

Dermatoscopie în Dermatologia Generală

Editori

Aimilios Lallas

Departamentul I Dermatologie

Aristotle University

Salonic, Grecia

Enzo Errichetti

Institutul de Dermatologie

Spitalul Universitar Santa Maria della Misericordia

Udine, Italia

Dimitrios Ioannides

Departamentul I Dermatologie

Aristotle University

Salonic, Grecia

Cuprins

Contributori	vi
Prefață.....	xiv
Introducere.....	xv
PARTEA I Boli inflamatorii	
Capitolul 1 Afecțiuni papuloscuamoase.....	2
<i>Aimilios Lallas și Enzo Errichetti</i>	
Capitolul 2 Alte afecțiuni papulonodulare.....	47
<i>Enzo Errichetti, Aimilios Lallas și Dimitrios Ioannides</i>	
Capitolul 3 Afecțiuni granulomatoase neinfecțioase.....	56
<i>Enzo Errichetti și Aimilios Lallas</i>	
Capitolul 4 Boli ale țesutului conjunctiv	65
<i>Enzo Errichetti și Aimilios Lallas</i>	
Capitolul 5 Dermatoze faciale	86
<i>Enzo Errichetti, Feroze Kaliyadan, Francesco Lacarrubba, Anna Elisa Verzì, Giuseppe Micali și Aimilios Lallas</i>	
Capitolul 6 Eriteme	97
<i>Nicola di Meo, Paola Corneli și Iris Zalaudek</i>	
Capitolul 7 Dermatoze hiperpigmentare	106
<i>Enzo Errichetti și Aimilios Lallas</i>	
Capitolul 8 Dermatoze hipopigmentare.....	121
<i>Enzo Errichetti, Aimilios Lallas și Dimitrios Ioannides</i>	
Capitolul 9 Boli inflamatorii diverse	130
<i>Enzo Errichetti și Aimilios Lallas</i>	
PARTEA A II-A Boli infiltrative	
Capitolul 10 Limfoame și pseudolimfoame	153
<i>Zoe Apalla, Aimilios Lallas și Enzo Errichetti</i>	
Capitolul 11 Alte afecțiuni infiltrative	164
<i>Enzo Errichetti și Aimilios Lallas</i>	

PARTEA A III-A Boli infecțioase

Capitolul 12 Infecții bacteriene și parazitare 188

*Ignacio Gómez Martín, Balachandra Suryakant Ankad, Enzo Errichetti,
Aimilios Lallas, Dimitrios Ioannides și Pedro Zaballos*

Capitolul 13 Micoze 210

*Dionysios Lekkas, Francesco Lacarrubba,
Anna Elisa Verzi și Giuseppe Micali*

Capitolul 14 Infecții virale..... 221

Francesco Lacarrubba, Anna Elisa Verzi și Giuseppe Micali

PARTEA A IV-A Afecțiuni ale părului și unghiilor

Capitolul 15 Afecțiuni ale părului (tricoscopie) 229

Adriana Rakowska și Lidia Rudnicka

Capitolul 16 Afecțiuni ale unghiilor (onicoscopie) 241

Michela Starace, Aurora Alessandrini și Bianca Maria Piraccini

PARTEA A V-A Pielea de culoare

Capitolul 17 Tulburări de pigmentare..... 257

*Sidharth Sonthalia, Atula Gupta, Abhijeet Kumar Jha, Rashmi Sarkar și
Balachandra Suryakant Ankad*

Capitolul 18 Afecțiuni inflamatorii și infecțioase..... 270

*Vishal Gupta, Sidharth Sonthalia, Yasmeen Jabeen Bhat,
Sonalı Langar și Manal Bosseila*

Capitolul 19 Afecțiuni ale părului și unghiilor 284

*Arshdeep Mathapati Shivamurthy Sukesh, Prashant Agarwal,
Deepak Jakhar și Sidharth Sonthalia*

Capitolul 20 Monitorizarea răspunsului terapeutic și alte aplicații 299

Sidharth Sonthalia, Tejinder Kaur și Sakshi Srivastava

**Anexa I: Diagnosticul diferențial al maculelor/papulelor eritemato-scuamoase de la
nivelul trunchiului și/sau extremităților 304**

