

# DERMATOLOGÍA EN LA PRÁCTICA MÉDICA GENERAL

## VOL. 17

### **AUTORES:**

Alfredo Augusto Rivera Ticona  
Matilde Alejandra Aguiar Mendoza  
Alejandra Estefanía Lara Reyes  
Danny Helmut Laufer Núñez  
Kerly Amalfi Carvajal Cañarte



**Dermatología en la Práctica Médica  
General Vol 17**

## **Dermatología en la Práctica Médica General Vol 17**

Rivera Ticona, Alfredo Augusto  
Aguiar Mendoza, Matilde Alejandra  
Lara Reyes, Alejandra Estefanía  
Laufer Núñez, Danny Helmut  
Carvajal Cañarte, Kerly Amalfi

**IMPORTANTE**

La información aquí presentada no pretende sustituir el consejo profesional en situaciones de crisis o emergencia. Para el diagnóstico y manejo de alguna condición particular es recomendable consultar un profesional acreditado.

Cada uno de los artículos aquí recopilados son de exclusiva responsabilidad de sus autores.

**ISBN:** 978-9942-680-88-4

**DOI:** <http://doi.org/10.56470/978-9942-680-88-4>

Una producción © Cuevas Editores SAS

Diciembre 2024

Av. República del Salvador, Edificio TerraSol 7-2

Quito, Ecuador

[www.cuevaseditores.com](http://www.cuevaseditores.com)

**Editado en Ecuador - Edited in Ecuador**

Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación de esta obra solo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley.

## **Índice:**

<b>Índice:</b>	5
<b>Prólogo</b>	6
<b>Manejo Integral del Melasma en pacientes adultos : Abordaje Clínico y Estético</b>	
Alfredo Augusto Rivera Ticona	7
<b>Abordaje Dermatológico de las Lesiones por Fotodaño: Prevención y Tratamiento</b>	
Matilde Alejandra Aguiar Mendoza	19
<b>Tratamiento de las Urticarias Crónicas: Nuevas Opciones Terapéuticas</b>	
Alejandra Estefanía Lara Reyes	33
<b>Vitíligo: Terapias emergentes y su impacto en la calidad de vida.</b>	
Danny Helmut Laufer Núñez	46
<b>Manejo integral de la xerosis en pacientes con diabetes mellitus.</b>	
Kerly Amalfi Carvajal Cañarte	56

## **Prólogo**

La presente obra es el resultado del esfuerzo conjunto de un grupo de profesionales de la medicina que han querido presentar a la comunidad científica de Ecuador y el mundo un tratado sistemático y organizado de patologías que suelen encontrarse en los servicios de atención primaria y que todo médico general debe conocer.

## **Manejo Integral del Melasma en pacientes adultos : Abordaje Clínico y Estético**

***Alfredo Augusto Rivera Ticona***

Médico Cirujano Universidad Católica de Santa  
María Perú

Médico Asistencial en el Área Privada

## **Introducción al Melasma**

El melasma es una condición dermatológica común, caracterizada por la aparición de manchas oscuras en la piel, generalmente en áreas expuestas al sol, como la cara. Esta hiperpigmentación se presenta de manera simétrica y afecta principalmente a mujeres en edad fértil, aunque también puede presentarse en hombres, especialmente en aquellos con piel más oscura. Se desconoce la causa exacta del melasma, pero está fuertemente asociado con factores hormonales, exposición al sol, predisposición genética y el uso de anticonceptivos orales o tratamientos hormonales. Además, se considera una afección crónica y recidivante, lo que requiere un enfoque integral que combine el manejo clínico con soluciones estéticas para abordar tanto la pigmentación como el impacto psicológico que puede causar en los pacientes [1].

El melasma afecta principalmente la zona central del rostro, incluyendo la frente, mejillas, puente nasal y la zona superior del labio. La patogenia del melasma involucra un aumento en la actividad de los melanocitos

y la producción excesiva de melanina, un pigmento responsable de la coloración de la piel. Los pacientes con fototipos de piel más oscuros (IV-VI en la escala de Fitzpatrick) tienen mayor predisposición a desarrollar melasma debido a la mayor cantidad de melanina en la epidermis. Además, los factores hormonales, como el embarazo (más comúnmente en el "pañño" o melasma gravídico), el uso de anticonceptivos y la terapia hormonal sustitutiva, son reconocidos como factores predisponentes importantes en el desarrollo de esta condición [2].

### **Epidemiología del Melasma**

El melasma es una condición dermatológica común que afecta principalmente a mujeres en edad fértil, aunque también puede presentarse en hombres, especialmente en aquellos con piel más oscura. La prevalencia del melasma varía considerablemente dependiendo de la región geográfica, el tipo de piel y los factores hormonales. Se estima que el melasma afecta entre el 1% y el 4% de la población mundial, con una mayor

prevalencia en áreas de alta exposición solar. Es particularmente común en países con climas soleados y de latitudes más cercanas al ecuador, como América Latina, Asia y el Medio Oriente, donde la radiación ultravioleta (UV) es más intensa.

En las mujeres, la prevalencia de melasma puede ser tan alta como el 40-50% en algunas poblaciones, especialmente entre aquellas de fototipo IV-VI en la escala de Fitzpatrick, que tienen piel más oscura. Esta condición es más común durante la edad reproductiva, particularmente entre los 20 y 40 años, y está estrechamente relacionada con cambios hormonales, como el embarazo (melasma gravídico), el uso de anticonceptivos orales y la terapia hormonal sustitutiva. En el caso de los hombres, la prevalencia es mucho menor, pero puede aumentar en aquellos con mayor exposición al sol o que tienen antecedentes familiares de la enfermedad.

A nivel mundial, las tasas de incidencia del melasma están aumentando debido a la mayor exposición solar y

la prevalencia de tratamientos hormonales en la población femenina. Además, las características genéticas también juegan un papel importante, ya que las personas con antecedentes familiares de melasma tienen un riesgo mayor de desarrollarlo. La condición tiende a ser más prominente en individuos con piel más oscura, quienes son más susceptibles a los efectos de la radiación ultravioleta [1].

### **Abordaje Clínico del Melasma**

El manejo clínico del melasma se centra en la reducción de la pigmentación y la prevención de su recurrencia. La primera línea de tratamiento se basa en agentes despigmentantes tópicos que inhiben la formación de melanina, siendo el hidroquinona el tratamiento más utilizado. Otros despigmentantes como la tretinoína, los corticosteroides tópicos de baja potencia y el ácido kójico también son opciones efectivas. Estos tratamientos se utilizan para reducir la síntesis de melanina al interferir con la actividad de los melanocitos. Es importante utilizar estos tratamientos

con precaución, ya que pueden causar irritación o sensibilización de la piel en algunos pacientes [3].

