

Manualul Merck 88 de simptome frecvente Etiologie, evaluare și tratament

Robert S. Porter, editor
Justin L. Kaplan, editor asistent principal
Barbara P. Homeier, editor asistent

Traducere de Bianca-Marina Vasilescu



Prefață

De peste o sută de ani, *Manualul Merck de Diagnostic și Tratament* este cartea medicală cea mai utilizată din lume. Manualul Merck oferă informații medicale, în special despre diferite afecțiuni, pentru clinicieni și studenți în medicină.

Această nouă carte, *Manualul Merck – 88 de simptome frecvente*, completează *Manualul Merck* și are ca scop să ajute nou-veniții în domeniul diagnosticului clinic să abordeze pacienții care prezintă anumite simptome comune. Deși un subiect provocator pentru oricine, studenții sunt cei care au cele mai mari probleme în a aduna informațiile relevante despre pacient și de a alege din senzațiile, grijile și simptomele pacientului, astfel încât să realizeze o imagine coerentă. Această imagine dă naștere fie la un diagnostic, fie la o listă de posibilități (diagnostic diferențial) care poate fi redusă prin folosirea rațională a examenelor de laborator. Procesul de sortare și finalizare a diagnosticului diferențial este dificil de formalizat, motiv pentru care majoritatea algoritmilor, sistemelor computerizate de expertiză și a rețelelor neurale nu sunt de mare folos atunci când vine vorba de diagnosticarea pacienților.

Această carte este astfel structurată încât oferă un schelet pentru înțelegerea unui simptom (vezi și „Ghidul pentru cititori“). Fiecare discuție pe marginea unui simptom va fi mai folositoare pentru studenți atunci când va fi citită complet și nu pe bucăți. Clinicienii cu experiență vor citi selectiv pentru a-și aminti detalii ale diagnosticului diferențial sau pentru a evalua simptome cu care sunt mai puțin familiarizați. Pentru toți, informațiile vor fi mai bine înțelese și reținute atunci când vor fi citite cu scurt timp înainte sau imediat după examinarea unui pacient.

Sperăm ca această carte să fie un ajutor pentru dumneavoastră, cititorii noștri, să fie compatibilă cu nevoile dumneavoastră și demnă de o folosire frecventă. Dorim să mulțumim colaboratorilor care și-au adunat cunoștințele în acest volum. Pentru că cei care au contribuit la această lucrare sunt cu toții experți în domeniul lor, a avea *Manualul Merck – 88 de simptome frecvente* ca referință este ca și cum ai avea un consultant personal în buzunar. Sugestiile referitoare la modul de îmbunătățire a acestei cărți vor fi primite cu căldură și luate atent în considerare.

Dr. Robert S. Porter

Ghid pentru cititori

Această carte presupune că cititorul a fost instruit cum să stabilească anamneza și cum să realizeze un examen fizic general și că el este familiarizat cu fiziologia, anatomia de bază și patologia bolilor frecvent întâlnite.

Fiecare simptom începe cu o listă de **cauze** (etiologia), numindu-le atunci când este posibil pe cele mai frecvente, cele mai periculoase sau și una și alta.

Pentru claritate, **anamneza și examenul fizic** conțin doar elementele care sunt cele mai probabile pentru acel simptom. Într-o situație reală din clinică, se așteaptă din partea studenților să realizeze o anamneză și un examen fizic complete, cu excepția cazurilor în care li se spune altceva de către medicul supraveghetor.

O listă scurtă de **semne de gravitate** cuprinde semnele care deseori indică o problemă mai gravă și care, în mod normal, ar trebui să fie rapid adusă în atenția supervisorului.

