

Introducción a la Dermatología

Introducción a la Dermatología

Emilia N. Cohen Sabban

Dermatóloga.

Jefa del Servicio de Dermatología, Instituto de Investigaciones
Médicas A. Lanari, Universidad de Buenos Aires.

Directora de la Carrera de Especialización en Dermatología, Instituto
de Investigaciones Médicas A. Lanari, Universidad de Buenos Aires.

Docente adscripta de Dermatología, Facultad de Medicina,
Universidad de Buenos Aires.

Buenos Aires, Argentina.

Margarita Larralde

Dermatóloga.

Jefa del Servicio de Dermatología, Hospital Alemán.

Directora de la Carrera de Especialista en Dermatología, Hospital Alemán.

Directora de la Carrera de Especialista en Dermatología Pediátrica,

Hospital General de Agudos J. M. Ramos Mejía.

Profesora titular de Dermatología, Facultad de Medicina,

Universidad de Buenos Aires.

Buenos Aires, Argentina.

Ramón A. Fernández Bussy

Dermatólogo.

Jefe del Servicio de Dermatología, Hospital Provincial del Centenario.

Profesor titular y Director de la Carrera de Especialización

en Dermatología, Facultad de Ciencias Médicas,

Universidad Nacional de Rosario.

Rosario, Argentina.

Cohen Sabban, Emilia N.

Introducción a la Dermatología

Emilia N. Cohen Sabban; Margarita Larralde; Ramón A. Fernández Bussy.

1ª ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Journal, 2021.

223 p.; 28 x 20 cm.

ISBN 978-987-4922-89-2

1. Dermatología. I. Larralde, Margarita. II. Fernández Bussy, Ramón A. III. Título.

CDD 616.5

© Ediciones Journal, 2021

Viamonte 2146 1 "A" (C1056ABH) CABA, Argentina

ediciones@journal.com.ar | www.edicionesjournal.com

Producción editorial: Ediciones Journal

Diagramación: Diego Stegmann

Diseño de tapa: Le Voyer

Ilustraciones: Karina Barbieri | divisual

IMPORTANTE: Se ha puesto especial cuidado en confirmar la exactitud de la información brindada y en describir las prácticas aceptadas por la mayoría de la comunidad médica. No obstante, los autores, traductores, correctores y editores no son responsables por errores u omisiones ni por las consecuencias que puedan derivar de poner en práctica la información contenida en esta obra y, por lo tanto, no garantizan de ningún modo, ni expresa ni tácitamente, que esta sea vigente, íntegra o exacta. La puesta en práctica de dicha información en situaciones particulares queda bajo la responsabilidad profesional de cada médico.

Los autores, traductores, correctores y editores han hecho todo lo que está a su alcance para asegurarse de que los fármacos recomendados en esta obra, al igual que la pauta posológica de cada uno de ellos, coinciden con las recomendaciones y prácticas vigentes al momento de publicación. Sin embargo, puesto que la investigación sigue en constante avance, las normas gubernamentales cambian y hay un constante flujo de información respecto de tratamientos farmacológicos y reacciones adversas, se insta al lector a verificar el prospecto que acompaña a cada fármaco a fin de cotejar cambios en las indicaciones y la pauta posológica y nuevas advertencias y precauciones. Esta precaución es particularmente importante en los casos de fármacos que se utilizan con muy poca frecuencia o de aquellos de reciente lanzamiento al mercado.

Quedan reservados todos los derechos. No se permite la reproducción parcial o total, el almacenamiento, el alquiler, la transmisión o la transformación de este libro, en cualquier forma o por cualquier medio, sea electrónico o mecánico, mediante fotocopias, digitalización u otros métodos, sin el permiso previo y escrito de Ediciones Journal S.A. Su infracción está penada por las leyes 11.723 y 25.446.

Libro de edición argentina

Impreso en India - Printed in India, 12/2020

Replika Press Pvt Ltd, Haryana, 131028

Queda hecho el depósito que establece la Ley 11.723

Se imprimieron 2000 ejemplares

A nuestros maestros, que nos han mostrado el camino a seguir.

A nuestros alumnos, que nos motivan día a día.

Colaboradores

Abad, María Eugenia

Dermatóloga. Médica de planta, Hospital Alemán. Subdirectora de la Carrera de Especialista en Dermatología Pediátrica, Sede Hospital General de Agudos J. M. Ramos Mejía, Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina.

Abeldaño, Alejandra

Dermatóloga. Jefa de la Unidad de Dermatología, Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich. Docente adscripta, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina.

Acosta, Ana Clara

Dermatóloga. Médica de planta y a cargo del Sector Oncología, Hospital General de Agudos J. M. Ramos Mejía. Coordinadora del Módulo de Oncología de la Carrera de Especialista en Dermatología, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires. Directora de Dermatología Argentina. Buenos Aires, Argentina.

