

C3. Dermatoze provocate de paraziți animali: scabia pediculoze. Micoze cutaneo-mucoase.

DERMATOZE PROVOCATE DE PARAZIȚI ANIMALI (EPIZOONOZELE)

Epizoonozele sunt afecțiuni produse de arahnide, acarieni și căpușe sau insecte (păduchii, purecii și ploșnițele). Cele mai frecvent întâlnite epizoonoze la noi în țară sunt scabia și pediculoza.

Scabia

Scabia umană, produsă de parazitul *Sarcoptes scabiei varietas hominis*, este o dermatoză infecțioasă însoțită de un prurit caracteristic vespéral și nocturn.

Epidemiologie

Scabia poate apărea la orice vârstă, deși copii sunt mai receptivi decât adulții. Afectează în egală măsură ambele sexe și nu este influențată de rasă sau condiția socială. Contaminarea se face direct prin contact cu bolnavul sau indirect prin obiecte contaminate (haine, așternuturi, prosoape). Perioada de incubație variază între 5 și 40 de zile.

Etiopatogenie

Sarcoptes scabiei varietas hominis este un parazit cu habitat intraepidermic ce face parte din ordinul acarieni. Atât simptomatologia obiectivă cât și cea subiectivă sunt determinate de femela acestui parazit. În cursul vieții de 30 zile, ea sapă galerii (tunele) în stratul cornos epidermic (cca. 2-3 mm/zi) putând ajunge până la 1 cm în care depune aprox. 25-50 de ouă (2-3 ouă/zi) și schibale. Tunelul poate persista 1-2 luni, iar la capătul lui distal se termină cu o mică umflătură - eminența acariană - în care parazitul moare. Pentru supraviețuire, parazitul necesită căldura corpului uman sau animal, departe de organismul gazdă el supraviețuind maxim 2-3 zile.

Tablou clinic

Simptomatologia scabiei cuprinde manifestări subiective și simptome obiective.

Cea mai importantă manifestare subiectivă este *pruritul*, caracteristic vespéral și nocturn. Este determinat fie de prezența femelei care sapă galeriile sau poate fi datorat unei reacții de hipersensibilizare a organismului gazdei la paraziți sau la produsele acestora de metabolism, în cazurile cu evoluție îndelungată. Pruritul este intens și provoacă insomnii. Apare după 4-6 săptămâni în caz de primoinfecție și în 2 zile în cazul reinfestărilor.

Manifestările obiective includ:

Șanțul acarian sau tunelul acarian este ușor supradenivelat cu lungimi cuprinse între câțiva mm și 1,5 cm și forme variate (ca litera S, L, V). Acesta își schimbă forma și dimensiunea de la o zi la alta prin activitatea acarianului prezentând la capăt (dacă este surprins și examinat într-un stadiu de început) o eroziune (locul prin care a pătruns femela sarcoptului). La celălalt capăt, șanțul acarian se termină printr-o mică proeminență emisferică, albicioasă, cât o gămălie de ac numită *eminența acariană*, unde poate fi pus în evidență sarcoptul. Șanțurile acariene sunt, rareori, observate în practica clinică.

Vezicula perlata, al doilea element patognomonic de diagnostic clinic al scabiei, este o mică ridicătură de 1-2 mm diametru, translucidă având consistență fermă la palpare.

Leziunile nespecifice, de tip papulo-vezicule, cruste, urme de grataj, excoriații liniare sau punctiforme, pete eritematoase sau urticariene, se găsesc în proporții diferite aproape la toate cazurile. Sunt foarte frecvente, dar necaracteristice și se datorează înțepăturilor larvelor, nimfelor sau chiar acarienilor.

Topografia leziunilor de scabie este caracteristică: spațiile interdigitale ale mânilor, fața anterioară a articulațiilor pumnilor, antebrațelor și coatelor, linia axilară anterioară a toracelui, abdomenul inferior, fesele, fața internă a coapselor, genunchii, zona perimamelonară la femei, palmele și plantele la copiii sub 1 an și localizarea pe prepuț și mai rar pe scrot la bărbați (unde îmbracă o formă caracteristică de ulceratie stelată acoperită de o crustă hematică, aderentă). De reținut, că erupția clasică de scabie nu afectează niciodată fața, gâtul și zona interscapulo-vertebrală.

Diagnosticul pozitiv se face pe criteriile epidemiologice (contactul cu o persoană bolnavă sau obiecte contaminate) și pe criteriile clinice (pruritul nocturn și aspectul caracteristic al leziunilor cu topografie caracteristică).

Examenul parazitologic se efectuează prin desfacerea cu un ac a eminenței acariene (evidențiată în prealabil cu tuș de China), în care se vizualizează acarianul matur, ouăle sau schibalele acestuia, confirmând diagnosticul clinic.

Forme clinice:

Scabia poate evolua sub mai multe aspecte:

- *Scabia clasică* -descrisă anterior.
- *Scabia oamenilor curați* se caracterizează prin absența semnelor clinice obiective. Totuși, atunci când acestea pot fi evidențiate, sunt localizate pe zonele topografice caracteristice afecțiunii și sunt întotdeauna însoțite de pruritul nocturn persistent.
- *Scabia incognita* se întâlnește la pacienții care au folosit dermatocorticoizi pentru atenuarea pruritului, aspectele clinice fiind mult diferite de erupția clasică, însă pruritul este prezent mai ales pe zonele topografice de elecție.
- *Scabia norvegiană* (descrisă prima dată de Boeck și Danielsen în Norvegia) sau scabia crustoasă se întâlnește la persoanele imunodeprimăte. Are contagiozitate mare. Clinic, erupția este formată din plăci mari, scuamo-crustoase, predominant localizate pe cap, mâini și picioare.
- *Scabia nodulară* evoluează la subiecții hiperergici cu sensibilitate la antigenele acariene (evidențiable prin teste cutanate intens pozitive la aceste antigene). Erupția cutanată este formată din noduli ce se localizează predominant la centură, pe fese, organele genitale, coapse și mai rar pe flancuri. Elementele nodulare sunt puține la număr, infiltrate, rotund-ovalare, de culoare brun-cenușie acoperite de un tegument îngroșat. Sunt foarte pruriginoase și uneori se acoperă de cruste hemactice.

Complicațiile scabiei sunt:

- Piodermizarea (impetiginizarea) ce constă în suprainfectarea în urma gratajului și apariția unor leziuni de tip foliculită sau impetigo.

