

10° CORSO INTERATTIVO

# **Dermatologia P e d i a t r i c a del Mediterraneo**

Hotel Village Suvaki  
ISOLA DI PANTELLERIA

30 Giugno • 5 Luglio 2019



**Patrizio Mulas  
Cagliari**

## **Un protocollo semplificato di trattamento per le micosi.**

**10° Corso interattivo di Dermatologia Pediatrica del Mediterraneo  
Pantelleria 30 giugno-5 luglio 2019**

- ❖ **La patologia umana da miceti è da anni in costante aumento in tutto il mondo. Si sta modificando però l'epidemiologia delle micosi.**
- ❖ **Diversi fattori condizionano queste variazioni epidemiologiche:**
  - ❖ **l'emergere di nuovi ceppi patogeni,**
  - ❖ **la grande mobilità di larghe fasce di popolazione,**
  - ❖ **la sempre maggiore incidenza degli immigrati,**
  - ❖ **le mutate abitudini sociali,**
  - ❖ **la notevole diffusione della pratica sportiva**

❖ **Altri fattori predisponenti :**

❖ **fisologici** ( prima infanzia, età senile )

❖ **patologici** (endocrinopatie, diabete, obesità, anemie, emopatie, malattie croniche defedanti, immunodeficienze )

❖ **iatrogeni** (contraccettivi orali, antibiotici, corticosteroidi, immunosoppressori, chemioterapici antitumorali),

❖ **professionali** (contadini, allevatori per alcune dermatofitosi e pasticceri, baristi, lavandaie e casalinghe per le candidosi)

❖ **stagionali e climatici** ( umidità, calore).

**L'esame clinico, con l'eventuale ausilio della luce di Wood e con il conforto dell'esame microscopico di materiale prelevato dalla lesione, consente di iniziare subito il trattamento locale e/o sistemico.**

- ❖ **La diagnosi clinica delle micosi superficiali, confermata dall'esame microscopico diretto, dovrebbe essere completata, dall'esame colturale su terreno di Sabouraud.**
- ❖ **L'esame macroscopico delle colonie (aspetto, colore, superficie, rilievo) e**
- ❖ **l'esame microscopico del materiale prelevato dalle colture (struttura miceliale, micro e macroconidi) consentono di identificare l'agente eziologico ed individuare la terapia antimicotica più efficace.**

- ▶ **La variabilità sintomatologia delle dermatofizie, dovuta talora a terapie incongrue, e talora al loro grande polimorfismo clinico, richiede però una approfondita conoscenza delle manifestazioni cliniche dei diversi quadri morbosi, al fine di poter giungere ad una corretta diagnosi e ad una terapia mirata.**

## Resistenza naturale

- La cute possiede uno **stato naturale di resistenza al parassitamento dei dermatofiti**, in rapporto alla strutturazione anatomica, alla situazione microbiologica ed alle funzioni biologiche della cute.
- Varia in modo significativo nelle **varie età e nelle diverse regioni corporee**.

## Resistenza naturale

- Caratteristica per esempio per la realizzazione della infezione dermatofitica è:
- **la recettività del cuoio capelluto infantile**
- la refrattarietà del cuoio capelluto dell'adulto e nell'adolescenza

# Micosi cutanee

- **Tinea corporis**
- **Tinea faciei/tinea barbae**
- **Tinea capitis**
- **Epidermofizia inguinale**
- **Tinea manus/manum**
- **Tinea pedis**
- **Onicomicosi**

## • **Tinea corporis**

- **Micosi della cute glabra**, con lesioni singole o multiple, rotondeggianti/ovalari, con tendenza talora alla confluenza, con bordi lievemente rialzati ed eritematosi, sede di desquamazione furfuracea.
- Interessano il torace, il dorso, le braccia, le gambe, i glutei o l'addome.

# Tinea corporis



La tinea corporis si presenta con diversi quadri clinici in due forme:

- forma superficiale
- forma profonda

# Tinea corporis

- ◆ **Forma superficiale**
- ◆ una o più chiazze eritemato-squamose, a margini netti e bordi leggermente rilevati, eritemato-papulosi o eritemato-vescicolosi.
- ◆ Le lesioni tendono ad una **apparente risoluzione centrale e contestuale espansione centrifuga** con la formazione di lesioni a contorni policiclici.

# Tinea corporis

- ◆ **Forme profonde**
- ◆ **sono legate al parassitamento del pelo.**
- ◆ **forma acuta (Kerion Celsi)**
- ◆ **forma cronica (granuloma tricofitico del Maiocchi).**

# Tinea corporis



- ◆ La diagnosi è abitualmente facile per il **tipico aspetto anulare, con bordo rilevato**, delle chiazze della Tinea corporis.
- ◆ Talvolta invece si possono incontrare difficoltà diagnostiche, soprattutto se, in seguito **all'applicazione incongrua di farmaci topici steroidei**, è poco evidente l'aspetto clinico infiammatorio e desquamante delle lesioni.

