



Dermatozele de cauză microbiană sau piodermitele

Biocenoza pielii normale

- ▶ La naștere pielea este sterilă, dar în scurt timp suprafața ei este colonizată de o mare varietate de microorganisme care formează microbiomul cutanat
- ▶ Ca localizare, la nivelul epidermului concentrația cea mai ridicată de germeni o conține stratul cornos disjunct care adăpostește 75% din această floră
- ▶ Pielea intactă este, de obicei, relativ rezistentă la infecție, de aceea, majoritatea infecțiilor cutanate apar când este întreruptă bariera cutanată.
- ▶ În dezvoltarea și evoluția infecțiilor bacteriene sunt implicați trei factori: (1) poarta de intrare și bariera cutanată, (2) apărarea organismului și răspunsul inflamator la invazia microbiană și (3) proprietățile patogene ale microorganismului
- ▶ Cei mai frecvenți germeni implicați în patologia cutanată sunt *Stafilococul aureu* și *Streptococul* de grup A, singuri sau asociați, fiind responsabili de un spectru larg de infecții, care variază de la piodermite superficiale până la infecții invazive



Infecțiile stafilococice

Infecțiile stafilococice



Stafilocociile
foliculare

Stafilocociile
unghiilor

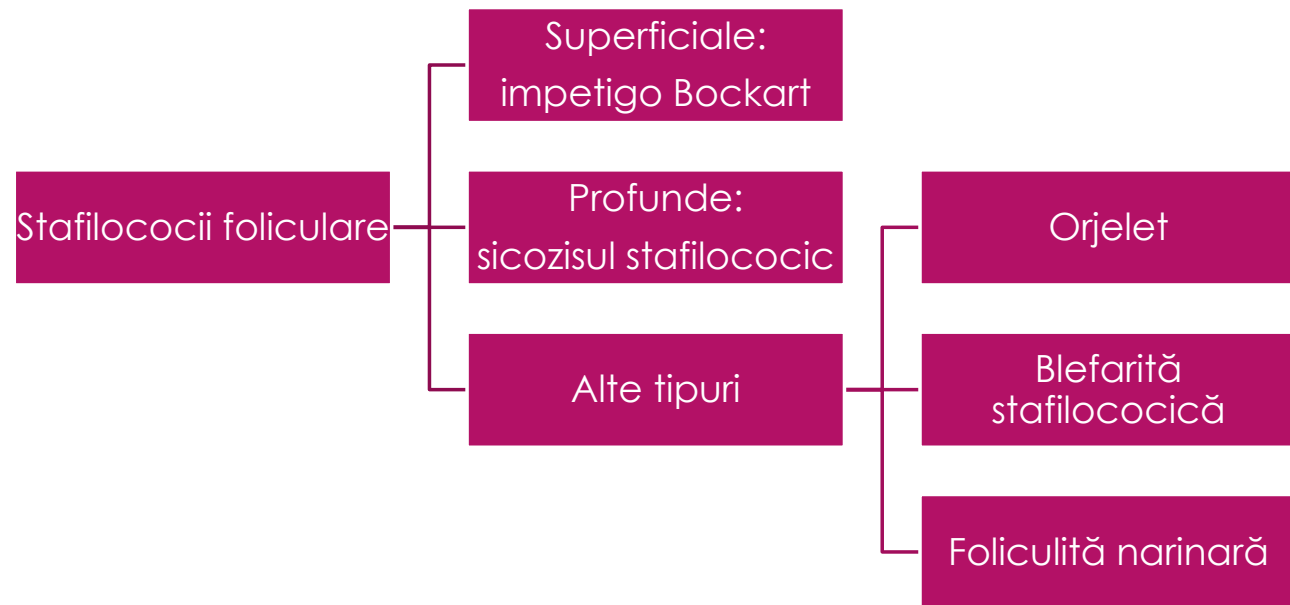
Stafilocociile
glandelor
sudoripare

Stafilocociile
perifoliculare

Infecții
produse de
toxinele
stafilococice

Stafilocociile
pielii glabre

Tipuri de stafilococii foliculare



Stafilocociile foliculare superficiale (impetigo Bockard)

- ❖ Produse de stafilococul auriu și se manifestă sub forma unei erupții formată din pustule foliculare mici
- ❖ Evoluția se face spre vindecare sau, în leziunile netratate, spre cronicizare și transformare în pustule profunde
- ❖ Tratatamentul local este suficient: soluții antiseptice, coloranți, mixturi sau sprayuri cu antibiotice (Oximed).



Stafilococii foliculare profunde

Sicozisul stafilococic este o stafilococie profundă subacută cu localizare la nivelul zonei acoperite de păr a feței (barbă și mustață).



Sicozsisul stafilococic

- ▶ Afectează numai sexul masculin și se asociază cu stări de deficiență imunologică
- ▶ Boala debutează prin pustule centrate de fire de păr localizate pe un fond eritematos, infecția evoluând în profunzimea foliculului pilos
- ▶ Cel mai frecvent este aspectul de *placard eritemato-pustulo-crustos*, parțial alopecic, cu margini imprecis delimitate
- ▶ Mai rar, este întâlnită forma cu *noduli*
- ▶ O formă particulară, rară, este *sicozsisul lupoid* care seamănă cu lupusul tuberculos
- ▶ *Diagnosticul pozitiv* al sicozisului stafilococic se stabilește pe baza aspectului clinic, rareori fiind necesare investigații paraclinice
- ▶ *Tratamentul* constă în administrarea de antibiotice pe cale orală după efectuarea antibiogramei
- ▶ Tratamentele locale folosesc soluții antiseptice, dermatocorticoizi combinați cu antibiotice sub formă de sprayuri sau creme
- ▶ Tratamentul este de lungă durată

Alte tipuri de stafilococii foliculare

Orjeletul



La nivelul marginii libere a pleoapelor, în jurul unei gene se organizează o formațiune pustuloasă, nodulară, eritematoasă și dureroasă

Blefarita stafilococică



Infecția pleoapelor care prezintă cruste sau scuame la nivelul marginilor ciliare

Foliculita narinară



Evoluează ca o pustulă dureroasă, centrată de un fir de păr, situată în interiorul narinelor

Alte tipuri de stafilococii foliculare



Orjelet



Blefarită



Foliculită narinară

Stafilocociile perifoliculare

Furunculul

- ▶ Foliculo-perifoliculită acută, profundă, necrozantă
- ▶ Debutul se face printr-o pată eritemato-edematoasă, pe care se organizează o pustulă foliculară
- ▶ Are loc un proces de necrozare a ţesuturilor afectate de stafilococ rezultând o formaţiune caracteristică de culoare alb-gălbuie, bine delimitată, denumită burbion
- ▶ Furunculul se poate localiza oriunde pe corp, dar apare mai frecvent pe membre



Furunculoza reprezintă apariția concomitentă sau succesivă a mai multor furuncule. Are caracter recidivant și este dificil de tratat. Este întâlnită într-un procent mic de cazuri și apare, în general, pe un teren particular al pacientului, cum ar fi diabetul zaharat, unele deficiențe imune, malnutriția, anumite afecțiuni cronice sau chiar lipsa de igienă.



Forme particulare de furuncul

Furunculul antracoid (carbunculul)

- Afectează majoritar bărbații și se localizează cel mai des în regiunea occipitală, torace sau coapse
- Leziunea începe tot printr-o pustulă foliculară însă infecția stafilococică se propagă rapid, formând un placard de dimensiuni mari
- Poate îmbrăca două aspecte clinice: formarea unui sfacel / apariția simultană a mai multor burbioni
- Bolnavii prezintă febră, frisoane și adenopatie inflamatorie regională, leucocitoză
- Diagnosticul se pune pe baza aspectului clinic

Furunculul buzei superioare și al nasului

- Supranumit și furunculul “malign” al feței
- Debutul este zgomotos, cu cefalee marcată, greață, amețeli, stare generală alterată, febră
- Buza superioară devine roșie, edematoasă, proeminentă, intens dureroasă
- Constituie o urgență medico-chirurgicală din cauza riscului trombozei sinusului cavernos și migrării embolilor bacterieni la vasele endocraniene
- În furunculul malign al feței sunt interzise manevrele brutale

**Stafilocociile
glandelor
sudoripare**

Hidrosadenita



Hidrosadenita

- ▶ Inflamație supurativă ce interesează glandele sudoripare apocrine din zonele axilare, genitale și perigenitale
- ▶ Contaminarea glandelor este favorizată de particularitățile morfologice și funcționale ale acestora
- ▶ Debutul constă într-o pată eritematoasă la nivelul ostiumului folicular pe care se dezvoltă o pustulă foliculară. Infecția se propagă în profunzime
- ▶ În perioada de stare, infecția se propagă la glandele vecine, din aproape în aproape, formându-se un placard eritemato-infiltrativ, dureros, pe suprafața căruia sunt prezente pustule
- ▶ Evoluția este trenantă și rezistentă la tratament
- ▶ Medicația generală constă în antibioterapie conform antibiogramei
- ▶ La debut, se pot utiliza cremele cu dermatocorticoizi, iar în faza de stare este indicată incizia și drenarea colecțiilor

