"Il corpo ritrovato": un progetto di accudimento dermo-cosmetologico del paziente in terapia oncologica

Prof.ssa Pucci (Maria Concetta) Romano
Specialista in Dermatologia
Docente di Terapie Speciali Dermatologiche, UniversitÃ Tor Vergata, Roma
Presidente Board Scientifico â€□Il corpo ritrovatoâ€□ - Ricerca e studi per lâ€™accudimento dermo-cosmetologico del paziente oncologico

Introduzione

La patologia neoplastica e le relative terapie impattano fortemente sul vissuto del paziente oncologico, influenzandone le relazioni interpersonali e coinvolgendo diversi ambiti, da quello emotivo-affettivo a quello lavorativo (1,2).

Studi di sociologia hanno valutato come **anche il sesso del paziente sia una variabile importante nella risposta emotiva alla patologia** (3,6). Uomini e donne di fronte alla malattia tumorale mostrano, infatti, sostanziali differenze reattive: mogli e madri, più esposte e vulnerabili allo stress, manifestano in misura maggiore rispetto al partner quadri pluripatologici complessi e ricorrono con maggior frequenza alle cure mediche. Sono proprio le donne, inoltre, a manifestare con più vigore le proprie reazioni, positive o negative che siano (3). Gli uomini stentano a cambiare la propria scala di valori, le donne tendono a coltivare tutti gli affetti.

In queste circostanze, inoltre, le donne riscoprono l'interesse di ritagliare tempo per se stesse, valorizzando la propria qualità di vita e manifestando la tendenza a derivare la propria identità da ambiti che non siano solo quelli domestici, ma anche quelli legati alla cura della propria persona (6).

Da un punto di vista medico, tra le modificazioni a breve termine legate alle cure chemioterapiche, **quelle a carico dell'organo cute rappresentano uno degli aspetti più evidenti e invalidanti**, anche dal punto di vista psicologico: chirurgia, radioterapia, chemioterapia, infliggono alla pelle danni inconfutabili, e soprattutto visibili.

La cute come bersaglio delle terapie antitumorali

- Cicatrici
- Alopecia
- Radiodermite
- Xerosi grave
- Desquamazioni
- Prurito
- Alterazioni ungueali
- Eruzioni varie (follicoliti, acne, piodermiti, rash)
- Reazioni allergiche
- Fotosensibilizzazione

© 2013 - Fondazione Alessandra Graziottin - www.fondazionegraziottin.org

- Invecchiamento precoce

Gli obiettivi della nostra associazione

Di qui la nascita di un progetto, **Il Corpo Ritrovato**, che mira alla creazione di una rete interdisciplinare di specialisti per il controllo clinico di tali problematiche cutanee, al fine di migliorare ulteriormente la qualità di vita del paziente oncologico. L'associazione svolge anche ricerche e studi per inquadrare, classificare, prevenire e curare queste nuove realtà patologiche in ambito dermo-cosmetologico.

Un interesse particolare è dedicato all'emergere, negli ultimi anni, di **numerosi e sempre più frequenti eventi avversi cutanei legati all'utilizzo di nuove classi di farmaci oncologici**, quali gli inibitori del recettore per l'Epidermal Growth Factor (EGFr), ampiamente espresso dai cheratinociti basali (8).

Cute e farmaci anti-tumorali

Questa nuova classe di farmaci interferisce, nell'epidermide, con l'attività mitotica dei cheratinociti e, nel derma, dei fibroblasti, delle fibre collagene e della sostanza amorfa. A livello annessiale risultano coinvolti la regolazione delle ghiandole sudoripare e sebacee, nonché il trofismo del pelo. Anche il melanocita è coinvolto in questo processo, con conseguente alterazioni quantitative e qualitative della melanina.

L'effetto tossico cutaneo dovuto a questo tipo di farmaci maggiormente riportato è il **rash papulo-pustoloso follicolare**, definito acneiforme perché colpisce in prevalenza le zone seborroiche del volto, cuoio capelluto e torace, meno frequentemente le estremità e il dorso. Compare durante le prime due settimane di trattamento, si accompagna a prurito molto fastidioso, e può essere complicato da sovrainfezioni batteriche. Il nostro Board ha studiato a fondo questo tipo di reazione per poterla contrastare con la giusta terapia. La confusione di tale patologia con un fenomeno acneico aveva generato infatti molti insuccessi terapeutici, e questo perché la caratteristica peculiare della patogenesi del rush papulo-pustoloso non è la ghiandola sebacea, bensì il cheratinocita stesso. Pertanto, l'infiammazione della ghiandola sebacea è da considerarsi una conseguenza dell'alterazione del turnover fisiologico a carico del cheratinocita.

