

Lesiones en dermatología clínica

Dra. Natalia Sánchez Neila

Dra. Laura Miguel Gómez

Dra. Ángela Hermosa Gelbard

Servicio de Dermatología
Hospital Univ. Ramón y Cajal, Madrid

Coordinadores

Dr. Sergio Vañó

Dr. Pedro Jaén

Con la colaboración de

 **FAES FARMA**

*Para el diagnóstico de las enfermedades cutáneas se requiere la realización de una historia clínica general que incluya una buena **anamnesis** y una buena **exploración dermatológica***

Muchas veces nos permitirá realizar un diagnóstico directo y en otras ocasiones nos servirá de guía para realizar distintas pruebas complementarias

ANAMNESIS

- Establecer una buena relación médico-paciente.
- Conocer los antecedentes personales y familiares.
- En algunas dermatosis es importante además conocer datos epidemiológicos y de filiación del paciente.
- En el caso de una lesión pigmentada que ha cambiado de aspecto, conocer el tipo de exposición solar.
- Ante la sospecha de una infección de transmisión sexual interrogar sobre prácticas sexuales.
- Interrogatorio sobre las lesiones cutáneas motivo de consulta (lugar y momento de aparición, forma y variaciones, síntomas, posibles desencadenantes...)

EXPLORACIÓN DERMATOLÓGICA

Exploración física minuciosa

Características de las lesiones cutáneas

- Tipo de lesión elemental
- Localización
- Número: lesión única/múltiple
- Distribución: localizada/generalizada/simetría/agrupamiento...
- Morfología
- Tamaño
- Color
- Bordes
- Consistencia
- Superficie

En ocasiones también será necesario realizar una exploración general del paciente, para descartar afectación de otros órganos

LESIONES ELEMENTALES EN DERMATOLOGÍA

Lesiones elementales primarias	De contenido sólido <ul style="list-style-type: none">• Mácula• Pápula• Placa• Habón• Nódulo (quiste, goma)• Tumor	De contenido líquido <ul style="list-style-type: none">• Vesícula• Ampolla• Flictena• Pústula	
Lesiones elementales secundarias	Destinadas a eliminarse <ul style="list-style-type: none">• Escama• Costra• Escara	Soluciones de continuidad <ul style="list-style-type: none">• Erosión o excoriación• Úlcera• Fisura	Reparadoras e hiperplásicas <ul style="list-style-type: none">• Cicatriz• Atrofia• Esclerosis• Liquenificación

Máculas. Clasificación según su origen

Máculas de origen vascular	Vasodilatación	<ul style="list-style-type: none"> • Congestión activa → ERITEMA: de color rojo vivo que se blanquea a la digitopresión • Congestión pasiva → CIANOSIS: de color rojo-violáceo, con disminución de temperatura. Se exacerban con el frío y suelen aparecer en zonas distales
	Vasoconstricción circunscrita	Máculas anémicas, de color blanquecino. Las formas circunscritas suelen tener límites netos. Ejemplos de estas máculas son los nevus anémicos o el fenómeno de Raynaud
	Vasomotoras inflamatorias	Eritema acompañado de edema e infiltrado celular
	Neoformaciones vasculares	Angiomas planos: máculas de color rojo vivo por hiperplasia de vasos
	Dilatación permanente: telangiectasias	De color rojo, que desaparecen a la vitropresión y pueden tener aspecto lineal, estrellado o arboriforme
Máculas pigmentarias melánicas	Extravasación de hematíes: púrpura	Superficiales: <ul style="list-style-type: none"> • Petequias (puntiformes) • Equimosis (placa) • Víbices (lineales) Profundas: hematomas
	Por defecto	<ul style="list-style-type: none"> • Total → ACROMIA • Parcial → HIPOCROMÍA
	Por exceso	HIPERCROMÍAS
Máculas pigmentarias no melánicas	Por variación de su localización	El pigmento melánico se encuentra en la dermis y por ello adquiere un color azulado o gris, por ejemplo, mancha mongólica
	Sustancias ajenas al organismo: <ul style="list-style-type: none"> • Introducidas por vía externa: tatuajes • Introducidas por vía digestiva: carotenos (xantocromía), plata (argiria), arsénico, sales de oro (criasis), fármacos 	Sustancias del propio organismo: <ul style="list-style-type: none"> • Bilirrubina → ictericia • Hemosiderina → hemosiderosis • Otras, ejemplo: alcaptonuria

