

La nudità dell'uomo come vantaggio evolutivo



Struttura della cute



Anatomia della cute

■ La pelle è costituita da 3 strati

– Epidermide

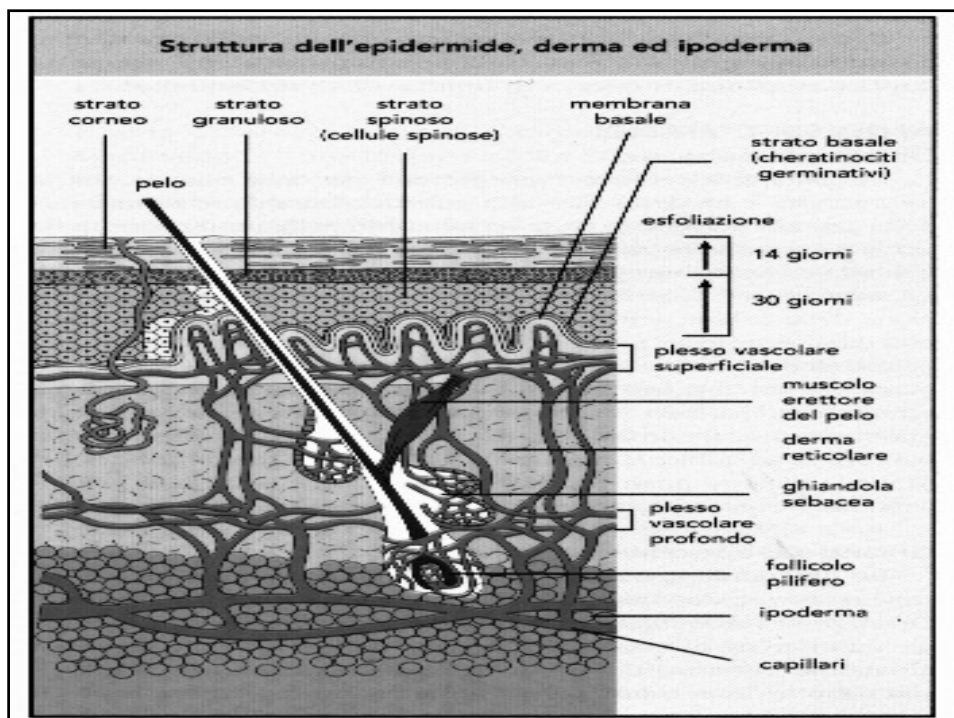
- formata da cheratinociti e da melanociti

– Derma

- formato da connettivo più o meno denso contenenti vasi sanguigni, follicolo pilifero e annesse ghiandole sebacee, e le ghiandole sudoripare

– Ipoderma (tessuto adiposo) .

- Epidermide, derma, ipoderma sono strettamente connessi strutturalmente e funzionalmente. A livello degli orifizi naturali la cute si continua con le mucose mediante un tessuto di transizione.



Lo strato corneo

- Le cellule dello strato corneo sono piatte, disidratate, prive di organuli intracellulari.
- Si tratta di cellule cheratinizzate (in cui il nucleo è assente) e tenacemente unite fra loro grazie alla realizzazione di incastri durante l'essiccazione del citoplasma.
- Lo strato corneo impermeabile assicura una difesa adeguata nei confronti di agenti chimici e fisici ambientali.

- Il processo di differenziazione – migrazione dallo strato basale al corneo dura circa 4 settimane. Lo sfaldamento delle cellule cornee avviene dopo circa 2 ulteriori settimane. Alterazioni di questo processo provocano irregolarità della superficie cutanea come desquamazione, ruvidezza, ipercheratosi, callosità

Gli altri strati dell'epidermide

L'epidermide è un tessuto epiteliale pluristratificato in cui si distinguono :

- **Lo strato basale**, in cui si trovano anche i melanociti e le cellule di Merkel (elementi vescicolari che sembra svolgano funzioni sensoriali visti i rapporti stretti con le fibre nervose).
- **Lo strato spinoso**, costituito da cellule poligonali che tendono ad appiattirsi e a disporsi orizzontalmente
- **Lo strato granuloso**, formato da cellule molto appiattite, il cui nucleo diventa piccolo, picnotico e scompare mentre nel citoplasma sono presenti granuli di cheratojalina, melanosomi e corpi di Odland
- **Lo strato lucido** (presente nelle regioni palmari e plantari)
- **Lo strato corneo** è formato da più strati di cellule molto grandi, appiattite e disposte orizzontalmente, immerse in una base lipidica liberata dai corpi di Odland.

I melanociti e la melanina

- Si sviluppano nello strato basale, derivano dalla cresta neurale e sintetizzano la melanina che viene poi trasferita ai cheratinociti attraverso processi dendritici.
- La melanina è responsabile della pigmentazione dei peli e della pelle
- Il colore della pelle non dipende dal numero totale di melanociti ma dal numero, dimensioni e distribuzione dei granuli di melanina

Le cellule di Langerhans

- Derivano dal midollo osseo e si distribuiscono nel derma e nello strato spinoso
- Contengono tipici organuli sub-microscopici (di Birbeck) a forma di racchetta
- Rivestono nella cute un ruolo immunologico fondamentale
 - Elaborazione, trasporto e presentazione degli antigeni
 - Coinvolte in reazioni immunitarie cellulo-mediate della cute (DAC)

Derma

- **Il derma** è il supporto dell'epidermide ed è costituito da fibre di collagene e da elastina poste in una matrice formata da glucosaminoglicani, acido ialuronico e condroitinsolfato. Il derma è diviso in 2 zone
 - **Derma papillare**, più denso, orientato più o meno parallelamente all'epidermide
 - **Derma reticolare**, più lasso e formato da collagene, sostanza fondamentale e fibre elastiche
- Questa matrice fibroso-elastica contiene una rete di vasi sanguigni, nervi e vasi linfatici. Contiene, inoltre, una varietà di cellule e gli annessi cutanei

Annessi cutanei

- Ghiandole sudoripare:
 - **Eccrine (2-3 milioni)**: nelle quali, durante l'attività secretoria, non vi è alcuna alterazione delle cellule epiteliali. Sono distribuite su tutta la cute, producono sudore ipotonico (fino a 1,5 lit/ h) presiedendo alla termoregolazione. Sono costituite da un tubulo il cui segmento secretorio è raggomitolato nella profondità del derma, e un segmento escretorio diritto fino alla superficie cutanea. La ghiandola risponde a stimoli termici ed emozionali
 - **Apocrine**: nelle quali, durante l'attività secretoria, vi è parziale alterazione delle cellule epiteliali per perdita di protoplasma. Sono concentrate nelle ascelle, aree perineali, areole mammarie e producono un materiale viscido, lattiginoso, che assume un odore caratteristico in seguito alla degradazione da parte dei batteri presenti sulla cute

