



La Cute

anatomia e fisiologia

Alessandro MARTELLA - Dermatologo

Definizione

- È l'organo più grande del nostro corpo umano
- Ricopre l'intera superficie corporea (1,6-1,85 m²)
- Spessore variabile (0,5 mm-6 mm)

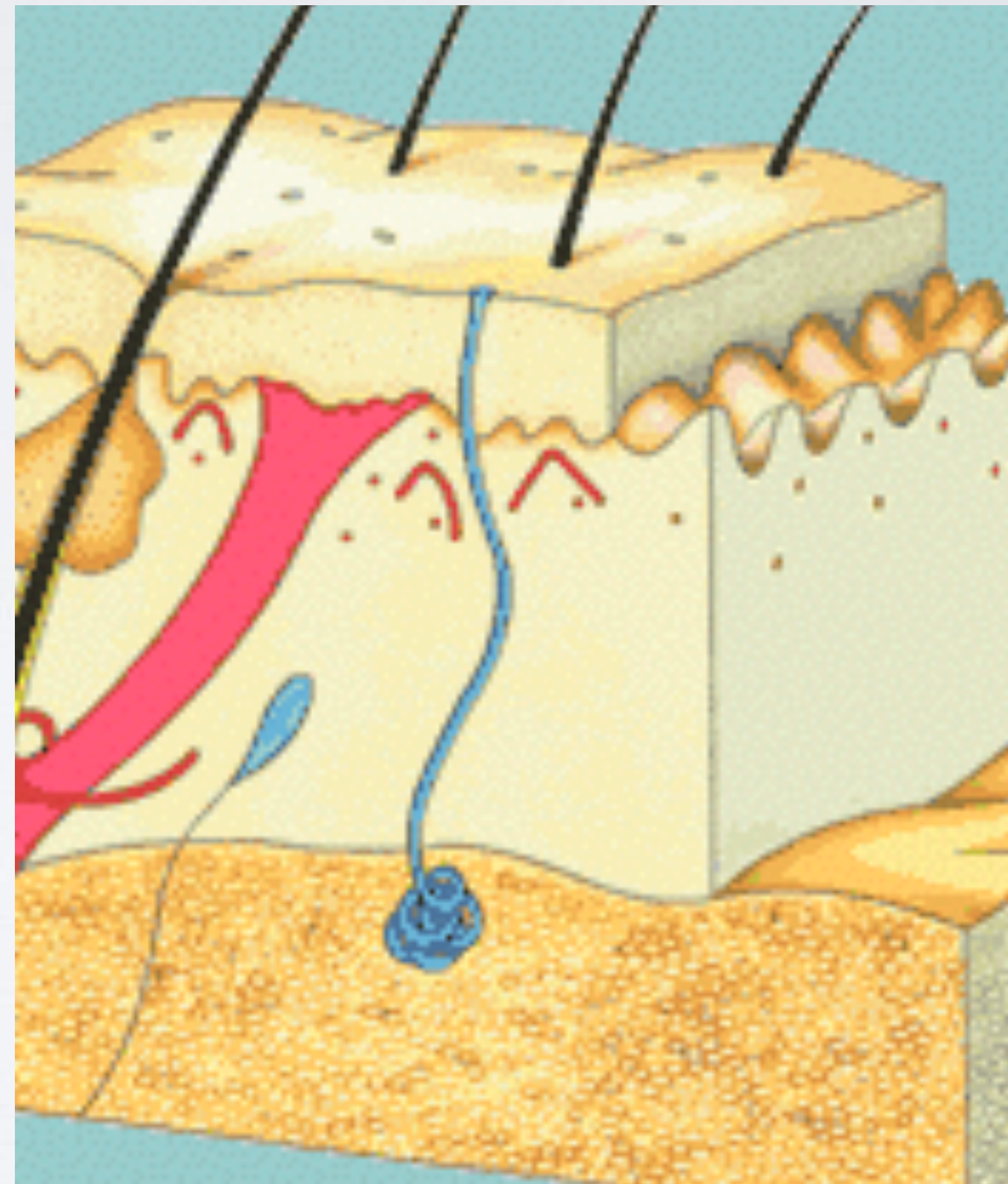
Funzioni

- Barriera cutanea
- Assorbe e blocca le radiazioni
- Impedisce la perdita di acqua
- Regola la temperatura corporea
- Sorveglianza immunologica
- Organo di relazione

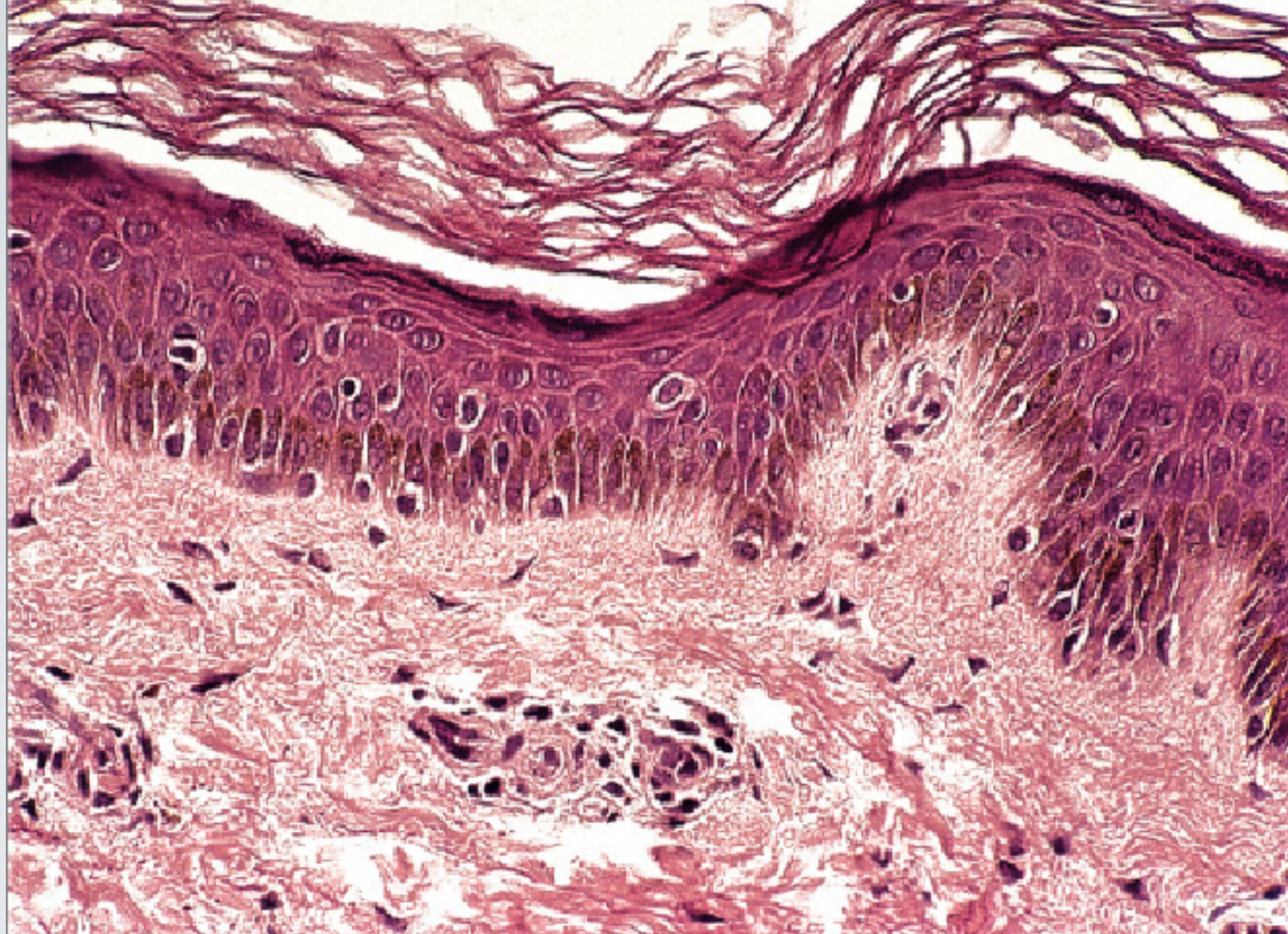


Anatomia della Cute

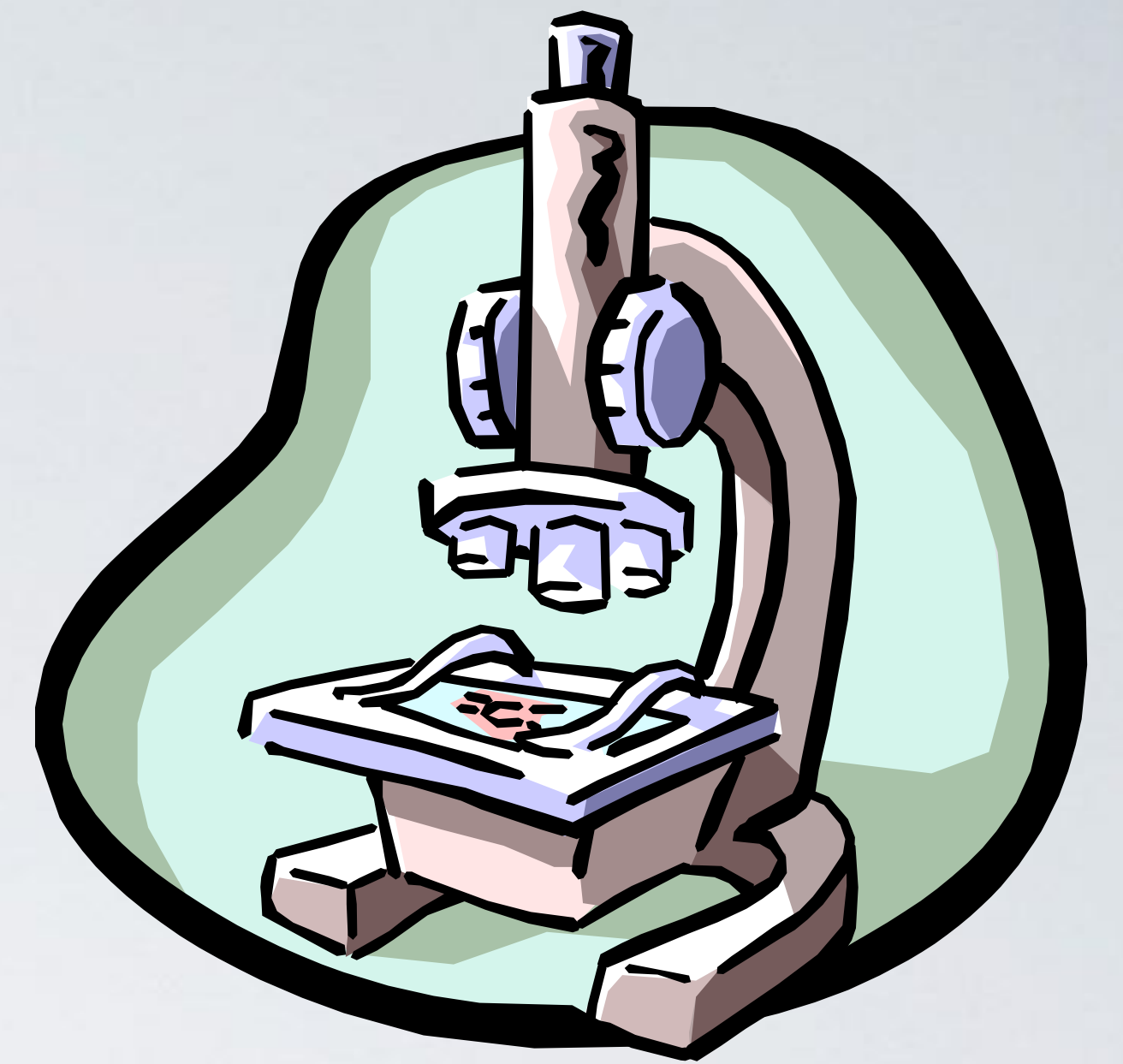
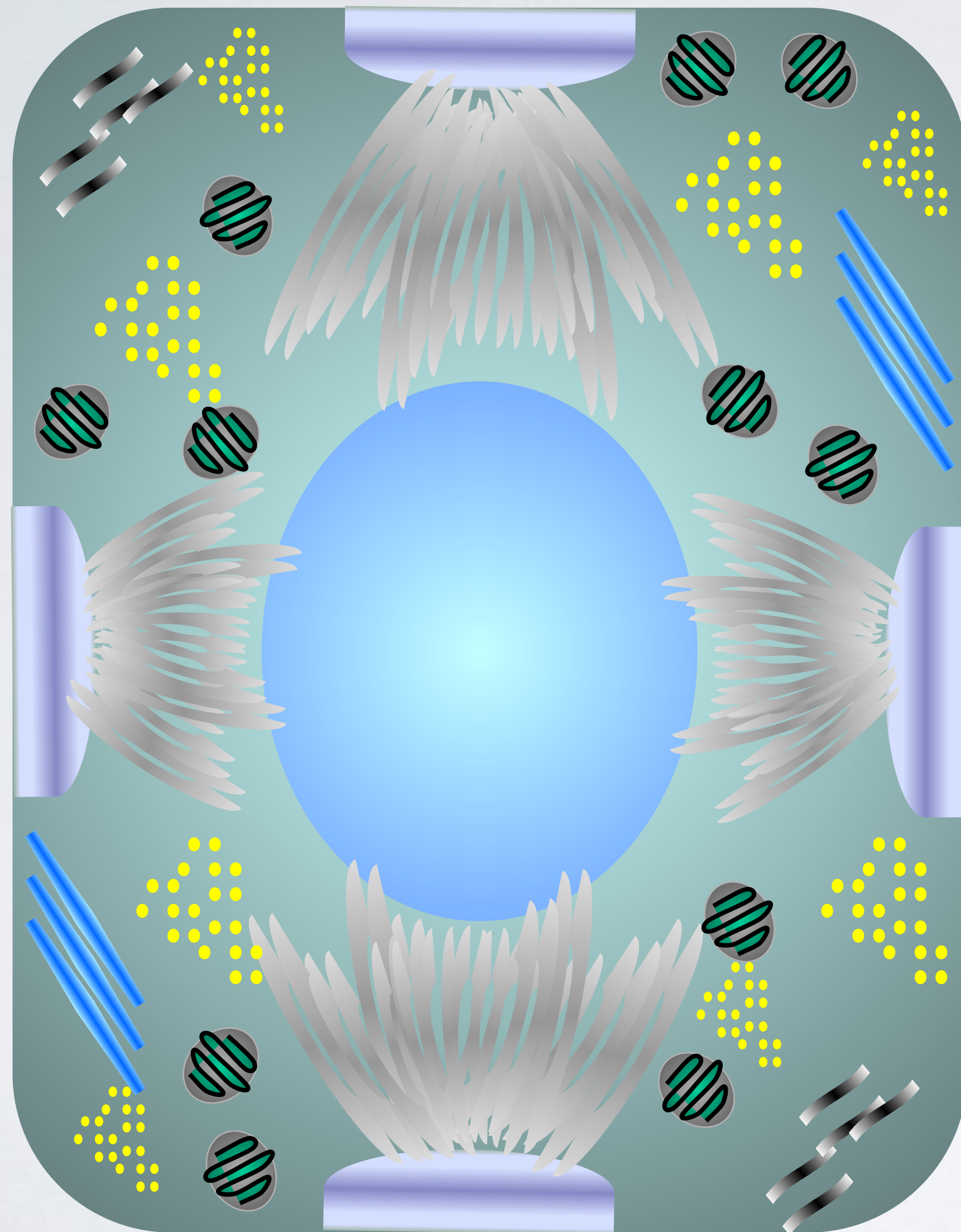
- EPIDERMIDE (Epitelio)
- DERMA (Tessuto connettivo)
- SOTTOCUTANEO (Tessuto adiposo)



L'Epidermide



il Cheratinocita



Nucleo

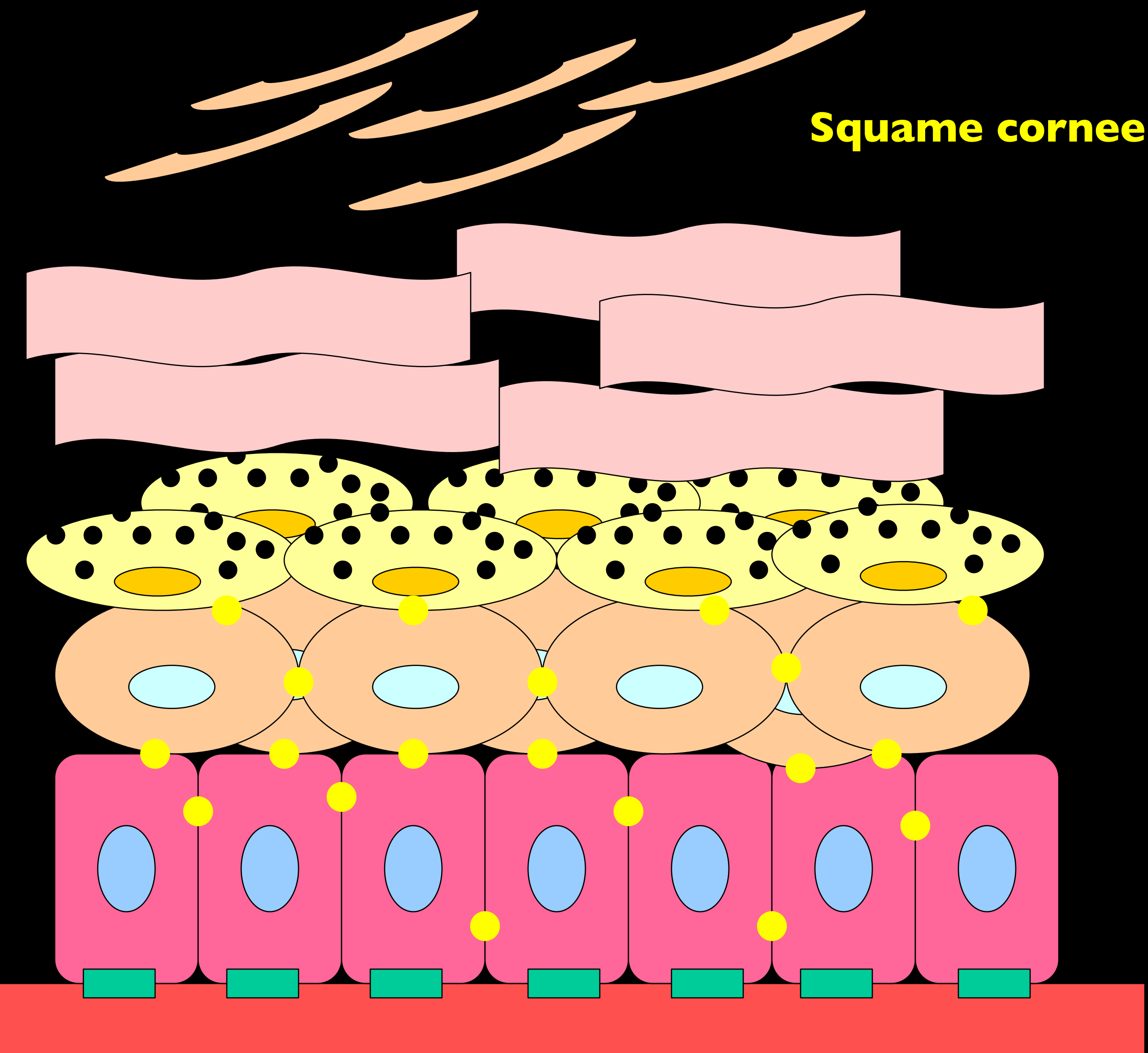
Citoplasma

Organelli citoplasmatici

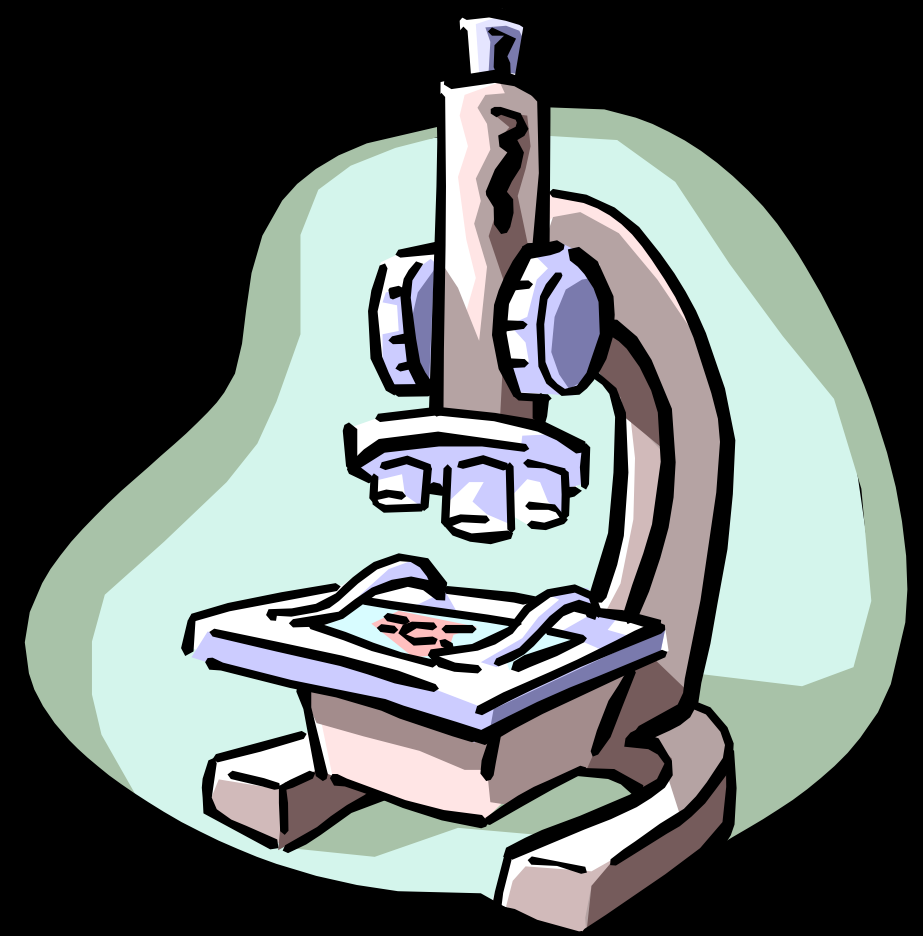
Giunzioni cellulari

Citoscheletro

L'Epidermide: i Cheratinociti



Squame cornee



Strato Corneo

Strato Granuloso

Strato Spinoso

Strato Basale
(strato germinativo)

Membrana basale



La Barriera Cutanea...

1. Localizzata a livello dello **STRATO CORNEO**

2. “**MURO A MATTONI CEMENTATI**”:

CORNEOCITI

MATRICE INTERCELLULARE



3. Funzioni di **CONTROLLO**:

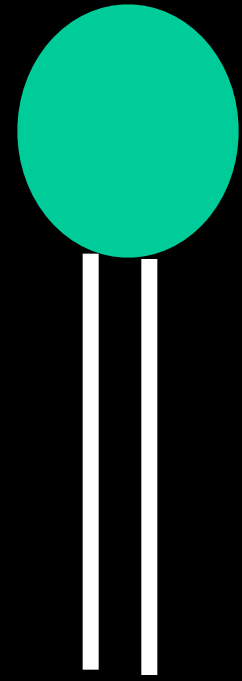
Turn-over cellulare
Penetrazione sostanze esogene
Dispersione d'acqua

OMEOSTASI CUTANEA



MATRICE INTERCELLULARE (barriera epidermica):

Costituita da una frazione lipidica (1:1:1):



Acidi grassi liberi

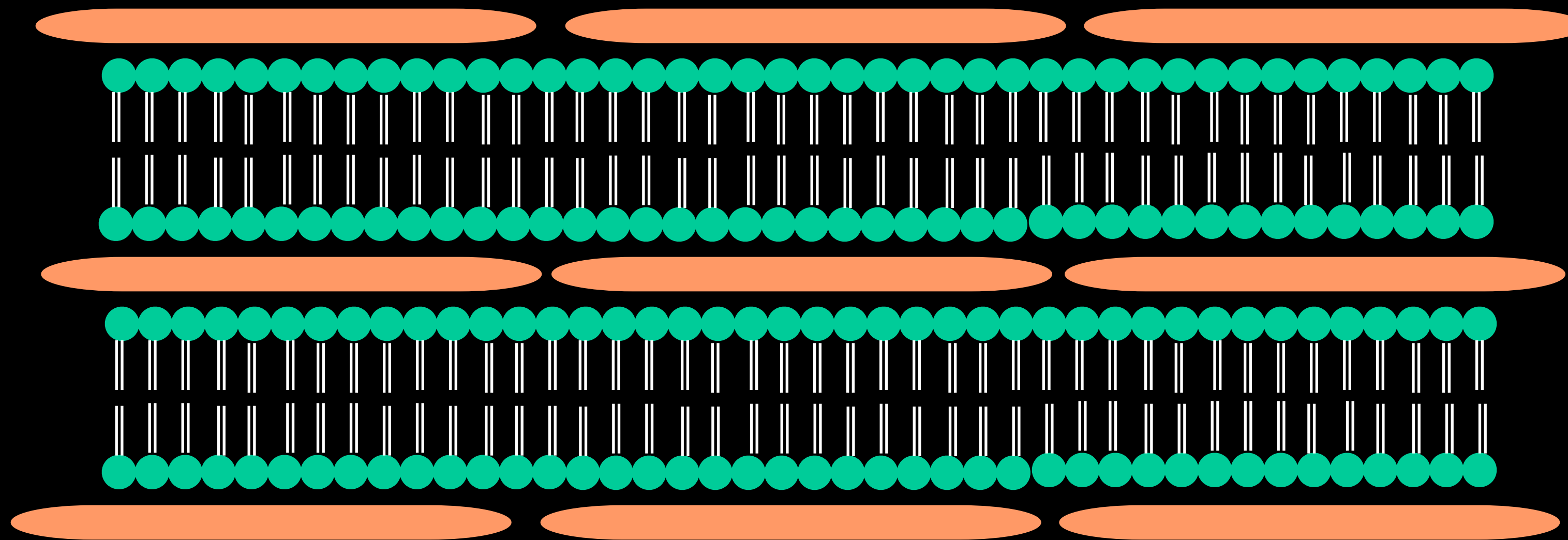
Fondamentali per la struttura dello strato corneo

Ceramidi

Formazione del doppio strato lipidico
Sequestranti acqua all'interno dello strato corneo

Colesterolo

Influenza organizzazione dei lipidi cutanei
Influenza le proprietà fisiche della barriera
Influenza l'assorbimento dei topici
Partecipa al processo di desquamazione cutanea



MATRICE INTERCELLULARE (barriera epidermica):

Sintesi lipidica cutanea autonoma*

(*tranne in caso di disendocrinopatie: ormoni tiroidei e sessuali)

Assorbimento esogeno di lipidi (assenza delta 6 desaturasi)

Acidi Linoleico, Palmitico (acidi grassi essenziali)

Acidi Grassi Polinsaturi

Acido Arachidonico



Detergenti

Solventi organici

Stripping

Alterazione della BARRIERA EPIDERMICA

ESPLOSIONE NELLA SINTESI
DI NUOVI LIPIDI

Ripristino della BARRIERA EPIDERMICA

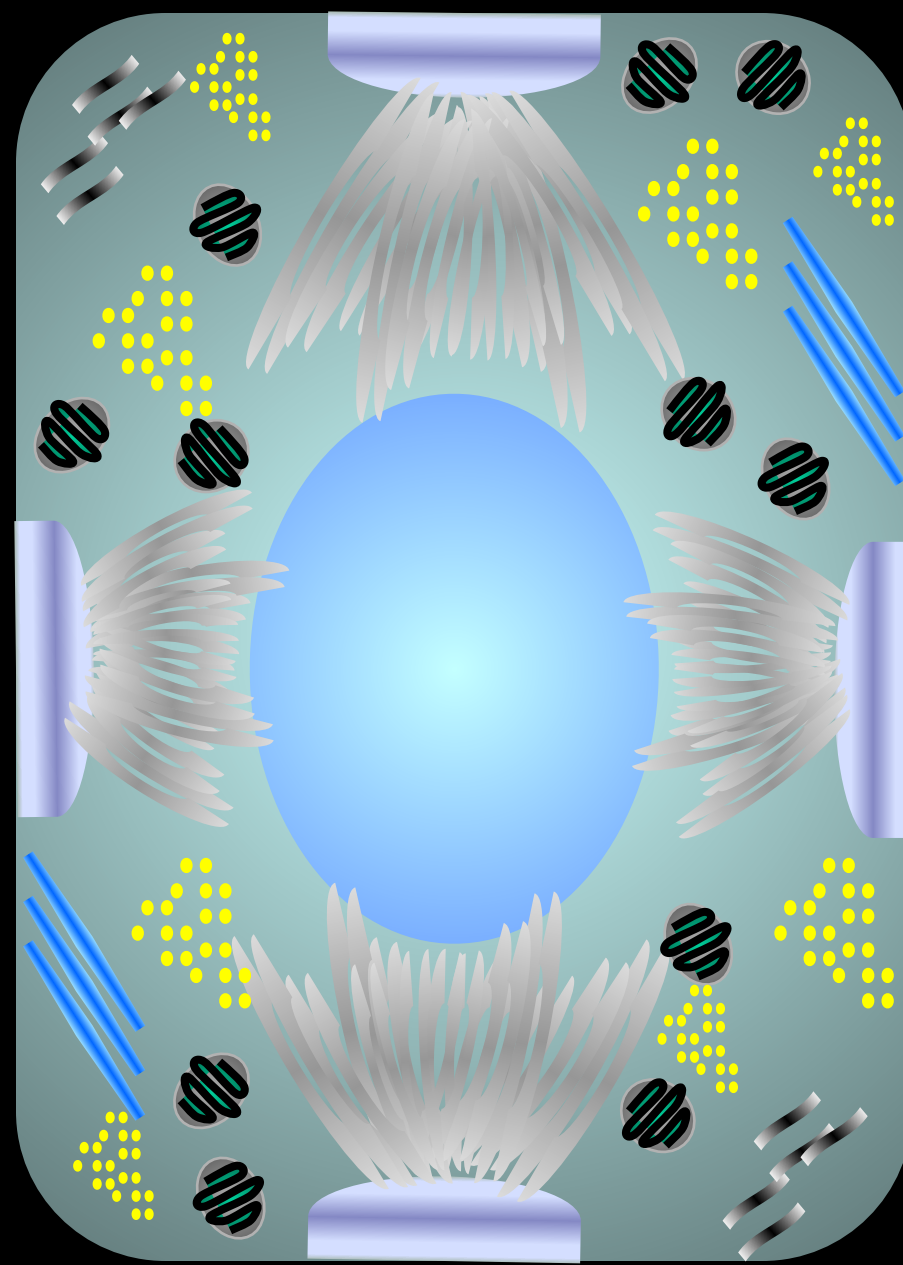
12h

ripristino del 50%

72-90h

ripristino del 100%





1. Barriera cutanea

Evita perdita d'acqua

Difesa fisica contro le aggressioni

2. Sorveglianza immulogica

IL1; TNF α

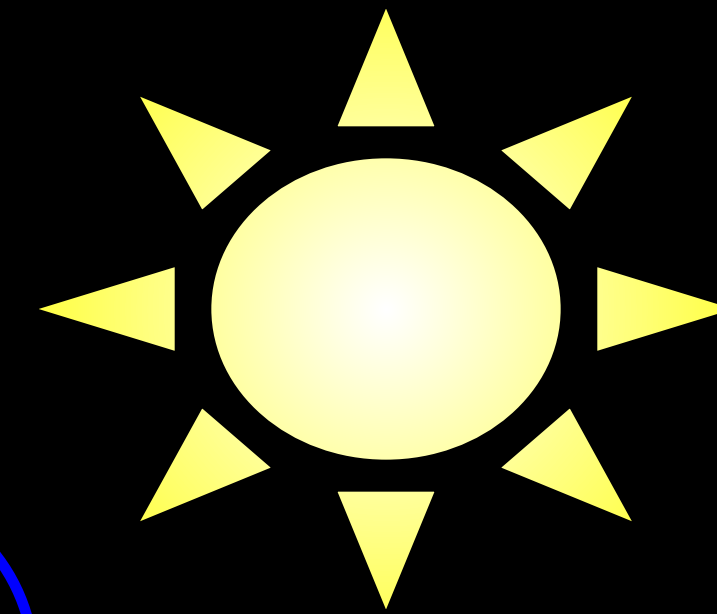
Mediatori immuno-flogistici

Chemochine:

IL6; IL7; IL8; IL10; GM-CSF

3. Stimolazione melanociti

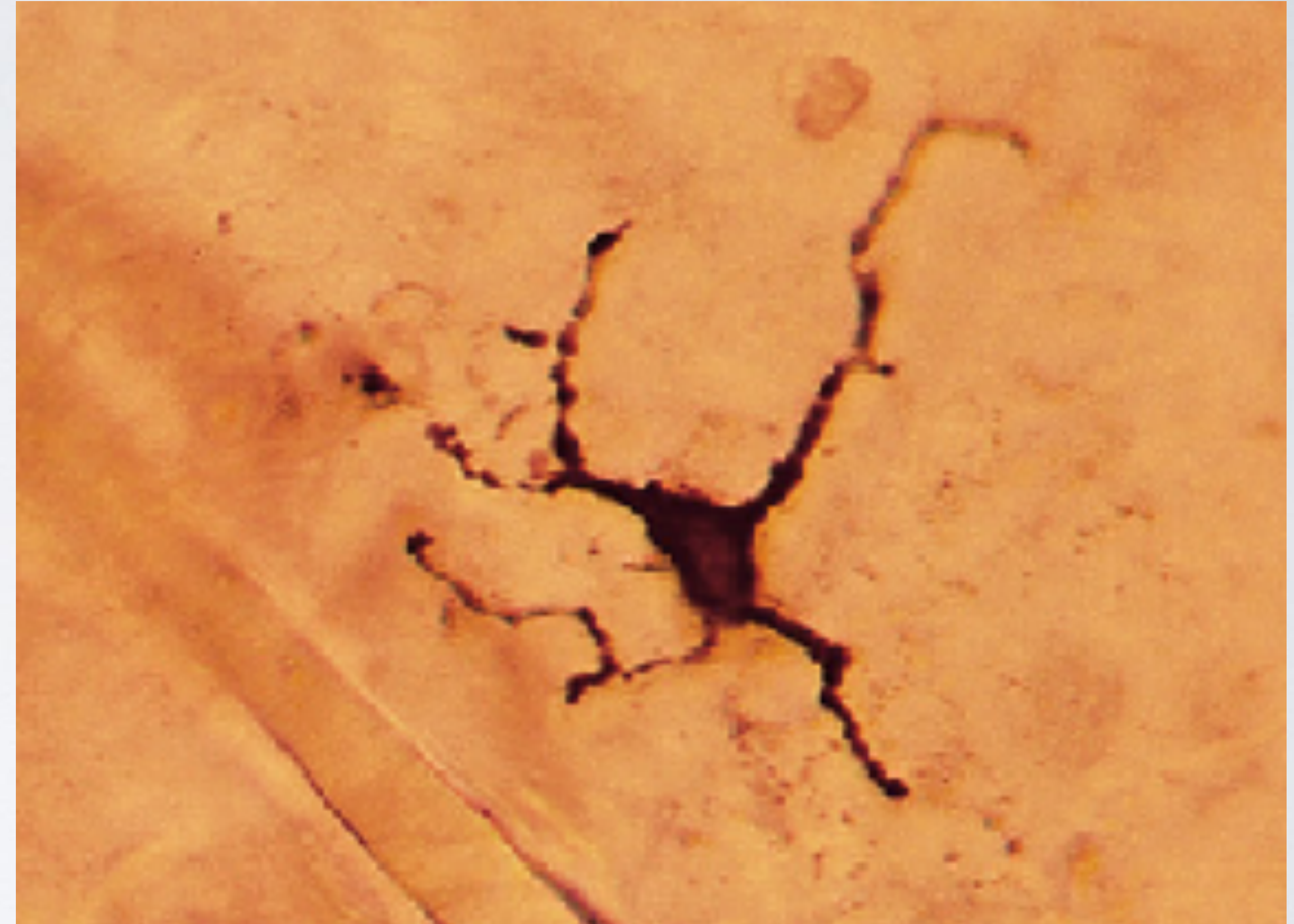
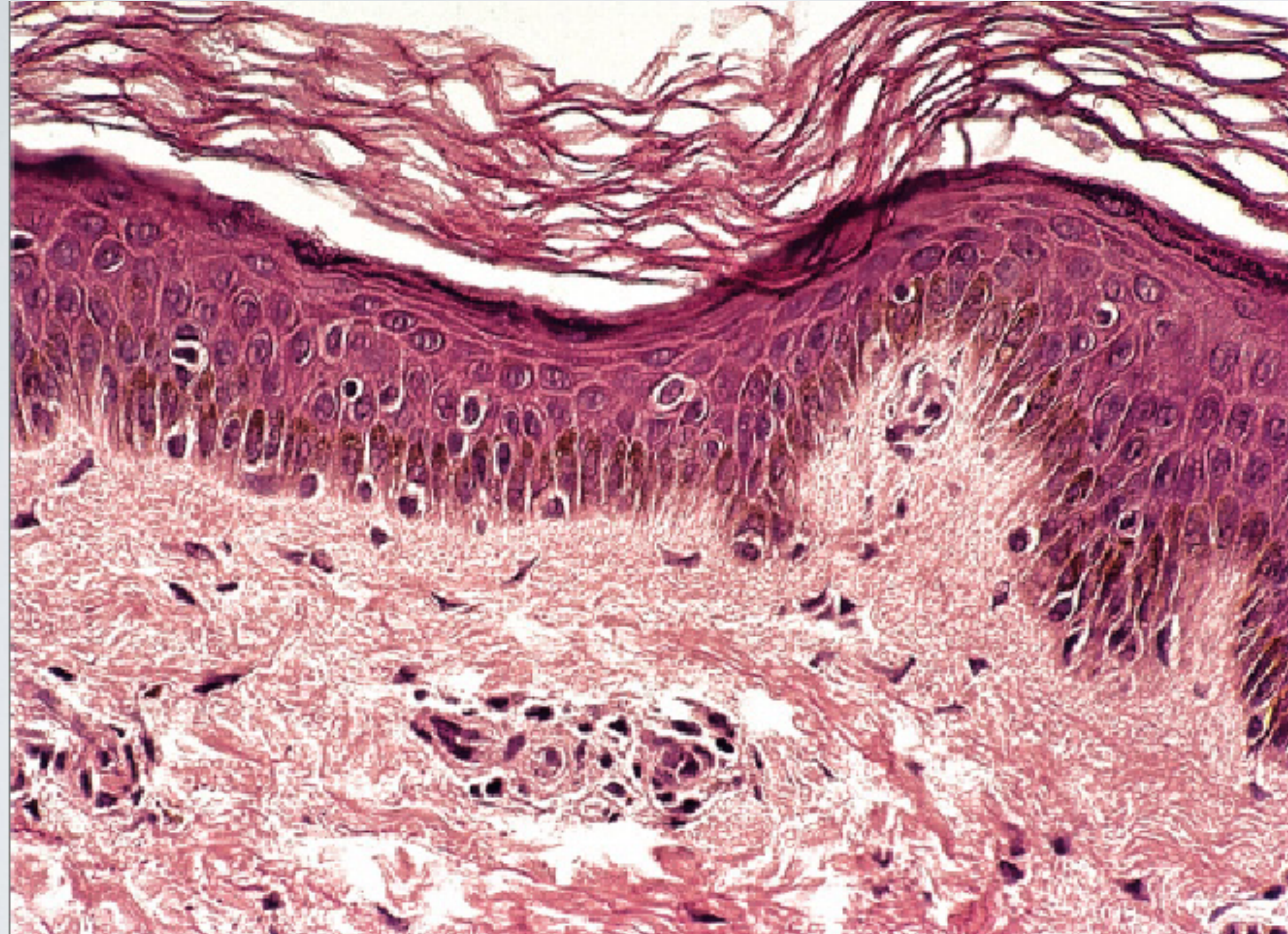
(α MSH)



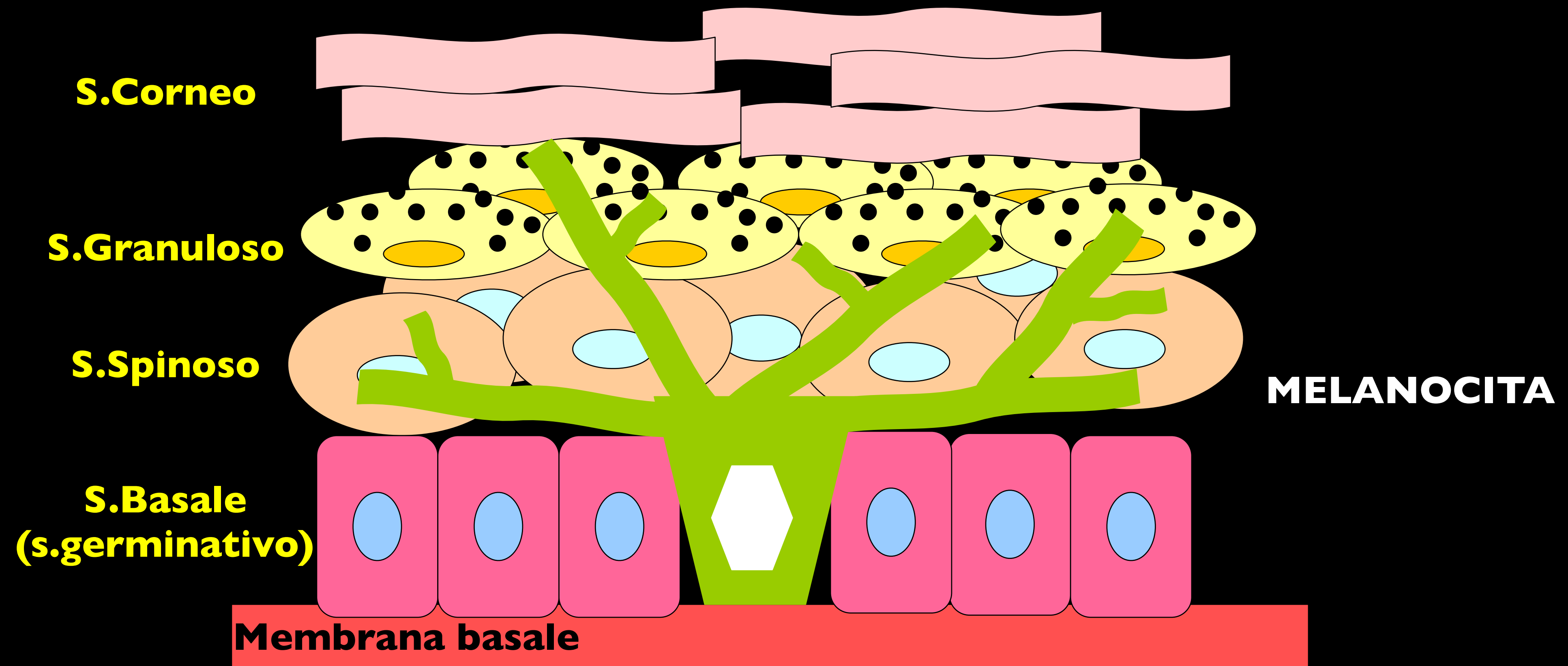
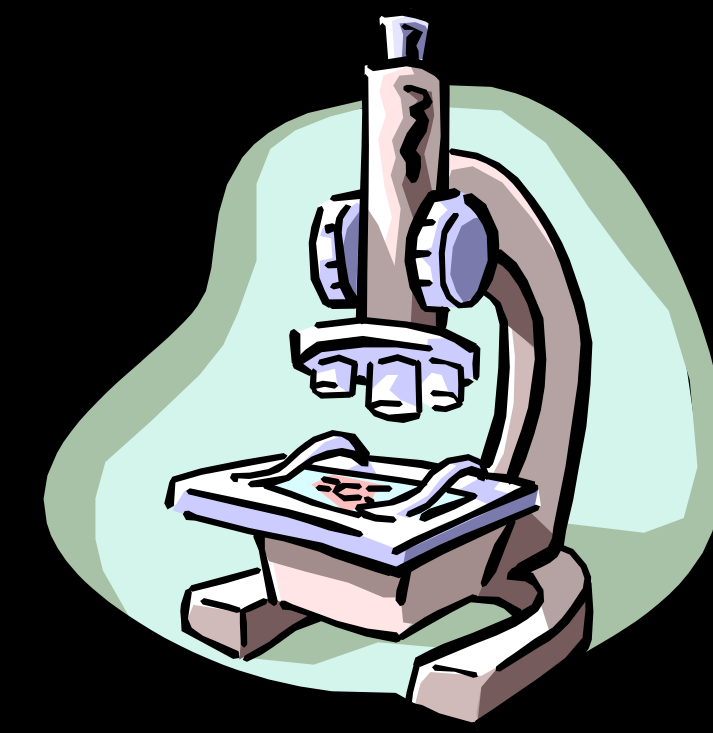
4. Secrezione di Neuropeptidi:

NGF
POMC (Propiomelanocortina)
ACTH
DOPA
Adrenalina/Noradrenalina
Sostanza P
GRP
Neuropeptide Y

II Melanocita



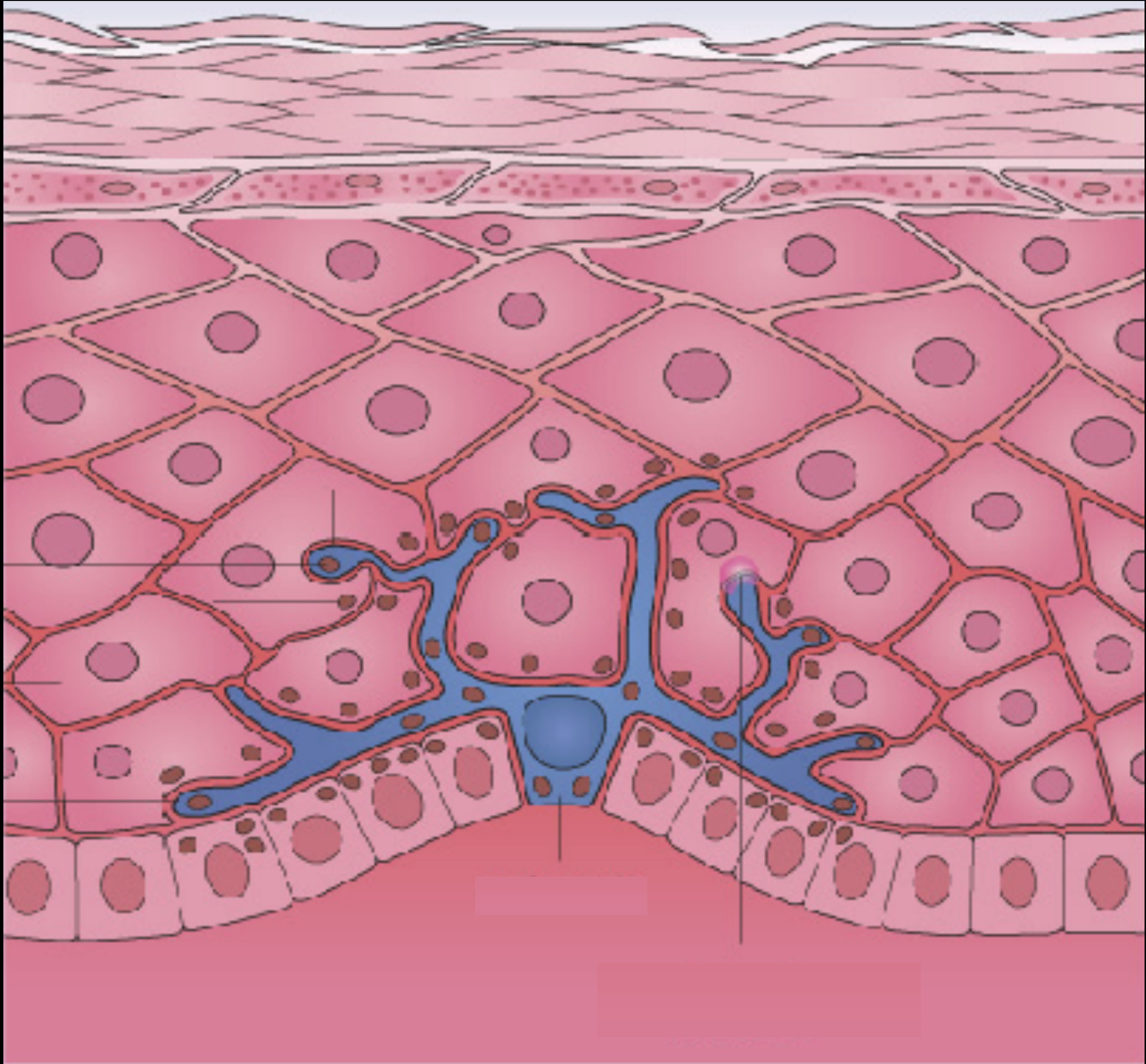
L'Epidermide



Feomelanine



Eumelanine



MELANINE



PIGMENTAZIONE CUTANEA

COSTITUTIVA (Geneticamente determinata)

FACOLTATIVA (melanogenesi indotta da UV-R)

Pigmentazione IMMEDIATA (minuti)

Ossidazione melanina preformata dopo esposizione UVA
Pigmentazione maggiore maggiore nei soggetti scuri

Pigmentazione RITARDATA

Inizia dopo 48-72 h dall'esposizione UVA e UVB
Neomelanogenesi

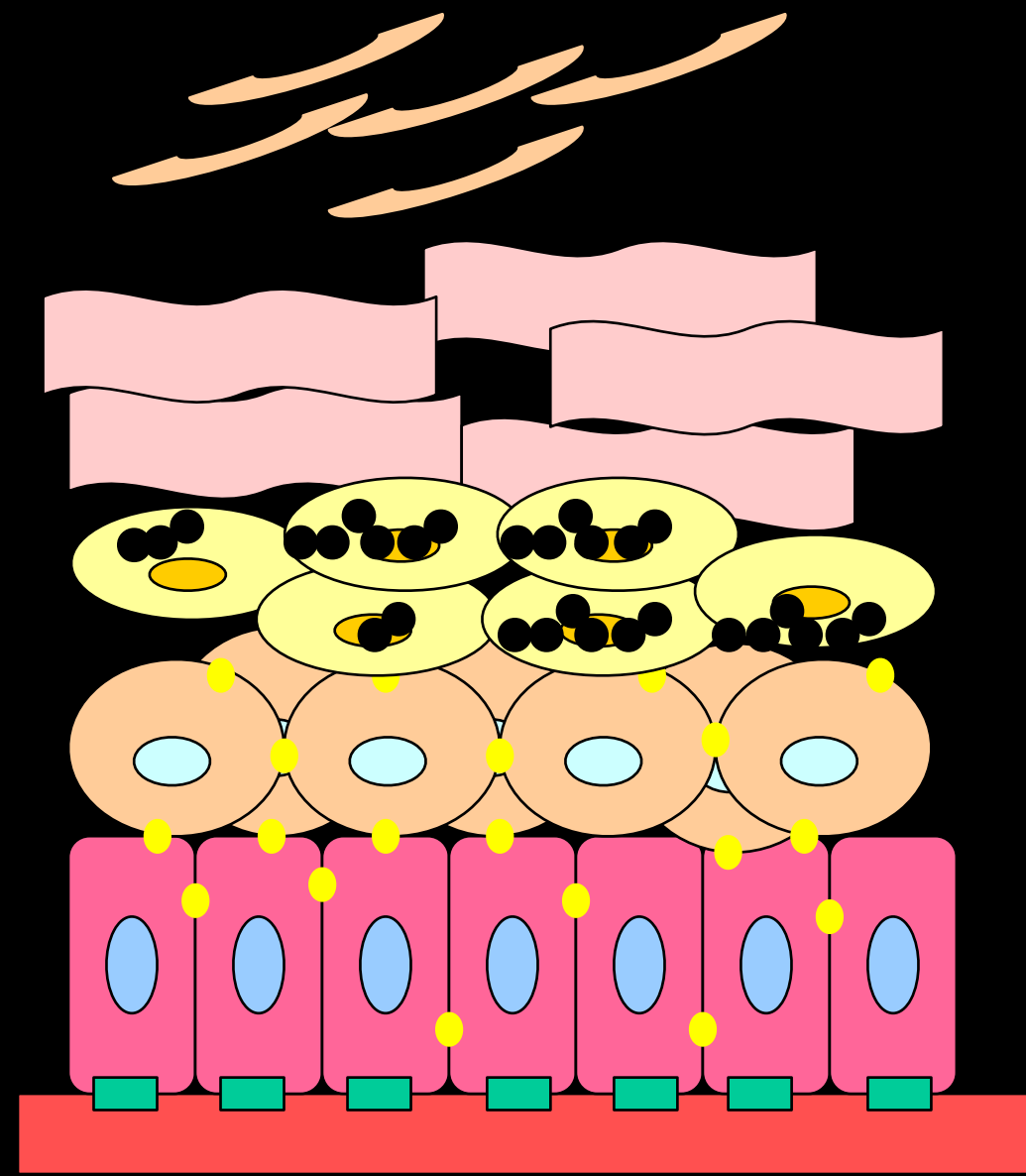


“...oltre ai
Cheratinociti e ai Melanociti,
nell'epidermide sono presenti altri due tipi di cellule:”

cellula di Langherans
cellula di Merkel



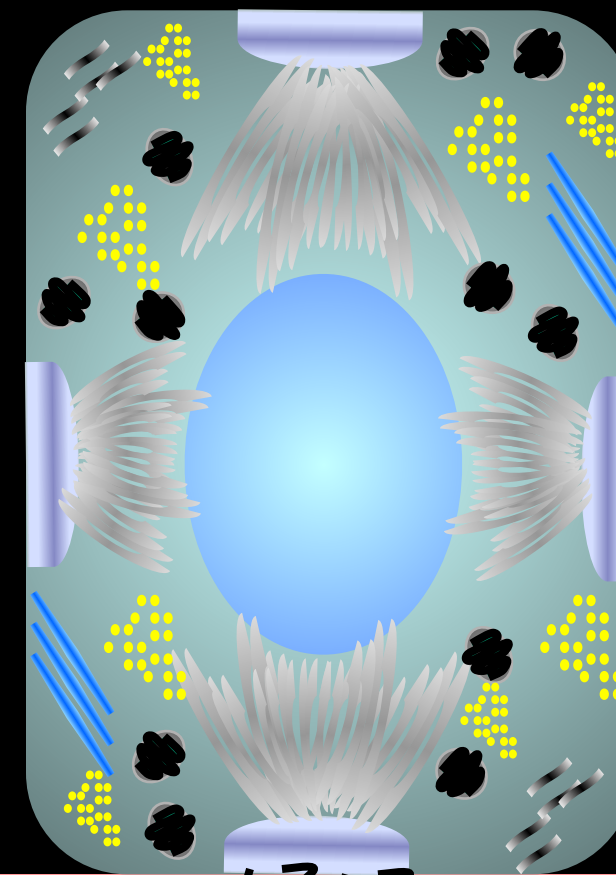
LA MEMBRANA BASALE



LAMINA LUCIDA

LAMINA DENSA

LAMINA SUB-BASALE



BAPG1; BAPG2; $\alpha6\beta4$

Lamina 5; Collagene 4

Fibrille d'ancoraggio
(Collagene VII)

Placche d'ancoraggio

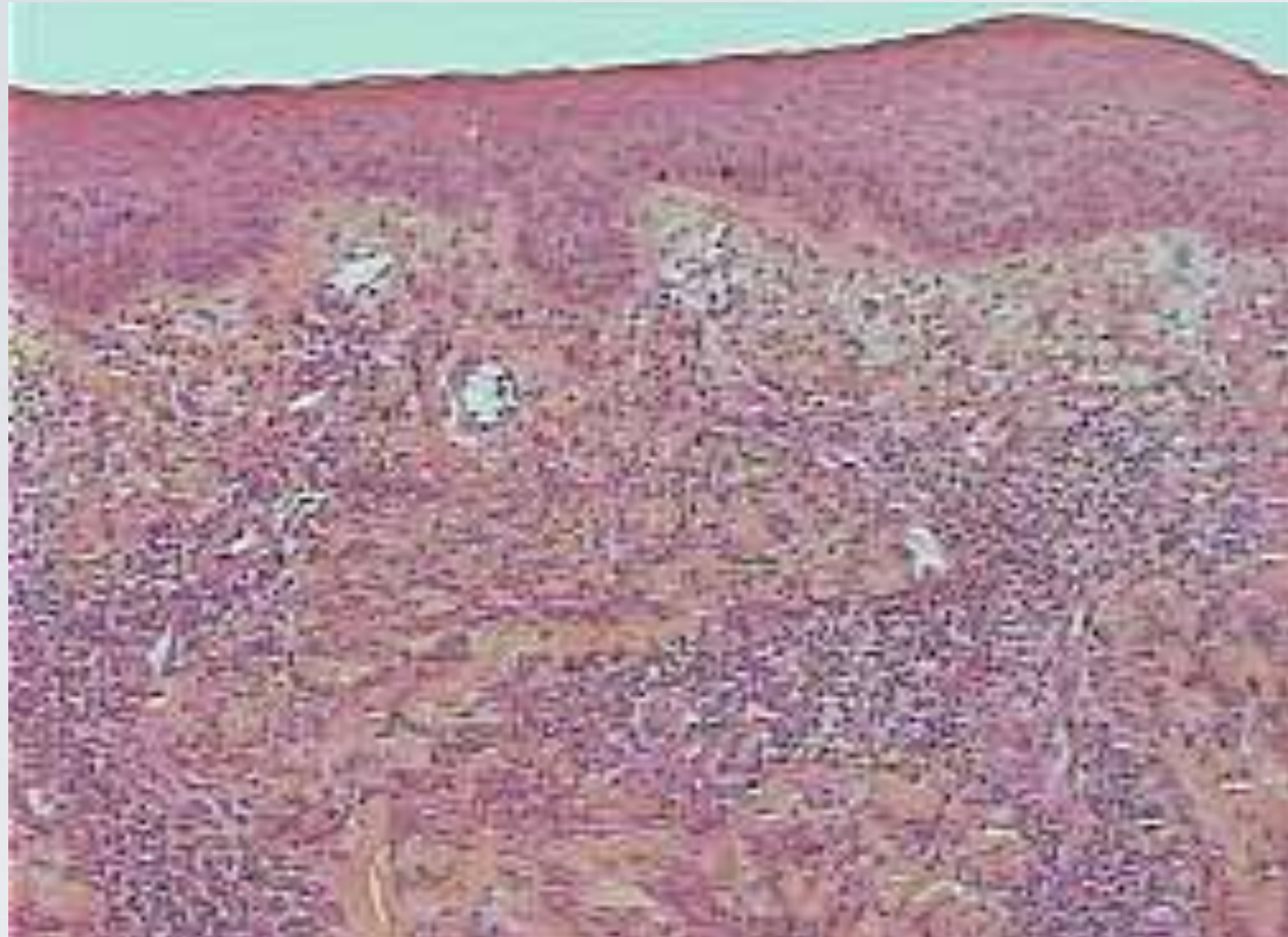


IL DERMA

Derma PAPILLARE

Derma RETICOLARE





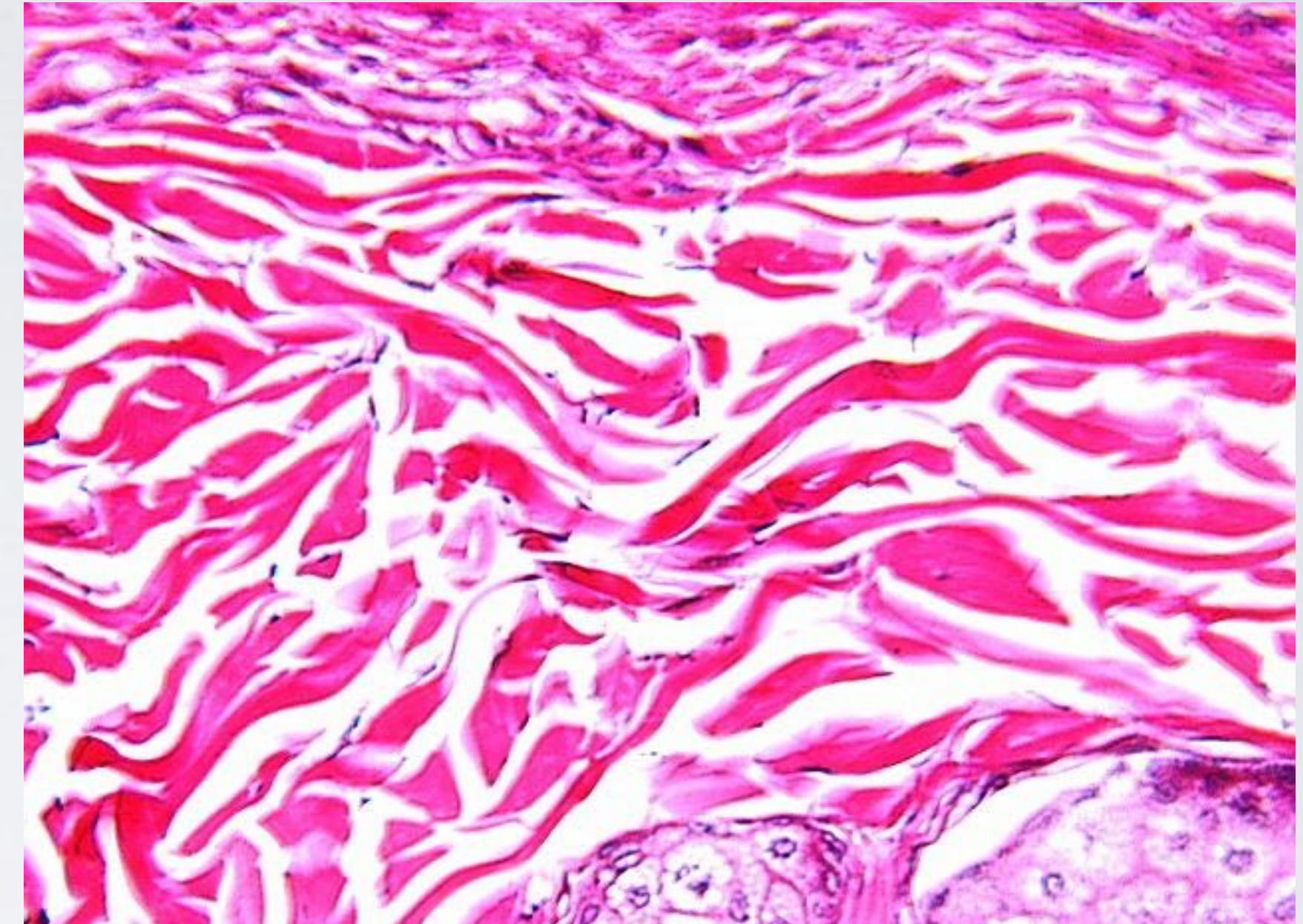
Cellule

Fibroblasti

Macrofagi

Linfociti

Cellule Dendritiche



Fibre dermiche

Fibre collagene

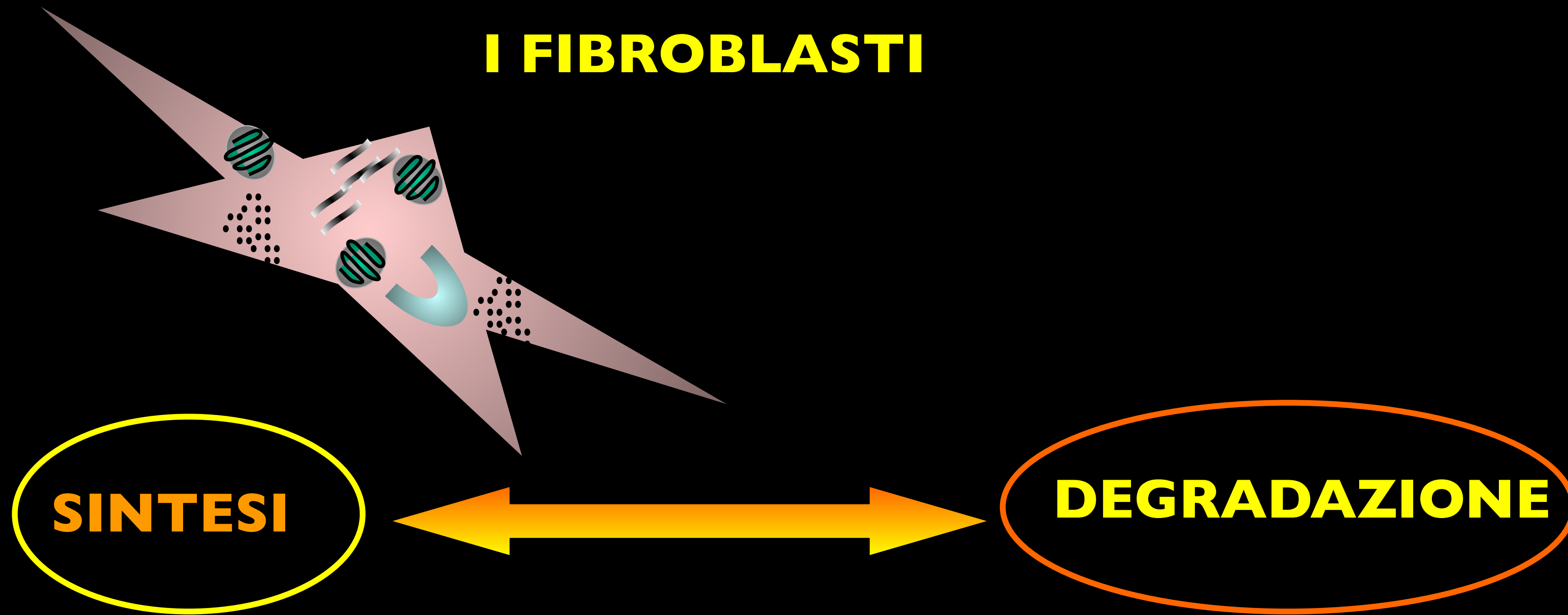
Fibre elastiche

LA SOSTANZA FONDAMENTALE

costituita da glicosaminoglicani
assembla le fibre collagene ed elastiche



I FIBROBLASTI



- Collagene**
- Elastina**
- Sostanza fondamentale**
- Glicoproteine, Fibronectina



Il Collagene

Famiglia di proteine simili per struttura e composizione.

