



Introduzione alla Dermatología

Dott.ssa Michela Castello

Clinica Dermatologica

IRCCS Policlinico San Matteo-Pavia

Università degli Studi di Pavia

Pelle

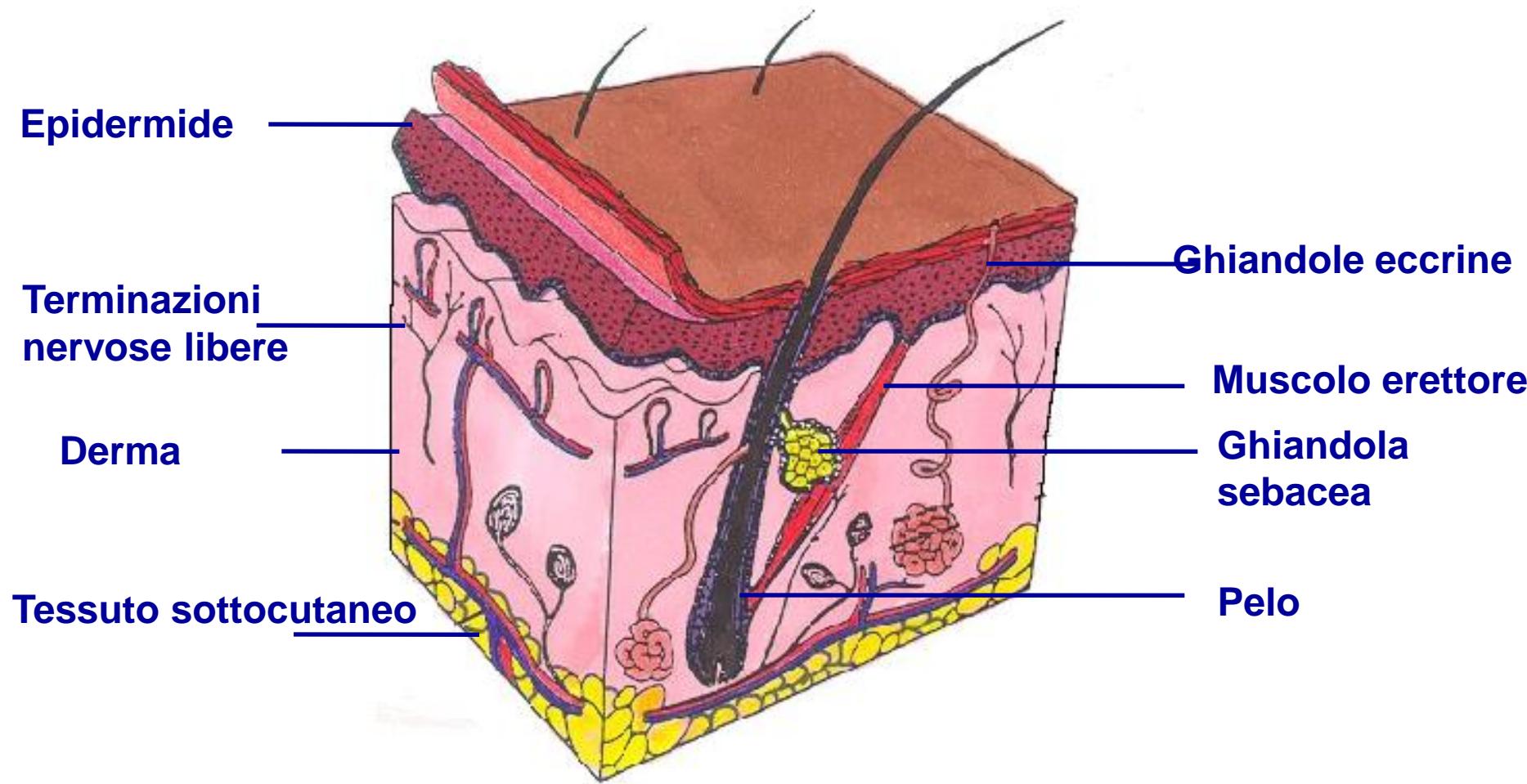
- Organo più grande del corpo umano
- 1,6-1,85m²
- Spessore 0,5mm a 3-6mm
- Colore: presenza combinata di pigmenti (melanine, caroteni, sangue)

Pelle

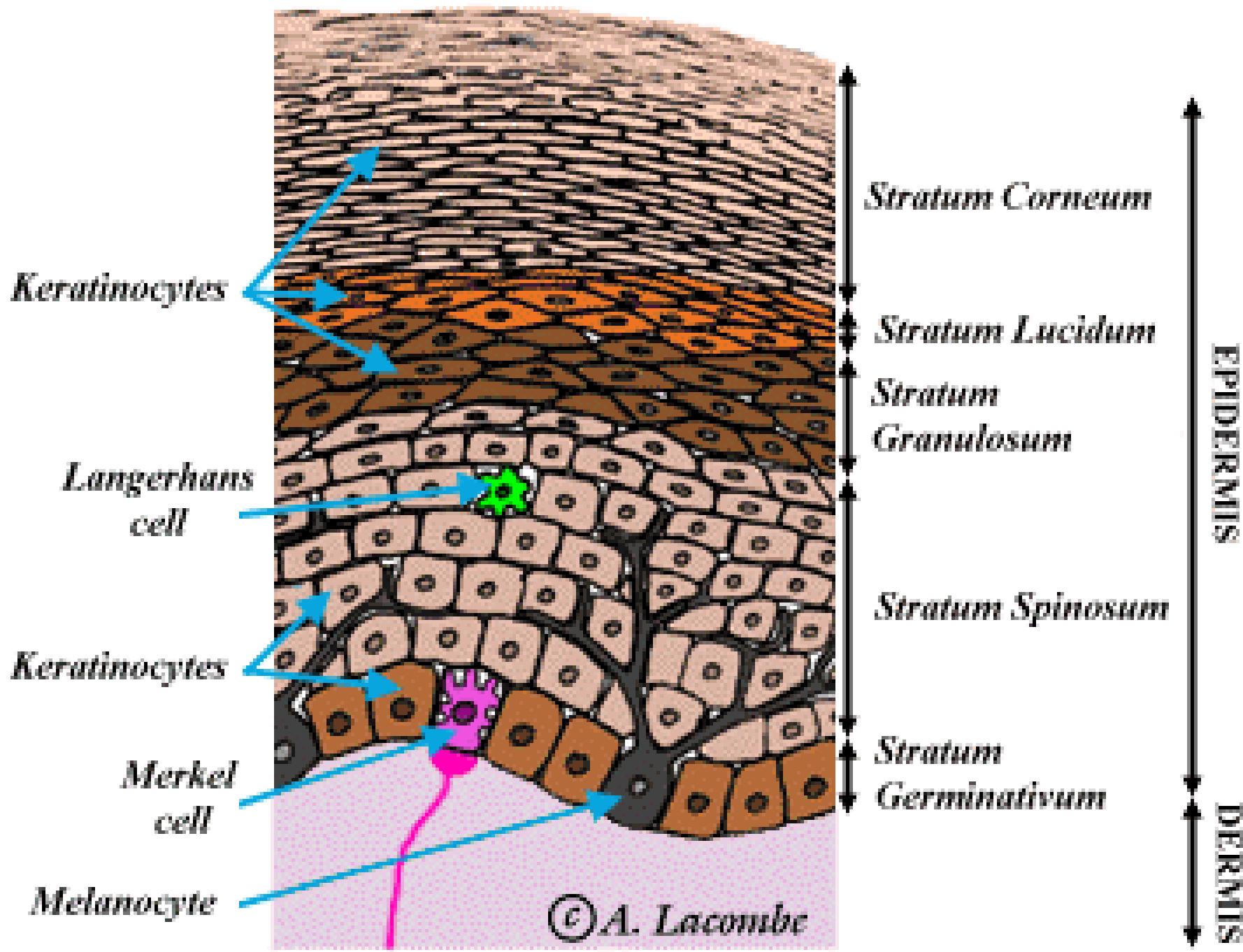
- Funzione
 - Protezione da germi e radiazioni
 - Respirazione
 - Secrezione ed escrezione (ghi sudoripare e sebacee)
 - Regolazione della temperatura (vasodilatazione/costrizione dei vasi sanguigni)
 - Immagazzinamento di grasso nell'ipoderma
 - Metabolizza la vitamina D attraverso i raggi solari

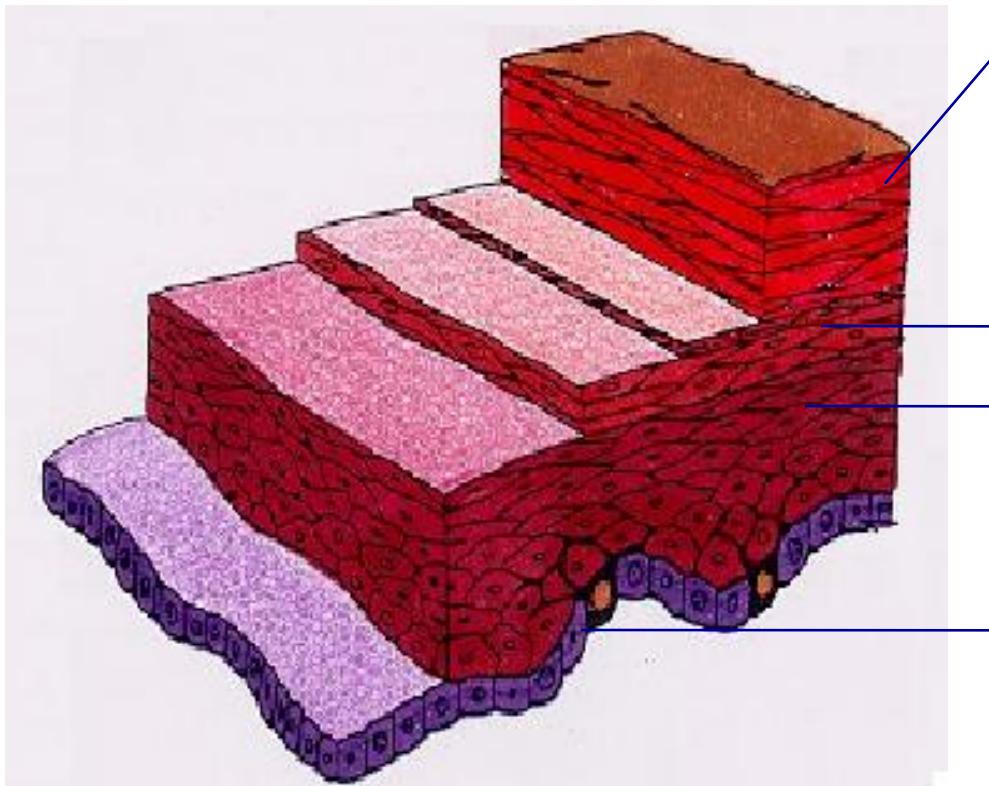
Pelle

- Costituita da 3 porzioni:
 - Epidermide (epitelio)
 - Derma (tessuto connettivo)
 - Ipoderma (tessuto adiposo)
- } Annessi, vasi, nervi

