



Sociedad de
MEDICINA INTERNA
de Buenos Aires



ASOCIACION MEDICA ARGENTINA

Curso Universitario Trienal de Clínica Médica – Medicina Interna **Universidad Barceló - Sociedad de Medicina Interna de Buenos Aires**

Módulo de Dermatología

**LESIONES ELEMENTALES Y ENFOQUE PRÁCTICO DEL PACIENTE
CON LESIONES CUTÁNEAS.**

**ENFOQUE SINDRÓMICO: EXANTEMAS, AMPOLLAS, ULCERAS,
ERITRODERMIAS.**

DRA. GIORGINA PARDO

Médica. Profesora universitaria. Esp. En Dermatología. Diplomada en Psoriasis UCES-SAD y SOLAPSO-SOARPSO.
Esp. En Administración Sanitaria. Jefe de Servicio de Dermatología del HIGA Pedro Fiorito. Directora del Curso
Superior de Dermatología ESEM distrito 2, Avellaneda. Miembro de la SAD.

OBJETIVOS DE APRENDIZAJE

- ✓ Conocer, clasificar y describir morfológicamente las **lesiones elementales 1rias y 2rias**
- ✓ Aprender los pasos para confeccionar una **historia clínica dermatologica**
- ✓ Diferenciar **exantemas** infecciosos de no infecciosos mediante criterios clínicos-epidemiológicos
- ✓ Diferenciar **ampollas** intraepidérmicas de subepidérmicas mediante criterios clínicos
- ✓ Aplicar el algoritmo diagnóstico de las enfermedades ampollosas autoinmunes (pénfigo, pénfigoide, dermatitis herpetiforme)
- ✓ Clasificar las **úlceras** cutáneas según su etiología
- ✓ Diferenciar úlcera venosa de arterial
- ✓ Identificar las principales causas de **eritrodermia** y su manejo de urgencia

DERMATOLOGÍA:

- Especialidad médica
- estructura y función de la piel, enfermedades que le afectan, ofreciendo su prevención, diagnóstico y tratamiento.

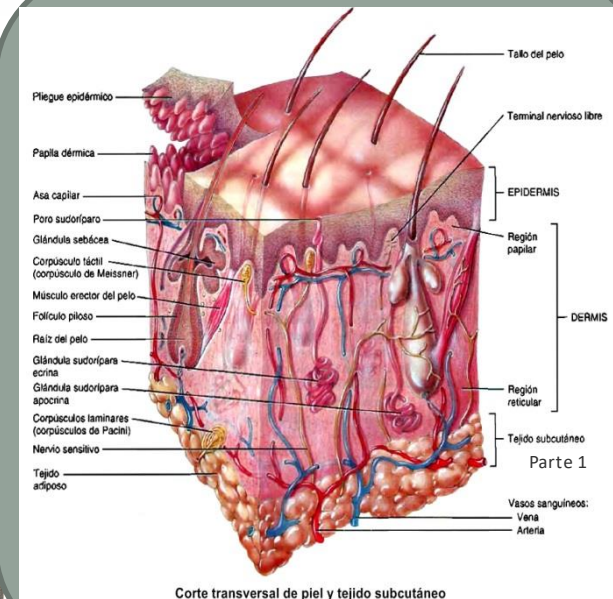
PATOLOGÍAS DE LA PIEL

LESIONES ELEMENTALES

PIEL

Órgano más grande
Presenta casi todos los tejidos
Ectodermo/mesodermo

- **BARRERA:** agresiones físicas, químicas y microbiológicas.
- Protección para la penetración de los **RAYOS UV**
- **PERCEPCIÓN**
- **EXPRESIÓN**
- **EXCRESIÓN**
- Síntesis de **VIT.D**
- Preservar **HOMEOTERMIA CORPORAL**.
- Vigilancia **INMUNOLÓGICA**



Historia Clínica Dermatológica

Anamnesis

Examen Físico (inspección, palpación, maniobras instrumentales)

Exámenes complementarios

- ✓ Correcta **iluminación**.
- ✓ **Inspección total** del tegumento (incluyendo faneras y mucosas, lesiones de cuero cabelludo, retroauriculares, interdigitales).
- ✓ **Descripción** de lesiones:

- Aspecto (polimorfo, monomorfo)
- Bordes (ulcera)
- Color
- Consistencia
- Contornos

- Distribución
- Forma
- Límites
- Movilidad
- Sensibilidad

- Simetría
- Superficie
- Tamaño
- Temperatura
- Ubicación

```
graph TD; A[LESIONES ELEMENTALES] --> B[1rias (Originales)]; A --> C[2rias (Evolución)];
```

LESIONES ELEMENTALES

1rias
(Originales)

2rias
(Evolución)

MÁCULAS



PÁPULAS



PÚSTULAS



AMPOLLAS



VESÍCULAS



NÓDULOS



PLACAS



VEGETACIÓN/ VERRUGOSIDAD



ESCAMAS



QUERATOSIS



TUMOR



COMEDÓN



RESUMEN: LESIONES ELEMENTALES PRIMARIAS

Cuadro sinóptico para el diagnóstico diferencial

Lesión	Tamaño	Consistencia	Nivel	Cicatriz	Ejemplos clave
Mácula	Variable	Plana, no palpable	Epidermis	No	Vitíligo, lentigo, eritema
Pápula	< 1 cm	Sólida, elevada	Epidermis/dermis sup.	No	Líquen plano, verruga
Placa	> 1 cm	Sólida, superficial	Epidermis/dermis	No	Psoriasis, granuloma anular
Nódulo	Variable	Sólida, profunda	Dermis prof./hipodermis	Sí	Eritema nodoso, lipoma
Tumor	Variable	Sólida/semisólida	Variable	Variable	Carcinoma, melanoma, lipoma
Vesícula	< 1 cm	Líquida (serosa)	Epidermis	No	Herpes, varicela, dermatitis
Ampolla	> 1 cm	Líquida	Epidermis/dermo-epid.	Variable	Pénfigo, pénfigoide
Pústula	< 1 cm	Líquida (purulenta)	Epidermis/dermis sup.	Posible	Acné, foliculitis
Quiste	Variable	Firme, elástico, movil	Epid/Dermis/hipod	Posible	Quiste epidérmico
Habón	Variable	Evanescente, edema	Dermis	No	Urticaria
Escama	Acumulación de estrato corneo	Superficial	No	No	Psoriasis, tiña, ictiosis

