

E questo vale sia per l'individuo che ne è colpito sia per le diverse categorie professionali chiamate a operare e a dare il loro prezioso contributo risolutivo: la presenza di forfora infatti, soprattutto in casi "visivamente" molto evidenti, può essere fonte per alcune persone di disagio sociale e comportare reazioni psicologiche negative anche di una certa importanza. Inoltre, con una certa frequenza e variabilità, essa può diventare causa, conseguenza o semplicemente accompagnarsi ad altre anomalie ed alterazioni del cuoio capelluto che possono intervenire prima, dopo o contemporaneamente alla sua insorgenza.

Aspetti clinici e criteri di diagnosi differenziale

La forfora può essere definita come una accentuazione del normale processo di desquamazione cui va incontro la superficie dell'epidermide rappresentata dalle cellule dello strato corneo (lo strato corneo è quella parte di tessuto cutaneo direttamente a contatto con l'aria). Per poterne comprendere in modo chiaro e preciso il meccanismo di insorgenza è necessario fornire una spiegazione più dettagliata di come avviene il ricambio delle cellule dell'epidermide denominate cheratinociti: queste si rinnovano continuamente riproducendosi a livello degli strati più profondi dell'epidermide stessa (strato basale) e muovendosi poi gradualmente e progressivamente verso l'alto. Una volta raggiunto lo strato più esterno (strato corneo) si staccano una per una disperdendosi nell'aria sotto forma di piccole squame invisibili a occhio nudo ed esaurendo così il loro ciclo vitale che, in condizioni normali, è di circa 20-28 giorni. Nella forfora il ciclo di vita del cheratinocita è notevolmente abbreviato (mediamente non più di 10-12 giorni) e ciò è dovuto sia ad un aumento della velocità e del numero di cellule che si riproducono sia ad un aumento della desquamazione che diviene visibile a occhio nudo poiché i cheratinociti non si staccano più singolarmente dalla superficie cutanea ma in gruppi o ammassi di dimensioni variabili. A questo punto è opportuno chiedersi cos'è che determina l'alterazione o l'accelerazione del normale processo di ricambio cellulare: dopo anni di ricerche lunghe controversie e animate discussioni si è quasi definitivamente convenuto (anche se da parte di alcuni sussistono dubbi e incertezze) che la causa principale del fenomeno è da ricercare in una aumentata proliferazione di un microorganismo denominato *Pityrosporum ovale* o *Malassezia furfur* (si tratta di un lievito del genere *Pityrosporum*).

Il *Pityrosporum ovale*

fa parte della normale flora batterica abitatrice della nostra superficie corporea (infatti si ritrova sempre sul cuoio capelluto normale dopo i 6-7 anni di vita) ma, in determinate condizioni la sua presenza eccede quantitativamente i limiti consentiti rendendosi responsabile della desquamazione furfuracea.

I fattori scatenanti l'iperproliferazione di questo microorganismo sono numerosi ed ognuno di

loro può intervenire in misura variabile da individuo a individuo.

I principali sono comunque rappresentati da:

- 1) eccessiva presenza di sebo (seborrea) o di altre affezioni a livello del cuoio capelluto capaci di alterare e modificare qualitativamente e quantitativamente i comuni microorganismi commensali che si trovano sulla cute
- 2) Scarsa igiene.
- 3) Polveri, gas inquinanti o altre sostanze estranee disperse nell'atmosfera (soprattutto nei grandi insediamenti urbani e industriali)
- 4) Uso e abuso di prodotti cosmetici qualitativamente non adeguati.

