

CAPÍTULO

5

DERMATOLOGÍA

PARA EL MÉDICO GENERAL



**PUBLICIDAD**

# DERMATOLOGÍA

PARA EL MÉDICO GENERAL

## CAPÍTULO 1

1. Estudio de la piel
2. Conceptos básicos de terapia tópica
3. Dermatitis atópica
4. Acné
5. Úlceras
6. Carcinoma Basocelular
7. Carcinoma Espinocelular
8. Melanoma
9. Alopecias
10. Alopecia areata

## CAPÍTULO 2

11. Tricotilomanía
12. Alopecia androgenética
13. Psoriasis
14. Vitiligo
15. Eritema multiforme
16. Melasma
17. Rosácea
18. Dermatitis seborreica
19. Dermatitis del área del pañal
20. Prúrigo

## CAPÍTULO 3

21. Moluscos contagiosos
22. Miliaria
23. Verrugas Vulgares
24. Herpes simple
25. Herpes zoster
26. Pitiriasis alba
27. Pitiriasis versicolor
28. Tiña del cuero cabelludo
29. Tiña de las uñas
30. Tiña área crural

## CAPÍTULO 4

31. Tiña de los pies
32. Tiña del cuerpo
33. Candidiasis
34. Piodermatitis
35. Erisipela
36. Foliculitis
37. Celulitis y otras infecciones bacterianas
38. Escabiosis
39. Pediculosis
40. Larva migrans

CRÉDITOS

Nº ISBN

Nº Depósito Legal

© Dr. A. J. Rondón Lugo

© Dra. N. Rondón Lárez

CAPÍTULO

**5**

# DERMATOLOGÍA

PARA EL MÉDICO GENERAL

## **CAPÍTULO 5**

41. Dermatitis por contacto
42. Liquen plano
43. Pitiriasis Rosada
44. Parapsoriasis
45. Eritrodermia
46. Micosis fungoide
47. Lupus Eritematoso
48. Pénfigo vulgar
49. Penfigoide ampollar
50. Enfermedad de Duhring  
y otras enfermedades ampollares

## **CAPÍTULO 6**

51. Conceptos básicos de fotoprotección
52. Prurito
53. Urticaria
54. Sífilis
55. Uretritis
56. Manifestaciones cutáneas en HIV
57. Infecciones cutáneas por micobacteria tuberculosa  
y micobacterias atípicas
58. Lepra
59. Leishmaniasis
60. Oncocercosis

## **CAPÍTULO 7**

61. Esporotricosis
62. Cromomicosis y Micetomas
63. Paracoccidioidomicosis
64. Amibiasis Cutánea
65. Manifestaciones cutáneas por enfermedades  
sistémicas
66. Toxicodermias
67. Enfermedades dermatológicas de origen acuático
68. Genodermatosis
69. Vasculitis
70. Paniculitis

## **CAPÍTULO 8**

71. Tumores benignos frecuentes de la piel
72. Conceptos básicos en Dermatología cosmiátrica
73. Inmunofluorescencia
74. Conceptos básicos en criocirugía
75. Manifestaciones Bucales  
de enfermedades dermatológicas
76. Manifestaciones Ungueales  
de enfermedades dermatológicas
77. Cirugía básica de la Uña
78. Conceptos básicos en Cirugía Dermatológica
79. Conceptos básicos en Cirugía Dermatológica II
80. Glosario dermatológico

CAPÍTULO

**5**

# DERMATOLOGÍA

PARA EL MÉDICO GENERAL

## 41. Dermatitis por contacto

---

La dermatitis por contacto se tiende a confundir y englobar en un mismo capítulo con las dermatosis profesionales e industriales.

La dermatitis de contacto es causada por agentes externos y se clasifica en 2 grupos: de origen irritativo y de origen alérgico.

