERIO,  
GIANLUCA PROIETTO,  
\*ROCCO SACCO,  
\*\*DOMENICO ANGELUCCI,  
ANTONIO TULLI

*Clinica Dermatologica e \*Clinica  
Chirurgica e \*\*Dipartimento Anatomia  
Patologica, Università G. D'Annunzio,  
Chieti*

L'epitelioma basocellulare è un tumore cutaneo molto frequente nella popolazione caucasica che insorge generalmente nelle zone fotoesposte. Tale neoplasia è spesso multipla e raramente metastatizza, essendo la sua prognosi generalmente eccellente se si adottano adeguati accorgimenti terapeutici. Descriviamo il caso di un paziente di 61 anni, senza evidenti segni di immunodepressione né storia personale di esposizione ad agenti alchilanti e/o cancerogenici, che da circa 10 anni mostrava la presenza a livello del deltoide destro e dell'omero sinistro di lesioni eritemato squamose, persistenti ed evolventi in placche lievemente infiltrate o in noduli ulcerati. Nel dicembre 2006 il paziente si rivolgeva presso la clinica chirurgica di altra struttura dove si sottoponeva ad asportazione di numerose lesioni a livello del deltoide e terzo prossimale omerale sinistro con relativo svuotamento linfonodale ascellare (1 linfonodo positivo su 16) e ricostruzione in più tempi mediante lembo miocutaneo, innesto libero di cute e ricostruzione omerale mediante fibula. In tale occasione veniva posta diagnosi di Carcinoma Basocellulare varietà pleomorfa metastatico (pT3,pN1). Il paziente accedeva alla nostra clinica nel maggio 2007 per la prosecuzione dell'iter terapeutico necessario alla sua patologia. In tale occasione il paziente si sottoponeva all'asportazione chirurgica di numerose lesioni risultate essere epiteliomi basocellulari a livello del torace, del dorso e degli arti. Alla TC total body risultavano lesioni nodulari a livello del parenchima polmonare. Per tale motivo il paziente si sottoponeva all'asportazione di tali lesioni risultate positive per siti di metastatizzazione da carcinoma basocellulare a partenza cutanea. Presentiamo questo caso di epitelioma basocellulare metastatico per ricordare come anche una patologia di frequente riscontro con comportamento biologico prevalentemente benigno può, in alcuni casi, assumere caratteristiche metastatizzanti.

## **SIGNIFICATO PROGNOSTICO DEL LINFONODO SENTINELLA FALSO NEGATIVO NEI PAZIENTI AFFETTI DA MELANOMA**

VINCENZO PANASITI,  
VALERIA DEVIRGILIIS,  
\*UGO BOTTONI,  
MICHELA CURZIO,  
MARIARITA ROSSI,  
VINCENZO ROBERTI,  
RITA CLERICO,  
STEFANO CALVIERI

*Dipartimento di Malattie Cutanee e  
Veneree e Chirurgia Plastica e  
Ricostruttiva, Università La Sapienza, Roma;  
\*Dipartimento di Dermatologia Università  
Magna Graecia, Catanzaro*

Il melanoma è un tumore altamente aggressivo la cui incidenza è in costante aumento nella popolazione caucasica. Lo spessore di Breslow, l'ulcerazione e la presenza di metastasi linfonodali rappresentano i principali fattori prognostici. Si definisce linfonodo sentinella (LS) il linfonodo che per primo drena la linfa da un territorio cutaneo. La tecnica, ideata da Morton nel 1992, è oggi ampiamente utilizzata per la stadiazione dei pazienti affetti da melanoma dal momento che l'eventuale positività del linfonodo sentinella rappresenta un fattore prognostico negativo. Per linfonodo sentinella falso negativo si intende una metastasi linfonodale nello stesso territorio del linfonodo sentinella precedentemente risultato negativo, come prima sede di ripresa della malattia. Attraverso uno studio retrospettivo abbiamo voluto valutare il valore prognostico del linfonodo sentinella nei pazienti seguiti presso il Dipartimento di Dermatologia dell'Università di Roma "La Sapienza", considerando in particolare l'influenza del linfonodo falso negativo sulla prognosi di questi pazienti.

---

# MELANOMA ACROMICO CHERATOACANTOMA- LIKE DEL VOLTO: VALUTAZIONE CLINICO- DERMATOSCOPICA ED OPZIONE RICOSTRUTTIVA

LEONARDO BUGATTI,  
GIORGIO FILOSA

*Unità Operativa di Dermatologia, ASUR  
Regione Marche ZT5, Jesi*

Gli Autori presentano il caso di una donna di 81 anni che da alcuni anni presenta una lesione rosea cherato-sica crateriforme a lenta crescita in sede temporale dx. Le caratteristiche dermatoscopiche mostrano principalmente un pattern vascolare atipico. La lesione viene asportata e la breccia riparata mediante un lembo cuneiforme di rotazione di Burow. La diagnosi istologica rileva trattarsi di un melanoma nodulare ulcerato (IV Clark, 4 mm Breslow), alla periferia della lesione concomita un nevo dermico. A questo punto non si procede allo studio del linfonodo sentinella, ma dopo un'adeguata stadiazione strumentale si effettua una radicalizzazione sulla cicatrice con ricostruzione mediante lembo "a cometa". Il caso ci permette di fornire delle peculiari considerazioni sulle caratteristiche clinico-dermatoscopiche inusuali del melanoma acromico cheratoacanthoma-like e di valutare la procedura chirurgica ricostruttiva ottimale.

## **RADIODERMITE CRONICA VULVARE (LICHEN SCLEROSUS-LIKE)**

FRANCESCA NICOLUCCI,  
NICOLETTA BERNARDINI,  
ILARIA PROIETTI,  
BRUNO GROSSI,  
DANIELE INNOCENZI

*Unità Operativa Complessa di  
Dermatologia, I Facoltà di Medicina e  
Chirurgia, Polo Pontino,  
Università La Sapienza, Roma*

Riportiamo il caso di una paziente di 74 anni che presentava, a livello vulvare, aree distrofiche, confluenti, di colorito bianco madreperlaceo, intensamente pruriginose, che conferivano alla zona un aspetto simil lichen sclerosus. Nel contesto della lesione erano presenti ulcerazioni e aree discheratosiche. La paziente faceva risalire l'inizio del quadro clinico a circa 10 anni prima, quando, in seguito a radioterapia per recidiva di un carcinoma del colon che aveva infiltrato il retto anteriore, notava la comparsa di chiazze eritematose in regione vulvare. Nel tempo l'obiettività clinica delle lesioni assumeva l'aspetto attuale e, progressivamente comparivano le lesioni ulcerative. Tra le diverse diagnosi differenziali cliniche considerate ricordiamo il lichen sclerosus vulvare con aree di trasformazione carcinomatosa rappresentate dalle zone ulcerate, la radiodermite cronica con ulcerazioni di natura distrofica, il lichen simplex chronicus e la vitiligine. Veniva eseguito un prelievo biotico e l'esame istologico evidenziava una radiodermite cronica con ulcerazione. Tali quadri sono indotti da radiazioni ionizzanti citotossiche sia mediante effetto diretto su molecole bersaglio, sia con effetto indiretto mediante produzione di radicali liberi. La radiosensibilità di una cellula è tanto maggiore quanto più alta è la sua attività proliferativa e quindi gli effetti collaterali della radioterapia sono dipendenti dal tessuto o dall'organo irradiato. La radioterapia adiuvante del colon-retto rappresenta una metodica di frequente esecuzione soprattutto nel trattamento delle recidive. Tale metodica si esegue irradiando la regione pelvica; la cute e le mucose possono, talora, andare incontro a danni acuti e cronici da radiazioni. Nella radiodermite acuta i segni sono precoci e si manifestano con eritema più o meno pruriginoso, essudazione e necrosi. Nella forma cronica la radiodermite si manifesta con radiodistrofia (atrofie, discromia, teleangectasie, sclerosi dermica), radionecrosi tardiva e possibilità di cancerizzazione che secondo la letteratura compare nel 25% circa dei casi.

# REAZIONI AVVERSE CUTANEE DEGLI INIBITORI DEL RECETTORE DELL'EPIDERMAL GROWTH FACTOR (EGFR): DESCRIZIONE DI UN CASO E REVISIONE DELLA LETTERATURA

ILARIA PROIETTI,  
\*FRANCESCA CALABRETTA,  
MARIA CONCETTA POTENZA,  
ALESSANDRA MAMBRIN,  
\*ENZO VELTRI,  
DANIELE INNOCENZI

*Unità Operativa Complessa di Dermatologia, I Facoltà di Medicina e Chirurgia, Polo Pontino, Università La Sapienza, Roma; \*Oncologia, Ospedale A. Fiorini di Terracina, ASL Latina*

Gli inibitori del recettore dell'epidermal growth factor (EGFRs) sono associati a peculiari e severe reazioni dermatologiche avverse. Cetuximab, gefitinib e soprattutto erlotinib sono farmaci utilizzati nel trattamento di pazienti affetti da carcinoma del colon-retto e nel non small cell carcinoma (NSCC) del polmone, refrattari o intolleranti alla chemioterapia convenzionale. Descriviamo il caso di un paziente caucasico di 46 anni, affetto da carcinoma NSC del polmone (T3N2M0) in terapia da circa 8 mesi con erlotinib, che presentava lesioni acneiformi diffuse su viso, tronco, arti superiori e inferiori e paronichia. Il paziente veniva trattato con macrolidi sistemici e steroidi topici con miglioramento del quadro clinico. L'evento avverso cutaneo secondario a trattamento con gli EGFRs più frequentemente osservato è un'eruzione il cui quadro istologico è caratterizzato da una pustola follicolare sterile. Generalmente non è richiesta la sospensione della chemioterapia ma spesso viene pregiudicata la vita di relazione di tali pazienti. Sebbene il preciso meccanismo etiopatogenetico di questa manifestazione non sia ben definito, esso è correlato all'inibizione dell'EGFR nella cute e può essere considerato un marker visibile dell'attività anti-tumorale e dell'efficacia terapeutica di tale classe di farmaci. È necessario individuare schemi terapeutici mirati per il trattamento della sintomatologia cutanea al fine di migliorare la qualità di vita di tali pazienti.

## INIBITORI EGFR E REAZIONI PAPULO- PUSTOLOSE

FRANCESCA TODARO,  
LEONARDO BUGATTI,  
MASSIMILIANO NICOLINI,  
GIORGIO FILOSA

*Unità Operativa di Dermatologia, ASL ZT5,  
Jesi*

Recentemente gli inibitori di EGFR sono stati approvati per l'utilizzo nella terapia dei tumori solidi. Tuttavia essi sono caratterizzati da alcune reazioni collaterali cutanee che costituiscono a volte un ostacolo alla terapia, anche se alcuni dati suggeriscono che esse sono correlate con un aumento dell'efficacia. Le reazioni avverse più frequenti sono: un rash papulo-pustoloso, la perionissi, anomalie nella crescita di peli (alopecia, tricomegalia), xerosi e prurito. Fra questi il rash papulo-pustoloso è il più frequente e si osserva dal 45% al 100% dei pazienti nelle prime due settimane di terapia. L'aspetto istologico dell'evento avverso è una follicolite, con infiltrato infiammatorio misto peri e interfollicolare e distruzione del follicolo. Gli AA descrivono la loro esperienza dopo utilizzo di Tarceva in pazienti affetti da carcinoma polmonare non a piccole cellule metastatizzato, che hanno sviluppato una reazione avversa acneiforme.

