

CORSO DI FORMAZIONE

TATUAGGIO e PIERCING

Aspetti di sicurezza

Relatore: dr. MARCO POLLEDRI

Dermatologo

Specialista ambulatoriale AUSL Piacenza

Reggio-Emilia 09-XI-2015

DERMATOLOGIA E PRATICA DI TATUAGGIO E PIERCING

- ANATOMIA E FISIOLOGIA DELLA CUTE:
 - EPIDERMIDE
 - DERMA
 - IPODERMA
 - PELI
 - ghiandole sebacee e sudoripare
 - UNGHIE
-
-

LA PELLE

Generalità sulla cute

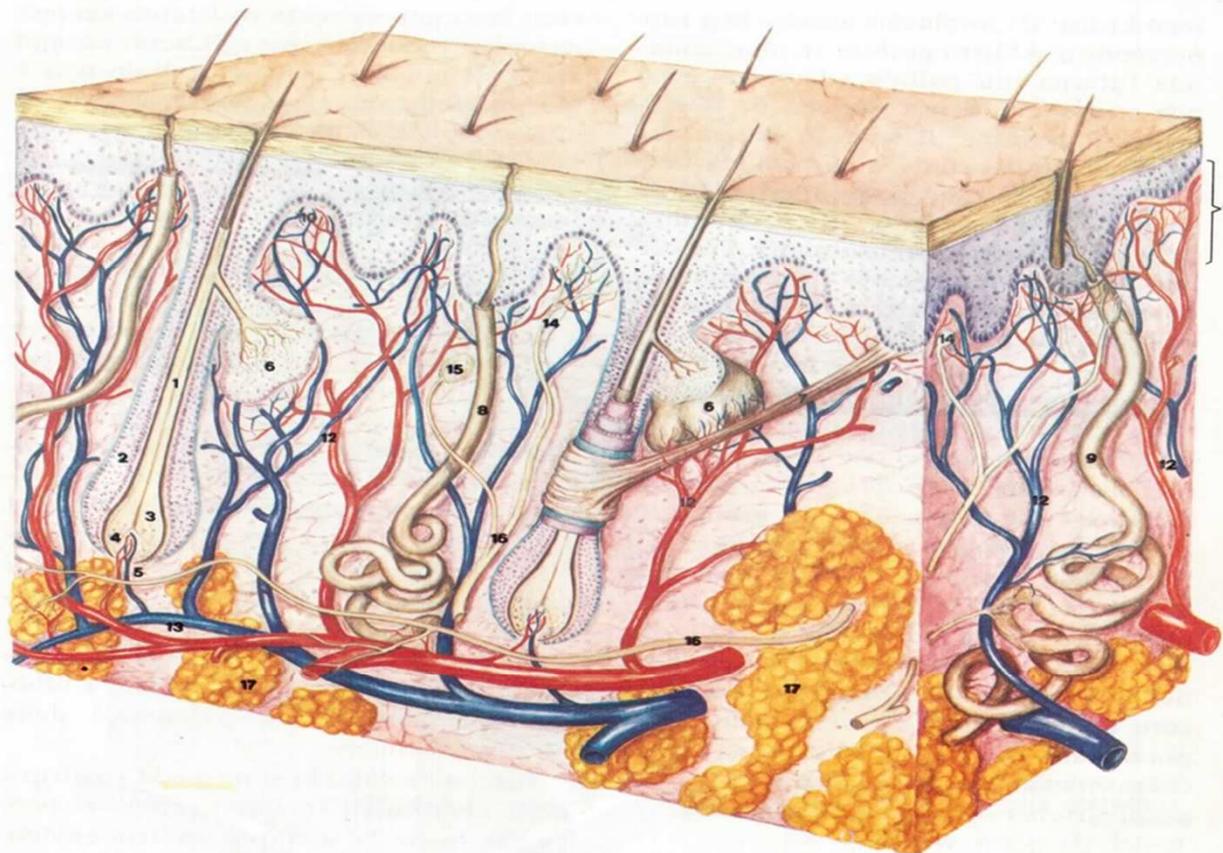
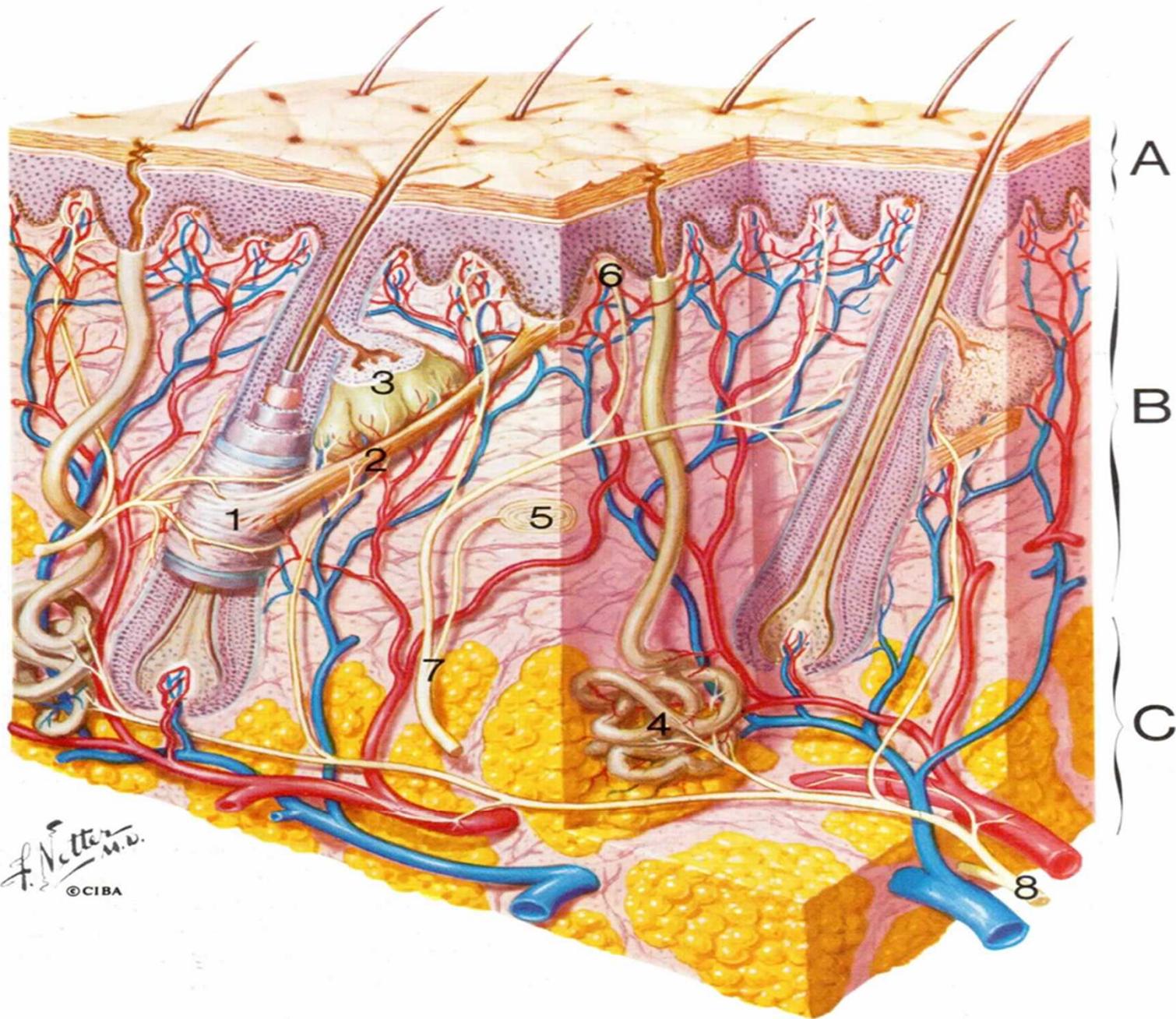


Fig. 1. — 1) Pelo. 2) Guaine del pelo. 3) Bulbo del pelo. 4) Papilla. 5) Vasi papillari. 6) Ghiandola sebacea. 7) Muscolo arrector pili. 8) Ghiandola sudoripara eccrina. 9) Ghiandola sudoripara apocrina. 10) Capillari papillari. 11) Rete vascolare sottopapillare. 12) Vasi comunicanti. 13) Rete vascolare profonda. 14) Terminazioni libere nervose. 15) Corpuscolo tattile. 16) Rami nervosi. 17) Tessuto adiposo.

costituiti dall'avvicinamento di due pro-

c) componente filamentosa sotto



F. Netter M.D.
© CIBA

Sezione istologica della cute

E P I D E R M I D E

Generalità sulla cute

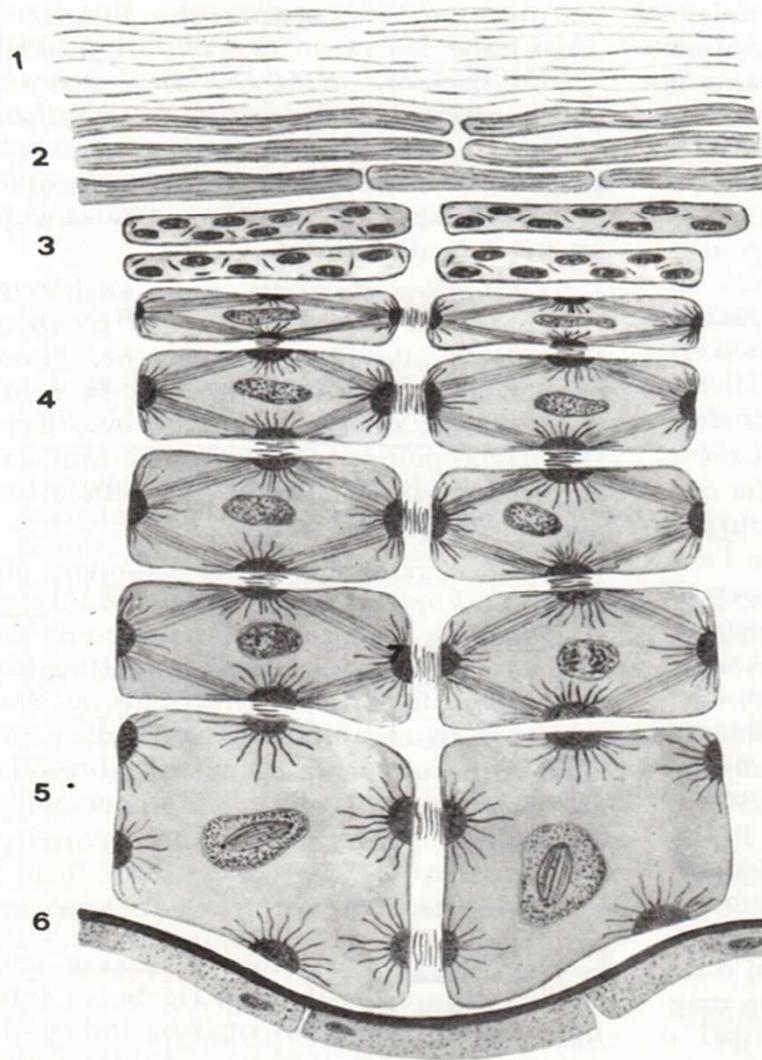


Fig. 2. — Rappresentazione schematica delle fasi della cheratinizzazione cutanea: 1) Strato corneo. 2) Strato lucido. 3) Strato granuloso con granuli di cheratinalina. 4) Cellule malpighiane. 5) Cellule basali. 6) Membrana basale.

sono ricche di tirosinasi e **dopapositive** (più avanti spiegheremo il significato di questo termine).

Tali elementi dendritici vanno differenziati da altri, detti **cellule di Langerhans**, localizzati negli strati più alti del

assumono elettiva colorazione con i sali d'oro. Le cellule di Langerhans sono infine dotate di attività fagocitaria, indovate nell'epitelio, talora reperibili anche nel derma normale, la loro funzione e la loro istogenesi non sono note.

GHIANDOLE SEBACEE ed APOCRINE

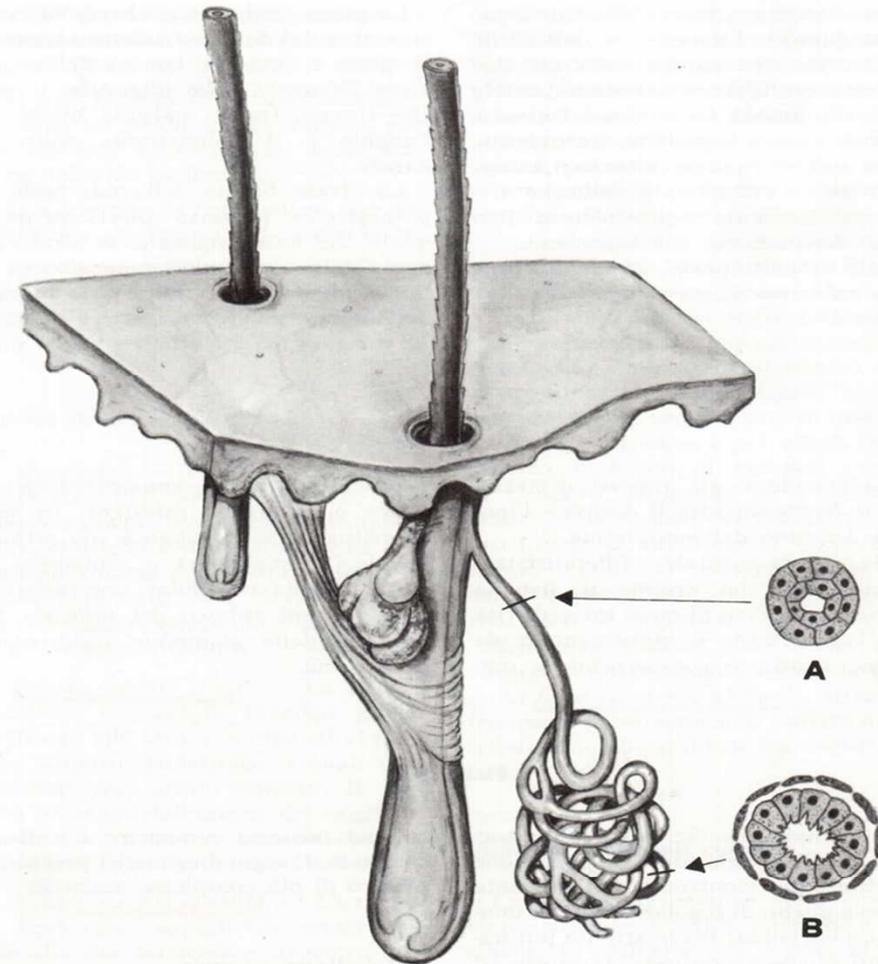


Fig. 7. — Ghiandola sudoripara apocrina con pelo e annessi: A) Condotto escretore e sua sezione (due strati epiteliali). B) Glomerulo e sua sezione (strato epiteliale interno e strato mioepiteliale periferico).

La lamina ungueale consta di un *corpo*, con due *margini* laterali ed uno distale, di una *radice* impiantata nel vallo ungueale; presenta una superficie *dorsale*, libera, ed una superficie *palmare*

che poggia sul letto ungueale. Anche questo, come la lamina che accoglie, è differenziabile in due porzioni, una *distale*, a contatto col corpo ungueale, ed una *prossimale* che corrisponde alla *radice*

G H

H E

I C

A C

N R

D I

O N

L E

E

Generalità sulla cute

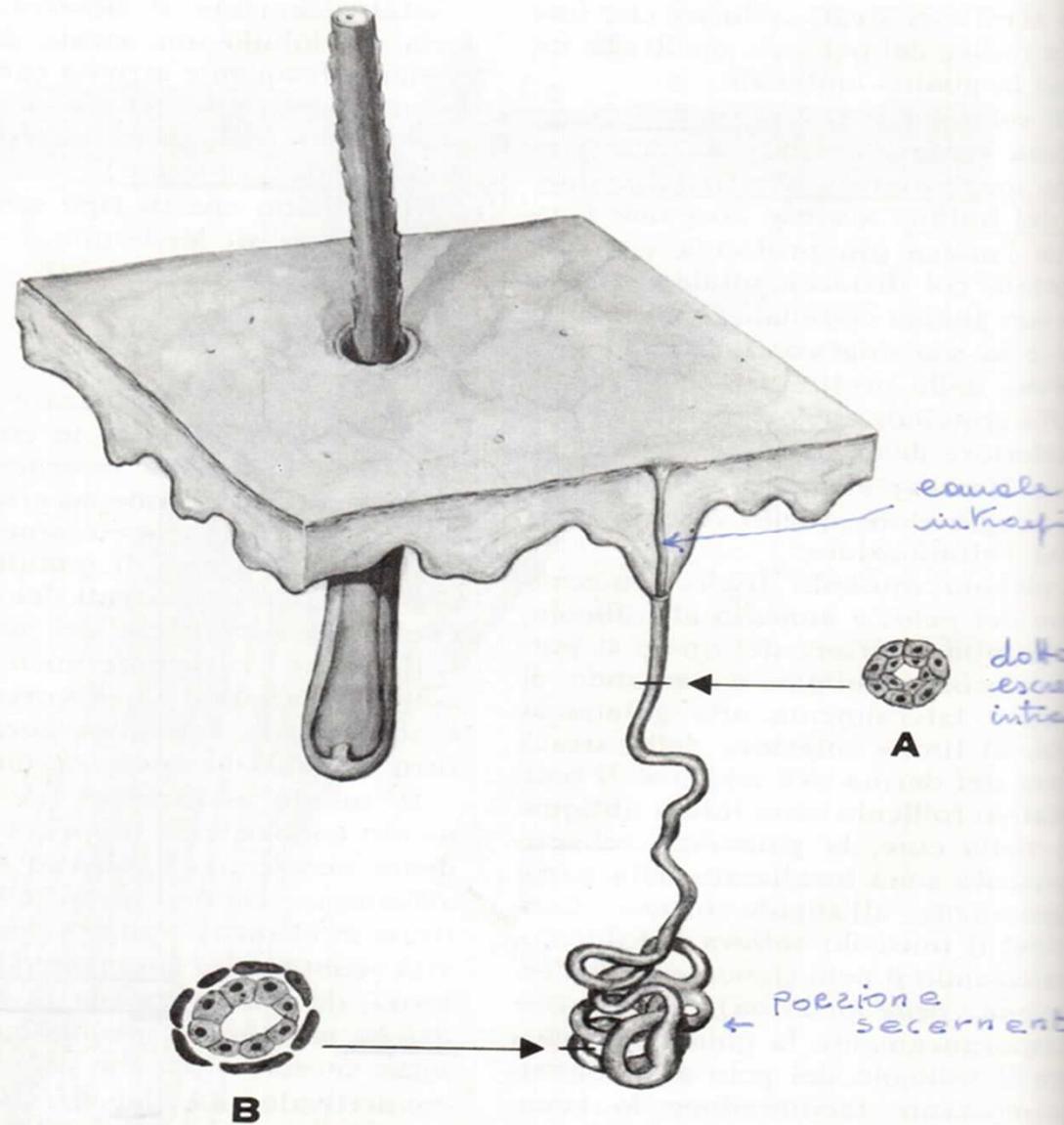


Fig. 6. — Ghiandola sudoripara eccrina: A) Condotto escretore e sua sezione (due strati epiteliali). B) Glomerulo e sua sezione (strato epiteliale interno e strato mioepiteliale periferico).

