

Lesioni primarie e secondarie

Si parla di **lesione** quando la pelle si discosta dai parametri di normalità e presenta delle anomalie e delle alterazioni.

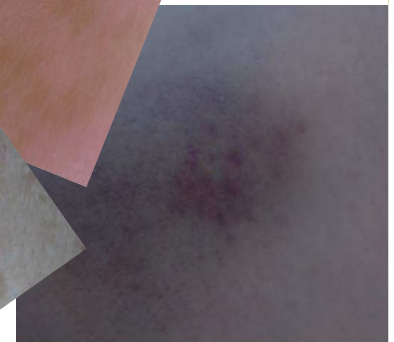
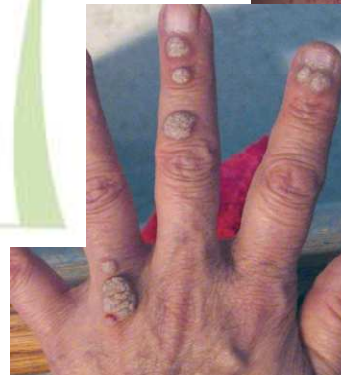
Molte delle malattie cutanee iniziano con una lesione elementare, si distinguono in:

- *lesioni primarie*: compaiono all'esordio della malattia;
- *lesioni secondarie*: possono manifestarsi in un momento successivo, come fase evolutiva o nel corso del processo di guarigione.

Il riconoscimento di queste lesioni elementari è indispensabile presupposto per giungere ad una corretta diagnosi delle malattie cutanee.

rilevatezza

Una **rilevatezza** è una parte di cute che si solleva rispetto alla normale superficie.



Lesioni primarie e secondarie

LESIONI PRIMARIE

Le lesioni primarie sono le prime manifestazioni di una malattia cutanea.

• **MACCHIA:** Le macchie sono una modificazione del colore della pelle senza la contemporanea alterazione di altri caratteri cutanei epidermici e dermici.

Si manifestano prevalentemente sull'epidermide e si distinguono in tre categorie, in base all'origine:

1. macchie da variazione del contenuto **ematico**: sono prodotte da alterazioni dei vasi sanguigni del derma che si rendono visibili anche nell'epidermide.;
2. macchie da variazione del **pigmento melanico**;
3. macchie di **origine esogena**.

1. MACCHIE DA VARIAZIONE DEL CONTENUTO **EMATICO**

▪ **ERITEMA** o macchia eritematosa: è un arrossamento vasomotorio della cute dovuto alla dilatazione dei piccoli vasi del derma che può essere circoscritto o diffuso e scompare alla pressione. A seconda se interessa il tratto arterioso o venoso si ha:

- *eritema attivo*: di colorito rosso vivo e con aumento della temperatura locale. Per dilatazione delle arterie dermiche;
- *eritema passivo*: di colorito rosso violaceo e con una diminuzione della temperatura locale. Per dilatazione delle venule del derma.

Altri esempi possono essere quelle conseguenti a ustioni di primo grado o al morbillo.

Lesioni primarie e secondarie

LESIONI PRIMARIE

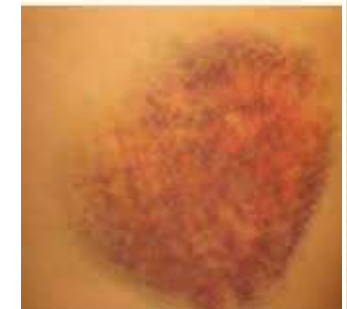
Le lesioni primarie sono le prime manifestazioni di una malattia cutanea.

- **MACCHIE CIANEMATOSE:** sono di colore rosso cupo o bluastro, non rilevate sulla cute, che scompaiono alla pressione; esempi di macchie cianematose sono quelle dovute a livore da freddo e le macchie cianotiche da ipotermia.
- **MACCHIA DA ECCESSIVO SVILUPPO VASCOLARE:** sono determinate da proliferazione di vasi sanguigni e vasodilatazione permanente; esempi di macchie di questo tipo sono gli angiomi piani.
- **MACCHIA EMORRAGICA:** si presentano inizialmente di colore rosso-viola ma, in seguito alle modificazioni subite dall'emoglobina fuoriuscita dai vasi nei tessuti, virano al blu-verde (biliverdina), verde-giallo (bilirubina) e infine al bruno fino a svanire lentamente.

Sono piatte sulla cute ma non scompaiono alla pressione. In base alle dimensioni, si distinguono in:

- petecchie**, grandi quanto una lenticchia,
- ecchimosi**, grandi come un palmo di mano,
- soffusioni**, estese su grandi porzioni di cute.

Esempi di macchie emorragiche sono quelle conseguenti a traumi contusivi, i cosiddetti lividi.



Lesioni primarie e secondarie

LESIONI PRIMARIE

Le lesioni primarie sono le prime manifestazioni di una malattia cutanea.

2. MACCHIE DA VARIAZIONE DEL **PIGMENTO MELANICO**

- **MACCHIE PIGMENTARIE**, ipercromiche: si formano per eccesso di melanina, si presentano di colore giallo, giallo-brunastro e bruno e non si modificano alla pressione. Hanno forma e dimensioni variabili. Alcune sono di natura congenita, mentre altre sono acquisite nel corso della vita. Quando la macchia è posta nel derma profondo, appare di colore bluastro; esempi di macchie pigmentarie sono i nevi pigmentari, il cloasma gravidico, le macchie mongoliche, le macchie caffè-latte, le efelidi.



I nevi sono un tipo di macchie pigmentarie.

- **MACCHIE IPOCROMICHE** o acromiche: si formano per carenza parziale o totale di melanina, si presentano come chiazze biancastre di varia grandezza, di origine congenita o acquisita. Hanno margini ben netti e non scompaiono alla digitopressione; esempi di macchie di questo tipo sono quelle della vitiligine e della lebbra.



Lesioni primarie e secondarie

LESIONI PRIMARIE

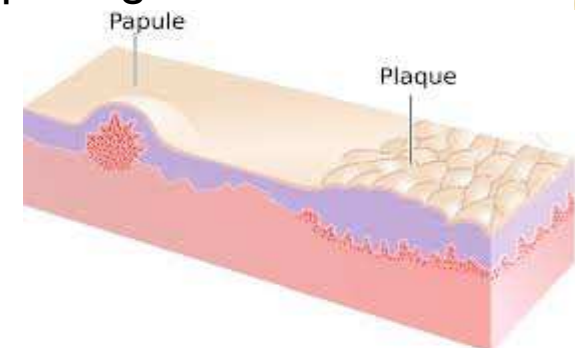
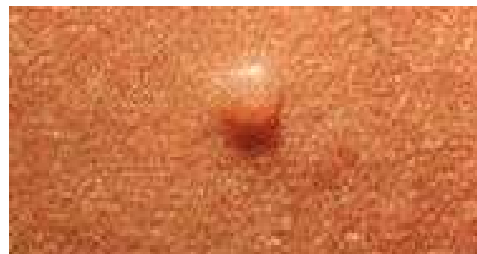
Le lesioni primarie sono le prime manifestazioni di una malattia cutanea.

3. MACCHIE DI ORIGINE ESOGENA

- La pigmentazione proviene da ambiti estranei ed esterni alla cute, sono dovute alla presenza nell'epidermide di sostanze che colorano la pelle in modo diverso dall'abituale colorito, penetrate direttamente dall'esterno o pervenute alla cute attraverso il sangue. Esempi di macchie di origine esogena sono i tatuaggi e le macchie da nicotina.
- **PAPULA:** è una rilevatezza solida circoscritta della cute, di piccole dimensioni determinate da un ispessimento localizzato dell'epidermide e la cui caratteristica è quella di guarire senza lasciare cicatrice. Il colore della papula indica una differenza diagnostica e se molto ampie sono dette “placche infiltrate”. Sono di consistenza duro-elastica e si dispongono sulla cute in modo molto variabile. Esempi di papule sono le verruche piane giovanili, il mollusco contagioso, la scabbia, la cheratosi pilare.

rilevatezza

Una **rilevatezza** è una parte di cute che si solleva rispetto alla normale superficie.



Lesioni primarie e secondarie

LESIONI PRIMARIE

Le lesioni primarie sono le prime manifestazioni di una malattia cutanea.

- **NODULO:** è una formazione solida, profonda e circoscritta della cute che guarisce con cicatrice, situate nel derma o nell'ipoderma, ma evidenti sulla superficie cutanea. Sono di forma rotondeggiante od ovale e possono assumere dimensioni anche notevoli e diventare molto sporgenti. Si definisce **placca** una lesione costituita dalla confluenza di più noduli.
- **BOLLA:** è una grande cavità circoscritta, a contenuto di liquido limpido sieroso, che può avere sede nell'epidermide (più sottile) o tra epidermide e derma (più spessa). Alle volte si generano per confluenza di più vescicole. Possono anche contenere sangue e quando sono molto estese, ricche di siero e flaccide prendono il nome di **flittene**. Può risolversi senza lasciare traccia oppure lasciare una pigmentazione o, nelle forme più profonde, delle leggere cicatrici. Esempi di bolle sono le bolle traumatiche da calzatura o sfregamento, quelle conseguenti a ustioni di secondo grado



Lesioni primarie e secondarie

LESIONI PRIMARIE

Le lesioni primarie sono le prime manifestazioni di una malattia cutanea.

- **VESCICOLA:** è una lesione circoscritta, di piccole dimensioni, rilevata sulla cute, costituita da una cavità contenente liquido limpido sieroso proveniente dal plasma sanguigno. Le sue pareti sono molto sottili, tanto da rompersi facilmente e formare una superficie abrasa e sierosa. La vescicola può avere sede sottocorneale, intraepidermica o sottoepidermica e si dispongono sia isolatamente sia raccolte a grappolo.