Anexa II: Diagnosticul diferențial al maculelor/papulelor eritematoase de la nivelul feței .308

Anexa III: Diagnosticul diferențial al keratodermiei palmare/plantare 311

Anexa IV: Diagnosticul diferențial al plăcilor sclero-atrofice de la nivelul trunchiului și/sau extremităților	314
Anexa V: Diagnosticul diferențial al maculelor/papulelor hiperpigmentare de la nivelul trunchiului și/sau extremităților.....	316
Anexa VI: Diagnosticul diferențial al maculelor hipopigmentare de la nivelul trunchiului și/sau extremităților	319
Anexa VII: Diagnosticul diferențial al papulelor/nodulilor pruriginoși de la nivelul trunchiului și/sau extremităților.....	322
Anexa VIII: Diagnosticul diferențial al papulelor inflamatorii de-a lungul liniilor lui Blaschko	325
Anexa IX: Diagnosticul diferențial al maculelor/petelor purpurice	328
Anexa X: Diagnosticul diferențial al alopeciei non-cicatriceale.....	330
Anexa XI: Diagnosticul diferențial al alopeciei cicatriceale	333
Anexa XII: Diagnosticul diferențial al reziduurilor de la nivelul firului de păr	335
Anexa XIII: Diagnosticul diferențial al onicolizei	337
Anexa XIV: Diagnosticul diferențial al pittingului de la nivelul lamei unghiale	340
Index.....	342

Partea I

Boli inflamatorii

1 Afecțiuni papuloscuamoase

Aimilios Lallas și Enzo Errichetti

Traducere și adaptare: Alis Salame, Anca Ioana Vasile, Anca Teodor

1.1 Psoriazis

1.1.1 INTRODUCERE

Psoriazisul este o boală inflamatorie cronică, recurentă, frecvent întâlnită, caracterizată prin ereditate, variabilitate fenotipică și printr-o posibilă asociere cu artrita psoriazică și sindromul metabolic. Psoriazisul este considerat o afecțiune hiperproliferativă, iar această proliferare crescută a keratinocitelor este rezultatul unei cascade de reacții imunologice modulate de celulele mediatore ale inflamației și citokine.¹⁻³

1.1.2 MANIFESTĂRI CLINICE

Psoriazisul este caracterizat prin prezența unor plăci bine delimitate, eritemato-scuamoase, de dimensiuni variate, acoperite de scuamă argintie, aderentă (Figura 1.1). Cele mai frecvente zone implicate sunt scalpul, coatele și genunchii, urmate de zona lombo-sacrată, fese, unghii, regiunea ombilicală, trunchi, palme și plante. De menționat este faptul că leziunile de psoriazis se pot dezvolta în orice regiune a corpului. Severitatea extensiei leziunilor cutanate variază de la câteva plăci până la o erupție generalizată (eritrodermie).¹⁻³ Principalele forme clinice de psoriazis sunt:



Figura 1.1 Leziune tipică de psoriazis: placă eritematoasă delimitată, acoperită de scuame alb-argintii aderente.

1.1.2.1 Psoriazisul în plăci

Psoriazisul în plăci, cunoscut și sub denumirea de psoriazis vulgar, este cea mai frecventă formă clinică a bolii, caracterizată prin afectarea cutanată descrisă anterior. Inițial, leziunile psoriazice apar sub forma unor papule roșii cu scuamă fină, care se măresc și confluează formând plăci rotund-ovalare acoperite de scuame groase de culoare argintie (Figura 1.2). Intensitatea hiperkeratozei depinde de zona anatomică a corpului, fiind accentuată la nivelul scalpului, a palmelor și plantelor și absentă în zonele intertriginoase (Figura 1.3). Scuamele sunt, de obicei, mai aderente în centru și mai puțin aderente la periferia leziunii. La îndepărtarea scuamelor apar mici picături hemoragice (semnul Auspitz). Cele mai frecvente zone anatomice afectate au fost menționate anterior. Leziunile de psoriazis se pot dezvolta și în zone de traumatism fizic (fenomenul Koebner). În general, boala este asimptomatică. Cu



Figura 1.2 În general, leziunile de psoriazis confluează formând plăci de dimensiuni mai mari.