Stafilocociile glandelor sudoripare

Abcesele multiple ale sugarului

- ▶ Reprezintă infecția glandelor ecrine ale copilului mic
- ▶ pe toată suprafața corpului, dar cu predilecție pe cap și zona fesieră, apar mici noduli dermici care nu depășesc 1 cm diametru
- ▶ Evoluția este lungă, cu recidive frecvente și cu complicații locale de tip furuncule sau chiar viscerale

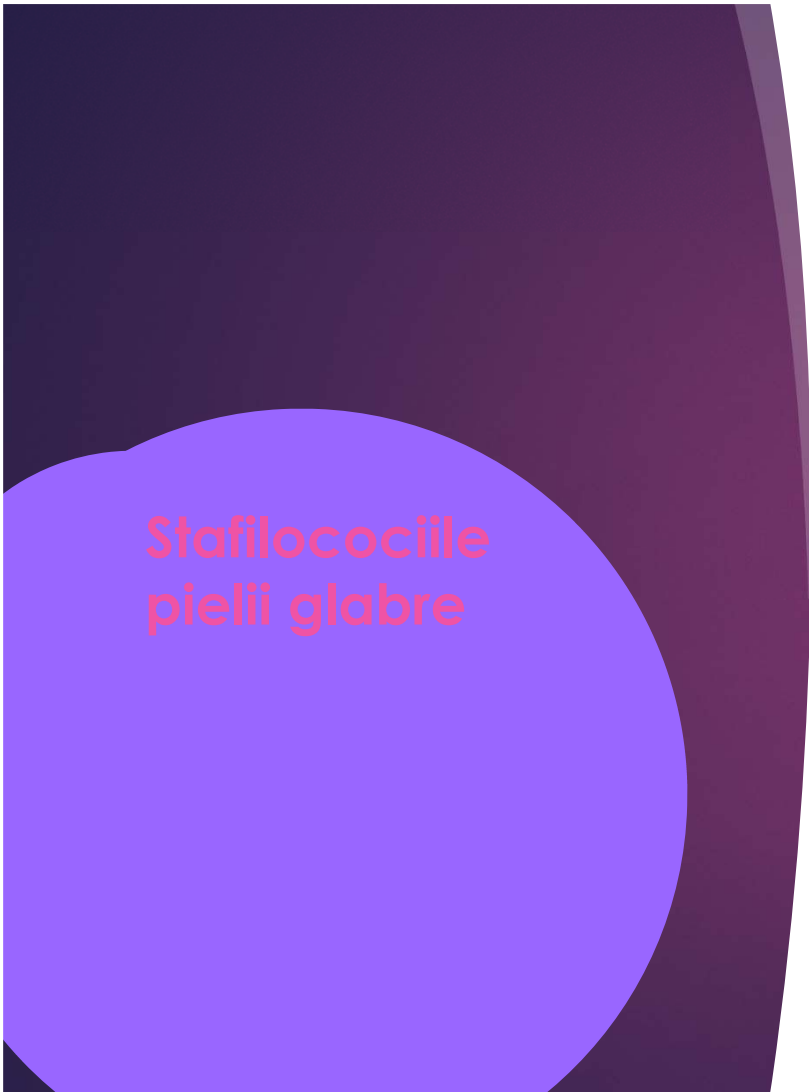
Stafilocociile unghiilor

Perionixisul stafilococic

- ▶ Reprezintă inflamația acută a repliului periunghial
- ▶ Se manifestă clinic, inițial, prin eritem și edem dureros
- ▶ Sunt predispuse persoanele expuse la traumatisme sau mediul umed
- ▶ Tratamentul include antibiotice orale și topice, incizia și drenajul abcesului

Onixisul stafilococic

- ▶ Constă din afectarea stafilococică a lamei unghiale
- ▶ Lama unghială devine friabilă, cu suprafața neregulată
- ▶ Tratamentul local constă în aplicarea de soluții antiseptice, coloranți (tinctura Castellani) și topice cu antibiotice (Diprogenta).



Stafilocociile pielii glabre

- ▶ *Piodermita vegetantă* este o afecțiune cu etiologie, încă, incomplet cunoscută fiind presupusă implicarea stafilococilor auriu dar și a streptococilor
- ▶ Boala afectează, mai ales, persoanele cu deficiențe imunologice
- ▶ Erupția se localizează la nivelul pliurilor și constă în apariția unor plăci hiperplazice, intens exudative și alterări granulomatoase
- ▶ *Tratamentul general* se face cu antibiotice conform antibiogramei, iar local se folosesc soluții antiseptice și uneori creme cu dermatocorticoizi.

Infecții produse de toxinele stafilococilor

Sindromul stafilococic de piele opărită

- ▶ *Dermatita exfoliativă neonatorum* este o afecțiune a nou-născutului și mai rar a adulților imunodeprimați produsă de *Stafilococul auriu*
- ▶ *Clinic*, debutul este brusc, cu febră, alterarea stării generale și apariția de pete de culoare roșie-portocalie
- ▶ La scurt timp (1-2 zile), petele se acoperă de bule ce se sparg lăsând suprafețe mari, denudate, cu aspect de piele opărită
- ▶ *Tratamentul* constă în izolarea bolnavului în încăperi sterile asociată cu administrarea precoce a unor doze mari de antibiotice antistafilococice (cefalosporine)

Sindromul șocului toxic stafilococic (SSTS)

- ▶ Debutează la un bolnav purtător al unui focar infecțios stafilococic
- ▶ Se instalează brusc prin febră, odinofagie, mialgii, stare generală alterată
- ▶ La nivel cutanat apare o erupție eritematoasă de tip scarlatiniform
- ▶ Boala necesită terapie intensivă în servicii specializate

A large, dark purple rounded rectangle with a blue circle overlapping its bottom-left corner. The text 'Streptococii cutanate' is centered within the blue circle.

Streptococii cutanate





Streptocociile cutanate eritematoase

Limfangita

- ▶ Reprezintă inflamația acută a traseelor limfatice superficiale
- ▶ *Clinic*, se prezintă sub forma unor cordoane reliefate, roșii, dureroase
- ▶ Ganglionii sunt măriti de volum și dureroși
- ▶ Uneori simptomatologia locală este însoțită de febră, frisoane asociate sau nu cu cefalee
- ▶ *Tratamentul general* constă în antibioterapie (Penicilină, Eritromicină) asociat cu dermatocorticoizi local

Streptocociile cutanate eritematoase

Erizipelul

- ▶ Dermo-epidermită eritematoasă, acută, streptococică, favorizată aproape întotdeauna de existența unei porți de pătrundere
- ▶ Perioada de incubație este scurtă (1-3 zile), după care debutul se face brusc cu alterarea stării generale, febră (39-40), frisoane, cefalee
- ▶ În forma clasică, debutul este printr-o pată eritematoasă care se extinde rapid prin margini (ca o pată de ulei)
- ▶ Ulterior, se transformă într-un placard eritemato-edematos cu aspect de coajă de portocală și margini bine delimitate, reliefate
- ▶ Cel mai frecvent, erizipelul se localizează la nivelul membrelor inferioare fiind secundar unei micoze interdigitale netratate

Erizipelul

Erizipel



Erizipel recidivant



Erizipelul

Forme clinice

Forma hemoragică

- Apariția de bule cu conținut sanguinolent sau de pete purpurice
- Se datorează tulpinilor streptococice foarte virulente

Forma supurată

- Apariția unor colecții purulente în zona eritematoasă

Forma necrotizantă

- Existența unor zone necrotice pe suprafața placardului
- Este o formă rară și foarte gravă

Forma buloasă: când pe suprafața placardului eritematos se organizează flictene

Erizipelul recidivant: se repetă la intervale variate de timp pe aceeași zonă de tegument

Erizipelul

- ▶ Formele clasice, necomplicate, se vindecă în 7-10 zile
- ▶ Formele supurate și necrotizante au o evoluție gravă
- ▶ *Complicațiile erizipelului* sunt foarte rar întâlnite: fasceita necrotizantă, complicații renale de tip glomerulonefrită acută streptococică, bacteriemie cu sepsis, metastaze bacteriene la alte organe, existus
- ▶ *Tratamentul* general constă în doze mari de Penicilină (4-6 mil.UI/zi)
- ▶ Se continuă cura de consolidare cu peniciline de depozit (Moldamin, Retarpen - 1,2 mil.UI) administrate de 2 ori pe săptămână o perioadă variabilă
- ▶ Medicația locală constă din aplicații de antiseptice, dermatocorticoizi cu antibiotice în spray-uri sau creme, mixturi cu ichtiol sau hidrocortizon

Streptococii cutanate

Streptococile
ulcerogangrenoase

Sunt
reprezentate
de fasceita
necrozantă.

Clinic, se caracterizează prin prezența unor placarde eritemato-edematoase, calde și dureroase, localizate la nivelul capului, gâtului sau membrelor

În etapa următoare, placardele devin indurate, pe suprafața lor se organizează flictene, tegumentul devine violaceu și apare necroza

În acest stadiu, pielea devine anesteziată

Streptococii cutanate

Streptococile
ulcerogangrenoase

Pentru stabilirea diagnosticului este
esențială explorarea chirurgicală cu
vizualizarea
directă și palparea fasciei necrozate

Diagnosticul diferențial se face cu celelalte
gangrene.

