

# PIEL PATOLOGICA

DRA. VERA MORANDINI MARIA  
FLORENCIA

# ACNE

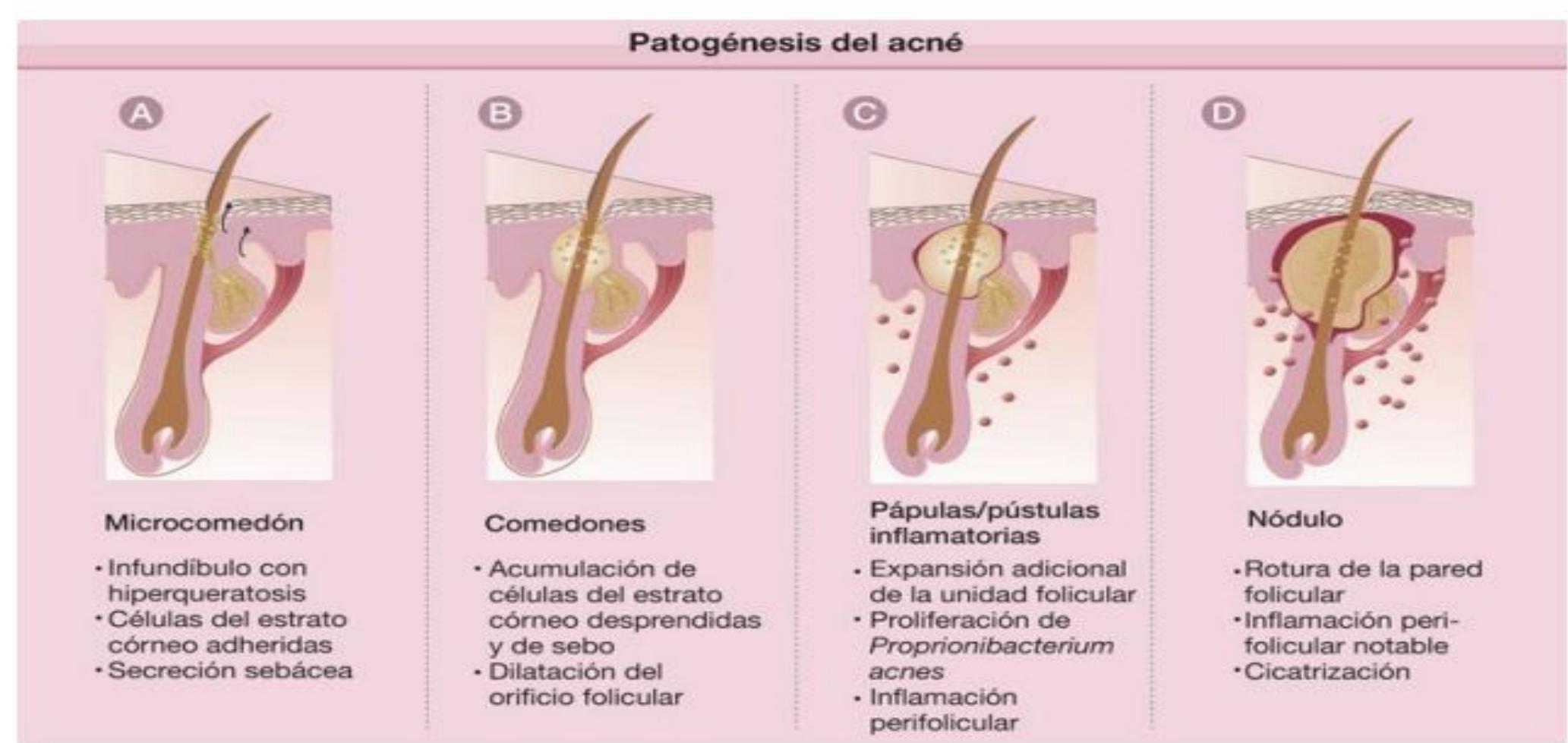
- Trastorno de la unidad pilosebácea.
- Lesiones polimorfas, comedones, pústulas, nódulos de diferente extensión y gravedad.
- Las lesiones pueden persistir toda la vida, con formación de cicatriz hipertróficas.

