

**FITZPATRICK'S**

# **MANUALE ED ATLANTE DI DERMATOLOGIA CLINICA**

**Klaus Wolff, MD, FRCP**

*Professor and Chairman Emeritus  
Department of Dermatology  
Medical University of Vienna  
Chief Emeritus Dermatology Service  
General Hospital of Vienna  
Vienna, Austria*

**Richard Allen Johnson, MD**

*Assistant Professor of Dermatology  
Harvard Medical School  
Dermatologist  
Massachusetts General Hospital  
Boston, Massachusetts*

**Arturo P. Saavedra, MD, PhD, MBA**

*Assistant Professor in Dermatology, Dermatopathology and Medicine  
Brigham and Women's Hospital  
Harvard Medical School  
Boston, Massachusetts*

Traduzione a cura di

**Mauro Alaibac, MD, PhD**

*Professore Associato  
Clinica Dermatologica  
Università degli Studi di Padova*

**PICCIN**

Edizione Originale

**Fitzpatrick's Color Atlas and Synopsis of Clinical Dermatology, Seventh Edition**  
Copyright 2013 by The McGraw-Hill Companies, Inc. All rights reserved

Tutti i diritti sono riservati

**È VIETATA PER LEGGE LA RIPRODUZIONE IN FOTOCOPIA E IN QUALSIASI ALTRA FORMA**

È vietato riprodurre, archiviare in un sistema di riproduzione o trasmettere sotto qualsiasi forma o con qualsiasi mezzo elettronico, meccanico, per fotocopia, registrazione o altro, qualsiasi parte di questa pubblicazione senza autorizzazione scritta dell'Editore. Ogni violazione sarà perseguita secondo le leggi civili e penali.

#### AVVERTENZA

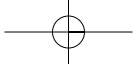
Indicazioni accurate, effetti indesiderati, e dosaggi per i farmaci sono indicati nel libro, ma è possibile che cambino. Il lettore deve esaminare le informazioni contenute nel foglietto illustrativo dei prodotti medicinali menzionati. Gli Autori, curatori, editori, distributori non sono responsabili per errori od omissioni o per qualsiasi conseguenza derivante dall'applicazione delle informazioni di quest'opera e non danno nessuna garanzia, esplicita o implicita, rispetto al contenuto della pubblicazione. Gli Autori, curatori, editori e distributori non si assumono nessuna responsabilità di qualsiasi lesione o danno a persone o cose derivante da questa pubblicazione.

ISBN978-88-299-2666-4

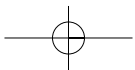
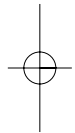
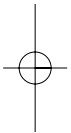
Stampato in Italia

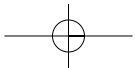
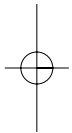
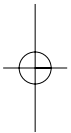
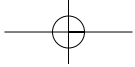
---

Copyright © 2014 by Piccin Nuova Libreria S.p.A., Padova  
[www.piccin.it](http://www.piccin.it)



Questa settima edizione del Manuale ed Atlante di Dermatologia Clinica  
è dedicata a tutti gli Specializzandi in Dermatologia e Venereologia.





## PREFAZIONE

**“Time is change; we measure its passage by how much things alter”.**

***Nadine Gordimer***

La prima edizione di questo libro fu pubblicata circa 30 anni addietro ed è stata aggiornata di pari passo con i principali sviluppi che si sono determinati in ambito dermatologico negli ultimi tre decenni. La dermatologia è attualmente una delle specializzazioni più ricercate sia per il cospicuo numero di patologie dermatologiche che per le molte ed innovative terapie che oggi coinvolgono numerosi pazienti. Il Manuale ed Atlante di Dermatologia Clinica è stato utilizzato da migliaia di medici di medicina generale, specializzandi in Dermatologia, dermatologi, internisti ed altro personale sanitario poiché facilita la

diagnosi dermatologica grazie alla presenza di fotografie a colori delle lesioni cutanee ed alla concomitante presenza di un sommario dei disordini cutanei così come dei segni dermatologici di patologie sistemiche.

La settima edizione è stata largamente rivista ed ampliata mediante l'inclusione di nuove sezioni. Circa il 20% delle vecchie immagini è stato sostituito con delle nuove ed ulteriori immagini sono state aggiunte. Vi è una completa descrizione dell'eziologia, patogenesi, gestione e trattamento ed inoltre vi è attualmente una versione on-line.

## RINGRAZIAMENTI

La nostra segretaria, Renate Kosma, ha lavorato duramente per soddisfare le necessità degli autori. Dell'attuale team McGraw-Hill, si ringraziano Anne M. Sydor Editore Esecutivo, Kim Davis Editore Associato, Jeffrey Herzich Direttore della Produzione che con competenza hanno coordinato il processo di

produzione e Diana Andrews per l'aggiornamento del disegno. Ma la principale forza dietro questa e le precedenti edizioni è stata Anne Sydor che grazie al buon carattere, capacità di giudizio, lealtà agli autori e, soprattutto, pazienza, ha guidato gli autori a produrre un libro ancora migliore.

# INDICE GENERALE

<i>Introduzione</i>	XXIII
<i>Approccio alla diagnosi dermatologica</i>	XXIV
<i>Profilo generale della diagnosi dermatologica</i>	XXIV
<i>Speciali ausili clinici e laboratoristici per la diagnosi dermatologica</i>	XXXII

## PARTE I DISTURBI PRESENTI NELLA PELLE E NELLE MUCOSE

### SEZIONE 1



### MALATTIE DELLE GHIANDOLE SEBACEE E APOCRINE 2

Acne volgare (acne comune) e acne cistica	2
Rosacea	8
Dermatite periorale	12
Idrosadenite suppurativa	14
Malattia di Fox Fordyce	17

### SEZIONE 2



### ECZEMA/DERMATITE 18

Dermatite da contatto	18
Dermatite da contatto irritativa (DIC)	18
Dermatite da contatto irritativa acuta	19
Dermatite da contatto irritativa cronica	21
Forme speciali di DIC	23
Dermatite da contatto allergica (DAC)	24
Forme particolari di DAC	28
DAC	28
DAC sistemica	30
DAC aerotrasmessa	30
Dermatite atopica (DA)	31
Algoritmo suggerito per il trattamento della DA	39
Lichen Simplex Cronico (LSC)	39
Prurigo nodulare (PN)	41
Eczema disidrosico	42
Eczema nummulare	43

**VIII**      **Indice generale**

Dermatite da autosensibilizzazione	44
Dermatite seborroica (DS)	45
Dermatite asteatosica	48

## SEZIONE 3

**PSORIASI E DERMATOSI PSORIASIFORMI 49**

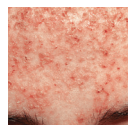
Psoriasi	49
Psoriasi volgare	49
Psoriasi pustolosa	56
Pustolosi palmoplantare	56
Psoriasi pustolosa acuta generalizzata (Von Zumbusch)	57
Eritrodermia psoriasica	59
Artrite psoriasica	59
Trattamento della psoriasi	59
Pitiriasi rubra pilare (PRP)	62
Pitiriasi rosea	65
Parapsoriasi in chiazze	67
Pitiriasi lichenoidale (acuta e cronica) (PL)	70

## SEZIONE 4

**ITTIOSI 72**

Ittiosi volgare dominante (IVD)	72
Ittiosi legata al cromosoma X (ILX)	75
Ittiosi lamellare (IL)	77
Ipercheratosi epidermolitica (IE)	78
Ittiosi del neonato	80
Collodion baby	80
Feto arlecchino	81
Ittiosi sindromiche	82
Ittiosi acquisita	84
Cheratoderma ereditario del palmo delle mani e della pianta dei piedi	84

## SEZIONE 5

**MISCELLANEA DI MALATTIE DELL'EPIDERMIDE 87**

Acantosi nigricans (AN)	87
Malattia di Darier	89
Malattia di Grover (DG)	91
Malattia di Hailey-Hailey (pemfigo familiare benigno)	92
Porocheratosi attinica superficiale disseminata (PASD)	93



## SEZIONE 6

**MALATTIE BOLLOSE GENETICHE E ACQUISITE 94**

Epidermolisi bollosa ereditaria (EB)	94
Pemfigo	101
Pemfigoide bolloso (BP)	107
Pemfigoide cicatriziale	109
Herpes gestationis (HG)	110
Dermatite erpetiforme (DE)	111
Dermatosi a IgA lineari (LAD)	113
Epidermolisi bollosa acquisita (EBA)	114

## SEZIONE 7

**MALATTIE MEDIATE DAI NEUTROFILI 116**

Pioderma gangrenoso (PG)	116
Sindrome di Sweet	120
Granuloma faciale (GF)	122
Eritema nodoso (EN)	122
Altre panniculiti	125

## SEZIONE 8

**ERUZIONI CUTANEE SEVERE E POTENZIALMENTE FATALI IN PAZIENTI CON PATOLOGIE ACUTE 127**

Sindrome dell'eritrodermia esfoliativa (SEE)	127
Eruzioni cutanee acute nei pazienti con febbre	133
Sindrome di Stevens-Johnson (SSJ) e Necrolisi Epidermica Tossica (NET)	137

## SEZIONE 9

**NEOPLASIE BENIGNE E IPERPLASIE 141**

DISORDINI DEI MELANOCITI	141
Nevi melanocitici acquisiti (NMA)	141
Halo nevus	146
Nevo blu	148
Nevo spilus	149
Nevo di Spitz	151
Macchia mongolica	152
Nevo di Ota	153
Neoplasie e malformazioni vascolari	154
Neoplasie vascolari	155
Emangiomi dell'infanzia (EI)	155
Granuloma piogenico	159
Tumore glomico	160

