

Il nostro scopo è chiarire le cause di tale micosi, descriverne le manifestazioni cliniche e fornire le indicazioni per eseguire al momento giusto gli esami di laboratorio necessari e la corretta terapia.

Tra la normale flora cutanea si ritrovano due specie morfologicamente distinte di lieviti, il *Pityrosporum orbicolare* (sferico) ed il *Pityrosporum ovale* (ovoidale), che colonizzano in modo particolare il cuoio capelluto, la cute della parte superiore del tronco, le pieghe e che richiedono per crescere un terreno particolarmente ricco in lipidi quale appunto le zone cutanee citate.

La forma patogena, miceliale del *Pityrosporum orbicolare* (conosciuta come *Malassezia Furfur*) si ritrova, all'esame microscopico, nelle squame delle lesioni della Pityriasis Versicolor; tale condizione è quindi determinata dalla crescita di questo organismo sulla cute e dal suo passaggio dalla fase di lievito alla fase miceliale.

La Pityriasis Versicolor si può quindi paragonare alla comparsa del mugugno nel cavo orale allorchè la *Candida albicans*, lievito normalmente presente nel tubo gastro-enterico, aumenta di numero e passa alla base miceliale, patogena. Perciò quasi tutti i casi di Pityriasis Versicolor (sono stati infatti descritti anche rari casi di trasmissione dell'infezione tra coniugi o da un paziente all'altro) rappresentano un cambiamento nei rapporti tra ospite e parassita, tra l'uomo e questo normale componente della flora cutanea.

I fattori che contribuiscono a tale cambiamento sono multipli e non del tutto conosciuti: anzitutto una suscettibilità individuale su base genetica alle infezioni micotiche, l'eccessiva sudorazione

(la Pityriasis Versicolor è infatti più frequente nei climi tropicali che nei climi temperati ed anche da noi la si osserva più spesso nei mesi caldi; è classica la frase dei pazienti: «dottore credo di avere il fungo da spiaggia o da mare ... »),

la gravidanza e l'uso dei contraccettivi orali

(ma non vi sono prove certe) ed infine

l'età

(la P.V. è rara tra i bambini, diventa più comune nell'adolescenza, raggiunge un picco di frequenza tra i 20-30 anni e quindi decresce fino a comparire raramente nell'anziano).

Le manifestazioni cliniche della Pityriasis Versicolor sono assai caratteristiche: la lesione elementare è una macula nettamente demarcata e caratterizzata da una fine desquamazione che, nei casi minimi, si può mettere in evidenza solo con il grattamento della lesione.

La sede più frequentemente interessata è la parte superiore del tronco, ma è comunissima

un'estensione al collo, agli arti superiori ed all'addome, fino ad interessare talora ascelle, inguine, genitali.

Il viso può essere colpito nei climi tropicali, mentre è raramente coinvolto nei nostri climi temperati.

Il termine «Versicolor» è particolarmente adeguato alle caratteristiche cliniche della malattia: infatti il colore delle squame è molto variabile dal giallo-ocra pallido al marroncino ed inoltre, mentre nelle pelli non esposte al sole le aree colpite sono generalmente più scure del normale, nelle pelli già abbronzate le parti malate risultano più chiare (Pityriasis Versicolor Acromizzante); probabilmente la *Malassezia Furfur* attraverso un'alterazione enzimo-biochimica altera la sintesi della melanina e danneggia i melanosomi che al microscopio elettronico risultano più piccoli del normale nelle zone ipopigmentate.

Il danno della pigmentazione rappresenta senza dubbio l'elemento più preoccupante per il paziente sul piano estetico ed anche quello di maggior confusione sul piano terapeutico: bisogna distinguere infatti le zone ipopigmentate sedi di lesioni ancora attive (che quindi vanno sottoposte a terapia) da quelle che rappresentano solamente l'esito acromico di una infezione già guarita (e che non richiedono più trattamento antimicotico).

La distinzione, possibile già sul piano clinico in quanto le lesioni attive presentano sempre una desquamazione più o meno evidente, va confermata con due semplici esami di laboratorio; un esame microscopico delle squame per la ricerca di frammenti miceliali e l'esame dalla luce di Wood (una particolare lampada a fluorescenza) che rivela nelle zone malate una caratteristica fluorescenza giallo-rosa.

Tenuto conto di ciò il trattamento della Pityriasis Versicolor, che non trattata può persistere per molti anni, deve essere semplice, ma corretto: dopo una prima visita e dopo aver eseguito gli esami microscopici ed alla luce di Wood si può iniziare la terapia usando ad esempio una sospensione di disolfuro di selenio 2,5% che va applicata la sera prima di coricarsi su tutte le zone colpite (evitando il viso ed i genitali per il rischio di assorbimento ed irritazione) e lavata via la mattina successiva, ripetendo il trattamento una sera la settimana per tre-quattro settimane; oppure si può ricorrere all'applicazione topica per 15-20 sere, di uno dei farmaci antifungini disponibili, scegliendo tra i derivati imidazolici (Clotrimazolo, Miconazolo, Econazolo) o tra i derivati dei Tiocarbammati (Tolnaftato e Tolciclato).

Tutti questi farmaci sono utilizzabili, ma particolarmente efficace è l'Econazolo 1 %, che, disponibile anche in forma di schiuma, consente di ottenere buoni risultati con una terapia breve e di comoda esecuzione (basta cospargere la schiuma su tutto il corpo per sei sere consecutive e rimuoverla con una doccia il mattino successivo).

Recentemente è stato proposto per la terapia della Pityriasis Versicolor l'uso per via orale di un derivato imidazolico nuovo, il Chetoconazolo, ma riteniamo che tale terapia vada riservata solo a casi molto ben selezionati di Pityriasis Versicolor, vista la facile aggredibilità con la sola terapia locale di un micete che colonizza solo gli strati cornei superficiali.

Dopo il ciclo di terapia, insieme alla visita di controllo andranno ripetuti gli esami microscopici ed alla luce di Wood e se questi risulteranno negativi non sarà più necessario proseguire nel trattamento anche in presenza di residue zone depigmentate.

Le chiazze acromiche possono impiegare molti mesi per repigmentarsi e richiedere anche un trattamento per stimolare la sintesi di nuovo pigmento melanico.

Infine particolarmente nei soggetti con manifestazioni estese o recidivanti o di lunga durata, può essere utile ripetere un ciclo di terapia a scopo profilattico all'inizio dell'estate, prima dell'esposizione al sole.

Enrico Scaparro- dermatologo
pubblicazione del 1984