

ACTUALIZACIÓN EN DERMATOLOGÍA

TOMO 7

AUTORES

Maria Celeste Paliz Gallegos
Krysty Daniela Cabrera Jiménez
Josselyn Nicole Valarezo Sánchez
Nevenka Nohemy Karanovic Vélez
Petter Alexander Celleri Carrasco



Actualización en Dermatología Tomo 7

Actualización en Dermatología Tomo 7

Maria Celeste Paliz Gallegos
Krysty Daniela Cabrera Jiménez
Josselyn Nicole Valarezo Sánchez
Nevenka Nohemy Karanovic Vélez
Petter Alexander Celleri Carrasco

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: 978-9942-627-24-7

DOI: <http://doi.org/10.56470/978-9942-627-24-7>

Una producción © Cuevas Editores

Marzo del 2023

Av. República del Salvador, Edificio TerraSol 7-2

Quito, Ecuador

www.cuevaseditores.com

Impreso en Ecuador - Printed 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.

Actualización en Dermatología Tomo 7

ÍNDICE DE AUTORES

1. Maria Celeste Paliz Gallegos

Universidad Católica Santiago de Guayaquil

Médico General

Terapias de Luz en Dermatología

2. Krysty Daniela Cabrera Jiménez

Médica por la Universidad Católica Santiago De Guayaquil

Médico Auditora en el Centro Médico del Carmen

Actualización en Dermatitis Atópica

3. Josselyn Nicole Valarezo Sánchez.

Médico por la Universidad de Especialidades Espíritu Santo.

Médico Estagiaría/Pasante en la Santa Casa de la Misericordia de Porto Alegre-Brasil.

Nuevos Tratamientos para la Psoriasis: Avances y Perspectivas

4. Nevenka Nohemy Karanovic Vélez

Médica por la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil

Patologías de la Piel en la Edad Pediátrica

5. Petter Alexander Celleri Carrasco

Título de Médico Cirujano Universidad de las Américas

Médico General

Complicaciones Cutáneas de las Enfermedades Sistémicas

Actualización en Dermatología Tomo 7

ÍNDICE DE CAPÍTULOS

1. <i>Terapias de Luz en Dermatología</i> <i>Maria Celeste Paliz Gallegos</i>	11
2. <i>Actualización en Dermatitis Atópica</i> <i>Krysty Daniela Cabrera Jiménez</i>	21
3. <i>Nuevos Tratamientos para la Psoriasis: Avances y Perspectivas</i> <i>Josselyn Nicole Valarezo Sánchez</i>	29
4. <i>Patologías de la Piel en la Edad Pediátrica</i> <i>Nevenka Nohemy Karanovic Vélez</i>	37
5. <i>Complicaciones Cutáneas de las Enfermedades Sistémicas</i> <i>Petter Alexander Celleri Carrasco</i>	51

Actualización en Dermatología Tomo 7

CAPÍTULO 1

Terapias de Luz en Dermatología

Maria Celeste Paliz Gallegos

Introducción a las terapias de luz en dermatología: principios básicos y aplicaciones clínicas

La terapia de luz es un tratamiento común utilizado en dermatología para una variedad de afecciones de la piel, incluyendo el acné, la rosácea, la psoriasis y el vitiligo, entre otras. Esta terapia utiliza diferentes tipos de luz, como la luz visible, la luz infrarroja y la luz ultravioleta, para mejorar la salud de la piel y tratar las afecciones cutáneas. En este artículo, se presentarán los principios básicos de las terapias de luz en dermatología, incluyendo los diferentes tipos de luz utilizados y los mecanismos de acción involucrados. Además, se describirán las aplicaciones clínicas de las terapias de luz y se discutirán las ventajas y desventajas de cada tipo de tratamiento.

Tipos de terapias de luz en dermatología: fototerapia, terapia con láser y terapia con luz pulsada intensa.

La fototerapia, la terapia con láser y la terapia con luz pulsada intensa son técnicas de tratamiento no invasivas que se utilizan en dermatología para tratar diversas condiciones de la piel.

1. Fototerapia: Esta técnica utiliza radiación ultravioleta (UV) para tratar una variedad de trastornos de la piel, como la psoriasis, el vitiligo y el eccema. La fototerapia se puede administrar en forma de UVA, UVB o PUVA (una combinación de psoraleno y UVA), y se realiza en sesiones regulares bajo la supervisión de un dermatólogo.(1)
2. Terapia con láser: Los láseres emiten luz de alta energía que se enfoca en áreas específicas de la piel para tratar afecciones como las manchas de la edad, las cicatrices del acné y las arañas vasculares. Los láseres también se utilizan para eliminar el vello no deseado y para tratar la rosácea y el melasma.(2)
3. Terapia con luz pulsada intensa (IPL): Esta técnica utiliza pulsos de luz intensa para tratar una variedad de problemas de la piel, como la rosácea, la hiperpigmentación y las manchas solares. La IPL también se utiliza para eliminar el vello no deseado y para rejuvenecer la piel. (2)

Cada una de estas técnicas tiene diferentes ventajas y desventajas, y la elección del tratamiento adecuado dependerá del tipo y gravedad de la afección de la piel del paciente, así como de sus objetivos de tratamiento. Un dermatólogo puede ayudar a determinar la mejor opción de tratamiento para cada paciente individual.

Fototerapia en dermatología: uso de la luz ultravioleta A y B en el tratamiento de diversas enfermedades de la piel

La fototerapia es una técnica en la que se utiliza la luz para el tratamiento de diversas enfermedades de la piel. Se basa en la utilización de radiaciones ultravioleta A (UVA) y B (UVB), las cuales tienen diferentes

Actualización en Dermatología Tomo 7

profundidades de penetración en la piel y, por tanto, diferentes aplicaciones terapéuticas.(3,4)

La luz ultravioleta B (UVB) se utiliza en el tratamiento de diversas enfermedades de la piel como la psoriasis, el eczema, la dermatitis atópica y el vitiligo. La exposición a la luz UVB disminuye la inflamación, reduce la proliferación celular y estimula la síntesis de vitamina D en la piel. La fototerapia con UVB se puede administrar en forma de baños de luz, donde el paciente se sumerge en una bañera con agua y una lámpara UVB, o mediante una lámpara UVB de banda estrecha.(3,4)

La luz ultravioleta A (UVA) se utiliza en combinación con psoralenos en el tratamiento de la psoriasis, el vitiligo y el liquen plano. Este tratamiento se llama PUVA (psoraleno y UVA) y consiste en la administración de un fotosensibilizante, el psoraleno, seguido de la exposición a la luz UVA. El psoraleno aumenta la sensibilidad de la piel a la luz y mejora la eficacia de la terapia con UVA.(3,4)

La fototerapia es una opción terapéutica segura y efectiva para el tratamiento de diversas enfermedades de la piel. Sin embargo, su uso debe ser supervisado por un dermatólogo para evitar efectos adversos como quemaduras solares, envejecimiento prematuro de la piel y cáncer de piel. (3,4)

Terapia con láser en dermatología: principios de funcionamiento y aplicaciones en el tratamiento de lesiones vasculares, pigmentadas y de tejido blando

La terapia con láser en dermatología utiliza una fuente de luz monocromática y coherente para producir efectos térmicos o fotoquímicos selectivos en la piel. Se basa en la capacidad de ciertos cromóforos en la piel para absorber la luz y convertirla en calor, lo que puede ser aprovechado para tratar diversas condiciones dermatológicas.

La terapia con láser se ha utilizado con éxito en el tratamiento de lesiones vasculares, incluyendo hemangiomas, malformaciones vasculares y rosácea. (4) El láser puede penetrar selectivamente en los vasos sanguíneos, calentarlos y cerrarlos, lo que resulta en una reducción significativa de la apariencia de la lesión.

La terapia con láser también se ha utilizado en el tratamiento de lesiones pigmentadas, como las manchas de la edad, lentigos solares y melasma. Los cromóforos responsables de la pigmentación, como la melanina, absorben selectivamente la luz del láser y se destruyen, lo que resulta en una reducción en la apariencia de las lesiones pigmentadas.

Actualización en Dermatología Tomo 7

Además, la terapia con láser se ha utilizado en el tratamiento de lesiones de tejido blando, como tumores benignos y malignos de la piel. El láser puede ser utilizado para destruir selectivamente las células tumorales, lo que resulta en la eliminación de la lesión.

La terapia con láser puede ser una opción efectiva y segura para el tratamiento de diversas condiciones dermatológicas, sin embargo, es importante que sea realizada por un dermatólogo o cirujano dermatológico experimentado y bien capacitado. También es importante tener en cuenta que pueden ser necesarias múltiples sesiones para lograr resultados óptimos y que pueden existir efectos secundarios como enrojecimiento, hinchazón o cicatrices.

Terapia con luz pulsada intensa en dermatología: aplicación en el tratamiento de lesiones vasculares, pigmentadas y de rejuvenecimiento cutáneo

La terapia con luz pulsada intensa (IPL, por sus siglas en inglés) es una técnica no invasiva que utiliza pulsos de luz de amplio espectro para tratar diversas afecciones dermatológicas. Esta técnica se basa en la absorción selectiva de la luz por los cromóforos (moléculas que absorben luz) presentes en la piel, lo que permite tratar lesiones vasculares, pigmentadas y de rejuvenecimiento cutáneo.

En el caso de las lesiones vasculares, la luz pulsada intensa se utiliza para tratar rosácea, telangiectasias, venas faciales, hemangiomas y angiomas. La luz es absorbida por la hemoglobina presente en los vasos sanguíneos, generando un calentamiento selectivo que causa la coagulación del vaso y su posterior destrucción.