## X

## Indice generale

Angiosarcoma	161
Malformazioni vascolari	161
Malformazioni capillari	162
Macchia di vino porto (PWS)	162
Angioma stellato	164
Lago venoso	165
Angioma rubino	166
Angiocheratoma	167
Malformazioni linfatiche	169
“Linfangioma”	169
Malformazioni Capillari/Venose (CVMs)	170
Miscellanea: cisti e pseudocisti	172
Cisti epidermoide	172
Cisti trichilemmale	173
Cisti epidermica da inclusione	173
Milio	174
Cisti mixoide digitale	175
Miscellanee: neoplasie e iperplasie benigne	176
Cheratosi seborroica (CS)	176
Nevo di Becker (BN)	179
Tricoepitelioma	180
Siringoma	181
Iperplasia sebacea	182
Nevo sebaceo	182
Nevo epidermico	183
Neoplasie e iperplasie benigne del derma e sottocute	184
Lipoma	184
Dermatofibroma	185
Cicatrici ipertrofiche e cheloidi	186
Fibromatosi digitale infantile	189
Fibroma pendulo	190

## SEZIONE 10

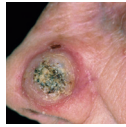


## FOTOSENSIBILITÀ, MALATTIE FOTOINDOTTE E MALATTIE INDOTTE DA RADIAZIONI IONIZZANTI 191

Reazioni cutanee all'esposizione solare	191
Danno solare acuto (ustione solare)	193
Fotosensibilità farmaco indotta (da agenti chimici)	195
Fotosensibilità farmaco-indotta (da agenti chimici) fototossica	196
Dermatite fototossica sistemica	196
Dermatite fototossica localizzata	199
Fitofotodermatite	199
Fotosensibilità farmaco-indotta fotoallergica	201
Eruzione polimorfa da luce (EPL)	204
Orticaria solare	206
Dermatosi esacerbate dalla fotoesposizione	207
Sensibilità metabolica: le porfirie	207
Porfiria cutanea tarda	208
Porfiria variegata	212
Protoporfiria eritropoietica	213
Danno fotoindotto cronico	215
Dermatoeliosi (“Fotoinvecchiamento”)	215

Lentigo solare	217
Condrodermatite nodulare dell'elice	218
Cheratosi attinica	219
Reazioni cutanee alle radiazioni ionizzanti	222
Radiodermite	222

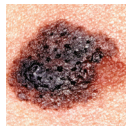
## SEZIONE 11



## LESIONI PRECANCEROSE E CARCINOMI CUTANEI 226

Precancerosi e tumori maligni dell'epidermide	226
Corno cutaneo	227
Cheratosi arsenicali	228
Carcinoma squamocellulare in situ	228
Carcinoma squamocellulare invasivo	232
Cheratoacantoma	239
Carcinoma basocellulare (CBC)	240
Sindrome del nevo basocellulare	247
Tumori annessiali maligni	248
Carcinoma a cellule di Merkel	248
Dermatofibrosarcoma protuberans (DFSP)	250
Fibroxioma atipico	251

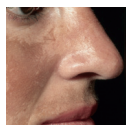
## SEZIONE 12



## PRECURSORI DEL MELANOMA E MELANOMA CUTANEO PRIMITIVO 252

I precursori del melanoma cutaneo	252
Nevo melanocitico displastico	252
Nevo melanocitico congenito (NMC)	256
Melanoma cutaneo	259
Melanoma in situ (MIS)	262
Melanoma tipo lentigo maligna	263
Melanoma a diffusione superficiale	266
Melanoma nodulare	271
Melanoma desmoplastico	274
Melanoma acrolentiginoso	275
Melanoma amelanotico	277
Melanoma delle mucose	278
Melanoma metastatico	279
Stadiazione del melanoma	282
Prognosi del melanoma	282
Terapia del melanoma	282

## SEZIONE 13



## ALTERAZIONI DELLA PIGMENTAZIONE 284

Vitiligine	285
Albinismo oculocutaneo	291
Melasma	293
Alterazioni pigmentarie post-infiammatorie	294
Iperpigmentazione	294
Ipopigmentazione	297

## PARTE II DERMATOLOGIA E MEDICINA INTERNA

## SEZIONE 14

LA CUTE NEI DISORDINI IMMUNI  
AUTOIMMUNI E REUMATICI 302

Amiloidosi sistemica	302
Amiloidosi sistemica AL	302
Amiloidosi sistemica AA	304
Amiloidosi cutanea localizzata	305
Orticaria e angioedema	306
Eritema multiforme (EM)	314
Criopirinopatie (Caps)	319
Lichen Planus (LP)	320
Malattia di Behçet	325
Dermatomiosite	328
Lupus eritematoso (LE)	332
Lupus eritematoso sistemico	334
Lupus eritematoso sistemico cutaneo subacuto	338
Lupus eritematoso cutaneo cronico (LECC)	340
Panniculite lupica cronica	343
Livedo reticolare	344
Fenomeno di Raynaud	345
Sclerodermia	347
Patologie sclerodermiformi	351
Morfea	351
Lichen scleroatrofico (LSA)	355
Vasculiti	356
Vasculite da ipersensibilità	357
Porpora di Schönlein-Henoch	359
Poliarterite nodosa	359
Granulomatosi di Wegener	360
Arterite a cellule giganti	362
Vasculite orticarioide	363
Vasculite nodulare	364
Dermatosi pigmentate purpuriche (DPP)	365
Malattia di Kawasaki	366
Artrite reattiva (sindrome di Reiter)	369
Sarcoidosi	371
Granuloma anulare (GA)	375

## SEZIONE 15



## PATOLOGIE ENDOCRINOLOGICHE, METABOLICHE E NUTRIZIONALI 377

Dermopatie in gravidanza	377
Prurito da colestasi gravidica	377
Pemfigoide gestazionale	377
Eruzione polimorfa della gravidanza (PEP)	379
Prurigo della gravidanza ed eruzione atopica della gravidanza (AEP)	380
Psoriasi pustolosa in gravidanza	380
Manifestazioni cutanee di obesità	380
Malattie della cute associate al diabete mellito	381
Bolle diabetiche	382
“Piede diabetico” e neuropatia diabetica	383
Dermopatia diabetica	384
Necrobiosi lipidica	385
Sindrome di Cushing	386
Morbo di Graves e ipertiroidismo	387
Ipotiroidismo e mixedema	387
Malattia di Addison	389
Patologie metaboliche e nutrizionali	390
Xantomi	390
Xantelasma	392
Xantoma tendineo	392
Xantoma tuberoso	392
Xantoma eruttivo	394
Xantoma striato palmare	394
Xantoma piano normolipemico	395
Scorbuto	396
Deficit di zinco e acrodermatite enteropatica	397
Pellagra	399
Gotta	400

## SEZIONE 16

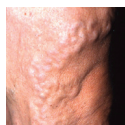


## Malattie genetiche 401

Pseudoxantoma elastico	401
Sclerosi tuberosa (TS)	402
Neurofibromatosi (NF)	405
Teleangectasia emorragica ereditaria	409

**XIV****Indice generale**

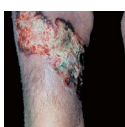
## SEZIONE 17



## Manifestazioni cutanee dell'insufficienza vascolare 410

Aterosclerosi, ateroembolizzazione e insufficienza arteriosa	410
Tromboangioite obliterante	414
Tromboflebite e trombosi venosa profonda	415
Insufficienza venosa cronica	417
Ulcere comuni delle gambe e del piede	422
Vasculite livedoide (VL)	424
Insufficienza linfatica cronica	425
Ulcere da pressione	426

## SEZIONE 18



## Manifestazioni cutanee dell'insufficienza renale 429

Classificazione delle alterazioni cutanee	429
Calcifilassi	429
Dermopatia nefrogena fibrosante (NFD)	431
Dermatosi perforante acquisita	432

## SEZIONE 19



## Manifestazioni cutanee di neoplasie sistemiche 433

Manifestazioni mucocutanee di neoplasie sistemiche	433
Classificazione delle manifestazioni cutanee di neoplasie sistemiche	433
Metastasi cutanee	434
Malattia di Paget mammaria	438
Malattia di Paget extramammaria	440
Sindrome di Cowden (sindrome degli amartomi multipli)	441
Sindrome di Peutz-Jeghers	442
Sindrome da glucagonoma	443
Acantosi nigricans maligna	445
Pemfigo paraneoplastico (PPN)	445

## SEZIONE 20



## Segni cutanei di malattie ematologiche 446

Porpora trombocitopenica	446
Coagulazione intravascolare disseminata	447
Crioglobulinemia	450
Leucemia cutis	452
Istiocitosi a cellule di Langerhans	455
Mastocitosi	459

## SEZIONE 21



## Linfomi cutanei e sarcomi 463

Leucemia/Linfoma a cellule T dell'adulto	463
Linfoma cutaneo a cellule T	464
Micosi fungoide (MF)	464
Varianti di micosi fungoide	470
Sindrome di Sézary	472
Papulosi linfomatoide	472
Linfoma cutaneo anaplastico a grandi cellule (CALCL)	474
Linfoma cutaneo a cellule B	475
Sarcoma di Kaposi (SK)	476

## SEZIONE 22

Complicanze cutanee  
nei trapianti d'organo e di midollo 481

Infezioni cutanee più comuni associate con il trapianto d'organo	481
Tumori cutanei associati a trapianto	482
Graft-Versus-Host Disease (GVHD)	483
GVHR cutanea acuta	483
GVHR cutanea cronica	486

## SEZIONE 23



## Reazioni cutanee avverse da farmaci 488

Reazioni cutanee avverse da farmaci (ACDR)	488
Reazioni avverse da farmaci di carattere esantematico	493
Eruzioni pustolose	495
Orticaria acuta indotta da farmaci, angioedema, edema e anafilassi	497
Eritema fisso da farmaci	498
Sindrome da ipersensibilità ai farmaci	500
Iperpigmentazione indotta da farmaci	501
Pseudoporfiria	504
Necrosi dovuta a ACDR	505
ACDR correlata a chemioterapia	508