Arias, Mariana

Dermatóloga. Médica de planta, Servicio de Dermatología, Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich. Buenos Aires, Argentina.

Bermejo, Alcira

Dermatóloga. Buenos Aires, Argentina.

Boggio, Paula

Dermatóloga y dermatóloga pediátrica. Médica colaboradora de la Sección Dermatología Pediátrica, Servicio de Dermatología, Hospital General de Agudos J. M. Ramos Mejía. Médica asociada de la Sección Dermatología Infantil, Departamento de Pediatría, Hospital Italiano. Buenos Aires, Argentina.

Bollea Garlatti, Agustín

Dermatólogo. Jefe del Sector Oncología Cutánea y Cirugía de Mohs, Centro de Dermatología y Estética Bollea Garlatti. Docente auxiliar de la Cátedra de Dermatología, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Tucumán. Tucumán, Argentina.

Bollea Garlatti, María Luz

Dermatóloga. Médica en el Centro de Dermatología y Estética Bollea Garlatti. Médica asociada del Servicio de Dermatología, Hospital Italiano (Buenos Aires). Docente auxiliar de la Cátedra de Dermatología, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Tucumán. Tucumán, Argentina.

Bourren, Paula

Dermatóloga. Jefa de la Unidad de Dermatología, Hospital General de Agudos Dr. Juan A. Fernández. Docente asociada, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina.

Cabo, Horacio A.

Dermatólogo. Consultor de Dermatología, Instituto de Investigaciones Médicas A. Lanari, Universidad de Buenos Aires. Profesor titular de Dermatología, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina.

Cannavó, Alicia

Dermatóloga. Médica de planta y Jefa de la Sección Dermatitis por Contacto, Hospital de Clínicas José de San Martín. Secretaria general de la Sociedad Argentina de Dermatología. Coordinadora del Comité de Alergia Cutánea y Dermatitis Ocupacionales, Colegio Ibero-Latinoamericano de Dermatología (CILAD). Miembro permanente del International Contact Dermatitis Research Group (ICDRG). Buenos Aires, Argentina.

Cantú Parra, Laura

Médica residente de Dermatología, Hospital Luis Lagomaggiore. Mendoza, Argentina.

Cappetta, María Eugenia

Dermatóloga. Médica de planta de la Sección Dermatología y Docente auxiliar, Instituto Universitario CEMIC. Buenos Aires, Argentina.

Cohen Sabban, Emilia N.

Dermatóloga. Jefa del Servicio de Dermatología, Instituto de Investigaciones Médicas A. Lanari, Universidad de Buenos Aires. Directora de la Carrera de Especialización en Dermatología, Instituto de Investigaciones Médicas A. Lanari, Universidad de Buenos Aires. Docente adscripta de Dermatología, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina.

Cozzani, Romina P.

Dermatóloga. Médica de planta, Instituto de Oncología Ángel H. Roffo. Jefa de Trabajos Prácticos de Dermatología, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina.

D'Atri, Gisela

Dermatóloga. Directora de Grupo MCI. Coordinadora del grupo de trabajo y estudio en Tricología, Sociedad Argentina de Dermatología. Buenos Aires, Argentina.

del Águila, Roxana

Dermatóloga. Jefa del Departamento de Dermatología, Instituto de Oncología Ángel H. Roffo. Directora asociada de la Carrera de Especialista en Dermatología, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina.

Della Giovanna, Patricia S.

Dermatóloga. Jefa del Servicio de Dermatología, Hospital Nacional Prof. Alejandro Posadas. Profesora regular adjunta de Dermatología, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina.

Estrella, Verónica

Dermatóloga. Médica de planta, Servicio de Dermatología, Hospital Provincial del Centenario. Jefa de Trabajos Prácticos de Dermatología, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Rosario. Rosario, Argentina.

Fernández Blanco, Graciela

Dermatóloga y estomatólogo. Ex Jefa del Servicio de Dermatología y Directora de la Carrera de Especialista en Dermatología, Hospital General de Agudos Dr. Enrique Tornú, Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina.

Fernández Bussy, Ramón A.

Dermatólogo. Jefe del Servicio de Dermatología, Hospital Provincial del Centenario. Profesor titular y Director de la Carrera de Especialización en Dermatología, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Rosario. Rosario, Argentina.

Fernández Bussy, Ramón (h)

Dermatólogo. Jefe de Trabajos Prácticos, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Rosario. Rosario, Argentina.

Garlatti, María Inés

Dermatóloga y Doctora en Medicina. Médica en el Centro de Dermatología y Estética Bollea Garlatti. Profesora titular de la Cátedra de Dermatología, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Tucumán. Tucumán, Argentina.