# ACNE

## ■ Patogenia:

1. Hiperproliferación epidérmica folicular.
2. Exceso de producción de sebo.
3. Inflamación.
4. Presencia y actividad de P. Acnes.

# ACNE



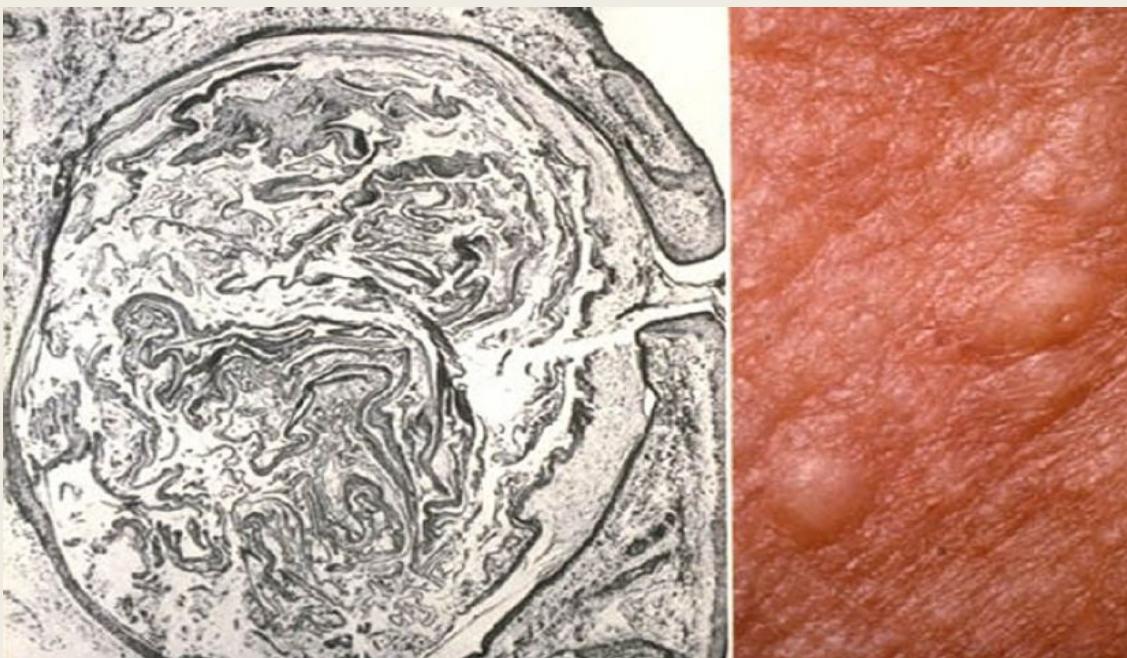
Fuente: Klaus Wolff, Richard Allen Johnson, Arturo P. Saavedra: *Fitzpatrick. Atlas de Dermatología Clínica*, 7e:  
[www.accessmedicina.com](http://www.accessmedicina.com)  
Derechos © McGraw-Hill Education. Derechos Reservados.

# ACNE

- Sitio principal es la cara, luego espalda, tórax y los hombros. En tronco están mas centradas en la línea media.
- Lesiones tipo no inflamatorias como comedones abiertos o cerrados.
- Lesiones tipo inflamatorias pápulas con borde eritematoso, pústulas y nódulos grandes, fluctuantes y dolorosos a la palpación.