Stessa patogenesi porta alla **xerosi muco-cutanea** (dalle forme lievi a quelle più marcate, con eczema e fissurazioni) che, nei clinical trial effettuati ad oggi, ha mostrato un'incidenza variabile dal 12% al 35% (9) e, spesso, rappresenta uno dei parametri cutanei che influenza in modo persistente la qualità di vita del paziente.

Di lunga durata, e quindi fortemente invalidanti, anche le **onicopatie** (fig.2,3), presenti in circa il 10-20% dei pazienti in oncoterapia, e che possono presentarsi soprattutto come alterazione della pigmentazione, onicodistrofie, paronichia, onicocriptosi e conseguenti onicomicosi recidivanti o ricorrenti.

L'effetto più noto che stigmatizza e spaventa il paziente oncologico è però l'**alopecia** indotta dai chemioterapici (10). L'incidenza e l'entità dell'alopecia variano in base al farmaco antineoplastico assunto nell'ambito del protocollo chemioterapico, con frequenze più elevate soprattutto per i taxani, le antracicline e gli agenti alchilanti (11).

Si tratta prevalentemente di una forma di **alopecia acuta del cuoio capelluto 700 Gy) (12). Gli** altri peli terminali **(barba, ciglia, sopracciglia, peli pubici e ascellari) sono affetti da alopecia in misura variabile, a seconda della percentuale di questi che si trova in fase anagen all'inizio del ciclo terapeutico, e della durata e posologia del trattamento chemioterapico. A loro carico, inoltre, possono verificarsi** altre alterazioni **che vanno da una crescita rada e rallentata, con capelli più crespi e ricci, alla tricomegalia, ovvero una crescita eccessiva nel diametro e nella lunghezza delle ciglia, suggerendo che i meccanismi regolatori alla base di tali processi possono avere basi patogenetiche differenti (7).**
Meno frequenti, ma non di minor importanza, le reazioni di ipersensibilità (orticaria, vasculite, eritema polimorfo, sindrome di Steven Johnson), i flushing e gli eritemi acrali, le alterazioni della pigmentazione cutanea, le mucositi (orali e anali), e le reazioni di fotosensibilizzazione, che impongono un accurato studio per ottimizzare la scelta del protocollo dermocosmetologico adeguato al singolo caso.

Cute e radioterapia

La radioterapia rappresenta oggi un comune presidio terapeutico in campo oncologico: uno dei suoi effetti tossici cutanei più comuni è la radiodermite**. Infatti, approssimativamente l'85% dei pazienti sottoposti a radioterapia sviluppa manifestazioni cutanee a questa riferibili, che vanno** dal rash eritematoso moderato sino all'ulcerazione vera e propria **(13).**
Quando poi tale procedura si associa anche a un protocollo di tipo chemioterapico, alle suddette lesioni cutanee possono aggiungersi reazioni di "richiamo" **(radiation recall) e** reazioni di "incremento" **(radiation enhancement) (14). Entrambe le manifestazioni si autolimitano nel giro di alcuni mesi, ma sono estremamente invalidanti in quanto possono esitare in sequele a lungo termine come atrofia cutanea, esiti fibrotici e teleangectasie.**
Infine, è possibile una riacutizzazione o addirittura una prima insorgenza di radiodermite in seguito a situazioni abbastanza frequenti, che vanno dalla semplice febbre fino alla reattività conseguente ad esami radiologici di controllo (TAC, mammografia, RX torace).

Protocollo dermocosmetologico

L'identificazione e la validazione di linee guida da utilizzare nella creazione di un protocollo dermocosmetologico ad hoc rappresenta un'importante strumento di supporto per un corretto accudimento del paziente oncologico.
Nel management farmacologico delle reazioni di tossicità cutanea esistono, peraltro, raccomandazioni abbastanza empiriche e non validate dall'evidenza, ancora non in uso nella pratica clinica quotidiana e che non contemplano, inoltre, l'aspetto più specificamente cosmetologico e non offrono dei consigli terapeutici paziente-specifici.
In tutti i casi, il paziente che viene sottoposto a trattamenti oncologici, dovrebbe

utilizzare sin dall'inizio di ogni ciclo terapeutico una serie di misure comportamentali e igieniche preventive **che tengano conto degli effetti collaterali a carico dell'organo cute. Infatti, la pelle è quasi sempre il bersaglio "preferito" dagli effetti collaterali della terapia in questione, sia essa chirurgica, farmacologica, radiante.**
Il nostro protocollo mira a tenere sotto controllo, sia in termini di prevenzione, sia come prescrizione terapeutica, i vari effetti collaterali.