## SEZIONE 24

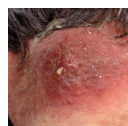


## Disordini cutanei ad eziologia psichiatrica 511

Sindrome dismorfica corporea (BDS)	511
Delirio di parassitosi	511
Escoriazioni nevrotiche e tricotillomania	513
Sindromi fattizie (sindrome di Münchhausen)	515
Segni cutanei di iniezione di sostanze esogene	516

**PARTE III PATOLOGIE DETERMinate DA AGENTI MICROBICI**

SEZIONE 25



## Colonizzazione batterica e infezioni batteriche di cute e tessuti molli 520

Eritrasma	520
Cheratosi puntata	521
Tricomicosi	522
Intertrigine	523
Impetigine	525
Ascesso, foruncolo, favo	529
Infezioni dei tessuti molli	534
Cellulite	534
Infezioni necrotizzanti dei tessuti molli	541
Linfangite	542
Infezione delle ferite	543
Malattie causate dalle tossine prodotte dai batteri	547
Staphylococcal scalded-skin syndrome	547
Sindrome da shock tossico	549
Scarlattina	550
Carbonchio cutaneo	551
Difterite cutanea	553
Tetano	553
Infezioni cutanee da <i>Nocardia</i>	554
Rickettsiosi	556
Febbri maculose da morso di zecca	556
Febbre maculosa delle Montagne Rocciose	558
Rickettsialpox	559
Endocardite infettiva	560
Sepsi	562
Infezione meningococcica	563
Infezioni da <i>Bartonella</i>	564
Malattia da graffio di gatto (MGG)	565
Angiomatosi bacillare	566
Tularemia	567
Infezioni cutanee da <i>Pseudomonas aeruginosa</i>	568
Infezioni da micobatteri	568
Malattia di Hansen (lebbra)	569
Tubercolosi cutanea	574
Infezioni da micobatteri non tubercolari	579
Infezione da <i>Mycobacterium marinum</i>	579
Infezione da <i>Mycobacterium ulcerans</i>	581
Infezione da <i>Mycobacterium fortuitum complex</i>	582
Borreliosi di Lyme	585



## SEZIONE 26



## Infezioni fungine della pelle, dei capelli e delle unghie 590

Introduzione	590
Infezioni fungine superficiali	590
Candidiasi	590
Candidiasi cutanea	591
Candidiasi orofaringea	594
Candidiasi genitale	597
Candidiasi mucocutanea cronica	598
Candidiasi disseminata	600
Pitiriasi versicolor	601
Infezioni da Trichosporon	605
Tinea nigra	605
Dermatofitosi	606
Tinea pedis	610
Tinea manuum	614
Tinea cruris	616
Tinea corporis	618
Tinea faciei	620
Tinea incognito	622
Dermatofitosi dei peli	622
Tinea capitis	623
Tinea barbae	626
Granuloma di Majocchi	628
Infezioni fungine invasive e disseminate	628

## SEZIONE 27



## Malattie virali della cute e delle mucose 629

Introduzione	629
Infezioni da Poxvirus	629
Mollusco contagioso	629
Orf umano	633
Nodulo del mungitore	635
Vaiolo	635
Vaccinazione antivaiolosa	636
Infezioni da papillomavirus umano (HPV)	638
Papillomavirus umano: infezioni cutanee	639
Esantemi infettivi	647
Rosolia	648
Morbillo	650
Infezioni da enterovirus	652
Malattia mani-piedi-bocca	653
Erpangina	655
Eritema infettivo	656
Malattia di Gianotti-Crosti	657
Dengue	658
Infezione da herpes simplex virus (HSV)	660
Infezione extragenitale da herpes simplex virus	663
Herpes simplex neonatale	666

**XVIII****Indice generale**

Eczema herpeticum	668
Herpes simplex nel paziente immunodepresso	669
Infezione da varicella zoster virus (VZV)	672
VZV: varicella	673
VZV: herpes zoster (HZ)	675
VZV: infezioni nell'ospite immunodepresso	680
Infezioni da herpes virus umani tipo 6 e 7 (HHV-6 e HHV-7)	683
Manifestazioni mucocutanee dell'infezione da virus dell'immunodeficienza umana (HIV)	684
Sindrome acuta da HIV	687
Follicolite eosinofila	688
Eruzione papulare da HIV	689
Fotosensibilità nella malattia da HIV	690
Leucoplachia villosa orale	690
Eruzioni cutanee da farmaci nella malattia da HIV	691
Variazioni delle malattie mucocutanee comuni nella malattia da HIV	692

## SEZIONE 28

**Punture di insetti e infestazioni 698**

Reazioni cutanee e da punture di artropodi	698
Pediculosi del capo	704
Pediculosi del corpo	706
Pediculosi del pube	707
Demodicosi	709
Scabbia	710
Larva migrans cutanea	716
Malattie da agenti acquatici	717
Dermatite da cercarie	718
Eruzione del bagnante	719
Avvelenamento da Cnidarie	719

## SEZIONE 29

**Infezioni parassitarie sistemiche 721**

Leishmaniosi	721
Tripanosomiasi americana	725
Tripanosomiasi africana	726
Amebiasi cutanea	727
Acantamebiasi cutanea	727

## SEZIONE 30



## Malattie sessualmente trasmesse (MTS) 728

Papillomavirus umano (HPV): infezione anogenitale	728
Verruche genitali	729
HPV: Carcinoma squamo cellulare in situ (CSCIS) e carcinoma squamocellulare anogenitale	732
Herpes simplex virus: infezioni genitali	736
Infezioni da Neisseria gonorrhoeae	742
Infezioni gonococcica localizzata (gonorrea)	743
Sifilide	744
Sifilide primaria	745
Sifilide secondaria	747
Sifilide latente	751
Sifilide terziaria	751
Sifilide congenita	752
Linfogranuloma venereo	753
Haemophilus ducreyi: ulcera venerea	754
Donovanosi	756

## PARTE IV SINTOMI DERMATOLOGICI DI PATOLOGIE DEI CAPELLI, DELLE UNGHIE E DELLE MUCOSE

## SEZIONE 31



## Malattie dei follicoli piliferi e patologie correlate 760

Biologia del ciclo di crescita	760
Perdita dei capelli: alopecia	762
Alopecia androgenetica	762
Alopecia areata	767
Telogen effluvium	770
Anagen effluvium	773
Alopecia cicatriziale primitiva	774
Crescita eccessiva dei peli	781
Irsutismo	781
Ipertricosi	784
Follicolite infettiva	785

## SEZIONE 32



## Malattie dell'apparato ungueale 790

Apparato ungueale normale	790
Componenti dell'apparato ungueale normale	790
Malattie dell'apparato ungueale	790
Paronichia cronica	790

Onicolisi	792
Sindrome dell'unghia verde	793
Onicauxi e onicografosi	793
Malattie psichiatriche	794
Interessamento dell'apparato ungueale nelle malattie cutanee	794
Psoriasi	794
Lichen planus	796
Alopecia areata	798
Malattia di Darier (Malattia di Darier White, Keratosis follicolare)	798
Danno e dermatiti da irritanti chimici	799
Neoplasie dell'apparato ungueale	800
Cisti mixoide del dito	800
Melanonichia longitudinale	800
Nevo della matrice ungueale	801
Melanoma acrolentiginoso (ALM)	801
Carcinoma squamocellulare	802
Infezioni dell'apparato ungueale	803
Paronichia acuta	804
Patereccio	804
Onissi da Candida	805
Tinea unguium/onicomicosi	806
Le unghie come indizio di malattia sistemica	809
Linee trasversali di Beau	809
Leuconichia	810
Sindrome delle unghie gialle	811
Fibroma periungueale	812
Emorragie a scheggia	812
Teleangiectasie ed eritema periungueali e della piega ungueale	813
Coilonichia	815
Unghie a clava	815
Alterazioni ungueali farmaco indotte	816

## SEZIONE 33

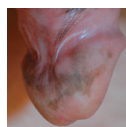


## Patologie della cavità orale 817

Patologie delle labbra	817
Cheilite angolare (Perlèche)	817
Cheilite attinica	818
Patologie della lingua, del palato e della mandibola	818
Lingua fissurata	818
Lingua villosa bianca o nera	819
Leucoplachia villosa orale	520
Glossite migrante	820
Toro palatino e mandibolare	821
Patologie delle gengive, del periodonto e delle mucose	821
Gengiviti e periodontiti	821
Lichen planus	822
Gengivite acuta necrotizzante	822
Iperplasia gengivale	824
Ulcere aftose	825
Leucoplachia	826
Lesioni eritematose con o senza leucoplachia	830
Neoplasie premaligne e maligne	831

Displasia e carcinoma spinocellulare in situ (SCCIS)	831
Carcinoma spinocellulare invasivo del cavo orale	832
Carcinoma verrucoso	832
Melanoma dell'orofaringe	832
Noduli sottomucosi	834
Mucocele	834
Fibroma da irritazione	834
Ascesso cutaneo odontogeno	835
Patologie cutanee che coinvolgono la cavità orale	836
Pemfigo volgare (PV)	836
Pemfigo paraneoplastico	837
Pemfigoide bolloso	838
Pemfigoide cicatriziale	839
Patologie sistemiche con manifestazioni al cavo orale	839
Lupus eritematoso	840
Sindrome di Stevens-Johnson/necrolisi epidermica tossica	841

