

## Dermatologia per il Pediatra

Carlo Gelmetti

Istituto di Scienze Dermatologiche, Università di Milano

IRCCS “Ospedale Maggiore Policlinico, Mangiagalli e Regina Elena” di Milano

Dato che la pelle, oltre ad essere l'organo più esteso del corpo umano, è anche il più visibile, è importante che il medico, e quindi anche il pediatra, ne possa sfruttare al meglio queste caratteristiche. Una buona luce, meglio se naturale e una buona lente (3X o 5X) sono quello che serve per la grande maggioranza delle necessità cliniche. Avere una lente di maggiore potenza (es. 10X) non risolve un gran che ed inoltre si scontra con la necessità di avere una fonte di luce speciale dato che il piccolo fuoco di queste lenti ad elevato ingrandimento costringe a tenere l'occhio molto vicino e quindi il capo dell'osservatore va quasi sempre a ostacolare l'arrivo della luce. Per ingrandimenti maggiori esistono strumenti particolari come quelli che sono stati sviluppati per la dermatoscopia, soprattutto finalizzata allo screening dei nevi. Gli apparecchi attualmente in uso sono tre: quelli a lenti classiche ad immersione, quelli a lenti polarizzate e quelli a fibre ottiche. Questi ultimi sono apparecchi ingombranti e costosi e servono soprattutto per centri di riferimento con alto numero di pazienti. La loro qualità ottica è inferiore ai migliori modelli con lenti tradizionali, ma la possibilità di digitalizzare le immagini in tempo reale ne costituisce un vantaggio evidenti per i grandi numeri. I dermatoscopi con lenti classiche ad immersione vanno impiegati con l'olio da immersione che serve per correggere le anomalie indotte dall'aria. I dermatoscopi con lenti polarizzate di ultima generazione utilizzano LED al posto di una tradizionale lampadina (e quindi generano una luce più bianca) e non hanno bisogno di essere a diretto contatto con la cute (il che è un ulteriore vantaggio dal punto di vista igienico). La luce di Wood (che emette nello spettro dell'ultravioletto) è teoricamente utile per cento motivi: dalla diagnosi della vitiligine a quella della neurofibromatosi di Recklinghausen, dalla evidenziazione di alcune micosi (anche se esistono micosi Wood negative) a quella di alcune porfirine. Ciò detto, l'uso della luce di Wood è in pratica molto complicato: la luce deve essere potente, il buio completo (evitare i tessuti bianchi come il camici e la biancheria intima) ed il paziente relativamente fermo (pensiamo ad alcuni bambini...). I raggi infrarossi sono molto utili in alcune situazioni dove una temperatura diversa da quella normalmente presente in quel distretto corporeo può essere un prezioso indizio; pensiamo, ad esempio, a certi angiomi. La termografia o, meglio, la teletermografia permette una rapida mappatura delle temperatura cutanea e, soprattutto, un immediato controllo con la regione anatomica omolaterale di controllo. I moderni termometri ad infrarossi sono molto più pratici ed economici della apparecchiatura necessaria per la teletermografia (in pratica una telecamera con obiettivo raffreddato con azoto liquido collegata ad un monitor dedicato) ma non consentono una visione di insieme e costringono quindi a misurazioni multiple.

L'ingrandimento di una lente più utile per la comune pratica dermatologica è:

1-2X

3-5X

10X

50X

I dermatoscopi possono essere:

con luce incandescente

con luce a LED

con fibre ottiche

tutte le precedenti

La luce di Wood è utile per la diagnosi di:

micosi

NF1

Porfirine

Tutte le precedenti

La luce di Wood è utile per la diagnosi di:

tutti i dermatofiti

tutti i lieviti

alcuni dermatofiti e alcuni lieviti

alcuni dermatofiti e tutti i lieviti

La teletermografia permette:

la termometria di tutto il corpo

la termometria di una faccia del corpo

la termometria delle estremità

la termometria delle cavità mucose