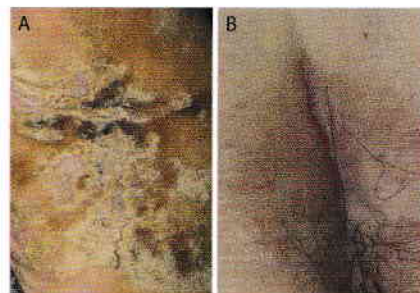


Figura 1.3 În plăcile psoriazice de la nivel palmar hiperkeratoza este intensă (A). La nivelul pliului interfesier hiperkeratoza este absentă (B).

Respect pentru oameni și cărți

toate acestea, pruritul poate fi prezent la o proporție considerabilă de pacienți.¹⁻³

1.1.2.2 Psoriazisul gutat

Psoriazisul gutat este caracterizat prin debutul acut al unei erupții alcătuite din papule mici, eritemato-scuamoase, deseori declanșat de o infecție acută, cum ar fi faringita streptococică (Figura 1.4). Psoriazisul gutat poate să debuteze ca primă manifestare a psoriazisului sau poate să apară ca o exacerbare acută a unui psoriazis în plăci preexistente.¹⁻³



Figura 1.4 Psoriazisul gutat se caracterizează prin papule/plăci de dimensiuni mici, cu debut recent, situate în principal pe trunchi.

1.1.2.3 Psoriazisul inversat

Acest subtip clinic de psoriazis implică în mod selectiv zonele de pli (inghinal, interfesier, submamar, axilar) și zona genitală. Psoriazisul inversat afectează mai frecvent pacienții obezi. Leziunile ce apar în psoriazisul inversat au aspectul unor plăci eritematoase, bine delimitate, fără scuame vizibile, care tind să se oprească la joncțiunea pliurilor pielii.¹⁻³

1.1.2.4 Psoriazisul pustulos

Există mai multe variante de psoriazis pustulos. Psoriazisul pustulos generalizat (von Zumbusch) reprezintă cea mai severă formă a bolii fiind însoțit de manifestări sistemice. De obicei, această formă apare la pacienții cu antecedente de psoriazis care au întrerupt corticoterapia sistemică utilizată pentru o altă boală concomitentă. Debutul bolii este în general acut, cu formarea de pustule sterile la



Figura 1.5 În psoriazisul pustulos generalizat la nivelul plăcilor eritematoase apar multiple pustule de mici dimensiuni.

marginea plăcilor eritematoase, periunghial și la nivelul palmelor (Figura 1.5). Aceste pustule pot crește rapid în dimensiuni devenind confluențe, formând colecții purulente. Pot exista afectări mucoase, limba „geografică” fiind frecvent întâlnită. Manifestările sistemice includ: febră, diaree, artralgie și frison.¹⁻³

Forma localizată a psoriazisului pustulos este cunoscută și sub denumirea de pustuloză palmo-plantară, leziunile putând să apară atât la nivel palmar, cât și plantar (Figura 1.6). Această formă este caracterizată de plăci eritematoase palmo-plantare la nivelul cărora se dezvoltă pustule și ulterior cruste, rezultând o suprafață difuz erodată asociată cu sensibilitate locală. O formă specifică de pustuloză palmo-plantară este acrodermatita continuă Hallopeau, care



Figura 1.6 Pustuloza palmo-plantară este caracterizată prin eritem, pustule și cruste ce apar pe suprafețele palmare și plantare.

este caracterizată prin afectarea severă a vârfulor degetelor și a patului unghial.¹⁻³

Alte forme mai puțin frecvente de psoriazis pustulos sunt psoriazisul pustulos inelar (Milian-Katchoura) și psoriazisul pustulos al sarcinii (impetigo herpetiform).¹⁻³