### **Bibliografia**

1. Jenny C, et al. Cutaneous side effects of epidermal growth factor receptor inhibitors: clinical presentation, pathogenesis, and management. *J Am Acad Dermatol* 2007;56:317-326
2. Agero AL, et al. Dermatologic side effects associated with the epidermal growth factor receptor inhibitors. *J Am Acad Dermatol* 2006;55:657-670
3. Robert C, et al. Cutaneous side-effect of kinase inhibitors and blocking antibodies. *Lancet Oncol* 2005;6:491-500

---

## **EFFETTI COLLATERALI CUTANEI DA CETUXIMAB: DUE CASI CLINICI**

MARIA TERESA UZZAUTO,  
FRANCESCA RUGGIERO,  
RAFFAELLA MANZO,  
PAOLA VITIELLO,  
DOMENICO GIORGIANO

*Unità Operativa Complessa di  
Dermatologia, Presidio Ospedaliero  
Tortora, Pagani (Sa), ASL Salerno 1*

Il cetuximab (Erbitux®) è un anticorpo monoclonale chimerico IgG1 diretto contro il recettore dell'EGFR. È indicato in combinazione con irinotecan per il trattamento di pazienti affetti da carcinoma metastatico del colon-retto. In corso di infusione possono verificarsi reazioni di ipersensibilità e dispnea, mentre nei giorni successivi all'inizio della terapia può comparire nelle aree seborroiche una reazione papulo-pustolosa follicolare, eritematosa e pruriginosa che, se grave, richiede la sospensione del cetuximab. Riportiamo la nostra esperienza a proposito di due pazienti oncologici in trattamento con cetuximab che hanno sviluppato effetti collaterali di pertinenza dermatologica.



# L'IMPORTANZA DELLA COLLABORAZIONE DERMATOLOGO- ONCOLOGO NEL TRATTAMENTO DELLA TOSSICITÀ DA CETUXIMAB: LA NOSTRA ESPERIENZA NEL CARCINOMA DEL COLON RETTO

VIRGINIA CALIENDO,

\*VIVIANA CONTU,

\*IVAN FACILISSIMO,

\*ROSELLA SPADI,

\*\*ANGELICA CIORBA,

\*\*LAURA FANCHINI,

\*ENRICA MILANESI,

\*PATRIZIA RACCA,

GIUSEPPE MACRIPÒ

*Dermatologia Chirurgica, Ospedale San Lazzaro e \*Centro Universitario di Ricerca Oncologica e \*\*Centro Oncologico ed Ematologico Subalpino, ASO S. Giovanni Battista, Torino*

Il carcinoma del colon-retto rappresenta una delle cause principali di morte nei paesi industrializzati. Per più di 40 anni il trattamento standard della malattia metastatica (mCRC) si è basato sulla terapia sistemica con 5-Fluorouracile al quale, negli ultimi anni, sono stati aggiunti chemioterapici, quali l'Oxaliplatino e l'Irinotecan, in grado di migliorare la mediana di sopravvivenza. Il trattamento di questi pazienti ha visto recentemente l'introduzione nella pratica clinica anche delle cosiddette "target therapies". Il Cetuximab, inibitore del recettore EGF, ha dimostrato di essere efficace in associazione con Irinotecan anche nel trattamento del mCRC refrattario al solo Irinotecan; la tossicità cutanea (rash follicolare, xerosi, paronichia, prurito) rappresenta l'evento avverso più frequente di tale associazione. Dal maggio 2004 all'ottobre 2006 34 pazienti affetti da mCRC EGFR-positivo sono stati sottoposti a terapia secondo schema Cetuximab 250 mg/mq settimanale (dose iniziale di carico di 400 mg/mq) ed Irinotecan 180 mg/mq ogni due settimane. 32 pazienti sono stati valutati per la risposta al trattamento e tutti (34) per la tossicità cutanea (settimanalmente per il primo mese e poi ogni due settimane). Le risposte osservate sono state: Risposta Completa in 1 paziente (3%); Risposta Parziale in 11 pazienti (37%); Stabilità di Malattia in 6 pazienti (20%) e Progressione di Malattia in 12 pazienti (40%). Le tossicità cutanee osservate sono state: di Grado 1 in 10 pazienti (29%), di grado 2 in 13 pazienti (38%) e di grado 3 in 4 pazienti (12%). Tutti gli effetti collaterali dermatologici sono risultati reversibili alla sospensione del trattamento citostatico. Abbiamo osservato una significativa correlazione tra la tossicità cutanea ed il tasso di risposta al trattamento. Per tale motivo, la collaborazione tra oncologo e dermatologo permette di pianificare una strategia terapeutica tale da consentire al paziente di mantenere la dose-intensity e contemporaneamente di migliorare la propria qualità di vita.

# SHOCK SETTICO DA PSEUDOMONAS AERUGINOSA DI NATURA IATROGENICA (AZATIOPRINA) IN PAZIENTE CON PEMFIGO VOLGARE

MASSIMO FRAZZITTA,  
LEONARDO ZICHICHI

*Unità Operativa di Dermatologia,  
Azienda Ospedaliera S. A. Abate, Trapani*

Viene presentato il caso di una paziente di 42 anni, affetta da pemfigo volgare, con notevole interessamento cutaneo (cuoio capelluto, tronco e arti superiori) e mucoso (congiuntiva, mucosa orale e vaginale). La paziente veniva inizialmente trattata con Prednisone (1 mg/kg/die) ma, dopo una iniziale risposta, a distanza di un mese si notava un peggioramento del quadro clinico che ci induceva ad aggiungere allo steroide l'azatioprina alla dose di 2 mg/Kg/die. Dopo circa tre settimane, la paziente che non aveva nel frattempo osservato i controlli ematochimici da noi consigliati, tornava alla nostra osservazione per astenia severa, pallore, ipersudorazione, epigastralgia ed iperpiressia (40°C). Veniva tempestivamente ricoverata presso la nostra U.O. e l'obiettività clinica evidenziava polipnea, tachicardia (155 b/m), ipotensione (80/50 mmHg). Gli esami ematochimici mostravano leucopenia severa: 420 U/l, P.C.R.: 43 mg/dl, attività protrombinica: 48%, creatinina: 1,6 mg/dl, AST: 46 U/l, ALT: 46 U/l, ipoproteinemia. Veniva posta diagnosi di shock settico da mielodepressione ed istaurata terapia di sostegno del circolo con emagel, soluzione Ringerlattato più Revivan ed antibiotica a largo spettro e si provvedeva a trasferire la paziente presso l'U.O. di ematologia in camera sterile. L'emocoltura, nel frattempo, risultava positiva per *Pseudomonas Aeruginosa* ad elevata carica. L'azatioprina è un agente immunosoppressivo che è comunemente utilizzato, da solo o in associazione ai cortisonici, nella terapia di numerose malattie cutanee: pemfigo volgare, lupus eritematoso, dermatomiosite, malattia di behçet, lichen planus etc. Il nostro caso clinico dimostra come la terapia con questo farmaco, i cui benefici clinici sono documentati in molte malattie dermatologiche, necessiti di controlli clinici ed ematochimici all'inizio ravvicinati e della collaborazione da parte del paziente. Si passeranno in rassegna le indicazioni ed i dosaggi del farmaco in ambito dermatologico e le modalità ottimali di follow-up ricavate dalla letteratura.

# EFFETTI COLLATERALI DELL'ASSOCIAZIONE LAPATINIB- CAPECITABINA: UN CASO CLINICO

PAOLA VITIELLO,  
MASSIMILIANO SCALVENZI

*Sezione di Dermatologia clinica,  
allergologica e venereologica,  
Dipartimento di Patologia Sistemica,  
Università Federico II, Napoli*

Il Lapatinib (Tykerb®) è un inibitore della attività tirosinocinasica del recettore dell'EGF (EGFR) che agisce anche su HER2. La Capecitabina (Xeloda®) è un profarmaco del 5-fluorouracile. L'associazione dei due farmaci si è dimostrata efficace nel trattamento del carcinoma della mammella in stadio avanzato o metastatico in pazienti che abbiano già assunto in prima istanza una terapia comprendente una antraciclina, un taxano o il trastuzumab. Tale terapia è solitamente ben tollerata, ma talvolta può accompagnarsi a diarrea, rash cutaneo (papule e pustole follicolari delle aree seborroiche del viso e del tronco), nausea, vomito, sindrome mano-piede, astenia, allungamento del tratto QT. Descriviamo il caso di una paziente femmina di 36 anni, giunta alla nostra osservazione ambulatoriale per la comparsa, dopo alcune settimane dall'inizio del trattamento a base di Lapatinib e Capecitabina per carcinoma mammario con metastasi al cervello e al fegato, di marcata paronichia e granulomi periungueali multipli, nonché di un rash eritematoso follicolare papulopustoloso a carico delle aree seborroiche del volto.

## Bibliografia

1. Ito Y, et al. Does Lapatinib, a small-molecule tyrosine kinase inhibitor, constitute a breakthrough in the treatment of breast cancer? *Breast Cancer* 2007;14:156-162
2. Bilancia D, et al. Lapatinib in breast cancer. *Ann Oncol* 2007;18(Suppl. 6):vi26-30
3. Webster-Gandy JD, et al. Palmar-plantar erythrodysesthesia (PPE): a literature review with commentary on experience in a cancer centre. *Eur J Oncol Nurs* 2007;11:238-246. Epub 2007 Mar 9
4. Tripathy D. Capecitabine in combination with novel targeted agents in the management of metastatic breast cancer: underlying rationale and results of clinical trials. *Oncologist* 2007;12:375-389

# REAZIONI AVVERSE CUTANEO-MUCOSE IN IPERURICEMICI TRATTATI CON ALLOPURINOLO

LUCA STINGENI,  
FRANCESCA RAPONI,  
PAOLO LISI

*Sezione di Dermatologia Clinica,  
Allergologica e Venereologica,  
Dipartimento di Specialità  
Medico-Chirurgiche e Sanità Pubblica,  
Università di Perugia*

Introduzione. L'iperuricemia, asintomatica e non, coinvolge il 5% circa della popolazione mondiale e ciò giustifica il crescente impiego di allopurinolo, l'unico inibitore purinico della xantina-ossidasi commercializzato in Italia. Gli altri farmaci impiegabili (uricosurici e gli uricolitici), utilizzabili solo in assenza di insufficienza renale, non sono infatti presenti in commercio (febuxostat, probenecid, benzbromarone, uricozyme) o hanno costo improponibile (rasburicase). Tuttavia, il 2% circa dei soggetti che assumono allopurinolo presentano effetti collaterali o eventi avversi, a prevalente estrinsecazione cutaneo-mucosa.

