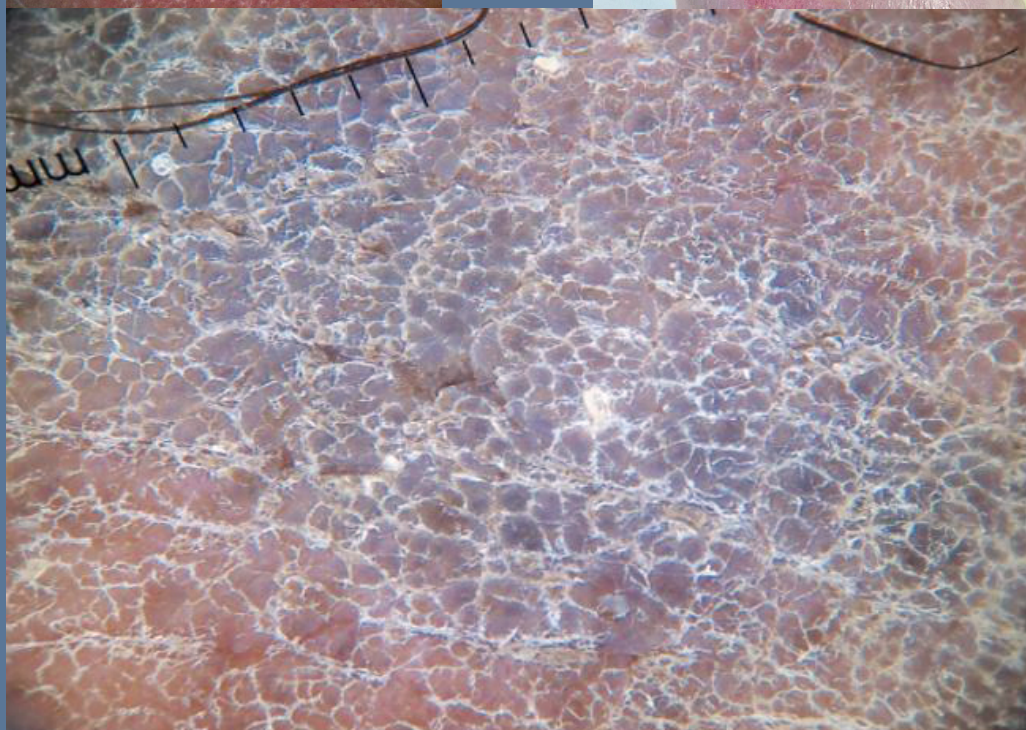
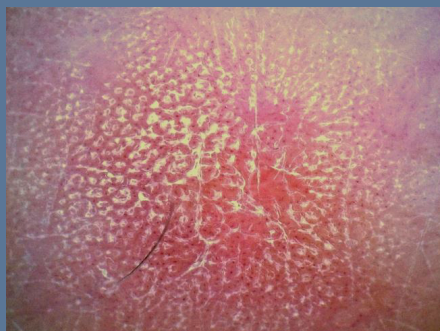


# Patricia Cristodor

CARTE DE ÎNVĂȚĂTURĂ ÎNTRU ALE DERMATOLOGIEI  
pentru studenții Facultății de Balneo-fizio-kineto-terapie

Volumul I  
NOȚIUNI INTRODUCTIVE



ISBN general: 978-606-786-092-4  
ISBN vol. I: 978-606-786-158-7

**PATRICIA CRISTODOR**

**CARTE  
DE ÎNVĂȚĂTURĂ ÎNTRU  
ALE DERMATOLOGIEI**

**Volumul I  
NOȚIUNI INTRODUCATIVE**

Editura „Victor Babeș”

Piața Eftimie Murgu 2, cam. 316, 300041 Timișoara

Tel./ Fax 0256 495 210

e-mail: evb@umft.ro

www.umft.ro/editura

\*

Director general: Prof. univ. emerit dr. Dan V. Poenaru

Director: Prof. univ. dr. Andrei Motoc

\*

Colecția: MANUALE

\*

Coordonator colecție: Prof. univ. dr. Sorin Eugen Boia

Referent științific: Prof. univ. dr. Gheorghe Ioan Mihalaș

\*

© 2020 Toate drepturile asupra acestei ediții sunt rezervate.

Reproducerea parțială sau integrală a textului, pe orice suport, fără acordul scris al autorilor este interzisă și se va sancționa conform legilor în vigoare.



*Motto: Cine îți dă un pește, te satură pentru o zi; cine te învață să pescuiești, te satură pentru o viață ...*

*(Proverb)*



# CUPRINS

I.	CUVÂNT ÎNAINTE	9
II.	INTRODUCERE	11
III.	STRUCTURA ȘI FUNCȚIILE PIELII	11
	<b>a.</b> EMBRIOLOGIA	12
	<b>b.</b> HISTOLOGIA TEGUMENTULUI	12
	i. EPIDERMUL	13
	ii. DERMUL	15
	iii. HIPODERMUL	16
	iv. VASCULARIZAȚIA CUTANATĂ	17
	v. INERVAȚIA TEGUMENTULUI	18
	vi. ANEXELE CUTANATE	19
	1. ANEXELE CORNOASE	19
	a. Părul	19
	b. Unghiile	21
	2. ANEXELE GLANDULARE	23
	a. Glandele sebacee	23
	b. Glandele sudoripare	23
	<b>c.</b> FUNCȚIILE PIELII	24
IV.	LEZIUNILE ELEMENTARE	25
	<b>a.</b> LEZIUNILE ELEMENTARE PRIN MODIFICĂRI DE COLORAȚIE (DISCROMICE)	25
	i. PETELE DISCROMICE	25
	ii. PETELE VASCULO-SANGVINE (HEMODYNAMICE)	29
	1. PETELE PURPURICE	29
	2. PETELE VASCULARE	30
	3. PETELE ERITEMATOASE	32
	<b>b.</b> LEZIUNI ELEMENTARE SOLIDE	36
	i. Papulele	37
	ii. Tuberculii	41

iii.	Nodulii	44
iv.	Gomele	45
v.	Lichenificarea	47
vi.	Vegetația	49
vii.	Tumora	53
<b>c.</b>	<b>LEZIUNILE ELEMENTARE CU CONȚINUT LICHIDIAN</b>	<b>55</b>
i.	Veziculele	55
ii.	Bulele	57
iii.	Pustulele	65
<b>d.</b>	<b>LEZIUNILE ELEMENTARE PRIN SOLUȚII DE CONTINUITATE</b>	<b>67</b>
i.	Escoriația	68
ii.	Eroziunea	69
iii.	Ulcerarea	69
iv.	Fisura sau ragada	70
<b>e.</b>	<b>DEȘEURILE CUTANATE</b>	<b>72</b>
i.	Scuama	72
ii.	Crusta	74
iii.	Escara (sfacelul)	75
<b>f.</b>	<b>SECHELELE CUTANATE</b>	<b>76</b>
i.	Cicatricea	76
ii.	Atrofia	79
<b>g.</b>	<b>LEZIUNILE NEÎNCADRABILE</b>	<b>81</b>
i.	Comedonul	81
ii.	Fistula	83
iii.	Sanțul acarian	85
iv.	Godeul favic	86
v.	Chistul	86
vi.	Milium	89
<b>V.</b>	<b>ABORDAREA BOLNAVULUI DERMATOLOGIC</b>	<b>90</b>
	<b>BIBLIOGRAFIE</b>	<b>112</b>
	<b>CARTE DE ÎNVĂȚĂTURĂ ÎNTRU ALE DERMATOLOGIEI</b>	
	<b>DIN CUPRINSUL VOLUMELOR</b>	<b>116</b>



## I. CUVÂNT ÎNAINTE

Ca studentă, am învățat Dermatologia dintr-o carte *fără poze*. Materia mi se părea fascinantă și totuși impenetrabilă, chiar și pentru mine, studenta de 10...

Mai târziu, fiind repartizată la țară, ca medic de familie (nu s-a organizat examen de rezidențiat timp de vreo 7 ani, pentru ca regimul comunist să nu plătească salarii mai mari absolvenților) și dezvoltând o problemă gravă de sănătate, am putut să mă detașez o vreme în Timișoara.

Fiind “în plus” oriunde m-aș fi dus, am avut șansa să îmi aleg în ce clinică să lucrez. Am ales, desigur, Dermatologia, singura disciplină în care simțeam că, fără un ghidaj competent, nu voi putea face performanță (lăsând la o parte cuvintele mari, textul exact din mintea mea era “Nu o să fiu în stare să pun nici măcar un diagnostic apropiat de realitate”).

Astfel, am avut parte să cunosc un colectiv cald și primitiv, sub bagheta enciclopedicului Profesor Virgil Feier, un personaj descins parcă dintr-o nuvelă fantastică prin felul în care ne uluia de fiecare dată cu memoria sa incredibilă și în perfectă simbioză cu o judecată clinică impecabilă.

Eram fascinată de lumea nouă care mi se descoperea, de magia din spatele Dermatologiei, de felul în care, privind pielea cuiva, cu competență, poți sesiza, fără a apela la investigații complicate și costisitoare, detalii care să te ghideze către patologii sistemice variate și uneori amenințătoare de viață.

Așa am rămas în Dermatologie, care mi-a oferit și îmi oferă în continuare tot ce poți visa de la o profesie: provocări diagnostice și terapeutice, pacienți cu probleme multiple și variate, aflați uneori în situații de viață care necesită înțelegere, tact și implicare...

Ultimul meu vis profesional (de fapt, primul, datând încă din copilărie: cel de a fi învățătoare) s-a împlinit și el când am intrat în

rândurile cadrelor didactice. De acum, mâinile mele se puteau prelungi, prin studenții mei, la toți bolnavii lor ...

Acestor studenți le dedic, alături de toată dragostea mea, această cărticică de Dermatologie prin care, sincer, am încercat să îmi domolesc frustrarea personală provocându-le o intoxicație ... cu poze ...

Să vă fie de folos, dragii mei!

*Patricia Cristodor*

(Această ediție este dedicată, în primul rând, studenților de la balneo-fizio-kineto-terapie. Veți fi observat, desigur, că textul e scris cu două culori. Negrul e dedicat noțiunilor pe care le-am considerat cu adevărat necesare acestei categorii de studenți. Cele notate cu albastru sunt gândite pentru explicitarea, înțelegerea celor dintâi, sau pentru a crea celor interesați un orizont mai larg, fără a se pretinde însă la examen ...).

## II. INTRODUCERE

Se spune că, în general, nu poți să apreciezi ceva la justa valoare decât în momentul în care se deteriorează, sau când îți lipsește. Bolnavii trăiesc în mod acut acest adevăr atunci când le e în joc inima, sau ficatul, sau laringele, chiar și rinichii sau alte organe. Cu pielea sunt relaxați, fiindcă e *multă*, și în general știe să se repare singură, iar reparațiile sunt în general de calitate. E un organ comod...

Ceva probleme însă încep să apară odată cu simptomele (prurit, durere, usturime, înțepătură, furnicături etc.), cu localizările particulare ale afecțiunilor (față, scalp, mâini, pliuri, zonele genitale) sau cu extinderea deosebită a leziunilor. Atunci pielea nu mai este un domiciliu confortabil și nu mai poate fi ignorată. Atunci ne dăm seama ce mare dar este o piele sănătoasă ...

Dar, chiar așa: ce, cum este o piele sănătoasă? Fiindcă nu putem înțelege și corecta starea de boală atâta vreme cât nu putem defini parametrii stării de sănătate. De aceea, studiul acestui organ începe cu anatomia și fiziologia sa.

## III. STRUCTURA ȘI FUNCȚIILE PIELII

**PIELEA** sau **TEGUMENTUL** este **învelișul conjunctivo – epitelial al corpului uman**. La nivelul cavităților naturale (gură, nas, vagin, anus) care sunt învelite de *mucoase*, se constituie o structură intermediară, de trecere: *semimucoasele*, parțial keratinizate.

Pielea reprezintă cel mai mare și mai greu organ al corpului uman (cca 1,70 m<sup>2</sup> și cca 12-14 kg).

Pe suprafața sa se disting pliuri mari și mici. **Pliurile mari** pot fi anatomice (axilar, inghinal, submamar, fesier, popliteu etc.) și funcționale (corespunzând ridurilor; acestea se “sapă” în piele ca rezultat al activității musculare repetitive de-a lungul anilor). **Pliurile mici** leagă între ele orificiile prin care ies la suprafață conținutul glandelor

sudoripare și foliculii pilosebacei. Acestea constituie *cadrilajul cutanat normal*. În situații patologice, acesta se poate accentua, îngroșa (de exemplu în lichenificare) sau, dimpotrivă, se poate subția până la dispariție (în atrofii).

**Culoarea** pielii depinde de mai mulți factori, cum ar fi rasa, vârsta, grosimea epidermului sau vascularizația.

**Grosimea** pielii variază și ea cu vârsta, sexul și regiunea anatomică.

Pe suprafața tegumentului se găsesc **anexele cutanate**, reprezentate de păr și unghii.

## a. EMBRIOLOGIA

Din **EMBRIOLOGIA** tegumentului, reținem că *epidermul și sistemul nervos au aceeași origine embriologică - provenind - ambele - din ectoderm*, ceea ce explică numeroasele relații (bidirecționale) dintre ele, în timp ce *dermul și vasele sangvine derivă - ca toate țesuturile conjunctive - din mezoderm*.

## b. HISTOLOGIA TEGUMENTULUI

Pielea e constituită din trei straturi: epiderm, derm și hipoderm. Fiecare din ele are o structură perfect adaptată funcțiilor sale (FIG. 1).

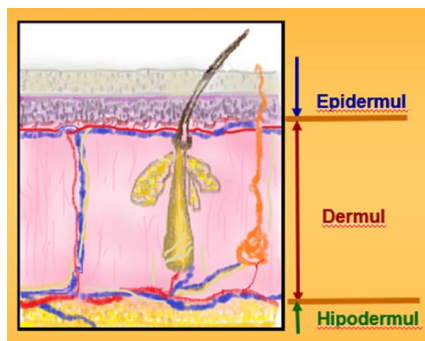


FIG. 1. Straturile învelișului cutanat

## i. EPIDERMUL

Este stratul în directă legătură cu mediul exterior. La rândul său, e compus din mai multe straturi de celule specifice, numite *keratinocite*. Aceste straturi, care reprezintă totodată și fazele evolutive ale fiecărei astfel de celule sunt (dinspre profunzime spre suprafață) (FIG. 2,3):

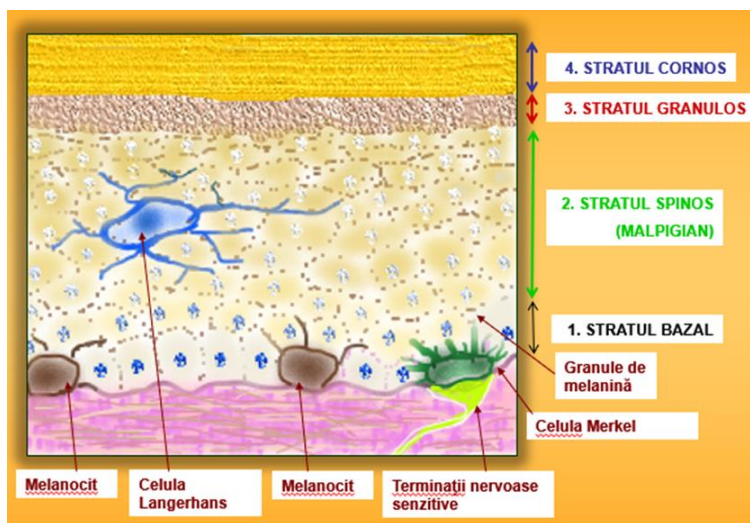


FIG. 2. Structura histologică a epidermului

- stratul **bazal** sau germinativ, care răspunde de permanenta reînnoire a epidermului. Între keratinocitele sale se găsesc și alte celule:

- *melanocitele*, care sintetizează pigmentul melanic sau melanina (aceasta dă culoarea pielii și realizează protecția față de razele ultraviolete) și
- *celulele Merkel*, aflate în strânsă legătură cu terminațiile nervoase și responsabile de recepționarea și transmiterea senzațiilor tactile;

- stratul **spinos** - format din mai multe rânduri de keratinocite cu formă stelată, cu atât mai aplatizate cu cât se apropie mai mult de suprafață;

- stratul **granulos** - numit astfel datorită *granulelor* pe care le conține, se remarcă de asemenea prin prezența fibrelor de *keratină* (această proteină e responsabilă și de denumirea

celulelor epidermice și dă aspectul mat al epidermului). Stratul granulos lipsește în mod normal la nivelul mucoaselor. Dacă e prezent, le conferă acestora o culoare albicioasă, mată, și trădează anumite stări patologice;

- stratul **lucid** – prezent doar la nivelul palmelor și plantelor, unde solicitările funcționale și presionale reclamă o rezistență suplimentară;

- stratul **cornos**, cu o zonă *superficială*, în care celulele sunt dispuse ca solzii de pește (acest aranjament permițând eventualelor substanțe nocive să alunece pe suprafața pielii fără a o vătăma) și o zonă *profundă*, care practic sigilează organismul, împiedicând penetrarea microbilor.

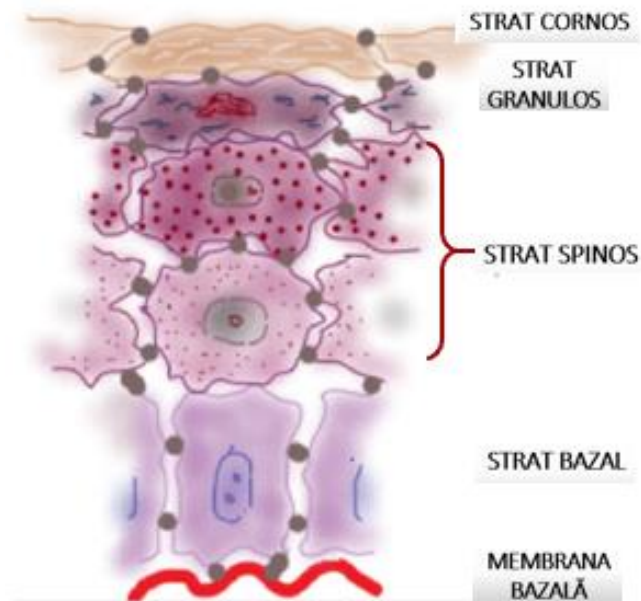


FIG. 3. Stratificarea histologică și evolutivă a keratinocitelor din epiderm

O categorie specială de celule epidermice e reprezentată de **celulele Langerhans**, cu rol de protecție imunologică. Acestea sunt celule mobile, capabile să patruneze prin toate straturile epidermului pentru a intercepta și neutraliza agenții biologici sau substanțele străine pătrunse în epiderm.

## ii. DERMUL

Este un strat format predominant din *fibre de collagen și elastice*, menit să confere pielii o rezistență deosebită.

În patologia ortopedică, fracturile ocupă un loc de frunte. Aparent paradoxal, fracturile deschise sunt mult mai rare decât cele închise, ceea ce demonstrează că, datorită alcătuirii acestui strat, pielea rezistă mai bine la traumatisme decât osul ... !!!

Fibrele dermice sunt sintetizate de *fibrocite* (celulele specifice acestui strat; denumirea derivă din grecescul *kytos* = celulă și semnifică celule generatoare de fibre). În jurul foliculilor piloși și al glandelor sebacee și sudoripare, aceste fibre formează niște teci sau cuiburi cu rol de protecție.

În anumite stări patologice, în derm pot migra din sânge și unele celule cu rol în imunitate, cum ar fi *limfocitele* sau *plasmocitele*.

Celulele și fibrele sunt cuprinse într-un mediu semilichid, numit *substanță fundamentală* sau *matrice*, prin care se realizează nutriția și mișcarea celulelor, precum și comunicarea intercelulară.

Dermul e constituit din două sub-straturi: dermul *papilar* și cel *reticular* (FIG. 4).

DERMUL PAPILAR este mai puțin dens, format din fibre imature și o matrice mai laxă, mai abundentă, care îmbracă și protejează bulbii firelor de păr și structurile glandulare. În porțiunea sa superficială, subepidermică, are un aspect vălurit, sinusoidal, sub “cupola” sinusoidelor fiind adăpostite vasele de sânge și limfatice responsabile de nutriția și depurarea pielii. Aceste sinusoidale se numesc *papile* dermice și dau numele sub-stratului în discuție.

În DERMUL RETICULAR (“reticul” înseamnă “rețea”) fibrele sunt mature și numeroase, iar *substanța fundamentală* mai săracă și mai densă, fapt care ne explică de ce acesta este stratul care conferă tegumentului rezistența maximă.

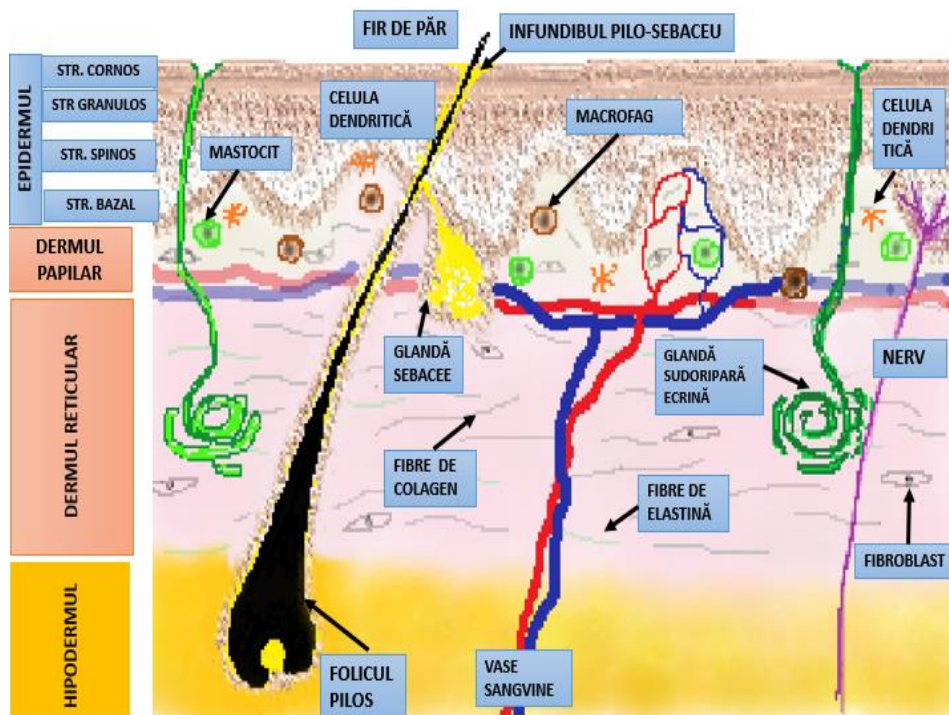


FIG. 4. Structura dermului

### iii. HIPODERMUL

Separă epidermul și dermul de structurile subiacente. Este format din țesut adipos organizat în lobuli. Septurile conjunctive care definesc și separă lobulii se întind între derm și fascia musculară și, în anumite poziții, produc în unele zone la suprafața pielii niște mici depresiuni ce constituie așa-numita “celulită” (deși considerată inestetică și combătută cu înverșunare de sexul feminin, “celulita” este, în fond, cât se poate de fiziologică).

Țesutul adipos are mai multe compartimente: *grășimea “toxică”* (neutralizează toxinele), *grășimea de depozit* (depozitează energie), *grășimea termoizolantă*, *grășimea “esențială”* (care diferențiază sexele)



și *grăsimea viscerală* (care tapetează viscerele). Studiile arată că speranța de viață a unui om e cu atât mai scăzută cu cât grăsimea sa *viscerală* e mai abundentă.