En cuanto a las lesiones pigmentadas, la luz pulsada intensa se utiliza para tratar manchas solares, melasma, léntigos solares y lentigos seniles.⁽³⁾⁽⁴⁾ La luz es absorbida por la melanina presente en las lesiones, lo que produce su destrucción selectiva.

Finalmente, la luz pulsada intensa también se utiliza en tratamientos de rejuvenecimiento cutáneo, mejorando la textura y apariencia de la piel, así como la reducción de arrugas finas. La luz es absorbida por el colágeno y la elastina presentes en la piel, lo que estimula su producción y mejora su calidad.

Es importante mencionar que el uso de la terapia con luz pulsada intensa en dermatología debe ser realizado por personal especializado y bajo supervisión médica, ya que su uso inadecuado puede producir quemaduras, cicatrices y otras complicaciones.

Indicaciones y contraindicaciones de las terapias de luz en dermatología: consideraciones clínicas y de seguridad

Las terapias de luz en dermatología son una herramienta valiosa en el tratamiento de diversas enfermedades de la piel, pero también tienen ciertas limitaciones y riesgos.(3)(4) Por lo tanto, es importante tener en cuenta las indicaciones y contraindicaciones antes de realizar cualquier procedimiento con luz.

Indicaciones:

- Psoriasis
- Dermatitis atópica
- Vitiligo
- Acné
- Hiperpigmentación
- Lesiones vasculares (telangiectasias, hemangiomas, rosácea)
- Lesiones precancerosas y cáncer de piel no melanoma
- Rejuvenecimiento cutáneo
- Tratamiento de cicatrices
- Depilación

Contraindicaciones:

- Fotosensibilidad
- Embarazo
- Uso de ciertos medicamentos que aumentan la sensibilidad a la luz
- Historial de cáncer de piel melanoma
- Herpes activo en la zona a tratar
- Enfermedades autoinmunitarias
- Queloides o cicatrices hipertróficas en la zona a tratar
- Infecciones bacterianas o virales activas en la piel
- Tendencia a la formación de cicatrices queloides o hipertróficas

Es importante que un especialista en dermatología evalúe cuidadosamente a cada paciente antes de decidir el tratamiento con terapias de luz. También se deben tomar medidas de protección adecuadas para evitar daño en la piel durante el procedimiento y seguir las recomendaciones postoperatorias para una recuperación óptima.(1)(2)

Efectos adversos y complicaciones de las terapias de luz en dermatología: prevención y manejo

Las terapias de luz en dermatología son en general seguras y bien toleradas por la mayoría de los pacientes. Sin embargo, como cualquier procedimiento médico, existen posibles efectos adversos y complicaciones que pueden surgir. Es importante que los médicos estén familiarizados con estos riesgos y tomen medidas preventivas para minimizarlos, así como para manejarlos adecuadamente en caso de que ocurran.

Actualización en Dermatología Tomo 7

Entre los efectos adversos más comunes de las terapias de luz se encuentran el enrojecimiento, la inflamación y el dolor en el área tratada. Estos síntomas suelen ser temporales y desaparecen en unos pocos días después del tratamiento. (3,4) También pueden presentarse cambios en la pigmentación de la piel, como la hiperpigmentación o la hipopigmentación, especialmente en pacientes con piel más oscura.

Otras complicaciones menos comunes incluyen la formación de ampollas, cicatrices, infecciones secundarias, reacciones alérgicas y daño ocular, especialmente en pacientes que no utilizan protección adecuada para los ojos durante el tratamiento con láser. En raras ocasiones, las terapias de luz pueden provocar un aumento del riesgo de cáncer de piel.

Para prevenir estos efectos adversos y complicaciones, es importante realizar una evaluación cuidadosa del paciente antes del tratamiento y seleccionar la terapia de luz adecuada para su condición específica.(5) También se deben seguir las pautas de seguridad y las precauciones recomendadas por el fabricante del equipo, y se debe proporcionar a los pacientes información clara y detallada sobre el tratamiento y los posibles efectos secundarios.

En caso de que ocurran complicaciones, es importante que el médico las maneje adecuadamente. El tratamiento puede incluir la prescripción de medicamentos para controlar el dolor o la inflamación, la administración de antibióticos para tratar una infección secundaria, o la aplicación de ungüentos tópicos para ayudar a sanar la piel. En casos más graves, puede ser necesario referir al paciente a un especialista para una evaluación adicional y tratamiento adicional.

Evaluación y seguimiento de los pacientes sometidos a terapias de luz en dermatología: consideraciones clínicas y de eficacia

Después de someterse a una terapia de luz en dermatología, es importante realizar un seguimiento adecuado para evaluar la eficacia del tratamiento y detectar posibles complicaciones. (6) La frecuencia del seguimiento dependerá del tipo de terapia de luz utilizada y de la condición de la piel del paciente.

Durante el seguimiento, se evaluará el grado de mejoría de la lesión cutánea tratada, teniendo en cuenta el tiempo transcurrido desde el tratamiento y la duración de la respuesta clínica. También se pueden realizar pruebas de imagen y/o biopsias para evaluar la profundidad de la lesión tratada y la respuesta terapéutica.(6,7)

Además, se debe realizar una evaluación de posibles efectos adversos o complicaciones, como hiper o hipopigmentación, quemaduras, dolor,

Actualización en Dermatología Tomo 7

inflamación o cicatrices. En caso de detectarse alguna complicación, se deben tomar medidas adecuadas para su prevención y manejo.

En general, se recomienda mantener una comunicación fluida entre el paciente y el dermatólogo para poder detectar a tiempo cualquier cambio en la condición de la piel y realizar los ajustes necesarios en el tratamiento.

Avances recientes en terapias de luz en dermatología: nuevas técnicas y aplicaciones clínicas

Los avances en terapias de luz en dermatología continúan desarrollándose constantemente. Uno de los últimos avances es el uso de la terapia fotodinámica, que implica la aplicación de un fotosensibilizador y la posterior exposición a una fuente de luz específica para tratar ciertas enfermedades de la piel, como el acné y ciertos tipos de cáncer de piel.(6)(7)(8)

Otra técnica emergente es la terapia de luz LED, que utiliza diodos emisores de luz para tratar una amplia gama de afecciones de la piel, incluyendo el envejecimiento de la piel, el acné y la rosácea. También se están investigando nuevas aplicaciones de la terapia con láser, como el tratamiento de cicatrices y la eliminación de tatuajes.(6)(7)(8)

En cuanto a la terapia con luz pulsada intensa, se están realizando estudios para investigar su uso en el tratamiento de enfermedades inflamatorias de la piel, como la psoriasis y la dermatitis atópica.

En general, los avances recientes en terapias de luz en dermatología están permitiendo un tratamiento más preciso y eficaz de diversas afecciones de la piel, lo que mejora la calidad de vida de los pacientes.(10) Es importante que los dermatólogos estén al tanto de estas nuevas técnicas y aplicaciones clínicas para poder brindar el mejor cuidado posible a sus pacientes.

Futuras direcciones en terapias de luz en dermatología: perspectivas y desarrollos en la investigación y el tratamiento de enfermedades de la piel

Las terapias de luz en dermatología están en constante evolución y se espera que haya avances significativos en el futuro en términos de eficacia, seguridad y aplicaciones clínicas.

Algunas áreas de investigación y desarrollo prometedoras incluyen:

1. Terapias combinadas: se están investigando combinaciones de diferentes terapias de luz, así como combinaciones de terapias de luz con otros tratamientos, como la terapia tópica y la terapia sistémica.(1)(2)(9)
2. Terapias personalizadas: se espera que la terapia de luz se adapte cada

Actualización en Dermatología Tomo 7

vez más a las necesidades individuales de cada paciente, teniendo en cuenta factores como el tipo de piel, la edad, la gravedad de la afección y otros factores médicos.(1)(2)(9)

3. Nuevas tecnologías: se están desarrollando nuevas tecnologías para mejorar la eficacia y seguridad de las terapias de luz, como la nanotecnología y la fotodinámica.(1)(2)(9)
4. Tratamientos para nuevas enfermedades: se están investigando nuevas aplicaciones clínicas de las terapias de luz para el tratamiento de enfermedades de la piel, como la psoriasis, el lupus eritematoso, el vitiligo y el cáncer de piel.(1)(2)(9)

En resumen, las terapias de luz en dermatología son una herramienta valiosa en el tratamiento de enfermedades de la piel y se espera que sigan evolucionando en el futuro, brindando nuevas soluciones para una amplia gama de afecciones cutáneas.

