C.10.Tumori cutanate benigne.

**Tumori cutanate benigne**

Constituie un grup heterogen de forma­ţiuni tumorale destul de frecvent întâlnite la orice vârstă şi care au comun faptul că reprezintă hiperplazii ale celulelor şi ţesu­turilor tegumentului.

Ele reproduc histologic structura ţesu­tului din care provin, sunt bine delimitate, evoluează lent şi nu metastazează niciodată.

**Clasificarea tumorilor cutanate benigne**

*Tumori benigne epiteliale*:

Epidermice:

* keratoza seboreică
* acantomul cu celule clare
* nevii epidermici
* condrodermatita nodulară cronică a helixului
* diskeratomul verucos

Ale anexelor tegumentului :

* ale glandelor sudoripare:
* hidradenomul eruptiv-siringoame
* hidradenomul nodular
* poromul ecrin
* cilindromul
* hidradenomul papilifer
* hidrocistomul apocrin
* siringocistadenomul papilifer
* ale glandelor sebacee:
* boala Fordyce
* adenomul sebaceu Pringle
* adenoamele sebacee simetrice
* adenomul sebaceu senil
* nevul sebaceu Jadassohn
* steatocitom multiplu
* ale firului de păr :
* trichofoliculomul
* keratoza pilară inversată
* trichilemom
* trichoepiteliomul

*Tumori de retenţie (chisturi)*

* chisturi epidermoide
* chisturi dermoide
* chisturi sebacee
* chisturi trichilemale
* millium

*Tumori mezenchimale*

* ale ţesutului conjunctiv
* cheloidele
* dermatofibromul
* fibromul moale
* fibrokeratomul
* tumori ale ţesutului vascular:
* hemangioamele
* tumora glomică
* limfangioamele
* granulomul piogenic
* tumori ale ţesutului adipos:
* lipoamele
* xantoamele
* tumori ale ţesutului muscular, osos şi cartilaginos:
* leiomioamele
* osteoamele
* condroamele
* tumori ale ţesutului nervos:
* nevromul
* schwanomul
* neurofibromul

*Tumori benigne ale sistemului melanocitar*:

* nevii pigmentari

**Tumori benigne epiteliale**

**Tumori benigne epidermice**

**Keratoza seboreică** (sin. veruca sebo­reică, papilom bazocelular, verucă senilă) este tumora cutanată benignă cel mai frec­vent întâlnită.

***Epidemiologie***

Afectează în egală măsură ambele sexe, iar după momentul apariţiei există forme juvenile rare cu debut între 25-40 ani și predispoziţie genetică sau cu debut tardiv după 40 de ani, în majoritatea cazurilor. ***Etiopatogenie***

Etiologia afecţiunii este încă nepreci­zată, dar se consideră o tumoră cu origine keratinocitară.

Factorii genetici (mutaţii ale genei FGFR3), expunerea la soare și infecţi­ile (HPV) au rol în apariția keratozelor seboreice.

***Tablou clinic***

Keratoza seboreică debutează ca o pată uşor pigmentată localizată electiv pe zonele cu numeroşi foliculi pilosebacei (medioto­racic, pe faţă), care în faza de stare devine o formaţiune tumorală, reliefată, rotund-ovalară cu dimensiuni între 0,5 şi 4-5 cm, brun negri­cioasă şi uneori acoperită de scuame gri-ce­nuşii groase şi rugoase. Când sunt multiple se distribuie de-a lungul liniilor Blascho și au un pattern ase­mănător pomului de Crăciun.

***Forme clinice***

1. *Keratoza seboreică comună* este o pla­că verucoasă pe care se observă chiste pseudocornoase. Tumorile sunt de obicei asimptomatice, rareori pruriginoase. Acest tip de keratoză respectă palmele, plantele și mucoasele. Histologic, se întâlnesc hiperkerato­za, acantoza și papilomatoza.
2. *Keratoza seboreică reticulată sau adenoidă* – unii autori cred că un lenti­go solar precede această papulă sau placă pigmentară. Histologic, sunt prezente mici chisturi cornoase suspendate printre benzi de celule bazofile.
3. *Keratoza stucco* este reprezentată de pa­pule simetrice cu diametrul de 1-3 mm, pla­ne, albe sau brun deschis care aderă strâns de tegumentul extremităţilor, în special pe membrele inferioare. Histologic, aspectul este similar veruci­lor plane.
4. *Melanoacantomul sau keratoza seborei­că pigmentată*. Această keratoză seboreică benignă cu ritm lent de creștere seamănă clinic cu melanomul și se localizează ade­sea pe trunchiul, fața și gâtul indivizilor vârstnici. Histologic, este o leziune pigmentată formată din cuiburi de melanocite și kerati­nocite alături de chisturi cornoase.
5. *Dermatosis papulosa nigra* constă din prezența unor papule mici de culoare brun-închis sau neagră care se găsesc, ade­sea, la nivelul feței indivizilor cu fototip Fitzpatrick IV, V sau VI. Histologic, sunt identice cu keratozele seboreice.
6. *Keratozele seboreice papilomatoase (polipoide)* sunt asemănătoare papiloame­lor care, chiar dacă par o entitate distinc­tă, prezintă clinic și histologic trăsături comune cu keratozele seboreice. Acest tip de keratoze au aspect de papule aspre, de 1-2 mm, pediculate ce afectează, de obicei, zonele de fricțiune și gâtul. Poate să apară regresia spontană.
7. *Keratoza seboreică iritată* reprezin­tă keratoza iritată mecanic sau chimic. La nivelul leziunii sau perilezional se pot ob­serva modificări eczematoase, aspect care poartă numele de *fenomen Meyerson.*

Histologic, dermul este sediul unui in­filtrat inflamator dens, format predominant din limfocite. Uneori inflamația este li­chenoidă sau bogată în neutrofile. La ni­vel epidermic, sunt prezente keratinocitele eozinofile.