Materiali e metodi. Gli Autori presentano la casistica recentemente osservata e relativa a soggetti con reazioni avverse cutaneo-mucose in corso di trattamento con allopurinolo. Si tratta di 12 soggetti (5 femmine e 7 maschi, di età compresa tra 50 e 78 anni, media 63,4 anni) che, con un periodo di latenza nella maggior parte dei casi compreso tra 4 e 8 settimane, hanno presentato manifestazioni cliniche per lo più di tipo esantematico (soprattutto morbilliforme), con prevalente coinvolgimento del tronco e degli arti superiori. In 3 soggetti le manifestazioni cutanee coesistevano con segni e sintomi sistemici tipici della DRESS. Tutti i soggetti sono stati sottoposti a test cutanei allergodiagnostici (patch test, prick test e test intradermico) con allopurinolo e con il suo metabolita attivo, oxipurinolo; il test di scatenamento orale, eseguito in 7 soggetti, ha causato recidiva della sintomatologia in 6.

Commenti e conclusioni. Le problematiche gestionali dei pazienti con reazioni avverse cutaneo-mucose ad allopurinolo sono complesse per la mancanza in commercio di valide alternative terapeutiche. Inoltre, l'interpretazione patogenetica immunomediata, spesso chiamata in causa, non è suffragata dai deludenti risultati dei test cutanei allergodiagnostici, anche quando il test di scatenamento orale risulta positivo. In tali casi l'unica alternativa sembrerebbe essere rappresentata dalla desensibilizzazione, metodica non scevra di rischi e di difficile standardizzazione.

## **ECESSO DI PRESCRIZIONE DI DIETE PRIVE DI LATTE VACCINO NEI BAMBINI AFFETTI DA DERMATITE ATOPICA**

JO LINDA SINAGRA,  
BRUNO CAPITANIO

*Istituto Dermatologico San Gallicano,  
Roma*

La dermatite atopica è una dermatosi infiammatoria ad andamento cronico-ricidivante che colpisce circa il 10-12% dei bambini in età prescolare. La DA è considerata una malattia multifattoriale, scatenata dall'interazione di fattori genetici e ambientali. Nonostante gli allergeni alimentari siano considerati particolarmente importanti durante la prima infanzia (da 0 a 3 anni) e un'alta percentuale di bambini atopici presenti RAST e prick test positivi per gli allergeni alimentari, la reale prevalenza delle allergie clinicamente significative rimane ancora una questione aperta. Per il nostro studio, 206 pazienti atopici (età compresa tra i 4 e i 68 mesi) sono stati visitati sottoposti a RAST (caseina, alfa-lattoalbumina, beta-lattoglobulina), prick test e atopy patch per latte vaccino, eventualmente seguiti da test di provocazione orale aperto e in doppio cieco. I risultati hanno confermato un'incidenza significativamente bassa di allergie al latte vaccino, particolarmente evidente rispetto all'alta percentuale di diete di esclusione prescritte. Ciò sembra suggerire che le diete di esclusione, almeno per quanto riguarda il nostro territorio, siano prescritte in eccesso, e spesso senza un'adeguata valutazione allergologica.

# UN CASO DI Pioderma GANGRENOSO INSORTO SU MASTITE GRANULOMATOSA

LORENZA CRISANTE,  
PAOLO AMERIO,  
MATTEO AURIEMMA,  
ANTONIETTA CUPAIOLO,  
\*DELIA RACCIATTI,  
\*ELIGIO PIZZIGALLO,  
\*\*DOMENICO ANGELUCCI,  
ANTONIO TULLI

*Clinica Dermatologica e \*Clinica Malattie Infettive e \*\*Dipartimento Anatomia Patologica, Università G. D'Annunzio, Chieti*

Il Pioderma Gangrenoso (PG) è una malattia caratterizzata da ulcerazioni cutanee ad eziopatogenesi non nota. Nella metà dei casi si associa a malattie sistemiche tra cui le più frequenti sono malattie infiammatorie intestinali (colite ulcerativa, malattia di Crohn), malattie reumatologiche ed alcune neoplasie. La diagnosi di PG è solitamente posta per esclusione di patologie causanti ulcerazioni cutanee croniche quali le infezioni, le vasculiti, malattie del collagene, diabete, traumi o neoplasie. Spesso la comparsa della prima lesione viene riferita dai pazienti come il risultato di un trauma; tale processo è noto con il nome di Segno della Patergia. Nell'aprile del 2005 si è presentata presso la clinica chirurgica una donna di 77 anni, diabetica, per la presenza di una placca eritemato violacea a livello periareolare della mammella destra. All'istologia tale lesione mostrava la presenza di un'infiltrato linfoplasmacellulare, a disposizione perifollicolare con strutture ricordanti granulomi di cellule epitelioidi. Fu così fatta diagnosi di mastite granulomatosa plasmacellulare per cui la paziente si sottopose a quadrantectomia della regione interessata. Nel settembre del 2006, per la comparsa di ulcerazioni spontanee ricorrenti a livello della cicatrice chirurgica di precedente quadrantectomia, da cui fuoriusciva materiale siero purulento, veniva consultato uno specialista in malattie infettive. All'esame obiettivo si rilevava la presenza di adenopatia ascellare omolaterale; si decise così di eseguire un tampone dell'ulcera che risultò positivo per *Staphylococcus Aureus*. Per tale motivo si intraprese una terapia sistemica con Levofloxacina (500 mg/die per 7 giorni) e topica con Rifampicina e Sulfonamidi. Venivamo chiamati in consulenza e si poneva diagnosi per l'ulcera di Pioderma Gangrenoso confermata dal risultato istologico della biopsia effettuata per corroborare la diagnosi. Si presenta il caso interessante per la concomitante presenza di una Mastite Granulomatosa e di Pioderma Gangrenoso.

## **SINDROME DI SWEET ASSOCIATA AL CARCINOMA DEL COLON-RETTO: A PROPOSITO DI UN CASO**

VALERIA GASPARI,  
MASSIMINO NEGOSANTI,  
\*NUNZIO SALFI,  
CLAUDIO VAROTTI

*Sezione di Dermatologia, Dipartimento  
di Medicina Clinica Specialistica e  
Sperimentale e \*Unità Operativa di  
Anatomia e Istologia Patologica,  
Università di Bologna*

La sindrome di Sweet è una dermatosi neutrofila febbrile acuta caratterizzata clinicamente dalla presenza di febbre, leucocitosi neutrofila, papule, noduli e placche eritematose, di consistenza soffice, a limiti netti, dolenti alla pressione e localizzate prevalentemente al volto, allo scollato, al dorso ed agli arti superiori. Caratteristico è, inoltre, un diffuso infiltrato prevalentemente neutrofilo situato nella porzione superiore del derma. Insorge più spesso nelle donne di età compresa tra i 30 e i 50 anni, ed è sovente preceduta da una infezione delle vie aeree superiori. Tale sindrome è generalmente distinta in tre forme cliniche: una forma classica, una associata ai tumori maligni ed infine una farmaco-indotta. Per quanto concerne la forma associata ai tumori maligni o paraneoplastica, è noto come tale dermatosi possa precedere, seguire o essere concomitante con la diagnosi di tumore. Di conseguenza può rappresentare un prodromo cutaneo sia di un tumore viscerale in soggetti non ancora riconosciuti affetti da cancro, sia di una recidiva tumorale non sospettata in un paziente già oncologico. Le neoplasie più frequentemente associate alla sindrome di Sweet sono le neoplasie ematologiche, ed in particolare la leucemia mieloide acuta, le sindromi mielodisplastiche e mieloproliferative. In una percentuale minore di casi si possono riscontrare tumori solidi, tra cui i carcinomi del tratto genito-urinario, della mammella e del tratto gastroenterico. La terapia e la remissione della neoplasia correlata alla dermatosi è occasionalmente seguita dalla risoluzione delle manifestazioni cutanee. Riportiamo il caso di un uomo di 60 anni giunto alla nostra osservazione per la presenza di lesioni papulo-nodulari eritemato-violacee di consistenza molle, discretamente infiltrate, dolenti, localizzate al volto, allo scollato e agli arti superiori. Le manifestazioni cutanee si accompagnavano ad iperpiressia, astenia, malessere generalizzato e blefaro-congiuntivite. Gli esami ematochimici eseguiti rivelavano un innalzamento degli indici di flogosi ed una spiccata leucocitosi neutrofila. L'esame istologico di una lesione della nuca rivelava un edema del derma papillare, con un diffuso infiltrato flogistico a componente principalmente neutrofila con leucocitoclasia. Inoltre, dato il riscontro anamnestico di alte-

---

razioni recenti dell'alvo caratterizzate dalla presenza di feci brunastre e mal formate è stata da noi richiesta ricerca del sangue occulto fecale con esito positivo. La successiva pancoloscopia ha rilevato la presenza di un adenocarcinoma infiltrante del grosso intestino di tipo moderatamente differenziato la cui asportazione chirurgica ha comportato la risoluzione completa della sintomatologia cutanea. Abbiamo dunque posto diagnosi di sindrome di Sweet paraneoplastica, carcinoma-relata. Riportiamo il caso data la rarità delle forme di sindrome di Sweet associate a tumori solidi, la cui remissione solo occasionalmente può comportare la completa risoluzione del quadro cutaneo ad essi correlato.