L'eruzione di una vescicola è spesso accompagnata da altri sintomi quali prurito, dolore, bruciore e rossore della cute circostante. Può guarire lasciando cicatrici. Esempi di vescicole sono le manifestazioni dell'herpes simplex, dell'herpes zooster, dell'eczema e della varicella.



Tipica manifestazione dell'herpes zooster sono le raccolte di vescicole ripiene di liquido.

pus

Il **pus** è un liquido denso di colore bianco-giallastro, costituito da globuli bianchi e da batteri oltre che da residui cellulari e talvolta di sebo.

Lesioni primarie e secondarie

LESIONI PRIMARIE

Le lesioni primarie sono le prime manifestazioni di una malattia cutanea.

- **PUSTOLA**: è una cavità circoscritta intra o sottoepidermica, come la vescicola, ma al suo interno troviamo pus. Può essere:
 - *primitiva*: se è dovuta a germi patogeni (come nel caso dell'acne, dell'impetigine, del vaiolo, follicolari);
 - *secondaria*: se è da infezione di vescicola o bolla preesistente.

Si localizza di frequente sul follicolo pilo-sebaceo e può risolversi senza cicatrice o lasciando macchie pigmentate sulla cute.

- **POMFO**: è una rilevatezza di consistenza solida e circoscritta della cute, che si forma e scompare rapidamente, senza lasciare cicatrici. Si manifesta come placche edematose ed è dovuto a trasudazione di liquido dai vasi del derma per infiammazione. È fortemente pruriginoso quando è (frequente) la manifestazione di un fenomeno allergico. Esempio è l'orticaria o punture di insetti.



Lesioni primarie e secondarie

LESIONI SECONDARIE

Le lesioni secondarie rappresentano la fase di evoluzione o di guarigione delle lesioni primarie, nonché la manifestazione di traumi o infezioni.

• **SQUAMA**: è un ammasso di lamelle cornee che si staccano dall'epidermide in maniera visibile. Sono conseguenti a una produzione di cheratina più abbondante della norma. Le squame possono essere secche e untuose. Il colore varia da biancastro a giallastro ad argenteo in funzione della presenza di sebo o dell'ossidazione della cheratina o dell'aria presente tra di esse. Spesso si osserva il distacco di ammassi cellulari molto spessi dallo strato corneo: in questi casi nell'epidermide si verifica il fenomeno della paracheratosi, cioè il passaggio diretto delle cellule dallo strato spinoso a quello corneo, saltando tutti i passaggi intermedi.

Si distinguono due tipi di squame:

- pitiriasica o furfuracea: di piccole dimensioni, poco aderente;
- lamellare o foliacea: di dimensioni maggiori, spesso polistratificata.

Esempi di squame sono quelle della forfora, della psoriasi, dell'eczema, della dermatite seborroica, dell'ittiosi e della pitiriasi rosea.



Lesioni primarie e secondarie

LESIONI SECONDARIE

Le lesioni secondarie rappresentano la fase di evoluzione o di guarigione delle lesioni primarie, nonché la manifestazione di traumi o infezioni.

- **CROSTA:** dovuta alla coagulazione di un liquido organico, sia esso siero, sangue o pus, fuoriuscito dai vasi sanguigni e dai tessuti in seguito a lesioni cutanee quali un'abrasione, una vescicola, una bolla, una pustola, un'ulcerazione. È costituita da un insieme di fibrina, globuli rossi, globuli bianchi, detriti cellulari e germi. In genere assume la stessa dimensione della lesione che l'ha generata. In alcuni casi dopo la guarigione, la crosta lascia una cicatrice. Esempi di crosta sono le conseguenze di lesioni cutanee traumatiche e dell'herpes.

- **EROSIONE:** perdita di tessuto limitata all'epidermide o al derma superficiale che guarisce senza lasciare cicatrice. Se l'erosione è conseguente alla rottura di una vescicola o di una bolla o di una pustola si parla di abrasione o esulcerazione. Quando l'erosione è di origine traumatica si parla di escoriazione.

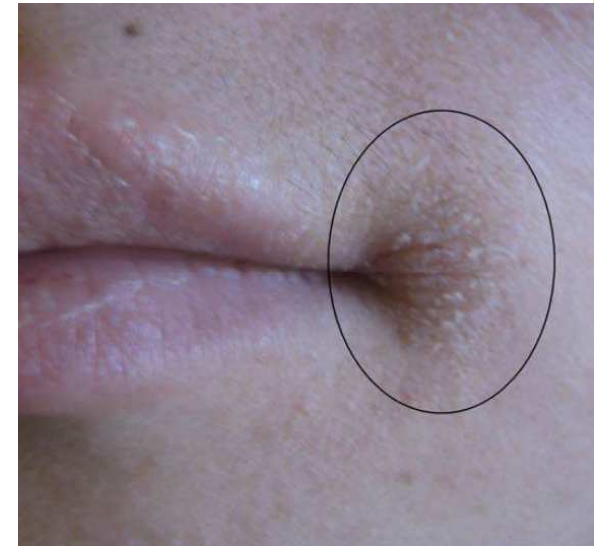


Lesioni primarie e secondarie

LESIONI SECONDARIE

Le lesioni secondarie rappresentano la fase di evoluzione o di guarigione delle lesioni primarie, nonché la manifestazione di traumi o infezioni.

- **RAGADI:** sono fessurazioni, quasi tagli verticali, che si formano nello spessore dell'epidermide e degli strati più superficiali del derma. Sono determinate da una riduzione o da una perdita dell'elasticità della cute che, fattasi più rigida, tende a spaccarsi. È presente nella zona dove la cute è sottoposta a tensione e distensione come gli angoli delle labbra, le pliche anali, le regioni palmo-plantari, i capezzoli. Quando le ragadi raggiungono le profondità del derma, sono accompagnate da fuoriuscita di sangue e da dolore.



Lesioni primarie e secondarie

LESIONI SECONDARIE

Le lesioni secondarie rappresentano la fase di evoluzione o di guarigione delle lesioni primarie, nonché la manifestazione di traumi o infezioni.

- **ULCERA:** lesione caratterizzata da distruzione di tessuto cutaneo del derma e del tessuto sottocutaneo: ne risulta una perdita di sostanza che non guarisce spontaneamente e lascia cicatrice. Un esempio tipico di ulcera cutanea è quella causata dalle varici negli arti inferiori (ulcere varicose) e le ulcere conseguenti a tubercolosi o a radiodermite.
- **PIAGA:** è una perdita di sostanza profonda con tendenza alla guarigione spontanea.
- **ESCARA:** è una necrosi della cute che può avvenire per cause traumatiche, circolatorie oppure per il contatto accidentale con sostanze chimiche o con corrente elettrica. Le escare si presentano nella zona colpita come lesioni di colore nero; qui le cellule dell'epidermide sono morte.



Escara conseguente a necrosi dei tessuti per cause circolatorie.

Lesioni primarie e secondarie

LESIONI SECONDARIE

Le lesioni secondarie rappresentano la fase di evoluzione o di guarigione delle lesioni primarie, nonché la manifestazione di traumi o infezioni.

- **CHERATOSI:** è un ispessimento dello strato corneo per cause traumatiche o patologiche, e se molto accentuato si parla di ipercheratosi. Esempio di cheratosi sono i calli e i tilomi.
- **ATROFIA:** è un assottigliamento degli strati cutanei con perdita dell'elasticità e scomparsa degli annessi cutanei. Nell'atrofia la cute è anelastica e di colorito spento. Si distinguono diverse forme di atrofia: le smagliature, l'atrofia senile e l'atrofia presenile degenerativa.



Lesioni primarie e secondarie

LESIONI SECONDARIE

Le lesioni secondarie rappresentano la fase di evoluzione o di guarigione delle lesioni primarie, nonché la manifestazione di traumi o infezioni.




- **CICATRICE:** è la conseguenza di lesioni primarie o secondarie di natura traumatica o patologica. Si tratta di una formazione di nuovo tessuto connettivo e di epidermide che durante il processo di riparazione assume un aspetto diverso da quello di partenza: nella sede della cicatrice la pelle può essere piana, rilevata o infossata. L'epidermide della zona cicatriziale si presenta liscia, sottile, lucente, priva delle tipiche increspature e pieghe cutanee, di annessi cutanei come ghiandole e peli, quasi del tutto priva di pigmentazione. Il tessuto connettivo sottostante risulta povero di vasi e di fibre elastiche e si ricostruisce con una fitta trama di fibre collagene poste in modo disordinato.

La **cheloide** è un tipo di cicatrice che presenta formazione di tessuto connettivo irregolare e disordinata che si spinge fino al sottocutaneo, di consistenza fibrosa e compatta; spesso è l'evoluzione di una cicatrice o di un trauma e la sua superficie è tesa, liscia e sollevata, di colore bianco porcellana. La sua forma è molto irregolare, con espansioni a chele di granchio, e tende a riformarsi anche dopo che è stata asportata chirurgicamente.



Dermatologia

Programma 2 S / 2 Q 2014/2015

- 
- ✓ DERMATOSI da cause fisiche
 - ✓ Fotodermatosi
 - ✓ DERMATOSI allergiche
 - ✓ DERMATOSI da virus
 - ✓ DERMATOSI piogeniche
 - ✓ DERMATOSI da miceti
 - ✓ DERMATOSI da parassiti
 - ✓ DERMATOSI da alterazioni della circolazione sanguigna alle estremità
 - ✓ Atrofie della pelle
 - ✓ Tumori della pelle
 - ✓ Malattie veneree
 - ✓ Cellulite
 - ✓ Malattie cutanee da causa ignota o parzialmente nota

Dermatiti o dermatosi?