1.1.2.5 Psoriazis eritrodermic

Este o formă acută, severă de psoriazis caracterizată prin eritem generalizat și descuamare extinsă, afectând peste 90% din suprafața totală a corpului. Pacienții prezintă afectare sistemică caracterizată prin febră, frison și artralгии. Cele mai de temut complicații sunt dezechilibrul electrolitic și sepsisul.¹⁻³

1.1.2.6 Alte forme de psoriazis

Au fost descrise multe alte tipuri de psoriazis pe baza unor manifestări clinice specifice pe care boala le-ar putea dezvolta. Unele dintre aceste forme sunt: psoriazisul ostraceu, psoriazisul rupioid, psoriazisul figurat, psoriazisul girat, psoriazisul discoid, psoriazisul inelar, psoriazisul folicular, etc. Exemple clinice ale unora dintre aceste subtipuri pot fi observate în Figurile 1.14A-1.20A și 1.21.¹⁻³

1.1.3 DERMATOSCOPIE

Descris pentru prima oară în urmă cu un deceniu, pattern-ul dermatoscopic al psoriazisului a fost recent studiat în scopul utilizării acestuia pentru diferențierea acestei boli de alte dermatoze eritemato-scuamoase.⁴⁻⁶



Figura 1.7 Punctele roșii distribuite uniform reprezintă semnul dermatoscopic patognomonic al psoriazisului.

Vasele punctate reprezintă cea mai comună caracteristică dermatoscopică a psoriazisului fiind prezente în orice placă de psoriazis (Figura 1.7). Detectarea oricărui alt tip morfologic de vase exclude diagnosticul de psoriazis.⁶⁻⁸



Figura 1.8 Scuamele groase împiedică vizualizarea pattern-ului vascular în această placă psoriazică.



Figura 1.9 Înălțarea scuamelor dezvăluie nu numai vase punctate, ci și câteva hemoragii punctate, corespunzând „semnului dermatoscopic Auspitz” (cerc).

Vasele punctate distribuite uniform pot fi absente doar în cazul în care prezența unei scuame superficiale groase împiedică vizualizarea structurilor vasculare subiacente (Figura 1.8)⁹. Chiar și în cazul unei leziuni hiperkeratozice mai vechi îndepărtarea scuamelor va pune în evidență pattern-ul vascular al psoriazisului, posibil asociat cu apariția a mici picături hemoragice descrise dermatoscopic ca „semnul Auspitz” (Figura 1.9).⁵

Termenul de „globule roșii” a fost, de asemenea, utilizat pentru a descrie aceeași caracteristică dermatoscopică.^{4,5} Distincția dintre puncte și globule se bazează pe diametrul structurilor (punctele sunt mai mici) și ar putea fi importantă în dermatoscopia tumorilor melanocitare. În psoriazis, ambii termeni pot fi utilizați, deoarece

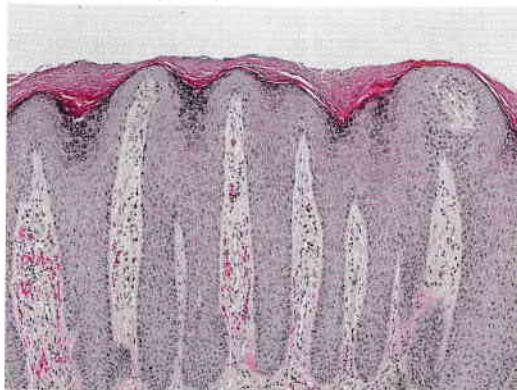


Figura 1.10 Principala modificare histopatologică în psoriazis este acantoza și papilomatoza cu elongarea intensă și regulată a creștelor epidermice. Ansele vasculare din papilele dermice situate sub un epiderm subțiat se corelează histopatologic cu punctele roșii dermatoscopice.

structurile vasculare întâlnite pot fi de diferite dimensiuni, deși sunt de obicei uniforme ca dimensiune. La examinarea cu putere de mărire crescută (100–400×), vasele psoriazice apar sub formă de capilare dilatate, elongate și răsucite.¹⁰ Histopatologic, punctele roșii corespund ansele capilare dispuse vertical în interiorul papilelor dermice alungite (Figura 1.10).