#### iv. VASCULARIZAȚIA CUTANATĂ

Vascularizația tegumentului este arterială, venoasă și limfatică (FIG. 5).

Vascularizația arterială provine din trunchiurile arteriale ale țesutului subcutanat care în porțiunea inferioară a dermului se divid și se anastomozează (se reunesc, se împletesc) formând o rețea numită *plexul dermic profund*. Din acesta se desprind *arteriolele ascendente* care la nivel subpapilar se anastomozează din nou, formând *plexul subpapilar*. Aceste arteriole sunt numite *ramuri comunicante ascendente* pentru că asigură legătura, comunicarea dintre cele două plexuri vasculare dermice. Din plexul subpapilar se desprind *arteriolele terminale*, responsabile de irigarea a 1-3 papile dermice.

Vascularizația venoasă și limfatică urmează aceleași trasee, dar în sens invers.

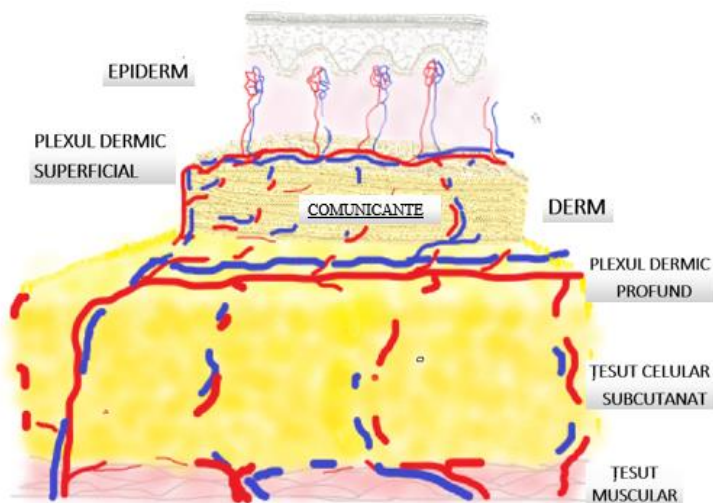


FIG. 5. Vascularizația cutanată

*Epidermul nu este vascularizat*, hrănindu-se prin difuziunea substanțelor nutritive de la nivelul dermului. Consecința acestui fapt este că *formațiunile tumorale maligne de la nivelul epidermului nu pot metastaza* decât dacă reușesc să penetreze membrana bazală și să se extindă până la derm, unde pot accesa vasele de sânge prin care să se propage.

## V. INERVAȚIA TEGUMENTULUI

Este o inervație **senzitivă** care răspunde de simțurile *tactil, termic și dureros*. Ca atare, dispune de *mecanoreceptori, termoreceptori și receptori pentru durere/prurit*. Nervii cutanați constau din axonii neuronilor senzitivi din ganglionii radiculari dorsali.

Senzațiile tactile sunt prezente încă din viața intrauterină, ele fiind primul sistem senzitiv al organismului.

Așa cum s-a descris un “creier” la nivelul tubului digestiv, putem vorbi de un “creier” și la nivelul tegumentului, capabil chiar să fie asimilat axului hipotalamo-hipofizo-suprarenal. S-a estimat că această “cale a stresului” (stress pathway) a apărut inițial în piele ca un mecanism de apărare pentru a bloca pătrunderea în organism a noxelor sau a agenților patogeni.

Pe cale nervoasă, la nivelul pielii se pot declanșa reacții ca:

- sudorația (“spală” germenii; protecție la căldură)
- vasodilatația (crește aportul de celule imunocompetente, eliberează căldură)
- vasoconstricția (limitează accesul sistemic al noxelor, reține căldura)
- “pielea de găină” (prin contracția mușchilor piloerectori: între firele de păr verticalizate sunt “capturate”, ca într-o capcană, mici cantități de aer, care este termoizolant; astfel, acest mecanism are efect de apărare de frig).

Simptomele cutanate pot fi relevante pentru *probleme psihologice nerezolvate* și declanșează sau agravează boli ca psoriazisul, eczema, herpesul sau urticaria.

S-a demonstrat recent că atingerea/mângâierea pielii copilului de către mamă e capabilă să modifice programele epigenetice ale acestuia și, implicit, starea lui de sănătate și capacitatea de adaptare la solicitările vieții. (Epigenetica e o ramură nou apărută a geneticii și se ocupă în

principiu cu posibilitatea de a bloca sau debloca anumite gene – deci și trăsăturile sau tarele pe care acestea le conferă – prin modificarea unor factori externi, cum ar fi alimentația, exercițiul fizic, modul de gândire, stilul de viață. Prin astfel de influențe se pot, de pildă, amuți genele care dictează predispoziția pentru anumite boli, inclusiv pentru cancer).

## vi. ANEXELE CUTANATE

Anexele cutanate sunt localizate pe tegument, completându-i funcțiile și sporindu-le eficiența și sunt de două feluri:

- anexe cornoase (părul și unghiile) și
- anexe glandulare (glandele sebacee și cele sudoripare).

### 1. ANEXELE CORNOASE

#### a. Părul

Părul este o producție cutanată cornoasă cantonată în foliculul pilosebaceu. Din punct de vedere anatomic, el comportă două părți: rădăcina și tija.

*Rădăcina* firului de păr conține o zonă germinativă, care generează permanent noi celule. Aceasta stă călare pe o papilă dermică, de unde îi provin oxigenul și substanțele nutritive necesare supraviețuirii și creșterii. Distrugerea acestei papile dermice (prin infecții microbiene sau micotice, prin anumite substanțe chimice, arsuri sau traumatisme – inclusiv tracționarea îndelungată și energică a părului prin coafurile stil “coadă de cal”) poate produce o cădere *definitivă* a firului de păr (FIG. 6).



FIG. 6. Alopecia tracțională produsă de freza “coadă de cal”

*Culoarea părului este dată de cantitatea de pigment melanic pe care o conține.*

*Grosimea sa variază după vârstă (mai subțire la copiii mici), localizare anatomică (mai mare în regiunile axilară și inghinală, pe scalp și barbă; mai subțire pe pielea glabră sau în cursul anumitor boli, cum ar fi alopecia androgenetică).*

În unele zone lipsite în copilărie de fire de păr vizibil, acesta se va dezvolta începând cu pubertatea (zonele axilare, inghinocurale, părul genital, uneori perimamelonar). În aceste situații, părul îmbracă rolul unui *caracter sexual secundar*.

Troficitatea și suplețea firului de păr sunt întreținute de secreția glandelor sebacee, care își varsă conținutul gras în *infundibulul foliculului pilosebaceu* (porțiunea în formă de pâlnie prin care firul de păr iese la suprafața pielii). La pubertate, aceste glande pot avea o producție excesivă, numită *sebooree*. Trebuie să avertizăm tinerii, care sunt tentați să o combată prin spălarea zilnică a părului, că această procedură poate avea un efect opus: îndepărtarea consecventă a sebumului va fi interpretată de organism ca producție insuficientă și va duce la sporirea suplimentară a secreției.

În mod normal, părul crește cu 1 cm pe lună. **Creșterea lui comportă patru faze (FIG. 7):**

- anagen,
- catagen,
- telogen și
- neogen (prescurtarea de la *neo-anagen* sau de revenire la anagen).

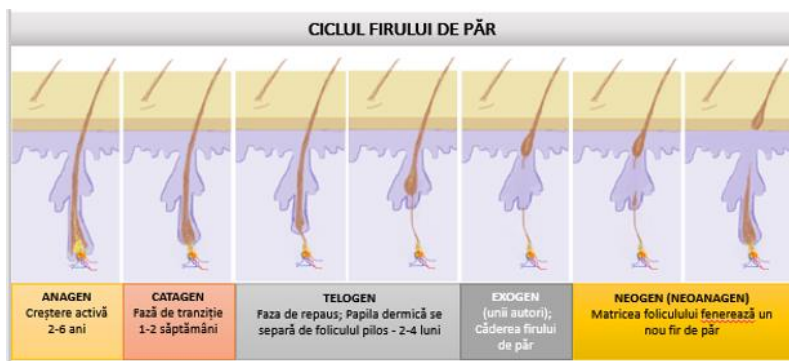


FIG. 7. Ciclul firului de păr

*Anagenul* este faza de creștere activă și se întinde pe durata a 2-6 ani. Epilarea definitivă cu laser este eficientă numai când acționează asupra firelor de păr aflate în această fază din ciclul firului de păr și de aceea procedura trebuie repetată de mai multe ori, până “prinde” cvasitotalitatea firelor de păr în anagen.

*Catagenul* este o fază de tranziție care durează 1-2 săptămâni. În această fază papila dermică începe să se separe de bulbul pilos, care se superficializează treptat.

*Telogenul* este o fază de repaus, care durează 2-6 săptămâni. În această fază, papila dermică se separă complet de foliculul pilos și firul de păr cade. Unii autori descriu momentul desprinderii firului din foliculul pilosebaceu ca pe o fază separată: *Exogenul*.

În *neogen* (numit și *etapa de regenerare* sau de *revenire la anagen*), din celulele stem ia naștere un nou folicul pilos care își va începe propriul ciclu de creștere.

Foliculii piloși sunt independenți, evoluția lor nefiind sincronizată; de aceea firele de păr nu vor cădea niciodată toate în același timp.

Un aspect interesant în legătură cu podoaba capilară este faptul că părul, fiind practic nedegradabil, poate fi folosit pentru depistarea, inclusiv retroactivă, cu săptămâni-ani în urmă, a unor deficiențe nutriționale sau a unor intoxicații prin *analiza mineral tisulară* (astfel s-a putut stabili, de pildă, că Napoleon a murit otrăvit cu arsenic).

## **b. Unghiile**

Sunt produse cutanate cornoase localizate pe fețele dorsale ale falangelor terminale ale degetelor de la mâini și picioare. Ele constau dintr-o *lamă unghială* așezată pe *patul unghial*, mărginită proximal și lateral de *repliul unghial proximal* și, respectiv, de *repliurile unghiale laterale* (FIG. 8, 9, 10).

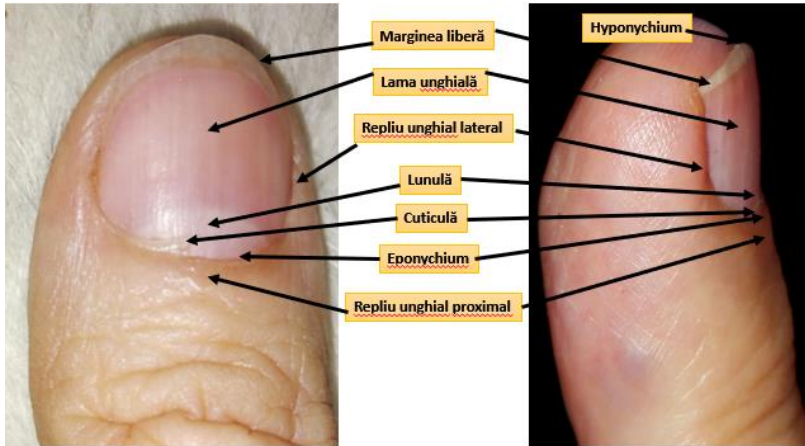


FIG. 8. Morfologia unghiei

Creșterea unghiei se realizează pe seama *matricei unghiale*, aflată proximal de patul unghial, acoperită parțial de repliul unghial proximal. La mâini, unghiile se reînnoiesc în cca 6 luni, iar la picioare în 9-12 luni. Aceste informații ne folosesc la stabilirea duratei de tratament în onicomicoze, unde tratamentul trebuie prelungit până la reînnoirea completă a unghiei bolnave cu una sănătoasă, în intenția de a se putea îndepărta treptat (și, în final, complet) porțiunea de unghie purtătoare de spori (aceștia ar provoca recidiva bolii dacă tratamentul se întrerupe prematur, sporii nefiind sensibili la medicamentele antifungice și neputând fi distruși decât prin fierbere).

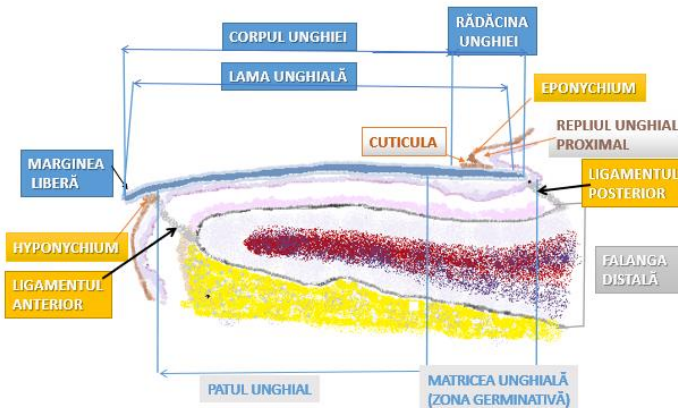


FIG. 9. Anatomia unghiei. Secțiune longitudinală (Schemă)

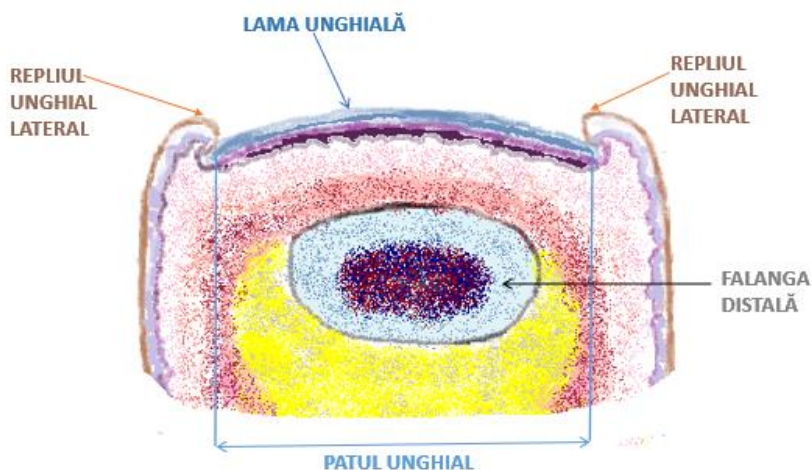


FIG. 10. Anatomia unghiei. Secțiune transversală (Schemă)

## 2. ANEXELE GLANDULARE

### a. Glandele sebacee

Glandele sebacee sunt incluse în structura foliculului pilosebaceu, vărsându-și conținutul în infundibulul folicular. Aceste glande secretă *sebumul*, o grăsime cu rol de protecție și de lubrefiere a pielii. Flora microbiană cutanată normală descompune sebumul în acizi grași, conferind pielii un pH (desigur) acid, care o face neprietenoasă colonizării cu germeni patogeni. Activitatea acestor glande crește la pubertate, fapt responsabil de instalarea unor patologii specifice acestei perioade (acneea, seboreea).

### b. Glandele sudoripare

Pe suprafața pielii se găsesc două feluri de glande sudoripare: ecrine și apocrine.

*Glandele sudoripare ecrine* sunt răspândite pe toată suprafața pielii și sunt independente de foliculul pilos. Sudoarea lor e mai apoasă.

*Glandele sudoripare apocrine* își încep activitatea la pubertate (de aceea nu putem vorbi de o patologie specifică lor înainte de această perioadă) și sunt localizate în axile, perimamelonar, periombilical, în regiunea inghino-crurală și regiunea perianală. **Secreția lor e mai concentrată și are un miros specific.** Glanda mamară poate fi privită și ea ca o glandă apocrină enormă (care, de asemenea, după cum știm, se dezvoltă la pubertate ...).

### c. FUNCȚIILE PIELII

Funcțiile pielii ar putea fi sistematizate ca în Tabelul următor:

**TABEL I. FUNCȚIILE PIELII**

<b>FUNCȚIE</b>	<b>STRUCTURA IMPLICATĂ</b>
<b>PROTECȚIE</b> împotriva: Substanțelor chimice Radiației ultraviolete Antigenelor Haptenelor Microbilor	Stratul cornos Melanocite Celule Langerhans Celule Langerhans Celule Langerhans Stratul cornos, glandele anexe
<b>ÎMPIEDECĂ PIERDEREA</b> de apă, electroliti și macromolecule	Epidermul, dermul și hipodermul
<b>ABSOARBE ȘOCUL</b>	Hipodermul
<b>TERMOREGLARE</b>	Hipodermul, glandele sudoripare, vasele sangvine
<b>IZOLARE</b>	Hipodermul
<b>SENZITIVĂ</b>	Filetele nervoase specializate
<b>LUBREFIERE</b>	Glandele sebacee
<b>PROTECȚIE MECANICĂ</b>	Dermul, hipodermul, unghiile
<b>REZERVĂ DE CALORII</b>	Hipodermul
<b>SINTEZA DE VITAMINĂ D</b>	Epidermul – straturile bazal, spinos
<b>MIROSUL CORPULUI - FEROMONI</b>	Glandele sudoripare apocrine
<b>PSIHOSOCIALĂ / ESTETICĂ</b>	Piele, buze, păr, unghii



## IV. LEZIUNILE ELEMENTARE

Față de alte ramuri ale medicinei, dermatologia își are, într-un fel, propriul său alfabet. În diferite condiții patologice, la nivel cutanat se pot dezvolta șapte tipuri mari de modificări lezionale cu trăsături morfologice și evolutive caracteristice, numite leziuni elementare. Ele reprezintă repertoriul de bază al întregii patologii dermatologice și sunt reprezentate de:

- I. Leziunile elementare prin modificări de colorație
- II. Leziunile elementare solide
- III. Leziunile elementare cu conținut lichidian
- IV. Leziunile elementare prin soluții de continuitate
- V. Deșeurile cutanate
- VI. Sechelele cutanate
- VII. Leziunile elementare neîncadrabile (leziuni care nu se regăsesc în nici una din grupele precedente)

### a. LEZIUNILE ELEMENTARE PRIN MODIFICĂRI DE COLORAȚIE (DISCROMICE)

Se numesc *pete* sau *macule* și sunt modificări circumscrise sau difuze ale culorii tegumentului *fără modificarea reliefului cutanat*. Se clasifică în două subgrupe în funcție de substratul lor morfofuncțional, aspectul și evoluția lor:

- 1) Pete discromice
- 2) Pete vasculo-sangvine (hemodinamice).

#### i. PETELE DISCROMICE:

Sunt pete neinflamatorii, secundare unor modificări cantitative și/sau calitative ale procesului de melanogeneză. Ele persistă la digitopresiune (la presiunea externă cu degetul; când această presiune se exercită cu o lamă transparentă, se numește *vitropresiune*; *vitros* = sticlă). După cum a

avut loc perturbarea procesului de melanogeneză (deficit sau exces), maculele pot fi acrome sau hiperchrome:

- **Maculele (petele) hiperchrome** (prin producerea excesivă de melanină) (FIG. 11) au culoarea brună mai intensă decât pielea înconjurătoare. Ele pot fi congenitale (de la naștere) sau dobândite în cursul vieții.

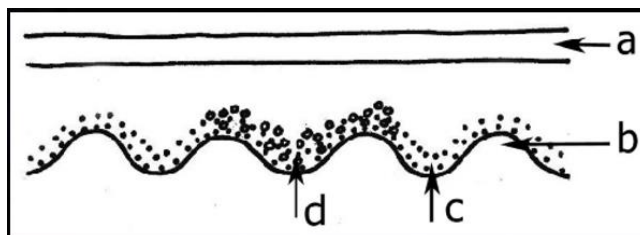


FIG. 11. **Pată hiperchromă**, înconjurată de țesut normal pigmentat. a. Țesut cornos normal b. Papile dermice c. Pigmentație normală d. Zona cu hiperpigmentație

Cele *congenitale* sunt *circumscrise* și sunt reprezentate de **nevi pigmentari** (FIG. 12).



FIG. 12. Nevi pigmentari

Cele *dobândite* pot fi:

- primitive (adică apar fără o cauză determinată). Acestea sunt, la rândul lor:

- circumscrise – lentiginozele (FIG. 13)
- difuze - în cadrul anumitor sindroame dermatologice

- secundare (care apar ca urmare a altor factori interni sau externi):

- altor dermatoze (lichenul plan, sifilidele nigricante, eritemul fix medicamentos, fotodermatozele, pigmentațiile posteruptive)

- bolilor sistemice:
  - endocrine (boala Addison, boala Cushing, hipertiroidia),
  - renale (insuficiența renală cronică),
  - hepatice (ciroza hepatică),
  - neoplazice sau
  - iatrogene (apărute în urma tratamentelor/procedurilor medicale - de exemplu după anticoncepționale).



FIG. 13. Lentiginoză

- **Maculele acrome** sunt secundare unei melanogeneze insuficiente cantitativ sau calitativ sau chiar absente. Au culoarea mai deschisă decât tegumentul înconjurător normal (FIG. 14)

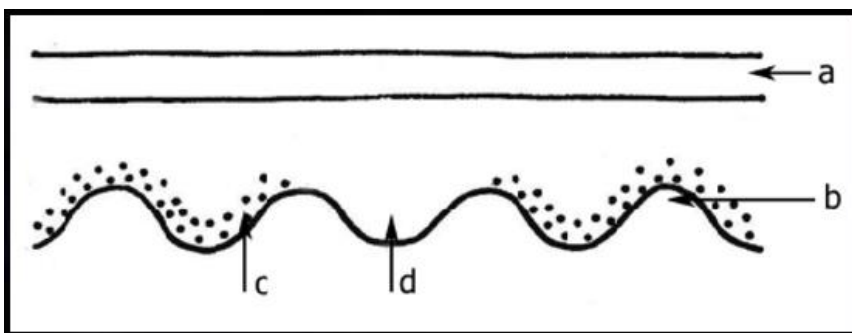


FIG. 14. **Pată acromă**, înconjurată de țesut normal pigmentat. a. Strat cornos normal b. Papile dermice c. Pigmentație normală d. Zona depigmentată

Ele pot fi de asemenea congenitale sau dobândite.

Cele *congenitale* sunt fie circumscrise (nevii acromici – FIG. 15), fie generalizate (albinism - FIG. 16).



FIG.15. Nev acromic



FIG.16 . Albinism

Cele *dobândite* pot fi primitive (vitiligo – FIG. 17, 18) sau secundare altor dermatoze sau expunerii accidentale sau profesionale la un agent depigmentant.

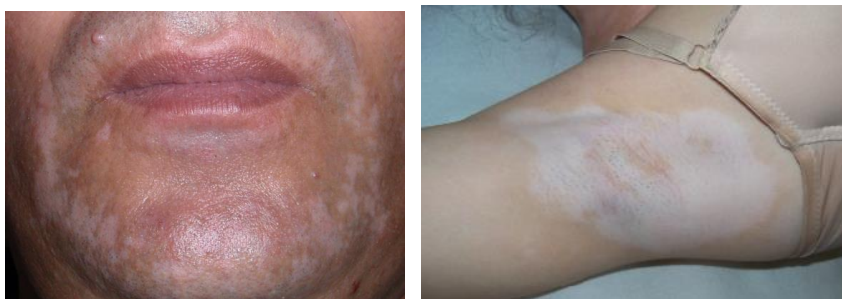


FIG. 17. Vitiligo



FIG. 18. Vitiligo în curs de repigmentare

## ii. PETELE VASCULO-SANGVINE (HEMODINAMICE)

Apar prin 3 mecanisme distincte:

- 1) Extravazare eritocitară (petele purpurice)
- 2) Proliferare de țesut vascular (petele vasculare)
- 3) Dilatarea calibrului vascular (petele eritematoase)

### 1. PETELE PURPURICE

Se produc printr-o extravazare/revărsare sangvină patologică în tegument (FIG. 19, 20).