MÁCULAS



COSTRA



SOLUCIONES DE CONTINUIDAD

FISURA/GRIETA



EXCORIACIÓN



CICATRIZ



ESCARA



ÚLCERA



EROSIÓN

pénfigo vulgar



LIQUENIFICACIÓN



ESCLEROSIS



ATROFIA



RESUMEN: LESIONES ELEMENTALES SECUNDARIAS

Cuadro sinóptico para el diagnóstico diferencial

Lesión	Definición	Profundidad	Cicatriz	Ejemplos clave
Costra	Exudado seco (suero/sangre/pus)	Superficial	No	Impétigo, herpes, eccemas
Erosión	Solucion de continuidad superf por patología misma	Epidermis	No	Impétigo, chancro sifilítico, lecho ampollar
Excoriación	Solucion de cont superf por rascado, autoprovocado	Epidermis	No	Prurito, escabiosis, DA
Fisura	Hendidura lineal	Epidermis-dermis	Posible	Intertrigos Mic y Bact, , pie diabético.
Úlcera	Sol de cont profunda	Dermis reticular	Sí	Decúbito, venosa, arterial
Escara	Necrosis tisular	Piel completa	Sí	Quemadura, isquemia, gangrena
Cicatriz	Fibrosis de reparación	Dermis	Sí (es ella)	Postraumática, postquirúrgica
Atrofia	Adelgazamiento de piel	Epidermis/dermis	No	Corticoides, lupus, envejecimiento
Esclerosis	Endurecimiento por colágeno	Dermis	No	Esclerodermia, morfea
Liquenificación	Engrosamiento + líneas marcadas	Epidermis/dermis	No	Dermatitis atópica crónica

LESIONES ELEMENTALES

```
graph TD; A[LESIONES ELEMENTALES] --> B[Distribución]; B --> C[Localizada]; B --> D[Generalizada]
```

A flowchart illustrating the distribution of elementary lesions. It starts with a rectangular box at the top labeled 'LESIONES ELEMENTALES'. An arrow points down from this box to another rectangular box labeled 'Distribución'. From the 'Distribución' box, two arrows point down to two oval-shaped boxes: 'Localizada' on the left and 'Generalizada' on the right.

Distribución

Localizada

Generalizada



LESIONES ELEMENTALES

Configuración



Lineal, reticular,
numular,
anular...



MONOMORFISMO Lesional (acné por fármacos)

POLIMORFISMO Lesional (Varicela)





**Patrón de disposición
lineal**

**Patrón de disposición
zosteriforme**



Patrón disposición anular

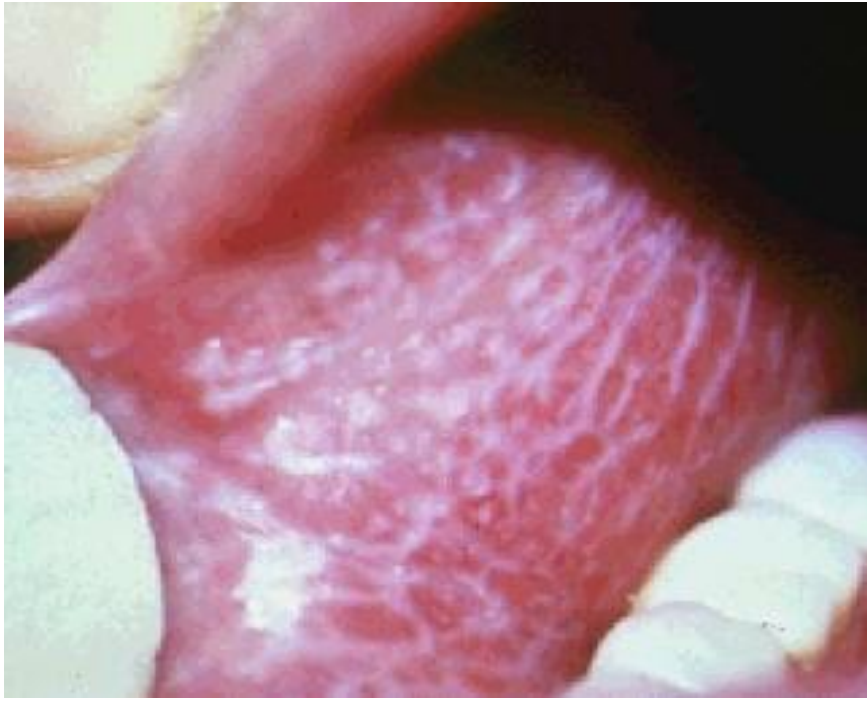


Patrón disposición numular



Patrón serpiginoso





Patrón de disposición reticular

**Patrón de
disposición
herpetiforme**



**Patrón
arciforme**



**Patrón
en mosaico**



● EXÁMENES ESPECIALES

- ✓ Biopsia
- ✓ Citodiagnóstico de Tzanck
- ✓ Examen bacteriológico y micológico
- ✓ Examen con luz de Wood
- ✓ Inmunofluorescencia
- ✓ Inmunohistoquímica
- ✓ Intradermorreacciones
- ✓ Pruebas para el estudio de alergias
- ✓ Laboratorio gral, serologías
- ✓ Rx, Ecografía, ecodoppler arteriovenoso, dermatoscopia

ENFOQUE
SINDRÓMICO:

EXANTEMAS, AMPOLLAS,
ULCERAS, ERITRODERMIAS



EXANTEMAS: DEFINICIÓN Y CLASIFICACIÓN

Enfoque sindrómico del paciente con erupción cutánea generalizada

DEFINICIÓN

Erupción cutánea aguda, generalizada, de distribución simétrica, que afecta predominantemente el tronco y extremidades. Puede ser morbiliforme (máculo-pápular), escarlatiniforme (en 'lija'), roseoliforme, vesicular o petequial.

