Dermatología basada en experiencias y evidencias

Experiencias clínicas + evidencias científicas



Alfredo Mayhua Fuentes

Lima, Perú

Índice

GUÍA MANUAL DE DERMATOLOGÍA BASADA EN EXPERIENCIAS Y EVIDENCIAS

22 Primum non nocere

24 Guía manual de dermatología basada en experiencias

28 Maestros que partieron a la eternidad

32 Residencia en la especialidad de dermatología

35 Lo que aprendemos y lo que sucede en la realidad

38 Inicio de la residencia y el uso de la información actualizada

42 Dermatología como especialidad

45 Historia clínica en dermatología

47 Anatomía panorámica de la piel

49 Lesiones dermatológicas y su interpretación

49 Lesiones primarias

50 Lesiones secundarias

193 Lesiones de los anexos cutáneos

258 Uso de la información obtenida y los análisis de ayuda diagnóstica

262 De los inicios de la especialidad para pensar como dermatólogo

Índice

GUÍA MANUAL DE DERMATOLOGÍA BASADA EN EXPERIENCIAS Y EVIDENCIAS

265 Práctica constante de la descripción de las lesiones elementales

268 Descripción detallada de las lesiones

355 Maniobras dermatológicas

374 Recolección metódica de lesiones

376 Dermatología estética

384 Tecnología y mundo digital con la Inteligencia artificial en Dermatología

388 Dermatología basada en evidencias

391 Casos clínicos

396 Miscelánea

405 Recomendaciones finales

409 Responsabilidades éticas

411 Referencias bibliográficas

“…uds van a encontrar los signos que están buscando y por eso deben buscar lo que conocen de la dermatología y no al azar …”

CARLOS GALARZA MANYARI

GUÍA MANUAL DE DERMATOLOGÍA BASADA EN EXPERIENCIAS Y EVIDENCIAS

Alfredo Enrique, Mayhua Fuentes

Lima - Perú

Dermatólogo Centro Médico de la Universidad Nacional de Ingeniería

Dermatólogo Casa de la mujer - Chorrillos

Dermatólogo Policlínico municipal Casa de la mujer - El agustino

Dermatólogo Policlínico parroquial San José Obrero - Barranco

Ex Dermatólogo ESSALUD SJL - Red Guillermo Almenara Irigoyen

Ex jefatura Hospitales de la Solidaridad - Dermatología

Asesor y capacitador de Fórmulas magistrales

COLABORADORES

Alva Rosalino, Edith Gloria

Dermatóloga Hospital de apoyo I Santiago apóstol Utcubamba – Amazonas

Dermatóloga Policlínico Sermimedic – Bagua grande

Dermatóloga Policlínico Señor de los milagros – Bagua grande

Miembro titular del Círculo dermatológico del Perú – CIDERM

Miembro titular de la Sociedad peruana de dermatología – SPD

Alvarez Llanos, Edgar Genaro

Dermatólogo Hospital III EESSALUD – Cajamarca

Docente pre grado Facultad Medicina humana Universidad Nacional de Cajamarca

Gerente y Médico asistencial Clínica de Medicina de especialidades SRL - MEDES Cajamarca

Astocaza Barrionuevo, Carmen Patricia

Dermatóloga Hospital Regional II-2 Jamo - Tumbes

Médico de planta del Hospital Regional II-2 Jamo - Tumbes

Cabrera Romero, Roberto Carlos

Endocrinólogo Hospital Sergio E. Bernales – Collique - Lima

Diplomatura en Auditoría médica - Médico Auditor

Investigación ORCID: 0009-0004-4432-4151

Ex Director Hospitales de la Solidaridad – SISOL

Claros Manotupa, José Luis

Médico internista Hospital Nacional Hipólito Unanue - HNHU

Médico especialista en Enfermedades infecciosas y Tropicales

Jefatura del servicio de Medicina interna 2 Hospital Nacional Hipólito Unanue

Docente pre grado de medicina Universidad Federico Villarreal

Docente pre grado de medicina Universidad Ricardo Palma

Docente post grado de medicina – UNMSM

Magister en Salud pública con mención en Epidemiología

Doctor en Salud pública

Miembro titutlar de la Sociedad peruana de Medicina interna

Miembro titular de la Sociedad de Enfermedades infecciosas y Tropicales

Cucho Junes, Edgmar

Dermatólogo Hospital de Apoyo de Cangallo – Ayacucho

Director Dérmica Skin – Ayacucho

Ex docente de Dermatología Universidad San Juan Bautista – Sede Lima

Ex docente de Dermatología Universidad San Cristóbal de Huamanga

Miembro del Colegio Ibero Latinoamericano - CILAD

De Rossi Fattaccioli, Daniel Alberto

Dermatólogo Hospital Regional Hipólito Unanue - Tacna

Especialista en Medicina estética

Vicepresidente fundador Capítulo Cirugía cosmética Sociedad peruana de dermatología - SPD

Director científico internacional y catedrático de Universidad Kiirei – Monterrey México

Ex jefatura Dermatología Hospital de campaña IPSS – ESSALUD - Lima

Ex docente Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann – Tacna

Miembro titular del Colegio Ibero Latinoamericano dermatológico – CILAD

Díaz Pérez, Jesús Manuel

Dermatólogo Hospital Regional Docente Las Mercedes – Chiclayo

Director de Clínica Innovaderma – Chiclayo

Magister en Dermatología clínica – Universidad CEU España

Diplomado en Terapia láser, dermatología estética y cosmética

Miembro titular del Círculo dermatológico del Perú - CIDERM

Miembro titular de la Sociedad peruana de dermatología - SPD

Miembro titular del Colegio Ibero latinoamericano de Dermatología – CILAD

Escalaya Advíncula, Glenda Rosario

Dermatóloga Hospital Santa María del Socorro de Ica

Médico especialista en Medicina interna

Miembro titular de la Sociedad peruana de dermatología – SPD

Miembro titular del Círculo dermatológico del Perú – CIDERM

Miembro asociado de la Sociedad peruana de Medicina interna

Garay Pérez, Raúl Orlando

Médico internista Hospital Daniel Alcides Carrión - Callao

Director del Centro médico Universidad Nacional de Ingeniería

Gerente médico – Laboratorio Mediclab SAC

Ex Coordinador Hospitales de la Solidaridad - SISOL

García Romero, Percy Saúl

Dermatólogo Hospital Regional Docente clínico quirúrgico Carrión – Huancayo

Dermatólogo de Clínica Ortega – Huancayo

Docente de Dermatología Universidad Peruana Los Andes - Huancayo

Miembro titular del Círculo dermatológico del Perú – CIDERM

García Terreros, María Rosa

Médico cirujano

Diplomatura en Auditoría médica – Médico auditor

Maestría en Dirección de Salud

Directora del Centro clínico Inkamay Sede Comas

Gonzales Girón, Martha Denise

Dermatóloga Hospital de la Amistad Perú Corea Santa Rosa – Piura

Dermatóloga del centro de especialidades médicas Santa María - Piura

Docente invitado de la Universidad Nacional de Piura

Ex docente de la Universidad Antenor Orrego UPAO – Piura

Diplomado en dermatología pediátrica CILAD

Miembro titular Sociedad peruana de dermatología – SPD

Miembro titular del Círculo dermatológico del Perú – CIDERM

Miembro titular del Colegio Ibero Latinoamericano - CILAD

Jiménez Luna, Gerardo

Dermatólogo Hospital Regional Docente Las Mercedes – Chiclayo

Médico especialista en Enfermedades infecciosas y Tropicales

Docente pre grado y post grado – UNMSM

Docente pre grado – Universidad Nacional de Ucayali - UNU

Docente pre grado – Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo – USAT

Lazo Villaverde, Luis Alberto

Ex Dermatólogo Hospital Departamental Zacarías Correa Valdivia - Huancavelica

Ex Dermatólogo Hospital II Pucallpa ESSALUD - Ucayali

Ex docente Cátedra de Dermatología Universidad Nacional de Ucayali

Miembro titular del Círculo dermatológico del Perú – CIDERM

Miembro titutlar de la Sociedad peruana de dermatología - SPD

Linares Chacón, Héctor Dionicio

Jefatura dermatología Hospital III Yanahuara ESSALUD – Arequipa

Médico especialista en Patología clínica - Clínica Angeles de la salud

Doctor en Ciencias. Salud Pública

Docente pre grado – Universidad Nacional San Agustín - Arequipa

Docente pre grado – Universidad Católica Santa María

Miembro titular del Círculo dermatológico del Perú - CIDERM

Miembro titular de la Sociedad peruana dermatología - SPD

Mayhua Fuentes, Alfredo Enrique

Dermatólogo Casa de la mujer - Chorrillos

Dermatólogo Policlínico Municipal Casa de la mujer – El agustino

Dermatólogo Policlínico parroquial San José Obrero - Barranco

Ex Dermatólogo ESSALUD SJL – Red Guillermo Almenara Irigoyen

Ex jefatura Hospitales de la Solidaridad - Dermatología

Asesor y capacitador de Fórmulas magistrales

Mendoza Meza, Rossana Marina

Ex Dermatóloga Hospital Nacional PNP – Lima

Ex jefatura Dermatología Hospital Nacional PNP – Lima

Magister en medicina con mención en Formación médica

Diplomatura en Auditoría médica – Médico auditor

Miembro titular del Círculo dermatológico del Perú – CIDERM

Miembro del Comité de especialidad de Dermatología Universidad Ricardo Palma

Miembro titular del Colegio Ibero Latinoamericano de dermatología – CILAD

Morán Bravo, Priamo Arquímides

Cirujano plástico y estético en Cirugía reparadora

Miembro titular de la Sociedad peruana de Cirugía plástica, estética y reconstructiva

Director de Clínica Intersalud Los Olivos

Morante Sotelo, Victoria Elizabeth

Dermatóloga Clínica Internacional

Diplomatura en Auditoría médica – Médico auditor

Ex Jefatura Dermatología Hospital Nacional Dos de Mayo

Docente de Dermatología Universidad Ricardo Palma

Ex docente capítulo de Dermatología UNMSM

Past Presidente del Círculo dermatológico del Perú - CIDERM

Miembro titular del Círculo dermatológico del Perú – CIDERM

Navarro Vásquez, Marlon

Dermatólogo en Tarapoto – San Martín

Médico especialista en Medicina general integral

Gerente propietario Consultorio de dermatología clínica y estética Marlon Navarro

Pereda Tejada, Oscar Arturo

Ex Dermatólogo Hospital San José del Callao

Ex Jefatura Dermatología Hospital San José del Callao

Dermatólogo del Centro dermatológico DERMASTAGE - Callao

Miembro titular del Círculo dermatológico del Perú – CIDERM

Miembro titular de la Sociedad peruana de dermatología – SPD

Pacheco Jordán, Henry Ismael

Dermatólogo ESSALUD Iquitos - Loreto

Jefatura de Especialidades médicas ESSALUD Iquitos - Loreto

Ex docente invitado Dermatología Univ. Nacional de Amazonía Peruana

Miembro titular del Círculo dermatológico del Perú – CIDERM

Ramos Muñoz, Willy César

Médico epidemiólogo. Equipo técnico de Unidad de investigación, monitoreo y evaluación del Centro Nacional de Epidemiología, prevención y Control de enfermedades

Docente Instituto de investigaciones en Ciencias Biomédicas Universidad Ricardo Palma

Editor asociado de Revista Facultad de Medicina humana Universidad Ricardo Palma

Ex director científico de Revista dermatología peruana

Investigador RENACYT

Investigación ORCID: 0000-0003-1599-7811

Rojas Chuquilín, Ever Alonso

Químico farmacéutico

Director técnico de ARDermaquímica dermatológica

Docente y capacitador en Fórmulas dermocosméticas y cosmecéuticas

Ex coordinador interno de dermatología Hospitales de la Solidaridad – SISOL

Socio activo de la Sociedad peruana de Química cosmética

Socio activo de la Sociedad española de Química cosmética

Presidente del comité de Ética y deontología del Colegio químico farmacéutico departamental Lima

Rueda Alvarez, Mónica Isabel

Dermatóloga Hospital Nacional Dos de Mayo - Lima

Docente de Dermatología UNMSM

Tutor de Segunda especialidad en dermatología

Facultad de Medicina UNMSM Sede Hospital Nacional Dos de Mayo - Lima

Solórzano Gutiérrez, Sendy

Dermatóloga Clínica Dermavip - Cuzco

Ex docente cátedra Dermatología Universidad Nacional San Antonio Abad – Cuzco

Ex dermatóloga Hospital regional de Cuzco

Miembro titular del Círculo dermatológico del Perú - CIDERM

Miembro titular del Colegio Ibero Latinoamericano de dermatología - CILAD

Miembro de la Academia Americana de Dermatología – AAD

Velásquez Valderrama, Felipe Enrique

Dermatólogo pediatra Instituto Nacional de Salud del Niño - Sede Breña

Diplomatura en Auditoria médica – Médico auditor

Miembro titular de la Sociedad peruana de dermatología - SPD

Miembro titular del Círculo dermatológico del Perú - CIDERM

Miembro titular de Sociedad internacional para el estudio de Anomalías vasculares - ISSVA

Vicuña Ríos, Dora Lucía

Dermatóloga Hospital Regional Docente de Trujillo

Docente de Dermatología Universidad Nacional de Trujillo

Maestría en dermatología - Universidad peruana Cayetano Heredia

Miembro titular del Círculo dermatológico del Perú - CIDERM

Miembro titular de la Sociedad peruana de dermatología - SPD

Miembro titular del Colegio Ibero Latinoamericano de Dermatología – CILAD

Vila Soto, Carmen Cira

Dermatóloga Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado – Madre de Dios

Dermatóloga del Centro de diagnóstico especializado Balbín – Puerto Maldonado

Miembro titular del Círculo dermatológico del Perú - CIDERM

Miembro titular del Colegio Ibero Latinoamericano de Dermatología - CILAD

PREFACIO

Durante la enseñanza y el aprendizaje se requiere que se involucren tanto el docente como el alumno y en este sentido del presente texto el Médico Residente de Dermatología, así como también aquellos profesionales de la salud afines que estén interesados.

Lo que me lleva a realizar el presente texto está basado en la experiencia y evidencia científica desde los inicios del post grado en los tres años de la Residencia médica (Segunda especialización) y posteriormente como especialista en Dermatología en todo nuestro ámbito nacional peruano, teniendo como base el aprendizaje heredado de mis tutores/docentes y médicos asistentes durante mi formación profesional.

Debo mencionar y agradecer a la formación académica adquirida mediante el aporte de conocimientos obtenidos de otros dermatólogos, además a la revisión de la bibliografía y a la actualización en el que todos debemos estar involucrados. Este libro de referencia lo considero un aporte adicional a la especialidad y contiene imágenes inéditas adquiridas durante mi labor como dermatólogo.

Somos un grupo de médicos dermatólogos con años de experiencia, los colaboradores con participación y asesoramiento del presente texto quienes estamos interesados en mostrarlo con casos clínicos básicos y complejos los cuales están dirigidos a colegas residentes en formación y profesionales de la salud afines a la dermatología, mostrando detalles para docencia metódica y así facilitar datos básicos para el diagnóstico y otras pautas clínicas. Es nuestra intención facilitar el acceso para claves diagnósticas y fomentar la docencia de nuestra especialidad plasmada en literatura dermatológica peruana.

Es bien conocido que nuestra base de aprendizaje es la iconografía pues requiere de un proceso de enseñanza básica y metódica llevada a cabo para obtener un diagnóstico preciso con todos los detalles que obtenemos en el paciente. Todo esto me motivó a elaborar un Manual guía del residente – Dermatología basada en experiencias y evidencias; agradeciendo enormemente a la colaboración y aporte de docentes con mayor experiencia.

Agradezco a los docentes, a mis compañeros y pacientes por ser quienes permitieron este proceso de aprendizaje y en consecuencia conseguir experiencia para poder continuar la senda trazada por nuestros maestros y tutores; sin ellos no seríamos docentes. Así como también a mi familia por ser un motivo más de superación y permitir el alejamiento parcial y temporal durante mi labor médica.

El autor

INDICE

Primum non nocere

Guía manual de dermatología basada en experiencias

Maestros que partieron a la eternidad

Residencia en la especialidad de dermatología

Lo que aprendemos y lo que sucede en la realidad

Inicio de la residencia y el uso de la información actualizada

Dermatología como especialidad – Secuencia de interpretación

Historia clínica en dermatología

Anatomía panorámica de la piel

Lesiones dermatológicas y su interpretación

Lesiones primarias

1.- Mácula

2.- Pápula

3.- Placa

4.- Nódulo

5.- Vegetación

6.- Tumor

7.- Habón

8.- Queratosis

9.- Pústula

10.- Vesícula

11.- Ampolla

12.- Quiste

Lesiones secundarias

1.- Costra

2.- Ulcera

3.- Atrofia

4.- Escara

5.- Escama

6.- Cicatriz

7.- Liquenificación

8.- Esclerosis

9.- Erosión

10.- Excoriación

11.- Fisura o grieta

12.- Necrosis

13.- Goma

Lesiones de los anexos cutáneos

Anatomía panorámica de los folículos pilosos

Lesiones de los folículos pilosos

Alopecia en placas no cicatricial

Alopecia en placas cicatricial

Otras lesiones de piel cabelluda

Anatomía panorámica de las uñas

Lesiones ungueales

Lesiones de la matriz proximal

Lesiones de la matriz distal

Lesiones de matriz proximal y distal

Lesiones del lecho ungueal

Lesiones en su lúnula

Coloración del lecho ungueal

Otras lesiones ungueales adicionales

Uso de la información obtenida y los análisis de ayuda diagnóstica

De los inicios de la especialidad para pensar como dermatólogo

Práctica constante de la descripción de las lesiones elementales

Descripción detallada de las lesiones

1.- Coloración

2.- Forma

3.- Bordes

4.- Tamaño

5.- Distribución

6.- Número

7.- Localización

8.- Consistencia

9.- Sintomatología

Maniobras dermatológicas

Recolección metódica de lesiones

Dermatología estética

Tecnología y mundo digital con la Inteligencia artificial en Dermatología

Dermatología basada en evidencias

Casos clínicos – Presentación dermatológica

Miscelánea

Recomendaciones finales

Responsabilidades éticas

Referencias bibliográficas

“Primum non nocere”

Término de origen latín que significa “primero no hacer daño”, frase que es utilizada y mencionada en muchas ocasiones para referirse a la acción en la cual se ocasiona daño o perjuicio debido a una negligencia, sea esta por exceso o déficit de lo que se realiza, incluso cuando no corresponde realizar dicha acción.

Pienso que realmente hacemos daño de muchas maneras y consideraré algunos ejemplos a continuación.

Tratar una patología que no es dermatológica; es bien conocido que en la etapa de SERUMS (servicio rural urbano marginal) debemos enfrentarnos a todas las patologías y no contamos con especialidades médicas, por ello debemos transferirlos o actuar desde nuestra posición en cuya área geográfica nos es difícil cumplir a cabalidad. En estos casos debemos actuar y es necesario, pues llevamos formación de médicos generales y tenemos formación básica de dermatología por lo que es comprensible hacerlo hasta donde nuestros conocimientos lo permitan y también referirlo o transferirlo a un nivel de mayor complejidad.

Tratar determinadas enfermedades sin que haya participación de las otras espacialidades médicas; como por ejemplo el Acné por Ovario poliquístico requiere una interconsulta a Ginecología; la Neurofibromatosis requiere la consulta con Neurología, Oftalmología y Cirugía general o plástica; un Carcinoma epidermoide con el tratamiento conjunto de Oncología; la Rosácea con el apoyo de Oftalmología; Leishmaniasis cutánea con el Programa de enfermedades transmisibles; al igual que una TBC cutánea con el Programa Nacional de control de la Tuberculosis, etc.

En ocasiones al tratar una enfermedad se omite alguna búsqueda importante, como por ejemplo en la Tiña corporis debería obligar la búsqueda de Onicomicosis; en otras la Balanitis candidiásica está relacionada a la hiperglicemia del paciente diabético; el Vitíligo infantil a descartar la asociación con enfermedades autoinmunes y solicitar evaluación Psicológica a paciente y familiar, etc.

En la formulación magistral, es necesario y primordial conocer la concentración terapéutica del principio activo, el vehículo o excipientes convenientes para la zona a tratar, así como las incompatibilidades entre estos, para evitar porcentajes inadecuados en déficit o en exceso al combinarlos en la misma fórmula galénica.

La solicitud de exámenes de ayuda diagnóstica que corresponden necesariamente como en el Carcinoma Basocelular obliga a enviar a Anatomopatología la lesión extirpada pues es necesario conocer que los bordes quirúrgicos están libres de la neoplasia para poder dar el alta respectiva al paciente.

El autor

Inicialmente todos pensamos como llevaremos a cabo el desenvolvimiento de esta nueva fase en nuestra formación de especialistas en Dermatología; ya que en un tiempo atrás previo a esta etapa estuvimos estudiando con el fin de aprobar el examen del Residentado médico esperando obtener una vacante que nos permita el ansiado ingreso con respecto al gran número de postulantes que concursan año tras año.

Pienso y reflexiono lo que todos sabemos y no lo decimos, los estudios del pregrado y textos médicos en nuestra preparación universitaria se basan en teoría y práctica pero no nos enseñan el quehacer diario de la medicina en la especialidad correspondiente; es decir, como es la labor diaria del médico residente; existen cargos jerárquicos, horarios que cumplir y actos que realizar sin diferirlas y sin deslindarnos de nuestras responsabilidades, enseñanza para adquirir conocimientos nuevos, horarios de clases de especialidad intra y extra hospitalarias, procedimientos a realizar con ejecución de mayor destreza en cada oportunidad, guardias hospitalarias programadas con anticipación (no mencionando la remuneración legal que corresponde) ni el cruce de horarios con otras funciones y actividades, por mencionar algunos.

Es decir, que gran parte de esta formación no teórica ni práctica se va adquiriendo con el paso del tiempo y algunos tropiezos que deben ser corregidos oportunamente. Debo recalcar que existe un Programa en el cual se establecen Funciones, normas, roles y actividades que debe cumplir el Médico Residente en un periodo de tiempo por cada año de residencia médica. Aunque parezca contradictorio es diferente lo que se menciona en los documentos de este Programa y lo que ocurre en el quehacer diario y son nuestros docentes de formación y tutores que nos guían y apoyan para cumplirlos.

Resulta curioso que desde el primer día el médico residente es un novato en la materia, pues es aquí donde se adquiere este proceso de aprendizaje, muchos de los cuales depende de sus cualidades, vocación, energía y persistencia que le ponga. Es un itinerario que debe cumplirse y existen competencias generales para adquirir durante esta formación, así como un plan de rotaciones internas y externas de especialidad, y competencias específicas por cada rotación.

Imaginar en una anécdota sería por ejemplo las rotaciones externas al extranjero que no se crucen con los programas oficiales de clases de especialidad ya que esto significaría una oportunidad perdida tomando en cuenta que estas rotaciones son programadas con meses de anticipación. Así como también las rotaciones internas como en área pediátrica por ejemplo que se acumulan las solicitudes en determinado hospital docente.

Como sabemos, la formación médica involucra varias esferas a cumplir, con el paso del tiempo podemos realizar una sola o varias según su disponibilidad y cronograma de trabajo; tenemos la función asistencial, el área docente, la administrativa y la de investigación. Sin embargo, en la actualidad existen nuevos ítems de actividad médica especializada como la Tele Dermatología, Laserterapia, Formulación magistral, Estética dermatológica y quirúrgica, por mencionar algunas.

Los roles de guardias hospitalarias son las actividades en el Servicio de Emergencia como Medicina y no necesariamente de Dermatología y que son básicas para la formación, que también se debe tomar en cuenta para no cruzar horarios con las clases de especialidad. Así mismo recalcar que las actividades en el Residentado médico son asistenciales dentro del consultorio, interconsultas intrahospitalarias, presentación de artículos y temas de la especialidad, asistencia a eventos científicos como exponentes inclusive, clases teóricas y participativas, ejecución de procedimientos propios de nuestro ámbito. Todas estas actividades son evaluadas como parte de la formación.

En lo que concierne al ámbito asistencial en la consulta externa diaria, todo inicia con conocimientos básicos de las lesiones primarias y secundarias para llegar al diagnóstico dermatológico; esto se logra con lectura y educación constante que todo médico residente debe conocer con suma habilidad visual y además es muy importante saber la manera de evaluar lesiones. Pues si no se adquiere esta habilidad no se podrá pasar a la siguiente etapa de los diagnósticos diferenciales para determinar certeramente lo que está sucediendo o solicitar los exámenes de ayuda al diagnóstico para llegar a la culminación con la terapéutica.

Estas pautas serán guiadas y orientadas por los especialistas de turno como también con los tutores a cargo de docencia hacia el médico residente. Es necesario insistir que él es el interesado en su propia formación y recae la responsabilidad de su estudio del marco teórico según la bibliografía recomendada; además los residentes de años superiores son considerados como nuestros “hermanos mayores” quienes nos apoyan y guían.

Cada año los médicos residentes adquieren y acumulan experiencias personales, conocimientos y responsabilidades progresivas por las rotaciones en determinadas áreas de la sede hospitalaria. Las clases teóricas son participativas y ya revisadas con anticipación por el médico residente. Es así que la participación en la consulta externa es la expresión de lo que se ha ido revisando y leyendo en la teoría, que ya muchos han mencionado la frase que “el mejor libro es el paciente”.

El propósito de este Manual es informar, orientar y sugerir enseñanzas para el mejor desenvolvimiento en la formación inicial del Médico Residente de Dermatología.

Las recomendaciones basadas en la experiencia es un manual dermatológico que trata lo básico y fundamental de los inicios de la especialidad para que sirva como base y así poder iniciar el abordaje clínico con un orden descriptivo y su razonamiento para su correcta interpretación.

Debo añadir que la profesión médica se basa en vocación, así como en una sólida formación teórica para poder interpretarlo y expresarlo en la práctica diaria con los datos que tenemos frente al paciente. Así pues, el pregrado tiene sus diferencias significativas con el post grado; mientras que en el primero como estudiantes de medicina humana leemos toda la bibliografía posible para después tener la clase de reforzamiento dando la impresión que “se nos lleva de la mano”. En el segundo que es la especialidad en sí, revisamos la teoría dermatológica para luego ponerlo en práctica frente al paciente dando la impresión que “nos guían y ya no es una clase adicional”.

En el pregrado el estudiante se informa teóricamente para la clase, pero en la especialidad el residente prepara la clase. Pienso que esa es la diferencia, ya que el nivel de responsabilidad es mayor y aquí radica el cambio con la presión personal que uno mismo se debe imponer. En nuestra consulta diaria no hay una clase dermatológica sino una forma de guiarnos en cada paciente que vemos y es correcto encaminarse adecuadamente lo más rápido posible.

Hay tanto que aprender y los 3 años de Residentado médico no parecen ser suficientes, incluso con el paso del tiempo aparecen novedades de la especialidad que nos obligan a informarnos y actualizarnos; como siempre se dice “no dormirse en sus laureles”.

Tenemos el apoyo y aporte científico actualizado de la Sociedad Dermatológica así como también del Círculo Dermatológico plasmados en sus revistas continuas así como en sus eventos programados, sin embargo no contamos con textos dermatológicos nuestros por lo cual espero que el presente manual colabore con el inicio de la formación como residente; es un humilde aporte a la especialidad y a su vez acorde con nuestra realidad ya que no percibo que dejemos huella bibliográfica en relación a textos.

El presente texto tiene por objetivo encaminar los inicios del médico residente y afines en su preparación y a su vez nos sirva como un texto de consulta para enfocar la dirección hacia el diagnóstico dermatológico.

Hago mención que esta obra se realizó en honor a mis maestros Dante Mendoza Rodríguez (q.e.p.d.) y Carlos Galarza Manyari (q.e.p.d.) quienes participaron en la formación de muchas promociones y generaciones de dermatólogos.

Maestros que partieron a la eternidad

A los maestros con cariño como dice la frase, Dante Mendoza y Carlos Galarza; dos dermatólogos de mi alma mater Hospital Nacional Dos de mayo, además formadores de más generaciones de especialistas, quienes con sus conocimientos, observaciones, consejos y sugerencias dieron el empuje a que seamos los profesionales de hoy en día.

Recordar tantas anécdotas durante mi formación en los 3 años del Residentado médico con ambos doctores son de gran valor personal y profesional; y no solo en la Dermatología pues pienso que cada uno guarda recuerdos de su alma mater, en todas las áreas de la medicina siempre habrá un “maestro” o muchos que cumplan esa función de guiar y formar un buen médico siempre y cuando absorbamos esa experiencia que nos ofrecen con sus conocimientos.

Reconocidos doctores y de respetable admiración nacional e internacional, siempre con orgullo recordaban sus orígenes de la UNMSM (Universidad nacional mayor de San Marcos) y mostraban ese ímpetu en su docencia tanto del pre grado, post grado, y las investigaciones médicas; quienes muchas veces nos agregaban una dosis de estrés académico intelectual con sus evaluaciones continuas y que nos obligaba a hacer un esfuerzo adicional a nuestra preparación diaria.

Las reuniones clínicas, las revisiones de casos clínicos, las presentaciones de artículos dermatológicos, los cursos continuos, los congresos de especialidad, las clases teóricas, los exámenes del plan curricular, las consultas diarias durante las rotaciones, y tantas anécdotas con nuestros maestros. Sin embargo, tuvieron que partir para dejarnos la senda trazada; pues algunos con docencia, otros con investigación y todos con la entrega hacia sus pacientes y dar lo mejor de cada uno para curarlos.

No puedo dejar de mencionar que el intelecto debe ser incrementado y explotado, pero las huellas que nos dejan Dante Mendoza y Carlos Galarza debemos trasmitirlo para que continúe este objetivo que nos fue entregado por nuestros antecesores. Tal vez algunos compartan la siguiente opinión; nuestros tutores y maestros nos dejan una experiencia invalorable y pienso que deberíamos hacer lo mismo, para lo cual debemos seguir adquiriendo más conocimientos con todo este avance tecnológico y de investigación de nuestros colegas para dejar un legado dermatológico.



Dr. Jesús Díaz Pérez y Dr. Dante Mendoza Rodríguez



Dr. Carlos Galarza Manyari y Dr. Alfredo Mayhua Fuentes (autor del libro)



Dermatólogos formadores de más generaciones de dermatólogos. Dra. Victoria Morante Sotelo, Dr. Carlos Galarza Manyari, Dr. Dante Mendoza Rodríguez y Dr. Gerardo Jiménez Luna



Dermatólogos formados y actualmente laborando a nivel nacional

Residencia en la especialidad de dermatología

El ingreso a la especialidad luego de un proceso riguroso de admisión es sólo el inicio del post grado en Medicina humana. Aquí se afinarán diversos procesos selectivos intelectuales, vocacionales, asistenciales, de investigación y de docencia por la dermatología; así pues, empezamos siendo formados como residentes para después con el paso del tiempo enseñar y seguir la senda de nuestros maestros y docentes.

Luego del ingreso a la especialidad y su elección de sede hospitalaria se establecen las rotaciones por diversos servicios, así como su formación asistencial y su formación académica; se programa el servicio clínico por donde rotará, sus clases de especialidad y sus guardias hospitalarias.

Todas estas actividades ya estarán preestablecidas con el fin de formar un nuevo dermatólogo, y ahora a sacarle el máximo provecho. Cada día que transcurre es diferente y en este Manual dermatológico se explican los pasos que realiza el Residente durante su formación para llegar al diagnóstico; además es necesario entender que la parte clínica directa con el paciente es sólo una parte de la formación; agreguemos las clases de especialidad previamente coordinadas, las guardias hospitalarias diurnas de medicina interna que nos alejan temporalmente del consultorio mientras que las nocturnas no dan descanso post guardia y que son necesarias; las reuniones mensuales nocturnas de casos clínicos y congresos de actualización, los permisos para formalizar la documentación en su universidad de ingreso e inclusive para la rotación internacional, etc.

La dermatología es una especialidad que engloba a varios acápites con ámbitos diferentes como la dermatología pediátrica, dermatología en gestación, dermatología geriátrica, dermatología social, dermatosis ambientales, la fotobiología, manifestaciones cutáneas de enfermedades sistémicas, dermatoscopía, las enfermedades de transmisión sexual, genodermatosis, oncología cutánea, tratamientos biológicos e inmunomoduladores, teledermatología, histopatología cutánea, procedimientos estéticos y quirúrgicos; inclusive la aparatología como crioterapia, fototerapia, laserterapia, formulaciones magistrales o galénicas, etc. Por todo lo anterior, no es necesario redundar más detalles sino enfocarnos en esta guía para conocer, entender y encaminarse en la dermatología, por ello en relación a las otras especialidades debo agregar algunas pautas a continuación.

Siempre pensé que es un honor ser médico, por supuesto que esto no significa minimizar ni desmerecer otras profesiones o carreras técnicas, y del mismo modo en el área de la Medicina humana como en sus especialidades considero que todas y cada una de ellas tiene un valor de fundamental importancia. En ocasiones he oído que tal especialidad es mejor que la otra porque concibe una vida, o si no funciona adecuadamente el cuerpo tampoco lo hará, o si no activa a los otros órganos no responderá el organismo, también dicen que si no late el corazón no hay vida y demás explicaciones propias de la pasión que tenga cada uno por su especialidad.

La dermatología tiene su importancia como todas las demás especialidades con una diferencia fundamental, y es que la estamos viendo directamente y las enfermedades la tenemos a la vista (“ver para creer”) por lo cual ya con el avance de los conocimientos básicos podemos enumerar las lesiones elementales dermatológicas para poder correlacionarla con el diagnóstico clínico. Tenemos frente a nosotros las diversas lesiones y la semiología nos contribuye al mejor entendimiento de lo que está ocurriendo con el paciente.

Además, tenemos que recordar y reconocer que nuestra especialidad necesita de la participación de otras áreas, la Reumatología como en las Vasculitis, la Genética como en la Genodermatosis, la Infectología como en las enfermedades infectocontagiosas, la Oncología como en las patologías tumorales, etc. En conclusión, no estamos aislados y necesitamos la participación de las otras especialidades médicas, así como ellos necesitan de nosotros.

Durante los años de Residentado médico ya están establecidas las rotaciones por otros campos clínicos, sea la Medicina interna, Infectología, Anatomía patológica, Pediatría, Cirugía plástica, por mencionar algunas y además la rotación internacional. Cada una de ellas aporta conocimientos adicionales y experiencias necesarias para una mejor formación académica.

Lo que aprendemos y lo que sucede en la realidad

Para referirme a este acápite recordemos el pregrado donde podemos narrar muchas anécdotas de lo que aprendemos en la teoría pero cuando entramos al internado no es tan “teórico” sino que nos adaptamos a las necesidades y realidad de la practica hospitalaria; es fácil solicitar por ejemplo una gasometría arterial por una urgencia metabólica/respiratoria y en realidad en el internado debe acelerarse este análisis independientemente del costo, tiempo de atención del laboratorio, hora en que ocurre la urgencia y otros factores.

Los que hemos visto películas o series de TV como “Sala de Emergencias” o “Dr. House”, por citar algunos ejemplos pareciera que es fácil solicitar el examen de ayuda diagnóstica y tener un resultado casi de inmediato para poder dar un diagnóstico; no siempre es así pues intervienen los factores ya antes mencionados.

Algo similar, en el SERUMS, también nos adaptamos al área geográfica y la precariedad de la población como su nivel económico que influyen para llegar al diagnóstico y podemos iniciar el tratamiento, y eso es aparte de la responsabilidad legal que ello podría involucrar debido a zonas geográficas de difícil acceso. Y los Programas de salud agregan otra carga adicional administrativa al médico serumista. Es decir, en una TBC pulmonar no sólo es la dificultad del análisis de las láminas de esputo o radiografía pulmonar, sino que por salud pública se debe detectar a los contactos y posibles fuentes de focos primarios de la enfermedad en la jurisdicción que le corresponde.

En el Residentado de dermatología, se nos disminuye gran parte de esta dificultad administrativa y de laboratorio por lo cual “afinamos” la visión e interpretación, aprendemos toda la teoría que podemos tanto pasada como la actualizada, y la dificultad podría dirigirse al tratamiento ya que las enfermedades crónicas demandan gastos, así como las recidivas o de repente no pueden cubrir los gastos de su tratamiento. Otra dificultad radica en los pensamientos de los pacientes, en sus opiniones persistentes de que las enfermedades se centran en micosis, así como la automedicación indiscriminada dejándose convencer por las personas que laboran en las farmacias o inclusive el manejo anterior por los médicos generales con medicación no adecuada.

A todos estos factores se agrega la industria farmacéutica con la formulación galénica, que se convierte en un arte adicional la elaboración de la receta de principios activos y porcentajes terapéuticos diferentes según sea cada caso en particular; esto repercute en la prescripción de los productos de marca; sin embargo, es una parte de la terapéutica. Además, la creciente inclinación o preferencia por la estética y cosmiatría dermatológica, con la innovación de la aparatología que resulta siendo muy atractiva tanto en forma económica como imagen profesional.

Los primeros pininos en la especialidad nos dan unos cambios que nos enfocan en nuestro quehacer diario, y para empezar debo hacer mención a la experiencia de la labor médica del SERUMS, lo que el médico serumista vive y experimenta en ese año es

incomparable e indescriptible, no es igual contarlo o detallarlo que experimentarlo y vivirlo, cada uno recordará anécdotas increíbles y pareciera que el sólo decir la palabra SERUMS ya viene a la mente lo vivido en esas áreas geográficas distantes y no terminaría de relatar lo acontecido. De igual modo, en los años del internado médico como de la residencia médica tenemos tanto que contar de lo aprendido, ya sea de negativo, así como lo positivo.

Es evidente que quien no ha realizado ninguna búsqueda de la información básica de la dermatología está en desventaja, no solo en relación a los compañeros del mismo año sino en su formación personal. Usualmente la mayoría de residentes ingresantes ya han revisado parte de lo básico de lesiones elementales y conocen lo mínimo para tener una base, de tal manera que les será relativamente más llevadera y tolerable la formación como futuro especialista.

Sin embargo, es necesario entender que la dermatología no se obtiene ingresando a la web e informándose de cada enfermedad, por supuesto que es de gran ayuda y de un valor profesional pero la residencia cumple un proceso de aprendizaje ordenado que debe ir de lo elemental a lo complejo como toda especialidad médica.

En el primer año de residencia los llamados R-1 están en formación tratando de conocer y reconocer todas las lesiones existentes en la piel, anexos y mucosas accesibles, así mismo en la consulta diaria como en las guardias hospitalarias de la emergencia parece que es obligación saberlo y no dudar ya que en ocasiones es subestimada la especialidad con el clásico ejemplo de estar al tanto de las dermatomicosis (los famosos “honguitos”), aún recuerdo que en el pregrado y también como médico general la mayoría de problemas dermatológicos lo relacionaba a las micosis lo cual hace pensar en un razonamiento limitado e incorrecto.

Cada día, semana, mes y así sucesivamente, van apareciendo casos clínicos de incidencia frecuente que nos fortalece en los conocimientos y sus variantes patológicas para tener la experiencia y conocimientos necesarios, además de las enfermedades según la estación, también la presentación clínica según edad o raza, y otras tantas manifestaciones relacionadas a la medicina interna por lo que son necesarias y justificables las rotaciones por otras especialidades clínicas o quirúrgicas sean en la misma sede hospitalaria, en otro hospital docente e inclusive internacionalmente.

Inicio de la residencia y el uso de la información actualizada

Es de esperar que cuando se tiene el privilegio de ingresar al programa de segunda especialización el médico que iniciará su residencia absorberá y asimilará al máximo los conocimientos que le sea posible durante los años siguientes; sin embargo, hay que recordar que en la actualidad tenemos la facilidad del acceso a la web mediante la cual podemos revisar temas de interés, suscribirse a una revista de especialidad, actualizarnos en terapéutica y demás usos de internet.

Ahora es cuando el residente será guiado y cumplirá un plan curricular cada vez más complejo según vaya avanzando y es la labor de su tutor (asistente de cada sede hospitalaria) brindarle los conocimientos dermatológicos, así como evaluarle, y así tenemos un arsenal de información médica especializada tanto de libre acceso como de uso restringido a quienes se suscriban a una página web. En términos simples, el inicio de la residencia significará captar debida y ordenadamente los conocimientos necesarios y poder usarlo en beneficio personal profesional como de los pacientes que nos necesiten.

Aún recuerdo que al iniciar la especialidad en el primer día de residencia acudió un paciente por una neoformación por lo cual mi docente y tutor me explicó sobre una patología tumoral muy interesante sin embargo sería recién el tercer año cuando estaría contemplado en el plan curricular este tema; por supuesto significa que vamos a ir conociendo paulatinamente los casos clínicos que “aparecen” en la consulta diaria. Esto me lleva a pensar en las patologías diversas que llegan sin orden durante los meses y años de formación académica. Como sea, también mencionaba que hay mucha “facilidad” para la lectura e información académica mientras que antes era sinónimo de encerrarse en la biblioteca y ver libro por libro para poder estar al tanto de los temas dermatológicos.

Mucho he oído a nuestros maestros decir que antes se pasaban demasiadas horas en la “biblioteca real” revisando y repasando toda la literatura posible, y como se solía decir “ratones de biblioteca” sin embargo la diferencia ahora es que estamos en la “biblioteca virtual”. La informática nos ha revolucionado el mundo del conocimiento y nos es permitido ingresar en todos los lugares, así como conocer la dermatología de otras realidades en todo momento que ya de por sí es una ventaja y ahorro de tiempo valioso para la formación académica.

El uso del internet (web), los libros originales, revistas de especialidad, cámaras fotográficas, celulares de última generación, congresos nacionales e internacionales, reuniones clínicas u otras formas de obtener información académica son valederas pero el orden académico es básico para poder utilizar esta información y llegar al diagnóstico clínico dermatológico.

La consulta diaria nos pone en contacto con los pacientes quienes acuden por sus problemas dermatológicos, tenemos así mismo un asistente de la especialidad quien inicia la anamnesis y el examen clínico; y el residente previamente ya debe haber revisado lo básico de la teoría de manera tal que sea más fructífero su aprendizaje. Así pues, revisado el tema y estudiado sobre lo básico tendremos que conocer las lesiones primarias y secundarias que analizadas en su contexto, empezaremos a conocer cada vez más directamente con el paciente en la consulta diaria.

Ahora es cuando se pone en práctica todo lo estudiado y revisado sobre lesiones elementales como inicio de la especialidad. Es necesario e imprescindible conocer muy bien la teoría para poder poner en práctica sus conocimientos cuando atendemos un paciente.

El inicio de la consulta diaria típica con el residente de dermatología es con el abordaje dermatológico en la anamnesis, después de establecer la relación adecuada médico/paciente viene la clásica pregunta de consultorio “en qué lo podemos ayudar” o “cuál es el motivo de su consulta”, por lo cual en las respuestas escucharemos los términos más populares y tan diversas como “manchas en la piel”, “ronchas”, “granos”, “alergia”, “honguitos”, y otras frases más.

También es probable que alguna lesión resalte a simple vista, pero el paciente manifiesta otro problema que le es más importante y preocupante, como por ejemplo la pitiriasis alba del rostro es tan reconocible y los padres que lo traen a consulta refieren otro problema. Por esto, es mejor preguntar y que el mismo paciente manifieste su motivo de consulta.

La serie de interrogantes sobre su enfermedad actual obliga a enfocarlo y dirigirlo, en ese sentido tratando de utilizar los datos necesarios que contribuyen al diagnóstico principal. Recordemos que muchas veces el paciente se desvía del tema principal de consulta enfatizando síntomas o signos no contributorios; y con el paso del tiempo de las consultas diarias uno va aprendiendo, deduciendo y separando lo necesario.

El abordaje dermatológico implica no solamente escuchar al paciente sino debemos aprender a oír lo que nos refiere y que viene a ser la interpretación de lo que nos quiere manifestar, lo que es relevante para la enfermedad; influye mucho pues es la parte afectiva emocional la que interviene en la sintomatología, recordemos que embriológicamente la piel y el sistema nervioso derivan del ectodermo, de allí su relación con entidades neurológicas y además esto explica el tan repetido estrés (este término es una palabra del latín “*stringere*” que significa apretar o provocar tensión). es una reacción fisiológica del organismo en el que entran en juego diversos mecanismos de defensa para afrontar una situación que se percibe como amenazante o de demanda incrementada. Según la Organización mundial de la salud se puede definir el estrés como un estado de preocupación o tensión mental generado por una situación difícil.

Conforme pasan los meses el residente va ganando experiencia y reconociendo lesiones de primera impresión, de manera tal que desde que va ingresando el paciente con una simple inspección ya nos da una idea aproximada de lo que probablemente lo trae a la consulta. Es decir, sin que nos dé ninguna información, ya tenemos como datos su edad aproximada, sexo y algunas lesiones en las zonas fotoexpuestas.

Sumemos todo lo anterior y tenemos inspección ectoscópica, motivo de consulta, signos y síntomas, para luego pasar a observar detalles de las lesiones que presenta.

Cada síntoma o signo referido por el paciente requiere “desmenuzarlo” tal como nos enseñaron desde que iniciamos la carrera de Medicina humana y en nuestra especialidad citando un solo ejemplo la lesión por la que acude, citemos una mácula del rostro, indagaremos el tiempo transcurrido de la lesión, uso de medicación previa, sea automedicada o por otro profesional de la salud o farmacéutico, evolución como crecimiento de la lesión o estacionario, síntoma asociado como prurito o sensibilidad, lesión única o múltiples, etc,

Dermatología como especialidad – Secuencia de interpretación

Aprender a reconocer las lesiones elementales es el concepto básico de todo residente de dermatología en sus inicios de la especialidad, y desde las lesiones primarias hasta las secundarias podemos encontrar una variedad de literatura al respecto; aún así, en el campo clínico siempre decimos que “el mejor libro es el paciente” pues es la mejor manera de ver en vivo y en directo las lesiones que estudiamos y su comportamiento evolutivo. Recordemos además que en el pregrado de medicina tenemos un sinfín de fotocopias para formarnos y ser médicos; sin embargo, en dermatología no es posible estudiar las lesiones elementales de esta manera sino con imágenes nítidas, para ello los libros de la especialidad son primordiales que sean originales. Cada lesión dermatológica debe examinarse o estudiarse minuciosamente como por ejemplo en cuanto a coloración y bordes serán mejor comprendidos con imágenes a colores y bien tomadas.

Dicho lo anterior, resulta pues que ahora empezaremos a interpretar la iconografía dermatológica, y es un término cuyo significado es la descripción y análisis de las características de una imagen; es decir que ante un paciente que nos consulta determinada enfermedad tenemos que analizar las lesiones que presenta al mínimo detalle.

Ante las manifestaciones clínicas de una enfermedad dermatológica existe un orden casi rígido de secuencia e interpretación, se agregan más detalles y no sólo es la lesión elemental, sino que además podemos mencionar coloración, zona anatómica, tamaño, bordes, número o cantidad de lesiones, distribución o trayecto y síntomas asociados.

Si se describe correctamente la iconografía dermatológica es posible tener el diagnóstico clínico elemental. Una historia clínica correcta involucra una buena anamnesis y un examen clínico dermatológico idóneo cuya fuente principal es la visión. Todos podemos ver, pero es un arte y ciencia interpretar lo que vemos, es decir, los “detalles” de la lesión elemental.

Por citar un ejemplo clásico, reconoceremos un Acné cuando presenta su lesión elemental que es comedón por supuesto que además también se puede presentar con pápulas, pústulas, nódulos, etc, y así poder continuar con su interpretación como su manejo terapéutico. Tenemos también a la Dermatomicosis cuya interpretación para llegar al diagnóstico es valorar su evolución centrífuga como lo describimos en su forma circinada, debido a su afinidad por la queratina; existen otras enfermedades cuyas lesiones también presentan esta configuración de aspecto circinado de sus bordes como la Psoriasis sólo que para diferenciarla hay otros datos como su aspecto escamoso y no solo observar sus bordes sino en su contexto global. Así también en la Dermatitis atópica, entidad clínica que no presenta lesión elemental sino criterios diagnósticos.

Como podemos comprender es un entrenamiento desde el primer día del Residentado hasta que ya vamos aprendiendo y ganando experiencia clínica diaria, reforzando la rapidez al reconocer lesiones elementales y el juicio para emitir el diagnóstico. Hoy en día se encuentra en la literatura diversa información de conocimientos, pero es bueno ir con una secuencia ordenada y pensamiento correcto, lo que conocemos como especialidad y no solamente la lectura del pregrado o la revisión científica.

Para empezar, la dermatología tiene un campo de conocimientos, su iconografía básica e interpretación y por último su diagnóstico lesional. El campo de conocimientos de la dermatología comprende el estudio de la piel, así como también la piel cabelluda (cuero cabelludo), cabellos y pilosidad, uñas y mucosa oral; además incluye a las enfermedades de transmisión sexual; en términos sencillos es piel, cabellos, uñas y ETS (es bueno recordar que en la historia de la medicina se nos menciona que en sus inicios empezamos como Dermatología y Venereología).

La iconografía básica e interpretación comprende el tipo de lesión y su dato adicional, la localización de las lesiones y demás datos como tamaño, bordes, coloración, etc. Aquí es primordial establecer estos datos precisos como el sexo, edad, y tipo de lesión elemental; tiempo de enfermedad y datos adicionales. En relación al diagnóstico lesional, se ubica un grupo de enfermedades, se interpreta su evolución y se elabora el diagnóstico dermatológico. Y en estos grupos de enfermedades podría subdividirse las de naturaleza inflamatorias, infecciosas, tumorales, autoinmunes y pigmentarias.

Aparentemente se resume en estos parámetros los datos y detalles que necesitamos conocer, es un arte ser médico y a la vez un científico para interpretar los datos clínicos que recopilamos. “Todos pueden ver, pero pocos pueden comprender lo que ven” y eso es dermatología, la especialidad que nos permite conocer la enfermedad y muchas veces “a simple vista”. Debo mencionar las siguientes frases para entender esta etapa de inicio de la dermatología, “veo lo que conozco y conozco lo que veo” para poder decir a continuación “sé lo que hago y hago lo que sé”.

Además, falta interpretar las lesiones de piel neonatal, de la gestante, del adulto mayor, de la mucosa oral, de los anexos pilosos y de las uñas.

Desde que el paciente narra su motivo de consulta, uno se va proyectando mentalmente sobre los datos y detalles de lo que nos va explicando, de esta manera interpretaremos lo que le está sucediendo al paciente y sobre su entorno personal, familiar, laboral y social; puede guardar relación o no y eso ya depende de nuestro juicio médico al separar lo irrelevante como afianzar lo útil para la enfermedad y diagnóstico con el examen físico complementario. Con el transcurso de los años, los relatos de las enfermedades guardan un patrón muy similar que con la experiencia que se va adquiriendo podemos llegar más rápido a la interpretación de las lesiones elementales.

