

CAPÍTULO

8

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

8

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

8

DERMATOLOGÍA

PARA EL MÉDICO GENERAL

71. TUMORES BENIGNOS FRECUENTES DE LA PIEL

Son lesiones múltiples y frecuentes en la piel. Detallamos los más comunes.

Nevus epidérmicos

Pueden ser únicos o múltiples, de diferentes tamaños, hiperpigmentados, o del mismo color de la piel.

Hiperplasia de glándulas sebáceas

Únicas o múltiples, de color piel o algo más hipocrómica que la piel vecina, redondeadas, a veces con una umbilicación central. Se localizan en la cara. Aparecen generalmente después de la 4ª década de vida. Diagnóstico diferencial: carcinoma basocelular, tricoepitelioma, molusco contagioso.

Queratosis seborreica



Únicas o múltiples. La lesión comienza como una mancha hipercrómica que luego se transforma en laca, elevada, a veces con descamación.

Se presenta principalmente en la cara, tronco, y dorso de las manos. Tienen importancia cuando salen de forma eruptiva, ya que puede ser una manifestación de paraneoplasia (Signo de Leser –Trelat).

Dermatosis papulosa negra

Se trata de múltiples lesiones papulosas, de color oscuro, asintomáticas, que se presentan principalmente en la cara y el cuello.

Acrocordones

También llamados fibromas blandos. Aparecen principalmente en el cuello y las axilas, normalmente a partir de la 4ª década de vida. Son de varios tamaños y asintomáticas. Todas estas lesiones benignas deben diferenciarse de lesiones malignas, por ello la clínica es importante y, en algunas oportunidades, es necesario realizar estudio histológico.

Los tratamientos varían según el caso y número de lesiones. Se pueden citar: electrocoagulación, criocirugía o combinación de métodos.

72. CONCEPTOS BÁSICOS EN DERMATOLOGÍA COSMIÁTRICA

Cada día hay más tendencia al empleo de tratamientos cosmiátricos para mejorar, corregir, ocultar o resaltar aspectos de la piel. Es un mundo que se mueve con la promoción desmedida de diversos factores, donde el económico quizás sea el más relevante; incluso promueve falsas expectativas.

Los dermatólogos y cirujanos plásticos son las personas preparadas para realizar este tipo de procedimientos, sin embargo, se observa cada vez más, la intromisión de personas no médicas ni capacitadas, realizando dichos procedimientos.

Los procedimientos más empleados son:

Limpieza de cutis

Empleada principalmente para eliminar comedones.

Hidratación

Aplicando sustancias hidrosópicas que retengan la humedad, sustancias oclusivas e iontoforesis. Se realiza en pieles secas, en tratamiento de acné, y fotodaño.

Peeling



Generalmente empleado para corregir secuelas de acné, arrugas, o fotodaño. Puede ser superficial, intermedio o profundo. Las sustancias más empleadas son: ácido

retinoico, ácido glicólico, ácido salicílico, fenol, nitrògeno líquido, y calor. Todos ellos, en diferentes concentraciones según el caso.

Dermoabrasión

Para eliminar cicatrices y nivelar la piel.

Introducción de sustancias en la piel

Para rellenar y corregir defectos. Se han empleado desde colágeno, silicona, fibrel, grasa autóloga, entre otras sustancias. Todas deben ser evaluadas en el tiempo, ya que pueden producir rechazo, desplazamiento, y últimamente se han observado muchos casos de pieles contaminadas debido a la presencia bacterias y micobacterias en las sustancias inyectadas.

73. INMUNOFLUORESCENCIA

Esta técnica usada desde 1963 ha sido de gran utilidad para detectar anticuerpos, antígenos, inmunocomplejos, y componentes del complemento. Es muy usada también, y de gran importancia para precisar diagnósticos, por ejemplo, Lupus eritematoso vs. Fotodermatosis, rosácea; así como enfermedades ampollares, determinando el diagnóstico que muchas veces va unido al pronóstico y tratamiento.