e di sboccare nell'infundibulo pilifero. Unghie

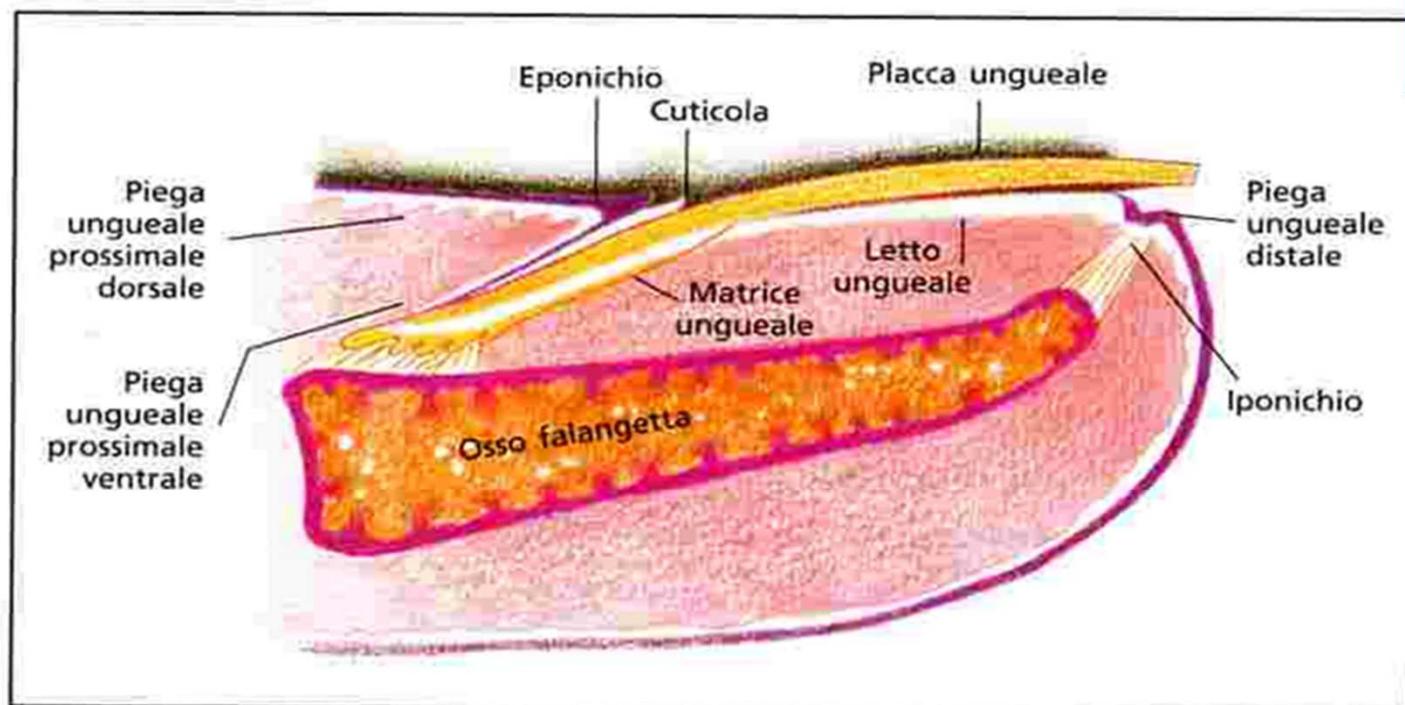
più sensibili

Fig. 22) ri-

zione dell'e-
tture epite-
vaginazione
i, l'uno op-
dall'alto) è
ce la plac-

ntinuuamente
le o unghia
ella matrice
i uno strato
e nella ma-
ura che non
que periodi
li individui

Figura 22. Unghia. Il disegno illustra il complesso organizzarsi dell'epidermide per la formazione della lamina ungueale (modificato da Pinkus H, Mehregan AH, 1969)



la matrice ungueale non è visibile; soltanto sul pollice essa affiora come lunula o *lunette*.

Sull'altro lato del cul de sac ungueale, opposto alla matrice, è disposta la **piega ungueale prossimale**, istologicamente simile all'epidermide. Essa cheratinizza infatti, tramite uno strato granuloso e produce una sottile pellicola cornea che va ad adagiarsi sul primo tratto della lamina ungueale sottostante. Questa pellicola cornea, al contrario dell'unghia, desquama in continuazione, come l'epidermide, e non occorre ta-

Il letto ungueale non contribuisce alla formazione dell'unghia, compito esclusivo questo della matrice ungueale. E ciò proprio in analogia con il follicolo pilifero, dove le guaine follicolari non contribuiscono alla formazione del fusto pilare, che è interamente prodotto dal bulbo [84, 85].

L'organizzazione delle creste interpapillari costituisce un dettaglio istologico importante nel letto ungueale. Queste creste infatti non sono organizzate in un reticolo tridimensionale, come avviene per il resto

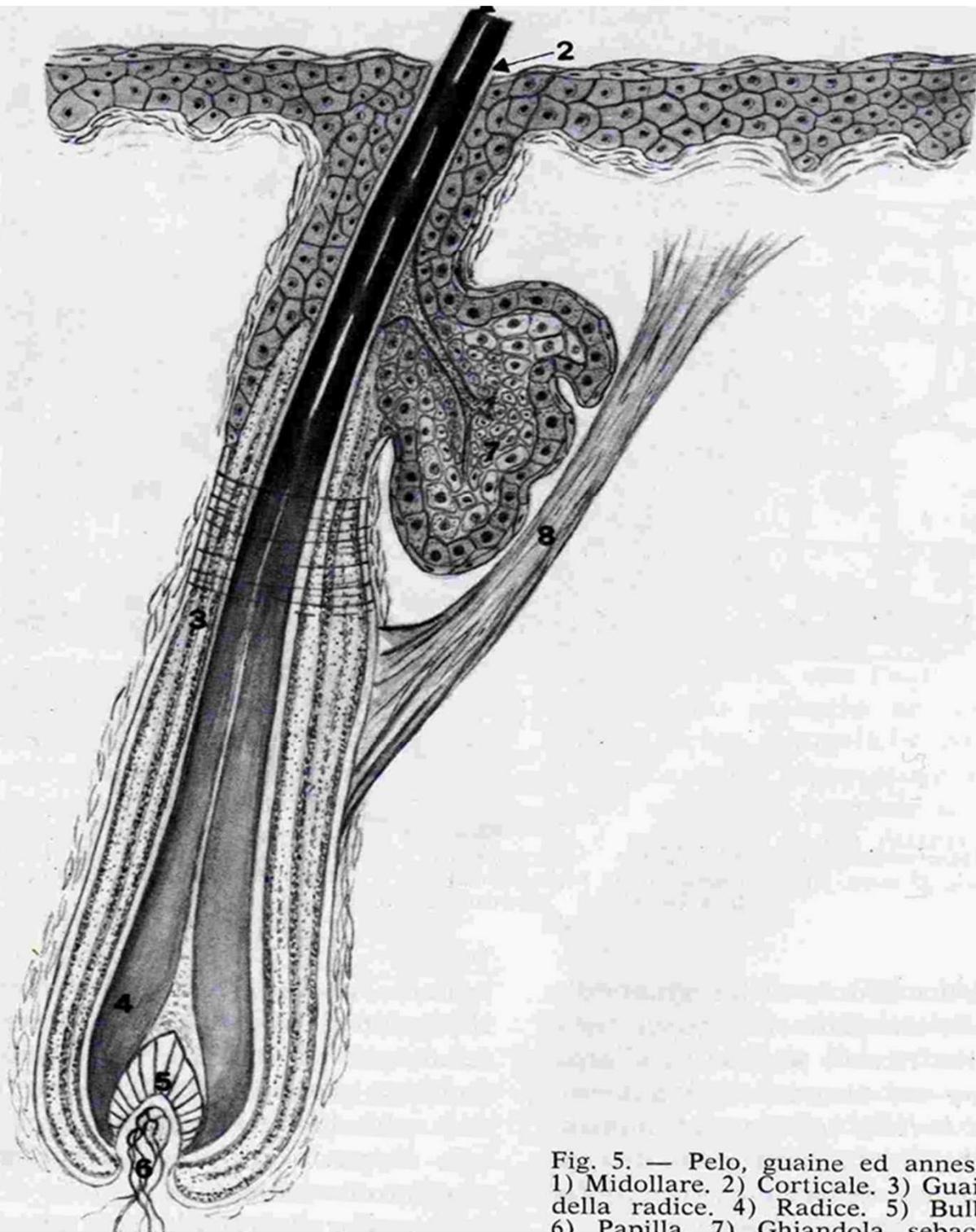


Fig. 5. — Pelo, guaine ed annessi:
1) Midollare. 2) Corticale. 3) Guaine
della radice. 4) Radice. 5) Bulbo.
6) Panilla. 7) Ghiandola sebacea.
8) Papilla.

CONTROINDICAZIONI* *al* *TATUAGGIO

- **DERMATOLOGICHE**

- **SISTEMICHE**

CONTROINDICAZIONI DERMATOLOGICHE

INFEZIONI

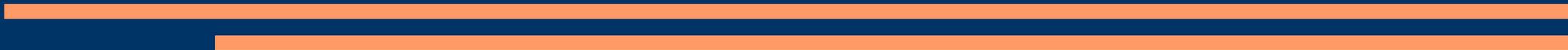
MALATTIE CUTANEE

NEVI

INFEZIONI CUTANEE

- BATTERICHE (follicoliti, impetigine, erisipela etc)
 - VIRALI (verruche piane, volgari, condilomi acuminati, molluschi contagiosi, inf. erpetiche)
 - MICOTICHE
 - ECTOPARASSITOSI (scabbia, pediculosi, ftiriasi)
 - TBC, AIDS, SIFILIDE, LEBBRA etc...
-
-

INFEZIONI BATTERICHE



IMPETIGINE CONTAGIOSA



290 - Impetigine di Tilbury-Fox



291 - Impetigine di Tilbury-Fox

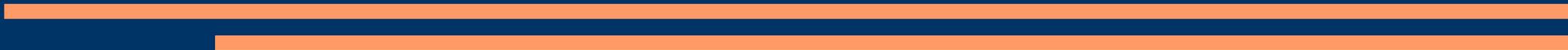
IMPETIGINE CONTAGIOSA



292 - Impetigine di Tilbury-fox



INFEZIONI VIRALI



VERRUCHE, piane, volgari



213 - Verruche piane giovanili



This is often a difficult clinical problem as shaving spreads the warts during treatment and destructive measures must be used with caution on the face. Often curettage after local infiltration with lidocaine performed every 2-3 weeks is effective.



Multiple warts on the face.



Multiple verrucas in an immunocompromised patient.



Fig. 21.22 Verruca vulgaris. Solitary or multiple hyperkeratotic or verrucous papules on the hands or fingers of a child or adolescent are characteristic. The normal skin lines are obscured. In this patient, the wart probably appeared on the finger first and then spread to the lip.



Fig. 21.24 The shaved legs of teenage women are commonly affected by flat warts. The razor seems to spread the infection. Tiny papules around many of the hairs are seen.

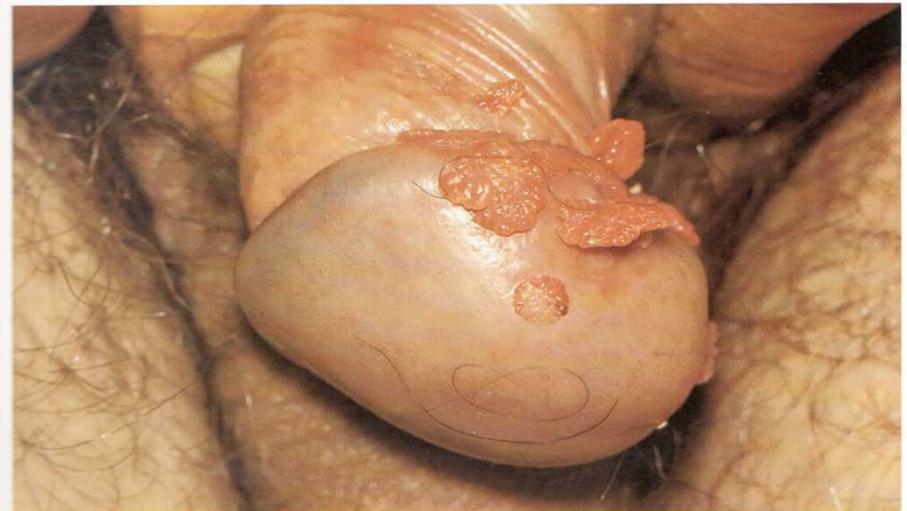


Fig. 21.26 Periungual warts about the nails are common in children. Their presence may depress the matrix, causing a groove in the nail. Care must be

CONDILOMI ACUMINATI



14 - Condilomi acuminati perianali (ammasso a cavolfiore)



15 - Condilomi acuminati, simili a creste di gallo

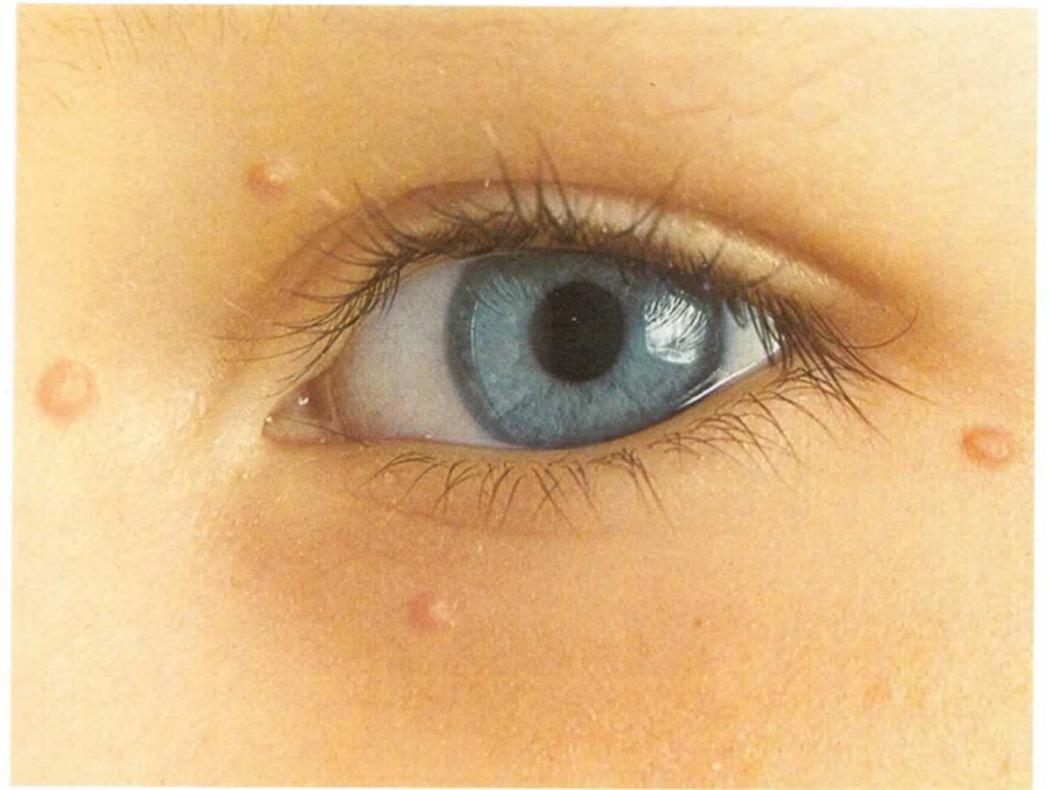
MOLLUSCHI CONTAGIOSI



210 - *Mollusco contagioso*



MOLLUSCHI CONTAGIOSI



209 - *Mollusco contagioso*

HERPES SIMPLEX LABIALIS

dovuta all'herpesvirus
senza cause apparenti
polmonite (*h. febrilis*)
enza con il periodo me-
o da lieve rialzo termi-
rurito, senso di tensio-
ematose sulle quali rapi-
oppure confluenti tra
una capocchia di spil-
o-limpido, con cupola
orazioni gementi oppu-
e giallastre, guariscono
specie nella stessa sede,

biale (*h. labialis*), genita-

disposizione unilaterale
urente, assenza di reci-

più lenta, maggiore dis-

maria o con ulcera mol-

di acido borico. Nell'h.
nti: non antibiotici per



HERPES SIMPLEX LABIALIS ET GENITALIS



116 - Herpes simplex faciei



HERPES ZOSTER



118 - Herpes zoster (ben evidente la disposizione a grappolo delle vescicole)



112

119 - Herpes zoster

HERPES ZOSTER

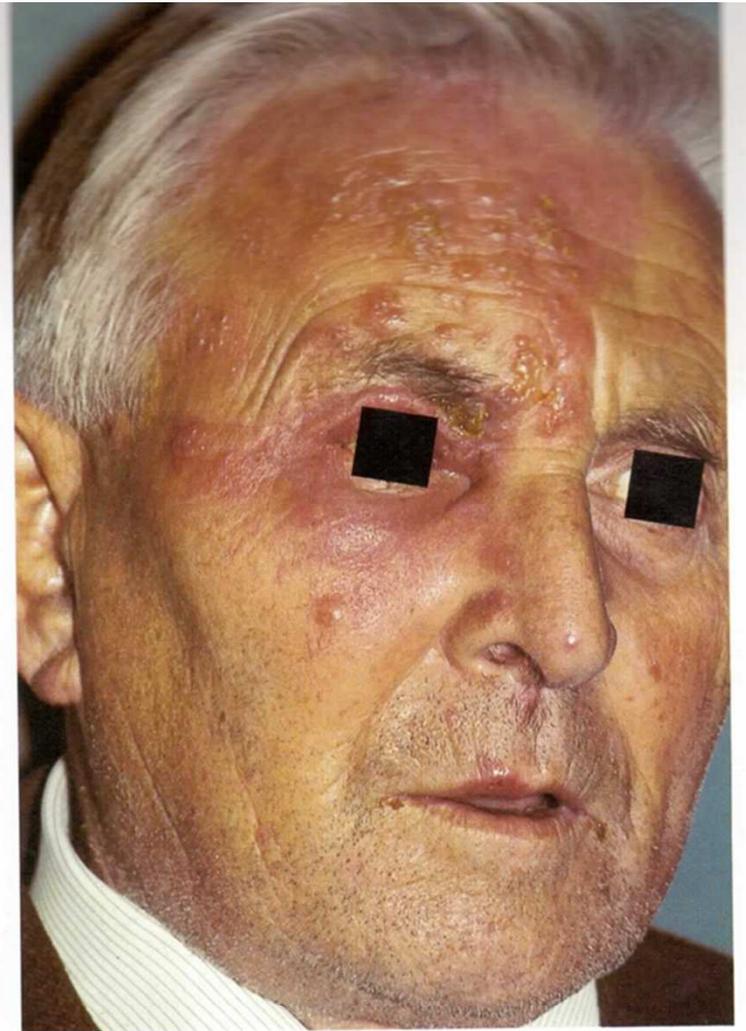


120 - Herpes zoster



121 - Herpes zoster necrotico

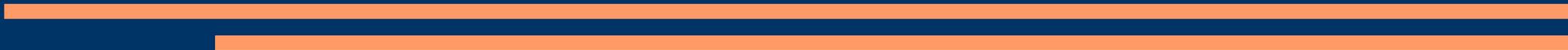
HERPES ZOSTER



122 - Herpes zoster oftalmico

PITIRIASI ROSEA di GIBERT

MICOSI



MICOSI :