XVI geni codificanti

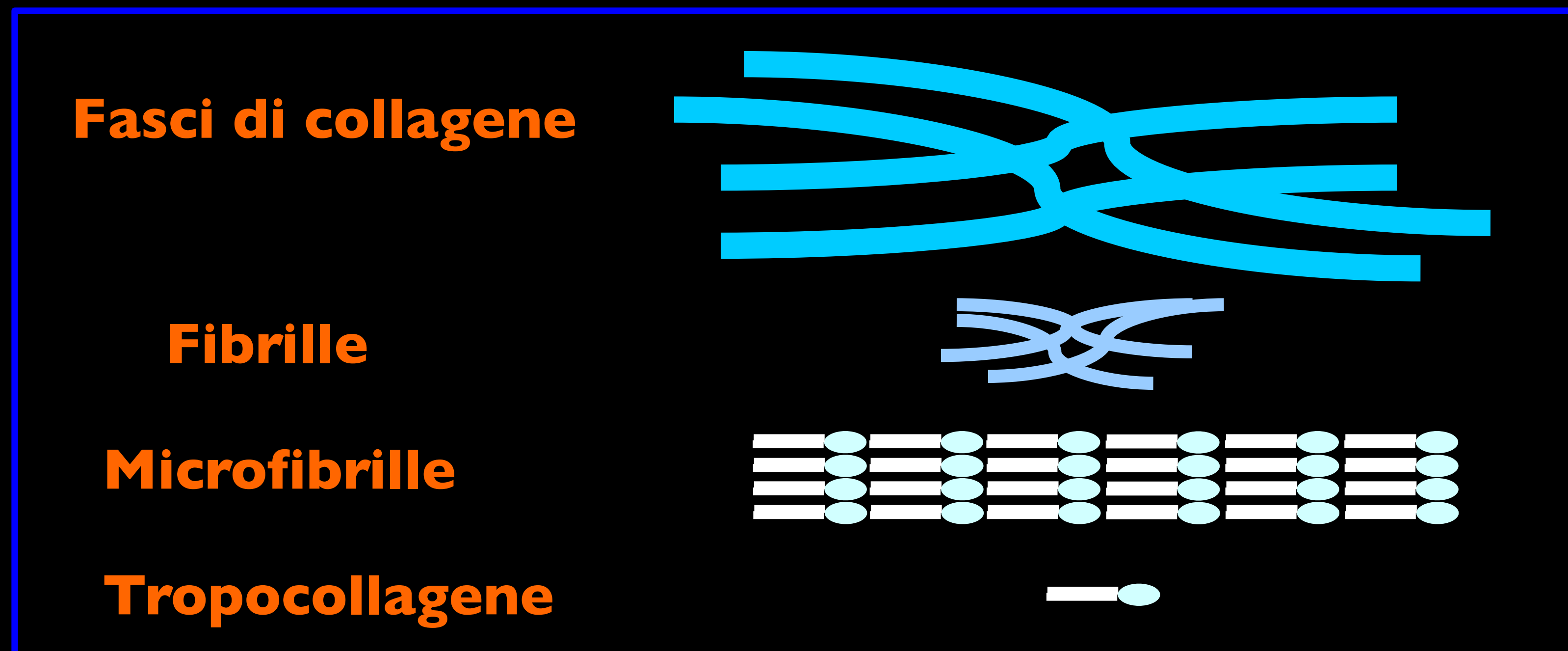
Collagene più diffuso nell'uomo

tipo I: 80% del derma

tipo III: 10% del derma

tipo IV: membrana basale

tipo VII: fibrille d'ancoraggio



Azione trofica e protettiva

Favorisce la distensione della cute



Le FIBRE ELASTICHE

Rappresentano 1-2% del peso secco della cute

Presenti principalmente nel derma reticolare

Garantiscono "l'elasticità" della cute



**Microfibrille
di
Elastina**



La **SOSTANZA FONDAMENTALE AMORFA**

Costituita da:

GLICOSAMINOGLICANI

❖ **Acido IALURONICO**

❖ **Condroitin-solfati**

Glicoproteine

Molecole in grado di:

- 1. Assemblare fibre collagene ed elastiche**
- 2. Ritenerne acqua, conferendo idratazione alla cute**

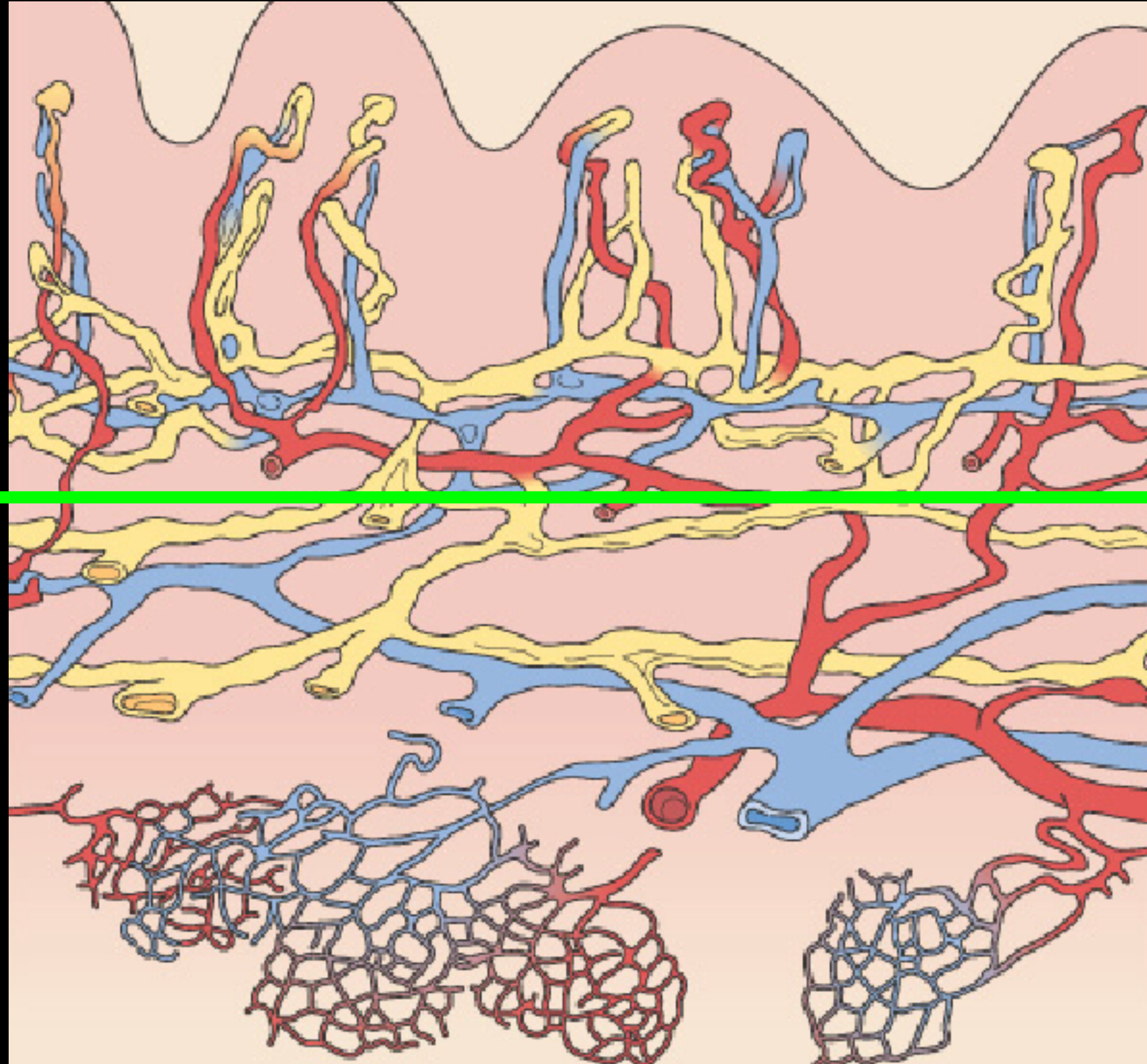


Anatomia del DERMA

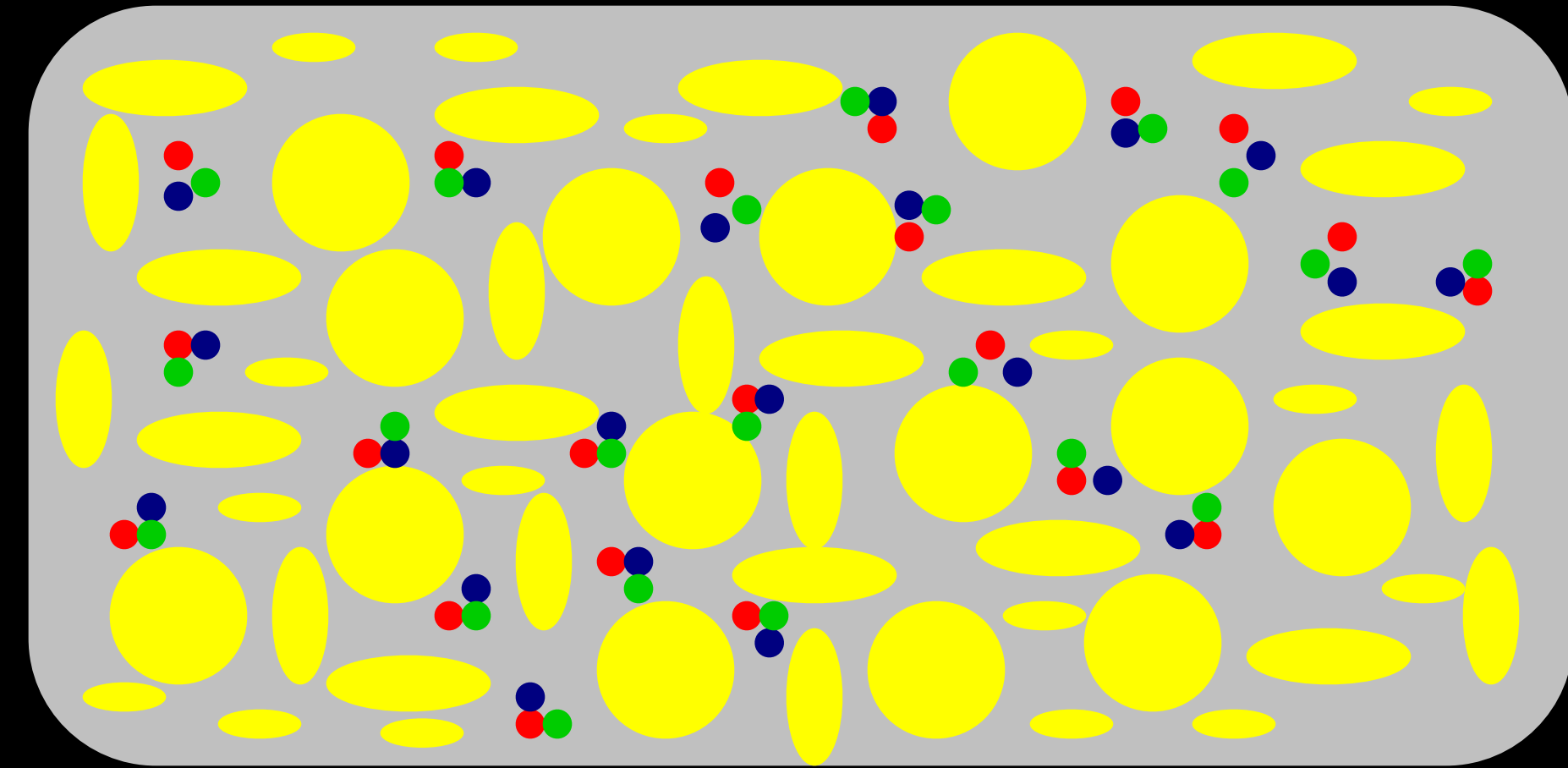
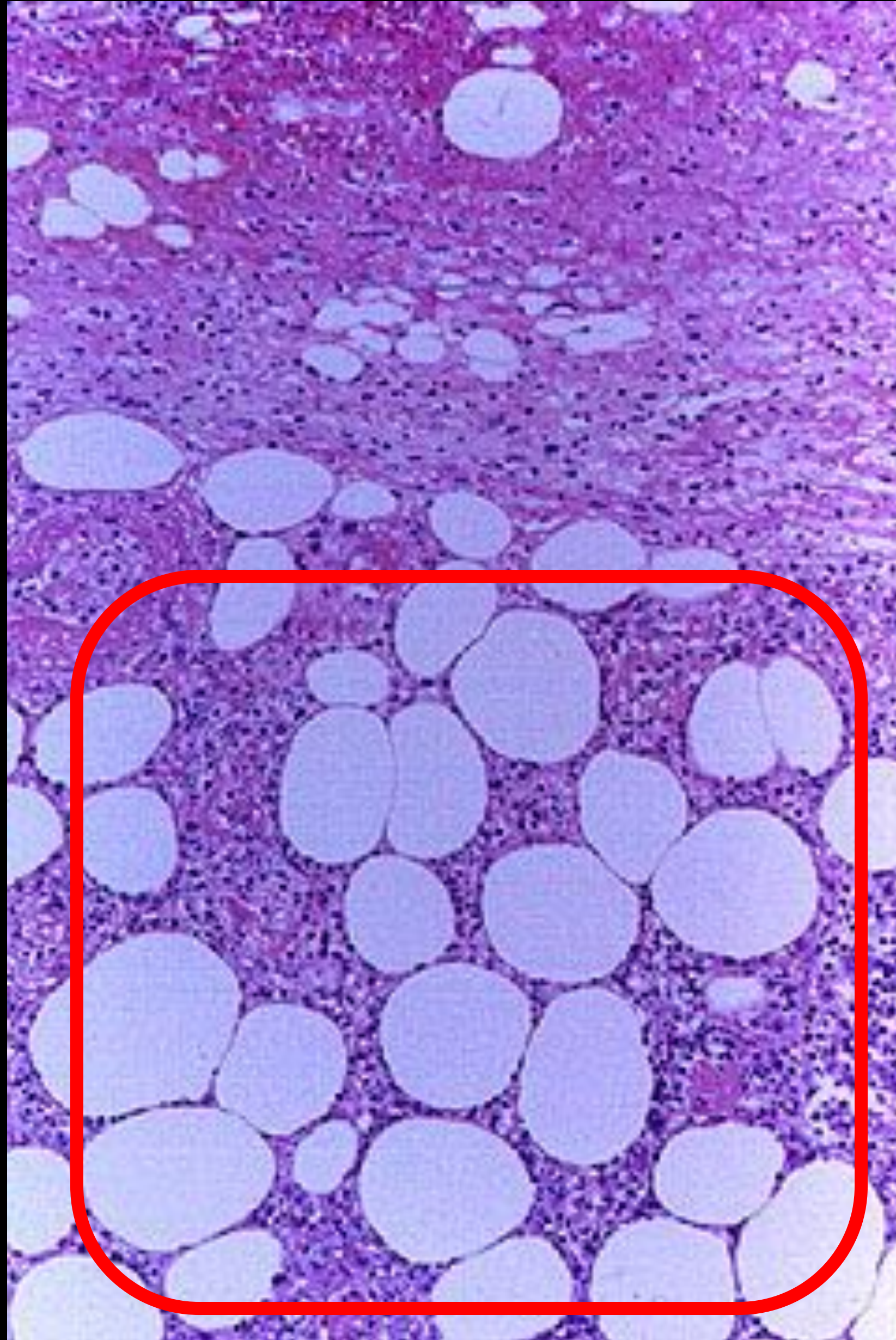
**Sistema
VASCOLARE
NERVOSO
LINFATICO:**

❖ plesso superficiale

❖ plesso profondo



Anatomia del SOTTOCUTANEO



❖ **Adipociti**

❖ **Recettori nervosi:**



IL FOLLICOLO PILIFERO

Anatomia e iconografia delle
principali manifestazioni
cliniche



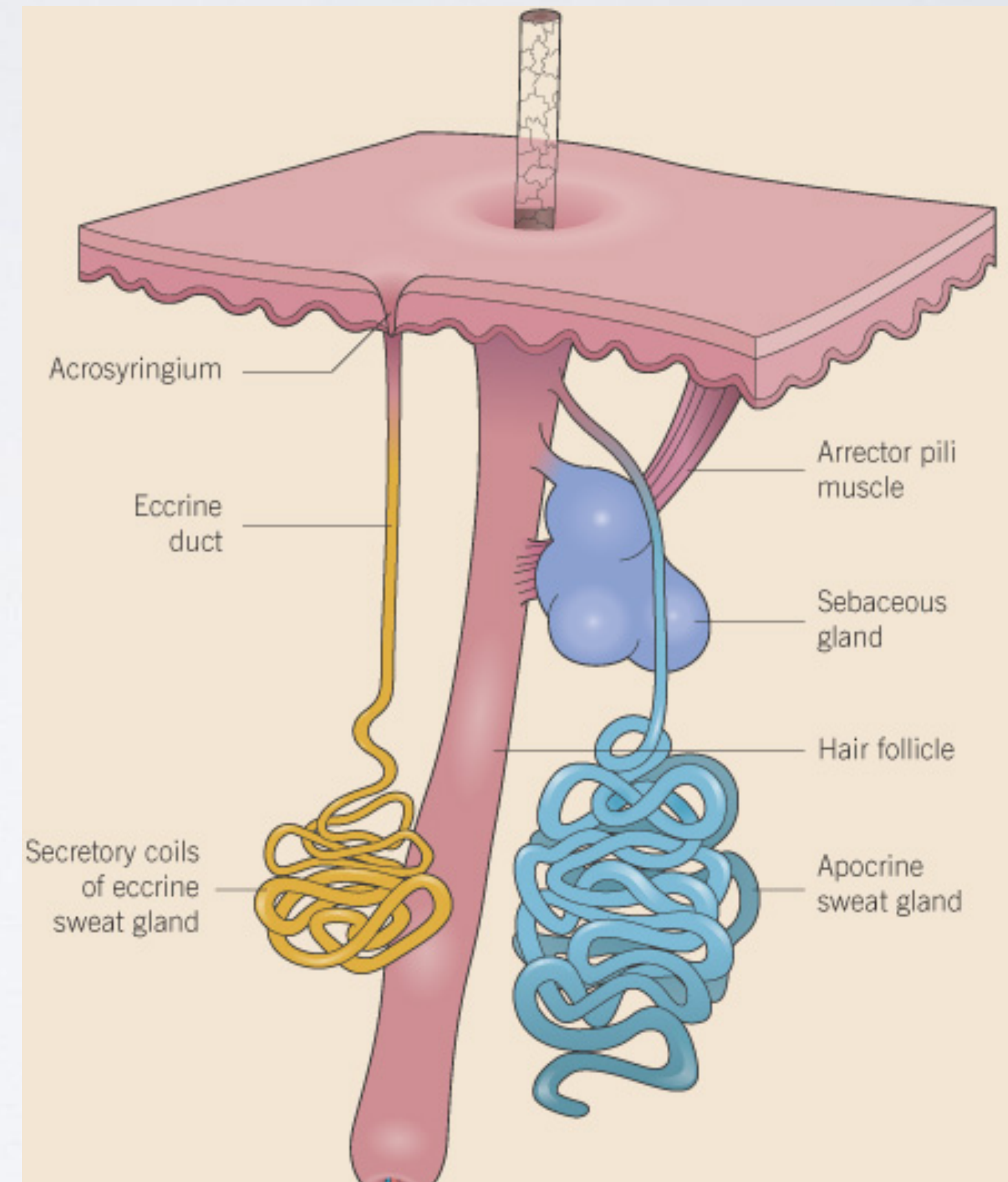
Anatomia del DERMA: gli annessi

- **Apparato pilo-sebaceo**

- pelo
- follicolo
- muscolo erettore del pelo
- ghiandola sebacea

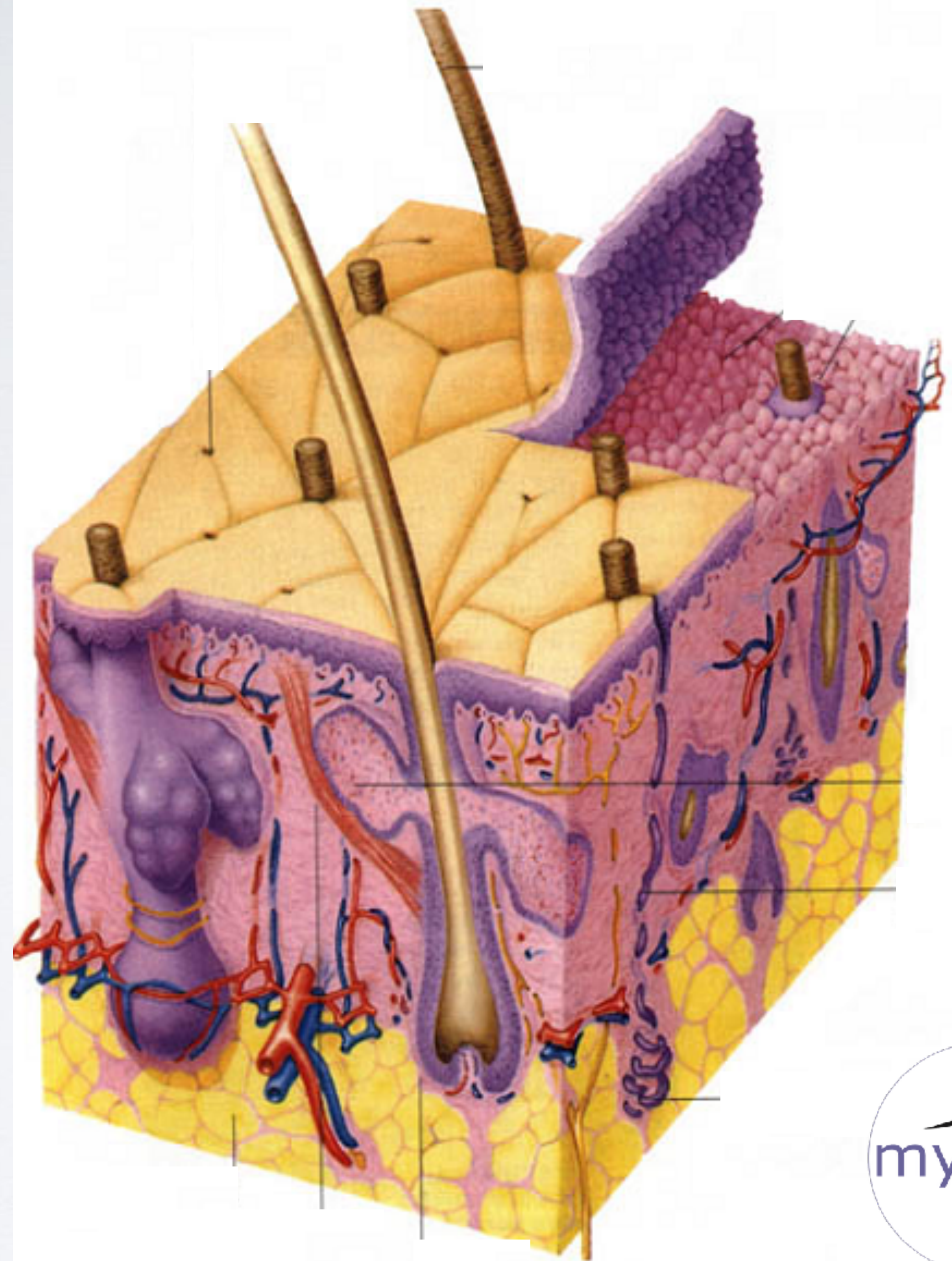
- **Ghiandola Sudoripara**

- ghiandola sudoripara eccrina
- ghiandola sudoripara apocrifa



IL PELO

- **Fusto del pelo**
- **Radice del pelo**

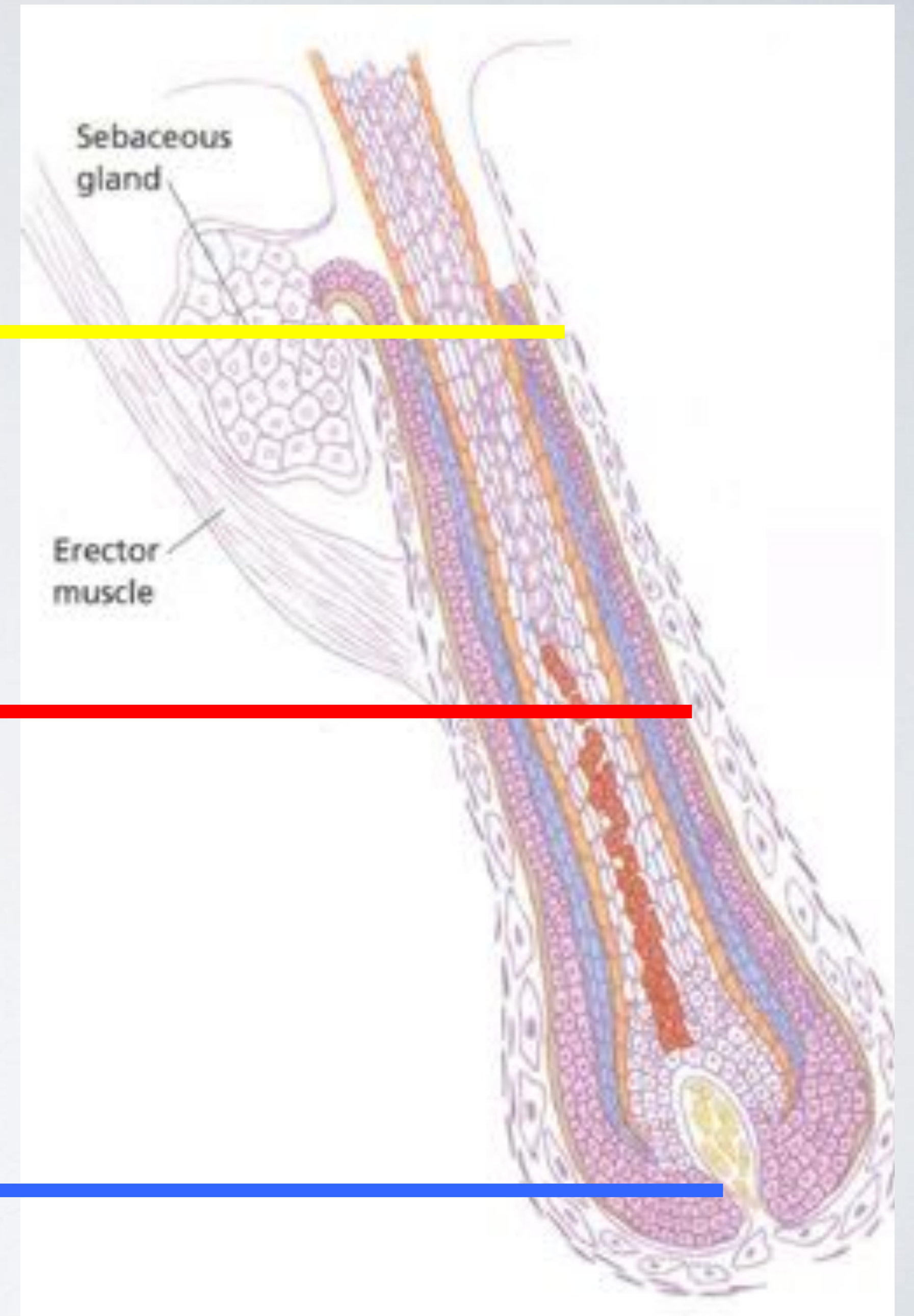


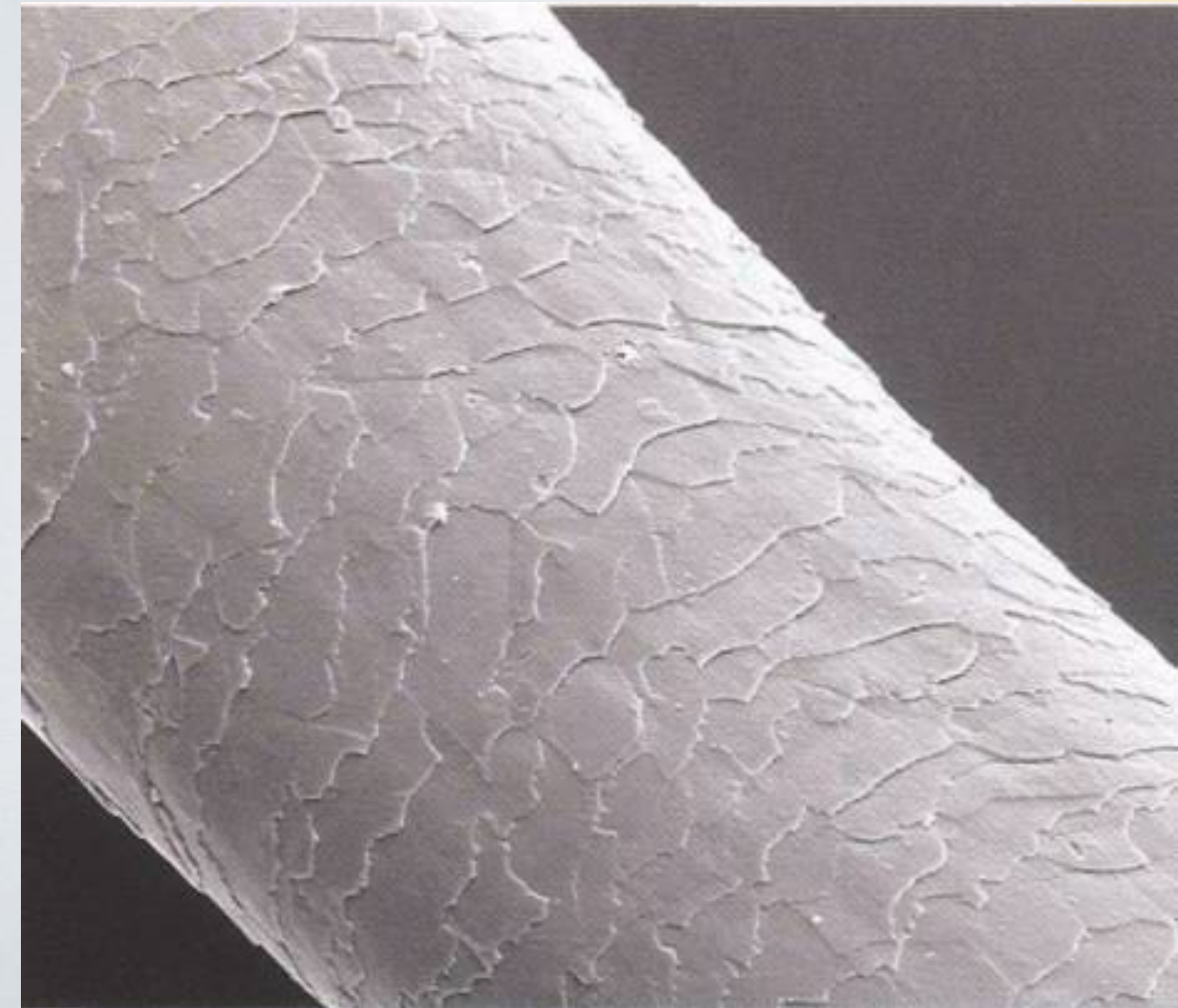
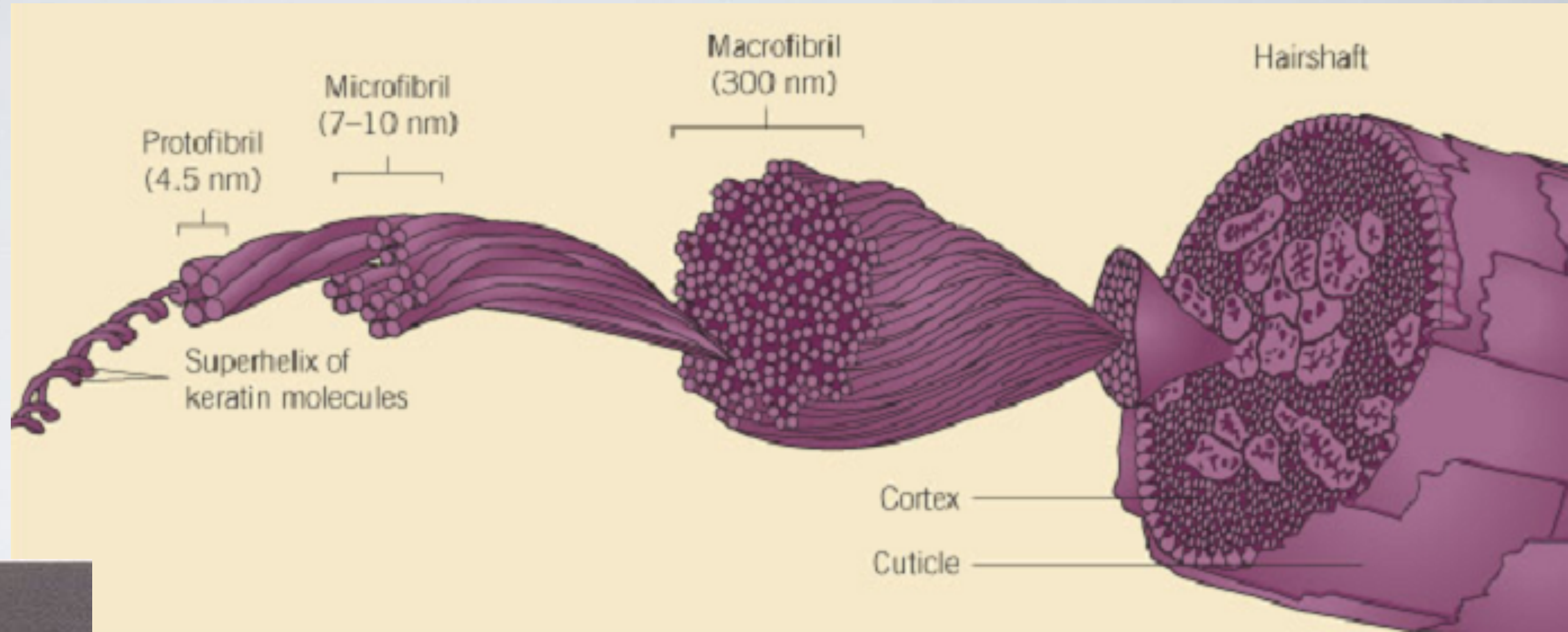
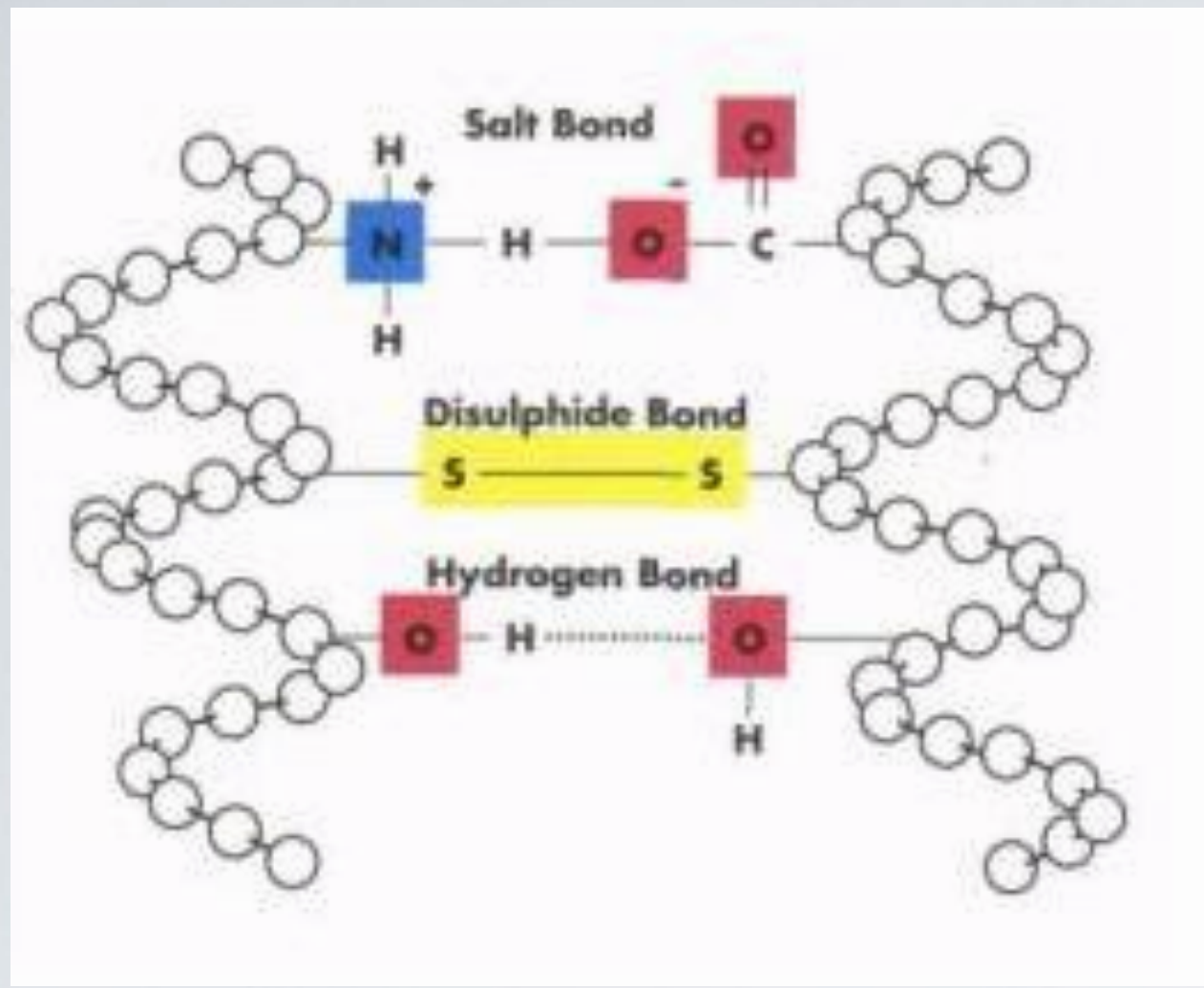
Istologia del follicolo pilifero