Garrido, María Gabriela

Dermatóloga. Profesora titular de Semiología, Jefa de Trabajos Prácticos de la Cátedra de Dermatología y Coordinadora de la Carrera de Especialización en Dermatología, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Rosario. Rosario, Argentina.

Gatti, Carlos Fernando

Dermatólogo. Director del Instituto de Medicina Cutánea. Ex Jefe del Servicio de Dermatología, Hospital Francés de Buenos Aires. Ex Presidente de la Sociedad Argentina de Dermatología (SAD). Ex Presidente del Colegio Ibero-Latinoamericano de Dermatología (CILAD). Vicepresidente del 18th World Congress on Cancers of the Skin (Buenos Aires 2021). Buenos Aires, Argentina.

Hernández, María Inés

Dermatóloga. Médica de planta y a cargo del Consultorio de Inmunodermatología, Unidad de Dermatología, Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich. Jefa de Trabajos Prácticos de Dermatología, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina.

Label, Marcelo

Dermatólogo. Encargado del Sector Enfermedades Ampollares, Hospital General de Agudos J. M. Ramos Mejía. Docente autorizado de Dermatología. Buenos Aires, Argentina.

Lagodín, César F.

Dermatólogo. Médico de planta, Hospital de Clínicas José de San Martín. Docente adscripto, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina.

Larralde, Margarita

Dermatóloga. Jefa del Servicio de Dermatología, Hospital Alemán. Directora de la Carrera de Especialista en Dermatología, Hospital Alemán. Directora de la Carrera de Especialista en Dermatología Pediátrica, Hospital General de Agudos J. M. Ramos Mejía. Profesora titular de Dermatología, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina.

Ledesma, Carolina M.

Dermatóloga. Directora médica de Medicina y Estética Salta. Coordinadora científica de la Sociedad de Dermatología de Salta. Salta, Argentina.

Leiro, Viviana

Dermatóloga. Médica de planta y Subdirectora de la Carrera de Especialista en Dermatología, Hospital de Infecciosas F. J. Muñiz. Buenos Aires, Argentina.

Luna, Paula C.

Dermatóloga. Médica de planta del Servicio de Dermatología y Subdirectora de la Carrera de Especialista en Dermatología, Hospital Alemán. Buenos Aires, Argentina.

Madeo, María Cecilia

Dermatóloga. Maestría en Micología Médica. Médica de planta, Hospital General de Agudos Dr. Enrique Tornú. Ayudante de primera, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina.

Marín, María Belén

Dermatóloga. Médica de planta, Instituto de Investigaciones Médicas A. Lanari, Universidad de Buenos Aires. Ayudante de Trabajos Prácticos de Dermatología, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina.

Maronna, Esteban

Especialista en Anatomía Patológica. Médico de planta, Hospital de Infecciosas F. J. Muñiz. Buenos Aires, Argentina.

Martínez del Sel, Juliana

Dermatóloga. Médica de planta, Hospital de Clínicas José de San Martín. Docente adscripta, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina.

Mazzini, Miguel

Dermatólogo. Jefe del Servicio de Dermatología, Hospital Churruca. Director de la Carrera de Especialista en Dermatología, Sociedad Argentina de Dermatología, Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina.

Molteni, Ana Gabriela

Dermatóloga. Profesora adjunta de Dermatología y Coordinadora de la Carrera de posgrado en Dermatología, Universidad Nacional de Rosario. Rosario, Argentina.

Negroni, Ricardo

Micólogo. Médico consultor, Unidad de Micología, Hospital de Infecciosas F. J. Muñiz. Profesor Honorario, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina.

Olivares, Liliana

Dermatóloga. Jefa de Dermatología, Hospital de Infecciosas F. J. Muñiz. Docente autorizada de Dermatología, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina.

Parra, Viviana

Dermatóloga. Vicedecana y Profesora titular de Dermatología, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Cuyo. Mendoza, Argentina.

Pascutto, Cristina B.

Dermatóloga. Médica de planta, Hospital de Clínicas José de San Martín. Docente adscripta, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina.

Pazos, Mónica N.

Dermatóloga. Médica de planta, Instituto de Investigaciones Médicas A. Lanari, Universidad de Buenos Aires. Jefa de Trabajos Prácticos de Dermatología, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina.

Peralta, Rosario

Dermatóloga. Directora médica del Centro Dermatológico del Sur. Docente auxiliar de Dermatología, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires. Puerto Madryn, Argentina.

Radonich, Jesica E.

Dermatóloga. Médica de planta y Jefa de Residentes, Hospital Churruca. Buenos Aires, Argentina.

Rodríguez, Eduardo

Doctor en Medicina. Profesor titular de Dermatología, USAL y UCES. Director de la Carrera de Especialista en Dermatología, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires. Ex Jefe de Dermatología, Hospital General de Agudos Dr. Juan A. Fernández. Buenos Aires, Argentina.