***Asocierea cu cancerele cutanate***

A fost descrisă posibilitatea transformă­rii maligne a keratozelor seboreice în car­cinom bazocelular, carcinom spinocelular, mai rar melanom sau apariţia acestor tu­mori în vecinătatea keratozelor. Semne clinice de alarmă care suspicio­nează transformarea malignă a unei kera­toze seboreice sunt: creşterea rapidă în di­mensiuni, modificarea aspectului leziunii, sângerarea frecventă, prezenţa pruritului sau a durerii etc.

Apariţia keratozelor seboreice, în mod exploziv la persoane vârstnice, are sem­nificaţia unei paraneoplazii și se numeşte *sindromul Leser-Trélat.* Adenocarcinomul gastric este cel mai frec­vent cancer asociat, dar uneori poate fi și un adenocarcinom pulmonar sau de colon. Alte afecțiuni asociate cu erupția explozivă de keratoze seboreice sunt: leucemiile, lim­foamele, lepra lepromatosă, infecţia HIV, eczema eritrodermizată și melanomul.

***Diagnosticul pozitiv***

Aspectul clinic este sugestiv, suspiciu­nea clinică fiind confirmată de examenul dermatoscopic şi histopatologic.

***Aspectele dermatoscopice*** caracteris­tice keratozelor seboreice sunt: chisturile epidermice sau miliare, structurile come­doniene sau dopurile cornoase, aspectul cerebriform, aspectul de amprentă digitală, aspectul de margine mâncată de molii, va­sele în ac de păr.

***Diagnosticul diferenţial***

Formele pigmentate, incipiente de la ni­velul feţei se diferenţiază de lentigo malign și keratozele actinice, iar formele iritate trebuie diferențiate de nevii melanocitari, melanomul malign sau carcinomul bazoce­lular pigmentat.

***Tratamentul*** se individualizează fiecă­rei leziuni în parte, leziunile suspicionate de transformare malignă sau iritate, cu lo­calizări atipice, se excizează chirurgical. Leziunile benigne se pot trata prin: me­tode fizice (crioterapie, electrocauterizare, radiocauterizare sau vaporizare laser CO2) și/sau dermabraziune. Aceste metode dau rezultate bune atunci când sunt folosite sin­gure sau combinate cu chiuretare.Complicațiile tratamentului includ: ci­catrici, tulburări de pigmentare, tratament incomplet sau recidivă.

**Nevii epidermici**

Nevii epidermicisunt formaţiuni re­liefate (foarte rar plane), circumscrise sau difuze, de forme şi dimensiuni variate care apar de la naştere sau se dezvoltă în copilă­rie. Mai reprezentative sunt nevul verucos care constituie o hiperplazie keratozică ve­ruciformă şi nevul comedonian, asemănă­tor unui comedon.

Nevul epidermic este un termen care descrie proliferările hamartomatoase ale epiteliului. Subtipurile diferă în funcţie de distribuția leziunilor sau tipul histologic celular predominant: keratinocite (nev ve­rucos), glande sebacee (nev sebaceu), uni­tate pilosebacee (nev comedonian), glande ecrine (nev ecrin) sau glande apocrine (nev apocrin).

*Epidemiologie*

Nevul epidermic apare 1 la 1000 de naș­teri. 80% din ei apar de la naştere sau în pri­mii ani de viață, majoritatea dezvoltându-se până la vârsta de 14 ani.

*Tablou clinic*

Nevul epidermic verucos sau nevul epidermic liniar se caracterizează prin papule verucoase sau difuze dar apropia­te, de culoarea pielii, brune sau gri-brune care confluează și formează plăci papilo­matoase, bine delimitate. Configurația liniară este comună pe mem­bre, pe liniile lui Blaschko sau pe liniile de tensiune în zonele netensionate. Distribuția extensivă a nevului epider­mic verucos se numește *nev epidermic sis­temizat.* Formele clinice includ:

* nevus unius lateralis (formă unilaterală),
* nevi distribuiți pe un hemicorp,
* ichtioza histrix (varianta bilaterală de nevi epidermici).

Un nev epidermic însoțit de prurit, eri­tem și scuame (aspect psoriaziform) este o formă clinică denumită *nevul epidermic liniar verucos inflamator*, care se găsește la nivelul feselor și extremităților inferioare.

***Examenul histopatologic***

Histologic, sunt zece variante de nevi epidermici, 60% dintre ei prezentând acan­toză, papilomatoză și hiperkeratoză.

***Diagnosticul diferențial*** se face cu li­chenul striat, boala Darier liniară, lichen plan liniar, porokeratoza liniară, psoriazis liniar și incontinentia pigmenti.

***Evoluție și complicații***

Nevii liniari epidermici tind să apară de la naștere până la adolescență. Cu toate că leziunile congenitale nu se extind semnifi­cativ, leziunile prezente de la naștere tind să se mărească în timpul copilăriei, stabi­lizându-se ca mărime în jurul pubertății. Leziunile din pliuri se pot macera şi su­prainfecta secundar. Transformarea malig­nă rar descrisă, apare de obicei la pacienții vârstnici sau adulți de vârstă medie.

***Tratament***

Tratamentul constă din excizia chirurgi­cală sau electroexcizia, ablație laser, electro­fulgurație, crioterapie, peeling chimic mediu sau profund. Se mai pot folosi retinoizi to­pici, dermatocorticoizi, calcipotriol pentru formele inflamatorii, dar cu rezultate slabe.

**Nevul sebaceu** (nevul sebaceu Jadasshon, nev organoid), manifestare di­sembrioplazică cu localizare în zona pă­roasă a capului apare de la naştere sau în copilărie, afectând ambele sexe. Este un hamartom benign cu elemente epidermice, foliculare și apocrine.

***Tablou clinic***

Se manifestă ca o formaţiune tumorală (placă verucoasă) uşor reliefată, cu supra­faţa boselată, de nuanţă roz-brună (gal­ben-portocaliu, ceroasă), elastică şi nedure­roasă, alopecică. Dimensiunile variază în­tre 1-4 cm. Cea mai comună localizare este scalpul (aprox 60%) apoi fața, aria preauri­culară și gâtul și mucoasa orală. Tumora este, de obicei, solitară și liniară sau curba­tă și este distribuită de-a lungul liniilor lui Blaschko.