La capacidad de la fluoresceína de combinarse con anticuerpos, no altera su capacidad de combinarse con antígenos. La lesión se extrae por biopsia y esto permite su localización. La biopsia es tomada de la piel seleccionada; en casos de lupus eritematoso, también se toma de zonas no fotoexpuestas. Una vez tomada la biopsia, debe ser llevada de inmediato al laboratorio, cuando esto no es posible, se aconseja congelar o poner en gasa con solución fisiológica. Normalmente, se evalúa con sueros polivalentes contra inmunoglobulinas humanas, también existen inmunoglobulinas específicas y del complemento. Los patrones más comunes son:

Lupus eritematoso

Se observa una banda continua o discontinua de fluorescencia granular en unión dermo-epidérmica. También se puede observar fluorescencia en núcleos de la epidermis y alrededor de vasos sanguíneos.

Lupus subagudo

Se aprecia fluorescencia granular en epidermis inferior y dermis superior. No existen correlaciones en relación a la terapia.

Esclerodermia y morfea

La mayoría reportan IF negativa, pero puede observarse patrón moteado en 25% (Urlich).

Vasculitis

Se pueden encontrar depósitos de IgA en los vasos cutáneos.

Pénfigo vulgar

Casi todos los pacientes con las diferentes variedades de pénfigo, presentan el patrón "en panal de abeja" en la epidermis.

Pénfigoide ampollar

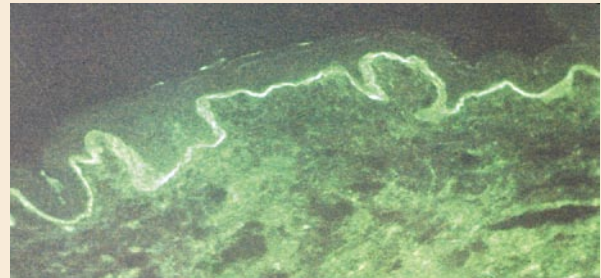
Patrón lineal en unión dermo-epidérmica con anti IgG y anti C3.

Dermatitis herpetiforme

Precipitado granular fluorescente en unión dermo-epidérmica.

Inmunofluorescencia indirecta

La presencia de anticuerpos antinucleares, antifosfolípidos y otros, es común en laboratorios especializados.



Inmunofluorescencia

74. CONCEPTOS BÁSICOS EN CRIOCIRUGÍA

La crioterapia se ha empleado desde tiempos inmemorables. En las guerras se congelaban los miembros antes de amputarlos. En la actualidad, el líquido empleado para congelar es el nitrógeno, lográndose temperaturas debajo de $100\text{ }^{\circ}\text{C}$ - $190\text{ }^{\circ}\text{C}$. Es un método sencillo que requiere adiestramiento adecuado. Su introducción, promoción, avances a nivel nacional y mundial tuvieron un gran impulsor:

el distinguido médico venezolano Dr. Gilberto Castro Ron, quien formó una escuela en toda Latinoamérica, USA y Europa.

El líquido se almacena en contenedores especiales y existen desde equipos muy sencillos para emplear en el consultorio, hasta muy sofisticados, para ser usados en centros quirúrgicos.

USOS

Lesiones benignas

Queratosis seborreicas, lesiones de acné, léntigos, verrugas vulgares, tumores vasculares, hiperplasia sebácea.

Lesiones malignas y premalignas

Queratosis actínicas, queratoacantoma, carcinoma basocelular, carcinoma espinocelular.

Tratamiento paliativo en lesiones malignas

Complicaciones: dolor, edema, vesiculación.



Criocirugía
Foto cortesía de Dr. J. Ortega

75. MANIFESTACIONES BUCALES DE ENFERMEDADES DERMATOLÓGICAS

En la cavidad bucal pueden aparecer lesiones que corresponden a enfermedades dermatológicas. No existe una correlación en cuanto al momento de su aparición, ya que estas pueden ser simultáneas, precederlas o aparecer tardíamente.

LIQUEN PLANO

Se presenta de diferentes formas.

Reticular: es la más común, y consiste en lesiones en forma de líneas o estrías blancas (estrías de Wickham) que se entrecruzan dando aspecto de encaje o red.

Placa: placa blanca parecida a leucoplasia.

Ampollar – erosiva: vesículas o ampollas que se rompen y dejan erosiones, son dolorosas.

Atrófica: placas o zonas atróficas, también dolorosas.

Diagnóstico clínico

Histopatología: infiltrado linfocítico en banda, en unión dermo-epidérmica.

Inmunofluorescencia: no es patognomónica, pero sirve para descartar otras enfermedades. Se pueden apreciar depósitos de IgM sub-epidérmico.

