

# Queratosis actínica y campo de cancerización

**Zulema Martí Oltra**

Médico de familia y comunitaria. Montcada i Reixac



**III Jornadas de Patología Cutánea en Atención Primaria**  
**La piel: contamos contigo**

4 de Octubre de 2018

Facultad de Biblioteconomía y Documentación de la Universidad de Barcelona



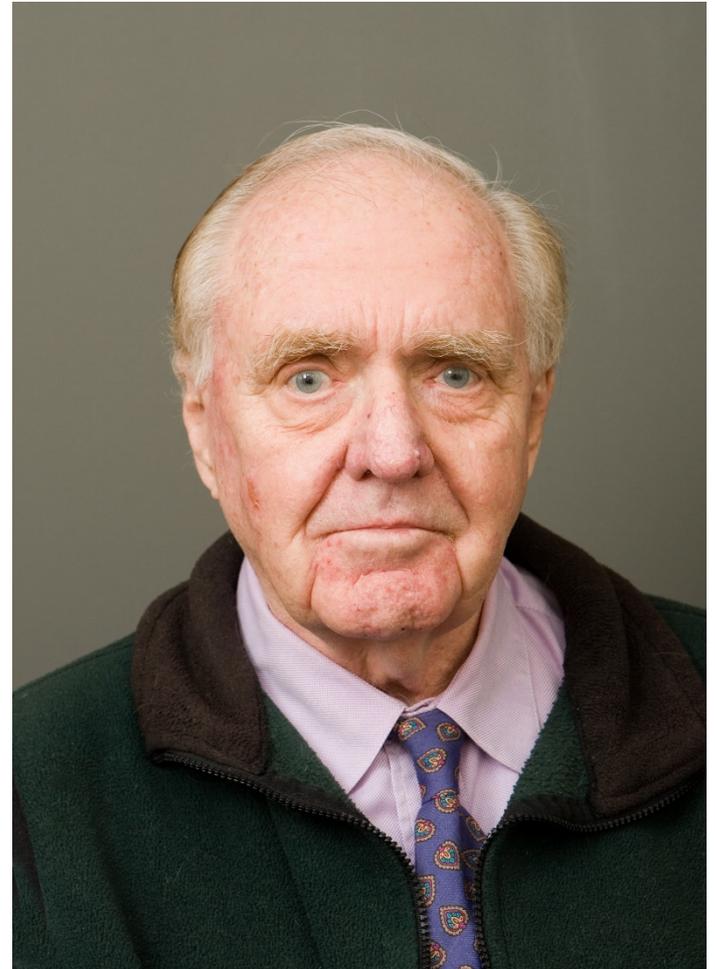
**Grupo de Dermatología de CAMFiC**  
[dermato@camfic.org](mailto:dermato@camfic.org)



**CAMFiC**  
societat catalana de medicina  
familiar i comunitària



- 80 años
- AP:
  - Fumador
  - HTA
  - Carcinoma de próstata
  - EPOC









# Caso Clínico 1:

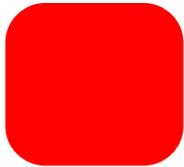
## ▪ ¿Qué puedo tener?



Un carcinoma espino celular



Una queratosis actínica



Un carcinoma basocelular



# Caso Clínico 1:

- ¿Qué puedo tener?



Un carcinoma espino celular



# ¿Qué son las Queratosis Actínicas?

- Son neoplasias intraepidérmicas originadas a partir de los queratinocitos epidérmicos expuestos de forma crónica al sol.
- Deben ser consideradas como carcinomas escamosos in situ con potencial de evolución a carcinoma escamoso invasor.





# Caso Clínico 1:

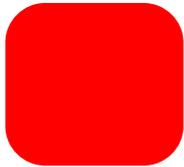
- Pero doctor@s ...si tengo otra QA y esta es muy pequeña y poco infiltrada no tendré un CEC, ¿no?



El riesgo de padecer CEC invasor siempre está ligado al grosor



El riesgo de padecer CEC invasor no está ligado al número de lesiones

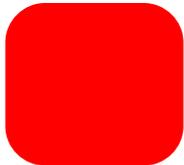
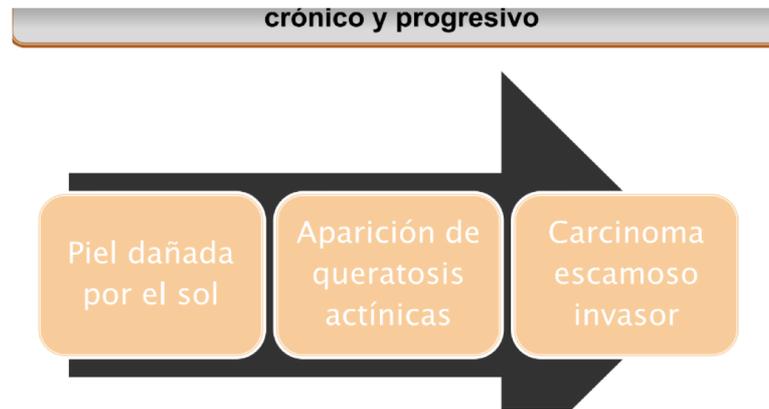


El riesgo de padecer CEC invasor depende del estado inmunitario



# Caso Clínico 1:

- Pero doctor@s ...si tengo otra QA y esta es muy pequeña y poco infiltrada no tendré un CEC, ¿no?



El riesgo de padecer CEC invasor depende del estado inmunitario



## Las QAT forman parte de un proceso carcinogénico crónico y progresivo

Piel dañada por el sol

Aparición de queratosis actínicas

Carcinoma escamoso invasor



Es importante que los pacientes con QA soliciten evaluación y tratamiento para reducir su riesgo de enfermedad más avanzada → progresión a CEC  
Por lo tanto, el tratamiento de las KA debe de ser precoz y eficaz.  
(Rigel 2013 JAAD)

Piel dañada  
por el sol

Aparición de  
queratosis  
actínicas

Carcinoma  
escamoso  
invasor



# Tratamiento en AP

- Técnicas ablativas/destructivas:
  - Cirugía
  - Legrado con/sin electrocoagulación
  - Crioterapia

## Ventajas:

- Tratamiento de lesiones hipertróficas
- Estudio histológico
- Sencillo y rápido
- Aplicado en consulta

## Desventajas:

- Riesgo de cicatrices antiestéticas, hipopigmentaciones
- Dolor, inflamación, infección
- Altas tasas de recidivas
- Tratamiento no selectivo
- No trata el campo de cancerización
- No previene recidivas
- No indicado cuando hay más de 5 lesiones en un área anatómica
- Puede **enmascarar** otras lesiones



# Tratamiento en AP

- Técnicas no ablativas/destructivas (tratamientos tópicos):
  - Imiquimod 5%
  - Imiquimod 3,75%
  - Diclofenaco 3% en gel de ácido hialurónico 1.5%
  - Ingenol Mebutato gel 150 µg/g / 500 µg/g gel
  - 5-Fluoracilo 0.5% +/- ácido salicílico 10% \*

## Ventajas:

- **Sirven tanto para el tratamiento de lesiones individuales como para el tratamiento del campo de cancerización** (\* excepto 5-FU+ácido salicílico, sólo en lesiones individuales)

Tratamiento selectivos sobre células cancerígenas y estimuladores de respuesta inmune.

## Desventajas:

- Aplicado por el paciente
- Reacciones cutáneas locales



ADHERENCIA



Piel dañada  
por el sol

Aparición de  
queratosis  
actínicas

Carcinoma  
escamoso  
invasor



# Tratamiento en AP

Piel dañada  
por el sol

Aparición de  
queratosis  
actínicas

Carcinoma  
escamoso  
invasor



# Caso Clínico 1:

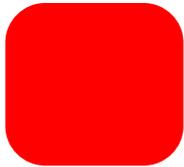
- En un área me han puesto un tratamiento ingenol mebutato y tengo una reacción cutánea muy intensa, ¿qué me recomienda?



Agua y jabón



Corticoides tópicos potentes



Corticoides tópicos de moderada intensidad



# Caso Clínico 1:

- En un área me han puesto un tratamiento ingenol mebutato y tengo una reacción cutánea muy intensa, ¿qué me recomienda?



Agua y jabón



# Tratamiento en AP

Piel dañada  
por el sol

Aparición de  
queratosis  
actínicas

Carcinoma  
escamoso  
invasor



# Elección del tratamiento

## Buscar máxima eficacia

- Datos de aclaramiento completo
- Datos de recurrencia a 12 meses
- Adherencia
- Posología y duración del tratamiento
- Reacción cutánea local (RCL)

## Minimizar costes

- Coste de tratamiento por paciente
- Costes a largo plazo  intervalos libres de tratamiento
- Costes derivados del tratamiento (baja laboral, visitas urgentes, tratamientos complementarios...)

## Características del paciente:

- Edad, comorbilidades, inmunosupresión
- Estado mental y cumplimiento
- Preferencias del paciente

## Experiencia del médico



# ¿Cuándo derivar al Dermatólogo?

- KA en pacientes inmunodeprimidos
- KA localizadas en zonas de alto riesgo para un carcinoma escamoso (labio, orejas, periocular).
- Sospecha de carcinoma escamoso invasivo
- Historia previa de carcinoma escamoso invasivo
- Duda diagnóstica
- Lesiones recurrentes tras tratamiento exitoso
- Lesiones persistentes tras tratamiento adecuado
- Campo de cancerización extenso
- No disponibilidad de procedimiento terapéutico adecuado para cada caso



## Ficha repaso caso QA

- Tratamiento precoz de todas las QA y del **campo de cancerización** → prevenir recidivas
- No hay que tenerle miedo a tratar el campo de cancerización
- La crioterapia aislada no previene las recidivas y puede enmascarar otras entidades.
- Hay que plantearse asociar un tratamiento de campo a la crioterapia.
- Si existen reacciones cutáneas locales evitar corticoides tópicos



# BIBLIOGRAFÍA

- [www.dermapixel.com](http://www.dermapixel.com)
- [www.dermatoscopia.camfic.cat/blog](http://www.dermatoscopia.camfic.cat/blog)



# Melanoma en AP

**Zulema Martí Oltra**

Médico de familia y comunitaria. Montcada i Reixac



**III Jornadas de Patología Cutánea en Atención Primaria**  
**La piel: contamos contigo**

4 de Octubre de 2018

Facultad de Biblioteconomía y Documentación de la Universidad de Barcelona



**Grupo de Dermatología de CAMFiC**  
[dermato@camfic.org](mailto:dermato@camfic.org)



**CAMFiC**  
societat catalana de medicina  
familiar i comunitària



- 85 años
- AP:
  - HTA
  - Asmática
- Su médico le ve estas lesiones mientras la auscultaba por una crisis asmática en su casa





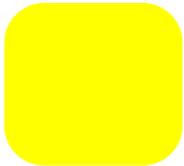


## Caso Clínico 2:

- **Ante esta lesión ¿ Cual es la actitud más correcta?**



Nos quedamos tranquilos , no puede ser nada malo



No cumple criterios ABCD , así que no hacemos nada más

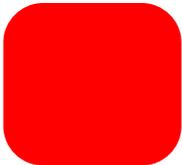


Si tengo un dermatoscopio y sé utilizarlo, lo utilizo



# Caso Clínico 2:

- **Ante esta lesión ¿ Cual es la actitud más correcta?**

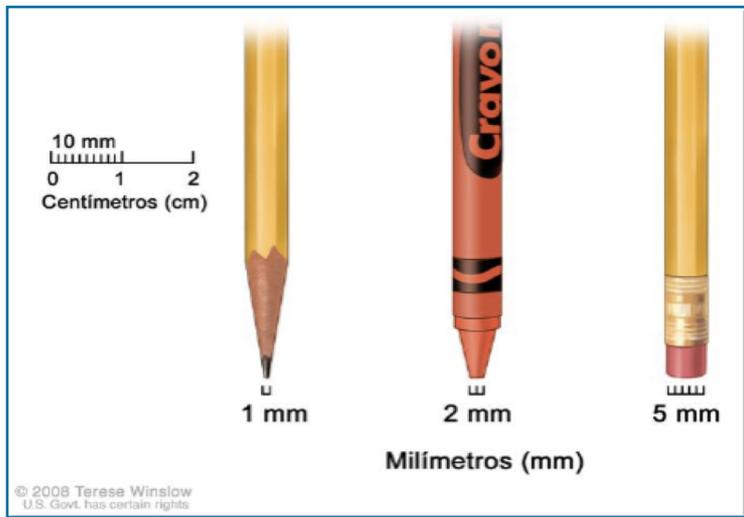


Si tengo un dermatoscopio y sé utilizarlo, lo utilizo

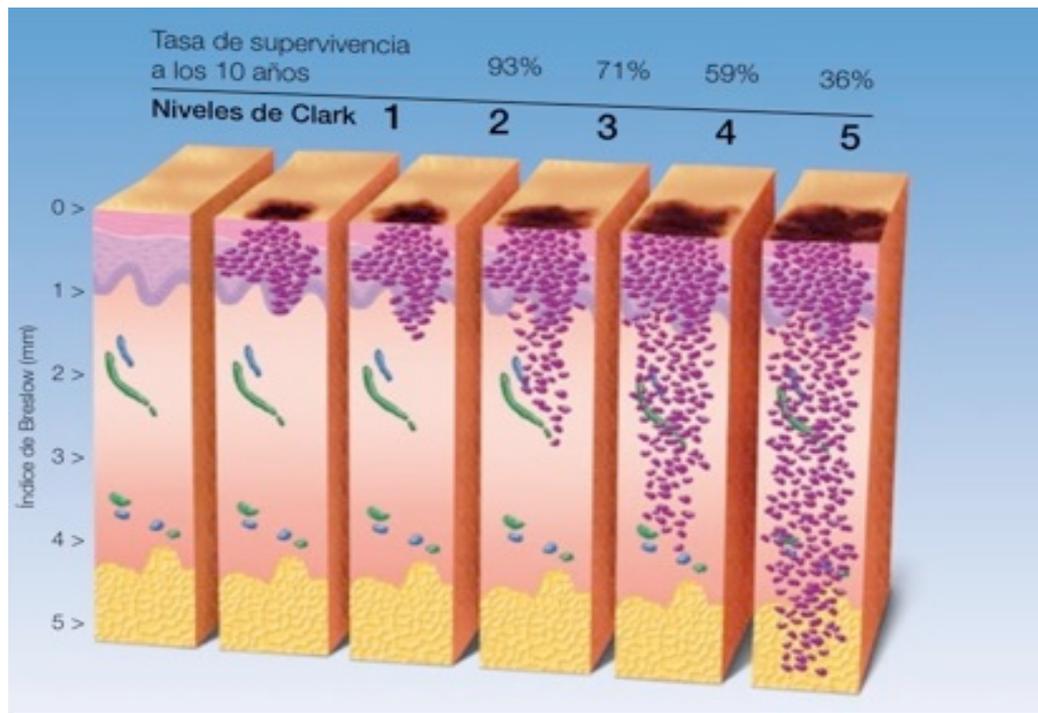




# Melanoma Maligno (MM)



- Importante diagnóstico precoz
- Supervivencia depende del Breslow en el momento del diagnóstico



## Indice de Breslow y supervivencia a 5a

- < 0,8mm → 99%
- 1 a 2mm → 80-96%
- 2,1 a 4 mm → 60-75%
- > 4mm → 37-50%
- Metástasis a distancia → 0%.



# Errores de interpretación del ABCDE

- **Asimetría:** Existen melanomas (MM) simétricos
  - **Bordes irregulares:** Existen MM regulares
  - **Color:** Existen MM de color homogéneo
  - **Diámetro:** Existen MM de menos de 6 mm
  - **Evolución:** Existen MM de lento crecimiento (slow growing) o MM sobre nevus
- Si la lesión es ABCDE +, va a favor de MM
  - Un criterio negativo no descarta el diagnóstico de MM (por ejemplo, la ausencia de asimetría, gran tamaño o cambios rápidos no descartan MM).



# ¿Por qué es tan importante la dermatoscopia?

- **Situación actual de cáncer de piel:**
  - 1/3 del total de cánceres.
  - Incidencia en aumento.
  - El **80% de MORTALIDAD** por cáncer de piel es por **MELANOMA** y en gente joven.
  - CCNM (95%):
    - 70% CBC
    - CBC mujeres > hombres
    - > 65 años
  - **MELANOMA:**
    - Problema de salud pública
    - Los últimos 20 años; aumento de la incidencia a un ritmo más acelerado que otras neoplasias.
- La **dermatoscopia** debería de **estar presente siempre en la consulta** de Atención Primaria para poder complementar un juicio clínico preciso.
- Ayuda a detectar posibles lesiones malignas no distinguibles a simple vista o con la regla ABCDE.



