



Ministero dell'istruzione e del merito

Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio

Istituto Comprensivo di Lariano

Scuola dell'Infanzia – Primaria – Secondaria di I grado

Via Urbano IV n. 3 – 00076 Lariano (Rm)

XXXIX Distretto Scolastico - Ambito Territoriale 15

C.F. 95002200582 - Codice Meccanografico RMIC8BR004

Indirizzo P.E.O rmic8br004@istruzione.it Indirizzo Pec RMIC8BR004@PEC.ISTRUZIONE.IT

tel. 06/96498742

Sito Internet: <http://www.comprensivolariano.edu.it>

Circolare n. 135

Alle famiglie
Al personale docente e ATA
Al DSGA
Al sito web

Oggetto: Informativa TIGNA (Tinea corporis)

Introduzione

La tinea corporis (o semplicemente tigna) è un'infezione della cute causata da funghi (o miceti) dermatofiti, ovvero capaci di colonizzare la cheratina, la principale proteina costituente lo strato superficiale della pelle (strato corneo dell'epidermide), capelli, peli ed unghie.

L'infezione è strettamente correlata a

- piede dell'atleta (tinea pedis),
- tigna inguinale (tinea cruris)
- e tigna del cuoio capelluto (tinea capitis).

Il contagio avviene per contatto con animali infetti oppure per via inter-umana e l'infezione si manifesta con la comparsa di una caratteristica lesione cutanea di forma anulare (cioè simile ad un anello), arrossata (eritematosa), desquamante al centro, pruriginosa.

Quando la diagnosi e la terapia impostate sono corrette, la prognosi è buona e non sussistono complicazioni.

Talvolta, tuttavia, le infezioni da dermatofiti sono confuse con altre dermatosi e trattate erroneamente con farmaci corticosteroidi topici che attenuano la componente infiammatoria, ma favoriscono l'estensione dell'infezione (tinea incognita); il risultato è un temporaneo apparente miglioramento, seguito da un peggioramento con aumento della superficie colpita.

Causa, trasmissione, contagiosità

I funghi dermatofiti appartengono a tre generi:

- Microsporum,
- Trichophyton
- Epidermophyton.

Tutti questi generi possono determinare la tinea corporis, ma più frequentemente si tratta di

- Trichophyton rubrum,
- Trichophyton mentagrophytes
- Microsporum canis.

Come si prende?

L'uomo si contagia venendo a contatto con animali infetti (gatti, cani, cavalli) che albergano il fungo, in particolare con animali randagi che non hanno accesso alle prestazioni veterinarie. Veterinari e allevatori sono quindi categorie professionali particolarmente esposte al rischio di tigna.

È possibile anche il contagio inter-umano per contatto interpersonale diretto con una persona infetta, ad esempio in seguito ad alcune attività sportive che richiedono un contatto fisico stretto (tinea gladiatorum).

Meno frequentemente si osserva infine un contagio mediante fomiti (cioè oggetti venuti a contatto con soggetti/animali infetti) ed eventualmente con il suolo.

Quando non è più contagiosa?

A 48-72 ore dall'inizio del trattamento si considera l'infezione non più contagiosa.

Fattori di rischio

Rappresenta un fattore di rischio per questa, come per altre infezioni, l'immunosoppressione ovvero il deficit delle difese immunitarie per cause

infettive (infezione da virus dell'immunodeficienza umana, HIV) e/o farmacologiche (pazienti in terapia con farmaci immunosoppressori per varie cause, ad esempio in seguito ad un trapianto d'organo).

Sintomi e manifestazioni cliniche

La tinea corporis si manifesta come una lesione singola oppure con lesioni multiple localizzate a tronco, collo, gambe, braccia.

La lesione tipica è una chiazza (lesione piana) oppure placca (lesione lievemente rilevata) eritematosa (arrossata) di forma ovalare con risoluzione centrale;

si presenta quindi come un anello eritematoso a margini ben definiti e caratterizzato talvolta dalla presenza di alcune vescicole (piccole lesioni rilevate contenenti liquido sieroso).

La cute "all'interno dell'anello" è invece meno arrossata, ma desquamata.

La lesione prude notevolmente e tende ad aumentare di diametro nel tempo, conflueno tra loro ed assumendo così aspetti a coccarda ("herpes circinatus").

In caso di infezione contratta da animali (funghi zoofili) le lesioni sono particolarmente infiammate,

i bordi contengono più vescicole e a volte anche pustole (piccole lesioni rilevate contenenti materiale purulento) e croste.

Diagnosi

La diagnosi si basa sull'esame clinico, ma soprattutto sull'isolamento del fungo responsabile mediante l'esame: micologico, microscopico e colturale.

Quest'esame consiste nella raccolta delle squame da una lesione mediante grattamento con uno strumento chirurgico chiamato curette. Le squame prelevate vengono osservate al microscopio per la ricerca diretta dei funghi (esame microscopico) e poi seminate su terreni di coltura per l'esame colturale. Le colonie fungine che si formano nei terreni di coltura si sviluppano nell'arco di alcuni giorni o settimane e sono identificate in base agli aspetti macroscopici e microscopici.

Diagnosi differenziale

La tinea corporis deve essere differenziata da:

- pitiriasi rosea, malattia esantematica a risoluzione spontanea in cui le lesioni sono poco o per niente pruriginose e caratterizzata dalla comparsa di una singola lesione iniziale (chiazza madre) a cui fanno seguito multiple lesioni secondarie più piccole;
- eczema nummulare, infiammazione della cute a causa sconosciuta caratterizzata da lesioni discoidi, “a moneta”, particolarmente eritematose con carattere essudativo e senza estensione centrifuga che interessano soprattutto gli anziani ed i giovani affetti da dermatite atopica a livello degli arti inferiori;
- psoriasi, malattia infiammatoria della cute per cui esiste una predisposizione genetica, caratterizzata da lesioni eritematose ma anche ipercheratosiche (spesse) e desquamanti con andamento cronico.

Cura

La prognosi è buona perché l’infezione risponde alle comuni terapie antimicotiche.

La terapia topica si avvale di antimicotici imidazolici (clotrimazolo, miconazolo, chetoconazolo) o sostituiti della piridina (ciclopiroxolamina) che, sotto forma di creme o lozioni, devono essere applicati anche 2-3 cm oltre il margine delle lesioni per almeno 2 settimane.

Gli antimicotici per via orale (itraconazolo, fluconazolo) sono indicati nelle forme estese, croniche o recidivanti.

Per favorire ed accelerare la guarigione è auspicabile iniziare il trattamento il più presto possibile ed evitare di grattare le lesioni (esiste peraltro il rischio di auto-contagio in altre parti del corpo).

Come capire se sta guarendo?

In genere la risposta alle terapie è buona e relativamente rapida, consentendo di osservare una riduzione dei sintomi già entro i primi 2-3 giorni.

Prevenzione

La strategia di prevenzione consiste solo nell’evitare il contatto diretto con gli agenti causali (animali domestici e persone infette), anche attraverso lo scambio di vestiti e biancheria da casa.

Il Dirigente Scolastico
F.to* *Prof.ssa Patrizia Fiaschetti*

*Firma autografa sostituita a mezzo stampa, ai sensi dell’art. 3 § 2 del D. Lgs. 39/93