

DERMATITI LICHENOIDI

Le dermatosi lichenoidi sono caratterizzate clinicamente da lesioni papulose e istologicamente da infiltrato di cellule mononucleate disposte a banda nel derma superficiale. Il nome deriva dai licheni. Nel regno delle piante i licheni sono piante composte da funghi uniti ad alghe; possono sopravvivere anche nelle condizioni più difficili e sono chiamate piante pioniere perché riescono a colonizzare le rocce nude.

Comprendono:

- Lichen ruber planus
- Lichen scleroatrofico
- Dermatiti lichenoidi (più rare)

WWW.FISIOKINESITERAPIA.BIZ

LICHEN RUBER PLANUS

E' un'affezione cutanea e mucosa benigna, frequente, spesso cronica e recidivante, dall'eziologia non perfettamente chiara.

Aspetti clinici

La lesione elementare è:

- Papula
- Poligonale
- Dalla consistenza caratteristicamente dura
- Di aspetto brillante in luce radente
- Di colorito rosso rosa violaceo
- Del diametro di 1-3 millimetri
- Lievemente depressa al centro
- Percorsa da esili strie grigiastre (formanti il reticolo di Wickham)
- Rilevato con aspetti di arborizzazioni traslucide (dovuta all'irregolare distribuzione della cheratoialina)

Il grattamento metodico è causa di un piccolo scollamento vescicolare emorragico con porpora periferica.

Le papule rimangono isolate o per confluenza con le lesioni vicine, formano placche ovalari, dai contorni irregolari, policiclici o ancora anelli, strie, arabeschi.

Nella maggior parte dei casi si localizza:

- Sulla superficie anteriore dei polsi
- Degli avambracci
- Sugli arti inferiori
- A livello lombare

Il viso in genere è risparmiato.

Raramente la malattia è generalizzata e presenta carattere eruttivo-acuto.

Il prurito pressochè costante è uno dei segni caratteristici della malattia.

Talvolta è molto intenso e il grattamento da esso indotto favorisce l'insorgenza di nuove papule disposte in strie lineari (fenomeno di Koebner).

Dopo la regressione della papula, compare una pigmentazione di colore grigio-brunastro.

Esistono delle forme atipiche; l'atipicità può mostrarsi nei seguenti aspetti:

Morfologia della papula

- Follicolari: acuminate, raggruppate in piccole chiazze (lichen follicolare)
- Verrucose: ovalari, di colorito roseo rosso scuro localizzate alle gambe (lichen ipertrofico, ipercheratosico)
- Squamose-psoriasiformi
- Vescicolo-bollose
- Erosive: localizzate alle mani ed alle dita dei piedi
- Pigmentarie: d'emblée

Disposizione delle lesioni

- A bande lineari
- zosteriformi
- anulari (soprattutto a livello dei genitali)

Localizzazioni particolari

A livello della superficie palmare e plantare:

- Manca il reticolo di Wickham
- Assente la papula poligonare
- Presenti placche desquamative

A livello del cuoio capelluto:

- Piccola chiazza rosa ricoperta da stratificazione squamosa molto aderente
- Alopecica, talvolta spiccatamente ipercheratosica ed atrofica

A livello delle unghie:

- Può determinare gravi alterazioni irreversibili
- Mancano le papule poligonali
- E' frequente un colorito bluastro o rossastro a livello del versante profondo della piega
- L'elemento caratterizzante principale è il *pterigio dorsale acquisito* che si presenta con
 - Aderenza dell'epidermide della piega ungueale ai tessuti subungueali*
 - Assottigliamento ed espansione distale della cuticola che può aderire all'unghia provocandone la distruzione*
 - L'allargamento dello pterigio determina l'aspetto atrofo-cicatriziale del letto ungueale*











A livello delle mucose

Orale: è indubbiamente la più frequente manifestazione del lichen

Il 50% distinguono dei pazienti affetti da lichen cutaneo presenta lichen buccale

Si diverse forme:

- Reticolare (la più frequente – 90% dei soggetti). Caratterizzata da strie biancastre a forma di “foglia di felce” o punteggiature biancastre
- Papulosa. Spesso simile a leucoplasia, si localizza per lo più a livello della lingua
- Atrofica. Aree arrossate ed atrofiche della mucosa circondate da strie biancastre
- Erosivo-bollosa. Erosioni dolorose circondate da papule leucocheratosiche o da lesioni lineari

Genitale: è più raro. La cute si presenta eritematosa, biancastra, ispessita e percorsa da solchi profondi. La mucosa appare grigiastra. Nel maschio talora aspetto circinato. La forma erosiva è caratterizzata da lesioni eritematose, erosive, dolorose e croniche.