Annessi pilosebacei: le ghiandole

- Le ghiandole sebacee sono ghiandole *olocrine multilobate* che producono sebo (squalene, trigliceridi, acidi grassi esterificati) in funzione di una regolazione ormono-dipendente
- Sono presenti fin dalla nascita (vernice caseosa del neonato) ma diventano particolarmente attive alla pubertà
- Si collegano al *dotto pilifero*, al quale generalmente sono annesse, attraverso il *dotto sebaceo*. Sono assenti al palmo delle mani, alle piante dei piedi; sono particolarmente presenti al viso, cuoio capelluto, sulla parte mediana della schiena e sul perineo
- Ghiandole sebacee, *autonome da peli*, sono presenti intorno all'areola mammaria femminile, sul prepuzio e nelle palpebre

I peli

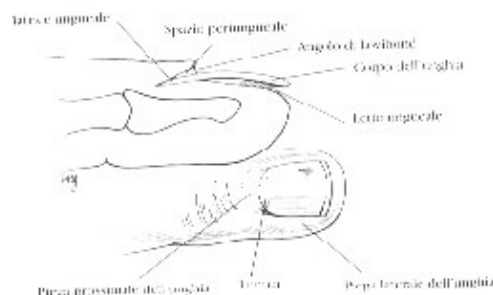
- Coprono tutto il corpo eccetto il palmo delle mani, la pianta dei piedi, prepuzio/glande e piccole labbra
- Nell'uomo svolgono una funzione eminentemente tattile e di attrazione sessuale invece di quella del controllo della temperatura che è prevalente negli altri mammiferi
- Sono formati da cellule epidermiche specializzate situate nel derma profondo e si sviluppano a partire dalla base del follicolo dove la papilla (o bulbo), formata da una rete di capillari, fornisce il nutrimento per la loro crescita
- La crescita è ciclica e si articola in tre fasi
 - Anagenesi (crescita),
 - Catagenesi (breve fase di regressione),
 - Telogenesi (fase di quiescenza che precede la caduta e la sostituzione da parte di un nuovo pelo)

Tipi di Pelo

- **Pelo infantile** o vellus o folletto
 - sottile, morbido, depigmentato, tipico delle zone glabre
- **Pelo terminale**
 - Spesso, lungo, pigmentato, tipico delle aree di pelosità
- Il testosterone, l'androstendione e il diidrotestosterone presiedono, per aree differenti del corpo, all'aumento e modificazione della pelosità che si realizza alla pubertà
- Il colore dei peli è determinato dalla numerosità dei melanosomi (**Neri**> **Castani**>**Grigi**>**Bianchi**)
- **I peli rossi** hanno melanosomi diversi sia da un punto di vista chimico che strutturale

L'unghia

- È una introflessione epidermica nel derma costituito da epitelio molto cheratinizzato
- È formata da: Radice (lunula) , Corpo , Margine libero
- Il corpo ungueale poggia sul letto ungueale molto vascolarizzato
- Pliche cutanee ungueali laterali e posteriore
- Aree di epidermide ispessita "di ricordo"
 - Eponichio; iponichio; paronichio



E.O. Cute

- **Strumenti e condizioni fondamentali**
 1. Occhio e lente di ingrandimento
 2. Buona illuminazione , naturale o imitata
 3. Visione integrale della cute per apprezzare, oltre a lesioni “sconosciute” allo stesso paziente, anche il tipo di distribuzione delle lesioni (dermatomica, vasale), le condizioni generali di trofismo cutaneo, le pigmentazioni, le condizioni igieniche, etc.

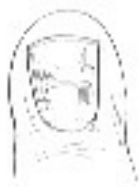
I tre momenti dell'EO cutaneo

- **Osservare**
 - Alterazioni del colore o della integrità / normalità della superficie. Pulire, preliminarmente, residui di cosmetici, grasso o materiali estranei
- **Toccare/sfiorare**
 - Alterazioni della trama, temperatura, idratazione
- **Palpare**
 - Consistenza ed elasticità della cute

Reperti ungueali associati a comuni patologie



Linee di BEAU



Bande di MEES



Unghia di LINDSAY



Unghia di TERRY



Coilonichia



Ippocratismo digitale



Solchi di PSORIASI

■ **Le linee di Beau** sono ***solchi*** **trasversali e paralleli alla Lunula** che si riscontrano nel corso di patologie renali/ epatiche/ infettive. **Indicano arresti/ rallentamenti di crescita**



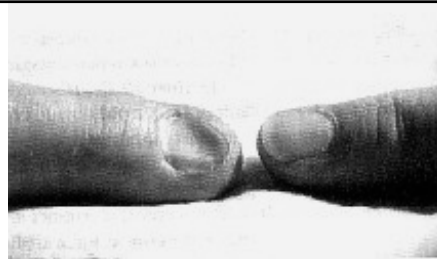
■ **Le bande di Mees** (foto sopra) sono, invece, **linee trasversali bianche** che indicano un rallentamento transitorio di crescita per infezione/intossicazione acuta



■ **Le unghie di Lindsay** (sotto) sono **biancastre nella metà prossimale e rosse nella metà distale**. Si associano di solito a patologia renale cronica



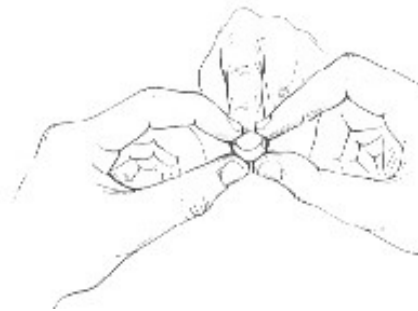
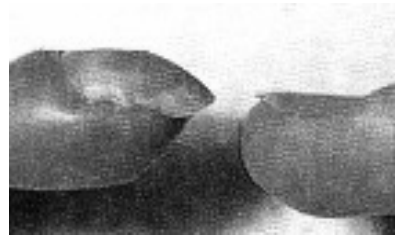
■ **La Coilonichia** (alto) è una condizione di distrofia ungueale “**a cucchiaino**” che si associa spesso ad anemia sideropenica o ad irritazione locale



■ **Solchi ungueali non trasversali, con associata ipercheratosi ungueale e/o sub ungueale** (basso) sono spesso presenti (50% dei casi) nei pazienti con psoriasi /artrite psoriasica



- L'angolo (di Lovibond) normale tra la base ungueale ed il dito è di 160° . Nel corso di patologie cardiache cianogene congenite, fibrosi cistica e alcune patologie polmonari acquisite (AC, BPCO), l'angolo si appiattisce diventando anche $> 180^\circ$. La parte distale del dito tende ad allargarsi. Si configurano, così, le unghie a vetrino di orologio e le dita a bacchetta di tamburo tipiche del **c.d.**