# Regla de los 3 puntos de Soyer

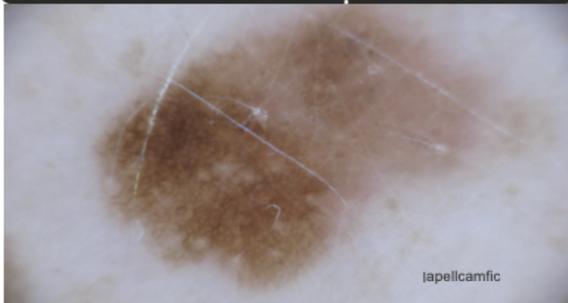
- Ideal para Atención Primaria.
- La “**regla salvavidas**” en AP
- Observadores con **menos experiencia**.
- No discrimina entre lesiones melanocíticas (melanomas) y no (carcinomas).
- Método **simplificado** de cribado.
- Discernir lesión es benigna o maligna
  
- Valora: **Asimetría, retículo atípico, coloración blanco-azul**
  - 0-1 Puntos: Benigno
  - >2 puntos: Maligno



# Regla de los 3 puntos de Soyer

La regla salvavidas en AP : = 0 > 2 puntos

Asimetría 1 punto



Retículo atípico 1 punto



AZUL y/o BLANCO 1 punto



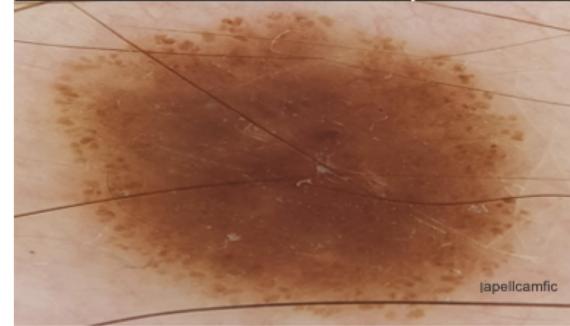
Simetría 0 puntos



Retículo típico 0 puntos



Ausencia de B/A 0 puntos





## Ficha repaso caso MM

- Los profesionales de AP tenemos un papel fundamental en la detección precoz y proactiva del MM
- La dermatoscopia es una herramienta imprescindible en la valoración de tumores cutáneos, (en algunos casos la regla de ABCD E no nos sirve)
- Un observador poco experimentado puede utilizar el dermatoscopio.
- La regla de los 3 puntos de Soyer es un método de cribado del cáncer cutáneo muy útil para observadores poco experimentados.



# BIBLIOGRAFÍA

- [www.dermapixel.com](http://www.dermapixel.com)
- [www.dermatoscopia.camfic.cat/blog](http://www.dermatoscopia.camfic.cat/blog)



# Tratamiento correcto de la uretritis

**Ester Valle Cruells**

Médico de familia y comunitaria. CAP Valldoreix.



**III Jornadas de Patología Cutánea en Atención Primaria**  
**La piel: contamos contigo**

4 de Octubre de 2018

Facultad de Biblioteconomía y Documentación de la Universidad de Barcelona



**Grupo de Dermatología de CAMFiC**  
[dermato@camfic.org](mailto:dermato@camfic.org)



**CAMFiC**  
societat catalana de medicina  
familiar i comunitària



- 25 años
- No AP de interés
- Mínima disuria y secreción uretral desde hace 2-3 días.
- Refiere relación sexual no protegida hace 2 semanas.





- La secreción uretral es el signo más característico, pero no siempre está presente.
- Disuria y prurito en meato son síntomas frecuentes.
- El 25% tiene síntomas faríngeos y el 20% anorrectales (según tipo de relación sexual)





# Caso Clínico 3:

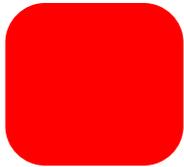
- **Una secreción uretral espesa nos orienta:**



Uretritis no gonocócica



Uretritis gonocócica

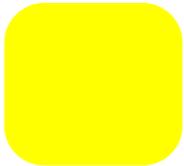


Candidiasis



# Caso Clínico 3:

- **Una secreción uretral espesa nos orienta:**

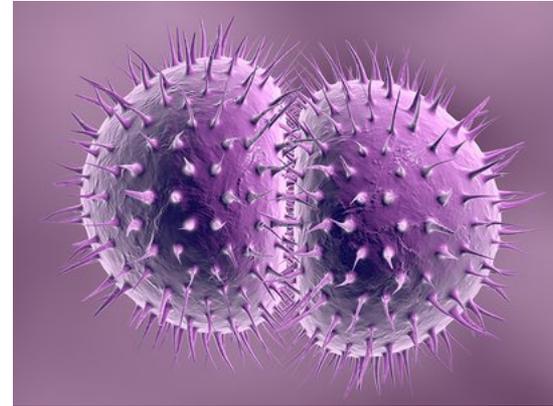


Uretritis gonocócica



# Clasificación de la uretritis

- U. GONOCOCICA:
  - ✓ *Neisseria gonorrhoeae*.
- U. NO GONOCOCICA:
  - ✓ *Chlamydia trachomatis* (20-50%)
  - ✓ Micoplasmas: *Ureaplasma urealyticum*, *M. genitalium*.
- En el 25% casos es de etiología desconocida.





# Clasificación de la uretritis

Aunque clínicamente pueden ser indistinguibles:



- U. GONOCOCICA:
  - ✓ suele dar síntomas más precoces y clínica más florida con exudado uretral purulento.



- U. NO GONOCOCICA:
  - ✓ Secreción clara y mucosa



# Diagnóstico de la uretritis

- Se realizará cultivo de la secreción uretral (2 muestras), y PCR en orina.
- Se debe realizar además, cribado de ITS con VIH, sífilis, VHB, VHC y VHA





# Caso Clínico 3:

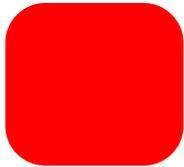
## ▪ El tratamiento empírico ante una uretritis es:



Cefuroxima 500mg (vo) y azitromicina 1g (vo) en monodosis.



Cefixima 400mg (im) y azitromicina 2g (vo) en monodosis.

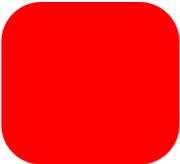


Ceftriaxona 500mg (im) y azitromicina 1g (vo) en monodosis.



# Caso Clínico 3:

- El tratamiento empírico ante una uretritis es:



Ceftriaxona 500mg (im) y azitromicina 1g (vo) en monodosis.



# Tratamiento de la uretritis

Se iniciará TRATAMIENTO EMPÍRICO ante la sospecha clínica, sin esperar resultados:



CEFTRIAXONA 500mg (im) y AZITROMICINA 1g (vo) en monodosis.



# Tratamiento de la uretritis

**Si sospecha de ITS, se ha de tratar SIEMPRE en la consulta de manera empírica:**

- Ceftriaxona 500 mg IM + Azitromicina 1 g VO (o Doxiciclina 500 mg/12 h, 7 d, si alergia a Azitromicina)
- Azitromicina 2 g VO DU (si alergia a Penicilina o Cefalosporinas)

URETRITIS POR NG	URETRITIS POR CT	URETRITIS POR MG
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Azitromicina 1 g VO + Ceftriaxona 500 mg IM</b></li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Azitromicina 1 g VO</b></li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Azitromicina 500 mg/d VO (1 día) seguido de Azitromicina 250 mg/d VO (4 días)</b></li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Azitromicina 2 g VO DU</li><li>• Az 1 g VO + Cefixima 400 mg VO DU</li><li>• Az 1 g VO + Espectinomicina 2 g IM UD **</li><li>• Az 1 g VO + Cefotaxima 500 mg IM UD</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Doxiciclina 100 mg VO 1/12 h (7 días) *</li><li>• Eritromicina 500 mg/12h VO (10 días)</li><li>• Ofloxacino 200 mg/12h VO (7 días) *</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Moxifloxacino 400 mg/d VO (10-14 días)</li></ul>



# Tratamiento de la uretritis

- Se aconseja reevaluación al mes del tratamiento y repetición de pruebas en embarazadas, en caso de que persista la sintomatología, cumplimiento terapéutico dudoso o uso de fármacos de segunda línea.
- Se recomienda también evaluación a los 3 meses por las altas tasas de reinfección.





# Tratamiento de la uretritis

- Es importante valorar y tratar las parejas sexuales de los últimos 60 días o al último contacto sexual si se produjo anteriormente.





## Ficha repaso caso Uretritis

- La secreción uretral es el signo más característico, pero no siempre está presente. Disuria y prurito en meato son síntomas frecuentes.
- Podemos clasificarlas en gonocócicas y no gonocócicas
- Ante cualquier uretritis se realizará cultivo de la secreción uretral (2 muestras), PCR en orina y cribado de ETS.
- Se iniciará tratamiento empírico ante la sospecha clínica, sin esperar resultados con ceftriaxona 500mg (im) y azitromicina 1g (vo) en monodosis.
- Se aconseja reevaluación al mes y estudio las parejas sexuales de los últimos 60 días.



# BIBLIOGRAFÍA

- Aldaz Herce P, Gómez Marco JJ, Javierre Miranda AP, Martín Martín S, Morató Agustí ML, Moreno Millán N, et al. Prevención de las enfermedades infecciosas. Grupo de expertos del PAPPs. Aten Primaria. 2016;48(supl 1):60-76.
- Grupo de Trabajo de Enfermedades Infecciosas de la semFYC. Manual de enfermedades infecciosas en Atención Primaria. 4.ª ed. Barcelona: Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria; 2017.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Documento de consenso sobre diagnóstico y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual en adultos, niños y adolescentes (Marzo 2017). Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2017



# Diagnóstico de Sarna y tratamiento rápido

**Ester Valle Cruells**

Médico de familia y comunitaria. CAP Valldoreix.



**III Jornadas de Patología Cutánea en Atención Primaria**  
**La piel: contamos contigo**

4 de Octubre de 2018

Facultad de Biblioteconomía y Documentación de la Universidad de Barcelona



**Grupo de Dermatología de CAMFiC**  
[dermato@camfic.org](mailto:dermato@camfic.org)



**CAMFiC**  
societat catalana de medicina  
familiar i comunitària



- 43 años de origen indio,
- No AP de interés
- Prurito de una semana de evolución. Niega fiebre.
- 4 compañeros de piso tienen síntomas parecidos.







# Caso Clínico 4:

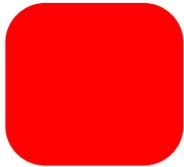
- **¿ Ante una lesión pruriginosa en brazo y muñeca, deberíamos plantearnos:**



Liquen plano



Eccema de contacto



Sarna



# Caso Clínico 4:

- **¿ Ante una lesión pruriginosa en brazo y muñeca, deberíamos plantearnos:**



Sarna



- Infección por el *ácaro Sarcoptes scabiei hominis*.
- Pápulas generalizadas ( nódulos escabióticos) de distribución irregular.
- Más frecuentes en genitales, pliegues subglúteos, muñecas, codos y pliegues interdigitales.
- La lesión patognomónica, no siempre visible, es el *surco acarino* y la *perla acarina*









La complicación más frecuente es la sobreinfección cutánea





# Caso Clínico 4:

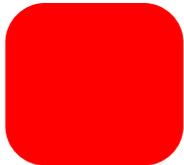
## ▪ El tratamiento indicado para sarna incluye:



Lavar la ropa a 30º y mantenerla cerrada en bolsas 10 días.



Secar la ropa a 60º 20 minutos.



Sólo lavar la ropa de la persona con síntomas



# Caso Clínico 4:

- El tratamiento indicado para sarna incluye:



Secar la ropa a 60º 20 minutos.



# TRATAMIENTO

## Medidas generales

- Tratar a todos lo convivientes, aunque sean asintomáticos.
- Lavar la ropa a 70°C o calor seco a 60°C durante 20 min. y dejar la ropa en una bolsa cerrada 10-15 días.
- Evitar el contacto piel con piel con otras personas hasta que la infección esté resuelta.





# TRATAMIENTO

## Medidas generales

- Antihistamínico no sedante (el prurito post escabiosis puede durar 2-3 semanas).
- Antibióticos orales si sobreinfección.
- Corticoides tópicos si inflamación grave .





# TRATAMIENTO

## Fármacos escabicidas

- **PERMETRINA** al 5% crema (de elección).
  - ✓ Aplicar desde barbilla a pies durante 8-12h y repetir a los 7-14 días.
- **Alternativa:** **Azufre** al **10%**, formulada con vaselina
  - ✓ 1 aplic/3 días seguidos por semana, 2 semanas.





## Ficha repaso caso Escabiosis

- La lesión patognomónica son los surcos acarinos, pero no siempre se ven.
- La complicación más frecuente es la sobreinfección cutánea
- El tratamiento debe realizarse también en todos los convivientes
- El tratamiento incluye lavar la ropa a 70°C o calor seco a 60°C durante 20 min. y dejar la ropa en una bolsa cerrada 10-15 días.
- El tratamiento de elección es Permetrina al 5% crema, aplicada desde barbilla a pies durante 8-12h. Repetir a los 7-14 días.



# BIBLIOGRAFÍA

- Fitzpatrick TB, Alle Jonhson R, Polano Machiel K, Suurmond D, Wolff K. Scabies. En: Fitzpatrick TB ed. Atlas en color y sinopsis de Dermatología Clínica. 5ª ed. Interamericana: McGraw-Hill 2005; 853-861.
- Medina i Bombardó D, et al. Infecciones de transmisión sexual. In: Llor C, et al, eds. Manual de enfermedades infecciosas en Atención Primaria, 4ª edición. Barcelona: Congresos y ediciones semfyc; 2017. p. 187-208.
- Batalla Sales M, et al. Infecciones cutáneas. In: Llor C, et al, eds. Manual de enfermedades infecciosas en Atención Primaria, 4ª edición. Barcelona: Congresos y ediciones semfyc; 2017. p. 229-254.



# Dermatitis atópica: fuera mitos

**Carolina Burgos Díez**

Médico de familia y comunitaria. EAP Apenins. Badalona



**III Jornadas de Patología Cutánea en Atención Primaria**  
**La piel: contamos contigo**

4 de Octubre de 2018

Facultad de Biblioteconomía y Documentación de la Universidad de Barcelona



**Grupo de Dermatología de CAMFiC**  
[dermato@camfic.org](mailto:dermato@camfic.org)

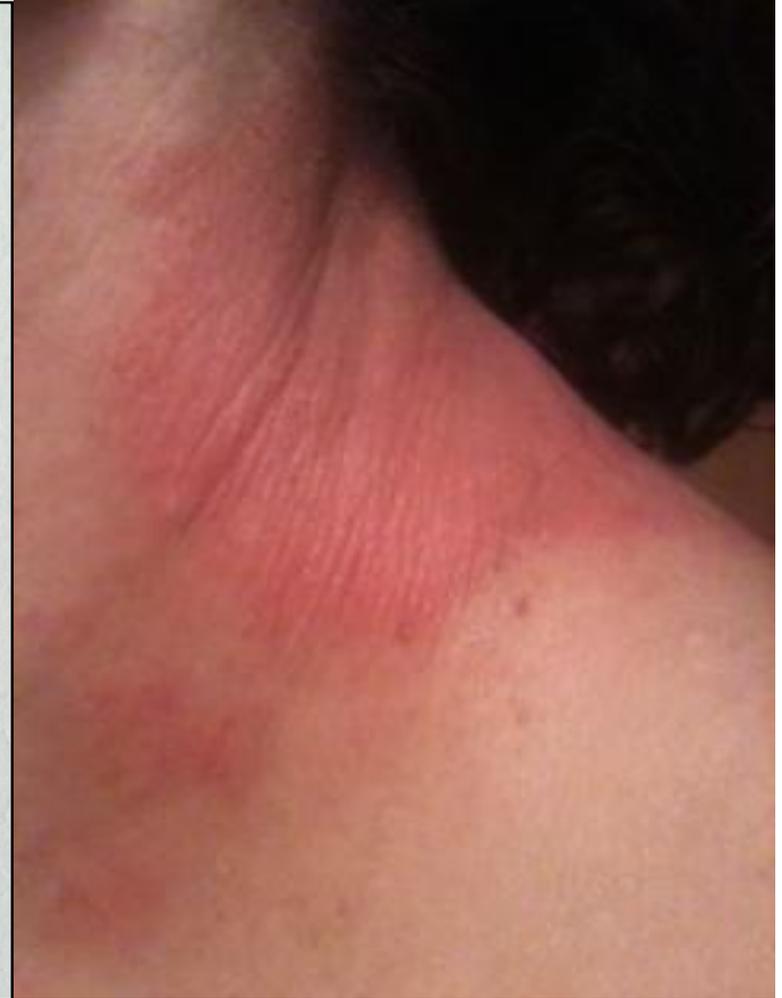


**CAMFiC**  
societat catalana de medicina  
familiar i comunitària



- 41 años
- No consumo de tóxicos
- AP de dermatitis atópica en la infancia y adolescencia. Tratamiento con corticoides tópicos en momentos de empeoramiento.
- Acude a la consulta por presentar empeoramiento de sus lesiones habituales. Ánimo deprimido. Refiere que “siempre igual”, está harta.









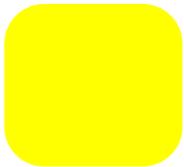


# Caso Clínico 5:

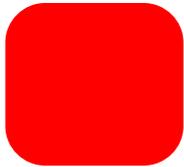
- **¿Cómo se realiza el diagnóstico de nuestra paciente?:**



Es un diagnóstico clínico



Es un diagnóstico clínico pero se requiere la evaluación de Feldman et al.

