

## Dermatologia Ambulatoriale 2.0

# ACROANGIODERMITE DI MALI

Descrizione di un caso

**AIDA CAMBIA.... PELLE!**

**XXVII CONGRESSO  
NAZIONALE AIDA**

Riccione 16-19 maggio 2018

**DERMOSCOPY PRO 2018**

I campi di applicazione  
della metodica dermoscopia

Gubbio marzo - settembre 2018

*Novità in dermatologia, casi, rubriche*

**L'Atlante in dermatologia  
Il Caso: quelle strane macchie rosse**

# SOMMARIO



## **Editoriale**

- XXVI congresso Aida, Roma 24-27 maggio 2017 **Pag. 4**
- XXVII congresso Aida, Riccione 16-19 maggio 2018  
Saturnino Gasparini **Pag. 5**

## **Il Caso**

- 1 - Una strana chiazza eritematosa al glande **Pag. 6**  
Emilio Dognini
- 2 - Quelle strane macchie rosse **Pag. 9**  
Marco Menchini
- 3 - Acroangiodermatite di Mali: descrizione di un caso **Pag. 11**  
Giovanni Palazzo
- 4 - Un Caso di sindrome di Morbhan pediatrica **Pag. 15**  
Margherita Terranova - Giuseppe Broggi - Rosario Catalbiano

## **L'atlante in dermatologia**

- I casi clinici e dermoscopic - Gian Luigi Giovane **Pag. 17**

## **Gubbio Dermoscopy Pro 2018**

**Pag. 20**

LA REDAZIONE

# Dermatologia Ambulatoriale 2.0

Organo ufficiale dell'Associazione Italiana Dermatologi Ambulatoriali

Anno 2017 - n. 2  
Dicembre 2017

ISSN: 2420-9627

*Rivista iscritta al n.17 del registro della Stampa  
del Tribunale di Lecce il 17 novembre 2014*

## Direttore responsabile

Alessandro Martella, Tiggiano (LE) [rivista@aida.it](mailto:rivista@aida.it)

## Vice-direttore

Valerio Cirfera, Copertino (LE)

## Direttore Scientifico

Gian Luigi Giovene, Perugia

## Comitato di redazione

Giovanni Menchini (Pisa)

Domenico Piccolo (L'Aquila)

Carlo Bertana (Roma)

## Responsabile Marketing

Saturnino Gasparini (Terni)

## Progettazione grafica

Pubbligraf Alessano (Le)  
tel. 0833 789586  
[info@pubbligrafonline.com](mailto:info@pubbligrafonline.com)



## CONGRESSO NAZIONALE AIDA XXVI

ROMA 24-27 maggio 2017

**D**opo oltre un decennio il Congresso Nazionale dell'Associazione Italiana dei Dermatologi Ambulatoriali è tornato nella splendida cornice della Capitale e lo ha fatto da una parte rispettando il suo affermato taglio pratico, dall'altra presentando diverse novità che rappresentano una anticipazione del cambiamento che caratterizzerà sempre più gli eventi scientifici successivi di AIDA.

Il nostro congresso si è sempre distinto per l'approccio pratico alle diverse tematiche di aggiornamento diagnostico, gestionale e terapeutico, selezionando con attenzione quelle di particolare attualità ed interesse nella attività professionale dermatologica. Questo spirito ha caratterizzato, ed in maniera ancora più decisa, i contenuti del programma e le varie sessioni del nazionale di quest'anno.

Attestano già questo approccio pratico i titoli delle diverse sessioni che hanno richiamato l'attenzione dei partecipanti: "La mia ricetta per...", "Quanto c'è di vero?", "Terapia dei disturbi della sudorazione" tanto per citarne alcuni. Sessioni che sono state decisamente coinvolgenti ed apprezzate, ma non mi soffermo su tematiche ed argomenti poiché questo finisce con il rappresentare, come di consueto, solo uno sterile elenco che non riesce a rendere lo spirito di attiva partecipazione che ha animato ogni momento del congresso.

Piuttosto, tengo a sottolineare che al di là dei contenuti, il comitato scientifico si è impegnato energicamente per innovare il format congressuale dell'evento, al fine di modernizzare e migliorare la comunicazione.

In questa ottica, si è agito su due fronti: quello tecnologico, per offrire la massima qualità delle proiezioni e quello formativo, attraverso nuove modalità di presentazione delle proposte di aggiornamento professionale.

L'implementazione della qualità delle immagini si è ottenuta avvalendoci delle potenzialità di un maxi led wall, appositamente fatto installare, che, grazie ai suoi milioni di pixel, ha esaltato la definizione e la qualità delle presentazioni. Una miriade di luci e colori che ha ipnotizzato la platea e reso più comprensibili quei particolari morfologici così importanti nella semeiotica dermatologica.

Tra le nuove proposte formative, sono state particolarmente apprezzate e giudicate utili: la sessione "Just do it", ideata per stimolare i colleghi a fare ciò che spesso viene demandato ad altre figure professionali o semplicemente ad altri colleghi. I "Faccia a Faccia", dei salotti di discussione, dove diversi opinion leaders, stimolati da un moderatore, si sono confrontati su tematiche quantomai attuali, a volte scottanti

della pratica dermatologica quotidiana.

Un altro momento innovativo, molto apprezzato, è stato AIDAF, il cui acronimo sta per Appointment In Dermatology About Future. Un momento importante che caratterizzerà anche i prossimi congressi AIDA, in cui si è veramente parlato del futuro e dedicato alla relazione di un esperto su un dato argomento. Un relatore speciale che, con straordinaria capacità di comunicazione, ha condiviso con la platea le sue idee non sull'attualità, ma sul futuro prossimo del suo campo di interesse.

E poi, ancora una importante novità: poiché ai congressi il tempo dedicato alla discussione è sempre ridotto, abbiamo realizzato "l'Angolo della discussione" per approfondire, oltre ai tempi stretti concessi in sala, in uno spazio dedicato, direttamente con il relatore gli argomenti del suo intervento.

