

Hospital Universitario  
“General Calixto García”

## **REFLEXIONES SOBRE EL DIAGNOSTICO DERMATOLOGICO**

\*Dr. José G. Díaz Almeida. Calle 72A núm. 4106 entre 41A y 41B. Playa. Ciudad de La Habana. Teléfono:203 6032. [jdiazalm@infomed.sld.cu](mailto:jdiazalm@infomed.sld.cu)

\*\*Dra. Lilia de la Torre Navarro. San José núm. 1268, apto. 15 entre Ronda y Mazón. Plaza. Ciudad de La Habana. Teléfono: 878 0743 [lilia@infomed.sld.cu](mailto:lilia@infomed.sld.cu)

\*Profesor de Mérito. Sc.D. Titular y Consultante Dermatología.

\*\*Especialista Primer Grado Dermatología. Instructora.

En Dermatología, la exploración clínica objetiva sigue siendo el elemento insustituible para el diagnóstico dermatológico. Las técnicas de la exploración requieren un aprendizaje que se logra en la práctica junto al enfermo, con el apoyo de los profesores y textos a su disposición.

Se aprende actuando personalmente, ya que se recuerda mejor una patología cuando se ha visto reiteradamente y mucho mejor si se ha estudiado su histopatología y su fisiopatología.

En este trabajo, se exponen algunos aspectos de la exploración clínica, que pueden ser de interés para el personal médico, en general, en su conducta frente a un paciente dermatológico.

El Médico General Integral es un especialista con conocimientos básicos de las enfermedades de la piel. Puede ser eficiente y conducirse exitosamente si sigue algunas orientaciones para interpretar los signos y síntomas que le ofrece la patología cutánea.

La piel ejerce múltiples y diversas funciones y como órgano visible, cuando enferma, exhibe su queja como respuesta a las agresiones que recibe del medio exterior o a las acaecidas en el medio interno.

Es cierto que el desarrollo de las ciencias ha creado cambios en los métodos de investigación para el diagnóstico de las enfermedades, y ha originado la elaboración de nuevos criterios sobre etiopatogenia, fisiopatología, inmunología y otras ciencias aplicadas a la investigación.

En el desarrollo del diagnóstico médico-dermatológico nada ha podido sustituir a la observación, que no es más que la inspección como parte de la exploración clínica, siendo éste, el principal método de reconocimiento morfológico de las lesiones elementales de la piel, indispensables para hacer un diagnóstico correcto . 1

En la clínica dermatológica, generalmente, se procede a la inversa de la clínica médica; es decir, se examina primero al paciente y después se procede al interrogatorio.

El examen del paciente debe hacerse con buena iluminación, si es posible con luz natural. El local de la consulta debe tener una temperatura adecuada entre 20 y 25 grados. La mayoría de las lesiones son fáciles de reconocer, pero existen detalles menores que deben ser observados con lupa. La inspección debe realizarse por etapas y debe abarcar todo el cuerpo. No debemos olvidar el respeto al pudor y otras medidas éticas indispensables.

Debemos examinar grandes y pequeños pliegues, las mucosas y semi-mucosas, así como las faneras (pelos, uñas y glándulas).

Otro aspecto del examen lo constituye la palpación, la cual nos permite conocer la presencia de pieles secas o grasas, espesor de la piel, elasticidad, consistencia de las lesiones --si éstas son elevadas, lisas o rugosas, duras o blandas--, grado de infiltración, relación con los planos profundos, fluctuación, presencia de adenopatías, engrosamiento neural periférico y algunas lesiones que son más palpables que visibles como el eritema nudoso y otras lesiones hipodérmicas.

El médico debe identificar principalmente las lesiones elementales, condición indispensable para llegar al diagnóstico de la mayoría de las enfermedades cutáneas. De manera general, podemos decir que no es necesario emplear términos rebuscados, sino solamente señalar los adjetivos con que se describe la mayoría de las lesiones y que se corresponde con el lenguaje habitual. Así podemos llamar lesiones eritematosas, papulosas, escamosas, costrosas, vesiculares y otras. Conocemos que diversas enfermedades se pueden diagnosticar solamente con la identificación de las lesiones elementales, tal es el caso de la urticaria, herpes simple, liquen plano. Sin embargo, para otras se necesita acudir a los estudios histopatológicos, serológicos, pruebas cutáneas, exámenes micológicos, bacteriológicos, examen en campo oscuro y otros procedimientos.