Deși punctele roșii sunt cel mai frecvent criteriu de diagnostic al psoriazisului, ele nu sunt suficiente pentru a diferenția boala de alte dermatoze eritemato-scuamoase, întrucât multe dintre acestea prezintă și vase punctate.⁶

Ceea ce conferă specificitate punctelor roșii pentru diagnosticul de psoriazis este distribuția uniformă, regulată a acestora la nivelul leziunii, care corespunde hiperplaziei psoriaziforme simetrice subiacente epidermului (elongarea creștelor epidermice și a papilelor



Figura 1.11 Punctele roșii dispuse inelar reprezintă un semn dermatoscopic specific în psoriazis, însă nedistinctiv.

dermice). O distribuție dermatoscopică particulară, circulară a vaselor punctate (cercuri globulare roșii) a fost, de asemenea, descrisă în leziunile psoriazice (Figura 1.11)¹¹, iar mai târziu pattern-ul s-a dovedit a fi de mare specificitate pentru diagnosticul de psoriazis, dar relativ fără sensibilitate.⁶ Alte tipuri de distribuție a vaselor sunt extrem de rar întâlnite în psoriazis.

Culoarea de fond roșu deschis și scuamele albe superficiale reprezintă două criterii dermatoscopice suplimentare și comune în psoriazis. După cum a fost demonstrat recent într-un studiu de acuratețe diagnostică, culoarea scuamelor are o valoare particulară pentru diferențierea psoriazisului de alte tipuri de eczeme.⁶

Caracteristicile dermatoscopice observate în diferite subtipuri specifice ale bolii, cum ar fi psoriazisul scalpului, cel inversat sau cel palmo-plantar, nu prezintă diferențe esențiale. De fapt, pattern-ul dermatoscopic al bolii în anumite zone specifice ale corpului este identic cu cel al scuamelor psoriazisului în



Figura 1.12 Balanita psoriazică este caracterizată prin vase punctate distribuite uniform, fără scuamă la suprafață.



Figura 1.13 Hiperkeratoza marcată poate împiedica vizualizarea punctelor roșii. Îndepărtarea scuamelor le va evidenția.



Figura 1.14 Psoriazisul ostraceu este caracterizat prin leziuni hiperkeratozice groase (A). Scuama groasă acoperă pattern-ul vascular (B).



Figura 1.16 Psoriazisul inelar este un subtip particular în care scuamele tind să se accentueze la periferia leziunii (A). Leziunile pot semăna clinic și dermatoscopic cu o leziune de pitiriazis rozat, dar distribuția uniformă a vaselor punctate (detaliu) exclude diagnosticul mai sus menționat (B).