Ma oltre alle numerose, nuove ed interessanti sessioni della plenaria, nelle sale parallele si sono tenuti quattro importanti corsi: il corso di dermatologia estetica e correttiva, quello di dermatologia legale, il corso dedicato alle applicazioni dei laser nella patologia vascolare e, dopo lo straordinario successo dell'anno scorso, quello sulle emergenze in ambulatorio, con istruttori particolarmente esperti e l'ausilio di speciali manichini computerizzati.

In conclusione, tante le novità che hanno distinto questo appuntamento nazionale e che, lo ripeto, caratterizzeranno sempre di più gli eventi formativi successivi di AIDA.

Alla realizzazione del programma e del nuovo format hanno lavorato con dedizione ed entusiasmo tutti i membri del comitato direttivo dell'associazione: G. L. Giovane, D. Piccolo, V. Cirfera, A. Martella, D. Pini, G. Menchini, L. Villa e G. Virno. A tutti va il mio più sentito e riconoscente ringraziamento per l'impegno ed il grande lavoro di squadra.

Il successo decretato dai partecipanti e formalizzato dagli stessi nei giudizi e nei commenti rilasciati nei moduli di valutazione, hanno confermato la validità di questo progetto di aggiornamento scientifico meno convenzionale e più smart. Un riscontro assolutamente positivo che ci conforta e stimola a proseguire su questo percorso di innovazione.

Saturnino Gasparini

**Presidente AIDA**

## XXVII CONGRESSO NAZIONALE

RICCIONE 16-19 maggio 2018

### AIDA cambia... pelle!

**S**e il 2017 ha sicuramente rappresentato un anno di svolta per AIDA nella proposta formativa e nel format congressistico, il 2018 è destinato a passare alla storia come quello della compiuta consacrazione di tale spinta innovativa, impressa con decisione dal Presidente Saturnino Gasparini e da tutto l'attuale Consiglio Direttivo. Innovazione davvero radicale, a partire dall'immagine stessa di AIDA, del suo logo societario, dei suoi colori e richiami simbolici.

Innovazione anche per quanto riguarda l'assetto del XXVII Congresso Nazionale, in programma il 16/19 maggio 2018 a Riccione, con i Lavori in Plenaria nelle giornate del giovedì e venerdì limitati alla sola mattina, per lasciare il posto, nel pomeriggio, a Corsi di approfondimento monotematico nelle aule parallele.

La Plenaria proporrà la consueta, ampia panoramica su tutte le principali novità terapeutiche in Dermatologia, ma anche momenti di confronto ("Faccia a Faccia" di opinion leaders su argomenti controversi e spesso scottanti della nostra pratica clinica) e di condivisione ("Just do It", un invito a raccogliere ed a rendere viva nel proprio ambulatorio l'esperienza dei Colleghi più esperti), molto apprezzati durante la scorsa Edizione.

Ma il "piatto forte" dell'Edizione 2018 è senza dubbio rappresentato dall'ampia offerta formativa rappresentata da ben 9 Corsi, scelti dagli stessi Partecipanti attraverso un questionario proposto in occasione del precedente Nazionale:

- "Malattie a trasmissione sessuale e globalizzazione"  
Resp. Scientifico: Prof. A. Di Carlo

- "Tricologia: Corso avanzato"  
Resp. Scientifico: Dott.ssa L. Villa

- "Istopatologia essenziale per il Dermatologo"  
Resp. Scientifico: Dott. G. Ferranti

- "La vitiligine: protocolli diagnostici e terapeutici"  
Resp. Scientifico: Dott. G. Menchini

- "Il dermatologo ambulatoriale e i farmaci biologici per la Psoriasi: nuove prospettive"  
Resp. Scientifico: Dott. P. Malagoli

- "Dermatologia estetica e correttiva: prima che arrivi il bisturi"  
Resp. Scientifico: Dott. D. Piccolo

- "Terapia fotodinamica in dermatologia oncologica ed estetica"  
Resp. Scientifico: Dott.ssa N. Petrini

- "Laser e tessuto pigmentario"  
Resp. Scientifico: Dott.ssa F. Negosanti

- "Le emergenze in ambulatorio"  
Resp. Scientifico: Dott. G. Facchetti

Inutile sottolineare l'alta specializzazione della proposta didattica, con moduli teorico-pratici della durata di ben 4 ore.

Saturnino Gasparini  
Presidente AIDA

## UNA STRANA CHIAZZA ERITEMATOSA AL GLANDE

**Emilio Dognini**

Ambulatorio di Dermatologia San Rocco di Ome (Bs)

Lesione eritematosa del glande e prepuzio in un giovane uomo di 20 anni. Inizialmente è stato trattato senza beneficio con creme steroidee fino a quando non è stata eseguita biopsia diagnostica il cui referto istologico deponeva la diagnosi di Neoplasia intraepiteliale peniena basaloide e verrucosa cioè un Carcinoma Squamocellulare in situ o Eritroplasia di Queyrat secondo la vecchia denominazione.

Dal punto di vista istologico questa neoplasia è caratterizzata da piccole o medie cellule basofile indifferenziate ( cellule basaloide) che mostrano coilocitosi di vario grado.

Il caso è interessante per la giovane età del paziente in quanto la variante tipica squamosa (a larghe cellule cheratinizzate) del Carcinoma in situ del pene , dovuta per lo più a Fimosi, infiammazione cronica e Lichen Sclero-atrofico si riscontra per lo più in età più avanzata.

In questo caso, invece, trattandosi della variante basaloide squamosa, correlata ad infezione da HPV, spiega la giovane età del soggetto e invita alla riflessione sull'importanza della vaccinazione HPV anche per i maschi.

La prevalenza globale dell'HPV nei Carcinomi del Pene è del 46,9 % e i genotipi più frequenti (circa il 50%) sono il 16 e il 18.