- Eczematizarea apare, în general, la persoane cu teren predispus pentru manifestări alergice și se evidențiază sub forma unor leziuni de tip eczemă cu veziculație, prurit și zemuire.
- Eritrodermizarea este o complicație rar întâlnită astăzi, eritemul având tendința la generalizare.
- Persistența pruritului și instalarea fenomenelor de lichenificare pe zonele de tegument supuse scărpinatului prelungit.
- Onicopatia scabioasă, rareori întâlnită, evoluează cu deformări ale patului unghial asociat sau nu unor leziuni de perionixis scabios.

Diagnosticul diferențial se face cu:

- Pediculoza corporală
- Dishidroza
- Dermatitele eczematiforme.
- Piodermitele
- Prurigo strofulus.

Tratamentul scabiei rămâne unul exclusiv local pentru formele de scabie necomplicată. Seara se folosesc aplicații locale cu:

- Pomezi cu benzoat de benzil 10-25%, 5 seri consecutiv.
- Pomezi cu sulf 5-10%, 7 seri consecutiv.
- Crotamitonul 10%
- Permetrina 5% se folosește în doză unică și se îndepărtează după 8-12 ore; tratamentul se repetă după 7 zile.
- În cazurile de scabie piodermizată este indicat initial tratamentul piodermitei (prin medicație generală și locală antimicrobiană specifică) și ulterior, tratarea scabiei.
- În scabia eczematizată se tratează inițial eczema și apoi se poate aplica tratamentul scabucid.
- La imunodeprimății sau atopicii cu evoluție cronică și rezistență la tratamentele obișnuite de scabie, se obțin rezultate bune folosind pe cale generală Ivermectine (Mectizan)
- Pacienții la care persistă papulo-veziculele sau pruritul, precum și cei cu scabie nodulară, pot beneficia de aplicații locale cu dermatocorticoizi și antihistaminice anti-H1. Este obligatorie asocierea sterilizării lenjeriei de pat și de corp prin fierbere 30 de minute. Alte obiecte de lenjerie care nu se pot fierbe necesită o aerisire îndelungată sau pulverizarea cu soluții scabicide.

Ca modalități de prevenire a răspândirii acestei parazitoze se indică:

- controlul medical periodic în colectivități (școli, internate, cămine, grădinițe);
- izolarea cazurilor depistate și tratarea lor; tratarea concomitentă a contacților;
- respectarea normelor de igienă corporală.

Pediculozele

Sunt afecțiuni cutanate determinate de insecte din familia pediculidae: *Pediculus humanus varietas capitis*, *Pediculus humanus varietas corporis*, *Phthirus pubis* ce apar la toate mamiferele cu sânge cald, inclusiv la oameni.

Etiopatogenie

Acești paraziți de aproximativ 2 mm lungime care se deplasează încet se fixează puternic pe firele de păr cu ajutorul aparatului de fixare de la nivelul membrelor, se hrănesc cu sânge cald și se adaptează, de obicei, la o singură gazdă. Există trei tipuri de pediculoze: pediculoza capului, pediculoza corporală și *phthiriază pubiană*.

Pediculoza capului

Este produsă de *Pediculus humanus varietas capitis* (păduchele de cap) și este larg răspândită pe tot globul, fiind mai frecvent semnalată în marile aglomerări urbane și la copii cu vârste între 3 și 12 ani. Contaminarea se face direct de la omul bolnav la cel sănătos. Perioada medie de incubație înainte de apariția simptomelor este de 4-6 săptămâni.

Tablou clinic

Subiectiv, simptomul dominant este pruritul, localizat mai ales în regiunea temporală și occipitală de unde se întinde spre gât și retroauricular. La locul unde păduchele își înfinge rostrul, în general la nivelul foliculului pilos, apare o papulo-veziculă foarte pruriginoasă de 2 mm, excoriații secundare gratajului, eritem și scuame. Uneori se poate asocia limfadenopatie regională. Pe firele de păr se constată prezența atât a paraziților adulți, destul de rari cât și a numeroase ouă ("lindeni"). În urma gratajului intens se produc piodermizări și eczematisări, secrețiile rezultate transformându-se prin uscare în cruste care aglutinează firele de păr, acestea având însă un aspect nemodificat. Se consideră că pediculoza capitis este cea mai comună cauză de piodermite la nivelul scalpului. Foarte rar, când afecțiunea este neglijată, iar normele de igienă personală sunt deficitare sau inexistente, leziunile de la nivelul scalpului pot forma o calotă din fire de păr lipite printre care se pun în evidență lindeni și păduchi.

Diagnosticul diferențial se face cu: dermatita seboreică, înțepăturile de insecte, eczema, psoriazisul.

Pediculoza corporală

Este produsă de *Pediculus humanus varietas corporis*, parazit ce se localizează pe pielea corpului, în orice arie, dar numai în timpul cât se hrănește; în restul timpului se găsește în lenjerie sau pe haine, preferând zonele cu cusături. La distanță de temperatura și umiditatea corpului, păduchii trăiesc puțin (cca. 3 zile), iar ouăle până la o lună. Afecțiunea se întâlnește obișnuit în colectivități.

Tablou clinic

Clinic, debutează sub forma unei leziuni punctiforme înconjurate de o maculă eritematoasă. După cca. 7 zile pe locul respectiv apare o papulă persistentă, intens pruriginoasă, excoriații liniare secundare gratajului, cruste hemactice sau semne de piodermizare. Întrucât pruritul persista, pe zonele respective apar, ulterior, arii

de lichenificare, hiperpigmentări, cicatrici liniare. Localizarea acestor leziuni are ca particularitate dispoziția “în pelerină” (pe umeri, gât, interscapular). Secundar, pot apărea melanodermii postlezionale.

Diagnosticul se pune pe simptomatologia clinică obiectivă și subiectivă descrisă și pe evidențierea paraziților și a ouălor pe tegumente sau haine.

Diagnosticul diferențial se face cu: scabia, dermatita atopică și de contact, reacții medicamentoase, exantemul viral, cauze sistemice de prurit.

Phthyriaza pubiană

Este o afecțiune contagioasă produsă de phytirus pubis, cel mai frecvent prin contact sexual. Transmiterea indirectă prin lenjeria de pat sau de corp este mai rară.