Salerni, Gabriel

Dermatólogo. Médico de planta, Hospital Provincial del Centenario. Docente adscripto de Dermatología, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Rosario. Rosario, Argentina.

Santos Muñoz, Andrea

Dermatóloga y dermatóloga pediátrica. Médica de planta, Hospital Alemán. Coordinadora docente de Dermatología Pediátrica, Curso Superior de Especialista en Dermatología, Sociedad Argentina de Dermatología, Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina.

Spiner, Rubén E.

Dermatólogo. Médico de planta, División Dermatología, Hospital General de Agudos J. M. Ramos Mejía. Profesor asociado, Universidad Favaloro. Buenos Aires, Argentina.

Stengel, Fernando

Dermatólogo. Director de Buenos Aires Skin. Buenos Aires, Argentina.

Stringa, María Dolores

Dermatóloga. Consultorio de Colagenopatías, Hospital de Infecciosas F. J. Muñiz. Buenos Aires, Argentina.

Stringa, Osvaldo J.

Dermatólogo. Médico de planta, Hospital de Clínicas José de San Martín. Docente adscripto, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina.

Terrilli, María Verónica

Dermatóloga e infectóloga. Médica de planta, Unidad de Dermatología, Hospital General de Agudos Dr. Juan A. Fernández. Buenos Aires, Argentina.

Troielli, Patricia

Dermatóloga. Docente adscripta de Dermatología, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina.

Weil, Maia

Dermatóloga. Staff de CEMIC y Buenos Aires Skin. Buenos Aires, Argentina.

Prólogo

En el proceso de enseñanza/aprendizaje existe una interacción entre el que enseña o docente, el cual sirve de experiencia o modelo a seguir, y el alumno, o sea el que recibe esa enseñanza de un profesor, escuela, colegio o universidad donde concurre para tal fin.

Es difícil expresar el amor por la docencia, las ganas de enseñar, pero al intentarlo surgió este proyecto que nos animó a lanzarnos en la aventura de estar más cerca de los alumnos.

Tener un libro de referencia en una materia de grado es una necesidad, más valioso aún si está actualizado, contiene imágenes, dibujos, esquemas, tablas, puntos clave, y un cuestionario de autoevaluación en cada capítulo. La Dermatología es una especialidad privilegiada, ya que a partir de la observación de las lesiones en la piel, y siguiendo un razonamiento muy corto, le permite al alumno arribar a un diagnóstico preciso en un breve lapso de tiempo.

Tenemos un lenguaje único con el que nos comunicamos para describir lo que vemos, y la iconografía es nuestro pilar de aprendizaje.

Todo esto y mucho más nos motivó a la preparación de *Introducción a la Dermatología*, obra que fue concebida y consumada gracias a la colaboración y el aporte de muchísimos docentes de todo el país, algunos con mayor experiencia que otros, pero con el solo objetivo de ENSEÑAR.

Nos gustaría resaltar que ni los tiempos de pandemia del COVID-19 han sido un obstáculo para finalizar con lo iniciado a finales del año pasado. Queremos agradecer a los alumnos por ser fuente de inspiración para aprender, reflexionar, intercambiar y estar actualizado. Sin ellos no seríamos DOCENTES.

Los autores

Colaboradores	VII
Prólogo	XI
1 Estructura y funciones de la piel	1
César F. Lagodín • Juliana Martínez del Sel	
2 Lesiones elementales	6
Emilia N. Cohen Sabban • Horacio A. Cabo	
3 Enfermedades maculosas	11
Margarita Larralde • María Eugenia Abad	
4 Enfermedades papulosas	18
Ana Gabriela Molteni • María Gabriela Garrido	
5 Enfermedades eritematoescamosas	24
Paula Bourren • María Belén Marín	
6 Enfermedades ampollares	32
Marcelo Label • Ramón Fernández Bussy (h)	
7 Dermatitis atópica	43
Paula C. Luna • Margarita Larralde	
8 Dermatitis por contacto	49
Alicia Cannavó	
9 Micosis superficiales	56
Ricardo Negroni • María Cecilia Madeo	
10 Virosis	62
Viviana Parra • Laura Cantú Parra	
11 Manifestaciones cutaneomucosas del VIH	68
Eduardo Rodríguez • María Verónica Terrilli	
12 Piodermitis	84
Liliana Olivares	
13 Enfermedades de transmisión sexual	93
Alicia Bermejo • Viviana Leiro	
14 Ectoparasitosis	103
Andrea Santos Muñoz • Paula Boggio	
15 Micobacterias	111
María Luz Bollea Garlatti • María Inés Garlatti	