Tratamiento

Medidas sintomáticas, esteroides tópicos, intralesionales, sistémicos, metronidazol, azatioprina.



Liquen plano en cavidad bucal

ERITEMA MULTIFORME

El eritema multiforme mayor o síndrome de Stevens Jonson, se caracteriza por lesiones en piel, pápulas eritematoconfluentes en pie, palmas y plantas, algunas con lesiones alrededor (iris), se acompaña generalmente de síntomas generales como artralgia, fiebre y malestar general. Las lesiones mucosas están generalmente en la cara interna de los labios, mejillas, lengua, paladar. Son eritema-vesículas-ampollas que pueden ulcerarse. Son muy dolorosas.

Etiología

Virales. Bacterianas. Medicamentosas. Paraneoplásicas.

Histopatología

Dermatitis perivascular superficial de interfase vacuolizante con queratinocitos necróticos, infiltrado superficial de linfocitos, vasodilatación y edema en dermis papilar, ampollas epidérmicas o sub-epidérmicas.

Tratamiento

Inmunofluorescencia: inespecífica. Lo más importante es determinar la causa. Si es medicamentosa: debe eliminarse; herpes simple: debe tratarse con antivirales. Se discute mucho el empleo de esteroides sistémicos.

PÉNFIGO

Son lesiones vesículo-ampollares, que se rompen rápidamente. Si el paciente presenta lesiones en la piel, el diagnóstico es fácil, pero cuando las lesiones iniciales son en la cavidad bucal, el diagnóstico se logra a partir del estudio histológico y la inmunofluorescencia.

Tratamiento

Esteroides por vía sistémica: 1 - 3 mg/kg/día de prednisona o bolos. Inmunosupresores: azatioprina 50 - 150 mg/día, inmunoglobulina G. El pronóstico es reservado.

PENFIGOIDE BENIGNO DE MUCOSAS

Existen casos recidivantes que van dejando cicatriz. El diagnóstico es por histopatología, inmunofluorescencia.

Nota: para revisión completa, ver los capítulos de pénfigo y penfigoide.

76. MANIFESTACIONES UNGUEALES DE ENFERMEDADES DERMATOLÓGICAS

Las uñas tienen varias funciones: de protección, estética, aprensión, movilización y defensa, en algunos animales. Las distintas partes de la uña son: lámina ungueal, lecho, hiponiquio, cutícula, matriz, lúnula y borde libre. Muchas enfermedades dermatológicas tienen su expresión en las uñas, de allí la importancia de su estudio.

PSORIASIS

Se ha reportado que entre 10% y 40% de pacientes con psoriasis presentan lesiones en las uñas, éstas no guardan relación en cuanto a su aparición ya que pueden aparecer precediendo las lesiones cutáneas, ser simultáneas o aparecer posteriormente.

Las manifestaciones más frecuentes son:

Onicolisis: despegamiento de la uña de su lecho en la parte distal.
Hoyitos o depresiones: únicos o múltiples.
Mancha en aceite: en la lámina ungueal se nota como una mancha amarillenta.
Hemorragias en astillas.
Hiperqueratosis y engrosamiento subungueal.
Destrucción de la uña.

Las lesiones pueden ser en una o varias uñas. Se da con mayor frecuencia en las uñas de las manos.

El diagnóstico es clínico, fácil si hay lesiones cutáneas; en caso de existir sólo lesiones ungueales puede plantearse practicar una biopsia ungueal.

El tratamiento no es muy promisorio. Se realizan infiltraciones de esteroides en la zona encima de la matriz.



Psoriasis ingueal

LIQUEN PLANO

Las lesiones pueden ser rayas longitudinales, con tendencia a formación de pterigoides, destrucción de la lámina ungueal. Las lesiones también pueden afectar una uña o todas, que constituyen el síndrome de las 20 uñas.

El tratamiento también es con infiltrado de esteroides sobre el área de la matriz, esteroides sistémicos.

ENFERMEDAD DE DARIER

Pueden observarse lesiones y rayas longitudinales de color amarillo o blanquecino.

MANCHAS BLANCAS

También denominada leuconiquia. Las manchas pueden ser únicas o múltiples, parciales o totales. Pueden ser producidas por muchas causas: traumas, hipoalbuminemia, enfermedades renales, medicamentos.

ONICOLISIS

Es el despegamiento de la uña de su lecho en la parte distal, y obedece a varios factores: traumatismo por exceso de manicure, infección bacteriana y/o micótica, psoriasis, enfermedades ampollares, enfermedades tiroideas.