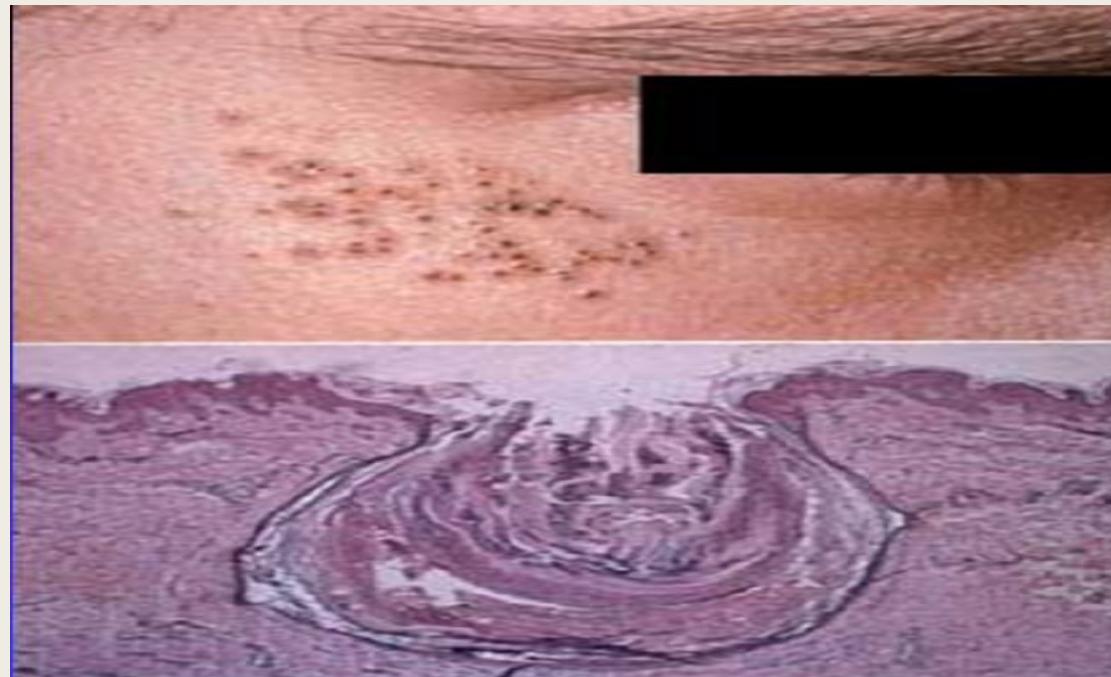
# ACNE

- COMEDON CERRADO: toda la unidad pilosebacea esta distendida, el orificio de salida es apenas visible, mas frecuentes que los comedones abiertos. Se recomienda mirar con aumento.



# ACNE

- COMEDON ABIERTO: se desarrolla a partir de comedones cerrados. El extremo negro es causado por la oxidación de los lípidos, melanina.



# ACNE

## CLASIFICACION

ACNE SUPERFICIAL: GRADO I, COMEDONES Y  
PAPULAS.

GRADO II, PAPULAS Y  
PUSTULAS.

ACNE SUPERFICIAL: GRADO III, PUSTULAS Y  
NODULOS.

GRADO IV, NODULOS Y  
QUISTES.

# ACNE

- TIPOS:
  - ACNE NEONATAL.
  - ACNE DEL LACTANTE.
  - ACNE CONGLOBATA.
  - ACNE FULMINANTE.
  - ACNE EXCORIADO.
  - ACNE MECANICO.
  - ACNE ASOCIADO A SOPQ O HSRC.
  - ERUPCIONES ACNEIFORMAS POR CORTICOIDES, ISONIACIDA, DOSIS ALTAS DE VITAMINA B, ALGUNOS QUIMIOTERAPIOS.
  - ACNE ACOPACIONAL
  - ACNE TROPICAL
  - ACNE ESTIVAL

# ACNE



**Figura 1-1. Acné vulgar: comedones.** Los comedones son tapones de queratina que se forman en los orificios foliculares, con frecuencia asociados con eritema circundante y formación de pústulas. Los comedones asociados con orificios pequeños se conocen como comedones cerrados o "lesiones blanquecinas" (flecha superior); los asociados con orificios grandes se conocen como comedones abiertos o "lesiones negruzcas" (flecha inferior). Los comedones se tratan mejor con retinoides tópicos.



**Figura 1-2. Varón de 20 años de edad.** En este caso de acné papulopustuloso, algunas pápulas inflamatorias se tornan nodulares y representan las etapas iniciales del acné noduloquístico.

# ACNE



**Figura 1-6. Acné conglobata en el tronco.** Nódulos y quistes inflamatorios que se fusionan, dan origen a abscesos e incluso a ulceración. Hay muchas cicatrices recientes seguidas de resolución de las lesiones inflamatorias de la totalidad de la espalda, pero también en el tórax.

