

9

Dermatologie

Important!

Platforma rezidentiat.com oferă resurse suplimentare online: întrebări de tipul celor de la examenul de admitere în rezidențiat, slide-uri Power Point + audio, flash-card-uri, video cu operații etc. Accesul se face urmând pașii de pe coperta a 2-a a cărții.

De REȚINUT

Culturile bacteriene cutanate și din plăgă sunt rareori utile în celulită, deoarece conțin frecvent flora comensală sau rezultatele sunt fals negative.

De REȚINUT

Bacteriile **anaerobe** sunt mai frecvent cauza abceselor localizate la nivelul zonei lombare și perineale decât ale celor cu alte localizări.



I. Infecții

A. Celulita

1. Infecție bacteriană acută a dermului și a țesutului subcutanat, determinată cel mai frecvent de **streptococul de grup A**
2. **Factori de risc** = consumul de droguri cu administrare intravenoasă (IV), **diabetul zaharat (DZ)**, imunosupresia, leziuni ale pielii cu rol de poartă de intrare (ex. ulcer cutanat, intervenție chirurgicală, traumatism), episoade anterioare de celulită, insuficiență venoasă sau limfatică
3. **Istoric și examen clinic (I/E)** = **eritem**, edem, durere locală, mialgii, frisoane, căldură locală, febră; semnele cutanate sunt localizate în apropierea porții de intrare (vezi Figura 9-1)
4. **Laborator** = leucocitoză, creșterea vitezei de sedimentare a hematiilor (VSH) și a nivelului seric al proteinei C reactive (PCR)
5. **Tratament** = cefalosporine orale sau β -lactamine rezistente la penicilinază timp de 10–14 zile; antibioticele IV se utilizează pentru cazurile severe sau dacă există bacteriemie; în cazul în care leziunile supurează și/sau pacienții au risc de infecție cu MRSA (*Methicillin-resistant Staphylococcus aureus*), pacienții ar trebui să primească cotrimoxazol/linezolid sau vancomicină IV dacă evoluția este severă
6. **Complicații** = abces, sepsis, fascită necrozantă; rata de recurență este de 20–50%

B. Abcese cutanate

1. Colecție **subcutanată** de puroi determinată cel mai frecvent de stafilococi, de obicei MRSA
2. Poate apărea ca o conglomerare a mai multor foliculi piloși adiacenți infectați (carbuncul)
3. **Hidradenita supurativă**
 - a. Ocluzia foliculară cronică și inflamația **glandelor apocrine** determină apariția abceselor recurente în axilă, zona inghinală și perineală
 - b. Infecția cronică duce la apariția cicatricilor
 - c. Tratamentul poate necesita atât antibiotice, cât și excizie chirurgicală



FIGURA

9-1

Celulită la nivelul regiunii pretibiale drepte.

Se observă pielea eritematoasă, edematoasă, cu ușoară descumare.

(Din Goodheart, H. P. [2003]. *Photoguide of Common Disorders* [2nd ed.]. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; cu permisiune; Figura 2-69.)

4. **I/E** = leziune edematoasă, eritematoasă, care prezintă fluctuență în porțiunea centrală; sensibilă la palpare; durerea e de obicei ameliorată la evacuarea abcesului
5. **Laborator** = examenul microbiologic incluzând colorația Gram și culturile bacteriene se recomandă pentru cazurile complicate sau recurente
6. **Tratament** = **incizie și drenaj**; antibiotice (ex. cotrimoxazolul, care acoperă spectrul MRSA)
7. **Complicații** = sepsis; abcesul la nivel facial poate duce la tromboza sinusului cavernos

C. Fasceită necrozantă

1. Infecție polimicrobiană rapid progresivă la nivelul **planurilor fasciale** ducând rapid la necroza extinsă a țesuturilor moi și la infecție sistemică
2. **I/E** = durere intensă, disproporționată față de semnele examenului obiectiv; eritem, căldură locală, edem; **pierderea sensibilității** în țesutul implicat, febră, crepitații la nivelul tegumentului infectat, culoare violacee, bule, progresie rapidă
3. **Laborator** = leucocitoză, VSH și PCR crescute; hiponatremie, cultura microbiologică e utilă pentru determinarea agentului patogen
4. **Imagistică** = RX sau tomografia computerizată (CT) pot detecta acumularea de aer subcutanat
5. **Tratament** = debridare chirurgicală rapidă, incizie și drenaj; antibiotice IV cu spectru larg
6. **Complicații** = sepsis, sindrom de compartiment, mortalitate ridicată (25% din pacienți)

D. Gangrena

1. Necroză tisulară determinată de **ischemie** sau de infecții severe (ocazional cu *Clostridium perfringens*); descrisă ca umedă sau uscată, în funcție de aspect
2. **I/E** = infecție anterioară a pielii sau plagă penetrantă, durere locală severă; febră, hipotensiune arterială, crepitații cutanate, **piele cu miros putrid**
3. **Laborator** = cultură microbiologică din plagă
4. **Imagistică** = prezența aerului subcutanat poate fi observată pe RX sau CT în gangrena umedă; angiografia sau angiografia cu rezonanță magnetică pot evidenția ischemia
5. **Tratament** = incizie și drenaj, debridare, antibiotice; amputația este adesea necesară

E. Impetigo

1. Infecție **contagioasă** a pielii cel mai frecvent întâlnită la **copii**; adesea determinată de *Staphylococcus aureus*
2. **I/E** = prurit facial; **cruste gălbui-aurii** de culoarea mierii, în jurul suprafețelor muco-cutanate; eritem și vezicule (sau bule) (vezi Figura 9-2)
3. **Tratament** = antibiotice topice (mupirocin), antibiotice orale dacă evoluția e severă sau apar focare epidemice: dicloxacilină sau cefalexină

De REȚINUT

Gangrena uscată (necroza progresivă a pielii determinată de insuficiența arterială) are aspect de piele uscată, îndurată. **Gangrena umedă** (necroză determinată de ocluzia vasculară acută sau infecție) este caracterizată prin apariția bulelor și tumefacția zonei afectate.



FIGURA

9-2 Impetigo care afectează narina stângă, determinat de infecția cu *Stafilococul aurii*.

A se observa prezența scuamelor gălbui, grăsoase la suprafața leziunii.