77. CIRUGÍA BÁSICA DE LA UÑA

Muchos procedimientos quirúrgicos se realizan en las uñas. A veces sirven como diagnóstico, para remover lesiones o corregir defectos. Los procedimientos son variados y en líneas generales, se debe hacer lo siguiente:

PRE - OPERATORIO

Evaluación del paciente, hacer diagnóstico clínico previo, interrogar sobre antecedentes de alergias a medicamentos, saber qué medicamentos ingiere normalmente. Explicar al paciente el procedimiento a seguir y los resultados que se esperan.

HEMATOMA

La presencia de un hematoma, de aparición brusca, casi siempre es de origen traumático, el paciente lo refiere. Primero, se debe calmar el dolor, si el dolor es muy intenso, tener en cuenta trauma óseo. El dolor disminuye una vez que se drene el hematoma, algunos recomiendan pinchar con una aguja caliente, lo ideal es drenar haciendo un pequeño orificio con una hoja de bisturí, teniendo la precaución de no hacer presión sobre la lámina ungueal. Algunos prefieren hacerlo con previa anestesia local.

Cuando aparece una lesión con aspecto de hematoma, sin antecedentes de trauma, conviene interrogar sobre hábitos ya que muchas veces, las personas que realizan deportes sufren de microtraumas repetidos y esa es la causa. También interrogar sobre ingestión de medicamentos que alteran la coagulación, como aspirina, vitamina E, anticoagulantes. Pero si es una mancha oscura que semeja un hematoma, siempre hay que pensar en la presencia de un nevus de unión o melanoma, la conducta es quirúrgica. Depende del sitio de localización de la lesión. Muchas veces es necesario practicar onicectomía, otras veces no.

Drenaje de abscesos subungueales

Aparecen espontáneamente, se procede de igual forma, y se toma materia para estudio bacteriológico. El orificio que queda sirve para administrar antibióticos tópicamente.

Anestesia local

Cuando se emplea anestesia local, debe ser sin epinefrina, se aplica sobre el lado de la lesión directamente, o de manera troncular. Son muy empleados los torniquetes para mantener el campo libre de sangre.

UÑA ENCARNADA: ONICOCRIPTOSIS

Son muchas las causas que producen que la lámina ungueal penetre en el tejido vecino; esto ocasiona dolor, inflamación y, a veces, supuración. Las causas más frecuentes son: el mal pedicure, traumas repetidos, defectos ortopédicos. Se puede decir que existen estadíos.

Estadío inicial: al comienzo, se despega la uña, se aplica ácido tricloroacético al 40% y se deja por unos días un pequeño trozo de algodón impregnado de antibiótico.

Segundo estadío: ya se formó un tejido granulomatoso, existe una pequeña tumoración. Aquí se debe anestesiar previamente, destruir el tejido granulomatoso, curetear y luego electrocoagular.

Tercer estadío: granuloma o casos recidivantes. Lo ideal es hacer una extirpación lateral de la lámina ungueal, con matricectomía parcial.

Recordar y explicar al paciente que la lámina ungueal siempre será más angosta.

Extirpación de tumores

Las causas más frecuentes son: quiste mixoide y tumor glómico.

Corrección de defectos

Uña en pinza o en trompeta, desgarraduras.

Biopsia de la uña

Es necesario practicarla cuando se trata de lesiones tumorales, para diagnóstico de alteraciones ungueales. Cuando es una lesión tumoral, la biopsia es directamente de la lesión. En casos de alteraciones ungueales, se recomienda la biopsia longitudinal lateral, que fue un método publicado hace ya bastantes años en la revista "Medicina Cutánea" y es similar al procedimiento seguido para la uña encarnada en el tercer estadío.

Post - operatorio

Una vez realizada la cirugía es conveniente calmar el dolor y dar instrucciones precisas para evitar la infección, se pueden emplear antibióticos sistémicos. Se debe vigilar que no se produzca sangramiento. Informar sobre el resultado y sobre los hallazgos histológicos cuando existan.

78. CONCEPTOS BÁSICOS EN CIRUGÍA DERMATOLÓGICA

La dermatología es una especialidad médico-quirúrgica, por eso es muy frecuente la realización de procedimientos quirúrgicos. Tanto para diagnóstico, como para eliminar tumores o lesiones, o corregir defectos.

