

Prurito dopo la doccia

Il contatto con l'acqua può in alcuni pazienti scatenare un prurito acquagenico, un'orticaria acquagenica o persino un'acquadinia

È una risposta eccessiva della cute, nei confronti di una sostanza normalmente non prurito-gena, non urticariogena e non algogena, qual'è l'acqua, con degranolazione dei mastociti e liberazione di peptidi vasoattivi responsabili del prurito, del bruciore e di una sensazione a tipo punture di spilli.

Il prurito acquagenico si presenta con un'intensa reazione pruriginosa nelle aree a contatto con l'acqua e contrariamente all'orticaria acquagenica, non si accompagna a manifestazioni cliniche evidenti.

Il paziente può avvertire oltre al forte desiderio di grattarsi per il prurito feroce, anche una fastidiosa sensazione descritta come punture di spillo o come aghi nella la pelle, simile al formicolio provocato da un insetto che cammina sotto la pelle.

Nelle forme minime di prurito acquagenico, alcuni antistaminici possono già ridurre l'entità del prurito, mentre la sensazione di punture di spilli, solitamente resiste agli steroidi e agli anti-staminici tradizionali.

Le sedi maggiormente interessate sono gli arti superiori e inferiori (in particolare le gambe, tra caviglia e polpaccio), ma possono talora essere interessati anche altri distretti corporei, specie dopo un bagno o una doccia, anche se effettuati con detergenti delicati e ipoallergenici.

Persino il sudore può scatenare un prurito acquagenico e in

caso di comparsa di pomfi, va considerata anche la possibilità di un'orticaria colinergica.

Il prurito acquagenico tende in alcuni casi a recidivare periodicamente, con un picco massimo alla fine dell'estate o nei mesi autunnali, senza correlazione apparente al contatto con l'acqua.

Alcuni pazienti riferiscono un prurito tanto forte da non farli dormire la notte e che a volte aumenta proprio nel momento in cui si desidera un po' riposare.

Il miglioramento temporaneo del prurito acquagenico dopo aver applicato creme a base di capsaicina, attira l'interesse della dermatologia sperimentale, sul possibile ruolo dei recettori vanilloidi cutanei (es. TRPV1, TRPV4, etc), nella regolazione della soglia di degranolazione dei mastociti.

Lo scarso beneficio ottenuto con l'uso degli antistaminici tradizionali si spiega con il ruolo pruritogeno dei peptidi vasoattivi diversi dall'istamina (es. VIP, sostanza P, acetilcolina, serotonina, leucotrieni, prostaglandine, TNFa, etc).

In attesa della visita specialistica, l'aggiunta in acqua di avena colloidale o di semplice bicarbonato di sodio (es: 150 gr nell'acqua della vasca da bagno), può lievemente ridurre il fastidio, anche se per un buon controllo della sintomatologia occorre quasi sempre ricorrere ad uno o più farmaci sistemici.

Nel prurito acquagenico, la liberazione di istamina e di altri fattori vasoattivi, si verifica in maniera analoga a quanto avviene nell'orticaria acquagenica di Shelley e Rawnsley (comparsa di pomfi e prurito in seguito al contatto con l'acqua) e nell'acquadinia di Shelley e Shelley (allodinia caratterizzata dalla sensazione di bruciore della pelle a contatto con l'acqua) .

Il dermatologo prescriverà una cura topica e sistemica, spiegando al paziente che in questi casi è preferibile evitare le immersioni a mare e gli sport acquatici.

Al momento della visita dermatologica, in base alla sintomatologia e ad eventuali manifestazioni cliniche in atto, sarà programmato un checkup mirato alla ricerca di possibili cause sistemiche, dal momento che un prurito acquagenico è stato descritto in casi isolati, in associazione con altri fenomeni (es. intolleranza al lattosio, ipereosinofilia, policitemia vera, patologie ematologiche, etc).

Contrariamente all'orticaria acquagenica in cui i sintomi si verificano appena dopo il contatto con l'acqua, il prurito acquagenico può manifestarsi anche a distanza dall'avvenuto contatto con acqua, specie nelle ore serali e di notte.

Per la guarigione del prurito acquagenico possono trascorrere anche diversi mesi dalla comparsa dei primi sintomi.