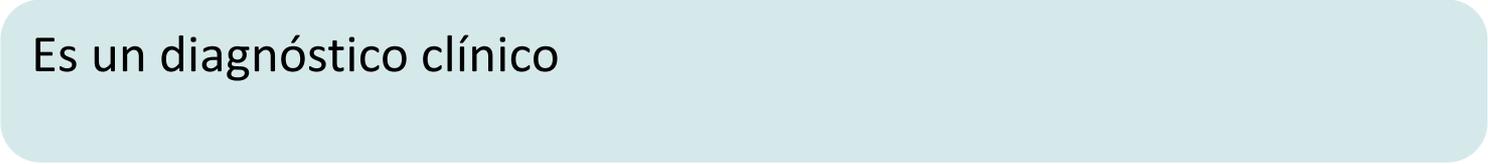


Es un diagnóstico clínico pero se requiere una analítica con Ig E



# Caso Clínico 5:

- **¿Cómo se realiza el diagnóstico de nuestra paciente?:**



Es un diagnóstico clínico



# Diagnóstico clínico

El diagnóstico requiere al menos de tres criterios mayores más tres menores

Criterios diagnósticos de Hanifin y Rajka (1980), modificados en 1997 por The Joint Task Force on Practice Parameters. (AAAAI, ACAAI, JCAAI)

## CRITERIOS MAYORES:

1. Prurito con o sin excoriación.
2. Liqueficación y linealidad flexural en adultos. Dermatitis de cara y superficie extensora en los niños
3. Dermatitis crónica o recurrente.
4. Historia familiar o personal de atopia (asma, rinoconjuntivitis, urticaria contacto, dermatitis atópica) respiratoria o cutánea.

## CRITERIOS MENORES:

- \* Xerosis
- \* Ictiosis/palmas hiperlineales
- \* Edad de comienzo temprano. Susceptibilidad a infecciones cutáneas bacterianas y virales.
- \* Dermatitis de manos y pies
- \* Eccema de pezón
- \* Queilitis
- \* Conjuntivitis recurrente
- \* Pliegue infraorbitario
- \* Oscurecimiento periorbital
- \* Palidez facial/eritema facial
- \* Eritrodermia
- \* Pityriasis alba
- \* Pliegue anterior del cuello
- \* Acentuación perifolicular
- \* Dermografismo blanco/blanqueamiento retardado
- \* Daño a la inmunidad celular
- \* Queratocono
- \* Catarata subcapsular anterior



# Diagnóstico clínico

Eichenfield LF, Tom WL, Chamlin SL, Feldman SR, Hanifin JM, Simpson EL, et al. Guidelines of care for the management of atopic dermatitis: section 1. Diagnosis and assessment of atopic dermatitis. J Am Acad Dermatol. 2014 Feb;70(2):338-51

1. Prurito
2. Eccema (agudo, subagudo, crónico)
3. Morfología típica y patrones específicos de edad
4. Historia crónica o recurrente

Los patrones incluyen:

- ✓ Participación facial, del cuello y extensores en bebés y niños
- ✓ Lesiones de flexión en cualquier grupo de edad
- ✓ Ingles y axilas

Situaciones importantes que agregan soporte para el diagnóstico:

- Edad temprana de inicio
- Atopia
- Historial personal y / o familiar
- Reactividad a la inmunoglobulina E
- Xerosis

Características asociadas:

- Respuestas vasculares atípicas (p. Ej., Palidez facial, dermografismo blanco, respuesta blanqueada tardía)
- Queratosis pilaris / pitiriasis alba / palmas hiperlineales / ictosis
- Cambios oculares / periorbitales
- Acentuación perifolicular / liquenificación / lesiones de prurigo



# Diagnóstico clínico

**No existen biomarcadores específicos** que puedan recomendarse para el diagnóstico y / o la evaluación de la gravedad de la enfermedad.

(Nivel de evidencia: II Fuerza de la recomendación: B)

La **monitorización de los niveles de inmunoglobulina E** no se recomienda de rutina para la evaluación de la gravedad de la enfermedad.

(Nivel de evidencia: I Fuerza de la recomendación: A)



Eichenfield LF, Tom WL, Chamlin SL, Feldman SR, Hanifin JM, Simpson EL, et al. Guidelines of care for the management of atopic dermatitis: section 1. Diagnosis and assessment of atopic dermatitis. J Am Acad Dermatol. 2014 Feb;70(2):338-51



# Diagnóstico clínico

Los médicos debemos conocer y evaluar las condiciones asociadas con la dermatitis atópica (Nivel de evidencia: I, II Fuerza de la recomendación: C)

- **Rinitis / rinoconjuntivitis**
- **Asma**
- **Alergia alimentaria**
- **Alteración del sueño**
- **Depresión y otras afecciones neuropsiquiátricas**

Eichenfield LF, Tom WL, Chamlin SL, Feldman SR, Hanifin JM, Simpson EL, et al. Guidelines of care for the management of atopic dermatitis: section 1. Diagnosis and assessment of atopic dermatitis. J Am Acad Dermatol. 2014 Feb;70(2):338-51



# TRATAMIENTO

## Medidas no farmacológicas

- 1-Emolientes:** debe ser una parte integral del tratamiento ya que existe una fuerte evidencia de que su uso puede reducir la gravedad de la enfermedad y la necesidad de una intervención farmacológica. (I, A)
- 2-**No existe un estándar para la frecuencia o duración del baño. (III, C)
- 3-**Los humectantes deben aplicarse poco después del baño para mejorar la hidratación de la piel en pacientes con AD. (II, B)
- 4-**Se recomienda el uso limitado de jabones, que sean neutros, hipoalergénicos y sin fragancia. (III, C)
- 5-**Aceites, emolientes y la mayoría de otros añadidos al agua del baño y el uso de agua de manantial ácida no pueden recomendarse, no hay evidencia suficiente. (III, C)
- 6-**Terapia de envoltura húmeda **con o sin** un corticoide tópico se puede recomendar para pacientes con DA de moderada a grave para disminuir la gravedad de la enfermedad y la pérdida de agua durante las erupciones. (II, B)

Eichenfield LF, Tom WL, Chamlin SL, Feldman SR, Hanifin JM, Simpson EL, et al. Guidelines of care for the management of atopic dermatitis: section 1. Diagnosis and assessment of atopic dermatitis. J Am Acad Dermatol. 2014 Feb;70(2):338-51



# TRATAMIENTO

## Medidas farmacológicas

Leve	Moderada	Grave
<ul style="list-style-type: none"><li>• Emolientes</li><li>• Corticoides tópicos de potencia baja</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Emolientes</li><li>• Corticoides tópicos de potencia intermedia</li><li>• Inmunomoduladores tópicos (tacrolimus, picremolimus)</li><li>• Cura oclusiva</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Emolientes</li><li>• Corticoides tópicos de potencia alta</li><li>• Inmunomoduladores tópicos (tacrolimus, picremolimus)</li><li>• Cura oclusiva</li><li>• Fototerapia</li><li>• Tratamiento sistémico</li></ul>

National Institute for Health of Clinical Excellence. Atopic eczema in children: Management of atopic eczema in children from birth up to the age of 12 years. [consultado enero 2015] disponible en : <http://publications.nice.org.uk/atopic-eczema-in-children-cg57>



# TRATAMIENTO

## Medidas farmacológicas: corticoides

1. **El tipo de corticoide** dependerá de la edad del paciente, las áreas del cuerpo a aplicar y otros factores del paciente como el grado de xerosis, la preferencia del paciente y el costo de medicación. (III, C)
  1. La evidencia sugiere que **una aplicación diaria** de algunos corticoides puede ser suficiente. (II, B)
  1. Se recomienda el **uso proactivo e intermitente de corticoides tópicos** como terapia de mantenimiento (1-2 veces / sem). (II, B)
  1. Tener en cuenta el potencial de **efectos secundarios tanto tópicos como sistémicos**, particularmente en niños. (I, C)
  1. Controlar mediante **examen físico los efectos secundarios cutáneos** a largo plazo. (III, B).

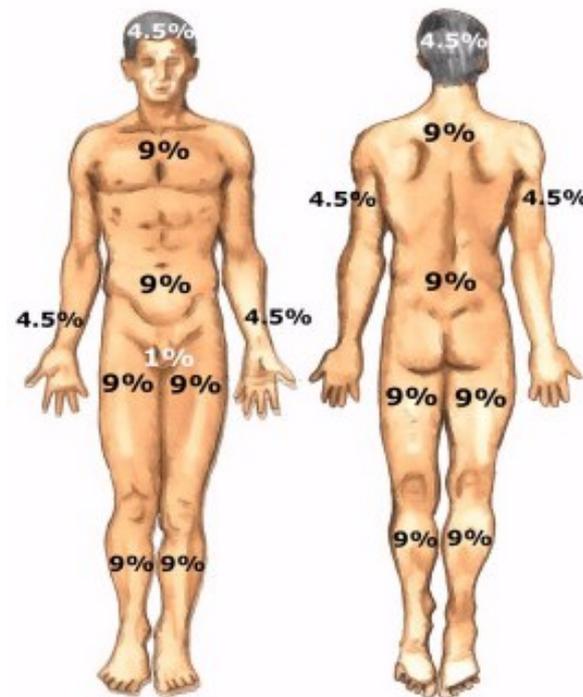
Eichenfield LF, Tom WL, Chamlin SL, Feldman SR, Hanifin JM, Simpson EL, et al. Guidelines of care for the management of atopic dermatitis: section 1. Diagnosis and assessment of atopic dermatitis. J Am Acad Dermatol. 2014 Feb;70(2):338-51



# TRATAMIENTO

## Medidas farmacológicas

- Regla de los 9: dividiendo la superficie corporal en 11 partes.
- Cada una de ellas supone el 9% de la superficie corporal.
- Se necesitan 2gr. para cubrirla.
- Cubrir la superficie cutánea corporal puede suponer unos 30gr.





# Caso Clínico 5:

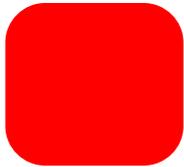
- **¿Cuál de los siguientes vehículos es ideal para tratar lesiones hiperqueratósicas?**



Cremas



Pomadas

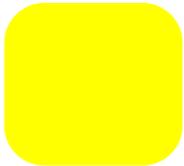


Fomentos



# Caso Clínico 5:

- **¿Cuál de los siguientes vehículos es ideal para tratar lesiones hiperqueratósicas?**



Pomadas



# Caso Clínico 5:

- Señale la opción correcta en relación con la aplicación de corticoides tópicos en la patología dermatológica. (OPOS 1999)



El dipropionato de betametasona está indicado si se necesita corticoides de potencia baja – mediana.



Antes de empezar tratamiento hay que asegurarse de que no hay infección local.



En adolescentes es preferible corticoides de potencia mediana-alta.



Los tratamientos oclusivos están indicados en lesiones extensas.



En lesiones palmo-plantares está indicado iniciar tratamiento con corticoides de potencia baja.



# Caso Clínico 5:

- Señale la opción correcta en relación con la aplicación de corticoides tópicos en la patología dermatológica. (OPOS 1999)

Antes de empezar tratamiento hay que asegurarse de que no hay infección local.



# Caso Clínico 5:

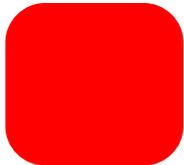
## ▪ ¿Qué recomendaríamos a nuestra paciente?



Seguir como estaba (corticoides tópicos a demanda), lo está haciendo muy bien. Felicitarla para animarla.



Pautar IC (tacrolimus 0.1%) , 2 veces al dia, 2 veces por semana



Pautar IC (tacrolimus 0.03%), 2 veces al dia, diario hasta nuevo control en 6 semanas



# Caso Clínico 5:

- ¿Qué recomendaríamos a nuestra paciente?



Pautar IC (tacrolimus 0.03%), 2 veces al día, diario hasta nuevo control en 6 semanas



# TRATAMIENTO

## Medidas farmacológicas: Inhibidores de la calcineurina

1-Efectivas para el **tratamiento agudo y crónico, junto con el mantenimiento. IC> CT: (I, A)**

No respondedores a corticoides.

Áreas sensibles ( Ej., cara, anogenital, pliegues cutáneos)

Atrofia inducida por corticoides.

Uso tópico ininterrumpido a largo plazo con corticoide.

2-**Niños <2 años** de edad con enfermedad de leve a grave, se puede recomendar el uso de tacrolimus al 0.03% o pomada de pimecrolimus al 1%. (I, A)

3-**Pueden causar irritación en la piel y prurito, sobre todo en la fase aguda.** (II, B)

4-**Uso intermitente** como terapia de mantenimiento (2-3 veces por semana) , disminuye el uso de corticoide tópico (I, A)

5- **Uso concomitante** de un **corticoide tópico.** (II, B)

6-No se han observado aumentos en la prevalencia de infecciones virales cutáneas con el uso continuo o intermitente de IC hasta los 5 años. (III, C)

Eichenfield LF, Tom WL, Chamlin SL, Feldman SR, Hanifin JM, Simpson EL, et al. Guidelines of care for the management of atopic dermatitis: section 1. Diagnosis and assessment of atopic dermatitis. J Am Acad Dermatol. 2014 Feb;70(2):338-51



# Caso Clínico 5:

- **¿Cual de las siguientes afirmaciones sobre los eccemas es falsa? (OPOS 2005)**



La causa más frecuente de eccema de manos es la dermatitis irritativa de contacto.



La dermatitis atópica empeora con el calor, el sol, el verano y la playa



Las pruebas epicutáneas en una dermatitis irritativa de contacto son, por norma, negativas.



El picor es el síntoma más típico de la dermatitis atópica.



# Caso Clínico 5:

- **¿Cual de las siguientes afirmaciones sobre los eccemas es falsa? (OPOS 2005)**

La dermatitis atópica empeora con el calor, el sol, el verano y la playa



## Ficha repaso caso DA

- Detección y evaluación de los pacientes adultos con dermatitis atópica.
- Valoración de los trastornos asociados a la enfermedad (psiquiátricos) y de la calidad de vida.
- Importancia en el uso de emolientes.
- Valorar el uso de inhibidores de la calcineurina en casos moderados a severos que no responden correctamente a corticoides tópicos o han tenido efectos secundarios.



# BIBLIOGRAFÍA

- Eichenfield LF, Tom WL, Chamlin SL, Feldman SR, Hanifin JM, Simpson EL, et al. Guidelines of care for the management of atopic dermatitis: section 1. Diagnosis and assessment of atopic dermatitis. *J Am Acad Dermatol*. 2014 Feb;70(2):338-51.
- Eichenfield LF, Tom WL, Berger TG, Krol A, Paller AS, Schwarzenberger K, et al. Guidelines of care for the management of atopic dermatitis: section 2. Management and treatment of atopic dermatitis with topical therapies. *J Am Acad Dermatol*. 2014 Jul;71(1):116-32.
- Hengge UR1, Ruzicka T, Schwartz RA, Cork MJ. Adverse effects of topical glucocorticosteroids. *J Am Acad Dermatol*. 2006 Jan;54(1):1-15; quiz 16-8.
- Leung DY, Hanifin JM, Charlesworth EN, Li JT, Bernstein IL, Berger WE, Blessing-Moore J, Fineman S, Lee FE, Nicklas RA, Spector SL. Disease management of atopic dermatitis: a practice parameter. Joint Task Force on Practice Parameters, representing the American Academy of Allergy, Asthma and Immunology, the American College of Allergy, Asthma and Immunology, and the Joint Council of Allergy, Asthma and Immunology. *Work Group on Atopic Dermatitis. Ann Allergy Asthma Immunol*. 1997 Sep;79(3):197-211.
- Broeders JA et al. Systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials comparing topical calcineurin inhibitors with topical corticosteroids for atopic dermatitis: a 15 -year experience. *J Am Acad Dermatol*. 2016; 75(2):419.



# Acné y el paradigma del antibiótico

**Carolina Burgos Díez**

Médico de familia y comunitaria. EAP Apenins. Badalona



**III Jornadas de Patología Cutánea en Atención Primaria**  
**La piel: contamos contigo**

4 de Octubre de 2018

Facultad de Biblioteconomía y Documentación de la Universidad de Barcelona



**Grupo de Dermatología de CAMFiC**  
[dermato@camfic.org](mailto:dermato@camfic.org)



**CAMFiC**  
societat catalana de medicina  
familiar i comunitària



- 16 años
- No AP de interes

- corticoides
- anticonceptivos hormonales
- fármacos anabolizantes
- ADT
- litio
- antiepilépticos
- IRS
- Vit B1, B6, B12
- actinomicina D
- ciclosporinas
- isoniacida.









## Caso Clínico 6:

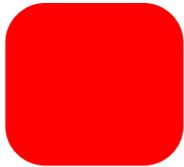
### ▪ ¿ Sabemos lo que tiene nuestro paciente?



Un acné grado I



Un acné grado II



Un acné grado III



## Caso Clínico 6:

- **¿ Sabemos lo que tiene nuestro paciente?**



Un acné grado I



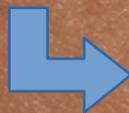
- 21 años
- No AP de interes

- corticoides
- anticonceptivos hormonales
- fármacos anabolizantes
- ADT
- litio
- antiepilépticos
- IRS
- Vit B1, B6, B12
- actinomicina D
- ciclosporinas
- isoniacida.





Comedón cerrado  
(punto blanco)



Comedón abierto  
(punto negro)



Pápula





## Caso Clínico 6:

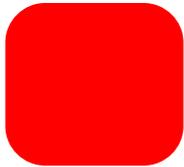
### ▪ ¿ Sabemos lo que tiene nuestra paciente?