DIAGNÓSTICO

Muchas lesiones cutáneas pueden ser el reflejo de varias patogenias; ej.: eritema nudoso, enfermedades crónicas que tienen patrón definido, como la psoriasis, liquen plano, entre otras.

Enfermedades en que es necesario precisar el diagnóstico: eritema malar, puede ser rosácea, o lupus.

Lesiones en que es necesario el diagnóstico para realizar el tratamiento adecuado: Placas infiltradas, puede ser una micosis fungoide. Úlceras crónicas para precisar la etiología y/o malignidad. Lesiones tumorales: carcinoma basocelular.

Todos estos ejemplos indican que es necesario realizar un estudio histológico. Cuando todas las lesiones son similares, se selecciona aquella de evolución reciente, que no haya sido modificada por el rascado, infección o medicamentos; cuando son distintas, a veces es necesario tomar varias biopsias. Siempre tomar la biopsia, previa anestesia local, y seleccionar un sitio que estéticamente no perturbe al paciente. Es importante explicarle al paciente la importancia de la biopsia y la cicatriz que puede quedar. Hay exámenes preoperatorios que incluyen evaluación cardiovascular.



Cirujía dermatológica
esquema de extirpación

TIPOS DE BIOPSIA

Punch o sacabocado

Es uno de los procedimientos más empleados en dermatología. Los punch tienen un diámetro variado, los más empleados son de 3 - 5 mm.

Por afeitado

Consiste en rasurar la lesión o parte de ella. Se emplea en lesiones benignas, como nevus intradérmicos y queratosis seborreicas.

Biopsia incisional

En lesiones amplias, se toma una muestra de ella.

Por excisión

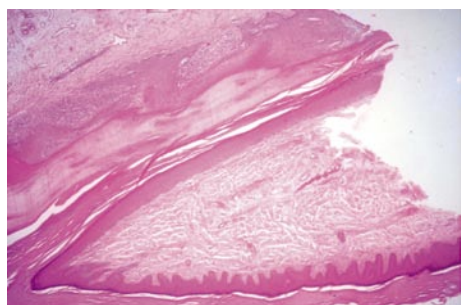
Es necesario extirpar la lesión.

Extirpación de lesiones

Siempre es necesario seguir la orientación de las líneas o pliegues naturales. Líneas de Langer. También es importante conocer la anatomía de la región a intervenir.

Pre - operatorio: asepsia de la zona, marcar la zona a extirpar. La elipse tendrá generalmente dos veces el tamaño de la lesión. Cuando se extirpa la lesión y se piensa que quedará tensa la cicatriz, se realiza divulsión de la herida en el plano correspondiente.

Las suturas se ponen en diferentes formas: puntos separados o sutura continua. A veces, es necesario poner puntos en el tejido subcutáneo para evitar la tensión. Una vez realizada la cirugía, vigilar que no exista sangramiento, administrar analgésicos y antibióticos SOS. El tiempo indicado para retirar los puntos depende de la región en que realizó la biopsia. En la cara: de 4 a 6 días. Abdomen: 8 días. Brazos: 14 días.



Muestra de biopsia ungueal

79. CONCEPTOS BÁSICOS EN CIRUGÍA DERMATOLÓGICA II

Nota: Esquemas tomados del capítulo Dermatología quirúrgica práctica de los Doctores Julio Manuel Barba Gómez, Berta Angélica Huerta Franco, José Fernando Barba Gómez, Alba Gabriela Quiñones F. Capítulo 26 del Libro Temas Dermatológicos. Pautas Diagnósticas y Terapéuticas del Dr. Antonio Rondón Lugo. Editorial Codibar. 2001.

En lesiones tumorales, lo más importante es la remoción del tumor. A veces la herida es muy amplia y no se logra cerrar. Se podría dejar cicatrizar por segunda intención, lo cual es una opción válida.

COLGAJOS CUTÁNEOS

El término colgajo se define como el movimiento de una combinación adyacente de piel y tejido celular subcutáneo, desde una localización a otra, con irrigación intacta. Provisto siempre de un pedículo vascular con fines de nutrición. También se puede definir como un sector de piel completo (epidermis, dermis y tejido celular subcutáneo) transferido a otra zona, contigua o distante, que se mantiene unido a la zona donadora mediante un pedículo del que recibe su vascularización.

