

• INTRODUCCIÓ

La pell es l'organ protector del medi ambient:

- Agents toxics.
- Radiació ultraviolada.
- Perdua de fluids corporals.
- Temperatures extremes.
- Forces mecàniques.
- Electricitat d'alt voltatge.

La pell està composta per:

- Epidermis.
- Dermis o teixit connectiu.
- Hipodermis o teixit de cel·lules subcutànies.
- Tànals.

Els òrgans annexes a la pell són:

- Pèl.
- Ungles.
- Glandes sudorípares.
- Glandes sebàcies.

A la epidermis les cel·lules són els keratinocits, que neixen a la capa basal i van cap a la capa més externa. Experimenta canvis morfològics fins arribar a la capa basal on es constitueix en una cel·lula anuclear, formant la queratina. Un desmosoma és la unió de 2 keratinocits.

• FUNCIONS DE LA PELL

- Queratinocits: produir queratina i extracte corneó.
- Melanocits-melanina: protegeixen de la llum solar.
- Cel·lules de Langerhans: funció immunològica, macrofàgica.
- Elastocits: síntesi de substàncies medidores de l'inflamació.
- Fibroblasts: produeixen col·lagen, elastina,

Els annexos cutanis tenen les següents funcions:

- Glandes sebàcies: produeixen el sebum de la pell, que és mantega lipídica.
- Glandes sudorípares apocrines: eliminació del suor, termoregulació.
- Pèl i cabell: adorn estètic, protecció, filtre.
- Ungles: ajuden a la funció prensil.
- Glandes sudorípares ecrines: es troben a palmes i plantes, i actuen eliminant NaCl.

• LESIONS DE LA PELL

Les lesions elementals de la pell són:

- Macula: alteració en la coloració de la pell. No és palpable. Pot ser de diferents tipus: marró, vermella,

- Papula: elevació circumscripita de la pell, pero menor a 1 cm de diàmetre.
- Placa: elevació de la pell palpable, pero major a 1 cm de diàmetre.
- Nodul: lesió palpable, pero es constitueix per una formació sòlida . Ve circumscripita normalment a expansió d'un creixement de la dermis o del teixit subcutani.
- Ronxa o habon: lesió elemental de la urticària, lesió rosada, edematosa, pero que característicament desapareix a les 24 h. Mai es fixe mes d'un dia.
- Vesícula: lesió elevada de contingut líquid de diàmetre menor a 0'5 cm.
- Pústula: el líquid es pus.
- Ampolla: diàmetre superior a 0'5 cm.
- Quist: lesió elevada degut a una formació en l'interior de la dermis que presenta una capsula pròpia (epiteli pròpi). Sempre hi ha un contingut i una capsula que l'envolta.

Quan aquestes lesions evolucionen donen lloc a lesions secundaries:

- Úlcera: pèrdua de substància, de solució de continuïtat de la pell.
- Erosió cutània: úlcera molt superficial. A nivell de la epidermis. La cicatrització es completa.
- ¿?????: afecta a nivell de la dermis. Sempre cura deixant cicatrius deprimides o atrofiques.
- Queloides: cicatrius hipertrofiques. Existeixen a unes àries localitzades: lòbul de la orel·la, incisió mitja toràcica.
- Plaques hiperqueratociques: acumul d'escates corneïes Per augment de producció o perquè no es pot eliminar.
- Costra: evolució de lesions exudatives. Lesions humides que formen la costra que s'asseca.

Les formes de presentació de les lesions son:

- Anells o arcs o lesions policíclics (molts arcs): lesions primaries.
- Serpiginoses.
- Lesions en iris: formen anells a expenses d'un centre molt més actiu.

Els patrons de configuració de les lesions son:

- Herpetiforme: agrupació en forma de raïm.
- Dermatoma: segment cutani inervat pel gangli espinal (agrupació zosteriforme, sempre unilaterals).
- Agrupació linial.

• INFECCIONS CUTANIES VIRIQUES

- Berruga cutània: plaques hiperqueratósiques causades pel virus del papil·loma humà. Es un ADNvirus, que infecta el queratinòcit i s'integra al seu nucli. El període d'incubació es de pocs dies–messos i pot donar lloc a infeccions latents. Es sol localitzar als dits i al final d'aquests i les ungles (zones traumatitzades) quan la localització es subungueal es molt doloros.
 - ◆ El fenomen de Koebner es quan hi ha puntets negres i berrugues. Hem de fer el diagnòstic diferencial de la trombosis cutània. S'ha de curar totalment, perquè si queda una cel·lula infectada tornara a brotar.
 - ◆ Berruga en mosaic: a la planta del peu. Cicatritzara formant un call si fem ferida (per pressió). Tècniques no agressives.
 - ◆ Berrugues planes: papules poc elevades, hiperpigmentades, edematoses i molt autocontagioses. Es més difícil diferenciar–les. Els ttos son molt conservadors.
 - ◆ Línia d'escoriació: berrugues juntes formant una línia.
 - ◆ Berruga filiforme: papules amb base d'implantació molt estreta (paviculades) i penjen soles (bigoti). El contagi es per contacte directe.

