

Malattie dell'apparato genitale. I.

Note di anatomia

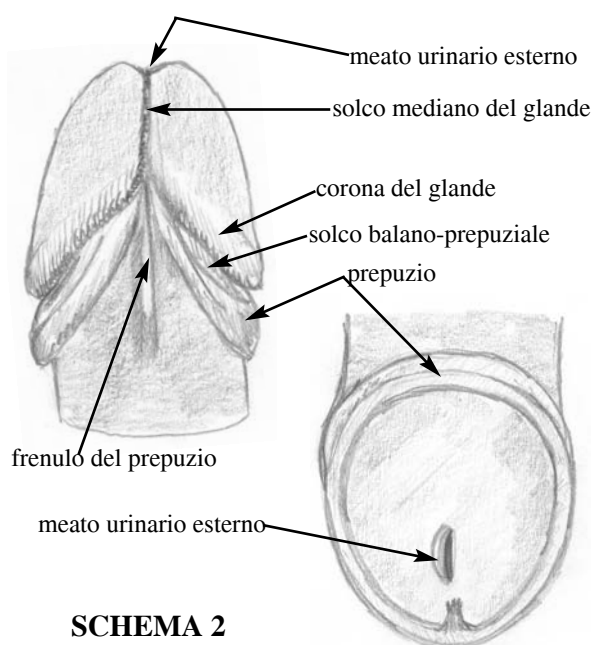
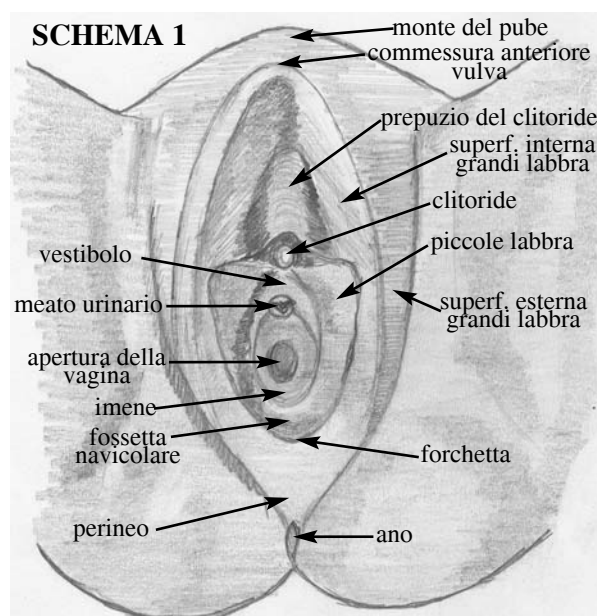
L'**apparato genitale femminile** è formato dalle ovaie, le tube uterine, l'utero, la vagina e la vulva.

La vulva (pudendo femminile) comprende gli organi genitali esterni femminili. Essi sono rappresentati dalle grandi labbra (due grosse pieghe cutanee orientate sagittalmente) che delimitano una fessura detta rima del pudendo; le estremità anteriori delle grandi labbra si continuano in una sporgenza cutanea, corrispondente al pube (monte del pube o monte di Venere). All'interno delle grandi labbra, sono presenti altre due pieghe cutanee, dette piccole labbra, che si congiungono in avanti con il clitoride. Nel vestibolo della vagina, che è una piccola fossa delimitata dalle piccole e grandi labbra, si aprono la vagina e l'uretra. Il clitoride e i bulbi del vestibolo sono gli organi erettili della vulva.

L'**apparato genitale maschile** è formato dai testicoli, dalle vie spermatiche, dal pene, da

varie formazioni annesse al testicolo (scroto e involucri del testicolo) ed alcune ghiandole annesse all'uretra (prostata e ghiandole bulbouretrali).

Nel pene si distingue una radice, un corpo e una estremità anteriore o glande. Quest'ultimo è separato dal corpo del pene da un solco circolare o solco balano-prepuziale; presenta sull'apice il meato urinario esterno, che è una piccola fessura posta in posizione sagittale. Il glande presenta alla sua base un margine rilevato o corona del glande e sulla sua faccia inferiore un solco mediano (solco mediano del glande). Il glande è ricoperto più o meno completamente da una piega della cute, il prepuzio, continuazione della cute che ricopre il corpo del pene, in grado di scorrere lungo il suo asse longitudinale. Il prepuzio è fissato alla parte ventrale del glande da una piega sagittale o frenulo del prepuzio. Quando il prepuzio ricopre il glande, tra il suo foglietto interno e il glande stesso si crea una cavità (sacco balano prepuziale).