## SEZIONE 34



## Patologie dei genitali, del perineo e dell'ano 842

Papule perlacee peniene	842
Ghiandole sebacee ectopiche	843
Angiocheratoma	843
Linfagite sclerosante del pene	843
Linfedema dei genitali	844
Balanite e vulvite plasmacellulare	845
Fimosi, parafimosi e balanite xerotica obliterante	846
Disordini mucocutanei	847
Lentiginosi genitale (peniena, vulvare, anale)	847
Vitiligine e leucodermia	848
Psoriasi volgare	848
Lichen planus	850
Lichen nitidus	851
Lichen sclerosus	851
Eritema necrolitico migrante	854
Ulcere aftosiche genitali	854
Dermatiti eczematose	854
Dermatite allergica da contatto	854
Dermatite atopica, lichen simplex cronico, prurito anale	855
Eritema fisso da farmaci	856
Lesioni precancerose e neoplastiche	856
Carcinoma spinocellulare in situ	856
Neoplasia intraepiteliale (IN) e carcinoma spinocellulare in situ indotto dal papillomavirus umano	857
Carcinoma spinocellulare anogenitale invasivo	858
Carcinoma spinocellulare invasivo del pene	858
Carcinoma spinocellulare invasivo della vulva	859
Carcinoma spinocellulare invasivo dell'ano	859
Carcinoma verrucoso genitale	859
Melanoma maligno della regione anogenitale	859
Malattia di Paget extramammario (MPE)	861
Sarcoma di Kaposi	862
Infezioni ano-genitali	862

SEZIONE 35



## Prurito diffuso senza lesioni cutanee (Prurito sine materia) 863

### APPENDICE

<b>APPENDICE A</b>	<b>Diagnosi differenziale delle lesioni pigmentate</b>	868
<b>APPENDICE B</b>	<b>Utilizzo dei farmaci in gravidanza</b>	873
<b>APPENDICE C</b>	<b>Infezioni fungine invasive e disseminate</b>	875
	Micosi sottocutanee	875
	Sporotricosi	875
	Feoifomicosi	877
	Infezioni fungine sistemiche con disseminazione nella cute	879
	Criptococcosi	879
	Istoplasmosi	880
	Blastomicosi	882
	Coccidioidomicosi	883
	Penicilliosi	884
	Acronimi	885
	Indice analitico	889

## INTRODUZIONE

Il *Manuale ed Atlante di Dermatologia Clinica* è proposto come “guida” per il riconoscimento dei disordini cutanei e del loro trattamento. La cute è una miniera di lesioni che di norma sono riconosciute clinicamente. L’osservazione macroscopica delle lesioni cutanee rimane alla base della diagnosi dermatologica, pertanto questo testo è accompagnato da più di 900 fotografie a colori che illustrano le malattie cutanee, le manifestazioni cutanee delle malattie internistiche, le infezioni, i tumori e i reperti cutanei occasionali in individui per il resto sani. Ci siamo sforzati di includere informazioni rilevanti per la dermatologia di genere e un gran numero di immagini che mostrano malattie cutanee in differenti etnie. Questo Atlante copre l’intero campo della dermatologia clinica ma non include sindromi o condizioni molto rare. Per queste, si rimanda il lettore ad un’altra pubblicazione della McGraw-Hill: *Fitzpatrick’s Dermatology in General Medicine*, ottava edizione, 2012, edita da Lowell A. Goldsmith, Stephen I. Katz, Barbara A. Gilchrest, Amy S. Paller, e David J Leffell, e Klaus Wolff.

Questo testo è destinato a tutti i medici e altri operatori sanitari, inclusi studenti di medicina, specializzandi in dermatologia, internisti, oncologi, e specialisti in malattie infettive che incontrano nella loro pratica clinica patologie con manifestazioni cu-

tanee. Per i non dermatologi, è consigliabile iniziare con “Approccio alla Diagnosi Dermatologica” e “Profilo della Diagnosi Dermatologica” per familiarizzare con i principi della terminologia dermatologica e le linee di pensiero.

Il Manuale è organizzato in 4 parti, suddivise in 35 sezioni, e 2 brevi appendici. Ciascuna sezione è contrassegnata da un colore diverso dell’intestazione di pagina in modo da facilitare il lettore nella ricerca dell’argomento d’interesse.

Ciascuna malattia è contrassegnata da piccoli simboli che permettono di fornire a prima vista informazioni su incidenza (quadrati) e morbilità (cerchi).

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Rara             | <input type="radio"/> Morbilità bassa         |
| <input type="checkbox"/> Non molto comune | <input type="radio"/> Morbilità considerevole |
| <input type="checkbox"/> Comune           | <input type="radio"/> Morbilità grave         |

Per esempio, i simboli   per il melanoma indicano che il melanoma è frequente e grave. Ci sono anche alcune variazioni in questa simbologia. Per esempio,  →  significa che la malattia è rara ma può essere frequente in particolari popolazioni o in regioni endemiche o in epidemie. Un altro esempio  →  indica che questa malattia causa considerevole morbilità e può diventare grave. Inoltre, ciascuna malattia è contrassegnata con i rispettivi codici ICD9/10.

## APPROCCIO ALLA DIAGNOSI DERMATOLOGICA

Ci sono due distinte situazioni cliniche in cui il medico si può trovare a valutare delle lesioni cutanee:

1. Le lesioni cutanee possono essere reperti accidentali in individui *sani* e *malati* durante l'esame obiettivo generale di routine
  - “Gonfiore e macchie”: molte lesioni asintomatiche che sono irrilevanti dal punto di vista medico possono essere presenti in persone sane e malate e non costituiscono il motivo della visita medica; ogni medico generale dovrebbe essere in grado di riconoscere queste lesioni per differenziarle da lesioni asintomatiche ma importanti, ad esempio lesioni maligne.
  - *Importanti lesioni cutanee non* notate dal paziente ma che non devono essere ignorate dal medico: ad esempio, nevi atipici, melanomi, carcinomi basocellulari, carcinomi squamosi, macchie caffelatte nella malattia di Recklinghausen e xantomi.
2. Le lesioni cutanee rappresentano il *principale disturbo* del paziente
  - Problemi “minori”: ad esempio, eruzione pruriginosa localizzata, eruzione inguinale, lesioni nodulari come nevi comuni e cheratosi seborroiche.
  - Sintomi cutanei severi in pazienti malati.

### Sintomi cutanei severi in pazienti malati

- **Eruzione rosso generalizzata con febbre**
  - Esantemi virali
  - Esantemi da Rickettsia
  - Eruzioni da farmaci
  - Infezioni batteriche con produzione di tossine.
- **Eruzione generalizzata con vescicole e lesioni orali severe**
  - Eritema multiforme (major)

- Necrolisi epidermica tossica
- Pemfigo
- Pemfigoide bolloso
- Eruzioni da farmaci
- **Eruzione rosso generalizzata con pustole**
  - Psoriasi pustolosa (von Zumbusch)
  - Eruzione da farmaci
- **Eruzione generalizzata con vescicole**
  - Herpes simplex disseminato
  - Herpes zoster generalizzato
  - Varicella
  - Eruzioni da farmaci
- **Eruzione rosso generalizzata con desquamazione in tutto il corpo**
  - Eritroderma esfoliativo
- **Pomfi e rigonfiamento dei tessuti molli generalizzati**
  - Orticaria e angioedema
- **Porpora generalizzata**
  - Trombocitopenia
  - Porpora fulminante
  - Eruzioni da farmaci
- **Porpora generalizzata che può essere palpata**
  - Vasculite
  - Endocardite batterica
- **Infarti cutanei multipli**
  - Meningococcemia
  - Gonococcemia
  - Coagulopatia intravascolare disseminata
- **Infarti cutanei localizzati**
  - Calcifilassi
  - Aterosclerosi obliterante
  - Ateroembolizzazione
  - Necrosi da warfarina
  - Sindrome da anticorpi antifosfolipidi
- **Edema infiammatorio facciale con febbre**
  - Erisipela
  - Lupus eritematoso

## PROFILO GENERALE DELLA DIAGNOSI DERMATOLOGICA

A differenza degli altri campi della medicina clinica, i pazienti dovrebbero essere esaminati prima di raccogliere l'anamnesi perché i pazienti vedendo le loro lesioni possono presentarsi con una storia alterata da una loro interpretazione dell'origine e della causa dell'eruzione cutanea. Inoltre, l'accuratezza

diagnostica è maggiore quando l'esame obiettivo è affrontato senza idee preconcepite. Tuttavia, una buona anamnesi dovrebbe sempre essere raccolta, preferibilmente durante o dopo l'esame clinico, in modo da poter essere mirata sulla base dei reperti obiettivi.



## Esame obiettivo

**Aspetto** sofferente, sano

**Segni vitali** polso, respirazione, temperatura

**Cute: "Imparare a Leggere"**. L'intera cute dovrebbe essere ispezionata incluse le mucose, le regioni genitali e anali, i capelli, le unghie e i linfonodi periferici. Leggere la cute è come leggere un testo. Le lesioni cutanee elementari sono come le lettere dell'alfabeto: forma, colore, margini e altre caratteristiche porteranno alle parole, e la loro sede e distribuzione a una frase o a un paragrafo. Il requisito indispensabile della diagnosi dermatologica pertanto è il riconoscimento (1) del tipo di lesioni cutanee, (2) del colore, (3) dei margini, (4) della consistenza, (5) della forma, (6) della disposizione e (7) della distribuzione delle lesioni.

### Riconoscere le lettere: tipi di lesioni cutanee

- **Macula** (Latino: *macula*, "macchia") Una macula è un'area circoscritta di alterazione di colore della pelle senza elevazione o depressione. Per-

tanto non è palpabile. Le macule possono essere ben o mal definite. Le macule possono essere di qualunque dimensione e colore (Immagine I-1): bianche come nella vitiligine; marroni, come nelle macchie caffè-latte; blu come nelle macchie mongoliche; rosse, come nelle anomalie vascolari permanenti quali le macchie di vino porto o la dilatazione capillare dovuta ad infiammazione (eritema). La pressione di un vetrino (diascopia) sul margine di una lesione rossa può permettere di rilevare lo stravasamento di globuli rossi. Se il rossore persiste sotto la pressione del vetrino, la lesione è purpurica, cioè, deriva da globuli rossi stravasati; se il rossore scompare, la lesione è dovuta a vasodilatazione. Un'eruzione diffusa costituita da macule è chiamato *esantema maculare*.