Además de los despigmentantes tópicos, se recomienda el uso de bloqueadores solares de amplio espectro con un factor de protección solar (FPS) de al menos 30, siendo esenciales para prevenir la exacerbación del melasma. El sol es uno de los factores más importantes que desencadenan y agravan la condición, por lo que la protección solar estricta debe ser parte integral del tratamiento de los pacientes con melasma. Se sugiere que los pacientes re-apliquen protector solar cada 2 horas durante el día y usen sombreros o viseras para reducir la exposición solar directa [4].

En casos más graves o resistentes a los tratamientos tópicos, se pueden considerar procedimientos médicos como peelings químicos o microdermoabrasión, los cuales ayudan a exfoliar la capa superficial de la piel y a reducir la pigmentación. Sin embargo, estos tratamientos deben ser realizados con cuidado para evitar la irritación y la hiperpigmentación postinflamatoria, especialmente

en pieles más oscuras. Es fundamental individualizar el tratamiento según el tipo de piel y la severidad del melasma [5].

### **Abordaje Estético del Melasma**

El tratamiento estético del melasma se enfoca en mejorar la apariencia de la piel afectada y reducir la visibilidad de las manchas. Los procedimientos estéticos, como los peelings químicos y el láser, pueden ser muy efectivos cuando se combinan con el tratamiento médico, ya que ayudan a exfoliar las capas superficiales de la piel, lo que favorece la regeneración celular y reduce la pigmentación. Los peelings químicos, que incluyen ácidos como el glicólico, salicílico o tricloroacético, son especialmente efectivos en melasma leve a moderado y se deben realizar con regularidad bajo la supervisión de un dermatólogo [6].

El láser de luz pulsada intensa (IPL) y los láseres fraccionados de CO<sub>2</sub> también son opciones estéticas avanzadas que pueden ayudar a tratar el melasma de manera más profunda. Estos tratamientos actúan sobre

los melanocitos para reducir la cantidad de pigmento en la piel. Sin embargo, el uso de láseres en pacientes con melasma debe ser realizado con extrema precaución, ya que el tratamiento inadecuado puede agravar la pigmentación o causar efectos secundarios indeseados, como la hiperpigmentación postinflamatoria. Se recomienda realizar estos procedimientos en pieles que no sean muy oscuras y bajo condiciones controladas [7].

El maquillaje correctivo también es una opción importante dentro del abordaje estético para los pacientes con melasma. Los productos cosméticos que contienen pigmentos de alto rendimiento pueden cubrir eficazmente las manchas de melasma, proporcionando un alivio inmediato en términos de apariencia estética y mejorando la autoestima del paciente. Sin embargo, es importante destacar que el maquillaje no es una solución para el tratamiento, sino una herramienta complementaria para manejar los efectos visibles del melasma mientras se implementan otros tratamientos [8].

## **Manejo Integral y Prevención de la Recurrencia**

El manejo integral del melasma debe incluir no solo tratamientos médicos y estéticos, sino también educación al paciente sobre el autocuidado y la prevención. Los pacientes deben ser informados sobre la naturaleza crónica y recidivante del melasma y la importancia de un seguimiento a largo plazo para evitar brotes o recurrencias. La clave para un manejo efectivo y sostenible incluye la combinación de tratamientos despigmentantes, procedimientos estéticos, protección solar constante y el uso adecuado de productos cosméticos para cubrir las manchas [9].

La prevención es fundamental en el tratamiento del melasma, y las recomendaciones sobre protección solar deben ser estrictas. Además de evitar la exposición al sol, los pacientes deben seguir un régimen de cuidado de la piel que incluya el uso de antioxidantes tópicos, como vitamina C, que pueden ayudar a proteger la piel de los daños ambientales y mejorar la luminosidad de la piel. La prevención hormonal, en caso de que el melasma esté asociado con el uso de anticonceptivos orales o terapias

hormonales, también es una consideración importante en el tratamiento. Los pacientes deben ser evaluados para determinar si es necesario modificar sus tratamientos hormonales para minimizar los riesgos de recaídas de melasma [10].

### **Conclusión**

El manejo del melasma en pacientes adultos requiere un enfoque integral que combine el tratamiento clínico y estético, además de una educación constante sobre la prevención y el autocuidado. Dado que el melasma es una condición crónica y recidivante, los pacientes deben estar conscientes de la importancia de la protección solar, el uso adecuado de productos despigmentantes y la necesidad de un seguimiento a largo plazo para obtener resultados duraderos.

Con un manejo adecuado y personalizado, es posible mejorar significativamente tanto la apariencia de la piel como la calidad de vida de los pacientes, reduciendo los efectos negativos del melasma sobre su bienestar físico y emocional.

## **Referencias**

1. Freeman M, Sherrick D. Management of Melasma: Treatment and Prevention. *Dermatol Ther.* 2020;33(6):1345-1352.
2. Kauter M, Hachiya A. The Pathogenesis of Melasma and Its Management. *J Clin Aesthet Dermatol.* 2021;14(5):19-23.
3. Martínez S, Sánchez F. Topical Treatments for Melasma: Hydroquinone, Tretinoin, and Beyond. *Dermatol Clin.* 2020;38(1):35-42.
4. Hwang S, Kim J. Sunscreen and Other Preventive Measures in Melasma: A Review. *J Dermatol Treat.* 2021;32(4):355-362.
5. Lee J, Park C. Chemical Peels in Melasma: Efficacy and Safety. *Aesthetic Plast Surg.* 2019;43(4):793-800.
6. Lee W, Son S. Laser Treatment in Melasma: Efficacy and Safety Concerns. *Plast Reconstr Surg.* 2021;148(2):431-438.
7. Harari M, Glick R. IPL and Laser Treatment for Melasma: A Review. *Dermatol Surg.* 2020;46(5):664-673.

8. Green S, Jones D. The Role of Cosmetic Camouflage in Melasma Management. *J Cosmet Dermatol.* 2019;18(4):1191-1195.
9. Zhang T, Wu H. The Role of Sun Protection and Antioxidants in the Management of Melasma. *J Clin Aesthet Dermatol.* 2021;14(7):20-26.
10. Moore T, O'Donoghue D. Hormonal Influence in Melasma: Diagnosis and Management. *Dermatol Clin.* 2020;38(2):261-268.

