

Un caso di rosacea granulomatosa

G. CIMMINO, M. NAPOLITANO, L. PANARIELLO

RIASSUNTO: Un caso di rosacea granulomatosa.

G. CIMMINO, M. NAPOLITANO, L. PANARIELLO

La rosacea granulomatosa è una rara forma di rosacea, caratterizzata dalla presenza di papule di colore rosso-bruno e piccoli noduli su fondo eritematoso. Descriviamo il caso di una donna di 23 anni con rosacea granulomatosa trattata con limeciclina per via sistemica e terapia topica con metronidazolo gel.

SUMMARY: A case of granulomatous rosacea.

G. CIMMINO, M. NAPOLITANO, L. PANARIELLO

Granulomatous rosacea is a rare form of classic rosacea, characterized by brownish-red papules or small nodules on a diffusely reddened background and thickened skin. We describe a case of granulomatous rosacea in a 23-year-old woman, successfully treated with oral lymecycline and topical gel of metronidazole.

KEY WORDS: Limeciclina - Metronidazolo - Rosacea granulomatosa.
Lymecycline - Metronidazole - Granulomatous rosacea.

Introduzione

La rosacea è una dermatosi cronica infiammatoria che interessa principalmente la regione centrale del viso: fronte, naso, mento (1). È caratterizzata da ricorrenti episodi di edema ed eritema facciale, complicati dalla presenza di papule, pustole, teleangectasie e formazione di tessuto fibroso (2).

La rosacea granulomatosa è una condizione clinica rara caratterizzata dalla presenza di papule di colore rosso-bruno e piccoli noduli, su fondo eritematoso, localizzati principalmente a livello perioculare, zigomatico e periorale (3).

Riportiamo il caso di una donna di 23 anni affetta da rosacea granulomatosa trattata con limeciclina *per os* e metronidazolo topico.

Caso clinico

Una donna di 23 anni è giunta alla nostra osservazione per la comparsa, da circa 2 anni, di numerose lesioni papulo-pustolose localizzate alle guance, al mento e alla regione temporale. All'esame obiettivo si rilevava la presenza, diffusamente al volto, con risparmio della regione frontale, di chiazze eritematose teleangectasiche ricoperte da papule violacee di 2-5 mm di diametro e di pustole. Non erano presenti linfadenopatie. Non vi era interessamento oculare (Fig. 1).

L'esame istopatologico mostrava, a livello dell'epidermide, dilatazione infundibolare e a livello dermico presenza di un infiltrato linfocitico predominante intorno ai follicoli piliferi. Tale quadro risultava compatibile con una diagnosi di rosacea granulomatosa.

La paziente veniva trattata inizialmente con metronidazolo sistemico per 2 mesi e, successivamente, con doxiciclina per 1 mese, senza ottenere alcun miglioramento clinico.

Come da recenti evidenze scientifiche (4), veniva intrapresa terapia sistemica con limeciclina (300 mg/die) e topica con metronidazolo 1% gel per 28 giorni, ottenendo notevole riduzione dell'eritema e dell'estensione delle manifestazioni (Fig. 2).



Fig. 1 - Manifestazioni cliniche prima del trattamento.

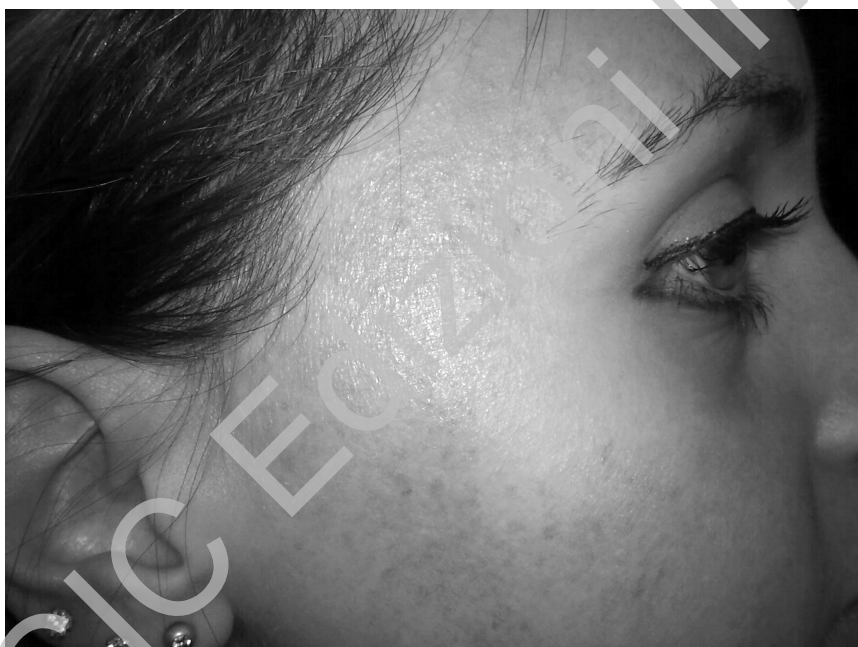


Fig. 2 - Riduzione delle manifestazioni dopo trattamento.

