

# **Dermatología Clínica**

## **Consejos prácticos**

**Por doctor Alonso de Jesús Cortés Cortés**  
*Médico Dermatólogo*

Ante la enorme variedad de problemas que debe encarar el Médico General en su práctica cotidiana, he decidido comentarles una docena de casos dermatológicos que se presentan con frecuencia y que, con una cuidadosa valoración semiológica, y a veces con sólo moderado apoyo de recursos paraclínicos, nos permiten hacer un diagnóstico y establecer un manejo adecuado.

Veamos, primero, la PITIRIASIS ROSADA, enfermedad que, en sus formas clásicas, se reconoce por su morfología, curso clínico definido y regresión espontánea al cabo de 6 – 12 semanas, pero que a veces presenta aspectos atípicos: Lesiones foliculares, micropapulosa y, aún, vesiculosas, presentándose así confusión con otras afecciones.

Insistiremos en la búsqueda de las lesiones clásicas eritematosas de aproximadamente 0,5 centímetros y escama suelta central que a veces hay que poner en evidencia con la cureta. No precipitarse a hacer tratamientos tópicos, a veces antimicóticos que frecuentemente esquematizan las lesiones y agravan el problema. Hoy, el tratamiento más eficaz es la eritromicina por vía oral, 500 miligramos b.i.d. por siete a diez días.

El ECZEMA XERÓTICO que se presenta en placas numulares en los muslos, las piernas y a veces se extiende a miembros superiores y el tronco, muy pruriginoso, es frecuentemente confundido y mal tratado con antimicóticos que agravan el proceso. Valorar la sequedad de la piel, sobre todo en personas mayores, tratar con lubricación y corticosteroides tópicos; evitar el uso excesivo de jabones.

La PSORIASIS es confundida frecuentemente con la dermatofitosis en los pies: con la onicomiosis; con el secundarismo sifilítico en el tronco, etc. Recordar que es una predisposición heredada que se puede controlar por períodos frecuentemente prolongados y que a veces puede desaparecer por muchos años o por toda la vida. El Médico General puede manejar muchos casos (sobre todo los muy extensos o los de forma gutata postestreptococias que en general, son de buen pronóstico). Con el puvasol, por ejemplo.

Quiero recordar la ESCABIOSIS, destacando su carácter de alta contagiosidad. Las localizaciones más frecuentes y su manejo con permetrina tópica o el uso sencillo con ivermectina oral.

Discutiré brevemente la TINEA CAPITIS, y mencionaré sus diferencias con la alopecia areata, la tricotilomanía y el secundarismo sifilítico.

Hablaremos de los aspectos clínicos de la DERMATITIS PERIORAL, su tratamiento con tetraciclinas vía oral (o eritromicina) y la proscripción de los corticosteroides tópicos.

Brevemente recordaré el diagnóstico. Las implicaciones pronósticas y el manejo de las balanitis, destacando que ante una balanitis simple rebelde lo más efectivo termina frecuentemente siendo la circuncisión.

Presentaré un esbozo breve de la criptoniquia (uña encarnada), recordando el tratamiento con matrixectomía parcial lateral y la sencilla onico – abrasión que permite la curación en gran cantidad de casos.

Viene, luego, un breve comentario sobre el MOLUSCO CONTAGIOSO, enfermedad viral de localización puramente epidérmica, usualmente etiquetado morfológicamente por sus características pápulas umbilicadas milimétricas 2 – 3 milímetros de diámetro, comúnmente en número menor de diez, raras veces en mayor número, asintomáticas y con un destino involutivo generalmente en pocos meses sin dejar cicatrices.

Insistiré en su manejo no agresivo para evitar molestias a los niños y sí dar muchas explicaciones a los padres sobre la benignidad del proceso y resolución espontánea sin dejar cicatrices.

Mencionaré, a partir del MOLUSCO CONTAGIOSO, con múltiple elementos que aparecen en los casos de inmunodeficiencia adquirida avanzada y que desaparece con la terapia antirretroviral moderna.

Pasaré, luego, a la diferenciación entre QUERATOSIS ACTÍNICAS O SOLARES que aparecen en las áreas expuestas al sol, más en personas blancas, mayores, que se presenta como piel atrófica revestida por escamas secas, duras, que chuzan la piel del examinador cuando las toca, que miden desde 3 milímetros a un centímetro y que pueden ser precancerosas, de las QUERATOSIS SEBORRÉICAS formadas por escamocostras esteatoides bien delimitadas, de 0,5 a varios centímetros, que se ven tanto en piel cubierta como en la cara y el cuero cabelludo, que están puestas sobre el tegumento, desprendibles en parte como el lacre y que podemos decir que siempre son benignas.

Las queratosis actínicas deben ser tratadas, si son escasas, con métodos destructivos como la electrocoagulación y el curetaje o crioterapia y si son numerosas con la aplicación del 5-fluoruracilo en crema al 2,5% una vez cada noche por un mes, haciéndole notar al paciente que la piel se le irritará notoriamente por varias semanas pero que luego habrá recuperación ad integrum. Las queratosis seborréicas, por su naturaleza de benignidad, sólo se extirparán o electrocoagularán o tratarán con crioterapia cuando sean una real molestia para el paciente.

No dejaré, finalmente, de mencionar las TOXICODERMIAS, tanto localizadas – ERITEMA PIGMENTARIO FIJO- con su carácter recidivante en las mismas áreas, y las generalizadas con aspecto de ERITEMA MULTIFORME o de NECRÓLISIS EPIDÉRMICA TÓXICA, que pueden aún ocasionar la muerte. Como causas más comunes mencionaremos los antibióticos, las sulfas, los anticonvulsionantes, los analgésicos y los aines.