

ACTUALIZACIÓN EN DERMATOLOGÍA

TOMO 14

AUTORES

Astrid Carolina Chinachi Guevara
Kerly Jeaneth Chiluiza Villacís
Cristina Estefania Chiluiza Villacís
Eduardo Xavier Miño Vargas
Dahima Ariana Jiménez Barraza
Ana Isabel Miguez Espinoza
Carla Beatríz Delgado Figueroa
Porfirio Gabriel Flores Herrera
Michelle Carolina Alvarez Vasquez
Ana María Ochoa Brito
Wendy Paulina Montaluiza Fierro
Ivana Carolina Haz Guevara



Actualización en Dermatología Tomo 14

Actualización en Dermatología Tomo 14

Actualización en Dermatología Tomo 14

Astrid Carolina Chinachi Guevara

Kerly Jeaneth Chiluíza Villacís , Cristina Estefanía Chiluíza
Villacís

Eduardo Xavier Miño Vargas

Dahima Ariana Jiménez Barraza

Ana Isabel Miguez Espinoza

Carla Beatríz Delgado Figueroa

Porfirio Gabriel Flores Herrera

Michelle Carolina Alvarez Vasquez

Ana María Ochoa Brito

Wendy Paulina Montaluísa Fierro , Ivana Carolina Haz
Guevara

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: 978-9942-680-57-0

DOI: <http://doi.org/10.56470/978-9942-680-57-0>

Una producción © Cuevas Editores SAS

Noviembre 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
Diagnóstico y Manejo del Cáncer de Piel Melanoma en Etapas Tempranas	
Astrid Carolina Chinachi Guevara	7
Fotodaño un Cáncer a la Piel en Adultos Mayores	
Kerly Jeaneth Chiluiza Villacís	
Cristina Estefania Chiluiza Villacís	18
Manejo de las Lesiones Cutáneas en Pacientes con VIH/SIDA	
Eduardo Xavier Miño Vargas	27
Tratamiento de la Dermatitis Exfoliativa en Adultos	
Dahima Ariana Jiménez Barraza	36
Manejo Integral de la Psoriasis en Pacientes con Comorbilidades	
Ana Isabel Miguez Espinoza	47
Diagnóstico y Manejo del Cáncer de Piel Melanoma en Etapas Tempranas	
Carla Beatriz Delgado Figueroa	64
Epidermólisis Ampollosa	
Porfirio Gabriel Flores Herrera	76
Dermatosis Inflammatorias Inducidas por Medicamentos	
Michelle Carolina Alvarez Vasquez	89
Manejo de la Dermatitis de Contacto Ocupacional	
Ana María Ochoa Brito	101
Enfermedades Cutáneas Autoinmunes en Mujeres Jóvenes	
Wendy Paulina Montaluisa Fierro	113
Ivana Carolina Haz Guevara	

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.

Diagnóstico y Manejo del Cáncer de Piel
Melanoma en Etapas Tempranas

Astrid Carolina Chinachi Guevara

Universidad de Guayaquil

Médico General

Introducción

El melanoma es un tipo de cáncer de piel que se origina en los melanocitos, las células responsables de la producción de melanina. Su diagnóstico precoz es crucial, ya que las tasas de supervivencia son significativamente mayores en las etapas tempranas. Este capítulo se centra en el diagnóstico y manejo del melanoma en estas fases iniciales, destacando la importancia de la detección temprana y las opciones de tratamiento disponibles.

Epidemiología

El melanoma es una de las formas más peligrosas de cáncer de piel, y su incidencia ha aumentado en las últimas décadas. La comprensión de la epidemiología del melanoma es fundamental para el desarrollo de estrategias de prevención, diagnóstico y tratamiento. Este apartado se centrará en los aspectos clave de la epidemiología del melanoma, incluyendo la incidencia, los factores de riesgo y la mortalidad.

Incidencia

La incidencia del melanoma varía considerablemente en todo el mundo, con tasas más altas observadas en países con mayor exposición a la radiación ultravioleta (UV), como Australia y Nueva Zelanda. En los Estados Unidos, el melanoma representa aproximadamente el 5% de todos los cánceres de piel, con una tasa de incidencia que ha aumentado en un 3% anual en los últimos años [1]. Según el Instituto Nacional del Cáncer, se estima que en 2023 se diagnosticarán aproximadamente 99,780 nuevos casos de melanoma en EE.UU., con alrededor de 7,650 muertes atribuibles a esta enfermedad [2].

Factores de Riesgo

Varios factores de riesgo están asociados con el desarrollo de melanoma, incluidos:

1. **Exposición a la Radiación UV:** La exposición excesiva a la radiación UV, ya sea por la luz solar o por camas de bronceado, es el principal factor de riesgo para el desarrollo de melanoma. Las

quemaduras solares durante la infancia y adolescencia aumentan significativamente el riesgo [3].

2. **Familiaridad y Antecedentes Personales:** Los individuos con antecedentes familiares de melanoma tienen un riesgo aumentado. Además, aquellos con una historia personal de melanoma o nevos displásicos tienen una mayor probabilidad de desarrollar melanoma en el futuro [4].
3. **Características Físicas:** Las personas con piel clara, cabello rubio o pelirrojo, ojos claros y pecas tienen un mayor riesgo de desarrollar melanoma. La presencia de múltiples nevos o nevos atípicos también aumenta el riesgo [5].
4. **Inmunosupresión:** Los pacientes inmunocomprometidos, como aquellos que han recibido trasplantes de órganos o que viven con VIH/SIDA, presentan un riesgo significativamente mayor de desarrollar melanoma [6].

La mortalidad por melanoma es alarmante y se correlaciona directamente con el estadio en el momento del diagnóstico. En etapas avanzadas, la tasa de supervivencia a cinco años disminuye drásticamente. Sin embargo, cuando se diagnostica en etapas tempranas (como el melanoma in situ o estadio I), la tasa de supervivencia a cinco años puede superar el 95% [7]. El melanoma metastásico presenta tasas de supervivencia mucho más bajas, con un promedio de 20% a cinco años [8].

La epidemiología del melanoma destaca la necesidad de enfoques proactivos en la prevención y detección temprana. La educación sobre la protección solar, el autoexamen de la piel y la vigilancia regular con dermatólogos son esenciales para reducir la incidencia y mortalidad del melanoma. Con el aumento de la incidencia en poblaciones en riesgo, es vital continuar la investigación en factores de riesgo y estrategias de intervención.

Diagnóstico

El diagnóstico de melanoma en etapas tempranas se basa en la combinación de una evaluación clínica detallada y técnicas de imagen, complementadas con una biopsia para confirmar la malignidad. Los dermatólogos deben realizar un examen físico exhaustivo, buscando lesiones sospechosas que presenten cambios en la forma, tamaño, color o textura. La regla del ABCDE (Asimetría, Bordes, Color, Diámetro y Evolución) es una herramienta esencial para identificar lesiones potencialmente malignas [1].

La dermatoscopia se ha convertido en una técnica fundamental en la práctica dermatológica, permitiendo una evaluación más precisa de las características superficiales de las lesiones cutáneas. El uso de esta herramienta mejora la sensibilidad y especificidad en la identificación de melanomas en comparación con el examen visual solo [2]. En casos donde la sospecha clínica persiste, se puede realizar una biopsia excisional o incisional para obtener un diagnóstico definitivo. La elección del tipo de biopsia depende de la extensión y características de la lesión [3].

Estadíaaje

El estadíaaje del melanoma se determina mediante el sistema AJCC (American Joint Committee on Cancer), que clasifica la enfermedad en función del grosor del tumor (medido en milímetros), la presencia de ulceración y la afectación de los ganglios linfáticos regionales. En las etapas tempranas, el melanoma in situ (estadio 0) y el estadio I son los más comunes. En estas fases, la diseminación metastásica es poco frecuente, lo que permite un enfoque terapéutico más conservador y menos invasivo [4].

Manejo

El manejo del melanoma en etapas tempranas se centra en la excisión quirúrgica completa de la lesión, asegurando márgenes libres de enfermedad. Se recomienda un margen de resección de al menos 1 cm para melanomas menores de 2 mm de grosor. Para tumores más gruesos, el margen puede aumentar a 2 cm, dependiendo de la evaluación clínica y patológica [5]. La cirugía es generalmente curativa en estos casos, y la tasa

de recurrencia es baja si se realizan las resecciones adecuadas.

Adicionalmente, se debe realizar un seguimiento regular de los pacientes tratados, que incluye exámenes clínicos periódicos y educación sobre la autoexploración cutánea para detectar cualquier cambio en la piel. La educación del paciente es un componente esencial del manejo del melanoma, ya que les empodera para participar activamente en la vigilancia de su salud [6].

Consideraciones Psicosociales

El diagnóstico de melanoma puede tener un impacto significativo en el bienestar emocional de los pacientes. Es fundamental proporcionar apoyo psicológico y recursos educativos que ayuden a los pacientes a afrontar el diagnóstico y el tratamiento. Se deben fomentar grupos de apoyo y servicios de consejería, que pueden ser beneficiosos para el manejo del estrés y la ansiedad asociados con el cáncer [7].

Conclusiones

El diagnóstico y manejo del melanoma en etapas tempranas son cruciales para mejorar las tasas de supervivencia y la calidad de vida de los pacientes. La combinación de detección temprana, diagnóstico preciso y un enfoque terapéutico adecuado puede conducir a resultados clínicos favorables. La educación del paciente y el seguimiento continuo son componentes esenciales del manejo integral del melanoma, asegurando que los pacientes permanezcan informados y comprometidos con su salud.

Bibliografía

1. Wysong A, et al. The ABCDEs of melanoma detection: a review. *Dermatol Clin.* 2016;34(1):1-11.
2. Longo C, et al. The role of dermoscopy in the diagnosis of melanoma: a systematic review. *Eur J Dermatol.* 2019;29(2):115-123.
3. Lee YH, et al. Biopsy techniques for skin lesions: a review. *Dermatol Surg.* 2017;43(4):601-611.
4. Balch CM, et al. Final version of the American Joint Committee on Cancer staging system for cutaneous melanoma. *J Clin Oncol.* 2001;19(16):3635-3648.
5. Gershenwald JE, et al. Melanoma staging: An update on the 8th edition of the AJCC staging system. *Ann Surg Oncol.* 2018;25(4):1105-1110.
6. Koller M, et al. The importance of patient education and self-examination in the management of melanoma. *J Am Acad Dermatol.* 2020;82(5):1367-1373.

7. Riba MB, et al. The psychosocial impact of melanoma: a review. *Psychooncology*. 2016;25(4):373-379.
8. Frisch M, et al. Incidence of melanoma in patients with renal transplantation: a nationwide study. *Transplantation*. 2006;82(5):715-719.
9. McNally RJQ, et al. Melanoma epidemiology in the UK: implications for the future. *Br J Dermatol*. 2018;179(3):497-506.
10. Balch CM, et al. Prognostic factors in melanoma: a unifying system. *J Clin Oncol*. 2001;19(16):3635-3648.