Infibulazione (mutilazione dei genitali femminili, circoncisione). Come la circoncisione maschile anche quella femminile ha delle origini antichissime e non è espressione di una particolare religione, tanto meno di quella islamica, essendo praticata in popolazioni islamiche, ebraiche, cattoliche e politeiste. Secondo l'OMS si distinguono 4 tipi di mutilazione: 1- simbolica o islamica "as sunnah" cioè secondo i testi della dottrina islamica: consiste nella puntura superficiale del clitoride per permettere la fuoriuscita di sette gocce di sangue; 2- sudanese o faraonica "al uasat" minore, che consiste nell'asportazione del clitoride e parziale o totale asportazione delle piccole labbra; 3- sudanese o faraonica maggiore, che alle pratiche precedenti aggiunge l'asportazione parziale delle grandi labbra con sutura della vulva (infibulazione), lasciando una piccola apertura per consentire soltanto la fuoriuscita dell'urina e del sangue mestruale; 4- tutti gli altri variegati interventi di mutilazione dei genitali femminili. Scopo dell'infibulazione è quello di sopprimere il piacere sessuale nella donna, testimoniare la verginità e rendere impossibili i rapporti sessuali fino a quando lo sposo non proceda personalmente alla defibulazione. Dopo ogni parto viene talora eseguita una nuova infibulazione. L'infibulazione ha anche un corrispettivo economico perché, in molte società africane, la bambina che viene infibulata riceve nello stesso giorno una sorta di dote, consistente per lo più in animali da allevamento, mentre la donna che non è infibulata viene spesso considerata negativamente.

La mutilazione dei genitali femminili avviene in età variabile, comunque prima della pubertà. A prescindere dai possibili effetti collaterali immediati e tardivi, in numerosi paesi del mondo questa pratica è già fuori legge. I movimenti migratori hanno fatto sì che anche in paesi dove non esiste questa pratica nella popolazione autoctona, siano sorte leggi volte a impedirla: in Italia uno specifico DDL (n.14-d) è stato approvato definitivamente il 22-12-2005.

La **circoncisione maschile** consiste nell'asportazione del prepuzio e ha anch'essa origini antichissime, essendo state ritrovate mummie risalenti a 6000 anni fa che mostravano segni evidenti della circoncisione. È quindi una pratica che precede, come quella femminile, la nascita delle religioni più diffuse, anche se poi fatta propria da alcune religioni, come l'ebraica e la musulmana. Nella religione ebraica la pratica è puntualmente codificata e dovrebbe essere eseguita l'ottavo giorno di vita nottetempo. Il passare del tempo non ha eliminato questa pratica, né l'ha caricata di valenze negative, come nel caso di quella femminile, ma l'ha soltanto razionalizzata, sottraendola nelle società più progredite alle mani del padre o del barbiere e consegnandola a mani più esperte, rendendo così possibili le più razionali tecniche di emostasi, antisepsi e anestesia (10). Gli effetti collaterali della circoncisione medicalmente assistita sono bassi (8), attestandosi intorno all'1% dei casi, mentre sono molto più frequenti quando praticata da personale non medico (15): sono stati riportati casi mortali (emorragia in bambini emofilici, setticemie, gangrene) e gravi complicanze come l'asportazione parziale o completa del glande (3).

A prescindere dalle motivazioni culturali e religiose, si è a lungo discusso sui possibili effetti positivi della circoncisione: ad esempio la circoncisione favorisce la cheratinizzazione della cute del glande, rendendo quest'ultimo meno sensibile ed allungando i tempi dell'iaculazione. Inoltre esiste anche una circoncisione terapeutica, utile in caso di fimosi serrata con conseguente infezione nel bambino e anche nel diabetico affetto da balanopostite recidivante. La frenulectomia del prepuzio o frenuloplastica è invece indicata quando il frenulo del prepuzio è troppo corto e rischia di lacerarsi in seguito ad erezione. Il prepuzio è anche una sorgente naturale di cute per autotrapianto, ad esempio in caso di ipospadia. In quest'ultimo caso può sorgere un conflitto tra cultura razziale, che spinge alla circoncisione precoce, e cultura medica, che tende a far coincidere l'intervento di ipospadia con la circoncisione (10).

