

ACTUALIZACIÓN EN DERMATOLOGÍA

TOMO 15

AUTORES

Carolina Paola Ortiz Valdés

Danny Helmut Laufer Núñez

Joffre Ariel Cortez Alvario

Alisson Mishell Guanoluisa Barragan

Glenda Maribel García Rodríguez



Actualización en Dermatología Tomo 15

Actualización en Dermatología Tomo 15

Carolina Paola Ortiz Valdés

Danny Helmut Laufer Núñez

Joffre Ariel Cortez Alvario

Alisson Mishell Guanoluisa Barragan

Glenda Maribel García Rodríguez

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: 978-9942-680-76-1

DOI: <http://doi.org/10.56470/978-9942-680-76-1>

Una producción © Cuevas Editores SAS

Diciembre 2024

Av. República del Salvador, Edificio TerraSol 7-2

Quito, Ecuador

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:

Índice:	5
Prólogo	6
Manejo de la dermatitis atópica en atención primaria	
Carolina Paola Ortiz Valdés	7
Reconocimiento y manejo de enfermedades ampliares, autoinmunes	
Danny Helmut Laufer Núñez	25
Abordaje inicial de lesiones pigmentadas sospechosas	
Joffre Ariel Cortez Alvario	39
Tratamiento del acné en adolescentes y adultos jóvenes	
Alisson Mishell Guanoluisa Barragan	54
Identificación y manejo de infecciones fúngicas cutáneas	
Glenda Maribel García Rodríguez	67

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 de la dermatitis atópica en atención primaria

Carolina Paola Ortiz Valdés

Médico Cirujano Universidad Autónoma del
Estado de México

Médico residente de Medicina Interna del
Hospital de Alta Especialidad Bicentenario de
la Independencia ISSSTE

Introducción

La dermatitis atópica (DA) es una enfermedad crónica inflamatoria de la piel que afecta principalmente a niños, aunque también puede persistir en la adultez o debutar en esta etapa. Se caracteriza por prurito intenso, piel seca y la aparición de lesiones cutáneas eczematosas que pueden variar en su severidad. A menudo, la DA está asociada con otras enfermedades atópicas, como el asma y la rinitis alérgica, formando lo que se conoce como la tríada atópica. Esta condición no solo impacta la salud física de los pacientes, sino también su bienestar emocional y social, debido a la visibilidad de las lesiones y el malestar asociado con el prurito constante.

El manejo de la dermatitis atópica en atención primaria es fundamental para controlar los síntomas y prevenir complicaciones a largo plazo. Aunque la enfermedad es crónica, un tratamiento adecuado puede permitir que los pacientes lleven una vida plena y activa. En atención primaria, los médicos tienen un papel crucial en el diagnóstico temprano, el manejo adecuado de los brotes

y la educación del paciente y la familia sobre la naturaleza de la enfermedad y las estrategias de prevención. El objetivo del tratamiento es reducir la inflamación, aliviar el prurito y restaurar la barrera cutánea para prevenir la pérdida de agua y la sequedad que caracteriza a la DA.

Este capítulo tiene como objetivo proporcionar una guía integral para el manejo de la dermatitis atópica en atención primaria, abordando tanto los aspectos diagnósticos como los terapéuticos y psicosociales. Además, se discuten las mejores prácticas para la hidratación de la piel, el uso adecuado de fármacos y las intervenciones psicosociales necesarias para apoyar a los pacientes en su tratamiento a largo plazo.

1. Diagnóstico de la Dermatitis Atópica

El diagnóstico de dermatitis atópica (DA) se basa principalmente en la historia clínica del paciente y una evaluación exhaustiva de los signos y síntomas. El paciente generalmente presenta piel seca, irritada y pruriginosa, con lesiones cutáneas características que

incluyen eritema, pápulas, vesículas y costras. La distribución típica de las lesiones varía según la edad; en los niños, las lesiones suelen localizarse en los pliegues de flexión, como los codos y las rodillas, mientras que en los adultos, las manos y los párpados son las áreas más afectadas. Los criterios diagnósticos establecidos por Hanifin y Rajka son fundamentales para realizar una clasificación precisa de la enfermedad [1]. Estos criterios incluyen la presencia de prurito, un curso crónico y recurrente de las lesiones y antecedentes personales y familiares de enfermedades atópicas como el asma o la rinitis alérgica.

En la evaluación clínica, es importante diferenciar la dermatitis atópica de otras patologías con manifestaciones cutáneas similares, como la psoriasis o el eczema de contacto. La psoriasis, por ejemplo, presenta una descamación más gruesa y placas bien delimitadas, mientras que en la DA, las lesiones son más eritematosas y edematosas. Además, se deben descartar infecciones bacterianas o virales, como la impétigo o el herpes simple, que pueden simular síntomas de la DA en

etapas de exacerbación. La historia clínica debe incluir preguntas detalladas sobre posibles factores desencadenantes, tales como alérgenos ambientales o alimentos, ya que esto puede influir en la severidad y frecuencia de los brotes.

El diagnóstico también requiere una evaluación exhaustiva de las comorbilidades asociadas. La DA es comúnmente parte de la "tríada atópica", junto con el asma y la rinitis alérgica, por lo que se debe investigar la presencia de estos trastornos en la historia clínica del paciente. La identificación temprana de comorbilidades respiratorias o alérgicas es clave para un tratamiento más efectivo y personalizado. Además, los profesionales de atención primaria deben estar atentos a cualquier manifestación psicodermatológica, como el impacto emocional del prurito crónico o las cicatrices, que pueden afectar la calidad de vida del paciente y deben ser manejadas de manera integral.

Finalmente, el diagnóstico de DA en atención primaria debe involucrar la educación del paciente y de la familia

sobre la naturaleza crónica de la enfermedad y la importancia de un manejo constante. Informar al paciente sobre los factores desencadenantes y las estrategias de prevención es esencial para controlar la enfermedad. De igual manera, la comunicación clara sobre el pronóstico y la importancia de seguir las pautas de tratamiento contribuye a mejorar la adherencia al tratamiento y reduce el riesgo de complicaciones.

2. Tratamiento Farmacológico en Atención Primaria

El tratamiento farmacológico de la dermatitis atópica en atención primaria se centra en el alivio del prurito, la reducción de la inflamación y la restauración de la barrera cutánea. Los corticosteroides tópicos son la primera línea de tratamiento durante los brotes agudos, ya que proporcionan un alivio rápido y efectivo del prurito y la inflamación. Estos fármacos se deben usar con precaución para evitar efectos secundarios como la atrofia cutánea, especialmente en áreas delicadas como el rostro o los pliegues de flexión. Es recomendable que los pacientes utilicen corticosteroides de baja o

moderada potencia para aplicaciones cortas durante los brotes, y que se evite el uso prolongado [2]. La educación sobre la correcta aplicación de los esteroides, como su uso limitado en tiempo y cantidad, es esencial para minimizar riesgos.

En casos donde los corticosteroides no son apropiados, como en la dermatitis atópica facial o en niños pequeños, los inhibidores de calcineurina tópicos, como el tacrolimus y el pimecrolimus, son una alternativa eficaz. Estos medicamentos no tienen los efectos secundarios de los corticosteroides, como la atrofia cutánea, y son útiles para tratar la DA en áreas sensibles [3]. Aunque los inhibidores de calcineurina tienen un perfil de seguridad favorable, su uso debe ser limitado a pacientes mayores de 2 años y deben evitarse en pacientes inmunocomprometidos debido a su riesgo potencial de infecciones. Los pacientes deben ser monitoreados para detectar reacciones locales como ardor o enrojecimiento al inicio del tratamiento, aunque estos efectos son generalmente transitorios.

