



Lesiones dermatológicas relacionadas con el Covid-19

SUMARIO

- Editorial:** ¿Qué ha supuesto esta pandemia para la AP? Pág. 2
- Infografía SEMG:** Covid-19 y lesiones dermatológicas.
¿Qué debemos conocer en AP?. Pág. 3
- ¡Y esto...! ¿Qué es?:** Caso clínico para aprender. Pág. 4-5
- Hoy toca revisar:** Lesiones dermatológicas en área genital masculina. Pág. 6-8
- Dermatoscopia:** ¡Y esto ..! ¿Es bueno o malo? Diagnóstico por la imagen. Pág. 9-11
- Cirugía Menor:** Queratosis seborreica o verruga senil o papiloma de células basales ¿Cómo abordarlas?. Pág. 12-14
- Dejando "huella":** Queratosis actínica. Como manejarla desde AP. Pág. 15
- Examen "en fresco":** Entrevista a:
Dr. Benjamín Abarca Buján Pág. 16



Coordinación y Dirección:

Juan Jurado Moreno
Rafael Sánchez Camacho

Comité Científicos:

Benjamín Abarca Buján
Fernando Alfageme Roldán
José Manuel Solla Camino
Manuel Devesa Muñiz
Antonio Fernández-Pro Ledesma
Higinio Flores Tirado
Manuel Galán Gutiérrez
Ana M^a Ojea Yañez
Fernando Pérez Escanillas
Pilar Rodríguez Ledo
Francisco Sáez Martínez

Secciones/Responsables:

Cirugía Menor:

Luis M. López Ballesteros
Reyes Gil Martín
Radwan Abou-Assali
Raisa Álvarez Paniagua

Dermatología Clínica:

Rafael Sánchez Camacho
Elena Pérez Domingo
Ana M. Mur Pérez

Dermatoscopia:

Juan Jurado Moreno
Airam Jenny Dávalos Marín
Juan F. Garrido Gil

Ecografía Dermatológica:

José Manuel Solla Camino
Manuel Devesa Muñiz

Médicos Jóvenes:

Stephanie Barbeito

Grupo RYJE

Andrea Barcia Losada

Colaboradores:

María Cubillo Jiménez
Anibal Blanco Domínguez
Sergio Duaigües Miñambres
M^a José López-Villalta Lozano
Juan Antonio Martín Jiménez
María Sanz Almazán

Diseño/Maquetación:

Francisco Ortiz Sánchez
Juan Jurado Moreno

Gabinete de Comunicaciones:

Marta Martínez del Valle
Sonia Morales Lorente

Coordinadora Edición y Publicidad:

Beatriz Ruiz Rubio

© SEMG

Reservados todos los derechos, quedando prohibida la reproducción total o parcial de los contenidos, aún citando la procedencia, sin la autorización del editor.

El objetivo de esta publicación está orientado a la formación médica. Las afirmaciones, conclusiones o hallazgos vertidos en los diferentes artículos son responsabilidad única de sus autores, por lo que SEMG no asume responsabilidad alguna por su publicación.



¿Qué ha supuesto esta pandemia para la AP?

EDITORIAL

Dr. Rafael Sánchez Camacho
Grupo Dermatología-SEMG

T tiempo de covid, tiempo de peste, algo que ningún médico actual, desde los que se acercan al final de su vida profesional hasta los residentes de primer año, había experimentado nunca. Quizá lo más parecido a un estado de guerra que vivamos.

Había que actuar, y había que hacerlo entre el temor, el desconocimiento, el ruido, el descontrol de la organización sanitaria y social, por la única razón de que somos médicos, con eso sobra.

Y se actuó. Los **médicos de atención primaria** controlamos, derivamos, prevenimos, atendimos y curamos. Ha habido más de un millón de casos y la inmensa mayoría se atendió “**SÓLO**” en atención primaria: sin medios de protección ni de diagnóstico (digan lo que digan y quién lo diga, cambien el relato o se lo inventen) durante el gran pico del **15 de marzo al 15 de abril**.

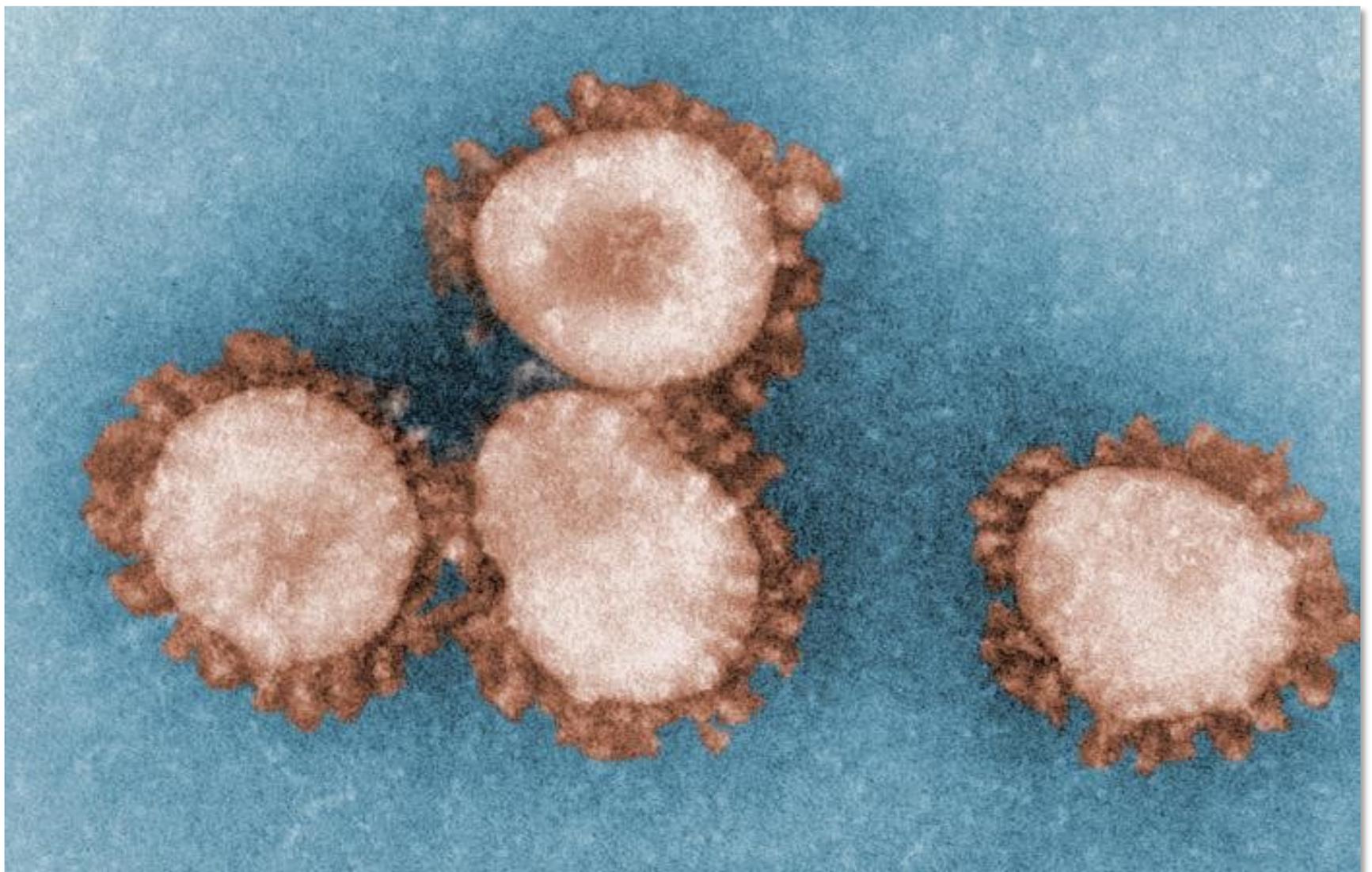
Y caímos: enfermos a cientos, y 29 compañeros de primaria (29 amigos, 29 hermanos) muertos.

Aun así, se niega el pan y la sal. Seguimos siendo invisibles para algunos, que no se nos olvide, que no se nos olvide **cuando nos exijan lo absurdo, lo inadecuado, lo injusto**.

Que no se nos olvide, jamás, que somos lo único a lo que en situaciones extremas de vida la sociedad pide ayuda. **Que somos médicos.**



Eso somos: **MÉDICOS**. Mucho más que héroes.