El tto per les berrugues es individualitzat. Depen de:

- ◆ Edat.
- ◆ Tipus morfològic.
- ◆ Número.
- ◆ Ttos previs.
- ◆ Inmunosupressió.
- ◆ Ocupació.
- ◆ Localització.
- ◆ Duració.

No hi ha cap tractament que mati el papiloma humà. Les nostres defenses són les que l'eliminaran. Irritarem la berruga. Els tractaments tòpics per irritar les berrugues són:

- ◆ Àcid salicílic al 40% en colodion.
- ◆ Nitrogen líquid.
- ◆ Laser de CO₂.
- ◆ Curetajes mes electrodissecció.
- ◆ Rx.
- ◆ Tintures.

Hem de rehidratar la queratina per filtrar bé el nitrogen (hioteràpia) amb gases humides, congelació (cremades).

El condiloma acuminat és quan es localitza als genitals. És típic en malalts amb SIDA. També el dona el papiloma humà. Té humitat i maceració. La morfologia és molt extensa.

- Moluscum contagiosum: pediàtrica. Causada pel pox virus. El període d'incubació és llarg, a vegades de 6 setmanes. Penetra a l'epidermis per petits traumatismes produint una papula umbilical de petit tamany, no dolorosa, de consistència dura i coloració brillant de la pell. És asimptomàtica, de localització variada (axila, cara, dors, genitals, ...). el contagi es per contacte directe. El tto es exeresis o eliminació amb cullareta dermatològica. Si es en l'adult s'inmunitzen, per tant si es torna a veure es per immunosupressió. Molt autocontagioses.
- Herpes virus: primer hi ha una primoinfecció molt agressiva, que es cura i pasem a la fase de latència, on queda com adormit i després venen fases de recurrència. Queden als ganglis espinals, i no hi ha tto per eliminar-los. Si ens contagiem quedem susceptibles per sempre. Els diferents tipus que hi ha són:
 - ◆ Herpes simple: vesícules que s'agrupen en forma herpetiforme. La primoinfecció és molt més extensa: febre, dificultat per menjar, afecta la mucosa labial, gingival, pot afectar qualsevol àrea. El tto és ràpid, sistèmic. Queda instaurat al gangli i posteriorment es reactiva (per febre, sol, ...). dona brots repetits (panses). No hi ha febre, és menys simptomàtic, però hi ha la mateixa vesícula. Hi ha 2 tipus:
 - ◇ Tipus I: de cintura cap amunt.
 - ◇ Tipus II: de cintura cap avall (sobretot als genitals).

Els herpes perianals de més d'1 any d'evolució indiquen la presència de SIDA. Les recurrències no necessiten tto, excepte si són molt extenses on donem aciclovir que escurça els símptomes.

- ◆ Varicela Zoster: també es localitza de forma latent als ganglis espinals. El període d'incubació és de 14–17 dies. És una malaltia exantemàtica pròpia de l'edat infantil. La seva porta d'entrada és la via aèria, i l'evolució des d'aquí és circulació sanguínia, macules, papules, vesícules, crosta. Molt pruriginosa, si s'escorren les llesions per rascat pot deixar cicatrius molt deprimides. Resolució en 2–3 setmanes. És autolimitable (no cal tto), només cal

prevenir la infecció de les lesions. La curació es produïeix quan les crostes es desprenen. La primoinfecció és la varicela i les recurrences són el zoster amb el virus herpes zoster. Si no has passat la varicela et poden contagiar. Es dona molt al gangli facial i al gangli espinal.

• INFECCIONS BACTERIANES

- Impetig: a l'epidermis. Per estreptococ o estafilococ. Ocasionalment petites vesícules que es converteixen en pustules, que evolucionen cap a crostes melíferes (clares i groguenques). Molt autocontagiosa pel simple rascat. És típica de l'edat infantil. El tractament és tòpic si la infecció és mínima i oral si és més gran. Es recomana tallar-se les ungles, deixar d'utilitzar esponges, tovalloles personals,
- Erisipela: per estreptococ. Es dona sobretot a la dermis. Cursa amb formació de plaques eritematoses, ben delimitades, amb aspecte de pell de taronja (per l'edema intradermic). Vesícules i equimosis. És molt dolorosa, amb malestar general (febre, leucocitosi, ...). Es dona en nens i ancians. Es tracta amb penicilina el més aviat possible.
- Cel·lulitis: a nivell del teixit subcutani (el més profund). Dona plaques eritematoses, difuses. Dolor, limfangitis (compromet la circulació linfofàtica i pot deixar seqüeles importants). Augment de les adenopaties regionals. La localització sol ser facial i a les extremitats. Al peu s'ha d'anar amb compte per si hi ha lesions interdigitals. Una complicació són les cel·lulitis de repetició, que poden donar pell escleròtica (elefantíaca).
- Foliculitis: infecció del fol·licle pilós. Staphylococcus aureus. Papules vermelles-eritematoses, que evolucionen cap a pustules (amb pel al centre de la lesió). El tractament és amb antibiòtics i antisèptics locals. S'evitaran les esponges, olis, bronzers, És típic en la depilació de les dones.
- Foruncle: també del fol·licle pilós, però a nivell molt més profund. S'ha d'anar amb compte si estan al triangle nasogenital, ja que pot anar cap al SNC (meningitis).

