

PRINCIPALS MOTIUS DE CONSULTA DERMATOLÒGICA EN AP

Dr. David García i Dra. Mireia Serrano

Grup de Dermatologia de la CAMFiC

dermato@camfic.org



**XXIV CONGRÉS
D'ATENCIÓ PRIMÀRIA
DE LA CAMFiC**

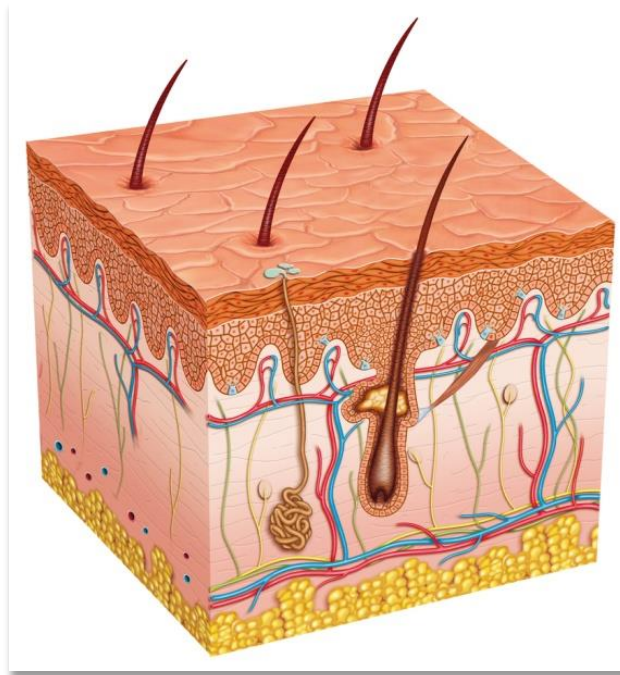
**LA LLOTJA,
PALAU DE CONGRESSOS
DE LLEIDA**

21 I 22 DE NOVEMBRE DE 2013

**TICS DE FAMÍLIA:
RELACIONS NOVES
AMB ELS VALORS
DE SEMPRE**



INTRODUCCIÓ



■ Introducció:

- Existeixen pocs estudis ben fets
- Important càrrega assistencial en les consultes d'atenció primària (AP)
- Les demopaties representen entre 5-22,5%

• Frecuentación de las consultas de atención primaria por motivos dermatológicos en las zonas básicas de salud de la comarca de Pamplona

Valcayo, R. Vives, F. Artal, J.M. Eciolaza, A. Parra, C. Bernués, J.M. Larrauri, M.Serrano.

ANALES Sis San Navarra 1999, 22 (Supl. 3): 173-179.

• Enfermedades dermatológicas como motivo de consulta en atención primaria

José Antonio Avilés-Izquierdo, María Guadalupe Izquierdo del Monte, María Encarnación Martín-Madruga, Lidia Ardiaca-Burgues, Silvia Pulido-Fernández y Pablo Lázaro-Ochaita.

Piel. 2006;21(4):176-9

• Análisis de los motivos de consulta y de su coste en la asistencia dermatológica en un centro de Atención Primaria

Macaya-Pascual, R. López-Canós, S. López-Piqueras y S. Gómez.

Actas Dermosifiliogr. 2006;97(9):569-72

• Estudio de concordancia diagnóstica en Dermatología entre Atención Primaria y Especializada en el área de salud de un hospital de referencia

N. Portaa, J. San Juanb, M.P. Grasac, E. Simala, M. Ara e I. Querola

Actas Dermosifiliogr. 2008;99:207-12

• Estudio comparativo de la habilidad en el diagnóstico clínico del cáncer cutáneo entre el médico de familia y el dermatólogo en una misma área geográfica

R.M. Ojeda y J. Graells

Actas Dermosifiliogr. 2011;102(1):48—52

■ **Motius de consulta dermatològics més freqüents a AP:**

- **Infeccions cutànies (29,2%)**
- **Dermatosis inflammatòries:**
 - Dermatitis de contacte
 - Dermatitis seborreica i atòpica
 - Èczemes d'altres causes
 - Psoriasi
- **Processos de sensibilització (26,6%):**
 - Urticària
 - Èczemes de contacte
 - Toxicodèmies
- **Lesions cutànies malignes o premalignes (16,9%)**
- **Tumors benignes (13,5%)**
- **Acne**
- **Problemes capil·lars o unguials (<5%)**

EL METGE DE FAMÍLIA DÓNA TRACTAMENT I PAUTES D'ACTUACIÓ

78,6%

Model d'atenció en dermatologia i criteris de planificació

Àmbit d'atenció primària i atenció
especialitzada ambulatoria

Octubre de 2013

 Generalitat de Catalunya
Departament de Salut



Model d'atenció en dermatologia. Motius de consulta

Motius de consulta	Atenció primària	Dermatologia	Teledermatologia amb imatge
Lesió pigmentada	Criteris de derivació i prioritització	D/T/S	No (només per prioritització)
Berrugues viriques, mol·lusc contagiós	D/T/S	Resistents al T i les complicacions	Sí
ITS (1)	D/T/S i criteris de derivació	D/T/S infeccions complexes	Sí
Tumors cutànies	D i criteris de derivació i prioritització	D i T/S malignes i premalignes	Sí
Piodermitis o infeccions bacterianes	D/T/S	D/T/S infeccions complexes	Sí
Dermatitis/èczemes	D/T/S i criteris de derivació	D/T/S formes extenses i resistents al tractament	Sí
Psoriasi	D/T/S i criteris de derivació	D/T/S	Sí
Acne	D/T/S i criteris de derivació	D/T/S moderat-greu	Sí
Úlceres cròniques	D/T/S i criteris de derivació	D/T/S	Sí
Dermatomicosis o infeccions micòtiques	D/T/S i criteris de derivació	D/T/S formes complexes	Sí
Alopècia	D/T/S i criteris de derivació	D/T/S cicatricial i areata	Sí
Discromia	D/T/S i criteris de derivació	D/T/S	Sí
Pruïja (sense lesions)	D/T/S segons protocol	D/T/S segons protocol	No
Erupcions/exantemes	D/T/S i criteris de derivació	D/T/S	Sí
Urticària (2)	D/T/S i criteris de derivació	D/T/S (formes cròniques i físiques)	Sí
Patologia de les ungles	D/T/S i criteris de derivació	D/T/S (formes complexes i secundàries a malalties inflamàtores)	Sí

D = diagnòstic, T = tractament, S = seguiment, NM = no melanoma

(1) Vegeu la Guia de pràctica clínica sobre infeccions de transmissió sexual. GPC-ITS 2009.

(2) Vegeu la [Carta de serveis en l'atenció a la patologia al·lèrgica](#).

Model d'atenció en dermatologia. Patologia crònica

Patologia crònica	Atenció primària	Dermatologia	Teledermatologia
Melanoma	Sospita diagnòstica i derivació	D/T/S	No (només per prioritització)
Càncer cutani NM	Sospita diagnòstica i derivació	D/T/S	No (només per prioritització)
Queratosi actínica	Sospita diagnòstica i derivació	D/T/S	No (només per prioritització)
Alopècia areata	D/T/S i criteris de derivació	D/T/S	Sí
Alopècia inflamàtoria	D/T/S i criteris de derivació	D/T/S	Sí
Dermatitis seborreica	D/T/S i criteris de derivació	D/T/S formes extenses i resistents al T	Sí
Dermatitis per atòpia (1)	D/T/S i criteris de derivació	D/T/S	Sí
Dermatitis de contacte (1)	D/T/S i criteris de derivació	D/T/S (laborals)	Sí
Vitiligin, halo nevus	Sospita diagnòstica i derivació	D/T/S	Sí
Psoriasi	D/T/S i criteris de derivació	D/T/S	Sí
Acne	D/T/S i criteris de derivació	D/T/S	Sí
Úlceres cròniques	D/T/S i criteris de derivació	D/T/S	Sí
Urticària crònica	D/T/S i criteris de derivació	D/T/S	Sí
Patologia crònica d'ungles	D/T/S i criteris de derivació	D/T/S (formes complexes)	Sí

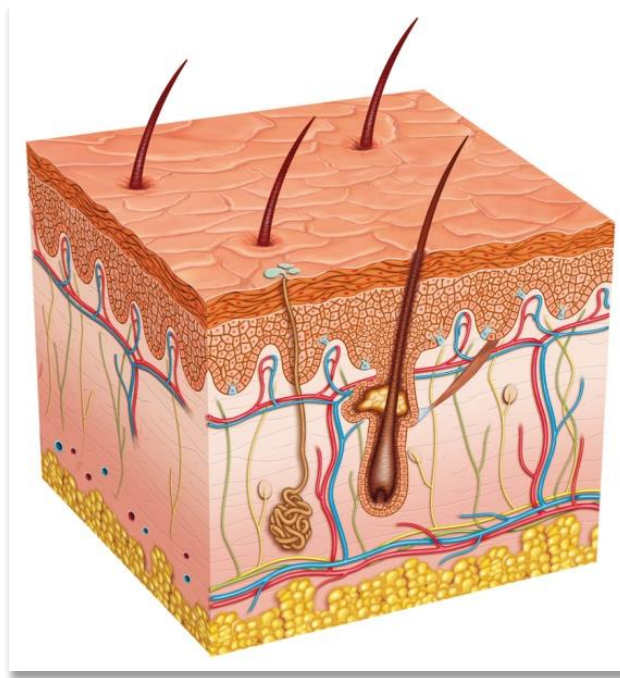
D = diagnòstic, T = tractament, S = seguiment, NM = no melanoma

(1) Vegeu la [Carta de serveis en l'atenció a la patologia al·lèrgica](#).



Determinades patologies són de maneig prioritari per Dermatologia

INFECCIONS CUTÀNIES



Anem per feina!!!



Font: Dermatoweb.net

■ El cas de la Carla:

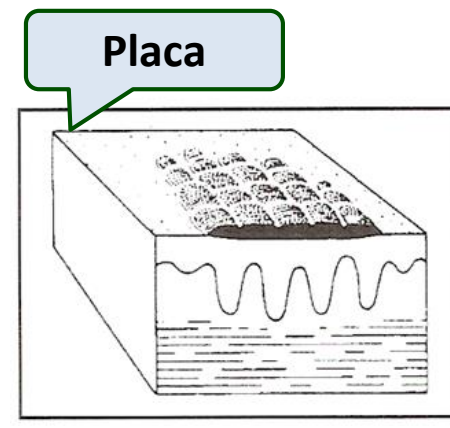
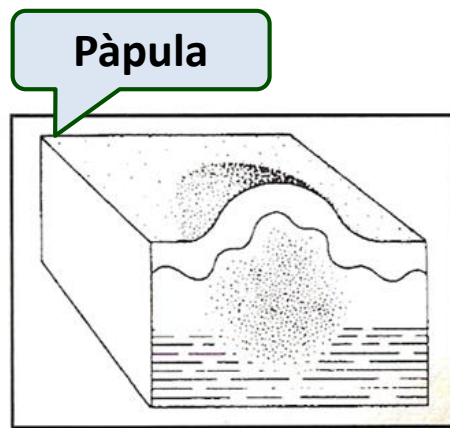
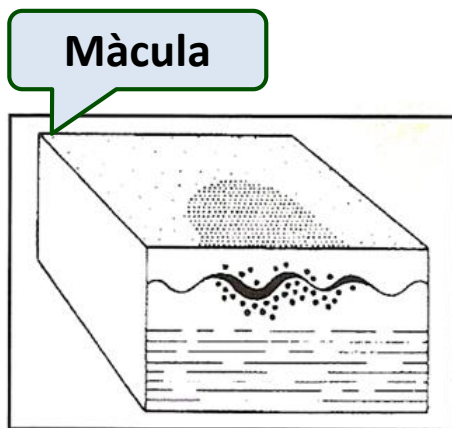
- Noia de 17 anys
- No antecedents d'interès
- VAT correctes



- Què preguntem?
- Com descriurem la lesió?
- Toquem la lesió?

