

Introduzione:

Ciao a tutti scrivo una piccola introduzione dopo aver ri-aggiornato nuovamente il materiale di questo esame, per spiegare cosa vi trovate a studiare:

Questa è una raccolta che riassume le diverse fonti utilizzate in passato per la preparazione dell'esame al fine di sintetizzare il tutto e avere un'unica fonte da cui preparare l'esame, con l'obiettivo di tenerla costantemente aggiornata, qualora ve ne sia necessità.

Ovviamente molte di queste fonti sono materiale fornito dagli studenti che come sappiamo bene non sempre ha la qualità che potremmo aspettarci da un libro di testo, detto ciò invito e incoraggio chiunque usufruisca della raccolta e abbia un po' di buona volontà a riordinare anche un singolo argomento di contattare chi ha in carico questo file, per renderlo nel corso del tempo un migliore materiale di studio per chi verrà dopo di noi.

Se tutti collaboriamo un minimo questa facoltà diventerà più semplice per tutti.

Un consiglio non scontato è quello di seguire il corso qualora vi trovaste nei mesi in cui si è tiene (II semestre 3°anno) per confrontare gli argomenti presenti rispetto a quelli spiegati a lezione per essere sicuri che questo file li affronti tutti, intanto noi ci impegniamo a tenerlo aggiornato il più possibile, date sempre uno sguardo alle domande giusto per essere sicuri, e in particolare attenti alla domanda: *Da che libro hai studiato?*

Alcuni Libri:

Dermato: Fabbri-Gelmetti-Leigheb - Manuale Di Dermatologia Medica

Chirurgia Plastica: Scuderi - Chirurgia Plastica

Un abbraccio e un augurio per il futuro

Scafuu e Olga
e un ringraziamento speciale ad Agnese e
Consiglia che anche se sotto anatomia
hanno aiutato ad aggiornare questo file.

SOMMARIO

DERMATOLOGIA	4
Struttura della cute e lesioni elementari.....	4
Acne, rosacea e dermatite periorale	12
Connettiviti	19
Eczema, dermatiti e orticaria	33
Reazioni cutaneo-mucose	38
Lichen planus	45
Malattie infettive della cute	47
Micosi cutaneo mucose.....	56
Malattie veneree	66
Malattie melanocitarie	76
Melanoma.....	77
Tumori cutanei	85
Dermatosi paraneoplastiche	91
Alopecia	93
Pemfigo e Pemfigoide.....	95
Psoriasi.....	102
Emangiomi	105
CHIRURGIA.....	117
Cicatizzazione	117
Innesti e lembi	123
Ustioni.....	133
La patologi malformativa.....	138
Suture	147
Espansione tissutale	148
Chirurgia plastica estetica	150
Patologia specialistica della mammella.....	154
Ginecomastia	160
Iperidrosi.....	161

DERMATOLOGIA

STRUTTURA DELLA CUTE E LESIONI ELEMENTARI

CARATTERI GENERALI DELLA CUTE

La CUTE è l'organo più vasto ed il più pesante del corpo. Non è soltanto un organo di rivestimento ma è anche attivo e quindi interviene in tutti i processi metabolici dell'organismo. E' composta da 3 strati:

1) **Epidermide** (di origine ectodermica)

- giunzione dermoepidermica

2) **Derma** (di origine mesodermica)

3) **Sottocutaneo o Ipoderma** (anch'esso di origine mesodermica) - con lobuli adiposi (contenenti adipociti) divisi dai setti connettivali.

L'**epidermide** costituisce il parenchima vero e proprio della cute, cioè l'organo deputato alla cheratinizzazione. È un epitelio pavimentoso stratificato detto anche "malpighiano" in continua rinnovazione. È costituita da vari strati, ognuno formato da cellule che si trovano in un determinato stadio maturativo (dallo strato più profondo a quello superficiale):

- **BASALE** - anche detto strato germinativo, in cui le cellule che lo costituiscono hanno una forma più o meno cilindrica e danno luogo agli strati successivi, nel senso che si riproducono per mitosi e man mano vanno verso la superficie a formare gli strati successivi.