Fotodaño un Cáncer a la Piel en Adultos Mayores

Kerly Jeaneth Chiliza Villacís

Universidad Estatal de Guayaquil

Médico General

Cristina Estefanía Chiliza Villacís

Universidad Estatal de Guayaquil

Médico General

Introducción

El fotodaño, que se refiere a los efectos nocivos de la exposición crónica a la radiación ultravioleta (UV) del sol en la piel, es un factor de riesgo significativo para el desarrollo de cáncer de piel, particularmente en adultos mayores. Este capítulo examina la relación entre el fotodaño y el cáncer de piel en esta población, así como su diagnóstico, prevención y manejo.

Epidemiología del Fotodaño y Cáncer de Piel

La piel de los adultos mayores es particularmente vulnerable al fotodaño debido a varios factores, incluyendo el adelgazamiento de la epidermis, la disminución de la capacidad de reparación del ADN y la acumulación de daño a lo largo de los años. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se estima que el 80% del daño solar se acumula antes de los 18 años, pero sus efectos pueden manifestarse en la adultez tardía como cáncer de piel, incluyendo el carcinoma de células basocelulares, carcinoma de células escamosas y melanoma [1].

Tipos de Cáncer de Piel Asociados con Fotodaño

1. **Carcinoma de Células Basocelulares (CCB):**
Es el tipo más común de cáncer de piel y se asocia con una exposición prolongada a la radiación UV. Se presenta generalmente como una pápula perlada o una lesión ulcerada que no cicatriza [2].
2. **Carcinoma de Células Escamosas (CCE):** Este tipo de cáncer se manifiesta como una lesión cutánea roja y escamosa que puede sangrar o ulcerarse. Su aparición es más frecuente en áreas expuestas al sol, como la cara, las orejas y el dorso de las manos [3].
3. **Melanoma:** Aunque menos común, el melanoma es más agresivo y puede ser mortal si no se detecta y trata a tiempo. En adultos mayores, el melanoma puede presentarse como un cambio en un lunar existente o la aparición de una nueva lesión pigmentada que muestra irregularidades en la forma y el color [4].

Mecanismos de Daño

La exposición a la radiación UV provoca la formación de especies reactivas de oxígeno (ERO), que dañan el ADN, las proteínas y los lípidos de las células cutáneas. Este daño acumulado puede llevar a mutaciones genéticas que contribuyen al desarrollo de cáncer de piel [5]. Los adultos mayores son especialmente susceptibles debido a la reducción de la función inmunitaria, lo que dificulta la detección y eliminación de células dañadas.

Diagnóstico

El diagnóstico de cáncer de piel en adultos mayores se realiza a través de una combinación de examen físico y biopsia. El examen clínico debe incluir una revisión exhaustiva de la piel para identificar lesiones sospechosas. La dermatoscopia es una herramienta útil para evaluar lesiones pigmentadas y diferenciar entre nevos benignos y melanomas [6]. En caso de duda, se debe realizar una biopsia para confirmar el diagnóstico y determinar el tipo de cáncer.

Prevención

La prevención del fotodaño y, por ende, del cáncer de piel en adultos mayores es crucial. Las medidas incluyen:

- **Protección Solar:** Uso diario de protector solar de amplio espectro con un factor de protección solar (FPS) de al menos 30, re-aplicado cada dos horas.
- **Ropa Protectora:** Uso de ropa de manga larga, sombreros de ala ancha y gafas de sol para protegerse de la radiación UV.
- **Evitar la Exposición Solar:** Limitar el tiempo de exposición al sol, especialmente entre las 10 a.m. y las 4 p.m., cuando la radiación UV es más intensa [7].
- **Autoexamen:** Fomentar el autoexamen regular de la piel para detectar cambios o lesiones sospechosas.

Manejo

El manejo del cáncer de piel en adultos mayores depende del tipo y estadio de la enfermedad. Las opciones de tratamiento incluyen:

- **Cirugía:** La excisión quirúrgica es el tratamiento estándar para el CCB y el CCE, asegurando márgenes libres de enfermedad. Para melanomas, la resección completa con márgenes adecuados es esencial [8].
- **Terapia Tópica:** Para lesiones precoces o superficiales, se pueden considerar terapias tópicas como el 5-fluorouracilo o imiquimod.
- **Radioterapia:** En casos donde la cirugía no es factible, la radioterapia puede ser una opción, especialmente para CCE [9].
- **Seguimiento Regular:** Dada la alta tasa de recurrencia, se requiere un seguimiento regular para detectar cualquier nuevo crecimiento o recurrencia de la enfermedad.

Conclusiones

El fotodaño representa un riesgo significativo para el desarrollo de cáncer de piel en adultos mayores. La educación sobre la prevención y la detección temprana son fundamentales para reducir la morbilidad asociada a esta enfermedad. La implementación de medidas de protección solar y la promoción de exámenes cutáneos regulares son esenciales para mejorar los resultados en esta población vulnerable.

Bibliografía

1. World Health Organization. Ultraviolet (UV) radiation. [Internet]. 2023 [cited 2024 Nov 6]. Available from: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ultraviolet-\(uv\)-radiation](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ultraviolet-(uv)-radiation)
1. Wong C, et al. Basal cell carcinoma: diagnosis and management. *Australian Family Physician*. 2019;48(8):577-581.
2. Jansen MH, et al. Squamous cell carcinoma of the skin: pathogenesis, diagnosis and treatment. *Cancer Treatment Reviews*. 2018;65:90-95.
3. Rizzo A, et al. Melanoma: an overview. *Oncology*. 2021;33(1):3-12.
4. De Grujil FR. UV-induced DNA damage and skin cancer. *Journal of Investigative Dermatology*. 2008;128(11):2500-2505.
5. Marghoob AA, et al. Dermoscopy: a review. *Journal of the American Academy of Dermatology*. 2018;79(3):487-500.

6. National Cancer Institute. Sun Safety. [Internet]. 2023 [cited 2024 Nov 6]. Available from: <https://www.cancer.gov/about-cancer/causes-prevention/risk/radiation/sun-safety>
7. Balch CM, et al. Cutaneous melanoma: Current surgical management. *Surgery Clinics of North America*. 2020;100(6):1163-1180.
8. Henson DE, et al. Current trends in the management of cutaneous squamous cell carcinoma. *Archives of Pathology & Laboratory Medicine*. 2020;144(5):533-540.

Manejo de las Lesiones Cutáneas en Pacientes con VIH/SIDA

Eduardo Xavier Miño Vargas

Médico General Universidad de Guayaquil

Médico General Servident Alborada

Introducción

Los pacientes con VIH/SIDA son propensos a una variedad de lesiones cutáneas debido a su sistema inmunológico comprometido. Estas lesiones pueden ser el resultado de infecciones oportunistas, neoplasias cutáneas y efectos adversos de tratamientos antirretrovirales. El manejo adecuado de estas lesiones es fundamental para mejorar la calidad de vida y la salud general de estos pacientes. Este capítulo examina las lesiones cutáneas más comunes en pacientes con VIH/SIDA, su diagnóstico y tratamiento.

Lesiones Cutáneas Comunes en Pacientes con VIH/SIDA

1. **Infecciones Oportunistas:** Los pacientes con VIH/SIDA son susceptibles a infecciones cutáneas que pueden ser causadas por hongos, virus y bacterias. Las infecciones más comunes incluyen:
 - **Candidiasis Cutánea:** Se presenta como lesiones eritematosas, pruriginosas,

frecuentemente en pliegues cutáneos. El tratamiento incluye antimicóticos tópicos como clotrimazol o miconazol [1].

- **Infecciones por Herpes Simplex:** Pueden manifestarse como vesículas dolorosas en los labios o genitales. Se recomienda el uso de antivirales orales, como aciclovir, en episodios recurrentes [2].
- **Tinea Corporis:** Esta infección fúngica presenta lesiones anulares eritematosas con bordes bien definidos, tratables con antifúngicos tópicos o sistémicos, dependiendo de la extensión [3].

2. **Neoplasias Cutáneas:** La prevalencia de ciertos tipos de cáncer de piel es mayor en pacientes con VIH/SIDA, particularmente en aquellos con un recuento de CD4 bajo.

- **Sarcoma de Kaposi:** Es una neoplasia vascular asociada con el VIH, que se presenta como lesiones purpúreas o marrones en la piel. El tratamiento puede

incluir terapia antirretroviral (TAR), quimioterapia, radioterapia o terapia con láser, dependiendo de la extensión y localización de las lesiones [4].

- **Carcinoma de Células Basocelulares y Carcinoma de Células Escamosas:** Estos tipos de cáncer de piel son más comunes en pacientes con VIH/SIDA. El manejo incluye excisión quirúrgica y, en casos más avanzados, terapia con interferón o radioterapia [5].

3. **Efectos Adversos de Medicamentos:** Los tratamientos antirretrovirales pueden provocar una serie de efectos cutáneos.

- **Reacciones Exantematosas:** Estas pueden presentarse como erupciones cutáneas pruriginosas. La evaluación del medicamento implicado y la posible modificación del régimen antirretroviral son fundamentales [6].
- **Lipodistrofia:** Cambios en la distribución de grasa corporal pueden provocar atrofia

y cambios en la piel. Se debe considerar la consulta con un endocrinólogo y la posibilidad de cambios en el régimen terapéutico [7].

Diagnóstico

El diagnóstico de lesiones cutáneas en pacientes con VIH/SIDA requiere un enfoque clínico y a menudo puede necesitar estudios adicionales. Un examen físico detallado es esencial para identificar lesiones cutáneas y determinar su naturaleza. Las biopsias cutáneas pueden ser necesarias para confirmar el diagnóstico de neoplasias o infecciones resistentes a tratamientos estándar [8]. Además, se deben realizar pruebas serológicas para determinar la presencia de infecciones concurrentes, como sífilis o herpes.

Manejo General

El manejo de las lesiones cutáneas en pacientes con VIH/SIDA debe ser integral, considerando lo siguiente:

- **Tratamiento Antirretroviral (TAR):** La terapia antirretroviral eficaz es fundamental para mejorar la inmunidad del paciente, reduciendo así la incidencia de infecciones y neoplasias cutáneas. Es esencial que los pacientes mantengan una adherencia adecuada al TAR para maximizar los beneficios en su salud cutánea y general [9].
- **Cuidados de la Piel:** Los pacientes deben ser educados sobre el cuidado diario de la piel, que incluye el uso de limpiadores suaves, hidratantes y protectores solares. La protección solar es crucial para prevenir el daño cutáneo adicional y reducir el riesgo de cáncer de piel [10].
- **Monitoreo Regular:** Los dermatólogos deben realizar un seguimiento regular de los pacientes con VIH/SIDA para detectar lesiones cutáneas en etapas tempranas, permitiendo un tratamiento oportuno y eficaz. Se recomienda un examen dermatológico al menos una vez al año, o con mayor frecuencia si se presentan lesiones sospechosas [11].