# Tinea corporis

## ❑ Diagnosi differenziale:

- ❑ chiazza madre della Pitiriasi rosea di Gibert,
- ❑ eczema nummulare,
- ❑ dermatite seborroica,
- ❑ impetigine,
- ❑ eruzione polimorfa solare,
- ❑ psoriasi,
- ❑ granuloma anulare.

- Tinea faciei

- **Infezione della cute glabra del volto**, di solito ad andamento centrifugo, con orletto rialzato, sede di desquamazione più o meno evidente. **Spesso misconosciuta e trattata come dermatite eczemato-irritativa.**
- Di solito discretamente pruriginosa, ad andamento evolutivo, rapido

# Tinea faciei



## Diagnosi differenziale:

- ◆ rosacea,
- ◆ lupus eritematoso discoide,
- ◆ dermatite seborroica,
- ◆ dermatite atopica
- ◆ lesioni erpetiche

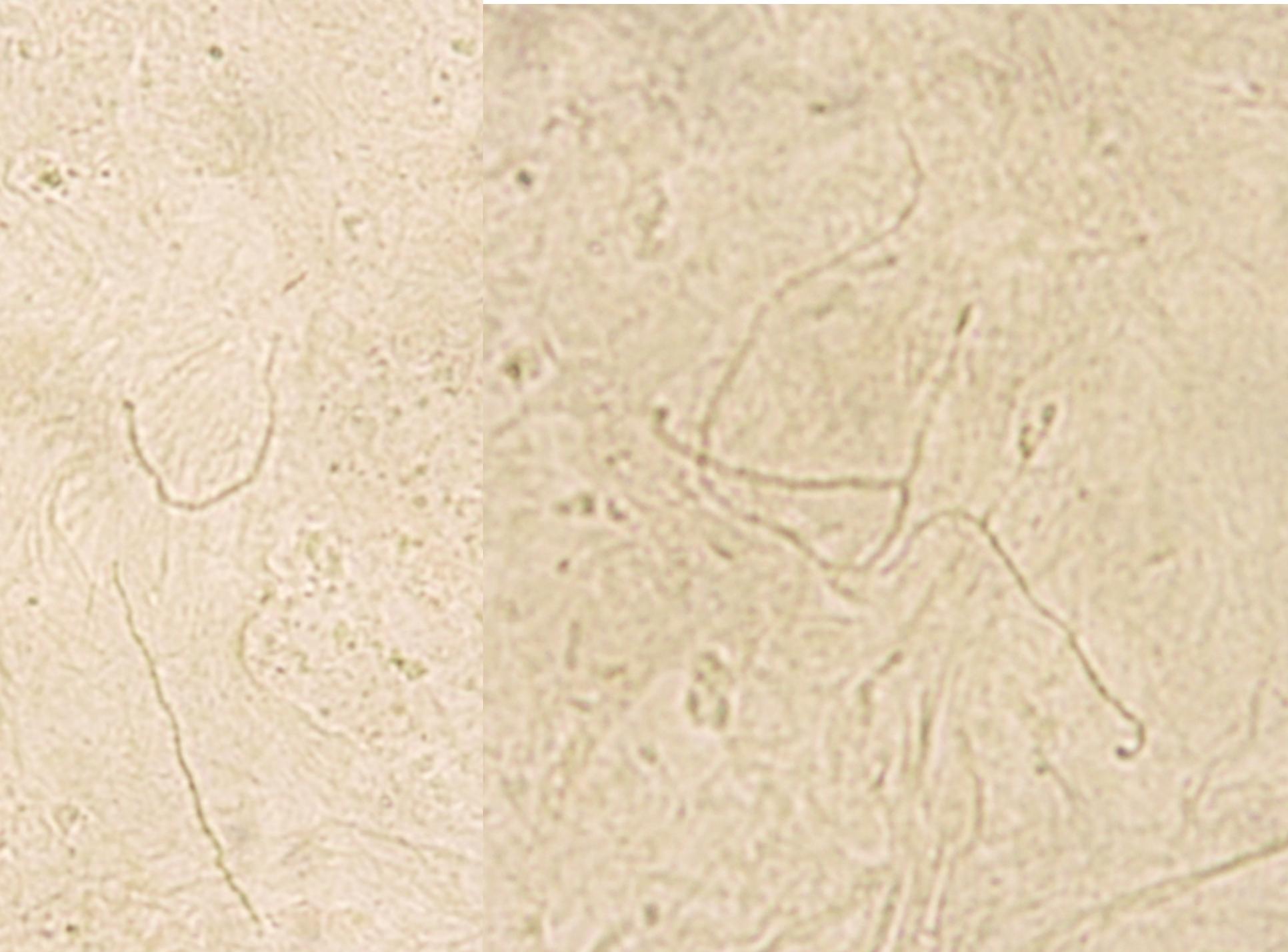