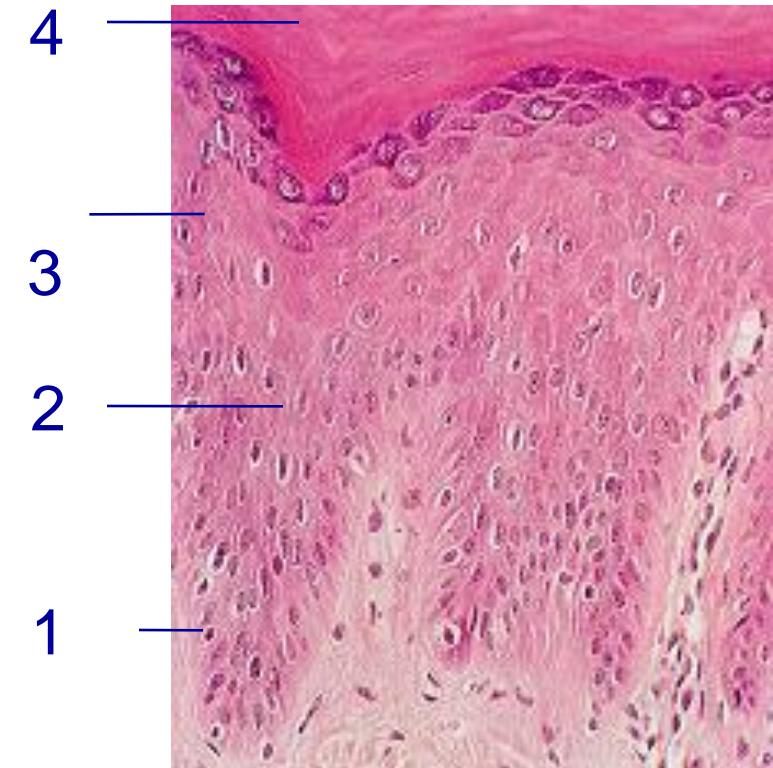


Struttura della pelle





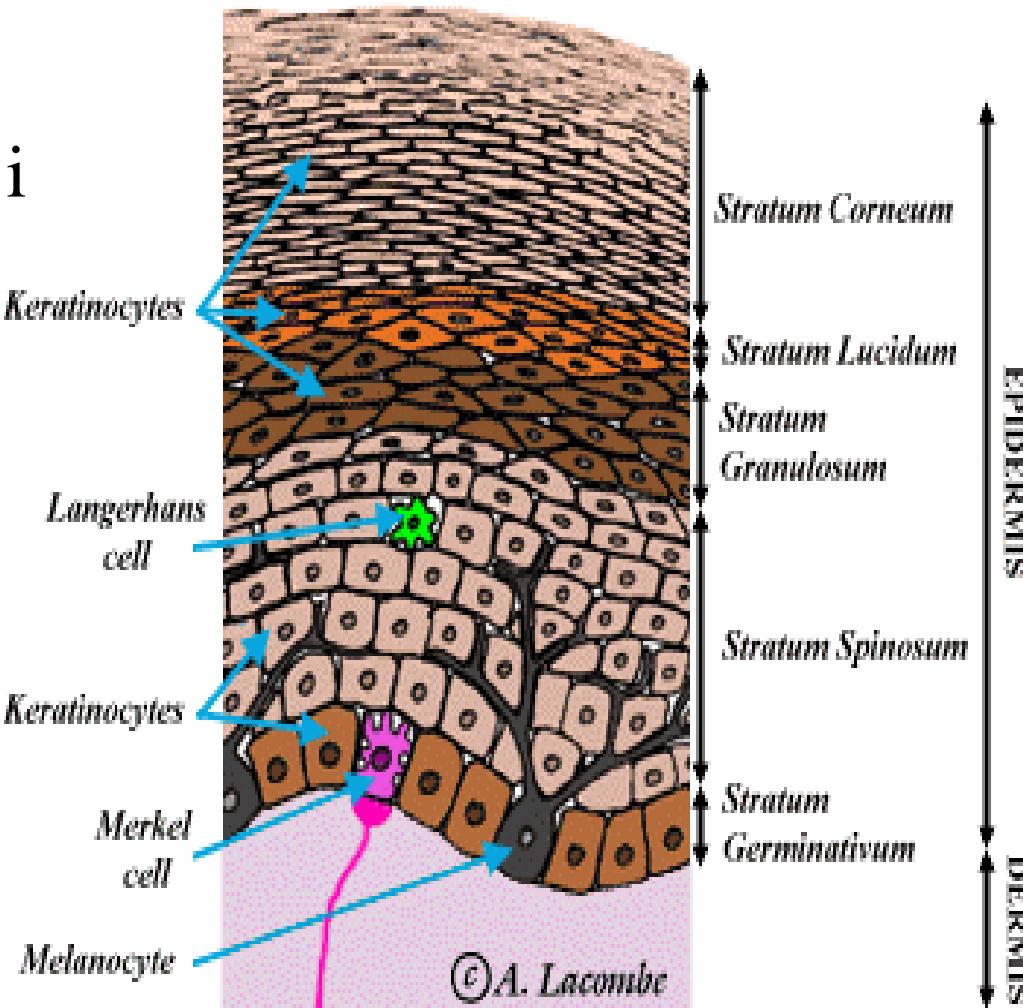
1. Strato basale
2. Strato spinoso
3. Strato granulosum
4. Strato corneo



Struttura dell'epidermide

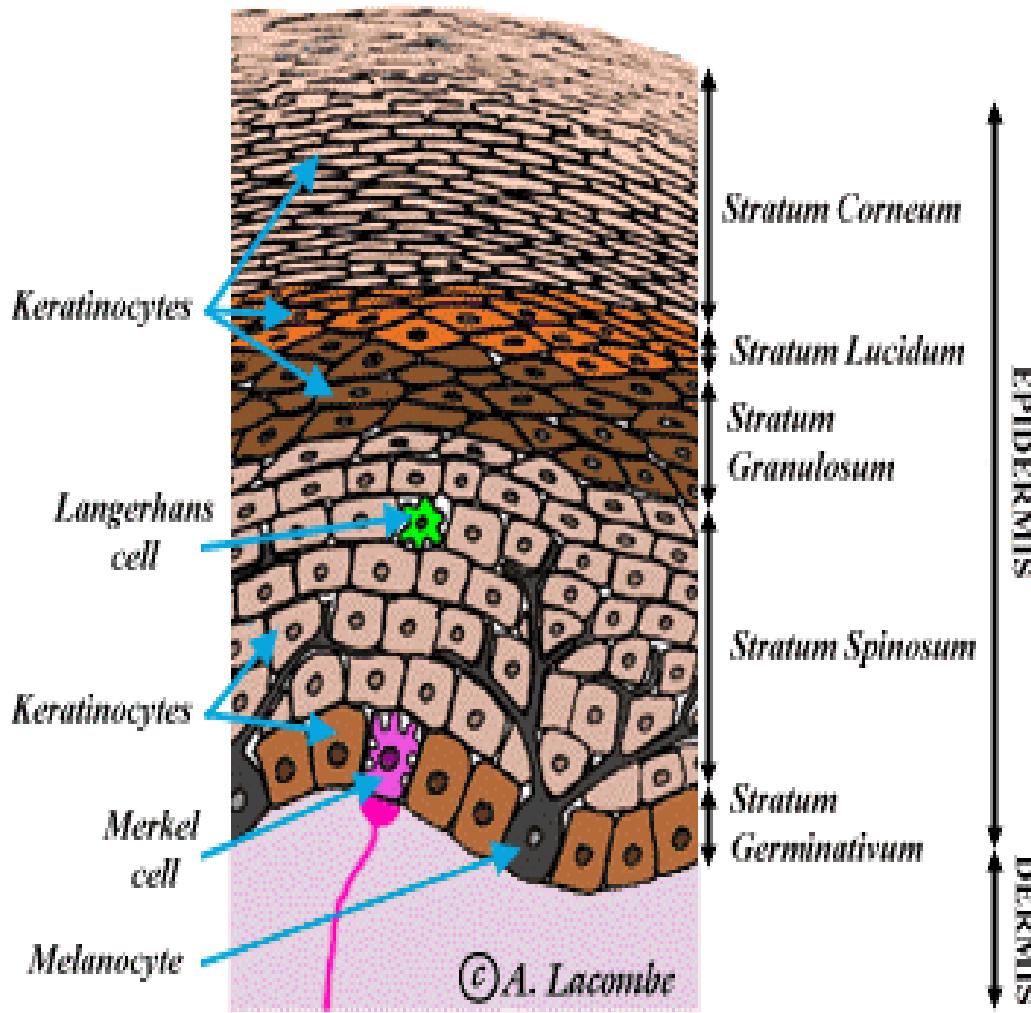
Strato basale

- le cellule, nutriti dal sangue che attraversa i vasi che vascolarizzano il derma, producono altre cellule dell'epidermide. Queste salgono verso l'alto nello