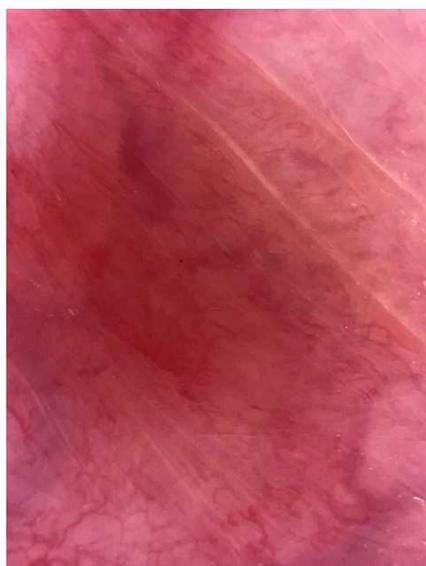
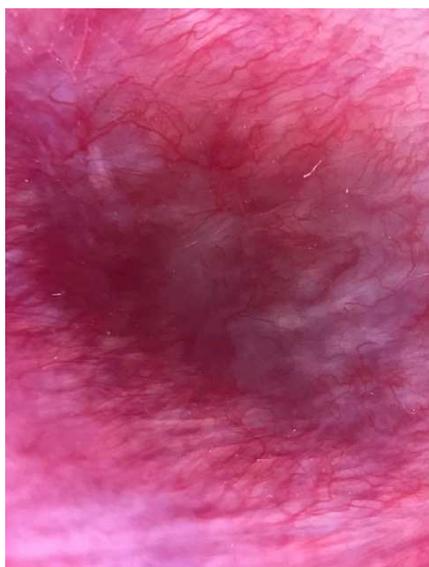
Un altro aspetto rilevante di questo caso è che all'osservazione dermatoscopica si osservano vasi glomerulari tipici del Morbo di Bowen e vasi dilatati tortuosi tipici del Basalioma e che appunto correlano con l'aspetto istologico basaloide verrucoso.

Anche in questo caso la Dermatoscopia è stata rilevante come metodica per il sospetto diagnostico.

La terapia in questo caso è stata di tipo conservativo: Laser CO2 o YAG, Crioterapia, Terapia Fotodinamica, Creme a base di Imiquimod 5% o 5 Fluorouracile.



Immagini Dermatoscopiche



Gubbio Dermoscopy Forum *presenta*

# Dermoscopy PRO

*Advanced Meeting*

# Dove, come, quando

Chairmen

S. Gasparini, G.L. Giovene,  
A. Di Stefani, I. Zalaudek

*Scegli la tua data*

**22/24 Marzo 2018**

**27/29 Settembre 2018**

**Gubbio**

**Park Hotel Ai Cappuccini**

Segreteria Organizzativa



Joining People Srl  
Tel +39 06/2020227 - Fax +39 06/20421308  
gubbio@joiningpeople.it - www.joiningpeople.it

 **dermoscopyforum**  
*estendi la tua dermoscopia*

[www.dermoscopyforum.it](http://www.dermoscopyforum.it)

## QUELLE STRANE MACCHIE ROSSE

di Marco Menchini

Uomo di 87 anni, giunge a visita per la comparsa, da alcuni mesi, di tre "tumefazioni" localizzate agli arti ed al fianco destro.



All'esame obiettivo si apprezzava la presenza di due lesioni nodulari delle dimensioni di circa 2 cm, di colore rosso vivo, consistenza teso elastica, localizzate alla faccia anteriore dell'arto superiore destro ed alla faccia posteriore dell'arto superiore sinistro. Al fianco destro era invece presente una lesione in placca, di circa un cm, sempre di colore rosso vivo.

Le lesioni risultavano asintomatiche ma resistenti alla terapia topica che il paziente aveva applicato autonomamente.

Nel sospetto di una patologia linfoproliferativa è stato eseguito un prelievo bioptico sul nodulo dell'arto superiore destro

L'esame istologico ha evidenziato:

### DIAGNOSI

Nel derma e nel sottocutaneo si documenta un cospicuo infiltrato linfocitario in aggregati nodulari in parte T, in parte B, diffuso e strutturato in follicoli, espansione della zona marginale con aspetti tipo colonizzazione dei follicoli, particolarmente alla periferia della lesione si osservano numerose plasmacellule policlonali (in prevalenza Kappa+), IgG+, in parte IgG4+ (rapporto mediano IgG4+/IgG+=0,38; range: 0.05-0.47). Indice di proliferazione (MIB 1): circa 10-15%. È presente una cospicua componente linfocitaria T CD4+E saltuari granulociti eosinofili. Nella zona centrale si osserva elastolisi con formazione di lesione tipo granuloma elastolitico/granuloma anulare elastolitico.

Il caso è stato valutato in collaborazione con il Centro Regionale Toscano di riferimento, e la presenza nell'esame istologico di espansione dell'area marginale, di follicoli verosimilmente "colonizzati", e di numerose plasmacellule, anche se policlonali, sono stati sufficienti per porre diagnosi di linfoma NH cutaneo a cellule B della zona marginale.

In considerazione dell'età del paziente, del numero di lesioni, e del fatto che trattasi di una forma indolente, è stato deciso un approccio conservativo con follow up semestrale e TAC total body per completamento stadiazione, risultata negativa.

Durante il tempo intercorso tra la biopsia e gli esami strumentali due lesioni sono andate incontro a regressione spontanea.

# verunec

15 g + 15 g/100 g collodio

Per un  
trattamento  
pratico ed efficace  
delle verruche



\*non contiene colofonia

## RIASSUNTO DELLE CARATTERISTICHE DEL PRODOTTO

**1. NOME DELLA SPECIALITÀ MEDICINALE:** VERUNEC 15 g + 15 g/100 g collodio  
**2. COMPOSIZIONE QUALITATIVA E QUANTITATIVA:** 100 g di collodio contengono:  
 Principi Attivi: ACIDO SALICILICO 15 g, ACIDO LATTICO 15 g.

**3. FORMA FARMACEUTICA:** Collodio

### 4. INFORMAZIONI CLINICHE:

#### 4.1 Indicazioni terapeutiche:

Trattamento di verruche volgari, plantari, a mosaico; calli e duri.

#### 4.2 Posologia e modalità di somministrazione:

Applicare due volte al giorno (mattino e sera), mediante l'apposita spatolina, un piccolo quantitativo di prodotto sulla zona interessata.

Far evaporare per qualche minuto.

VERUNEC lascia una pellicola protettiva che non necessita di particolari attenzioni ed è facilmente asportabile all'atto delle successive applicazioni.

Si consiglia, prima di procedere all'impiego del prodotto, di bagnare la zona di applicazione per circa 5 minuti in acqua calda e, di tanto in tanto (2-3 volte la settimana), di strofinarla con pietra o limetta abrasiva.