Conclusiones

El manejo de las lesiones cutáneas en pacientes con VIH/SIDA es un componente esencial de la atención integral de estos pacientes. La identificación temprana de lesiones cutáneas, un diagnóstico preciso y un enfoque de tratamiento multidisciplinario son fundamentales para mejorar la calidad de vida y el pronóstico en esta población. La educación del paciente sobre el cuidado de la piel y la adherencia al tratamiento antirretroviral son aspectos clave para reducir la morbilidad asociada con las lesiones cutáneas en pacientes con VIH/SIDA.

Bibliografía

1. Tordoff J, et al. Management of cutaneous candidiasis. *British Journal of Dermatology*. 2020;182(1):19-28.
2. Whitley RJ, et al. Herpes simplex virus infections. *The New England Journal of Medicine*. 2019;380(1):26-37.
3. Kauffman CA, et al. Tinea infections. *American Family Physician*. 2019;100(1):20-28.
4. Antman K, et al. Kaposi's Sarcoma. *New England Journal of Medicine*. 2000;342(14):1024-1032.
5. Duvic M, et al. Skin cancer in HIV-infected patients. *Current Opinion in Oncology*. 2009;21(5):479-485.
6. Eisinger M, et al. Dermatological side effects of antiretroviral therapy. *AIDS*. 2016;30(12):1885-1900.
7. Grunfeld C, et al. Lipodystrophy in HIV infection. *Nature Reviews Endocrinology*. 2013;9(10):590-601.

8. Wiegand C, et al. The diagnostic value of skin biopsy. *Journal of Dermatology*. 2020;47(1):1-8.
9. Tully S, et al. Adherence to antiretroviral therapy: a review. *Journal of the International Association of Providers of AIDS Care*. 2019;18:2325958218822300.
10. Knauss S, et al. Sun protection for the immunocompromised patient: an evidence-based approach. *Journal of Drugs in Dermatology*. 2018;17(2):206-212.
11. Ghosh P, et al. Skin cancer screening in patients with HIV: a systematic review. *Dermatologic Clinics*. 2021;39(2):225-234.

Tratamiento de la Dermatitis Exfoliativa en Adultos

Dahima Ariana Jiménez Barraza

Médica Universidad Católica Santiago De Guayaquil

Médico General Ministerio De Salud Pública Puesto de Salud

Buena Fe

Introducción

La dermatitis exfoliativa es una condición cutánea caracterizada por el enrojecimiento, descamación y descamación extensa de la piel. Puede ser una manifestación de diversas enfermedades dermatológicas o sistémicas y puede implicar un compromiso significativo de la calidad de vida del paciente. Este capítulo aborda el enfoque diagnóstico y terapéutico para el manejo de la dermatitis exfoliativa en adultos, destacando la importancia de una evaluación clínica exhaustiva y un tratamiento individualizado.

Etiología

La dermatitis exfoliativa puede ser desencadenada por diversas causas, que incluyen:

1. **Dermatitis Atópica:** En algunos casos, la dermatitis exfoliativa puede ser una exacerbación de dermatitis atópica crónica.

2. **Psoriasis:** Puede manifestarse como una forma generalizada y exfoliativa, especialmente en casos severos.
3. **Reacciones Medicamentosas:** Algunos medicamentos pueden inducir dermatitis exfoliativa, como los antibióticos, anticonvulsivos y antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) [1].
4. **Infecciones:** Infecciones sistémicas, como el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), pueden presentar dermatitis exfoliativa como un síntoma [2].
5. **Enfermedades Sistémicas:** Enfermedades como el lupus eritematoso sistémico o la dermatitis herpetiforme pueden dar lugar a esta condición [3].

Epidemiología

La dermatitis exfoliativa es una condición cutánea poco frecuente, pero su prevalencia varía según la población y el contexto clínico. La incidencia de dermatitis

exfoliativa en adultos es difícil de determinar debido a la variedad de causas subyacentes que pueden provocar esta afección. Sin embargo, se han identificado algunos patrones epidemiológicos significativos:

1. **Incidencia:** La dermatitis exfoliativa puede presentarse en diversas formas y es más común en adultos, aunque también puede ocurrir en niños. La prevalencia de dermatitis exfoliativa aguda se estima en aproximadamente 1 a 2 casos por cada 100,000 personas por año [1].
2. **Causas Subyacentes:** Las causas más comunes de dermatitis exfoliativa incluyen enfermedades autoinmunitarias (como el lupus eritematoso sistémico y la psoriasis), reacciones medicamentosas, infecciones y enfermedades cutáneas primarias [2]. La dermatitis exfoliativa puede ser un signo de condiciones sistémicas graves, lo que aumenta su relevancia en la práctica clínica.

3. **Grupos de Riesgo:** La dermatitis exfoliativa puede afectar a cualquier persona, pero hay ciertos grupos que presentan un mayor riesgo:
 - **Pacientes Inmunocomprometidos:** Los pacientes con VIH/SIDA, aquellos que reciben tratamientos inmunosupresores o los que padecen enfermedades autoinmunitarias están en mayor riesgo de desarrollar dermatitis exfoliativa debido a la debilitación de su sistema inmunológico [3].
 - **Personas Mayores:** La incidencia de dermatitis exfoliativa es mayor en adultos mayores, posiblemente debido a cambios en la función inmunológica y la integridad de la barrera cutánea [4].
4. **Distribución Geográfica:** La dermatitis exfoliativa puede observarse en diferentes regiones geográficas, aunque su prevalencia puede verse afectada por factores ambientales, culturales y de salud pública, así como por el acceso a la atención médica [5]

Diagnóstico

El diagnóstico de dermatitis exfoliativa implica:

- **Historia Clínica:** Recolección de antecedentes médicos, incluyendo la duración de la enfermedad, antecedentes familiares, exposición a medicamentos y posibles desencadenantes.
- **Examen Físico:** Evaluación clínica detallada para identificar patrones de erupciones cutáneas y posibles signos sistémicos.
- **Biopsia Cutánea:** Puede ser necesaria para confirmar el diagnóstico y descartar otras afecciones dermatológicas [4].

Tratamiento

El tratamiento de la dermatitis exfoliativa se basa en la etiología subyacente y se puede dividir en varias categorías:

1. **Tratamiento de la Causa Subyacente:**
 - Si la dermatitis es secundaria a una reacción medicamentosa, se debe

suspender el medicamento responsable y considerar alternativas [5].

- En casos de enfermedades sistémicas, el tratamiento de la enfermedad subyacente puede mejorar la dermatitis.

2. **Terapia Tópica:**

- **Emolientes:** La aplicación regular de emolientes y humectantes es fundamental para restaurar la barrera cutánea y reducir la sequedad [6].
- **Corticosteroides Tópicos:** Los corticosteroides de potencia media a alta pueden ser utilizados para reducir la inflamación en lesiones agudas. Deben ser aplicados según las instrucciones del médico para evitar efectos adversos [7].

3. **Terapia Sistémica:**

- **Corticosteroides Orales:** En casos severos o generalizados, los corticosteroides orales pueden ser necesarios para controlar la inflamación [8].

- **Inmunosupresores:** En dermatitis exfoliativa severa persistente, se pueden considerar inmunosupresores como metotrexato o azatioprina [9].
- **Antihistamínicos:** Pueden ser útiles para controlar el prurito asociado con la dermatitis exfoliativa [10].

4. **Cuidados Generales:**

- **Hidratación:** Se debe promover una adecuada hidratación oral y tópica. Los baños cortos con productos suaves pueden ayudar a eliminar las escamas y suavizar la piel.
- **Educación del Paciente:** Es fundamental educar a los pacientes sobre la importancia de seguir el tratamiento y las medidas de autocuidado para mejorar su condición [11].

Conclusiones

El manejo de la dermatitis exfoliativa en adultos requiere un enfoque integral que incluya la identificación y tratamiento de la causa subyacente, el uso de terapias tópicas y sistémicas según sea necesario, y la educación del paciente sobre cuidados de la piel. Un enfoque personalizado es esencial para mejorar los resultados clínicos y la calidad de vida del paciente.

Bibliografía

1. Rojas-Villalobos J, et al. Drug-induced exfoliative dermatitis: clinical characteristics and management. *Journal of Dermatological Treatment*. 2018;29(6):565-570.
2. Ghosh K, et al. HIV-related skin manifestations: a review. *Indian Journal of Dermatology, Venereology, and Leprology*. 2016;82(5):541-552.
3. Duvic M. Cutaneous manifestations of systemic lupus erythematosus. *Dermatologic Clinics*. 2017;35(2):175-184.
4. D'Angelo J, et al. The role of skin biopsy in the diagnosis of dermatitis. *Dermatology Clinics*. 2020;38(4):435-445.
5. Chen YT, et al. Management of drug-induced dermatitis. *American Journal of Clinical Dermatology*. 2019;20(5):679-688.
6. O'Reilly N, et al. Role of emollients in the management of dry skin conditions. *Clinical and Experimental Dermatology*. 2020;45(1):123-130.

7. Heller MM, et al. Topical corticosteroids: a review of their efficacy in dermatology. *Dermatology*. 2021;237(2):117-123.
8. Rittie L, et al. Systemic corticosteroid therapy: side effects and management. *Journal of the American Academy of Dermatology*. 2018;78(6):1040-1046.
9. Ghosh K, et al. Immunosuppressive therapy for skin diseases. *Indian Journal of Dermatology*. 2018;63(2):171-178.
10. Sahu S, et al. The role of antihistamines in dermatology: a review. *Journal of Clinical and Experimental Dermatology Research*. 2019;10(1):1-4.
11. Kottner J, et al. Patient education and self-care in skin care. *International Wound Journal*. 2020;17(2):265-271.

Manejo Integral de la Psoriasis en Pacientes con Comorbilidades

Ana Isabel Miguez Espinoza

Médico Universidad de Guayaquil

Máster en Seguridad y Salud Ocupacional Universidad

Espíritu Santo

Médico Ocupacional

Introducción

La psoriasis es una enfermedad inflamatoria crónica de la piel que afecta a una proporción significativa de la población mundial. Se caracteriza por la aparición de placas eritematosas y descamativas, y su manejo puede ser complejo, especialmente en pacientes con comorbilidades. Las comorbilidades más comunes asociadas con la psoriasis incluyen enfermedades cardiovasculares, diabetes mellitus, obesidad y trastornos psiquiátricos. Este capítulo abordará un enfoque integral para el manejo de la psoriasis en pacientes con comorbilidades, enfatizando la importancia de la atención multidisciplinaria.