Una vez estudiado el defecto y planificado su abordaje quirúrgico, con las debidas ventajas y desventajas del colgajo cutáneo, se obtendrá un excelente resultado estético.

La colocación de un colgajo, es preferible a la utilización de un injerto cuando la zona receptora presenta problemas de vascularización o se requiere la reconstrucción del pleno grosor de la piel con su tejido celular subcutáneo. También es preferible en aquellos defectos más profundos que dejan al descubierto hueso, tendón, cartílago u otras estructuras críticas con poco o nulo aporte sanguíneo.

Los colgajos pueden clasificarse según la localización anatómica, según la irrigación o los movimientos básicos.

1. Según localización anatómica

Colgajos locales: involucran tejidos adyacentes para cubrir el defecto y se dividen o clasifican según el movimiento básico.

Colgajos a distancia: reparan el defecto on el movimiento de un tejido de origen distante. Se dividen en abiertos y cerrados.

2. De acuerdo a su irrigación

Colgajos de patrón axial: incluyen una arteria subcutánea grande que proporciona la irrigación y la base del diseño.

Colgajos de patrón al azar: la irrigación deriva de los plexos sub-dérmicos.

3. Según el movimiento básico del tejido

Colgajos por deslizamiento (de avance): el tejido local se desplaza o avanza, sin girar o rotar sobre algún punto.

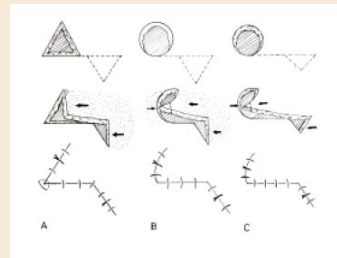
Colgajos de rotación: rotan alrededor de un punto pivote para cerrar el defecto primario.

Colgajos de transposición: colgajos de dimensión igual o discretamente inferior al defecto. Giran sobre el centro de la base de su pedículo, soltando piel sana a la que se le sutura su borde de incisión más distal al defecto .

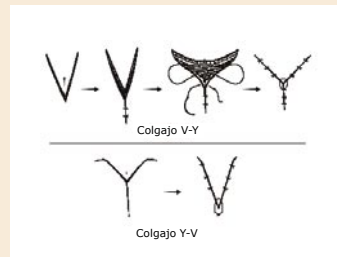
Colgajo de interpolación: consiste en rotar la piel en un arco, sobre un punto pivote hacia un defecto cercano, pero no adyacente; por lo tanto, el pedículo debe pasar por encima o por debajo del tejido sobre el cual se trabaja.

1. Triangular
2. Rectangular o "U" plastía
3. Trapezoidal
4. Colgajos en "V-Y" o "Y-V"
5. "H" plastía
6. Colgajo en "A-T" y "O-T"
7. Escisión semilunar perialar doble
8. Escisión semilunar perimentoniana doble

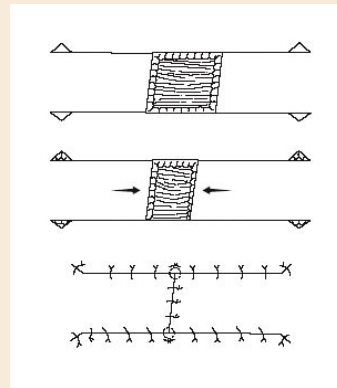
Triangulares



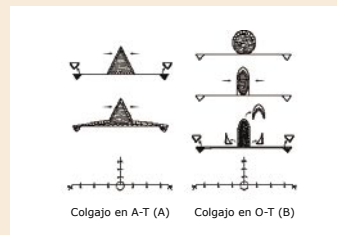
Colgajos en "V-Y" o "Y-V"



"H" plastía



Colgajo en "A-T" y "O-T"



Colgajos que giran sobre un punto

1. Colgajos por rotación

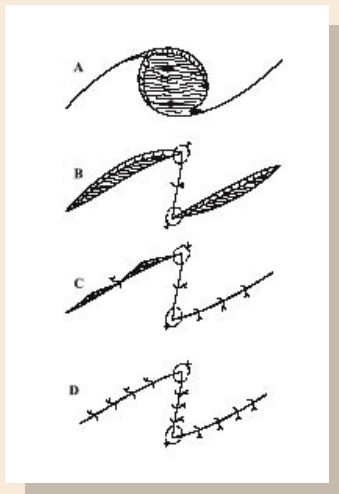
- 1.1. Colgajo por rotación de un solo pedículo
- 1.2. Doble colgajo por rotación
- 1.3. Colgajo en "O-Z"
- 1.4. Colgajo en hacha
- 1.5. Colgajo en cuadro "Z"

