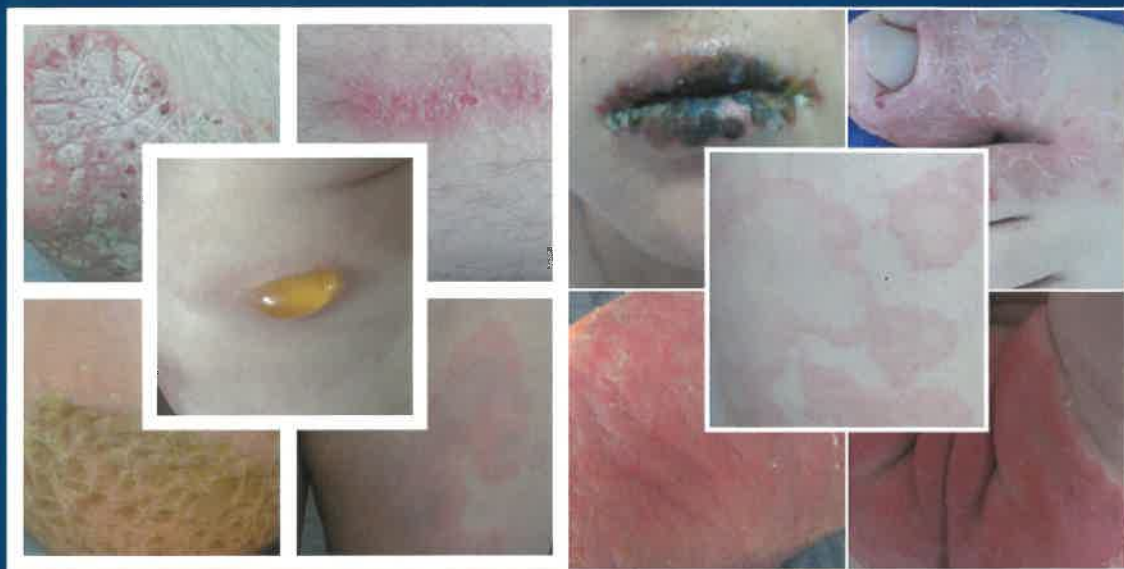


DERMATOLOGIE PEDIATRICĂ

volumul 2



Editor

Profesor dr Anca Chiriac

Titlul original: „Dermatologie Pediatrică. Volumul II”

© 2022 ODO. All rights reserved.

This work is subject to copyright. All rights are solely and exclusively licensed by the Publisher, whether the whole or part of the material is concerned, specifically the rights of translation, reprinting, reuse of illustrations, recitation, broadcasting, reproduction on microfilms or in any other physical way, and transmission or information storage and retrieval, electronic adaptation, computer software, or by similar or dissimilar methodology now known or hereafter developed. The use of general descriptive names, registered names, trademarks, service marks, etc. in this publication does not imply, even in the absence of a specific statement, that such names are exempt from the relevant protective laws and regulations and therefore free for general use. The publisher, the authors and the editors are safe to assume that the advice and information in this book are believed to be true and accurate at the date of publication. Neither the publisher nor the authors or the editors give a warranty, expressed or implied, with respect to the material contained herein or for any errors or omissions that may have been made. The publisher remains neutral with regard to jurisdictional claims in published maps and institutional affiliations.

First Edition

ISBN 978-83-963773-3-3

<https://doi.org/10.7241/ourd.2022book.2>

Editura ODO

ul. Braille'a 50B

76-200 Słupsk, Polonia

tel. (+48) 692121516; fax: (+48) 598151829;

e-mail: odermatol@yahoo.com

Toate drepturile rezervate

All rights reserved

CUPRINS

1. Acne	1
2. Rozacee	15
3. Dermatita seboreică	24
4. Psoriazis	30
5. Pitiriazis lichenoid	42
6. Lichen plan	50
7. Boli autoinflamatorii	57
8. Mastocitoze	67
9. Urticarie	76
10. Toxidermii	91
11. Eczema de contact	101
12. Dermita de scutec	109
13. Dermatita atopică	117
14. Fotodermatoze fotoprotecție	145
15. Hiperpigmentări Cutanate	158
16. Hipopigmentări Cutanate	183

DERMITE PERI-ORIFICIALE

Dermita periorală este frecvent descrisă la fetețe mai mari de 2 ani; este caracterizată prin apariția de leziuni micro-papuloase eritematoase, acoperite cu o fină scuamă și pustule dispuse perioral, perinarinar și periocular, asociate cu prurit, senzație de arsură (Fig. 6).

