

Guía de actuación en dermatología

Servicio Riojano de Salud

Gobierno de La Rioja
www.larioja.org



Guía de actuación en dermatología del Servicio Riojano de Salud

Coordinadora

Dra. Gemma Simal Gómez. Dermatóloga.

In memoriam

Autores

Dra. Isabel Bernad Alonso. Dermatóloga.

Dra. Verónica De Diego Pericas. Dermatóloga.

Dra. M^a Ángeles Espeso Fernández de Valderrama. Médico de familia.

Dra. Eva Victoria Fernández Vilariño. Dermatóloga.

Dra. Patricia García Morras. Dermatóloga

Dra. Avelina M. Garrido Calvo. Médico de familia.

Dr. Luis Fernando Hernández Barrio. Dermatólogo.

Dr. Ignacio Hernández Aragüés. Dermatólogo.

Dr. Francisco Jiménez Monteagudo. Pediatra.

Dra. Isabel López Aznárez. Pediatra.

Dra. Marina Ortega Navaridas. Pediatra.

Dr José Luis Ponce Nolla. Médico de familia.

Dr. José Luis Ramón Trapero. Médico de familia.

Dra. Gemma Simal Gómez. Dermatóloga.

Dra. Ruth Zabala Santolaya. Médico de familia.

Contenido

ACNÉ	5
ACROCORDÓN	9
ALOPECIA	10
CLOASMA (MELASMA).....	13
DERMATITIS ATOPICA.....	14
DERMATOFIBROMA.....	18
ECCEMAS	19
HIDROSADENITIS SUPURATIVA.....	25
INFECCIONES BACTERIANAS.....	27
INFECCIONES FÚNGICAS.....	35
INFECCIONES VÍRICAS.....	44
PSORIASIS.....	47
QUEILITIS ACTÍNICA	50
QUERATOSIS ACTINICA.....	51
QUERATOSIS SEBORREICA	52
ROSÁCEA	53
TUMORES CUTANEOS.....	55
URTICARIA.....	62
VERRUGAS VULGARES	64
VERRUGAS GENITALES (CONDILOMAS).....	66
ZOONOSIS	67
BIBLIOGRAFÍA	70

ACNÉ

Enfermedad inflamatoria de etiología multifactorial que afecta a la unidad pilosebácea produciendo aumento de la secreción sebácea, hiperqueratosis ductal con obstrucción del folículo, colonización bacteriana (*Propionibacterium acnes*) e inflamación secundaria. Es una de las patologías dermatológicas más frecuentes.

ACTUACIÓN DEL MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA

Basar la orientación diagnóstica y terapéutica en los siguientes criterios:

1) Tipo de lesión

- **No inflamatoria:** comedones cerrados y comedones abiertos.
- **Inflamatoria:** pápulas y pústulas (superficial); nódulos y quistes (profunda).
- **Residual:** hiperpigmentación, cicatriz.

2) Intensidad

- **Leve:** predominan comedones con pápulas escasas (Fig. 1)
- **Moderado:** predominan pápulas y pústulas con comedones (Fig. 2)
- **Grave:** nódulos inflamatorios y quistes (Fig. 3)

3) Compromiso psicológico

- Se considera que la **afectación psicológica significativa** por el acné aumenta el nivel de gravedad del acné.



Fig. 1



Fig. 2



Fig. 3

Las pruebas complementarias no están indicadas en general.

En menores de 7 años o si hay presencia de otros signos de hiperandrogenismo (pubarquia o axilarquia aisladas, olor corporal intenso en prepúberes, aumento de la velocidad de crecimiento, hirsutismo, trastornos menstruales) solicitar edad ósea y perfil hormonal (testosterona, DHEA-S, 17-OH-progesterona, androstendiona) para descartar pubarquia precoz, formas tardías de hiperplasia suprarrenal congénita, síndrome de ovario poliquístico o tumores productores de andrógenos.

Recomendar **lavado diario**, mañana y noche, con jabón y agua tibia y **tratamiento farmacológico** (advertir de que su efecto puede tardar de 4 a 6 semanas en empezar a manifestarse y de 3 a 4 meses hasta alcanzar el máximo de eficacia):

Escala de gravedad	1ª elección	2ª elección
Acné comedoniano	<p>Retinoides tópicos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tretinoína 0,025-0,05% gel: <i>Isotrex®</i>, <i>Retirides®</i>, <i>Vitanol®</i> - Adapaleno 0,1%: <i>Differine®</i> gel y crema <ul style="list-style-type: none"> - Retinol + retinoato: <i>Birretix duo®</i> <p>Retinoide tópico - Peróxido de benzoilo (PB)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Adapaleno+PB: <i>Epiduo®</i> 	<p>PB: Peroxiben® Oxiderma®, Solucel® 2,5-5 en cara y 5-10% en espalda</p> <p>Ácido salicílico: Salizinc gel®</p> <p>AHA (ácido glicólico): Neostrata gel forte®</p> <p>Ácido azelaico: Finacea gel®, Azelac®</p>
	Mantenimiento	
	Retinoide tópico: Differine gel y crema, Birretix gel® AHA (alfa hidroxiácidos)	
	Observaciones	
	Aplicar, con la piel seca, una vez al día por la noche. Empezar con concentraciones bajas para evitar abandono por efecto irritante. Si produce irritación local, valorar aplicación cada 2-3 días. El PB puede decolorar la ropa o el cabello	

Escala de gravedad	1ª elección	2ª elección
Acné papulopustuloso leve o moderado	<p>PB - antibiótico tópico:</p> <p>PB + clindamicina: <i>Duac gel®</i></p> <p>Retinoide tópico - PB</p> <ul style="list-style-type: none"> - Adapaleno+PB: <i>Epiduo®</i> <p>Retinoide - antibiótico tópico (no macrólido):</p> <ul style="list-style-type: none"> -Tretinoína + clindamicina: <i>Treclinac®, *Mask plus®</i> <p>PB (gel a 2,5 o 5% en cara y 5 o 10% en espalda): <i>Peroxiben®, Oxiderma®, Solucel®, Panoxyl®</i></p> <p>4 meses → mantenimiento</p>	<p>Antibiótico oral (tetraciclinas): Doxiciclina 100 mg/día (máximo 3 meses)</p> <p style="text-align: center;">+</p> <p>Retinoides tópicos</p> <p style="text-align: center;">o</p> <p>Retinoide tópico - PB</p> <p style="text-align: center;">o</p> <p>PB</p>
	Mantenimiento	
	Retinoide tópico Retinoide tópico - PB AHA	
	Observaciones	
	No usar el antibiótico tópico en monoterapia No usar combinación de un antibiótico tópico con uno sistémico Tetraciclinas Contraindicadas en menores de 8 años y embarazadas. Puede producir fotosensibilidad Disminuyen efectividad de los Anticonceptivos orales (ACO) ACO efecto antiandrogénico: En mujeres otra alternativa puede ser utilizar tratamiento con <ul style="list-style-type: none"> - Acetato de ciproterona <i>Diane 35®</i>; - Drospirinona <i>Drosure® Drosurel®</i>; - Dienogest <i>Sibilla®</i> 	

Escala de gravedad	1ª elección	2ª elección
Acné papulopustuloso grave o nodular moderado	Antibiótico oral + Retinoide tópico - PB	Isotretinoína oral (Dermatología)
	Mantenimiento	
	Retinoide tópico Retinoide tópico - PB AHA	
	Observaciones	
	Isotretinoína oral contraindicada en menores de 12 años y embarazo. ACO efecto antiandrogénico	

Escala de gravedad	1ª elección	2ª elección
Acné nódulo-quistico o con tendencia cicatricial	Isotretinoína oral (Dermatología)	Antibiótico oral + Retinoide tópico - PB
	Mantenimiento	
	Retinoide tópico Retinoide tópico - PB AHA	
	Observaciones	
	Isotretinoína oral contraindicada en menores de 12 años y embarazo. ACO efecto antiandrogénico	

Algoritmo tratamiento acné. (Adaptado de López-Esteban JL, Actas Dermosifil. 2017) PB. Peróxido de benzoilo. AHA: alfa hidroxiácidos. *Mask plus además contiene polyvinyl y ácido glicólico

En el caso de **mujeres gestantes, el tratamiento tópico es más seguro**. Se puede emplear PB y ácido azelaico (*Finacea® gel, Skinoren® crema, Zeliderm® crema*). Si precisa antibiótico oral, los recomendados durante la gestación son amoxicilina, cefalosporinas, eritromicina, azitromicina y clindamicina. **Muy importante: los retinoides orales, tópicos y tetraciclinas están contraindicados.**

DERIVACIÓN A DERMATOLOGÍA

Pacientes candidatos a isotretinoína oral:

- Acné grave, nódulo-quistico.
- Acné moderado con importantes lesiones inflamatorias, sin respuesta a antibiótico oral o en el que está contraindicado el tratamiento antibiótico oral.
- Recurrencia tras tratamiento apropiado (al menos 4 meses) a su grado de gravedad descartando previamente el mal cumplimiento o la coexistencia de otros factores. Se recomienda evaluar previamente función hepática y lipidograma, por lo que **junto con la interconsulta a**

ACROCORDÓN

Lesiones pequeñas, blandas y pediculadas, que pueden estar o no hiperpigmentadas. A menudo son múltiples y localizadas en cuello, parte alta de tórax, zona axilar, submamaria, inguinal o en otras zonas de roce o pliegue (Fig. 4 y Fig. 5).

Aparecen con mayor frecuencia en mujeres y pacientes obesos.

También pueden denominarse *fibroma blando*, *fibroma péndulo* (generalmente cuando son de mayor tamaño) o *pólipo fibroepitelial*.



Fig. 4



Fig. 5

ACTUACIÓN DEL MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA

Informar de la benignidad y del carácter meramente estético de las lesiones, motivo por el que su **tratamiento no está incluido en la cartera de servicios** del sistema público de salud (Real Decreto 63/1995 sobre ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud). Advertir que los antiverrugas y otros remedios caseros no son eficaces y que, aunque se eliminan, con el tiempo aparecerán nuevas lesiones.

No obstante, si la lesión es mayor o produce molestias por irritación, **puede considerarse su extirpación**: en la consulta de AP (cortándolo con tijeras, mediante electrocoagulación o criocirugía) o derivándolo a cirugía general (cirugía menor) para lesiones más grandes.

DERIVACIÓN A DERMATOLOGÍA

No precisa.

Notas

ALOPECIA

1. Alopecia androgénica
 - 1.1. Femenina (diferente del efluvio telogénico) (FAGA)
 - 1.2. Masculina (MAGA)
2. Alopecia areata
3. Alopecia cicatricial

1. ALOPECIA ANDROGÉNICA

Es una pérdida o disminución del cabello, determinada genéticamente y en la que influyen los andrógenos.

1.1. ALOPECIA ANDROGÉNICA FEMENINA (FAGA)

- La pérdida de cabello en la mujer sigue un patrón más difuso (biparietal), respetando la línea de implantación del pelo (Fig. 6). Este se vuelve más fino y hay una disminución de la masa capilar. Se acentúa a partir de la menopausia por la pérdida de protección estrogénica, pero raramente es total. Los niveles séricos de andrógenos habitualmente son normales.
- Si la alopecia es de instauración súbita o sigue un patrón masculino, acompañada de otras manifestaciones de hiperandrogenismo (hirsutismo, acné, cambios en la voz, etc.) pensaremos en un trastorno virilizante, como un tumor productor de andrógenos (tumor suprarrenal u ovárico). En estos casos será necesario una evaluación sérica de testosterona total y libre, DHEA-S y prolactina.
- Puede ser necesario el **diagnóstico diferencial** con una caída difusa de pelo por *déficit de hierro*, *alteraciones tiroideas* y, raramente, *sífilis*.



Fig. 6

1.2. ALOPECIA ANDROGÉNICA MASCULINA (MAGA)

- Es genética y se trata de un problema puramente estético, no de salud.

- En los hombres se observa un retroceso frontoparietal y afectación del vértex con mayor o menor grado de afectación (hasta llegar a la alopecia en herradura o hipocrática) (Fig. 7)

Tratamiento: tanto en la FAGA como en la MAGA puede proponerse tratamiento con **minoxidil solución cutánea al 2 o al 5%**, en aplicación tópica cada 12 o 24 horas desde el inicio (*Regaxidil®*, *Minoxidil Viñas®*, etc. o fórmula magistral) (productos no financiados). Su aplicación se hará separando a rayas el cabello con un peine y aplicándose un máximo de 2 ml al día (1ml/12 horas o 2 ml/24 horas), realizando después un suave masaje de la zona y lavándose las manos a continuación.

La caída del cabello reaparece al suspender el tratamiento, por lo que debería ser un tratamiento crónico (mínimo 4-6 meses, desconociéndose efectos secundarios a largo plazo).



Fig. 7

2. ALOPECIA AREATA (AA)

Forma de alopecia no cicatricial, de causa desconocida, caracterizada por la presencia de una o varias placas alopécicas redondas u ovals que, a veces, pueden confluir. En estas zonas la piel es de aspecto normal, sin inflamación y con orificios foliculares (Fig. 8). Puede afectar a cuero cabelludo o cualquier área con pelo: barba, cejas, pestañas..., denominándose:

- **Total**: si afecta a la totalidad de cuero cabelludo.
- **Universal**: si afecta a la totalidad de los pelos en todo el cuerpo.
- **Ofiásica**: si afecta a la periferia del cuero cabelludo (supraauricular y/u occipital) con un patrón de pérdida capilar circunferencial (Fig. 9)

Entre los factores de mal pronóstico se encuentran: atopia, enfermedades autoinmunes, historia familiar de AA, inicio precoz, patrón ofiásico.



Fig. 8

Diagnóstico diferencial con *tiña cápitis* (más frecuente en niños).

Tratamiento:

- **Corticoide tópico** de potencia media en la cara y de potencia elevada en las lesiones de cuero cabelludo, 1-2 aplicaciones al día durante 3 meses (*Clovate*® crema, *Declobán*® pomada o *Clobisdin*® solución cutánea).
- **Infiltraciones de triamcinolona**, una vez al mes.
- **Minoxidil tópico 5%**, aumentando su efectividad si se combina con una crema de corticoide potente media hora después. Reevaluar al paciente en 3-4 meses, aunque el efecto máximo se alcanza al año (producto no financiado).



Fig. 9

3. ALOPECIA CICATRICIAL

Secundaria a enfermedades sistémicas como *lupus* o *liquen plano*. **Derivar** a dermatología todos los casos.

ACTUACIÓN DEL MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA

En **más de la mitad de los casos de alopecia no es necesario solicitar ninguna prueba** complementaria. La clínica y la exploración física son suficientes para establecer el diagnóstico.

En los **casos señalados** en que solicitemos alguna exploración debemos comenzar por una **analítica** que incluirá: hemograma, glucemia, hierro, ferritina sérica, creatinina, transaminasas hepáticas, TSH, magnesio y zinc. Son opcionales, según criterios clínicos, VDRL o RPR, anticuerpos antinucleares, VIH, testosterona libre y DHEA-S (mujeres con alopecia androgénica).