- **Papula** (Latino: *papula*). Una papula è una lesione solida, superficiale, rilevata, generalmente <0.5 cm di diametro. La maggior parte della lesione è rilevata, piuttosto che infiltrata rispetto al piano della cute circostante (Immagine I-2). Una papula è palpabile. Può essere ben o mal definita. Nelle papule la rilevatezza è dovuta a depositi

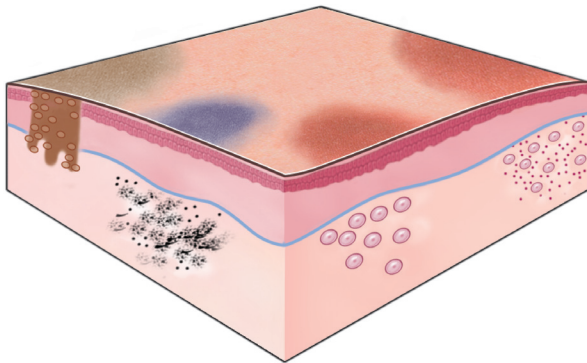


Figura I-1. Macula.

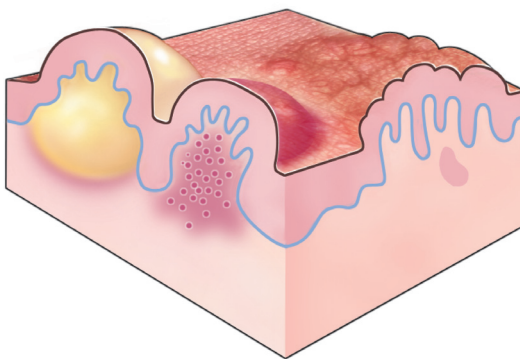


Figura I-2. Papula.



## XXVI Introduzione

metabolici o depositi di prodotti locali, da infiltrati cellulari localizzati, infiammatori o non infiammatori, o da iperplasia di elementi cellulari locali. Le papule superficiali sono nettamente definite. Le papule dermiche più profonde hanno margini indistinti. Le papule possono essere cupoliformi, a forma di cono o appiattite in superficie (come nel lichen planus) o sono costituite da aree rilevate multiple, piccole, fittamente impacchettate note come *vegetazioni* (Immagine I-2). Un rash costituito da papule è chiamato *esantema papulare*. Gli esantemi papulari possono essere raggruppati (“lichenoidi”) o disseminati. La confluenza di papule porta allo sviluppo di aree rilevate più grandi, usualmente con superficie piatta, circoscritte note come placche (Francese: *plaque*, “piatto”). Vedi sotto.

- **Placca** Una placca è un’area rilevata posta al di sopra della superficie della cute che occupa un’area relativamente grande rispetto alla sua altezza. (Immagine I-3). Usualmente è ben definita. Frequentemente è formata dalla confluenza di papule. La *lichenificazione* è una grande placca me-

no definita dove la cute appare ispessita e i disegni della cute sono accentuati. La lichenificazione appare nella dermatite atopica, nella dermatite eczematosa, nella psoriasi, nel lichen simplex cronico, e nella micosi fungoide. Gli anglosassoni definiscono “*patch*” una placca appena rilevata - una lesione che sta tra macula e placca - come nella parapsoriasi e nel sarcoma di Kaposi.

- **Nodulo** (Latino: *nodulus*, “piccolo nodo”) Un nodulo è una lesione rotonda o ellissoidale, solida, palpabile che è più grande di una papula (Immagine I-4) e può interessare l’epidermide, il derma o il tessuto sottocutaneo. La profondità dell’interessamento e la dimensione differenziano un nodulo da una papula. I noduli derivano da infiltrati infiammatori, neoplasie, o depositi metabolici nel derma o nel tessuto sottocutaneo. I noduli possono essere ben definiti (superficiali) o mal definiti (profondi); se localizzati nel sottocutaneo possono essere più facilmente palpabili piuttosto che visibili. I noduli alla palpazione possono essere duri o molli. Possono essere cupoliformi o lisci e possono avere una superficie bitorzoluta o

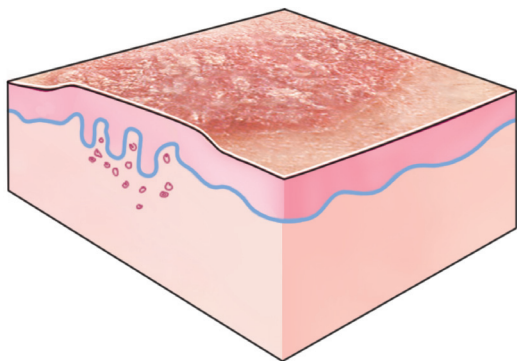


Figura I-3. Placca.

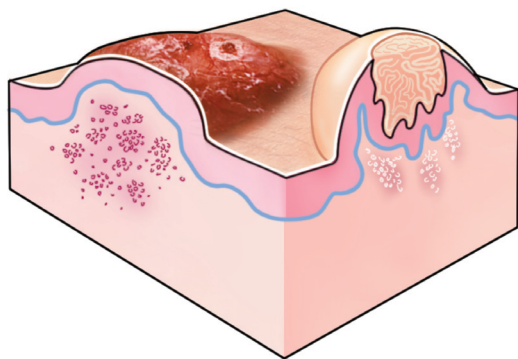


Figura I-4. Nodulo.



presentare una depressione centrale a cratere.

- **Pomfo** Un pomfo è una rilevatezza rosso pallido con superficie rotondeggiante o piatta che è caratteristicamente transitoria, scomparendo in 24-48 ore (Immagine I-5). E' dovuta ad edema nella porzione papillare del derma. I pomfi possono essere rotondi, circolari o irregolari con pseudopodi – con rapidi cambiamenti di dimensione e forma dovuti allo spostamento dell'edema papillare. Un rash costituito da pomfi è chiamato *esantema orticarioide* o *orticaria*.
- **Vescicola-Bolla** (Latino: *vesicula*, “piccola vescica”; *bulla*, “bolla”) Una vescicola (< 0.5cm) o una bolla (> 0.5cm) è una cavità superficiale, rilevata, circoscritta contenente liquido (Immagine I-6). Le vescicole sono cupoliformi (come nella dermatite da contatto, nella dermatite erpetiforme), ombelicate (come nell'herpes simplex), o flaccide (come nel pemfigo). Spesso il tetto della vescicola/bolla è così sottile da essere trasparente, e il siero o sangue presente nella cavità può essere visto. Le vescicole contenenti siero sono giallastre, quelle contenenti sangue hanno un colore che può variare dal rosso al nero. Vescicole e bolle derivano dallo scollamento a vari livelli della cute superficiale; lo scollamento può essere subcorneo o intraepidermico (vescicolazione intraepidermica) o a livello della giunzione dermo-epidermica (sub-epidermica), come nell'Immagine I-6. Poiché le vescicole/bolle sono sempre superficiali, esse sono sempre ben definite. Un rash costituito da vescicole è chiamato *esantema vescicolare*; un rash costituito da bolle *esantema bolloso*.

me), ombelicate (come nell'herpes simplex), o flaccide (come nel pemfigo). Spesso il tetto della vescicola/bolla è così sottile da essere trasparente, e il siero o sangue presente nella cavità può essere visto. Le vescicole contenenti siero sono giallastre, quelle contenenti sangue hanno un colore che può variare dal rosso al nero. Vescicole e bolle derivano dallo scollamento a vari livelli della cute superficiale; lo scollamento può essere subcorneo o intraepidermico (vescicolazione intraepidermica) o a livello della giunzione dermo-epidermica (sub-epidermica), come nell'Immagine I-6. Poiché le vescicole/bolle sono sempre superficiali, esse sono sempre ben definite. Un rash costituito da vescicole è chiamato *esantema vescicolare*; un rash costituito da bolle *esantema bolloso*.

- **Pustola** (Latino *pustula*) Una pustola è una cavità

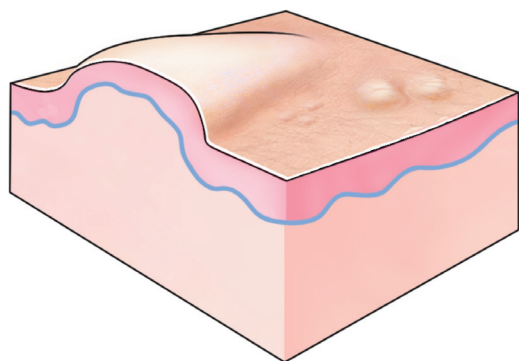


Figura I-5. Pomfo.

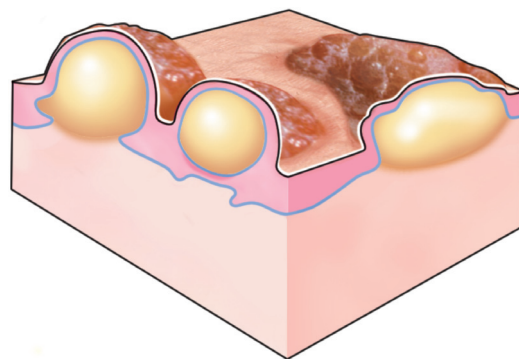


Figura I-6. Vescicola-Bolla.



## XXVIII Introduzione

superficiale, circoscritta della cute che contiene un essudato purulento (Immagine I-7), che può essere bianco, giallo, giallo-verdastro, o emorragico. Pertanto le pustole differiscono dalle vescicole in quanto non sono limpide ma hanno un contenuto torbido. Questo processo può insorgere in un follicolo pilifero. Le pustole possono variare in dimensione e forma. Le pustole sono abitualmente cupoliformi, ma quelle follicolari sono coniche e normalmente contengono un pelo al centro. Le lesioni vescicolari delle infezioni virali da herpes simplex e varicella zoster possono diventare pustolose. Un rash costituito da pustole è chiamato *esantema pustoloso*.