La producida por agentes irritativos causa un daño directo a la piel, y cualquier persona es susceptible de padecerla. Dentro de este grupo, las más frecuentes son: por contacto con productos químicos, por contacto irritante agudo, por reacciones irritantes, por contacto irritante crónico (Conde Salazar-Ancona).

Los ácidos y álcalis fuertes, así como los disolventes orgánicos, detergentes y jabones, constituyen los agentes causales más frecuentes. Es importante precisar el agente causal para proceder a la prevención respectiva. Esta dermatitis se confunde muchas veces con dermatitis atópica, psoriasis, o micosis.

La forma alérgica se produce a causa de un proceso inmunológico, por hipersensibilidad tardía (reacción tipo IV) en la cual hay presencia previa del alérgeno. Los factores predisponentes son: la concentración de los alérgenos, el estado de la piel y oclusión. La sensibilización puede ser cruzada, iniciada por un alérgeno primario, simultáneo y concomitante. Los cuadros clínicos se presentan como: eccema (eritema), vesiculización, secreción y costra. Pueden ser agudos y crónicos.

### TRATAMIENTO

El tratamiento consiste en evitar las sustancias que la provoquen, usar esteroides tópicos, a veces por vía sistémica, y compresas en casos de lesiones agudas rezumantes.



Dermatitis por contacto

## 42. Liquen plano

---

Es una enfermedad idiopática, y se plantea un origen autoinmune. Puede aparecer a cualquier edad, siendo más frecuente entre la segunda y cuarta década de la vida. Las lesiones pueden aparecer inicialmente en piel, mucosas o uñas, o pueden aparecer simultáneamente en las tres.

### Lesiones cutáneas

Son pápulas poligonales eritemato-pigmentadas, a veces brillantes. Pueden presentarse aisladas o confluír para formar placas, son pruriginosas y los sitios frecuentes de localización son los antebrazos, regiones lumbosacras y miembros inferiores. Presentan el fenómeno de Koebner.

El liquen plano de lesiones cutáneas manifiesta varias formas clínicas: hipertrófico, atrófico, pilaris (recordando a la queratosis pilar), actínico, lineal, palmo plantar, ulcerativo, zosteriforme, alopecíca.

### Lesiones mucosas

Pueden localizarse en la cavidad bucal, el esófago, la vagina, las conjuntivas, la uretra, el ano. Pueden ser en forma reticular, ampollar, erosiva, atrófica o en placas.

### Lesiones en las uñas

Las lesiones son variadas, y pueden afectar una o todas las uñas. Pueden presentarse como surcos longitudinales, abultamientos cerca del nacimiento de la uña, así como destrucción de la uña.

### Histopatología

Hiperqueratosis sin paraqueratosis, aumentos focales de la capa granulosa, acantosis irregular con apariencia de "dientes de sierra". Infiltrado linfocitario en banda en la unión dermo-epidérmica.

### TRATAMIENTO

La mayoría de las veces, el tratamiento es sintomático, con antihistamínicos vía oral. Esteroides tópicos, intralesionales, ó por vía sistémica. Se han empleado: metronidazol, griseofulmina, metrotexato, ciclosporina, PUVA, UVB banda estrecha, plasmaféresis, y retinoides sistémicos.

## 43. Pitiriasis rosada

---

Se le conoce también como Pitiriasis rosada de Gilbert. Generalmente aparece entre la segunda y tercera década, en forma de pápulas eritematosas en cuello, tronco y abdomen. Suele ser precedida por una placa anular o arciforme, a la que se denomina "placa heráldica".

Las lesiones pueden ser pruriginosas, aunque este síntoma no siempre existe. No hay lesiones palmares, y son raras en la cara y debajo de las rodillas. No se conoce su etiología, aunque se ha planteado que sea el Herpes virus 6 y 7. La histopatología no es específica.

### DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Principalmente con sífilis secundaria.

### TRATAMIENTO

Sintomático con antihistamínicos.  
En casos severos, esteroides por vía sistémica.  
Tiene una evolución variable, de 8 hasta 16 semanas.