16	Dermatosis ambientales	120
	María Inés Garlatti • Agustín Bollea Garlatti	
17	Eritrodermias	125
	Patricia S. Della Giovanna	
18	Farmacodermias	128
	Mónica N. Pazos • Mariana Arias	
19	Colagenopatías I	134
	María Dolores Stringa • María Inés Hernández	
20	Colagenopatías II	141
	Oswaldo J. Stringa • Cristina B. Pascutto	
21	Fotodermatosis y drogas fotosensibilizantes en Dermatología	146
	Viviana Parra • Laura Cantú Parra	
22	Lesiones orales frecuentes	149
	Graciela Fernández Blanco	
23	Tumores benignos	154
	Esteban Maronna	
24	Nevos	158
	Gabriel Salerni • Rosario Peralta	
25	Lesiones preneoplásicas	165
	Verónica Estrella • Ramón A. Fernández Bussy	
26	Carcinoma basocelular	170
	Roxana del Águila • Romina P. Cozzani	
27	Carcinoma espinocelular	173
	Ana Clara Acosta	
28	Melanoma	176
	Maia Weil • Fernando Stengel	
29	Linfomas cutáneos	182
	Alejandra Abeldaño	
30	Manifestaciones cutáneas de enfermedades sistémicas	187
	Carlos Fernando Gatti	
31	Acné y rosácea	193
	Patricia Troielli	
32	Alopecia	201
	Gisela D'Atri • María Eugenia Cappetta	
33	Úlceras de extremidades inferiores	208
	Carolina M. Ledesma	
34	Terapéutica dermatológica	214
	Miguel Mazzini • Rubén E. Spiner • Jesica E. Radonich	
	Índice de términos	221

Acceda al eBook para consultar la lista de bibliografía. Consulte las indicaciones en la retirada de tapa.



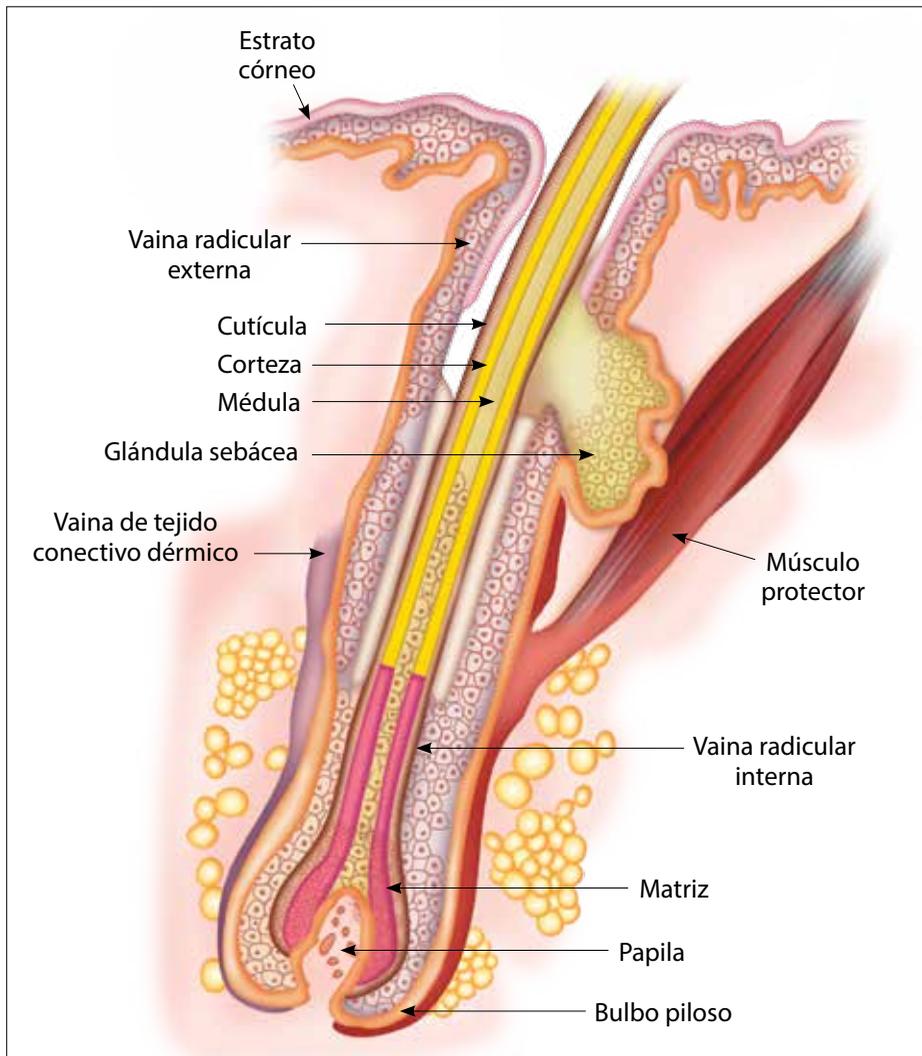


Figura 1.4 Folículo pilosebáceo.

