

# Forfora

La 'forfora' insorge normalmente fra i 10-25 anni e migliora spontaneamente verso i 45-55; può tuttavia persistere fino alla vecchiaia. È causata da un accelerato ricambio delle cellule epidermiche che, a causa dell'aumento di velocità di migrazione, non riescono a raggiungere la completa maturazione prima di distaccarsi. Si formano pertanto delle squame bianche o grigiastre (ammassi di cellule cornee), localizzate in chiazze o, più spesso, diffusamente distribuite su tutto il cuoio capelluto. Il prurito è scarso o assente. A causa della irregolare disposizione delle cellule cornee nella forfora, a differenza di quanto comunemente si ritiene, lo strato corneo è più permeabile di quello di un cuoio capelluto normale e occorre pertanto tenerne conto nel valutare una possibilità di assorbimento indesiderato di sostanze farmacologicamente attive applicate localmente. Le cause sono sconosciute e, in particolare, oscura rimane un'ipotetica influenza 'androgena' suggerita da alcuni Autori. Neppure hanno alcun fondamento le tanto spesso citate responsabilità dell'apparato digerente e in particolar modo del fegato. Più interessante appare il dato, scientificamente accertato, che, nelle squame e fra i capelli dei soggetti con forfora è spesso presente in quantità massiva un micete (fungo), il *Pityròsporum ovalis*, il cui ruolo patogenetico non è tuttavia mai stato definitivamente chiarito. La forfora può comunque anche essere presente in assenza di elevati quantitativi di *Pityròsporum* per cui l'opinione più seguita è che non sia il micete responsabile della forfora ma che, al contrario, in molti casi un cuoio capelluto con forfora costituisca un terreno favorevole al suo sviluppo. Clinicamente si distinguono una pitiriasi secca o semplice, nella quale il cuoio capelluto è coperto da piccole squame molto fini, di facile distacco, che ricoprono gli abiti, con cute normale e modesto prurito, da una pitiriasi grassa o steatoide, nella quale squame più grosse, untuose e giallastre, aderiscono ad un cuoio capelluto talvolta leggermente eritematoso e trasudante; anche in questo caso il paziente può riferire leggero prurito.

## Aspetti clinici ed istopatologici

La forfora è un processo desquamativo del cuoio capelluto che non si accompagna ad altre patologie cutanee localizzate sul capillizio od in altre sedi. I vari studi la considerano comunque una anomalia, in quanto alcune persone non presentano assolutamente forfora, una affezione di poco conto ma non banale. (Van Ebbe, 1964; Leyden and Kligman, 1979). La facilità di separare tale condizione dalla psoriasi e dalla dermatite seborroica è stata ripetutamente ribadita da svariati autori (es. Ackerman and Kligman, 1969) ma il motivo per cui sia lecito tenere separate le queste condizioni non ci è del tutto chiaro. Non si può affermare che la psoriasi e la dermatite seborroica di moderata gravità presentino aspetti clinici distinguibili da quelli della forfora. I vari reperti istopatologici sono confusi ed in contrasto tra loro. Lo studio di Ackerman e Kligman (1969) che ha stabilito una netta separazione della forfora dalla psoriasi e dalla dermatite seborroica pare essere stato successivamente ritrattato dallo stesso Kligman e collaboratori (1979), i quali, riesaminando tutti i reperti istologici che avevano costituito il presupposto del loro precedente studio (Alexander, 1967; Plewig and Kligman, 1970), ritengono esistano aspetti comuni ad entrambe le condizioni.

Gli studi sinora eseguiti non sono sufficienti ed adeguati a dimostrare se la forfora abbia o no una sua specifica connotazione istopatologica e se possa essere tenuta distinta dalla psoriasi e dalla dermatite seborroica di media gravità in base a specifici criteri clinici o istopatologici.

Si intende con questo termine l'eccesso di produzione di sebo. In molti casi la seborrea è solo un fatto soggettivo, è il paziente che, per una sua personale valutazione estetica, riferisce di avere seborrea in assenza di un reale riscontro clinico. I soggetti con calvizie si lamentano spesso dell'untuosità del cuoio capelluto ma si tratta solo di un effetto causato dall'assenza dei capelli. Nel calvo il sebo non si distribuisce, ovviamente, sulla cuticola dei capelli (che non ci sono) ma rimane ad ungere la cute dove appare in eccesso. La seborrea talvolta, quando è oggettivamente reale, può essere correlata ad un'iperproduzione di ormoni androgeni e/o prolattina, situazione sempre da valutare attentamente, specie nella donna. Se la seborrea si associa a forfora la formazione di squame giallastre, untuose, prende il nome di pitiriasi steatoide (vedi). Sia la seborrea che l'alopecia androgenetica sono legate alla attività androgena (androstanoiole e diidrotestosterone) ma non esiste un rapporto di connessione diretta fra le due condizioni, esistono soggetti con forte seborrea ma mai calvi perché la calvizie androgenetica è ereditaria. Tuttavia il ristagno di sebo, ricco di androgeni, potrebbe portare alla formazione di un 'unguento' potenzialmente nocivo per i capelli. Inoltre, nei casi in cui il paziente riferisce periodiche poussées di seborrea e caduta di capelli, è verosimile che queste siano la conseguenza di un transitori aumenti di produzione di androgeni o del loro utilizzo periferico da parte delle cellule della matrice dei capelli e delle ghiandole sebacee (forse per attivazione del citocromo P450, indispensabile per l'attività enzimatica che permette il metabolismo del colesterolo ad ormoni steroidei). Seborrea e defluvio androgenetico sono pertanto spesso contemporanei ma non l'uno conseguenza dell'altro.