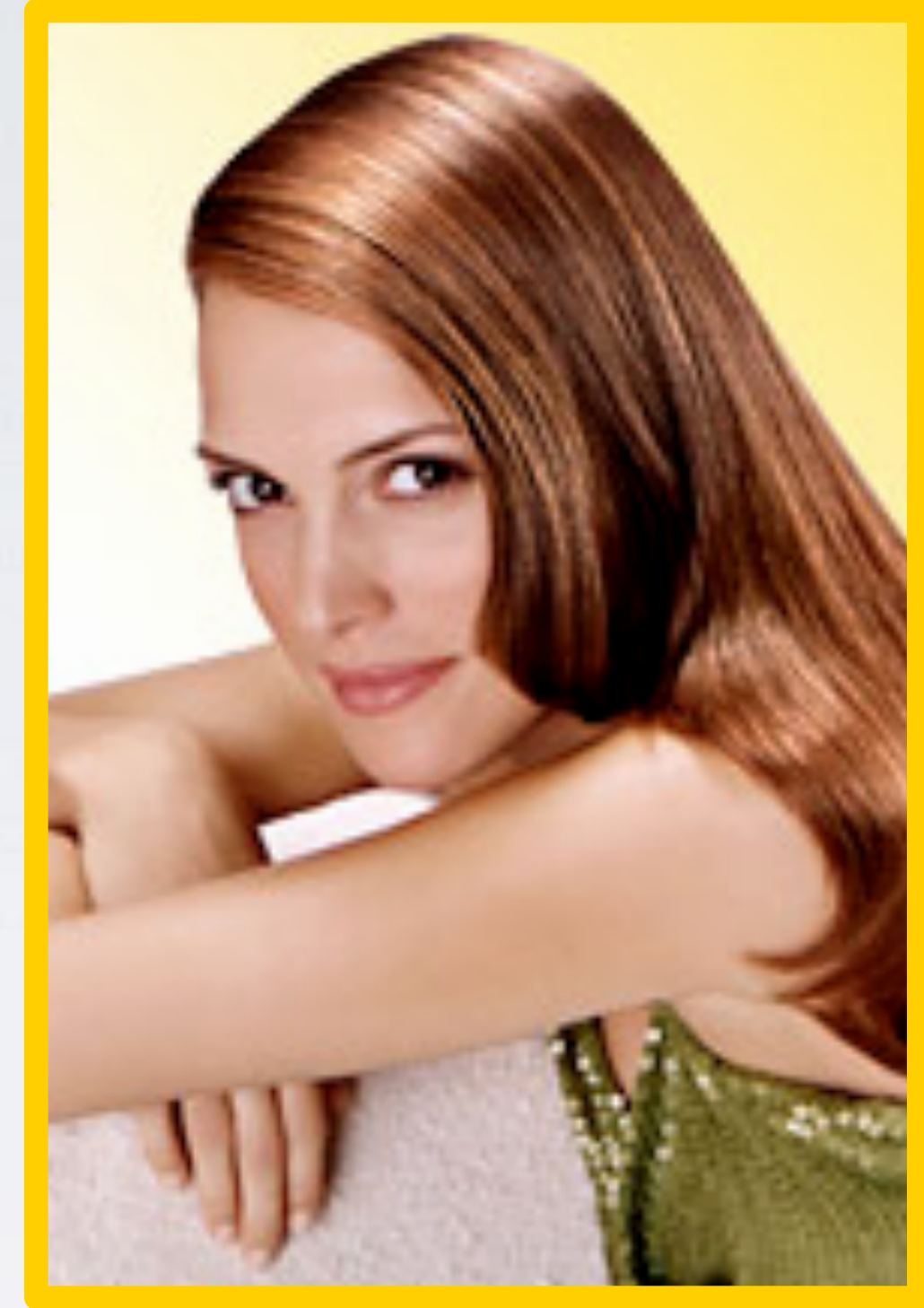
Infundibolo

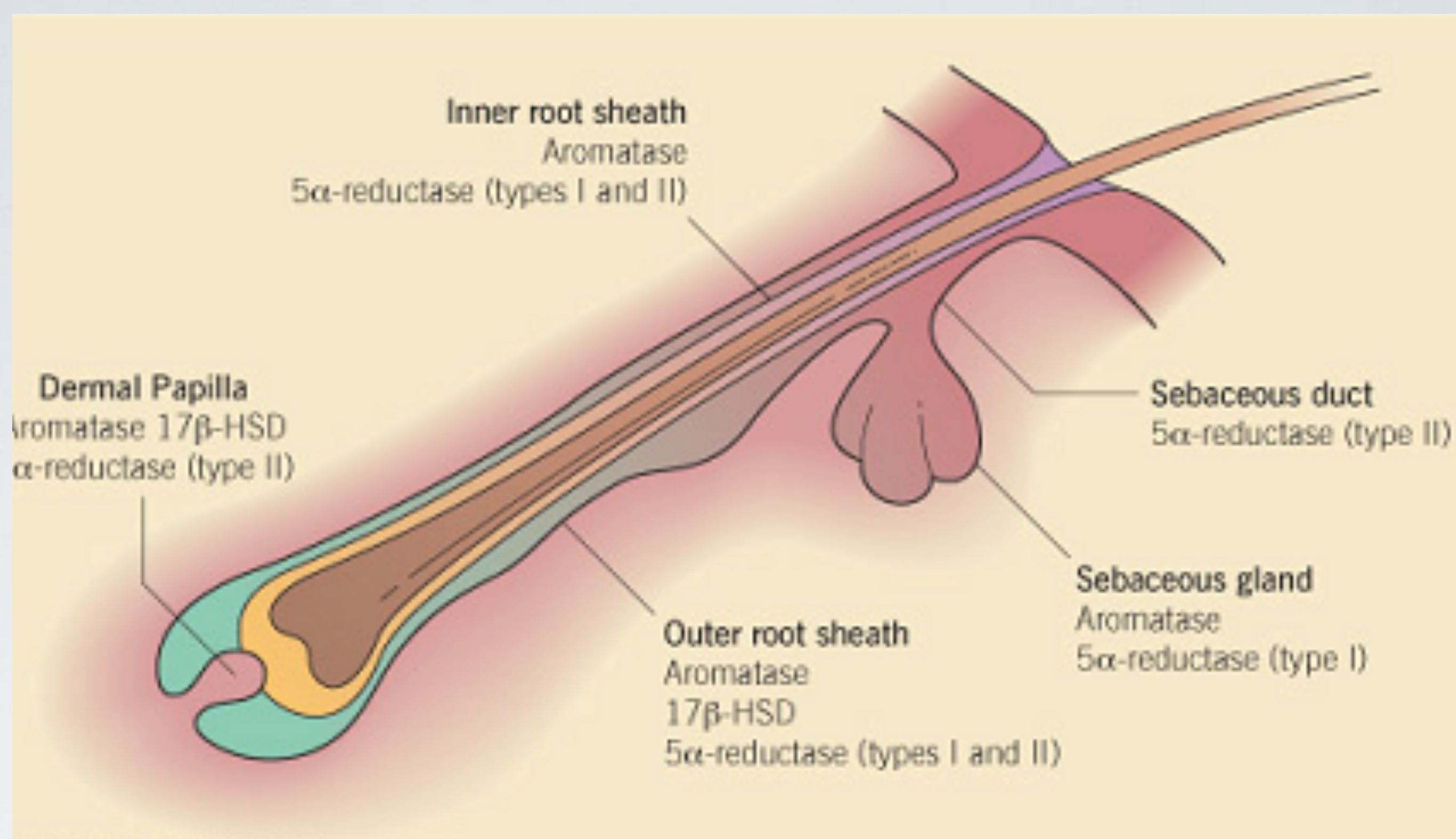
Istmo

Segmento inferiore









Lanuggine fetale

Peli corti, sottili, poco pigmentati

Peli folletto

Simili ai precedenti sono tipici del periodo prepuberale (sono esclusi quelli del cuoio capelluto e delle arcate sopraccigliari)

Peli terminali

Peli lunghi, spessi (60-80 μm), provvisti di midollo.
Sede: barba, ascelle, pube, tronco

CICLO DEL PELO

Fase ANAGEN

FASE DI CRESCITA DEL PELO.

- **Determinata geneticamente**
- **Influisce sulla lunghezza del pelo**
- **Velocità di crescita: 0,35 mm/die**
- **Variabile nelle diverse aree corporee**
 - **cuoio capelluto: 3-10 anni**
 - **tronco: 6 mesi**
- **Diminuisce con l'aumentare dell'età**

Fase CATAGEN

FASE DI INVOLUZIONE DEL PELO

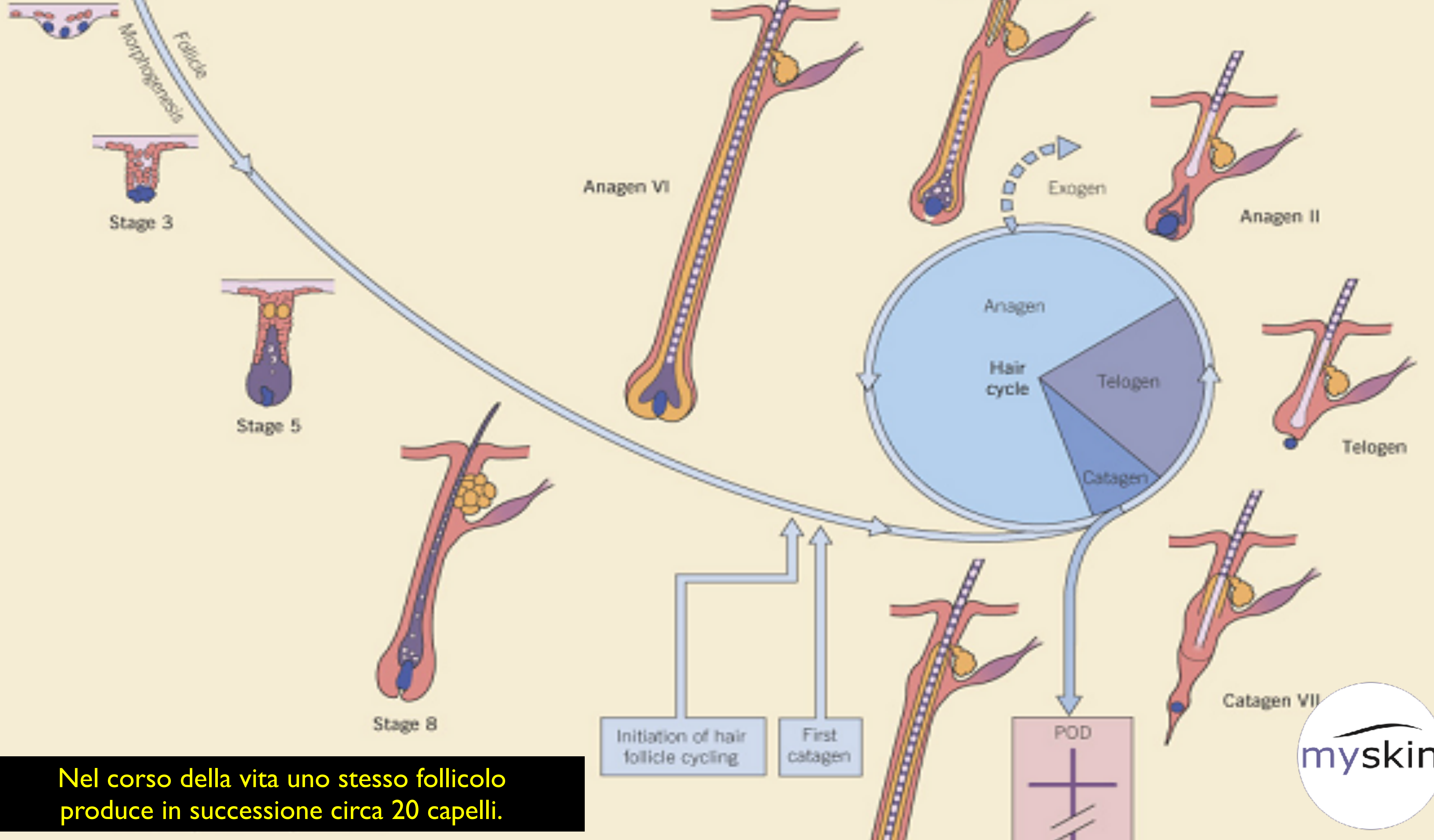
- **Fase transitoria**
- **Breve durata (7-21 giorni)**
- **Arresto dell'attività mitotica**

Fase TELOGEN

FASE DI RIPOSO e CADUTA

- **Cuoio capelluto: 3 mesi**
- **Arti inferiori: durata maggiore**





Nel corso della vita uno stesso follicolo produce in successione circa 20 capelli.



CURIOSITA'



- **Il corpo umano dispone di 5 MILIONI DI FOLLICOLI PILIFERI**
- **100.000-150.000 sono localizzati al CUOIO CAPELLUTO**
- **ASSENZA SINCRONIZZAZIONE INTERFOLLICOLARE**
- **Perdita fisiologica/die: 30-100 elementi circa**



Esame clinico del capello:

- Alterazione del colore
- Alterazione della struttura
- Alterazione della densità della capigliatura

Esame strumentali

MALATTIE NON INDUCENTI ALOPECIA

Anomalie del colore

- Poliosi
- Canizie
- Capelli verdi
- Capelli giallastri-rossastri

Displasie pilari

- Piliannulati o pseudo-annulati
- Capelli lanosi
- Capelli impettinabili

ALOPECIE E IPOTRICOSI DELLA PRIMA INFANZIA

Senza displasie pilari

- Alopecie o ipotricosi isolate circoscritte, congenite o perinatali
- Ipotricosi diffusa
- Sinfromi polimalformative

Con Displasie pilari

- Ipotricosi isolata
- Sindromi polimalformative

ALOPECIE ACQUISITE

Non cicatriziali

- Circoscritte
- Diffuse

Cicatriziali

- Infiammatorie
- Pustolose
- Non infiammatorie



ALBINISMO

Deficit della melanogenesi per
un'alterazione

quantitativa e/o qualitativa dei
melanociti





PIEBALDISMO

Deficit CIRCOSCRITTO della melanogenesi.



IRPERTRICOSI

AUMENTO dei peli corporei
in seguito a trasformazione dei
peli vello in peli scuri terminali



IRSUTISMO

SVILUPPO di peli di tipo maschile (peli terminali) in donne o bambini



TELOGEN EFFLUVIUM

Caduta diffusa di capelli in fase telogen, dovuta ad un interferenza nel ciclo del pelo.

Cause:

Infezioni, farmaci, post-partum, carenza di ferro, carenze nutrizionali (zinco, ac. grassi, biotina), stress acuto, tireopatie



TELOGEN
EFFLUVIUM
POST FEBBRILE



ALOPECIA DA TRAZIONE

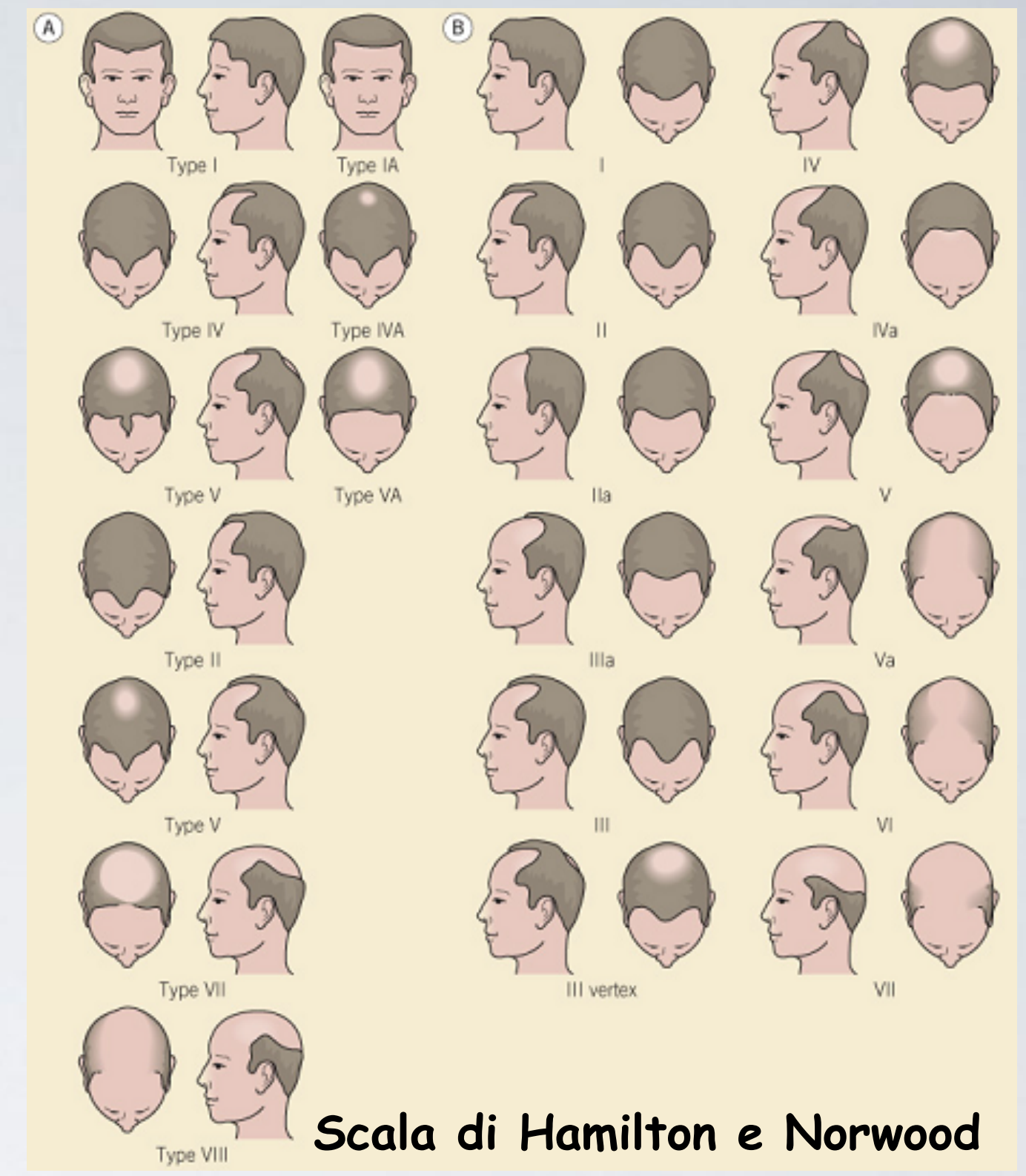




ALOPECIA TRAUMATICA

ALOPECIA ANDROGENICA

Perdita di capelli androgeno-dipendente
Interessa il 50% circa degli uomini
Causa: predisposizione genetica



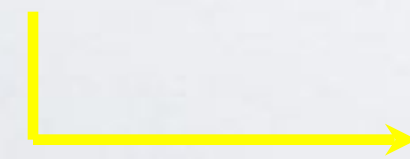
androgeni



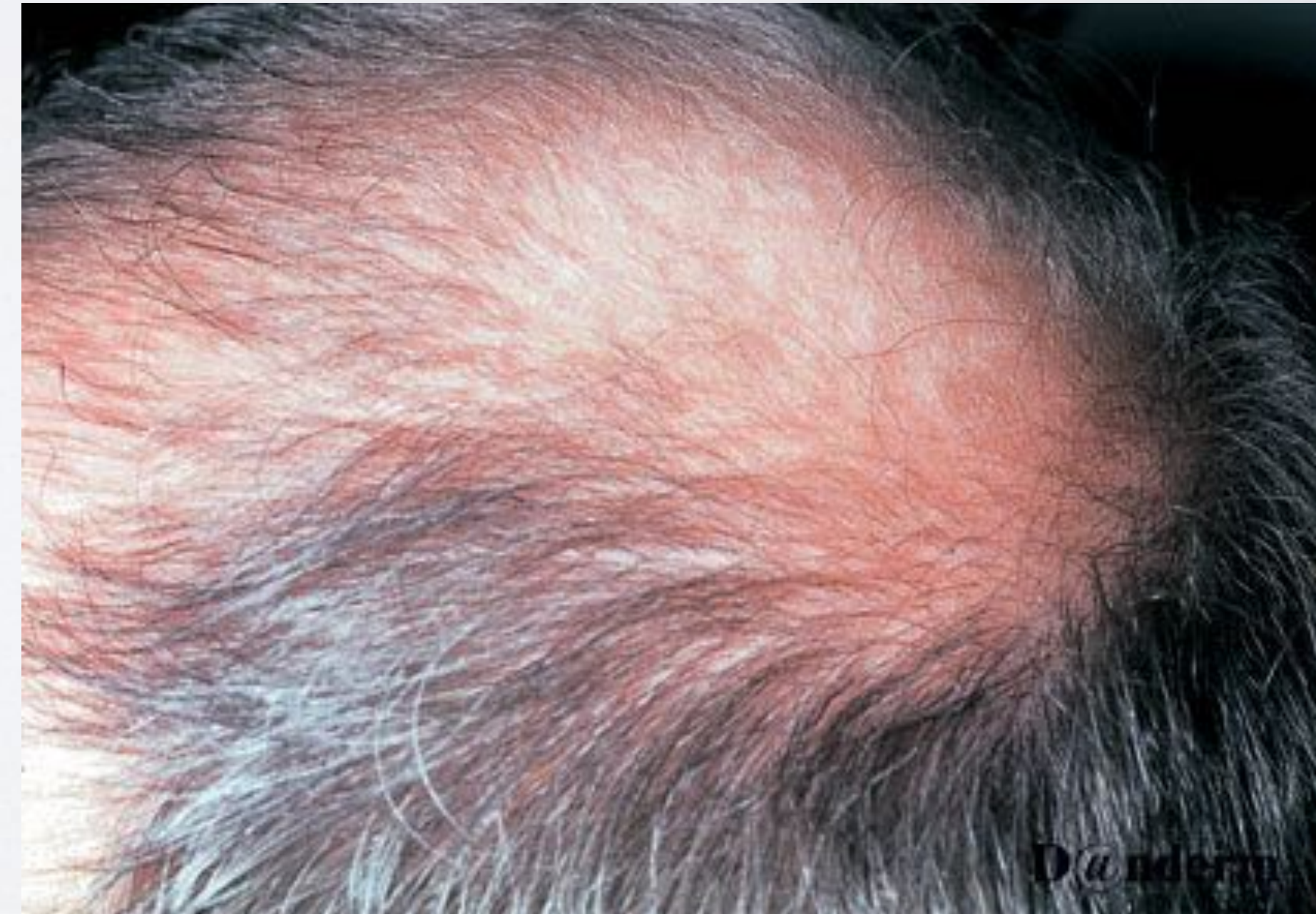
5 α reduttasi



diidrotosterone



↓ Fase anagen



ALOPECIA ANDROGENICA DELLA DONNA

Perdita di capelli androgeno-dipendente
Interessa il 30% circa delle donne
Causa: predisposizione genetica



TRICOTILLOMANIA

Forma minore di automutilazione dovuta a comportamenti ossessivo-compulsivi

Bambini:

tic benigno (raramente di associa a patologia psichiatrica)

Adolescenti-adulti:

autoaggressione nevrotica



**Diradamento monolaterale dei capelli
che sono spezzati a vari livelli**



FOLLICOLITE DECALVANTE DI QUINQUAUD

1888: (Quinquaud) descrizione clinica

Follicolite cronica (Stafilococco aureo?)

Terapia: antibiotici locali e sistemici



LICHEN PLANUS PILARE

Dermatite infiammatoria

E.l.: infiltrato a banda di linfociti

Ipotesi:

reazione autoimmunitaria vs l'epidermide



ALOPECIA AREATA

60% dei casi si manifesta prima dei 20 anni di età

17/100.000 abitanti

Causa:

malattia autoimmune che riconosce una predisposizione genetica e una componente psicogena

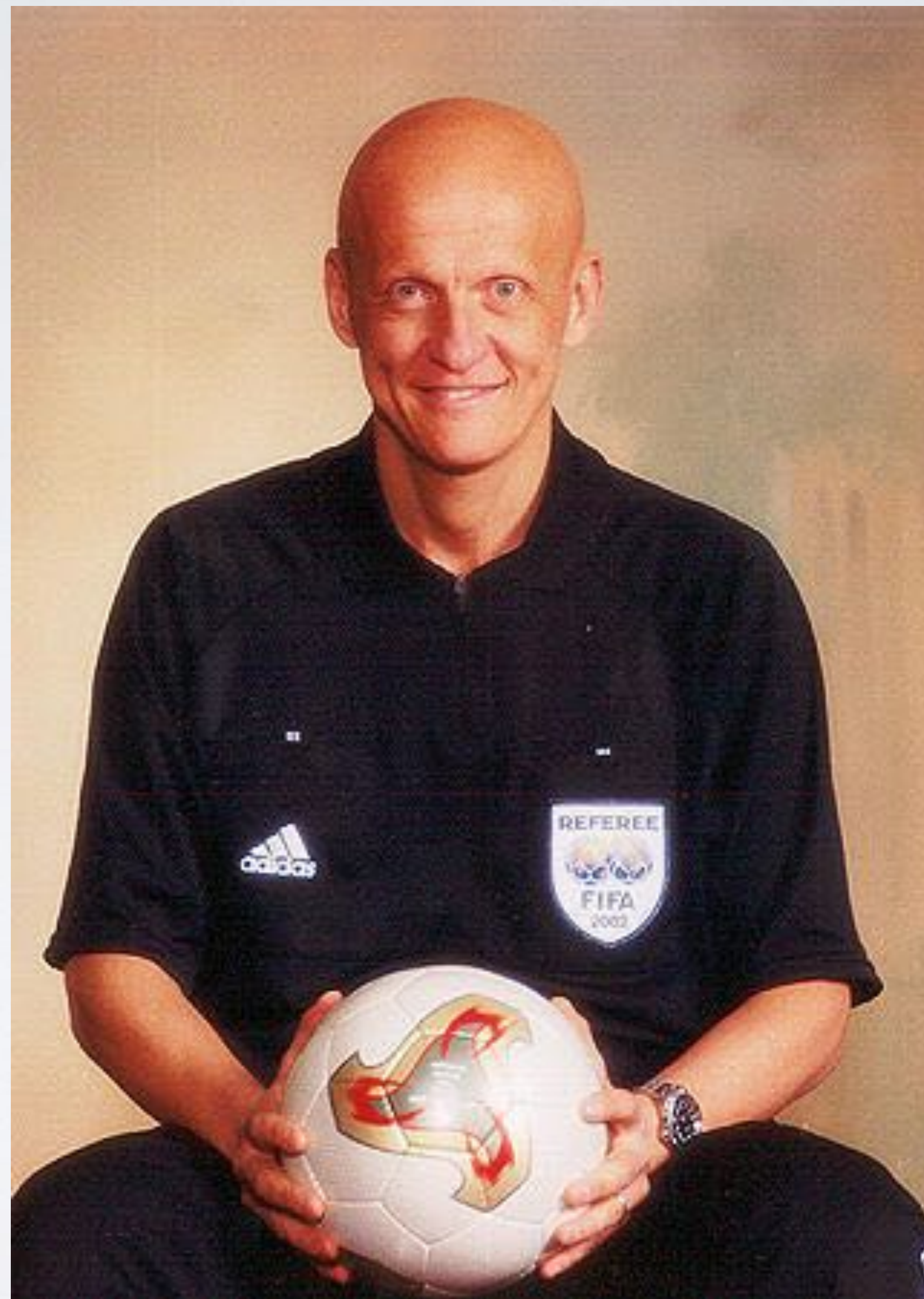


ALOPECIA AREATA



ALOPECIA AREATA UNIVERSALE

(5% DEI CASI)



ALOPECIA AREATA

Forma rara

Il paziente incanutisce

“in una sola notte”

Tommaso Moro, Maria Antonietta



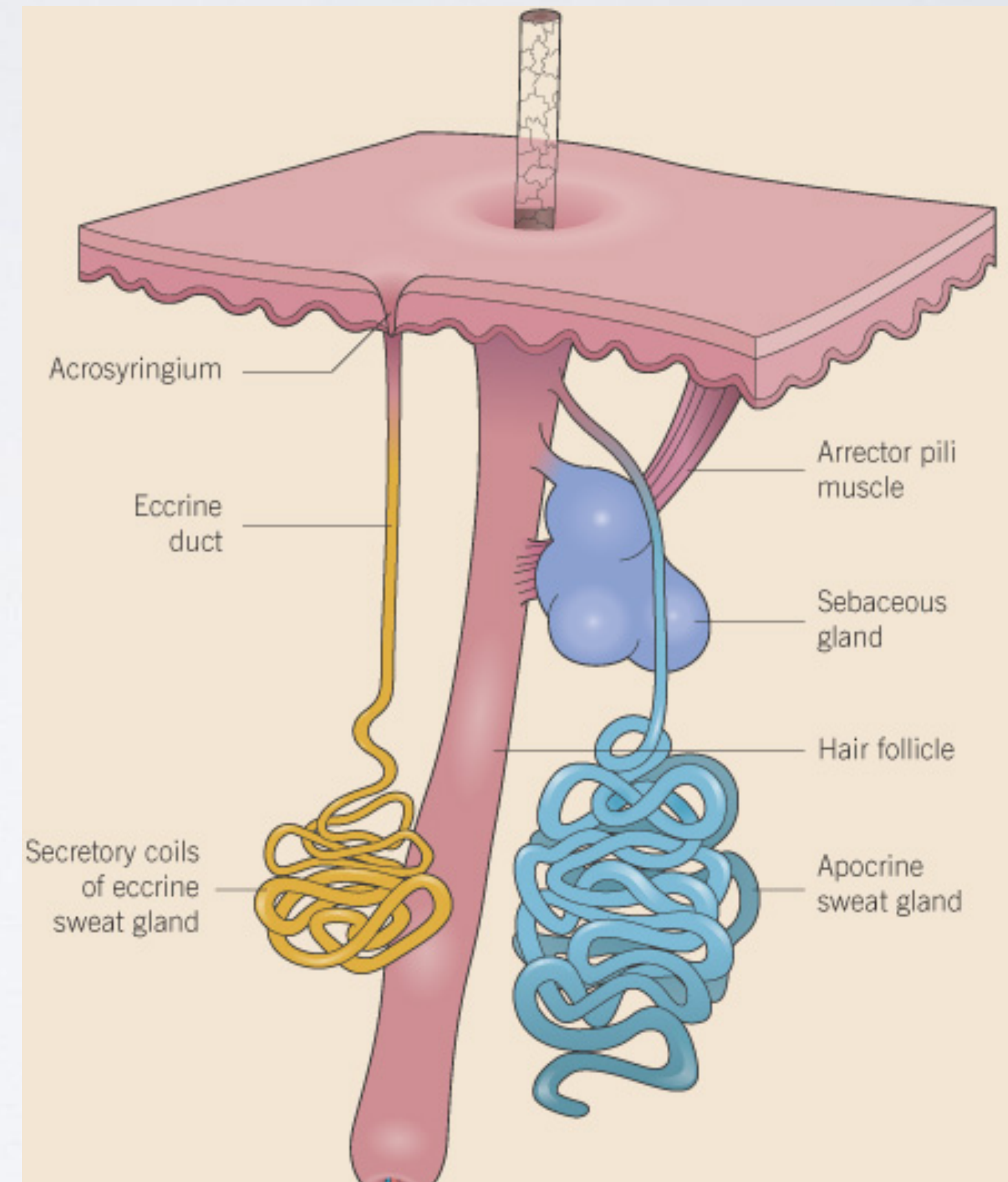
La GHIANDOLA SUPORIPARA

- **Apparato pilo-sebaceo**

- pelo
- follicolo
- muscolo erettore del pelo
- ghiandola sebacea

- **Ghiandola Sudoripara**

- ghiandola sudoripara eccrina
- ghiandola sudoripara apocrifa



LA GHIANDOLA SUDORIPARA APOCRINA

- Definizione:

ghiandola tubolare semplice glomerulare.