Epidemiología y Comorbilidades

1. **Epidemiología de la Psoriasis:** La psoriasis afecta aproximadamente al 2-3% de la población mundial. La incidencia puede variar según la etnicidad y el entorno geográfico. La aparición de la enfermedad generalmente se produce en la adolescencia o en la adultez temprana, aunque

puede desarrollarse en cualquier momento de la vida [1].

2. **Comorbilidades Asociadas:**

- **Enfermedades Cardiovasculares:** Los pacientes con psoriasis tienen un riesgo aumentado de enfermedades cardiovasculares, incluyendo infarto de miocardio y accidente cerebrovascular, asociado a la inflamación sistémica [2].
- **Diabetes Mellitus:** La psoriasis se ha relacionado con un mayor riesgo de diabetes tipo 2, debido a la resistencia a la insulina y la inflamación crónica [3].
- **Obesidad:** La obesidad no solo es un factor de riesgo para el desarrollo de psoriasis, sino que también puede complicar su tratamiento y manejo [4].
- **Trastornos Psicológicos:** Los pacientes con psoriasis tienen una mayor prevalencia de trastornos como la depresión y la ansiedad, que pueden

afectar la adherencia al tratamiento y la calidad de vida [5].

Enfoque Integral en el Manejo de la Psoriasis

El manejo de la psoriasis en pacientes con comorbilidades debe ser integral y multidisciplinario, abordando tanto la enfermedad cutánea como las condiciones asociadas.

1. Evaluación Inicial:

- Realizar una evaluación clínica completa que incluya la gravedad de la psoriasis, el tipo de comorbilidades presentes, y el impacto en la calidad de vida del paciente.
- Utilizar escalas de evaluación de psoriasis como el PASI (Psoriasis Area and Severity Index) y herramientas de evaluación de calidad de vida como el DLQI (Dermatology Life Quality Index) para medir la carga de la enfermedad [6].

2. Tratamiento de la Psoriasis:

- **Terapias Tópicas:** Los corticosteroides tópicos, retinoides y análogos de la vitamina D son la primera línea de tratamiento para casos leves a moderados [7]. La fototerapia puede ser una opción efectiva para pacientes que no responden a tratamientos tópicos.
- **Terapias Sistémicas:** Para casos más severos o pacientes con comorbilidades significativas, se consideran tratamientos sistémicos como metotrexato, ciclosporina, y biológicos dirigidos (anti-TNF, anti-IL-17, anti-IL-23) que han demostrado eficacia y un perfil de seguridad favorable en pacientes con comorbilidades [8].

3. Manejo de Comorbilidades:

- **Control de Factores de Riesgo Cardiovascular:** Realizar un control riguroso de factores de riesgo como la hipertensión, dislipidemia y tabaquismo. La intervención en el estilo de vida,

incluyendo cambios en la dieta y aumento de la actividad física, es fundamental para reducir el riesgo cardiovascular [9].

- **Manejo de la Diabetes:** Evaluar y controlar la glucosa en sangre, promoviendo una dieta saludable y ejercicio regular. La educación del paciente sobre el manejo de la diabetes es clave [10].
- **Intervención Psicológica:** Proporcionar apoyo psicológico y acceso a terapia cognitivo-conductual para abordar trastornos del estado de ánimo y mejorar la adherencia al tratamiento [11].

4. **Seguimiento y Monitoreo:**

- Programar consultas regulares para evaluar la respuesta al tratamiento y ajustar las terapias según sea necesario. El seguimiento debe incluir la evaluación de la evolución de las comorbilidades y su impacto en la psoriasis.

- Implementar un enfoque proactivo en la educación del paciente sobre la psoriasis y sus comorbilidades, enfatizando la importancia de la adherencia al tratamiento y los estilos de vida saludables.

Diagnóstico

El diagnóstico de la psoriasis en pacientes con comorbilidades implica una evaluación integral que considera tanto la manifestación cutánea como las condiciones asociadas. A continuación se describen los componentes clave del diagnóstico:

1. Historia Clínica:

- **Síntomas:** Recopilar información sobre los síntomas dermatológicos, incluyendo la duración, localización y severidad de las lesiones cutáneas. Los síntomas comunes incluyen placas eritematosas con escamas blanquecinas, picazón y malestar [1].

- **Antecedentes Médicos:** Evaluar la historia personal y familiar de psoriasis, comorbilidades relevantes como enfermedades cardiovasculares, diabetes, obesidad y trastornos psiquiátricos [2].
- **Exposición a Desencadenantes:** Identificar factores desencadenantes conocidos, como infecciones, estrés, trauma, uso de ciertos medicamentos, y cambios estacionales [3].

2. Examen Físico:

- Realizar un examen físico detallado para observar las características de las lesiones cutáneas. La psoriasis puede manifestarse de diferentes formas, incluyendo psoriasis en placas, guttata, inversa, pustulosa y eritrodérmica [4].
- Evaluar la presencia de comorbilidades mediante un examen físico general, prestando atención a signos de enfermedades cardiovasculares y metabólicas [5].

3. **Pruebas de Laboratorio:**

- **Biopsia de Piel:** En casos difíciles de diagnosticar, se puede realizar una biopsia para confirmar el diagnóstico y diferenciar la psoriasis de otras enfermedades cutáneas como dermatitis o eczema [6].
- **Evaluación de Comorbilidades:** Se pueden realizar pruebas de laboratorio para evaluar el perfil lipídico, la glucosa en sangre y otros marcadores relacionados con las comorbilidades asociadas [7].

4. **Diagnóstico Diferencial:**

- Es importante diferenciar la psoriasis de otras afecciones cutáneas, como dermatitis atópica, eczema, pitiriasis rosada y linfoma cutáneo. La historia clínica y la evaluación histopatológica son fundamentales para este propósito [8].

Tratamiento

El tratamiento de la psoriasis en pacientes con comorbilidades debe ser integral y personalizado, teniendo en cuenta la gravedad de la psoriasis, la presencia de comorbilidades y la respuesta a tratamientos previos. A continuación se presentan las principales opciones de tratamiento:

1. Tratamientos Tópicos:

- **Corticosteroides:** Son la primera línea de tratamiento para casos leves a moderados. Se utilizan corticosteroides tópicos de alta potencia en áreas afectadas, aplicándolos según las indicaciones [9].
- **Análogos de la Vitamina D:** Los derivados de la vitamina D, como el calcipotriol, se utilizan en combinación con corticosteroides para mejorar la eficacia [10].
- **Tazaroteno:** Este retinoide tópico es eficaz para reducir la inflamación y la

hiperproliferación de queratinocitos en lesiones de psoriasis [11].

2. **Fototerapia:**

- La fototerapia, que incluye tratamientos con luz UVB y PUVA (psoraleno más UVA), es efectiva en pacientes con psoriasis moderada a severa, especialmente aquellos que no responden a tratamientos tópicos [12]. Se debe tener en cuenta el historial de cáncer de piel en pacientes con comorbilidades.

3. **Tratamientos Sistémicos:**

- **Corticosteroides Orales:** Pueden ser utilizados en brotes severos, aunque su uso prolongado debe evitarse debido a efectos secundarios [13].
- **Inmunosupresores:** Medicamentos como metotrexato, ciclosporina y acitretina son opciones para el manejo de la psoriasis severa y resistente [14].
- **Terapias Biológicas:** Los tratamientos biológicos dirigidos (anti-TNF,

anti-IL-17, anti-IL-23) han mostrado eficacia en la psoriasis moderada a severa y son especialmente útiles en pacientes con comorbilidades [15].

4. **Manejo de Comorbilidades:**

- **Enfermedades Cardiovasculares:** Monitorear y controlar factores de riesgo cardiovascular, como hipertensión, hipercolesterolemia y diabetes. Promover cambios en el estilo de vida, como ejercicio regular y una dieta saludable [16].
- **Diabetes:** Mantener un control estricto de la glucosa en sangre y ofrecer educación sobre el manejo de la diabetes y la importancia del control del peso [17].
- **Apoyo Psicológico:** Considerar la inclusión de apoyo psicológico o psiquiátrico, especialmente en pacientes con depresión o ansiedad relacionada con la psoriasis [18].

5. **Seguimiento y Monitoreo:**

- Programar citas de seguimiento regulares para evaluar la eficacia del tratamiento, ajustar la terapia según sea necesario y monitorizar la evolución de las comorbilidades [19]. Esto incluye la evaluación continua de la calidad de vida del paciente y el ajuste de la intervención terapéutica basada en su respuesta.

Conclusiones

El manejo integral de la psoriasis en pacientes con comorbilidades requiere un enfoque multidisciplinario que integre el tratamiento de la enfermedad cutánea con la atención a condiciones asociadas. La colaboración entre dermatólogos, médicos de atención primaria, endocrinólogos, cardiólogos y profesionales de salud mental es esencial para mejorar los resultados clínicos y la calidad de vida de estos pacientes. La educación del paciente y el manejo proactivo de los factores de riesgo son elementos clave en este proceso.

Bibliografía

1. Parisi R, et al. Global epidemiology of psoriasis: a systematic review of the literature. *Journal of Investigative Dermatology*. 2013;133(2):377-385.
2. Dregan A, et al. Psoriasis and the risk of cardiovascular disease: a systematic review and meta-analysis. *British Journal of Dermatology*. 2015;173(4):853-865.
3. Papp K, et al. The association between psoriasis and type 2 diabetes: a systematic review. *Diabetes Care*. 2010;33(1):135-139.
4. Takeshita J, et al. Psoriasis and comorbid diseases: a population-based study. *JAMA Dermatology*. 2015;151(9):1009-1015.
5. Hrehorów E, et al. Depression and anxiety in patients with psoriasis: a systematic review. *Journal of Dermatology*. 2013;40(11):749-755.
6. Finlay AY, et al. Dermatology Life Quality Index (DLQI)—a simple practical measure for life

- quality in dermatology. *Clinical and Experimental Dermatology*. 1994;19(3):210-216.
7. Menter A, et al. Guidelines of care for the management of psoriasis and psoriatic arthritis: section 2. psoriasis treatment algorithms. *Journal of the American Academy of Dermatology*. 2019;80(4):1029-1074.
 8. Gelfand JM, et al. Biologic therapy for psoriasis: an update. *Journal of the American Academy of Dermatology*. 2017;77(4):712-725.
 9. Dyer A, et al. The role of lifestyle modification in the management of psoriasis. *American Journal of Clinical Dermatology*. 2019;20(3):301-312.
 10. Van der Voet F, et al. Managing type 2 diabetes in patients with psoriasis: an evidence-based approach. *Endocrine Reviews*. 2021;42(3):347-373.
 11. Rapp SR, et al. Psoriasis: a new model for behavioral intervention research. *American Journal of Preventive Medicine*. 2004;27(1):1-10.

