

Dermatología

Claves para orientar el caso

Observar

Morfología, distribución y evolución.

Distinguir

Inflamación, infección y neoplasia.

Actuar

Manejo inicial y señales de urgencia.

Prevenir

Barrera cutánea, fotoprotección y seguimiento.

Reconocer las lesiones cutáneas

La morfología, la distribución y la evolución orientan el diagnóstico.

Reconocer la lesión y priorizar el caso

Describir antes de nombrar

- **Historia:** inicio, duración de cada lesión, progresión, prurito o dolor, fiebre, medicamentos, contacto, ocupación, viajes, sol, frío y tratamientos previos. Preguntar por embarazo, inmunosupresión y otras personas afectadas.
- **Examen:** buena luz, inspección y palpación; precisar distribución, simetría, bordes, superficie y tamaño. Revisar mucosas, uñas, pelo y palmas/plantas cuando corresponda. El eritema puede verse violáceo o ser poco evidente en piel oscura.

Lesiones elementales

Lesión	Cómo reconocerla
Mácula / mancha	Cambio de color sin relieve; se suele reservar mácula para lesiones pequeñas.
Pápula / placa	Elevación sólida pequeña / lesión más extensa, habitualmente de superficie plana.
Nódulo / tumor	Lesión sólida profunda / masa; el término tumor no demuestra malignidad ni exige crecimiento exofítico.
Vesícula / ampolla	Cavidad con líquido, pequeña / mayor; el corte de tamaño varía entre textos.
Pústula / comedón	Contenido purulento / tapón folicular abierto o cerrado; pus no prueba siempre infección.
Habón o roncha	Edema dérmico transitorio; suele blanquear, pero la presión no hace desaparecer de inmediato todo el relieve.
Erosión / úlcera	Pérdida epidérmica / pérdida que alcanza dermis o más profundo; la úlcera puede cicatrizar con marca.
Escama / costra	Acumulación córnea / desecación de suero, sangre o pus.
Excoriación / liquenificación	Lesión por rascado / engrosamiento con acentuación de pliegues por roce crónico.

Patrón y pruebas útiles

- **Configuración:** anular, lineal, agrupada, en diana, dermatomal, fotoexpuesta o en pliegues. Relacionar patrón con tiempo: un habón cambia en horas; una placa persistente obliga a otro diferencial.
- **Pruebas dirigidas:** examen micológico ante tiña dudosa o antes de tratamiento ungüeal prolongado; cultivo si infección seleccionada; dermatoscopia para lesiones pigmentadas; biopsia si cambia la conducta. No pedir baterías autoinmunes a todo exantema.
- **Vitropresión:** blanqueamiento orienta a vasodilatación; púrpura no blanquea. Interpretar con clínica, porque una lesión violácea puede tener causas vasculares, inflamatorias o hemorrágicas.

Leer la piel en cuatro dimensiones

Forma

Definir la lesión elemental y su superficie.

Lugar

Distribución, simetría, mucosas y fanéreos.

Tiempo

Horas, días, recurrencia o persistencia.

Contexto

Síntomas, fármacos y exposiciones.

Urgencias que no esperan confirmación completa

- **Actuar:** compromiso respiratorio/circulatorio, dolor desproporcionado, necrosis rápida, fiebre con púrpura, ampollas extensas o erosiones mucosas requieren evaluación urgente.
- **Ojo:** dolor ocular, fotofobia o menor visión junto a herpes, rosácea o erupción mucosa necesitan valoración oftalmológica oportuna.
- **Eritrodermia:** eritema y descamación muy extensos, habitualmente $\geq 90\%$ de superficie, pueden alterar temperatura, líquidos e infección; valorar hospitalización y causa.
- **Tratamiento tópico:** seleccionar potencia, vehículo, zona, edad y duración. Cara/pliegues absorben más; evitar corticoides potentes continuos y combinaciones que enmascaren tiña.

Primero decidir si puede esperar

Respiración o shock

Tratar emergencia y activar apoyo.

Dolor, necrosis o mucosas

Buscar infección profunda o reacción grave.

Estable sin alarmas

Orientar pruebas y manejo por patrón.

CLAVES EUNACOM

Morfología, distribución y evolución se interpretan juntas.

La gravedad sistémica decide la prioridad aunque la lesión parezca pequeña.

Referencias: [1](#), [2](#), [3](#). Bibliografía al final.

Dermatitis y eccemas

Identificar el patrón y proteger la barrera cutánea.