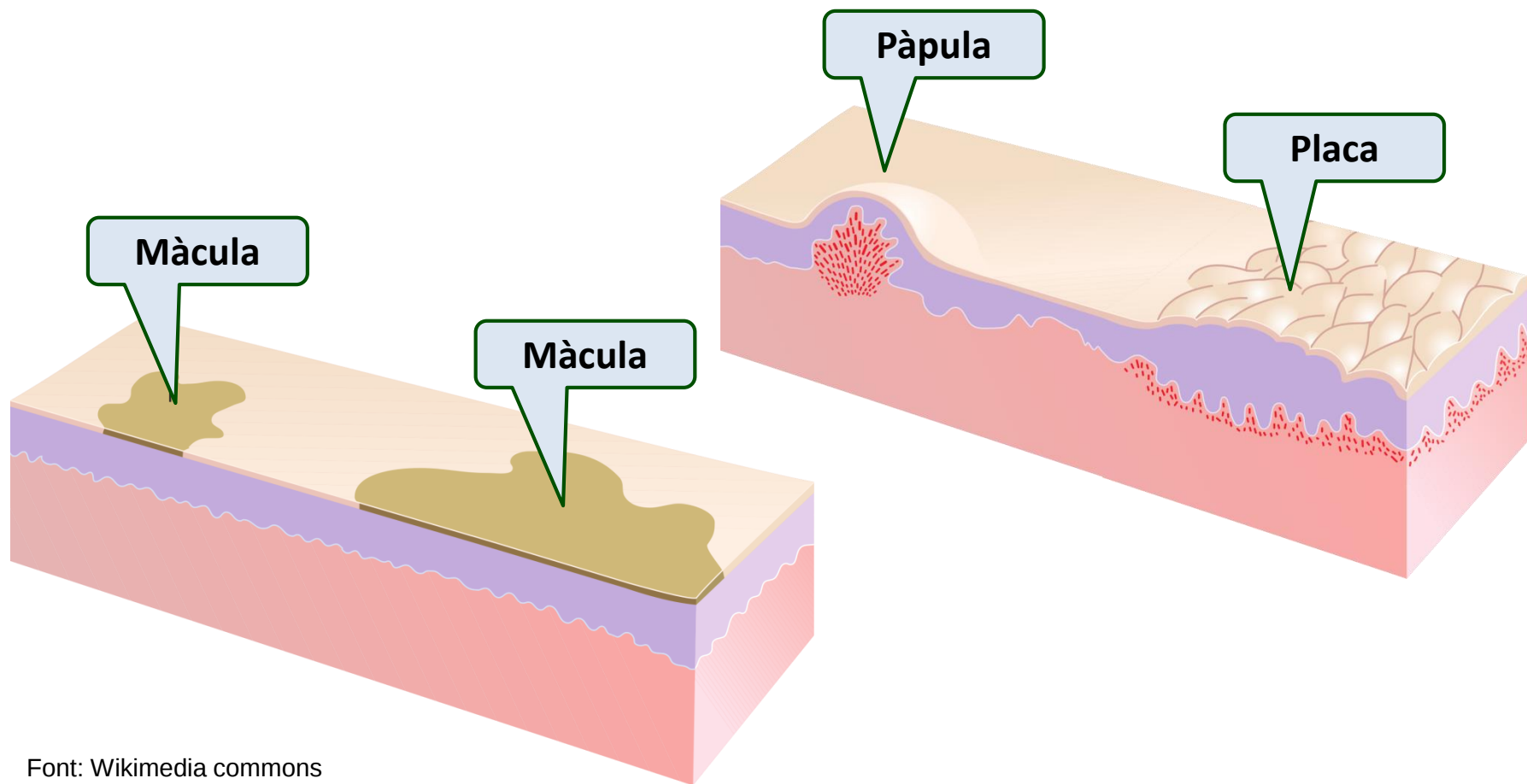
Font: Dermatoweb.net

■ Lesions elementals:



Font: Dermatoweb.net

■ Lesions elementals:



Font: Wikimedia commons

Tinyes



Font: Dermatoweb.net



Font: Dermatoweb.net

■ El cas de la Sra. Maria de Ca l'Agustí:

- Dona de 63 anys
- Fornera
- Obesitat grau 3 + DM tipus 2



- Quin tractament fem?
- Què és important en el tipus de tractament?

Font: Dermatoweb.net

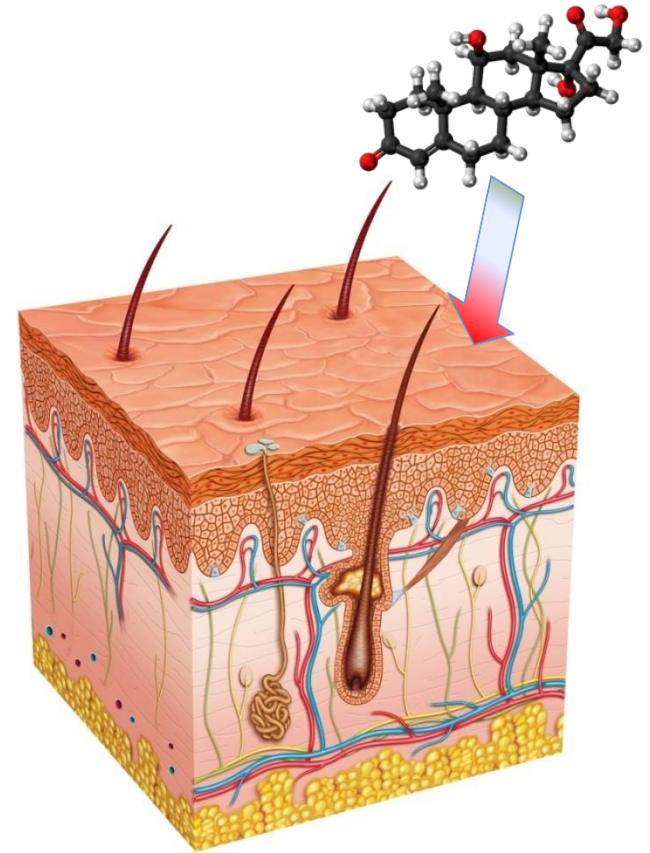
■ Recomanacions sobre el tractament:



- Sempre que sigui possible, utilitzar fàrmacs amb un sol principi actiu
- Un principi actiu adequat amb un excipient inadequat pot acabar sent un tractament no eficaç

Font: Dermatoweb.net

- **Coses a tenir en compte:**
 1. Superfície corporal a tractar
 2. Localització corporal
 3. Edat
 4. Integritat de la zona
 5. Humitat
 6. Oclusió corporal



■ El vehicle ideal ha de ser:

- Cosmèticament acceptable
- No irritant
- No tòxic
- No al·lèrgenic
- Fàcil d'aplicar
- Químicament estable
- Compatible amb el principi actiu



■ L'excipient:

- El vehicle és la suma dels excipients en els quals un principi actiu és aplicat en la pell
- No tan sols funciona com un sistema dispensador del principi actiu
- Té efecte beneficiós inespecífic:
 - Refrescant
 - Oclusiu
 - Astringent
 - Hidratant
 - Protector



■ Indicacions dels excipients segons el tipus de lesió:

Aguda o humida
(Eritema, edema,
vesiculació, exsudació)

Foments
Pasta a l'aigua
Liniments



Subaguda
(- exsudació, escates i
crostes groguenques)

Cremes O/W
Gels
Locions



Crònica o seca
(- eritema, descamació,
xerosi i liquenificació)

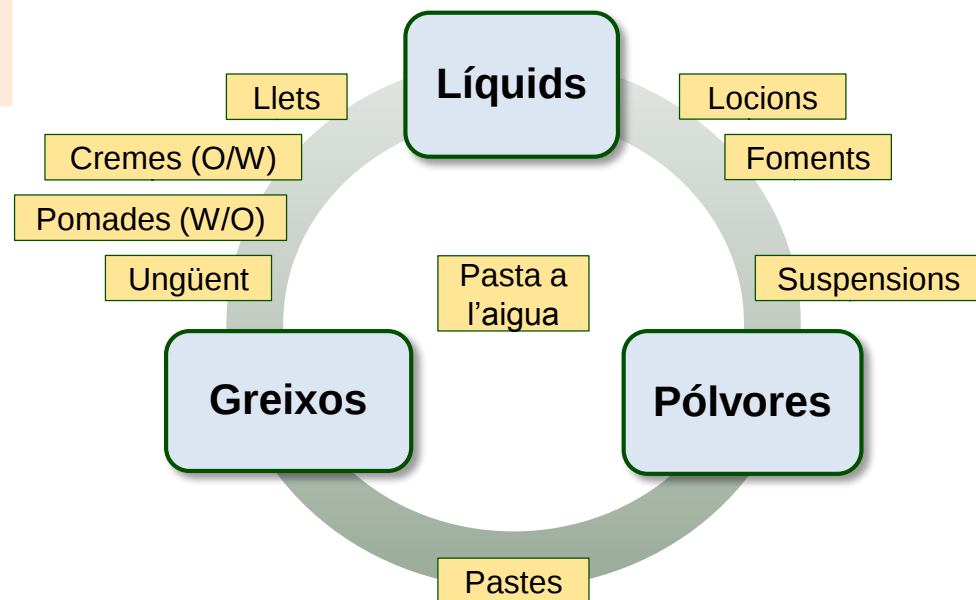
Cremes W/O
Ungüents



Font: Dermatoweb.net

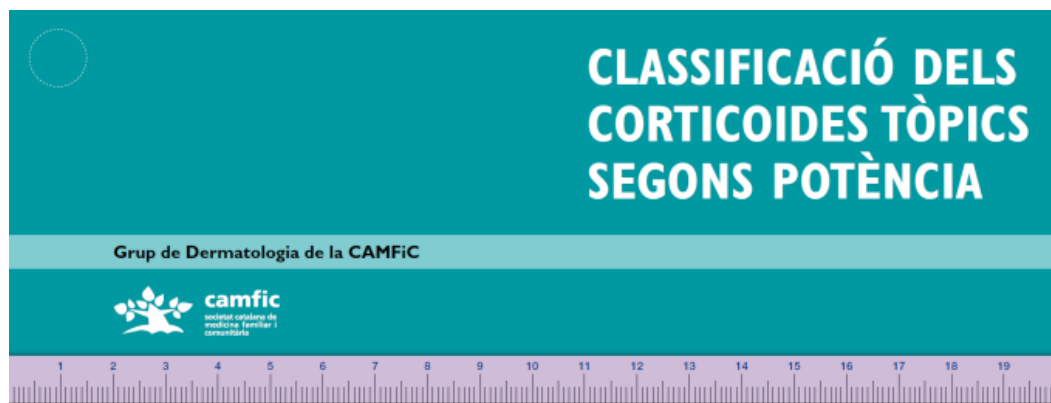
■ Indicacions dels excipients segons l'absorció desitjada:

Baixa	• Locions • Solucions
Mitja	• Cremes O/W
Alta	• Cremes W/O • Ungüents



■ Indicacions dels excipients segons la localització de la lesió:

Cuir pilós	• Locions, gels
Plecs	• Cremes, pòlvores, pastes
Cara	• Cremes, locions
Palmes i plantes	• Pomades, ungüents
Mucosa oral	• Excipient adhesiu oral, colutoris, comprimits bucals

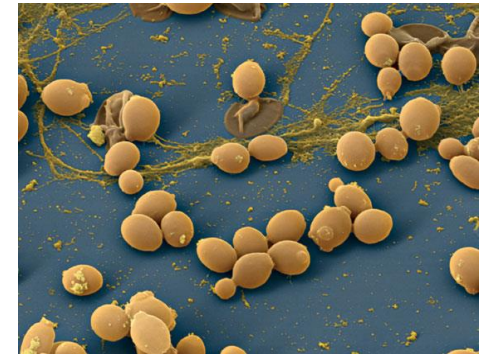


■ Indicacions dels excipients segons la localització de la lesió:

Cuir pilós	• Locions, gels
Plecs	• Cremes, pòlvores, pastes
Cara	• Cremes, locions
Palmes i plantes	• Pomades, ungüents
Mucosa oral	• Excipient adhesiu oral, colutoris, comprimits bucals

FASE EVOLUTIVA DE L'ÈCZEMA	
Dermatitis agudes (molta inflamació i exsudació)	■ Líquids (foments)
Dermatitis subagudes (eritema, sense exsudació)	■ Cremes
Dermatitis cròniques, molt seques i amb la dermis gruixuda i hiperqueratòsica	■ Pomades o ungüents
LOCALITZACIÓ DE L'ÈCZEMA	
Palmells i plantes (pell gruixuda)	■ Pomades i ungüents
Cuir cabellut (pell gruixuda però el cabell interfereix la penetrabilitat)	■ Foments (si la lesió és exsudativa), solucions, locions (excepte si existeixen fissures ja que aleshores les locions, en ser alcohòliques, produeixen irritació) ■ Escumes o gels
Cara i genitals (pell fina)	■ Cremes
Plecs (pell fina i humida)	■ Cremes, líquids ■ Pòlvores (no si hi ha exsudació o lesió a la pell)

Càndides



Font: Dermatoweb.net



Font: Dermatoweb.net

■ El cas del Nil:

- Nen de 3 anys (P3)
- VAT correctes
- No AP d'interès



Font: Dermatoweb.net

L'ENTREMALIAT

- És important el tractament tòpic?