La exposición al sol, así como la fototerapia, es recomendada.



Pitiriasis rosada

## 44. Parapsoriasis

---

Se conoce con este nombre a una serie de afecciones, que pueden estar asociadas con el desarrollo de tumores malignos, principalmente linfomas. Puede aguda o crónica. Generalmente, aparece después de la tercera década.

Las lesiones son placas de diferentes tamaños, únicas o múltiples, casi siempre pruriginosas. Pueden desaparecer con el tratamiento y volver a aparecer tiempo después. Pueden presentar atrofia, telangiectasias, hiperpigmentación o hipopigmentación. La histopatología es variada, desde una dermatitis espongiótica a infiltrados linfocitarios y con características liquenoides.

### DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Principalmente con micosis fungoide, psoriasis, pitiriasis rosada, farmacodermia.

### TRATAMIENTO

Antihistamínicos vía oral.  
Esteroides tópicos.  
Esteroides sistémicos SOS.  
Fototerapia.  
Tacrolimus.



Parapsoriasis



## 45. Eritrodermia

---

Es la piel roja, en toda su extensión. Afecta más al sexo masculino, en una proporción de 6:1, puede observarse en todos los grupos etarios. Puede ser aguda o crónica.

### ETIOLOGÍA

#### En niños:

Farmacodermias 47%  
Genodermatosis 18%  
(Eritrodermia ictiosiforme congénita ampollar y no ampollar, pitiriasis rubra pilar etc.).  
Dermatitis seborreica.  
Psoriasis.  
Dermatitis atópica.  
Sd. estafilocócico de la piel escaldada.  
Bebé colodión.  
Lupus eritematoso.  
Eritema tóxico.

#### En adultos:

Enfermedades dermatológicas preexistentes 73,4 %:  
psoriasis, ictiosis, pénfigo foliáceo, penfigoide ampollar, dermatitis atópica, dermatitis seborreica, liquen plano, dermatofitosis, sarna noruega, síndrome de Lyell, pitiriasis rubra pilaris, reacción injerto contra huésped, lupus eritematoso sistémico, SIDA.

Farmacodermia 15,6%: penicilina, alopurinol, sulfonamidas, carbamazepina, fenitoina, metales pesados, etc.

Malignidad 6 %: micosis fungoide, linfoma de Hodgkin y no Hodgkin, sarcoma de células reticulares, leucemias agudas y crónicas, mieloma múltiple, como síndrome paraneoplásico.

La mayoría de las enfermedades mencionadas serán estudiadas en sus respectivos capítulos.

### Metodología para el tratamiento de un paciente con Eritrodermia

La historia clínica debe ser completa. Analizar edad, forma de instalación, enfermedades previas, antecedente de ingestión de medicamentos. Realizar examen clínico, buscar adenopatías, visceromegalia, examinar y describir alopecia si la hubiera, examinar palmas y plantas, uñas.

Es frecuente observar uñas brillantes cuando hay prurito, líneas de Beau cuando ha sido por medicamento y signos que nos pueden sugerir psoriasis o liquen plano. Efectuar exámenes de laboratorio que incluyan un perfil general, HIV, Rx de tórax, examen directo investigando hifas o ácaros. La biopsia es fundamental, a veces se realiza también inmunofluorescencia directa e inmunocitoquímica.

Dependiendo de los hallazgos, se practica tomografía toraco-abdominal, exámenes inmunohematológicos, o biopsia de ganglio.  
Las Interconsultas a hematólogo son frecuentes.

### TRATAMIENTO GENERAL

Emolientes. Calmar el prurito, esteroides sistémicos a dosis baja (1 mg/Kg/día).  
Omitir medicamentos potencialmente desencadenantes del cuadro. Tratar de establecer el diagnóstico etiológico para instaurar el tratamiento adecuado.



