

Patologías Lesiones Cutáneas

Docente: Álvaro Maturana Muñoz

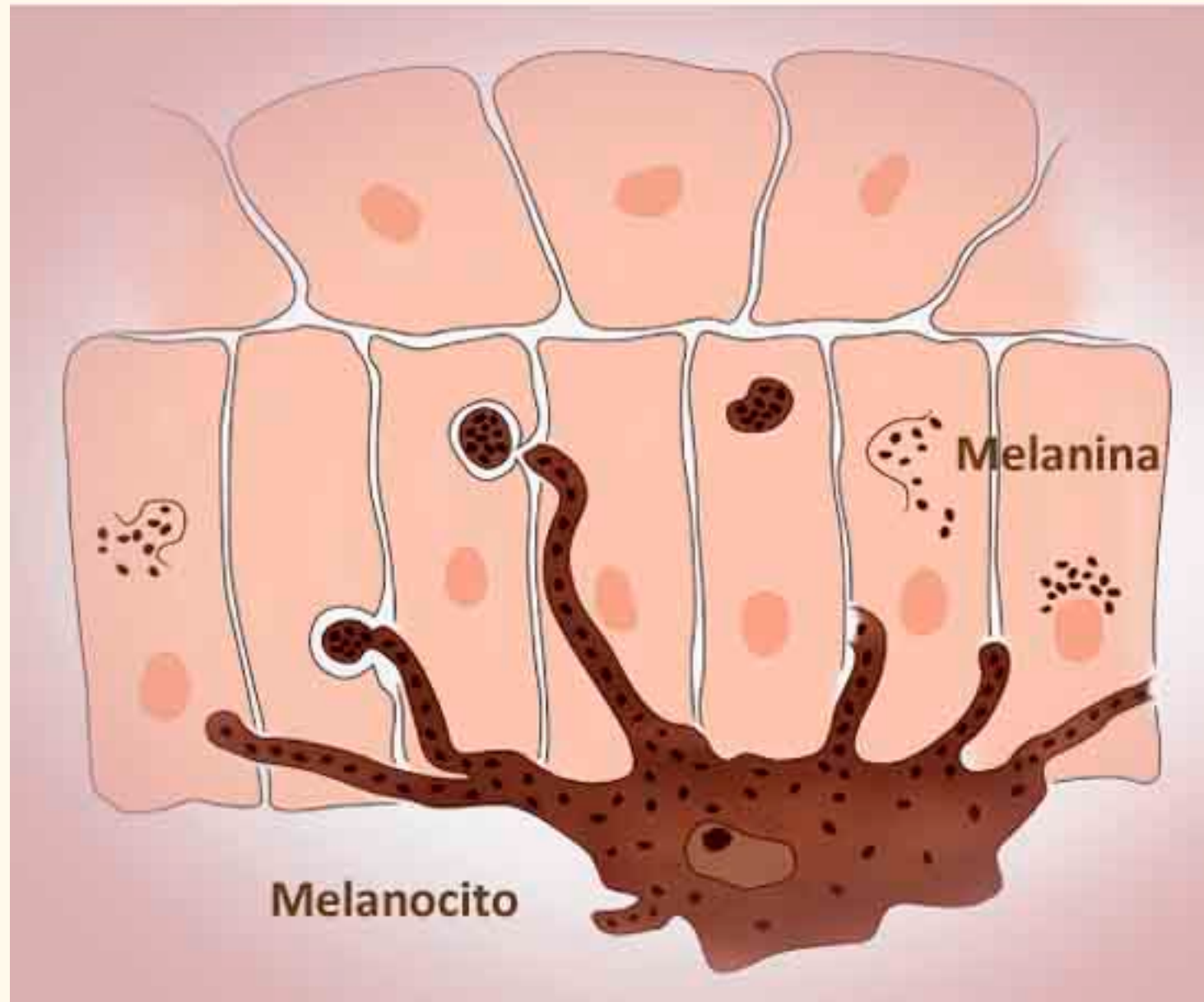
Nevus Melanocítico

- Los nevus melanocíticos (NM), vulgarmente conocidos como lunares, pecas o nevus, son lesiones circunscritas del sistema melanocitario cutáneo y se definen como la proliferación benigna de melanocitos.



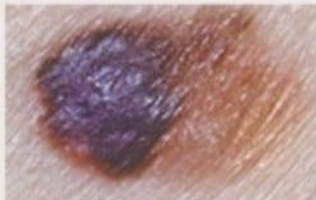
- Las manchas, las pecas y los lunares de la piel son lesiones comunes, que afectan prácticamente a todas las personas.









Simétricos	BENIGNO 	A Asimetría	MALIGNO 	Asimetría (los 2 lados no coinciden)
Bordes regulares		B Bordes irregulares		Bordes irregulares
Color homogéneo		C Color		Dos o mas tonos
Tamaño < 6mm		D Diámetro		Tamaño > 6mm
Lunar normal		E Evolución		Activar Windows Cambios en tamaño, color, aspecto.







La transformación de un lunar en melanoma es más frecuente en:

- Personas de piel clara y ojos azules.
- Generalmente sujetos que se queman fácilmente con el sol.
- Pelirrojos.
- Personas con familiares que hayan tenido un melanoma.
- Personas con lunares muy grandes o con muchos lunares.
- Personas con exposiciones prolongadas al sol.



Prevención

- Evita la exposición prolongada al sol, especialmente a la hora de mayor intensidad de rayos UV.
- Lleva ropa que cubra las zonas más sensibles.
- La regla más importante: reacciona inmediatamente cuando veas que un lunar ha cambiado.
- Un protector solar eficaz es esencial para prevenir los lunares y el cáncer de piel.



Lesiones primarias



Mácula

Pequeña lesión plana con alteración del color (< 1 cm)

Parche

Mácula grande (> 1 cm) que también se utiliza para describir a una mácula grande con escama



Pápula

Lesión elevada bien delimitada (< 1 cm)

Placa

Pápula grande (> 1 cm)



Nódulo

Masa localizada en la dermis o la grasa subcutánea (puede ser sólido o blando)



Tumor

Nódulo grande



Vesícula

Ampolla con líquido transparente



Bulla

Vesícula grande



Habón

Lesión eritematosa, edematosa, elevada y bien delimitada, que aparece y desaparece con rapidez

Lesiones secundarias



Escama

Placa fina y pequeña de epitelio córneo



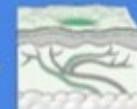
Pústula

Lesión elevada bien delimitada, llena de pus



Costra

Masa exudativa formada por sangre, escamas y pus procedente de erosiones cutáneas o de la rotura de vesículas o pápulas



Úlcera

Erosión de la dermis y la epidermis, con bordes claramente definidos



Cicatriz

Formación de tejido conjuntivo nuevo después del daño de la epidermis y la piel, dejando un cambio permanente en ella



Escoriación

Marcas de superficie, a menudo lineales, secundarias al rascado



Fisura

Grieta lineal en la piel con inflamación y dolor



Lesiones Primarias



Mácula

- Pequeña lesión plana con alteración de color menor a 1 cm, generalmente no incluye un cambio ni en la textura ni en el grosor de la piel.