Mehregan și Pinkus au descris 3 stadii în evoluția clinică și histologică a unui nev sebaceu:

1. *Stadiul 1* în care leziunea este ușor ele­vată și abia vizibilă la naștere și se carac­terizează prin hiperplazie papilomatoasă epitelială și foliculi piloși subdezvoltați.
2. *Stadiul 2* începe la pubertate și se aso­ciază cu devoltare marcată a glandelor se­bacee, hiperplazie verucoasă epidermică și maturarea glandelor apocrine. Clinic, se corelează cu îngrosarea și dezvoltarea su­prafeței verucoase.
3. *Stadiul 3* este reprezentat de dezvoltarea de tumori benigne și maligne la nivelul ne­vului sebaceu.

***Sindromul nevului sebaceu*** (sindromul Schimmelpenning- Feuerstein-Mims sau sindromul nevului organoid) este un sin­drom foarte rar în care se asociază un nev sebaceu extensiv, congenital cu anomalii oculare și deficite cerebrale, cum sunt re­tardul sau convulsiile.

***Evoluție, complicații***

25% dintre pacienţii cu nev sebaceu au risc de dezvoltare pe suprafaţa aces­tuia de tumori benigne şi maligne. Riscul malignizării creşte cu vârsta, majoritatea studiilor indicând imposibilitatea dezvol­tării tumorilor maligne la copii.

***Tratamentul*** constă din electroexcizia sau excizia chirurgicală a tumorii până la țesutul adipos, fototerapia dinamică, laser CO2 și dermabaraziunea, dar există risc de recurență sau dezvoltare de noi tumori. Dacă apar noduli sau papule, pentru a ex­clude dezvoltarea unei malignități rare, se recomandă excizia chirurgicală a leziunii.

**Nevul comedonian** (comedo nevus, nev folicular keratozic, nev acneiform uni­lateral sau nev zoniform) este un hamartom rar al unității pilosebacee.

***Tablou clinic***

Porii dilatați comedon-like cu dopuri de keratină se prezintă sub formă liniară, nevoidă, bilaterală sau zosteriformă. Mai există o variantă inflamatorie cu chisturi supurative și leziuni acne-like. Acest nev apare pe față, piept și brațe la naștere sau în timpul copilăriei. Sindromul nevului come­donian reprezintă asocierea nevului cu lezi­uni noncutanate precum defecte scheletale, cerebrale și cataractă.

***Tratamentul***se face cu scop cosmetic și constă în excizie chirurgicală, dermabrazi­une, laser. Forma inflamatorie poate răs­punde la retinoizi topici, tacrolimus, calci­potriol sau steroizi intralezional.

**Nevul ecrin** se caracterizează, histopa­tologic, printr-un număr crescut sau dimen­siune crescută a glandelor sudoripare ecri­ne cu structură normală.

***Epidemiologie***

Au fost descrise sub 20 de cazuri în literatura de specialitate. Afectează în mod egal ambele sexe și se localizează pe trunchi, brațe sau picioare. Apar preponde­rent în timpul copilăriei dar debutul variază de la naștere până în decada a opta de viaţă.

***Tablou clinic***

Morfologia variază, putându-se prezen­ta ca papule brun deschis sau de culoarea pielii. Uneori pot să determine hiperhidroză și necesită tratament.

***Tratamentul*** constă în excizia chirur­gicală și tratarea hiperhidrozei cu săruri de aluminiu, anticolinergice, injectare de toxi­nă botulinică.

**Nevul apocrin** este o proliferare ha­martomatoasă a glandelor apocrine mature, adesea la nivelul unui nev sebaceu.

***Tablou clinic***

Prezentarea clinică variază putând să apară ca noduli moi sau papule în axilă sau pe toracele superior.

***Examenul histopatologic***

Glandele apocrine se extind de la epi­derm la țesutul adipos.

***Tratament***

Excizie chirurgicală la nevoie.

**Tumori de retenţie (chisturile)**

**Chisturile epidermoide**

Chisturi epiteliale, epidermale, epider­male de incluziune, de keratină, chisturi foliculare - tipul infundibular sunt tumori subcutanate unice, rareori multiple, de mărimi variate (până la câţiva centimetri diametru) întâlnite la adulţi şi tineri. Suntdescrise şi chisturi epidermoide familiale mai frecvente la adulți.

***Patogenie***

Anumite afecțiuni ca, sindromul Gorlin, pachionichia congenitală tip 2 și sindromul Gardner, pot predispune indivizii la for­marea acestor chisturi. Sunt rezultatul in­fundării unităților pilosebacee cel mai des, uneori fiind cauzate de implantarea trau­matică a celulelor epidermice în țesuturile profunde sau prin proliferarea unor resturi viabile epidermice de-a lungul planurilor embrionare de fuziune. La nivelul chistelor epidermoide plantare sau palmare (forma­te prin incluziunea intradermică a epider­mului, posttraumatic) au fost identificate subtipurile 57 şi 60 de HPV, sugerându-se implicarea HPV în patogenia acestora.

***Tablou clinic***

Clinic, sunt noduli subcutanați sau dermici, emisferici, cu suprafaţa netedă, consistenţă crescută, mobili pe planuri­le profunde. Pot avea culoarea pielii, albă sau galbenă. Sunt nedureroși, iar central prezintă uneori un punct care, atunci când este prezent, reprezintă unitatea piloseba­cee blocată din care se elimină un material brânzos, urât mirositor. Leziunile neasocia­te cu traumatisme sunt localizate pe torace­le superior, cap (în special pe scalp) și gât, iar cele postraumatice pe palme, plante și fese.

***Evoluţie***

Chisturile cresc lent și sunt asimptoma­tice dar ruperea lor este frecventă.

***Complicațiile*** sunt reprezentate de reac­ția de corp străin dacă are loc ruptura chis­tului în țesuturile înconjuratoare, care poate imita o infecție bacteriană. Poate să apară și infecție polimicrobiană cu Stafilococaureus, Streptococ de grup A și Escherichia coli iar dintre anaerobi Peptostreptococul și Bacteroides. Poate să apară transformarea malignă, dar foarte rar.