En casos graves o resistentes al tratamiento tópico, los medicamentos sistémicos como los corticosteroides orales o los inmunosupresores (por ejemplo, metotrexato, azatioprina) pueden ser necesarios. Estos fármacos son especialmente útiles en pacientes con DA severa que no responden al tratamiento convencional. Sin embargo, el uso de medicamentos sistémicos requiere un seguimiento riguroso debido a los efectos secundarios potenciales, como la supresión del sistema inmunológico, que puede predisponer a infecciones graves. La decisión de iniciar un tratamiento sistémico debe ser cuidadosamente considerada y basada en la gravedad de la enfermedad y la calidad de vida del paciente.

Los antihistamínicos orales, aunque no son tratamientos específicos para la DA, pueden ser útiles para controlar el prurito asociado con los brotes. Los antihistamínicos de primera generación, como la difenhidramina, tienen efectos sedantes que pueden ser útiles para los pacientes con prurito nocturno, mientras que los de segunda generación, como la loratadina, son más adecuados para

el manejo diurno. Sin embargo, el uso de antihistamínicos debe ser considerado como un complemento al tratamiento principal y no como un tratamiento único para la dermatitis atópica. La combinación de enfoques farmacológicos y no farmacológicos es esencial para un manejo efectivo de la enfermedad.

3. Manejo No Farmacológico: Hidratación y Prevención de Desencadenantes

La hidratación adecuada de la piel es un componente clave en el manejo de la dermatitis atópica. Los emolientes y humectantes deben ser aplicados de manera regular para restaurar la barrera cutánea, reducir la pérdida de agua transepidérmica y aliviar la sequedad que caracteriza a la enfermedad. Las cremas y ungüentos sin fragancias son las opciones preferidas, ya que los productos con fragancia o alcohol pueden irritar la piel y empeorar los síntomas. Los emolientes deben aplicarse inmediatamente después del baño para sellar la humedad en la piel y deben ser aplicados al menos dos veces al

día, incluso en períodos en que no haya brotes de la enfermedad [4].

Además de la hidratación, la prevención de los factores desencadenantes es esencial para controlar los brotes de dermatitis atópica. Es fundamental educar a los pacientes sobre los posibles factores irritantes y alérgenos que pueden agravar la enfermedad. El uso de jabones suaves y sin fragancia, así como el baño en agua tibia (no caliente), son medidas simples pero efectivas para evitar la exacerbación de los síntomas. Los pacientes deben ser aconsejados sobre la importancia de evitar la exposición a sustancias irritantes como productos de limpieza agresivos, tejidos sintéticos y perfumes. También se debe evitar el rascado, ya que puede causar daño a la piel y facilitar las infecciones secundarias.

Los factores ambientales, como el polvo, el polen y los animales, pueden ser desencadenantes de la dermatitis atópica, por lo que el control de estos factores es crucial para reducir los brotes. Los pacientes con DA deben mantener un entorno limpio y libre de alérgenos. En

algunos casos, los cambios en la dieta pueden ser necesarios, especialmente si se sospecha que ciertos alimentos, como los lácteos o los huevos, son desencadenantes de la enfermedad. Es importante que los profesionales de atención primaria realicen una evaluación exhaustiva de los posibles factores ambientales y alimentarios que contribuyen a la enfermedad.

La educación sobre el autocontrol y las estrategias de manejo también juega un papel importante en el manejo no farmacológico de la dermatitis atópica. Enseñar a los pacientes a reconocer sus propios desencadenantes y a manejar sus síntomas puede mejorar la adherencia al tratamiento y prevenir exacerbaciones. La psicoeducación es esencial, especialmente para los pacientes más jóvenes y sus padres, ya que les permite asumir un papel activo en el manejo de la enfermedad. Proporcionar recursos educativos y apoyo emocional también ayuda a reducir el estrés asociado con la enfermedad, lo que, a su vez, puede contribuir a la mejoría de los síntomas.

4. Consideraciones Psicosociales en el Manejo de la Dermatitis Atópica

La dermatitis atópica no solo afecta físicamente, sino que también tiene un impacto significativo en el bienestar emocional y social del paciente. El prurito constante, las lesiones visibles y las recaídas frecuentes pueden generar ansiedad y depresión, especialmente en pacientes jóvenes que pueden sentirse avergonzados de su apariencia. Los adolescentes, en particular, son susceptibles a las alteraciones psicológicas debido a los efectos estéticos de la DA. La preocupación por la apariencia y la posible exclusión social puede llevar a un aumento del estrés y a una disminución de la autoestima. La intervención temprana en estos aspectos psicosociales es clave para mejorar la calidad de vida del paciente.

Es importante que los profesionales de la atención primaria identifiquen signos de trastornos emocionales asociados a la dermatitis atópica. El paciente debe ser alentado a expresar sus sentimientos sobre la enfermedad y su impacto en su vida cotidiana. En algunos casos, la

dermatitis atópica puede estar relacionada con trastornos de ansiedad o depresión, y es fundamental abordar estos aspectos de manera integral. El apoyo psicológico y, en ocasiones, la derivación a un profesional de salud mental pueden ser necesarios para tratar estos problemas [5]. Los padres de los niños afectados también pueden beneficiarse de orientación psicológica para ayudarles a manejar el estrés y las emociones asociadas con la enfermedad crónica de su hijo.

La dermatitis atópica también puede tener un impacto social importante, especialmente en niños y adolescentes. El aislamiento social, derivado del miedo a las burlas o la incomodidad de mostrar lesiones visibles, puede contribuir a un mayor deterioro emocional. Los profesionales de la salud deben trabajar con las familias para fomentar la comprensión y el apoyo social en casa y en la escuela. La inclusión de los padres y cuidadores en el proceso de tratamiento puede mejorar la adherencia y asegurar un ambiente de apoyo emocional en el hogar. Además, se deben brindar estrategias para que el

paciente se sienta cómodo en entornos sociales y pueda manejar las situaciones sociales difíciles.

Finalmente, el apoyo psicosocial debe incluir el fomento de una visión realista y positiva sobre el manejo de la enfermedad. La dermatitis atópica es una enfermedad crónica, pero con un manejo adecuado, los pacientes pueden llevar una vida plena y activa. Proporcionar información precisa sobre la enfermedad y el tratamiento, así como crear un ambiente de apoyo tanto en el entorno médico como en el hogar, es crucial para lograr una gestión efectiva y mejorar la calidad de vida de los pacientes.

Conclusión

El manejo de la dermatitis atópica en atención primaria es un proceso integral que requiere una combinación de enfoques farmacológicos, no farmacológicos y psicosociales. El diagnóstico temprano y preciso, basado en criterios clínicos sólidos, es esencial para garantizar un tratamiento adecuado y prevenir complicaciones a largo plazo. El uso adecuado de corticosteroides tópicos

y tratamientos alternativos como los inhibidores de calcineurina permite controlar la inflamación y el prurito de manera efectiva, mientras que la hidratación constante y la prevención de factores desencadenantes contribuyen a mantener la piel saludable y evitar nuevos brotes.

Además, el manejo de la dermatitis atópica debe considerar el bienestar psicosocial de los pacientes, ya que el impacto emocional de la enfermedad puede ser significativo, especialmente en niños y adolescentes. La integración de apoyo psicológico y la educación a los pacientes y sus familias son aspectos fundamentales para mejorar la adherencia al tratamiento y la calidad de vida general. Los profesionales de atención primaria juegan un papel crucial no solo en el manejo de los síntomas físicos, sino también en la gestión del impacto emocional y social de la enfermedad.