Esofagea: nella maggior parte dei casi si associa a lichen planus erosivo del cavo orale. A volte è causa di stenosi.

DIAGNOSI

Di solito è facile. Si basa sul riconoscimento della papula lichenienica, pruriginosa, dall'aspetto caratteristico. Nelle forme atipiche ci affidiamo alla istologia.

Istologia

- Papula dermoepidermica
- Ipercheratosi (ortocheratosica)
- Ipergranulosa irregolare (reticolo di Wickham)
- Papille ingrandite deformate a cupola
- Fitto infiltrato infiammatorio
- A livello dello strato basale corpi citoidi o colloidali (cheratinociti necrotici)
- L'immunofluorescenza diretta mostra depositi ovoidali di grandi dimensioni contenenti immunoglobuline M e C3

Istogenesi

La lesione iniziale sembra localizzarsi a livello dello strato basale dell'epidermide.

L'infiltrazione dermica secondaria è costituita da linfociti T (CD4, CD8).

La microscopia elettronica e l'immunoistochimica hanno dimostrato aumento di cellule di Langherans nell'epidermide.

Corpi citoidi = cheratinociti necrotici

Si ipotizza reazione di linfocitotossicità diretta contro alcune cellule basali con successiva tendenza alla riparazione di queste lesioni basali croniche.

Eziologia

Non esiste familiarità. Per lo più colpisce soggetti ansiosi.

Alterazioni metaboliche:

- Disturbi del metabolismo dei carboidrati (diminuzione dell'attività della glucosio 6 fosfato deidrogenasi)

Componente psicologica:

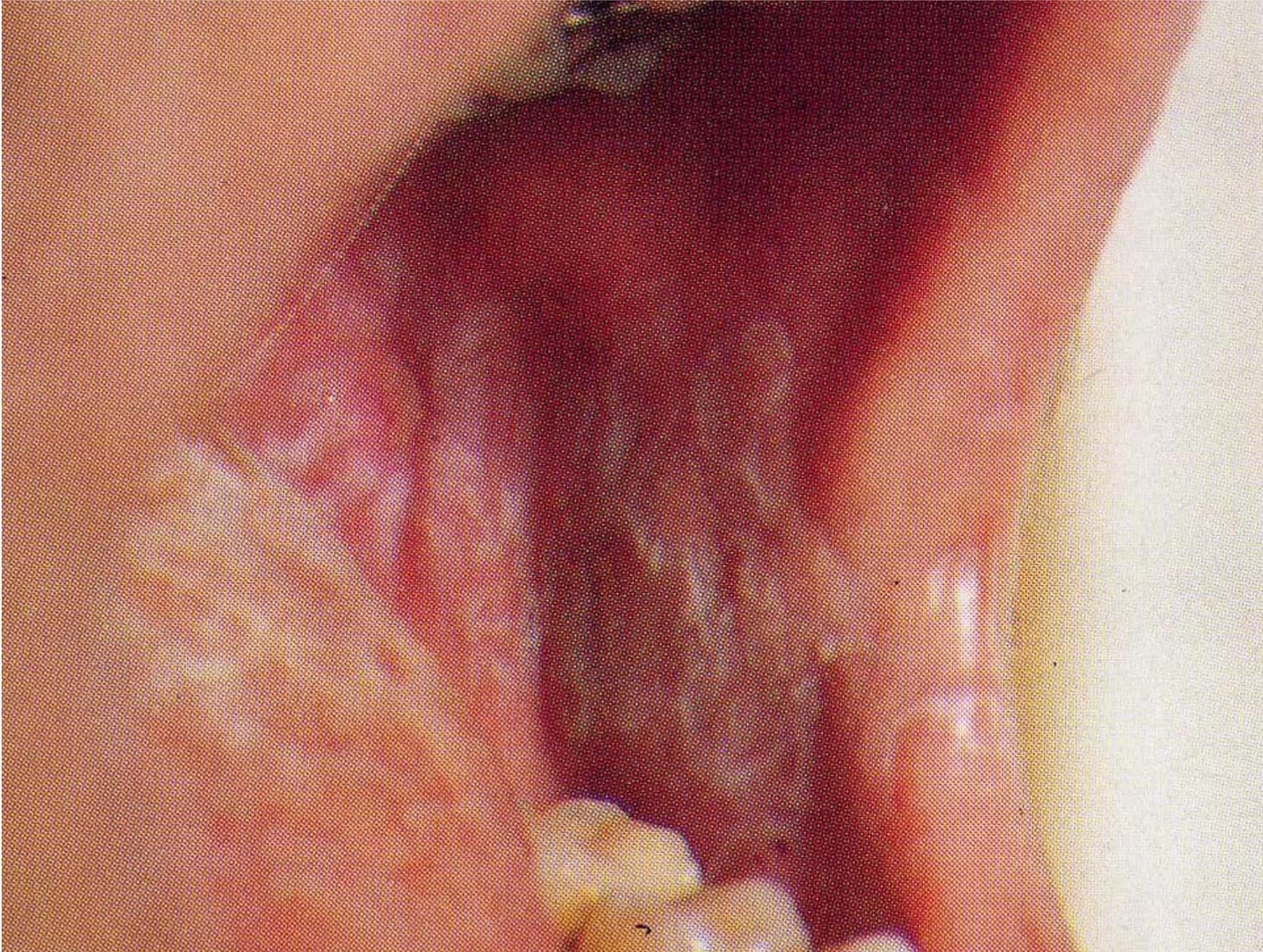
- Scatenamento delle lesioni da parte di un trauma emotivo
- Lichen frequente in soggetti con costituzione psicologica particolare (sindrome ansioso-depressiva)