Ippocratismo Digitale. Il letto ungueale assume un aspetto morbido e fluttuante alla palpazione

Colore della cute

- Il colore della pelle differisce per le diverse razze e, all'interno di queste, tra i singoli individui
- Nel singolo individuo, però, il colore è **uniformemente e simmetricamente** distribuito
- Fanno eccezione
 - le zone con **efelidi**: macchie marrone chiaro per \uparrow produzione di melanina da parte di un n° normale di melanociti indotta da UV (fenotipo cutaneo chiaro con capelli rossi/biondi); d.d. con **lentiggini**
 - Le zone **fotoesposte**
 - **Durante la gravidanza due zone possono fisiologicamente scurirsi**: la cute sopra l'osso zigomatico (**melasma**) e quella intorno alle areole mammarie (**cloasma**)

Ipermelanosi localizzate

- Efelidi
- Lentiggini attiniche: acquisite in età media per il danno solare nelle zone fotoesposte (↑ melanociti)
- Melasma persistente : da contraccettivi orali, con interessamento di ampie zone del volto
- Macchie caffè-latte: chiazze (> 1 cm Ø) di colore marrone chiaro
 - presenti in maniera isolata nel 10% della popolazione normale
 - Malattia di Albright: 3-4 macchie a contorni irregolari , distribuite unilateralmente ai glutei o in regione cervicale
 - ≥ 6 grosse macchie (Ø >1,5 cm) : criterio diagnostico di neurofibromatosi
- Iperpigmentazione postinfiammatoria

Macchia caffè-latte con neurofibromatosi



Ipomelanosi localizzate

- **Vitiligine**: chiazze circoscritte amelanotiche, acquisite, simmetriche in sede periorificiale e sulle prominenze ossee, che aumentano progressivamente di dimensione. **In alcuni pazienti può associarsi a Poliendocrinopatie autoimmuni**
- **Piebaldismo** : ipomelanosi ereditata e localizzata alle estremità, sulla superficie anteriore del torace e sulla linea mediana del cuoio capelluto e fronte (ciuffo bianco)
- **Pitiriasi alba** : ipopigmentazione finemente desquamante, di solito al volto e tronco di bambini con dermatite atopica
- **Macchie depigmentate della sclerosi tuberosa**: di forma regolare ovale o lanceolata distribuite al tronco e ai glutei (TC cerebrale nei bambini con convulsioni e queste macchie)

Alterazioni diffuse del colore cutaneo

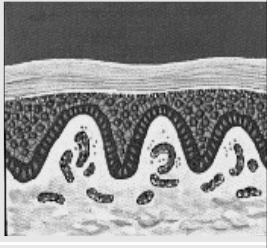
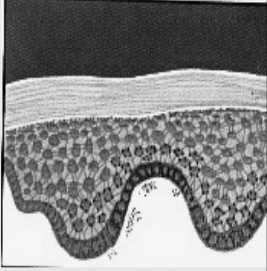
- **Ittero**: colore giallo cute e mucose visibili (↑ bilirubina), visibile meglio alla luce naturale, che colpisce prima solo le sclere(sub-ittero: bil. > 1mg/dl <3 mg/dl) e poi anche il tronco, arti (Ittero franco: bil.> 3 mg/dl). È meno evidente nei casi di ↑ bilirubina indiretta non coniugata
- **Ipercarotenemia** : ↑ vit A da carote/vegetali con colorazione gialla della cute *ma non* delle sclere
- **Emocromatosi** : colorazione grigia della pelle da ↑ deposito di Fe nei tessuti e in parte ad ↑ produzione di melanina
- **Albinismo** : ipomelanosi generalizzata di cute, peli, occhi (*gruppo di malattie ereditarie [autosomiche / X-linked] con piccole varianti*)

“Iperpigmentazione bruna diffusa, più accentuata alle pieghe palmo-plantari, in corrispondenza delle zone di pressione e cicatrici, e sulla mucosa gengivale”

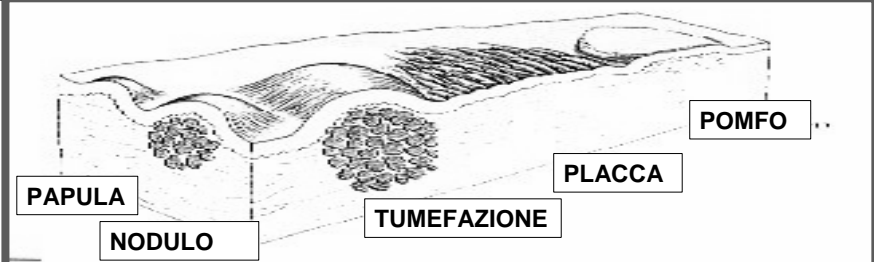
- Tipica della Mal. di Addison (iposurrenalismo autoimmune)
- Mal. di Cushing con surrenectomia bilat.
- Neoplasie polmonari / pancreatiche
Per ↑ ormoni che condividono sequenze comuni aminoacidiche, il melanocito-stimolante(MSH) e l’adrenocorticotropo (ACTH), in seguito alla ↓ del cortisolo di origine surrenalica o per produzione spontanea (microcitoma polmon./ tum. pancreas)
- Farmaci : ciclofosfamide; minociclina, antimalarici

Lesioni cutanee primitive e secondarie

- Lesioni Primitive: quelle che insorgono su cute inizialmente sana
- Lesioni Secondarie: quelle che derivano da modificazioni delle lesioni primitive
 - Per ciascuna lesione, la diagnosi si basa su tre criteri specifici:
 - **Morfologia della lesione(i)**
 - **Aspetto della lesione(i)**
 - **Distribuzione della lesione(i)**

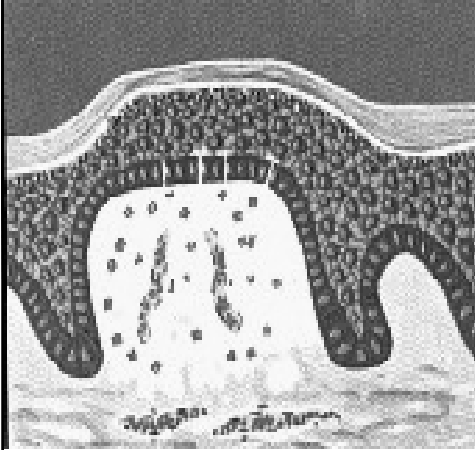
Lesioni cutanee primitive piane, non palpabili			
Lesione	Caratteri	Esempio	
Eritema (sopra)	Arrossamento da iperemia attiva /passiva che scompare alla vitro-pressione	Eritema solare	
Macula (sotto)	Lesione < ad 1 cm, di colore variabile, che non scompare alla vitro-pressione	Lentiggine	
Macchia	Come sopra, ma di dimensioni > 1 cm	Vitiligine; Macchia caffè-latte	