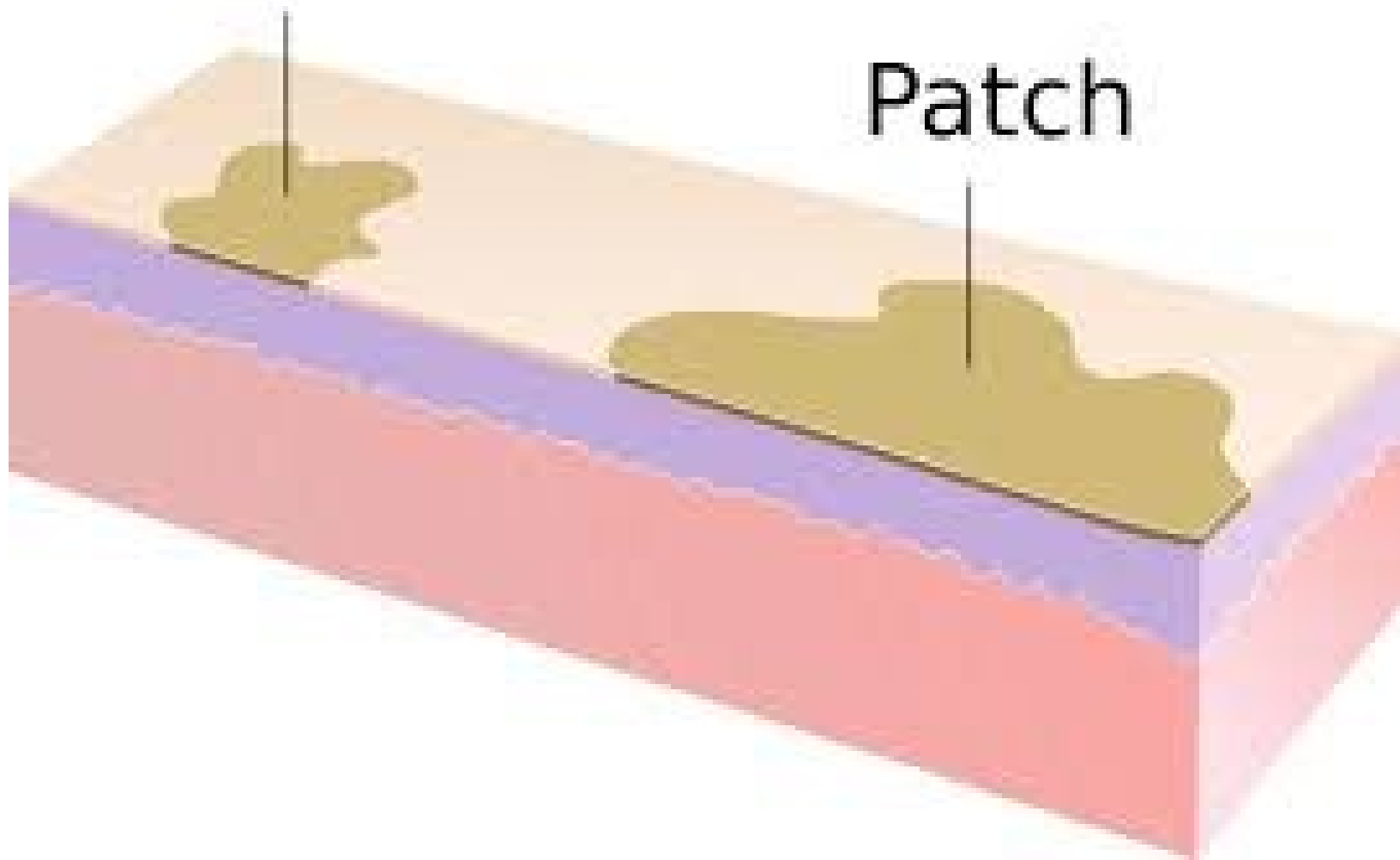
Parche

- Mácula grande mayor a 1 cm.



Macule

Patch



Pápula

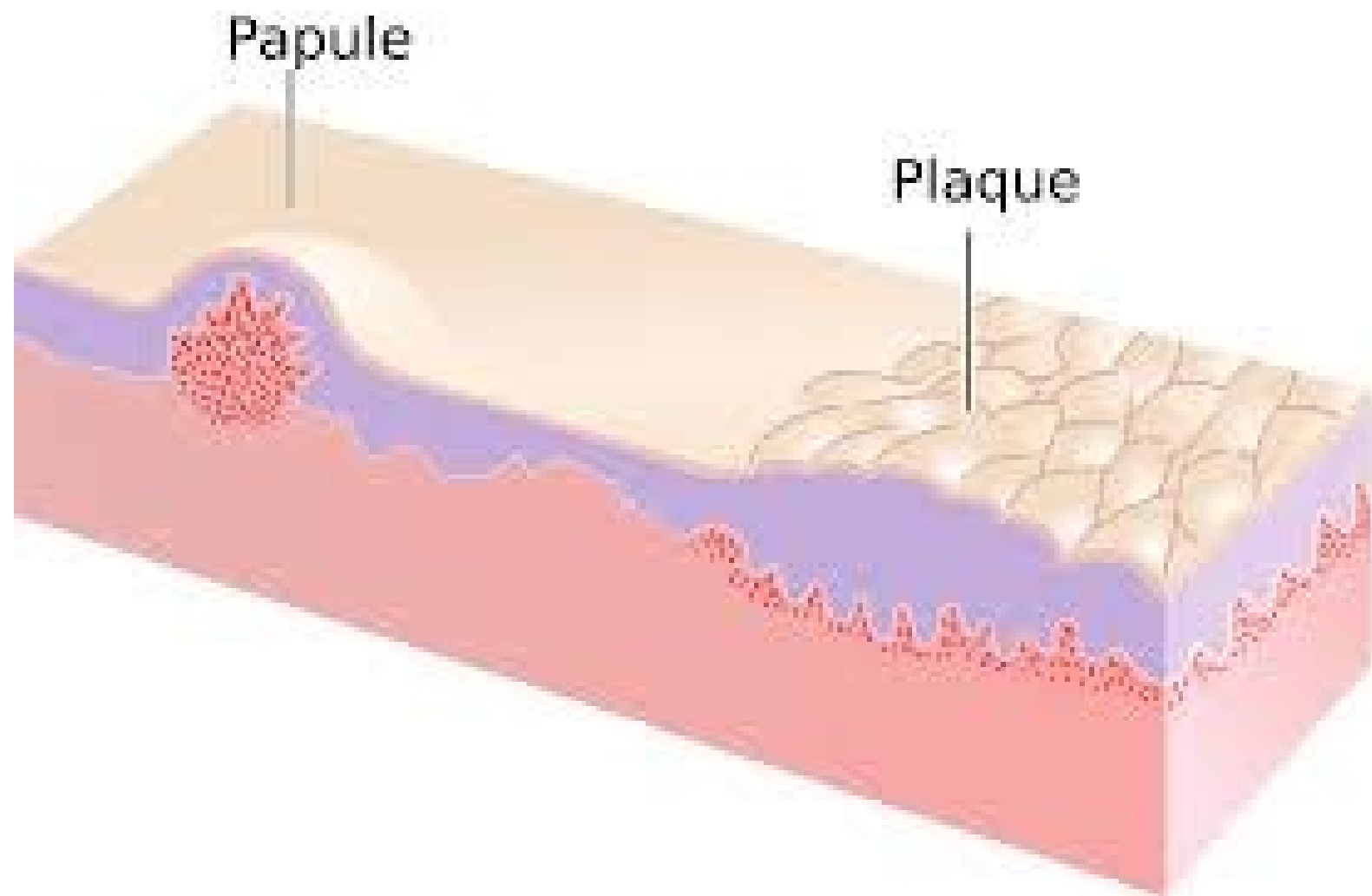
- Lesión elevada bien delimitada, menor a 1 cm.