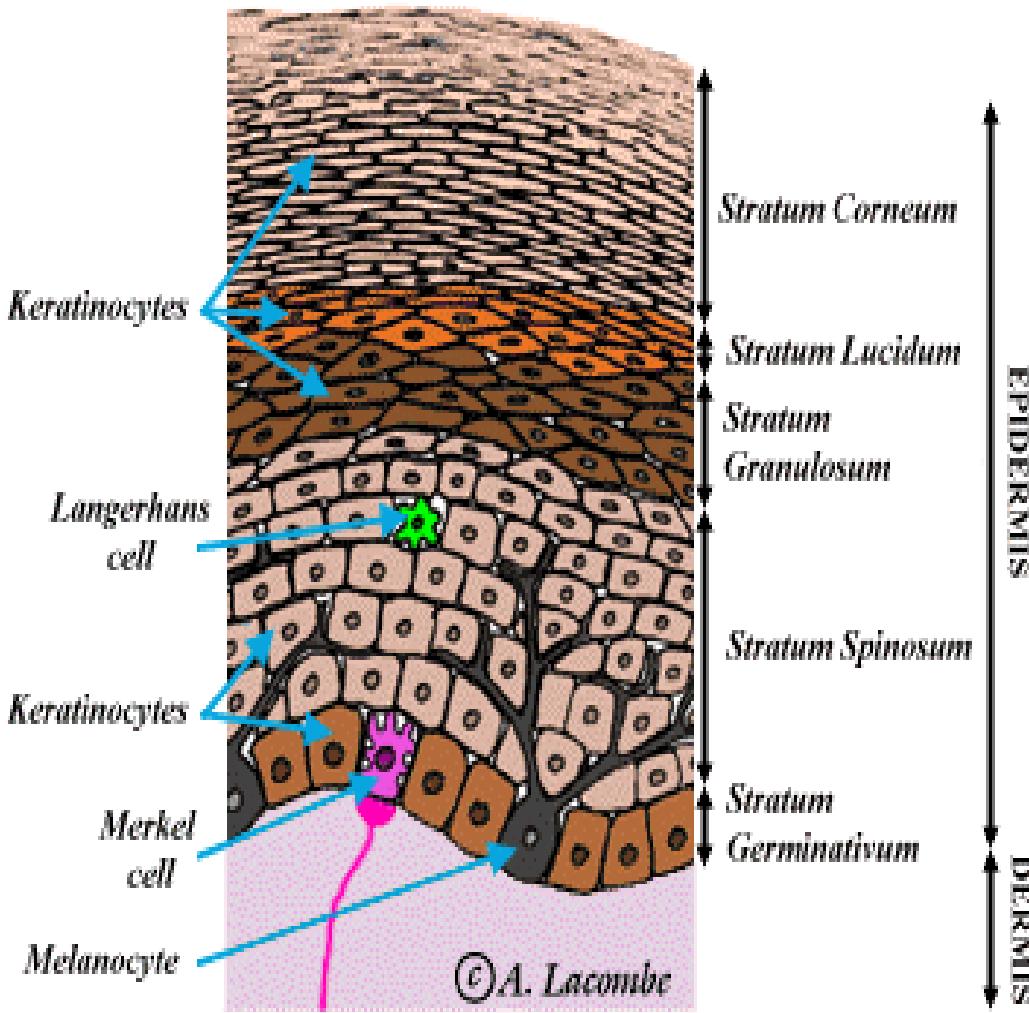
Strato spinoso

- non ricevendo già più la nutrizione dal sangue del derma tendono a degenerarsi e a degradarsi, nell'arco di una settimana, avviando quel complesso processo di necrosi che si svilupperà fino agli altri strati superiori dell'epidermide



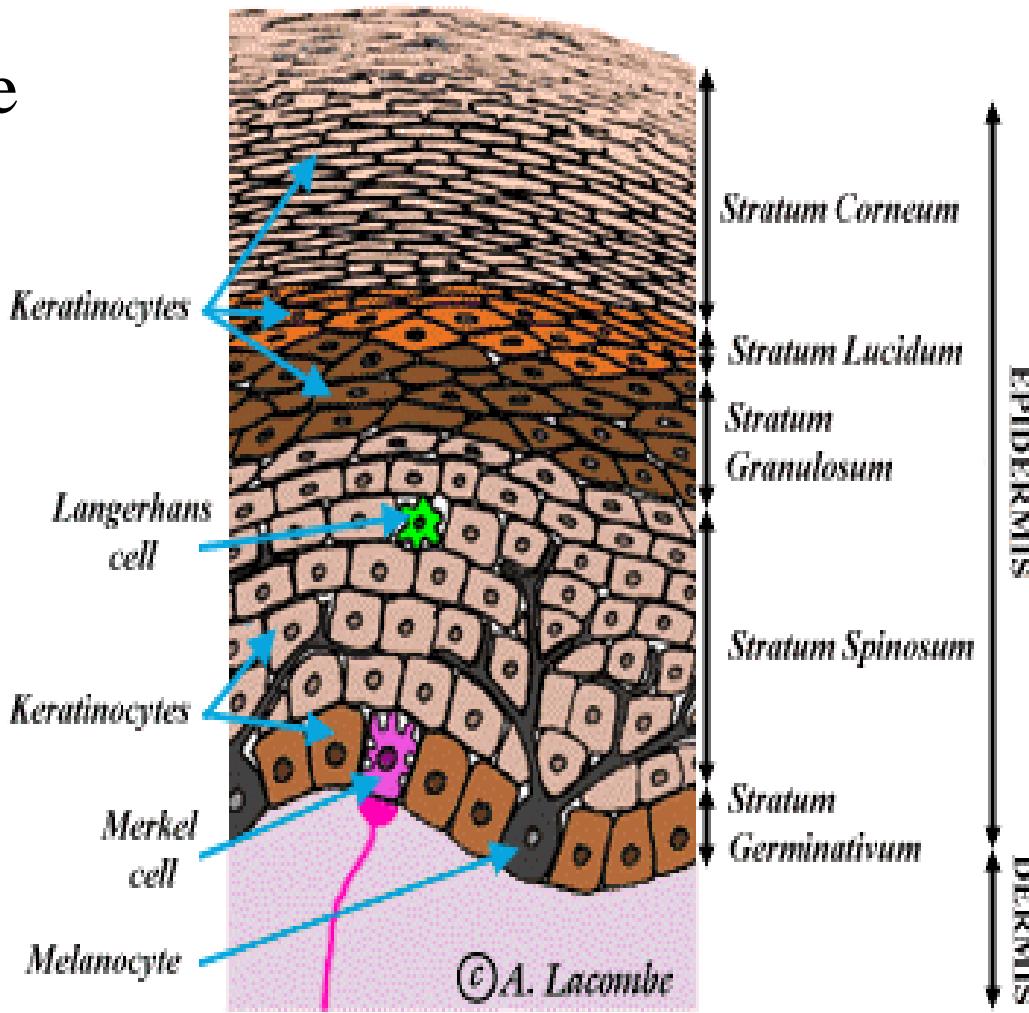
Strato granulosum

- il nucleo e il citoplasma delle cellule si modificano e il risultato sono delle cellule dalla forma appiattita e allungata.



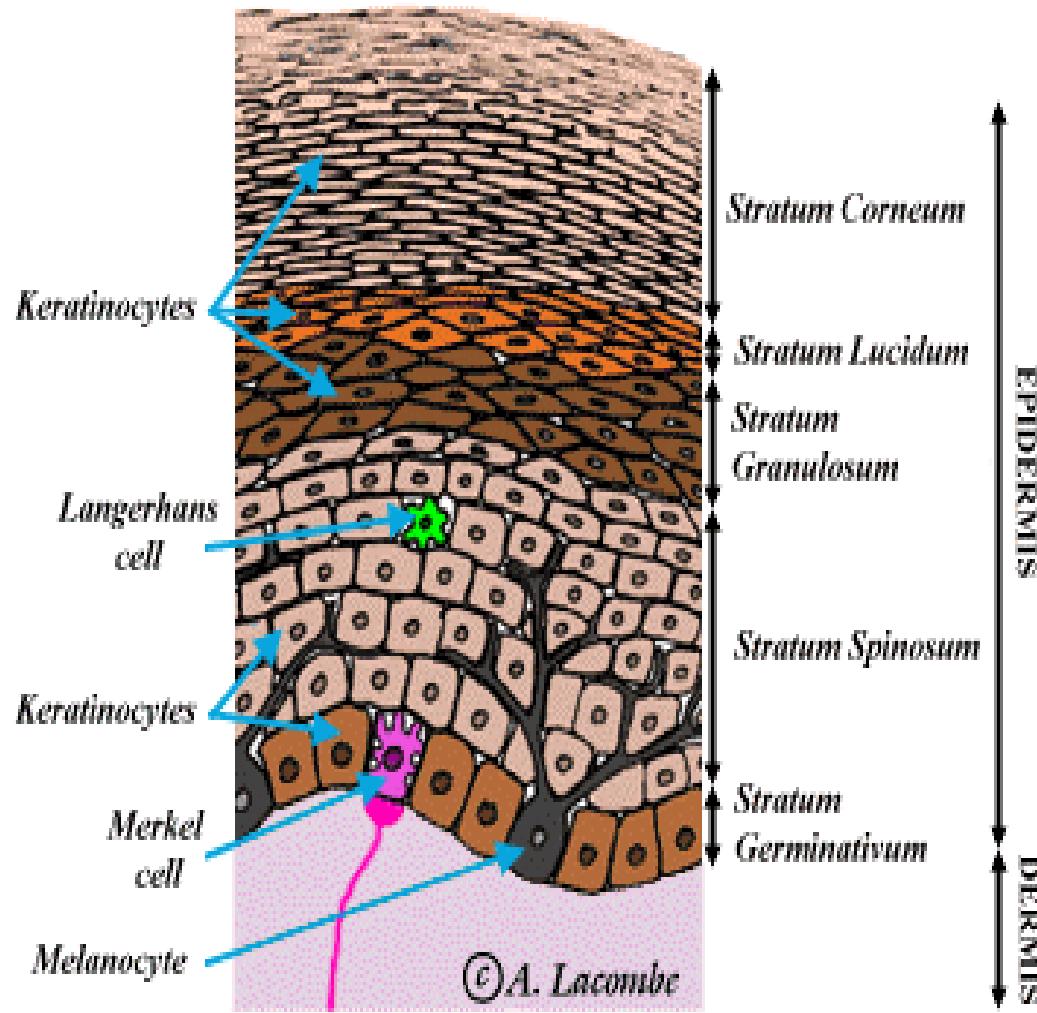
Strato Lucido

- le cellule si sfaldano e si crea uno "strato geloide omogeneo e traslucido" (barriera elettrofisiologica di Blank e di Rhein).
- questo strato svolge delle importanti funzioni per la protezione



Strato corneo

- materiale cellulare
tende ad essere
sclerotizzato e
proteinizzato
(processo di
cheratinizzazione).



