

MALATTIE CUTANEE E VENEREE – PROF. MARASCA

1° LEZIONE – 27/10/2022

Lesioni elementari

In uno stesso paziente è possibile rinvenire:

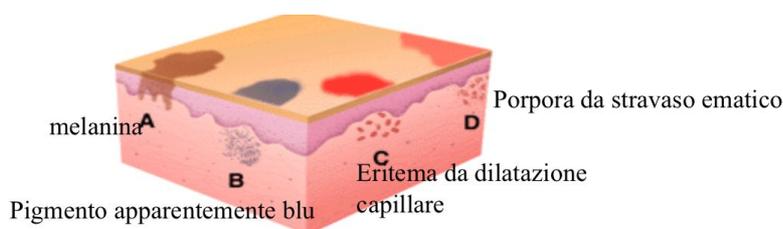
1. Una singola lesione → In questi casi parliamo di **manifestazioni monomorfe**;
2. Più tipologie di lesioni → In questi casi parliamo di **lesioni polimorfe**.

Le lesioni si distinguono preferibilmente in:

1. **Lesioni primitive/primarie** (*si manifestano per prime nell'ambito di una determinata patologia*): macula, papula, pustola, bolla, vescicola, pomfo e noduli;
2. **Lesioni secondarie** (non insorgono all'inizio, ma solo in un secondo momento, successivamente alla comparsa di una lesione primitiva/primaria): croste, escoriazioni, erosioni, ragadi, ulcere e cicatrici.

Descrizione delle singole lesioni nello specifico

Tra le lesioni primitive possiamo distinguere le **lesioni piane** (*in cui non è presente un sollevamento*), che sono: macule, petecchie, ecchimosi, teleangectasie, infarto cutaneo (quest'ultimo fa riferimento più a processi di natura vasculitica).



La **macula** è un'area circoscritta con alterazione del normale colore della pelle. La lesione non è palpabile, cioè non risulta essere sollevata o depressa/introflessa rispetto alla cute circostante. Si tratta di un'alterazione esclusivamente visiva la cui pigmentazione anomala deriva da

una **diversa organizzazione** di quelli che sono i componenti fondamentali che attribuiscono il classico colorito alla pelle (es. melanina; **NB: il professore accenna al fatto che la colorazione dipende dal modo in cui si organizza la melanina negli strati più profondi, questo fenomeno ha un nome ma dall'audio non riesco a capirlo**). Pertanto possiamo individuare lesioni maculari marroni, rosse, bluastre etc.

Le dimensioni possono essere variabili. La diagnosi differenziale va posta con le **papule**: lesioni in rilievo che in alcuni casi sono così poco sollevate da simulare una macula. In ogni caso, se una papula viene irradiata lateralmente tramite una luce, viene generata un'ombra che ci aiuta nell'effettuare una corretta diagnosi differenziale.

Le macule possono essere ulteriormente distinte in:

1. Macule **iperpigmentate**, più scure rispetto alla cute del paziente (es. melasma);
2. Macule **ipopigmentate** (es. vitiligine).

Nell'immagine in alto si può osservare una condizione chiamata **melasma**, un'affezione che colpisce prevalentemente:

1. Soggetti di sesso femminile dai 25-30 anni poi.
2. Pazienti che assumono estroprogestinici (contraccettivi ormonali);
3. Pazienti che hanno avuto recenti gravidanze.

Quindi, si può dire che l'origine sia prevalentemente ormonale. Si tratta di macchie simmetriche non desquamanti che colpiscono prevalentemente fronte, guance, zigomi e talvolta anche la regione superiore del labbro. Tendono a manifestarsi prevalentemente dopo la pubertà. Nell'immagine in basso, invece, si può osservare la **vitiligine**, una malattia autoimmune in cui i melanociti vengono distrutti da una reazione immunitaria, formando macule bianche non sollevate.



Quando si parla di macule, è *fondamentale fare una distinzione in base ai colori*.

Le **macule marroni** si possono osservare:

a. Macule confinate in aree fotoesposte (cioè aree esposte al sole): *nella maggior parte dei casi per essere marroni (cioè maggiormente pigmentate) lo stimolo pigmentogeno è fondamentale;*

b. Macule non confinate in aree fotoesposte.



Fototossica (Bêrloque)



Le **macule confinate in aree fotoesposte (a)** possono dipendere da:

1. Presenza della *melanina*. Un esempio sono le *efelidi*, cioè macule marroni di piccole dimensioni e molto numerose che si presentano solitamente in *soggetti giovani*, prevalentemente donne con pelli molto chiare, con capelli biondi o rossi e occhi chiari (*fototipo basso*).
2. Utilizzo di *farmaci o prodotti chimici fotosensibili (come nelle manifestazioni fototossiche)* → Inducono delle iperpigmentazioni soltanto se il paziente si espone alla radiazione solare (in assenza di essa non si avranno reazioni). Uno degli esempi più tipici sono i FANS che vengono utilizzati a scopo ortopedico, come il diclofenac: es. lo si utilizza per un edema dovuto a una causa articolare o ematologica sul ginocchio, quest'ultimo viene esposto al sole e di conseguenza si verifica un'iperpigmentazione localizzata. *Un altro esempio è rappresentato*