Xerosi

Per evitare questa fastidiosissima realtà, è necessario fare molta attenzione sia alla detersione che all'idratazione**. La scelta di detergenti deve propendere per quelli a scarsa o nulla presenza di tensioattivi aggressivi e eccessivamente schiumogeni (sodiolauril-solfato, sodiolauriletere-solfato), privilegiando una detersione per "affinità". Vanno pertanto consigliate emulsioni A/O in cui la componente lipidica sia costituita da grassi vegetali di derivazione naturale (di karitè, di germe di grano, di jojoba, di avocado) o di sintesi (caprilyc capric triglyceride); mentre vanno sconsigliati cosmetici che contengano una grossa percentuale di derivati dagli idrocarburi (petrolatum, paraffina, vaselina) o di siliconi (cyclomethicone, dimethicone, cyclopentasiloxane, cyclohexasiloxane) attualmente riconosciuti, tra l'altro cancerogeni di serie II, ma non ancora soggetti a una regolamentazione per quanto attiene la percentuale permessa. Lo stesso discorso vale per la scelta dei presidi cosmetici per ripristinare l'idratazione e contrastare l'effetto ossidativo della terapia farmacologica.**
L'idratante per eccellenza che possa rispondere a questa serie di requisiti dovrà essere formulato con principi attivi selezionati e mirati**: insaponificabili (karitè, jojoba, oliva, palma), aloe, niacinamide (vit. B3), tocoferoli e tocotrienoli, ceramidi, gamma orizanolo. La scarsa o nulla presenza di petrolati e siliconi è importante perché l'idratazione va ripristinata non attraverso meccanismi di macerazione dello strato corneo.**
Sicuramente, in questo momento di particolare fragilità cutanea, non sono consigliabili creme a base di sostante esfolianti e irritanti come, ad esempio, acido glicolico, alfa-idrossiacidi e benzoil perossido o le formulazioni in gel alcolico per il loro potere essicante, e di conseguenza irritante.
Nel caso il prurito **non sia particolarmente tollerato, si può ricorrere all'uso di antistaminici anti H1 (cetirizina, loratadina, fexofenadina). Quando la xerosi è così impegnativa da produrre fissurazioni e ragadi, oltre ad assicurare la disinfezione delle lesioni, si può consigliare l'uso di eosina acquosa al 2% per toccature locali, associata a creme o paste a base di vitamina E ed ossido di zinco. La scelta di una formulazione in unguento (realizzata con urea e non con i petrolati), compresa quella relativa a topici antibiotici, va sempre privilegiata.**

Danni ungueali

La prevenzione delle onicopatie può avvalersi dell'uso di speciali sistemi refrigeranti in

guanto **(16) che, indossati durante l'infusione del chemioterapico, riducono la tossicità locale dei farmaci grazie alla vasocostrizione indotta dalla bassa temperatura (fino a -250/-300). Quando si sviluppi** perionissi**, invece, bisogna applicare topici antisettici per la prevenzione di sovrainfezioni, rifampicina topica, e se necessario, nitrato d'argento topico, per ridurre il tessuto di granulazione. In casi più gravi vanno considerati gli antibiotici per os (doxiciclina o minociclina), senza interruzione della chemioterapia, e quando si sospetti una sovrainfezione batterica o micotica sarà l'esame colturale a guidare la scelta terapeutica.**

Alopecia

L'uso del minoxidil topico al 2% sembra dare buoni risultati soprattutto in caso di alopecia causata da taxani e antracicline, ma non protegge da quella causata da doxorubicina (17,18). Ulteriori studi sono però necessari per valutare le evidenze a tal riguardo. Uno degli obiettivi del Board Scientifico "Il Corpo Ritrovato" è proprio quello di intensificare la ricerca per la prevenzione della alopecia in oncoterapia**, attraverso presidi topici, orali e/o meccanici.**