Historia clínica en dermatología

La realización de la Historia clínica difiere de la clásica en medicina clínica general pues se podría realizar de 2 maneras conocidas.

En algunas publicaciones encontramos que se puede examinar al paciente antes que se realice la historia evitando que la anamnesis condicione la percepción del especialista. Siempre es importante conocer lo que el paciente considera que ha ocurrido o mejor dicho a que lo atribuye. Así pues, este método de diagnóstico que se basa en el estudio de la lesión elemental y las clásicas preguntas del tiempo de enfermedad, cómo se presenta y evolución nos da un diagnóstico seguro.

Por lo mencionado, se deduce un algoritmo que conlleva a seguir minuciosamente lo que nos dirige cada dato; por ejemplo, una lesión elemental primaria puede ser sólida o líquida, si es sólida continuará buscar si se eleva en la piel y el tamaño, etc. Si es de contenido líquido se buscará el dato de su contenido, etc.

Por otra parte, también es valedero realizar el estudio de la información iniciando con la tradicional pregunta ¿Cuál es el motivo de su consulta? y en consecuencia se indaga con las demás preguntas siguientes… De este modo se va “encasillando” progresivamente al síntoma o signo inicial para seguir indagando si es una enfermedad propia de la piel o involucra a otros sistemas. Por ejemplo, enfermedades en áreas fotoexpuestas, o síndromes ampollares, papulo escamosas, nodulares, etc. Resulta útil tratar de clasificar estas lesiones elementales en base a su presentación, contenido y evolución. Se debe buscar la lesión elemental por más amplio o grande que sea la manifestación cutánea.

En ocasiones resulta raro que la lesión elemental se manifieste tan exacta como se presenta en un atlas dermatológico pues generalmente ha sido manipulado por el paciente o terceras personas como la familia, además ocurre la automedicación, así como la intervención de otros colegas de la especialidad u otro de medicina general.

En etapas posteriores de la formación académica dermatológica, con la lesión elemental iconográficamente podemos citar diagnósticos diferenciales como por ejemplo una mácula hipocrómica con Pitiriasis alba, Pitiriasis versicolor, Hipopigmentación post inflamatoria o Lepra por mencionar unos ejemplos.

Toda información obtenida durante la consulta debe ser redactada y descrita en la Historia clínica tal como nos estamos formando para crear un hábito profesional, así como también que sea útil para quien tenga a bien usar esta información o continuar las consultas posteriores, recordemos que cuando se describan estos detalles nos facilitarán los controles periódicos de la enfermedad, con el tratamiento dado varían las lesiones y si es enfermedad crónica las reagudizaciones no son exactamente iguales como en la atopía por ejemplo; o en las onicomicosis que se presentan al inicio como distróficas totales y van evolucionando a laterodistales y posteriormente a distrófico distales.

Anatomía panorámica de la piel

Esta parte del texto va dirigido a una visión panorámica de la piel y no un capítulo anatomo fisiológico como corresponde a la formación del especialista en Dermatología y que le toca empaparse del tema al derecho y al revés.

La piel consta de 3 capas bien diferenciadas. Durante la embriogénesis deriva del ectodermo y mesodermo, es decir que tiene un origen doble; la epidermis se formará del neuroectodermo conservando un origen común con el sistema nervioso central y se va diferenciando, mientras que la dermis e hipodermis se formará a partir del mesodermo.

La epidermis contiene los queratinocitos, los melanocitos, las células de Langerhans, y las células de Merkel. Mantiene un turn over de aprox. 50 a 70 días para su recambio epidérmico desde su capa basal hasta ascender a la capa córnea.

Los anexos cutáneos se forman a partir de invaginaciones epidérmicas y desarrollarán el complejo pilosebáceo, así como las glándulas sudoríparas y las uñas.

La dermis formará su tejido conectivo y colágeno, así como la red vascular y la hipodermis con su tejido adiposo.

Su fisiología nos lleva a reconocer que posee numerosas funciones en ese manto cutáneo de aproximadamente 1.5 a 2 metros de superficie corporal, como la tegumentaria de protección, la metabólica de conversión de la vitamina D ante la fotoexposición, la inmunológica por el reconocimiento de antígenos, la termoreguladora ante la homeostasis, la sensorial ante sus componentes mecanoreceptores, la secretoria/excretoria con sus glándulas.

Lesiones dermatológicas y su interpretación

Sobre este acápite existe diverso material bibliográfico desde el pregrado; sin embargo, es necesario volver a recordarlo, pero ya como especialidad y enfocar las lesiones elementales observando al máximo los detalles que presenta. En este rubro mencionar la semiología dermatológica que corresponde al conocimiento de las lesiones elementales que pueden instalarse sobre la superficie cutánea, sus anexos y las mucosas accesibles.

Definir el concepto de las lesiones elementales ya fueron propuestos por diferentes autores muy reconocidos como Fitzpatricks, Bologna, Andrews, Habif, Falabella, Gutiérrez, Rodríguez, Arenas, Magaña, Ruiz Maldonado, Rook, Mascaro, Braun-Falco, Laffont, Sharma, Shimizu, Ackerman, con una terminología aceptable y que llevan un concepto comprensible para poder hablar un mismo idioma dermatológico.

La lesión elemental en dermatología viene a representar la manifestación objetiva de lo patológico que se expresa en la piel. Es decir, que es un cambio anormal en la estructura dérmica producida por un daño interno o externo; estas lesiones pueden ser clasificadas en base a su morfología que no es otra cosa que su apariencia macroscópica.

Aclaro que es una opinión casi general en nuestra especialidad que no existen definiciones incorrectas sino diferentes y lo que está hablando o definiendo es una expresión misma dicho en otras palabras cuando se utiliza una terminología.

Se entiende que estas lesiones elementales vienen a representar la mínima unidad de comunicación de las enfermedades. Es preciso interpretar lo que expresa la piel para poder entender cómo es que se produce determinada lesión elemental, y en este sentido podemos encontrar lo siguiente:

Lesiones primarias, denominadas así a las que asientan sobre una piel previamente sana y a su vez subdivididas en las de contenido sólido y de contenido líquido.

De contenido sólido:

Mácula

Pápula

Placa

Nódulo

Vegetación

Tumor

Habón

Queratosis

De contenido líquido:

Pústula

Vesícula

Ampolla

Quiste

Lesiones secundarias, denominadas así a las que aparecen como consecuencia de la evolución de una lesión primaria.

Costra

Liquenificación

Ulcera

Esclerosis

Atrofia

Erosión

Escara

Excoriación

Escama

Fisura o grieta

Cicatriz

Necrosis

Goma

La representación mental o el enfoque del diagnóstico son consecuencia del abordaje dermatológico, hay detalles clásicos y típicos semiológicos que deben estar presentes para tener la impresión diagnóstica.

Por ejemplo; paciente de sexo masculino de 16 años de edad que presenta desde hace 2 años comedones en el rostro y que con el paso del tiempo aparecen pápulas y pústulas. Es evidente que estamos frente a un caso típico de acné; sin embargo, la forma de presentación de los datos en el orden correcto es necesario para poder definir al acné juvenil. Será diferente si no se menciona la edad, pues puede ocurrir en un infante o en un adulto y ahora es necesario investigar la causa de este acné o tal vez el uso de corticoides tópicos.

Se puede deducir en dermatología lo que está ocurriendo si tenemos los datos necesarios y primordiales como son el sexo, la edad, tiempo de enfermedad, lesiones que presenta, localización de estas lesiones, detalles de las lesiones, síntomas asociados y para terminar datos adicionales de la enfermedad.

Otro ejemplo; paciente de sexo femenino de 8 años de edad con máculas hipocrómicas de bordes no definidos en mejillas y miembros superiores, con leve prurito. En este caso estamos frente a la pitiriasis alba; sin embargo, si no mencionamos los bordes de esas máculas es obligatorio el descarte de la pitiriasis versicolor cuya presentación clínica es muy similar cuyos bordes son delimitados y el síntoma pruriginoso es nulo.

El “entrenamiento visual” de las lesiones elementales con los detalles que se observan debe llevarse al “entrenamiento mental” casi automático con el avance de la formación académica y poder interpretar lo que está sucediendo en la piel y su evolución clínica. Así pues, a “leer las lesiones con la mente”.

Es imprescindible que nos enfoquemos desde el principio definir cuál es la lesión elemental que estamos evaluando y de esta manera encontrar sus detalles, los cuales acompañado de otros signos nos guiarán al diagnóstico lesional y así el diagnóstico dermatológico. Aquí radica el inicio de nuestra participación para hallar el problema clínico.

Un ejemplo clásico podría ser la Alopecia difusa en la que nos preguntaríamos cual sería la lesión elemental e inclusive en la Tiña de las uñas u Onicomicosis haríamos la misma pregunta. Incluso pensar en la lesión elemental en la Hiperhidrosis. Agregaremos las lesiones en estos anexos cutáneos.

A pesar del tiempo y la aparición de estudios de ayuda diagnóstica aún prevalece la ectoscopía dermatológica la cual “desmenuzamos” minuciosamente con la iconografía y que hasta la actualidad es el pilar fundamental y nos da una certeza diagnóstica muy amplia.

Lesiones primarias

1.- Mácula

Si hablamos sobre lesión elemental denominada mácula, se mencionará “nombre y apellido” porque sólo decir mácula implica un cambio de coloración sin relieve ni depresión y no especifica si es acrómica, hipocrómica o hipercrómica. Además, por semiología debemos considerar si es mácula vascular o pigmentaria; a su vez este cambio de coloración también puede ser temporal o permanente, agreguemos la zona anatómica y podemos apreciar entonces que la lesión elemental va adicionando una serie de detalles y nos acerca hacia el diagnóstico.



Aquí estamos frente a una mácula acrómica peri ocular izquierda en una niña, con bordes irregulares, cuyo diagnóstico es Vitíligo; con el transcurrir de la revisión teórica veremos que son criterios negativos para el tratamiento la edad corta de presentación de la enfermedad como la localización alrededor de un orificio natural.

Seguimos usando el orden de la iconografía y se menciona la lesión elemental, sexo de paciente, edad, y localización anatómica donde se presenta; hay que considerar que esta imagen sólo muestra una lesión única como efecto didáctico académico sin embargo la enfermedad en sí obliga a buscar otras partes involucradas y los detalles adicionales como enfermedades autoinmunes relacionadas y tratamientos previos, así como la automedicación

Otra forma de presentación de la mácula puede ser la pigmentaria en déficit como la hipocrómica, y uno de los clásicos ejemplos es la enfermedad de la pitiriasis alba, y que podemos encontrar en diversos tamaños y de hipocromía variable.



Es muy común observar esta manifestación “despintada” de partes del rostro de muchos niños dando la impresión que no se puede delimitar o definir sus bordes; es decir, hasta donde llegan los bordes de estas máculas. Podemos expresarnos correctamente como paciente varón, en edad infantil con máculas hipocrómicas en el rostro con bordes no delimitados.

Si relacionamos lo que está sucediendo en la piel podemos deducir que la enfermedad ocurre en zonas fotoexpuestas, o sea que guarda relación con la exposición solar, incluso también se les llama comúnmente como “empeines”. Y es la Pitiriasis alba variedad hipocromiante, cuya presentación ocurre mayormente en la infancia y considerándosele como un criterio menor de la dermatitis atópica.



Máculas hipocrómicas de la Pitiriasis versicolor

Otra enfermedad de frecuencia moderada en la consulta diaria es la Pitiriasis versicolor. Observemos que estas lesiones con cambio de coloración hacia la hipocromía nos muestra esta característica de bordes definidos (o delimitados o definidos). Esta patología micótica se presenta en zonas seborreicas y de mayor sudoración por ello que guarda relación con la humedad inclusive de esta parte alta del tronco.

Estas máculas son relativamente similares a la pitiriasis alba (y debo agrego que el término pitiriasis significa descamación fina existiendo varias enfermedades que guardan esta característica en común, pero con signos clínicos diferentes), pero si nos detenemos a observar los bordes vemos que tienen una delimitación que es lo que nos da el diagnóstico. La expresión adecuada sería máculas hipocrómicas de bordes definidos en mejillas y parte lateral del cuello.

Así podemos referirnos al diagnóstico de pitiriasis versicolor, aunque también existe la presentación hipercromiante cuya coloración es parduzca.



Mácula pigmentaria del Léntigo solar

Otro ejemplo de lesión macular en zona fotoexpuesta es la siguiente

Mácula hiperpigmentada, marrón oscura, en zona malar derecha, de bordes definidos, de forma redonda, tamaño mediano y asintomático. En la presentación clínica puede ser lesión única o múltiple y de tamaño variable; es otro ejemplo didáctico de una lesión elemental que es la Mácula hiperpigmnentada en zona fotoexpuesta. Aquí es notorio esos bordes de la pigmentación para poder diferenciarlo de otras lesiones de naturaleza sospechosa de malignidad.

Lesión correspondiente a Léntigo solar, usualmente en zona de exposición solar y crónica. El fotodaño que ocurre usualmente ocurre por la no protección solar y que es de carácter acumulativa la radiación ultravioleta.



Mácula pigmentaria del Nevus de Becker

Lesión macular en extremidad aunque no muy frecuente es un tipo de lunar muy antiestético, pero de carácter benigno.

Mujer joven con mácula hiperpigmentada, marrón claro, en dorso de mano y parte del antebrazo izquierdo, de bordes no bien definidos, de forma semi rectangular, tamaño grande y asintomático. Aunque el tamaño en esta patología es variable es necesario reconocerlo para descartar o pensar en patología de mal pronóstico por lo cual es necesario la biopsia de piel.

Lesión correspondiente al Nevus de Becker, cuya localización es variable, de naturaleza benigna y en buen porcentaje de casos con pilosidad concomitante en la lesión. Usualmente el tamaño mediano a grande es una de sus características. Con frecuencia la exposición a los rayos ultravioleta es el factor predisponente para que haga su aparición.



Máculas sin forma ni configuración definida de la Fitofotodermatosis

Mujer joven con máculas hiperpigmentadas, marrones tenues en antebrazo, de bordes no bien definidos, de formas lineales desordenadas, tamaños pequeños y medianos, asintomáticos.

Lesiones correspondientes a la Fitofotodermatosis, de localización usualmente en extremidades por la combinación de la sensibilidad del contacto con plantas tipo taninos, y exposición solar. Corresponde a una reacción fototóxica totalmemte independiente del sistema inmunológico y derivado por algunas sustancias como las furanocumarinas o psoralenos. Otra característica es la ubicación en zona fotoexpuesta.



Mácula rojiza metamèrica del Angioma plano

Varón adolescente con mácula hiperpigmentada, rojo vinoso en mitad externa de mano y antebrazo izquierdo, trayecto metamérico T-7, bordes definidos, tamaño grande y asintomático.

Lesión correspondiente a Angioma plano, anomalía vascular benigna de la infancia que permanece con el tiempo y de carácter benigno. La presentación ocurre en la pubertad o en adolescencia. La coloración rojizo vinoso es su característica fundamental. Se debe estudiar conjuntamente con cirugía cardiovascular.



Mácula hipocrómica por Dermatitis de contacto y secuela de hipopigmentación

Mujer joven con mácula hipo pigmentada, en región malar izquierda, de bordes definidos, tamaño mediano y asintomático.

Lesión correspondiente a hipo pigmentación post inflamatoria, por contacto a producto químico sensibilizante dejando la pérdida de pigmentación temporal en zona expuesta a la luz solar. El tono de coloración disminuida por la pérdida de melanina ocurre por mecanismos inflamatorios en esta área fotoexpuesta es su característica y es de presentación única y más notoria en personas de fototipo oscuro.



Mácula acrómica en Halonevo

Varón adulto que presenta mácula acrómica en mejilla izquierda, de bordes no definidos, tamaño mediano, sin forma ni configuración y en cuyo interior hay 02 pápulas marrones de tonalidades variables y bordes definidos.

Lesión correspondiente al Halonevo de Sutton, es decir una despigmentación por la presencia de los nevus en su interior, en zona expuesta a la exposición solar y obliga al descarte de Melanoma maligno.



Máculas eritematosas en zona fotoexpuesta

Mujer adolescente quien presenta máculas hiperpigmentadas eritematosas en ambas mejillas, sin bordes definidos, tamaño medianas asociadas a ardor y prurito.

Lesiones correspondientes a fotosensibilidad por lo cual se debe investigar si hay compromiso de artralgias, alopecía o fenómeno de Raynaud. Además, corroborar la predisposición a rosácea.



Máculas hipercrómicas en miembros inferiores fotoexpuestos

Mujer adulta con máculas hiperpigmentadas eritemato parduzcas en miembros inferiores desde muslos hasta pies, con bordes definidos horizontales en su bordes superiores muy pruriginosos.

Lesiones correspondientes a quemadura solar de primer grado a quien no usa protección solar y permanece mucho tiempo expuesto a la radiación solar.



Máculas pigmentarias de las Efélides

Mujer adulta con máculas hiperpigmentadas pardo oscuras en todo el rostro a predominio de mejillas y nariz, sin bordes definidos, tamaño pequeño y múltiples, asintomáticos.

Lesiones denominadas también como efélides que se producen por daño crónico inducido por la luz ultravioleta, con aumento de la producción de melanina, frecuentes en personas con piel clara.



Máculas hipocrómicas de la Pitiriasis versicolor

Varón adolescente, presenta máculas hipo pigmentadas en mejillas y región mentoniana con bordes definidos, redondas, pequeñas y múltiples coalescentes, asintomáticas.

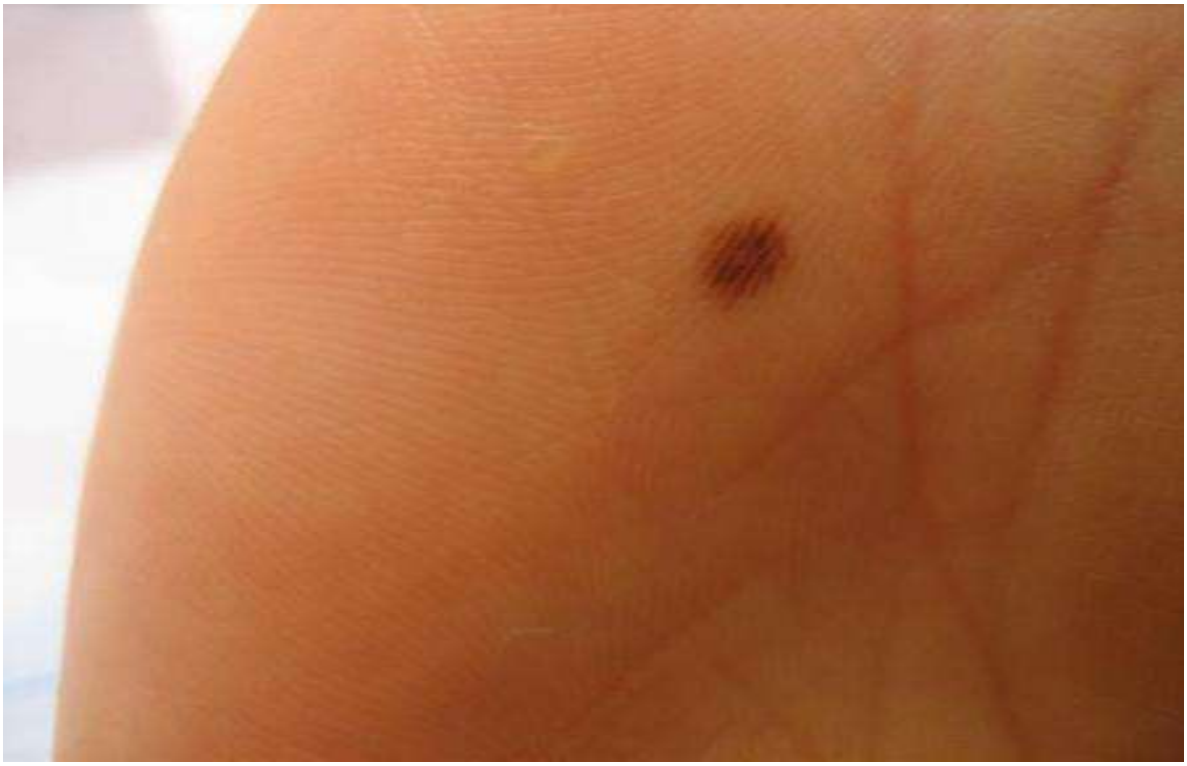
Lesiones correspondientes a Pitiriasis versicolor hipocromiante, obsérvense los bordes definidos y su localización en áreas seborreicas y exposición solar.



Máculas acrómicas del Vitíligo

Varón adulto con máculas acrómicas en abdomen sin forma ni configuración de bordes definidos, de tamaño mediano con algunas excoriaciones asociados a prurito.

Lesiones correspondientes a Vitíligo, enfermedad autoinmune y sin predilección de zona anatómica y no siempre de presentación simétrica.



Mácula pigmentaria del Nevo melanocítico

Varón adulto con mácula hiperpigmentada marrón de dos tonalidades en palma de mano, bordes no bien definidos, y tamaño pequeño.

Lesión correspondiente a Nevo melanocítico sin embargo los bordes y tonalidades exige descartar Melanoma acral además por ser zona de compresión puede ser asiento de traumas locales para una diferenciación maligna con el tiempo, se debe extirpar.



Mácula violácea por sensibilidad a fármacos

Varón infante con mácula hiperpigmentada rojo violáceo en dorso de pie izquierdo, redondo de bordes definidos, tamaño grande asociado a prurito.

Lesión correspondiente a Eritema pigmentado fijo por sensibilidad a medicamento (vía oral) absorbido y se expresa como efecto secundario.



Mácula parduzca por Eritema pigmentado fijo

Paciente niña de 9 años de edad con reacción a la ingesta de sulfas días previos a la aparición de esta lesión, pues era la primera vez que le recetaban dicho producto por Infección urinaria.



Máculas amarilentas acrales de la Carotinodermia

Varón joven con máculas hipercrómicas amarillentas palmar bilateral sin bordes definidos y sin síntomas asociados.

Lesiones correspondientes a Carotinodermia que usualmente se manifiesta como pigmentación palmo plantar por exceso del consumo de carotenos precursores de vitamina A, y se debe diferenciar de la licopenemia y la ictericia.



Máculas grises de la Dermatosis cenicienta

Varón adulto quien presenta máculas hiperpigmentadas grises, difusas de diverso tamaño y bordes no bien definidos.

Lesiones correspondientes a Eritema discrómico perstans conocido también como Dermatosis cenicienta por su característico color cenizo cuya etiología no está establecida.



Máculas de miembros inferiores por Vasculitis

Varón joven con máculas hiperpigmentadas rojizo violáceos en piernas hasta tobillos de distribución serpiginosa y asociado a parestesias y dolor.

Lesiones que corresponden a Vasculitis livedoide por alteración idiopática oclusiva vascular dérmica evolucionando a ulceraciones.



Mácula angiomatosa metamérica del Angioma plano

Varón adolescente con máculas hiperpigmentadas violáceas en hemicara parcial derecha de distribución metamérica (V1 y V2) asintomático.

Lesión correspondiente a Angioma plano facial como manifestación cutánea de la angiomatosis encéfalo trigeminal (Síndrome de Sturge Weber) y requiere la participación de neurología y cirugía cardiovascular.



Máculas hipocrómicas de la Dermatits atópica

Varón infante con Máculas hipo pigmentadas en tronco de bordes no definidos y tamaño variable asintomático.

Lesiones correspondientes a Dermatitis atópica con su manifestación de Pitiriasis alba hipocromiante, en cual se aprecia mucho mejor los bordes no definidos y no se presenta en zona fotoexpuesta en la cual no podríamos enfocar la causa a la exposición solar.



Maculas de 2 tonalidades en zona fotoexpuesta

Mujer adolecente con máculas hipocrómicas e hiperpigmentadas rojizas en el rostro a predominio de mejillas con bordes no definidos, tamaños pequeños y medianos con leve prurito.

Estas lesiones corresponden a Pitiriasis alba en sus variedades hipo e hipercromiante en la misma paciente y el prurito está asociado más a esta variedad y siempre en zonas fotoexpuestas.



Máculas hipercrómicas en zona anatómica fotoexpuesta

Mujer adulta con máculas hiperpigmentadas pardo oscuras en todo el rostro con bordes definidos y tamaño medianos, asintomáticos.

Lesiones correspondientes a Melanosis facial o Melasma, característico en zonas fotoexpuestas pues la sensibilidad solar y acúmulo de radiación ultravioleta es mayor en relación al nivel estrogénico.



Mácula pigmentaria plantar

Varón adulto con mácula hiperpigmentada parduzca en planta de pie, ovoideo con bordes definidos y tamaño pequeño.

Lesión correspondiente a Nevo melanocítico acral de carácter benigno sin embargo por la localización expuesta a traumas y compresión debe extirparse preventivamente.



Máculas de miembros inferiores de la Enfermedad de Schamberg

Varón adulto con máculas hiperpigmentadas rojizas con tinte violáceo en piernas de bordes no definidos, tamaños medianos y grandes asociado a edema con prurito.

Lesiones correspondientes a Enfermedad de Schamberg o Dermatosis purpúrica pigmentaria donde existe extravasación de eritrocitos y posterior depósito de hemosiderina, pero sin vasculitis.



Máculas hipercrómicas de la Pitiriasis versicolor

Varón adulto con máculas hiperpigmentadas pardo oscuras en parte lateral del tronco, de bordes definidos, múltiples y tamaños pequeños, asintomáticos.

Lesiones correspondientes a Pitiriasis versicolor hipercromiante en la cual muchas veces se observa una descamación fina furfurácea y se distribuye en zonas seborreicas.



Máculas lineales en Insuficiencia venosa superficial

Mujer adulta con máculas hiperpigmentadas rojizo violáceas en muslos de trayecto lineal y serpiginoso, pequeñas y múltiples asociados a parestesias.

Lesiones que corresponden a víbices, signo cutáneo de enfermedad hematológica y consisten en hemorragias lineales por trauma o presión, en este caso por inicios de insuficiencia venosa.



Mácula gris negruzca de Nevo melanocítico en mucosa oral

Varón adulto quien presenta mácula hiperpigmentada gris oscura en labio inferior ovoidea y de bordes no definidos, tamaño pequeño y asintomático.

Lesión correspondiente a Nevo melanocítico; sin embargo, sus bordes no bien definidos y asimétricos son indicio de sospecha de malignidad por lo que obliga el descarte con la biopsia de piel.



Máculas eritematosas y parduzcas en la Quemadura solar de primer grado

Mujer joven con máculas hiperpigmentadas pardo oscuras en tronco de bordes nítidos lineales, tamaño grande y asociado a prurito con ardor.

Lesiones correspondientes a Quemadura solar I° donde interviene la radiación ultravioleta acumulada en corto tiempo en zonas fotoexpuestas y la ropa de baño deja su silueta característica.



Máculas de varias tonalidades en el Tatuaje

Mujer joven con Tatuaje de 5 tonos de color en el dorso que luego de algunos años decide retirárselo. Actualmente sí es posible realizarlo con los procedimientos de Láserterapia.

2.- Pápula

Si nos referimos a la lesión elemental llamada pápula, estamos hablando de la elevación circunscrita y de consistencia sólida de la piel; si usamos la histología podríamos mencionar su clasificación epidérmica, dérmica, dermoepidérmica y folicular, pero sólo utilizamos la parte clínica y su observación por ello es que le agregamos los demás detalles dermatológicos de localización, tamaño, número o cantidad, etc. Y a su vez puede tener algunos cambios secundarios como costras y descamación.



Pápulas eritematosas múltiples del Acné juvenil

En esta imagen clásica del acné juvenil es un ejemplo de la lesión primaria denominada pápula, y aunque existen en número variable lo didáctico es que observemos la elevación sólida y de coloración eritematosa pues indica el grado inflamatorio del acné.

Paciente varón adolescente con pápulas eritematosas en la frente y parte de la nariz, asociado a cutis seborreico, se observan además comedones cerrados que es la expresión de obstrucción del complejo pilosebáceo. Nótese que las lesiones se manifiestan en áreas seborreicas las cuales están más activas en la etapa de la adolescencia, haciendo unidad clínica estas pápulas corresponden al acné.



Pápulas eritematosas y color piel en Demodicidosis

Estas lesiones muy pequeñas y múltiples del rostro en zona de las mejillas son diferentes de la imagen anterior pues su coloración es como el color de piel y discretamente eritematosas, muchas como el tamaño de la punta de alfiler correspondientes a la demodicidosis, infección por el ácaro Demodex folliculorum ectoparásito del folículo piloso.

Se observa en la lesión primaria de pápula la diferencia de tamaños, así como de coloración y hasta de síntomas pues puede ser asintomático como en el acné, o pruriginoso ocasionalmente como “hormigueos” en la demodicidosis.



Pápulas de la Folicultits esteroidal

Otra imagen referida a pápula es la que se presenta en los folículos pilosos como en la foliculitis.

La expresión sería paciente varón, adulto con pápulas eritematosas foliculares en pecho y hombros, cuyo correlato clínico fue la administración de corticoides orales y se presenta como efecto secundario de medicamentos esteroideos.



Pápulas eritematosas monomorfas en el tronco de la Folicultis esteroidal

Varón joven con pápulas con pápulas eritematosas monomorfas en tronco superior de corto tiempo de evolución, en la cual también se halló el antecedente de ingesta de corticoides orales como dexametasona por unos días debido a un problema musculo esquelético ocasional.

Este efecto que ocurre rara vez se presenta como un efecto secundario a los corticoides sistémicos.



Pápulas foliculares color piel en axilas de la Enfermedad Fox fordyce

Mujer joven con pápulas foliculares de color piel en axilas y pruriginosas. Lesiones que corresponden a la Enfermedad de Fox Fordyce, trastorno inflamatorio crónico con obstrucción de los conductos glandulares apocrinos, retención de sudor, ruptura del sistema excretor distendido e inflamación secundaria. Esto es la patogenia y sin embargo no en todos los casos se observa esta secuencia pues con voluntarios sanos a los cuales se les sometió a obstrucción no ocurrió la mencionada patogenia. Lo que sí se concluye es que tiene influencia hormnal pues aparece post pubertad y con mayor frecuencia en las mujeres.



Pápulas céreas de las Glándulas sebáceas en labios

Se conocen glándulas sebáceas ectópicas cuya función es lubricar y evitar el resecamiento manteniéndose asintomático, con incomodidad estética por lo cual se sugiere láserterapia.



Pápulas color piel de ubicación palpebral en Siringomas

Mujer joven con pápulas en párpados superiores de color piel y coalescentes, pequeñas y múltiples asintomáticas.

Lesiones correspondientes a Siringomas, tumoraciones benignas de las glándulas sudoríparas ecrinas y cuyo diagnóstico diferencial son las verrugas planas.



Pápulas eritematosas monomorfas de la Foliculitis esteroidal

Varón joven con pápulas eritematosas foliculares en tronco superior.

Lesiones correspondientes a Foliculitis esteroidal, y se consideran corticodermias al conjunto de efectos adversos ocasionados por el uso de los glucocorticoides, usualmente en áreas seborreicas.



Pápulas de trayecto lineal del Liquen estriado

Mujer adolescente con pápulas hipocrómicas en brazo izquierdo pequeñas y múltiples reagrupadas de distribución lineal.

Lesiones que corresponden al Liquen estriado, erupción inflamatoria adquirida sobre las líneas de Blashco, y usualmente en una extremidad. Se piensa que las líneas de Blashco son huellas de migración de células embrionarias y estas franjas son un tipo de mosaicismo genético. Observemos esta distribución en el brazo de una paciente en la adolescencia



Pápulas marrones múltiples en cara del Tumor de tejido conectivo

Mujer joven con pápulas marrones oscuras en nariz y mejillas, de bordes definidos, múltiples y tamaño pequeño, asociado a prurito.

Lesiones correspondientes a Tumores del tejido conectivo, cuya estirpe son las glándulas sudoríparas ecrinas. Nótese la localización donde asientan estas lesiones tumorales benignas en esta área seborreica donde existe una buena densidad de estas glándulas. La ilustración está referida al reconocimiento de estas pápulas como lesión en esta enfernedad.



Pápulas eritematosas asociado a algunas pústulas y flogosis en Dermatitis atópica

Varón lactante que presenta pápulas eritematosas y descamativas con pústulas en mejillas asociado a leve xerosis.

Lesiones correspondientes a Dermatitis atópica del lactante, enfermedad inflamatoria de naturaleza alérgica y cuya sintomatología varía en relación al grupo etáreo, en esta imagen observamos una de las lesiones que son las pápulas en cantidad múltiple y pequeñas que confluyen con descamación en esta superficie corporal clásica. En el adulto son de localización eminentemente flexural.



Pápulas puntiformes negruzcas y escasas pústulas del Acné inflamatorio leve

Adolescente con pápulas múltiples en frente y cutis graso.

Acné inflamatorio moderado. Obsérvese los “puntos negros” múltiples denominados comedones abiertos pues la queratina de su superficie ha sido oxidada (oxígeno ambiental) por la luz solar y expresa la evolución del comedón cerrado. En este paciente hay otras lesiones como pápulas eritematosas e inclusive una pústula que forme la parte inflamatoria de esta enfermedad.. En esta imagen se espera ilustrar el reconocimiento del comedón abierto propio del Acné.



Pápula blanquecina de Molusco contagioso con otras micropápulas adyacentes

Infante con lesión papular en abdomen de tamaño pequeño y otros pequeños adyacentes. Molusco contagioso. Pápula “perlada” con superficie algo brillante, cuya descripción característica y clásica es “umbilicada”vemos pero que no siempre se aprecia este detalle, representa un estado de inmunodepresión transitoria por lo cual el virus se replica con mayor facilidad.



Pápulas blanquecinas con halo eritematoso en Molusco contagioso

Molusco contagioso, en otro paciente en la que la configuración de “umbilicado” es más representativo. Tamaño pequeño y múltiples lesiones papulares en el dorso de otro paciente adolescente y que fue manipulado previamente con su consecuente diseminación.

Enfermedad viral producido por un poxvirus DNA generalmente autolimitada y con 3 variantes, 1 de ellos con relación a considerarse como una ETS.



Pápulas con dilatación folicular del Liquen espinuloso

Varón en edad juvenil con pápulas puntiformes múltiples en dorso de mano asociado a prurito. Se observa inclusive excoriado.

Liquen espinuloso; dermatosis benigna de la piel con protuberancias puntiformes de consistencia algo áspera, de característica papular folicular.



Pápulas exofíticas en Verruga vulgar

Verruga vulgar, de localización palpebral superior, cuya etiología es el papilomavirus, y en la cual existe una solución de continuidad pre existente para que se forme la lesión típica.

Existen una variedad de más de 100 serotipos para la formación de estas tumoraciones exofíticas pediculadas o digitiformes.



Pápulas color piel en Neurofibromatosis cutánea de diversos tamaños

Neurofibromatosis; múltiples tumoraciones de tejido fibroso y pediculados, con una variedad de tamaño variable.

Enfermedad de herencia autosómico dominante, relacionada con manchas “café con leche” y tumores del Sistema nervioso central.



Pápulas eritematosas puntiformes de la Demodicidosis

Demodicidosis, pápulas eritematosas y otras de color de la piel, de aspecto puntiforme en mejillas, con síntoma pruriginoso tipo “hormigueos”.

Enfermedad originada por la infección de un parásito llamado ácaro del género démodex que vive en los folículos pilo sebáceos.



Pápulas céreas y rosadas del Siringoma eruptivo

Pápulas color piel y otras sonrosadas en zonas interciliar y perinasal.

Siringoma eruptivo, tumoraciones benignas de las glándulas sudoríparas ecrinas con aspecto inflamatorio casi centro facial. Compromete el epitelio ductal de estas glándulas



Pápulas amarillo blanquecinas del Milium

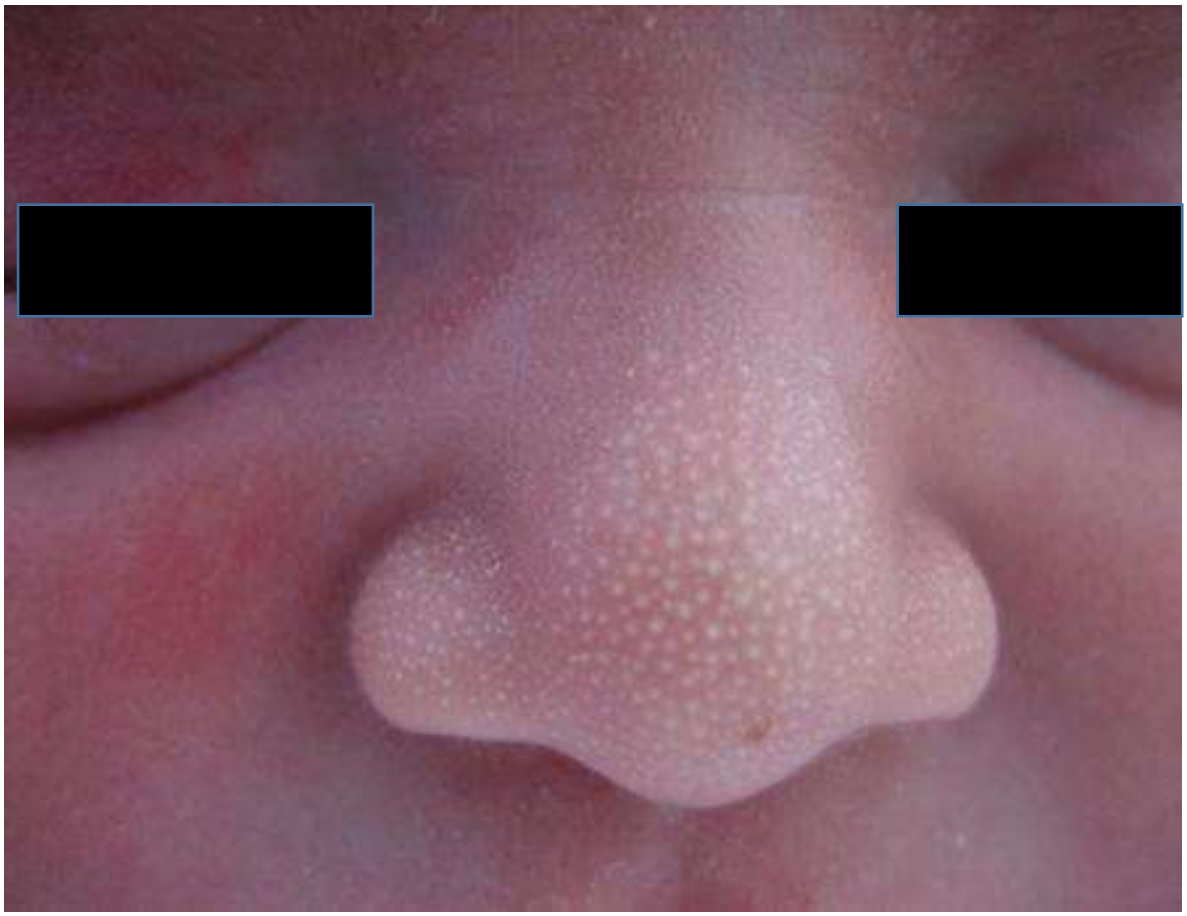
Milium, pápulas puntiformes de aspecto “céreo” y blanquecinas con contenido sebáceo. Nótese su superficie dando este aspecto graso y tamaño muy pequeño.



Pápulas blanquecinas del Liquen nitidus

Varón joven con pápulas blanquecino amarillentas en prepucio, pequeñas y múltiples.

Lesiones correspondientes a Liquen nitidus, dermatosis de origen desconocido y curso autolimitado



Pápulas blanquecinas de la Miliaria cristalina

Varón neonato quien presenta pápulas blanquecinas puntiformes en nariz.

Lesiones que corresponden a Miliaria cristalina, trastorno de las glándulas sudoríparas ecrinas producto de la obstrucción de los conductos sudoríparos.



Pápulas múltiples del Molusco contagioso

Mujer joven con pápulas umbilicadas y otras perladas brillantes en área nasolabial así como en labio inferior, tamaño pequeño y escasas.

Lesiones que corresponden a Molusco contagioso, infección viral ocasionado por el poxvirus relacionado a inmunocompromiso.



Pápulas negruzcas coalescentes del Nevo comedonico

Varón joven con pápulas grisáceas en párpado superior izquierdo, tamaño pequeñas y agrupadas.

Lesiones correspondientes a Nevus comedonicus y expresa un defecto del desarrollo del aparato pilosebáceo con presencia de comedones gigantes y tapones foliculares.

3.- Placa

La lesión denominada placa está referido a la confluencia de pápulas formando un área mayor de un centímetro de diámetro. Se observa con esa configuración elevada sobre la piel con bordes nítidos bien definidos y de consistencia sólida. Es común escuchar la palabra placa alopécica cuando nos referimos a una lesión en la piel cabelluda desprovista de folículos pilosos; sin embargo, según la definición no es correcto pues la placa es de consistencia sólida y sobre elevada (se interpreta como tal pues es la descripción de la alopecía).



Placa escamodescamativa de psoriasis

Paciente mujer de 28 años con lesiones en placa eritematosas y descamtivo escamosas en bordes de implantación de piel cabelluda y parte adyacente de la frente.

Enfermedad autoinmune de naturaleza inflamatoria crónica con reagudizaciones, y cuya aparición tiene relación con el mecanismo de estrés, sea emotivo o metabólico, típicamente la enfermedad es escamosa y sin embargo con el paso del tiempo puede ir evolucionando de escamoso a descamativo.



Placa de Psoriasis vulgar observándose su característica escamosa

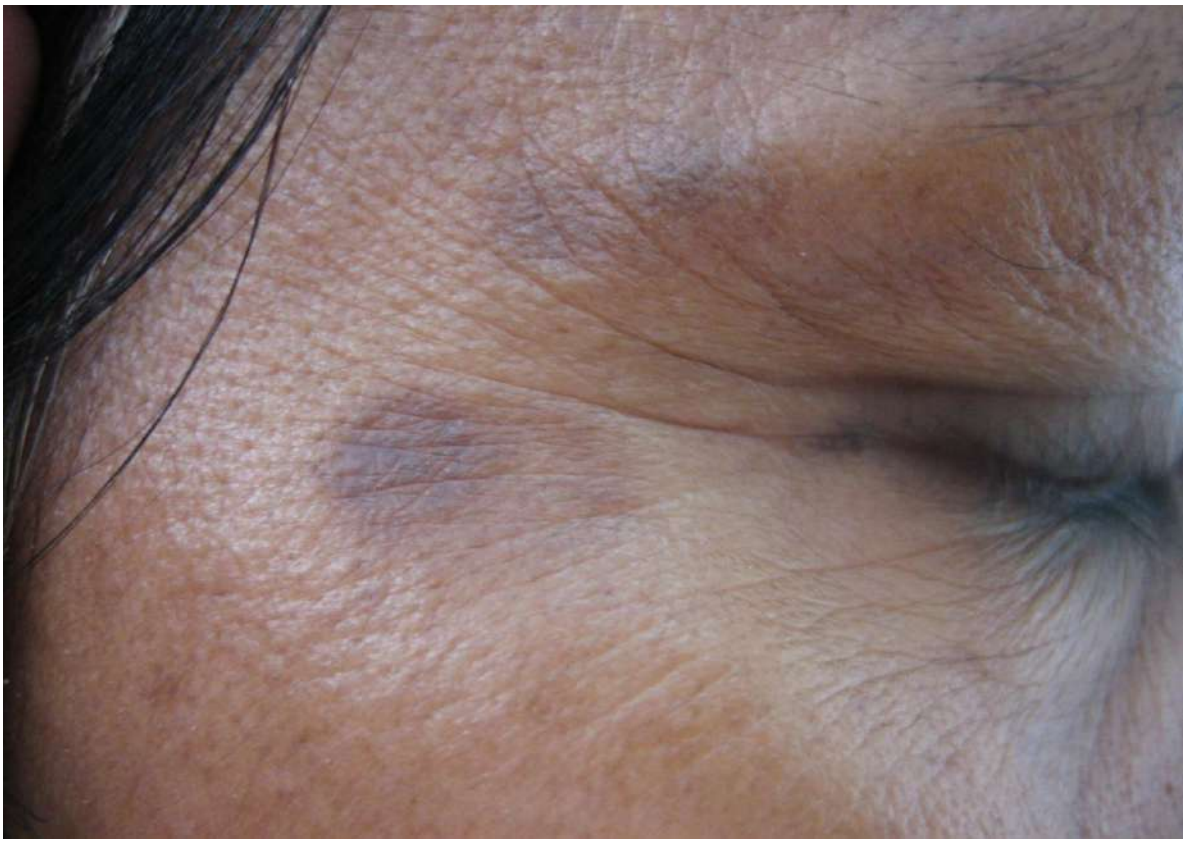
Dermatosis papular que confluyen en placas y se observa la configuración clásica de la Psoriasis en placas o común, ya que existen otras variedades clínicas de presentación, pero en esta imagen observemos la descripción de placas eritemato escamosa, sustentado en su turn over disminuido porque la duración de 30 a 50 días aproximados se realliza en esta enfermedad en pocos días y por ello su acúmulo.



Placa psoriásica de piel cabelluda y cuerpo en edad adolescente

Paciente mujer adolescente con enfermedad crónica de 5 años en forma intermitente caracterizada por placas eritemato escamosas en cuello y piel cabelluda asociado a prurito leve

La enfermedad de la Psoriasis puede extenderse a un área considerable de la superficie cutánea y con mínima sintomatología, objetivándose las lesiones características.



Placa marrón en los inicios de la Queratosis seborreica

Paciente mujer adulta de 51 años con lesiones en placas en parte externa de zona malar derecha así como en zona ciliar ipsilateral.

Placa de la Queratosis seborreica, cuya evolución inicia como mácula hiperpigmentada que va evolucionando a placa por acción conjunta del paso de los años y exposición solar acumulativa en zonas fotoexpuestas y seborreicas generalmente aunque no necesariamente son las únicas zonas de locaización. Su nombre seborreico se le designa por el aspecto sebáceo o céreo que presenta. En ocasiones mal llamadas verrugas seborreicas.



Placa como lesión en el Liquen plano

Paciente varón adulto de 46 años con lesiones en placa eritematovioláceas en el tronco del cuerpo con prurito moderado.

La palabra liquen proviene del griego ***leichen*** que significa “musgo de árbol” y del latín planus por su aspecto de superficie plana que compromete piel, pelos, uñas y mucosa oral. Enfermedad inflamatoria de naturaleza idiopática y también relacionada a algunas enfermedades auto inmunes, neoplasias y fármacos. Caracterizada por pápulas poligonales violáceas confluentes con tendencia a formar placas.



Placa como en Nevo comedónico

Paciente varón adulto de 37 años con lesiones papulares formando placa gris oscura en zona sub ciliar derecha de años de evolución.

El nevo comedónico corresponde a una alteración en la formación del compejo pilosebáceo desde su germen epitelial primario en la cual la estructura folicular resultante es incapaz de producir pelo o glándulas sebáceas, produciendo únicamente queratina.

La etiología parece deberse a un mosaicismo genético por la que se mencionan algunas teorías, considerándolo como una variante del Nevo epidérmico que afecta a los folículos pilosebáceos mientras que para otros es el resultado de una disregulación del crecimiento que afecta a la porción mesodérmica de la unión pilosebácea.

4.- Nódulo

El nódulo es una palabra de origen latín ***nodulus*** que significa “nudo pequeño” y es una formación sólida circunscrita y está ubicada por debajo de la epidermis, es decir que involucra la dermis e hipodermis, por ello se palpa más que visualizarse y que en general deja cicatriz. Se origina por infiltrados inflamatorios así como algunas neoplasias o depósitos metabólicos.



Nódulo en Forúnculo abscedado

Paciente mujer joven con nódulo flogósico en glúteo izquierdo de pocos días de evolución y doloroso al tacto y compresión.

Forúnculo es la infección que compromete al folículo piloso que se extiende a la profundidad de la dermis con nodulación inflamatoria y abscedación causado por Staphylococcus aureus con mayor frecuencia y otros que también están relacionados es el Streptococcus pyogenes. En esta entidad clínica debe existir factores predisponentes como obesidad, diabetes mellitus, inmunosupresión, hiperhidrosis y dermatosis pre existentes. Es necesario recordar la flora microbiana residente y transitoria para entender la patogenia de esta enfermedad.



Nódulo en Esporotricosis evidenciando 2 lesiones nodulares pequeñas siguiendo su trayecto linfático

Paciente mujer joven, con lesiones nodulares en dorso de mano derecha siguiendo un trayecto lineal de un tiempo de evolución de 2 meses y con antecedentes de viaje a zona rural de la selva.

La esportricosis cutánea es la infección micótica causado por el complejo Sporothrix de 5 especies y el más frecuente es el Schenkii; caracterizado por lesiones solitarias hasta sistémicas por nódulos subcutáneos que siguen su curso evolutivo de trayecto linfático (aprox 70%) y se ulceran. Estas manifestaciones dependen de la respuesta inmunológica del huésped.



Nódulo en Ganglión, por compromiso de la tumoración benigna del tendor extensor

Paciente varón adolescente con nódulo semiconsistente en muñeca de mano derecha en zona extensora de varios meses de volución y antecedentes de prácticas de boxeo.

Ganglión es un término de origen griego ***ganglia*** que significa “nudo de tejido” llamado también Quiste sinovial, consiste en una nodulación de tejido yuxta articular como la vaina tendinosa o cápsula articular y cuyo contenido es mucina y alta concentración de ácido hialurónico. Con presentación clínica más frecuente en la mano.



Nódulo en Hidradenoma nodular

Paciente varón adulto con años de lesión nodular plantar

Tumoración benigna de las glándulas sudoríparas ecrinas conocido también como Mioepitelioma de células claras o Acroespiroma ecrino cuyo aspecto clínico no es muy característico y su zona más frecuente de presentación es en cabeza y extremidades.

5.- Vegetación

La vegetación es la formación exofítica producto de la proliferación de las papilas dérmicas proyectadas por encima de la piel; su aspecto es de aspecto verucoide. Corresponden a proyecciones papilares múltiples y agrupadas similar a la coliflor y de consistencia blanda que se presentan como masas lobuladas o digitiformes. Cuando el engrosamiento de la capa córnea es muy pronunciado se observan estas proyecciones menos evidentes tornándose duras y secas.



Vegetación en Donovanosis

Paciente varón adulto con 2 meses de enfermedad caracterizado por lesión vegetante es zona escrotal derecha de coloración rojiza y de aspecto algo lobulado y bordes definidos e indolora.

La Donovanosis denominada anteriormente como Granuloma inguinal es la infección ocasionada por Calymmatobacterium granulomatis (Klebsiella granulomatis o Donovania granulomatis), con presentación clínica más frecuente de localización ano genital. Considerada como una ETS (aunque no siempre se transmite de esta manera pues hasta en lactantes se ha reportado casos) y dentro del Sindrome de úlcera genital en pacientes inmunocompetentes en nuestro medio. Su evolución clínica va desde pápula, nodulación, vegetación y ulceración.