(Din Smeltzer, S. C., Bare, B., Hinkle, J. L., & Cheever, K. H. [2010]. *Brunner and Suddarth's Textbook of Medical-Surgical Nursing* [12th ed., p. 1687]. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; cu permisiune.)

De REȚINUT

Nu există o asociere demonstrată între acneea vulgară și consumul anumitor alimente.

De REȚINUT

Severitatea acneei scade la sfârșitul perioadei de adolescență. Utilizarea **corticosteroidelor** și bolile în care există exces de **androgeni** sunt cauze frecvente ale acneei la adulți.

PASUL URMĂTOR

Femeile trebuie să aibă cel puțin **două teste de sarcină negative** înainte de începerea tratamentului cu isotretinoin oral.

F. Acneea vulgară

1. Inflamația foliculilor piloși și a glandelor sebacee, asociată cu infecția produsă de *Propionibacterium acnes*, adolescența, hormonii androgeni și obstrucția foliculară determinată de exfolierea pielii sau de produsele cosmetice
2. **I/E**
 - a. Papule, pustule sau noduli eritematoși predominant pe față, gât, torace anterior și posterior
3. **Tratament**
 - a. **Retinoizii** topici sunt recomandați ca primă linie de tratament
 - b. Antibioticele (orale sau topice) pot inhiba creșterea bacteriană (terapie de linia a doua, utilizată în combinație cu un retinoid topic).
 - c. Benzoi-peroxidul topic are proprietăți antimicrobiene (terapie de linia a doua, adesea utilizat în combinație cu un retinoid topic și un antibiotic).
 - d. Contraceptivele orale pot fi utile la femeile care nu răspund la terapia de mai sus.
 - e. Isotretinoin oral (analog al vitaminei A) se utilizează în cazurile severe, dar necesită o monitorizare atentă a enzimelor hepatice (risc de hepatotoxicitate) și a contracepției prin testarea lunară a hCG (risc de malformații fetale).
 - f. Săpunurile au un efect redus asupra afecțiunii.
4. **Complicații** = acneea poate determina cicatrici permanente

G. Infecția cu Virusul Herpes Simplex (HSV)

1. Infecție virală recurentă care afectează mucoasele și pielea, determinată de HSV-1 sau HSV-2.
2. HSV se transmite prin contactul cu **secrețiile orale sau genitale**.
3. **HSV-1** determină în principal afectarea **orală**; **HSV-2** determină în principal afectarea **genitală**.
4. După infecția primară, materialul genetic viral rămâne în ganglionii neuro-senzitivi; stresul va provoca reactivarea bolii în teritoriul nervilor afectați.
5. **I/E** = vezicule mici, dureroase, localizate perioral (HSV-1) sau genital (HSV-2) care durează mai multe zile (vezi Figura 9-3); infecția primară prezintă de obicei simptomatologie mai severă și manifestări generale asemănătoare gripei.
6. **Laborator** = cultivarea virusului pe linii celulare, teste pentru detectarea antigenului HSV, PCR pentru detectarea ADN-ului HSV.
7. **Tratament** = boala este incurabilă, deci tratamentul trebuie să fie îndreptat către minimizarea simptomelor și a exacerbărilor; aciclovirul, famciclovirul sau valaciclovirul scurtează durata recurențelor și pot scădea frecvența recurențelor la pacienții cu erupții frecvente; terapia poate fi intermitentă (episodică) sau continuă (supresivă).
8. **Complicații**
 - a. Transmiterea de la **mama infectată la nou-născut** poate provoca boală diseminată cu afectare neurologică severă.
 - b. În cazul pacienților imunosupresați poate determina encefalită, pneumonie și hepatită.

**FIGURA 9-3****Herpes simplex.**

Aceste vezicule periorale sunt mai sugestive pentru infecția cu HSV1 decât cu HSV2.

(Din Weber, J., & Kelley, J. [2010]. *Health Assessment in Nursing* [4th ed., p. 294]. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; cu permisiune.)



FIGURA

9-4 Copil cu varicelă determinată de infecția cu virusul varicelo-zosterian.

În timp ce la copii veziculele mici, cu cruste, sunt diseminate, la reactivarea infecției la adulți (zona zoster), veziculele se limitează la un singur dermatom.

(Din Goodheart, H. P. [2003]. *Goodheart's Photoguide of Common Skin Disorders* [2nd ed.]. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; cu permisiune; Figura 8-2.)

H. Varicela

1. Infecția cu virusul varicelo-zosterian se poate prezenta ca boală primară (varicelă, „vărsat de vânt”) sau ca boală recurentă (Herpes zoster) (vezi Figura 9-4)
2. Varicela și Herpes zoster au manifestări clinice diferite, în ciuda faptului că sunt provocate de același virus (vezi Tabelul 9-1)

I. Verruca vulgaris (veruci)

1. Tumori epiteliale benigne determinate de infecția locală cu unul dintre numeroasele tipuri de **papilomavirus uman** (HPV, *human papiloma virus*)
2. **I/E** = leziuni bine delimitate, cu epiteliu îngroșat, pot să fie plane (veruci plantare) sau elevate; prezintă ocazional durere la palpare

PASUL URMĂTOR

Trebuie verificat statusul imun pentru varicelă (istoric de vaccinare sau de varicelă) la toate **femeile însărcinate**; se recomandă administrarea **imunoglobulinelor specifice anti-varicelă** tuturor femeilor însărcinate care nu prezintă imunitate și care sunt expuse la boală.

De REȚINUT

Pacienții imunocompromiși au risc crescut de a dezvolta complicații ale varicelii: **encefalopatie sau retinită**.