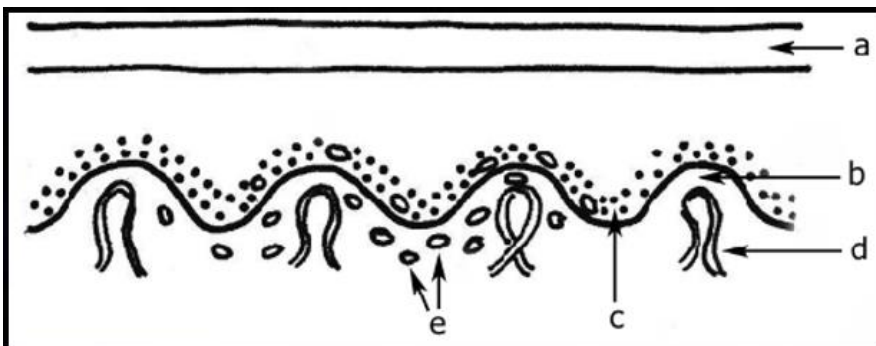


FIG. 19. **Pată purpurică.** a. Strat cornos normal b. Papile dermice c. Pigmentație normală d. Capilare sangvine. e. Hematii extravazate



FIG. 20. Leziuni purpurice

Persistă la comprimarea cu degetul (digitopresiune) sau cu o lamă transparentă de sticlă (vitropresiune). În unele bibliografii, manevra se numește și *diascopie* și este o metodă rapidă, sigură și ieftină de a diferenția petele purpurice de cele inflamatorii, eritematoase (FIG 21).



FIG . 21. Vitropresiunea nu schimbă culoarea petelor purpurice

Culoarea petelor variază după vechimea extravazării, datorită metabolizării hemoglobinei (roșu, albastrui, verde, brun, galben). După dimensiuni și formă, se descriu: *peteșii* (aspect punctiform), *echimoze* (sau vânătăi, cu suprafața mai mare) sau *vibice* (echimoze cu aspect liniar care se produc la nivelul pliurilor de flexie prin direcționarea sângelui extravazat în lungul pliului, sub influența mișcărilor locale).

Aceste leziuni pot fi întâlnite în boli sistemice, boli hematologice sau boli dermatologice (dermatita de stază).

## 2. PETELE VASCULARE

Sunt pete neinflamatorii, persistente, de culoare roșie sau violetă care nu dispar la digitopresiune/vitropresiune (FIG. 22).

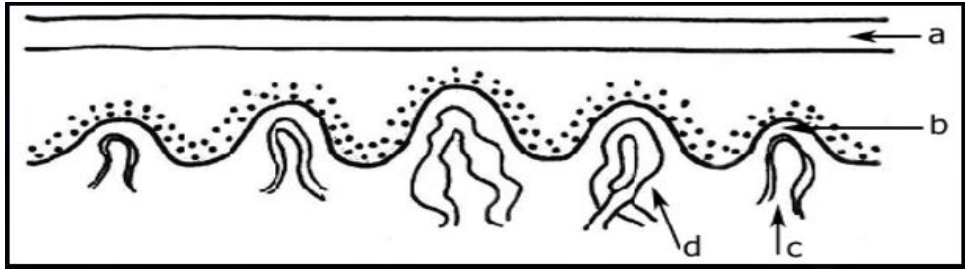


FIG. 22. **Pată vasculară.** a. Strat cornos normal b. Papile dermice c. Capilare normale d. Vase dilatate monstruos, tumorale

Ele pot fi congenitale (ex: angioame – FIG. 23) sau dobândite.



FIG. 23. Pete vasculare congenitale – Angioame

Petele dobândite (FIG. 24) sunt secundare fie unor boli sistemice (lupusul eritematos sistemic, sclerodermia sistemică, dermatomiozita), fie altor boli dermatologice (lupusul eritematos cronic sau discoid, rozaceea).

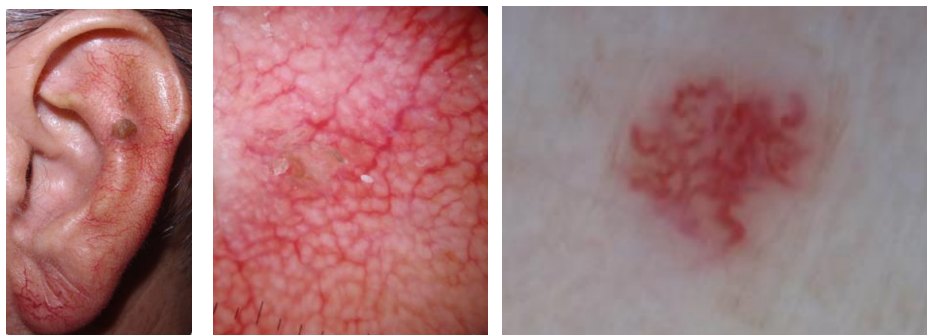


FIG. 24. Pete vasculare dobândite (aspect clinic și dermatoscopic)

### 3. PETELE ERITEMATOASE

Petele eritematoase (FIG. 25, 26) (în limba greacă, *erythros* = roșu) au un substrat inflamator. Inflamația evoluează cu cele patru faze descrise încă din antichitate de către Celsus: *rubor* (eritemul), *calor* (căldura), *tumor* (“umflarea” regiunii, datorită edemului) și *dolor* (durerea). În situația petelor eritematoase, inflamația reflectă vasodilatația locală și se traduce clinic printr-o culoare de la roz la roșu aprins.

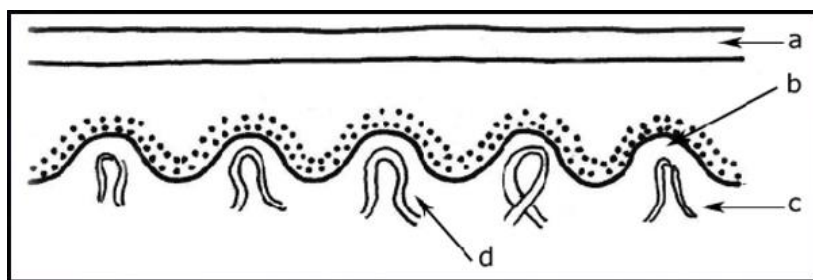


FIG. 25. Pată eritematoasă. a. Strat cornos normal b. Papile dermice c. Capilare normale d. Capilare dilatate fiziologic



FIG. 26. Pete eritematoase. Aspect clinic



Digitopresiunea (presiunea exercitată cu degetul) aplicată pe o astfel de leziune va golii vasele sangvine de conținutul lor, ducând la albirea temporară a acesteia (până ce presiunea încetează, moment în care începe reumplerea și recolorarea treptată) (FIG. 28, 29). Intervalul de timp în care leziunea revine la culoarea inițială se numește *timp de umplere capilară* și traduce permeabilitatea patului capilar zonal. Acest semn se poate efectua și pe pielea îndemnă și apare modificat în tulburările de circulație sangvină (FIG. 27).



FIG. 27. Umplere capilară lentă

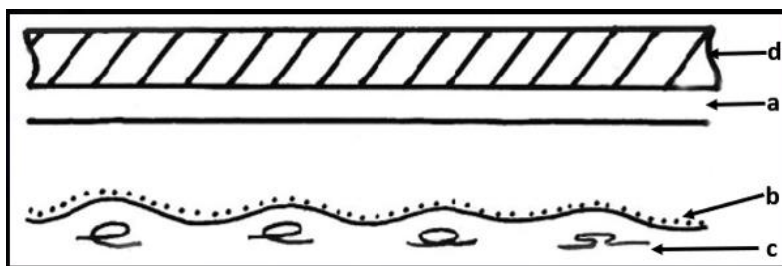


FIG. 28. Pată eritematoasă. **Efectul vitropresiunii.** a. Strat cornos normal b. Papile dermice ușor aplatizate prin presiunea externă c. Capilarele golite de sânge, colabate, ca efect al presiunii d. Lama de sticlă care exercită presiunea



FIG. 29. Răspunsul eritemului la vitropresiune

Se descriu mai multe tipuri de eritem:

- Eritemul *morbiliform* - în rujeolă și rozeola sifilitică (FIG. 30)



FIG. 30. - Eritemul morbilliform

- Eritemul *scarlatiniform* - în scarlatină și în erupțiile post-medicamentoase (FIG. 31)



FIG. 31. - Eritemul scarlatiniform

- Eritemul *areolar* (haloul inflamator) - în foliculitele superficiale (FIG. 32)



FIG. 32. - Eritemul areolar

- Eritemul *figurat* (FIG. 33) - poate apărea ca *sindrom paraneoplazic* (!!!)  
(Ex: cancerul de sân)

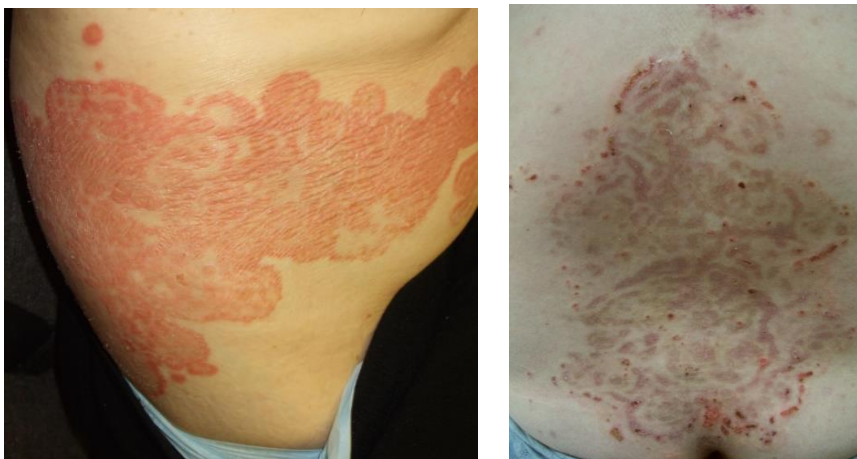


FIG. 33. Eritemul figurat

- Eritemul *generalizat* - se mai numește *eritrodermie* și în general semnifică o patologie gravă, chiar cu evoluție potențială spre deces (!!!). De aceea nu trebuie niciodată trecut cu vederea sau bagatelizat, ci trebuie să impună recomandarea unor investigații complexe pentru depistarea exactă a etiologiei și stabilirea celui mai potrivit tratament. Eritrodermia poate fi întâlnită în următoarele categorii de boli:

- Genodermatoze (dermatozele cu componentă genetică) (FIG. 34)



FIG. 34. Eritrodermie congenitală

- Infecții cutanate extensive (eritrodermia streptococică)  
- Unele dermatoze cronice preexistente eritrodermizate: eczema (FIG. 35), psoriazisul (FIG. 36)



FIG. 35. Eczemă eritrodermizată

- Neoplazii: limfoamele maligne cu celule T (mycozsisul fungoid , sindromul Sezary), leucemia limfatică cronică.



FIG. 36. Psoriazis eritrodermic

## **b. LEZIUNILE ELEMENTARE SOLIDE**

Sunt reprezentate de:

1. Papule
2. Tuberculi
3. Noduli
4. Gome
5. Lichenificare
6. Vegetație
7. Tumoră

## i. PAPULELE

Sunt proeminențe cutanate circumscrie, ferme, fără conținut lichidian, poziționate la nivelul epidermului și al dermului superficial. Nivelul histologic la care se localizează le conferă anumite particularități, descriindu-se următoarele tipuri de papule: **epidermice**, **dermice și dermoepidermice** (cu varianta **de papule foliculare**). Papulele dermice, la rândul lor pot fi *edematoase, prin infiltrat celular sau dismetabolice*. (FIG. 37-48).

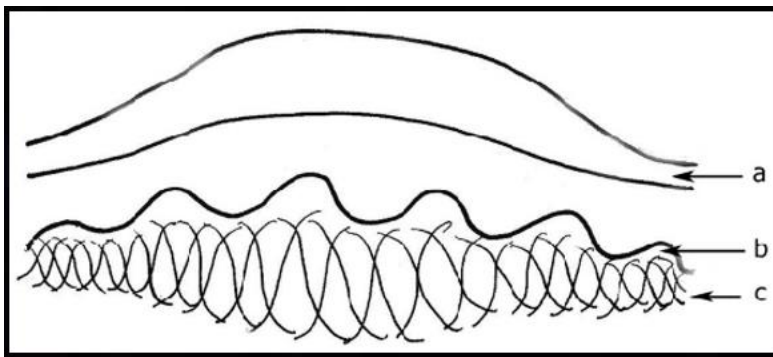


FIG. 37. **Papule epidermice.** a. Strat cornos îngroșat (prin hiperorto- sau hiperparakeratoză) b. Papile dermice de aspect normal c. Fibrele dermice



FIG. 38. Papule epidermice - aspect clinic (veruci vulgare)

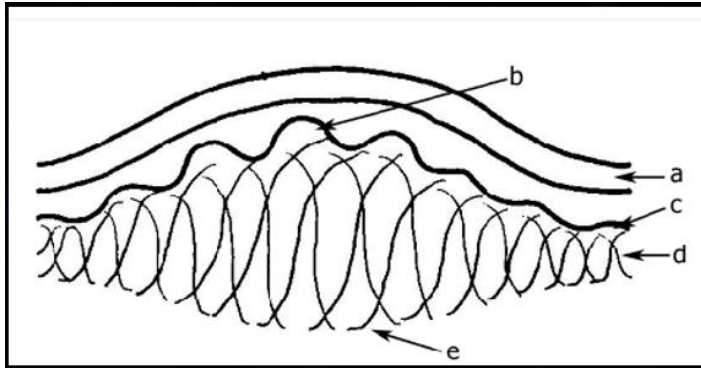


FIG. 39. **Papule dermice edematoase.** a. Strat cornos normal b. Papile dermice cu edem papilar c. Papile dermice limitrofe leziunii, de aspect normal d. Fibrele dermice limitrofe leziunii, de aspect normal e. Fibrele dermice din zona lezională distanțate prin edem



FIG. 40. Papule dermice edematoase. Aspect clinic (Urticarie)

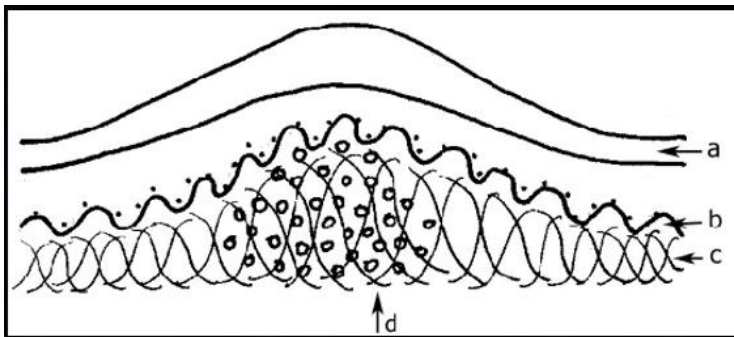


FIG. 41 . **Papule dermice prin infiltrat celular.** a. Strat cornos normal b . Papile dermice . c. Fibrele dermice limitrofe leziunii de aspect normal. d. Infiltratul celular, care distanțează și deformează fibrele dermice din zona lezională



FIG. 42. Papule dermice prin infiltrat celular. Aspect clinic (sifilide papuloase)

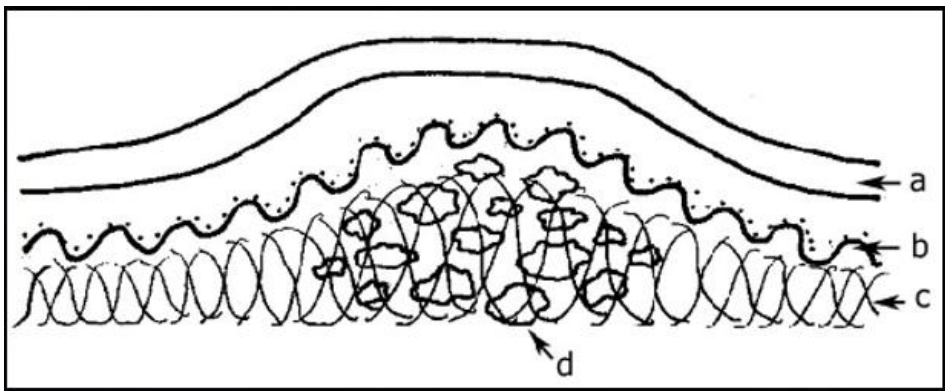


FIG. 43. **Papule dermice dismetabolice** a. Strat cornos normal b. Papile dermice c. Fibrele dermice limitrofe leziunii de aspect normal. d. Depozite dismetabolice intradermice



FIG. 44. Papule dermice dismetabolice. Aspect clinic (Xantelasma)

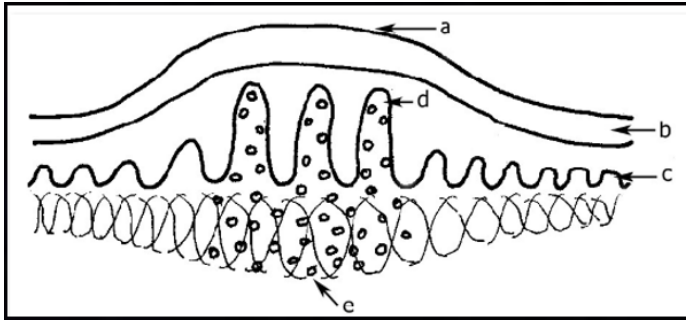


FIG. 45. **Papulele dermoepidermice** a. Strat cornos îngroșat supralezional b. Epiderm perilezional normal c. Papile dermice limitrofe leziunii de aspect normal d. Papilomatoză în zona lezională e. Infiltrat dermic



FIG. 46. Papule dermoepidermice. Aspect clinic (Lichen ruber plan – aspect general și detaliu)

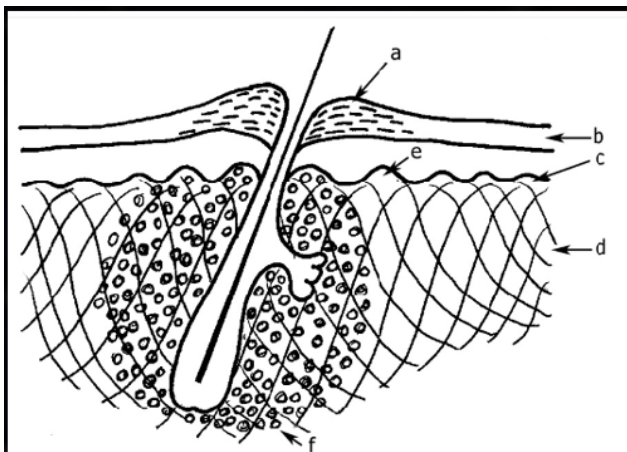


Fig 47. **Papulele folliculare** a. Strat cornos îngroșat, cu parakeratoză în ostiumul folicular. b. Epiderm perilezional normal . c. Papile dermice limitrofe leziunii de aspect normal d. Papilomatoză în zona lezională. e. Infiltrat inflamator perifolicular.



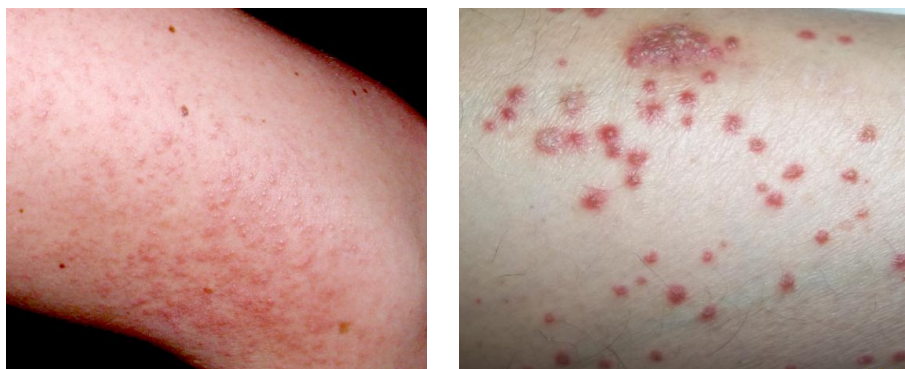


FIG 48. Papule foliculare. Aspect clinic (Stânga: Lichen folicular; Dreapta: Psoriazis folicular)

## ii. TUBERCULII

Sunt leziuni elementare solide de dimensiuni mai mari decât papulele, formate dintr-un infiltrat inflamator *cronic, specific*, cu caracter *granulomatos*, cantonat în *dermul mijlociu și profund*. Vindecarea (fie prin ulcerare, fie prin scleroză interstițială) se soldează cu *cicatrice* (FIG. 49, 50).

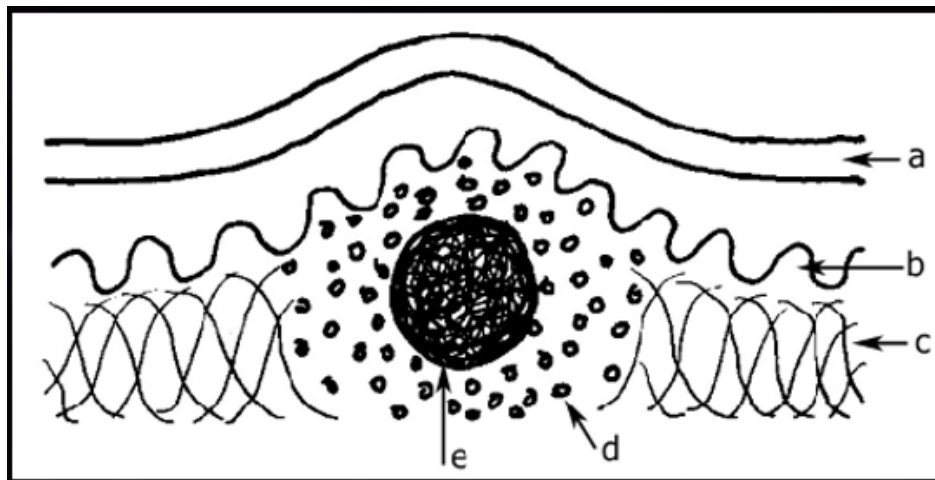


FIG. 49. **Tuberculul** (lupic). a. Strat cornos normal b. Papile dermice de aspect normal c. Fibre dermice perilezionale normale d. Infiltrat inflamator cronic. e. Granulomul cu necroza de cazeificare.



FIG. 50. Tuberculi lupici (tuberculoși), unii ulcerateți, unii vindecați prin scleroză interstițială

Există doar trei boli în care întâlnim tuberculi: tuberculoza (care și dă numele acestui tip de leziune), sifilisul și lepra. Fiind toate boli grave și contagioase, e important să le diferențiem între ele cât mai rapid, fără să trebuiască să apelăm la serviciile unui laborator. Pentru aceasta ne servim de două probe:

- *Proba vitropresiunii (diascopia)*: comprimarea tuberculilor cu o lamă de microscop (care e plană, dură și transparentă și permite observarea țesutului subiacent) va goli sângele din vasele superficiale, demascând adevărata culoare a leziunii. Astfel, diascopia va antrena virarea culorii tuberculului lupic înspre un brun ca marmelada de mere (FIG. 51), în timp ce tuberculul sifilitic și tuberculul lepros își păstrează culoarea violacee. În lipsa unei lame transparente, acest semn se poate evidenția dacă practicăm cu cele două police o presiune laterală în sensuri opuse la nivelul tuberculilor cutanați aflați, de preferință, deasupra unei proeminente osoase (de exemplu, osul frontal sau malar).

(Deși în general denumirea de *lupus* te duce cu gândul la lupusul *eritematos*, boală autoimună mult mai frecventă, denumirea inițială a fost destinată lupusului *tuberculos*, care evoluează cu aspecte clinice sechelare cicatriciale asemănătoare urmelor lăsate de mușcătura de lup. Deci, atenție! Tuberculul *lupic* se referă la lupusul *tuberculos*!)