Un acné grado I



Un acné grado II



Un acné grado III



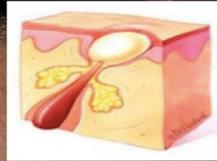
## Caso Clínico 6:

- **¿ Sabemos lo que tiene nuestra paciente?**

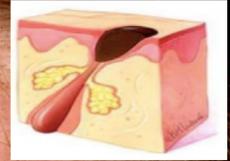


Un acné grado II

**Grado I: Comedoniano**



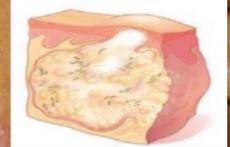
**Grado II: Papulo-pustuloso superficial con comedones**

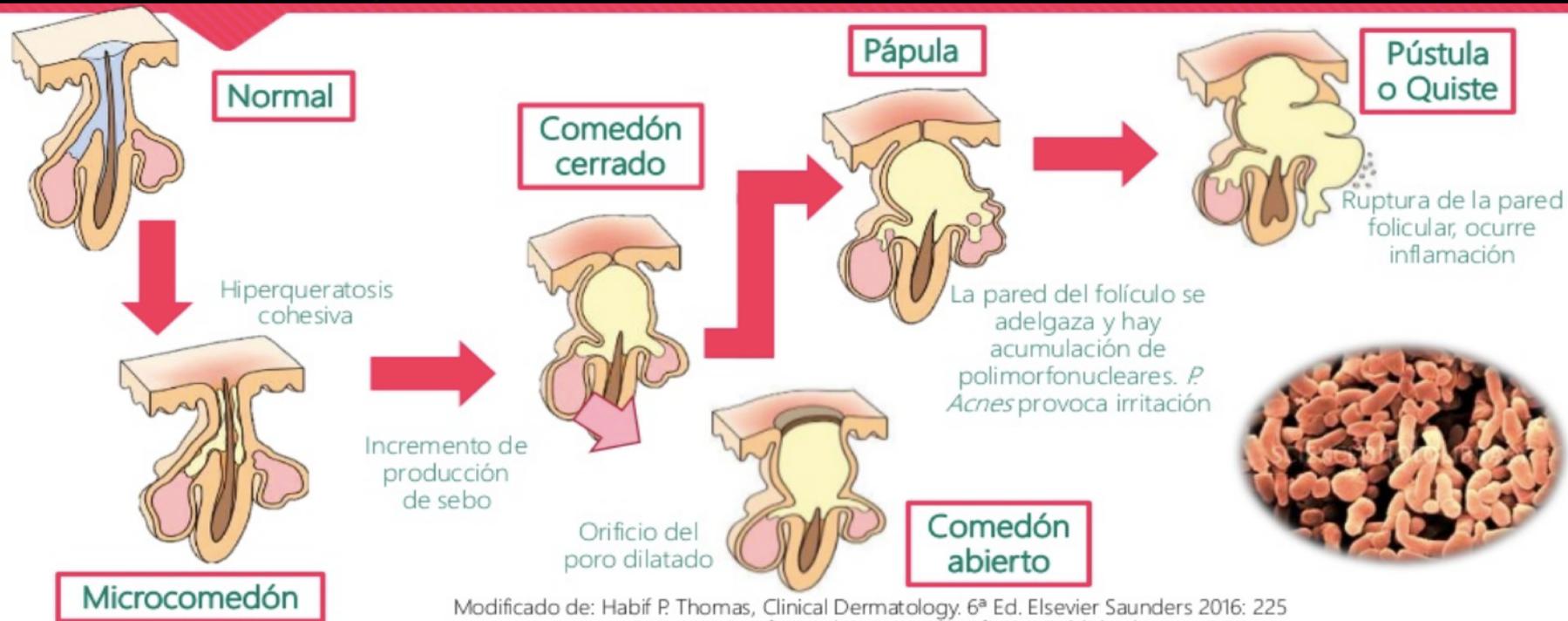


**Grado III: papulo-pustuloso profundo con nódulos**



**Grado IV: Nódulo-quístico con cicatrices /Conglobata**





- Alteración de la queratinización del folículo (comedones)
- Aumento o alteración de la producción de grasa.
- Colonización folicular del *Propionibacterium acnes*.
- Mecanismos inflamatorios congénitos o adquiridos (*Williams et al 2012*)

- Genética (*Bataille et al 2002*), historia familiar de acné (*Wie et al 2010*), dieta rica en azúcares (*Ismail et al 2012*), chocolate (*Magin et al 2005*), factores ambientales -tabaco (*Klatz et al 2006*), cosméticos oclusivos (*Plewig et al 1970*), ...



Si se sospecha androgenismo (*Harper 2008*), poca respuesta al tratamiento, o aparición en mujeres adultas

### **Estudio hormonal:**

- TSH libre (origen ovárico)
- DHEA-S i 17-OH-Pg (origen suprenal)
- FSH/LH (SOP)
- SHBG (globulina fijadora de las hormonas sexuales )
- Androstendiona
- Prolactina (origen Ht-hipofisari)

### **Ecografía ovárica y de suprenales:**

Descarta:

- Síndrome de ovario poliquístico
- Hiperplasia suprenal congénita
- Tumores secretores
- Alteraciones hipofisiarias



## AAD 2016 working group fuerza de recomendación en el tratamiento del acné.

Recomendación	Nivel de recomendación	Nivel de evidencia	Recomendación FDA gestación
Peróxido de benzoilo	A	I,II	C
Antibióticos tópicos (clinda, eritro)	A	I, II	B
Combinación PB+ AB tópicos	A	I	
Retinoides tópicos (adapaleno)	A	I, II	C
Combinación de los 3 anteriores	A	I, II	
Ácido Azelaico	A	I	B
Dapsona	A	I,II	C



**Peróxido de benzoilo** (PBO 2.5-10%): comedolítico, queratolítico, antiinflamatorio y antimicrobiano. Es bactericida para el P. acnes. Y no ha desarrollado resistencias (Tanghetti 2008).

**Antibióticos tópicos:** clindamicina 1%. 1/día. Eritromicina (menos eficaz por resistencias del P. Acnes) 1-2/día.

La asociación con PBO ha mostrado reducir riesgo de resistencia (Zaenglein 2016). 1-3 /día.

**Retinoides tópicos:** derivados de la vitamina A. Sobre todo en el acné comedogénico porque es muy comedolítico. De elección para tratamiento de inducción y mantenimiento. 1/día.

**Tretinoína** (0.025-0.1%), **adapaleno** (0.1%), **Tazaroteno** (0.05-0.1%) Sequedad, eritema, irritación, fotosensibilidad. Mejora con emolientes.

**Ácido azelaico:** comedolítico, antimicrobiano, antiinflamatorio (Strauss 2007). Homogeneiza el color de la piel. Cuidado con pacientes de piel sensible (eritema, irritación). 1/día.

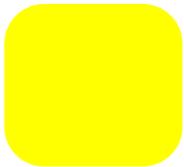


## Caso Clínico 6:

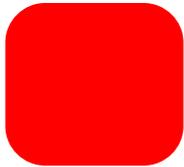
### ▪ ¿ Qué pautamos a nuestro paciente 1?



Peróxido de benzoilo, al 5% una a dos veces al día más clindamicina 1% por las noches. Revalorar en 1 mes.



Peróxido de benzoilo con antibiótico tópico y antibiótico oral. Revalorar en un mes.

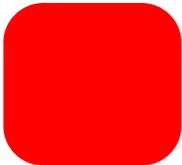


Adapaleno 0.1% y control en 1 mes.



## Caso Clínico 6:

- **¿ Qué pautamos a nuestro paciente 1?**



Adapaleno 0.1% y control en 1 mes.



## Caso Clínico 6:

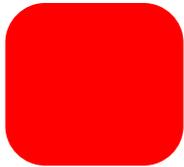
### ▪ ¿ Qué pautamos a nuestra paciente 2?



Peróxido de benzoilo, al 5% una a dos veces al día más clindamicina 1% por las noches. Revalorar en 1 mes.



Peróxido de benzoilo con antibiótico tópico y antibiótico oral. Revalorar en un mes.



Adapaleno 0.1% y control en 1 mes.



## Caso Clínico 6:

### ▪ ¿ Qué pautamos a nuestra paciente 2?



Peróxido de benzoilo, al 5% una a dos veces al día más clindamicina 1% por las noches. Revalorar en 1 mes.



# AAD 2016 algortimo de tratamiento del acné vulgar.

Nº de lesiones por hemicara:	Grado I y Grado II. Leve (<20)	Grado II. Moderado (20-50)	Grado II, III y IV .Severo (>50)
<b>Primera opción</b>	PB o retinoide tópico (RT)	Terapia combinada: PB+AB tópico/ RT PB+AB+RT	AB oral + terapia topica combinada (PB+AB tópico/ RT o PB+AB+RT)
	Terapia combinada: PB+AB tópico/ RT PB+AB+RT	AB <b>oral</b> + RT+PB O AB <b>oral</b> + RT+PB+AB tópico	Isotretinoina oral
<b>Alternativa</b>	Añadir RT o PB si no se pautaba	Considerar otra combinación	Cambiar AB oral
	Otro retinoide (tretinoina o tazaroteno)	Cambiar AB oral (doxiciclina o minociclina o eritromicina)	Añadir ACO en mujeres o espironolactona
	dapsona	Añadir ACO en mujeres o espironolactona	



## Caso Clínico 6:

- **¿Cuál de las siguientes afirmaciones no es cierta en relación a la terapia tópica del acné en niños?**



Está aprobado el uso de adapaleno tópico en niños <12 años.



La tretinoína tópica no está autorizada en niños (la combinación tretinoína + clindamicina sí esta autorizada para niños >12 años);



Resto de los retinoides tópicos autorizados en niños  $\geq 12$  años.



Doxiciclina y minociclina: contraindicadas en niños < 8 años por el riesgo de pigmentación dental permanente



Anticonceptivos hormonales: no pautar a niñas con patrones irregulares de menstruación.



## Caso Clínico 6:

- **¿Cuál de las siguientes afirmaciones no es cierta en relación a la terapia tópica del acné en niños?**

Está aprobado el uso de adapaleno tópico en niños <12 años



## Ficha repaso caso Acné

- Se debe **tratar en función de** la lesión **predominante** y del grado de **severidad**.
- **Retinoides** tópicos: claves en el comedón (acné grado I), en terapia de inicio y mantenimiento.
- PB y combinaciones (con AB tópicos y/o retinoides tópicos) son muy eficaces en acné inflamatorio moderado.
- No se deben prescribir AB orales ni tópicos en monoterapia (pueden producir resistencias de P. acnes)
- Se deben derivar: Pacientes con acné grado III y IV y Grado II resistentes a tratamiento combinado.



# BIBLIOGRAFÍA

- American Academy of Dermatology 2016 working group. *Guidelines of care for the management of acne vulgaris. J Am Acad Dermatol* 2016;74:945-73.
- Williams H.C. et al. *Acne vulgaris. Lancet* 2012;379(9813):361-372.
- Wei et al. *The epidemiology of adolescent acne in North east of Chine. J Eur Acad Dermatol.* 2010;24(8):953-957.
- Bataille V. et al. *The influence of genetics and environmental factors in the pathogenesis of acne: a twin study of acne in women. J. Invest Dermatol.* 2002.119(6):1317-1322.
- Klaz I. et al. *Severe acne vulgaris and tobacco smoking in young men. J. Invest Dermatol.* 2006;126(8):1749-1752.
- Ismail N.H. et al. *High glyceemic load diet, milk, ice cream consumption are related to acne vulgaris in malasyan young adults.*
- Magin P. et al. *A systematic review of the evidence for “myths and misconceptions” in acne management: diet, face-washing and sunlight. Fam Pract* 2005;22(1):62-70.
- Plewig G. et al. *Pomade acne. Arch Dermatol.* 1970;101(5):580-584.
- Harper J.C. *Evaluating Hyperandrogenism: a challence in acne management. J. Drugs Dermatol.* 2008;7(6):527-530.
- Strauss J. S. et al. *Guidelines of care for acne vulgaris management. J Am Acad Dermatol.* 2007;56(4):651-663.
- Thanguetti E. *The evolution of benzoyl peroxide therapy. Cutis.* 2008;82:5-11.



# Virus del papiloma ¿Vacunamos?

**Marta Serra Gallego**

Médico de familia y comunitaria. CAP Valldoreix. HUMT



**III Jornadas de Patología Cutánea en Atención Primaria**  
**La piel: contamos contigo**

4 de Octubre de 2018

Facultad de Biblioteconomía y Documentación de la Universidad de Barcelona



**Grupo de Dermatología de CAMFiC**  
dermato@camfic.org



**CAMFiC**  
societat catalana de medicina  
familiar i comunitària



- 25 años
- AP:
  - Fumador
- Acude por estas lesiones en pene
- Se define heterosexual con pareja estable, pero esporádicamente mantiene relaciones sexuales con otros hombres.





# Caso Clínico 7:

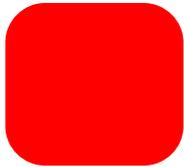
## ▪ ¿ Qué hacemos?



Trato los condilomas. Hago consejo y prevención de otras ITS y despistaje de otras ITS



Trato los condilomas. Hago consejo y prevención de otras ITS, despistaje de otras ITS y vacuno de VPH ya que está financiada en Cataluña



Trato los condilomas. Hago consejo y prevención de otras ITS, despistaje de otras ITS y doy consejo de vacunación VPH



# Caso Clínico 7:

- ¿ Qué hacemos?

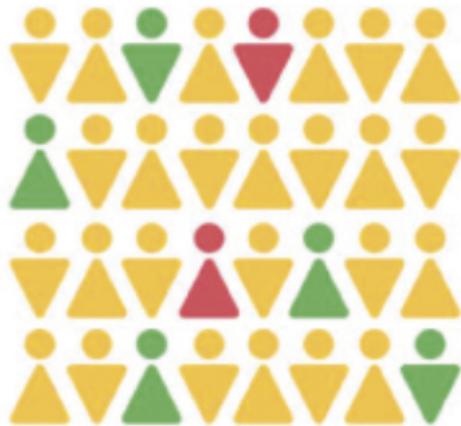


Trato los condilomas. Hago consejo y prevención de otras ITS, despistaje de otras ITS y vacuno de VPH ya que está financiada en Cataluña



## Grupos de riesgo frente al VPH a los que se amplía la financiación pública de la vacunación en Cataluña

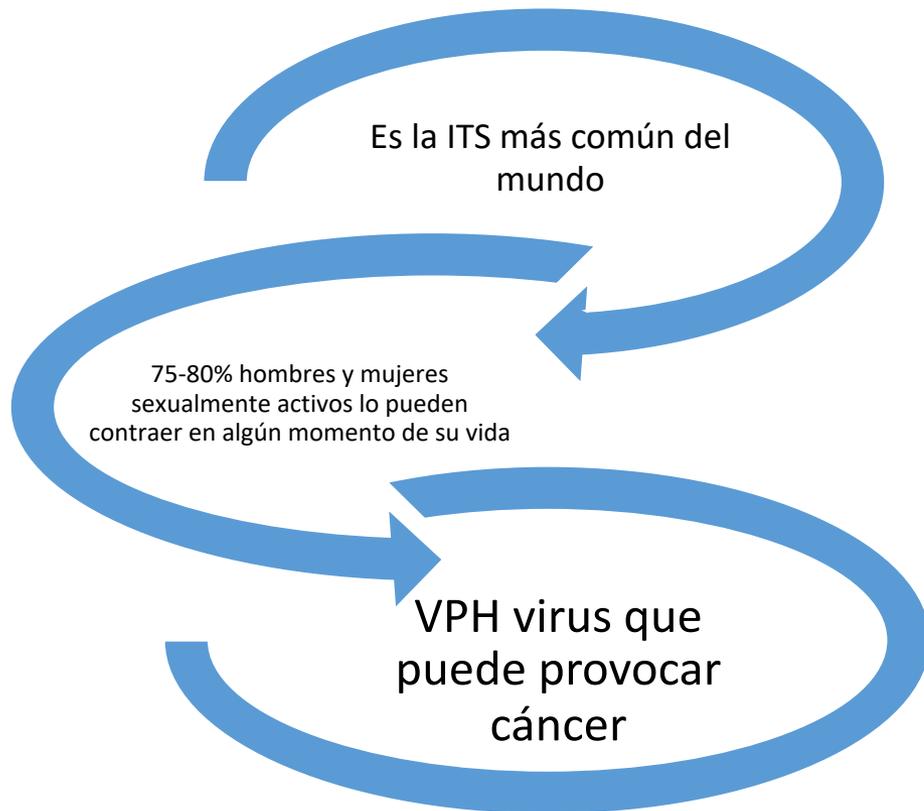
Manual de vacunacions  
de Catalunya



Generalitat de Catalunya  
Agència de Salut Pública  
de Catalunya

- Mujeres a las que se les ha diagnosticado una neoplasia intraepitelial cervical moderada o de un grado más avanzado (CIN 2+) o un adenocarcinoma endocervical in situ (AIS). Se recomienda la administración de la vacunación lo antes posible y hasta 1 año después de la intervención.
- Mujeres y **hombres** con infección por VIH hasta los 26 años
- Mujeres con trasplante de células hematopoyéticas hasta los 26 años.
- **Hombres** que mantienen relaciones sexuales con otros hombres hasta los 26 años.
- Trabajadores del sexo, **hombres** y mujeres, hasta 26 años
- **Personas** que han sufrido abuso sexual hasta 26 años.

diariofarma | Fuente: Manual de vacunaciones de Cataluña. Agencia de Salud Pública de Cataluña (Departamento de Salud)



- Virus ADN que infecta las capas basales del epitelio cutáneo o mucoso.
- Se han aislado más de 150 genotipos, de los cuales, 40 aproximadamente se transmiten por contacto sexual.
- En función de su capacidad oncogénica se clasifican en genotipos de alto riesgo (16/18/31/33/35/39/45/51/52/56/58/59) o de bajo riesgo.