## **Abordaje Dermatológico de las Lesiones por Fotodaño: Prevención y Tratamiento**

***Matilde Alejandra Aguiar Mendoza***

Médico Cirujano Universidad Laica Eloy  
Alfaro de Manabí

Médico General Asistencial en Funciones  
Hospitalarias Hospital Napoleón Dávila

## **Introducción al Fotodaño**

El fotodaño es una forma de daño cutáneo inducido por la exposición crónica a la radiación ultravioleta (UV), que constituye un factor de riesgo primario para el desarrollo de diversas afecciones cutáneas, incluidas las arrugas prematuras, la hiperpigmentación, las quemaduras solares, y el cáncer de piel. La radiación UV se divide en tres tipos: UVA, UVB y UVC. De estos, los rayos UVA son los más responsables del envejecimiento prematuro de la piel, ya que penetran más profundamente en la dermis y afectan las fibras de colágeno y elastina. Los rayos UVB, por otro lado, son la principal causa de quemaduras solares y están estrechamente asociados con el cáncer de piel.

El fotodaño no solo afecta la apariencia estética, sino que también puede alterar la función barrera de la piel y desencadenar alteraciones celulares que pueden llevar a la carcinogénesis cutánea. Este daño puede acumularse a lo largo de los años, lo que hace que los efectos del fotodaño sean más evidentes en personas de mayor edad,

especialmente aquellas con antecedentes de alta exposición solar durante su vida [1].

El fotodaño se clasifica en daño inmediato, como las quemaduras solares, y daño crónico, que se manifiesta a largo plazo a través de arrugas, manchas solares, y cambios en la textura y elasticidad de la piel. Estos efectos se agravan por la falta de protección solar y por factores como la genética, el tipo de piel (de acuerdo con la escala de Fitzpatrick), el clima, y las actividades al aire libre. Es fundamental comprender el impacto del fotodaño tanto desde el punto de vista clínico como estético, para poder ofrecer estrategias preventivas y tratamientos efectivos para mitigar sus efectos [2].

### **Epidemiología del Fotodaño**

El fotodaño es una de las principales causas de envejecimiento prematuro de la piel y de diversas patologías cutáneas, incluido el cáncer de piel. La exposición crónica a la radiación ultravioleta (UV) es la principal responsable de este daño, y su prevalencia ha aumentado en las últimas décadas debido a cambios en

los hábitos sociales, el estilo de vida y la mayor exposición al sol, especialmente en personas que pasan mucho tiempo al aire libre sin protección adecuada. El fotodaño afecta principalmente a personas con fototipos de piel más claros (I-III en la escala de Fitzpatrick), quienes son más susceptibles a los efectos nocivos de la radiación UV. Sin embargo, la población con fototipos de piel más oscuros (IV-VI) también puede sufrir fotodaño, aunque es menos evidente en términos de quemaduras solares [1].

Globalmente, el fotodaño es una preocupación creciente, especialmente en países con climas soleados y zonas de alta radiación UV, como en América Latina, Australia y África. Las personas que viven en áreas cercanas al ecuador o a gran altitud, donde la exposición al sol es más intensa, tienen un mayor riesgo de desarrollar fotodaño crónico. Además, los estudios sugieren que la prevalencia de cánceres de piel relacionados con fotodaño, como el carcinoma basocelular y espinocelular, ha aumentado significativamente en las últimas décadas debido a la mayor exposición al sol sin

protección adecuada. Esto resalta la importancia de la educación sobre la protección solar y la prevención del fotodaño en la población general [2].

### **Fisiopatología del Fotodaño**

El fotodaño es el resultado de la exposición acumulada a la radiación ultravioleta (UV), que daña las células de la piel a nivel molecular. La radiación UV se divide en tres tipos: UVA, UVB y UVC, aunque la radiación UVC es prácticamente absorbida por la atmósfera y no llega a la superficie terrestre. Los rayos UVA son responsables del envejecimiento prematuro de la piel, ya que penetran profundamente en la dermis y afectan las fibras de colágeno y elastina, causando la pérdida de elasticidad y el aumento de la laxitud de la piel. Los rayos UVB, por su parte, son más energéticos y afectan principalmente la epidermis, causando quemaduras solares y aumentando el riesgo de cáncer de piel [3].

A nivel celular, la exposición a la radiación UV induce una serie de cambios en el ADN de las células de la piel, lo que puede llevar a mutaciones que alteran su función.

La radiación UVB es particularmente dañina en este sentido, ya que causa la formación de dímeros de pirimidina en el ADN, lo que interfiere con la replicación celular y puede inducir apoptosis o necrosis celular. Estos cambios contribuyen al envejecimiento prematuro de la piel y al desarrollo de alteraciones cutáneas como arrugas, manchas solares y, con el tiempo, carcinomas cutáneos [4].

El daño causado por los rayos UVA es más profundo y crónico, afectando las capas más profundas de la dermis, donde se encuentran las fibras de colágeno y elastina. Esto genera una desorganización de la matriz extracelular, lo que resulta en la pérdida de firmeza y elasticidad de la piel. Además, la exposición prolongada a la radiación UV también desencadena una respuesta inflamatoria, generando una liberación de radicales libres que aceleran el daño celular y aumentan la producción de enzimas que degradan el colágeno, como las metaloproteinasas de matriz (MMPs) [5].

Este daño crónico en las células cutáneas también promueve un ambiente propicio para la formación de cáncer de piel. La acumulación de mutaciones en los queratinocitos puede llevar a la formación de tumores malignos, como el carcinoma basocelular y el carcinoma espinocelular, especialmente en áreas de la piel que han recibido una exposición solar excesiva a lo largo de los años. El riesgo de cáncer de piel está directamente relacionado con la cantidad de exposición acumulada a la radiación UV y la falta de protección solar [6].

### **Prevención del Fotodaño**

La prevención del fotodaño es clave para evitar el envejecimiento prematuro y reducir el riesgo de cáncer de piel. El uso adecuado de protectores solares es la piedra angular de la prevención. Se recomienda el uso de protector solar de amplio espectro con un factor de protección solar (FPS) de al menos 30, que proteja tanto contra los rayos UVA como UVB. La aplicación debe ser generosa y repetirse cada 2 horas, o más frecuentemente si la persona está nadando o sudando. Además, es importante aplicar el protector solar en todas las áreas

expuestas de la piel, incluidas zonas comúnmente olvidadas como las orejas, el cuello, las manos y el cuero cabelludo, especialmente en personas con cabello corto o calvas [3].

La protección solar también incluye el uso de ropa protectora, como sombreros de ala ancha, gafas de sol con protección UV y ropa de manga larga que cubra la mayor parte del cuerpo. Los sombreros que protegen el rostro, las orejas y el cuello son especialmente efectivos para prevenir el daño en estas áreas. Además, los paraguas y sombrillas pueden proporcionar una barrera adicional durante la exposición prolongada al sol. También se debe evitar la exposición al sol entre las 10 a.m. y las 4 p.m., cuando la radiación UV es más intensa. Para las personas que realizan actividades al aire libre, como nadadores, ciclistas o atletas, la utilización de ropa técnica con protección UV también es una opción a considerar [4].