***tinea
manuus***



177 - *Tricofizia eritemato-squamosa*

TINEA CORPORIS



178 - *Tricofizia eritemato-squamosa*



Tinea manuum



Tinea cruris



TINEA CORPORIS



175 - *Tricofizia eritemato-squamosa*



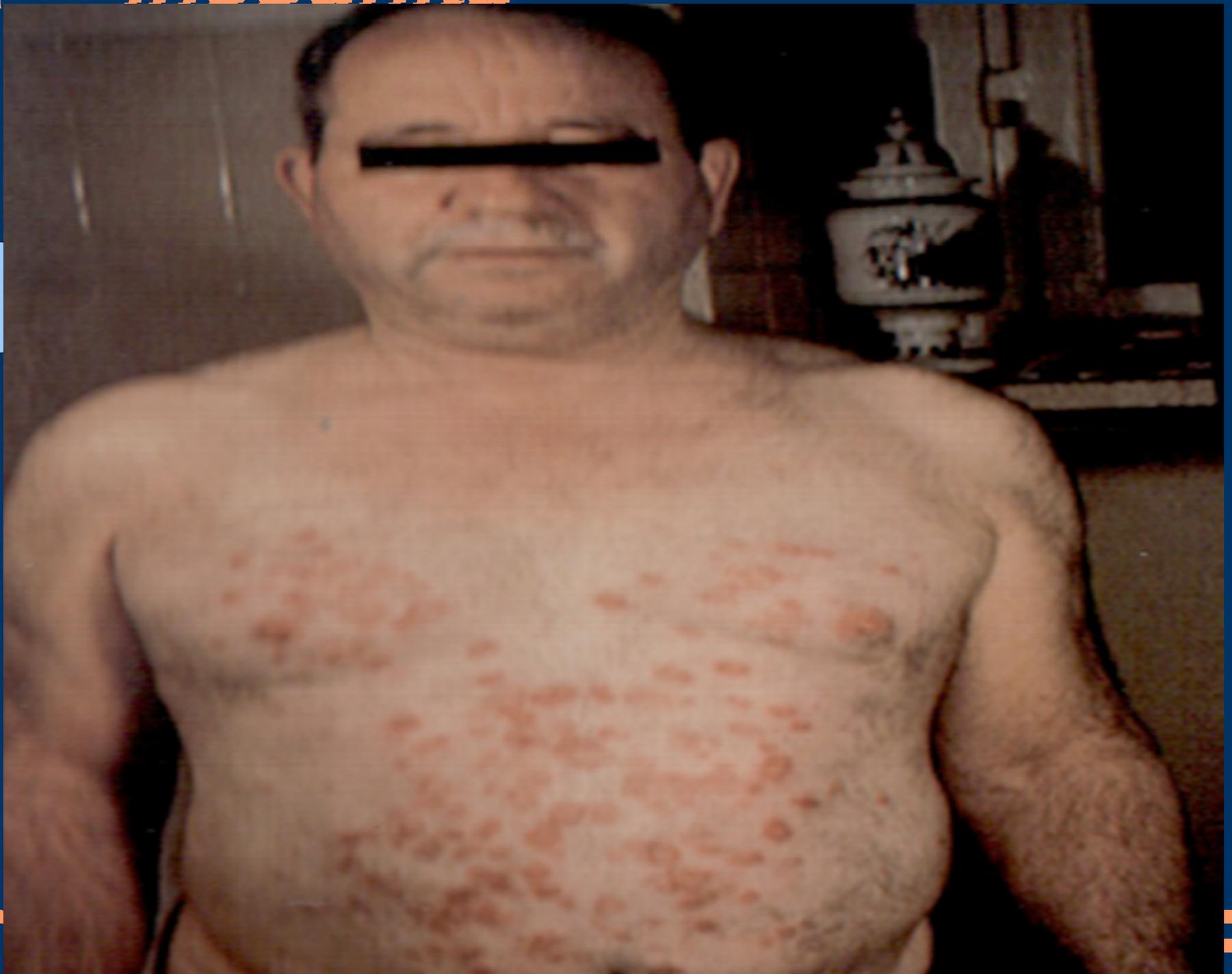
176 - *Tricofizia eritemato-squamosa*



TINEA FACIEI



Tinea "incoanita"



Tinea faciei



TINEA CORPORIS



180 - *Tricofizia eritemato-squamosa*



160

181 - *Tricofizia eritemato-squamosa con onicomicosi del pollice*

Tineae che simulano un LES



63



PITIRIASIS VERSICOLOR



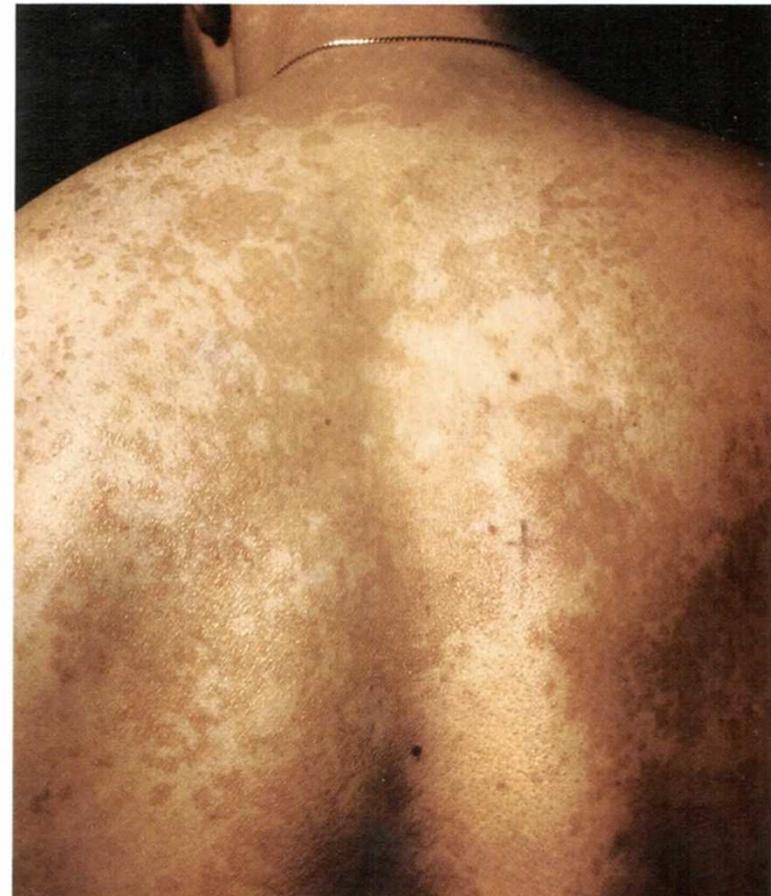
P. Versicolor...i diversi aspetti



PITIRIASIS VERSICOLOR



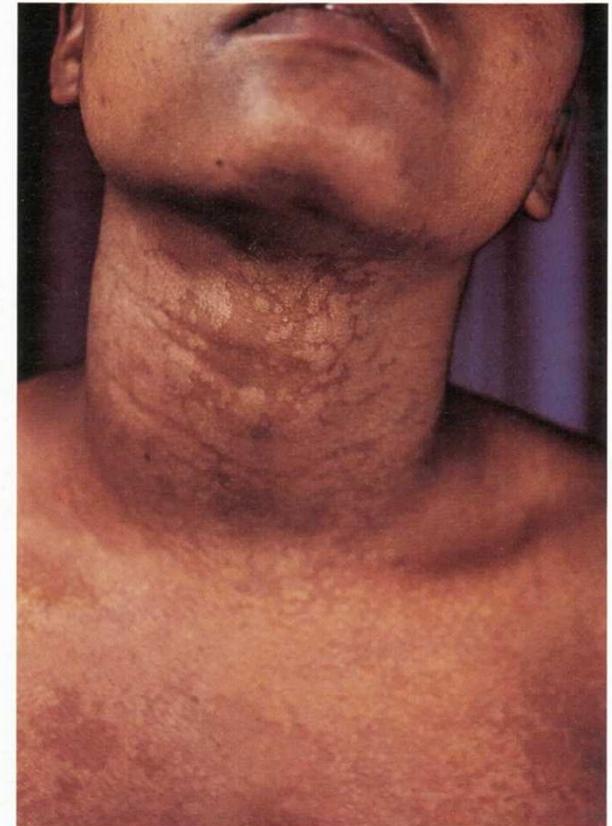
182 - *Pityriasis versicolor*



PITIRIASIS VERSICOLOR



184 - *Pityriasis versicolor acromizzante*

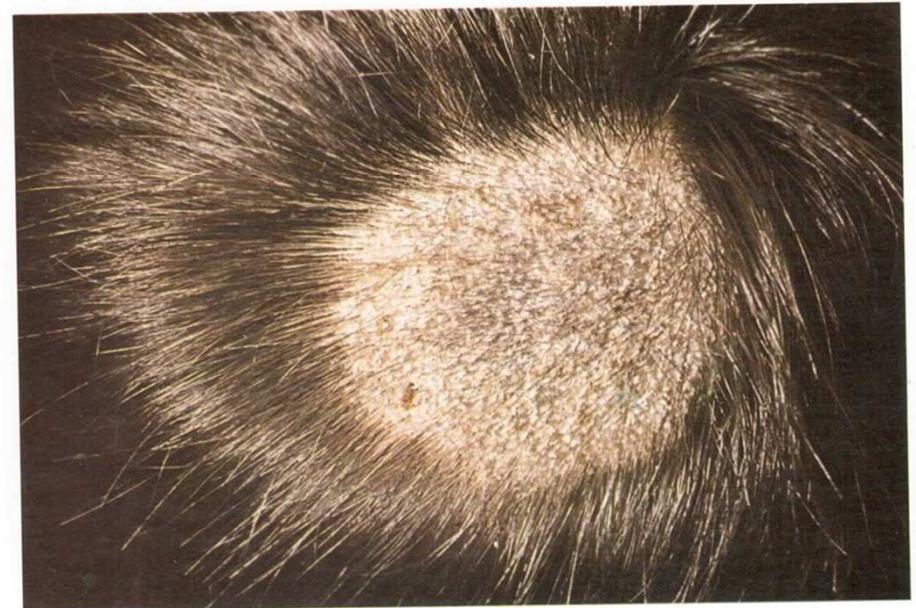


185 - *Pityriasis versicolor acromizzante*

TINEA CAPITIS



163 - *Tinea microsporica*



164 - *Tinea trichofitica*

CANDIDOSI

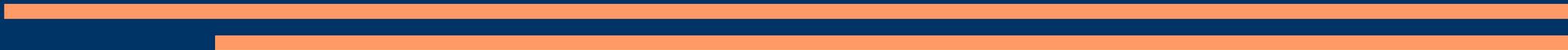


188 - *Candidosi interdigitale erosiva*



189 - *Candidosi interdigitale*

***MALATTIE
PARASSITARIE***



SCABBIA

EZIOLOGIA

La scabbia è una dermatosi molto contagiosa caratterizzata da intenso prurito. Tale condizione è conosciuta da almeno 2.500 anni ed è causata, nell'uomo, dall'acaro *Sarcoptes scabiei* var. *hominis*, un artropode della classe degli Acarina. L'acaro si presenta come un organismo bianco, traslucido, di forma ovale con solchi trasversali, corti aculei marroni e con quattro paia di zampe corte dotate di setole e ventose. L'acaro maschio misura approssimativamente $0,2 \times 0,15$ mm e l'acaro femmina circa $0,4 \times 0,3$ mm. Non è visibile ad occhio nudo. Il *Sarcoptes scabiei* var. *hominis* è un parassita obbligato dell'uomo. Può sopravvivere in particolari condizioni lontano dalla cute per 3 giorni mentre resiste per circa 7 giorni se immerso nell'olio minerale (Fig. 1) [21, 22].

Solo la femmina dell'acaro completa l'intero ciclo vitale sull'uomo. Dopo essere stata fecondata, scava un cunicolo nello strato corneo fino al limite con lo strato granuloso dell'epidermide e depone lungo il tragitto dalle 10 alle 25 uova. Le uova si schiudono in 4-5 giorni e le larve esapodi escono dal cunicolo e raggiungono la cute dove maturano in circa 2 settimane (Fig. 2). Il numero di acari presenti nella cu-



Figura 1. *Sarcoptes scabiei*.

te dei singoli pazienti può variare per la risposta immunologica, terapia non cortisoniche), igiene personale. A particolari di infestazione (scabbia norvegica) sono presenti da 10 a 30 femmine contemporaneamente.

La sintomatologia della scabbia può oltre che per azione diretta del parassita una reazione immunologica di IV tipo dell'acaro o a componenti delle sue feci. Il periodo di incubazione è generalmente di 2-4 settimane.

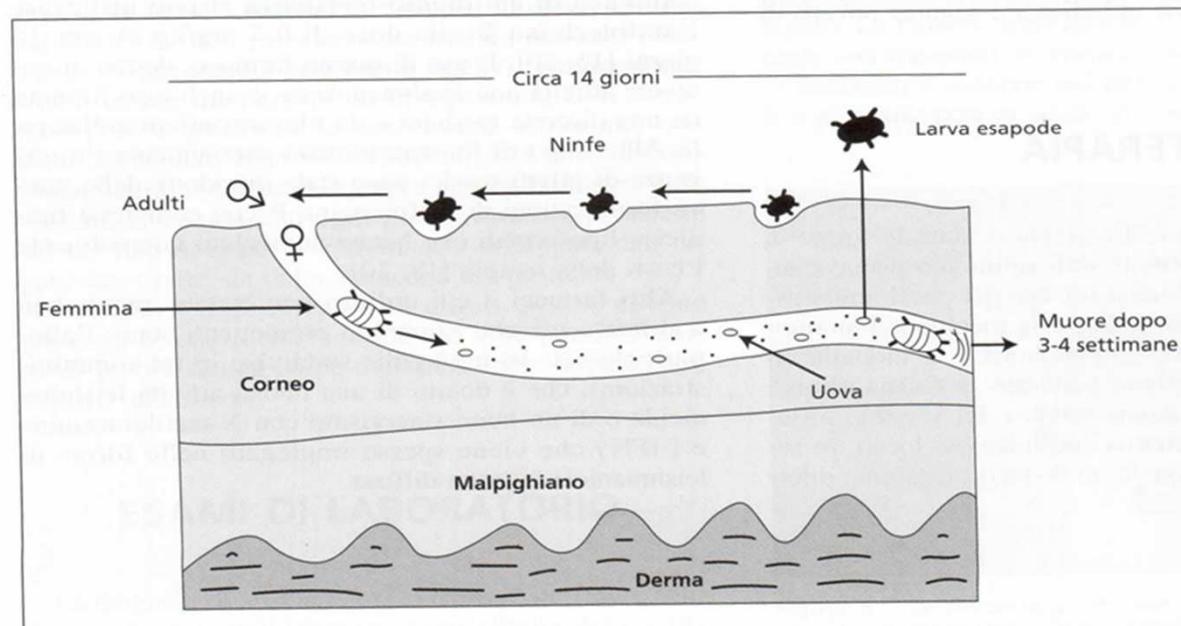




Figura 2. Cunicolo della scabbia.

nate "cunicoli" nel contesto dello strato corneo (Figg. 2 e 3). Le uova, deposte lungo il cunicolo in numero di 10-20 (2 o 3 al dì) schiudono dopo 3-4 giorni ma le giovani larve, esapodi, possono accoppiarsi soltanto dopo 15-18 giorni entro piccole nicchie dello strato corneo. Subito dopo la copulazione il maschio muore. Il numero degli acari femmina in uno scabimmo è variabile ma si pensa che non ecceda i 30-40 parassiti. Il numero di parassiti non è direttamente correlato con la severità dei sintomi.

Il contagio è determinato dalle femmine fertili e dalle ninfe schiuse dalle uova. L'acaro allontanato



Figura 3. Visione microscopica della scabbia.

traslucida, contenente nelle sedi tipiche di spazi interdigitali delle mani, ma ogni altra sede cutanea. Spesso le lesioni cunicolari so valgono lesioni papulose (Fig. frequente la localizzazione al pe donna la sede areolare mammi

S
C
A
B
B
I
A

S
C
A
B
B
I
A



272 - Scabbia

SCABBIA



275 - Scabbia, lesioni genitali

no della mano)



SCABBIA E SCABBIA NORVEGESE

tivo dei cunicoli. La diagnosi di scabbia a basso indice parassitario è difficile.

La scabbia deve essere distinta dalle pseudoscabbie, dalla dermatite erpetiforme, dall'orticaria papulosa, dalla prurigo nodulare e dagli eczemi-prurigo nonché da alcune tossidermie. La scabbia norvegese va distinta dall'eczema sub-acute impetiginizzato e ipercheratosico.

Terapia

Dopo un bagno caldo ed apertura dei cunicoli con spazzolino, eseguire medicazioni, dal collo fino ai piedi, con emulsioni od unguenti a base di *Benzoato di benzile* al 20% per gli adulti e al 5% per i bambini) o di *Polisolfuro di potassio* (zolfo al 6%) o di zolfo sublimato (pomata di Helmerich), ogni 12 ore, per 3 giorni. Ripetere il trattamento dopo un intervallo di 6 giorni.

È efficace la soluzione di *Lindane* (0,5%) in commercio in Italia. Attualmente viene utilizzata anche la *Permetrina* sintetica, sostanza originariamente usata ai fini del genere *Chrysomelidae* al 5-10% per uso topico. Tutte le terapie citate sono efficaci, ma, specialmente in soggetti sensibili, si hanno reazioni allergiche anche intense quando sono troppo protratte. I residui scabbiosi vanno rimossi con infiltrazioni intrale-

sionali di triamcinolone acetone diluito 1:4 in soluzione fisiologica o con topici galenici al coaltar. Il prurito (eventualmente associato ad eczematizzazione) dopo la guarigione della scabbia è fenomeno prevedibile che può persistere per lungo tempo. Sono

ragazzo. *raioognomonuca* localizzazione nel maschio.

Le lesioni, inizialmente cunicolari, divengono papulose, infiltrate, talora ipercheratosiche.

21. *Scabbia norvegese.* Notevole componente ipercheratosica, verrucosa ai genitali ed alle mani. Si tratta di forme di scabbia ricchissime di acari e molto contagiose.



PEDICULOSI

eritemato-papulose diffuse. Caratteristico l'intenso prurito al cuoio capelluto.

Diagnosi

La pediculosi va sempre sospettata in caso di prurito insistente al capo. L'evidenziazione delle lendini (più difficile notare i pidocchi) è eventualmente facilitata dalla luce di Wood (colore giallo-verde brillante).

Terapia

La rasatura dei capelli non è generalmente necessaria.

La cura antiparassitaria si basa su prodotti antipediculosici a base di Piretrine sintetiche, Malathion, Sumitrina, Solfato rameico.

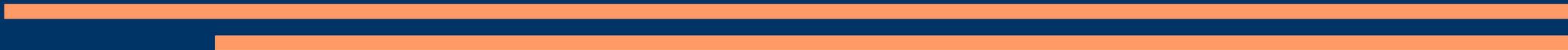
La terapia deve essere attuata solo per pochi giorni per evitare inevitabili fenomeni irritativi e tossici. Le lendini, generalmente resistenti ai trattamenti antiparassitari si allontanano con shampoo o soluzione di aceto.