SIGNOS DE ALARMA

- Fiebre > 39°C persistente
- Afectación de mucosas (enantema)
- Púrpura/petequias (no blanqueables)
- Edema facial o periférico
- Dolor articular/artritis
- Compromiso del estado general

Categoría	Subtipos	Ejemplos
Infecciosos virales	Morbiliformes, escarlatiniformes	Sarampión, rubéola, eritema infeccioso, roseola
Infecciosos bacterianos	Escarlatiniformes, petequiales	Escarlatina, fiebre manchada, meningococcemia
Reacciones medicamentosas	Morbiliformes, fijas, urticariales	Síndrome de DRESS, SJS, TEN
Autoinmunes	Urticariales, vasculíticas	Lupus eritematoso, artritis reumatoide juvenil
Idiopáticos	Morbiliformes atípicos	Erupción exantemática aguda, pitiriasis rosada

EXANTEMAS INFECCIOSOS VIRALES

Diferenciación clínico-epidemiológica



Enfermedad	Agente	Incubación	Exantema	Enantema	Signos distintivos
Sarampión	Virus sarampión	10-14 días	Morbiliforme, cefalocaudal	Koplik 	Catarro, fotofobia, fiebre alta
Rubéola	Virus rubéola	14-21 días	Máculo-pápular, leve	Forchheimer 	Linfadenopatía retroauricular, fiebre baja
Eritema infeccioso o Megaloeritema (5ta enfermedad)	Parvovirus B19	4-14 días 	Malar 'bofetada', reticulado en encaje	No	Fiebre leve, CVAS previo, Artritis, aplasia en pacientes con hemólisis
Roseola infantil o exantema súbito (6ta enfermedad)	HHV-6/7	5-15 días	Máculo-pápular, rosa	No	Fiebre alta 3-5 días, exantema post-defervescencia, niño < 3 años
Mononucleosis	EBV	30-50 días	Morbiliforme (amoxi/ampicilina)	Palatino	Faringitis, linfadenopatía, esplenomegalia

CUADRO COMPARATIVO: EXANTEMAS PEDIÁTRICOS FRECUENTES

Enfermedad	Fiebre	Distribución	Signo patognomónico	Complicaciones
Sarampión	Alta, precede exantema	Cabeza → pies	Koplik	Neumonía, encefalitis
Rubéola	Baja/leve	Cara → tronco	Linfadenopatía retroauricular	Artritis, SRC congénita
Eritema infeccioso	Variable	Mejillas, extremidades	Bofetada palmeada	Aplasia eritroide
Roseola o exantema súbito	Alta 3-4 días	Tronco, cuello	Exantema post-defervescencia	Convulsiones febriles
Escarlatina (estreptococo B hemolítico grupo A)	Alta, faringitis	Axilas, ingles, tronco Exantema escarlatiniforme	Lengua frambuesa	Glomerulonefritis fiebre reumática
Mononucleosis	Prolongada	Generalizado	Faringitis, esplenomegalia	Ruptura esplénica
Varicela	Mod -alta	Cabeza → pies centripeto	Patron cielo estrellado, prurito	Neumonía, encefalitis, piodermitis

EXANTEMAS BACTERIANOS Y POR REACCIONES MEDICAMENTOSAS

Urgencias y patologías graves

EXANTEMAS BACTERIANOS

- **Escarlatina** (*Streptococcus pyogenes*): exantema escarlatiniforme (lija), faringitis, lengua frambuesa
- **Fiebre manchada de las Montañas Rocosas** (*Rickettsia rickettsii*): exantema petequeial en muñecas/tobillos, progresión centrípeta
- **Meningococcemia** (*Neisseria meningitidis*): púrpura fulminante, shock, CID
- **Sífilis 2ria**: exantema roseo/morbiliforme, lesiones palmas/plantas, condilomas planos



X REACCIONES MEDICAMENTOSAS

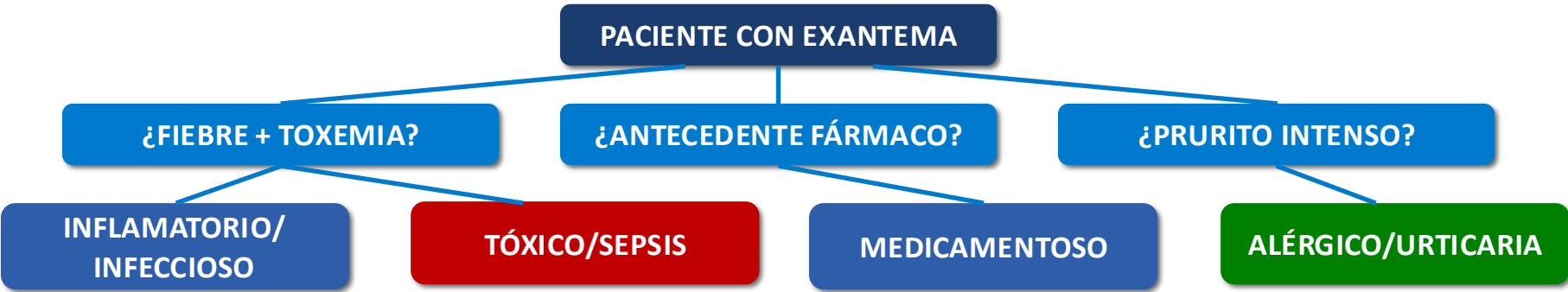
- **Síndrome de DRESS**: exantema morbiliforme + fiebre + linfadenopatía + eosinofilia + hepatitis
- **Síndrome de Stevens-Johnson (SJS)**: exantema + afectación mucosa + vesiculación (< 10% TBSA)
- **Necrólisis epidérmica tóxica (NET)**: > 30% TBSA, escaras, shock, alta mortalidad
- **Eritema multiforme mayor**: diana típica, afectación mucosa, HSV/ fármacos