el infundíbulo (desde la superficie cutánea hasta la desembocadura de la glándula sebácea) y al istmo (desde la desembocadura de la glándula sebácea hasta la inserción del músculo erector del pelo); y un segmento inferior, que se extiende desde la inserción del músculo erector hasta el bulbo. El bulbo piloso alberga a la papila pilosa, una zona vascularizada que nutrirá al pelo. Por encima de la papila se encuentra la matriz, que es la región germinativa del folículo. El pelo propiamente dicho está formado por tres capas: cutícula (la más externa), corteza (formada por queratina dura) y médula (constituida por queratina blanda). Hay tres tipos de pelo: lanugo, que cubre la piel del feto y se cae un mes antes del nacimiento; vello, pelo sin médula que reemplaza al lanugo y cubre la mayor parte de la superficie corporal, y pelo terminal, con médula, que se localiza en el cuero cabelludo, las pestañas, las cejas, el pubis, las axilas, la barba y el bigote. El pelo tiene un crecimiento cíclico dividido en tres fases denominado ciclo piloso:

- Anágeno: es una fase de crecimiento activo. En el cuero cabelludo, el 85% de los pelos se encuentran en esta fase, que tiene una duración de dos a seis años.

Los pelos en anágeno son muy activos metabólicamente y muy sensibles a los cambios nutricionales y a ciertos fármacos; ejemplo de ello es la alopecia producida por citostáticos (v. Capítulo 32, "Alopecia").

- Catágeno: es una fase de involución y es la más corta del ciclo capilar. Se detienen las mitosis en la matriz y la parte más profunda del folículo se acorta y se encoge formando un saco que recibe el nombre de maza del pelo. En el cuero cabelludo, el 1% de los pelos se encuentran en esta fase, cuya duración es de dos a tres semanas.
- Telógeno: es la fase de reposo del ciclo capilar. En el cuero cabelludo, el 14% de los pelos se encuentran en esta fase, que tiene una duración de tres meses. Al final el pelo es expulsado y uno nuevo comienza a crecer en ese folículo.

Glándula sebácea (v. Figura 1.1). Está formada por sebocitos organizados en lóbulos y conformando un acino, y por un conducto excretor mediante el cual drena el sebo directamente al folículo piloso. Es una glándula holocrina, es decir, que las células del acino se destruyen en forma completa y pasan a ser parte del producto



Figura 11.4 Herpes zóster diseminado. Múltiples erosiones cubiertas de costras en el dorso (a) y el tronco (b).



Figura 11.5 Moluscos contagiosos en paciente VIH+. Múltiples lesiones en la cara y el cuello, algunas de mayor tamaño en el área de la barba, que tienden a agruparse y formar lesiones gigantes adoptando una morfología atípica.

Leucoplasia oral vellosa

La leucoplasia oral vellosa (LOV), relacionada con el VEB, no es patognomónica aunque fue descrita en la era del SIDA. Son lesiones benignas que no revisten gravedad, y actualmente se las considera un marcador de progresión de la inmunosupresión.

Se caracteriza por placas blanquecinas o grises de superficie irregular y aspecto vellosa, que asientan preferentemente sobre los bordes de la lengua, pero pueden extenderse a cualquier punto de la misma, con una disposición paralela entre sí. No se desprenden con el raspado, a diferencia de la candidiasis, con la cual muchas veces coexiste. Generalmente son asintomáticas.

Son factores de riesgo linfocitos CD4 inferiores a 200 células/mm³, sexo masculino y alta carga viral.

Diagnóstico. Es clínico y se puede corroborar por biopsia.

Tratamiento. No requiere, y en general mejoran con la terapia antirretroviral.

Diagnósticos diferenciales. Lesiones blancas de la boca (leucoplasia, liquen plano, candidiasis, nevo blanco esponja) y carcinoma espinocelular.

Virus del papiloma humano

Hay mayor prevalencia del VPH en pacientes VIH con declinación de su inmunidad, en los que las lesiones suelen presentar mayor número, tamaño y diseminación, en especial aquellos con recuento de CD4 bajo (menor de 200 células/mm³). Tienen tendencia a la recurrencia y escasa respuesta a la terapéutica.

Entre las lesiones benignas que produce están las verrugas vulgares, planas, filiformes y las anogenitales o condilomas acuminados (genotipos de bajo riesgo 6-11, etc.). Los condilomas acuminados (CA) son vegetaciones generalmente asintomáticas, pero cuando se presentan los síntomas, los más comunes son prurito, sensación de quemazón, dolor o sangrado.