L'uso della parrucca **da parte del paziente oncologico resta comunque un valido presidio anche in caso di alterazioni trofiche dei capelli e della pigmentazione. Sarebbe opportuno, in tal caso, che venisse adoperata una parrucca priva di collanti che possono avere potere irritante e sensibilizzante, con una texture adeguata alle esigenze di una cute sensibilizzata e con una barriera alterata, come avviene in corso di chemioterapia. Spesso, soprattutto con i farmaci biologici, non si verifica un'alopecia vera e propria, ma una caduta massiccia che comunque non provoca la calvizie. In questi casi, può rivelarsi utile l'uso di lozioni che apportino principi attivi al bulbo pilifero e stimolino il microcircolo cutaneo.**

E' possibile associare integratori a base di antiossidanti e sostanze dedicate al ripristino del ciclo fisiologico della cheratina **(vitamina E, melatonina, glutatione ridotto, e altri principi attivi in corso di studi). In queste forme di indebolimento della capigliatura, relativamente all'uso di tinture per capelli, sono da sconsigliare quelle a base di parafenilendiamina, mentre sono permesse quelle su base vegetale (anche se non lo sono mai al 100%) proprio per ridurre il rischio di una sensibilizzazione da contatto che, in questi pazienti, può essere di più facile insorgenza vista la maggiore facilità di penetrazione di apteni con potere allergizzante attraverso una barriera indebolita.**

Permanente **o** tiraggio **non sono consigliati per lo stress meccanico e chimico (potente ossidazione), in quanto possono avere come conseguenza una capigliatura indebolita e diradata.**

Radiodermite

La radiodermite si manifesta solitamente quando la cute viene esposta a dosaggi superiori ai 2000 cGy, mentre la secchezza associata a desquamazione e prurito è un evento frequente. L'accudimento dermo-cosmetologico, in questa evenienza, si giova

di tutto quanto già descritto per il controllo della detersione e dell'idratazione.
La posologia d'uso prevede l'applicazione del presidio cosmetico immediatamente prima e subito dopo l'esposizione alla radioterapia. Un particolare interesse è destato da una nuova serie di antiossidanti combinati **insieme a costituire dei veri e propri cosmetici dedicati: rusco, vite rossa, ubidecanone, Q10, estratti di particolari alghe marine.**

Rash cutaneo e follicolite

Il rash cutaneo e la follicolite ci pongono di fronte a un effetto collaterale ascrivibile a una patologia vera e propria**, piuttosto che a un inestetismo.**
In alcuni casi, l'efficacia del farmaco per la neoplasia in corso risulta maggiormente efficace quanto più induce la follicolite. In alcuni, drammatici casi, il paziente sofferente e angosciato sospende la terapia, col rischio di non controllare la patologia oncologica. Il dermatologo ha in questo caso un ruolo determinante **nel gestire la patologia che gli compete e, nello stesso tempo, consentire all'oncologo il proseguimento della terapia per i tempi dovuti.**
La cute interessata deve essere detersa delicatamente e senza presidi astringenti (contrariamente a quanto una reazione acneiforme farebbe pensare) e profondamente idratata per la base xerotica che sempre si accompagna alla follicolite. Ai già citati insaponificabili di karitè, jojoba e olio di oliva, vanno segnalati, come principi attivi, l'olio di sesamo, quello di macadamia e di argan che, oltre al potere idratante e antiossidante, assicurano un'azione antinfiammatoria importante.
I presidi antibiotici topici **(gentamicina, clindamicina in associazione con l'ossido di zinco, mupirocina, eritromicina) vanno tutti scelti nella formulazione più grassa possibile (unguenti o pomate) e alternati in posologia giornaliera. Se la componente infiammatoria è marcata,** una pomata all'idrocortisone 1% **può essere consigliata in abbinamento per i primi giorni di terapia. Utile può essere indossare, durante la reazione cutanea,** indumenti idonei**, fatti di fibre particolari ad azione antinfiammatoria, normalmente consigliati per i pazienti atopici o allergici.**
La chemioterapia va assolutamente sospesa nelle forme gravi con massiccia componente esfoliativa e bollosa. Ma anche in questo caso, se la terapia dermatologica si affianca rapidamente e preventivamente a quella oncologica, il danno risulterà notevolmente contenuto e il paziente potrà portare a termine i cicli farmacologici previsti.