Es la ITS más común del mundo

75-80% hombres y mujeres sexualmente activos lo pueden contraer en algún momento de su vida

VPH virus que puede provocar cáncer

- VPH 16/18 responsables 70% CA cérvix. Además de vulva, vagina, pene y orofaringe
- VPH 6/11 90% verrugas genitales, papilomatosis respiratoria.



# Caso Clínico 7:

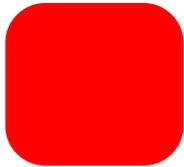
## ▪ La vacuna del VPH



las mujeres son las únicas que se pueden beneficiar de la vacunación



Hay evidencia científica de ser el agente causal de cánceres en la mujer y el hombre



La mayoría de los infectados desarrollarán algún cáncer en algún momento de la vida



# Caso Clínico 7:

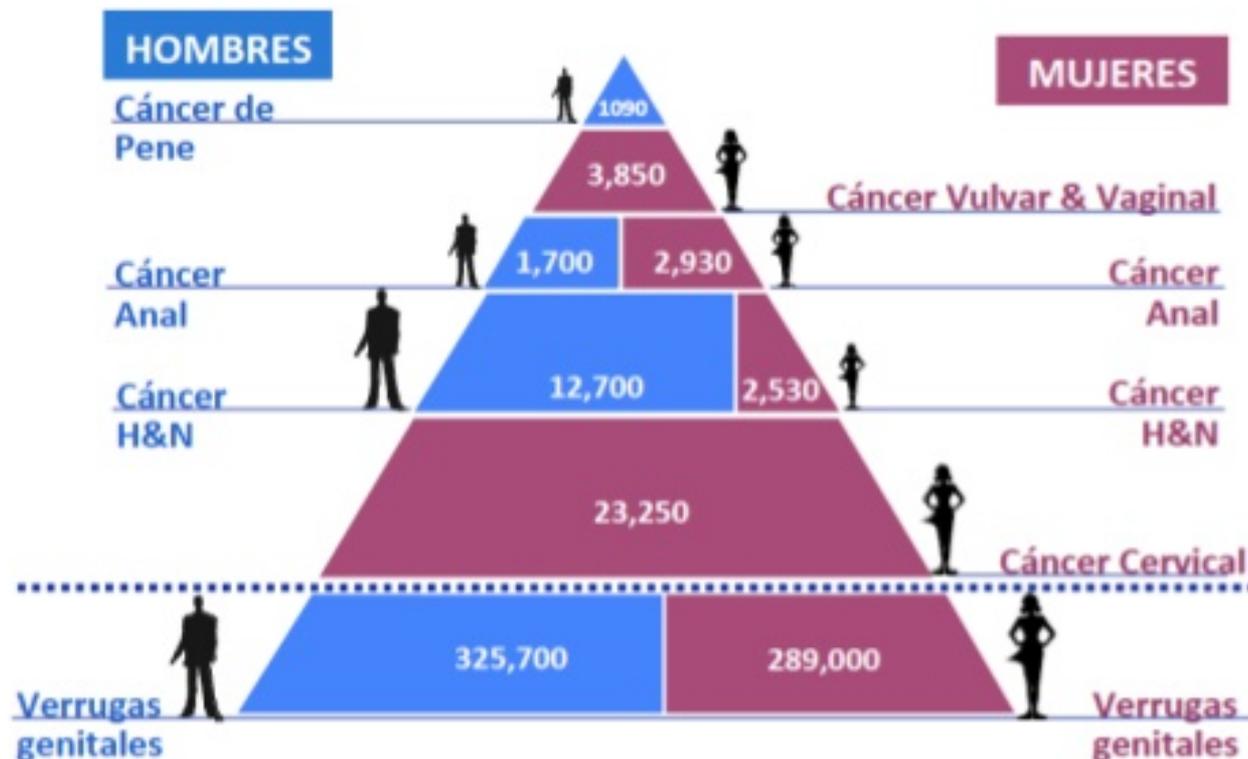
- **La vacuna del VPH**



Hay evidencia científica de ser el agente causal de cánceres en la mujer y el hombre



## Carga de enfermedad asociada a HPV



\*The annual number of new cancer cases potentially related to HPV in Europe was estimated based on cancer incidence rates extracted from IARC'S CI5, Vol. IX (data available for 26 European countries) and on the 2008's Eurostat population. The burden specifically attributable to HPV was then evaluated by applying cancer-specific HPV prevalence estimates extracted from the most relevant published data available

Genital warts estimates based on UK incidence rates from Desai et al. STI 2011

Hartwig et al. BMC Cancer 2012, 12:30



**Tabla I.** Neoplasias relacionadas causalmente con la infección persistente por VPH oncogénicos en el hombre y en la mujer. Estimación del porcentaje de lesiones neoplásicas atribuibles a VPH en las distintas zonas anatómicas y su tasa de incidencia en la población. *Fuente: Giuliano AR et al.<sup>(4)</sup>*

<i>Lesión</i>	<i>% atribuible a VPH</i>	<i>Incidencia: casos por 100.000 personas/año</i>
Cáncer cervical	100%	10-15
Cáncer anal	85%	1
Cáncer de vagina	65%	0,5
Cáncer de pene	40%	0,5
Cáncer de vulva	40%	2
Cáncer de orofaringe	15-35%	1,5



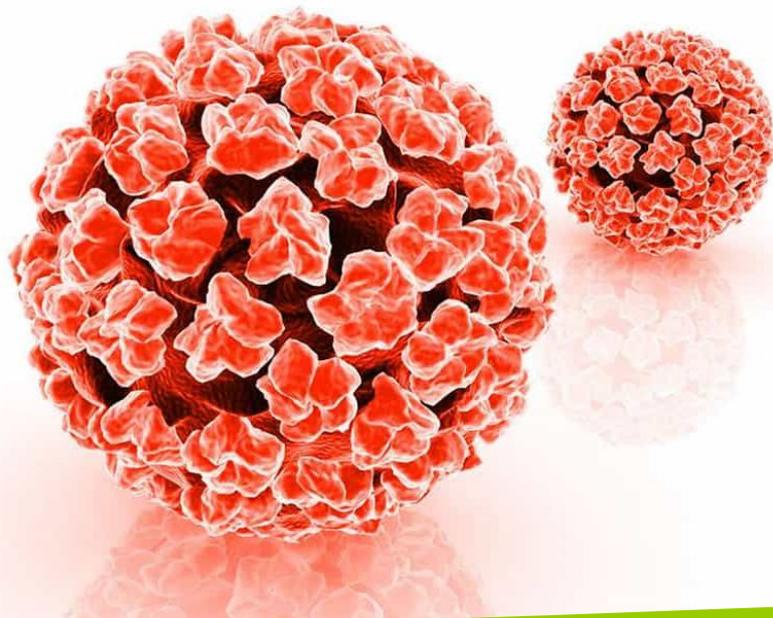
**Table 1. Crude incidence rates of HPV-related cancers**

	Male	Female
Cervical cancer	-	10.6
Anal cancer	0.4-1.9	0.3-1.8
Vulva cancer	-	1.6-4.0
Vaginal cancer	-	0.3-0.7
Penile cancer	1.2-2.8	-
Pharynx (excluding nasopharynx)	5.9	0.7

Please refer to country report for data sources



# EL VIRUS EN HOMBRES



El riesgo de infección en hombres no varia con la edad

El cáncer asociado a VPH va en aumento

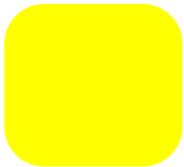


# Caso Clínico 7:

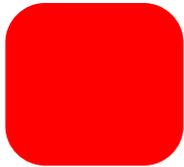
## ▪ En cuanto a las medidas de protección:



El preservativo protege totalmente contra la infección



La monogamia asegura la protección, aunque la castidad absoluta es la única medida realmente eficaz y mejor aceptada socialmente

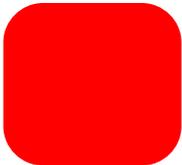


La vacunación es la medida mas eficaz

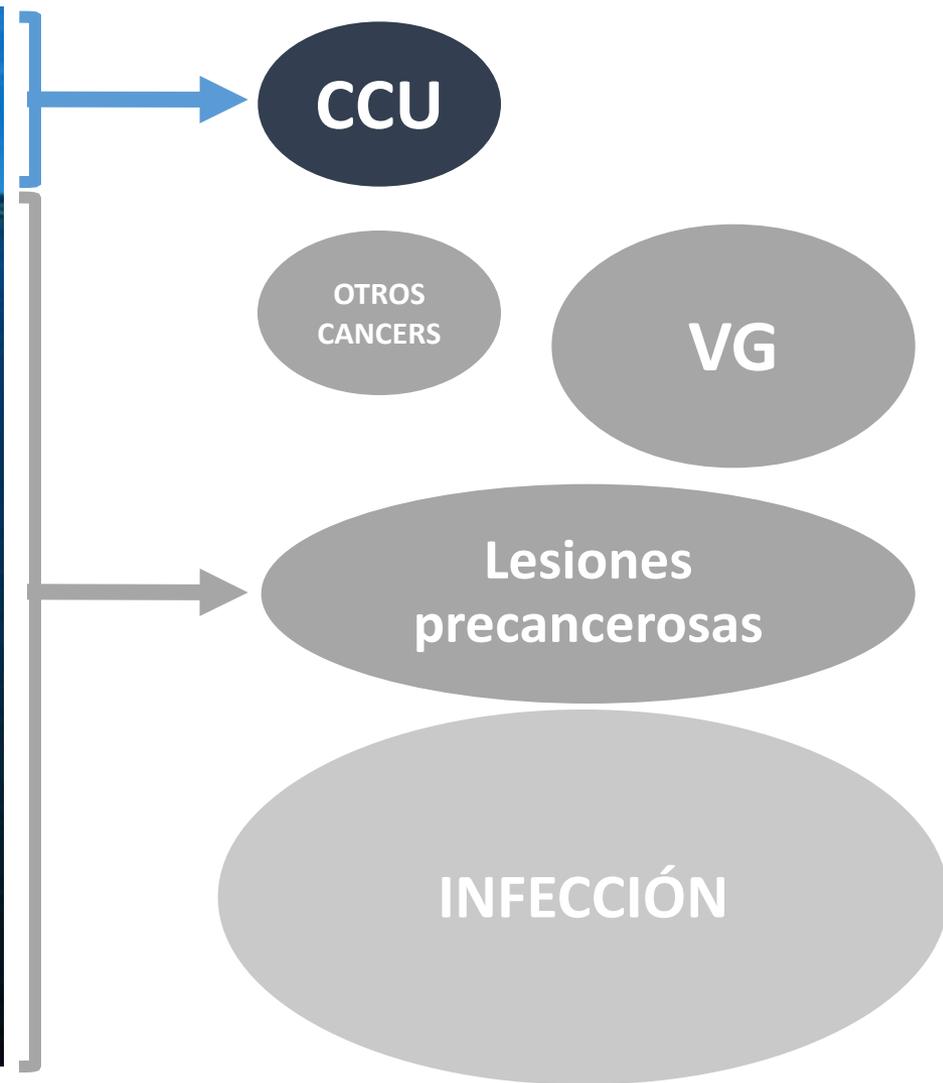
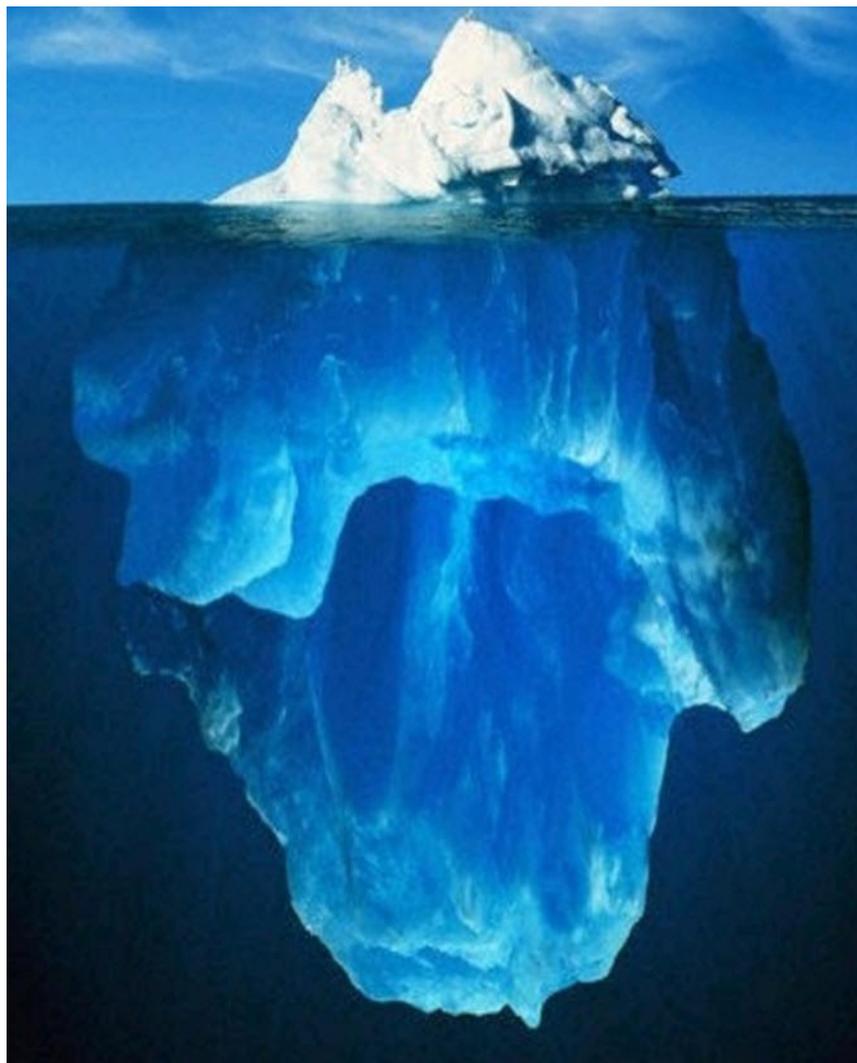


# Caso Clínico 7:

- En cuanto a las medidas de protección:



La vacunación es la medida más eficaz





# RECOMENDACIONES SOCIEDADES CIENTÍFICAS

## MUJERES:

- Vacunación sistemática preadolescentes y adolescentes 9-14años (evidencia A)
- Recomendación de vacunación todas las mujeres hasta los 26 años (evidencia A)
- Valoración individualizada de vacunación mujeres >26años (evidencia B)
- Recomendación de vacunación después del tto de lesiones cuello útero, vagina, vulva o verrugas genitales (evidencia B)
- Infección VIH < 26 años

## HOMBRES:

- Valoración individualizada de vacunación varones de 9-26 años para la prevención de verrugas genitales (evidencia B)
- Recomendación vacunación varones 9-26 años para la prevención de neoplasia anal (evidencia D)
- Infección VIH < 26 años



# VACUNAS FRENTE VPH EN ESPAÑA

	Bivalente (VPH-2)	Tetraivalente (VPH-4)	Nonavalente (VPH-9)
Nombre comercial	Cervarix®	Gardasil®	Gardasil 9®
Tipos de VPH	16, 18	6, 11, 16, 18	6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52, 58
Adyuvante	Hidroxido de aluminio, monofosforil lípido A	Hidroxifosfato de aluminio	Hidroxifosfato de aluminio
Volumen	0,5 mL	0,5 mL	0,5 mL
Vía de administración	Intramuscular	Intramuscular	Intramuscular
Edad de aprobación en Europa	Mujeres y hombres a partir de los nueve años de edad	Mujeres y hombres a partir de los nueve años de edad	Mujeres y hombres a partir de los nueve años de edad

## VACUNA BIVALENTE:

- Entre los 9 y 14 años. 2 dosis. La segunda a los 6 meses de la primera
- A partir de los 15 años → 3 dosis 0-1-6m

## VACUNA TETRAVALENTE:

- Entre los 9 y 13 años. 2 dosis. 0-6 meses.
- A partir de los 14 años → 3 dosis 0-2-6m

## VACUNA NONAVALENTE:

- Entre los 9 y 14 años. 2 dosis. La segunda a los 6 meses de la primera
- A partir de los 15 años → 3 dosis 0-2-6 m



# VACUNAS FRENTE VPH EN ESPAÑA

En pautas de 2 dosis en intervalos inferiores a los recomendados → 3ª dosis

En personas inmunodeprimidas SIEMPRE 3 DOSIS INDEPENDIENTEMENTE DE LA EDAD

## VACUNA BIVALENTE:

- Entre los 9 y 14 años. 2 dosis. La segunda a los 6 meses de la primera
- A partir de los 15 años → 3 dosis 0-1-6m