TABELUL 9-1

Caracteristicile infecției primare (varicelă) și recurente (zona zoster) cu VZV

Varicela	Infecție primară	Infecție recurentă (zona zoster)
Pacienți afectați	Mai frecventă la copii	Pacienți cu istoric de varicelă/Herpes zoster
Debutul bolii	Simptomele apar la 2 săptămâni după infecție; cefaleea, starea generală alterată, mialgiile, febra preced apariția leziunilor cu <3 zile	Mialgiile, febra, starea generală alterată preced leziunile cu aproximativ 3 zile
Tipul leziunii	Macule mici, eritematoase care evoluează către papule și apoi vezicule care formează cruste	Macule mici, eritematoase care evoluează către papule și apoi vezicule care formează cruste
Distribuția leziunilor	Distribuție extinsă	Limitată la unul sau cel mult câteva dermatoame ; afectarea mai multor dermatoame distincte semnifică boală diseminată
Evoluția bolii	Leziunile pot să apară în decurs de până la o săptămână și să se remită în câteva zile, sunt infecțioase până când se acoperă de cruste	Leziunile persistă timp de o săptămână și pot fi dure-roase , sunt infecțioase până când formează crustă
Tratament	Medicația antipruriginoasă ameliorează simptomele; aciclovirul este folosit în cazuri severe sau la pacienții imunocompromiși; vaccinarea a scăzut semnificativ incidența bolii	Aciclovir, analgezice, posibil corticosteroizi
Complicații	Evoluție mai severă la pacienții vârstnici și la gravide (risc crescut de pneumonie), poate avea consecințe severe dacă este transmisă de la mamă la făt	Nevralgia postherpetică (durere cu durată prelungită la locul erupției), neuropatie trigeminală

3. **Tratament** = uneori pot fi autolimitate; adesea, pentru îndepărtarea verucilor, sunt necesare crioterapia sau tratamentul topic cu acid salicilic
4. **Complicații** = unele forme de HPV (tipurile 6 și 11) care determină veruci genitale sunt asociate cu cancerul de col uterin (a se vedea Capitolul 12, **Afecțiuni ginecologice și mamare**)

J. Molluscum contagiosum

1. Infecția virală a pielii (poxvirus) cel mai frecvent observată la copii și la pacienții imunocompromiși
2. **I/E** = **papule cu aspect lucios**, nedureroase, cu zona **centrală ombilică**
3. **Laborator** = examenul histopatologic (colorațiile Giemsa și Wright) arată corpi de incluziune voluminoși, dar diagnosticul este pus adesea doar pe baza manifestărilor clinice
4. **Tratament** = boala este frecvent autolimitată; leziunile se pot îndepărta chimic, prin laser sau crioterapie

K. Scabie

1. Infestare cutanată produsă de parazitul acarian *Sarcoptes scabiei*
2. **Factori de risc** = **colectivități mari în care contactul interpersonal este frecvent**, igiena precară
3. **I/E** = prurit sever la locul afectat (cel mai frecvent spațiile interdigitale de la mâini și picioare), care se agravează după o baie fierbinte; prin examinarea atentă a pielii se pot observa **șanțurile acariene** (tunele săpate de acarieni în stratul superficial al epidermului) cu papule în vecinătate
4. **Laborator** = prin examinarea la microscop a materialului obținut prin raclarea superficială a pielii de la nivelul șanțurilor acariene sau papulelor din vecinătate pot fi identificați paraziții și ouăle acestora
5. **Tratament**
 - a. Permetrina cremă sau ivermectină orală; difenhidramina și alte antihistaminice pentru ameliorarea pruritului
 - b. Toate hainele, prosoapele și lenjeria de pat trebuie să fie spălate în apă fierbinte
6. **Complicații** = **infestarea contactilor apropiați** este frecventă

L. Infecții fungice

1. Infecții fungice cutanate caracteristice pentru o anumită regiune a corpului (vezi Tabelul 9-2; Figura 9-5)
2. Frecvent asociate cu **mediu cald sau cu umiditate crescută**, obezitate, DZ sau consum recent de antibiotice

Infecții cutanate fungice frecvente

Boala	Agent fungic	Leziuni	Diagnostic	Tratament
Tinea versicolor (pityriasis versicolor)	<i>Malassezia furfur</i>	Macule de culoarea somonului, maro deschis sau hipopigmentate, cel mai frecvent localizate pe toracele anterior și posterior; leziunile nu se bronzază la soare precum restul pielii și se pot observa scuame ușor detașabile prin grataj	Preparatul pe lama cu KOH arată hife scurte și spori (aspect de „spaghete și chifteluțe”)	Antifungice topice pentru câteva săptămâni sau ketoconazol oral pentru 1-5 zile
Tinea care nu este cauzată de <i>M. furfur</i> . Descrisă în funcție de localizare: corporis (corp), cruris (zona inghinală), pedis (plantară), unguium (unghială), capitis (scalp)	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Microsporium</i> • <i>Trichophyton</i> • <i>Epidermophyton</i> 	Plăci pruriginoase, scuamoase, eritematoase, cu margine activă și atenuare centrală	Preparatul pe lama cu KOH arată hife	<ul style="list-style-type: none"> • Antifungic topic pentru mai multe săptămâni • Antifungic oral pentru cazurile rezistente la tratament
Intertrigo	<i>Candida albicans</i>	Plăci pruriginoase, dureroase, eritematoase, cu pustule periferice, cel mai frecvent la nivelul pliurilor tegumentare	Preparatul pe lama cu KOH arată pseudohife	<ul style="list-style-type: none"> • Antifungic topic, • Corticosteroid topic

KOH, hidroxid de potasiu.



FIGURA

9-5

Tinea corporis; infecție fungică a pielii caracterizată printr-o erupție scumoașă pe corp, cu centrul clar și marginile elevate.

(Din Goodheart, H. P. [2009]. *Goodheart's Photoguide of Common Skin Disorders* [3rd ed., p. 121]. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; cu permisiune.)

II. Afecțiuni inflamatorii ale pielii

A. Reacții de hipersensibilitate la nivelul pielii

1. Reacția alergică cutanată declanșată de **contactul** cutanat sau **ingestia** unui anumit alergen (ex. medicamente)
2. Mecanismul reacției de hipersensibilitate
 - a. **Tip I:** determinată de degranularea mastocitelor; erupție ușoară, difuză (urticarie) care apare la scurt timp după expunere și durează doar câteva ore
 - b. **Tip IV:** determinată de activitatea limfocitelor; erupție asemănătoare rujeolei (ex. morbiliformă, maculopapuloasă) care apare la câteva zile după a doua expunere la alergen (mecanismul de producere al majorității dermatitelor de contact alergice))
3. I/E
 - a. Prurit, erupție eritematoasă cu dispoziție distinctă (linii, forme diverse) în dermata de contact.
 - b. Ingestia unui alergen (alimente, medicamente) poate provoca erupții cutanate cu localizare caracteristică sau într-o zonă nespecifică.
 - c. Identificarea în anamneză a consumului de medicamente, contactului cu alergenul sau a unei reacții similare anterioare sunt utile pentru diagnostic (vezi Figura 9-6).