- **SPINOSO**.

- **GRANULOSO**.

- **LUCIDO** (solo a livello palmo-plantare)

- **CORNEO**.

N.B: nell'epidermide è importante il passaggio da strato corneo a lucido, in quanto alcune patologie, come il pemfigo, sono visualizzabili a questo livello; importante anche il passaggio strato granuloso-spinoso per un altro tipo di pemfigo da cui parte il danno alla superficie cutanea.

Questa maturazione avviene in un tempo di circa 3 settimane, ma in alcune condizioni patologiche come la Psoriasi, il ciclo diventa molto accelerato e in soli 3-4 giorni la cellula basale passa allo strato corneo.

I **CHERATINOCITI** costituiscono la popolazione autoctona dell'Epidermide e vi sono cellule non autoctone sono 3: Melanociti, Cellule di Langherans, Cellule di Merkel. È importante ricordare che però la cellula autoctona è il Cheratinocita. I **MELANOCITI** sono di origine nervosa (domanda d'esame: Che origine ha il Melanoma? Non dite connettivale o epiteliale, ma è nervosa!!) e migrano alla dodicesima settimana di gestazione dalla cresta neurale posizionandosi nello strato basale dell'epidermide. Sono frammisti alle cellule basali con un rapporto medio di 1:4, 1:10 a seconda delle zone. Sono cellule dendritiche, cioè hanno dei prolungamenti che iniettano il loro pigmento, la Melanina, nei cheratinociti: in realtà questa melanina si forma nel citoplasma da un organulo, il Melanosoma che attraverso l'enzima DOPA-ossidasi forma il pigmento a partire dalla Tirosina. Potrebbe sembrare che i melanociti siano più numerosi negli individui di etnia etiopica, ma non è così. Il numero medio dei melanociti nei caucasici e nei neri è lo stesso, è solo la differenza tra la funzione e la forma dei melanosomi che ne differenzia il diverso colore della pelle: sono più grossolani e isolati quelli degli etiopi, più fini e sottili quelli dei caucasici. Esistono due tipi di melanina:

- Eumelanine (sono quelle normali che stanno nei soggetti di tutte le gradazioni di colore, è solo la diversa quantità di melanina che fa sì che ci siano queste gradazioni)

- Feomelanine (presente nei soggetti rossi. Ciò spiega perché non vanno mai incontro ad una regolare abbronzatura e soffrono enormemente la radiazione UV)

Le **CELLULE DI MERKEL** sono un secondo tipo di cellule immigrate nella cute, anch'esse di origine ectodermica e si trovano tra il Basale e lo Strato Spinoso. Hanno una funzione nella recettorialità (sentire alcuni stimoli) ma producono anche neuropeptidi e sono correlate con l'interazione neuroimmunitaria della cute.

La **CELLULA DI LANGHERANS** è anch'essa una cellula dendritica, di origine mesenchimale ed ha la funzione importante di presentare l'antigene con una funzione immunitaria importantissima. Può essere considerata l'avamposto più periferico del sistema monocito-macrofagico, interessa anche tutti i processi di ipersensibilità ritardata, come la dermatite allergica da contatto. La sua localizzazione è al di sopra dello strato basale.

Al di sotto dell'epidermide è presente la membrana basale, che si suddivide in: **FIBRILLE DI ANCORAGGIO, LAMINA LUCIDA, LAMINA Densa**. Ognuno di questi strati della membrana basale può essere sede di distacco e, conseguentemente, causa di una patologia. La parte più superficiale deriva dai desmosomi, che sono proteine di ancoraggio; poi c'è la lamina lucida chiamata così perché trasparente agli elettroni del micr. elettronico; si sussegue la lamina densa e poi una sublamina densa che consiste nelle fibrille di ancoraggio del derma alla membrana basale stessa. Quindi fondamentalmente la membrana basale consta di due strati, la lamina lucida e la lamina densa, quelli più superficiale e più profondo servono da ancoraggio all'epidermide ed al derma.