# ACNE

- TODOS los tipos de lesiones dejan secuelas, un eritema maculoso transitorio, en pieles mas oscuras, la hiperpigmentación postinflamatoria puede perdurar durante meses o cicatrices permanentes.
- TRATAMIENTO: se debe corregir el patrón alterado de la queratinización folicular, disminuir la actividad de las glándulas sebáceas, reducir la población bacteriana folicular, especialmente de P. Acnes, y ejercer un efecto antiinflamatorio.

# ACNE

- TERAPIA LOCAL: lavado con un agente suave dos veces al día. La limpieza excesivos o el uso de jabones alcalinos, aumentan el pH de la piel y destruyen la barrera cutánea de los lípidos y agravan el potencial irritativos.
- Extracción de comedones.
- Agentes tópicos: Acido salicico 0,5% y 2% Acido azelaico crema 20% o gel 15%. Peroxido de benzoilo. Antibioticos tópicos como eritromicina 1,5 % -3 % y clindamicina 1%- 2%. Retinoides (Adapaleno 0,1% crema y gel 0,3%, tretinoína 0,025%, tazaroteno 0,1%). Espironolactona 5%.
- Terapia sistémica: tetraciclina , eritromicina 250mg/dia, clindamicina, minociclina 50mg/dia. Macrolidos, azitromicina 250-500 mg/vo 3 veces a la semana. Trimetoprima- sulfametoazol. Isotretinoína.

# ROSACEA

- Proceso inflamatorio papuloso y pustuloso centrado en los folículos y distribuido fundamentalmente en el tercio medio de la cara tanto en dirección vertical como horizontal. Entre las diversas manifestaciones de rosacea están innumerables telangiectasias, la dermatitis peribucal y periocular, y el rinofima. Como complicaciones hay que señalar la queratitis y la conjuntivitis.

A.B Ackerman.

- Afecta zonas convexas como frente, nariz, nariz mejillas y mentón.
- Lesiones simétricas. Comúnmente a mujeres, en hombres es mas severo. Raza blanca.
- El cuadro completo puede tardar años en instalarse. CRONICA.
- Causas no están bien establecidas. Base: diátesis seborreica (piel gruesa y grasa), diátesis alipidica (piel fina y seca), estado angioneurotico.

# ROSACEA

- Estímulos que predisponen: irritantes locales, aeroirritantes, temperaturas extremas, alcohol, tensión neuropsiquica, drogas (diazoxido, reserpina, dipiridamol, teofilina,etc.) trastornos gastrointestinales, alimentos histaminergicos.

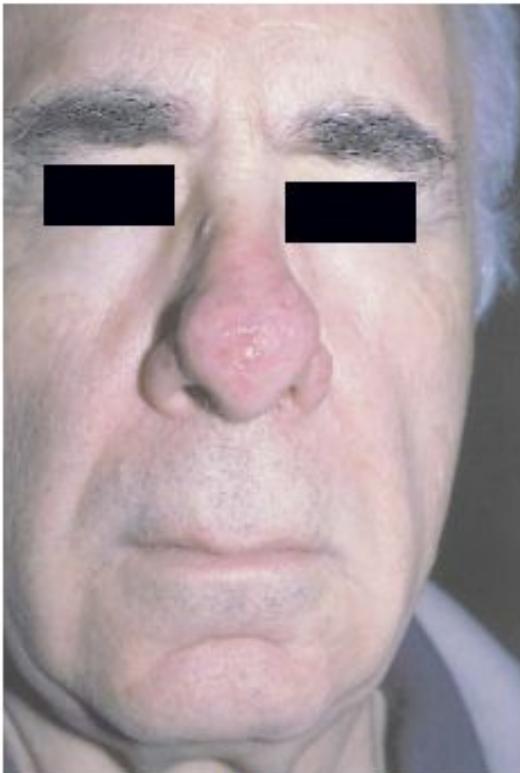
CUADRO I - ETAPAS DE LA ROSACEA (PLEWIG Y KLIGMAN)