De REȚINUT

Printre cauzele frecvente ale dermatitei alergice de contact se numără plantele (iedera otrăvitoare, stejarul otrăvitor), nichelul, săpunurile și **latexul**.

PASUL URMĂTOR

Observați distribuția unei erupții pentru a diferenția o cauză **externă** (formă bine **definită**) de o cauză internă (distribuție **imprecis delimitată, difuză**) a erupției.



FIGURA

9-6

Dermatită de contact.

Dermatită determinată de expunerea la iedera otrăvitoare (poison ivy). A se observa aspectul liniar al erupției care sugerează o cauză externă.

(Din Goodheart, H. P. [2003]. *Goodheart's Photoguide of Common Skin Disorders* [2nd ed.]. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; cu permisiune; Figura 2-48.)

De REȚINUT

Penicilinele, sulfonamidele, antiinflamatoarele nesteroidiene (AINS), contraceptivele orale și antiepilepticele sunt medicamentele care se asociază frecvent cu eritemul polimorf.

De REȚINUT

HSV și *Mycoplasma pneumoniae* sunt cauze infecțioase frecvente ale eritemului polimorf.

4. Tratament

- Îndepărtarea agentului declanșator sau oprirea contactului cu alergenul.
- Cazurile ușoare pot fi tratate cu corticosteroizi topici și antihistaminice.
- Corticosteroizii orali pot fi necesari în cazuri mai grave.
- Epinefrina este indicată în cazuri grave în care se produce angioedem al căilor respiratorii și/sau anafilaxie.

B. Eritemul polimorf

- Reacție cutanată de hipersensibilitate mai severă, determinată de **medicamente**, **infecții** sau vaccinare
- I/E** = stare generală alterată, mialgii, prurit; macule (leziuni mici, nepalpabile); plăci (leziuni mari nepalpabile) sau vezicule pe extremități (în special la nivel palmoplantar); pot fi observate leziuni **în țintă** (centru eritematos înconjurat de un inel interior palid și un inel exterior eritematos)
- Laborator** = eozinofilie; biopsia cutanată arată un număr crescut de limfocite și keratinocite necrotice
- Tratament** = boala poate fi autolimitată; **se oprește agentul cauzator**; se pot utiliza corticosteroizi, analgezice

C. Sindromul Stevens-Johnson

- Formă severă de eritem polimorf care afectează mucoasele și în care apar plăci care afectează <10% din suprafața corporală (BSA)
- Decolarea pielii** poate să fie destul de extinsă; risc crescut de deshidratare
- I/E** = prodrom: stare generală alterată, dureri musculare, febră; erupția este polimorfă, pot fi prezente macule, leziuni în țintă, eritem, bule și exfolierea pielii. Semn Nikolsky pozitiv (epidermul se decolează în lambouri în urma frecării ușoare)
- Tratament** = **oprirea agentului declanșator**; fluide IV, boala este frecvent tratată în secțiile de arși

D. Necroliza epidermică toxică (epidermoliza necrotică toxică) (TEN, toxic epidermal necrolysis)

- Cea mai severă formă de reacție de hipersensibilitate cu **decolare extinsă a pielii și necroza întregii grosimi a epidermului**, afectând >30% din suprafața corporală (BSA) (vezi Figura 9-7)
- Laborator** = scăderea numărului de leucocite, scăderea hemoglobinei, scăderea hematocritului, creșterea alaninaminotransferazei (ALT), creșterea aspartataminotransferazei (AST)

**FIGURA****9-7****Necroliza epidermică toxică (TEN).**

Această afecțiune dermatologică severă debutează ca o erupție eritematoasă generalizată care progresează spre decolări cutanate extinse și formare de eroziuni.

(Din Elder, D. E., Elenitsas, R., Rubin, A. I., Ioffreda, M., Miller, J., & Miller, F. O. [2013]. *Atlas and Synopsis of Lever's Histopathology of the Skin* [3rd ed., p. 179]. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; cu permisiune.)

3. Tratament

- Oprirea agentului cauzal.**
- Pacientul se tratează în **secțiile de arși**, și se recomandă hidratare IV, imunoglobuline IV.
- Aciclovirul poate fi util în cazurile produse de HSV.

E. Dermatita seborică

- Hiperproliferare cronică a epidermului, localizată cel mai frecvent la nivelul **scalpului** sau a feței
- Cel mai frecvent întâlnită la adolescenți și sugari, asociat cu *Malassezia*
- I/E** = prurit, **plăci** eritematoase cu **scuame galbene, grăsoase**
- Tratament** = emoliente la nou-născuți, șampon care conține seleniu sau ketoconazol atunci când este implicat scalpul; pentru alte regiuni se utilizează corticosteroizi topici și antifungice
- Complicații** = recurențe frecvente

F. Dermatita atopică (eczema)

- Erupție cronică cutanată inflamatorie, caracterizată prin **plăci și zone de tegument uscat (xeroză)** cu papule
- Există atât forme **infantile** (se remit în primii ani de viață), cât și forme care apar la **adult** (recurente)
- Factori de risc** = **astm**, rinită alergică, istoric familial
- I/E** = prurit; plăci eritematoase cu xeroză cutanată și uneori cu vezicule, localizate pe suprafețele de flexie, fața dorsală a mâinilor și picioarelor, torace anterior și posterior sau față; la nou născuți leziunile apar mai frecvent pe față și scalp (vezi Figura 9-8)
- Tratament** = evitarea factorilor agravanti, utilizarea cremelor emoliente și a corticosteroizilor topici; cazurile severe pot fi tratate cu corticosteroizi orali și antihistaminice
- Complicații** = **eczema herpeticum**, **suprainfecție cu HSV**

G. Psoriazis

- Boală inflamatorie a pielii caracterizată prin hiperproliferare epidermică
- I/E** = uneori prurit; **plăci eritematoase** bine delimitate, cu **scuame argintii** pe **suprafețele de extensie**, care sângerează ușor la îndepărtarea scuamei (semnul Auspitz), posibile mici pustule, pitting unghial (depresiuni punctiforme ale lamei unghiale), desprinderea lamei unghiale de patul unghial (vezi Figura 9-9)
- Laborator** = nu sunt necesare pentru diagnostic; biopsia pielii relevă îngroșarea epidermului, absența stratului granulos și prezența celulelor nucleate în stratul cornos
- Tratament** = emolienți, corticosteroizi topici; fototerapia, metotrexatul, ciclosporina pot fi utilizate în boala severă

H. Pitiriazis rozat

- Boală inflamatorie ușoară a pielii, care apare la copii și adulți tineri, cu posibilă asociere virală, caracterizată prin leziuni papuloase pe trunchi și extremități



FIGURA 9-8

Dermatită atopică (eczemă) la adult, caracterizată prin plăci eritematoase, scuamoase.