Componente autoimmune:

- Associazione con altre forme immunologiche (lupus, pemfigoide)
- Le anomalie immunitarie associate a quadro istologico di tipo citotossico spiegherebbe l'ipotesi autoimmune (scatenata forse da infezione virale)
- Associazione di frequente riscontro con epatopatia cronica (epatite cronica attiva, positività per HCV)

Decorso

Benignità del lichen; la prognosi è favorevole. Le lesioni regrediscono nel giro di pochi mesi, talora con recidive a distanza. Esistono forme croniche con aspetti ipertrofico, atrofico, erosivo, alopecizzante. Terapia non imponente con corticoterapia, immunodepressori (ciclosporina), crenoterapia, PUVA terapia.







LICHEN SCLEROATROFICO

Patologia di confine che necessita di interventi multispecialistici. Questa malattia, dalla denominazione impropria (non si tratta di sclerosi su piano istologico), corrisponde ad un processo senza dubbio inizialmente infiammatorio.

Da causa ignota

Che conduce all'atrofia dell'epidermide

Conformazione di banda di ialinizzazione edematosa del tessuto connettivo subepidermico

Più frequente nella donna (10 a 1) e sulle mucose (20 a 1 rispetto alla cute)

Cute: la lesione elementare è una papula rilevata bianco-madreperlacea, brillante, ben delimitata, un po' depressa al centro dove possono essere presenti piccole squame pergamenacee.

Le lesioni si raggruppano in chiazze a margini frammentati, con alcuni elementi puntiformi o lenticolari alla periferia. Si può avere atrofia pergamenacea (alla palpazione). Senza prurito, si localizza al collo, dorso, radice degli arti.

Mucose: Nella donna frequente nel periodo peri-post menopausale. Disordine a carattere distrofico, aspetto biancastro-madreperlaceo delle lesioni. Carattere atrofizzante della mucosa liscia o lievemente rugosa pergamenacea. La mucosa assottigliata lascia trasparire vasi ectasici ed ecchimotici. Piccole labbra appiattite avvicinate a grandi labbra, riduzione dell'ostio vulvo-vaginale con difficoltà nei rapporti sessuali.

Nel maschio chiazze biancastre simil porcellana disseminate al glande che possono portare a stenosi o all'anello prepuziale con conseguente fimosi serrata.

