

## OLTRE LA SUPERFICIE: ASPETTI CLINICI E DIAGNOSTICI DELLA DERMATOSI PERFORANTE ACQUISITA

Sandro Bonetti, Gionata Marazza

Ricevuto: 31.07.2025,  
revisionato: 21.08.2025,  
accettato:  
accettato: 29.08.2025

© The Author(s) 2025

**Open Access** This article is licensed under  
a Creative Commons Attribution-  
NonCommercial-NoDerivatives License.

ISSN print: 1421-1009  
ISSN online: 3042-6138

DOI: 10.63648/mraspf36

### Case reports

Un paziente di 77 anni con diabete mellito di tipo II, malattia renale cronica (GFR 53 ml/min secondo CKD EPI) e ipotiroidismo indotto da amiodarone ha sviluppato, a partire dal 2019, un prurito generalizzato progressivo ad intensità variabile, diagnosticato come prurigo in un contesto di diatesi atopica, trattato con applicazioni topiche intermittenti di mometasone alternate a emollienti. Il paziente è stato indirizzato

a una consulenza specialistica dopo la comparsa di lesioni papulari diffuse sul tronco e sulle parti prossimali degli arti superiori e inferiori (Figura 1).

Con l'apparizione di queste lesioni cutanee caratteristiche, è stata formulata la diagnosi di dermatosi perforante acquisita.

Le dermatosi perforanti rappresentano un gruppo di patologie cutanee caratterizzate dall'espulsione di tessuto attraverso l'epidermide [1]. Sono state descritte diverse forme di dermatosi perforante, a seconda della tipologia di lesioni cutanee e del materiale che viene eliminato tramite il processo transepidermico. Nella *collagenosi perforante reattiva*, solitamente a seguito di un trauma superficiale, si sviluppano lesioni papulo-nodulari cheratosiche che nel decorso mostrano un avvallamento centrale; alla biopsia si osserva l'espulsione di fibre di collagene con un tappo cheratosico. Quando ad essere espulse sono prevalentemente fibre elastiche si parlerà di *elastosi perforante serpiginosa*, che si presenta con piccole papule eritematose disposte in linee curve o anelli. Nella *follicolite perforante* le papule eritematose sono isolate, in corrispondenza con i follicoli, e presentano frammenti di pelo o di cheratina al centro.

Quando, nei pazienti adulti, alla base di una delle forme sopra descritte di der-

matosi perforante vi sono malattie sistemiche sottostanti, in particolare il diabete mellito e la malattia renale cronica, si parla di forma acquisita (ad esempio *elastosi perforante serpiginosa acquisita*). In aggiunta tra le forme acquisite si annovera la *malattia di Kyrle*, praticamente sempre associata a patologie sistemiche soggiacenti e nella quale il materiale espulso è principalmente collagene frammisto a cheratina [2].

Il prurito correlato, soprattutto nei soggetti atopici, è considerato un fattore patogenetico chiave. Il grattamento persistente può in effetti causare un'alterazione della barriera epidermica, ciò che favorisce sia una sovrainfezione batterica delle lesioni che l'eliminazione del materiale dermico sottostante [3]. In questo contesto, l'uso prolungato di corticosteroidi topici, in particolare quelli ad alta potenza, associati all'immunosoppressione dovuta alla malattia sistemica cronica, favorisce la sovrainfezione cutanea da parte di batteri che colonizzano la pelle in modo abituale; questo trigger infiammatorio può rappresentare una delle cause della dermatosi perforante acquisita [4]. In letteratura sono stati proposti vari trattamenti, tra cui cheratolitici topici, corticosteroidi, tretinoina e farmaci orali come antistaminici, allopurinolo o antibiotici, oltre alla fototerapia. Tuttavia, nessuno di questi ha dimostrato un'efficacia superiore agli altri e non esistono linee



**Figura 1** Vista anteriore del tronco con numerose lesioni cutanee tipiche per la dermatosi perforante, con dettaglio della regione maggiormente colpita a seguito del fenomeno di Koebner a causa della prominente del pacemaker.

guida specifiche. L'approccio principale nella gestione di questa condizione deve concentrarsi sul trattamento delle malattie sottostanti, se presenti.