Si consiglia un secondo trattamento specifico ad 8 giorni di distanza dal primo (tempo necessario per la schiusura di eventuali lendini residue).



2. Lendine di *Pediculus capitis*

PEDICULOSI - FTIRIASI



PEDICULOSI

ALTRE AFFEZIONI

444. Pediculosi: infestazione del pube, delle cosce e dello scroto con follicolite secondaria.
445. Pediculosi: lendine contenente una larva, fissata ad un pelo.
446. Pediculosi: pidocchio adulto attaccato ai peli.
447. Pediculosi: lendini fissate alle ciglia.
448. Pediculosi: ingrandimento che mostra pidocchi e lendini del pube.

444

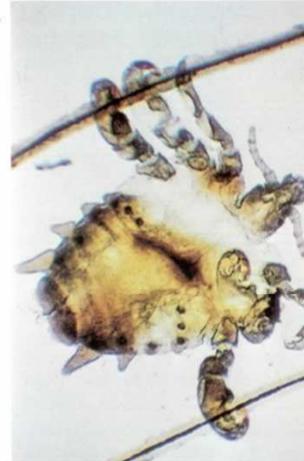


292

445



446



448

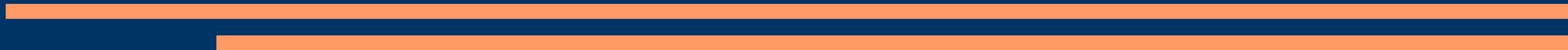


447



293

MALATTIE CUTANEE



ECZEMA ATOPICO



68 - Dermatitis atopica



67 - Dermatitis atopica

ECZEMA ATOPICO



61 - Eczema da cause esterne (da calce e cemento)



62 - Eczema microbico

ECZEMA ATOPICO



43 - *Eczema acuto*



44 - Eczema squamoso

ECZEMA ATOPICO

ECZEMA

da

CONTATTO



40 - *Dermatite da contatto (da cerotto adesivo)*



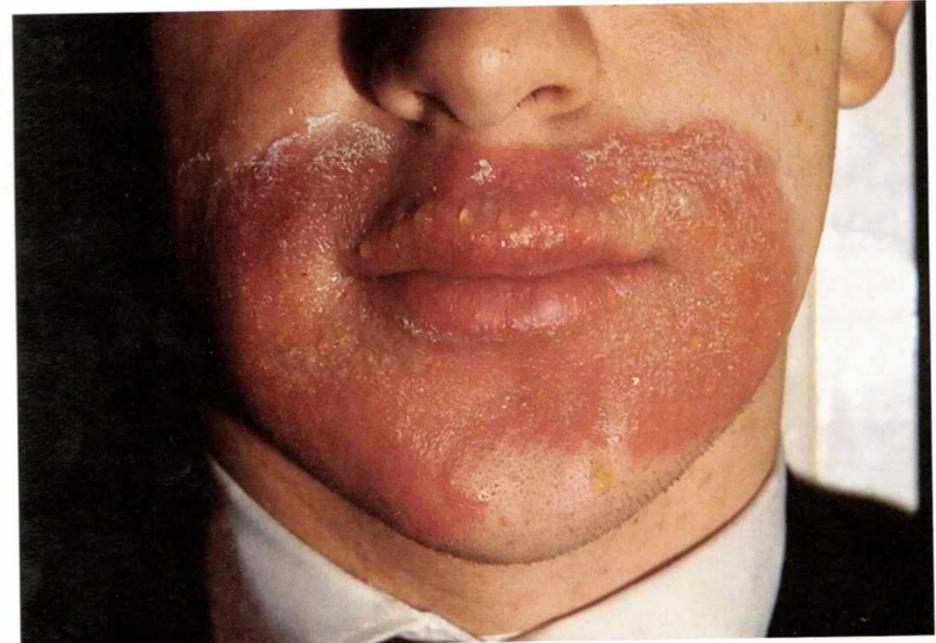
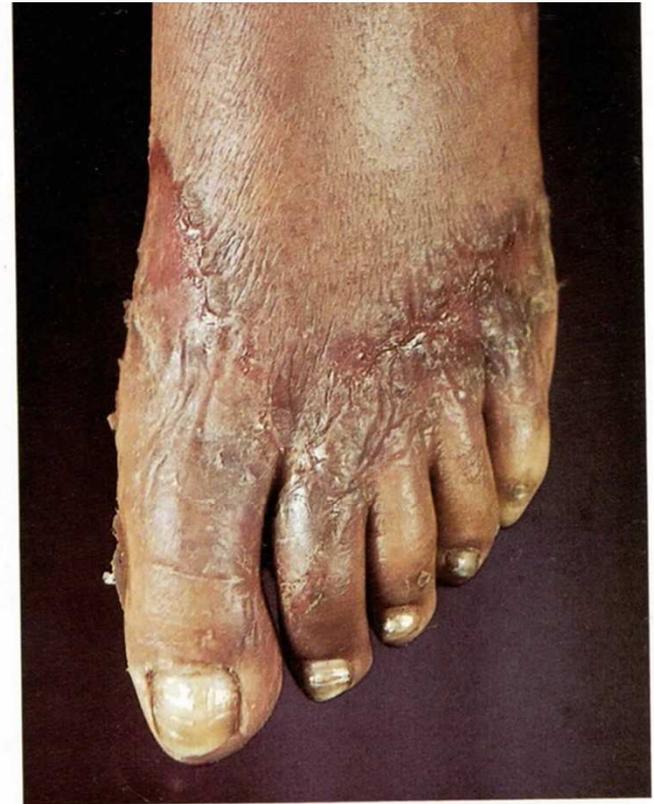
60

41 - *Dermatite da contatto (fitodermatite)*

ECZEMA

da

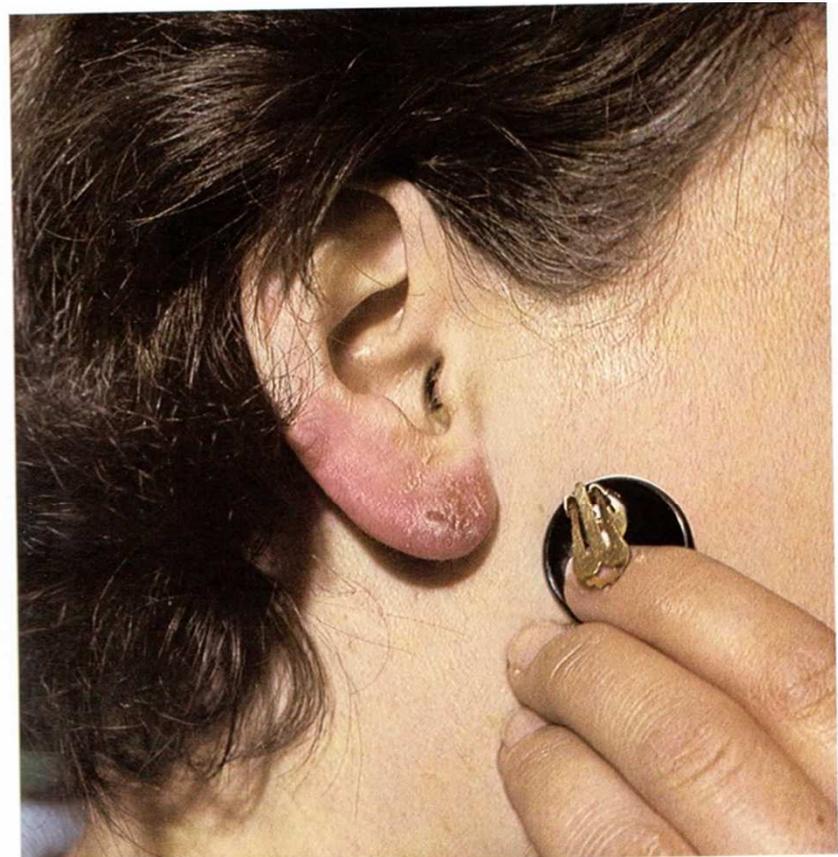
CONTATTO



ECZEMA

da

CONTATTO



55 - Eczema da cause esterne (da fermaglio di orecchino)



PSORIASI



333 - *Psoriasis guttata*



334 - *Psoriasis volgare del cuoio capelluto*

PSORIASI



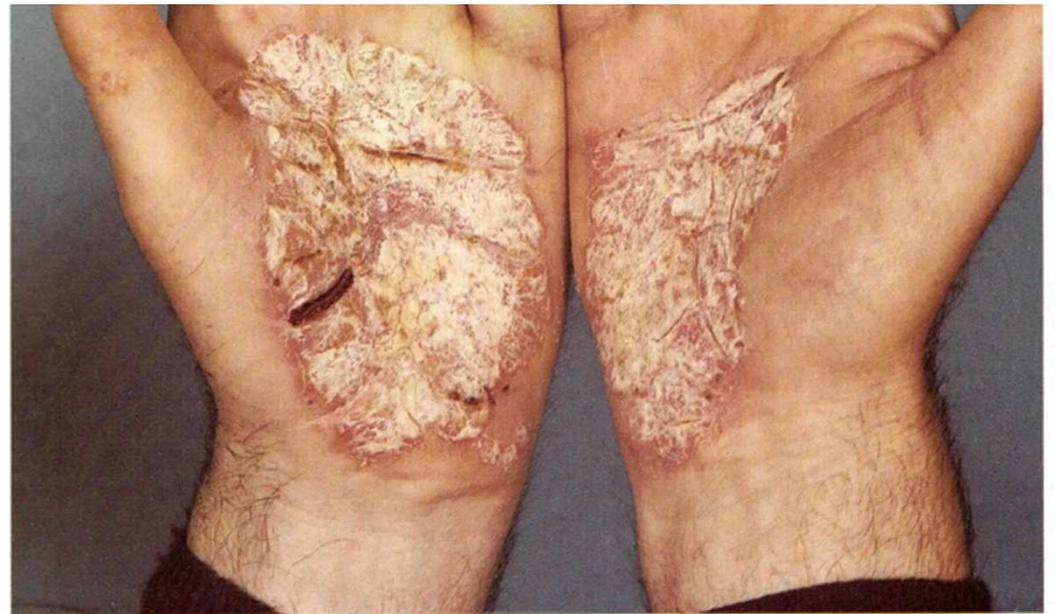
psoriasis volgare



331 - *Psoriasis volgare del palmo delle mani (notare le ragadi)*



PSORIASI



331 - Psoriasi volgare del palmo delle mani (notare le ragadi)



ACNE



5 - *Acne conglobata*



6 - *Acne conglobata* (particolare)

LICHEN

RUBER

PLANUS

superfici flessorie
degli arti
simmetricamente

SEDI – Simmetricamente sulle superfici flessorie degli arti; cute e mucose dei genitali, mucosa orale (delle guance, bordo linguale).

DIAGNOSI DIFFERENZIALE – Sifilodermi lichenoidi: assenza di prurito, colorito rameico, presenza di altre lesioni della sifilide secondaria, reazioni sierologiche per la lue intensamente positive.

Lichen simplex (neurodermite circoscritta): sedi, chiazza spesso unica a bordi più sfumati, mucose indenni.

Leucoplachie: d. d. a volte difficile (il lichen planus può in certi casi essere localizzato solo sulle mucose); chiazze bianche di spessore ineguale, non sono mai presenti elementi puntiformi isolati; soggetti spesso anziani, fumatori; esame istologico.

TERAPIA – Locale: pomate corticosteroidi associate a riducenti e a blandi cheratolitici anche sotto medicazione oclusiva. Nelle forme ribelli Roentgenterapia. Generale: sedativi, tranquillanti, antiistaminici, cure arsenicali, corticosteroidi.



140 - Lichen ruber planus

LICHEN

RUBER

PLANUS



145 - Lichen ruber planus



LICHEN RUBER PLANUS



143 - *Lichen ruber planus*

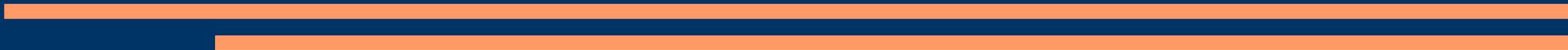


ORTICARIA



267 - Urticaria

ORTICARIA



PEMFIGOIDE

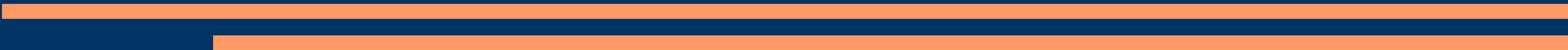


287 - Pemfigo volgare bolloso (le parti bianche sono dovute all'applicazione di polveri aspersorie)



288 - Pemfigo volgare bolloso (particolare)

NEVI



NEVI

264 - Nevo papilomatoso



213

263 - Nevo nevocellulare multiplo



NEVI

Nevo pigmentario di piccole dimensioni (1-5 mm di diametro), di colore uniforme, variabile dal bruno al nero, caratterizzato da proliferazione continua di cellule nevice lungo la giunzione dermo-epidermica, spesso unico o rappresentato da pochi elementi che possono comparire a qualsiasi età (ma più frequentemente in quella giovanile) e con predilezione per le sedi fotoesposte. La lentigo tende a regredire dopo i 30 anni.

2) *Nevo acquisito piano ipercromico*

Lesione più comune al tronco e alla radice degli arti nei soggetti di razza caucasica. Il nevo è piano o maculo-papuloso, di colore più o meno bruno, a bordi spesso mal definiti, e con parte centrale più scura. La lesione ha configurazione in genere simmetrica, soprattutto se il suo diametro è inferiore a 6 mm. Compare nell'adolescenza, o più tardi. Frequentemente sono presenti da 15 a 40 elementi su una stessa persona. Istologicamente, il nevo è di tipo giunzionale con proliferazione ben demarcata di cellule isolate o in nidi intraepidermici giunzionali.

3) *Nevo acquisito piano atipico* (o *Nevo displastico* o *Nevo di Clark*)

Il nevo atipico, impropriamente definito "displastico" per la sua somiglianza, in alcuni casi, con una lesione premelanomatosa, non è una entità a morfologia costante e ben definibile sotto il profilo clinico.

Si tratta di un nevo acquisito di colore vario dal roseo al bruno, spesso con aree a differente cro-



8

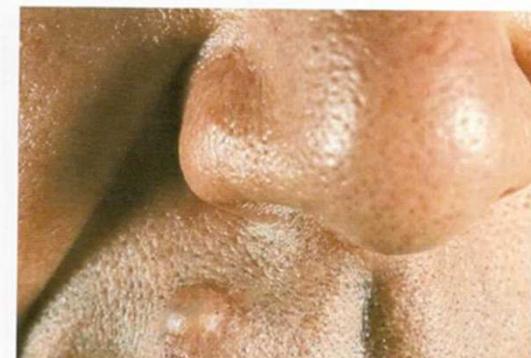


9

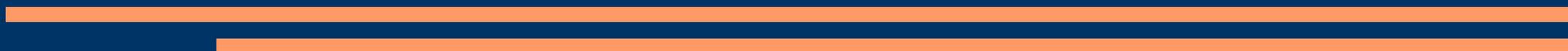
8. *Nevi di Clark. Nevi ipercromici* moderatamente rilevati, con diametro superiore a 5 mm., contorni spesso indentati, pigmento disposto irregolarmente (aspetto "atipico").

9. *Nevi di Clark in discreta attività* (lenta modificazione dell'aspetto clinico). Dimensioni superiori a 10 mm., pigmento a disposizione irregolare (zone ipercromiche ed altre più chiare).

La lesione più grande presenta



NEVI



o sbocco delle ghiandole eccrine. Istologicamente le cellule nevice sono disposte lungo tutti i bordi delle ghiandole eccrine, dall'acrosinigiola alla cellula secretoria.

Nevi del cuoio capelluto con cutis verticillata. I nevi del cuoio capelluto che assumono un aspetto immellonato, nodulare, talora cerebroidi, sono caratterizzati dalla maturazione tardiva dei melanociti, con abbondante melanina in presenza di melanofagia fondamentale.

Nevi con ipertrofia dermica e ipodermica. Si tratta di nevi in cui la cute assume spessore in modo che, quando lassa, ricade in pieghe ridondanti in modo che ricorda la neurofibromatosi. Anatomicamente il quadro ricorda la neurofibromatosis tipo 1. Le lesioni melanocitarie in gran parte trasformano in noduli schwannoidi. La lesione è poi profusa nel derma, occupando soprattutto il derma profondo e l'ipoderma.

Nevi giganti con melanosi meningea. Si tratta di nevi congeniti giganti localizzati sullo scalpo o sulla linea mediana del dorso, sopra la colonna vertebrale (e nel tessuto cerebrale) sono associati a meningi (e nel tessuto cerebrale) sono associati a nevi che possono svilupparsi in tumori (neurofibromatologia neurologica) o degenerare in melanoma.

Nevi giganti con deformazione di organi sottostanti. Sono molte in letteratura

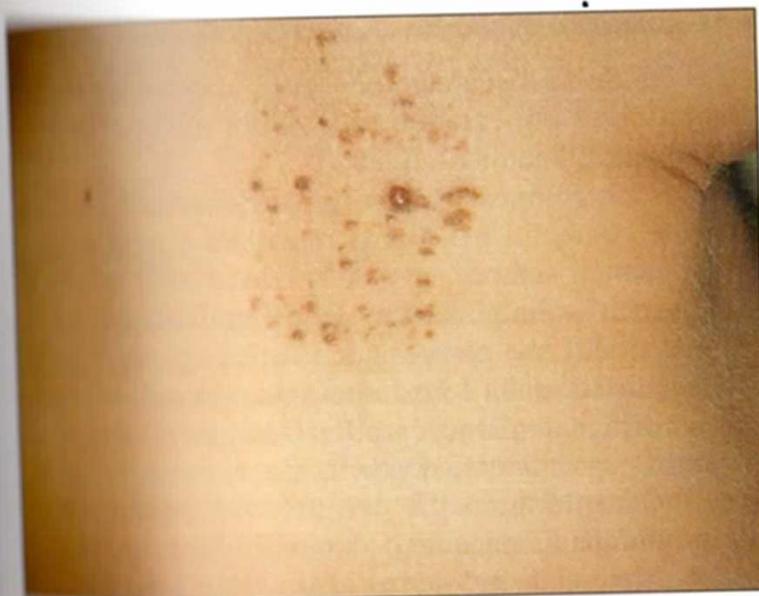


Figura 6. Nevo spilo. Dentro una chiazza color caffelatte si apprezzano numerosi elementi nevici lentiginosi.

di 10 a 20 cm, con possibili forme giganti a disposizione zosteriforme o segmentaria che coprono parti estese del corpo (nevo lentiginoso zosteriforme) (Fig. 7). In letteratura sono stati descritti poco più di dieci casi che nell'adulto hanno ospitato melanomi.

Istologia. L'istologia delle macchie "medie" corrisponde a quella della macchia caffelatte: iperpigmentazione basale epidermica, senza significativo aumento del numero dei melanociti. Le macule sono autentici



Figura 7. Nevo spilo diffuso a tutto il volto, con numerose chiazze lentiginose neviche all'interno della chiazza color caffelatte (nevo lentiginoso zosteriforme).

da considerare nevi acquisiti. È noto infatti che nella maggior parte dei neonati non presenti nevi alla nascita. I nevi congeniti, infatti, sono osservabili soltanto nell'1% dei neonati. I nevi melanocitari acquisiti possono comparire in qualunque momento della vita, con un incremento notevole nel periodo adolescenziale; successivamente, il numero dei nevi geneticamente determinato, si stabilizza nell'età adulta, per poi cominciare a diminuire nell'età avanzata.