Condizioni fisiologiche

Condizioni fisiologiche possono essere sorgente di preoccupazione per i genitori e per il paziente adolescente: tra queste ricordiamo l'iperpigmentazione dello scroto nel neonato, le papule perlacee peniene, il suo equivalente vulvare, le pseudocisti smegmatiche, le papule perianali.

Eccezionalmente la sorgente di preoccupazione può essere una condizione del tutto fisiologica come lo sfintere anale: ci è capitato di vedere mamme che sentivano "masse" alla palpazione della regione perianale, masse che in realtà consistevano nello sfintere muscolare anale, che si contraeva e induriva in seguito alla palpazione stessa.

Il neonato può presentare una *iperpigmentazione transitoria dello scroto* (Fig. 1638), più frequente nei neonati di razza negra, ma riscontrabile nel 20% dei neonati di razza mongolica e nel 5% dei caucasici (9, 12). Raramente l'iperpigmentazione dello scroto può essere espressione di una iperplasia surrenalica congenita, di solito legata a deficit di 21-idrossilasi, un enzima che idrossila il 17-idrossiprogesterone a 11-desossicortisolo: l'accumulo di 17-idrossiprogesterone, conseguente al deficit congenito del-

l'enzima, porta, in seguito alla sua trasformazione nel fegato, ad una aumentata concentrazione di testosterone e quindi alla iperpigmentazione dei genitali, che nel maschio si associa ad un aumentato volume del pene. Nella femmina può essere presente un aumento di volume del clitoride e pseudoermafroditismo femminile.

Le *papule perlacee peniene* (Fig. 1639) sono una condizione fisiologica, in cui le normali papule della corona del glande sono più evidenti del solito. Queste papule, che si evidenziano in periodo peripuberale e rimangono immutate nel tempo, sono asintomatiche. Da un punto di vista obiettivo si presentano come papule biancastre monomorfe, larghe 1 mm e lunghe 1-2 mm, disposte regolarmente intorno alla corona del glande. Istologicamente l'epidermide è leggermente assottigliata al centro, ispessita alla periferia, e il derma presenta un maggior numero di vasi. Questa condizione, che deve essere differenziata dai condilomi acuminati virali (1), è fonte di importanti problemi psicologici (13) nell'adolescente, che è particolarmente sensibile ai problemi della sfera genitale.

Più raramente una condizione simile è riscontrabile nell'adolescente di sesso femminile, che può presentare a livello della pseudomucosa vulvare un disegno regolare di piccole papule bian-



Fig. 1638: Iperpigmentazione fisiologica dello scroto.



Fig. 1639: Papule perlacee del pene.



Fig. 1640: Pseudocisti smegmatica: placca ovale giallastra al di sotto del prepuzio.

castre, che ancora una volta possono essere scambiate per condilomi acuminati.

Le *pseudocisti smegmatiche* (Fig. 1640) sono spesso visibili nei primi mesi o anni di vita come delle formazioni ovalari o tondeggianti, di colorito bianco-giallastro, al di sotto del prepuzio, di solito fisiologicamente fimotico a questa età: esse sono rappresentate da accumuli di smegma, che non può essere eliminato all'esterno, proprio per la ristrettezza fisiologica o patologica dell'orifizio prepuziale. Prima o poi vengono eliminate spontaneamente e non è necessario forzare la retrazione del prepuzio per asportarle.

Le *papule perianali* (Fig. 1641), dette anche protrusioni perineali infantili (5, 6) sono delle papule color cute situate in regione perineale, di solito immediatamente al davanti dell'ano, molto più frequenti nel sesso femminile. Possono essere congenite o acquisite. In quest'ultimo caso possono essere associate ad altre condizioni patologiche, come alterazioni dell'alvo, fistole, ragadi, dermatite da pannolino e lichen scleroatrofico (6, 7) e devono essere differenziate da altre malattie, come i condilomi acuminati. Non richiedono terapia, se non quella della condizione di base nei casi acquisiti associati ad altre patologie.



Fig. 1641: Protrusione piramidale perianale (foto della prof. Patrizi).

Prurito sine materia

Nel bambino e nell'adolescente le cause più frequenti di prurito sine materia in questa sede sono gli ossiuri responsabili di prurito perianale e talora vulvare e la condizione atopica responsabile in genere di prurito vulvare.