Le dermatiti sono affezioni a carico della pelle che prevedono sempre la presenza di fenomeni infiammatori, mentre le dermatosi sono patologie della pelle che non sono accompagnate da infiammazione.

Dermatosi da agenti fisici

Si tratta di dermatiti provocate dall'azione di agenti esogeni naturali, quali i traumi meccanici, il freddo o il caldo, la luce, che agiscono sulla pelle con una intensità maggiore di quanto questa possa sopportare.

Dermatosi traumatiche

1. ad insorgenza acuta se il trauma si verifica una volta e violentemente;
2. a insorgenza lenta se il trauma agisce in modo lieve ma ripetuto.

Le *contusioni*, del primo tipo, determinate da traumi che non provocano perdita di sostanza, si forma un'ecchimosi o un ematoma. L'ematoma può assorbirsi spontaneamente, è utile comunque usare pomate a base di eparinoidi; alle volte si rende necessario lo svuotamento della raccolta ematica a mezzo di puntura.

Del secondo tipo sono: i *calli*, ipercheratosi circoscritte provocati dalla compressione di cute soprastante una prominenza ossea; le *callosità*, ipercheratosi circoscritte provocate da attriti o da traumi ripetuti in zone di cute esposte; possono formarsi delle ragadi dolorose; le *bolle traumatiche*, dovute allo sfregamento sulla cute di scarpe o altri corpi traumatizzanti.

La terapia per calli e callosità è quella di eliminare la causa dei traumi continui e l'utilizzo di medicazioni con sostanze cheratolitiche o, nei casi più gravi, è consigliato un trattamento podologico.

Le bolle traumatiche vanno sempre svuotate con ago sterile e disinfettate con antisettici o antibiotici.

Dermatiti o dermatosi?

Le dermatiti sono affezioni a carico della pelle che prevedono sempre la presenza di fenomeni infiammatori, mentre le dermatosi sono patologie della pelle che non sono accompagnate da infiammazione.

Dermatosi da agenti fisici

Si tratta di dermatiti provocate dall'azione di agenti esogeni naturali, quali i traumi meccanici, il freddo o il caldo, la luce, che agiscono sulla pelle con una intensità maggiore di quanto questa possa sopportare.

Radiodermiti

Si tratta di lesioni cutanee conseguenti a esposizione a radiazioni di varia origine, raggi X, radioisotopi per uso diagnostico o terapeutico. Inizialmente, la lesione è simile a un eritema più o meno intenso; aumentando la dose di radiazione, le lesioni si manifestano con bolle, ulcere e necrosi.



**Radiodermite
conseguente ad
esposizione
localizzata a 7 Gy di
R gamma.**

Dermatosi da cause fisiche

Dermatosi dovuti all'azione di agenti fisici naturali la cui intensità supera la normale resistenza della pelle.

Dermatosi da freddo - criodermiti

Dermatiti da freddo cioè reazioni cutanee alle basse temperature, facilitate da vento e umidità. In genere, sono interessate le regioni più distali del corpo: la punta delle dita, la punta del naso, le orecchie. I sintomi vanno da un semplice eritema edematoso, alla necrosi, fino alla gangrena.

I *geloni* sono frequenti lesioni provocate dal freddo che coinvolgono il derma e il tessuto sottocutaneo. Le zone più colpite sono le mani ed i piedi. Soprattutto in soggetti femminili.

Inizialmente si ha un restringimento dei vasi sanguigni e poi segue una loro dilatazione. È quest'ultima che provoca un eritema di colore rosso-violaceo, un aumento della temperatura locale ed edema dei tessuti. La superficie cutanea è tesa e lucida, pruriginosa e dolorante.

Il trattamento preventivo è quello di usare indumenti in lana e creme a base di vitamina A.

Il trattamento locale consiste nell'utilizzare creme a base di farmaci vasodilatatori e frizionare la parte con alcool canforato.



Dermatosi da cause fisiche

Dermatosi dovuti all'azione di agenti fisici naturali la cui intensità supera la normale resistenza della pelle.

Dermatosi da calore

Le *ustioni* sono dermatosi causate dal calore eccessivo su una determinata zona di cute. Distinguiamo ustioni di I, II e III grado.

- Le *ustioni di I grado* si manifestano con intenso eritema accompagnato da lieve arrossamento e dolore: la guarigione avviene spontaneamente dopo pochi giorni con la seguente desquamazione o depigmentazione, senza formazione di cicatrici;
- nelle *ustioni di II grado* si ha la fuoriuscita di siero e sangue dai vasi sanguigni con la formazione di bolle doloranti, in seguito le bolle si trasformano in piaghe che si ricoprono di croste al di sotto delle quali l'epidermide si ricrea gradualmente, senza la formazione di cicatrici;
- nelle *ustioni di III grado* il calore provoca distruzione completa di tutte le strutture cutanee e, nei casi più gravi, anche quelle dei muscoli e dello scheletro. Queste lesioni lasciano delle cicatrici irregolari.

La gravità dell'ustione non dipende solo dal grado ma anche dalla sua estensione.

La terapia per le ustioni di I grado è l'uso di creme cortisoniche, mentre per il II ed il III grado è di esclusiva competenza medico-specialistica.



Dermatosi allergiche

Se la reazione avviene nell'epidermide allora si parla di ECZEMA, se ha luogo nell'apparato vascolare del derma allora si ha una ORTICARIA.

Eczema

Affezione dell'epidermide, è una dermatosi infiammatoria pruriginosa.

Avviene la dilatazione degli spazi intercellulari dello strato spinoso per edema provocato dalla fuoriuscita di siero dai capillari.

Nella sua forma classica l'eczema ha origine con:

- fase eritematosa: una chiazza di arrossamento vivo, ai limiti sfumati, prurito;

- fase vescicolare: sulle chiazze eritematose si formano delle vescicole a contenuto sieroso che si rompono rapidamente e se ne creano di nuove;

- fase con crosta: per essiccamento del siero si creano le croste e per un accelerato processo di cheratinizzazione si formano le squame e l'ispessimento della cute.

L'eczema è accompagnato da violento prurito, quindi maggiore la possibilità di lesioni da grattamento e infezioni secondarie con formazioni di pustole.

Le fasi sopradescritte sono il quadro comune delle 2 forme più comuni di eczema: Eczema atopico dovuto a cause interne o eczema topico dovuto a cause esterne.



Dermatosi allergiche

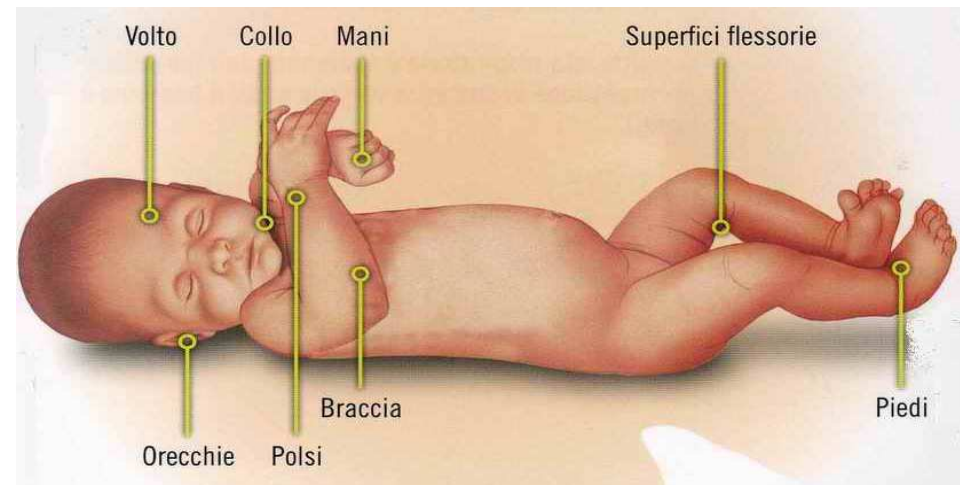
Se la reazione avviene nell'epidermide allora si parla di ECZEMA, se ha luogo nell'apparato vascolare del derma allora si ha una ORTICARIA.

Eczema atopico o costituzionale

Malattia cutanea molto frequente nell'infanzia. La malattia fa il suo esordio nei primi sei mesi di vita, e sempre dopo il secondo mese. Localizzazione tipica è il volto, superfici flessorie degli arti, si osserva miglioramento con il passare degli anni e guarigione completa nella pubertà.

Buona parte dei soggetti con eczema atopico presentano anche asma e rinite allergica.

Causa patogenetica autoimmunitaria verso alcuni componenti della pelle, cioè si producono anticorpi contro se stesso. Nessuna cura valida.



Dermatosi allergiche

Se la reazione avviene nell'epidermide allora si parla di ECZEMA, se ha luogo nell'apparato vascolare del derma allora si ha una ORTICARIA.

Eczema topico o da contatto

Insorge per contatto della pelle con sostanze allergizzanti dell'ambiente. Le cause degli eczemi da contatto possono essere chiarite mediante la prova epicutanea: le sostanze vengono portate a contatto con la pelle, diluite appropriatamente, e lasciate in posa per 24h, passate le quali se il risultato è positivo compare un'area eritemo-vescicolosa.