Dra. Ana Mur Pérez

- **Lesiones acrales (19%):** maculopápulas eritemato-violáceas de pocos milímetros de diámetro, asimétricas. Pueden presentar dolor o prurito. Aparecen en pacientes jóvenes. Se asocian a un pronóstico menos grave.



Menor gravedad

- **Erupciones vesiculosas (9%):** lesiones monomórficas y pruriginosas que aparecen sobre todo en tronco y afectan a pacientes de mediana edad. Se asocian a un pronóstico de gravedad media.



- **Lesiones urticariformes. (19%):** lesiones eritemato-edematosas, evanescentes, aparecen en tronco, palmas, sin patrón de distribución claro. Se acompañan de prurito y se asocian a pacientes de mayor gravedad.



- **Erupciones máculo-papulosas (47%):** lesiones de distribución perifolicular, en distintos grados, en ocasiones purpúricas. Aparecen con el resto de síntomas de enfermedad por COVID-19 y se asocian a peor pronóstico.

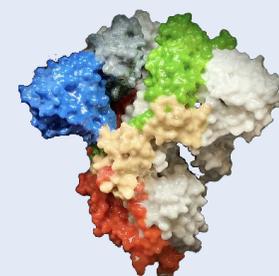
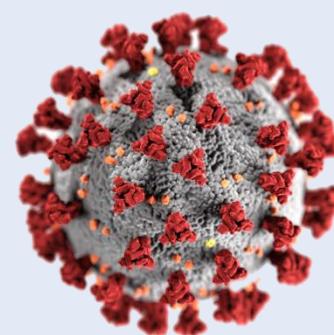


- **Acroisquemia, livedo reticularis o necrosis (6%):** sugestiva de oclusión vascular. Asociado a alteraciones de la coagulación y peor pronóstico con mortalidad en torno a 10%. Pacientes ancianos y con gran afectación y mal pronóstico clínico.



P
R
O
N
Ó
S
T
I
C
O

Mayor gravedad



¿Y ESTO ..! ¿QUÉ ES?



Dr. Anibal Blanco Domínguez
Médico de Familia
Centro de Salud de Medina del Campo-Urbano
(Valladolid)

Caso clínico para aprender



Mujer de 48 años, que acude a Urgencias por presentar bruscamente, estando cenando (bonito con tomate), ojos rojos, escozor o quemazón en la garganta, eritema y calor en cara, tronco y raíz de extremidades, disnea, palpitaciones. No prurito.

En el interrogatorio recogemos y destacamos de sus antecedentes personales: “alergia al diclofenaco”, psoriasis y artritis psoriásica.

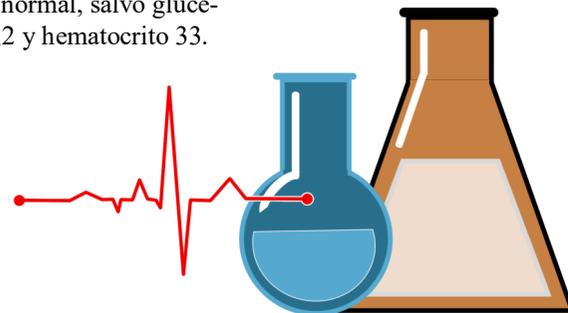
Se encuentra en tratamiento con AINEs (aceclofenaco, indometacina), omeprazol, metotrexato semanal, ácido fólico, prednisona, bromazepam, isoniazida + B6, calcipotriol + betametasona tópico, Infliximab (Remicade®).

Refiere que compró una rodaja de bonito y llevaba congelado 5 días. La cocinó con tomate el mismo día de la cena en su casa con su marido. La paciente notó un sabor raro, como “metálico” del bonito.



A la exploración:

- Consciente, orientada, nerviosa, TA 107/67 92 SatO2 93% 36,8°C. Inyección conjuntival, eritema cutáneo ya referido (sin habones ni angioedema) (Fig 1 y Fig 2).
- ECG: ritmo sinusal, 86 lpm, QRS estrecho, bloqueo incompleto rama derecha.
- Analítica: normal, salvo glucoglobina 11,2 y hematocrito 33.



mia 121, hemo-
Fórmula normal.

Diagnóstico diferencial:

Alergia al pescado, alergia a Anisakis, urticaria, erupción exantemática por fármacos (AINEs?, infliximab?), escombroid intoxicación, toxiinfección alimentaria por salsa de tomate, síndrome carcinoide, mastocitosis...

Diagnóstico de presunción:

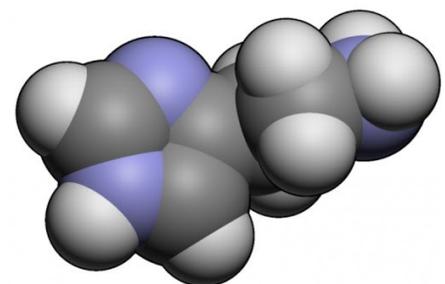
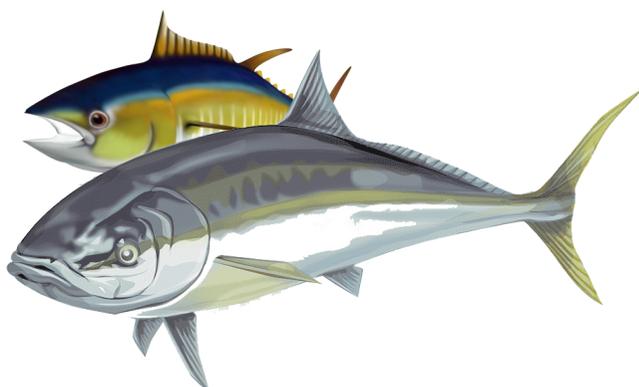
Intoxicación escombroid o histamínica.

Tratamiento y Evolución:

Se pone dexclorfeniramina (Polaramine®) y ranitidina iv, con lenta mejoría de la paciente, presentando diarrea.

Su marido estando acompañándola en Urgencias empieza con retortijones y diarrea, sin eritema cutáneo ni otros síntomas.

Al alta se indica dieta astringente, antihistamínicos vo H1 (polaramine®) y H2 (ranitidina, en vez de omeprazol), suspender la isoniazida temporalmente. Desechar el bonito o atún sobrante.



Sigue ...

¿Y ESTO ..! ¿QUÉ ES?



Dr. Anibal Blanco Domínguez
Médico de Familia
Centro de Salud de Medina del Campo-Urbano
(Valladolid)

Caso clínico para aprender (continuación)

INTOXICACIÓN HISTAMÍNICA
o
ESCOMBROIDE:

Es una intoxicación alimentaria “pseudoalérgica” producida por ingesta de pescado en mal estado, de la familia de los escómbridos (bonito, atún, caballa). **No es una alergia porque la histamina es exógena**, se encuentra en el pescado tras la descomposición bacteriana, por algún fallo en la cadena de frío. Los peces escómbridos son pescados azules con altas concentraciones de histidina libre en el músculo. También puede ocurrir con otros alimentos ricos en histidina (sardina, arenque, anchoa, quesos...). El periodo de incubación es corto (5 min a 1 hora).

La clínica típica es una **reacción de tipo histamínico**: rubor o *flussing*, cefalea, mareos, quemazón en boca y garganta, palpitaciones, náuseas, vómitos, diarrea. Duración corta (varias horas). Resolución espontánea.



BIBLIOGRAFÍA:

1. Erin N Marcus. “Scombroid (histamine) poisoning”. Revisión Up To Date Junio 2020.
2. Tauxe RV, Hughes JM: “Food-borne disease”, in Mandell, Douglas and Bennett’s Principles and Practice of Infectious Diseases, 4th ed, GL Mandell et al (eds). New York, Churchill Livingstone, 1995, chap 81. (Harrison 14ª ed 1998. Principios de Medicina Interna).
3. M. Anta Fernández M. y otros. Servicio de Urgencias HUM de Valdecilla. Santander. “Escombrointoxicación por consumo de bonito (5 casos)”. Emergencias 2001;13:132-135.
4. Arnedo Pena A. y otros. “Escombrointoxicación colectiva por consumo de atún en Castellón” (15 casos). Medicina Clínica (Barcelona) 1996; 107: 645-648.