Lesiones elementales primarias de contenido líquido

Mácula eritematosa
correspondiente a una malformación
capilar en un lactante de 6 meses



**Máculas pigmentarias de origen
melánico** correspondientes a
nevus melanocíticos



Lesiones elementales primarias de contenido líquido

Placa eritematosa de bordes bien delimitados con descamación nacarada en la superficie correspondiente a una placa de psoriasis vulgar en región lumbar



Pápulas poligonales planas con brillo liquenoide y estrías de Wickham correspondientes a un liquen simple plano en un varón de 32 años

Lesiones elementales primarias de contenido líquido

Tumor en mejilla izquierda en varón de 83 años, que corresponde a un **carcinoma basocelular nodular**



Habones de morfología arciforme en varón de 28 años diagnosticado de urticaria aguda. Las lesiones tenían una evolución fugaz



Lesiones elementales primarias de contenido líquido

Vesículas en la frente de un varón de 17 años que presentaba una varicela



Placas de aspecto urticariforme y **ampollas** tensas de contenido seroso en varón de 65 años con penfigoide ampoloso



Pústulas y costras en palmas de las manos en mujer de 57 años con eczema crónico de manos



Lesiones elementales secundarias (sobre una lesión primaria)

1. DESTINADAS A ELIMINARSE:

- **Escama:**
 - Furfuráceas
 - Laminares
 - En sábana
 - Exfoliación generalizada
- **Costra**
- **Escara**

Placas eritematosas con abundantes **escamas gruesas nacaradas** en región lumbar en paciente diagnosticado de psoriasis en grandes placas



Costras serohemáticas sobre una erosión impetiginizada en un paciente con varicela. Obsérvense costras melicéricas (color miel) que indican sobre infección bacteriana de las lesiones

Lesiones elementales secundarias

2. SOLUCIONES DE CONTINUIDAD

- **Erosiones:** muy superficiales y afectan solo a la epidermis y a la dermis papilar, curando sin dejar cicatriz.
- **Fisuras:** afectan a la dermis alta y toman aspecto de hendidura lineal. Muy dolorosas
- **Úlceras:** pérdida de sustancia que llega como mínimo a la hipodermis.



Úlcera con bordes violáceos sobreelevados y fondo fibrinoso en paciente con pioderma gangrenoso

Lesiones elementales secundarias

3. LESIONES SECUNDARIAS REPARADORAS O HIPERPLÁSICAS

- **Liquenificación:** engrosamiento de la piel con acentuación de la cuadrícula normal de la piel. Suele ser secundaria al rascado crónico
- **Cicatriz:** sustitución de la dermis por tejido conjuntivo neoformado que no contiene fibras elásticas ni anejos
- **Atrofia:** disminución de los componentes normales de la piel
- **Esclerosis:** colagenización de la piel por producción de tejido conectivo dérmico.



Placa eritematosa con **liquenificación** en pierna derecha en varón de 41 años con liquen simple crónico secundario al rascado continuado



Cicatriz hipertrófica secundaria a esternotomía media



Placa de coloración blanquecina con **atrofia** epidérmica correspondiente a un liquen escleroatrófico extragenital en mujer de 57 años