Placa

- Pápula grande mayor a 1 cm





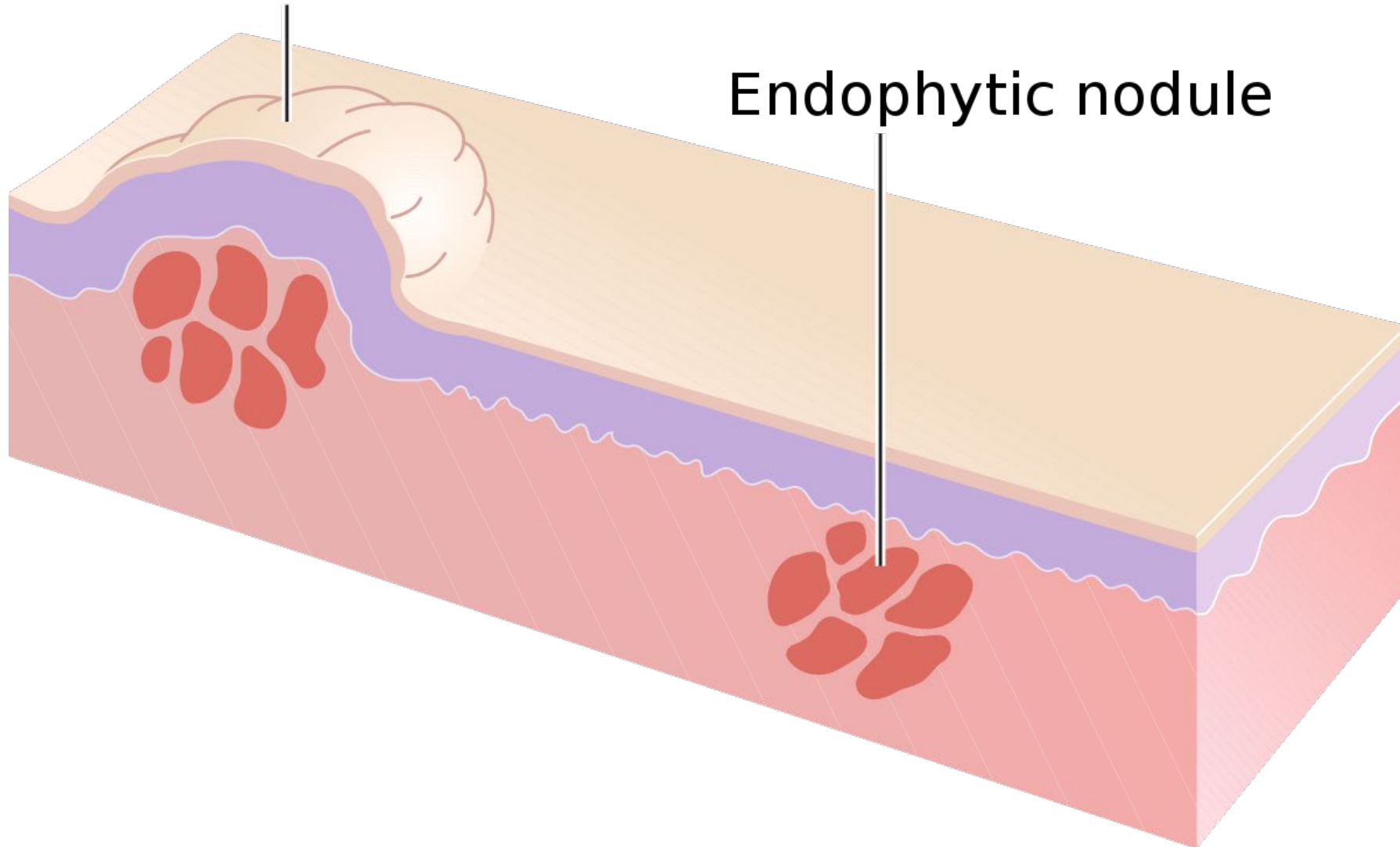
Nódulo

- Masa localizada en la dermis y tejido subcutáneo, puede ser sólido o blando



Exophytic nodule

Endophytic nodule



Tumor

- Nódulo grande.



Vesícula

- Ampolla con líquido transparente



Bulla

- Vesícula grande.



Habon

- Lesión eritematosa, edematosa, elevada y bien delimitada, que aparece y desaparece con rapidez.

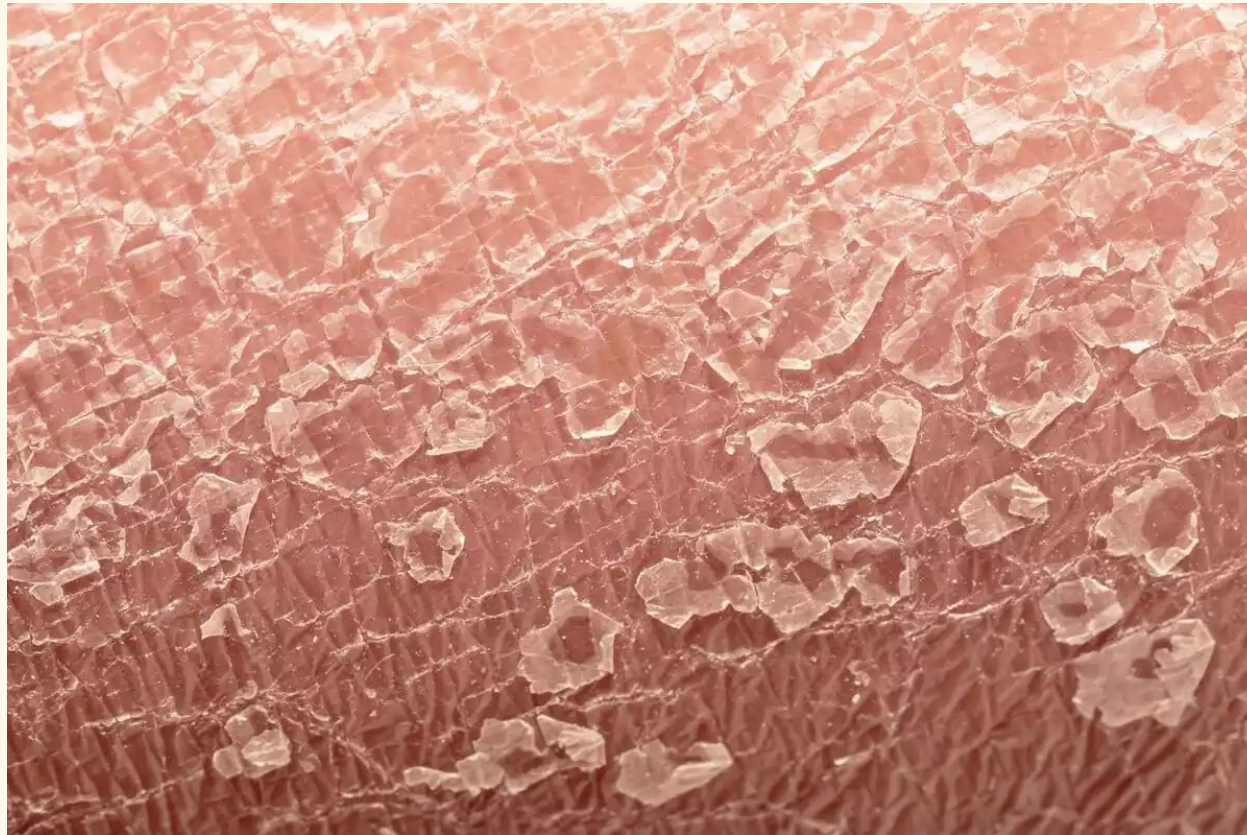


Lesiones Secundarias



Escama

- Placa fina y pequeña de estrato córneo.