En caso de **sospecha de AA**, el médico de atención primaria debe realizar una anamnesis detallada (antecedentes personales y familiares de alopecia y de enfermedades autoinmunes) y realizar estudio analítico en caso de presentar manifestaciones de alguna enfermedad autoinmune o AA ofiásica o AA muy extensa (TSH, T4, VSG, Ac. Antitiroideos, ANA).

Una vez confirmado, se podrá optar por los **tratamientos** específicos expuestos en cada apartado diagnóstico.

DERIVACIÓN A DERMATOLOGÍA

- Dudas diagnósticas
- Alopecia ofiásica
- Alopecia cicatricial
- Alopecias areatas recidivantes o extensas

CLOASMA (MELASMA)

Hiperpigmentación marrón claro u oscuro, adquirida, de bordes irregulares, que aparece en las áreas fotoexpuestas, más frecuentemente en la cara (frente, mejillas, labio superior, zonas temporales o mentón) y de distribución simétrica. En relación con la exposición solar (Fig. 10)

Puede asociarse con el embarazo, con la toma de anticonceptivos (o ciertos medicamentos) o puede ser idiopática.



Fig. 10

ACTUACIÓN DEL MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA

Explicar su significado: es un problema estético, por lo que **su tratamiento no está incluido en la cartera de servicios** del sistema público de salud (Real Decreto 63/1995 sobre ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud). Además, aunque puede responder al tratamiento, son muy frecuentes las recidivas.

Detectar y eliminar, si es posible, los **factores desencadenantes**: anticonceptivos orales y otras hormonas, embarazo, toma de fármacos como hidantoína, minociclina, antipalúdicos, algunos cosméticos.

En personas de riesgo, asegurar el cumplimiento de fotoprotección correcta.

El tratamiento exige siempre una **rigurosa y constante fotoprotección**. Complementario a esto existen algunos tratamientos **despigmentantes**:

- **Hidroquinona 2-4%** durante 1-3 meses. Puede asociar tretinoína al 0,05% ó ácido glicólico al 10%.
- **Ácido azelaico 20%**, durante meses.
- **Ácido kójico 1-3%**

DERIVACIÓN A DERMATOLOGÍA

No precisa.

Notas

DERMATITIS ATOPICA

Enfermedad inflamatoria crónica que cursa en brotes. Se considera la enfermedad crónica más prevalente de la infancia (hasta un 20% de niños). En tres cuartas partes de los casos es autorresolutiva o mejora después de la pubertad, persistiendo en un 1 a 3% de adultos. En estos casos o en los niños con clínica severa durante los primeros años, se ven afectados su salud y su desarrollo social.

Etiopatogenia multifactorial:

- Predisposición genética: historia familiar positiva para la enfermedad. Si ambos padres están afectados por dermatitis atópica (DA), el hijo tiene más del 70% de posibilidades de tenerla.
- Alteración inmunológica: es modelo de respuesta inflamatoria bifásica mediada por células T.
- Disfunción de la barrera epidérmica: determina la penetración de sustancias con capacidad antigénica. Presentan mayor sensibilidad frente a cualquier irritante.
- Factores ambientales: los factores que desencadenan DA con más frecuencia son: calor y transpiración, lana, stress, algunos alimentos (alcohol y especias), afecciones respiratorias altas y polvo ambiental...

Formas clínicas

Puede aparecer en cualquier etapa de la vida, con claro predominio en la infancia.

El síntoma principal es el **prurito intenso**. Su ausencia nos debe hacer dudar del diagnóstico. Se puede evidenciar por erosiones y excoriaciones así como posterior liquenificación y presencia de prurigo nodular.

DA del lactante (0 meses a 2 años)

Predilección por la cara, preferentemente ambas mejillas, frente y mentón, respetando la zona centrofacial (Fig. 11). A veces se asienta sobre lesiones iniciales de eccema seborreico. Puede progresar a zonas extensoras de miembros y a nalgas, a veces también a áreas flexoras. Las lesiones suelen ser pápulas o placas eritematosas y edematosas, muchas veces con erosiones, exudación y costras. Algunos se resuelven en esta fase.



Fig. 11

DA de la infancia (2 a 14 años)

Puede aparecer de novo o mantenerse desde la anterior etapa. Afectación característica de las zonas flexoras, sobre todo antecubitales y poplíteas (Fig. 14 y Fig. 13). No es infrecuente la afectación palpebral. Predominan los eczemas secos, liquenificación y prurigo. Son frecuentes las manifestaciones atípicas de la DA como la queilitis descamativa, la hiperqueratosis pilaris, la dermatitis plantar juvenil,

la xerosis o la pitiriasis alba (Fig. 12). Generalmente va mejorando en la adolescencia, pero algunos casos progresan a la etapa siguiente.



Fig. 14



Fig. 13



Fig. 12

DA del adulto (> 14 años)

Predominan las lesiones liquenificadas (engrosamiento y acentuación del reticulado cutáneo) en respuesta al rascado por prurito. Localización variable (Fig. 15): afectación labial, peribucal y ocular, afectación flexural, dorso de manos y pies, nuca... No son tampoco infrecuentes otras formas frustradas de atopia: eccema dishidrótico, eczema numular, etc.



Fig. 15

ACTUACIÓN DEL MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA

El **diagnóstico** es clínico, en base al conjunto de manifestaciones del paciente y sus antecedentes familiares. Aunque es habitual encontrar en los pacientes atópicos un aumento de IgE total, no está justificada su determinación para el diagnóstico ya que no hay biomarcadores específicos.

Tratamiento:

1. Medidas generales: dirigidas a disminuir el prurito.

1.1. Evitar: temperaturas elevadas y ropa de abrigo excesiva, tejidos de lana, fibra sintética, plásticos, gomas, fricción de la piel con esponjas u otros.

No se aconsejan dietas restrictivas, salvo que se haya comprobado una correlación directa de los brotes con un determinado alimento. En adultos, el café, el cacao y el alcohol pueden incrementar el prurito.

1.2. Higiene: si bien el exceso de agua y jabón es perjudicial, también lo es la falta de higiene. Es preferible realizar duchas que baños, cortas, con agua no excesivamente caliente y con un gel de pH ácido sin detergente (*syndet*). A continuación se aplicará una crema emoliente (mejoran xerosis y prurito) en todo el cuerpo, repitiéndola en otros momentos del día en las zonas de sequedad.

1.3. Inmunizaciones: la DA no representa ninguna contraindicación en cuanto al calendario vacunal oficial habitual, salvo que asocie inmunosupresión importante por otro motivo, debiendo entonces evitarse las vacunas vivas atenuadas. En el resto de casos, el tratamiento con corticoides tópicos no contraindica ninguna vacuna, como tampoco el brote activo. En la fase de brote, únicamente debe tenerse la precaución de aplicar la vacuna en una zona del muslo o del deltoides sin lesiones de eccema atópico.

En pacientes tratados con tacrólimus o pimecrólimus tópicos en áreas extensas, a falta de más datos sobre su seguridad, se recomienda vacunar preferentemente en periodos sin tratamiento.

1.4. Educación: la educación de pacientes y familiares es fundamental para disminuir el estrés y la angustia que provocan la enfermedad.

2. Tratamiento tópico según intensidad del brote

2.1. Emolientes

Su objetivo es evitar la sequedad cutánea. El uso continuado reduce la necesidad de corticoides tópicos por lo que se incluyen como tratamiento de primera línea en todas las guías. Se deben emplear en cantidad abundante sobre piel sana para espaciar los brotes, evitando usarlos sobre eccemas activos donde cualquier crema provoca escozor.

2.2. Corticoides tópicos

Los corticoides tópicos son actualmente de primera elección en el tratamiento de la dermatitis atópica.

La elección del corticoide y su galénica (loción, emulsión, crema, pomada o ungüento) debe adecuarse a la edad del paciente, la zona a tratar, el tipo de lesión y su gravedad. Para las lesiones habituales en los niños, los corticoides de potencia baja o media suelen ser suficientes. En la cara, los pliegues, las mamas y la región genital deben usarse preparados de perfil de seguridad alto.

La aplicación de corticoides, en capa fina, más de una vez al día no suele ser necesaria.

Cuando el brote mejora, disminuir intensidad y frecuencia de aplicación y continuar con emolientes para extender el período libre de lesiones.

Los efectos secundarios del corticoide tópico son casi nulos si se utilizan de forma adecuada. Importante evitar la corticofobia en los padres y los pacientes.

2.3. Inmunomoduladores

En mayores de 2 años de edad los inhibidores tópicos de la calcineurina suponen una alternativa a la terapéutica con esteroides en los casos de mal control, rechazo, riesgo de efectos adversos (eccema facial o palpebral refractario y/o recurrente) o como forma de ahorrar corticoides.

- **Pimecrolimus** (*Elidel*® crema)

Eficaz en el control de los brotes de la enfermedad leve-moderada, en dos aplicaciones diarias (en caso de prolongarse más de dos semanas, aplicar cada 24 horas) el menor tiempo necesario. También se puede usar como tratamiento de fondo, aplicado dos días a la semana en las zonas de recurrencia del eccema o en caso de brotes graves repetidos, hasta un máximo de doce meses.

- **Tacrolimus** (*Protopic*[®], *Cellmune*[®], *Takrozem*[®] pomada)

Indicado en la DA moderada o grave. Existen dos fórmulas, al 0.03% para su uso en niños mayores de 2 años o adultos que no toleren altas dosis, y al 0.1% para mayores de 16 años. La pauta de inducción y de mantenimiento son iguales que el pimecrólimus.

El principal efecto secundario de ambos inmunomoduladores es el eritema, prurito o sensación de quemazón en el lugar de aplicación, aunque son transitorios, debiendo evitar abandonar el tratamiento. Se pueden minimizar indicándo una terapia inicial con corticoides tópicos. No deben usarse en oclusión.

2.4. Antibióticos y antisépticos

En casos en que haya sospecha de infección, usaremos **ácido fusídico** o **mupirocina** por ser *S. aureus* el principal agente implicado y, en cuadros severos, valorar tratamiento oral (véase impétigo).

3. Tratamiento oral

3.1. Antihistamínicos orales (si hay prurito incoercible)

No están indicados de forma rutinaria. Se pueden ensayar antihistamínicos orales no sedantes en casos graves, prurito incoercible o urticaria asociada.

En niños mayores de 6 meses con afectación significativa del sueño, pueden recomendarse los de 1ª generación por su carácter sedante, para mejorar el descanso de los pacientes.

- **Hidroxizina** (*Atarax*[®]) (>6 meses): 1-2 mg/kg/día en dos a cuatro dosis (máx. 100 mg/día) (Contraindicado en QT largo).
- **Dexclorfeniramina** (*Polaramine*[®]) (>2 años): 0.16-0.2 mg/kg/día en tres a cuatro dosis (máx. 12 mg/día; máx. repeta 18 mg/día).

Nunca deben emplearse antihistamínicos tópicos.

3.2. Corticoides orales (si las anteriores medidas son inefectivas para controlar el brote)

En exacerbaciones intensas, ciclos cortos con **prednisona** o **metilprednisolona**, a dosis iniciales de 0.5-1 mg/kg/día. En periodos cortos de hasta 7 días el corticoide oral se puede suprimir sin reducción progresiva.

DERIVACIÓN A DERMATOLOGÍA

- Dudas diagnósticas.
- DA severa o mala respuesta a tratamiento anterior.
- Formas graves que requieren ingreso hospitalario.

DERMATOFIBROMA

Tumoración benigna, normalmente localizada en extremidades, con forma de nódulo o pequeña placa, en forma de botón. A la palpación es duro como una cicatriz (Fig. 16 y Fig. 17). Suele presentar pigmentación marronácea, muchas veces con zona central blanquecina. Cuando se pinza la lesión entre dos dedos, este nódulo se hunde (*signo del hoyuelo*).



Fig. 16



Fig. 17

ACTUACIÓN DEL MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA

El **diagnóstico** es clínico, con la anamnesis y sobre todo los signos exploratorios mencionados. El dermatoscopio nos puede ayudar apoyando la sospecha clínica, si observamos el patrón dermatoscópico más frecuente (parche blanco central con retículo marrón en periferia).

Explicar al paciente el significado, **no precisa ningún tratamiento** (su exéresis puede producir cicatriz de resultado inestético y mayores molestias que la propia lesión).

DERIVACIÓN A DERMATOLOGÍA

No precisa. Únicamente plantear derivación en caso de dudas diagnósticas o si muchas molestias asociadas.

Notas

ECCEMAS

El eccema es una reacción cutánea inflamatoria debida a múltiples etiologías. Generalmente cursa con prurito y lesiones polimorfas, de bordes mal delimitados que pueden ser solo eritematosas o asociadas a vesículas, descamación y costras según el tiempo de evolución.

ACTUACIÓN DEL MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA

El tratamiento de los distintos tipos de eccemas es similar.

	ECCEMA AGUDO	ECCEMA SUBAGUDO	ECCEMA CRÓNICO
Clínica	Húmedo, eritema intenso + exudación y/o lesiones de contenido líquido.	No exudación Inflamación sin tanta humedad	lesión seca, engrosada (hiperqueratosis), fisuras, liquenificación.
Tratamiento	<p>Fomentos en gasas impregnadas</p> <ul style="list-style-type: none"> -Septomida® -Agua de camomila -Agua de Burow -Permanganato potásico u otras <p>Aplicar 10-30 min. 3 veces al día Mejoría en 48-72 h.</p> <p style="text-align: center;">+</p> <p>Corticoide crema/emulsión</p>	<p>Corticoide tópico</p> <p><u>Vehículo</u>: crema (excepto áreas pilosas: geles, soluciones)</p> <p><u>Potencia</u> BAJA (hidrocortisona u otras de absorción baja): Cara, genitales y pliegues (zonas de riesgo) ELEVADA: manos, pies MEDIA: resto loc.</p> <p>Antibiótico oral o tópico + corticoide tópico si sobreinfección bacteriana <i>Diprogenta®</i> o <i>Celestoderm gentamicina®</i> <i>Fucibet®</i> Cada 12 horas 2-3 semanas</p>	<p>Corticoide tópico</p> <p><u>Vehículo</u>: pomada/ungüento (sobre todo áreas piel gruesa: manos y pies).</p> <p><u>Potencia</u> ELEVADA (excepto en las zonas de riesgo)</p> <p>1 aplicación diaria hasta mejoría (no más de 4 semanas) y reducir frecuencia de aplicación progresivamente.</p> <p>Si hay liquenificación aplicar en oclusión por las noches los primeros días.</p>

Si el eccema es extenso o cuadros agudos con afectación de cara, genitales, manos o pies que requiere una resolución rápida pautar un ciclo de corticoides orales (0.5-1 mg/kg/día) durante 1 semana.