Secțiunea despre **interpretarea rezultatelor** anamnezei și examinării fizice este, din nevoie, scurtată și doar cele mai sugestive tipare clinice sunt menționate. În această carte, diagnosticul este prezentat ca o căutare pentru un tipar „clasic“ de semne și simptome. În realitate, deși aceste tipare sunt sugestive atunci când sunt prezente, puțini sunt pacienții care suferă de o anumită boală și prezintă toate manifestările clinice clasice ale acesteia, iar unii au doar puține dintre acestea. Deși menționăm unele dintre manifestările variate ale bolii, descrierea se concentrează pe rezultatele tipice și este, astfel, doar punctul de început pentru clinician. Este potrivit să aveți o suspiciune clinică clară, în special în ceea ce privește afecțiunile grave, și să țineți minte că absența unui tipar clasic nu dovedește absența bolii. Pe de altă parte, studenții nu ar trebui să fie atât deconcentrați pe excepții și prezentări atipice încât să devină nihilisti ai diagnosticului (adică, „toate pot să se prezinte ca orice“).

Examenele de laborator sunt discutate într-o manieră practică, încercând să ofere o direcție clară despre testele necesare și momentul în care acestea trebuie să fie realizate. În majoritatea cazurilor, tratamentul simptomului este cel mai bine realizat prin tratarea bolii cauzatoare. Astfel de discuții depășesc scopul și intenția acestei lucrări și trimitem

cititorii la *Manualul Merck*. Cu toate acestea, discutăm totuși tratamente nespecifice pentru tratarea simptomelor atunci când este posibil (de exemplu, constipația, tusea, pruritul).

Important: autorii și editorii acestei cărți au depus eforturi majore ca informațiile prezentate să fie precise și conform practicii standard la momentul publicării. Cu toate acestea, aspecte unice ale situațiilor clinice individuale necesită ca cititorul să aplice judecata proprie atunci când ia o decizie clinică și, dacă este necesar, să consulte și să compare cu informații din alte surse. În special, cititorul este sfătuit să verifice informațiile produselor medicamentoase oferite de către producători înainte de a le prescrie, în special dacă nu este obișnuit cu medicamentul sau dacă nu îl folosește în mod frecvent.

Merck & Co., Inc. este una dintre cele mai mari companii farmaceutice din lume. Merck este dedicat în a oferi informații medicale excelente și, ca urmare a acestui efort, continuă să ofere toate Manualele Merck ca un serviciu pentru comunitate.

Cuprins

Alopecia	1
Amenoreea	9
Amețelile și vertijul	22
Anosmia	33
Cefaleea	37
Congestia nazală și rinoreea	46
Constipația la adult	49
Constipația la copil	58
Corpi flotanți oculari	68
Diareea la adulți	73
Diareea la copil	81
Diplopia	88
Disfagia	94
Disfuncția erectilă	99
Dismenoreea	106
Dispepsia	110
Dispneea	115
Disuria	123
Durerea abdominală acută	128
Durerea abdominală cronică	136
Durerea de dinți	144
Durerea de gât și de spate	150
Durerea în gât	159
Durerea monoarticulară	163
Durerea oculară	170
Durerea poliarticulară	176
Durerea scrotală	186
Durerea toracică	192

Durerea pelviană	203
Durerea pelviană în primul trimestru de sarcină	210
Edemul	217
Edemul în ultimul trimestru de sarcină	225
Edemul pleoapelor	230
Epistaxisul	235
Febra acută la adult	240
Febra de origine necunoscută	251
Febra la sugar și copil	261
Gazele intestinale	272
Greața și vărsăturile în primul trimestru de sarcină	278
Greața și vărsăturile la adult	284
Greața și vărsăturile la sugar și copil	290
Halitoza	298
Hematospermia	303
Hematuria	306
Hemoptizia	312
Hemoragia excesivă	321
Hemoragia gastrointestinală	327
Hemoragia vaginală	335
Hemoragia vaginală în primul trimestru de sarcină	342
Hemoragia vaginală în ultimul trimestru de sarcină	348
Hipoacuziile	353
Hirsutismul	361
Icterul la adult	368
Icterul la nou-născut	377
Incontinența urinară la adult	387
Incontinența urinară la copil	396
Insomnia și somnolența diurnă excesivă	406
Lăcrimarea	418
Masele tumorale la nivelul gâtului	425
Micțiuni frecvente	430
Nodulii mamari	434