Dermatitis atópica

Reconocimiento clínico

- **Base:** alteración de barrera cutánea y respuesta inmunitaria, con predisposición genética; *Staphylococcus aureus* puede colonizar o sobreinfectar, pero no define la causa ni obliga a usar antibióticos.
- **Patrón:** eccema muy pruriginoso, crónico o recurrente, xerosis, pápulas, placas y excoriaciones; el rascado persistente produce liquenificación. Preguntar por asma, rinitis y antecedentes familiares.
- **Signos de apoyo:** queratosis pilar, pitiriasis alba, pliegue infraorbitario de Dennie-Morgan y oscurecimiento periocular. La lengua geográfica es inespecífica y no confirma atopia.

Distribución y diagnóstico

Etapa o problema	Hallazgo orientador
Lactante	Mejillas, cuero cabelludo y superficies extensoras; la zona cubierta por pañal suele estar menos afectada.
Niño mayor y adulto	Pliegues antecubitales y poplíteos, cuello, manos; sudor, calor y fricción pueden exacerbar.
Diagnóstico	Clínico. La IgE total elevada no confirma ni una IgE normal excluye DA.
Diferenciales	Escabiosis, dermatitis de contacto o seborreica, psoriasis y tiña; reconsiderar si distribución o respuesta son atípicas.

La edad cambia la distribución

Lactante

Mejillas, cuero cabelludo y superficies extensoras.

Niño y adulto

Pliegues, cuello y manos; eccema recurrente y xerosis.

Cuidado de la barrera

- **Todos los días:** emoliente sin perfume, especialmente después del baño; limpieza breve con agua tibia y limpiador suave. Evitar lana, productos irritantes, exceso de abrigo y fricción.
- **Plan:** explicar la cantidad y zona de aplicación, controlar prurito, sueño y adherencia; evitar dietas de exclusión o pruebas alimentarias indiscriminadas sin sospecha clínica de alergia.

- **Seguimiento:** valorar extensión, intensidad, infecciones y repercusión familiar; controlar tras un brote y ajustar un plan preventivo si recidiva.

Tratamiento de la inflamación

- **Brote:** corticoide tópico de potencia apropiada para edad, gravedad y zona; en cara, pliegues y lactantes usar menor potencia y cursos breves. Emoliente y antiinflamatorio cumplen funciones distintas.
- **Tacrolimus o pimecrolimus:** alternativas ahorradoras de corticoide, especialmente en zonas sensibles; su indicación y concentración dependen de la edad y del registro local. No aplicarlos sobre infección activa sin tratar.
- **Persistencia moderada o grave:** derivar para fototerapia o tratamiento sistémico dirigido. Evitar corticoides sistémicos de rutina por efectos adversos y recaída; los antihistamínicos no sustituyen el control del eccema.

Dos objetivos del tratamiento

Barrera

Emoliente diario, baño breve y menos irritantes.

Inflamación

Corticoide tópico adecuado o inhibidor de calcineurina según zona y edad.

Control

Revisar técnica, adherencia, sueño e infecciones.

Infección y derivación urgente

- **Sobreinfección bacteriana:** pus, costras melicéricas, dolor creciente, extensión rápida o fiebre justifican evaluación y tratamiento dirigido; no indicar antibióticos por colonización aislada.
- **Eccema herpético:** vesículas o erosiones monomorfas dolorosas, en sacabocados, con fiebre o malestar. Requiere valoración y antiviral sistémico urgente; compromiso ocular necesita oftalmología.
- **Derivar:** mala respuesta pese a aplicación correcta, enfermedad extensa, deterioro importante del sueño, infecciones repetidas o duda diagnóstica.

Infección: pistas que cambian la conducta

Bacteriana

Pus, costras melicéricas y dolor creciente; valorar tratamiento dirigido.

Herpética

Erosiones dolorosas monomorfas, fiebre o compromiso ocular: atención urgente.

CLAVES EUNACOM

Prurito recurrente + xerosis + distribución según edad.

Emoliente diario y antiinflamatorio durante el brote.

Vesículas dolorosas monomorfas hacen sospechar eccema herpético.

Referencias: [4](#), [5](#), [6](#). Bibliografía al final.

Dermatitis del pañal

Mecanismo y evaluación

- **Dermatitis del pañal:** inflamación por humedad, maceración, fricción y exposición a orina, enzimas fecales o irritantes. La diarrea, cambios poco frecuentes y antibióticos recientes pueden favorecerla.
- **Historia:** duración, productos nuevos, tipo y frecuencia de cambio de pañal, diarrea, alimentación, antibióticos y tratamientos previos. Inspeccionar todo el cuerpo, la boca y la curva de crecimiento.
- **Diagnóstico:** suele ser clínico. La candidiasis puede coexistir con irritación; no todas las lesiones intensamente rojas son micóticas.