Tratamentul constă în doze mari de
Penicilină G cristalină asociată sau nu cu
Metronidazol sau cefalosporine



**Piodermite mixte
strepto-
stafilococice**

Impetigo contagios

Impetigo bulos

- ❖ De obicei, leziunile apar la nivelul feței (în special în jurul nărilor) și pe extremități
- ❖ Debutează ca o veziculă sau pustulă tranzitorie ce se acoperă de o crustă melicerică înconjurată de un eritem perilesional
- ❖ Boala evoluează spre vindecare în 2-3 săptămâni

Impetigo non-bulos

- ❖ De obicei, leziunile apar la nivelul feței (în special în jurul nărilor) și pe extremități
- ❖ Debutează ca o veziculă sau pustulă tranzitorie ce se acoperă de o crustă melicerică înconjurată de un eritem perilesional
- ❖ Boala evoluează spre vindecare în 2-3 săptămâni

- ❖ Pe cale generală, se administrează antibiotice (penicilină, cefalosporine, eritromicină)
- ❖ Local, după toaleta regiunii făcută cu soluții antiseptice, se pot aplica coloranți și dermatocorticoizi cu antibiotice.

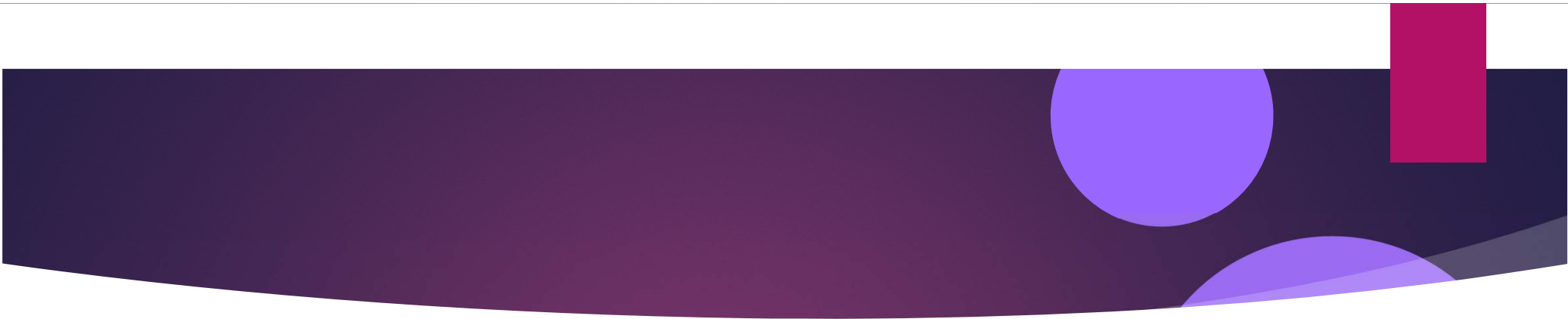
Impetigo contagios

Impetigo bulos



Impetigo non-bulos





Turniola

- Perionixis microbial mixt
- Flictenă gigantă cu conținut purulent și halou inflamator, dureros

Cheilita strepto- stafilococică

- Leziuni eritemato-descuamative acoperite cu mici flictene pe semimucoasa buzelor și pe tegumentul peribucal

Intertrigo

- ❖ Reprezintă o streptostafilococie erozivă a pliurilor
- ❖ Sunt interesate în mod caracteristic pliurile retroauriculare
- ❖ Debutul se face sub forma unor plăcarde bine delimitate, eritemato-edematoase care progresiv, devin erozive și se fisurează
- ❖ Tratamentul local este, adesea, suficient și constă din aplicații de soluții antiseptice, urmate de topice cu antibiotice și dermatocorticoizi



Ectima

- ❖ Piodermită mixtă ulceroasă
- ❖ Se localizează, în special, pe membrele inferioare (gambe)
- ❖ Debutul are loc, fie sub forma unei pete eritematoase pe care se dezvoltă în scurt timp o flictenă în tensiune, fie leziunea inițială este o pustulă
- ❖ Rezultă o ulcerăție rotund-ovalară, cu margini indurate, elevate
- ❖ În evoluție, se acoperă de o crustă brun-hematică, groasă și aderentă
- ❖ Leziunile se vindecă lent, necesitând mai multe săptămâni de antibioterapie pentru remisie.





Alte infecții cutanate microbiene

Eritrasma

- ❖ Este o afecțiune produsă de *Corynebacterium minutissimum*
- ❖ Clinic, la nivelul pliurilor, se evidențiază plăci bine delimitate, cu contur neregulat, de nuanță de la roz-roșietic până la brun-maroniu, acoperite de scuame subțiri, uneori pruriginoase
- ❖ La examenul cu lampa Wood, se pune în evidență o fluorescență roșu-coral
- ❖ Tratamentul este strict local, cu mixturi sau unguente cu Eritromicină, Clindamicină sau topice cu Acid fusidic



Eritrasma ➡ examinare cu lampa Wood



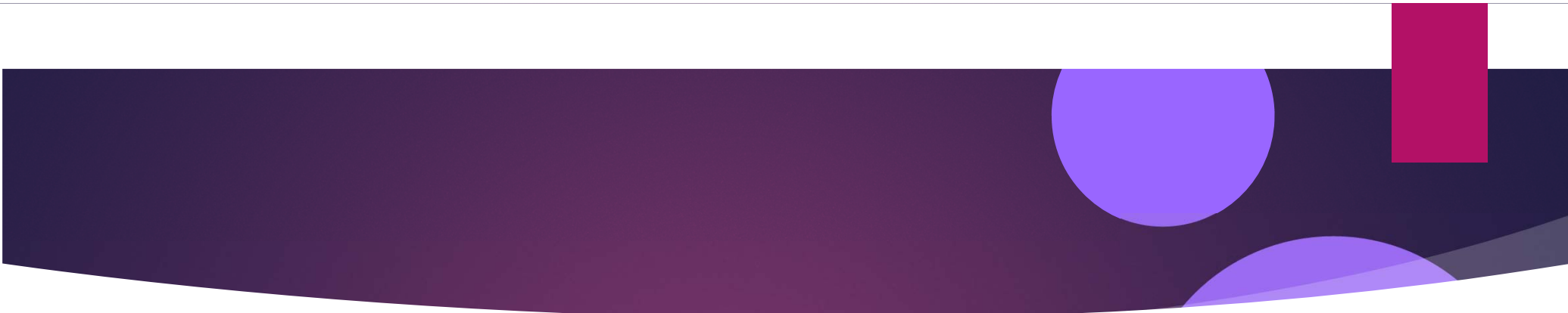
Botriomicomul (granulomul piogenic)

- ❖ Tumoră benignă de origine vasculară, roșiatică, cu tendință la sângerare, localizată pe părțile descoperite ale tegumentului și mucoaselor
- ❖ În apariția botriomicomului sunt implicați mai mulți factori: traumatismele, infecțiile bacteriene sau virale, factorii hormonal, medicamentele, malformațiile arteriovenoase etc
- ❖ Clinic, are aspectul unei proeminențe emisferice, de mărime variată, nuanță roșu-închis, sesilă sau pediculată
- ❖ Tratamentul constă în electroexcizia sau excizia chirurgicală





TUBERCULOZELE CUTANEO-MUCOASE

- 
- ▶ Sunt manifestări cutanate provocate de infecții endogene sau exogene cu *Mycobacterium tuberculosis* (bacilul Koch) ce survin pe un organism indemn sau deja tuberculinizat
 - ▶ Tuberculozele cutanate sunt rar întâlnite în practica medicală
 - ▶ Natura tuberculoasă a unei leziuni cutanate se stabilește numai dacă aceasta întrunește anumite criterii de diagnostic. Aceste criterii au fost sistematizate în două grupe

Criterii majore

- Evidențierea bacilului Koch în leziune la examenul microscopic
- Izolarea *Mycobacteriei* tuberculoase din leziunile cutanate
- Reproducerea leziunilor tuberculoase la cobai

Criteriile relative

- Examenul histopatologic caracteristic sugestiv prin apariția unui tubercu
- IDR la PPD cu reacție pozitivă
- Coexistența altui focar tuberculos
- Antecedente tuberculoase

❖ În clasificarea după criterii morfoclinice, tuberculozele cutanate sunt împărțite în două mari categorii: tuberculoze propriu-zise și tuberculide.