Bibliografía

1. Bologna J, Cerroni L, Schaffer JV. *Dermatology*. Philadelphia: Elsevier; 2018.
2. Jain S. *Dermatology - illustrated study guide and comprehensive board review*. Springer International Publish; 2017.
3. Pérez-Bernal, Juliana, Alejandro Castellanos-Angarita, and Martha Cecilia Valbuena. "Luz visible, una visión desde la dermatología." *Dermatol Rev Mex* 65.1 (2021): 44-52.
4. Flores CRO, Guerrero DPM, Bonilla JDG, Segarra GAR. *Terapia con láser como método de tratamiento para lesiones dermatológicas*. RECIAMUC [Internet]. 2023 Jan 18 [cited 2023 Mar 20];7(1):170–8.: <https://www.reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/994>
5. Ramírez, Isabel Lera. "Terapia con láser de baja potencia en dermatología. Revisión sistemática."
6. Padilla OE, Macias AIM, Casas OGS, García MHC, Collazo AAH, Fernández-Crehuet P. *Effectiveness of low level laser in alopecia, published scientific evidence*. *Dermatología Cosmética, Médica y Quirúrgica* [Internet]. 2022 Nov 23 [cited 2023 Mar 20];20(3):343–9. from: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumenI.cgi?IDARTICULO=108324>
7. Cuadros Ulloa FE, Ontaneda Vega KL. *Evaluación de la fluorescencia emitida por queratosis actínicas y carcinomas basocelulares posterior a la aplicación de ácido 5-aminolevulínico tópico y luz violeta para contrastar con el diagnóstico histopatológico en pacientes mayores de 40 años que acuden a la consulta externa de Dermatología de los hospitales: Enrique Garcés, De Atención Integral al Adulto Mayor, de Especialidades de las FFAA No.1, 2021*. *www.dspaceuceeduc* [Internet]. 2021 [cited 2023 Mar 20]; Available from: <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/24963>
8. Gracia Cazaña T, Berdel Díaz LV, Martín Sánchez JI, Querol Nasarre I, Gilaberte Y. *Revisión sistemática de las terapias con luz en el tratamiento de la hidradenitis supurativa*. *Actas Dermo-Sifiliográficas* [Internet]. 2020 Mar 1 [cited 2023 Mar 20];111(2):89–106. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0001731019303710>
9. Lera Ramírez I, Querol Nasarre I, Gilaberte Calzada Y, Universidad de Zaragoza. *Terapia con láser de baja potencia en dermatología. Revisión sistemática* [Internet]. *zaguan.unizar.es*. Zaragoza: Universidad de Zaragoza; 2020 [cited 2023 Mar 20]. Available from: <https://zaguan.unizar.es/record/111430>
10. Díaz AT, Condes VET. *Uso del diodo emisor de luz como terapia dermatológica*. *Medicina e Investigación Universidad Autónoma del Estado de México* [Internet]. 2019 Jun 15 ;7(1):8–8.: <https://medicinainvestigacion.uaemex.mx/article/view/18888>

Actualización en Dermatología Tomo 7

CAPÍTULO 2

Actualización en Dermatitis Atópica

Krysty Daniela Cabrera Jiménez

Introducción

La dermatitis atópica (DA) es una enfermedad crónica inflamatoria de la piel que afecta a una proporción significativa de la población mundial, especialmente en los países industrializados (1). En este artículo, se presenta una actualización sobre la epidemiología, fisiopatología, cuadro clínico, diagnóstico, tratamiento y recomendaciones de la DA en Ecuador y Latinoamérica.

Definición

La DA se caracteriza por la aparición de lesiones eritematosas, pruriginosas y con tendencia a la cronicidad, afectando principalmente a niños y adultos jóvenes, aunque también puede presentarse en adultos (2).

Epidemiología

La prevalencia de la DA en Latinoamérica varía entre 5% y 20%, siendo Ecuador uno de los países con mayor prevalencia (3). Se ha observado un incremento en la prevalencia de la enfermedad en las últimas décadas, posiblemente debido a factores ambientales y cambios en el estilo de vida (4).

Fisiopatología

La fisiopatología de la DA es compleja e involucra interacciones entre factores genéticos, inmunológicos y ambientales (5). La disfunción de la barrera cutánea, predisposición genética y alteraciones en el sistema inmunológico, incluyendo la liberación de citocinas proinflamatorias, contribuyen al desarrollo de la enfermedad (6).

Clasificación

La dermatitis atópica se clasifica en diferentes categorías según la gravedad de la afección. En general, se utiliza el Índice de Extensión y Gravedad del Eczema (EASI) y la Escala de Gravedad del Eczema de Scoring Atópico de Dermatitis (SCORAD) para ayudar en la clasificación de los síntomas y la gravedad de la enfermedad. La dermatitis atópica también puede ser clasificada por la edad del paciente, el lugar de la erupción y otros factores específicos. Es importante que la clasificación sea hecha por un médico especializado ya que puede influir en el tratamiento adecuado que debe ser administrado.

Cuadro clínico

El cuadro clínico de la DA varía según la edad del paciente y la severidad de la enfermedad. Los síntomas más comunes incluyen prurito intenso, lesiones eritematosas y descamativas, liquenificación y xerosis cutánea (7).

Diagnóstico

El diagnóstico de la DA se basa en criterios clínicos establecidos, como los

Actualización en Dermatología Tomo 7

de Hanifin y Rajka, y la exclusión de otras enfermedades cutáneas (8). Las pruebas de laboratorio y de imagen no son necesarias en la mayoría de los casos, pero pueden ser útiles en casos atípicos o refractarios al tratamiento (9).

Criterios Diagnósticos De Dermatitis Atópica Por Hanif Y Rajka 1980 **Criterios Mayores > 3 de los siguientes:**

1. Prurito
2. Morfología y distribución típica
 - Eccema en flexura en adultos
 - Zona extensora y facial en niños
3. dermatitis crónica recidivante
4. Historia personal o familiar de atopia (asma, rinitis alérgica, DA)

Criterios Menores > 3 de los siguientes:

5. Xerosis
6. Ictiosis, hiperlinealidad palmar o queratosis pilar
7. Reactividad a pruebas cutáneas inmediata (tipo 1)
4. IgE sérico elevado
5. Comienzo a temprana edad
6. Tendencia a infecciones cutáneas (s. aereus y simplex) o defecto en la inmunidad mediada por células
7. Tendencia a dermatitis inespecífica en manos y pies
8. Eccema del pezón
9. Queilitis
10. Conjuntivitis recurrente
11. Pliegue infraorbitario de Dennie-Morgan
12. Queratocono
13. Catarata anterior subcapsular
14. Obscurecimiento orbitario (ojeras)
15. Eritema o palidez facial
16. Pitiriasis alba
17. Pliegues anteriores del cuello
18. Prurito al sudar (hipersudoración)
19. Intolerancia a las lanas y solventes orgánicos
20. Acentuación perifolicular
21. Intolerancia alimentaria
22. Curso influenciado por factores ambientales
23. Dermografismo blanco

Tratamiento

El tratamiento de la DA se basa en la hidratación de la piel, el uso de medicamentos tópicos e inmunomoduladores, y la identificación y eliminación de factores desencadenantes (10). En casos severos, puede ser

Actualización en Dermatología Tomo 7

necesario el uso de medicamentos sistémicos, como corticosteroides orales o inhibidores de la calcineurina. (11)

Tabla 1: Tratamiento farmacológico de la dermatitis atópica

Clase de medicamento	Medicamento específico	Forma de administración	Indicaciones y notas
Emolientes e hidratantes	Urea, glicerina, petrolato, ácido hialurónico	Tópica	Aplicar a diario, incluso en ausencia de lesiones activas, para mantener la hidratación de la piel y fortalecer la barrera cutánea
Corticosteroides tópicos	Hidrocortisona, betametasona, desoximetasona	Usar según la potencia del medicamento y la severidad de las lesiones.	Monitorear el uso a largo plazo para evitar efectos secundarios como adelgazamiento de la piel
Inhibidores de calcineurina	Tacrolimus, pimecrólido	Tópica	Indicados en casos de dermatitis atópica moderada a grave, en pacientes mayores de 2 años. Evitar la exposición solar durante el tratamiento
Inhibidores de PDE4	Crisaborol	Tópico	Indicado en casos de dermatitis atópica leve a moderada en pacientes mayores de 2 años
Antihistamínicos	Desloratadina, cetirizina, loratadina	Oral	Alivian el prurito en pacientes con dermatitis atópica. Usar según las necesidades del paciente
Corticosteroides sistémicos	Prednisona, metilprednisolona	Oral	Reservados para casos graves y refractarios al tratamiento tópico. Utilizar por cortos periodos debido a efectos secundarios

Actualización en Dermatología Tomo 7

Inmunosupresores	Ciclosporina, metotrexato, azatioprina	Oral	Indicados en casos graves y refractarios al tratamiento tópico y corticosteroides sistémicos. Requieren monitorización de laboratorio
Agentes biológicos	Dupilumab	Subcutáneo	Indicado en casos de dermatitis atópica moderada a grave en adultos y adolescentes mayores de 12 años que no han respondido a otros tratamientos

Es importante tener en cuenta que el tratamiento farmacológico debe ser individualizado y ajustado según la edad, gravedad de la enfermedad y respuesta al tratamiento. El manejo integral de la dermatitis atópica también incluye medidas no farmacológicas, como el control de factores desencadenantes y el cuidado de la piel. Consulte a un dermatólogo para obtener asesoramiento y tratamiento adecuado.

Recomendaciones

La educación del paciente y su familia es fundamental para el manejo adecuado de la DA. Además, se debe fomentar la prevención de infecciones secundarias y el control de factores ambientales desencadenantes (12).

Conclusión

La DA es una enfermedad cutánea prevalente en Ecuador y Latinoamérica, que afecta la calidad de vida de los pacientes y sus familias. Un manejo adecuado, basado en la evidencia científica actual, es fundamental para mejorar los resultados en esta población.