El Médico General Integral es un especialista que debe estar en condiciones de orientar adecuadamente a sus pacientes, para lo cual debe conocer las manifestaciones cutáneas que el enfermo presenta y que muchas de ellas se relacionan con enfermedades internas. Existen manifestaciones cutáneas que se asocian al cáncer interno y que preceden, acompañan o aparecen en las fases terminales. Algunas son frecuentes como el prurito generalizado que se observa en la micosis fungoides, enfermedad de Hodgkin y en el Síndrome de Sézary, la dermatomiositis en el carcinoma broncogénico, la *acantosis nigricans* asociado al cáncer gastrointestinal y pulmón, y la queratosis seborreica múltiple eruptiva o signo de Láser-Trélat, asociada a distintas neoplasias internas (estómago, pulmón, próstata). 2 Otras no se asocian a cánceres internos como la necrobiosis lipoidica o la xanatomatosis múltiple, que se observan en la *diabetes mellitus* y el pioderma gangrenoso que se relaciona, generalmente, con la colitis ulcerativa.

Es importante tener en cuenta la obtención de los datos primarios, que deben ser recogidos en una pequeña historia clínica, siguiendo algunas orientaciones generales. Según el tipo de patología, esta historia puede ser superficial o tener una importancia fundamental. Puede ser muy breve en el caso de un impétigo contagioso, por ejemplo, o puede necesitarse emplear más tiempo en una dermatitis alérgica por contacto, en el estudio de una serología reactiva, o en una eritrodermia.

En la entrevista con el paciente, debemos tener en cuenta los factores biológicos, psicológicos y sociales del enfermo. Es conocida la existencia de enfermedades, en las que los factores psicógenos pueden estar presentes. Sabemos que muchos fenómenos psíquicos como la emoción, la preocupación, los estados de ansiedad y otros, pueden originar la aparición de determinados fenómenos físicos en la piel; éstas son las enfermedades llamadas psicósomáticas, entre las cuales podemos hacer mención al prurito psicógeno, la dermatitis facticia, la hiperhidrosis, la tricotilomanía y otras.

Es frecuente relacionar la presencia de algunas dermatosis con alteraciones emocionales, sobre todo aquellas, cuyas etiologías no están precisadas, tales como la psoriasis, el vitiligo, el liquen plano, la alopecia areata y otras. 3

A continuación expresaremos algunos criterios a considerar en la confección de una historia clínica dermatológica.

1. Edad del paciente. Dato importante a tener en cuenta, ya que las observaciones clínicas evidencian que el sistema cutáneo del niño no es un sistema adulto en miniatura, sino que tiene sus peculiaridades. Recordar a modo de ejemplo que la piel del recién nacido responde con la aparición de lesiones ampollares ante una inflamación y como otro ejemplo, la existencia exclusivamente en el niño de la infección por dermatofitos (tiñas del cuero cabelludo), excepcionalmente en los adultos. 4

Algunas enfermedades son más frecuentes en los niños como las piodermitis y la dermatofitosis; otras, solamente se observan en los adultos, como la hidrosadenitis, la esclerodermia difusa o la rosácea y algunos procesos que son inherentes a la tercera edad como la queratosis actínica (queratosis senil), las leucoplasias de los labios y genitales, la craurosis de la vulva y pene, y otros.

2. Sexo. Se conocen enfermedades cutáneas que predominan en el sexo femenino, como la enfermedad de Fox Fordyce, caracterizada por la presencia de pápulas foliculares muy pruriginosas en regiones de las axilas, mamas, ombligo, pubis y labios mayores; 5 la paniculitis de Weber-Christian, que es una paniculitis nodular no supurativa, caracterizada por nódulos localizados en las extremidades inferiores, aunque pueden aparecer en cualquier parte del tegumento, que dejan depresiones características cuando desaparecen. Podemos citar también el *herpes gestationis*, que se considera como una enfermedad de Dühring, que aparece durante el embarazo, recordar que puede provocar la muerte fetal 6 y el prurigo del embarazo, entre otras, caracterizado por pápulas muy pruriginosas que aparecen en el tronco y extremidades, y que pueden extenderse al abdomen. Estas lesiones desaparecen luego del parto. 7 Tratándose del sexo masculino, citamos el *cutis verticis gyrata*, lesiones que aparecen en forma de pliegues y surcos principalmente en cuero cabelludo, o la poroquertosis de Mibelli, que son placas ligeramente atróficas rodeadas por un muro verrucoso elevado, donde la mayor frecuencia ocurre en este sexo.