# Tinea corporis

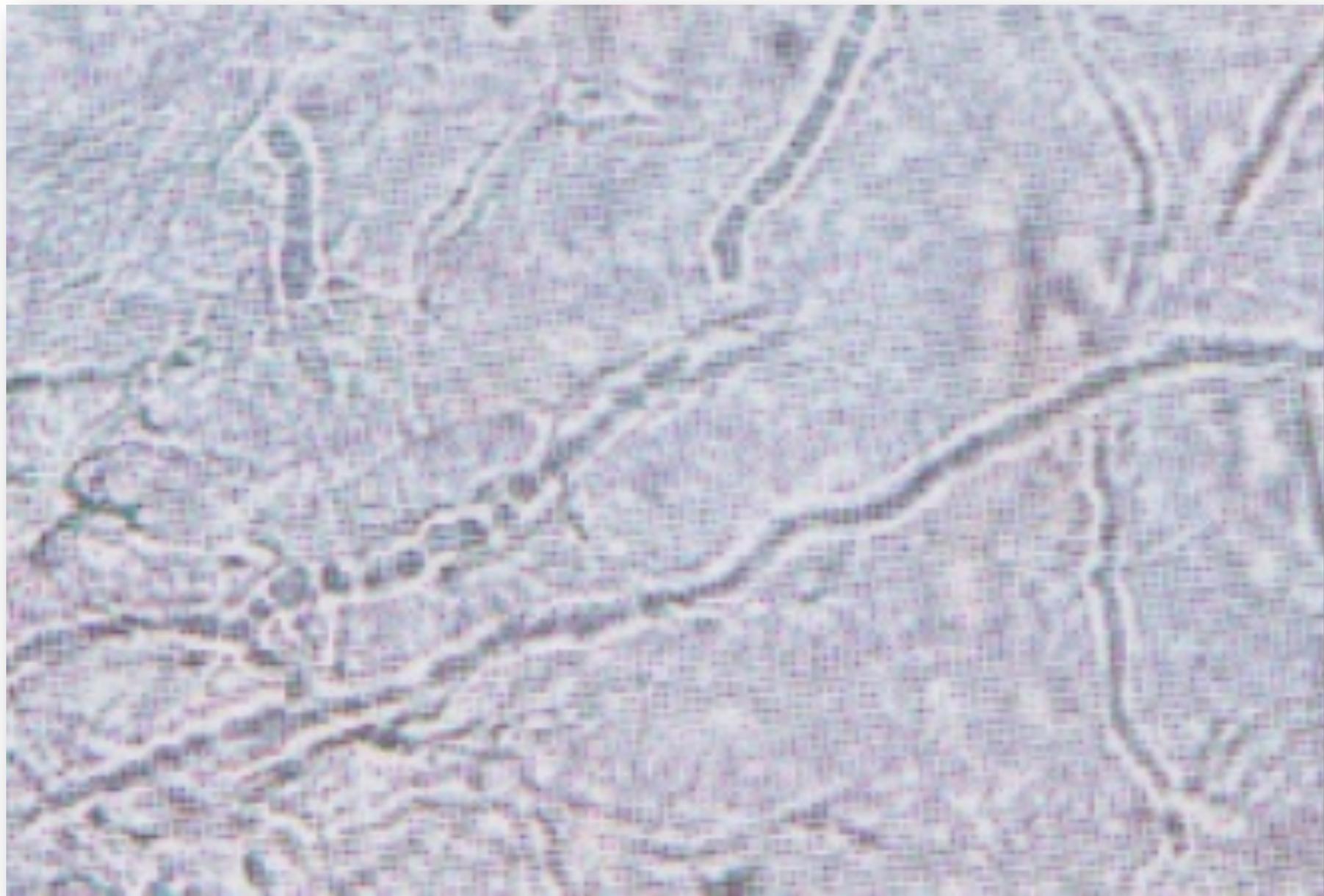
❖ E' di norma consigliabile confermare la diagnosi clinica praticando un *esame microscopico delle squame prelevate dai bordi delle lesioni* (con un bisturi non tagliente o con del nastro adesivo) che consente di evidenziare la presenza delle ife miceliali.

# Tinea corporis



❖ La ricerca microscopica dei dermatofiti è ancor più necessaria in presenza di **lesioni eritemato-squamose** che durano da lungo tempo e non tendono alla risoluzione con incongrue terapie corticosteroidi.





# Tinea corporis

- ❖ Nelle forme limitate a pochi elementi eritemato-squamosi
- ❖ A Terapia topica
- ❖ B Terapia sistemica
- ❖ C Terapia topica e sistemica.



