

# **Dermatosi pustolosa erosiva del cuoio capelluto**

**Andrea Marliani**

La dermatosi pustolosa erosiva è una malattia assai rara, anche se non così eccezionale come ritenuto in passato. Interessa soprattutto soggetti con alopecia androgenetica e cheratosi attiniche multiple.

Clinicamente si caratterizza per la comparsa di lesioni pustolose confluenti ed estese che vanno incontro alla formazione di croste giallastre il cui allontanamento mostra la presenza di erosioni che poi guariscono con esito cicatriziale. Le lesioni, uniche o multiple (il loro numero è comunque sempre modesto), tendono lentamente ad estendersi, anche se in maniera non uniforme e simmetrica, e compaiono spesso (in oltre il 40% dei casi) in seguito a traumi accidentali o chirurgici.

L'esame colturale delle lesioni evidenzia spesso la presenza dello stafilococco aureo, talvolta di altri microrganismi.

L'esame istologico mostra un'epidermide erosa, un denso infiltrato neutrofilico e linfoistiocitario nel derma papillare con qualche plasmacellula, cellule giganti da corpo estraneo e, successivamente, la sostituzione dei follicoli piliferi con tessuto cicatriziale.

La patogenesi è sconosciuta, tuttavia è stato ipotizzato un meccanismo simile a quello invocato per la follicolite decalvante.

L'uso di corticosteroidi sistemici e topici ad elevata potenza produce una rapida risposta terapeutica, mentre gli antibiotici topici e sistemici da soli non hanno effetto. Oggi la terapia si avvale dell'Isotretinoina alle dosi usuali per la cura dell'acne grave o, in alternativa, sulla Acitretina alle dosi in uso per la terapia della psoriasi.

## **Erosive pustular dermatosi of the Scalp**

Erosive pustular dermatosis is a very rare disease, although not as exceptional as previously thought. It mainly affects subjects with androgenetic alopecia and multiple actinic keratoses.

Clinically it is characterized by the appearance of confluent and extensive pustular lesions that undergo the formation of yellowish crusts whose removal shows the presence of erosions which then heal with scarring. The lesions, single or multiple (their number is always modest), tend to slowly spread, even if in an uneven and symmetrical way, and often appear (in over 40% of cases) following accidental or surgical trauma.

Culture examination of the lesions often shows the presence of staphylococcus aureus, sometimes of other microorganisms. The histological examination shows an eroded epidermis, a dense neutrophilic and lymphohistiocytic infiltrate in the papillary dermis with some plasma cells, giant cells from a foreign body and, subsequently, the replacement of hair follicles with scar tissue.

The pathogenesis is unknown, however a mechanism similar to that invoked for decalvant folliculitis has been hypothesized.

The use of high-potency systemic and topical corticosteroids produces a rapid therapeutic response, while topical and systemic antibiotics alone have no effect. Today the therapy uses Isotretinoin at the usual doses for the treatment of severe acne or, alternatively, on Acitretin at the doses used for the treatment of psoriasis.