LE INFEZIONI MICOTICHE SUPERFICIALI

Categoria : RUBRICA MEDICA

Pubblicato da Dott. Gianni Fusco in 31/3/2009

Le infezioni micotiche della cute sono dermatosi di comune riscontro nell’attività ambulatoriale quotidiana del medico generico e dello specialista dermatologo. In particolare sono frequenti le infezioni cutanee dai dermatofiti. I dermatofiti sono un gruppo di funghi che sono responsabili di quelle infezioni che interessano lo strato superficiale della cute le unghie ed i peli.

I funghi sono largamente diffusi in natura e vivono negli strati superficiali del suolo o come commensali di var



organismi vegetali ed animali. Alcuni possono causare malattia, chiamata **micosi**, in molti vegetali, animali, e nell' uomo. Le principali infezioni fungine di interesse clinico sono: funghi dermatofitici (cute), **Candida albincans** (delle mucose), **Aspergillus** (porlone o generalizzato), zigomicosi (seni nasali), criptococco (polmoni e cervello), e istoplasma (polmone).
La reazione dell' organismo ai funghi dipende dal tipo di infezione e dal luogo interessato e le reazioni possono esssere una **reazione tissutale minima** dovuta a un'infezione superficiale cutanea da funghi dermatofitici con una risposta tissutale bassa, una **reazione infiammatoria acuta** che si osserva nelle infezioni micotiche delle mucose (candidosi delle mucose orale, esofagea e vaginale) con una vasodilatazione e infiltrazione di neutrofili e possibile ulcerazone e formazione di microascessi, e una **reazione infiammatoria granulomatosa** osservata nel tessuto sottocutaneo profondo e in alcune infezioni sistemiche (granuloma suppurativo), doce c'è una reazione neutrofila purulenta centrale (si possono ritrovare i funghi nel materiale purulento) circondata da una reazione granulomatosa istiocitaria.L’infezione dermatofitica dell’epidermide può realizzarsi con due modalità diverse: per ***contagio diretto o indiretto*** tra uomo e uomo, tra animali e uomo o tra ambiente e uomo. per ***autocontagio*** da trasferimento di materiali patologici infettanti da un punto all’altro della superficie corporea dello stesso soggetto, spesso attraverso il grattamento.
Nel primo caso le lesioni sono per lo più uniche o di numero limitato e localizzate alle parti scoperte del corpo (viso, avambraccia, gambe); nel secondo le lesioni invece sono generalmente multiple ed interessano quasi sempre le regioni coperte dagli indumenti. Il contagio indiretto può avvenire tramite peli, squame cutanee, pettini, spazzole, schienali delle poltrone di luoghi di spettacolo (teatro, cinema), cappelli, biancheria da letto, asciugamani, tappeti negli alberghi, indumenti intimi, pavimenti degli spogliatoi, basi delle docce, e comunque, in generale, con materiale inquinato.
Le lesioni appaiono, in genere, 1-3 settimane dopo il contatto infettante. Questo può essere: interumano, animale, ambientale. Quindi si può manifestare: per contatto diretto con individuo infetto o animale (gatti, cani, criceti, conigli). da oggetti, indumenti, tappeti, moquette, suppellettili contaminate. per autocontagio da lesione, talora poco evidente, preesistente in altra sede.

L’età infantile è quella prediletta, presumibilmente per la particolare suscettibilità della cute del bambino all’infezione oltre alle tipiche abitudini di vita proprie dell’età.