---

# POSTERS

## LA DERMATOSCOPIA: UNO STRUMENTO... DELICATO

GABRIELLA FABBROCINI,  
ANNA BALATO,  
SARA CACCIAPUOTI,  
MARIA MARIANO,  
ORSOLA RESCIGNO

*Sezione di Dermatologia clinica,  
allergologica e venereologica,  
Dipartimento di Patologia Sistemica,  
Università Federico II, Napoli*

È ormai noto quanto l'analisi dermatoscopica rappresenti un utile strumento nella diagnosi delle lesioni pigmentate e non pigmentate della cute. Un suo uso appropriato richiede, però, notevole conoscenza ed esperienza clinica e dipende, inoltre, dalla difficoltà diagnostica delle lesioni esaminate. Infatti, nei casi in cui le lesioni siano difficilmente classificabili per l'assenza dei classici patterns dermatoscopici, anche l'occhio clinico esperto ha bisogno di rivalutare le immagini dermatoscopiche delle lesioni in esame. L'obiettivo del nostro studio è stato quello di valutare i valori di concordanza (Cohen's K) tra la diagnosi clinica (face to face) versus quella supportata dall'osservazione dermatoscopica tra dermatologi con buona esperienza in dermoscopia e dermatologi non esperti. Sono state esaminate 48 lesioni pigmentate e non, da 3 specialisti esperti e da 3 non esperti in campo dermoscopico. Tutte le lesioni sono state valutate prima clinicamente e poi dermoscopicamente con l'algoritmo diagnostico "7-point checklist", inoltre sono state tutte analizzate istologicamente. I nostri risultati dimostrano che l'osservazione dermoscopica può migliorare la sensibilità diagnostica, soprattutto quando praticata da clinici esperti in questo campo. In particolare, tale miglioramento diagnostico diveniva più evidente quando le lesioni cutanee, pigmentate e non, venivano considerate separatamente. Infatti, valori di concordanza elevati, si presentavano specialmente per quanto riguarda le lesioni pigmentate, sia per gli esperti che i non esperti. Differenze maggiori dei livelli di concordanza, tra i 2 gruppi di specialisti, si riscontravano, invece, nell'analisi delle lesioni non pigmentate, in particolare quando queste non presentavano i classici criteri dermatoscopici della 7-point checklist. In conclusione possiamo affermare che la dermoscopia consente di migliorare l'accuratezza diagnostica quando usata da un occhio esperto sia nelle lesioni pigmentate che non pigmentate. Tale miglioramento è evidente anche nel gruppo dei non esperti, ma solo per le lesioni pigmentate.

## TERAPIA DERMATOLOGICA: PIÙ “PAROLE” E MENO “MEDICINE”!!!

POMPEO DONOFRIO,  
RENATO CAPUTI,  
MARIA GRAZIA FRANZIA

*Sezione di Dermatologia clinica,  
allergologica e venereologica,  
Dipartimento di Patologia Sistemica,  
Università Federico II, Napoli*

Nell'ambito della pratica clinica quotidiana il rapporto medico/paziente è uno dei momenti più importanti e impegnativi per il dermatologo. Un'informazione completa ed esauriente sulla malattia, con un linguaggio semplice e di agevole comprensione nonché immediato e scientificamente corretto, costituisce un presupposto per la costruzione di una relazione tra medico e paziente. Tale comportamento attenua ansia e depressione, facilita il processo di adattamento alla malattia, consente la partecipazione alle scelte e rafforza l'intesa, consentendo di raggiungere gli obiettivi che ci si è posti. Forse con “più parole e meno medicine” è possibile dare al paziente la certezza di essere ascoltato e considerato come persona. Le notizie fornite al paziente devono essere adattate al bagaglio culturale, al livello d'istruzione, alla disponibilità a conoscere una realtà personale che può essere anche emotivamente impegnativa; affrontare le emozioni e le preoccupazioni del paziente è l'impegno richiesto al medico che si occupa delle malattie della pelle. L'uomo primitivo era spaventato dinanzi a tutto ciò che non riusciva a spiegarsi e le malattie della pelle sono tra quelle più discriminate dalla società e psicologicamente inaccettabili per chi ne è affetto: ne è un esempio la psoriasi che, anche se a Napoli diventa “rapsodia”, ma comunque la si chiami il suo significato e le sue implicazioni sono uguali in tutto il mondo. La gran parte dei medici focalizza l'attenzione soprattutto sull'aspetto “diagnostico e terapeutico”, dimenticando che dietro la malattia c'è comunque una persona che soffre. “L'alleanza terapeutica” tra medico e paziente rappresenta una carta vincente per entrambi.

## ACNE E AMBIENTE FAMILIARE

GABRIELLA FABBROCINI,  
SARA CACCIAPUOTI,  
\*CLAUDIA CAPASSO,  
GIUSEPPE MONFRECOLA

*Sezione di Dermatologia clinica,  
allergologica e venereologica,  
Dipartimento di Patologia Sistemica,  
Università Federico II, Napoli;  
\*Clinica Dermatologica, Università di  
Catania*

Le conoscenze che riguardano l'eziologia, la diagnosi e la terapia dell'acne sono da tempo valutate dalla evidence based medicine e godono di un valido e ormai strutturato supporto della letteratura internazionale. Non sono altrettanto numerosi i lavori scientifici relativi all'impatto psicologico della patologia acneica. È ormai noto che l'acne possa compromettere, in una società di forte immagine, quale quella attuale, il benessere psicologico, la capacità di relazione, la qualità della vita, fino ad indurre ad atti autolesivi. Spesso l'approccio terapeutico prescinde dell'approccio psicologico compromettendone la compliance. In accordo con le linee guida dell'Italian Acne Board, la Sezione di Dermatologia del Dipartimento di Patologia Sistemica dell'Università di Napoli Federico II ha attivato, da circa due anni, un ambulatorio nel quale si provvede ad una gestione globale del paziente acneico, documentandone la storia clinica e le terapie effettuate, con particolare attenzione all'impatto tramite un questionario sulla qualità della vita e sul disagio che la patologia crea nel singolo paziente al fine di ottenere un approccio globale e l'ottimizzazione del percorso terapeutico. Ma l'impatto della patologia acneica, talvolta, influisce anche sui genitori che sono coinvolti nella gestione del paziente acneico. A 163 genitori di pazienti acneici (età media genitori: 45,25; età media figli: 17,76) è stato somministrato un questionario in cui sono stati indagati alcuni aspetti importanti nella gestione della patologia acneica, patologia prevalentemente dell'età adolescenziale, allo scopo di valutare quanto essa possa incidere sul rapporto figlio-genitore. Dai dati emersi si evince come siano i genitori, talvolta ad attribuire scarsa importanza alla presenza di acne compromettendo il rapporto genitore-figlio. L'indagine dimostra quanto ancora le conoscenze sulle cause, il decorso e le terapie siano molto scarse con una inappropriata importanza attribuita a fonti non ufficiali e falsi miti come il ruolo della dieta e di pillole imprecise, indipendentemente dal livello culturale dei genitori intervistati. Il 90% ritiene il dermatologo la figura più indicata per risolvere il problema e, pertanto, è compito dello specialista interagire con tali genitori informandoli correttamente al fine di migliorare la compliance del paziente acneico.

## I PEELING COMBINATI

GABRIELLA FABBROCINI,  
SARA CACCIAPUOTI,  
\*CLAUDIA CAPASSO

*Sezione di Dermatologia clinica,  
allergologica e venereologica,  
Dipartimento di Patologia Sistemica,  
Università Federico II, Napoli;  
\*Clinica Dermatologica, Università di  
Catania*

Il peeling chimico è una forma accelerata e controllata di esfoliazione indotta dall'uso di una o più sostanze chimiche. Tali sostanze, applicate sulla pelle, sono in grado di provocare, a seconda dell'agente utilizzato, della sua concentrazione e del tempo di applicazione, una parziale o totale distruzione dell'epidermide. La rivisitazione della nostra casistica clinica ci permette di affermare che l'impiego dei peeling fa sì che un tessuto invecchiato o cicatriziale ed iperpigmentato faccia gradualmente spazio ad una cute meno danneggiata, una texture migliore e un'attenuazione considerevole sia degli esiti cicatriziali che delle iperpigmentazioni. In dermatologia il campo dei peeling è in continua evoluzione non solo per l'uso di nuove sostanze e per l'estensione dei campi di applicazione, ma anche per l'introduzione recente del cosiddetto "peeling combinato" vale a dire l'esecuzione quasi contemporanea di più peeling. Il peeling combinato, per il suo crescente potenziale terapeutico e ampio uso clinico, rappresenta la metodica di maggior interesse nell'ambito della dermocosmetologia moderna. L'associazione di diversi principi attivi consente di ottenere uno strumento potenziato in grado di operare efficacemente verso disordini cutanei, rispettando un preciso profilo di sicurezza e validità. Tali molteplici vantaggi, associati alle ampie potenzialità terapeutiche dei peeling combinati, ne giustificano l'ampia diffusione e il crescente uso clinico.

## STUDIO COMPARATIVO DI PRODOTTI SCHIARENTI IN ASSOCIAZIONE CON UN GENERATORE DI ONDE ELASTICHE NELLA TERAPIA DEL MELASMA

GABRIELLA CALABRÒ,  
EMANUELA FIAMMENGHI,  
LUCIA GALLO,  
FABIO AYALA

*Sezione di Dermatologia clinica,  
allergologica e venereologica,  
Dipartimento di Patologia Sistemica,  
Università Federico II, Napoli*

Tra i disordini della pigmentazione il melasma è la più frequente condizione d'ipermelanosi acquisita della cute, che coinvolge soprattutto le aree fotoesposte del volto e del tronco con rilevante danno estetico. Le macule, di colore variabile dal beige al marrone intenso, di forma irregolare, sono distribuite in maniera spesso simmetrica. Colpisce prevalentemente le donne (90%), l'età media di insorgenza è intorno ai 30 anni. Sono stati ipotizzati diversi fattori patogenetici: gravidanza, assunzione di contraccettivi orali, fattori genetici, cosmetici fotosensibilizzanti e fattori endocrini (distiroidismo, malattia di Addison), anche se l'esacerbazione della malattia è solitamente associata all'esposizione solare. Nel melasma la localizzazione spesso dermica del pigmento rende difficile la penetrazione del principio schiarente. È stato condotto uno studio comparativo su 40 pazienti di sesso femminile affette da melasma, al fine di valutare l'efficacia depigmentante di quattro prodotti schiarenti. Il trattamento è stato effettuato in associazione con un dispositivo medico che genera onde elastiche alla frequenza di 25 KHz (Mirato CS3®, Biorem-Italia). Queste inducono superficialmente disgregazione del corneo e, profondamente, movimenti convettivi biostimolatori facilitanti l'assorbimento dello schiarente (1,2). Le pazienti, scelte in maniera random (età media 34 anni) sono state suddivise in 4 gruppi di 10. Ogni gruppo è stato trattato con uno dei seguenti 4 prodotti schiarenti: siero contenente rucinolo 0,3% (Iklen®), lipogel contenente arbutina, magnesio ascorbil fosfato, acido kojico (Neokojic®), crema a base di acido kojico (Brunex®), emulsione contenente diacetilboldina, dipalmitato (Clairial®). Sono state eseguite due sedute settimanali per cinque settimane. Nell'intervallo tra le sedute alle pazienti veniva prescritta terapia domiciliare con lo stesso prodotto. La valutazione dell'efficacia dei prodotti depigmentanti è stata effettuata mediante esame clinico e strumentale (spettrocolorimetro, X-Rite®) con documentazione fotografica. I risultati ottenuti hanno dimostrato un'attività depigmentante pressappoco sovrapponibile dei quattro prodotti schiarenti. Infatti, in tutti i casi si è ottenuto un progressivo aumento dell'indice di luminosità (L\*) fino a 30 giorni

---

dalla sospensione del trattamento. L'associazione di un dispositivo generatore di onde elastiche nella terapia del melasma ha verosimilmente facilitato l'assorbimento transdermico potenziando l'attività depigmentante dei prodotti, come già dimostrato in altri studi (1,2).