Il trattamento va continuato fino a completa asportazione della callosità.

Non superare le dosi consigliate.

#### 4.3 Controindicazioni:

Ipersensibilità ai principi attivi o ad uno qualsiasi degli eccipienti.

VERUNEC non dovrebbe venire utilizzato dai diabetici o da pazienti con compromissione della circolazione sanguigna.

VERUNEC come tutti i prodotti ad alto contenuto di acido salicilico non va applicato sul viso e sulla zona anogenitale.

#### 4.4 Avvertenze speciali e precauzioni per l'uso:

Il prodotto non deve essere applicato su: verruche seborroiche, verruche del viso, condilomi, nevi cutanei. Evitare il contatto con gli occhi e le mucose.

Qualora il prodotto dovesse venire versato negli occhi o sulle mucose, lavare con acqua, rimuovere il collodio precipitato e lavare ancora con acqua per 15 minuti.

Evitare l'applicazione sulla cute normale circostante alla callosità.

Il prodotto è solo per uso esterno.

L'uso, specie prolungato, dei prodotti per uso topico può dare origine a fenomeni di sensibilizzazione. In tal caso interrompere il trattamento e consultare il medico per istituire una idonea terapia.

Non ingerire. In caso di ingestione accidentale del prodotto consultare immediatamente un medico.

Il prodotto non deve essere impiegato per prevenire la formazione delle verruche. Tenere fuori dalla portata dei bambini.

Non usare per trattamenti prolungati; dopo breve periodo di trattamento senza risultati apprezzabili consultare il medico.

#### 4.5 Interazioni con altri farmaci ed interazioni di altro genere:

Evitare l'uso contemporaneo di altri cheratolitici per non aumentare l'azione caustica delle sostanze attive.

#### 4.6 Uso durante la gravidanza e l'allattamento:

La sicurezza d'uso in gravidanza non è stata accertata, pertanto il prodotto deve essere utilizzato solo in caso di effettiva necessità e sotto il controllo del medico.

#### 4.7 Effetti sulla capacità di guidare veicoli ed utilizzare macchinari:

Non sono noti effetti sulla capacità di guidare e sull'uso di macchine.

#### 4.8 Effetti indesiderati:

E' possibile il verificarsi di irritazione localizzata se il prodotto viene applicato sulla cute circostante alla formazione ipercheratosica.

Normalmente l'irritazione dovrebbe venire controllata dalla temporanea sospensione e dall'applicazione del prodotto solo sulla zona interessata, quando il trattamento viene ripreso.

#### 4.9 Sovradosaggio:

Non sono stati riferiti casi di sovradosaggio. Tuttavia in caso di applicazione di una dose eccessiva di prodotto lavare immediatamente e accuratamente con acqua e consultare il medico.

### 5. INFORMAZIONI FARMACOLOGICHE:

#### 5.1 Proprietà farmacodinamiche:

L'Acido Salicilico è un farmaco irritante per mucosa gastrica e tessuti e può essere usato esclusivamente per via topica.

E' un efficace cheratolitico ampiamente utilizzato, produce desquamazione e distruzione dell'epitelio solubilizzando il cemento intercellulare dello strato corneo. Ha anche proprietà fungicide.

L'Acido Lattico interviene sul processo di cheratinizzazione riducendo la ipercheratosi; essendo inoltre caustico determina la distruzione del tessuto ipercheratosico.

#### 5.2 Proprietà farmacocinetiche:

Si tratta di preparato per uso topico, da impiegare su superfici cutanee di dimensioni molto limitate. Nelle normali condizioni d'uso in pazienti affetti da verruche l'assorbimento percutaneo dei componenti è del tutto trascurabile.

#### 5.3 Dati preclinici sulla sicurezza:

Per l'Acido Salicilico la DL50 nel coniglio è di 1,3 g/kg per os.

La dose letale minima è di 15 g.

Per l'Acido Lattico la DL50 è di 3,73 g/kg per via orale nel ratto.

### 6. INFORMAZIONI FARMACEUTICHE:

#### 6.1 Elenco degli eccipienti:

Urea, glicerina, collodio elastico USP (composto da canfora, olio di ricino, pirossilina, etere etilico, alcool etilico).

#### 6.2 Incompatibilità:

L'Acido Salicilico è incompatibile con: sali di ferro, nitrito di etile soluzione alcoolica, acetato di piombo, iodio.

L'Acido Lattico è incompatibile con: agenti ossidanti, ioduri, acido nitrico, albumina.

#### 6.3 Validità: Due anni.

#### 6.4 Speciali precauzioni per la conservazione:

Il prodotto è infiammabile, conservare il flacone ben chiuso e al riparo da fiamme o fonti di calore.

#### 6.5 Natura e contenuto del contenitore:

Flacone in vetro da 10 g con tappo con applicatore

6.6 Istruzioni per l'uso: Nessuna in particolare.

#### 7. TITOLARE DELL'AUTORIZZAZIONE ALL'IMMISSIONE IN COMMERCIO:

SAVOMA MEDICINALI S.p.A. - Via Gaganza N.2/A - 43125 PARMA

#### 8. NUMERO DELL'AUTORIZZAZIONE ALL'IMMISSIONE IN COMMERCIO:

Codice: 034603011

#### 9. DATA DI PRIMA AUTORIZZAZIONE O RINNOVO: Rinnovo A.I.C. Aprile 2011

#### 10. DATA DI ULTIMA REVISIONE DEL TESTO: Aprile 2011

Regime di dispensazione: Classe Cbis - SOP



Laboratori Farmaceutici  
**SAVOMA MEDICINALI** SpA  
Parma

**SPECIALITÀ SAME IN DERMATOLOGIA**

## ACROANGIODERMITE DI MALI

### DESCRIZIONE DI UN CASO

#### di Giovanni Palazzo

Dermatologia Tinchi Pisticci

#### INTRODUZIONE

La dermopatia ulcerativa, nota oggi come Acroangiodermatite, è stata descritta per la prima volta da Kopf & Gonzale, che la hanno definita come angiopatia displastica congenita.