Tablou clinic

Simptomatologia clinică se caracterizează prin prurit în regiunea pubiană produs de înțepătura parazitului, iar la locul înțepăturii apar papulo-vezicule care se pot infecta secundar scărpinaului. Se pare că saliva acestui tip de păduche este dotată cu un ferment ce duce la degradarea hemoglobinei gazdei (la locul de înțepătură), determinând apariția unor pete albastrii patognomone, “macule cerulae”, rotund-ovalare, cu dimensiuni între 3-15 mm, prezente pe abdomen, coapse sau zona perigenitală. Diagnosticul se pune atât prin evidențierea parazitului și a ouălor cât și prin semnele clinic prezente.

Tratamentul pediculozelor este strict local.

În *pediculoza scalpului* se folosesc:

- Crotamitonul - topic local;
- Derivații de piretrine;
- Permetrina 5% și Malation 0.5% peste noapte;
- Ivermectina local aplicată timp de 10 minute.

Cele mai eficiente sunt Ivermectina și Malationul.

În *pediculoza corporală*, pe lângă regulile de igienă corporală, sterilizarea prin fierbere și călcarea lenjeriei de corp și de pat, se aplică următoarele tratamente: Piretrinele și Permetrina în aplicații unice.

Phthyriaza pubiană necesită raderea pilozității pubiene și aplicarea de topice insecticide aceleași ca și pentru pediculoza corporală. Este recomandată Ivermectina oral repetată în ziua 8 și ziua 15. Subliniem că în toate cazurile de pediculoză este necesară consultarea și tratarea contactilor.

DERMATOZE CUTANEO-MUCOASE PRODUSE DE DERMATOFIȚI ȘI LEVURI

Sunt afecțiuni infecțioase superficiale sau profunde produse de fungi (dermatofii sau paraziți criptogamici) sau levuri genul Candida.

Epidemiologie

Infecțiile fungice superficiale afectează 20-25% din populația globală.

Dermatofitiile se împart în trei clase, *Epidermophyton*, *Microsporum* și *Trichophyton*, iar după habitat pot fi:

- *Antropofili*, adaptați la gazda umană (*Trichophyton schoenleinii*, *Microsporum audouinii*, *Epidermophyton floccosum*). Contaminarea se face de la un om bolnav la unul sănătos prin contact direct sau obiecte contaminate.
- *Zoofili*, adaptați la animale, gazdele cele mai des întâlnite fiind vacile, caii, câinii și pisicile, mai rar rozătoarele. Transmiterea bolii se face de la animalele bolnave la om. Exemple: *Trichophyton gypsum*, *Microsporum canis*.
- *Geofili*, care trăiesc în sol de unde se infectează mai ales pe cei ce lucrează pământul sau pe cei ce merg desculți. Exemple: *Trichophyton evolvans*.

Metode de evidențiere a fungilor

Evidențierea fungilor se face prin:

- examenul cu lupa (al firelor de păr, de exemplu)
- examenul cu lampa Wood
- examenul micologic extemporaneu
- însămânțarea pe medii de cultură speciale (se folosește mediul Sabouraud pentru evidențierea *Candida albicans*);
- examenul histopatologic este folosit mai ales în diagnosticul micozelor profunde și sistemice
- tehnici histochimice
- microscopia electronică
- demonstrarea reacțiilor imunoalergice de natură fungică.

Toate dermatofitiile poartă numele generic de *tinea*.

Clasificarea micozelor

În funcție de structura afectată, micozele se împart în:

- superficiale
 - pilomicoze: uscate (microsporia, tricoftia uscată și favusul) și inflamatorii (tricoftia inflamatorie-Kerion Celsi și sicozisul dermatofitic-tinea faciae et barbae)
 - dermatofitiile pielii glabre: tinea corporis (herpesul circinat), tinea manuum, tinea cruris, tinea pedis
 - otomicozele
 - onicomicozele
 - pitiriazisul versicolor
- micozele profunde
 - profunde: actinomicoza, moniliaza, sporotricoză, histoplasmoza.
 - dermatofitidele (sin. Micid)

1. Micozele superficiale

Pilomicozele

Pilomicozele sunt manifestări patologice ale zonelor păroase ale tegumentului localizate preferențial la nivelul pielii capului la copii (tinea capitis) și la nivelul bărbii și mustății la adult (tinea faciei et barbae).

a. Pilomicozele uscate

Microsporia recunoaște drept agenți etiologici *Microsporum canis*, *audouinii* și mai rar *ferugineum*, dermatofiți zoofili ce au drept gazde obișnuite câinii și pisicile.

Epidemiologie

Această afecțiune reprezintă 70 - 80% din totalul micozelor uscate ale pielii capului.

Este manifestarea cea mai des întâlnită la copiii cu vârstă între 5-15 ani, mai ales din mediul rural.

Tablou clinic

Clinic, apar plăci rotund-ovalare, de dimensiuni mari (4-6 cm), puține la număr, eritemato-scuamoase, în interiorul cărora firele de păr sunt rupte toate la aceeași distanță de la emergență (2-3 mm), dând leziunii un aspect particular comparabil cu o zonă tunsă cu mașina, motiv pentru care a fost asociată denumirea de “tondantă microsporică”.

La examenul cu lupa, se observă că firele de păr sunt mate, cu aspect prăfuit și acoperite cu o teacă pulverulentă pe care o produce parazitul în jurul său.

Investigații paraclinice

Examenul micologic al firelor de păr a arătat că acesta prezintă o parazitare ectotrix, sporii și filamentele formând o teacă în jurul firului de păr, imagine ce a fost comparată cu aspectul unui fir “uns cu clei și dat prin nisip”. La expunerea la lampa Wood, plăcile microsporice au o luminiscentă verzuie caracteristică. Netratată, afecțiunea se vindecă spontan la pubertate și nu lasă alopecie definitivă.

Tricofitia uscată a pielii capului

Este produsă de dermatofiți antropofili: *Trichophyton violaceum*, *Trichophyton tonsurans*. Este mai puțin răspândită comparativ cu microsporia.

Tablou clinic

Boala afectează preferențial copiii de ambele sexe și se prezintă sub forma a numeroase plăci alopecice, descuamative, de dimensiuni mici, cu perii din interiorul lor ruși la distanțe diferite de pielea capului creând aspectul de “puncte negre”.

La examenul micologic, se observă parazitarea endotrix a firului de păr, aspect comparat cu un “sac cu nuci”. Examenul cu lampa Wood arată lipsa fluorescenței.

Ca și microsporia, tricofitia uscată a pielii capului se vindecă spontan la pubertate și nu lasă alopecie definitivă.