(Din Goodheart, H. P. [2003]. *Goodheart's Photoguide of Common Skin Disorders* [2nd ed.]. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; cu permisiune; Figura 2-8.)

De REȚINUT

Cradle cap („crusta de lapte”) este numele dat popular dermatitei seborice localizate pe scalpul nou-născuților.

De REȚINUT

10-20% din pacienții cu psoriazis au și **artrită psoriazică** (a se vedea Capitolul 5, **Afecțiuni musculoscheletale**).

De REȚINUT

Distribuția leziunilor în pitiriazis rozat este caracteristică, în formă de „**brad de Crăciun**”.



FIGURA

9-9

Psoriazis.

Plăci eritematoase cu scumă argintie pe suprafața de extensie a antebrațului unui pacient cu psoriazis; leziuni similare sunt observate și la nivelul suprafeței de extensie a genunchiului.

(Din Goodheart, H. P. [2003]. *Goodheart's Photoguide of Common Skin Disorders* [2nd ed.]. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; cu permisiune; Figura 2-23.)

2. I/E

- a. Prurit; papule eritematoase, ovale, acoperite cu scumă albă, localizate în principal pe toracele anterior, posterior și extremități
- b. Erupția începe cu apariția „**plăcii heraldice**” (o leziune unică, rotundă de până la 5 cm în diametru) cu câteva zile înainte de erupția generalizată (vezi Figura 9-10)

3. **Tratament** = boala este autolimitată; steroizi topici, antihistaminice

I. Eritem nodos

1. Inflamația **dermului și a țesutului adipos** rezultând noduli eritematoși, dureroși; cel mai frecvent este localizat la nivel tibial anterior, dar poate afecta și trunchiul și alte zone ale extremităților
2. Cauzat de reacția imunologică de tip întârziat la infecții, boli autoimune de țesut conjunctiv, boli inflamatorii intestinale sau medicamente
3. **I/E** = stare generală alterată, artralгии; **noduli eritematoși** dureroși la atingere (de obicei pretibiali), febră
4. **Laborator** = titlu pozitiv de antistreptolizină O (când se asociază cu infecție streptococică), creșterea VSH; biopsia pielii poate evidenția inflamație în țesutul gras subcutanat (paniculită)
5. **Tratament** = boala este autolimitată; AINS, iodură de potasiu



FIGURA

9-10

Pitiriazis rozat.

Aceste papule scuamoase se dispun cu axul lung paralel cu linia coastelor la nivelul toracelui anterior și posterior, producând aspectul general al unui brad de Crăciun. (Imagine furnizată de Stedman's.)



III. Afecțiuni buloase

A. Pemfigus vulgar

1. Afecțiune autoimună caracterizată prin apariția de autoanticorpi îndreptați împotriva moleculelor de adeziune din epiderm
2. De obicei, afectează pacienții de vârstă mijlocie sau vârstnicii
3. **I/E = bule dureroase și fragile** la nivelul orofaringelui, toracelui, feței și regiunii perineale; bulele se rup ușor astfel încât frecvent apar eroziunile, semnul Nikolsky este pozitiv (vezi Figura 9-11)
4. **Laborator** = biopsia cutanată arată separarea celulelor epidermice (**acantoliză**), iar membrana bazală rămâne intactă; imunofluorescența evidențiază anticorpi anti-epidermici
5. **Tratament** = corticosteroizi, azatioprină sau ciclofosamidă
6. **Complicații** = sepsis, mortalitate crescută în lipsa tratamentului

B. Pemfigoid bulos

1. Afecțiune autoimună caracterizată prin apariția de autoanticorpi împotriva membranei bazale a epidermului
2. Majoritatea pacienților au vârsta >65 ani
3. **I/E = bule diseminate** (în special pe suprafețele flexoare și în zona perineală), însoțite de prurit; în urma spargerii bulelor și veziculelor rămân eroziuni; semn Nikolsky negativ (vezi Figura 9-12)



FIGURA

9-11

Pemfigus vulgar.

Bule fragile a căror spargere duce cu ușurință la apariția eroziunilor și a descumării.

(Din Elder, D. E., Elenitsas, R., Rubin, A. I., Ioffreda, M., Miller, J., & Miller, F. O. [2013]. *Atlas and Synopsis of Lever's Histopathology of the Skin* [3rd ed., p. 188]. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; cu permisiune.)



FIGURA

9-12

Pemfigoid bulos.

Multiple bule de dimensiuni mari pe un fond eritematos a căror spargere lasă eroziuni severe.

(Din Elder, D. E., Elenitsas, R., Rubin, A. I., Ioffreda, M., Miller, J., & Miller, F. O. [2013]. *Atlas and Synopsis of Lever's Histopathology of the Skin* [3rd ed., p. 197]. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; cu permisiune.)

4. **Laborator** = imunofluorescența evidențiază anticorpi anti-membrană bazală
5. **Tratament** = corticosteroizi orali/topici sau azatioprină

C. Porfirie cutanată tardivă (porfirie cutanea tarda)

1. Boală determinată de deficitul de uroporfirinogen-decarboxilaza hepatică, o enzimă implicată în metabolismul hemului
2. **Factori de risc** = alcoolism, **hepatita C**, supraîncărcare cu fier, tratamente cu estrogeni, fumatul
3. **I/E** = **leziuni buloase cronice nedureroase** la nivelul tegumentului expus la soare (în special la nivelul feței dorsale a mâinilor, antebrațe, gât, față, urechi, picioare), **piele hiperpigmentată, hipertricoză**; leziunile buloase rupte se vindecă greu și lasă cicatrici
4. **Laborator** = **AST și ALT crescute, nivel de porfirină plasmatică crescut**, porfirine urinare crescute, nivelul uroporfirinogen-decarboxilazei hepatice scăzut
5. **Tratament** = flebotomie periodică; clorochina sau hidroxicloroquina în doză mică; utilizarea cremelor cu protecție solară; evitarea factorilor declanșatori cum ar fi expunerea la soare, alcoolul, estrogenii, tutunul, suplimente de fier