Nel bambino: nel sesso femminile insorgenza prima dei sei anni, bruciore, escoriazione, dolore e difficoltà alla minzione, talora atrofia di piccole labbra, spesso guarisce alla pubertà

Nel sesso maschile, interessamento regione balano-prepuziale; può evolvere in fimosi e si rende necessaria circoncisione.

ISTOLOGIA

- epidermide atrofica
- ipercheratosi ortocheratosica
- banda ialina acellulare che occupa il derma superficiale
- infiltrato linfomonocitario a banda

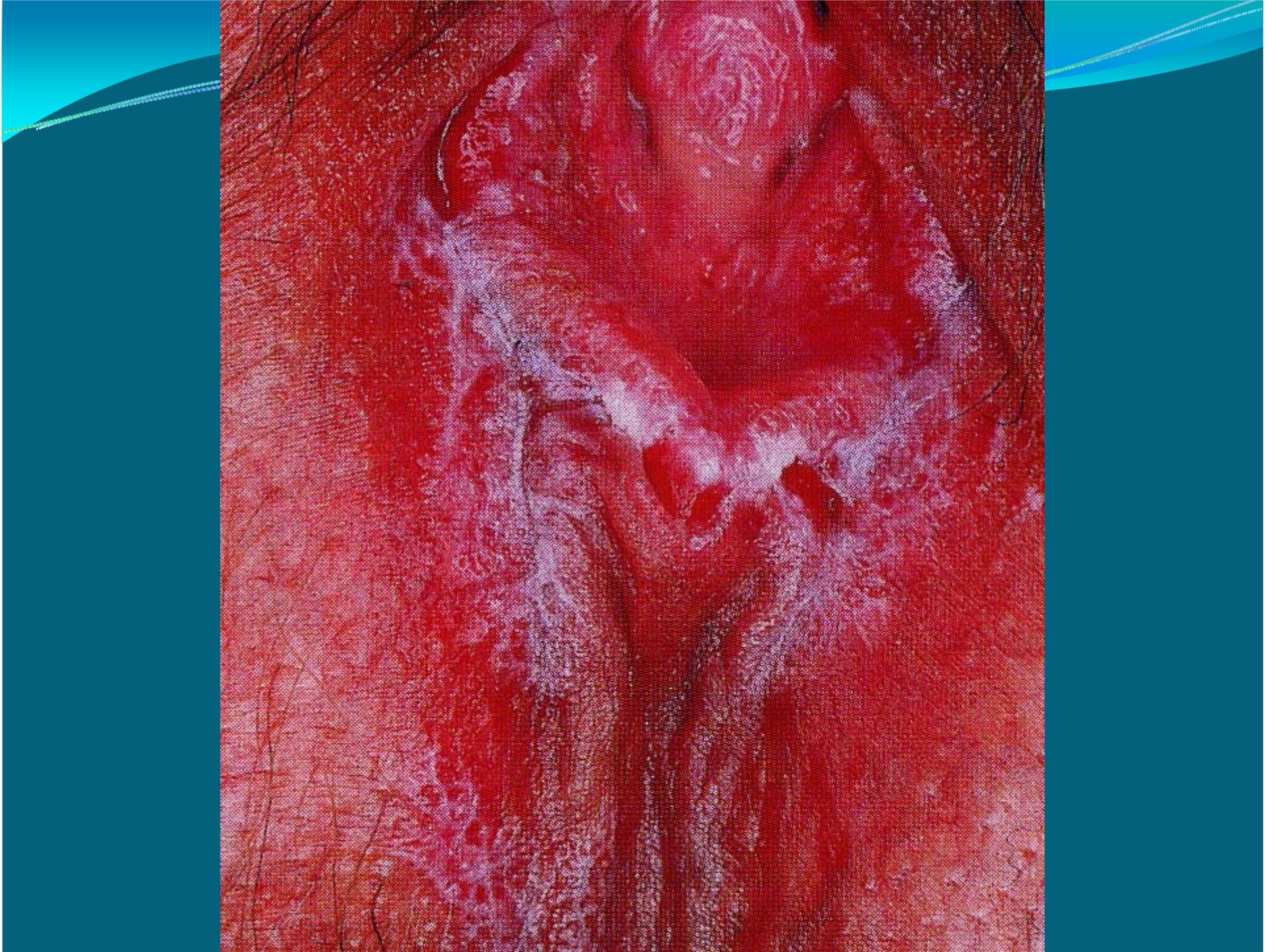
EZIOPATOGENESI

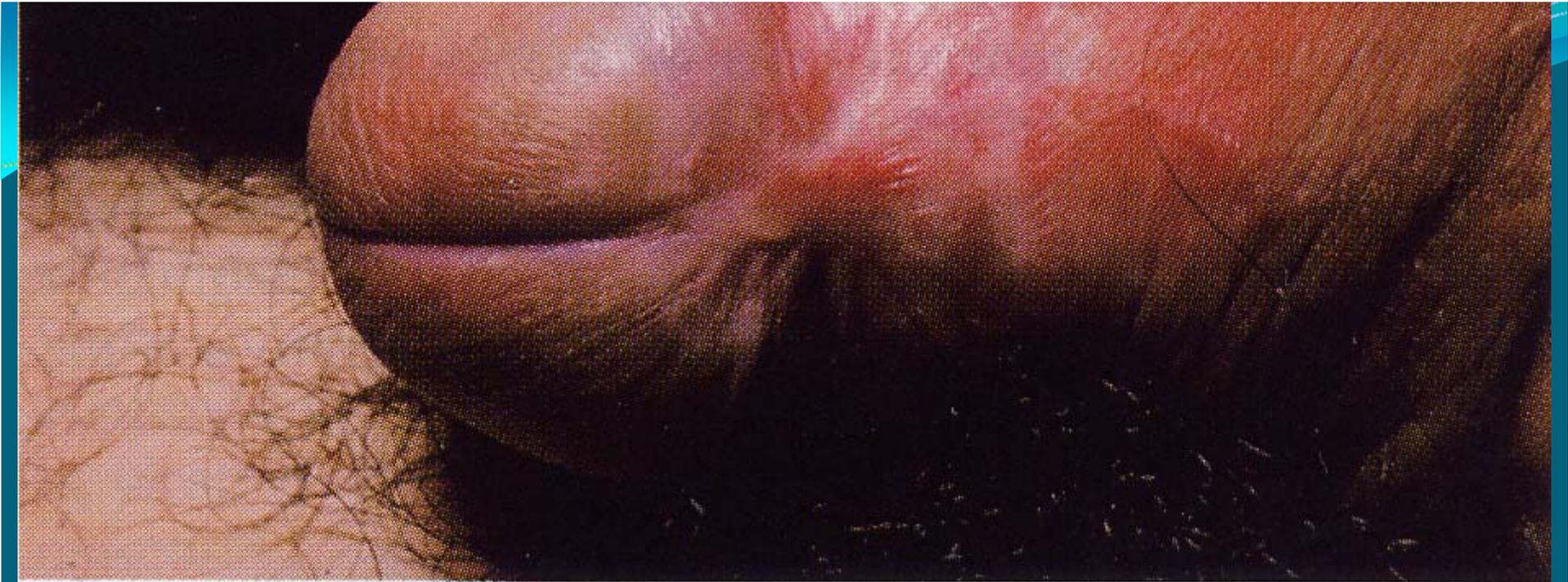
- multifattoriale:
 - 1) genetica: esiste familiarità
 - 2) ormonale: anomalie ormoni sessuali (deficit 5α reduttasi)
 - 3) enzimatica: distruzione fibre elastiche
 - 4) autoimmune: aumento di autoanticorpi (associazione con tiroidite)