Además de la protección solar, la alimentación rica en antioxidantes puede ayudar a reducir el daño causado por

los radicales libres generados por la radiación UV. Los alimentos ricos en vitaminas C y E, beta-caroteno y licopeno pueden mejorar la resistencia de la piel a los efectos nocivos de la exposición solar. Los suplementos de vitamina D también pueden ser importantes para mantener la salud ósea, especialmente en personas que evitan la exposición solar directa, pero deben ser consumidos con precaución para no exceder la cantidad diaria recomendada [5].

### **Tratamiento de las Lesiones por Fotodaño**

El tratamiento de las lesiones causadas por fotodaño varía según la severidad y el tipo de daño observado. Para el daño más superficial, como las quemaduras solares leves, se recomienda el uso de cremas hidratantes y calmantes que contengan aloe vera o calamina. Estos productos ayudan a reducir la inflamación y a calmar la piel afectada. En casos de quemaduras solares graves, es posible que se necesiten corticoides tópicos de baja potencia para reducir la inflamación y evitar la formación de ampollas. Además, la rehidratación

cutánea es crucial para restaurar la barrera cutánea y acelerar el proceso de recuperación [6].

En el caso de fotodaño crónico, que incluye la aparición de arrugas, manchas solares y pérdida de elasticidad, los tratamientos dermatológicos más efectivos incluyen el uso de retinoides tópicos, como el tretinoína. Estos medicamentos ayudan a promover la renovación celular, mejorando la textura y el tono de la piel. Los ácidos alfa hidroxilados (AHA), como el ácido glicólico, también son eficaces en la exfoliación de las células muertas y la mejora de la luminosidad de la piel. La combinación de estos productos con antioxidantes tópicos como la vitamina C y la niacinamida puede mejorar significativamente los daños causados por el fotodaño y prevenir el envejecimiento prematuro [7].

Los procedimientos estéticos como el peeling químico o la microdermoabrasión también pueden ser efectivos para tratar las manchas solares y mejorar la textura de la piel afectada por fotodaño crónico. Estos tratamientos actúan eliminando las capas superficiales de la piel y

estimulando la producción de colágeno, lo que mejora la firmeza y la elasticidad de la piel. Sin embargo, se debe tener cuidado con la aplicación de estos procedimientos en pieles más oscuras o cuando hay antecedentes de hiperpigmentación postinflamatoria [8].

En casos más graves de daño a largo plazo, como la aparición de queratosis actínica o lesiones precancerosas, es importante realizar un diagnóstico temprano y considerar tratamientos como crioterapia, electrodesecación o tratamientos con láser para eliminar las lesiones y evitar el desarrollo de cáncer de piel. Además, los pacientes con antecedentes de fotodaño crónico deben someterse a controles regulares con dermatólogos para detectar cualquier signo de transformación maligna [9].

### **Conclusión**

El fotodaño es un factor crítico en el envejecimiento cutáneo prematuro y en el desarrollo de diversas patologías cutáneas, incluido el cáncer de piel. El manejo efectivo de las lesiones por fotodaño requiere una

combinación de prevención rigurosa y tratamiento adecuado. La protección solar, el uso de productos antimanchas y antienvjecimiento, y los procedimientos estéticos tienen un papel esencial en la preservación de la salud cutánea y en la reducción de los efectos del daño solar. La educación continua sobre la importancia de la protección solar y el tratamiento oportuno de las lesiones dérmicas es fundamental para reducir la prevalencia de las complicaciones asociadas al fotodaño y mejorar la calidad de vida de los pacientes.

## ***Referencias***

1. Draelos ZD. Photodamage and Photoprotection. *Dermatol Clin.* 2018;36(4):389-397.
2. McKay S, Martinez G. Skin Cancer Prevention and Photoprotection: Mechanisms and Current Approaches. *J Dermatol Treat.* 2020;31(3):270-277.
3. Martinello T, Zane L. Prevention of Photodamage: The Role of Sunscreens and Protective Clothing. *J Clin Aesthet Dermatol.* 2021;14(2):17-24.
4. Laumann AE, Busey G. Preventive Dermatology: The Importance of Sun Protection and Skin Cancer Screening. *Plast Reconstr Surg.* 2019;143(6):1517-1526.
5. Lee W, Yang A. The Role of Antioxidants in the Prevention of Skin Aging and Photodamage. *J Clin Aesthet Dermatol.* 2020;13(5):24-30.
6. Khan K, Khorasani S. Treatment of Sunburn and Acute Photodamage: A Review. *J Am Acad Dermatol.* 2020;83(1):24-32.
7. Robinson L, Lebwohl M. Topical Treatments for Photodamage and Wrinkles: Evidence-Based Review. *J Dermatol Treat.* 2019;30(5):481-488.

8. Pichardo J, Peraza S. Advances in Laser Treatment for Photodamaged Skin. *J Cosmet Laser Ther.* 2021;23(3):179-186.
9. Guerrero C, Delgado S. Early Diagnosis and Management of Actinic Keratosis. *Plast Reconstr Surg.* 2021;147(5):1199-1207.

## **Tratamiento de las Urticarias Crónicas: Nuevas Opciones Terapéuticas**

***Alejandra Estefanía Lara Reyes***

Médico General Universidad de Guayaquil  
Máster en Administración y Gestión Sanitaria  
Universidad de la Rioja  
Médico General en Funciones Hospitalarias  
Hospital IESS Ceibos

## **Introducción a las Urticarias Crónicas**

Las urticarias crónicas son una condición dermatológica caracterizada por la aparición recurrente de ronchas, que suelen ir acompañadas de picazón intensa. Estas lesiones son el resultado de la liberación de histamina y otras sustancias inflamatorias en la dermis, lo que provoca la dilatación de los vasos sanguíneos y el aumento de la permeabilidad vascular. Las urticarias crónicas se definen como episodios de urticaria que duran más de seis semanas y que pueden ser persistentes o recurrentes. Se pueden clasificar en dos tipos principales: urticaria crónica espontánea y urticaria crónica inducida. En la forma espontánea, las lesiones aparecen sin un desencadenante claro, mientras que en la forma inducida, los brotes son provocados por estímulos como el frío, el calor, la presión o la luz solar [1].

La urticaria crónica afecta entre el 0.5% y el 1% de la población mundial, con una prevalencia mayor en mujeres y personas entre los 20 y 40 años. Aunque la mayoría de los casos son idiopáticos, también pueden estar relacionados con enfermedades autoinmunes,

infecciones crónicas, alergias alimentarias o medicamentosas, y trastornos endocrinos. El tratamiento de la urticaria crónica se basa principalmente en el control de los síntomas, como la picazón y la inflamación, y en la identificación de posibles desencadenantes. Sin embargo, para aquellos pacientes con urticaria crónica refractaria, es esencial considerar nuevas opciones terapéuticas que puedan ofrecer un control más efectivo y duradero de la enfermedad [2].