❖ În **tuberculozele cutanate propriu-zise**, clinic, predomină caracterul infecțios, ilustrat de prezența *Mycobacteriei* tuberculoase în leziune, iar histopatologic se confirmă prezența foliculului Koster

❖ **Tuberculidele**, denumite și tuberculoze cutanate atipice, sunt expresia unei sensibilizări la distanță a organismului față de componentele și produșii *Mycobacteriei* tuberculoase, dintr-un focar intern

Tuberculoze ulceroase

- șancrul tuberculos
- ulcerul tuberculos

Tuberculoze cu leziuni de tip tubercul ➡ lupus tuberculos

Tuberculoze cu leziuni gomoase

- scrofuloderma
- goma hematogenă

Tuberculoze cu leziuni hiperplazice

- tuberculoza verucoasă
- tuberculoza vegetantă

Tuberculide micropapuloase (superficiale, epidermice) ➡ lichen scrofulosorum

Tuberculide papuloase (dermice) ➡ tuberculidele papulo-necrotice foliclis și acnitis

Tuberculide nodulare (hipodermice) ➡ eritem indurat Bazin



Tuberculoze propriu-zise

Tuberculoze ulceroase

Șancrul tuberculos

- ▶ Tuberculoză tegumentară primară, ce survine la o persoană neimunizată anterior
- ▶ Contaminarea se face pe cale exogenă, în 80% din cazuri fiind interesate regiunile feței, mâinilor, membrilor inferioare sau mucoaselor
- ▶ Afectează predominant copiii
- ▶ După 3-4 săptămâni de la inocularea bacilului Koch, la locul de inoculare, apare o formațiune papuloasă sau papulo-pustuloasă, care se ulcerează rapid
- ▶ Evoluția ulcerăției este de lungă durată, fără tendință spontană la cicatrizare
- ▶ Șancrul tuberculos împreună cu adenopatia secundară formează complexul primar tuberculos
- ▶ **Diagnosticul pozitiv** se stabilește prin examenul clinic și topografia leziunii și prin evidențierea bacilului Koch

Ulcerul tuberculos

- ▶ Supranumit și tuberculoză periorificială, este o leziune de autoinfecție la bolnavii imunocompromiși
- ▶ Localizarea ulcerelor tuberculoase este dependentă de localizarea focarelor viscerale din care se produce autoinocularea
- ▶ Debutul constă în leziuni micronodulare care se transformă în ulcerății mici, cu margini neregulate, franjurate, înconjurată de o zonă violacee, cu baza neinfiltrată, acoperită de cazeum gălbui
- ▶ Ulcerul tuberculos se însoțește de adenopatie satelită inflamatorie
- ▶ **Diagnosticul pozitiv** se stabilește pe baza examenului clinic corelat cu coexistența unei tuberculoze viscerale și evidențierea Mycobacteriei tuberculoase

Tuberculoze cu leziuni de tip tubercul.

Lupusul tuberculos

- ▶ Reprezintă peste 50% din îmbolnăvirile cutanate cu bacili Koch
- ▶ Localizarea este la față, iar denumirea derivă de la aspectul mutilant pe care-l îmbracă, fiind comparat cu mușcătura de lup
- ▶ Leziunea elementară reprezentativă la debut este *tuberculul lupic (lupom)* care este un mic nodul de 3-4 mm, moale la vitropresiune, de culoare maroniu-gălbuie caracteristică
- ▶ Lupomul are tendința de a conflua cu formațiunile din imediata vecinătate, rezultând placarde

Forme clinice

Lupusul tuberculos plan

- placă de dimensiuni variate, cu margini infiltrate, cu o zonă atrofică, scuamoasă central și tuberculi evidențiabili la periferie

Lupusul tuberculos proeminent

- se localizează preferențial pe piramida nazală (lupus tumidus) sau pe lobulul urechii
- tuberculi mai mari ce proemină evident la suprafața tegumentului

Lupusul tuberculos ulcerat

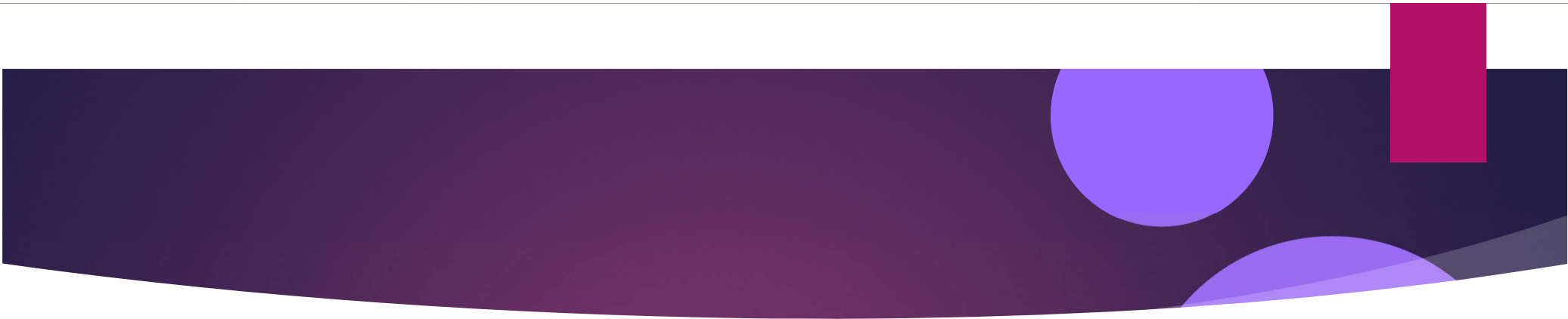
- forma ulcero-vegetantă
- forma ulcero-crustoasă (pe nas)
- forma terebrantă (lupus vorax)
- forma superficială arciformă

*Lupus tuberculos forma
mixomatoasa*



*Lupus tuberculos forma
pseudotumoralis*



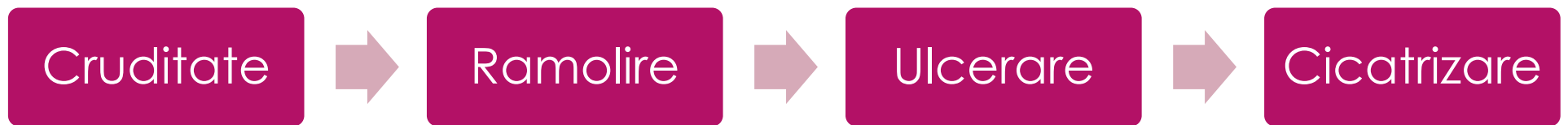
- 
- ▶ În 60% din cazuri, lupusul tuberculos afectează mucoasele cavității bucale (bolta palatină) sau nazale (fosele nazale, nazo-faringele)
 - ▶ Ulcerațiile, care apar în aceste cavități, evoluează lent, cronic, fără simptomatologie subiectivă zgomotoasă
 - ▶ **Diagnosticul** se stabilește pe baza examenului histopatologic care evidențiază infiltratul tuberculos specific
 - ▶ **Evoluție.** Lupusul tuberculos este o boală cu evoluție foarte îndelungată, iar în lipsa terapiei specifice va determina mutilări în decursul anilor

Tuberculoze cu leziuni gomoase

Scrofuloderma

- ▶ Este o formă clinică de tuberculoză caracteristică pentru copii, adolescenți și vârstnici.
- ▶ Localizarea caracteristică este submandibulară, laterocervicală, supraclaviculară
- ▶ Leziunea specifică este goma
- ▶ Posibilitățile de recidivă sunt frecvente
- ▶ **Diagnosticul pozitiv** presupune descoperirea focarelor tuberculoase preexistente, împreună cu examenul clinic și localizarea leziunilor gomoase
- ▶ **Evoluție.** Poate să apară vindecarea spontană, dar evoluția este îndelungată și poate dura ani de zile