Impetigen contagiós



Font: Dermatoweb.net

Fol·liculitis



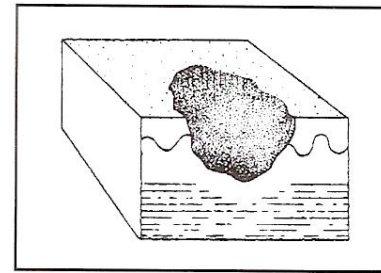
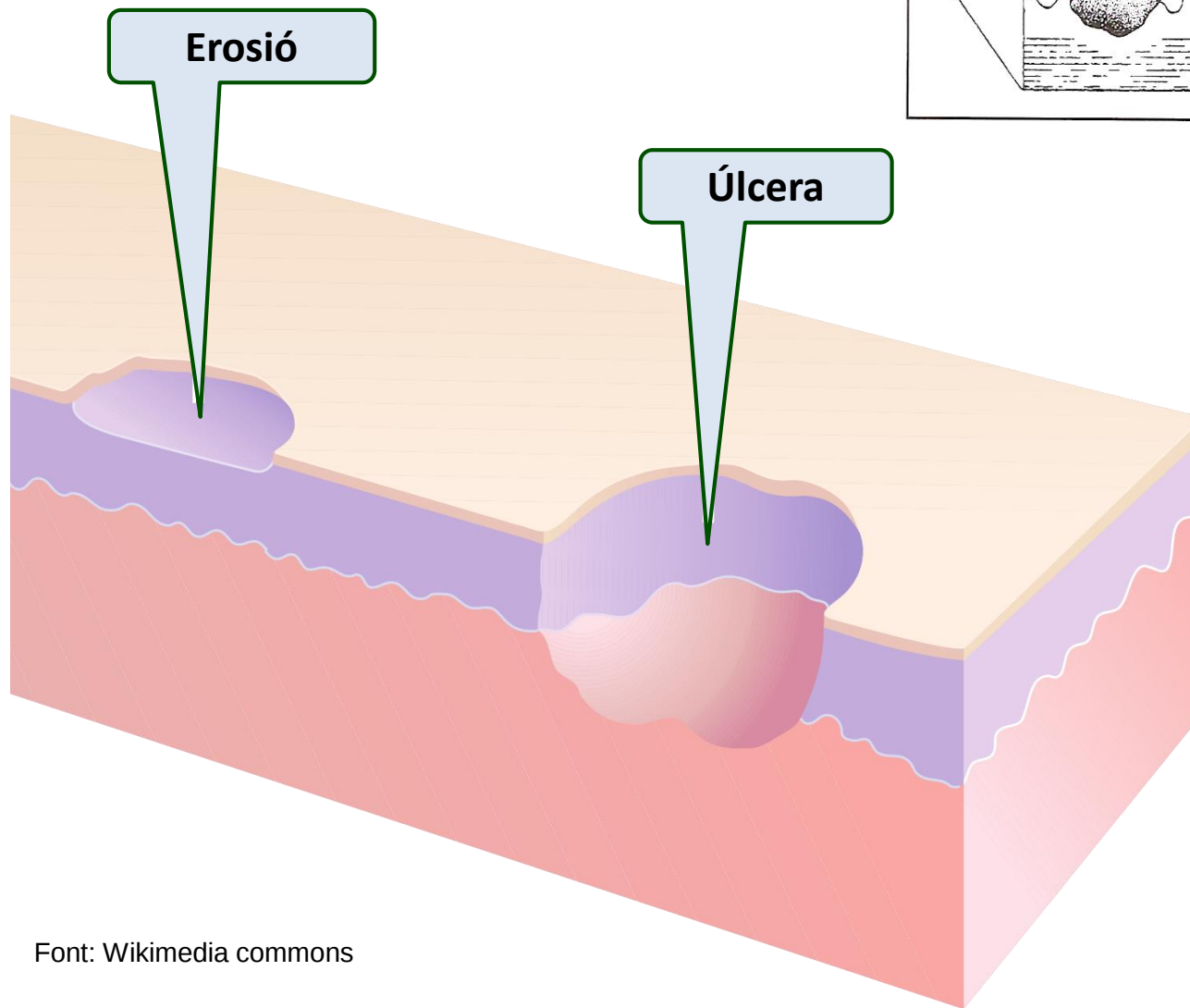
Font: Dermatoweb.net

Cuidadorrr amb les ITS

(Estudi de contactes)



Font: Dermatoweb.net



Font: Wikimedia commons

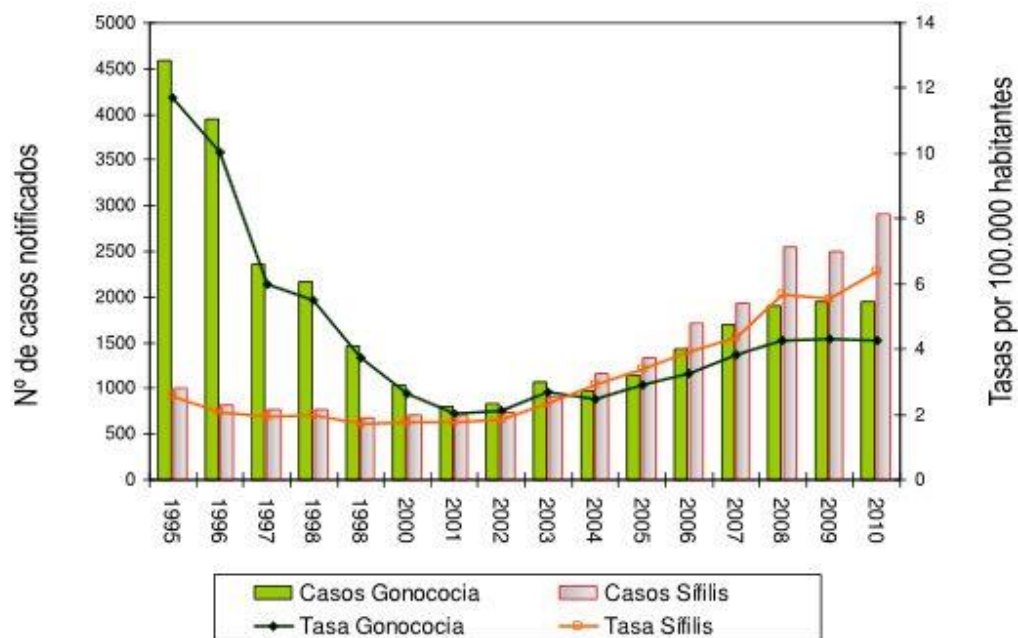


**VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LAS
INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL,
1995-2010**

Abril 2012

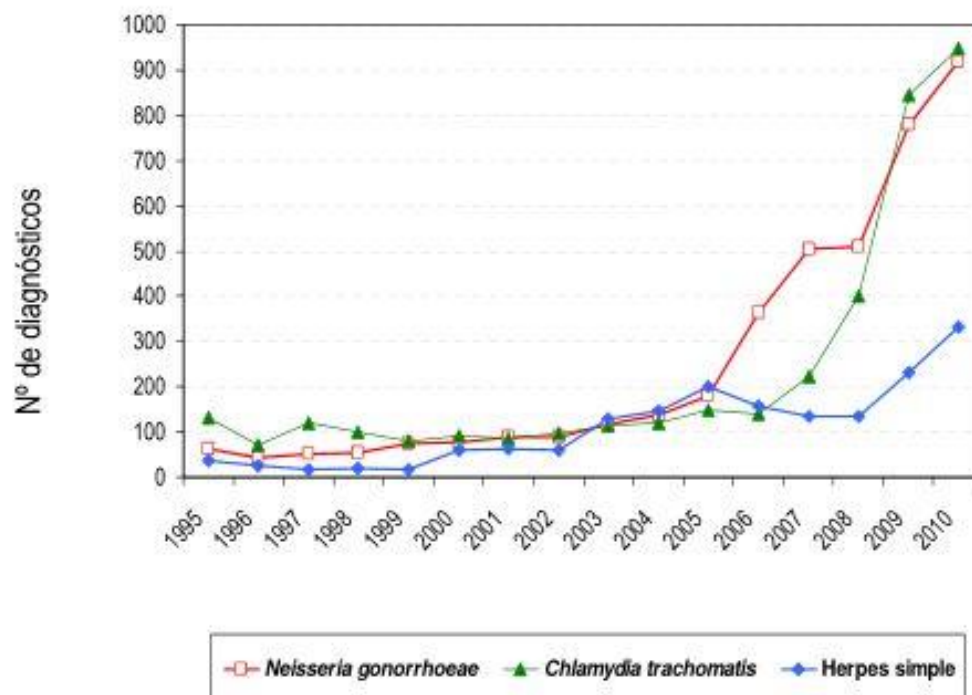


**Figura 1. Incidencia de infecciones de transmisión sexual
Nº de casos y tasas por 100.000 habitantes. España 1995-2010**



Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica
Elaboración: Centro Nacional de Epidemiología

Figura 5. Diagnósticos microbiológicos de infecciones de transmisión sexual. España 1995-2010



Fuente: Sistema de Información Microbiológica.
Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Centro Nacional de Epidemiología



Salud y hábitos sexuales

Las conductas sexuales desde la perspectiva del sida

El 39,2% de la población de 18 a 49 años (20.759.600), se ha hecho la **prueba del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)/sida** (40,1% de los hombres y 38,4% de las mujeres). Un 21,6% de los hombres y un 4,1% de las mujeres han estado con **10 o más parejas** a lo largo de su vida. El 17,1% de las personas que han mantenido relaciones sexuales en el último año ha tenido alguna **pareja ocasional** en ese mismo periodo; este hecho es tres veces más frecuente entre los hombres que entre las mujeres. El 3,9% de los hombres y el 2,7% de las mujeres declara haber mantenido **relaciones homosexuales** alguna vez en la vida. Un 27,3% de los hombres que han tenido relaciones sexuales, alguna vez las ha mantenido con personas que ejercen la **prostitución**. La aceptación y el uso del **preservativo** son más frecuentes entre los jóvenes.

Estos son algunos de los datos proporcionados por la **Encuesta de Salud y Hábitos Sexuales**, realizada en 2003 por el INE con la colaboración de la Secretaría del Plan Nacional sobre el SIDA del Ministerio de Sanidad y Consumo (MSC). El INE y el MSC expresan su agradecimiento a las **10.838 personas** que contestaron a esta encuesta por su especial generosidad y colaboración. Sin ellas no se contaría hoy con esta información básica para prevenir nuevos casos de sida.



Más información en:

www.ine.es

INEbase

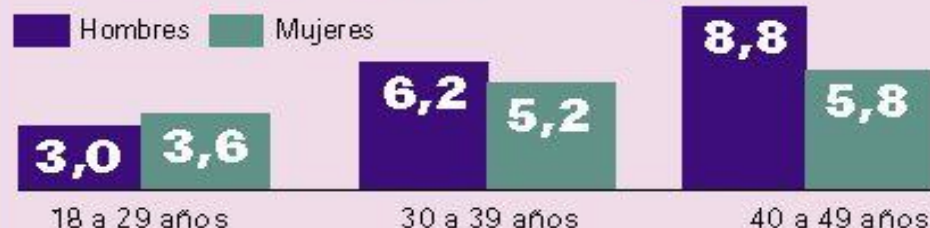


www.msc.es

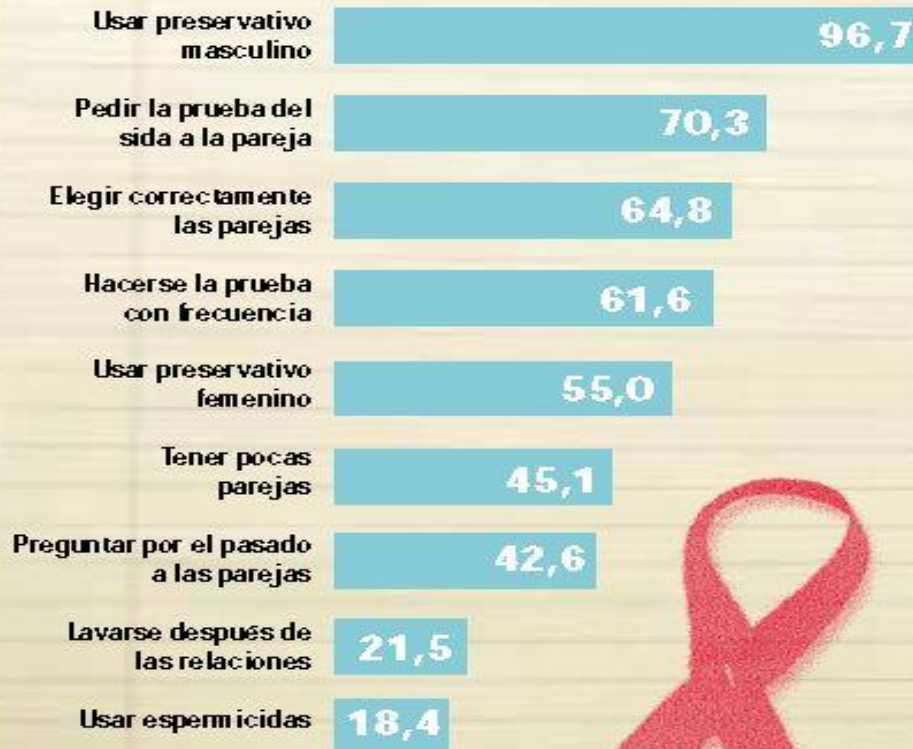
Enfermedades de transmisión sexual

El **5,4% de la población** que ha mantenido relaciones refiere que le han diagnosticado alguna enfermedad de transmisión sexual a lo largo de su vida (excluyendo micosis y hepatitis B). Entre las mujeres las más frecuentes son las **tricomonas (1,1%)**, **clamidias (1%)** y **herpes genital (0,8%)**, mientras que en los hombres destacan la **pediculosis o ladillas (2,6%)** y la **infección gonocócica (1,2%)**.

Porcentaje de personas a las que se ha diagnosticado alguna vez una enfermedad de transmisión sexual



Medidas para prevenir la infección por el VIH: porcentaje de población que las considera eficaces



Salud y hábitos sexuales

[illegible]

Grupo de trabajo sobre ITS.

