

# Apuntes de DERMATOLOGIA GENERAL Y PODOLOGICA II

## ***PROLOGO***

***Durante su labor diaria, el podólogo clínico debe tener la capacidad de reconocer las diferentes lesiones que puede presentar la piel, de asociar estas lesiones a patologías concretas, y de decidir si están dentro de sus competencias específicas. Esto le permitirá establecer un tratamiento adecuado, o de lo contrario derivar al su paciente hacia un especialista. Lo anterior implica que la formación del podólogo clínico debe incluir la adquisición de un conjunto de conocimientos básicos sobre aquellas patologías que pueden afectar potencialmente a la piel.***

***Los conceptos esenciales relacionados con estos conocimientos los ponemos a tu disposición en los “Apuntes de Dermatología General y Podológica II” (DGP2), en los que encontrarás la información básica referida a cada una de patologías de la piel tratadas en esta asignatura. La información entregada en estas guías se enmarca dentro de los objetivos fundamentales y contenidos mínimos del plan de formación del podólogo clínico, y abordan las diferentes temáticas del curriculum desde una perspectiva esencialmente descriptiva. El apoyo de estos conocimientos, ya sea por medio de la práctica clínica, de textos especializados y de páginas web, permitirá reforzar los conocimientos adquiridos y alcanzar un mayor entendimiento en esta importante área para el podólogo clínico.***

***Esperamos que te sean de gran utilidad. Si tienes algún comentario, escribe a \_\_\_\_\_ o a [escuela@podologia.cl](mailto:escuela@podologia.cl).***

**EL AUTOR**

# DERMATOLOGIA GENERAL Y PODOLOGICA II

## *Apuntes N° 1*

**Docente: Oscar Salazar O.**  
([docente.biologia@gmail.com](mailto:docente.biologia@gmail.com))

### **UNIDAD 1**

## SEMIOLOGIA DERMATOLOGICA

### Introducción

La **semiología** es la ciencia que estudia los síntomas y signos de las enfermedades con el objetivo de conocerlos detalladamente y establecer un diagnóstico. Se denomina **síntomas** al conjunto de manifestaciones subjetivas de una enfermedad (ejemplo: dolor, náuseas, vértigo, prurito, etc.); y por **signos** al conjunto de manifestaciones objetivas o físicas de una enfermedad (ejemplo: observación de ictericia, de cianosis, palpación de un aneurisma abdominal, etc.).

La **semiología dermatológica** es el estudio de los signos y síntomas relacionados con el estado patológico de la piel con el objeto de diagnosticar las **dermatosis** que puede presentar, ya sean propias de la piel o sistémicas con manifestación cutánea.

### Semiología Dermatológica

La semiología dermatológica, así como la semiología en cualquier especialidad médica, establece dos procesos esenciales: la **anamnesis** y el **examen físico** del paciente. Ambos procesos incluyen una etapa general y una específica.

#### **Anamnesis General**

Incluye la recopilación de datos generales del paciente, como edad, sexo, peso, talla, actividad, lugar de procedencia, morbilidad actual, tratamientos actuales, hábitos y costumbres, antecedentes familiares, etc.

#### **Anamnesis Específica**

Incluye la recopilación de datos específicos que llevaron a consultar al paciente, como evolución de la patología, síntomas, tratamiento previo, factores predisponentes o desencadenantes, etc.

#### **Examen Físico General**

Tiene por objetivo establecer si la dermatosis es una manifestación cutánea de alguna patología sistémica, o si por el contrario, la dermatosis ha provocado algún tipo de manifestación sistémicas.

## Examen Físico Específico

Incluye el examen físico de la piel, es decir, la palpación y la observación detallada de su superficie. Durante el curso de una dermatosis, es habitual que aparezcan lesiones características en la superficie de la piel. El conocimiento de este tipo de lesiones, llamadas **lesiones elementales de la piel**, permite un gran acercamiento al diagnóstico o bien un diagnóstico definitivo.

### Lesiones Elementales de la Piel

No existe un criterio único para clasificar las lesiones elementales de la piel. Considerando el estado de la piel, se pueden establecer dos categorías: **lesiones elementales primarias** y **lesiones elementales secundarias**.

#### Lesiones Elementales Primarias

Son aquellas lesiones elementales que aparecen sobre la piel normal. Se distinguen varios tipos:

**1. Máculas:** Son cambios en la coloración de la piel. Pueden ser de origen vascular o discrómico. También se denominan manchas.