1. ECZEMA O DERMATITIS DE CONTACTO

1.1. Eczema de contacto alérgico

Reacción de hipersensibilidad retardada (tipo IV) provocada por el contacto de la piel con una sustancia a la cual el paciente es alérgico. Puede hacerse crónica si el contacto es persistente.



Fig. 20. Eczema de contacto alérgico agudo. Dermatology. J. Bologna



Fig. 19. Eczema de contacto alérgico agudo – subagudo. Dermatology. J. Bologna



Fig. 18. Eczema de contacto alérgico crónico (difícil de diferenciar de EC irritativo)



1.2. Eczema de contacto irritativo

Es una reacción cutánea inespecífica por la exposición a un agente exógeno irritante (físico, mecánico o químico), que provoca un efecto citotóxico en la piel (Fig. 21. Dermatology. J. Bologna). Puede ocurrir a cualquier individuo dependiendo de la potencia, concentración y condiciones de la barrera cutánea. Pueden causarlas por ejemplo exposiciones repetidas al agua jabonosa, limpiadores o alcohol. Una única exposición a la lejía, los ácidos fuertes y álcalis pueden provocar una reacción grave. Si el contacto es repetido da lugar a eczema crónico.



Fig. 21. Dermatology. J. Bologna

	Eccema de contacto irritativo	Eccema de contacto alérgico
Aparición lesiones	<24 h	48-72 h
Localización	Área de contacto, bien delimitado	Área de contacto, margen mal definido, puede extenderse
Fase aguda	Eritema predominante	Intensa y polimorfa. Eritema, vesículas, costras
Fase crónica	Descamación, hiperqueratosis, fisuración	Descamación, hiperqueratosis, fisuración

1.3. Eczemas fotoinducidos

1.3.1. DERMATITIS FOTOTÓXICAS: contacto con sustancias con efecto toxico cuando se exponen a la luz.

1.3.2. DERMATITIS FOTOALÉRGICA: requiere sensibilización previa a un alérgeno + exposición al sol.

ACTUACIÓN DEL MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA

Eccema de contacto alérgico

- Consejos de evitación de los alergenos sospechosos o confirmados.
- Tratamiento del eccema según la fase (agudo-subagudo o crónico).

Eccema de contacto irritativo

- Averiguar productos causales y dar consejos de evitación.
- Por lo general no hay que realizar pruebas epicutáneas, solo si hay dudas de que pueda haber causa alérgica.
- Valorar si es enfermedad laboral.
- Tratamiento según fase evolutiva del eccema.
- En manos: **corticoides** de alta y muy alta potencia, 1 aplicación al día durante 14-21 días y después reduciendo el número de aplicaciones a la semana.
- Recidiva: reiniciar tratamiento con corticoide.
- En caso de **recidivas frecuentes**, mantenimiento con **inhibidores de la calcineurina tópicos: tacrólimus** pomada (*Protopic®*) o **pimecrólimus** crema (*Elidel®*).
- Uso de emolientes grasos varias aplicaciones al día, cremas barrera y jabón dermograsso. Si es preciso usar guantes como medida preventiva, solo el tiempo necesario porque la oclusión mantenida de la piel podría empeorar el eccema.

DERIVACION A ALERGOLOGÍA

Sospecha de eccema de contacto alérgico, para confirmación mediante pruebas epicutáneas.

DERIVACIÓN A DERMATOLOGÍA

Derivar a dermatología si múltiples brotes o persistencia de las lesiones sin mejoría con tratamiento tópico, en ambos tipos de eccema.

Tratamientos alternativos en casos resistentes: fototerapia o tratamiento sistémico como alitretinoína o inmunosupresores orales (azatioprina, ciclosporina).

2. ECCEMA DISHIDROTICO

Múltiples vesículas pequeñas y duras con tendencia a agruparse distribuidas de forma simétrica en palmas, en la cara medial y lateral de los dedos (Fig. 22) y menos frecuentemente en plantas. Asientan sobre piel normal o eritematosa y contienen líquido transparente con tendencia a ser purulento si sobreinfección. Son muy pruriginosas. Se resuelve dejando una descamación gruesa.

Es considerado un eccema *endógeno*.

Factores que pueden estar implicados: *dermatitis atópica*, *dermatitis de contacto alérgica a metales* (níquel, cromo, cobalto), *alérgenos sistémicos* (níquel, cromo, neomicina, quinolonas), *dermatofitosis*, sustancias irritantes, inmunoglobulinas (algunos casos). El sudor no es un factor etiológico, pero si agravante.



Fig. 22

Diagnóstico diferencial: *tiña inflamatoria*, *escabiosis*, *psoriasis pustulosa*, *dermatitis alérgica de contacto*.

ACTUACIÓN DEL MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA

- Emolientes
- Tratamiento: **corticoide tópico** de alta potencia (crema o pomada según estado evolutivo) al menos 2 semanas. Posteriormente bajar dosis o potencia del corticoide progresivamente.
- En caso de recidivas frecuentes, mantenimiento con **tacrólimus o pimecrólimus**.
- Al inicio valorar si es necesario fomentos, si es muy intenso se puede hacer tratamiento oclusivo los primeros días.
- Tratar si existe algún factor desencadenante conocido.
- Descartar infección fúngica asociada mirando pliegues interdigitales de los pies (tiña pedis) y tratar si la hay.
- Casos graves (**pónfolix**): **corticoides orales** a dosis de 0,5-1 mg/kg/día.

DERIVACIÓN A DERMATOLOGÍA

- Dudas diagnósticas
- Eccema dishidrótico crónico que no responde a los tratamientos propuestos.

3. ECCEMA ASTEATÓSICO O CRAQUELÉ

El eccema craquelé es frecuente en gente mayor. La causa más frecuente de xerosis es el envejecimiento cutáneo. Otros factores que predisponen para tener xerosis cutánea son los irritantes cutáneos, calor o sequedad ambiental, exposición al agua, jabones y detergentes; malnutrición y marasmo; insuficiencia renal y hemodiálisis; *dermatitis atópica* e *ictiosis vulgar*.

Se inicia en la región pretibial pudiendo extenderse a las otras zonas de las piernas y a otras partes del cuerpo, respetando cara, cuello, palmas y plantas. Se presenta en forma de xerosis cutánea con eritema, la piel está agrietada formando un patrón entrecruzado de grietas superficiales (como la piel de una serpiente) (Fig. 23 y Fig. 24). Cursa con prurito intenso que causa rascado, escoriación y agravamiento de la inflamación cutánea.



Fig. 23



Fig. 24

ACTUACIÓN DEL MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA

- **Corticoide tópico** de potencia media los primeros días hasta la desaparición del eritema.
- Si precisa, mantenimiento con **inhibidores de la calcineurina tópicos** (tacrolimus, pimecrolimus) hasta resolución completa.
- Aplicar emolientes a diario, tantas veces como sea necesario, tipo vaselina o cremas con urea, ceramidas, ácido láctico.
- Usar jabón dermograsso, tipo *syndet*.
- Detectar y corregir los factores desencadenantes: irritantes cutáneos, calor o sequedad ambiental.

Habitualmente es un problema recidivante y en nuevos episodios es necesario tratar de igual forma. Prevención: uso regular de emolientes y jabón dermograsso.

DERIVACIÓN A DERMATOLOGÍA

- Eccema craquelé generalizado.

4. ECCEMA DE ESTASIS VENOSO

Se asocia a insuficiencia venosa crónica. Aparecen placas eritematosas, de color rojo vivo con edema y congestión subfascial que se localizan en las piernas, habitualmente en ambas, donde existe previamente una hiperpigmentación persistente de predominio distal. Con los años se produce un endurecimiento progresivo de los tejidos (lipodermatoesclerosis) (Fig. 25).

Es una de las causas mas frecuentes de eccema disseminado o reacción tipo "ide". Son lesiones eccematosas a distancia en cualquier localización, con mayor o menor extensión. Pueden desencadenarlas por ejemplo tratamientos tópicos aplicados como la neomicina o la gentamicina que desencadenan dermatitis alérgica de contacto.



Fig. 25

Diagnostico diferencial: *celulitis o linfangitis aguda, trombosis venosa, dermatitis de contacto, otras dermatitis.*

ACTUACIÓN DEL MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA

- Las medidas para mejorar el retorno venoso son la actuación principal: medias o vendas de compresión, ejercicios de la musculatura de los gemelos, cambios en el estilo de vida.
- Tratar la placa de eccema según fase evolutiva
- Tratar las sobreinfecciones.
- Tratamiento de reacciones "ide": corticoide oral durante 15 días en pauta descendente y tratamiento tópico.

DERIVACIÓN A DERMATOLOGÍA

- En caso de reacción "ide" extensa.

Notas

HIDROSADENITIS SUPURATIVA

Enfermedad inflamatoria cutánea crónica, dolorosa y recurrente, localizada principalmente en las áreas del cuerpo con más glándulas apocrinas: axilas, ingles, zona anogenital y perianal (Fig. 26 Y Fig. 27). Aunque inicialmente, la hidrosadenitis o hidradenitis supurativa (HS) se consideró una disfunción de estas glándulas, la causa es la oclusión del infundíbulo pilosebáceo, que desencadena una cascada de respuestas inflamatorias. Clínicamente, se distingue:

HS Aguda

Recurrente, dolorosa. Afectación profunda con nódulos inflamatorios que generan ardor, dolor, picor, calor local e hiperhidrosis.

HS Crónica

Tendencia final a hacerse abscesos múltiples, comedones dobles, fístulas, úlceras y finalmente cicatrices, generando secreciones malolientes con gran afectación de la calidad de vida.



Fig. 26



Fig. 27

Grado de Severidad (Graduación de Hurley)

Hurley I

Abscesos simples o múltiples, nódulos inflamatorios, sin fístulas ni cicatrices.

Hurley II

Abscesos recurrentes ya con existencia de fístulas, aunque sin afectación difusa de toda la zona (abscesos de repetición, pero aislados, aunque conectados por trayectos sinusales).

Hurley III

Afectación difusa de toda un área con múltiples abscesos interconectados y presencia de cicatrices.

Diagnóstico diferencial: *acné conglobata, celulitis disecante de cuero cabelludo, pioderma gangrenoso.* Hay que descartar asociación con *enfermedad inflamatoria intestinal* y *síndrome del ovario poliquístico*.

ACTUACIÓN DEL MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA

Dado su carácter recurrente y crónico, **informar** a los pacientes de la **importancia de las medidas no farmacológicas** y del significado de la enfermedad. Los únicos factores de riesgo claramente relacionados son el **tabaco** y la **obesidad**: el control de éstos modifica el curso de la enfermedad. Otras

medidas: control de factores de riesgo cardiovascular, evitar el uso de irritantes y la fricción en la zona afectada. En caso de depilación, es preferible el láser.

Tratamiento

- Hurley I: tratamiento de 1ª elección con **clindamicina tópica** (*Dalacin solución® o Clinwas gel®*) 1 aplicación cada 12 horas durante 3 meses.
- Hurley II y III: **clindamicina oral** 300mg cada 12 horas más **rifampicina oral** 300mg cada 12 horas durante 10 semanas. Algunos estudios recientes plantean usar solo la clindamicina, parece que es igual de efectivo y hay menos riesgo de complicaciones intestinales, se podría poner como alternativa.

En todos los casos valorar en cada momento la necesidad de **escisión local** de la lesión inflamatoria. Puede utilizarse **infiltración de corticoides** intralesionales (nódulos inflamatorios agudos, localizados).

DERIVACIÓN A DERMATOLOGÍA

- Hidrosadenitis que no responde al tratamiento.
- Hidrosadenitis extensa o de repetición.

Notas

INFECCIONES BACTERIANAS

1. Del folículo piloso
 - 1.1. FOLICULITIS
 - 1.2. FORÚNCULO
 - 1.3. ÁNTRAX
2. De la epidermis
 - 2.1. IMPÉTIGO
 - 2.2. ERITRASMA
3. Dermoepidérmicas
 - 3.1. ECTIMA
4. Infecciones de tejidos blandos
 - 4.1. ERISPELOIDE
 - 4.2. ERISPELA
 - 4.3. CELULITIS
 - 4.4. FASCITIS NECROTIZANTE
 - 4.5. PARONIQUIA BACTERIANA

1. Del folículo piloso

1.1. FOLICULITIS

Infección de la porción superior del folículo piloso. Se caracteriza por pápulas o pústulas en la salida del orificio del folículo, que pueden estar rodeadas de un halo eritematoso. La rotura de la pústula da lugar a erosiones o costras (Fig. 28 y Fig. 29). Pueden ser difusas y bien delimitadas o agrupadas.



Fig. 28



Fig. 29

Agente etiológico: *S. aureus*

Factores predisponentes: afeitado, depilación, oclusión, temperaturas elevadas y humedad, corticoides tópicos, antibióticos sistémicos, diabetes, inmunosupresión.

Foliculitis por *Pseudomonas aeruginosa*: pústulas en el tronco o piernas 3 días después de un baño o sauna en balneario o piscina.

Diagnóstico diferencial: patología acneiforme (*acné, rosácea, dermatitis perioral*) *foliculitis por candida, foliculitis eosinofílica, queratosis pilar, pseudofoliculitis de la barba.*

ACTUACIÓN DEL MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA

Corregir los factores predisponentes, lavado con **jabón antiséptico** (*Germisdin®*, *Genocután®*...).

Tratamiento tópico: **ácido fusídico** o **mupirocina** tópica cada 8 horas durante 7 días. En zonas pilosas **clindamicina** tópica en solución.

Si es **extensa, profunda o resistente a tratamiento tópico:** **amoxicilina-clavulánico** 500 mg cada 8 horas (40-60 mg/kg/día en niños) o **cloxacilina** 500 mg cada 6 horas (50-100 mg/kg/día en niños), de 7 a 10 días. En niños, el **cefadroxilo** (*Duracef®*) a 30 mg/kg/día en repartidos en 2 tomas (máx. 2 g/día) o la **cefuroxima-axetilo** (*Zinnat®*) a 15 mg/kg/día repartidos en 2 tomas (máx. 2 g/día) durante 10 días, son alternativas eficaces.

En **foliculitis por Pseudomonas:** evitar factores predisponentes e indicar fomentos con **ácido acético al 5%** u **ozenoxacino** tópico. Si es muy extensa, **ciprofloxacino** 500 mg cada 12h (en niños, 20-30 mg/kg/día repartidos cada 12 horas, máximo 1.5 g/día) durante 7 días.

1.2. FORÚNCULO

Extensión de la infección de un folículo hasta formar un absceso (Fig. 30 y Fig. 31).



Fig. 30



Fig. 31

ACTUACIÓN DEL MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA

Drenaje seguido de **tratamiento oral** con **amoxicilina-clavulánico** 500 mg cada 8 horas (40-60 mg/kg/día en niños) o **cloxacilina** 500 mg cada 6 horas (50-100 mg/kg/día en niños), de 7 a 10 días, **más tratamiento tópico** con **ácido fusídico** o **mupirocina**. Si existe **alergia a penicilina o resistencias**, **clindamicina** 300 mg cada 8 horas durante 10 días. En **niños**, el **cefadroxilo** (*Duracef®*) a 30 mg/kg/día en repartidos en 2 tomas (máx. 2 g/día) o la **cefuroxima-axetilo** (*Zinnat®*) a 15 mg/kg/día repartidos en 2 tomas (máx. 2 g/día) durante 10 días, son alternativas eficaces.