NEVI



261 - *Nevo pigmentario peloso*



262 - *Nevi nevocellulari*



Becker's nevus. Note the large hyperpigmented patch with hypertrichosis.



A hair follicle at the edge

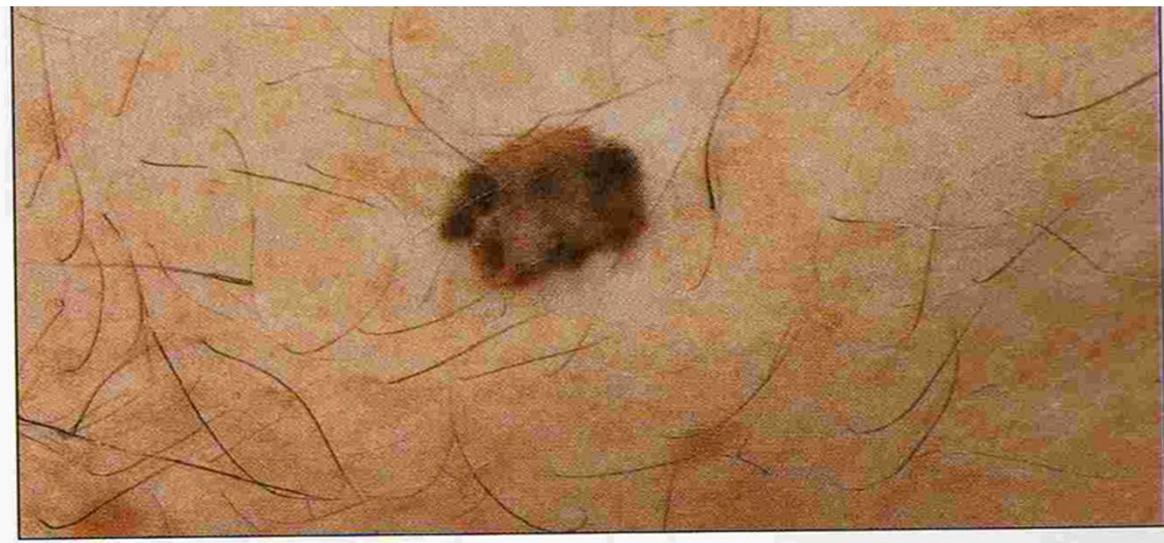


Fig. 27.31 Recurrent nevus. When a nevus is only partially removed – usually via a shave biopsy – regrowth in bizarre patterns may occur. This gives rise to the recurrent nevus. The irregularly shaped, pigmented lesion shown here looks just like a melanoma. Note the surrounding white scar from the previous deep-shave excision. Complete excision should be done to verify the diagnosis and because this lesion cannot be monitored effectively for malignant change.

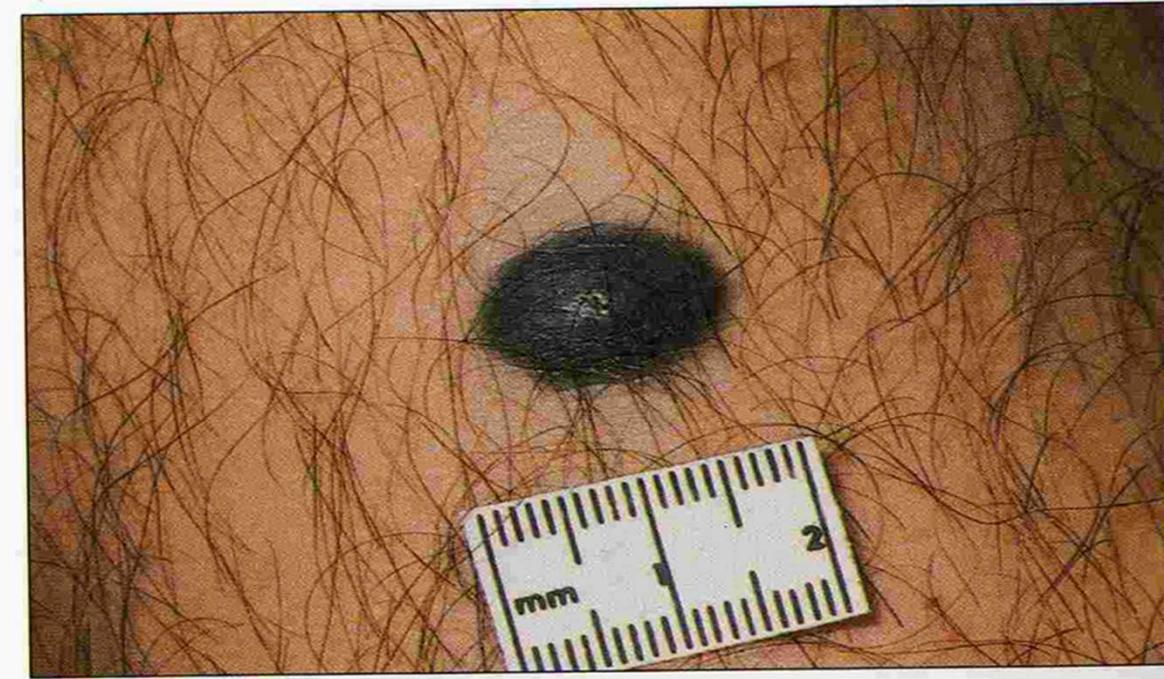
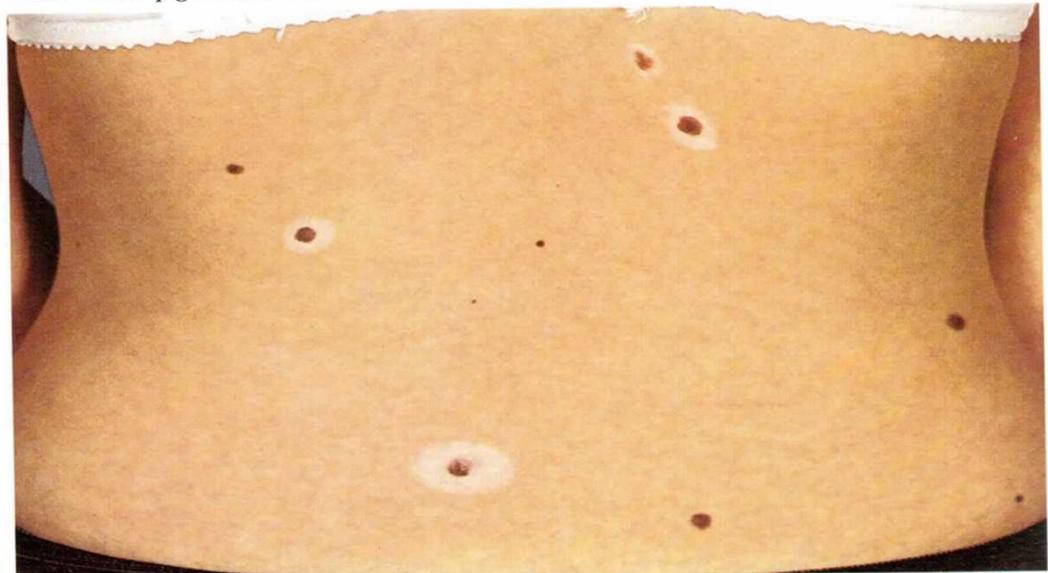


Fig. 27.33 Nodular blue nevus. This dark nodule may be confused with a

NEVI



265 - Nevo pigmentario verrucoso



266 - Nevi di Sutton (notare la leucodermia perinevica)

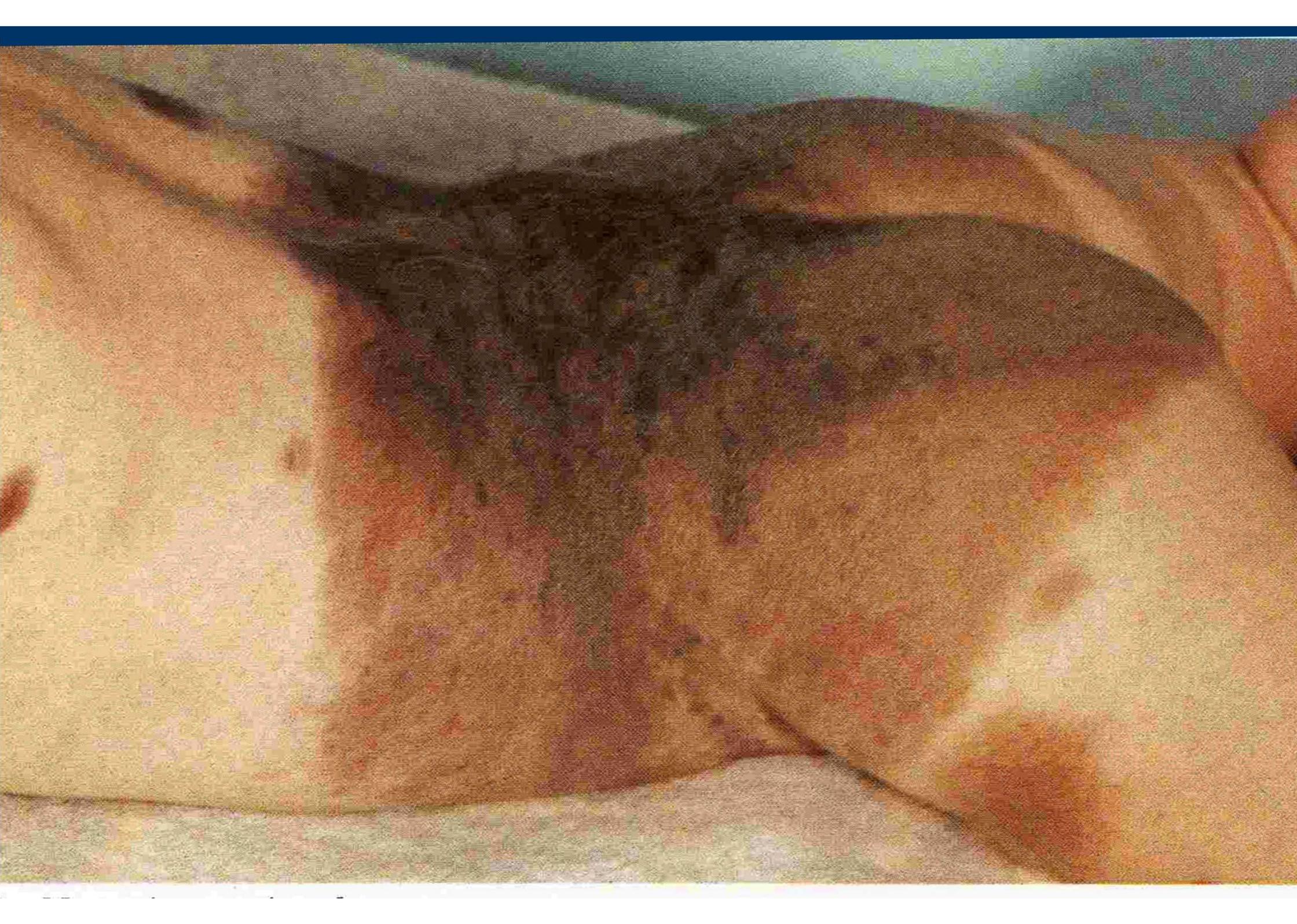




Figura 1. Nevo verrucoso in un lattante. In sede scrotale, si osservano elementi rilevati a superficie verrucosa che tendono ad assumere una disposizione lineare.

teressano solo un lato del corpo (*nevus unius lateris*) o entrambi i lati (*nevo sistemizzato*) [7] (Fig. 2). Sedi preferenziali sono il tronco e la radice degli arti.

• **Istologia.** Il quadro istologico in genere non è caratteristico: ipercheratosi ortocheratosica, acantosi e papillomatosi più evidente a livello delle creste inter-



Figura 2. Nevo verrucoso generalizzato in un bambino di 4 anni. Sin dalla nascita è presente un nevo verrucoso diffuso a tutto il tronco e che segue le linee di Blaschko (tipico "aspetto a vortice") (per gentile concessione del prof. Giuseppe Fabrizi).

papillari sono le alterazioni più frequenti. Talora può riscontrare iperpigmentazione dello strato basale. Nella varietà epidermolitica del nevo epidermico vi è vacuolizzazione perinucleare delle cellule della matrice spinosa e granulosa, vacuolizzazione periferica ai bordi cellulari irregolari, aumento di numero e forma irregolare dei cheratinociti con larghi granuli di cheratoialina e ipercheratosi compatta. Quando il nevo epidermico è localizzato alle mucose prende il nome di "white sponge nevus" [6].

L'ipercheratosi epidermolitica, più comune nei nevo epidermici sistemizzati, non è tuttavia patognomonica, potendosi osservare anche nella eritrodermia congenita ittiosiforme bollosa [8] e nella cheratodermia palmo-plantare epidermolitica. In alcuni casi vi sono immagini istologiche di discheratosi acantolitica [9]. Tale varietà, che si indica col termine di "nevo epidermico acantolitico discheratosico", sembra possa essere presente alla nascita o comparire nell'infanzia, insorge per lo più nella vita adulta con lesioni papillari di aspetto verrucoso, unilaterali. Oggi si interpreta come un mosaico della malattia di Darier.

Eccezionale è la degenerazione maligna con formazione di epitelomi basocellulari. Questa è considerata la più frequente per i nevo epidermici localizzati al capo capelluto, per lo più associati con il nevo sebaceo, per il siringocistoadenoma papillifero [10].

• **Diagnosi differenziale.** La diagnosi differenziale di lesioni piccole e localizzate deve essere fatta con la verruca seborroica, il siringocistoadenoma papillifero e il nevo sebaceo. Le lesioni lineari invece devono essere distinte dal nevo epidermico verrucoso infiammatorio lineare e dal lichen striatus [4].

• **Terapia.** Interventi terapeutici sono indicati per motivi estetici o quando sono presenti ripetuti fenomeni flogistici. Dal punto di vista medico si può tentare coi topici derivati dalla vitamina A. Altrimenti occorre valutare l'asportazione chirurgica [6].

Nevo epidermico verrucoso infiammatorio lineare (NEVIL)

Si differenzia dal nevo epidermico lineare per l'aspetto infiammatorio delle lesioni, di tipo eritematoso squamoso. Può comparire in età infantile ma anche più tardi [5, 6]. Le sedi più colpite sono l'arto superiore, il gluteo e la regione perigenitale. La prevalenza del sesso femminile e la predilezione per l'arto superiore sinistro precedentemente riportate non sono state confermate da una revisione più recente.

• **Manifestazioni cliniche.** Clinicamente si presenta con lesioni psoriasiformi, più raramente lichenoidi, verrucose, disposte in bande lineari lungo le linee di Blaschko che manifestano intenso prurito (Fig. 3). L'evoluzione avviene caratteristicamente con ricorrenti riacensioni infiammatorie che si accompagnano all'aumento del prurito e che predispongono all'infiam-

NEVI



Figura 13. Nevo blu a placca. Il nevo di colorito blaugiallo con alone periferico è localizzato sulla regione fronte-temporale.

toccandosi tra di loro, particolarmente sulla punta delle creste interpapillari. Il secondo dettaglio diagnostico consiste nell'aumento del numero delle creste interpapillari, che appaiono allungate, con l'estremità deformata a clava. L'epidermide può essere intensamente pigmentata, giacché la melanina viene attivamente trasferita ai cheratinociti.

• **Terapia.** L'unica terapia possibile è quella comune a tutte le forme nevice, vale a dire l'escissione chirurgica con susseguente esame istologico.

■ Varianti

Nevo di Spitz

Il nevo di Spitz [17, 18] è di solito una piccola lesione papulo-nodulare, rosa o rosso-brunastra, dall'aspetto innocente, che, dopo un breve accrescimento iniziale in alcuni mesi, diventa stabile (Fig. 14). In soggetti di carnagione scura il nevo di Spitz può essere invece completamente nero.

Il periodo di crescita non supera i 6 mesi e il diametro del nevo di Spitz generalmente non supera 1 cm (1



genere 0,6 cm). Morfologicamente può presentarsi come una macchia o come un elemento papulo-nodulare, ma sono note anche forme verrucose o polipoidi. Il nevo di Spitz non si ulcera né sanguina spontaneamente.

La sede tipica è il viso, in particolare le guance, quindi le estremità, il resto del capo e il collo.

• **Varianti.** Il nevo di Spitz si può presentare anche in forma disseminata; in tal caso è caratterizzato da decine o centinaia di elementi papulo-nodulari, sparsi per tutto il corpo. L'eruzione è improvvisa e può accompagnarsi ad anomalie neurologiche. La forma agminata consiste in papule ravvicinate, comparse su cute normale o su una chiazza pianeggiante iperpigmentata (cioè nell'ambito di un nevo spilo) o ipopigmentata. Le forme agminate hanno sede di predilezione a livello delle guance delle bambine.

• **Istologia.** Caratteristiche distintive del nevo di Spitz sono la grandezza e la forma delle cellule. La taglia è grande, decisamente maggiore delle cellule del nevo comune, talora le cellule hanno taglia enorme. La forma può essere epitelioido o fusata (talora entrambi questi fenotipi sono presenti nella stessa lesione).

La grande taglia e la inusuale forma delle cellule rendono il nevo di Spitz una delle lesioni più frequentemente confuse con il melanoma maligno (e viceversa: tragici errori hanno fatto diagnosticare micidiali melanomi come nevi di Spitz).

I criteri diagnostici più importanti a favore del nevo di Spitz sono la simmetria della lesione e l'assenza di noduli nella sua parte più profonda.

• **Terapia.** La terapia chirurgica è da praticare sempre di fronte ad un nevo di Spitz. L'escissione a lancia deve sempre passare ai lati dei margini del nevo stesso e deve sempre essere seguita da un competente esame istologico.

Nevo di Reed

Il nevo di Reed [19] è una forma nevice che si presenta come un piccolo elemento papulo-nodulare assai intensamente pigmentato, localizzato di regola al di sotto dell'ombelico (nonostante sia possibile altrove, ma le sedi va escluso il viso: lesioni diagnosticate come nevo di Reed sul viso sono probabilmente quasi tutte melanomi a cellule fusate) (Fig. 15). La storia clinica è in genere di pochi mesi e la grandezza non supera (con qualche eccezione) i 6 mm di diametro. La sua assai piccola percentuale dei casi è congenita.



Figura 15. Nevo di Reed. Il nevo pigmentato è di colore scuro, localizzato sulla regione fronte-temporale.

• **Diagnosi differenziale.** Il nevo di Reed può essere confuso sia in sede clinica ma soprattutto in sede istologica con una forma di melanoma. L'assenza di atipie, la piccola taglia delle cellule e l'architettura metrica della lesione risolvono in genere il quesito diagnostico.

Deep penetrating naevus

Il deep penetrating naevus [20] è una peculiare lesione melanocitaria che compare nella seconda o terza decade di vita, generalmente localizzata sul viso o comunque nella parte superiore del corpo (non è mai osservato sulle mani e sui piedi, al contrario del nevo blu, cui pure clinicamente ed istologicamente assomiglia) (Fig. 16). Clinicamente è una lesione dall'aspetto innocente che, in quanto intensamente pigmentata, viene in genere confusa con il nevo blu. Il deep penetrating naevus è una lesione stabile, con lunga storia clinica.