# Tinea corporis

- ❖ Nelle forme limitate a pochi elementi eritemato-squamosi
- ❖ **A Terapia topica**
- ❖ **B Terapia sistemica**
- ❖ **C Terapia topica e sistemica.**



# Tinea corporis

- ❖ **Terapia topica** : Nelle forme limitate a pochi elementi eritemato-squamosi.
- ❖ **Farmaci efficaci:** derivati imidazolici (tioconazolo, clotrimazolo, miconazolo, econazolo, ketoconazolo, bifonazolo, isoconazolo, fenticonazolo, sulconazolo, fluconazolo e itraconazolo), ciclopiroxolamina, terbinafina, naftifina.
- ❖ **Durata della terapia:** 2- 4 settimane.
- ❖ **Terapia sistemica:** Nelle forme estese e/o con numerosi elementi eritemato-squamosi, in caso di interessamento del pelo-lanugo, nelle forme infiltrative granulomatose.
- ❖ **Farmaci:** Griseofulvina, Fluconazolo, Itraconazolo, Terbinafina



# Tinea capitis

- ◆ La “ tigna” è una infezione del cuoio capelluto causata da dermatofiti del genere *Microsporum* e *Trichophyton*;
- ◆ colpisce prevalentemente i bambini in età prepuberale, soprattutto dai 3 agli 11 anni
- ◆ **E' una patologia non presente nell'adolescenza**
- ◆ La tinea capitis è caratterizzata dalla presenza di eritema, desquamazione ed alterazioni dei capelli che si troncano a diversa altezza dall'emergenza.

- ◆ L'eziologia della *tinea capitis* varia in base alla prevalenza della flora dermatofitica in ogni singolo Paese.
- ◆ In Italia gli agenti eziologici più frequenti sono il **Microsporum Canis (zoofilo)** e **Microsporum gypseum** (geofilo), mentre il *Microsporum audouini* è raro in tutto il mondo con l'eccezione di alcuni paesi africani dove rappresenta la causa più frequente di tigna.



- ◆ **La tinea capitis è caratterizzata dalla presenza di eritema, desquamazione ed alterazioni dei capelli che si troncano a diversa altezza dall'emergenza.**



❖ **La Tinea trichofitica (T. violaceum o T. tonsurans)**

❖ chiazze multiple, piccole, desquamanti, a limiti indistinti, di colorito grigiastro, al cui interno permangono alcuni capelli sani, mentre i peli parassitati, che si sono spezzati a livello dell'ostio follicolare (*endotrix*), appaiono come punti neri simili ai comedoni.

- ❖ **Tinea capitis tonsurante –profonda suppurativa**
- ❖ **Kerion celsi (T. verrucosum o T. mentagrophytes)**
- ❖ **Forma di tinea capitis che si associa ad una intensa risposta infiammatoria (tigna suppurata).**
- ❖ **Presenza di follicoliti profonde e perifollicoliti confluenti in grossi piastroni tumefatti, dolenti, nel cui contesto si apprezzano capelli spezzati frammisti a materiale purulento che fuoriesce dagli orifizi follicolari. E' frequente una linfoadenopatia regionale. Il Kerion celsi, se non trattato tempestivamente e adeguatamente, può dare una alopecia cicatriziale.**



- ❖ **Terapia topica : Solo coadiuvante**
- ❖ **Terapia sistemica: Indispensabile praticamente in tutte le forme.**
- ❖ **Farmaci: Griseofulvina, Fluconazolo, Itraconazolo, Terbinafina**
- ❖ **Durata della terapia: 4- 6 settimane.**
- ❖ **Terapia adiuvante: Nelle tinee suppurate è utile associare ?**
- ❖ **A antibiotici antistafilococcici**
- ❖ **B corticosteroidi per via generale**

❖ Terapia topica : Solo coadiuvante

❖ Terapia sistemica: Indispensabile  
praticamente in tutte le forme.

❖ Farmaci: Griseofulvina, Fluconazolo,  
Itraconazolo, Terbinafina

❖ Durata della terapia: 4- 6 settimane.

❖ **Terapia adiuvante**: Nelle tinee suppurate è utile associare antibiotici antistafilococcici e corticosteroidi per via generale a dosi decrescenti per un mese, a causa della intensa reazione infiammatoria.

❖ **Terapia topica adiuvante**: cheratolitici  
(crema all'urea 30-40%)



# Tinea pedis

- ❖ La Tinea pedis (piede d'atleta o piede di Hong Kong)
- ❖ frequente **infezione da dermatofiti localizzata ai piedi**, soprattutto a livello degli spazi interdigitali e talora anche all'arco plantare, spesso associata alla *tinea cruris* e/o alla *tinea unguium*.
- ❖ In Italia colpisce circa il **10% della popolazione, adolescenti od adulti, di entrambi i sessi** spesso frequentatori di **palestre, piscine ed impianti sportivi**, ma anche appartenenti ad determinate categorie professionali quali minatori, militari ecc. e chiunque utilizzi impianti igienici collettivi, indumenti e calzature impermeabili o antinfortunistiche o non osservi una adeguata igiene personale.