Si son de **repetición**, descartar *diabetes* asociada, intentar disminuir el estado de portador con antisépticos, lavados de piel y fosas nasales y pomada tópica nasal de mupirocina.

1.3. ÁNTRAX

La unión de varios folículos formando un absceso profundo con varias fístulas de pus y tapones necróticos. Se dan por poca higiene o en caso de inmunosupresión. El agente causal es el *S. aureus*.

ACTUACIÓN DEL MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA

Tratamiento: calor, desbridar más drenaje, más **amoxicilina-clavulánico** 500 mg cada 8 horas o **cloxacilina** 500 mg cada 6 horas durante 10 días. En caso de alergia a penicilina o resistencias, **clindamicina** 300 mg cada 8 horas durante 10 días.

DERIVACIÓN A DERMATOLOGÍA

- Forunculosis de repetición.
- Ántrax valorar si precisa derivación a urgencias/ingreso hospitalario.

2. De la epidermis

2.1. IMPÉTIGO

Infección superficial causada por *S. aureus* (más frecuente) y *Streptococcus pyogenes beta-hemolítico A (SBHGA)*.

- **Primario:** en piel sana, mas frecuente en niños sobre laceraciones leves de la piel.
- **Secundario:** impetiginización sobre dermatosis y lesiones traumáticas que alteran la integridad de la piel.

Factores predisponentes: edad (niños), mala higiene e inmunosupresión.

Provoca vesículas o pústulas pequeñas que se rompen dando erosiones y costras melicéricas (Fig. 32, Fig. 33 y Fig. 34).

Impétigo ampolloso: vesículas y ampollas que contienen un líquido amarillo claro o ligeramente turbio, sin eritema alrededor, que se rompen descomprimiendo las vesículas o dejando erosiones húmedas y superficiales.



Fig. 32



Fig. 33

Diagnóstico diferencial: herpes, picaduras, varicela, tiñas, quemaduras, penfigoide ampolloso.

ACTUACIÓN DEL MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA

Casos leves: lavado con jabón antiséptico (*Germisdin*[®], *Genocután*[®]...) y descostrado de las lesiones, más tratamiento tópico con **mupirocina** o **ácido fusídico** cada 8 horas durante 7 días.



Fig. 34

En **casos extensos o con síntomas sistémicos:** **cloxacilina** 500 mg cada 6 horas o **amoxicilina-clavulánico** 500 mg cada 8 horas, de 7 a 10 días. En niños, el **cefadroxilo** (*Duracef*[®]) sería el antibiótico de elección (30 mg/kg/día en repartidos en 2 tomas, máximo 2 g/día) durante 10 días.

Alérgicos a penicilina: eritromicina o clindamicina.

La recidiva puede deberse a la imposibilidad de erradicación del microorganismo o a la reinfección a partir de un familiar del paciente.

DERIVACIÓN A DERMATOLOGÍA

Dudas diagnósticas o si no hay respuesta al tratamiento.

2.2. ERITRASMA

Infección bacteriana crónica superficial que afecta áreas de intertrigo de ingles, axilas y pliegues interdigitales en pies. Causada por *Corynebacterium minutissimum*.

Son máculas bien delimitadas con descamación de color rojo o marrón rojizo, son asintomáticas. Con luz de Wood muestran color rojo coral (Fig. 35).



Fig. 35

Factores predisponentes: oclusión, humedad, obesidad y diabetes.

Diagnóstico diferencial con *tiña*, *candidiasis*, *psoriasis invertida*.

ACTUACIÓN DEL MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA

Tratamiento tópico: **eritromicina tópica** cada 12 horas, de 15 a 21 días; **ácido fusídico** cada 12 horas durante 7 días; o **clindamicina** solución 2-3 veces al día durante 1-2 semanas. Aunque es una infección bacteriana, algunos antifúngicos pueden mejorar, como clotrimazol cada 12 horas durante 15 días.

Si es **extenso o recidivante**, tratamiento oral con **eritromicina** 500 mg cada 6 horas, durante 14 días.

DERIVACIÓN A DERMATOLOGÍA

Dudas diagnósticas o no hay respuesta al tratamiento.

3. Dermoepidérmicas

3.1. ECTIMA

Infección que alcanza la dermis dando úlceras con halo eritematoso indurado con costras adheridas gruesas marronáceas, dolorosas a la palpación (Fig. 36). Más frecuentes en la parte distal de las extremidades.

El agente etiológico más frecuente es el *S. aureus* o los *estreptococos del grupo A*

Diagnostico diferencial con *ectima gangrenoso* por *Pseudomonas aeruginosa*, que presenta escara necrótica verdosa.



Fig. 36

ACTUACIÓN DEL MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA

Tratamiento combinado tópico y oral:

Limpieza de la costra y **mupirocina** tópica 2% o **ácido fusídico** 2% u **ozenoxacino** tópico 1%.

Tratamiento oral con **fenoximetilpenicilina** 250-500 mg cada 6 horas durante 10-14 días o **amoxicilina-clavulanico** 500 mg cada 8 horas, durante 10 días. En alérgicos, clindamicina 300 mg cada 8 horas durante 10 días o eritromicina 500 mg cada 6 horas durante 10 días. En niños, el **cefadroxilo** (*Duracef*®) a 30 mg/kg/día en repartidos en 2 tomas (máx. 2 g/día) sería, junto a **amoxicilina-clavulánico** a 40-60 mg/kg/día repartidos cada 8 horas o **cloxacilina** 50-100 mg/kg/día repartidos cada 6 horas, durante 7 a 10 días, el tratamiento de elección.

DERIVACIÓN A DERMATOLOGÍA

Dudas diagnósticas o no respuesta al tratamiento.

4. infecciones de tejidos blandos

4.1. ERISIPELOIDE

El erisipeloide es una infección ocupacional causada por *Erysipelothrix rhusiopathiae*. Esta enfermedad afecta principalmente a carniceros, pescaderos, trabajadores de la cocina y personas que manipulan pescado o carne. El organismo es ubicuo, pero el reservorio más común es el cerdo y el pavo.

Clínicamente se presenta como una placa eritemato violácea bien delimitada, asintomática, de crecimiento lento centrífugo, localizada en manos y dedos (Fig. 37).

ACTUACIÓN DEL MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA

Tratamiento oral: fenoximetilpenicilina 500 mg cada 6 horas durante 7 días o amoxicilina 500 mg cada 8 horas durante 10 días. Si alergia a penicilina, clindamicina 300 mg cada 8 horas durante 7 días o ciprofloxacino 250 mg cada 12 horas durante 7 días.



Fig. 37

DERIVACIÓN A DERMATOLOGÍA

Dudas diagnósticas o no respuesta al tratamiento.

4.2. ERISPELA

Infección aguda de dermis e hipodermis causada por *S. beta-hemolítico del grupo A (SBGHA)* y en ocasiones *S. aureus*.

Placa roja, caliente, brillante, edematosa, muy dolorosa a la palpación y bien delimitada (y). Habitualmente hay puerta de entrada.

Puede haber linfangitis, adenopatías, fiebre y mal estado general.

Diagnóstico diferencial: *erisipeloide, tromboflebitis, celulitis, dermatitis de estasis, eritema nodoso.*



Fig. 39



Fig. 38

ACTUACIÓN DEL MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA

Tratamiento oral: amoxicilina 500 mg cada 8 horas, durante 10 días. En niños, el cefadroxilo (*Duracef*®), la cefuroxima-axetilo (*Zinnat*®) o la amoxicilina-clavulánico son alternativas eficaces si se sospecha *S. aureus*.

Si presenta **fiebre, sintomatología florida y el paciente es inmunocompetente**, **penicilina G procaína** 1.200.000 UI im cada 12 horas, hasta al menos 48 horas tras la desaparición de la fiebre y luego continuar con amoxicilina oral hasta completar 14 días desde el inicio del tratamiento. En el caso de los **niños**, la fiebre o afectación sistémica son criterios de derivación al servicio de urgencias hospitalario, por la posibilidad de *shock tóxico* o *fascitis necrotizante*.

Si **recidiva**, **penicilina benzatina** 1.200.000 UI im cada 4 semanas.

En **alérgicos** a penicilina, **clindamicina** 300 mg cada 8 horas durante 10 días y, si no responde, **levofloxacin** 500 mg cada 24 horas durante 7 días.

DERIVACIÓN (SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO)

- Presencia de fiebre en niños.
- Afectación del estado general.
- Lesiones de más de 5 cm.
- Lactantes.
- Inmunodeprimidos.

4.3. CELULITIS

Es una infección como la erisipela, pero más profunda. Las placas están mal delimitadas y en ocasiones con flictenas, petequias o necrosis (Fig. 40 y Fig. 41). Hay linfangitis y adenopatías.



Fig. 40



Fig. 41

ACTUACIÓN DEL MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA

Tratamiento oral: **amoxicilina-clavulanico** 500/125 mg cada 8 horas durante 14 días.

En **alérgicos a penicilina o sospecha de resistencias**, **clindamicina** 300 mg cada 8 horas durante 14 días.

DERIVACIÓN (SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO)

Derivar a urgencias hospitalarias si no se controla y/o celulitis orbitaria para valorar ingreso.

4.4. FASCITIS NECROTIZANTE

Celulitis gangrenosa, infección de evolución rápida con intensa necrosis de tejidos subcutáneo y piel (Fig. 42 y Fig. 43).

Varios tipos según localización y germen.



Fig. 42



Fig. 43

DERIVACIÓN (SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO)

Requiere derivación a urgencias hospitalarias.

4.5. PARONIQUIA BACTERIANA

Causada por flora mixta bacteriana.

Diagnóstico diferencial con *paroniquia candidiásica* y *herpética* (herpes simple)

ACTUACIÓN DEL MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA

Drenaje y antisépticos o **antibióticos tópicos** (**ácido fusídico** o **mupirocina**). Si es **extenso**, tratamiento oral con **cloxacilina** 500 mg cada 6 horas, durante 7 días. En niños con lesiones complicadas puede emplearse **amoxicilina-clavulánico** a 40-60 mg/kg/día repartidos cada 8 horas o clindamicina a 10-30 mg/kg/día repartidos cada 6 horas, durante 7-10 días y posteriormente reducir el espectro si se conoce el antibiograma.

Notas

INFECCIONES FÚNGICAS

1. Dermatofitos
 - 1.1. TIÑA CORPORIS
 - 1.2. TIÑA PEDIS (INCLUIDO PIE DE ATLETA)
 - 1.3. TIÑA MANNUM
 - 1.4. TIÑA CRURIS
 - 1.5. TIÑA CAPITIS
 - 1.5.1. Tiña no inflamatoria o tonsurante
 - 1.5.2. Tiña inflamatoria o Querion de Celso
2. CANDIDIASIS
 - 2.1. CANDIDIASIS CUTÁNEA
 - 2.2. CANDIDIASIS DE LA MUCOSA ORAL
 - 2.3. QUEILITIS CANDIDIÁSICA
 - 2.4. CANDIDIASIS GENITAL
 - 2.5. PARONIQUIA CANDIDIÁSICA
 - 2.6. ONICOMICOSIS CANDIDIÁSICA
3. ONICOMICOSIS POR DERMATOFITOS
4. PITIRIASIS VERSICOLOR

1. DERMATOFITOSIS

1.1. TIÑA CORPORIS

Placas eritemato-descamativas bien delimitadas con borde activo y crecimiento centrífugo (Fig. 44 y Fig. 45).

Diagnostico diferencial: *eczema de contacto, eczema numular, psoriasis, eczema atópico, pitiriasis rosada, lupus.*



Fig. 44



Fig. 45

ACTUACIÓN DEL MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA

Antes de iniciar tratamiento **tomar cultivo micológico** de las escamas.

Tratamiento tópico: **terbinafina** crema una vez al día durante dos semanas o **imidazólicos** (clotrimazol, sertaconazol, bifonazol, miconazol...) dos aplicaciones al día durante 3-4 semanas.

Lo habitual es mantener la aplicación una semana más tras la curación.

Si es **muy extensa o hay inflamación**, **tratamiento oral** con **itraconazol** 100 mg cada 24 horas durante 2 semanas (en niños la dosis es de 3-5 mg/kg/día cada 24 horas), itraconazol de tecnología SUBA (de baja dosis) 50 mg (*Itragerm*®) cada 24 horas durante 2 semanas o **terbinafina** 250 mg cada 24 horas durante 2 semanas (en niños, la dosis es de 3-6 mg/kg/día cada 24 horas).

Comprobar interacciones ya que estos fármacos tienen múltiples.

DERIVACIÓN A DERMATOLOGÍA

En caso de dudas diagnósticas o falta de respuesta al tratamiento.

1.2. TIÑA PEDIS (INCLUIDO PIE DE ATLETA)

Infección con tendencia a la cronicidad, muchas veces asintomática, puede ocasionar prurito. Si hay dolor, sospechar sobreinfección.

- Tipo interdigital: seco y escamoso o fisurado y húmedo, frecuente en el 4º espacio interdigital (Fig. 46).
- Tipo hiperqueratósico: tiña en mocasín, frecuentemente bilateral (dos pies y una mano) eritema bien delimitado con escamas (Fig. 47).
- Tipo inflamatorio o dishidrótico: vesículas y ampollas con líquido claro. Si hay pus, sospechar sobreinfección.



Fig. 46

Diagnóstico diferencial

El interdigital con *eritrasma*, *impétigo*, *intertrigo candidiásico* o *pseudomonas*.

El hiperqueratósico con *psoriasis* y *dermatitis eccematosas*.

El inflamatorio con *impétigo*, *eczema de contacto* y *eczema dishidrótico*.



Fig. 47

ACTUACIÓN DEL MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA

Tratamiento tópico: **terbinafina** crema una vez al día durante dos semanas o **imidazólicos** (clotrimazol, sertaconazol, bifonazol, miconazol...) dos veces al día durante 3-4 semanas. Lo habitual es mantener la aplicación una semana más tras la curación.

Tratamiento oral: en caso necesario, asociar **terbinafina** 250 mg cada 24 horas, durante 2-6 semanas o **itraconazol** 200mg cada 24 horas durante 7 días o **fluconazol** 150 mg a la semana (en niños, la

dosis es de 6 mg/kg/día y existe una presentación en solución oral de 10 mg/ml) durante 4-6 semanas.

En el **inflamatorio**, si hay mucha **vesiculación y exudación**, hacer dos veces al día baños o fomentos con *Septomida*® (diluir un sobre en un litro de agua) con el objetivo de secar las lesiones.

En el **hiperqueratósico** añadir **vaselina salicilica** al 10% y **derivar**.