Pústula

- Lesión elevada, bien delimitada, llena de pus.



Costra

- Masa exudativa formada por sangre, escamas y pus procedente de erosiones cutáneas o de la rotura de vesículas o pápulas.



Úlcera

- Erosión de la dermis y la epidermis, con bordes claramente definidos.



Cicatriz

- Formación de tejido conjuntivo nuevo después del daño de la epidermis y la piel, dejando un cambio permanente.



Escoriación

- Marcas de superficie, a menudo lineales secundarias al rascado



Fisura

- Grieta lineal en la piel con inflamación y dolor



Patologías Frecuentes



Queilitis angular

- Sinónimos: Boquera, candidiasis angular, estomatitis angular, estomatitis comisural, perlada, perleche, queilitis, queilitis angular, queilitis comisural, queilosis.



Clasificación

- Generalmente la queilitis se encuentra para su estudio dentro de la clasificación de la candidiasis, porque aparece frecuentemente asociada con la lesión. De forma esporádica, aparecen clasificaciones que designen solo la inflamación de la comisura.



Patogenie y etiología

- Los factores causales y conocidos son diversos, aunque su agente etiológico fundamental es la *Candida albicans*, pero puede obedecer a trastornos y enfermedades generales. Se considera que la disminución de la dimensión vertical oclusiva es la causa más frecuente de la queilitis, y en especial de la queilitis angular. Esta disminución de la altura facial facilita la formación de pliegues laterales profundos que son bañados con saliva de forma constante, lo que crea un ambiente de humedad propicio para la colonización por *Candida*, lesión característica que se manifiesta como fisuras profundas y dolorosas cubiertas por una membrana blanquecina.



- **Factores generales:** Trastornos nutricionales, alteraciones endocrinas (diabetes), anemias, carencias vitamínicas, defectos de inmunidad, tratamientos citotóxicos o inmunosupresores, etílicos cirróticos, infancia, vejez.
- **Factores locales:** disminución de la dimensión vertical oclusiva en pacientes dentados y en desdentados totales o parciales, rehabilitados o no, irritantes (sustancias químicas), hipersensibilidad, hábitos o traumatismos provocados por el mordisqueo de las comisuras provocando irritación crónica.



Tratamiento

- Queilitis microbiana: se plantea en estos casos la utilización de antisépticos y antibióticos locales como Neomicina.
- Queilitis por contacto: detectar el elemento causal (sustancia química) es difícil en ocasiones, pero la primera medida es la supresión del cuerpo nocivo, antihistamínicos en caso de que lo requiera.
- Queilitis solar: evitar en esta etapa la acción directa del sol.
- Queilitis angular: el tratamiento consiste en antisépticos alcalinizantes, si hay candidiasis se utilizan antifúngicos locales y en dependencia de la etiología se puede administrar hierro, vitaminas, según al caso, previa comprobación e indicación médica.



Psoriasis

- La psoriasis es una enfermedad inflamatoria que se manifiesta casi siempre con pápulas y placas eritematosas, bien delimitadas, cubiertas por una descamación de color plata.. Múltiples factores contribuyen, incluyendo la genética. Los traumatismos, las infecciones y algunos fármacos son los factores desencadenantes más comunes. Los síntomas suelen ser leves, aunque puede presentar prurito leve a intenso. Las consecuencias cosméticas pueden ser importantes. El diagnóstico se basa en el aspecto y la distribución de las lesiones. El tratamiento puede incluir tratamientos tópicos (p. ej., corticosteroides, análogos de la vitamina D3, inhibidores de la calcineurina, emolientes ácido salicílico, fototerapia y, cuando es grave, medicamentos sistémicos (p. ej., metotrexato, retinoides orales, ciclosporina, otros inmunosupresores





Etiología

- Heridas
- Quemaduras solares
- Infección por HIV
- Infección por estreptococo beta-hemolítico (que produce psoriasis en gotas)
- Medicamentos (especialmente beta-bloqueantes, cloroquina, litio, inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina, indometacina, terbinafina, interferón-alfa, inhibidores del punto de control inmunitario e inhibidores del factor de necrosis tumoral)
- Estrés emocional
- Consumo de alcohol
- Consumo de tabaco
- Obesidad



Tratamiento

- Corticoides
- Análogos de la vitamina D
- Retinoides
- Inhibidores de la calcineurina (tracrolimus)
- Ácido salicílico
- Ditranol
- Alquitrán de hulla (derivado de carbón)
- Fototerapia



Acné

- El acné, también conocido como acné común o acné vulgar (acne vulgaris), es una enfermedad crónica inflamatoria de la piel que involucra las unidades pilosebáceas (folículo piloso y glándulas sebáceas), caracterizada por la formación de comedones, pápulas, pústulas, nódulos y cicatrices, que aparecen principalmente en la cara, parte superior del tronco y en ocasiones extremidades





Tabla I. Estadificación cualitativa del acné

No inflamatorio	Grado 0	Preacné: seborrea, comedones aislados centrofaciales
	Grado 1	Comedoniano
Inflamatorio	Grado 2	Inflamatorio superficial o pápulo-pustuloso
	Grado 3	Inflamatorio profundo o nodular
	Grado 4	Nódulo-quístico (“forunculoide”, conglobata)



ACNÉ LEVE

Piel grasa con poros dilatados



Comedón abierto
Punto blanco



Comedón cerrado
Punto negro
Espinilla

ACNÉ MODERADO

Puntos negros e
imperfecciones leves



Pápula



Pústula



Quiste o Nódulo

- **Acné leve o grado 1:** las lesiones principales son comedones y hay menos de 5 inflamatorias en una mitad de la cara. Las pápulas y las pústulas pueden aparecer, pero son pequeñas y poco numerosas, generalmente menos de 10.
- **Acné moderado o grado 2:** hay entre 6 y 20 lesiones inflamatorias en una mitad de la cara. Existe un mayor número (entre 10 y 40) de pápulas, pústulas y comedones. El tronco también puede estar afectado.
- **Acné severo o grado 3:** hay entre 21 y 50 lesiones inflamatorias en una mitad de la cara. Existen numerosas (entre 40 y 100) pápulas y pústulas, normalmente con lesiones nodulares infiltrantes y profundas. Las áreas de piel afectada se extienden además de la cara, al torso y espalda.
- **Acné muy severo o grado 4:** hay más de 50 lesiones inflamatorias en una mitad de la cara. A este grupo pertenece el acné noduloquístico y el acné conglobata caracterizado por muchas lesiones nodulares grandes, dolorosas y lesiones pustulosas, junto con muchas pequeñas pápulas, pústulas y comedones.



Tipos de acné

- **Acné comedón o comedoniano:** Sólo aparece la seborrea de la piel con numerosos comedones. Es la forma más leve.
- **Acné papuloso:** Gran cantidad de comedones, muchos de ellos inflamados. No aparecen, o lo hacen en pequeño número, las lesiones contienen pus.
- **Acné atrófico:** En ocasiones, un acné papuloso, sobre todo si es muy intenso, evoluciona dejando pequeñas cicatrices en la piel
- **Acné conglobata:** Se caracteriza por la presencia de numerosos comedones de gran tamaño, algunos de ellos dobles o triples, grandes abscesos con fístulas que los comunican entre sí, quistes y nódulos inflamatorios.
- **Acné quístico:** Forma más grave de acné con comedones, pápulas y pústulas y, especialmente, nódulos inflamatorios, abscesos dolorosos indurados y quistes con costras ocasionales con sangre.
- **Acné queloideo:** Se caracteriza porque las cicatrices residuales se engrosan formando queloides. Es más frecuente en las razas negra y oriental.



