

ACNÉ

El acné corresponde a una enfermedad inflamatoria de la unidad pilosebácea producida por retención del sebo. Se caracteriza por la presencia de comedones tanto abiertos como cerrados, y lesiones inflamatorias, entre las que se incluyen pápulas, abscesos y nódulos. Aparece en la pubertad en personas con piel seborreica, pero puede persistir hasta la adultez.

Epidemiología

- Afecta al 70 – 87% de los adolescentes y generalmente tiende a desaparecer hacia los 20 – 25 años.
- Predomina ligeramente más en varones donde el cuadro suele ser más grave y más prolongado.

F. de riesgo

- Hipersensibilidad local a andrógenos, predisposición familiar y cambios hormonales del ciclo menstrual.
- Factores involucrados: hiperqueratosis, hiperproducción de sebo, presencia P. acnés (principal agente etiológico).

Afecta al 87% de los adolescentes y está relacionado a la hipersensibilidad de andrógenos

Prevención:

- Evitar aplicación tópica de cosméticos
- No se recomienda la restricción como parte del tx
- Se recomienda aseo habitual de la piel

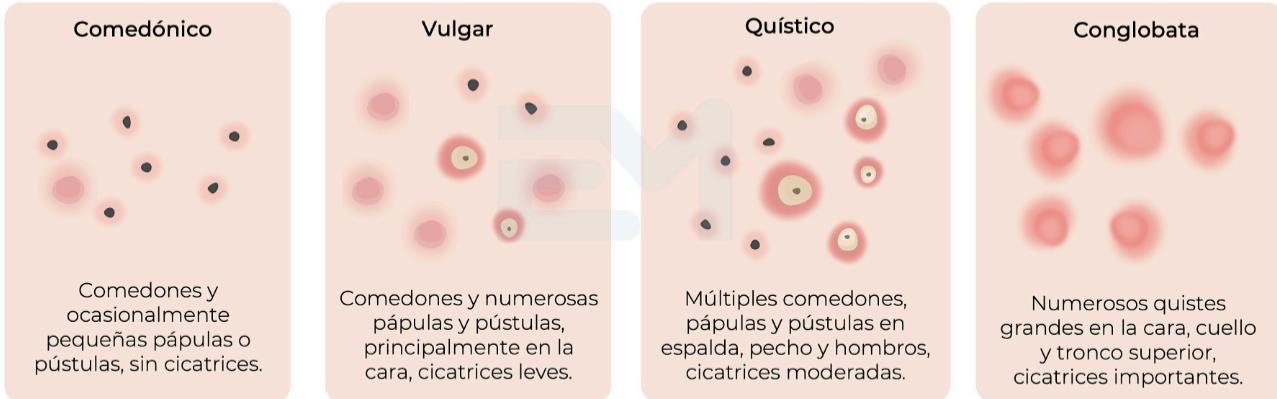
Etiología

- El polimorfismo en el gen IL-1A juega un papel importante en la respuesta inflamatoria que ocurre en los folículos pilosos.
- Durante la pubertad los andrógenos causan aumento de glándulas sebáceas y de su secreción que, con la hiperqueratosis de la pared y del poro folicular, originan el comedón, compuesto de queratina, sebo, restos celulares y bacterias.

Clínica

Las lesiones de acné suelen aparecer al inicio de la etapa de la adolescencia. Se suelen presentar en cara, frente, mejillas, el dorso de la nariz y el mentón; a veces se suelen extender al cuello y a la región del tórax. En un inicio hay comedones cerrados (blancos), o abiertos (negros) o grandes que se transforman en pápulas y pústulas y nódulos de diferente tamaño.

Clasificación acorde a gravedad



Comedones abiertos (puntos negros): tiene superficie abierta y el sebo expuesto al aire se oxida y se oscurece.