***Tratamentul*** constă din excizia chirur­gicală a chistului. Steroizii administrați intralezional 5mg/ ml pot ajuta în cazul chisturilor mici, infla­mate, simptomatice.

**Chisturile dermoide**

Reprezintă formaţiuni tumorale unice de mărimi variabile care apar de la naştere sau în copilărie. Ele sunt rezultatul inclavă­rii epidermului în fantele embrionare, fiind localizate în zone topografice unde există fante embrionare (periorbital, cervical, pre­sternal, sacrat şi perineal).

***Tablou clinic***

Sunt formaţiuni emisferice, circumscri­se putând ajunge la dimensiuni foarte mari, cu suprafaţa netedă, elastice sau fluctuente la palpare, nedureroase. Tumora prezintă la periferie un înveliş capsular şi adăposteşte o aglomerare de resturi glandulare sebacee, fire de păr, unghii, sebum fluid, fragmen­te cartilaginoase sau osoase. Măsoară în­tre 1 și 4 cm și sunt localizate cel mai des pe frunte, zona temporală și gât. Un chist dermoid superficial pe dorsul nasului se numește *fistulă a dorsumului nasului* și se caracterizează printr-un smoc de păr central sau comunicare intracraniană.

***Complicații*:** infectarea, ruperea sau for­marea de abcese prin manipularea lor.

***Tratamentul*** este chirurgical dar nece­sită, uneori, explorări imaginiste pentru de­terminarea extensiei tumorii.

**Chisturile sebacee**

Sunt fomaţiuni tumorale unice, de di­mensiuni mici şi mijlocii, localizate subepi­dermic, care apar prin dilatarea adenome­rului glandelor sebacee datorită acumulării de sebum secundară obstrucţiei lumenului ductului excretor al acestora.

Afectează mai ales persoanele tinere cu manifestări seboreice şi se localizează pe zonele cu numeroşi foliculi pilosebacei.

Chisturile sebacee adevărate sunt rare­ori întâlnite în practică, fiind confundate cu chisturile epidermoide sau trichilemale.

***Tablou clinic***

Sunt tumorete de dimensiuni variate, centrate de un punct negricios care repre­zintă orificiul de deschidere al glandei. Lapresiune prin aceasta se evacuează un conţi­nut păstos, gălbui, urât mirositor. Leziunea unică, sporadică se numește *steatocistom solitar.*

***Tratamentul*** este chirurgical.

**Sebocistomatoza**

O formă particulară o reprezintă **se­bocistomatoza** (steatocistoma multiplex, boala epidermică polichistică), afecţiune familială rară, cu transmitere ereditară auto­zomal dominantă sau sporadică interesând majoritar bărbaţii. Chisturile sebacee se pot întâlni și în pachionichia congenitală tipul II și sindromul Alagille.

***Tablou clinic***

Afecțiunea este reprezentată de exis­tenţa, pe zonele seboreice (trunchi, braţe, scrot și piept), a unor formaţiuni tumorale sebacee chistice multiple, emisferice, de dimensiuni variate, localizate profund la nivelul dermului. Acestea sunt acoperite de tegument nemodificat pe care se evidenţi­ază puncte comedoniene. Leziunile evolu­ează spre supurare şi prezintă risc crescut de suprainfectare, rezultând formarea de sinusuri și cicatrici.

***Tratamentul*** cu Tigason (1mg/kgcorp/ zi) a dat rezultate satisfăcătoare. Se mai poate practica incizie simplă și drenaj cu îndepărtarea manuală a peretelui chistului, steroizi aplocați intralezional, laser CO2 și crioterapia.

**Chisturile trichilemale (sin chisturi pilare)**

Sunt tumori rar întâlnite, cu caracter familial, localizate la nivelul scalpului, de dimensiuni variate, mobile, cu consisten­ţă fermă, bine delimitate şi nedureroase la palpare. Se mai pot loca­liza pe față, și gât. Majoritatea pacienților au mai multe leziuni. Creșterea rapidă este anormală și poate sugera infecție sau trans­formare malignă. Se întâlnesc la 5-10% din populație, de obicei la femei de vârstă medie. Chistele pilare se formează din epi­teliul dintre orificiul glandelor sebacee și mușchiul erector pilar. Acest epiteliu scu­amos se keratinizează și formează peretele chistului lipsit de strat granulos. Se pot rupe și infecta. Tumorile trichilemale prolifera­tive se întâlnesc la femeile vârstnice, pot ulcera și distruge țesutul subiacent.

***Tratamentul*** este chirurgical.

**Milium**

Este reprezentat de mici tumorete chis­tice de nuanţă alb-gălbuie de 1-4 mm (1-2 mm) diametru, localizate mai ales la nive­lul feţei (tâmple, periorbital, obraji și pleoa­pe) la femeile adulte, iar la copii pe față și mucoase**.** Pot fi congenitale sau dobândite și se în­tâlnesc atât la copii, cât și la adulți. Femeile și barbații sunt afectați în mod egal.

Milia este un chist epidermoid mic, ta­petat de epiderm și umplut cu keratină. *Perlele Epstein* sunt milia ale palatului. Se crede că sunt consecința blocării uni­taților pilo-sebacee sau transpirației ecrine. Pot fi primare sau secundare, ultima varian­tă rezultând prin injuria membranei bazale epidermice. Ele pot fi consecinţa unor trau­matisme sau pot fi asociate unor afecţiuni buloase (porfirie, epidermoliză buloasă, arsuri, după dermabraziune sau laser abla­tiv) putând apărea şi în urma unor terapii prelungite cu preparate cortizonice sau cu 5- fluorouracil.

Milia în placă este o formă inflamatorie, localizată adesea pe ureche. Milia dobandi­tă poate fi localizată oriunde pe zone trau­matizate. Au mai fost descrise alte forme clinice corelate cu vârsta:

* milium al nou-născutului;
* milium al adolescentului şi adultului tânăr;
* milium secundar unor cicatrici.

***Evoluție***

Milia congenitală, precum și forma do­bândită tind să regreseze.

***Tratamentul*** constă în îndepărtarea te­gumentului de acoperire şi exprimarea con­ţinutului (vaporizarea laser sau incizie).