Favusul

Este produs de Trichophytoni antropofili (*Trichophyton schoenleinii*) și animalii (*Trichophyton quikeanum* - găzduit de șoareci). Contaminarea se face, cel mai des, tot în copilărie, mai ales la copiii cu o igienă necorespunzătoare.

În faza de stare pot exista mai multe *forme clinice*:

Forma cu godeuri este cea mai frecventă. Leziunea caracteristică este godeul favic, formațiune reliefată asemănătoare unei minifarfurioare, de câțiva mm diametru, cu margini reliefate, cu dispoziție perifoliculară, culoare galbenă asemănătoare sulfului după atingerea cu alcool. La examenul microscopic godeurile favice arată împletituri de filamente miceliene. Firele de păr parazitare sunt mate la examenul cu lupa, cenușii, cu aspect comparabil cu "părul de porc" și emană un miros caracteristic, neplăcut de brânză.

Forma impetigoidă evoluează cu depozite scuamo-crustoase umede, de nuanță gălbuie, asemănătoare unei piodermite.

Forma pitiriaziformă este caracterizată de predominanța scuamelor furfuracee. O formă particulară, mai rar întâlnită, dar foarte contagioasă o reprezintă *pitiriazisul papiroid* (descrișă de Sabouraud). Evoluează cu leziuni crustoase, mari, de culoare gri-cenușie, aderente, care la detașare lasă să se vadă zone erodate, zemuinde și pe care, la examenul cu lupa, se pot evidenția mici godeuri perifoliculare.

Forma cicatricială este de fapt manifestarea finală a evoluției tuturor formelor precedente de favus și se caracterizează prin instalarea alopeciei cicatriciale.

Toate formele de favus se pot însoți facultativ de adenopatii satelite inflamatorii suboccipitale și laterocervicale. Netratată, boala poate persista și la adulți, evoluând spre o alopecie cicatricială. Cu toate acestea, pentru cazurile vindecate, la nivelul scalpului rămâne un lizereu păros de aproximativ 4-5 cm grosime dând un aspect caracteristic asemănător tunsurii călugărilor franciscani.

Diagnosticul pozitiv pentru toate pilomicozele uscate se stabilește pe baza criteriului epidemiologic, asociat cu examenul clinic local și examenul micologic al firelor de păr sau scuamelor.

Diagnosticul diferențial trebuie făcut cu: pelada, pseudopelada, streptocociile uscate ale capului, psoriazisul și pitiriazisul pielii capului.

Tratamentul pilomicozelor uscate

Tratamentul pilomicozelor necesită administrarea pe cale generală a antimicoticelor: Griseofulvină 20-25mg/kg/zi timp de 6-8 săptămâni, Terbinafină 250 mg /zi, 2-8 săptămâni, Itraconazol 5mg/kg/zi timp de 2-4 săptămâni, Fluconazol 6mg/kg/zi, 3 săptămâni.

Tratamentul local pentru pilomicozele uscate constă din raderea părului și aplicații de soluții de alcool iodosalicilic, soluție Lugol sau derivați imidazolici.

b. Pilomicoze inflamatorii

Tricofitia supurată (inflamatorie) a pielii capului sau Kerion Celsi

Este produsă de dermatofiți zoofili (*Trichophyton mentagrophytes*, *Trichophyton verrucosum*) și mai rar geofili (*Trichophyton gypseum*) motiv pentru care numărul mai mare de îmbolnăviri se întâlnește la populația din mediul rural care îngrijește animale bolnave.

Epidemiologie

Contaminarea se poate face direct de la animalul bolnav, precum și indirect prin obiecte contaminate (instrumente de tuns și bărbierit, prosoape). În ambele situații pătrunderea agentului patogen se face printr-o soluție de continuitate locală. Afectează mai ales copiii când se localizează pe scalp și rareori adulții la care se poate întâlni, fie pe scalp, fie în zona păroasă a feței. Răspunsul organismului uman este foarte zgomotos, acesta dezvoltând rapid o reacție inflamatorie masivă.

Tablou clinic

Kerion Celsi debutează prin pustule centrate de fire de păr care se unesc rapid formând, inițial, noduli inflamatori care confluează rezultând un placard pseudotumoral eritemato-edematos, dureros. Parazitarea progresează spre bulbul firului de păr care, în final, este lezat și expulzat. Infecția se propagă din aproape în aproape, iar în faza de stare se dezvoltă un placard rotund-ovalar, de dimensiuni variate, reliefat, cu suprafața boselată pe care se observă pustule, fire de păr parazitare, cruste melicerice și hematice și zone parțial alopecice. Orificiile foliculilor pilosebacei sunt dilatate, firele de păr pot fi epilate ușor, iar la apăsare se elimină puroi. Placardul se poate însoți de adenopatie regională inflamatorie. Vindecarea se face printr-o alopecie definitivă.

Tratamentul

Tratamentul general al pilomicozelor inflamatorii se face cu antimicotice la fel ca la pilomicozele uscate: Griseofulvină 20-25mg/kg/zi, Terbinafină 250 mg /zi, Itraconazol 5mg/kg/zi, Fluconazol 6mg/kg/zi.

Tratamentul local constă în epilarea manuală a firelor de păr parazitare și aplicații locale cu soluție Lugol sau derivați imidazolici.

Sicosisul micotic

Afectează bărbații adulți. Se localizează în zona păroasă a feței (barbă sau mustață).

Clinic, se prezintă sub forma unui placard inflamator, acoperit de pustule, fire de păr ce se elimină ușor și cruste. Pustulele pot conflua și formează colecții purulente de tip abcese, tracturi sinuoase și alopecie cicatricială. Subiectiv, manifestările sunt discrete și necorelate cu simptomatologia obiectivă zgomotoasă.

Tratamentul se face cu Griseofulvină 500mg x 2/zi, Terbinafină 250 mg /zi, Itraconazol 200mg/zi, Fluconazol 200mg/ zi, iar local este necesară epilarea manuală a firelor de păr și aplicații de soluții și creme antimicotice.

Dermatofitiile pielii glabre

Herpesul circinat

Este produs de dermatofiți antropofili, zoofili și geofili contaminarea putându-se face, direct de la omul sau animalul bolnav sau, indirect prin obiecte contaminate.

Clinic, la debut, se prezintă sub forma unei plăci eritemato-pruriginoase, de mici dimensiuni care devine, în scurt timp, inelară sau serpiginoasă mărginită de scuame fine și un chenar de vezicule. Evoluează centrifug, mai multe leziuni putând conflua rezultând placarde mari cu contur policiclic. În timp, evoluția se face spre o vindecare spontană în centrul placardului, marginile rămânând active. Se poate localiza pe față, trunchi sau membre cu excepția palmelor, tălpilor și regiunii crurale.