En estos pacientes es más frecuente la posibilidad de malignización, debido a la persistencia crónica de las lesiones. Una entidad frecuente en estos pacientes es la papulosis bowenoide, considerada un carcinoma espinocelular *in situ* con baja probabilidad de progresión a carcinoma espinocelular invasor (v. Capítulo 27, "Carcinoma espinocelular").

Las mujeres tienen predisposición a tener infecciones persistentes por VPH, al que se asocian lesiones precancerosas y cancerosas, como el cáncer de cuello uterino invasor, hoy incluido entre las enfermedades marcadoras de SIDA.

En hombres que tienen sexo con hombres (HSH), hay una mayor incidencia de cáncer anal, que es uno de los cánceres más frecuente en la población VIH y cuya etiología está vinculada al VPH.



Figura 23.3 Hemangioma infantil. (Cortesía del Dr. Mauro Coringrato).



Figura 23.4 Hemangioma capilar lobulillar (granuloma piógeno). (Cortesía del Dr. Mauro Coringrato).

■ Tratamiento

Resección por afeitado o electrocoagulación. Estas lesiones benignas se pueden confundir con un melanoma hipomelanótico o amelanótico, por lo que su remoción siempre debe completarse con el estudio histopatológico.

Angiomas seniles o nevos rubí

Son lesiones planas o sobrelevadas de color rojo, generalmente múltiples, que en ocasiones tienen un carácter familiar. Aparecen frecuentemente en personas adultas y se localizan de preferencia en el tronco. Son redondeados y miden 2-6 mm de diámetro.

Por lo general aparecen en las personas de piel blanca y se asocian al envejecimiento de la piel. Estas lesiones

son totalmente benignas, aunque el diagnóstico diferencial más importante para el dermatólogo es el melanoma hipomelanótico o amelanótico, por lo que su remoción, en caso de sospecha, debe completarse con el estudio histopatológico (Figura 23.5).

Quistes de inclusión epidérmica

También llamados “quistes sebáceos” o “quistes infundibulares”, son lesiones quísticas de lento crecimiento.

■ Fisiopatología

Se originan en dilataciones quísticas del folículo piloso, pero en las áreas no pilosas (palmas y plantas, región subungueal) son causados por traumas penetrantes que originan implantes de fragmentos epidérmicos en la dermis.

Microscópicamente se observa una lesión quística revestida por epitelio escamoso con capa granulosa, la cual contiene material córneo lamelar. En algunas áreas (cuero cabelludo, escroto) los quistes pueden estar revestidos por epitelio escamoso sin capa granulosa, con queratinización compacta (triquilemal), que se denomina quiste triquilemal o lupia. Las lupias se originan en el epitelio de la vaina radicular externa del folículo piloso y son un motivo de consulta frecuente de lesiones del cuero cabelludo, y en general son asintomáticos.

■ Signos y síntomas clínicos - Topografía

Los quistes de inclusión epidérmicos se localizan en cualquier parte del cuerpo, pero predominan en el tronco, el cuello y la cara. Otros sitios frecuentes son el escroto y los labios mayores. Son lesiones redondeadas, sobrelevadas, que a veces presentan un orificio, y miden de 1 cm a 4 cm (Figura 23.6).

Estos quistes pueden infectarse, romperse y causar una importante reacción inflamatoria granulomatosa.

La presencia de múltiples quistes puede asociarse al síndrome de Gardner (pólipos colónicos, osteomas mandibulares y fibromatosis abdominal).



Figura 23.5 Angioma senil (nevo rubí). (Cortesía de la Dra. Emilia N. Cohen Sabban).



Figura 25.1 Queratosis actínicas y queilitis actínica.



Figura 25.3 Queratosis actínica hipertrófica. (Cortesía Dra. Emila N. Cohen Sabban).



Figura 25.2 Campo de cancerización.

Los diagnósticos diferenciales son con queratosis seborreica, verrugas, EB y CEC invasor, queratoacantomas, CBC, metástasis cutáneas, lentigos solares y lupus discoide. Cuando la QA está pigmentada, se debe realizar una dermatoscopia, microscopia confocal y, en algunos casos, una biopsia para llegar al diagnóstico correcto.

Se clasifican en grados (grados I, II y III) según su espesor, lo que a su vez determinará la modalidad terapéutica:

- Grado I: delgadas (se palpan más de lo que se ven).
- Grado II: de espesor moderado (se ven y se palpan).
- Grado III: de gran espesor o gruesas (hiperqueratóticas) (Figura 25.3).

■ Histopatología

Se caracteriza por atipia celular de los queratinocitos, que no abarca todo el espesor epidérmico, lo que la

diferencia del CEC *in situ*. También son notorios los cambios que el fotodaño provoca en la piel.