• INFECCIÓ PER FONGS

- Dermatofits (tínia de pell lampinya, tínia de cuir cabellut, onicomicosis):
 - ◆ Són fongs que es contagien a partir de terra, ser humà, animals.
 - ◆ La tínia es manifesta en forma de plaques eritematoses, que presenten un creixement als marges perifèrics, on el fong avança. El tractament erroni que es dona són els cortis.
 - ◆ La tínia al cuir cabellut és molt contagiosa. Dona plaques descamatives alopeciques. Es pot confondre amb dermatitis seborreica. Si no es tracta dona plaques doloroses, que poden donar una sobreinfecció bacteriana per l'inflamació, que s'anomena querion de celso. El tractament ha de ser ràpid, tòpic i sistèmic.
 - ◆ La tínia interdigital als peus (peu d'atleta) ocasiona lesions nomides, macerades, pruriginoses, dona clivells als plecs. És eritematosa. El tractament és amb polvos o líquids.
 - ◆ La onicomicosis es dona a les ungles. Si no es tracta es contagia d'un dit a un altre. Quan afecta tota la ungla el tractament és per via sistèmica, si és distal el tractament és tòpic.
 - ◆ Per diagnosticar els fongs hem d'agafar una mostra de la part distal en un porta amb hidròxid potàssic al 10%. El diagnòstic és immediat. S'observen al microscopi estructures filamentosas.
- Llevats:
 - ◆ Pitiriasis versicolor:
 - ◇ Produïda per Malassezia furfur.
 - ◇ Se sol donar en adults joves.
 - ◇ Es localitza al tòrax i al coll, mai a les extremitats.
 - ◇ Es caracteritza per macules més pigmentades o menys colorades.
 - ◇ No és simptomàtica, mai dona prurit.
 - ◇ El tractament és tòpic antifúngic.
 - ◇ No és contagiosa.
 - ◇ Examen directe amb microscopi i hidròxid potàssic.
 - ◆ Candidíasis:

- ◊ La mes frequent es la c. Albicans.
- ◊ Es un saprofit que forma part del tub digestiu.
- ◊ Els factors que afaboreixen l'infecció son: humitat, maceració, edats extremes, tto amb cortis, antibiotics, immunosupressors, DM.
- ◊ La clinica dona: muguet, quelitis angular, intertrigo, vulvovaginitis, onicomicosis, peritonitis, balanopostitis (inflamació del Arma Letal IV).
- ◊ Es diagnostica per la clinica, cultiu i observació directa al microscopi amb KOH.
- ◊ Muget oral: plaques blanquinoses a la mucosa oral. Caracteristic dels nens petits.
- ◊ Intertrigo: lesions axilars, mamaries, plecs infraabdominals, inginal.

• INFECCIONS ZOOPARASITARIES

- Sarna:
 - ◊ Produïda per un acar anomenat sarcoptes scabiei.
 - ◊ Parasita la capa cornea.
 - ◊ La clinica es prurit intens nocturn, lesions papuloeritematoses.
 - ◊ Es localitza a mans, peus, axilles, zona interglutea, genitals, areola mamaria.
 - ◊ Dona hipersensibilitat al·lèrgica.
 - ◊ Es molt contagiosa.
 - ◊ El tto es oral (molt efectiu) de tots els individus que viuen a casa.
 - ◊ En immunodeprimits es dona a tot el cos, s'han d'aïllar.
- Pediculosis:
 - ◊ Pot afectar al cap: capitis, al cos: corporis o al pubis.
 - ◊ La clinica es prurit.
 - ◊ Es visualitza per visualització directa del parasit.
 - ◊ Hi ha molts ttos.
 - ◊ S'aconsella rentar tota la roba desde que apareixen els símptomes a alta temperatura.
- Picadures d'insectes:
 - ◊ Lesions papulars, eritematoses, molt pruriginoses.
 - ◊ Presenten un punt d'entrada desde on l'insecte a inoculat.
 - ◊ A vegades poden donar lesions ampolloses.

• DERMATITIS

Eccema i dermatitis vol dir el mateix, inflamació de la pell. Els diferents tipus de dermatitis que hi ha son:

- Dermatitis seborreica: erupció eritematodescamativa que es localitza a la zona del cos on hi ha gran quantitat de glandules sebàcies: cuir cabellut, cara, centre del torax, esquena. Es habitual trobar-lo a la primera infància i en adults d'edat mitjana. Les glandules sebàcies secreten un greix mes irritatiu que a les persones normals, a més hi ha un sobrecreixement de P. Ovale. Els factors que influeixen en la d. seborreica son:
 - ◊ Clima: empitjora a l'hivern.
 - ◊ Factors psicològics: empitjoren amb l'estrés.
 - ◊ Factors immunològics: es desenvolupa en individus amb SIDA o VIH.
 - ◊ Els factors neurològics i nutricionals no influeixen.