Eritema episódico (diátesis de la rosácea)	
Fase I	Eritema persistente con telangiectasias
Fase II	Pápulas y pústulas diminutas
Fase III	Eritema profundo persistente, telangiectasias densas, pápulas, pústulas, nódulos. Puede haber edema sólido centrofacial
Tardía:	Hiperplasia sebácea y linfedema
Complicación:	Rinofima glandular, fibroso o fibroangiomiomatoso

# ROSACEA



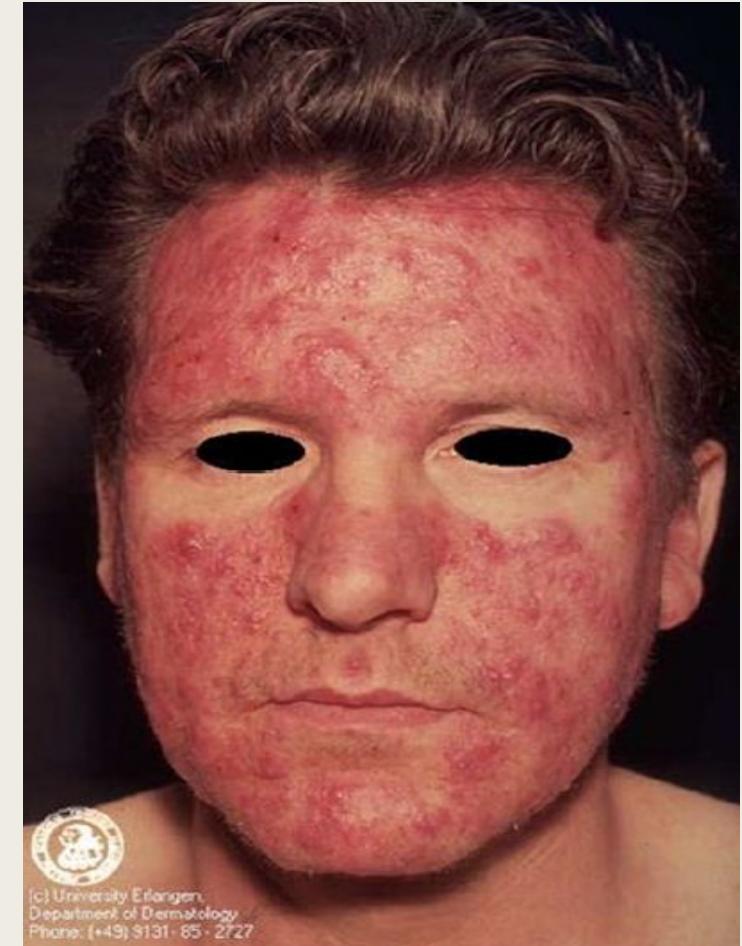
# ROSACEA



Rhinofima.



Rhinofima.



(c) University Erlangen  
Department of Dermatology  
Phone: (+49) 9131-85-2727

# ROSACEA

- VARIANTES:
- Edema persistente de la rosácea: las áreas afectadas presentan un edema duro no depresible, sobre todo en la frente, glabella, párpados superiores, nariz o mejillas. Poco sintomática.
- Rosácea granulomatosa: pápulas pardo rojizas, pústulas y nódulos, que presentan a la vitropresión un centro amarillo.
- Eritrosis interfolicular colli: finas telangiectasias interfoliculares localizadas en regiones laterales del cuello y región mastoidea.
- Rosácea por esteroides: en pacientes tratados por tiempo prolongado con esteroides tópicos, la piel presenta un eritema rojo intenso, atrofia cutánea, pápulas, pústulas, edema y numerosas telangiectasias. La suspensión del cuadro produce una exacerbación del cuadro

# ROSACEA

- Rosácea fulminas: en mujeres con alteraciones psíquicas o estrés, de comienzo súbito. Eritema centro facial rojo violáceo, papulopustulas, nódulos, quistes que fistulizan y vegetan.
- Rosácea por GRAM N.: multiples pustulas, diminutas, amarillentas en la región perioral o perinasal, menos frecuentemente se observan nodulos. Los ATB orales y el metronidazol resultan ineficaces para controlar la erupción. Diagnóstico se basa en el cultivo de pustulas.
- Rosácea conglobata: poco frecuente, se asemeja al acné conglobata.
- Fimas: masa, tumefacción o bulto, puede localizarse en diversos lugares de la cara o pabellón auricular.