*dall'utilizzo del lime in spiaggia (internet dice anche sedano, carote e prezzemolo). Queste sostanze contengono composti detti furanocumarine, che rendono la pelle di alcune persone più sensibile agli effetti della luce UV. Questa reazione viene chiamata **fitofotodermatite**. Tutte le reazioni fototossiche compaiono soltanto su aree della pelle che sono state esposte al sole e si sviluppano entro poche ore dall'esposizione.*

3. *Insufficienza venosa* → In presenza di insufficienza venosa si ha un peggioramento del ristagno di sangue nelle parti declivi del nostro corpo. Questo evento causa l'accumulo di *emosiderina* che dà origine a un'iperpigmentazione. Quest'ultima, a sua volta, può peggiorare in seguito all'esposizione solare.



Tra le macule marroni confinate in aree fotoesposte esistono anche le **lesioni tipicamente tumorali**, come la **lentigo maligna**, che è una variante di melanoma. Di **melanoma**, infatti, esistono quattro tipologie principali:

1. Melanoma superficiale;
2. Melanoma nodulare;
3. Lentigo maligna;
4. Melanoma lentiginoso acrale.



In particolare, la **lentigo maligna** è quella che più frequentemente si rinviene nella regione del volto, anche se spesso possiamo riscontrarla nella porzione superiore del tronco. *Può essere marrone, blu o nera con pattern reticolato. Presenta bordi frastagliati e irregolari e si manifesta in maniera uguale in entrambi i sessi, in particolar modo negli anziani e negli individui che presentano carnagione chiara. È piatta (macula) a dispetto*

delle altre varianti di melanoma che possono acquisire maggiore spessore (quindi possono manifestarsi come lesioni papulari fino a diventare lesioni nodulari). La diagnosi differenziale viene posta con le comuni lentigo solari (che nella maggior parte delle persone si manifestano a livello di volto e tronco a causa di una esposizione solare errata).

Le **macule non confinate in aree fotoesposte (b)** comprendono:



1. Le **macchie caffè-latte**, delle iperpigmentazioni maculari, quindi non sollevate, che è possibile rinvenire in molti pazienti senza che necessariamente ci sia una condizione patologica associata. Gli unici campanelli d'allarme possono essere rappresentati da:

- Un numero di macchie caffè-latte superiore a sei;
- Un diametro maggiore di 5 cm.
- Insorgenza precoce (solitamente nei primi due anni di vita).

Queste caratteristiche, infatti, devono essere indagate tramite una consulenza genetica per valutare il rischio di neurofibromatosi *di tipo 1* (detta anche “Malattia di von Recklinghausen”), una sindrome genetica molto frequente che può determinare a livello cutaneo la presenza numerose *macchie caffè-latte*, *fibromi cutanei* (lesioni papulari o nodulari dello stesso colore della cute), *fibromi plessiformi* (lesioni nodulari più grandi che racchiudono anche strutture nervose, quindi *avendo origine neuronale* possono comportare una sintomatologia per il paziente). Perché effettuare chiaramente una consulenza genetica in queste categorie di pazienti?

Perché della neurofibromatosi esistono sei varianti e quelle cutanee ovviamente sono quelle più banali, ma in realtà si possono celare anche un coinvolgimento del sistema nervoso centrale o del nervo ottico.

2. L'**acanthosis nigricans** è un'iperpigmentazione che spesso rinveniamo nei pazienti in condizione di sovrappeso/obesità *con endocrinopatie*. Le placche *marroni/nere* si manifestano prevalentemente a livello delle pieghe cutanee in modo simmetrico. Possono essere presenti soprattutto a livello di ascelle, collo, *nocche e ginocchia*. In rarissimi casi di soggetti anziani queste macule possono rappresentare una spia per problemi di natura neoplastica di pertinenza internistica (*in particolare si parla di adenocarcinoma, condizione suggerita dalla presenza di lesioni orali o palmari*).



Inoltre la condizione di sovrappeso e obesità determina una maggiore macerazione cutanea, la quale *può causare uno stimolo pro-infiammatorio che a sua volta induce un'iperpigmentazione secondaria di queste zone. Talvolta è possibile trovarsi di fronte a condizioni definite pseudo acanthosis, ovvero delle iperpigmentazioni che si manifestano sempre a livello delle pieghe cutanee in pazienti obesi/in sovrappeso. In esse, però, non è presente una correlazione con queste (parola che non capisco, forse "entità") nosologiche. Dipendono tendenzialmente da una condizione di ipercheratosi (→ un aumentato spessore dello strato corneo, ovvero lo strato più superficiale; questo spessore eccessivo depone anche per una maggiore pigmentazione).*