Podem dir que hi ha dos tipus:

- ◊ D. s. infantil: aries eritemato-descamatives de tonalitat groguenca, que es localitzen a l'àrea centrofacial. Es tracta amb sabons amb antifúngics, les cremes estan contraindicades perquè son greixoses. Si l'eccema es greu es poden usar cortis suaus. També solen sortir a les zones de plecs.

- ◆ D. s. adult: es localitza a arees seborreiques: cuir pilos, zona facial central, centre de l'escot i centre de l'esquena. A les pestanyes es diu blefaritis.
- Dermatitis atòpica: transtorn cutani puriginos. Sol ser familiar, s'acostuma a donar en la infància i es de curs crònic i recurrent. Sol estar combinat amb asma i rinitis al·lèrgica. La clínica es:
 - ◆ Prurit.
 - ◆ Distribució tòpica:
 - ◇ Nens: cara, mans, peus.
 - ◇ Adults: nivell flexural del colze i al darrera del turmell.
 - ◆ Història familiar d'atòpia (asma, rinitis) al voltant del 70% dels casos.

Es pot iniciar a la fase del lactant (2–6 mesos). Mai en neonats. S'inicia sobretot a la cara i conforme el nen grateja a la superfície extensora: genolls, colçons i mans. El 50% dels casos es soluciona als 2 anys.

En l'edat infantil es localitza al plec anterior del colze i al plec posterior del turmell principalment. Rarament persisteix en l'edat adulta, encara que si apareix en aquesta pot afectar a qualsevol àrea. Es caracteritza per:

- ◆ Sequetat i prurit.
- ◆ Localitzacions específiques.
- ◆ Queratosis pilar.
- ◆ Plecs palmars prominents.
- ◆ Liquefacció.
- ◆ Doble plec parpebral inferior.
- ◆ Riscs de personalitat: hiperactius, intel·ligents.
- ◆ Palidesa centrofacial.

Les mesures generals de prevenció en nens són:

- ◆ Bona hidratació de la pell.
- ◆ Evitar roba oclusiva.
- ◆ Evitar aeroal·lèrgens.
- ◆ Control de dieta.
- ◆ Estudi psicològic antiestres.
- ◆ Bona informació als pares.

Haurem de:

- ◆ Reduir la sequetat, prurit amb compreses humides d'àcid acètic.
- ◆ Antihistamítics.
- ◆ Antibiótics.

Durant el brot a més el tractarem amb cortis tòpics a la zona.

- Dermatitis atòpica de contacte: eccema agut o crònic per exposició a un al·lèrgen a un individu sensibilitzat. Requereix un període de sensibilització. El diagnòstic es fa amb proves epicutànies. El tto es evitar el contacte amb l'al·lèrgen i durant el brot cortis tòpics i antihistamítics. Existeix la fotoal·lèrgia, quan es el sol el que la provoca. Per diagnosticar-lo farem un fotoparche.
- Dermatitis per irritant primari: reacció inflamatoria al exposar-se a una substància irritant. No es requereix sensibilització prèvia. Evitarem la substància i tractarem l'eccema amb cortis tòpics.

• URTICÀRIA

Erupció cutània de prepuloplaques eritematoedematoses, evacuants en menys de 24 hores. Pot ser:

- Aguda: menys de 6 setmanes. Les lesions van desapareixent de forma recident.
- Cronica: mes de 6 setmanes.
- Físiques: desencadenades per un agent físic: fred–calor, llum solar, aquagenica, pressió–vibració, dermatografisme, colinèrgica.

El 80% de les urticàries són de causes desonegudes. Si hi ha molt edema es denomina angioedema. Si es agut es pot complicar en angioedema de glotis, que dificulta el pas d'aire, disnea, el tto es adrenalina, no estan indicats els cortis.

• PSORIASIS

Afecta al 3% de la població. Es caracteritza per:

- Augment de les cel·lules germinatives.
- Augment del nombre de mitosis.
- Disminució del temps del cicle reproductor (5 dies).

Es donen canvis als capilars en la dermis papilar. Pot afectar qualsevol part del cos, però és característica de forma simètrica en:

- Cuir cabellut.
- Colçons.
- Genolls.
- Palma i plantes.
- Zona lumbar.
- Zona genital i interglutea.

La lesió és placa eritematosa amb escara blanquinosa adherida a la placa. Als plecs com hi ha humitat desapareix l'escara blanquinosa (psoriasis invertida). La psoriasis del gluti s'anomena signe de Brunsting. Les lesions a les ungles s'anomenen pitting ungueal i també existeix el que s'anomena taca d'oli. En la seva fase més important s'afecta tota l'ungla.