Característica	SSJ	SSJ-NET overlap	NET
Extensión	< 10% TBSA	10-30% TBSA	> 30% TBSA
Mucosas	Afectadas (≥ 2 sitios)	Afectadas	Afectadas
Desprendimiento epidérmico	Focal	Extensivo	Masivo
Mortalidad	1-5%	10-30%	30-50%
Manejo	Hospitalización, soporte	UTI/Quemados	UTI/Quemados

TBSA: Total Body Surface Area

ALGORITMO DIAGNÓSTICO DEL EXANTEMA

Enfoque sistemático para el médico clínico



Paso	Evaluación	Elementos clave
1. Anamnesis	Inicio, evolución, síntomas asociados	Fiebre, prurito, fármacos, contactos, viajes
2. Morfología	Tipo de lesión elemental	Mácula, pápula, vesícula, púrpura
3. Distribución	Patrón topográfico	Centrípeto, centrífugo, acral, flexuras
4. Mucosas	Afectación de mucosas	Enantema, úlceras, conjuntivitis
5. Linfadenopatía	Ganglios regionales/generalizados	Rubéola, mononucleosis, toxoplasmosis
6. Laboratorio	Confirmación etiológica	Hemograma, PCR, serologías, cultivo

D. AMPOLLARES: CLASIFICACIÓN DE LAS AMPOLLAS

Enfoque anatomopatológico para el diagnóstico diferencial

DEFINICIÓN AMPLIADA

Ampolla = lesión elevada, circunscrita, que contiene líquido seroso, > 1 cm.

Su **localización histológica** determina el mecanismo patogénico, el prx y el tto.

La **clave diagnóstica** radica en determinar si la **separación** ocurre dentro de la epidermis (**intraepidérmica**) o por debajo de ella (**subepidérmica**).

MANIOBRAS CLÍNICAS CLAVE

- NIKOLSKY: presión lateral sobre piel sana o adyacente a ampolla → deslizamiento epidérmico, aparece erosión (positivo en intraepidérmicas)
- EXAMEN DE MUCOSAS

INTRAEPIDÉRMICA (acantólisis)

Pared: FLÁCIDA

Ruptura: FÁCIL

Nikolsky: POSITIVO

Mucosas: Frecuentes

Ejemplos: Pénfigo vulgar, foliáceo, SSJ

SUBEPIDÉRMICA (separación dermo-epidérmica)

Pared: TENSA

Ruptura: DIFÍCIL

Nikolsky: NEGATIVO

Mucosas: Raras

Ejemplos: Pénfigoide ampoloso, DH

PÉNFIGO VULGAR

Enfermedad ampollosa autoinmune intraepidérmica



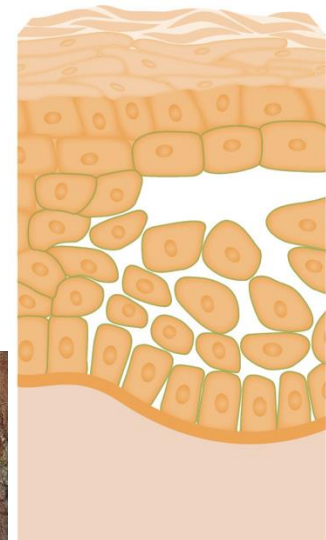
FISIOPATOLOGÍA

Autoanticuerpos IgG contra **desmogleína 3 (Dsg3)** y, en formas extensas, Dsg1.

La Dsg3 se expresa predominantemente en mucosas; la Dsg1 en piel.

Por ello, la afectación mucosa es precoz y característica.

La **acantólisis** (pérdida de unión entre queratinocitos) ocurre a nivel **suprabasal**.



CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS PENFIGO VULGAR

- Ampollas flácidas, fácilmente rompibles
- Erosiones extensas
- Mucosas: erosiones orales, genitales, nasales
- Prurito leve, **dolor** en mucosas
- Signo de Nikolsky: POSITIVO
- Puede ser paraneoplásico (tumores linfoides)



PÉNFIGO FOLIÁCEO

Variantes clínicas del pénfigo



Autoanticuerpos anti-Dsg1 (superficial).

Afectación exclusiva cutánea (no mucosas).

Ampollas superficiales, flácidas, escamosas en cara, CC, tórax y abd.

Puede limitarse a seborréica (pénfigo eritematosos o seborreico de Senear-Usher).

Histología: acantólisis en capa granulosa.

Mejor pronóstico que el vulgar.



P SEBORREICO



PÉNFIGO PARANEOPLÁSICO

Variantes clínicas del pénfigo

Asociado a neoplasias (linfoma, timoma, carcinoma).

Polimorfismo clínico: ampollas, erosiones, eritema.

Autoanticuerpos anti-plaquina (desmoplacina, envoplacina, periplacina).

Histología: variable, puede simular eritema multiforme o líquen plano.

Requiere screening oncológico sistemático.

Característica	Pénfigo vulgar	Pénfigo foliáceo	Pénfigo paraneoplásico
Antígeno diana	Dsg3 (+ Dsg1)	Dsg1	Plaquinas
Nivel acantólisis	Suprabasal	Granuloso	Variable
Mucosas	Siempre afectadas	No afectadas	Frecuentes
Piel	Ampollas flácidas	Ampollas superficiales	Polimorfo
Asociación	Autoinmune puro	Autoinmune puro	Neoplasia subyacente
Pronóstico	Grave sin tratamiento	Mejor	Depende de neoplasia

P VEGETANTE



Fig. 1: pústulas y erosiones sobre placa vegetante en región inguinal.