En conclusión, un enfoque holístico e individualizado es clave para el manejo exitoso de la dermatitis atópica. El tratamiento debe ser adaptado a las necesidades específicas de cada paciente, teniendo en cuenta la

gravedad de la enfermedad, la respuesta a los tratamientos previos y las comorbilidades asociadas. Con un tratamiento oportuno y adecuado, los pacientes pueden lograr un control efectivo de los síntomas y mejorar significativamente su calidad de vida.

Bibliografía

1. Hanifin JM, Rajka G. Diagnostic features of atopic dermatitis. *Acta Derm Venereol.* 1980;92(Suppl):44-47.
2. Eichenfield LF, Tom WL, Chamlin SL, et al. Guidelines of care for the management of atopic dermatitis. *J Am Acad Dermatol.* 2014;71(1):116-132.
3. Simpson EL. Topical calcineurin inhibitors for atopic dermatitis: safety and efficacy. *J Am Acad Dermatol.* 2009;60(6):1042-1055.
4. Williams HC, Burney PG, Hay RJ, et al. The U.K. Working Party's Diagnostic Criteria for Atopic Dermatitis. *Br J Dermatol.* 1994;131(3):405-411.
5. Whiteley L, McMahon C, Muris J. Psychological aspects of atopic dermatitis. *J Dermatol.* 2003;30(5):266-272.
6. Langan SM, Irvine AD, Weidinger S. Atopic dermatitis. *Lancet.* 2020;396(10247):345-360.
7. Leung DY, Bieber T. Atopic dermatitis. *Lancet.* 2003;361(9357):151-160.
8. Nutten S. Atopic dermatitis: global epidemiology and risk factors. *World Allergy Organ J.* 2015;8(1):1-9.

9. Kumasaka F, Tominari T, Takaoka K, et al. The role of skin barrier dysfunction in atopic dermatitis. *Int J Mol Sci.* 2019;20(3):705.
10. Ring J, Alomar A, Bieber T, et al. Guidelines for treatment of atopic dermatitis (AD) in children and adults. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2012;26(7):1045-1060.

Reconocimiento y manejo de enfermedades amplias, autoinmunes

Danny Helmut Laufer Núñez

Médico Universidad Estatal de Guayaquil

Médico del Hospital Luis Vernaza

Introducción

Las enfermedades autoinmunes (EA) son un grupo heterogéneo de trastornos caracterizados por una respuesta inmunitaria anómala en la que el sistema inmunológico ataca y daña los tejidos del propio organismo. Estos trastornos pueden afectar una o varias partes del cuerpo, y su severidad varía ampliamente. Entre las enfermedades autoinmunes más comunes se encuentran el lupus eritematoso sistémico (LES), la artritis reumatoide (AR), la esclerosis múltiple (EM), la enfermedad celíaca, y la diabetes tipo 1.

La atención primaria juega un papel crucial en el diagnóstico temprano, la prevención de complicaciones y el manejo integral de estas enfermedades crónicas, que a menudo requieren un enfoque multidisciplinario.

1. Enfermedades Autoinmunes Comunes y su Reconocimiento

Las enfermedades autoinmunes son diversas y se presentan con una amplia gama de síntomas, lo que

puede hacer que su diagnóstico sea desafiante. Sin embargo, algunas de las enfermedades más comunes en la práctica clínica incluyen:

Lupus Eritematoso Sistémico (LES):

El LES es una enfermedad autoinmune crónica que afecta principalmente a mujeres jóvenes, especialmente de origen afroamericano o hispano. Se caracteriza por un amplio espectro de síntomas, como erupciones cutáneas, fatiga, fiebre, artralgias y manifestaciones renales, cardíacas y hematológicas. La clásica erupción en "mariposa" en las mejillas, un signo de LES, es uno de los primeros indicios. Sin embargo, muchos pacientes no presentan este signo, lo que puede complicar su diagnóstico [1]. Además, el LES puede afectar órganos vitales como los riñones (nefritis lúpica), el corazón (pericarditis) y el sistema nervioso central (psicosis o convulsiones).

Artritis Reumatoide (AR):

La artritis reumatoide es una enfermedad autoinmune inflamatoria crónica que afecta principalmente las

articulaciones sinoviales. Los síntomas incluyen dolor, hinchazón, rigidez matutina y pérdida de la movilidad articular, especialmente en las manos, muñecas y pies. Si no se trata adecuadamente, puede provocar deformidades articulares y discapacidad [2]. En su fase inicial, la AR puede ser difícil de diferenciar de otras formas de artritis, pero los factores reumatoides y los anticuerpos antipéptidos citrulinados (ACPA) son útiles en el diagnóstico.

Esclerosis Múltiple (EM):

La esclerosis múltiple es un trastorno crónico que afecta al sistema nervioso central, causando daño a la mielina (la capa que recubre las fibras nerviosas). Los pacientes pueden experimentar síntomas neurológicos como debilidad muscular, visión borrosa, pérdida de equilibrio, y problemas de coordinación. La EM afecta principalmente a mujeres jóvenes en edad fértil. A menudo, los síntomas de la EM son intermitentes y empeoran durante los brotes, lo que puede complicar el diagnóstico. La resonancia magnética (RM) es la

herramienta diagnóstica más utilizada en el diagnóstico de EM [3].

Diabetes Tipo 1:

La diabetes tipo 1 es una enfermedad autoinmune que destruye las células beta del páncreas, responsables de la producción de insulina. A menudo se diagnostica en niños y adultos jóvenes y se caracteriza por hiperglucemia, sed excesiva, aumento de la micción y pérdida de peso inexplicada. Los pacientes requieren insulina de por vida para controlar sus niveles de glucosa en sangre. Si no se trata adecuadamente, puede haber complicaciones graves, como cetoacidosis diabética y daño a los vasos sanguíneos.

Estas son solo algunas de las enfermedades autoinmunes más comunes, pero existen muchas más, cada una con una presentación clínica única. El reconocimiento temprano de los signos y síntomas es crucial para iniciar el tratamiento adecuado y prevenir complicaciones a largo plazo.

2. Estrategias Diagnósticas

El diagnóstico de las enfermedades autoinmunes requiere una combinación de historia clínica detallada, examen físico y pruebas de laboratorio. Dado que muchas de estas enfermedades presentan síntomas sistémicos y se solapan con otras condiciones, los médicos de atención primaria deben estar atentos a los primeros signos.

Historia Clínica y Examen Físico:

La historia clínica debe incluir preguntas detalladas sobre antecedentes familiares de enfermedades autoinmunes, antecedentes de infecciones, el inicio y la progresión de los síntomas, y cualquier factor que pueda desencadenar o empeorar la condición, como infecciones o estrés. El examen físico debe centrarse en identificar signos específicos, como erupciones cutáneas en el lupus o rigidez y deformidades articulares en la artritis reumatoide.

Pruebas de Laboratorio:

Existen varias pruebas serológicas que son esenciales

para el diagnóstico de enfermedades autoinmunes. En el lupus, por ejemplo, los anticuerpos antinucleares (ANA) son positivos en más del 95% de los pacientes, aunque no son específicos de la enfermedad. En la artritis reumatoide, el factor reumatoide (FR) y los anticuerpos antipéptidos citrulinados (ACPA) son útiles para confirmar el diagnóstico [4]. Para la esclerosis múltiple, la resonancia magnética es esencial, ya que puede mostrar lesiones en el cerebro y la médula espinal que son características de la enfermedad. Las biopsias de piel o riñón también pueden ser necesarias para obtener un diagnóstico definitivo, especialmente en casos complejos.

Además, las pruebas para descartar otras enfermedades, como infecciones o cáncer, también son fundamentales, ya que muchos síntomas de enfermedades autoinmunes se solapan con los de otras afecciones.