- Psoriasis guttata: és una forma eruptiva tònica i (rarament) facial. S'associa a infeccions estreptocòcciques del tracte respiratori:
 - ◆ Exacerbació recurrent d'amigdalitis (54%).
 - ◆ Aïllament d'estreptococs β-hemolítics.
 - ◆ Altres.

El tto és antibiòtic sistèmic.

Altres tipus de psoriasis són:

- Eritrodermica: tota la superfície corporal es troba afectada.
- Pustulosa.
- Pustulosis palmarplantar.
- Artritis psoriàsica: pot afectar a mans i peus, artritis reumatoide seronegativa, articulacions interfalàngiques distals de les mans, destrucció ossià severa, limitada a la columna.
- Psoriasis ungueal.

Els factors desencadenants són:

- És una malaltia genètica.

- Estrés.
- Traumatisme (Koebner).
- Infeccions.
- Farmacs: liti, betabloquers, antimalàrics.
- Climàtics: empitjora a l'hivern.
- Metabòlics: hipocalcèmia, alcohol.
- Sobrepès.

El pronòstic:

- Curs intermitent: 80% de forma crònica.
- Formes eritrodermiques i pustuloses greus: fins mort.
- Forma pustulosa localitzada: refractària a tto.
- Guttata: bona resposta a tto antibiòtic i psoriàtic.

Les recomanacions són aire lliure, sol, evitar traumatismes i lesions. Els ttos que hi ha són:

- Tòpic:
 - ◆ Cortis: sense abusar.
 - ◆ Quitrans: queratolítics.
 - ◆ Nous tòpics de mecanisme similar: derivats de la vit. D, retinoides, combinacions amb altres.
 - ◆ Inmunosupressors.
- Sistèmic:
 - ◆ PUVA: psoralens més radiació UVA.
 - ◆ Metotrexato.
 - ◆ Acitretin.
 - ◆ Ciclosporina A.
 - ◆ Combinat: RePUVA, MePUVA.
 - ◆ Rotatori.

• LIQUENS PLANS

La prevalença és del 0'5–1%. Se sol donar entre els 30–60 anys. Són papules poligonals, violàcies, molt pruriginoses, simètriques. Apareixen les estries de Wickham. Es dona al cuir cabellut, onicopàtia (ungla), fenomen de Koebner (reproducció a qualsevol àrea que es traumatitza). Si hi ha lesions a la mucosa oral el virus de la hepatitis B serà positiu. El 70% autoinvoluciona en 8–12 mesos. Es diagnostica per la clínica, i si es dubta biòpsia. Els tractaments són cortis, PUVA, ciclosporina A. Les diferents lesions que apareixen als diferents nivells són:

- cutani: papulo eritematoses violàcies, pruriginoses.
- Mucosa: lesions reticulades blanques.
- Pílar: alopecia cicatricial amb grups de pèls conservats (en cepillo).
- Ungeal: formació de pterygium (unió de la cutícula amb la lamina ungeal).

• ACNE

Es propi de l'adolescència, augmenta amb la pubertat i perdura fins als 25 anys en l'home i els 30 en la dona. El nucli pilos sebaci està format pel nucli pilos i una glàndula sebàcea (cara sobretot i també esquena i escot) i durant la pubertat sobretot augmenta la secreció de la glàndula. Primer apareix un punt negre (comedó), després prolifera el propionibacterium acnes (ja és vermell) i finalment el contingut passa a la dermis. Hi ha dos tipus de lesions:

- No inflamatories: comedón tancat i obert (lesions inicials).
- Inflamatories: papula, pustula, nodul, quist, abces.

Hi ha diferents tipus d'acne:

- Acne conglobat: es caracteritza per la proliferació a partir d'un mateix folicle sebaci. Es dona a diferents comedons, i quan s'infecta la lesió augmenta la importància.
- Acne important: amb leucocitosi, febre i malestar important., el tto es amb:
 - ◆ Antibiotics: eritro, clindo.
 - ◆ Antiseptics: peroxid de benziolo.
 - ◆ Retinoides: per buidar els comedons.
 - ◆ Tto sistemic: amb antibiotics orals, control de la producció d'estrogens i antiandrogenics i antiinflamatoris. Un tto efectiu es el 13 cis-retinoic, pero augmenta les transaminases, produeix malformacions del fetus i augmenta el nombre de triglicerids.
- Acne iatrogenic: es desencadena en brots d'acne. Es pot produir per diferents motius:
 - ◆ Hormones: androgens, cortis i ACTH, anticonceptius.
 - ◆ Halogens i bromurs.
 - ◆ Antiepileptics.
 - ◆ Antituberculosos.
- Acne neonatorum: s'inicia pel pas d'androgens materns. Es tracta amb sabons, antibiotics i queratolitics. Normalment es resolen espontaniament. La clinica es papula, pustula.
- Acne rosacea: malaltia cronica inflamatoria de patogenia desconeguda que afecta majoritariament entre els 30-45 anys. La clinica es:
 - ◆ Crisis de rubor facial.
 - ◆ Eritema i telangiectasies.
 - ◆ Papules-pustules inflamatories.