## VACUNA TETRAVALENTE:

- Entre los 9 y 13 años. 2 dosis. 0-6 meses.
- A partir de los 14 años → 3 dosis 0-2-6m

## VACUNA NONAVALENTE:

- Entre los 9 y 14 años. 2 dosis. La segunda a los 6 meses de la primera
- A partir de los 15 años → 3 dosis 0-2-6 m



# Caso Clínico 7:

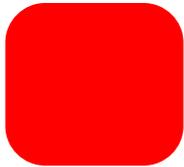
## ▪ La vacuna nonavalente:



Protege de forma eficaz hasta un 90% de los cánceres producidos por el VPH



Es la primera vacuna terapéutica contra la infección por VPH, pero solo en el periodo de latencia de la infección



Tiene la misma composición que la tetravalente, y su eficacia se basa en la protección cruzada entre los tipos



# Caso Clínico 7:

- **La vacuna nonavalente:**

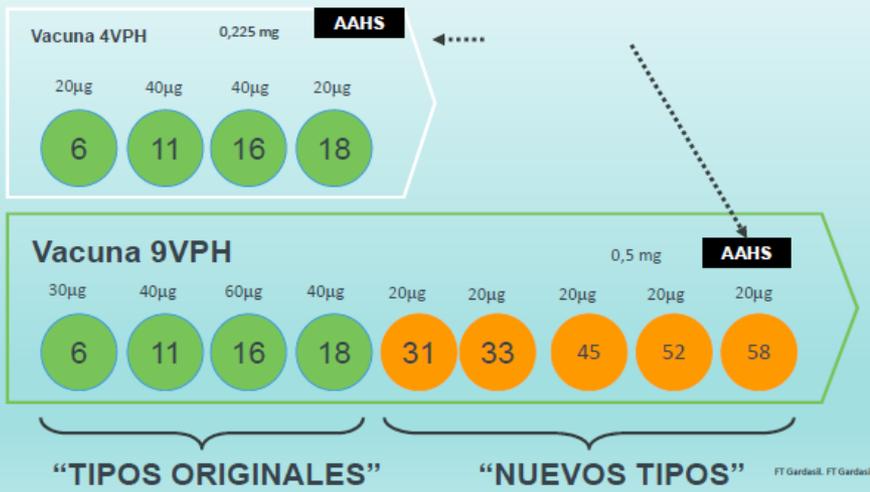


Protege de forma eficaz hasta un 90% de los cánceres producidos por el VPH



# VACUNA VHP 9n

## Comparación de la vacuna nonavalente y tetravalente frente al VPH



## Contribución relativa de HPV16/18 y HPV6/11/16/18/31/33/45/52/58 en los cánceres asociados a VPH por sitio y sexo (2012)

Localización del cáncer Relacionado VPH	Número de casos totales	% atribuible a 16/18	% atribuible 9 tipos*	Casos atribuibles a 9 tipos*
Cuello de útero	530.000	70.8%	89.5%	470.000
Año	35.000	87.0%	95.9%	33.000
Vulva	8.500	72.6%	87.1%	7.400
Vagina	12.000	63.7%	85.3%	9.900
Pene	13.000	70.2%	84.6%	11.000
Cabeza y cuello	38.000	84.9%	89.7%	34.000
Total en mujeres	570.000	71.4%	89.6%	510.000
Total en hombres	60.000	82.3%	90.4%	55.000
Total	630.000	72.4%	89.7%	570.000

\*6/11/16/18/31/33/45/52/58

De Martel et al. Worldwide burden of cancer attributable to HPV by site, country and HPV type. International Journal of Cancer 2017



1

**Incremento de las coberturas de  
vacunación**

2

**Aumento de las poblaciones a  
vacunar**

3

**Aumento de la protección que  
ofrecen las vacunas**

6 11 16 18 31 33 45 52 58

- ✓ **ERRADICACIÓN DEL CÁNCER DE CUELLO DE ÚTERO**
- ✓ **DRÁSTICA DISMINUCIÓN DEL RESTO DE CÁNCERES ASOCIADOS A VPH**



## Ficha repaso caso VPH

- Las vacunas frente VPH son eficientes y seguras
- Su administración debe recomendarse a partir de los 9 años
- La actividad sexual pasada o presente no limita la eficacia de la vacuna
- La vacunación como co-adyuvante post-tratamiento de lesiones intraepiteliales de cérvix reduce el riesgo de recidiva
- NULO EFECTO TERAPÉUTICO.
- Hay que seguir protocolo prevención CA cérvix aunque la mujer esté vacunada
- La vacuna debe ser recomendada en varones.



# BIBLIOGRAFÍA

- Manual de vacunacions de Catalunya
- Prevención del càncer de cuello de útero. Saludde la muejir Dexeus
- AEPC- guías. Vacunación selectiva frente al VPH en poblaciones de riesgo
- VPH. Comités asesor de vacunes de la AEP.
- Vacuna frente al virus del papil·loma humano. Eficacia y Seguridad. Laia Bruni, Beatriz Serrano, Xavier Bosch y Xavier Casellsegué. FMC: actualización en vacunes. Vol. 33. Núm. 5. Mayo 2015 páginas 295-368
- Vacuna nonavalente frente al virus del papiloma humano. Actualización 2017. FX Bosch, D Moreno, E Redondo y A Torné. SEMERGEN.2017.04.017
- El Blog centinel. Vacuna del VPH, lo que dice la ciencia
- Guías Fisterra: prevención del cáncer ce cuello uterino
- Guías Fisterra: Papilomavirus
- Vacunación frente a VPH en adultos. Rev Esp Quimioter 2009 (supl 1) 22-25



# ¿Qué hacemos con las heridas?

**Marta Serra Gallego**

Médico de familia y comunitaria. CAP Valldoreix. HUMT



**III Jornadas de Patología Cutánea en Atención Primaria**  
**La piel: contamos contigo**

4 de Octubre de 2018

Facultad de Biblioteconomía y Documentación de la Universidad de Barcelona



**Grupo de Dermatología de CAMFiC**  
[dermato@camfic.org](mailto:dermato@camfic.org)



**CAMFiC**  
societat catalana de medicina  
familiar i comunitària

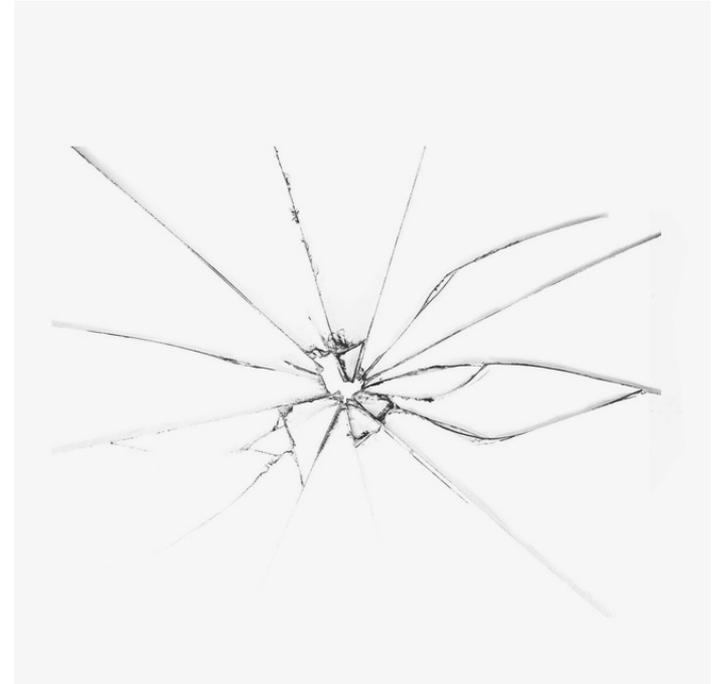


Mujer de 38 años que acude a urgencias de Atención Primaria a las 2 p.m. un lunes.

Sin AP de interés.

VAT no recuerda.

Explica que la madrugada anterior (sobre las 2 a.m. ), tras levantarse, se tropezó cayendo al suelo sobre una mesa de cristal. Sin pérdida de conocimiento.





A la exploración física destaca herida inciso en región Frontal derecha, sin sangrado activo.

Explica que no consultó antes porque no le pareció que “fuese de puntos”.



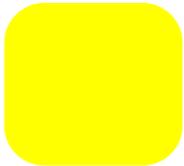


# Caso Clínico 8:

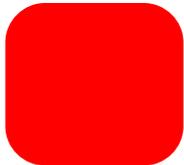
## ▪ ¿ Qué hacemos?



Se trata de una herida de más de 6 horas de evolución. Cura por segunda intención.



Se trata de una herida de más de 6 horas de evolución. Derivo a cirugía plástica

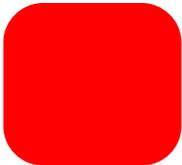


Se trata de una herida de más de 6 horas de evolución en la cara. Intentamos cierre por primera intención



# Caso Clínico 8:

- ¿ Qué hacemos?



Se trata de una herida de más de 6 horas de evolución en la cara.  
Intentamos cierre por primera intención



**Incluida en el banco de preguntas el 06/04/2016.** Categorías: [Cuidados de Enfermería](#) . La información ofrecida puede no estar actualizada. Es posible que nuevos estudios o publicaciones modifiquen o maticen la respuesta dada.

### ¿Hay un "tiempo de oro" para suturar heridas no causadas por mordeduras?

Se ha seleccionado tras la búsqueda 1 revisión narrativa y 2 Sumarios de Evidencias (SE) de Uptodate que hacen recomendaciones con respecto al momento mas adecuado en que se debe realizar la sutura en las heridas traumáticas, no causadas por mordedura. Señalan la importancia de la evaluación/valoración de dichas heridas, siendo la infección de la herida una de las razones principales para no cerrar una herida en primera intención, además de, por ejemplo, el lugar de la herida o la estética. Por tanto, el rango de tiempo ideal para el cierre depende de cada situación individual.

**La revisión narrativa<sup>(4)</sup>** sobre los principios de la evaluación y el tratamiento de heridas en un servicio de urgencias (SU), indica que el manejo adecuado de la herida comienza con una historia detallada del mecanismo de la lesión, así como los antecedentes médicos del paciente. El tiempo transcurrido desde la lesión es esencial en la evaluación de la posible infección de la herida, así como para determinar si realizar o no la reparación/sutura primaria de la herida sería ventajosa.

Con respecto a esto señala que las evidencias varían en cuanto a si se deben cerrar las heridas cuando llegan al SU. Algunos autores encuentran que las heridas de más de 10 horas tienen un mayor riesgo de infección (8 horas en las manos). La política del American College of Emergency Physicians con respecto a la gestión de las heridas penetrantes en las extremidades recomienda que el cierre primario se realice no más tarde de 8 a 12 horas desde el momento de la lesión. Las heridas que tienen bajo riesgo de infección, como las de la cara, cuero cabelludo y tronco, con una mínima contaminación, se pueden suturar con seguridad hasta 12 horas después del momento de la lesión. Del mismo modo, las heridas que están en riesgo moderado de infección, como las de las extremidades con deficiente vascularización, heridas contaminadas o heridas en un paciente inmunodeprimido, se pueden cerrar por primera intención después de la limpieza a fondo dentro de un período de 6 a 10 horas.

El juicio clínico, sin embargo, puede permitir que el período de tiempo para la reparación primaria en ciertas situaciones puede extenderse hasta 20 horas desde el momento de la lesión. Un ejemplo de ello sería una herida limpia en la cara en un paciente, por lo demás sano, sin factores de riesgo de infección; en contraste a un paciente diabético con una herida que se ha realizado hace una hora, que está contaminada, que no puede ser candidato del cierre primario.

El rango de tiempo ideal para el cierre depende por tanto de cada situación individual.

Por otra parte, indica que en ocasiones, las heridas de alto riesgo pueden ser tratadas mejor con una técnica de "cierre primario retardado", de 3 a 5 días



## Re: Is Time to Closure a Factor in the Occurrence of Infection in Traumatic Wounds? A Prospective Cohort Study in a Dutch Level 1 Trauma Centre

M. T. van den Baar, J. van der Palen, M. I. Vroon, P. Bertelink and R. Hendrix

*Departments of Surgery and Microbiology, Medisch Spectrum Twente, Enschede, The Netherlands*

*Emerg Med J 2010; 27: 540–543.*

**Background:** The dogma that traumatic wounds should not be sutured after 6 h is based on an animal experiment by P L Friedrich in 1898. There is no adequately powered prospective study on this cut-off of 6 h to confirm or disprove the dogma. The aim of this study was to provide evidence against the dogma that wounds should be sutured within 6 h after trauma. **Method:** 425 patients were included in a prospective cohort study. Patients' wounds were closed, independent of time after trauma. All patients were seen after 7 to 10 days for removal of stitches and wound control on infection. **Results:** Of



### Topic Outline

#### SUMMARY & RECOMMENDATIONS

#### INTRODUCTION

#### BACKGROUND

#### WOUND PHYSIOLOGY AND HEALING

#### WOUND ASSESSMENT

#### INDICATIONS

#### CONTRAINDICATIONS

#### WOUND PREPARATION

#### SUTURE MATERIALS

##### Terminology

##### Absorbable sutures

- Catgut

- Polyglactin 910 (Vicryl)

    Vicryl Rapide

- Poliglecaprone 25 (Monocryl)

- Polyglycolic acid (Dexon)

- Polydioxanone (PDS)

- Polytrimethylene carbonate (Maxon)

##### Nonabsorbable sutures

rights reserved.

### Closure of minor skin wounds with sutures

Author: David deLemos, MD

Section Editors: Anne M Stack, MD, Allan B Wolfson, MD

Deputy Editor: James F Wiley, II, MD, MPH

#### Contributor Disclosures

All topics are updated as new evidence becomes available and our [peer review process](#) is complete.

**Literature review current through:** Aug 2018. | **This topic last updated:** Jun 28, 2018.

**INTRODUCTION** — Laceration repair with sutures will be discussed here. Information concerning wound preparation and irrigation, topical and infiltrative anesthesia, and tissue adhesive and staples is found separately. (See "[Minor wound preparation and irrigation](#)" and "[Clinical use of topical anesthetics in children](#)" and "[Minor wound repair with tissue adhesives \(cyanoacrylates\)](#)" and "[Closure of minor skin wounds with staples](#)".)

**BACKGROUND** — The basic principles of laceration repair have not changed significantly in the last century, but the therapeutic options now available are more innovative and rigorously studied. The development of topical anesthetics, tissue adhesives, and fast-absorbing sutures has made the management of lacerations less traumatic for the patient. In addition, the use of procedural sedation for difficult lacerations or for the extremely anxious child has made the experience more tolerable for the patient, family, and physician. ~~The goals of wound management are simple: to avoid wound infection, assist in hemostasis, and to provide an~~ esthetically pleasing scar [1]. The majority of studies now are focusing on the esthetic nature of wound healing rather than infection rates, because infection rates remain low, regardless of management.

**WOUND PHYSIOLOGY AND HEALING** — The epidermis, dermis, subcutaneous layer, and deep fascia are the tissue layers of concern in wound closure [2]:

- The epidermis and dermis are tightly adhered and clinically indistinguishable, and together constitute the skin. Dermal



### Minor wound preparation and irrigation

Buscar Paciente Imprimir

#### Topic Outline

#### [SUMMARY & RECOMMENDATIONS](#)

#### INTRODUCTION

#### BACKGROUND

#### ASSESSMENT

Age of injury

Mechanism of injury

- Foreign body

Extent of wound

Neurovascular or tendon injury

Risks for poor outcome

Cosmetic significance

Type of closure

- Primary closure

- Secondary intention

- Delayed primary closure

#### DEBRIDEMENT

#### HEMOSTASIS

#### HAIR REMOVAL

#### INDICATION

[intention'](#) below.)

**Cosmetic significance** — Wounds that are located in cosmetically sensitive areas, such as large wounds that involve the vermillion border of the lip, cartilaginous regions of the nose or ear, or facial lacerations that have tissue missing will present a challenge to good cosmetic outcomes. Consultation with an appropriate surgical specialist is appropriate when the managing physician has limited experience with repairing such wounds. (See "[Assessment and management of lip lacerations](#)", [section on 'Indications for subspecialty consultation or referral'](#) and "[Assessment and management of facial lacerations](#)", [section on 'Indications for subspecialty consultation or referral'](#) and "[Assessment and management of auricle \(ear\) lacerations](#)", [section on 'Indications for subspecialty consultation or referral'](#).)

In addition, the orientation of the wound relative to skin tension lines affects cosmetic outcomes. Relaxed skin tension lines (RSTL) arise from the normal draping of skin on the body (eg, lines on the back angle slightly downward and away from the spine) and from muscle tone and body movement (eg, forehead wrinkles) ([figure 1](#) and [figure 2](#)). Wounds that are oriented perpendicular to these lines have greater potential for scarring [\[19\]](#).

**Type of closure** — The decision of whether to perform primary closure, allow a wound to heal by secondary intention, or perform a tertiary (ie, delayed primary) closure is dependent upon the age of the injury as well as the mechanism and degree of contamination. Absolute contraindications to wound closure are signs of inflammation (redness, warmth, swelling, pain). In the absence of these findings, the decision to close a wound must be made based upon clinical judgment [\[1,20\]](#).