**Tumori mezenchimale ale ţesutului conjunctiv**

Tumorile mezenchimale cuprind tota­litatea formaţiunilor tumorale care derivă din ţesuturile cu origine embrionară în me­zenchim şi se dezvoltă la nivelul organului cutanat sau pe mucoase.

**Cheloidele**

Sunt rezultatul unui proces reparator al unei pierderi de substanţă, ulceraţie, plagă operatorie, arsură mai rar, secundar, unor vaccinuri sau leziunilor din acnee. Apariţia cheloidelor este favorizată de sediu (toracele posterior, de-a lungul lini­ilor de tensiune, rădăcina membrelor, gât) cât şi de rasă. Există o predilecție crescută pentru zonele cu tegument aflat în tensiune precum umeri, stern, mandibulă, brațe și lo­bul urechii.

***Tablou clinic***

Se prezintă sub forma de noduli sau plăci bine delimitate, reliefate, de culoare roşiati­că (roz până la violet) sau hiperpigmentate şi elastice la palpare la începutul evoluţiei. Tegumentele care le acoperă sunt subţiri, netede, lucioase, rareori cu telangiectazii. În timp, hiperplazia fibroasă devine rigidă, de consistenţă crescută, inextensibilă, cu aspect inestetic şi se poate chiar pigmenta. Suprafața cheloidelor este de obicei netedă dar poate fi și nodulară cu margini netede sau neregulate. Uneori pot ul­cera. Cheloidele sunt dureroase, hipereste­zice sau pruriginoase. La ***examenul histopatologic***, cheloidele sunt constituite din fibre colagene, dense, îngroşate, eozinofilice şi hialinizate.

***Diagnosticul diferenţial*** se face cu: ci­catricele hipertrofice, carcinomul bazoce­lular sclerodermiform.

***Tratamentul*** constă în infiltraţii intra­lezionale cu corticoizi ca primă linie de tra­tament, asociat sau nu cu crioterapie, pre­soterapie și gel cu silicon sau madecassol.

Linia a 2-a de tratament este repre­zentată de: laser CO2, 5-Fluorouracil, Bleomicina intralezional, radioterapia, chi­rurgia combinată cu corticosteroizi posto­perator, Imiquimod local sau Verapamil intralezional.

**Dermatofibromul (fibrom în pastilă, histiocitom fibros)**

Este o tumoră benignă cutanată destul de frecventă, apărând mai ales între deca­dele 2 și 3.

***Tablou clinic***

Pot fi unice, multiple sau eruptive. Se prezintă ca o formaţiune mică, de 0,5-1cm, reliefată, mai des localizată la nivelul mem­brelor inferioare. Consistenţa formaţiunii este crescută şi este acoperită cu tegument uşor hiperpigmentat. Suprafața este lu­cioasă sau keratozică iar culoarea variază, adesea brună, dar poate fi si roz sau roșie. Rareori, se asociază cu prurit sau durere. În determinismul ei, sunt incriminate traumatismele şi înţepăturile de insecte, apariţia tumorii fiind interpretată ca un mod particular de răspuns al tegumentelor la aceste agresiuni.

Tumora poate îmbrăca mai multe forme clinice:

* forma gigantă (când depăşeşte 2 cm diametru)
* forma multiplă
* forma eruptivă
* forma pigmentară

*Examenul histopatologic*

Formaţiunea este bine delimitată, localizată la nivelul dermului şi constă din­tr-o ţesătură densă de fibre colagene, une­le îngroşate, pe secţiuni evidenţiindu-se absenţa fibrelor elastice. Dermul prezintă fascicule aranjate haotic de celule spinoase care înconjoară mănunchiurile de colagen.

***Diagnosticul diferenţial*** se face cu: leiomioamele, neurofibroamele, fibrosarcoamele.

***Tratamentul*** constă din excizia chirur­gicală şi nu este indicat decât atunci când tumora, localizată aproape de un plan osos, devine dureroasă.

**Molluscum pendulum (fibromul moale, acrocordon, polip fibroepitelial)**

Afectează mai mult femeile la vârsta preclimaxului.

***Tablou clinic***

Este o mică masă tumorală pediculată, de culoarea pielii sau brună, care atinge între 1-5 mm şi se localizează la obezi sau la vârstnici mai ales în jurul gâtului, pe ple­oape, axilă, pliul inghinal sau pe toracele superior. Este moale şi nedureroasă.

*Examenul histopatologic*

Este o leziune polipoidă formată prin hiperplazia simplă dermo-epidermică. Anexele sunt absente. *Tratamentul* constă din electrocoagulare sau excizie chirurgicală pentru formaţiunile confluate şi de dimensiuni mari.

**Tumori ale ţesutului vascular**

**Hemangioamele**

Reprezintă tumori vasculare benigne datorate proliferării endoteliului vascular. În 50-60% din cazuri sunt localizate la ni­velul feţei sau scalpului.

*Epidemiologie*

Afectează mai ales sexul feminin (2-5:1). La prematuri, mai ales sub 2500g, apar de la naştere sau în primele zile de viaţă ale copilului

***Tablou clinic***

Se prezintă ca formaţiuni plane sau re­liefate asemănătoare cu o cireașă (*cherry angioma)* de forme şi dimensiuni variate, culoare cu diferite nuanțe de la roșu-viu la roșu-violaceu comparate cu pata de vin roşu, care se palidează la digito- sau vi­tro-presiune. Există hemangioame superficiale (pla­ne, capilare), profunde (cavernoase, tu­beroase) şi mixte. Hemangioamele superficiale sunt de cu­loare roșie, iar cele dermice profunde sau subcutanate au culoarea pielii sau albastră. Hemangioamele mixte au ambele trăsături.