• **Istologia.** L'istologia del deep penetrating naevus è decisamente allarmante per due motivi: la proliferazione neoplastica giunge sino al derma profondo (talora sino all'ipoderma) ed è ricca di elementi cellulari



NEVI

CONTROINDICAZIONI

SISTEMICHE al Tatuaggio

- MAL. AUTOIMMUNI (Les, Sla, Dermatomiosite, Sclerodermia etc.)
 - ASMA
 - MAL. NEUROLOGICHE (epilessia, Sla etc.)
 - Mal. CARDIACHE (endocardite batterica)
 - DIABETE
 - MAL. PSICHIATRICHE
-
-

GRAVI MALATTIE CUTANEE E SISTEMICHE

AIDS

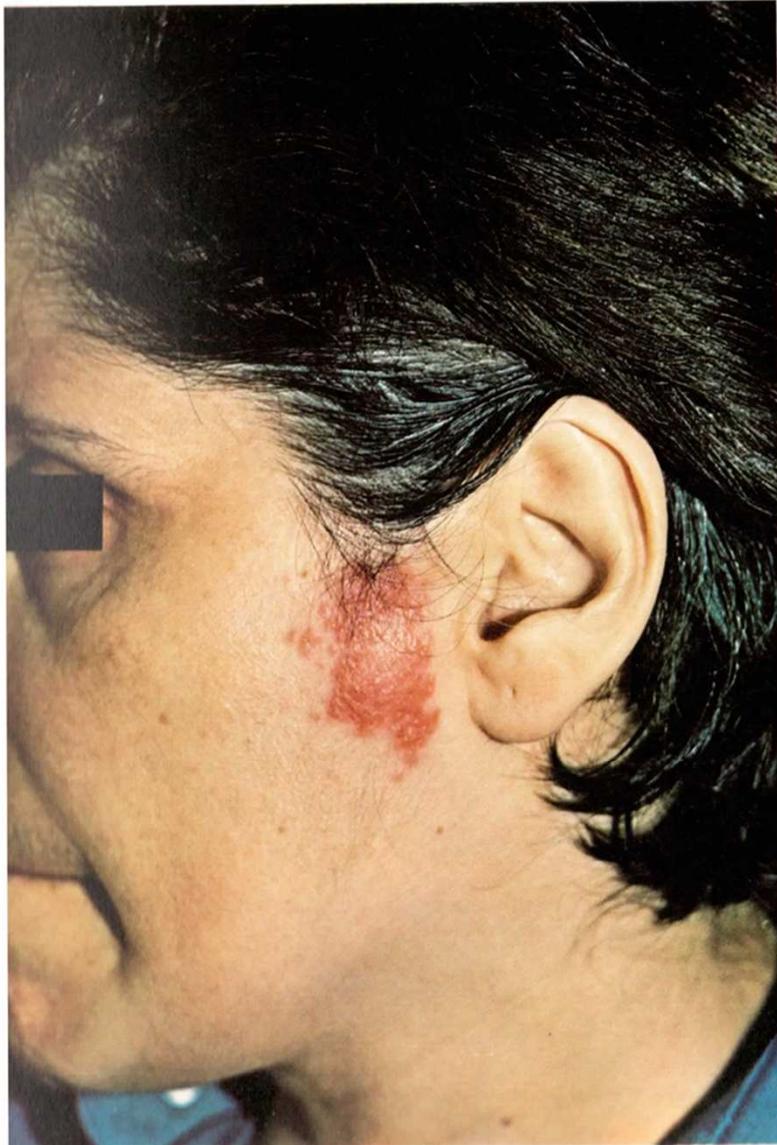
LEBBRA

TBC

SIFILIDE (o LUE)

EPATITE B-C

TBC

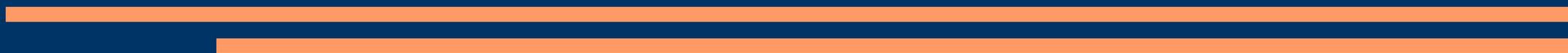


ms volgare



154 - *Lupus volgare*

SIFILIDE o *LUE*



SIFILIDE o LUE

ni sin dal primo periodo hanno tendenza ulcerosa e rapido interessamento delle ossa e dei visceri. I nodi del periodo secondario compaiono nel periodo appartenente al periodo terziario. Le lesioni cronologicamente appartenenti al periodo nel periodo secondario.

Periodo primario: mediante osservazione microscopica (oscuro, con condensatore parabolico dimostrazione (sua nella sierosità che fuoriesce dal sifiloma spremendolo). Caratteri morfologici del sifiloma iniziale che differenziano da altre lesioni e in particolare dall'ulcera molle (ulcerazione, la superficialità della perdita di sostanza, la durezza, la asintomaticità; l'adenopatia satellite si distingue a quella che accompagna l'ulcera molle per la mancanza di sinovite). Nel periodo secondario e in quello terziario ci sono caratteri morfologici, sul decorso delle lesioni già descritti delle reazioni sierologiche per la lue.

Caratteri dei periodi secondario e terziario

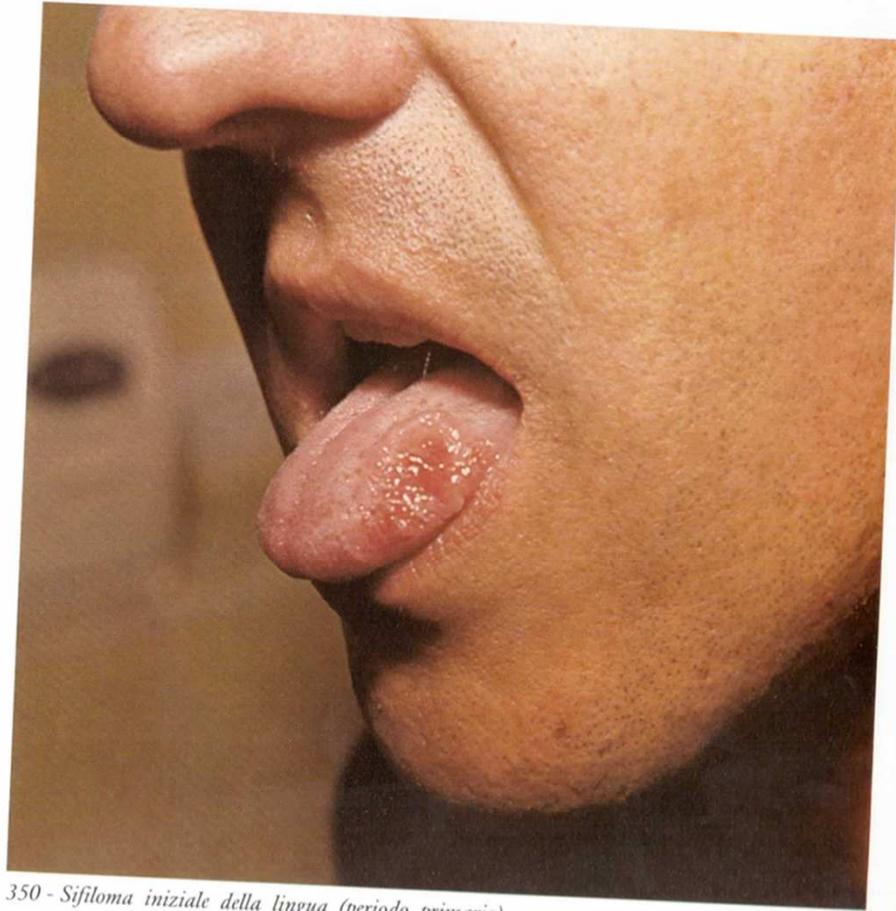
- | | |
|-----------------|-----------------------------|
| | <i>Periodo terziario</i> |
| numero | Monomorfismo |
| di treponemi | Lesioni in numero scarso |
| e lesioni senza | Lesioni povere di treponemi |
| | Riparazione con cicatrice |

Non instaurare alcuna cura tanto meno antibiotica (locale e sistemica) che non sia stata definitivamente accertata la natura, luetica o non luetica. La diagnosi di certezza e l'indirizzo terapeutico sono di competenza specialistica. In generale nella lue si consigliano vari cicli di trattamento. È presente una sensibilità all'antibiotico: eritromicina. Altri antibiotici: penicilline, cefalosporine, ecc.



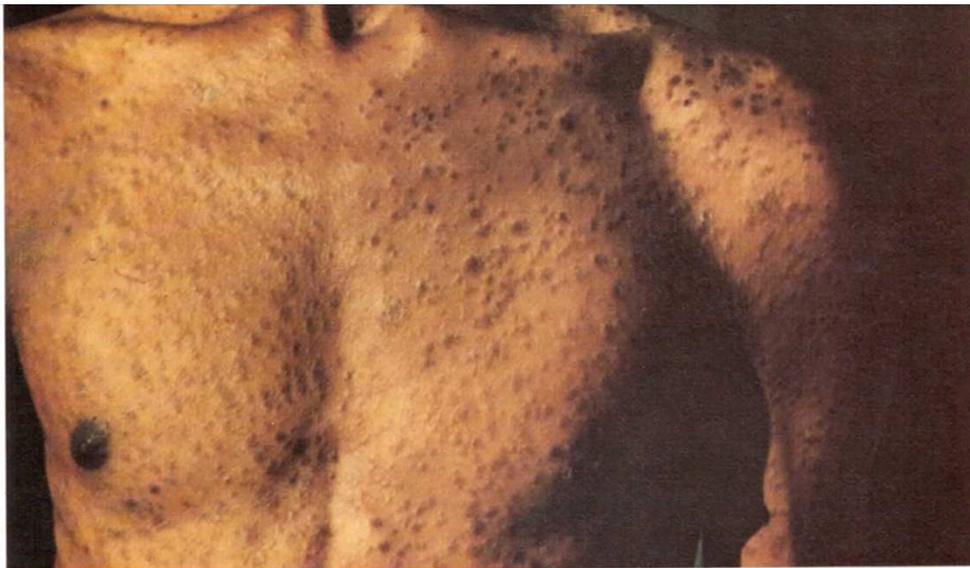
348 - Sifiloma iniziale (periodo primario)

SIFILIDE o LUE



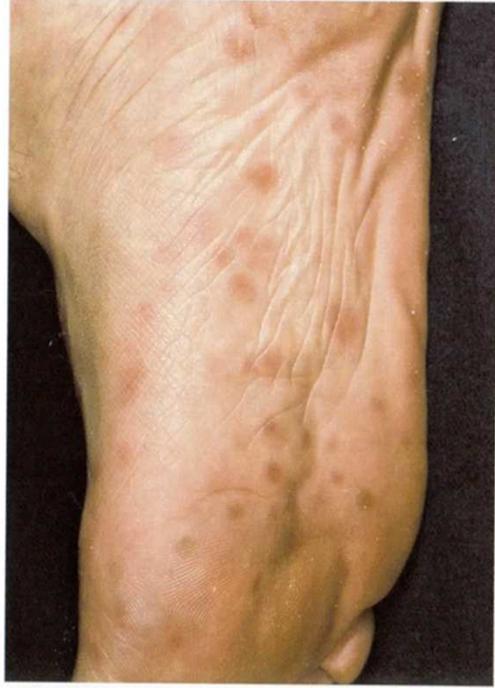
350 - Sifiloma iniziale della lingua (periodo primario)

SIFILIDE



354 - *Sifiloderma papuloso* (periodo secondario)





una *Reazione di Herxheimer*, talora anche grave, con febbre elevata e sintomatologia di tipo tossi-allergico.

La diagnosi differenziale si pone con gli *Esantemi da medicinali* (tossidermie iatrogene roseoliche), la *Pityriasis rosea* di Gibert, la *Pityriasis lichenoides*, gli *Esantemi infantili* e tossici.

Sifilodermi papulosi

Sono caratterizzati da papule lenticolari di colore rosso-arancio simile al rame (rosso rameico) più o meno diffuse sulla superficie cutanea. Talora tendono ad avere una localizzazione peculiare co-

me il *Sifiloderma papuloso palmo-plantare*, una delle forme più comuni da osservare.

I sifilodermi papulosi spesso compaiono senza esser preceduti dalla roseola.

Il *sifiloderma papuloso lenticolare* è la forma più classica, rappresentata da elementi multipli, delimitati nettamente e tendenti a ricoprirsi di componente squamosa (più accentuata in sede palmo-plantare). Spesso, in fase regressiva, alcune settimane dalla scomparsa, si ha regressione progressiva delle papule. L'ipercheratosi sovrastante, scarsamente plastica, desquama cen-



tralmente mentre persiste un orletto desquamativo circolare sul contorno delle papule (orletto di Biètt).

I sifilodermi papulosi tendono a mimare varie dermatosi, tanto che la sifilide veniva chiamata "grande imitatrice".

1) **Sifiloderma papuloso lichenoides**. Mima le papule del lichen ruber planus. Spesso le lesioni



11. *Sifiloderma secondario, papuloso, plantare. Papule lenticolari di colore rosso rameico, alcune delle quali a tonalità più cupa per fenomeni di stasi.*

12. *Sifiloderma secondario, papuloso, plantare. Spesso si ha l'associazione di analoghe lesioni al palmo (sifiloderma palmo-plantare) come evidenziato dalla figura seguente.*

13. *Sifiloderma secondario, papuloso, palmare in fase regressiva. (Evidente l'orletto ipercheratosico perilesionale di Biètt).*

SIFILIDE SECONDARIA



352 - *Sifiloderma papuloso* (periodo secundario)



353 - *Sifiloderma papuloso* (periodo secundario)

MALATTIE AUTOIMMUNI

- LES
 - DERMATOMIOSITE
 - SCLERODERMIA
 - SARCOIDOSI (?)
-
-

LES

Malattia grave, sistemica, infiammatoria, autoimmune, del tessuto connettivo (collagenopatia), caratterizzata dalla presenza in circolo di specifici autoanticorpi e spesso associata a manifestazioni cutanee (60%).

Etiopatogenesi

Interazione tra fattori endogeni (sistema di istocompatibilità, sistema immunitario) e fattori esogeni (UV che alterano il DNA cellulare; virus?).

Età e sesso

Giovani, rapporto maschi-femmine 1:8.

Anamnesi

Familiarità; più frequente nei negri. Alta incidenza di HLA B8, B5, DR3.

Sintomi

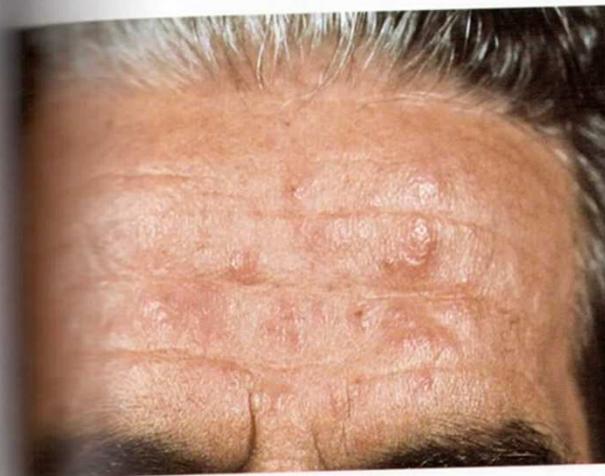
Astenia, febbre, artralgie, dolori addominali, calo ponderale, prurito. Inizio spesso subdolo.

11. *Lupus eritematoso sistemico. Lesioni eritemato-edematose, disposte "a vesperilio".*

12. *Lupus eritematoso sistemico. Lesioni eritemato-edematose localizzate alla fronte.*

13. *Lupus eritematoso sistemico. Tipiche lesioni cianematose alla superficie palmare. Aspetto reticolato a tipo livedo.*

14. *Lupus eritematoso sistemico. Lesioni eritemato-cianematose e teleangectasiche acroposte (prevalente localizzazione alle nocche delle dita, ed alla superficie dorsale delle dita delle mani).*



L.E.S

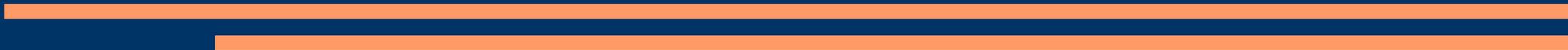


99 - Eritematode acuto sistemico



98 100 - Eritematode acuto sistemico

DERMATOMIOSITE



DERMATOMIOSITE

desquamazione perniciosa, presenza di mioglobina nell'urina, elettromiografico. Creatinuria. Esame istologico dei muscoli striati.

TERAPIA - Da effettuarsi in ambiente specializzato. Generale: cortisonici (prednisone). Nelle forme cortisonresistenti si può tentare con immunosoppressori.



DERMATO- MIOSITE



21. Dermatomiosite. Eritema diffuso, associato ad intenso edema del viso, collo e regione pretoracica.

22. Dermatomiosite. Particolare della figura precedente che evidenzia l'eritema a tonalità lilla e l'edema spiccato in sede sopraccigliare e palpebrale.

Malattia infiammatoria sistemica, a carattere sistemico ma con prevalente interessamento della cute e della muscolatura scheletrica, talora associata a tumori maligni (*dermatosi paraneoplastica*).

Eziopatogenesi

Eziologia sconosciuta (virus? neoplasie?); patogenesi autoimmune.

Età e sesso

Quarta, quinta decade. Rapporto maschi-femmine 1:2.

Anamnesi

HLA B8 nella forma giovanile.

Sintomi

Fotosensibilità, astenia muscolare con difficoltà nei movimenti (per pettinarsi, salire le scale, ecc.).

Più colpiti cingolo scapolare e coscia.

Esistono forme amiasteniche (solo cutanee) e forme solo miotiche.

Vengono differenziati 5 tipi di Dermatomiosite in base ai caratteri clinici:

senza interessamento cutaneo.

Tipo II, che è la Forma classica cutaneomuscolare.

Tipo III o Paraneoplastica dell'adulto (che rappresenta il 15% dei casi), associata a neoplasie specialmente polmonari, mammarie ed ovariche.

Tipo IV, Forma infantile.

Tipo V, associata ad altre connettiviti ("sindromi overlap").

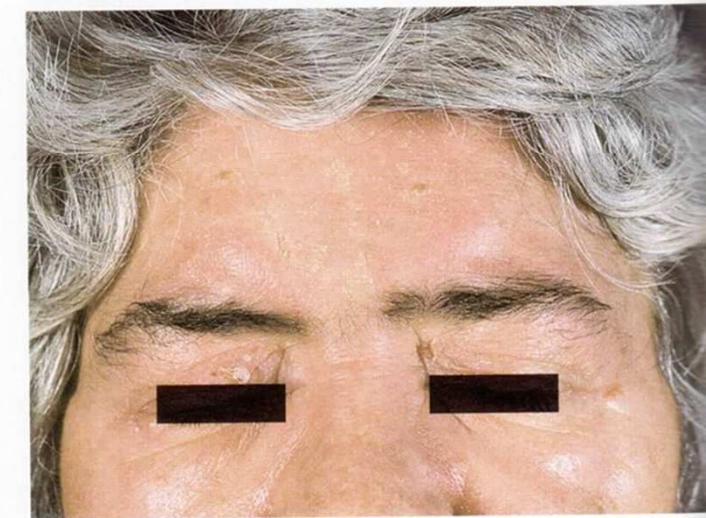
Esame obiettivo

Lesioni cutanee: eritema a tonalità lilla, edema, teleangectasie squame aderenti, papule (segno di Gottron), atrofia e aree di ipo- e iperpigmentazione (poichilodermatomiosite).