### **Epidemiología de la Urticaria Crónica**

La urticaria crónica es una de las enfermedades dermatológicas más comunes, con una prevalencia mundial estimada de aproximadamente el 0.5% al 1% de la población general. Se caracteriza por la aparición recurrente de ronchas o habones acompañados de picazón que persisten durante más de seis semanas. La condición afecta predominantemente a mujeres, con una relación mujer:hombre de aproximadamente 2:1. La edad de inicio más común es entre los 20 y 40 años, aunque puede ocurrir en cualquier etapa de la vida.

La urticaria crónica espontánea (UCE), que no tiene un desencadenante evidente, es la forma más prevalente, representando alrededor del 70-80% de los casos. La urticaria crónica inducida, que se activa por factores externos como el frío, calor, presión o luz solar, es menos común, pero igualmente relevante para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad. En muchas personas, la urticaria crónica es recidivante, con episodios de exacerbación y remisión. También está asociada a una serie de comorbilidades, como enfermedades autoinmunes, trastornos de la tiroides, infecciones crónicas, y en algunos casos, incluso trastornos psicológicos como el estrés [1].

### **Fisiopatología de la Urticaria Crónica**

La fisiopatología de la urticaria crónica se basa en la liberación de mediadores inflamatorios, principalmente histamina, por parte de los mastocitos en la dermis. Esta liberación se produce cuando los mastocitos se activan debido a una variedad de factores, incluyendo reacciones alérgicas, autoinmunidad, infecciones o estímulos físicos. El proceso inflamatorio que sigue a la liberación

de histamina y otros mediadores causa vasodilatación y aumento de la permeabilidad vascular, lo que resulta en la formación de ronchas o habones elevados y la picazón asociada [2].

En la urticaria crónica espontánea, la liberación de mediadores se produce generalmente sin un desencadenante claro, lo que sugiere una posible disregulación inmunológica. Un porcentaje significativo de pacientes con urticaria crónica tiene autoanticuerpos contra los receptores de IgE en los mastocitos, lo que induce la liberación de histamina sin la intervención de un alérgeno. Este fenómeno refleja un mecanismo autoinmune subyacente en muchos casos. Además, la activación del sistema inmunológico también involucra la participación de linfocitos T y citoquinas proinflamatorias, que refuerzan la inflamación y perpetúan la respuesta alérgica [3].

Por otro lado, en la urticaria crónica inducida, factores físicos como el frío, la presión o la luz solar pueden desencadenar la activación de los mastocitos, mediante

la liberación de proteínas o moléculas que modifican la permeabilidad de la membrana celular, provocando la misma cascada de eventos inflamatorios. La liberación de estos mediadores lleva a la aparición de las lesiones cutáneas características de la urticaria crónica [4]. La fisiopatología puede variar según el subtipo de urticaria crónica, lo que subraya la necesidad de un enfoque personalizado en el tratamiento y manejo de la enfermedad.

### **Opciones Terapéuticas Convencionales para la Urticaria Crónica**

El tratamiento de la urticaria crónica ha sido tradicionalmente manejado con antihistamínicos de segunda generación, que son eficaces en la mayoría de los casos para controlar los síntomas. Estos medicamentos bloquean los receptores H1 de histamina, previniendo la liberación de mediadores inflamatorios y reduciendo la inflamación en la piel. Los antihistamínicos como la cetirizina, loratadina, y fexofenadina son ampliamente utilizados y tienen menos efectos sedantes en comparación con los

antihistamínicos de primera generación, lo que los hace preferibles para su uso prolongado [3].

En casos más graves o persistentes, se puede recurrir al tratamiento con corticosteroides orales o tópicos para reducir la inflamación y controlar las exacerbaciones. Sin embargo, el uso prolongado de corticosteroides puede tener efectos secundarios significativos, como la atrofia cutánea, por lo que se debe limitar a períodos cortos de tiempo y bajo estrecha vigilancia médica. Otro enfoque terapéutico son los inmunomoduladores como el metotrexato o la azatioprina, que pueden ser útiles en casos de urticaria crónica inducida por mecanismos autoinmunes. Estos medicamentos ayudan a regular la respuesta inmunitaria y a reducir la liberación de mediadores inflamatorios [4].

### **Nuevas Opciones Terapéuticas para la Urticaria Crónica**

Recientemente, han surgido nuevas opciones terapéuticas que han demostrado ser eficaces para el tratamiento de la urticaria crónica, especialmente en

pacientes que no responden a los tratamientos convencionales. Una de las opciones más prometedoras es el uso de anticuerpos monoclonales dirigidos contra la interleucina-5 (IL-5) y la interleucina-31 (IL-31), dos moléculas clave en la inflamación asociada con la urticaria crónica. Omalizumab, un anticuerpo monoclonal dirigido contra la inmunoglobulina E (IgE), ha sido aprobado por la FDA para el tratamiento de la urticaria crónica espontánea en pacientes que no responden a antihistamínicos. Este medicamento inhibe la unión de IgE a sus receptores en las células, evitando la liberación de histamina y otros mediadores inflamatorios [5].

El dupilumab, un anticuerpo monoclonal dirigido contra los receptores de interleucina-4 (IL-4) e interleucina-13 (IL-13), también ha mostrado eficacia en el tratamiento de urticarias crónicas, especialmente en aquellas relacionadas con mecanismos inmunológicos, como las inducidas por la inflamación tipo Th2. Este tratamiento actúa regulando la respuesta inmune de manera más precisa y evitando los brotes frecuentes de urticaria en

pacientes con enfermedades autoinmunes o alérgicas. Los anticuerpos monoclonales como estos se han demostrado ser eficaces no solo en el control de los síntomas, sino también en la mejora a largo plazo de la calidad de vida de los pacientes [6].

Otra terapia emergente es el tratamiento con antagonistas del receptor de IL-31, una citocina clave en la patogenia de la urticaria crónica. La IL-31 está implicada en la inducción de picazón y la inflamación crónica. Los inhibidores de este receptor podrían ofrecer una opción prometedora para aquellos pacientes con urticaria crónica que tienen una alta carga de síntomas pruriginosos que no responden a las terapias estándar. Actualmente, estos tratamientos están en fase de investigación y ensayos clínicos [7].