3. Manejo Farmacológico de las Enfermedades Autoinmunes

El tratamiento farmacológico de las enfermedades autoinmunes tiene como objetivo suprimir la actividad del sistema inmunológico y controlar la inflamación, con el fin de prevenir el daño a los órganos y mejorar la calidad de vida del paciente.

Corticosteroides:

Los corticosteroides son el tratamiento de elección para muchas enfermedades autoinmunes debido a su potente efecto antiinflamatorio. En enfermedades como el lupus eritematoso sistémico, los corticosteroides se utilizan para controlar brotes agudos y reducir la inflamación en los órganos afectados. Sin embargo, el uso prolongado de corticosteroides puede tener efectos secundarios graves, como osteoporosis, hipertensión y diabetes. Por ello, se recomienda el uso de la dosis más baja posible y durante el menor tiempo necesario [5].

Inmunosupresores y Fármacos Modificadores de la Enfermedad (FAMEs):

Los inmunosupresores, como el metotrexato, la azatioprina y la ciclofosfamida, son utilizados en enfermedades como la artritis reumatoide y el lupus para reducir la actividad del sistema inmunológico. Los fármacos biológicos, como los inhibidores de TNF (factor de necrosis tumoral), también son utilizados en la artritis reumatoide y otras enfermedades autoinmunes graves [6]. Estos medicamentos ayudan a controlar la inflamación y a prevenir el daño articular y orgánico. Los pacientes que reciben estos tratamientos deben ser monitoreados regularmente para detectar posibles efectos adversos, como infecciones y toxicidad hepática.

Tratamientos Específicos:

Para la diabetes tipo 1, la insulina es esencial para controlar los niveles de glucosa en sangre, y la terapia debe ser individualizada según las necesidades del paciente. En la esclerosis múltiple, los medicamentos modificadores de la enfermedad (DMTs), como el interferón y los fármacos orales como el fingolimod, son

utilizados para reducir la frecuencia de los brotes y ralentizar la progresión de la enfermedad [7].

4. Abordaje Psicosocial y Educativo

El manejo de las enfermedades autoinmunes no se limita a los aspectos médicos; también incluye un enfoque psicosocial. La naturaleza crónica y a menudo incapacitante de estas enfermedades puede causar un considerable impacto emocional, social y psicológico.

Apoyo Psicológico:

Los pacientes con enfermedades autoinmunes crónicas pueden experimentar ansiedad, depresión y estrés debido a la incertidumbre sobre el curso de su enfermedad y las limitaciones físicas que pueden surgir. El apoyo emocional y psicológico es fundamental para ayudar a los pacientes a adaptarse a su condición. La derivación a psicólogos o psiquiatras, así como el apoyo en grupo, puede ser beneficioso [8].

Educación del Paciente:

La educación es una herramienta poderosa en el manejo

de enfermedades autoinmunes. Los pacientes deben comprender la naturaleza de su enfermedad, los objetivos del tratamiento, los posibles efectos secundarios de los medicamentos y cómo manejar los síntomas. La capacitación sobre el autocontrol de los síntomas, el manejo de los desencadenantes y la importancia de la adherencia al tratamiento es crucial para el éxito a largo plazo. En algunos casos, los cambios en el estilo de vida, como la dieta y el ejercicio, también pueden ayudar a mejorar el bienestar general del paciente y controlar los síntomas.

Soporte Social y Familiar:

El apoyo de la familia y los amigos también es esencial en el tratamiento de las enfermedades autoinmunes. Los cuidadores deben estar informados sobre la enfermedad y cómo pueden ayudar al paciente a manejar los desafíos diarios. La creación de una red de apoyo dentro de la comunidad, como grupos de pacientes con enfermedades autoinmunes, puede proporcionar un espacio para compartir experiencias y recibir apoyo emocional.

Conclusión

El manejo de las enfermedades autoinmunes en atención primaria requiere una evaluación integral que abarque el diagnóstico temprano, un tratamiento adecuado y un enfoque psicosocial para mejorar la calidad de vida del paciente. A través de un manejo adecuado, que incluye terapia farmacológica y medidas de apoyo psicosocial, es posible controlar los síntomas, prevenir complicaciones y ayudar a los pacientes a llevar una vida activa y saludable. La atención primaria juega un papel fundamental en la detección temprana y el manejo de estas enfermedades, asegurando que los pacientes reciban el tratamiento adecuado en cada etapa de su enfermedad.

Referencias

1. Ginzler EM, Dooley MA, Aranow C, et al. Use of hydroxychloroquine in the treatment of systemic lupus erythematosus. *Ann Rheum Dis.* 2011;70(5):911-918.
2. Scott DL, Wolfe F, Huizinga TW. Rheumatoid arthritis. *Lancet.* 2010;376(9746):1094-1108.
3. Kappos L, Wiendl H. Diagnosis and treatment of multiple sclerosis. *Lancet Neurol.* 2013;12(7):607-619.
4. Gaujoux-Viala C, Dougados M, Combe B. Autoantibodies and biomarkers in the diagnosis of systemic autoimmune diseases. *Best Pract Res Clin Rheumatol.* 2010;24(5):735-753.
5. Leung DY, Bieber T. Atopic dermatitis. *Lancet.* 2003;361(9357):151-160.
6. Wilke W, Moussavian A, Falkenhorst G, et al. Biologic therapy in rheumatoid arthritis. *Rheumatol Int.* 2009;29(4):395-402.
7. Confavreux C, Vukusic S, Witkamp L, et al. Multiple sclerosis: A review. *Lancet Neurol.* 2007;6(2):167-176.

8. Zautra AJ, Johnson LM, Davis MC. The role of emotion in the development of chronic disease. *Curr Dir Psychol Sci.* 2005;14(5):256-260.

Abordaje inicial de lesiones pigmentadas sospechosas

Joffre Ariel Cortez Alvario

Médico Universidad de Guayaquil

Médico General

Introducción

Las lesiones pigmentadas en la piel son comunes en la práctica clínica, pero no todas ellas son benignas. Algunas pueden ser un indicio temprano de cáncer cutáneo, como el melanoma, que es el tipo más agresivo y mortal de cáncer de piel. El manejo adecuado de estas lesiones es fundamental para la detección temprana y la mejora del pronóstico de los pacientes. En atención primaria, el abordaje inicial de lesiones pigmentadas sospechosas debe ser sistemático e incluir una evaluación exhaustiva, diagnóstico adecuado y seguimiento cercano para prevenir complicaciones graves.

Epidemiología de las Lesiones Pigmentadas Sospechosas

La prevalencia de las lesiones pigmentadas varía según la población, la etnia, la exposición solar y otros factores predisponentes. El melanoma, que es la forma más peligrosa de cáncer de piel, tiene una incidencia creciente en las últimas décadas, lo que se atribuye

principalmente a la mayor exposición al sol y la mayor conciencia pública sobre la importancia de la detección temprana de lesiones cutáneas.

Incidencia y Prevalencia del Melanoma: A nivel mundial, el melanoma es uno de los cánceres de piel más frecuentes. Según la American Cancer Society, en 2020 se estimó que más de 100,000 personas en Estados Unidos serían diagnosticadas con melanoma, y la tasa de mortalidad anual global por melanoma es de aproximadamente 1,700,000 casos [1]. La incidencia varía considerablemente entre diferentes regiones geográficas. En países de Europa y América del Norte, la incidencia de melanoma es más alta debido a la mayor exposición a la radiación ultravioleta (UV) y al aumento de comportamientos de riesgo, como la exposición al sol y el uso de camas solares. En contraste, en países asiáticos y africanos, la incidencia de melanoma es más baja, aunque se ha observado un aumento reciente en las poblaciones que practican una mayor exposición solar y tienen piel más clara.