Ochiul roșu	438
Otalgia	444
Otoreea	450
Palpitațiile	455
Pierderea acută a vederii	462
Plânsul	469
Poliuria	475
Priapismul	481
Pruritul	486
Pruritul anal	495
Pruritul și secrețiile vaginale	499
Secrețiile mamelonare	507
Senzația de globus	512
Sincopa	515
Starea de slăbiciune generalizată	526
Stomatita	543
Stridorul	550
Sughițul	557
Surditatea brusc instalată	560
Tinitusul	565
Tremorul	572
Tusea la adult	582
Tusea la copil	589
Urticaria	596
Vederea neclară	605
Wheezingul	612
Xerostomia	619
Anexa 1. Tratamentul medicamentos al durerii acute	625
Anexa 2. Pacientul cu imunodeficiență	639
Index	649

Alopecia

Alopecia este definită ca pierderea părului, o cauză de îngrijorare crescută pentru pacient, atât din motive cosmetice, cât și psihologice, dar care poate reprezenta, de asemenea, un semn important al unei boli sistemice.

Fiziopatologie

Ciclu de creștere: părul crește în cicluri, fiecare ciclu constând dintr-o fază de creștere lungă (anagenă), o fază scurtă de tranziție apoptotică (catagenă) și o fază scurtă de repaus (telogenă). La sfârșitul perioadei de repaus, firul de păr cade (faza exogenă) și un nou fir de păr începe să crească în folicul, începând un nou ciclu. În mod normal, zilnic, aproximativ 100 de fire de păr de la nivelul scalpului ajung la sfârșitul fazei de repaus și cad. Când mult mai mult de 100 de fire de păr ajung la sfârșitul fazei de repaus, apare pierderea clinică de păr (telogen effluvium). O tulburare a perioadei de creștere cauzează o pierdere anormală a părului anagen (anagen effluvium).

Clasificare: alopecia poate fi clasificată ca focală sau difuză, cicatricială sau necicatricială.

Alopecia cicatricială este rezultatul distrugerii active a foliculului de păr, care este iremediabil afectat și înlocuit cu țesut fibros. Unele afecțiuni ale firului de păr au o evoluție difazică, în care alopecia necicatricială apare timpuriu în evoluția bolii și pe măsură ce boala evoluează, se instalează pierderea definitivă a părului. Alopecia cicatricială poate fi divizată în forma primară, în care ținta inflamației este foliculul în sine, și forma secundară, în care foliculul este distrus ca rezultat al inflamației nespecifice (vezi Tabelul 1).

Alopecia necicatricială este rezultatul proceselor care reduc sau încetinesc creșterea părului fără afectarea ireparabilă a foliculului pilos. Bolile care afectează în mod primar teaca firului de păr sunt considerate alopecii necicatriciale.

Etiologie

Alopecia reprezintă un grup larg de afecțiuni, cu etiologii variate și multiple (vezi Tabelul 1).

Cea mai comună cauză de alopecie este:

- alopecia androgenetică (pattern masculin sau pattern feminin de pierdere a părului).

Alopecia androgenetică este o afecțiune ereditară androgen-dependentă în care dihidrotestosteronul joacă un rol major.