Le forme più frequenti sono:

- eczemi medicamentosi: da disinfettanti, pomate antibiotiche o anestetici locali;
- eczemi da sostanze vegetali: piante, fiori, resina dei pini, buccia di agrumi;
- eczemi da vestiti: accessori in nichel, la gomma sintetica e naturale, sostanza colorante nera per pelli e tessuti;
- eczema dei lavoratori addetti alle pulizie: i vari detersivi oggi utilizzati determinano una continua azione sgrassante e disidratante che facilita la sensibilizzazione della pelle;
- eczemi professionali nei parrucchieri e nelle estetiste: sostanze sensibilizzanti sono quelle usate per le tinture dei capelli o per la permanente a freddo, le essenze profumate o dai coloranti;



Dermatosi allergiche

Se la reazione avviene nell'epidermide allora si parla di ECZEMA, se ha luogo nell'apparato vascolare del derma allora si ha una ORTICARIA.

Eczema topico o da contatto

- eczemi da cosmetici: più frequenti sul volto, nelle sedi di applicazione del cosmetico ma anche a distanza. I profumi, le acque di colonia e le essenze profumate incorporate in quasi tutti i cosmetici sono i principali responsabili di eczemi topici.
 - Oltre alle tinture per capelli possono provocare eczemi anche le lacche, le ciprie, le creme per azione dei coloranti in essi contenuti.
 - Le dermatiti da ombretto o matita per sopracciglia sono causate dai derivati dell'anilina,
 - gli smalti per unghie provocano chiazze eritemato-squamose pruriginose sul collo o sul volto.
 - Anche lozioni antirughe provocano questi eczemi per i sali di alluminio o di titanio in essi presenti,
 - i depilatori a base di mercaptano o di tioglicolato id calcio.
 - i deodoranti per l'azione del solfato di zinco,
 - Gli shampoo colorati e gli antiforfora che contengono selenio.

È importante la scelta di sostanze attive e di eccipienti che siano il più possibile anallergici nella preparazione dei prodotti cosmetici.



Dermatosi allergiche

Se la reazione avviene nell'epidermide allora si parla di ECZEMA, se ha luogo nell'apparato vascolare del derma allora si ha una ORTICARIA.

Orticaria

Malattia allergica assai comune, l'**orticaria** è un fastidioso disturbo caratterizzato dalla comparsa sulla cute di placche o pomfi di grandezza e forma variabili, di colore rossastro, e da un intenso prurito che aumenta a contatto con indumenti pesanti o in ambienti molto caldi.

L'orticaria può essere circoscritta a una determinata zona o, al contrario, può essere estesa a gran parte del tessuto cutaneo.

L'orticaria ha esordio improvviso e si risolve generalmente senza particolari esiti nel giro di pochi giorni.

Le cause dell'orticaria non sono chiare; sono molte le sostanze o le condizioni che vengono ritenute responsabili della patologia.

- **Orticaria da sostanze di tipo vegetale o di tipo animale;**
- **Orticaria da alimenti;**
- **Orticaria da caldo e da freddo;**
- **Orticaria da farmaci.**

È utile una prova allergica per poter conoscere le sostanze responsabili della malattia.



Dermatosi allergiche

Prurito

Il prurito è un'alterazione della sensibilità cutanea che richiama il riflesso del grattamento. Non esistono recettori nervosi cutanei specifici per il prurito, ma è causato dalle terminazioni nervose libere nell'epidermide indotta da enzimi liberati ed attivati da svariati motivi.

Fattori ambientali quali il calore o l'umidità ne possono causare la comparsa. Ma anche le differenti ore della giornata e il grado di attività di una persona hanno molta importanza nel determinare l'intensità del sintomo. Un prurito notturno è quasi sempre di origine organica (infezione parassitaria: scabia, pediculosi del pube e del capo).

Fra le sostanze chimiche l'istamina è stata considerata la più importante quale mediatore chimico del prurito. La sua azione si esplica mediante vasodilatazione e comparsa di edema.

Il prurito può essere:

LOCALIZZATO: in una determinata area di cute, questo non è segno di malattia sistemica;

GENERALIZZATO: deve far sorgere il sospetto di una possibile malattia sistemica.

ESSENZIALE: senza malattia apparente;

SINTOMATICO: associato ad altra infezione cutanea;

DA CAUSA ESTERNA;

DA CAUSA INTERNA.

Il prurito generalizzato e sintomatico è un sintomo che può essere la spia di un disturbo sistemico o indica la presenza di infestazione parassitaria.

La prima conseguenza del prurito è il grattamento che può provocare escoriazioni sulle quali si possono insediare fenomeni micotici o microbici.

Il farmaco sintomatico antipruriginoso è l'antistaminico. L'estetista di fronte a questo sintomo localizzato o sistemico deve astenersi da qualsiasi trattamento locale inviando la cliente ad una visita specialistica.

Perionissi piogenica

OSTIOFOLLICOLITE

Impetigine

Sicosi piogenica

Foruncolo

Idrosadenite

Dermatosi piogeniche

Le dermatiti piogeniche, anche dette piodermi, sono un gruppo di malattie della pelle provocate dall'azione di batteri cosiddetti piogeni (cioè che generano pus) come:

- *stafilococchi* che si localizzano nei follicoli pilo-sebacei
- *streptococchi* che si localizzano nelle strutture del derma.

Tali agenti possono vivere in simbiosi con la cute oppure diventare patogeni in condizioni per loro favorevoli, ovvero nel caso si verifichi uno squilibrio biologico. Tra i fattori che favoriscono la proliferazione dei batteri cutanei, ci sono per esempio alterazioni del film idrolipidico, dello strato corneo e del pH; la macerazione cutanea (frequente nelle grandi pieghe); la scarsa igiene; terapie prolungate a base di farmaci cortisonici.

La terapia delle dermatiti piogeniche è di competenza medica e si basa sull'applicazione locale di farmaci antisettici oppure sull'assunzione di antibiotici e di antibatterici. Vanno evitate le pratiche in grado di diffondere l'infezione come pulizia della pelle o depilazione.

Ostiofollicolite



L'ostiofollicolite è un'infezione piuttosto superficiale provocata da stafilococchi che infettano il follicolo pilifero. Si manifesta con una chiazza eritematosa attorno al follicolo che poi si trasforma in pustola intraepidermica e guarisce infine con una crosta giallastra che, una volta caduta, non lascia cicatrici. Interessa naturalmente la cute ricoperta da peli come il cuoio capelluto, la zona della barba, le ascelle e il pube. La terapia indicata è quella antibiotica locale.

Ostiofollicolite

PERIONISSI PIOGENICA

IMPETIGINE

Sicosi piogenica

Foruncolo

Idrosadenite

Dermatosi piogeniche

Perionissi piogenica

Detta comunemente giradito è una piodermite che si sviluppa limitatamente all'ultima falange, nella zona intorno alle unghie. È causata dallo streptococco e si manifesta con tumefazione edematosa ed eritematosa, estremamente dolente e con fuoriuscita di pus alla pressione, e formazione di bolle a contenuto sieropurulento appena sotto la lamina ungueale.

La terapia consiste nell'incisione e nel trattamento con antibiotici ad uso locale.

La perionissi piogenica può insorgere anche in seguito a piccoli tagli da manicure che aprono lesioni cutanee ed è favorita dal contatto continuo con l'acqua che macera la pelle.



Impetigine

L'impetigine è una piodermite causata da streptococco, che interessa l'epidermide e colpisce soprattutto i bambini di età inferiore a 10 anni e prevalentemente d'estate. È piuttosto contagiosa e la sua diffusione è favorita dal contatto con terra e sabbia e dalla scarsa igiene.

Si manifesta dapprima con un eritema più o meno diffuso, sul quale poi si formano piccole vescicole a contenuto sieroso che evolvono infine in pustole, si rompono con facilità e si essicca in una formazione crostosa di colore giallastro-arancione e non lasciano alcuna cicatrice.

Le aree maggiormente colpite sono quelle scoperte, ovvero in viso attorno a bocca, naso e occhi, le braccia e le gambe, ma è frequente l'autocontagio, in seguito al quale le ulcere si manifestano anche in zone coperte.



SICOSI PIOGENICA

FORUNCOLO

Perionissi piogenica

Ostiofollicolite

Impetigine

Idrosadenite

Dermatosi piogeniche

Foruncolo



Il foruncolo è una follicolite profonda causata da stafilococco che interessa anche il derma circostante il follicolo pilifero.

Inizialmente si forma un piccolo nodulo attorno al follicolo, di colorito rosso vivo, caldo e dolente, determinato da un infiltrato infiammatorio edematoso, prominente sulla superficie cutanea. In un secondo tempo, la lesione viene sormontata da una pustola centrata da un pelo, che dopo alcuni giorni si rompe a cratere: il nodulo appare a questo punto scavato ed emette pus e sangue. La guarigione è lenta e lascia cicatrici più o meno visibili. In alcuni casi possono insorgere anche febbre e ingrossamento dei linfonodi.

Quando più foruncoli si raggruppano tra loro ed evolvono insieme, si parla di fovo. La terapia si affida inizialmente a impacchi disinfettanti ma si ricorre anche ad antibiotici a uso locale.



Sicosi piogenica

La sicosi piogenica è una follicolite da stafilococco sia superficiale sia profonda, che colpisce spesso i peli della barba e si estende frequentemente ad altri follicoli per autocontagio dovuto allo scorrimento del rasoio. È caratterizzata dalla presenza di papule follicolari, le quali evolvono in pustole, centrate dal pelo il quale tende a staccarsi facilmente, e successivamente in croste con la fuoriuscita di pus.

Si tratta di un'infezione recidiva e piuttosto resistente alle cure, che può anche provocare alopecia. La terapia consiste nell'uso, locale o generale, di antibiotici e sono consigliate un'estrema pulizia della zona e l'astensione dalla rasatura per tutta la durata della cura.