Nel 1965, Mali e cols. studiarono 18 casi di angiodermatite associato a insufficienza venosa cronica e preferirono la denominazione acroangiodermatite, che è attualmente il termine più usato.

Bluefarb e Adams hanno descritto questa condizione come "malformazione artero-venosa con angiodermatite".

Nel 1974, Earth and cols., studiano un caso di un giovane di 24 anni; viene segnalata la somiglianza clinica ed istopatologica con il sarcoma di Kaposi per cui viene proposta la definizione di sarcoma di pseudo-Kaposi.

Nel 1982, Brenner e cols. pubblicarono uno studio affermando che la acroangiodermatite è solo un variante di angiodermite che si osserva nei pazienti sofferenti di insufficienza venosa cronica.

#### CASO CLINICO

Paziente di 77 anni, femmina, bianca, pensionata, presenta una lesione alla gamba eritemato-violacea che si presentava indolore e non pruriginosa, apparsa tre settimane prima in un contesto di stasi venosa; la iniziale lesione papulosa successivamente evolveva in ulcerazione. La paziente riferisce che tale lesione era comparsa già alcuni anni prima, seguita da

guarigione dopo medicazioni antibiotiche locali gestite in ambito di medicina generale in assenza di consulenza specialistica.

Giunge in ambulatorio in quanto questo secondo episodio, pur gestito come il precedente, non sortisce miglioramenti evidenti.

Gli esami di laboratorio di routine non hanno rivelato alterazioni. Si procede a biopsia per diagnosi istopatologica, il cui referto documenta: "epidermide e derma medio caratterizzati da proliferazione di piccolo vasi; in sede perivascolare evidente processo infiammatorio costituito da linfociti, istiociti, eosinofili ed alcuni plasmociti; perdita di globuli rossi; depositi di emosiderina e fibrosi; epidermide caratterizzata da spongiosi ed acantosi discreta; aspetto istopatologico compatibile per A. di Mali".

La paziente viene inviata all'ambulatorio per la gestione delle ferite difficili per il trattamento della stasi e per le medicazioni di rito.





## DISCUSSIONE

Vari autori hanno segnalato che la acroangiodermatite compare in pazienti che abbiano avuto condizioni cliniche che abbiano determinato una diminuzione della perfusione ematica, con stasi venosa.

Un aspetto fisiopatologico degno di nota è la proliferazione di nuovi vasi per cui la diagnosi differenziale istopatologica va posta verso il sarcoma di Kaposi che non è sempre agevole, tuttavia in acroangiodermatite i vasi sono abbastanza regolari senza le fenditure molto comuni nel sarcoma di Kaposi.

In quest'ultimo, la perdita di globuli rossi non è così intensa e si apprezza sempre una quantità minore di emosiderina.

In alcuni casi la diagnosi differenziale diventa difficile: in questi casi si dovrebbe usare l'antigene CD-34 che è sempre espresso nei casi di sarcoma di Kaposi e assente in acroangiodermatite.

La patogenesi può essere spiegata da ipertensione venosa secondaria a malattia cronica, che causa edema e ipossia, con conseguente proliferazione vascolare.

Un quadro clinico caratterizzato da macule violacee o placche e noduli purpurici, circoscritti, che possono ulcerare. Possono svilupparsi edema, varicosi.

Si può osservare, differenza di polso tra i due arti, ipertrofia e aumento della temperatura locale.

Dolore e parestesia sono molto comuni. Può essere una o due lesioni, bilaterale principalmente pri-tibiale, laterale malleolare e dorsale del piede.

Il trattamento consiste nella correzione della vasculopatia; si raccomanda il riposo con elevazione dell'arto interessato.

Medicazioni locali anche con criteri avanzati.

Si segnala il caso per la sua particolarità .

## **Bibliografia**

Berth-Jones J. Diseases of the vein and arteries: leg ulcers. Rook's textbook of Dermatology, 8th edition

2010, ch 47, 47.22.

George M, Carr RA, Gee BC. Acroangiokeratosis of Mali. Clin Exp Dermatol. 2010; 35:94-96.

Azulay RD, Kac BK, Cotta-Pereira G, Cunha AFL. Acroangiokeratosis (Pseudo-sarcoma de Kaposi).

2004; 79(2): 193-197.

Rongioletti F, Rebora A. Cutaneous reactive angiomatoses: patterns and classification of reactive vascular

proliferation. J AM Acad Dermatol 2003; 49:887.

Zutt M, Emmert S, Moussa I, Haas E, Mitteldorf C, et al. Acroangiokeratosis Mali resulting from

arteriovenous malformation: report of a case of Stewart-Bluefarb syndrome. Clin Exp Dermatol. 2007;

33:22-25.

Heller M, Karen JK, Fangman W. Acroangiokeratosis. Dermatol Onl J. 2007; 13(1): 2.



**XXVII**  
Congresso  
Nazionale

**AIDA** 27

**16/19 MAGGIO 2018**

**Riccione**

Palazzo dei Congressi  
Viale Virgilio, 17 (RN)

Presidente del Congresso  
**Saturnino Gasparini**



Segreteria Organizzativa

Joining People Srl

Tel +39.06.2020227 - Fax +39.06.20421308

aida@joiningpeople.it - www.joiningpeople.it

## UN CASO DI SINDROME DI MORBIHAN PEDIATRICA

**Margherita Terranova**  
Dermatologa Catania

**Giuseppe Broggi, Rosario Caltabiano**  
Anatomopatologi Università Catania

Presentiamo il caso di un bambino di 12 anni giunto alla nostra osservazione per edema del volto fisso e persistente comparso all'età di 8 anni. Dall'epoca della comparsa il bambino era stato già sottoposto a numerose indagini ematochimiche e strumentali durante un ricovero presso struttura universitaria senza evidenziare alcun tipo di alterazione.

In particolare, ad eccezione di lieve rialzo del TAS (245 UI/mL), risultavano nella norma esami ematochimici di routine, IgE totali, PCR, protidogramma, tipizzazione linfocitaria, immunoglobuline e complementemia, tampone faringeo, ANA, anticorpi anti endomisio, anti transglutaminasi, anti tireoglobulina, anti Chlamydia, anti Mycoplasma, anti Helicobacter, anti toxoplasma, anti CMV e anti EBV, T3, T4, TSH, clearance della creatinina e proteinuria delle 24 ore, esame ematochimico e parassitologico delle feci. Inoltre la reazione di Mantoux era negativa così come Rx torace, TC cranio e collo, ed ecografia delle del collo e dell'addome. Terapie prolungate sino a 5 settimane con antistaminico non avevano portato a miglioramento significativo dell'edema.