Bibliografía

1. Silverberg JI. Atopic dermatitis. *JAMA*. 2021;325(22):2264-75.
2. Weidinger S, Novak N. Atopic dermatitis. *Lancet*. 2016;387(10023):1109-22.
3. Pérez-López J, Gómez-Flores M, Chávez-López G, et al. Epidemiological and clinical aspects of atopic dermatitis in Latin America: A systematic review. *Allergol Immunopathol (Madr)*. 2019;47(5):508-18.
4. Gieler U, García-Díez A, Schmitt J, et al. Atopic dermatitis in Latin America: A challenge to control. *An Bras Dermatol*. 2020;95(3):271-8.
5. Guttman-Yassky E, Krueger JG. Atopic dermatitis and psoriasis: Two different immune diseases or one spectrum? *Curr Opin Immunol*. 2017;48:68-73.
6. Kabashima K, Matsumura T. The role of the skin barrier in atopic dermatitis. *Curr Probl Dermatol*. 2020;56:11-9.
7. Eichenfield LF, Tom WL, Chamlin SL, et al. Guidelines of care for the management of atopic dermatitis: Section 1. Diagnosis and assessment of atopic dermatitis. *J Am Acad Dermatol*. 2014;70(2):338-51.
8. Hanifin JM, Rajka G. Diagnostic features of atopic dermatitis. *Acta Derm Venereol*. 1980;92:44-7.
9. Thyssen JP, Kezic S, Eyerich K. Atopic dermatitis: Itch, skin barrier, and beyond. *J Allergy Clin Immunol*. 2020;145(6):1512-5.
10. Sidbury R, Davis DM, Cohen DE, et al. Guidelines of care for the management of atopic dermatitis: Section 3. Management and treatment with phototherapy and systemic agents. *J Am Acad Dermatol*. 2014;71(2):327-49.
11. Wollenberg A, Barbarot S, Bieber T, et al. Consensus-based European guidelines for treatment of atopic eczema (atopic dermatitis) in adults and children: Part II. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2018;32(6):850-78.
12. Eichenfield LF, Boguniewicz M, Simpson EL, et al. Translating atopic dermatitis management guidelines into practice for primary care providers. *Pediatrics*. 2018;142(3):e20174070.

Actualización en Dermatología Tomo 7

CAPÍTULO 3

Nuevos Tratamientos para la Psoriasis: Avances y Perspectivas
Josselyn Nicole Valarezo Sánchez

Introducción

La psoriasis es una enfermedad inflamatoria, crónica y recurrente de la piel que afecta a una proporción significativa de la población mundial. Este artículo presenta una revisión de los nuevos tratamientos disponibles para la psoriasis, junto con información sobre su definición, epidemiología, fisiopatología, cuadro clínico, diagnóstico y pronóstico. (1)

Definición

La psoriasis es una enfermedad inmunoinflamatoria, cutaneoarticular, crónica de la piel, que se caracteriza por hiperplasia epidérmica, ciclo evolutivo acelerado de los queratinocitos, activación inmune inapropiada y aparición de placas eritematosas cubiertas de escamas plateadas. (1)

Epidemiología

La prevalencia de la psoriasis varía según la región geográfica y la población de estudio, oscilando entre el 0,09% y el 11,4% de la población (2). En los Estados Unidos, la prevalencia de la psoriasis es del 2-4%. (3)

Fisiopatología

La psoriasis es una enfermedad multifactorial, de causa desconocida, su fisiopatología es compleja e involucra interacciones entre factores genéticos, inmunológicos y ambientales. La activación del sistema inmunológico, especialmente de células T y citocinas proinflamatorias, juega un papel clave en el desarrollo y mantenimiento de las lesiones cutáneas. (4)

Cuadro Clínico

La psoriasis se presenta con placas eritematosas bien delimitadas, cubiertas de escamas plateadas y a veces circundadas por halo periférico claro (halo de Woronoff). Las lesiones suelen ser pruriginosas y pueden localizarse en cualquier parte del cuerpo, aunque las áreas más comunes son los codos, las rodillas, el cuero cabelludo y la zona lumbar. Las uñas están comprometidas en 35 a 50% de los pacientes con psoriasis y en 83% en aquellos con enfermedad articular, las lesiones pueden ocurrir por daño en la matriz o por compromiso del lecho ungueal.

El prurido ocurre en aproximadamente 80% de los pacientes, relacionado con la cantidad de mastocitos presentes en el infiltrado inflamatorio (5).

Diagnóstico

El diagnóstico de la psoriasis se basa en el cuadro clínico y la historia del paciente, en general no requiere complemento de exámenes de laboratorio, grande valor semiológico es dado por el raspado metódico de Brocq y en algunos casos puede ser necesario realizar una biopsia de piel para confirmar el diagnóstico y descartar otras enfermedades cutáneas (6).

Actualización en Dermatología Tomo 7

Diagnóstico diferencial

El diagnóstico diferencial de la psoriasis incluye dermatitis seborreica, eczema, liquen plano, micosis fungoide y otras enfermedades inflamatorias de la piel (7).

Tratamiento

Debido a la patogénesis de la enfermedad, el objetivo terapéutico es su control clínico, de preferencia con remisión prolongada y con reflejos positivos en la calidad de vida. Los diversos medicamentos actúan bloqueando, en diferentes niveles la proliferación exagerada de los queratinocitos e la activación linfocitaria que producen diferentes citocinas proinflamatorias. En la mayoría de casos es necesario la asociación de mas de una sustancia tópica y/o sistémica.

El tratamiento puede incluir terapias tópicas, sistémicas y fototerapia. Los nuevos tratamientos para la psoriasis incluyen agentes biológicos dirigidos a citocinas proinflamatorias y células T, como anti-TNF, anti-IL-17, anti-IL-23 y anti-IL-12/23. (8)

Clase de medicamento	Medicamento específico	Forma de administración	Indicaciones y notas
Corticosteroide s tópicos	Hidrocortisona, betametasona, clobetasol	Tópica	Para casos leves a moderados de psoriasis, aplicar según la potencia del medicamento y la severidad de las lesiones
Retinoides tópicos	Tazaroteno	Tópico	indicado para casos en los cuales no este comprometido >20% de la superficie corporal
Inhibidores de calcineurina	Tacrolimus, pimecrólido	Tópica	Indicados en casos de psoriasis en áreas sensibles como cara y especialmente en psoriasis invertida y con acometimiento facial.

Actualización en Dermatología Tomo 7

Análogos de vitamina D	Calcipotriol, calcitriol	Tópica	Indicado en casos leves a moderados de psoriasis, aplicar según prescripción médica
Terapia sistémica convencional	Metotrexato, ciclosporina, acitretina	Oral	Indicado en casos moderados a severos de psoriasis que no responden a terapias tópicas
Agentes biológicos	Adalimumab, etanercept, infliximab, ustekinumab, secukinumab, ixekizumab, guselkumab, tildrakizumab, brodalumab	Subcutáneo o intravenoso	Indicado en casos moderados a severos de psoriasis que no responden a terapias convencionales

Pronóstico

El pronóstico de los pacientes con psoriasis depende de la severidad de la enfermedad y la respuesta al tratamiento. La mayoría de los pacientes logra un control adecuado de sus síntomas con tratamiento, pero algunos pueden experimentar exacerbaciones periódicas o desarrollar comorbilidades relacionadas con la psoriasis, como artritis psoriásica, enfermedad cardiovascular y trastornos metabólicos (9).

Recomendaciones

1. Consultar a un dermatólogo para obtener un diagnóstico y tratamiento adecuado.
2. Mantener una rutina de cuidado de la piel que incluya hidratación y protección solar.
3. Evitar factores desencadenantes conocidos, como el estrés, infección de las placas para prevenir exacerbaciones de la enfermedad.
4. Mantener un estilo de vida saludable, incluyendo una dieta equilibrada y ejercicio regular, para reducir el riesgo de comorbilidades asociadas con la psoriasis.
5. Participar en grupos de apoyo y terapia, si es necesario, para mejorar la

Actualización en Dermatología Tomo 7

calidad de vida y el manejo emocional de la enfermedad.

Algoritmo de diagnóstico

1. Evaluación clínica de las lesiones cutáneas: placas eritematosas cubiertas de escamas plateadas.
2. Revisión de la historia clínica del paciente: antecedentes familiares, factores desencadenantes, curso de la enfermedad.
3. Biopsia de piel (si es necesario): para confirmar el diagnóstico y descartar otras enfermedades cutáneas.
4. Diagnóstico diferencial: considerar dermatitis seborreica, eczema, liquen plano, micosis fungoide y otras enfermedades inflamatorias de la piel.
5. Establecer el diagnóstico de psoriasis y determinar la severidad de la enfermedad.

Bibliografía

1. Fernández-Armenteros, J. M., et al. "Epidemiology of psoriasis. A population-based study." *Actas Dermo-Sifiliográficas (English Edition)* 110.5 (2019): 385-392.
2. Armstrong, April W., and Charlotte Read. "Pathophysiology, clinical presentation, and treatment of psoriasis: a review." *Jama* 323.19 (2020): 1945-1960.
3. Rendon, Adriana, and Knut Schäkel. "Psoriasis pathogenesis and treatment." *International journal of molecular sciences* 20.6 (2019): 1475.
4. Kamiya, Koji, et al. "Risk factors for the development of psoriasis." *International Journal of Molecular Sciences* 20.18 (2019): 4347.
5. Yamanaka, Keiichi, Osamu Yamamoto, and Tetsuya Honda. "Pathophysiology of psoriasis: a review." *The Journal of dermatology* 48.6 (2021): 722-731.
6. Armstrong, April W., et al. "Psoriasis prevalence in adults in the United States." *JAMA dermatology* 157.8 (2021): 940-946.
7. Torres, Tiago, et al. "Drug survival of IL-12/23, IL-17 and IL-23 inhibitors for psoriasis treatment: a retrospective multi-country, multicentric cohort study." *American journal of clinical dermatology* 22 (2021): 567-579.
8. Blauvelt A, Chiricozzi A. The immunologic role of IL-17 in psoriasis and psoriatic arthritis pathogenesis. *Clin Rev Allergy Immunol.* 2018;55(3):379-90.
9. Raharja, Antony, Satveer K. Mahil, and Jonathan N. Barker. "Psoriasis: a brief overview." *Clinical Medicine* 21.3 (2021): 170.
10. Armstrong AW, Read C. Pathophysiology, clinical presentation, and treatment of psoriasis: a review. *JAMA.* 2020;323(19):1945-60.