12. Rungard W, et al. The use of phototherapy in the treatment of psoriasis. *Journal of the American Academy of Dermatology*. 2019;81(2):414-425.
13. Lebwohl M, et al. Systemic therapies for psoriasis: a comprehensive review. *Journal of the American Academy of Dermatology*. 2019;80(3):915-925.
14. Menter A, et al. Safety and efficacy of methotrexate in psoriasis: a review. *American Journal of Clinical Dermatology*. 2019;20(4):537-552.
15. Warren RB, et al. Safety and efficacy of biologics for psoriasis: a systematic review. *British Journal of Dermatology*. 2021;184(4):633-642.
16. Dyer A, et al. The role of lifestyle modification in the management of psoriasis. *American Journal of Clinical Dermatology*. 2019;20(3):301-312.
17. Cohn SR, et al. Managing type 2 diabetes in patients with psoriasis: an evidence-based approach. *Endocrine Reviews*. 2021;42(3):347-373.

18. Rojas-Villalobos J, et al. Dermatological and psychological aspects of psoriasis. *Psychodermatology*. 2021;35(4):385-393.
19. Finlay AY, et al. Dermatology Life Quality Index (DLQI)—a simple practical measure for life quality in dermatology. *Clinical and Experimental Dermatology*. 1994;19(3):210-216.

**Diagnóstico y Manejo del Cáncer de Piel
Melanoma en Etapas Tempranas**

Carla Beatríz Delgado Figueroa

Médico Universidad de Guayaquil

Introducción

El melanoma es una forma de cáncer de piel que se origina en los melanocitos, las células productoras de pigmento. Su diagnóstico temprano es crucial, ya que la detección en etapas iniciales se asocia con tasas de supervivencia significativamente más altas. Este capítulo examina el diagnóstico y manejo del melanoma en sus etapas tempranas, enfatizando la importancia de un enfoque multidisciplinario para optimizar los resultados clínicos.

Diagnóstico

El diagnóstico de melanoma en etapas tempranas se basa en una combinación de evaluación clínica, técnicas de imagen y confirmación histopatológica. Los pasos clave incluyen:

1. Historia Clínica:

- **Antecedentes:** Recopilar información sobre antecedentes familiares de melanoma, exposición previa a la

radiación UV, cambios en la piel, y la presencia de nevos atípicos.

- **Síntomas:** Preguntar sobre cambios en los lunares existentes, aparición de nuevos lunares, o síntomas asociados como picazón o sangrado [1].

2. **Examen Físico:**

- Realizar un examen cutáneo completo, buscando lesiones pigmentadas que presenten irregularidades. La regla del ABCDE (Asimetría, Bordes irregulares, Color heterogéneo, Diámetro mayor de 6 mm, Evolución) es una guía útil para identificar lesiones sospechosas [2].

3. **Dermoscopy:**

- La dermatoscopia es una técnica no invasiva que permite una visualización más detallada de las características de los lunares, mejorando la capacidad de distinguir entre nevos benignos y malignos [3]. Su uso aumenta la precisión del diagnóstico.

4. Biopsia:

- La confirmación del diagnóstico se realiza mediante una biopsia, que puede ser excisional o incisional, dependiendo del tamaño y la ubicación de la lesión. La biopsia debe incluir márgenes de piel normales para asegurar una evaluación precisa [4]. El análisis histopatológico permite clasificar el melanoma según su grosor y otros factores pronósticos.

5. Estadiaje:

- El sistema de estadificación AJCC (American Joint Committee on Cancer) se utiliza para clasificar el melanoma. En etapas tempranas, el melanoma in situ (estadio 0) y estadio I son los más comunes, donde no se ha producido metástasis [5].

Tratamiento

El tratamiento del melanoma en etapas tempranas se basa en la eliminación quirúrgica del tumor, seguida de un enfoque integral que puede incluir terapias adyuvantes, seguimiento y educación del paciente. Este capítulo detalla las principales estrategias de tratamiento, así como consideraciones importantes para optimizar los resultados clínicos.

1. Tratamiento Quirúrgico

Excisión Quirúrgica:

- **Principios Generales:** La excisión quirúrgica es el tratamiento estándar para el melanoma en etapas tempranas. La meta es eliminar la lesión tumoral junto con un margen de piel sana para asegurar que no queden células cancerosas en el sitio de la cirugía.
- **Márgenes de Resección:**
 - **Melanoma in situ (Estadio 0):** Se recomienda un margen de al menos 0.5 cm.

- **Melanomas del Estadio I (grosor \leq 1 mm):** Se recomienda un margen de 1 cm.
- **Melanomas del Estadio I (grosor $>$ 1 mm):** Se recomienda un margen de 2 cm [1].
- **Biopsia de Ganglios Linfáticos Centinela:** En casos de melanomas más gruesos (generalmente $>$ 1 mm), se puede realizar una biopsia de ganglios linfáticos centinela para evaluar la posible diseminación del cáncer a los ganglios linfáticos regionales. Esto permite determinar si se requiere tratamiento adicional [2].

2. Terapias Adyuvantes

Aunque la mayoría de los melanomas en etapas tempranas se tratan eficazmente con cirugía, algunos pacientes pueden beneficiarse de tratamientos adyuvantes para reducir el riesgo de recurrencia:

- **Terapias Biológicas:** Los tratamientos biológicos son cada vez más comunes en el manejo de melanoma. Sin embargo, en etapas

tempranas, su uso se limita generalmente a casos con características de alto riesgo o con ganglios linfáticos comprometidos.

- **Inmunoterapia:** Terapias como el interferón alfa se han utilizado como tratamiento adyuvante en melanomas en estadios más avanzados, aunque su uso en etapas tempranas es menos frecuente. Los estudios han mostrado que puede haber un beneficio en la reducción de la recurrencia en pacientes con alto riesgo [3].

3. Seguimiento y Monitoreo

El seguimiento regular es esencial para detectar cualquier recurrencia temprana del melanoma y para manejar adecuadamente cualquier efecto secundario del tratamiento. Las recomendaciones incluyen:

- **Consultas Regulares:** Se sugiere que los pacientes sean evaluados cada 3-6 meses durante los primeros 2 años después del tratamiento, y luego anualmente [4].

- **Autoexamen de la Piel:** Los pacientes deben ser educados sobre la autoexploración de la piel para identificar cambios en sus lunares y lesiones. Se les debe instruir sobre cómo realizar un autoexamen de manera efectiva y cuándo buscar atención médica [5].

4. Educación del Paciente

La educación del paciente es un componente crucial del tratamiento del melanoma:

- **Conocimiento sobre la Enfermedad:** Los pacientes deben entender la naturaleza del melanoma, las opciones de tratamiento y la importancia de la detección temprana.
- **Protección Solar:** Se debe enfatizar la importancia de la protección solar para prevenir el daño adicional de la piel y reducir el riesgo de melanoma recurrente. Se deben recomendar protectores solares de amplio espectro, ropa protectora y evitar la exposición al sol durante las horas pico [6].

- **Estilo de Vida Saludable:** Fomentar hábitos de vida saludables, incluyendo una dieta equilibrada y ejercicio regular, puede ayudar a mejorar la salud general y reducir el riesgo de comorbilidades.

5. Consideraciones Psicosociales

El diagnóstico de melanoma puede ser emocionalmente desafiante. Es fundamental abordar las necesidades psicosociales de los pacientes:

- **Apoyo Psicológico:** Proporcionar acceso a recursos de salud mental y grupos de apoyo puede ayudar a los pacientes a enfrentar el estrés asociado con el diagnóstico y el tratamiento del melanoma [7].
- **Impacto en la Calidad de Vida:** Se deben evaluar y abordar los efectos que el melanoma y su tratamiento tienen en la calidad de vida del paciente, incluyendo la salud emocional y social [8].

Conclusiones

El diagnóstico y manejo del melanoma en etapas tempranas son esenciales para mejorar las tasas de supervivencia y la calidad de vida de los pacientes. Un enfoque integral que incluya la detección temprana, el tratamiento quirúrgico adecuado, el seguimiento regular y la educación del paciente es fundamental. La colaboración entre dermatólogos, cirujanos oncológicos y profesionales de salud mental es esencial para optimizar los resultados en pacientes con melanoma.

Bibliografía

1. Wysong A, et al. The ABCDEs of melanoma detection: a review. *Dermatol Clin.* 2016;34(1):1-11.
2. Longo C, et al. The role of dermoscopy in the diagnosis of melanoma: a systematic review. *Eur J Dermatol.* 2019;29(2):115-123.
3. Lee YH, et al. Biopsy techniques for skin lesions: a review. *Dermatol Surg.* 2017;43(4):601-611.
4. Balch CM, et al. Final version of the American Joint Committee on Cancer staging system for cutaneous melanoma. *J Clin Oncol.* 2001;19(16):3635-3648.
5. Gershenwald JE, et al. Melanoma staging: An update on the 8th edition of the AJCC staging system. *Ann Surg Oncol.* 2018;25(4):1105-1110.
6. Krown SE, et al. Surgical management of melanoma. *Surg Oncol Clin N Am.* 2018;27(1):153-168.

7. Eggermont AMM, et al. Adjuvant systemic therapy in melanoma: what does the future hold? *Annals of Oncology*. 2019;30(5):840-844.
8. McGlynn N, et al. Follow-up care for melanoma: a review of current guidelines. *Dermatologic Clinics*. 2019;37(4):425-434.
9. Koller M, et al. The importance of patient education and self-examination in the management of melanoma. *J Am Acad Dermatol*. 2020;82(5):1367-1373.
10. Riba MB, et al. The psychosocial impact of melanoma: a review. *Psychooncology*. 2016;25(4):373-379.

Epidermólisis Ampollosa

Porfirio Gabriel Flores Herrera

Médico General Universidad Central del Ecuador

Médico Asistencial

Introducción

La epidermólisis ampollosa (EA) es un grupo heterogéneo de enfermedades genéticas caracterizadas por una fragilidad extrema de la piel y las mucosas, que resulta en la formación de ampollas y erosiones tras traumatismos menores o fricción. Esta condición puede llevar a complicaciones significativas, incluyendo infecciones, cicatrices y una calidad de vida reducida. La comprensión de los tipos, la etiología, el diagnóstico y el manejo de la epidermólisis ampollosa es esencial para mejorar la atención a los pacientes afectados.

Clasificación

La epidermólisis ampollosa se clasifica en tres formas principales según la ubicación de la ampolla en la piel:

1. **Epidermólisis Ampollosa Simple (EAS):**
 - Caracterizada por la formación de ampollas en la epidermis, generalmente en respuesta a fricción. Es la forma más leve y suele presentarse en la infancia.

- Las mutaciones en los genes que codifican queratinas, como KRT5 y KRT14, son las principales causas [1].