**a) Máculas de origen vascular:** Son cambios de coloración debido a cambios en la vasculatura de la piel.

**Eritema (=Rash):** Manchas de tamaño variable debidas a una vasodilatación generalizada de los capilares.

**Petequias:** Pequeñas manchas de color rojo a púrpura, menores a 0,5 cm, producidas por la extravasación local de sangre.

**Púrpura:** Manchas de color rojo a púrpura en la piel de tamaño mayor a 0.5 cm, constituídas por extravasaciones sanguíneas subcutáneas.

**Equimosis:** Extravasación de la sangre en el interior de la piel. Abarca un área relativamente grande. Es similar al hematoma.

**Telangiectasia:** Dilatación permanente de los capilares, que puede o no desaparecer con la presión. Pueden ser filiformes, aracniformes o puntiformes.

**b) Máculas discrómicas:** Son cambios de coloración debido a cambios en la pigmentación de la piel.

**Mácula Hiperocrómica:** Area de la piel de coloración más intensa que el resto debido a un aumento en la pigmentación cutánea.

**Mácula Hipocrómica:** Area de la piel de coloración más clara que el resto debido a una disminución en la pigmentación cutánea.

**Mácula Acrómica:** Area de la piel sin coloración debido a la ausencia de células pigmentarias.

## 2. Lesiones con Solución de Continuidad: Son lesiones en las que se pierde la continuidad de la piel.

**Erosión:** lesión derivada de la rotura de una vesícula, con pérdida de epidermis y dermis superficial formando una excavación húmeda, lisa y brillante.

**Úlcera:** lesión cóncava producida por pérdida de la epidermis y la dermis (y a veces del tejido subdérmico), en forma de "crater", exudativa, de tamaño y color variables.

**Excoriación:** pérdida traumática de la epidermis que deja la dermis expuesta, generalmente debida al rascado continuo de una lesión pruriginosa.

**Fisura:** lesión de la piel en forma de surco, pequeña y profunda, de color rojo, sin pérdida de sustancias.

**Fístula:** es una comunicación entre una cavidad purulenta y la superficie cutánea o con otra cavidad similar.

## 3. Lesiones Sólidas: Son lesiones elevadas de contenido sólido.

**Pápula:** pequeña lesión, generalmente menor a 0,5 cm, de color y forma variables. Pueden originarse en diferentes estratos cutáneos (*pápulas epidérmicas, pápulas dérmicas, pápulas dermo-epidérmicas, pápulas foliculares*).

**Placa:** área prominente, plana, dura y rugosa, de más de 1 cm, muchas veces formada por una confluencia de pápulas.

**Vegetación:** lesión elevada semejante a una placa pero de aspecto arrugado o lobulado y más voluminoso, de tamaño y color variable, producida por la elongación de las papilas dérmicas. Dan el aspecto de una coliflor.

**Nódulo (=Tubérculo):** lesión elevada, esférica, generalmente de 1 a 2 cm, que produce una elevación firme y circunscrita en la piel. Dejan cicatriz y pueden originarse en diferentes estratos cutáneos.

**Goma:** Nódulo reblandecido y ulcerado.

**Tumor:** masa más o menos esférica, superficial, que se traduce en una elevación firme, con o sin límites definidos y de un color igual o diferente de la piel, con tendencia a crecer y persistir. Puede ser de origen maligno, benigno o nodular.

**Roncha:** área edematosa, elevada, aplanada, de forma redondeada o irregular y de diámetro variable. De color rosado con el centro más claro y límites bien definidos, generalmente pruriginosa. Cuando son muy grandes se denominan habones.

**Queratosis:** Engrosamiento exagerado y persistente de la capa córnea de la epidermis.

## 4. Lesiones de Contenido Líquido: Son lesiones elevadas de contenido líquido.

**Vesícula:** lesión epidérmica elevada, circunscrita, pequeña (generalmente menor a 1 cm), de paredes finas, uni o multilocular, que contiene un líquido transparente que puede ser linfa, sangre, suero o LEC.