Cicatrici

Applicare 1-2 volte al giorno sulla cicatrice post chirurgica una crema a base di acido ialuronico e olio di rosa mosqueta o di iperico aiuta a migliorare l'elasticità del tessuto e a ridurre l'infiammazione. Anche l'uso di creme formulate con estratto del bulbo d'allium stock rendono le cicatrici più morbide e più lisce.
Spesso, sulla zona cicatriziale viene praticata la radioterapia che, paradossalmente,

migliora l'aspetto estetico della cicatrice, tendendo ad atrofizzarla. Ma questo necessita di una tutela maggiore della zona sia in termini di idratazione che di fotoprotezione.
Dove possibile e, a tempo debito, la chirurgia plastica può migliorare il danno chirurgico.
Un ultimo accorgimento riguarda la scelta dei tessuti **da indossare e dei** detersivi **da preferire per il lavaggio degli stessi, questo per salvaguardare una cute indebolita da qualunque ulteriore insulto irritativo, anche esterno. I tessuti da mettere "a pelle" sono senz'altro quelli naturali (cotone, lino, seta) e possibilmente colorati con colori vegetali. Sono da evitare tessuti sintetici ed elasticizzati, lane ruvide, indumenti contenenti metalli e lustrini.**
I detersivi con i quali lavare gli indumenti vanno scelti tra quelli più delicati possibili, usati in piccole dosi (specie gli ammorbidenti) e devono essere sciacquati bene.

Conclusioni

La possibilità di sopravvivere al cancro è insieme una conquista e una realtà del nostro tempo. Attualmente, la sinergia tra diagnosi precoce e varie terapie abbinate e personalizzate (chirurgica, radiante, chemioterapica) ha ridotto la mortalità in maniera sempre più significativa, ma non sempre si accompagna a una qualità della vita soddisfacente. Riconsegnare alla vita un organismo profondamente minato, accudendolo e tutelandolo in parallelo all'oncoterapia, è l'obiettivo del progetto "Il corpo ritrovato".
L'obiettivo di tale progetto è dunque tracciare una strada di qualità di vita, salute e bellezza **per coloro che possono incontrare o di fatto incontrano il cancro sulla loro strada. In questo senso, può sicuramente rappresentare un ulteriore importante ausilio per i pazienti affetti da tale patologia. Lo indica molto bene anche una recentissima pubblicazione (19) sugli algoritmi di trattamento delle lesioni cutanee dopo trattamento oncologico, frutto di una consensus conference interdisciplinare internazionale.**
Non perdere il controllo e la percezione del proprio corpo, continuare a curarsi sotto la tutela di specialisti seri e competenti, mantenere un buon margine di autostima e compiacimento è indispensabile anche in un momento così difficile.

Bibliografia

1. **Carelle N, Piotto E et al. Changing patient perceptions of the side effects of cancer chemiotherapy. Cancer 2002; 95 (1): 155-163**
2. **Coates A, Abraham S et al. On the receiving end-patient perception of the side-effects of cancer chemotherapy. Eur J Cancer Clin Oncol 1983; 19 (2): 203-20**
3. **Zenger M, Glaesmer H, et al. Pessimism Predicts Anxiety, Depression and Quality of Life in Female Cancer Patients. Jpn J Clin Oncol. 2010 Sep 6. [Epub ahead of print]**
4. **Emilee G, Ussher JM, et al. Sexuality after breast cancer: a review. Maturitas. 2010 Aug; 66 (4): 397-407. Epub 2010 May 2**