Ayuda al **diagnóstico** los siguientes datos:

- Varias personas afectadas (**brote epidémico**)
- Pescado azul de la familia de los atunes (caballa, bonito, atún)
- Corto periodo de incubación (síntomas ya durante la ingesta del alimento sospechoso)
- Sabor metálico o picante del pescado
- Ausencia de prurito, de urticaria y de angioedema (pueden aparecer, pero son más típicos de las alergias)
- Ausencia de antecedentes alérgicos al alimento sospechoso
- Se podría descartar la anisakiasis por ser pescado congelado
- La isoniazida potenció la toxicidad de la histamina (también lo producen los IMAOs)

El **diagnóstico de confirmación** sería la determinación de niveles de histamina en orina y en muestras del tejido muscular del pescado (la Legislación Española no autoriza la comercialización con histamina > 200 ppm). A veces también se aíslan bacterias en dicho pescado (enterobacterias). No siempre se dispone de

muestras del alimento responsable. En este caso no se realizó determinación de histamina.

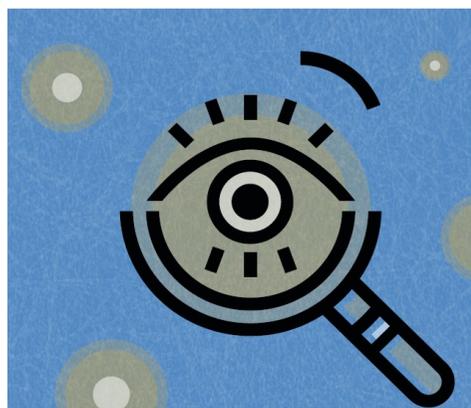


El **tratamiento** se basa en antihistamínicos H1, antieméticos, dieta, broncodilatadores (si broncoespasmo). También son útiles los antiH2 y la adrenalina subcutánea. La utilidad de los corticoides está cuestionada. No consumir el resto del pescado (conservar por si son precisas muestras) y notificar los casos sospechosos o confirmados a Sanidad (problema de Salud Pública). La gran mayoría evolucionan bien, con remisión espontánea en pocas horas.

¿Sabías que ...?

La importancia de tener que dejar un margen “amplio” a la hora de extirpar un **melanoma**, se ha visto explicada por las últimas investigaciones y descubrimientos realizados, sobre los fenómenos de metastatización del melanoma y sus mecanismos más íntimos, de la profesora **Victoria Sanz-Moreno y su equipo** (Queen Mary University of London), publicados en Nature Communication (20/10/2020).

Existen unas **células ameboides** redondeadas, en los bordes del tumor que, al desprenderse, mantienen una alta capacidad de distribuirse por el organismo y crear un nuevo tumor en cualquier punto.



EL OJO
CLÍNICO
DERMATOLÓGICO
Curso de formación en Dermatoscopia

Lesiones dermatológicas en área genital masculina: Diagnóstico diferencial

La aparición de **lesiones en la región genital** es un motivo de consulta relativamente frecuente que causa gran preocupación entre nuestros pacientes.

Se trata además de un área que presenta cierta complejidad, ya que requiere un conocimiento profundo del tema para realizar un correcto **abordaje diagnóstico y terapéutico**; siendo fundamental para el mismo la realización de una anamnesis y exploración exhaustivas.

A lo largo de estas líneas intentaremos realizar una revisión simplificada del mismo, que nos permita establecer una sospecha diagnóstica con los elementos que nos ofrece la **anamnesis**, y un adecuado **reconocimiento de las lesiones** observadas.

Debemos **clasificarlas** según el **tipo de lesión primaria** que observamos: pápulas, placas, pústulas, vesículas, ampollas, úlceras, nódulos.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL (a partir de la lesión elemental predominante)

LESIÓN ELEMENTAL	TIPO	CLÍNICA	ORIGEN	DIAGNOSTICO DE SOSPECHA
Pápulas / Placas	Descamativas		Infecciosas	Sífilis 2ª, tiña genital, pitiriasis versicolor, escabiosis, pediculosis pubis.
			Inflamatorias	Dermatitis de contacto, dermatitis seborreica, liquen plano, psoriasis, dermatitis atópica, balanitis circinada.
			Tumorales	E. de Bowen.
	Eucrómicas, blanquecinas y/o eritematosas		Infecciosas	Molusco contagioso, condiloma acuminado, pediculosis pubis, infección por micoplasma genital, infección por cándida.
			Inflamatorias	Histiocitosis de células de Langerhans, liquen escleroso y atrófico, psoriasis y liquen plano.
			Tumorales	Carcinoma escamocelular, melanoma, pápulas perladas del glande, quiste epidermoide, granuloma piógeno, sarcoma de Kaposi.
Vesículas/Ampollas	Infeciosas			Impétigo ampolloso, escabiosis, pediculosis pubis, herpes simple genital.
	No Infeciosas			Dermatitis de contacto, liquen plano ampolloso, pénfigo vulgar, eritema multiforme.
Úlceras/Erosiones	Infeciosas	Dolorosas	Bacterianas	N. gonorrhoeae, gangrena de Fournier, chancroide.
			Víricas	Herpes simple genital
			Micóticas	Infección por cándida
			Parasitarias	Amebiasis,
	No dolorosas		Sífilis 1ª, linfogranuloma venéreo, granuloma inguinal.	
No Infeciosas			Liquen plano erosivo, Histiocitosis de células de Langerhans, E. de Behcet, melanoma, carcinoma escamocelular, carcinoma basocelular.	

Además, debemos fijarnos en la presencia de secreciones, deformidades, linfadenitis, balanitis... y otros **hallazgos clínicos** que nos darán pistas sobre el posible **diagnóstico de sospecha**.

Está claro que el **diagnóstico de certeza** lo realizaremos mediante la **biopsia** o determinadas **pruebas complementarias**.

En las tablas ofrecemos, de forma esquemática y muy resumida, las principales patologías genitales masculinas en función del tipo de lesión elemental que las caracteriza.

También, dedicamos un breve resumen a las 7 patologías más habituales en **Atención Primaria**.

Pápulas perladas del pene:

Se trata de estructuras anatómicas normales que presenta casi un 20% de los varones.

Son pápulas de color piel abovedadas, asintomáticas, con un diámetro de 1-2mm, distribuidas alrededor de la corona del pene.

Histológicamente son angiofibromas.

Es importante conocer su existencia dada su alta incidencia y sus diagnósticos diferenciales: molluscum contagiosum, condiloma acuminado...

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL (a partir de la lesión elemental predominante)			
LESIÓN ELEMENTAL	TIPO	ORIGEN	DIAGNOSTICO DE SOSPECHA
Pústulas	Infecciosas		Infección por candida, foliculitis bacteriana, Balanitis por N. gonorrhoeae, herpes simple genital, tuberculides, tiña genital.
	No Infecciosas		Balanitis circinada., E. de Behcet.
Necrosis	Infecciosas		Ectima gangrenoso, gangrena de Fournier.
	No Infecciosas		Necrosis por cumarínicos, vasculitis, priapismo.
Balanitis	Infecciosas	Bacterianas	Balanitis por SbHGB, por estafilococo aureus, balanitis erosiva dolorosa (P. areuginosa), por Clamidia trachomatis, infección por G. vaginalis, o por Mycoplasma genital, balanitis por N. gonorrhoeae.
		Víricas	Herpes simple, VPH
		Micóticas	Infección por candida, dermatofitosis, pitiriasis versicolor, micosis profunda.
	No Infecciosas	Parasitarias	Escabiosis.
Secreción	Infecciosas		Balanitis por SbHGB, por Clamidia trachomatis, infección por G. vaginalis, por Mycoplasma genital, infección por N. gonorrhoeae, herpes simple genital, infección por candida, tricomoniasis, amebiasis.
	No Infecciosas		Balanitis de Zoom, carcinoma escamocelular.
Linfadenitis	Infecciosas		Sífilis, linfogranuloma venéreo, chancroide.
	No Infecciosas		Melanoma, carcinoma escamocelular.
Deformidad	Infecciosas		Tuberculosis, linfogranuloma venéreo
	No Infecciosas		Carcinoma escamocelular, carcinoma basocelular. Melanoma.

