

# Eczema disidrotico a piedi e mani

La fisiopatologia dell'eczema disidrotico non è stata definitivamente stabilita, ma sono state proposte diverse ipotesi e molti pazienti presentano una disposizione generale per dermatite atopica

**U**n uomo di 57 anni con DT2 e ipertensione da 2 settimane presenta lesioni vescicolo-bollose ai piedi e alle mani. Le lesioni, estremamente pruriginose, sono apparse per la prima volta su entrambi i piedi e sono aumentate di dimensioni e numero; negli ultimi giorni, hanno iniziato a svilupparsi su entrambi i palmi delle mani e sui lati delle dita. Sono assenti febbre e sintomi costituzionali. Il paziente vive da solo, senza animali domestici, in un appartamento pulito; non ha allergie note. È in trattamento con insulina, labetalolo e lisinopril/idroclorotiazide, omeprazolo.

## ► Esame fisico e workup

All'esame fisico, nulla da segnalare. Temperatura 37,1°C, PA 130/85 mmHg, FC 70 bpm, saturazione ossigeno 98% aria-ambiente. Le vescicole, che appaiono piene di liquido sono di dimensioni variabili (da 1 mm a 3 cm), sono tutte color pelle, senza alcun eritema circostante. Le gambe mostrano edema non-pitting fino alle ginocchia e sensazione ridotta al tocco leggero, l'orofaringe è libera da qualsiasi lesione.

## ► Diagnosi e trattamento

La diagnosi di eczema disidrotico, noto anche come *pompholyx*, è stata posta sulla base della storia del paziente e dei risultati dell'esame fisico. Una delle bolle (3 cm x 1,5 cm) è stata drenata per via percutanea con una siringa da 10 cc. Sono stati aspirati circa 3 ml di un fluido trasparente. Il tetto della vescicola è stato lasciato intatto. Per confermare la diagnosi ed escludere ipotesi diagnostiche alternative, è stata esegui-

ta una biopsia della pelle dal piede. Il paziente è stato istruito per iniziare un regime di steroidi topici e impacchi umidi. È stata raccomandata una crema idratante da banco e la soluzione di Burow (acetato di alluminio al 10%) e clobetasolo propionato. Durante una visita di follow-up, il paziente è stato sottoposto a patch test, ma non è stato identificato un allergene da contatto causale.

## ► Discussione

Si stima che l'eczema disidrotico sia presente in circa l'1% della popolazione ed è più comune nelle donne. La maggior parte dei casi si presenta prima dei 40 anni di età. Si trova più comunemente nei climi più caldi e umidi, specialmente in primavera ed estate. Le recidive possono verificarsi per tutta la vita di un paziente, con o senza trattamento. La fisiopatologia dell'eczema disidrotico non è stata definitivamente stabilita, ma sono state proposte diverse ipotesi. Il termine "disidrosi" è un termine improprio che si riferisce all'ipotesi originale della disfunzione della ghiandola sudoripare, che è caduta in disgrazia. Inoltre, i pazienti non sono in genere noti per sperimentare iperidrosi. L'associazione della condizione con l'atopia è interessante, poiché circa il 20% dei pazienti sperimenta eczema della mano concomitante e circa il 50% dei pazienti ha una disposizione generale a una diatesi atopica (ad esempio, asma, febbre da fieno e sinusite). Altri fattori esogeni che sono stati implicati e possono scatenare episodi includono dermatite da contatto con metalli pesanti; sensibilità ai metalli ingeriti;

esposizione ad altri allergeni da contatto, infezione da dermatofiti o batteri. Lo stress emotivo e fattori ambientali sono segnalati per esacerbare la disidrosi.

La presentazione classica è di culture di vescicole o bolle che eruttano bilateralmente sui palmi delle mani e sugli aspetti laterali delle dita. Le vescicole possono fondersi nel tempo per formare bolle multilocalizzate. La maggior parte dei casi coinvolge solo le mani, ma circa il 10% dei pazienti ha lesioni sia sulle mani che sui piedi e un altro 10% ha lesioni solo sui piedi. Le lesioni possono essere intensamente pruriginose, portando a desquamazione secondaria ed erosioni e ulcerazioni da graffi. Cellulite, linfangite o infezione delle lesioni stesse possono svilupparsi con la presenza di lunga data di lesioni e/o scarsa igiene. Le culture vescicolari di solito si risolvono spontaneamente dopo 3-4 settimane. Sebbene autolimitati, i focolai si alternano spesso a intervalli liberi da malattia di settimane o mesi e, se gravi, possono essere estremamente invalidanti.

La diagnosi differenziale si pone con i disturbi immunobollosi (pemfigoide bolloso e volgare) o altre dermatosi. La diagnosi viene solitamente effettuata sulla base della storia clinica, dell'esame fisico e dell'esclusione di diagnosi alternative. La coltura batterica e le sensibilità possono essere valutate per le infezioni secondarie. Una biopsia cutanea può anche essere utile per confermare l'impressione clinica in casi non responsivi e per escludere diagnosi alternative.

• Fonte: [www.medscape.com](http://www.medscape.com)