DISTRIBUCIÓN DE LAS LESIONES

Patron de agrupación	Descripción	Ejemplos
Lineal	Siguiendo una línea	Dermatitis de los prados. Fenómeno isomórfico de Koebner, tras traumatismos
Líneas de Blaschko	En remolinos	Nevus epidérmicos
Anular, arciforme, policíclico	En forma de anillo, de arco o círculos entremezclados	Eritemas figurados: urticaria, tiñas...
En racimo (herpetiforme)	Lesiones agrupadas en un pequeño espacio recordando a un ramillete	Herpes simple
Serpiginosa	Lesiones distribuidas siguiendo una línea serpiginosa	Larva migrans
Confluente	Lesiones que en su crecimiento se unen	Toxicodermia
Diseminadas y dispersas	Múltiples lesiones diseminadas en varias partes del cuerpo	Varicela
Zosteriforme o metamérica	Lesiones que siguen una metámera	Herpes zóster
Reticulada	Lesiones que se distribuyen en forma de malla o de red	Livedo reticularis
Arboriforme	Lesiones que se distribuyen siguiendo las líneas de tensión del tronco	Pitiriasis rosada
Simétrica	Lesiones simétricas en tronco o extremidades	Psoriasis
Zonas fotoexpuestas	Afectando a la cara, la V del escote, los antebrazos, y respetando zonas no fotoexpuestas como los pliegues del cuello	Erupciones fotosensibles

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS EN DERMATOLOGÍA

1. ANALÍTICA

- Es necesario el estudio inmunológico con autoanticuerpos en casos de lupus, vasculitis...
- Es imprescindible descartar un hipotiroidismo autoinmune en patologías tan frecuentes como el vitíligo o la alopecia areata.
- Las serologías para VHC, VHB y VIH también deben solicitarse en casos de porfiria cutánea tarda, vasculitis o el liquen erosivo.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS EN DERMATOLOGÍA

2. CULTIVO

- **Enfermedades eritematodescamativas:** uso de moqueta raspando la superficie
- **Uñas:** se debe realizar un raspado de la zona inferior y distal.
- **Pústulas:** desinfección de la zona y toma de cultivo con torunda
- **Abscesos:** mejor aspirado



Moqueta. Se utiliza para obtener cultivos de hongos de la superficie cutánea cuando se sospecha que el paciente puede tener una tiña

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS EN DERMATOLOGÍA

3. BIOPSIA CUTÁNEA

- Las lesiones inflamatorias biopsiar las primeras 48 horas desde su aparición.
- Se pueden mandar muestras para realizar cultivo (sospecha de gérmenes atípicos)
- Es un procedimiento sencillo con anestesia local.
- Se toman, por regla general, 4 mm de piel, a veces, se necesitan muestras mayores y/o más profundas (cuando se quieren diagnosticar lesiones en tejido celular subcutáneo como paniculitis)

Kit para realización de biopsia cutánea.

Se compone de pinzas de Adson, porta-agujas, bisturí, sutura, *punch* (cuchilla de forma circular para obtener el cilindro de piel), gasas, compresas y paños estériles



TÉRMINOS IMPORTANTES EN DERMATOPATOLOGÍA

- **Acantólisis:** pérdida de cohesión entre los queratinocitos.
- **Acantosis:** engrosamiento del estrato espinoso o malpighiano.
- **Atrofia:** pérdida de grosor de la piel, generalmente por pérdida de las crestas epidérmicas.
- **Balonización:** edema de las células epidérmicas con pérdida de los puentes intercelulares; es característico de las infecciones virales.
- **Epidermotropismo:** migración de células malignas a la epidermis sin espongiosis.
- **Espongiosis:** edema entre los queratinocitos de la epidermis, haciendo que estos se tornen alargados con los desmosomas estirados; ej.: eczema.
- **Exocitosis:** migración de células a la epidermis, generalmente con espongiosis asociada.
- **Fibras elásticas:** elastosis (degeneración) y elastorrexis (rotura).

TÉRMINOS IMPORTANTES EN DERMATOPATOLOGÍA

- **Granuloma:** colección de histiocitos epitelioides.
- **Hipergranulosis:** engrosamiento de la capa granulosa.
- **Hiperplasia:** aumento en el grosor de un tejido, debido a un aumento en la celularidad, con capacidad teórica de regresar a su estado inicial.
- **Hiperqueratosis:** engrosamiento del estrato córneo.
- **Neoplasia:** aumento en el grosor de un tejido, debido a un incremento en la celularidad, incontrolado y progresivo.
- **Ortoqueratosis:** hiperqueratosis con características normales.
- **Papilomatosis:** ondulación irregular de la superficie epidérmica.
- **Palidez:** por edema o por depósito de mucina/cambios mixomatosos.
- **Paraqueratosis:** hiperqueratosis con persistencia de núcleos picnóticos de queratinocitos.