Figuras 1 y 2. Ampollas y placas vegetantes en áreas intertriginosas.

PENFIGOIDE AMPOLLAR

Enfermedad ampollosa autoinmune subepidérmica

FISIOPATOLOGÍA

- Autoanticuerpos IgG contra hemidesmosomas
- Separacion a nivel de MB**
- Predomina en **ancianos (> 60 años)**.
- Puede desencadenarse por fármacos** (furosemida, captopril, D-penicilamina).
- Mortalidad significativa (10-40% a 1 año) por infecciones y comorbilidades.

Prueba	Hallazgo
Histología (HE)	Ampolla subepidérmica, eosinófilos

Inmunofluorescencia directa

Banda lineal de IgG y C3 en membrana basal

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

- Ampollas tensas, grandes
- Predominio en tronco, flexuras, MMMM
- Mucosas: raras (< 20%)
- Prurito intenso (puede preceder ampollas meses)
- Urticaria y placas eritematosas pre-ampollosas
- Signo de Nikolsky: NEGATIVO

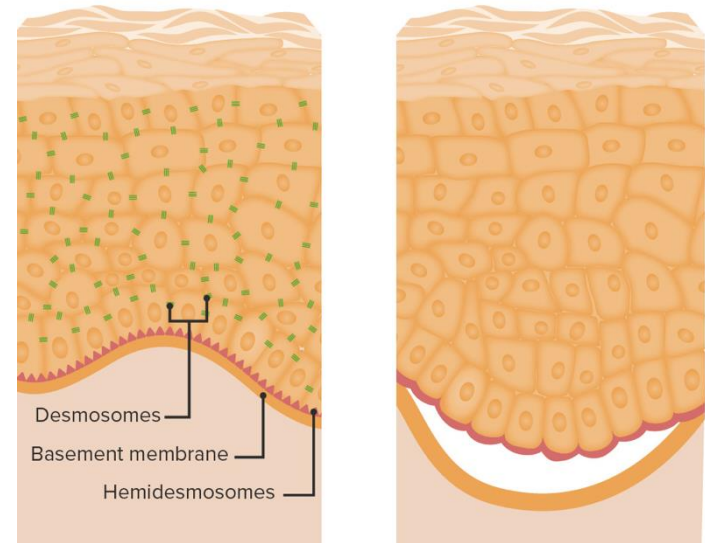


Figura 6-15. Pénfigoide ampollar. Varón de 77 años con erupción generalizada y placas urticarianas coalescentes, así como múltiples ampollas tensas. El trastorno es muy pruriginoso.



Figura 6-14. Pénfigoide ampollar. Lesiones incipientes en una mujer de 75 años. Destacan las placas urticarianas y una ampolla pequeña tensa con un contenido seroso transparente.

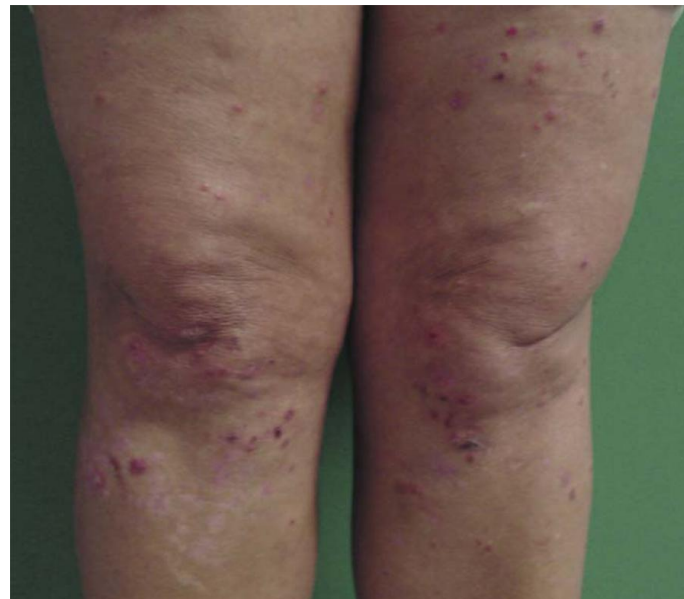
DERMATITIS HERPETIFORME

Ampollas subepidérmicas: enfermedades sistémicas asociadas

Manifestación cutánea de la enfermedad celíaca.
Autoanticuerpos IgA anti-transglutaminasa tisular.
Ampollas subepidérmicas con infiltrado de neutrófilos.
Lesiones pruriginosas, agrupadas (herpetiformes), en codos, rodillas, glúteos, cc.
Nikolsky NEGATIVO.
Tratamiento: **dieta sin gluten (curativa) + sulfona (dapsona)**

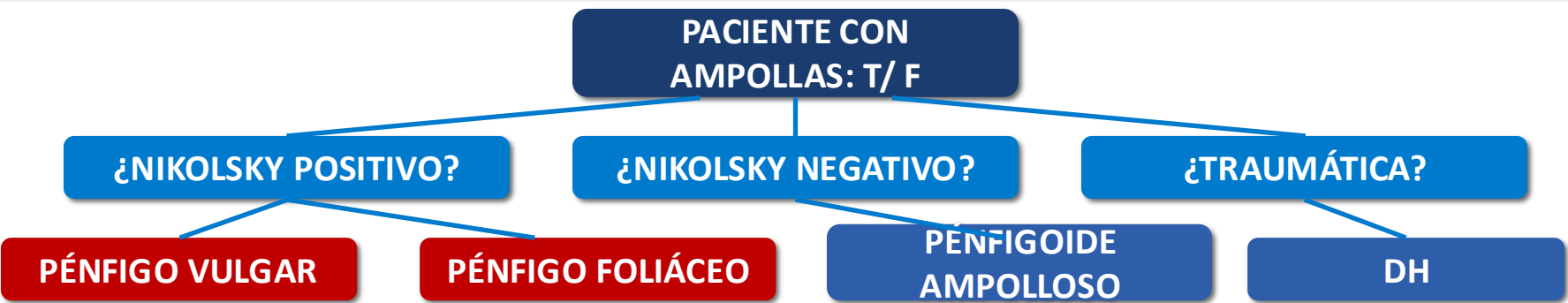
Característica	Dermatitis herpetiforme
Antígeno diana	Transglutaminasa epidérmica (IgA)
Afectación sistémica	Enfermedad celíaca
Morfología	Pápulas, vesículas, excoriaciones
Distribución	Codos, rodillas, glúteos
Prurito	Intenso
Tratamiento	Dieta sin gluten + dapsona