# ROSACEA



Rosácea granulomatosa



Rosácea fulminas

# ROSACEA

## ■ TRATAMIENTO:

Medidas higiénico dietéticas, Descongestivos locales. Protección solar.

### CUADRO II - TRATAMIENTO. RESUMEN

#### GENERAL:

Tetraciclina 1 gramo/ día y mantenimiento  
Minociclina 100 mg /día y mantenimiento  
Metronidazol 500 mg/día y mantenimiento

#### En la fulminans:

Retinoides 0,5 a 1mg/kg/día y m. prednisona previa 0,5 a 1 mg/ kg peso y día disminuyendo  
En tres semanas queda con retinoides por meses con ANTICONCEPCION

#### LOCAL:

Metronidazol 1% en crema 0,75% en gel  
Clindamicina o eritromicina 1,2% en loción.  
Sulfacetamida sódica  
Retinaldehido  
Tacrolimus al 0,03% o 0,75% en crema

#### En las telangiectasias:

Láser (IPL), escarificación o electrocoagulación

#### Rinofima:

Decorticación con bisturí y electrocoagulación o laser.

#### Ex oftalmológico:

Conjuntivitis, queratitis, iridociclitis (establecido por el especialista):  
gotas oftálmicas con hidrocortisona, lágrimas artificiales.

# DERMATITIS SEBORREICA

- Trastorno papuloescamoso crónico frecuente, afecta a niños y adultos por igual.
- Se localiza en zonas corporales con una concentración elevada de glándulas sebáceas activas y folículos sebáceos, como cara, cuero cabelludo, parte superior del tronco y pliegues de flexión. Otras zonas menos frecuentes son umbilical, interescapular, perineal y el rafe anogenital.
- Eritema centro facial con escamas y prurito, compromiso de surcos y pliegues, afecta generalmente la piel del cuero cabelludo y las cejas

# DERMATITIS SEBORREICA

- Se clasifica según el grupo etario: una forma del lactante que remite de manera espontánea y se manifiesta durante los primeros tres meses de vida, y una forma del adulto, que es crónica.
- Predominio sexo masculino.
- Etiopatiogenia no conocida, pero se relaciona frecuentemente con *Malassezia*.
- Factores de riesgo: humedad y temperatura.
- Puede desencadenar erupciones similares a la de la dermatitis seborreica la griseofulvina, cimetidina, litio, metildopa, arsénico, oro, haloperidol, interferón a, etc.

# DERMATITIS SEBORREICA



**Figura 2-24. Dermatitis seborreica de la cara: tipo adulto.** Eritema y descamación de color amarillo y anaranjada de a frente, carrillos y pliegue nasolabiales. También había afección de la piel cabelluda y de la región retroauricular.

# DERMATITIS SEBORREICA

- TRATAMIENTO: cuero cabelludo shampu, pomada o loción con ketoconazol al 1-2%, ciclpirox pomada, gel o shampu. Las escamas gruesas y adherentes se pueden responder a corticoides tópicos como pomadas, lociones o espumas de baja potencia. Shampu con acido salicílico. Otra alternativa en el aceite de coco.
- En cara, tronco y orejas, corticoides de baja potencia, durante periodos breves. Inhibidores de la calcineurina tópicos como tacrolimus.

# MELASMA

- Lesiones hiperpigmentadas de color castaño, azul- grisáceo o pardo. Grisaceo de límites difusos.
- Localizadas en sitios salientes de la cara.
- Distribución simétrica.
- Mas frecuente en mujeres de fototipo alto y en edad fértil.
- Empeora con la exposición al sol, edulcorantes, tratamiento con hormonas, ACO, embarazo, endocrinopatías, cosméticos, medicamentos.