Les principals complicacions que apareixen son:

- ◆ Blefaritis.
- ◆ Conjuntivitis.
- ◆ Queratitis (inflamació de la cornia).
- ◆ Rinofima: hiperplasia de les glandules sebacies persistent al nas.

Es tracta amb antibiotics topics-sistemics (metronidazol). No millora amb la fotoexposició.

- Hidrosadenitis supurativa: inflamació de les glandules sudoripares apocrines. Noduls inflamatoris axilars molt dolorosos.

• DINAMICA DEL CABELL

El numero de cabells a les persones oscila entre 150000-200000. l'anagen es la fase de creixement dels cabells, i dura 4-8 anys. Despres be el catagen o fase de repós. Finalment ve el telogen que es quan cauen. Cada dia es renoven entre 50-150 cabells. El cabell no creix a la mateixa velocitat, depenent de la seva ubicació.

Per valorar si la caiguda del cabell es o no patologica fem el pull-test (estirar els cabells). Si aquesta surt positiva hem de mirar que la persona no estigui prenent cap medicació que faci caure els cabells, si hi ha antecedents d'estrés importants i finalment si es per causes patologiques. Trobem diferents tipus d'alopecia:

- Alopecia areata: arees circumscrites d'alopecia, que poden ser plaques uniques o multiples. No es coneix la causa. La localització mes frequent es a cuir pilos, pero pot afectar qualsevol area pilosa. Si

afecta tot el cuir pilos parlem d'alopecia totalis, i si afecta tots els cabells del cos parlem d'alopecia universal.

- Alopecia androgenetica (calvicie comú): minitutzació dels folicles pilosos terminals. Hi ha un escorçament del folicle, disminució de tamany, l'anagen es mes breu. L'unic medicament probat que funciona es el mynoxidil topic. Les dones responen mes be que els homes al tto. El propecia (cisinasteride) bloqueja l'enzim que s'encarrega de convertir la testosterona en dihidrotestosterona, i els efectes de la testosterona no apareixen. Pot produir disminució de la funció sexual.

• EFECTES DEL SOL A LA PELL

Hi ha efectes positius de la llum UV:

- Fotoconversió del 7-dihidrocolesterol en vit D:
- Pigmentació, broncejat: funció protectora, aspecte estetic.
- Terapeutiques: linfomes cutanis, psoriasis.

Per altre banda tambe hi ha efectes nocius:

- Cremada solar.
- Fotoenvelliment.
- Carcinogenesis.
- Fototoxia i fotoalergies.
- Enfermetats fotoinduides.
- Enfermetats fotoagreujades.

Els efectes biologics de la radiació son:

- UVB: eritema solar intens, pigmentació retardada, hiperplasia d'epidermis, fotoenvelliment, fotocarcinogenesis. Vit D.
- UVA: eritema lleu, pigmentació immediata. Potencia els efectes de UVB.

Les fases de la pigmentació son:

- Inmediata: fotoxidació de la melanina performada.
- 1-2 hores: migració i transmissió (melanosomes).
- Tardia (2-3 dies): augmenta l'activitat melanocitica i producció de melanosomes.

La classificació del tipus de pell (segons l'exposició solar de 30 min al migdia a l'estiu):

- Sempre es crema: no pigmentació.
- Generalment es crema: lleugera pigmentació.
- Algun cop es crema: pigmentació.
- Gairebe mai es crema: augmenta la pigmentació.
- Races pigmentades.
- Raça negra.

El fotoenvelliment o dermatoteliosis es l'envelliment cutani amb engruiximent cutani, pigmentació irregular, teleangiectasies, neoplasies benignes i malignes. La radiació UV influencia en la dermatoheliosis:

- UVB: carcinogenesis (queratosis actiniques, carcinomes B i E, melanoma i elastosis actinia).
- UVA: elastosis actinia, coadyuvant carcinergic.

Les malalties cutànies exacerbades per la llum són l'herpes labial i cutani. Hem d'insistir en la fotoprotecció: natural amb melanina, interna amb betacarotens, antimàlarics, física amb la roba, química amb filtres solars i factors de protecció solar. Hem d'educar i fer prevenció des de la infància, instruir les mares. A Austràlia s'ha d'anar molt amb compte, ja que no correspon el tipus de pell amb la radiació del país.

• TUMORS CUTANIS

- Carcinoma vasocel·lular: les cel·lules que formen el tumor són a la capa basal de l'epidermis. Mai metastatitza a distància. Té malignitat local (a nivell cutani). És relativament benigne. Mai afecta a mucoses, perquè sembla que deriva del germen embrionari del folicle pilos. Els factors predisponents són la exposició solar crònica i acumulada. Se sol localitzar amb més freqüència a zones de la cara, del folicle pilos. Es desenvolupa sense necessitat que hi hagi una lesió prèvia existent. Clínicament es manifesta en forma de crosta que mai es cura. A vegades hi ha un nòdul molt brillant translúcid amb telangiectàsia superficial. Es pot tractar amb electrocoagulació si són superficials, i si són més profundes necessiten exèrxis quirúrgica.
- Carcinoma escatós: malignitat del queratinocit. Es localitza a pell i/o mucoses. Pot ser la malinització d'una lesió precancerosa (queratinosis actínica), i a nivell mucós aquesta lesió precancerosa pot ser una leucoplasia (placa blanca a la mucosa). Els factors predisponents són:
 - ◆ Exposició solar crònica i acumulada.
 - ◆ Ocasionalment pot ser l'antecedent d'haver estat exposat a factors químics com l'arsenic.
 - ◆ Factors biològics: úlceres cròniques de la pell (cremades, úlceres vasculars).