Vegetación en mucosa oral de Lúes secundaria

Paciente varón joven de 3 meses de enfermedad con lesión vegetante en mucosa oral sublingual con superficie verrucoide de 2 x 1 cm diámetro e incomodidad a la masticación.

La sífilis secundaria es la infección por la espiroqueta Treponema pallidum y se establece que ocurre desde las 6 semanas hasta los 6 meses posteriores a la inoculación; se manifiesta con diversas lesiones orgánicas y de la piel con sus anexos entre las cuales se encuentra esta vegetación condilomatosa.

A esta enfermedad se le llamado “simuladora” debido a que en su estadio secundario se presenta con diversas manifestaciones clínicas.

El nombre de sífilis fue creado por el poeta y cirujano veronés Girolamo Fracastoro en su poema en latín *Syphilis sive morbus gallicus* (Sífilis o la enfermedad francesa). El protagonista de la obra es un pastor llamado Sifilus que cuidaba de los rebaños del rey Alcihtous. Molesto con el dios griego Apolo ya que este quemaba los árboles y consumía los brotes que alimentaban a las ovejas, decidió no adorarlo a él sino al rey. En represalia, Apolo lo castigó junto con todo el reino, afectándolos de una enfermedad que llamó “sífilis” por el pastor. Agregándole el sufijo *-is* a la raíz Syphilus, Fracastoro creó el nuevo nombre de la enfermedad, y lo incluyó en su libro de medicina *De contagionibus*.



Vegetación en Condiloma acuminado con manifestación del meato uretral

Varón de 32 años con tiempo de enfermedad de 4 meses que presenta vegetación en orificio uretral y que presentaba únicamente disuria y posteriormente nota un crecimiento anormal en su uretra.

Condiloma acuminado o verruga genital corresponde a la expresión clínica de la infección por el virus del papiloma humano (VPH) inoculado por transmisión sexual aunque también se ha observado pocos casos de transmisión vertical; a los genotipos 6 y 11 se les considera responsables de aprox 95% de esta enfermedad aunque otros genotipos están implicados pero en menor frecuencia. Representa un trofismo muco cutáneo a través de soluciones de continuidad penetrando el virus hasta los queratinocitos de la capa basal.



Vegetación en ILVEN (nevus epidérmico verrucoso lineal)

Paciente varón adolescente con lesiones desde la infancia y en aumento considerable con trayecto de líneas de Blashko, de difíl tratamiento y con resultados alentadores del calcipotriol tópico.

6.- Tumor

Se considera tumor a la masa anormal de tejido que crece en forma autónoma y cuya clasificación según su procedencia anatómica sería epitelial, melanocítico, neural y mesodérmico. La división limítrofe entre su naturaleza benigna o maligna puede ser incierta.

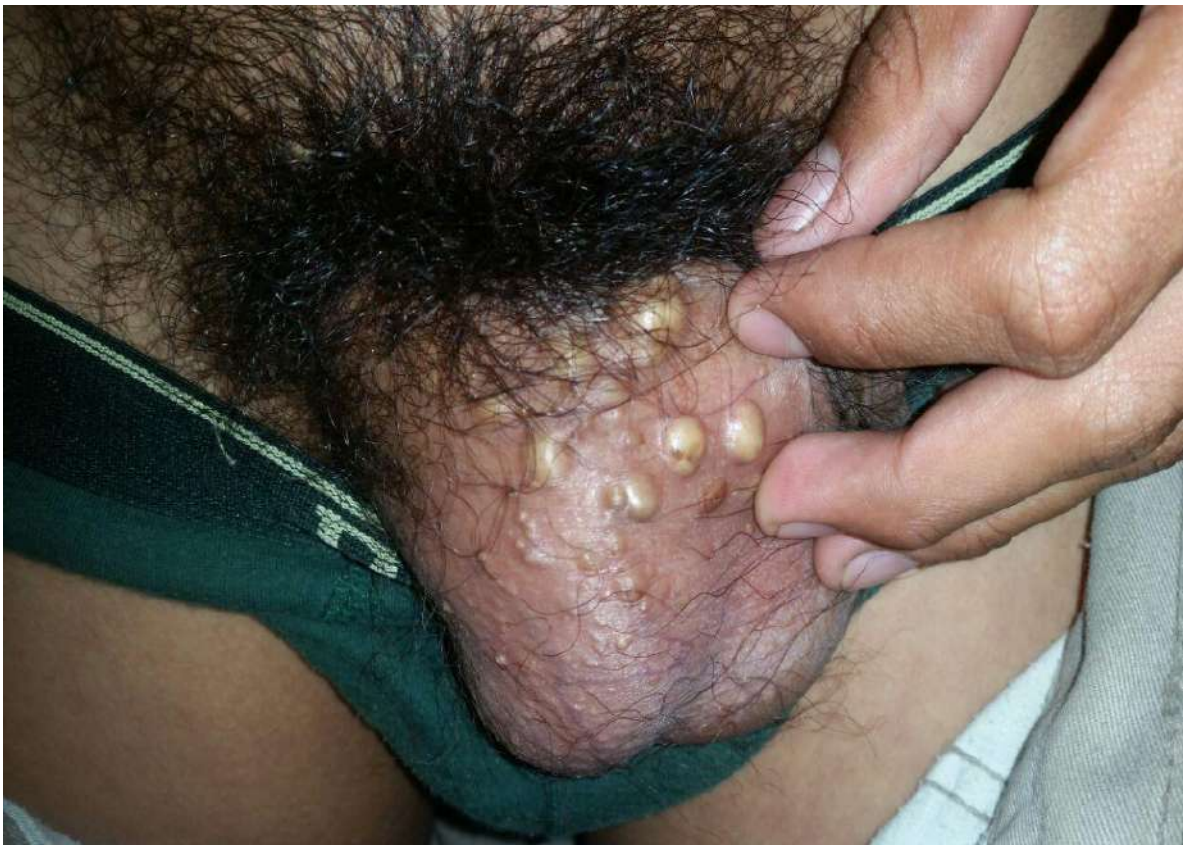
Esta lesión elevada es sólida, profunda de aspecto expansivo alterando las estructuras adyacentes ocasionando su distorción, debido a su crecimiento tisular agresivo y desorganizado si es de naturaleza neoplásica.



Tumor angiomatoso del Sarcoma de Kaposi en lengua como manifestación de la inmunodeficiencia adquirida

Varón adulto de 64 años con lesión en lengua de 4 meses de evolución y que se manifiesta con tumoración angiomatosa en zona lateral de la lengua y dificutad a la masticación. Antecedente de paciente con código blanco y CD4 de bajo conteo (menor de 150).

Es el tumor maligno de células endoteliales vasculares en relación al virus herpético humano tipo 8 con imunosupresión; no necesariamente a SIDA pues también puede observarse en pacientes transplantados o en forma endémica en zonas de África. Parece que actúa este herpesvirus con el factor básico de crecimiento fibroblástico y factor de dispersión de IL-6.



Tumores sebáceos en Cistoadenomatosis escrotal

Varón adulto de 37 años con lesiones nódulo quísticas en escroto de varios meses de evolución.

Consiste en tumoraciones benignas también denominado Hidrocistoma apocrino. Los hidrocistomas apocrinos son proliferaciones quísticas benignas de crecimiento lento de las glándulas secretoras apocrinas. Estos quistes aparecen más comúnmente como pápulas o nódulos translúcidos, solitarios, suaves y se localizan más frecuentemente en los párpados aunque son raros observarlos en otra localización.



Tumor angiomatoso del Granuloma piógeno en mano muy sangrante al roce y tacto

Varón de 25 años con tiempo de enfermedad de 2 semanas y lesión tumoral angiomatoide en base de dedo sangrante al tacto.

Lleva varias denominaciones; también llamado Botriomicoma, Hemangioma capilar lobulado, Hemangioma eruptivo, Granuloma telangiectásico, Hemangioma de tipo tejido de granulación.

El término “piógeno” es incorrecto pues no existe evidencia de su naturaleza infecciosa pues inicialmente se pensaba que era causado por Botryomyces. Además histológicamente no se observan granulomas. Teóricamente corresponde a una hiperplasia que ocurre como resultado de formarse un tejido de granulación excesivo ante traumatismos superficiales, anomalías endocrinas o efecto secundario a algunos medicamentos que involuciona cuando el estímulo desaparece.

7.- Habón

También conocido como “roncha” es una pápula o placa eritematosa de tamaño variable y naturaleza evanescente y transitorio que desaparece alrededor de 24 a 48 horas para reparecer. Considerado con contenido edematoso y que desaparecen temporalmente por unos segundo a la vitropresión, además ante la fricción produce la lesión habonosa (dermografismo positivo). Es el resultado de salida de plasma a partir de los vasos cutáneos dérmicos. Si el edema es muy considerable comprime los vasos originando la palidez central visible, y el eritema es ocasionado por la vasodilatación periférica, tamaño variable con formas redondas, ovales, anular o incluso ameboide, siendo confluentes o asiladas.



Habón en la Urticaria, este signo del dermografismo (+) es su característica.

Paciente varón adolescente de 13 años con 8 semanas de habones evanescentes difusas; ante los exámenes de laboratorio se halló la presencia de Giardia lamblia en el coproparasitológico seriado.

El término urticaria deriva de la palabra latín ***urtica*** que significa ortiga similar al contacto de esta sustancia con la piel liberando histamina de los mastocitos y produciendo vasodilatación.

Se clasifica en agudas, crónicas (mayor de 8 semanas de evolución), físicas y vasculíticas.



Habones en su manifestación de pápulas habonoides del Prurigo infantil o llamado también Urticaria papular

Paciente mujer de 9 años de edad con tiempo de enfermedad de varios meses de evolución con pàpulas eritematosas en zona de cintura y pruriginosas

Urticaria papular es la dermatosis crónica que se presenta en niños en forma autolimitada ocasionada como hipersensibilidad a las picaduras de artrópodos siendo los más frecuentes los mosquitos y pulgas. Se presenta con habones, pápulas, vesículas y ampollas muy pruriginosas con huellas discrómicas en su resolución.

En su patogenia involucra mecanismos celulares de las células Th2 lo cual explica la hipersensibilidad retardada. Aunque se desconocen los antígenos derivados de los insectos que ocasionen esta patología se plantea que existen moléculas comunes de reacción cruzada entre los insectos como la pulga y sus homólogos en los mosquitos.



Habones difusos en Reacción adversa medicamentosa con rash habonoide

Paciente mujer de 28 años de edad con pápulas habonoides difusas de 1 semana de evolución tras recibir naproxeno sódico por artralgias.

La reacción adversa a medicamentos según la O.M.S. se define como toda respuesta nociva, indeseable y no intencionada que se produce tras la administración de un fármaco a dosis normalmente utilizadas para prevenir, diagnosticar o tratar una enfermedad, así como también para modificar las funciones fisiológicas.

La reacción cutánea adversa a medicamentos es cualquier cambio indeseable en la estructura o función de la piel, sus apéndices o membranas mucosas. Los fármacos de bajo peso molecular actúan como haptenos que mediante uniones covalentes con proteínas forman un antígeno, siendo reconocidos por células presentadoras y posteriormente presentadas en las moléculas del complejo de histocompatibilidad.

8.- Queratosis

Consiste en el engrosamiento de la capa córnea con aspecto rugoso y áspero al tacto. Aunque se le conoce así a las enfermedades por hiperplasia y engrosamiento del epitelio cornificado este término involucra a la queratina que es la proteína que cumple la función de impermeabilización, protección y colabora con la regeneración celular.

También se le puede definir como un espesamiento circunscrito o difuso por la producción excesiva de la capa córnea o de los infundíbulos y que no tiene tendencia al desprendimiento; este crecimiento de queratina esta firmemente adherido a la piel.



Queratosis pilaris mostrando su aspecto puntiforme de consistencia áspera (“lijosa”)

Paciente varón infante de 6 años de edad con pápulas puntiformes queratósicas en brazos y partes del tronco posterosuperior.

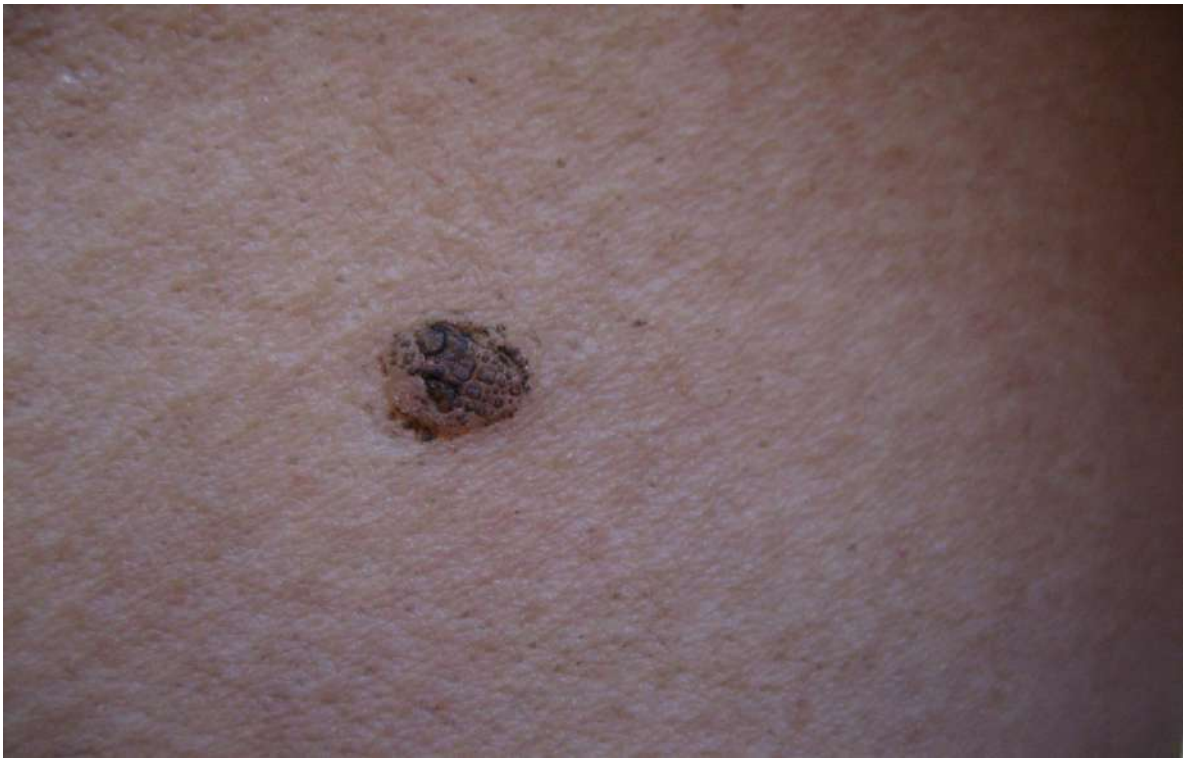
Enfermedad benigna autosómica dominante de inicio en la infancia con trastorno de la queratinización y ocurre por obstrucción de células muertas perifolicular y tapones córneos obstructivos de los orificios de los folículos pilosos, relacionado a una historia personal de atopía; se agrava cuando se asocia a xerosis. La patogenia está centrada en el gen que codifica la filagrina. Existen formas severas que podrían estar en relación a la deleción del cromosoma 18p.

Las manifestaciones pueden presentarse en mejillas, la parte posterosuperior de los brazos, antebrazos, muslos, espalda e incluso glúteos. Se conoce también con el nombre de “piel de gallina”.



Queratosis pilaris, otra imagen con aspecto ·áspero·

Paciente varón en etapa adulta con múltiples lesiones queratósicas. Ejemplo muy similar al anterior pero en zona de muslos.



Queratosis seborreica y observemos su aspecto “verrucoso” por acúmulo de material sebáceo

Paciente varón de 45 años con un tiempo de enfermedad de varios años con lesión queratósica marrón en el dorso y asintomático.

Su patogenia es desconocida, y no está relacionada a las glándulas sebáceas, se debe a proliferación de células epidérmicas como los queratinocitos basaloides. Probablemente forma parte de los fenómenos de envejecimiento siendo más frecuentes en las personas de piel clara.

Su aspecto es verrucoide o ceroso, grasosos al tacto y blandas apareciendo siempre sobre piel normal. Con más fecuencia se localizan en áreas seborreicas como en el tronco y lleva ese nombre por su aspecto.



Queratosis en la parte ventral del primer dedo de pie mostrando una forma de Tilosis (“callo”)

Paciente varón de 58 años de edad quien presenta esta lesión queratósica en zona ventral de primer dedo de pie durante años y con antecedente de trabajo de pie y con desviación de falange proximal.

La hiperqueratosis o conocida en término común como callo o helomas (tilosis) corresponde a una zona localizada de piel con acúmulo de queratina por compacto de células inertes en respuesta al estímulo de roce o fricción excesiva. Se menciona también como un mecanismo defensivo en áreas sometidas a sobrecarga o presión de zonas óseas.



Queratosis en una de las variantes de Tiña plantar hiperqueratósica

Paciente varón de 26 años de edad con lesiones eritematosas descamativo queratósicas plantares asociada a prurito moderado

La tiña pedis es la afección exclusivamente micótica ocasionada por microorganismos dermatofitos. Diferenciándose del “pie de atleta” pues este término engloba incluso a las candidiasis e infecciones bacterianas.

Los dermatofitos son un grupo de hongos multicelulares que presentan afinidad por las estructuras queratinizadas como la epidermis, pelos y uñas. Según sus caraterísticas microscópicas se clasifican en 3 géneros conocidos y son los Epidermophyton, Trichophyton y Microsporum.



Queratosis en la infección ungueal micótica originando Onicogrifosis, la capa córnea de la lámina ungueal está engrosada

Paciente varón de 65 años de edad con una evolución crónica de la afectación hiperqueratósica de primera uña del pie asociado a descamación del mismo dedo.

Grifosis es un vocablo griego que significa curvado o angulado. La onicogrifosis corresponde al engrosamiento exagerado de la placa ungueal que al crecer le da un aspeto de garra, frecuentemente se presenta en el primer ortejo con mucha relación a la compresión del calzado y en personas mayores en la que la uña puede contaminarse con bacterias o infecciones micóticas, existiendo la posibilidad de onicocriptosis.

Existe una tendencia congénita, con un cambio intrínseco de la matriz, pero se relaciona con trauma frecuente de esta zona, deformidad ortopédica, psoriasis ungueal, cambios degenerativos de la edad y mala higiene.

9.- Pústula

La pústula es la formación elevada, circunscrita y líquida menor de 0.5 cm. y de contenido fluido purulento (contenido estéril o contenido bacteriano), amarillo verdoso o hemorrágico, correspondiendo a una cavidad superficial de la piel. Este proceso puede producirse de los folículos pilosos o en forma independiente; es decir, folicular o interfolicular; debido a su compromiso superficial no deja cicatriz al resolverse.



Pústulas en la Foliculitis como parte de la infección oportunista posterior al razurado

Paciente mujer de 31 años con lesiones pustulares múltiples en axilas y eritema perifolicular con algunas erosiones asociado a dolor de 1 semana de evolución.

La foliculitis es el proceso inflamatorio o infeccioso del complejo pilosebáceo asociado a factores agravantes como la sudoración, el traumatismo, la fricción y la oclusión de la piel que potencian esta patología. Predomina en regiones corporales donde existe mayor cantidad de pelos como piel cabelluda, mentón, axilas, ingles, muslos, glúteos y dorso superior de espalda.



Pústulas en período neonatal en el Eritema tóxico neonatal, observemos las máculas eritematosas donde asientan las pústulas y cuyo curso es la resolución espontánea.

Recién nacido varón de 2 semanas con lesiones pustulosas en tronco y muslos.

El eritema tóxico neonatal corresponde a una erupción inflamatoria benigna que suele aparecer entre el segundo y cuarto día de vida resolviéndose en una semana espontáneamente. Compromete cualquier parte de la superficie corporal excepto las zonas palmoplantar. Se han postulado diferentes teorías para su presentación; como la participación de enterotoxinas, reacción alérgica, respuesta a efectos térmicos, inclusive la presencia de linfocitos maternos. Ultimamente se piensa que es una respuesta inmunitaria frente a la colonización microbiana (microflora comensal) en los folículos pilosos desde el primer día de vida.



Pústulas en la Foliculitis esteroidal

Paciente varón con pústulas en tronco que aparece posterior al uso de dexametasona oral que se autimedicó por un cuadro respiratorio superior.

La foliculitis esteroidal, como su mismo nombre lo menciona es el compromiso inflamatorio de los folículos pilosos teniendo como causa el uso de los estroides tópicos e incluso los sistémicos, lo cual ocurre por un mecanismo de predisposición personal e idiosincrasia ya que no todos reaccionan ante este compuesto; en la práctica diaria se observa también ante el uso de los polivalentes tópicos (los que contienen dexametasona, gentamicina y clotrimazol), los cuales no comparto esta forma de prescribir ante una patología dermatológica y si bien es cierto no todos reaccionan de esta manera, en lo personal no lo uso en la prescripción.

10.- Vesícula

La vesícula corresponde a una elevación circunscrita de contenido líquido y menor a 1 cm. resultado de una cavidad multilocular. Deriva del latín que significa vejiga pequeña o Bulla cuyo significado es burbuja. Puede observarse su contenido pues su capa superior es muy delgada y transparente; se originan a partir de la separación celular de la epidermis. Frecuentemente pierden su morfología. Debido a su ruptura del techo dejando como resultado erosiones y piel macerada.



Vesícula única con contenido líquido cristalino en la etapa inicial de la Infección herpética

Paciente varón de 21 años de edad y atleta con lesión de 2 días manifestado por vesícula cristalina en dorso de mano y pruriginoso cuya evolución fue de aparición de más lesiones en el curso de horas. El Test de Tzanck fue positivo.

Los herpesvirus humanos conocidos e infectivos son de 8 subtipos y contienen un genoma ADN lineal que replican en las células permisivas permaneciendo latentes en estas y otras células. Son capaces de evadir el sistema inmune por diversos mecanismos y tanto la primoinfección como la recurrencia son infecciones localizadas de manera que la viremia no participa en estas manifestaciones cutáneas.

Las infecciones del subtipo I y II son las que producen manifestaciones en piel preferentemente orogenital pero existen otras en áreas menos frecuentes.



Vesículas coalescentes en el período de estado de la Infección herpetica

Paciente mujer de 32 años con 5 días de aparición de lesiones vesiculares confluentes en dorso de espalda de contenido cristalino y purulento con prurito moderado.

Las infecciones herpéticas son las más frecuentes que afectan al ser humano y se comprueba que mediante estudios serológicos el 90% de la población (cifra variable según el país estudiado) tienen anticuerpos a este virus.

Las manifestaciones pueden ser precedidas por pródromos de ardor y prurito en la zona afectada lo cual puede ser útil para iniciar el tratamiento precoz. Los estílmulos que favorecen estas manifestaciones o recurrencias son diversos e incluyen exposición solar, fiebre, estrés o manipulación.



Vesículas sobre fondo eritematoso en la Reacción de sensibilidad a cosmético. Dermatits de contacto alérgico

Paciente varón de 26 años de edad quien presenta una reacción vesicular en la frente a las pocas horas de la aplicación tópica de cosmético hidratante.

La dermatitis alérgica de contacto viene a corresponder a la reacción cutánea a una sustancia química lo cual ocurre por varios mecanismos patogénicos.Conocida también como eccema de contacto por su presentación clínica eccematosa, sin embargo también puede adoptar otros patrones dermatológicos como el liquenoide, urticariforme, exudativo, multiforme, etc.

A su vez, según su mecanismo patogénico pueden distinguirse Dermatits de contacto irritativo, alérgicas, fototóxicas y fotoalergicas. Además tenemos que tener presente que un mismo alérgeno puede ser responsable de esta patología por diversos mecanismos.

11.- Ampolla

La ampolla se denomina a la elevación circunscrita de contenido líquido y mayor a 1 cm. resultado de una cavidad unilocular, en cuyo mecanismo de formación ocurre un despegamiento intercelular o acantólisis (interrupción de las conexiones intercelulares entre queratinocitos desapareciendo los puentes intercelulares o desmosomas).

Según su localización se dividen en intraepidérmica y subdérmica. Su contenido puede ser seroso, purulento o hemorrágico fácilmente visible. Se menciona que cuando la ampolla es flácida y extensa se denomina Flictena, generalmente secundarias a un mecanismo traumático.



Ampolla hemorragica de Herpes zóster, su tamaño es mayor de 1 cm se entremezcla con las vesículas de distribución metamérica en esta entidad clínica

Posterior a la curación clínica de la Varicela el virus queda en los ganglos sensitivos de las raíces raquídeas posteriores; ya en determinadas situaciones ocurre una reactivación y ocasiona la entidad clínica del Herpes zóster. Este virus VVZ migra por fibras nerviosas a las células epiteliales del dermatoma correspondiente. Es conocido que el hombre es el único reservorio y fuente de infección y habitualmente aparece con alguna alteración inmunitaria.

Las manifestaciones clínicas pueden variar así como su localización cutánea pero su configuración metamérica unilateral es lo clásico, aunque también puede ocurrir algunas variaciones dependiendo de su imnunocompetencia, grupo etáreo, gestación o inclusive la Atopía.



Ampolla de contenido cristalino del Ponfólix o Dishidrosis

El Eccema dishidrótico o Dishidrosis también denominado Ponfólix (palabra griega ***pompholix*** que significa ampolla o burbuja) se encuentra agrupado dentro de los eccemas vesiculosos.

Enfermedad inflamatoria con un claro predominio estacional en fechas más calurosas por lo que se pensó que estaba relacionado a la sudoración (de allí el término dishidrosis) y que se descartó esta suposición. Se acepta que se trata de un proceso idiopático o constitucional con alteración de las funciones protectoras e inmunológicas. Así mismo se han descrito la reacción del tipo ponfólix a las infecciones bacterianas o micóticas a distancia tipo “ide”. Hubo una publicación de casos muy aislados desencadenados por la luz solar inclusive.



Ampollas en la Primoinfección herpética, lesiones en la parte central del labio inferior y entremezcladas con las vesículas en esta patología pues la manifestación por primera vez es más aparatosa que las recidivas del Herpes simple

Paciente varón de 12 años de edad que desde hace 3 días cursa con lesiones vesicoampollares labial y peribucal asociado a flogosis.

El virus del herpes simple tipo I es el responsable de la mayoría de infecciones por encima de la cintura pélvica, aunque con el aumento de las relaciones sexuales genito orales la incidencia de casos del tipo I y del tipo II originen la infección en cualquier zona anatómica cutánea mucosa donde sea inoculada.

Las manifestaciones clínicas de la Primoinfección herpética ocurre cuando por primera vez está en contacto con el virus, ocasionando una gingivoestomatitis herpética asociado a fiebre, malestar general y el cuadro cutáneo.



Ampollas en infección por Herpes simple palpebral y algunas vesículas agrupadas

Paciente mujer de 4 años de edad, quien presenta desde hace 3 días lesiones ampollares en párpado superior derecho con edema y presenta el antecedente de la madre con infección herpética activa en labios, se conoce que besa a su hija con frecuencia.

La infección del Herpes simple se trasmite por contacto directo con las secreciones contaminadas incluso con fomites y suele ocurrir entre en el primer y quinto año de vida pues antes de esta etapa es bastante probable que tenga anticuerpos protectores.



Ampollas en evolución del Herpes labial, ya en período de desecación y reabsorción

Paciente varón de 27 años con 1 semana de infección herpética labial y el uso de aciclovir oral dentro las primeras 72 horas, cuyas lesiones vesículo erosivas evolucionaron favorablemente a desecación y costras.

Se conoce que el herpesvirus muestra su afinidad por la piel donde produce cambios citopáticos balonizantes manifestados clinicamente como lesiones vesiculares agrupadas. Debemos conocer que el paciente se infecta al tener contacto con el virus presente en las lesiones o secreciones de las personas infectadas o de excretores asintomáticos.

12.- Quiste

Palabra derivada del griego “**kystis**” y que significa “vejiga”.

Es una neoformación en forma de saco, es decir una bolsa membranosa formada anormalmente o cavidad con contenido liquido, sólido o semisólido y cuya ubicación es superficial o profunda observándose como una esfera de 1 a 5 cm. de diámetro y a la palpación es de consistencia elástica y fluctuante Se clasifican de acuerdo a su característica histológica de su pared o revestimiento.

Corresponde a una cavidad cerrada que tiene un revestimiento epitelial por ello los que no poseen dicha estructura se denominan pesudoquistes.



Quiste de inclusión epidérmica, nótese el hoyuelo en su superficie al juntar los bordes. Pueden ser la causa de la obstrucción en folículos pilosos y en glándulas sebáceas.

El Quiste de inclusión epidérmica o Quiste epidermoide corresponde a una lesión intraepitelial de crecimiento progresivo y consistencia blanda originada por la proliferación de células epidérmicas hacia la dermis y cuyo contenido es queratina. Su pared está compuesta por epidermis verdadera y con presencia de citoqueratinas 1 y 10 que son características de las capas suprabasales de la epidermis. A menudo posee un poro central que representa el conducto pilar residual o un centro oscuro debido a la oxidación de la queratina.



Quiste mucinoso en dedo de mano en su vista de perfil

Paciente varón de 65 años de edad con lesión nódulo tumoral en parte dorso lateral de primer dedo de mano izquierda, eritematosa, de consistencia firme y de forma circular de aprox 1 cm de diámetro.

El Quiste mucinoso o Quiste mucoide es una neoformación benigna que crece usualmente alrededor de la uña con contenido fluido viscoso y translúcido. La etiología tiene algunas hipótesis como degeneración mucoide de la piel, metaplasia fibroblástica por aumento de la presión intra articular, o una hernia sinovial.



Quiste mucinoso en imagen de vista panorámica

Vista lateral de la lesión quística del mismo paciente, en la que se observa bordes bien nítidos y definidos como una neoformación que protruye de la piel y tributario de cirugía para exéresis.

Notemos la lesión adayacente a la unión interfalángica del dedo pulgar reforzando lo referido en la literatura como probable aumento de la presión inttra articular.

Lesiones secundarias

1.- Costra

Palabra derivada del latín *"**crusta**"* que significa corteza o cáscara. Corresponde a una formación cutánea temporal como una capa exterior y dura solidificada consituido por sangre y plaquetas que cubre las heridas en proceso de cicatrización sirviendo como barrera protectora de la piel en regeneración. Ocurre por desecación sanguínea, exudados, secreciones y restos celulares que se encuentran en la superficie cutánea.

También se considera como un depósito endurecido constituido por un líquido seco y/o otras sustancias orgánicas sobre una piel previamente lesionada. Es muy importante valorar su coloración, sea roja oscura, amarilla melicérica, parda o negruzca; también su consistencia pétrea o blanda; su adherencia y espesor. Por citar un ejemplo, las costras hemáticas, pequeñas y puntiformes se interpretan como excoriación y por ende que hubo rascado. Así también, las costras muy espesas se denominan rupia como en la variedad de la Psoriasis rupioide. O la costra muy adherente como en el Ectima.

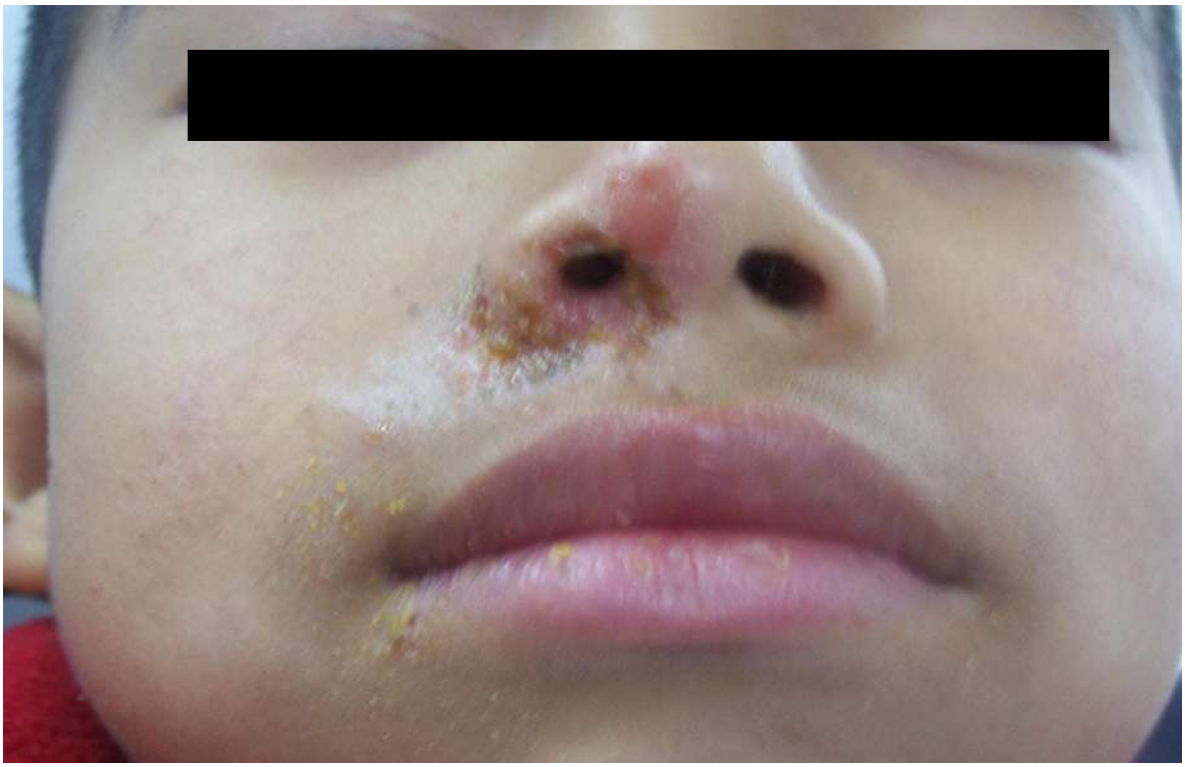


Costras en Impetiginización por contusión

Paciente mujer, adolescente con costras en rodilla derecha por erosiones y contusión al caer de la bicicleta y de pocos días de evolución que se impetiginizaron por contaminación bacteriana.

La impetiginización son infecciones mediadas por toxinas que se originan a partir de un foco de colonización o de infección por Streptococcus pyogenes o Staphylococcus

aureus. Cuando se producen erosiones o heridas las bacterias penetran en la piel provocando estas infecciones dependiendo del huésped y la virulencia del germen.



Costras melicéricas (aspecto de miel) en Impétigo vulgar, nótese la ubicación periorificial

Paciente varón de 8 años de edad con lesión erosivo costrosa periorificial de ventana nasal derecha con secfreción melicérica de pocos días de evolución.

Este aspecto semi brillante producto del acúmulo de secreción va en aumento según la virulencia del microorganismo e inmunidad del huésped, y también vemos en la práctica diaria que con frecuencia ocurre manipulación de las zonas comprometidas.



Costras en Eccema impetiginizado

Paciente mujer de 26 años de edad con lesiones erosivo costro melicéricas y algunas fisuras en axila derecha, secundario a rascado por eccema reagudizado en paciente atópica.

La atopía manifiesta lesiones variadas según lo visto en los criterios diagnósticos para esta enfermedad y el síntoma pruriginoso moderado esfacela la capa superficial de la epidermis dejando desprovista la piel con contaminación por gérmenes oportunistas o de la flora bacteriana ocasionando su acúmulo y sobreinfección secundaria.

2.- Ulcera

Del latín y plural de “***ulcus***” que significa “herida”.

Definición desde el pre grado como una solución o pérdida de continuidad profunda y que compromete todas las capas de la piel. Con evolución tórpida y dejando cicatriz como resultado final en cuya etiología múltiple tenemos trauma, infección, neoplasia, vascular, neuropática, inflamatoria o por presión. Y en esta lesión el defecto la epidermis y al menos la dermis papilar han sido removidos

Es preciso conocer que en mayor frecuencia se comporta secundariamente a una placa, nódulo o tumor ulcerado.



Ulcera central en la evolución del Carcinoma basocelular

Paciente mujer de 39 años de edad con lesión erosiva ulcerada en parte lateral izquierda del bozo con reborde parcialmente elevado de tiempo aprox de 6 meses de evolución que no cedía ante tratamiento antibiótico tópico.

Nótese que es de fototipo 4 y no con tez muy blanca que es más frecuente esta patología con fuerte influencia por exposición solar y además se observan telangiectasias en la mejilla por fotoexposición acumulativa.



Ulcera de la Leishmaniasis cutánea

Paciente mujer de 35 años de edad con lesión ulcerada ovoidea en muslo de contenido granular y de bordes algo desflecadas (pero como en sacabocado) y halo inflamatorio. Su antecedente epidemiológico es que procede de zona geográfica de ceja de selva (Tingo María), y con la presencia del mosquito transmisor de la enfermedad.



Ulcera venoarterial de Vasculitis

Paciente varón de 68 años de edad con lesión ulcerada ovoidea en parte lateral externa de pierna derecha de bordes nítidos y contenido blanquecino, halo eritemato violáceo y presencia de dilataciones venosas en dicha extremidad, asociado a dolor de moderada intensidad. El paciente padecía de compromiso hipostático y DBTM no bien controlado.

3.- Atrofia

La palabra atrofia proviene del griego “***átrophos***” cuyo significado es sin nutrición, desgaste total o parcial de una parte del cuerpo.

Adelgazamiento o depresión de una parte de piel con desnivel respecto a la zona adyacente o circundante, correspondiendo a la disminución en el número de células y tamaño de sus elementos constitutitvos de la capa cutánea y anexos. Según su compromiso de profundidad se puede clasificar en epidérmica, dérmica y además hipodérmica.



Atrofia de la Alopecia areata en piel cabelluda

Paciente varón de 34 años de edad, con lesión atrófica en piel cabelluda parieto occipital de pocos días de evolución, asociado a problemas emotivos familiares.

Esta patología autoinmune va dirigida hacia los folículos pilosos de la cabeza que ocurre en forma brusca siendo más frecuente en esta zona y en menor frecuencia en cejas, pestañas, zona de la barba, axilas, etc



Atrofia hipocrómica de las estrias por distensión

Paciente mujer de 24 años de edad, con lesiones atróficas hipocrómicas de trayecto lineales y algo paralelos en glúteos de varios meses de evolución y estuvo con el antecedente de aumento de peso progresivo por Hipotiroidismo. La anamnesis revela que las lesiones iniciales eran eritematosas.

La evolución muestra que tiende a cambiar la pigmentación eritemato violácea hacia la hipocrómica o nacarada en la cual la terapia más idónea sería con aparatología.



Secuelas cicatriciales en Acné severo.

Paciente varón de 26 años de edad, con lesiones cicatriciales mixtas, atroficas y algunas queloideas en cara como secuelas de Acné severo dejando este defecto estético.



Atrofia en quemadura de 2do grado por agua hirviendo

Paciente varón, de 43 años de edad con lesiones atróficas en mitad distal de dorso de pie derecho que compromete parte de los dedos con desviación parcial del primer dedo por cicatrización viciosa.

4.- Escara

Palabra que deriva del latín tardío “***eschara***” cuyo significado se entiende como “brasero”

Costrificacion oscura, dura y circunscrita que está adherida a la superficie de la piel, que implica necrosis tisular, infarto, quemadura profunda, gangrena u otro proceso ulcerativo careciendo de sensibilidad y presenta hipotermia localizada. Es el desprendimiento en bloque de una zona necrótica por isquemia cutánea.



Escaras en zona lumbosacra de paciente postrado por semanas debido a hemiplejia

La inmovilización prolongada y la compresión cutánea de los relieves óseos son los componentes fundamentales para esta isquemia persistente con la formación de escaras para evolucionar negativamente con deterioro clínico y la formación de úlceras por decúbito.

Usualmente en los pacientes postrados y de la tercera edad con problemas de movilización son los factores primordiales que influyen para las complicaciones y sobre todo la poca movilidad pues los cambios de posición, así como el uso de los colchones neumáticos, masajes para restaurar la circulación, uso de sustancias reparadoras, y el tratamiento de fondo por supuesto.



Mismo paciente con despredimiento de escaras y visualizándose planos profundos

Las curaciones continuas en este caso no fueron suficientes pues la evolución tórpida se ve influenciado por la falta de movilización adecuada y otros factores externos con deterioro evidente y aumento de tamaño de la lesión inicial.



Mismo paciente con complicación infecciosa

Observemos el material purulento en esta complicación que vemos con cierta frecuencia en estos casos, aunque la lesión inicial se ha reducido en tamaño .



Mismo paciente con evolución a úlcera por decúbito

Aunque la escara está controlada y la infección secundaria ya erradicada, ahora la ulceración es el problema siendo necesario el uso de sustancias hidrocoloides para la cicatrización.

5.- Escama

La palabra escama proviene del latín “***squama***” (escama, costra o malla de coraza militar). Comparte su raíz con el verbo “squalere” (tener superficie áspera con aspecto de descuidado).

Se define como fragmento laminar seco y blanquecino de queratina, secundaria al desprendimiento en bloque de la capa córnea; puede ser espontáneo o secundario al raspado. El mecanismo de su producción se debe a un aumento de la velocidad en el proceso de queratinización o a una retención anormal del estrato córneo.

En esta lesión elemental hay características para objetivar y evaluar como su adherencia, color, brillo, tamaño, espesor, textura y aspecto seborreico.



Descamación de la Dermatitis seborreica infantil

Paciente varón lactante de 3 meses de edad con lesiones eritemato descamativas en la frente y muy discreta en zonas sub palpebrales.



Descamación de Acarosis en su variedad clínica de Sarna noruega

Con múltiples lesiones descamativas y en cuya base se ubican cientos de ácaros sumamente transmisibles y alta contagiosidad, expresando su inmuno competencia muy disminuida.



Escamas de la Dermatitis seborreica interciliar

Paciente mujer de 22 años de edad con lesiones eritemato escamo descamativas en la frente e intercicliar de moderada intensidad asociado a prurito.



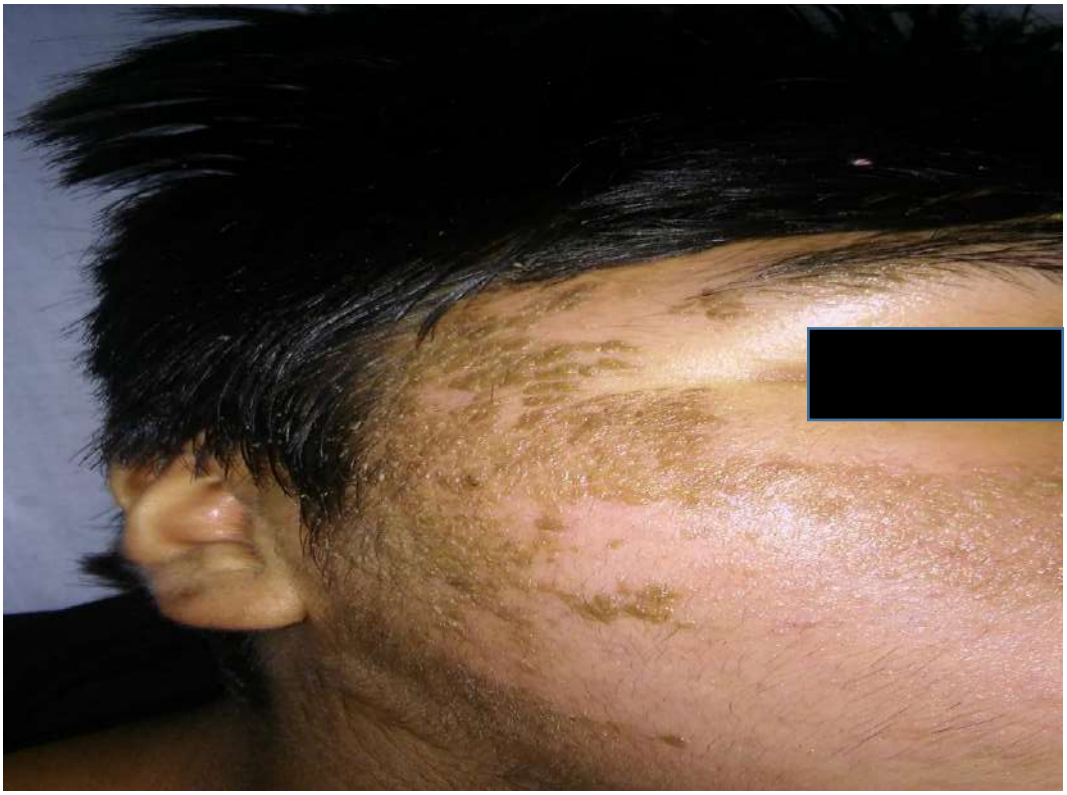
Escamas de la Dermatitis seborreica

Escamas de Dermatitis seborreica con ubicación en surcos nasogenianos hasta zonas malares, zonas de mayor densidad glandular sebácea.



Escamas en Ictiosis vulgar

Paciente varón de 28 años de edad con lesiones en placa escamosas negruzcas y grises en tronco, de aspecto “sucios” y desprendible a la manipulación.



Escamas en Ictiosis vulgar

Paciente varón adolescente con placas escamosas céreas en cara y que también presenta en tronco y parte de extremidades.

6.- Cicatriz

En su etimología la palabra cicatriz deriva del latín "***cicatrix***", "***cicatricis***" y se interpreta su significado como señal de una herida y de aspecto zurcido.

Formación circunscrita de aspecto fibroso con superficie lisa y con otra coloración diferente a la fisiológica, de consistencia dura y rígida que la piel circundante asociado a pérdida de anexos y surcos cutáneos naturales. Ocurre a consecuencia de la reparación tisular y de carácter permanente. Representa un estado final del proceso inflamatorio con reparación de una injuria dérmica. Microscópicamente hay depósito de fibras de colágeno horizontales con aumento del número de fibroblastos y vasos sanguíneos perpendiculares, dando como resultado final el reemplazo del colágeno normalmente organizado por fibrosis.

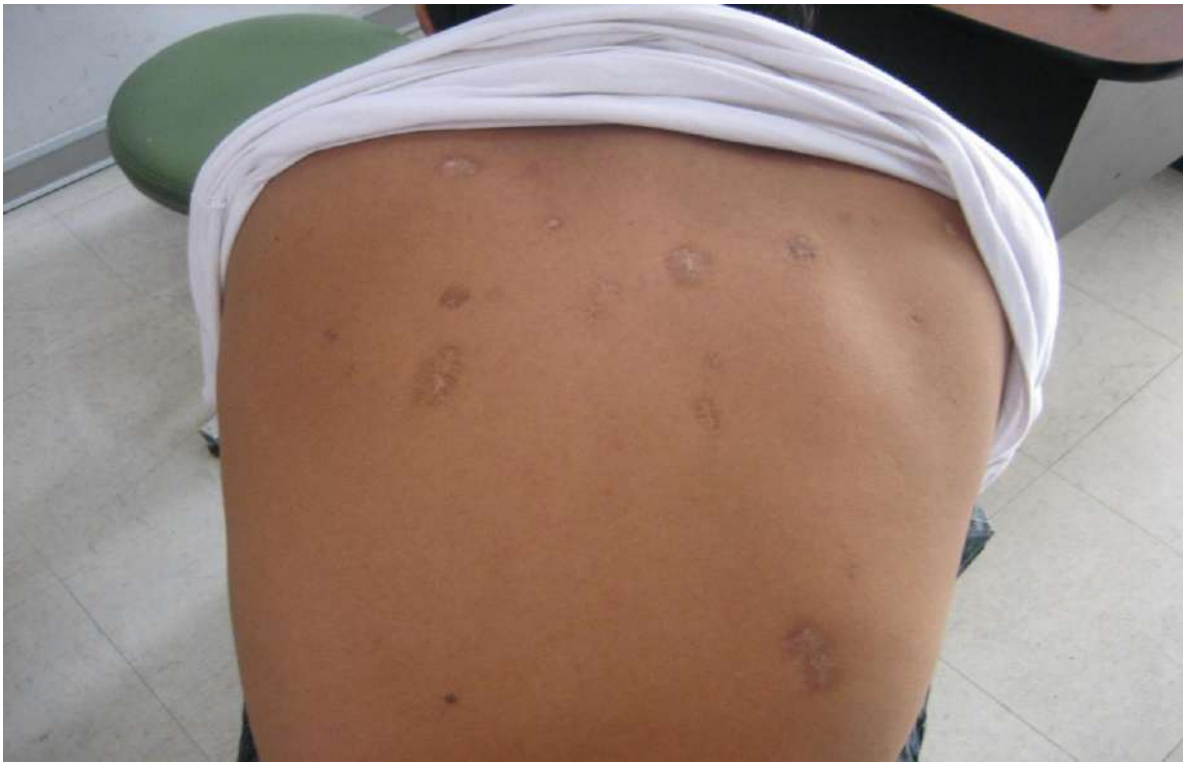
Definido en otras palabras también como la reparación final de una lesión dérmica o hipodérmica con depósito de colágeno sintetizado por fibroblastos.

Su evolución con respecto a su coloración con el transcurrir del tiempo varía y tiende a volverse hipopigmentado. Sus variedades son atrófica, hipertrófica y queloidea.



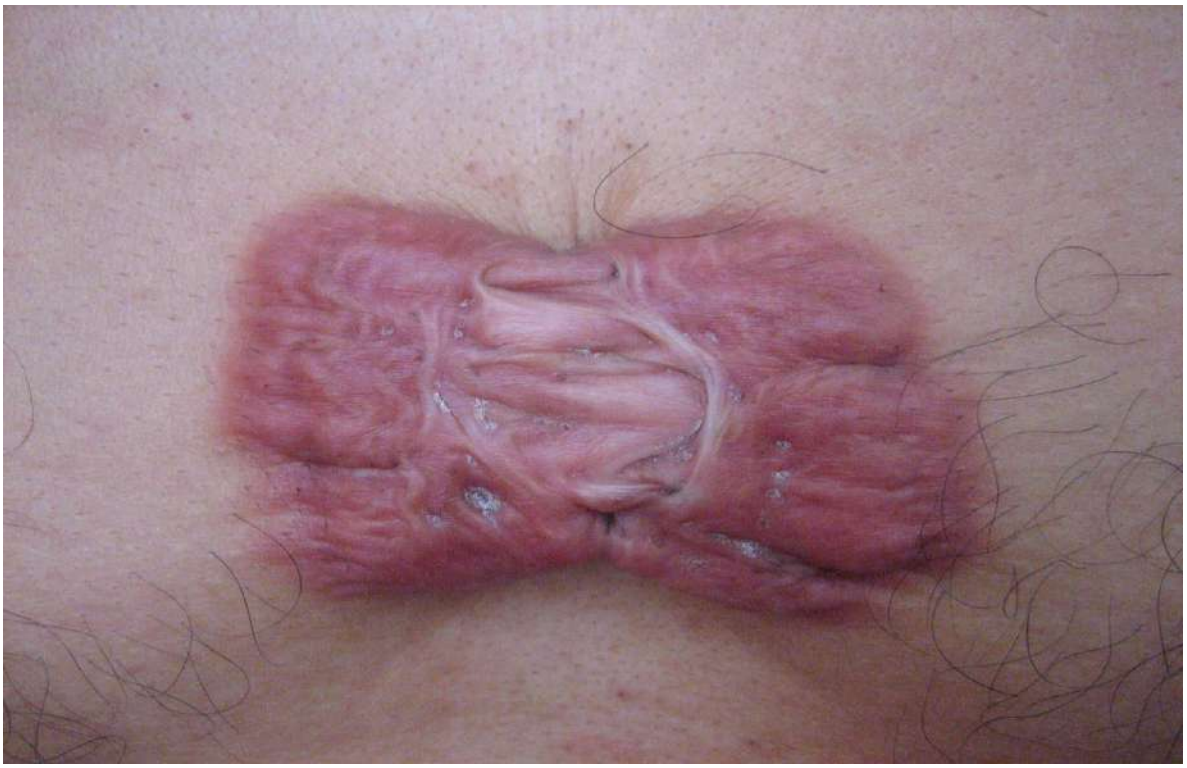
Cicatrices atróficas post accidente automovilístico

Paciente mujer de 34 años de edad con lesiones cicatriciales atróficas en hemicara superior hipocrómicas semi curvas e irregulares.