### **Bibliografia**

- 1) Calabrò G, Barberio E, Battisti S, Santoianni P. Melasma e lentigo solare: potenziamento dell'assorbimento di schiaranti con onde elastiche. *Ann It Dermat Allergol Clin Sper* 2001;55:122-129
- 2) Santoianni P, Nino M., Calabrò G. Intradermal drug delivery by low frequency sonophoresis. *Dermatology Online Journal* 2004;10:24

## **INDUZIONE PERCUTANEA DEL COLLAGENE (NEEDLING): VALUTAZIONE CRITICA**

DANIELA BERETTA,  
MATTEO TRETTI CLEMENTONI,  
SILVIA PINELLI,  
MASSIMO SIGNORINI

*Istituto Dermatologico Europeo, Milano*

L'induzione percutanea del collagene (Needling) è una semplice tecnica chirurgica nata in South Africa. Un rullo (di differenti dimensioni per adattarsi alle diverse regioni anatomiche) sul quale sono montati molteplici aghi, viene ripetutamente passato sulla cute con un movimento di va e vieni. Questa manovra provoca numerosissime piccole emorragie nel derma. L'emorragia scatena la cascata coagulativa che prende spunto dall'aggregazione piastrinica. Da ciò deriva una imponente increzione di PDGF (Platelet Derived Growth Factor) e di altri fattori di crescita. Se questa manovra chirurgica è preceduta e seguita dalla regolare applicazione topica di alte dosi di vitamina A e vitamina C si assiste ad una grossa produzione e riarrangiamento di collagene. Gli Autori hanno utilizzato questa metodica a partire dal 2005 sia in pazienti con foto-invecchiamento grave sia in pazienti con cicatrici post-acneiche di grado massimo 3B sec. Goodman. Sono anche stati trattati pazienti con smagliature atrofiche. Il downtime dei pazienti è stato al massimo di 9gg con eritema post-trattamento della durata media di 15gg. In un solo caso si è assistito ad una recrudescenza acneica rapidamente controllata mediante antibiotico terapia per via orale. Non sono state osservate sequele a lungo termine. Tutti i pazienti sono stati clinicamente e fotograficamente valutati prima del trattamento e 6 mesi dopo lo stesso da 2 medici separatamente. La valutazione è stata eseguita utilizzando una modificazione della scala di Dover per quelli con foto-invecchiamento ed utilizzando sia il grading qualitativo che quello quantitativo di Goodman per coloro che presentavano esiti cicatriziali da acne. La comparazione dei dati ottenuti prima e 6 mesi dopo il trattamento utilizzando la scala di Dover modificata per i pazienti con fotoinvecchiamento e le scale quantitative e qualitative di Goodman per i pazienti con esiti cicatriziali post-acneici ha fornito risultati statisticamente significativi in entrambe le categorie di pazienti. I trattamenti eseguiti su pazienti con smagliature hanno fornito risultati molto incoraggianti anche se una valutazione statistica significativa richiederà una popolazione campione più elevata. In conclusione, gli Autori sostengono come questa tecnica chirurgica se correlata



---

ad una precedente e seguente corretta terapia topica possa portare a risultati soddisfacenti sia nel trattamento del foto-invecchiamento sia in quello delle cicatrici post-acneiche di grado lieve/moderato comportando, nello stesso tempo, un ridottissimo downtime e quindi una rapida ripresa della vita sociale dei pazienti.

## IPERIDROSI: NON SOLO TOSSINA BOTULINICA

MASSIMILIANO SCALVENZI,  
MARIA GRAZIA FRANCA,  
EMANUELA FIAMMENGHI,  
MARIO DELFINO

*Sezione di Dermatologia clinica,  
allergologica e venereologica,  
Dipartimento di Patologia Sistemica,  
Università Federico II, Napoli*

L'iperidrosi è una patologia caratterizzata da eccessiva produzione di sudore correlata a diversi substrati patologici (malattie neurologiche, psichiatriche, endocrine, dismetaboliche, etc.). La forma localizzata a palme, piante ed ascelle, molto diffusa, provoca non pochi disagi sia dal punto di vista fisico che psicologico per i quali spesso i pazienti affetti limitano la loro vita di relazione e le attività lavorative. Per decenni sottovalutata l'iperidrosi, diagnosticabile attualmente con numerosi test quali il test di Minor, i test colorimetrici, l'evaporimetria, la microneurografia e metodi neurofisiologici come lo Skin Sympatetic Response, è stimata colpire l'1-2% della popolazione. La varietà delle condizioni cliniche che sottendono alla malattia e alle sue modalità di presentazione, rendono la terapia dell'iperidrosi molto articolata: farmaci per uso topico o per infiltrazione, mezzi fisici, trattamenti chirurgici. Farmaci topici tra cui anticolinergici, astringenti ed anti-traspiranti possono migliorare la condizione. Il più efficace ed utilizzato è risultato il cloruro di alluminio esaidrato. Valida alternativa nelle forme più gravi è la ionoforesi, che utilizza un campo elettrico per indurre cambiamenti nella ghiandola sudoripara o introdurre medicinali. La terapia più moderna prevede l'infiltrazione di tossina botulinica nella cute interessata. Da circa tre anni ne è stato approvato l'utilizzo nell'iperidrosi ascellare, non ancora in quella palmare; anche se viene comunemente praticata. Esistono sette tipi di tossina botulinica, ma attualmente sono commercializzate solo la A e la B. Le terapie chirurgiche, riservate a casi molto selezionati, prevedono tecniche di tipo ablativo con l'asportazione in toto delle ghiandole sudoripare e tecniche di tipo denervativo delle ghiandole stesse (simpaticectomia). La Clinica Dermatologica dell'Ateneo Federiciano è Centro di coordinamento e riferimento regionale per il trattamento dell'iperidrosi.

## **ULCERE CUTANEE CRONICHE E OMOCISTEINEMIA: IMPLICAZIONI TERAPEUTICHE**

STEFANO VERALDI,  
VALENTINA TREVISAN,  
ROSSANA SCHIANCHI,  
LUISA LUNARDON,  
MARIA CHIARA PERSICO,  
CLAUDIA FRANCIA,  
SILVIA BOTTINI

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

Gli autori presentano i risultati preliminari relativi a un gruppo di pazienti con ulcere cutanee croniche in cui è stata dosata l'omocisteinemia. Sono discusse le implicazioni prognostiche della molecola, nonché il suo controllo con l'acido folico.

## IL GLICEROFOSFO- INOSITOLO SALE DI COLINA TOPICO NELLE DERMATITI INFIAMMATORIE E ALLERGICHE

MARCELLO INNOCENTI,  
\*PAOLO DANIELE PIGATTO,  
\*STEFANO VERALDI

*Istituto Dermatologico Europeo, Milano;  
\*Istituto di Scienze Dermatologiche,  
Ospedale Maggiore, Policlinico  
Mangiagalli e Regina Elena, IRCCS,  
Università di Milano*

Il glicerofosfoinositolo (GPI) sale di colina è un precursore della sintesi dei fosfolipidi delle membrane cellulari. Il GPI si lega agli acidi grassi, in particolare all'acido arachidonico in posizione 2, generando il fosfaditilinositolo, uno dei principali fosfolipidi di membrana. Questo "sequestro" dell'acido arachidonico – precursore della sintesi di importanti mediatori dell'infiammazione, come i leucotrieni e le prostaglandine – determina un effetto anti-infiammatorio. Nel prodotto finito a base di GPI sono inoltre presenti colina, glicerolo e inositolo. L'attività del GPI è stata studiata in 33 pazienti caucasici (10 maschi e 23 femmine, di età compresa tra 19 e 75 anni e con un'età media di  $43,1 \pm 15,6$  anni), affetti da dermatite irritante/irritativa da contatto (18 pazienti), dermatite atopica (8 pazienti) e dermatite allergica da contatto (7 pazienti), di gravità da lieve a intermedia. Il GPI è stato applicato sotto forma di crema all'1% tre volte al giorno per tre settimane. Non sono stati utilizzati altri prodotti o farmaci topici o sistemici o la fototerapia. È stato permesso solo l'utilizzo di un detergente. I parametri valutati sono stati l'eritema, la xerosi e il prurito. Tutti i pazienti sono risultati valutabili alla fine dello studio. L'eritema è migliorato in 10/33 pazienti (30,3%) (risultato statisticamente significativo:  $p < 0,05$ ). Solo un paziente ha riferito un peggioramento. La xerosi è migliorata in 13 pazienti su 33 (39,4%): questi dati sono statisticamente significativi ( $p < 0,01$ ). Solo un paziente è peggiorato. Il prurito è migliorato in 14 pazienti su 33 (42,4%): il risultato è statisticamente significativo ( $p < 0,01$ ). Solo un paziente è peggiorato. In base al giudizio dello sperimentatore, il 15,2% dei pazienti è guarito e il 30,3% è migliorato (totale dei pazienti guariti o migliorati: 45,5%). Nel 54,6% dei casi il trattamento è stato giudicato non soddisfacente. In nessun paziente sono stati osservati effetti collaterali. Il 51,5% dei pazienti ha giudicato il prodotto soddisfacente (12,1% di pazienti guariti e 39,4% di pazienti migliorati). Nel 48,5% dei casi il trattamento è stato giudicato non soddisfacente. La tollerabilità è stata giudicata eccellente dal 60,6% dei pazienti, buona dal 36,4% e scarsa dal 3%. In nessun paziente sono stati riferiti effetti collaterali. Nonostante le caratteristiche

---

metodologiche di questo studio (pilota e aperto, peraltro basato su un buon numero di pazienti valutabili), si può affermare che il GPI si è dimostrato un prodotto efficace in una buona percentuale di pazienti. Infatti, il GPI si è dimostrato efficace in tutti i parametri valutati [eritema: 10/33 pazienti migliorati (30,3%); xerosi: 13/33 pazienti migliorati (39,4%); prurito: 14/33 pazienti migliorati (42,4%)]. Il GPI si può quindi considerare, sulla base di questi risultati, un prodotto con buone proprietà idratanti e lenitive. La mancanza di effetti collaterali testimonia inoltre la sicurezza di impiego del prodotto. Ulteriori studi, basati su casistiche più ampie e controllati, sono peraltro necessari per confermare questi risultati.

