

Cursos precongreso

CURSO DE DERMATOLOGÍA PEDIÁTRICA: TIPS TERAPÉUTICOS

Tratamiento de la pitiriasis alba en base a los hallazgos histológicos

Dra. Elizabeth Doris Mayeshiro Ikeho

La pitiriasis alba es una afección crónica de la piel, caracterizada por manchas hipopigmentadas ovales o circulares, de límites difusos con escama fina y frecuentemente pequeñas pápulas foliculares; asintomática, que afecta frecuentemente la cara y extremidades superiores. La variante eritematosa equivale al estadio temprano, la variante folicular al estadio intermedio y la variante hipocrómica al estadio tardío. La forma hiperpigmentada es una complicación por la aplicación de diversos remedios.

La histología corresponde a una dermatitis espongiótica con zonas de hiperqueratosis, paraqueratosis y acantosis, con un infiltrado linfocitario perivascular, eventualmente tapones córneos y atrofia de las glándulas sebáceas. Se observa un número reducido de melanocitos activos y disminución en el número y tamaño de los melanosomas. En la variedad hipocrómica los hallazgos histopatológicos son inespecíficos, con un infiltrado linfocitario de tipo liquenoide, profundo y presencia de mucinosis. En la variedad eritematosa se agrega mayor frecuencia de mucinosis. En la variedad papular los cambios corresponden a una dermatitis superficial con presencia de mucinosis. La variedad pigmentada es semejante a la variedad hipocrómica, es la única que no presenta mucinosis.

En cuanto el tratamiento se puede esperar una remisión espontánea, sin embargo, se pueden emplear queratolíticos como las cremas de urea al 10% y el ácido salicílico al 3%, filtros solares y esteroides tópicos de baja potencia; su efecto es sobre la capa córnea paraqueratósica con el fin de permitir el estímulo luminoso del sol sobre el melanocito, promover la distribución del pigmento y que lo capten los queratinocitos. Se han administrado además inhibidores de la calcineurina (tacrolimus, 0,1%) con alivio de los síntomas.

CURSO DE TERAPÉUTICA DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO EXPERIENCIA ACTUAL

Prurito en el anciano

Dr. Sandro Tucto Bautista.

Médico asistente, Servicio de Dermatología del Instituto de Salud del Niño.

La población adulta mayor (personas mayores de 65 años) está en crecimiento progresivo. Por consiguiente las enfermedades geriátricas adquieren mayor importancia. La piel, por las cualidades que adquiere, también es factible de afectarse, y el prurito es uno de sus mayores síntomas y, aunque este no tiene aún una explicación muy certera, acompaña a una variedad de condiciones dermatológicas, sistémicas, neurológicas y psicológicas.

Aunque el prurito es el síntoma más frecuente de las enfermedades dermatológicas los datos epidemiológicos disponibles son muy limitados en el anciano. El prurito se define como una percepción sensorial desagradable que causa un intenso deseo de rascarse y que tiene un gran impacto en la calidad de vida. El foro internacional para el estudio del prurito (IFSI) distingue tres grupos: grupo I: prurito presente en piel enferma; grupo II: prurito en piel no enferma; grupo III: piel con lesiones cutáneas secundarias al rascado. Se especifican seis categorías: dermatológicas, sistémicas, neurológicas, psicológicas, mixtas y otras.

Los cambios fisiopatológicos que conllevan al envejecimiento significan alteraciones estructurales, pérdida de funcionalidad con reducción de su capacidad de barrera protectora, que conducen a una mayor susceptibilidad para el desarrollo de enfermedades cutáneas y al prurito.

El diagnóstico de las enfermedades pruriginosas se ve dificultado por otros síntomas, comorbilidades y polifarmacia agregada. Es necesario una historia detallada, examen físico completo y pruebas de laboratorio complementarias.

La dermatitis asteatósica es uno de los cuadros más frecuentes en los ancianos dentro de las afecciones cutáneas pruríticas. La inmunosenescencia explica por qué son más comunes los cuadros inflamatorios, autoinmunes y las neoplasias.

El prurito en la piel sin cambios primarios puede ser el síntoma de una variedad de enfermedades sistémicas (uremia, hepatopatías, enfermedades hematológicas y neoplásicas).

La terapia debe ser individualizada y combina lo tópico y lo sistémico. Localmente (esteroides, inhibidores de la calcineurina, capsaicina y agonistas cannabinoides) y terapia sistémica (antihistamínicos, esteroides, ciclosporina A, estabilizadores de mastocitos, antagonistas de leucotrienos, anticonvulsivantes, antidepressivos, antagonistas de receptores opioides y fototerapia) se pueden asociar.

Melasma: diagnóstico y tratamiento.

Experiencia actual

Dra. Gladys Vidarte Orrego

Médico asistente del Servicio de Dermatología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, Lima.

Diagnóstico

El diagnóstico del melasma depende principalmente de los hallazgos clínicos de la historia y el examen físico. El examen con lámpara de Wood ayuda a distinguir los subtipos histológicos (aunque este método es menos confiable para los tipos de piel más oscura), y con ambos se logra la categorización de los tipos de melasma.

Tratamiento

La categorización de los tipos de melasma es útil porque puede ayudar como una guía al tratamiento y a las expectativas de los pacientes, generalmente el melasma dérmico es menos sensible a la terapia tópica.