Prezentările atipice includ hemangioa­mele profunde și cele fără sau cu minimă proliferare. Primele proliferează în dermul inferior și țesutul subcutanat fără a penetra dermul papilar. Se prezintă ca o masă lo­calizată, fermă, care poate fi ușor elevată cu o culoare albăstruie sau cu telangiectazii pe tegumentul supraiacent sau pot fi atât de adânci încât tegumentul să fie normal co­lorat

Unele hemangioame infantile sunt aso­ciate cu anumite riscuri. Localizarea ana­tomică este cel mai important factor, ast­fel cele localizate mediofacial, periocular, gât, în regiunea mandibulară și perineală prezintă riscuri. Hemangioamele periocu­lare au risc de anisometropie și ambliopie, cele de la nivelul bărbiei au risc de boli ale căilor respiratorii, cele lombosacarate șiperineale se pot asocia cu spina bifida, ano­malii osoase și genito-urinare.

***Diagnosticul*** este, în general, clinic. Uneori este necesară efectuarea *dematosco­piei* pentru a diferenția hemangioamele de melanomul malign, carcinoame sau altetumori. Aspectul este sugestiv sub forma unor aglomerări, travee sau lacune vascula­re caracteristice.

***Complicații***

* ulcerarea este cea mai frecventă complica­ție, apărând în timpul fazei proliferative.
* infecția

***Prognosticul*** este excelent în majorita­tea cazurilor, înregistrându-se regresie cu sechele minime, dar o minoritate prezintă sechele semnificative.

Hemangioamele se pot asocia sau in­trica cu alte componente dermice, în grade variate, rezultând: hemangiofibroame, he­mangio-limfangioamele, angiolipoamele, angiokeratoame (când se acoperă cu scua­me keratozice).

Unele formaţiuni involuează spontan până la vârsta de 7 ani, pentru acest motiv este necesară prudenţa în propunerea rezol­vării tumorii.

*Tratamentul* este variat, și în funcție de forma clinică, se pot folosi:

* metode fizice: crioterapia (aplicaţii repe­tate de zăpadă carbonică), radiocauteriza­rea sau laserterapia.
* propranololul, beta-blocante topice (Timolol). Propranololul este medicaţia de primă linie pentru hemangioamele infantile moderate şi severe cu risc de comorbidităţi.
* corticoterapia sistemică - Prednison 2-3 mg/kg/zi pentru 4-8 săptămâni în heman­gioamele deformante, amenințătoare de viață.
* injectarea de substanţe sclerozante.
* excizia chirurgicală - rareori folosită.
* terapii de rezervă: interferon–α, chimio­terapie, imiquimod.
* radioterapia nu mai este recomandată în prezent în terapia hemangioamelor.

**Angiokeratoma corporis diffusum (boala Fabry)**

Este caracterizată de prezența unor for­maţiuni asemănătoare celor descrise anterior cu dispoziţie generalizată, mai puţin kerato­zice, care se pot asocia cu leziuni vasculare cardiace şi musculare. Este o afecţiune me­tabolică rară, se transmite X-linkat, cauzată de deficienţa cantitativă sau calitativă a unei enzime lizozomale, α-galactozidaza A.

***Tablou clinic***

Semnele clinice includ manifestări ge­nerale de tipul neuropatiei severe, dureroa­se, disfuncției renale progresive, tulbură­rilor cardiovasculare și cerebro-vasculare. Simptomele gastrointestinale includ diare­ea și durerea abdominală. Diagnosticul de boala Fabry nu nece­sită neapărat prezența leziunilor cutanate, deoarece angiokeratoamele pot să nu apară până la adolescență și chiar și atunci pot fi discrete.

***Tratamentul*** constă în administrarea in­travenoasă de α-galactozidază A.

**Angiokeratoamele**

Sunt prezente preponderent la bărbați (70% din cazuri). Apar la băieții cu vârste între 5 și 15 ani și cu 3-10 ani mai târziu la femei.

***Tablou clinic***

Sunt leziuni maculare sau papule cu di­ametru până la 4 mm, de culoare roșu în­chis sau albastru-negru care nu dispar la presiune Hiperkeratoza supraiacentă este de obicei absentă în alte localizări decât zona genitală și ombilicul. Pot fi izolate sau grupate. La bărbați, sunt de obicei localizate la nivelul abdomenului inferior, zonei geni­tale, feselor, ombilicului, zonei interne a coapselor și sacrului. Se mai pot întâlni la nivelul coatelor, genunchi, palme, plante și pe falangele distale ale degetelor de la mâini. Uneori, pot să apară pe mucoase și vermilionul buzelor. Rareori afectează fața.

La femei, pot să apară cu distribuție pe traseul anumitor dermatoame. Localizările frecvente la femei sunt trunchiul și rădăcina membrelor.

**Angiokeratoamele Mibelli**

Apar în copilărie și adolescență, pot fi familiale, mai frevente la femei comparativ cu bărbații.

***Tablou clinic***

Sunt mici papule de culoare roșie-albăs­truie acoperite de verucozităţi, localizate pe dosul degetelor, la nivelul articulaţiilor, pe testicule și mai rar pe coate, genunchi și sâni. Leziunile pot sângera din cau­za unor traume minore și se pot asocia cu degerături.

**Tumora glomică** (glomusul) își are ori­ginea din şunturile arterio-venoase ale vâr­furilor degetelor şi apare, de obicei, secun­dar unor traumatisme accidentale. Se crede, că originea ei este în corpul glomic sau ca­nalul Sucquet-Hoyer, un șunt arterio-venos termoreglator format din celule musculare netede modificate.

***Tablou clinic***

Se prezintă ca o papulă sau nodul de obi­cei unic, de dimensiuni mici între 3-5 mm, culoare roşie-violacee, aproape albastră, localizată pe faţa palmară a vârfului dege­telor sau subunghial. Este foarte dureroasă spontan (durerea poate radia către mem­bru), la frig sau apă rece şi la atingere. Se întâlnește, de obicei, la adulții cu vârste în­tre 20 și 40 de ani.

***Tratamentul*** constă din excizia chirur­gicală a tumorii.

**Limfangioamele**

Pot apărea la nivelul tegumentelor sau mucoaselor, displazia limfatică existând de la naştere sau perinatal. Sunt tumori rar în­tâlnite, iar diagnosticul se stabileşte numai morfopatologic.