Giunto alla nostra osservazione, all'esame obiettivo il paziente presentava edema lievemente eritematoso, bilaterale, simmetrico, interessante tutte le palpebre e le guance (figura 1). Il bambino negava sintomatologia algica o pruriginosa pregressa o in atto. L'anamnesi familiare era negativa per quadri simili o malattie degne di nota. Vista la negatività di tutti gli esami precedentemente eseguiti, abbiamo consigliato di eseguire sia una ecografia delle palpebre (che ha escluso processi espansivi e accumuli di adipe e confermato la presenza di edema) e abbiamo eseguito una biopsia cutanea in corrispondenza della palpebra superiore sx mediante piccola losanga. L'esame istologico evidenziava a livello dermico, edema, ectasia vascolare

e la presenza di un infiltrato linfoistiocitario a disposizione prevalentemente perivascolare e periannessiale, contenente una discreta quota di mastociti, la cui presenza veniva confermata dalla positività immunostochimica del CD117 e dalla colorazione istochimica di Giemsa (figure 2,3,4). Negative le colorazioni con Alcian e PAS. Il quadro, seppur non specifico, in accordo con il sospetto clinico, confermava la diagnosi di Sindrome di Morbihan, escludendo malattie di accumulo.

La sindrome di Morbihan è una rara entità a patogenesi sconosciuta che si caratterizza per eritema ed edema cronico dei due terzi superiori del viso, soprattutto palpebre, glabella e guance. Alcuni autori la inquadrano come rara variante della comune rosacea del volto, più frequente nella razza caucasica. Il quadro clinico si correla a livello istologico con edema lieve o moderato del derma medio e profondo con ectasie dei vasi linfatici ed infiltrato linfoistiocitario perivascolare e/o perifollicolare e presenza di mastociti.

Per la sindrome di Morbihan sono state descritte terapie prolungate con Talidomide, Clofazimina, Tetracicline ed infine Isotretinoina associata a Ketotifene con scarsi e contrastanti risultati e per tali ragioni, considerando anche la giovane età del paziente, non abbiamo intrapreso alcuna terapia.

Riportiamo il caso vista la rarità della sindrome di Morbihan che, da quanto ci risulta, non è stata ancora descritta in pazienti in età pediatrica. Vogliamo inoltre sottolineare come l'esame istologico, malgrado l'invasività, rimanga spesso indispensabile nell'inquadramento delle malattie rare dermatologiche anche qualora il quadro non sia particolarmente specifico ma compatibile col sospetto clinico e dirimente per escludere altri

quadri quali le malattie da accumulo che, a nostro parere, rappresentavano un importante elemento di diagnosi differenziale nel caso del nostro giovane paziente.

Figura 1: edema bilaterale delle palpebre superiori e delle guance.



Figura 2: istologicamente, è possibile notare l'edema dermico che tende a dissociare le fibre collagene (Ematossilina-eosina; ingrandimento 100x).

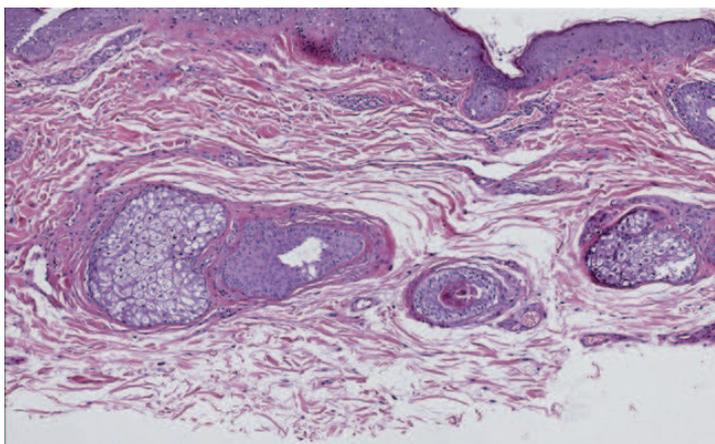


Figura 3. l'infiltrato infiammatorio di tipo linfocitico e mastocitario, presente nel derma, presenta una tipica disposizione perivascolare (Ematossilina-eosina; ingrandimento 90x).

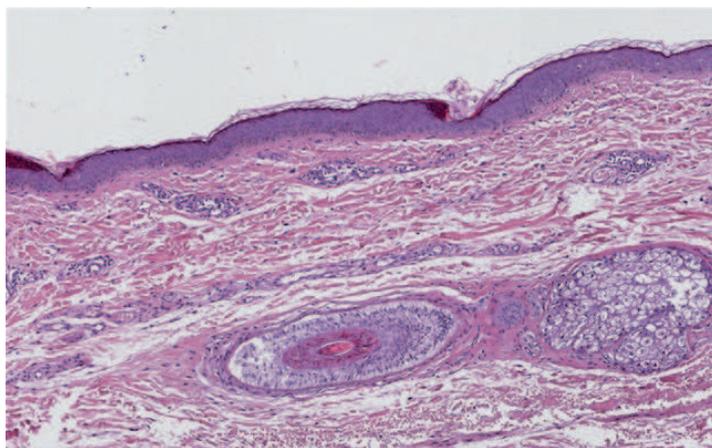
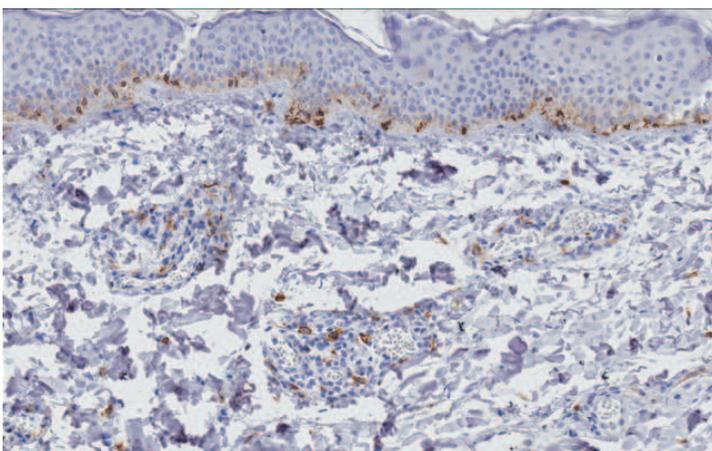


Figura 4: la positività immunoistochimica del CD117 conferma la presenza di mastociti a livello dermico (ingrandimento 200x).