3. Raza. La mayoría de las enfermedades cutáneas se distribuyen por igual en todas las razas; no obstante, existen algunas que predominan en la raza negra, como, por ejemplo, la *dermatosis papulosa nigricans* de Castellani, que puede comenzar en la infancia, persiste en el adulto y se caracteriza por la presencia de pápulas redondeadas hiperpigmentadas en número variable diseminadas por la cara, cuello y tronco. Podemos citar otros ejemplos como los queloides, que son excrecencias hipertróficas engrosadas, firmes y dolorosas, que aparecen después de un traumatismo o espontáneamente, en la mayoría de los casos está presente una predisposición individual, 8 las pápulas perladas del pene que aparecen hacia los 20 años, caracterizadas por pápulas blanquecinas de 1 a 3 mm de diámetro, localizadas en el borde y surco del glande; y, por último, la foliculitis queiloidea o acné queiloideo de Bazin, que es una infección piógena del aparato pilosebáceo con cicatrización queiloidea que aparece en la región posterior del cuello.

4. Ocupación. Es importante ya que las dermatosis ocupacionales ocupan un lugar preponderante dentro de las enfermedades profesionales. Son causadas por el trabajo u ocupación, o indirectamente por agresiones del ambiente en el hogar o en el trabajo. Son fáciles de determinar, si conocemos el tipo de labor, tiempo de exposición y agentes agresores externos. Como ejemplo de dermatosis ocupacional, dando un cuadro micótico, podemos citar la esporo-tricosis de los jardineros, con un cuadro reaccional, las dermatitis agudas de los trabajadores agrícolas y de la construcción.

La afectación en partes descubiertas (manos y antebrazos) nos induce a pensar en una dermatitis de contacto fototóxica o fotoalérgica, en una quemadura solar, susceptibles en sujetos de piel blanca, que puede acom-pañarse de quemadura local y calor, con formación de ampollas. Existe una enfermedad condicionada a la permanencia ininterrumpida al sol, viento y al frío de sujetos ancianos, caracterizada por comedones gigantes, quistes sebáceos y grandes pliegues de piel arrugada que aparece alrededor de los ojos, conocida con el nombre de elastoidosis cutánea nodular quística y comedoniana o Síndrome de Favré –Racouchot. 5

## 5. Localización de las lesiones en las mucosas y piel

En las mucosas:

Nos ayuda a plantear determinados diagnósticos, sea por ejemplo una mácula pigmentada en mucosa de los labios que aparece en los dos primeros años de vida y se hace mas intensa durante la niñez; sugiere la presencia de una poliposis intestinal (Síndrome de Peutz Jeghers), o la presencia de lesiones erosivas en la mucosa bucal con aspecto de encaje blanquecino que nos induce a pensar en un liquen plano de la mucosa. 9 Por otro lado, en la piel la presencia de lesiones inflamatorias, localizadas en áreas expuestas a la luz solar pueden sugerir los diagnósticos de un lupus eritematoso o una dermatitis fotoalérgica por contacto, la que aparece en zonas expuestas a la luz solar y que se caracterizan por ser una dermatitis mediada por células T y el papel esencial que desempeña la luz ultravioleta. 10

6. Extensión de las lesiones. Pueden ser localizadas o generalizadas.

En el primer caso tenemos el ejemplo del lupus eritematoso discoide, forma cutánea benigna sin signos ni síntomas de la enfermedad sistémica, caracterizada por la triada de eritema, escama y atrofia, o el líquen plano folicular del cuero cabelludo, conocido como síndrome de Graham-Little 7 y como ejemplo de lesiones generalizadas las eritrodermias, caracterizadas por un eritema inflamatorio rojo difuso, acompañado de descamación furfurácea o laminar, prurito, fiebre y escalofríos. Recordar la eritrodermia psoriática y el Síndrome de Sézary.