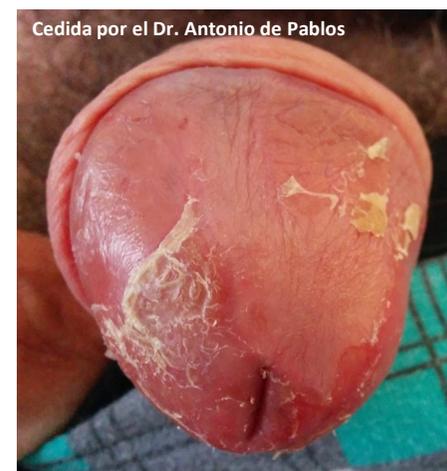
Psoriasis:

Se trata de la dermatosis de origen no infeccioso más frecuente en el glande, pudiendo ser la presentación inicial de una psoriasis. Debemos tener en cuenta también que el pene, así como la vulva, las regiones interglúteas y los pliegues inguinales, son lugares típicos donde se presenta la *psoriasis inversa*.

Tiene distintas presentaciones clínicas:

eritemato-descamativas, intertriginosa, placas eritematosas sin lesiones descamativas.

El diagnóstico diferencial, tal como podemos deducir de la tabla anteriormente expuesta se realiza con el liquen plano, erupciones medicamentosas, enfermedad de Paget extra-mamaria, carcinoma in situ de células escamosas, neoplasia intraepitelial inducida por HPV...



Infección por Candida spp:

Se trata de una de las infecciones más frecuentes en mujeres, ya que más del 20% de ellas presentan colonizaciones por *Cándida*.

En los varones produce balanopostitis, balanitis del glande, del saco prepucial... Encontramos lesiones máculo-papulares

junto con un eritema difuso y secreción que simula a la cuajada, pudiendo aparecer también edema, úlceras y erosiones.

Realizaremos su diagnóstico diferencial con la psoriasis, eccema y liquen plano.



Tinea cruris o genitalis:

Se trata de una dermatofitosis subaguda o crónica, suele tener meses o incluso años de evolución. Encontramos placas alargadas, bien delimitadas de color rojo apagado o marrón más claras en su centro, junto con pápulas y/o pústulas en los márgenes de las mismas.

Tras los tratamientos podemos encontrar cambios postinflamatorios hiperpigmentados, sobretudo en personas de color, así

como cambios tróficos en personas atópicas o que han presentado un rascado mantenido en el tiempo. Es común que los pacientes presenten asociada *Tinea pedis*.



Liquen escleroso y atrófico:

Es una entidad crónica que afecta en la mayoría de los casos al área genital y anal, ocasionada por una inflamación crónica de la piel que afecta más frecuentemente a las mujeres, sin embargo, debemos recordar su existencia y lesiones en varones.

Clínicamente, los pacientes consultan por lesiones muy pruriginosas, dolorosas que pueden ulcerarse. Al inicio de la enfermedad se aprecian placas eritematosas, hipopigmentadas que con el paso del tiempo se van transformando en lesiones

máculo-papulomatosas de color marfil o blanco porcelana (dicho blanco está causado por la pérdida de la vascularización dérmica), apareciendo en estadios finales equimosis, ampollas, erosiones y cicatrices que acaban causando fimosis y obstruyendo el orificio uretral. En la etapa final de la enfermedad las características arquitectónicas de la piel lesionada acaban desapareciendo.

Se trata con ungüentos de clobetasol, pimecrolimus, tacrolimus...

Virus del papiloma humano (VPH):

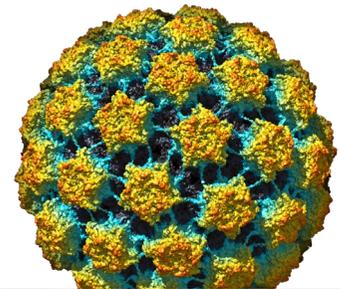
Se han identificado más de 150 tipos de VPH, causando la mayoría de ellos infecciones subclínicas y una gran variedad de lesiones cutáneas y mucosas, algunas de ellas premalignas (como el carcinoma de células escamosas in situ o el carcinoma de células escamosas). La infección por estos virus es la enfermedad de transmisión sexual más prevalente, teniendo manifestación clínica externa en 1-2% de los casos.

Las verrugas en la región genito-anal o en mucosas son su manifestación más frecuente, existiendo múltiples formas: pequeñas pápulas, condilomas acuminados o lesiones en coliflor, verrugas queratoticas, pápulas planas...

Tanto su tamaño como su color son variables: desde color piel a rosado, rojas, marrones...

Realizaremos su diagnóstico diferencial con glándulas sebáceas del pene, pápulas perladas, liquen plano, moluscum contagiosum, condilomas, foliculitis...

Así mismo debemos recordar la neoplasia intraepitelial inducida por VPH así como el carcinoma escamoso in situ. Ambas aparecen como parches eritematosos, pápulas planas y pápulas pigmentadas en mucosa o piel genito-anal. Pueden resolverse espontáneamente, persistir durante años o progresar hacia carcinoma de células escamosas.



Sífilis:

La sífilis es una infección sistémica crónica causada por la espiroqueta *Treponema pallidum*, que se transmite por contacto de piel o mucosas lesionadas. Se trata de una ITS en repunte, con una incidencia de más de más de 10 millones de casos anuales en todo el mundo.

Su presentación clínica varía en función de su estadio:

-**Sífilis primaria:** vemos una única úlcera indolora, también llamada chancro, en la región mucosa o cutánea de inoculación junto con adenopatías locales/regionales.

Realizaremos el diagnóstico diferencial con úlceras traumáticas, erupciones medicamentosas, chancroide, linfogranuloma venéreo...

-**Sífilis secundaria:** aparece a las 2-10 semanas de aparición del chancro. Se puede manifestar con fiebre, pérdida de peso, dolor de cabeza... junto con máculas y pápulas de 0.5-1cm de diámetro, rosa-rojo parduzcas en palmas de las manos y plantas de los pies. Las erupciones tardías pueden ser papulo-escamosas, pustulares o acneiformes, pudiendo darse en cualquier parte del cuerpo. Diagnóstico diferencial

con reacciones adversas medicamentosas, pitiriasis rosada, exantemas virales, mononucleosis, tinea corporis, tinea versicolor, psoriasis gutata, liquen plano....

-**Sífilis terciaria:** aparece al año - 20 años de la primo-infección; se aprecian placas nodulares o pápulo-escamosas que se ulceran y se forman granulomas. Estas lesiones son llamadas Goma sifilítico. El diagnóstico diferencial es con la tuberculosis cutánea, infecciones cutáneas por mycobacterias atípicas, linfoma y lesiones fúngicas invasivas.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Erin N Marcus. "Scombroid (histamine) poisoning". Revisión Up To Date Junio 2020.
2. Tauxe RV, Hughes JM: "Food-borne disease", in Mandell, Douglas and Bennett's Principles and Practice of Infectious Diseases, 4th ed, GL Mandell et al (eds). New York, Churchill Livingstone, 1995, chap 81. (Harrison 14th ed 1998. Principios de Medicina Interna).
3. M. Anta Fernández M. y otros. Servicio de Urgencias HUM de Valdecilla. Santander. "Escombroid intoxicación por consumo de bonito (5 casos)". Emergencias 2001;13:132-135.
4. Arnedo Pena A. y otros. "Escombroid intoxicación colectiva por consumo de atún en Castellón" (15 casos). Medicina Clínica (Barcelona) 1996; 107: 645-648.

DERMATOSCOPIA

Ojo Clínico Dermatológico

• Dra. Elena Pérez Domingo
Grupo Dermatológico-SEMG

¡Y esto..! ¿Es bueno o malo?

Acude a nuestra consulta una paciente de 85 años con antecedentes personales de Diabetes Mellitus tipo 2 e Hipertensión arterial. Durante la cita de revisión de su patología crónica, la paciente solicita una crema para quitar el picor de la mancha que tiene en la espalda. Ante nuestra sorpresa, la “mancha” tiene este aspecto (imagen 1).

Se trata de una lesión irregular, de unos 2 centímetros de diámetro mayor, localizada en la zona lumbar, a nivel de la apófisis transversa L3. La paciente no recuerda el momento de su aparición, pero al menos tiene unos 8 años de evolución. El crecimiento ha sido lento, y reconoce haber utilizado un antiverrugas tópico en un intento de eliminarla.