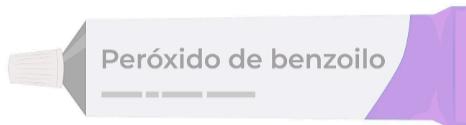
Comedones cerrados (puntos blancos): obstrucción del poro, el sebo no se expone al aire, permanece bajo la superficie.

2024

Lesiones NO inflamatorias (comedones), lesiones inflamatorias (pápulas, pústulas, quistes y nódulos)

Diagnóstico

Diagnóstico de elección: clínico con historia clínica buscando antecedentes familiares de acné, historia ginecológica, corticoides, andrógenos y otros medicamentos (litio, fenitoína, fenobarbital e isoniazida).



Muy severo

- Conglobara
- Fulminas

Tratamiento

Peróxido de benzoilo:

- Es útil para el tratamiento por efecto antimicrobiano en pacientes con acné leve y moderado.
- Aplicar peróxido de benzoilo al 2.5% 2 veces al día en las lesiones inflamatorias en el rostro y al 5% en espalda.

Antibióticos:

- Forma tópica o sistémica, indicados en acné moderado y grave. Tiempo de administración 6-12 semanas.
- 1º elección: tetraciclinas: limeciclina 300 - 600 mg por día, doxiciclina o minociclina 100-200 mg por día.

La Isotretinoína vía oral es considerado el **estándar de oro** en el tratamiento del acné grave. Puede ser utilizado en casos de acné moderado o en acné que no responde al tratamiento convencional. Su uso requiere supervisión por efectos adversos.

2023

Isotretinoína

Vía de administración: Oral

Caja con 30 Cápsulas

- **Dosis:** 0.5 - 1 mg/kg/día hasta dosis acumulada de 120 mg/kg, se administra por lo menos durante 4-6 meses, o 2 meses más luego de la curación clínica.
- **Vigilancia:** Durante el tratamiento se practicarán cada 30-90 días: determinaciones séricas de perfil lipídico, PFH, BHC y prueba de embarazo negativa periódica.
- **Efectos secundarios:** Queilitis descamativa, xerosis de narinas, epistaxis, xeroftalmia, conjuntivitis, cefalea, fatiga, incremento de aminotransferasas séricas, triglicéridos y colesterol y leucopenia.

2024

Criterios de envío a dermatólogo

- Acné fulminante o foliculitis con gram-.
- Presentación quística.
- Repercusión psicológica.
- Riesgo de cicatrices.
- Miedo patológico a la deformidad.
- Ausencia de respuesta después de 6 meses.

LEVE	MODERADO	NO RESPONDE O GRAVE
<ul style="list-style-type: none"> • Peróxido de benzoilo (Antimicrobiano) 2.5% cara 5% espalda 2 veces al dia o Clindamicina al 1% Eritromicina al 5% + • Retinoides (comedolítico y exfoliantes) Tretinoína al 0.1% - o 0.025% Por la noche, lavar en la mañana para evitar fotosensibilidad (recordar que se va a descamar) <p>TÓPICO</p>	<ul style="list-style-type: none"> • LO ANTERIOR MÁS + • ATB VÍA ORAL • 1.- LIMECICLINA • 2.- DOXICICLINA minocilina, eritromicina y (Menor de 12 años) c/12hrs x 12 semanas hasta 2 ciclos <p>TÓPICO</p> <p>ORAL</p>	<ul style="list-style-type: none"> • REFERIR A SEGUNDO NIVEL!! • ISOTRETINOÍNA: teratogenico, incrementa de lípidos en sangre, hepatotoxicidad, cefalea SEQUEDAD y FOTOSENSIBILIDAD CUTANEA. <p>ORAL</p> <p>TX GENERAL NO FARMACOLÓGICO</p> <ul style="list-style-type: none"> • EVITAR COSMETICOS • HIGIENE DIARIA 2 VECES AL DIA • NO MANIPULAR LESIONES

