

LA PITIRIASI LICHENOIDE

M. Paradisi

La pitiriasi lichenoidale (PL) è una dermatosi papulosa a eziologia incerta, caratterizzata da lesioni cutanee autolimitanti e da un decorso variabile. La malattia non ha predisposizione razziale e colpisce ogni età ma prevalentemente bambini e giovani adulti, anche se l'esatta incidenza rimane sconosciuta.

La causa della patologia è ancora sconosciuta. La distribuzione dei casi ha portato ad ipotizzare che la malattia sia il risultato di una ipersensibilità ad un agente infettivo, soprattutto di natura virale. Sono state notate associazioni con infezioni delle vie respiratorie, ma non è stato isolato alcun agente infettivo. Vengono classicamente descritte due forme principali. La pitiriasi lichenoidale e varioliforme acuta o PLEVA, con gittate subentranti di papule caratterizzate da una depressione centrale e sormontate da una vescico-pustola, che in alcuni giorni subisce un'evoluzione necrotica, spesso emorragica. L'eruzione, spesso accompagnata da compromissione dello stato generale, tende alla guarigione spontanea in 1-6 mesi, ma sono possibili recidive, fino all'assunzione di un carattere cronico. La forma cronica di PL (PLC) si presenta come un'eruzione simmetrica disseminata su tronco ed arti di papule rosso brunastre che tendono a formare una squama, che si può facilmente distaccare e che scompare in circa 15 giorni con successiva comparsa di nuovi elementi che conduce ad un aspetto variegato suggestivo. Generalmente manca il prurito e lo stato generale è conservato. La PLC ha una durata di mesi o talora anni. Eccezionale è la variante ulcero-necrotica iperpirettica di Degos, preceduta e accompagnata da importanti alterazioni dello stato generale (ipertermia, astenia, cefalea, artralgie) e accessi subentranti della durata di alcuni mesi, di notevole gravità. Per la terapia ci si baserà soprattutto sulla compromissione dello stato generale, Nei casi lievi si opta per un astensionismo terapeutico o un trattamento sintomatico (cortisonici topici o creme emollienti ed antistaminici per via orale per l'eventuale prurito). Nei bambini il trattamento di

scelta sembra essere la fotoesposizione naturale e i macrolidi per via orale. Nella PLEVA sono state ottenute risposte favorevoli, oltre che con gli steroidi e la CyA, con il metotrexate per os, il dapsonsone e gli UVB. L'impegno sistemico nella variante ulcero-necrotica febbrile deve spingere ad una terapia più impegnativa (steroidi ed antibiotici, CyA, terapia infusione) indipendentemente dall'età.