2. Colgajos por transposición

- 2.1. Colgajos por transposición de un solo pedículo
- 2.2. Doble colgajo de transposición (colgajo en "Z")
- 2.3. Colgajo bilobulado, trilobulado y tetralobulados
- 2.4. Colgajo glabellar
- 2.5. Colgajo de limberg
- 2.6. Colgajo de difourmentel

3. Colgajos de interpolación

Colgajo en "O-Z"



INJERTOS DE PIEL

Se trata de una porción de piel, que ha sido privada totalmente de su aporte sanguíneo y transportada a otro sitio denominado lecho receptor, el sitio de donde se extrae se denomina lecho donador.

Los injertos de piel se pueden clasificar en dos tipos:

1. Espesor parcial: cuando sólo compromete epidermis y parte de la dermis.
2. Espesor total: incluye toda la dermis. Se denomina injerto compuesto al que consta de epidermis, dermis y otras estructuras como grasa, folículo, cartílago, etc.

CIRUGÍA MICROGRÁFICA DE MOHS

Es un procedimiento que requiere personal médico y paramédico entrenado. Consiste en extirpar la lesión, congelarla y estudiarla histológicamente para revisar si existió una exéresis total. El procedimiento se repite tantas veces como sea necesario, hasta lograr la curación total.

80. GLOSARIO DERMATOLÓGICO

Acantólisis

Separación de las células espinosas, formando ampollas. Ej.: Pénfigo.

Acantosis

Engrosamiento de la capa de malpighio.

Acantosis nigricans

Lesiones hipercrómicas, verrugosas, hipertróficas, en áreas intertriginosas. Considerada una paraneoplasia. Existe la pseudoacantosis nigricans con lesiones menos hipertróficas, observadas en pacientes obesos.

Acrodermatitis enteropática

Enfermedad autosómica recesiva, que cursa con diarrea, alopecia y lesiones eritemato-papulosas.

Agminado (acuminado)

Lesiones que se presentan agrupadas.

Amiloidosis

Acumulación de sustancia amiloide. Puede ser sistémica o cutánea.

Anaplasia

Crecimiento celular indiferenciado.

Anectoderma

Atrofia de la piel de manera focal.

Ántrax

Palabra que se presta a confusión. Realmente es una infección producida por el Bacillus anthracis; sin embargo, algunas escuelas denominan ántrax a un conglomerado de furúnculos.

Aplasia cutis

Atrofia de la piel congénita.

Asteatosis

Piel seca.

Balanitis

Inflamación del glande.

Berlocque

Fitodermatosis. Manchas hipercrómicas producidas por contacto de sustancias que tienen furocumarinas, perfumes, vegetales; más exposición solar.

Bota de Unna

Venta a base de zinc. Empleada en úlceras de miembros inferiores.

Carare

Vitiligo.

Chalmugra

El aceite de esta planta se usó en el tratamiento de la lepra.

Coiloniquia

Concavidad en la lámina ungueal. Puede ser congénita o adquirida por deficiencia de nutrientes.

Complejos inmunes

Se forman en los tejidos o en la circulación y están constituidos por la unión de antígenos y anticuerpos.

Complemento

Grupo de proteínas séricas que intervienen en el control de la inflamación, en la activación de los fagocitos y en el ataque sobre las membranas celulares.

Crioterapia

Tratamiento por medio del frío.

Cuerno cutáneo

Queratosis actínica de forma hipertrófica. Lesión precancerosa.

Darier Jean

Nació en Budapest en 1856, murió en París en 1938. Fue jefe del servicio de dermatología en el hospital San Luis. Escribió un importante libro de dermatología. Existe una enfermedad llamada "de Darier", caracterizada por queratosis folicular.

Dermatitis de interfase

Trastorno de la unión dermo-epidérmica. En liquen plano, sífilis primaria.

Dermatoscopio

Instrumento óptico que aumenta el tamaño de las lesiones. Empleado, principalmente, para lesiones névicas.

Efluvio

Caída de cabello de manera anormal. Puede ser en la fase de crecimiento piloso (efluvio anágeno), o en la fase final (efluvio telógeno).