Infecciones de transmisión sexual: Diagnóstico, tratamiento, prevención y control. Madrid, 2011.

Agentes etiológicos	Infecciones de transmisión sexual
Bacterias	
<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	Uretritis, epididimitis, vaginitis, prostatitis, cervicitis, proctitis, enfermedad inflamatoria pélvica, infertilidad, faringitis, Bartholinitis, Skeneitis, infección gonocócica diseminada
<i>Treponema pallidum</i>	Sífilis
<i>Chlamydia trachomatis</i> serotipos D-K	Uretritis, epididimitis, vaginitis, prostatitis, cervicitis, proctitis, enfermedad inflamatoria pélvica, infertilidad, faringitis, artritis reactiva sexualmente adquirida (SARA)
<i>Chlamydia trachomatis</i> serotipos L1, L2, L3	Linfogranuloma venéreo
<i>Ureaplasma urealyticum</i>	Uretritis
<i>Mycoplasma genitalium</i>	Uretritis, cervicitis, enfermedad inflamatoria pélvica
<i>Gardnerella vaginalis</i>	Vaginosis, enfermedad inflamatoria pélvica
<i>Haemophilus influenzae</i>	Uretritis
<i>Haemophilus ducreyi</i>	Chancro blando
<i>Klebsiella granulomatis</i>	Granuloma inguinal (Donovanosis)
<i>Streptococcus agalactiae</i>	Uretritis, balanitis
<i>Shigella</i> *	Enterocolitis
<i>Salmonella</i> *	Enterocolitis
<i>Campylobacter</i> *	Enterocolitis
Virus	
Virus herpes simple	Herpes genital, herpes neonatal, meningitis aséptica
Papilomavirus	Condylomata acuminata, papiloma de laringe, cáncer de cérvix, ano, vagina, vulva y pene.
Molluscum contagiosum	Molluscum contagiosum
Virus de la inmunodeficiencia humana (VIH-1 y VIH-2)	Infección por VIH. Sida
Virus de la hepatitis B	Hepatitis, infección perinatal, carcinoma hepatocelular
Virus de la hepatitis A*	Hepatitis aguda
Protozoos	
<i>Trichomonas vaginalis</i>	Vaginitis, uretritis, cervicitis
<i>Entamoeba histolytica</i> *	Amebiasis
<i>Giardia lamblia</i> *	Giardiasis
Hongos	
<i>Candida</i> spp	Vulvovaginitis, balanitis
Artrópodos	
<i>Phthirus pubis</i>	Pediculosis pubis
<i>Sarcoptes scabiei</i>	Sarna

*Agentes que se transmiten mediante prácticas de sexo oral-anal

Grupo de trabajo sobre ITS. Infecciones de transmisión sexual: Diagnóstico, tratamiento, prevención y control. Madrid, 2011.

Tabla 7. Búsqueda activa de casos e intervención sobre los contactos según ITS diagnosticada en el caso índice

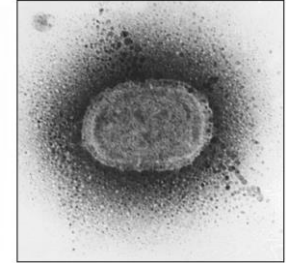
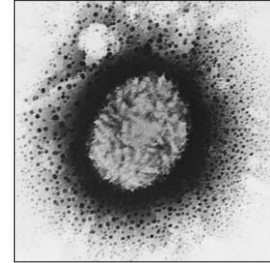
Infección	Periodo para la búsqueda de contactos	Intervención sobre los contactos
Chancroide	10-15 días antes de la aparición de síntomas	Tratamiento
Clamidia	60 días antes del inicio de síntomas o diagnóstico	Tratamiento
Donovanosis (Granuloma inguinal)	40-80 días antes del inicio de síntomas	Tratamiento
Gonococia	60 días antes del inicio de síntomas o diagnóstico	Tratamiento
Hepatitis A	Entre 2 semanas antes y una semana después del inicio de la ictericia	Vacunación
Hepatitis B	2 semanas antes del inicio de la ictericia	Vacunación
Herpes virus	Pareja actual	Consejo para evitar la infección y transmisión
VIH	3 meses antes de un test previo negativo	Tratamiento. Consejo para evitar la infección o transmisión
Linfogranuloma venéreo	1 mes antes del inicio de síntomas	Tratamiento
Uretritis no gonocócica	4 semanas antes de inicio de síntomas o 6 meses en asintomáticos	Tratamiento
Pediculosis	12 semanas antes del inicio de síntomas	Tratamiento
Escabiosis	8 semanas antes del inicio de síntomas	Tratamiento
Sífilis	Primaria: 3 meses antes del inicio de síntomas Secundaria: 6 meses antes del inicio de síntomas Latente precoz: 12 meses antes del diagnóstico. Si no es posible, intentar precisar la fecha en que se produjeron las lesiones primaria y secundaria.	Prevención y tratamiento
Tricomoniasis	60 días antes del inicio de síntomas o diagnóstico	Tratamiento
Virus del papiloma humano	Pareja actual	Tratamiento de las verrugas o displasia cervical. Consejo

Traducido y modificado de Peterman TA et al (82) y Patman R et al (83).

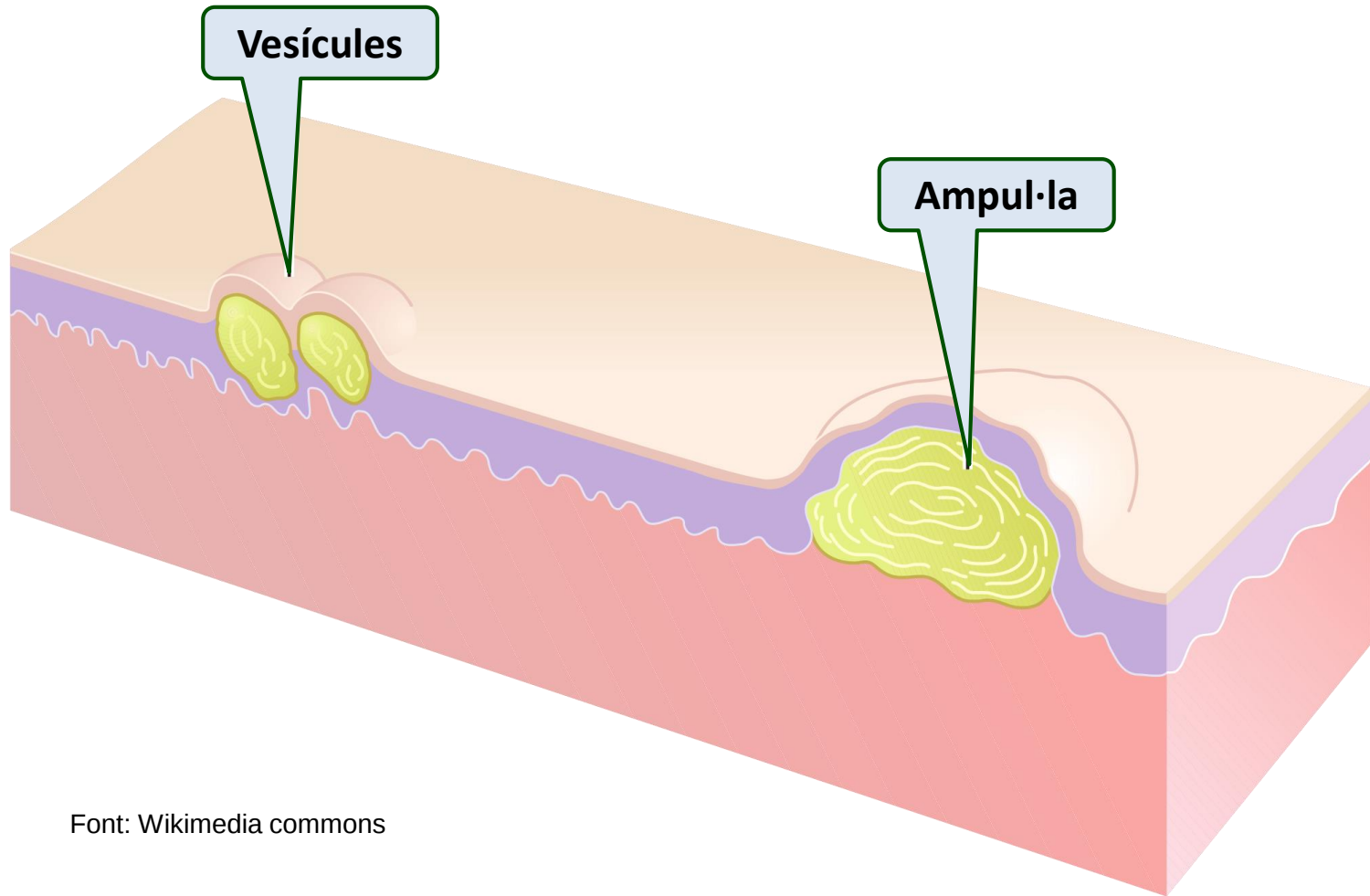
Màcula, pàpula, placa...?



Font: Dermatoweb.net

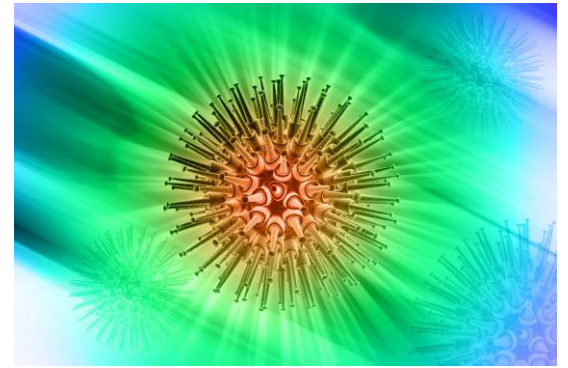


Vesícules



Font: Wikimedia commons

Vesícules



Font: Dermatoweb.net

- I de vegades, l'edat importa...o no?



Font: Dermatoweb.net

- **Sovint, el més important és la clínica...o no?**



Font: Dermatoweb.net

■ El cas del senyor Pep:

- Home 63 anys
- Pre-jubilat de la SEAT
- AP: asma ben controlat
- Lesió des de fa 2 dies (pruïja)



Font: Dermatoweb.net

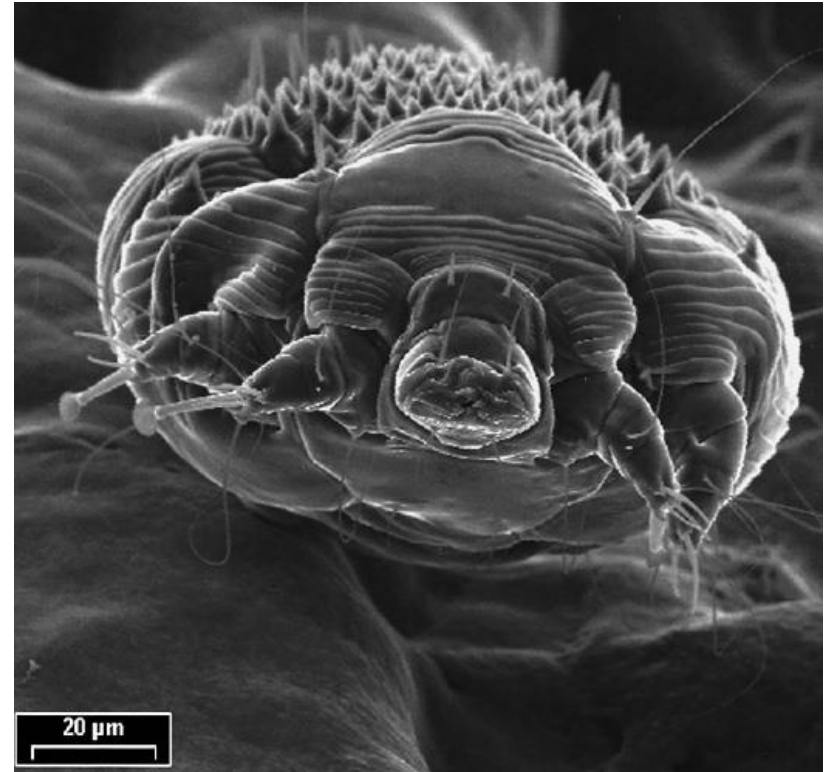
- Què més preguntem?
- Com descriurem la lesió?
- Toquem la lesió?



Font: tablets manual.com



Pediculus humanus capitis



Sarcoptes scabiei

Nombre científico del piojo
Pediculus humanus capitis

Hembra



Macho



TAMAÑO REAL DEL MACHO



Cabeza

Tiene dos ojos poco desarrollados, un par de antenas y el aparato bucal.

Patas

Cuenta con 3 pares que terminan en garras para aferrarse con más fuerza al pelo.