Tabelul 1. CLASIFICAREA ȘI CAUZELE ALOPECIEI

Clasificare	Cauze
ALOPECIE DIFUZĂ NECICATRICIALĂ	
Anagen effluvium (cauzată de agenți care afectează sau întrerup ciclul anagenic)	Chimioterapie Substanțe toxice (de exemplu, acid boric, mercur, taliu) Radiații (de asemenea, produc alopecie focală cicatricială)
Alopecia androgenetică (pierderea părului cu pattern masculin sau feminin)	Androgeni (dihidrotestosteron) Familială Hiperandrogenism patologic (la femei – vezi Hirsutismul)
Boli congenitale	Atrichie congenitală cu papule Displazia ectodermică
Anomalii primare ale tecii părului (trichodistrofii)	Trichorrhexis nodosa (ruperea ușoară a firului de păr) Boli congenitale Sindromul pierderii părului anagen Folosirea în exces a uscătorului de păr (bubble hair)
Effluvium telogen (creșterea numărului de fire de păr intrate în repaus)	Medicamente (de exemplu, agenți chimioterapici antimetaboliți, anticoagulante, retinoizi, contraceptive orale, inhibitori ECA, beta-blocante, litiu, medicamente antitiroidiene, anticonvulsivante, metale grele, exces de vitamina A) Tulburări endocrine (de exemplu, hipertiroidism, hipotiroidism, menopauză, postpartum) Deficiențe nutriționale Stres fiziologic sau psihologic (de exemplu, intervenție chirurgicală, boli sistemice/boli postfebrile)
ALOPECIE FOCALĂ NECICATRICIALĂ	
Alopecia areata	Boală autoimună mediată T-celular Alopecia este, de obicei, focală, dar poate fi și difuză (alopecia totală sau alopecia universală)

Altele	Pierderea părului din cauza tragerii compulsive, răsucirii părului sau pieptănăturii în exces (tricotilomania) Alopecia lipidematoasă Alopecia postoperatorie (indusă de presiune) Anomalii primare ale tecii firului de păr Sifilis secundar Alopecia triunghiulară temporală
<i>Tinea capitis</i>	<i>Microsporum audouinii</i> <i>Microsporum canis</i> <i>Trichophyton schoenleinii</i> <i>Trichophyton tonsurans</i>
Alopecia de tracțiune	Tracțiunea exercitată de împletirea părului, folosirea de bigudiuri etc.
ALOPECIE FOCALĂ CICATRICALĂ	
Acneea keloidalis nuchae	Foliculita scalpului occipital care duce la apariția alopeciei cicatriciale De obicei, afectează bărbații de culoare
Alopecia cicatricială centrifugă centrală	Cicatrizare în creștetul capului, care se extinde în timp De obicei, afectează femeile de culoare
Lupus cutanat cronic	Leziuni lupoidale discoide la nivelul scalpului
Celulita disecantă a scalpului	Noduli inflamatori fluctuanți care fuzionează cu tractul sinusal Face parte din tetrada ocluziei foliculare De obicei, afectează bărbații de culoare
Lichen planopilar	Lichen plan al scalpului
Alopecie cicatricială secundară	Arsuri Morphea (scleroermia localizată) Radioterapie (determină, de asemenea, alopecie difuză necicatricială) Sarcoidoză Cancer cutanat Kerion suprainfectat (sifilis primar grav sau <i>tinea capitis</i> gravă) Traumatisme

Alte cauze comune ale alopeciei sunt:

- medicamente (inclusiv agenți chimioterapici);
- infecții;
- boli sistemice (în special cele care produc febră ridicată, lupus sistemic, boli endocrine și deficiențe nutriționale).

Cauze mai rare sunt: anomalii primare ale tecii firului de păr, intoxicația cu metale grele și boli dermatologice rare.

Evaluare

ANAMNEZĂ

Istoricul bolii trebuie să precizeze debutul și durata pierderii părului, dacă pierderea părului este accentuată și dacă este generalizată sau localizată. Trebuie notate simptomele asociate, cum ar fi prurit sau mâțreață. Pacientul trebuie întrebat despre modul de îngrijire a părului, inclusiv utilizarea de bigudiuri, agrafe de prins părul sau a uscătorului de păr, precum și despre obiceiul de a se trage de păr sau de a-l răsuci între degete.

Ancheta complementară ar trebui să includă expunerile recente la stimuli toxici (de exemplu, medicamente, toxine, radiații) și factori de stres (de exemplu, intervenții chirurgicale, boli cronice, febră, stresori psihici). Trebuie evidențiate simptomele cauzelor posibile, cum ar fi febra sau intoleranța la frig (hipotiroidism), iar la femei, hirsutismul, îngroșarea vocii, creșterea libidoului (sindromul de virilizare). Trebuie notate și alte manifestări, cum ar fi: scăderea dramatică în greutate, practicile de dietă (de exemplu, pacientul este vegetarian) și comportamentul obsesiv-compulsiv. La femei, trebuie obținut un istoric hormonal/ginecologic/obstetric.