ROSÁCEA

Rosacéa

Epidemiología	Afecta a mujeres de 20-50 años de edad
Etiología	<ul style="list-style-type: none"> • Labilidad vasomotora • Predisposición genética • Demodex folliculorum
Cuadro clínico	<ul style="list-style-type: none"> • Flushing facial simétrico (café, alcohol, picante) • Eritema persistente • Telangiectasias • Papulopústula sin comedones • Lesiones oftálmicas (blefaritis, conjuntivitis) • Hipertrofia de tejidos blandos (rifoma, otofima, blefarofima), más típica en hombres
Tratamiento	1.- Metronidazol topical 2.- Isotretinoína a dosis baja 3.- Laser terapia



ALOPECIA

Disminución de la densidad del pelo o ausencia de mismo en cualquier parte de la superficie cutánea

TIPOS

- Cicatriciales
 - Causada por daño o destrucción del folículo piloso (IRREVERSIBLE)
- NO cicatriciales miniaturización del folículo o síndromes hereditarios (REVERSIBLE)

ALOPECIA ANDROGÉNICA (NO CICATRICAL)

Pérdida de pelo crono evolutiva, con predisposición genética dihidrotestosterona dependiente, caracterizada por miniaturización progresiva, NO CICATRICIAL, patrón FRONTO TEMPORAL

- Escala de hamilton Norwood o Ludwig
- Prueba de Sabouraud: tracción de pelo y si se cae más del 10% es positiva

Afecta en el 50% de los hombres

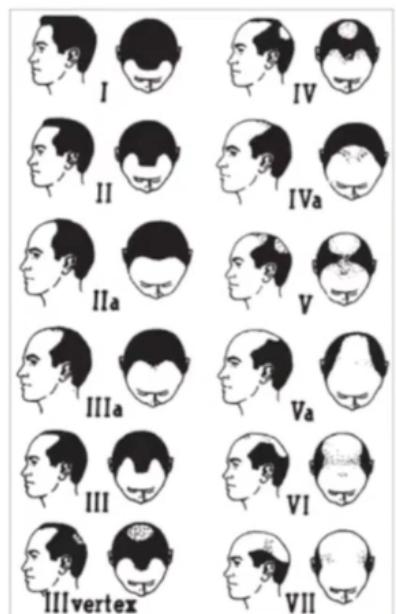
TRATAMIENTO

- Minoxidil tópico 2-5%
- Finasteride 1 mg/dl VO (inhibidor de la 5 alfa reductasa - Norwood II-IV)
- Trasplante de unidades foliculares (Norwood VI-VII)

ALOPECIA AREATA (CICATRICAL)

Enf inflamatoria autoinmune, afecta el folículo piloso y láminas ungueal, caracterizado por lesiones limitadas, en parches circunscritos redondos con pérdida de cabello y bordes definidos

FIGURA 1. CLASIFICACIÓN DE HAMILTON-NORWOOD



EPIDEMIOLOGÍA

- 1.7% EN MÉXICO
- Igual en hombres y mujeres

TRATAMIENTO

1. Esteroides intralesionales (triamcinolona)
2. Esteroides tópicos de alta potencia
3. Minoxidil 2-5%

Otros

- Inmunoterapia
- Psoralenos
- Esteroides sistémicos



PSORIASIS

Enfermedad inflamatoria sistémica crónica, de origen genético e inmunológico. Cursa con escamas, placas eritematosas y prurito por hiperqueratosis, especialmente en salientes óseas. Se asocia a enfermedades reumáticas y trastornos inflamatorios.

Epidemiología

La prevalencia global es del 2%, en México de 2.5%. Es una de las 15 dermatosis más comunes. Predomina entre los 20 a 50 años. 30% con forma moderada a severa y artritis psoriásica.

Etiología

2023 2024

Se postula como una enfermedad autoinmune mediada por linfocitos TH1 de predisposición genética. Asociada a HLA-Cw6, HLA-B12, HLA-Bw57. Gen PSORS1 (6p) en 35-50% de su herencia.