Il derma, di struttura connettivale, si distingue in due porzioni non separate da membrana: la più superficiale,

a diretto contatto con l'epidermide in cui avvengono i principali scambi metabolici, prende il nome di **DERMA PAPILLARE O AVVENTIZIALE**; la parte profonda prende il nome di **DERMA RETICOLARE** ed è quella a contatto con l'ipoderma. Nel derma esiste una sostanza fondamentale costituita da mucopolisaccaridi, condroitinsolfati, acido ialuronico ed esistono poi fibre che sono di 3 tipi: Reticolari, Collagene ed Elastiche tutte prodotte da cellule del derma specializzate, i **FIBROBLASTI**.

Altre cellule del derma sono i **MASTOCITI** correlate anch'esse alla risposta di ipersensibilità mediata, i **DENDROCITI**, corrispettivo delle cell. di Langherans del Derma, correlate alla funzione di ipersensibilità, in questo caso ritardata, e poi ci sono cellule **ISTIOCITARIE**, con aspetto macrofagico, e sono quasi presenti **LINFOCITI** il cui numero è aumentato nei processi patologici. In questo strato cutaneo sono presenti anche plesso linfatico, plesso nervoso e plesso vascolare.

L'ipoderma, grasso sottocutaneo che ha funzione di deposito e di ammortizzare i colpi, è costituito da lobi adiposi a loro volta suddivisi in lobuli e tralci connettivali che li delimitano. È presente un grasso **BIANCO**, quello normale, ed uno **BRUNO**, che compare soltanto in vita fetale e ne restano tracce nella regione interscapolare del neonato, la cui presenza può dar luogo a un tumore che prende il nome di **IBERNOMA**, proprio per la correlazione tra grasso bruno e **IBERNOCITI**, di cui sono ricchi gli animali che vanno in letargo.

Per quanto riguarda gli **ANNESI CUTANEI**, tra essi sono compresi le ghiandole sebacee, ghiandole sudoripare, il follicolo pilosebaceo e l'unghia.

Si distinguono in annessi **CHERATINICI** (peli ed unghie) e **GHIANDOLARI** (gh. Sudoripare eccrine, apocrine e gh. Sebacee). Ricordando giusto due nozioni di istologia, le ghiandole eccrine sono tubulari semplici e non perdono alcuna componente strutturale durante la secrezione, quelle apocrine anch'esse tubulari semplici ma con dilatazioni e diverticoli perdono parte della struttura durante la secrezione e quelle sebacee acinose ramificate sono olocrine ovvero perdono tutta la loro struttura nel secernere.

I **PELI** fanno parte degli annessi cheratinici. Durante il periodo di gestazione (7 mese di gravidanza) il feto è coperto da lanuggine diffusa (lanuggine fetale). Alla nascita si distinguono dei peli terminali e dei peli folletto che non sono completamente sviluppati, si trovano ad esempio su naso e fronte. I terminali sono peli completamente sviluppati. Vi sono dei peli che crescono indipendentemente da uno stimolo ormonale come le sopracciglia, altri invece crescono a seguito di uno stimolo ormonale, come quelli del pube ed ascelle che compaiono durante la pubertà, altri solo sotto stimolo ormonale maschile come barba e peli del tronco ed altri inibiti dagli ormoni maschili come i capelli; ovviamente non è la quantità di testosterone che causa la caduta dei capelli ma è l'aumento dei recettori e della sensibilità recettoriale che fa sì che i peli subiscano l'effetto deleterio del testosterone. La struttura del pelo (che non si chiede mai all'esame) deriva da un'invaginazione dell'epidermide verso il basso, costituendo una specie di sacco che lo avvolge che è il Follicolo Pilifero; in se stesso il pelo ha una parte centrale che si chiama Midollo, poi ha una parte corticale e la Cuticola. Il **FOLLICOLO** che lo raccoglie è costituito da una guaina epiteliale interna e una esterna, entrambe derivanti dall'epidermide: la guaina epiteliale