CICLO DE VIDA | La hembra pone cerca de 300 huevos

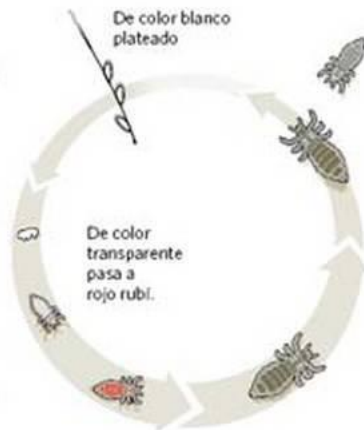
1

Primera semana
HUEVO O LIENDRE
Se incuba y se desarrolla.

2

Segunda semana
NINFA
Pasa por tres estadios ninfales.

A medida que crece cambia de color por la ingesta de sangre.



4

Un día después de la cópula, la hembra comienza a poner huevos.

3

Tercera semana
ADULTO
Color marrón grisáceo.
Vive de 28 a 35 días.

COMO SE NUTRE

Se alimenta hasta **5 veces por día**.

En el momento en que esto sucede produce una gran picazón. También produce escozor al caminar sobre el cabello y cuando defeca.



1

Extiende el pico e inserta los estiletes

2

Luego, inyecta una sustancia anticoagulante



3

Succiona hasta 1 mililitro de sangre por día

4

La zona se irrita y produce la picazón

DONDE SE ALOJA

Los huevos son puestos cerca del cuero cabelludo y se incuban con el calor de la persona.



**El poll ni salta ni vola
Es contagia per
contacte**

**La llémena es distancia
del cuir pilós 1 cm cada
8 setmanes (pel
creixement del pèl)**

Font: Clarín.com
Centro de investigaciones
de plagas (CITEFA)

■ Tractament de la pediculosi:



Edat	Tractament d'elecció
Nens < 6 mesos	• Eliminació mecànica
Nens entre 6 mesos i 5 anys	• Eliminació mecànica • Permetrina 1% en crema o Dimeticona
Nens > 5 anys i adults	• Eliminació mecànica • Permetrina 1% loció/ crema o Dimeticona
Embaràs i lactància	• Eliminació mecànica • Permetrina 1% loció/ crema o Dimeticona
Asmàtics	• Eliminació mecànica • Permetrina 1% crema de base no hidroalcohòlica o Dimeticona

■ Resum sobre l'ús de tractaments tòpics pediculicides :

- **Aplicar** sobre el cabell humit si és crema, o sec si és loció, des de l'arrel a la punta.
- Deixar que el producte actuï el **temps recomanat** segons el prospecte:
 - Silicones (d'1 a 8 hores)
 - Piretines (de 10 a 30 minuts)
 - Malatió (més que la Permetrina, al voltant de 12 hores)
- **Rentar** el cabell amb un xampú normal (no de tractament)
- **Repetir** el tractament als 7 dies
- Fer **detecció** de polls i **extreure llémenes** 24-72h després del primer tractament i després de la repetició:
 1. Si no es troben polls → Repetir la detecció amb llemenera cada 3-4 dies durant mínim 2 setmanes. Si no es troben polls el tractament ha estat efectiu
 2. Si es troben polls → Tractament fracassat:
 - Si són polls adults → Segurament és una reinfestació i haurem de repetir el tractament utilitzant les tècniques adequades fent èmfasi en mesures de prevenció.
 - Si són polls de diferents mides → Pot ser una resistència al tractament utilitzat i hem de recomanar productes alternatius augmentant la concentració de permetrina al 5% o amb malatió. Hem d'assegurar també la tècnica i les mesures preventives.

■ Mesures preventives:

- Evitar l'ús de pintes, gorres i estris personals de persones infestades
- Evitar el contacte proper (sobre tot caps) amb persones infestades
- Procurar que els nens vagin a escola amb el cabell recollit o molt curt
- Els estris personals de les persones infestades com pintes o raspalls de cabell, han de ser desinfectades amb xampú pediculicida durant 10 minuts o s'han de fer bullir durant 10 minuts
- Tovalloles, llençols i roba de nens amb polls han de ser rentats amb aigua calenta amb un cicle de rentadora superior als 55°C sempre que sigui possible, si no es deixaran en una bossa tancada durant 15 dies.
- S'aconsella el rentat freqüent del cabell



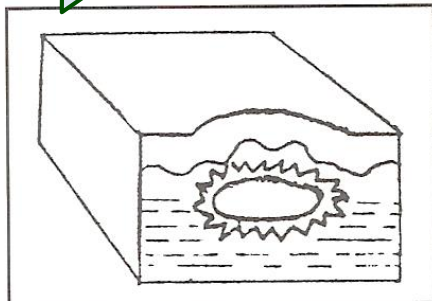
no totes les “berrugues” són berrugues, ni
tots els “quists” són quists

Què és una berruga?

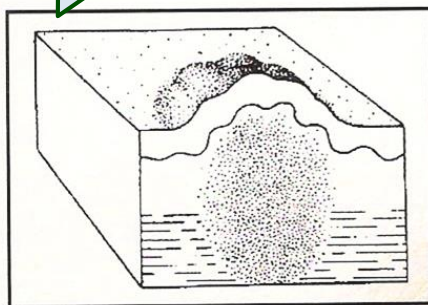
**És una lesió cutània produïda
pel virus del papil·loma humà**



Quist

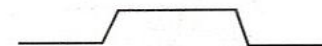


Nòdul



Pàpules

Plana
(liquen plano)



Hemisfèrica
(nevo melanocític intradèrmic)



Ligeramente sobrelevada
(paniculitis)



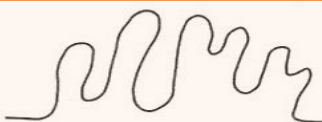
Acuminada
(eccema agudo)



Papilomatosa
(nevo intradèrmic)



Digitiforme
(verruca)



Umbilicada
(molusco contagioso)



No totes les “berrugues” són berrugues, ni tots els “quists” són quists



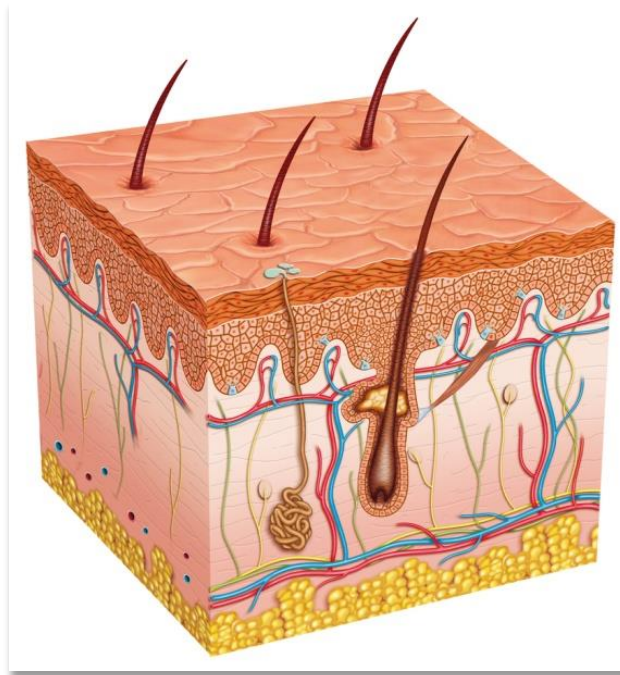
Font: Dermatoweb.net

Llavors...aquestes què són?



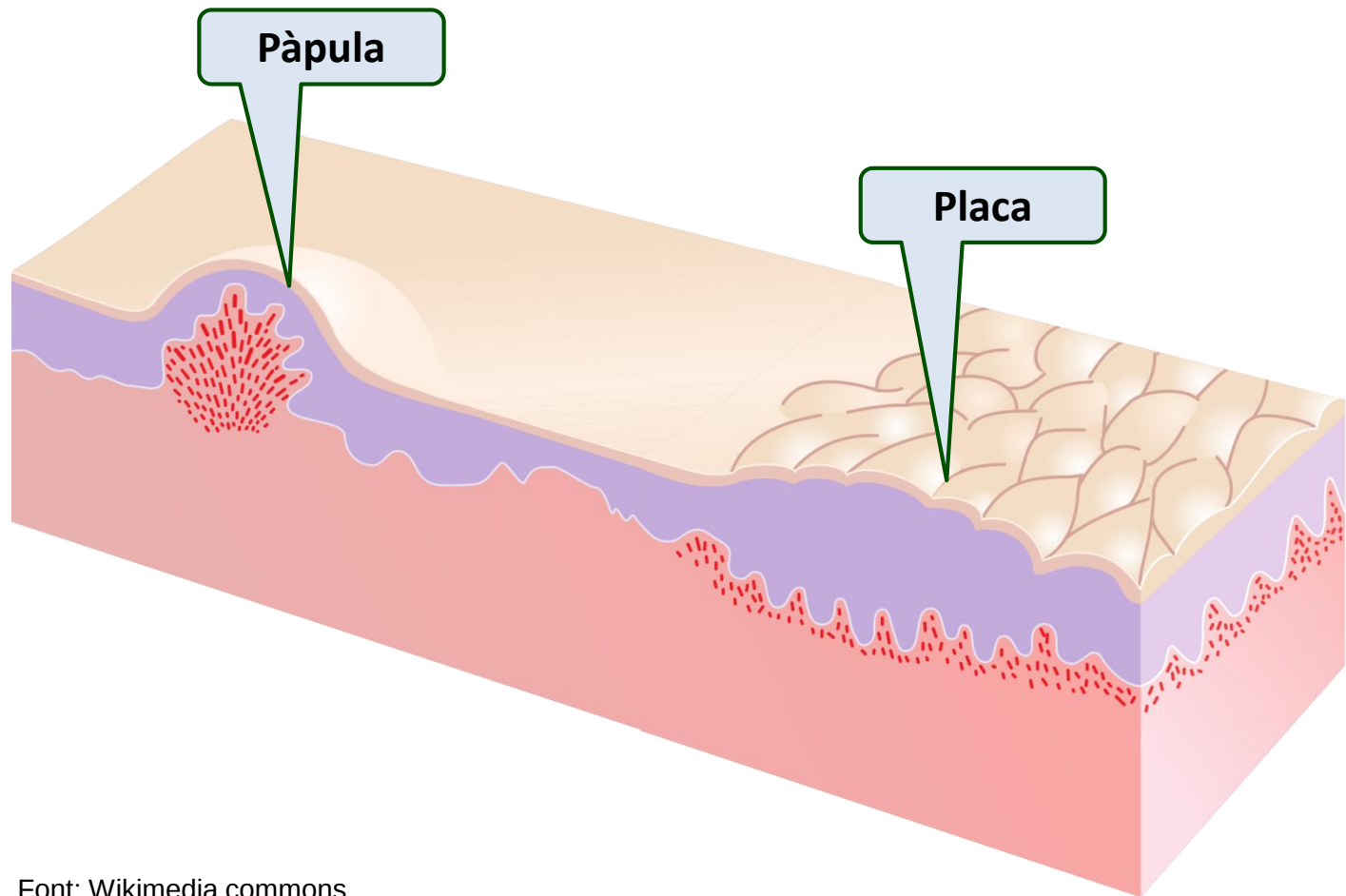
Font: Dermatoweb.net

LESIONS ERITEMATODESCAMATIVES



**I en aquest ranking,
“the winner is...”**

**...les lesions
eritematodescamatives!**



Font: Wikimedia commons

Psoriasi



Font: Dermatoweb.net

Dermatitis atòpica



Font: Dermatoweb.net

Dermatitis seborreica



Font: Dermatoweb.net

Però hi ha moltes més



Font: Dermatoweb.net

...No en sabíem més, teníem quinze anys...



Font: Dermatoweb.net



Font: Dermatoweb.net

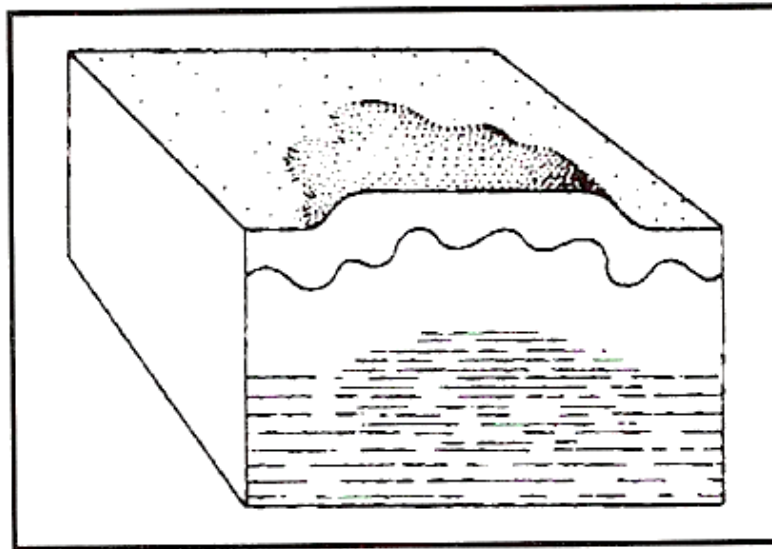
I...amb quaranta?