- Antecedentes familiar en hasta 1/3 parte de los pacientes

ETIOLOGÍA

- Infecciones: psoriasis en gota, sec a infección estreptocócica faríngea
- Fármacos: litio, B bloqueadores, AINES
- Trauma: Fenómeno isomórfico de Koebner
- Factores externos: Estrés (lo empeora), calor y la luz solar (lo mejora)

FISIOPATOLOGÍA:

Secreción citocinas por linfocitos T - proliferan queratinocitos - hay acortamiento de ciclo celular - aumenta el grosor de la epidermis - tránsito epidérmico de 4 días (normal 28 días)

F. de exacerbantes

Síndrome metabólico, radiación, infecciones, deficiencia de vitamina D, hipocalcemia, estrés, tabaco, obesidad, fármacos (litio, antipalúdicos, AINE, β-bloqueador, glucocorticoides sistémicos y IECA) y temporada invernal.



Clínica

2024

Placas eritematosas con escamas plateadas y bordes definidos en cuero cabelludo, codos, rodillas y región lumbosacra; u otras variantes clínicas. El fenómeno de Koebner, el signo de Auspitz y el halo de Woronoff son clave.

Diagnóstico

Es clínico. La biopsia se indica en casos dudosos, muestra paraqueratosis, sin capa granulosa, microabscesos, crestas en "pie de camello", pústulas de Kogoj y capilares dilatados.

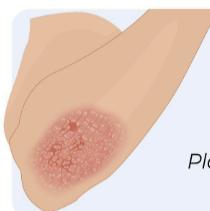
Auxiliares

El raspado metódico de Brocq se realiza con objeto romo sobre la lesión, observando los signos de la bujía, Duncan y Auspitz. Solicitar BH, PFH, factor reumatoide, VSG, ác. úrico, entre otros.

Presenta recaídas y remisiones, con impacto significativo en la calidad de vida. Entre las complicaciones más frecuentes están las infecciones secundarias, afectación estética severa, artritis psoriásica, mayor riesgo de linfoma y eventos cardiovasculares.

Tipo de psoriasis

2024



Psoriasis vulgar

- Es la más frecuente.
- También llamada psoriasis en placas.
- Suelen tener distribución simétrica.

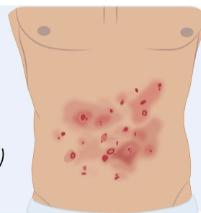
Placas eritematosas en áreas extensoras:
Codos, rodillas y glúteos.



Psoriasis inversa

- También llamada psoriasis flexural.
- Afecta áreas flexor, pliegue axilar, inguinal, submamario y genitales.

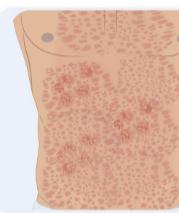
Placas bien definidas, sin satélites, no hay atrofia del pliegue.



Psoriasis en gota

- La de mejor pronóstico.
- Es típica después de un cuadro de faringitis estreptocócica.

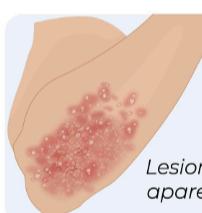
Brotes de pequeñas pápulas (0.5 – 1 cm) en tronco y raíz de los miembros.



Eritrodermia psoriásica

- Requiere hospitalización.
- El componente eritematoso impera sobre la descamación.

Se caracteriza por afectar más del 90 % de la superficie corporal.



Psoriasis pustular

- Es una forma potencialmente grave, suele acompañarse de fiebre.
- Se identifican múltiples pústulas.

Lesiones superficiales que tienden a confluir y aparecen en piel sana o sobre placas previas.



Psoriasis ungueal

Se presenta como onicodistrofia con hiperqueratosis distal (picas), onicolisis y en mancha de aceite.