- **Croste** (Latino *crusta*, “buccia, scorza, guscio”) Le croste si sviluppano quando siero, sangue, o materiale purulento si essicca sulla superficie della cute (Immagine I-8). Le croste possono essere sottili, delicate e friabili o spesse e aderenti. Le croste sono gialle quando sono formate da siero; verdi o giallo-verdastre quando sono formate da essudato purulento; marroni, rosso scuro o nere quando sono formate da sangue. Le croste superficiali si presentano come una sostanza color mie-

le, delicata, e lucente sulla superficie della cute e tipicamente si riscontrano nell'impetigine. Quando l'essudato interessa l'intera epidermide, le croste possono essere spesse e aderenti, e se è accompagnato da necrosi del derma la condizione è nota come *ectima*.

- **Squame** (Latino: *squama*) Le squame sono frammenti di strato corneo (Immagine I-9). Possono essere grandi (come membrane), minuscole (come polvere), pitiriasiformi (Greco: *pityron* “crusca”) aderenti o lasse. Un rash costituito da papule con squame è chiamato *esantema papulo-squamoso*.
- **Erosione** L'erosione è un'alterazione dell'epidermide, che non interessa il derma (Immagine I-10); a differenza dell'ulcera che guarisce con la formazione di una cicatrice (vedi sotto), l'erosione guarisce senza cicatrice. L'erosione è nettamente definita, è rossa e trasuda. Vi sono erosioni superficiali che sono subito sotto lo strato corneo, ed erosioni profonde, la base delle quali è il derma papillare (Immagine I-10). Fatta eccezione per le abrasioni fisiche, le erosioni sono sempre il risultato di scollamento intraepidermico o dermo-epidermico e quindi sono conseguenti a vescicole o bolle.

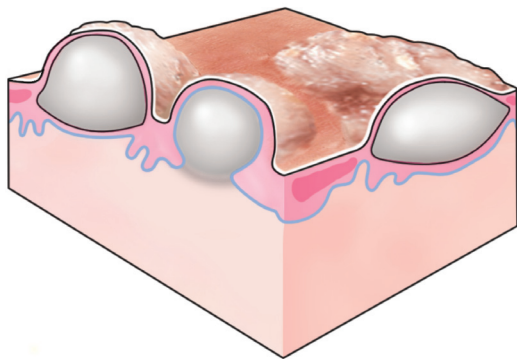


Figura I-7. Pustola.

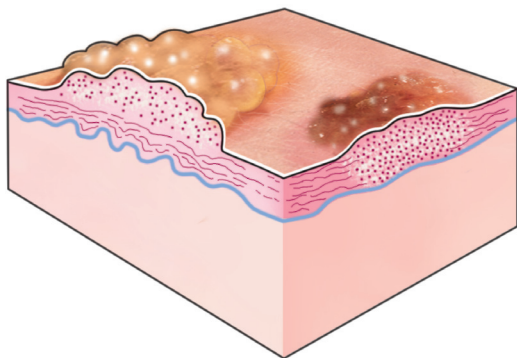


Figura I-8. Croste.



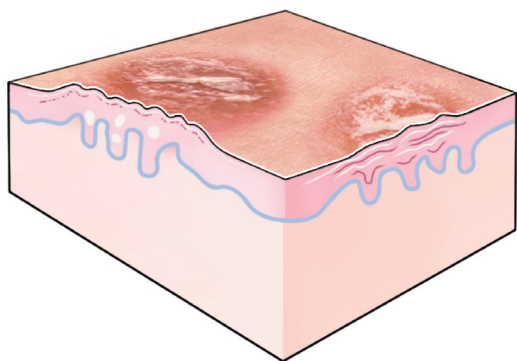


Figura I-9. Squame.



- **Ulcera** (Latino: *ulcus*, “piaga”) L'ulcera è una lesione cutanea che si estende al derma o più in profondità (Immagine I-11) nel sottocutaneo e che compare sempre in un tessuto patologicamente alterato. L'ulcera è pertanto sempre un fenomeno secondario. Il tessuto patologicamente alterato è normalmente visibile sui margini o sul fondo dell'ulcera ed è utile per determinarne la causa. Altri

elementi utili a questo riguardo sono i margini rilevati oppure invaginati e la consistenza dura o molle; la sede dell'ulcera, le secrezioni e qualunque elemento associato, come noduli, escoriazioni, varicosità, distribuzione dei peli, presenza o assenza di sudorazione, e polsi arteriosi possono aiutare nella diagnosi. Le ulcere guariscono sempre con formazione di cicatrice.

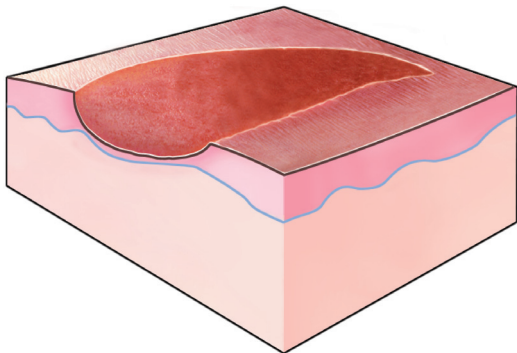


Figura I-10. Erosione.

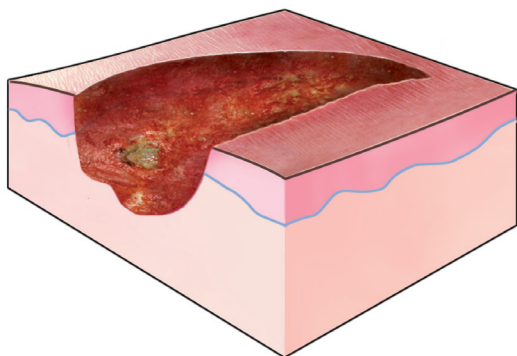


Figura I-11. Ulcera.



## XXX Introduzione

- **Cicatrice** Una cicatrice è la sostituzione del tessuto d'origine con tessuto fibroso per una precedente ulcera o ferita. Le cicatrici possono essere ipertrofiche e dure (Immagine I-12) o atrofiche e molli con un assottigliamento o perdita di tutti i compartimenti della cute (Immagine I-12).
- **Atrofia** Si definisce come tale la diminuzione di alcuni o di tutti gli strati della cute (Immagine I-13). L'atrofia epidermica si manifesta con un assottigliamento dell'epidermide, che diventa trasparente, mostrando i vasi papillari e sub papillari; vi è perdita di consistenza cutanea e raggrinzimento

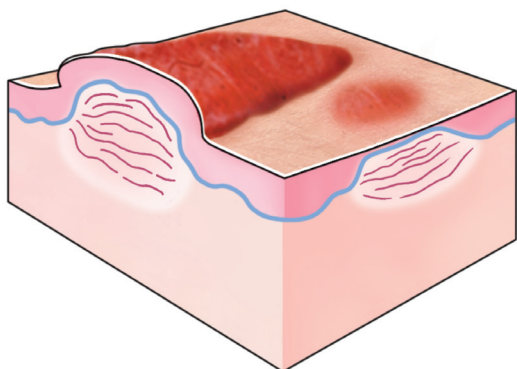


Figura I-12. Cicatrice.

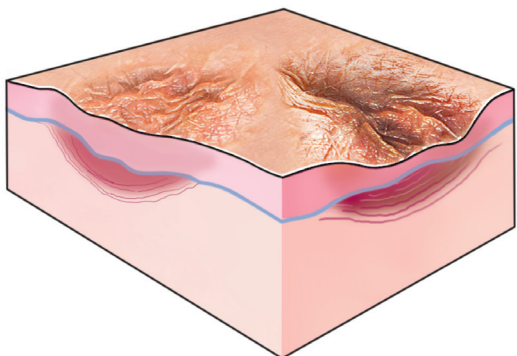


Figura I-13. Atrofia.

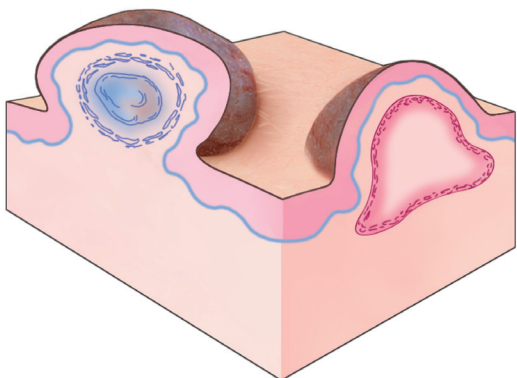
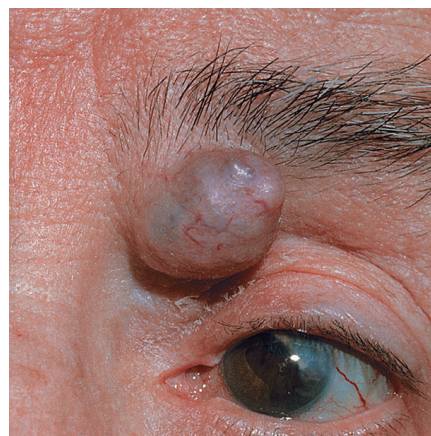
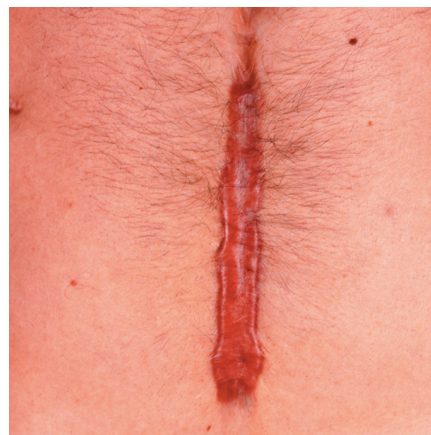


Figura I-14. Cisti.

mento come carta di sigaretta. Nell'atrofia dermica si osserva perdita di tessuto connettivo del derma e depressione della lesione (Immagine I-13).