FIG. 51. Proba vitropresiunii – tuberculul lupic a cărui culoare virează din violaceu spre culoarea marmeladei de mere

- *Proba stiletului butonat* apreciază cu ajutorul acestuia *consistența* diferitelor categorii de tuberculi. În cazul tuberculului lupic, datorită unui tip special de necroză din centrul acestuia, numită necroză de

cazeificare (fiindcă leziunea are consistența brânzei sau untului: în latină, *caseus* înseamnă *brânză*), stiletul va penetra cu ușurință, dând senzația că a pătruns într-o bucată de unt; în cazul celorlalți tuberculi, va întâlni o rezistență fermă.

### iii. NODULII

Sunt leziuni elementare solide, circumscrie, de dimensiuni mai mari decât tuberculii, cantonate în *dermul profund și hipoderm* (FIG. 52, 53).

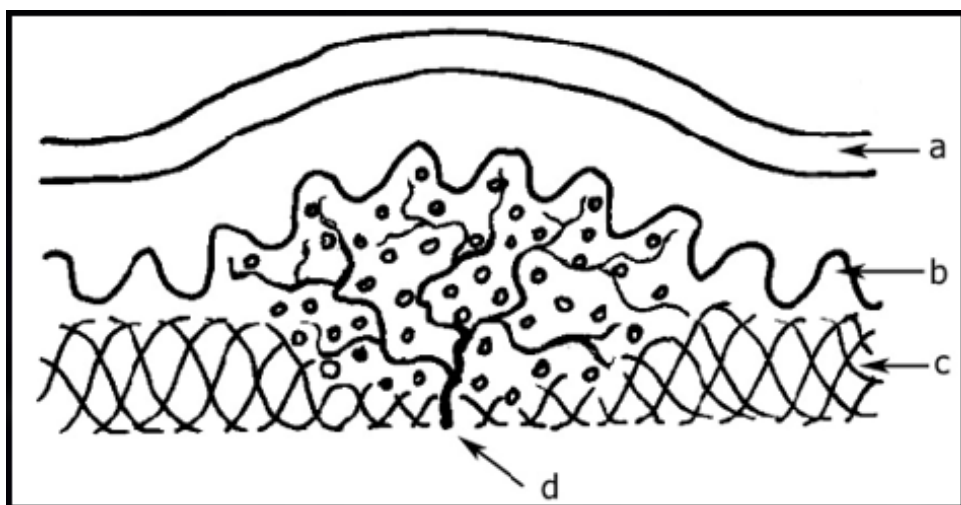


FIG. 52. **Nodulul.** a. Strat cornos normal b. Papile dermice de aspect normal c. Infiltrat inflamator perivascular d. Vase sanguine cu alterări perietale

Histopatologic, prezintă un *infiltrat inflamator cronic perivascular*, asociat cu *alterări ale pereților vasculari*, iar evoluția sa este fie *acută și rezolutivă*, fie *spre ulcerare și cicatrizare*. Culoarea și relieful tegumentului supraiacent pot fi modificate.

Nodozitățile sunt nodulii ale căror dimensiuni depășesc 1 cm.

Nodulii pot fi întâlniți în boli ca eritemul nodos (streptococic sau lepros), eritemul indurat Bazin, vasculitele cutanate.

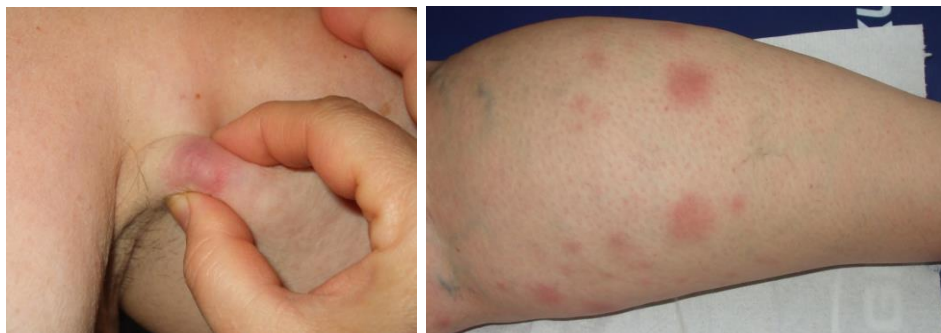


Fig. 53. Nodulul. Aspect clinic. Nodul inflamator (stânga); eritem nodos (dreapta)

#### iv. GOMELE

Sunt nodozități hipodermice cu *evoluție caracteristică în patru faze (cruditate, ramoliție, ulcerare, cicatrizare)* (FIG. 54). Pot fi întâlnite în stafilodermii (gomele stafilococice cu evoluție rapidă spre vindecare), precum și în sifilis, tuberculoză (unde goma poartă numele de *scrofulodermă*), sau în micozele profunde (în care succesiunea celor patru faze este lentă, trenantă).

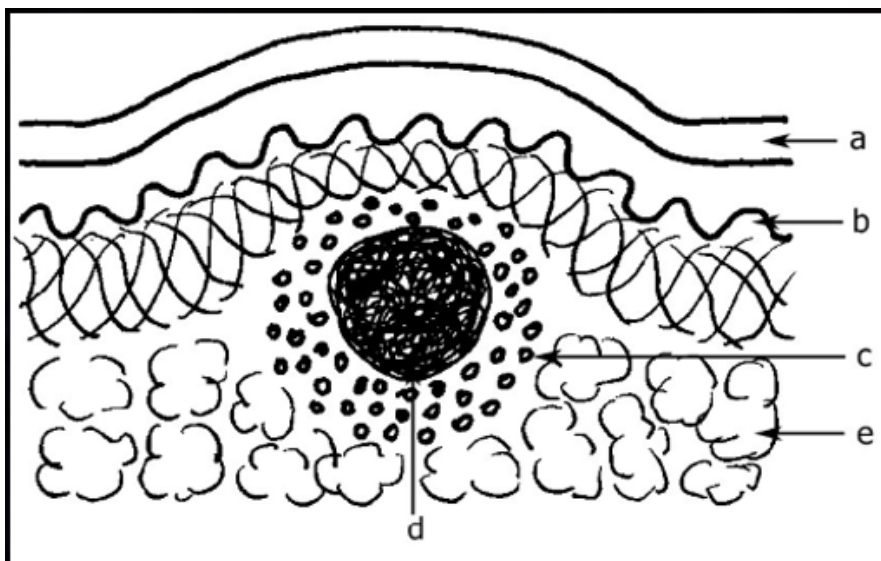


FIG. 54. Goma. a. Strat cornos normal b. Papile dermice de aspect normal c. Infiltrat inflamator cronic d. Goma e. Lobuli adipoși

Aspectele clinice pot fi sugestive pentru etiologia gomelor:

*Goma sifilitică* apare în sifilisul terțiar și în sifilisul congenital tardiv. Ulcerația are pantele abrupte, marginile regulate, infiltrate, roșii-arămii, rotunde sau ovalare, fundul curat (FIG. 55).



FIG 55. Gomă sifilitică înainte de tratament (stânga) și după (dreapta), Se observă forma regulată a ulcerației, aspectul cazeos al secreției și cicatricea specifică

*Goma tuberculoasă* (scrofuloderma) duce, dimpotrivă, la ulcerații cu margini neregulate, de consistență moale, cu fundul murdar și acoperit de secreții cenușii, purulente (FIG. 56).



FIG 56. Gomă tuberculoasă

*Goma actinomicotică*, localizată de elecție la gonion, evoluează cu leziuni multiple și aflate în diverse faze evolutive, grupate, înconjurate de o puternică reacție conjunctivă ce conferă placardului o consistență durlemnoasă. Puroiul recoltat de la nivelul acestor leziuni, uneori uleios și transparent, conține mici concrețiuni de material purulent numite *granule de sulf*, din care se pot pune în evidență la microscop filamente miceliene.

*Gomele din sporotrichoză* sunt la rândul lor multiple, dar nu grupate, ca în actinomicoză, ci amplasate etajat de-a lungul unui vas limfatic, ca măргеlele pe o ață (FIG. 57).



FIG 57. Gome sporotricozice etajate

## v. LICHENIFICAREA

Este o leziune elementară solidă, proeminentă, bine delimitată, caracterizată prin accentuarea circumscrisă a cadrilajului cutanat normal, cu formarea unei rețele în ochiurile căreia se delimitează pseudopapule brun-cenușii (FIG. 58).

De obicei, prezența lichenificării traduce clinic și este consecința unui prurit supărător și îndelungat care a provocat gratajul repetat (element care trebuie căutat prin anamneză).

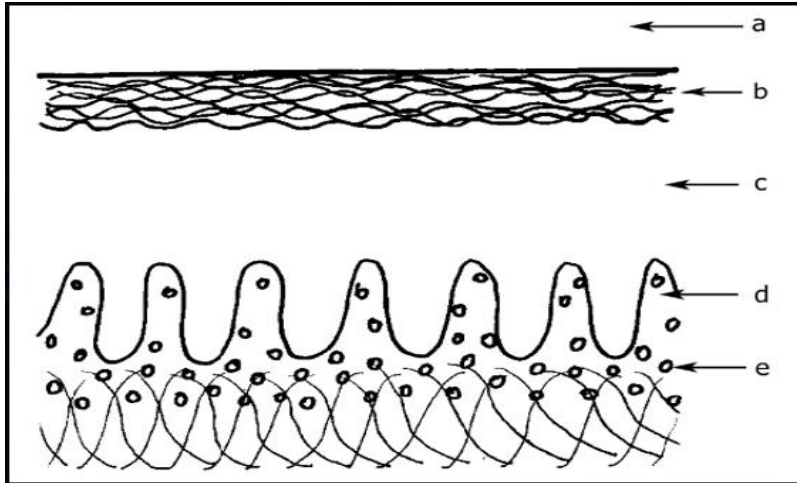


FIG. 58. **Lichenificarea.** a. Stratul cornos cu hiperkeratoză b. Hipergranuloza (stratul granulos c. Hiperacantoza (stratul malpighian) d. Papilomatoza papile dermice alungite și largite) e. Infiltrat celular dermic dseret

După etiologie, lichenificarea se clasifică în:

- *primitivă* (în neurodermită) (FIG. 59)



FIG. 59. Lichenificare primitivă (neurodermită)

- *secundară* gratajului ocazionat de dermatozele cronice pruriginoase (eczema lichenificată, psoriazisul lichenificat, tinea cruris lichenificată) (FIG. 60).





FIG. 60. Lichenificare secundară (eczemă cronică lichenificată). În imaginile de sus, se observă leziunile de grataj care au generat lichenificările

## vi. VEGETAȚIA

Este o modificare circumscrișă a reliefului cutanat, de consistență variabilă, constituită prin reunirea unor elemente filiforme sau conopidiforme (FIG. 61, 62). Insist asupra consistenței, care trebuie verificată întotdeauna, fiindcă aceasta poate constitui un element important de diferențiere între formațiuni vegetante care necesită abordări terapeutice și epidemiologice diferite (de exemplu, diferențiază vegetațiile veneriene, de etiologie virală, de sifilidele vegetante, care se transmit pe cale sexuală).

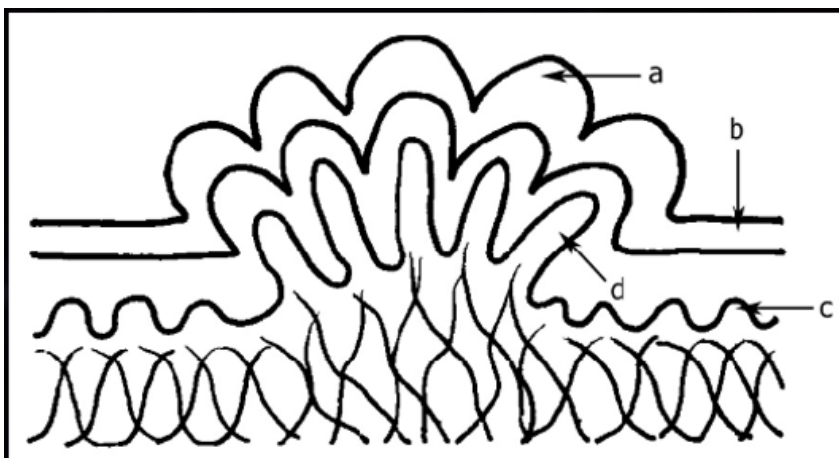


FIG. 61 .**Vegetația**. a. Hiperkeratoză supralezională . b.Epiderm normal perilezional c. Papile dermice normale perilezionale d. Papilomatoză cu papile de aspect tumoral, alungite și lărgite



FIG. 62. Vegetații veneriene. Prezența unor astfel de leziuni la vârsta copilăriei trebuie să ridice problema abuzului sexual sau a infectării *intrapartum*

Vegetațiile se clasifică în *primitive* și *secundare*.

- Cele *primitive* se întâlnesc în:

- unele viroze hiperplazice: papiloame (FIG. 63), veruci vulgare (FIG. 64), veruci seboreice - numite keratoze seboreice sau keratoze senile (FIG. 65)
- vegetației veneriene (FIG. 66)
- acanthosis nigricans (FIG. 67)
- nevi verucoși (FIG. 68).

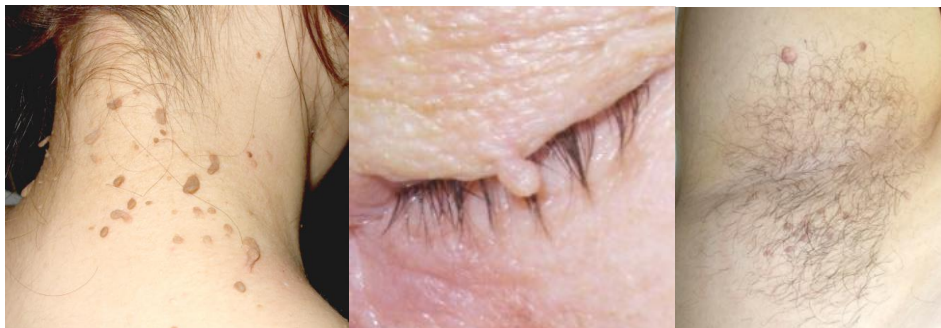


FIG. 63. Papiloame



FIG. 64. Veruci vulgare la nivelul degetelor (stânga), narinelor și buzei superioare (dreapta)



FIG. 65. Veruci (keratoze) seboreice (senile)



FIG. 66. Vegetații veneriene (condiloame acuminate)



FIG. 67. Acanthosis nigricans



FIG. 68. Nev verucos

- *secundare* unor:

- infecții cronice - tuberculoza vegetantă și verucoasă, sifilidele vegetante, candidozele vegetante, lupusul eritematos vegetant, scabia norvegiană;

- procese secretante cronice - pemfigusul vegetant;

- boli dismetabolice;

- boli de colagen.

## vii. TUMORA

Este o neoformație tegumentară *neinflamatorie* care are *tendința de a persista nemodificată sau de a crește*. Tumorile pot fi *benigne* (FIG. 69) sau *maligne* (FIG. 70).

Tumorile benigne persistă *nemodificate sau cu modificări minimale* perioade îndelungate, *fără a metastaza*, în timp ce tumorile maligne își *schimbă caracterele clinice și sfârșesc prin a metastaza* (FIG. 71).



FIG. 69. Tumoră benignă (papilom cornos). Aspect clinic și dermatoscopic



FIG. 70. Tumoră malignă (stânga: cancer mamar; dreapta: melanom nodular)



FIG. 71. Metastaze cutanate (stânga: metastaze cutanate cu originea într-un cancer mamar; dreapta: metastaze cutanate cu originea într-un cancer pulmonar la un pacient mare fumător)

Excepția de la această regulă o reprezintă epiteliomul bazocelular (FIG. 72), care, deși este o tumoră malignă, nu depășește membrana bazală și ca atare nu e capabil să metastazeze.



FIG. 72. Epiteliom bazocelular (stânga: forma ulcerată; cu evoluție de 22 ani; dreapta: forma perlată, cu evoluție de 10 ani)

## c. LEZIUNILE ELEMENTARE CU CONȚINUT LICHIDIAN

Se referă la:

1. Veziculă
2. Bulă
3. Pustulă

### i. VEZICULELE

Sunt colecții *intraepidermice* de 1-5 mm în diametru, conținând un lichid *serocitrin* (care în evoluție poate deveni tulbure sau purulent) (FIG. 73). Veziculele se pot sparge, lăsând mici eroziuni, care se acoperă de cruste, sau pot deveni tot mai flasce, prin resorbția lichidului, până la a se transforma într-o scumă care se detașează relativ ușor (FIG. 74).

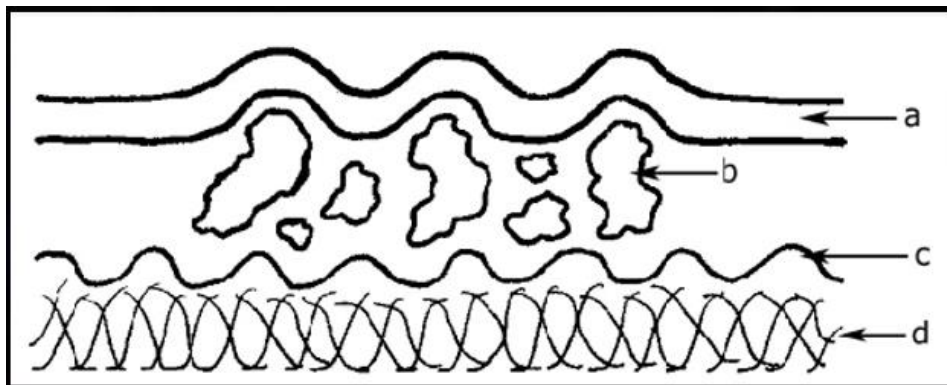


FIG. 73. **Vezicule.** a. Strat cornos normal b. Vezicule subcornose intraepidermice c. Papile dermice d. Fibre dermice

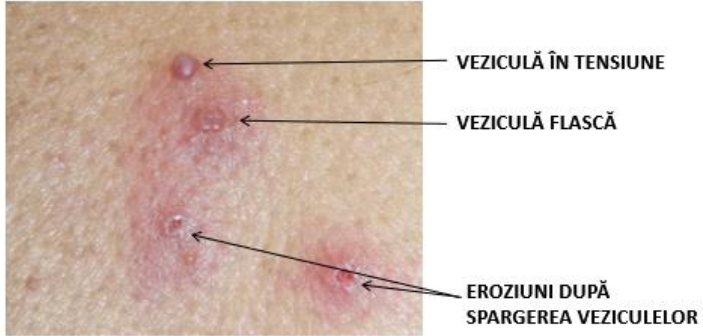


FIG. 74. Diferite faze evolutive ale veziculelor

În general aspectul clinic este foarte sugestiv pentru diagnostic. Se pot observa vezicule în boli ca eczema (FIG. 75), herpesul (FIG. 76), zona-zoster (FIG. 77), dermatita herpetiformă (FIG. 78).



FIG. 75. Aspectul veziculelor în **eczemă**



FIG. 76. Aspectul veziculelor în **herpes simplex**.





FIG. 77. Aspectul veziculelor în **zona zoster**



FIG. 78. Aspectul veziculelor în **dermatita herpetiformă**

## ii. BULELE

Sunt leziuni elementare cu conținut lichid, mai mari decât veziculele, rezultate în urma alterării aderenței (coeziunii) intercelulare cu formarea unui clivaj (un fel de crăpătură) intraepidermic sau dermoepidermic. Acesta inițial reprezintă un spațiu virtual, în care se acumulează ulterior

lichid interstițial (serocitrin sau hemoragic). După cantitatea de lichid pe care o conțin bulele, acestea pot fi *flașce* (moi) (FIG. 79, 80) sau *în tensiune* (FIG. 81, 82, 83).

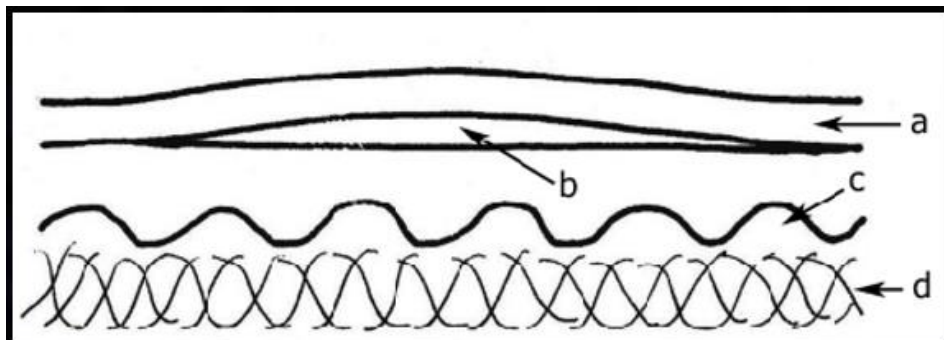


FIG. 79. **Bulă flașcă.** a. Strat cornos normal b. Bulă subcornoasă, flașcă, având o cantitate minimă de lichid c. Papile dermice d. Fibre dermice



FIG. 80. Bule flașce. Aspect clinic

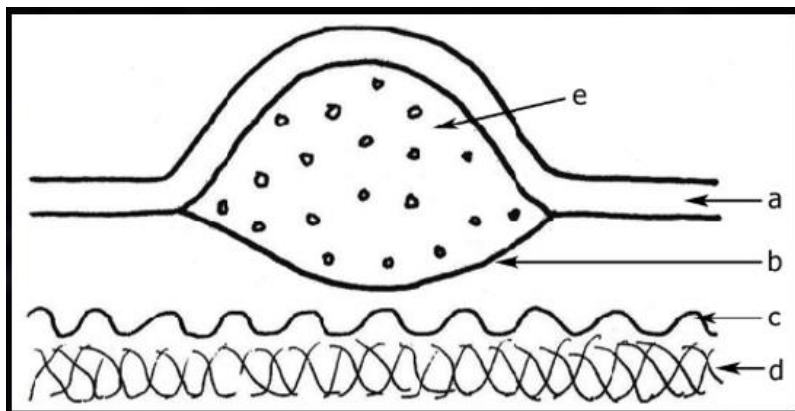


FIG 81. **Bulă în tensiune.** a. Strat cornos normal b. Bulă subcornoasă c. Papile dermice d. Fibre dermice e. Lichid de bulă conținând celule inflamatorii sau acantolitice



Fig. 82. Bule cu lichid serocitrin în tensiune



Fig. 83. Bule cu lichid hemoragic în tensiune (lichidul hemoragic sugerează că planșul bulei atinge vasele de sânge din derm și astfel ne indică o localizare mai profundă a bulei)

După spargere, bulele lasă eroziuni rotunde sau ovalare delimitate la periferie de un franj epitelial provenit din tavanul bulei (FIG. 84).

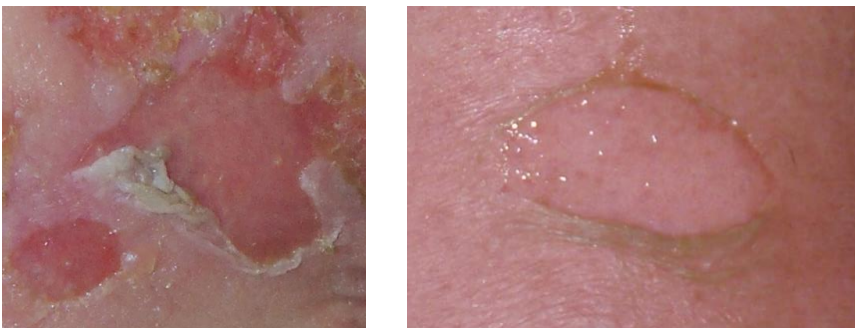


FIG. 84. Eroziuni postbuloase. Se remarcă la periferie franjul epitelial restant după spargerea bulei

Atât suprafața *rotund ovalară* a eroziunii, cât și franjul epitelial și ulterior pigmentația postlezională *rotundă* restantă după epitelizarea leziunii constituie elemente de diagnostic retrospectiv al leziunilor buloase (FIG. 85).