**Ampolla:** lesión epidérmica elevada, similar a una vesícula pero de mayor tamaño, generalmente unilocular.

**Pústula:** pequeña elevación circunscrita de la piel que contiene exudado purulento.

**Forúnculo:** lesión pustulosa, profunda, con carácter necrotizante.

**Antrax:** Acumulación de forúnculos en un lugar determinado.

**Absceso:** Acumulación localizada de material purulento en la dermis o tejido subcutáneo. Su aspecto es rojizo, caliente y muy sensible, y que tiende a drenar a través de fístulas o úlceras.

**Quiste:** lesión elevada con forma de saco revestido por un epitelio, que contiene líquido o material semisólido.

### **Lesiones Elementales Secundarias**

Son aquellas lesiones elementales que aparecen sobre la piel previamente dañada.

**Escama:** capa córnea plana y delgada, laminar o puntiforme, de consistencia seca o grasosa y fácilmente exfoliable, debida a la acumulación de células queratinizadas.

**Costra:** placa rugosa seca más o menos gruesa, de color marrón, rojo o negro, formado por exudados secos (sangre, suero, pus).

**Escara:** costra seca resultante de tejido necrosado, con tendencia a la eliminación.

**Atrofia:** adelgazamiento de la piel con pérdida de los anexos y marcas cutáneas. Hay disminución de la consistencia y la elasticidad de la piel.

**Esclerosis:** endurecimiento circunscrito o difuso de la piel debido a una hiperproducción de tejido conectivo dérmico, que le da un aspecto seco, acartonado e inextensible.

**Liquenificación:** engrosamiento de la epidermis con aumento de la pigmentación y el cuadrículado normal. Con frecuencia es el resultado de la irritación producida por el rascado repetido de una lesión pruriginosa.

**Cicatriz:** tejido fibroso, duro, fino o grueso de color variable entre blanco y rojo, de forma irregular, que sustituye la dermis y epidermis en el lugar de una herida.

**Queloides:** excrecencia de tejido colágeno cicatrizal en el lugar de una herida en la piel. El tejido nuevo es elevado, redondeado, duro y tiene bordes irregulares o dentados.

## **Pruebas y Exámenes Complementarios**

En algunas ocasiones es imposible establecer un diagnóstico a través de la anamnesis y el examen físico. En estos casos se recurre a pruebas y exámenes complementarios que permiten precisar un diagnóstico o establecer el diagnóstico definitivo.

### **Pruebas Complementarias**

**Raspado metódico de Brocq:** Es un signo patognomónico (exclusivo) de la psoriasis. Al raspar las lesiones ocurren tres situaciones:

- abundante descamación (***signo del cerote***)
- desprendimiento de un trozo de capa epidérmica
- presencia de múltiples puntos hemorrágicos (***signo de Aupitz***)

**Signo de Darier:** Es la aparición de eritema, edema y prurito después de rascado de una lesión pruriginosa.

**Fenómeno Isomórfico de Köebner:** Presencia de un patrón lineal de lesiones en las zonas de presión o traumatismo.  
Característico en psoriasis, liquen plano, verrugas planas, fitofotodermatitis, vitiligo.

**Signo de Nikolsky:** Es el desprendimiento de la epidermis en áreas de piel aparentemente sana, debido al roce tangencial con los dedos.  
Característico de pénfigos, NET (necrosis epidérmica tóxica), síndrome de la piel escaldada estafilocócica.

### **Exámenes Complementarios**

**Examen Micológico Directo:** Consiste en observar bajo el microscopio una muestra de piel o anexo cutáneo en KOH (hidróxido de potasio), para visualizar directamente hifas y esporas de hongos.

**Cultivo Micológico:** Consiste en la siembra de muestras de piel o anexos cutáneos en un medio de cultivo adecuado para el eventual desarrollo del hongo. Estas siembras se dejan en una estufa de cultivo a una determinada temperatura durante dos a cuatro semanas.

**Test de Tzanck:** Es un test que permite diagnosticar infecciones por virus herpes (simple o varicela zoster), y consiste en raspar la base de una ampolla y realizar un frotis teñido con tinción Giemsa para visualizar células multinucleadas, características en esta infección.

**Patch Test:** Consiste en la aplicación sobre la piel, de un parche con múltiples cámaras que contienen diferentes antígenos, durante al menos 48 hrs. Este test permite diagnosticar las dermatitis de contacto alérgicas.

**Biopsia de piel:** Consiste en extraer una muestra de piel, mediante diferentes métodos, y enviarla al histopatólogo, el que, mediante diferentes tipos de tinciones, determinará la presencia o no de células anormales características de las neoplasias (tumores).