Font: Dermatoweb.net



Hem vist pàpules, plaques, vesícules i ara...FAVES





Font: Dermatoweb.net



■ Lesió de l'urticària. Faves:

- La característica principal és l'**evanescència**:
 - Cada lesió desapareix abans de 24h
 - Poden sortir d'altres noves a altres localitzacions
- Els episodis poden durar dies, mesos i anys

■ Tipus d'urticàries:

Tipus	Subtipus	Descripció o desencadenant (D)
Urticària espontània (80%)	Aguda (90%)	Faves espontànies < 6 setmanes
	Crònica(10%)	Faves espontànies > 6 setmanes
Urticària física(15%)	Per contacte amb fred(5%)	D: sòlid, líquid o aire fred
	Per pressió retardada	D: pressió vertical (3-8 h de latència)
	Per calor	D: calor localitzat
	Solar	D: ultraviolada o llum visible(< 60 minuts)
	Dermografisme o U factícia(50%)	D: fricció (1-5 min latència)
	Vibratòria /angioedema	D: vibració (martell neumàtic)
altres urticàries	Aquagènica	D: aigua (< 60 minuts)
	Colinèrgica (25%)	D: augment de la temperatura corporal (> de 24 hores).
	Per contacte	D: substàncies urticarizants
	Per exercici	D: exercici físic



■ Diagnòstic de les urticàries:

Grup	Subgrup	Test rutina	ampliació
Urticària espontània	Aguda	cap	- Retirar fàrmacs - Hormones tiroides - Ferro, vitamina B₁₂, folats disminuïts en algunes parasitosis i certes reaccions farmacològiques - Ig E específica anisakis - Cribratge de <i>H. pylori</i> si coexisteixen amb símptomes intestinals - Estudi de femta, si sospita de paràsits intestinals
	Crònica	Hemograma, VSG (aixecada en urticària vasculitis)	
Urticària física	Per fred	Test glaço de gel 5 minuts ->apareix lesions > 5 mm	crioproteïnes
	Per pressió	Test de pressió (0,2-1,5 kg/cm ² /10-20 min) ->apareixen lesions coalescents	
	Per calor	Test aigua calenta	
	Solar	Exposició a radiació UV i llum visible, fototest (2-15 min)	
	Dermografisme	Estímul de pressió moderada amb objecte dur (6 – 7 minuts)	
Altres urticàries	Aquagènica	Roba humida a 37 °C/20 min->apareixen lesions eritematoses amb "halo" blanquinós	
	Colinèrgica	Provocació per exercici i/o bany calent(10-15 minuts) apareix lesions de 1 – 5 mm en palmes, plantes i axil·les	
	De contacte	Prick/patch test-lectura als 20 min	
	Per exercici	Relacions temporal amb exercici físic (córrer,...)	

■ Tractament de les urticàries:



Eliminar factor causal i evitar possibles desencadenants

Anti-H1 no sedants **2.ª generació**

Si els símptomes persisteixen en 2 setmanes augmentar dosis (x2-4) o associació a un altra anti-H1 no sedant

Si persisteixen en 2 setmanes considerar un anti-H1 **de 1.ª generació** sedant per la nit, durant uns dies per evitar l'efecte additiu

Si exacerbació: Corticoides sistèmics (3-7 dies)

Si persisteix derivar especialista per tractaments segona línia ciclosporina A i actualment se esta estudiant el tractament amb omalizumab (anticòs monoclonal).

No hem d'oblidar mai les ungles

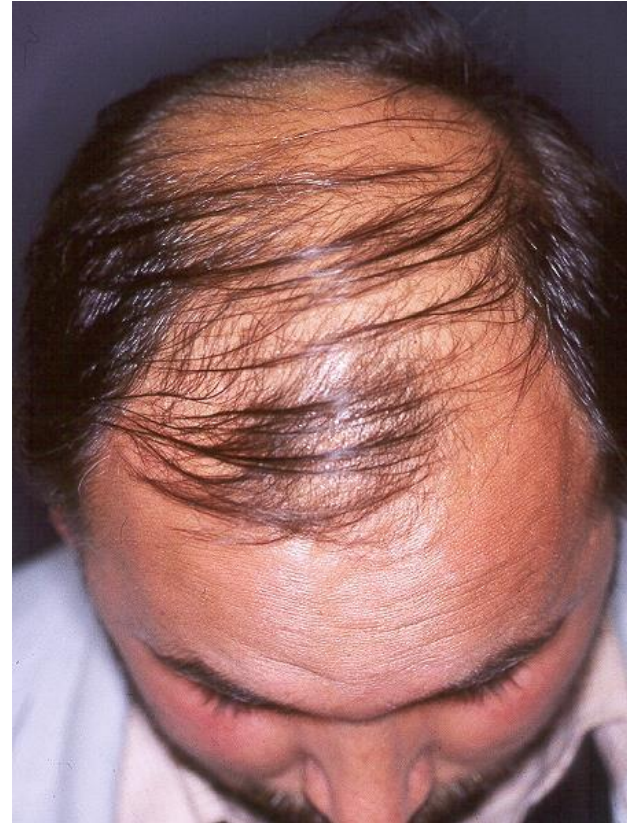


Font: Dermatoweb.net

■ Diagnòstic diferencial d'onicomicosi:

Onicomicosi	Peus , Asimetria, Color canviant , Associa Tinya pedis, Hiperqueratosi subunguial friable
Psoriasi	Mans , Diverses ungles, Simetria, Pitting , Afectació cutània, H ^a familiar, Associa OM (25%)
Traumatisme	Única ungla, Color homogeni , Onicogrifosi
Liquen pla	Atròfia, Pterigium
Carcinoma escamós	Única ungla, Dolor, Associa Perionixi
Sd. Ungles Grogues	Diverses ungles, Color groc, Dolor. Associa Sinusitis crònica o Bronquiectàsies o Limfedema

Ni el cabell



Font: Dermatoweb.net

Alopècies no cicatricials (95%):

Alopècia androgènica

Efluvis telogènic i anagènic

Sd. pèrdua del pèl en anàgena

Alopècia areata

Tinya capitis tonsurant

Falsa tinya amiantàcia

Alopècies traumàtiques,

Tricotil·lomania

Alopècies per tracció o pressió

Alopècia triangular temporal

Alopècies cicatricials:

Dermatosis autoimmunes

Infeccions: fongs (**Queri de Cels**),
bactèries (fol·liculitis decalvant,
fol·liculitis dissecant), virus

Per agents físics o químics

Per neoplàsies i hamartomes

Aplàsia cutània congènita

Pseudopelada de Brocq

Alopècies no cicatricials (95%):



Alopècia areata

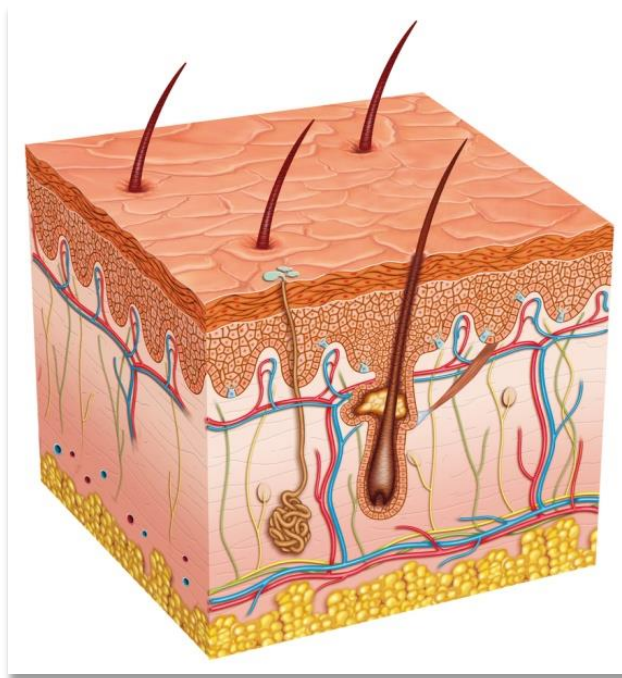
Alopècies cicatricials:



Pseudopelada de Brocq

Font: Dermatoweb.net

TUMORS CUTANIS



No tots els “quists” són quists, ni totes les “berrugues” són berrugues



Font: Dermatoweb.net



Font: Dermatoweb.net



Font: Dermatoweb.net

- **El cas del Sr. Pep (2):**
 - Home 63 anys
 - Pre-jubilat de la SEAT
 - AP: asma ben controlat
 - Lesions a regió frontal



Queratosi actínica (QA)



■ QA. Característiques:

- Perfil de pacient característic:
 - Pell clara (fototipus I-III)
 - Dany actínic en zones fotoexposades
- Espectre continu de displàsia (CEC in situ → CEC invasor), classificant-se segons el grau d'atípia dels queratinòcits
- Risc de carcinoma → 6-10% (en 10 anys)



■ QA. Tractaments:

- **Extirpació quirúrgica:**
 - D'elecció per KIN grau II o III. La tècnica depén de la localització
- **Electroteràpia o radiocirurgia:**
 - Curetatge, biòpsia i electrodessecació de la zona
- **Crioteràpia:**
 - Cal fer sempre curetatge de la lesió abans de crioteràpia, per fer estudi histològic i obtenir Dx (ja que es podria tractar de carcinoma invasor KIN III o CEC)
- **Dermaabrasió/Laserabrasió:**
 - Per QA múltiples en pacients amb intensa dermatohliosi
 - La tècnica Làser és més costosa però amb excel·lents resultats



■ QA. Tractaments tòpics:

Tabla 1. Principales características de los tratamientos tópicos de la queratosis actínica y el cáncer cutáneo no melanoma

Tratamiento tópico	Indicaciones	Dosis/duración tratamiento	Ventajas	Desventajas
5-fluoruracilo Efudix®	Queratosis actínica Enfermedad de Bowen Carcinoma basocelular superficial	Queratosis actínica: 2 veces/día 2-4 semanas Carcinoma basocelular: 2 veces/día mínimo 6 semanas	Tratamiento grandes áreas Lesiones subclínicas Fácil aplicación Muy introducido	Reacción inflamatoria local intensa Tratamiento relativamente largo Eficacia parcial en queratosis actínicas hiperqueratósicas
Diclofenaco Solaraze®	Queratosis actínica (aprobado únicamente en EE.UU.)	2 veces/día durante 60-90 días	Fácil de administrar Aceptación por los pacientes	Eficacia total menor Reacciones locales No efectividad en carcinoma basocelular ni escamocelular
Imiquimod Aldara®	Carcinoma basocelular superficial Queratosis actínica no hipertrófica de cara y cuero cabelludo	Carcinoma basocelular: 5 veces/semana 6 semanas Queratosis actínica: 3 veces/semana 4 semanas	Eficacia y seguridad a largo plazo (5 años) Desaparición histológica completa y sin cicatriz residual Mínimo índice de recurrencias	Eritema, ulceración, edema y descamación Coste
m-ALA Metvix®	Queratosis actínica Carcinoma basocelular superficial y nodular Enfermedad de Bowen	Cura oclusiva durante 3 horas previa a la aplicación de luz Queratosis actínica: 1 sesión Carcinoma basocelular y enfermedad de Bowen: 2 sesiones separadas por 1 semana	Posibilidad de repetición Resultado cosmético Diagnóstico por fluorescencia Buena respuesta	Coste Tiempo Dolor en el área tratada Eritema, edema, costras Baja capacidad de penetración



■ QA. Maneig segons estadi:

- **QA alt risc:**
 - ID i/o localització de risc → **DERIVAR A DERMATÒLEG**
- **QA múltiples:**
 - Gran nombre de lesions en una àrea **(1)**
 - Tractar cada lesió → 5-FU, diclofenac gel, imiquimod, crioteràpia
 - Tractar el camp amb tr. tòpic (5-FU, diclofenac, imiquimod, PDT) + Fotoprotecció
- **QA solitària:**
 - Tractar cada lesió + Fotoprotecció
 - **QA inicial** → 5-FU, diclofenac, imiquimod, crioteràpia, electrocirurgia **(2)**
 - **QA hipertròfica, proliferativa, liquenoide** → Tractament quirúrgic (es requereix exèresi completa de lesió per estudi histològic) **(1)**

(1) Predominantment des del servei de dermatologia

(2) Predominantment des de l'atenció primària.

Ceratosi Actínica: tractament. Development of a treatment algorithm for actinic keratoses: a European Consensus Eur J Dermatol 2008; 18 (6): 651-9

El cáncer de piel aumenta un 50% en la última década en Catalunya

Barcelona | 12/11/2012 - 15:00h

0 [Notificar error](#) [Tengo más Información](#) [✉](#) [🖨](#) [A A](#)

[Seguir](#) [Tweet](#) 29 [M'agrada](#) 48 [Menéalo](#) 0 [+1](#) 4 [Share](#)

BARCELONA, 12 (EUROPA PRESS)

Los **casos** de cáncer de **piel** han aumentado un **50%** en la **última década** en Catalunya, una cifra "alarmante", como la ha calificado el jefe de la Unidad de Melanoma del Hospital Clínic de Barcelona, Josep Malvehy, a la luz de un estudio realizado en colaboración de **23 hospitales catalanes**, que tratan al 80% de los casos de este tipo de tumores en el territorio.

En declaraciones a Europa Press, Malvehy ha señalado que el cáncer de piel se ha convertido en el tumor más frecuente, pese a que los registros no contabilizan la totalidad de los casos porque en algunos casos se quedan en la atención primaria, y ha advertido de que "el 30% de los españoles desarrollarán esta enfermedad".