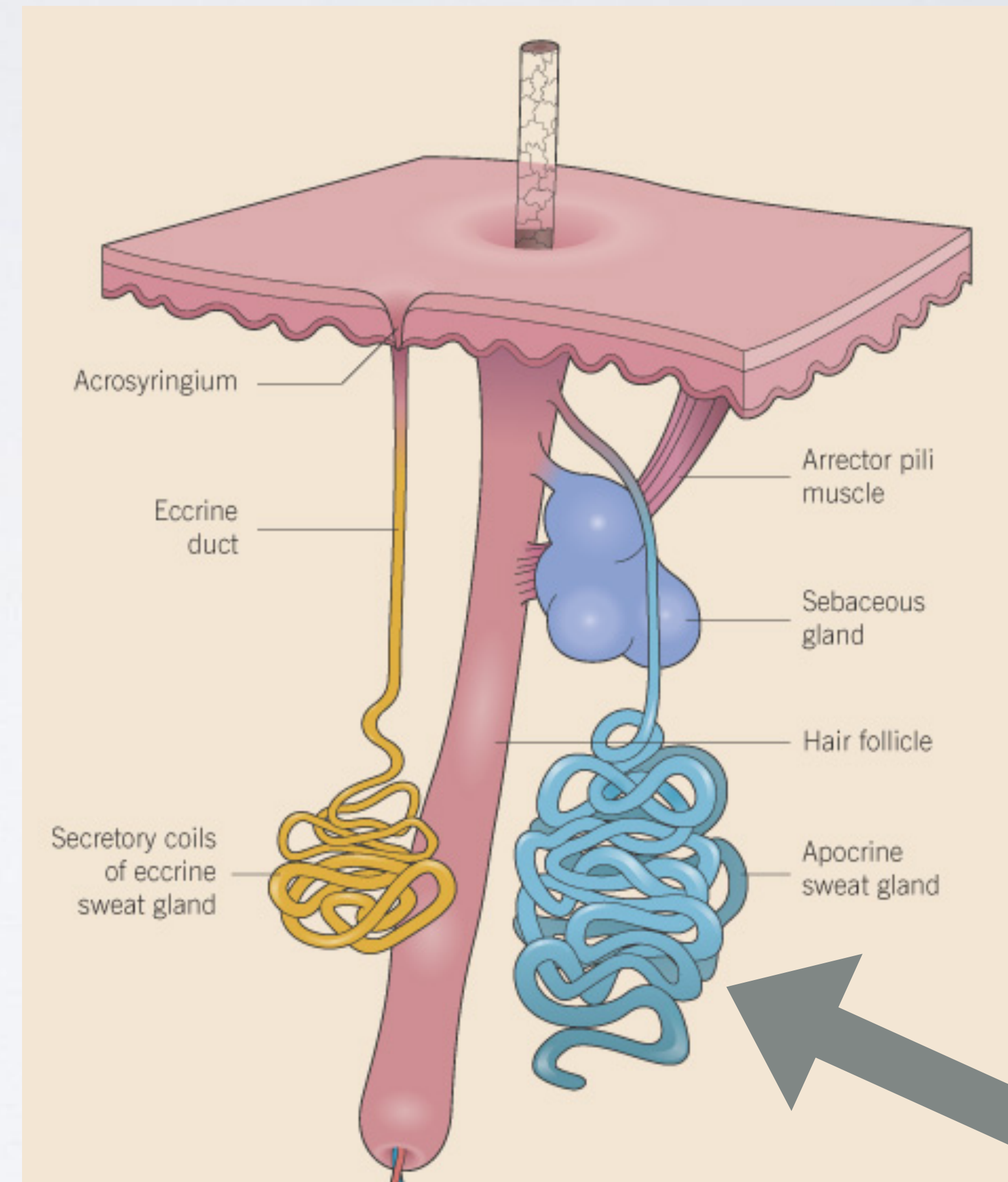
- Sede:

Ascella, areola mammaria, regione periombelicale, genitali, palpebre, condotto uditivo esterno

- Struttura:

dotto escretore

porzione secretoria



LA GHIANDOLA SUDORIPARA APOCRINA

- Secrezione apocrina

avviene per decapitazione apicale della cellula sudoripara; secrezione che avviene a partire dalla pubertà ed è influenzata da fattori ormonali ed emotivi

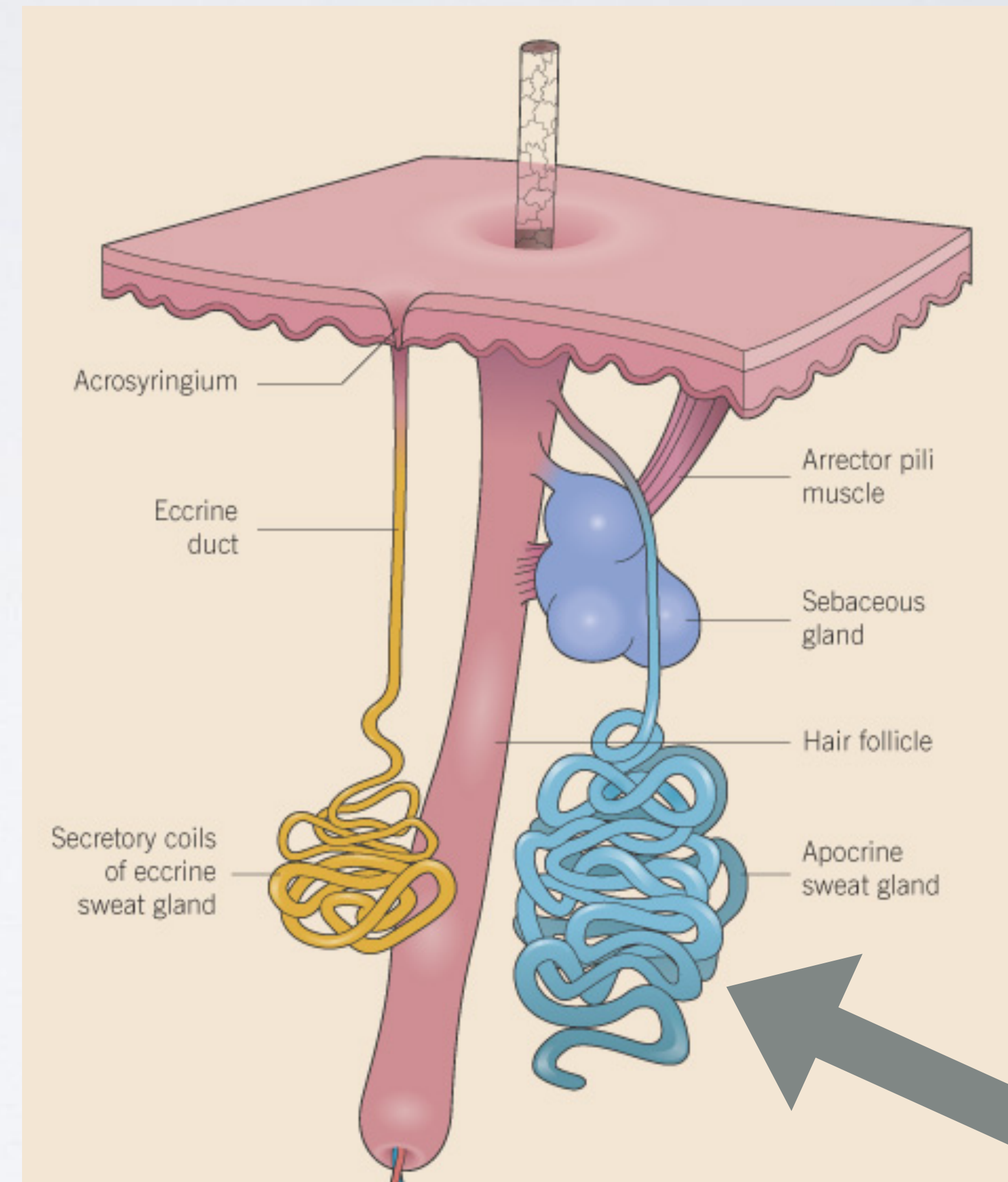
- Composizione del sudore:

materiale viscido lattescente costituito da sostanze proteiche, lipidiche, zuccheri, Ferro e Acqua.

Il sudore una volta in superficie viene decomposto ad opera della flora residente e solo in questo momento acquisisce il tipico odore caratteristico

- Funzione del secreto

azione ferormoni-like



LA GHIANDOLA SUDORIPARA ECCRINA

- Definizione:

ghiandola tubolare semplice glomerulare.

- Sede:

ubiquitaria tranne che alla giunzione muco-cutanea. Presente in numero variabile a seconda della sede.

Pianta del piede: 640/cm²

Dorso 65/cm²

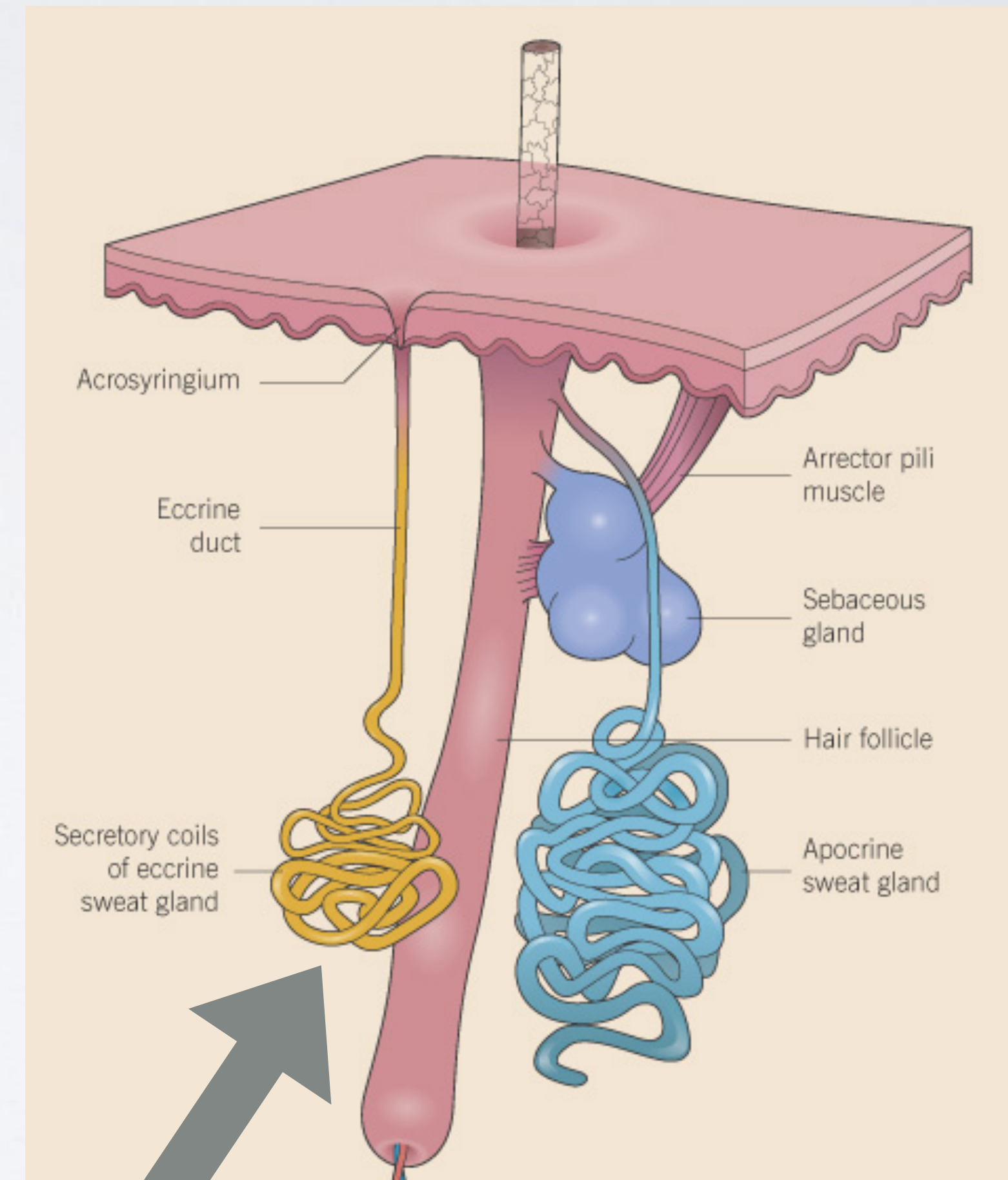
- Struttura:

dotto escretore

porzione intradermica (acrosiringio)

porzione intradermica

porzione secretoria



IL SUDORE CECCHINO

- liquido protonico

- Composizione

Acqua (98-99%) a pH 5-7,5

Ioni inorganici > NaCl, Potassio, ...

Lattato

Urea

Ammoniaca

...

- Fisiologia

Aiuta la dispersione del calore tramite la

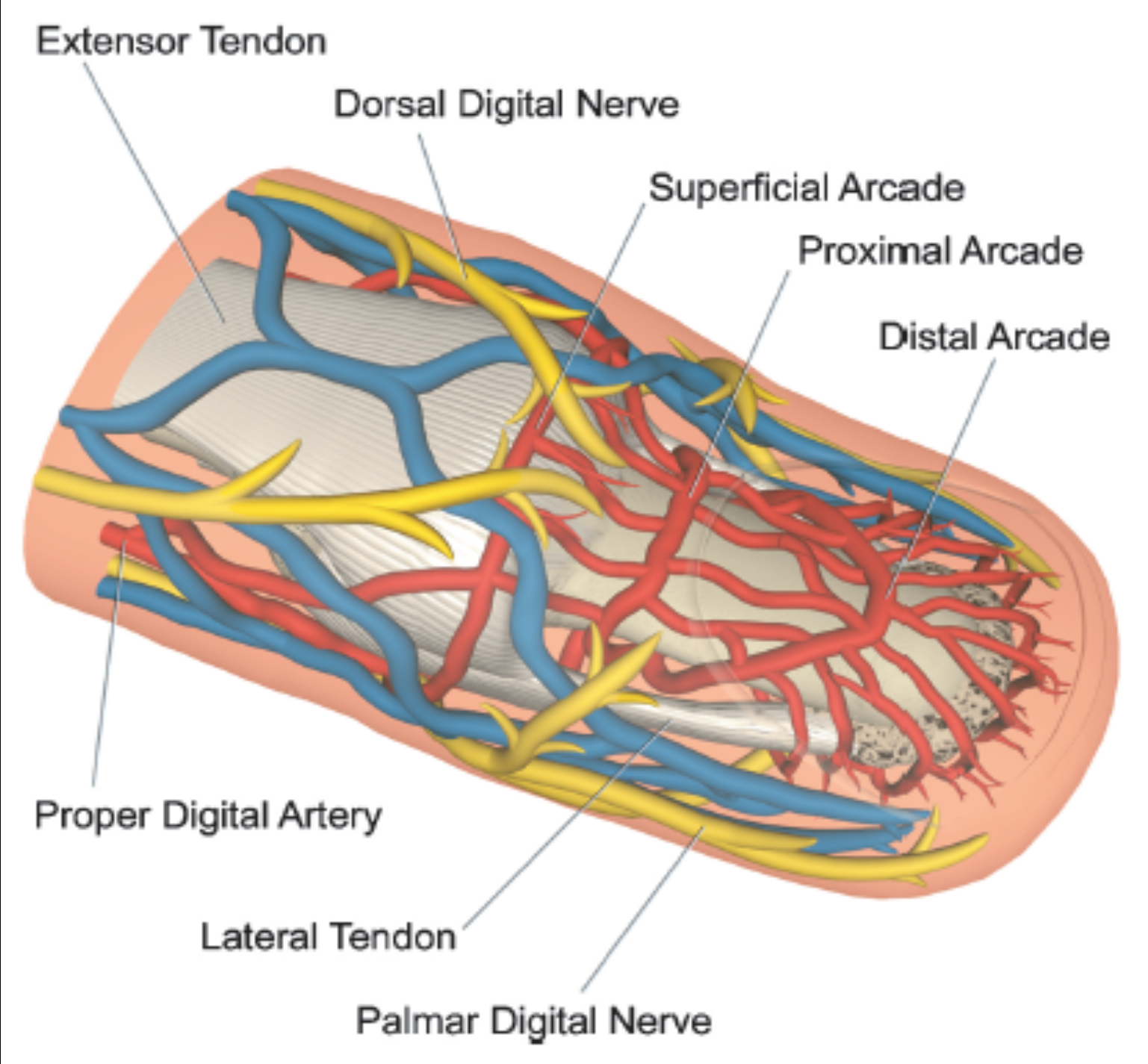
- **Perspiratio insensibilis 30 ml/h**
- **Perspiratio sensibilis 2-3 l/h**
- **Ventilazione e umidità**





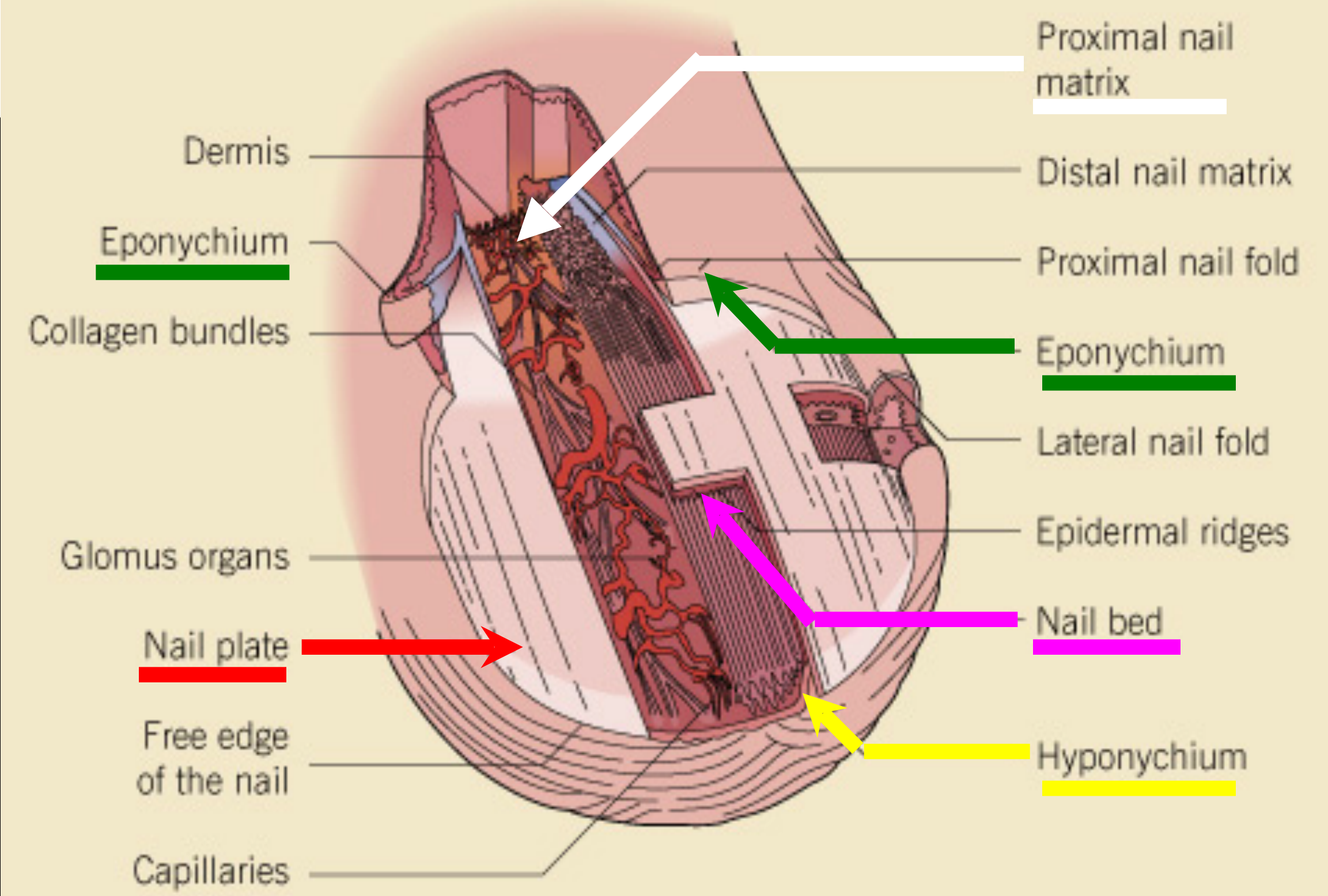
L'APPARATO UNGUEALE

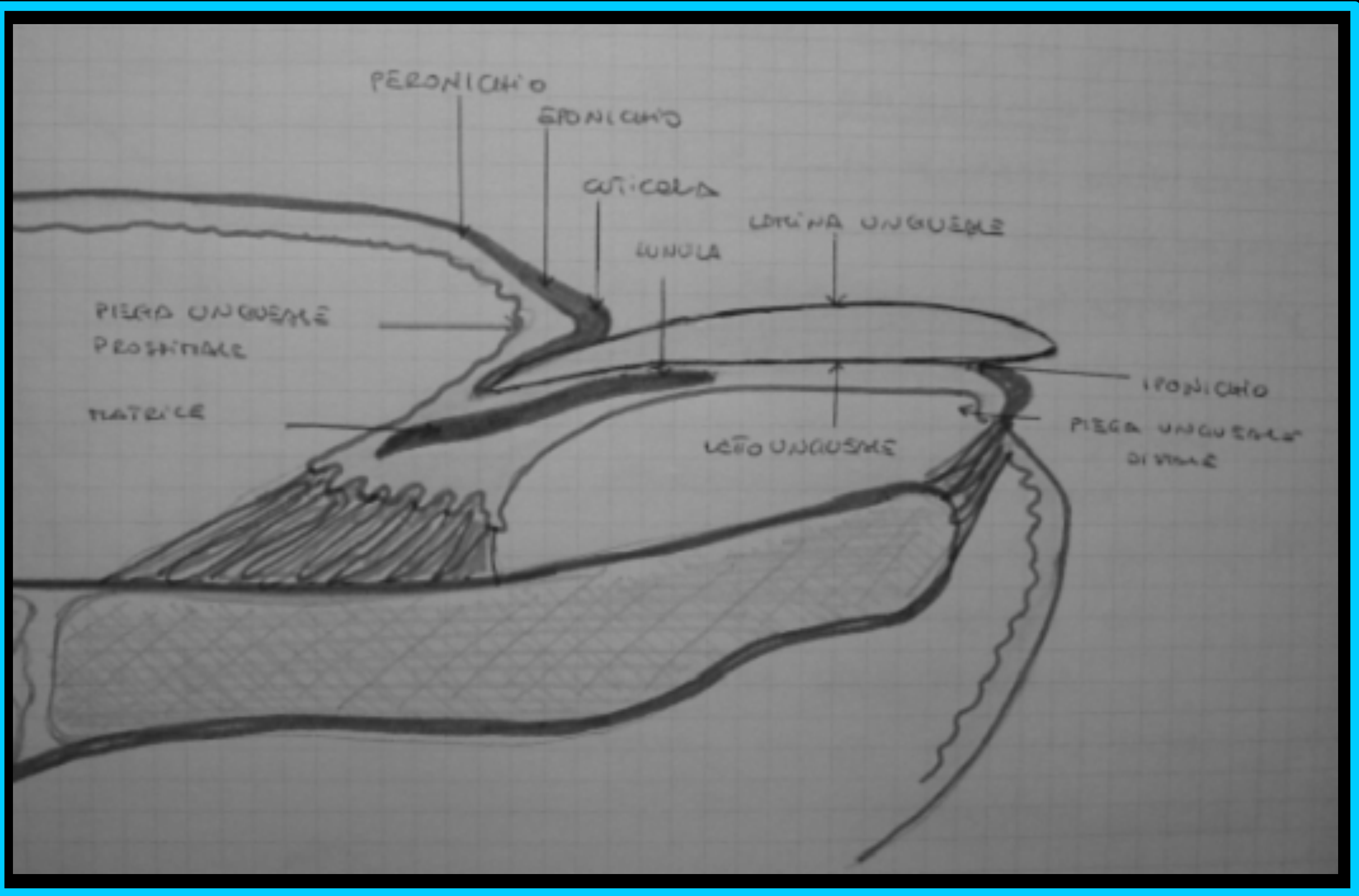


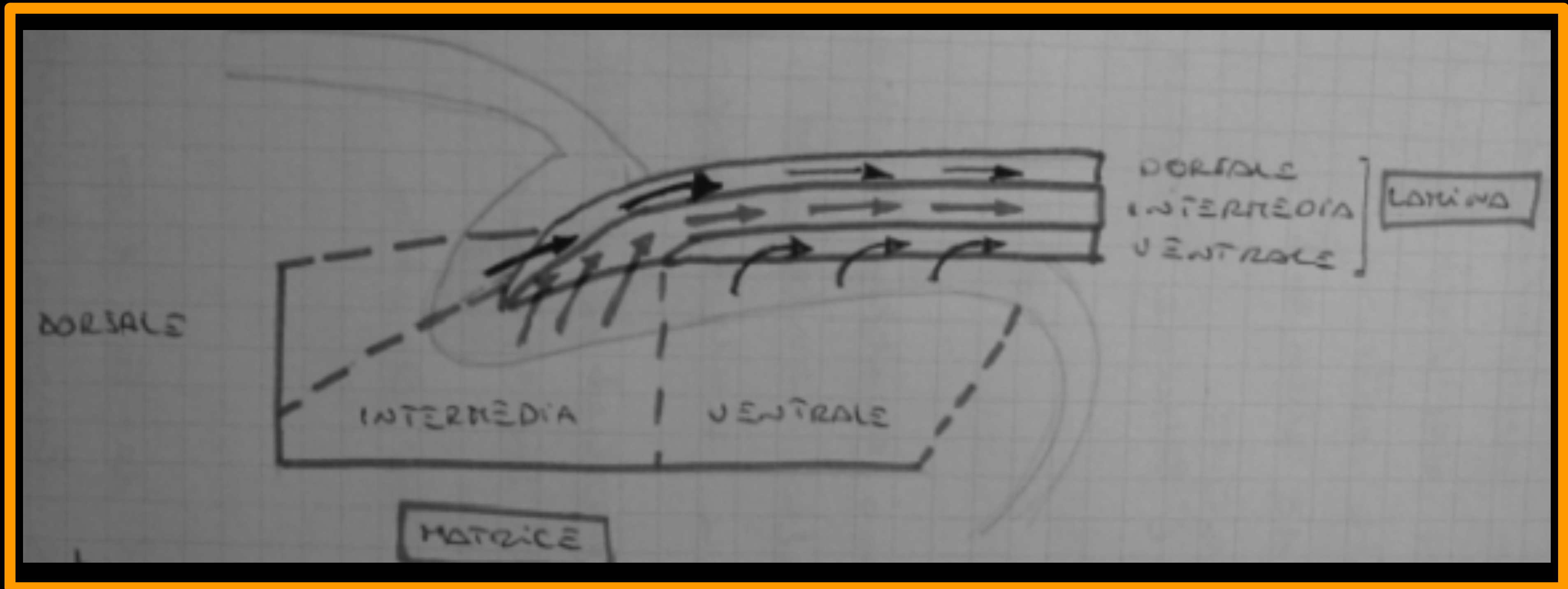


Lamina ungueale
Tessuti circostanti

Matrice ungueale
Letto ungueale
Eponichio
Iponichio







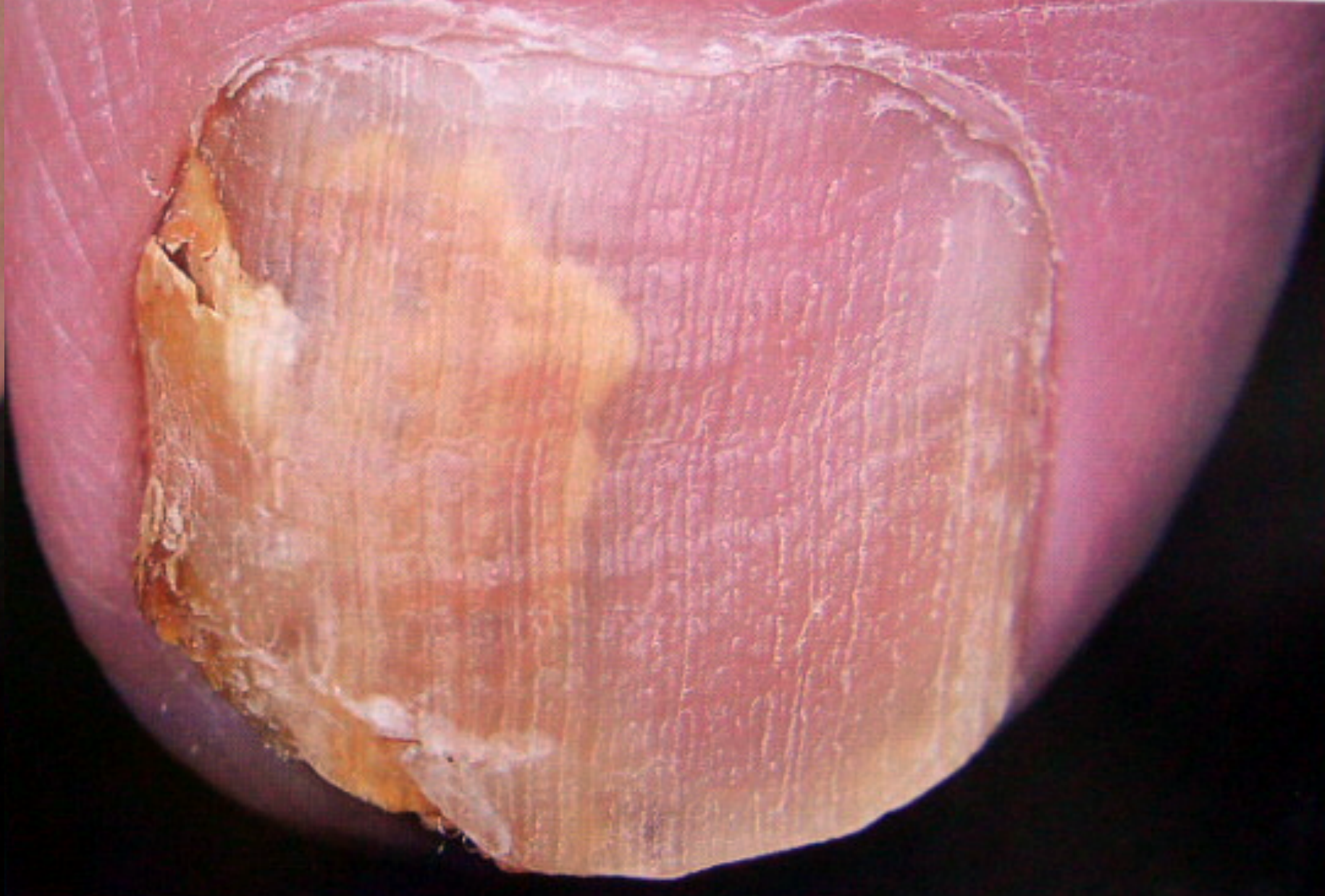
LAMINA UNGUEALE (Spessore: 0,5-0,75 mm):

18% acqua

5% lipidi

cheratine

oligoelementi (ferro, calcio, zinco)



Onychomicosi



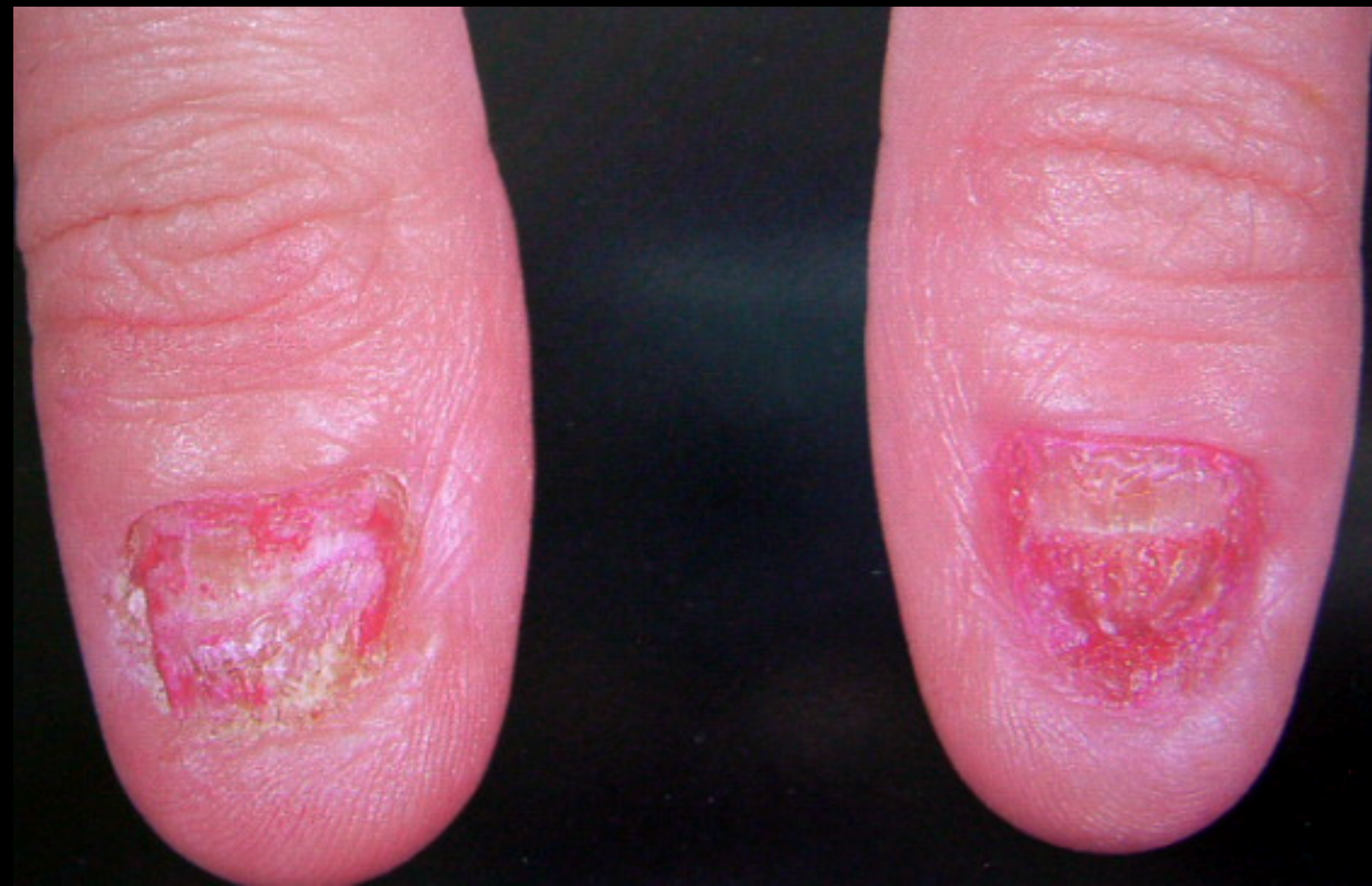
Onicomicosi e Diabete





Candidosi cutanea

**Candidosi cutanea
e
Ipotiroidismo**





Unghia “en raquette” (Brachionichia)

Insufficiente sviluppo della falange distale del primo dito della mano.