Differenziazione fisiologica

- Modificazioni morfologiche e chimiche che trasformano una cellula dello strato basale in un cheratinocita
- 14 giorni
- In un organismo in salute, l'evoluzione che parte dallo strato basale per terminare nello strato corneo superficiale si compie una volta ogni due-tre settimane

Fattore idratante

- sostanza costituita da aminoacidi, lattato di sodio, urea, zuccheri e da Sali
 - estremamente idrosolubile, è sufficiente un lavaggio con detergenti ma anche soltanto con l'acqua
- ✗ → importante per l'industria cosmetica la conoscenza approfondita di quest'aspetto della composizione chimica della pelle, al fine della formulazione di detergenti il più possibile delicati ovvero di preparati che siano in grado di ripristinare il Fattore Idratante
- Dopo ogni lavaggio parte del Fattore Idratante viene sempre fatalmente asportato

Derma

- Tessuto di origine mesenchimale
- Fibroblasti, fibre collagene, fibre elastiche e sostanza fondamentale contenente vasi, nervi ed annessi
- Sostiene e fornisce nutrimento all'epidermide ed agli annessi
- Protegge il corpo dagli insulti esterni

Ipoderma

- funzione cuscinetto
- garantisce la termoregolazione e la riserva di grassi
- termo-isolamento:anche apparato vascolare e ghiandolare

Vascolarizzazione cutanea

- Epidermide: priva di vascolarizzazione
- Plesso profondo:
 - Derma-ipoderma
 - Annessi
 - Arteriole ascendenti
- Plesso superficiale: capillari

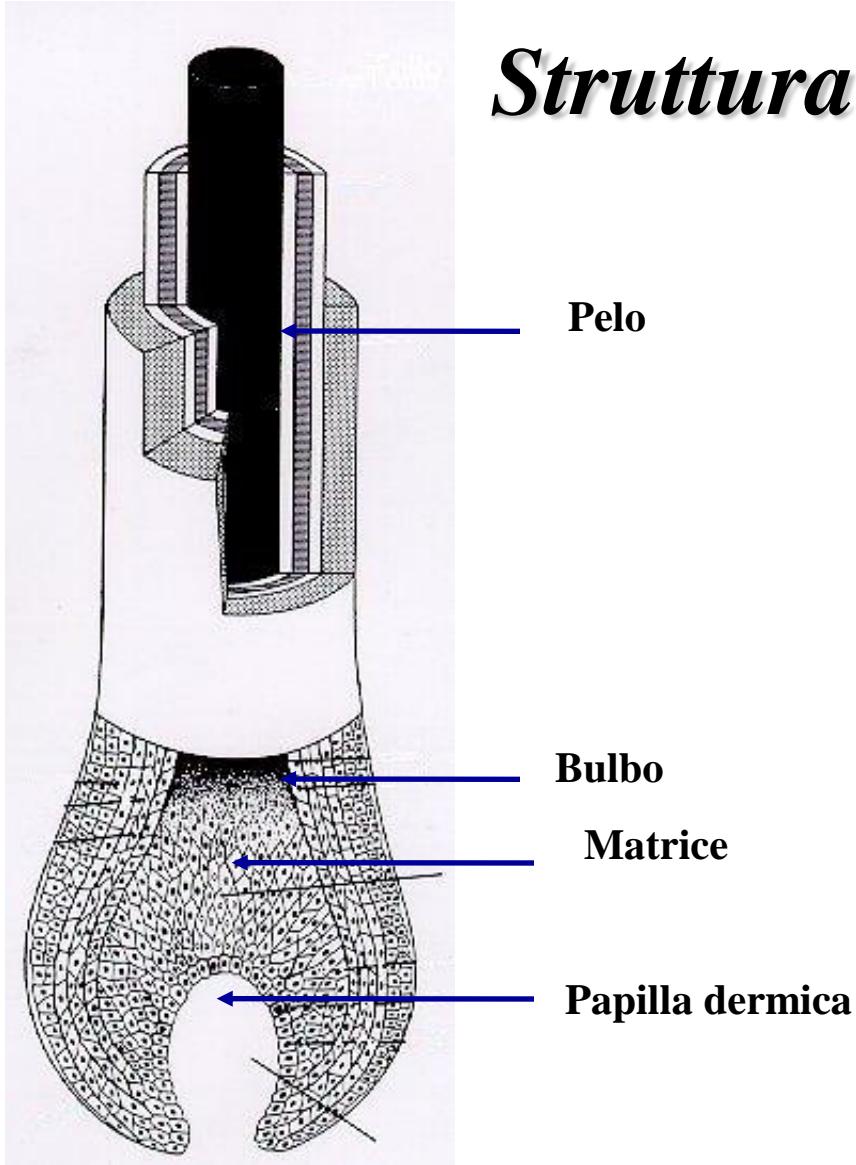
Annessi

- Follicolo pilifero
- Ghiandole sebacee
- Ghiandole sudoripare
 - Eccrine
 - Apocrine
- Unghie

Follicolo pilifero

- 5 milioni di follicoli piliferi
 - 1 milione testa
 - 100.000 cuoio capelluto
- Geneticamente determinati
- Non esistono differenze numeriche (sesso o razza)
- Nessuno in regione palmo-plantare
- Alla base della formazione del pelo: processo simile a quello della pelle che conduce alla costituzione finale di lamelle cheratiniche

Struttura del pelo



Ciclo del pelo

- 3 fasi
 - Anagen
 - Crescita attiva
 - 3-7 anni
 - Catagen
 - Retrazione della papilla
 - 2 settimane
 - Telogen
 - Caduta
 - 3-4 mesi
- 20-70 peli al giorno

Tipi di pelo

- Pelo vello: soffice, sottile, privo di midolla
- Pelo terminale
 - Lungo, pigmentato, spesso
 - Tipi
 - Non sessuali:ciglia, sopracciglia (ormone della crescita)
 - Ambisex: ascelle (androgeni surrene)
 - Sessuali: barba, petto, pube (androgeni testicolo)

Ghiandola Sebacea - Aspetti Generali

- Secretion olocrina
- Annesso cutaneo
- Differenti dimensioni e quantità
 - Grandi e numerose nelle aree seborroiche
- P. acnes

Ghiandola sebacea

- La ghiandola sebacea ha una funzione di escrezione verso l'esterno ed è collegata al follicolo.
- La sostanza emessa verso l'esterno è una miscela di lipidi che vanno a costituire il **sebo**.
- Il sebo esce attraverso i follicoli piliferi.
- E' importante sottolineare che attraverso i follicoli piliferi e le ghiandole sebacee penetrano nella pelle le sostanze applicate dall' esterno, tra le quali, naturalmente, i cosmetici.
- Anche il sebo come il sudore ha una funzione di protezione
 - lubrifica, protegge e completa l'azione idratante, emolliente e antimicrobica del sudore e del Fattore Idratante Naturale

Ghiandola Sebacea - Fisiologia

- Sebo
 - trigliceridi
 - colesterolo
 - squalene
 - Esteri del colesterolo
- Secrezione ormonale
 - androgeni
- Funzione
 - Idratazione della pelle: strato idrolipidico
 - Controllo delle infezioni fungine e batteriche

Ghiandole sudoripare apocrine

La ghiandola sudoripara fa uscire all'esterno un liquido acquoso e salino comunemente noto come sudore

Struttura tubulare spiraliforme

Porzione secretoria(derma)

Ascelle, perineo, pube

Ghiandole sudoripare Eccrine

- Distribuite su tutta la superficie cutanea, tranne le mucose
- Dotto escretore direttamente sulla superficie
- Funzioni
 - Regolazione della temperatura corporea +++
 - Idratazione
- Secrezione sotto controllo nel SN
- Patologie
 - miliaria
 - Iperidrosi

Ghiandole sudoripare Apocrine

- Distribuzione
 - ascelle
 - regione perianale
 - areola
- Sudore il cui odore è dovuto alla decomposizione batterica
- Dotto escretore direttamente nel canale del follicolo pilifero
- Funzione
 - lubrificazione
- Alterazioni
 - bromidrosi

Unglie

- Lamina traslucida
- Superficie dorsale della falange
- Hard keratin: cysteine + water
- Matrice: rigenerazione dell'unghia
- Lunula: porzione visibile della matrice
- Crescita
 - mani: 4 - 6 mesi (1 cm/3 mesi)
 - piedi: 12 - 18 mesi (1/3 cm/3 mesi)
- Vascolarizzazione
 - ricca nella matrice, letto (porzione centrale)
 - scarsa: porzioni laterali



MATRICE

Unglia Normale

Iponichio

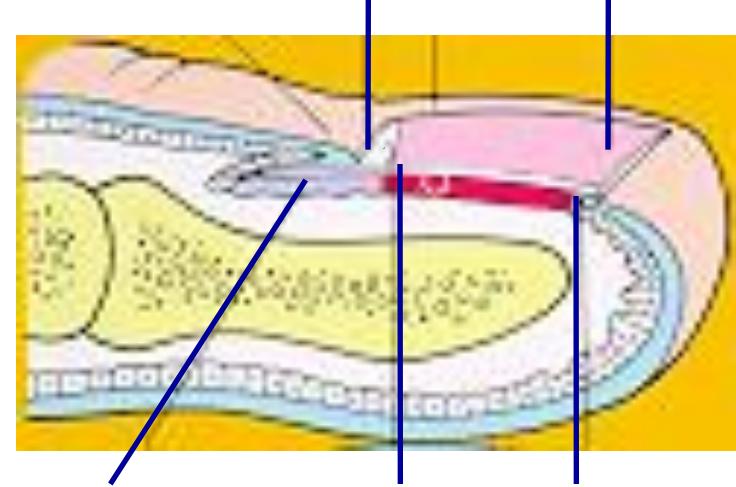
Piega ungueale laterale

Lunula

Cuticola

Cuticola

Lamina ungueale



Matrice

Lunula Iponichio

Flora Normale

- Residente o saprofitica
 - Protegge dalle infezioni
 - *Streptococcus viridans*, *S. epidermidis*.
- Transitoria
 - ascelle, regione perianale
 - può diventare patogena
 - *S. aureus* etc.

Lesioni elementari

- Maculaeo chiazza
- Papula
- Pustola
- Placca
- Pomfo
- Cheratosi
- Vescicola
- Bolla
- Nodulo
- Tumore
- Cisti
- Telangiectasia

Lesioni secondarie

- Escoriazioni
- Fissurazioni
- Ulcera
- Crosta
- Lichenificazione
- Squama
- Cicatrice
- Atrofia
- Sclerosi
- Poichiloderma

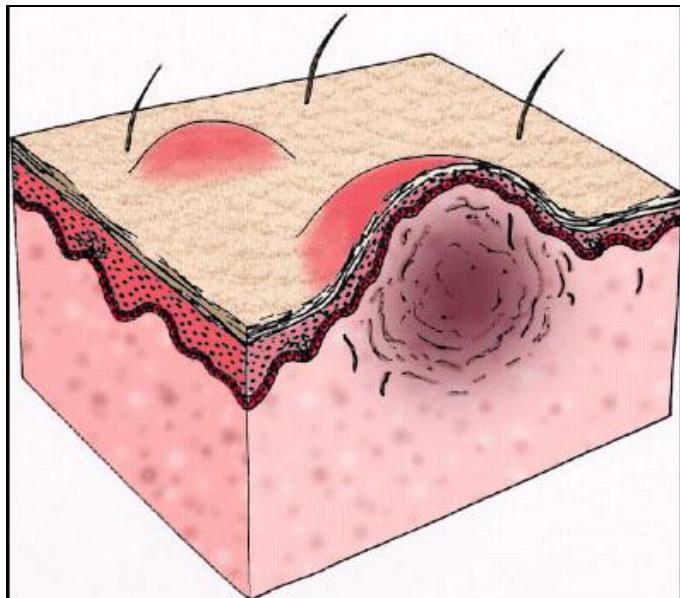
Macula

- Lesione piana, non palpabile
- Modificazione del colore della pelle:
 - . iperpigmentata (aumento)
 - . ipopigmented (diminuzione)
 - . acromica (priva di pigmento)
 - . eritematosa (rossa)
 - . purpurica (violacea)