Dentro de los tres grandes grupos de cáncer cutáneo, **el carcinoma de piel es el más frecuente**, y en el caso de los **mayores de 60 años afectará a la mitad de la población**, según el oncólogo, que ha advertido del impacto del melanoma en la población más joven.

El melanoma, el tumor de piel más agresivo y con mayor aumento de incidencia, "es el cáncer más frecuente en mujeres de entre 30 y 34 años", aunque la edad media del paciente se sitúa en los 50 años, y se revela como incurable en los casos de diagnóstico tardío.

■ Càncer cutani. Situació actual:

- La capacitat del metge de família per al reconeixement del Càncer Cutani s'ha observat molt baixa
- Les lesions cutànies malignes o premalignes constitueixen el 3er motiu de consulta dermatològica a l'AP (**16,9%**)
- 50% dels >65 anys tenen Ca. cutani
- La majoria són CCNM (70-80% són carcinoma basocel·lular (CBC); i el 20-30% carcinoma espinocel·lular (CEC))
- En 2005 → 1/80-90 persones tenien Melanoma
- En 2015 → 1/50 persones tindran Melanoma
- Supervivència als 10 anys de Melanoma:
 - Si *in situ* → 88%
 - Si Breslow 4mm → 30%
 - Si metàstasi a distància → 0%

Diagnòstic precoç:

- És l'únic tractament que garantitza la supervivència!

■ Carcinoma Basocel·lular (CBC):

- Tipus més comú de càncer de pell
- Localment molt agressiu, infiltrant i destructiu, no metastatitza
- Més de 90% a la cara
- Factors causals:
 - **Radiacions UV** → l'exposició crònica a UVB és el principal causal.
 - **Genètics** → (como en la resta de càncer de pell), persones amb trastorn genètic de la pigmentació tenen major predisposició
 - **Immunodeficiències**
 - **Radiacions X i alguns agents químics** → arsènic, productes nitrogenats, clorofens, hidrocarburs
 - **Cremades o traumatismes** → relació encara no comprovada



Atlas dermatoweb.net

■ Carcinoma Escamocel·lular (CEC):

- A més de l'efecte carcinogènic necessari a l'exposició solar, augmenten la probabilitat de presentar CEC:
 - **Exposició a radiacions X** (excepcional)
 - **Exposició a substàncies** → arsènic, bree, asbest i tabac
 - **Dermatosis inflamatòries que provoquen cicatrització**
 - **Immunosupressió** → (càncer més freqüent en persones post transplantament, leucèmia, limfoma o en tractament immunosupressor)
 - **Infecció per VPH** → L'aparició d'un CEC pot donar-se sobre una lesió precursora o bé sobre pell i/o mucosa normal



Carcinoma Escamocel·lular



Queilitis actínica (llavis)



Malaltia de Bowen



Atlas dermatoweb.net

■ CEC de mal pronòstic:

- Mida tumoral >2cm
- Profunditat de tumor >4mm
- Localització → Orelles i llavi inferior
- Pacient immunodeprimit
- Pacient amb CEC previ

Al final, no tot és de color de rosa...



Fotografia cedida per Mireia Serrano

■ Fotoexposició:

- Com que l'exposició solar és el factor de risc més important per al càncer de pell, El 80% de la radiació solar es realitza al llarg de la infantesa i joventut (sobretot als 15 primers anys)
 - La prevenció primària està basada en l'evitació de les radiacions ultraviolades (RUV)
- El 80% de la radiació solar es realitza al llarg de la infantesa i joventut (als 15 primers anys)
 - Hem d'insistir en fotoprotecció en aquestes etapes de la vida



Font: www.serviciodepromociondelasalud.es

■ Fototipus:

**Protector Solar
(FPS)
45 ó más**

FPS: 35-20

FPS: 25-15

FPS: 20-15



PIEL INFANTIL – EXTREMADAMENTE SENSIBLE

Piel clara, cabellos rubios o castaño claro, tendencia a las pecas. Se quema con facilidad y se broncea poco. Tiempo de autoprotección: 10-20 minutos.



PIEL TIPO I – EXTREMADAMENTE SENSIBLE

Piel muy clara, cabellos rubios o pelirrojos, pecas. Se quema rápidamente, nunca se broncea. Riesgo extremo de quemadura. Tiempo de autoprotección: 15-10 minutos.



PIEL TIPO II – MUY SENSIBLE

Piel clara, cabellos rubios o castaño claro, tendencia a las pecas. Se quema con facilidad y se broncea poco. Tiempo de autoprotección: 10-20 minutos.



PIEL TIPO III – SENSIBLE

Piel ligeramente mate, cabellos castaño claro o castaño, sin pecas. Raramente se quema, se broncea con facilidad. Tiempo de autoprotección: 15-20 minutos.



PIEL TIPO IV – POCO SENSIBLE

Piel morena, cabellos oscuros o negros. Casi nunca se quema, se broncea rápidamente. Tiempo de autoprotección: 20-30 minutos.

Font: <http://laboticadeloctavo.wordpress.com>



■ Patrons de fotoexposició:

- **CBC i CEC** → Relacionats amb patrons de fotoexposició crònica i mantinguda
- **MM** → Relacionat amb patrons de fotoexposició intensa i intermitent



Melanoma

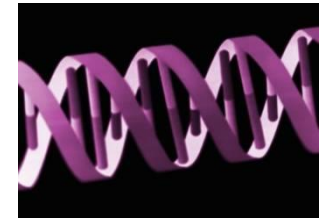


Font:Atlas dermatoweb.net

■ Factors de risc de patir MM:

1. Susceptibilitat genètica:

- Un familiar de 1r grau amb MM
- Sobretot si MM en familiar aparegué abans dels 50 anys
- MM familiar → Detectats >20 gens implicats (MM en edats més joves i associació amb SND)



2. Radiació ultraviolada:

- Hoste → Fototipus I, pèl-roigs, efèlides
- Exposició a UV soferta → exposicions intenses (cremades solars) sobretot abans del 15 anys
- La relació entre UV artificial i MM és indiscutible
- Relació de risc amb UV diferent segons el subtipus de MM:
 - MM Nodular i MM Acral → No relació demostrada amb UV
 - Lentigen Melanoma Maligne (LMM) → Relació amb exposició cònica al sol



PREVENCIÓ

UNA PELL PER A TOTA UNA VIDA

A photograph of an older man and a younger woman walking away from the camera on a sandy beach. They are holding hands and walking towards the ocean under a clear blue sky. The man is on the left, and the woman is on the right. Their shadows are cast on the sand.

**EL SOL BRILLA PERÒ LA
IMPRUDÈNCIA MATA**

■ Mesures preventives:

1. Conèixer la malaltia:

- El melanoma existeix i qualsevol persona el pot patir (alguns molt més)

2. Conèixer els riscos potencials

3. Evitar el factors externs



■ Prevenció. Conèixer la malaltia:

- Identificació de grups de risc:



CCNM

- Exposició UV a infància
- Exposició UV ocupacional
- Exposició a arsènic.
- Núm. episodis de cremada solar
- Queratosis actíniques
- Transplantament òrgan
- Ulls clars i cabell ros o roig
- Antecedent familiar de càncer cutani
- Síndromes genètics determinats
- VPH (CEC anogenital, periunguial, CE berruciforme)

CCM

- Història de cremades solars freqüents
- Cabell ros o roig
- Ulls verds o blaus
- Pigues
- Incapacitat per bronzejar-se
- Familiar amb melanoma
- Elevat nombre de nevus
- Síndrome nevus displàsic

■ Prevenció. Conèixer la malaltia:

- Perfils genètics d'individus amb alt risc i RR:

Factor	AproximateRelativeRisk
Member of melanoma-pronefamily	Up to 35-70
PreviousPrimary melanoma	8.5
FamilyHistory of melanoma	1.7
SkinType	
<i>Type I</i>	2.1
<i>Type II</i>	1.8
<i>Type III</i>	1.8
Freckling	2.1
Eye color	
Blue	1.5
Green	1.6
Hazel	1.5
Hair color	
Red	3.6
Blond-red	2.1
Blond	2.0
Light Brown	1.6
FirstBlisteringSunburn	2.0
Multiple moles and typical moles	
<i>Multiple moles (101-120)</i>	6.9
<i>Atypical moles (5 or more)</i>	6.5
OtherSkinConditions: AK, SCC, BCC	4.3

- **Prevenció. Evitar els factors externs:**



<http://www.slideshare.net/dermapediatrica/prevencion-del-melanoma-desde-cuando-y-como>

■ Prevenció. Evitar els factors externs:

Fotoexposició:

- Horari: NO de 12-16h (maig-setembre)
- Recorda, ombra llarga!!!



■ Prevenció. Evitar els factors externs:

Fotoprotectors:

- 30 minuts abans
- Distribució homogènia
- Índex adequat (indicat per dermatòleg però >15)
- Repetir si exposició continuada o bany

Dur-lo a la bossa no és suficient!!!

La fotoprotecció no és només utilitzar cremes!!!

■ Estratègies:

1. Autoexploració de la pell
2. Conèixer els fenotipus i els factors de risc
3. Diagnòstic precoç
4. Avaluació especialitzada



<http://www.slideshare.net/dermapediatrica/previncin-del-melanoma-desde-cuando-y-como>

Diagnòstic precoç:

- És l'únic tractament que garantitza la supervivència!

■ Cribatge de càncer cutani en Atenció Primària:

Metode clàssic (Algoritme ABCD) (dels anys 1940). Només amb això:

- Especificitat I Sensibilitat → 50% (en MF) I 65% (en Dermatòlegs)
- Sovint ABCD surt negatiu en → MM acral, MM nodular, MM no pigmentat



Reconeixement patrons (entrenament amb fotografies)



Procés comparatiu (signe de l'ànec lleig)



Examen dermatoscòpic



■ Cribatge de càncer cutani en Atenció Primària. Examen dermatoscòpic:

- Després del curs reglat de Dermatoscòpia:
 - Sensibilitat pot arribar al 92%
 - VPN = 95% = Si diem que no té res és gairebé segur que no té res



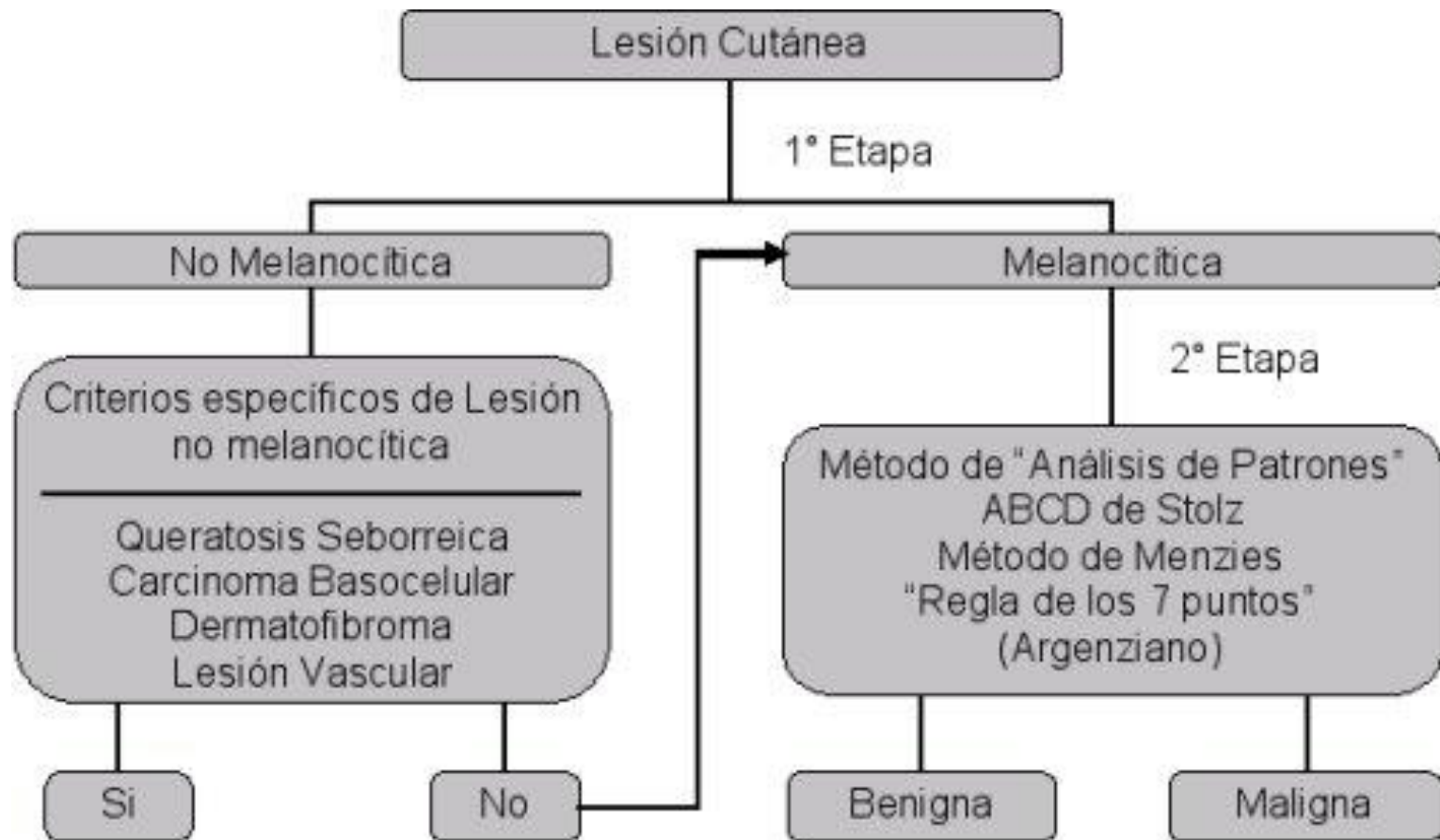
Dermoscopy Improves Accuracy of Primary Care Physicians to Triage Lesions Suggestive of Skin Cancer *Giuseppe Argenziano, Susana Puig, et. al.*
J Clin Oncol 24:1877-1882. 2006.