PATRONES HISTOPATOLÓGICOS DE INFLAMACIÓN CUTÁNEA

- **Dermatitis perivascular**
 - *Superficial*
 - *Superficial y profunda*

- **Dermatitis de interfase tipo vacuolar**
(degeneración vacuolar e hidrópica)

- **Dermatitis de interfase tipo liquenoide**

- **Dermatitis nodular**

- **Dermatitis difusa**

- **Foliculitis**
 - *Dermatitis vesiculosa*
(*subcórneas, intraepidérmicas, subepidérmicas*)
 - *Paniculitis:*

TERAPÉUTICA EN DERMATOLOGÍA

1. CRIOTERAPIA

- Congelación y destrucción de lesiones cutáneas superficiales, respetando el tejido sano de alrededor
- Uso en infecciones (verrugas víricas o moluscos), lesiones precancerosas (queratosis actínicas) o incluso en carcinomas basocelulares superficiales

Crioterapia.
Recipiente donde el nitrógeno líquido está a -196°C .



TERAPÉUTICA EN DERMATOLOGÍA

2. TRATAMIENTO TÓPICO

- **Polvo:** secante muy útil en zonas de fricción como las ingles o axilas
- **Fomento:** solución acuosa aplicada con paños húmedos. Antiséptico y secante
- **Gel:** líquido transparente semisólido que se licua al calentarse con el contacto con la piel. Se usa sobre todo en zonas pilosas
- **Crema:** emulsiones semisólidas de agua (>50%) y aceite. Se puede utilizar en zonas erosionadas, exudativas y con fisuraciones.
- **Pomada y ungüento:** mayor contenido en grasas, agua <50%. De elección en lesiones crónicas que presenten gran sequedad

Corticoides tópicos

- Antiinflamatorio ampliamente utilizados en Dermatología
- Carecen de los temidos efectos secundarios que producen los sistémicos.
- Diferentes potencias, dependiendo de la zona a tratar y de la severidad de las lesiones
- En pliegues, región facial y mucosas uso con cautela (tratamientos 1 vez al día durante 5-6 días; en el resto hasta 2 veces al día durante 2 semanas).
- En lesiones severas con gran descamación, cubriendo la zona tratada con un plástico durante 3 horas aumentamos la potencia del corticoide hasta 10 veces
- Su uso irracional puede tener serios problemas; seguir siempre la pauta prescrita por el médico de Atención Primaria y dermatólogo

TERAPÉUTICA EN DERMATOLOGÍA

3. TRATAMIENTO SISTÉMICO

- **Corticoides orales:** uso en enfermedades inflamatorias, colagenosis, ampollosas autoinmunes, vasculitis, etc. En tratamiento inmunosupresor crónico sustituir por azatioprina, metotrexato, hidroxicloroquina e incluso biológicos. Estrecho seguimiento del paciente. Prednisona, deflazacort y metilprednisolona, los más empleados.
- **Antihistamínicos orales:** sobre todo para patología cutánea pruriginosa; de elección en urticaria. Preferible el uso de antihistamínicos de segunda generación o no sedantes para mejorar la adherencia al tratamiento (ej. bilastina, loratadina, desloratadina, cetirizina o rupatadina)
- **Antibióticos orales:** para infecciones bacterianas (impétigo, foliculitis, abscesos y celulitis). Bacterias más frecuentemente implicadas: *S. aureus* y *Streptococcus pyogenes*. *Amoxicilina-ácido clavulánico*, *ciprofloxacino*, clindamicina, azitromicina
- **Antifúngicos orales:** uso en onicomycosis, tiñas del cuero cabelludo y en tiñas extensas. El niños de elección griseofulvina y en adultos terbinafina o itraconazol