DERMATITIS HERPETIFORME DE DUHRING-BROCQ



ALGORITMO DIAGNÓSTICO DE LAS AMPOLLAS

Enfoque sistemático para el médico clínico



Enfermedad	Nivel ampolla	Nikolsky	Mucosas	Antígeno	Población
Pénfigo vulgar	Intraepidérmica (suprabasal)	POSITIVO	Sí	Dsg3	Adultos jóvenes
Pénfigo foliáceo	Intraepidérmica (granulosa)	POSITIVO	No	Dsg1	Adultos
Penfigoide ampollosa	Subepidérmica	NEGATIVO	Raras	BP180/BP230	> 60 años
Dermatitis herpetiforme	Subepidérmica	NEGATIVO	No	Transglutaminasa	Adultos jóvenes

ÚLCERAS CUTÁNEAS: DEFINICIÓN Y CLASIFICACIÓN

Pérdida de sustancia con compromiso de dermis y escasa tendencia a cicatrización

DEFINICIÓN

Solución de continuidad profunda (puede afectar h/ hipodermis, musculo o hueso).

Escasa o nula tendencia a la cicatrización espontánea. Cuando cicatriza, lo hace con fibrosis.

Etiología variada: vascular, neuropática, por presión, tumoral, infecciosa, autoinmune.

SIGNOS DE ALARMA

- No cicatriza en 4-6 semanas con tratamiento adecuado
- Bordes irregulares, elevados, indurados (malignidad)
- Sangrado persistente o exudado purulento maloliente
- Dolor intenso desproporcionado (isquemia, gangrena)
- Signos de celulitis perilesional (eritema, calor, edema)
- Fiebre, toxemia (infección sistémica)

Tipo	Etiología	Prevalencia
Venosa (estasis)	Hipertensión venosa crónica	60-80%
Arterial (isquémica)	Insuficiencia arterial	10-25%
Mixta	Componente arterial + venoso	10-25%
Neuropática	DBT, tabes, espina bífida	5%
Por presión (decúbito)	Presión + cizallamiento + humedad	Variable
Vasculítica	Vasculitis sistémica	< 5%
Tumoral	CBC, CEC, melanoma	< 5%

ÚLCERA VENOSA (Úlcera de estasis)

La más frecuente (60-80% de las úlceras de pierna)



FISIOPATOLOGÍA

Insuficiencia venosa crónica → hipertensión venosa → dilatación capilar → extravasación de fibrinógeno → manguito de fibrina alrededor de capilares → hipoxia tisular → necrosis → úlcera.

FR: edad > 65 años, sexo femenino, obesidad, embarazo, varices, trombosis venosa profunda.

Característica	Úlcera venosa	Úlcera arterial
Localización	Perimaleolar medial	Pretibial, dedos, talón
Bordes	Irregulares, poco definidos	Bien definidos, 'en sacabocado'
Fondo	Granulación roja, exudado	Necrótico, gris, pálido, no sangrante
Piel circundante	Lipodermatoesclerosis, eczema, pigmentación	Pálida, seca, brillante, atrofia
Pulsos	Presentes	Disminuidos o ausentes
Dolor	Moderado, mejora con elevación	Intenso, empeora con elevación
Edema	Frecuente	Ausente
Temperatura	Normal o cálida	Fría
Tratamiento	Compresión, elevación, desbridamiento	Revascularización, NO compresión

ÚLCERAS VASCULÍTICAS · TUMORALES · INFECCIOSAS

Etiologías menos frecuentes pero de gran importancia diagnóstica

VASCULÍTICAS

Vasculitis leucocitoclástica, poliarteritis nodosa, GPA ex granulomatosis de Wegener, GEPA ex síndrome de Churg-Strauss, lupus eritematoso.

Úlceras en piernas.

Púrpura palpable asociada.

TUMORALES

CBC ulcerado, CEC, melanoma amelanótico, úlcera de Marjolin (sobre cicatriz/quemadura crónica).

Crecimiento progresivo, sangrado.

INFECCIOSAS

Úlcera de Buruli (Mycobacterium ulcerans), TBC cutánea, esporotricosis, leishmaniasis, infección por HSV (herpes genital recidivante).

Clave: antecedentes epidemiológicos, viajes, inmunosupresión.