Antecedentele personale patologice trebuie să evidențieze posibilele cauze ale alopeciei, incluzând afecțiunile endocrine și cutanate. Medicamentele curente sau recent administrate trebuie revăzute pentru a descoperi agenții declanșatori (vezi Tabelul 1). De asemenea, trebuie notate antecedentele heredocolaterale în ceea ce privește alopecia.

EXAMEN FIZIC

Examinarea scalpului trebuie să evalueze distribuția pierderii părului, prezența și caracteristicile leziunilor cutanate și dacă există cicatrice. Trebuie măsurat diametrul zonelor cu alopecie. De asemenea, se observă anomalii ale firului de păr.

Se efectuează un examen cutanat complet pentru a evalua localizarea pierderii părului (de exemplu, pe picioare, brațe, sprâncene, pleoape), erupțiile care pot fi asociate cu anumite tipuri de alopecie (de exemplu, lichen plan, atopie, psoriazis, leziuni de lupus discoid, hidrosadenită, semne de sifilis secundar, alte infecții bacteriene sau infestații parazitare) și semnele de virilizare la femei (de exemplu, hirsutism, acnee, voce îngroșată, clitoromegalie). De asemenea, trebuie căutate semnele unor boli sistemice subiacente și trebuie efectuat un examen al glandei tiroide.

INTERPRETAREA MANIFESTĂRILOR

Pierderea părului care începe la nivelul tâmpelor sau vertexului și se răspândește difuz, părul subțiindu-se sau căzând aproape complet, este

SEMNE DE GRAVITATE

- Virilizarea la femei.
- Semne de boli sistemice sau o constelație de manifestări care indică o posibilă intoxicație.

tipică pattern-ului de alopecie masculină. Subțierea părului în regiunile frontale, parietale și vertex este caracteristică pattern-ului de alopecie feminină (vezi Fig. 1). Căderea părului la 2 – 4 săptămâni după chimioterapie (effluvium anagen) poate fi atribuită acestei cauze. Căderea părului la 3 – 4 luni după acțiunea unui factor stresor major (sarcină, boală febrilă, intervenție chirurgicală, schimbarea unui medicament sau un factor de stres psihic sever) sugerează diagnosticul de effluvium telogen.

Alte caracteristici ajută la stabilirea de diagnostice alternative (vezi Tabelul 2).

EXAMENE DE LABORATOR

Evaluarea bolilor care declanșează alopecia (de exemplu, endocrinologice, toxice sau autoimune) trebuie făcută pe baza suspiciunii clinice.

Alopecia cu pattern masculin sau feminin nu necesită, în general, examene de laborator. Dacă alopecia apare la un bărbat tânăr, fără istoric familial de alopecie, medicul trebuie să întrebe pacientul despre

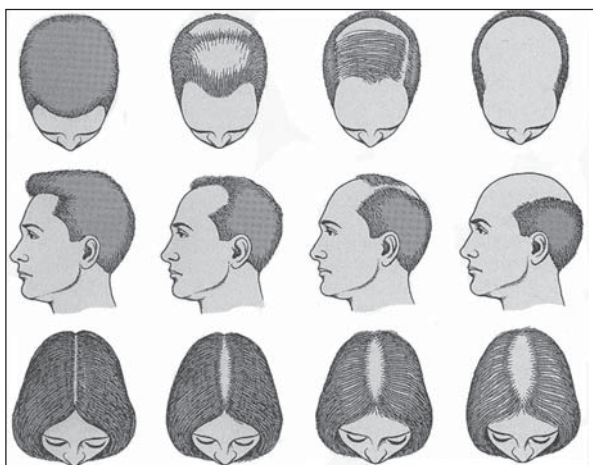


Fig. 1. Alopecie cu pattern masculin și pattern feminin.

utilizarea de steroizi anabolici și de alte medicamente sau droguri ilicite. În plus față de întrebările legate de folosirea de medicamente sau droguri ilicite, la o femeie cu o pierdere semnificativă de păr și cu virilizare evidentă, trebuie măsurate nivelurile testosteronului și sulfatului de dehidroepiandrosteron (vezi Hirsutismul).