© 2000 Galderma SA

Papule



- Lesione palpabile
- < 0.5 cm

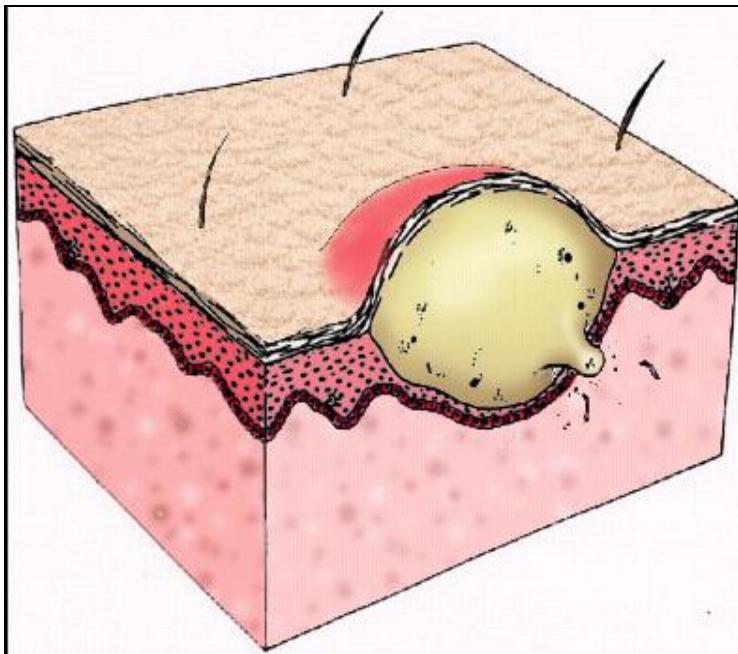


Papule: acne vulgarare



Papule: acne vulgarare

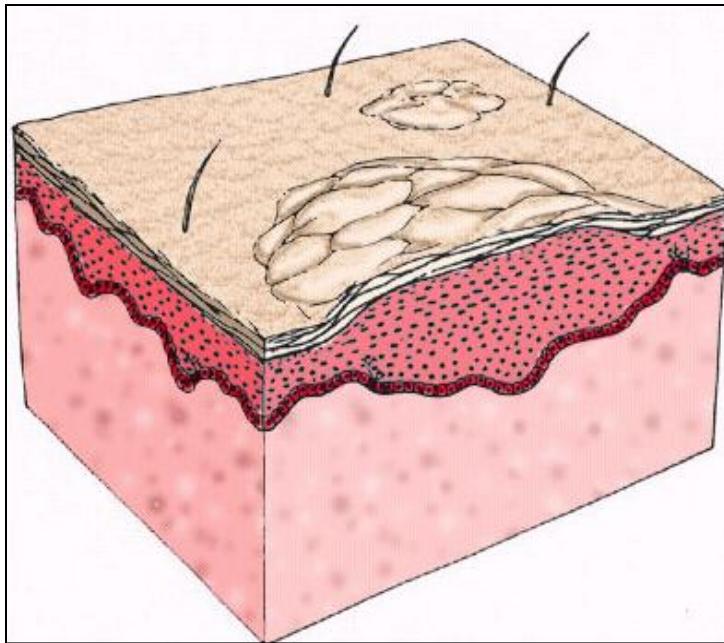
Pustola



Pustole e papule: acne volgare

- Lesione palpabile
- Con pus sterile

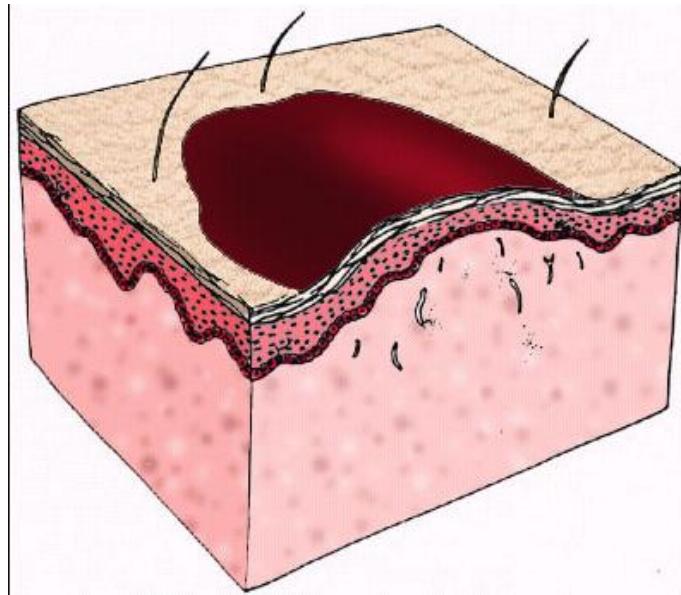
Placca



placca eritematosa

- Lesione palpabile
- > 2 cm
- Modificazione dello spessore

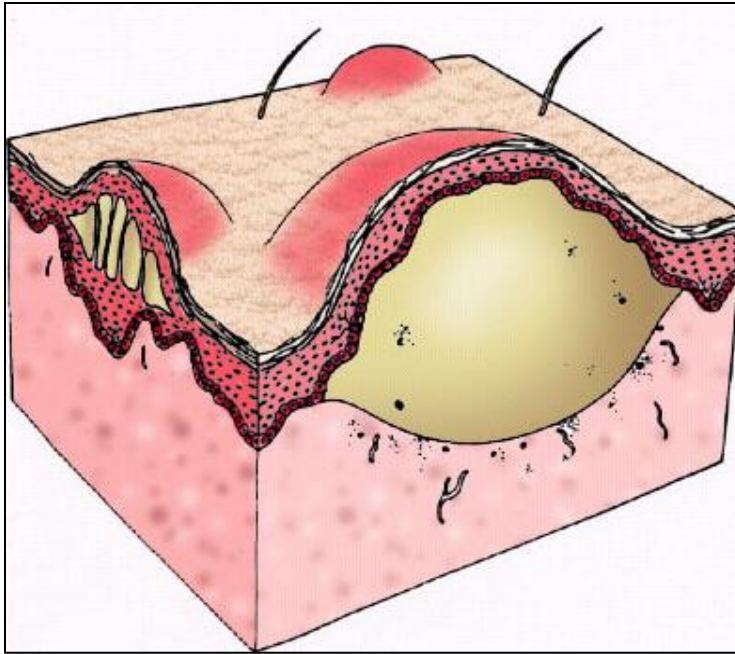
Pomfo



orticaria

- lesione palpabile
- eritematosa, edematosa
- Minuti - ore

Vescicola

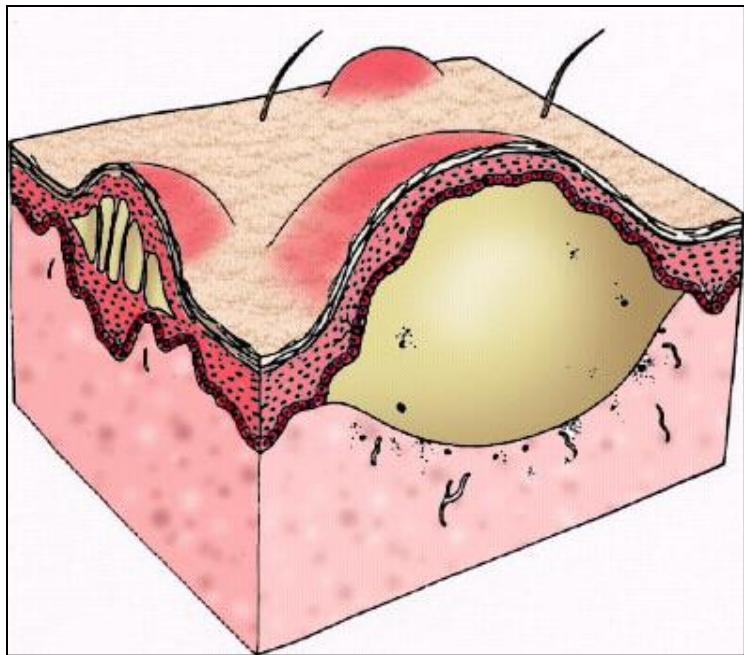


© 2000 Galderma SA

029193HL

- Lesione rilevata
- Liquido chiaro
- < 0.5 cm

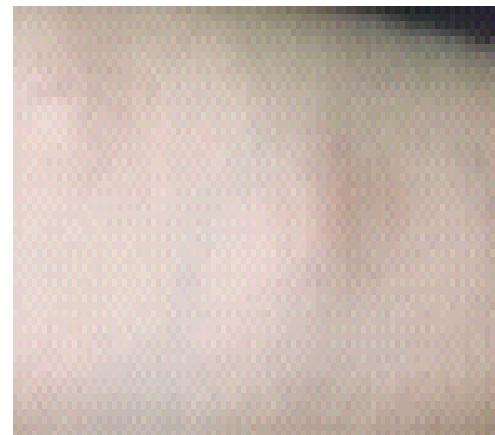
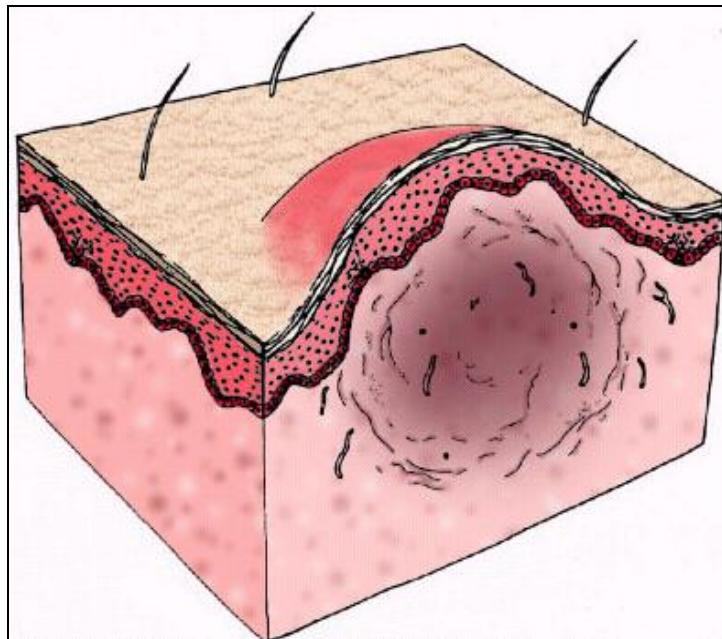
Bolla