¿Qué actitud iniciamos en consulta?

- Hacemos un estudio macroscópico y dermatoscópico de la lesión de la piel (imágenes 2 y 3).

Descripción macroscópica:

Macroscópicamente la lesión no tiene buen aspecto. Es una tumoración irregular, de coloración marrón-violacea, en la que destaca una lesión nodular en el borde superior derecho. Existen zonas centrales de atrofia, junto con otras de hiperqueratosis, y una costra melicérica, que nos indica que ha supurado. Al tacto es rasposa, indurada y friable.

Para definir mejor la lesión, ampliamos la imagen e intentamos limpiar la zona, pero el resultado no nos tranquiliza. Persiste la lesión nodular, y además quedan en evidencia múltiples nódulos periféricos, una zona de atrofia central, y una pequeña erosión hemorrágica a la izquierda. Sospechamos que pueda tratarse de una lesión maligna.

Dermatoscopia:

En **Atención Primaria** el objetivo primero debe ser diferenciar una lesión benigna de otra sospechosa de malignidad. Aún con la impresión de que estamos ante una lesión maligna, procedemos a aplicar a la imagen “**La regla de los 3 puntos**”.

La **Regla de los 3 puntos de Soyer y Argenziano** es el método más sencillo y útil para los que se inician en la dermatoscopia. No consigue distinguir el tipo de lesión que es, ni siquiera diferencia si la lesión es o no melanocítica, pero nos ayuda en el **diagnóstico precoz de lesiones malignas**, principalmente melanoma y carcinoma basocelular.

Se basa en **tres criterios**. Si al menos 2 están presentes, la lesión se considera sospechosa de malignidad:

1. **Asimetría** de color y estructura: nuestra lesión es asimétrica en los 2 ejes.
2. **Retículo atípico**: no observamos ningún tipo de retículo en este caso.
3. **Estructuras azules-blanquecina**: están presentes por toda la lesión.

Por lo tanto, concluimos que **nuestra lesión es sospechosa de malignidad**. Sólo con esta actuación, ya deberíamos derivarlo al dermatólogo.



Imagen 1



Imagen 2

Diagnóstico diferencial inicialmente sugerido:

- Queratosis seborreica
- Carcinoma basocelular
- Melanoma de extensión superficial
- Melanoma nodular

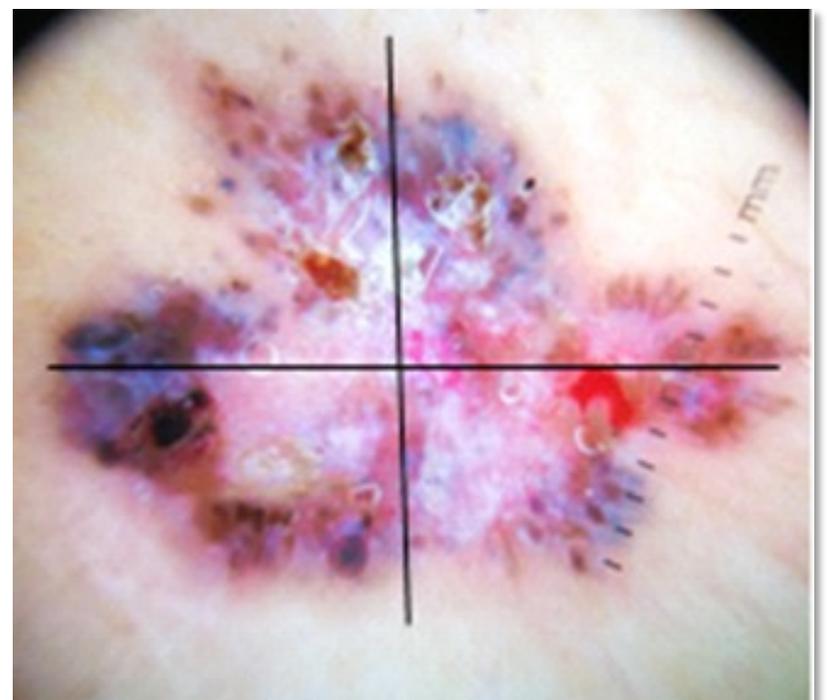


Imagen 3

Sigue ...



DERMATOSCOPIA

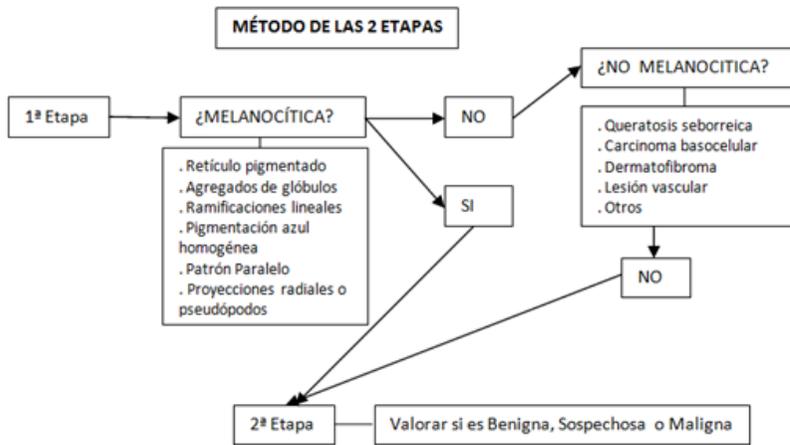
Ojo Clínico Dermatológico

Dra. Elena Pérez Domingo
Grupo Dermatológico-SEMG

¡Y esto...! ¿Es bueno o malo?

(continuación)

Pero vamos a intentar afinar más el diagnóstico de sospecha, y puesto que se trata de una lesión pigmentada, haremos un **Análisis de patrones (Método de las dos etapas)**.



Criterios Dermatoscópicos:

Ante una **lesión pigmentada** el primer objetivo es diferenciar si es melanocítica o no; si presenta alguno de los criterios del cuadro. No encontramos ninguna característica, de que sea una lesión melanocítica, por lo que buscaremos criterios específicos de **lesiones no melanocíticas**.

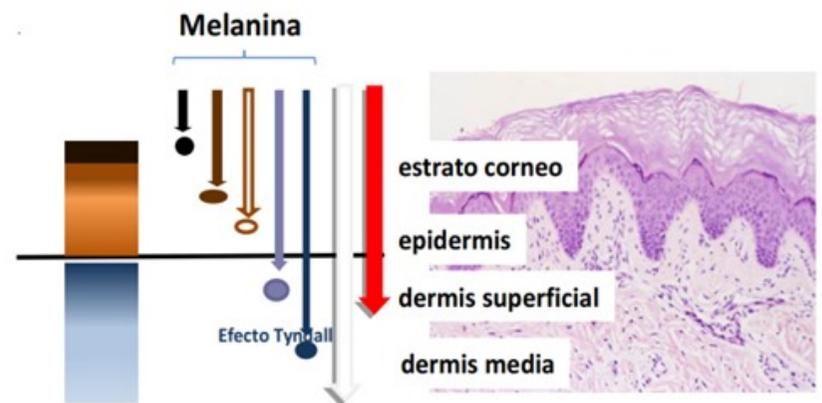
Este paso es muy importante, puesto que el diagnóstico diferencial de mayor gravedad, la posibilidad de un melanoma, de momento quedaría relegado.

A continuación, deberemos buscar **criterios de lesiones pigmentadas no melanocíticas**. Cuantas más estructuras y más abigarrada es una lesión, mayor es la sospecha de **malignidad**.

Colores:

En esta lesión encontramos todos los colores que se pueden observar con el dermatoscopio:

- Negro, marrón claro, marrón oscuro, gris, azul, blanco, amarillo, rojo.
- Se debe recordar que los colores nos ayudan a situar la **profundidad de la lesión**, con una gama que va desde el negro, cuando la melanina es más superficial, pasando por el marrón, cada vez más claro, según profundizamos la lesión, hasta el azul-grisáceo, cuando el pigmento está en dermis.
- Sabemos la relación de la presencia de melanina en dermis con la malignidad del tumor.
- El **blanco** indica presencia de colágeno. Y el **rojo**, de vasos sanguíneos.
- También tenemos en cuenta que cuanto más amplio es el abanico de colores, mayor **potencial de malignidad** tiene la lesión.