Cicatrices atróficas discrómicas

Paciente varón de 26 años de edad con lesiones cicatriciales atróficas en tronco a predominio de espalda, algo circulares, pequeñas, múltiples y discrómicas. Consecuencia de Acné moderado/severo,



Cicatriz hipertrófica

Paciente varón de 32 años de edad con lesión cicatricial hipertrófica pre esternal de años de evolución y que en los 3 últimos meses ha aumentado de tamaño post rascado moderado. Nótese esa banda transversal engrosada en la parte central de las lesiones.



Cicatrices queloideas post piercing

Paciente mujer de 25 años de edad con lesiones cicatriciales engrosadas en borde externo de pabellón auricular derecho. El uso de los artefactos tipo piercing colocados en una persona predispuesta puede ocasionar esta manifestación clínica.



Cicatrices queloideas post quemadura II grado

Paciente mujer de 41 años de edad con lesiones cicatriciales queloideas nodulares en tronco anterior y de coloración eritemato parduzca de meses de evolución.

7.- Liquenificación

La palabra liquen viene del latín “***lichen***”, derivado del griego “***leichen***” traducido al español como “chupar o succionar” pero en la acepción médica el término hace referencia a ciertas enfermedades papulomatosas y pruriginosas y a mediados del siglo XIX el dermatólogo inglés William James Erasmus Wilson la describe con mayor detalle como un padecimiento dermatológico

Engrosamiento de la epidermis inducida por rascado o frotamiento repetitivo. Con cambios de pigmentación, grosor, induración y acentuación del cuadriculado normal de la piel indicando una dermatosis pruriginosa. Hay un crecimiento de queratina firmemente adherida a la piel con espesamiento moderado de su capa córnea.



Liquen simple crónico

Paciente mujer de 31 años de edad con placa liquenificada en nuca eritemato excoriada y asociado a prurito moderado.



Liquen simple crónico

Ubicación en parte lateral del cuello hasta zona de nuca con prurito crónico y reagudizaciones asociado a un perfil ansioso positivo.



Liquen amiloide

Paciente varón, 38 años de edad, con pápulas formando placas en antebrazo derecho, con cierta liquenificación asociado a prurito.



Liquen amiloide

Otro ejemplo de la enfermedad con cronicidad y reagudiazciones además de las secuelas acrómicas resultantes.

8.- Esclerosis

Voz con origen inicial del vocablo griego "***sclero***" (duro) y el sufijo osis (que denota acción o padecimiento) , posteriormente del francés "***sclerose***" desde 1812 cuyo significado sería tumor duro de párpados y ya modificado en 1842 como endurecimiento patológico de un órgano o tejido.

Induración circunscrita o difusa que resulta de la fibrosis dérmica detectada únicamente por palpación y manifestándose como engrosamiento, en la cual la piel está condensada haciéndola más firme y menos plegable por lo cual es más adherente a los planos profundos. Este cambio de la dermis se caracteriza por depósitos de colágeno el cual luce compacto, denso y con fibrosis, ocasionando la desaparición de anexos cutáneos, la piel luce seca y acartonada, inclusive con cambios de coloración.

Este proceso de colagenización manifiesta neoformación de tejido conectivo en la dermis y suele ser la consecuencia de un proceso inflamatorio, ocasionando una pérdida de su distensibilidad.



Esclerodermia metamérico

Paciente varón, de 43 años de edad con lesión en placa esclerosada parduzca y discrómica en abdomen de trayecto metamérico en T-10 izquierdo.



Esclerodermia localizado

Paciente varón de 27 años de edad con lesión esclerosada parduzca en la frente y de trayecto lineal vertical.



Esclerodermia localizado

Imagen con mayor aumento del paciente anterior con lesión esclerosada en el centro de la frente, denominado también “en golpe de sable”.

9.- Erosión

La palabra erosión proviene del latín ”***erosio***” “***erosionis***” con significado de roedura y corrosión.

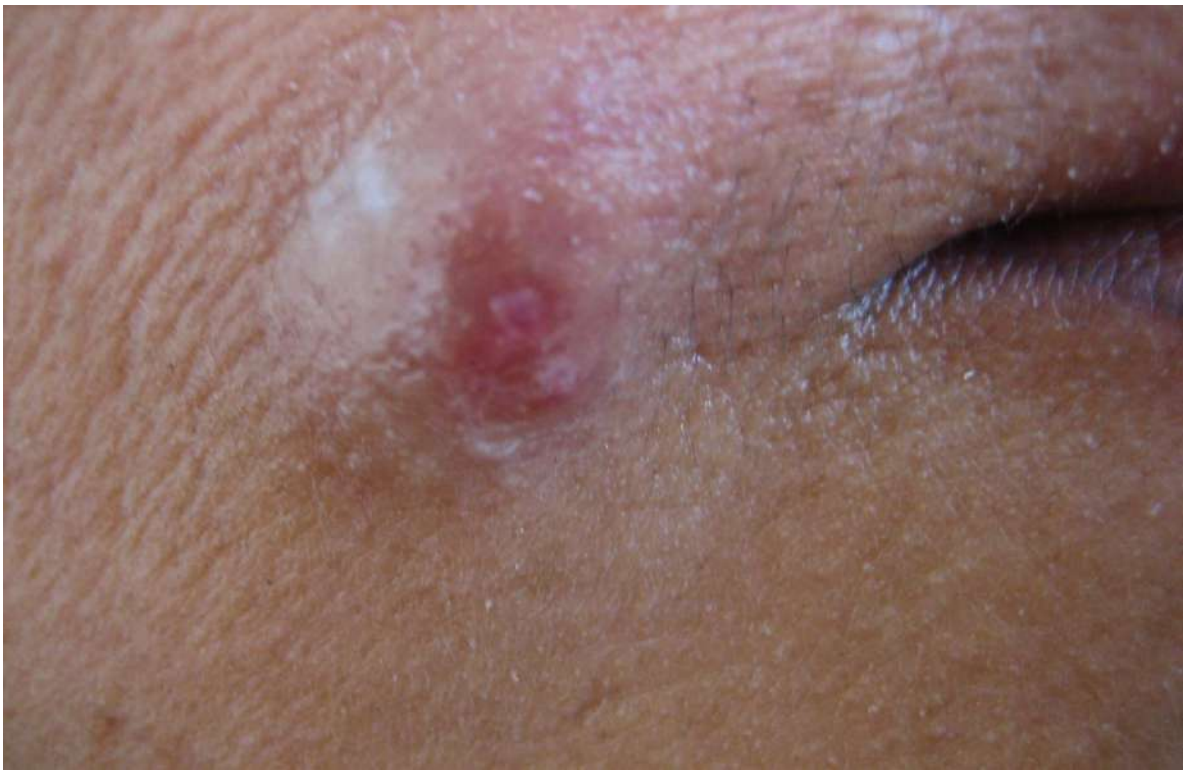
Definido por una solución de continuidad superficial pues compromete únicamente a la epidermis por lo que se recuperan por reepitelización sin dejar cicatriz, y de aspecto denudado húmedo como consecuencia de la ruptura de una vesícula o ampolla. Esta lesión circunscrita y húmeda que compromete la epidermis o epitelio de mucosa adyacente resulta de un trauma con su desprendimiento y maceración, así como de su necrosis epidérmica.

Algunos autores como los conocidos Arenas y Ruiz Maldonado lo denominan también exulceración.



Queratosis actínica

Paciente varón de tercera edad, con lesiones queratósicas y erosivas en piel cabelluda en zonas de alopecía androgénica, asociado a rascado crónico.



Quiste sebáceo inflamatorio

Paciente varón, de 51 años de edad con lesión nodular en zona temporal derecha, con erosión central asociado a prurito.



Tiña corporis de localización axilar

Paciente mujer, de 29 años de edad, con lesión eritematosa parcialmente circinada y erosiva en axila izquierda asociado a prurito moderado.

10.- Excoriación

Lesión definida como solución de continuidad con patrón lineal o punteada secundaria al rascado y comprometiendo a la epidermis hasta profundizar a la dermis papilar. Este trayecto lineal o punteado (puntiforme) sigue la dirección del rascado lo cual se deduce como consecuencia de un problema primario pruriginoso. El hecho de observar una excoriación cubierta por costra hemorrágica indica que está comprometida la dermis papilar donde están ubicados los vasos sanguíneos,

Cuando se presenta la solución de continuidad superficial de origen traumático diferente al rascado se denomina abrasión como lo definen Andrews y Falabella pues esta lesión lineal o punteada por su origen mecánico con coloración rojo oscura por la sangre desecada que la cubre con un halo eritematoso adyacente.



Dermatitis atópica

Lesiones excoriadas y eritematosas con discreta descamación y prurito moderado.

Esta enfermedad tiene como síntoma principal el prurito de diferente intensidad que manifiesta diversas lesiones pues no tiene una elemental sino más bien parámetros y signos clasificados.

11.- Fisura

Esta palabra deriva del latín "***fissura***" como hendidura, grieta o rajadura, frecuentemente de trayecto lineal. Ocurre por pérdida de la continuidad de la superficie de la piel o de las mucosas que resulta de la tensión excesiva o de la disminución en la elasticidad del tejido comprometido.

Definido como fractura lineal y profunda de la piel, que compromete la dermis inclusive, sin pérdida de sustancia, la cual sigue los pliegues cutáneos y es dolorosa. Es secundaria a la disminución de la elasticidad de la piel o a una tensión excesiva. Se localizan en el fondo de los pliegues cutáneos naturales siguiendo su dirección (retroauricular, palmares, plantares, submamarios, inguinales), alrededor de los orificios naturales donde se denominan "rágades" (peribucales, perinasales, perianales) y en áreas de queratodermia.

La piel seca predispone a la formación de fisuras debido a la disminución en su elasticidad. Además, el movimiento, el frío, el viento, el agua y los detergentes facilitan su formación. Las fisuras pueden ser únicas o múltiples, con bordes afilados, bien definidos.



Tiña manum

Las microrupturas coalescentes forman las grietas o fisuras como solución de continuidad en la Tiña de variedad queratósica y con riesgo de sobreinfección bacteriana.



Queilitis

Fisura de ubicación labial adyacente a su comisura en la Queilitis por avitaminosis; estas grietas son proclives a la sobreinfección bacteriana y la contaminación por levaduras.

12.- Necrosis

Del griego “nekrós” cuyo significado es cadáver corresponde a un patrón morfológico de una muerte de un conjunto de células o de cualquier tejido en un organismo vivo y provocada por su putrefacción y no reparable.

Consiste en la muerte celular de una parte del tegumento cutáneo, como consecuencia de un déficit del suministro sanguíneo y cuya etiología más frecuente es la oclusión vascular, o inclusive a agentes exógenos e infecciones.

La necrosis se objetiva como áreas violáceas o negruzcas que generalmente terminan cubiertas por una escara; y su aspecto clínico no es específico de alguna patología. De manera que para establecer el diagnóstico y haciendo unidad clínica de una enfermedad en particular nos basaremos en su contexto clínico, sus antecedentes, patologías subyacentes, otros signos sistémicos o cutáneos asociados, así como los exámenes de laboratorio.

Ectoscópicamente es aparatoso e impactante visualizarlo dada su característica negruzca acartonada por ser “tejido muerto”.



Veamos como el avance de una enfermedad crónica con mala respuesta al tratamiento conlleva a la pérdida de tejidos como en este caso de DBTM descompensada

En las alteraciones de hemostasia y complicaciones de la DBTM los cambios metabólicos y oclusivos obstructivos vasculares periféricos y agregación plaquetaria son los responsables de este problema necrótico distal.



Necrosis por tromboangeitis obliterante

La necrosis cutánea por oclusión vascular es la causa más frecuente, como cuando ocurre por depósito de alguna sustancia en el calibre vascular muy similar en las crioglobulinemias, sindrome anti fosfolipídico y depósito de émbolos de colesterol.



Necrosis periférica en Carcinoma espinocelular

Existen otras patologías cutáneas que en algún momento de su evolución cursan con necrosis cutánea y no están agrupadas en el común de las enfermedades más frecuentes, y en este caso de Carcinoma espinocelular en forma periférica y parcial.

13.- Goma

Forma especial de nódulo crónico que en su proceso evolutivo pasa por reblandecimiento y ulceración culminando en cicatrización. Es decir, se considera a esta lesión como localizada en la parte profunda de la piel. Esta zona se torna eritematosa y en su evolución se vuelve blando y fluctuante por lo que al evolucionar se ulcera eliminando una secreción gomosa constituido por material purulento junto a tejido necrótico; al final quedará una cicatriz deprimida pigmentada.



Formación de goma cuando el nódulo se reblandece y posterior ulceración

Lesión nodular granulomatosa que se reblandece y ulcera, evolucionando sucesivamente en cuatro periodos de crudeza, reblandecimiento, ulceración y reparación.



Formación de goma en Vasculitis nodular

Lesión nodular sub cutánea dolorosa que se considera una paniculitis a predominio lobulillar en la que se nota erosión y con posterior ulceración, y que está asociado a vasculitis cuya presentación está en la parte posterior de piernas.

Anatomía panorámica de los folículos pilosos

Los folículos pilosos constituyen anexos cutáneos cuya función es la de protección, ya sea contra la radiación ultravioleta en las zonas fotoexpuestas, así como aislar la temperatura del cuerpo como una barrera física. En los orificios de la nariz realiza la función de filtración y la zona perianal para conservar la secreción sebácea. Se le considera inclusive una función inmunológica con las células de Langerhans y linfocitos T que se localizan a nivel del infundíbulo detectando antígenos patógenos externos para procesarlos y activando el sistema inmunológico celular.

Cumple ciclos de crecimiento como la anágena, catágena y telógena con diferentes períodos de tiempo dependiendo de la zona anatómica. Y existen 2 tipos de pelos y son los pelos vellosos, finos y cortos; y los pelos terminales, largos y gruesos; los folículos pilosos son estructuras queratinizadas. Se le considera como la unidad pilo sebácea que incluye a las glándulas sebáceas, además del músculo piloerector y la red del plexo neuro vascular.

Posee una velocidad de crecimiento aproximado de 0.4 mm diario (es decir equivalente a 1 cm por mes o 10-15 cm al año), esto se menciona por fines didácticos tomando en cuenta el ciclo folicular de la piel cabelluda. Se conoce que influye mucho en la estética según el sexo de la persona y son andrógeno dependiente. Normalmente se considera que se caen aprox. de 50 a 100 cabellos diarios y casi ni es perceptible.

La exploración de los folículos pilosos incluye los métodos habituales como la anamnesis, inspección, signo del tirón y fotografía; además los métodos especializados como el tricograma y anatomía patológica.

El presente texto esta referido más exclusivamente a la piel y secundariamente a los anexos cutáneos; por esta razón es que se mencionará generalidades de la patología pilosa y en un futuro cercano otro texto con mayor profundidad a la patologia de los anexos cutáneos.

Lesiones de los folículos pilosos

Las alteraciones de los folículos pilosos en forma práctica se puede clasificar en anomalías estructurales (referidas a las que ocurren en el tallo piloso) y alteraciones foliculares (referidas a las de la propia raíz o bulbo piloso, y está en relación a su ciclo biológico).

Tricoptilosis, horquillas



Cabellos con tricoptilosis múltiple y se debe visualizar con minuciosidad pues por la toma de imagen no se percibe notoriamente

Consiste en la fractura longitudinal del extremo distal del tallo capilar, en cuya punta se reducen las células cuticulares quedando expuesta su corteza, de esta manera se fragmenta y fisura. Esta afección depende de la propiedades individuales de los cabellos de cada persona, así como de sus agresiones externas a las que están siendo sometidas. Se observa con mayor frecuencia en los cabellos largos.

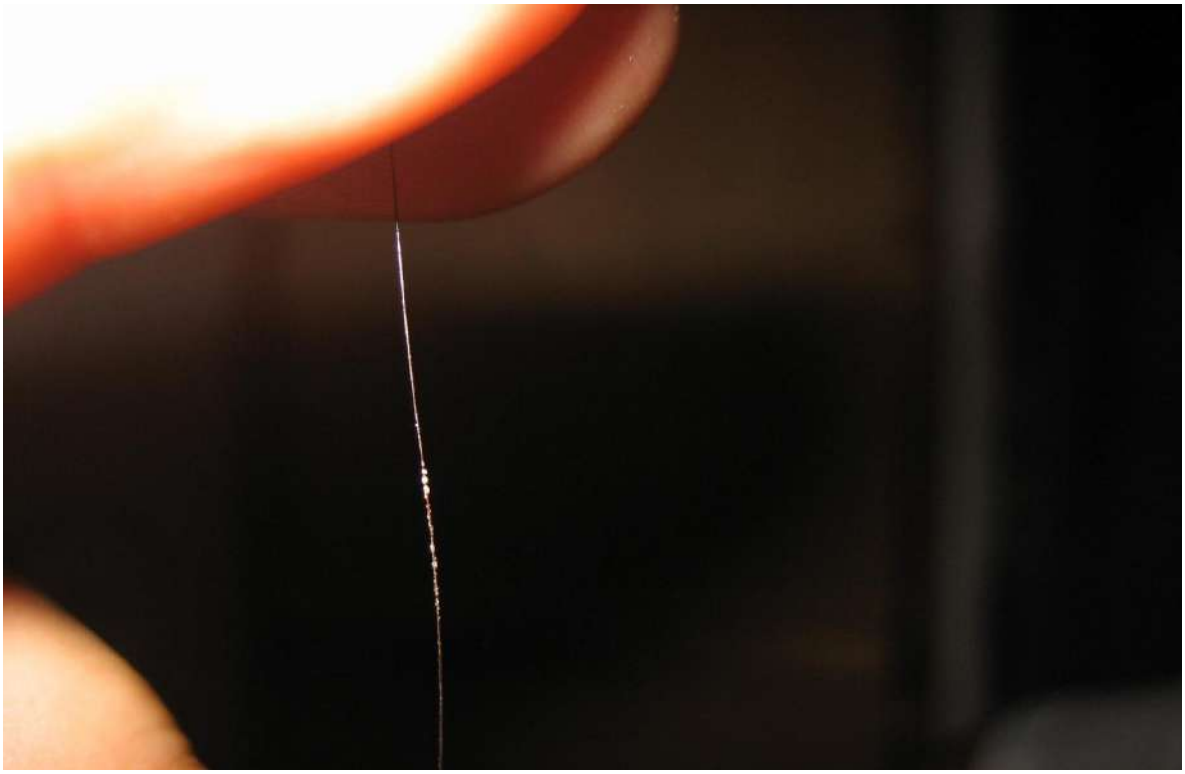


Misma paciente en otro ángulo de la imagen con tricoptilosis

La tricoptilosis o puntas abiertas (horquillas) ocurre cuando la capa externa de cabello, es decir la cutícula es dañada y deja expuesta las fibras internas con el resultado de cabello frágil y propenso a romperse.

Las causas de la tricoptilosis son diversas, pero la principal es el exceso de tratamientos térmicos o químicos que aplicamos sobre el cabello. La exposición prolongada al sol, el viento y la humedad pueden deshidratar al cabello dejándolo seco y frágil volviéndolo propenso a las puntas abiertas y deshidratadas por lo cual pierde su elasticidad y resistencia.

Tricorrexis nudosa



Paciente mujer adulta con cabellos en nudos de tiempo no especificado

Es un trastorno enfocado en la displasia pilosa con fragilidad capilar. La tricorrexis nodosa corresponde a nódulos de fractura en el tallo piloso que clínicamente se caracteriza por un cabello fino y escaso.

La tricorrexis nudosa es el defecto del tallo piloso caracterizado por una alteración y desaparición de las células cuticulares, dejando al descubierto las células de la corteza, las cuales se separan y deshilachan hasta producir un engrosamiento por donde se fractura el pelo dando lugar a un extremo en forma de pincel. Puede producirse por traumatismos físicos como el cepillado excesivo, trenzas apretadas, así como por traumatismos químicos originados por permanentes y tintes del pelo.

Hipertricosis



Paciente mujer adulta con aumento de pilosidad en zona mandibular

Tenemos la tendencia a hacer uso de los términos hipertricosis e hirsutismo de forma indistinta. La hipertricosis provoca el crecimiento de vello en exceso y de gran grosor en zonas corporales que no están afectadas por los andrógenos. En definitiva, es un crecimiento de pelo fuera de lo habitual que afecta por igual a mujeres, personas de diferente raza y sin discriminación de edad. Y el hirsutismo dependen de los andrógenos circulantes.

El hirsutismo, en cambio, provoca el crecimiento excesivo del pelo de forma anormal en áreas corporales que sí dependen de los andrógenos. Generalmente, el hirsutismo afecta en mayor grado a mujeres, y se trata de un crecimiento peculiar de pelo oscuro y grueso que se identifica con patrones típicamente masculinos como son el mentón, el labio superior o el pecho.



Misma paciente de la imagen anterior con aumento de densidad pilosa en zona madibular

Se entiende por hipertricosis al crecimiento de pelo terminal de forma excesiva en cualquier lugar del tegumento. Se puede dar tanto en el hombre como en la mujer. No es debido a un exceso de andrógenos, por lo cual no existen síntomas de virilización.

Se puede clasificar en dos grandes grupos: generalizadas o difusas y localizadas. Dentro de ellos, se diferencian dos subgrupos: congénitas y adquiridas.

Hirsutismo



Paciente mujer adulta de 34 años edad con mayor densidad pilosa en zonas de patillas y zona mandibular asociado a acné

El hirsutismo provoca el crecimiento excesivo del pelo de forma anormal en áreas corporales que dependen de los andrógenos. Generalmente, el hirsutismo afecta en mayor grado a mujeres, y se trata de un crecimiento peculiar de pelo oscuro y grueso que se identifica con patrones típicamente masculinos como el mentón, el labio superior o el pecho.

El desarrollo en la mujer de pelo con las características y en las zonas propias del hombre. Éstas son las que se utilizan en la escala de puntuación del hirsutismo de Ferriman y Gallwey: labio superior, mentón, zona intermamaría, línea alba, pubis, brazos, muslos, espalda superior y nalga.

Tiña capitis



Paciente mujer, de 10 años de edad con lesiones alopécicas no bien circunscritas en zona interparietal de piel cabelluda con descamación y cabellos rotos, de 1 mes y medio de evolución.

Los microorganismos micóticos de variado origen, como los antropofílicos que tienen afinidad por el folículo piloso con fractura de su tallo dando este aspecto alopécico y descamativo, y a veces se compara “como cortado al ras con tijera”, esto ocurre en corto tiempo por lo cual es característico encontrar estos detalles en la inspección clínica.

Por otra parte, estos dermatofitos se clasifican en tres géneros: Epidermophyton spp, Microsporum spp y Trichophyton spp. Actualmente, hay reconocidas más de 40 especies, entre ellas, alrededor de una docena son patógenas para el hombre.

Tiña amiantácea



Pcte mujer infante, 3 meses con lesiones descamativas en cabeza y zonas semi alopécicas Cultivo positivo para T. schoenleinii.

Favus: Los espacios de aire en los tallos del cabello son característicos y las hifas fúngicas forman grandes grupos en la base de los pelos, donde entran en el folículo al nivel de la epidermis. Es un tipo de tiña inflamatoria, se caracteriza por costras queratósicas amarillo grisáceas, elevadas, alrededor de los folículos pilosos, que contienen hifas y son altamente infecciosa; los pelos afectados están menos dañados que en los otros tipos y pueden continuar creciendo hasta alcanzar una longitud considerable. Su principal agente causal es T. schoenleinii un dermatofito antropofílico.

Pseudotiña amiantácea



Paciente mujer de 6 años edad y tiempo de enfermedad de 4 meses con lesiones semi escamosas adherentes a mechones de piel cabelluda y antecedentes de atopía

Amianto es denomina al asbesto que es el nombre de un grupo de minerales y se dice amiantácea por la descamación que se asemeja a este polvo de mineral grisáceo.

La Pseudotiña amiantácea o Pitiriasis amiantácea es un proceso inflamatorio en niños y adolescentes, descrita por Alibert en 1832. Los cabellos se observan aglutinados y no hay alopecia. Etiología desconocida, sin embargo, está asociado a dermatitis seborreica, dermatitis atópica, psoriasis, liquen plano. La dermatoscopía en tiña capitis muestra pelos en “coma”, “sacacorchos”, “zigzag”, pelos interrumpidos en forma de “codo” y “signo de interrogación” mientras que en tiña amiantácea se observa escama gruesa tipo asbesto, adherentes a mechones de cabello.

Alopecia en placas, no cicatricial

El término alopecia deriva de la palabra griega "***alopex***" que significa zorro en relación a la pérdida de pelaje de este animal en las estaciones de primavera y otoño. Es designado este término desde los tiempos de Saboreaud para cualquier tipo de caída de cabellos en forma adquirida. Diferenciándose de la forma alopécica congénita total llamada Atriquia, la otra es la alopécica congénita parcial llamada Hipotricosis.

Mientras que en la alopecia su clasificación más conocida es la cicatricial (como resultado de daño folicular irreversible y de la piel afectada) y la no cicatricial (y que afecta exclusivamente al folículo piloso).

Es posible identificar 4 patrones alopécicos a saber.

1.- Bitemporal y frontovertical propio de la alopecia androgénica.

2.- Difuso, y es de distribución uniforme por toda la piel cabelluda como en los Efluvio, la alopecia areata difusa y la androgénica femenina.

3,. Marginal, en los bordes de implantación de la piel cabelluda como en las ofiásicas y patrón por tracción.

4.- Placas, como en la areata, tiñas, alopecia mucinosa, tricotilomanía, pseudopelada, etc.

Alopecia areata



Área alopécica circunscrita occipital en paciente varón de edad mediana

La alopecia areata es una enfermedad no cicatricial telogénica de etiología autoinmune en la cual su etiopatogenia incluye a factores genéticos que determinan una predisposición del individuo (como se aprecia por la existencia de determinados HLA como son DQ3, DQ7, DR4 y DR11), una respuesta autoinmune de tipo celular (linfocitos T CD4+ helper), asociación a enfermedades autoinmunes (como la tiroiditis de Hashimoto) y factores externos desencadenantes (psicológicos, estrés, etc.).

Factor común agravante en este caso es considerado su estrés agudo por problema familiar y se le derivó al servicio de Psicología como coadyuvante de su tratamiento.



Alopecía areata en zona pilosa de la patilla en forma parcial

Aunque la localización más frecuente de aparición es el cuero cabelludo, también puede apreciarse en otras localizaciones con o sin afectación del mismo, como la barba, cejas, pestañas (se denomina madarosis a la pérdidad de cejas y pestañas)), vello corporal, axilar y pubiano.

Se debe evaluar los posibles factores de mal pronóstico de respuesta al tratamiento, como son las formas de Alopecia areata total y universal, la presencia de ofiasis, el inicio precoz de la enfermedad, el número y tamaño de las placas, así como los antecedentes familiares de enfermedad o la presencia de atopia.

Alopecia difusa



Imagen localizada con visualización parcial de la Alopecia difusa

La **alopecia difusa** consiste en la caída de pelo en forma homogénea y visible en toda la cabeza. Esta situación parte de una **reducción del tamaño del folículo piloso**. Este tipo de alopecia se caracteriza por una **pérdida de densidad y volumen generalizados** en toda la piel cabelluda. Además, **no va acompañada de signos de irritación, descamación o inflamación**, por lo que el cuero cabelludo presenta una apariencia normal.

A diferencia de otros tipos de alopecia, es **reversible y puntual** en la mayoría de casos.

Alopecia androgénica

Es una alopecia por miniaturización folicular en forma progresiva que evoluciona con una pérdida gradual del cabello terminal.

Clínicamente se expresa en 2 patrones. La clasificación de Hamilton valora el patrón en varones, y la clasificación de Ludwing en mujeres.



Mujer adulta pre menopáusica con Alopecia tipo F.A.G.A.

Es la forma de alopecia no cicatricial propia de la mujer en la que se produce una sustitución lenta y progresiva del pelo terminal de piel cabelluda por pelo velloso. El ciclo anágeno-telógeno se ve minimizado. Los ciclos foliculares sucesivos producen cada vez pelos más cortos y de menor diámetro, resultando una miniaturización del cabello, que en estadios finales se convierte en invisible. Los folículos siguen presentes en la piel cabelluda, pero en estado atrófico. Están implicados en su etiología factores genéticos y factores hormonales androgénicos, de donde procede la denominación para este cuadro clínico de FAGA.

Alopecia en placas, cicatricial



Paciente con Foliculitis capitis abscedans et sulfodiens

El grado inflamatorio y compromiso folicular considerable son los mecanismos para su evolución y sufrir su proceso de cicatrización con atrofia de los folículos comprometidos.

Enfermedad llamada Perifoliculitis capitis abscedans et sulfodiens o Celulitis disecante de cuero cabelludo comprometiendo al vértex y zona occipital fundamentalmente con nódulos inflamatorios crónicos asociado a abscesos interconectados y drenaje supurativo dando ese aspecto ondeado en piel cabelluda. Incluso se puede asociar a otros procesos crónicos con oclusión folicular como la Hidrosadenitis supurativa o Acné conglobata.



Perifoliculitis capitis abscedans en etapa aguda con congestión en parches en piel cabelluda dejando zonas de cicatrización y no crecimiento folicular

Imagen de aspecto “cerebriforme” con evolución a fibrosis y alopecia cicatricial por estos nódulos inflamatorios de la región perifolicular.

Otras lesiones de piel cabelluda

Tricotilomanía



Paciente mujer, de 9 años de edad, con excoriaciones puntiformes en zona fronto temporal derecha desde aprox 1 mes y discreta disminución de densidad pilosa localizada, asintomática.

La tricotilomanía constituye un trastorno del control de los impulsos caracterizado por el hábito recurrente de tracción y auto arrancamiento del pelo (del cuero cabelludo, cejas y/o de otras áreas corporales), generando zonas de hipotricosis o placas alopécicas irregulares no cicatriciales constituidas por pelos cortos de longitud variable, afectando principalmente la región parieto occipital y el vértex.

En este caso influye para el diagnóstico el antecedente de problemas psicógenos pues no hay lesión característica sino que haciendo unidad clínica se establece primero la presunción diagnóstica y con la anamnesis se obtiene el dato emotivo tensional de la paciente. Si nos basamos en la lesión elemental de excoriaciones nos desviamos del diagnóstico; en los problemas de índole psicológica tenemos que ser muy prudentes y tener en cuenta los diagnósticos diferenciales.

Tricofagia, tricobezoar



Imagen tomada post extracción endoscópica por obstrucción digestiva parcial (gástrico) cuya causa fue la tricotilomanía.

El término bezoar esta definido como una acumulación compacta de material parcialmente digerido que no puede salir del estómago. En este sentido, el tricobezoar es un tipo de bezoar que está conformado por cabellos mezclado con restos alimenticios confinados al estómago por lo cual pueden causar obstrucción digestiva alta. Está asociado a trastornos psiquiátricos cuya mayor frecuencia se presenta en pacientes mujeres y de edad joven con los 2 aspectos fundamentales que son la tricotilomanía y tricofagia.

Pediculosis



Paciente varón, de 9 años de edad, con presencia de múltiples liendres en cabellos

Las liendres, nombre que reciben los huevos de los piojos, presentan forma ovoidea, son operculadas, de color blanco, y se hallan unidas al pelo por una secreción adherente, muy resistente, que dificulta su total eliminación. Las liendres son depositadas sobre el cabello, en zonas muy cercanas al cuero cabelludo y, para eclosionar, necesitarán que transcurran 4-14 días. De cada huevo nacerá una ninfa que, en los días posteriores a su emergencia, todavía deberá presentar 3 estadios más, para llegar a la madurez sexual.



Otro paciente varón de 10 años, con cantidad innumerable de liendres en cabellos asociado a prurito moderado

Una hembra fértil puede liberar 150-250 huevos durante su ciclo vital de 30días. Es más frecuente detectar la infestación por la visualización de liendres que la de piojos vivos. Las liendres se encuentran aferradas a los 6mm proximales del pelo y suelen encontrarse en la zona cervical y retroauricular.



Paciente varón, de 10 años de edad con presencia de piojo en cabeza y muy cerca liendres adheridos a sus cabellos

Ectoparasitosis frecuente de la edad pediátrica mayormente en países en desarrollo y con información estadística disminuida por no reportar todos los casos presentados y una parte de ellos directamente tratados a sugerencia de boticarios. La incidencia de la enfermedad ha aumentado en la última década, posiblemente debido al uso masivo de pediculicidas y las resistencias que se han generado. Los piojos suelen evitar la luz y prefieren zonas más oscuras, como la nuca y tras las orejas. Es por este motivo también que afectan más frecuentemente a individuos con el pelo largo, y por eso mismo son también más activos de noche, siendo más fácil su visualización cuando los niños duermen.

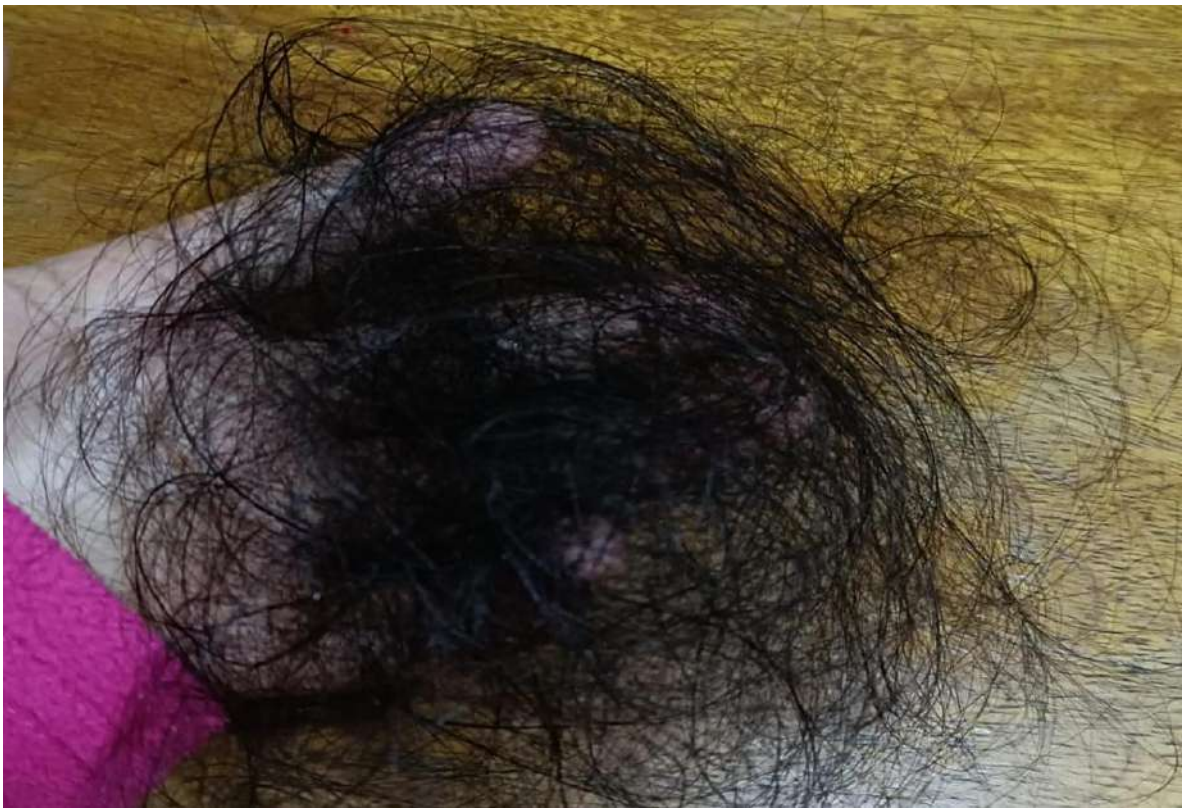
Efluvio

Efluvio en término estricto significa emisión de partículas pequeñas que se desprenden de un cuerpo. En dermatología el Efluvio deriva del latín *"**effluvium**" (ex: fuera, fluo: fluir, emanar),* es el desprendimiento de cabellos en forma difusa que ocurre como resultado de un problema de la fase de crecimiento folicular; si aparece a las 2 semanas de producida la causa se denomina Anágeno, mientras que si ocurre entre los 2 a 4 meses de ocurrida la causa se denomina Telógeno. Este último es autoresolutivo.



Paciente mujer, de 44 años de edad con marcada disminución de densidad pilosa

Por el ángulo de la imagen se observa más en zona inter parietales, esa pérdida tan marcada de densidad pilosa es muy manifiesta en pocas semanas de evolución.



La cantidad excesiva de cabellos perdidos en un corto período de tiempo

Es asombroso y en muchas ocasiones la paciente lo trae consigo como muestra de su preocupación.

Poliosis



Paciente varón con poliosis positivo en zona frontal de piel cabelluda

Asociado a máculas acrómicas/rosadas de Vitíligo en evolución con el uso de tacrolimus tópico asociado a corticoides y ademàs fotoprotector solar.



Paciente mujer en etapa infantil con poliosis en mechón de zona occipital

La etimología de esta palabra deriva del griego *“pilios”* que significa gris. La melanina del folículo piloso ausente por tiempo prolongado y cada vez en aumento, asociado en este caso con antecedentes de DBTM en la familia por lo cual el protocolo indica solicitar los análisis pertinentes incusive los anticuerpos antitiroideos.

Anatomía panorámica de las uñas

Las uñas como anexos cutáneos cumplen una función de protección y defensa en las partes distales del dorso de dedos y constan de partes estructurales bien conocidas; a saber, su cuerpo ungueal propiamente dicho, su lecho, los bordes laterales, matriz, cutícula, lúnula, eponiquio, hiponiquio.

Su dureza está compuesta por aprox 150 capas de queratina y además proteínas con especial atención en el azufre. Posee una velocidad de crecimiento es de 0.1 mm diario demorando aprox 6 meses en completar su crecimiento, mucho más rápido en las manos que en los pies.

Como dato académico, el origen de la lámina ungueal tiene 3 teorías para explicar su formación; es producida enteramente por la natriz, o formada parcialmente por la matriz pero recibe contribuciones del lecho y pliegue ungueal, o la última explicación es su división en matriz proximal o fértil, matriz intermedia o estéril y matriz distal o suelo córneo. La mayoría de autores señalan este tipo de formación ungueal en forma fisiológica pero la participación del lecho ocurre en condicione patológicas.

Constituye una parte estructural accesible a la inspección y forma parte de la estética así como sus cuidados incluso pueden deducir muchas veces su posición social.

Es necesario mencionar que el Melanoma acral subungueal es un tema de especial interés en la Medicina interna y de letalidad muy alta; por ello, obligatorio en nuestra especialidad reconocerlo en etapas tempranas. Pues con la simple inspección nos podría dar una sospecha clínica para la detección oportuna, de aquí que esta importancia clínica requiere que estemos atentos y alerta.

Las uñas son órganos de protección situados en los extremos de los dedos de manos y pies. Su examen puede proveer importantes claves para el diagnóstico de enfermedades subyacentes. Este fenómeno fue descrito por Hipócrates en el siglo V a.c. y desde entonces, múltiples alteraciones ungueales han sido relacionadas con enfermedades sistémicas.

El presente texto clínico está dirigido principalmente a la piel y secundariamente a los anexos cutáneos; por ello, este capítulo de las uñas se ampliará como es debido en otro texto en un futuro cercano. Aún así, enfatizamos en aspectos académicos y de clasificación para obtener la información necesaria y poder llegar al diagnóstico dermtológico.

Lesiones ungueales

Lesiones de las uñas en su matriz proximal

1.- Líneas de Beau

Descrita por Beau en 1846 en la que ocurre una interrupción de su actividad mitótica. Son surcos transversales en la lámina ungueal y provienen de la matriz en forma progresiva para ubicarse en su parte distal conforme va creciendo.

La causa fundamental ocurre por cualquier enfermedad sistémica que sea lo suficientemente severa para alterar su crecimiento normal de la matriz ungueal. El grosor de la línea orienta a la duración de la agresión.



Se les puede observar en Eccema, Trauma, Medicamentos o Enfermedad febril

2.- Pitting ungueal

Depresiones puntiformes en la lámina ungueal que ocurre por alteración de la queratinización focal y transitorio de la matriz ungueal proximal. Su presencia y extensión indica severidad aunque también se ha descrito en personas sanas.



Estas depresiones distribuidas irregularmente en la lámina ungueal corresponden histológicamente con focos de paraqueratosis. A mayor severidad se produce un mayor número de lesiones de piqueteado en las uñas. El pitting es característico de la psoriasis ungueal, siendo también observable en Alopecía areata o Eccema.

3.- Onicorrexis

La onicorrexis es un síntoma que forma parte del denominado “síndrome de uñas frágiles”. Está definido como **la aparición de surcos o fisuras longitudinales en la parte distal de la uña, los cuales se extienden hacia el borde proximal**, en una o varias de ellas. Puede ocurrir tanto en las manos como en los pies.

Cuando se da de forma severa, las fisuras pueden cubrir hasta el 70 % de la superficie de la uña. En términos generales, esto ocurre cuando la matriz cesó completa o parcialmente su función de crecimiento. Aunque su presencia es más común en las mujeres, los hombres también pueden padecerla.



Líneas longitudinales y fisuras con daño difuso de la matriz ungueal observables en Liquen plano o envejecimiento.



La onicorrexis puede deberse a varios factores. Una de las principales causas es la exposición frecuente de las uñas a productos químicos agresivos, como detergentes y productos de limpieza. El uso frecuente de esmalte de uñas y quitaesmalte también puede contribuir al debilitamiento de las uñas.

Además, la onicorrexis puede deberse a deficiencias nutricionales, como la falta de vitaminas y minerales esenciales para la salud de las uñas. La mala alimentación y la deshidratación también pueden contribuir a esta afección.

Los síntomas de la onicorrexis pueden variar de persona a persona, pero generalmente incluyen uñas quebradizas con tendencia a astillarse o pelarse. Las uñas también pueden tener surcos longitudinales o transversales y pueden volverse delgadas y frágiles.

4.- Traquioniquia

La traquioniquia es un trastorno de la lámina ungueal que se caracteriza por un aumento de las estriaciones longitudinales, depresiones y puntilleo que son ásperas al tacto y dan un aspecto deslustrado, con pérdida de brillo. Matriz proximal adelgazada y rugosa

Se observa en Alopecía areata, Liquen plano, Psoriasis, Eccema.

Lesiones de las uñas en su matriz distal

1.- Leuconiquia verdadera

Referido a la coloración blanca de la lámina ungueal. De acuerdo a su localización se subclasifica en punteada, estriada, parcial y total.

De acuerdo con la teoría de Newton, una superficie blanca es aparente cuando refleja la radiación de la luz visible. Este mecanismo se ha propuesto para explicar la coloración blanca de la lámina ungueal. Pero la leuconiquia verdadera se debe a la queratinización anormal de la matriz ungueal, con paraqueratosis y gránulos de queratohialina persistentes en la lámina ungueal; la paraqueratosis y la disociación de los haces de colágeno pueden participar en la modificación de la reflexión de la luz solar en la lámina ungueal.



Ocurre daño en la matriz distal pudiendo presentarse como parte Hereditaria, en Micosis ungueal o Trauma.



El estudio de microscopia electrónica ha demostrado disociación de las láminas de queratina en la parte baja de la lámina ungueal blanca. Se cree que esta disociación es la anormalidad estructural responsable de la coloración blanca, debido a que las estructuras de los haces de queratina son impenetrables para la luz y reflejan todas las longitudes de onda de la luz visible.

Lesiones de las uñas en su matriz proximal y distal

1.- Onicomadesis

Daño proximal y distal

Desprendimiento espontáneo desde su extremo proximal

Suele ser secundaria a enfermedades sistémicas, reacciones medicamentosas, radioterapia, enfermedades ampollares, estrés psicológico, radioterapia



El resultado de la interrupción temporal en la formación de la placa ungueal. La onicomadesis representaría la forma más severa de este mismo fenómeno, ya que el agente causal actuaría durante más tiempo, con el compromiso de todo el espesor de la lámina y su consecuente separación del lecho. Esto es consecuencia de la inhibición completa y transitoria del crecimiento ungueal por 1 o 2 semanas. La uña continúa avanzando sobre el lecho ungueal, permaneciendo adherida a los tejidos subyacentes y desprendiéndose al perder la conexión con la uña nueva que está comenzando a salir a esas alturas.

Su mecanismo de producción en la enfermedad pie-mano-boca no ha sido completamente aclarado. Además de la detención de la función de la matriz ungueal, se ha propuesto la maceración debida a las ampollas digitales, inflamación del lecho ungueal proximal y efecto tóxico directo del virus.

2.- Coiloniquia

También llamado Platoniquia por su aspecto aplanado, algo incurvado como una cuchara. Son uñas delgadas y cóncavas con bordes evertidos y estrías ongitudinales.

La coiloniquia es una condición de las uñas donde se produce una concavidad transversa y longitudinal con adelgazamiento. Estas alteraciones son producto de cambios en el tejido conectivo. el tejido subyacente puede encontrarse normal o estar afectado por una hiperqueratosis subungueal en el margen distal. En estadios iniciales las uñas tiene aspecto aplanado, luego los bordes se invierten hacia arriba que las hace tomar una forma cóncava, razón por la cual han recibido el nombre conocido de uñas en cuchara.



Puede obserarse en niños o como parte fisiológica o deficiencia de hierro.

Lesiones de las uñas en su lecho ungueal

1.- Onicolisis

Daño del lecho ungueal que ocasionan el desprendimiento del lecho ungueal

Secundaria a enfermedades sistémicas, psoriasis, toxicidad por drogas, infecciones bacterianas como pseudomonas, micóticas como dermatofitos; siendo la causa más frecuente la traumática.



2.- Hiperqueratosis subungueal

Trastorno congénito o adquirido con hiperplasia del hiponiquio y de su lecho ungueal, manifestándose como el crecimiento por debajo de la lámina ungueal

Tiene 2 orígenes como los traumatismos constantes y alteraciones exudativas de la piel secundarias a dermatosis que afectan esa zona anatómica como la Psoriasis

Suele estar asociado a una enfermedad subyacente y difícil que se evalúe por sí solo excepto cuando está asociado a Onicomicosis, Psoriasis y microtraumatismos con onicolisis.

3.- Hemorragias en astilla

Son líneas delgadas longitudinales no evanescentes de coloración pardo rojizo ubicadas por debajo de la lámina ungueal. Es el resultado de pequeñas hemorragias en los surcos longitudinales del lecho ungueal que provienen de sus capilares.

La causa con mayor frecuencia es la traumática

Lesiones ungueales en su lúnula

1.- Lúnula color azul

Característica de la enfermedad de Wilson, así como también en el tratamiento de 5 - fluorouacilo

2.- Lúnula color rojo

Signo de etiología desconocida, Lupus eritematoso sistémico, Artritis reumatoide, Alopecia areata, Cirrosis hepática

3.- Lúnula color amarillo

Puede ocurrir durante la terapia con tetraciclinas

4.- Uñas de Terry

Se sospecha que ocurre como resultado de la disminución de la vasculatura y además del aumento del tejido conectivo del lecho ungueal.

Coloración del lecho ungueal

Rosado, normal



Coloración rosada como es lo fisiológico en manos y pies con riego sanguíneo normal y pigmentos exogenos en términos fisiológicos. Las uñas saludables son lisas, no hay surcos, ni marcas, ni decoloración, ni distrofia, con coloración y consistencia uniforme.

Pálido, anemia



Coloración rosado pálido como consecuencia de anemia moderada y hemoglobina insuficiente en zonas distales de extremidades, y es que las uñas palidecen con los niveles disminuidos.

Rojo,oscuro, poliglobulia



Coloración rojiza rosada por el exceso de hemoglobina corroborado por el análisis sanguíneo respectivo. Clínicamente se establece cuando lo valores son superiore a 16.5 gr% en el varón y de 16 gr% en la mujer. El exceso de hemoglobina trata de compensar la deficiencia de oxigenación produciendo hiperviscosidad alterando el flujo vascular y compromiso de la perfusión orgánica.

Morado, violáceo, traumatismo ungueal



Coloración morada por traumatismo con hematoma sub ungueal en dicha zona y dilatación de vasos sanguíneos en un área localizada. La ruptura de capilares del lecho ungueal provoca la hemorragia que queda atrapada entre el lecho ungueal y su lámina provocando prsión sobre los tejidos adyacentes y dolor.

Azulado, cianosis intoxicación por plata, Enferm Wilson



Coloración azulado tenue de la cianosis periférica en dedo izquierdo por contusión con obstrucción vascular, enlentecimiento de la circulación capilar a este nivel con acúmulo de desoxihemoblobina en los vasos subepidérmicos. Nótese el color del dedo izquierdo, la coloración del lecho ungueal y del hiponiquio.

Amarillo, psoriasis, micosis, Insuf. Renal crónica



Coloración amarillenta de la Psoriasis ungueal con despegamiento distal de la lámina y “mancha de aceite” o “mancha salmón” que son sus características.

Amarillo, en Psoriasis con Onicomicosis



Coloración amarillenta en paciente con Psoriasis vulgar y afectación ungueal, que además presenta Onicomicosis secundaria, por este motivo se debe corroborar con el cultivo micológico respectivo y no asumir que es únicamente por Psoriasis ungueal.

Negro, melanoma acral



Coloración negruzca sin bordes precisos y de varias tonalidades por su excesiva formación de melanocitos atípicos diseminados, su origen está en la matriz extendiéndose al lecho adyacente y sus pliegues e hiponiquio, invadiendo dermis; la pigmentación cuticular (Signo de Hutchinson) es una clave diagnóstica.