Coloración marrón y amarillenta de distal a proximal.

La severidad del área de psoriasis (PASI) evalúa la superficie corporal afectada, eritema, induración y descamación, se suele calcular antes, durante y después del tratamiento. Un puntaje PASI > 10 o > 10% de superficie corporal indica psoriasis grave.

Tratamiento

En adultos con psoriasis, primero hay que descarta afectación articular. Si hay sospecha, referir al servicio de reumatología. De lo contrario, hay que evaluar la gravedad con PASI o superficie corporal afectada, y el resultado define el tratamiento.

- En psoriasis leve (PASI y SCA ≤10%), se indica el tratamiento tópico en 3 líneas: 1) Esteroides de alta o mediana potencia, análogos de vitamina D y tazaroteno. 2) Inhibidores de calcineurina. 3) Alquitran de hulla.
- **Psoriasis moderada a severa** (PASI o SCA >10%), evaluar comorbilidades e iniciar tratamiento sistémico, solo o con terapia tópica. 1^{ra} línea: ciclosporina, metotrexato y acitretina. 2^{da} línea: sulfasalazina, leflunomida y tacrolimus.

De no haber respuesta al tratamiento sistémico, valorar un biológico (subcutáneo o intravenoso), antes descartar tuberculosis activa o latente. Según la gravedad elegir entre: subcutáneos (Adalimumab o Etanercept) o intravenoso (Infliximab).

Líquen plano

El líquen plano es una enfermedad cutánea inflamatoria idiopática mediada por células. Se caracteriza por lesiones cutáneas pruriginosas, planas, papilares y de color púrpura, que suelen aparecer en las superficies flexoras de las extremidades. Puede ocurrir a cualquier edad, pero es más frecuente a los 30–60 años, es raro en niños.



Etiología

Se desconoce la etiología exacta, pero se ha asociado a la infección por hepatitis C, a cirrosis biliar primaria y a múltiples medicamentos.



F. de riesgo

Factores genéticos: : HLA-B7, HLA-DR1 y HLA-DR10 en los afectados. Medicamentos asociados: IECAS, b-bloqueadores, metildopa y cloroquina.



Diagnóstico

- Inicial: Clínico + antecedentes + examen físico.
- **Estándar de oro:** biopsia por sacabocados o raspado profundo en una lesión prominente.

Líquen plano cutáneo:

- 6P: Pápulas Planas, Poligonales, Purpúricas, Pruriginosas, en Placas.
- Localización: Superficies flexoras de las extremidades (tobillos y muñecas).
- Estrías de Wickham: Reticulado blanquecino en superficie de lesiones.
- Fenómeno de Koebner positivo, debido a traumatismo por rascarse.

Líquen plano oral:

- Puede ocurrir de forma independiente o con líquen plano cutáneo.
- Estrías de Wickham o forma reticular (hilos blancos en forma de telaraña).
- Erosiones o úlceras dolorosas (líquen plano erosivo de la mucosa).
- También afecta a la mucosa alveolar y a la lengua.

Líquen plano genital:

- Más común en los hombres; las lesiones suelen estar en el glande.
- En las mujeres, la vulva se ven afectada, asociado a prurito y dispareunia.
- Presentan un mayor riesgo de carcinoma de células escamosas.
- Las lesiones erosivas pueden complicarse con estenosis uretral.



Úlceras orales



Pápulas planas



Wickham



Líquen genital



Líquen cutáneo



Tratamiento

Terapia de soporte:

- Reducir el prurito con antihistamínicos (hidroxizina).
- Evitar la resequedad de la piel con emolientes.

Tratamiento de primera línea:

- Corticoides tópicos de alta potencia: para lesiones localizadas (ej. oral).
- Corticosteroides intralesionales (triamcinolona) en lesiones hipertróficas.