Dermita periorală poate fi determinată de folosirea de steroizi topici timp îndelungat, steroizi inhalatori, prin mecanism iritativ cronic (mecanic-tetină, biberon, tic de lingere a buzelor), expunerea la vânt, frig, UV, reacție alergică de contact la cosmetice, pastă de dinți fluorurată sau poate apare ca manifestare a unui teren atopic [32,33].

Dermita granulomatoasă periorificală se caracterizează clinic prin apariția de papule de culoarea pielii, cu dispoziție perinazală și periorbitală, fără asocierea cu pustule și discret scuamoase. Are evoluție cronică și uneori este raportată ca idiopatică (Fig. 7).



Fig. nr. 6: Dermită periorală.



Fig. nr. 7: Dermita granulomatoasă periorificală (perinazală).

Scauma este determinată de îngroșarea stratului cornos (HIPERKERATOZĂ) asociată cu PARAKERATOZĂ (keratinocitele din stratul cornos sunt nucleate, și-au păstrat nucleul). Leziunile scuamoase trebuie diferențiate de leziunile hiperkeratozice care sunt aderente (nu se detașează spontan sau prin grataj) și sunt consecința hiperkeratozei de tip ORTOKERATOZĂ (keratinocitele din stratul cornos sunt anucleate, de exemplu în ihtioză).

DERMATITA SEBOREICĂ

Dermatita seboreică (DS) este o dermatoză inflamatorie de tip eritemato-scuamos, cu leziuni localizate la nivelul scalpului, feței, pliurilor (zone „seboreice”).

La populația pediatrică au fost descrise 2 forme clinice de DS: DS infantilă și DS la adolescenți (care se suprapune formei adulte).

Prevalența DS la copii este raportată ca variind între 4,6 % și 10% [1,2]. Cel mai des este descrisă la băieți.

DS diagnosticată în prima lună de viață este numită, în literatura franceză, boala Leï-Moussous, mai ales forma severă, cu leziuni diseminate (Fig. 1a și 1b).

Patogenia DS nu este cunoscută, deși se atribuie un rol important unei levuri lipofilice care colonizează normal pielea, mai ales în zonele bogate în sebum: *Malassezia furfur* [3]. DS infantilă era foarte frecvent raportată în deceniile 6-7, cu o scădere importantă a cazurilor până în anul 2000, posibil datorită măsurilor de igienă care scad colonizarea cu *Malassezia* (*M. globosa* și *M. restricta*), predominând formele de manifestare la nivelul scalpului („cruste de lapte regiunii sprâncenare” [4]).



Fig. nr. 1a și 1b: Dermatitis seboreică infantilă forma diseminată.

CLINIC

Clinic se descriu 4 forme diferențiate prin aspectul și localizarea leziunilor, cel mai des leziunile sunt observate pe scalp și regiunea genitală (DS cu aspect bipolar).

1. **DS infantilă la nivelul scalpului** (DS cefalică, cradle cap, pityriasis capitis, „cruste de lapte”) este diagnosticată la grupa de vârstă: 3 săptămâni-4 luni, cu un vârf al incidenței la 3 luni de viață [4]. Se caracterizează prin prezența de scuame groase, galbene, cu aspect „grăsos”, aderente de pielea capului la nivelul regiunii fronto-parietale asociate, frecvent, cu leziuni similare în regiunea sprâncenară, pe marginea ciliară, șanțurile nazo-labiale, obraji, retro-auricular sau chiar leziuni la distanță (ombilic, zona scutecului sau pliuri); (Fig. 2a - 2d). În zona cefalică eritemul este discret, în celelalte zone eritemul este mai intens [5].



Fig. nr. 2a - 2d: Dermatitis seboreică infantilă la nivelul scalpului.