Usar la distribución para orientar

Patrón	Interpretación
Convexidades, con pliegues respetados	Dermatitis irritativa: nalgas, genitales y muslos; puede dibujar una W.
Pliegues y lesiones satélite	Candida: eritema intenso con pápulas o pústulas periféricas; buscar muguet.
Rojez perianal muy delimitada y dolor al defecar	Sospechar infección estreptocócica; requiere evaluación específica.
Persistente o atípica	Considerar psoriasis, seborrea, alergia de contacto, déficit de zinc o histiocitosis.

Dos patrones frecuentes

Irritativa

Convexidades rojas; pliegues relativamente respetados.

Candida

Pliegues comprometidos y pápulas o pústulas satélite.

Medidas que reparan la piel

- **Reducir exposición:** cambiar pronto el pañal húmedo o sucio, dejar períodos al aire y evitar pañales excesivamente apretados. Usar productos absorbentes adecuados.
- **Limpieza:** agua tibia y material suave; secar por contacto, sin frotar. Evitar jabones perfumados, alcohol, antisépticos y talco.
- **Barrera:** aplicar una capa protectora de óxido de zinc o vaselina en cada cambio. Retirar sólo lo sucio y reponer; no eliminar vigorosamente toda la barrera cada vez.

Piel limpia, seca y protegida

1

Cambiar

Retirar pronto pañal húmedo o sucio.



2

Limpia

Agua y material suave; secar sin frotar.



3

Proteger

Barrera en cada cambio y tiempo al aire.

Cuándo añadir medicamentos

- **Inflamación que persiste:** hidrocortisona al 1% en capa fina una o dos veces al día, curso breve y supervisado; reevaluar antes de prolongar. El pañal produce oclusión y aumenta la absorción.
- **Candida:** añadir clotrimazol al 1% o miconazol al 2% tópico dos veces al día, según pauta clínica; mantener barrera e higiene. No usar corticoide potente ni combinaciones triples de forma empírica.
- **Fracaso:** comprobar aplicación y diagnóstico antes de cambiar repetidamente de fármaco; considerar cultivo si se sospecha infección bacteriana, no en todo eccema simple.

Señales de reevaluación

- **Atención pronta:** fiebre, dolor importante, ampollas, erosiones extensas, pus o progresión rápida, particularmente en recién nacidos.
- **Derivar:** falta de mejoría con medidas correctas, púrpura, afectación fuera del pañal, diarrea crónica o mala ganancia ponderal; lesiones periorificiales y acrales con alopecia orientan a déficit de zinc.

CLAVES EUNACOM

Irritativa: respeta pliegues; Candida: afecta pliegues y deja satélites.

La barrera y los cambios frecuentes son la base.

Referencias: [4](#), [7](#), [8](#). Bibliografía al final.

Dermatitis de contacto

Dos mecanismos que pueden coexistir

- **Irritativa:** lesión directa de la barrera por agua, detergentes, solventes, fricción u otros agentes; depende de concentración, duración y repetición. Puede afectar a cualquiera, con susceptibilidad individual variable.
- **Alérgica:** hipersensibilidad retardada de tipo IV en una persona sensibilizada; puede aparecer con exposiciones pequeñas. No es una reacción mediada por IgE ni una enfermedad autoinmune.
- **Interrogar:** trabajo, hobbies, guantes, cosméticos, tinturas, joyas, adhesivos, medicamentos tópicos y productos nuevos. Relacionar localización, horario y mejoría durante períodos sin exposición.

Irritación y alergia

Irritativa

Daño directo; importan intensidad, tiempo y repetición de exposición.

Alérgica

Respuesta retardada en una persona sensibilizada; parches para identificar el alérgeno.

Claves comparativas

Característica	Interpretación
Ardor, escozor y contacto repetido con irritantes	Favorece dermatitis irritativa; suele predominar donde hubo exposición.
Prurito intenso y aparición retardada tras reexposición	Favorece alergia; puede extenderse más allá del contacto inicial.
Eritema, edema, vesículas o ampollas y exudado	Fase aguda, posible en ambos mecanismos.
Descamación, fisuras, liquenificación y cambio pigmentario	Evolución subaguda o crónica; la morfología sola no identifica el agente.

Confirmación y diferenciales

- **Prueba de parche:** estudia alergia de contacto retardada, con lecturas diferidas e interpretación de relevancia clínica. Indicada en cuadros persistentes, recurrentes u ocupacionales y cuando el alérgeno no es claro.
- **Límite:** una prueba negativa no descarta dermatitis irritativa; prick test e IgE no reemplazan los parches. Contacto inmediato con habones o síntomas respiratorios exige pensar en otra reacción, como alergia inmediata al látex.
- **Diferenciales:** tiña, psoriasis, dermatitis atópica o seborreica. Buscar borde micótico, lesiones a distancia y distribución que no encaje antes de prolongar corticoides.