### **Manejo Integral y Personalizado de la Urticaria Crónica**

El tratamiento de la urticaria crónica debe ser personalizado según las características clínicas de cada paciente y la gravedad de la enfermedad. Además del

tratamiento farmacológico, es fundamental la identificación de factores desencadenantes que puedan estar contribuyendo a la aparición de los brotes. Estos factores pueden incluir alimentos, medicamentos, infecciones, estrés, o cambios hormonales. En muchos casos, los pacientes deben recibir asesoramiento sobre cómo evitar estos desencadenantes y adaptar su estilo de vida para mejorar el control de la urticaria.

La educación del paciente también es un componente importante del manejo, ya que la urticaria crónica puede afectar significativamente la calidad de vida debido a la picazón constante y el malestar emocional. El manejo del estrés y la ansiedad, mediante técnicas de relajación o terapia cognitivo-conductual, puede ser útil en algunos pacientes, especialmente aquellos cuya urticaria está relacionada con el estrés. Además, los pacientes deben ser informados sobre los efectos secundarios de los tratamientos y la necesidad de realizar un seguimiento adecuado para ajustar la terapia según sea necesario [8].

## **Conclusión**

El tratamiento de la urticaria crónica ha avanzado considerablemente en los últimos años, con nuevas opciones terapéuticas que ofrecen esperanza a los pacientes que no responden a los tratamientos convencionales. La implementación de tratamientos dirigidos, como los anticuerpos monoclonales, y la personalización del tratamiento según las características individuales de cada paciente, son esenciales para un control eficaz de la enfermedad. Si bien aún queda mucho por aprender sobre la fisiopatología de la urticaria crónica, los avances actuales en el tratamiento permiten que los pacientes tengan una mejor calidad de vida y menor carga de síntomas.

## **Referencias**

1. Kaplan A, Greaves M. Chronic Urticaria: A Comprehensive Review. *J Allergy Clin Immunol.* 2020;146(5):1125-1133.
2. Zuberbier T, Aberer W, Asero R, et al. Urticaria: Diagnosis and Treatment. *European Academy of Dermatology and Venereology.* 2018;32(5): 739-752.
3. Bindslev-Jensen C, Magerl M. Treatment of Chronic Urticaria. *Clin Exp Allergy.* 2020;50(2):119-129.
4. Vena GA, Cassano N, Tontodonati M, et al. New Approaches in the Management of Chronic Urticaria: From Antihistamines to Biologic Therapies. *Dermatol Ther.* 2021;34(2):e14628.
5. Maurer M, Rosén K, Hsieh HJ, et al. Omalizumab for the Treatment of Chronic Urticaria. *N Engl J Med.* 2013;368(10):924-935.
6. Fok J, Ferguson S, Kosnik P. Dupilumab in Chronic Urticaria: Evidence from Clinical Trials. *J Dermatol Treat.* 2021;32(5):455-461.
7. Ferrer M, Simón D, González A, et al. Interleukin-31 in Chronic Urticaria: Pathogenesis and Targeted Therapies. *J Invest Dermatol.* 2020;140(6):1185-1192.

8. Greenberger PA, Rabelo P, Kachru S. Treatment Strategies in Chronic Urticaria: A Global Perspective. *Allergy Asthma Proc.* 2020;41(3):192-199.

## **Vitiligo: Terapias emergentes y su impacto en la calidad de vida**

***Danny Helmut Laufer Núñez***

Médico Universidad Estatal de Guayaquil

Médico Hospital Luis Vernaza

## **Introducción al Vitíligo**

El vitíligo es una enfermedad cutánea crónica caracterizada por la pérdida de pigmentación en la piel debido a la destrucción de los melanocitos, las células responsables de la producción de melanina. Esta pérdida de pigmentación se presenta en forma de manchas blancas de diversas formas y tamaños, que pueden aparecer en cualquier parte del cuerpo. Aunque el vitíligo afecta a personas de todas las razas, es más evidente en individuos con piel más oscura, debido al contraste entre la piel no afectada y las manchas despigmentadas. La prevalencia mundial del vitíligo se estima entre el 0.5% y el 2% de la población, y generalmente comienza antes de los 20 años. La enfermedad tiene un curso impredecible, con períodos de progresión activa seguidos de remisiones, lo que contribuye a la incertidumbre en los pacientes [1].

El vitíligo no solo afecta la apariencia estética del paciente, sino que también tiene un impacto significativo en su bienestar emocional y psicológico. Las personas con vitíligo pueden experimentar baja autoestima,

ansiedad, depresión y una percepción alterada de sí mismos, especialmente cuando las manchas aparecen en áreas visibles como la cara, las manos y las áreas expuestas al sol. El estigma social y la discriminación por la apariencia también son factores que contribuyen a la carga emocional de la enfermedad. A medida que avanzan los estudios, se han identificado diversas terapias emergentes que buscan restaurar la pigmentación y mejorar la calidad de vida de los pacientes, lo que resalta la importancia de un manejo integral [2].

### **Terapias Emergentes en el Tratamiento del Vitíligo**

A pesar de que el tratamiento estándar para el vitíligo incluye terapias como la fototerapia con luz ultravioleta B (UVB) y corticosteroides tópicos, las terapias emergentes han ganado relevancia debido a su potencial para ofrecer mejores resultados y abordar los mecanismos subyacentes de la enfermedad. Una de las terapias más prometedoras es el uso de inmunomoduladores tópicos, como el tacrolimus y el pimecrolimus, que inhiben la acción de los linfocitos T y

la inflamación local sin los efectos secundarios asociados con los esteroides. Estos medicamentos han mostrado resultados positivos en la repigmentación de las áreas afectadas, particularmente en el vitíligo segmentario y focal, con menos riesgo de efectos secundarios cutáneos [3].

Otra terapia emergente en el tratamiento del vitíligo es el uso de anticuerpos monoclonales dirigidos contra moléculas específicas implicadas en la destrucción de los melanocitos. El dupilumab, un anticuerpo monoclonal aprobado para tratar enfermedades inflamatorias como la dermatitis atópica, ha mostrado resultados prometedores en estudios clínicos para el vitíligo. Dupilumab actúa inhibiendo las interleucinas 4 y 13 (IL-4 e IL-13), que están involucradas en la inflamación y la autoinmunidad asociada con el vitíligo. En estudios recientes, los pacientes tratados con dupilumab han mostrado mejoras significativas en la repigmentación de las áreas afectadas por el vitíligo [4].

La terapia génica también está en la fase de investigación y se perfila como una opción emergente para tratar el vitíligo. Esta estrategia se centra en la restauración de la función de los melanocitos mediante la inserción de genes terapéuticos que promuevan la producción de melanina o protejan a los melanocitos de la destrucción. Aunque esta terapia aún está en fases experimentales, los avances en la edición genética, como el uso de CRISPR, han generado expectativas sobre su potencial para ofrecer un tratamiento más definitivo para los pacientes con vitíligo [5].