FIG. 85. Hiperpigmentație postlezională cu aspect rotund, care permite diagnosticul retrospectiv al bulelor

După nivelul clivajului, bulele se clasifică în:

- bule *superficiale*, dezvoltate intraepidermic, sub stratul cornos (în impetigoul bulos stafilococic și streptococic, sindromul Lyell infantil, (în pemfigusul foliaceu) (FIG. 86, 87).

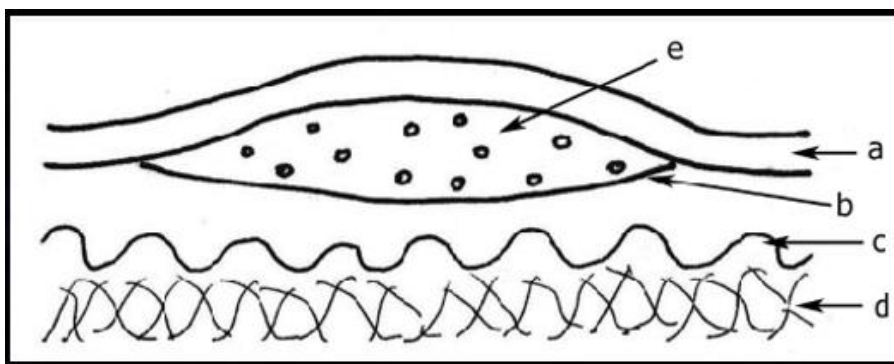


FIG. 86. **Bule superficiale** a. Strat cornos normal b. Bulă subcorneoasă c. Papile dermice d. Fibre dermice e. Lichid de bulă conținând celule inflamatorii sau acantolitice



FIG. 87. Bule superficiale – pemfigus foliaceu

- bule mijlocii, dezvoltate în straturile profunde ale epidermului (în pemfigusul vulgar) (FIG. 88, 89)

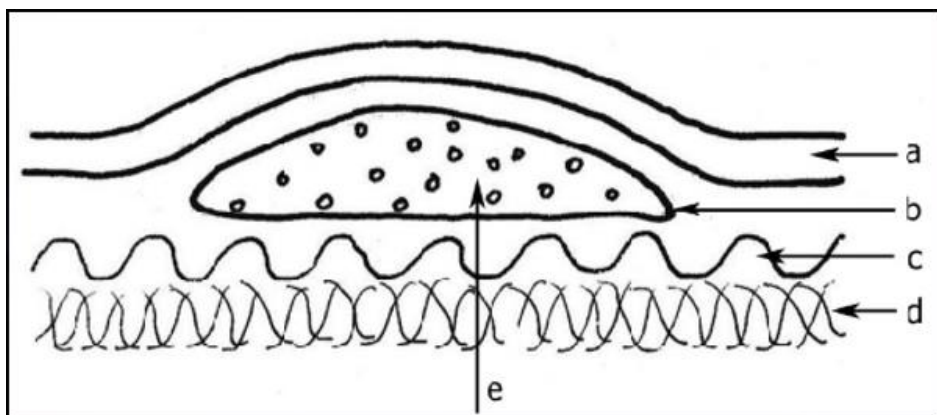


FIG. 88. **Bule mijlocii** a. Strat cornos normal b. Bulă intraepidermică c. Papile dermice d. Fibre dermice e. Lichid de bulă conținând celule inflamatorii sau acantolitice



FIG. 89. Bule mijlocii

- bule *profunde* (dermo-epidermice) (FIG. 90, 91) - în epidermolizele buloase dermolitice și jonționale, eritemul polimorf bulos, porfiriile cutanate, pemfigoidul bulos, sindromul Lyell postmedicamentos

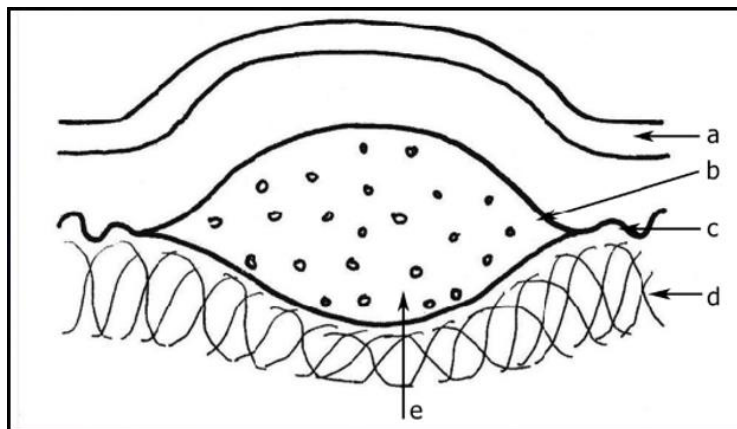


FIG. 90. **Bule profunde** a. Strat cornos normal b. Bulă dermoepidermică c. Papile dermice d. Fibre dermice e. Lichid de bulă conținând celule inflamatorii



FIG. 91. Bule profunde (Pemfigoid bulos)

Ca evoluție, majoritatea bulelor (cu excepția unor bule profunde) se vindecă fără cicatrice, uneori cu o pigmentație postlezională (FIG 92).



FIG. 92. Bule vindecate cu hiperpigmentație postleziională (Remarcăm din nou conturul rotund al leziunilor hiperpigmentare, care e evocator pentru diaagnosticul retrospectiv al erupției buloase)

Acantoliza (lipsa de aderență a celulelor epidermice între ele) se poate evidenția clinic prin *semnul Nikolski*: aplicarea unei presiuni tangențiale cu pulpa degetului pe tegumentul aparent sănătos din vecinătatea unei leziuni buloase duce la o decolare intraepidermică, (adică la detașarea, dezlipirea, la un anumit nivel și apoi alunecarea straturilor epidermului unele pe altele cu decolarea straturilor superficiale de cele profunde – la fel cum se detașează pielea într-o arsură de gradul doi). Semnul are șanse maxime să fie evidențiat cu claritate dacă se practică pe tegumentul situat deasupra unei proeminențe osoase (stern, acromion, creastă iliacă, creastă tibială etc.).

Uneori, aspectul clinic al bulelor poate fi evocator pentru diagnostic:

- pemfigus vulgar – bulele apar pe tegument sănătos, semnul Nikolski este pozitiv.

- pemfigoidul bulos - bule de dimensiuni mai mari, în tensiune, frecvent hemoragice, pot să apară pe fond eritematos (FIG. 93).



FIG. 93. Pemfigoid bulos

- dermatita herpetiformă - bule de dimensiuni mici, grupate în buchete, precedate de prurit și arsură, pe un fond eritemato-edematos (FIG. 94).



FIG. 94. Dermatita herpetiformă

- impetigoul streptococic - bule flasce, se tulbură rapid datorită conținutului purulent (FIG. 95).



FIG. 95. Impetigo bulos



- porfiria cutanată tardivă - bule pe zonele fotoexpuse, se vindecă prin cicatrici.

- epidermolizele buloase joncționale și dermolitice - bulele apar de la naștere, secundar unor traumatisme minore, lasă sechele cicatriciale sau atrofice importante

### iii. PUSTULELE

Sunt colecții lichidiene primitiv purulente.

În funcție de localizarea lor, se clasifică în:

- *pustule foliculare* - centrate de un fir de păr. Au etiologie microbială sau micotică. Pot fi, la rândul lor, superficiale (FIG. 96, 98) sau profunde (FIG. 97, 98).

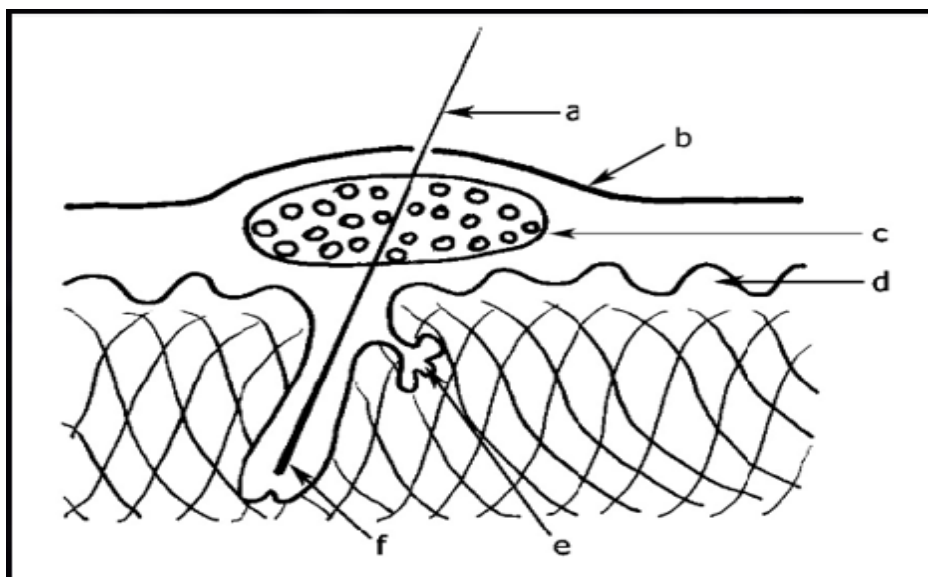


FIG. 96. **Pustulă foliculară superficială** a. Firul de păr b. Strat cornos c. Pustulă foliculară superficială d. Papile dermice e. Glanda sebacee f. Bulbul firului de păr

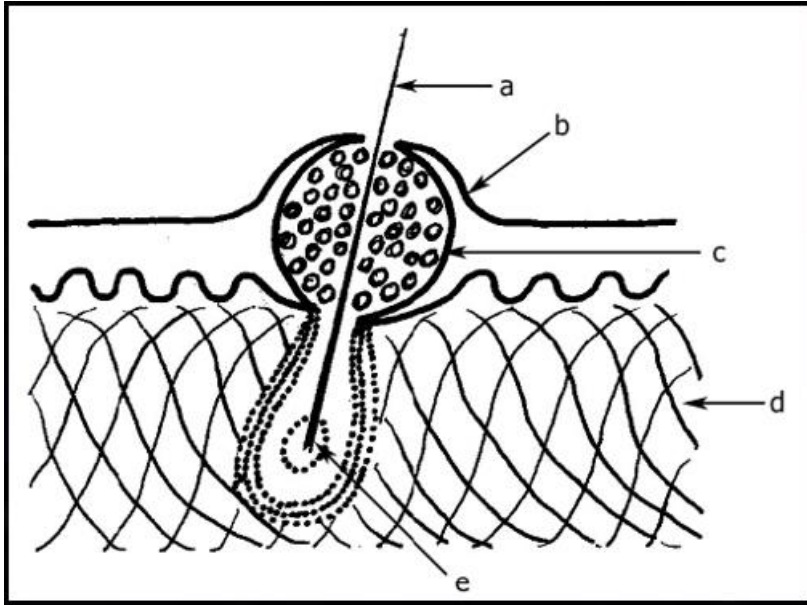


FIG. 97. **Pustulă foliculară profundă** a. Firul de păr b. Strat cornos c. Pustulă foliculară profundă d. Papile dermice e. Glanda sebacee f. Bulbul firului de păr



FIG. 98. Pustule foliculare (în stânga: superficială; în dreapta: profundă)

- *pustule nefoliculare* (FIG. 99, 100) - fără legătură cu firul de păr; sunt sterile din punct de vedere microbiologic (din acest motiv ele se numesc *pustule amicrobiene*).

Apar în *afecțiuni grave, unele potențial letale* (**impetigo herpetiform, variola, psoriazisul pustulos, acrodermatita supurativă Hallopeau**), numite și *pustuloze amicrobiene*.

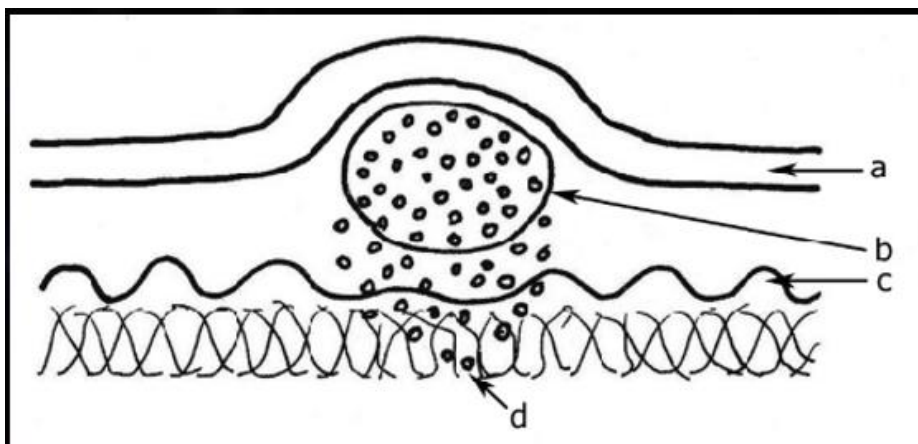


FIG. 99. **Pustulă** a. Strat corneus b. Pustulă subcorneasă c. Papile dermice d. Infiltratul inflamator dermic sublezional



FIG. 100. Pustule nefoliculare

#### d. LEZIUNILE ELEMENTARE PRIN SOLUȚII DE CONTINUITATE

Se referă la:

1. Escoriație
2. Eroziune
3. Ulcerație
4. Fisură

## i. ESCORIAȚIA

Este o pierdere de substanță superficială *traumatică* ce afectează *epidermul și vârful papilelor dermice* (FIG. 101, 102). Într-o fază ulterioară se acoperă de o crustă hematică și în final se vindecă prin *restitutio ad integrum*.

În *dermatologie*, o întâlnim cel mai adesea secundar gratajului în bolile pruriginoase – cum ar fi scabia sau dermatozele pruriginoase cronice (prurigoarele, eczemele cronice, lichenul plan, neurodermita).

De asemenea, e prezentă în orice boală *sistemică* acompaniată de *prurit*: boala Hodgkin, diabetul zaharat, unele cancere viscerale, leucoze limfatice cronice etc. Practic, simpla observare a unor leziuni de grataj e suficientă pentru a stabili că suntem în fața unei boli pruriginoase.

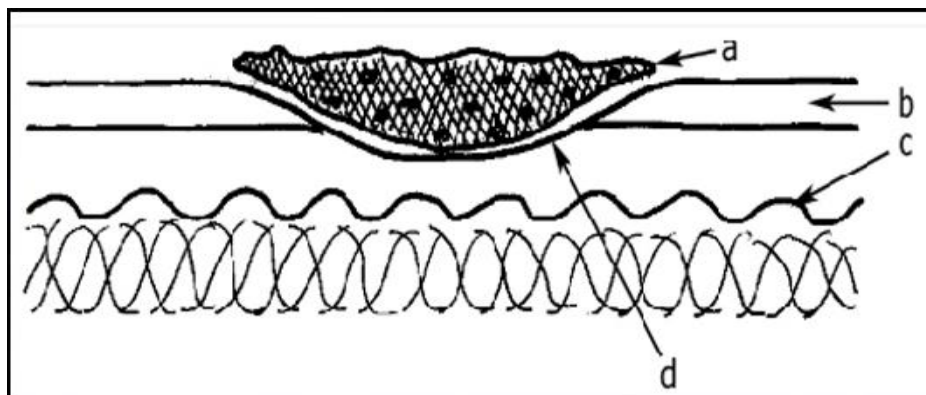


FIG. 101. Escoriația, eroziunea și crusta a. Crusta supralezională b. Stratul cornos c. Papile dermice d. Escoriația sau eroziunea



FIG. 102. Escoriații

## ii. EROZIUNEA

Este o pierdere de substanță superficială *patologică* la nivelul *epidermului și al vârfului papilelor dermice* (FIG. 101, 103). La nivelul ei se formează de asemenea o crustă hematică, iar vindecarea este *fără cicatrice*.

Apare în *sifilisul primar și în evoluția tuturor leziunilor cu conținut lichidian după spargerea tavanului leziunii* (vezicule, bule, pustule).



FIG. 103. Eroziuni (în stânga: la nivelul mucoasei orale; în dreapta, pe tegument)

## iii. ULCERAȚIA

Este o pierdere de substanță mai profundă, până la nivelul *dermului profund sau hipodermului* (FIG. 104, 105) și care de regulă *se vindecă prin cicatrice* (cu excepția mucoaselor, mai ales cea bucală).

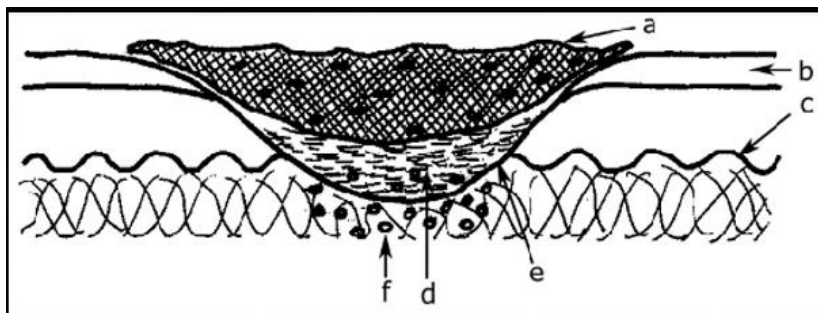


FIG. 104. **Ulcerația și crusta a.** Crusta supralezională conținând uneori încastrate resturi celulare b. Stratul cornos c. Papilele dermice normale periulceros și distruse în zona lezională d. Secreție pe fundul ulcerației e. Fundul ulcerației f. Infiltrat inflamator dermic



FIG. 105. Ulcerații (ulcere de gambă)

*Ulcerale* sunt ulcerații atone, uneori cu evoluție foarte îndelungată, care nu prezintă tendință de epitelizare. Etiologia lor e variată: infecțioasă, circulatorie (venoasă, arterială, microangiopatică), trofic nervoasă, neoplazică, hematologică, autoimună, metabolică.

#### iv. FISURA sau RAGADA

Este o pierdere de substanță superficială liniară (FIG. 106) care se localizează:

- la nivelul comisurilor mucoase (FIG. 107)
- în pliurile cutanate (FIG. 108)
- pe suprafața plăcilor hiperkeratozice palmare sau plantare (FIG. 109)
- uneori pe mucoase. (FIG. 110)

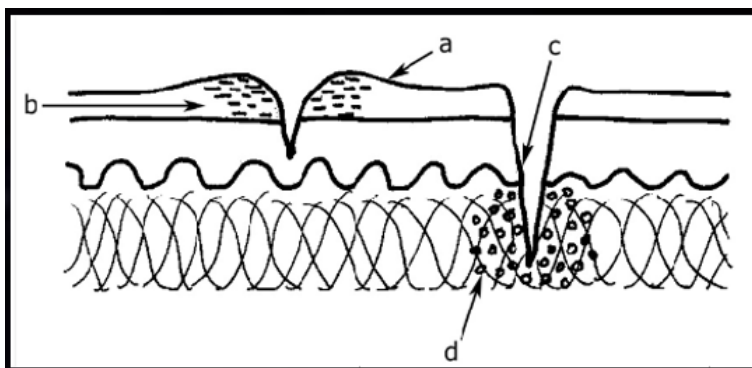


FIG. 106. **Fisura** sau **ragada**. a. Strat cornos perilezional îngroșat cu hiperacantoză  
b. Fisură superficială c. Fisură profundă d. Infiltrat inflamator dermic



FIG. 107. Fisuri la nivelul comisurilor labiale



FIG. 108. Fisuri la nivelul pliurilor



FIG. 109. Fisuri la nivelul hiperkeratozelor plantare și palmare (aspect clinic – cele 3 imagini din stânga - și dermoscopie – imaginea din dreapta)



FIG. 110. Fisuri la nivelul mucoasei linguale

## e. DEȘEURILE CUTANATE

Se referă la următoarele entități:

1. Scuama
2. Crusta
3. Escara (sfacelul)

### i. SCUAMA

Este un deșeu cutanat ce rezultă printr-un proces de keratinizare exagerată, tradus clinic printr-o descuamare vizibilă la suprafața pielii (FIG. 111).

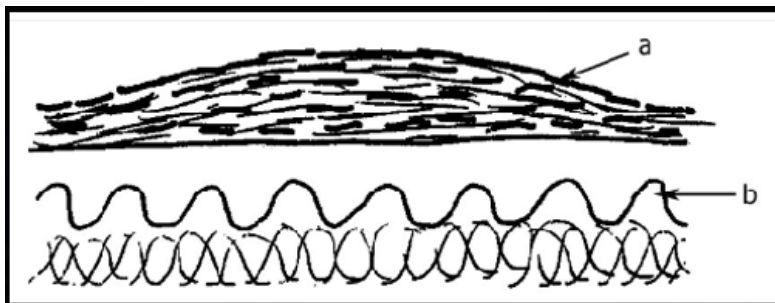


FIG. 111. **Scuama**. A. Strat cornos cu hiperkeratoză și hiperacantoză, care se exfoliază  
b. papile dermice normale



În funcție de aspectul lor se descriu: scuame pitiriaziforme (care au un aspect făinos) (FIG. 112), scuame psoriaziforme (care au un aspect de tărâțe) (FIG. 113) și scuame în lambouri (care se descuamează în fâșii) (FIG. 114).



FIG. 112. Scuame pitiriaziforme. Aspect clinic și dermatoscopic



FIG. 113. Scuame psoriaziforme



FIG. 114. Scuame în lambouri

## ii. CRUSTA

Este un deșeu cutanat rezultat din *uscarea unor secreții* pe suprafața tegumentului (FIG. 104) și apare în evoluția tuturor leziunilor în care integritatea epidermului e compromisă: leziunile cu conținut lichid sau cu soluție de continuitate (fiindcă în mod normal epidermul integru nu lasă secrețiile să iasă la suprafața pielii, după cum se vede în cazul arsurilor de gradul II și al bulelor).

Se descriu următoarele aspecte particulare:

- *crusta melicerică* - are un aspect galben-arămiu, ca ceara de albine, și apare în infecțiile streptococice sau în bolile veziculoase suprainfectate secundar (eczema) (FIG. 115);



FIG. 115. Cruste melicerice

- *crusta hematică* - are o culoare neagră-vișinie. Apare după leziunile traumatiche sau patologice soldate cu soluții de continuitate care interesează cel puțin epidermul și dermul, afectând structurile vasculare (FIG. 116).



FIG. 116. Cruste hematice

- *crusta ostracee* (rupia) are o culoare brună-neagră și este stratificată, evocând o cochilie de stridie (FIG. 117). Apare în psoriazisul exudativ și în sifilisul malign precoce.



FIG. 117. Cruste ostracee

### iii. ESCARA (SFACELUL)

Este un deșeu cutanat de cauză *vasculară sau nervoasă* rezultat în urma pierderii acute și localizate a troficității cutanate (FIG. 118, 119). Se prezintă sub forma unei plăci circumscrișe, fie uscate și negre (*escara uscată*), fie galben-slăninose (*escara umedă*). Detașarea sa de pe patul de țesut sănătos înconjurător se soldează cu apariția unei *ulcerații*. Prin *suprainfectarea* escarei apare *gangrena*.