1.3. TIÑA MANNUM

Más frecuente unilateral y 50% asociado a *tiña pedis* (dos pies una mano)

Áreas escamosas bien delimitadas y de crecimiento centrífugo, en fase aguda algunas fisuras (Fig. 48).

Diagnostico diferencial con *eczema irritativo*, de *contacto*, *dishidrótico* y *psoriasis*.



Fig. 48

ACTUACIÓN DEL MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA

Tratamiento como la *tiña pedis*.

1.4. TIÑA CRURIS

Placas eritemato-escamosas grandes, bien delimitadas con borde activo y descamativo y crecimiento centrífugo. Color rojo mate o pardo, afecta de forma bilateral en ingles y muslos (Fig. 49). Frecuente antecedente de *tiña pedis*.

Diagnóstico diferencial con *eritrasma*, *intértrigo candidiásico* y *psoriasis invertida*.

Tratamiento igual que la *tiña córporis*.

Derivación si no responde a tratamiento o hay dudas.



Fig. 49

1.5. TIÑA CAPITIS

1.5.1. Tiña no inflamatoria o tonsurante

Placas de alopecia ligeramente descamativa con pelos rotos (Fig. 50).

Diagnostico diferencial: *alopecia areata*, *psoriasis*, *dermatitis seborreica*.

1.5.2. Tiña inflamatoria o Querion de Celso

Placa muy inflamatoria y exudativa, dolorosa (Fig. 51). Puede dejar cicatriz permanente, también puede salir en la barba.

Diagnostico diferencial: *sicosis de la barba* (foliculitis bacteriana de la barba)



Fig. 50

ACTUACIÓN DEL MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA

El **tratamiento** es siempre **vía oral** con **terbinafina**:

- Adultos: 250 mg al día durante 12 semanas.
- Niños (según peso):
 - <20 kg: 62.5 mg al día.
 - 20 a 40 kg: 125 mg al día.
 - >40 kg: 250 mg al día.



Fig. 51

El **itraconazol** oral es la alternativa para tiña cápitis y de la barba, en dosis para adultos de 100-200 mg al día durante 8-12 semanas. En niños, dosificar a 5 mg/kg/día durante 4-6 semanas.

Los champús de **ketoconazol** o **sulfuro de selenio** (*Bioselenium*®) pueden ser útiles para erradicar la enfermedad en portadores asintomáticos en la familia.

2. CANDIDIASIS

2.1. CANDIDIASIS CUTÁNEA

Infección cutánea por *Cándida albicans*.

Aparecen en zonas cubiertas y húmedas, más frecuentes en diabéticos, inmunodeprimidos y pacientes tratados con corticoides.

Cursa con eritema, pústulas confluyentes y lesiones satélite que se pueden erosionar y fisurar.

Tipos:

- Intertrigo (grandes pliegues) (Fig. 52)
- Interdigital
- Dermatitis del pañal



Fig. 52

Diagnóstico diferencial con *tiña cruris y pedis*, *eritrasma*, *psoriasis invertida*, *dermatitis irritativa del pañal*.

ACTUACIÓN DEL MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA

Se aconseja realizar **cultivo previo** al inicio del tratamiento.

Tratamiento:

En **fase exudativa** fomentos de **permanganato potásico** 1/10.000 o **preparados astringentes** como *Septomida*® sobres (diluir en un litro de agua) o *Cytelium*® spray, 3-5 veces al día.

En **fase no exudativa**, crema de **nistatina** o **imidazoles** tópicos, dos aplicaciones al día, durante 15 días.

Si **fracasa**, **itraconazol** vía oral 50 o 100 mg al día durante 7-14 días o **fluconazol** 150 mg al día durante 15 días. En niños, fluconazol a 6 mg/kg/día (máx. 400 mg) el primer día seguido de 3 mg/kg/día hasta completar 1-2 semanas.

2.2. CANDIDIASIS DE LA MUCOSA ORAL (MUGUET)

Placas blancas que se desprenden al rascado dejando una base eritemato-descamativa (Fig. 53)

Diagnostico diferencial con *liquen plano*, *leucoplasia*.



Fig. 53

ACTUACIÓN DEL MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA

Tratamiento: **nistatina** suspensión oral 4-6ml cada 6 horas durante 15 días o **miconazol** gel oral cada 6 horas durante 15 días o **fluconazol** 150 mg en dosis única por vía oral.

En caso de **mala respuesta:** **fluconazol** 100 mg al día, durante 5-14 días.

En **niños**, priorizar el tratamiento tópico. En neonatos y lactantes menores de 4 meses, **nistatina** suspensión oral 1-2.5 ml cada 6 horas durante 7-14 días. En mayores de 4 meses, **nistatina** suspensión oral 2.5-5 ml cada 6 horas o **miconazol** gel oral 1 ml cada 6 horas (tras las comidas) durante 7-14 días.

2.3. QUEILITIS CANDIDIÁSICA

Intértrigo de las comisuras (Fig. 54), se puede asociar con *lengua atrófica brillante*.

Recidiva con frecuencia.

ACTUACIÓN DEL MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA

Mantener las comisuras secas y aireadas y desinfectar las prótesis dentales.

Tratamiento: **nistatina** suspensión oral o crema o **miconazol** gel, una aplicación cada 6 horas durante 15 días.



Fig. 54

2.4. CANDIDIASIS GENITAL

Placas eritematosas bien definidas con lesiones satélite. Puede haber erosiones y fisuras longitudinales del prepucio.

Diagnostico diferencial con *herpes genital*, *psoriasis*, *liquen plano*.



Fig. 55



Fig. 56

ACTUACIÓN DEL MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA

Balanitis candidiásica (Fig. 55): **clotrimazol** 1% cada 12 h hasta resolución.

Vulvovaginitis candidiásica (Fig. 56): **clotrimazol** 500 mg 1 óvulo vaginal, o **fluconazol** 150 mg monodosis vía oral, o **itraconazol** 100 mg al día durante 3 días vía oral.

DERIVACIÓN A DERMATOLOGÍA

Dudas diagnósticas.

2.5. PARONIQUIA CANDIDIÁSICA

Mientras la paroniquia bacteriana es una infección aguda, la paroniquia candidiásica (Fig. 57) suele presentar una evolución más crónica y puede afectar a más de un dedo.

ACTUACIÓN DEL MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA

Es fundamental identificar y corregir los factores predisponentes (humedad, manipuladores de harina...).

Tratamiento tópico: **imidazólicos** (clotrimazol, sertaconazol, bifonazol, miconazol...) dos aplicaciones al día durante 3-4 semanas, asociados o no a corticoide (*Betamicoter*[®], *Cuatrocrem*[®]).



Fig. 57

El tratamiento tópico no suele ser suficiente, de manera que cuando sea posible, se indicará **tratamiento por vía oral:** **itraconazol** 50 mg al día durante 14 días o **fluconazol** 150 mg a la semana hasta resolución.

DERIVACIÓN A DERMATOLOGÍA

En caso de dudas o no respuesta al tratamiento.

2.6. ONICOMICOSIS CANDIDIÁSICA

Supone un 5-10% de las onicomicosis. Afecta habitualmente a la zona proximal y lateral. Uña distrófica con opacificación, coloración blanca, amarilla, verde, negra y surcos transversales.

Diagnóstico diferencial con *onicomicosis por dermatofitos, psoriasis*.

ACTUACIÓN DEL MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA

El diagnóstico es clínico, pero se recomienda realizar **cultivo previo** al inicio del tratamiento.

Si la **uña está afectada menos del 50%**, si son **una o dos uñas** y si **no tiene la matriz afectada**, tratamiento tópico con **amorolfina** 5% laca de uñas 1-2 aplicaciones a la semana o **ciclopirox** 8% laca (de elección en niños) 1 aplicación diaria. En las manos, mantener durante 6 meses y en los pies, de 9 a 12 meses.

Si son **más de dos uñas, afectación de la matriz o pacientes inmunodeprimidos o refractarios a tratamiento tópico**, tratamiento oral con **fluconazol** 150 mg a la semana durante 12 semanas. En **niños**, dosificar a 3-6 mg/kg al día durante 16-24 semanas, junto al tratamiento tópico.

DERIVACIÓN A DERMATOLOGÍA

Si dudas diagnósticas, cultivo negativo o afectación severa que no responde a tratamiento.

3. ONICOMICOSIS POR DERMATOFITOS

Suponen el 80-90% de las onicomicosis. (Fig. 58)

Hay varios tipos:

- Onicomicosis distal y lateral: onicolisis hiperqueratósica subungueal y coloración amarillo parduzco. Es el más frecuente.
- Onicolisis subungueal proximal: asociada a inmunodeficiencia.
- Onicomicosis blanca superficial: afectación dorsal de la placa.
- Onicomicosis distrófica total.



Fig. 58

Diagnóstico diferencial con *infección bacteriana, cándida, psoriasis, onicogriposis, traumatismos*. En

niños por debajo de 10 años las onicomicosis son mucho menos frecuentes que los microtraumatismos o los signos distróficos o la asociación a otras patologías inflamatorias no infecciosas.

ACTUACIÓN DEL MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA

Diagnóstico: clínica, cultivo y anatomía patológica de la uña.

Si **afectación distal, de menos de 4-5 uñas, en niños o si hay contraindicación a tratamiento sistémico**, tratamiento tópico con **amorolfina** 5% laca de uñas, 1-2 aplicaciones a la semana, durante 6 meses en manos y 9-12 meses en pies. Otra opción, de preferencia en niños, es el **ciclopirox** 8% laca o barniz hidrosoluble, 1 aplicación diaria, durante 6 meses en manos y 9-12 meses en pies o aplicado a días alternos durante el primer mes, al menos 2 veces a la semana el segundo mes y del tercer al sexto mes una vez a la semana. Una tercera opción es el **tioconazol** 28% barniz uñas, 2 aplicaciones al día durante 6-12 meses.

En los casos que optemos por **tratamiento oral**, éste puede hacerse en **pauta continua** con **terbinafina** 250 mg (en mayores de 4 años, ajustar a 125 mg en niños de 25-35 kg o 62,5 mg en menores de 25 kg) al día durante 12 semanas o **itraconazol** 50-100 mg cada 12 horas (3-5 mg/kg dosis única diaria en niños) durante 3 meses; o en **pauta pulsátil** con **itraconazol** 200 mg cada 12 horas (en niños 5 mg/kg/día), una semana al mes, hasta completar 3-6 meses; **itraconazol de tecnología SUBA** (de baja dosis)(*Itragerm*®) en dosis de 100 mg (2 capsulas de 50mg) cada 12 horas una semana al mes, durante 3-6 meses; o **terbinafina** pulsátil en dosis de 500 mg al día, una semana al mes durante 4 meses.

En caso de **hiperqueratosis intensa** añadir **urea** al 40%.

4. PITIRIASIS VERSICOLOR

Agente: *Malassezia globosa*.

Se da en adultos y jóvenes, siendo rara en niños y ancianos.

Maculas hipo o hiperpigmentadas, bien delimitadas que descaman al rascado (Fig. 59). Se localizan en tronco, cuello, axilas e ingles. En ocasiones son muy recidivantes, sobre todo en épocas de calor.

Diagnostico diferencial: en fase hipopigmentada, con vitíligo, pitiriasis alba, hipopigmentación postinflamatoria. En fase marrón rosada con dermatitis seborreica, pitiriasis rosada de Gibert.

ACTUACIÓN DEL MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA

Iniciar **tratamiento tópico** con **gel/champú de sulfuro de selenio 2,5%** (*Bioselenium*[®]) aplicado 7 noches o **gel de sertaconazol** o **ketoconazol** 1 vez al día durante 4 semanas. Dejar actuar el gel unos 5-10 minutos y aclarar. Como alternativa, o si afecta a **áreas cutáneas pequeñas**, **clotrimazol** crema 1 aplicación cada 12 horas durante 2 semanas o **ciclopirox olamina** spray o loción 1 aplicación cada 12 horas durante 2 semanas o **sertaconazol** crema 1 aplicación cada 24 horas durante 2 semanas.

Si hay **recurrencias** se puede usar dos meses o hacer mantenimiento con el gel los **meses de calor** dos veces a la semana.

Si es muy **extenso** o **si no responde** al tratamiento tópico, iniciar tratamiento oral con **fluconazol** 150 mg a la semana durante 3 semanas (3 mg/kg, máx. 50 mg, una vez al día durante 2-4 semanas en niños) o **itraconazol** 200 mg (3-5 mg/kg en niños, máx. 200 mg) al día durante 5-7 días.

DERIVACIÓN A DERMATOLOGÍA

Dudas diagnósticas.



Fig. 59

Notas

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

INFECCIONES VÍRICAS

HERPES SIMPLE

Vesículas arracimadas que secundariamente se transforman en costra y úlceras.

	Extra-genital	Genital
Tipo	VHS 1	VHS 2 (60-80%); VHS 1 (20-40%)
Primoinfección	Gingivoestomatitis (más frecuente) Otras: queratoconjuntivitis, panadizo...	Úlcera genital Infección neonatal
Recidiva	Orolabial (más frecuente). Puede asociar eritema multiforme.	
Tratamiento	<p>Leves: no requieren tratamiento (aciclovir tópico no recomendado). Soluciones antisépticas-astringentes con sulfato de zinc o cobre al 1/1000</p> <p>Graves o riesgo de queratitis: aciclovir oral 60 mg/kg/día repartido en 4 tomas (máx. 200 mg/dosis) durante 7 días.</p> <p>Recidivas graves (>6 episodios/año): valaciclovir 500 mg/día durante 6 meses. Avisar de evitar embarazo.</p>	<p><12 años: aciclovir oral 60 mg/kg/día repartido en 4 tomas (máx. 200 mg/dosis) durante 5 días.</p> <p>>12 años: aciclovir 400 mg cada 8 horas o valaciclovir 1 g cada 12 horas o famciclovir 250 mg cada 8 horas durante 5 días.</p> <p>Recidivas (>6 episodios/año): valaciclovir 500 mg/día durante 6 meses. Avisar de evitar embarazo.</p>
Derivación SUH	<p>Neonatos</p> <p>Sospecha de abuso sexual en menores de edad</p> <p>Inmunocomprometidos</p> <p>Infección diseminada</p> <p>Queratoconjuntivitis</p>	



Fig. 60. Gingivoestomatitis herpética



Fig. 61. Herpes orofacial



Fig. 62. Herpes genital

VARICELA Y HERPES ZÓSTER

Erupción cutánea pruriginosa consistente en máculas que evolucionan a vesículas y posteriormente se ulceran, apareciendo costras.

En el herpes zóster, las vesículas aparecerán siguiendo el trayecto de una metámera. Asocia dolor o parestesias y puede acompañarse de neuralgia posherpética.

El periodo de contagio abarca desde 1-2 días antes de la aparición del exantema hasta unos 5 días después, cuando todas las lesiones están en fase de costra. Durante este período es causa de exclusión escolar en niños.