**Primary closure** — Wounds caused by clean, sharp objects that may undergo primary closure at any time up to 12 to 18 hours from the time of injury; location on the trunk or proximal extremity and the patient's lack of other risk factors (see above) favor success in later closure. Wounds of the head and neck may be closed up to 24 hours after injury because of the rich vascular supply of the face and scalp.

**Secondary intention** — Indications for secondary closure (ie, by granulation) include [\[2,5\]](#):

- Deep stab or puncture wounds that cannot be adequately irrigated



# Nuevas tendencias...

Como siempre, evaluar el mecanismo de acción y antecedentes patológicos.

## REVISIÓN NARRATIVA

- Heridas con bajo riesgo infección (cara) mínima contaminación, se pueden suturar hasta 12h después.
- Heridas riesgo moderado de infección, se pueden cerrar por 1ª intención tras limpieza a fondo en las 6-10h después.
- Heridas con alto riesgo de infección: Cierre primario retardado

Permiten extender la reparación 1ª a 24 horas en heridas limpias en la cara, en un paciente sano sin factores de riesgo de infección.





# Nuevas tendencias...

Como siempre, evaluar el mecanismo de acción y antecedentes patológicos.

## SUMARIO DE EVIDENCIAS

- Laceraciones infectadas, una vez limpias, se pueden suturar después de 18h.
- Heridas en la cara hasta un máximo de 24horas. Excepciones 48-72h.

## SUMARIO DE EVIDENCIAS

- No define el tiempo óptimo entre la lesión y la reparación.
- Heridas limpias en tronco , extremidades proximales, sin factores de riesgo. Entre 12 y 18 horas después.
- Heridas en la cara hasta un máximo de 24horas.



# ¿Qué hacemos con la VAT?





# Calendari de vacunacions sistemàtiques 2016

	Diftèria Tètanus Tos ferina	Polio- mielitis	Malaltia per <i>Haemophilus influenzae</i> b	Hepatitis B	Malaltia per meningococ C	Hepatitis A	Xarampió Rubèola Parotiditis	Infecció pel virus del papil·loma humà	Varicel·la	Grip	Malaltia per pneumococ
<b>2 mesos</b>	Hexavalent										Contra el pneumococ conjugada
<b>4 mesos</b>	Hexavalent				Contra el meningococ C conjugada						Contra el pneumococ conjugada
<b>11 mesos</b>	Hexavalent										Contra el pneumococ conjugada
<b>12 mesos</b>					Contra el meningococ C conjugada		Triple vírica				
<b>15 mesos</b>						Contra l'hepatitis A			Contra la varicel·la		
<b>3 anys</b>							Triple vírica		Contra la varicel·la		
<b>6 anys</b>	DTPa-PI					Contra l'hepatitis A					
<b>11-12 anys</b>					Contra el meningococ C conjugada	Contra l'hepatitis A*		Contra el virus del papil·loma humà**	Contra la varicel·la*		
<b>14 anys</b>	Td										
<b>Embarasades</b>	dTpa***									Contra la grip	
<b>40 anys</b>	Td										
<b>A partir de 60 anys</b>										Contra la grip cada any	
<b>65 anys</b>	Td										Contra el pneumococ 23-valent

\* Només per als infants susceptibles de patir la malaltia. Cal administrar-ne dues dosis.

\*\* Només per a les noies. A partir del curs 2014-2015, cal administrar-ne dues dosis.

\*\*\* Entre les setmanes 27 i 36 de gestació.





## Ficha repaso caso Heridas

- Conocer mecanismo lesional
- Conocer antecedentes patológicos – estratificar riesgo infección
- Heridas limpias: hasta 12-18 horas
- Cara → más margen
- Heridas sucias: limpiar. Se extiende hasta 18 horas



# BIBLIOGRAFÍA

- DeBoard RH, Rondeau DF, Kang CS, Sabbaj A, McManus JG. Principles of basic wound evaluation and management in the emergency department. Emerg Med Clin North Am. 2007 Feb;25(1):23-39. [Resumen] [Texto Completo] [Consulta: 06/04/2016]
- David deLemos. Closure of skin wounds with sutures. This topic last updated: Nov 18, 2015. In Uptodate, Anne M Stack, Allan B Wolfson (Ed), UpToDate, Waltham, MA, 2016.
- John C Brancato. Minor wound preparation and irrigation. This topic last updated: May 14, 2014. In: Uptodate, Anne M Stack (Ed), UpToDate, Waltham, MA, 2016.
- Emerg Med J. 2010 Jul;27(7):540-3. doi: 10.1136/emj.2009.075846.
- Is time to closure a factor in the occurrence of infection in traumatic wounds? A prospective cohort study in a Dutch level 1 trauma centre.
- van den Baar MT1, van der Palen J, Vroon MI, Bertelink P, Hendrix R.



# Urticaria y anti-H1

**Dra. Olga Domínguez Guillamón**  
(CAP Vila olímpica de Barcelona)



**III Jornadas de Patología Cutánea en Atención Primaria**  
**La piel: contamos contigo**

4 de Octubre de 2018

Facultad de Biblioteconomía y Documentación de la Universidad de Barcelona



**Grupo de Dermatología de CAMFiC**  
[dermato@camfic.org](mailto:dermato@camfic.org)



**CAMFiC**  
societat catalana de medicina  
familiar i comunitària



# CAP Vila Olímpica, Barcelona 15 h

## Consulta de excedentes

Desde atención al usuario, Ana G. insiere una visita urgente con el siguiente comentario:

“reacción alérgica”







**Lesión cutánea caracterizada por elevación o edema central de tamaño variable casi siempre rodeado por eritema reflejo.**

**De forma característica, el habón de la urticaria es evanescente (desaparece en un máximo de 24 horas). Suelen asociarse a prurito y en ocasiones a sensación de quemazón.**





# Caso Clínico 9:

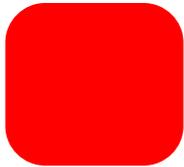
## ▪ ¿ Qué sospechamos?



Definitivamente es una alergia



Necesitamos valorar constantes y como mínimo auscultarle.

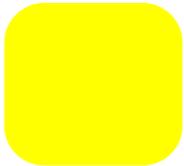


Necesitamos valorar constantes y hacerle una analítica



# Caso Clínico 9:

- ¿ Qué sospechamos?



Necesitamos valorar constantes y como mínimo auscultarle.



# PRURITO ≠ ALERGIA ≠ URTICARIA



**¿Tiene otras manifestaciones?**



**Distrés respiratorio  
Broncospasmo  
Edema laríngeo  
Vómitos persistentes  
Hipotensión  
Síncope  
Artralgias  
Uveítis  
Pericarditis  
Pleuritis  
Fiebre  
Adenopatías  
Dolor abdominal**



# PRURITO

## LESIONES URTICARIFORMES CON ST SISTÉMICA

- Distrés respiratorio
- Broncospasmo
- Edema laríngeo
- Vómitos persistentes
- Hipotensión
- Sincope
- Artralgias
- Uveítis
- Pericarditis
- Pleuritis
- Fiebre
- Adenopatias
- Dolor abdominal

SI

NO

Sólo Angioedema

Lesiones Habonosas ± Angioedema

¿Historia clínica de Habones?

¿Habones objetivables?

Acudirá a consulta con habones para su objetivación

Primer brote

Varios brotes

Descartar:  
Anafilaxia  
Urticaria vasculitis

Descartar:  
Otros

NO SI

SI

NO

¿Los habones individuales duran menos de 24 horas?

SI

VER PROTOCOLO DE URTICARIA

¿Distribución generalizada y/o simétrica?

Toxicodermia

¿Se agrupan las lesiones de forma lineal?

Picaduras

¿Tienen las lesiones carácter artefacto?

Eczema de contacto

¿Predominio nocturno y/o agregación familiar?

Escabiosis

Descartar:  
Celulitis  
Eczema agudo localizado

¿Existe sospecha de angioedema hereditario?

NO SI

Ver protocolo de angioedema inducido por bradicininas

¿En tratamiento con fármacos causantes de angioedema adquirido por la vía de las bradicininas?

NO

SI

Suspender el fármaco



**¿Es una urgencia?**



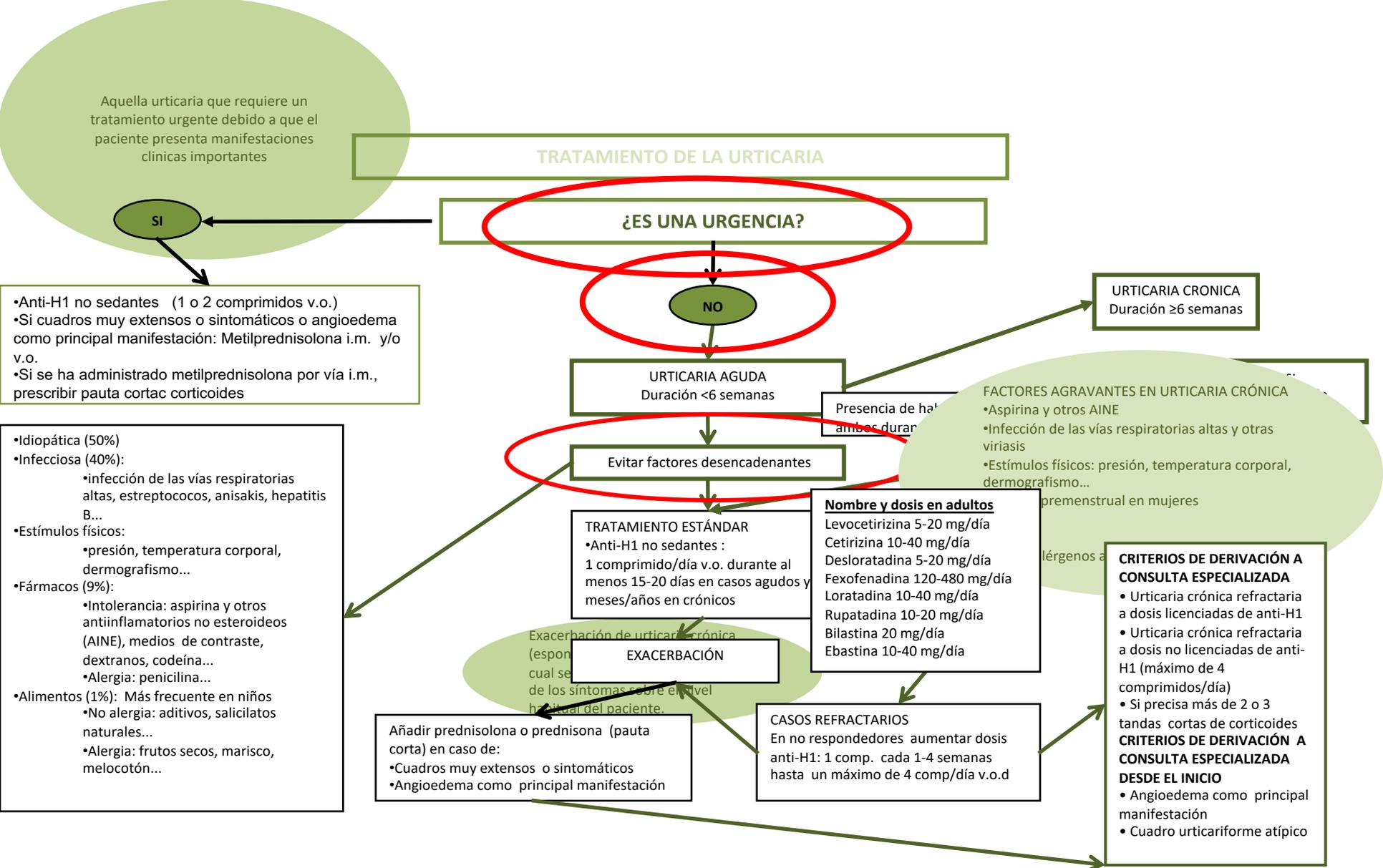
**Requiere un tratamiento urgente debido a que el paciente presenta manifestaciones clínicas importantes**



**¿Es una urticaria  
aguda o crónica?**



**Duración del brote  
≥ 6 semanas**





# TRATAMIENTO



TR

### Gestante y Lactante

Loratadina (B)\*, desloratadina

(B)\*,

o 2 comprimidos v.o.)  
o sintomáticos o angioedema  
ación: Metilprednisolona i.m. y/o

o metilprednisolona por vía i.m.,  
corticoides

### Pediátrica

El tratamiento y dosis (ajustada al peso) no difiere de la recomendada para adultos.

Cetirizina, desloratadina, fexofenadina, loratadina estudiada y establecida seguridad a largo plazo

### RCV

Bilastina, desloratadina, fexofenadina, levocetirizina: ninguna precaución en particular.

Ebastina: precaución en pacientes con

is en adultos

20 mg/día  
10 mg/día  
10 mg/día  
10 mg/día

### Hepática

loratadina, cetirizina: no de dosis. grave no de 10 mg. ommendado. ncia.

## CRITERIOS DE DERIVACIÓN A CONSULTA ESPECIALIZADA

- Urticaria crónica refractaria a dosis habituales de anti-H1
- Urticaria crónica refractaria a dosis no habituales de anti-H1 (máximo de 4 comprimidos/día)
- Si precisa más de 2 o 3 tandas cortas de corticoides

## CRITERIOS DE DERIVACIÓN A CONSULTA ESPECIALIZADA DESDE EL INICIO

- Angioedema como principal manifestación
- Cuadro urticariforme atípico

EXACERBACIONES

REFRACTARIOS

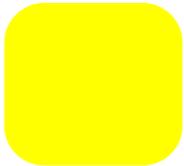


# Caso Clínico 9:

- **En el caso anterior ¿ Debemos solicitar alguna prueba diagnóstica?**



Es una urticaria aguda , así que debemos realizar una AG con TSH, ANAs y VSG



Es una urticaria aguda , así que debemos realizar una AG con TSH y VSG

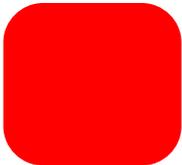


Nada



# Caso Clínico 9:

- En el caso anterior ¿ Debemos solicitar alguna prueba diagnóstica?



Nada



**Y RECORDAD....La mayoría  
de las urticarias NO SON DE  
CAUSA ALÉRGICA; por ello,  
no son necesarias pruebas de  
alergia de rutina.**



## Ficha repaso caso urticaria

- El habón es la lesión fundamental para diagnosticar urticaria
- La urticaria espontánea crónica no es una alergia
- El tratamiento se basa en la utilización de anti-H1 de segunda generación , hasta 4 veces su dosis licenciada



# BIBLIOGRAFÍA

- Guía clínica Para el manejo de la urticaria en Atención Primaria. Ediciones Mayo, S.A 2016
- Fotos: Dra Sonia Martínez Carmona. Grupo Dermatología de la CAMFiC



# ¿Nada nuevo con la psoriasis?

**Dra Olga Domínguez Guillamón**  
(CAP Vila Olímpica)



**III Jornadas de Patología Cutánea en Atención Primaria**  
**La piel: contamos contigo**

4 de Octubre de 2018

Facultad de Biblioteconomía y Documentación de la Universidad de Barcelona



**Grupo de Dermatología de CAMFiC**  
[dermato@camfic.org](mailto:dermato@camfic.org)



**CAMFiC**  
societat catalana de medicina  
familiar i comunitària



- Mujer 50 años
- AP:
  - HTA
  - Dm
- Lesiones en brazos y piernas de inicio brusco, no pruriginosas





## Caso Clínico 2:

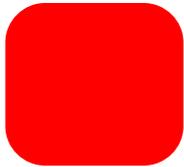
- **Ante esta lesión ¿ Debemos desnudar a la paciente?**



No, nos quedamos tranquilos , no puede ser nada malo



Si, siempre debemos objetivar lesiones en otras áreas anatómicas



No, con estas lesiones queda claro el diagnóstico



# Caso Clínico 10:

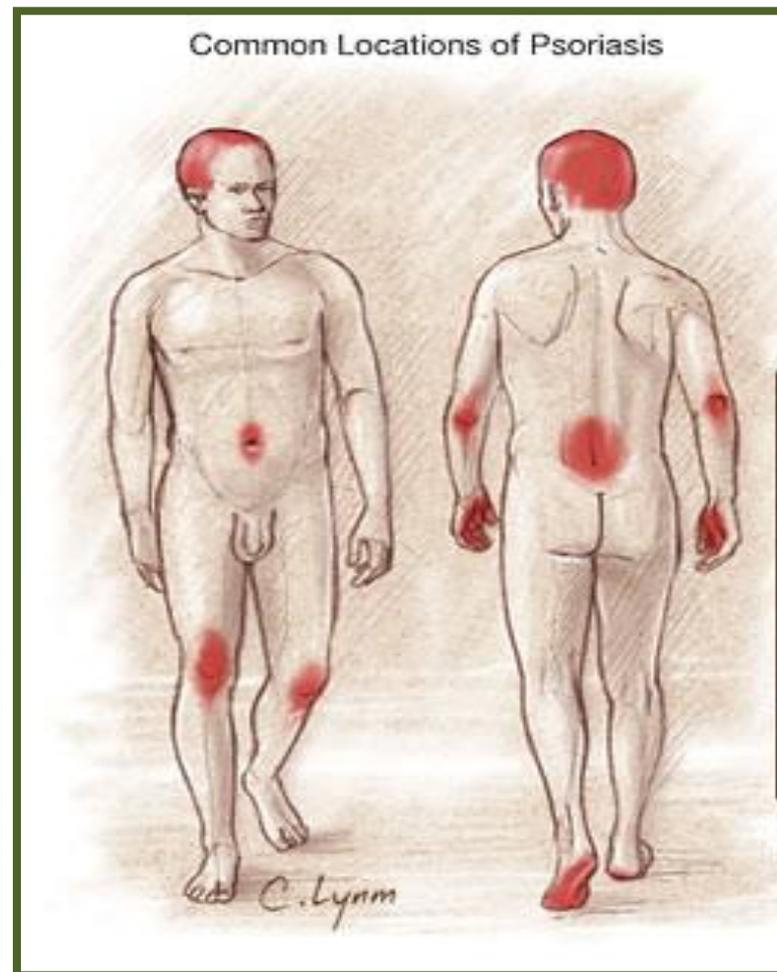
- **Ante esta lesión ¿ Debemos desnudar a la paciente?**