5. **Rowland JH, Desmond KA et al. Role of breast reconstructive surgery in physical and emotional outcomes among breast cancer survivors. J Natl Cancer Inst. 2000 Sep 6; 92 (17): 1422-9**
6. **Ciarrochi J, Fisher D, Lane L. The link between value motives, value success, and well-being among people diagnosed with cancer. Psychooncology. 2010 Aug 25. [Epub ahead of print]**
7. **Heidary N, Naik H et al. J Am Acad Dermatol. Chemotherapeutic agents and the skin: An update. 2008 Apr; 58 (4): 545-70**
8. **Lacouture ME, Maitland ML et al. A proposed EGFR inhibitor dermatologic adverse event-specific grading scale from thMASCC skin toxicity study group. Support Care Cancer. Apr 2010; 18 (4): 509-22**
9. **Pérez-Soler R. Can rash associated with HER1/EGFR inhibition be used as a marker of treatment outcome? Oncology (Williston Park). 2003 Nov; 17: 23-8**
10. **Batchelor D. Hair and cancer chemotherapy: consequences and nursing care – a literature study. Eur J Cancer Care (Engl). 2001 Sep; 10 (3): 147-63**
11. **Trüeb RM. Chemotherapy-induced alopecia. Semin Cutan Med Surg. 2009 Mar; 28 (1): 11-4**
12. **Tosti et al JAAD in press**
13. **N. Salvo, E. Barnes,et al. Prophylaxis and management of acute radiation-induced skin reactions: a systematic review of the literature. Curr Oncol. 2010 August; 17 (4): 94-112**
14. **Susser S, Whitaker-Worth DL, et al. Mucocutaneous reactions to chemotherapy Journal of the American Academy of Dermatology. March 1999; 40: 367-398**
15. **Lynch TJ Jr, Kim ES et al. Epidermal growth factor receptor inhibitor-associated cutaneous toxicities: an evolving paradigm in clinical management. Oncologist. 2007 May; 12 (5): 610-21**
16. **Scotté F, Tourani JM, et al. Multicenter study of a frozen glove to prevent docetaxel-induced onycholysis and cutaneous toxicity of the hand. J Clin Oncol. 2005 Jul 1; 23 (19): 4424-9**
17. **Duvic M, Lemak NA, et al. A randomized trial of minoxidil in chemotherapy-induced alopecia.J Am Acad Dermatol. 1996 Jul; 35 (1): 74-8**
18. **Rodriguez R, Machiavelli M, et al. Minoxidil (Mx) as a prophylaxis of doxorubicin--induced alopecia. Ann Oncol. 1994 Oct; 5 (8): 769-70**
19. **Dreno B, Bensadoun RJ, Humbert P, Krutmann J, Luger T, Triller R, Rougier A, Seité S. Algorithm for dermocosmetic use in the management of cutaneous side-effects associated with targetedtherapy in oncology. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2013 Feb 1. doi: 10.1111/jdv.12082. [Epub ahead of print]**

Biografia

Maria Concetta Romano (detta Pucci) nasce a Saviano (Napoli) il 25 ottobre 1955. Laureata in Medicina e Chirurgia presso l'Università di Napoli, è specializzata in

Dermatologia.
Nel 1983 ha vinto il Premio Ricerca FIDIA - Clinica Dermatologica Università di Roma per l'attività di indagine clinica sull'impiego dei fosfolipidi ipotalamici nella cura delle patologie cutanee.
Autrice di varie pubblicazioni su riviste medico-scientifiche di settore, italiane e internazionali, è docente di "Dermatologia Cosmetologica" presso la Scuola Internazionale di Medicina Estetica della Fondazione Fatebenefratelli (Roma), docente di "Terapie Speciali Dermatologiche" presso la Scuola di Specializzazione in Dermatologia e Venereologia dell'Università degli Studi di Roma Tor Vergata (Roma) e componente del tavolo di lavoro per la Cosmetosorveglianza, coordinato dal Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali.
E' membro della Società Italiana di Dermatologia medica, chirurgica, estetica e delle malattie sessualmente trasmesse, dell'Associazione Donne Dermatologhe Italiane, del comitato scientifico dell'Istituto di Ricerca Dermatologica Globale e del comitato scientifico di Eco-News, rivista bimestrale a diffusione nazionale patrocinata dal Ministero dell'Ambiente.
E' inoltre vicepresidente dell'Associazione Internazionale di Eco-Dermatologia (Skineco), Editor in Chief del "Journal of Ecological Dermatology" e presidente del Board Scientifico di "Il corpo ritrovato", associazione di ricerca e studi per l'accudimento dermo-cosmetologico nel paziente oncologico.
La dottoressa Romano ha maturato una profonda esperienza e competenza in merito alla cosmesi, e si occupa di biochimica e composizione dei cosmetici per lo sviluppo di linee guida nella formulazione di prodotti eco-dermo-compatibili.
In questa veste, ha ispirato la nascita di alcune linee dedicate :
- linea tricologica per seborrea/desquamazione furfuracea;
- linea restitutiva per la sofferenza cutanea nel paziente oncologico;
- ecogalenica varia (per psoriasi, pigmentazioni anomale, invecchiamento cutaneo, cicatrici, smagliature).
Collabora regolarmente con articoli di pertinenza dermatologica sulle pagine specializzate di alcune importanti riviste nazionali: L'Espresso, Il Venerdì di Repubblica, Viver Sani e Belli, Top Salute, Aria Ambiente e Salute, Vita e Salute.



La dottoressa Pucci (Maria Concetta) Romano