Eritrodermia

## 46. Micosis fungoide

---

Se trata de un linfoma cutáneo. Puede presentarse en forma de manchas, luego se transforma en placas y finalmente, en estado tumoral. Sin embargo, a veces existe el tipo de aparición tumoral desde un inicio (D'emble).

Las lesiones pueden ser únicas o múltiples, al principio asintomáticas, luego presentan prurito; pueden ser atróficas o infiltradas, eritematosas o hipocrómicas

### HISTOPATOLOGÍA

Las lesiones iniciales son superficiales, en forma de banda infiltrada, formada por linfocitos y células atípicas. El epidermotropismo se hace más evidente con nidos de células atípicas (abscesos de Pautrier). En la fase tumoral se alcanza la dermis y el tejido subcutáneo, por el infiltrado de linfocitos atípicos.

El inmunofenotipaje es importante en las fases de placas y tumoral, ya que muestra el fenotipo CD3 +, CD4 +, CD45RO +, CD8.

Los casos de micosis fungoide deben ser evaluados de manera integral, por un equipo multidisciplinario de dermatólogos, hematólogos, internistas y oncólogos, precisando lesiones ganglionares y viscerales

### TRATAMIENTO

Depende del estadio de la enfermedad y varía desde la aplicación tópica de esteroides, a citotóxicos, fototerapia, radioterapia. También se ha empleado fotoféresis.

## 47. Lupus eritematoso cutáneo

---

### Espectro de presentaciones cutáneas:

#### Lupus eritematoso cutáneo crónico (LECC)

- Localizado.
- Extenso.
- Hipertrofico.
- Profundo o paniculitis lúpica.

#### Lupus eritematoso cutáneo sub-agudo (LECS)

- Anular o policíclico.
- Psoriasiforme.
- Papuloescamoso.

#### Lupus eritematoso cutáneo agudo (LECA)

- Eritema malar.
- Rash máculo-papular.

#### Lupus eritematoso sistémico (LES)

### CLÍNICA

Las lesiones aparecen generalmente en áreas expuestas a la radiación solar, son manchas, pápulas o placas con aspecto atrófico y a veces acrómico, y eritema o telangiectasias periféricas. Cuando están en el cuero cabelludo, se aprecia alopecia en esa zona. Puede acompañarse de lesiones en mucosas, principalmente en la cavidad bucal con erosiones y ulceraciones.

#### Lupus eritematoso cutáneo sub-agudo

Consiste en lesiones pápulo-escamosas que confluyen a placas, generando un aspecto psoriasiforme. A veces, en forma anular y policíclica. La localización es también en áreas expuestas al sol, no deja cicatrices, pero sí puede dejar aspecto hipocrómico.

#### Lupus eritematoso cutáneo agudo

Las lesiones aparecen generalmente por exposición al sol. Se caracteriza por un eritema facial en áreas malares y dorso nasal "eritema en ala de mariposa", pero también puede ser una erupción pápulo-eritematosa generalizada.

## DIAGNÓSTICO

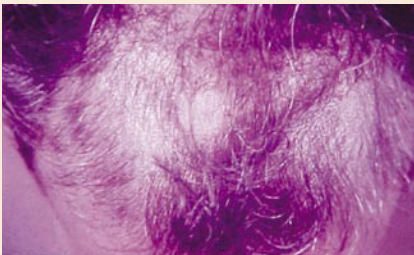
Para hacer el diagnóstico de lupus eritematoso sistémico se acude a los criterios de la Asociación Americana de Reumatología:

- Eritema malar.
- Rash discoide.
- Fotosensibilidad.
- Úlceras orales.
- Artritis, afectando dos o más articulaciones.
- Serositis: pleuritis, pericarditis.
- Afectación neurológica.
- Alteraciones hematológicas: anemia hemolítica con reticulocitosis, leucopenia, linfopenia, trombocitopenia.
- Alteraciones seroinmunológicas: células LE, anticuerpos anti SM, anti DNA nativo, VDRL falso positivo.
- Anticuerpos antinucleares.