Grupos de Riesgo: Los grupos con mayor riesgo de desarrollar melanoma incluyen a las personas con piel clara, ojos claros, cabello rubio o pelirrojo, antecedentes familiares de melanoma, presencia de nevos atípicos o displásicos, y aquellos con una historia de exposición excesiva al sol, especialmente durante la infancia. La prevalencia de lesiones pigmentadas en estos individuos es más alta, y las lesiones que presentan en la piel tienen un mayor riesgo de convertirse en malignas si no se monitorean y tratan adecuadamente.

Etiología de las Lesiones Pigmentadas Sospechosas

La etiología de las lesiones pigmentadas está relacionada principalmente con factores genéticos y ambientales. En el caso de las lesiones pigmentadas malignas, como el melanoma, varios factores pueden contribuir a su desarrollo, entre los cuales se destacan la exposición a la radiación ultravioleta (UV), la predisposición genética y la presencia de nevos o lunares.

Radiación Ultravioleta (UV) y Exposición Solar: La principal causa ambiental relacionada con el desarrollo

de melanoma y otras lesiones pigmentadas malignas es la exposición a la radiación ultravioleta (UV) proveniente del sol. La exposición excesiva al sol, especialmente en la infancia y la adolescencia, aumenta significativamente el riesgo de desarrollar melanoma en la edad adulta [2]. La radiación UV causa daño en el ADN de las células de la piel, lo que puede llevar a mutaciones que favorecen el crecimiento descontrolado de células pigmentadas, convirtiéndolas en melanoma. Se ha observado que las quemaduras solares en la infancia y la exposición intermitente a altos niveles de radiación UV tienen un impacto particularmente negativo en la formación de melanoma.

Factores Genéticos: El factor genético también juega un papel importante en la etiología de las lesiones pigmentadas sospechosas, especialmente el melanoma. Se ha identificado que las personas con antecedentes familiares de melanoma tienen un riesgo significativamente mayor de desarrollar la enfermedad. Las mutaciones en ciertos genes, como el gen **CDKN2A**, que está involucrado en la regulación del ciclo celular, y

el **BRAF**, que afecta la vía de señalización de la mitogen-activated protein kinase (MAPK), están asociadas con un mayor riesgo de melanoma hereditario. La presencia de múltiples nevos atípicos también aumenta el riesgo de desarrollar melanoma, ya que estas lesiones son más propensas a convertirse en malignas.

Factores Ambientales y Estilo de Vida: El estilo de vida también contribuye al desarrollo de lesiones pigmentadas malignas. Además de la exposición solar, el uso de camas solares (que emiten radiación UV de tipo A) es otro factor de riesgo importante para el melanoma. Las camas solares, aunque más controladas, emiten niveles de radiación que pueden ser tan dañinas como la exposición solar directa. La prevalencia de melanoma ha aumentado particularmente entre los jóvenes que utilizan camas solares con fines estéticos. Otros factores que pueden influir incluyen el tipo de piel (especialmente la piel clara), la cantidad de melanina en la piel (que ofrece cierta protección contra el daño UV), y el historial de exposición a productos químicos o toxinas que alteran la piel.

Enfermedades Preexistentes y Condiciones Médicas:

El riesgo de desarrollar lesiones pigmentadas malignas también puede estar relacionado con algunas condiciones médicas preexistentes. Las personas con sistemas inmunitarios comprometidos, como aquellos que han recibido trasplantes de órganos y están en tratamiento inmunosupresor, tienen un mayor riesgo de melanoma y otras formas de cáncer de piel. Del mismo modo, condiciones como la xeroderma pigmentoso, un trastorno genético que afecta la capacidad de reparar el daño en el ADN inducido por la radiación UV, aumentan el riesgo de lesiones pigmentadas malignas.

Evaluación Inicial y Criterios de Sospecha

La evaluación inicial de lesiones pigmentadas sospechosas debe comenzar con una historia clínica detallada del paciente. Es importante identificar los factores de riesgo, como antecedentes familiares de cáncer de piel, la exposición excesiva al sol, el uso de camas solares y la presencia de múltiples nevos atípicos o displásicos. Además, se debe realizar una inspección

cuidadosa de la piel utilizando herramientas como el dermatoscopio para observar las características estructurales de las lesiones y ayudar a determinar su naturaleza [6].

Uno de los sistemas más utilizados para evaluar las lesiones pigmentadas sospechosas es el **ABCDE del melanoma**:

- **A (Asimetría):** Las lesiones benignas suelen ser simétricas, mientras que las malignas presentan asimetría.
- **B (Bordes irregulares):** Los bordes de un melanoma suelen ser irregulares, dentados o difusos, mientras que las lesiones benignas tienen bordes bien definidos.
- **C (Color):** El melanoma presenta una variedad de colores en la misma lesión (negro, marrón, rojo, blanco o azul), mientras que las lesiones benignas suelen tener un color homogéneo.

- **D (Diámetro):** Lesiones que superan los 6 mm de diámetro deben ser evaluadas con mayor detalle.
- **E (Evolución):** Las lesiones que cambian en tamaño, forma, color o que empiezan a sangrar, picar o ulcerarse son altamente sospechosas.

Las lesiones que presentan estos criterios deben ser consideradas como sospechosas, y el paciente debe ser derivado para una evaluación más detallada. Es importante no subestimar cambios aparentemente menores en lesiones pigmentadas, ya que el melanoma puede manifestarse inicialmente con síntomas sutiles.

Herramientas Diagnósticas: Dermatoscopia y Biopsia

La dermatoscopia es una técnica no invasiva que permite una visualización más detallada de la estructura de la lesión pigmentada. Utilizando un dermatoscopio, se pueden observar patrones de pigmentación, estructuras vasculares y otras características que pueden indicar malignidad [7]. La dermatoscopia ayuda a diferenciar lesiones benignas, como los nevos, de lesiones malignas,

como el melanoma, mediante la observación de signos clave como estructuras pigmentadas irregulares y vasos sanguíneos anormales.

Aunque la dermatoscopia es una herramienta útil en la evaluación inicial, no debe sustituir una biopsia cuando se sospecha de melanoma u otras formas de cáncer de piel. La **biopsia por escisión** es el procedimiento diagnóstico de elección para confirmar la naturaleza de una lesión sospechosa. Durante la biopsia, una muestra completa de la lesión se envía al laboratorio para su análisis histopatológico. Si la lesión es pequeña y bien delimitada, se puede optar por una biopsia por sacado, en la que se elimina una parte de la lesión. En ambos casos, la biopsia es esencial para confirmar el diagnóstico y determinar el estadio del cáncer si se trata de un melanoma [8].

Manejo de Lesiones Pigmentadas Benignas

En muchos casos, las lesiones pigmentadas observadas pueden ser benignas y no requieren tratamiento inmediato. Sin embargo, es crucial que los pacientes

reciban educación sobre la importancia del monitoreo regular de sus lesiones. A los pacientes con lesiones benignas, como nevos comunes, se les debe recomendar que realicen autoexámenes periódicos para identificar cualquier cambio en las lesiones existentes o la aparición de nuevas lesiones [9]. Además, los pacientes deben ser informados sobre la protección solar, ya que la exposición al sol es el principal factor de riesgo para el melanoma.

Si el paciente tiene múltiples lesiones benignas que se considera que no representan un riesgo de malignidad, pero que afectan su bienestar psicológico o estéticamente, pueden ser eliminadas mediante procedimientos quirúrgicos. La excisión quirúrgica es una opción para aquellos que desean eliminar las lesiones, pero siempre debe asegurarse de que se trata de una lesión benigna antes de realizar cualquier intervención. La **electrocoagulación** o el **láser CO2** también pueden ser opciones en ciertos casos para eliminar lesiones pigmentadas superficiales.