Sedi: tendenza alla simmetria delle localizzazioni. Colpiti volto, zone periorbitarie (caratteristico edema), gomiti, falangi, sedi periungueali (caratteristiche emorragie capillari al vallo ungueale). Interessamento sistemico: principalmente muscoli del cingolo scapolare.

Diagnosi

Associazioni: frequenti carcinomi



DERMATOMIOSITE



Figura 9. Dermatomiosite acuta: eritema periorbitario.



Figura 10. Dermatomiosite acuta: interessamento del dorso delle mani, con ipercheratosi cuticolare.

bambini –, chiazze violacee associate con le caratteristiche papule di Gottron delle superfici estensorie delle mani, in corrispondenza delle articolazioni (Fig. 10), nonché con teleangectasie periungueali (94% dei casi). Il prurito è presente nel 33% dei casi ed una dermatite psoriasiforme del capillizio nel 25% [19]. L'interessamento vasculitico diffuso conduce all'insorgenza di ulcerazioni a livello delle dita e del cavo orale. Una complicanza frequente ed invalidante è rappresentata dalle calcificazioni sottocutanee a livello dei distretti sottoposti a sollecitazioni. Le lesioni cutanee sono aggravate dall'esposizione ai raggi ultravioletti (UVA, UVB) [20].

- **Interessamento muscolare:** è simmetrico e prossimale, in quanto tende ad essere colpita la muscolatura dei cingoli pelvico e scapolare [21]. La valutazione delle variazioni della stenia costituisce un valido criterio di sorveglianza. La compromissione della muscolatura faringo-laringea ed esofagea contraddistingue le forme gravi.
- **Interessamento sistemico:** a livello **cardiaco** (50% dei casi) si esprime con alterazioni del tracciato elettrocardiografico; a livello del **tubo digerente**, frequentemente con diarrea, emorragie, dolori addominali. Anche gli **occhi** possono essere colpiti (alterazioni funduscopiche).

20% delle dermatomiositi infantili che rispondono favorevolmente al trattamento;

- gli anticorpi anti istidil-tRNA-sintetasi (Jo-1) presenti nel 10-30% dei casi di polimiosite associata fibrosi polmonare.

L'**esame istologico** della biopsia di un muscolo di fetto evidenzia un quadro di miosite infiammatoria con edema e degenerazione delle fibre muscolari.

L'**elettromiografia** non fornisce reperti specifici della malattia: essa si limita a documentare l'origine muscolare del disturbo.

La **capillaroscopia periungueale** evidenzia alterazioni distrofiche dei capillari.

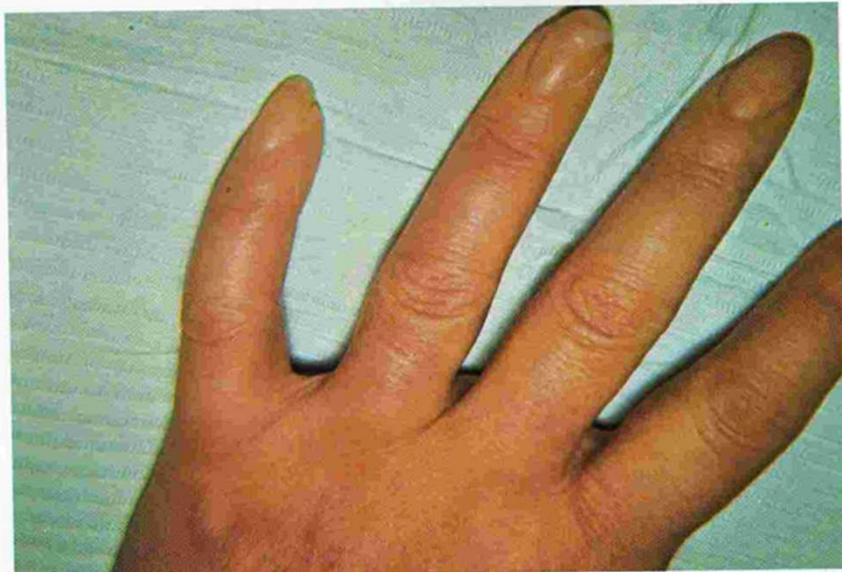
L'**esame istologico** cutaneo è aspecifico.

Terapia

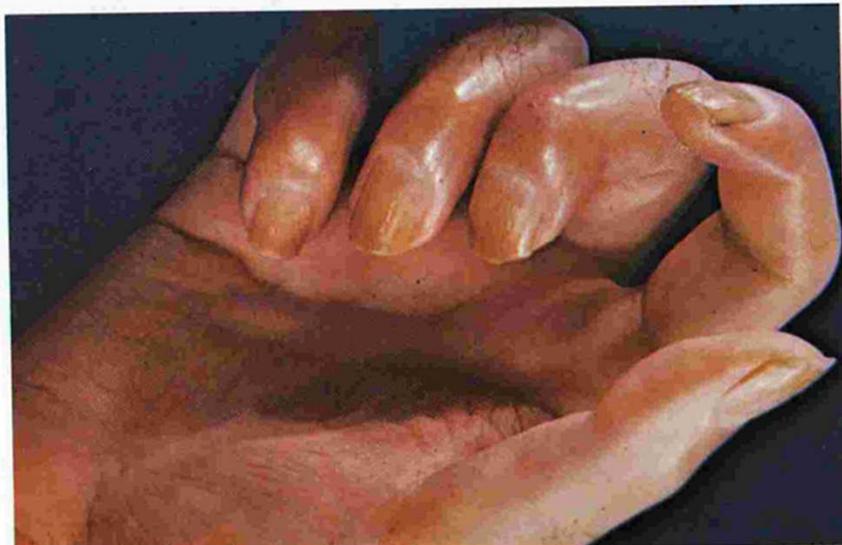
La scelta della terapia è funzione del quadro clinico. La **terapia corticosteroidea** costituisce la scelta iniziale. La posologia e la durata del trattamento vengono stabilite in funzione delle tendenze evolutive della malattia: prednisone, alla dose di 1 mg/kg/die, come trattamento d'attacco nelle forme non complicate; nelle forme più gravi, e particolarmente in caso di alterazioni cutanee o del tratto gastroenterico, se ne somministrano 2 mg/kg/die. Qualora non si sia ancora ottenuto un miglioramento, si ricorrerà alla corticoterapia...

SCLERODERMIA

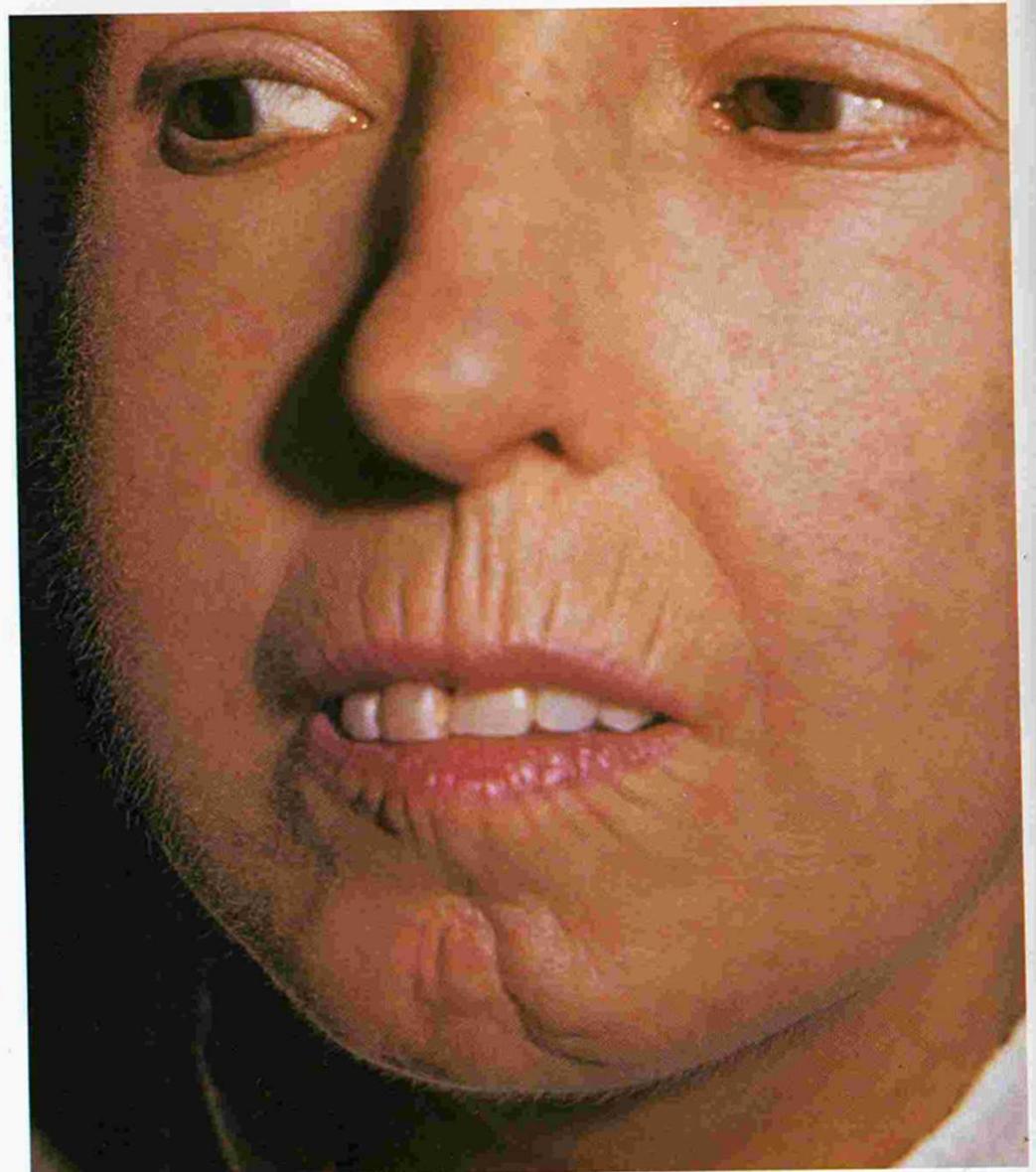
Scleroderma sistemica/Continua



Modesto coinvolgimento delle dita che sono affusolate, con cute sottile e lucente.



Compromissione in fase avanzata delle mani con flessione «ad artiglio» delle dita.



Infiltrazione diffusa del viso, con solchi radiali attorno alla bocca.

SCLERODERMIA

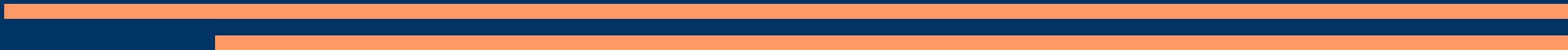


344 - Sclerodermia circoscritta



345 - Sclerodermia circoscritta (è bene evidente il "lilac ring")

SARCOIDOSI



CONTROINDICAZIONI

SISTEMICHE al PIERCING

- EMOPATIE :tutte le malattie del sangue che possono favorire l'emorragia (emofilia etc)
- TERAPIA ANTICOAGULANTE
(Sintrom,Coumadin,Aspirina,Ticlopidina etc.)
- PACEMACKER-DEFIBRILLATORE
- DIABETE
- EPILESSIA,SLA,ENDOCARDITE
BATTERICA
- ~~MAL.PSICHIATRICHE...???~~

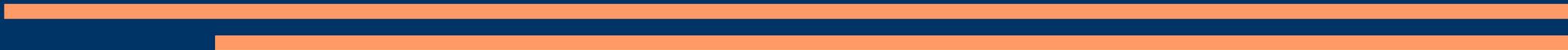
Come sospettare...

- Poiche' sarebbero richieste competenze mediche per fare le diagnosi opportune e voi non le avete, e' indispensabile,allo scopo di evitare guai ai clienti ed ai tatuatori,procedere in questo modo :
 - **CHIEDERE** al cliente se soffre di qualche malattia cutanea o sistemica
 - **CHIEDERE** se presenta su qualche parte del corpo: macchie,chiazze,rilievi, prurito ,gonfiori di qualsiasi natura, di recente o vecchia comparsa
-
-

Come sospettare...

- CHIEDERE quale è stata l'ultima volta che si è recato dal proprio MMG e perché'
 - CHIEDERE con l'aiuto di un questionario ,se soffre delle malattie sopra menzionate (diabete, epilessia,mal. del sangue a rischio emorragico,mal.contagiose cutanee o sistemiche,mal. allergiche -asma , per esempio)
 - CHIEDERE se assume FARMACI e se si, perchè ?
-
-

- 1) ISPEZIONARE LA PELLE***
- 2) QUESTIONARIO***



QUESTIONARIO

- Soffre di malattie della pelle?
- Ultimamente ha notato qualcosa di strano sulla sua pelle? Macchie? Chiazze? Puntini rossi? Rilievi? Gonfiori ?
- Soffre di prurito? di notte? Da quanto tempo ?ha informato il suo Medico od il Dermatologo?
- E' sieropositivo ?
- Ha avuto recentemente mal.contagiose ? Quali: Epatite B/C, Sifilide, TBC, Scabbia, Pidocchi,
- Verruche, Condilomi, Molluschi contagiosi?

QUESTIONARIO

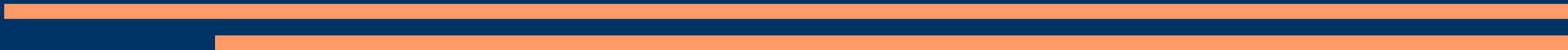
- Soffre di : - diabete ?
 - -Pressione alta ?
 - -Mal. del sangue ?
 - -Asma?
 - -Epilessia?
 - -Mal. del cuore ?
 - Prende Medicine ? Quali? Per quali motivi ?
?Quando ha fatto l'ultima visita medica?
-
-

*IL TRATTAMENTO DELLE FERITE DA
TATUAGGIO E DA PIERCING*

PRIMA

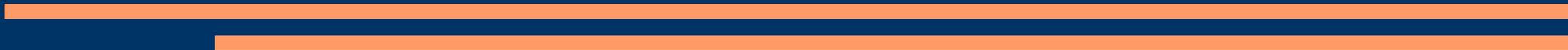
- USARE RASOI STERILI MONOUSO
 - STRUMENTI STERILI , MONOUSO
 - DISINFETTARE ADEGUATAMENTE LA PELLE
 - INDOSSARE GUANTI STERILI MONOUSO
 - UTILIZZARE MATERIALI STERILI ed
ATOSSICI CERTIFICATI (PIGMENTI) e
 - METALLI ADEGUATI (NIOBIO , TITANIO,
PLATINO , MATERIE PLASTICHE DENSE A BASSA
POROSITA' : NYLON, ACRILICO o LUCITE)
-
-

***ANTISETTICI MAGGIORMENTE
USATI***



ALCOOL 70°

- Ha potere antisettico
- Essicca la superficie dell'ulcera ostacolando l'ambiente umido



MERCURIALI

- TOSSICI
 - HANNO SCARSO POTERE ANTISETTICO
 - DISIDRATANO
-
-

JODIOPROVIDONE

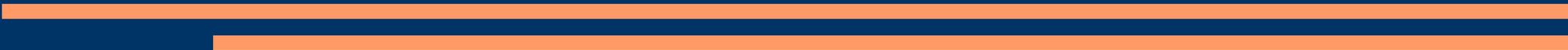
- AMPIO SPETTRO D'AZIONE MA
 - Distrugge fino al 40% delle cellule in fase di riproduzione
 - Può dare una tossicità sistemica
 - È un buon terreno di coltura per lo *Pseudomonas aeruginosa*
-
-

ACQUA OSSIGENATA

- Distrugge fino al 50% delle cellule in fase di riepitelizzazione, comprese quelle dei capillari
-
-

ACIDO ACETICO

- Tossico per i fibroblasti
- Causa erosione della cute perilesionale



CLOREXIDINA

- Ampio spettro d'azione
 - Ma tossica ad alte concentrazioni
 - Causa allergie
-
-

Dopo il Tatuaggio

- Medicare con un prodotto emolliente, lenitivo, antisettico (ossido di Zinco)
 - Coprire con garza sterile o pellicola che mantenga l'ambiente umido
 - Dopo alcune ore si procede a detersione mantenendo sempre ben disinfettata la parte
-
-

Dopo il Piercing

- Disinfettare ed applicare garze sterili asciutte con particolare attenzione alle mucose
 - Se il sanguinamento e' eccessivo e prolungato tenere premuto con garze sterili la zona trattata
 - Se l'emorragia non cessa cercare assistenza medica
-
-

UNA MANCATA DETERSIONE COMPORTA...

- UN OTTIMO TERRENO per LA CRESCITA BATTERICA,
CON AUMENTO DEL RISCHIO DI INFEZIONE
 - INFIAMMAZIONE CON INVASIONE LINFOCITARIA ED
ARRESTO DELLA RIPARAZIONE
 - COMPROMISSIONE DEL RIPRISTINO STRUTTURE E
FUNZIONALITA' CUTANEA
 - IMPOSSIBILITA' DI VALUTARE ESTENSIONE E
PROFONDITA' DELLA LESIONE
 - PERDITA DI PROTEINE
 - NECESSITA' DI GESTIRE L'ODORE
-
-

LA DETERSIONE

Meglio se fatta con

SOLUZIONI SALINE

(soluzione fisiologica)

Cosa fare a casa

- Detersione
 - Disinfezione
 - Copertura della sede trattata
-
-

MANTENERE PULITO IL PIERCING

- SPECIALE ATTENZIONE A PIERCING ORALE E GENITALE **RISCHIO DI INFEZIONI SESSUALMENTE TRASMESSE** durante il periodo di guarigione delle ferite
 -
 - MANTENERE ASCIUTTA LA FERITA
 - INFORMARE IL CLIENTE SULLA LUNGHEZZA DEI TEMPI DI GUARIGIONE
-
-

QUANDO ANDARE DAL MEDICO

- SANGUINAMENTO ECCESSIVO
 - Segni di flogosi : RUBOR, TUMOR, DOLOR, CALOR ,FUNCTIO LAESA
 - SEGNI DI ALLERGIA
-
-

COS'E' UN INCHIOSTRO ?

Sono fatti con SALI METALLICI
TINTURE VEGETALI
MATERIE PLASTICHE

sono costituiti da :

PIGMENTO e VEICOLO

PIGMENTI

NATURALI (trattamento di minerali)

SINTETICI (Al, titanio, O₂, Ca)

VEICOLO

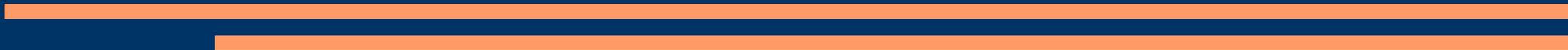
***(alcol etilico, amamelide, glicerina
acqua purificata, glicole propil.)***

COME DOVREBBE ESSERE UN INCHIOSTRO ?