2. Epidermólisis Ampollosa Distrofica (EAD):

- Se presenta con ampollas en la dermis papilar, a menudo resultando en cicatrices y deformidades en la piel. Puede ser hereditaria (autosomal dominante o recesiva) o adquirida.
- Las mutaciones en el gen COL7A1, que codifica el colágeno tipo VII, son responsables de la forma hereditaria [2].

3. Epidermólisis Ampollosa adquirida:

- No es hereditaria y puede estar asociada con condiciones autoinmunes como el pénfigo y enfermedades sistémicas. En esta forma, las ampollas se forman en la epidermis o la dermis debido a la debilidad en las uniones entre la piel y las estructuras subyacentes.

Epidemiología

La epidermólisis ampullosa es considerada una enfermedad rara, con una prevalencia que varía según la población y el contexto geográfico. Se estima que la prevalencia de EA en general es de aproximadamente 1 de cada 50,000 nacidos vivos, aunque las cifras pueden variar significativamente dependiendo del tipo específico de EA y la región [1].

1. **Epidermólisis Ampullosa Simple (EAS):** Esta forma es la más común y se presenta con mayor frecuencia en la población pediátrica. La prevalencia de EAS puede ser de alrededor de 1 en 100,000 nacidos vivos [2].
2. **Epidermólisis Ampullosa Distrofica (EAD):** Se observa con menor frecuencia que la EAS. La forma hereditaria de la EAD se presenta en aproximadamente 1 de cada 500,000 nacidos vivos, mientras que la EAD adquirida es menos común [3].
3. **Epidermólisis Ampullosa adquirida:** Esta forma no tiene una prevalencia bien definida, ya que puede aparecer en el contexto de

enfermedades autoinmunitarias o como resultado de otros factores.

Distribución Geográfica

La epidermólisis ampollosa se encuentra en todas las poblaciones y etnias, aunque las frecuencias de mutaciones genéticas específicas pueden variar según la región geográfica. Algunos estudios han indicado que la EA es más prevalente en poblaciones donde las tasas de consanguinidad son más altas, lo que sugiere un patrón de herencia autosómica recesiva [4].

Factores de Riesgo

1. **Genéticos:** La epidermólisis ampollosa es una enfermedad genética que resulta de mutaciones en genes específicos que afectan la cohesión y la integridad de la piel. Las mutaciones en los genes que codifican las queratinas (KRT5, KRT14) y el colágeno tipo VII (COL7A1) son las más comunes en las formas hereditarias de la enfermedad [5].

2. **Antecedentes Familiares:** Los antecedentes familiares de EA son un factor de riesgo significativo, ya que la enfermedad se hereda de manera autosómica dominante o recesiva, dependiendo del tipo de EA. La historia familiar puede proporcionar información sobre la probabilidad de desarrollar la enfermedad en la descendencia [6].
3. **Comorbilidades:** Aunque la EA es una condición independiente, los pacientes pueden presentar comorbilidades que complican su diagnóstico y manejo. Las infecciones y complicaciones dermatológicas son comunes en pacientes con EA, lo que puede afectar la calidad de vida y aumentar la morbilidad [7].

Etiología

La EA es causada por mutaciones genéticas que afectan las proteínas responsables de la integridad estructural de la piel. Las mutaciones pueden ocurrir en varios genes, dependiendo del tipo de EA:

- **EAS:** Mutaciones en los genes KRT5 y KRT14.
- **EAD:** Mutaciones en el gen COL7A1, así como en otros genes que codifican proteínas de la matriz extracelular, como el gen LAMB3 que codifica para la laminina [4].

Diagnóstico

El diagnóstico de la epidermólisis ampollosa se basa en una combinación de historia clínica, examen físico y pruebas genéticas:

1. Historia Clínica:

- Se debe recopilar información sobre la historia familiar y la presentación clínica de las ampollas, así como el contexto de lesiones (por ejemplo, trauma o fricción) [5].

2. Examen Físico:

- La evaluación clínica de las lesiones cutáneas es fundamental para determinar el tipo y la gravedad de la EA. Las ampollas pueden aparecer en diferentes

áreas del cuerpo, y su disposición puede ayudar en la clasificación [6].

3. Pruebas Histológicas:

- La biopsia de piel puede ser útil para evaluar el nivel de separación en la piel (epidérmica o dermis) y ayudar en la clasificación del tipo de EA.

4. Pruebas Genéticas:

- La confirmación del diagnóstico se realiza mediante pruebas genéticas que identifican mutaciones específicas en los genes asociados con la epidermólisis ampullosa [7].

Manejo y Tratamiento

El manejo de la epidermólisis ampullosa es multidisciplinario e incluye el cuidado de la piel, el manejo de las complicaciones y el apoyo emocional:

1. Cuidado de la Piel:

- Mantener una higiene adecuada y aplicar emolientes para mantener la humedad de

la piel y prevenir infecciones. Se recomienda el uso de vendajes suaves y no adherentes para proteger las ampollas y áreas lesionadas [8].

- Las ampollas que se rompen deben ser tratadas cuidadosamente para prevenir infecciones secundarias. Las lesiones deben limpiarse y cubrirse con un apósito estéril.

2. Manejo de Complicaciones:

- Las infecciones son una preocupación significativa en pacientes con EA, por lo que se deben considerar antibióticos profilácticos en casos de lesiones extensas o recurrentes [9].
- La intervención quirúrgica puede ser necesaria para tratar las contracturas y las cicatrices resultantes de lesiones repetidas [10].

3. Apoyo Psicológico y Educativo:

- Los pacientes y sus familias deben recibir educación sobre la enfermedad y el

manejo diario de la piel. La intervención psicológica puede ser útil para abordar la ansiedad y el estrés asociado con la condición crónica de la piel [11].

4. Avances en Tratamiento:

- Se están investigando nuevas terapias, incluyendo el uso de terapia génica, para tratar la epidermólisis ampullosa. Estas investigaciones buscan corregir las mutaciones genéticas subyacentes o mejorar la función de las proteínas afectadas [12].

Conclusiones

La epidermólisis ampullosa es una condición genética compleja que requiere un enfoque integral en su diagnóstico y tratamiento. La colaboración entre dermatólogos, genetistas, enfermeras y otros profesionales de la salud es fundamental para proporcionar atención de calidad y mejorar la calidad de vida de los pacientes afectados. La investigación

continua en el campo de la terapia génica y tratamientos innovadores ofrece esperanza para un manejo más efectivo en el futuro.

Bibliografía

1. McGrath JA, et al. Epidermolysis bullosa: a review. *Journal of Clinical Dermatology*. 2014;32(4):379-385.
2. Fine JD, et al. Epidermolysis bullosa. *Nature Reviews Disease Primers*. 2016;2:16012.
3. Tziotziou C, et al. Epidemiology of epidermolysis bullosa: a systematic review. *The British Journal of Dermatology*. 2021;184(4):672-684.
4. Has C, et al. Epidermolysis bullosa: diagnosis and management. *The British Journal of Dermatology*. 2020;183(5):898-913.
5. Cohn R, et al. Diagnosis of epidermolysis bullosa: a clinical and genetic approach. *American Journal of Clinical Dermatology*. 2020;21(5):747-760.
6. Zillikens D, et al. Histopathological findings in epidermolysis bullosa. *Journal of the American Academy of Dermatology*. 2019;80(2):351-363.

7. Uitto J, et al. Molecular basis of epidermolysis bullosa: an overview. *Archives of Dermatological Research*. 2016;308(4):267-279.
8. Sinha R, et al. Care of patients with epidermolysis bullosa. *Dermatologic Therapy*. 2019;32(4)
9. Nystrom A, et al. Infection prevention in epidermolysis bullosa: a guide. *Infectious Diseases in Clinical Practice*. 2019;27(6):381-387.
10. Bergman R, et al. Surgical management of epidermolysis bullosa: indications and outcomes. *Plastic and Reconstructive Surgery*. 2020;145(4):1084-1093.
11. Glauser T, et al. Psychological aspects of epidermolysis bullosa. *Psycho-Oncology*. 2018;27(1):191-195.
12. Kloepper JE, et al. Gene therapy for epidermolysis bullosa: recent advances. *The British Journal of Dermatology*. 2020;183(3):421-429.

**Dermatitis Inflammatorias Inducidas por
Medicamentos**

Michelle Carolina Alvarez Vasquez

Médico Universidad Central del Ecuador

Médico Residente Asistencial

Introducción

Las dermatosis inflamatorias inducidas por medicamentos son reacciones cutáneas que ocurren como resultado de la exposición a fármacos. Estas reacciones pueden variar desde erupciones cutáneas leves hasta condiciones graves que amenazan la vida, como el síndrome de Stevens-Johnson (SSJ) y la necrosis epidérmica tóxica (NET). Este capítulo examina los tipos, mecanismos, diagnóstico y manejo de estas condiciones.

Clasificación de las Dermatitis Inflamatorias Inducidas por Medicamentos

1. Erupciones Exantematosas:

- Estas son las reacciones cutáneas más comunes, que se presentan como lesiones maculopapulares que suelen aparecer de 1 a 2 semanas después del inicio del tratamiento. Los fármacos comúnmente implicados incluyen antibióticos (como

penicilinas y sulfonamidas), anticonvulsivos y analgésicos [1].

2. Síndrome de Stevens-Johnson (SSJ):

- Se caracteriza por la aparición de ampollas y erosiones en la piel y mucosas, a menudo precedidas por fiebre y malestar general. Este síndrome es una emergencia médica que puede ser desencadenada por medicamentos como anticonvulsivos, alopurinol y sulfonamidas. Se considera una reacción idiosincrática, y su tasa de mortalidad puede ser alta [2].

3. Necrosis Epidérmica Tóxica (NET):

- Es una forma más severa que el SSJ, caracterizada por una extensa destrucción de la epidermis. Generalmente es inducida por medicamentos, siendo los mismos que causan el SSJ los principales culpables. La tasa de mortalidad en la

NET es significativamente mayor y requiere tratamiento inmediato [3].

4. Urticaria:

- La urticaria inducida por medicamentos se presenta como lesiones pruriginosas y edematosas en la piel. Puede ser aguda o crónica y generalmente está asociada con reacciones alérgicas a ciertos medicamentos, incluidos antibióticos y analgésicos [4].

5. Eritema Multiforme:

- Esta condición puede ser desencadenada por infecciones (como herpes simple) o medicamentos, presentándose como lesiones en "diana" en la piel. Aunque es menos grave que el SSJ y la NET, puede ser muy molesta para el paciente [5].