Electrocirugía

Uso de energía eléctrica de baja frecuencia, alto voltaje, baja intensidad y alta producción de calor. Si se produce el corte: electrosección o destrucción: electrocoagulación.

Elefantiasis

Agrandamiento exagerado de una parte del cuerpo. Casi siempre es referida a los miembros inferiores.

Epiloia

Pacientes con adenomas sebáceos, epilepsia, esclerosis tuberosa.

Eritema discrómico perstans

Caracterizado por manchas grises pizarra. De etiología desconocida.

Eritema fijo medicamentoso

Se trata de una farmacodermia, caracterizada por lesiones únicas o múltiples, violáceas, con halo eritematoso.

Erupciones liquenoides

Lesiones que se asemejan al liquen plano.

Feto Arlequín

Ictiosis severa y mortal en el recién nacido.

Fotosensibilidad por fármacos

Reacciones adversas por fármacos, y en algunas enfermedades como lupus eritematoso, donde interviene la luz.

Fototoxicidad

Sustancias tóxicas que aumentan la reactividad de la piel ante las radiaciones ultravioletas.

Glabro

Lampiño. Piel sin pelo.

Granuloma piogénico

Lesiones de aspecto eritematoso, a veces sangrante. Es una lesión con aumento de vascularidad. No es infeccioso.

Gummas

Abscesos tuberculosos metastásicos.

Kerion de Celso

Lesiones inflamadas con foliculitis, y supuración.

Luz de Wood

Radiación ultravioleta de onda larga de 365 nm, que es filtrada. Se emplea en el diagnóstico de: melasma, vitiligo, pitiriasis versicolor, etc.

Madarosis

Alopecia de cejas y/o pestañas. Se describe en el Hansen.

Mancha mongólica

Mancha azul o gris pizarra, que aparece en recién nacidos.

Manchas café con leche

Manchas hipercrómicas observadas en neurofibromatosis.

Marion Sultzberger

1895-1983. Nació en NY, USA. Escribió varios libros de dermatología. Fue el dermatólogo más relevante en el siglo XX.

Miasis

Infección por larvas de dípteros (moscas).

Micosis profundas

Esporotricosis, histoplasmosis, paracoccidioidomicosis.

Micosis superficiales

Dermatofitosis, pitiriasis versicolor, candidiasis.

Moléculas de adhesión

Moléculas que permiten la adhesión de células entre sí, para localizar la reacción inmunológica.

Ofiasis

Calvicie que sigue el borde del cuero cabelludo, como una serpiente.

Onicochizia

Uñas frágiles, quebradizas.

Onicocriptosis

Uña encarnada.

Onicogrifosis

Uña engrosada y con curvaturas.

Onicolisis

Despegamiento de la lámina ungueal en su parte distal.

Onicomadesis

Despegamiento de la lámina ungueal en la parte proximal.

Paraqueratosis

Presencia de núcleos en la capa córnea.

Psoriasis guttata

Lesiones de psoriasis en forma de pápulas pequeñas, como gotas.

Psoriasis invertida

Lesiones de psoriasis en pliegues.

Punch

Instrumento utilizado para hacer biopsias en la piel. Existen de varios diámetros, los más empleados son los de 3-5 mm.

Queilitis

Lesiones eritematosas en ángulos de los labios.

Sarna

Escabiosis.

Síndrome de Bechcet

Aftas, ulceraciones genitales y uveítis.

Test de Tzanck

Empleado en enfermedades ampollares como pénfigo y herpes. Se observan células epidérmicas, acantolíticas, gigantes, multinucleadas.

Tiña amiantácea

Lesiones descamativas, costrosas, en el cabello; producidas por bacterias. Se confunde con tiña del cuero cabelludo.

Úlcera de las trincheras

Ectima. Lesiones ulceradas de origen infeccioso.

Úlcera de los chicleros

Lesión de leishmaniasis que aparece en las personas que viven en selvas, cosechando el chicle para el látex.

Verruga peruana o enfermedad de Carrión

Producida por bacterias gramnegativas: bartonella bacilliformis. Caracterizada por múltiples lesiones papulosas, verrugosas.

Xantomias

Lesiones únicas o múltiples, de color algo amarillento. Se presenta en pacientes con alteraciones lipídicas.

PUBLICIDAD

PUBLICIDAD