7. Simetría de las lesiones. Se conocen enfermedades que generalmente toman un hemicuerpo, ejemplo: *herpes zoster*, cuyo cuadro clínico es bien conocido, el *líquen striatus* caracterizado por una erupción zoniforme de pequeñas pápulas rosadas ligeramente escamosas en extremidades y partes laterales del cuello, y existen otras que aparecen con cierta simetría bilateral como el eritema multiforme, eritema nudoso, el prurigo, la *pitiriasis rubra pilaris* y el Síndrome de Senear-Usher, caracterizado por lesiones escamocostrosas de aspecto seborreico que toma las mejillas y cara anterior del tronco.

8. Aspecto de las lesiones. Investigar si son iguales a las que el paciente presentó anteriormente, lo que puede evidenciar el carácter recurrente de la enfermedad. Puede ser el caso del eritema fijo medicamentoso, donde el cuadro clínico es similar en cada recurrencia. También puede citarse el herpes simple, cuyos brotes suelen ir precedidos por sensación de ardor y después aparecen vesículas pequeñas sobre una piel sana o ligeramente eritematosa. Tiene una gran tendencia a las recidivas, sobre todo, en la cara de los niños, y en adultos de ambos sexos, en los órganos genitales y región glútea.

9. Periodicidad. Si la lesión apareció por primera vez o aparece en determinados períodos de tiempo, recordar el herpes simple en su aparición mensual casi siempre relacionada con factores desencadenantes como la menstruación (herpes catamenial), estados de ansiedad, fiebre, traumatismos locales y otros.

10. Evolución de las lesiones. Algunas lesiones completan su evolución sin etapas intermedias como se observa en el eritema solar o calórico y en el eritema palmar. Otras, como las verrugas vulgares se mantienen sin alteración durante su existencia y otros cuadros papulovesiculosos se convierten en pústulas en su evolución; citemos por ejemplo, el estado papulovesiculoso de una dermatitis alérgica de contacto. Recordar que existen lesiones que desaparecen completamente sin dejar huellas como el eritema tóxico por hipersensibilidad a determinados fármacos y alimentos; y otras, como las lesiones papulosas del líquen plano que dejan zonas de hiperpigmentación que permiten realizar un diagnóstico retrospectivo.

11. Estado de la piel. Debe ser reconocido con el fin de orientar el tratamiento correcto desde la primera consulta, tener presente la identificación del estado de la piel: sobre agudo, agudo, subagudo y crónico.

Es necesario conocer lo que se prescribe en el tratamiento tópico. Tienen igual importancia las sustancias activas como los vehículos, llamados también excipientes. El uso de un excipiente adecuado puede mejorar o curar una dermatosis sin que sea necesario utilizar una sustancia activa. El vehículo más usado es el agua, que tiene un amplio campo de aplicación en forma de baños, fomentos, compresas, pediluvios y otros. 8

## 12. Síntomas subjetivos antes durante o después de aparecer el cuadro cutáneo.

Mencionaremos algunos síntomas subjetivos que caracterizan o acompañan a determinadas enfermedades cutáneas, tales como el prurito, la disestesia y el dolor.

Existe un síntoma común que pudiéramos llamar universal en las afecciones de la piel: el PRURITO, motivo frecuente de consultas, que es una sensación preferencial de la piel que ocasiona de modo obligado la necesidad de rascarse. Sirvan de ejemplo la escabiosis, las dermatitis, el prurigo, entre otras. En ocasiones, éste es el único síntoma que refiere el paciente con piel normal, algunas veces, como síntoma premonitorio de determinadas dermatosis como la micosis fungoides.

Un interrogatorio breve, permite saber si se trata de un prurito regional, ya sea anal, perigenital, vulvar o en otras regiones, o generalizado, donde se impone un examen de todo el tegumento cutáneo.

Son tan numerosas las causas capaces de provocar el prurito que resulta imposible abordar este aspecto en un espacio tan limitado.