Los objetivos del tratamiento de melasma son la supresión de la melanogénesis y la eliminación de exceso de melanina ya presente en la epidermis y la dermis. El primer objetivo puede lograrse por una combinación de medidas de protección solar, incluidas el uso diario de protector solar, y el uso de preparaciones tópicas. Para ello se usan los agentes despigmentantes como: hidroquinona y sus derivados como el arbuti, ácido retinoico y combinaciones, ácido kójico, ácido ascórbico, ácido azelaico, ácido elágico, rucinol, oligopéptidos, flavonoides, ácido tranexámico, n-acetilglucosamina, mequinol, extracto de licorice, resveratrol.

Entre los agentes químicos: ácido tricloroacético (TCA), ácido glicólico con tretinoína al 0,025%, o hidroquinona al 2%, solución de Jessner asociada con hidroquinona al 4%.

Entre los agentes físicos: láser ablativo de dióxido de carbono fraccional, *quality-switched neodymium-doped yttrium aluminum garnet*, láser 1064 nm (Nd: YAG), erbio una fracción de 1550 nm láser no ablativo, luz pulsada intensa (IPL).

OTRAS TERAPIAS

Procianidina y vitaminas A, C y E orales. La procianidina es un polímero de flavonoides extraído de la corteza de pino marítimo francés, *Pinus pinaster*, pero también se encuentra en otras plantas y frutos. Tiene propiedades antioxidantes y antiinflamatorias.

Vitíligo

Dr. Luis Valdivia Blondet

Presidente del Comité de la Especialidad de Dermatología de la UNMSM.

El vitíligo es un trastorno pigmentario adquirido de etiología desconocida, debido a múltiples factores causales que conducen a la destrucción de los melanocitos, ocasionando máculas despigmentadas, distribuidas en forma bilateral y simétrica, asintomáticas. Aunque la causa del vitíligo es desconocida, varias hipótesis se han propuesto, tales como la autoinmune, neural autocitotóxica y bioquímica. Se ha propuesto también una teoría unitaria que propone que el vitíligo se origina como una sucesión de fenómenos a partir de un factor precipitante sobre un individuo predispuesto genéticamente.

Las alteraciones estéticas causadas por las lesiones de vitíligo ocasionan dificultades sociales y psicológicas para las personas afectadas, que hacen imprescindible la elección de una terapéutica adecuada, de acuerdo a la edad, estado de actividad, localización; y extensión de la enfermedad. El tratamiento del vitíligo supone a menudo un desafío terapéutico; múltiples alternativas terapéuticas se han propuesto que se supone son efectivas en el vitíligo.

Describiremos en este artículo la patogénesis, las variedades clínicas, los hallazgos histopatológicos y las diferentes modalidades de tratamiento disponibles actualmente.

CURSO DERMATOLOGÍA GERIÁTRICA HOY

Xerosis del anciano

Dr. Ennio Barrón Núñez

Médico dermatólogo asistente, Servicio de Dermatología del Hospital Essalud Carlos Alcántara.

La xerosis del anciano es una dermatosis propia de la edad avanzada, debida a múltiples factores: entre ellos aquellos propios del envejecimiento como el adelgazamiento epidérmico, una disminución del recambio celular y una reducción de la capacidad de retención hídrica del estrato corneo; factores ambientales como porcentaje de humedad ambiental y temperatura ambiental; hábitos personales de aseo, ingesta de determinados medicamentos, desequilibrios hormonales y enfermedades orgánicas.

La piel xerótica es seca, áspera, descamativa, agrietada y en casos extremos dicha condición puede complicarse llegando a producirse el conocido ‘eczema craquele’ caracterizado por grietas poligonales, eritema, fisuras, sangrado, edema y hasta sobreinfección bacteriana.

Los cuidados de la piel xerótica incluyen baños cortos con agua tibia, eliminar el uso de jabones y sustituirlos por *syndets*, aplicación de emolientes a base de petróleo y cremas humectantes en forma liberal, uso de corticoides tópicos y antibióticos tópicos cuando sea necesario, humidificación del medio ambiente siempre que sea posible.

Úlceras por presión

Dr. Jorge Tirado Cedano

Médico asistente, Servicio de Dermatología del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.

La úlcera por presión (UP) es la patología quirúrgica más frecuente en pacientes ancianos inmovilizados crónicos.

Cuando no es tratada a tiempo, y las condiciones de salubridad desmejoran, las UP pueden desencadenar en sepsis y muerte del paciente. Una adecuada información y vigilancia de los cuidadores nos permite prevenir la aparición de UP y así se ahorraría costos en Servicios de Salud y se evitarían complicaciones como infección urinaria, neumonía aspirativa.

La UP es una lesión de la piel producida cuando se ejerce una presión prolongado independiente de la posición sobre un plano o prominencia ósea provocando un bloqueo del riesgo sanguíneo a ese nivel y como consecuencia se produce degeneración rápida de los tejidos.

Las UP se producen como consecuencia del aplastamiento tisular entre una prominencia ósea y la superficie externa durante un periodo prolongado.

Presiones superiores a la presión capilar máxima ejercidas sobre un área concreta durante un tiempo prolongado desencadenan un proceso isquémico que, si no se revierte a tiempo, origina la muerte celular y su necrosis.