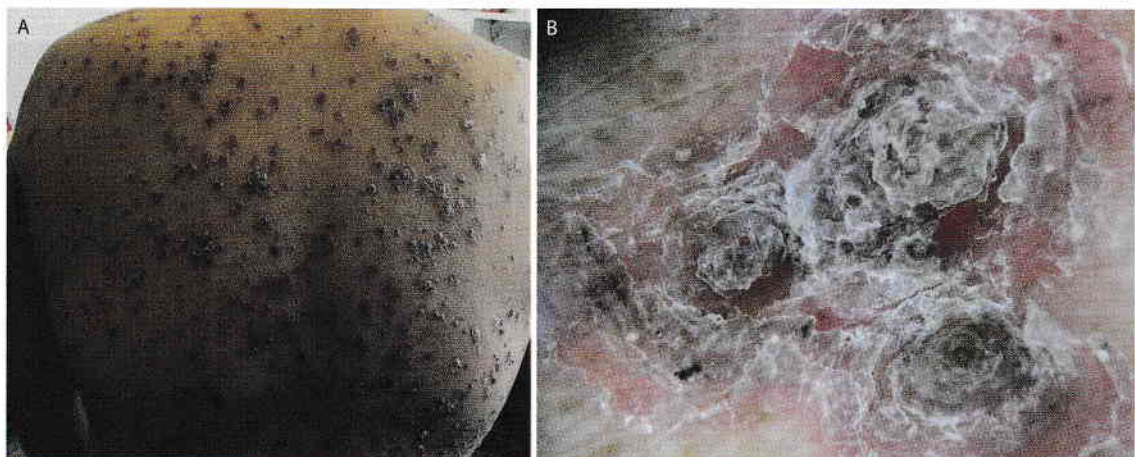


Figura 1.15 Psoriazisul rupioid este caracterizat prin papule și plăci hiperkeratozice agregate „în formă de con” (A). Din nou, scuama groasă acoperă proiecția pattern-ului vascular (B).

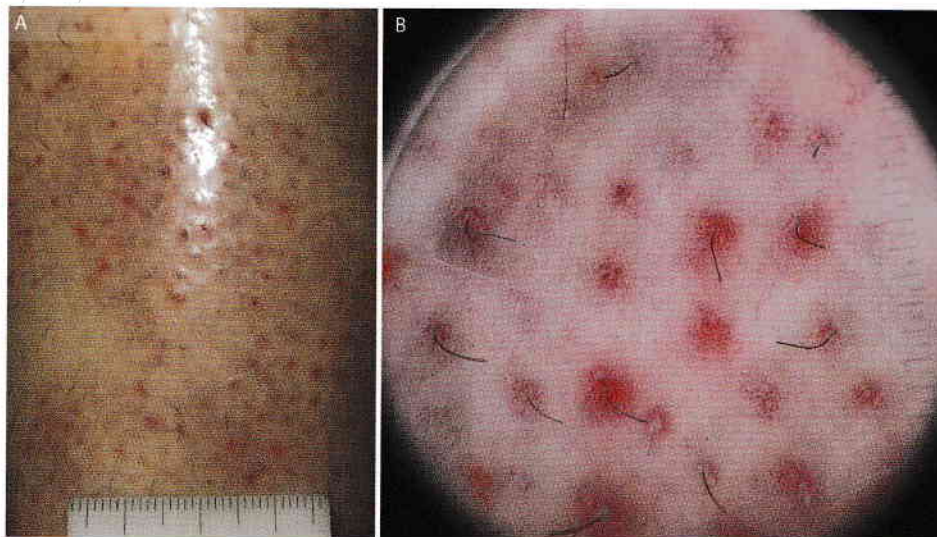


Figura 1.17 Psoriazisul folicular este caracterizat clinic prin papule foliculare (A), care în stadiul de debut prezintă multiple vase punctate la nivel folicular (B).



Figura 1.18 Leziunile foliculare psoriazice (A) sunt caracterizate dermatoscopic prin dopuri foliculare însoțite de vase punctate distribuite uniform (detaliu) (B).

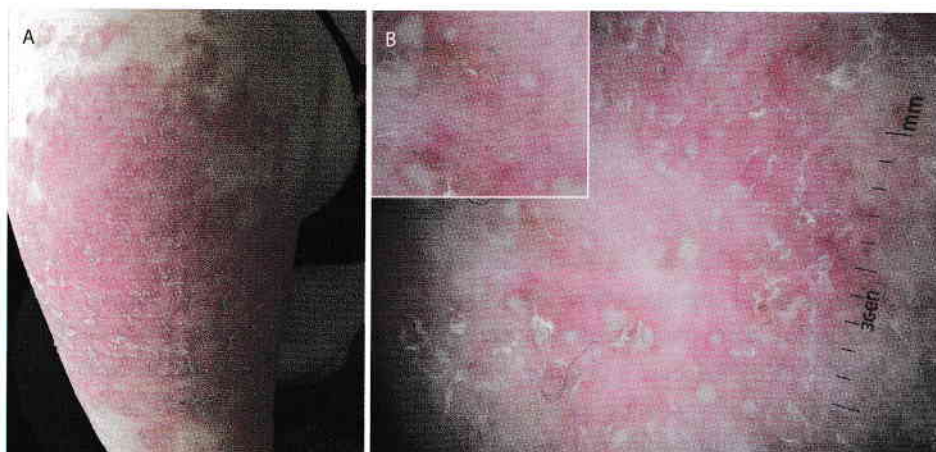


Figura 1.19 În psoriazisul pustulos generalizat (A) dermatoscopia permite vizualizarea pustulelor, asociate scuamelor albe și punctelor roșii (detaliu).