Lesioni cutanee primitive, solide e palpabili		
Lesione	Caratteri	Esempio
PAPULA	< 1 cm	Nevi, Verruche
NODULO	1-2 cm	Eritema nodoso
Tumefazione	Nodulo > a 2 cm	Neoplasie
PLACCA	Papula discretamente rilevata ma più larga che alta	Psoriasi, Cheratosi seborroica
POMFO	Area superficiale di edema cutaneo	Orticaria Puntura di Insetto



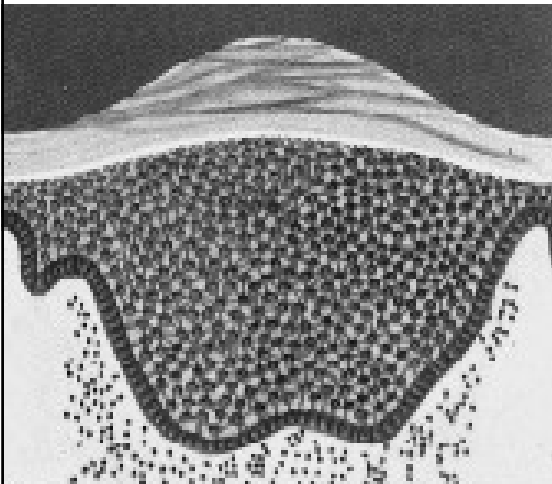
The diagram shows a cross-section of the skin with various lesions labeled: PAPULA (a small raised bump), NODULO (a larger raised bump), TUMEFUZIONE (a large, flat-topped swelling), PLACCA (a large, flat-topped lesion), and POMFO (a localized area of swelling in the superficial layers).

POMFO



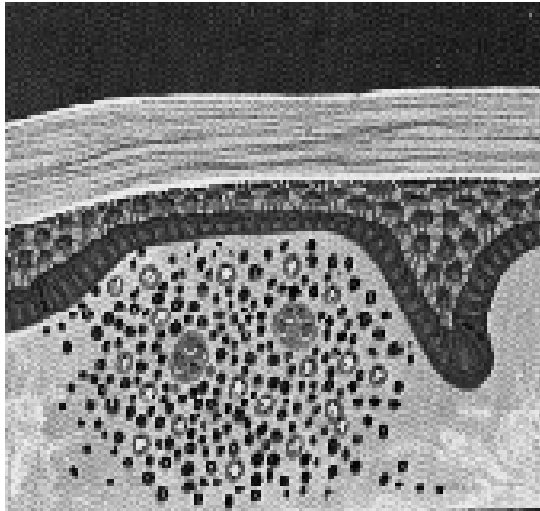
Rilievo edematoso pallido, circoscritto e di piccole dimensioni, circondato da un alone roseo o biancastro

PAPULA



■ **Rilevatezza solida, circoscritta e persistente, di grandezza variabile (da una capocchia di spillo ad una lenticchia)**

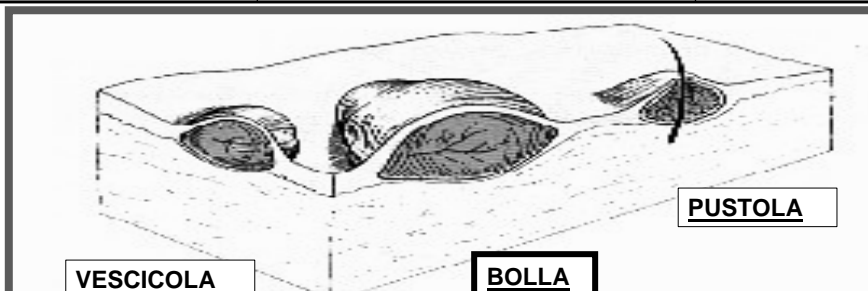
NODULO



■ Infiltrato solido circoscritto a sede dermica (tubercolo) o ipodermica (gomma) che consegue ad un processo produttivo

Lesioni cutanee primitive, a contenuto liquido e palpabili

LESIONE	CARATTERI	ESEMPIO
VESCICOLA	< 1 cm; contenuto sieroso	Herpes simplex
BOLLA	> 1 cm; contenuto sieroso	Pemfigo Volgare
PUSTOLA	Vescicola a contenuto purulento	Acne, Impetigine



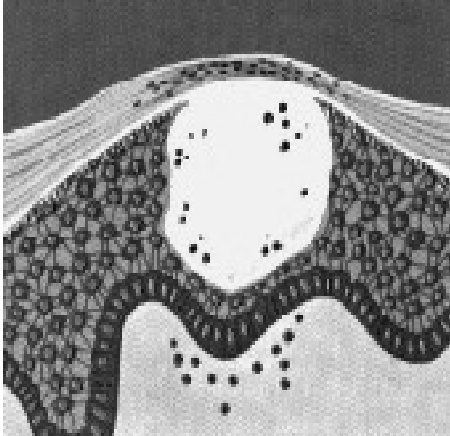
PEMFIGOIDE BOLLOSO



VESCICOLE DI HERPES ZOSTER

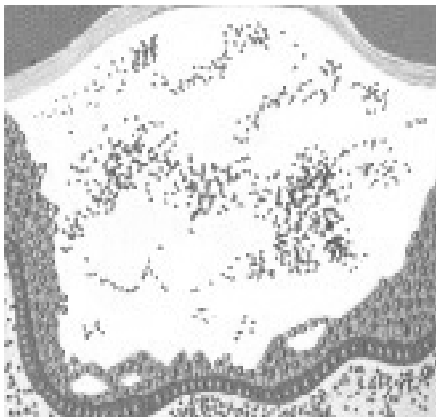


VESCICOLA



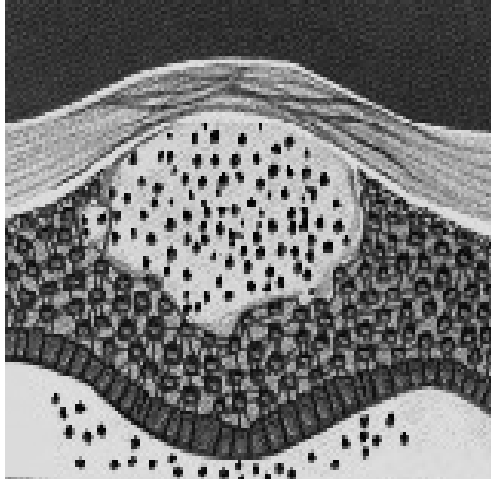
- **Piccola cavità posta sotto lo strato corneo, intraepiteliale o sottoepidermica, contenente siero**