TERAPIA

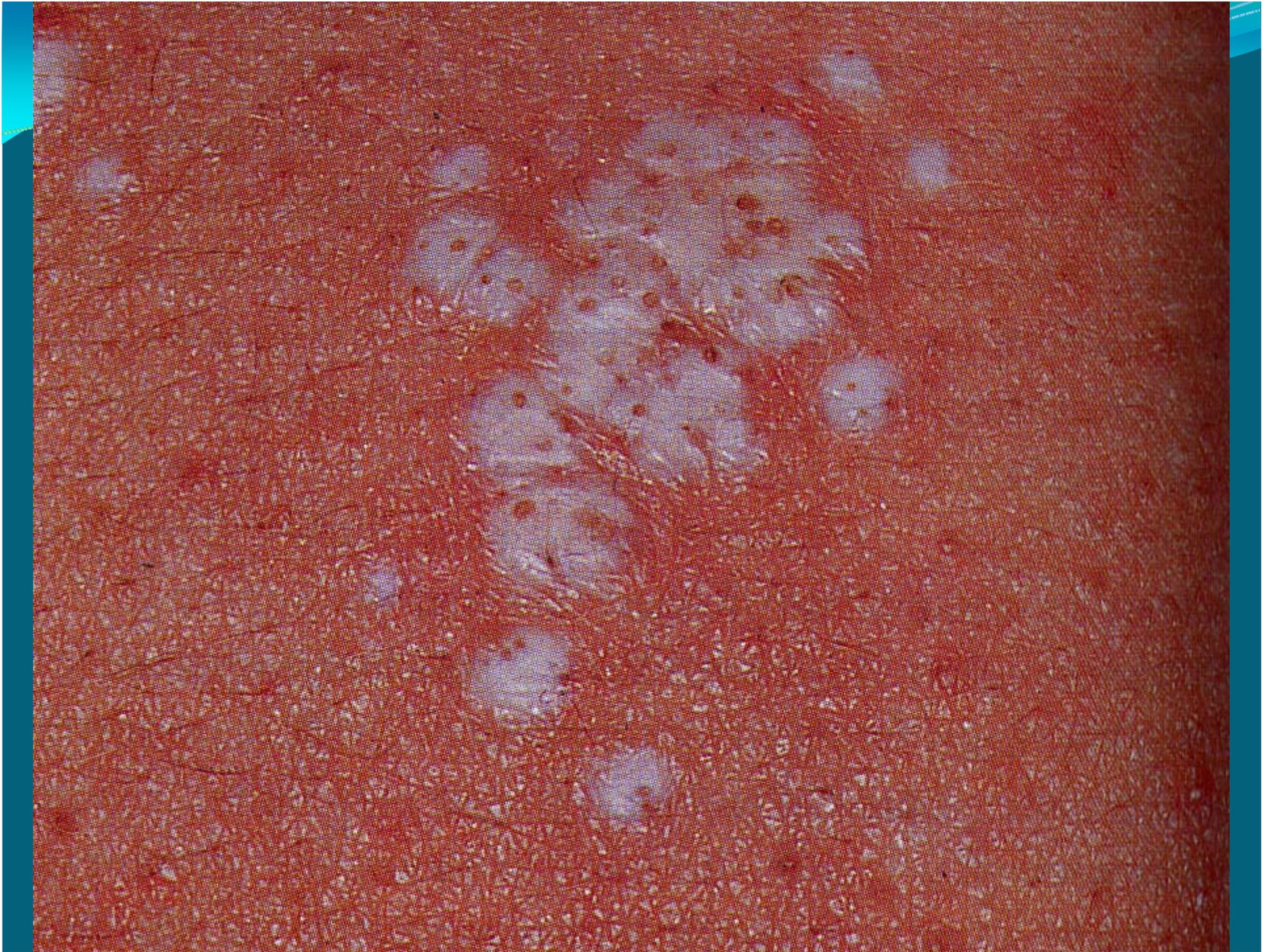
Corticoterapia e androgenoterapia per via locale