Pitiriasis rosada



Es una erupción cutánea autolimitada caracterizada por la presencia de placas o pápulas difusas y descamadas. Es de etiología desconocida, pero se asocia a infecciones virales herpes virus (6, 7, y 8).



Epidemiología

Se presenta a **los 10 - 35 años de edad** con incidencia en otoño y primavera. Predomina en mujeres.

Clásicamente, las lesiones siguen las líneas metaméricas de la piel, lo que dan a la pitiriasis rosada la clásica distribución en árbol de Navidad en la espalda.



Lesión inicial.



Árbol de navidad



El diagnóstico de la pitiriasis rosada se basa en la apariencia clínica y la distribución de las lesiones. Diferencial: Tiña corporal, psoriasis, erupción por fármacos o liquen plano.



Tratamiento

Suele resolverse espontáneamente en **4 - 8 semanas** por lo que no requiere intervención terapéutica. Puede ser útil la **exposición de la luz** durante primera semana.



Clínica

- La mayoría es asintomático y generalmente el síntoma más común es el prurito.
- Lesión inicial:** Medallón heráldico o placa asalmonada que mide 2 - 6 cm de forma circular que suele encontrarse en tronco. Tienen una coloración asalmonada en personas de piel clara y hiperpigmentada en piel oscura.

TRATAMIENTO PITIRIASIS ROSADA

El trastorno se resuelve en forma espontánea, por lo que el tratamiento se dirige a los síntomas; antihistamínicos orales para el prurito; glucocorticoides tópicos; fototerapia con UV-B en algunos casos.

Esporotricosis

Es una micosis subcutánea que ocurre tras la inoculación traumática de conidios pertenecientes al complejo *Sporothrix schenckii*. Se caracteriza por la aparición de una lesión nodular en piel, que progresiva siguiendo el trayecto de los vasos linfáticos.



Epidemiología

En México, es más prevalente en Guanajuato, Jalisco, Puebla, Michoacán, Oaxaca y Estado de México. Afecta principalmente a hombres, es común en campesinos, jardineros y floristas, por lo que se considera una enfermedad de tipo ocupacional.



F. de riesgo

Heridas con material contaminado, contacto con roedores y actividades ocupacionales como jardinería o manejo de plantas y madera. En personas con VIH/sida, actúa como micosis oportunista, con mayor riesgo de formas diseminadas.



Inoculación por pinchazo



Sporothrix schenckii



Etiología

Forma parte del complejo *Sporothrix schenckii*: *S. albicans*, *S. brasiliensis*, *S. globosa*, *S. luriei*, *S. mexicana* y *S. Schenckii* en México, es la especie predominante que en el ambiente tiene forma micelial y en el hospedero se transforma en levadura.



Clínica

La forma linfangítica, es la más común, inicia con una lesión nodular ulcerada y, en dos semanas, se acompaña de gomas eritemato violáceas no dolorosas que siguen los vasos linfáticos, afecta principalmente las extremidades superiores.



Lesión nodular ulcerada



Gomas eritemato violáceas

Por su carácter ocupacional, se recomienda usar guantes y ropa de manga larga al manipular material que pudiese herir.



Diagnóstico

La esporotricina intradérmica indica contacto previo, se considera positiva con induración ≥ 5 mm en 24–48 h. El confirmatorio es el cultivo en agar Sabouraud, donde se observan conidios en forma de "flor de margarita o durazno".

El diagnóstico diferencial incluye tularemia, tuberculosis (cutánea o pulmonar), micobacteriosis, micetoma, cromoblastomicosis y lepra tuberculoide, por sus similitudes clínicas. La forma osteoarticular simula la sinovitis crónica, artritis reumatoide o séptica.



Tratamiento

2022

Depende de la forma clínica del estado inmunológico. El fármaco de elección es itraconazol 200 mg/día por 2 a 4 semanas en casos de esporotricosis linfocutánea, en esporotricosis que afecta al SNC, se tratan con anfotericina B.