Las complicaciones son más frecuentes en pacientes con dermatitis atópica u otra patología cutánea de base.

ACTUACIÓN DEL MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA

Varicela en pacientes sanos: no está indicado el tratamiento con antivirales. Aplicar soluciones **antisépticas-astringentes** y medidas higiénicas habituales. Evitar el uso de aspirina o ibuprofeno durante la enfermedad.

Varicela en grupos de riesgo de desarrollar complicaciones graves (trastornos cutáneos o pulmonares crónicos, tratamiento con salicilatos, niños en tratamiento con corticoides orales o inhalados): tratamiento con **aciclovir oral** a 80 mg/kg/día repartido cada 6 horas (máx. 800 mg/dosis) durante 5 días.

Herpes zoster en pacientes sanos <50 años: no está indicado el tratamiento con antivirales. Aplicar soluciones **antisépticas-astringentes**.

Herpes zoster en >50 años o diabetes mellitus, afectación de primera rama del trigémino, herpes oftálmico y ótico (Ramsay-Hunt) o erupción grave: tratamiento oral con **aciclovir** 800 mg, 5 veces al día, durante 7 días; **famciclovir** 500 mg cada 8 horas durante 7 días; **valaciclovir** 1 g cada 8 horas durante 7 días o **brivudina** 125 mg al día durante 7 días. Intentar iniciar el tratamiento oral en las primeras 48-72 horas de la enfermedad.

DERIVACIÓN (SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO)

- Afectación general importante y fiebre persistente
- Inmunocomprometidos
- Complicaciones graves (neumonía, ataxia, encefalitis...)
- Neonatos menores de 1 mes con sospecha de varicela.
- Herpes zóster diseminado.

MOLUSCO CONTAGIOSO

Agente causal: *Poxvirus*.

Pápulas sobreelevadas de 2-5 mm, umbilicadas (Fig. 63). En la infancia aparecen agrupadas en una o dos áreas del cuerpo, fundamentalmente, tronco, pliegues y extremidades. En adultos sexualmente activos, las lesiones pueden aparecer a nivel genital.



Fig. 63

ACTUACIÓN DEL MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA

Es posible la resolución espontánea de las lesiones en meses o años, por ello, en algunos textos aparece la opción de no tratar la infección.

Sin embargo, recomendamos tratar de forma precoz, para acelerar la resolución de las lesiones y prevenir la autoinoculación. Se evita la sobreinfección de las lesiones y cicatrices secundarias, así como la extensión de las mismas a formas generalizadas y el contagio a otras personas.

Las complicaciones son más frecuentes en pacientes con dermatitis atópica u otra patología cutánea de base.

Tratamiento:

- **Destrucción física de las lesiones:** curetaje o extrusión (con pinza) del cuerpo del molusco. Para minimizar el dolor, puede aplicarse 60 min antes, un **anestésico tópico** como lidocaína 2,5% + prilocaína 2,5% (*Emla*® ó *Anesteal*®).

- **Agentes tópicos:** **hidróxido de potasio** en solución (*Molusk*® 10%, *Molutrex*® 5%), 1 aplicación al día sobre la lesión, en sólo 2 ó 3 lesiones por sesión, durante 4-5 días seguidos (hasta que aparezca enrojecimiento en su base) y esperar a que desaparezcan en 2-5 semanas.

Si hay signos de **sobreinfección** bacteriana, tratar la misma con **ácido fusídico** o **mupirocina**.

DERIVACIÓN A DERMATOLOGÍA

Si hay dudas diagnósticas o de tratamiento.

Notas

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

PSORIASIS

Enfermedad descamativa con placas eritematosas bien delimitadas con grado variable de hiperqueratosis blanco-nacarada (Fig. 64, Fig. 65 y Fig. 66). Distribución bilateral, simétrica, sobre todo en zonas de extensión (codos, rodillas, antebrazos) o de fricción. Un tercio de los casos se inicia en la infancia, existiendo una carga genética importante (historia familiar). Como toda enfermedad crónica, puede asociar niveles elevados de ansiedad o incluso depresión.

Variantes

- **Psoriasis en gotas:** numerosas lesiones pequeñas en tronco, frecuentemente tras faringoamigdalitis por *S. pyogenes* (SBHGA) o virus. Es más frecuente en niños. En caso de adultos con antecedentes de relaciones sexuales de riesgo o úlceras genitales, descartar sífilis secundaria.
- **Psoriasis inversa:** localizada en pliegues axilares, inguinales y submamaros.

En la infancia son frecuentes las presentaciones atípicas (cara, flexuras) y la afectación del cuero cabelludo, con prurito más intenso que en adultos. El pitting ungueal está presente en casi la mitad de los niños con psoriasis.

Comorbilidades

La psoriasis es un factor de riesgo independiente para el desarrollo de enfermedades cardiovasculares. Es importante valorar en consulta su asociación además con otros posibles factores de riesgo cardiovascular y descartar síndrome metabólico, también en niños. Un mejor control del riesgo cardiovascular puede mejorar a su vez la gravedad de la psoriasis.

Se asocia con mayor frecuencia a *enfermedad de Crohn*, *dermatitis atópica*, *alopecia areata*, *líquen plano*.

La *artritis psoriásica* es menos frecuente en niños que en adultos.



Fig. 64



Fig. 65



Fig. 66

ACTUACIÓN DEL MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA

Informar al paciente del carácter crónico y recidivante de las lesiones, así como recalcar que no es una enfermedad contagiosa.

En fase de brote

- **No usar corticoides sistémicos** (orales ni intramusculares) ya que pueden mejorar inicialmente, pero es frecuente el rebrote posterior.
- Descartar que el brote esté desencadenado por **fármacos inductores** de psoriasis (Litio, β -bloqueantes, IECAs, calcio-antagonistas...)
- Los **medicamentos tópicos** más eficaces son las combinaciones de corticoide tópico + análogo vitamina D.
 - **Gel o espuma de betametasona + calcipotriol** (*Enstilar[®] espuma o Daivobet gel[®]*): 1 aplicación diaria durante 1 mes.
- Si hay lesiones en **cara o pliegues** (zonas con piel más fina), usar corticoides de menor potencia:
 - Crema de **fluticasona** 0.5 mg/g (*Fluticrem[®]*)
 - En estas zonas, aplicar 1 vez diaria durante un máximo de 15 días.
- En lesiones **muy hiperqueratósicas/resistentes**:
 - **Pomada de betametasona + calcipotriol** (*Prednamid[®], Daivobet[®] pomada*), 1 vez diaria durante 14 días
- En lesiones a nivel **palmoplantar**:
 - **Pomada de betametasona + calcipotriol** 1 vez diaria durante 20 días
 - **Clobetasol** 0.05% (*Clovate[®] crema, Decloban[®] pomada*) 1 vez diaria durante 15-20 días. Los primeros 3-4 días puede aplicarse bajo film plástico adhesivo para mejorar penetración.
 - Si mucho componente queratósico, puede solicitarse una fórmula magistral de **clobetasol 0.05% + vaselina salicílica 5 o 10%**.
- En lesiones de **cuero cabelludo**:
 - En **placas gruesas**: **gel de betametasona + calcipotriol** (*Daivobet[®] gel*) 1 vez diaria durante 15 días o bien **clobetasol** 500 mcg/ml (*Clobisdin[®] solución cutánea*) 1 vez diaria durante 7-14 días.
 - En **placas menos gruesas**: **corticoides tópicos en solución** (*Lexxema[®] solución, Elocom[®] solución*) o combinación de **corticoides con salicílico** (*Diprosalic[®] solución*) 1 vez diaria durante 10-14 días.
- En **niños**:
 - En caso de indicar **queratolíticos** (ácido salicílico), deben utilizarse con precaución por el riesgo de absorción sistémica. En menores de 6 años, se usarán en áreas pequeñas a concentración máxima de 0.5% sólo en los casos necesarios.
 - Se optará por **corticoides** de baja potencia en menores de 2 años, de potencia intermedia hasta los 12 años y reservaremos los de alta potencia (salvo cara, pliegues y genitales) para mayores de 12 años. El clobetasol sólo se indicará en éstos, en caso de placas muy gruesas o localización palmoplantar.

-
- Los **análogos de vitamina D** (calcipotriol) se evitarán en menores de 2 años. Son seguros en niños de 2 a 12 años (máximo 50 g/semana) y en mayores de 12 años (máximo 75 g/semana).

En fase de mantenimiento

Tras las 3-4 primeras semanas de tratamiento diario, se puede prolongar el uso de corticoide + análogo de vitamina D a un total de 2-3 meses, pero con una pauta de 2-3 aplicaciones semanales.

Como norma general, se recomienda una hidratación diaria que mejora sobre todo el componente queratósico-xerótico de las lesiones (excepto en pliegues). Se recomienda el uso de **emolientes** 2 o 3 veces al día.

En zonas muy hiperqueratósicas, se pueden aplicar **queratolíticos** (**ácido salicílico** o **ácido láctico**) para reducir su grosor.

Evitar traumatismos y roces que favorecen la aparición de lesiones (Fenómeno de Koebner)

DERIVACIÓN (SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO)

- Derivación urgente si paciente eritrodérmico, fiebre o psoriasis pustulosa generalizada.

DERIVACIÓN A REUMATOLOGÍA

- Si predomina componente articular frente a cutáneo, remitir primero a Reumatología.

DERIVACIÓN A DERMATOLOGÍA

- Dudas diagnósticas.
- Pacientes con amplia extensión de lesiones (> 10% superficie corporal total).

Notas

QUEILITIS ACTÍNICA

Tumores de queratocitos inducidos por rayos UVA en semimucosa labial (más frecuente en fototipos I-III, piel y ojos claros) (Fig. 67).

Influida por la intensa fotoexposición en labio inferior, asociada al tabaco como agente etiológico del proceso.

Puede ser precursora del carcinoma escamoso (CE).



Fig. 67

ACTUACIÓN DEL MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA

Reconocimiento

- Afecta generalmente a hombres >40 años.
- Con mayor frecuencia en labio inferior.
- Antecedentes de tabaquismo y fotoexposición solar prolongada
- Placas de queilitis seca en labio que progresa a úlceras de curación lenta. Es recomendable la palpación periódica de la lesión; la aparición de induración puede hacer sospechar un CE. **Sospechar en toda lesión de labio de duración superior a 1 mes.**
- La presencia de placas blanquecinas (leucoplasia) constituye también una manifestación clínica de la queilitis actínica
- Diagnóstico diferencial con otras *queilitis episódicas* como el *herpes simple*.

Tratamiento

- En las formas leves o iniciales, pueden responder a tratamientos ablativos que eliminan la epidermis como crioterapia o electrocoagulación.
- 5-fluorouracilo tópico por la noche protegiendo el labio superior con vaselina.
- Terapia fotodinámica.
- Cirugía como indicación del tratamiento en las formas extensas y ulceradas.

DERIVACIÓN A DERMATOLOGÍA

- **En el momento del diagnóstico**, para valorar el nivel correspondiente, el seguimiento del paciente y plantear actuación.
- **Durante el seguimiento** en AP, si presenta complicaciones o no responde al tratamiento correctamente administrado

QUERATOSIS ACTINICA

Tumores de queratinocitos inducidos por rayos UVA (dependiente del fototipo cutáneo). Representa una enfermedad crónica y un biomarcador de carcinoma escamoso (CE). El 82% de CE aparecen en zonas con queratosis actínica (QA). (Fig. 69 y Fig. 68)

El riesgo estimado de que una QA evolucione a CE: 0.025%-16% (en inmunodeprimidos llega a un 40%).



Fig. 69



Fig. 68

ACTUACIÓN DEL MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA

Reconocimiento: lesiones queratósicas, se detectan fácilmente por palpación, sobre piel con signos de daño actínico (pacientes con piel y ojos claros, en zonas corporales más fotoexpuestas). Generalmente son múltiples.

Tratamiento de una lesión:

- Físico: cirugía; curetaje ± electrocoagulación; crioterapia
- Farmacológico:
 - **Diclofenaco + ácido hialurónico** gel (*Solaraze*®): 2 aplicaciones al día durante 90 días. Evitar en verano. Menos irritante.
 - **5-fluorouracilo + ácido acetilsalicílico** (*Actikerall*®) en QA aislada 1 aplicación diaria hasta la desaparición de la lesión hasta un máximo de 12 semanas. Irritación moderada local, bien tolerado. Contraindicado en embarazo-lactancia.
 - **Imiquimod** 3,75% (*Zyclara*®) en algunos casos, 14 días de tratamiento seguidos de otros 14 de descanso y otros 14 de tratamiento.

Tratamiento de toda la zona:

- Farmacológico:

- **Diclofenaco + ácido hialurónico** gel (*Solaraze*®): 2 aplicaciones al día durante 90 días. Evitar en verano. Menos irritante.
- **Imiquimod 3,75%** (*Zyclara*®) en algunos casos, 14 días de tratamiento seguidos de otros 14 de descanso y otros 14 de tratamiento.

DERIVACIÓN A DERMATOLOGÍA

- Paciente en seguimiento en AP que presenta complicaciones o no responde al tratamiento correctamente administrado.
- Lesiones múltiples para el tratamiento del campo de cancerización.

QUERATOSIS SEBORREICA

Lesiones con aspecto de estar “pegadas a la piel”, de color variable (marrón más o menos oscura, amarilla) y superficie “untuosa” (de ahí el nombre de *seborreica*). Presencia de quistes córneos característicos en superficie (Fig. 70 y Fig. 71)



Fig. 70



Fig. 71

Aumentan con la edad (el paciente suele ser mayor de 40 años) y se consideran parte del envejecimiento cutáneo. Pueden aumentar de tamaño, irritarse y en ocasiones provocar prurito.

ACTUACIÓN DEL MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA

Diagnóstico diferencial: el papel fundamental del médico de familia es el reconocimiento de las QS frente a otras lesiones. Para asumir este objetivo es importante estar entrenados en el reconocimiento clínico y puede ser de gran ayuda la dermatoscopia, con una formación previa.

Tratamiento: no precisa. Recordad que no es una verruga (vírica).

DERIVACIÓN A DERMATOLOGÍA

- Si hay dudas diagnósticas con lesiones malignas
- No precisa derivación por motivos estéticos ni por prurito asociado

ROSÁCEA

Dermatosis crónica que, aunque no tiene gravedad, afecta de forma importante la calidad de vida de los pacientes. Se localiza en la cara (mejillas, mentón, nariz y frente). Se caracteriza por eritema persistente, telangiectasias, sofocos (*flushing*) y papulopústulas (Fig. 72). Se puede diferenciar del acné porque en la *rosácea* no hay comedones (lesión elemental del acné) y del eritema en *alas de mariposa* del *lupus eritematoso sistémico* (LES) porque en la *rosácea* el eritema no tiene continuidad de una mejilla a la otra.