Etiología

- Aumento de producción de sebo.
- Descamación anormal de los queratinocitos.
- Presencia de *Propionibacterium acnes*.
- Actividad hormonal, como los ciclos menstruales en la pubertad.
- Estrechamiento del canal folicular.
- Estrés, impulsado por las descargas de las glándulas suprarrenales.
- Algunos medicamentos
- La exposición a altos niveles de compuestos de cloro.
- El desarrollo del acne vulgaris es común en la pubertad.
- En adultos es más frecuente padecer rosácea, la cual puede tener aspecto similar. El verdadero acne vulgaris en adultos de mayor edad, puede ser característico de una condición subyacente como el embarazo y trastornos tales como el síndrome de ovarios poliquísticos o el raro síndrome de Cushing.
- Hormonas



Tratamiento

- Medicamentos tópicos
- Medicamentos orales
- Otras terapias



Rosácea

- La rosácea es una enfermedad cutánea crónica que afecta a un número significativo de personas y es más común en mujeres de mediana edad con tez clara. La rosácea se manifiesta con enrojecimiento facial persistente, vasos sanguíneos visibles en la piel, pápulas inflamadas y sensaciones de ardor o picazón. Se desconoce la verdadera causa de la rosácea y tampoco existe cura para ella, pero la identificación temprana de los síntomas y el tratamiento adecuado son fundamentales para controlar la afección y mejorar la calidad de vida de quienes la padecen.





© MAYO FOUNDATION FOR MEDICAL EDUCATION AND RESEARCH. ALL RIGHTS RESERVED.

Síntomas

- Enrojecimiento facial persistente
- Telangiectasias
- Pápulas inflamadas
- Sensación de ardor o picazón
- Ojos secos y párpados hinchados
- Engrosamiento de la piel



Etiología

- Se desconoce la verdadera causa, pero podemos considerar entre ellos, la predisposición genética, anomalías en los vasos sanguíneos faciales, exposición a factores ambientales como la luz solar o temperaturas extremas, y el estilo de vida, donde el consumo de alcohol y el estrés emocional pueden convertirse en factores desencadenantes.



Tratamiento

- Tópico
- Oral
- Terapia con láser y luz pulsada intensa
- Derivación oportuna



Herpes Labial

- Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se calcula que dos terceras partes de la población mundial menor de 50 años están infectadas por el virus del herpes simple de tipo 1.
- El herpes oral corresponde a una infección viral causada por el VHS (virus herpes simple) tipo 1 que puede comprometer cara, labios, mucosa oral, la boca o las encías. Está asociado con dos tipos de enfermedades, la “Gingivoestomatitis herpética primaria” y el “Herpes labial recurrente o secundario”.



Herpes Labial



© MAYO FOUNDATION FOR MEDICAL EDUCATION AND RESEARCH. ALL RIGHTS RESERVED.





Etiología

- El herpes labial se observa principalmente en adultos y representa una forma atenuada de la infección primaria. Su recurrencia está asociada a factores precipitantes como: trauma, fatiga, exposición a la luz solar, fiebre, menstruación, embarazo, infección del tracto respiratorio alto, stress, alergia y disturbios gastrointestinales.
- Además, esta infección tiene una amplia variedad de intervalos de recurrencia que va de una vez al mes o más al año.

•



- Las personas que tienen un brote activo o una lesión de herpes, pueden propagar los virus de esta infección. Una persona puede contraerlos si tiene contacto íntimo o personal cercano con alguien infectado, si toca una lesión de herpes activa o algo que haya estado en contacto con el virus del herpes. A su vez, otra de las causas de contagio es compartir un artículo de aseo, como una máquina de afeitar.



Manejo

- Para aliviar el dolor, se puede aplicar hielo en las lesiones.
- Lavar las lesiones suavemente con agua y jabón (antiséptico). Esto ayuda a prevenir que el virus se extienda a otras zonas del cuerpo.
- Evitar las bebidas calientes, los alimentos picantes, salados y los cítricos.



Dermatitis Seborreica

- La dermatitis seborreica es una afección frecuente de la piel que principalmente afecta al cuero cabelludo. Esta causa áreas escamosas, inflamación de la piel y caspa resistente. Normalmente, afecta a las zonas oleosas del cuerpo, como la cara, los lados de la nariz, las cejas, las orejas, los párpados y el pecho. Esta afección puede ser irritante, pero no es contagiosa y no causa la caída permanente del pelo.



Etiología

- Se desconoce la causa exacta de la dermatitis seborreica. Puede deberse a la levadura malassezia, el exceso de grasa en la piel o un problema en el sistema inmunitario.



Factores de riesgo

- Estrés
- Fatiga
- Un cambio de estación
- Afecciones del sistema nervioso, como la enfermedad de Parkinson
- Tener un problema de salud mental, como depresión
- Trastornos del sistema inmunitario, como infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)
- Recuperación de afecciones que implicaron mucho estrés, como un ataque cardíaco



Tratamiento

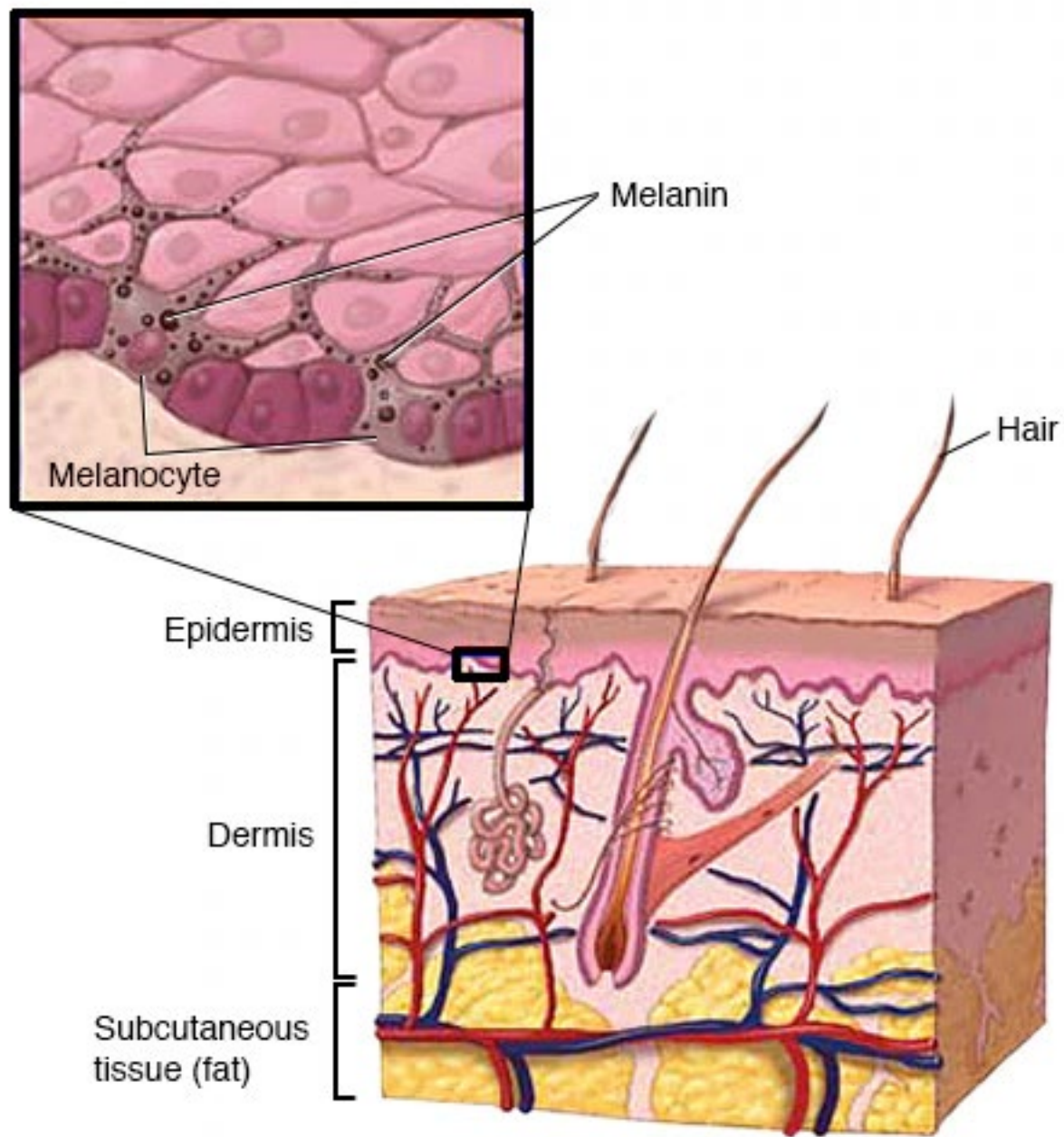
- **CueroCabelludo:**
- Shampoo con ketoconazol 2%, 3 veces por semana (dejar actuar por 3-5 minutos) hasta resolver los síntomas (generalmente 1 mes, y luego según necesidad).
- Se puede alternar con otros shampoos como con ácido salicílico o con pitirionato de zinc, los cuales ayudan a descamar más fácil las costras.
- **Facial:**
- Cremas de ketoconazol 2% en las noches por 3 semanas. Si lesiones muy inflamadas se pueden asociar corticoides de baja potencia (hidrocortisona 1%) mañana y noche por 3 a 5 días, suspendiendo en forma gradual.