- ATOSSICO

- STERILE

-e invece



- ...sono le aziende produttrici che autocertificano la atossicità dei loro inchiostri e non le autorità sanitarie
 - ... i componenti non sono dichiarati per cui non si sa che cosa contenga ciò che viene iniettato nella pelle
 - ...ed allora
-
-

ALLARME dei DERMATOLOGI

- “...la composizione di tattoo e' cambiata, gli inchiostri moderni -ROSSO brillante, CORALLO e GIALLO- contengono
 - **COLORANTI AZOICI,** tossici e sensibilizzanti che provocano complicanze anche sconosciute...
 - “ ...ed inoltre contengono una elevata quantità di **METALLI PESANTI** (Nichel, Cromo, Cobalto) e **NANOPARTICELLE** di incerta sicurezza
-
-

INCHIOSTRO KILLER

...DALLE ANALISI EFFETTUATE SU INCHIOSTRO UTILIZZATO DA TATUATORI, E' EMERSA LA PRESENZA DI

- AMMINE AROMATICHE

- quali:

- ORTOTOLUIDINA

(cancerogena, tossica ed irritante)

- 5-NITROANILINA

contenute nei colori : rosso, giallo ed arancio

MATERIALI per PIERCING

- ^M METALLI: acciaio chirurgico, inox, titanio, niobio, platino
 - GIOIELLI: in oro, argento sterlina
 - Acrilico, Pietre, Corna ed Ossa, Zanne fossili, Legno, Silicone, Fili, Pyrex, Teflon, Ambra (vera o sintetica)
-
-

LA LEGISLAZIONE

- VUOTO NORMATIVO
 - sono in corso di studio nuove regole...
 - si stanno sottoponendo ad accurati controlli
 - coloranti,metalli etc.
 - PRESENTATO un disegno di legge alla commissione Sanità del Senato che vieta tatuaggi e piercing ai minori di anni 18 (senza l'approvazione dei genitori) e che vieta di praticare disegni sul viso(solo trucco permanente)
-
-

***Unica normativa nazionale (1998) e'
rappresentata dalle linee guida del
Ministero della Sanita' per la
“esecuzione di procedure di tatuaggio e
piercing in condizioni di sicurezza”
. Linee guida regionali (DRG 465,11-4-
2007) e regolamenti comunali x
acconciatore, estetista, tatuaggio e
piercing (Pr-RE)***

TATUAGGI: CLASSIFICAZIONE

- PERMANENTI

- TEMPORANEI

TATUAGGI PERMANENTI

- PROFESSIONALI (utilizzo di pistola)
 - AMATORIALI (inchiostro indiano - carbone)
 - DA TRAUMA
 - ESTETICI (trucco permanente o PMU)
 - MEDICI (ricostruzione areola-capezzolo, alopecia areata, vitiligine, camouflage cicatrici, tatuaggio cornea)
-
-

RIMOZIONE

TATUAGGI

- SALABRASIONE
- DERMOABRASIONE
- ASPORTAZIONE CHIRURGICA
- IPL (luce pulsata)
- LASER (Neodimio-Yag Q switchato)
- PEELING (tricloroacetico)
- Wrecking Balm(crema + dermoabrasione)
- ~~...cave~~ “ Rejuvi tattoo remover

TATUAGGI TEMPORANEI

- TATUAGGI all' henne'

CONTENGONO Ppd

(parafenilendiamina)

- Rischi: - eczema da contatto
 - - shock anafilattico
 - - reazioni allergiche crociate
-
-

COMPLICANZE *tatuaggio*

- INCHIOSTRO KILLER !!!
 - INFEZIONI
 - REAZIONI ALLERGICHE AL PIGMENTO
 - GRANULOMI DA CORPO ESTRANEO
 - CHELOIDI
 - FENOMENO di KOEBNER
-
-

INFEZIONI

- RARE, però...
 - INFEZIONI BATTERICHE
 - TBC
 - EPATITE
 - SIFILIDE
 - HIV
 - LEBBRA
 - VERRUCHE, MOLLUSCHI CONTAGIOSI
-
-

INFEZIONI

Da indagini della procura della Repubblica di Torino(13-12.2009) pg.25,

è emerso che molti degli strumenti utilizzati dai tatuatori erano portatori di una

elevata carica batterica e micotica (Pseudomonas aeruginosa, staphylococcus aureus), in grado di determinare gravi infezioni.

- 20% HCV EPATITI ACUTE !!!

...dalle boccette d'inchiostro in cui si intingono ripetutamente gli aghi...

• TUTTO MONO USO !!!

REAZIONI ALLERGICHE AL PIGMENTO

- IRRITAZIONE, GONFIORE, ARROSSAMENTO che possono comparire all'improvviso, dopo poche settimane, ma anche dopo anni, per ipersensibilità al pigmento od ai derivati che si formano nel tessuto cutaneo.
 - ERUZIONE LICHENOIDE nelle aree rosse (da cinabro-mercurio solfato)
 - TALI REAZIONI possono rimanere localizzate a parti del tatuaggio o dar luogo ad eczema generalizzato
-

REAZIONI ALLERGICHE AL PIGMENTO

- MERCURIO (reaz. crociata sulle gengive con amalgama di Hg; patch test +++ a Hg). Aree rosse
 - CROMO (pz allergici al cemento; patch test ++ al potassio bicromato). Aree verdi
 - COBALTO (associato talvolta ad uveite ; patch test ++ al Cobalto Cloruro). Aree azzurre
 - Le aree gialle (CADMIO S.) e talvolta quelle rosse, diventano eritematose e gonfie al sole (per fotoconduttività)
-

*REAZIONI
PIGMENTO*

ALLERGICHE

AL



eyes.

The allergic reaction can remain localized but may become generalized as a patchy eczematous eruption or as an exfoliative dermatitis. In some cases the primary sensitization is induced by some other contact with the metal, and the reaction in the tattoo accompanies or follows an attack of contact dermatitis.

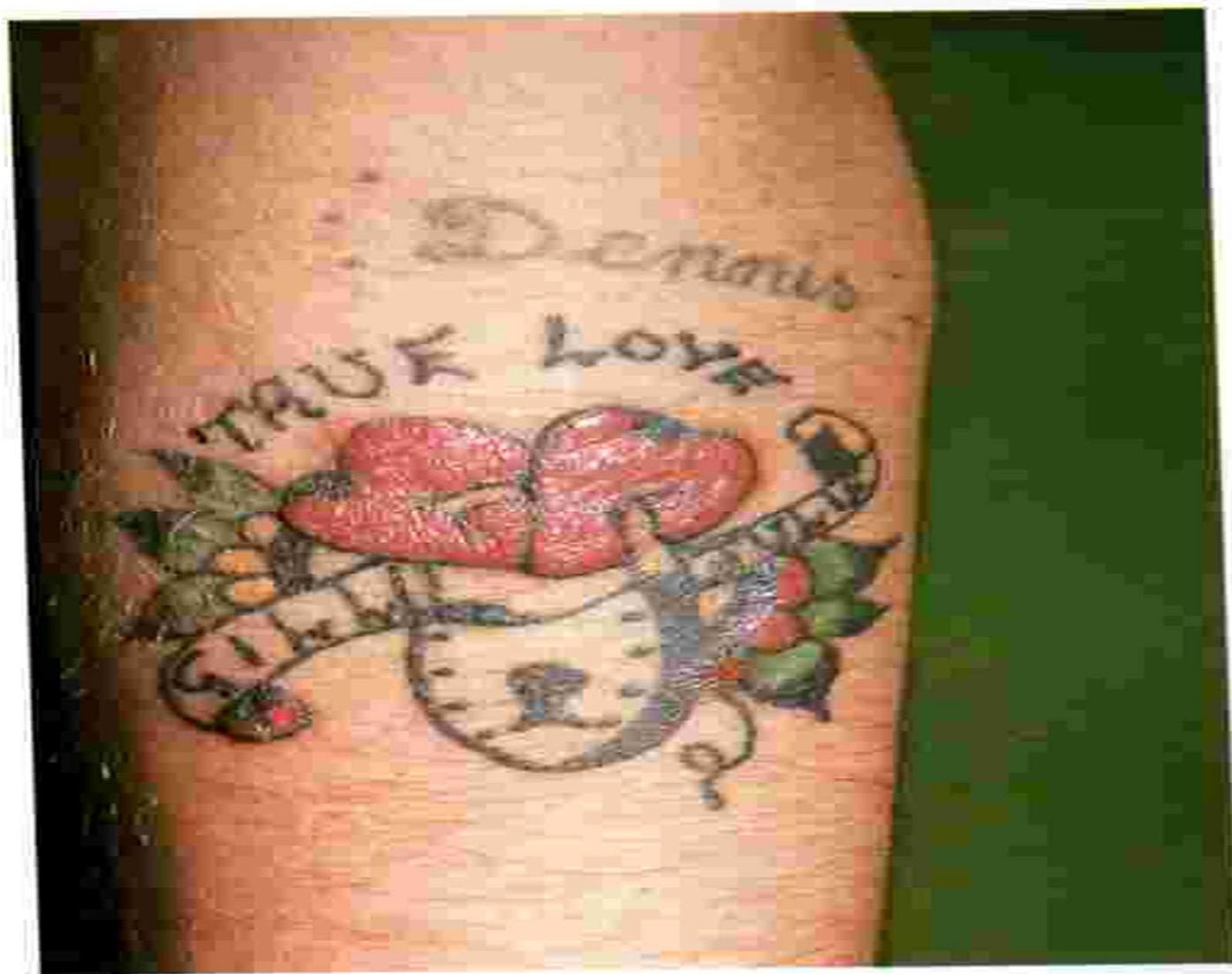


Fig. 35.49 Lichenoid reaction in red areas of a tattoo.

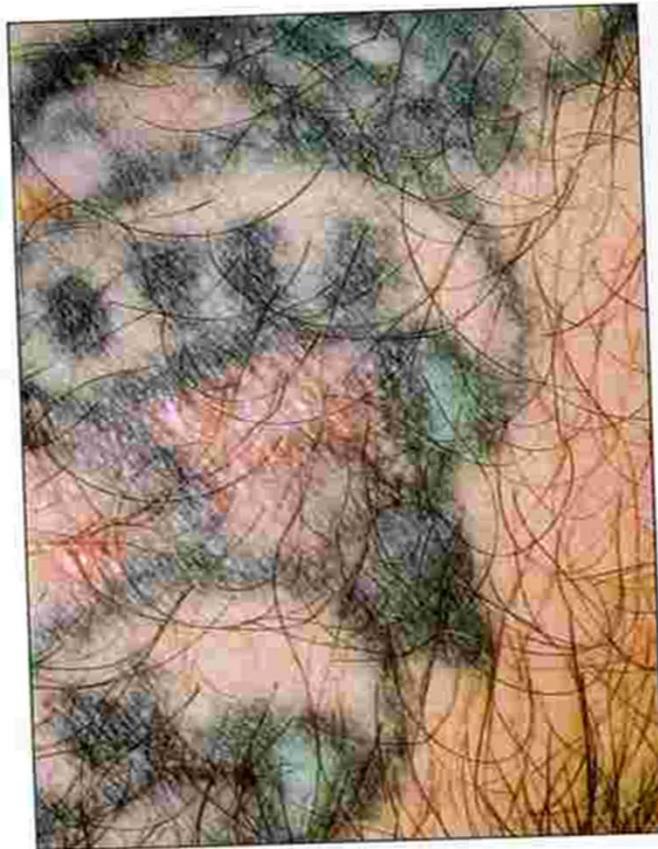
are positive with 2% cobalt c

Light-induced reactions [5]. A tattoos develop redness and to sunlight, and the same p observed in red tattoos. Th but the yellow pigment, cad conducting properties.

Localization of skin disease i disorders show a predilection they may appear first or be secondary or tertiary stage tattoos but tends to spare deterred by the mercury. may be localized in tattoos lection. *Lupus erythematosu* sarcoidal granuloma in a ta manifestation of generalize has been reported in a tatt may be fortuitous. *Foreign* type are extremely unusual have been reported in och high silica content.

REFERENCES

- 1 Beerman H, Lane RAG. Tattoo.
- 2 Biro L, Klein WP. Unusual co tattoo. *Arch Dermatol* 1967; 96:
- 3 Björnberg A. Allergic reactions. *Acta Derm Venereol* 1959; 39: 23
- 4 Björnberg A. Allergic reactio markings. *Acta Derm Venereol* 1
- 5 Björnberg A. Reactions to ligh sulfide. *Arch Dermatol* 1963; 88:
- 6 Dickinson JA. Sarcoidal reacti 100: 315-19.
- 7 Ebensten H. Pierced Hearts an 1953.
- 8 Gittleson NL, Wallen COP, D psychiatric patient. *Br J Psychia*
- 9 Hoffman-Martinot R. Gratadou
- 10 Juhlin L, Oleman S. Allergic re



5.35 Lichenoid reaction to red pigment in a tattoo. This can sometimes be treated with topical or intralesional steroids, but may require removal of the tattoo.

Lichenoid reactions to tattoo pigments are common, but may occur several years after tattooing (Fig. 5.35).

FURTHER READING

- Boyd AS. Update on the diagnosis of lichenoid dermatitis. *Arch Dermatol* 1997; 133: 287-315
- Chen W, Schramm M, Zouboulis CC. Generalized lichenoid dermatitis. *Arch Dermatol* 1997; 36: 630-1
- Gilhar A, Pillar T, Winterstein G, Etzioni A. The pathogenesis of lichenoid dermatitis. *Arch Dermatol* 1989; 120: 541-4
- Korkij W, Chuang T-Y, Soltani S. Liver abnormalities in lichenoid dermatitis: a retrospective case-control study. *J Am Acad Dermatol* 1997; 37: 1000-3
- Senear FE, Caro MR. Lichen striatus. *Arch Dermatol* 1970; 102: 100-1

GRANULOMI DA CORPO ESTRANEO

- Papule e noduli, di diverso spessore
 - Reazione granulomatosa a cellule giganti
 - Rari (da tatuaggio)
 - Color ocra (ossidi di Ferro, ad alto contenuto di silicio)
 - Particelle di carbone (?)
-
-



I CHELOIDI

- IL CHELOIDE è una lesione cutanea dovuta ad una risposta del tessuto connettivo **NON PROPORZIONATA** all'entità del danno
 - All'istologia si rilevano: > proliferazione di fibroblasti e fibre collagene
 - d.d. con **CICATRICI IPERTROFICHE**
 - Sedi : reg.presternale , deltoidea, arti .inf., lobo auricolare, angolo mandibolare etc...
-
-



Fig. 18.14 Keloids on the anterior chest may apparently occur spontaneously, and presumably reflect skin tension, as they typically run across the chest, as shown here. Occasionally, keloids in this site contain coiled-up hairs, which may possibly cause some initial inflammation.



Fig. 18.15 Extensive keloid scarring on the back, in this case due to severe acne. Acne in patients with a keloid tendency may warrant aggressive therapy.



Fig. 18.16 Postoperative keloid scarring. The interesting paradox in this patient is that her keloid scars arose following operations for recurrent dislocations of the patella, suggesting a degree of collagen defect.



Fig. 18.17 The earlobe is a common site for keloids, usually related to trauma of ear piercing, but occasionally occurring after contact dermatitis or infection.

FENOMENO di KOEBNER

Comparsa in sede di trauma meccanico della lesione tipica della malattia in atto:

in corso : - Psoriasi
- Lichen ruber planus
- Verruche piane
- Vitiligine
(isomorfismo reattivo)

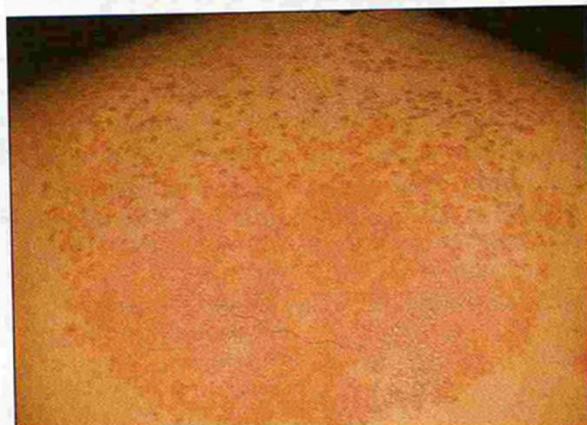


Fig. 4.3 (a) The Koebner phenomenon: psoriasis occurs at the site of a scratch in a patient with increasing lesions of unstable psoriasis. (b) An interesting variation of the Koebner phenomenon, in which psoriasis is localized to a skin graft recipient site below the knee. (c) The Koebner phenomenon causing localized psoriasis around the nipple of a breast-fed baby. Treatment options are limited due to the risk of drug ingestion by the baby.



(Fig. 21.19). Occasionally, other skin conditions may become secondarily infected by herpes simplex. For a more full discussion, see Chapter. 3.

Verruca vulgaris

Introduction

Warts (or verrucas) are caused by the human papillomavirus (HPV). HPV is a DNA virus that infects epidermal cells, causing hyperproliferation. Verrucous papules result. Currently over 70 types of HPV have been identified. Although not usually identified in clinical practice, several types commonly cause specific types of warts (Fig. 21.20). Warts are



Fig. 21.17 Molluscum contagiosum papules are pink to flesh-colored and smooth with a central dell (brought out nicely during cryotherapy). Affected children often have a history of spending much time in the swimming pool.



Fig. 21.19 Eczema

Clinical

Common warts appear as solitary or multiple hyperkeratotic papules on the hands or fingers of children. Normal skin lines are obscured. Periungual lesions are common in children, and if they depress the nail, a nail dystrophy may result. Subungual lesions may lift the nail. Koebnerization may be seen, with linear lesions along the path of a scratch. Occasionally warts will regress spontaneously as a result of attack by the body's immune system. Malignant warts will turn black and necrotic and fall off within 2 weeks (Fig. 21.28).



Fig. 21.18 Molluscum with eczema. Eczematous changes often occur around molluscum lesions. They often occur a few weeks before the molluscum lesions, except in patients with atopic dermatitis.

Sedi anatomiche del PIERCING

- ORECCHIO (cheloide)
 - NASO (fistola, infezione seni cavernosi)
 - SOPRACCIGLIO
 - LINGUA - LABBRO
 - OMBELICO
 - GENITALI (clitoride, piccole-grandi labbra, pene, frenulo, glande, scroto)
-
-

RISCHI

- Danni a :
 - vasi (sanguinamento)
 - nervi (parestesie)
 - muscoli (tono muscolare)
 - INFEZIONI
 - TRAMITI FISTOLOSI
-
-

COME EVITARE I RISCHI

- PRUDENZA, PRUDENZA , PRUDENZA
 - SCRUPOLOSA IGIENE: prima , durante, dopo
 - Inviare al Medico curante od allo Specialista in caso di qualsiasi dubbio
 - EVITARE il piercing in alcune sedi
 - “ STARE SUPERFICIALI “
-
-

TDP: tutto di personale...

- Codice deontologico del Medico...
 - Liceita' di alcuni piercing...
 - Atti chirurgici...
 - Menomazione di funzione e d'organo...
-
-

Intervento sul corpo altrui

Art.5 Codice Civile, stabilisce che , a tutela dell'integrità fisica e della salute, tale intervento non è "TOTALMENTE" DISPONIBILE ALLA VOLONTA' DELLE PARTI e vieta atti che cagionino una diminuzione permanente della integrità fisica o sono contrari alla legge, al buon costume ed all'ordine pubblico.

Sono perciò vietati tatuaggi e piercing in parti anatomiche che comportino conseguenze invalidanti permanenti o cicatrizzazione difficoltosa(total body, piercing su genitali, palpebre, capezzolo).

Consenso informato.