La DISESTESIA, trastorno de la sensibilidad superficial que está presente en determinadas enfermedades cutáneas. Así podemos encontrar la anestesia parcial o total en la lepra, que se explora mediante las pruebas de sensibilidad térmica, táctil y dolorosa y que se pueden realizar en los consultorios. También podemos citar la siringomielia, cuya característica principal es la disociación anestésica, con pérdida de la sensibilidad dolorosa y térmica y conservación de la táctil.

Otros ejemplos de disestesia pueden ser la hiperalgesia con sensaciones dolosas como ocurre en la dermatalgia, que aparece generalmente en el cuero cabelludo y, por último, la parestesia que se observa en un cuadro llamado meralgia parestésica, caracterizado por una sensación anormal de hormigueo y entumecimiento persistente, localizado en la cara anteroexterna del muslo, innervado por el fémoro-cutáneo externo.

El DOLOR está presente en algunas enfermedades cutáneas con intensidad variable desde una leve sensación de quemadura hasta una exagerada hiperestesia. Podemos citar el intenso dolor que aparece en las verrugas plantares o papilomas de la planta de los pies, casi siempre a nivel de la cabeza de los metatarsianos. Debemos hacer referencia al dolor que aparece

en los pródromos de un cuadro de *herpes zóster* y el que perdura con carácter terebrante después de desaparecidas las lesiones cutáneas; recordar el dolor punzante de la tabes dorsal y de las perionixis, así como el dolor pulsátil del forúnculo y de los panadizos. Entre las patologías muy dolorosas, poco frecuentes, podemos citar la condrodermitis nodular crónica del hélix, el tumor glómico o neuromioarterial, localizado debajo de la uña, de color azul oscuro, extremadamente sensible y doloroso; y el leiomioma que tiene su origen en los músculos erectores del pelo, es un tumor benigno de la musculatura lisa caracterizado por pápulas muy dolorosas a la palpación.

13. Antecedentes de contacto con algunas sustancias antes de la aparición de la enfermedad. Importante en las dermatitis de causa externa. Recordemos que el enfermo debe ser interrogado exhaustivamente como método para encontrar el posible alérgeno.

Entre los productos a investigar deben encontrarse los del hogar, los cosméticos (lápiz labial, esmalte de uñas y otros), los productos usados en diversas profesiones (albañiles, mecánicos, fotógrafos y otros), así como un sinnúmero de sustancias medicamentosas de uso en nuestro medio.

14. Antecedentes de ingestión de alimentos. Es importante recordar que estos eventos ocurren con más frecuencia en los niños; dan cuadros de urticaria aguda (habones). Si el cuadro se hace crónico, debemos pensar en la presencia de aditivos de alimentos. Otra manifestación a tener en cuenta es la dermatitis atópica exacerbada por la alergia alimentaria sobre todo al huevo, pescado, trigo y maíz.

15. Antecedentes de enfermedades del paciente y familiares.

El diagnóstico de una patología cutánea se facilita en ocasiones, mediante el conocimiento del estado general del paciente. (Trastornos endocrino-metabólicos, neurológicos y otros). Tal es el caso de la *diabetes mellitus* y la enfermedad de Hansen.

En cuanto a los antecedentes familiares es importante recordar que existe un sinnúmero de enfermedades de la piel que se sabe hereditarias. De hecho, algunas se manifiestan al nacer (congénitas), tales como la epidermolisis bulosa letal; y otras, aparecen entre la primera y segunda década de la vida como el pseudoxantoma elástico o Síndrome de Groenblad-Strandberg, que afecta la piel, el ojo y el aparato cardiovascular. Recordar la alteración ocular característica, estrías angioides, detectadas por el oftalmólogo y que puede ser la única manifestación de la enfermedad antes de aparecer las lesiones cutáneas.

No debemos olvidar una patología tan frecuente en las consultas dermatológicas como la psoriasis, donde los antecedentes familiares están presentes en 30 % de los casos.

16. Antecedentes de ingestión de medicamentos. Ningún fármaco (medicamento) esta exento del peligro de producir reacciones cutáneas. Debe entenderse por fármacos cualquier medicamento empleado con fines terapéuticos o diagnósticos e incluye vitaminas, hormonas, sustancias coadyuvantes y otras. Recordar los sabores artificiales de nuestros alimentos, los colorantes y los productos para su conservación.