IV. Neoplasme

A. Keratoza actinică

1. Leziune cutanată **precanceroasă** care se poate transforma în carcinom scuamocelular
2. **Factori de risc** = **expunerea la soare**
3. **I/E** = **papulă eritemato-scuamoasă rugoasă**, localizată la nivelul zonelor expuse la soare (vezi Figura 9-13)
4. **Laborator** = biopsia evidențiază epitelii displazici (celulele din straturile profunde ale epidermii au un aspect polimorf, cu nuclei hiperchromici)
5. **Tratament** = 5-fluorouracil topic sau imiquimod, crioterapie
6. **Complicații** = riscul de evoluție spre **carcinom scuamocelular este 0,1%/an** (60% din carcinoamele scuamocelulare se dezvoltă din keratoze actinice)

B. Carcinom scuamocelular

1. Cancer de piele cu originea în celulele **scuamoase** ale epitelului
2. **Factori de risc** = **expunerea la soare** (în special radiațiile **UVB**), **keratoza actinică**, tenul deschis la culoare, răni cronice, cicatrici
3. **I/E** = placă eritematoasă nedureroasă, acoperită de scuame în zonele expuse la soare; în evoluție leziunile pot sângera, pot ulceriza sau pot deveni dureroase (vezi Figura 9-14)
4. **Laborator** = biopsia evidențiază celule epidermice anaplastice care se extind în profunzime până în derm
5. **Tratament** = excizie chirurgicală; **excizia Mohs** (excizii superficiale seriate cu examinare histopatologică intra-operatorie pentru a minimiza defectul estetic) se recomandă în special pentru leziuni localizate la nivelul feței; radioterapia poate fi de ajutor în cazul tumorilor mari

De REȚINUT

Keratoza seboreică este o tumoră benignă alcătuită din keratinocite imature, frecvent întâlnită, cu aspect hiperpigmentat, verucos, „lipit pe piele”.

PASUL URMĂTOR

Chiar și atunci când keratoza actinică este diagnosticul sugerat de examenul clinic, este necesară o biopsie pentru a exclude carcinomul scuamocelular.

De REȚINUT

Utilizarea cremelor cu **protecție solară bună** (≥SPF 15) este importantă în prevenirea cancerelor de piele asociate cu expunerea la soare.



FIGURA

9-13

Keratoza actinică.

Acste leziuni sunt papule superficiale acoperite de scuame uscate și sunt rezultatul expunerii repetate la soare.

(Din Elder, D. E. [2015]. *Lever's Histopathology of the Skin* [11th ed., p. 987]. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; cu permisiune.)



FIGURA

9-14

Carcinom scuamocelular cu bază eritematoasă și ulcerată.

(Din Rubin, R., & Strayer, D. S. [2012]. *Rubin's. Pathology* [6th ed., p. 1163]. Philadelphia, PA: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins; cu permisiune.)

6. **Complicații** = evoluția tumorii este lentă, dar poate ajunge la dimensiuni mari până în momentul diagnosticului dacă este localizată într-o zonă greu de observat (spate, scalp); 5–10% din cazuri metastazează

C. Carcinom bazocelular

1. Cancer de piele care se dezvoltă din celulele epidermice **bazale**
2. **Factori de risc** = **expunerea la soare**
3. **I/E** = **papulă perlată** cu vascularizație fină în suprafață (**telangiectazii**) și ulcerăție centrală (vezi Figura 9-15)
4. **Laborator** = biopsia evidențiază colorarea bazofilică a celulelor epidermice bazale dispuse în palisade
5. **Tratament** = excizie chirurgicală, excizie Mohs, radioterapie sau crioterapie
6. **Complicații** = aceste tumori metastazează rar

D. Melanom

1. Tumoră malignă melanocitară care diseminează cu rapiditate
2. **Factori de risc** = **expunerea la soare**, tenul deschis la culoare, istoricul familial de melanom, numărul mare de nevi (alunițe)
3. Tipuri



FIGURA

9-15

Carcinom bazocelular.

Se evidențiază aspectul perlat al unei papule cu ulcerăție centrală.

(Din Goodheart, H. P. [2003]. *Goodheart's Photoguide of Common Skin Disorders* [2nd ed.]. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; cu permisiune; Figura 22-17)

De REȚINUT

Carcinomul bazocelular este **cel mai frecvent** tip de cancer de piele.

De REȚINUT

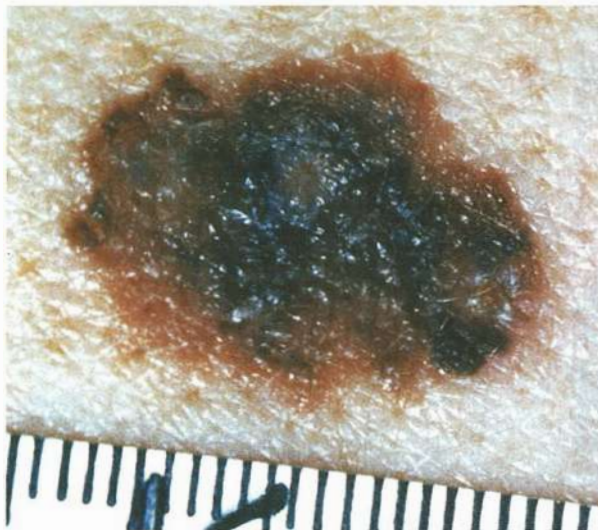
Biopsia shave nu trebuie **niciodată** folosită în cazul unei leziuni melanocitare suspecte, pentru că nu oferă suficient țesut pentru clarificarea diagnosticului și nu poate fi folosită pentru a măsura grosimea totală a leziunii.

De REȚINUT

Nevii trebuie să fie monitorizați pentru a depista criteriile ABCDE ale melanomului: **A**simetrie, **B**orduri (margini neregulate), **C**uloare (variabilă), **D**iametru (>6 mm) și **E**voluție (creștere în dimensiuni sau schimbarea aspectului).

De REȚINUT

Cel mai important factor de prognostic pentru melanom este **grosimea** tumorii (>0,76 mm asociat cu risc crescut de metastazare).