Goma → faze evolutive

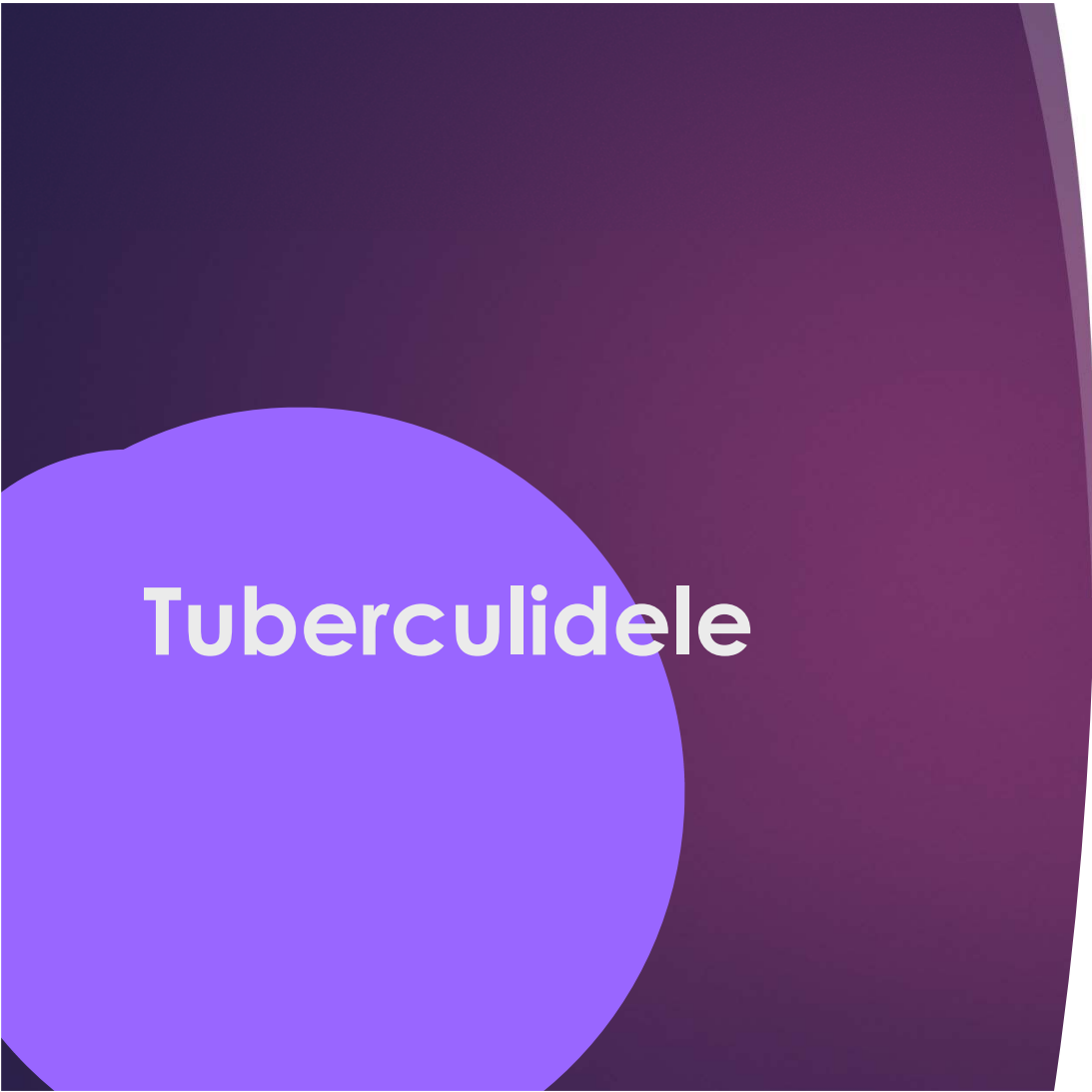


- ▶ În *faza de crudită* ea este o formațiune nodulară, rotundă sau ovalară, unică sau multiplă, de culoare roșie violacee
- ▶ În *faza de ramolire*, goma crește în dimensiuni, devine fluctuantă, aderentă la tegument și se ulcerează
- ▶ *Faza de ulcerare* – în această etapă, leziunea prin lipsă de substanță întrunește toate caracterele ulcerației tuberculoase
- ▶ *Faza de cicatrizare* încheie procesul evolutiv prin cicatrici vicioase, neregulate

Tuberculoze cu leziuni gomoase

Goma cutanată
hematogenă

- ▶ Denumită și abces tuberculos metastatic este o formă de tuberculoză gomoasă întâlnită, mai ales, la copiii subnutriți, care au concomitent și o formă de tuberculoză viscerală.
- ▶ Calea de inoculare este hematogenă.
- ▶ *Clinic*, debutează ca nodozități cutanate localizate pe trunchi și membre, care trec prin cele 4 faze de evoluție ale gomei și se deschid la suprafața tegumentului prin fistule și ulcerații ce se vindecă cu cicatrici neregulate.



Tuberculidele

REPREZINTĂ O ERUPȚIE
TEGUMENTARĂ LEGATĂ DE
INFECȚIA CU BACILUL KOCH,
DAR CARE NU PERMITE
EVIDENȚIEREA ACESTUIA ÎN
LEZIUNILE CUTANATE.

Tratamentul tuberculozelor cutanate

- ▶ Ca și cel al formelor viscerale, constă din asocieri de antibiotice și chimioterapice specifice, administrate pe o perioadă de 6-9 luni
- ▶ Tuberculostaticele cele mai eficiente sunt: Hidrazida, Rifampicina, Pirazinamida, Etambutolul și Streptomicina
- ▶ Concomitent cu tratarea formei de tuberculoză cutanată, trebuie investigate și sterilizate focarele bacilare viscerale
- ▶ În paralel cu tratarea și izolarea subiecților bolnavi, este indispensabilă efectuarea unei anchete epidemiologice pentru depistarea focarelor de contagiozitate



DERMATOZE PRODUSE DE VIRUSURI

Virozele cutaneo-mucoase sau dermatovirozele sunt boli infecțioase recidivante, dificil de tratat, produse de virusuri.

Familia
herpetoviridelor

- Virusul herpes simplex cu două tipuri (tipul I și tipul II)
- Herpes virus varicelae

Familia papova-
virusurilor

- 45 de tipuri (HPV)

Familia pox-
virusurilor

- Ortopoxvirusurile
- Parapoxvirusurile

Familia
picorna-
virusurilor

- Aftovirusuri
- Rinovirusuri
- Enterovirusuri
- Calcivirusuri

Virusul Epstein-Barr și
citomegalovirusul

A large, dark purple rounded rectangle with a blue circle overlapping its bottom-left corner. The text 'Epidermoneurovirozele' is centered in white.

Epidermoneurovirozele

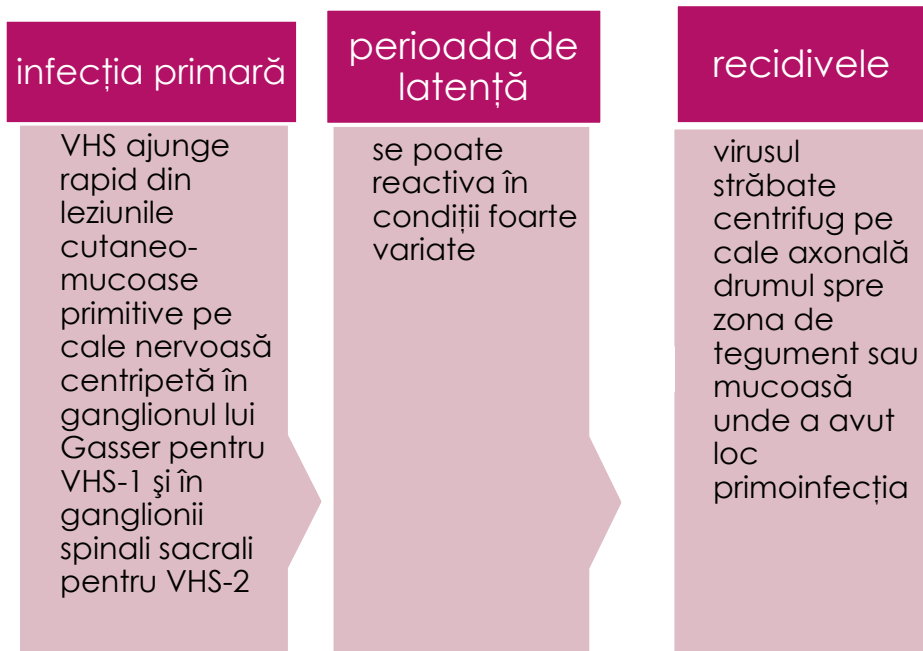


Herpesul cutaneomucos

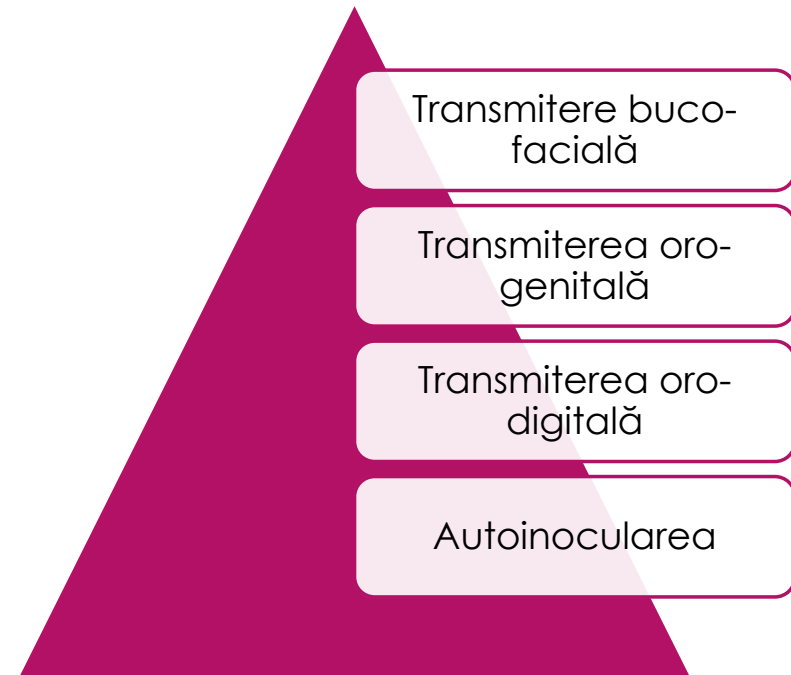
Manifestările virale cutaneo-mucoase sunt determinate de infecția cu virusul herpes simplex (VHS).

- ▶ După criterii biologice și imunologice au fost individualizate două forme de VHS distincte: VHS-1, responsabil de peste 95% din erupțiile herpetice buco-faciale și de toate manifestările herpetice cu localizare cutanată situate pe jumătatea superioară a corpului și VHS-2 ce produce herpesul genital și manifestările herpetice localizate “sub centură”.
- ▶ Aproape toți pacienții infectați cu HSV- 1 și HSV-2 sunt asimptomatici, dar transmit virusul.