BOLLA



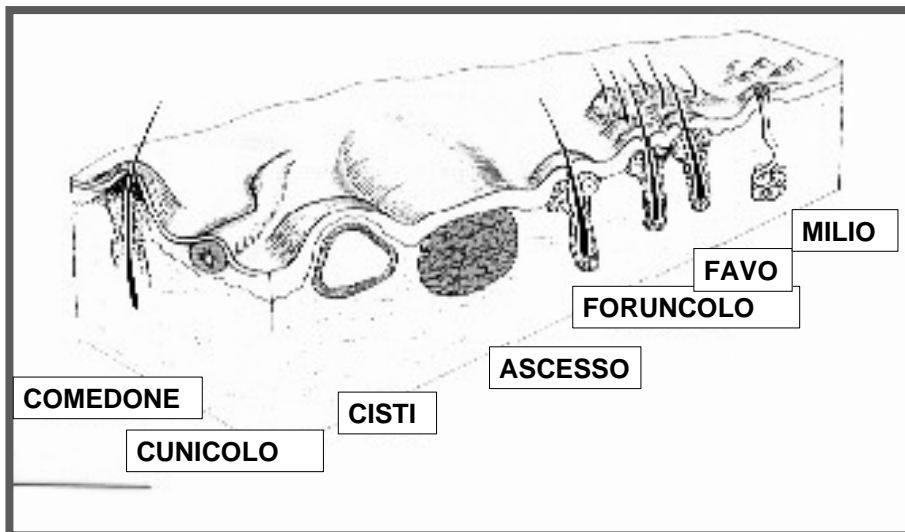
- **Grande cavità ricavata nell'epidermide (bolla flaccida) o tra epidermide e derma (bolla tesa), contenente siero (liquido limpido)**

PUSTOLA



■ Vescicola
ripiena di
polinucleati
neutrofili che
conferiscono
densità al
liquido (pus)

Lesioni cutanee primitive particolari, palpabili



LESIONE	CARATTERI	ESEMPIO
COMEDONE	Ostruzione dello sbocco di una ghiandola sebacea	PUNTO NERO
CUNICOLO	Tunnel rilevato < 10 mm	SCABBIA
CISTI	Formazione palpabile a contenuto semiliquido / fluido	CISTI SEBACEA
ASCESSO	Accumulo di pus nel derma, senza visibilità dello stesso sulla cute	
FORUNCOLO	Flogosi purulenta di singolo follicolo pilifero	
FAVO	Coalescenza di più Foruncoli	
MILIO	Piccola Cisti ripiena di Cheratina accumulatasi nella parte distale delle ghiandole sudoripare	

CISTI TENDINEA



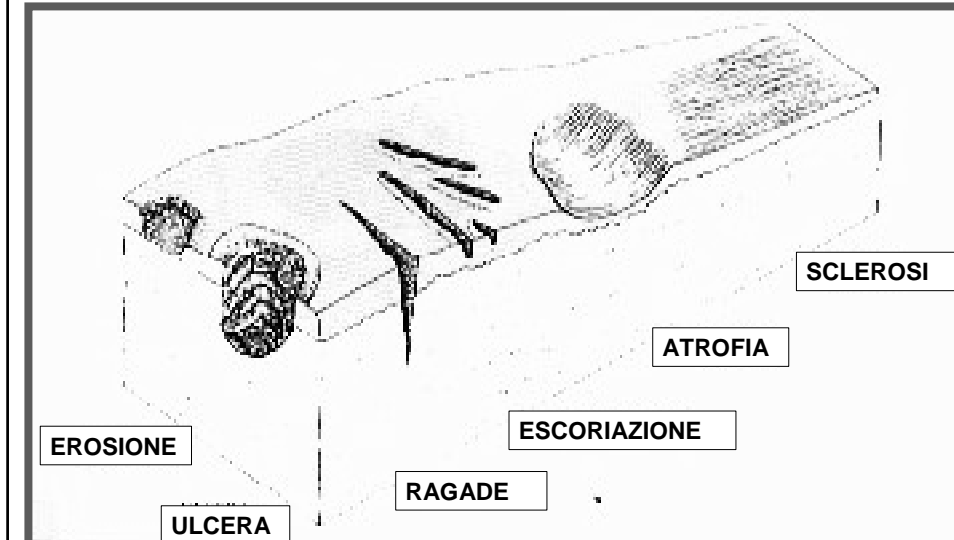
LIPOMA



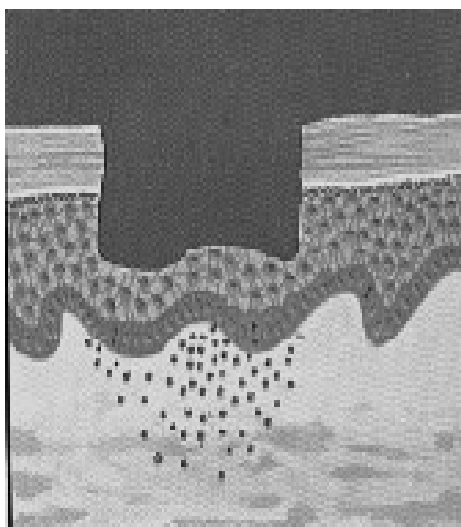
SCABBIA COMUNE E VARIETA' NORVEGESE



Lesioni cutanee Secondarie, introflesse rispetto al piano cutaneo

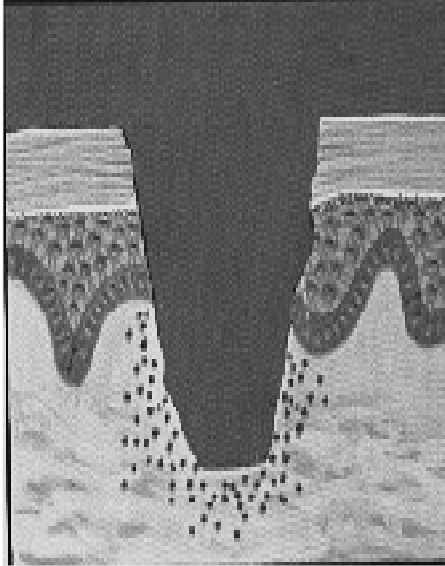


EROSIONE (ABRASIONE)



- **CARATTERI:** perdita di sostanza superficiale che non oltrepassa i limiti dell'epidermide e che guarisce senza dare esito a cicatrice
- **ESEMPIO:** rottura di una vescicola