Verde, pseudomona es dolorosa



Coloración verdosa por el pigmento de la pseudomone como infección en huésped inmuno comprometido por DBTM con uña verde también denominada cloroniquia y vemos que está asociada a paroniquia. La cepas de esta bacteria producen pigmentos de pioverdina y piocianina responsables de esta coloración.

Otras lesiones de coloración ungueal









Otras lesiones ungueales adicionales

Onicogrifosis



La onicogrifosis se debe al aumento exagerado del grosor de la lámina ungueal presentando surcos transversales, como consecuencia del crecimiento discontinuo, y una textura muy dura teniendo mayor incidencia sobre el dedo gordo del pie. El crecimiento de esta uña onicogrifótica es más lento que la uña normal.

Los traumatismos sobre la matriz ungueal provocados por ejemplo por el uso de un calzado inadecuado o por la insuficiencia del riego sanguíneo en la matriz, pueden derivar en lesiones irreversibles. La alteración de la matriz ungueal provoca un aumento de células ungueales saturando la lámina ungueal e impidiendo una renovación ungueal correcta.

Onicodistrofia



Se define como los cambios anormales en la forma, el color, la textura y el crecimiento de las uñas de las manos y los pies. También, es posible que ciertas afecciones, como psoriasis, eczema, verrugas, quistes y algunos tumores causen estos cambios.

Por su mecanismo de producción, podemos dividir la onicodistrofia en física, química o causada por agentes infecciosos. Otra forma de clasificación sería las distrofias autoinfligidas y de causa laboral.

Acropaquia



Lámina ungueal con ángulo pronunciado en relación a piel proximal a cutícula

También llamado “dedos en palillo de tambor”, “hipocratismo digital”, o “uñas en vidrio de reloj” se presentan como un aumento de la convexidad ungueal sobre una falange distal engrosada.

Existen varias hipótesis superpuestas: la teoría humoral (más aceptada), la teoría de la hipoxia y la teoría neurogénica, las cuales conducen al aumento de la producción de factores de crecimiento (VEGF y PDGF) que provocan una sobreproducción de tejido blando y óseo.

Se buscan algunos signos adicionales como el de Lovibond (ángulo que se crea entre la piel proximal a la cutícula y el lecho ungueal siendo patológico cuando es mayor de $180^{\circ})\cdot$ Y el signo de Schamroth (pérdida de la “ventana” formada entre el lecho ungueal de 2 dedos contrapuestos).

Paroniquia o Perionixis



La paroniquia y perionixis ocurre en los bordes de la uña y se presenta en horas o pocos días con flogosis e infección de los tejidos periungueales con compromiso infeccioso bacteriano y hasta micótico tipo cándida. Se menciona que debe haber una puerta de entrada para que ocurra esta patología.

Melanoniquia



La melanoniquia longitudinal se refiere a la pigmentación de la lámina ungueal negro amarronada y es una banda pigmentada extendida desde su extremo proximal o lúnula hasta su borde libre. Si ocurre en la totalidad de la lámina se denomina Melanoniquia completa profunda. Es imprescindible diferenciar la existencia de Melanoma subungueal pues sabemos que es de alta letalidad. Y es clave la presencia del Signo de Hutchinson en la cutícula.

Onicocriptosis



Se considera a la Onicocriptosis (“cripto” cuyo significado es oculto) como una onicopatía mecánica dolorosa y multifactorial, que es ocasioinada por la penetración de los bordes laterales de la lámina ungueal en las partes blandas del dedo y más fecuente en el primer dedo del pie al cual se contamina con sobreinfección bacteriana y dificultad a la demabulación o el uso de calzados. En este caso esta asociado a Onicomicosis.



Paciente con inicios de onicocriptosis y distrofia ungueal por mal hábito al cortar sus uñas en forma curva, nótese la flogosis paraungueal de 1ra lámina. La uña encriptada o “encarnada” produce una reacción granulomatosa pues ejerce el efecto de “cuerpo extraño”.

Anoniquia



La génesis ungueal guarda relación con el tamaño de las falanges distales y su crecimiento está en relación directa, se dice que es más rápido mientras es más grande su falange. La anoniquia o la hipoplasia ungueal asociado a hipoplasia falángica puede ocurrir en algunos síndromes congénitos.



Imagen a mayor aumento del caso anterior. Existen 3 presentaciones de esta patología; anoniquia congénita, adquirida o traumática. Ocurre también como consumo de warfarina y medicamentos anticonvulsivos como fenitoína.

Pterigion ungueal

El término pterigion es una palabra de origen griego que significa *"*aleta*"* y hace referencia a un tejido fibroso neoformado que se extiende de los tejidos periungueales.

Se piensa que se debe a una circulación digital anómala de manera que la isquemia daría origen a una ulceración y consiguiente cicatrización del hiponiquio conllevando a obliterar el surco deformándolo.



Imagen de Pterigion ungueal dorsal 5to dedo pie derecho.



Imagen a mayor aumento de la lesión anterior con evidencia de una “aleta” paraungueal 5to dedo de pie e incomodidad al roce y compresión del calzado. Existen dos variantes clínicas, dorsal y venttral, este caso es la presentación dorsal con formación de tejido cicatrizal desde el pliegue proximal hasta el lecho ungueal. La afección se debe a traumatismos, isquemia, infecciones o procesos liquenoides.

Uso de la información obtenida y los análisis de ayuda diagnóstica

Tal vez la dermatología sea una de las especialidades que requieren pocos análisis clásicos del laboratorio y los ahora denominados exámenes de ayuda diagnóstica son un sustento para fortalecer y corroborar la patología que tenemos al frente y no necesariamente nos dan el diagnóstico certero. Estos tipos de análisis son poco solicitados ya que en gran parte de la consulta diaria vemos enfermedades frecuentes y hacemos unidad clínica de la anamnesis y el examen clínico dermatológico. Este punto tiene su excepción porque también tenemos patologías que sí requieren exámenes especiales y muy particulares como las patologías tumorales o las ampollares por citar algunas.

Debo mencionar que en nuestra especialidad existen muchos procedimientos auxiliares de diagnóstico en dermatología. Hace aproximadamente 2 décadas una revisión del Dr. Manuel Palomino Yamamoto nos muestra que ya contábamos con 15 métodos más utilizados por nuestra especialidad. Luz de Wood, KOH, parasitológico directo, Test de Tzanck, coloraciones, cultivos, diascopía, dermatografismo, campo oscuro, inmunofluorescencia, citodiagnóstico, frotis por aposición tisular, frotis de exudado, biopsia de piel y microscopía electrónica. Y aparte, existen otros métodos adicionales de diagnóstico realizados en los pacientes como dermatoscopía, fotografía digital computarizada, video scan, teledermatología computacional, tricograma, fototricograma, fototest, pruebas de contacto, pruebas del parche atópico, intradermoreacciones, determinación de alergia a alimentos con doble ciego, y la impregnación con ácido acético.

Agregaremos otros 4 métodos no invasivos para evaluar las características físicas de la piel, otros 6 de imagenología para evaluación de tumores y lesiones vasculares, 1 de medicina nuclear que evalúa Rosácea y algunas urticarias, y 12 análisis de muestras de pacientes. Una vez más, pongo énfasis que esta recopilación de información de análisis de ayuda diagnóstica debe ser revisada durante la formación del médico residente.

Muchas veces los pacientes esperan que se les solicite los análisis básicos sanguíneos, sin embargo lo clásico en nuestra especialidad es la Biopsia de piel realizado por nosotros mismos y hasta la interpretación histopatológica de este análisis es parte de nuestra especialidad, es obligatorio conocer lo que sucede en la piel y no siempre se acepta al 100% lo que dice un resultado, recordemos que existen patrones histopatológicos clásicos y según algunas variaciones se van encasillando en determinada entidad clínica histológica, sea por ejemplo en la Dermatitis perivascular superficial que agrupa una variedad de enfermedades con este patrón.

En este punto debo mencionar que las lesiones dermatológicas primarias y secundarias tienen su interpretación sobre una base histopatológica recordando las partes de la piel y así mismo sus capas para saber lo que puede estar ocurriendo. Pienso una forma didáctica (“no patentizada”) imaginando una pared en la que los ladrillos representan a los queratinocitos unidos por su cemento que representa a la sustancia intercelular y que tienen una base; muy por debajo ya se encuentra el subsuelo y etc.

Así también, en la anatomía patológica es muy similar la histopatología del Carcinoma Basocelular con el Tricoepitelioma y puede ser decisivo la célula basaloide para poder dar el diagnóstico certero, porque si hablamos de la parte clínica reconocemos que

el primero es de naturaleza maligna mientras que el segundo es benigno, de igual manera el Carcinoma Basocelular tiene variantes clínicas y no es la ulcerativa la única presentación que conocemos.

Aquí es importante reconocer y relacionar por ejemplo lo que sucede en la piel y su interpretación histopatológica; un Pénfigo tiene evolución acantolítica cuya manifestación será la separación intercelular dejando sus espacios a merced del líquido extracelular y la formación vesicoampollar. No dejemos que un examen de ayuda diagnóstica nos dé el diagnóstico, sino que refuerce nuestro juicio clínico ya planteado mentalmente.

La Psoriasis presenta una hiperactividad mitótica y su turn over es demasiado acelerado no permitiendo que la descamación y eliminación sea ordenada, sino que se acumule formando las placas escamosas características, esto permite que en la histopatología encontremos el patrón psoriasiforme ya establecido, así mismo este patrón no es exclusivo de esta enfermedad.

Un KOH en búsqueda de levaduras refuerza y confirma la Pitiriasis versicolor así como descarta a la Hipopigmentación post inflamatoria. En términos resumidos los análisis refuerzan nuestro juicio médico o descartan posibilidades patológicas.

El Cultivo de hongos o bacterias es otro examen solicitado pues refuerza el tipo de microorganismo involucrado y a tratar, pues una Onicodistrofia traumática puede presentar similitud clínica con Onicomicosis, pero aquí el antecedente es el sustento clínico. Lo mismo puede ocurrir en el caso de la Esporotricosis pues en su inicio guarda mucha semejanza con la Leishmaniasis cutánea sobre todo en los casos con procedencia endémica de la enfermedad.

El Campo oscuro es un procedimiento auxiliar de diagnóstico en dermatología y es usado para la visualización de diferentes treponematosis con especial atención en la Sífilis. Al exudado de la lesión se le agrega una gota de aceite de inmersión para el examen correspondiente del microscopio; debemos recordar que en la lengua y labios no se encuentran espiroquetas.

La Onicomicosis en tratamiento conlleva a continuarlo hasta que la lámina ungueal esté sana y su confirmación microscópica sea negativa, aunque clínicamente esté aún con onicodistrofia, tal es el caso por ejemplo del tratamiento con pulsoterapia de alilaminas de 3 meses y aún sea visible la onicodistrofia.

En algunos casos de Onicomicosis es necesario solicitar exámenes auxiliares según sea el caso (como por ejemplo en los pacientes de tercera edad) pues el esquema de tratamiento es de 6 meses aproximadamente con azoles vía sistémica valorando la función hepática y renal.

Además, otro ítem para valorar es el prurito diseminado en pacientes que presentan otras patologías concomitantes en el cual no se halla la etiología y hay que pensar la causa metabólica, inclusive las únicas lesiones que se encuentran son las excoriaciones; solicitar por ejemplo análisis de bioquímica sanguínea, valoración renal y hepática hasta el coprológico seriado, etc.

La Dermatoscopía es otro procedimiento diagnóstico que consiste en la visualización directa de la lesión en estudio con el uso del dermatoscopio mediante el cual se observan detalles de su superficie; y cuya indicación principal es el diagnóstico diferencial de las lesiones pigmentarias y las vasculares.

Capilaroscopía es una técnica de estudio que permite obtener imágenes directas in vivo de la microcirculación cutánea, constituyendo un método accesible y no invasivo para analizar las anormalidades microvasculares. Como la capilaroscopía del lecho ungueal que es un método simple, incruento y económico para el estudio del fenómeno de Raynaud.

De los inicios de la especialidad para pensar como dermatólogo

Para empezar, cito la frase “caer está permitido y levantarse es una obligación”. Y es que toda carrera tiene sus altibajos en la que tenemos que sobreponernos ante cualquier situación adversa o errores diagnósticos, así como demoras en la eficacia del tratamiento entre otros factores involucrados. Al inicio es básico reconocer las lesiones elementales para poder llegar a un síndrome y después a la enfermedad de fondo.

Según el pensamiento clásico de la Medicina interna pondré un ejemplo; si estamos frente a un Derrame pleural hemático tendríamos que pensar por ejemplo en TBC pleural, sin embargo obliga a pensar en otras enfermedades que también llevan al derrame pleural y para aumentar el nivel de complejidad tendría que ser hasta por orden de incidencia; mucho recuerdo que en cierta sede hospitalaria el médico asistente insistía a los residentes según sea su año de formación sobre este tema de los diagnósticos diferenciales… “R1 dígame 5 diagnósticos diferenciales del caso que estamos presentando, R2 otros 5 diagnósticos más y R3 otros 5 últimos”.

Una mácula hipocrómica en el rostro obliga a pensar en sus diagnósticos diferenciales, así como el signo de Koebner nos hace razonar en las enfermedades involucradas. Por ello citaré la frase “sólo se encuentra lo que se busca y sólo se busca lo que se sabe”; es decir, si no conocemos la enfermedad en sí y sus variantes clínicas será difícil encontrar los signos clínicos que son necesarios para confirmar o descartar una patología determinada, “no siempre obtienes lo que quieres, pero si te esfuerzas puedes conseguir lo que necesitas” tal como lo decía el filósofo Michael Philip Jagger.

Así también, la descripción dermatológica tiene que ser lo más exacta debido a que un detalle puede cambiar el diagnóstico; poniendo como ejemplo la Pitiriasis alba de la Pitiriasis versicolor, (en la que sus bordes no definidos del primero difieren con los bordes definidos del segundo) en estas enfermedades a pesar que puede expresarse con otras características similares.

Por mencionar otro ejemplo me referiré a los nódulos de miembros inferiores en la que se debe diferenciar al clásico Eritema nodoso de la Vasculitis nodular, pero regresando al eritema nodoso sabemos que es una entidad clínica y es el resultado de otras patologías de fondo y hasta idiopáticas. Es decir; primero es necesario el reconocimiento de la lesión denominada nódulo, luego establecer que realmente se trata del eritema nodoso como entidad clínica y después investigar cual fue el origen de esta patología; posteriormente revisando la literatura nos daremos cuenta que existen un sinnúmero de otras causas que la ocasionan, y aquí debemos pensar además que tenemos una casuística en la que gran porcentaje de los casos que ocasionan el eritema nodoso es la idiopática.

Otra forma de pensar y es válido en forma de estadística o de incidencia es la frase de un docente y tutor muy reconocido que decía… “la enfermedad dermatológica tiene una presentación típica y cuando algo no coincide con el diagnóstico casi típico es válido pensar que estamos frente a esa enfermedad con presentación atípica”. Aquí por ejemplo

mencionaré a la Pitiriasis rosada en la que clásicamente se manifiesta con las placas eritemato descamativas en tronco con distribución arboriforme; sin embargo, no siempre se encuentra esta forma de manifestación, además también tenemos la Teoría de superantígenos para poder explicar algunas situaciones en esta patología.

El síntoma clásico de prurito es muy frecuente en nuestra especialidad que acompaña a múltiples enfermedades y en ocasiones es de presentación crónica; sin embargo, la de forma aguda también la tenemos en la consulta diaria sin otro signo o síntoma que la acompañe por lo cual no podemos subestimar este dato y tener una consideración nihilista (como comportamiento de algunos médicos ante enfermedades raras) y erróneamente pensar “no tiene nada”.

En alguna oportunidad tal vez hemos oído o leído La navaja de Ockham, también conocido como Principio de parsimonia, y corresponde a una reflexión filosófica donde sugiere que cuando se tienen varias explicaciones posibles para un fenómeno o tema, la explicación más simple es generalmente la correcta. A esta conclusión llegó en la Edad media el pensador inglés y fraile franciscano Guillermo de Ockham (1287 – 1347). Lo menciono pues ante la diversa sintomatología de una enfermedad sería raro que presente múltiples patologías.

Por ello y otros factores, otra forma de pensar al inicio es que nuestro problema principal radica en llegar al diagnóstico y básicamente hacemos un diagnóstico lesional porque si no reconocemos la lesión elemental no será posible seguir avanzando en la formación profesional; no sólo es observar sino relacionar con lo que ha sucedido en este caso en particular. Sabemos que la lesión elemental en el Acné es el comedón, pero como explicar esta enfermedad en una mujer no adolescente, será posible que estemos frente a un problema hormonal como en Poliquistosis ovárica, y no sólo trataremos el Acné sino que habrá que investigar la patología de fondo.

Práctica constante de la descripción de lesiones elementales

Siempre es bueno y “obligatorio” revisar este punto en mención pues con el paso del tiempo se hace casi automático, la mente va relacionando los datos que obtiene y recolecta con la anamnesis para el diagnóstico lesional.

Una forma sencilla aparente es la práctica cotidiana desde que nos levantamos y vemos a diario en la calle o en los pasillos del hospital los rostros de las personas, o también las partes fotoexpuestas para poder ejercitar los detalles de cada lesión elemental, y eso requiere metódicamente seguir los detalles de la lesión en estudio. De esta manera lograr enfocar y explicar lo que está sucediendo según los pasos ya explicados como sexo, edad, tipo de lesión, zona anatómica comprometida y detalles de la lesión.

Quiero citar una frase muy significativa…. “quien hace de su vocación su profesión está bien encaminado y el resto llega por añadidura”

Aparentemente esta guía más se centra en los inicios de la formación especializada en su parte práctica, pero lo que continúa y corresponde es el estudio de cada enfermedad por separado con refuerzo de las clases académicas. Recordemos que las enfermedades tienen variantes clínicas y hasta particularidades muy especiales. La Varicela por ejemplo sigue un curso clínico cefalocaudal y con lesiones dermatológicas polimorfas. Así como la Rosácea manifiesta clásicamente unas lesiones de carácter centrofacial. O la Dermatitis atópica sin lesión elemental sino más bien con criterios clínicos mayores y menores. Y porque no agregar la dermatomicosis como la Tiña con curso centrífugo, etc.

Para agregar mayor complejidad al tema citaré a la manipulación voluntaria o involuntaria de las lesiones, la administración indiscriminada de medicamentos no adecuados, la intervención de colegas previamente a nuestra evaluación y ya no obtendremos la lesión elemental típica que estudiamos.

En la consulta externa no olvidemos algunas enfermedades que en ocasiones se les conoce como “simuladoras” y debemos tenerlas en cuenta una vez obtenido la lesión elemental y poder dan un diagnóstico dermatológico, y me refiero a la TBC, la Sífilis, y el VIH. Además, es necesario recordar que debemos actualizarnos con frecuencia pues con las nuevas enfermedades emergentes tipo Covid 19 y sus variantes nos obligan a tenerlas presentes al buscar el diagnóstico.

La práctica diaria del reconocimiento de lesiones elementales debe ir seguido de una secuencia ordenada de los datos que la acompañan; es decir de todos los detalles que encontremos en cada lesión, ser minuciosos en lo que observamos en la piel también requiere entrenamiento visual y recordar que un detalle puede cambiar un diagnóstico.

La descripción detallada de las lesiones es la redacción mental de lo observado. Si por ejemplo tenemos frente a nosotros la lesión elemental, sea única o múltiple corresponde ahora detallar sus características como son tipo de coloración, su forma, sus bordes, su tamaño, su distribución, su cantidad, su localización anatómica, su consistencia y los síntomas asociados. Recordar siempre que una descripción detallada y minuciosa de la lesión elemental debe ser un entrenamiento constante.

El estudio metódico y práctica constante de esta manera nos dará una descripción correcta y minuciosa de un proceso mental dermatológico para llegar al diagnóstico lesional. Muchas veces pasan detalles desapercibidos cuando no se entrena a la vista y mente en dermatología, como ocurriría de igual manera cuando no se entrena y practica la audición de los ruidos cardíacos con los soplos o los desdoblamientos sistodiastólicos en cardiología, por poner un ejemplo.

Poner mucho énfasis en este capítulo pues estos detalles son los pilares fundamentales que orienta y justifica su diagnóstico; lógicamente se debe conocer la teoría de cada patología para complementar su estudio y comprender mucho mejor la especialidad.

Descripción detallada de lesiones elementales en piel

1.- Coloración

La lesión puede tener mayor o menor pigmento y tal vez sin pigmento (hipercrómica, hipocrómica o acrómica). Por esta descripción se clasifican por ejemplo en máculas de origen pigmentario o vascular. Y su coloración puede ser variada; por mencionar, rojizo eritematoso como en la Dermatitis alérgica de contacto; grisáceo como en la Dermatitis cenicienta; azulado como en el Nevus azul; verdoso como en la evolución de los Hematomas en reabsorción; pardos o marrones como en la Fitofotodermatosis; amarillentos como en la Carotinodermia; negruzco como en Tatuajes; marrones de diferente tonalidad como en los Nevus melanocíticos; blancos acrómicos como en el Vitíligo; blanco hipocrómico como en la Pitiriasis alba, etc.

Sobre la coloración podemos ver a continuación los siguientes ejemplos:



Coloración rojiza en Dermattis alérgica de contacto al elástico del brasiere

Placa eritematosa submamaria semi circular debido al contacto y compresión del elástico del brasiere quien lo usa por primera vez y cuya reacción ocurre a las pocas horas de su uso. La coloración eritematosa se debe a la congestión y cascada inflamatoria que ocurre en este tipo de reacción alérgica.



Coloración grisácea o cenizo en Dermatits cenicienta también llamado Eritema discrómico perstans

Hipermelanosis idiopática y asintomática muy infrecuente La presencia de melanosomas en la epidermis y además incontinencia de pigmento en la dermis dan lugar a la pigmentación azulada asociado a macrófagos cargados de melanina en la dermis y que van evolucionando a una tonalidad grisácea o cenizo, “de allí su nombre de cenicienta”. Debemos enfatizar que esta patología es de mucha implicancia estética y de tratamiento con pobre respuesta o desfavorable.



Coloración parduzca en Fitofotodermatosis

Erupción eritematosa que se produce tras el contacto de la piel con sustancias fototóxicas tipo fotocumarinas o psoralenos y que se exponen a la luz ultravioleta de longitud amplia, además la humectación cutánea facilitaría la entrada del fotosensibilizante. Se postula que la radiación ultravioleta provocaría reacciones inmunológicas o bien modifique alguna sustancia química como una crema o medicamento para convertirse en un alérgeno.

Nótese además un trayecto de aspecto lineal que se relaciona con el contacto de plantas, como cuando se lleva estos producos en la flexura del brazo.



Coloración amarillenta palmoplantar en Carotinodermia

Coloración dérmica que corresponde a la elevación de los niveles de betacarotenos séricos los cuales se depositan en la capa córnea de la epidermis pero que carece de trascendencia patológica. La ingestión en exceso de frutas y verduras de color amarillo, anaranjado y rojo es la causa principal y con muchísima menor freduencia secundaria a otras enfermedades.



Coloración azul verdosa en malformaciones vasculares del Síndrome Klippel Trenaunay Weber

Genodermatosis de poca incidencia y rara presentación con malformación vascular aumentando el flujo sanguíneo a determinada zona anatómica con progresivo crecimiento, y cuya coloración se debe a este enmarañamiento de vasos sanguíneos.



Coloración negruzca en Melanoma maligno

Típica coloración negruzca por los nidos de melanocitos anormales y dispersos en la epidermis con su distribución desordenada y neoplásica. Esta coloración presenta 2 tonalidades mostrando los signos de advertencia y sospecha del diagnóstico que presentamos por los patrones de colores inusuales.



Coloración rosada e hipocrómica como en Vitíligo en evolución

El pigmento melánico en vías de la repigmentación hace que no se observe tan acrómico; incluso la coloración rosada ante el uso de la esencia de bergamota (un psoraleno tópico) induce a que la exposición solar ante este compuesto vaya repigmentando la lesión en tratamiento.



Coloración marrón en Nevo melanocítico

La melanina formada por los melanocitos en la epidermis es la responsable de esta coloración los cuales crecen en grupos y está influenciado por la exposición solar así como la tendencia genética.



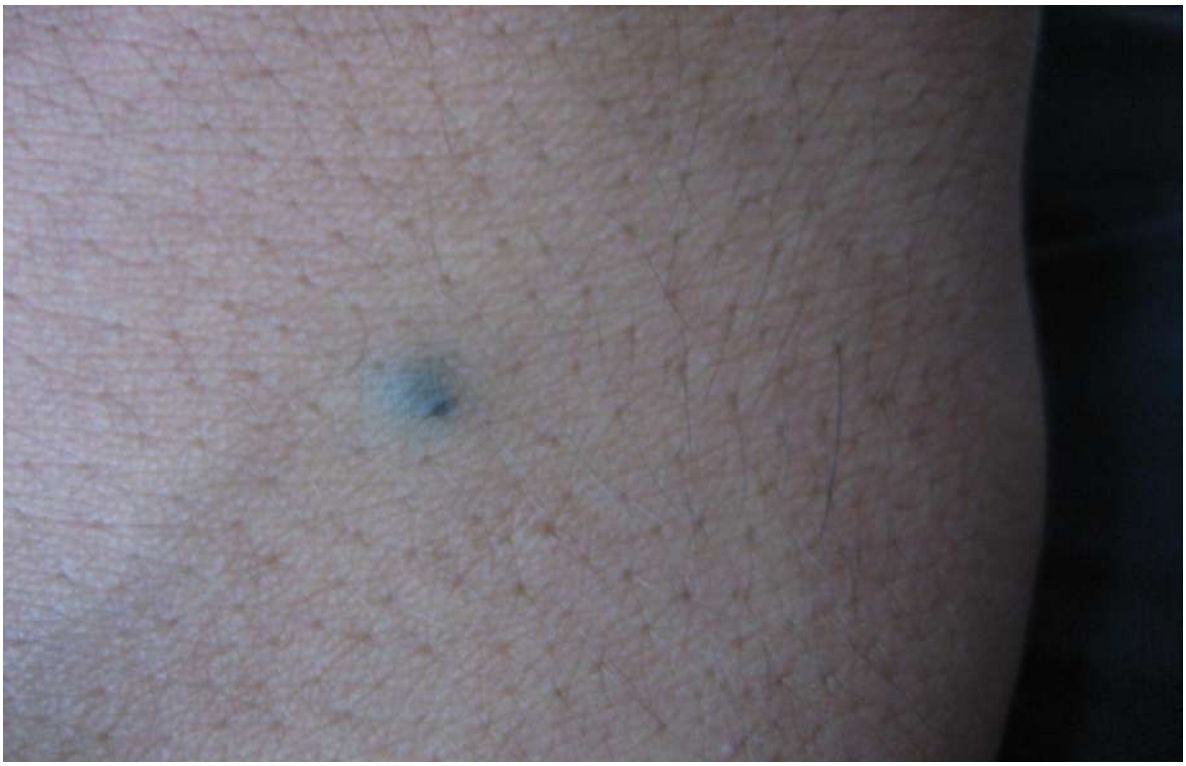
Coloración violácea central y verdosa periférica en Hematoma en evolución regresiva

La evolución del hematoma va cambiando con el transcurrir de los días así como de su reabsorción, pues este cambio de color ocurre por la ruptura de pequeños vasos sanguíneos cuyo cobtenido se filtra en los tejidos blandos.



Coloración blanca o acrómica en Vitíligo periorificial

La acromía o la ausencia de pigmento melánico puede ocurrir en cualquier zona anatómica por la deficiencia de su formación en los melanocitos.



Coloración azulada en Nevus azul

Esta coloración se debe a un fenómeno de Tyndall por efecto óptico de la luz sobre los melanocitos dérmicos (cerulodermia); es decir, la presencia de melanina en la dermis que se pecibe así al ojo del observador.



Coloración blanca hipocrómica en Pitiriasis alba

La despigmentación sutil y de amplio tamaño es su característica principal en la cual la disminución localizada de melanina, inclusive también disminución de su hidratación dan esta coloración.



Coloración marrón negruzca en Melanoma acral

Esta coloración muy irregular así como de sus bordes imprecisos y su tonalidad no homogénea son necesarios reconocer para poder tener una apreciación diagnóstica de esta entidad muy letal como mal pronóstico.

2.- Forma

Ahora en lo referente a su forma o aspecto existen diversas descripciones, como la pediculada de los Papilomas; filiforme como en los Fibroepiteliomas; lobulada como en los tumores sebáceos; circinada como en las Tiñas; en anillo como en el Eritema anular centrífugo; numular o moneda como en el Eccema numular; en diana o aros como en el Eritema multiforme; serpiginosa como en la Elastosis perforante serpiginosa; ovoidea o disco como en el Lupus discoide; morbiliforme como en Sarampión; habonoide como en el Prurigo infantil; verrucoide como en el Nevus verrucoso.

En lo que concierne a la forma de la lesión citaremos a los siguientes:



Forma pediculada en Papiloma fibroepitelial gigante en la que se observa una base en la cual están los vasos sanguíneos irrigadores de la lesión y su crecimiento durante el tiempo.

La forma pediculada o sésil está referido a una forma particular de crecimiento en referencia a ciertas lesiones neoformadas. Estrictamente hablando pediculado esta definido como forma de seta y presenta un tallo o base dando este aspecto algo “colgante”.



Forma numular o moneda de la Dermatits numular cuya configuración es redondeada

El término "***numular***" es latín y significa en forma de moneda por el especto redondeado que presenta, además con la evolución van hacia la exudación o en otros casos hacia la liquenificación en forma discoide o anular.



Forma circinada en Tiña corporis, nótese esta configuración como en anillos o algo espiralado característico por su evolución centrífuga.

La palabra circinada se define como cercar o rodear a algo, y en este sentido su crecimiento de evolución centrífuga irregular nos da este aspecto y nótese su centro interior en “recuperación” pues la queratina periférica es la que está comprometida.



Forma arciforme en Tiña corporis pues su configuración es como arcos circulares

Arciforme o en forma circular o de arcos, es una variante de la enfermedad y hasta pueden ser varios en la misma localización y de crecimiento perifério, se considera la parte activa de la Tiña, pues el centro está menos comprometido.



Forma denominada cerebriforme en Papiloma cuya superficie es similar a un cerebro. Los papilomas muestran diversas formas y no solo esta configuración

Esta entidad clínica puede adoptar varias formas de presentación pues la familia del VPH es muy variada, notemos aquí este aspecto cono un cerebro con lobulaciones y surcos ensu superficie.



Forma serpiginosa en las víbices de la insuficiencia venosa superficial pues se disponen como pequeñas serpientes y que muestra el trayecto vascular dérmico

Las líneas rojizo violáceas como serpientes pequeñas con mayor frecuencia en miembros inferiores y de damas por lo general son más notorias mientras más bajo sea el Fototipo de Fitzpatrick de piel como en el 1 al 3 con la condición de deficiencia circulatoria en la Insuficiencia venosa superficial.



Forma de diana o aros en el Eritema multiforme

Debido a los anillos concéntricos que produce como en “tiro al blanco” más frecuentemente debido al herpes simple o al micoplasma.



Forma multilobulada de tumoración en piel cabelluda de Nevus epidérmico.

Tumoración benigna en piel cabelluda con aspecto muy antiestético y con traumatismos constantes ante el peinado en el cual no recibió tratamiento quirúrgico por inconvenientes económicos según refiere.



Forma cerebriforme del Nevus sebáceo de Jadassohn

Tumoración benigna de piel cabelluda con aspecto mixto del tipo cerebriforme y lobulado y de aspecto céreo (como cera) por su contenido.



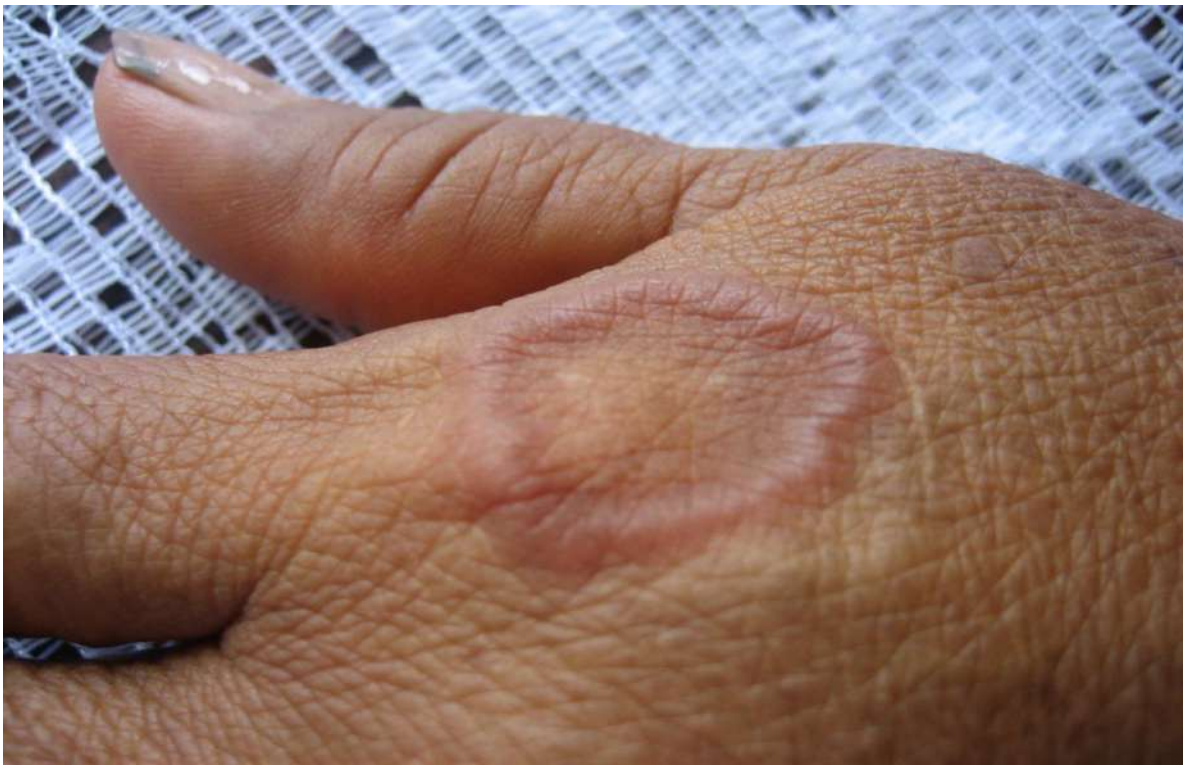
Forma verrucoide como en Nevo verrucoso cuya superficie tiene esta configuración

Esta forma de presentación es característica y que sigue las líneas de Blaschko asociada a hiperqueratosis localizada, de allí que su presentación se perciba de esta manera.



Forma habonoide como en Prurigo infantil semejnte a “ronchas” o habones

Aspecto edematoso y eritematoso comúnmente referido por los pacientes como “panes” o “bultos” muy similar a la Urticaria (conocida también esta enfermedad como Urticaria papular de la infancia).



Forma anular o anillo como en el Granuloma anular

Observemos esta presentación centrífuga en anillo redondeado u ovoideo en el dorso de la mano. Se trata de una entidad cuya etiopatogenia aún no esta aclarada con varias hipótesis. La más aceptada plantea que se trataría de una reacción inmunológica de hipersensibilidad retardada tipo IV a un antígeno desconocido, provocando una reacción de productos inflamatorios y liberación de enzimas lisosomales que degradarían el tejido conectivo.



Sin forma ni configuración de la Fotosensibilidad

No presenta forma definida pues la radiación ultravioleta se acumula en zonas anatómicas fotoexpuestas irregularmente, sin embargo la mayor amplitud de mejillas expresa esta presentación.



Forma ondeada o pliegues como en Cutis verticis gyrata en piel cabelluda

La forma engrosada de la piel cabelluda y de manera progresiva se ve limitada por la fascia superficial con tendencia a doblarse formando surcos de aspecto cerebriforme. Cutis verticis gyrata es una condición poco frecuente caracterizada por la proliferación del tejido celular subcutáneo e hipertrofia de la piel cabelluda que produce pliegues y surcos que le dan su aspecto característico.



Forma de repliegues en Cutis verticis gyrata

Otra forma de ejemplo de esta enfermedad en la cual la zona muy notoria está localizada en la frente con surcos profundos. En la literatura se reportan casos asociados a problemas psiquiátricos como en el caso de este paciente.



Forma filiforme como en Fibropapiloma epitelial, se dispone como en hilos reagrupados o únicos

El virus del papiloma humano pertenece al grupo de virus con tropismo por los epitelios; infectando fundamentalmente a la piel y las membranas mucosas produciendo proliferaciones benignas o papilomas, que bajo ciertas circunstancias pueden experimentar transformación maligna.

En las infecciones activas, la replicación viral se lleva a cabo principalmente en células escamosas ya diferenciadas, es decir en las capas intermedia y superficial del epitelio escamoso, en donde ocurre una intensa actividad de replicación del ADN viral, con producción de proteínas de la cápside y ensamblaje de nuevos viriones, los cuales producen cambios celulares característicos sobre las células infectadas.



Forma lobulada como en Apéndice auricular el cual se observa como tumoraciones

Tumoraciones congénitas benignas que desde el punto de vista genético se enfocan dentro de las anomalías menores con rasgos morfológicos atípicos sin significado cosmético ni funcional grave para el paciente; sin embargo hay algunas asociaciones de apéndices o fositas preauriculares con malformaciones renales. Aprox. 15 a 30 % presentan hipoacucia por lo que deben pasar a examen audiológico precoz.

Estos apéndices llamados también como tragos accesorios se presentan como una prominencia pediculada. Pueden ser únicos o múltiples, unilaterales o bilaterales y se sitúan en la zona preauricular. A diferencia del resto del pabellón auricular, que se desarrolla a partir del segundo arco branquial, los tragos accesorios proceden del primer arco branquial.



Forma discoide u ovoidea como en Lupus eritematoso discoide crónico (LEDC)

El Lupus discoide es la forma más común de Lupus Eritematoso Cutáneo Crónico, con riesgo de asociación a una forma sistémica de 5 a 10%. Se caracteriza por lesiones con bordes bien delimitados, eritematosos, con escama en su superficie y que crecen hacia la periferia dando la apariencia de una “moneda” o "disco” con evolución a atrofia.

A través de pruebas fotoinducidas se ha comprobado en ensayos clínicos que el lupus eritematoso es una enfermedad que puede desencadenarse o exacerbarse con la radiación ultravioleta (RUV). Además también se han utilizado este tipo de pruebas para comprobar que los fotoprotectores pueden evitar estas lesiones. El fotoprotector más eficaz en un estudio in vivo fue el que contenía químicos como dióxido de titanio y óxido de zinc, comprobándose que la protección solar debe cubrir los espectros UVA y UVB.

3.- Bordes

Continuaremos determinando como están sus bordes, pues una mácula marrón puede ser bien delimitado como en Nevus melanocítico o no bien definido como en el Melanoma maligno (incluso con varias tonos de color en la misma lesión). Así mismo en la mácula hipocrómica de bordes no bien definidos de la Pitiriasis alba es diferente de la mácula hipocrómica de bordes definidos o delimitados como en la Pitiriasis versicolor.

En relación a sus bordes podemos referirnos a los siguientes ejemplos:



Bordes definidos como en el Nevo melanocítico gigante en el cual puede delimitarse los bordes como "dibujándolo"

Se considera que es el resultado de una alteración de la migración, proliferación y diferenciación de los melanoblastos en su camino desde el tubo neural hasta la piel entre la quinta y la vigésimo cuarta semana de gestación. Superados los seis primeros meses de vida, el crecimiento es proporcional al corporal.

Aunque existe frecuencia del desarrollo de tumores como Rabdomiosarcoma y Liposarcoma, las complicaciones más importantes son el desarrollo de Melanomas y la Melanocitosis neurocutánea. El tratamiento debe ser individualizado y con un abordaje multidisciplinario para cada paciente: edad del niño, tamaño, localización, profundidad y aspecto de la lesión, facilidad de vigilar su evolución, riesgo de malignización, riesgos quirúrgicos, consecuencias estéticas de la lesión y de la cirugía, repercusiones psicológicas de la lesión y de su tratamiento y la ansiedad familiar.



Bordes no bien definidos o mal delimitados como en Melanoma maligno acral

Perú tiene estadística de 30% de pacientes con melanoma corresponden al subtipo lentiginosa acral, a comparación del resto del mundo que solo es el 5%. Es muy invasivo por alteraciones inmunológicas, genéticas o factores externos. La incidencia de melanoma ha aumentado en el mundo hasta 500 %.

Las detecciones tardías ya implican metástasis, que invade los vasos sanguíneos y se extiende hacia los órganos sólidos, tejidos linfáticos y ganglios regionales. Entre los agresores externos que contribuyen a esta dolencia se han estudiado: la radiación ultravioleta, los traumas, hongos, bacterias, medicamentos; y como agresores internos que favorecen al melanoma están: un sistema inmunológico deficiente para combatir células atípicas y alteraciones genéticas moleculares.



Borde mal definido de lesión queratósica

Adyacente a la lesión queratósica se observa máculas marrones mal delimitadas en probable relación Melanoma maligno, por lo cual es imprescindible el estudio por Anatomía patológica para detección temprana.

Los melanomas que imitan clínicamente otras lesiones cutáneas, en particular la queratosis seborreica, pueden retrasar el diagnóstico y el tratamiento oportuno.



Bordes definidos como en Pitiriasis versicolor variedad hipocromiante

La pitiriasis versicolor (PV) es una infección micótica superficial de la piel ocasionada por levaduras del género Malassezia que se caracteriza clínicamente por presentar lesiones maculares discrómicas, con escama furfurácea en la superficie;

Este fenómeno clínico de hipopigmentación se explica también por la producción de ácido azelaico, que inhibe la síntesis de tirosinasa. Por otro lado, en estudios ultraestructurales, se ha observado que algunas lesiones presentan disminución en el número, tamaño y distribución de los melanosomas, lo que explicaría esta hipocromía.

La clasificación clínica se establece de acuerdo con la coloración de las lesiones, en hipocrómica que es la más frecuente, hipercrómica, eritematosa y atrófica.



Bordes definidos como en Pitirtiasis versicolor variedad hipercromiante

Las levaduras del género Malassezia son un grupo lipofílico con una alta dependencia de un microambiente rico en lípidos que forman parte del microbioma cutáneo.

Se encuentran principalmente en el infundíbulo de las glándulas sebáceas, donde los lípidos son su principal fuente de energía y están disponibles ampliamente.

En la patogénesis están involucrados factores de virulencia propios de estas levaduras, factores intrínsecos del huésped y factores ambientales extrínsecos.

Las especies de Malassezia son capaces de producir proteinasas, lipasas, fosfolipasas, hialuronidasas y condroitinsulfatasas que propician la formación de poros en las membranas celulares, desmantelando la función celular y favoreciendo la invasión de los tejidos con la subsecuente dispersión de los organismos.



Bordes no definidos como en Pitiriasis alba hipocromiante

Su incidencia exacta no ha sido descrita, y algunos autores señalan que se observa en el 1 a 5% de la población general y en el 34% de los atópicos. Existe una mayor incidencia en los países subdesarrollados, siendo una de las alteraciones de la piel más comunes de la edad pediátrica, sobretodo en la clase socio-económica baja

El aumento de la pérdida transepidérmica de agua y las ceramidas cutáneas determina la presencia de xerosis cutánea además recientemente se encontró como factor desencadenante la radiación ultravioleta, la cual provoca una reacción inflamatoria que lleva consigo la disfunción de melanocitos.

El término pitiriasis deriva de “pityra” (cáscara de cerales, salvado, desmenuzado por la molienda) y cuya interpretación es descamación.



Bordes no bien definidos como en Pitiriasis alba hipocromiante

Enfermedad cutánea que fue descrita por Gilbert en 1860 y Fox en 1923, pero fue O'Farrell en 1956 quien propuso el nombre de Pitiriasis alba que suele asociarse a Dermatitis atópica y actualmente considerada como uno de los criterios menores para este diagnóstico según Hanifin y Rajka en 1980.

Manifestaciones clínicas más evidente en zonas fotoexpuestas y en fototipos oscuros. Esta entidad tiene diferentes nomenclaturas como Pitiriasis sicca fasciei, Pitiriasis simplex fasciei, Eritema streptogenes, Impétigo furfuráceo, Impétigo crónico, Dartros volante, Pitiriasis estreptogénica, Pseudoleucoderma atopicum y Pitiriasis fasciei acromiante.

Las variantes clínicas son clásica o endémica, extensa o idiopática, y la pigmentaria.



Borde bien definido como en Quemadura solar de primer grado

Notemos la diferencia a simple vista de la coloración en esta zona anatómica pues la ropa influye en la fotoexposición aguda y a ciertas horas de mayor radiación ultravioleta. Veamos el color de la ropa pues conocemos incluso que hasta eso influye en la mayor o menor protección contra los rayos solares. Los rayos involucrados en este tipo de problema son los UVB.

La intensidad de la quemadura depende de la intensidad de la luz solar o de la fuente de luz artificial, de la duración de la exposición, del grosor de la capa córnea de la piel y del grado de pigmentación del área expuesta.

4.- Tamaño

Consideraremos ahora el tamaño pues muchas enfermedades tienen esa particularidad típica. El tamaño de las lesiones como en las pequeñas del Nevus melanocítico, Nevus rubí, Siringomas, Demodicidosis, etc..O como en las de tamaño mediano como en Carcinoma basocelular, Eritema pernio, Dishidrosis, etc. Y otras de tamaño grande como en la Melanosis facial, Nevus de Becker, Queilitis actínica o inclusive en el Vitíligo que puede ir aumentando conforme evoluciona en el tiempo.

Ahora veremos alguna imágenes para ilustrar estos ejemplos:



Tamaño pequeño como en los Nevo rubí

Los puntos rubí o microangiomas son dilataciones normales de vénulas cutáneas y se les han asignado diferentes nombres, como puntos rubí, hemangioma capilar o puntos de Campbell de Morgan y fueron descritos por primera vez a principios del siglo XIX por el cirujano británico Campbell de Morgan.

La etiología exacta se desconoce y se sabe que diferentes alteraciones en los mecanismos de angiogénesis y vasculogénesis determinan su aparición benigna.



Tamaño pequeño como en los Siringomas

Los Siringomas o Hidradenomas eruptivos corresponden a tumores de los anexos cutáneos de estirpe benigna que derivan de la porción intfradérmica de los conductos de las glándulas sudoríparas ecrinas.

Se desconoce la etiología exacta, sin embargo existen varias hipótesis que explican el origen de esta patología. La más aceptada es la teoría hormonal, en la que se ha descrito una relación con el aumento de receptores de progesterona, la cual tiene acción hipertérmica en el hipotálamo, lo que incrementa la temperatura corporal, que se considera un factor predisponente para la aparición de siringomas, aumento del tamaño de los mismos o intensificación del prurito.



Tamaño pequeño como en Demodicidosis

Este término involucra a un grupo de enfermedades cutáneas ocasionadas por ácaros del género demodex como el D. folliculorum y D. brevis que son comensales comunes de las unidades pilosebáceas.

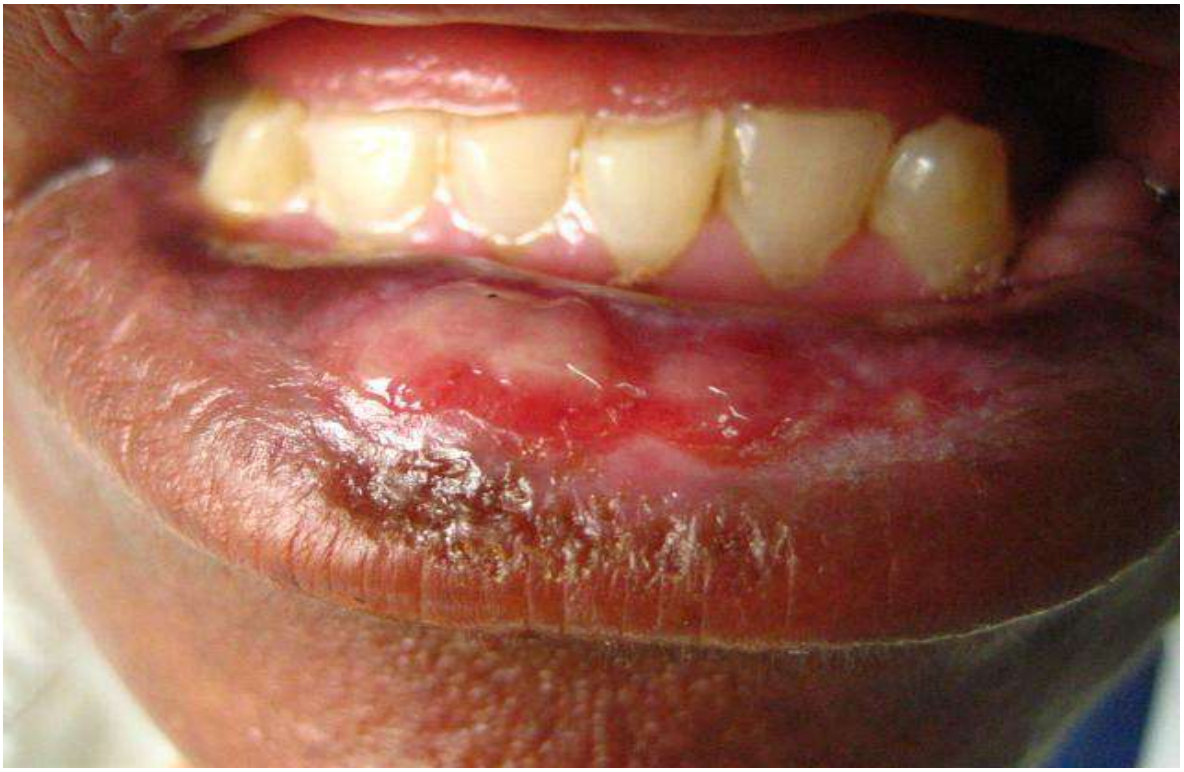
Algunos investigadores han propuesto que existe un vínculo entre la frecuencia de presentación de demodecidosis y los antígenos leucocitarios, pues se ha observado una relación entre los individuos que expresan HLA Cw2 y Cw4 con un incremento en la densidad de D. folliculorum, aumento del infiltrado inflamatorio así como la apoptosis de queratinocitos.



Tamaño grande como en Nevo de Becker

El nevo de Becker o Melanosis de Becker o Nevo epidérmico pigmentado y piloso corresponde a una neoformación hamartomatosa cutánea benigna que se puede acompañar de hipertricosis.

Se evidencia una dependencia de hormonas androgénicas y no es raro que se haga más evidente durante la adolescencia y especialmente en varones.