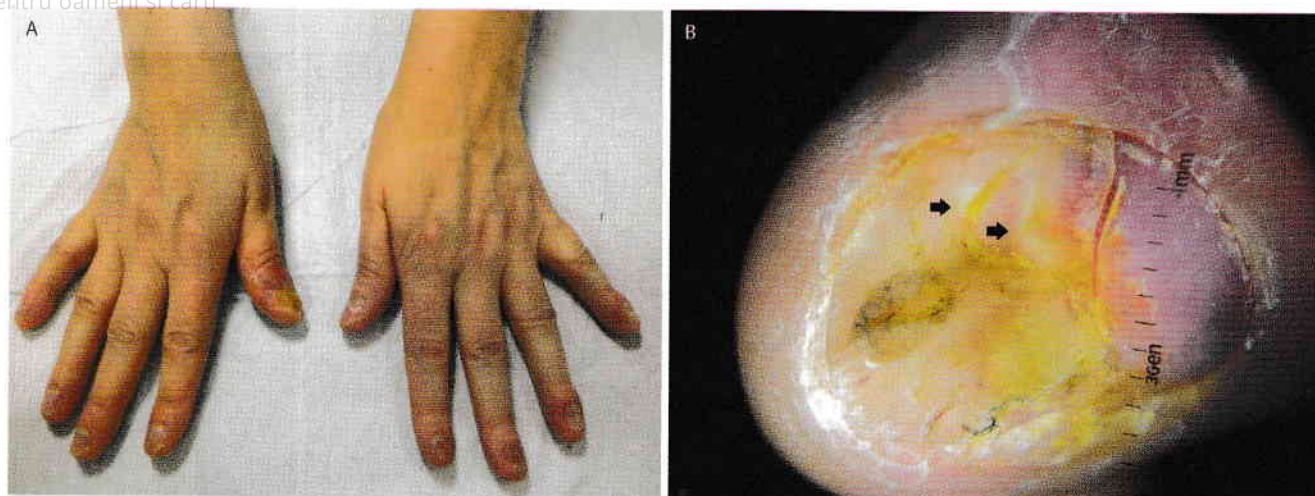


Figura 1.20 Un caz recent de acrodermatită continuă Hallopeau (A). Dermatoscopia poate fi de ajutor pentru a evidenția pustule mici (săgeți) chiar și atunci când nu sunt vizibile la examinarea clinică (B).



Figura 1.21 În psoriazisul pustulos palmar dermatoscopia permite vizualizarea pustulelor.

plăci, cu variații de grosime a scuamei, depinzând de localizarea leziunilor.⁹ În balanita psoriazică și psoriazisul inversat, leziunile nu prezintă scuame, dar pattern-ul vascular tipic al punctelor roșii distribuite uniform este evident la examinarea dermatoscopică (Figura 1.12). Prezența minimă sau chiar absența scuamei este, de asemenea, tipică pentru psoriazisul gutat, deoarece această formă de psoriazis are caracter eruptiv prezentându-se cu minimă hiperkeratoză. Pe de altă parte, la nivelul scalpului sau în psoriazisul palmoplantar, suprafața hiperkeratozică groasă a plăcilor nu permite vizualizarea structurilor vasculare subiacente, care pot fi evidențiate doar după îndepărtarea scuamelor (Figura 1.13).⁹

Exemple dermatoscopice pentru diferite tipuri clinice de psoriazis pot fi vizualizate în Figurile 1.14B-1.20B și 1.21.