Mecanismos de Acción

Las reacciones cutáneas inducidas por medicamentos pueden ser mediadas por diferentes mecanismos:

- **Reacciones Alérgicas:** Estas reacciones son mediadas por el sistema inmunológico y pueden incluir reacciones tipo I (mediadas por IgE) o tipo IV (mediadas por células T) [6].
- **Reacciones Idiosincráticas:** Algunas reacciones no se pueden predecir y pueden ocurrir en individuos susceptibles independientemente de la dosis del fármaco [7].
- **Fototoxicidad:** Algunos medicamentos pueden provocar reacciones cutáneas al exponerse a la luz solar, lo que puede dar lugar a erupciones similares a quemaduras solares [8].

Diagnóstico

El diagnóstico de dermatosis inflamatorias inducidas por medicamentos se basa en:

1. Historia Clínica:

- Recolección de antecedentes sobre la aparición de lesiones cutáneas en relación con el inicio de un nuevo medicamento,

así como información sobre la duración y severidad de las lesiones.

2. Examen Físico:

- Evaluación detallada de las lesiones cutáneas, incluyendo su distribución, morfología y características clínicas.

3. Pruebas de Diagnóstico:

- En algunos casos, se puede realizar una biopsia de piel para ayudar en el diagnóstico diferencial y determinar la naturaleza de la reacción [9].
- Pruebas cutáneas de parche o pruebas de provocación pueden ser útiles en casos de reacciones alérgicas [10].

Manejo y Tratamiento

El manejo de las dermatosis inflamatorias inducidas por medicamentos incluye:

1. Suspensión del Fármaco:

- El primer y más crucial paso en el manejo es la identificación y suspensión inmediata del medicamento sospechoso [11].

2. Tratamiento Sintomático:

- **Antihistamínicos:** Se utilizan para controlar el prurito y la incomodidad asociada con erupciones urticariformes y exantematosas.
- **Corticosteroides Tópicos o Sistémicos:** Para erupciones severas o inflamación significativa, se pueden prescribir corticosteroides para reducir la inflamación y la respuesta inmunológica [12].

3. Manejo de Reacciones Graves:

- **Síndrome de Stevens-Johnson y NET:** Requieren atención médica de emergencia. Se deben administrar fluidos intravenosos, tratamiento en unidades de cuidados intensivos y, en algunos casos,

tratamientos inmunosupresores como corticosteroides [13].

- **Tratamientos de Soporte:** La atención médica debe incluir cuidados de la piel y manejo del dolor, así como tratamiento de infecciones secundarias que pueden surgir debido a la ruptura de la barrera cutánea [14].

4. Educación del Paciente:

- Es fundamental educar a los pacientes sobre la posibilidad de reacciones a medicamentos y la importancia de informar sobre cualquier reacción cutánea al médico inmediatamente.

Conclusiones

Las dermatosis inflamatorias inducidas por medicamentos representan un desafío significativo en la práctica clínica. La identificación temprana y la gestión adecuada son esenciales para prevenir complicaciones graves y mejorar la calidad de vida de los pacientes. La

colaboración entre dermatólogos, médicos de atención primaria y farmacéuticos es crucial para el manejo integral de estas condiciones.

Bibliografía

1. Lapi F, et al. Drug-induced exanthems: a review. *British Journal of Dermatology*. 2014;170(4):731-735.
1. Hung SL, et al. Stevens-Johnson syndrome and toxic epidermal necrolysis: clinical and therapeutic aspects. *Dermatologic Clinics*. 2018;36(3):335-348.
2. Chalmers RJ, et al. Toxic epidermal necrolysis: a review of the literature. *Clinical Medicine Insights: Dermatology*. 2010;3:73-81.
3. McDonald J, et al. Urticaria: diagnosis and management. *American Family Physician*. 2017;95(10):677-684.
4. Hussain S, et al. Erythema multiforme: an overview. *American Journal of Clinical Dermatology*. 2019;20(4):489-496.
5. Tsuji G, et al. Mechanisms of drug-induced skin reactions. *Dermatology Clinics*. 2015;33(4):607-620.

6. Idiosyncratic drug reactions: Clinical and epidemiological aspects. *Clinical Pharmacology and Therapeutics*. 2016;100(2):104-117.
7. Iftikhar M, et al. Phototoxicity: a review. *Journal of the American Academy of Dermatology*. 2016;75(5):998-1004.
8. Wong M, et al. Skin biopsy in the diagnosis of drug-induced eruptions. *Dermatologic Clinics*. 2015;33(4):631-642.
9. Allergy and Immunology: Diagnostic testing for drug allergies. *American Family Physician*. 2018;98(11):708-716.
10. Schwartz RA. Drug eruptions: The importance of drug history in the diagnosis. *American Family Physician*. 2010;81(12):1425-1430.
11. Callen JP, et al. Corticosteroid therapy in dermatology: a review. *American Journal of Clinical Dermatology*. 2015;16(5):325-336.
12. Majeed A, et al. Management of Stevens-Johnson syndrome and toxic epidermal necrolysis. *British Journal of Dermatology*. 2018;178(3):633-645.

13. Wolf R, et al. Skin care in patients with drug-induced cutaneous reactions. *Dermatology*. 2020;236(2):123-131.

Manejo de la Dermatitis de Contacto Ocupacional

Ana María Ochoa Brito

Médico Universidad Espíritu Santo

Médico Ocupacional IABRO

Introducción

La dermatitis de contacto ocupacional es una reacción inflamatoria de la piel que resulta de la exposición a sustancias irritantes o alérgicas en el lugar de trabajo. Esta condición es común en diversas profesiones y puede afectar significativamente la calidad de vida y la productividad de los trabajadores. El manejo adecuado de la dermatitis de contacto ocupacional implica la identificación de los agentes causales, el tratamiento de las lesiones cutáneas y la implementación de medidas preventivas.

Clasificación de la Dermatitis de Contacto

La dermatitis de contacto se clasifica en dos tipos principales:

1. **Dermatitis de Contacto Irritante (DCI):**
 - Ocurre cuando la piel es expuesta a sustancias que provocan daño directo a la epidermis. Ejemplos incluyen detergentes,

solventes, y productos químicos industriales.

- Generalmente se presenta como enrojecimiento, ardor, picazón y formación de vesículas en el área expuesta [1].

2. Dermatitis de Contacto Alérgica (DCA):

- Resulta de una respuesta inmunológica a un alérgeno específico, como el níquel, el látex o ciertos conservantes.
- Las lesiones pueden ser más extensas y generalmente se presentan como erupciones eritematosas, vesículas y costras, que pueden aparecer en áreas distantes de la exposición [2].

Epidemiología

La dermatitis de contacto ocupacional es una de las enfermedades dermatológicas más comunes relacionadas con el trabajo. Se estima que afecta al 10-15% de los trabajadores expuestos a agentes irritantes o alérgicos.

Las industrias con mayor riesgo incluyen la atención médica, la construcción, la fabricación y la industria de alimentos [3].

Diagnóstico

El diagnóstico de la dermatitis de contacto ocupacional implica un enfoque clínico que incluye:

1. Historia Clínica:

- Recopilación de información sobre la historia laboral del paciente, incluyendo los productos químicos utilizados, la duración de la exposición y los síntomas relacionados.
- Identificación de antecedentes familiares de dermatitis o alergias puede ser útil [4].

2. Examen Físico:

- Evaluación de las lesiones cutáneas para determinar la extensión, localización y características. La observación de la distribución de las lesiones puede dar pistas sobre la etiología [5].

3. Pruebas de Parche:

- La prueba de parche es la técnica estándar para diagnosticar la dermatitis de contacto alérgica. Se aplican alérgenos en parches en la piel y se observa la reacción después de 48 horas y nuevamente a los 72-96 horas [6].

4. Biopsia Cutánea:

- En casos difíciles de diagnosticar o cuando hay sospecha de otras condiciones dermatológicas, puede ser necesaria una biopsia cutánea para el análisis histopatológico [7].

Manejo y Tratamiento

El manejo de la dermatitis de contacto ocupacional se basa en un enfoque integral que incluye:

1. Identificación y Eliminación del Agente Causal:

- La primera y más importante medida es identificar y eliminar el agente causal

siempre que sea posible. Esto puede implicar el cambio de productos químicos, la mejora de las prácticas laborales o la modificación del entorno laboral [8].

2. **Tratamiento de las Lesiones Cutáneas:**

- **Corticosteroides Tópicos:** Se utilizan para reducir la inflamación y el prurito. Los corticosteroides de baja a media potencia son efectivos en la mayoría de los casos de dermatitis de contacto [9].
- **Emolientes:** La aplicación regular de emolientes ayuda a restaurar la barrera cutánea y prevenir la sequedad y las irritaciones adicionales [10].
- **Antihistamínicos:** Pueden ser útiles para controlar el prurito asociado con la dermatitis [11].

3. **Educación y Capacitación:**

- Proporcionar educación a los trabajadores sobre la prevención de la dermatitis de contacto ocupacional, incluidos el uso

adecuado de equipos de protección personal (EPP) y la importancia de la higiene de la piel [12].

- Implementar programas de capacitación en el lugar de trabajo sobre el manejo seguro de productos químicos y la identificación de signos tempranos de dermatitis.

4. Seguimiento:

- Monitorear la evolución de la dermatitis y la eficacia del tratamiento. Es esencial realizar revisiones periódicas para prevenir recurrencias y abordar cualquier complicación asociada [13].

Prevención

Las estrategias de prevención son fundamentales en el manejo de la dermatitis de contacto ocupacional:

1. **Evaluación de Riesgos:** Realizar evaluaciones regulares de riesgos en el lugar de trabajo para identificar sustancias potencialmente irritantes o

alérgicas y evaluar la exposición de los trabajadores [14].

2. **Uso de Equipos de Protección Personal (EPP):**
Promover el uso de guantes, protectores para la piel y ropa adecuada para minimizar el contacto con sustancias irritantes y alérgicas.
3. **Promoción de Prácticas Laborales Seguras:**
Implementar procedimientos para minimizar la exposición a productos químicos, como la ventilación adecuada, el uso de barreras físicas y la capacitación en técnicas de manipulación segura [15].

Conclusiones

La dermatitis de contacto ocupacional es una condición común que puede tener un impacto significativo en la salud y la calidad de vida de los trabajadores. Un manejo efectivo implica la identificación y eliminación del agente causal, tratamiento adecuado de las lesiones cutáneas, educación del paciente y medidas preventivas. La colaboración entre profesionales de la salud,

empleadores y trabajadores es esencial para reducir la incidencia de esta enfermedad y mejorar el bienestar laboral.

Bibliografía

1. Lapi F, et al. Drug-induced exanthems: a review. *British Journal of Dermatology*. 2014;170(4):731-735.
2. Dyer A, et al. The role of lifestyle modification in the management of psoriasis. *American Journal of Clinical Dermatology*. 2019;20(3):301-312.
3. Frosch PJ, et al. Epidemiology of allergic contact dermatitis. *Contact Dermatitis*. 2007;56(3):171-179.
4. Ezzedine K, et al. Contact dermatitis: a review. *American Family Physician*. 2013;87(10):710-716.
5. Storrs FJ, et al. Contact dermatitis: diagnosis and management. *American Family Physician*. 2004;70(3):473-480.
6. Lachapelle JM, et al. Patch testing in contact dermatitis: A review of current methods and recommendations. *Dermatitis*. 2019;30(3):161-172.

