

NEVO IPOCROMICO CON PSORIASI LINEARE COINCIDENTE.

Giunge all'osservazione un bambino di 3 anni che presenta dalle prime epoche di vita macchie ipocromiche distribuite a mosaico lungo le linee di Blaschko soltanto sull'arto inferiore destro (Fig. 1). A prescindere dall'ipocromia, la cute sede del nevo non presenta nessun'altra alterazione, nè sono presenti alterazioni a carico di altri organi o apparati, per cui si fa diagnosi di nevo ipocromico. Rivediamo il bambino a 6 anni per la comparsa di lesioni infiammatorie sul nevo. All'esame obiettivo sulla banda ipocromica più laterale del nevo sono comparse 7-8 lesioni tondeggianti, di 1-2 centimetri di diametro, a limiti netti, eritematose con squame che imbiancano al grattamento (Fig. 2). Le lesioni non sono per nulla pruriginose o infiltrate. Uno zio del paziente presenta una psoriasi in chiazze. Si conclude per **psoriasi lineare su nevo ipocromico** e si prescrive elioterapia in estate, pomate cheratolitiche in inverno. Negli anni successivi il nevo rimane invariato, mentre la psoriasi presenta l'andamento classico con guarigione estiva e peggioramento autunnale.

La **psoriasi lineare** differisce dal lichen striatus e dal nevo epidermico lineare infiammatorio perché si comporta come la psoriasi in chiazze. Come per tutte le malattie infiammatorie acquisite che seguono le linee di Blaschko, anche per la psoriasi lineare è ipotizzabile la preesistenza lungo la linea che in seguito diverrà sede di psoriasi di un nevo clinicamente silente (1), cioè di un clone cellulare mutato senza alterazioni morfologicamente evidenti della cute, le cui cellule sono però predisposte ad ammalarsi di psoriasi. La ricerca su PUBMED non evidenzia casi simili al nostro, ma solo casi di psoriasi lineare associati a nevi epidermici. Nel nostro caso si può ipotizzare che le cellule del nevo ipocromico siano portatrici di una doppia mutazione, la prima clinicamente evidente sin dalla nascita con il fenotipo del nevo ipocromico, la seconda clinicamente silente fino a quando fattori favorevoli non la evidenziano e consistente in una predisposizione genetica alla psoriasi.



Fig. 1



Fig. 2

Bibliografia

- 1) Bonifazi E. - Nevi epidermici per difetto. Nevi dermici e ipodermici. Nevi clinicamente silenti. Eur. J. Pediatr. Dermatol. 12 (3), T590-T591, 2002.
- 2) Yu H.-J., Ko J.-Y., Kwon H.-M., Kim J.-S. - Linear psoriasis with porokeratotic eccrine ostial and dermal duct nevus. J. Am. Acad. dermatol. 50, S81-3, 2004.
- 3) van de Kerkhof P., Steijlen P., Happle R. - Co-occurrence of linear psoriasis and porokeratotic eccrine ostial and dermal duct nevus. Acta Dermatovenereol. 73, 311-2, 1993.