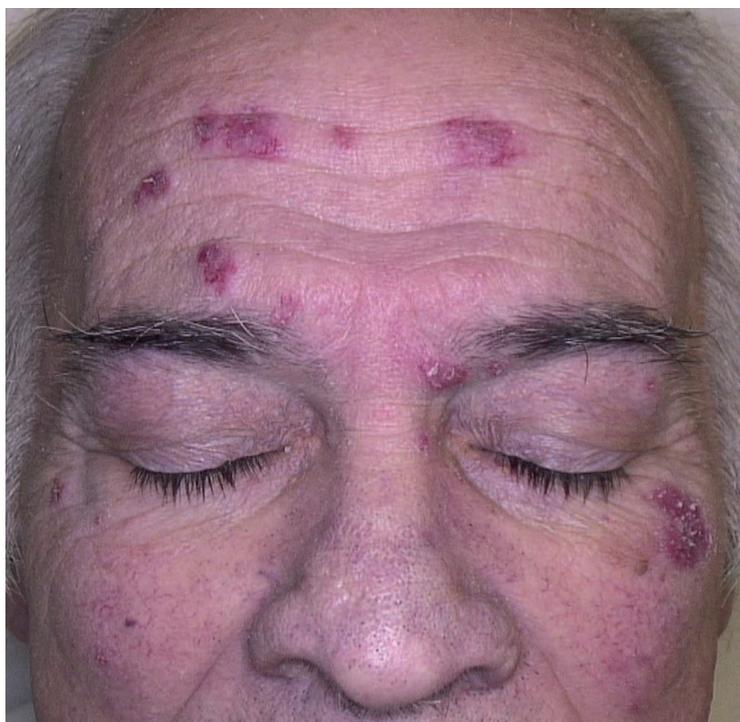
## Bibliografia

Veraldi S, Persico MC, Francia C. Morbihan syndrome. *Indian Dermatol Online J.* 2013 Apr-Jun; 4(2): 122–124

Vasconcelos RC et al. Morbihan syndrome: a case report and literature review. *An Bras Dermatol.* 2016 Sep-Oct;91(5 suppl 1):157-159

Balakirski G, Baron JM, Megahed M. Morbihan disease as a special form of rosacea: review of pathogenesis and new therapeutic options. *Hautarzt.* 2013 Dec;64(12):884-6

### I casi clinici e dermoscopic di Gian Luigi Giovene



#### **Lupus Eritematoso Discoide Clinica**

Placche ovalari eritemato-violacee al volto ben definite e fisse



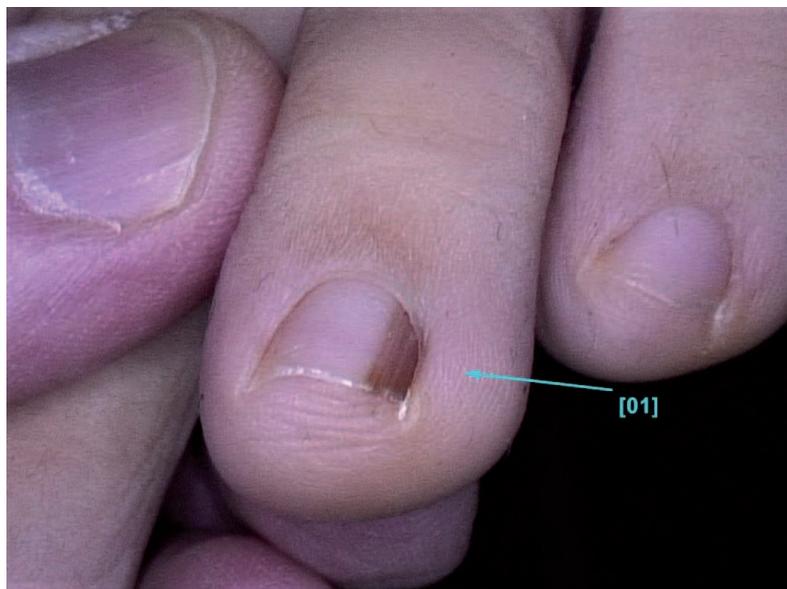
#### **Lupus Eritematoso Discoide Macro.jpg**

Dettaglio di una delle lesioni del viso



#### **Lupus Eritematoso Discoide Dermatoscopia.jpg**

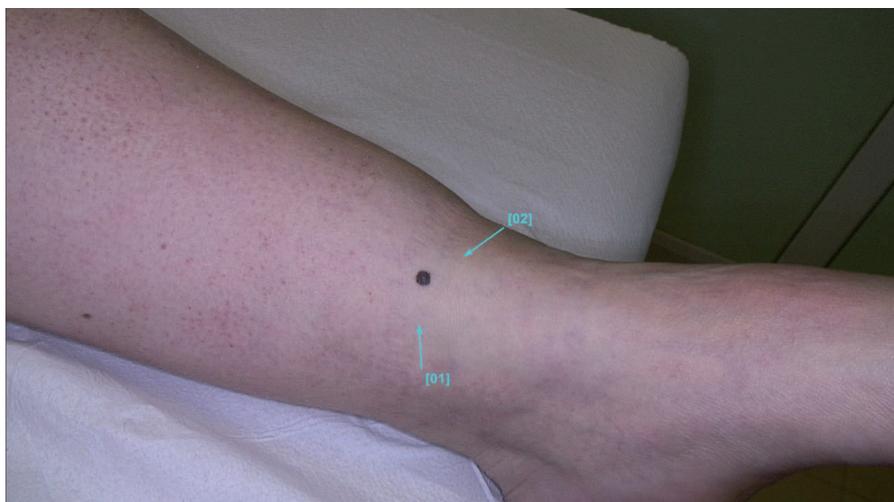
Aspetto in dermatoscopia di una delle lesioni del viso  
DIAGNOSI: Lupus Eritematoso Discoide