Cuatro o más criterios dan el diagnóstico de LES, pero se debe recordar que pacientes con lupus sub-agudo, a veces pueden abarcar también esos criterios.

## HISTOPATOLOGÍA

Estas presentaciones cutáneas tienen en común la degeneración hidrópica de la basal e infiltrado linfocitario alrededor de vasos y folículos. En el LECC predomina la hiperqueratosis.



Lupus eritematoso sistémico

## TRATAMIENTO

Lo más importante es la protección solar. El tratamiento debe adecuarse al tipo de lupus y a las complicaciones si las hubiera. En pacientes con LECC localizado se emplea fotoprotección. Esteroides tópicos, principalmente si hay síntomas o lesiones gruesas e hiperqueratóticas. En casos de lesiones extensas, se emplean antimaláricos, los más usados son Cloroquina (Aralen) 2 - 4 mg/Kg/día, ó hidroxiclороquina (Plaquinol) 4 - 6 mg/kg/día. Previamente debe realizarse campimetría y estar atento a los efectos secundarios: neurológicos, hematológicos, gastrointestinales y cardiovasculares.

También pueden usarse esteroides vía oral como Prednisona 0,5 - 4 mg/Kg/día, por poco tiempo. Otros medicamentos empleados son Dapsona, retinoides vía oral, talidomida, oro IM, interferón alfa 2, citotóxicos: ciclofosfamida, azatioprina, metotrexato, ciclosporina, inmunoglobulinas, plasmaféresis, radiación UVA-1.

## 48. Pénfigo vulgar

Es una enfermedad caracterizada por la presencia de ampollas en piel y mucosas, principalmente en la cavidad bucal. Se trata de una enfermedad autoinmune producida por auto-anticuerpos, pero donde factores genéticos han sido involucrados.

### CLÍNICA

Las lesiones comienzan principalmente por erosiones en la cavidad bucal, en muchos pacientes son las únicas y a veces, las últimas en desaparecer, son dolorosas, únicas o múltiples. Otras mucosas que pueden estar involucradas son la faringe, el esófago y la vulva.

Las ampollas cutáneas varían en número y tamaño, se localizan principalmente en la cara, cuero cabelludo y tronco. Las ampollas son flácidas y al hacer presión al lado de ellas, se desprende la piel (signo de Nikolsky), que sirve para distinguir del pénfigoide. Existen varias modalidades clínico-histológicas, hoy en día se clasifican en superficiales y profundos.

**Superficiales:** Pénfigo eritematoso, Pénfigo foliáceo.

**Profundos:** Pénfigo vulgar, Pénfigo vegetante.

### HISTOPATOLOGÍA

Lo más precoz es el edema intercelular, con separación de las células de la capa basal, las células suprabasales se separan formando ampollas, dentro de ellas se encuentran células acantolíticas.



Pénfigo

La inmunofluorescencia indirecta muestra depósito de IgG en la superficie de los queratinocitos y alrededor de las lesiones, dando un aspecto de "panal de abeja".

Debemos destacar el Pénfigo foliáceo que se caracteriza por lesiones eritematosas, descamativas generalizadas, y pueden ser esporádicas o endémicas. La histopatología muestra alteraciones en la capa granulosa.

### PÉNFIGO PARANEOPLÁSICO

Es una afección en que se asocia una neoplasia maligna, principalmente linfoproliferativa, timoma o sarcoma. Existen autoanticuerpos IgG. La inmunofluorescencia muestra depósitos de IgG y complemento en los espacios intercelulares de la epidermis.

### DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Penfigoide, LES.

Se han descrito casos de Pénfigos inducidos por fármacos, principalmente penicilamina y captopril.

### TRATAMIENTO

Mejorar las condiciones generales.

Omitir medicación previa (posible etiología).

Tratamiento de infección bacteriana si la hubiera.

#### Tratamiento específico

Esteroides por vía sistémica:

Prednisona (1 - 4 mg/kg/día).