L'*infestazione da ossiuri* è molto frequente e spesso familiare, acquisita per ingestione di uova di *Enterobius vermicularis*. La maturazione dall'uovo al verme adulto avviene nell'intestino dell'ospite uomo, in genere il bambino di età inferiore a 12 anni: la femmina adulta, più grande del maschio, è lunga circa 1 centimetro e larga mezzo millimetro, di colorito biancastro e si nutre di materiale fecale. Dopo essersi accoppiata nel cieco, migra nottetempo fino alla regione perianale, dove deposita migliaia di uova, per poi morire. La loro ingestione dà origine ad un nuovo ciclo vitale del parassita, che dall'ingestione di uova alla nuova deposizione di uova da parte della femmina adulta dura circa 5 settimane. Il bambino affetto da ossiuriasi presenta come unico sintomo il prurito anale, prevalentemente notturno; la bambina può anche presentare prurito vulvare secondario a infestazione vaginale. Lesioni secondarie al grattamento possono essere presenti nei casi più gravi.

La diagnosi di ossiuriasi può essere fatta con l'ispezione notturna della regione perianale che può mostrare vermiciattoli simili a quelli del formaggio (Fig. 1642). Più facile è il test del nastro adesivo, che si pratica al mattino, prima che il bambino venga lavato, applicando in regione perianale un nastro adesivo trasparente. Il nastro viene poi osservato al microscopio a 100x e, se ci sono delle uova, queste appaiono come delle strutture ovoidali, piano-convesse, $20 \times 50 \mu$ con spessa cuticola chiara.

La terapia, che deve essere diretta a tutti i familiari, utilizza il pirantel pamoato alla dose di 11mg/kg (dose massima 1 g), il mebendazolo 100mg o l'albendazolo 200mg da 1 a 2 anni, 400mg in bambini di età superiore ai 2 anni. Poiché tutti questi farmaci non sono ovicidi, è necessario ripetere il trattamento dopo 15-20 giorni.

Il *prurito atopico* localizzato nel bambino è più frequente a livello vulvare che non a livello del pene o dell'ano; nell'adulto il prurito atopico localizzato può interessare lo scroto, la vulva, ma è più frequente a livello perianale. Indirizzano verso la diagnosi di prurito atopico localizzato la storia personale e/o familiare di atopìa e soprattutto l'andamento cronico-recidivante con miglioramento estivo e peggioramento primaverile e autunnale, come nella dermatite e in altre manifestazioni atopiche. Bisogna ovviamente escludere tutte le altre cause di prurito vulvare.

Malattie ereditarie

Abbiamo già citato la sindrome adreno-genitale e le sue alterazioni nei 2 sessi.

Una emiipertrofia vulvare (Fig. 1643) si può riscontrare nella sindrome di Beckwith-Wiedemann (14), in cui una emiipersomia si associa ad aumentato rischio di tumori. La sindrome è dovuta ad un ampio spettro di alterazioni genetiche che interessano il cromosoma 11 e precisamente la regione 11p15.5, dove in posizione telomerica è presente il gene IGFII promotore di crescita: l'aumentato rischio di tumori è correlabile ad una iperespressione di questo gene.



Fig. 1642: Ossiuriasi: visibile alle ore 8 un ossiuro biancastro -freccia- (foto del dr. Cutrone).



Fig. 1643: Sindrome di Beckwith-Wiedemann: l'emiipersomia destra coinvolge anche la vulva.



Fig. 1644: Nevo ipocromico della regione vulvare e della coscia di destra.



Fig. 1645: Nevo ipercromico della regione vulvare e della coscia di destra.

Nevi

Tutti i nevi possono localizzarsi in regione genitale e perianale, ad esempio il nevo ipocromico (Fig. 1644) e il suo contraltare o nevo ipercromico (Fig. 1645), ma il nevo nevocellulare e

il nevo epidermico, soprattutto infiammatorio, pongono problemi particolari legati alla sede.

Il *nevo a cellule neviche congenito* interessa non raramente i genitali e la regione anale. Per quanto riguarda i nevi congeniti di piccole dimensioni (Fig. 1646, 1648) e acquisiti, c'è un



Fig. 1646

Fig. 1646, 1647: Nevo congenito del prepuzio in un bambino di tre anni (Fig. 1646). All'esame dermoscopico pattern globulare (Fig. 1647).