# Tinea pedis

- ❖ Le specie dermatofitiche più spesso responsabili delle forme di Tinea pedis sono :
- ❖ **Trichophyton mentagrophytes,**
- ❖ **Trichophyton rubrum**
- ❖ **Epidermophyton floccosum.**
- ❖ Più raramente è stato identificato come agente causale il **Microsporum canis.**
- ❖ Tali dermatofiti possono essere considerati come saprofiti cosmopoliti (antropofili, zoofili e geofili) e sono in grado di sopravvivere per lungo tempo sia nel suolo che nei pavimenti di docce, moquette, tappeti, come pure negli indumenti (calze e calzature).

# Tinea pedis

- ❖ La sede più frequentemente colpita è il **IV spazio interdigitale**. In seguito si può osservare una più o meno rapida estensione agli altri spazi interdigitali, ai solchi sottodigitali plantari, unghie, regione plantare, faccia interna ed esterna del piede. Distinguiamo:
- ❖ forme intertriginose con processi di macerazione e fissurazione cutanea.
- ❖ forme disidrosiche o vescicopustolose con presenza di vescicole subcornee.
- ❖ forme squamoso-ipercheratosiche con desquamazione lamellare di tipo furfuraceo e una ipercheratosi diffusa.
- ❖ Possibile sovrapposizione di processi piogenici.
- ❖ Più rara è la comparsa di eruzioni fitidiche.



# Tinea pedis

- ❖ Le forme interdigitali sono talvolta accompagnate da **un odore caratteristico derivante dalla decomposizione di cellule cornee**, dermatofiti e sudore.
- ❖ Il decorso è generalmente lungo, caratterizzato da fasi di remissione e riaccensione spesso in coincidenza con le stagioni più calde.
- ❖ Frequenti sono anche le recidive, causate in realtà da veri e propri processi di reinfezione per autoinoculazione da focolai presenti su altre zone del corpo, oppure per rinnovato contatto con indumenti inadeguatamente sterilizzati.

# Tinea pedis

- ❖ La diagnosi non è difficile nelle forme tipiche.
- ❖ Nelle forme meno tipiche la diagnosi differenziale deve essere posta con:
  - ❖ forma intertriginosa, con l'iperidrosi, con le forme eczematose e con le forme essudative batteriche (da gram -) o candidosiche.
  - ❖ forme secche : l'eczema da contatto, la psoriasi, la pitiriasi rubra,
  - ❖ forme vescicopustolose: la disidrosi, la psoriasi pustolosa e le piodermi.
- ❖ Nei casi dubbi :ricorrere ad indagini micologiche.



forma intertriginosa

forma vescicopustolosa



# Tinea pedis

- ❖ **Terapia topica** : E' sufficiente nella forma interdigitale interessante pochi spazi
- ❖ Farmaci efficaci: derivati imidazolici ( tioconazolo , clotrimazolo, miconazolo, econazolo, ketoconazolo, bifonazolo, isoconazolo, fenticonazolo, sulconazolo, fluconazolo e itraconazolo), Ciclopiroxolamina, terbinafina, naftifina.
- ❖ Durata della terapia: 2- 4 settimane.
  
- ❖ **Terapia sistemica**: Nelle forma interdigitale interessante più spazi, nella tinea pedis plantare e nella forma a mocassino.
- ❖ Farmaci: Fluconazolo, Itraconazolo, Terbinafina (per 2-4 settimane)

# Tinea cruris

- ❖ La *tinea cruris* (o epidermofizia inguinale o eczema marginato di Hebra)
- ❖ E' una dermatofitosi localizzata prevalentemente alla **regione inguino-crurale** e più esattamente nei soggetti di sesso maschile nel punto in cui lo scroto prende contatto con la faccia interna della coscia.
- ❖ E' al 3° posto fra le micosi cutanee delle zone glabre, dopo la Pityriasis versicolor e la Tinea pedis,
- ❖ La *tinea cruris* è una malattia ubiquitaria, più diffusa nei paesi tropicali o a clima caldo umido, ed interessa dal 20% al 40% della popolazione, soprattutto giovani e adulti di sesso maschile. E' rara in età infantile.

# Tinea cruris

- ❖ L'infezione è favorita da: iperidrosi, scarsa igiene, sfregamento, uso di abbigliamento attillato e poco traspirante.
- ❖ La sua trasmissione può avvenire sia per via mediata (attraverso biancheria ecc.) che per contatto diretto, in particolare mediante i rapporti sessuali.
- ❖ Le maggiori occasioni per la trasmissione si hanno negli ambienti comunitari, in particolare negli ambienti sportivi, tanto che la *tinea cruris* viene anche denominata “jockey itch” e “gym itch”.