Té capacitat de metastasis, pot ser mortal. Es manifesta per una lesió hiperqueratocítica ulcerada.

- Melanoma maligne: deriva del melanocit. És el tumor cutani més maligne que hi ha en dermatologia. L'incidència ha augmentat en els darrers 10 anys degut a la exposició solar incontrolada. Té capacitat de metastasis. No hi ha tto que ho curi. L'únic que es pot fer són exèrxis del tumor abans que s'escampi de manera ampla ja que si queda alguna cel·lula escampada la persona pot patir metastasis al cap dels anys a diferents parts del cos. Pot aparèixer sense cap lesió prèvia o com malinització d'un nevus ja existent. Els signes de malignitat d'una pig a són:
 - ◆ Asimetria.
 - ◆ Bordes irregulars (no ben definits).
 - ◆ Color irregular (no uniforme).
 - ◆ Diàmetre gran.
 - ◆ Elevació.
 - ◆ Friabilitat (sagna d'un dia per l'altre, major sensibilitat).

El diagnòstic diferencial que s'ha de fer amb el melanoma és la queratosis seboreica (que mai malinitza) i és típic de l'envelliment (molt pigmentada). El pronòstic depèn només del gruix del melanoma (en mm). Com més profund més maligne. Es mesura amb els nivells de Breslow:

- ◆ <0,75 mm: tranquil·litat.
- ◆ >4 mm: màxima malignitat: mort.

També s'utilitzen els nivells de Clark. La seva localització més freqüent és a l'àrea de braços: esquena, braços, coll i cuir pilos. Si el melanoma passa als ganglis fem un buidament ganglionar electiu, tot i que si es dissemina no hi ha res a fer.

• MALALTIES AMPOLLOSES

La lesió elemental és una ampolla. Es caracteritzen per la presència d'uns anticossos que van dirigits contra estructures pròpies de la pell.

- Penfics van dirigits contra estructures propies dels queratinocits. Trenquen aquesta unió i formen una ampolla intraepidèrmica. Les manifestacions són en forma d'ampolla, amb es sostre de l'ampolla debil, que per tant es trenca fàcilment. L'afectació de la mucosa oral és molt freqüent. Normalment és la primera manifestació del penfic. Al penfic hi ha un signe clínic (signe de Nicolsky), que és que a l'apretar la pell d'una persona amb penfic podem fer aparèixer una ampolla.
- Penfigoit: anticossos dirigits contra les estructures de la membrana basal. Es desenganxen els queratinocits, amb formació d'una ampolla subepidèrmica, molt més tensa i molt més difícil de tractar. El signe de nicolsky és negatiu. Aquestes ampolles estan freqüentment situades sobre plaques retímatoses pruriginoses.
- Malalties ampolloses hereditàries: transtorns congènits que fan que es desembolupin ampolles en una zona traumàtica. Queden cicatrius.

• MALALTIES AUTOINMUNES

- Lupus: malaltia força freqüent. Hi ha diferents tipus:
 - ◆ Lupus eritematos cutani discoide: relativament benigne. La clínica és una placa ben limitada eritematodescamativa, hiperqueratòtica, amb cicatrització atrofica. Afecta a cara, coll, part alta del torax, cuir pilos. Al 35% dels cassos hi ha alteracions immunològiques.
 - ◆ Lupus eritematos cutani subagut: lesions eritemato-escatoses anulars (en forma de cercle). Es localitzen a l'esquena, torax i braços. Es desencadenen o empitjoren amb el sol. L'afectació és gairebé exclusivament cutània, però hi ha malalts que passen a la forma sistèmica (greu).
 - ◆ Lupus eritematos sistèmic: malaltia que afecta al teixit connectiu i al sistema vascular. A alteracions immunològiques. Dona febre, alteracions cutànies, artritis, nefropatia, Hi ha afectació visceral. Es caracteritza per eritema a la zona malar. Per exposició solar. Com que està a les galtes l'eritema es en ales de papallona.