La imunodeprimați, poate îmbrăca aspectul unor placarde mari, policiclice, confluențe sau psoriaziforme. În localizarea de la nivelul feței, în urma aplicării incorecte a dermatocorticoizilor, aspectul leziunii se poate modifica îmbrăcând o formă clinică particulară cunoscută sub denumirea de “tinea incognita”

Diagnosticul clinic se confirmă prin examenul micologic al scuamelor care indică prezența paraziților.

Diagnosticul diferențial se face cu eritemul inelar centrifug, eczema numulară, psoriazisul, tinea versicolor, lupusul eritematos subacut, candidoza cutanată.

Tratamentul, pentru plăcile izolate de la nivelul pielii glabre, se face cu topice cu alilamine, imidazoli, în timp ce antifungicele orale se folosesc în cazurile extinse sau cu erupții inflamatorii.

O variantă de dermatofizie a pielii glabre este *granulomul Majocchi*, numit și granulomul tricoftic care este o foliculită profundă produsă de dermatofiți ce se prezintă sub forma unor papule foliculare și/sau noduli care confluează. Adeseori, leziunile sunt dispuse circular.

Tratamentul este asemănător cu al celorlalte micoze ale pielii glabre. **Tinea manum**

Este consecința contaminării, de la om la om sau prin obiecte comune, cu dermatofiți antropofili (*Trichophyton rubrum*, *floccosum*). Localizarea este la nivelul feței palmare și laterale a mâinilor foarte rar pe dosul lor. Clinic, poate îmbrăca mai multe forme:

- *forma hiperkeratozică* se manifestă prin prezența unor placarde fisurate cu dispoziție difuză. Este cea mai frecventă formă iar afectarea este unilaterală în aproape jumătate din cazuri; accentuarea zonelor flexurale este caracteristică;
- *forma veziculo-dishidroică* caracterizată de prezența unor zone circumscrise acoperite de vezicule;
- *forma uscată eritemato-descuamativă* caracterizată de zone eritemato-scuamoase;
- *intertrigoul interdigital* când interesarea este, în general, unilaterală și se însoțește de prurit.

Tinea cruris sau intertrigoul dermatofitic

Afectează mai des bărbații și contaminarea se face atât de la obiecte parazitare folosite în comun (prosoape, obiecte de lenjerie), cât și prin autoinoculare de la un alt focar dermatofitic existent pe tegument. Leziunile se dispun cel mai frecvent în pliurile inghino-crurale, zona genitală și perigenitală, initial, asimetric

sub forma unor placarde mari, bine delimitate, cu contur policiclic și suprafața fin scuamoasă, cu veziculație sau chiar cu pustule marginale. Se extinde prin margini, fiind foarte pruriginoasă.

Diagnosticul pozitiv este confirmat cu ajutorul examenului micologic.

Diagnosticul diferențial se face cu celelalte tipuri de intertrigo.

Tinea Pedis

Este forma clinică de dermatomicoză cea mai frecvent întâlnită. În etiologia afecțiunii sunt incriminați: *Trichophyton rubrum*, *Trichophyton mentagrophytes*, *Epidermophyton floccosum*. Contaminarea se face cel mai des prin folosirea în comun a ciorapilor sau încălțămintei sau mersul desculț pe terenuri sau plaje contaminate, bazinele de înot, saune, sălile de sport etc. Tinea pedis prezintă următoarele forme clinice:

Forma hiperkeratozică cronică. Clinic, afecțiunea constă în prezența unor placarde hiperkeratozice acoperite de scuame difuze, de culoare gri-gălbuie, cu margini imprecis delimitate, deseori fisurate, situate mai ales în jumătatea anterioară a plantei dar și pe fețele laterale și mediale ale picioarelor. Manifestările subiective sunt reduse sau absente. Diagnosticul diferențial (mai ales pentru formele simetrice) se face cu: psoriazisul plantar, keratodermiile, eczemele keratozice.

Forma veziculoasă (dishidroziformă) este reprezentată de placarde intens pruriginoase eritemato-veziculo-scuamoase dispuse pe părțile laterale ale picioarelor ce se pot extinde atât pe dosul piciorului, cât și pe toată planta. Deseori această formă se asociază cu intertrigoul dermatofitic.

Diagnosticul diferențial se face cu: psoriazisul pustulos, eczema dishidrozică, pustuloza amicrobiană.

Intertrigoul dermatofitic (forma fisurată descuamativă interdigitală) sau “piciorul atletului” este forma cea mai des întâlnită mai ales la adolescenți și adulți. Este afectat, în special, sexul masculin. Afecțiunea evoluează, cu predilecție, în spațiul trei și patru interdigital de unde se poate extinde pe fața plantară a piciorului.

Clinic, leziunile constau din mici plăci macerate ce cuprind ambii versanți ai pliurilor interdigitale, eritem, fisuri și scuame. Pruritul este supărător. Leziunile se pot suprainfecta în special cu germeni Gram negativi moment în care apare durerea, mai ales în timpul mersului.

Diagnosticul diferențial se face cu celelalte forme de intertrigo: candidozic, microbian, eczema intertrigo, dermita de contact.

În majoritatea micozelor picioarelor este suficient tratamentul local care constă în: toaleta locală cu soluții antiseptice (soluția D’Alibour, Clorhexidin), produse pe bază de iod (alcoolul iodo-salicilic), coloranți (tinctura Castellani), derivați imidazolici.

Otomicozele

Confundate deseori cu eczema urechilor, se localizează la nivelul conductului auditiv extern unde îmbracă aspectul unor leziuni eritemato-exudative, uneori acoperite cu fisuri, foarte pruriginoase.

Diagnosticul clinic se confirmă numai prin examenul micologic.

Tratamentul local cu derivați imidazolici este suficient.

Onicomicozele

Onicomicozele (tinea unguium sau micoza unghiilor) sunt foarte răspândite, reprezentând 50% din toate cauzele de onicodistrofii.

Epidemiologie

În determinismul onicomicozelor este incriminat, în 75% din cazuri, *Trichophyton rubrum* urmat de *Trichophyton mentragrophytes interdigital* și alți dermatofiți. Sunt mai frecvente la unghiile picioarelor, la mâini inocularea se face cel mai des prin autoinoculare. Afectează 14% din populație. Până la 40% din indivizii cu onicomicoză prezintă infecții cutanate concomitente, cel mai adesea tinea pedis (30%).