Discussione

La rosacea granulomatosa, definita anche rosacea lupoide, è una forma rara di rosacea che si differenzia dalla forma classica per la localizzazione delle lesioni, che generalmente interessano la porzione laterale del viso e la regione sotto-mandibolare e per l'istopatologia che mostra la presenza di granulomi epitelioidi.

L'eziopatogenesi non è nota. Un ruolo centrale è svol-

to da un'alterazione della vascolarizzazione cutanea, su cui agiscono stimoli di natura fisica (caldo, freddo, esposizione al sole), chimica (cibi, cosmetici) ed emozionale (5).

È stato anche ipotizzato che le modificazioni ormonali tipiche del climaterio, i processi infettivi (*H. Pylori*), i disordini gastrointestinali possano indurre il rilascio di citochine e mediatori (Sostanza P) probabilmente coinvolte nella patogenesi della rosacea (6).

Anche l'infezione da *Demodex folliculorum* è stata associata allo sviluppo della dermatosi. Grosshans ha considerato la possibilità che il granuloma rappresenti una reazione di ipersensibilità all'agente (7).

Il trattamento include l'uso di antibiotici *per os*, come le tetracicline o la claritromicina, e l'uso di farmaci topici, come il metronidazolo, un imidazolico classificato come antiprotozario e antibatterico, e l'acido retinoico. Le tetracicline hanno proprietà anti-infiammatorie (inibizione della chemiotassi neutrofila e della produzione

di citochine proinfiammatorie) (8) e batteriostatiche (inibizione della sintesi proteica).

La tetraciclina più utilizzata è generalmente la doxiciclina. Recenti studi (4) hanno evidenziato l'efficacia di un'altra molecola appartenente al gruppo delle tetracicline, la limeciclina. Abbiamo pertanto deciso di utilizzare tale farmaco, in associazione al metronidazolo gel, per trattare la nostra paziente, mostratasi resistente alle terapie tradizionali, ottenendo buoni risultati, in accordo con le recenti evidenze scientifiche.

Bibliografia

1. Webster GF. Rosacea. Med Clin North Am. 2009 Nov; 93(6): 1183-94.
2. Wilkin J, Dahl M, Detmar M, Drake L, et al. Standard classification of rosacea: Report of the National Rosacea Society Expert Committee on the Classification and Staging of Rosacea. Journal of the American Academy of Dermatology. 2002; 46: 584-587.
3. Helm KF, Menz J, Gibson LE, Dicken CH. A clinical and histopathologic study of granulomatous rosacea. J Am Acad Dermatol. 1991 Dec; 25: 1038-43.
4. Pedro Bezerra da Trindade Neto I; Keyla Borges F Rocha II; Joseli Batista de Lima III; Juliana Cristina Soares Nunes IV; Aldavânea Cabral de Oliveira e Silva. Granulomatous rosacea: case report - a therapeutic focus. An Bras Dermatol. vol.81 suppl.3 Rio de Janeiro Sept./Oct. 2006.
5. McAleer MA, Lacey N, Powell FC. The pathophysiology of rosacea. G Ital Dermatol Venereol. 2009 Dec; 144(6): 663-71.
6. Bonamingo RK. Rosacea: fatores de risco, etiologia e patogenese. An Bras Dermatol. 1999; 76: 621-4.
7. Grosshans E, Dungler T, Kien TT, Kremer M. Demodex folliculorum and rosacea: experimental and immunological studies. Z Hautkr. 1980 Sep 15; 55(18): 1211-8.
8. Baldwin HE. Systemic therapy for rosacea. Skin Therapy Lett. 2007 Mar; 12(2): 1-5, 9.

Per richiesta estratti:

M. Napolitano
Dipartimento di Patologia Sistemica
Sezione di Dermatologia
Università degli Studi di Napoli – Federico II
Via S. Pansini, 5
80131 Napoli
Tel.: 081 7462412 – Fax: 081 7462442
E-mail: maddy.napolitano@gmail.com