La falange si presenta più corta e più larga del normale, per cui anche l'unghia mostra alterazioni simili.

Eziologia sconosciuta.

TRASMISSIONE AUTOSOMICA DOMINANTE





Micronichia

Unghia parzialmente o totalmente assente

Sindrome dell'unghia patella

(sinonimi: Onico-Osteodisplasia, Sindrome di Turner-Kieser)



Unghie e rotule (patelle) parzialmente o totalmente assenti. Anomalie a livello dell'articolazione del gomito e delle creste iliache.

TRASMISIONE AUTOSOMICA DOMINANTE.



Coilonichia



Deformazione dell'unghia, i cui margini sono sollevati e la rendono concava nella parte centrale, facendola somigliare ad un cucchiaio
Fisiologica nei bambini.

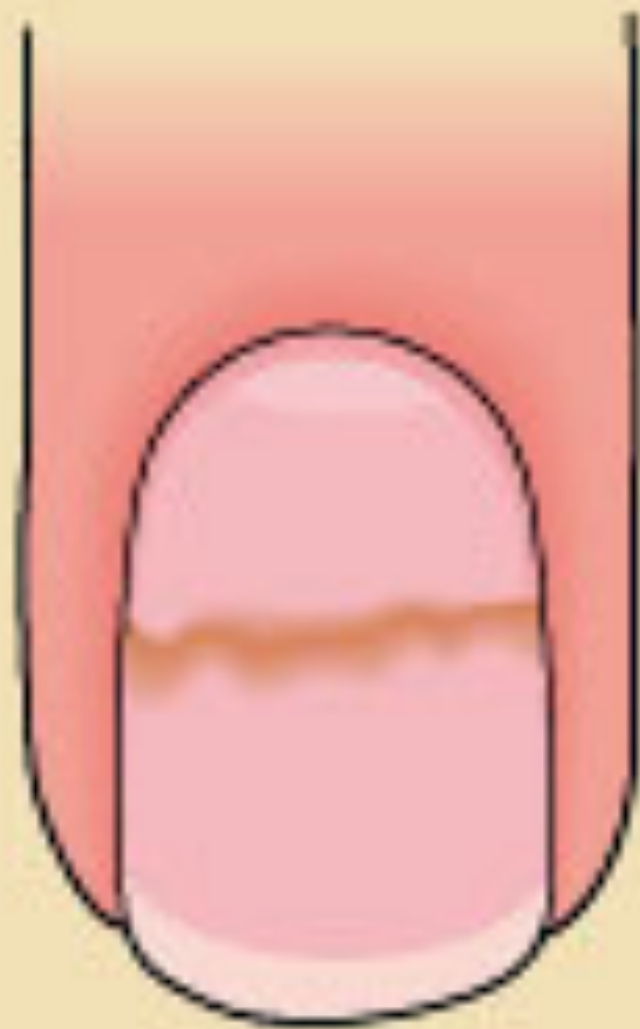
Cause:

DIMINUIZIONE DELLA CRESCITA DELLA MATRICE PROSSIMALE
ANEMIA SIDEROPENICA

Koilonychia



Beau's lines

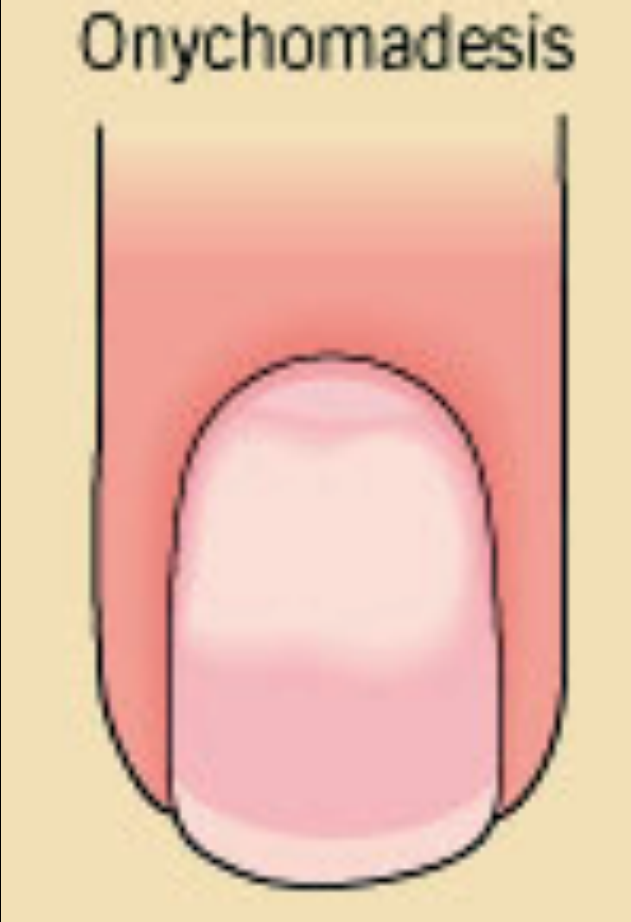


Linee di Beau (solcature trasversali)

Manifestazione di origine traumatica, oppure
conseguenti a malattia febbrile insorta
bruscamente.

**RIDOTTA ATTIVITA' MITOTICA DELLA
MATRICE PROSSIMALE.**





Onychomadesis

Onicomadesi



psoriasi



Scollamento a tutto spessore dell'unghia a partenza prossimale, con conseguente caduta dell'annesso.

INTERRUZIONE TEMPORANEA
DELL'ATTIVITA' MITOTICA DI TUTTA LA
MATRICE PROSSIMALE.

Onicolisi

Scollamento dell'unghia dal letto ungueale, a inizio distale-laterale.





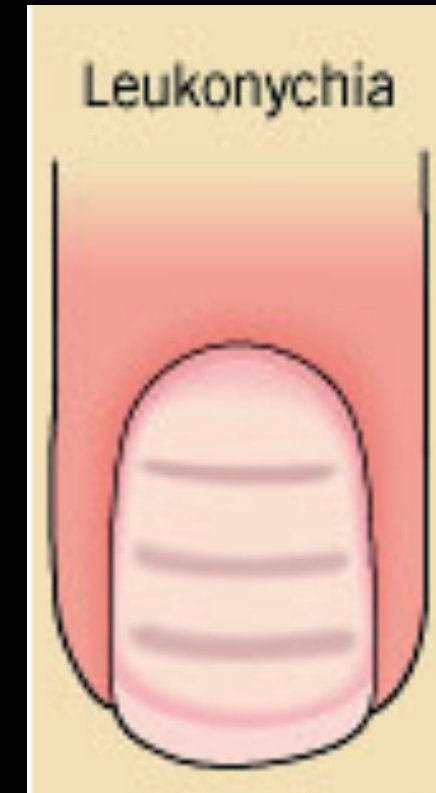
Onychoschizia



Onicoschisi (Onicoschizia)

Sdoppiamento distale della lamina ungueale.





Leuconichia (unghia di Bean)

Bande larghe biancastre orizzontali che compaiono sulla lamina ungueale per ipoalbuminemia



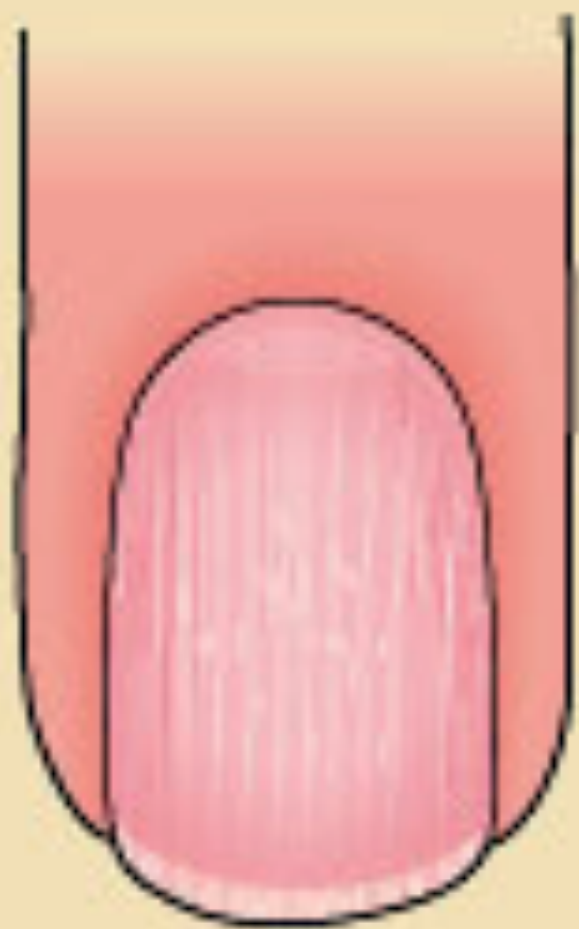
Leuconichia (unghia di Terry)



CIRROSI EPATICA?
MALATTIE RENALI?



Trachonychia



Trachionichia

Unghia rugosa, “smerigliata”, come abrasata da un “getto di sabbia”.



Onychorrhexis

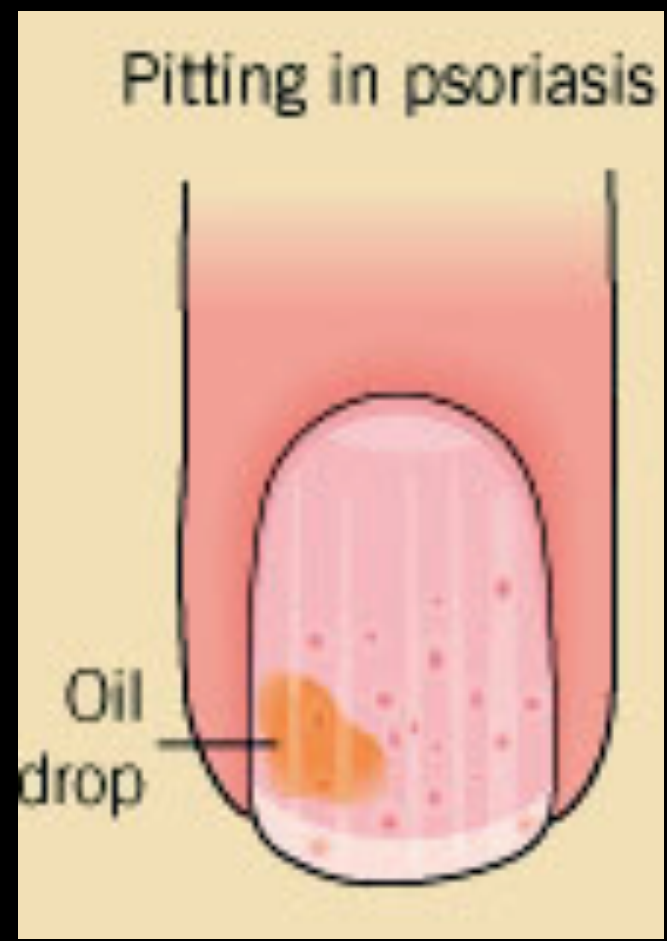


Onicoressi

Fragilità delle unghie, associata a una serie di piccoli solchi longitudinali e paralleli “scavati” nella parte superficiale della lamina come se l’unghia fosse stata rigata con un punteruolo. Spesso è presente una fissurazione del bordo libero.

ARRESTO LOCALIZZATO DI CRESCITA
DELL'UNGHIA

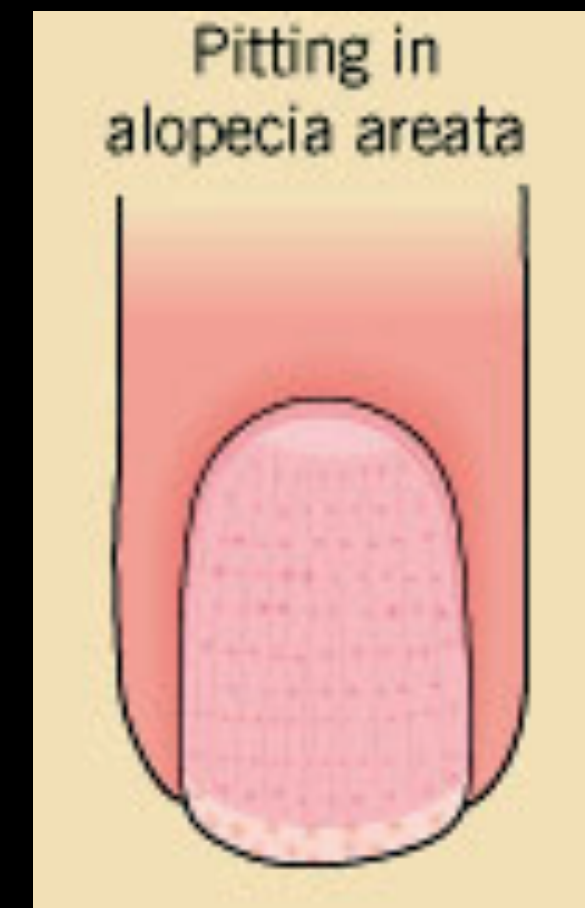


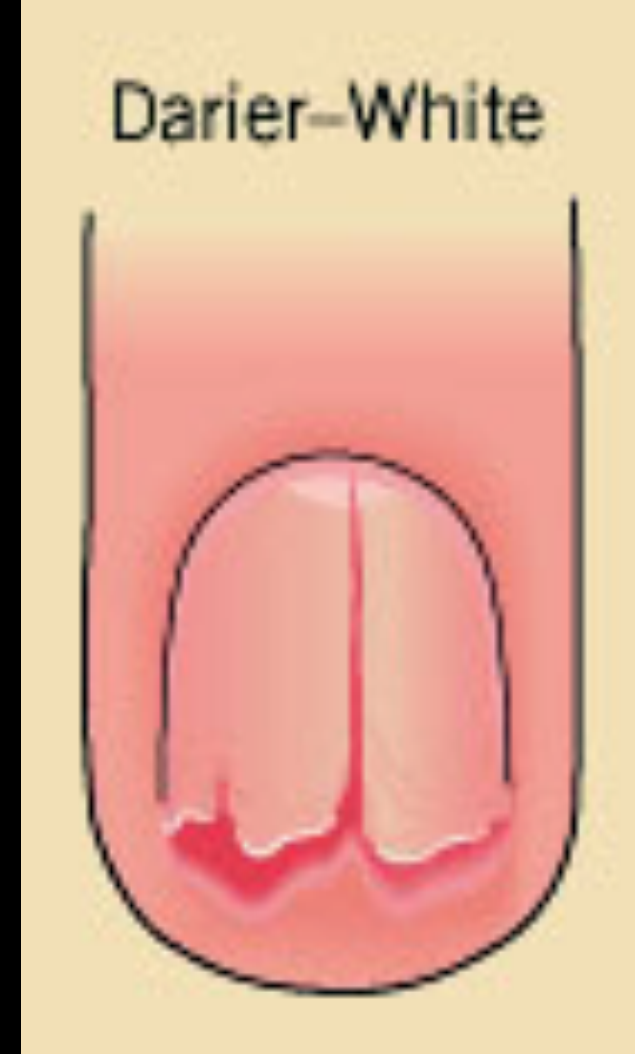


Pitting

Depressioni cupoliformi dell'unghia.

ALTERATO PROCESSO DI
CHERATINIZZAZIONE DELLA LAMINA
UNGUEALE





Morbo di Darier-White

Unghie:

sottili, fragili

incisure longitudinali del margine distale

fissurazioni del margine distale

linee eritematose e bianche alternate.



Distrofia ungueale mediana canaliforme di Heller

Alterazione transitoria, recidivante,
caratterizzata da una fenditura
longitudinale dell'unghia a partire dalla
cuticola.

A volte può assumere un aspetto simile ai
rami di un abete.

Eziologia sconosciuta.





Onicotillomania

Lacerazione, strappamento delle unghie e/o dei tessuti circostanti.





Onychofagia





Onicocriptosi (Unghia incarnita)

Dolorosa penetrazione della lamina ungueale
in profondità nelle parti molli.

Unghia a pinza

Alterazione della curvatura delle unghie
del piede dovuta di solito a calzature strette.



Onicogrifosi (unghia dello stalliere)

Unghia ispessita, dura, discromica, che cresce lateralmente, tende a curvarsi.

Causa:

**TRAUMA CRONICO CHE
INTERFERISCE CON LA CRESCITA
DELL'UNGHIA.**





Paronychia (perionissi)

Inflammation della piega ungueale
prossimale e laterale.



**Patereccio
(giradito)**

Patereccio stafilococcico



Patereccio erpetico



Infezione acuta della piega prossimale dell'unghia, secondaria a microtraumi o come complicanza di una paronichia cronica.

**Pigmentazione
brunastra dell'unghia**



**Emorragia subungueale
da Methotrexate**



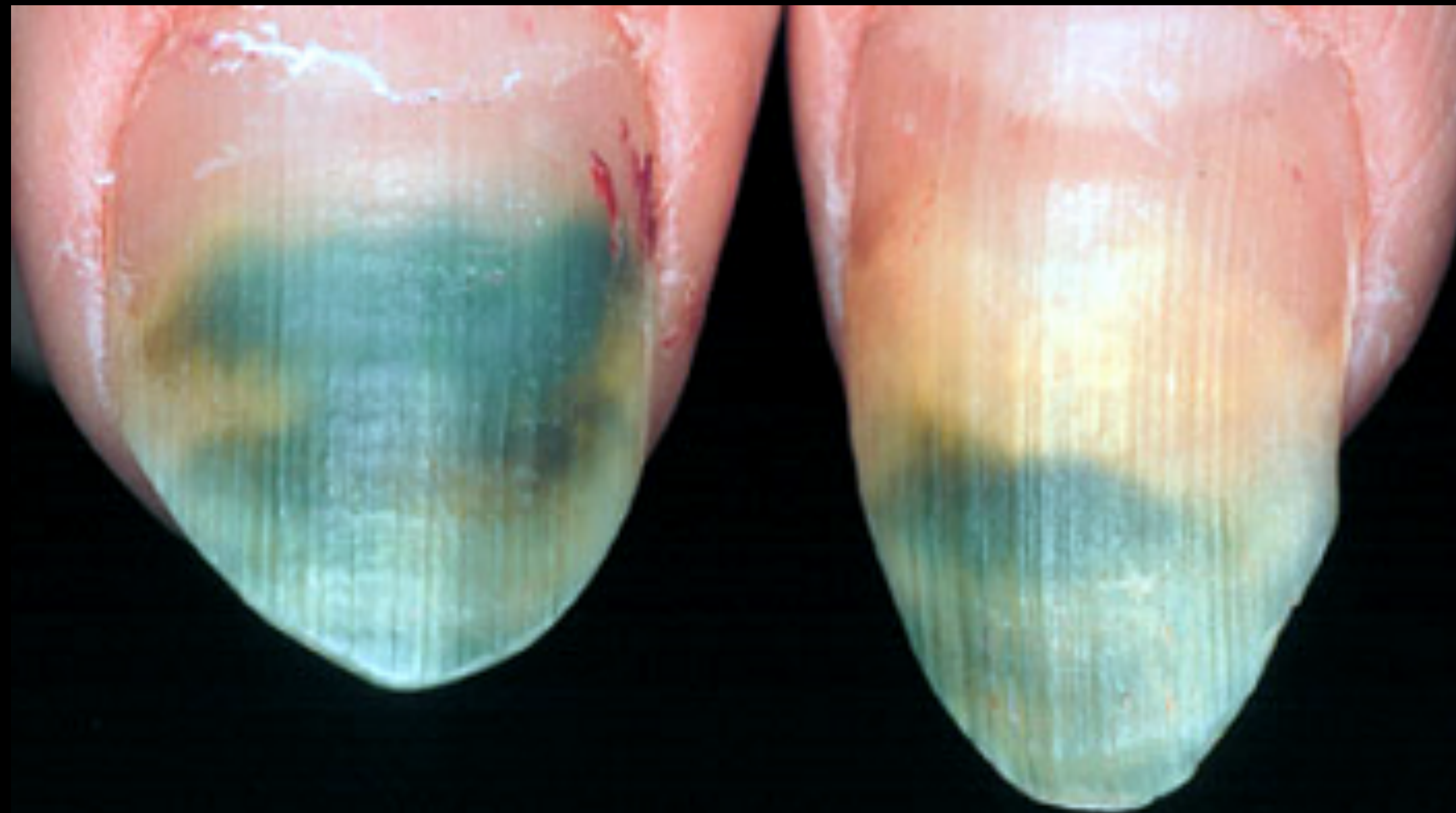
**Pigmentazione brunastra
dell'unghia da smalto**



Morbo di Addison

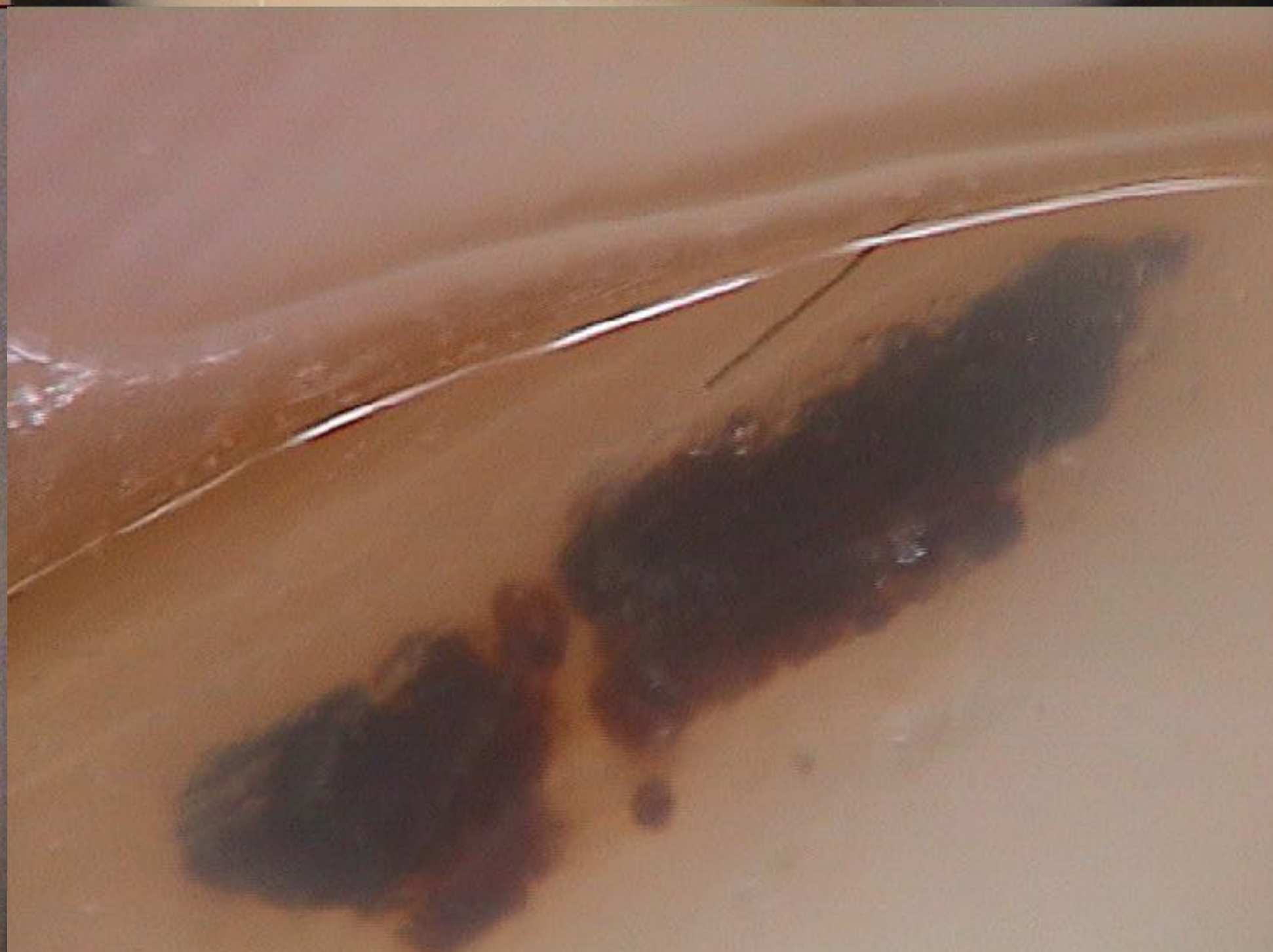


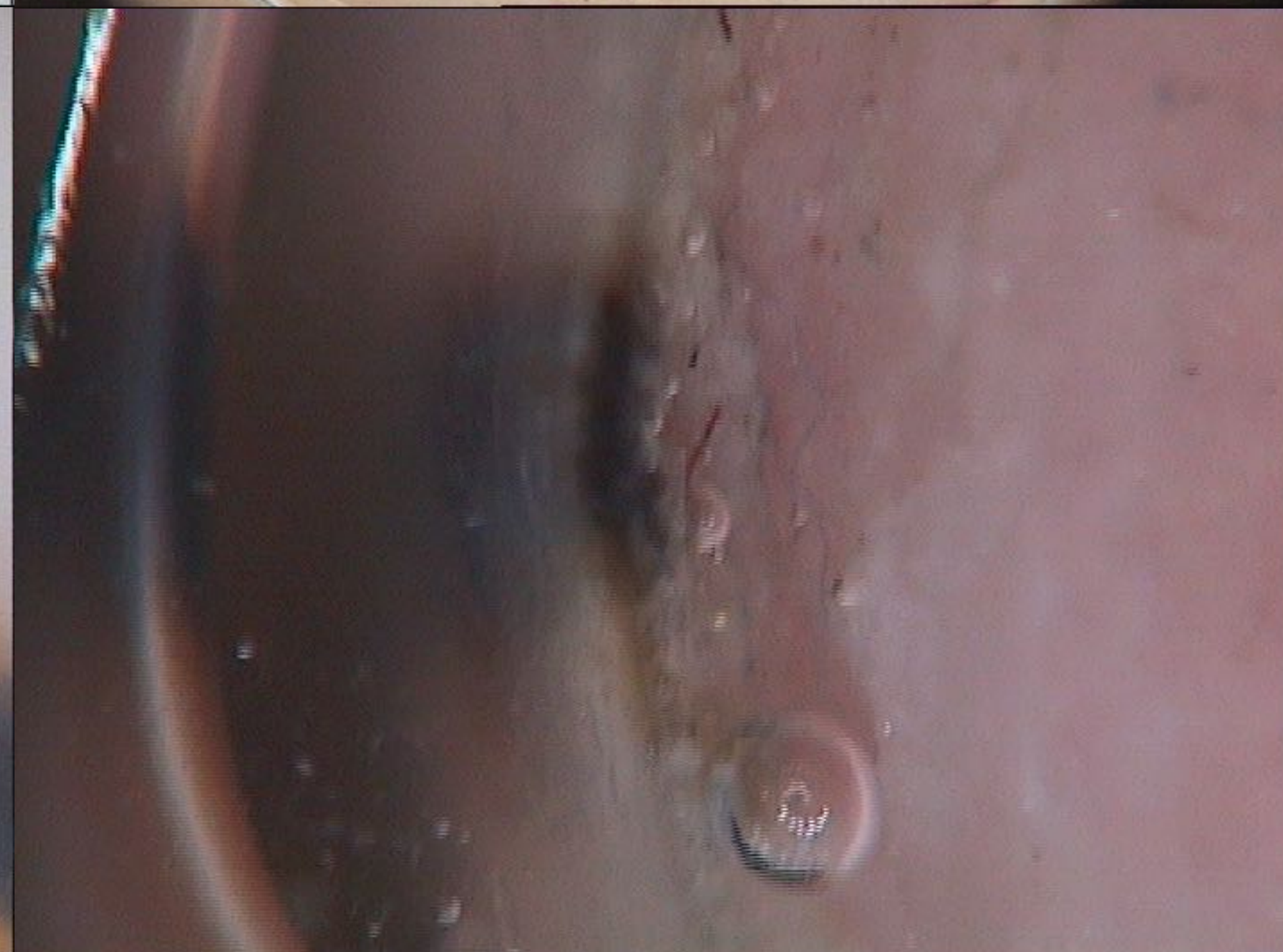
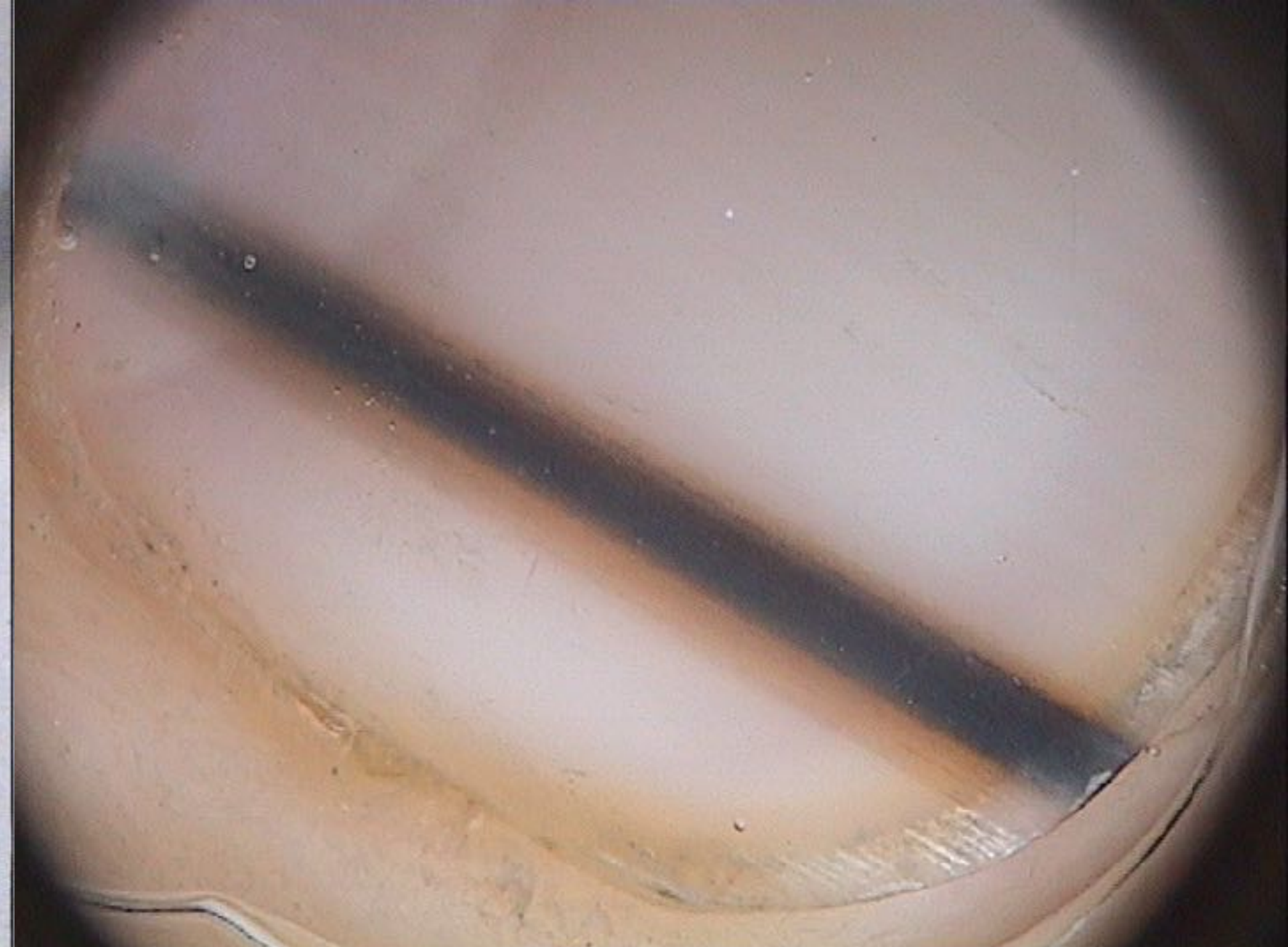
**Emorragia
sub-ungueale**



Infezione ungueale da Pseudomonas









Emorragie Sub-Ungueali ed Endocardite



Emorragie a scheggia
della cuticola

Manifestazioni ungueali della Dermatomiosite

Eritema periungueale

Alterazioni ungueali ed Eczema



Dac da Acrilici





Sindrome delle unghie gialle

“Deficienza linfatica”

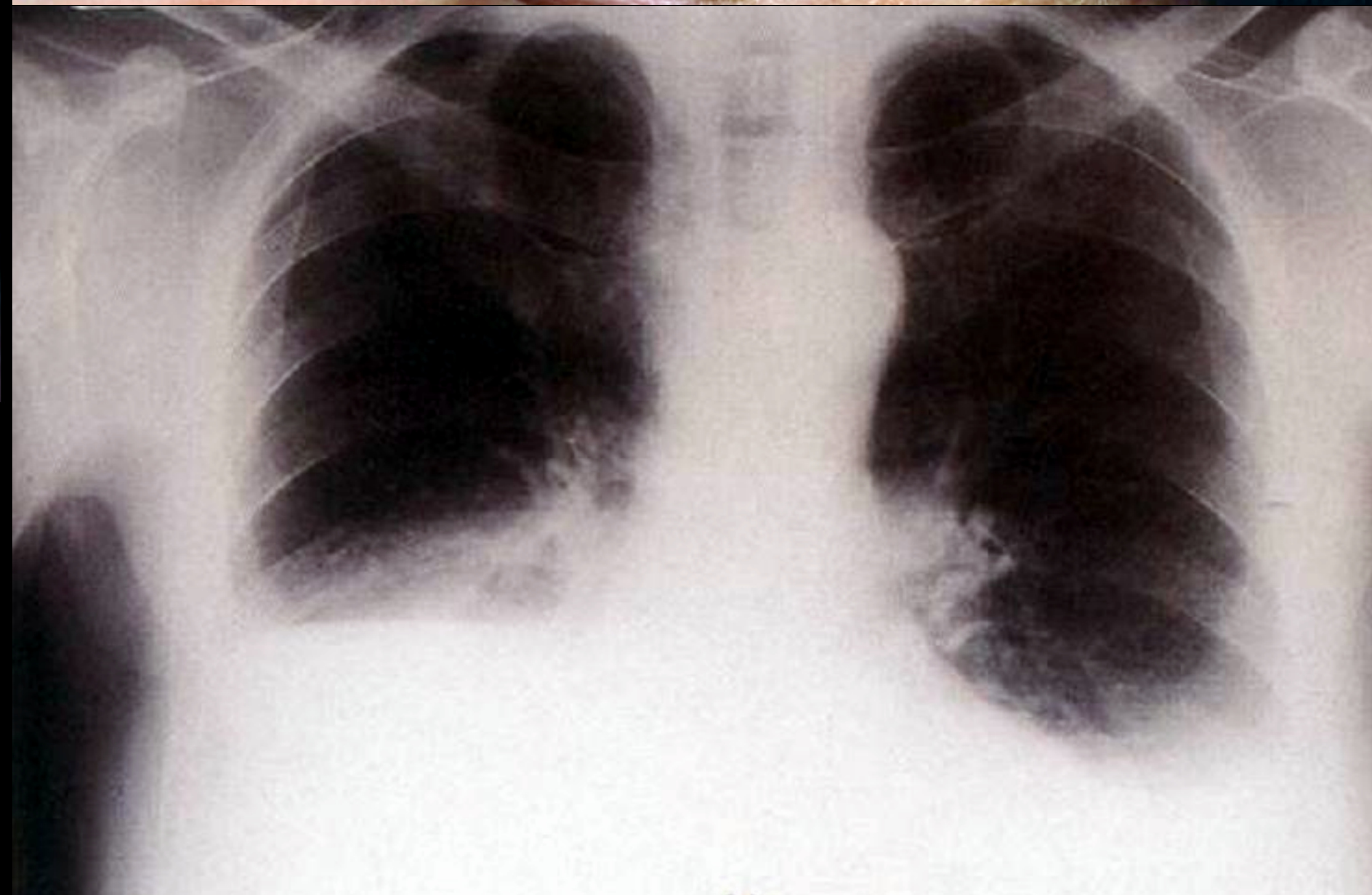
Patologia polmonare:

Versamento pleurico asintomatico

Bronchite cronica

Bronchiectasie

Carcinoma polmonare





Unghie a vetrino d'orologio (dita a bacchetta di tamburo)

Accentuazione della curvatura
dell'unghia.