Tablou clinic

Din punct de vedere clinic, infecția poate interesa unghia, repliul unghial sau ambele structuri, îmbrăcând mai multe aspecte:

În onixis, invazia unghiei începe de la marginea distală sau laterală a acesteia (forma disto-laterală), printr-o pată albicioasă, gălbuie sau galben-maronie care se extinde lent. În faza de stare, toată unghia este afectată, își pierde transparența, se îngroașă, devine friabilă și se detașează de pe patul unghial. Boala începe la o unghie, însă netratată, se extinde lent afectând în final toate unghiile degetelor de la mâini și/sau picioare. Tipul proximal rezultă din infecția pliului proximal unghial, determinând o opacitate alb gălbuie a patului unghial proximal. Opacitatea se extinde progresiv afectând întreaga unghie și determină în final hiperkeratoză subunghială, leuconichie, onicoliză proximală și/ sau distrucția întregii unghii. Acest tip de onicomicoză este considerat marker pentru infecția HIV. Tipul alb superficial rezultă prin invazia directă a lamei unghiale dorsale formându-se plăci albe sau gălbui, foarte bine delimitate, localizate oriunde pe suprafața unghiei de la picioare.

Diagnosticul pozitiv se face pe baza aspectului clinic și a examenului micologic extemporaneu.

Diagnosticul diferențial se face cu psoriazisul unghial, lichenul plan unghial, onixisul candidozic etc.

Tratamentul general se face cu Terbinafină, Itraconazol, Fluconazol. Medicația locală constă în aplicații locale cu antimicotice sub formă de lac de unghii (Amorolfină, Ciclopiroxolamina, Naftifina etc) perioade îndelungate de timp.

Tinea (pitiriazisul) versicolor

Tinea (pitiriazisul) versicolor este produs de o levură denumită *Malassezia furfur* care face parte din flora saprofită a tegumentului, mai ales în zonele bogate în sebum.

Epidemiologie

Răspândirea afecțiunii este foarte mare mai ales la adulți și tineri, interesând deopotrivă ambele sexe, fiind favorizată de climatul cald și umed. Se consideră că există o anumită predispoziție genetică individuală, precum și existența unor factori favorizanți. Oricum, pentru că parazitul saprofitează pielea la 85% din populație, contaminarea este foarte ușoară atât direct cât și prin obiecte vestimentare sau de uz personal.

Tablou clinic

Debutul se face prin mici macule rotund-ovalare care se extind și confluează, având o culoare variabilă de la alb la roz-roșu până la bej- cafeniu. Ulterior, se acoperă cu scuame fine care la grataj prezintă “semnul talajului”. Erupția se localizează mai ales pe zonele seboreice ale trunchiului, mai rar pe scalp și în jurul pliurilor. Există și o formă particulară - pitiriazisul acromiant - în care petele sunt albicioase, hipopigmentate. Examenul cu lampa Wood relevă o fluorescență specifică, verzuie, caracteristică.

Diagnosticul pozitiv este ușor de făcut, după aspectul clinic și localizare.

Diagnosticul diferențial trebuie făcut cu pitiriazisul rozat, eczematidele seboreice, infecțiile dermatofitice, eritasma, psoriazisul și pitiriazisul rubra pilaris, iar forma acromiantă cu vitiligo.

Evoluția este cronică, cu recidive mai ales primăvara.

Tratamentul este destul de laborios și de lungă durată (3-4 săptămâni) dar, în general, este suficient. Cele mai utilizate preparate sunt: alcoolul iodosalicilic, soluții eliberatoare de sulf în stare născândă, derivați imidazolici, sulfura de seleniu, sterilizarea obligatorie a lenjeriei de corp și de pat.

Tratamentul general se asociază numai la nevoie și constă din administrarea de Fluconazol și Itraconazol.

2. Micoze cutanate profunde

Sunt rar întâlnite la noi în țară. Cele mai frecvente sunt: actinomicoza, moniliaza, sporotricoză și histoplasmoza.

Actinomicoza cervico-facială

Definiție, epidemiologie

Actinomicoza cervico-facială este încadrată ca o micoză profundă deși agentul etiologic este Actinomyces israelii, o bacterie Gram (+) filamentoasă, ramificată cu aspect de pseudo-hifă. Boala are evoluție cronică, fiind întâlnită mai des la persoanele cu vârsta între 15- 30 ani. Are o incidență mai mare în zonele rurale, precum și la persoanele cu igienă bucală defectuoasă. Poarta de intrare este reprezentată de un traumatism la nivelul mucoasei.

Tablou clinic

Clinic, debutează prin prezența unor nodozități localizate, în special, în zona cervico-facială (limbă, mandibula, planșeul bucal). Nodozitățile au dimensiuni de 3-4 cm, sediul hipodermic, sunt proeminente, consistență fermă, lemnoasă, cu tendință la confluare formând un placard reliefat cu suprafața boselată. În timp, formațiunile devin mai violacee, se ulcerează și formează fistule multiple din care se scurge puroi ce conține grăunți caracteristici, alb-gălbui. Boala poate afecta toate organele și țesuturile în funcție de sediul primoinfecției.

Cea mai frecventă localizare este la nivel cervico-facial. Leziunea inițială, cu sediul pe mandibulă sau maxilarul superior, pornește de la o carie sau un abces periodontal, o extracție dentară sau un traumatism accidental și se poate extinde precoce spre țesutul osos, determinând osteomielită gravă cu formarea de spații chistice în interiorul osului și fistule cutanate.

Actinomicoza ar trebui suspectată atunci când sunt prezente una din cele trei elemente:

- masă inflamatorie infiltrată a pielii și țesutului subcutanat
- formarea de sinusuri și drenaje la nivelul tegumentului prin care se elimină grăunți cu aspect caracteristic
- recădere sau evoluția nefavorabilă a bolii după o cură scurtă de antibiotic.

Diagnosticul este ușor de pus ținând seama de caracterele clinice ale leziunilor și eliminarea grăunților actinomicozici din fistule care sunt foarte sugestivi prin culoarea lor: galbenă, albă, roz-gri, gri sau maron. Testele de laborator includ examinarea materialului de drenaj, cultură și biopsie.

Tratamentul necesită doze mari de antibiotice pentru o lungă perioadă de timp. Medicamentul de elecție este Penicilina G pentru 2-6 săptămâni apoi Penicilina V sau Amoxicilina oral pentru 6-12 luni. Pentru forma cervicofacială este necesar un tratament mai scurt. Pentru pacienții alergici la Penicilină se pot administra: Tetraciclină, Doxiciclină, Eritromicină sau Clindamicină.