Patogeneza infecției herpetice: faze succesive



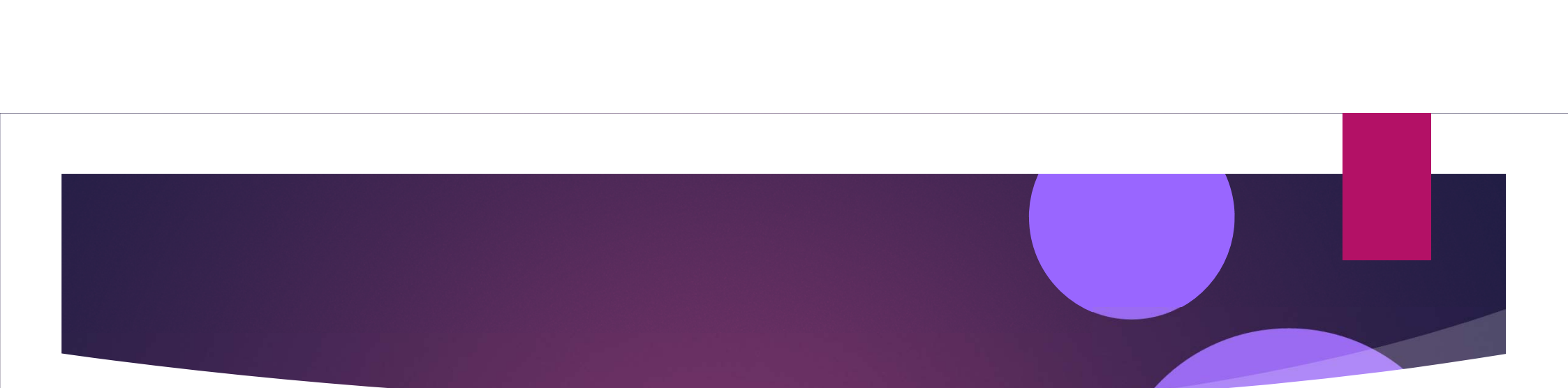
Transmiterea



Tablou clinic

Primoinfecția este de obicei mai severă, frecvent asociată cu semne și simptome sistemice

- Primoinfecția herpetică cu VHS-1 survine cel mai frecvent între vârsta de 6 luni și 4 ani. Peste 90% din subiecți fac primoinfecția herpetică cu VHS-1 total asimptomatic



Gingivostomatita acută

- ❖ După o incubanță de cca. 6 zile apar dureri, disfagie, sialoree, stare generală alterată și febră
- ❖ Vezicula, leziunea elementară tipică pentru herpes, nu poate fi observată ca atare aproape niciodată în herpesul mucoaselor
- ❖ La examenul obiectiv, se constată pe gingii cât și pe mucoasa jugală sau lingual, eroziuni policiclice, cu un gulerăș roșu
- ❖ Gingivostomatita herpetică de primă infecție se vindecă fără sechele în cca. 2 săptămâni.

Faringita herpetică

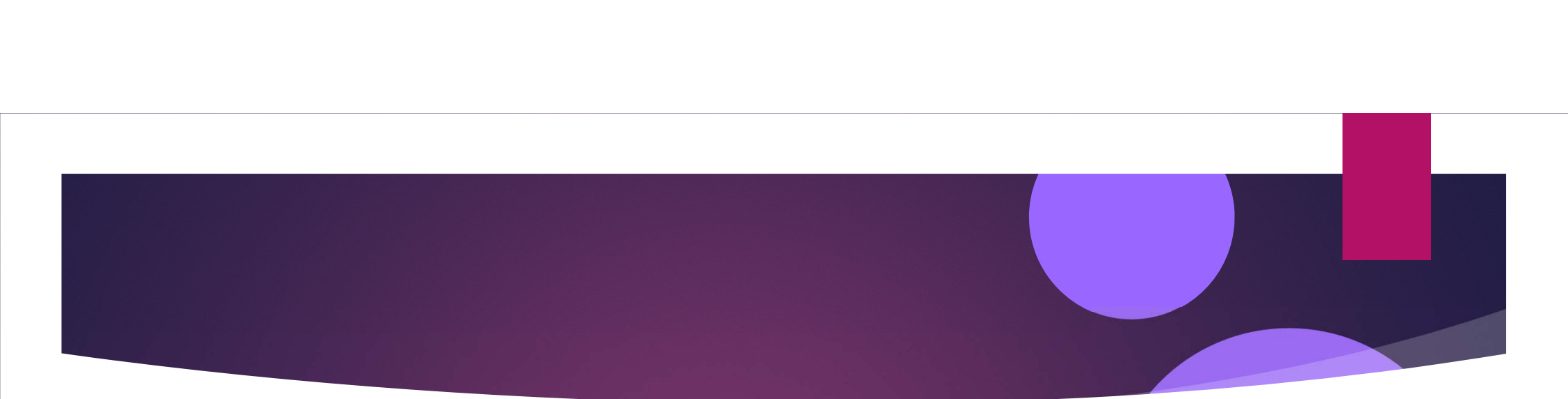
- ❖ Leziuni erozive, exudative și dureroase localizate pe peretele posterior al faringelui și pilierii amigdalieni.

Herpesul cutanat

- ❖ Se localizează pe față (narine, obraji)
- ❖ Mici plăci eritematoase ce se acoperă cu vezicule grupate în buchete
- ❖ Subiectiv, leziunile cutanate pot fi însoțite de senzație de prurit sau înțepătură

Herpes cutanat





Herpesul ocular

Keratoconjunctivită unilaterală acută

Pleoape edemațiate pe care clinic se evidențiază buchete de vezicule sau eroziuni policiclice

Afecțiunea se vindecă repede

Primoinfecția herpetică a mucoasei genitale

Produsă de VHS-2 dar și de HSV-1 în 10-40% din cazuri

Vulvovaginite și balanite acute, dureroase și febrile

Simptomele locale asociate includ: durere, prurit, disurie, secreție vaginală și uretrală și limfadenopatie inghinală dureroasă

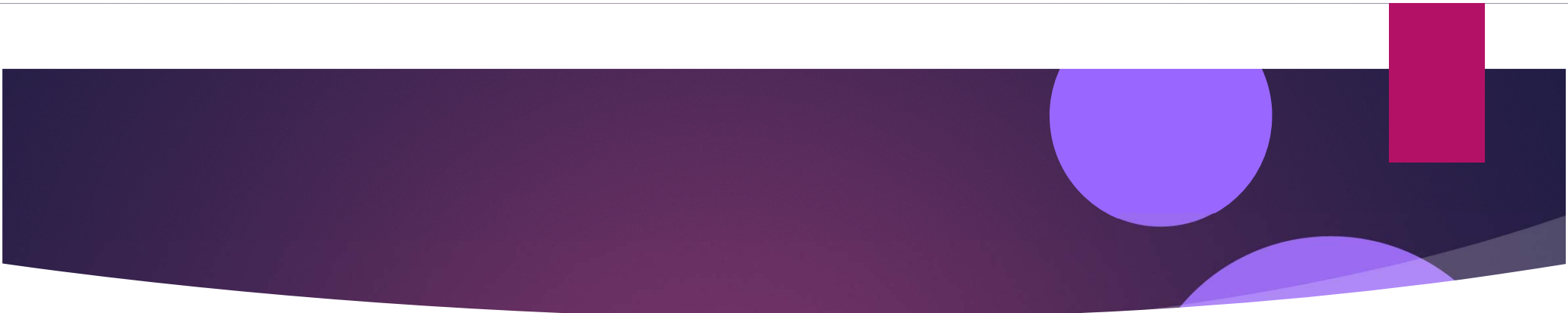
*Infecția
herpetică de
recidivă*



Afectează între 20 și 45% din populație
Manifestările ei oro-faciale sunt mult
mai atenuate clinic

La 20 până la 60% din bolnavi debutul
se face prin senzație de prurit sau
înțepături discrete

Infecțiile cauzate de HSV-2 se
reactivează de aproximativ 16 ori mai
frecvent comparativ cu cele genitale
cu HSV-1 și în medie de 3-4 ori pe an