Associazione:
PATOLOGIA POLMONARE
IPERTIROIDISMO



Lichen Ruber Planus



PTERYGIUM

Aderenza tra l'epidermide della piega ungueale posteriore e la lamina ungueale





**Carcinoma Squamocellulare
sub-ungueale**

Esostosi sub-ungueale



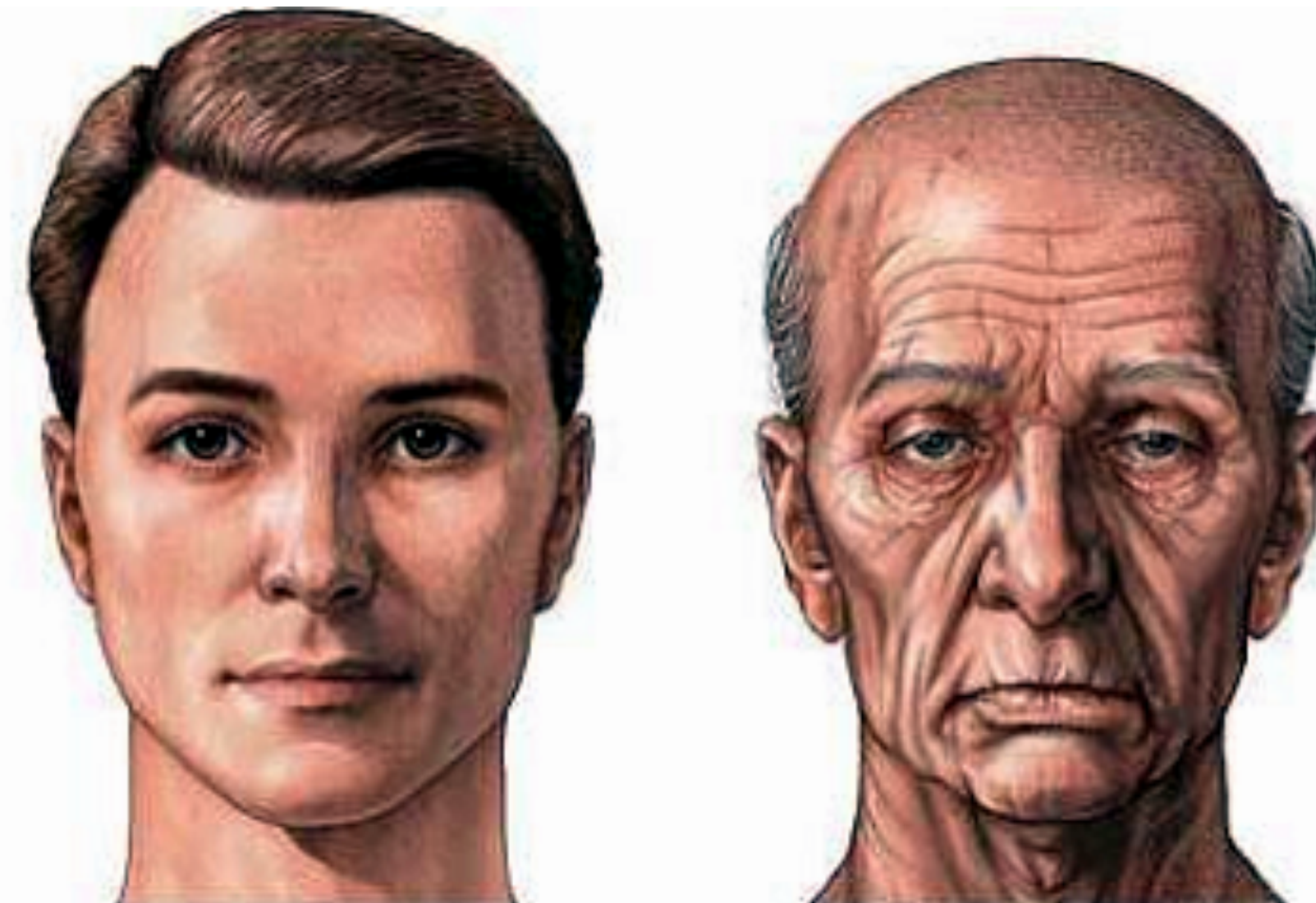
Melanoma sub-unguelae

INVECCHIAMENTO CUTANEO





Fenomeno biologico inevitabile



INVECCHIAMENTO CUTANEO

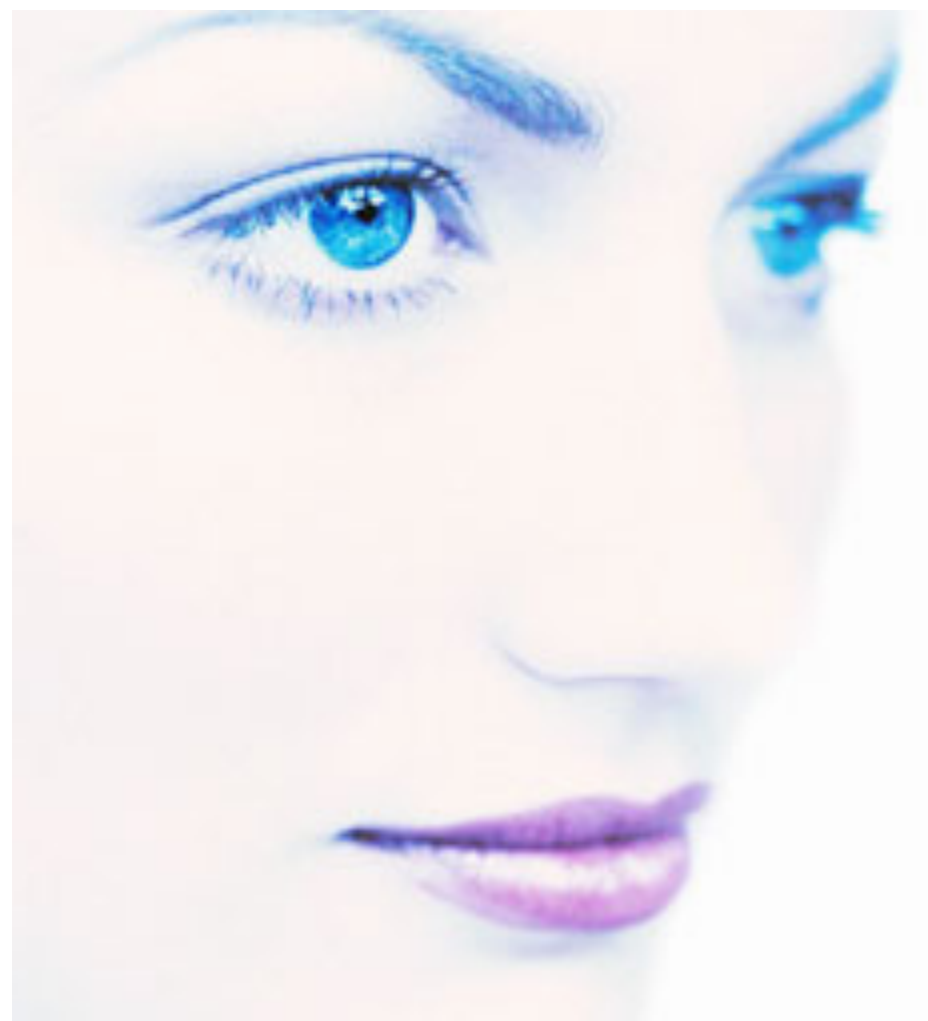
● Invecchiamento cutaneo **INTRINSECO** (crono-invecchiamento)

Processo **FISIOLOGICO**, involutivo, dovuto al trascorrere del tempo, legato ai fattori genetici individuali.



● Invecchiamento cutaneo **ESTRINSECO** (foto-invecchiamento)

Dipende dall'influenza di fattori ambientali e dalle abitudini personali



Invecchiamento cutaneo **INTRINSECO**

Sinonimi: cronoinvecchiamento, aging



● Fattori genetici

Il patrimonio genetico influenza l'aspettativa di vita individuale

- ❑ *modificazione espressione di geni*
- ❑ *errori nella riparazione cellulare*
- ❑ *mutazioni*
- ❑ *perdite basi telomeriche*

● Fattori endocrini

La pelle risente dell'influenza degli estrogeni:

- ❑ *influiscono sulla pigmentazione cutanea*
- ❑ *contribuiscono all'idratazione cutanea*
- ❑ *stimolano la sintesi di collagen ed elastina*
- ❑ *aumentano il flusso sanguigno cutaneo*

Invecchiamento cutaneo **ESTRINSECO**

Sinonimi: fotoinvecchiamento, photoaging

Dovuto ad un'aumentata produzione dei radicali liberi.

Con l'invecchiamento si determina una riduzione dei processi neutralizzanti i radicali liberi con conseguente alterazioni ossidative e danni cellulari

● Fattori ambientali

Sole
Inquinamento

● Abitudini personali



Alcool
Stress
Alimentazione squilibrata
Fumo (*nicotina: effetto vasocostrittore*)

● Patologie concomitanti

Malattie croniche





Irradiazione solare:

L'irradiazione solare varia **QUALITATIVAMENTE** a seconda:

- Dell'ALTITUDINE

La quantità di UVB a 1500 m è superiore del 20% rispetto al livello del mare

- Della STAGIONE

- Della LATITUDINE

- Dell'ORA del giorno

Irradiazione massima in luglio



Spettro elettromagnetico ricco di UVB tra le 11 e le 14 ora solare

- Dell'umidità e dell'inquinamento





Effetti biologici della radiazione solare sulla cute:

● Azione calorifera



● Azione antirachitica





Effetti biologici della radiazione solare sulla cute:

- Azione antidepressiva



- Pigmentazione immediata o fenomeno di MEIROWSKI



Difese cutanee...

- Ispessimento cutaneo

 - Aumenta proliferazione dello strato basale
 - Aumentata sintesi di cheratine

- Pigmentazione melanica

 - Indotta da UV-R
 - Assorbe UV-R
 - Elimina radicali liberi

- Enzimi cellulari anti-ossidanti

- Sistemi di riparazione del DNA





Effetti acuti

Inflammatione cutanea
Abbronzatura

Effetti cronici

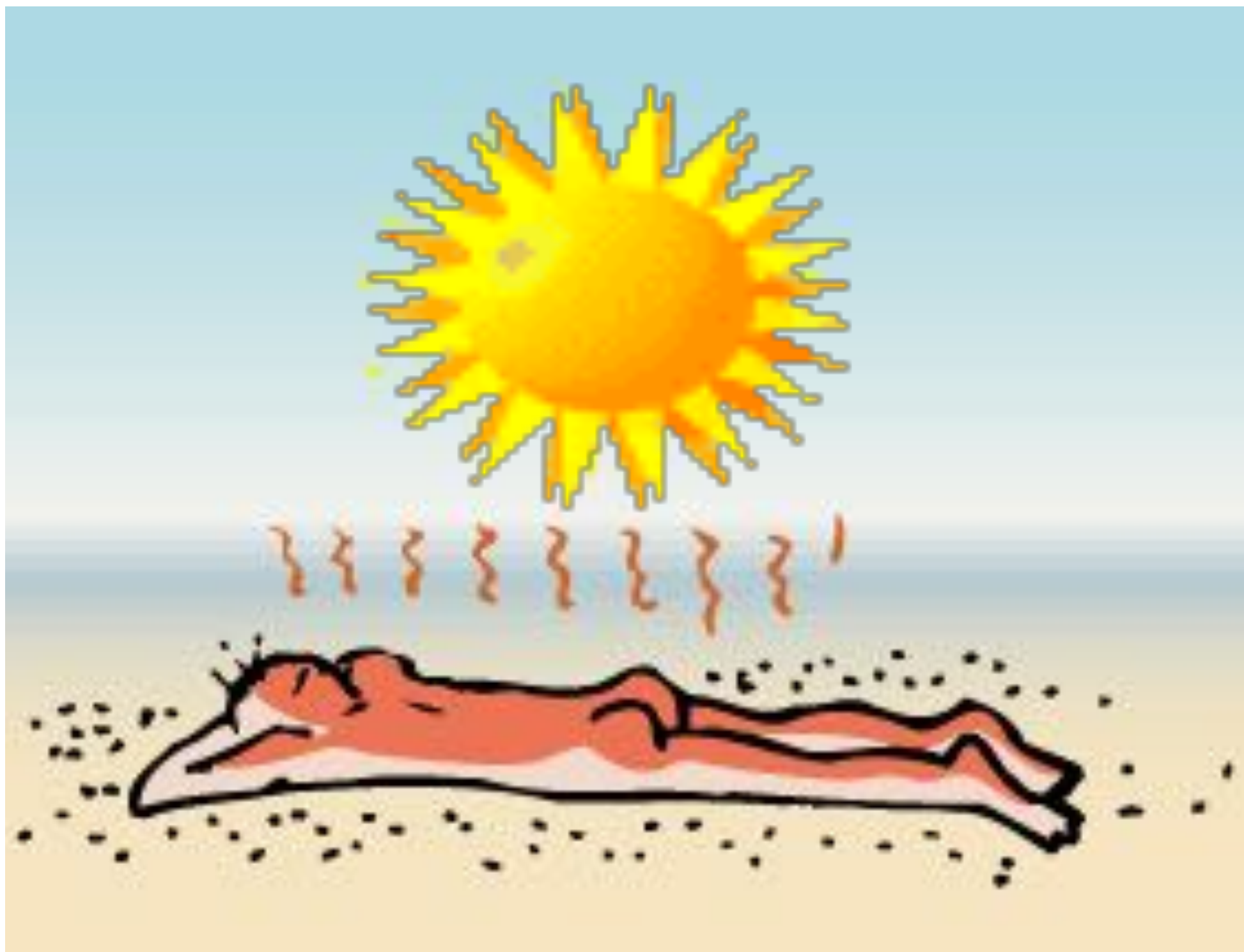
Photoaging
cancerogenesi

Fotosensibilizzazione

Esogena
Endogena



Effetti acuti



Ustione solare



Photoaging: manifestazioni cliniche



Manifestazioni cliniche

Xerosi cutanea



Rughe di espressione



Discromie
Lesioni attiniche

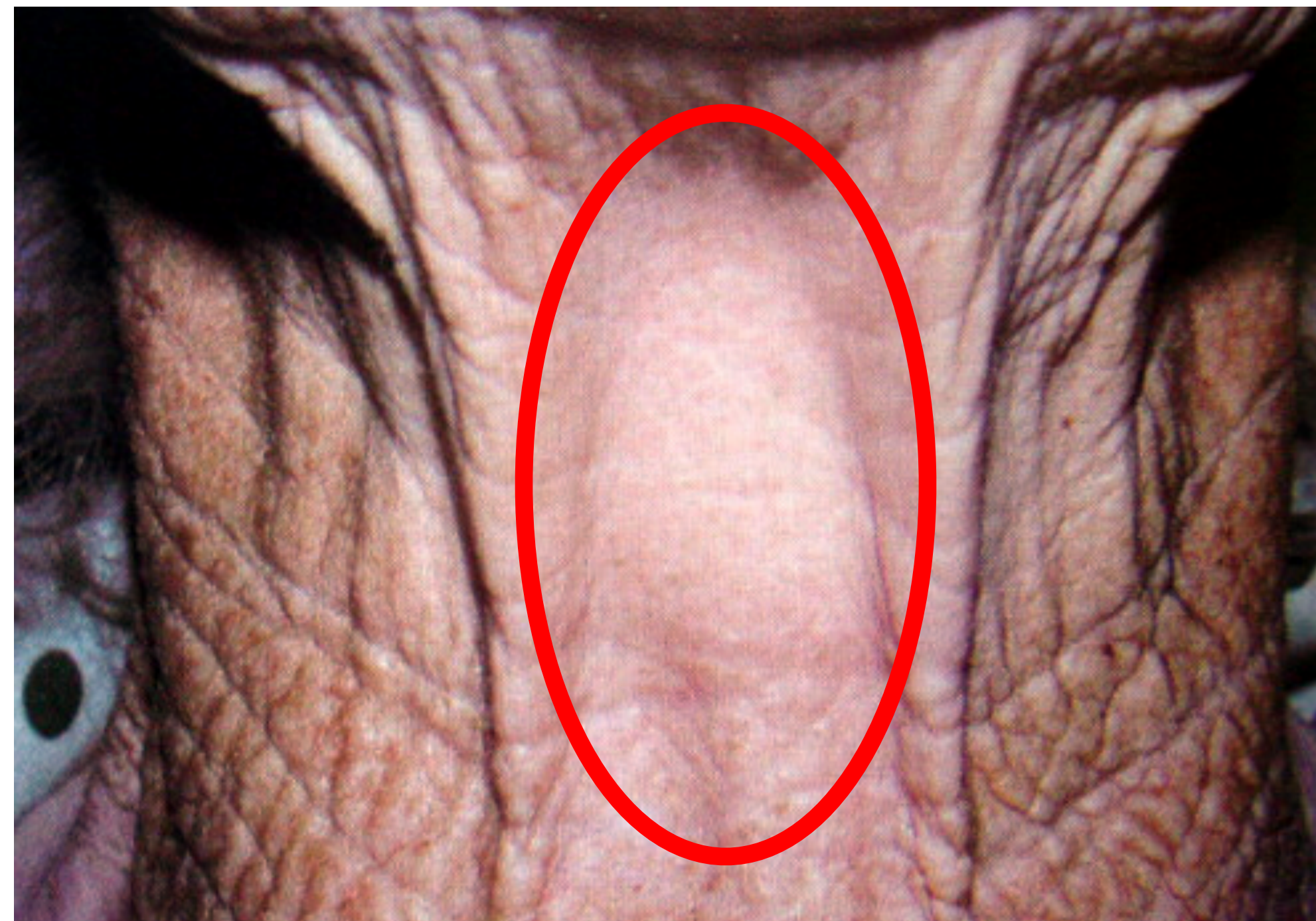


Rughe cutanee
Perdita di elasticità
Assottigliamento epidermide



Rughe
Cute giallastra ispessita
Lentiggini solari

Elastosi solare



IL CICLO DELLA RUGA



CI SI RILASSA
ESPONENDOSI AL
SOLE E QUESTO
CAUSA LE
RUGHE...



...RUGHE
CHE LE
CREME ANTI
RUGHE NON
MANDANO
VIA ...



... CREANDO
STRESS
E QUINDI
ALTRE
RUGHE
...

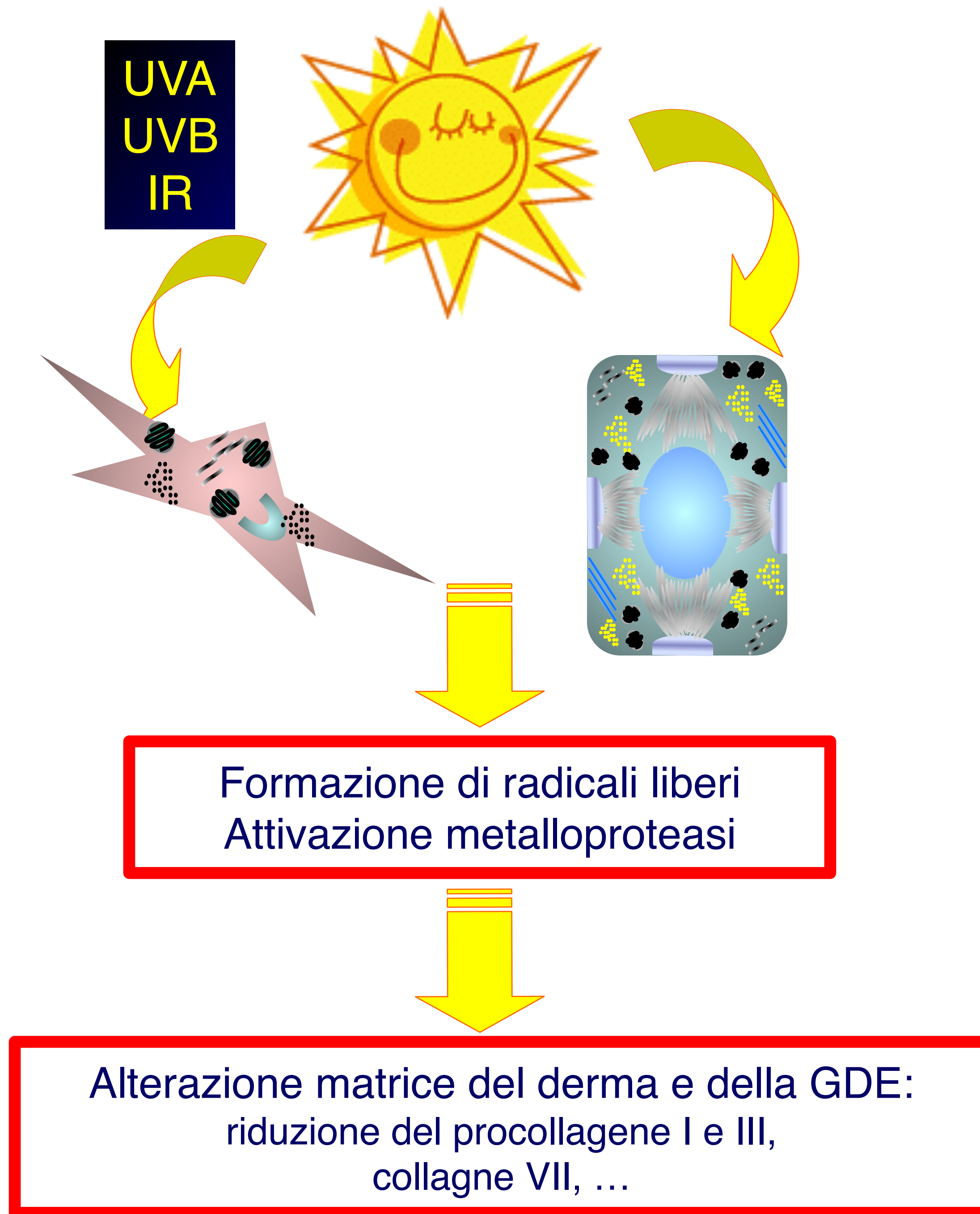


... CHE CAUSA LA
NECESSITA' DI
TORNARE A
RILASSARSI
SOTTO IL
SOLE...

Pirell



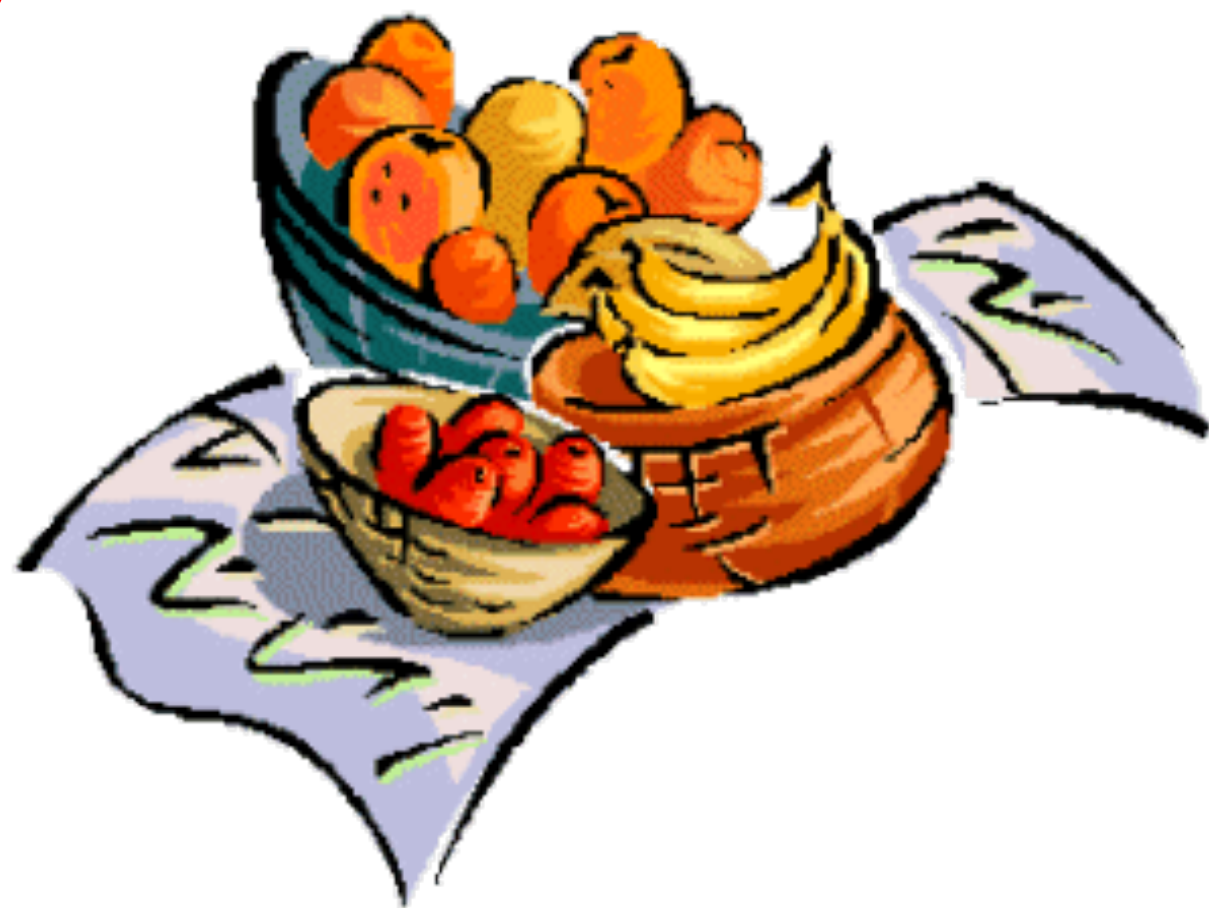
DERMATOELIOSI (eliodermia)



Exp Gerontol 2000;35:307-16
J Invest Dermatol 2001;116:672-8
J Am Acad Dermatol 2003;48:1-19