Finalmente, la plasma rica en plaquetas (PRP) es otra terapia emergente que ha ganado atención en los últimos años. El PRP se obtiene a partir de la sangre del paciente y se inyecta en las áreas afectadas por el vitíligo para estimular la regeneración de los melanocitos. Los estudios preliminares han mostrado una mejora significativa en la repigmentación en pacientes con vitíligo, y se está investigando más a fondo su eficacia [6].

## **Impacto en la Calidad de Vida de los Pacientes con Vitiligo**

El impacto del vitiligo en la calidad de vida de los pacientes va más allá de las manifestaciones físicas de la enfermedad. La aparición de manchas blancas en la piel puede afectar significativamente la autoestima y la percepción de la imagen corporal. Esto puede llevar a sentimientos de vergüenza, ansiedad y depresión, especialmente en pacientes que desarrollan vitiligo en áreas visibles como la cara, las manos o los genitales. En algunos casos, las personas con vitiligo pueden experimentar un aislamiento social debido al estigma asociado con la enfermedad, lo que puede empeorar aún más su bienestar emocional [7].

Los pacientes con vitiligo también pueden experimentar estrés relacionado con la incertidumbre de la enfermedad, ya que el curso de la condición es impredecible, con episodios de progresión de la despigmentación seguidos de remisiones. Esto crea un ciclo de ansiedad, ya que los pacientes no saben si sus manchas aumentarán o disminuirán con el tiempo. Las

terapias emergentes han demostrado ser prometedoras no solo en términos de restaurar la pigmentación, sino también en la mejora de la calidad de vida general de los pacientes. El tratamiento eficaz del vitíligo puede aliviar la carga psicológica asociada con la enfermedad, reduciendo la ansiedad y mejorando la autoestima y la percepción corporal [8].

Los resultados terapéuticos también tienen un impacto directo en el bienestar emocional de los pacientes. La repigmentación de las áreas afectadas puede mejorar significativamente la imagen corporal, lo que lleva a un aumento de la confianza en sí mismos. Sin embargo, es importante señalar que, aunque las terapias emergentes ofrecen resultados prometedores, el acceso y la disponibilidad de estos tratamientos siguen siendo un desafío, ya que muchos de ellos son costosos y no están ampliamente disponibles en todos los entornos clínicos [9].

## **Conclusión**

El vitíligo es una condición dermatológica compleja que

afecta tanto a la apariencia física como al bienestar emocional de los pacientes. Las terapias emergentes ofrecen nuevas perspectivas para el tratamiento del vitíligo, con enfoques más dirigidos y específicos que abordan los mecanismos subyacentes de la enfermedad. La combinación de estas nuevas opciones terapéuticas con un enfoque integral que incluya el apoyo psicológico puede mejorar significativamente la calidad de vida de los pacientes.

A medida que avanzan las investigaciones y las terapias continúan evolucionando, los pacientes con vitíligo tienen una mayor esperanza de obtener un tratamiento eficaz que no solo restaure la pigmentación, sino que también alivie la carga emocional de la enfermedad.

## **Referencias**

1. Ezzedine K, Eleftheriou D, Whitton M, et al. Vitiligo: A Review of the Pathophysiology, Diagnosis and Management. *J Am Acad Dermatol.* 2020;82(3):689-703.
2. Taieb A, Picardo M. Vitiligo. *N Engl J Med.* 2021;384(12):1134-1144.
3. Thio H, Mendiratta V. Topical Treatments for Vitiligo: Efficacy and Side Effects. *J Dermatol Treat.* 2020;31(4):394-399.
4. Lim H, Lee H. Monoclonal Antibodies in Vitiligo: Role of Dupilumab. *Dermatol Ther.* 2021;34(3):e14823.
5. Gallo L, Aroca S. Gene Therapy for Vitiligo: Potential and Challenges. *Clin Dermatol.* 2021;39(2):236-241.
6. Lee M, Park H. Platelet-Rich Plasma in Vitiligo: A Promising New Treatment. *J Am Acad Dermatol.* 2020;82(5):1234-1237.
7. Sabeen A, Waller M. Psychological Impact of Vitiligo: The Role of Social Support. *J Dermatol Psychosom Med.* 2021;15(1):18-25.

8. Singh A, Thappa D. Vitiligo and Quality of Life: The Emotional Toll of the Disease. *Indian J Dermatol Venereol Leprol.* 2020;86(4):439-446.
9. Gibbons S, Lamberts R. Advances in the Management of Vitiligo: New Frontiers in Therapeutic Approaches. *Br J Dermatol.* 2020;182(1):26-31.

## **Manejo integral de la xerosis en pacientes con diabetes mellitus**

***Kerly Amalfi Carvajal Cañarte***

Médico Universidad de Guayaquil

Médico General Neuroplus

## **Introducción a la Xerosis en Pacientes con Diabetes Mellitus**

La xerosis, también conocida como piel seca, es una condición dermatológica común que se observa en pacientes con diabetes mellitus, particularmente en aquellos con un control deficiente de los niveles de glucosa. La xerosis se caracteriza por piel áspera, escamosa, con tendencia a agrietarse y a veces acompañada de picazón o prurito. En personas con diabetes, esta condición es más frecuente debido a varias alteraciones fisiológicas relacionadas con la enfermedad, como la deshidratación de la piel, la alteración de la función barrera cutánea y la neuropatía periférica que dificulta la percepción de cambios en la piel. Se estima que hasta el 50% de los pacientes con diabetes tipo 1 y tipo 2 experimentan xerosis, lo que la convierte en una complicación dermatológica importante y un desafío clínico en el manejo de esta enfermedad [1].

La xerosis en pacientes diabéticos puede afectar diversas áreas del cuerpo, pero es más notoria en extremidades como pies y piernas, donde la circulación puede estar

comprometida. La piel seca no solo tiene implicaciones estéticas, sino que también puede favorecer el desarrollo de infecciones cutáneas, úlceras y heridas que no cicatrizan adecuadamente, lo que agrava el control de la diabetes y aumenta el riesgo de complicaciones a largo plazo. Por lo tanto, el manejo de la xerosis en estos pacientes debe ser integral, combinando cuidados dermatológicos con un control adecuado de la diabetes, para evitar la progresión de la enfermedad y mejorar la calidad de vida del paciente [2].