3. Il **nevo (tardivo) di Becker** è una variante di nevo maculare che solitamente ha una disposizione metamERICA, quindi tende a localizzarsi in distretti cutanei che presentano una particolare innervazione. *Questa disposizione metamERICA depone per una distribuzione prevalentemente monolaterale (o a destra, o a sinistra)*. E' una condizione solitamente congenita ma può anche insorgere nei primi 5 anni di vita. È un problema esclusivamente di natura estetica e può comparire più nei maschi che nelle femmine. È caratteristica la presenza di annessi piliferi

in eccesso (*ipertricosi*). *La pigmentazione marrone/nera è irregolare, possono essere presenti macule satelliti, i peli sono spesso di colore nero e le zone più colpite sono spalle e tronco* (in questo caso vediamo il coinvolgimento di tutta la regione scapolo-omerale). *La macula, inoltre, tende a scurirsi al sole*. In questo caso cosa si vuole sottolineare? Che queste macule possono insorgere anche in aree non necessariamente foto-esposte come quelle del volto che abbiamo visto in precedenza. *E' possibile sottoporsi a trattamenti tipo laser-terapia per risolvere/attenuare il problema estetico.*



4. La **dermatite da stasi** è una condizione secondaria a uno stato di insufficienza circolatoria. Non si tratta necessariamente di insufficienza venosa severa. Infatti, anche un disturbo del microcircolo può determinare il rilascio di emosiderina. Quest'ultima si accumula prevalentemente a livello delle gambe, nella porzione più declive (*in particolare nel terzo inferiore mediale della gamba a livello bilaterale*), causando queste iperpigmentazioni *caratterizzate da un colorito marrone-ocra con puntini rossi e porpora*. Inoltre, è anche possibile

riscontrare una sintomatologia soggettiva caratterizzata prevalentemente da prurito. *È possibile anche osservare edema, sottile desquamazione, varicosità, talora ulcere.* Stiamo parlando chiaramente di una categoria di pazienti con età superiori ai 60 anni, prevalentemente di sesso femminile. Ovviamente è necessario effettuare delle indagini, in particolar modo l'ecocolordoppler per scongiurare l'ipotesi di insufficienza venosa.



5. L'**eritrasma** è un'iperpigmentazione che solitamente riguarda le pieghe inguino-crurali della regione genitale. È dovuta a una proliferazione batterica, anche se va a simulare un'inflammazione che può essere ascrivibile a un'infezione fungina. Infatti, quando vediamo delle iperpigmentazioni nelle pieghe cutanee (regione inguinale, interglutea, sottomammaria, ascellare) da un punto di vista

epidemiologico è sicuramente più verosimile che si tratti di un'infezione dovuta a funghi, prevalentemente dermatofiti. In caso di eritrasma, però, ci può essere un'iperpigmentazione un po' più marcata che coinvolge anche le regioni pubica. La proliferazione batterica viene evidenziata con una lampada particolare che si chiama *luce di wood*. Durante l'esposizione alla luce, infatti, la lesione tende a diventare biancastra. *Le macule sono simmetriche, presentano desquamazione lieve e si manifestano prevalentemente nel maschio adulto.*

6. **Iperpigmentazioni infiammatorie marroni** (Dalle slide: *Varie dermatosi stimolano e/o danneggiano i melanociti alla giunzione con deposizione di melanina nel derma. Riproducono la forma e la distribuzione della dermatosi infiammatoria*)

Nella categoria delle iperpigmentazioni infiammatorie marroni troviamo:

6.1 **Discheratosi congenita**: si tratta di una manifestazione piuttosto rara che *si manifesta prevalentemente nei maschi adolescenti a livello del tronco con delle lesioni di colore marrone. Talvolta ci sono anche alterazioni ungueali e lesioni orali a tipo carcinoma (con cui bisogna porre diagnosi differenziale).*



6.2 **Erythema dyschromicum perstans (malattia cinerea)**: *si tratta di macule grigio-marroni (dette anche "cineree"). Sono ben delineate e si manifestano a livello del tronco. Sono molto più frequenti nella popolazione asiatica, in popolazioni del Sud o in America centrale.*



6.3 **Eritema fisso da farmaco/medicamento**: in questo caso si tratta di una reazione avversa al farmaco che si manifesta anche in assenza di esposizione solare. Si tratta di un eritema maculare di dimensioni variabili. In altre parole, possiamo osservare un **rossore** non sollevato che tende a ripresentarsi sempre nella stessa sede in seguito alla somministrazione del medesimo farmaco o di quella determinata categoria. *In ogni caso, dato che non si tratta di una manifestazione particolarmente rischiosa, anche in seguito a diagnosi i pazienti*



continuano a utilizzare la medesima molecola che ha causato l'eritema. NB: Quando si parla di eritema si fa sempre riferimento al colore rosso. Successivamente, però, con il subentrare dei processi pro-infiammatori (che vedono l'attivazione e il coinvolgimento dei melanociti), la macula tende a diventare brunastra. *Talora è possibile osservare la formazione di una bolla.* Nell'immagine è rappresentata la regione glutea ma spesso