3. Dermatofitidele

Sunt leziuni cutanate ce apar datorită unei reacții de hipersensibilizare la distanță față de antigenele fungice dintr-un focar micotic.

Clinic, sunt manifestări cu aspect polimorf: papule foliculare sau nefoliculare, leziuni eritemato-scuamoase, eczematiforme, nodulare sau de tip eritem polimorf, în general, dispuse simetric. În diagnosticul dermatofitidelor se respectă următoarele criterii: evidențierea unui focar infecțios micotic (confirmat prin examen micologic); lipsa dermatofitelor în leziunea cutanată; existența unor reacții pozitive la IDR cu antigene fungice specifice; vindecarea leziunilor clinice simultan sau după rezolvarea focarului fungic.

Candidozele cutaneo-mucoase

Candidozele cutaneo-mucoase (levuroze) sunt afecțiuni provocate de levuri. Cel mai frecvent incriminat este genul candida reprezentat de Candida albicans.

Epidemiologie

În mod normal, speciile de candida sunt saprofite și se găsesc în mucoasele tractului gastrointestinal, respirator și genitourinar, precum și pe tegument unde coexistă în echilibru cu alți germeni. În anumite situații fiziologice (sarcina) sau patologice (tratamente de lungă durată cu antibiotice, cortizonice, citostatice, deficiențe imune din cadrul leucemiilor, neoplaziilor viscerale sau în dereglări metabolice de tipul diabetului, obezității, sindroamelor de malabsorbție, etc) acest echilibru se rupe și candida devine parazit. Acest lucru declanșează o simptomatologie clinică supărătoare. Nou-nascuții și persoanele peste 65 de ani sunt cei mai susceptibili.

Diagnosticul candidozelor cutaneo-mucoase

Stabilirea diagnosticului de candidoză se face pe baza următoarelor criterii:

- manifestările clinice subiective și obiective de candidoză

- evidențierea candidiei în leziunea respectivă (prezența de hife și pseudohife levurice) la un examen extemporaneu
- numărarea a mai mult de 20 de colonii de *Candida albicans* pe placa de însămânțare.

A. Candidozele cutanate

1. Intertrigo candidozic

Apare mai frecvent la persoanele cu comorbidități (diabetici, obezi, imunodeprimați, cortico- sau antibiotico-dependenți) prin diseminarea infecției de la un focar propriu din tractul digestiv sau genital. Localizarea cea mai frecventă este la nivelul pliurilor inghino-crurale și interfesiere, interdigitale ale mâinilor și picioarelor, abdominale, submamare sau axilare. Debutul se face sub forma unor leziuni eritemato-veziculoase care devin rapid zemuinde, realizând un placard roșu-zmeuriu de o nuanță particulară, cu margini ușor infiltrate, festonate, bordate de un gulerăș epidermic alb scuamos. Subiectiv, se asociază senzația de prurit, la care se adaugă cea de durere când apar fisurile. La persoanele cu o igienă deficitară, pliurile sunt acoperite cu un depozit alb, cremos cu miros fetid. În localizarea inghino-crurală, după un timp, erupția se extinde și la organele genitale externe. Localizarea submamară și abdominală afectează mai ales femeile obeze și diabetice. La nivelul mâinii, intertrigoul candidozic se localizează preferențial în spațiul 3 sau 4 interdigital și apare, mai ales, la bucătărese, cofetărese, spălătorese. Infecția candidozică cutanată este diagnosticată pe baza aspectului clinic al erupției și confirmată prin examinarea cu KOH și uneori cultură.

2. Miliaria candidozică

Apare la nivelul toracelui posterior la pacienții imobilizați la pat. Erupția debutează ca veziculo-pustule izolate, care se extind la nivelul zonelor acoperite ale trunchiului.

3. Candidoza cutanată generalizată

Se manifestă ca o erupție difuză care debutează cu vezicule ce se extind și formează arii confluențe afectând trunchiul, toracele și extremitățile. Pruritul asociat este mai intens la nivelul pliurilor genito-crurale, regiunii axilare, anale, mâinilor și picioarelor.

4. Foliculita candidozică

Afectează infundibulul foliculului pilar la pacienții predispuși, cel mai adesea diabetici sau imunocompromiși.

5. Candidoza “de scutece”

Afectează sugarii și este favorizată de o dermatoză preexistentă iritativă, de umiditatea crescută a zonei și alcalinitatea urinei copilului, de iritații mecanice produse de scutece și prezența unor factori microbieni. Poate fi, de asemenea, consecința unei autoinoculări de la un rezervor digestiv. La debut, se observă un placard eritematos localizat perianal, care se extinde spre organele genitale și fese. Pe acest placard apar vezicule și pustule însoțite de prurit și agitația copilului. În marginea placardului inițial se constituie precoce leziuni satelite caracteristice.

6. Granulomul candidozic

Este o afecțiune rar întâlnită, condiționată de deficiențe imunologice grave, care apare la copiii imunodeprimați. Clinic, apar leziuni multiple, în plăci și placarde eritemato-infiltrative localizate pe orice zonă tegumentară, pe care se dezvoltă leziuni papilomatoase care se pot ulcera, acoperindu-se de cruste. Concomitent, starea generală se alterează.

B. Candidozele mucoaselor

Candida afectează atât mucoasa bucală, cât și mucoasa genitală.

a. Candidozele cavității bucale

Candidozele cavității bucale cuprind:

1. Comisurita candidozică (perleș, cheilită angulară) coexistă adeseori cu candidoza bucală (stomatita sau glosita candidozică). Este localizată la nivelul comisurilor și debutează printr-o leziune eritematoasă mică, care se acoperă de un depozit alb cremos iar, ulterior, se asociază cu fisuri, macerație și scuamo-cruste. Subiectiv, este prezentă senzația de durere, arsură sau usturime. Boala evoluează cu recidive, uneori greu de stăpânit.

2. Stomatita candidozică (*mărgăritărelul, muquet*) interesează mai frecvent sugarii dar poate fi întâlnită la orice vârstă, mai ales dacă se asociază diabetului sau imunodeficiențelor. Debutează printr-un eritem difuz al mucoasei bucale (jugale, linguale și palatine) care devine uscată și deranjează copilul la supt. În etapa următoare apar pseudomembrane sub forma unor mici depozite cremoase, aderente, de culoare albicioasă care la îndepărtare lasă zone roșietice, erodate, chiar sângerânde și dureroase.