L’invasione della cute avviene nel sito di inoculazione e la lesione diviene evidente dopo un periodo di incubazione di 1-3 settimane. Inizia con una chiazza rotondeggiante eritemato-squamosa che tende a crescere centrifugamente. Progredendo assume la forma di un cerchio o di un ovale con un bordo netto più desquamante del centro della chiazza. Sono due i tipi di lesioni caratterizzanti la tinea corporis: **il tipo anulare** – che è quello appena descritto. **il tipo vescicolare** – in cui vescicole, a contenuto chiaro, appaiono irregolarmente o immediatamente all’interno del margine eritematico rilevato. Le lesioni tendono ad essere localizzate ad una sola regione cutanea. La presenza di più elementi spesso è dovuta ad autoinolazione: ciò avviene a causa del prurito che spesso accompagna le lesioni. Il grattamento favorisce l’accumulo di materiale infetto sotto le unghie che può così essere trasferito in altra area corporea. La terapia della tinea corporis si basa sull’uso di farmaci topici e sistemici. Chiaramente la scelta tra gli uni o gli altri si basa sulle caratteristiche cliniche della malattia: di fronte ad una o poche chiazze, localizzate in area ben raggiungibili si favorirà l’uso di una crema, mentre se le lesioni sono multiple o di grosse dimensioni si preferirà la prescrizione sistemica. Luoghi di concentrazione di individui in stretto contatto, come caserme, dormitori, spogliatoi, favoriscono la rapida diffusione. Porre attenzione in tutti i casi ad una possibile associazione con la tinea pedis occulta o trascurata. Avvalersi, nei casi sospetti, della conferma del laboratorio. La terapia topica è solitamente efficace. Tuttavia la maggior sensibilità della cute nella zona inguinale impone maggior riguardo per evitare fenomeni di irritazione. La terapia sistemica orale si avvale degli stessi prodotti utilizzati per la tinea corporis. Con *tinea manuum* si indicano le infezioni che interessano l’area interdigitale delle mani e la superficie palmare. E’più frequente nel sesso maschile, in una età compresa tra gli 11 e 40 anni. Spesso colpisce una sola mano e può essere accompagnata dall’interessamento di 1- 2 piedi . Potremo così avere la combinazione “1 mano e 2 piedi ” oppure “2 mani ed 1 piede ”. Può manifestarsi in varia maniera, con ispessimento diffuso della regione palmare oppure con fine desquamazione lungo le linee palmari oppure con chiazze circoscritte al dorso delle mani. Generalmente è sufficiente la terapia topica. E’compito però dello specialista dermatologo valutare l’eventuale necessità di una terapia orale. E’ una infezione che interessa la superficie plantare e gli spazi interdigitali dei piedi. E’ la più comune delle micosi dell’uomo e la più prevalente di tutte le malattie infettive, presente nei vari continenti ad interessare il 30-70% della popolazione mondiale. E’ anche la più nuova delle dermatofizie essendo stata scoperta tra la fine del XIX e l’inizio del XX secolo. Si può considerare una malattia della civiltà e dell’uso delle calzature. L’umidità ed il calore negli spazi interdigitali (indotti da scarpe e calze) inducono un microclima umido che stimola la crescita dei funghi. La manifestazione più significativa si ha nello spazio interdigitale tra il 4° e 5° dito. Le condizioni favorenti sono: l’uso collettivo, ripetuto di bagni, docce, piscine, spogliatoi di palestre o altri impianti sportivi: i dermatofiti patogeni si trovano sparsi sul pavimento delle piscine, degli spogliatoi, delle camere d’albergo, delle saune, della propria casa, sulle pedane in legno delle docce, nei box doccia, sugli zerbini, negli asciugamani, nella biancheria. l’uso di scarpe chiuse e/o di gomma, specie se strette, oppure l’uso di calzini non traspiranti favoriscono l’aumento della temperatura locale e l’iperidrosi, creando macerazione ed un innalzamento del pH cutaneo, rendendo più facile la colonizzazione e l’insediamento parassitario dei funghi. Il contagio è pressoché sempre indiretto, per l’intermediazione di frammenti di pelle parassitata (contatto con i piedi nudi col pavimento di una piscina o di una palestra, con un parquet, con un tappetino da bagno o asciugamani, con ciabatte indossate da altri). Lo sviluppo è favorito dalla macerazione e dalla mancata traspirazione. Si ritiene che il 30-70% dei soggetti adulti siano portatori di tali patogeni; in molti però tale esposizione non sfocia in malattia. L’incidenza della malattia sintomatica cresce con l’età. Tra le varie forme cliniche quella **i**nterdigitale cronica è la più comune. Più spesso è interessato lo spazio interdigitale tra il 4° e

5° dito, probabilmente per il più stretto contatto che in tale zona si ha tra le facce contigue delle dita e per la compressione indotta dalla scarpe ed anche perché il meno ventilato. La zona infetta è ricoperta da cute desquamata che si accumula in piccoli ammassi secchi i quali possono macerare conferendo alla zona un aspetto biancastro, lessato accompagnato frequentemente da un odore fetido.

Prevenzione

-> usare calzature non occlusive -> se ciò non è possibile, cambiare le scarpe ogni 2-3 giorni e lasciarle all’aria -> mettere polvere antimicotica all’interno delle scarpe ogni giorno -> usare calze di cotone -> evitare di camminare a piedi nudi in piscina -> dopo la doccia asciugare accuratamente i piedi, in particolare gli spazi interdigitale