**FIGURA****9-16****Melanom extensiv în suprafață.**

Se evidențiază criteriile ABCD ale leziunii: asimetrie, margini (borduri) neregulate, culoare neomogenă și diametru mare (>20 mm). (După Rubin, R., & Strayer, D. S. [2012]. *Rubin's Pathology* [6th ed., p. 1151]. Philadelphia, PA: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins; cu permisiune.)

- a. **Extensiv în suprafață:** tipul cel mai frecvent; se extinde inițial în suprafață înainte de a se produce invazia în profunzime
 - b. **Nodular:** crește doar vertical și devine rapid invaziv; dificil de detectat, ulcerează frecvent
 - c. **Acral lentiginos:** afectează palmele, tălpile și patul unghial
 - d. **Lentigo malign:** rămâne în stadiu *in situ* mult timp înainte de a se produce creșterea verticală
4. **I/E**
 - a. **Leziune nedureeroasă**, pigmentată, cu modificări recente de aspect
 - b. Leziunile au margini neregulate, culori multiple și pot fi mari sau în creștere rapidă (vezi Figura 9-16)
 - c. În comparație, nevii melanocitari sunt mai simetrici, au margini mai regulate, sunt colorați omogen și păstrează relativ aceleași dimensiuni de-a lungul timpului (vezi 9-17)
 5. **Laborator** = biopsia excizională evidențiază melanocite atipice și posibil invazia în derm
 6. **Tratament** = excizie chirurgicală (0,5 cm margine dacă este in situ, 1 cm margine dacă <2 mm grosime, 2 cm margine dacă >2 mm grosime) eventual disecție a ganglionilor limfatici; chimioterapie și radioterapie dacă există metastaze
 7. **Complicații** = cancer agresiv; pot exista metastaze în momentul diagnosticului (organele cel mai frecvent afectate sunt plămânul, creierul și tractul gastro-intestinal)

**FIGURA****9-17****Nev melanocitar.**

Spre deosebire de melanom, această leziune este aproape simetrică, are margini mai regulate, are o culoare mai omogenă și diametrul mai mic. (Din Goodheart, H. P. [2008]. *Goodheart's Photoguide of Common Skin Disorders* [3rd ed., p. 364]. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; cu permisiune.)



V. Chirurgie plastică

A. Grefe și lambouri (vezi Tabelul 9-3)

1. Transferul pielii și al țesuturilor moi dintr-o zonă a corpului în alta cu scopul acoperirii rănilor
2. Grefele de piele pot fi autogrefe (din țesutul sănătos al aceluiași pacient), alogrefe (țesut transplantat de la o altă persoană donatoare) sau xenogrefe (țesut transplantat de la un donator din specie diferită)
3. Lambourile pot fi de rotație sau de translație (sunt lăsate parțial atașate la locul donator și rotite sau întinse pentru a acoperi rana) sau lambouri libere (lambou complet detașat de locul donator și transferat în întregime în rană)

B. Chirurgie reconstructivă

1. Repararea defectelor țesuturilor moi provocate de intervenții chirurgicale, anomalii congenitale sau traumatisme
2. Pentru a reconstitui anatomia normală sunt utilizate mai multe tipuri de țesuturi (ex. piele, mușchi, oase, cartilaje, vase, nervi)
3. Exemple
 - a. Maxilofacial: reparația cheiloschizis, reparația palatoschizis, traumatisme faciale
 - b. Săn: reconstrucție cu lambouri musculare sau implanturi mamare în urma mastectomiei
 - c. Genitourinar: repararea epispadiasului, hipospadiasului sau ageneziei genitale
 - d. Țesuturile moi: după excizia sarcoamelor sau pentru umplerea defectelor

C. Chirurgia estetică

1. Modificarea chirurgicală a aspectului
2. Poate fi efectuată pentru a corecta anomaliile anatomice sau efectele scăderii masive în greutate, ale intervențiilor chirurgicale sau ale altor afecțiuni (ex. ginecomastie, postmastectomie, exces de piele, dificultăți în respirație)
3. Este folosită mai des pentru combaterea efectelor **îmbătrânirii** sau pentru **modificarea** aspectului fizic
4. Exemple
 - a. Facială: lifting facial, lifting al frunții, blefaroplastie (repararea prozei palpebrale), rinoplastie
 - b. Piele: îndepărtarea cicatricilor, telangiectaziilor, a ridurilor (dermabrazie, tratamente cu laser, peelinguri chimice)
 - c. Săn: mărire, micșorare (poate fi utilă pentru a reduce suprasolicizarea coloanei vertebrale)
 - d. Reducerea țesutului gras: abdominoplastie, liposucție
5. Problemele **psihiatrice** trebuie luate în considerare, în special la pacienții care solicită în mod repetat „îmbunătățiri”

De REȚINUT

Trebuie efectuate controale periodice ale pielii la toți pacienții cu expunere semnificativă la soare și cu istoric familial de melanom.

PASUL URMĂTOR

Reconstrucția genitourinară sau intervențiile pentru schimbarea sexului necesită o evaluare preoperatorie atentă pentru a determina sexul adevărat al pacientului, posibile cauze genetice, rezultatele realiste și eventuale probleme psihiatrice.

Important!

Platforma rezidentiat.com oferă resurse suplimentare online: întrebări de tipul celor de la examenul de admitere în rezidențiat, slide-uri Power Point + audio, flash-card-uri, video cu operații etc. Accesul se face urmând pașii de pe coperta a 2-a a cărții.