Bolla

- Lesione palpabile
- Fluido chiaro
- > 1cm

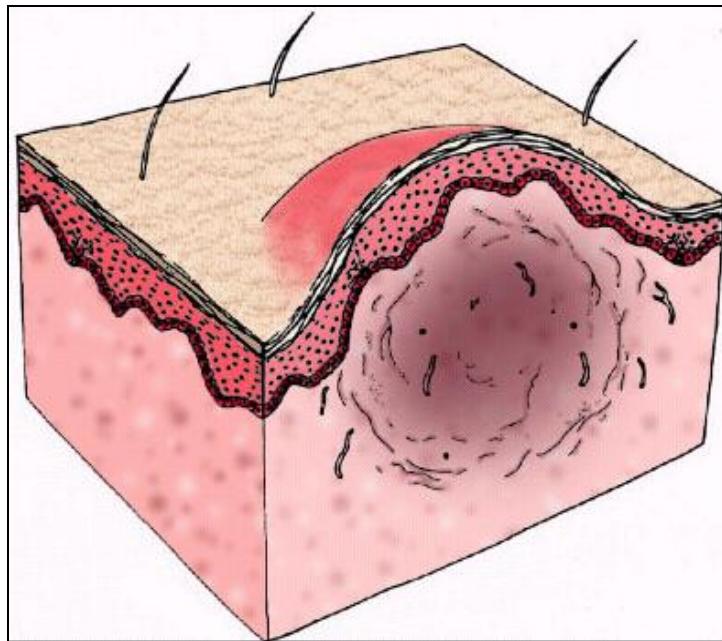
Nodulo



nodulo ipodermico

- Lesione circoscritta
- solida
- derma o ipoderma

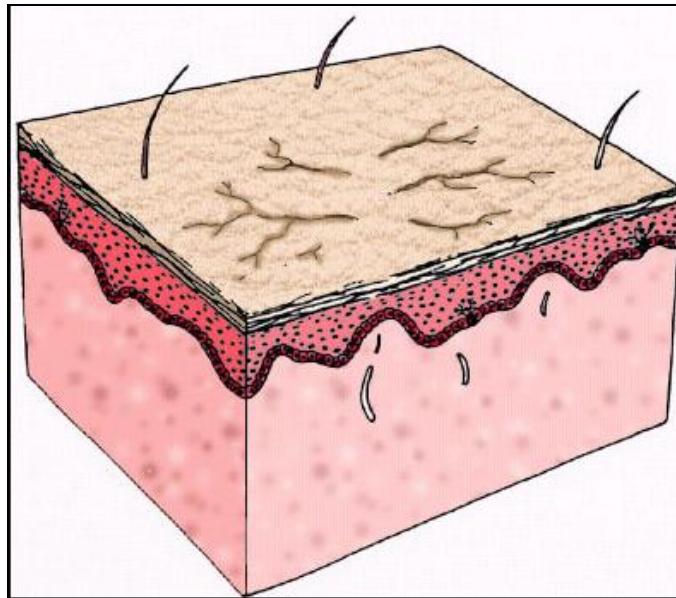
Tumore



Carcinoma basocellulare

- lesione circoscritta
- simile al nodulo
- grande
- derma o ipoderma

Telangiectasia

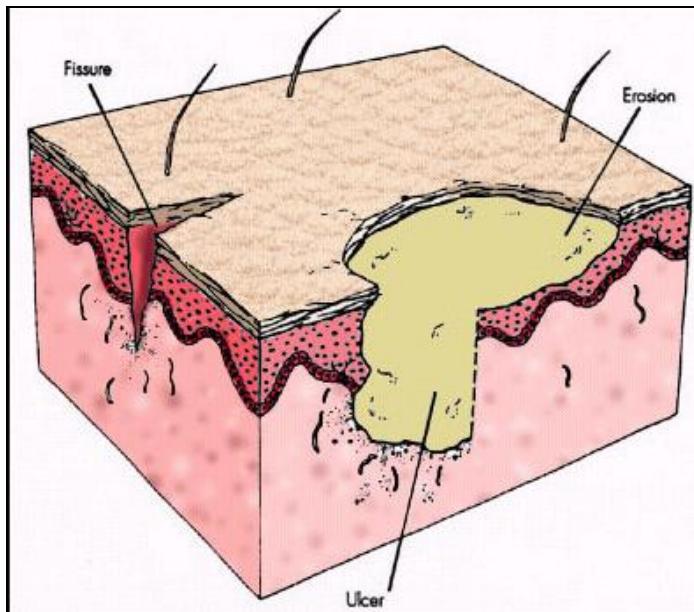


- dilazione dei vasi superficiali



Telangiectasia: rosacea

Erosioni e fissurazioni



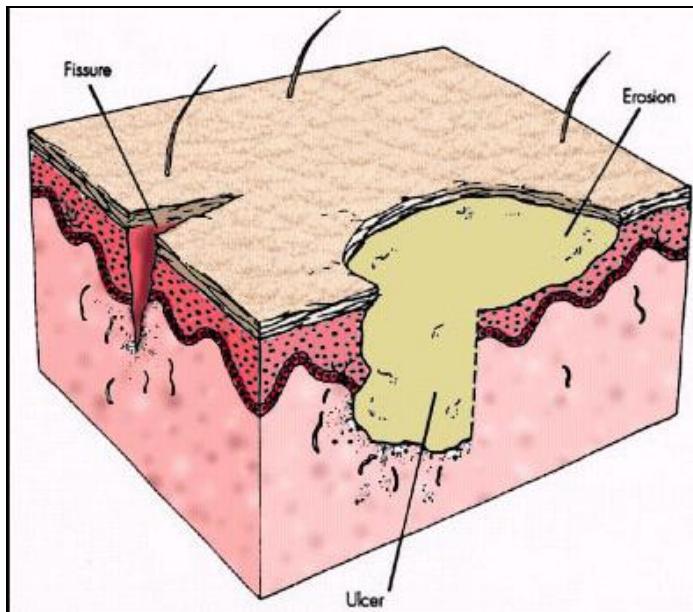
Erosione

- Perdita di una porzione dell'epidermide
- Sinonimo di escoriazione

Fissurazione

- crack lineare sulla superficie cutanea

Ulcera



- Perdita di sostanza che non tende alla guarigione spontanea

Crosta



© 2000 Galderma SA

030064VL

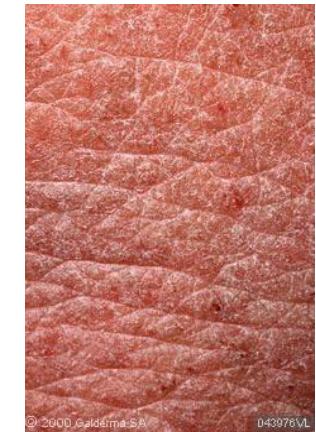
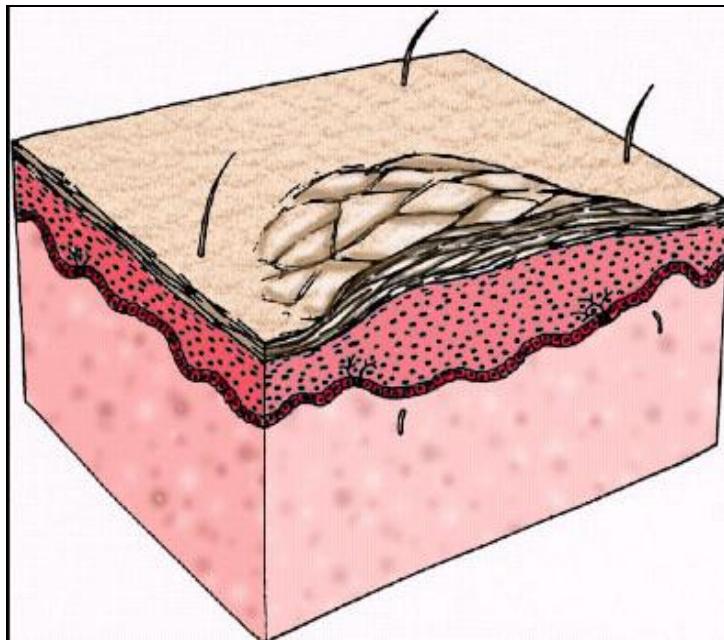


© 2000 Galderma SA

042864HL

*-Placca aderente e dura prodotta dall'essiccamento di sangue,
pus o secrezioni su una lesione cutanea*

Lichenificazione

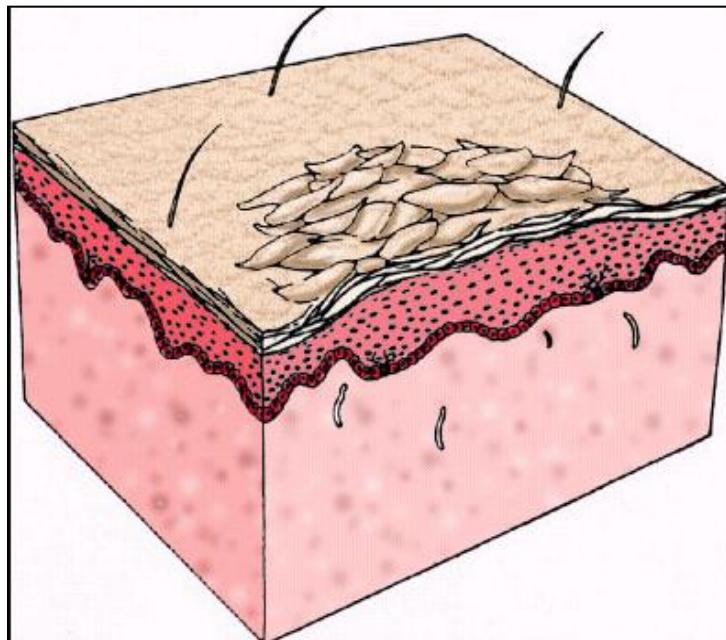


Lichenificazione

- Ispessimento dell'epidermide
- Generalmente dovuta al grattamento
- grigiastro

Esacerbazione
delle normali
linee cutanee

Squama



Foglietto di strato corneo
sulla superficie cutanea

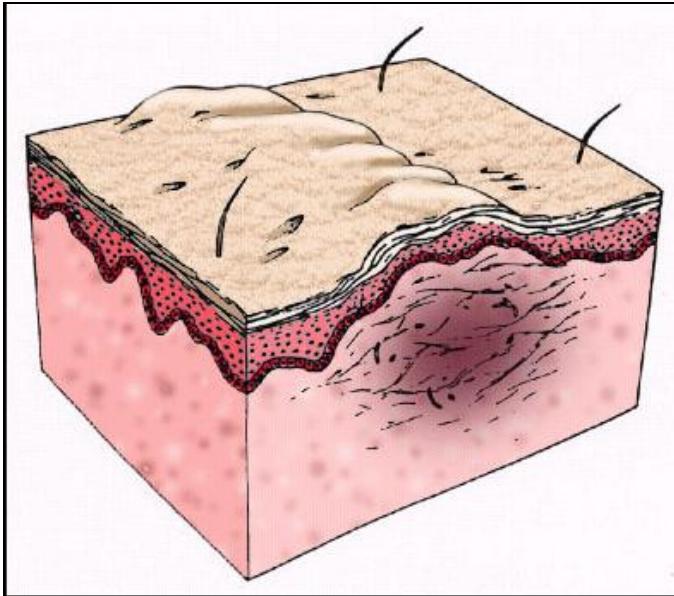


Psoriasiforme



Psoriasis

Cicatrice



- Tessuto fibrotico
- Processo fisiologico di riparazione cutanea



Cheloidea



Normale

Atrofia



© 2000 Galderma SA

005025HL



© 2000 Galderma SA

008691VL

- Assottigliamento di alcuni strati cutanei
- »cedimento»

Ed ora qualche accenno alla patología....