En la teràpia del lupus haurem de tenir en compte els consells cos mètics, sol moderat, tto amb immunosupressors a base de cortis, antimalàrics,

- Esclerodermia (esclerosi de la pell): pot ser sistèmica o localitzada.
 - ◆ Morfea: lesions linials indurades progressives.
 - ◆ Sistèmica: afectació interna. Afecta parts distals (esclerosi als dits de les mans). Afecta a gent que té el fenomen de Raynaud, per la vasoconstricció permanent. Hi ha un enduriment dels dits de les mans, davant del fred no actuen normal. Progressivament l'esclerosi és proximal (coll, cara). Mala circulació. També es manifesta a nivell digestiu, pulmonar, cardíac, renal, acaba essent mortal. Els subtipus d'esclerosi sistèmica són: (CREST):
 - ◆ C: calcinosis.
 - ◆ R: Raynaud.
 - ◆ E: esclerosi als dits.
 - ◆ S: afectació esofàgica.
 - ◆ T: telangectàsies a la cara.
- Dermatomiositis: els anticossos van dirigits contra la musculatura (sobretot proximal a cintura escapular i pelviana). Malalts que es queixen de gran cansament al pujar les escales, o quan es pentinen. Pot ser una malaltia que acompanya a una neoplasia interna (paraneoplàstica). Es caracteritza per:
 - ◆ Rash heliotrop: es disposa en antifaç.
 - ◆ Pàpules de Gottron: es disposen sobre articulacions interfalangiques dels dits de les mans.

• TIPUS DE TRACTAMENTS UTILITZATS EN DERMATOLOGIA

- Tto tòpic.
- Tto sistèmic.

- Tto físic: congelació, electrocirurgia, crioteràpia, radioteràpia.
- Tto quirúrgic: injerts, exeresis.

Dins el tto tòpic de les dermatosis trobem:

- Coneixement de les bases o vehicles (principis actius).
- Coneixement dels farmacs: substàncies actives.
- Coneixement de les indicacions: tto sintomàtic o tto etiològic.

Als ttos farmacològics podem trobar:

- Preparats comercials:
 - ◆ Mes garantia de qualitat.
 - ◆ Mes rapidesa d'obtenció.
 - ◆ En general són més econòmics.
- Fórmula magistral:
 - ◆ Quantitats de productes.
 - ◆ Fórmules no comercialitzades.
 - ◆ Tto personalitzat.

El tto tòpic: hem de tenir en compte que la superfície total de la pell és de 1'5–2 m². L'absorció és transdèrmica i transfol·licular. S'ha de tenir en compte:

- Edat del pacient.
- Regió cutània.
- Canvis patològics de la capa corneà.
- Hidratació de la capa corneà.
- Rec sanguini.
- Efecte de la base: el farmac ha de ser soluble en la base.

Tenim:

- Solucions aquoses:
 - ◆ Es preparen amb aigua amb o sense aditius.
 - ◆ Es pot aplicar de diferents maneres:
 - ◇ Banys:
 - Efecte natejador de crostes i secrecions.
 - Resecament de la pell.
 - ◇ Compreses humides:
 - Refresquen, són antiinflamatòries (antipruriginoses).
 - Estalvi: eliminen els residus adherits.
 - Netegen úlceres i epitelize ferides superficials.
- Polvos:
 - ◆ Partícules granuloses disperses en sec.
 - ◆ Efecte refrescant, protector, antiinfeccios i asecant.
 - ◆ Absorció de secrecions.
 - ◆ Només efecte superficial: no en lesions infiltrants.
- Locions:
 - ◆ Aigua mes polvos.
 - ◆ Efecte refrescant, astringent, secant i antiinflamatòri.
 - ◆ No en lesions molt exsudatives.

Segons la localització aplicarem unes o altres:

- Cuir pilos: líquid, gel, escuma.
- Pkles i cara: cremes.
- Turmells i ples: pomades.

Depenent del tipus de dermatitis utilitzarem una o altre:

- Aguda (humida): líquids, compreses humides.
- Crònica (seca): pomades, ungüents.
- Subagudes: cremes.

Segons la morfologia:

- Eritema agut: compreses, emulsions, cremes, locions.
- Vesicles: polvos, locions, gels.
- Ampolles: compreses, llet de polvos.
- Erosions: compreses humides.
- Crostes, escames: compreses, pomades, ungüents.

També tenim els corticoides tópics. Aquests poden ser

- Poc potents: hidrocortisona.
- Mitjanament potents.
- Molt potents: clovate, declovan.

Tenen efecte antiinflamatori i antipruriginós. Estan contraindicats en malalties infeccioses. Els seus efectes secundaris són:

- Atrofia cutània: pell fina.
- Estries.
- Hiperpilosi.

• CREMADES

- 1r grau:
 - ◆ Afecta a capes epidermiques superficials.
 - ◆ Eritema dolorós i tumefacció a l'àrea afectada.
 - ◆ Evolució cap a la descamació i possible hiperpigmentació.
 - ◆ No deixa cicatriu.
- 2n grau:
 - ◆ Epidermis i anèxes sense destrucció de l'arrel.
 - ◆ Eritema intens i formació de vesícules, ampolles.
 - ◆ Curació completa amb hipo-hiperpigmentació.
- 3r grau:
 - ◆ afectació de la dermis i els anèxos.
 - ◆ Curació per segona intenció.
 - ◆ Deixen cicatrius i àrees alopeciques.
- ◆