Fig. 72

ACTUACIÓN DEL MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA

Tratamiento tópico

- **Metronidazol gel 0,75%** (*Rozex gel*®, *Metronidazol Viñas 0,75% gel*®) en caso de rosácea pápulo-pustular leve-moderada es el tratamiento de primera línea, 1 aplicación por la noche durante 8-12 semanas.
- **Ivermectina tópica** (*Soolantra*® *crema*, no financiado) por la noche.
- **Ácido Azelaico** (*Finacea gel*®) por la mañana cada 2 días al principio y si se tolera bien 1-2 veces al día (informar que puede ser irritante los primeros 15 minutos).

Tratamiento oral

Si no se logra buen control con tratamiento tópico, asociar además tratamiento con:

- Tetraciclinas: **doxiciclina** 50mg/día (si pocas lesiones) o 100 mg/día (si muchas lesiones inflamatorias) (*Doxiclat*®, *Proderma*®, *Vibracina*®...) durante un mínimo de 3-4 meses. Las tetraciclinas se deben tomar después de comer y se recomienda no tumbarse tras la toma. Hay que recordar que son fototóxicas. **Doxiciclina de liberación modificada** *Orácea*® 40mg/día durante 3-4 meses
- **Metronidazol oral**: tratamiento de 2ª elección en el caso de no tolerar tetraciclinas orales (*Flagyl*® o *Metronidazol oral EFG*®) 250 mg cada 12 horas durante 4 semanas.
- Alternativa **claritromicina** 250 mg cada 12 horas durante 4 semanas.
- Si hay buena respuesta, después del tratamiento oral hay que mantener tratamiento tópico con **metronidazol gel 0,75%** 1 aplicación al día durante 2-4 meses.

Explicar que hay EVITAR:

- Productos tópicos alcohólicos o que puedan irritar.
- Factores que exacerbaban el rubor facial (exposición solar, ingesta alcohol, algunas comidas, cambios de temperatura)
- Evitar siempre el tratamiento con corticoides orales

DERIVACIÓN A DERMATOLOGÍA

- Derivar aquellos casos papulopustulosos recalcitrantes.

Notas

TUMORES CUTANEOS

1. **Cáncer cutáneo no melanoma**
 - 1.1. **CARCINOMA BASOCELULAR**
 - Nodular
 - Superficial
 - 1.2. **CARCINOMA ESCAMOSO/ ESPINOCELULAR**
2. **Tumores cutáneos melanocíticos**
 - 2.1. **LESIONES MELANOCITICAS BENIGNAS (NEVUS)**
 - 2.1.1. **Nevus melanocíticos congénitos**
 - 2.1.2. **Nevus melanocíticos comunes adquiridos**
 - Juntural
 - Compuesto
 - Intradérmico
 - Nevus Azul
 - Nevus de Sutton
 - Nevus de Reed/Spitz
 - 2.2. **NEVUS ATÍPICOS, DISPLÁSICOS o DE CLARK**
 - 2.3. **MELANOMA**

1. CÁNCER CUTÁNEO NO MELANOMA

1.1. CARCINOMA BASOCELULAR (CBC):

Es el tumor cutáneo maligno más frecuente.

Aparece sobre todo en pacientes de >50 años, en zonas fotoexpuestas (cara y tronco). Crecimiento lento pero mantenido, con frecuente aparición de ulceración o lesión costrosa que no acaba de curar.

No produce metástasis ni aparece sobre lesiones premalignas.

Variantes clínico-histológicas

Nodular

Es el más frecuente. Generalmente en forma de pápula brillante de superficie lisa, rosada y con telangiectasias a nivel dermatoscópico, que a veces también se observan a nivel clínico (Fig. 73). Suele aparecer en cara.

En ocasiones presenta zonas de necrosis por lo que el aspecto perlado se sustituye por zonas ulceradas. Es una forma más agresiva, con invasión en fase inicial (*CBC ulcerado o ulcus rodens*) (Fig. 74).



Fig. 73



Fig. 74

Superficial

Placa poco sobrelevada, a veces descamativa, de crecimiento muy lento. Más frecuente en tronco que en cara. Muchas veces presenta zonas con pigmento marrón-negruzco, sobre todo en la periferia (Fig. 75).

- Pigmentado:

Muy similar al nodular, pero con presencia de abundante pigmento marrón-negro. Puede confundirse con nevus intradérmicos (sospecharlo si no refiere tener esa lesión desde la infancia) o melanomas.

- Morfeiforme:

De difícil diagnóstico en ocasiones. Suele aparecer como una placa deprimida, algo indurada, de bordes no bien definidos en ocasiones (Fig. 76).



Fig. 75



Fig. 76

ACTUACIÓN DEL MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA

Reconocerlo para derivar al dermatólogo.

- Si CBC superficial en tronco o pequeño CBC nodular en tronco: remitir de forma ordinaria
- Si CBC nodular ulcerado o de gran tamaño en tronco, o CBC en zonas con compromiso cosmético en cara, remitir preferente.

Una vez confirmado el diagnóstico y realizado tratamiento, es importante la educación sanitaria en relación con el cáncer de piel y la **prevención primaria**, así como cribado de nuevas lesiones en visitas posteriores del paciente.

1.2. CARCINOMA ESCAMOSO/ESPINOCELULAR (CE)

Es el segundo tumor cutáneo más frecuente. Aparece sobre todo en personas >60 años y de piel/ojos claros. Habitualmente se localiza en zonas fotoexpuestas y a menudo sobre una lesión premaligna (queratosis actínica, queilitis actínica, leucoplasia).

Tiene capacidad invasora y de producir metástasis.

Atención en pacientes trasplantados, aumenta mucho el riesgo de aparición de CE.

Clínicamente, se presenta como un nódulo duro hiperqueratósico que, en el momento de la consulta, suele ser >5 mm e infiltra en profundidad, con bordes irregulares y tendencia a ulcerarse y sangrar (Fig. 77).

También puede aparecer en mucosas (oral y genital), en forma de nódulo ulcerado o papilomatoso, no queratósico.

En ocasiones aparece con zona central de aspecto queratósico y periferia rosada, con crecimiento rápido (Fig. 78. Lesión tipo cuerno cutáneo). Estos casos suelen tratarse de CEC bien diferenciados/queratoacantomas, con buen pronóstico pese al rápido crecimiento.

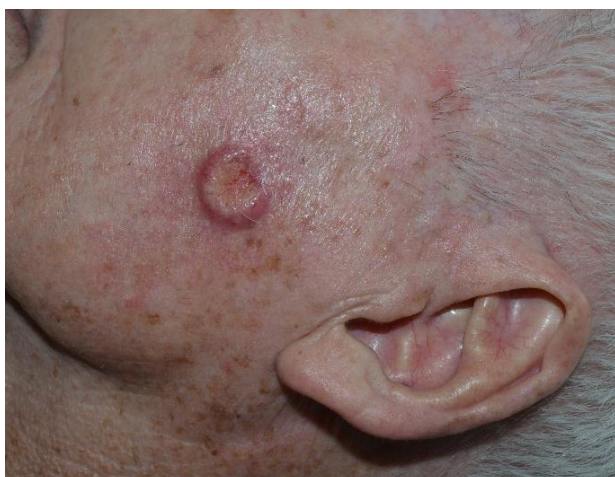


Fig. 77



Fig. 78. Lesión tipo cuerno cutáneo

ACTUACIÓN DEL MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA

Reconocerlo para derivar al dermatólogo de forma preferente.

Como norma general:

- Paciente de > 40 años: cualquier pápula o nódulo hiperqueratósico, erosionado o ulcerado, de más de 3 meses de evolución, es un carcinoma a menos que se demuestre lo contrario (y en especial si se presenta sobre piel con lesión actínica, radiodermatitis o cicatrices de quemaduras).
- Si la lesión se presenta en labio inferior es casi siempre un CE.

2. TUMORES CUTANEOS MELANOCÍTICOS

2.1. LESIONES MELANOCÍTICAS BENIGNAS (NEVUS)

2.1.1. NEVUS MELANOCÍTICOS CONGÉNITOS

Aparecen en el primer año de vida. Es conveniente medirlos. Los moderados (1,5-20 cm) y los gigantes (>20 cm) requieren valoración y/o seguimiento por Dermatología. (Fig. 79)



Fig. 79

2.1.2. NEVUS MELANOCÍTICOS COMUNES ADQUIRIDOS

Máculas o pápulas pigmentadas de <1 cm, adquiridas, sin signos de atipia.

Si presenta más de 50 lesiones, es factor de riesgo de melanoma.

Hay que aconsejar fotoprotección y que consulten si observan cambios en alguno de los nevos o aparece alguno allí donde no existía previamente.

- **N. M. Juntural (o de la unión):** intraepidérmico, color uniforme y bordes regulares.
- **N. M. Compuesto:** células pigmentadas en epidermis y en dermis (en parte sobreelevado).
- **N. M. Intradérmico:** sobreelevado, homogéneo, blando, pigmentado o del color de la piel, a veces con las dos coloraciones (Fig. 80).
- **Nevus Azul:** pápula o nódulo adquirido benigno, de borde bien definido. Color azul-gris, negro (Fig. 81).



Fig. 80



Fig. 81

- **Nevus de Sutton (Halo Nevus):** se caracteriza por la presencia de un halo acrómico alrededor del nevus melanocítico adquirido, producido por una destrucción de los melanocitos debido a una reacción inflamatoria autoinmune. Con el tiempo, el nevus puede desaparecer por completo, quedando un área hipopigmentada (Fig. 82). Es más frecuente en la adolescencia, y en el tronco. Puede asociarse a vitíligo si hay varios halos nevus o melanoma (poco frecuente).



Fig. 82



Fig. 83

- **Nevus de Reed o nevus de Spitz:** es una proliferación melanocítica benigna, rápidamente progresiva, más frecuente en infancia o juventud, y en cara o extremidades. Resulta difícil de diferenciar de melanoma, tanto clínica como histológicamente. Se presenta como una pápula rojiza (Spitz) o intensamente pigmentada (Reed) (Fig. 83). Ayuda el reconocimiento dermatoscópico.

2.2. NEVUS ATÍPICOS, DISPLÁSICOS O DE CLARK:

Se caracterizan por presentar:

- Tamaño > 6 mm y heterocromía (múltiples tonalidades de color) (Fig. 84)
- Bordes asimétricos e irregulares.
- Son MARCADORES DE RIESGO: las personas con 1 o más nevus atípicos tienen mayor riesgo de desarrollar melanoma de piel, tanto sobre el nevus displásico como sobre piel normal.



Fig. 84

2.3. MELANOMA

Marcado aumento de su incidencia en últimas décadas.

Sospechar sobre todo a partir de los 20 años, en adolescencia es relativamente poco frecuente.

Factores de riesgo para su desarrollo

- Más de 5 nevus atípicos.
- Más de 50 nevus.
- Antecedente familiar de melanoma.
- Fototipos cutáneos bajos (I-II), ojos azules, pelirrojos.
- Quemaduras solares frecuentes en infancia-adolescencia.

Signos clínicos sugestivos de lesión melanocítica atípica (Regla ABCDE)

Asimetría.

Bordes irregulares.

Color no uniforme, suele haber más de 2 colores distintos (marrón, negro, blanco, rojo, azulado...).

Diámetro >6mm.

Evolución. Crecimiento reciente en los últimos meses.

Conviene recordar que el 80% de los melanomas aparecen *de novo*. Sólo un 20% aparecen sobre un nevus previo (más frecuente sobre nevus displásicos y en menor medida, sobre nevus congénitos grandes o gigantes).

Variantes clínico-histológicas de melanoma:

- **Extensión superficial:** el más frecuente, es el prototipo de melanoma con cambios en la regla ABCDE. Lesión de crecimiento progresivo con bordes irregulares, varios tonos de marrón, que suele aparecer sobre tronco y extremidades (Fig. 86).
- **Nodular:** crecimiento muy rápido (en semanas – meses), muchas veces con sangrado-erosión, a veces no presenta pigmento (amelanótico). Más frecuente en varones de edad avanzada (Fig. 85)
- **Léntigo maligno:** en zonas de exposición solar crónica (cara, cuero cabelludo, orejas...), crecimiento muy lento. Lesión macular pigmentada de mayor tamaño (>10 mm) a lentigo solar típico. (Fig. 88).
- **Lentiginoso acral:** en aparato ungueal y zonas palmoplantares (Fig. 87). Más frecuentes proporcionalmente en personas de fototipo alto o procedencia africana o asiática. En uñas, sospechar de melanoniquias de grosor >2mm, color marrón oscuro y con el típico signo de Hutchinson (pigmentación en zona de pliegue ungueal proximal). En zonas palmoplantares, sospechar en lesiones de crecimiento progresivo con patrón dermatoscópico paralelo de la cresta.

DERIVACIÓN A DERMATOLOGÍA

- Halo nevus de nueva aparición en paciente >40 años.
- Nevus Spitz (nevus de Reed). Si es en adulto, enviar de forma preferente.
- Nevus atípico aislado, para exéresis.
- Paciente con más de 50 nevus.
- Parientes de 1º grado de pacientes ya diagnosticados de melanoma.

- Siempre derivación preferente ante la sospecha de melanoma.



Fig. 86



Fig. 85



Fig. 88



Fig. 87

Notas

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

URTICARIA

Aparición de habones y/o angioedema por la liberación de histamina y otros mediadores mastocitarios (Fig. 89 y Fig. 90).

Clasificación

Según la duración

Urticaria aguda con o sin angioedema:
<6 semanas.

Urticaria crónica con o sin angioedema: ≥ 6 semanas (25%).

Subtipos:

Urticaria crónica espontánea.

Urticaria inducible (*dermografismo sintomático, U al frío, U por presión retardada, U solar, U por calor, angioedema vibratorio, U colinérgica, U de contacto, U. acuagénica*).

Angioedema sin urticaria.



Fig. 89



Fig. 90

ACTUACIÓN DEL MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA

Establecer un adecuado **diagnóstico diferencial**:

- La urticaria aguda debe diferenciarse de *erupciones por fármacos, reacciones alimentarias, exantemas víricos o eritema polimorfo*.
- La urticaria crónica debe realizarse con *vasculitis, síndromes febriles familiares, mastocitosis o eritema polimorfo* entre otros.

Tratamiento:

Urticaria aguda: evitar factores desencadenantes. En los casos que asocian angioedema que compromete la integridad del paciente o como manifestación de un cuadro de **anafilaxia**, el tratamiento inicial será la **adrenalina** intramuscular junto a **antihistamínico anti H1 y corticoide sistémicos**. En el resto de los casos, el **tratamiento estándar** será con **antihistamínicos de segunda generación** por vía oral, 1 comprimido al día durante 2-3 semanas. Si no responde aumentar a 1 comprimido cada 12 horas durante 1-4 semanas. Se puede aumentar hasta 4 comprimidos al día (2 cada 12 horas) v.o. En **niños** a partir de 1-2 años de edad, los **antihistamínicos de segunda generación** son seguros y tanto cetirizina, ebastina, desloratadina, levocetirizina y rupatadina existen en presentaciones en forma de jarabe que permiten una correcta dosificación. En ocasiones pueden asociarse a **antihistamínicos de primera generación** por la noche, para facilitar el descanso del niño.