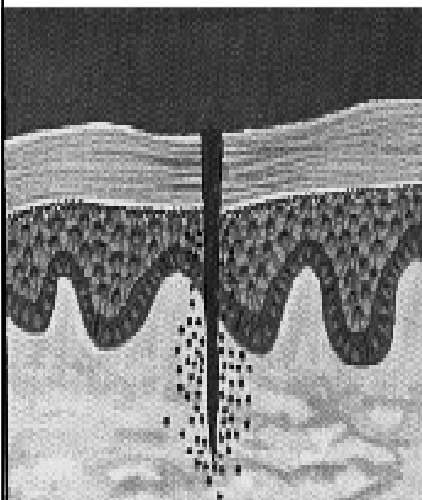
ULCERA



■ **CARATTERI** : perdita di sostanza profonda che interessa anche il derma, che **può generare emorragia e che ripara dando esito a cicatrice**

■ **ESEMPIO** : ulcera da stasi venosa; sifiloma ulcerato

RAGADE



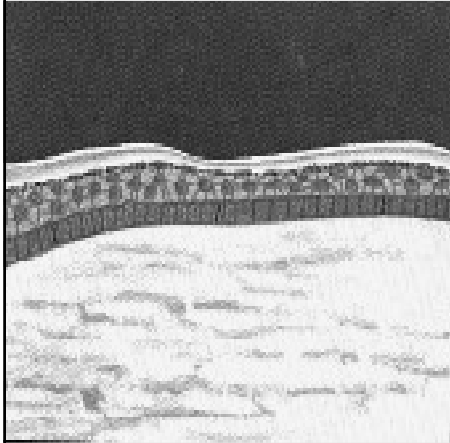
■ **CARATTERI** :

ulcera **profonda e lineare** estesa **dell'epidermide al derma** e situata specie nelle zone cutanee soggette a tensione

■ **ESEMPIO** :

Cheilite angolare della bocca; Piede di atleta

ATROFIA



■ CARATTERI:

alterazione cutanea regressiva con riduzione progressiva delle strutture normali (annessi) della cute

■ ESEMPIO:

strie cutanee *rubre* o bianche

Altre lesioni cutanee secondarie, introflesse

■ ESCORIAZIONE

– Area traumatizzata , lineare e che non si approfondisce oltre l'epidermide né induce cicatrice. Generalmente è autoindotta da grattamento o generata da piccoli traumi

■ SCLEROSI

– Indurimento diffuso / circoscritto della cute con alterazioni più o meno evidenti degli annessi

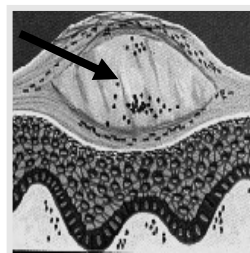
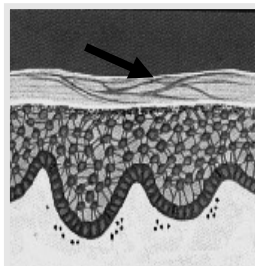
Lesioni cutanee secondarie, rilevate rispetto al piano cutaneo

■ SQUAMA (sopra)

- Ammasso di cellule cheratinizzate con desquamazione epidermica più o meno evidente
- Come nella Psoriasi e nella Dermatite seborroica

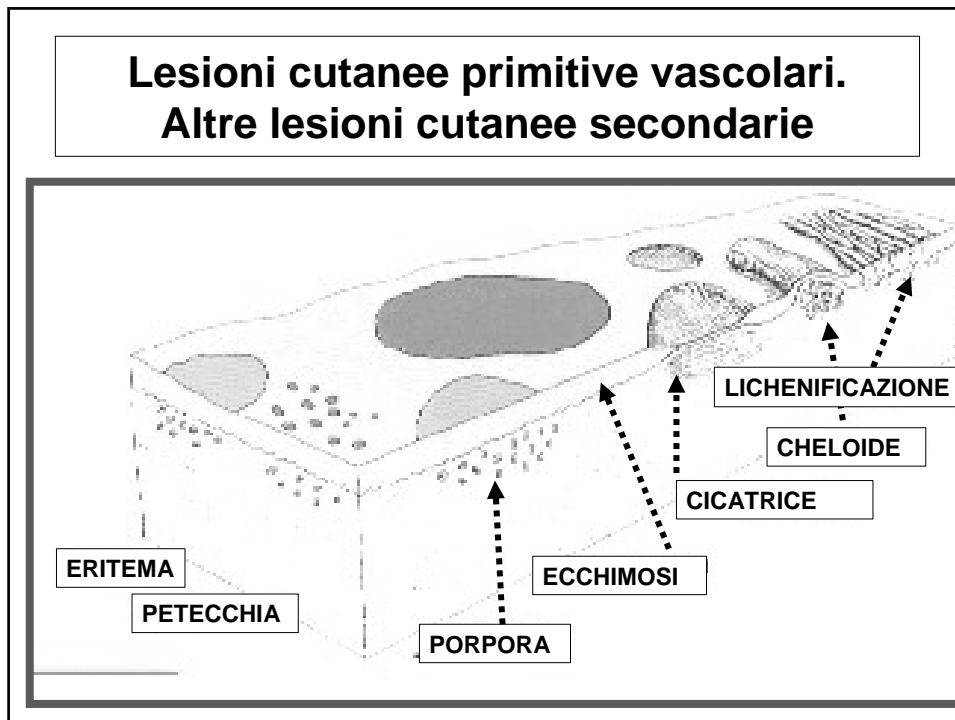
■ CROSTA (sotto)

- Ammasso di residui secchi di materiale purulento, siero, sangue
- Come nella Scabbia , Impetigine



DERMATITE SEBORROICA DEL VISO





Lesione	Caratteri	Esempio
Eritema	Discromia rosso / rosea che impallidisce alla vitropressione	Dilatazione capillare
Petecchia	<0,5 cm; non palpabile, insensibile alla vitropressione	Alterazione intravasale
Porpora	> 0,5 cm; non palpabile, insensibile alla vitropressione	Alterazione intravasale
Ecchimosi	Varie dimensioni, palpabile; evoluzione <i>contusiforme</i> , insensibile alla vitropressione	traumi; vasculiti
Teleangectasia	Ectasia stabile vasi capillari	rosacea
Angioma stellato	Corpo rosso centrale, irradiato a stella in una area che impallidisce con la compressione del vaso	Epatiti Croniche; Terapia Con Estrogeni
CICATRICE	Tessuto fibroso di sostituzione. Atrofica o Iperplastica	Esiti Di Ferita
CHELOIDE	Cicatrice iperplastica e rilevata oltre i margini della ferita	Ustioni
LICHENIFICAZIONE	Area ruvida di ispessimento epidermico con trama cutanea accentuata	Dermatite Atopica