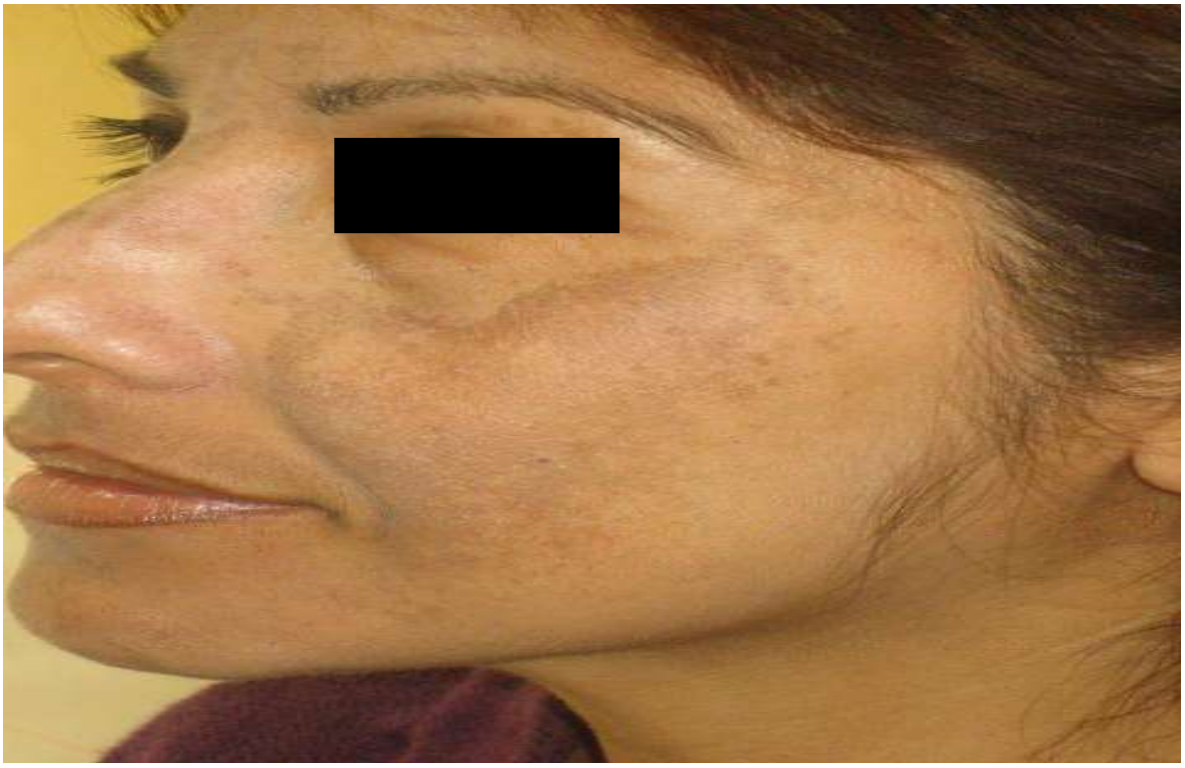


Tamaño grande como en Queilitis actínica

Enfermedad con desorden potencialmente maligno principalmente del bermellón del labio inferior inducido por exposición crónica de la radiacón ultravioleta.

La radiación ultravioleta es el factor más importante de riesgo para esta enfermedad, pero también está involucrado el tabaco, el abuso de alcohol, raza blanca, predisposición genética, estado inmunosupresor, mala alimentación y la situación socioeconómica.

Los labios son una zona de fácil inspección por el clínico, pero muchas veces son pasados por alto al examen de rutina. El diagnóstico precoz de la Queilitis actínica es la clave.



Tamaño grande como en Melanosis facial

Trastorno con desorden pigmentario en zona fotoexpuesta con efecto antiestético que involucra factores genéticos, personales, hormonales, ambientales e inclusive medicamentosos.

Ya es conocida la idiosincracia de la población para atribuirlo a enfermedades hepáticas. Esta creencia o mito se remonta a unos estudios por dermatólogos alemanes quienes las describían como “manchas color del hígado” por el color marrón y no “manchas del hígado” por un error de traducción con lo cual esto ha sido mantenido hasta la actualidad.



Tamaño mediano como en Carcinoma basocelular ulcerado

Según un informe de este año 2024 la radiación ultravioleta en el Perú alcanzó su más alto nivel convirtiéndose en uno de los países que recibe mayor radiación solar en todo el mundo, seguido por Bolivia, Chile y Argentina. Estos altos índices de radiación ponen en riesgo la salud de los peruanos al ser una de las principales causas del cáncer de piel.

Solo en el Perú, hasta el 2020, se han registrado 1,282 nuevos casos registrados de cáncer por melanoma en la piel, según el Global Cáncer Observatory (Globocan). Asimismo, según datos del Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades del Ministerio de salud, en el lapso del 2021 al 2023, se contabilizaron 3,525 casos de cáncer de piel, que en un gran porcentaje es ocasionado por la exposición insegura a los rayos solares en momentos del día de elevado riesgo.



Tamaño mediano como en Eritema pernio

Compromiso en zonas acrales como manos, pies, nariz y orejas donde el recambio circulatorio es debido a vascularidad terminal. Secundario a una respuesta anormal al frío por vasoconstricción prolongada que lleva a hipoxemia e inflamación de paredes vasculares.

La perniosis es una enfermedad vasoespástica e inflamatoria de la piel que resulta de la disminución de la temperatura como en la exposición al frío y a la humedad. Puede ser idiopática o estar asociada con enfermedades sistémicas, principalmente lupus eritematoso sistémico.



Tamaño mediano como en Dishidrosis pedis

Dermatosis inflamatoria dentro del espectro del eccema, relacionada con causas exógenas o endógenas. Intervienen factores como trastornos de la sudoración, atopía, cambios estacionales, ides de las tiñas, dermatitis de contacto como níquel, cromo o cobalto; se caracteriza por una erupción vesicular o ampollar recurrente de las palmas y plantas.

La evolución crónica parece relacionarse con la gruesa capa córnea y la abundancia de glándulas sudoríparas.

5.- Distribución

La distribución de lesiones que presenta tal enfermedad como las pápulas de la Pitiriasis rosada y su forma de “árbol” en el tronco posterior; o su curso lineal como en el Liquen estriado de alguna extremidad; las confluentes o agrupadas como en la Infección herpética; o la de dirección por metámeras como en el Herpes zóster.

Veamos algunas imágenes para considerar los siguientes ejemplos:



Distribución metamérica del Herpes zóster T-10 derecho

El herpes zóster es una enfermedad infecciosa producida por el virus de la varicela zóster, caracterizada por la aparición de vesículas que suelen presentarse en una disposición metamérica. Esta enfermedad se debe a la reactivación del virus de varicela que permanece latente en las raíces dorsales, ganglios cervicales y neuronas gangliónicas autonómicas.



Distribución confluente o reagrupada como en las recidivas de la infección herpética

En la primoinfección herpética se observa menos la sintomatología que en las recidivas, siendo más frecuente en las mujeres así como su intensidad, su curso evolutivo es aprox. de 4 semanas siendo su período de contagiosidad hasta que ocurra la curción completa de las lesiones.

En el caso del Herpes simple orofacial recurrente tiene como factores predisponentes el estrés, la exposición solar y los procesos febriles los que facilitan las recidivas.



Diistribución lineal como en Nevo epidérmico lineal (ILVEN)

Aunque no están descritas hipótesis concluyentes de su etiopatogenia, se proponen diversos mecanismos que intentan explicar su origen como factores genéticos en relación a mutaciones en el brazo largo del cromosoma 15 y mutaciones de células pluripotenciales durante la embriogénesis epidérmica que se manifiestan como mosaicismos cutáneos. Inclusive se han propuesto factores inmunometabólicos que incluyen un incremento en la señalización por IL-1, IL-6 y TNF, mutaciones de la fosfatidilinositol-3-kinasa y del receptor 3 del factor de crecimiento fibroblástico.



Distribución lineal como en Blaschkitis

En las afecciones que siguen las líneas de Blaschko, se piensa que es una manifestación de un mosaicismo somático. Estas líneas representan en la vida extrauterina rutas migratorias embrionarias que comparten células de un mismo origen clonal hacia el tegumento. Adoptan distintas formas según la región anatómica: una disposición en “S” en el abdomen, en “V” en el dorso, lineal en extremidades, en espiral en cuero cabelludo y en reloj de arena a nivel facial. Se postula que existe un linaje clonal de queratinocitos que comparten una mutación. Además, ante una noxa, estas células son reconocidas por el sistema inmunitario y se desencadena una respuesta infamatoria celular. A lo largo del tiempo se han postulado distintos factores precipitantes, como los fármacos y los traumatismos. Debido a la mayor distribución estacionaria durante la primavera y el verano, también se sospecha de un desencadenante ambiental o infeccioso viral.

Las dermatosis de trayecto lineal incluyen; Poroqueratosis lineal, Nevus verrucoso lineal, Nevus epidérmico verrucoso lineal, Enfermedad de Darier lineal, Liquen plano lineal, Lupus estriado, Psoriasis lineal, Larva migratoria cutánea, Erupción fija medicamentosa de morfología lineal, Hipomelanosis de Ito.



Distribución en "árbol de navidad" de la Pitiriasis rosada en el dorso del paciente aunque no siempre se espera que sea esta la presentación típica.

Proceso inflamatorio de causa aún desconocida con probable origen viral por su tendencia a aparecer en determinadas épocas el año y presentándose en brotes epidémicos en grupos hacinados. Lo más común es que se presente por única vez lo cual sugiere que deje inmunidad permamente similar a otras virosis.

La manifestación cutánea es en el tronco y raíz de extremidades siguiendo las líneas de tensión de la piel que adopta una disposición típica de "árbol de navidad" y no suele afectar cara ni zonas palmo plantar. Otra denominación también empleada es "patrón de camiseta y pantalón corto".

Respecto al agente causal, hay informes aislados que la asocian con virus herpéticos 6, 7 y 8; así como con virus de influenza H1N1. Otros autores reportan posibles orígenes bacterianos, Chlamydia pneumoniae, Legionella pneumophila y Mycoplasma pneumoniae, aunque los estudios no han demostrado elevación de los títulos de anticuerpos en estos pacientes.



Distribución lineal como en Linfangitis

Proceso inflamatorio en los vasos linfáticos provocado por causas infecciosas o no infecciosas. La fuente más común es la inoculación cutánea de microorganismos en los vasos linfáticos debido a un defecto de la piel o como complicación de una infección distal. Los patógenos que causan enfermedades incluyen bacterias, virus, hongos y parásitos.

Se considera una forma de presentación a la Linfangitis reactiva a picadura de insecto como reacción inmunológica secundaria a las toxinas inoculadas por el insecto, que drenan en los vasos linfáticos regionales, con reacción inflamatoria superficial lineal y paralela al trayecto linfático. Pocos casos descritos de esta variedad de Linfangitis, y se distinguen de la variante infecciosa.



Distribución lineal como en Liquen estriado

Dermatosis idiopática lineal y autolimitada de niñoso adolescentes con manifestaciones cutáneas en líneas de Blaschko, independiente de ser pruriginosa o asintomática, y de lesiones residuales hipopigmentadas pudiendo desaparecer en meses.

Diagnóstico diferencial con Blaschkitis de iguales características clínicas pero de presentación en la edad adulta y diferenciable por estudio histopatológico. Algunos autores han considerado a la Blaschkitis como una entidad variante del Liquen estriado del adulto, sin embargo es considerado ahora como una patología propia.

6.- Número

La cantidad de lesiones como en algunas tumoraciones benignas son mínimas o únicas, digamos por ejemplo el Dermatofibroma, Nevo intradérmico, Queratoacantoma, etc. Y otras lesiones con cantidad múltiple o variable como en los Siringomas eruptivos que son múltiples, las Virosis de la infancia, etc.

Los siguientes ejemplos como los que vemos a continuación:



Lesión única como en Vitíligo localizado

El curso del vitíligo es impredecible y progresivo. En algunas personas, las lesiones pueden permanecer estables durante años, en otras pueden aumentar de tamaño y progresar, y también existe la posibilidad de repigmentación espontánea, aunque esto último suele ocurrir solo de forma parcial y en zonas expuestas al sol.



Lesión única como en Dermatofibroma

El dermatofibroma o Histiocitoma fibroso es considerado un tumor benigno fibrosante que en ocasiones presenta el "signo del hoyuelo o de Fitzpatrick" que consiste en la depresión de la lesión en forma de hoyuelo cuando se realiza una compresión lateral, sin embargo no es patognomónico. Con frecuente presentación en miembros inferiores.

Se estima que un 6% de los mismos, deben ser extirpados a fin de descartar otras patologías como el melanoma y el carcinoma basocelular, entre otros.



Lesión única como en Halonevo de Sutton

El Nevus Halo, también denominado Halonevo, Nevus de Sutton, Vitíligo perinévico, Leucodermia centrífuga adquirida es una lesión cutánea caracterizada por la existencia de un halo acrómico alrededor generalmente de un nevus melanocítico adquirido. Se trata de un fenómeno autoinmunitario cuya finalidad sería la de eliminar las células del nevus. El proceso es autolimitado y el área puede volver a pigmentarse después de unos años aunque se ha reportado que persista indefinidamente.

Lesión única pero también puede presentar lesiones múltiples y un porcentaje aprox. de 30% evolucionar a vitíligo.



Lesión única como en Leishmaniasis cutánea

La leishmaniasis se define como una enfermedad zoonótica producida por parásitos protozoos intracelulares obligados, pertenecientes a la familia Trypanosomatidae, del género Leishmania transmitida mediante la picadura de dípteros del género flebótomo, subgéneros Lutzomia en el nuevo mundo y Phlebotomus en el viejo mundo; el auténtico vector es la hembra hematófaga.

Las manifestaciones clínicas de la Leishmaniasis son extraordinariamente variadas, única o múltiples y dependen de la interacción de factores del parásito como son el tropismo de la especie y su capacidad infectiva, patogenicidad y virulencia, de factores dependientes del vector, como el número de picaduras o la composición de su saliva, y de la situación inmunitaria y susceptibilidad genética del huésped.

Existen otras formas de presentación atípica, más frecuentes en el Nuevo Mundo, como lesiones eccematosas, erisipeloides, lupoides, anulares, verrucosas, etc.



Lesión única como en Lipoma

El lipoma es un tumor benigno de estirpe mesenquimatoso constituido por tejido graso destacándose por ser revestido por una cápsula fibrosa. Por lo tanto, el lipoma es una tumoración de grasa alrededor del tejido graso. Puede desarrollarse en todas las regiones de tejido graso del organismo y generalmente son únicos pero puede manifestarse con lesiones múltiples aprox. en el 5-8% de los casos.



Lesiones múltiples como en Liquen amiloide

El liquen amiloide es un tipo de amiloidosis cutánea primaria localizada, caracterizada por el depósito de sustancia amiloide en la dermis papilar, sin compromiso extracutáneo e idiopático.

La amiloidosis cutánea primaria localizada está relacionada con el depoósito de sustancia amiloide cuyas variantes son la Amiloidosis macular, el Liquen amiloide y la amiloidosis bifásica.

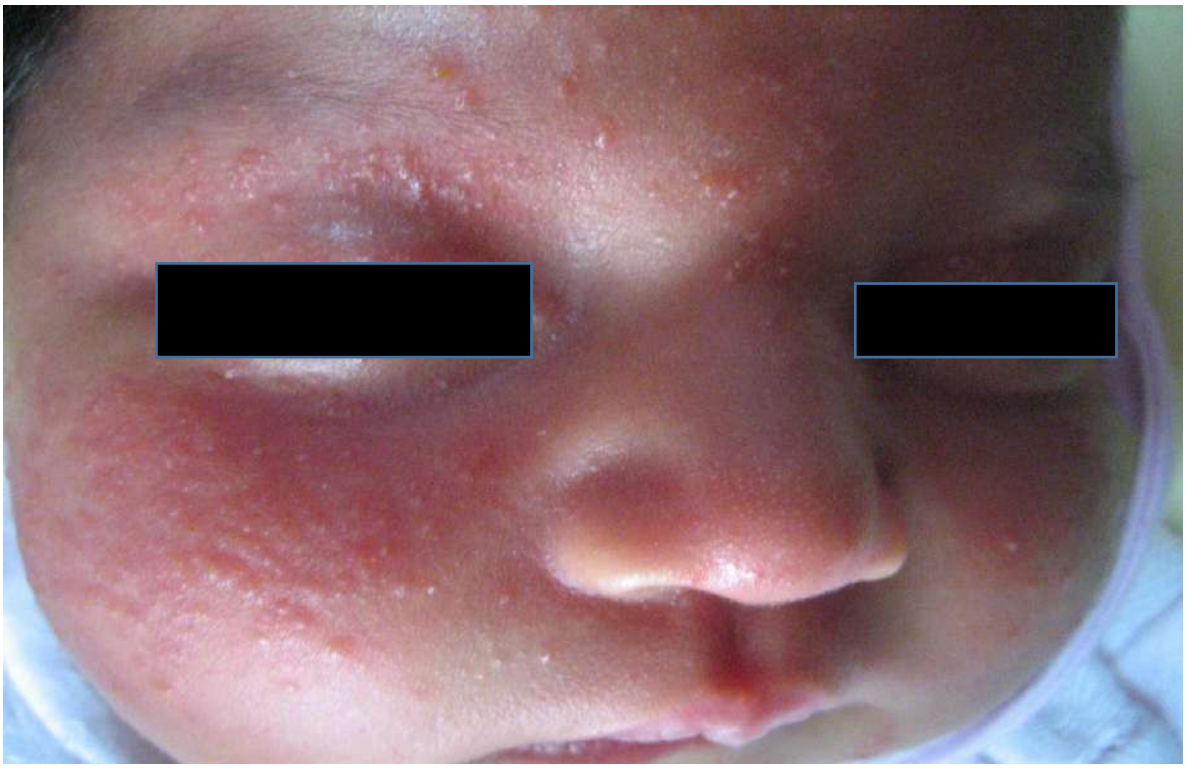
En la literatura se postulan dos teorías que expliquen esta fisiopatología: como la "teoría de la secreción", en la que la malformación de la lámina densa facilitaría la producción de amiloide y la "teoría fibrilar", en la que el amiloide se produciría tras la degeneración de los queratinocitos epidérmicos. En ambos casos, el rascado (sería el factor desencadenante).



Lesiones múltiples como en Granos de Fordyce

Las manchas de Fordyce o granos de Fordyce son microgránulos asintomáticos, de color blanco, amarillo o crema. Estas estructuras corresponden a glándulas sebáceas ectópicas y son lesiones intrascendentes que pueden salir en los labios, pene y genitales de personas de cualquier edad y sexo; se hacen evidentes en la etapa puberal, ya que es el momento en que las glándulas sebáceas cobran actividad por el cambio hormonal fisiológico.

Se mencionan dos circunstancias: por una parte, la piel se irrita en zonas más sometidas a traumatismos y manipulación y eso las hace más visibles. Por otra, al localizarse en mucosas o piel fina se hacen más prominentes si se comparan con la piel que las rodea.



Lesiones múltiples como en Miliaria rubra

La miliaria conocida también como sarpullido por calor es una dermatosis que ocurre por retención de sudor y es producida por aumento de la temperatura y la humedad del ambiente; caracterizada por abundantes pápulas o papulovesículas perladas o eritematosas, pruriginosas predominando en tronco y extremidades.

La queratina alterada y macerada ocasiona obstrucción terminal del conducto sudoral ecrino, lo que determina retención sudoral, formación de la vesícula y anhidrosis secundaria. Por otra parte, el sudor actúa como irritante primario, por su alta concentración de cloruro de sodio, ocasionando prurito; se ha demostrado experimentalmente una relación entre la presencia de flora bacteriana y la supresión del sudor.



Lesiones múltiples como en Pénfigo foliáceo

Pénfigo es un término proveniente del griego “pemphix” cuyo significado es ampolla, corresponde a una enfermedad autoinmune caracterizada por tener anticuerpos IgG circulantes contra la desmogleína 3 (Dsg3) en la sustancia intercelular de los epitelios; y otros pacientes también tienen anticuerpos contra la Dsg1. Existe una cierta susceptibilidad, mayor con la presencia de factores de genes del HLA clase I (HLA-A10, HLA-A26) y sobre todo la asociación con moléculas de HLA clase II (DR4, DR14).

Las ampollas ocurren por acción de los autoanticuerpos circulantes contra proteínas presentes en los desmosomas que conforman la unión intercelular, provocando una pérdida de cohesión entre las células epidérmicas o los queratinocitos denominado acantólisis y generando la ampolla que puede ser intraepitelial, dando origen a lesiones en la mucosa; o intraepidérmica, dando origen a lesiones en la piel.



Lesiones múltiples como en Varicela

El ciclo patogénico de la varicela se divide en tres períodos clínicos evolutivos: de incubación, prodrómico y exantemático en la cual las características lesiones se desarrollan en brotes sucesivos, a veces precedidos de un exantema eritematoso, que evoluciona sucesivamente a vesículas, pústulas y costras, hasta su resolución espontánea.

Las vesículas de la varicela de pocos milímetros de diámetro, seudoumbilicadas, con contenido líquido claro, rodeadas de un halo eritematoso y muy pruriginosas. El contenido se vuelve posteriormente purulento, formando unas pústulas que se rompen y forman costras hemorrágicas, que a su vez evolucionan resecándose y desprendiéndose. Al desprenderse, dejan unas lesiones residuales de hiperpigmentación, que suelen ser pasajeras, o potenciar posteriores y persistentes lesiones cicatrizales.



Lesiones múltiples como en Condiloma acuminado

Los condilomas, o verrugas genitales o condilomas acuminados, son lesiones benignas causadas por la infección del virus del papiloma humano. Se considerada una de las infecciones de transmisión sexual más frecuente. Hasta un tercio de las pacientes con condilomas tienen una coinfección por otros tipos de VPH de alto riesgo oncogénico.

El número de lesiones también es muy variable, desde pocos elementos (son raras las lesiones únicas) a múltiples lesiones.

La palabra de origen griego "*kondylus*" significa nudo, y el sufijo "oma" es usado para designar acúmulos celulares. Y la palabra latín "acumulatis" significa de punta afilada.

7.- Localización

La localización anatómica es necesaria y básica para poder reconocer que patología es la que tenemos frente a nosotros, como en las lesiones en zonas fotoexpuestas como la Pitiriasis alba; las de localización de zonas seborreicas como en la Dermatitis seborreica y la Pitiriasis versicolor; las de localización acral o distal como en el Eritema pernio; las centrofaciales como en la Rosácea, etc.

Mencionaremos ahora unos ejemplos:



Zona fotoexpuesta como en Erupción polimorfa lumínica

Las fotodermatosis son un grupo de enfermedades o trastornos cutáneos causados o exacerbados por la exposición a la radiación ultravioleta. La erupción polimorfa lumínica es la más común de las fotodermatosis mediadas inmunológicamente. Se caracteriza por la aparición de lesiones cutáneas horas o días después de la exposición a la radiación ultravioleta. En la piel de áreas fotoexpuestas se observa eritema, pápulas, vesículas pruriginosas que no dejan cicatriz; es de gravedad variable, tiene recurrencia estacional, con predominio en primavera y verano

Existen diferentes teorías centradas en la fisiopatología de la erupción polimorfa lumínica, entre las que destacan aspectos genéticos, resistencia a la inmunosupresión local inducida por rayos UV, componentes celulares de la inmunidad, así como posibles alteraciones causadas por rayos UV en la microflora cutánea.



Zona fotoexpuesta en Quemadura solar de primer grado

En épocas de verano y mayor exposición solar como en las horas de mayor radiación ultravioleta se aconseja no exponerse y además el uso de bloqueadores solares de factor de protección alto. Sin embargo; se presentan quemaduras de esta naturaleza, y cuando es más bajo el fototipo de piel.



Zona seborreica como en Dermatitis seborreica facial

El entrecejo es una zona anatómica de densidad sebácea incrementada y por ello ante estímulos detonantes adrenérgicos por estrés se produce mayor secreción con grado inflamatorio variable. También es posible evidenciarlo en la piel cabelluda, los surcos nasogenianos, mentolabial, pre esternal o piel cabelluda.



Zona centromedial como en Piebaldismo

Anomalía congénita con patrón autosómico dominante por ausencia congénita de melanocitos en las áreas afectadas de la piel y el cabello, ocasionada por la mutación heterocigota en el gen KIT, localizado en el brazo largo del cromosoma 4(4q11-q12) que codifica un receptor en la superficie celular con un dominio tirosina - kinasa intracelular. Esta mutación altera la diferenciación y migración de melanoblastos de la cresta neural durante la embriogénesis, generando posterior inestabilidad melanocítica.

Su etimología deriva del nombre en inglés de dos aves muy peculiares; ***magpie*** (urraca de color negro con áreas blancas dispersas) y ***bald eagle*** (águila americana oscura de cabeza blanca).



Zona centrofacial como en Rosácea

La característica de esta patología obedece a que el eritema es más visible en el área centrofacial porque los vasos de esta región son más superficiales, mayores y más numerosos que en otras áreas. Su hipótesis implica principalmente las aletraciones vasculares y la infestación por microorganismos como Demodex folliculorum.



Zona seborreica como en Acné juvenil

Las glándulas sebáceas se distribuyen en todo el organismo, excepto en zonas palmoplantares, por este motivo esta afección se presenta donde es mayor su tamaño y cantidad; según su localización de cara y piel cabelluda por ejemplo son aprox. de 400 a 900 por cm^2, en el tronco son pequeñas y menos abundantes, incrementándose en la parte anterior del tórx y línea media de la espalda.



Zona acral como en Melanoma maligno

Tipo de melanoma de localización distal más frecuente, suele diagnosticarse en los estadios avanzados y con comportamiento biológico más agresivo que otros tipos de melanoma, por lo cual son de peor pronóstico. Representa entre el 5 % y el 10 % de los melanomas malignos y es más frecuente en asiáticos, en la raza negra y en latinoamericanos. La dificultad para detectar estas lesiones probablemente por estar ocultas a la vista durante la vida cotidiana o por una menor atención primaria de salud debido al grupo de edad en que se presenta.



Zona acral como en Eritema pernio

El término ***"pernio"*** significa sabañón y la palabra perniosis define un cuadro clínico caracterizado por lesiones inflamatorias, eritematosas y a menudo pruriginosas de localización acral desencadenados con el frío.

La exposición al frío moderado induce a vasoconstricción, seguida de vasodilatación con el fin de mantener la perfusión adecuada de la piel. Mientras que en el Eritema pernio el frío induce una constricción prolongada de las arteriolas de la piel más grandes y una dilatación persistente de los vasos más pequeños y superficiales.



Zona acral como en Vitíligo

El vitíligo es un trastorno poligénico multifactorial cuya etiopatogenia aún es compleja de interpretar. Se han propuesto diversas teorías que explican la interacción entre factores genéticos, emocionales e inmunitarios que influ yen en la función y en la supervivencia de los melanocitos. De curso impredecible y progresivo, con máculas despigmentadas pudiendo permanecer estables durante años, en otras aumentar de tamaño y progresar, y también existe la posibilidad de repigmentación espontánea.

Algunos autores postulan que las lesiones en los labios, las palmas y el glande no se repigmentan, mientras que las lesiones en el rostro tienen mejores tasas de repigmentación, probablemente debido al gran número de unidades pilosebáceas que aportan melanocitos.

8.- Consistencia

La consistencia esta referido dureza de la lesión ante a la palpación de algunas lesiones y se puede percibir la pétrea como una piedra en el caso del Pilomatrixoma; dura como en el Cuerno cutáneo; blanda como el Quiste sebáceo y Lipoma.

Citaremos algunos ejemplos:



Consistencia blanda como el nódulo de Acné

Distintas escalas de clasificación de gravedad del acné y otros tantos algoritmos de tratamiento, obliga a consensuar una clasificación del acné y su terapia según su gravedad Se clasifica como acné comedoniano, acné papulo pustuloso leve o moderado, acné papulopustuloso grave o nodular moderado y acné grave noduloquístico o con tendencia a desarrollar cicatrices.



Consistencia blanda como el Quiste sebáceo

El quiste sebáceo, conocido también como quiste epidermoide o quiste epidérmico, es una afección cutánea benigna común que se caracteriza por la formación de una lesión quística en la piel. Este quiste se forma cuando las células de la epidermis se multiplican y se acumulan en el interior de una cavidad quística, produciendo una sustancia grasa y blanquecina conocida como queratina.

El término "quiste sebáceo" puede ser algo confuso, ya que estos quistes no se originan en las glándulas sebáceas; sin embargo, este término se ha utilizado durante mucho tiempo y sigue siendo comúnmente empleado, a pesar de no ser del todo preciso desde un punto de vista histológico.



Consistencia blanda como el Lipoma

Tumoración benigna del contenido adiposo, masa elástica del tejido subcutáneo, tumor mesenquimatoso y considerado como el más frecuente de los tumores de partes blandas.

Como anécdota, la pintura de la Mona Lisa presenta en el dorso de su mano esta tumoración, curioso dato obtenido y sugerente de esta patología.



Consistencia blanda como la Vasculitis nodular

Corresponde a una paniculitis de distribución lobulillar por los vasos profundos del panículo con tendencia a la ulceración evolucionando a cicatrices atróficas. Este compromiso vasculítico se considera como una reacción de hipersensibilidad retaradada a antígenos exógenos o exógenos no relacionados con la Tuberculosis (que es la diferencia con el Eritema indurado de Bazin considerado una tuberculide).



Consistencia blanda como el Eritema nodoso

Compromiso de tejidos blandos de la profundidad en la hipodermis con reactividad a formar paniculitis que evolucionan a máculas rojizo parduzcas conocido también como dermatitis contusiforme.



Consistencia pétrea como el Carcinoma epidermoide

Algunos tumores como la Queratosis actínica evolucionan hacia el Carcinoma epidermoide invasivo y se componen de hiperqueratosis displásica por ello su consistencia dura o pétrea. Durante los avances en la investigación algunos expertos han considerado a las Queratosis actínicas como Carcinomas escamosos in situ por sí mismos, lo cual significa que hay células cancerosas pero que se encuentran en la capa más superficial de la piel.

9.- Sintomatología

Los síntomas asociados como el dolor o parestesias del Herpes zóster en la tercera edad son muy característico mientras que la misma enfermedad en los infantes o adolescentes son casi nulos. El prurito es en la mayoría de patologías el síntoma predominante sin embargo en otros es ausente como en el Acné juvenil que a pesar de la cantidad de lesiones que presenta no da sintomatología trascendente. Así como el dolor de ciertos compromisos vasculares de la Ulcera de origen arterial es bien manifiesto mientras que en la de origen venoso no se presenta o es mínimo.

Veamos algunos ejemplos:



Sintomatología en Herpes zóster trigeminal de un adolescente cuyo síntoma es prurito o dolor es casi nulo.

Paciente sin dermatosis previa y con sistema inmunológico estable, el detonante o agravante fue un roce durante una actividad física intensa.



Sintomatología en Herpes zóster trigeminal V-1 en persona adulta con dolor moderado a pesar que ya pasó la etapa aguda y en límite de entrar a la Neuralgia post herpética.

La reactividad sintomática en los extremos de la vida, manifiestan sintomatología muy pronunciada en esta patología, y el Herpes zóster corresponde a un compromiso de dolor central pues involucra a los nervios las metámeras correspondientes. Además, el dolor es más acentuado conforme esté comprometido su sistema inmunológico

Como anécdota debo añadir nuestra escritura en esta enfermedad. Se emplea normalmente escribirlo sin tilde, herpes proviene del latín pero de origen griego, mientras que zóster es de origen latino; sin embargo se ha usado anteriormente la palabra como aguda (sostér, zostér) debido pronunciación por su etimología griega de la enfermedad. Ahora su pronunciación es como palabra grave o llana acorde con la pronunciación latina por ello debe llevar tilde.



Sintomatología en Acné inflamatorio severo cuyo síntoma es dolor leve o casi nulo.

En este caso el grado inflamatorio del Acné se considera severo con múltiples nodulaciones confluentes con dolor por el marcado compromiso del complejo pilosebáceo así como de la profundidad. El Acné no duele a no ser que halla complicaciones como sobreinfección.



Sintomatología en Ulcera venosa hipostática cuyo síntoma doloroso es mínimo.

Lesión ulcerosa adyacente a zona maleolar interna de pierna con halo inflamatorio y dilataciones venosas notorias asociado a edema por éstasis, el paciente manifiesta mínimo dolor a pesar del tiempo de enfermedad largo y tamaño de lesión considerable.



Sintomatología en Ulcera arterial cuyo síntoma es de dolor moderado a severo.

Este tipo de úlceras son muy sensibles a la sobreinfección y por ende con dolor debido a la isquemia donde se localizan de preferencia en zona anteroexterna, prominencias óseas y puntos sometidos a presión.

Signos dermatológicos durante la exploración

Algunos signos que podemos observar ante maniobras simples durante el examen clínico nos ayudan como dato adicional para el diagnóstico por ser representativos de determinada patología.

La diascopía (transiluminación), es una maniobra en el cual se realiza la vitopresión con una lámina porta objetos o lupa sobre la lesión macular para determinar si la lesión eritematosa es secundaria a la presencia de sangre con vasos superficiales (inflamatoria o vascular) o si se debe a hemorragia (petequias o púrpuras). Se interpreta el resultado al presionar y observar si se aclara la lesión.



Púrpura de Henoch Schonlein con máculas rojizo vinosos y al realizar la digitopresión no desaparecen las lesiones.

Lesiones maculares purpúricas en mejilla izquierda con otros datos adicionales de edad adolescente y sintomatología de dolor abdominal previo. Aquí no desaparecen las lesiones con la digitopresión. Maniobra sencilla y rápida de realizar para tener un dato adicional que sustenta el diagnóstico.



Otra imagen con petequias de la Púrpura de Henoch Schonlein en adolescente y ante la digitopresión no desaparecen las lesiones

También es típica y característica la aparición de lesiones en miembros inferiores del tipo petequial, pero el objetivo de la imagen es mostrar las máculas numerosas cuya digitopresión no las desaparece como en las lesiones habonoides.



Angioma de tamaño pequeño en dorso de dedo de mano

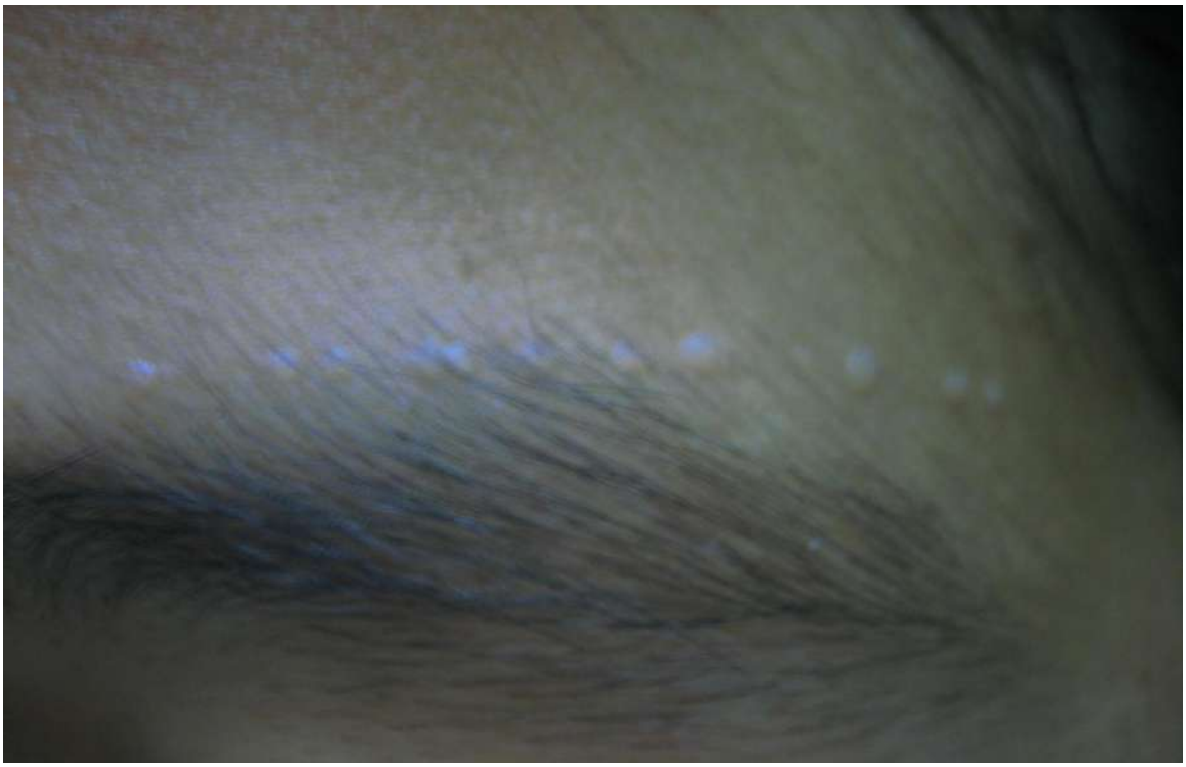
Lesión papular angiomatosa de pocos mm de diámetro y que es percibido como un “lunar” de años de evolución, al realizar la digitopresión en la imagen siguiente veremos el cambio que se obtiene.



Mismo paciente con lesión angiomatosa al realizar la vitopresión con la lupa

Nótese que la lesión desaparece con esta simple y práctica maniobra indicando su naturaleza vascular no extravasada, es decir que a pesar de ser una lesión sanguínea está dentro de la luz vascular y no hay hemorragia puntiforme.

Fenómeno de Koebner fue descrito en 1877 por Heinrich Koebner como la aparición de lesiones típicas de una determinada dermatosis en áreas de piel sana desencadenadas tras diferentes traumatismos. Este signo se refiere al hecho de que personas con ciertas enfermedades dermatológicas pueden manifestar lesiones propias de la enfermedad en otras áreas anatómicas y se producen sobre piel sana, como al rascado o fricción. Es característico de algunas enfermedades eritemato descamativas.



Efecto Koebner en Verrugas, en las que se forman lesiones semi vegetantes y de trayecto lineal al sufrir pequeños traumatismos.

Lesiones vegetantes de zona superciliar izquierda en zona de rascado cuya interpretación orienta hacia la infección del VPH con la manifestación de verrugas comunes o vulgares.



Efecto Koebner en Liquen plano, formándose lesiones lineales en la parte media de la imagen.

Otro ejemplo del Efecto Koebner que se produce ante pequeños traumatismos como rascado o presión de la ropa en el caso de Liquen plano, además es necesario recordar este color violáceo característico que da la enfermedad.

Signo de Darier lleva el nombre del dermatólogo francés Ferdinand-Jean Darier autor de la primera descripción del signo. Sucede que la fricción reproduce las lesiones urticariformes de la Mastocitosis por su degranulación, consistente en el desarrollo de eritema y edema (urticación) producida por el rascado en las lesiones cutáneas de pacientes con mastocitosis y su fisiopatología refleja la degranulación de los mastocitos los cuales se encuentran en mayor número y además en hiperactividad. Aunque se considera este hallazgo muy específico y patognomónico de la Mastocitosis, también se ha descrito en casos de Leucemia cutánes, Linfoma No Hodgkin, Linfoma cutáneo de células T así como en la Histiocitosis.



Signo de Darier. La formación de lesiones urticariformes luego del rascado.

Confuso y dudoso con la Urticaria común al evaluar este signo, sin embargo la reacción no sólo se da en la zona friccionada, además hay que solicitar una biopsia de piel y exámenes de laboratorio pertinentes según sea el caso en particular.

Signo de Nikolsky denominado así por el dermatólogo ruso Piotr Vasílevich Nikolski (se escribe en el idioma inglés como Pyotr Vasilyevich Nikolsky) es un hallazgo en la cual la fricción en áreas adyacentes a las vesículas del Pénfigo o Necrólisis epidérmica tóxica produce su desprendimiento de las capas inferiores epidérmicas. Es un signo clínico dermatológico caracterizado por el levantamiento o desprendimiento de la epidermis por láminas, más o menos gruesas. El signo es positivo cuando al ejercer una suave presión adyacente a la lesión existe desprendimiento de la piel, dejando zonas húmedas y rojas. Este uso de la transliteración anglosajona 'Nikolsky' es abrumador pero incorrecto en español, debiéndose escribir 'Nikolski'.



Signo de Nikolsky en Pénfigo seborreico, en la cual al friccionar zonas adyacentes a las lesiones ampollares se desprenden capas de piel.

Este signo algo incómodo de realizar porque ante la fricción o presión le desprendemos una parte de piel y aparentemente le formamos una lesión adicional; sin embargo, es necesario para poder sustentar el diagnóstico; imaginemos ahora los exámenes de laboratorio pertinentes que necesita o tomar la presión arterial ante las numerosas ampollas que presenta.

Signo de Auspitz en mención al dermatólogo austriaco Heinrinch Auspitz uno de los más prominentes del sigo XIX, y consiste en que al elimininar mecánicamente una escama de la Psoriasis muestra una piqueteado hemorrágico en la lesión. También conocido como Signo del rocío sangrante, al desprender la membranas superficiales de las lesiones escamosas aparecen petequias a consecuencia del daño vascular de las papilas dérmicas, por el desprendimiento de la epidermis que las recubre. Este signo no aparece en la psoriasis invertida, ni en la pustulosa.



Signo de Auspitz en Psoriasis vulgar, en la cual se observa la base de la placa desprendida manualmente y ver el "rocío sangrante".

Esta maniobra que podemos realizar de desprender la placa escamosa a veces no se realiza pues en ocasiones el paciente mismo lo refiere que al rascarse y salir la escama observa un pequeño sangrado por lo cual asumimos la positividad de este signo.

El dermografismo consiste en una tendencia a formar habones en la piel cuando hay prurito. Un 25-50% de las personas normales la manifiestan tras un rascado vigoroso en la zona del rascado. En el dermografismo ocurre que la histamina como producto químico más importante liberado en la piel es el causante de los habones pero también se liberan otros mediadores y en algunos pacientes es posible demostrar la presencia de anticuerpos en el suero. Se menciona que un 5% de la población está presenta en la población (Bhute D. 2008).



Dermografismo rojo, al friccionar la superficie de la piel se forma la lesión elemental del habón siguiendo el trayecto friccionado.

La fricción más común que realizamos es en el antebrazo al friccionar con un objeto de punta roma y al transcurrir unos segundos se observa la reacción habonosa y edematosa que se produce por la liberación de mediadores químicos como la histamina.

Un ejemplo clásico es el dermografismo de la Urticaria común por sensibilidad en la cual los habones son evanescentes y duran algunos minutos, sin embargo en la Urticaria vasculítica estos habones duran más de 24 horas.

Signo del tirón (pull test) o Prueba de tracción o Maniobra de Saboraud (Raymond Jacquet Adrien Saboraud, médico francés especializado en dermatología y micología)**.** Maniobra que se realiza para evaluar la implantación y resistencia de cabellos ante un estirón deliberado de una cantidad de cabellos entre los dedos del examinador. El resultado positivo se considera cuando hay un desprendimiento de unos 5 a 6 cabellos a más.



Maniobra de la prueba de tracción deliberada muestra la resistencia capilar

Acción simple y sencilla para realizar en la consulta frecuente de los problemas de alopecía. Esta valoración del signo de arrancamiento es muy útil. Consiste en efectuar discretas tracciones sobre los cabellos de regiones frontovertical.

Signo del pellizcamiento de Jacquet que consiste en tratar de pellizcar la piel cabelluda la cual no es posible en condiciones fisiológicas y se considera positivo un área fácilmente pellizcable de una alopecia cicatricial por su aplasia o hipoplasia folicular (excepto la alopecia areata). Y es negativo en la Alopecía no cicatricial con repoblación pilosa probable.



Maniobra de pellizcamiento Jacquet en zona alopécica

Imagen inicial para poder formar un pliegue en piel cabelluda. En este caso es alopecía areata en evolución y con esta maniobra se valora la repoblación folicular. Para mayor comprensión se interpretará como negativo porque no dejará alopecía cicatricial y positivo porque sí dejara alopecía cicatricial,



Maniobra de pellizcamiento Jacquet en zona alopécica

Imagen posterior y final en la cual se puede observar que no es posible retraer la zona afectada indicando que no dejará alopecía cicatricial pues existen folículos en recuperación.

Añadiremos la clasificación en Alopecías androgénicas sea masculina o femenina

Clasificación de Hamilton

Escala utilizada para evaluar el patrón masculino de Alopecia androgénica, también conocido por sus siglas (M.A.G.A.)

Conocida también como Escala Hamilton – Norwood, inicialmente creada por James Hamilton en 1951 utilizada como referencia para evaluar y clasificar el grado de alopecía androgénica masculina dividiéndolo en 7 niveles. Y posteriormente el Dr. O´Tar Norwood en 1975 lo modificó. La escala Hamilton-Norwood posibilita una documentación científica y estandarizada de la pérdida capilar siendo útil para el desarrollo de terapias preventivas y para los trasplantes capilares según el nivel en que se encuentre.



Disminución de densidad pilosa varonil en zonas interparietales como la clásica presentación en algunos pacientes de la cuarta década de la vida.

Con el paso del tiempo, es innegable que los varones tienden a disminuir su volumen de cabellos con la densidad pilosa cada vez menor, obedeciendo a patrones genéticos, hormonales y que son incrementados o acelerados por seborrea y estrés. En esta patología ocurre miniaturización del folículo piloso con especial sensibilidad a los andrógenos circulantes.



Mismo paciente con densidad pilosa disminuida en las zonas parietotemporales con inensidad moderada.

En esta imagen, la vista es más perceptible y la pérdida en ciertas zonas de piel cabelluda como es su característica según la Clasificación de Hamilton, incluso se percibe el tamaño disminuido en zona frontal donde está la implantación de cabellos.

Clasificación de Ludwing

Escala utilizada para evaluar el patrón femenino de Alopecia androgénica, también conocido por sus siglas (F.A.G.A.)

Esta escala lleva el nombre de su creador, el Dr. Erich Ludwig, quien comenzó a ver muchas pacientes femeninas con Alopecía androgénica, razón por la cual en 1977 crea un modelo de patrones gráficos que representan las pérdidas progresivas de cabellos. Establece 3 grados con esta escala ayudando a clasificar el grado de extensión de la alopecía.



Paciente mujer adulta con disminución de densidad pilosa notoria fronto parietales.

Aunque a primera vista puede tener semejanza con la Alopecía difusa, notemos que la densidad pilosa esta notoriamente disminuida en la zona fronto parietales; sin embargo, las “entradas”, es decir parieto temporales aún no se hace evidente sino con la evolución posterior.



Misma paciente con densidad pilosa notoriamente disminuida parietales.

La cantidad de cabellos perdidos es muy considerable y muy similar al varón pues da esa apariencia y aspecto androide, pero que obedece a factores hormonales y además influye en la autoestima.

Recolección metódica de lesiones

El estudio iconográfico guarda una secuencia ordenada; a saber, el reconocimiento de la lesión elemental, luego los detalles minuciosos o características de esta.

A continuación, debemos mencionar la(s) zona(s) anatómica(s) donde se presenta pues las enfermedades tienen características propias donde asientan; por decir el Melanoma acral es muy representativo por incidencia en nuestra ubicación latinoamericana mientras que en la literatura mundial es más frecuente el Melanoma de extensión superficial.

También se agrega el tiempo de la enfermedad pues gran parte de nuestra patología es de presentación crónica y reagudizada; el Acné de presentación aguda es más sugerente de reacción cosmética o uso de corticoidea pues lo más típico y clásico es que sea de presentación crónica y en etapa adolescente.

El sexo también guarda relación por presentaciones en mayor incidencia; digamos como ejemplo la Rosácea es más frecuente en el sexo femenino, aunque cuando se presenta en el varón puede ser más agresiva y mayor su evolución a la Rinofima.

La época del año también influye en su presentación como en la enfermedad del Vitíligo que empeora en épocas de verano mientras que la Psoriasis es más estable en la misma época pues interviene la radiación ultravioleta; el vitílgo presenta como factor agravante estos rayos solares pues agreden a la piel como un efecto nocivo mientras que en la psoriasis estos mismos rayos deprimen la reacción inflamatoria que ocurre y normaliza el turn over de la epidermis permitiendo mayor descamación en consecuencia.

Los síntomas asociados indican algunas características propias; la Ulcera de miembros inferiores de origen arterial muestra la sintomatología dolorosa mientras que en la de origen venoso casi ni da este síntoma asociado.

Otro ejemplo es la Psoriasis pues a pesar de que manifieste diversas lesiones en su reagudización, no muestra gran prurito. Es necesario recalcar además que no todo lo que presenta prurito es Acarosis ni tampoco que este síntoma a predominio nocturno no es exclusivo de esta misma enfermedad.

La epidemiología orienta a las enfermedades infecto contagiosas, por ende debemos buscar si están comprometidos otros miembros familiares como en la Acarosis o que vivan en hacinamiento como el Impétigo contagioso o tal vez algún viaje a zona endémica como la Leishmaniasis cutánea.

Relación de zona anatómica y edad del paciente; la Alopecia circunscrita en edad infantil es más frecuente de Tiña capitis de naturaleza micótica mientras que en edad posterior la mayor incidencia es la Alopecia areata de naturaleza tensional.

Dermatología estética

Corresponde a una parte de la dermatología y se encarga de todo lo referente a la belleza y estética y se ocupa principalmente de los cuidados de la piel sana por lo que es un capítulo muy interesante para los que decidan incidir mucho más que en la dermatología clínica propiamente dicha.

La frase ya conocida “quien quiere celeste que le cueste” puede explicar la meta que persigue el paciente en relación al resultado final y sin embargo involucra a la parte económica así como al tiempo requerido para conseguir este fin. Cuantas veces nos han consultado por las secuelas del Acné, las Estrías por distensión, la Melanosis facial, la Lipodistrofia de miembros inferiores (denominado erróneamente como “celulitis”), la Hipertricosis, las líneas de expresión con arrugas frontal y peri orbitaria, la Hipercromía idiopática del anillo orbitario (más conocido como “ojeras”) y otros tantos casos que involucran a la dermatología estética. Influye mucho el hábito de los consumidores, el uso del internet, la idiosincrasia de las personas ante las creencias de determinados productos caseros, el marketing publicitario en programas de TV o de telemercado, etc.

Con el avance de la tecnología y el boom de la estética vemos que muchos colegas prefieren encaminarse en la belleza y es parte de nuestra especialidad conocer este tema en particular, pues no sólo nos da satisfacción profesional la mejoría estética del paciente sino que también es muy rentable económicamente. Esto conlleva al conocimiento de la fisiología y patología para poder solucionar lo que le aqueja al paciente. A la vez debo incidir que incluso en la Dermatología estética debe primar la ética ofreciendo a los pacientes resultados reales basados en estudios científicos.