Tabelul 2. INTERPRETAREA MANIFESTĂRILOR ÎN ALOPECIE

Manifestare	Cauze posibile
Alopecie neregulată, asimetrică, bizară	Trichotilomania
Zone circulare, discrete de alopecie, păr care se rupe ușor, la periferia zonei există fire de păr friabile	Alopecia areata
Alopecie cu aspect de zone mâncate de molii	Sifilis secundar
Prurit, eritem și cruste	Lupus cutanat cronic, <i>tinea capitis</i> (în special, dacă este prezentă adenopatia)
Pustule	Proces cicatricial dermatologic sau infecțios (de exemplu, celulită disecantă a scalpului, acnee keloidalis nuchae)
Pierderea părului de pe scalp și corp	Alopecia universalis
Păr dezordonat	Anomalie primară a tecii firului de păr
Virilizare	Sindromul ovarelor polichistice, boli sau tumori suprarenaliene, utilizarea ilicită de steroizi anabolizanți
Alte simptome la nivelul scalpului (de exemplu, prurit, senzație de arsură, parestezii) sunt, în general, absente și atunci când sunt prezente, nu sunt specifice unei anume cauze. Semnele de alopecie care au alte pattern-uri decât cele descrise mai sus sunt nedignostice și pot necesita examinarea microscopică a firului de păr și biopsia scalpului pentru diagnosticul definitiv	

Testul tracțiunii ajută la evaluarea alopeciei de scalp difuză. Se execută o tracțiune ușoară a unui smoc de fire de păr (40-60) din trei zone diferite de pe scalp; firele de păr sunt numărate și examinate la microscop. În mod normal, se extrag la fiecare tragere < 3 fire de păr în faza telogenică. Dacă la fiecare tracțiune se scot cel puțin trei fire de păr sau se obțin > 10 fire de păr în total, testul tracțiunii este pozitiv și sugestiv pentru telogen effluvium.

Testul de smulgere constă în tracțiunea bruscă a unui fir de păr („din rădăcină“), aceasta fiind examinată la microscop pentru a determina faza creșterii, ceea ce ajută la diagnosticarea defectului anagen sau telogen, ori a unei boli sistemice oculute. Firele de păr anagen au teci atașate de rădăcină, iar cele de păr telogen au bulbi mici fără teacă la nivelul rădăcinii. În mod normal, aproximativ 85-90% din păr se află în faza

anagenă, 10-15% în faza telogenă, iar < 1% în faza catagenă. Telogen effluvium arată la examinarea microscopică o creștere a procentului firelor de păr în faza telogenă, în timp ce effluvium anagen arată o scădere a numărului de fire de păr anagene și o creștere a firelor de păr căzute. Anomaliile primare ale tecii firului de păr sunt de obicei evidente la examinarea microscopică a acesteia.

Biopsia de scalp este indicată în cazul în care alopecia persistă și diagnosticul este nesigur. Acest examen poate diferenția formele cicatriciale de cele necicatriciale. Probele trebuie prelevate din zonele de inflamație activă, ideal din marginea unei porțiuni de alopecie. Pot fi utile culturile bacteriene și fungice, iar studiile de imunofluorescență pot ajuta la identificarea lupusului eritematos, lichenului planopilar și sclerozei sistemice.

Numărarea firelor de păr căzute zilnic poate ajuta pacientul să cunoscă căderea părului atunci când testul tracțiunii este negativ. Părul căzut dimineața în timpul spălării și perierii este colectat zilnic, timp de 14 zile, într-o pungă de plastic transparentă, apoi firele de păr din fiecare punguță sunt numărate. Un număr mai mare de 100 de fire de păr pierdute zilnic este anormal, cu excepția cazului în care părul a fost șamponat, când aproximativ 200 de fire de păr căzute sunt considerate în limite normale. Firele de păr pot fi examinate la microscop.