- **Cisti** Una cisti è una cavità contenente liquido o materiali solidi o semi solidi; può esser superficiale o profonda. All'ispezione appare come una papula o un nodulo sferico, più spesso cupoliforme, duro elastico alla palpazione. E' rivestita da epitelio e spesso ha una capsula fibrosa; a seconda del suo contenuto può essere del colore della cute, gialla, rossa, o blu. Un esempio è mostrato nell'Immagine I-14.



## Trasformare le Lettere in Parole: Ulteriore Caratterizzazione delle Lesioni Identificate

- **Colore** Rosa, rosso, viola (le lesioni purpuriche non impallidiscono con la pressione di un vetrino [diascopia]), bianco, marrone chiaro, marrone, nero, blu, grigio, e giallo. Il colore può essere uniforme o variegato.
- **Margini** Ben (possono essere ricalcati con la punta di una matita) o mal definiti.
- **Forma** Rotonda, ovale, poligonale, policiclica, anulare (a forma di anello), serpigginosa, ombelicata.
- **Palpazione** Bisogna considerare (1) *consistenza* (molle, fissa, dura, fluttuante), (2) *differenza di temperatura* (caldo, freddo), e (3) *mobilità*. Notare la presenza di *dolenzia* e stimare la *profondità* della lesione (ad esempio dermica o sottocutanea).

## Formare Frasi e capire il Testo: valutazione di Disposizione, Forma e Distribuzione.

- **Numero** Lesioni singole o multiple
- **Disposizione** Le lesioni multiple possono essere (1) *raggruppate*: erpetiformi, arciformi, anulari, reticolate (a forma di rete), lineari, serpigginose (a forma di serpente) o (2) *disseminate*: lesioni individuali sparse.
- **Confluenza** Sì o No
- **Distribuzione** Considerare (1) *estensione*: isolate (lesioni singole), localizzate, regionali, generalizzate, universali, e (2) *pattern*: simmetrico, aree esposte, siti di pressione, area intertriginosa, localizzazione follicolare, random, lungo i dermatomeri o linee di Blaschko.

La Tabella I-1 fornisce un algoritmo che mostra come si procede.

## Anamnesi

**Demografia.** Età, razza, sesso, e occupazioni.

### Anamnesi

#### 1. Sintomi costituzionali

- **Sindrome da “malattia acuta”:** cefalea, brividi, febbre e debolezza

- **Sindrome da “malattia cronica”:** stanchezza, debolezza, anoressia, perdita di peso, e malessere

#### 2. Storia di lesioni cutanee. Sette domande chiave:

- Quando? Inizio
- Dove? Sede di inizio
- Prurito o dolore? Sintomi
- Come si è diffuso (pattern di diffusione)? Evoluzione
- Come sono cambiate le singole lesioni? Evoluzione
- Fattori scatenanti? Calore, freddo, sole, sforzo, viaggi, ingestione di farmaci, gravidanza, stagione
- Terapie precedenti? Topiche o sistemiche

#### 3. Storia generale dell'attuale malattia come indicato dalla situazione clinica, con particolare attenzione ai sintomi costituzionali e ai prodromi.

#### 4. Anamnesi patologica remota

- Operazioni
- Malattie (ospedalizzazione?)
- Allergie, specialmente allergie a farmaci
- Terapie (presenti e passate)
- Abitudini (fumo, assunzione di alcool, droghe)
- Storia di atopia (asma, febbre da fieno, eczema)

#### 5. Anamnesi patologica familiare (in particolare psoriasi, atopia, melanoma, xantoma, sclerosi tuberosa)

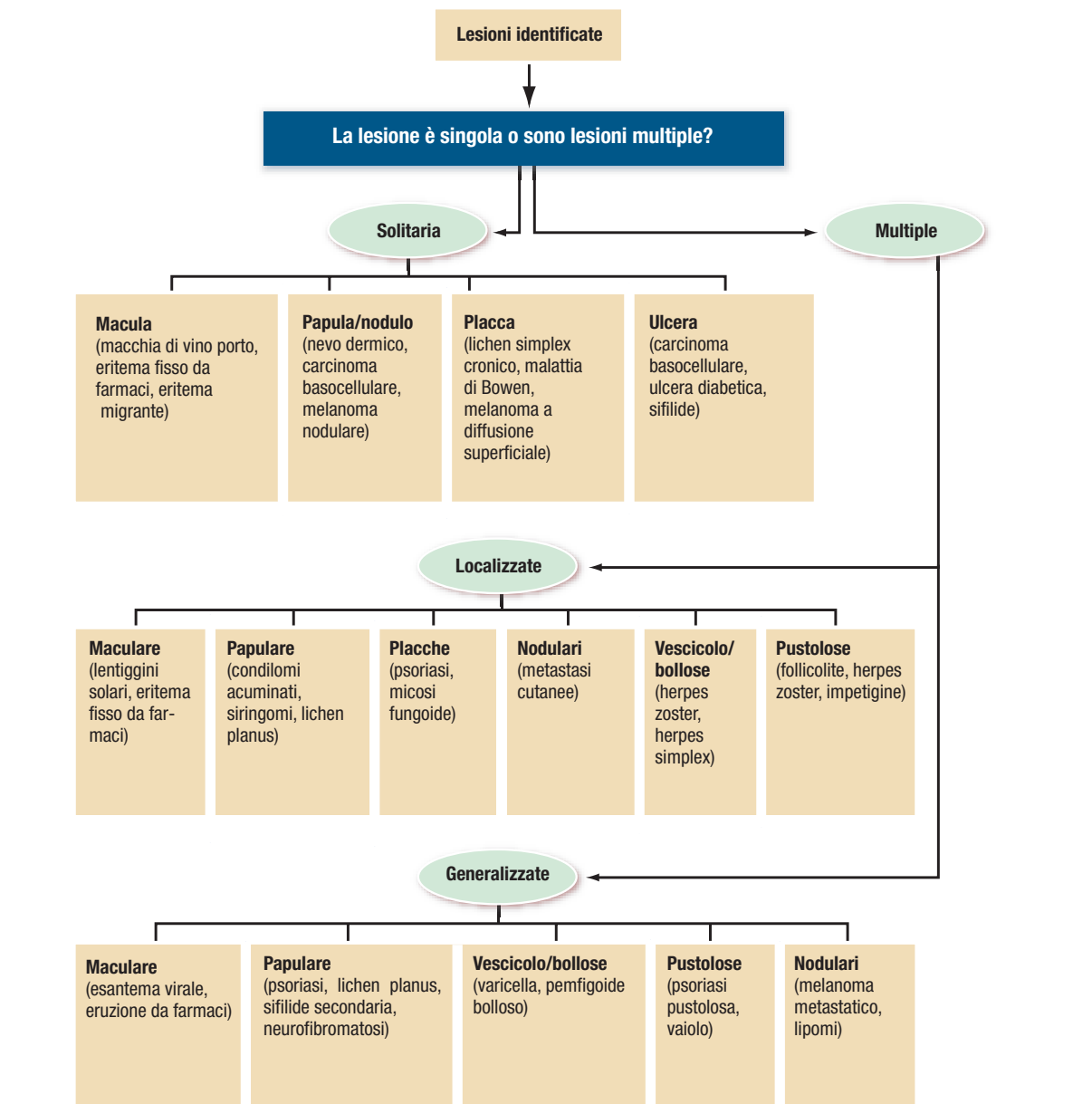
#### 5. Anamnesi sociale, con particolare attenzione a occupazione, hobbies, esposizioni ambientali, viaggi, uso di droghe

#### 7. Anamnesi sessuale: storia di fattori di rischio per HIV: (trasfusioni di sangue, farmaci e.v., attività sessuale, partner multipli, malattie sessualmente trasmesse).

## Valutazione dei sintomi

Dovrebbe essere fatta quando indicato dalla situazione clinica, con particolare attenzione alla possibile connessione tra i segni e malattie di altri organi e sistemi (ad esempio, disturbi reumatici, mialgia, artralgia, fenomeno di Raynaud, sintomi da sindrome secca).

TABELLA I-1. ALGORITMO PER LA VALUTAZIONE DELLE LESIONI CUTANEE



## SPECIALI AUSILI CLINICI E LABORATORISTICI PER LA DIAGNOSI DERMATOLOGICA

### Tecniche speciali usate nell'esame clinico

**Lente di ingrandimento.** Per esaminare le lesioni nei minimi dettagli morfologici, è necessario utilizzare una lente di ingrandimento (7x) o un microscopio binoculare (da 5x a 40x). L'ingrandimento è particolarmente utile per la diagnosi di lupus eritematoso

(ostruzione follicolare), lichen planus (strie di Wickham), carcinoma basocellulare (trasparenza e telangiectasie) e melanoma (sottili cambiamenti di colore, specialmente grigio o blu); la visualizzazione è migliore dopo applicazione di una goccia di olio minerale. L'uso del dermatoscopio è discusso sotto (vedi "dermatoscopio").



*Illuminazione obliqua* della lesione cutanea, fatta in una stanza buia, è spesso richiesta per identificare lievi gradi di elevazione o depressione, ed è utile per la visualizzazione della configurazione superficiale delle lesioni e per la stima dell'estensione dell'eruzione.

*L'illuminazione smorzata* nella stanza di visita esalta il contrasto tra lesioni ipo o iperpigmentate circoscritte e la cute normale.