Debemos tener en cuenta en el diagnóstico, los medicamentos usados de manera prolongada y los de más reciente incorporación, entre los cuales debe indagarse la ingestión de laxantes, analgésicos, vitaminas con cubiertas coloreadas y otros productos. Recordemos la erupción fija por medicamentos (fenoftaleina, antipirina y los barbitúricos), el eritema multiforme por penicilinas y sulfamidas, y el acné por los yoduros.

El uso continuado de antibióticos, esteroides e inmunosupresores, conduce al desarrollo de enfermedades oportunistas entre las que se destacan las micosis en general, principalmente las candidiasis.

17. Si se ha aplicado algún tratamiento local. ¿Cuál? Es conocido que los corticoesteroides aplicados en las micosis superficiales favorecen el desarrollo del hongo, modifican la morfología lesional y la hacen irreconocibles. El uso tópico de

muchos medicamentos puede dar lugar a reacciones alérgicas de contacto como se ha observado con la neomicina, las sulfas, antihistamínicos y otros.

Con los datos obtenidos en la historia podemos orientar algunos procedimientos necesarios para completar el estudio de nuestros pacientes.

Exámenes complementarios:

Serología (VDRL), Glicemia y otros indispensables (sífilis, diabetes).

Vitropresión o diascopía (para distinguir una lesión congestiva de una púrpura).

Exploración de la sensibilidad térmica táctil y dolorosa (sospechosa de lepra).

Examen con luz ultravioleta (micosis).

Uso de la cureta de Brocq (raspado metódico en lesiones eritemato escamosas).

Luz de Wood (pitiriasis versicolor).

Otros exámenes:

Baciloscopía cutánea o nasal (diagnóstico de lepra).

Prueba de histamina (lepra).

Exámen bacteriológico y micológico (directo y cultivo).

Citodiagnóstico (identificación de lesiones ampollares).

Reacción de Mitsuda (clasificación de la lepra).

Biopsia (histopatología).

## **REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS**

1 Odom RB, James WD, Berger TG. Andrew's. Dermatología Clínica. Marbán Libros, SL.; 2004, p. 792-93, v. 2.

2 David Weedon. Skin pathology. Churchill Livingstone. 2002.

3 British Journal of Dermatology. October 2003; 149(4).

4 Archives of Dermatology. March 2004; 140(3).

- 5 Archives of Dermatology. April 2004; 140 (4).
- 6 Fitzpatrick´s Dermatology in General Medicine. [CD-ROM] Fifth edition. Boston , Massachusetts : McGraw-Hill; 1999.
- 7D. Joseph Demis. Clinical Dermatology. Philadelphia . New York : Lippincott-Raven; 1999, v. 3.
- 8 Llanio Navarro R. Propedéutica Clínica y Fisiopatología. La Habana : Editorial Pueblo y Educación;1982.
- 9 Vincent CY.HO. Binign Epithelial Tumors. En: Fitzpatrick S. *et al* . Dermatology in General Medicine. 5 ta . ED. USA: Mc. Graw-Hill; 1999, p.873-876.
- 10 Córdova Castro A. Lo Psíquico en Propedéutica Médica. La Habana: Ediciones Revolucionaria; 1974.
- 11 Burgoon C.F. Ped. Clin. North Am. 1962; 8 (3): 673 -674.
- 12 Korting G.W.Geriatric Dermatology. Ph: W.B.Saunders Company; 1980.
- 13 Andrews, Domonkos A. Enfermedades de las glándulas salivales. En: Tratado de Dermatología. La Habana: Editorial Científico Técnica;1977.
- 14 Lartat-Jacob, E. Las Consultas en Dermatología. Barcelona: ED. Toray-Massom S.A. ; 1965.
- 15 Quaranta AF. Brevario Dermatológico. Buenos Aires: ED. Universitaria; 1962.
- 16 Masemann. Saverbrey. Calap. Enfermedades cutáneas e Infecciones Venéreas. La Habana: Editorial Ciencia y Técnica;1985.
- 17 Sites D.P.Enfermedades de la Piel. En: Inmunología Básica y Clínica. 5 ta . Ed., La Habana: Editorial Ciencia y Técnica; 1987.