Se puede administrar en bolos: 1 d/día durante 2 a 3 horas, durante 3 a 5 días consecutivos.

Inmunomoduladores: Azatioprina: 2 - 4 mg/Kg/día.

Ciclofosfamida: 1 - 3 mg/Kg/día.

Mofetil de micofenolato: 2 - 3 g/día.

Ciclosporina: 3 - 5 mg/Kg/día.

En casos severos se ha usado: Plasmaféresis.

Inmunoglobulina IV a altas dosis. DDS. Oro IM.

## 49. Penfigoide ampollar

Es una enfermedad ampollar, autoinmune, dirigida contra dos auto-antígenos: BP180 y el BP 230.

Es más frecuente en los ancianos. Se inicia de manera no específica con prurito generalizado, luego aparecen vesículas y ampollas sobre la piel, aparentemente normal o eritematosa, de aspecto anular o circinado, las lesiones pueden ser simétricas.

### Se han descrito variantes como:

Penfigoide gestacional.

Penfigoide pretibial.

Penfigoide dishidrótico.

Penfigoide infantil.

Penfigoide vulva infantil.

También se ha descrito asociado a medicamentos como diuréticos, analgésicos, antibióticos.

### DIAGNÓSTICO CLÍNICO

Casi nunca presentan lesiones mucosas, no presentan signo de Nikolsky, la ampolla es subepidérmica con infiltrado inflamatorio dérmico de eosinófilos y células mononucleares.

Según inmunofluorescencia: aún las lesiones perilesionales muestran depósitos finos y lineales de IgG y/o C3 a lo largo de la membrana basal.



Penfigoide ampollar

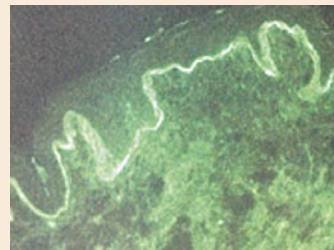
### TRATAMIENTO

Similar al del Pénfigo, pero en dosis menores. También se ha empleado oxitetraciclina, cetirizina y esteroides de alta potencia de manera local.

El Penfigoide cicatricial afecta la superficie de mucosas externas, con tendencia a la cicatrización. Se considera un fenotipo-enfermedad compartido por un grupo heterogéneo de afecciones. Su tratamiento incluye terapia tópica de esteroides, dapsona, ciclofosfamida, metotrexato, cirugía SOS.



Penfigoide



Inmunofluorescencia en penfigoide ampollar

## 50. Enfermedad de Duhring y otras enfermedades ampollares

---

La enfermedad de Duhring se caracteriza por vesículas pruriginosas, sobre áreas eritematosas, en superficies extensoras, codos, espalda, nalgas y rodillas, donde generalmente los pacientes presentan sensibilidad al gluten.

### HISTOPATOLOGÍA

Edema papilar, infiltración de neutrófilos y linfocito perivascular. La ampolla es subepidérmica. En la IFD: depósitos granulares de IGA. Una gran mayoría de pacientes presenta intolerancia al gluten. También existe relación con enfermedades tiroideas y algunos linfomas.

### TRATAMIENTO

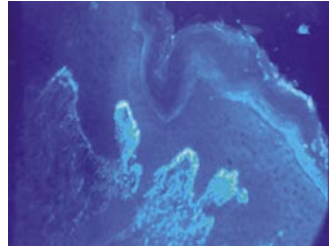
Dieta libre de gluten y administración de dapsona, vigilando principalmente el efecto hematológico, como metahemoglobinemia.

### DERMATOSIS AMPOLLAR IgA

La diferencia fundamental con el Duhring está en que los depósitos de IgA son lineales. El tratamiento también es a base de Dapsona, a veces se agregan esteroides por vía oral. Y se han reportado tratamientos con tetraciclinas y eritromicina.



Duhring



Inmunofluorescencia en penfigoide ampollar

**PUBLICIDAD**

**PUBLICIDAD**