La *lampada di Wood* (luce a ultravioletti ad onda lunga, luce "nera") è di gran valore nella diagnosi di certe malattie della cute, degli annessi piliferi e della porfiria. Con la lampada di Wood (365nm), possono essere visualizzati i pigmenti fluorescenti e le sottili differenze di colore della pigmentazione melaninica; la lampada di Wood aiuta anche a stimare la variazione di lucentezza delle lesioni in relazione al normale colore della pelle nelle persone di colore scuro o chiaro; ad esempio, le lesioni viste nella sclerosi tuberosa e nella tinea versicolor sono ipomelanotiche e non sono così bianche come nella vitiligo, dove sono amelanotiche. Ipermelanosi circoscritte, come efelidi e melasma, sono molto più evidenti (più scure) sotto la lampada di Wood. Al contrario, la melanina dermica, come nella macchia sacrale mongolica, non si accentua sotto la lampada di Wood. Quindi, è possibile localizzare la sede della melanina con l'uso della lampada di Wood; *però, è più difficile o impossibile in pazienti con cute scura o nera.*

La lampada di Wood è particolarmente utile nella ricerca della fluorescenza della dermatofitosi del fusto del pelo (dal verde al giallo) e dell'eritrasma (rosso corallo). La diagnosi di presunzione di porfiria può essere fatta se una fluorescenza rosso-rosea è dimostrata nelle urine esaminate con la lampada di Wood; l'aggiunta di acido idrocloridrico diluito intensifica la fluorescenza.

La *diascopia* consiste nel premere fortemente un vetrino da microscopio o una spatola di vetro sulla lesione cutanea. L'esaminatore troverà la procedura di particolare utilità nel determinare se il colore rosso di una macula o di una papula è dovuto a dilatazione capillare (eritema) o a stravasamento ematico (porpora) che non impallidisce. La diascopia è anche utile per rilevare l'aspetto giallo-bruno vitreo delle papule nella sarcoidosi, tubercolosi della cute, linfoma, e granuloma anulare.

*Dermatoscopia* (chiamata anche *microscopia a epiluminescenza*). Una lente di ingrandimento con illuminazione incorporata e ingrandimento da 10x a 30x è chiamata *dermatoscopio* e permette l'ispezione non invasiva degli strati più profondi dell'epidermide e oltre. Questo è particolarmente utile per il riconoscimento del pattern di crescita benigno o maligno nelle lesioni pigmentate. La *dermatoscopia digitale* è particolarmente utile nel monitorag-

gio delle lesioni cutanee pigmentate perché le immagini sono conservate elettronicamente e possono essere recuperate ed esaminate in un tempo successivo per permettere un confronto qualitativo e quantitativo e identificare cambiamenti nel tempo. La dermatoscopia digitale utilizza programmi di analisi di immagine al computer che forniscono (1) misure obiettive di cambiamento; (2) rapido immagazzinamento, recupero, e trasmissione di immagini ad esperti per una ulteriore discussione (teledermatologia); e (3) estrazioni di caratteristiche morfologiche per analisi numerica. La dermatoscopia e la dermatoscopia digitale richiedono un training appropriato.

## Segni clinici

Il *segno di Darier* è "positivo" quando una lesione maculare o lievemente papulosa bruna di orticaria pigmentosa (mastocitosi) diventa un pomfo palpabile dopo essere stata strofinata vigorosamente con uno strumento come l'estremità smussa di una penna. Il pomfo può non apparire per 5-10 minuti.

Il *segno di Auspitz* è "positivo" quando il grattamento o il raschiamento leggero di una lesione squamosa mostra sanguinamenti puntiformi nella lesione. Questo fenomeno è osservato nella psoriasi, ma non è specifico.

Il *fenomeno di Nikolsky* è positivo quando l'epidermide è staccata dal derma attraverso la pressione laterale con un dito determinando un'erosione. E' un importante segno diagnostico nelle malattie acantolitiche come il pemfigo o la sindrome da shock tossico stafilococcica o altre malattie vescicolose o epidermonecrotiche, come la necrolisi epidermica tossica.

## Test clinici

Il *patch test* è utilizzato per documentare e validare la diagnosi di sensibilizzazione allergica da contatto e identificare l'agente causale. Le sostanze da testare sono applicate sulla cute con appropriati dispositivi (camere di Finn), fissati con un nastro adesivo e lasciati in sede per 24-48 ore. L'ipersensibilità da contatto mostrerà una reazione vescicolo-papulare che si sviluppa entro 48-96 ore quando il test è letto. E' l'unico test di riproduzione in vivo di malattia in proporzione ridotte, perché la sensibilizzazione interessa tutta la cute e può essere evocata in qualsiasi sito cutaneo.

Il *fotopatch test* è una combinazione di patch test e dell'irradiazione con UV della sede del test ed è usato per documentare la fotoallergia (vedi Sezione 10).

Il *Prick test* è utilizzato per riconoscere le allergie di tipo I. Una goccia di una soluzione contenente una concentrazione minima di un allergene è posta sulla cute e la cute è punta attraverso la goccia con un ago. La puntura non deve oltrepassare il derma papillare. Una reazione positiva apparirà come un pomfo entro 20 minuti. Il paziente deve restare sotto osservazione per il rischio di anafilassi.

L'*acetowhitening* facilita l'identificazione di verruche peniene e vulvari. Una garza saturata con acido acetico al 5% (o aceto bianco) è avvolta intorno al glande del pene o usata sulla cervice o sull'ano. Dopo 5-10 minuti, il pene o la vulva sono ispezionati con una lente d'ingrandimento 10x. Le verruche appaiono come piccole papule bianche.

## Test di laboratorio

### Esame Microscopico di Squame, Croste, Siero e Peli.

La *colorazione Gram* di strisci e le *culture di esudati o di pezzi di tessuto* dovrebbero essere fatte in lesioni sospette per infezioni batteriche o da funghi (*Candida albicans*). Ulcere e noduli richiedono una biopsia con bisturi con la quale è ottenuta una fetta di tessuto contenente tutti gli strati; il pezzo bioptico è diviso in una metà per l'istopatologia e una metà per la coltura. Quest'ultimo è tritato in un mortaio sterile e poi messo in coltura per batteri (inclusi i micobatteri tipici e atipici) e i funghi.

L'*esame microscopico* per miceti dovrebbe essere eseguito sul tetto delle vescicole o delle squame (sono preferibili i margini di avanzamento) o del pelo nelle dermatofitosi. Il tessuto è deterso con KOH 10-30% e riscaldato modicamente. Le ife e le spore a causa della loro birifrangenza luccicheranno (Fig. 26-24). Dovranno essere eseguite colture per funghi con terreno di Sabouraud (vedi Sezione 26).

L'*esame microscopico di cellule ottenute dalla base di vescicole* (preparazione di Tzanck) può rivelare la presenza di cellule acantolitiche nelle malattie caratterizzate da acantolisi (ad esempio, pemfigo o sindrome SSS) o di cellule epiteliali giganti e giganti multinucleate (contenenti 10-12 nuclei) nell'herpes simplex, herpes zoster e varicella. Il materiale ottenuto dalla base della vescicola con un *leggero* raschiamento con un bisturi è strisciato su un vetrino, colorato con Giemsa o Wright o blu di metilene, ed è esaminato per determinare se ci sono cellule acantolitiche o cellule epiteliali giganti, che sono diagnostiche (Fig. 27-33). Inoltre possono essere richieste colture, test di immunofluorescenza, od analisi mediante reazione polimerasica a catena (PCR).

*Diagnosi laboratoristica di scabbia.* La diagnosi è accertata con l'identificazione dell'acaro, o uova o feci, nei frammenti di cute rimossi dalle papule o dai cunicoli (vedi Sezione 28). Usando una lama di bisturi sterile su cui è stata posta una goccia di olio minerale sterile, applicare l'olio sulla superficie della papula o del cunicolo. Grattare la papula o il cunicolo vigorosamente per rimuovere l'intero apice della papula; minuscole macchie di sangue appariranno nell'olio. Trasferire l'olio su un vetrino ed esaminare al microscopio per acari, uova, e feci. Gli acari hanno una dimensione di 0.2-0.4 mm e quattro paia di zampe (vedi Fig 28-16).

### Biopsia della Cute

La biopsia cutanea è una delle più semplici e più utili tecniche diagnostiche grazie alla facile accessibilità della cute e della varietà delle tecniche per lo studio dei campioni escissi (istopatologia, immunopatologia, reazione polimerasica a catena PCR, e microscopia elettronica).

La selezione del sito della biopsia è basata soprattutto sullo stadio dell'eruzione; le lesioni precoci sono le più utili; ciò è particolarmente importante per le eruzioni vescicolo-bollose (ad esempio, pemfigo ed herpes simplex), in cui la lesione non dovrebbe essere più vecchia di 24 ore.

Una tecnica comune per la biopsia cutanea è l'uso di un punch di 3-4mm, il quale è simile ad un piccolo bisturi tubulare che ricorda un cava turaccioli e con movimenti di rotazione tra il pollice e l'indice permette di asportare l'epidermide, il derma e il sottocutaneo; il fondo della biopsia è rimosso mediante le forbici. Se è indicata l'immunofluorescenza (ad esempio nelle malattie bollose o nel lupus eritematoso), è richiesto uno speciale mezzo di trasporto per il laboratorio.

Per i noduli dovrebbe essere compreso nell'escissione anche il tessuto sottocutaneo. Inoltre, quando indicato, le lesioni dovrebbero essere tagliate in due parti, metà per l'istologia e l'altra metà mandata in un contenitore sterile per colture batteriche e fungine o in fissativi speciali, o congelati per l'esame immunopatologico.

I campioni per il microscopio ottico dovrebbero essere fissati immediatamente in formalina. Un breve ma dettagliato riassunto della storia clinica e la descrizione delle lesioni dovrebbe accompagnare il campione. La biopsia è indicata in *tutte* le lesioni cutanee con sospetto di neoplasia, in tutte le malattie bollose con l'utilizzo simultaneo dell'immunofluorescenza, e nelle alterazioni dermatologiche in cui non è possibile una diagnosi specifica col solo esame clinico.