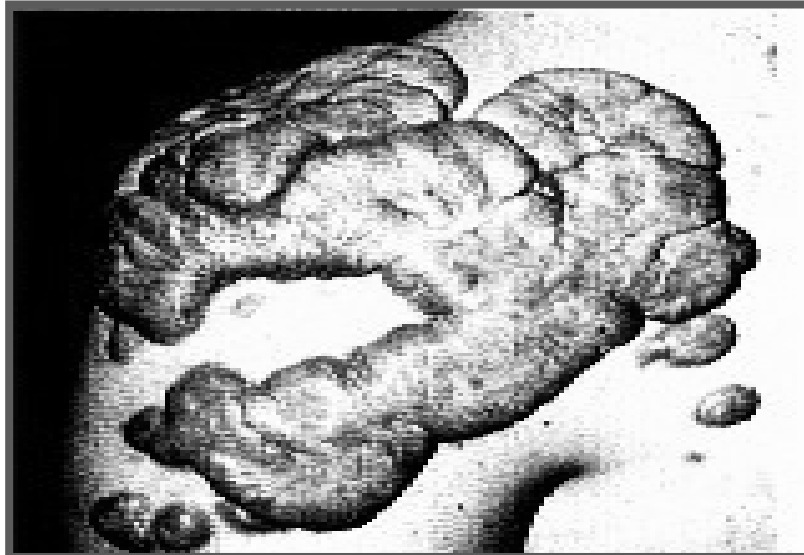
ANGIOMA STELLATO



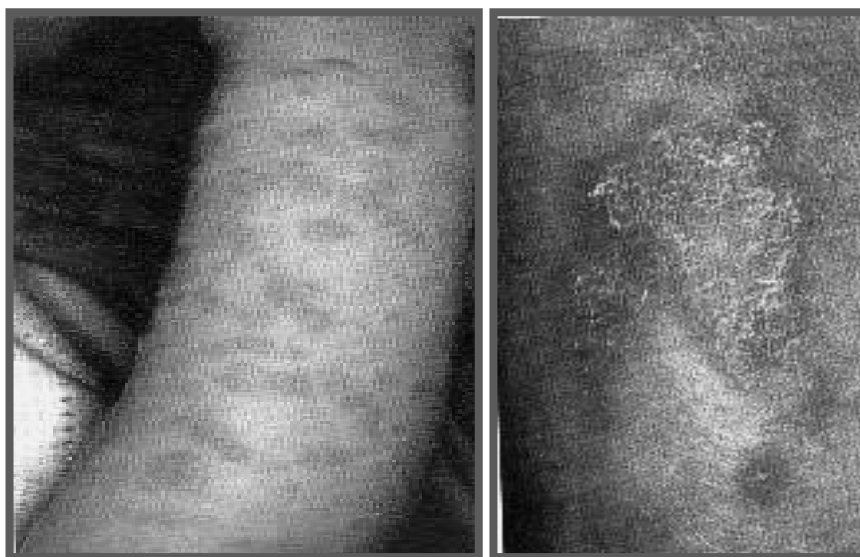
VASCULITE SUPERFICIALE DA MORSO DI ECTOPARASSITA



CHELOIDE



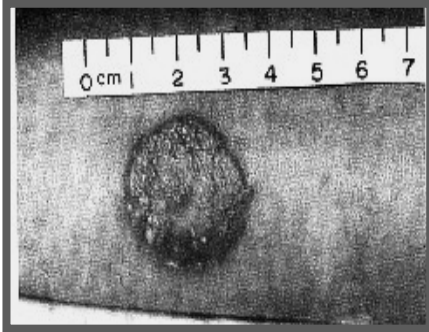
LICHEN PLANUS CON DETTAGLIO DEL "RETICOLO BIANCASTRO" SULLE PAPULE





TERMINI DESCRITTIVI DI LESIONI CUTANEE		
LESIONE / TERMINE	CARATTERI	ESEMPIO
ANULARE	FORMA ANULARE	TRICOFIZIA
ARCIFORME	FORMA ARCUATA	SIFIKIDE
BIZZARRO	FORMA IRREGOLARE NON CORRELATA A QUELLA DELLA CUTE	PATOMIMIA
CERCINNATO	CIRCOLARE	
CONFLUENTE	LESIONI CHE SI FONDONO TRA LORO	ESANTEMI
DISCOIDE	FORMA DISCOIDE SENZA SCHIARIMENTO CENTRALE	LES DSICOIDE
DISCRETO	LESIONI BEN SEPARATE TRA DI LORO	
ECZEMATOSO	FLOGOSI CON TENDENZA A FORMARE VESCICOLE /CROSTE	ECZEMA
GENERALIZZATO	ESTESO A VASTE SUPERFICI CUTANEE	
RAGGRUPPATO	LESIONI DISCRETE MA RAGGRUPPATE TRA LORO	HERPES SIMP
IRIDE	DOPPIO CERCHIO " A BERSAGLIO O OCCHIO DI BUE"	ERITEMA POL .
CHERATOSICO	ISPESSENTAMENTO DEL CORNEO DESQUAMANTE O NON..	PSORIASI
LINEARE	DISPOSIZIONE LINEARE	DERM. CONTAT
MULTIFORME	ASPETTI DIFFERENTI E CONTEMPORANEI DELLE LESIONI	ERITEMA POL .
PAPULO-SQUAMOSO	PAPULE E PLACCHE CON DESQUAMAZIONE	PSORIASI
RETICOLARE	A FORMA DI MERLETTO	LICHEN ORALE
SERPIGINOSO	CONTORTO COME UN SERPENTE	LARVA MIGR.
TELEANGECTASICO	DILATAZIONE PERSISTENTE DEI PICCOLI VASI CUTANEI	RENDU-OSLER
UNIVERSALE	COINVOLGIMENTO DI TUTTO IL CORPO	ALOPECIA
ZOSTERIFORME	DISPOSIZIONE LINEARE LUNGO LA PERIFERIA DI UN NERVO	HERP ZOSTER