Malformaţiile limfatice pot fi micro­chistice (denumite anterior limfangioma circumscriptum) sau macrochistice (au peste 1 cm diametru – denumite anterior, higroma chistică) şi cresc odată cu copilul. Malformațiile limfatice macrochistice sunt adesea localizate în axilă, gât, trunchi sau regiunea inghinală, iar cele microchistice sunt preponderent localizate la nivelul fe­ței. Apar sporadic și sunt consecința unor anomalii în morfogeneza vaselor limfatice.

***Clinic****,* aspectul este al unor formaţiuni reliefate, mici, alb-gălbui de obicei grupate în placarde. Tegumentul supraiacent poate fi normal sau albăstrui. Sunt pline cu lichid clar sau sero-sanghinolent, iar la înţepare se scurge limfa.

*Dermatoscopia* îmbracă două aspecte diferite: fie sub forma unor lacune galbene înconjurate de septuri fără incluzii sangui­ne, fie lacune galbene sau roz ce alternează cu zone rosu-închis sau albastre asemănă­toare hemangioamelor.

*Tratamentul* constă din excizia chirurgicală.

**Tumori ale ţesutului adipos**

**Lipoamele**

Sunt cele mai frecvente tumori benigne ale țesuturilor moi, apărute prin proliferarea adipocitelor adulte. Sunt destul de frecvent întâlnite, mai ales după vârsta de 40 de ani. Au dimensiuni variate, până la câţiva centi­metri diametru, iar la palpare au consistenţă moale şi configuraţie lobulară.

***Tablou clinic***

Se prezintă ca formaţiuni nedureroase, care cresc lent în dimensiuni, fiind mai frecvent întâlnite la nivelul trunchiului, gâ­tului, rădăcinii membrelor și antebrațelor. Interesarea feței, mâinilor și picioarelor nu este frecventă. Pot fi multiple, familiale localizate, în special pe brațe și coapse în *lipomatoza multiplă familială*. După profunzime, pot fi superficiale sau profunde. *Lipoamele superficiale*nu depăşesc 5 cm diametru. Mai rar, *lipoamele sunt profunde* și de­păşesc 5 cm diametru. Ele se pot localiza deasupra periostului (lipomul periosteal) sau pot interesa mușchii scheletali (locali­zare intra și intermusculară).

***Examenul histopatologic*** arată o masa tumorală formată din lobi de adipocite ma­ture separate de travee stromale bine vas­cularizate. La periferie tumora este încap­sulată. Tegumentul care o acoperă nu este modificat.

***Diagnosticul diferenţial*** se face cu: ne­urofibromul, chistul epidermoid, paniculi­ta, metastazele cutanate ale altor tumori.

**Tumorile benigne ale sistemului melanocitar**

**Nevii pigmentari (nevii melanocitari, nevii nevocelulari)**

Sunt tumori disembrioplazice ale sis­temului melanocitar care iau naştere din *celulele nevice* organizate sub forma unor cuiburi celulare. Dezvoltarea nevilor pigmentari este condiţionată de factori interni hormonali (sugeraţi de apariţia formaţiunilor mai mult la pubertate sau în timpul sarcinii) şi de fac­tori externi, cum ar fi expunerea brutală şi prelungită la soare.

***Tablou clinic***

Sunt formaţiuni plane sau reliefate de dimensiuni şi forme variate, de culoare bru­nă cu nuanţe diferite (de la „café au laitˮ până la negru), nedureroase, localizate pe tegumente şi mucoase. Apar imediat după naştere (nevii congenitali) sau în copilărie, atingând un maxim numeric la pubertate (nevii dobândiţi). Unii nevi pot prezenta pe suprafaţă fire de păr (nevii piloşi)

***Formele clinice particulare*** ale nevilor cuprind:

1. *Nevul unghial* apare ca o bandă brună, negricioasă localizată subunghial atunci când cuiburile de celule nevice sunt in­cluse în matricea unghiei sau ca o maculă brună-albăstruie când nevul este situat în patul unghial. De obicei, apare în copilărie. Modificarea lățimii benzii și a pigmentației este normală. Pigmentarea țesutului periunghial (*semnul Hutchinson)* este asociată cu nevii congenitali.
2. *Nevul Sutton (nevul cu halou)* prezin­tă un halou circular hipopigmentat care rezultă din reacţia imunologică umorală a gazdei cu producerea de anticorpi antime­lanocitari sau prin elaborare de produşi to­xici cu efecte litice asupra melanocitelor. Clinic,leziunile pot fi unice sau multipe și sunt de obicei localizate pe trunchi. Apar ca nevi rotunzi sau ovalari, uniform colo­rați, cu marigini hipopigmentate, uniforme.
3. *Nevul spilus* este o pată cafenie în sâ­nul căreia există puncte hiperpigmentate negricioase. Devine evident devreme, în copilărie. Clinic, leziunea se prezintă ca o maculă sau placă circumscrisă, pigmentată care se aseamănă cu lentigo sau macula „cafe au laitˮ și include nevomelanocite mai pig­mentate, maculare și/sau papuloase. Fondul maroniu variază între 1 și 10 cm. Cu toate că nevul spilus poate să apară oriunde, este de obicei localizat pe trunchi și extremități. Leziunile pot să fie localizate sau segmen­tare. Pot să apară și nevi giganți Nevul spilus a fost asociat cu anomalii vasculare, ale sistemului nervos central sau cu originea în ţesutul conjunctiv.
4. *Nevii pigmentari congenitali* sunt pre­zenţi (majoritatea) de la naştere fiind loca­lizaţi oriunde pe tegument. După dimensiuni pot fi: mici (< 1,5 cm), medii (1,5-10 cm), mari (1,5-19,9cm) şi giganţi (>15-20cm). Cei giganţi prezintă risc crescut (risc direct proporțional cu dimensiunea nevului) de malignizare mai ales după vârsta de 10 ani. Melanomul se poate dezvolta în nevii gi­ganți în orice moment, dar în aproape jumă­tate din cazuri diagnosticul a fost stabilit în primi 3-5 ani de viață. *Dermatoscopia* arată un pattern reticu­lar sau globular. În nevii congenitali mari, există varia­bilitate semnificativă privind pigmentarea și structura. Există o asociere semnifica­tivă între nevii congenitali și giganţi și neurofibromatoza. *Tratamentul* depinde de riscul de malig­nizare, de aspectul cosmetic și de conside­rații funcționale. Excizia chirurgicală este recomandată în caz de nevi giganți, su­prainfecție, ulcerare, sîngerare etc.
5. *Sindromul nevilor displazici (* sin. sin­dromul nevilor atipici, B-K mole syndrom) prezintă leziuni nevice multiple cu poten­ţial de malignizare crescut, care apar cu frecvenţă crescută la pacienţii cu istoric personal sau antecedente heredocolaterale de melanom. Apar, de obicei, din copilărie până în decada a 4-a de viaţă, iar apariţia unui nev displazic la vârstnic necesită excluderea diagnosticului de melanom.
6. *Nevii atipici* (sin. nevi displazici, nevul Clark, nevul B-K) au trăsături clinice şi his­topatologice caracteristice, fiind conside­raţi potenţiali precursori pentru melanom. Sunt autori care preferă termenul de atipic pentru descrierea clinică a nevului şi dis­plazic pentru cea histopatologică. Clinic, sunt nevi melanocitari cu diame­trul mai mare sau egal cu 5 mm, au aspect lentiginos sau cu o proeminenţă centrală şi periferie pigmentară maculară, culoare variabilă de la brun-deschis la brun-negru, uneori cu nuanţă roşiatică, margini neregu­late şi imprecis delimitate, leziunea fiind asimetrică. Numărul lor este variabil de la o leziune până la sute de le­ziuni, fiind localizaţi în special pe zonele fotoexpuse intermitent, toracele fiind loca­lizarea cu cel mai mare risc de transforma­re malignă. Pacienţii cu nevi atipici au un număr crescut de nevi pigmentari comuni. Pentru clinician este utilă evaluarea ne­vilor atipici după formula **ABCDE**:

* **A** – asimetrie,
* **B** – margini neregulate,
* **C** – culoare neuniformă,
* **D** – dimensiune peste 5 mm,
* **E** – reliefarea neregulată a nevului).

Modificarea acestor aspecte alături de prezența pruritului, durerii și/sau sângeră­rii unui nev reprezintă un semnal de alarmă și implică prezentarea imediată la medicul dermatolog în vederea evaluării pentru o posibilă transformare în melanom malign.

*Dermatoscopia* este folosită pentru eva­luarea nevilor atipici şi pentru excluderea diagnosticului de melanom. *Microscopia confocală* este o metodă de diagnostic utilă, dar scumpă.

*Evoluție, complicații, prognostic*

Majoritatea nevilor atipici regresează, doar 20% din melanoame apar pe acest tip de nevi. Existenţa nevilor atipici reprezin­tă mai degrabă un semnal de alarmă pentru riscul de apariţie a melanomului care va creşte foarte mult cu prezenţa istoricului familial sau personal de melanom.

Ştiindu-se faptul că cel mai bun tratament pentru melanom este profilaxia şi detectarea precoce a acestuia, pacienţii cu nevi atipici necesită o monitorizarea atentă, clinică şi der­matoscopică, efectuată la perioade de timp care variază între 3 luni şi 1 an, în funcţie de numărul leziunilor şi de prezenţa anteceden­telor personale sau familiale de melanom. O importanţă deosebită se acordă in­struirii pacientului cu risc crescut să-şi au­toexamineze lunar leziunile, să efectueze corect fotoprotecţia şi să evite expunerea la soare şi la alte surse de ultraviolete.

***Examenul histopatologic al nevilor pigmentari***

Din punct de vedere histopatologic, nevii pigmentari se clasifică în 3 grupe în funcţie de localizarea celulelor nevice (re­amintim că nevocitele diferă de melanoci­te prin gruparea lor în cuiburi delimitate stromal, prin absenţa prelungirilor dendri­tice şi posibilitatea existenţei lor ectopice - extraepidermice):

* Nevii joncţionali, reprezintă aglome­rări de cuiburi de celule nevice localizate la joncţiunea dermo-epidermică. Celulele sunt de formă cuboidală sau fusiforme “li­niştite”, lipsite de mitoze sau atipii celulare.
* Nevii dermici îşi justifică numele dato­rită localizării profunde a celulelor nevice Nevii micşti (compuşi) sunt formaţi din cuiburi nevocitare localizate atât la joncţiu­ne cât şi intradermic
* Nevii atipici sunt caracterizaţi prin hiper­plazie melanocitară lentiginoasă sau epiteli­oidă intraepidermică, cu atipii arhitecturale şi citologice şi reacţie stromală. Nevii dis­plazici sunt cel mai frecvent nevi compuşi sau mai rar joncţionali

1. ***Diagnosticul diferenţial al nevilor*** se face cu: efelidele, keratoza actinică pig­mentată, keratoza seboreică, melanomul, epiteliomul bazocelular pigmentat, angio­mul trombozat, histiocitomul.

***Evoluţia*** nevilor este de lungă durată, fără modificări dacă nu sunt expuşi la soare şi la factori traumatizanţi (lovituri, frecări).

***Complicaţiile*** care pot apărea sunt:

* malignizarea cu transformarea nevului în melanom
* foliculita subnevică
* eczematizarea perinevică

***Tratamentul*** *c*onstă din excizia forma­ţiunilor nevice numai pentru nevii conge­nitali giganţi, nevii atipici expuşi trauma­tismelor sau nevii deja traumatizaţi, neviisubunghiali sau de la nivelul mucoaselor.

Leziunile pigmentare cu suspiciune mare de melanom *in situ* sau incipient tre­buie excizate cu margini de siguranță de 2-3 mm sau biopsiate, urmate de examenul histopatologic.

Pentru nevii atipici cu displazie severă se recomandă reintervenţia chirurgicală, asigurându-se margini libere de 5 mm.

Pacienţii cu nevi atipici trebuie dispen­sarizaţi şi controlaţi clinic și dermatoscopic periodic pentru a se preveni transformarea malignă a acestora.

Se recomandă evitarea expunerii la soa­re şi fotoprotecţia riguroasă.