IDROSADENITE

Sicosi piogenica

Foruncolo

Perionissi piogenica

Ostiofollicolite

Impetigine

Dermatosi piogeniche

Idrosadenite

L'idrosadenite è un'infezione, più o meno profonda, provocata dallo stafilococco, che interessa le ghiandole sudoripare apocrine delle zone ascellari, può manifestarsi su uno solo o su entrambi i lati del corpo, e risulta più frequente nelle donne a causa dell'uso assiduo di deodoranti.

La lesione iniziale consiste in un nodulo duro ed evidente, doloroso ed eritematoso, di dimensione variabile da una nocciolina ad una grossa noce. Tale lesione si estende progressivamente e può infine riassorbirsi spontaneamente oppure svuotarsi verso l'esterno con lesioni ulcerative che lasciano quasi sempre cicatrici, è spesso recidivante.

Qualora il nodulo sia particolarmente dolente, si procede alla sua asportazione chirurgica. La terapia consiste nell'applicazione di antibiotici locali e in misure che evitano l'eccessiva sudorazione, quali l'uso di abiti leggeri e traspiranti.



HERPES SIMPLEX

Herpes zoster

Mollusco contagioso

Verruche giovanili

Verruche volgari

Verruche plantari

Condilomi acuminati

Dermatosi da virus

Un virus, per indurre uno stato di malattia, deve entrare in una cellula ed ivi moltiplicarsi. Questo avviene nell'epidermide, strato più esterno della cute, dove la componente cellulare è più numerosa. Queste virosi sono piuttosto frequenti ma raramente causano patologie gravi alla pelle.

Herpes simplex

Questo virus colpisce l'uomo con due ceppi virali simili appartenenti alla famiglia HSV (Human Herpes simplex virus). Il primo coinvolge la cute e le mucose del volto con un contagio da uomo a uomo tramite contatto con le mucose o con la saliva di soggetti infetti; il secondo si trasmette per via sessuale e colpisce le mucose genitali.

Il virus, in seguito a vari fattori scatenanti quali stress emotivo, malattie sistemiche, esposizioni solari, traumi, fatica fisica, ciclo mestruale raggiunge le cellule epiteliali nella sede della prima infezione.

La lesione tipica è la vescicola, che si manifesta dopo una prima apparizione di rossore, bruciore e prurito. La vescicola, inizialmente a contenuto limpido, può evolvere in pustola e successivamente formare una crosta.

Talvolta la recidiva si limita ai soli sintomi bruciore e rossore senza vescicolazione.

La terapia si basa sull'assunzione di farmaci antivirali (acyclovir) impiegati localmente o per via sistemica, ovvero generale.



Herpes simplex
HERPES ZOSTER
Mollusco contagioso
Verruche giovanili
Verruche volgari
Verruche plantari
Condilomi acuminati

Dermatosi da virus

Un virus, per indurre uno stato di malattia, deve entrare in una cellula ed ivi moltiplicarsi. Questo avviene nell'epidermide, strato più esterno della cute, dove la componente cellulare è più numerosa.

Herpes zoster

Detto volgarmente “*Fuoco di Sant’Antonio*”, insorge senza cause apparenti o nel corso di malattie infettive croniche o di intossicazioni o di tumori maligni.

L'eruzione cutanea è preceduta da malessere generale, rialzo della temperatura e bruciore. È caratterizzata da numerose e isolate chiazze eritematose sulle quali compaiono vescicole, grandi quanto un seme di canapa, trasparenti e con le stesse caratteristiche di quelle dell'herpes simplex. In pochi giorni le vescicole si seccano trasformandosi in croste brunastre. La guarigione avviene in 2-3 settimane, in genere, senza cicatrici. Le recidive sono rare e le vescicole sono contagiose.

La localizzazione delle lesioni erpetiche è prevalentemente lungo i fasci nervosi del tronco ma si può estendere anche al volto, al collo e agli arti.

Per terapia son consigliate pomate antisettiche e antivirali, accompagnate da farmaci immunomodulatori che potenziano le difese immunitarie.



Herpes simplex
HERPES ZOSTER
Mollusco contagioso
Verruche giovanili
Verruche volgari
Verruche plantari
Condilomi acuminati

Dermatosi da virus

Un virus, per indurre uno stato di malattia, deve entrare in una cellula ed ivi moltiplicarsi. Questo avviene nell'epidermide, strato più esterno della cute, dove la componente cellulare è più numerosa.

Varicella

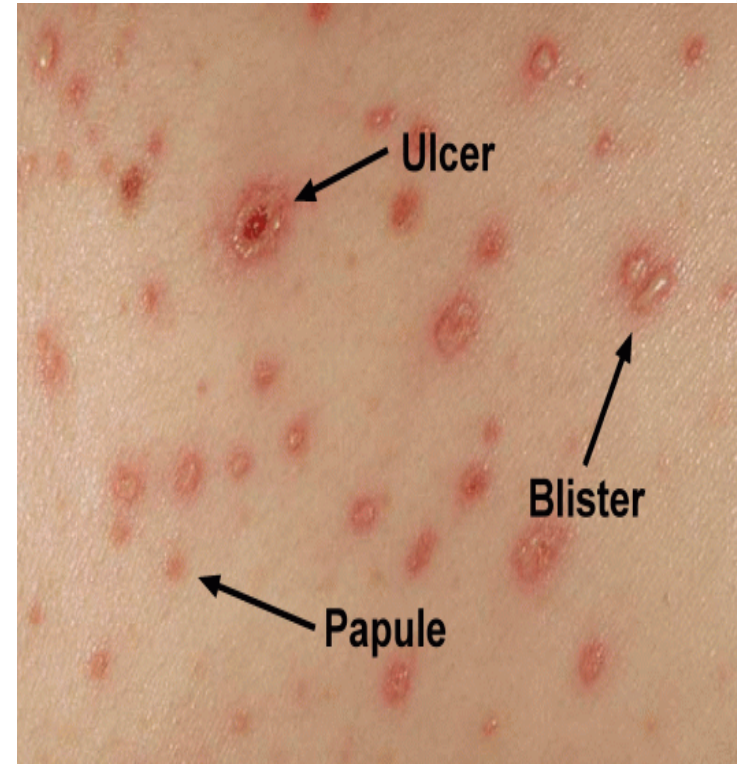
La varicella è una malattia contagiosa che colpisce prevalentemente i bambini in età pediatrica, di solito in autunno-primavera; le epidemie sono circoscritte e il contagio avviene per via aerea o tramite contatto con le lesioni.

Il virus, una volta penetrato nell'ospite, si diffonde tramite il sangue ed è responsabile di manifestazioni cutanee caratterizzate da vescicole dal contenuto limpido oppure ematico, che guariscono con croste lasciando non di rado anche cicatrici. L'eruzione è accompagnata da intenso prurito e da febbre. Il periodo di incubazione è di 15 giorni.

Nel soggetto adulto, poi, il virus può venire riattivato per effetto di stimoli esterni e si manifesta con una eruzione caratterizzata da intenso dolore e bruciore, di tipo eritematoso, a cui segue la formazione di vescicole a contenuto limpido che tendono a raggrupparsi a grappolo.

Dopo alcuni giorni, il contenuto delle vescicole si intorbidisce e può diventare purulento, talvolta con una componente emorragica; le croste si formano dopo 7-10 giorni.

La terapia si basa sull'uso di antivirali, mentre il prurito si tratta con antistaminici.



Herpes simplex

Herpes zoster

MOLLUSCO CONTAGIOSO

CONDILOMI ACUMINATI

Verruche giovanili

Verruche volgari

Verruche plantari

Dermatosi da virus

Un virus, per indurre uno stato di malattia, deve entrare in una cellula ed ivi moltiplicarsi. Questo avviene nell'epidermide, strato più esterno della cute, dove la componente cellulare è più numerosa.

Mollusco contagioso

È una virosi più frequente nei bambini, si localizza sul viso o sui genitali.

Si presenta di grandezza variabile, come una capocchia di spillo o come un pisello, emisferica, di colorito biancastro o rossastro, lucente, che mostra al centro una piccola ombellicatura a bordi nettamente delimitati. Da quest'ultima, alla pressione, fuoriesce una sostanza tipica: bianchissima e pastosa.

Le lesioni non provocano dolore, né prurito e ne bruciore.



Condilomi acuminati

Comunemente detti “*creste di gallo*”. Possono colpire il pene, gli organi genitali femminili e la regione ano-perianale.

Si presentano come vegetazioni germoglianti, isolate o a grappoli, rosee o grigiastre. Possono essere numerose e, come tutte le micosi virali, altamente contagiose.

la loro distruzione è indispensabile, solo con l'elettrocoagulazione . Da evitare le pomate che ne potrebbero favorire le recidive locali.



Herpes simplex
Herpes zoster
Mollusco contagioso
Condilomi acuminati
Verruche giovanili
Verruche volgari
Verruche plantari

Dermatosi da virus

Un virus, per indurre uno stato di malattia, deve entrare in una cellula ed ivi moltiplicarsi. Questo avviene nell'epidermide, strato più esterno della cute, dove la componente cellulare è più numerosa.

Malattia mani piedi bocca

È causata da un virus della famiglia Coxsackie e si manifesta in epidemie per lo più estive che interessano i bambini. È una virosi molto contagiosa che si trasmette per via orale. Dopo 3-6 giorni di incubazione, nella mucosa della bocca si manifestano le tipiche lesioni in forma di vescicole circondate da un alone eritematoso che si rompono formando erosioni grigiastre molto dolenti. In un secondo momento, le vescicole si estendono per auto-contagio alle mani e ai piedi e più raramente ai gomiti, ai glutei e alle ginocchia.

L'evoluzione è benigna e si risolve nell'arco di una o due settimane senza trattamento.