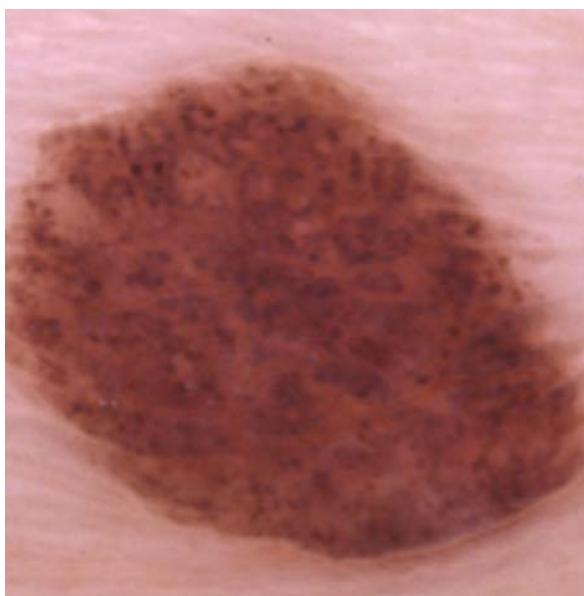


Fig. 1647



Fig. 1648



Fig. 1649

Fig. 1648, 1649, 1650: Nevo congenito della regione vulvare in una bambina di 4 anni. Dopo 6 anni (Fig. 1649) il nevo appare infiltrato tranne sul suo lato sinistro che è ancora pianeggiante. L'esame dermoscopico (Fig. 1650) mostra strutture papillari esofitiche bluastre e pattern globulare sulla componente pianeggiante periferica.



Fig. 1650



Fig. 1651

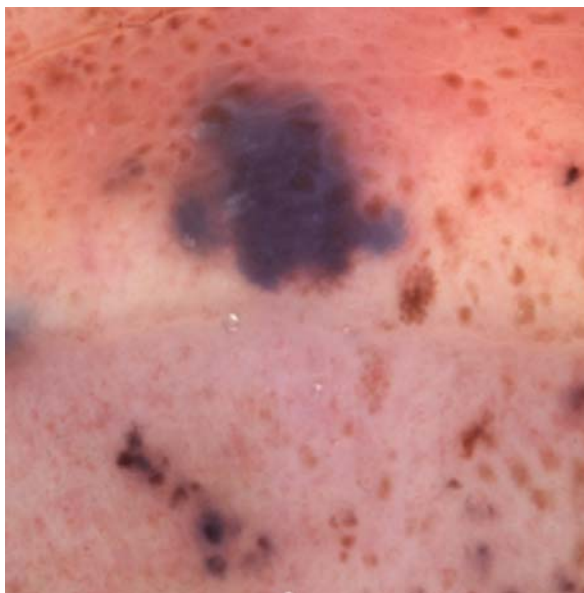


Fig. 1652

Fig. 1651, 1652, 1653, 1654: Nevo nevocellulare congenito del glande e del prepuzio a tipo spilus (Fig. 1651); l'esame dermoscopic mostra (Fig. 1652) globuli irregolari su tutto l'ambito e pigmentazione focale irregolare. Nella Fig. 1653 nevo nevocellulare congenito del glande irregolarmente pigmentato: l'esame dermoscopic mostra (Fig. 1654) globuli irregolari e una pigmentazione focale eccentrica.



Fig. 1653

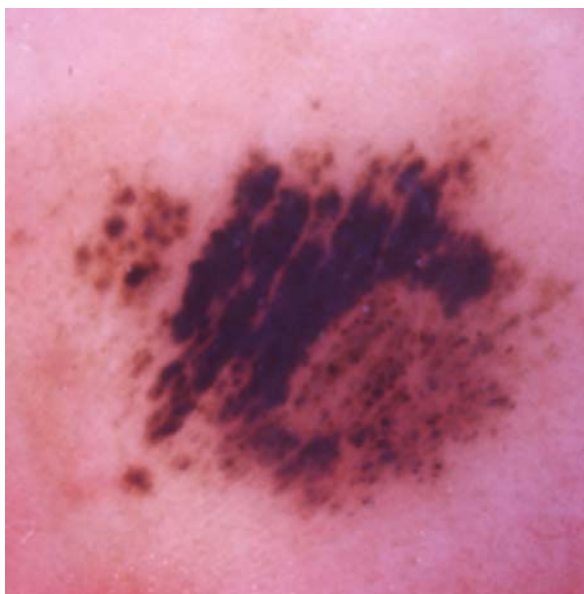


Fig. 1654



Fig. 1655: Nevo nevocellulare congenito gigante esteso anche al prepuzio, al glande e in regione perianale.

diffuso pregiudizio, secondo il quale questi nevi, in quanto soggetti a traumi, devono essere asportati. In realtà gli esperti sono d'accordo sul fatto che i traumi non sono responsabili di indurre la degenerazione maligna di un nevo, per cui i nevi in sede genitale non devono essere obbligatoriamente asportati. Bisogna anche ricordare che la decisione di asportare o meno questi nevi, soprattutto quelli congeniti, non può essere assistita dall'esame dermoscopico, che spesso presenta a livello delle pseudomucose un quadro polimorfo (Fig. 1652, 1654), che può far pensare inopportuno ad una degenerazione maligna.