Programma preventivo

Progetto di prevenzione **OLISTICO**



Igiene Alimentare



Igiene Fisica



Igiene Cosmetologica



Igiene Cosmetologica

Detersione
Idratazione
Maquillage

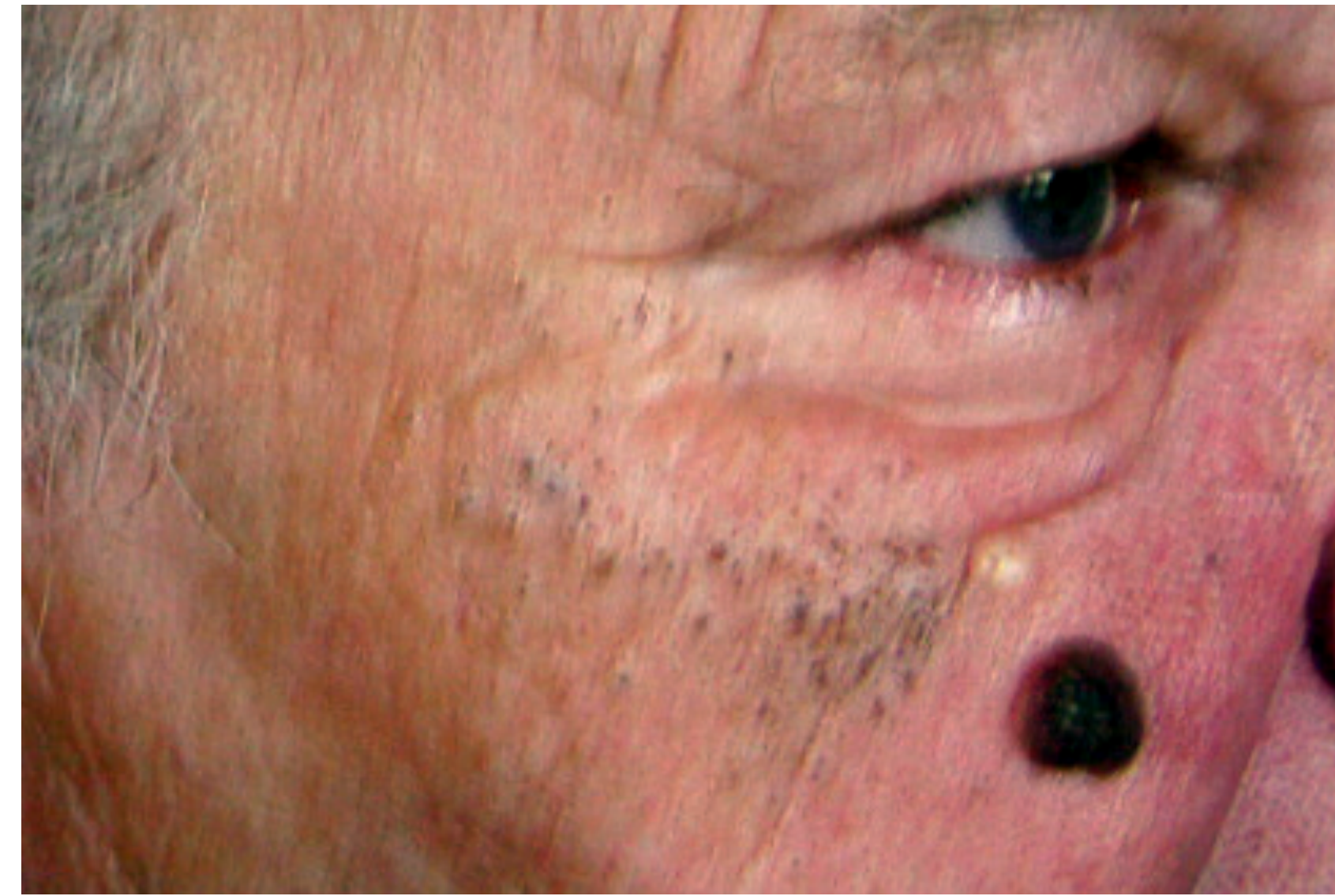


Programma correttivo
DERMO-ESTETICO-COSMETOLOGICO





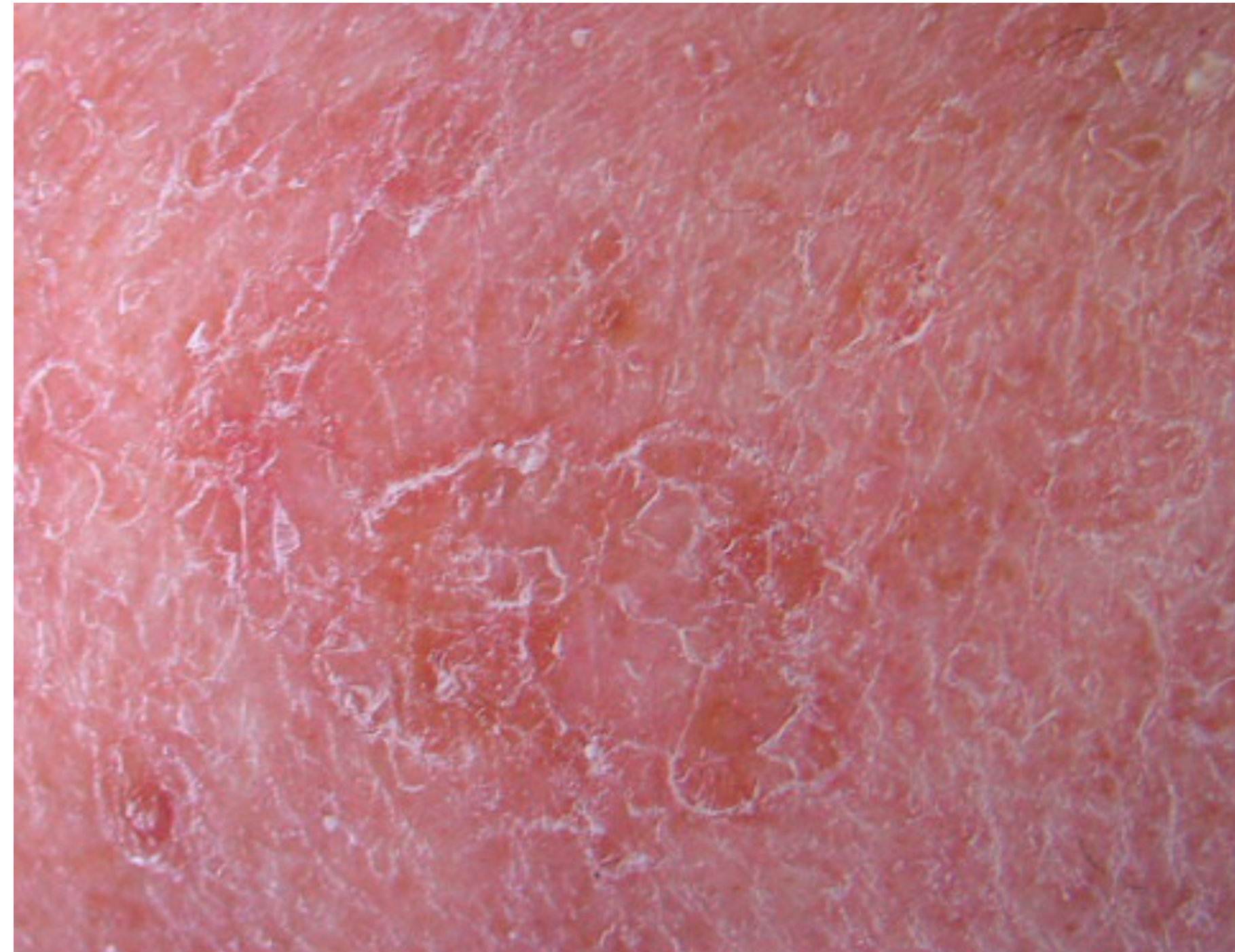
Sindrome di Favre-Racouchot



Comedoni
Milio
Cheratosi seborroiche



**Porocheratosi attinica
superficiale disseminata**



Danno solare cronico
Manifestazione clinica benigna
Lesioni multiple
Sedi fotoesposte





Cheratosi solare





Cheratosi seborroica



Cheilite attinica



Carcinoma squamocellulare





Corno cutaneo





Cheratoacantoma



Basalioma



Basalioma



Carcinoma squamocellulare



Carcinoma squamocellulare



Melanoma





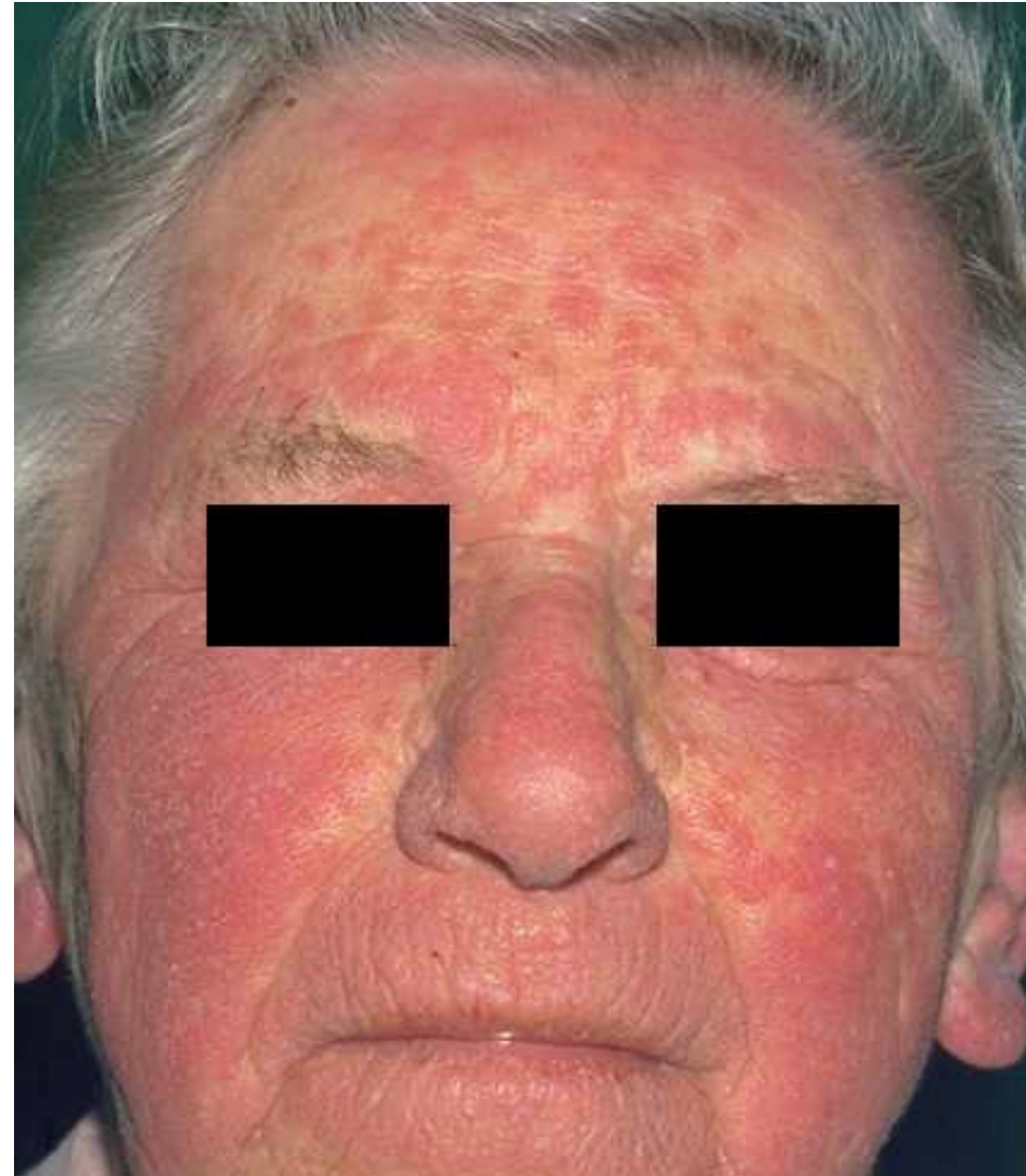
Fotosensibilità

Reazione fototossica





Reazione foto-allergica





Xeroderma pigmentoso



Porfiria cutanea





Hydroa vacciniforme



Stagione estiva
Soggetti di età inferiore ai 10 anni
Intesa esposizione solare
Eruzione vescicolosa con elementi ombelicati
Recidiva stagionale
Esiti cicatriziali

LA DERMATOPOROSI

sindrome da insufficienza cutanea cronica

interessa 1/3 dei soggetti di età superiore ai 60 anni

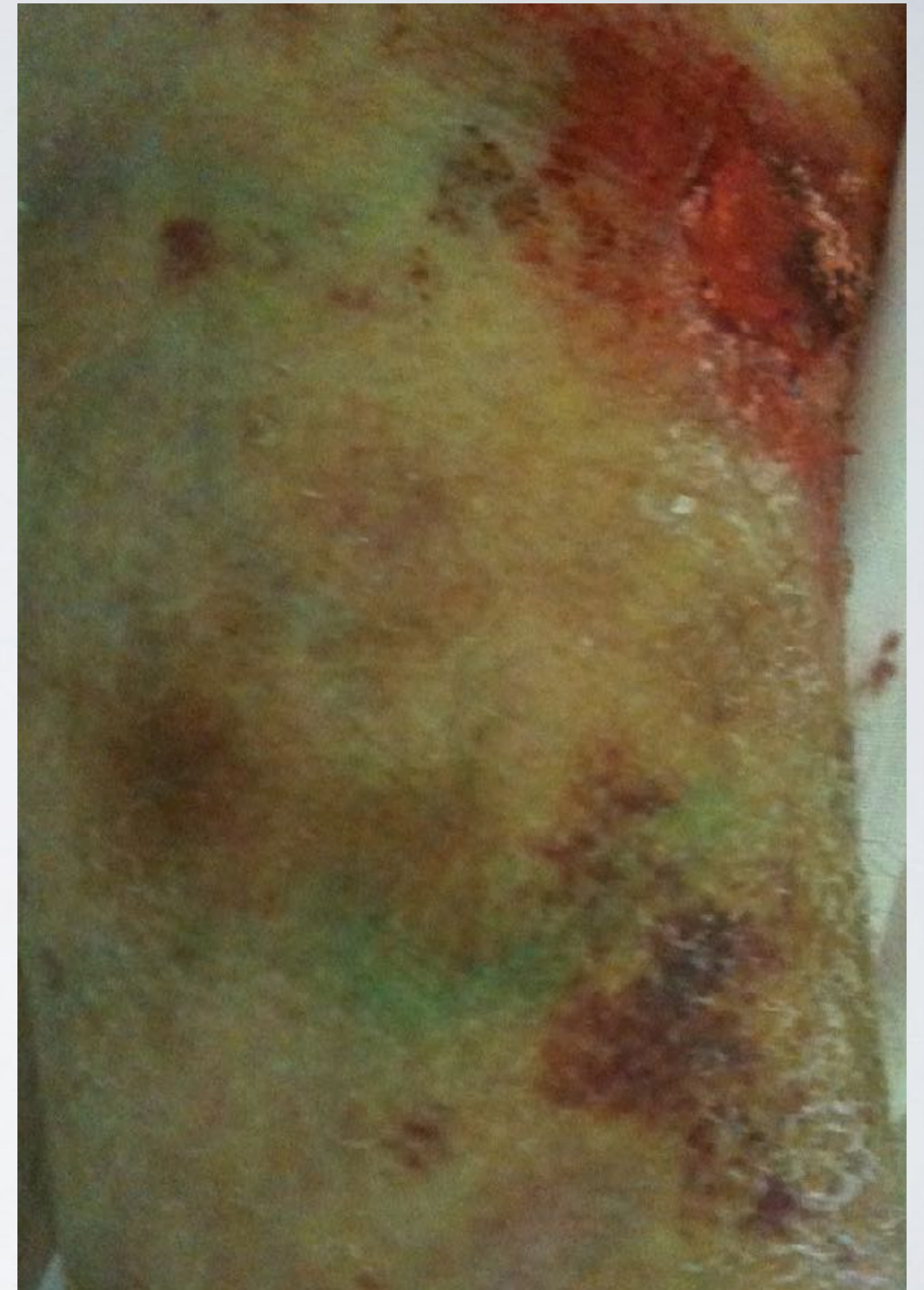


LA DERMATOPOROSI

- Cause:
 - **invecchiamento cutaneo fisiologico**
 - **cronica esposizione al sole**
 - **assunzione prolungata di corticosteroidi**
 - **ALTERATO METABOLISMO DELL'ACIDO IALURONICO**

- Terapia:
 - **prevenzione**

 - **trattamenti topici a base di retinaldeide e frammenti di acido ialuronico per stimolare il rinnovamento cellulare e migliorare il trofismo della pelle**



LA DERMATOPOROSI

- Sedi:

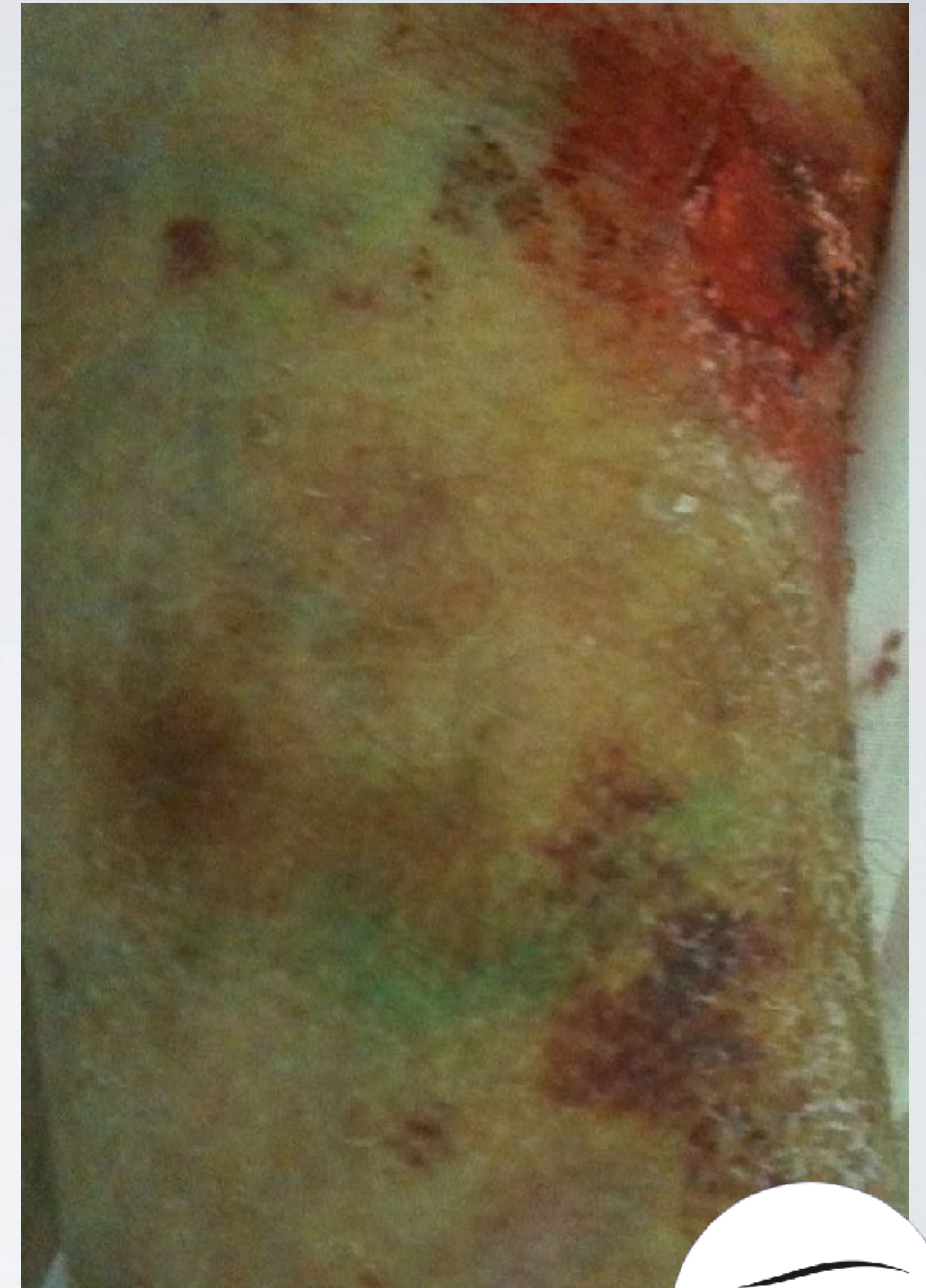
- **avambracci**
- **dorso delle mani**
- **gambe**

- Clinica:

Cute sottile, atrofica, chiazzata
Cicatrici biancastre di forma stellata

- Rischio:

lacerazione spontanea della cute anche in seguito a traumi di modesta entità e conseguente formazione di ferite che tardano alla guarigione.
Nei casi più gravi possono formarsi ulcere e necrosi dei tessuti cutanei





LA DERMATOPOROSI

prima



LA DERMATOPOROSI

dopo



LA DERMATOPOROSI

- Più frequente nelle donne, si verifica nel 10% circa dei soggetti di età compresa tra i 70 e 90 anni e nel 90% dei casi si associa alla presenza di manifestazioni biancastre cicatriziali di forma stellata.
- Conseguenti alla lacerazione spontanea del derma, le lesioni cicatriziali si osservano maggiormente nelle donne e si manifestano nel 20-40% dei soggetti di età compresa tra i 70 e i 90 anni. Morfologicamente possono presentarsi lineari, stellate o simili a delle placche biancastre. A livello istologico nel derma è presente una banda ipocellulata e compatta di collagene e una diminuzione delle fibre elastiche. L'epidermide, invece, si presenta atrofica.
- Tali manifestazioni rappresentano il marker morfologico di un deficit funzionale: la fragilità meccanica della cute.



LA DERMATOPOROSI

- La pelle rischia di lacerarsi in seguito a traumi di modesta entità, formando delle ferite difficili che tardano a guarire spontaneamente oppure determinando sanguinamenti sottocutanei.
- Nei casi gravi si possono formare ulcere ed ematomi che diffondendo nello spazio virtuale tra il derma e il tessuto adiposo oppure tra il tessuto sottocutaneo e la fascia muscolare creano dei veri e propri piani di clivaggio che a loro volta determinano la comparsa di ampie zone di necrosi cutanee.
- Nelle fasi iniziali la cute si presenta eritematosa, turgida, tesa, di consistenza quasi pastosa, calda al tatto e nella metà dei casi, pur non essendoci segni di infezione, viene erroneamente diagnosticata un'erisipela.
- Solo nelle fasi avanzate si può osservare la presenza di un ematoma che è necessario incidere immediatamente per drenarlo ed evitare la necrosi dei tessuti.
- I soggetti maggiormente a rischio di ematomi dissecanti sono quelli in terapia con anticoagulanti o corticosteroidi sistemici





ICONOGRAFIA DERMATOLOGICA

casi clinici



PSORIASI



PSORIASI



PSORIASI





DERMATITE ALLERGICA DA CONTATTO





DERMATITE ALLERGICA DA CONTATTO



PATCH TEST



DERMATITE IRRITATIVA DA CONTATTO



ROSACEA



ROSACEA



ROSACEA





MICOSI





INFEZIONE CUTANEA DA HERPES SIMPLEX





VERRUCHE VOLGARI



LA CANDIDOSI



LA CANDIDOSI

- Definizione:

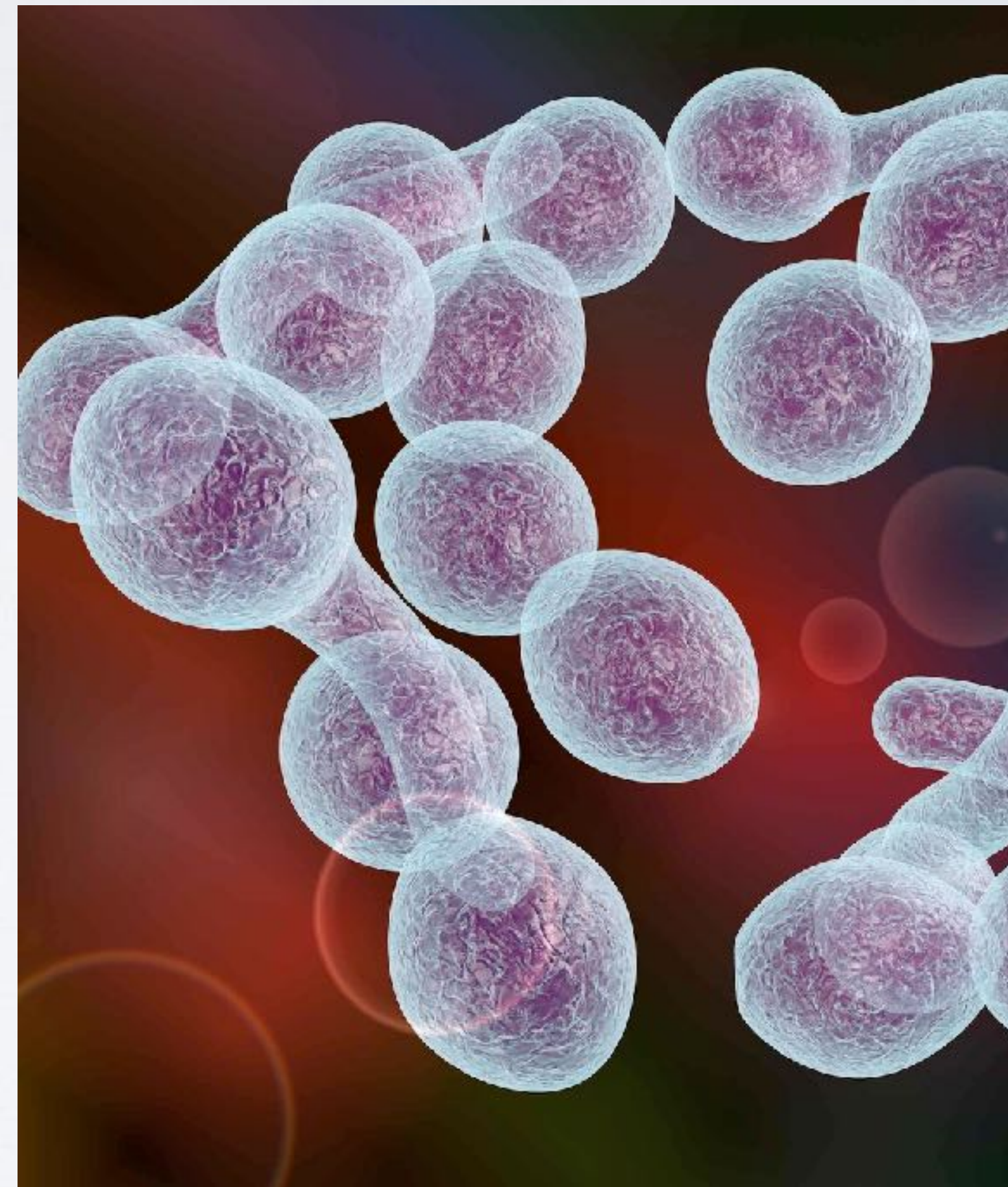
-infezione cutanea causata da una lievito:

Candida Albicans +++

Candida Tropicalis -

Candida Krusei -

- La Candida Albicans è un endosaprofita del tubo digerente che in condizioni parafisiologiche (gravidanza) e/o patologiche (diabete) e/o iatrogene (terapia cortisonica, ormonale, immunosoppressivi) possono diventare patogene e causare infezioni cutanee, mucosali e raramente setticemie e lesioni viscerali



CANDIDOSI

MANIFESTAZIONI CLINICHE

- Intertrigini da Candida
- Candidosi del cavo orale e del tubo digerente
- Candidosi genitale
- Onissi e perdonassi da Candida
- Candidosi mucocutanee croniche
- Follicolosi da Candida



INTERTRIGINI DA CANDIDA

- Sede:
cavi ascellari, pieghe sottimammarie, inguine, inter-infraglutee, interdigitali
- Cause:
autoinoculazione
- Sintomi:
prurito



CANDIDOSI CAVO ORALE

- Stomatite angolare
(boccaiola, perlèche):
piccoli elementi biancastri a volte eritemato-squamosi tipici nei soggetti edentuli

- Cheilite:
eritema, edema, desquamazione associata a sensazione di tensione, bruciore e formicolio

- Stomatite (mughetto)
sede: cavo orale, lingua, palato, gengive
clinica: depositi biancastri simil cremosi.



CANDIDOSI GENITALE

- Vulvovaginite:

mucosa arrossata, macerata associata e vescica-pustole e a deposito biancastri grumosi. A volte si associa a Cervicite erosa. Presente prurito, dolori urenti

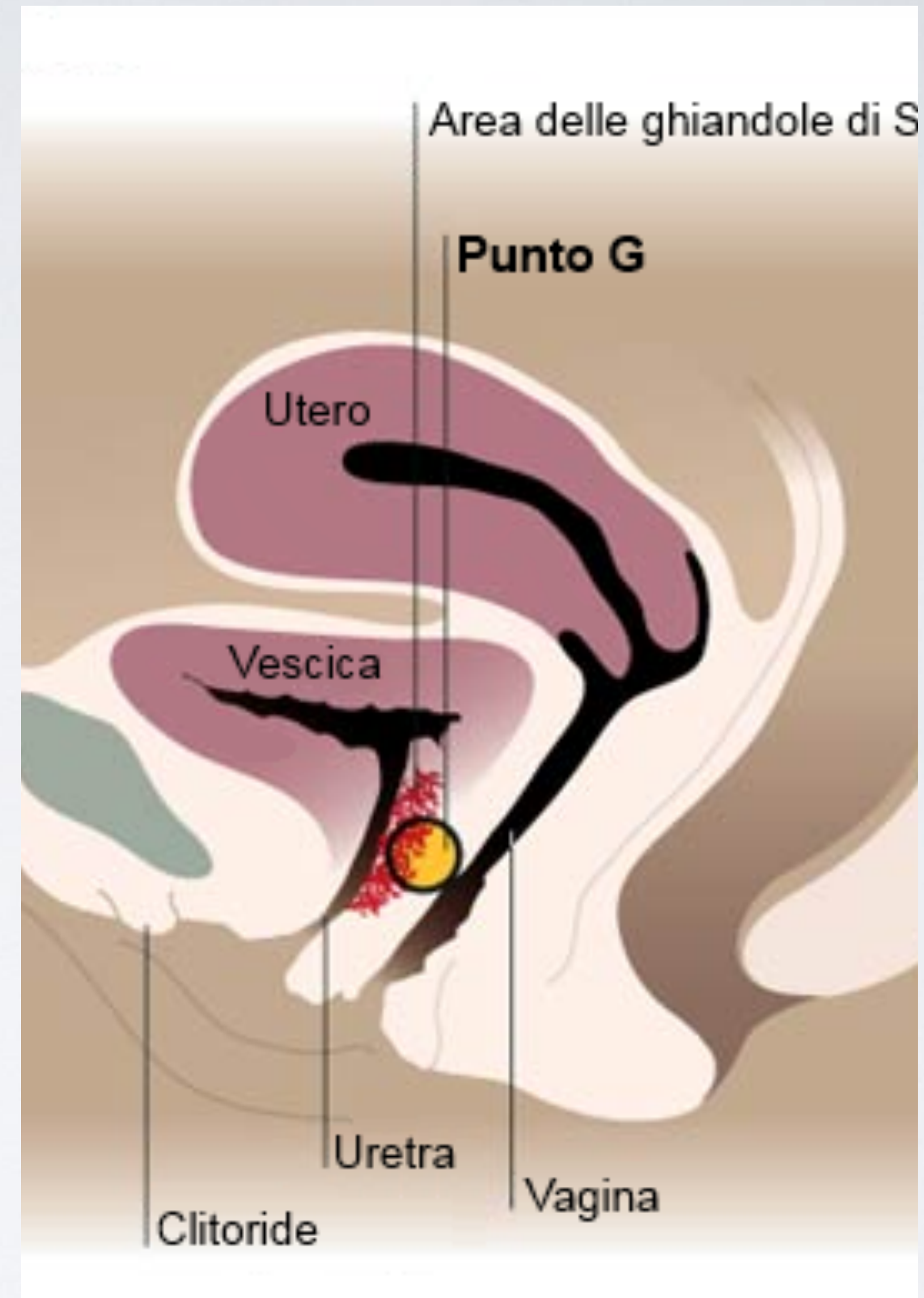
- Uretrite:

complica il 20% delle vulvovaginiti. Si associa a disuria e pollachiuria. Eritema del meato, prurito e perdite purulente di colore bianco-verdastro

- Balanite e balanopostiti

eritema al glande associato a lesioni vescicole e pustolose che possono evolvere in erosioni. Possibile la fimosi a causa dell'edema

- Candidosi infantile gluteo-genitale



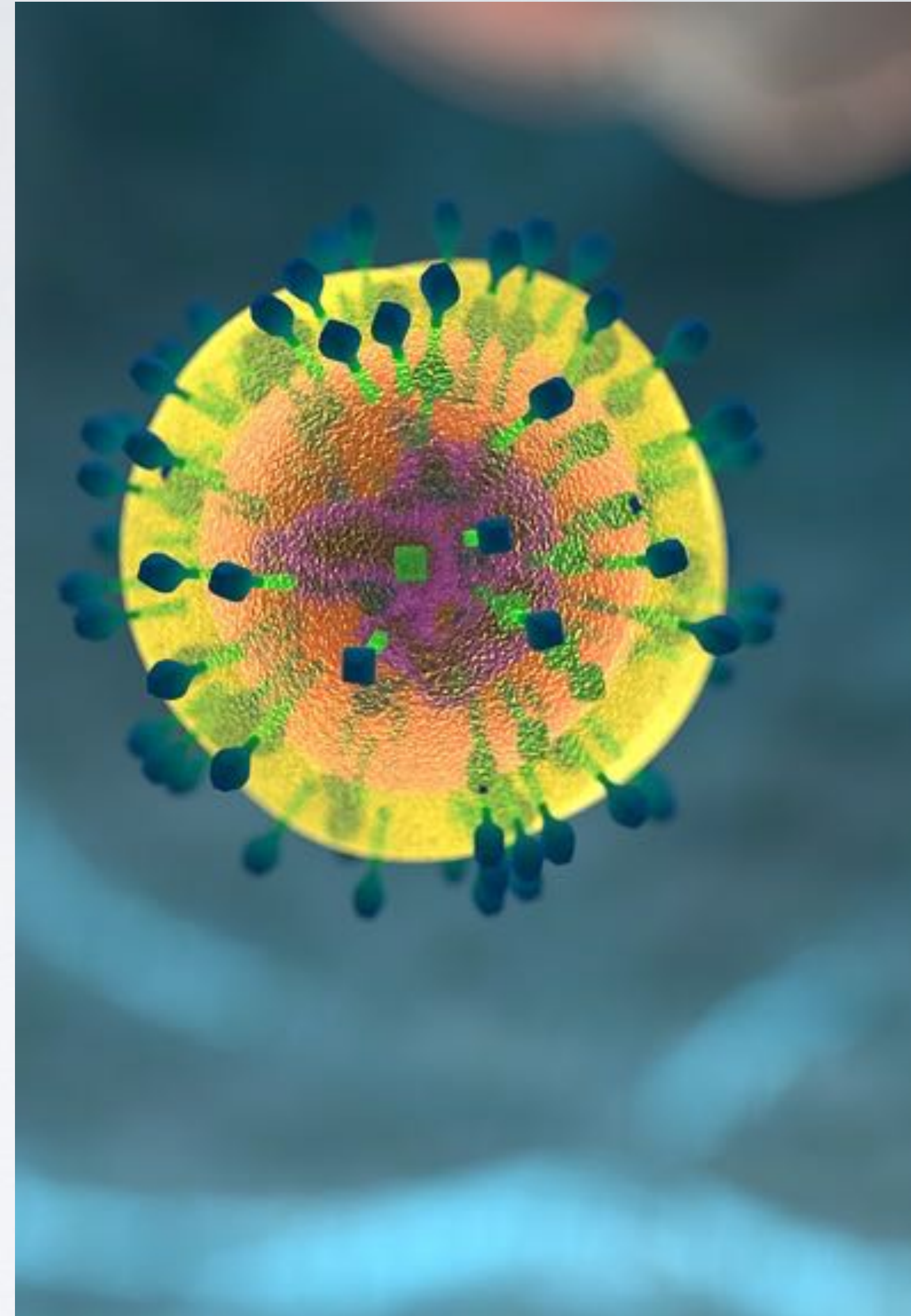
ONISSI E PERDONASSI

- Fattori scatenanti:
umidità
- Contagio:
presente serbatoio nell'individuo



CANDIDOSI MUCOCUTANEE CRONICHE

- Fattori di rischio:
**immunosoppressione e deficit del sistema
immunitario**



FOLLICOLOSI

- Fattori di rischio:
tossicodipendenza da eroina e riflettono una setticemia.



ALESSANDRO MARTELLA

info@myskin.it