Herpes simplex
Herpes zoster
Mollusco contagioso
VERRUCHE GIOVANILI
VERRUCHE VOLGARI
Verruche plantari
Condilomi acuminati

Dermatosi da virus

Un virus, per indurre uno stato di malattia, deve entrare in una cellula ed ivi moltiplicarsi. Questo avviene nell'epidermide, strato più esterno della cute, dove la componente cellulare è più numerosa.

Verruche piane o giovanili

Tipiche dei bambini, costituite da piccole papule piane, con la superficie liscia, tondeggianti se isolate o poligonali se raggruppate, poco visibili. Compaiono in gran numero, sul volto e sul dorso delle mani, in genere sulle superfici scoperte.

Caratteristica delle verruche piane è l'assenza di ogni sintomatologia e di colpire con maggiore frequenza il sesso femminile.

Verruche volgari

Sono papule più grandi, rilevate, con superficie rugosa, di colorito grigiastro o brunastro e di consistenza dura, alla sommità presenta una superficie ipercheratosica, di diametro variabile da una capocchia di fiammifero ad una lenticchia.

Si presentano nei bambini e negli adulti indifferentemente e sono asintomatiche.

Le sedi tipiche sono il dorso delle mani e delle dita e le ginocchia (per i bambini).

Inizia con una lesione isolata, ma a causa della diffusione del virus, si diffonde e si moltiplica.



Herpes simplex
Herpes zoster
Mollusco contagioso
Verruche giovanili
Verruche volgari
VERRUCHE PLANTARI
Condilomi acuminati

Dermatosi da virus

Un virus, per indurre uno stato di malattia, deve entrare in una cellula ed ivi moltiplicarsi. Questo avviene nell'epidermide, strato più esterno della cute, dove la componente cellulare è più numerosa.

Verruche plantari

Dovendo sopportare il peso corporeo si sviluppano in profondità, e sono causa di dolore alla pressione. Sono formazioni cheratosiche e leggermente rilevate, rotondeggianti, con parete centrale grigiastra e ruvida, disseminata di piccoli puntini nerastri corrispondenti alle papille emorragiche e circondate da un caratteristico orletto biancastro.

Queste lesioni vengono spesso scambiate per callosità e come tali curate a lungo, è bene, quindi, saperle riconoscere e rinviare la cliente da uno specialista.

Si deve sempre evitare di estirpare le verruche perché si facilita la disseminazione del virus e quindi la comparsa di nuove verruche.

Quando è possibile si consiglia l'uso dell'azoto liquido in quanto consente di ottenere la congelazione della verruca e la formazione di una bolla che, con il riassorbimento del liquido, porta alla guarigione.



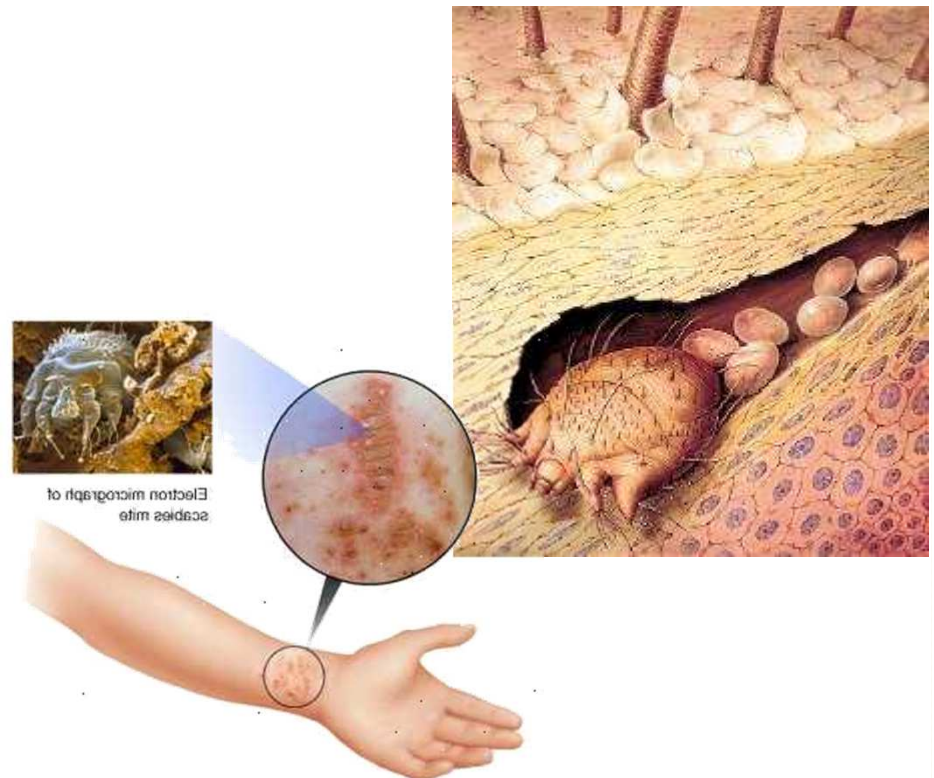
Dermatosi da parassiti

Un **PARASSITA** è un organismo che vive a spese di un altro essere vivente provocando in alcuni casi danni alla salute del soggetto che li ospita.

- Se è invisibile a occhio nudo, si parla di *microparassita*;
- Se è di dimensioni maggiori, prende il nome di *macroparassita*.

Sono gli agenti responsabili delle malattie cosiddette parassitarie o **parassitosi**, che possono colpire sia gli organi interni sia l'apparato cutaneo.

La prevenzione contro i parassiti può in genere essere operata seguendo norme igieniche personali e alimentari corrette.



Dermatosi da parassiti



PEDICULOSI ○ FTIRIASI

La pediculosi è l'infestazione causata dal pidocchio, un insetto ematofago, cioè che si nutre di sangue.

Diverse specie di pidocchio sono parassiti dei tessuti umani:

- il *Pediculus humanus capitis*: che infesta il cuoio capelluto;
- Il *Pediculus humanus corporis*: che infesta in generale le zone corporee ricoperte di peli;
- il *Phthirus pubis*: comunemente noto con il nome di piattola, che causa la pediculosi del pube.

Pediculus humanus corporis

La pediculosi del corpo è detta anche *malattia del vagabondo*. Il parassita vive e depone le uova negli indumenti e si nasconde lungo le cuciture, venendo così a contatto con la pelle, da cui succhia il sangue provocando intenso prurito. In seguito al grattamento continuo, si manifestano escoriazioni le quali si infettano facilmente. Le zone del corpo più colpite sono il dorso, i fianchi, le zone attorno alle ascelle; sui morsi si formano papule e pomfi. Il contagio è interumano e la diffusione facilitata dalla scarsa igiene.



Dermatosi da parassiti



PEDICULOSI ○ FTIRIASI

La pediculosi è l'infestazione causata dal pidocchio, un insetto ematofago, cioè che si nutre di sangue.

Pediculus humanus capitis

La pediculosi del capo si manifesta con intenso prurito causato dalla secrezione di saliva del pidocchio e dai suoi morsi. Esaminando il cuoio capelluto, sono evidenti le uova, dette lendini, di colore bianco-grigiastro e traslucido che vengono depositate dalla femmina di pidocchio alla base del capello, a circa 1 cm dallo sbocco follicolare, e cementate per mezzo di una secrezione di saliva. La femmina del pidocchio, più grande del maschio, può deporre dalle 10 alle 30 lendini al giorno e mentre queste sono ben evidenti, soprattutto nella zona nucale e retroauricolare, il pidocchio difficilmente si rende visibile.

Quando le uova si schiudono, lasciano fuoriuscire altri pidocchi che maturano in 8 giorni ricominciando l'infestazione.

Sul cuoio capelluto del soggetto colpito sono evidenti minuscole croste in corrispondenza dei morsi del pidocchio e delle escoriazioni da grattamento.

Spesso quest'ultimo causa delle infezioni batteriche secondarie che si manifestano con pustole. Il contagio è diretto o indiretto: il pidocchio passa da una testa a un'altra, oppure tramite indumenti, cuscini, pettini, asciugamani, ed è frequente nelle zone sottosviluppate e laddove c'è scarsa igiene.

Inoltre il pidocchio predilige i capelli biondi e sottili e i soggetti femminili.



Dermatosi da parassiti

PEDICULOSI ○ FTIRIASI



La pediculosi è l'infestazione causata dal pidocchio, un insetto ematofago, cioè che si nutre di sangue.

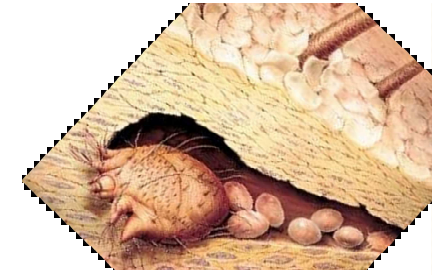
Phthirus pubis

La pediculosi del pube si localizza nei peli pubici, dove gli insetti si attaccano e depongono le uova e da dove possono passare nei peli del torace e delle ascelle. La trasmissione è diretta, ma può essere anche indiretta attraverso abiti e lenzuola. Si verificano prurito e lesioni come papule e pomfi, ricoperte da crosticine ed escoriazioni.

La **terapia** per le pediculosi consiste nell'applicazione topica di preparati che uccidono i parassiti (antiparassitari) e nella decontaminazione di indumenti e oggetti con insetticidi; se ciò non è possibile, basta chiudere gli oggetti in un sacco per 10-15 giorni, tempo nel quale i parassiti moriranno. Per la pediculosi del capo, è opportuno ripetere il trattamento dopo 8-10 giorni. L'asportazione delle lendini è facilitata dall'aceto che solubilizza la saliva cementante. Infine, bisognerebbe estendere il trattamento, o quantomeno il controllo, alle teste di persone a stretto contatto con il soggetto parassitato. Spesso, è necessaria una profilassi antibiotica per le infezioni batteriche secondarie.