# Tinea cruris

- ❖ L'infezione è causata da dermatofiti antropofili, del genere **Epidermophyton (E. floccosum)** e, più frequentemente, **Trichophyton (T. rubrum)**.
- ❖ La *tinea cruris* ha un aspetto morfologico caratterizzato da **una lesione eritemato-squamosa bilaterale, pressoché simmetrica, a forma di semiluna ad estensione centrifuga e con un caratteristico bordo netto, leggermente rilevato, di colorito più marcato.**
- ❖ Lo scroto è quasi sempre indenne. E' invece più frequente l'estensione alle regioni gluteo-perineale, perianale e, più spesso nelle donne e negli individui obesi, nella regione addome-pubica.

# Tinea cruris

❖ varianti cliniche:

- ❖ 1) **forma eritematosa non marginata**, caratterizzata da una chiazza di colore uniforme (senza differenza tra la parte centrale e i margini) che può ricordare una intertrigine da *Candida*. Sono indicativi per la candidosi l'aspetto "lucido brillante" della lesione, l'eritema di tonalità più accesa e la presenza di lesioni succenturiate
- ❖ 2) **forma eczematoide** caratterizzata dalla presenza all'interno della lesione di fenomeni essudativi (vescicole e/o squamo- croste) o di lichenificazione ed infiltrazione, conseguenti al grattamento
- ❖ 3) **forma "eritrasmoide"** con lesioni di colorito brunastro, a limiti netti, non rilevati e non figurati

# Tinea cruris

- ❖ **Terapia topica** : Solitamente è sufficiente
- ❖ Farmaci efficaci: derivati imidazolici ( tioconazolo , clotrimazolo, miconazolo, econazolo, ketoconazolo, bifonazolo, isoconazolo, fenticonazolo, sulconazolo, fluconazolo e itraconazolo), Ciclopiroxolamina, terbinafina, naftifina.
- ❖ Durata della terapia: 2- 3 settimane.
  
- ❖ **Terapia sistemica**: Nelle forme follicolari e/o, nelle forme infiltrative granulomatose.
- ❖ Farmaci: Fluconazolo, Itraconazolo, Terbinafina (per 2-4 settimane)

# Onicomicosi

- ❖ La *tinea unguium* o *onicomicosi* è una frequente infezione da dermatofiti, lieviti o muffe, che costituisce il 50% circa delle onicopatie e interessa nel 90% dei casi le unghie dei piedi.
- ❖ Le onicomicosi sono generalmente una **malattia dell'adulto**; le unghie dei piedi e soprattutto l'alluce sono più frequentemente colpite di quelle delle mani.
- ❖ Risulta *rara nei bambini*, con una prevalenza dello 0,2% e **aumenta progressivamente di incidenza con l'età**, raggiungendo nella popolazione compresa tra 40 e 60 anni una prevalenza anche del 20%.

# Onicomicosi

- ❖ *La rarità in età infantile viene giustificata col fatto che:*
- ❖ *prima della pubertà la crescita ungueale è più rapida e quindi eventuali elementi fungini, venuti in contatto con la lamina, sarebbero subito allontanati, senza avere il tempo di “aggredirla”.*
- ❖ *Inoltre i bambini sono meno esposti degli adulti al rischio di infezione, che avviene di solito in ambiente lavorativo e/o sportivo.*

# Onicomicosi da Candida

- ❖ **La Candida albicans** generalmente non parassita primitivamente la lamina ungueale, bensì i tessuti periungueali dando così origine a due quadri clinici: la **perionissi e l'onicolisi.**
- ❖ La perionissi da Candida colpisce classicamente le unghie delle mani, si manifesta clinicamente con eritema, edema dei tessuti molli periungueali e scomparsa della cuticola.
- ❖ Dalle pieghe ungueali edematose può talvolta fuoriuscire una modica quantità di materiale purulento e il paziente lamenta in genere dolore. La lamina ungueale spesso presenta nella sua porzione laterale un colorito giallastro o brunastro che talvolta si diffonde poi a tutta l'unghia.

# Onicomicosi da Candida

- ❖ **Terapia topica** : E' sufficiente soltanto nelle forme minime superficiali
- ❖ Farmaci efficaci: Tioconazolo soluz. ungueale, ciclopiroxolamina lozione, miconazolo tintura, amorolfina lacca.
- ❖ Terapia adiuvante: cheratolitici (es. crema all'urea 30-40%)
- ❖ **Terapia sistemica**: Indispensabile praticamente in tutte le forme.
- ❖ Farmaci: (Itraconazolo 400 mg/die per 7 giorni al mese per 2-4 mesi), Terbinafina (250 mg/die- **B 125mg/die**)
- ❖ Durata della terapia: variabile.

# Boccarola o Perlèche



- Colpisce le commissure labiali ed è legata ad un eccesso di salivazione.