■ Evolución

Las queratosis actínicas sin tratamiento pueden evolucionar de tres maneras:

- Remitir en forma espontánea.
- Mantenerse estables.
- Progresar a CEC invasor: alrededor de hasta un 15% evolucionan hacia un CEC. Dado que uno no puede predecir qué lesión va a sufrir regresión y cuál va a evolucionar a CEC, es recomendable que todas las lesiones sean tratadas.

■ Tratamiento

Los objetivos del tratamiento son los siguientes:

- Eliminar las lesiones clínicamente evidentes y las subclínicas.
- Prevenir la transformación de una QA a un CEC.
- Aumentar el intervalo entre sesiones de tratamiento.
- Favorecer una remisión a largo plazo.

Los factores determinantes en la elección de la o las opciones terapéuticas son los siguientes:

- El número, la extensión, el tiempo de evolución, la localización y la clínica de la lesión.
- La edad del paciente, el grado de exposición solar (trabajo al aire libre), el estado mental, las comorbilidades, la inmunosupresión y los antecedentes de cáncer de piel.
- El costo del procedimiento.
- La experiencia personal del médico tratante.
- La preferencia del paciente.

La protección solar es la medida terapéutica que no puede faltar. Además pueden utilizarse tratamientos destructivos como la electrocoagulación y el curetaje, la cirugía o la criocirugía, el láser ablativo, que más que nada están dirigidos a la lesión, o tratamientos farmacológicos como el ácido tricloroacético (TCA), el fluoruracilo tópico al 2%-5% (5-FU) (Figura 25.4), la terapia fotodinámica (TFD), el imiquimod y el diclofenaco al 3%.

Micosis fungoide

La micosis fungoide (MF) es una neoplasia linfoide de linfocitos T colaboradores CD4+ con una fuerte afinidad por la epidermis (epidermotropismo).

Es más frecuente en varones (edad media de 60 años). Se manifiesta en la piel durante años o décadas y puede confundirse con otras enfermedades inflamatorias, como el eccema o la psoriasis. Presenta un curso crónico de lenta evolución.

Comienza con máculas (estadio maculoso) (Figura 29.1) levemente eritematosas, de contornos netos y con una escama fina, superficial. Suelen ser de tamaño grande (aproximadamente de 10 cm), múltiples y localizadas en el tronco, los glúteos y la raíz de miembros (áreas no fotoexpuestas). En general son asintomáticas o levemente pruriginosas. Son estables, no autoinvolucionan, pero pueden experimentar progresión o regresión dentro de la misma lesión. Pueden mejorar con la exposición solar o con el uso de corticoides tópicos. Están presentes muchos años antes de que la enfermedad progrese al siguiente estadio. A menudo esta fase está subdiagnosticada, por falta de consulta, porque se confunde con otros diagnósticos diferenciales más comunes y benignos como, por ejemplo, eccema, dermatoficie, etc.

A medida que la enfermedad progresa, la piel se infiltra y la mácula evoluciona al estadio placa (Figura 29.2). Los límites se vuelven francamente netos, la superficie puede ser más eritematosa, en ocasiones parduzca y escamosa. Como consecuencia del fenómeno de progresión y regresión van quedando áreas de piel sana que se conocen como “recorte de hostia”, por su forma habitualmente redondeada. En su avance la placa puede ulcerarse, sufrir infección secundaria y dar síntomas como el prurito y la exudación.

El estadio tumoral (Figura 29.3) muestra tumores hemisféricos y exofíticos, de consistencia duro-elástica, ulcerados. Pueden aparecer sobre lesiones de estadios previos o sobre piel sana.

Las manifestaciones cutáneas evolucionan por años sin compromiso extracutáneo. El pronóstico está determinado por la edad y el estadio clínico al momento



Figura 29.1 MF estadio maculoso.



Figura 29.2 MF estadio placa, lesión de superficie escamosa que deja áreas de piel sana.



Figura 29.3 MF estadio tumoral, tumor ulcerado en hueso poplíteo.

del diagnóstico. La supervida a cinco años de las formas tempranas (máculas o placas con menos del 10% de superficie corporal afectada) es similar a la de individuos de la población general agrupados por sexo y edad.

El compromiso extracutáneo es infrecuente. Se puede observar en etapas terminales o avanzadas. Incluye ganglios linfáticos, sangre periférica, hígado y bazo, pulmones y médula ósea.

Anatomía patológica. En las lesiones iniciales puede ser poco significativo, con escasos linfocitos que invaden la epidermis y un infiltrado linfocitario dérmico en fila india. En la placa el epidermotropismo es contundente conformando nidos de linfocitos (microabscesos de Pautrier) que son patognomónicos de la entidad. En la etapa tumoral la infiltración nodular o difusa es fundamentalmente dérmica con linfocitos atípicos y abundantes mitosis.

Biología molecular. Es de valor relativo en las formas tempranas porque no siempre se puede demostrar