Puede ser que el paciente tenga Melasma por ejemplo, y decide un tratamiento de Peeling químico superficial o como también se le puede ofrecer Laserterapia; entre uno y otro influyen los aspectos favorables, tiempo de recuperación, solvencia económica, entre otros. Así mismo, podríamos mencionar otros tantos ejemplos, como las Estrias atróficas de coloración eritematosa en la cual sabemos que ha ocurrido la ruptura de las fibras elásticas en un corto tiempo y podríamos usar las cremas en base a formulación magistral como también el uso de la aparatología.

Las enfermedades propias del envejecimiento y/o alteraciones estéticas ya sea fotoinducida, cronoinducida o por influencia de factores externos ambientales o sistémicos son motivos por los cuales este tema es tratado inclusive por colegas de Medicina general con cursos de estética y no necesariamente que lleven la especialidad. El hecho es, que este tema requiere del conocimiento básico de la Fotobiología como factor primordial para el fotoenvejecimiento así como el papel que juegan los radicales libres para el daño oxidativo. Y en este tema se cuestiona el uso de la telomerasa y folistatina como principios antienvejecimiento para cumplir este fin deseado.

Aunque sea impropio tal vez mencionarlo aquí pues colindamos con el campo de la Cirugía plástica, estamos relacionados por los efectos que vemos en la consulta por el uso y abuso de estos productos; y debo decir que el uso de los biopolímeros para zonas localizadas del cuerpo en relación a estética lo vemos cada cierto tiempo en las noticias pero por problemas en su uso y con efectos negativos por el tratamiento en forma de intrusismo por personal no idóneo para este fin. Entendiendo por intrusismo al ejercicio de actividades profesionales por personas no autorizadas para ello y por lo cual requiere de una titulación oficial. El delito de intrusismo profesional está regulado en el artículo 403 del Código Penal peruano. Como conocimiento estos biopolímeros son macromoléculas sintéticas usadas en estética como material de relleno tisular para aumentar volumen. Estas sustancias están formadas al unirse muchas moléculas más pequeñas en una cadena. Pueden ser de origen natural (colágeno, celulosa, ácidos nucleicos) o sintéticos (siliconas, metilmetacrilato, poliuretano). Ocasionan enfermedad por inyección de rellenos sintéticos permanentes

Los nutricosméticos actuales influyen en la terapia de recuperación o mejoramiento estético, debido a que una gran variedad de factores influyen en la integridad estructural de las funciones de la piel; asociado por supuesto a la carga genética, la fotoexposición, medio ambiente, daño oxidativo de radicales libres, al padecimiento de enfermedades crónicas, consumo de medicamentos, aplicación de terapias hormonales y/o períodos de estrés. Estos puntos a considerar hacen que la Cosmiatría tome un valor importante en la Dermatología estética. En los hidratantes y los productos nutritivos está la base de los preparados cosméticos que son destinados a mantener y proteger a la piel, debido a que libera de las agresiones externas, restablece el equilibrio fisiológico cutáneo y aporta las moléculas esenciales necesarias para su óptimo estado que por sí está en constante "desgaste". Y su permeabilidad es un factor clave para que la piel acceda a estos micronutrientes denominados fórmulas cosméticas y que son aplicados externamente; como el uso de hidratantes, reengrasantes, emoliente, lubricante, o estimulantes del metabolismo epidérmico.

El colágeno y sus tipos nos hacen comprender que representa uno de los principales ingredientes de las formulaciones cosméticas debido a su propiedades hidratantes y regeneradoras, además de dar firmeza y densidad a la dermis, entre otras. Además, tiene una gran capacidad para unir moléculas de agua y además hace que se reduzca la pérdida de agua transepidérmica. También se ha demostrado que el colágeno acelera la cicatrización de heridas y ayuda a los tejidos a regenerarse.

El colágeno como proteína estructural constituye una gran parte del tejido conectivo, particularmente en huesos, tendones, articulaciones y en la piel. La estructura primaria del colágeno consta de aminoácidos, principalmente por glicina (33%), prolina e hidroxiprolina (22%). La estructura secundaria está formada por cadenas aminoacídicas agrupadas en hélice con tres aminoácidos por vuelta. Al día de hoy, se han caracterizado hasta 28 tipos de colágeno diferentes y 42 genes que lo codifican; sin embargo, más del 90% del colágeno en todo el cuerpo es de los tipos I al V, siendo el tipo I el más abundante aproximadamente un 80% del total del colágeno de la dermis. A continuación, se muestran los tejidos y órganos donde se pueden encontrar los tipos de colágeno más abundantes.

A partir de los 25 años se reduce la producción de colágeno en el organismo aproximadamente 1% anual, siendo la zona del rostro la que más va a sufrir en su tercio inferior y de allií que se debe reemplazar pero esta molécula de gran tamaño no permite su penetración a las capas profundas de la piel, por ello se utliza el de forma hidrolizada para cumplir este fin.

Los componentes activos para estética en relación a los micronutrientes se basa en principios de origen animal como el ácido desoxiribonucleico, el hidrolizado de colágeno, la jalea real, los mucopolisacáridos, seropéptidos, aceite de visón. Así mismo los principios de origen vegetal como el aceite de almendras, aceite de borraja, aceite de rosa mosqueta, aceite de aguacate, aceite de gérmenes, y grasas como manteca de karité. No olvidemos que los micronutrientes ingeridos está como punto de inicio el agua, además de las vitaminas liposolubles e hidrosolubles, las proteínas, y ácidos grasos.

El aspecto estético va de la mano con algunos factores a considerar y que debe ser explicado en la primera consulta, pues no sólo es el conocimiento del tratamiento por parte de quien consulta sino que debe ponerse en claro lo que influye en su recuperación, así como lo que hay que hacer para mantener la estética que desea; dicho en otras palabras citaré una nemotecnia mia no patentizada (las siglas M.A.D.R.E.) aunque no en todos los casos que requiera la participación de la estética. Medicamentos que pueden ser utilizados. Aparatología según sea el caso a tratar. Dieta con lo que requiere consumir o dejar. Radicales libres que estén perjudicando u hábitos nocivos. Ejercicios básicos que sean complementarios. Esto requiere algo básico, comprensible y no siempre aceptable que es la parte económica pues no es barato este aspecto.

En el tema del peso por el cual los pacientes buscan nuestra ayuda profesional estética no quirúrgica otra nemotecnia tampoco patentizada (las siglas PROCEDA.C.A.F.E) el cual debo mencionar que es de mucha paciencia pues no se obtiene a corto plazo como es lógico suponer. Procedimientos dermatológicos según la zona anatómica que desea disminuir medidas. Descanso adecuado en relación a los ejercicios del ítem del entrenamiento pues los realizados muy cerca a horas de descanso nocturno influyen en la actividad de la melatonina y serotonina para un mejor reposo. Calorías que ingresan con la alimentación así como las que se consumen con el metabolismo. Azúcares que deben disminuirse o eliminarse, incluyendo a otros no adecuados en exceso tales como carbohidratos arroz, papa, fideos, etc. Fibras dietarias cuya función primordial es básica para agregar al plan alimentario. Entrenamiento progresivo evitando que el ácido láctico sea acumulativo y reste su continuidad en los ejercicios.

Nemotecnia sencilla y rápida de memorizar para el peso ponderal y disminición de zonas localizadas de abdomen por ejemplo, también podría ser E.D.A.D. en la cual ayuda a las pacientes que lo requieran. Ejercicios básicos guiados por un personal training. Dieta adecuada acorde a lo que se está tratando. Aparatología existente y a usar en la zona requerida. Diario o variable lo mencionado anteriormente. Y en aparatos a usar C.A.P.O (carboxiterapia, peptonas, ondas rusas). Se conoce que el gen ApoA5 protege a algunas personas de sufrir sobrepeso, quienes no tiene relación directa entre la ingesta de grasa y el índice de masa corporal.

La aplicación de algunos productos en el rostro en forma repetida como infiltración del ácido hialurónico por ejemplo puede ocasionar el inconveniente de la “huella estética” entendiendo esta expresión dado por el Dr. Jaime Tufet como el residuo prolongado y hasta permanente que dejan estos productos reabsorbibles y que son inyectados para producir transformaciones faciales; este término viene a ser como un “empacho de los procesos biológicos de reabsorción. Existe un porcentaje de este producto que no se reabsorbe por completo y esto está relacionado cuando se aplica en exceso o por técnicas inadecuadas. Este problema se ha observado cuando se empieza a utilizar desde temprana edad; por lo tanto la forma de prevenirla con un buen plan de tratamiento orientado a la necesidad de cada paciente en particular, además de inyectar la mínima cantidad así como espaciar el intervalo de tiempo al máximo para las infiltraciones y de esta manera se le da al cuerpo el tiempo prudencial para degradarlo. El procedimiento de correción y eliminación se hace sin inconvenientes cuando se trata del ácido hialurónico, pero esto es más complicado con otros rellenos reabsorbibles.

El tratamiento de la adiposidad localizada en abdomen posee la terapia con Criolipólisis cuyo fundamento del uso del frío en forma no invasiva es la apoptosis celular (y no necrosis) solo en los adipocitos sensibles al frío (sus triglicéridos del citoplasma se cristalizan). Y la fagocitosis a través de los macrófagos, los vasos sanguíneos, el sistema nervioso periférico, los melanocitos, fibrocitos y demás células de la piel pobres en lípidos no sufren alteraciones. Mediante este proceso a los 2 o 3 días de aplicación comienza el proceso inflamatorio con la presencia de macrófagos eliminando la mayoría de células afectadas hacia el sistema linfático, siendo estos desechos eliminados. No está de más mencionar que el gen ApoA5 protege a algunas personas de sufrir sobrepeso, para estas personas no existe relación directa entre la ingesta de grasa y el índice de masa corporal.

Otros principios activos usados para el fin del item anterior como la cafeína, se metabolizada en el hígado hacia su metabolito la paraxantina siendo esta la responsable del efecto lipolítico, aumentando la liberación de noradrenalina y adrenalina en las glándulas suprarrenales y bloquea la fosfodiesterasa. Debo indicar que los adipocitos poseen receptores de membrana alfa adrenérgicos (frenan la lipólisis) y los beta adrenérgicos (estimulan la lipólisis); así pues, el balance de estos receptores alfa/beta sería la clave para perder grasa en una u otra zona. Y para complicar más el tema, estos receptores son antagonistas entre si, el alfa 2 estimula el aumento de volumen del adipocito, mientras que el beta disminuye el volumen a través de la estimulación del AMPc. Un último detalle curioso es la insuina, frena la degradación del tejido adiposo ya que aumenta la actividad de la fosfodiesterasa aumentando la degradación del AMPc y frena la lipólisis, explicando los casos de resistencia a la insulina.

Otros ejemplos en relación al tema estético como las cicatrices y secuelas de Acné conllevan el uso de láserterapia, bloqueadores solares, aplicación de peelings químicos, mesoterapia, luz pulsada, lipofilling facial entre algunos más comunes que suponen lógicamente la demanda económica para el paciente y que nos concientiza a conocer detallamente estos procedimientos así como el compromiso formalizado por el paciente. Además, ya conocemos los protocolos para estos casos incluyendo imágenes pre y post tratamiento según el número de sesiones.

Y en relación a los procedimientos estéticos como los peelings químicos están los realizados en base a diversos principios activos y uno de ellos el Fenol, ácido potente con efecto de coagulación de proteínas dérmicas y penetra a capas profundas hasta dermis reticular media para regeneración del colágeno así como renovación celular; observándose el efecto “frosting” o escarcha, ya bien cocnocido por nuestra especialidad y en nuestro medio muy utilizado por el colega De Rossi Fatacioli, sin embargo hay que tener mucha experiencia para su manejo por el aparatoso aspecto cutáneo durante su evolución post procedimiento.

Existen diversos tratamientos por Alopecía androgénica que han aparecido con el paso del tiempo y nuevas moléculas desde el minoxidil, finasteride, dudasteride, aminexil, etc. con estudios diversos y conclusiones que nos dan una visión favorable para poder ayudar a quienes los requieran. Sin embargo; en este tema, la causa hormonal está involucrada y sería prudente reforzarlo con el paciente que acepta esta modalidad de tratamiento.

Los nuevos principios activos considerados para formulación antiedad como nicotinamida, ácidos grasos insaturados, biopolímeros orgánicos, péptidos biológicos, argireline, eyeseril, ácido lipoico, etc. Contribuyen a lograr los objetivos del antienvejecimineto y por consiguiente la autoestima de nuestros pacientes. Una vez más recordar que la fotoprotectión es básica en estos casos. No olvidar la relación del fotoenvejecimiento y cronoenvejecimiento.

La formulación magistral o preparados galénicos han existido desde inicios de la especialidad que antaño se usaban o se siguen utilizando hasta ahora con diversas combinaciones y porcentajes pero que estos principios activos no produzcan interacción entre sí; inclusive hay fórmulas dermatológicas estandarizadas por decirlo así y ponerle un nombre, etiquetándolo para determinada enfermedad. Debo decir que en este tema de formulación magistral no sólo está el conocimiento científico de la enfermedad y de los principios activos sino que está involucrado fundamentalmente el arte de combinar estas moléculas para cumplir tal fin. Por poner algunos ejemplos el ácido salicílico puede cumplir una función queratoplástica, hidratante, o queratolítica según el porcentaje utilizado y es un error muy común observarla en la elaboración de este tipo de recetas cuando no se conoce a cabalidad la formulación. El vehículo de base utilizado en la formulación es otro punto a considerar pues influye en la acción que buscamos en cada enfermedad o paciente, en determinados biotipos de piel como el seborreico por ejemplo debería formularse en base gel y estéticamente sea más presentable y no “brillosa” como cuando se formula en base a crema. Un bloqueador solar en ocasiones deja un aspecto muy blanquecino el rostro y debería formularse con efecto mate para que el color de piel sea lo más natural. En fin, es un capítulo aparte y su desarrollo en un texto adicional para elaborar o revisar los ya existentes.

Las “manchas palpebrales y bosas inferiores” más famosas como “ojeras” cuyo término exacto es Hipercromía idiopática del anillo orbitario tiene un inconveniente antiestético que influye en la autoestima de pacientes. Esta hiperpigmentación con edema periorbital, la excesiva vascularización subcutánea así como la piel delgada y traslúcida de esta zona anatómica o el efecto de sombra por su laxitud dan una acentuación en la que se agregan otros factores exógenos como la exposición solar, el Hipertiroidismo, la Dermatitis atópica y la senectud. Revisado por algunos autores con poca respuesta terapéutica; la bibliografía más reciente ha demostrado que los agentes tópicos para aclarar la piel, peeling químicos, láserterapia, luz LED, carboxiterapia, las microcorrientes, etc, da

resultados alentadores parciales porque ninguno con satisfacción a largo plazo. Su tratamiento conlleva a un reto por su naturaleza crónica, persistente y recidivante; inclusive con intereses comerciales y publicitarios que dan a este tema cosmético una incongruencia por no tener evidencias contrastables. Solo poseemos las recomendaciones del uso de bloqueadores solares, hidratantes, camuflaje cosmético, y aclaradores tópicos.

Otro ejemplo clásico en este capítulo es la estética del rostro de la mujer; conocemos que indudablemente con el paso de los años influye no solo el cronoenvejecimiento sino también la radiación solar acumulativa con el fotoenvejecimiento siendo los pilares fundamentales para los problemas faciales, por lo cual la terapia que manejemos va a ayudar y la prevención posterior es permanente con el ya conocido fotoprotector para cada biotipo de piel, inclusive se postula el uso de “protectores orales” así como también el hecho de volver a realizar la terapia; dicho en palabras sencillas, el cronoenvejecimiento continúa pues “los años siguen pasando”.

Hidratante y humectante son 2 términos que debemos diferenciar para tener en cuenta al momento de brindar la terapéutica correspondiente. El principio activo del hidratante es proporcionar el agua que necesita la piel, como por ejemplo el ácido hialurónico que multiplica mil veces su tamaño reteniendo agua. Mientras que el humectante se fundamenta en ayudar a retener los aceites naturales de la piel, retiene su humedad mediante lípidos, ceramidas, mantecas, etc.

La radiación absorbida demuestra sus efectos negativos de la luz azul sobre la salud ocular, la calidad el sueño y el ritmo circadiano. Y en la piel, los estudios de algunos investigadores concluyen que estos rayos producen xerosis por alterar la síntesis de moléculas encargadas de mantener la humectación; así mismo aceleración y acentuación de la formación de líneas de expresión porque activa algunas metaloproteinasas destruyendo el colágeno dérmico además que aumenta el estrés oxidativo. Incluso favorece la aparición de pigmentación facial a través de la molécula Opsina 3 que estimula la melanogéneis, más frecuente es pieles latinas, gestantes, o algunas personas sometidas a peelings. La luz azul es conocida rango de espectro de luz visible con longitud de onda entre 400 – 495 nmy de alta energía; lo emite el sol así como también en luz artificial de focos LED, pantallas de dispositivos electrónicos como TV, celulares, tablets, laptops, y monitor de computadora. En la piel puede estimular el fotoenvejecimiento y debilidad epidérmica, además a mayor luz azul es mayor la posibilidad de inhibir a la melatonina y perturbación del ciclo del sueño. Recordemos que la flavina absorbe la luz azul y es un principio fundamental para atenuar sus efectos nocivos.

La radiación ionizante y no ionizante difieren en cuanto a la energía que transmiten, pues la no ionizante no emiten la energía suficiente para producir modificaciones en el átomo pero sin embargo poseen efectos nocivos sobre la salud cutánea.

Conocer al derecho y al revés el tema así como las diversas formas de tratamiento que incluyen la aparatología, la formulación magistral y los procedimientos estéticos. Para ello es necesario seleccionar bien al paciente para ofrecerle un tratamiento personalizado en base a lo que presenta y las modalidades de tratamiento. Recordemos que es muy frecuente la apertura de consultorios particulares exclusivos para este fin, y es aceptable siempre que cumplan con los objetivos propios de la estétca para la autoestima de los pacientes y por que no decir “si no trabajas por tus sueños, alguien te va a contratar por los suyos”, así que la dermatología estética bien conocida y aplicada es muy meritoria.

Los procedimientos estéticos aplicados en el rostro como el botox o el ácido hialurónico y similares, debe cumplir un buen conocimiento anatómico pues con la inervación, vascularidad y musculatura facial sui generis obliga a ser muy precisos para cumplir la finalidad estética y objetivos que se persiguen; con el intrusismo o inclusive colegas de poca experiencia en estos procedimientos vemos que pueden caer en este déficit y ocasionar daños que son penalizados incurriendo en reparaciones médicas y económicas, inclusive existe la información por la web de los profesionales idóneos en este campo.

La epigenética en el envejecimiento explica las modificaciones de nuestra edad biológica en relación a la edad cronológica, actualmente se conocen más de 200 compuestos con efecto geroprotector pero no disponibles en el mercado farmacéutico por desinterés de estas empresas o por falta de unificación de conceptos sobre el tema. Sin embargo, los estudios enfocan su importancia para mejorar nuestro “reloj biológico” que muestra modificaciones en la salud.

Tecnología y mundo digital con la Inteligencia artificial en Dermatología

Con la evolución de la ciencia y tecnología nos vemos inmersos con nuevas opciones médicas y terapéuticas que nos facilitan la vida diaria o aceleran la efectividad de nuestro ámbito de trabajo; y es así que, con el paso del tiempo aparecen novedades científicas/tecnológicas.

En este capítulo mencionaré el avance digital con el wifi, internet, celulares de última generación, aplicaciones como el whatsapp, consultas on line, o la teledermatología por mencionar los más conocidos. La llamada Inteligencia artificial por ejemplo puede estar a la altura de nuestro juicio médico o sería una interrogante que podríamos plantearnos para tenerlo en cuenta como herramienta útil, es cierto que debe ser "alimentado" con los datos exactos que percibimos en la consulta. y porqué no decirlo revisar los aspectos éticos y regulatorios de la Inteligencia artificial en dermatología, y así preguntarnos donde recae la responsabilidad de la decisión diagnóstica o terapéutica si su sistema falla.

Los médicos no somos únicamente intérpretes de datos clínicos y los dermatólogos de imágenes, nuestras funciones y actos involucran otros aspectos que no pueden ser llevado a cabo por máquinas, la medicina es una ciencia y a la vez un arte con el diagnóstico y tratamiento. Indudablemente a la Inteligencia artificial debemos considerarla como una herramienta útil y aunque algunos estudios arrojen resultados un tanto superior a los dermatólogos es discutible esta afirmación y no negemos que existe un perfeccionamiento técnico y progresivo de estos sistemas ya que una función impresionante que poseen es el "aprendizaje automático" (como el programa que en el ajedrez ha vencido a campeones).

El primer programa de Inteligencia artificial diseñado para la Psoriasis fue en 2014 con una precisión global del 99.81%, cifra muy satisfactoria; otros estudios tratan de desarollar un sistema para estratificar su gravedad utilizando el sistema de puntuación P.A.S.I. En otras enfermedades como la Dermatitis atópica está aún en inicios, y en un estudio de Onicomicosis se obtuvo un resultado revelador como la inteligencia artificial superó a la de los dermatólogos. Así también otras patologías como en Acné, Rosácea, Liquen plano, Pitiriasis liquenoide, Dermatomiosistis, Oncología cutánea, Dermatopatología, e incluso Cosmética dermatológica. Otros estudios dirigidos a Ecografía cutánea y la Radiología para el caso de Melanomas con metástasis muestran su utilidad.

Hace poco se ha creado en China un Hospital Agente con el uso de la inteligencia artificial y con cifras muy entusiastas de aprox 3,000 pacientes diarios y una eficacia del 93.6% de precisión diagnóstica en imágenes. Estos datos reveladores nos muestran el avance tecnológico al que estamos llegando y es alentador; sin embargo aunque sea poco el porcentaje de diferencia negativa me pregunto que pasaría ante el error diagnóstico, quién sería el responsable de este acto médico/tecnológico. Se mencionan los principios de transparencia y responsabilidad que son necesarios en el probable caso de tener auditoría para no tener inseguridad jurídica. Además; si bien es cierto que estos resultados de efectividad son altos, pienso que estos porcentajes pueden ser discutidos y se convierten en una oportunidad para mejorar la práctica diaria.

A continuación veamos como llegamos al juicio médico, un acto metódico y siempre llegando a formar una unidad clínica para interpretar lo recolectado en la consulta, este proceso científico es el quehacer diario de la especialidad y sirve de base para ingresarlo a los ordenadores de la Inteligencia artificial.

Si nos formamos con un estudio metódico y tenemos una anamnesis correcta pasamos a la iconografía dermatológica para dar una presunción del diagnóstico lesional, luego proceder a algún análisis de ayuda diagnóstica si fuera el caso o iniciar la terapia correspondiente. Estos datos obtenidos se pueden resumir con algoritmos (conjunto ordenado de operaciones que permita hallar la solución de algún problema) o fluxogramas (representación gráfica y secuencial de un proceso de trabajo con actividades necesarias para lograr un objetivo común).

Muchos textos médicos dermatológicos muestran el estudio de lesiones elementales y las posibilidades diagnósticas; es decir por ejemplo, una elevación circunscrita de la piel se llama pápula y esto conlleva a definir si su contenido es líquido o sólido y así sucesivamente continúa el estudio. Pero este proceso mental es automático, estos detalles finales se “alimentarían” a la computadora (por ponerlo así a la inteligencia articifial) y nos darían las posibilidades diagnósticas.

La histopatología dermatológica por ejemplo, encasilla en patrones diagnósticos los datos que hallamos en la visión con el microscopio sobre una biopsia de piel. Las células inflamatorias adyacentes a los vasos sanguíneos en la dermis dan un patrón de dermatitis perivascular por poner un ejemplo en general, sin embargo este estudio nos conlleva a observar si está en la capa superficial de la dermis, la profunda o ambas, así se van formando otros patrones y continúa el reconocimiento del tipo de célula predominante, etc, con este tipo de estudio ya se van limitando los diagnósticos probables al final al estudio histopatológico. Nuevamente llegamos a la etapa siguiente que es la “alimentación” a la computadora.

Los análisis de ayuda diagnóstica como el laboratorio y los análisis sanguíneos dan otra información adicional para también seguir “alimentando” a los ordenadores de la computadora con los datos obtenidos y poder obtener el diagnóstico que estamos buscando. Recordando una vez más que estos exámenes de ayuda diagnóstica corroboran o descartan posiblidades planteadas, estos resultados deben ser complementados con la interpretación del médico tratante.

La iconografía con las imágenes de las lesiones podemos obtenerlo en la consulta directamente con el paciente, así como también con una imagen de un celular de buena resolución. Aquí debo mencionar que últimamente se realizan consultas on line incluso con la aplicación whatsapp para tener un diagnóstico presuntivo, o inclusive la teledermatología que está reglamentada y aprobada por nuestra entidad jerárquica del Ministerio de salud siempre que cumplan los requisitos formales con los especialistas de experiencia de nuestro ámbito en este tipo de consulta; agregando además que la videollamada no tiene una resolución adecuada o cercana a la realidad. Por agregar un acontecimiento reciente; la pandemia del Covid-19 ocasionó el aumento de las consultas on line virtual y whatsapp (sin mencionar los altos costos) pero depende mucho de la experiencia que posea el especialista con la sintomatología y luego reconocer muy bien los detalles de la iconografía y sus lesiones.

La teledermatología contemplada dentro de la normativa contemplada por la Ley Marco de Telesalud en el Perú, Ley Nª 30421 y su reglamento aprobado mediante DS Nª 003-2019-SA incluye a la teleconsulta como actividad que representa un tipo de interconsulta a distancia entre dos profesionales de salud pertenecientes a dos instituciones Prestadoras de servicios de salud. Y aunque esta ley no contempla actividades sin intermediarios, es decir directamente entre médico y paciente, en la actualidad esta comunicación y estrategia ha logrado demostrar la utilidad donde hay limitación de servicios médicos especializados a pesar que no hay supervisión de este tipo de consuta directa entre médico y paciente.

La dermatoscopía es otro ejemplo a mencionar, el profesional bien entrenado y experimentado es el idóneo para emitir el juicio diagnóstico que corresponde y que se obtiene en minutos en relación a una biopsia de piel; sin embargo, como su nombre bien lo dice, son exámenes de ayuda diagnóstica.

Como vemos, estos detalles proceden del especialista en dermatología pues sólo este profesional tiene la experiencia de observar los detalles mínimos de la lesión elemental para poder tener una visión y presunción diagnóstica o seguramente el diagnóstico certero. Nuevamente es necesario hacer la pregunta si la inteligencia artificial podría reconocer los pormenores de todo lo mencionado en este capítulo. Incluso un ejemplo muy sencillo; en el prurito no puede percibirse la intensidad o tal vez esté alterado este dato (inclusive magnificado), o los de las excoriaciones neuróticas o delusiones parasitarias de la Dermatitis facticia por poner un diagnóstico.

El sofware para este tipo de ayuda dermatológica en cuanto a diagnóstico e inclusive para el tratamiento es una buena herramienta de ayuda pero lleva a la interrogante si la inteligencia artificial desplazaría nuestra labor médica. Pongamos el ejemplo de la calculadora, si desplazaría nuestros conocimientos de realizar las sumatorias, restas, multiplicación, etc; es cierto que es inmediata y exacta pero no disminuyen ni desplazan nuestros conocimientos sobre las operaciones matemáticas. O pongamos la localización geográfica lejana donde no llega señal wifi o sea de muy precaria salubridad, ya no ayudaría esta herramienta tecnológica.

Dermatología basada en evidencias

Por definición la Medicina basada en evidencias viene a ser el empleo concienzudo, explícito y juicioso de la mejor evidencia disponible en la toma de decisiones clínicas para el cuidado de pacientes individuales. Esto nos enseña a usar la información recopilada a través de los años y experiencia científica de los estudios publicados, aquí tenemos PDF (formato de documento portátil que conserva la apariencia del documento original) así como los otros estudios de contenido dermatológico. Su objetivo es otorgar los datos para localizar, evaluar y aplicar la mejor evidencia científica que nos permita tomar la decisión clínica.

Nuestra toma de decisiones está basada en las deducciones de nuestros conocimientos fisiopatológicos y la experiencia clínica personal, que tiene dificultades y limitaciones. Los conocimientos están en constante evolución y renovación a la luz de nuevos estudios y experiencias de nuestros antecesores y colegas actuales lo que conlleva a integrar este conocimiento con la actualización científica permanente.

Sin embargo; ante tanta información la calidad se considera heterogénea haciendo difícil una actualización completa basándonos en la mejor información científica disponible. Es aquí donde la Dermatología basada en evidencias propone una herramienta para hacerlo más eficiente y analizarlo críticamente en forma correcta. Un primer paso es el conocimiento con las características generales de la enfermedad con el estudio de textos médicos, apuntes de clases o artículos de revisión. El segundo paso es la toma de decisiones para un caso en particular, sea como diagnóstico, terapia o pronóstico; que pueden ser ayudados con otras fuentes de información en revistas biomédicas y el uso de datos por internet. Esta base de datos son revisiones sistemáticas por agencias evaluadoras de tecnologías en salud y otras revistas secundarias donde un grupo de expertos revisa estudios relevantes y bien diseñados dando su análisis crítico.

Sería más adecuado enfocarnos en los resultados de los metaanálisis para tener un sustento sólido de determinado tema. Entendiendo este método sistemático que sintetiza resultados de diferentes estudios. Sin embargo hay límites de este tema y ocurre porque la información publicada es de mala calidad o inexistente, veamos por ejemplo a la Dermatitis cenicienta o Eritema discrómico perstans de baja incidencia y terapia inexistente o empírica por lo publicado. Ocurre también que a pesar de tener una buena evidencia no es posible por preferencia de algunos pacientes o falta de recursos; en este sentido hay que integrar todos los factores como evidencia, juicio clínico y circunstancias en cada caso en particular.

Me pregunto si es posible agregar en esta parte del texto la evidencia dermatológica que poseeemos en nuestro medio; estudios propios de nuestra realidad por ejemplo, es conocido el aporte que ha hecho nuestro predecedor Dr. Carlos Galarza en temas de interés tropical como los conocimientos sobre el Pénfigo, el uso de la capsaicina tópica en la Neuralgia post herpética y otros más. Y también nuestros aportes en los congresos y reuniones similares a través de los años, pero aún es necesaria e importante la literatura plasmada en libros dermatológicos nuestros.

La evidencia debe estar relacionada con la experiencia y otros parámetros que sea lo más beneficiosos para cada paciente en particular. Ya fue mencionado y descrito en la literatura en la cual intervienen además los recursos y costos, así como las preferencias y valores de los pacientes; este balance dará la mejor toma de decisiones. La dermatología basada en evidencias no es “un libro de recetas”, no es “información que sólo un grupo de especialistas puede comprender y usar”, no es “una forma de abaratar costos”, no es “una restricción al médico clínico”, ni tampoco “una herramienta que niegue o denigre la experiencia”. Sin embargo, lo que sí estamos de acuerdo es que se considera una forma de mejorar la salud de nuestros pacientes y ligado a la experiencia del especialista tratante.

Debemos enfatizar que la medicina en general y la dermatología es constante y va avanzando en conocimientos para actualizarnos sobre la especialidad que corresponde, pues si nos basamos en experiencias anteriores seguiríamos tratando la Sífilis con productos arsenicales como antaño se hacía por poner un ejemplo o fórmulas pasadas ya descontinuadas.Los nuevos estudios y avances sustentados rigurosamente dan un peso científico, sin embargo a la evidencia obtenida y acumulada debería agregársele los metaanálisis o estudios multicéntricos que ya mencioné en este capítulo.

Terminemos diciendo que gran parte de las críticas y limitaciones que se le dan a la Medicina basada en evidencias derivan del desconocimiento en definición y metodología.

Casos clínicos – Presentación dermatológica

Según lo aprendido en capítulos anteriores, la forma idónea de presentar un caso dermatológico en una presentación clínica, reunión, evento de la especialidad, comentarios entre colegas, docencia, o en una representación mental del especialista sería de la siguiente manera y expongo los más frecuentes en la consulta diaria:

"Paciente de sexo femenino de 16 años de edad con un tiempo de enfermedad de 1 año con comedones cerrados y pápulas eritematosas en mejillas y con discreta rubicundez facial asociado a prurito y cutis seborreico".

Estamos frente a un caso de Acné rosaceiforme, pues presenta la lesión elemental de comedones, con pápulas adicionalmen y por el tiempo de enfermedad indica su evolución crónica, edad en etapa adolescente, y rubor facial cuya interpretación es de aspecto símil a la Rosácea (entendiendo la terminación …oide que significa "parecido a"). Durante la evolución del Acné se van a ir formando lesiones variadas pero recordemos que al inicio de la enfermedad será con esta lesión llamada comedón cerrado y posteriormente las ya conocidas según el grado de intensidad, fijarnos mentalmente como evoluciona y podemos entender la terapéutica según el grado que presenta. Una de las variantes de esta patología es la rosaceiforme que escapa a la clásica de Acnè vulgar.

"Paciente de sexo maculino de 5 años de edad con un tiempo de enfermedad de 6 meses con máculas acrómicas de bordes definidos de localización peribucal y perioculares sin síntomas asociados".

Estamos frente a la enfermedad de Vitíligo infantil, pues presenta la lesión elemental de mácula acrómica, con presentación crónica, edad infantil así como localización peri orificial que son aspectos negativos en esta patología. En la consulta diaria es frecuente ver esta patología casi patognomónica al reconocer la mácula acrómica y en nuestra asociación clínica mental habría que preguntarnos que factor la ha desencadenado en esta etapa infantil pues de eso depende la respuesta terapéutica y no sólo podría ser agravado por el estrés por lo cual solicitemos la interconsulta a Psicología sino que recordemos que habría que solicitar análisis como anticuerpos antitiroideos y la glicemia por ser una patología de carácter autoinmune.

"Paciente varón de 65 años de edad con 2 meses de enfermedad caracterizado por placas queratósicas múltiples en tronco superior algo pruriginosas"

Estamos frente a la enfermedad denominada Queratosis seborreica, pues presenta la lesión elemental y las lesiones se ubican en zonas de densidad aumentada de glándulas sebáceas, sin embargo esta súbita aparición en un corto tiempo obliga a pensar y descartar

la dermatosis paraneoplásica de Leser Trélat. Patología muy común conforme avanza la edad cronológica y según el fototipo de piel para aparecer estas lesiones muy antiestéticas conocidas comúnmente como “verrugas seborreicas”. Pero el tiempo es básico para detectar a tiempo síndromes paraneoplásicos si fuera el caso.

“Paciente infante de 3 años de edad y sexo femenino con tiempo de enfermedad de 5 meses quién presenta pápulas excoriadas en tronco, muñecas, axilas y caderas y prurito a predominio nocturno. Madre de la paciente sin lesiones al examinarla”.

Estamos frente a la enfermedad de Dermatitis atópica pues aunque los síntomas son muy parecidas a la Acarosis (tal vez por el síntoma vespertino) recordemos que debe haber el antecedente epidemiológico de la enfermedad infecto contagiosa y sería muy raro que la madre no presente lesiones en tanto tiempo de enfermedad y es quién está en contacto permanente; otro dato a considerar es el tiempo pues no es su característica que esta infección evolucione en forma crónica. Por otra parte, el compromiso flexural es su característica principal y recordando una vez más “no todo prurito nocturno es Acarosis”. También los criterios diagnósticos para la atopía son compatibles con los datos obtenidos.

“Paciente varón de 36 años de edad con tiempo de enfermedad de 2 meses caracterizado por prurito escrotal de intensidad moderada y lo relaciona a una enfermedad venérea, cuando al examen clínico se le evidencia excoriaciones y placas liquenificadas”.

Estamos frente a la enfermedad de Liquen simple crónico, es muy frecuente confundir esta patología conocida también como neurodermatitis de componente emotivo tensional con una ETS y también con infección micótica, sin embargo la lesión elemental de liquen es su característica inflamatoria. El prurito genital es revisado por Medicina interna, Urología y en el caso de mujeres por Ginecología, y sin embargo los pacientes lo relacionan a las venéreas por desconocimiento lo cual debe ser aclarado por nosotros pues en ocasiones no lo aceptan a cabalidad y cambian de médico tratante.

“Paciente mujer de 33 años de edad con caída de cabellos en forma localizada desde hace 2 meses y que no responde a tratamiento antimicótico”.

Aquí es necesario recordar que la iniciada la adolescencia ya interviene el mecanismo hormonal por el cual empieza la mayor secreción sebácea que contiene ácidos grasos y que imposibilita la presencia de gérmenes micóticos en la piel cabelluda, por ende no hay Tiña capitis que tratar sino que estamos frente a Alopecia areata o tal vez Lupus discoide. Este dato de pérdida de cabellos localizada hace pensar en un área alopécica circunscrita conocida también como parche o placa alopécica y con posibilidades más frecuentes por incidencia de los diagnóstico planteados; una vez más el proceso inflamatorio inmunitario que tene relación con la esfera psicógena tensional.

"Paciente varón, anciano de 72 años y con antecedentes de DBTM de larga data y que manifiesta prurito difuso desde hace aprox. 4 meses y que no cede con antialérgicos orales y corticoides tópicos ocasionales".

La DBTM inestable evoluciona con falla progresiva de algunos órganos y dentro de ellos se encuentran los riñones, y si pensamos en Prurito metabólico estaría bien planteado el diagnóstico pero sin embargo no sería correcto pensar en causa diabética como sintomatología de este caso pues la hiperglicemia de 4 meses en edad geriátrica se descompensaría rápidamente, sería mucho más acertado solicitar el nivel de creatinina actual y pensar inclusive en Xerosis senil pues sería lo más probable que esté sucediendo. La dermatología geriátrica y el prurito senil relacionado al problema metabólico responde mejor a los humectantes tópicos y no tanto a los corticoides sino más bien a los antihistamínicos orales, pero debe corregirse la causa de fondo, por ese motivo no está de más interconsultar con Geriatría.

"Paciente varón, de 35 años de edad con lesiones en cabeza quién lo padece desde hace aprox 4 meses en forma intermitente refiriendo además que presenta "caspa" y se automedica con antimicótico oral semanal sin mejoría clínica· .

Las lesiones de cabeza en las personas que ya pasaron la pubertad y hacia adelante no siempre son compatibles con infecciones micóticas pues la secreción de ácidos grasos aumentan en piel cabelluda lo cual afecta la proliferación de levaduras y afines. Por lo cual, parece más lógico pensar en enfermedades frecuentes como la Dermatitis seborreica o Psoriasis pues obedecen y están relacionados a cuadros repetidos de estrés. La automedicación en este caso con el fluconazol (pues refiere ser semanal) no da respuesta favorable y esto repercute en su aspecto ansioso ocasionando un "círculo vicoso" para tal patología.

"Paciente mujer, 46 años de edad con lesión dolorosa en uña de pie desde hace aprox 6 meses, acudió a podólogo quién le realiza onicectomía parcial sin mejoría clínica, posteriormente en Medicina general le inician tratamiento con fluconazol oral semanal y al no evidenciar cambios paciente acude a nuestro servicio donde se evidencia cambios de coloración compatibles clínicamente con Melanoma acral".

Es imprescindible recordar que nuestro ámbito de acción en Medicina involucra la participación de otras especialidades cuando lo amerita; en este caso no todo lo que duele en dedo de pie es por Onicocriptosis, además los cambios de coloración de la lámina ungueal en ocasiones se debe descartar Melanoma buscando el sigmo de Hutchinson; y para concluir debemos concientizarnos sobre la referencia de pacientes pues el diagnóstico temprano y tratamiento oportuno es la axioma que debemos pensar siempre. Aquí hay otro aspecto a considerar y es la manipulación por Podología que puede influir

“Paciente varón, de 52 años de edad con lesiones en uñas de pie compatibles con onicomicosis y tratado durante 1 año con fluconazol genérico incluso en forma irregular sin evidenciar cambios favorables. Como antecedente es diabético tipo 2 tratado con glibenclamida”.

La Onicomicosis responde a los tratamientos convencionales siempre y cuando sea el adecuado y teniendo en cuenta el antecedente diabético y su tratamiento con sulfonilureas tipo glibencamida sufre interacciones con fluconazol, pues este fármaco lo potencia y aumenta el efecto hipoglicemiante, además la irregularidad del uso de fluconazol también influye en la eficacia para la Onicomicosis. Como reflexión adicional, hay que buscar opciones terapéuticas como los pulsos con terbinafina o itraconazol asociado a la terapia tópica en la cual tenemos mejor eficacia corroborada por los estudios clínicos.

“Paciente mujer, de 5 años de edad con pápulas pruriginosas y lesiones discrómicas en abdomen y piernas por meses en forma intermitente”.

Lesiones compatibles con Prurigo infantil correspondiente a hipersensibilidad a las picaduras de insectos y las pulgas. Los padres se asombran y usualmente no aceptan ni se convencen de esta etiología pues ni mascotas tienen en casa. Es necesario educar a los padres sobre este cuadro inflamatorio alérgico y autolimitado de la infancia pues la intercurrencia es su característica así como las máculas discrómicas.

“Paciente mujer, de 31 años de edad con máculas pardo oscuras en zonas malares sin forma ni configuración por años”.

Dermatosis pigmentaria de carácter estético y no relacionada a patología hepática (suposición de pacientes), pues se localliza en áreas de fotoexposición y relieves óseos predominantemente. La radiación solar emite calor, luminosidad, rayos ultravioleta UVA y UVB; y en base a esto es un error considerar que la persona está expuesta al sol únicamente cuando sale a intemperie fuera de su domicilio o en épocas de verano.

Miscelánea

Deberíamos conocer mucho más a fondo los efectos de los inmunomoduladores en nuestra especialidad pues contribuyen a reforzar la mejoría clínica desde el punto de vista terapéutico como coadyuvantes. Estos medicamentos son sustancias que tienen la capacidad de influir en la respuesta inflamatoria. Por ejemplo la dosis de minociclina sistémica con efecto antibacteriano es bien conocida, sin embargo a dosis menores influye en la quimiotaxis de leucocitos y por lo tanto disminuye su efecto migratorio, por este motivo se puede argumentar que posee efecto “anti inflamatorio”. Otro fármaco a considerar como el metronidazol a dosis menores de su efecto terapéutico nos lleva a este efecto similar. Y así, muchos otros fármacos que lo usamos bajo este principio; cimetidina, imiquimod, talidomida, BCG, pentoxifilina, dapsona, sulfato de zinc, etc.

Los años de conocimientos en medicamentos nos hacen reconocer los fármacos genéricos pero debemos tener cuidado con los que tienen nombres similares pero con efectos diferentes; como por ejemplo el metimazol (antitiroideo) con el metamizol (antálgico); el clotrimazol (antimicótico) con el clobetasol (corticoide); la doxiciclina (antibiótico lipofílico) con la dicloxacilina (antibiótico general); el clobetasol (corticoide de potencia muy elevada) con la clobetasona (corticoide de potencia moderada); timolol (beta agonista de uso tópico para hemangiomas) con tiamidol (con efecto despigmentante); el benzoato de bencilo (acaricida) con peróxido de bezoilo (antiacné); terbinafina (alilamina antimicótico) con terfenadina (antihistamínico H1); cuidado con la confusión o al interpretar la medicación de otros colegas.

La conversión corticoidea en relación a dosis equivalentes nos es muy conocida y no está de más usar una adicional que agrego de mi uso personal. Se basa en los más usados en el campo clínico y no necesariamente como a veces lo hacemos en la emergencia (1 ampolla de dexametasona junto con clorfenamina parenteral). Usar una inicial que la represente; betametasona (B:0.6), dexametasona (D:0.75), metilprednisolona (M:4), prednisona (P:5), deflazacort (Z:6). Veamos que mientras aumenta la letra de la inicial como letra del alfabeto igual aumenta la equivalencia; el único que escapa a esta regla sería la hidrocortisona (H:20). En resumen, espero sea más fácil usarlo y en casos más prácticos usemos sólo dexametasona y prednisona pero con equivalencias de 1 a 6 y ya tenemos cálculos a los que podemos agregarles los kilos de peso correspondientes.

Un marcador de comorbilidades podemos citar a los Eritemas figurados que son las diversas erupciones que adquieren una disposición anular y/o policíclica, siendo algunas fijas y una gran mayoría las migratorias. Las principales dermatosis que se manifiestan de esta manera son el Eritema anular centrífugo, Eritema gyratum repens, Eritema migrans, Urticaria anular, Penfigoide anular, Eritema multiforme, Tiña corporis, Psoriasis anular, Lupus eritematoso anular, Eritema marginado, Eritema necrolítico migratorio, Enfermedad granulomatosa crónica, Eritema anular familiar, y Eritema anular del lactante.

Algunas lesiones anulares de patologías más frecuentes que vemos en la consulta diaria con respecto a eritemas figurados son el Eritema anular centrífugo, la Tiña corporis, y el Granuloma anular, patologías cuya configuración arciforme o policíclica llevan a confusión cuando no se está muy familiarizado con la iconografía básica. Comparten la configuración de placas eritematosas con mínimas diferencias, pues el eritema anular posee una descamación en el borde interno de la lesión, la tiña corporis tiene su descamación en todo el reborde y el Granuloma anular tien su borde elevado como “rodete” y no posee descamación.

Los superantígenos fueron bautizados con este nombre por White y colaboradores en 1989, es un tema interesante pues está referido a un grupo de proteínas producidas por bacilos y virus, son reconocidos por su capacidad de estimular la división de linfocitods T aumentando la secreción de citocinas y por ello participan en la etiopatogenia de algunas enfermedades como el Sindrome de shock tóxico, Escarlatina, Eritema perineal recurrente, Sindrome eritemato descamativo rebelde del VIH, Psoriasis en gotas, Enfermedad de kawasaki, Dermatitis atópica y Linfoma cutáneo de células T; estas patologías en relación a la dermatología.

El vitíligo, enfermedad autoinmune, con múltipes terapias según cada caso en particular, ofrece un sinnúmero de medicamentos así como procedimientos entre las cuales se ha incluido los mini injertos. Se reporta aprox. el 64% de pacientes pediátricos que responden parcialmente a los esteroides tópicos de mediana a alta potencia, por supuesto con riesgo de atrofia cutánea y telangiectasias. El tacrolimus (macrólido inmunomodulador inhibe la activación de células T mediante la regulación negativa de la transcripción de genes que codifican citoquinas pro inflamatorias IL2, IL3, IL4, IL5, INF gamma, FNT alfa y GM-CSF en las células T. Dato adicional, la supresión del FNT alfa con el tacrolimus tópico puede estar asociada con la repigmentación de las lesiones. Otra molécula adicional en esta terapia puede ser la kelina, furocromo natural y asociada a UV artificial o radiacín solar produce repigmentación con efecto similar al obtenido de la fotoquimioterapia PUVA. Sus estudios in vitro demuestra un estímulo de la proliferación de melanocitos y melanogénesis.

Las reacciones de hipersensibilidad son variadas y su conociminento fisiopatológico tan complejo, pues pensemos por unos momentos la reacción de nuestro organismo con su genética personal para producir tal o cual manifestación dermatológica; porque ante el paciente y sus familiares damos una explicación de lo más elemental o básico de manera que entiendan el proceso de la enfermedad. O por decir una frase común, “ud padece de una alergia”, tan sencillo y a la vez complicado en nuestra mente al procesarlo y explicarnos cada caso para poder solucionar este problema dermatológico suscitado. La reacción cutánea ante determinado producto, puede manifestarse como Erupciones causados por fármacos, Dermatitis de contacto, Eritema pigmentado fijo, Sensibilización cutánea, Shock anafiláctico, Eritema polimorfo o multiforme, Granuloma anular, Síndrome de Stevens Johson, Necrólisis epidérmica tóxica, etc. La sensibilidad y alergias en sus 4 modalidades nos permiten esclarecer porque una determinada molécula o noxa produce sensibilidad, efecto secundario o shock anafiláctico.

Las dermatosis paraneoplásicas son un grupo de manifestaciones cutáneas las cuales representan un efecto a distancia que ejerce la neoplasia, es decir que estas enfermedades presentan un fondo oncológico como causa y es imprescindible reconocerlas oportunamente y no demorar el inicio del tratamiento con la participación del Oncólogo. Ocupan el segundo lugar en frecuencia de los síndromes paraneoplásicos en general. Son marcadores de procesos malignos internos y es muy resaltante que en ocasiones “a simple vista” demos un diagnóstico dermatológico y tengamos la sospecha de una patología neoplásica. La clásica presentación de la Queratosis seborreica de inicio brusco en un corto período de tiempo y pruriginoso es indicativo del Sindrome de Leser-Trélat muy sospechosa y sugerente de Adenocarcinomas gastrointestinales, cáncer mamario y trastornos linfoproliferativos como las causas más frecuentes. Y así muchos otros ejemplos.

El tema de HLA en dermatología corresponden a los antígenos leucocitarios humanos y son proteínas que ayudan al sistema inmune para diferenciar entre nuestras propias células y las sustancias extrañas y dañinas, son producidos por instrucciones genéticas de genes heredados. Ya han transcurrido más de 30 años desde el primer reporte de la asociación de un gen específico con una enfermedad y se considera en la actualidad más de 500 patologías en las cuales las dermatológicas también están incluidas sobre todo las autoinmunes. El sistema HLA está referido a una parte del MHC (complejo mayor de histocompatibilidad) y podemos interpretarlo como una parte del mapa genético en los cromosomas, de manera que la susceptibilidad o protección depende de la etnicidad y en consecuencia del mestizaje de cada persona. Así pues, lo vemos en Lupus eritematoso, Poliarterirtis nodosa, Liquen plano, Psoriasis, Dermatitis cenicienta, Esporotricosis, Lepra, VPH, Hiperplasia epitelial focal, Covid 19, Melanoma, Urticaria,Vitíligo, DBTM, etc

La estadística en dermatología nos ayuda mucho en los diagnósticos diferenciales siempre en cuando sean los de mayor incidencia; por ejemplo, en Eritema anular centrífugo las causas más frecuentes son las infecciones del tracto respiratorio superior, en el Eritema nodoso la incidencia en algunos estudios es la de causa idiopática, en Urticaria tenemos como causa más común la de naturaleza alimentaria, en Melanoma es más frecuente en nuestro medio la variedad acral mientras que en la literatura dermatológica reportan la variedad de extensión superficial como el tipo más común, y así otros ejemplos.

El melanoma presenta una particularidad muy importante pues la configuración que presenta es muy sugerente por ser de suma importancia médica debido a su alta letalidad, la detección semiológica por parte nuestra es vital debido a que lo tenemos “a simple vista” para poder corroborarlo con la histopatología así como iniciar su tratamiento según su estadio clínico. En la presentación de Melanoma acral ungueal hemos visto casos de confusión con Onicomicosis y onicectomía por parte de otros galenos; sin embargo sería muy útil el reconocimiento del signo de Hutchinson para detección de esta patología. Debo mencionar que tenemos un día al año para su detección temprana y realizar la referencia al centro hospitalario correspondiente de manera que inicie el tratamiento oportuno, siendo en nuestro ámbito nacional el primer domingo del mes de febrero al cual denominamos ·Día del lunar”.