Tratament

Alopecia androgenică: minoxidilul (2% pentru femei, 2% sau 5% pentru bărbați) prelungește faza de creștere anagenă și, gradual, determină maturizarea foliculilor miniaturali (părul vellus). Un mililitru de medicament topic aplicat de două ori pe zi pe scalp este eficient mai ales pentru alopecia la nivelul vertexului cu pattern masculin sau feminin. Părul poate reapărea în 8 până la 12 luni. Tratamentul trebuie continuat o perioadă lungă deoarece, o dată oprit, reapare căderea părului. Cele mai frecvente efecte secundare sunt: iritația scalpului, dermatita de contact și creșterea părului facial.

Finasteridul inhibă 5 α -reductaza, enzimă care blochează conversia testosteronului la dihidrotestosteron; este util în alopecia cu pattern masculin. O doză de un miligram per os o dată pe zi poate opri căderea părului și stimula creșterea acestuia. Eficacitatea este, de obicei, evidentă în 6 până la 8 luni de tratament. Efectele secundare includ: scăderea libidoului, disfuncție erectilă și ejaculatorie, ginecomastie, reacții de hipersensibilizare și miopatii. La bărbații în vârstă poate apărea o scădere a nivelului antigenului prostatic specific, lucru care trebuie avut în vedere în cazul screening-ului pentru

cancer. Finasteridul nu este indicat la femei și este contraindicat la gravide deoarece s-a demonstrat că are efecte teratogene la animale.

Modulatorii hormonal, de tipul contraceptivelor orale și spironolactonei, pot fi utili în alopecia cu pattern feminin asociată cu hiperandrogenemia.

Opțiunile chirurgicale includ: transplantul de foliculi piloși, scalp flap și reducerea suprafeței de scalp fără păr. Câteva proceduri au fost supuse controlului științific, dar pacienții care sunt conștienți de alopecia lor le pot lua în considerare.

Pierderea părului din alte cauze: se tratează cauzele subiacente.

Există o mulțime de opțiuni terapeutice pentru alopecia areata, care includ corticosteroizi topici, intralezionali și, în cazurile severe, sistemici, minoxidil topic, anthralin topic, imunoterapie topică (diphencyprone sau dibutil ester al acidului scuarcic) sau psoralen plus radiații ultraviolete A (PUVA).

Tratamentul pentru alopecia de tracțiune constă în eliminarea tracțiunii fizice sau a stresului de la nivelul scalpului.

Tratamentul pentru *tinea capitis* se face cu antifungice topice sau orale.

Trichotilomania este dificil de tratat, dar modificarea comportamentului, clomipramina sau un ISRS (de exemplu, fluoxetin, fluvoxamin, paroxetin, sertralin, citalopram) pot fi benefice.

Alopecia cicatricială, la fel ca în alopecia cicatricială centrifugă centrală, celulita disecantă a scalpului și acneea keloidalis nuchae, se tratează cel mai bine cu tetraciline orale cu acțiune prelungită în combinație cu un corticosteroid topic puternic.

Lichenul planopilar și leziunile lupoide cutanate cronice pot fi tratate cu antimalarice per os, corticosteroizi, retinoizi sau imunosupresoare.

Căderea părului din cauza chimioterapiei este temporară și se tratează cel mai bine cu o perucă; părul care va apărea ulterior ar putea fi diferit ca textură și culoare față de cel original. Pierderea părului datorată anagen sau telogen efluvium este temporară și se reduce după îndepărtarea agentului precipitant.



REȚINEȚI

- Alopecia androgenică (pattern masculin sau feminin) este cel mai frecvent tip de cădere a părului.
- Virilizarea concomitentă la femeie sau alopecia cicatricială trebuie evaluate prompt și complet pentru a depista cauza subiacentă.
- Examinarea microscopică a firului de păr sau biopsia scalpului poate fi necesară pentru diagnosticul definitiv.