## DERMATITE PAPULO-EROSIVA DI JACQUET-SEVESTRE: QUALE TERAPIA?

FRANCESCA GHITTI,  
SARA LANZA SILVERI,  
TERESA SISTO,  
ANDREA PARADISI,  
CRISTINA GUERRIERO,  
RODOLFO CAPIZZI,  
PIERLUIGI AMERIO

*Istituto di Dermatologia e Venereologia,  
Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma*

La dermatite papulo-erosiva di Jacquet-Sevestre è una rara dermatite irritativa da pannolino descritta per la prima volta nel 1905 da Sevestre caratterizzata dall'insorgenza a livello della regione genitale e perianale di papule e noduli ombelicati di colorito rosso-violaceo, evolventi in erosioni o ulcerazioni a lenta risoluzione. La patogenesi di tale dermatite riconosce l'incontinenza urinaria e fecale aggravate dell'attrito della cute con il pannolino e dalla persistenza di detergenti residui. La diagnosi è prevalentemente clinica. Il trattamento si avvale di pasta all'acqua e ossido di zinco, antinfiammatori non steroidei, antibiotici e sucralfato per uso topico. Descriviamo i casi clinici di due pazienti di 3 e di 10 anni affetti rispettivamente da sindrome di Currarino e spina bifida per cui presentavano incontinenza fecale e urinaria. Si presentavano alla nostra osservazione per la presenza da circa un anno di lesioni papulo-nodulari, erosioni ed ulcerazioni localizzate a livello della regione perineale. Sulla base dei dati clinico-anamnestici veniva posta diagnosi di dermatite di Jacquet-Sevestre. I pazienti venivano, pertanto, sottoposti a cicli di terapia topica con eosina in soluzione acquosa al 2%, pasta all'acqua, ossido di zinco e sucralfato. Sebbene in letteratura siano riportati casi di dermatite di Jacquet-Sevestre responsivi all'ossido di zinco<sup>1</sup> e al sucralfato<sup>2</sup>, nei nostri pazienti tali trattamenti hanno dato solo remissioni parziali e temporanee. Segnaliamo tali casi per la rarità della patologia e per la particolare resistenza alle terapie convenzionali effettuate, sottolineando l'importanza di eliminare i fattori causali qualora i trattamenti utilizzati non si dimostrassero risolutivi.

### Bibliografia

1. Hara M, Watanabe M, Tagami H. Jacquet erosive diaper dermatitis in a young girl with urinary incontinence. *Pediatr Dermatol* 1991;8:160-161
2. Markham T, Kennedy F, Collins P. Topical sucralfate for erosive irritant diaper dermatitis. *Arch Dermatol* 2000;136:1199-1120

## **EFFICACIA E SICUREZZA DEL TACROLIMUS 0,1% UNGUENTO NEL LICHEN EROSIVO DEL CAVO ORALE E NEL GRANULOMA ANULARE: DESCRIZIONE DI QUATTRO CASI CLINICI**

TERESA GRIECO,  
CARMEN CANTISANI,  
MARIARITA ROSSI,  
\*DANIELE INNOCENZI,  
YULIA TERSKOVA,  
CLAUDIA MARSECANO,  
ISABELLA GUERRISI,  
STEFANO CALVIERI

*Dipartimento assistenziale di Dermatologia  
e Chirurgia Plastica e Ricostruttiva e \*Unità  
Operativa Complessa di Dermatologia,  
Polo Pontino, Università La Sapienza, Roma*

Il tacrolimus (FK-506) è un macrolide immunosoppressore registrato sotto forma di unguento nel trattamento dei pazienti con dermatite atopica da moderata a grave, che non rispondono alla terapia convenzionale con corticosteroidi (1-2). Agisce inibendo l'attivazione della calcineurina, enzima citoplasmatico coinvolto nella traslocazione nucleare del NF-AT, fattore di trascrizione per il gene dell'IL-2. L'inibizione della trascrizione calcio-dipendente dell'IL-2 blocca, quindi, l'attivazione e la proliferazione delle cellule T. Sebbene il suo ruolo nel trattamento della dermatite atopica sia stato ben documentato sono stati riportati in letteratura numerosi casi studio sulla sua efficacia e sicurezza nel trattamento di varie dermatosi infiammatorie immuno-mediate (3-4). Riportiamo quattro casi emblematici sull'efficacia del tacrolimus 0,1% unguento nel trattamento del granuloma anulare localizzato, diffuso e nel lichen erosivo del cavo orale.

Parole chiave: calcineurina-granuloma anulare-immunosoppressori-lichen erosivo.

### **Bibliografia**

1. Madan V, Griffiths CE. Systemic ciclosporin and tacrolimus in dermatology. *Dermatol Ther* 2007;20:239-250
2. Carroll CL, Fleischer AB Jr. Tacrolimus ointment: the treatment of atopic dermatitis and other inflammatory cutaneous disease. *Expert Opin Pharmacother* 2004
3. Rallis E, Korfitis C, Gregoriou S, Rigopoulos D. Assigning new roles to topical tacrolimus. *Assigning new roles to topical tacrolimus. Expert Opin Investig Drugs* 2007;16:1267-1276
4. Shichinohe R, Shibaki A, Nishie W, Tateishi Y, Shimizu H. Successful treatment of severe recalcitrant erosive oral lichen planus with topical tacrolimus. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2007;21:554-556

## CHERATOSI ATTINICHE E IMIQUIMOD: FOLLOW-UP...

POMPEO DONOFRIO,  
MARIA GRAZIA FRANZIA,  
ANGELO PAPA,  
PAOLA VITIELLO,  
RENATO CAPUTI,  
PAOLA DONOFRIO,  
MASSIMILIANO SCALVENZI

*Sezione di Dermatologia clinica,  
allergologica e venereologica,  
Dipartimento di Patologia Sistemica,  
Università Federico II, Napoli*

La cheratosi attinica rappresenta un indicatore di eccessiva esposizione cumulativa al sole e nello stesso tempo costituisce un possibile precursore del carcinoma spinocellulare invasivo. La sua incidenza è in aumento in tutti i Paesi del mondo determinando ripercussioni sulla morbilità e sulla spesa sanitaria. Molteplici sono le terapie utilizzate per trattare queste lesioni: crioterapia, laser CO<sub>2</sub>, terapia fotodinamica, topici come la tretinoina, il diclofenac, il 5-fluorouracile ecc. Nel corso degli ultimi anni numerosi studi clinici hanno dimostrato l'efficacia terapeutica e la tollerabilità dell'imiquimod crema al 5% nel trattamento delle cheratosi attiniche. Basandoci su una raccolta anamnestica di dati clinici effettuati presso la Clinica Dermatologica dell'Università di Napoli "Federico II" riportiamo la nostra esperienza. Sono stati selezionati 28 pazienti di età compresa tra 44-80 anni di cui 11 di sesso maschile e 17 di sesso femminile; 15 pazienti dei 28 avevano già praticato altre terapie (crioterapia, diclofenac al 3% in acido ialuronico al 2,5%, 5-fluorouracile). I pazienti, dopo consenso informato, avevano applicato la crema a base di imiquimod al 5% in monoapplicazione giornaliera per 3 giorni alla settimana a sere alterne per 4-6 settimane. All'inizio del trattamento e durante le visite di controllo le lesioni erano state fotografate. Era stato previsto un follow-up a 3 e 6 mesi. La regressione clinica era stata osservata mediamente dopo 2-4 settimane di terapia. L'imiquimod 5% crema può rappresentare una valida alternativa terapeutica domiciliare nella gestione della cheratosi attinica, soprattutto in presenza di lesioni multiple e in soggetti che richiedono un risultato estetico soddisfacente.



## MORBO DI BOWEN ACROPOSTO TRATTATO CON IMIQUIMOD CREMA 5%

ROBERTA BILENCI,  
CHIARA PISANI,  
MARIELE DE PAOLA,  
MARGHERITA VESSIO,  
ANDREA ANDREASSI,  
LUCIO ANDREASSI,  
MICHELE FIMIANI

*Dipartimento di Medicina Clinica e Scienze  
Immunologiche, Sezione di Scienze  
Dermatologiche, Università di Siena*

Donna di 82 anni giunta alla nostra osservazione nel dicembre del 2006 per la comparsa da circa 10 mesi di una lesione eritematosa indolente locata sul III dito della mano sinistra. All'esame obiettivo era presente a livello del dorso della seconda falange una chiazza di colore rossastro di circa 3 cm di diametro, di forma irregolarmente ovalare e limiti abbastanza netti, ricoperta in parte da squamo-croste, scarsamente infiltrata alla base. La paziente aveva applicato per circa 2 mesi un topico steroideo senza apparenti modificazioni significative. L'esame istologico effettuato confermò la diagnosi clinica di Morbo di Bowen (MB). Vista la sede del tumore e le scadenti condizioni generali della paziente è stata intrapresa terapia locale con imiquimod 5% crema alla posologia di 1 applicazione al giorno per 4 giorni consecutivi alla settimana per un totale di 6 settimane di trattamento. Il farmaco è stato ben tollerato ed alla visita di controllo, effettuata dopo la fine del trattamento, si è potuta registrare la guarigione clinica della lesione. I follow-up successivi, effettuati ogni 30 giorni fino al mese di novembre 2007, non hanno evidenziato segni di ripresa della malattia. Il MB è una forma di epiteloma squamocellulare in situ originariamente descritto nel 1912, che in genere colpisce le zone di cute fotoesposta dei soggetti anziani. La sua insorgenza è favorita dall'assunzione di arsenico, dalla fotoesposizione e dalla immunodepressione. Nel 31% dei casi di MB è stata inoltre evidenziata la presenza di DNA di Human papilloma virus. Secondo i dati della letteratura l'evoluzione verso un carcinoma spinocellulare è molto lenta e si attesta attorno al 5% dei casi. Anche per il MB a sede digitale sono state proposte molte terapie, sia chirurgiche (exeresi a lama fredda, elettrocoagulazione, CO<sub>2</sub>, laser terapia, crioterapia con N<sub>2</sub>), che farmacologiche (terapia fotodinamica con 5 ALA, 5-Fluorouracile), ognuna delle quali presenta vantaggi e svantaggi dovuti a molti fattori quali, in primo luogo, le dimensioni e la sede stessa della lesione e quindi le possibili complicazioni (ad es cicatrici retraenti con perdita della funzionalità del dito), oltre che le condizioni generali del paziente, la disponibilità ed il costo del trattamento stesso e le possibili recidive. Dai dati della letteratura emerge che

---

l'imiquimod, un immuno response modifier ad uso topico, si è dimostrato efficace nel trattamento del MB: è stato infatti usato con successo nella terapia di lesioni localizzate al volto, agli arti inferiori ed alla regione ano-genitale. A quanto ci risulta il nostro è il primo caso di MB acroposto trattato con imiquimod.