Característica	Vasculítica	Tumoral	Infecciosa
Número	Múltiples	Única o paucilesional	Variable
Dolor	Intenso	Variable	Variable
Bordes	Irregulares, subagudos	Indurados, elevados, evertidos	Irregulares
Fondo	Necrótico, fibrinoso	Granulación irregular, sangrante	Purulento, necrosis
Síntomas sistémicos	Fiebre, artralgia, mialgia	No (hasta estadios avanzados)	Fiebre, adenopatía
Diagnóstico	Biopsia + IFD	Biopsia + histología	Cultivo + PCR + biopsia
Tratamiento	Corticoides + inmunosupresores	Cirugía + radioterapia	Antibióticos/antiparasitarios

CUADRO COMPARATIVO DE ÚLCERAS CUTÁNEAS

Tipo	Localización	Bordes	Fondo	Piel circ.	Dolor	Pulsos	Compresión
Venosa	Perimaleolar medial	Irregulares	Granulación roja	Lipodermato esclerosis	Moderado	Presentes	SÍ
Arterial	Pretibial, dedos, talón	Bien definidos	Necrótico/pálido	Pálida, seca, atrofia	Intenso	Ausentes	NO
Mixta	Variable	Mixtos	Mixto	Signos mixtos	Variable	Disminuidos	Cautela
Neuropática	Puntos de presión pie	Hiperqueratósicos	Profundo	Callosidades	Ausente	Presentes	NO
Decúbito	Prominencias óseas	Irregulares	Necrosis profunda	Eritema	Variable	Presentes	NO
Vasculítica	Variable, ++ Piernas, múltiples	Irregulares	Necrótico	Púrpura palpable	Intenso	Presentes	NO



ERITRODERMIAS: DEFINICIÓN Y CLASIFICACIÓN

Eritema generalizado + descamación. Afecta > 90% de la superficie corporal

= dermatitis exfoliativa.

DEFINICIÓN

Dermatosis inflamatoria eritemato-descamativa

Evolución subagx o crx con compromiso gral

Urgencia dermatológica: desequilibrio hidroelectrolítico, alteración de la homeostasis, hipotermia, riesgo de infección y shock.

SDME CUTANEO INLAMATORIO GRAVE

- SIGNOS DE ALARMA Y COMPLICACIONES**
- Hipotermia (pérdida de función termorreguladora)
 - Hipoproteinemia, anemia, oliguria
 - Infección secundaria bacteriana (Staph aureus, Strep pyogenes)
 - Insuficiencia cardiaca de alto gasto
 - Shock séptico

Categoría	Causas principales	Frecuencia
Dermatosis preexistente	Psoriasis, dermatitis atópica, dermatitis seborreica, pitiriasis rubra pilaris	40-50%
Neoplasia cutánea	Micosis fungoide, síndrome de Sézary, linfoma	10-20%
Reacción medicamentosa	Sulfonamidas, penicilinas, antiepilépticos, AINEs, alopurinol	15-20%
Infeciosa	Sífilis secundaria, dermatofitosis extensa, escabiosis noruega, HIV	5-10%
Autoinmune	Lupus eritematoso, dermatomiositis, pénfigo foliaceo	5-10%
Idiopática	Sin causa identificable	10-25%

ERITRODERMIA PSORIÁSICA

La causa más frecuente de eritrodermia en adultos

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Evolución de psoriasis crónica o desencadenamiento agudo.

Eritema intenso generalizado con descamación fina
Puede conservarse algún área de piel no afectada
(**islas de piel sana**).

Prurito intenso.

Desencadenantes: retirada brusca de corticoides, infecciones (faringitis estreptocócica), fármacos (litio, antimaláricos, beta-bloqueantes).

MANEJO

1. **Hospitalización** (control hidroelectrolítico, temperatura)
2. Corticoides sistémicos (prednisona 0.5-1 mg/kg)
3. Ciclosporina o **MTX** (control rápido)
4. Biológicos (adalimumab, ustekinumab) en casos refractarios
5. Hidratación intensiva, emolientes
6. ATB si infección secundaria

DIAGNÓSTICO: CLAVES

- **Historia** previa de psoriasis ó antecedentes familiares
- **Uñas:** pitting, onicolisis, manchas de aceite
- **Articulaciones:** artritis asimétrica, distal, sacroileítis
- **Biopsia:** acantosis, elongación de crestas, neutrófilos en epidermis

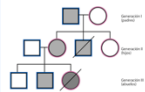


PRONÓSTICO

Variable según causa subyacente.

Mejor pronóstico que la idiopática.

Mortalidad: 10-30% en eritrodermias graves, principalmente por infección y desequilibrio metabólico.



ERITRODERMIA DE MICOSIS FUNGOIDE · SÍNDROME DE SÉZARY

Eritrodermia linfoproliferativa: el gran simulador

MICOSIS FUNGOIDE (MF) - FASE ERITRODÉRMICA

Linfoma cutáneo de células T (LCCT) más frecuente.
Evolución lenta: parche -placas eritematosas → tumores → eritrodermia.

En **fase eritrodérmica:** eritema +++, descamación +++, prurito +++, alopecia, distrofia ungueal. Puede preceder diagnóstico años. Claves: lesiones previas en 'short de baño', asimetría, evolución progresiva.

SÍNDROME DE SÉZARY

Variante leucémica de LCCT.
Triada: **eritrodermia + linfadenopatía + células de Sézary en sangre periférica** ($> 1000/\text{mm}^3$ o $> 10\%$ linfocitos).
Células de Sézary: linfocitos T CD4+ con núcleo cerebriforme.

Prurito intenso, alopecia, distrofia ungueal, **queratodermia palmoplantar. Mortalidad elevada** (5 años: 10-40%).

Característica	Eritrodermia psoriásica	Micosis fungoide	Síndrome de Sézary
Historia previa	Psoriasis conocida	Lesiones en 'bañera' años previos	Sin lesiones previas
Prurito	Intenso	Severo	Severo
Alopecia	No	Frecuente	Frecuente
Uñas	Pitting, onicolisis	Distrofia	Distrofia severa
Linfadenopatía	No	Regional	Generalizada
Células atípicas	No	Piel (biopsia)	Sangre (Sézary)
Biopsia	Psoriasis	Infiltrado linfocitario epidérmico (Pautrier)	Similar a MF + leucemia
Pronóstico	Bueno con tratamiento	Variable según estadio	Grave (10-40% a 5 años)

OTRAS CAUSAS DE ERITRODERMIA...

REACCIONES MEDICAMENTOSAS

Sdme de DRESS (fiebre, linfadenopatía, eosinofilia, hepatitis).
Sdme de Stevens-Johnson (SJS) y Necrólisis Epidérmica Tóxica (NET).