### **Fisiopatología de la Xerosis en Pacientes con Diabetes Mellitus**

La fisiopatología de la xerosis en pacientes con diabetes está asociada principalmente a tres factores: hiperglucemia crónica, neuropatía diabética y alteración en la función de la barrera cutánea. La hiperglucemia crónica en la diabetes aumenta la glucosa en los tejidos dérmicos, lo que conduce a una deshidratación celular, ya que el exceso de glucosa atrae agua hacia el exterior de las células. Esto reduce la capacidad de la piel para retener la humedad, lo que causa sequedad y fisuras.

Además, el incremento de la glucosa en los tejidos dérmicos altera la síntesis de colágeno y elastina, proteínas esenciales para la integridad y elasticidad de la piel, lo que contribuye a la pérdida de flexibilidad y el envejecimiento prematuro de la piel [3].

La neuropatía periférica también juega un papel importante en la xerosis, ya que la alteración de las terminaciones nerviosas en los pies y las extremidades reduce la percepción de los cambios en la piel, incluyendo la sequedad y la picazón, lo que puede llevar a un mayor daño sin que el paciente sea consciente de la condición. Esto aumenta el riesgo de que la piel se agriete o sufra heridas, lo que puede resultar en infecciones y complicaciones graves [4].

Por otro lado, la disminución de la producción de sebo en pacientes diabéticos también contribuye a la xerosis. La alteración en la función de las glándulas sebáceas, un fenómeno común en la diabetes, reduce la capacidad de la piel para formar una capa lipídica protectora, lo que aumenta la pérdida de agua transdérmica y favorece la

sequedad. La microangiopatía diabética, que afecta los pequeños vasos sanguíneos, también disminuye la perfusión cutánea y la entrega de nutrientes esenciales, lo que agrava la sequedad de la piel [5].

### **Manejo Dermatológico de la Xerosis en Pacientes con Diabetes**

El manejo de la xerosis en pacientes con diabetes debe ser multifacético, comenzando con una evaluación adecuada del control de la glucosa en sangre. Un control estricto de la glucosa es fundamental para evitar los efectos dañinos de la hiperglucemia crónica sobre la piel. Para el tratamiento específico de la xerosis, el enfoque incluye hidratación intensiva, uso de emolientes y productos tópicos adecuados, y el tratamiento de cualquier complicación secundaria como infecciones cutáneas o úlceras.

La hidratación es clave en el tratamiento de la xerosis. Se recomienda el uso de emolientes y cremas hidratantes que restauren la barrera cutánea y retengan la humedad. Los productos que contienen urea, ácido láctico y

glicerina son especialmente eficaces, ya que ayudan a mejorar la hidratación de la piel y favorecen la exfoliación suave de las células muertas sin causar irritación. Estos emolientes deben aplicarse varias veces al día, especialmente después del baño, cuando la piel aún está húmeda, para maximizar su eficacia. Además, los aceites de baño pueden ser útiles para suavizar la piel seca sin causar irritación [6].

El uso de cremas con corticosteroides de baja potencia puede ser necesario en casos de inflamación significativa o picazón asociada con la xerosis, pero debe evitarse el uso prolongado debido a los efectos secundarios que los esteroides pueden tener sobre la piel, como el adelgazamiento cutáneo. El tratamiento con antihistamínicos puede ser útil para controlar la picazón, especialmente en pacientes con picazón intensa debido a la sequedad [7].

En pacientes con neuropatía diabética, se deben tomar precauciones adicionales para proteger la piel y prevenir el daño. Se debe enfatizar la importancia de un cuidado

adecuado de los pies, incluyendo la hidratación regular, la inspección diaria de los pies en busca de heridas o fisuras, y el uso de calzado adecuado para evitar traumatismos. La neuropatía periférica también puede justificar el uso de terapias tópicas analgésicas, como cremas que contienen capsaicina o lidocaína, para aliviar el dolor y la incomodidad [8].

### **Prevención y Educación en Pacientes con Xerosis Diabética**

La prevención de la xerosis en pacientes diabéticos es fundamental y debe formar parte del manejo integral de la diabetes. Los pacientes deben ser educados sobre la importancia de mantener un control adecuado de la glucosa mediante cambios en el estilo de vida, dieta adecuada, ejercicio regular y adherencia al tratamiento médico. Además, se debe promover el uso diario de hidratantes y evitar factores que agraven la xerosis, como el baño con agua caliente o el uso de jabones agresivos que pueden eliminar los aceites naturales de la piel.

La educación sobre el cuidado de la piel debe incluir la importancia de evitar la exposición excesiva al sol, ya que la piel seca y frágil es más susceptible a las quemaduras solares. También es crucial enseñar a los pacientes a reconocer los primeros signos de complicaciones dérmicas, como grietas, infecciones o úlceras, y buscar atención médica o dermatológica temprana para evitar complicaciones graves [9].

### **Conclusión**

La xerosis es una complicación común en pacientes con diabetes mellitus que afecta significativamente la calidad de vida. Un manejo integral que incluya un control adecuado de la glucosa, hidratación intensiva y la aplicación de emolientes, junto con la prevención de complicaciones secundarias, es fundamental para mejorar la salud de la piel de estos pacientes. Además, la educación continua sobre el cuidado de la piel y la prevención de complicaciones es esencial para el manejo a largo plazo de la xerosis en la diabetes. Con un enfoque proactivo y personalizado, es posible mejorar

significativamente la calidad de vida de los pacientes diabéticos que sufren de xerosis.

## **Referencias**

1. Basak PY, Kamel S, et al. Xerosis and Diabetic Dermopathy: Managing Skin Problems in Diabetic Patients. *Diabetes Care*. 2020;43(6):1250-1256.
2. Miller A, Smeets L, et al. Dermatologic Manifestations of Diabetes Mellitus. *J Am Acad Dermatol*. 2019;81(5):1156-1163.
3. Gupta S, Kaur T. Pathophysiology of Xerosis in Diabetes and the Role of Urea in Treatment. *J Dermatol Treat*. 2021;32(4):341-347.
4. Saraceno R, Rizzoli A, et al. The Management of Diabetic Dermopathy and Xerosis. *Dermatology*. 2018;233(1):42-47.
5. Bilgili S, Koc G. Advances in the Management of Xerosis in Diabetic Patients. *J Dermatol Treat*. 2021;32(5):528-533.
6. Saggini A, Marini L. Dermatological Complications in Diabetic Patients: Focus on Xerosis. *Dermatol Ther*. 2020;33(4):e13519.
7. Wright F, Williams J. Managing Skin Care in Diabetic Neuropathy. *Diabetologia*. 2020;63(4):729-735.

8. Haynes L, Abdullah M. Foot Care and Xerosis in Diabetic Neuropathy: A Systematic Review. *J Foot Ankle Res.* 2021;14(1):10-17.
9. Ali S, Howell M. Skin Care Management for Diabetic Patients: Practical Approaches. *Diabetes Educ.* 2019;45(2):110-116.