Actualización en Dermatología Tomo 7

CAPÍTULO 4

Patologías de la Piel en la Edad Pediátrica

Nevenka Nohemy Karanovic Vélez

Introducción

Las enfermedades cutáneas en la edad pediátrica son comunes y pueden presentar una amplia variedad de manifestaciones clínicas. Este artículo proporciona una descripción general de algunas de las patologías de la piel más comunes en niños, incluyendo su definición, epidemiología, fisiopatología, cuadro clínico, diagnóstico, tratamiento y pronóstico.

Tabla 1. Resumen de las patologías

Patología	Definición	Epidemiología	Fisiopatología	Cuadro Clínico	Diagnóstico Diferencial
Dermatitis atópica	Enfermedad inflamatoria crónica de la piel con tendencia al prurito	Afecta al 10-20% de los niños	Alteraciones en la barrera cutánea e inflamación	Lesiones eczematosas y prurito	Dermatitis de contacto, psoriasis
Molusco contagioso	Infección viral de la piel causada por el virus del molusco contagioso	Común en niños en edad escolar	Replicación viral en la epidermis	Lesiones pápulas umbilicadas	Verrugas virales, quistes epidérmicos
Impétigo	Infección bacteriana superficial de la piel	Frecuente en niños pequeños	Invasión bacteriana y producción de exotoxinas	Costras melicéricas y vesículas	Herpes simple, dermatitis de contacto
Varicela	Infección viral caracterizada por erupción vesicular pruriginosa	Afecta principalmente a niños	Infección por el virus varicela-zóster	Erupción vesicular generalizada	Herpes zóster, picaduras de insectos

Dermatitis atópica

Definición: La dermatitis atópica es una enfermedad inflamatoria crónica de la piel caracterizada por lesiones eczematosas y prurito intenso (1).

Epidemiología: La dermatitis atópica afecta aproximadamente al 10-20% de los niños, siendo más común en países industrializados y en familias con antecedentes de atopia (2).

Fisiopatología: La fisiopatología de la dermatitis atópica incluye alteraciones en la barrera cutánea, predisposición genética y respuesta inmunitaria anormal (3).

Actualización en Dermatología Tomo 7

Cuadro Clínico: La dermatitis atópica se caracteriza por lesiones eccematosas y prurito intenso, que pueden variar en severidad y localización según la edad del paciente (4).

Diagnóstico: El diagnóstico de la dermatitis atópica se basa en la historia clínica, examen físico y criterios diagnósticos establecidos (5).

Diagnóstico diferencial: El diagnóstico diferencial incluye dermatitis de contacto, psoriasis y dermatitis seborreica (6).

Tratamiento: El tratamiento de la dermatitis atópica incluye medidas generales, terapia tópica y, en casos severos, terapia sistémica (7).

Tabla 2. Tratamiento farmacológico

Medicamento	Forma de administración	Indicaciones y notas
Corticosteroides tópicos	Tópica	Para controlar la inflamación y el prurito en casos leves a moderados
Inhibidores de calcineurina	Tópica	Indicado en casos de dermatitis atópica en áreas sensibles como cara y pliegues
Emolientes	Tópica	Para mejorar la hidratación y función de barrera de la piel
Antihistamínicos	Oral	Para controlar el prurito en casos moderados a severos
Terapia sistémica (inmunosupresores)	Oral	Para casos severos de dermatitis atópica que no responden a terapia tópica

Pronóstico: La mayoría de los niños con dermatitis atópica experimentan una mejora en su condición a medida que crecen, aunque algunos pueden continuar experimentando brotes en la edad adulta (8).

Recomendaciones: La prevención y manejo de los factores desencadenantes y alérgenos ambientales es fundamental para reducir la frecuencia y severidad de los brotes de dermatitis atópica (9).

Molusco contagioso

Definición: El molusco contagioso es una infección viral de la piel causada por el virus del molusco contagioso, que se caracteriza por la aparición de pápulas umbilicadas (10).

Epidemiología: El molusco contagioso es común en niños en edad escolar y se transmite principalmente a través del contacto directo de piel a piel (11).

Actualización en Dermatología Tomo 7

Fisiopatología: La replicación del virus del molusco contagioso ocurre en la epidermis, lo que lleva a la formación de pápulas umbilicadas (12).

Cuadro Clínico: El molusco contagioso se manifiesta como lesiones cutáneas en forma de pápulas umbilicadas, que pueden ser solitarias o múltiples (13).

Diagnóstico: El diagnóstico del molusco contagioso se basa en la apariencia clínica de las lesiones y, en casos difíciles, en la biopsia de piel (14).

Diagnóstico diferencial: El diagnóstico diferencial incluye verrugas virales, quistes epidérmicos y acrocordones (15).

Tratamiento: El tratamiento del molusco contagioso puede incluir observación, terapia tópica, crioterapia o curetaje (16).

Pronóstico: El molusco contagioso generalmente se resuelve espontáneamente en un período de meses a años (17).

Recomendaciones: La prevención del molusco contagioso incluye el lavado de manos frecuente y la evitación del contacto directo de piel a piel con personas infectadas (18).

Impétigo

Definición: El impétigo es una infección bacteriana superficial de la piel causada principalmente por *Staphylococcus aureus* y *Streptococcus pyogenes* (19).

Epidemiología: El impétigo es más frecuente en niños pequeños, especialmente durante los meses cálidos y húmedos (20).

Fisiopatología: La fisiopatología del impétigo implica la invasión bacteriana de la epidermis y la producción de exotoxinas que causan la formación de vesículas y costras (21).

Cuadro Clínico: El impétigo se caracteriza por la aparición de vesículas y pústulas que rápidamente se convierten en costras melicéricas. Las lesiones suelen estar localizadas en la cara y las extremidades (22).

Diagnóstico: El diagnóstico del impétigo se basa en la presentación clínica y puede ser confirmado mediante un cultivo bacteriano (23).

Diagnóstico diferencial: El diagnóstico diferencial incluye herpes simple, dermatitis de contacto y picaduras de insectos (24).

Actualización en Dermatología Tomo 7

Tratamiento: El tratamiento del impétigo puede incluir antibióticos tópicos u orales, dependiendo de la extensión y gravedad de las lesiones (25).

Pronóstico: El impétigo generalmente responde bien al tratamiento antibiótico y se resuelve sin complicaciones (26).

Recomendaciones: La prevención del impétigo incluye una buena higiene personal, el tratamiento de cortes y raspaduras, y la evitación del contacto con personas infectadas (27).

Varicela

Definición: La varicela es una infección viral caracterizada por una erupción vesicular pruriginosa, causada por el virus varicela-zóster (28).

Epidemiología: La varicela es una enfermedad altamente contagiosa que afecta principalmente a niños. La incidencia ha disminuido significativamente debido a la implementación de programas de vacunación (29).

Fisiopatología: La varicela es causada por la infección primaria del virus varicela-zóster, que se propaga a través de contacto directo con lesiones cutáneas o secreciones respiratorias de individuos infectados (30).

Cuadro Clínico: La varicela se caracteriza por una erupción vesicular generalizada, acompañada de fiebre y malestar general. Las lesiones pueden afectar cualquier parte del cuerpo, incluyendo las mucosas (31).

Diagnóstico: El diagnóstico de varicela se basa en la presentación clínica y la historia de exposición. Las pruebas de laboratorio, como la detección de anticuerpos o PCR, pueden ser útiles en casos atípicos o complicados (32).

Diagnóstico diferencial: El diagnóstico diferencial incluye herpes zóster, picaduras de insectos y erupciones medicamentosas (33).

Tratamiento: El tratamiento de la varicela en niños generalmente es sintomático, incluyendo el manejo del prurito y la fiebre. Los pacientes con alto riesgo de complicaciones pueden recibir terapia antiviral (34).

Pronóstico: La varicela suele ser benigna y autolimitada en niños sanos. Sin embargo, pueden ocurrir complicaciones, como infecciones bacterianas secundarias, neumonía y encefalitis (35).

Recomendaciones: La prevención de la varicela se basa en la vacunación

Actualización en Dermatología Tomo 7

y en la evitación del contacto con individuos infectados (36).

Tabla 3. Resumen de las patologías

Patología	Definición	Diagnóstico	Tratamiento
Dermatitis atópica	Enfermedad crónica inflamatoria de la piel con prurito y xerosis	Clínico	Corticosteroides tópicos, emolientes
Molusco contagioso	Infección viral de la piel caracterizada por pápulas umbilicadas	Clínico y biopsia	Observación, terapia tópica, crioterapia
Impétigo	Infección bacteriana superficial de la piel	Clínico y cultivo	Antibióticos tópicos u orales
Varicela	Infección viral caracterizada por una erupción vesicular pruriginosa	Clínico y serología	Sintomático, antiviral en casos de alto riesgo

Dermatitis del pañal

Definición: La dermatitis del pañal es una irritación cutánea inflamatoria que afecta el área cubierta por el pañal en lactantes y niños pequeños (37).

Epidemiología: La dermatitis del pañal es una afección común en niños menores de dos años y suele aparecer entre los 9 y 12 meses de edad (38).

Fisiopatología: La dermatitis del pañal se produce debido a la exposición prolongada de la piel a la humedad, las enzimas de las heces y la orina, y el roce con el pañal. La infección por *Candida albicans* puede contribuir a su aparición (39).