Vitiligo

- El vitiligo es una enfermedad que causa la pérdida de color de la piel en manchas. Las áreas descoloridas generalmente se agrandan con el tiempo. La afección puede afectar la piel de cualquier parte del cuerpo. También puede afectar el cabello y el interior de la boca.
- Normalmente, al color del cabello y la piel lo determina la melanina. El vitiligo se produce cuando las células que producen melanina mueren o dejan de funcionar. El vitiligo afecta a las personas de todo tipo de piel, pero puede ser más perceptible en las personas de piel morena o negra. Esta afección no pone en riesgo la vida ni es contagiosa.







Cáncer de piel

- El cáncer de piel es el tipo de cáncer más común. Los tipos principales de cáncer de piel son: carcinoma de células escamosas, carcinoma de células basales y melanoma. El melanoma es mucho menos común que los otros tipos de cáncer, pero es mucho más probable que invada el tejido cercano y se disemine a otras partes del cuerpo.





PREVENCIÓN DERIVACIÓN



Alopecia

- La alopecia es la pérdida anormal del cabello, por lo que el término se considera un sinónimo de calvicie. Puede afectar al cuero cabelludo o a otras zonas de la piel en la que existe pelo, como las pestañas, axilas, región genital y barba.
- La alopecia se puede clasificar en dos grupos: **las alopecias cicatriciales**, con destrucción del folículo piloso y por lo tanto irreversibles, y las **formas no cicatriciales**, que son potencialmente reversibles.
- La forma más frecuente es la alopecia androgénica, también llamada alopecia androgénica o calvicie común, que es responsable del 95% de los casos. Afecta principalmente a los varones, y menos frecuentemente a las mujeres.



Etiología

- En la causa de la alopecia androgénica hay que destacar dos factores, el genético y el hormonal. Aunque existe un componente hereditario, no se conoce el gen responsable.
- El factor hormonal depende fundamentalmente de las hormonas masculinas o andrógenos que actúan sobre los folículos pilosos predispuestos genéticamente a la afección, provocando su miniaturización progresiva hasta ocasionar su atrofia completa y fibrosis.
- La causa de la alopecia areata no está claramente definida, pero se puede desencadenar por situaciones de estrés, y en ocasiones puede haber un trasfondo autoinmune.
- Existen múltiples causas que producen la caída del cabello. Una dieta carente de nutrientes esenciales, problemas de tiroides, déficit de hierro, infecciones, estrés, anemia, exceso de cosméticos (tintes), son factores que colaboran con la alopecia.
- Los efectos colaterales de algunos tratamientos también pueden provocar caída del cabello, como la quimioterapia o las radiaciones.



Alopecia Androgénica

- Existen dos patrones de afectación, el masculino con pérdida de pelo localizada principalmente en las zonas frontal y parietal que se manifiesta inicialmente por el retraso progresivo de la línea de implantación anterior del pelo, lo que se conoce habitualmente como entradas, con afectación más tardía de la región del vértex o coronilla.
- En el patrón femenino, la pérdida de cabello es difusa, no se producen zonas de calvicie total y queda respetada la línea de implantación anterior, es decir no existen entradas.



Alopecia Areata

- Es un tipo de caída del cabello que ocasiona parches redondos. Los folículos pilosos no quedan destruidos con esta enfermedad, por lo que el pelo puede volver a crecer, si bien es cierto que son muy frecuentes las recaídas o recaídas en pacientes que la han sufrido alguna vez.





© MAYO FOUNDATION FOR MEDICAL EDUCATION AND RESEARCH. ALL RIGHTS RESERVED.



- **Alopecia traumática:** Son todas aquellas producidas por traumatismos físicos como tracción, presión o tricotilomanía.
- **Alopecia difusa:** La alopecia difusa consiste en una pérdida de cabello más o menos intensa, aguda o crónica, pero reversible y no localizada en una determinada porción del cuero cabelludo. La pérdida de cabello tiene lugar entre 2 y 4 meses después del factor desencadenante. Se produce por ejemplo tras el parto, enfermedades graves, procesos febriles, estrés o pérdidas importantes de peso.
- **Alopecias cicatriciales:** Este tipo de alopecias suele ser irreversible porque existe un daño, malformación o ruptura total de la estructura folicular. Se clasifican en infecciosas, por agentes físicoquímicos, tumorales o por dermatosis



Tratamiento

- Existen dos medicamentos que han probado en estudios científicos su eficacia en la alopecia androgénica, el **minoxidil** que se aplica en forma de solución sobre la piel y el finasteride que actúa bloqueando la producción de andrógenos y se administra por vía oral en forma de comprimidos.
- Si se comprueba que hay déficit de determinados nutrientes esenciales para la formación del cabello, se añaden suplementos a base de aminoácidos azufrados, minerales y vitaminas.
- En la alopecia androgénica femenina tiene buenos resultados el acetato de ciproterona.
- En la alopecia areata son eficaces los corticoides (tópicos o infiltrados) y la inmunoterapia mediante la aplicación de sustancias sensibilizantes como la difenciprona.