LESIONI ERITEMATO-PAPULO-SQUAMOSE



TINEA CORPORIS

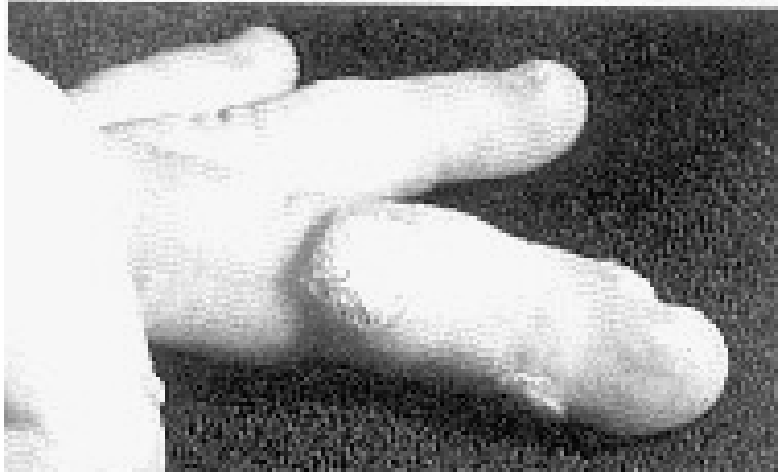


TINEA CRURIS

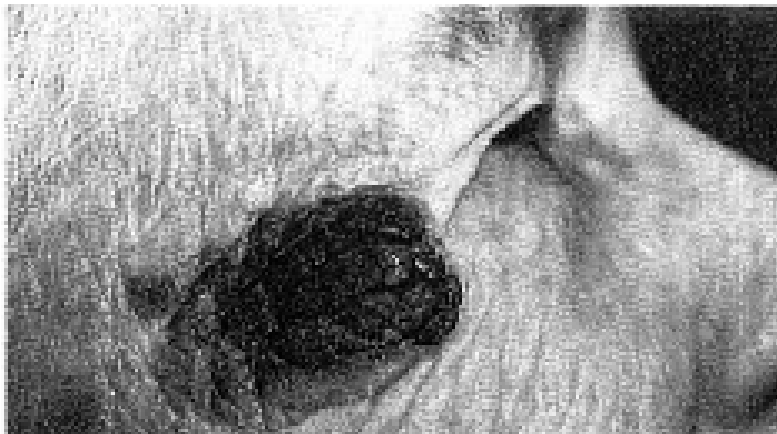
ERITEMA POLIMORFO



VERRUCA



CHERATOSI SEBORROICA



Principali gruppi morfologici di malattie cutanee		
Gruppo	Morfologia clinica	Esempio malattia
ECZEMA/DERMATITE	Macule, papule, vescicole, croste, desquamazione, lichenificazione	DAC, Derm. Atopica, fotodermatiti, scabbia, micosi
MACULOPAPULE	Macule, eritema, papule	Esantemi, reazioni a farmaci, verruche, vasculiti
PAPULOSQUAME	Papule, placche, eritema con squame singole	Psoriasi, pitiriasi, lichen, Derm. Seborroica
VESCICOBOLLE	Vescicobolle, eritema	Herpes, pemfigo, porfirie, eritemi polimorfi.
PUSTOLE	Pustole, cisti, eritema	Acne volg. / ros., follicoliti, eres.
ORTICARIA/Eritemi figurati persistenti	Pomfi, eritemi-edemi figurati, desquamazione	Orticaria, eritema anulare, erisipela
NODULI	Noduli, erosioni, ulcere	Noduli tumorali, nod. reumatoidi
Teleangectasie / atrofia / cicatrici / ulcere	Teleangectasie / atrofia / cicatrici / ulcere	Connettiviti, pioderma gangren. radiodermi
IPO/IPERMELANOSI	Melanina ↑ o ↓	Vitiligine, acantosi, macchie caffè-latte, cloasma, efelidi

Elementi per la precisazione della diagnosi

■ Localizzazione della lesione

- Superfici estensorie = Psoriasi
- Superfici flessorie = Dermatite atopica
- Zone fotoesposte = Fotodermatiti
- Regioni palmo-plantari = Eritema polimorfo, Psoriasi, Eczema
- Regioni sudorali e pilosebacee = Dermatite seborroica
- Regioni particolari / disegni particolari = Dermatite da contatto

Elementi per la precisazione della diagnosi

■ **Forma e disposizione reciproca delle lesioni (1)**

- **Lineare** : DAC/DIC; coinvolgimento vasi /linfatici
- **Zosteriforme** (unilaterali, lungo un dermatomero) : h. zoster; ca metastatico mammella
- **Anulari** (circolari con cute sana all'interno): RA a farmaci; LED; pomfi in via di risoluzione (ore!); Micosi/pitiriasi rosea (desquamanti !)

Elementi per la precisazione della diagnosi

■ **Forma e disposizione reciproca delle lesioni (2)**

- “ **a bersaglio** ” (lesioni circolari a doppio bordo o con papula centrale) : eritema polimorfo; infezioni da dermatofiti
- **Policicliche** : da confluenza di più lesioni anulari
- **Serpiginose** (linee ondulate): psoriasi
- **Erpetiformi** (lesioni a grappolo): h. simplex; dermatite erpetiforme

Test diagnostici e strumenti utili nell'esame dermatologico

- **Ingrandimento:** x 5-10
- **Transilluminazione:** obliqua in stanza oscura; diretta in stanza oscura (cisti/noduli)
- **Diascopia:** eritemi vs porpore (solo i primi schiariscono completamente!)
- **Esame alla luce di Wood (UV [A] ad onde lunghe [360 nm]):** in camera oscura accentua le differenze di colore in funzione della presenza di melanina epidermica che assorbe questi raggi
 - **Ipomelanosi** = colore più chiaro vs circostante
 - **Ipermelanosi** = colore più scuro vs circostante
 - **Micosi superficiali** = colore verde – blu vs circostante

Test clinici

- **Test cutanei:**
 - **per puntura** (prick test), per reazioni IgE mediate [reazione a 20 minuti !]
 - **epicutanei** (patch test), per reazioni da ipersensibilità ritardata e cellulo-mediate [reazione a 48-72 ore !]
 - **epicutanei con fotoinduzione** (foto-patch test) [reazione a 24 ore dalla fotoinduzione che si effettua 24 ore dopo l'iniziale apposizione]

Test clinici “ fisici”

- **Segno di Darier** : sviluppo di orticaria dopo sfregamento di lesione (Orticaria pigmentosa)
- **Segno di Nikolsky** : manifesta la ridotta aderenza dei cheratinociti fra di loro. Infatti la pressione della cute sana perilesionale (Bolla) provoca il distacco della epidermide e la formazione di una superficie erosa (pemfigo)
- **Fenomeno di Koebner** : comparsa di nuove lesioni in zone di trauma (Psoriasi ; Lichen)
- **Patergia** : sviluppo di lesioni pustoloso-ulcerative a seguito di semplice puntura (Malattia di Behçet, Pioderma gangrenoso)

Semeiologia Fisica cute

- Lesioni **Lichenificate**:
 - Maggiore evidenza della quadrettatura della cute *per ispessimento di tutti gli strati dell'epidermide a seguito di strofinio continuo o grattamento*
- Lesioni **Desquamanti** :
 - *Squame di tinta diversa, facilmente(psoriasi) o difficilmente(ittiosi) staccabili*
- **Livellamento lesioni ipercheratosiche**
 - *Le verruche*: sovertimento disegno epidermide e microsanguinamento
 - *Le callosità*: conservazione del reticolo epidermico e assenza di sanguinamento