Diferentes tratamientos sistémicos utilizados en Dermatología

	Dosis	Acción	Controles médicos	Contra-indicaciones	Cuidados durante el tratamiento
Corticoides orales	0,5-1 mg/kg/día (prednisona oral)	Rápida	Cifras de glucosa	Úlceras gástricas sangrantes	Suplementos de calcio y vitamina D Protectores gástricos
Ciclosporina	3-5 mg/kg/día	Rápida	Cifras de creatinina, tensión arterial	Hipertensión arterial Insuficiencia renal	Mediciones de tensión arterial
Azatioprina	2-2,5 mg/kg/día	Lenta	Cifras de serie blanca Nivel de tiopuril-metiltransferasa (TPMT)	Embarazo Déficit de TPMT	No tomar colchicina
Metotrexato	Inicio: 10 mg/semanal. Mantenimiento: 15-25 mg/semanal	Lenta	Cifras de serie blanca, transaminasas	Embarazo Hepatopatía Neoplasias	No tomar trimetropim-sulfametoxazol No tomar alcohol Suplementos de ácido fólico 5 mg semanal
Hidroxi-cloroquina	200-400 mg/día	Lenta	Fondo de ojo	Maculopatía	Revisiones oftalmológicas
Biológicos	Depende del fármaco	Lenta (dosis de inducción)	Cifras hematológicas	Neoplasias Embarazo	Realización de analíticas periódicas

TERAPÉUTICA EN DERMATOLOGÍA

4. FOTOTERAPIA

- Radiación UVB o PUVA
- Cada vez más empleado en Dermatología (psoriasis, vitíligo, granuloma anular, prurigo, dermatitis atópica, varios tipos de prurito, erupción polimorfa lumínica e incluso en tumores cutáneos tipo micosis fungoide)
- La fototerapia UVB de banda estrecha es la más empleada (baja tasa de efectos secundarios)
- Se ha descrito un riesgo aumentado de cáncer cutáneo no melanoma con la fototerapia UVA

TERAPÉUTICA EN DERMATOLOGÍA

5. TERAPIA FOTODINÁMICA

- Aplicación de un agente fotosensibilizante en la zona a tratar y posterior estimulación con lámpara de luz infrarroja, produciendo la formación de radicales libres que destruyen las células tumorales.
- **Indicaciones aprobadas:** carcinomas basocelulares superficiales, queratosis actínicas y enfermedad de Bowen. Puede ser una alternativa terapéutica para el tratamiento de enfermedades inflamatorias como rosácea, acné, hidrosadenitis, foliculitis decalvante y condrodermatitis nodular del hélix

BIBLIOGRAFÍA

1. Barrio García de Medina JL. Principios generales del diagnóstico dermatológico. En: Lázaro-Ochaita P (ed.). Dermatología Texto y Atlas. 3ª edición. Madrid: Meditecnica S.A.; 2003. p. 21-43.
2. Camacho Martínez F, Carlos Moreno J, Conejo-Mir J. Manual de Dermatología. 1ª ed. Madrid: Aula Médica; 2010.
3. Rapini RP, Jorizzo JL, Bologna JL. Dermatology, 3rd Edition. Mosby; 2012.
4. Graells J, Espinola A, Barrio C, et al. Cirugía menor ambulatoria dermatológica y crioterapia. Estudio comparativo entre un dermatólogo y médicos de familia. Actas Dermosifiliogr. 2007;98:171-7.
5. Sánchez-Regaña M, Llambí-Mateos F, Salleras-Redonnet M, et al. La formulación magistral en la terapéutica dermatológica actual. Actas Dermosifiliogr. 2013;104:735-837.
6. Coondoo A, Phiske M, Verma S, Lahiri K. Side-effects of topical steroids: A long overdue revisit. Indian Dermatol Online J. 2014;5:416-25.
7. Rodríguez-Caruncho C, Bielsa I. Antipalúdicos en dermatología: mecanismo de acción, indicaciones y efectos secundarios. Actas Dermosifiliogr. 2014;105:243-52.
8. Carretero G, Puig L, Dehesa L, et al. Metotrexato: guía de uso en psoriasis. Actas Dermosifiliogr. 2010;101:600-13.
9. Totonchy MB, Chiu MW. UV-based therapy. Dermatol Clin. 2014;32:399-413.
10. Rkein AM, Ozog DM. Photodynamic therapy. Dermatol Clin. 2014;32:415-25.