**Nevo Congenito Clinica**  
Banda iperpigmentata subungueale  
in bambino di 6 anni

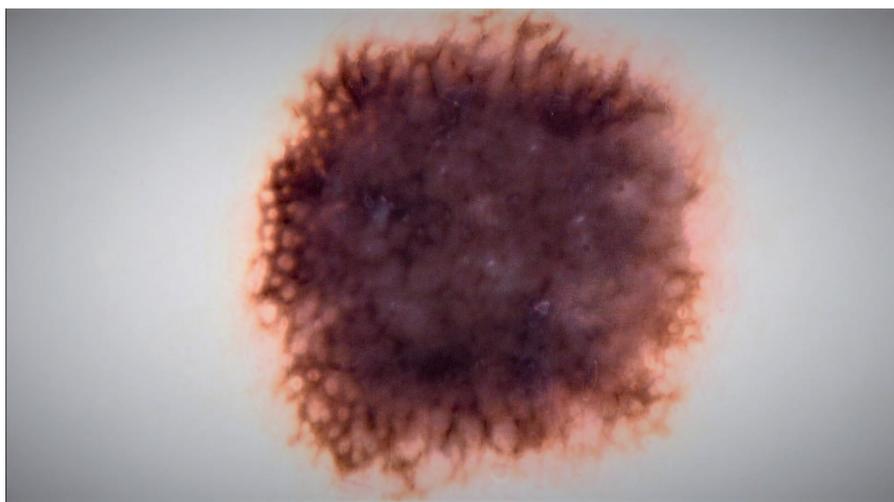


**Nevo Congenito Dermatoscopia.jpg**  
Aspetto in dermatoscopia della lesione  
melanocitaria sub-ungueale  
DIAGNOSI: Nevo congenito



### **Superficial Spreading Melanoma Clinica**

Minuta chiazza scura al terzo inferiore della gamba



### **Superficial Spreading Melanoma Dermatoscopia**

Aspetto in dermatoscopia della lesione melanocitaria della gamba

DIAGNOSI: Superficial Spreading Melanoma 0,27 mm

# Gubbio DERMOSCOPY PRO 2018

## “Dove, come, quando”

1° edizione 22-24 marzo 2018

2° edizione 27-29 settembre 2018

Park Hotel Ai Cappuccini, Gubbio

### RAZIONALE SCIENTIFICO

La Dermoscopia rappresenta da tempo una componente sostanziale ed imprescindibile del processo diagnostico in dermatologia: i campi di applicazione della metodica spaziano ormai diffusamente da quello originario dell'oncologia a quelli più recenti dell'infiammologia, dell'infettivologia, dell'entomologia, della tricologia, etc.

La “dottrina dermoscopica” sta infatti vivendo un esponenziale sviluppo ed arricchimento, inimmaginabile agli albori, e tale da condizionare non poco la strutturazione di programmi scientifici dei Corsi: la mole delle conoscenze e la loro articolata applicazione in tanti differenti ambiti impongono ormai inevitabilmente percorsi di formazione ed aggiornamento differenziati per neofiti e per esperti in materia.

A questi ultimi è specificamente dedicata l'edizione 2018 del Meeting di Dermoscopia ed Imaging cutaneo di Gubbio, ridenominato non a caso “Dermoscopy PRO”, e che ha come sottotitolo “Dove, Come, Quando”.

Il programma si articola infatti su 3 Sessioni di approfondimento tematico:

La prima (“DOVE - Quattro sedi davvero speciali”) rappresenta la più completa ed esaustiva disamina degli aspetti clinico/dermoscopici delle patologie infiammatorie, infettive e neoplastiche di quattro sedi speciali, quali la palmo-plantare, l'estremo cefalico (volto-cuoio capelluto), l'apparato ungueale e l'area genito-perianale. La seconda (“COME - Il Problem Solving dermoscopico”) consiste in una silloge di consigli tecnici e procedurali da parte di opinion leaders di fama internazionale, riguardo spinose problematiche quali l'individuazione precoce di un melanoma, specie quando esso si nasconde dietro le apparenze di una lesione innocua, la gestione delle lesioni spitzoidi equivoche, la struttura-

zione del monitoraggio dei pazienti ad alto rischio, la valutazione preoperatoria dei margini chirurgici, ma anche la corretta e proficua collaborazione con l'istopatologo ed infine le potenzialità della dermoscopia nel monitoraggio dei trattamenti locali di dermatie e neoplasie cutanee. La terza (“QUANDO - Età ed...eventualità”) contempla varie occorrenze nella pratica quotidiana che possono mettere in crisi - e non poco - il dermatologo: quando una neoformazione compare nel bambino, quando invece insorge o si modifica nel soggetto anziano, in corso di gravidanza, nell'immunodepresso; e ancora, quando la lesione è acromica, quando coinvolge o regredisce, quando invece recidiva, quando ha aspetti infrequenti o quando insorge in soggetti non caucasici.

Alle tre suddette Sessioni di approfondimento tematico, se ne aggiunge una quarta interattiva (“Centocasi”) durante la quale verranno presentati e discussi con la platea casi clinici e dermoscopici problematici.

Al termine del programma di apprendimento, il Discente dovrebbe essere in grado di:

Diagnosticare e fornire una diagnosi differenziale delle patologie infiammatorie, infettive e neoplastiche delle regioni palmo-plantari, dell'estremo cefalico (volto-cuoio capelluto), dell'apparato ungueale e dell'area genito-perianale.

Individuare precocemente un melanoma, specie quando esso si nasconde dietro le apparenze di una lesione innocua; gestire le lesioni spitzoidi equivoche; strutturare il monitoraggio dei pazienti ad alto rischio; valutare preoperatoriamente i margini chirurgici, collaborare proficuamente con l'istopatologo ed infine monitorare dermoscopicamente i trattamenti locali di dermatie e neoplasie cutanee.



**DA**<sub>2.0</sub>

**Dermatologia Ambulatoriale 2.0**