# Infezioni da Candida

❖ **Terapia topica** : Solitamente è sufficiente

❖ **Farmaci efficaci**: Ciclopiroxolamina, derivati imidazolici (clotrimazolo, miconazolo, econazolo, ketoconazolo, bifonazolo, isoconazolo, tioconazolo, fenticonazolo, sulconazolo, fluconazolo e itraconazolo), terbinafina, naftifina.

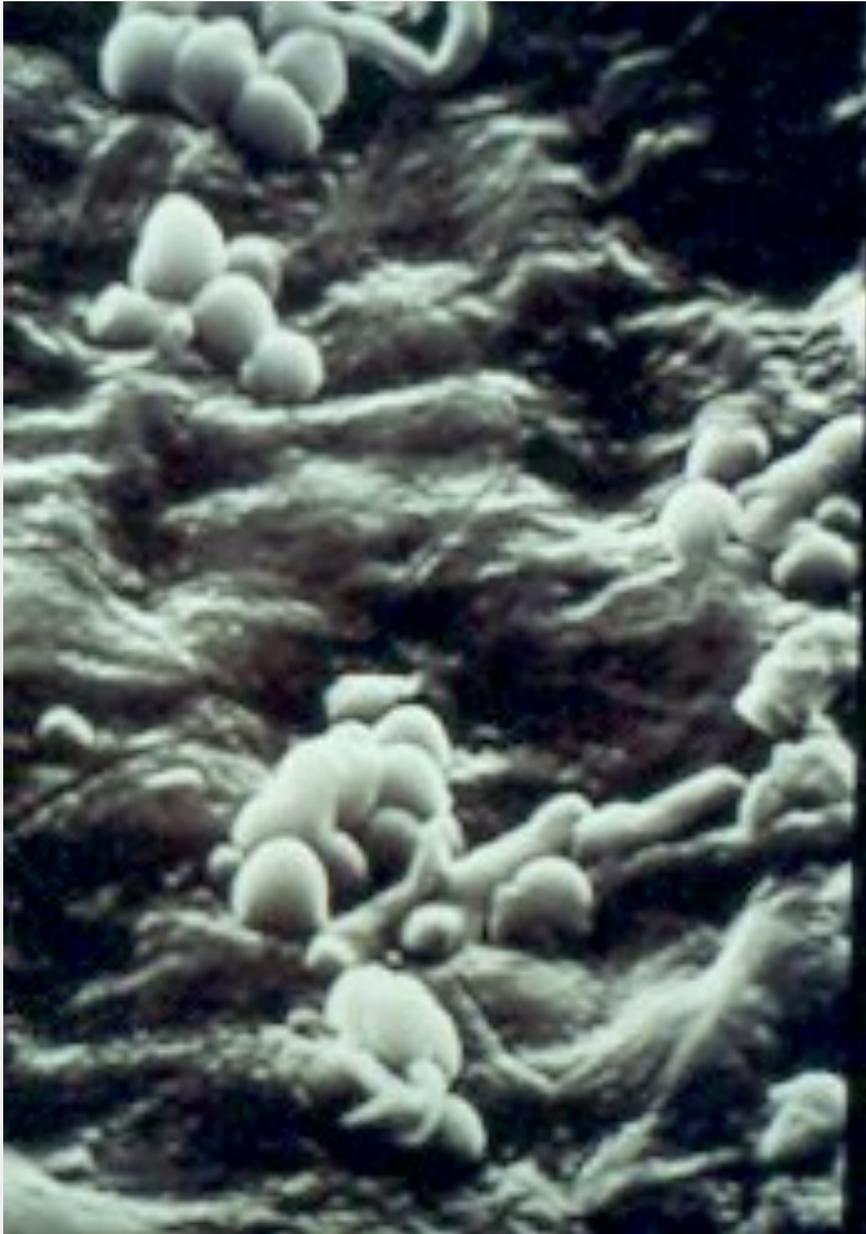
❖ **Durata della terapia**: 2- 4 settimane (per le intertrigini), 8 settimane (per le perionissi).

❖ **Terapia sistemica**: Nelle forme intertriginose e nelle perionissi

❖ **Farmaci**: Fluconazolo, Itraconazolo, (per 2-4 settimane)

# Pitiriasi versicolor

- ❖ E' la **micosi superficiale più frequente**, ha un andamento cronico recidivante e stagionale estivo-autunnale. Preferisce i giovani adulti, senza preferenza fra i sessi, **aumenta dal momento dell'adolescenza**, per raggiungere il massimo dai 20 ai 40 anni e si localizza prevalentemente al torace, causata dalla forma miceliale (o filamentosa) della *Malasszia furfur* o *Pityrosporum ovale*.
- ❖ In Italia l'incidenza è valutata intorno al 3-4%, mentre nelle regioni tropicali e subtropicali colpisce fino al 40-50% della popolazione.
- ❖ Nel nostro paese **la *pityriasis versicolor* è rara in età pediatrica** ed oltre i 65 anni



# Pitiriasi versicolor

- ❖ Responsabile della micosi è la **Malassezia furfur**, forma filamentosa del *Pityrosporum orbiculare* o *P. ovale*.
- ❖ E' un un lievito lipofilo, normale saprofita della cute, **di forma solitamente ellissoidale o globosa**, che predilige le zone ove è maggiore la densità di ghiandole sebacee.