Estructuras:

Nuestra lesión es rica en estructuras dermatológicas como **puntos, glóbulos, hojas de arce, grandes nidos ovoides, zonas de atrofia, zonas de sangrado, ulceración y velo azul blanquecino**.

- Los **puntos y glóbulos** se encuentran en tanto en el carcinoma basocelular como en el melanoma, pero más allá de su presencia hemos de fijarnos en su color y su localización. Una distribución irregular sugiere malignidad, y la coloración gris-azulada en "**granos de pimienta**" nos recuerda que hay melanina en dermis.
- Los **grandes nidos ovoides** de coloración negro-azul-gris son de tamaño superior a los glóbulos y su hallazgo se considera diagnóstico de carcinoma basocelular.



Imagen 4: Hojas de arce, vasos ramificados e irregulares



Sigue ...



DERMATOSCOPIA

Ojo Clínico Dermatológico

• Dra. Elena Pérez Domingo
Grupo Dermatológico-SEMG

¡Y esto..! ¿Es bueno o malo?

(continuación)

Estructuras (continuación):

- Las estructuras en “rueda de carro” y las “hojas de arce” se observan casi siempre en el **carcinoma basocelular pigmentado**. (imagen 4 y 5)
- **Alteraciones vasculares:** Los vasos arboriformes y **vasos lineales irregulares** están presentes ambos tanto en el **carcinoma basocelular** como en el **melanoma**, pero en este último los vasos están más difuminados, al estar en dermis.
- **Zonas de atrofia**, de coloración blanquecina
- **Crisálidas**, que son estructuras lineales, gruesas y cortas, de color blanco-nacarado y brillantes,
- **Velo azul blanquecino**, se relaciona fundamentalmente con el melanoma.

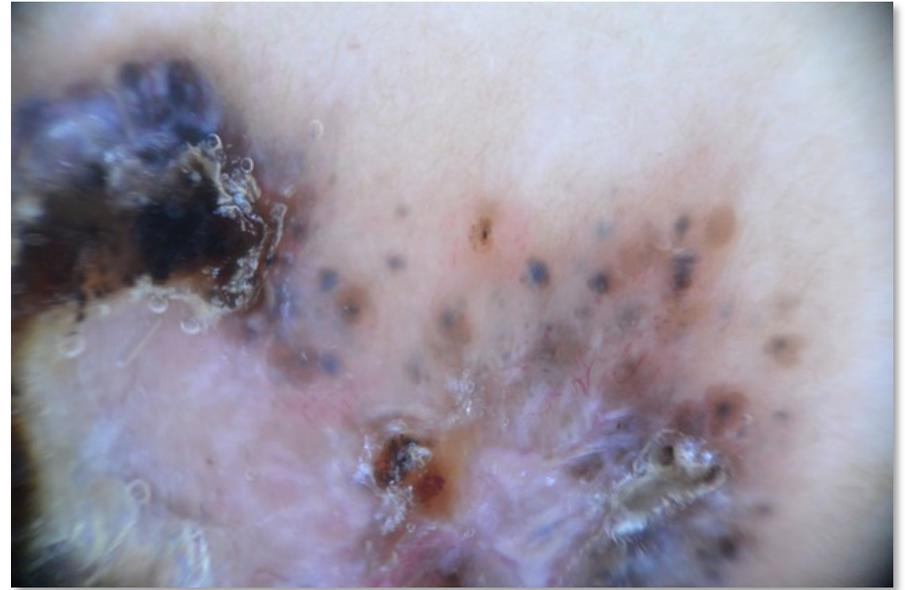


Imagen 5: Grandes nidos ovoides, puntos, glóbulos, zona de atrofia, vasos arboriformes, crisálidas, ruedas de carro.

Resolución del caso:

A pesar de que la imagen clínica nos hacía sospechar un melanoma, la dermatoscopia nos ofrece imágenes compatibles con un carcinoma basocelular pigmentado. La ausencia de retículo pigmentado y la presencia de alguna de las estructuras descritas anteriormente nos confirma el diagnóstico de sospecha.

Llegados a este punto, derivamos el paciente a consulta de dermatología, con carácter preferente. El diagnóstico definitivo lo dará la valoración por anatomía patológica, tras la extirpación de la lesión:

“Tumoración con áreas excrecentes y deprimidas, de color pardogrisáceo, de

unos 2 cm de diámetro máximo, que alcanza dermis reticular profundo. El diagnóstico es de carcinoma basocelular pigmentado, infiltrante, ulcerado y con crecimiento preferentemente sólido”.

Como se puede ver, las imágenes dermatoscópicas tienen una buena correlación con la descripción anatomopatológica de la lesión (imágenes 4, 5 y 6).

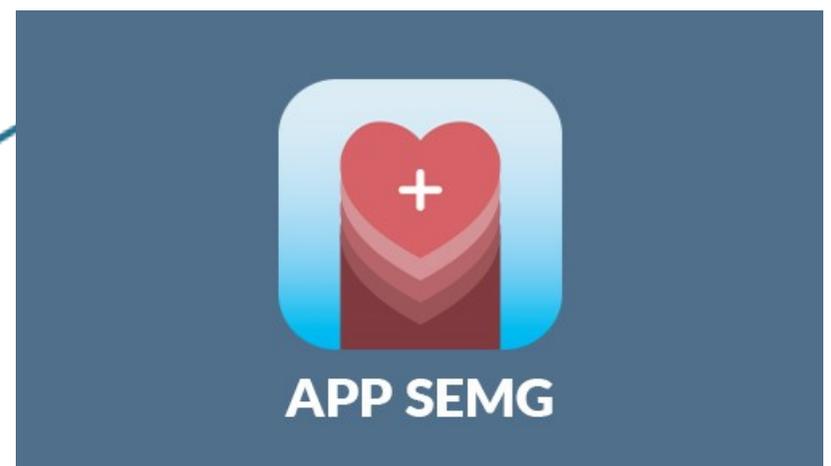
El carcinoma basocelular es el tipo más común de cáncer cutáneo y la neoplasia más frecuente en el ser humano. Este tumor maligno es localmente infiltrante, agresivo y destructivo, pero su capacidad para metastatizar es muy limitada. El carcinoma basocelular pigmentado puede presentar dificultades en el diagnóstico diferencial con el melanoma.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Jurado Moreno J. Guía Básica de dermatoscopia. 1ª Ed. mayo 2019
2. Urrego-rivera FL, et al. Diagnóstico diferencial del carcinoma basocelular pigmentado. Rev Clín Med Fam. 2015; 8 (1): 166-70
3. Menzies, S. Crotty, K. et al, Atlas de Dermatoscopia 3º Ed. Española 2010



Imagen 6. Imagen clínica ampliada





A PROPÓSITO DE UN CASO:

Presentamos varias imágenes que frecuentemente observamos en Atención Primaria (AP):

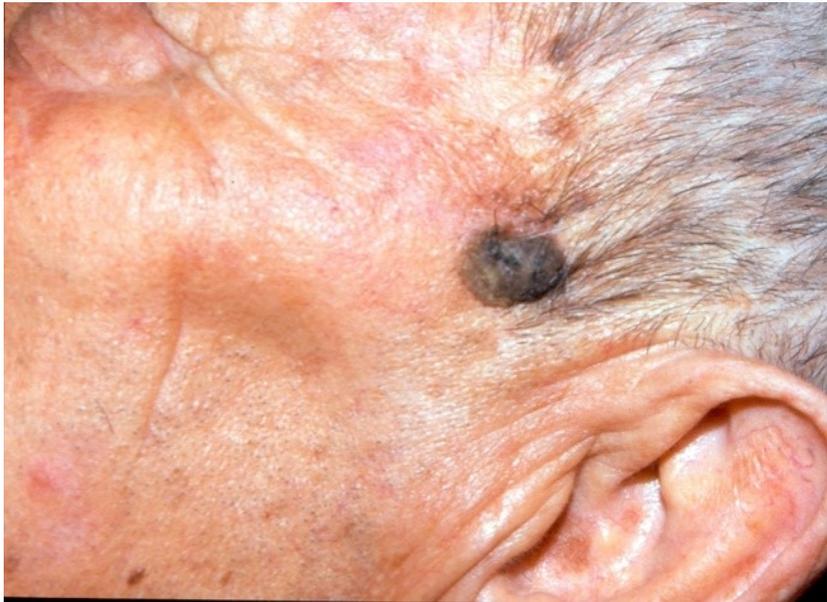


Imagen 1

En la exploración, observamos que son sobreelevadas, pigmentadas, situadas en cara (figura 1-2) y espalda (figura 3). Cuando son lesiones antiguas, la escama se resquebraja en fragmentos, se desprende trozos y son untuosos al tacto. Al “descostrar” la lesión, nos encontramos con una superficie eritematosa que sangra con facilidad.