Quando l'interessamento di quest'area è massivo, coinvolgendo pseudomucose e mucose, come spesso succede nei nevi congeniti giganti (Fig. 1655), è meglio non perseguire l'obiettivo di una eradicazione completa e lasciarsi guidare da altri criteri, come quello estetico, per evitare una eccessiva ospedalizzazione del bambino.

I *nevi epidermici* (Fig. 1656, 1657) soprattutto quelli infiammatori noti con l'acronimo NEVIL (nevo epidermico verrucoso, infiammatorio, lineare) possono essere sorgente di errori diagnostici. L'interessamento di un solo lato, meno evidente a livello dei genitali rispetto agli arti, è comunque dirimente per escludere numerose malattie; il lichen striatus, che pure ha la stessa distribuzione secondo le linee di Blaschko, ha però una diversa storia e non è pruriginoso. Una diversa storia clinica è presente anche in altre affezioni distribuite lungo le linee di Blaschko, come l'incontinentia pigmenti.

Il nevo epidermico infiammatorio, di solito presente alla nascita, è responsabile di intensa sintomatologia pruriginosa, che si esprime fin dal terzo mese di vita con il riflesso del grattamento. Talora si è costretti ad asportare questo nevo soltanto perché il grattamento reiterato dei genitali non è compatibile con la vita sociale, neanche in una scuola materna.



Fig. 1656: Nevo epidermico della superficie esterna delle grandi labbra.

Bisogna però tener presente che i nevi epidermici infiammatori sono molto sensibili al trattamento cortisonico topico, con cui si ottiene spesso un significativo miglioramento. Con il passare del tempo il NEVIL può migliorare spontaneamente tanto da richiedere trattamenti molto meno drastici.



Fig. 1657: Nevo epidermico della superficie esterna delle grandi labbra.

Emangioma

L'emangioma in questa sede va incontro di frequente ad ulcerazione, particolarmente temibile perché lascia delle cicatrici, perché rappresenta la porta d'ingresso di possibili infezioni e infine perché è molto dolorosa. L'ulcerazione si



Fig. 1658: Emangioma della regione vulvare con esclusiva componente superficiale.



Fig. 1659: Malformazione venosa della regione vulvare e della coscia.



Fig. 1660



Fig. 1661



Fig. 1662

previene facendo decubere il bambino sul lato indenne, applicando un unguento idrorepellente (vaselina) ad ogni cambio di pannolino e usando un pannolino di cotone senza plastica esterna quando il bambino sta sveglio. Se l'emangioma si ulcera, si può eseguire laser a coloranti 585 nanometri, applicare acido fusidico in unguento e lavare il bambino con abluzioni di una soluzione saponosa a 25°-30° C senza strofinare neanche quando lo si asciuga.

Fig. 1660, 1661, 1662: L'herpes simplex recidivante del pene è meno importante nel bambino (Fig. 1660) rispetto all'adulto (Fig. 1661). Considerazioni simili si possono fare per il mollusco contagioso del pene (Fig. 1662).

Infezioni virali

L'herpes simplex cutaneo recidivante si localizza meno frequentemente a livello genitale nel bambino (Fig. 1660) e ha soprattutto un'importanza clinica molto minore, non richiedendo una terapia intensiva, a differenza del giovane adulto (Fig. 1661) in cui questa affezione ha un significato molto più importante, potendo essere responsabile di sindromi depressive.



Fig. 1663: Condilomi acuminati del glande e del meato uretrale.



Fig. 1664: Condilomi acuminati confluenti delle pieghe inguinali, dello scroto e della regione perianale.



Fig. 1665



Fig. 1666

Fig. 1665, 1666: I condilomi genitali (Fig. 1665) e perianali (Fig. 1666) si associano spesso a verruche delle mani.