#### **Bibliografia**

- Cox NH, Eedy DJ, Morton CA. Guidelines for management of Bowen's disease: 2006 update. Br J Dermatol 2007;156:11-21

## SARCOMA DI KAPOSI CLASSICO: ESPERIENZE DI TRATTAMENTO

ROSSELLA DI TROLIO,  
EMANUELA FIAMMENGHI,  
MARIO DELFINO,  
\*GIUSEPPE DI LORENZO

*Sezione di Dermatologia clinica,  
allergologica e venereologica,  
Dipartimento di Patologia Sistemica e  
\*Cattedra di Oncologia Medica,  
Dipartimento di Endocrinologia ed  
Oncologia Molecolare e Clinica,  
Università Federico II, Napoli*

Il sarcoma di Kaposi classico (CKS) è una rara neoplasia che colpisce soprattutto soggetti in età avanzata ed è caratterizzata da evoluzione clinica variabile. Il decorso è solitamente lento, ma talvolta la neoplasia progredisce rapidamente e coinvolge anche gli organi interni. Data la storia naturale variabile del CKS, uno schema terapeutico standardizzato risulta difficoltoso. Le terapie finora in uso per il sarcoma di Kaposi non riescono a contrastare la tendenza alla recidiva di questa malattia quando il trattamento viene sospeso, per cui questi pazienti sono candidati a “curarsi” tutta la vita. I trattamenti sono di solito basati sul grado di estensione della malattia, sull’entità del coinvolgimento sistemico, sulla compromissione della qualità della vita e sul profilo immunitario del paziente. Una semplice sorveglianza in assenza di terapia è proponibile in presenza di poche lesioni agli arti, stabili o in progressione molto lenta. Una terapia locale è indicata in presenza di singole lesioni vegetanti, ulcerative o dolorose. Questa va dall’escissione chirurgica alla distruzione con mezzi fisici, alla infiltrazione di chemioterapici. La terapia sistemica (in mono o poli chemioterapia) si impone in presenza di progressione rapida e/ o compromissione di organi interni. Tra queste di recente è stata segnalata la doxorubicina liposomiale peghilata (PLD).

## ESPERIENZA DI TRATTAMENTO DELLA MICOSI FUNGOIDE CON UVB A BANDA STRETTA E BEXAROTENE

ANTONELLO BALDO,  
ROSSELLA DI TROLIO,  
EMANUELA FIAMMENGHI,  
MARIA GRAZIA FRANCA,  
MARIO DELFINO

*Sezione di Dermatologia clinica,  
allergologica e venereologica,  
Dipartimento di Patologia Sistemica,  
Università Federico II, Napoli*

La micosi fungoide, il più comune linfoma cutaneo a cellule T a basso grado di malignità, ha un decorso molto lento ed aspetti clinico-morfologici variabili. Obiettivamente si presenta in forma di chiazze eritemato-squamose, placche infiltrate o noduli tumorali ad estensione e spessore mutevoli, accompagnati o meno da sintomi soggettivi (prurito) o compromissione sistemica. Tutto ciò rende l'approccio terapeutico modulato allo stadio ed alla evolutività della malattia. Accanto ai classici trattamenti con steroidi topici e sistemici, PUVA terapia, interferone alfa, retinoidi (anche in combinazione con la fototerapia) è stato sperimentato di recente il trattamento con una nuova classe di retinoidi, i rexinoidi, di cui fa parte il bexarotene, ormai autorizzato all'uso. Il bexarotene è un retinoide sistemico capace di inibire la crescita cellulare per induzione dell'apoptosi dei linfociti T mediante l'attivazione dei recettori RXR dei retinoidi. Nonostante gli effetti collaterali, relativamente comuni, tra cui ipotiroidismo, ipercolesterolemia ed ipertrigliceridemia, il bexarotene trova attualmente posto nel trattamento della micosi fungoide per la discreta maneggevolezza ed efficacia. Per ottimizzarne i vantaggi e ridurre gli effetti collaterali di recente ne è stato studiato l'uso in associazione con la fototerapia con UVB a banda stretta. Riferiamo sulla nostra esperienza in 2 casi di micosi fungoide allo stadio II che abbiamo trattato con tale associazione per circa 6 mesi.

## REGRESSIONE DI UN CARCINOMA A CELLULE DI MERKEL DEL CUOIO CAPELLUTO DOPO ELETTROCHEMIOTERAPIA

PIETRO CURATOLO,  
MONICA MANCINI,  
ARIANNA RUGGIERO,  
RITA CLERICO,  
MIRKO FRASCA,  
\*PASQUALE FRASCIONE,  
STEFANO CALVIERI

*Dipartimento di Malattie Cutanee e  
Veneree e Chirurgia Plastica e  
Ricostruttiva, Università La Sapienza, Roma;  
\*ISSD di Dermatologia Oncologica, IFO,  
Istituto Nazionale Tumori Regina Elena,  
IRCCS, Roma*

L'elettrochemioterapia (ECT) è una modalità di trattamento locale di tumori primitivi della cute, di metastasi cutanee e sottocutanee, basato sull'elettroporazione dei tessuti. L'applicazione, sulle lesioni tumorali, di treni di impulsi bifasici con appropriato voltaggio, determina l'apertura transitoria di micropori e di macropori nella membrana cellulare, permettendo una maggiore captazione di farmaci antiblastici altrimenti poco permeanti. Presentiamo il caso di un paziente di 83 anni con un esteso carcinoma a cellule di Merkel del cuoio capelluto, trattato con la suddetta metodica. Il carcinoma a cellule di Merkel è una rara neoplasia di probabile origine neuroendocrina, contraddistinta da un'elevata aggressività biologica con predisposizione alla invasione linfonodale regionale e alla disseminazione metastatica. Predilige le regioni fotoesposte, prevalentemente collo, viso ed arti superiori. L'intervento terapeutico consiste nella radicale e, ove possibile, precoce escissione chirurgica, seguita dalla radioterapia, allo scopo di ridurre la percentuale di recidive a distanza. Dopo un solo ciclo di elettrochemioterapia abbiamo ottenuto la completa regressione della neoplasia, documentata anche sul piano istologico. Tale risultato ci permette di affermare che ECT può essere considerata una valida alternativa alle terapie standard, consentendo una radicale risoluzione della patologia.

## ACITRETINA E CRIOTERAPIA: “TOLGONO IL MEDICO DI TORNO” E ANCHE IL PAZIENTE

POMPEO DONOFRIO,  
ANGELO PAPA,  
PAOLA VITIELLO,  
MARIA GRAZIA FRANCA

*Sezione di Dermatologia clinica,  
allergologica e venereologica,  
Dipartimento di Patologia Sistemica,  
Università Federico II, Napoli*

Paziente di 32 anni, affetto da 4-5 anni da psoriasi a placche medio-grave con interessamento ungueale e delle grandi pieghe. Alla nostra osservazione per la comparsa da circa 2-3 mesi in regione perianale di verruche ano-genitali floride. In sede perianale le neoformazioni si addentravano a livello della mucosa con notevoli disturbi funzionali. Per il paziente veniva richiesta una consulenza chirurgica. Nell'attesa della decisione del chirurgo, che rifletteva sui possibili postumi (incontinenza!?) dell'iter operativo: dapprima creazione di un ano artificiale e successiva escissione delle neoformazioni, noi dermatologi, non solo per soddisfare l'insistenza terapeutica del paziente, ma anche per non “farci togliere di torno” l'abbiamo trattato con acitretina per os e crioterapia. Dopo un mese di trattamento abbiamo osservato non solo la quasi completa regressione delle manifestazioni psoriasiche ma anche quella delle verruche sia in sede perianale che genitale.

## IMPIEGO DELLA TALIDOMIDE E DELLA FOTOFERESI EXTRACORPOREA NEL TRATTAMENTO DELLO SCLEROMIXEDEMA

FRANCESCA LUPI,  
SABATINO PALLOTTA,  
\*ALESSANDRO MONOPOLI,  
\*CLAUDIO BARBIERI,  
\*MARIA ANTONIETTA PILLA,  
\*\*ANGELO VALERIO MARZANO,  
PIETRO PUDDU

*Dipartimento di Immunodermatologia,  
V Divisione Dermatologia e \*III Divisione di  
Dermatologia, Istituto Dermopatico  
dell'Immacolata, IRCCS, Roma;  
\*\*Istituto di Scienze Dermatologiche,  
Ospedale Maggiore, Policlinico  
Mangiagalli e Regina Elena, IRCCS,  
Università di Milano*

Lo scleromixedema è una mucinosi cutanea caratterizzata da un'eruzione papulare e lichenoida generalizzata, deposizione di mucina, aumento della proliferazione dei fibroblasti, fibrosi e gammopatia monoclonale in assenza di patologia tiroidea. Colpisce in egual modo entrambi i sessi, in un'età compresa tra i 30 ed 80 anni. Le manifestazioni extracutanee possono coinvolgere l'apparato cardiovascolare, quello muscolo-scheletrico e quello cardiologico. Descriviamo il caso di un paziente di 64 anni giunto alla nostra osservazione con la diagnosi di scleromixedema e sottoposto a terapia steroidea ed antistaminica sistemica per circa tre mesi con scarso beneficio. Dopo aver effettuato indagini ematochimiche e strumentali, che confermavano la diagnosi di scleromixedema, abbiamo deciso di iniziare terapia con talidomide 100 mg/die associata a sedute di fotoforesi extracorporea con notevole miglioramento del quadro clinico già dopo pochi mesi. A nostro avviso, quindi, l'impiego combinato della talidomide e della fotoforesi extracorporea rappresenta una valida opzione terapeutica nella cura dello scleromixedema, patologia rara e di difficile inquadramento terapeutico.

## TRATTAMENTO CON IPL DELLA “MALEDIZIONE DEI CELTI”

MATTEO TRETTI CLEMENTONI,  
PATRIZIA GILARDINO,  
GABRIELE F. MUTI,  
MASSIMO SIGNORINI

*Istituto Dermatologico Europeo, Milano*

**Introduzione.** L'acne rosacea è una affezione cronica che interessa le regioni centrali convesse del volto che, a volte, può colpire il cuoio cappelluto e la regione oculare. È una malattia molto comune ma spesso sotto-stimata. È calcolato che colpisca circa 14 milioni di Nord Americani mentre in Europa la sua prevalenza è del 10%. L'eziologia e la patogenesi di questa malattia rimangono a tutt'oggi non chiare e numerose sono state le teorie proposte a questo riguardo. I lasers e l'IPL possono essere considerati, in associazione con terapie topiche e sistemiche, efficaci nel trattamento delle alterazioni vascolari di questa malattia.

**Obiettivi.** Scopo del lavoro è valutare efficacia ed eventuali effetti collaterali dell'IPL nel trattamento delle lesioni vascolari e dell'eritema dell'acne rosacea. **Materiali e Metodi.** Dall'Ottobre 1998 all'Ottobre 2007, 672 pazienti consecutivi presentanti il sottotipo eritematoteleangectasico dell'acne rosacea sono stati sottoposti a un ciclo di trattamento con IPL. I pazienti presentavano un fototipo variabile (Fitzpatrick I-IV) ed una età media di 43,1 anni. Il numero totale dei trattamenti è stato di 2843 con una media per paziente di 4,23. I cut-offs utilizzati variavano da 515 a 615 nm, le durate degli impulsi variavano da 2,4 a 6 msec., il numero degli impulsi è variato da 1 a 3, il delay time è variato da 15 a 30 msec. mentre le fluences utilizzate sono variate da 13 a 56 J/cm<sup>2</sup>. I pazienti sono stati clinicamente e fotograficamente valutati prima del trattamento e 6 mesi dopo la fine dello stesso. Durante quest'ultimo follow-up gli stessi hanno anche compilato un questionario DLQI modificato onde valutare la modificazione degli aspetti psicologici della loro vita che il trattamento aveva determinato. I pazienti sono quindi stati valutati annualmente allo scopo di scorgere l'eventuale presenza di recidive.