Seguimiento y Prevención del Cáncer de Piel

El seguimiento adecuado de las lesiones pigmentadas es esencial, especialmente para los pacientes con antecedentes familiares de melanoma o aquellos con una gran cantidad de nevos atípicos. Se recomienda que estos pacientes realicen exámenes regulares de la piel con un dermatólogo, quien puede realizar una inspección detallada y monitorear cualquier cambio en las lesiones pigmentadas a lo largo del tiempo [10].

El enfoque preventivo también juega un papel clave en la reducción de la incidencia de melanoma y otros cánceres de piel. Es esencial promover la protección solar entre los pacientes, recomendando el uso de protector solar de amplio espectro con un SPF mínimo de 30, la aplicación regular cada dos horas y la protección física, como el uso de sombreros y ropa protectora. Además, se debe enfatizar la importancia de evitar la exposición solar entre las 10 a.m. y las 4 p.m., cuando los rayos UV son más intensos. El uso de camas

solares debe ser desalentado, ya que se ha demostrado que aumenta significativamente el riesgo de melanoma.

Conclusión

El manejo inicial de las lesiones pigmentadas sospechosas en la atención primaria debe ser un proceso sistemático que implique una evaluación clínica cuidadosa, el uso de herramientas diagnósticas como la dermatoscopia y la derivación adecuada para biopsia cuando sea necesario. La detección temprana y el tratamiento adecuado son fundamentales para mejorar el pronóstico de los pacientes con melanoma y otras formas de cáncer de piel. Además, el seguimiento regular, la autoexploración y la educación sobre la protección solar son componentes clave para la prevención primaria y la detección precoz de lesiones malignas.

Bibliografía

1. Siegel RL, Miller KD, Jemal A. Cancer statistics, 2020. *CA Cancer J Clin.* 2020;70(1):7-30.
2. Armstrong BK, Krickler A. The epidemiology of UV-induced skin cancer. *J Photochem Photobiol B.* 2001;63(1-3):8-18.
3. Bichakjian CK, Olencki T, et al. Cutaneous melanoma. *J Natl Compr Canc Netw.* 2019;17(3):301-314.
4. Kittler H, et al. Dermoscopy in melanoma. *Arch Dermatol.* 2013;149(9):1129-1134.
5. van der Leest R, et al. Epidemiology of melanoma and nonmelanoma skin cancer. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2017;31(6):1012-1020.
6. Ferris LK, et al. Early diagnosis of melanoma. *Dermatol Clin.* 2011;29(4):433-442.
7. Perz J, et al. Dermoscopy of pigmented skin lesions: clinical significance and methodology. *Dermatol Pract Concept.* 2019;9(2):87-93.
8. Kittler H, et al. Dermoscopy in melanoma. *Arch Dermatol.* 2013;149(9):1129-1134.
9. Siegel RL, Miller KD, Jemal A. Cancer statistics, 2020. *CA Cancer J Clin.* 2020;70(1):7-30.

10. Rigel DS, Friedman RJ, Kopf AW. Early diagnosis of melanoma: The role of the dermatologist. *J Am Acad Dermatol.* 2005;52(1):1-6.

Tratamiento del acné en adolescentes y adultos jóvenes

Alisson Mishell Guanoluisa Barragan

Médico Cirujano Universidad Regional
Autónoma de los Andes

Médico Ocupacional Hospital General
Latacunga

Introducción

El acné es una afección cutánea inflamatoria común que afecta principalmente a adolescentes y adultos jóvenes. Se caracteriza por la aparición de comedones (puntos negros y puntos blancos), pápulas, pústulas, nódulos y, en casos más graves, quistes, principalmente en la cara, el cuello, la espalda y el pecho. El tratamiento del acné tiene como objetivo reducir la producción de sebo, prevenir la obstrucción de los poros, reducir la inflamación y erradicar la bacteria *Propionibacterium acnes*, responsable de la inflamación. El tratamiento debe ser individualizado según la severidad del acné y las características del paciente.

Prevalencia del Acné

A nivel mundial, el acné afecta a un gran porcentaje de la población en su juventud, especialmente durante la adolescencia. Se estima que aproximadamente el **85% de los adolescentes** experimentan acné en algún momento de su vida, siendo más común en aquellos entre **12 y 24 años de edad** [1]. En los varones, el inicio

del acné suele ocurrir a una edad más temprana y con mayor severidad, especialmente debido a los picos hormonales durante la pubertad. En las mujeres, el acné puede persistir hasta la adultez, con una mayor prevalencia entre los **20 y 30 años**. En algunas mujeres, el acné puede incluso aparecer por primera vez en la adultez, asociado a factores hormonales, como los cambios durante el ciclo menstrual, el embarazo o el uso de anticonceptivos orales.

Además, aunque el acné es común entre los adolescentes, la prevalencia varía significativamente entre diferentes grupos étnicos. Por ejemplo, el acné tiende a ser más prevalente en personas de **origen europeo** y **latinoamericano**, mientras que su prevalencia es relativamente baja en personas de **origen africano** y **asiático** [2]. Sin embargo, aunque la prevalencia varía, el impacto psicológico y físico del acné es universal.

Distribución por Sexo y Edad

El acné afecta tanto a hombres como a mujeres, aunque la severidad y la persistencia pueden diferir. En los **adolescentes varones**, el acné tiende a ser más grave, con una mayor frecuencia de lesiones inflamatorias y cicatrices debido a una mayor producción de sebo impulsada por los andrógenos. En las **mujeres**, el acné suele comenzar durante la adolescencia, pero también puede persistir o empeorar en la edad adulta. En algunas mujeres adultas, el acné se asocia a **fluctuaciones hormonales**, como las que ocurren durante el ciclo menstrual, el embarazo o el uso de anticonceptivos orales. La incidencia de acné adulto también se ha incrementado, reflejando no solo factores hormonales, sino también el impacto del estrés y otros factores ambientales.

En términos de **edad**, el acné se presenta con mayor frecuencia en la adolescencia debido a los cambios hormonales significativos que ocurren durante la pubertad. Sin embargo, puede continuar en la adultez

temprana, y en algunos casos, incluso en personas mayores de 30 años. El **acné persistente o tardío** se observa especialmente en mujeres adultas y generalmente está relacionado con desórdenes hormonales [3].

Tratamiento Tópico para el Acné

Los tratamientos tópicos son la primera línea de manejo del acné, especialmente en casos leves a moderados. Los siguientes fármacos son comúnmente utilizados:

Retinoides tópicos:

Los retinoides, como el *tretinoína*, *adapaleno* y *tazaroteno*, son derivados de la vitamina A y actúan normalizando la renovación celular, evitando la obstrucción de los poros y reduciendo la formación de comedones. Estos tratamientos son eficaces en el tratamiento de lesiones inflamatorias y no inflamatorias. Sin embargo, pueden causar irritación en la piel, como enrojecimiento y sequedad, por lo que se recomienda su uso gradual y la aplicación en pequeñas cantidades. Se

debe aplicar por la noche para evitar la sensibilización solar [1].

Peróxido de benzoilo:

El peróxido de benzoilo tiene propiedades antibacterianas y antiinflamatorias. Actúa eliminando la bacteria *Propionibacterium acnes*, que se encuentra en las glándulas sebáceas. Además, tiene un efecto comedolítico, es decir, ayuda a descomponer los comedones. Este medicamento está disponible en diversas concentraciones y se recomienda comenzar con concentraciones bajas para evitar la irritación [2].

Antibióticos tópicos:

Los antibióticos tópicos, como la *clindamicina* y la *eritromicina*, son útiles para reducir la carga bacteriana en los casos de acné inflamatorio. Se deben usar en combinación con otros tratamientos, como los retinoides o el peróxido de benzoilo, para evitar el desarrollo de resistencia bacteriana. Estos antibióticos tienen un efecto más localizado y ayudan a reducir la inflamación [3].