Nuestra actitud terapéutica dependerá, como todo en medicina, de multitud de aspectos. Pero el más relevante surge cuando se nos plantean dudas diagnósticas. En este caso, lo mejor es realizar una exéresis de la lesión y remitir la pieza para su estudio anatómico-patológico.



Imagen 3

En este artículo, no vamos a extendernos en valoraciones que entran dentro del ámbito de la dermatología y que pueden encontrar en cualquier manual, pero sí mencionaremos algunos aspectos que pueden ser de utilidad, en el ámbito de la AP.

Cuando acude un paciente con este tipo de lesiones, suelen ser mayores de 30 años, nos suelen manifestar que tienen una lesión de crecimiento lento, de aspecto negruzco y, con las campañas de prevención de melanoma en los medios de comunicación, acuden pensando que puede ser “algo malo”.

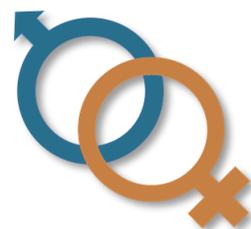


Imagen 2

¿Cómo podemos abordar estas lesiones en la consulta de AP?

Esta pregunta sencilla tiene muchos flecos que debemos tener presentes:

- Unos derivados del **paciente**:
 - edad: joven / anciano.
 - sexo: mujer / hombre.
 - zona de la lesión: expuesta o no.
- Derivado de nuestro **ámbito** de actuación:
 - capacitación profesional.
 - certeza diagnóstica.
 - los recursos de los que dispongamos
 - y un largo etc.





A PROPÓSITO DE UN CASO:

El proceso de informar al paciente, de forma comprensible, de su patología y de las opciones terapéuticas disponibles, incluye la opción de derivar al segundo nivel o bien, si el paciente está de acuerdo, realizar en AP las actuaciones pertinentes para tratar la QS y, en todo momento, seguir el protocolo que tengamos establecido en cirugía menor.



Las opciones que tenemos para abordar este tipo de patologías son:

- La **exéresis** mediante **cirugía escisional**, que no solo nos libera de dudas en cuanto al diagnóstico, sino también, y lo más importante, nos reporta la confirmación diagnóstica. Ya que la “certeza diagnóstica”, vendrá dada por el informe de anatomía patológica.
- La **destrucción de la lesión** que, según el procedimiento, más o menos traumático, puede ser:
 - * Mediante **criocirugía**, siguiendo las recomendaciones de los tiempos necesarios para alcanzar la congelación (ficha técnica de cada producto), ya sea con **nitrógeno líquido**, o con mezcla de **dimetil éter y propano**, para no originar daños a nivel de la dermis papilar (lesiones de los pacientes 1 y 3).
 - * O utilizando la **electrodesección** (paciente de la figura 2).

(En ambos casos hay que tener presente que destruimos la lesión)



Imagen 4. Resultado

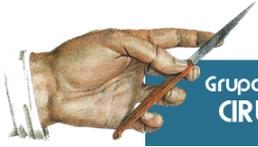


Imagen 5. Resultado



Imagen 6. Preparación del “ojal” para la exéresis





Grupo Trabajo SEMG
CIRUGÍA MENOR

Dr. Luis M. López Ballesteros
Grupo Cirugía Menor-SEMG

Queratosis seborreica o verruga senil o papiloma de células basales: ¿cómo abordarlas?

(continuación)

A PROPÓSITO DE UN CASO:



Imagen 7. Sobre la lesión de la **Imagen 2**, procedemos a aplicar antiséptico y anestesia perilesional (se aprecia el edema que se puede producir cuando es muy superficial.).



Imagen 8. Resultado inmediato después de realizar **electrodescaución** de la lesión.

Queratosis Seborreica:

Es un tumor benigno muy frecuente en la edad adulta, localizándose en las zonas seboreicas, como son la frente, el cuero cabelludo, las mejillas, espalda, y en abdomen. Con frecuencia son múltiples y se disponen en zonas de fricción.

Al principio son lesiones elevadas, aplanadas y amarillentas que, con el paso del tiempo, tornan de color pardo hasta negruzcas, la superficie escamosa se resquebraja y se puede eliminar con facilidad con pinzas o con cureta.

Con la sensibilidad actual hacia el cáncer de piel, son frecuentes las consultas sobre cualquier lesión pigmentada, y más aún, cuando produce alteraciones estéticas. El **diagnóstico diferencial** en este tipo de lesión, puede resultarnos bastante dudoso; en estos casos la biopsia y su remisión al servicio de anatomía patológica nos permitirá confirmar el diagnóstico.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Hafner C, Vogt T. Seborrheic keratosis. *J Dtsch Dermatol Ges.* 2008 Aug;6(8):664-77.
2. Ho VCY, AcLean DI. Tumores epiteliales benignos. Queratosis seborreica. En: Fitzpatrick BT, Eisen ZA, Wolff K, Freedberry MI, Austen KF. *Dermatología en medicina general.* 4 ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana, 1997:898-901.

¿AÚN NO ERES SOCIO?

Beneficios de ser socio de SEMG:

- ◆ Aulas de formación y reuniones en la sede central
- ◆ Servicio de Secretaría
- ◆ Acceso gratuito a dirección de correo electrónico tu_nombre@semg.es
- ◆ Información puntual de los distintos eventos que organiza la Sociedad
- ◆ Colaborar en las ediciones de los distintos libros y manuales
- ◆ Inscripción especial al Congreso Nacional y Autonómicos de la SEMG.
- ◆ Solicitar ayuda para elaborar comunicaciones y proyectos de investigación.
- ◆ Asistencia con carácter preferencial a las actividades organizadas por la SEMG.
- ◆ Asesoramiento, asistencia y defensa jurídica a los Socios.





QUERATOSIS ACTÍNICA:

La queratosis actínica (QA), es un **carcinoma in situ intraepidérmico**, que aparece en **áreas fotoexpuestas** de adultos, como resultado de una proliferación y diferenciación anómala de queratinocitos epidérmicos con riesgo de progresión a carcinoma epidermoide infiltrante o carcinoma basocelular. El principal agente etiológico es la **exposición crónica a radiaciones ultravioletas**, sobre todo solares, bien de forma acumulativa a lo largo de la vida, o intermitente pero intensa, en forma de quemaduras durante la infancia y adolescencia; lo que explica su aparición en zonas fotoexpuestas de individuos de piel clara que han sufrido una exposición solar excesiva. Tanto **la radiación UVA como UVB son claros carcinógenos**. Las alteraciones que se detectan en el ADN de los queratinocitos adyacentes a la lesión (**"campo de cancerización"**) nos permiten sugerir que existe una **progresión gradual**, desde la lesión inicial de los queratinocitos epidérmicos, hasta el desarrollo de la **displasia** y ocasionalmente del **carcinoma infiltrante**.

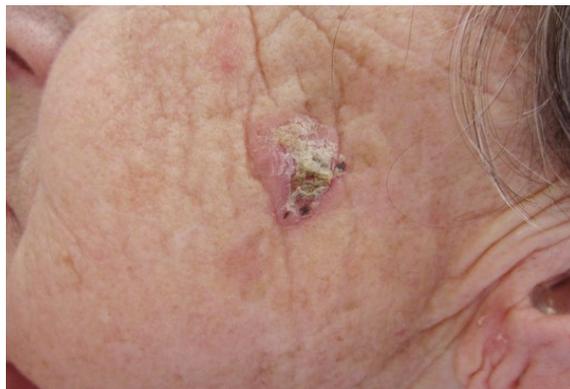
La **queratosis actínica** se manifiesta como máculas o pápulas eritematosas, que progresivamente se recubren de una **escama adherente** que al desprenderse, deja una erosión superficial. Generalmente son asintomáticas o discretamente pruriginosas, y su tamaño varía entre mms y cms. A menudo son múltiples y se acompañan de otros signos de daño solar, como

César, es un agricultor de 76 años que acude poco a consulta, pero esta vez, presionado por sus familiares, lo hace por tener unas lesiones en la cabeza (¡ya sin pelo!) que no le molestan mucho, pero le "afean". Las tiene desde hace ya bastante tiempo, pero le ha aumentado en los últimos meses y, como se casa su nieta, quiere que se las quitemos.