Come precedentemente accennato la forfora o pitiriasi è evidenziabile grazie alla presenza di squame che, solitamente, hanno un colore grigiastro-marrone e sono visibili lungo il fusto del capello e alla base del cuoio capelluto. Esistono sostanzialmente due tipi di forfora: secca (pityriasis simplex) e

forfora grassa

(pityriasis steatoides). Quest'ultima è sempre associata con seborrea, cioè con una ipersecrezione sebacea ed è per questo che viene definita grassa: in tal caso le squame sono giallastre, solitamente di dimensioni maggiori rispetto a quelle della forfora secca, untuose e appiccicose e più facilmente localizzate nelle aree cutanee dove c'è una maggiore concentrazione di ghiandole sebacee (vertice, regione frontale, padiglione dell' orecchio, dotto auricolare e sopracciglio).

La forfora di solito non provoca prurito; se questo compare e, come spesso avviene, è accompagnato da rossore allora è probabile che si tratti di una dermatite seborroica

in fase iniziale.

Per quanto riguarda il trattamento cosmetico della forfora sono preziosi e di fondamentale importanza i consigli e i suggerimenti che possono venire dati da professionisti seri e competenti in materia. In ogni caso l'obiettivo principale è rappresentato dalla necessità di riequilibrare le caratteristiche microbiologiche del cuoio capelluto ripristinando le condizioni esistenti prima dell' insorgenza della forfora e mantenendo sotto controllo la proliferazione soprattutto del *Pityrosporum ovale*:

ci
ò deve essere attuato con prodotti aventi una moderata azione batteriostatica

(ma assolutamente non battericida).

Particolare attenzione andrà rivolta ai criteri di valutazione e di scelta dello shampoo che, oltre ad avere le caratteristiche sopra indicate, dovrebbe sempre (non solo in caso di forfora) essere a pH acido con un valore più o meno corrispondente a quello della nostra pelle (pH 4-5,5).

Come abbiamo detto la forfora è una classica desquamazione cutanea senza segni clinici di infiammazione (ad esempio rossore ma anche edema, dolore spontaneo o alla pressione, calore) e ciò la distingue dalla dermatite seborroica nella quale alla componente desquamativa si associa sempre un certo grado di infiammazione. Oltre alla dermatite seborroica c'è un'altra importante malattia che deve essere differenziata rispetto alla semplice desquamazione furfuracea ed è

la psoriasi

del cuoio capelluto. Questa affezione è estremamente comune nella razza bianca (2% della

popolazione) e almeno negli stadi iniziali può mimare la semplice forfora.

Tuttavia essa presenta alcune peculiari caratteristiche cui accenniamo soltanto e che, nella maggior parte dei casi, consentono di non sbagliarsi. La psoriasi si localizza principalmente alle regioni parietali e sopra le orecchie in chiazze argenteo-amiantacee abbastanza ben definite, arrossate e desquamanti, talvolta untuose:

possono successivamente essere colpite aree diverse dal cuoio capelluto e tipiche di questa patologia come le ginocchia, i gomiti o altre parti del corpo. Un elemento di una certa importanza per il riconoscimento diagnostico è rappresentato da particolari alterazioni morfologiche a carica delle unghie denominate

“pozzetti”; ungueali

. Per quanto riguarda le cause che inducono la psoriasi, sussistono attualmente numerosi dubbi e quesiti a cui si deve ancora dare in parte o in tutto una risposta, nonostante i numerosi sforzi fatti nel senso della ricerca e nonostante gli altrettanto numerosi e considerevoli risultati conseguiti: ad ogni modo esistono diversi fattori scatenanti che agiscono su un terreno di predisposizione genetica; in molti casi questi fattori possono essere agevolmente riconosciuti, in altri casi non sono individuabili o lo sono con notevole difficoltà. Tra i principali vogliamo ricordare gli eventi stressanti (secondo stime attendibili almeno il 70% dei soggetti psoriasici ha subito un evento stressante, come può essere un lutto familiare, un anno prima dello scatenamento della malattia). L'uso e soprattutto l'abuso di determinati farmaci (ad esempio i B-bloccanti, i sali di litio usati in psichiatria come antidepressivi, i FANS), i traumi.

Umberto GIAROLI - medico chirurgo
pubblicazione del 1994