Urticaria crónica: evitar factores agravantes. Si AINES, suspender. Tratamiento durante meses/años con **antihistamínicos de segunda generación** 1 comprimido al día. Si no mejora, aumentar a 1 comprimido

cada 12 horas y cada 4 semanas valorar y si no control clínico se puede aumentar hasta 4 comprimidos al día (2 comprimidos cada 12h). En niños, también se admite el aumento de dosis en casos refractarios. En **casos muy extensos o sintomáticos o con angioedema como principal manifestación** (sin anafilaxia), administrar como tratamiento urgente 1 ó 2 comprimidos de **antihistamínico H1 no sedante** y pueden utilizarse **prednisona** (*Dacortín*[®]) o **prednisolona** (*Estilsona*[®]) 0,5-1 mg/kg/día v.o en ciclos cortos de 5-10 días.

DERIVACIÓN A ALERGOLOGÍA

- Si los desencadenantes sospechados son fármacos o alimentos.

DERIVACIÓN A DERMATOLOGÍA

- En caso de refractariedad, necesidad de 2 o más tandas cortas de corticoides, angioedema como manifestación principal o cuadro urticariforme atípico (dado que puede estar indicado uso de ciclosporina A y omalizumab).
- Dudas diagnósticas

Notas

VERRUGAS VULGARES

Las verrugas víricas son una de las infecciones cutáneas más frecuentes, sobre todo en niños. Causada por el *virus del papiloma humano*.

Clínicamente son fáciles de reconocer: pápulas hiperqueratósicas, duras, superficie fisurada, con vegetaciones, de 1-10 mm. Un signo característico es que al recortar con bisturí aparecen puntos marrones-negros.

Localizadas con frecuencia en sitios de traumatismo: manos, dedos de las manos, rodillas. (Fig. 91)



Fig. 91

Verruga plantar: plantares o interdigitales, a veces en mosaico por confluencia.

Verrugas planas: pápulas planas 1-2 mm color piel o pardo claro, en cara, barba, dorso de manos, cara anterior de la pierna (Fig. 92). Frecuente agrupación lineal (fenómeno de *Koebner*) (Fig. 93)



Fig. 92

Diagnóstico diferencial: *callos o heloma plantar (clavo plantar), acrocordones, queratosis seborreicas, queratosis actínica, carcinoma escamoso o nevus verrucoso.*

En caso de dudas con el heloma plantar hay que hacer rebanado o curetaje de la hiperqueratosis superficial con bisturí o cureta: el signo diferencial más claro es que en las verrugas aparece sangrado y una zona central punteada (asas capilares dilatadas en el seno de las papilas dérmicas). En niños son excepcionales.

ACTUACIÓN DEL MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA

Antes de tratar debemos estar seguros del diagnóstico.

Tratamiento de las verrugas vulgares:



Fig. 93

-
- **Queratolíticos:** preparados de **ácido salicílico** (10-30%) en diferentes vehículos (*Antiverrugas Isdin®*, *Verufil®*, *Keratix®* (25%) o fórmulas magistrales) (productos no financiados).

Modo de aplicación: cada noche se aplica el líquido o crema únicamente sobre la verruga, cubriendo después con un esparadrapo. Por la mañana baño con agua tibia y posterior lijado de la verruga con una lima de uñas para desprender la piel reblandecida.

El tratamiento ha de realizarse de manera constante entre 3 y 6 meses.

El uso tópico del ácido salicílico sigue siendo la terapia antiverrugas mejor probada y la única aprobada por la FDA para el tratamiento de las verrugas.

- **Ácido fórmico** (Endwarts Pen® lápiz aplicador): 1 o 2 aplicaciones por semana (producto no financiado).
- **Crioterapia:** sólo en casos resistentes. Es más costosa, dolorosa y con más riesgo de cicatriz. Consiste en la congelación de la verruga con nitrógeno líquido durante 10 a 20 seg cada 2 a 3 semanas.

Tratamiento de las verrugas planas: se puede plantear como primera opción de tratamiento **tretinoína** en crema (0.05-0.4%). Como alternativa crioterapia superficial (riesgo de cicatriz o hiperpigmentación). En algunos casos abstención terapéutica y esperar la autoinvolución.

DERIVACIÓN A DERMATOLOGÍA

- **Verrugas múltiples sin respuesta después de 2 meses** de tratamiento tópico, tras comprobar que ha realizado el tratamiento correctamente.
- **Verrugas en los pies sin respuesta después de 2 meses** de tratamiento tópico, tras comprobar que ha realizado el tratamiento correctamente (habiendo descartado que no sea un heloma plantar).
- **Verrugas de la barba** (el tratamiento es con crioterapia o con la punta del bisturí eléctrico)
- **No derivar helomas** plantares (clavos o callos plantares). El tratamiento de los helomas es podologico (no financiado).

Notas

VERRUGAS GENITALES (CONDILOMAS)

Los *condilomas acuminados*, también llamados verrugas genitales o anogenitales, son lesiones proliferativas benignas, generalmente múltiples y asintomáticas, de color rosado o blanco-grisáceo, a veces pigmentadas, con proyecciones filiformes o papilomatosas en superficie. En general exofíticas o pediculadas, pero pueden ser aplanadas. Su tamaño es variable, desde lesiones papulosas pequeñas a lesiones más grandes en forma de coliflor (Fig. 94)



Fig. 94

Están causados por el *virus del papiloma humano* (VPH) y su transmisión habitual es por vía sexual, por lo que su presencia en niños puede, aunque no necesariamente (autoinoculación, transmisión vertical), ser un indicador de contacto o abuso sexual.

Habitualmente localizadas en la región genital, perianal o zonas de mayor traumatismo o roce durante el acto sexual.

El diagnóstico es clínico por lo que es importante realizar una exploración completa del área anogenital.

Diagnóstico diferencial: *condilomas planos (sífilis)*, *pápulas perladas pene*, *neoplasias (carcinoma epidermoide in situ o invasor)*, *neoplasias benignas (queratosis seborreicas)*.

ACTUACIÓN DEL MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA

Tratamiento:

Es importante eliminarlas y asegurarnos de su total desaparición. Hay que informar que se trata de una infección de transmisión sexual y solicitar estudio para despistaje de otras ITS.

- **Imiquimod 5% o al 3%** en crema, 3 veces por semana, hasta 16 semanas.
- **Ungüento de sinecatequinas** (extracto de té verde) (Veregen® 100mg /g pomada, 15g): se aplica 3 veces al día hasta desaparición, un máximo de 4 meses.
- **Podofilino** (Wartec® en crema o solución): se aplica dos veces al día, mañana y noche, 3 días consecutivos y descansando 4. Máximo 4 semanas.
- **Crioterapia.**

DERIVACIÓN A DERMATOLOGÍA

Condilomas múltiples que no responden a tratamiento tópico

En caso de lesiones múltiples o grandes: iniciar siempre tratamiento y derivar. Se aconseja realizar analítica para descartar otras ITS.

ZOONOSIS

SARNA

Producida por el ácaro *Sarcoptes scabiei*, variedad *hominis*.

Las **lesiones características** son los surcos y vesículas perladas (Fig. 95) interdigitales, muñecas, axilas y región periareolar. No afecta a cabeza, salvo en menores de 2 años. También puede producir nódulos escabióticos (genitales o axilas) (Fig. 96) y lesiones pápulo-vesiculosas, eccematosas y por rascado generalizadas.



Fig. 95



Fig. 96

Prurito muy intenso de predominio nocturno.

Afectación de **convivientes**.

El prurito postescabiótico puede persistir hasta 3-4 semanas después del tratamiento.

Sarna noruega o costrosa: forma hiperqueratósica en zonas atípicas (cara, cuello, zonas acras) en pacientes inmunodeprimidos. Muy contagiosa.

Diagnóstico: clínico o visualización por dermatoscopia (signo del ala delta).

Diagnóstico diferencial: *eccema atópico* o sobreinfecciones bacterianas

ACTUACIÓN DEL MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA

Medidas generales

- Tratar simultáneamente a todos los contactos (incluidos asintomáticos).
- Lavar ropa a 60°C. Lo que no se pueda lavar, dejarlo en bolsa cerrada 5-7 días.
- Antihistamínicos orales y corticoides tópicos, si prurito-eccematización.
- Antibióticos orales si sobreinfección.
- Los niños pueden acudir al centro escolar desde el día posterior al tratamiento.

Fármacos escabicidas

- **De elección**: **permetrina** al 5% crema, una primera aplicación desde barbilla hasta pies (incluir palmas y plantas y uñas bien cortas y, en niños menores de 2 años, incluir el cuero cabelludo) que se deja actuar durante 8-12 horas y repetir una segunda aplicación de 7 a 10 días después.
- **Azufre** al 10% crema formulada con vaselina 1 aplicación por la noche durante 3 días, 2 ciclos.
- **Ivermectina** 200 mcg/kg/dosis única v.o. y repetir en 14 días (autorizada en mayores de 15 kg).

- **Embarazadas y niños <2 meses:** fomentos de **vaselina con azufre** al 6-10% o **pasta al agua con azufre** al 20% durante 3 noches y repetir a la semana. O **crotamitón** al 10% en 2 aplicaciones separadas por 24h.
- **Sarna noruega:** mismo **tratamiento tópico + queratolíticos** (ácido salicílico al 3-10% + urea al 20-40%). Tratamiento de elección: **ivermectina** 200 mcg/kg/dosis única v.o. y repetir en 1 semana (autorizada en mayores de 15 kg).

DERIVACIÓN A DERMATOLOGÍA

- Si no mejora con permetrina (2 ciclos realizados) y persiste con picor más allá de un mes tras comprobar que se ha hecho bien el tratamiento.

PEDICULOSIS

Producida por *Pediculus capitis, corporis o pubis*.

Contagio directo de personas infectadas o por objetos (peines, toallas, ropas).

Diagnóstico clínico: prurito intenso, lesiones secundarias por rascado y visualización de piojos y/o liendres (Fig. 97). *Pediculosis pubis* (ladillas) (Fig. 98): máculas cerúleas, lesiones de rascado, visualización de piojos en vello púbico, pestañas o vello de muslos y axilas, heces en pestañas inferiores, adenopatías locorregionales.



Fig. 97

ACTUACIÓN DEL MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA

Pediculosis capitis

- Fundamental: retirar los piojos y huevos con liendreras sobre el pelo húmedo. Todas las pediculosis se podrían curar sólo con un peinado excelente con una buena liendreras. Repetir las veces que sea necesario, ayudarse de vinagre y de acondicionador.
- Pediculicidas:
 - En **menores de 1 año, embarazo, lactancia, atópicos o asmáticos**, preferible **eliminación manual** de piojos y liendres o, como alternativa, productos no insecticidas como la dimeticona al 4% .
 - De **6 meses a 2 años de edad:** tratamiento no insecticida (**dimeticona** 4%). En segunda opción, **permetrina** tópica al 1-1.5% (*Filvit® champú, Goibi® antipiojos loción y champú, Permetrina OTC®, Nix® crema antiparasitaria, Locion ZZ Cupex®, Quellada® champú y loción*).



Fig. 98

BIBLIOGRAFÍA

- Aguirre Chavarría CA. *Se me cae el pelo*. AMF 2016;12(11):667-673
- Beas P, Contamina P, Figueras O y otros. *Protocol d'actuació per a la resolució dels principals problemes cutanis a la atenció primària del Garraf*. Edició 2017.
- Bologna J, Jorizzo JL, Schaffer JV. *Dermatology. Third Edition*.
- Comité Asesor de Vacunas (CAV-AEP). *Vacunación en niños con enfermedades crónicas. Manual de vacunas en línea de la AEP [Internet]*. Madrid: AEP; mar/2015. [consultado el 20/02/2020]. Disponible en: <http://vacunasaep.org/documentos/manual/cap-17>
- Conejo-Mir. *Manual de Dermatología. 1ª Edición*. 2010. AulaMédica. Madrid.
- Escribano E, Jiménez S, Duelo M. *Dermatitis atópica*. *Form Act Pediatr Aten Prim*. 2010;3(4):206-14
- Fernández-Cuesta Valcarce MA. *Acné (v.2/2013)*. En: *Guía-ABE. Infecciones en Pediatría. Guía rápida para la selección del tratamiento antimicrobiano empírico [en línea] [actualizado el 01-sep-2013; consultado el 10-02-2020]*. Disponible en <http://www.guia-abe.es>
- Ferrando J. *Alopecias. Guía de diagnóstico y tratamiento. 2ª ed*.
- *Fisterra.com, Atención Primaria en la Red [sede Web]*. La Coruña: *Fisterra.com*; 1990-. Disponible en: <https://www.fisterra.com/guias-clinicas>
- *Fitzpatrick. Atlas en Color y Sinopsis de Dermatología Clínica*.
- García-Martínez FJ, Pascual JC, López-Martín I y otros. *Actualización en hidrosadenitis supurativa en Atención Primaria. Medicina de familia. SEMERGEN*. Vol. 43. Núm. 1. páginas 34-42 (Enero - Febrero 2017).
- Gerlero P, Hernández-Martín A. *Actualización sobre el tratamiento de las verrugas vulgares en los niños*. *Actas Dermo-Sifilogr*. 2016 ;107(7): 551-558.
- *Guía-ABE®, Infecciones en Pediatría. Guía rápida para la selección del tratamiento antimicrobiano empírico [en línea]*. Madrid (España). ISSN: 2174-3568.
- Grimalt Santacana R. *Acné*. En: *Moraga Llop FA. Protocolos diagnósticos y terapéuticos en dermatología pediátrica. Protocolos de la AEP. 2ª Ed. 2007*.
- López-Estebanz JL, Herranz-Pinto P, Dréno B. *Consenso español para establecer una clasificación y un algoritmo de tratamiento del acné*. *Actas Dermosifilogr*.2017;108(2):120-131.
- *Moraga Llop FA. Protocolos diagnósticos y terapéuticos en dermatología pediátrica. Protocolos de la AEP. 2ª Ed. 2007*.
- Ruiz-Villaverde R, Moreno-Ramírez D, Galán-Gutiérrez M y otros. *Proceso de atención al paciente con urticaria aguda y crónica. Documento de consenso de la sección territorial andaluza de la Academia Española de Dermatología y Venereología. Actas Dermo-Sifilográficas (English Edition), Volume 107, Issue 6, July–August 2016, Pages 482-488*
- Silvestre Salvador JF, Serrano Manzano M, Serra Baldrich E y otros. *Guía clínica para el manejo de la urticaria en AP* Disponible en: http://gestorweb.camfic.cat/uploads/ITEM_8166.pdf
- Taberner Ferrer, R. *Dermapixel: Blog de dermatología cotidiana*. Disponible en: www.dermapixel.com
- Vila Vergaz, M. *Cómo tratar acrocordones en atención primaria*. *FMC*. 2018;25(4):226-7