Există și o *formă cronică de stomatită candidozică*. La nivelul mucoasei cavității bucale se observă placarde eritematoase, izolate sau confluate, cu contur neregulat pe care se găsesc depozite albicioase, cremoase, care se detașează relativ ușor. Subiectiv, se însoțesc de senzație de arsură.

Candidoza cronică atrofică este întâlnită la 24-60% dintre purtătorii de plăci dentare și este mai frecventă la femei. Sunt prezente eritemul și edemul cronic al mucoasei palatului în contact cu proteza dentară și este consecința microtraumatismelor locale.

3. Glosita candidozică reprezintă interesarea patologică a mucoasei linguale de către Candida albicans. Această manifestare poate îmbrăca mai multe aspecte clinice:

- *limba neagră viloasă* este forma cea mai frecvent întâlnită și constă din hipertrofierea papilelor linguale din zona mijlocie a limbii și de la baza acesteia care capătă o nuanță gri-negricioasă;
- *limba saburală* se prezintă sub forma unor depozite albicioase, dispuse pe dosul limbii, ușor detașabile și însoțite, subiectiv, de senzații de arsură, usturime, gust metalic.
- *limba lăcuită*, roșie, uscată, depapilată și dureroasă.

b. Candidozele mucoasei genitale

La nivelul mucoasei genitale infecția candidozică determină vulvo-vaginita la femei și balano-postita la bărbați.

1. Vulvo-vaginita candidozică se întâlnește frecvent la femeile diabetice, cu deficiențe imunologice sau în urma unor tratamente prelungite cu antibiotice, cortizonice sau citostatice. Este rezultatul exacerbării florei candidozice saprofite vaginale sau al unei contaminări recente în urma unui contact sexual. Aproximativ $\frac{3}{4}$ dintre femei vor avea cel puțin un episod de-a lungul vieții. Vaginita candidozică, definită ca patru sau mai multe episoade per an, afectează până la 10% dintre femei.

Clinic, se produce inflamația acută a mucoasei vaginale și vulvare ajungând până la zona perineului, în pliul interfesier sau chiar până la pliurile inghino-crurale și zona pubiană. Mucoasa are un aspect caracteristic, este roșie, edemațiată, macerată, cu vezicule și eroziuni acoperite de depozite alb cremoase, greu detașabile. Se însoțește de disurie și dispareunie. În pliuri aspectul este de intertrigo. La nivelul tegumentelor, leziunile îmbracă aspectul unor plăci eritematoase cu contur neregulat, mărginite de un gulerăș alb. Din vagin se scurge o secreție abundentă, alb cremoasă, aerată, cu miros caracteristic însoțită de prurit intens și senzație de arsură locală.

2. Balano-postita candidozică se întâlnește, în general, după contaminarea prin contact sexual cu o parteneră bolnavă.

Debutul se face prin senzația de prurit și arsură urmată de apariția la nivelul glandului sau în șanțul balano-prepușial a unor mici zone eritemato-veziculoase, mai rar pustuloase care, după rupere, lasă eroziuni superficiale acoperite de depozite alb-cremoase sau de scuame subțiri. Deseori infecția se extinde și la prepuș care devine edemațiat, roșu și dureros, eroziunile fiind acoperite de depozite cremoase, aderente și fetide. Pruritul și usturimea însoțesc toate localizările. Diagnosticul se stabilește pe baza aspectului clinic și se confirmă prin examenul micologic.

Tratamentul candidozelor cutaneo-mucoase este local și/sau general:

- În candidoza orală se folosesc suspensii cu Nistatin sau Clotrimazol
- În vulvovaginita și balanita candidozică - preparatele cu imidazoli (Butoconazol, Miconazol și Clotrimazol, Tioconazol, Econazol și Terconazole). Fluconazolul sau Itraconazolul se pot folosi pe cale generală cu eficiența similară preparatelor topice.
- Tratamentul recomandat pentru balanita candidozică este cu Clotrimazol cremă sau doză unică de Fluconazol 150 mg.
- Intertrigo candidozic se tratează cu preparate topice antifungice iar tratamentul sistemic este rezervat cazurilor severe sau la imunocompromiși.
- Paronichia candidozică este adesea rezistentă la tratament. Trebuie îndepărtați factorii favorizanți precum mediul umed și drenate abcesele.
- Pentru onicomicoza candidozică se folosește Itraconazolul. De asemenea și administrarea Fluconazolului a dat rezultate bune.

- Pentru candidoza cutaneo-mucoasă cronică prima linie de tratament sunt azolii pe cale orală, Fluconazol sau Itraconazol

C. Candidozele unghiilor

Onixusul și perionixusul (paronichia) candidozic afectează, în special, cofetăresele, spălătoresele sau persoanele care-și desfășoară munca în medii umede. Contaminarea se face, de obicei, prin autoinoculare de la un focar personal.

Onixusul candidozic se manifestă mai ales la nivelul unghiilor de la mâini, debutând prin afectarea marginii proximale a unghiei. Lama unghială se îngroașă, își pierde transparența, căpătând o culoare gălbuie, opacă, caracteristică, uneori cu nuanță slab verzuie sau chiar negricioasă. Marginea laterală suferă uneori un proces de onicoliză. Unghia este în totalitate friabilă și se rupe cu ușurință, căpătând un aspect caracteristic.

Onixusul se asociază cu *perionixusul*, când repliul periunghial și subunghial se tumefiază, pielea devine roșie, sensibilă, strălucitoare, destinsă și ulterior se descuamează. La apăsarea pe bureletul inflamator se exprimă o picătură de puroi alb-gălbui în care, la examenul micologic, se pot evidenția levurile. Durerea zonei este suportabilă, dar se exacerbează la contactul cu apa caldă.

D. Levuridele

Sunt reacții alergice de sensibilizare la distanță care se manifestă la nivel cutanat, la nivelul mucoaselor sau viscerelor și apar ca răspuns la prezența unui focar candidozic în organism. Pot îmbrăca forme clinice foarte variate.

Cel mai frecvent se manifestă ca erupții de tip eczematiform, circumscrise sau generalizate, dishidroză palmo-plantară, papule lichenoide, erupții urticariene sau chiar edem Quincke.

Infecția candidozică este, adeseori, cauza unor manifestări respiratorii de tip rinite alergice sau astm bronșic, a tulburărilor digestive de tip colon iritabil sau chiar a unor manifestări articulare.