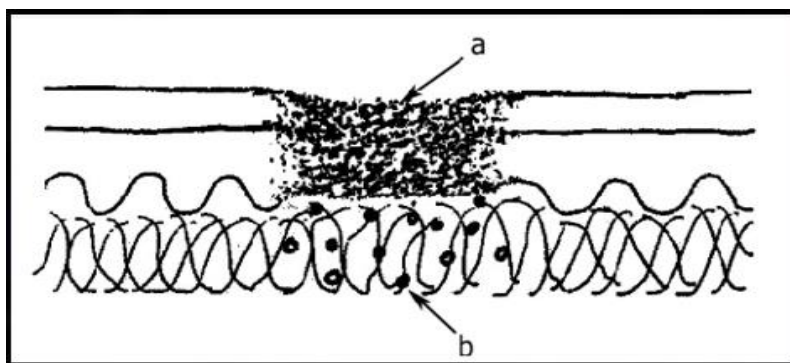


FIG. 118. **Escara.** a. La nivelul leziunii, structurile tegumentului nu se mai disting, fiind degradate., ratatinăte și înglobate într-o masă amorfă, avasculară b. Infiltrat inflamator cronic în derm



FIG. 119. Escara

## f. SECHELELE CUTANATE

Se referă la:

1. Cicatrice
2. Atrofie

### i. CICATRICEA

Este rezultatul unui proces de reparare cutanată vicioasă, care nu mai respectă nici structura și nici funcțiile normale anterioare (FIG. 120 - 126).

Există, în afară de cicatricile fiziologice, care sunt suple, elastice, nedureroase, respectă dimensiunile leziunii din care provin și nu jenează mișcarea (FIG. 121), unele forme de cicatrici patologice:

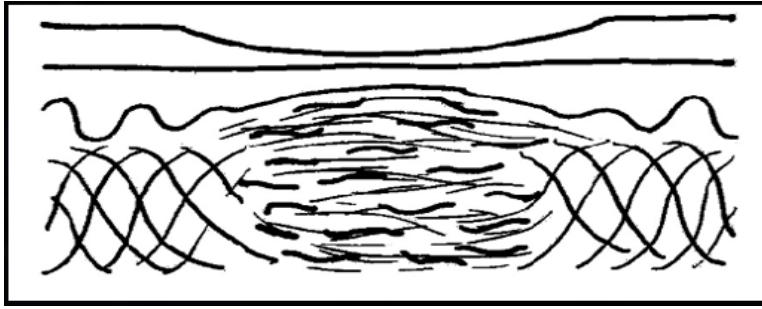


FIG. 120. **Cicatricea.** La nivelul leziunii, structurile cutanate sunt înlocuite de un țesut fibros. Epidermul este subțiat, atrofic, dar componenta fibroasă dermică (modestă – în această cicatrice atrofică) poate îmbrăca în alte situații un aspect hipertrofic sau keloidian



FIG. 121. Cicatrici fiziologice

- cicatricea *hipertrofică* (o cicatrice mai violacee, care se poate decolora ulterior, îngroșată, cu aspect de cordon, care însă nu depășește lungimea inițială a leziunii și e nedureroasă) (FIG. 122);



FIG. 122. Cicatrici hipertrofice

- cicatricea *atrofică*, mai subțire decât tegumentul înconjurător, în care repararea se realizează cu denivelare (FIG. 123, 124);

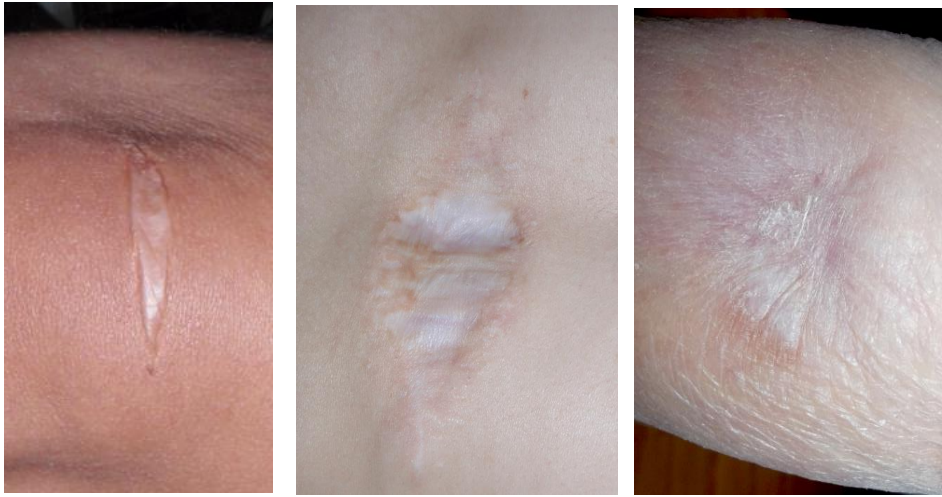


FIG. 123. Cicatrici atrofile posttraumatice



FIG. 124. Cicatrici atrofile postacnee

- cicatricea *cheloidă* - care depășește marginile leziunii inițiale, evoluând pe cont propriu, ca un fel de tumoră, și infiltrându-se în țesuturile înconjurătoare printr-un fel de tentacule, ce formează tunele, sinusuri și bride fibroase (FIG. 125).

Este modificată și culoarea – roșie sau violacee - și se asociază simptome deranjante (în general durere sau parestezii) și jenă sau impotență funcțională.

Uneori cicatricile cheloide apar spontan, în special la persoanele cu acnee nodulo-chistică în zone cu tendință topografică la cicatrici vicioase, cum ar fi spatele, umerii sau decolteul.



FIG. 125. Cicatrici cheloide



FIG. 126. Unele zone (sternul, spatele) sunt predispuse la dezvoltarea de cicatrici cheloide. Figura de mai sus ilustrează aspectul postoperator al cicatricilor restante după excizia unei tumori cutanate parasternale și repararea defectului prin lambouri de avansare. Cicatricile din zona mamară au un aspect normal, care devine hipertrofic cu cât ne apropiem de stern, pentru că în regiunea presternală să ia un aspect keloidian, dezvoltând “tentacule” și acolo unde nu a fost nici o incizie. Putem așadar recapitula în această imagine aproape toate tipurile de cicatrici.

Unele cicatrici permit prin aspectul lor caracteristic diagnosticul retrospectiv al bolii din care au rezultat (cum ar fi cea din goma sifilitică sau cea din goma tuberculoasă). O particularitate unică a cicatricilor post tuberculoase este că în caz de reactivare a bolii, la nivelul lor pot apărea *tuberculi de recidivă*, ceea ce poate reprezenta un important criteriu de diagnostic clinic precoce.

## ii. ATROFIA

Este o subțiere a epidermului și dermului cu ștergerea reliefului papilar, modificări ale fibrelor elastice și colagene și pierderea

elasticității cutanate, încât rețeaua vasculară poate deveni vizibilă prin transparență (FIG. 127, 128).

Atrofiile se clasifică în:

- ATROFIA CONGENITALĂ - care poate fi *localizată* sau *difuză*
- ATROFIA DOBÂNDITĂ care poate fi *primitivă* sau *secundară* unor boli.

Cea primitivă poate fi și ea localizată sau difuză, iar cea secundară poate fi inflamatorie (lupusul eritematos, epidermolizele buloase joncționale) sau tumorală.

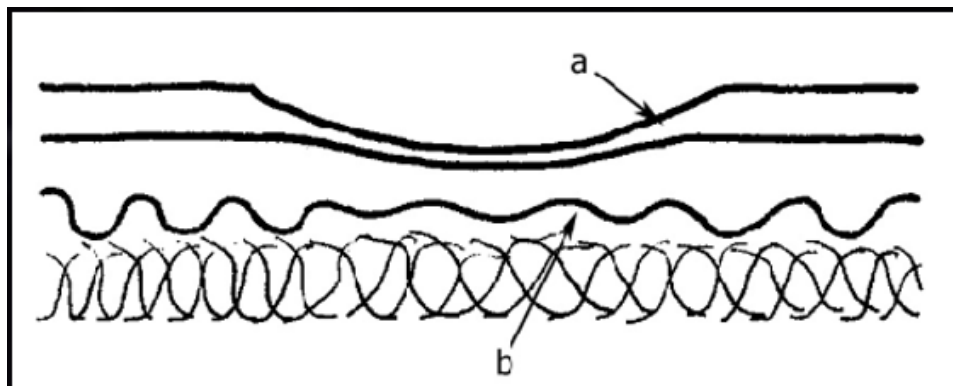


FIG. 127. **Atrofia.** a. Subțierea epidermului b. Subțierea dermului, cu ștergerea reliefului papilar



FIG. 128. Atrofia. Aspecte clinice



## **g. LEZIUNILE NEÎNCADRABILE**

În patologia dermatologică există unele leziuni elementare care nu se aliniază nici unui capitol din cele enumerate mai sus. Pentru ele s-a alocat un capitol special, de “Leziuni neîncadrabile”, care se referă la:

1. Comedon
2. Fistulă
3. Sanț acarian
4. Godeu favic
5. Chist
6. Miliium

## **i. COMEDONUL**

Este un mic punct alb sau negru localizat *în infundibulul pilosebaceu* (pe care îl obstruează) conținând în primul rând *sebum solidificat*, dar și *melanină și detritusuri celulare* (FIG. 129, 130, 131).

Apare pe teritoriile seboreice, în primul rând pe față, dar și în regiunea dorsală sau pe decolteu.

Când conținutul comedonului nu vine în contact cu aerul, fiind protejat de epiderm, sebumul îi conferă prin transparență o culoare gălbuie, iar leziunea se numește *comedon închis* (FIG. 130).

Ca urmare a creșterii treptate a presiunii provocate de conținutul tot mai voluminos al dopului de sebum, învelișul epidermic se destramă, expunând sebumul la aer. Prin oxidarea acestuia se formează binecunoscutele puncte negre, sau *comedonul deschis* (FIG. 131).

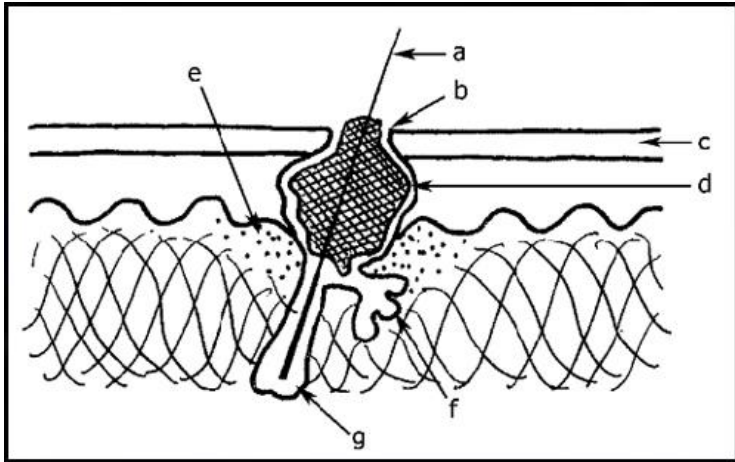


FIG. 129. **Comedonul deschis (punctul negru).** a. Firul de păr b.Orificiul infundibular c. Stratul cornos d. Conținutul comedonului e. Infiltrat inflamator dermic f. Glanda sebacee g. Bulbul firului de păr



FIG. 130. Comedoane închise. Aspect clinic



FIG. 131. Comedoane deschise. Aspect clinic

*Nevul comedonian* (FIG. 132) e constituit din comedoane de dimensiuni mari aglomerate în plăci și situate în orice regiune a organismului. Se întâlnește în acneea comedoniană sau în acneea vulgară.



FIG. 132. Nevul comedonian

La persoanele vârstnice întâlnim nu arareori *comedonul gigant* (FIG. 133).



FIG. 133. Comedonul gigant.. Aspect clinic și dermoscopic

## ii. FISTULA

Este un *traiect patologic intrategumentar ce unește între ele două colecții purulente, sau o colecție profundă cu suprafața pielii* (FIG. 134, 135). Se întâlnește mai ales în *acneea nodulochistică* sau în *sinusul pilonidal*. Termennul de *fistulă* se mai aplică în nefrologie comunicărilor arteriovenoase iatrogene realizate în vederea dializei (FIG. 136)

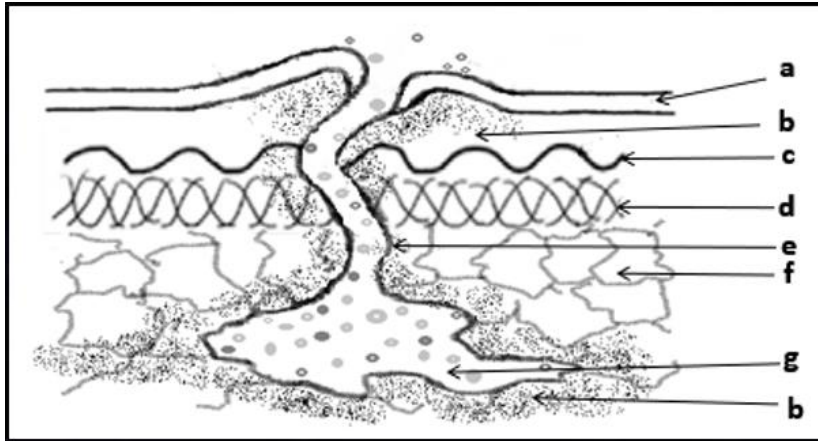


FIG. 134. **Fistula.** a. Epiderm b. Infiltrat inflamator c. Papile dermice d. Fibre dermice e. Traiect fistulos f. Colecție profundă g. Infiltrat inflamator



FIG. 135. Fistule. Aspect clinic (stânga: colecție profundă fistulizată în două puncte la piele; dreapta: Abuşarea la piele a unei fistule și piesa rezultată după excizia chirurgicală a traiecului fistulos)



FIG. 136. Fistulă arteriovenoasă chirurgicală practică în vederea hemodializei

### iii. ȘANȚUL ACARIAN

Reprezintă exteriorizarea tunelului săpat de femela de *Sarcoptes scabiei* în grosimea tegumentului (FIG. 137, 138).

Apare la suprafața pielii ca o mică proeminență pruriginoasă, lunguiață, rozată, de cca 2-5 mm, care conține la un capăt parazitul, iar la celălalt o mică veziculă (“eminanța perlată”), apărută, se presupune, ca o reacție alergică a organismului la acesta.

Șanțurile scabioase se întâlnesc de elecție în pliul sub- și inter-fesier, pe teaca penisului, vulvă, scrot, axile, areolele mamare, sau în spațiile interdigitale.



FIG. 137. Șanțuri acariene pe teaca penisului (stg), la încheietura mâinii și în palmă (dr)



FIG. 138. Șanțuri scabioase. Aspect dermatoscopic. Se remarcă în aspectul tipic de “jet trail” (avion cu trenă), care are la o extremitate parazitul, cu forma triunghiulară

#### iv. GODEUL FAVIC

Este o producție patologică provenită din *proliferarea miceliului de Trichophyton schonleini*. Are forma unui cuib de rândunică sau a unei farfurioare, culoare galbenă ca sulful și miros de urină de șoarece (FIG. 139).



FIG. 139. Godeuri favice

#### v. CHISTUL

Este o leziune circumscrișă constând dintr-un perete ce delimitează un lumen cu conținut lichid sau solid (FIG. 140).

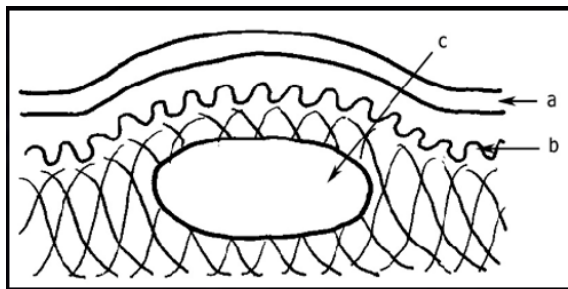


FIG. 140. Chistul. a. Strat cornos b. Papilele dermice c. Chistul

Cele mai cunoscute și frecvente sunt *chistele sebacee* (FIG. 141).

Localizarea lor preferențială este scalpul (FIG. 141), sau spatelul (FIG. 142), dar pot fi întâlnite relativ frecvent în zona genitală (FIG. 143) sau în locuri neașteptate (FIG. 144).



FIG. 141. Chiste sebacee la nivelul scalpului



FIG. 142. Chist sebaceu la nivelul spatelui



FIG. 143. Chiste sebacee multiloculate la nivelul scrotului - stânga (aspect clinic și dermatoscopic) și al vulvei - dreapta



FIG.144.Chist sebaceu frontal – sus (aspect clinic – stânga – și intraoperator – dreapta), supraclavicular (jos, stânga) și palpebral (jos, dreapta)

Tratamentul chistelor sebacee este chirurgical. În timpul actului operator, trebuie acordată o atenție deosebită extragerii *în totalitate* a chistului, fiindcă lăsarea unor resturi de membrană poate antrena regenerarea chistului (FIG. 145).



FIG. 145. Aspectul unor chiste excizionate în totalitate

De asemenea, găsim chiste într-o formă de acnee, numită *acnee chistică* sau *nodulo-chistică* (FIG. 146).





FIG. 146. Acnee nodulo-chistică

## vi. MILIUM

Reprezintă chiste mici intradermice fără un orificiu de evacuare vizibil. Apare în porfirii, epidermolizele buloase, miliaria rubra (FIG, 147, 148).



FIG. 147. Milium sebaceu



FIG. 148. Chiste de milium: miliaria crystallina sau *sudamina* din transpirația excesivă (aspect clinic și detaliu)

## V. ABORDAREA BOLNAVULUI DERMATOLOGIC

Sunt câteva lucruri pe care e bine să le avem în minte când urmează să interacționăm cu un bolnav dermatologic:

Nu numai în fața bolnavilor dermatologici, ci și a oricăror alți bolnavi, să ne gândim că acest om *ne-a ales pe noi* să îl ajutăm, că are încredere în noi, iar noi avem datoria să nu îi înșelăm așteptările (cunoașteți, desigur, proverbul că *“Hoț e și cel care fură încrederea oamenilor”* – nu? ...). Amintiți-vă cât ne interesăm și ne gândim cărui croitor să îi ducem o stofă, din care să ne facă o haină pe măsura așteptărilor. O stofă care, dacă e croită necorespunzător, poate fi aruncată și înlocuită cu alta. Iar omul acela *iși dă propria piele – care nu poate fi înlocuită cu nimic* – pe mâna noastră ...

De aceea, deși poate părea ciudat, eu îmi privesc bolnavii cu un sentiment de recunoștință pentru alegerea lor de a-și pune sănătatea și viața în mâinile mele ... (Nu mai vorbesc despre faptul că, în același timp, acești bolnavi dau vieții mele un sens, mă fac să simt că am un rost pe fața pământului ...).

Ca atare, primul lucru pe care îl putem face este să îi tratăm cu onestitate și să fim oricând gata să le aducem la cunoștință lucruri nu din cale afară de plăcute pentru noi, cum ar fi:

- Că nu avem certitudinea diagnosticului;
- Că avem nevoie de o a doua părere;
- Că pot fi ajutați mai eficient în altă specialitate sau de către alt coleg, eventual în altă țară;
- Că nu ne putem descurca fără investigații suplimentare, care pot fi scumpe sau agresive;
- Că nu avem siguranța că tratamentul va fi eficient (din cauza particularităților bolii sau din cauza incertitudinii diagnostice);
- Că efectele tratamentului pot întârzia peste așteptările bolnavului;
- Că boala respectivă reflectă probleme din altă sferă (boli interne sau, uneori, boli psihice; abordarea acestui ultim tip de bolnavi și redirectionarea lor către psihiatru trebuie însă făcută cu tact și

empatie, în așa fel încât pacienții să nu se simtă ofensați, ci să înțeleagă că aceasta reprezintă calea de rezolvare a problemei lor) etc.

În al doilea rând, să ne amintim că bolile de piele pot fi deranjante pentru că survin pe zone vizibile – și atunci bolnavii sunt motivați să se adreseze cât mai curând medicului, fiindcă aspectul neplăcut al pielii poate avea impact asupra relațiilor lor sociale, dar pot, de asemenea, surveni pe zone acoperite. În această ultimă situație avem două variante, fiecare cu capcanele ei: fie apare o rezistență psihică la gândul de a se adresa medicului (în ideea că nu au timp, sau cu speranța că – poate – trece de la sine, sau că nu poate fi ceva grav, fiindcă nu doare), fie, când boala apare în zone intime, prezentarea la medic este întârziată de sentimentele firești de pudoare (mai ales la adolescenți sau tineri, și mai ales în cazul bolilor contractate pe cale sexuală).

Cu primele categorii de bolnavi, colaborarea decurge de obicei firesc. Trebuie însă să ne abținem de la comentarii/reproșuri de genul: “De ce ai stat atâta?”... (Chiar dacă omul ne dă un motiv foarte bun, cu ce schimbă asta lucrurile? – În schimb, culpabilizăm bolnavul și compromitem relația cu el infiltrând-o cu o notă de încordare sau de disperare).

O altă situație este cea în care boala dermatologică este de natură să împingă bolnavul la medic prin simptomele care se agravează progresiv și rapid, având un caracter de urgență (infecții cutanate, angioedemul, boli buloase, eritrodermii), prin complicații cum ar fi hemoragiile, prin durere sau prin degradarea stării generale. Vă dați seama că în acest caz se așteaptă de la noi un ajutor prompt și competent ...

Să nu uităm, de asemenea, că primul tratament pe care îl administrăm bolnavilor suntem noi înșine. Toată lumea a auzit despre efectul *placebo* și cum este folosit acesta în studiile farmaceutice pentru a diferenția ameliorarea produsă de credința fermă a bolnavilor că un anumit medicament îi va fi de folos de ameliorarea produsă de însuși medicamentul studiat.

Termenul de *placebo* a ajuns, în acest context, cumva, sinonim cu “apă de ploaie” sau, altfel spus, cu lipsa unui efect real. Ori lucrurile nu stau *deloc* așa: din punctul nostru de vedere, dacă reușim să activăm acest

*placebo*, pacienții noștri se vor simți mai bine chiar și fără alt tratament (și cu atât mai mult dacă primesc un tratament adecvat).

Cum să activăm fenomenul *placebo*?

Avem un start bun: bolnavul *ne-a ales*. Și *ne-a ales* fiindcă ceea ce a aflat despre noi l-a făcut să aibă încredere. Mai departe, trebuie să avem grijă de această încredere, să o fundamentăm, să o justificăm. Să îi arătăm că ne pasă de el, că vrem din tot sufletul să îi fim de folos și că dispunem de cunoștințele necesare pentru aceasta. Să fim onești și responsabili, după cum am spus mai înainte. Să inițiem o discuție relaxată din care să înțelegem exact cum au apărut și au evoluat simptomele, dacă se pot stabili corelații cu factori ca: alimentația, prezența unei infecții, consumul de medicamente, starea de graviditate, stresul etc. *Să știm să ascultăm bolnavul*. Să nu îi dăm senzația că ne grăbim să scăpăm de el și să ne vedem de ale noastre ...

După ce am obținut informațiile dorite, iar bolnavul s-a obișnuit oarecum cu vocea, prezența, limbajul nostru corporal, putem trece la examenul obiectiv. Vom dezbrăca bolnavul pe porțiuni, succesiv, dar fără să ometem nimic, menajându-i însă psihicul și pudoarea (ne putem scuza, eventual, că insistăm să examinăm zonele intime amintind de faptul că regele Ferdinand a murit de cancer de prostată fiindcă nici un doctor nu a îndrăznit măcar să îi dea jos chiloții, cu atât mai puțin să îi facă tușeu rectal ...). Examinarea trebuie făcută cu blândețe, eventual (când palparea trebuie să fie mai profundă, progresiv, nu agresiv; mai ales ganglionii, glanda mamară și zona genitală) și e bine să avertizăm pacientul asupra manevrei pe care urmează să o facem (de exemplu că vom palpa abdomenul, că vom face manevra Giordano etc). Vom face examenul amănunțit al problemei dermatologice, cum se va vedea mai jos.