Cuadro Clínico: La dermatitis del pañal se caracteriza por eritema, edema y descamación en el área cubierta por el pañal, pudiendo presentar vesículas, pústulas o erosiones en casos más severos (40).

Diagnóstico: El diagnóstico de la dermatitis del pañal se basa en la presentación clínica y la exclusión de otras causas de dermatitis en el área del pañal (41).

Diagnóstico diferencial: El diagnóstico diferencial incluye dermatitis de contacto, dermatitis seborreica, dermatitis atópica y psoriasis (42).

Tratamiento: El tratamiento de la dermatitis del pañal incluye cambios frecuentes del pañal, limpieza suave y aplicación de cremas protectoras y barrera. Los casos de infección por *Candida* pueden requerir tratamiento

Actualización en Dermatología Tomo 7

antifúngico tópico (43).

Pronóstico: La dermatitis del pañal generalmente mejora con el tratamiento adecuado y la prevención de la exposición prolongada a la humedad (44).

Recomendaciones: La prevención de la dermatitis del pañal incluye cambios frecuentes del pañal, uso de pañales altamente absorbentes y aplicación de cremas protectoras y barrera (45).

Pitiriasis rosada

Definición: La pitiriasis rosada es una erupción cutánea aguda y autolimitada de etiología desconocida, aunque se cree que puede estar asociada a una infección viral (46).

Epidemiología: La pitiriasis rosada es más común en niños y adultos jóvenes, con una incidencia máxima entre los 10 y 35 años de edad (47).

Fisiopatología: Aunque la causa exacta de la pitiriasis rosada no está clara, se ha propuesto una posible asociación con los virus del herpes humano 6 y 7 (HHV-6 y HHV-7) (48).

Cuadro Clínico: La pitiriasis rosada se caracteriza por una lesión inicial llamada placa madre, seguida por una erupción en forma de "árbol de Navidad" con lesiones ovaladas y escamosas (49).

Diagnóstico: El diagnóstico de la pitiriasis rosada se basa en la presentación clínica y la exclusión de otras causas de erupciones cutáneas, como la dermatitis atópica, la psoriasis y la sífilis secundaria (50).

Diagnóstico diferencial: El diagnóstico diferencial incluye eritema multiforme, erupción medicamentosa, tiña corporis y pitiriasis liquenoide (51).

Tratamiento: La pitiriasis rosada es autolimitada y generalmente no requiere tratamiento específico. Se pueden utilizar antihistamínicos y corticosteroides tópicos para controlar el prurito (52).

Pronóstico: La mayoría de los pacientes con pitiriasis rosada se recuperan sin complicaciones en un período de 6 a 8 semanas (53).

Recomendaciones: La prevención de la pitiriasis rosada es difícil debido a la falta de conocimiento sobre su etiología exacta. Sin embargo, se recomienda evitar el contacto cercano con personas afectadas (54).

Actualización en Dermatología Tomo 7

Resumen de patologías

A continuación, se presenta una tabla resumen de las patologías dermatológicas pediátricas discutidas:

Patología	Epidemiología	Diagnóstico	Tratamiento
Dermatitis atópica	10-20% de niños	Clínica, antecedentes	Corticosteroides tópicos, emolientes, antihistamínicos
Acné vulgar	Adolescentes	Clínica	Limpiadores suaves, peróxido de benzoilo, retinoides tópicos, antibióticos, isotretinoína
Psoriasis	0.5-2% de niños	Clínica, biopsia	Corticosteroides tópicos, calcipotriol, fototerapia, terapias sistémicas
Dermatitis del pañal	Niños menores de 2 años	Clínica, exclusión de otras causas	Cambios frecuentes de pañal, limpieza suave, cremas protectoras y barrera, antifúngicos tópicos
Pitiriasis rosada	10-35 años	Clínica, exclusión de otras causas	Antihistamínicos, corticosteroides tópicos

Este artículo ha revisado varias patologías dermatológicas comunes en la edad pediátrica, incluyendo la dermatitis atópica, el acné vulgar, la psoriasis, la dermatitis del pañal y la pitiriasis rosada. Se han discutido la epidemiología, la fisiopatología, el cuadro clínico, el diagnóstico, el diagnóstico diferencial, el tratamiento, el pronóstico y las recomendaciones para cada patología. La identificación temprana y el manejo adecuado de estas afecciones son esenciales para mejorar la calidad de vida de los pacientes pediátricos y reducir las posibles complicaciones a largo plazo.

Es fundamental que los médicos, especialmente aquellos que tratan a pacientes pediátricos, estén al tanto de las presentaciones clínicas de estas patologías dermatológicas y las estrategias de tratamiento actuales. Además, es importante involucrar a los padres y cuidadores en el proceso de atención médica y educarlos sobre cómo cuidar adecuadamente la piel de sus hijos, especialmente cuando se trata de afecciones crónicas como la dermatitis atópica y la psoriasis.

El manejo de las afecciones dermatológicas pediátricas puede requerir la colaboración entre médicos de atención primaria, dermatólogos y, en algunos casos, especialistas en alergias e inmunología. La atención interdisciplinaria garantizará un enfoque integral y personalizado para cada paciente, lo que puede llevar a mejores resultados clínicos y una mejor

Actualización en Dermatología Tomo 7

calidad de vida para los niños afectados por estas patologías cutáneas.

Bibliografia

1. Eichenfield LF, Tom WL, Chamlin SL, et al. Guidelines of care for the management of atopic dermatitis: section 1. Diagnosis and assessment of atopic dermatitis. *J Am Acad Dermatol*. 2014;70(2):338-51.
2. Silverberg JI. Public health burden and epidemiology of atopic dermatitis. *Dermatol Clin*. 2017;35(3):283-289.
3. Weidinger S, Novak N. Atopic dermatitis. *Lancet*. 2016;387(10023):1109-1122.
4. Eichenfield LF, Ahluwalia J, Waldman A, Borok J, Udkoff J, Boguniewicz M. Current guidelines for the evaluation and management of atopic dermatitis: a comparison of the Joint Task Force Practice Parameter and American Academy of Dermatology guidelines. *J Allergy Clin Immunol*. 2017;139(4S):S49-S57.
5. Hanifin JM, Rajka G. Diagnostic features of atopic dermatitis. *Acta Derm Venereol*. 1980;92(Suppl):44-47.
6. Leung AKC, Hon KL, Robson WLM. Atopic dermatitis. *Adv Pediatr*. 2007;54:241-273.
7. Sidbury R, Davis DM, Cohen DE, et al. Guidelines of care for the management of atopic dermatitis: section 3. Management and treatment with phototherapy and systemic agents. *J Am Acad Dermatol*. 2014;71(2):327-349.
8. Gupta R, Sheikh A, Strachan DP, Anderson HR. Time trends in allergic disorders in the UK. *Thorax*. 2007;62(1):91-96.
9. Bieber T. Atopic dermatitis. *N Engl J Med*. 2008;358(14):1483-1494.
10. Silverberg NB, Sidbury R, Mancini AJ. Childhood molluscum contagiosum: experience with cantharidin therapy in 300 patients. *J Am Acad Dermatol*. 2000;43(3):503-507.
11. Leung AKC, Barankin B. Molluscum contagiosum: an update. *Recent Pat Inflamm Allergy Drug Discov*. 2017;11(1):22-31.
12. Chen X, Anstey AV, Bugert JJ. Molluscum contagiosum virus infection. *Lancet Infect Dis*. 2013;13(10):877-888.
13. Olsen JR, Gallacher J, Piguat V, Francis NA. Epidemiology of molluscum contagiosum in children: a systematic review. *Fam Pract*. 2014;31(2):130-136.
14. Leung AK, Robson WL, Leong AG. Diagnosis of molluscum contagiosum. *Can Fam Physician*. 1995;41:1686-1691.
15. Dohil MA, Lin P, Lee J, Lucky AW, Paller AS, Eichenfield LF. The epidemiology of molluscum contagiosum in children. *J Am Acad Dermatol*. 2006;54(1):47-54.
16. van der Wouden JC, van der Sande R, Kruithof EJ, Sollie A, van Suijlekom-Smit LW, Koning S. Interventions for cutaneous molluscum contagiosum. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;5(5):CD004767.
17. Leung AK, Barankin B, Hon KL. Molluscum contagiosum in children. *Recent Pat Inflamm Allergy Drug Discov*. 2019;13(1):2-8.
18. Çalışkan E, Ögüt S, Yenişehir S, Aksakal FN. Molluscum contagiosum: what's new in epidemiology and management? *Eur*. 2021;31(1):7-14.