Complicațiile infecției herpetice cu VHS-1

Eritemul
polimorf
postherpetic

Keratita și
keratouveitele
recidivante

Encefalita
herpetică

Eczema
herpeticum

Herpesul oro-
facial

Herpesul
neonatal

Diagnostic paraclinic

Citodiagnosticul
clasic

Imunofluorescența
directă

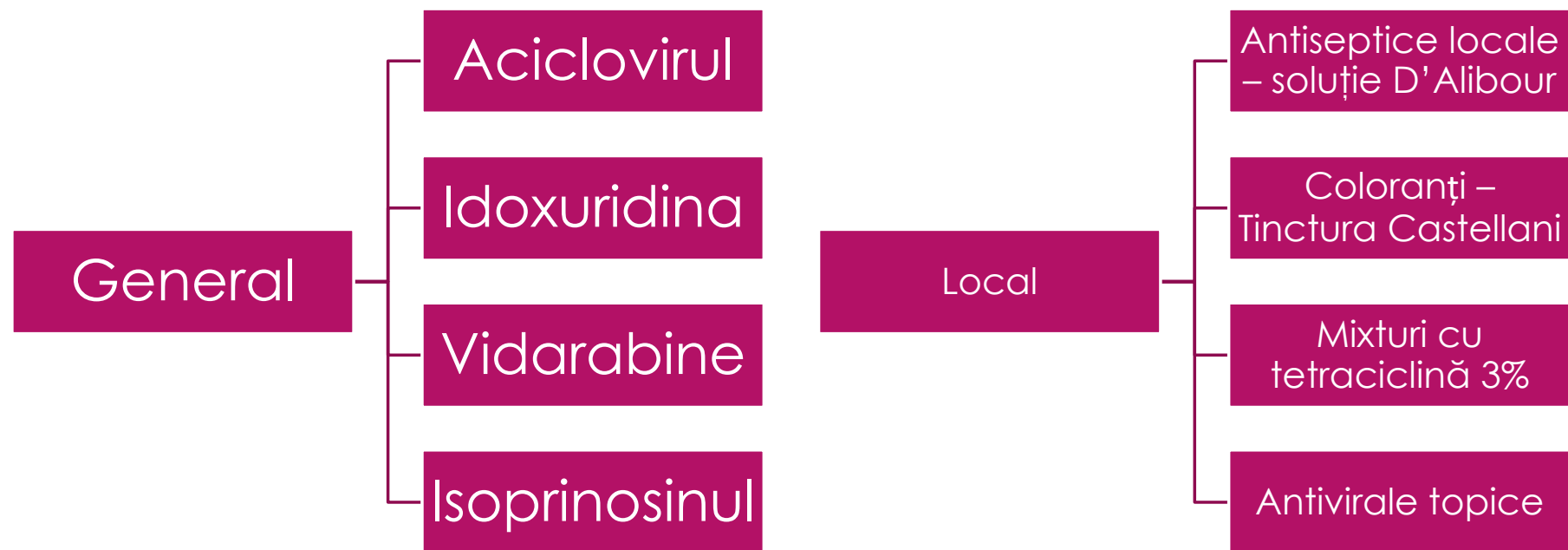
Microscopia
electronică

Izolarea virusului
pe culturi

PCR

Examenele
serologice

Tratamentul epidermoneurovirozelor





Zona zoster

ESTE O EPIDERMONEUROVIROZĂ PROVOCATĂ DE HERPES VIRUS-VARICELAE.

- ❖ Primoinfecția survine în copilărie când îmbracă forma clasică de varicelă
- ❖ La adult, zona zoster poate fi considerată o recidivă a infecției varicelo-zosteriene
- ❖ Zona zoster se poate întâlni la orice vârstă, deși este foarte rară la copiii mari, la tineri sau imunocompetenți
- ❖ Debutul se face aproape întotdeauna prin durere (nevralgie) minoră sau moderată
- ❖ În scurt timp după apariția durerii, în medie 1-3 zile, se observă pe traseul nervilor afectați, erupția caracteristică formată din placcarde eritematoase acoperite de vezicule grupate în buchete
- ❖ Lichidul din vezicule se tulbură după câteva zile, veziculele se sparg și se acoperă de Teritoriul afectat prezintă o sensibilitate particulară.



Forme clinice

Forma comună (descrișă anterior)

Zoster sine
herpete

- Doar nevralgie acută pe traseul unui sau mai multor dermatoame
- Fără erupție cutanată

Zona zoster
hemoragică

- Veziculele sunt pline de un conținut roșu, sanghinolent

Zona zoster
necrotică

- Formă rară
- Apare la pacienții imunocompromiși

În funcție de localizare

La nivelul
unui sau mai
multor nervi
intercostali

- Reprezintă localizarea cea mai frecventă

Spinală

- Destul de frecventă; cuprinde zona toraco-lombară, cervico-occipitală, cervico-brahială, lombo-abdominală, lombo-femurală, sacrată, sciatică

Craniană

- Cuprinde zona oftalmică
- Zona facială ce interesează teritoriul cutanat al trigemenului și conductului auditiv extern

Zona zoster



Zona zoster oftalmică



Complicații

algia (durerea)
postzosteriană este
cea mai frecventă
complicație

keratoconjunctivita

Sindromul Ramsay
Hunt

Semnul Argyl
Robertson

cea mai gravă
complicație este
reprezentată de
meningita limfocitară

poliradiculonevritele
și mielitele

oftalmoplegia
parțială tranzitorie

paralizii faciale sau
ale palatului moale

Tratament

General:
antivirale
specifice
(Aciclovir
Valaciclovir
Brivudina)

Prevenirea algiiilor
postzosteriene:
corticoterapia
generală

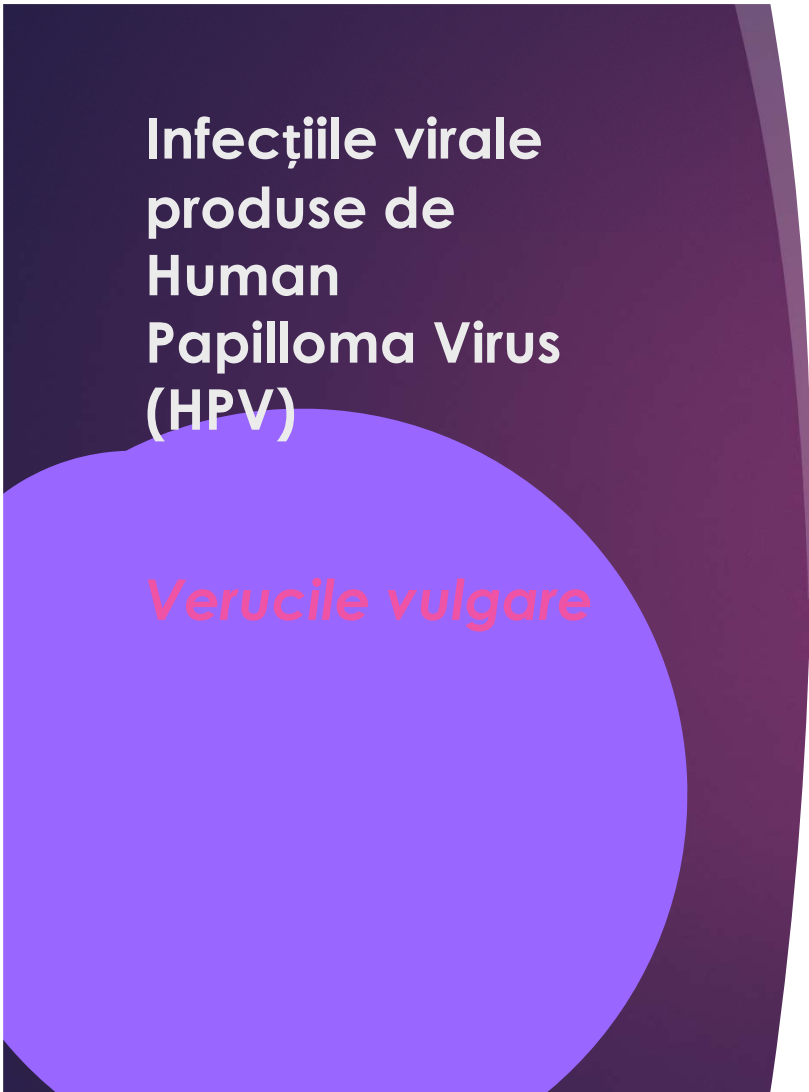
Tratamentul
durerii
postherpetice
plasturi
conținând
lidocaina sau
plasturi cu
capsaicină

Tratamentul local constă
din folosirea
antisepticelor, a
coloranților, a mixturilor
cu tetraciclină 3-5% sau a
antiviralelor
specifice

A large, dark purple rounded rectangle with a lighter purple circle overlapping its bottom-left corner. The word "Epidermovirozele" is written in white text across the middle of these shapes.

Epidermovirozele





Infecțiile virale produse de Human Papilloma Virus (HPV)

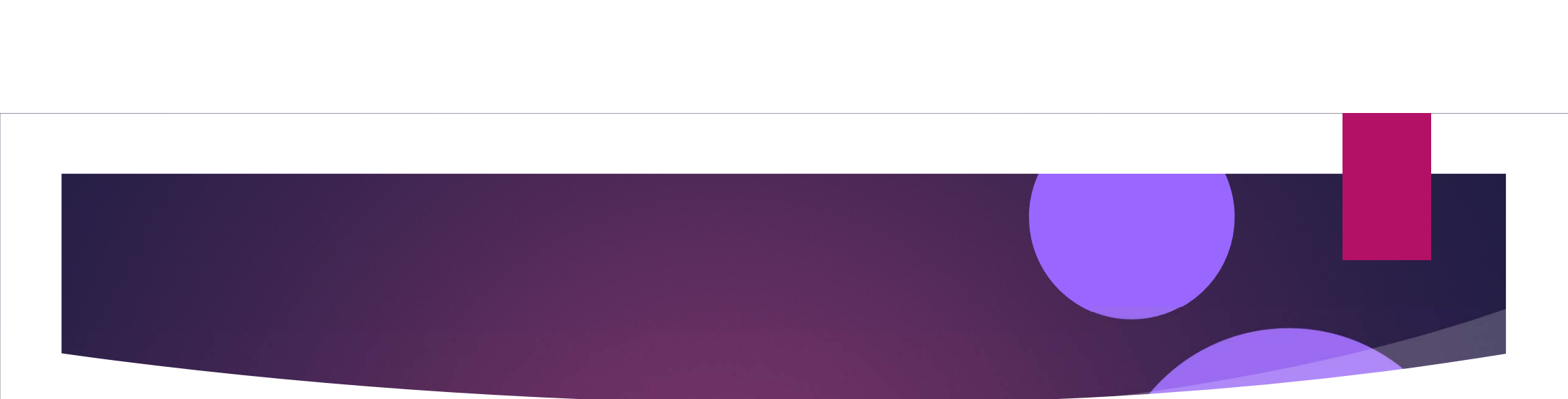
Verucile vulgare



Sunt formațiuni reliefate, emisferice, de dimensiuni variate, cu suprafața plană sau neregulată, nedureroase, neinflamatorii, de culoare brun gălbuie

În general sunt puține la număr (2-3 elemente), dar pot fi și multiple, izolate sau confluate în placarde neregulate

Verucile vulgare sunt contagioase și autoinoculabile fiind determinate de serotipurile 2,4,27,29.