După încheierea examinării, putem face niște aprecieri prudente asupra diagnosticului, precizând dacă sunt necesare investigații suplimentare și care sunt acestea. Vom putea eventual iniția un tratament, precizând că ar putea fi modificat în funcție de rezultatele investigațiilor sau de reacțiile pacientului.

Tratamentul ideal este cel care vizează *cauza* bolii. Uneori aceasta este evidentă (de exemplu în infecții ca *zona zoster*), alteori nu ne putem pronunța asupra cauzei fără investigații suplimentare și, în sfârșit, cauza poate fi încă necunoscută nivelului actual de cunoștințe medicale.

Oricum, trebuie să inițiem de la început un tratament *simptomatic*, care să aline suferința bolnavului (mai ales durerea și pruritul). În situațiile care reclamă investigații suplimentare pentru stabilirea și tratarea cauzei, trebuie să ne facem bine înțeleși de bolnav că tratamentul simptomatic pe care îl vor primi, chiar dacă va ameliora sau suprima un timp simptomele, nu reprezintă rezolvarea pe care o așteaptă. Eu le exemplific printr-o parabolă: că el este în situația unui om care are o țeavă spartă și, ca atare, se trezește cu apă pe jos. Noi, cu tratamentul simptomatic, îi oferim un mop mai mult sau mai puțin performant, cu care să înlăture apa (și să controleze criza), dar totul va reîncepe dacă nu se găsește și nu se repară țeava spartă ...

(Din păcate, mulți medici se mulțumesc cu acest tratament simptomatic iar pacienții, neavizați asupra aspectului cu mopul, merg din medic în medic cu o listă tot mai lungă de tratamente pe care le-au încercat și care nu le-au rezolvat definitiv simptomele ...)

Revenind la discuția pe care o avem cu pacientul, să nu uitați că atmosfera trebuie să fie permanent deschisă și prietenoasă, încât acesta să își consolideze convingerea că se află pe mâini bune ...

(Câteodată, le spun pacienților pe care îi văd din cale afară de anxioși un banc despre Ițic și Rașela:

Cei doi erau în pat și Ițic se tot răsucea, ofta, gemea, scrâșnea ...

*Rașela:* Ițic, tu ai o problemă MARE.

*Ițic:* Da, nevestă.

*Rașela:* Păi, nu-mi spui și mie?

*Ițic:* Da ce să te mai amărăsc, că și așa nu-i nimic de făcut ...

*Rașela:* Dragule, adu-ți aminte că atunci când ne-am luat am jurat să fim alături la bine și la rău: SPUNE-MI!!!

*Ițic:* Bine, îți spun. Îl știi pe vecinul Ștrul? Am la el 10.000\$ datorie, mâine e scadența și eu n-am banii ...

*Rașela:* Asta e tot? Lasă, că se rezolvă...

Sare din pat, îmbracă repede un halat, iese. Se întoarce după 10 minute:

*Rașela:* Dormi liniștit, că s-a rezolvat!

*Ițic:* CUUUM AȘA???

*Rașela:* Păi, am sunat la Ștrul și l-am întrebat dacă știe că mâine e scadent să îi plătești datoria. A zis că da. Atunci i-am zis: “APĂI, SĂ ȘTII CĂ NU AVEM BANII! ...” Așa că, dragul meu, dormi tu liniștit, că O SĂ SE ZVÂRCOLEASCĂ ȘTRUL toată noaptea ...

După ce le spun bancul, le subliniez pacienților MORALA: “Deci, dumneavoastră puteți dormi liniștit, că de acum mă zvârcolesc eu ...”).

Și acum MORALA pentru voi: Fiți *placebo* pentru pacienții voștri. Iubiți-i. Răsfățați-i. Faceți-i să se simtă în siguranță. Adăugând la acestea un tratament bun, veți avea nu numai un pacient vindecat (sau stabilizat), ci și un pacient fericit și recunoscător. Și, ceea ce nu se poate compara cu nimic, *un prieten...*

Acum, că am lămurit cu noțiunea de *placebo*, să nu uităm că există și reversul. Fenomenul se numește *nocebo* și poate fi, la rândul lui, foarte puternic. Există relatări cum ar fi cea despre un pacient operat pe abdomen la care s-a încurcat piesa biopsică și i-a fost anunțat (în mod eronat) diagnosticul de cancer gastric, doctorul declarându-i că ar mai avea 2-3 luni de trăit. Revenit acasă, bolnavul a devenit treptat inapetent, deprimat, a pierdut în greutate, pentru a muri la sfârșitul celor două luni. Autopsia ... surpriză! – nu a depistat nici un cancer... Omul a murit ucis de credința că suferă de o boală incurabilă și a respectat scadența sugerată de doctor ...

Deci, atenție: subiectul (nu pot spune *obiectul*, deși așa ar fi științific) muncii noastre sunt *oamenii*, nu șuruburile. Privirile, vorbele, atitudinile noastre îi pot face să înflorească sau îi pot ucide ...

Fiți *extrem* de atenți când formulați evaluări prognostice, mai ales nefavorabile. Felul în care comunicăm bolnavului prognosticul unei boli cronice sau incurabile ne poate poziționa pe noi, ca medici-medicament, pe poziția de *placebo* sau de *nocebo* și, desigur, nu ne dorim a doua variant ...

Să nu vedeți în afirmația aceasta nici o contradicție cu principiul de a fi onești cu bolnavul, și iată de ce:

Fiecare bolnav este un caz individual. Ori, prognosticele se derulează într-o statistică ce respectă curba lui Gauss. Vor exista întotdeauna cazuri care vor evolua mult mai prost decât ar fi de așteptat și cazuri care evoluează mult mai *bine* decât ar fi de așteptat.

Nu putem și niciodată pe care parte a curbei se va plasa bolnavul nostru. De aceea, este onest să îi comunicăm că, de exemplu, deși în principiu boala poate avea o evoluție nefavorabilă (e de evitat cuvântul “proastă” sau “fatală”), totuși există cazuri cu evoluție foarte bună (chiar dacă lentă). Iar diferențele de evoluție pot fi atribuite unui stil de viață sănătos, unui optimism robust, unei relații de respect și empatie cu medicul curant, unor relații bune cu familia și, nu în ultimul rând, unei vieți spirituale active, prin care bolnavul să fie încredințat că sănătatea și viața lui se află, în ultimă instanță, în mâinile unui Dumnezeu atotputernic și binevoitor, prietenos, iubitor.

În al treilea rând, trebuie să ne însușim o virtute de căpătâi: *discreția*. Nu este profesionist să divulgăm în afara cabinetului datele pe care le-am cules de la bolnavi. În caz contrar, suntem pasibili de a răspunde în fața legii și e inutil să mai precizez că relația de încredere cu pacientul se va pulbera iremediabil ...

(Am avut o situație în care, în timp ce operam un pacient, unul dintre colegii prezenți în sala de operație a început să facă aprecieri peiorative la adresa unui alt coleg. Întâmplător, pacientul de pe masa de operație era chiar socrul colegului țintit de comentariile respective ...)

Un alt aspect pe care trebuie să îl avem în vedere este gestionarea pacienților cu boli cronice, de exemplu cu psoriazis, lupus, sclerodermie, boli genetice etc.

O adevărată plagă a zilelor noastre este criza de timp. De aceea, în momentul în care ne reîntâlnim cu un pacient cronic putem cădea în capcana de a considera că știm cazul lui și să îl examinăm într-un mod superficial. E o abordare periculoasă, mai ales în cazul unor boli cronice, cum ar fi dermatomiozita adultului, care poate reprezenta un sindrom (sau fenomen) paraneoplazic (adică se poate manifesta în paralel cu un cancer care, la momentul examinării, poate fi prezent, dar încă nedescoperit, sau se poate contura de-a lungul timpului). De aceea, orice bolnav, dar mai ales aceștia, trebuie examinați de fiecare dată minuțios, ca un caz nou.

Nu am dat întâmplător dermatomiozita ca exemplu. Am avut un astfel de pacient la care, din fericire, nu am ce să îmi reproșez. L-am chemat bianual la control și l-am trimis în consult la toate specialitățile care se puteau alinia diagnosticului de: *Dermatomiozită cronică a adultului. Suspect sindrom paraneoplazic*. Toate rezultatele negative, vreo 3-4 ani. La ultima internare a venit mult mai slab și puțin fonfăit. Abia atunci i-a făcut medicul ORL-ist rinoscopia posterioară, care a evidențiat cancerul din cavum (între nas și gură). Superficialitatea cu care a fost consultat acest bolnav ani de zile l-a costat viața (iar eu am și acum străngeri de inimă când mă gândesc că acest om *putea fi salvat*) ...

Există și alte boli în care nu trebuie să scăpăm bolnavul din vedere: bolile care pot ele însele evolua la un moment dat către o neoplazie, cum ar fi, de exemplu, nevii displazici (care pot evolua spre sau, după unii, se pot dovedi a fi fost chiar de la început un melanom), keratozele actinice (pot evolua spre un carcinom spinocelular) sau parapsoriasisul (poate evolua spre un limfom cutanat). Cei interesați pot consulta capitolele de *dermatoze precanceroase* din diverse manuale sau tratate ...

Revenind la discuția cu bolnavul, aceasta trebuie să ne furnizeze următoarele informații:

- Când a debutat boala (ore, zile, săptămâni, luni, ani)
- Cu ce simptome; dacă aceste simptome sunt corelate cu ceva (medicamente, cosmetice, alimente/băuturi, frig, cald, expunere la soare, ciclul menstrual, scăldatul în apă de bazin, râu sau mare, hobby-uri sau un act sexual neprotejat cu partener necunoscut; dacă apar după contactul cu anumite substanțe, plante, obiecte; dacă le mai are cineva din anturaj, dacă se agravează la locul de muncă și se ameliorează în weekend sau concedii, dacă apar predominant ziua sau noaptea, dacă deranjează somnul etc.)
- Dacă se știe alergic la ceva, cum se manifestă alergia și cum o tratează
- Ce ocupație are și la ce substanțe este expus
- Dacă boala are legătură cu expunerea la soare – care este tipul lui de reacție la fotoexpunere?
- Care a fost evoluția simptomelor respective și în cât timp (important mai ales pentru tumori)



- Ce boli mai are pacientul (dar, atenție, nu e un scenariu neobișnuit ca anumite boli de care bolnavul nu știa să fie depistate cu ocazia consultului nostru!!!) și cu ce *medicamente* le tratează
- Dacă a inițiat vreun tratament (din proprie inițiativă sau la sfatul unui nespecialist sau, dimpotrivă, al unui medic)
- Dacă tratamentul efectuat a fost administrat local sau/și pe cale generală
- Dacă pacientul a urmat tratamentul întocmai cum i-a fost prescris (dacă nu, de ce nu)
- Ce efect a avut tratamentul
- Ce probleme de sănătate există în familie
- Dacă cineva din familie sau de la locul de muncă mai are simptome asemănătoare
- Ce stil de viață are (alimentație, fumat, alcool, hobby-uri)
- Dacă a călătorit undeva în ultimul timp (ex. zone endemice pentru boala suspectată)
- Dacă a avut raporturi sexuale neprotejate
- În ce fel și în ce măsură e afectată calitatea vieții de boala dermatologică

După discuția preliminară, numită *anamneză*, al cărei scop a fost atât de a vă ajuta orientarea diagnostică, cât și de a stabili o linie de comunicare, o relație interpersonală cu bolnavul, de a-i câștiga încrederea sau de a-i confirma că a făcut o alegere bună venind la Dvs, urmează examinarea pielii sau *examenul obiectiv*.

Începem prin a ne asigura că dispunem de un ambient potrivit (călduros, bine iluminat) și prin a informa bolnavul că în continuare va fi necesar să examinăm toate aparatele și sistemele și tegumentul în întregimea lui.

Întrucât **examenul clinic general** a fost studiat în cadrul disciplinei de semiologie medicală, descriu în continuare doar examenul organului cutanat.

Am menționat anterior că examinarea se va face pe porțiuni, menajând psihicul și pudora bolnavului.

Putem începe cu zona indicată de pacient, dar în final trebuie să ne asigurăm că am trecut în revistă toate zonele, folosind inspecția și palparea, la care se pot adăuga manevre instrumentale (lupa, dermatoscopia: dermatoscoapele, îndeosebi, sunt instrumente deosebit de utile, ușor de transportat și ieftine, comparativ cu alte aparate; de aceea ar fi indicat să facă parte din dotarea nu numai a oricărui medic dermatolog, ci și a oricărui medic de familie).

Evaluarea oricăror leziuni comportă niște jaloane de urmărit:

- Leziunile sunt localizate, grupate, sau generalizate?
- Sunt simetrice (sugerând o cauză internă – ex. sifilisul) sau asimetrice (sugerând o cauză externă – ex. dermatitele de contact, infecțiile)?
- Sugerează anumite forme (liniare, geografice, inelare, punctate)?
- Există o distribuție preferențială pe anumite zone (de extensie, pliuri, zone fotoexpuse, scalp, extremități)?
- Există fenomen Koebner (dezvoltarea unor leziuni similare bolii de bază la nivelul unui traumatism liniar pe tegumentul aparent sănătos la cca două săptămâni de la traumatism)?
- Sunt dureroase? Pruriginoase? Sau lipsește sensibilitatea (care? tactilă, termică, dureroasă?) Mirositoare? (leziunile din anumite boli au mirosuri caracteristice: *favusul* miroase a urină de șoarece, infecțiile cu *b. pioceanic* miros a flori de salcâm, eritrodermiile degajă un miros de cocă fermentată, iar infecțiile cu *anaerobi* un miros greu de suportat; pe de altă parte, unele leziuni sunt devastator de dureroase – cum ar fi *tumora glomică*, altele foarte dureroase – *zona zoster*, sau, dimpotrivă, pot evolua cu anestezie – *lepra*, unde sensibilitatea dureroasă și cea termică dispar, păstrându-se însă sensibilitatea tactilă).

O mențiune specială pentru **prurit**: de obicei bolile pruriginoase se asociază și se demască prin prezența *leziunilor de grataj*, care sunt produse prin scărpinarea pielii pentru calmarea pruritului. Anamneza trebuie să precizeze dacă pruritul e generalizat sau localizat.

Pruritul **generalizat**, la rândul său, poate fi:

- *primar*

- datorat unor boli dermatologice (scabie, eczemă, urticarie, prurigo nodular, lichen plan, uneori psoriazisul) sau
- *secundar*
  - datorat unor boli sistemice (insuficiența renală cronică, obstrucția biliară, ciroza biliară primitivă, hipo- sau hipertiroidismul, anemia feriprivă, policitemia, limfoamele – în special boala Hodgkin – sau alte neoplazii, neuropatii asociate cu: tumori cerebrale, accidente vasculare cerebrale, tumori medulare, cu HIV sau cu diabet zaharat) sau
  - consumului unor medicamente (în special *statinele, inhibitorii enzimei de conversie, opiaceele, barbituricele, antidepresivele, retinoizii*).
  - *Sarcina* poate fi și ea responsabilă de apariția pruritului.

Pruritul **localizat** poate fi întâlnit în:

- Eczemele cronice
- Neurodermite
- Dermatita de contact
- Prurigo nodular localizat
- Pruritul neuropat din:
  - Notalgia paresthetica (localizare pe marginea inferioară a scapulei)
  - Pruritul brahioradial (pe marginea dorso-laterală a brațelor)
- Situații rare:
  - Tumori cerebrale sau medulare:
    - Pruritul nărilor
    - Pruritul de la nivelul capului, gâtului, membrilor superioare
    - Pruritul unilateral al membrului superior
  - Sindromul trofic trigeminal.

- Leziunile sunt bine/rău delimitate?

- Care este aspectul suprafeței? (aspectul neregulat sugerează participarea epidermului, cel regulat sugerează localizarea predominant dermică)
- Erupecia e *monomorfă* (cu un singur tip de leziuni) sau *polimorfă* (mai multe tipuri de leziuni). În acest din urmă caz, polimorfismul poate fi *primar* (erupcua comportă de la bun început leziuni diferite, ca în *vascularitele leucocitoclastice*) sau *secundar* (în cazul bolilor cu mai multe pusee evolutive, cum ar fi *pemfigusul vulgar*; în această situație, erupcua inițială este buloasă. În timp ce fiecare bulă individuală se sparge și apar eroziuni, poate surveni un al doilea puseu eruptiv, pe pielea bolnavului găsindu-se acum două feluri de leziuni: bule și eroziuni. La fel, în timp ce primele bule se acoperă de cruste, iar cele din valul al doilea se sparg, transformându-se în eroziuni, poate surveni al treilea val eruptiv, care se va solda cu trei tipuri de leziuni: bule, eroziuni și cruste ... Până la un punct, numărul de leziuni diferite corespunde cu numărul puseelor eruptive ...)
- Cum *evoluează* leziunile? Cum e vindecarea? Cu restitutio ad integrum? Cu hiperpigmentare? Cu hipopigmentare? Cu formare de cicatrici? Care e aspectul cicatricilor?
- Leziunile au recidivat în cicatrici?
- Ce relații ne oferă PALPAREA leziunilor? Putem înțilni aspecte cum ar fi:
  - o *Temperatura* crescută – apare în *infecții, inflamații, tromboflebite superficiale* etc; temperatura scăzută, mai ales la nivelul extremităților, reflectă tulburări de circulație până la absența totală a acesteia (în *arterite*)
  - o Tegumentul are o *grosime* normală? Sau e subțiat, atrofic (*vergeturi, cicatrici atrofice, atrofodermii*)? Sau, dimpotrivă, e îngroșat (*lichenificări, hiperkeratoze*)?
  - o Leziuni *catifelate* – în *erupțiile postmedicamentoase, rozeola sifilitică*
  - o Leziuni *aspre* (această caracteristică reflectă *hiperkeratoza*) – în *keratozele seboreice, actinice, keratodermiile palmoplantare, psoriazis, lichenul plan, sifilidele psoriaziforme* etc.
  - o Leziunile prin soluții de continuitate pot avea și ele trăsături relevante. De exemplu, *șancrul sifilitic* este în

mod caracteristic dur, spre deosebire de alte șancre, de obicei moi

- Exprimarea unor *chiste sebacee* exteriorizează un material grăsos, ca untul
- Apariția unui conținut purulent la exprimarea unei leziuni sugerează o *piodermită* sau o altă leziune complicată prin *suprainfecție*
- Exprimarea leziunilor verucoase din *carcinomul verucos* duce la apariția unor vermiote caracteristice
- Palparea unor furuncule sau abcese ne spune dacă gestul chirurgical este oportun sau nu (dacă s-a constituit sau nu colecția purulentă); o colecție în curs de constituire dă senzația de *renitență*, spre deosebire de o colecție constituită, care dă senzația de *fluctuență*
- Palparea mai poate decela abateri de la **consistența** normală a tegumentului, cum ar fi *infiltrarea*, care e renitentă și în general caracterizează inflamațiile, sau *indurarea*, cu o consistență crescută, până la o consistență lemnoasă, aceasta fiind caracteristică tumorilor (în special maligne), precum și altor boli, cum ar fi: lipodermatoscleroza din insuficiența venoasă cronică, sclerodermia sistemică sau localizată, fibroza sistemică nefrogenică, unele cicatrici, dermatofibroamele.

Examinarea îndeaproape a leziunilor bolnavului nostru trebuie inclusă în examinarea *generală* a tegumentului.

În general, e indicat să începem examinarea de sus în jos. Voi puncta pe scurt unele aspecte semiologice mai frecvente care pot fi detectate cu ocazia unei astfel de examinări.

- **Extremitatea cefalică:** vom evalua:
  - ***Distribuția și densitatea pilozității***
    - dacă există zone de alopecie
      - difuză – senilă? posttraumatică? sifilis?
      - pe tâmples și în regiunea vertexului - de tip androgenic?
      - în pastile – alopecia areata? pilomicoze? lupus? lichen plan?

- în formă de lovitură de secure, continuând pe pielea frunții – morfee?
  - alopecie completă – alopecia totalis? alopecia universalis?
  - alopecie în luminișuri – sifilis?
  - alopecie cicatricială? (nu se observă prezența foliculilor piloși) sau necicatricială? (foliculi prezenți)
    - dacă părul e rărit difuz – alopecia difuză? favus pitiriaziform?
- Dacă **firul de păr** e modificat:
- se rupe de la emergență? (tricofiție)
  - se rupe la câțiva milimetri de emergență? (microsporidie)
  - e foarte subțire și scurt? (părul miniaturizat din alopecia androgenică)
  - e friabil? (atopie)
  - e presărat cu nodozități? (sindromul Netherton)

(examinarea se poate completa cu *testul tracționării părului*, care ne confirmă tendința patologică de cădere a acestuia: se prinde între police și index, de la emergență, un grup de 25-50 de fire de păr și se tracționează ușor în timp de degetele alunecă înspre vârful firelor de păr, pe toată lungimea lor. În mod normal se desprind 1-2 fire de păr)

- Dacă **pielea scalpului** e modificată și cum anume:
- zone de roșeață (eritem)
  - zone de atrofie (se asociază *alopecia cicatricială*)
  - scuame (dermatită seboreică? psoriazis? pemfigus seboreic?)
  - cruste
  - noduli
  - chiste
  - formațiuni pigmentare
  - formațiuni tumorale sau chistice (chist sebaceu? chist trichilemal?)
- Evaluarea **secreției sebacee** a scalpului (normală, scăzută sau excesivă)

- **La nivelul feței:**
  - prezența eritemului
    - de tipul aripilor de fluture pe pomeți - lupusul sistemic?
    - predominant pe pomeți și frunte, eventual cu telangiectazii sau papule - acneea rozacee?
  - pete pigmentare
    - din naștere – nevi congenitali? efelide?
    - dobândite – lentigo actinic? lentigo malign? keratoza actinică pigmentată?
  - foto/crono-îmbătrânirea (ridurile excesive sau, dimpotrivă, lipsa ridurilor din sclerodermie)
  - leziuni atrofice (cicatrici atrofice post acnee? lupus eritematos cronic?)
  - leziuni de acnee: comedoane, papule, chiste, noduli
  - la nivelul ochilor:
    - pleoapele cu marginea neregulată, eritemato-scuamoasă – blefarita / blefaro-conjunctivita din rozacee?
    - pleoapa inferioară extrovertită – ectropion? (apare în eritrodermii cronice)
    - eritem violaceu periorbital – eritemul heliotrop din dermatomiozită?
    - edeme ale pleoapei inferioare – alergice? dermatomiozită? (aspect de cuib de rândunică) boli renale? cardiace? hepatice?
    - lipsa genelor – alopecia universalis?
    - aderențe între conjunctiva palpebrală și cea oculară - pemfigoid cicatricial?
    - leziuni gălbui, plane sau elevate, cu forme neregulate la nivelul pleoapelor – xantelasma?
    - ochi roșii – conjunctivită? (constantă în *sindromul Reiter*)
  - la nivelul nasului:
    - nasul efilat – sclerodermie sistemică?