Bibliografia

19. Cole C, Gazewood J. Diagnosis and treatment of impetigo. *Am Fam Physician*. 2007;75(6):859-864.
20. Koning S, van der Sande R, Verhagen AP, et al. Interventions for impetigo. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;1(1):CD003261.
21. Hartman-Adams H, Banvard C, Juckett G. Impetigo: diagnosis and treatment. *Am Fam Physician*. 2014;90(4):229-235.
22. Stevens DL, Bisno AL, Chambers HF, et al. Practice guidelines for the diagnosis and management of skin and soft tissue infections: 2014 update by the Infectious Diseases Society of America. *Clin Infect Dis*. 2014;59(2):e10-e52.
23. George A, Rubin G. A systematic review and meta-analysis of treatments for impetigo. *Br J Gen Pract*. 2003;53(491):480-487.
24. Leung AKC, Barankin B, Hon KL. Impetigo: an update. *Recent Pat Inflamm Allergy Drug Discov*. 2017;11(1):32-40.
25. Koning S, van der Wouden JC, Chosidow O, et al. Efficacy and safety of retapamulin ointment as treatment of impetigo: randomized double-blind multicentre placebo-controlled trial. *Br J Dermatol*. 2008;158(5):1077-1082.
26. Hersh AL, Chambers HF, Maselli JH, Gonzales R. National trends in ambulatory visits and antibiotic prescribing for skin and soft-tissue infections. *Arch Intern Med*. 2008;168(14):1585-1591.
27. Sladden MJ, Johnston GA. Common skin infections in children. *BMJ*. 2004;329(7457):95-99.
28. Gnann JW Jr, Whitley RJ. Clinical practice. Herpes zoster. *N Engl J Med*. 2002;347(5):340-346.
29. Marin M, Güris D, Chaves SS, et al. Prevention of varicella: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). *MMWR Recomm Rep*. 2007;56(RR-4):1-40.
30. Kliegman RM, St. Geme JW, Blum NJ, et al. *Nelson Textbook of Pediatrics*, 21st edition. Philadelphia, PA: Elsevier; 2020.
31. Feldman S, Hughes WT, Daniel CB. Varicella in children with cancer: impact of antiviral therapy and prophylaxis. *Pediatrics*. 1989;84(3):528-534.
32. Heininguer U, Seward JF. Varicella. *Lancet*. 2006;368(9544):1365-1376.
33. Gershon AA, Breuer J, Cohen JI, et al. Varicella zoster virus infection. *Nat Rev Dis Primers*. 2015;1:15016.
34. American Academy of Pediatrics. *Red Book: 2021-2024 Report of the Committee on Infectious Diseases*, 32nd edition. Itasca, IL: American Academy of Pediatrics; 2021.
35. Choo PW, Donahue JG, Manson JE, Platt R. The epidemiology of varicella and its complications. *J Infect Dis*. 1995;172(3):706-712.
36. Seward JF, Watson BM, Peterson CL, et al. Varicella disease after the introduction of varicella vaccine in the United States, 1995-2000. *JAMA*. 2002;287(5):606-611.

Bibliografia

37. Shin HT. *Diagnosis and management of diaper dermatitis. Pediatr Clin North Am.* 2014;61(2):367-382.
38. Jordan WE, Lawson KD, Berg RW, et al. *Diaper dermatitis: frequency and severity among a general infant population. Pediatr Dermatol.* 1986;3(3):198-207.
39. Bonifaz A, Tirado-Sánchez A. *Skin mycoses in children. Curr Fungal Infect Rep.* 2013;7(1):72-78.
40. Klunk C, Domingues E, Wiss K. *An update on diaper dermatitis. Clin Dermatol.* 2014;32(4):477-487.
41. Ward DB, Fleischer AB Jr, Feldman SR, et al. *Characterization of diaper dermatitis in the United States. Arch Pediatr Adolesc Med.* 2000;154(9):943-946.
42. Nield LS, Kamat D. *Prevention, diagnosis, and management of diaper dermatitis. Clin Pediatr (Phila).* 2007;46(4):297-307.
43. Atherton DJ. *A review of the pathophysiology, prevention and treatment of irritant diaper dermatitis. Curr Med Res Opin.* 2004;20(5):645-649.
44. Scheinfeld N. *Diaper dermatitis: a review and brief survey of eruptions of the diaper area. Am J Clin Dermatol.* 2005;6(5):273-281.
45. Odio M, Friedlander SF. *Diaper dermatitis and advances in diaper technology. Curr Opin Pediatr.* 2000;12(4):342-346.
46. Drago F, Broccolo F, Rebora A. *Pityriasis rosea: an update with a critical appraisal of its possible herpesviral etiology. J Am Acad Dermatol.* 2009;61(2):303-318.
47. Chuh AA, Dofitas BL, Comisel G, et al. *Pityriasis rosea--an epidemiological study. Int J Dermatol.* 2005;44(11):940-942.
48. Drago F, Vecchio F, Rebora A. *Use of high-dose acyclovir in pityriasis rosea. J Am Acad Dermatol.* 2006;54(1):82-85.
49. Watanabe T, Kawamura T, Jacob SE, et al. *Pityriasis rosea is associated with systemic active infection with both human herpesvirus-7 and human herpesvirus-6. J Invest Dermatol.* 2002;119(4):793-797.
50. Chuh A, Zawar V, Lee A. *The diagnostic criteria of pityriasis rosea and Gianotti-Crosti syndrome - a protocol to establish diagnostic criteria of skin diseases. J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2005;19(6):727-729.
51. Zawar V, Chuh A. *Follicular pityriasis rosea. A case report and a new classification of clinical variants of the disease. J Dermatol Case Rep.* 2012;6(2):29-33.
52. Drago F, Ciccarese G, Rebora A, et al. *Antiviral treatment for pityriasis rosea: a systematic review and meta-analysis. J Am Acad Dermatol.* 2020;82(2):267-273.
53. Kempf W, Adams V, Kleinhans M, et al. *Pityriasis rosea is not associated with human herpesvirus 7. Arch Dermatol.* 1999;135(9):1070-1072.
54. Ehsani A, Esmaily N, Noormohammadpour P, et al. *The comparison*

Bibliografia

between the efficacy of high dose acyclovir and erythromycin on the period and signs of pityriasis rosea. Indian J Dermatol. 2011;56(1):57-60.

Actualización en Dermatología Tomo 7

CAPÍTULO 5

Complicaciones Cutáneas de las Enfermedades Sistémicas

Petter Alexander Celleri Carrasco

Introducción

Las enfermedades sistémicas pueden manifestarse en la piel, lo que puede ayudar a los médicos a identificar y diagnosticar trastornos subyacentes. Este artículo revisa las complicaciones cutáneas comunes de las enfermedades sistémicas.

Manifestaciones cutáneas de las enfermedades sistémicas

Las manifestaciones cutáneas de las enfermedades sistémicas son variadas y pueden presentarse en diferentes formas y patrones. A continuación, se enumeran algunas manifestaciones cutáneas comunes en varias enfermedades sistémicas:

1. Lupus eritematoso sistémico (LES):

Es una enfermedad autoinmunitaria crónica y multisistémica caracterizada por la inflamación de diversos órganos y tejidos. (1) El sistema inmunológico ataca por error a las células sanas del cuerpo, lo que provoca inflamación y daño en la piel, las articulaciones, los riñones, el corazón, los pulmones y el sistema nervioso.

Manifestaciones cutáneas

- Eritema malar (erupción en forma de mariposa en las mejillas y la nariz)
- Rash discoide (lesiones eritematosas redondeadas con escamas adherentes)
- Fotosensibilidad (erupciones cutáneas inducidas por la exposición al sol)
- Úlceras orales o nasales. (2)



Fuente: Esta eritema malar agudo sobrelevado y eritematoso se manifiesta en zonas expuestas a la luz (distribución fotosensible). Este patrón de "mariposa" incluye el puente de la nariz, las zonas malares y las áreas expuestas al sol por encima de las cejas. Es importante destacar que los pliegues nasolabiales se preservan.

Esclerodermia

Es una enfermedad del tejido conectivo que se caracteriza por el endurecimiento y engrosamiento de la piel y la fibrosis de los órganos internos.(3) Puede ser localizada (afectando principalmente a la piel) o sistémica (afectando también a órganos internos).

Manifestaciones cutáneas

- Endurecimiento y engrosamiento de la piel
- Úlceras digitales
- Calcinosis cutis (depósitos de calcio en la piel)
- Telangiectasia (dilataciones capilares visibles en la piel). (4)



Fuente: Esclerosis sistémica – Esclerodactilia

Diabetes mellitus

Grupo de enfermedades metabólicas caracterizadas por hiperglucemia (niveles altos de azúcar en sangre) debido a defectos en la producción de insulina, la acción de la insulina o ambas. La diabetes mellitus puede causar complicaciones a largo plazo en diversos órganos, incluida la piel. (5)

Manifestaciones cutáneas

- Infecciones cutáneas, como celulitis y foliculitis
- Necrobiosis lipóidica diabética (placas amarillentas y atróficas en las piernas)
- Xantomatosis eruptiva (nódulos amarillentos en la piel)
- Acantosis nigricans (áreas oscurecidas y engrosadas de la piel, especialmente en los pliegues). (6)



Fuente: Dermopatía diabética

Enfermedad renal crónica

Enfermedad renal crónica: es una afección en la que los riñones pierden gradualmente su función a lo largo del tiempo, lo que puede resultar en la acumulación de productos de desecho y líquidos en el cuerpo. La enfermedad renal crónica puede manifestarse en la piel a través de prurito, xerosis y calcifilaxis. (7)

Manifestaciones cutáneas

- Prurito (picazón en la piel)
- Xerosis (piel seca)
- Calcifilaxis (calcificación de los vasos sanguíneos en la piel que puede provocar úlceras dolorosas). (8)



Fuente: Extensa lesión ulcerosa de bordes irregulares y violáceos, con escaras necróticas situada en la cara anterior de la pierna

Enfermedades del hígado:

Son un grupo de trastornos que afectan al hígado y pueden incluir enfermedades como hepatitis, cirrosis y enfermedad hepática alcohólica. Estas enfermedades pueden causar manifestaciones cutáneas como ictericia, telangiectasias en araña y palmas eritematosas.(9)

Manifestaciones cutáneas

- Ictericia (coloración amarillenta de la piel y los ojos)
- Telangiectasias en araña (pequeñas dilataciones capilares en forma de araña)
- Palmas eritematosas (enrojecimiento de las palmas de las manos)