Dermatosi da parassiti



SCABBIA

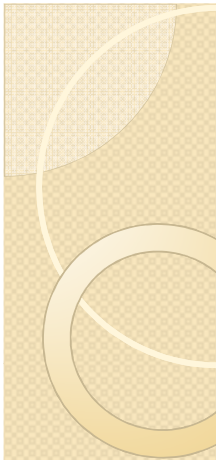
Il parassita che causa la scabbia è un acaro, il *Sarcoptes scabiei hominis*. La femmina dell'acaro, più grande del maschio, scava delle gallerie nello strato corneo e granuloso dell'epidermide, dove depone da 10 a 15 uova per poi morire dopo circa 15 giorni. Dalle uova nascono nuovi acari che risalgono sull'epidermide e proseguono l'infestazione.

La manifestazione della scabbia, che avviene a poche settimane dal contagio, è la presenza delle gallerie, lunghe dai 3 ai 10 mm, di colore grigio, di forma lineare, al termine delle quali spesso si trova una vescicola perlacea dura e traslucida, circondata da un alone eritematoso, che costituisce il deposito delle uova e la localizzazione dell'acaro. Le gallerie vengono scavate grazie a sostanze che sciolgono lo strato corneo, prodotte dall'acaro stesso.

Le zone infestate sono le mani, le zone interdigitali, i polsi, le pieghe ascellari, la regione glutea, le ginocchia e i gomiti. Nei lattanti le lesioni si trovano principalmente nelle aree palmo-plantari con lesioni vescicolari. Nella donna si possono riscontrare nell'areola mammaria mentre nell'uomo nei genitali.

Tra i sintomi più rilevanti si segnala il prurito molto intenso, maggiore di notte: infatti, sono anche presenti lesioni da grattamento, papule e pomfi.

Il prurito è intensificato da fenomeni allergici e peggiorato dall'azione dei farmaci antiscabbia che sono irritanti per la cute.



Dermatosi da miceti

Le micosi cutanee sono un gruppo di dermatiti causate da funghi, parassiti vegetali patogeni per l'uomo, che colpiscono la superficie cutanea, il pelo, più raramente il derma medio e profondo ma anche l'apparato respiratorio e digerente. I parassiti si localizzano nella cheratina (proteina che costituisce i peli e le unghie) dove svolgono la loro azione dannosa.

Si parla di:

- **EPIDERMOMICOSI**: se l'infezione si localizza superficialmente (epidermide);
- **DERMOMICOSI**: se l'infezione si localizza nel derma.

Solitamente il contagio avviene per contatto diretto da uomo a uomo tramite squame cutanee o capelli infestati, ma si verifica anche per trasmissione da animali e terreno.

Esistono fattori che favoriscono l'attecchimento dei miceti sulla pelle, cioè quando viene a mancare la barriera protettiva cutanea e la pelle risulta più vulnerabile. In caso di alterazione dell'integrità dello strato corneo, la macerazione della cute, le variazioni di pH epicutaneo, la variazione della composizione del sudore e del sebo, l'alterazione del mantello idrolipidico, l'eccessiva o la scarsa igiene. Le micosi sono frequenti, inoltre, nei soggetti immunodepressi, in quelli sottoposti a prolungate terapie con cortisone e antibiotici o nei malati cronici.

La terapia per le micosi si attua con preparati antimicotici locali specifici o, per i casi più severi, mediante antimicotici orali.

Tra le micosi più frequenti che colpiscono il tegumento umano, troviamo quelle causate da **Tigna** (epidermomicosi) o da **Candida** (dermomicosi).

Dermatosi da miceti

MICOSI DA TIGNA

La tinea corporis, volgarmente detta tigna, si trasmette per contagio umano o animale (da bovini, cani, gatti), tipicamente più aggressivo. Dopo circa due settimane di incubazione, si manifestano le lesioni tipiche sotto forma di macchie rotondeggianti od ovali dai contorni molto netti, eritematose e finemente desquamanti. Le lesioni evolvono allargandosi verso l'esterno e spesso possono riunirsi tra loro formando macchie più grandi. Il bordo è intensamente arrossato, ricco di squamette, cosparso di vescicole, pustole e croste. Spesso, nuove infezioni ripartono dal centro della lesione creando forme ad anelli concentrici. Il prurito è generalmente scarso. Le lesioni della tigna compaiono principalmente sulla cute priva di peli: sul tronco, sugli arti e sul viso di soggetti di tutte le età.

La diagnosi risulta difficoltosa nelle forme con lesioni molto estese e senza bordo netto.



Dermatosi da miceti

MICOSI DA TIGNA - *Tigna dei piedi*



La tinea pedis è forse la micosi più frequente, meglio conosciuta come *piele d'atleta* per la sua maggior diffusione tra gli sportivi. Essa colpisce il piede con una modalità di contagio diretto o favorito da ambienti caldo-umidi come piscine, docce, calzature sportive, palestre, e l'affezione è spesso sostenuta dall'intensa sudorazione del piede.

La lesione iniziale si manifesta nelle zone interdigitali dei piedi, simmetricamente, in particolare nel terzo e quarto spazio, che per la loro morfologia creano un ambiente ideale per la proliferazione dei miceti, grazie al ristagno di umidità e alla macerazione dello strato corneo. La cute appare macerata e desquamata con margini a lamelle e, eliminandosi, lascia un'erosione circondata da un piccolo lembo biancastro. Al di sotto appare una superficie di colore roseo spesso caratterizzata da piccole ragadi.

Quando presente nella zona plantare, la tipica desquamazione è più accentuata e alternata a zone di ipercheratosi che si distaccano dalla superficie cutanea con margine biancastro.

La terapia si effettua con antimicotici locali o con cure più forti, se scarsamente tendente alla guarigione

Dermatosi da miceti

MICOSI DA TIGNA - *Tigna delle pieghe inguinali*

La tinea cruris, colpisce prevalentemente i soggetti maschili, localizzandosi nella zona inguinale ed estendendosi alla superficie interna della gamba . È una micosi piuttosto frequente, favorita da scarsa igiene e dalla macerazione cutanea in sede inguinale (sudorazione, indumenti bagnati o attillati).

La lesione si può osservare in sede monolaterale o bilaterale e si trasmette anche per contagio diretto o tramite biancheria e indumenti contaminati. La superficie cutanea colpita si presenta desquamante e arrossata, con grandi margini rotondeggianti. La manifestazione si intensifica in estate, favorita dal clima caldo-umido, e tende a migliorare in inverno. Generalmente è presente prurito. La terapia si effettua con antimicotici locali.



Tigne del cuoio capelluto:

- Tigna microsporica;
- Tigna tricofilitica;
- Tigna favosa.

Dermatosi da miceti

MICOSI DA TIGNA - *Tigna del cuoio capelluto*

Malattia contagiosa che colpisce i bambini nella prima e seconda infanzia e che possono dare luogo a vere e proprie epidemie, per questo è considerata anche malattia sociale. Il loro riscontro comporta l'obbligo di isolamento di chi ne è affetto.

I miceti si dispongono lungo il fusto del pelo all'interno del follicolo, risparmiando il bulbo.

Sono note tre varianti di tigna:

- *Tigna microsporica*: comparsa sul cuoio capelluto di chiazze eritemato-squamose, rotondeggianti, di dimensioni estese, disposte su tutto il capillizio. In corrispondenza delle macchie i capelli appaiono spezzati 4-5 mm allo sbocco del follicolo e di colore grigiastro. Si ha per la penetrazione dei miceti all'interno del follicolo pilifero e all'interno dei peli stessi.

Si tratta di una micosi molto contagiosa ma guarisce sempre spontaneamente alla pubertà ed i capelli ricrescono normalmente. Probabilmente perché, in pubertà, il sebo si arricchisce di acidi grassi, naturali antimicotici.



Tinea capitis
(Ringworm of the scalp)

Tigne del cuoio capelluto:

- Tigna microsporica;
- Tigna tricofilitica;
- Tigna favosa.

Dermatosi da miceti

MICOSI DA TIGNA - *Tigne del cuoio capelluto*

Malattia contagiosa che colpisce i bambini nella prima e seconda infanzia.

Sono note tre varianti di tigna:

- *Tigna microsporica*;
- *Tigna microfilitica*: è la tigna più frequente in Italia. Compare sul cuoio capelluto con chiazze eritemato-squamose, rotondeggianti, numerose e di piccole dimensioni, disposte su tutto il capillizio. In corrispondenza delle macchie i capelli appaiono spezzati a livello dello sbocco del follicolo. Anche questa forma di tigna guarisce sempre spontaneamente alla pubertà ed i capelli ricrescono normalmente. Questa può complicarsi per cause infiammatorie.
- *Tigna favosa*: è rara nel nostro paese. La lesione tipica è lo SCUTULO:

Forma a scodellina, formato da cellule cornee, frammenti di peli e da fitto intreccio del micete responsabile di questo tipo di tigna. Gli scutuli confluiscono dando luogo a formazioni pseudo-crostose ed i capelli si presentano opachi, diradati e grigiastri.

La tigne favosa non guarisce in pubertà e, se non curata, presenta la comparsa di cicatrici con conseguente atrofia dei follicoli.



Dermatosi da miceti

MICOSI DA CANDIDA

Tra le dermatosi da miceti rientrano anche quelle affezioni della cute o delle mucose provocate da pseudo lieviti del genere «*Candida albicans*», saprofita del tubo digerente, dei genitali, della pelle e delle mucose. Questo microparassita causa malattie solo in condizioni particolari. I fattori che agevolano lo sviluppo delle candidosi sono la presenza di macerazione cutanea, gli stati di immunodepressione, le terapie antibiotiche e cortisoniche prolungate, il diabete, l'ipotiroidismo, l'obesità, la scarsa o eccessiva igiene.