# MELASMA

**CUADRO 2**

*Correlación clínico-patológica*

<b>Tipo</b>	<b>Luz normal</b>	<b>Luz de Wood</b>	<b>Histología</b>
Epidérmico	Café claro	Realza el contraste del color.	Depósito de melanina en las capas basal y suprabasal de la epidermis
Dérmino	Gris azul	No hay realce en el contraste del color.	Macrófagos repletos de melanina en una ubicación perivascular encontrada en la dermis superficial y media
Mixto	Café oscuro	Realza el contraste del color en algunas áreas y en otras no.	Los depósitos de melanina se encuentran en la epidermis y la dermis.
Indeterminado	Gris azul o desconocida	Tipos de piel 5 y 6	Los depósitos de melanina se encuentran en la dermis.

*Elaborado por el GMPEDP*

# MELASMA

- La severidad del melasma se puede documentar clínicamente en función a la superficie afectada, el color, la homogenicidad y por el tiempo de evolución. Se clasifica en leve, moderado y severo.
- Se evalúa de forma cuantitativa por el *Melasma Area Severity Index MASI*.

# MELASMA

Fármaco	Mecanismo de acción
<b>FENÓLICO</b>	
Hidroquinona	Inhibe la actividad de la tirosinasa y la síntesis de ADN Y ARN induciendo a la disminución en la síntesis de melanina.
<b>NO FENÓLICOS</b>	
Retinoides	Inducen descamación epidérmica, aumentando el recambio epidérmico. Inhiben el factor de conversión de la tirosinasa y dopacromo sin causar toxicidad al melanocito, interfieren con la transferencia de melanosomas a los queratinocitos.
Ácido azelaico	Inhibe la tirosinasa, bloquea los sistemas de oxidorreducción mitocondriales y la síntesis de ADN.
Ácido kójico	Bloquea la síntesis de dopa y dopaquinona. Previene la transformación de dopacromo a eumelanina.
Vitamina C y E	Promueve la conversión de melanina a melanina incolora (leucomelanina). Se combina con vitamina E para producir sinergia. Dependiendo del vehículo que se utiliza, puede cambiar su efectividad.
Niacinamida	Inhibe la melanogénesis por disminución de la transferencia de melanosomas.
Corticoides tópicos	No se recomiendan como monoterapia por su inhibición no selectiva de la melanogénesis, porque su acción antiinflamatoria disminuye la síntesis de prostaglandinas y leucotrienos, y promueve la disminución del recambio epidérmico por acción citostática. En formulaciones combinadas, disminuyen la irritación de otros agentes despigmentantes.
Glabridina	Inhibe la tirosinasa y posee propiedades antiinflamatorias.
Ácido tióctico	Es un inhibidor que compite con la tirosinasa. Inhibe los metabolitos intermedios entre la dopaquinona y los metabolitos indólicos.
Alfa hidroxiácidos	Promueven la exfoliación del estrato córneo. Dispersan la melanina en la capa basal de la epidermis. Se usan en combinación con otros despigmentantes o como terapia ablativa.
Combinaciones	Dos o tres despigmentantes tópicos con la finalidad de aumentar su efecto y disminuir la frecuencia de efectos adversos.

# MELASMA



# LENTIGO SOLAR

- Múltiples maculas de 2- 15 mm de diámetro., bien delimitadas, de contornos irregulares.
- Color amarillo parduzco o pardo oscuro.
- Aparecen en el dorso de las manos, cara, zonas expuestas al sol.
- Después de la cuarta década de vida.
- No desaparece al cesar la exposición.
- La fotoquimioterapia (psoralenos y PUVA) pueden inducir.

# LENTIGO SOLAR

- DIAGNOSTICO DIFERENCIAL: queratosis seborreicas, efélides, nevo melanociticio, queratosis actínicas pigmentadas.
- TRATAMIENTO: crioterapia, TCA.

# LENTIGO SOLAR



# LENTIGO SOLAR



# LENTIGO SOLAR





# BIBLIOGRAFIA

- FITZPATRICK , DERMATOLOGIA EN MEDICINA GENERAL.
- DERMATOLOGIA , GATTI- CARDAMA.
- BIOLOGIA DE LA PIEL, CORDERO.

MUCHAS GRACIAS !

CACE 