Relato muy común en nuestras consultas habituales, sobre todo en **ámbitos rurales** y en poblaciones ya envejecidas. No es raro que estos casos sean manejados en nuestro medio con cierta "laxitud", porque el paciente

no suele darle importancia y, al ser una lesión frecuente, recidivante y de evolución relativamente lenta, se suele retrasar su adecuado tratamiento.

lentigos, elastosis y telangiectasias, en zonas fotoexpuestas de adultos, sobre todo en la cara (nariz, frente, pabellones auriculares), dorso de manos y cuero cabelludo. Además de la **forma típica eritematosa**, se describen otras menos frecuentes (**hipertrófica** como un cuerno cutáneo, **liquenoide** o **atrófica, pigmentada**). La variante hipertrófica se debe distinguir del cuerno cutáneo secundario a verruga, queratosis seborreica y carcinoma epidermoide.



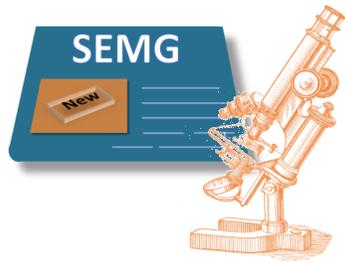
Aunque el riesgo de progresión a neoplasia maligna invasiva suele ser bajo, se recomienda vigilar y tratar, en su caso, las queratosis actínicas, como medida preventiva. El **evitar la exposición solar**, el utilizar sombreros de ala ancha y ropa adecuada, y el uso de **fotoprotectores (+50)** son las mejores medidas para su prevención.

Hay muchos tratamientos efectivos disponibles y la elección de uno u otro depende de las características individuales del paciente, así como

del tamaño, número y localización de las lesiones. Los procedimientos más empleados para su tratamiento son la **crioterapia**, el **curetaje** y **electrocoagulación** y el **5-fluoracilo tópico**. Otros tratamientos menos comunes incluyen la dermoabrasión, el "peeling químico", el "criopeeling", la terapia con láser (métodos ablativos: láser CO2 y láser de erbio) y la **terapia fotodinámica** (con ácido aminolevulinato). Se están observando buenos resultados con inmunomoduladores tipo **imiquimod 3,75**, con **retinoides tópicos** (tretinoína 0,025-0,05). El **5-fluoracilo tópico**, sólo o junto con **ácido salicílico (10 %)**, se obtienen buenos resultados. También, se utiliza, en las formas extensas, el **diclofenaco tópico al 3%** en forma de gel con **ácido hialurónico al 1,5 %** (dos aplicaciones diarias), permitiendo tratar no sólo las zonas afectadas si no también, las áreas perilesionales que contienen queratinocitos alterados/dañados (ambas componen lo que se conoce como **"campo de cancerización"**).

Todos estos tratamientos, no son exclusivos entre ellos, pudiendo combinarse, según las características de la lesión y del paciente.





“EXAMEN EN FRESCO”

Podemos aprender de ellos:

Dr. Benjamín Abarca Luján

Gabinete de Comunicación SEMG

- Marta Martínez del Valle
- Sonia Morales Lorente

“Las enfermedades dermatológicas constituyen uno de los principales motivos de consulta en Atención Primaria”

¿Qué recuerdos de su época como socio y posteriormente como Presidente?

Me asocié a la SEMG al poco tiempo de constituir un pequeño grupo de compañeros, la mayoría de los cuales, pasaron a partir de entonces a ser, no solo compañeros de **proyecto profesional**, si no también amigos.

El proyecto me pareció ilusionante porque apostaba por el **concepto del médico generalista**, en el más amplio sentido de la expresión, y porque propugnaba la introducción y uso de las nuevas tecnologías, algo que ahora nos parece de cajón pero que en aquel entonces hablar de **Historia Clínica electrónica** o de **Ecografía en Atención Primaria (AP)**, sonaba cuando menos utópico.

Recuerdo perfectamente, y con especial cariño, el día que me visitaron los que luego serían grandes amigos, **Juan José Rodríguez Sendín** y **Manolo Solla Camino**, en aquél entonces constituyentes de aquel **proyecto SEMG**, para solicitarme que cogiese el timón de la **Sociedad Gallega**.

¿Cuáles son los hitos/logros destacables de su época con actividades directivas (Galicia y Nacional)?

A partir de esa fecha configuramos una **Directiva gallega** que en muchos aspectos fue pionera en nuestra Sociedad y en sus congresos autonómicos, que además de ser los más numerosos, llegando a cifras impen-



sables en aquella época, se caracterizaban además durante unos años por ser punto de encuentro de las **Juntas autonómicas de SEMG**.

Desde esta representación pasé a ser consejero nacional y luego a una de las **vicepresidencias de la SEMG** – primero bajo la presidencia de Juan José Rodríguez Sendín y posteriormente de Manolo Solla– para llegar al 2008 y dar el paso a **presidir** este hermoso proyecto. Las vivencias durante los **8 años de mandato** fueron inenarrables, pero si me piden destacar algunos hitos destacaría:

- **Cambiar el nombre de la Sociedad** para que, sin perder sus raíces, todos los médicos de familia se sintiesen cómodos bajo sus siglas y limitando el tiempo de mandato garantizáramos nuevos liderazgos.
- La **entrada en la Universidad** con las **Cátedras de Medicina de Familia**: hasta seis inauguramos en un corto periodo de tiempo, supusieron un antes y un después en la formación que la Sociedad hacía con los alumnos, con sus residentes y con sus socios.

- Apartado especial en este capítulo formativo merece la **formación en Dermatología**, que bajo la dirección de Juan Jurado resultó pionera en la forma de transmitir el conocimiento con el empleo de formatos visuales que producían, congreso tras congreso, curso tras curso, un abarrote de las aulas donde se realizaban y que culminó una vez más con un proyecto pionero e innovador como fue y sigue siendo la formación en **Dermatoscopia**.

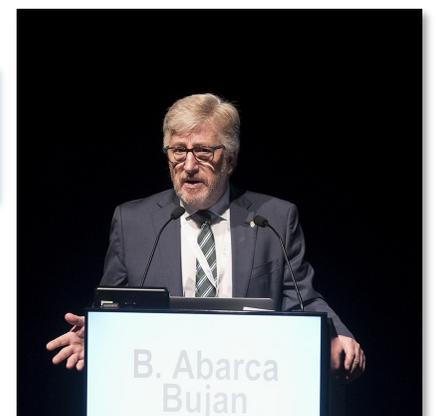
¿Qué representa la Dermatología en su autonomía/ámbito de trabajo?

Las **enfermedades dermatológicas** constituyen uno de los principales motivos de consulta en **Atención Primaria** e, independientemente de la CCAA donde se haya formado el médico de familia o tenga su ejercicio profesional, es un área del conocimiento en el que hay carencias formativas y posibilidades de mejora. La SEMG -que las ha detectado a través de múltiples encuestas-, ha puesto en marcha un **plan de mejora** tanto con cursos, jornadas o durante su congreso nacional y, últimamente, como comentaba anteriormente, con una acción específica de formación en **Dermatoscopia**.

¿Qué consejos dirige a los nuevos compañeros que se incorporan a la AP?

Aunque es complicado dar consejos en un momento tan difícil como el que estamos viviendo, creo que lo que les digo a mis residentes desde

hace muchos años sigue siendo válido. Habéis elegido, sin duda, la **especialidad más hermosa de todas**, la que os permite conocer al paciente en su integralidad, desde que nace hasta que muere, pero al mismo tiempo la especialidad que mayor demanda asistencial tiene y la menos valorada socialmente, a pesar de que las encuestas digan lo contrario. Por ello, debéis ser conscientes de que vuestro trabajo es **único e imprescindible** y que os corresponde pelear por ello y ponerlo en el lugar



que le corresponde, que no es otro, que **“a la cabecera del paciente”**.

