

LA CELIACHIA E IL DERMATOLOGO

Dario Didona



La celiachia è una patologia cronica, immuno-mediata, la cui prevalenza si aggira attorno all'1% nella popolazione generale ⁽¹⁾. Rappresenta il classico esempio di patologia in cui genetica e ambiente interagiscono nella genesi di un quadro patologico. Infatti, gli individui geneticamente predisposti sviluppano una serie di manifestazioni sistemiche in seguito al contatto con la gliadina, una frazione del glutine, introdotta nell'organismo tramite alcuni cibi (e.g. pane, pasta, farro, crusca). L'apparato più frequentemente interessato è quello gastro-enterico. Infatti, i soggetti affetti manifestano solitamente diarrea, perdita di peso, dolore e senso di gonfiore addominale.

Anche la cute, essendo l'organo spia per eccellenza del nostro corpo, reagisce in maniera variabile in seguito al consumo di alimenti contenenti glutine. Ben nota è l'associazione tra celiachia e dermatite erpetiforme (DE), che attualmente è considerata la manifestazione extra-intestinale per antonomasia della celiachia ⁽¹⁾. Questa dermatosi dall'aspetto variegato è caratterizzata da papule (fig 1), placche orticarioidi (fig 2), vescicole e bolle intensamente pruriginose, localizzate simmetricamente in zone tipiche, come le natiche, i gomiti, le ginocchia, la nuca e la superficie estensoria degli

arti. Il rapporto tra DE e celiachia è di 1:8 e solitamente la celiachia compare prima del quadro cutaneo ⁽²⁾. La diagnosi di certezza viene fornita dall'esame istologico con immuno-fluorescenza diretta, che solitamente evidenzia la presenza di un deposito granulare di IgA all'apice delle papille dermiche. La terapia si basa sulla dieta priva di glutine e sull'assunzione del dapsone, un antibiotico comunemente utilizzato per trattare la lebbra. Anche la psoriasi, una tra le più comuni dermatosi in assoluto, sembrerebbe avere un legame con la celiachia.

Sebbene non ci siano dati univoci nella letteratura scientifica, recenti studi hanno evidenziato una maggior prevalenza di psoriasi nei soggetti celiaci rispetto alla popolazione generale ⁽³⁾. Inoltre, alcuni studi hanno riportato un miglioramento del quadro psoriasico in seguito a regime dietetico privo di glutine ⁽⁴⁾. Tra le teorie proposte per spiegare queste evidenze scientifiche, spiccano il possibile ruolo patogenetico dei linfociti T CD4+ e l'anomala permeabilità del piccolo intestino, frequentemente riscontrata in entrambe le patologie ⁽⁵⁾.

L'associazione tra orticaria cronica e celiachia è ancora dibattuta. Tuttavia, sebbene i meccanismi



Figura 1 Gruppi di papule intensamente pruriginose, distribuite bilateralmente. I gomiti sono una delle zone tipicamente colpite dalla patologia.



Figura 2 Tipiche lesioni orticarioidi localizzate sul gluteo. Anche la regione glutea è una delle sedi tipiche della patologia.

patogenetici delle due malattie siano differenti, è stato evidenziato che una dieta priva di glutine può favorire il controllo delle lesioni dell'orticaria ⁽⁶⁾. Nonostante questo, l'unico studio condotto sul possibile legame tra le due patologie non ha evidenziato alcun aumento del rischio di celiachia nei pazienti con orticaria cronica ⁽⁷⁾.

Un altro argomento ancora dibattuto è il possibile legame tra celiachia e dermatite atopica (DA). Non esistono prove schiaccianti a favore di una associazione certa tra le due patologie. Tuttavia, è stata riportata una maggiore prevalenza di fenomeni di atopìa (e.g. asma, rinite allergica) nei soggetti affetti da celiachia ⁽⁸⁾.

Tra le condizioni dermatologiche che risultano essere classicamente associate alla celiachia vi è l'alopecia areata (AA), patologia di natura autoimmune con decorso del tutto imprevedibile.

In realtà, i casi di associazione tra le due patologie descritti in letteratura sono pochi. Tuttavia, questi casi si sono dimostrati particolarmente severi dal punto di vista clinico e difficili da trattare. Inoltre, è stato riportato che alcuni soggetti con AA sottoposti a dieta priva di glutine hanno ottenuto una guarigione completa del quadro cutaneo, senza sviluppare recidive ⁽⁹⁾.

In conclusione, sebbene la dermatite erpetiforme sia ormai considerata la manifestazione cutanea per eccellenza della celiachia, può risultare utile, al fine di un corretto inquadramento diagnostico, sottoporre ad indagini specifiche per la celiachia (e.g. anticorpi anti-transglutaminasi, anticorpi anti-gliadina deamidata) anche i soggetti affetti da alcune patologie dermatologiche potenzialmente associate alla celiachia, specialmente in quei casi che risultano difficili da trattare. ■

Bibliografia

1. Zone JJ. Skin manifestations of celiac disease. *Gastroenterology*. 2005; 128(4 Suppl 1):S87-91.
2. Fry L. The falling incidence and prevalence of dermatitis herpetiformis. *Br J Dermatol*. 2011; 165:229.
3. Montesu MA, Dessì-Fulgheri C, Pattaro C et al. Association between psoriasis and coeliac disease? A case-control study. *Acta Derm Venereol*. 2011; 91:92-93.
4. Cardinali C, Degl'innocenti D, Caproni M et al. Is the search for serum antibodies to gliadin, endomysium and tissue transglutaminase meaningful in psoriatic patients? Relationship between the pathogenesis of psoriasis and coeliac disease. *Br J Dermatol*. 2002; 147:187-188.
5. Caproni M, Bonciolini V, D'Errico A et al. Celiac disease and dermatologic manifestations: many skin clue to unfold gluten-sensitive enteropathy. *Gastroenterol Res Pract*. 2012; 2012:952753.
6. Greaves MW. Chronic idiopathic urticaria. *Curr Opin Allergy Clin Immunol*. 2003; 3:363-368.
7. Gabrielli M, Candelli M, Cremonini F et al. Idiopathic chronic urticaria and celiac disease. *Dig Dis Sci*. 2005; 50:1702-1704.
8. Zauli D, Grassi A, Granito A et al. Prevalence of silent coeliac disease in atopics. *Dig Liver Dis*. 2000; 32:775-779.
9. Naveh Y, Rosenthal E, Ben-Arieh Y et al. Celiac disease-associated alopecia in childhood. *J Pediatr*. 1999; 134:362-364.

Presso la Bios S.p.A. di Roma in Via D. Chelini 39 si eseguono tutti gli esami di laboratorio utili alla diagnosi della celiachia.

Per informazioni e prenotazioni: CUP 06 809641