Ácido salicílico:

El ácido salicílico es un agente queratolítico que ayuda a destapar los poros al eliminar las células muertas de la piel. Se utiliza principalmente para tratar el acné no inflamatorio (comedones). Es bien tolerado, pero puede causar sequedad si se usa en exceso [4].

Tratamiento Sistémico para el Acné

En casos más severos de acné, especialmente cuando hay comedones inflamatorios, nódulos o quistes, es necesario considerar el tratamiento sistémico. Los tratamientos sistémicos incluyen antibióticos orales, anticonceptivos orales y, en casos graves, la isotretinoína oral.

Antibióticos orales:

Los antibióticos orales, como la *doxiciclina*, *minociclina* y *tetraciclina*, son efectivos en el tratamiento del acné inflamatorio. Funcionan reduciendo la proliferación de *Propionibacterium acnes* y disminuyendo la inflamación. Generalmente se usan durante un período limitado (de 3 a 6 meses) para evitar efectos secundarios, como la resistencia bacteriana. Durante el tratamiento, es

esencial evitar la exposición solar excesiva, ya que estos antibióticos pueden aumentar la fotosensibilidad [5].

Anticonceptivos orales:

Los anticonceptivos orales que contienen combinaciones de estrógeno y progestina son efectivos en mujeres adolescentes y jóvenes adultas para tratar el acné, especialmente en aquellos casos hormonales. Los anticonceptivos orales regulan la producción de andrógenos (hormonas masculinas) que son responsables de la producción excesiva de sebo en las glándulas sebáceas. Este tratamiento es especialmente útil en mujeres cuyo acné empeora con el ciclo menstrual [6].

Isotretinoína oral:

La isotretinoína (anteriormente conocida como *acnécután*) es un medicamento oral potente utilizado en casos graves de acné resistente a otros tratamientos. La isotretinoína reduce la producción de sebo, disminuye el tamaño de las glándulas sebáceas y tiene un efecto antiinflamatorio. Aunque es muy eficaz, se asocia con efectos secundarios significativos, como sequedad de la

piel, labios agrietados, ojos secos, y efectos teratogénicos (por lo que está contraindicada en mujeres embarazadas). Los pacientes deben ser monitoreados regularmente por un dermatólogo para controlar los efectos adversos [7].

Tratamientos Complementarios y Cuidado de la Piel

Además de los tratamientos farmacológicos, el cuidado adecuado de la piel es esencial para complementar el tratamiento del acné. Esto incluye el uso de limpiadores suaves, productos hidratantes y protector solar.

Limpieza y Humectación:

Es importante que los pacientes con acné utilicen limpiadores suaves y no comedogénicos (que no obstruyan los poros). El uso de productos con ácidos suaves, como el ácido glicólico o láctico, puede ser beneficioso para mantener la piel limpia sin irritarla. La hidratación también es clave, ya que muchos tratamientos para el acné, especialmente los retinoides y el peróxido de benzoilo, pueden reseca la piel. Se deben

usar cremas hidratantes sin aceite que no obstruyan los poros.

Protección solar:

Los pacientes que usan tratamientos tópicos como retinoides o peróxido de benzoilo deben ser conscientes de la mayor susceptibilidad al daño solar. Se recomienda el uso de protector solar de amplio espectro con un SPF mínimo de 30 para proteger la piel de la radiación UV, que puede agravar el acné y provocar hiperpigmentación postinflamatoria [8].

Consideraciones Psicosociales

El acné, especialmente en adolescentes y adultos jóvenes, puede tener un impacto significativo en la calidad de vida, causando problemas de autoestima y ansiedad. Es esencial abordar el aspecto emocional del acné en el tratamiento integral, proporcionando apoyo psicológico si es necesario. Los pacientes deben ser educados sobre el manejo de las expectativas y la naturaleza crónica del acné, que puede requerir un tratamiento continuo. Además, las intervenciones

psicológicas, como la terapia cognitivo-conductual, pueden ser útiles para manejar la ansiedad relacionada con el acné [9].

Conclusión

El tratamiento del acné en adolescentes y adultos jóvenes debe ser individualizado según la severidad de la enfermedad, el tipo de piel del paciente y los factores desencadenantes. Los tratamientos tópicos como los retinoides, el peróxido de benzoilo y los antibióticos orales son efectivos para la mayoría de los casos, pero en casos graves, se puede recurrir a tratamientos sistémicos como los antibióticos orales y la isotretinoína. Además, el cuidado adecuado de la piel y la protección solar son esenciales para prevenir brotes y mejorar los resultados. Finalmente, se debe considerar el apoyo emocional para mejorar la calidad de vida de los pacientes.

Referencias

1. Zaenglein AL, et al. Guidelines of care for the management of acne vulgaris. *J Am Acad Dermatol.* 2016;74(5):945-973.
2. Dreno B, et al. Peroxide of benzoil in acne treatment. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2009;23(12):1375-1381.
3. Gollnick H, et al. Clinical and microbiological efficacy of clindamycin in the treatment of acne. *J Dermatol Treat.* 1999;10(2):109-116.
4. Tan J, et al. Salicylic acid and its clinical applications. *Dermatol Ther.* 2009;22(5):481-485.
5. Gollnick HP, et al. Antibiotic treatment of acne vulgaris: An evidence-based review. *J Am Acad Dermatol.* 2011;64(5):927-938.
6. Grimes PE, et al. Oral contraceptives in acne therapy: Review of the evidence. *J Drugs Dermatol.* 2007;6(4):390-398.
7. Kim GK, et al. Systemic isotretinoin in the treatment of severe acne: A review of its efficacy and safety. *Dermatol Ther.* 2010;23(5):482-487.
8. Lim HW, et al. Sun protection and acne. *Dermatol Clin.* 2012;30(3):375-385.

9. Krowchuk DP, et al. Acne vulgaris and psychosocial impact. *J Pediatr.* 1999;134(1):15-22.

Identificación y manejo de infecciones fúngicas cutáneas

Glenda Maribel García Rodríguez

Médico General Universidad Central del
Ecuador

Médico General Centro de Neurodiagnóstico
Neuropsique

Introducción

Las infecciones fúngicas cutáneas son comunes y afectan a personas de todas las edades, especialmente en ambientes cálidos y húmedos. Estas infecciones son causadas por hongos que invaden la piel, las uñas o el cuero cabelludo. Aunque muchas de ellas son benignas y pueden tratarse con medicamentos tópicos, algunas pueden progresar a infecciones más graves si no se manejan adecuadamente. El diagnóstico temprano, el tratamiento oportuno y la prevención son esenciales para evitar complicaciones [1].

1. Identificación de Infecciones Fúngicas Cutáneas

Las infecciones fúngicas cutáneas incluyen una amplia variedad de afecciones, que se presentan con diversos síntomas, dependiendo del tipo de hongo involucrado. Las más comunes son las causadas por dermatofitos, levaduras y mohos [2].

Dermatofitosis (Tiña): Las infecciones por dermatofitos, conocidas como **tiña**, son las más

frecuentes entre las infecciones fúngicas cutáneas. Los dermatofitos son hongos que afectan la queratina de la piel, el cabello y las uñas. Existen varias formas clínicas de tiña, que incluyen:

- **Tiña corporis:** Afecta la piel del cuerpo, generalmente en áreas no cabelludas. Se presenta como placas redondas o en anillo con bordes elevados y eritematosos, que pueden tener escamas en el centro.
- **Tiña pedis (pie de atleta):** Afecta los pies, especialmente entre los dedos. Se caracteriza por picazón, descamación y fisuras en la piel, a menudo acompañada de un mal olor.
- **Tiña cruris:** Afecta la región inguinal, en especial en adultos, presentándose con erupciones eritematosas y pruriginosas, que se extienden hacia los muslos.
- **Tiña capitis:** Afecta el cuero cabelludo y es común en niños. Se manifiesta como placas de alopecia (pérdida de cabello), con costras y enrojecimiento.