Nel nostro paziente, il corticosteroide topico è stato sospeso e un'infezione da Stafilococco, diagnosticata tramite colture dalle lesioni, è stata trattata con co-amoxicillina sistemica. Le lesioni hanno mostrato una regressione sub-totale nel giro di tre settimane (Figura 2).

Per la presa a carico della diatesi atopica di base, al paziente è stato prescritto



**Figura 2** Regressione quasi completa delle lesioni cutanee, con aree di iperpigmentazione post-infiammatoria.

un trattamento con lebrikizumab, un anticorpo monoclonale anti-interleuchina-13 recentemente approvato per il trattamento della dermatite atopica moderata-severa.

### Beyond the Surface: Clinical and Diagnostic Aspects of Acquired Perforating Dermatitis

#### Abstract

Acquired perforating dermatosis is a rare condition characterized by transepidermal elimination of dermal material, often associated with systemic diseases such as diabetes and chronic kidney disease. We report a 77-year-old man with type II diabetes, chronic kidney disease, and amiodarone-induced hypothyroidism who developed generalized pruritus and papular skin lesions. Histopathological findings confirmed the diagnosis of acquired perforating dermatosis. Secondary bacterial infection was treated with systemic antibiotics. Management focused on discontinuation of potent topical corticosteroids and initiation of targeted therapy for underlying atopic diathesis, underscoring the importance of individualized multidisciplinary care.

**Keywords:** Acquired perforating dermatosis, Diabetes mellitus, Chronic kidney disease

#### Bibliografia

1. Patterson JW ; The perforating disorders. J Am Acad Dermatol. 1984;10(4):561-81
2. Rapini RP, Herbert AA, Drucker CR; Acquired perforating dermatosis. Evidence for combined transepidermal elimination of both collagen and elastic fibers. Arch Dermatol. 1989;125(8):1074-8
3. Millard PR, Young E, Harrison DE, Wojnarowska F ; Reactive perforating collagenosis: light, ultrastructural and immunohistological studies. Histopathology. 1986;10(10):1047-56
4. Madanchi M, Curatolo R, Juratli HA, Mangas C, Mainetti C. Ultra-high Potency Topical Corticosteroids as a Potential Trigger for Reactive Perforating Collagenosis. Acta Derm Venereol. 2024 Aug 23;104:adv40950.

#### Affiliazioni

Dr. med. Sandro Bonetti  
Istituto di medicina di famiglia,  
Università della Svizzera Italiana,  
6900 Lugano (Svizzera)

Dr. med. Gionata Marazza  
Via Camminata 6  
6500 Bellinzona (Svizzera)

Autore corrispondente: Sandro Bonetti,  
e-mail: sandro.bonetti@hin.ch

#### Dichiarazioni

- Ruolo degli autori nella preparazione del manoscritto: concettualizzazione; preparazione del manoscritto; figure e versione finale: SB, GM.
- Conflitti di interesse: nessuno.
- Fondi e sponsor: nessuno.
- Etica: non necessaria per un articolo di questo tipo.
- Accesso ai dati grezzi: nessun dato grezzo disponibile per questo articolo.

Annuncio pubblicitario



VIVA  
Rete Sant'Anna

## Diventate partner di VIVA!

Unisciti alla prima rete di cure integrate in Ticino: VIVA Rete Sant'Anna.

Sei un medico di famiglia o pediatra e desideri entrare a far parte di VIVA Rete Sant'Anna?

Ti garantiamo un supporto professionale, opportunità di crescita e una remunerazione interessante.

Ad oggi oltre 60 colleghi fanno parte della nostra rete!

Unitevi a noi in questo viaggio verso un nuovo sistema sanitario sostenibile.

Per qualsiasi richiesta d'informazione scrivici a [viva@retesantanna.ch](mailto:viva@retesantanna.ch) – 079 848 38 97