Verucile plantare

Au aspectul unor formațiuni keratozice, care prezintă central o papilomatoză iar la periferie un chenar hiperkeratozic

Evoluează în profunzime

Dupa îndepărtarea stratului superficial keratozic se observă puncte negre care corespund capilarelor trombozat

Verucile lui Butcher

Papule verucoase, de obicei multiple, localizate la nivelul dosului piciorului și periunghial

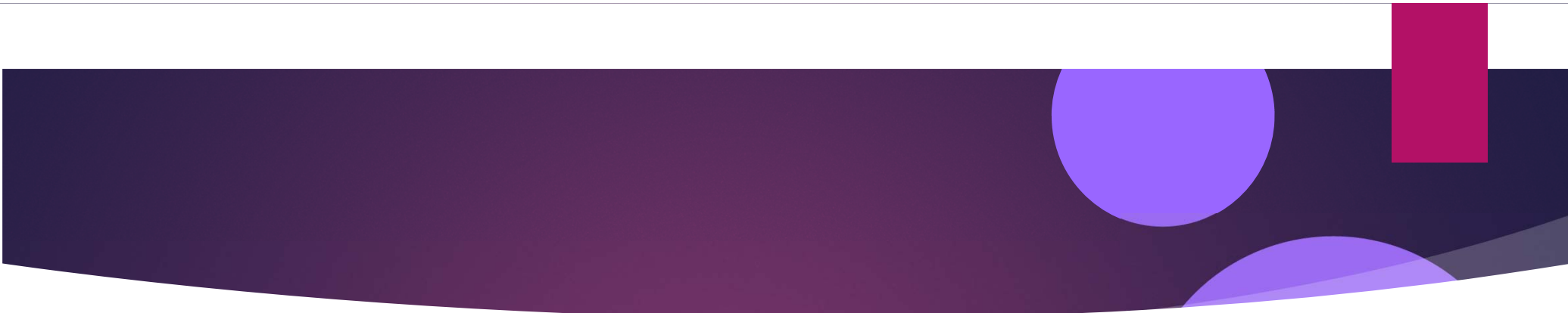
Când verucile sunt mici și superficiale pot fi izolate sau grupate creând aspectul de mozaic.

Veruci vulgare palmare



Veruci vulgare regiunea
cotului





Verucile plane

Afectează mai ales copiii și adolescenții, localizându-se pe fața și dosul mâinilor

Papule plane, rotunde sau poligonale, cu suprafața netedă

Papiloamele

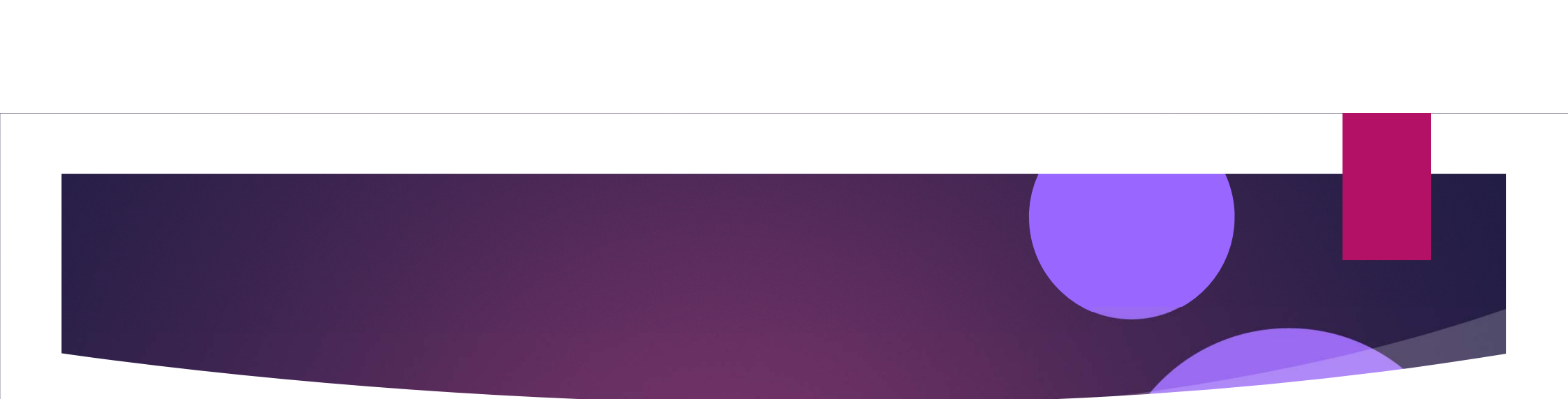
Veruci filiforme pediculate, lungi de 2-5 mm, cu extremitatea keratozică

Au culoarea pielii, sunt moi și nedureroase

În cavitatea bucală, papiloamele au forma unor mici proeminente rotunde

Papiloame virale regiunea cervicală și palpebral superior





Papilomatoza genitală (condilloma acuminata)

Excrescențe filiforme, izolate sau confluate, de culoare roz-roșie sau culoarea tegumentului

Pot forma mase exofitice, conopidiforme, mai ales când sunt localizate în zone umede

Se localizează pe organele genitale și în zona perigenitală

Papuloza bowenoidă și eritroplazia Queyrat

Papule adesea multiple, 2-3 mm diametru localizate la nivel genital extern.

Leziune cu aspect catifelat, eritematoasă, cu margini bine definite

Pot fi precursori ai cancerului vulvar, respectiv penian

Papilomatoza genitala



Tratament

În cazurile rebele la tratament, cu evoluție trenantă se asociază tratamentul general cu imunostimulante nespecifice

Electrocoagularea

Laser terapia

Chiuretarea

Citostatice locale

Crioterapie

Pomezi cu
keratolitice

Infecții virale produse de Papova-virusuri

Papilomatoza gigantă
muco-cutanată

Papilomatoza orală floridă

- Se localizează în cavitatea bucală sub forma unor proeminente reliefate, roșietice, ferme, gigantice
- Poate degenera în carcinom spinocelular

Condilomatoza gigantă Buschke- Lowenstein

- Vegetații gigantice cu dezvoltare rapidă și dificil de tratat
- Diagnosticul clinic necesită confirmarea histopatologică

Alte infecții virale

Molluscum contagiosum

- ❖ Afectează copiii și adulții tineri și este produs de Ortopoxvirus
- ❖ Mici tumorete emisferice, ferme, de culoare roz-deschis, ombilicate, de mărimi variate
- ❖ La presiune, din aceste tumorete se exprimă o masă albă cenușie
- ❖ Pot fi izolate sau grupate uneori cu aspect linear
- ❖ Tratatamentul constă din distrugerea leziunilor prin metode fizice sau prin aplicații locale de creme cu retinoizi, imiquimod, keratolitice, soluție de trichloroacetic, paste cu nitrat argentic etc.



Alte infecții virale

Boala “mână - gură - picior”

Este determinată de virusul Cocsackie A 16, virusul Echo și enterovirusurile 71

După o incubatie de 3-6 zile, bolnavii pot prezenta febră ușoară, stare generală alterată, durere abdominală

Debutează ca macule și papule roz care progresează și formează vezicule ce se sparg rapid rezultând eroziuni dureroase

Concomitent, pe mâni și picioare apar vezicule

Erupția se rezolvă spontan după cca. o săptămână

Tratamentul este de obicei simptomatic

Acrodermatita papuloasă Gianotti – Crosti

Afectează copiii între 6 luni și 12 ani cu un vârf de incidență între 1 și 6 ani

Boala se manifestă ca o erupție maculo-papuloasă eritematoasă uneori hemoragică

Papulele sunt izolate și rareori confluate în placarde

Leziunile cutanate evoluează pe parcursul a câtorva zile și durează 2-8 săptămâni.

Evoluția este benignă, leziunile cutanate dispărând fără să lase urmă în decurs de maxim 3-5 săptămâni

Alte infecții virale

Infecțiile cu **entero- și adenovirusuri** pot determina apariția unor exanteme cu aspect polimorf, nespecific

Arbovirusurile produc, în special, erupții maculo-papuloase

Infecțiile cu **virusurile Echo și Cocksackie A și B** determină erupții maculoase și papulo-veziculoase

Virusul hepatitei B produce erupții urticariene sau purpurice