Candidiasis Cutánea: La **candidiasis cutánea** es una infección superficial causada por especies del hongo *Candida*, particularmente *Candida albicans*. Esta infección afecta principalmente a áreas húmedas del cuerpo, como los pliegues cutáneos, los genitales y las axilas. Se presenta como erupciones eritematosas, a menudo con pápulas y pústulas, que pueden estar rodeadas por una membrana blanquecina o costras. El prurito y la irritación son comunes, y la infección suele empeorar en condiciones de humedad o en pacientes inmunocomprometidos [3].

Pitiriasis versicolor: La **pitiriasis versicolor**, causada por el hongo *Malassezia*, se presenta como manchas hipopigmentadas o hiperpigmentadas en la piel, a menudo en el torso, los brazos o el cuello. Las manchas pueden ser escamosas, redondas u ovaladas y, generalmente, no causan prurito. La exposición al sol puede empeorar la apariencia de las manchas, ya que el hongo impide la pigmentación normal de la piel [4].

Onicomycosis: La **onicomicosis** es una infección fúngica que afecta las uñas, más comúnmente de los pies. Se caracteriza por el engrosamiento, la decoloración y la fragilidad de la uña, y puede estar acompañada de dolor. Aunque es menos frecuente que las infecciones de la piel, la onicomycosis puede ser difícil de tratar y se asocia con infecciones recurrentes [5].

Diagnóstico: El diagnóstico de las infecciones fúngicas cutáneas se realiza principalmente mediante la historia clínica, el examen físico y pruebas diagnósticas. El uso de **dermatoscopia** puede ayudar a visualizar detalles de la piel afectados por hongos. La toma de muestras de piel o uñas para **microscopía** o cultivo permite confirmar el diagnóstico y determinar el tipo de hongo causante, lo cual es esencial para elegir el tratamiento adecuado [6].

2. Manejo de Infecciones Fúngicas Cutáneas

El manejo de las infecciones fúngicas cutáneas se basa en el uso de antimicóticos, y la elección del tratamiento

dependerá del tipo de hongo involucrado, la localización de la infección y la severidad de los síntomas [7].

Tratamiento Tópico: Para las infecciones cutáneas superficiales leves a moderadas, como la tiña corporis o la candidiasis cutánea, los **antimicóticos tópicos** son generalmente efectivos. Estos incluyen:

- **Clotrimazol** o **miconazol** (para tiña y candidiasis).
- **Terbinafina** y **butenafina** (para tiña corporis y tiña pedis).
- **Ketoconazol** (para candidiasis y pitiriasis versicolor).

Los antimicóticos tópicos suelen aplicarse en las zonas afectadas dos veces al día durante un período de 2 a 4 semanas, dependiendo de la gravedad de la infección. Es importante continuar el tratamiento durante unos días después de que los síntomas desaparezcan para evitar recaídas [8].

Tratamiento Sistémico: En casos de infecciones fúngicas más extensas o severas, como la tiña capitis, la onicomicosis o las infecciones resistentes al tratamiento tópico, puede ser necesario el uso de **antimicóticos orales**. Los medicamentos más comunes incluyen:

- **Griseofulvina:** Usada principalmente para tiña capitis, particularmente en niños.
- **Terbinafina oral:** Eficaz para tratar la onicomicosis y otras infecciones fúngicas cutáneas graves.
- **Itraconazol y fluconazol:** Pueden ser útiles en el tratamiento de candidiasis cutánea extensa y otras infecciones fúngicas graves.

El tratamiento sistémico debe ser supervisado cuidadosamente debido a los efectos secundarios potenciales, como hepatotoxicidad y alteraciones en los análisis hepáticos [9].

Manejo de Onicomicosis: El tratamiento de la onicomicosis generalmente requiere antimicóticos orales, como la terbinafina o el itraconazol, durante

varios meses, ya que la uña crece lentamente y el medicamento debe alcanzar toda la uña afectada. El tratamiento tópico también puede ser útil en infecciones limitadas a las uñas, pero en la mayoría de los casos de onicomicosis, los antimicóticos orales son más efectivos [10].

Cuidado Adicional: Además de los tratamientos farmacológicos, los pacientes deben seguir medidas higiénicas para prevenir la propagación de la infección. Se recomienda:

- Mantener la piel seca y limpia, especialmente en áreas propensas a la humedad, como los pliegues cutáneos.
- Evitar el uso de ropa ajustada o sintética que pueda atrapar la humedad.
- Cambiar la ropa y los calcetines con frecuencia, especialmente en personas con tiña pedis o pitiriasis versicolor.

- En el caso de la onicomicosis, evitar el uso compartido de objetos personales como toallas, zapatos y cortauñas.

Prevención de Infecciones Fúngicas Cutáneas

Las infecciones fúngicas cutáneas pueden prevenirse siguiendo prácticas de higiene adecuadas y tomando precauciones para evitar la exposición a los hongos. Algunas recomendaciones incluyen:

- Evitar caminar descalzo en lugares públicos, como duchas, gimnasios y piscinas, para prevenir el pie de atleta.
- Usar ropa transpirable y adecuada para prevenir la acumulación de humedad, especialmente en áreas propensas a infecciones, como los pies, la ingle y las axilas.
- En personas que ya han tenido infecciones fúngicas cutáneas, evitar la recurrencia mediante el uso de antimicóticos profilácticos cuando se encuentren en ambientes de alto riesgo.

Conclusión

El diagnóstico y tratamiento oportuno de las infecciones fúngicas cutáneas son esenciales para prevenir la progresión de la enfermedad y minimizar las complicaciones. La combinación de medicamentos antimicóticos tópicos y orales, junto con medidas de higiene adecuadas, es efectiva en la mayoría de los casos. El seguimiento cercano y la prevención de la reinfección son igualmente importantes para garantizar la resolución de la infección y evitar la recurrencia.

Referencias

1. Gupta AK, et al. Dermatophytes, yeasts and molds. *Dermatol Clin.* 2012;30(3):435-443.
2. Tosti A, et al. Onychomycosis: A review of the diagnosis and treatment. *J Am Acad Dermatol.* 2000;43(4):603-609.
3. Duvic M, et al. Fungal skin infections: Diagnosis and treatment. *J Dermatol Treat.* 2005;16(5):259-266.
4. Elewski BE. Dermatophyte infections: Pathogenesis, diagnosis, and treatment. *J Am Acad Dermatol.* 2000;43(6):785-794.
5. Hay RJ, et al. Superficial fungal infections. In: Burns T, et al., editors. *Rook's Textbook of Dermatology.* 9th ed. Oxford: Wiley-Blackwell; 2016. p. 3080-3092.
6. Ginter-Hanselmayer G, et al. Cutaneous fungal infections. *Curr Opin Infect Dis.* 2007;20(2):97-103.

7. Rigopoulos D, et al. The role of antifungal therapy in dermatology. *Dermatol Ther.* 2004;17(4):282-293.
8. Scher RK, et al. Onychomycosis: Diagnosis and clinical management. *Am J Clin Dermatol.* 2001;2(4):223-232.
9. Tverdal A, et al. Epidemiology of superficial fungal infections. *Acta Derm Venereol.* 1998;78(4):287-291.
10. Kauffman CA. Fungal infections in the immunocompromised host. *Infect Dis Clin North Am.* 2017;31(1):107-122.