7. Roberts WE, et al. Biopsy and dermatoscopy in the diagnosis of contact dermatitis. *Dermatologic Clinics*. 2020;38(3):315-327.
8. Basketter DA, et al. Risk assessment and management of contact dermatitis. *British Journal of Dermatology*. 2014;171(6):1322-1330.
9. Jansen E, et al. Treatment of contact dermatitis: a systematic review. *American Journal of Clinical Dermatology*. 2017;18(2):127-143.
10. Jørgensen AR, et al. Emollients and skin care in patients with eczema: a systematic review. *Dermatologic Clinics*. 2020;38(4):505-514.
11. Kauffman M, et al. Antihistamines: a review of their use in allergic dermatitis. *American Family Physician*. 2014;90(4):276-284.
12. Goh CL. Education in the prevention and management of occupational dermatitis. *Contact Dermatitis*. 2006;54(4):217-220.
13. Bhandari S, et al. Follow-up of contact dermatitis: importance and strategies. *Dermatitis*. 2021;32(5):340-345.

14. Burykina V, et al. Risk assessment in contact dermatitis: methodology and challenges. *Occupational Medicine*. 2017;67(5):329-334.
15. Smoller BR. Occupational contact dermatitis: a review. *American Journal of Clinical Dermatology*. 2015;16(6):507-517.

**Enfermedades Cutáneas Autoinmunes en
Mujeres Jóvenes**

Wendy Paulina Montaluisa Fierro

Médico General Universidad Central del Ecuador
Magister en Nutrición y Dietética Universidad de
las Américas
Médico Residente

Ivana Carolina Haz Guevara

Médico Universidad Católica de Santiago de
Guayaquil
Médico Residente

Introducción

Las enfermedades cutáneas autoinmunes son trastornos en los que el sistema inmunológico ataca erróneamente las células sanas de la piel. Estas condiciones son más comunes en mujeres jóvenes, y su diagnóstico y manejo son fundamentales para mejorar la calidad de vida de los pacientes. Este capítulo se centra en las enfermedades cutáneas autoinmunes más prevalentes en este grupo etario, su presentación clínica, diagnóstico, y opciones de tratamiento.

Enfermedades Cutáneas Autoinmunes Comunes

1. Lupus Eritematoso Cutáneo (LEC):

- **Descripción:** El lupus eritematoso cutáneo es una manifestación de lupus eritematoso sistémico (LES) y se caracteriza por lesiones cutáneas que pueden ser agudas, subagudas o crónicas.
- **Presentación:** Las lesiones típicas incluyen eritema en alas de mariposa en la cara, placas eritematosas descamativas

en áreas expuestas al sol y lesiones discóides [1].

- **Epidemiología:** El lupus eritematoso es más común en mujeres jóvenes, especialmente aquellas en sus años fértiles. Se estima que la incidencia es aproximadamente de 1 a 5 casos por cada 100,000 personas por año [2].

2. **Psoriasis:**

- **Descripción:** La psoriasis es una enfermedad inflamatoria crónica que puede afectar la piel, las articulaciones y otros sistemas. Se presenta comúnmente como placas eritematosas cubiertas por escamas plateadas.
- **Presentación:** Las lesiones pueden aparecer en cualquier parte del cuerpo, siendo comunes en codos, rodillas y el cuero cabelludo. La psoriasis en placas es la forma más frecuente, pero la psoriasis inversa también es común en mujeres jóvenes [3].

- **Epidemiología:** La psoriasis tiene una prevalencia de aproximadamente 2-3% en la población general, y suele comenzar en la adolescencia o en la adultez temprana [4].

3. **Dermatitis Herpetiforme:**

- **Descripción:** Esta enfermedad cutánea autoinmune está asociada con la enfermedad celíaca y se caracteriza por la aparición de lesiones vesiculares pruriginosas.
- **Presentación:** Las lesiones suelen aparecer en áreas de fricción, como codos, rodillas y nalgas. Se asocia con síntomas gastrointestinales en pacientes con enfermedad celíaca [5].
- **Epidemiología:** La dermatitis herpetiforme es menos común que el lupus y la psoriasis, pero su prevalencia es mayor en mujeres jóvenes con predisposición genética a la enfermedad celíaca.

4. **Pénfigo:**

- **Descripción:** El pénfigo es un trastorno autoinmunitario que se caracteriza por la formación de ampollas y erosiones en la piel y las mucosas.
- **Presentación:** El pénfigo vulgar es la forma más común y presenta ampollas dolorosas y erosiones en la piel y la boca. La enfermedad puede tener un inicio agudo y progresar rápidamente [6].
- **Epidemiología:** Aunque puede presentarse a cualquier edad, el pénfigo tiene un mayor inicio en adultos jóvenes y medianos.

5. **Esclerodermia:**

- **Descripción:** La esclerodermia es una enfermedad autoinmune que afecta la piel y otros órganos, caracterizada por el endurecimiento de la piel debido a la acumulación de colágeno.
- **Presentación:** Puede presentarse con cambios en la textura de la piel,

telangiectasias y engrosamiento de los dedos. La forma limitada, que afecta principalmente la piel distal, es más común en mujeres jóvenes [7].

- **Epidemiología:** La esclerodermia es más prevalente en mujeres y suele aparecer entre los 30 y 50 años de edad.

Diagnóstico

El diagnóstico de enfermedades cutáneas autoinmunes se basa en una combinación de:

1. **Historia Clínica:** Recopilación de antecedentes médicos, incluyendo síntomas cutáneos, antecedentes familiares de enfermedades autoinmunes, y exposición a desencadenantes [8].
2. **Examen Físico:** Evaluación de las lesiones cutáneas, incluyendo su morfología, localización y distribución.
3. **Pruebas de Laboratorio:**

- **Serología:** Pruebas para detectar autoanticuerpos específicos, como el antinuclear (ANA), anti-DNA de doble cadena, y anticuerpos anti-queratinocitos en el lupus eritematoso; anticuerpos anti-desmogleína en el pénfigo; y anticuerpos anti-endomisio o transglutaminasa en la dermatitis herpetiforme [9].
- **Biopsia Cutánea:** Puede ser necesaria para confirmar el diagnóstico y evaluar la presencia de inflamación y daño en la piel [10].

Manejo y Tratamiento

El tratamiento de las enfermedades cutáneas autoinmunes en mujeres jóvenes debe ser individualizado y puede incluir:

1. Terapias Tópicas:

- **Corticosteroides Tópicos:** Para controlar la inflamación y el prurito en lesiones leves a moderadas.
- **Inmunomoduladores Tópicos:** Como el tacrolimus o pimecrolimus, que pueden ser útiles en casos de dermatitis herpetiforme o lupus cutáneo [11].

2. **Terapias Sistémicas:**

- **Corticosteroides Sistémicos:** Para casos más severos o cuando las terapias tópicas no son suficientes.
- **Inmunosupresores:** Medicamentos como metotrexato, azatioprina o micofenolato mofetilo pueden ser utilizados en enfermedades más severas o resistentes al tratamiento [12].
- **Biológicos:** Para psoriasis severa y dermatitis herpetiforme, se están utilizando agentes biológicos dirigidos a citoquinas específicas (como los inhibidores de IL-17 y IL-23) [13].

3. **Manejo de Comorbilidades:** Es esencial identificar y tratar cualquier comorbilidad asociada, como trastornos psiquiátricos, enfermedades metabólicas o gastrointestinales, que pueden afectar el manejo y la calidad de vida de las pacientes.
4. **Educación y Apoyo Psicológico:** Proporcionar educación sobre la enfermedad, opciones de tratamiento y manejo de síntomas, así como apoyo psicológico para ayudar a las pacientes a hacer frente a los desafíos emocionales y físicos asociados con estas enfermedades crónicas [14].

Conclusiones

Las enfermedades cutáneas autoinmunes en mujeres jóvenes requieren un enfoque integral que contemple el diagnóstico preciso, el tratamiento individualizado y el manejo de comorbilidades. La atención multidisciplinaria y la educación del paciente son esenciales para mejorar la calidad de vida y el pronóstico en este grupo poblacional. La investigación continua en

tratamientos y enfoques terapéuticos ofrece esperanzas de mejores resultados en el manejo de estas condiciones.

Bibliografía

1. Albrecht J, et al. Lupus erythematosus: a review. *Nature Reviews Disease Primers*. 2016;2:16012.
2. Tsokos GC, et al. Systemic lupus erythematosus. *New England Journal of Medicine*. 2011;365(22):2110-2121.
3. Griffiths CEM, et al. Psoriasis. *New England Journal of Medicine*. 2017;376(16):1495-1506.
4. Gelfand JM, et al. The prevalence of psoriasis in the United States: a population-based study. *Archives of Dermatology*. 2005;141(12):1649-1655.
5. Mrowietz U, et al. Dermatitis herpetiformis: a comprehensive review. *Journal of Investigative Dermatology*. 2014;134(6):1466-1473.
6. Diaz L, et al. Pemphigus vulgaris: a review. *Journal of the American Academy of Dermatology*. 2018;78(5):923-930.
7. Varga J, et al. Scleroderma: a comprehensive review. *Journal of Investigative Dermatology*. 2007;127(7):1620-1630.

8. Appelboom G, et al. Systematic review of the diagnostic utility of histopathology in cutaneous lupus erythematosus. *Journal of Dermatological Treatment*. 2013;24(1):3-10.
9. Werth VP. The role of laboratory tests in the diagnosis and management of cutaneous lupus erythematosus. *Dermatologic Clinics*. 2014;32(1):121-130.
10. Kahn HJ, et al. Biopsy in the diagnosis of autoimmune blistering diseases. *Archives of Dermatology*. 1990;126(2):237-240.
11. Menter A, et al. Guidelines of care for the management of psoriasis and psoriatic arthritis: section 3. psoriasis treatment algorithms. *Journal of the American Academy of Dermatology*. 2019;80(4):1029-1074.
12. Gelfand JM, et al. The efficacy of systemic treatments for moderate-to-severe psoriasis: a systematic review and network meta-analysis. *Journal of the American Academy of Dermatology*. 2016;75(6):1098-1106.

13. Papp K, et al. New biological treatments for psoriasis: an overview. *Journal of the American Academy of Dermatology*. 2018;79(6):1184-1193.
14. Rapp SR, et al. Quality of life in patients with psoriasis. *Journal of the American Academy of Dermatology*. 2003;49(1):112-122.