Il *mollusco contagioso* (Fig. 1662) si può localizzare ovunque, anche nelle pieghe inguinali, dove può essere difficile la sua differenziazione dai *condilomi acuminati* (2). Questi ultimi sono molto più frequenti nel bambino in regione perianale (Fig. 1666) che in qualsiasi altra sede. Nei primi anni di vita queste infezioni sono per lo più acquisite per contagio innocente, anche da

verruche dello stesso soggetto (Fig. 1665, 1666) ma è bene non ignorare la possibilità di un abuso sessuale. La terapia chirurgica è meno indicata sia per la frequenza delle recidive, che per la difficoltà di operare senza traumi i piccoli pazienti. Di solito è sufficiente una terapia medica, volta a far passare il tempo in attesa della guarigione spontanea.

Infezioni batteriche

La *sifilide congenita* (Fig. 1667) può manifestarsi a livello perianale con papule figurate erose e sierogementi (condilomi piani). Infezioni batteriche genitali (vulvovaginiti, balanopostiti) non sono frequenti. In corso di malattie infettive, ad esempio di varicella, si possono avere,

specie in regione perianale, sia lesioni a tipo porpora fulminante, che complicanze a tipo *ectima gangrenoso* (Fig. 1668) da *Pseudomonas aeruginosa*. In soggetti affetti da *incontinentia urinaria* si possono vedere talvolta delle lesioni granulomatose croniche (Fig. 1669, 1670), che hanno un aspetto simile al granuloma gluteale infantum.



Fig. 1667: Condilomi piani perianali della lue congenita.



Fig. 1668: Ectima postinfettivo da *P. aeruginosa*.



Fig. 1669



Fig. 1670

Fig. 1669, 1670: Granulomi da incontinenza urinaria in bambina con spina bifida prima (Fig. 1669) e dopo 3 mesi (Fig. 1670).



Fig. 1671: Dermatitis perianale streptococcica.



Fig. 1672: Dermatitis perianale streptococcica.

La *dermatite perianale streptococcica* deve essere sospettata in presenza di eritema a limiti netti di recente insorgenza della regione perianale e di una storia di faringiti recidivanti anche in familiari e confermata dall'isolamento colturale dello streptococco β -emolitico di gruppo A e dalla pronta risposta al trattamento antibiotico (mupirocina 3 volte al giorno e/o amoxicillina per 10 giorni). Lo streptococco β -emolitico di gruppo A può essere talora isolato anche dal faringe.

Soggettivamente la dermatite perianale streptococcica è caratterizzata da prurito e dolore, specialmente durante la defecazione, che per questo motivo può essere differita con conseguente stitichezza.

Dal punto di vista obiettivo (Fig. 1672) essa è caratterizzata da un eritema vivace a limiti netti della regione perianale, talora più accentuato in periferia (Fig. 1671), talora associato ad edema, essudazione, desquamazione e fissurazioni.

Il decorso clinico della dermatite perianale streptococcica può essere acuto, acuto-recidivante o cronico, se la sua eziologia non viene riconosciuta e non si attua l'opportuna terapia.

Un eritema perianale a limiti netti può essere dovuto però a numerose altre cause, come una dermatite da contatto irritante (Fig. 1675) in

corso di diarrea, eventualmente complicata da sovrapposizione batterica e moniliasica, una ossiuriasi e conseguente grattamento, una psoriasi inversa e, in caso di associate alterazioni croniche dell'alvo, alterazioni congenite (dolico-colon, megacolon) e acquisite (malattia di Crohn) dell'intestino.

La diagnosi di psoriasi è facilitata dall'andamento estremamente cronico, dalla insensibilità alla terapia antibiotica e, soprattutto, dalla presenza di lesioni di psoriasi inversa in altre sedi classiche, come ascelle, inguini, commissura mediale delle palpebre e piega penieno-pubica o penieno-scrotale (Fig. 1674). Una dermatite perianale streptococcica (Fig. 1673) può precedere una psoriasi guttata (4, 11).

La diagnosi di malattia di Crohn può essere difficile quando l'interessamento cutaneo è il segno di esordio (Fig. 1676). L'infiltrazione delle lesioni e l'interessamento di altre sedi deve far pensare alla malattia di Crohn. Comunque in presenza di un eritema persistente della regione perianale, dopo aver scartato le cause più banali, bisogna sempre pensare alla possibilità di una malattia cronica dell'apparato intestinale.