CANDIDOSI DELLE GRANDI PIEGHE

Nota anche come *intertrigine*, questa candidosi si manifesta solitamente nei solchi e nelle pieghe cutanee sia piccole sia grandi. La lesione si presenta come un'area fortemente arrossata, sierosa ed erosa, liscia e vellutata, talvolta con il fondo cosparso di ragadi. Sul contorno delle macchie si notano lembi di cute in via di desquamazione di colore bianco, più o meno macerati o staccati dalla superficie. Nelle grandi pieghe, le lesioni si espandono in zone eritematose, lucenti, essudanti, circondate da piccole lesioni vescicolo-pustolose. Nelle donne anziane è tipica la localizzazione della micosi nell'area sottomammaria, soprattutto se obese.



Dermatosi da miceti

MICOSI DA CANDIDA

Tra le dermatosi da miceti rientrano anche quelle affezioni della cute o delle mucose provocate da pseudo lieviti del genere «*Candida albicans*», saprofita del tubo digerente, dei genitali, della pelle e delle mucose.

STOMATITE DA CANDIDA

Comunemente detta *mughetto*, questa micosi infetta la mucosa interna della bocca con tipiche lesioni a forma di placche dal classico colore bianco di varie dimensioni. Le placche sono leggermente rilevate, di consistenza pastosa, aderenti alle mucose e, quando asportate, lasciano una superficie rossa ed erosa. L'affezione è molto diffusa tra i lattanti e i bambini, oppure nell'adulto con immunodepressione o in terapia antibiotica e cortisonica.

CANDIDOSI GENITALE

È un'affezione a trasmissione sessuale tipica delle mucose genitali che si presentano arrossate e rigonfiate, lucenti e talvolta ricoperte da macchie bianche facilmente staccabili, spesso associate a prurito e intenso bruciore. Le mucose colpite sono caratterizzate da perdite vaginali biancastre e a bruciore nell'urinare. Colpisce soprattutto il sesso femminile, determinando vulvo-vaginiti che si riscontrano in gravidanza, in portatrici di spirale, in soggetti diabetici e nelle terapie con pillola anticoncezionale. L'affezione può estendersi alla regione perianale o inguinale. Nell'uomo, si manifesta con macchiette bianche di piccole dimensioni alternate ad aree erose, sierose e con macerazione.



Dermatosi da miceti

ALTRE MICOSI – *Pityriasis versicolor*

È una micosi molto comune, diffusa solitamente tra i giovani e più raramente tra gli anziani e i bambini. Si manifesta solitamente sul torace, sulle spalle, sul collo e sulle braccia. L'insorgenza del lievito è favorita da predisposizione genetica e da presenza di sudore e seborrea. Si manifesta con macchioline di piccole dimensioni rotonde od ovali che tendono a raggrupparsi in macchie più grandi, di colore roseo-giallastro o nocciola: la varietà di colorazione delle macchie sta all'origine del nome: versicolor.

I contorni delle lesioni sono precisi e la superficie è ricoperta da piccole squamette che si sfaldano. Non è pruriginosa. Quando il soggetto si abbronzava, le macchie si presentano più chiare o bianche. L'alterazione del colore si mantiene a lungo anche dopo la guarigione della malattia. È una micosi che non risponde bene alle cure e tende a ripresentarsi più volte. Come terapia si utilizzano antimicotici locali.



Dermatosi da miceti

ALTRE MICOSI – *Onicomicosi*

Le onicomicosi sono affezioni da funghi che colpiscono le unghie, tendenzialmente resistenti alle terapie e soggette a recidive.

Poiché nella pratica estetica le unghie sono spesso sottoposte a vari trattamenti, è importante distinguere queste patologie per saperle riconoscere ed utilizzare guanti e sterilizzare gli attrezzi.

Distinguiamo diversi tipi di onicomicosi:

- Perionissi da Candida;
- Onissi tricofitica;
- Onissi favica;
- Tigna delle unghie.

PERIONISSI DA CANDIDA

È una onicomicosi sostenuta da *Candida albicans* che colpisce principalmente le unghie delle mani.

La localizzazione iniziale della lesione è nel vallo ungueale, che risulta eritematoso, edematoso e dolente, e dove a una leggera pressione si osserva la fuoriuscita di pus. Sono colpite una o più dita in successione. In un secondo tempo, viene interessata la lamina ungueale con la comparsa di macchie biancastre o grigio-verdastre in sede laterale. La continua immersione delle mani in acqua e la macerazione dei tessuti favoriscono lo sviluppo di questo fungo.



Dermatosi da miceti

ALTRE MICOSI – *Onicomicosi*

ONISSITRICOFITICA

L'unghia affetta da questa micosi appare di colore giallo tendente al grigio, ispessita, friabile. Nelle manifestazioni più gravi, la metà distale della lamina ungueale si stacca dal letto sfaldandosi. L'unghia diventa più corta, con superficie irregolare e rugosa.



ONISSI FAVICA

Si riscontra nei soggetti colpiti da tigna favosa del capillizio. Si localizza ai margini laterali dell'unghia o sul letto ungueale vicino alla matrice e si presenta come una macchia gialla. L'unghia diventa spessa e friabile.



TIGNA DELLE UNGHIE

La *tinea unguium* è una onicomicosi che colpisce soprattutto le unghie dei piedi. La lamina ungueale è colpita dal fungo a partire, in genere, dal margine laterale, dove compare una macchia bianca opaca e ben delimitata che progredisce verso il centro dell'unghia. L'unghia si ispessisce ma rimane liscia. Con il progredire dell'infezione, la lamina si stacca dal letto e diventa opaca, rugosa e friabile, di colore tendente al giallo o al grigio. Spesso l'affezione comincia dall'alluce per poi attaccare per autocontagio le altre dita.

Fotodermatosi

Le fotodermatosi sono malattie cutanee dovute all'azione della luce. La sensibilità della pelle ai raggi ultravioletti cambia da soggetto a soggetto ed è in stretta relazione al fototipo di appartenenza. Le radiazioni solari che scatenano la formazione di eritema sono in particolar modo quelle dei raggi UVB: sono quelli che si fermano nell'epidermide e che scatenano reazioni di difesa provocando vasodilatazione dei capillari del derma, con conseguente irritazione.

Eritema solare

La più comune è l'eritema solare. Si manifesta nelle zone della cute esposte ai raggi solari o a fonti artificiali di raggi ultravioletti, con eritemi di tonalità rosso vivo, accompagnate da bruciore e dolore, che si intensificano dopo circa 10-12 ore ma che si attenuano spontaneamente dopo 2-3 giorni mediante desquamazione o depigmentazione. Nei casi più gravi possono presentarsi vescicole o bolle, febbre, malessere o brividi.

L'eritema solare è più intenso nei soggetti di carnagione chiara, durante il periodo mestruale e la gravidanza.

In genere, nelle successive esposizioni al sole l'eritema solare o non compare o si presenta in forma più lieve, culmina poi in un aumento della melanina determinante tonalità bruna della cute (abbronzatura)



Fotodermatosi

Le fotodermatosi sono malattie cutanee dovute all'azione della luce.

Orticaria solare

Fotodermatosi molto diffusa ma non sono ancora chiare le cause. Compare dopo le prime esposizioni solari con prurito intenso ed eritemi localizzati nelle zone fotoesposte. Queste lesioni si ripresentano ad ogni successiva esposizione al sole, e si aggravano di estate in estate.



Dermatite cronica da sole

L'esposizione prolungata alla luce ultravioletta determina, nelle zone di cute non protetta, anche nei soggetti giovani, la comparsa di alterazioni che danno alla cute un aspetto precocemente senile. Si tratta di perdita di elasticità, comparsa di rughe profonde e definitive, sono danni permanenti al tessuto connettivo. Soggetti con dermatite cronica vanno incontro a forme tumorali.

Fotodermatosi

Le fotodermatosi sono malattie cutanee dovute all'azione della luce.

Fotosensibilità

Quando ci si espone al sole, si può incorrere in due tipologie di reazioni cutanee che avvengono in concomitanza con l'assunzione di sostanze come farmaci o cibi oppure con l'applicazione di prodotti sulla pelle.

- La *reazione fotoallergica* si manifesta come una vera e propria dermatite allergica da contatto e determina reazioni cutanee nelle 24 ore successive all'esposizione solare. Compare solamente in soggetti predisposti e può colpire indifferentemente tutte le zone del corpo.
- La *reazione fototossica* si manifesta invece come un eritema e talvolta assume le sembianze di una violenta scottatura. Colpisce tutta la popolazione e non solo i soggetti allergici, causando reazioni cutanee nella zona di applicazione della sostanza e comunque si manifesta solamente nelle zone corporee esposte alle radiazioni solari. La sua gravità è proporzionale alla dose o alla concentrazione della sostanza fototossica assunta o applicata.

Un connubio dannoso

Le sostanze che causano reazioni fotoallergiche o fototossiche quando il soggetto che le assume come farmaco o alimento o che le applica sulla pelle, si espone ai raggi solari, sono di varia origine. Tra esse, si ricordano:

- × antibiotici come sulfamidici e tetracicline;
- × estrogeni;
- × psicofarmaci;
- × alcune sostanze vegetali (furocumarine contenute nel latte di fico e nell'olio di bergamotto, impiegato nella preparazione di profumi);
- × alcune sostanze contenute in cosmetici come deodoranti e profumi.