# Pitiriasi versicolor



- ❖ La sua colonizzazione inizia verso i 5 anni di vita e raggiunge i valori massimi tra i 15 e i 30 anni, decrescendo negli anziani.
- ❖ Frequenza e densità di colonizzazione variano in funzione del tipo di pelle, risultando maggiori in soggetti con pelle grassa e a livello delle cosiddette aree sebacee, come torace, cuoio capelluto e volto.

# Pitiriasi versicolor



- ❖ Più raramente, almeno ai nostri climi, è interessato il volto.
- ❖ Questa sede è colpita nei *bambini*, dove la micosi si localizza lungo i bordi del capillizio e alle regioni periorbitali, forse in rapporto con il precoce sviluppo delle ghiandole sebacee in queste zone.

# Pitiriasi versicolor

- ❖ chiazze a limiti ben netti, rotonde o ovalari, da 5 a 10 mm di diametro-inizialmente perifollicolari-isolate e confluenti, con figurazioni policiclicogeografiche.
- ❖ Il colore delle lesioni varia dal bianco al rosa-rosso, al camoscio, al caffèlatte, al bruno. Le lesioni sono ricoperte da squame pitiriasiche non aderenti, facilmente sollevabili, talora meglio evidenziabili con un “colpo d’unghia”.
- ❖ Nei paesi a clima temperato, le lesioni si localizzano al tronco, alla parte prossimale delle braccia e al collo.

# Pitiriasi versicolor

- La diagnosi differenziale si può porre con:
  - **pitiriasis alba**, nella quale le lesioni ipocromiche si localizzano al volto, sono rotondeggianti , a limiti sfumati e con squame pitiriasiche;
  - **vitiligine**, in cui le lesioni sono nettamente acromiche con bordi ipercromici e senza squame
  - **leucodermi postinfiammatori**;
  - **dermatite seborroica**, dove le lesioni, più eritematose, presentano squame più grandi e untuose.

# Pitiriasi versicolor

- ❖ **Terapia topica** : Solitamente è sufficiente
- ❖ Farmaci efficaci: Derivati imidazolici ( Tioconazolo, clotrimazolo, miconazolo, econazolo, ketoconazolo (shampoo), bifonazolo, isoconazolo, fenticonazolo (schiuma), sulconazolo, fluconazolo e itraconazolo), ciclopiroxolamina, terbinafina, naftifina.
- ❖ Durata della terapia: 2 settimane.
- ❖ **Terapia sistemica**: Nelle forma recidivanti e/o molto estese
- ❖ Farmaci: Fluconazolo, Itraconazolo.

# Micosi - Terapia

## Sistemica

- **Azoli**
  - Fluconazolo
  - Itraconazolo
- **Allilamine**
  - Terbinafina
- **Polienici**
  - Amfotericina B
  - Nistatina
- **Griseofulvina**

## Topica

- **Azolici**
  - Miconazolo
  - Bifonazolo
  - Econazolo
  - Sertaconazolo
- **Allilamine**
  - Terbinafina

# Terapia Antimicotica sistemica

## Antimicotico

## Dose giornaliera

**GRISEOFULVINA**  
**KETOCONAZOLO**  
**ITRACONAZOLO**  
**FLUCONAZOLO**  
**TERBINAFINA**

**25-30 mg/Kg**  
**200 mg**  
**100 - 200 mg**  
**50 - 400 mg**  
**125 -250 mg**

# Terapia Antimicotica sistemica

## ❖ Dosaggi raccomandati per pazienti pediatrici

### ❖ **ITRACONAZOLO**

#### ❖ **Peso Kg    Posologia**

- ❖ **10-20      100 mg a giorni alterni**
- ❖ **20-30      100 mg al giorno**
- ❖ **30-40      100 mg al giorno o  
              alternate 100 e 200 al giorno**
- ❖ **40-50      100 e 200 mg al giorno alternate**
- ❖ **>50        200 mg al giorno**

# Terapia Antimicotica sistemica

## Terbinafina

Peso	Dosaggio
❖ <20	62.5 mg/die
❖ 20-40	125 mg/die
❖ >40	250 mg/die

10° CORSO INTERATTIVO

# **Dermatologia P e d i a t r i c a del Mediterraneo**

Hotel Village Suvaki  
ISOLA DI PANTELLERIA

30 Giugno • 5 Luglio 2019