La terapia si basa sugli antibiotici "per os" (amoxicillina) e topici (mupirocina) per 7-10 giorni.



Fig. 1673



Fig. 1674

Fig. 1673, 1674, 1675, 1676: La dermatite perianale streptococcica può essere seguita da psoriasi guttata (Fig. 1673, foto dr. Romano et Al., EJPD, 12, 94, 2002); deve invece essere differenziata da altre condizioni e, prime fra tutte, la psoriasi inversa: questa di solito interessa altre sedi, come la piega scroto-peniene (Fig. 1674). La dermatite perianale streptococcica deve essere anche differenziata da dermatiti irritative perianali (Fig. 1675) e dalle dermatiti presenti nelle affezioni croniche intestinali, come ad esempio la malattia di Crohn (Fig. 1676).



Fig. 1675



Fig. 1676



Fig. 1677: Epidermofizia inguino-scrotale.



Fig. 1678: Scabbia nodulare dello scroto e del pene.

Infezioni micotiche

L'*epidermofizia* inguinale è eccezionale nel bambino, ma, quando presente, può coinvolgere la regione vulvare o scrotale (Fig. 1677). Curiosamente nel lattante affetto da candidiasi mucocutanea cronica è rara una infezione moniliasica dell'area del pannolino.

Parassitosi

La *scabbia* interessa frequentemente la regione scrotale e il pene (Fig. 1678): nel bambino possono essere presenti in questa sede i caratteristici noduli che perdurano per mesi con periodiche riaccensioni della flogosi, facendo a torto pensare ad una recidiva di scabbia.

Bibliografia

- 1) Bonifazi E. - Differential Diagnosis in Pediatric Dermatology: Condylomata acuminata/Irsvuties papillarum penis. Eur. J. Pediat. Dermatol. 12, 154-5, 2002.
- 2) Bonifazi E. - Differential Diagnosis in Pediatric Dermatology: Molluscum contagiosum/Condylomata acuminata. Eur. J. Pediat. Dermatol. 15, 166-7, 2005.
- 3) Gluckman G.R., Stoller M.L., Jacobs M.M., Kogan B.A. - Newborn penile glans amputation during circumcision and successful reattachment. J. Urol. 153, 778-9, 1995.
- 4) Herbst R.R.A., Hoch O., Kapp A., Weiss J. - Guttate psoriasis triggered by periannual streptococcal dermatitis in a 4-year-old boy. J. Am. Acad. Dermatol. 42, 885-7, 2000.
- 5) Ingordo V., Iannazzone S.S., Cusano F. - Perianal protrusion in childhood. *Short case*. Eur. J. Pediat. Dermatol. 15, 186, 2005.
- 6) Kayashima K.I., Kitoh M., Ono T. - Infantile perineal pyramidal protrusion. Arch. Dermatol. 132, 1481-4, 1996.
- 7) Mérigou D., Léauté-Labrèze C., Lamireau T., et Al. - Infantile perianal pyramidal protrusion: a marker of constipation? *Pediatr. Dermatol.* 15, 143-4, 1998.
- 8) Ozdemir E., Significantly increased complication risk with mass circumcisions. Br. J. Urol. 80, 136-9, 1997.
- 9) Rivers J.K., Frederiksen P.C., Dibdin C. - A prevalence survey of dermatoses in the Australian neonate. J. Am. Acad. Dermatol. 118, 181-4, 1990.
- 10) Rizvi S.A.H., Naqvi S.A.A., Hussain M., Hasan A.S. - Religious circumcision: a Muslim view. BJU Int. 83(S1), 13-6, 1999.
- 11) Romano I, Venturi C., Bassissi P. - Perianal streptococcal dermatitis and guttate psoriasis. Case report. Eur. J. Pediat. Dermatol. 12, 93-6, 2002.
- 12) Rovatti G., Cutrone M. - Iperpigmentazione cutanea delle falangi distali: una dermatosi transitoria del neonato. Eur. J. Pediat. Dermatol. 10, 1337-40, 2000.
- 13) Sonnex C., Dockerty W.G. - Pearly penile papules: a common cause of concern. Int. J. STD & AIDS 10, 726-7, 1999.
- 14) Wiedemann H.R., Complexe Malformatif familial avec hernie ombilicale et macroglossie. Un syndrome nouveau? J. Genet. Hum. 13, 223-32, 1964.
- 15) Williams N., Kapila L. - Complications of circumcision. Br. J. Surg. 80, 1231-6, 1993.