Acne

Epidemiologia

- Prevalenza elevata
 - L'acne colpisce il **70-87%** degli adolescenti
 - La prevalenza stimata negli adulti è dell'**1-12%** nei maschi e del **12-17%** nelle femmine
 - L'acne colpisce il 2635% delle donne adulte (di 30-50 anni)
- Il **15-20%** delle visite dermatologiche interessa l'acne
 - Il 78% dell'acne è di natura infiammatoria

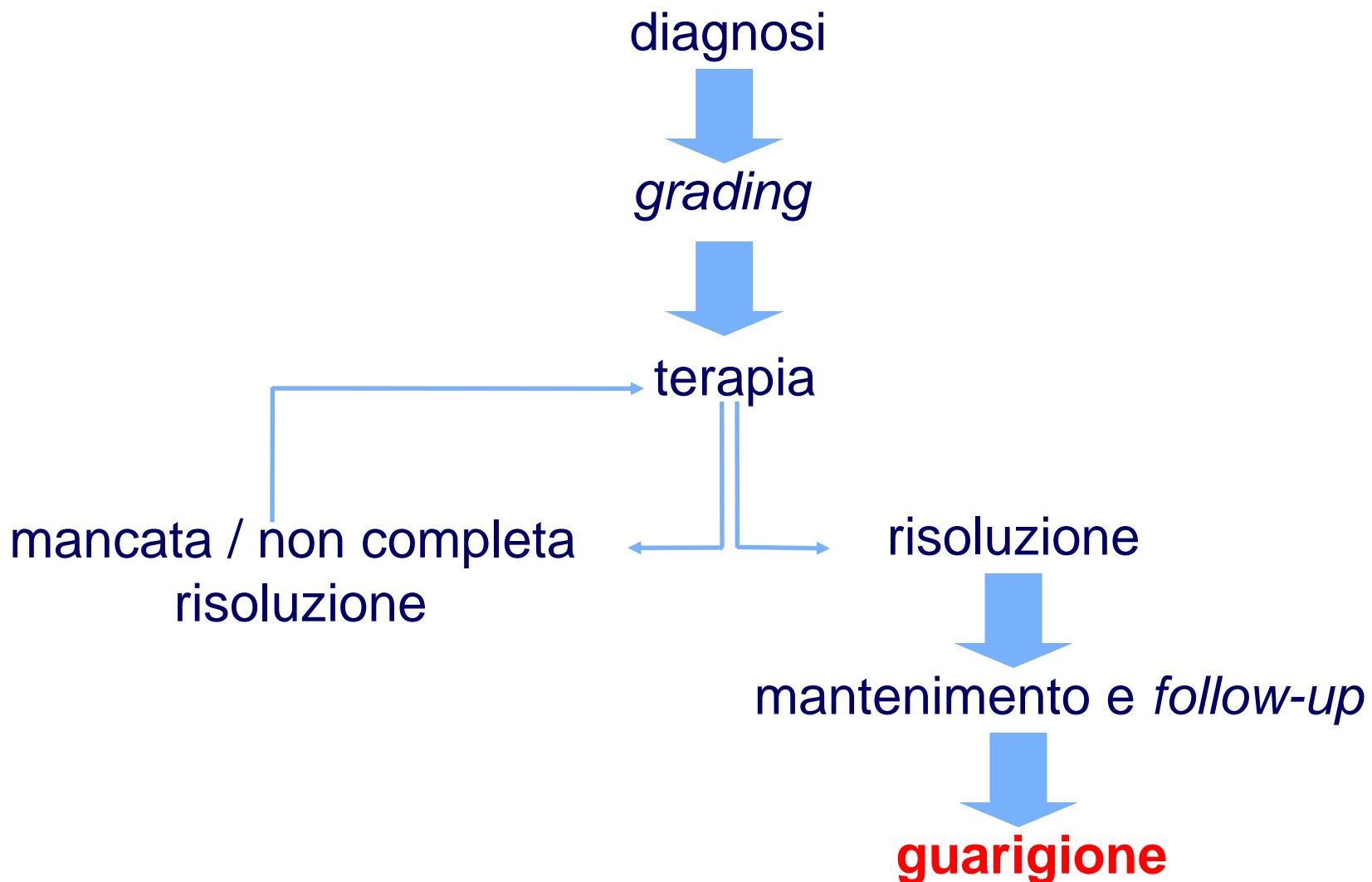
Impatto emotivo dell'acne

- riduzione dell'autostima
- ansietà
- difficoltà relazionali
- depressione
- *L'impatto emotivo è da considerare in relazione al contesto psicologico e sociale dell'età adolescenziale, in cui tipicamente compare l'acne*

La progressione dell'acne è associata a 4 fattori fondamentali:

1. ipercheratinizzazione infrainfundibolare
2. iperplasia della ghiandola sebacea e ipperseborrea
3. colonizzazione dell'annesso pilosebaceo da parte di *Propionibacterium acnes*
4. risposta immunitaria e infiammazione

Acne: approccio al trattamento



Acne: diagnosi

1. lesioni caratteristiche
2. topografia
3. età di insorgenza
4. decorso
 - anamnesi
 - risposta ai trattamenti
 - tendenza alla risoluzione spontanea
5. esito cicatriziale

Grading

- **tipo di acne**
 - prevalentemente non infiammatoria
 - prevalentemente infiammatoria
- **severità dell'acne**
 - numero delle lesioni
 - estensione
- **mancata responsività a pregressi trattamenti**
- **tendenza all'esito cicatriziale**
- **coinvolgimento psicologico**
- **segni di iperandrogenismo**

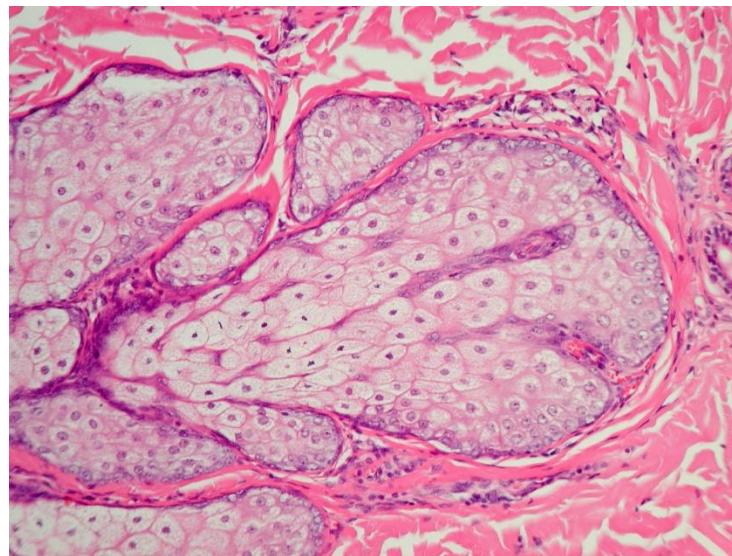
Trattamento: molecole disponibili

Retinoidi topici

- normalizzano la desquamazione follicolare
- riducono l'infiammazione

Isotretinoina orale

- riduce la produzione di sebo
- normalizza la desquamazione follicolare
- riduce l'infiammazione
- riduce indirettamente *P.acnes*



Antibiotici/Antimicobici

- riducono *P.acnes*
- riducono l'infiammazione

Benzoil perossido

- riduce *P.acnes*

Ormoni

- riducono la produzione di sebo
- normalizzano la desquamazione follicolare

Trattamento: raccomandazioni per il trattamento dell'acne

- Obiettivi principali
 - Risolvere lesioni esistenti
 - Prevenire l'esito cicatriziale
 - Evitare lo sviluppo di nuove lesioni

Linee guida per il trattamento dell'acne

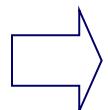


	Lieve	Moderata	Grave		
	Comedonica	Papulo-pustolosa	Papulo-pustolosa	Nodulare ²	Nodulo-conglobata
1 scelta ¹	Retinoide topico	Retinoide topico + antimicrobico topico	Antibiotico orale + retinoide topico +/- BPO	Antibiotico orale + retinoide topico + BPO	Isotretinoina orale ³
Alternative ¹	Retinoide topico alt. o acido azelaico* o acido salicilico	Antimicrobico topico alt. + retinoide topico alt. o acido azelaico*	Antibiotico orale alt. + retinoide topico alt. +/- BPO	Isotretinoina orale o alt. = antibiotico orale + retinoide topico alt. +/- BPO/acido azelaico*	Antibiotico orale a dose elevata + retinoide topico + BPO
Alternative per le donne ^{1,4}	Ved. 1 scelta	Ved. 1 scelta	Antiandrogeno orale ⁵ + retinoide topico/acido azelaico* +/- antimicrobico topico	Antiandrogeno orale ⁵ + retinoide topico +/- antibiotico orale +/- antimicrobico alt.	Antiandrogeno orale a dose elevata ⁵ + retinoide topico +/- antimicrobico topico alt.
Terapia di mantenimento	Retinoide topico		Retinoide topico +/- BPO		

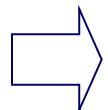
Trattamento: retinoidi topici

I retinoidi svolgono azione

1. anticomedogenica
2. comedolitica



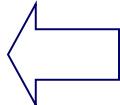
inibiscono la formazione dei microcomedoni



inducono la risoluzione dei microcomedoni e dei comedoni

Effetti collaterali

- desquamazione
- eritema
- secchezza
- prurito (*dermatite irritativa da retinoidi*)



inizio del trattamento
radiazione solare
sensibilità individuale

L'irritazione cutanea può interferire con la ***compliance*** al trattamento.

Phillips TJ. An update on the safety and efficacy of topical retinoids. *Cutis* 2005; 75(2 Suppl):14-22.

Trattamento: benzoil perossido

attività battericida per ossidazione degli enzimi batterici

➡ flora anaerobia e microaerofila della cute ➡ *P.acnes*

2 peculiarità

1. sopprime *P. acnes* più velocemente vs antibiotico

riduzione del 90% di *P.acnes* nelle aree trattate dopo solo pochi giorni di applicazione (antibiotico topico in alcune settimane);

1. non induce la comparsa di resistenza batterica

Bojar RA et al. The short-term treatment of acne vulgaris with benzoyl peroxide: effects on the surface and follicular cutaneous microflora. *Br J Dermatol* 1995; 132: 204-8.