Fármacos: sulfonamidas, antiepilépticos (fenitoína, carbamazepina, lamotrigina), alopurinol, AINEs, ATB (penicilinas, minociclina). **Inicio: días-semanas post-fármaco.**

AUTOINMUNES E INFLAMATORIAS

Lupus eritematoso (LE) subagudo o cutáneo generalizado.
Dermatomiositis (eritema en V de cuello, Gottron).
Pénfigo foliáceo (eritrodermia escamosa).
Pitiriasis rubra pilaris (PRP): eritrodermia con islas de piel sana, queratodermia palmoplantar, folículos queratósicos (espinas de gato).

INFECCIOSAS

Sífilis 2^{ria}
Escabiosis noruega (crostosa): eritrodermia hiperqueratósica, millones de ácaros, inmunosupresión, discapacidad.
HIV: DS extensa, reacciones medicamentosas.

Fármaco	Tiempo de inicio	Características	Mortalidad
Antiepilépticos aromáticos	1-8 semanas	SSJ/NET, DRESS	SSJ: 1-5%, NET: 30-50%
Alopurinol	2-6 semanas	DRESS, SSJ/NET	Variable
Sulfonamidas	1-3 semanas	SSJ/NET, DRESS, fijo	Variable
AINEs	Horas-días	Urticaria, fijo, eritrodermia	Baja
Penicilinas	Horas-semanas	Morbiliforme, urticaria, anafilaxia	Baja (salvo anafilaxia)
Minociclina	Semanas-meses	Pigmentación, DRESS, lupus	Baja

ALGORITMO DIAGNÓSTICO DE LA ERITRODERMIA

Paso	Evaluación	Elementos clave
1. Anamnesis	Fármacos, dermatosis previa, viajes, contactos	Inicio, evolución, prurito
2. Exploración	Piel, mucosas, uñas, cabello, ganglios	Islas de piel sana, alopecia, distrofia
3. Laboratorio	Hemograma, bioquímica, VHS, PCR, eosinófilos	Anemia, eosinofilia, leucocitosis
4. Biopsia	Piel (HE + inmunofluorescencia, IHQ)	Descartar MF, lupus, pénfigo
5. Imagen	TC toracoabdominal	Linfadenopatía, visceromegalias
6. Sangre periférica (sospecha de linfoma)	Inmunofenotipo	Células de Sézary

RESUMEN: CUADRO COMPARATIVO DE ERITRODERMIAS

Síntesis para la práctica clínica

Causa	Historia	Prurito	Alopecia	Uñas	Linfadenopatía	Clave diagnóstica
<u>PSORIASIS</u>	Psoriasis previa	Intenso	No	Pitting, onicolisis	No	Placas previas, uñas, articulaciones
MICOSIS FUNGOIDE	Lesiones en 'short de baño' años	Severo	Frecuente	Distrofia	Regional	Infiltrado linfocitario epidérmico (Pautrier)
SÍNDROME DE SÉZARY	Sin lesiones previas	Severo	Frecuente	Distrofia <u>severa</u>	Generalizada	Células de Sézary en sangre
DRESS	Fármaco reciente	Moderado	No	No	Generalizada	Eosinofilia, hepatitis, fiebre
SJS/TEN	Fármaco reciente	Dolor > prurito	No	No	No	Afectación mucosa, desprendimiento epidérmico
ESCABIOSIS NORUEGA	Prurito previo, contactos	Variable	No	No	No	Costras, millones de ácaros, inmunosupresión

ERITRODERMIA



TABLA SINÓPTICA: INTEGRACIÓN DE LESIONES Y SÍNDROMES

Puntos para llevarse a casa...

Síndrome	Lesiones elementales clave	Signos de alarma	Diagnóstico prioritario	Manejo urgente
EXANTEMA	Máculas, pápulas, vesículas	Fiebre >39°C, púrpura, mucosas	Sarampión, sífilis, SSJ, meningococemia	Aislamiento, antibióticos, hospitalización
AMPOLLAS	Vesículas, ampollas	Nikolsky +, mucosas, fiebre	Pénfigo vulgar, SSJ/NET	Biopsia IFD, corticoides, hospitalización
ÚLCERAS	Erosión, úlcera, escara	>4-6 semanas, bordes indurados	Carcinoma, vasculitis, decúbito	Biopsia, desbridamiento, tratamiento etiológico
ERITRODERMIA	Eritema + descamación generalizados	Hipotermia, shock, infección	Psoriasis, SSJ/NET, Sézary	Hospitalización, hidratación, corticoides

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

REFERENCIAS RECOMENDADAS:

1. Bologna JL, Jorizzo JL, Schaffer JV. Dermatology. 4th ed. Elsevier; 2017.
2. Fitzpatrick TB, et al. Dermatología en Medicina General. 8ª ed. McGraw-Hill; 2019.
3. Rooks Textbook of Dermatology. 9th ed. Wiley-Blackwell; 2016.
4. Habif TP. Clinical Dermatology: A Color Guide to Diagnosis and Therapy. 6th ed. Elsevier; 2016.
5. James WD, et al. Andrews' Diseases of the Skin: Clinical Dermatology. 13th ed. Elsevier; 2019.
6. Pemphigus and Pemphigoid. International Pemphigus and Pemphigoid Foundation. www.pemphigus.org
7. European Academy of Dermatology and Venereology (EADV) Guidelines. www.eadv.org
8. American Academy of Dermatology (AAD) Guidelines. www.aad.org
9. Guía de práctica clínica de úlceras de la pierna. SEHER. 2020.
10. Guía de eritrodermia. AEDV. 2021.

| GRACIAS POR SU ATENCIÓN

**La dermatología no es solo 'lo que se ve', sino 'lo que se interpreta'.
La semiología cutánea es una herramienta poderosa para el diagnóstico precoz de enfermedades sistémicas,
infecciosas y autoinmunes.**