

# La dermatite seborroica

La dermatite che migliora nella stagione balneare.

*La dermatite seborroica è una patologia cronico recidivante, che si localizza generalmente al viso e al cuoio capelluto, potendo interessare anche l'area presternale, le ascelle, l'inguine e i genitali esterni. Essa origina nelle aree cosiddette "seborroiche" e può interessare qualsiasi fascia di età.*

La crosta lattea del neonato è considerata una forma mite di dermatite seborroica. Nell'adulto, la dermatite seborroica si presenta con squame giallo untuose, su cute eritematosa e pruriginosa, interessando prevalentemente il viso (es. sopracciglia, pieghe naso labiali, basette, etc) ed il cuoio capelluto (es. attaccatura dei capelli). In alcuni casi la dermatite seborroica si può presentare sulle mucose dei genitali esterni (es. balanite seborroica, vulvite seborroica), con rossore evidente e desquamazione minima o assente.

**Le cause:** l'eccesso di sebo, crea un microambiente ideale per la proliferazione del lievito *Malassezia furfur*, con produzione da parte di questo di acidi grassi infiammatori (degradazione del sebo ad opera della lipasi del *Malassezia furfur*). Le aree interessate dal fenomeno si presentano così eritematose e desquamate. Talora l'eccesso di sebo, viene erroneamente percepito e riferito dal paziente, come pelle secca che si squama e genera prurito.

Durante la stagione balneare, la seboregolazione indotta dal sole e dall'acqua di mare, apporta benefici notevoli ai pazienti, contrariamente al sudore che invece ne peggiora il quadro. Al momento della visita specialistica è importante

osservare accuratamente anche le aree cosiddette psoriasiche (es. gomiti). In alcuni casi, il prurito può indurre lesioni da grattamento e talora sovrinfezione batterica (dermatite seborroica impetiginizzata) o micotica (es. candidosi). I patch test sono a volte utili per escludere una componente allergica da contatto.

La visita specialistica è importante per differenziare la dermatite seborroica da altre dermatosi (es. psoriasi, rosacea, lupus eritematoso, eczema, dermatite periorale, dermatite atopica, etc). È importante con la visita escludere situazioni di iperandrogenismo (es. sindrome dell'ovaio policistico, iperinsulinemia, insulino resistenza, etc) in quanto elevati livelli di testosterone, potrebbero favorire la seborrea e la conseguente dermatite.

Le manifestazioni cliniche, le aree interessate, il tipo di terapia e la tendenza alle recidive, rende talora la dermatite seborroica, molto simile alla psoriasi, tanto da far ricorrere al termine di sebopsoriasi.

La psoriasi si localizza anche in aree non seborroiche e si presenta con desquamazione biancastra (forfora secca). La dermatite seborroica si presenta invece con squame giallastre, untuose (variante grassa) ma che possono apparire secche dopo alcuni giorni dalla loro comparsa (variante secca).



La rara variante petaloide (chiazze a forma di petalo), si può presentare al collo e al dorso.

L'interessamento delle pieghe ascellari o inguinali prende il nome di intertrigine seborroica.

La comparsa di una dermatite seborroica diffusa e improvvisa, si può verificare nei pazienti con AIDS o HIV+.

**I rimedi:** esistono in commercio diversi seboregolatori, in grado di aiutare a gestire le fastidiose recidive di tale inestetismo.

Le creme più utilizzate contengono generalmente sostanze ad azione antinfiammatoria e seboregolatrice, come il selenio, lo zinco piritione e il cloruro di stronzio. Le creme cortisoniche hanno una rapida azione antinfiammatoria, ma vanno utilizzate per brevissimi periodi e sotto la



guida del proprio dermatologo, per evitare possibili effetti collaterali del cortisone. In alcuni casi l'impiego di antimicotici può apportare dei benefici, grazie all'azione antinfiammatoria di alcune di queste molecole. Il chetoconazolo ad esempio, inibisce la biosintesi dei leucotrieni e stimola contemporaneamente l'enzima ossido nitrico sintetasi (iNOS), fattori chiave nel pathway infiammatorio. Il possibile impiego di immunomodulatori topici (es. tacrolimus, pimecrolimus, etc) è al momento ancora in fase sperimentale. In base alle manifestazioni cliniche in atto, il dermatologo può indirizzare il paziente verso una terapia di attacco con compresse o una più blanda terapia di mantenimento con creme, shampoo o detergenti specifici.