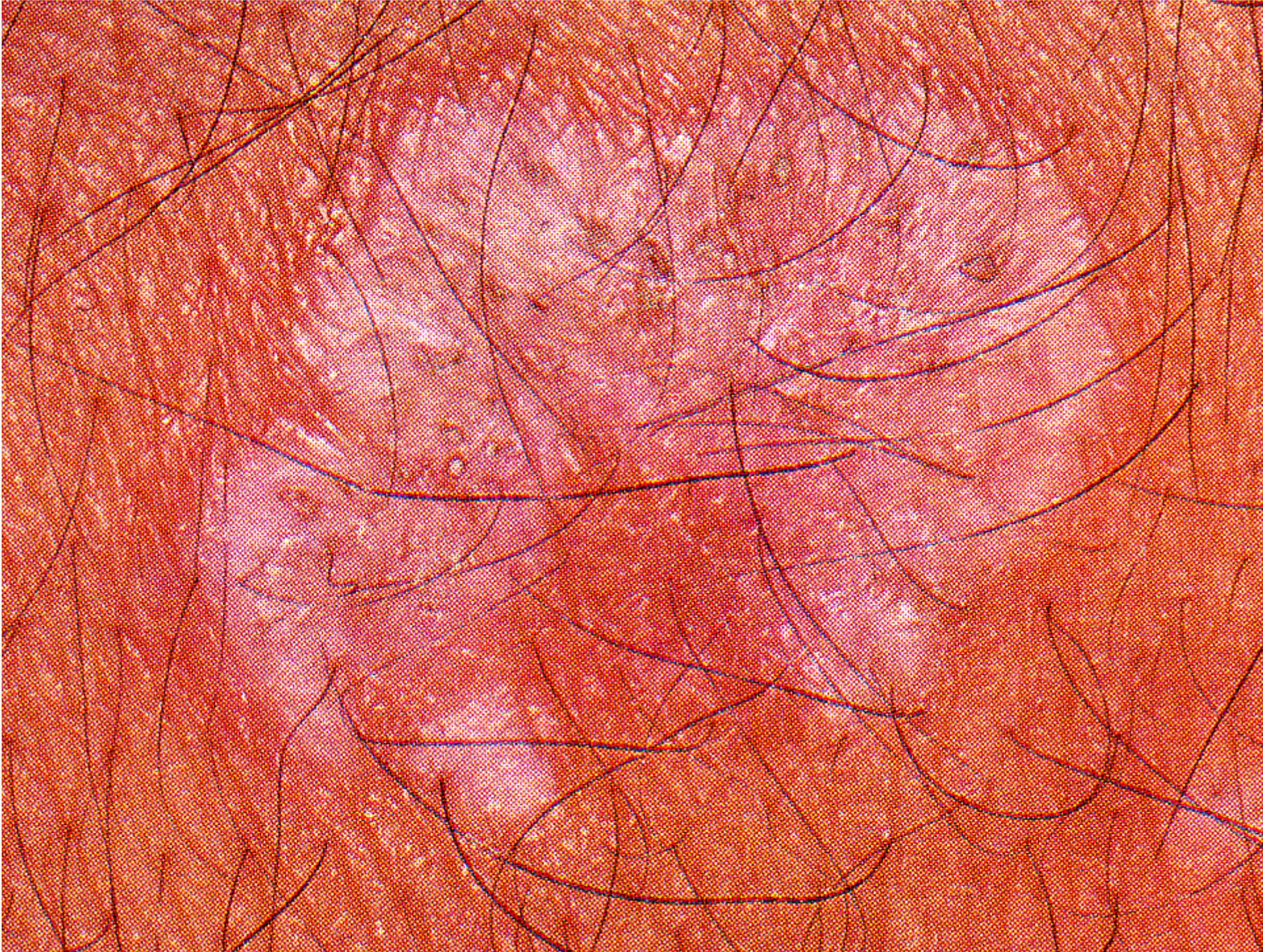
Interventi chirurgici (circoncisione e biopsia)













DERMATOSI LICHENOIDI

Dermatite lichenoida da farmaci: aspetto eczematoide (isoniazide, antimalarici, sali di oro, β bloccanti)

Dermatiti lichenoidi da chimici: in corso di sviluppo di pellicola (grassi minerali, tricloroetilene)

Cheratosi lichenoida striata: papule ipercheratosiche a distribuzione lineare non pruriginose

Lichen nitidus: raro, minipapula di 1-2 millimetri, piatta, brillante, biancastra, poco pruriginosa. Le lesioni sono isolate in raggruppamento di una decina di papule. Localizzate al pene, polsi, mani, tronco. Istologia: sotto epidermide atrofica, infiltrato denso di linfociti, plasmacellule, istiociti, cellule giganti.

Lichen attinico: spesso in Medio Oriente localizzato nelle zone fotoesposte.

Lichen amyloidosus: fa parte dei quadri di amiloidosi cutanea.

Malattia da trapianto contro l'ospite: eruzioni lichenoidi dopo trapianto di midollo osseo allogenico.

Dermatosi cinerea: chiazze di tipo infiammatorio, seguite da fase pigmentaria (macule di color grigio cenere)

Prurigo pigmentosa: lesioni papulo-vescicolari seguite da fase pigmentaria.