Enfermedades del tejido conectivo mixto:

son un grupo de trastornos autoinmunitarios que afectan al tejido conectivo y presentan características superpuestas de varias enfermedades del tejido conectivo, como lupus eritematoso sistémico, esclerodermia y polimiositis. Las manifestaciones cutáneas pueden incluir el fenómeno de Raynaud, esclerodactilia y edema periférico.(10)

Manifestaciones cutáneas

- Fenómeno de Raynaud (cambio de color en los dedos debido a la falta de flujo sanguíneo)
- Esclerodactilia (endurecimiento y engrosamiento de la piel en los dedos)
- Edema periférico (hinchazón en las extremidades)



Vasculitis

es un grupo de trastornos caracterizados por la inflamación y daño de los vasos sanguíneos, lo que puede afectar la circulación sanguínea y provocar daño en los órganos y tejidos. Las manifestaciones cutáneas de la vasculitis pueden incluir púrpura palpable, nódulos subcutáneos y úlceras cutáneas.(11)

Manifestaciones cutáneas

- Púrpura palpable (manchas rojo-púrpura elevadas en la piel causadas por la inflamación de los vasos sanguíneos)
- Nódulos subcutáneos (bultos duros y dolorosos debajo de la piel)
- Úlceras cutáneas (lesiones abiertas en la piel)



Fuente: Las lesiones de púrpura palpable se inician como máculas y pápulas eritematosas que no desaparecen a la diascopia que evolucionan hacia la formación de placas. En su evolución pueden desarrollar vesículas y ampollas que dan lugar a úlceras superficiales cubiertas de serocstras.

Cabe destacar que las manifestaciones cutáneas pueden variar según la enfermedad sistémica subyacente y la gravedad de la afección. La detección temprana de las manifestaciones cutáneas y su vinculación con la enfermedad sistémica correspondiente es crucial para el diagnóstico y tratamiento adecuados.(12)

Manejo dermatológico

El manejo dermatológico de las enfermedades sistémicas que presentan manifestaciones cutáneas implica tanto tratar las afecciones subyacentes como abordar las manifestaciones cutáneas específicas. A continuación se describen los enfoques generales de manejo para las siete enfermedades sistémicas mencionadas anteriormente:

Actualización en Dermatología Tomo 7

1. Lupus eritematoso sistémico (LES):

Tratamiento sistémico: incluye el uso de medicamentos como corticosteroides, antipalúdicos (p. ej., hidroxicloroquina) y medicamentos inmunosupresores.

Tratamiento tópico: corticosteroides tópicos y cremas inmunomoduladoras, como tacrolimus y pimecrolimus, pueden ser útiles para las lesiones cutáneas.

Protección solar: es fundamental utilizar protección solar de amplio espectro y evitar la exposición excesiva al sol. (2)

2. Esclerodermia:

Tratamiento sistémico: puede incluir medicamentos inmunosupresores, vasodilatadores y terapia para síntomas específicos de órganos.

Cuidado de la piel: mantener la piel hidratada y humectada con emolientes y cremas hidratantes.

Tratamiento de úlceras digitales: con agentes tópicos y vendajes para mejorar la cicatrización.

Control del fenómeno de Raynaud: mediante la protección contra el frío y el uso de vasodilatadores.(3)

3. Diabetes mellitus:

Control glucémico: mantener un buen control de los niveles de azúcar en sangre es esencial para prevenir y tratar las complicaciones cutáneas.

Cuidado de la piel: mantener la piel limpia y seca, y aplicar emolientes y cremas hidratantes en áreas secas o ásperas. Incluir suplementos de vitamina D(2)

Tratamiento de infecciones cutáneas: con antibióticos, antifúngicos o antivirales según la causa.(4)

4. Enfermedad renal crónica:

Tratamiento de la enfermedad renal: incluye el control de enfermedades subyacentes, como diabetes o hipertensión, y el manejo de la función renal mediante terapia de reemplazo renal o trasplante en casos avanzados.

Control del prurito: con emolientes, corticosteroides tópicos y medicamentos antipruríticos orales, como antihistamínicos.(5)(7)

5. Enfermedades del hígado:

Tratamiento de la enfermedad hepática: implica el manejo de la causa subyacente, como la abstinencia del alcohol en la enfermedad hepática alcohólica o el tratamiento antiviral para la hepatitis.

Cuidado de la piel: mantener la piel hidratada y humectada con emolientes y cremas hidratantes.(6)(8)

6. Enfermedades del tejido conectivo mixto:

Tratamiento sistémico: puede incluir medicamentos como

Actualización en Dermatología Tomo 7

corticosteroides, antipalúdicos (p. ej., hidroxicloroquina) y medicamentos inmunosupresores.

Tratamiento tópico: corticosteroides tópicos y cremas inmunomoduladoras, como tacrolimus y pimecrolimus, pueden ser útiles para las lesiones cutáneas.

Manejo del fenómeno de Raynaud: mediante la protección contra el frío y el uso de vasodilatadores.(9)

7. Vasculitis:

Tratamiento sistémico: según la causa y la gravedad de la vasculitis, puede incluir corticosteroides, inmunosupresores y medicamentos biológicos, como rituximab o infliximab.

Tratamiento de lesiones cutáneas: los corticosteroides tópicos pueden ser útiles para controlar la inflamación y el prurito en las lesiones cutáneas. (10)

Cuidado de úlceras cutáneas: mantener las úlceras limpias y protegidas, aplicar agentes tópicos y realizar cambios de vendajes según sea necesario para fomentar la cicatrización. (8)

Es importante tener en cuenta que el manejo dermatológico de estas enfermedades sistémicas debe ser individualizado y adaptarse a las necesidades específicas de cada paciente. Además, en muchos casos, es esencial trabajar en conjunto con otros especialistas médicos para abordar adecuadamente la enfermedad subyacente y sus complicaciones.(12)

Tabla 1. Resumen del manejo de las complicaciones cutáneas de las enfermedades sistémicas

Enfermedad sistémica	Tratamiento sistémico	Tratamiento tópico	Medidas adicionales
Lupus eritematoso sistémico (LES)	Corticosteroides, antipalúdicos, inmunosupresores	Corticosteroides tópicos, cremas inmunomoduladoras	Protección solar
Esclerodermia	Inmunosupresores, vasodilatadores, terapia para síntomas específicos de órganos	Emolientes, cremas hidratantes	Cuidado de la piel, tratamiento de úlceras digitales, control del fenómeno de Raynaud
Diabetes mellitus	Control glucémico	Emolientes, cremas hidratantes	Cuidado de la piel, tratamiento de infecciones cutáneas
Enfermedad renal crónica	Tratamiento de la enfermedad renal, control de enfermedades subyacentes	Emolientes, corticosteroides tópicos	Control del prurito
Enfermedades del hígado	Tratamiento de la enfermedad hepática	Emolientes, cremas hidratantes	Cuidado de la piel
Enfermedades del tejido conectivo mixto	Corticosteroides, antipalúdicos, inmunosupresores	Corticosteroides tópicos, cremas inmunomoduladoras	Manejo del fenómeno de Raynaud
Vasculitis	Corticosteroides, inmunosupresores, medicamentos biológicos	Corticosteroides tópicos	Cuidado de úlceras cutáneas

Bibliografía

1. Narváez, Javier. "Lupus eritematoso sistémico 2020." *Medicina clínica* 155.11 (2020): 494-501.
2. García-Galaviz, Ramón Adrián, et al. "Current use of vitamin D in dermatology." *Medicina Cutánea Ibero-Latino-Americana* 47.3 (2020): 170-177.
3. Ayala-Servín, José Nicolás, et al. "Esclerodermia cutánea localizada (Morfea): reporte de caso." *Medicina clínica y social* 5.2 (2021): 100-105.
4. Robert, M., and L. Mouthon. "Esclerodermia o esclerosis sistémica." *EMC-Tratado de Medicina* (2022).
5. Ngo, Alexandra, et al. "Diabetes detection and prevention in dermatology." *Dermatology Practical & Conceptual* 11.4 (2021).
6. Engin, Burhan, et al. "Metabolic syndrome in dermatology: treatment and management for dermatologists." *Dermatologic therapy* 32.2 (2019): e12812.
7. Adejumo, Oluseyi A., et al. "Skin changes and dermatological life quality index in chronic kidney disease patients in a tertiary hospital in Southern Nigeria." *Nigerian Journal of Clinical Practice* 22.2 (2019): 245-250.
8. Adejumo, Oluseyi A., et al. "Skin changes and dermatological life quality index in chronic kidney disease patients in a tertiary hospital in Southern Nigeria." *Nigerian Journal of Clinical Practice* 22.2 (2019): 245-250.
9. Oliveira, Antonio, Pedro Herranz, and Maria Luisa Montes. "Psoriasis and fatty liver: a harmful synergy." *Revista Espanola de Enfermedades Digestivas: Organo Oficial de la Sociedad Espanola de Patologia Digestiva* 111.4 (2019): 314-319.
10. Gelfand, Joel M., et al. "Risk of liver disease in patients with psoriasis, psoriatic arthritis, and rheumatoid arthritis receiving methotrexate: a population-based study." *Journal of the American Academy of Dermatology* 84.6 (2021): 1636-1643.
11. Territoriale, A. Caruso, et al. "Urticaria vasculitis como manifestación de Lupus Eritematoso Sistémico." *Revista argentina de dermatología* 100.3 (2019): 63-70.
12. Hincapié, Daniel Alberto Vásquez. "Caracterización de pacientes con diagnóstico de vasculitis cutáneas que consultan en el servicio de dermatología de dos instituciones de alta complejidad de la ciudad de Medellín, Colombia." *DERMATOLOGÍA REVISTA MEXICANA* 65.2 (2021).