1.1.4 DERMATOSCOPIA PENTRU MONITORIZAREA TRATAMENTULUI ÎN PSORIAZIS

Dincolo de valoarea sa bine documentată în diferențierea psoriazisului de alte patologii cutanate inflamatorii eritemato-scuamoase, dermatoscopia ar putea îmbunătăți și monitorizarea pacienților aflați sub tratament cu agenți topici sau sistemici. Aspectul dermatoscopic al punctelor hemoragice reprezintă un predictor de bază al răspunsului ulterior la tratamentul cu agenți biologici întrucât modificările dermatoscopice apar mult mai devreme decât remisiunea clinică a leziunilor (Figura 1.22 evidențiază evoluția dermatoscopică a unei plăci psoriazice la pacienții aflați în tratament biologic).¹² Pe de altă parte, prezența vaselor globulare reprezintă un predictor de răspuns nefavorabil la fototerapia cu bandă îngustă cu ultraviolete B (datele personale ale autorului – E.E.).

În afară de evaluarea rezultatului tratamentului, dermatoscopia ar putea fi, de asemenea, utilă în detectarea precoce a recurențelor bolii (Figura 1.23 și 1.24). Aceasta din urmă ar putea fi extrem de relevantă, întrucât pierderea efectului terapeutic reprezintă o problemă majoră în terapia psoriazisului.¹³ Mai mult,

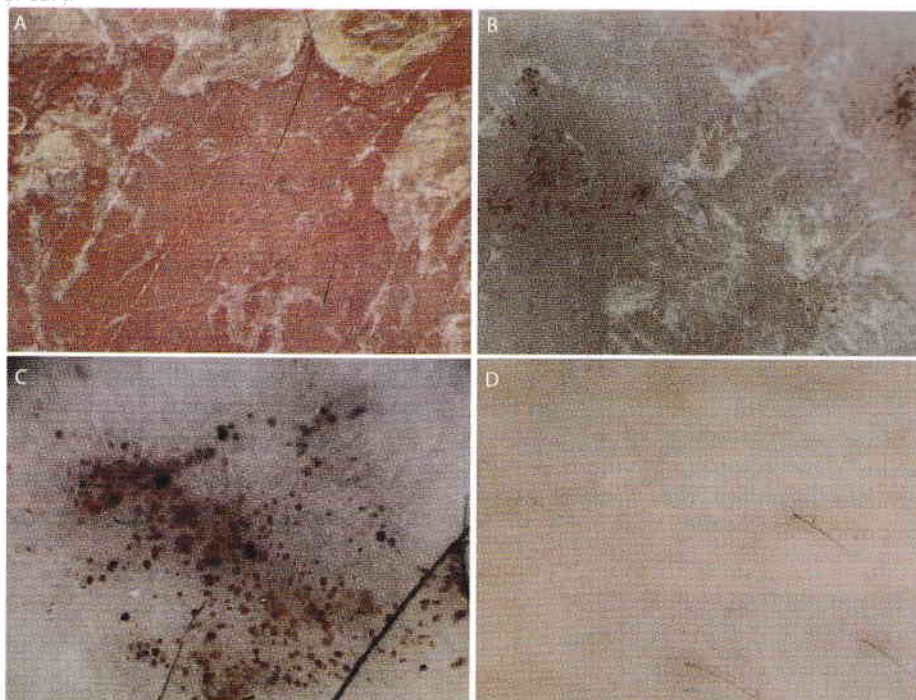


Figura 1.22 O leziune psoriazică a unui pacient aflat în tratament cu un agent biologic. La momentul inițial (A), leziunea se caracterizează dermatoscopic prin vase punctate multiple, distribuite uniform. La două săptămâni de la inițierea tratamentului se pot observa puncte purpurice în unele părți ale leziunii, dar vasele punctate sunt încă evidente (B). La 4 săptămâni, punctele purpurice predomină, în schimb vasele punctate sunt slab vizibile (C). La 8 săptămâni, toate semnele dermatoscopice ale bolii au dispărut (D).



Figura 1.23 O leziune psoriazică la momentul inițial (A) și după 4 luni de tratament (B) cu un agent biologic. Evaluarea clinică sugerează un răspuns favorabil, însă dermatoscopia dezvăluie persistența vaselor punctate, ceea ce sugerează manifestări de boală încă prezente.