- nasul cu porii lărgiți, îngroșat pseudotumoral – rinofima din rozacee?
- la nivelul sprâncenelor:
  - alopecie sprâncenoasă externă – sifilis? lepră? hipotiroidism?
  - lipsa sprâncenelor – alopecia universalis?
- la nivelul gurii:
  - pseudocicatrici radiare în jurul orificiului bucal – sclerodermie sistemică?
  - vezicule pruriginoase, grupate, recidivante, la nivelul buzelor – herpes labial?
  - buze subțiate – sclerodermie sistemică?
  - buza inferioară cu scuame – keilită actinică?
  - ambele buze cu scuame – dermită de contact la ruj sau la strugurel?
  - ambele buze cu scuame și eritem perilabial – lip-lick dermatitis?
  - pete pigmentare pe buze – lentiginoză? Sindrom Peutz-Jegers?
  - buze foarte umflate, roșii – angioedem? exces de fillere?
  - ulcerații trenante sau formațiuni vegetante la nivelul buzei inferioare – carcinom spinocelular?
- **La nivelul urechilor:**
  - leziuni scuamoase – dermatită seboreică? psoriazis?
  - leziuni eritematoscuamoase retroauriculare – intertrigo candidozic? psoriazis inversat?
- **La nivelul cefei și gâtului:**
  - pete acrome și hiperacrome – colierul Venerei? (sifilis)
  - hiperpigmentare și riduri adânci cervicale posterioare – elastoză solară?
  - cicatrici keloide – foliculita cheloidiană a cefei?



- placă pruriginoasă cervico-occipitală în care cadrilajul cutanat este accentuat, hiperkeratozic – neurodermită?
- leziuni eritematoscuamoase – intertrigo? psoriazis inversat?
- PALPAREA GANGLIONILOR CERVICALI
- **În cavitatea bucală:**
  - leziuni pigmentare – melanoza? melanom? sindromul Peutz-Jegers?
  - gingii eritematoscuamoase – gingivită descuamativă – psoriazis?
  - limba cu depozite albicioase - candidoza?
  - limba cu desene albicioase policiclice, tranzitorii și variabile – limba geografică?
  - desen arborizat pe mucoasa jugală – lichen plan? (“frunza de ferigă”)
  - benzi atrofice mărginite de zone albicioase hiperkeratozice – lupus eritematos?
  - plăci albicioase – sifilide?
  - ulceratii – afte? lupus eritematos? pemfigus vulgar?
  - formațiuni tumorale regulate, care ulcerează – gome? tumori benigne? maligne? (să nu se omită examinarea zonei retromandibulare, care e o localizare frecventă pentru cancerule bucale, motiv pentru care a și fost numită *locul sicriului*)
  - formațiuni vegetante – carcinom spinocelular? candidoză vegetantă?

În această etapă rugăm pacientul să se dezbrace până la brâu, apoi continuăm examinarea:

- **La nivelul toracelui:**
  - eritem “în V” pe decolteu – dermatomiozită?
  - eritem cu “semnul șalului” la baza gâtului – dermatomiozită?
  - mici și multiple formațiuni roșii – angioame senile?
  - formațiuni pigmentare – nevi? keratoze seboreice? multiple, asimetrice, cu multiple culori – sindromul nevilor displazici? melanom?

- pete caffè-au-lait – neurofibromatoză?
- pete rozate ca floarea de cireș, asimptomatice – rozeola sifilitică? erupție postmedicamentoasă?
- leziuni papulo-nodulare, pustuloase, cicatriciale – acnee?
- plăci eritematoscuamoase – psoriazis?
- varice – cancer pulmonar? mamar? tiroidian?
- erupție buloasă: pemfigus vulgar? dermatită herpetiformă? erupție postmedicamentoasă?
- **În axilă:**
  - efelide axilare – neurofibromatoză?
  - leziuni eritematoscuamoase: intertrigo streptococcic? intertrigo candidozic? eritrasma? psoriazis inversat?
  - leziuni veziculo-buloase axilare: boala Hailey-Hailey?
  - mici papule, eroziuni postgrataj pe zona axilară anterioară, cu prurit nocturn – scabie?
  - PALPAREA GANGLIONILOR AXILARI
- **În șanțul submamar:**
  - psoriazis inversat?
  - boala Hailey-Hailey?
  - intertrigo candidozic?
- **La nivelul abdomenului:**
  - pete rozate ca floarea de cireș, asimptomatice – rozeola sifilitică? erupție postmedicamentoasă?
  - mici și multiple formațiuni roșii – angioame senile?
  - papule și leziuni de grataj periombilical – scabie?
  - leziuni liniare atrofice – vergeturi? violacee – boală Cushing?
  - bule cu lichid clar, în tensiune – pemfigus vulgar?
  - leziuni pustuloase – psoriazis pustulos? impetigo herpetiformis?
  - varice pe părțile abdominale laterale sau periombilical, în “cap de meduză” – ciroză?
  - PALPAREA GANGLIONILOR INGHINOCRURALI

În această etapă rugăm pacientul să se îmbrace pe jumătatea superioară a corpului și să dezbrace trenul inferior, apoi continuăm examinarea:

- **La nivelul feselor:**
  - papule, leziuni de grataj – scabie?
  - papule, pustule foliculare – foliculită?
  - papule foliculare și nefoliculare, eroziuni punctiforme, uneori vezicule – boală Dühring?
  - eritem și/sau eroziuni și/sau necroză uscată și/sau ulceratii (necroză umedă) – leziuni de decubit?
  - eritem în șanțul subfesier – intertrigo?
  - mică ulceratie în zona sacrală cu evoluție trenentă – sinus pilonidal?
- **La nivelul membrelor:**
  - papule violacee, pruriginoase – lichen plan?; mai elevate, cu scuame groase – lichen hipertrofic?
  - plăci eritematoscuamoase – dermatita de stază? eczemă? tinea manuum?; cu scuame pluristratificate, mai ales pe coate și genunchi – psoriazis?
  - papule de culoarea tegumentului normal, pretibial sau pe fața anterioară a gambei – lichen amiloid?
  - vezicule grupate în buchet – herpes? Leziuni multiple – dermatita herpetiformă?; aliniate de-a lungul unui nerv senzitiv sau mixt – zona zoster?
  - vezicule pruriginoase pe fețele laterale ale degetelor, palme/plante – dishidroza?
  - bule mari, în tensiune, unele cu conținut hemoragic – pemfigoid bulos?
  - papule și eroziuni postgrataj pe fața anterioară a articulației pumnului, pe glezne și/sau în spațiile interdigitale – scabie?
  - pustule palmare, plantare – psoriazis pustulos palmoplantar?
  - pustule foliculare – foliculită post-epilare?
  - leziuni polimorfe (papule, veziculo-bule hemoragice, eroziuni, ulceratii) pe gambe – vascularita?
  - scuame groase albe la nivelul genunchilor – psoriazis?
  - scuame groase albe la nivelul palmelor/plantelor – hiperkeratoză palmoplantară? psoriazis? tinea? sindrom Reiter?
  - scuame groase cu tentă oranj la nivelul palmelor/plantelor – pityriasis rubra pilar?

- degetele de la picioare reci, violacee sau palide, uneori cu ulceratii și necroze, lipsa pulsului – arterită?
- **La nivelul unghiilor;** se examinează repliurile unghiale, cuticulele, patul și lama unghială, marginea liberă.
  - repliurile unghiale edemațiate, congestive, dureroase – perionixis?
  - teleangiectazii la nivelul repliului unghial – colagenoze?
  - pigment la nivelul repliului unghial, corespunzând unor benzi pigmentare longitudinale pe unghie – melanom? (semnul Hutchinson)
  - unghii îngroșate, cu modificări de culoare, eventual detașate de patul unghial – onicomicoză? psoriazis?
  - lama unghială cu aspecte de pată de ulei pe suprafață – psoriazis?
  - unghii cu benzi longitudinale de pigment brun – nev? melanom? Boală Addison?
  - unghii cu hiperpigmentare difuză – constituțional? antimalarice de sinteză?
  - unghii albe (leuconichie) – constituțional ? (rar); micoză? posttraumatic? postmedicamentos? hipoalbuminemie?
  - striuri albe transversale – micoză? Intoxicații (arsenic, taliu)? traumatisme?
  - unghii albe proximal și roșcat distal – insuficiență renală cronică (boala “half and half nail”)?
  - striuri orizontale roșii și albe – infecție HIV?
  - unghii cu șanțuri orizontale (linii Beau) – traumatism (manichiura)? psoriazis? diabet? malnutriție? tumori? chimioterapie?
  - unghii cu șanțuri și, eventual, fisuri longitudinale – vârstă înaintată? vasculopatii? lichen plan? amiloidoză? boală grefă-contra-gazdă?
  - orificii punctiforme la nivelul lamei unghiale (pitting, aspect de degetar de croitor) – psoriazis? alopecia areata? eczemă?
  - unghii dezlipite de patul unghial (onicoliză) – traumatism? onicomicoză? tumoră unghială? Dacă coexistă expunerea la soare și simptome dureroase – fotoonicoliză? medicamentoasă? (în consumul unor

medicamente fotosensibilizante, cum ar fi tetraciclinele, retinoizii, chinolonele, AINS etc.)

- repliul unghial proximal are o prelungire triunghiulară care pare că se suie pe lama unghială (lama unghială fiind de fapt distrusă în porțiunea respectivă, iar patul unghial aderent de repliul unghial) – lichen plan?
- căderea tuturor unghiilor – boala mână-picior-gură?
- **La nivel ano-genital:**
  - pete pigmentare – melanoză? nevi? melanom?
  - mici și multiple formațiuni roșii-violacee, hiperkeratozice – angiokeratoame?
  - leziuni eritematoscuamoase cu contur policiclic – tinea cruris?
  - formațiuni conopidiforme cu bază mică de implantare – condiloame?
  - formațiuni conopidiforme cu bază mare de implantare – condiloame late (sifilis)?
  - vezicule grupate – herpes genital?
  - secreții uretrale/vaginale patologice:
    - gălbui, purulente – gonoree?
    - transparente, filante – uretrita chlamidiană?
    - aerate – uretrită cu *Trichomonas*?

În bolile cu erupții extinse, ne poate fi utilă aprecierea suprafeței corporale afectate de erupție (BSA) prin *regula lui 9*, calculând în felul următor:

- cap și gât = 9%
- torace anterior = 9%
- torace posterior = 9%
- abdomen = 9%
- zona lombară și fesele = 9%
- membrele inferioare – fiecare câte  $2 \times 9\% = 18\%$
- perineul = 1%

O metodă alternativă de calcul a BSA utilizează palma *pacientului* (excluzând degetele), care echivalează cu 0,5% din suprafața corporală).

După parcurgerea acestor etape anunțăm bolnavul că examinarea s-a încheiat și că poate să se îmbrace.

Desigur, după atâta manipulare, bolnavul are niște așteptări privind clarificarea diagnosticului, a atitudinii terapeutice și a prognosticului bolii sale. Uneori acest lucru e ușor de realizat (ex: furuncule, acnee, herpes etc). Alteori sunt necesare investigații suplimentare pentru precizarea diagnosticului. Acest lucru trebuie discutat cu pacientul, arătându-i evantaiul de boli care intră în discuție și, dacă e cazul, de ce e nevoie de investigații mai scumpe, sau mai agresive.

Uneori putem iniția un tratament simptomatic, cu intenția de a ușura suferința bolnavului, înainte de a afla rezultatele investigațiilor, urmând ca tratamentul definitiv să fie stabilit când vom dispune de toate datele. De exemplu, în afecțiunile pruriginoase, care pot fi de cauză endogenă, neurogenă, psihogenă, în cadrul unei insuficiențe renale sau hepatice, sau al pruritului senil, nu vom aștepta câteva zile rezultatele analizelor (incluzând culturile), ci vom calma pruritul.

Sunt, de asemenea, situații în care diagnosticul etiologic nu poate fi stabilit cu certitudine (colagenozele, cancerule) și atunci tratamentul simptomatic și cel patogenetic sunt singurele pe care le putem aplica.

E bine să cerem bolnavului permisiunea de a fotografia leziunile, pentru a putea ulterior documenta efectul – sau lipsa de efect – a tratamentului. Am numeroase exemple despre pacienți care sunt nemulțumiți de tratament fiindcă nu se văd complet vindecați destul de repede și fiindcă pur și simplu uită cum erau la începutul tratamentului. Este mai ales cazul pacienților cu acnee, cel mai adesea adolescenți frustrați și nerăbdători, complexați și – consideră unii – invalidați de boala lor. Sau pacienții cu vitiligo, sau cu ulcere de gambă, la care modificările în bine sunt subtile și nu se văd de pe o zi pe alta ...

Acesta ar fi începutul relației noastre cu pacientul, centrată pe încredere, din partea lui, și onestitate dublată de competență și bunăvoință, din partea noastră.

Să nu uităm că această relație va trebui cultivată în continuare. Pacienții care ni se adresează sunt cu un nivel tot mai înalt de cultură și cu un acces tot mai larg și facil la informațiile medicale de ultimă oră. În plus, sunt motivați “de propria piele” să afle cât mai mult despre boala lor, despre ce investigații și ce tratamente ar trebui să facă. Nu sunt

excluse scenariile în care bolnavii pot fi mai informați decât noi ... În această situație, pe de o parte, e corect să recunoaștem că nu suntem la curent cu datele respective, dar ne vom informa în cel mai scurt timp (putem chiar să le solicităm lor sursa informației), iar pe de altă parte, să îi ghidăm să selecteze cu discernământ datele compatibile cu starea lor actuală. Fiindcă implicarea personală vine întotdeauna cu o doză mare de subiectivism și de anxietate, iar lipsa inevitabilă a experienței de specialitate își va spune invariabil cuvântul. Dealtfel, este cunoscut faptul că, în general, pentru a evita subiectivismul inerent cazurilor foarte apropiate, medicii își adresează membrii de familie altor colegi...

Să evităm aprecierile peiorative asupra faptului că pacienții ni se adresează în general pentru o a doua, dacă nu chiar a treia opinie (prima fiind *Google*, iar a doua – farmacistul...). Sau dacă ni se adresează după ce au încercat fără efect (sau cu efecte *foarte* proaste) leacurile recomandate de te miri cine. Totuși, e de dorit să îi educăm în sensul de a acționa corect, în propriul lor interes.

Le mai spun, unora ca aceștia: “Dacă vi se strică frigiderul, sau mașina de spălat, sau călcătorul – toate acestea putându-se, în fond, înlocui cu bani – chemați specialistul; dacă însă vi se strică pielea – pielea dumneavoastră, unicat irepetabil – considerați că vă descurcați singur ... Vi se pare corect?”

Da, dragii mei, cu Dermatologia nu e simplu deloc. Nici din punct de vedere profesional (poți îmbătrâni în meserie și totuși să întâlnești cazuri care să te lase perplex; cred că e specialitatea în care se descoperă cele mai multe boli noi și care impune colaborarea cu cele mai multe alte specialități și cunoașterea unei părți bune din patologiile studiate de acestea), nici din punct de vedere socio-psihiologic (fiindcă trebuie să interacționăm cu toate categoriile de bolnavi, de toate vârstele, sexele, rasele, nivelurile de cultură, tipurile de personalitate, și pe toți să îi ajutăm să atingă cea mai bună stare permisă de cuceririle științifice contemporane pe tărâmul patologiei lor).

Nu e simplu, dar nu e nici imposibil. Iar secretul reușitei constă în două lucruri: dragostea de meserie și dragostea de bolnavi.

Iar peste toate, dacă acestea există, se va așterne dragostea și ajutorul lui Dumnezeu ... Fiindcă, după părerea mea, un medic bun nu este altceva decât *mănușa lui Dumnezeu* ...

## BIBLIOGRAFIE

1. Baran R, Dawber RPR, de Berker DAR, Tosti A. *Baran and Dawber's Diseases of the Nails and Their Management*; 2008. doi:10.1002/9780470694947
2. Burge S, Matin R, Wallis D, Oxford, Editori vers. în lb. română Giurcăneanu C, Șandru F, Nicolescu AC, Editura Hipocrate, București, 2020. Ghid practic de dermatologie, ediția a 2-a
3. Burns DA, Breathnach SM, Cox NH, Griffiths CEM. *Rook's Textbook of Dermatology: Eighth Edition*; 2010. doi:10.1002/9781444317633
4. Coulombe PA. Discovery of keratin function and role in genetic diseases: the year that 1991 was. *Mol Biol Cell*. 2016;27(18):2807-2810. doi:10.1091/mbc.E15-09-0625
5. Cristodor P, Gârlea S. *Memorator de diagnostic diferențial al bolilor dermatologice*, Editura Fundației Culturale Libra, București, 2007, ISBN: 978-973-7633-59-0
6. Cristodor P. *Dicționar de diagnostic diferențial dermatologic clinic, Volumul I, Literele A-L*. Editura Marineasa, Timișoara, 2009, ISBN: 978-973-631-566-4, Vol I 978-973-631-567-1
7. Cristodor P. *Dicționar de diagnostic diferențial dermatologic clinic, Volumul II, Literele M-Z*. Editura Marineasa, Timișoara, 2009, ISBN: 978-973-631-566-4, Vol II 978-973-631-568-8
8. Deckers J, Hammad H, Hoste E. Langerhans Cells: Sensing the Environment in Health and Disease. *Front Immunol*. 2018;9:93. doi:10.3389/fimmu.2018.00093



9. Elston DM. Fitzpatrick's color atlas & synopsis of clinical dermatology, 6th ed. *J Am Acad Dermatol.* 2010. doi:10.1016/j.jaad.2009.06.065
10. Feier V. Dermato-venerologie, Editura Amarcord, Timișoara, 1998, ISBN 973-9244-51-3
11. Feier V, Cristodor P, Teodorescu-Brînzeu D. *Dermatology and Sexually Transmitted Diseases*, Editura Mirton, Timișoara, 2004, ISBN973-661-555-3
12. Goldschmith LA, Katz SI, Gilchrest BA, Paller AS, Leffell DJ, Wolff K. Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine Eighth Edition. *McGraw-Hill.* 2012. doi:10.1017/CBO9781107415324.004
13. Goldstein B, Goldstein A. Overview of benign lesions of the skin. *UpToDate.* 2018.
14. Halfter W, Oertle P, Monnier CA, et al. New concepts in basement membrane biology. *FEBS J.* 2015;282(23):4466-4479. doi:10.1111/febs.13495
15. Hernández GC. The relevance of dermatologic semiology in the diagnosis of skin disease. *Med Cutan Ibero Lat Am.* 2014.
16. Hovav A-H. Mucosal and Skin Langerhans Cells - Nurture Calls. *Trends Immunol.* 2018;39(10):788-800. doi:10.1016/j.it.2018.08.007
17. Hsu C-K, Lin H-H, Harn HI-C, Hughes MW, Tang M-J, Yang C-C. Mechanical forces in skin disorders. *J Dermatol Sci.* 2018;90(3):232-240. doi:10.1016/j.jdermsci.2018.03.004
18. Kalra MG, Higgins KE, Kinney BS. Intertrigo and secondary skin infections. *Am Fam Physician.* 2014.
19. Kapoor MS, GuhaSarkar S, Banerjee R. Stratum corneum modulation by chemical enhancers and lipid nanostructures:

- implications for transdermal drug delivery. *Ther Deliv.* 2017;8(8):701-718. doi:10.4155/tde-2017-0045
20. Kawahara J, Bentaieb A, Hamarneh G. Deep features to classify skin lesions. In: *Proceedings - International Symposium on Biomedical Imaging.* ; 2016. doi:10.1109/ISBI.2016.7493528
  21. Kezic S, Jakasa I. Filaggrin and Skin Barrier Function. *Curr Probl Dermatol.* 2016;49:1-7. doi:10.1159/000441539
  22. Lanigan S., Zaidi Z. *Dermatology in Clinical Practice.*; 2010. doi:10.1007/978-1-84882-862-9
  23. Mak KM, Mei R. Basement Membrane Type IV Collagen and Laminin: An Overview of Their Biology and Value as Fibrosis Biomarkers of Liver Disease. *Anat Rec (Hoboken).* 2017;300(8):1371-1390. doi:10.1002/ar.23567
  24. Mangold AR, Pittelkow MR. Lichen planus. In: *Clinical and Basic Immunodermatology: Second Edition.* ; 2017. doi:10.1007/978-3-319-29785-9\_31
  25. Matsui T, Amagai M. Dissecting the formation, structure and barrier function of the stratum corneum. *Int Immunol.* 2015;27(6):269-280. doi:10.1093/intimm/dxv013
  26. Otsuka M, Egawa G, Kabashima K. Uncovering the Mysteries of Langerhans Cells, Inflammatory Dendritic Epidermal Cells, and Monocyte-Derived Langerhans Cell-Like Cells in the Epidermis. *Front Immunol.* 2018;9:1768. doi:10.3389/fimmu.2018.01768
  27. Solovan C, Chiticaru Elena, Manual de Dermatologie și Venerologie Plus, Ed. Mirton, Timișoara, 2013
  28. Ständer S, Weisshaar E, Mettang T, et al. Clinical classification of itch: A position paper of the international forum for the study of itch. *Acta Derm Venereol.* 2007. doi:10.2340/00015555-0305

29. Sutoh Y, Mohamed RH, Kasahara M. Origin and Evolution of Dendritic Epidermal T Cells. *Front Immunol.* 2018;9:1059. doi:10.3389/fimmu.2018.01059
30. Walko G, Castanon MJ, Wiche G. Molecular architecture and function of the hemidesmosome. *Cell Tissue Res.* 2015;360(2):363-378. doi:10.1007/s00441-014-2061-z
31. Yang J, Sun X, Liang J, Rosin PL. Clinical Skin Lesion Diagnosis Using Representations Inspired by Dermatologist Criteria. In: *Proceedings of the IEEE Computer Society Conference on Computer Vision and Pattern Recognition.* ; 2018. doi:10.1109/CVPR.2018.00137

# **CARTE DE ÎNVĂȚĂTURĂ ÎNTRU ALE DERMATOLOGIEI**

## **DIN CUPRINSUL VOLUMELOR:**

### **VOLUMUL I NOȚIUNI INTRODUCTIVE**

- 1) Introducere
- 2) Structura și funcțiile pielii
- 3) Leziunile elementare

### **VOLUMUL II INFECȚII ȘI INFESTAȚII CUTANATE**

- 1) Piodermitele
  - a) Generalități
  - b) Stafilodermiile
  - c) Streptodermiile
- 2) Dermatmicozele
  - a) Dermatofitiile
  - b) Candidozele/levurile
  - c) Pytiriasis versicolor
  - d) Micozele sistemice
- 3) Virozele cutanate
  - a) Generalități
  - b) Epidermovirozele hiperplazice
  - c) Epidermoneurovirozele
- 4) Infestațiile cutanate
  - a) Scabia
  - b) Pediculoza

### **VOLUMUL III BOLI CUTANATE CU SUBSTRAT IMUN ȘI ALERGIC**

- 1) Dermatitele alergice
  - a) Urticaria
  - b) Eczemele
  - c) Prurigo
- 2) Dermatozele țesutului conjunctiv
  - a) Lupusul

- b) Sclerodermia
- c) Dermatomiozita
- 3) Dermatozele buloase
  - a) Pemfigusul
  - b) Pemfigoidul bulos
  - c) Dermatita herpetiformă

## **VOLUMUL IV PATOLOGIE DERMATOLOGICĂ DIVERSĂ**

- 1) Psoriazisul
- 2) Insuficiența venoasă cronică
- 3) Acneea
  - a) Acneea vulgară
  - b) Acneea rozacee
- 4) Eritemul nodos
- 5) Eritemul polimorf

## **VOLUMUL V PRECANCERE CUTANATE, TUMORI BENIGNE ȘI MALIGNE**

- 1) Precancerile cutanate
  - a) Keratoza actinică
  - b) Nevii nevocelulari
  - c) Leucoplazia
- 2) Tumorile cutanate benigne
  - a) Keratoza seboreică
- 3) Cancerile cutanate
  - a) Epiteliomul bazocelular
  - b) Carcinomul spinocelular
  - c) Melanomul malign

## **VOLUMUL VI VENEROLOGIA**

- 1) Bolile cu transmitere sexuală
  - a) Sifilisul
  - b) Gonoreea