Dermatitis

- La dermatitis atópica es una enfermedad de la piel muy común, crónica, que afecta a los adultos, a los niños y a los bebés, en la piel de la cara y del cuerpo es muy seca e irritable. Lo habitual es que la dermatitis atópica presente dos fases: la fase activa (que también se conoce como brotes) y la fase inactiva (que también se llame interbrotes)





Etiología

- Causas genéticas: está relacionada estrechamente con el asma y con la fiebre del heno.
- Si ambos padres sufren dermatitis atópica, sus hijos tienen un 60-80% de probabilidades de heredar la enfermedad de los padres.
- Clima/contaminación: Vivir en un país desarrollado, en una ciudad (especialmente las que tengan niveles elevados de contaminación) o en un clima frío parece aumentar el riesgo.
- Género: Las mujeres son algo más propensas que los hombres a sufrir dermatitis atópica.
- La edad de la madre en el momento del parto: Cuanto mayor sea la madre al dar a luz a su hijo, mayor probabilidad existe de que el niño acabe sufriendo dermatitis atópica



CICLO DEL PICOR Y EL RASCADO



PREVENCIÓN DERIVACIÓN



Urticaria

- La urticaria, también denominada sarpullido, es una reacción cutánea que causa ronchas con picazón, cuyo tamaño varía desde manchas pequeñas hasta manchas grandes. La urticaria puede deberse a muchas situaciones y sustancias, incluidos ciertos alimentos y medicamentos.
- El angioedema puede surgir con urticaria o solo. Causa hinchazón en las capas más profundas de la piel, a menudo alrededor de la cara y los labios. La urticaria y el angioedema de corta duración (agudos) son comunes. La urticaria que dura más de seis semanas se llama urticaria crónica.
- Por lo general, la urticaria y el angioedema se tratan con medicamentos antihistamínicos. El angioedema puede poner en riesgo la vida si la hinchazón de la lengua o de la garganta bloquea las vías respiratorias.





© MAYO FOUNDATION FOR MEDICAL EDUCATION AND RESEARCH. ALL RIGHTS RESERVED.



© MAYO FOUNDATION FOR MEDICAL EDUCATION AND RESEARCH. ALL RIGHTS RESERVED.

PREVENCIÓN DERIVACIÓN



Melasma

- El melasma es un tipo de hiperpigmentación corriente en mujeres, especialmente durante y después del embarazo. Aparece en forma de grandes manchas oscuras sobre la cara, aunque también pueden afectarse otras partes del cuerpo.

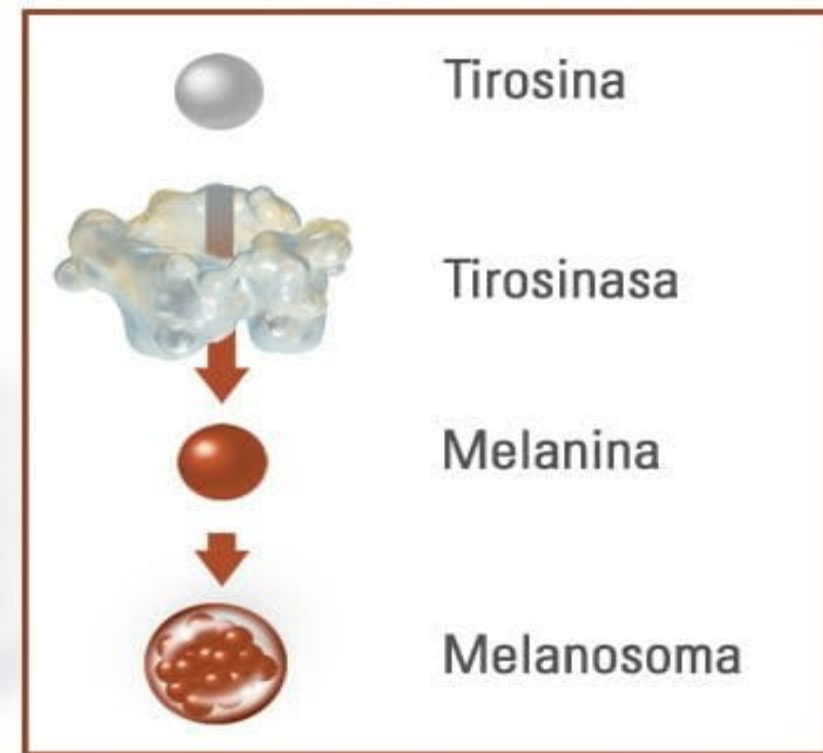
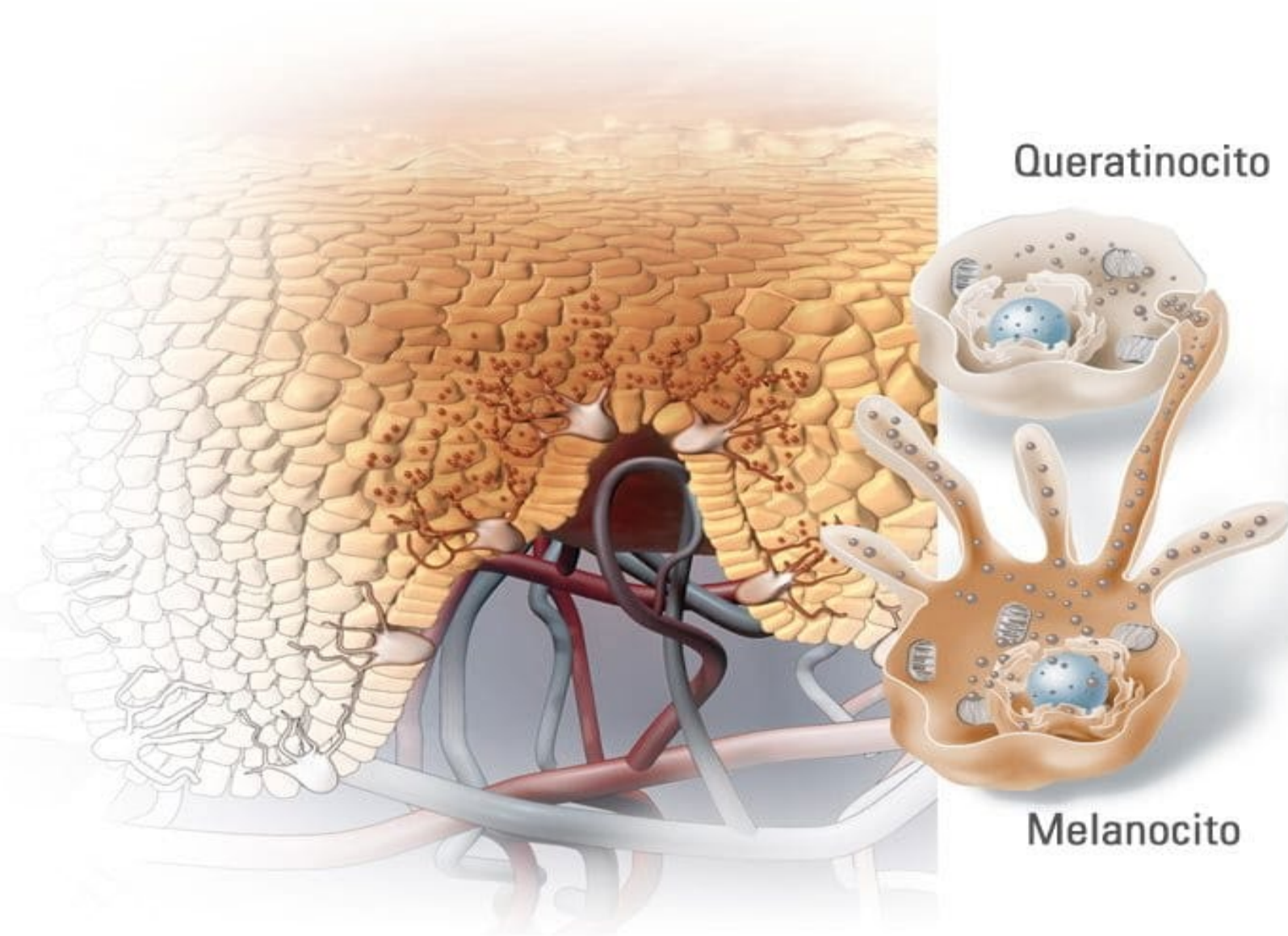


- La hiperproducción da lugar a hiperpigmentación, en la que aparecen manchas oscuras y tonos cutáneos desiguales. La subproducción, o hipopigmentación, tiene el efecto opuesto, con la aparición de manchas sin pigmento en las zonas afectadas.
- El melasma es una forma de hiperpigmentación que aparece en la cara, especialmente en las mejillas, el dorso de la nariz, la frente y el labio superior, y en ocasiones en otras partes del cuerpo expuestas al sol, como los antebrazos.