**Risultati.** L'86,01% dei pazienti ha presentato una scomparsa delle teleangectasie, l'83,92% ha presentato una nettissima riduzione del flushing, l'82,73% ha presentato una riduzione dell'eritema non transitorio mentre il 78,13% ha presentato una riduzione dei sintomi soggettivi (sensazione di bruciore e di pizzicore). Come effetti collaterali si devono segnalare: porpora nel 4,91% dei casi, “footprints” transitori nel



---

6,85% dei casi, piccole ustioni nel 7,59% dei casi e iperpigmentazioni transitorie nel 2,23% dei casi. Questi dati diventano veramente molto più bassi se correlati al numero totale dei trattamenti e non al numero dei pazienti (porpora 1,16%, “footprints” transitori 1,61%, piccole ustioni 1,79% e iperpigmentazioni transitori 0,52%). Dall’analisi dei DLQI è emerso come 521 pazienti (77,53%) hanno presentato un miglioramento della qualità di vita dopo il trattamento con IPL. Abbiamo, purtroppo, notato un 11,6% di recidive.

Conclusioni. Il trattamento con IPL del sottotipo 1 dell’acne rosacea può essere considerato, se eseguito da mani esperte, come efficace e con scarsi effetti collaterali. 9 anni di esperienza ci permettono, ormai, di considerare il trattamento con IPL dell’acne rosacea come una efficace arma in nostro possesso che, insieme a trattamenti topici e sistemici, può controllare questa “maledizione”.

## UN GRANULOMA PIOGENICO AL LAZZO!!

MASSIMILIANO SCALVENZI,  
SERENA LEMBO,  
ANNA BALATO,  
MARIA GRAZIA FRANZIA

*Sezione di Dermatologia clinica,  
allergologica e venereologica,  
Dipartimento di Patologia Sistemica,  
Università Federico II, Napoli*

Il granuloma piogenico è una lesione caratterizzata spesso da una crescita rapida, localizzata frequentemente in zone di piccoli traumi, dove può rappresentare un fenomeno reattivo. Clinicamente le lesioni si manifestano comunemente come piccole papule erose o noduli che compaiono spontaneamente o dopo un trauma. Il granuloma piogenico è generalmente situato sul viso, sul tronco, sulle dita della mano, soprattutto nei bambini (l'età principale alla presentazione è 6-7 anni). Le opzioni terapeutiche prevedono l'escissione chirurgica o il curettage con cauterizzazione della base della lesione. Riferiamo il caso di un granuloma piogenico trattato in una paziente di 7 anni applicando una sutura intorno alla base.

## TRATTAMENTO DELLA PSORIASI A PLACCHE CON EFALIZUMAB: NOSTRA ESPERIENZA A LUNGO TERMINE

GIOVANNA MALARA,  
ROBERTA SCUDERI,  
ANTONIO PUGLISI GUERRA

*Unità Operativa di Dermatologia,  
Azienda Ospedaliera Papardo, Messina*

La psoriasi è una malattia immuno-mediata, cronicorecidivante, fonte di notevoli disagi psicologici nonché funzionali nei pazienti che ne sono affetti. L'introduzione di nuovi farmaci, cosiddetti "biologici" altamente selettivi, ha creato nuove opportunità terapeutiche laddove farmaci più "convenzionali" (CsA, MTX, Retinoidi) falliscono per perdita di efficacia o per tossicità sopraggiunta. È possibile distinguere i biologici in due categorie principali: anti-TNF $\alpha$  (infliximab, etanercept, adalimumab) ed anti-CD11a (efalizumab). Gli aa. riportano la loro esperienza "long term" con Efalizumab in 11 pazienti affetti da psoriasi moderata/severa "non responder" ad altre terapie. Tali pazienti furono trattati continuativamente per 120 settimane con ottimi risultati (raggiungimento del PASI 90), in assenza di alcun effetto collaterale. L'efalizumab è un farmaco biologico anti-CD11a, ossia diretto contro il CD11a dell'LFA1 dei linfociti in grado di inibire l'attivazione a livello linfonodale, la migrazione nel torrente circolatorio, e la riattivazione a livello dermo-epidermico dei linfociti T, ed è pertanto un farmaco altamente selettivo ed efficace nel trattamento della psoriasi di grado moderato-severo.

## UN CASO DI CALCIFILASSI TRATTATA CON CHELANTE DEL CALCIO

MADDALENA GABELLONE,  
FRANCESCA GHITTI,  
TERESA SISTO,  
MAURIZIO ROTOLI,  
CLARA DE SIMONE,  
PIERLUIGIO AMERIO

*Istituto di Clinica Dermatologica,  
Università Cattolica del Sacro Cuore,  
Poliambulatorio Universitario A. Gemelli, Roma*

Descriviamo il caso di una paziente di 63 anni, affetta da uremia terminale in trattamento emodialitico, giunta alla nostra osservazione per la comparsa, circa due anni prima, di lesioni nodulari sottocutanee, indolenti, localizzate a livello del fianco dx. Suddette lesioni, nell'arco di due mesi, erano evolute in ulcere dolenti caratterizzate da marcata componente necrotica, essudato puruloide maleodorante e flogosi periferica, progressivamente estese al fianco sinistro, in regione glutea destra e lombo-sacrale. L'esame istologico della biopsia incisionale effettuata sul margine di una lesione ulcerata in regione addominale evidenziava un deposito di sostanza amorfa in sede perivascolare e nelle pareti dei vasi dermici, identificata mediante colorazione di von Kossa come deposito di calcio. Veniva posta diagnosi di arterioloipatia uremica calcifica (calcifilassi). La calcifilassi è una vasculite da deposizione di calcio a livello della media e dell'intima delle arteriole, che induce la formazione di lesioni nodulari e successivamente di ulcere cutanee. Nel nostro caso l'iperparatiroidismo secondario all'insufficienza renale cronica ha determinato un'alterazione del metabolismo calcico responsabile delle lesioni. Per tale motivo, il trattamento si è avvalso di un chelante del calcio; la paziente è stata, infatti, sottoposta a terapia infusione con sodio tiosolfato con netto miglioramento del quadro clinico e sintomatologico.

# REAZIONE GRANULOMATOSA DA CORPO ESTRANEO DOPO TRATTAMENTO ESTETICO DI ELETTROPORAZIONE CON DERMOCOSMETICI

SELENIA VALLONE,  
CLARA DE SIMONE,  
FRANCESCA GHITTI,  
SARA LANZA SILVERI,  
MAURIZIO ROTOLI,  
PIERLUIGI AMERIO

*Istituto di Clinica Dermatologica,  
Università Cattolica del Sacro Cuore,  
Policlinico Universitario A. Gemelli, Roma*

Descriviamo il caso di una donna di 60 aa giunta alla nostra osservazione per la comparsa di placche eritematose modicamente infiltrate localizzate in regione glabellare, periorbitaria destra e sinistra e periorale associate ad intensa sintomatologia dolorosa. Al momento del ricovero la paziente era febbrile e mostrava all'emocromo con formula leucocitosi neutrofila. All'anamnesi la paziente riferiva di aver effettuato circa 40 giorni prima un trattamento estetico del volto mediante tecnica di elettroporazione con gel a base di carnitina e creatina previo trattamento cheratolitico con alfa-idrossiacidi e, dopo la comparsa di suddette lesioni, di aver effettuato terapia steroidea sistemica senza miglioramento del quadro clinico. Sulla base dell'ipotesi diagnostica di erisipela del volto la paziente veniva sottoposta a terapia antibiotica endovenosa con ceftriaxone, teicoplanina, vancomicina senza remissione del quadro clinico. L'esame istologico di una biopsia cutanea eseguita in regione glabellare documentava un infiltrato di istiociti schiumosi nel derma profondo come da iniezione di materiale estraneo. L'esame colturale per germi comuni aerobi e anaerobi e per miceti effettuato sul campione bioptico risultava negativo. In base all'esperienza della letteratura, la paziente veniva pertanto sottoposta a trattamento antibiotico con doxiciclina 100 mg/die e nimesulide 100 mg/die per un mese ottenendo un discreto miglioramento. In letteratura sono stati descritti casi di reazioni granulomatose secondarie a iniezione sottocutanea di sostanze biorivitalizzanti e riempitive. Tuttavia non è stata riscontrata alcuna segnalazione di granulomi da corpo estraneo in seguito a veicolazione di dermoc cosmetici mediante elettroporazione. Segnaliamo il caso per la sua peculiarità eziologica.

## Bibliografia

- Pedro Lloret et al. Successful treatment of Granulomatous Reactions Secondary to Injection of Esthetic Implants. *Dermatol Surg* 2005;31:486-490

## Ringraziamenti

Wyeth Lederle  
Merck Serono  
Intendis  
Abbott  
Schering-Plough  
Roche  
Mipharm  
Pierre Fabre Italia  
Valetudo-Biogen

Stiefel Laboratoires  
Sirton Medicare  
Galderma Italia  
Novartis Farma  
Pfizer Italia  
Vichy-Inneov  
Uriage Italia  
Avantgarde  
Lierac  
Meda Pharma

Mavi Sud  
Abiogen Pharma  
Johnson & Johnson  
La Roche Posay Italia  
Difa Cooper  
Vermont Italia  
Epitech  
Sigma Tau  
Astellas Pharma  
Pharcos  
Mediolanum Farmaceutici  
Deka M.E.L.A.  
Laboratori Guidotti  
Menarini I.F.R.  
Valeant Pharmaceuticals Italy  
GD Tecn-Inter-Farm

Unifarmed  
Reckitt Benckiser Italia  
Rottapharm  
Istituto Ganassini  
Fidia Farmaceutici  
Savoma Medicinali  
Sinclair  
Humana Italia  
UCB Pharma  
General Topics  
Janssen Cilag  
Bioderma  
Mertz Pharma Italia  
Biocure  
Lofarma

# osmin IDRA

Pasta all'acqua modificata  
a base di Talco, Glicerina e Acqua  
in conformità con la Farmacopea



SENZA CONSERVANTI  
SENZA PROFUMO



DISPOSITIVO MEDICO  
DI CLASSE II/B  
per il trattamento della cute  
lesa e/o infiammata



Valetudo srl - Divisione Biogena - 24030 Presezzo (BG)  
e-mail: [valetudo@valetudo-lab.it](mailto:valetudo@valetudo-lab.it) - [www.valetudo-pharma.com](http://www.valetudo-pharma.com)