Gans EH et al. Comparative efficacy of clindamycin and benzoyl peroxide for in vivo suppression of *Propionibacterium acnes*. *J Dermatology Treat* 2002; 13: 107-10.

Trattamento: benzoil perossido

lieve effetto antinfiammatorio, prevalentemente indiretto

- azione esercitata ai danni del *P. acnes*,
- induce una significativa soppressione dei radicali liberi dell'ossigeno

Trattamento: benzoil perossido

Fenomeni irritativi: eritema, secchezza desquamazione

Le formulazioni al 2.5%, 3%, 4% e 5% **sono preferibili** rispetto a concentrazioni di farmaco maggiori in quanto **meno irritanti**.

L'**effetto antimicrobico** del benzoil perossido **non varia in funzione della diversa concentrazione**.

- eccezionalmente induce sensibilizzazione: incidenza di una vera dermatite allergica da contatto < 1:1000.
- raramente fenomeni di fototossicità, dose-dipendenti.

Yeung D, et al. Benzoyl peroxide: percutaneous penetration and metabolic circulation. II. Effect of concentration. *J Am Acad Dermatol* 1983; 9:920-4.

Gollnick H, Krautheim A. Topical treatment in acne: current status and future aspects. *Dermatology* 2003; 206:29-36.

Trattamento: benzoil perossido

In estate non è pertanto da sospendere

1. applicazione nelle ore serali;
2. prediligere le concentrazioni più basse;
3. *short contact therapy*: applicare il prodotto sulla superficie affetta e lasciarlo in posa per 2-5 minuti.

Quindi rimuovere risciacquando con acqua (formulazione *wash out*).

Evidenze sperimentali dimostrano che questa modalità di impiego garantisce l'effetto soppressivo del benzoil perossido sulla flora batterica, con il vantaggio di ridurre o di eliminare del tutto l'effetto irritativo del farmaco.

ROSACEA

Rosacea:

- Patologia infiammatoria cronica
- Periodi di remissione e di riaccensione
- Colpisce il viso

- *Fototipi chiari, soprattutto nord-est Europa*
- *Donne più colpite*
- *Adulti 30-50 anni*
- ***prevalenza***
 - *Europa: 2-10%*
 - *Svezia: 10% (Berg et al., 1989)*
 - *Germania: 2-5%*
 - *Irlanda: 2,85% (Powell et al., 2007, JAAD 56, poster)*
 - *Sud Europa: 2%*
 - *USA 3-5%: 14 milioni (AARS 2008)*

Classificazioni

Sottotipi	Segni/Sintomi
Sottotipo I : Vascolare Eritematotelangiectasica	- flushing - eritema - telangiectasie
Sottotipo II : Infiammatoria Papulopustolosa	-eritema -Papule, pustole
Sottotipo III : Fima	- Pelle ispessita, noduli - Superficie cutanea irregolare - Aspetto « sfigurato »
Sottotipo IV : rosacea oculare	- Sensazione di corpo estraneo - Pizzicore e bruciore - Secchezza e prurito - fotosensibilità - Vista appannata (raramente)
Variant (rare): Granulomatous rosacea	- Papule e noduli brunastri, giallastri, eritematosi

Sottotipo I

- Il più frequente
- Segni/Sintomi:
 - Flushing
 - eritema
 - Telangiectasie
- Pelle sensibile:
 - Pizzicore, bruciore
 - Intolleranza ai cosmetici
- Diagnosi differenziale:
 - Fotodanneggiamento cronico: anche la cute perioculare e periorale sono eritematoso

Sottotipo I



© 2000 Galderma SA

006338H

Wilkin et al, J Am Acad Dermatol, 2004

Sottotipo II

- Sintomi:
 - Eritema
 - Papule e pustole
- **Diagnosi differenziali**
 - Acne
 - Presenza di comedoni
 - Dermatite periorale
 - Papule e pustole attorno alla bocca
 - Dermatite Seborroica
 - Pelle eritematosquamante del viso (pieghe nasolabiali), del cuoio capelluto, del tronco
 - Follicolite da Demodex
 - Comparsa improvvisa, papule intensamente pruriginose, assenza di flushing

Sottotipo II: papule, pustole ed eritema



Wilkin et al, J Am Acad Dermatol, 2004

Sottotipo III

Sintomi:

- Ispessimento della pelle
 - Noduli
 - Rinofima
 - Aspetto sfigurato
- Interessa quasi esclusivamente **uomini**
- Trattamento : **chirurgico**

Sottotipo III: ispessimento, noduli, allargamento del naso -->sfigurato



Wilkin et al, J Am Acad Dermatol, 2004

Sottotipo IV

- **Segni/Sintomi:**
 - Eritema oculare e delle palpebre
 - Sensazione di corpo estraneo
 - Bruciore, pizzicore, secchezza
 - Prurito
 - Fotosensibilità
 - Vista annebbiata (raramente)
- **Rosacea oculare può interessare:**
 - Solo gli occhi
 - Occhi + pelle
- Approssimativamente 1/3 dei pazienti affetti da rosacea presenta sintomi oculari

Sottotipo IV: eritema ed infiammazione dell'occhio e della palpebra



Wilkin et al, J Am Acad Dermatol, 2004

Diagnosi della rosacea

- Clinica, non esistono test specifici
- Localizzazione dei segni e dei sintomi: **porzione centrale del viso**



Fattori scatenanti

- Alimenti: caldi e piccanti
- Bevande: alcoliche, calde
- Emozioni: stress, ansia
- Clima: sole, freddo, caldo
- Temperatura: sauna, bagni caldi
- Prodotti per la cura del corpo: alcol, profumi
- Farmaci: vasodilatatori, acidi nicotinici, corticosteroidi topici
- Esercizio fisico
- Patologie: Parkinson

Terapia: oggi

- **non esiste cura** per rosacea
- Trattamento: mezzi per controllare segni e sintomi
- Scelta del trattamento dipende dal sottotipo e dalla severità
- Linee guida per il trattamento della Rosacea dell'American Acne & Rosacea Society: pubblicate nel 2008.

(Del Rosso et al., J Drugs Dermatol, 2008)

Metronidazole topico(0.75%, 1%): approvato dall' FDA

- **Efficace nella rosacea** (EJ van Zuuren et al., The Cochrane Database of Systematic Reviews 2005)
- Sia in monoterapia sia in combinazione con altri trattamenti (ad es sistemici)
- Metronidazolo topico: unico prodotto validato da trial crandomizzati controllati nella terapia di mantenimento della rosacea (Dahl et al., Arch Dermatol 1998)

Miscellanea agenti topici: *non approvati dal FDA, ma comunemente utilizzati (uso basato sull'esperienza clinica)*

- ***inibitori della calcineurina*** : Elidel®, Protopic®
 - *Risultati conflittuali*
- ***antibiotici topici*** : clindamicina, eritromicina
 - *non raccomandati a causa della mancanza di dati clinici ed antibiotico resistenza*
- ***Benzoil perossido 5%-clindamicina 1%***
 - *Efficace sulle lesioni infiammatorie*
- ***antiparassitari topici***: quali permetrina
 - *Efficace in caso di follicolite da Demodex*
- ***retinoidi topici*** :
 - *dati limitati*

Terapie fisiche

- **Elettrocoagulazione:** telangiectasie
 - Non utilizzata di frequente
- **Laser:** telangiectasie ed eritema
 - laser vascolari(Nd:YAG, pulsed dye, KTP)
 - Intense pulse light (IPL)
 - Telangiectasie: rispondono meglio dell'eritema a questi trattamenti

Gestione del paziente affetto da Rosacea

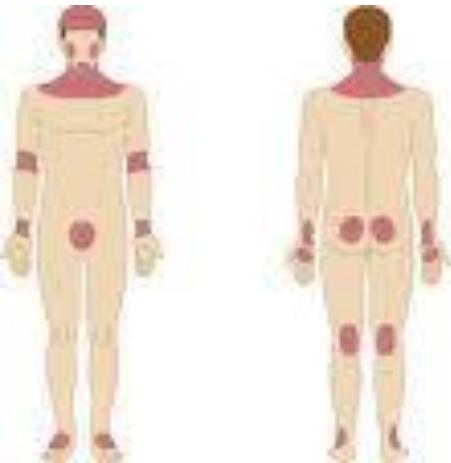
- **Evitare fattori scatenanti**
- **Fotoprotezione**
 - Ampio spettro(UVA and UVB) con elevato SPF (50+)
- **Cure quidiane**
 - Detergente e topici
- **Camouflage**
 - Make-up specifico

Dermatite Atopica

Definizione

- Patologia cutanea cronica infiammatoria, caratterizzata da una sintomatologia intensamente pruriginosa, caratterizzata da iperreattività a fattori ambientali
- Molti pazienti affetti da DA presentano elevati livelli di IgE seriche, AP/AF per rinite/rinocongiuntivite/asma allergici

Sinonimi: eczema atopico, eczema allergico costituzionale, prurigo di Besnier



Epidemiologia

- 10-15% della popolazione generale;
- 70% dei casi l' esordio avviene entro i 5 anni;
- rapporto M:F di 1: 1,5
- persistenza di malattia in adolescenza dell' 82% ed oltre i 22 anni del 72%.

- Presenza di IgE seriche:
 - **DA estrinseca/allergica**
- Assenza di IgE seriche:
 - **DA intrinseca/non allergica**

Patogenesi

- Fattori genetici ed ambientali
- Eccessiva risposta immunologica ad allergeni
- Risposta immune aberrante
- Reattività cutanea
- Disfunzione barriera cutanea

- meccanismo fisiopatologico duplice:
 - alterazione dei lipidi dello Strato

Corneo (ceramidi) con conseguente
alterazione della permeabilità
-->comparsa di xerosi cutanea e
desquamazione;

- squilibrio immunologico tra i linfociti Th1/Th2 a favore dei Th2 (IL-4, IL-5, IL-13) con conseguente innalzamento dei livelli di IgE totali e specifiche

Clinica

- Caratteristiche differenti con l'età
 - Lattante: lesioni essudanti, interessanti soprattutto viso e collo
 - Età prescoalre-scolare: lesioni secche delle pieghe con segni di grattamento e lichenificazione
 - Adulto:regione nucale, eczema del capezzolo, oltre alle pieghe

Diagnosi

- Clinica
- Raramente biopsia
- Test allergologici

Terapia

- Identificazione ed allontanamento di fattori scatenanti
- Topici:
 - Prodotti adeguati per l'igiene
 - Emollienti
 - Steroidi topici
 - Inibitori calcineurine

Terapia sistemica

- antistaminici: sono utili se usati per brevi cicli in caso di prurito intenso.
- fototerapia (PUVA, UVA1, UVB-nb)
- closporina per i suoi effetti immuno modulanti ed anti-infiammatoria con rapida risposta sul prurito e sulla qualità della vita.