Si, siempre debemos objetivar lesiones en otras áreas anatómicas

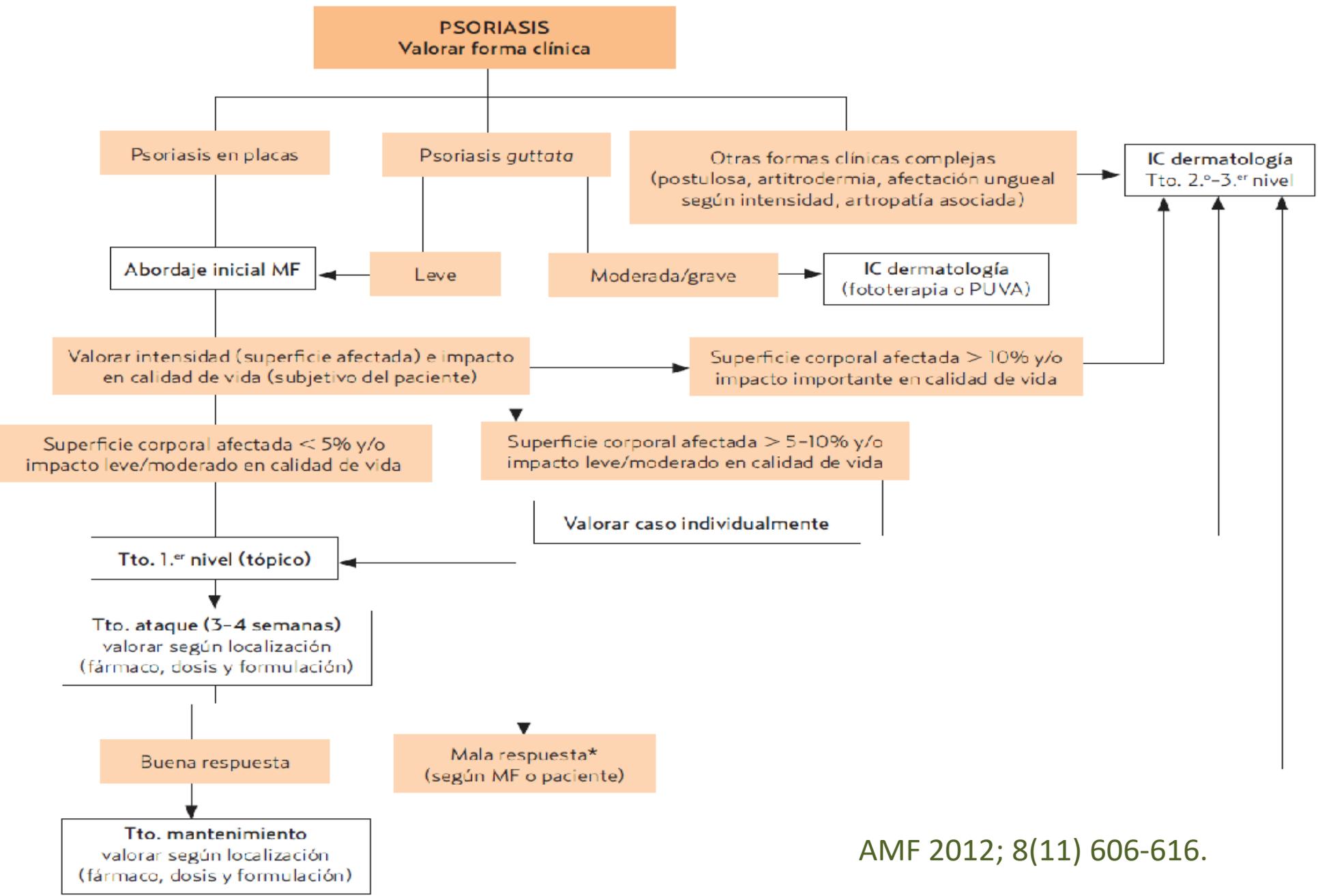


# Psoriasis





# Algoritmo del manejo terapéutico de la psoriasis



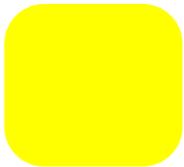


# Caso Clínico 2:

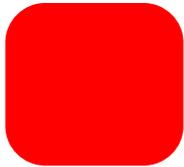
- **En un/a paciente con psoriasis no puede faltar en el tratamiento**



Educación, soporte y fototerapia



Consejos sobre alimentación , soporte y emolientes



Educación, soporte y tazarozeno



# Caso Clínico 2:

- **En un/a paciente con psoriasis no puede faltar en el tratamiento**

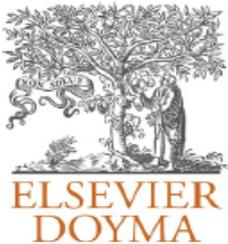


Consejos sobre alimentación , soporte y emolientes



# Tratamiento de la Psoriasis

Actas Dermosifiliogr. 2013;104(4):304-310



## ACTAS Dermo-Sifiliográficas

Full English text available at  
[www.elsevier.es/ad](http://www.elsevier.es/ad)



### NOVEDADES EN DERMATOLOGÍA

## Tofacitinib y otros inhibidores de las cinasas en el tratamiento de la psoriasis

K. Ortiz-Ibáñez, M.M. Alsina y C. Muñoz-Santos\*

**Efficacy of topical calcineurin inhibitors in psoriasis.**  
[Journal of Cutaneous Medicine and Surgery](#) [2014, 18:8-14]

**EDUCACIÓN Y SOPORTE**



# MEJORA CON TRATAMIENTO TÓPICO

**¿HACE FALTA HACER ALGO MÁS?**

## **QUERATOLÍTICOS:**

Vaselina salicilica 2-5%, urea 5%-30%, ác. láctico 5%-10%: 1c/d

## **EMOLIENTES**

siempre, 2-3 /día.

## **CORTICOIDES:**

Betametasona 1c/12h



## TRATAMIENTO DESDE AP

### ¿HACE FALTA HACER ALGO MÁS?

OBJECTIVO→ Mejorar el cumplimiento terapéutico.  
Hasta un 40% personas con psoriasis presenten escasa adherencia al tratamiento.  
(EUROPSO)

1. Estrecha relación médico- paciente :Decisión compartida
1. Elección del vehículo
1. Mejora rápida: Inicio potente, rápido, riesgos -- Continuación menos potente, más seguro



# EVALUACIÓN INTEGRAL DE LOS PACIENTES CON PSORIASIS

En una cohorte de casi 3000 pacientes se encontró asociación entre psoriasis Y:

- DM.
- Obesidad
- M. Coronaria
- HTA
- Sd Metabólico (comorbilidad más frecuente)
- E. de Crohn
- Cáncer
- Depresión

Factores de riesgo para E. coronaria también se han asociado a presencia de psoriasis:  
Alcohol y tabac.

*Actas Dermosifiliogr. 2012;103(Supl 1):1-64*



# EVALUACIÓN INTEGRAL DE LOS PACIENTES CON PSORIASIS

## RECUERDA EN LA PSORIASIS:

- Descartar patologías asociadas.
- Ser más rigurosos en el control de los FRCV.

<p><b>Comorbilidad asociada a psoriasis</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Articular: artritis psoriásica (APs)</li> <li>• Enfermedad cardiovascular (ECV)</li> <li>• Factores de riesgo cardiovascular (FRCV):             <ul style="list-style-type: none"> <li>Obesidad (OB)</li> <li>Diabetes mellitus (DM)</li> <li>Hipertensión arterial (HTA)</li> <li>Dialipemia (DLP)</li> <li>Síndrome metabólico (SM)</li> </ul> </li> <li>• Otras enfermedades:             <ul style="list-style-type: none"> <li>Hígado graso no alcohólico (HGNA)</li> <li>Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII)</li> <li>Linfoma (LF) y cáncer de piel (CP)</li> <li>Ansiedad (ANS) y depresión (DEP)</li> </ul> </li> </ul> <p><b>Hábitos de consumo asociados a psoriasis:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tabaco</li> <li>• Alcohol</li> </ul>	<p><b>Escala de ansiedad y depresión de Goldberg</b></p> <p><b>Subescala de ansiedad</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?</li> <li>2. ¿Ha estado muy preocupado por algo?</li> <li>3. ¿Se ha sentido muy irritado?</li> <li>4. ¿Ha tenido dificultad para relajarse?</li> </ol> <p><i>(Si hay 3 o más respuestas afirmativas, continuar preguntando)</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5. ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?</li> <li>6. ¿Ha tenido dolores de cabeza o de nuca?</li> <li>7. ¿Ha tenido alguno de los síntomas siguientes: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea? (síntomas vegetativos)</li> <li>8. ¿Ha estado preocupado por su salud?</li> <li>9. ¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño o para quedarse dormido?</li> </ol> <p><b>Subescala de depresión</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ¿Se ha sentido con poca energía?</li> <li>2. ¿Ha perdido Vd. el interés por las cosas?</li> <li>3. ¿Ha perdido la confianza en sí mismo?</li> <li>4. ¿Se ha sentido Vd. desesperanzado, sin esperanzas?</li> </ol> <p><i>(Si hay respuestas afirmativas a cualquiera de las preguntas anteriores, continuar)</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5. ¿Ha tenido dificultades para concentrarse?</li> <li>6. ¿Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito)</li> <li>7. ¿Se ha estado despertando demasiado temprano?</li> <li>8. ¿Se ha sentido Vd. más lento de lo habitual?</li> <li>9. ¿Cree Vd. que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?</li> </ol>
<p><b>Determinaciones básicas</b></p> <p><b>Valoración general y seguimiento farmacológico</b></p> <p>Hemograma</p> <p>Bioquímica hepática (ALT, AST, GGT, FA)</p> <p>Función renal (creatinina, estimación FC)</p> <p><b>Específicas de los FRCV</b></p> <p>Peso: _____ kg (OB)</p> <p>Talla: _____ m (OB)</p> <p>Perímetro abdominal: _____ cm (OB, SM)</p> <p>PAS: _____ mm Hg (HTA, SM)</p> <p>PAD: _____ mm Hg (HTA, SM)</p> <p>HbA<sub>1c</sub>: _____ % (DM)</p> <p>Glucemia en ayunas: _____ mg/dl (DM, SM)</p> <p>Colesterol total: _____ mg/dl (DLP)</p> <p>cLDL: _____ mg/dl (DLP)</p> <p>cHDL: _____ mg/dl (DLP, SM)</p> <p>TG: _____ mg/dl (DLP, SM)</p>	<p>Positivo si responde afirmativamente a &gt; 4 preguntas de la subescala de ansiedad y/o &gt; 2 de subescala de depresión</p> <p><b>Cuestionario CAGE (sospecha de dependencia alcohólica):</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ¿Ha sentido alguna vez que debe beber menos?</li> <li>2. ¿Le ha molestado que la gente lo critique por su forma de beber?</li> <li>3. ¿Alguna vez se ha sentido mal o culpable por su forma de beber?</li> <li>4. ¿Alguna vez ha necesitado beber por la mañana para calmar los nervios o eliminar molestias por haber bebido la noche anterior?</li> </ol> <p>Positivo si responde afirmativamente a &gt; 2 preguntas.</p>
<p>Se aconseja realizar el cribado de las enfermedades asociadas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- En pacientes con tratamiento sistémico: cada 6 meses</li> <li>- En pacientes con tratamiento local: cada 12 meses</li> </ul>	

**RECOMENDACIONES:**

Mantener peso saludable.

No fumar.

Reducir o suprimir alcohol.

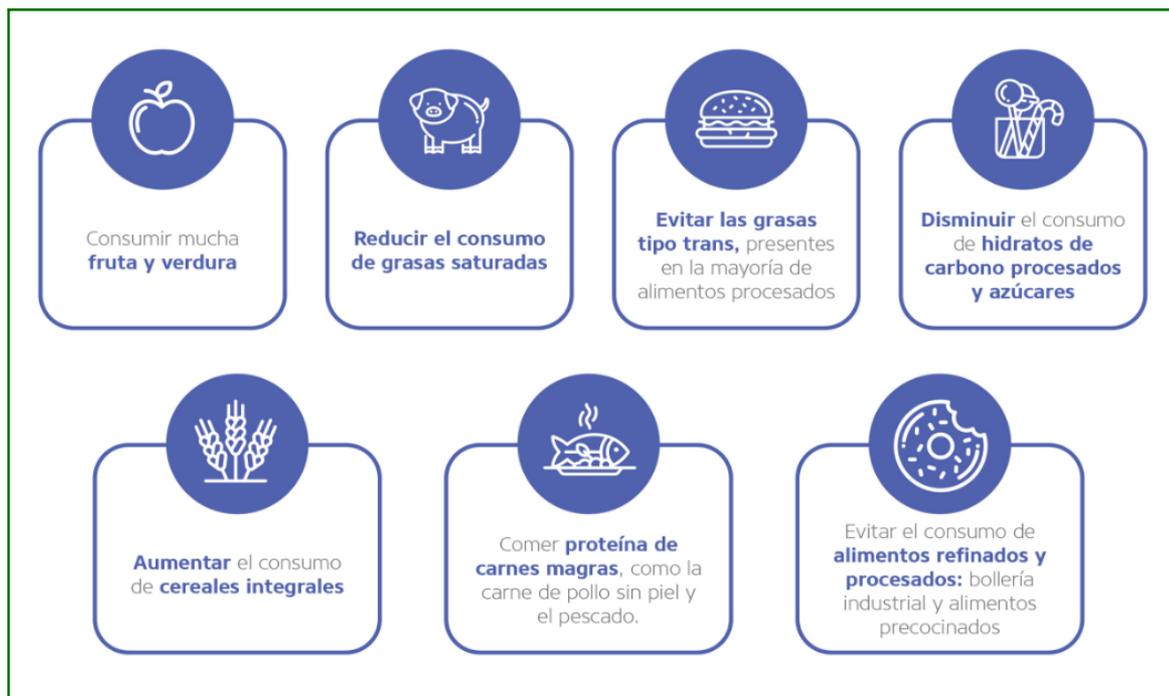
Controlar estrés

Hacer ejercicio.



# EVALUACIÓN INTEGRAL DE LOS PACIENTES CON PSORIASIS

Actualmente -> cambiar hábitos alimentarios para disminuir la inflamación asociada a la artritis psoriásica y la psoriasis





## Ficha repaso caso Psoriasis

- En el abordaje de las personas afecta de psoriasis es imprescindible mejorar el cumplimiento terapéutico
- Debemos hacer una evaluación integral de la persona afecta con psoriasis descartando patologías asociadas y siendo más rigurosos con los factores de riesgo cardio-vascular.
- Es importantes acompañarles para intentar cambiar hábitos alimentarios para disminuir la inflamación asociada a la artritis psoriásica y la psoriasis



# BIBLIOGRAFÍA

- From the Medical Board of the National Psoriasis Foundation: The risk of cardiovascular disease in individuals with psoriasis and the potential impact of current therapies. J Am Acad Dermatol. 2014 Jan;70(1):168-77.
- Hyperuricemia in patients with chronic plaque psoriasis. J Am Acad Dermatol. 2014 Jan;70(1):127-30.
- Psoriasis is associated with increased Framingham ten-year risk score for coronary heart disease in Tunisians. Clin Lab. 2013;59(11-12):1247-52.
- Actas Dermosifiliogr. 2012;103(Supl 1):1-64
- Actas Dermosifiliogr. 2010;101 (Supl. 1):55-61
- JAAD March 2015 Volume 72, Issue 3, Pages 516-523
- Prevalence of smoking, alcohol consumption and metabolic syndrome in patients with psoriasis. An Bras Dermatol. 2018 Mar;93 (2):205-211





III Jornadas de Patología Cutánea en Atención Primaria

La piel: contamos contigo

4 de Octubre de 2018



Grupo de Dermatología de CAMFiC  
dermato@camfic.org



**CAMFiC**  
societat catalana de medicina  
familiar i comunitària



III Jornadas de Patología Cutánea en Atención Primaria

La piel: contamos contigo

4 de Octubre de 2018

thank  
you



Grupo de Dermatología de CAMFiC

[dermato@camfic.org](mailto:dermato@camfic.org)