La terapia del Acné va progresando con nuevos estudios y moléculas activas, sin embargo los estudios también orietan hacia lo más elemental en relación a la alimentación; la falsa creencia que la ingesta de alimentos grasos tendrían relación con esta enfermedad ya ha sido revisado, sin embargo las conclusiones que sí guardan relación son los de alto índice/carga glicémica (nivel de evidencia IB) y no necesariamente restringe el consumo de lácteos (explicado por su contenido hormonal y fructosa) pero es necesario disminuir su cantidad (nivel de evidencia III). Los alimentos perjudiciales serían azúcares refinados, pan blanco, harinas, sodas, golosinas, papas, cereales, pasas, helado, entre otros.

La propaganda y el marketing televisivo han influido mucho en la percepción de las enfermedades y la automedicación, tanto así que nuestras autoridades de salud no han dado su posición ni reclamo en relación a los medicamentos dermatológicos pues sabemos que no es correcto su contenido. Por otra parte, los productos cosméticos de laboratorios muy reconocidos no consignan el porcentaje de determinado principio activo; por mencionar solamente al ácido hialurónico o al ácido retinoico, conocemos que poseen una concentración terapéutica para realizar determinado efecto y esto es bien conocido por los dermatólogos (y se nos obliga a realizar la prescripción con los detalles de ley en la receta, que es correcto aceptarlo y entenderlo) pero sin embargo no está registrado en la etiqueta del producto dermocosmético de venta libre y hasta publicidad televisiva tiene.

El consentimiento informado y firmado por el paciente está normado para ciertas patologías que indique lo relacionado a algunos tratamientos clínicos como el uso de la Isotretinoina y los tratamientos estéticos del peeling químico por ejemplo. Así como el uso de imágenes por fotografías ayudan en evolución clínica y para la presentación de casos clínicos de estudio o presentación en Congresos. Además, en tratamientos de piel cabelluda evalúa los avances y resultados terapéuticos ya que no es posible recordar su situación meses atrás ni mucho menos los detalles que el paciente menciona, así como muchas veces con un perfil ansioso que no le permite ser muy objetivo en esta apreciación. En este punto es justificable realizar imágenes previas y posteriores en los procedimientos estéticos.

En mi punto de vista personal, se supone que todo médico obra desde su profesión ofreciendo sus conocimientos para bienestar del paciente; sin embargo, en algunas circunstancias ocurren inconvenientes médicos que llevan a la participación legal bajo unos conceptos y términos no bien conocidos a profundidad y que sin embargo no nos exime de esta responsabilidad. La culpa médica está referida al acto médico en sí, por ello no se hizo con intención de hacer daño y sin embargo puede producirse por falta de previsión para evitarlo, sea como negligencia, impericia, imprudencia, mal praxis, dolo, omisión, etc. Por ello, es necesario conocerlos o asesorarnos y evitar situaciones apremiantes. En el dolo hay intención deliberada de causar daño; negligencia se produce cuando no se emplea el debido cuidado de una acción específica; mala praxis se determina cuando el profesional de salud no cumple con el estándar de atención esperado en su campo específico; impericia es el descuido u omisión como hacer menos o dejar de hacer, así como hacer lo que no se debe.

De acuerdo con la actividad médica o procedimiento especializado realizado, sería correcto o justo que una complicación médica descrita en la literatura médica y detallada en un consentimiento informado y escrito pre quirúrgico (además firmado) sea categorizada como “irresponsabilidad médica”?, sería justo que ante un resultado adverso (que podía pasar o que estaba dentro de los riesgos) el médico sea culpado o vaya preso?, teniendo en cuenta que es de conocimiento púbico que todo acto médico y quirúrgico implica siempre un riesgo a la salud. Este tema de llegar a las definiciones médico legales, actividades y resultados negativos, consecuencias penalizadas y reflexivas nos obligan a pensar dos veces si nuestros actos van a tener consecuencias desfavorables para nuestra posición. Inclusive un diagnóstico en base a nuestros conocimientos y experiencia o las posibilidades de las causas, o las enfermedades que requieren confirmación y participación de los exámenes de ayuda diagnóstica podrían plantearse como una frase cómica (sólo por poner un ejemplo hipotético) “el paciente pregunta que es lo que padece y el abogado del médico que está presente en la consulta para respaldar su posición le responde: mi patrocinado solo puede responder esa pregunta cuando tenga los resultados de los análisis solicitados”.

El certificado médico tiene un valor médico legal según sus normas vigentes; por ley los días de reposo médico que se puede emitir denominado justificante médico, parte de reposo o permiso por enfermedad corresponde al documento en el que el paciente o trabajador ha asistido dentro de su horario laboral o estudiantil, etc, a un centro médico en el cual el reposo se extiende por un período de tiempo siguiendo el protocolo del establecimiento y cada caso en particular. El motivo de mencionarlo aquí es la justificación que como médicos especialistas le otorgamos, pues es nuestra participación legal con el paciente y como dice el escrito que ponemos: “… a solicitud del interesado(a) para los fines que estime conveniente”. Pues resulta que hasta este tiempo permitido debemos conocerlos para no incurrir en falta.

Los Consensos nacionales o Guías de práctica clínica de algunas enfermedades deberían de plasmarse y documentarse en nuestro ámbito nacional pues cada realidad es diferente pero siempre se habla con el mismo Idioma dematológico. Por referirme a algunos ejemplos, la Sociedad argentina de dermatología el 2015 en el tema de Vitíligo incluye en su presentación clínica a las tricrómicas, cuadricrómicas y pentacrómicas; en Colombia y otros países en relación a gravedad de Psoriasis incluyen la terapia biológica con inhibidores del FNT y los inhibidores de interleucinas que involucra a la población pediátrica afectada por esta patología. Sin embargo; como sabemos, no son consideradas como un criterio rígido, son sugerencias y flexibles dependiendo de cada caso en particular y a las nuevas evidencias científicas que surgen tras las investigaciones.

Los fotoprotectores, protectores o bloqueadores solares presentan sus siglas FPS cuyo significado es Factor de proteción solar cuya interpretación es la cantidad de veces que protege de la radiación ultravioleta en un determinado tiempo a determinado paciente, esto sucede con filtros que actúan reduciendo la cantidad de rayos que penetran en nuestra piel expuesta, Dicho en otras palabras y mencionando cifras, los FPS15 filtran aprox. 83% de los rayos UVB, los FPS30 filttran aprox. 90%, los FPS 50 filtran aprox. 98% y los FPS 100 aprox el 99%. Así pues, un FPS50+ indica máxima protección y es sinónimo de 100 en la nueva y actual nomenclatura.

El FPS es un índice que significa el grado de protección de un fotoprotector en su espectro entre 290 y 340 nm de radiación ultravioleta, y debemos enfatizar que mide la protección frente a la UVB que es la radiación más eritematógena. Este factor da una idea aproximada del tiempo que se puede estar fotoexpuesto sin riesgo de quemadura solar. Ultimamente tenemos a disposición los fotoprotectores sistémicos administrados por vía oral como los betacarotenos, el polipodium leucotomos, la combinaciones de antioxidantes orales (vit C y E) y los polifenones del té verde; sin embargo los estudios aún por concluir un resultado adecuado. No olvidar la mencionada “hipótesis de compensación” pues daría una falsa sensación de seguridad por lo cual nos exponemos más a la radiación solar y teóricamente aumentaría el riesgo de carcinogénesis, habiendo pruebas a favor y en contra de estos argumentos.

La fotoprotección infantil es vital pues las ponencias, actualizaciones y estudios en este rubro indican que en los primeros 15 años de vida sería la etapa en la cual se acumula y absorbe gran porcentaje de radiación ultravioleta y se manifestará después con el paso de los años, por supuesto influyen ciertos factores ya conocidos como agravantes.

Las enfermedades emergentes como la pandemia del COVID-19 nos obligó a enfrentarlo con funestas consecuencias a nivel mundial y un reto para los profesionales de la salud plantear con estudios actuales las manifestaciones cutáneas, como la publicada por la European Academy of dermatology and venereology con 3 aspectos generales de rash eritematoso, urticaria generalizada y erupción variceliforme. Así también la British Journal of Dermatology muestra 5 patrones clínicos pseudo chilblain (traducido sería pseudo sabañones), vesicular, urticariforme, maculopapular y vasculonecrótico. A manera de anécdota curiosa, los estudios de este virus y sus mutaciones por cambios en su configuración de algunas moléculas originan sus variantes y así mismo las manifestaciones cutáneas y por consiguiente la producción de sus vacunas, inclusive han producido efectos secundarios y hasta polémicas de su efectividad; en fin, no es motivo el polemizar este concepto sino la explicación de las reacciones que producen en la piel.

Las enfermedades epidémicas que relacionen a la dermatología nos pone en posición obligatoria de estar al frente con nuestros aportes e investgaciones, como lo fue en tiempo pasado con la Viruela, las manifestaciones cutáneas del VIH con el Sarcoma de Kaposi, los síndromes cutáneos del COVID-19 con el patrón vasculonecrótico, y recientemente con la Viruela del simio que genera la alarma en nuestras autoridades de salud así como en la población en general.

La nemotecnia ABCD usada en la examinación de Nevos melanocíticos y su sospecha clínica de malignidad ha evolucionado con el tiempo y debemos mencionar a algunas especificaciones actuales ABCDEFGHI. Asimetría, bordes, coloración, diámetro, edad, fototipo, gestación, hands (manos y pies), impresionabilidad. Así pues, hay más parámetros que nos ayudan a valorar estas lesiones y determinar su sospecha precoz. Si bien es cierto la nemotecnia básica del ABCD, muy usado y hasta la actualidad vigente así como muy práctica, los tomaríamos como sospechas clínicas pero porque no agregar otros datos que nos amplían el entendimiento y ayuda para detección oportuna y tratamiento precoz.

Algunas moléculas farmacológicas usadas inicialmente con un fin terapéutico están investigadas con nuevas propiedades, tal es el caso de la ivermectina (lactona macrocíclica, familia de las avermectinas) que es bien conocida en la dermatología. Antiparasitario que cumple una función experimental adicional; ejemplo de reposicionamiento de fármaco con posible actividad como tratamiento complementario para el cáncer de mama. Se le atribuye el bloqueo de interacción proteica que forma parte del complejo regulador de transcripción que se encuentra desregulado en cáncer mamario, actualmente como Fase de estudio. Y así otras más.

Otra molécula muy conocida como el Minoxidil que fue usado inicialmente con efecto hipotensor y posteriormente en nuestra especialidad para la Alopecia; actualmente en la literatura lo reportan con resultados alentadores y aún en estudios para crecimiento longitudinal de la uña, incluso nuestro colega peruano Eberth Quijano en el Hospital Carrión lo está evaluando como coadyuvante en la Onicomicosis para crecimiento y eficacia en el tratamiento antifúngico.

La estadística en salud es muy importante, sin embargo lo menciono por el seguimiento que damos a nuestros pacientes en respuesta ante nuestros tratamientos ya que por la cronicidad de muchas patologías es necesario la revisión efectiva de muchos productos dermatológicos (genéricos o “de marca”) que dicho en otras palabras la farmacovigilancia la hacemos nosotros con los controles periódicos y ver la respuesta terapéutica. El uso de los medicamentos genéricos son promulgados como “igual de eficientes” que los de denominados con nombre comercial, y corresponde al concepto unificado de las autoridades sanitarias así como a los médicos que vemos y evaluamos la eficiencia con los casos y controles. Como en todas las especialidades médicas, la prescripción de los fármacos, sean de origen genérico o con nombre comercial (de marca) nos obliga a evaluar esta efectividad y corroborar la influencia de algunos factores que pudieran modificar el resultado esperado.

Así mismo, otras moléculas como la espironolactona inicialmente usado en la década de 1960 por efecto diurético ahorrador de potasio y así controlar la Hipertensión arterial con edema, la Insuficiencia cardiaca y el Hiperaldosteronismo; también se conoce actualmente su función antiandrógena por lo que es utilizado como alternativa en nuestra especialidad en Acné, Hidrosadenitis supurativa, Alopecia androgénica femenina e Hirsutismo. Esta actividad de la espironolactona con su metabolito activo la canrenona reduce la actividad de la enzima 17-α-hidroxilasa y de esta manera disminuye la conversión de pregnenolona y progesterona a testosterona.

Las líneas de las huellas dactilares conocidos como dermatoglifos son estructuras epidérmicas expresadas en crestas y surcos, así como también sus pliegues de flexión que sirven para identificación personal, así como también para la detección de alteraciones cromosómicas y que nos sirve como un elemento más de semiología de los diferentes fenotipos. Estas huellas no sólo es usado para el trabajo, manejo y activación de celulares, movimiento de operaciones bancarias, casos legales en investigaciones criminales, etc. De allí la importancia en caso de su ausencia o deterioro por múltiples causas como las dermatosis, lesiones traumáticas de los dedos, denervación, envejecimiento, quimioterapia, entre otras, además que nos sirve para validar la identidad de la persona por biometría dactilar.

Debo agregar un acápite adicional al tema de reflexología podal, no porque sea nuestro campo de acción sino debido a las maniobras que se usan y que indirectamente participa la piel, pues con estos procedimientos en plantas de pies mencionan aprovechar las conexiones de nervios entre segmentos internos de órganos, músculos y piel para influir a nivel reflejo sobre dolencias desde el exterior. Esta medicina alternativa supone la aplicación de presión en áreas reflejas y sirven como sensores a determinados órganos. Aquí debo decir que no es opinión personal ni de los colaboradores, sin embargo concluyen algunas investigaciones multicéntricas que a pesar de haber sido probada en una amplia variedad de problemas de salud su eficacia no estaría respaldada por pruebas sólidas después de la revisión de estudios publicados con evidencia científica.

Los códigos CIE de enfermedades y su importancia en la esfera administrativa es usado en forma internacional y su actual clasificación está ya en la 10ma revisión, la cual usamos en registro obligatorio y poder tomar decisiones administrativas y epidemiológicas; fue aprobada en la Asamblea Mundial de la Salud en mayo 1990 y adoptada por la mayoría de los países miembros de la O.M.S. a partir de 1994 traducida a más de 40 idiomas y estará en vigor hasta 2018. En la actualidad debemos pasar a la CIE-11, sin embargo muchas instituciones aún continúan con la nomenclatura anterior. Estos datos sirven de apoyo para planificación de servicios, administración de calidad así como investigación de servicios sanitarios a gran escala. Sin embargo contiene algunos códigos divertidos y algo cuestionables y curiosos como el V95.4: accidente de nave espacial con lesión de ocupante, W61.33: picoteado por pollo, V97.33: aspirado dentro de motor de reacción y otros más. Me pregunto si estos códigos sean prudentes a estas alturas del avance tecnológico pues fue revisado por expertos en la materia; bueno, queda como una reflexión.

Recomendaciones finales

Nadie es tan mal malo como parece ni tan bueno como aparenta dice una frase de un personaje colombiano/japonés que dicta conferencias y lo tomo como un comentario o reflexión pues muchas veces nos dejamos llevar por ciertos aspectos o apariencias externas de los médicos; la seriedad, la edad, el léxico utilizado, la empatía, el tiempo de su profesión (¿experiencia?), el centro médico donde labora, el costo de la consulta, procedencia de su profesión, tiempo que utiliza en la consulta, tipo de medicamentos que receta, etc. Y es necesario reconocer que influye en la apreciación del paciente hacia nuestra efectividad como especialistas y sin embargo no siempre ocurre de esta manera pues con el paso del tiempo en nuestras consultas cada quien sabe hasta donde llega a beneficiar al paciente; por ello una vez más incido en los factores que influyen para tener una adecuada respuesta terapéutica como por ejemplo los medicamentos recetados como polifarmacia, exámenes solicitados y tal vez innecesarios, formulaciones galénicas con combinaciones dudosas o porcentajes no terapéuticos, verborrea para convencer al paciente, y otros tantos ejemplos que ya no será necesario mencionar; por eso veo por conveniente hacer énfasis en algunos aspectos que considero importante tenerlo en cuenta.

La profesión médica requiere y nos obliga a involucrarnos conscientemente en nuestra profesión por lo cual demanda esfuerzo, tiempo, voluntad, habilidades, y porque no agregar penurias de diferente índole. Además, también ***suerte*** pero no la palabra que significa al azar sino la nemotecnia: Saber Utilizar Efectivamente Recursos para Tener Éxito, pues estas sencillas palabras engloba los puntos básicos en mi opinión personal.

Considero que son puntos importantes para mejorar nuestra presentación como médicos y ofrecer calidad de salud. Muchas veces es reconocida la labor de nuestra profesión, así como también en otras ocasiones pasa desapercibida. Siempre queda la satisfacción de haber colaborado en la recuperación de salud desde nuestra especialidad, pero sin embargo en ocasiones no es posible solucionarlo y quedará en el paciente la duda de la capacidad y experiencia del dermatólogo consultado. En algunas oportunidades quién no ha escuchado que el paciente comente “no me ha examinado” refiriéndose, a que no se ha realizado la palpación respectiva, y es necesario recalcar que en dermatología no siempre es necesaria esta parte del examen clínico.

Pensar como dermatólogo, interpretando lo necesario y apartando lo que no enfoca a la enfermedad, de manera que nuestros conocimientos favorezcan al paciente. Tantas palabras que el paciente refiere y algunas de ellas no son necesarias para el diagnóstico. Un ejemplo sería una enfermedad ampollar de poco tiempo en persona de edad avanzada y dolorosa de trayecto metamérico nos guía hacia el Herpes zóster, sabemos que ocurre por única vez, pero el paciente puede insistir en que ya presentó en anterior oportunidad; es necesario aclarárselo para evitar dudas o confusión.

Actuar como dermatólogo; debe ser coherente y en el orden respectivo al solicitar análisis de ayuda diagnóstica pertinentes, así como la actitud ante nuestros colegas. No es necesario solicitar tantos exámenes de laboratorio esperando que nos dé el diagnóstico del cual tenemos duda. Así como también algunos pacientes acuden a la consulta con sus resultados solicitados por otro colega; a esto debo añadir que en algunas instituciones existen protocolos para solicitar análisis según enfermedades, una Urticaria crónica exige el descarte de parasitosis y sin embargo no es aceptado según su “sistema informático”.

Hablar como dermatólogo; sustentado científicamente o reforzado con la medicina basada en evidencias pues el léxico debe corresponder a nuestra altura. El especialista al acudir a la interconsulta posee la visión de las manifestaciones cutáneas de las enfermedades sistémicas y para poder ilustrar este ejemplo; no todo prurito nocturno es Acarosis, no toda úlcera de zona endémica es Leishmaniasis cutánea, no todo rash cutáneo en paciente con TBC es Reacción adversa a tuberculostáticos, no toda “dermatitis del pañal” es como se asume a esta enfermedad inflamatoria, etc

Vestir como médico; ya dice el dicho que el hábito no hace al monje, pero es necesario porque representamos salud y se educa con el ejemplo. Este tema lo veo desde que iniciamos los estudios del pregrado en el que usamos en mandil hasta para retornar a nuestras casas, o el estetoscopio colgado en el cuello hasta para almorzar, sabemos que los microorganismos están presentes y contaminamos por donde vamos. Desde el pre grado debemos forjarnos y concientizarnos con este detalle.

La escritura legible en la Historia clínica es necesaria por orden personal y profesional, sujeto a revisión para casos clínicos o presentación en Congresos, inclusive esta información médico legal si la fiscalía lo solicitara, o tal vez en una auditoría médica. Desde que empezamos la carrera médica nos hemos dejado llevar por esta mala costumbre de escritura poco legible, y continuamos por este camino no adecuado; es posible (aunque no justificado) que una adecuada y minuciosa historia clínica exija escribir lo suficiente para poder tener los datos necesarios en cada paciente, escribimos muy rápido que nos conlleva a una forma incorrecta historia clínica, así como poco legible lo que redactamos. En algunas ocasiones no he podido comprender lo que ha escrito mi colega y deja “vacíos” que pueda interpretar o ayudarme. Con el avance tecnológico que tenemos en la actualidad ya se cuenta con la Historia clínica informática en la mayoría de instituciones de salud y es muy favorable además que está al alcance de otro médico que requiera conocer el historial de cada paciente.

Redacción en la historia clínica en forma específica y “al grano” sin omitir lo que corresponde a nuestra especialidad. No es necesario mencionar a nuestros propios colegas (de cualquier especialidad) quienes no consignan el examen físico correspondiente pero sí el diagnóstico; no es frecuente que suceda este detalle, pero las veces que se necesitan algunos datos de consultas anteriores no las encontraremos. La evaluación por ejemplo de una Onicomicosis que inicia tratamiento, en su evolución no se registra si lo que empezó como onicodistrofia total esté posteriormente como onicodistrofia laterodistal y después onicodistrofia distal que nos orienta que está evolucionando favorablemente como debe ocurrir.

Receta médica legible; a través de los años sea por mala costumbre o por rapidez al elaborarla en la mayoría de casos son ilegibles (por suerte el farmacéutico lo entiende), y hasta existe una forma de redactarla según normas vigentes. Esta parte es la consecuencia de seguir a nuestros antecesores y "aprendemos lo que vemos", no existe un curso para redactar una correcta receta legible. Como excusa se dice que hay mucho por escribir y tantos pacientes que evaluar y no nos da el tiempo suficiente para redactar legiblemente. Incluso redactamos recetas de medicinas con nombres comerciales y no siempre el medicamento genérico que es lo que se nos exige y es la norma, incluso fórmulas magistrales con contenido de varios compuestos y porcentajes; en fin, la autodisciplina sería lo adecuado para no caer en este inconveniente.

El médico está en la obligación de adquirir conocimientos y actualizarse en su área, y como decía Benjamín Franklin "el mejor médico es el que conoce la inutilidad de la mayor parte de las medicinas", lo cual es una frase muy estricta y al parecer exagerada pues los estudios e investigaciones médicas nos ofrecen alternativas y soluciones que necesitamos con el avance de la tecnología y mayores conocimientos de la enfermedad. Además, Paracelso decía "…. ni daré medicamentos sin comprenderlos, ni aceptaré dinero sin merecerlo" que nos hace reflexionar sobre los principios activos de las medicinas que usamos a diestra y siniestra, lo cual repercute en la enfermedad que les aqueja.

En una ocasión leí un artículo sobre el tiempo que transcurre en una consulta médica con algunos detalles peculiares, y decía que 1 de cada 3 médicos preguntan el motivo de la visita al paciente y los que lo hacen interrumpen aproximadamente a los 11 segundos después de que comienzan a explicar su malestar y motivo de consulta; es un punto de vista anecdótico y sin embargo no siempre es lo que ocurre en la consulta. El escuchar con paciencia y minuciosidad al inicio de la consulta nos enfoca mejor sobre la enfermedad para interpretar lo que está sucediendo; tenemos que tener presente la esfera emotiva pues sabemos que repercute en su malestar dermatológico y el paciente expresar sus tensiones, siempre y cuando lo orientemos hacia la dolencia y motivo de consulta.

Responsabilidades éticas

Protección de personas

El autor y colaboradores declaran que para este texto no se han realizado experimentos en seres humanos.

Confidencialidad de los datos

El autor y colaboradores declaran que en este texto no aparecen nombres de pacientes, excepto los datos clínicos dermatológicos.

Derecho a la privacidad

El autor y colaboradores declaran que en este texto no aparecen datos personales de los pacientes.

Autoría y originalidad

El autor y colaboradores confirman que se trata de un texto original, no publicado previamente, el cual creemos apropiado para su publicación dado que enfatiza la importancia para todo el ámbito de la dermatología en formación, de revisión y actualización.

Financiamiento

El autor y colaboradores no recibieron patrocinio para llevar a cabo este texto.

Conflicto de intereses

El autor y colaboradores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Referencias bibliográficas

Actualizacion en pediculosis capitis
Semergen
Bernat de Pablo Màrquez
Vol. 45; Núm. 2
España 2019

Acropaquias: del signo a la enfermedad
Revista colombiana de Reumatología
Marina Corral-Forteza, Maribel Iglesias-Sancho, Javier García-Miguel y Montserrat Salleras-Redonnet
España 2020

Actualización sobre el vitíligo
Educación médica contínua
Macarena Molé y Mauro Coringrato
Dermatología argentina
Vol. 25; Núm.2
Junio 2019

Actualización terapéutica en Alopecia areata
Actas dermo sifilográficas
M. Galán-Gutiérrez, A. Rodríguez-Bujaldón, J.C. Moreno-Giménez
Vol. 100; Núm. 4
Mayo 2009

Actualización en fotoprotección infantil
Revista Anales de pediatría
Asociación española de pediatría
M. Valdiviezo Ramos, J. M. Herranz
Vol. 72; Núm. 4
España 2010

Biosimilares en dermatología
Actas dermo sifilográficas
L. Puig, G. Carretero, E. Daudén, C. Ferrándiz, S.E. Marrón, A. Martorell, B. Pérez-Suárez, C. Rodriguez-Cerdeira, R. Ruiz-Villaverde, J.L. Sánchez-Carazo, M. Velasco
Vol. 106; Núm. 7
Setiembre 2015

Blaschkitis o Liquen estriado. Un desafío diagnóstico
Dermatología cosmetica, médica y quirúrgica
Marcela Clavellina Miller, Eduwiges Martínez Luna, Sonia Toussaint Caire, José Díaz González
Vol. 12; Núm. 1 México 2014

Biología del virus del papiloma humano y técnicas de diagnóstico
Elsevier Medicina universitaria
David De la Fuente-Villarreal, Santos Guzmán-López, Oralia Barboza-Quintana, Roger Adrián González-Ramírez
Vol. 12; Núm. 49
México 2010

Cutis verticis gyrata primaria esencial: reporte de dos casos y revisión de la literatura.
Dermatología cosmética, médica y quirúrgica
Karina Escobar Ramírez y José Manuel Díaz González
Vol. 17; Núm. 1
Mèxico 2019

Consenso de semiologia dermatológica
Universidad nacional de Colombia
Trabajo de grado presentado para obtener el titulo de dermatologia
Liliana Patricia Lancheros Munevar
Dirigido por Dr Luis Fernando Palma
Bogotá 2011

Consenso sobre vitiligo
Sociedad argentina de dermatología
Abbruzzese Mario A. Larralde Margarita Ubogui Javier
Argentina 2015

Cuidado, los pinchazos de ácido hialurónico no se reabsorben del todo (según los expertos)
Vogue spain
Violeta Valdés
España Febrero 2023

Consenso español para establecer una clasificación y un algoritmo de tratamiento del acné
Actas dermo sifilográficas
J.L. López-Estebaranz, P. Herranz-Pinto, B. Dréno[c]
Vol. 108; Núm. 2
Marzo 2017

Claves diagnósticas en displasias pilosas I
Actas dermo sifilográficas
A. Giacaman, J. Ferrando
Vol. 113; Núm. 2
Febrero 2022

Coiloniquia asociada con ferropenia
Revista médica de Rizaralda
José Mauricio Ocampo Chaparro, Gildardo Mauricio López
Vol.18; Núm. 2
Colombia 2012

Condiloma acuminado
Revista científica Ciencia médica
Andrea W. Choque Campero, Juan Carlos Céspedes Escobar
Vol. 14; Núm.1
Bolivia 2011

Coronavirus SARS-CoV-2: estructura, mecanismo de infección y células afectadas
Genética médica News
Amparo Tolosa
Mayo 2020

Dermatología basada en evidencia: una sinopsis
Actas dermo sifilográficas
j. Manríquez
Vol. 100; Núm. 2
Marzo 2009

Dermatofibroma: diagnóstico clínico y dermatoscópico
Revista electrónica de Biomedicina
Aldana Soledad Vacas, María Victoria Rodríguez Kowalczuk, Florencia Gallo, Rosa Marigle Rodrigues Vasconcelos, Alicia María Kowalczuk, Paula Andrea Enz.
Argentina 2017

Dermatofibroma. Análisis clínico patológico de 10 años en el Servicio de dermato patología del Hospital General de México
Medicina cutánea Ibero latinoamericana
Luis Miguel Moreno López, Patricia Mercadillo Pérez
México 2003

Dermatitis de manos
Actas dermo sifilográficas
C. Ramírez, SE. Jacob
Vol.97; Núm. 6
Julio 2006

Demodicidosis: una revisión clínica y terapéutica
Dermatología cosmética, médica y quirúrgica
Julio César Jasso Olivares, Judith Domínguez Cherit, María Teresa Hojyo Tomoka, JM Díaz González
México 2024

Dermatitis atópica. Pitiriasis alba. A propósito de un caso
Revista argentina de dermatología
K. E. Herrera, V. Colmenarez, E. M. Páez, S. Tobía, S.C. Vivas
Vol. 100; Núm. 4
Argentina 2019

Diversidad genómica en SARS-CoV-2: mutaciones y variantes
Revista del cuerpo médico Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo Chiclayo Perú
Franklin Rómulo Aguilar Gamboa, Danny Omar Suclupe Campos, Jorge Arturo Vega Fernández, Heber Silva Díaz
Vol. 14; Núm. 4
Perú 2021

Dermatología Formulación magistral. Arte Ciencia
Fondo Editorial Comunicacional
Leonardo Sánchez Saldaña, Jaqueline Cabanillas Becerra, María Yengle Chuquiyauri, Soky Del castillo Cabrera, Gladys Chanco Ramírez, Emma Escalante Jibaja. Perú 2014
Eritema anular centrífugo como marcador cutáneo de comorbilidades
Revista del centro dermatológico pascua México
Myrna del Carmen Rodríguez Acar
Fermín Jurado-Santa Cruz
María Teresa Rosas-Morett
México 2021

Eritema nodoso: causas mas prevalentes en pacientes que se hospitalizan para estudio y recomendaciones para el diagnóstico
Revista médica de Chile
Pablo Vara, Andrea Antúnez-Lay, José Miguel Bernucci, Laura Cossio, Sergio Gonzáles, Gonzalo Eymin
Vol. 144; Núm. 2
Chile 2016

Enfermedades del tejido adiposo: lipomas, lipomatosis, lipodistrofias
Elsevier EMC dermatología
L. Delgado, S. Ingen, Housz Oro
Vol. 46; Núm. 1 Marzo 2012

Enfermedad por inyección de rellenos sintéticos permanentes (EIRSP). Recomendaciones del grupo de expertos del Capítulo de Biomateriales de la FILACP
Cirugía plástica Iberomericana
César Oliveros, Fabián Pérez Rivera, Giovanni Betti Kraemer, María Daniela Cordero De Oliveros, Juan Fernández Romero, Gabriel Medrano Ramírez, Gustavo Schenone, Daniel Slobodianik Correa, Joselit Torres Bermúdez.
Vol. 48; Núm 3
Julio-Setiembre
España 2022

El ácido hialurónico y sus aplicaciones en dermatología
Actas dermo sifilográficas
Aurora Guerra Tapia, Enrique Gómez de la Fuente
Vol 89; Núm. 9
Setiembre 1998

Enfermedad de Fox Fordyce
Actas dermo sifilográficas
Cristina Rubio, Matías Mayor, María Angeles Martín, María José González-Beato, Félix Contreras, Mariano Casado
Vol. 95; Núm. 5
España 2004

Embriología cutánea
Revista Asocicación colombiana de dermatología y cirugía dermatológica
Educación médica continuada
Guillermo González Rodríguez
Colombia Vol. 10; Núm. 2
Junio 2022

Erupción polimorfa lumínica
Dermatología Revista mexicana
Nancy M Cruz-García, Indira R Mendiola-Pastrana, Iris Morales-Juárez, Geovani López-Ortiz
Mexico 2023

El menosprecio a la dermatología y el esfuerzo de los médicos dermatólogos en beneficio de los pacientes
Revista médica del Instituto mexicano
Adán Fuentes Suárez, Domínguez Soto
Vol. 53, Núm. 5
México 2015

Enfermedad de Fox-Fordyce: Caso clínico y revisión de la literatura
Dermatología cosmética médica y quirúrgica
Anahí Echauri, Elisa Cubilla, Antonio Guzmán, Mary Esquivel, Gloria Mendoza, Luis Celias, Roberto Arenas, Maria Elisa Veja Memije
Vol. 11; Núm. 1
Paraguay 2013

Estado actual del herpes zóster y las nuevas perspectivas para su prevención
Elsevier
José María Molero, Jesús Ortega, Irene Montoro, Natalia McCormick
Vol.25; Núm.2
España Junio 2024

Epigenética
Ciencia. Revista de la Academia Mexicana de ciencias
Vol, 73; Núm. 4
Octubre 2022

Eficacia y seguridad de la reflexología podal
Informe técnico SESCS
Trujillo Martín M.M, Del pino Seldeño T, León Salas B, García García J, Benitez Brito N, Gaitán González A, Rodríguez Rodríguez L, Guerrero Fernández de Alba I, Serrano Aguilar
España 2022

En qué pensar ante una leucodermia y poliosis desde el nacimiento
Revista Pediatría Atención Primaria
j. Morata Alba, A. Tarragón Cros
Vol. 18; Núm. 72 España 2016

Eficacia de minoxidil tópico como terapia adyuvante en pacientes con onicomicosis en tratamiento con terbinafina en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión
Quijano Alemán, Eberth Gustavo
Tesis para optar título de especialista en dermatología
Lima, Perú 2024

Foliculitis y pseudo foliculiculitis abscesiforme de cuero cabelludo
Actas dermo sifilográficas
José D. Domínguez-Auñón, Reyes Gamo, María J. Isarría, Mónica García-Arpa, Arancha Vergara, José L. Rodríguez-Peralto, Aurora Guerra, Luis Iglesias
Vol. 95; Núm. 4
Mayo 2004

Fotodermatología 2da edición
Editorial Médica Panamericana
Juan Escalas Taberner
España 2019

Fitzpatrick. Atlas de dermatología clínica 8va edición
Editorial Mécica Panamericana

Guia de practica clinica para el tratamiento de la psoriasis en Colombia
Revista de la asociacion colombiana de dermatologia y cirugia dermatologica
César Fernando Gonzáles Ardila, Angela María Londoño García, Carolina Ivette Cortés Correa
Colombia 2018

Grado de severidad de dermatitis atópica y nivel de inmunoglobulina E Hospital Nacional Dos de Mayo
Mayhua Fuentes, Alfredo Enrique
Tesis para optar título de especialista en dermatología

Granos de Fordyce
Laboratorios KIN
Healthline Media
Adam Felman
España 2021

Guias de diagnóstico y manejo de melasma
Dermatología cosmética médica y quirúrgica
Ivonne Arellano Mendoza
Coordinadora del grupo de trabajo en melasma
Vol. 16; Núm. 1
México 2017

Hipertricosis cervical anterior
Anales de pediatría
P. Fernández-Crehuet , R. Ruiz-Villaverde P. Fernández-Crehuet , R. Ruiz-Villaverde
Vol, 81; Núm.2
Agosto 2014

Herpes zóster. Actualización y manejo
Dermatología argentina
Educación médica continua
María Gabriela Torres Ordóñez，Dolores Bastard y Ana Clara Torre
Vol. 27; Núm. 2
Argentina 2021

Halo Nevo y Vitíligo: a propósito de un caso
Universidad nacional de Asunción
Revista pediátrica
Dr Arnaldo B. Aldama C, Dra Victoria Rivelli, Dra Graciela Gorostiaga, Dra Liz Domínguez, Dra Olga Aldama, Dra Gloria Mendoza
Vol. 34; Núm 1
Paraguay 2007

HLA en la dermatología mexicana
Dermatología. Revista mexicana
Julio Granados, Daniela Ruiz-Gómez, José F. Llanos-Rodríguez, Susana Hernández-Doño
México 2022

Herpes zóster y neuralgia postherpética en el adulto mayor: particularidades en la prevención, el diagnóstico y el tratamiento
Ana Isabel García-González y Oscar Rosas-Carrasco
Gaceta médica de México
Artículo de revisión
México 2017

Huellas dactilares: origen, usos y desafíos que genera la incapacidad para su registro
Instituto Mexicano del Seguro social
Artículo de opinión
Gabriel Guisar Sahagún, Israel Grijalva Otero, Ignacio Madrazo Navarro
Vol. 59; Núm. 6
México 2021

Inteligencia artificial en dermatología: ¿amenaza u oportunidad?
Actas dermo sifilográficas
A. Martorell, A. Martin-Gorgojo, E. Ríos-Viñuela, J.M. Rueda-Carnero, F. Alfageme, R. Taberner
Vol. 113; Núm. 1
Enero 2022

Investigación realizada por Especialistas del INEN Advierte Aumento de Casos Avanzados de Melanoma Maligno en Los Últimos Años
Instituto nacional de enfermedades neoplásicas – INEN
Perú abril 2024

Infecciones por virus herpes simple
Asociación española de pediatría de atención primaria
Muñoz Hiraldo E, Morillo Gutiérrez B.
Noviembre 2017

Infecciones cutáneas bacterianas
Dermatología periuana
Leonardo Sánchez Saldaña, Eliana Sáenz Anduaga
Vol. 16; Núm 1. Perú 2006
Introducción a la dermatología
Ediciones Journal
Emilia N. Cohen Sabban, Margarita Larralde, Ramón A. Fernández Bussy
Argentina 2021

Lipoma y lipomatosis
Revista argentina de dermatología
l. Huczak y N. E. Drivan
Vol. 88; Núm. 1
Argentina 2007

Las displasias pilosas. Artículo de revisión
Bertha Edith Guillén Palacios, Adriana María Valencia Herrera, Mirna Eréndira Toledo Bahena, Erika Ramírez Cortés, Carlos Alfredo Mena Cedillos, Mario PérezPeña DíazConti
Dermatología cosmética, médica y quirúrgica
Vol. 10; Núm. 2
México Junio 2012

Leuconiquia adquirida idiopática
Dermatología. Revista mexicana
José Alfredo Soto-Ortiz, María José M Castro-Jonguitud, Karla Michelle Doria- Pérez, Juan Gabriel Barrientos- García
México. Julio – agosto 2019

La piel sensible: un síndrome complejo
Actas dermo sifilográficas
J. Escalas-Taberner, E. González-Guerra, A. Guerra-Tapia
Vol.102; Núm 8
Octubre 2011

Liquen amiloide en las piernas
Piel. Formación continuada en dermatología
Nuria Martí, Nuria Santonja, Vicent Alonso y Esperanza Jordá
España 2010

Liquen amiloideo: diagnóstico diferencial de pápulas agminadas en piernas
Revista argentina de dermatología
H. Fuenzalida, F. Terc, E. Meza, C. Escanilla, L. Segovia y F. Chávez
Vol. 98; Núm. 3
Argentina 2017

Leishmaniasis cutánea y mucocutánea
Actas dermo sifilográficas
I. Abadías-Granado, A. Diago, P.A. Cerro, A.M. Palma-Ruiz, Y. Gilaberte
Vol. 112; Núm. 7
Julio 2021

Leishmaniasis cutánea
Dermatología argentina
Vol. 29; Núm. 3
Sofia Castillo, Romina D'Antonio, Pamela Gassmann, Karina Cejas y Diego Silva
Argentina 2023

Liquen estriado. Presentación de un caso clínico y revisión de la literatura médica
Pediatría atención primaria
Ainhoa Igarzabal Irizar, Rocío García Uzquiano, Pedro Gorrotxategi Gorrotxategi, Ainhoa Zabaleta Rueda
Vol. 20; Núm. 80
España 2018

Linfangitis aguda paciente maculino 30 añoa, reporte de caso
Ciencia latina Revista científica multidisciplinaria
Camila Alexandra San Andrés Tuárez, Jonathan Fernando Ramírez Honores, Yulisa Stephanía Jimbo Torres, Kevin Martín Benítez Guzmán, Byron Alexander Reyes Saa
Vol. 8; Núm. 1
México 2024

Linfangitis superficial reactiva a insecto: un camino por la vía linfática
Revista clínica de medicina de familia
Jaime Alejandro López Juan, Mercedes Ricote Belinchón, Victoria Martín Jiménez y María Felizardo de Gouveia
España 2023

Liquen estriado – Blaschkitis
Revista Web pediátrica
Guerrero Vázquez J.
2013

Melanoma acral lentiginoso, revisión bibliográfica
Artículo de revisión
Carlos Duarte, Héctor López
Colombia 2014

Melanoma nodular acral: resultado de complicación tardía en melanoma ungueal
Acta médica peruana
Andrés Oré Cárdenas
Vol. 38; Núm. 2
Perú abril 2021

Miliaria
Manual MSD, Versión para profesionales
Shinjita Das
USA 2024

Miliaria cristalina: Desde la etiología hasta la terapéutica
Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences
Fiorella Iveth Castillo Cruz, et al.
Vol 6; Núm 3
Brasil 2024

Melanoma y Queratosis seborreica: a propósito de dos casos de difícil diagnóstico
Revista ciencias biomédicas
Reporte de casos
Valeria Arciniegas Grisales, Claudia Jiménez Oliveros, Tatiana González Álvarez & Harvey Andrés Flórez
Vol. 10; Núm. 4 Colombia 2021

Manifestaciones cutáneas en pacientes con COVID-19: características clínicas y mecanismos fisiopatológicos postulados
Actas dermo sifilográficas
F. González González, C. Cortés Correa , E. Peñaranda Contreras[c]
Vol. 112; Núm. 4
Abril 2021

Manejo de errores y complicaciones en Medicina estética
Editorial Amolca
Maurizio Cavallini, Paola Molinari
Colombia 2022

Niños con apéndices y fositas preauriculares, enfoque práctico para el pediatra
Archivos argentinos de pediatría
Alejandro Novoa y Jeniffer Garrido
Vol. 104; Núm. 2
Argentina 2006

Nevo melanocítico congénito gigante
Revista de Pediatría. atención primaria
C. Madrigal Díez, A. Bidonga, J. H. Fernández Llaca y V. Madrigal Díez
Vol. 17; Núm.68
España 2015

Nevus epidérmico verrucoso inflamatorio lineal: una revisión de la literatura
Revista chilena de dermatología
Artículo de revisión
Eine Benavides, Catalina Betancur, María Del Carmen González, Estefania Galeano-Piedrahita
2020

Nevo epidérmico inflamatorio lineal (ILVEN). Presentación en la edad adulta
Revista argentina de dermatología
E J Carbó Amoroso, M G Díaz, M V Guardati, M A Reyes, J Weidmann, E Henares, J L Iribas y J Blanck
Vol. 89. Núm. 2
2008

Nevus comedónico
Revista Asociación colombiana de dermatología y Cirugía dermatológica
Luz Marina Gómez Vargas, Rodrigo Restrepo, María Soledad Aluma Tenorio
Vol. 13; Núm. 2
Colombia 2005

Nevo comedónico mamario
Ginecología y obstetricia de México
César Iván Eugenio González, María Elisa Vega Memije, Guillermo Ramos Rodríguez
Vol. 86; Núm. 9
México 2018

Onicomadesis secundaria a Enfermedad mano pie boca
Revista chilena de Pediatria
María Consuelo Giordano L.
Alicia de la Fuente L. María Bernardita Lorca J. Daniela Kramer H.
Junio 2018

Onicomadesis; descripción de 12 pacientes
Dermatologìa cosmética médica y quirúrgica
Patricia Chang. Karen Escalante
Vol. 11; Núm. 2
Mayo Junio 2013

Onicodistrofia traumática. Presentación de dos casos
Revista Centro dermatológico Pascua
Miguel Ángel Cardona Hernández, Estela Cristina Lazo García
Vol. 24; Núm.
Ene-Abr 2015

Perniosis
Seminarios de la Fundación Española de Reumatología
Isabel bielsa Marsol
Vol. 13; Núm. 2
España junio 2012

Pénfigo. Una revisión de la literatura
Avances en odontoestomatología
Matos-Cruz R, Bascones-Martínez A
Vol 25; Núm. 2
España 2009

Pitiriasis rosada de Gibert
Cristina Lázaro Trémul
Centro dermatológico Dermabia
2016

Pitiriasis rosada: un exantema que debe ser reconocido por el médico de primer contacto. Estudio de 30 casos
Acta pediátrica de México
Igor López-Carrera, Carola Durán-McKinster, María del Mar Sáez-de-Ocariz, Luz Orozco-Covarrubias, Carolina Palacios-López, Ramón Ruiz-Maldonado
Vol. 35; Núm. 4
México 2014

Placas lineales verrucosas
Dermatología Perú
Joshep Johan Núñez Torres, Angélica Rivera Sullca, Cristina Díaz Jave, Florencio Cortez Franco, Eberth Quijano Gomero, Sergio Rodríguez Borrelli, María del Carmen Fuertes, Zayda Gutiérrez Ylave, Dina Carayhua
Volumen 24
2014

Primoinfección por virus del herpes simple tipo 1. Manejo farmacológico y características clínicas
Hernán Francisco Sariego Santana, Antonio José Díaz Caballero, Rosa Mercedes Baldiris Avila
Revista de la Facultad de ciemcias de la salud
Vol. 8; Núm. 2
Colombia Cartagena 2011

Puntos de Campbell de Morgan, hemangioma capilar o angioma senil
Elsevier
María Elena Arnáiz García, Ana María Arnáiz García, David Alonso Peña, Aída García Martín, José María González Santos, Javier Arnáiz
Vol. 5; Núm. 3
Setiembre 2016

Pitiriasis alba: una revisión
Dermatología cosmética, médica y quirúrgica
Paulina Nundehui Cortés López, Jaime Antonio Miranda Martínez, Estefanía Guzmán Montijo, Víctor Alan Morales González, Eder R. Juárez Durán y Roberto Arenas
México 2023

Pitiriasis versicolor: una actualización
Medicina cutánea Ibero latinoamericana
Jazmín Berenice Ramírez Godínez, Ehekatzin Arturo Carreño Gayosso, José Alfredo Soto Ortiz, Víctor Manuel Tarango Martínez, Jorge Arturo Mayorga Rodríguez
México 2018

Peelings químicos 3ra edición
Procedimientos en dermatología cosmética
Editorial Amolca
Suzan Obagi, Jeffrey S. Dover, Murad Alam
Colombia 2022

Piebaldismo
Revista de Facultad de Medicina Universidad Nacional del Nordeste
Servin Roxana, Avalos Manuel, Sager Lorena
Argentina 2016

Peeling químico, una herramienta útil en la consulta
Actas dermo sifilográficas
M. Truchuelo, P. Cerda, L. F. Fernández
España 2016

Queilitis actínica: reporte de 3 casos y revisión de la literatura
Odovtos international journal of dental sciences
Yadira V. Boza Oreamuno y Diego Guillén Colombari
Vol. 20; Núm.3
Costa rica 2018

Queratosis actínica: nuevo concepto y actualización terapéutica
Elsevier
Rafael Carmena Ramón, Almudena Mateu Puchades, Sergio Santos Alarcón, Sofía Lucas Truyols
Vol. 49; Núm. 8
Octubre 2017

Quemadura solar y fotodermatosis
Boletín de la Sociedad de Pediatría de Aragón
J. Fleta Zaragozano, M. Bueno Lozano, L. Moreno Aznar
Vol. 46; Núm. 2
España 2016

Queratosis seborreica clonal. A propósito de un caso
Israel Alfonso Trujillo, Ernesto Arteaga Hernández, Rigoberto García Gómez, María Antonia Rodríguez García, Manuel Salazar Sedano, Alberto Castillo Oliva
Dermatologia peruana
Vol. 16; Núm. 3 Perú 2006

Rejuvenecimiento facial integral en los 3 niveles de profundidad
Dermatología peruana
Daniel De Roosi fattaccioli
Vol. 11; Suplemento 1
Perú diciembre 2001

Rosácea
Actas dermo sifilográficas
D. Barco, A. Alomar
Vol. 99. Núm. 4
Mayo 2008

Superantígenos
Revista Asociacion colombiana de dermatología y Cirugía dermatológica
Guillermo González Rodríguez
Vol.14; Núm. 1
Colombia 2006

Sospecha de patologías sistémicas a través de alteraciones ungueales
Revista médica de Chile
Paulina Silva P., Cristián Vera K., Marianne Kolbach R, Francisca Fernández L.
Chile 2006

Sala situacional de cáncer en el Perú
I Trimestre 2024
Ministerio de salud – Perú
Fuente: CDC Perú. Vigilancia Epidemiológica de Cáncer

Síndrome del Nevo de Becker
Actas dermo sifilográficas
A. Alfaro, A. Torrelo, Á Hernández, A. Zambrano, R. Happle
Vol. 98; Núm. 9
Noviembre 2007

Siringomas: presentación de casos clínicos y revisión de la bibliografía
Archivos de dermatología argentina
Trabajos originales
María Teresa Reyes Morelo, Mirtha Morichelli, Alberto Rodríguez Cabral Inés Stella
Argentina 2015

Tiña amiantácea: diagnóstico diferencial de tiña capitis
Revista médica hondureña
Imagen en la práctica clínica
Iris Alvarez Montiel; Sandra Mntoya Ramírez
Vol. 92; Núm. 1
Honduras 2024

Tiña capitis en niños
Revista chilena de pediatría
Natalia Vargas-Navia; Geovanna A. Ayala Monroy; Catalina Franco Rúa; Juan Pablo Malagón Caicedo; Juan Pablo Rojas Hernández
Vol. 91; Núm. 5
Chile 2020

Tricorrexis nudosa localizada por aplicación compulsiva de minoxidil
Actas dermo sifilográficas
Salvio Serrano Ortega, Isabel Fernández-Ángel, Ma Cruz Martín Sánchez, María Cristina Serrano Falcón, Francisco Javier Cañizares García
Vol. 93; Núm. 7
Agosto 2002

Teledermatología asincrónica a través de whatsapp, experiencia en la Pontíficia Univesidad Católica de Chile
Revista médica de Chile
Catalina Hasbún Zegpi, María Jesús Rojas-Lechuga, Javier Contador-González, Maximiliano Curi-Tuma, Mauricio Sandoval
Vol. 148; Núm. 9 2020

Tratamiento del Lupus eritematoso cutáneo crónico en adultos
Guía de práctica clínica
Evidencias y recomendaciones
Instituto mexicano del seguro social
México 2013

Traquioniquia: una visión práctica
Revista cosmética, médica y quirúrgica
María Eugenia Dávila y Aranda Zorrilla, María Elisa Vega Memije, Roberto Arenas Guzmán
México 2018

Uñas y enfermedades sistémicas
Elsevier
Piel. Formación continuada en dermatología
Rita Cabeza Martínez, Vicente Leis Dosil, Ricardo Suárez Fernández
Vol. 21; Núm 9
Noviembre 2006

Vasculitis nodular vs Eritema indurado de Bazin
Revista de la Facultad de Ciencias médicas. Universidad de Cuenca
Gladys K. Castillo, Manuel Encalada Orozco, Andrés Cañarte J. Carlos Tapia
Ecuador 2013

Varicela y Herpes zóster
Guía ABE
Rafael Jiménez Alés, Maria Luísa García Gestoso
España 2023