- Tipus de dermatoscops:





■ Lesió cutània. Diagnòstic en 2 etapes:



■ Queratosis seborreica:



Atlas dermatoweb.net

Vores "corcades"

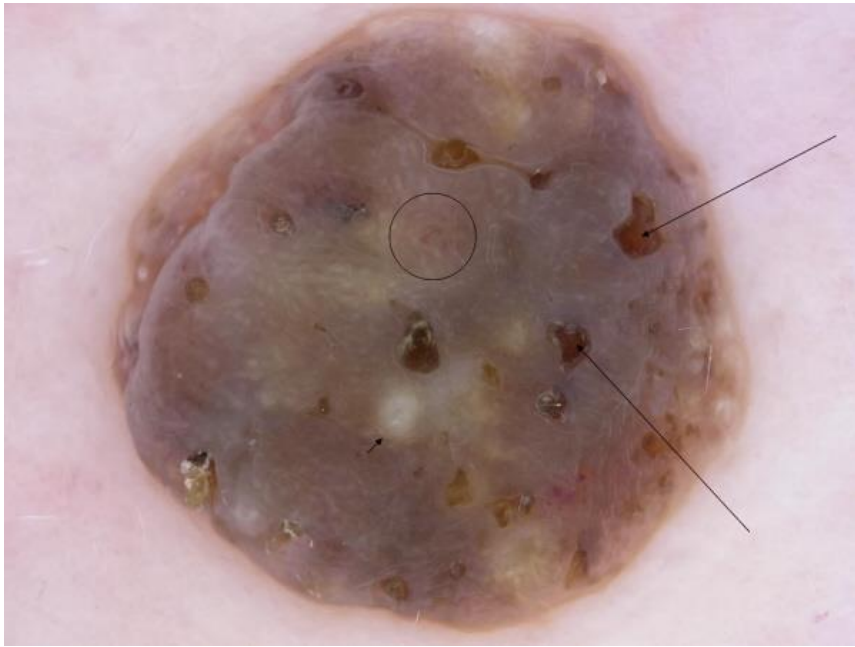
"Pseudoquists de mílium (fletxes)

Vasos en "forquilla" (cercle)

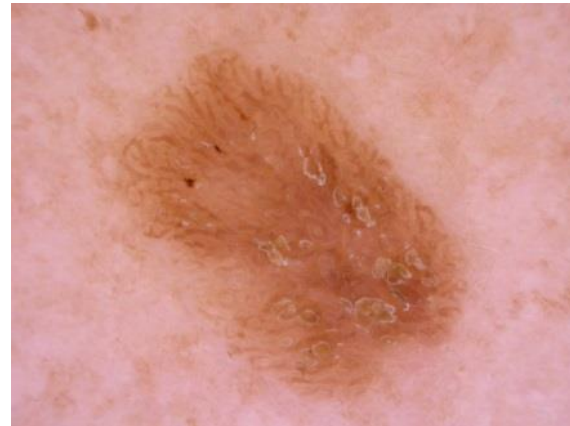


Atlas dermatoweb.net

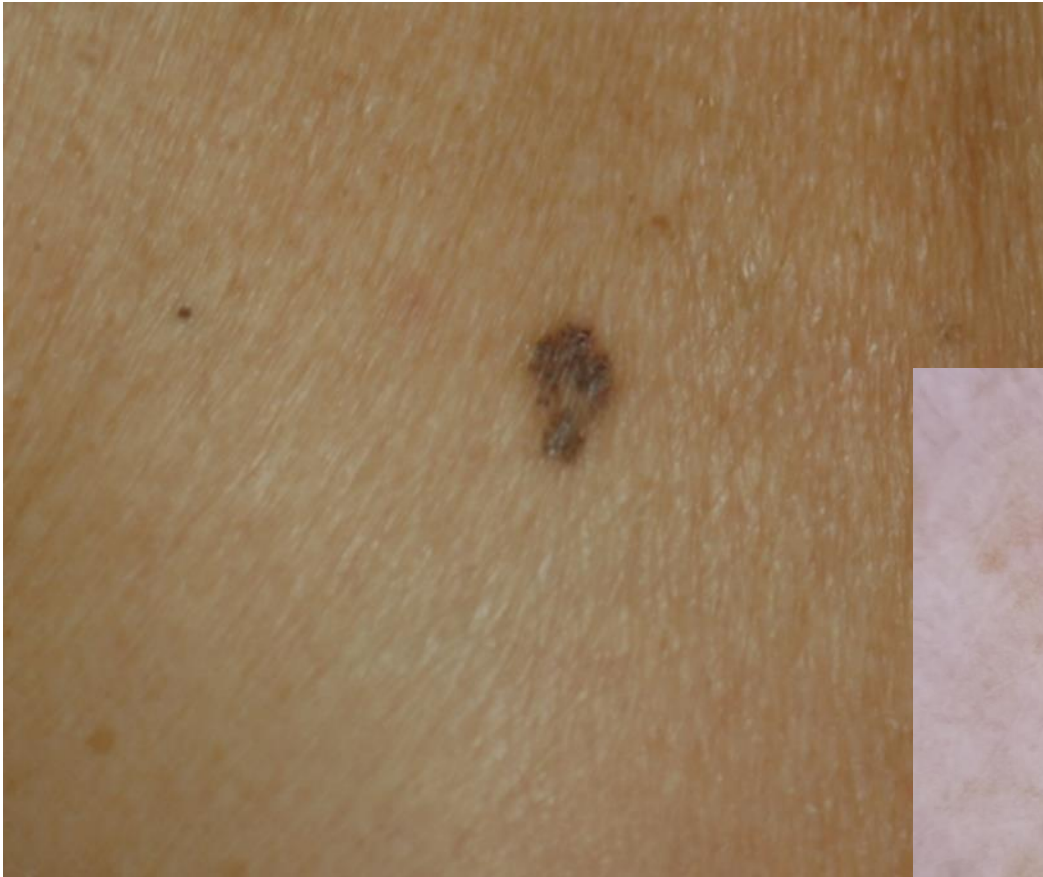
■ Queratosis seborreica. Criteris dermatoscòpics:



1. Quists tipus mílium
2. Taps cornis
3. Fissures i crestes (cervell)
4. “Empremta digital” (vora corcada)
5. Vasos en forquilla
6. Fals reticle pigmentat
7. Final abrupte de la vora



■ Carcinoma basocel·lular superficial:



Font: Dermatoweb.net

“Nius” grans
ovoides

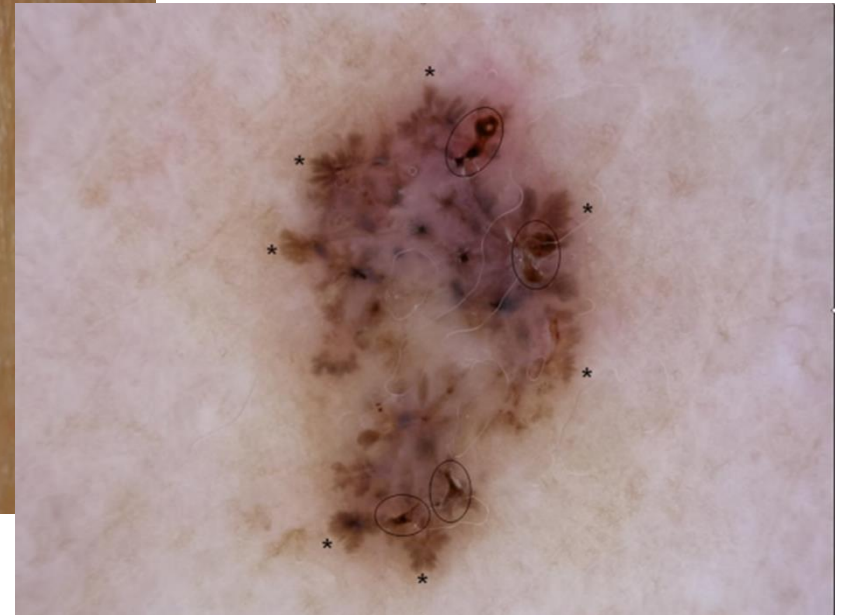
Glòbuls
múltiples

Àrees en “fulla
d’auró”

Roda de carro

Teleangiectàsies
ramificades

Ulceració



■ Patrons dermatoscòpics en lesions NO melanocítiques:

Patró	Definició	Lesió
Llacunes	Llacunes vermelles, blavoses o negres de distribució homogènia en tota la lesió	Angiomes, hematomes, malform vasculars, angio-queratomes. Absència d'altres estructures en aquestes lesions
Patró cerebriforme o fissures	Fissures i crestes, amb demarcació abrupta	Ceratosi seborreica
Vel blau-blanc	Pigmentació confluent blau-blanquinosa similar pot veure's al centre d'algun nevus benigne	Ceratosi seborreica Hi ha altres estructures habituals (1)
Cicatriu blanca central amb reticulació delicada perifèrica	Cicatriu central hipopigmentada estrellada. Freq. a perifèria reticle fi marró, pot haver estructures globulars en forma de "donut" al centre	Dermatofibroma
Patró multicomponent amb vasos ramificats, "fulles d'auró" o roda de carro	Vasos ramificats, estructures en "fulla d'auró", roda de carro, nius grans ovoides blaus, glòbuls blaus múltiples o ulceració	Carcinoma basocel·lular

■ Nevus amb patrons de benignitat:

Patró reticular típic



Patró globular típic



Vasos en "coma"

Font: Dermatoweb.net



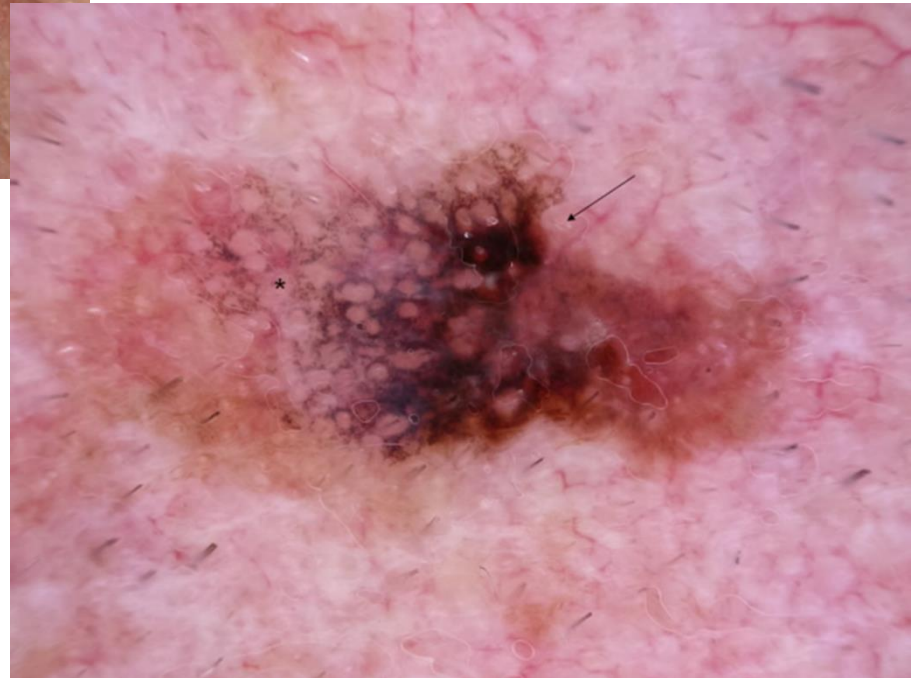
Asimetria (de colors o d'estructura)

Reticle pigmentat atípic

Color negre/blau/blanc

3-point checklist:

- ≥ 2 criteris $\rightarrow$ Sospita malignitat



Font: Dermatoweb.net



Font: Dermatoweb.net

■ **Conclusions. Recordeu!!!**

- EL càncer de pell és el més freqüent de l'organisme
- Els MFiC com clau en la prevenció primària del càncer de pell en la població general i en les persones d'alt risc
- Les tècniques avançades de detecció precoç de càncer de pell a l'AP milloren significativament la sensibilitat i especificitat del criatge



Moltes gràcies!



camfic

societat catalana de
medicina familiar i
comunitària