PSORIAZIS

Psoriazis este diagnosticat la 1-3% din populație; debutul în copilărie este raportat în 3-50% din cazuri, 2/3 din cazuri fiind forme familiale și, în 2-5% din cazuri debutul este înaintea de vârsta de 2 ani [1]. Există multe date contradictorii referitoare la incidența și prevalența bolii în populația pediatrică, majoritatea datelor fiind obținute din registre naționale declarative sau din rapoarte clinice. În Europa se apreciază că prevalența cumulată a psoriazisului înainte de vârsta de 18 ani variază între 0,5-0,7%; prevalența fiind de 0,37-0,55% la grupa de vârstă 0-10 ani, 1,01-1,37% la grupa de vârstă 10-18 ani [1]. Cazurile sunt mai numeroase în Europa decât în Asia sau Africa, iar în America cazurile de psoriazis predomină la copiii de origine europeană.

Din punct de vedere epidemiologic se disting 2 tipuri de psoriazis:

Psoriazis familial (tip I) caracterizat prin:

- debut precoce în primii ani de viață;
- anamneză familială pozitivă în 2/3 din cazuri;
- debut precoce la sexul feminin;
- poate fi element de diagnostic suplimentar în cazurile incerte de diagnostic la copii.

Psoriazis sporadic (tip II) caracterizat prin:

- debut tardiv, în perioada adultă;
- anamneză familială pozitivă doar în 1/3 din cazuri;
- comorbidități precoce și numeroase.

Din raportările clinice recente s-a observat (deși părerile sunt controversate) [2]:

- comorbiditățile la copii sunt mai rare decât la adult, fiind în mod special raportată obezitatea

- copiii care au fost diagnosticați cu boală Kawasaki au dezvoltat tardiv psoriazis pustulos;
- relația psoriazis-dermatită atopică este foarte controversată, în studiile franceze este o relație inversă de asociere, un copil cu psoriazis având un risc de 50 de ori mai mic de a dezvolta dermatită atopică;
- de cele mai multe ori forma clinică de psoriazis din copilărie se păstrează și în perioada adultă;
- severitatea formei clinice în perioada adultă și prezența comorbidităților nu se corelează cu debutul precoce, în copilărie.

CLINIC

Leziunea elementară este o maculă-papulă-placă eritemato-scuamoasă, cu scuamă groasă, aderență, albă strălucitoare; leziunile sunt distribuite simetric pe zone de elecție: coate, genunchi, scalp, regiunea lombară.

Formele clinice diferă în funcție de vârstă: la sugar psoriazis la nivel genital și în pliuri, la copilul mic psoriazis gutat; psoriazis în plăci este forma cel mai des raportată la copii. Localizările cele mai frecvente la copii sunt: zona genitală, fața și pulpa degetelor [2-4].

Termenul de psoriazis vulgar trebuie înlocuit cu psoriazis, eventual forma clinică și/sau localizarea și/sau gradul de severitate.

1. Psoriazis în plăci

Aspectul clinic este caracterizat prin plăci eritemato-scuamoase localizate la coate, genunchi, ombilic, regiunea lombară și scalp, sau oriunde la nivelul pielii (Fig. 1a - 1d).

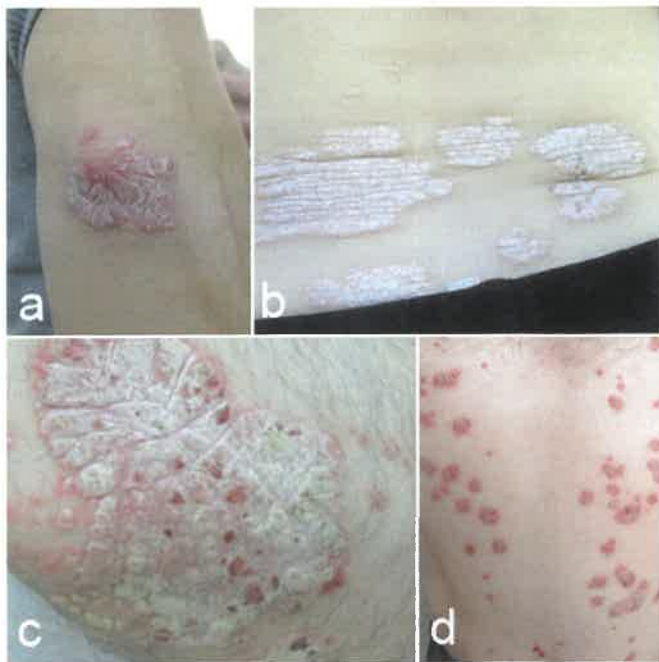


Fig. nr. 1a - 3d: Psoriazis în plăci.