HIPERPIGMENTACIÓN

Aumento de la síntesis de melanina por la enzima clave, tirosinasa



Tratamiento

- La eliminación se efectúa por láserterapia, luz pulsada intensa o exfoliación química.

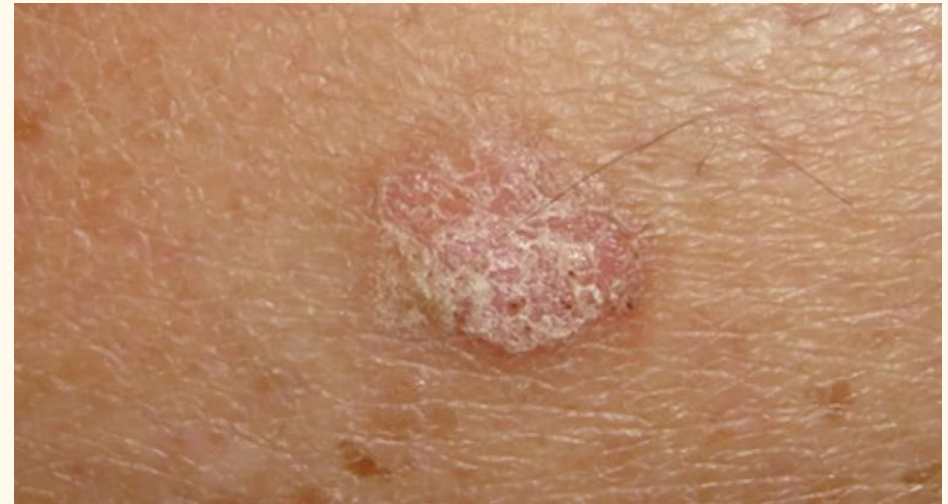


- Hidroquinona al 2-4% (sólo de prescripción): es un potente agente blanqueante de la piel cuyo uso en cosméticos ha sido prohibido en la UE debido a problemas relacionados con riesgos toxicológicos potenciales. No obstante, se utiliza todavía en EE.UU. La concentración más elevada (>4%) se dispensa sólo por prescripción, mientras que concentraciones menores (<2%) se utilizan en dermocosméticos.
- Arbutina. Esta fuente natural de hidroquinona es un componente fundamental en numerosos productos blanqueantes de la piel asiática. Aunque no es tan potente ni eficaz como la hidroquinona producida industrialmente, existen temores similares acerca de su seguridad.
- Ácido glicólico (o ácido hidroxiacético): se utiliza por dermatólogos para exfoliaciones químicas y es un componente activo corriente en muchas cremas tópicas para la hiperpigmentación.
- Ácido kójico: es un producto derivado del vino de arroz japonés, sake. Aunque el ácido kójico es un componente natural más seguro, su capacidad para inhibir la producción de melanina es discutible y el compuesto está prohibido en numerosos países.
- Se ha demostrado que los derivados de la vitamina C son relativamente eficaces frente a la hiperpigmentación y se utilizan frecuentemente junto a otros componentes activos.
- Se ha comprobado que el ácido retinoico es eficaz, si bien puede provocar algunos efectos secundarios entre los que destacan la irritación y el aumento de la sensibilidad solar (que ya constituye un problema en las personas con hiperpigmentación postinflamatoria). Dado que se ha observado cierto vínculo potencial con anomalías congénitas, las mujeres gestantes o lactantes deben abstenerse de tratarse con ácido retinoico.



Queratosis Actínica

- Una queratosis actínica es una mancha áspera y escamosa en la piel que se presenta después de años de exposición al sol. A menudo aparece en la cara, los labios, las orejas, los antebrazos, el cuero cabelludo, el cuello o el dorso de las manos.
- Algunas queratosis actínicas pueden transformarse en un tipo de cáncer de piel.



- También conocida como queratosis solar, una queratosis actínica se desarrolla lentamente y, por lo general, aparece por primera vez en personas mayores de 40 años. Puedes reducir el riesgo de padecer esta afección de la piel minimizando tu exposición al sol y protegiendo la piel de los rayos ultravioleta (UV).
- Si no se trata, el riesgo de que las queratosis actínicas se conviertan en un tipo de cáncer de piel llamado carcinoma de células escamosas es aproximadamente del 5 al 10 por ciento.



Síntomas

- Mancha áspera, seca o escamosa en la piel, por lo general de menos de 2,5 cm de diámetro
- Mancha plana a ligeramente elevada o bulto en la capa superior de la piel
- En algunos casos, una superficie dura, similar a una verruga
- Variedad de colores, incluido rosa, rojo o marrón
- Picazón, ardor, sangrado o costras
- Nuevas manchas o protuberancias en las áreas expuestas al sol, como la cabeza, el cuello, las manos y los antebrazos



Tratamiento

- Medicamentos
- Cirugía y otros procedimientos
- Congelación (crioterapia). Las queratosis actínicas se pueden extirpar mediante un enfriamiento con nitrógeno líquido.
- Raspado (legrado).
- Terapia con láser.
- Terapia fotodinámica.



PREVENCIÓN DERIVACIÓN



Hiperhidrosis

- La hiperhidrosis es un aumento de la sudoración de determinadas áreas del cuerpo, resultado de un incremento en la secreción de las glándulas sudoríparas.
- Este aumento de la sudoración suele deberse a una hiperactividad de estas glándulas por una hiperestimulación nerviosa, motivada por situaciones que comportan tensión emocional o estrés, por la acción de sustancias farmacológicas o por motivos térmicos.
- A pesar del control de la temperatura corporal ejercido por el hipotálamo que ocurre en situaciones normales, en la hiperhidrosis, las glándulas sudoríparas de las palmas de las manos, las plantas de los pies, las axilas y la región craneofacial se muestran especialmente sensibles a estímulos emocionales o térmicos, produciendo una sudoración más intensa para regular la temperatura y contrarrestar la subida de temperatura.





Síntomas

- Sudoración excesiva.
- Mal olor.
- Sobreinfección de la piel.



Tratamiento

- El tratamiento inicial de la sudoración excesiva es tópico, con fármacos anticolinérgicos, como el bromuro de glicopirronio, y los preparados astringentes y curtientes, como el cloruro de aluminio, el glutaraldeído o el ácido salicílico. El mecanismo de actuación es la oclusión del conducto de las glándulas sudoríparas. Se deben aplicar por la noche y con la piel seca.
- Una segunda opción farmacológica en algunos tipos de hiperhidrosis son los tratamientos sistémicos: bromuro de propantelina, tranquilizantes y sedantes, como clonazepan o diazepan, y los antagonistas del calcio, como el diltiazem.
- **Toxina botulínica:** Indicada para determinados casos de sudoración intensa en manos o axilas. La administración de este fármaco produce un bloqueo selectivo en la acción de la acetilcolina sobre las glándulas ecrinas, disminuyendo la producción de sudor.