CONCLUZII

Tipuri uzuale de grefe de piele și lambouri de țesut folosite pentru repararea rănilor

Tip	Descriere	Locuri donatoare uzuale	Indicații
Grefă de piele despicată (split skin)	Grefă de piele compusă din epiderm și o parte din derm	Abdomen, coapse, fese	Înlocuirea pielii la nivelul rănilor; util pentru a acoperi suprafețe extinse (se contractă în timp)
Grefă cu grosime completă	Grefă de piele compusă din epiderm și tot dermul	Deasupra urechilor (pentru față), antebraț, zona inghinală	Defecte la nivelul feței și mâinilor
Grefă compozită	Grefe de piele care conțin și alte țesuturi (cartilaj, pat unghial, grăsime)	Degetul, urechea etc.	Reconstrucția anatomică specifică localizării
Lambou fascio-cutanat	Piele și țesut subcutanat împreună cu vascularizația lor aferentă	Fruntea, zona inghinală, regiunea deltopectorală, coapse	Defecte mari care necesită acoperire cu țesut bine vascularizat
Lambou muscular	Mușchi transferat care fie include și pielea (lambou musculocutanat), fie necesită suplimentar grefă de piele	Tensorul fasciei lata, mușchii gluteali, sartorius, dreptii abdominale, marele dorsal	Zone care necesită un țesut bine vascularizat, țesuturi profunde expuse, leziuni grave datorită radiațiilor

ÎNTREBĂRI

1. Un bărbat de 47 de ani se prezintă în secția de primiri urgențe acuzând prurit. Are istoric de alergii la crustacee și în urmă cu 30 de minute a mâncat din greșală un preparat care conținea creveți. Temperatura este de 37°C, frecvența cardiacă este de 70 b/minut, tensiunea arterială este de 130/80 mmHg, frecvența respiratorie este de 16 respirații/minut, iar saturația oxigenului este de 99% pentru aerul atmosferic. Examenul fizic este nesemnificativ, cu excepția unei erupții difuze cu papule și eritem. Care dintre următoarele variante este următorul pas?
 - A. Epinefrină IM
 - B. Difenhidramină orală
 - C. Famotidină IV
 - D. Corticosteroizi topici cu potență înaltă
 - E. Biopsie cutanată
2. Un bărbat în vârstă de 30 de ani se prezintă în clinică cu o erupție cutanată. Erupția a debutat acum 2 săptămâni și s-a răspândit difuz pe tot corpul. Erupția este pruriginoasă și formată din papule cu centrul ombilicat. Care este următorul pas în gestionarea acestui pacient?
 - A. Corticosteroizi topici
 - B. Reevaluare
 - C. Antihistaminice
 - D. Trimitere la specialist dermatolog
 - E. Testarea HIV
3. O femeie în vârstă de 60 de ani se prezintă la cabinet din cauza unei erupții cutanate care persistă de 4 zile. Erupția este foarte dureroasă și difuză, implicând mai ales trunchiul, dar și gura și buzele. Erupția este formată din mai multe bule, cu decolarea stratului superficial al pielii la atingere ușoară. Care este cel mai probabil diagnostic?
 - A. Pemfigoid bulos
 - B. Urticarie
 - C. Porfirie
 - D. Sindromul pielii opărite stafilococice
 - E. Pemfigus vulgar
4. O femeie de 28 de ani a fost recent diagnosticată cu epilepsie și a început tratamentul cu fenitoină. Acum se prezintă în secția de urgență cu o erupție difuză care implică trunchiul, extremitățile, gura și buzele. La examinare, se observă o erupție eritematoasă difuză, descuamativă, cu bule. Care este pasul următor cel mai potrivit?
 - A. Antibiotice IV
 - B. Corticosteroizi IV
 - C. Transfer într-o secție de arși
 - D. Transfer în secția ATI
 - E. Debridarea erupției
5. O femeie în vârstă de 66 de ani se prezintă cu vezicule și bule pe toată fața și partea dorsală a mâinilor, precum și accentuarea creșterii părului. Ea descrie erupția ca fiind pruriginoasă. Neagă febră, dureri la nivelul corpului sau probleme cu respirația. Semnele vitale sunt normale. Ce altă boală coexistentă ar putea avea pacienta?
 - A. Lupus
 - B. Colită ulcerativă
 - C. Artrită reumatoidă
 - D. Hepatită C
 - E. HIV

6. Un băiat de 4 ani care merge la grădiniță se prezintă medic cu decolorarea pielii de pe spate. Leziunile sunt descrise ca fiind ușor pruriginoase. Semnele vitale sunt în limite normale. La examinare, există mai multe pete hipopigmentare. Care este cea mai bună opțiune de tratament?
- A. Hidrocortizon topic
 - B. Ketoconazol topic
 - C. Griseofulvină orală
 - D. Acetaminofen oral
 - E. Aciclovir topic
7. Un bărbat în vârstă de 74 de ani se prezintă cu o leziune la piciorul stâng. El a descoperit-o cu 6 luni în urmă și recent a observat ca a crescut. La examinare, leziunea are formă neregulată, culoare neomogenă și a crescut în dimensiuni până la 7 mm. Care este tratamentul recomandat pentru acest pacient?
- A. Corticosteroizi topici
 - B. Terapie cu lumină UV
 - C. Excizia chirurgicală
 - D. Metotrexat oral
 - E. Reevaluare
8. Un bărbat în vârstă de 55 de ani se prezintă în secția de urgență cu o erupție dureroasă la nivelul spatelui de 2 zile. Semnele vitale sunt în limite normale. La examinare se observă o erupție eritemato-veziculoasă de-a lungul unei jumătăți a spatelui cu distribuție dermatomerică. Care este cel mai mare risc la acest pacient?
- A. Infecție bacteriană suprapusă
 - B. Orbire
 - C. Nevralgie postherpetică
 - D. Paralizie Bell
 - E. Accident vascular cerebral
9. Un bărbat în vârstă de 40 de ani se prezintă la clinică pentru prurit al scalpului. El neagă simptome de tip febră sau vărsături. La examinare, prezintă o erupție cutanată difuză la nivelul scalpului și plăci de culoare gălbuie, seboreice în partea superioară a feței. Care este tratamentul recomandat?
- A. Difenhidramină orală
 - B. Corticosteroizi topici
 - C. Ketoconazol șampon
 - D. Ketoconazol topic
 - E. Corticosteroizi orali
10. O femeie în vârstă de 68 de ani, cu antecedente de diabet zaharat de tip 2, se prezintă în secția de urgență, cu eritem și edem la nivelul membrului inferior stâng în evoluție de o săptămână. Temperatura este de 38°C, frecvența cardiacă este de 101 b/min, iar tensiunea arterială este de 110/60 mmHg. La examinare, piciorul stâng este cald, roșu și indurat. Evoluția nu a fost rapid progresivă, și nu prezintă crepitații în momentul examinării. Puls periferic prezent în mod egal bilateral. Care este următorul pas în îngrijirea acestei paciente?
- A. Cefalexină orală și trimitere acasă
 - B. Clindamicină orală și trimitere acasă
 - C. Consult chirurgie generală
 - D. Vancomicină IV și internare
 - E. Piperacilină/tazobactam și vancomicină IV și internare