Manejo inicial

- **Retirar exposición:** identificar y sustituir el producto causante; guantes adecuados con períodos de descanso, protección frente a humedad y asesoría laboral si corresponde. El guante también puede contener un alérgeno.
- **Restaurar barrera:** emoliente sin perfume varias veces al día, limpieza suave y reducción del trabajo húmedo.
- **Inflamación:** corticoide tópico ajustado a sitio y grosor; baja potencia en cara y pliegues. Las lesiones exudativas pueden beneficiarse de compresas húmedas breves; no aplicar mezclas irritantes.
- **Grave o extensa:** derivar para tratamiento supervisado; edema facial importante, afectación ocular, dolor intenso o sospecha infecciosa requieren valoración pronta.

Tratar el brote y su causa

Evitar

Identificar productos, ambiente laboral y exposición oculta.

Reparar

Emolientes y protección apropiada de la piel.

Desinflamar

Corticoide tópico según sitio; reevaluar si persiste.

Evitar recaídas

- **Entregar nombre del alérgeno:** enseñar a reconocerlo en etiquetas y productos laborales. La sensibilización puede persistir aunque desaparezca el eccema.
- **Control:** revisar exposición oculta, adherencia y técnica. Explicar que la reparación de una dermatitis crónica tarda más que la desaparición inicial del eritema.

CLAVES EUNACOM

La prueba de parche estudia alergia retardada.

Retirar el agente es tan importante como tratar el brote.

Referencias: [2](#), [10](#), [11](#). Bibliografía al final.

Dermatitis seborreica (infantil y del adulto)

Reconocer la distribución

- **Dermatitis seborreica:** inflamación crónica relacionada con *Malassezia* y la respuesta del huésped en áreas sebáceas; no es simplemente una infección contagiosa por un hongo.
- **Adulto:** eritema y escama fina o amarillenta grasosa en cuero cabelludo, cejas, glabella, surcos nasolabiales, retroauricular y región preesternal. El prurito es variable.
- **Lactante:** costra láctea, placas rosadas con escama untuosa y posible afectación de pliegues; suele causar menos prurito que la DA y tener evolución autolimitada.
- **Límite del cabello:** ayuda a describir, pero sobrepasarlo o respetarlo no separa por sí solo seborrea y psoriasis; puede existir seborrasis.

Diferenciales prácticos

Hallazgo	Diagnóstico a considerar
Placas gruesas, uñas con pits o codos y rodillas afectados	Psoriasis.
Prurito intenso, xerosis y eccema recurrente flexural	Dermatitis atópica.
Alopecia focal, pelos rotos, adenopatías o placa inflamatoria	Tiña del cuero cabelludo.
Pliegues con pústulas satélite	Candidiasis; puede coexistir con otra dermatitis.

No decidir sólo por el borde del cabello

Seborrea

Escama grasosa; cejas, surcos nasales y retroauricular.

Psoriasis

Placa más gruesa, pits ungueales y lesiones extensoras.

Tiña

Pelos rotos o alopecia focal: estudiar infección.

Manejo del lactante

- **Cuadro leve:** educación, champú suave y cepillado delicado. Ablandar las escamas con una pequeña cantidad de aceite mineral o emoliente antes de retirarlas sin arrancarlas.
- **Persistencia inflamatoria:** evaluar tratamiento tópico breve de baja potencia o antifúngico apropiado para la edad; evitar automedicación con preparados adultos irritantes.
- **Derivar o reevaluar:** extensión importante, erosiones, sobreinfección, falta de respuesta o compromiso del estado general. No atribuir a costra láctea una eritrodermia con mala alimentación.

La edad orienta el manejo

Lactante

Costra láctea: ablandar escamas, lavado suave y observación.

Adulto

Brote recurrente: antifúngico tópico y antiinflamatorio breve si es necesario.

Manejo del adulto

- **Cuero cabelludo:** champú con ketoconazol al 2% durante el brote, habitualmente dos veces por semana durante dos a cuatro semanas, siguiendo tiempo de contacto del producto; mantenimiento intermitente según recurrencia.
- **Cara y tronco:** antifúngico tópico como ketoconazol; si hay inflamación marcada, añadir corticoide suave durante pocos días. Evitar aplicaciones faciales prolongadas por atrofia y rosácea inducida.
- **Recaídas:** higiene suave y tratamiento intermitente; en zonas sensibles puede considerarse un inhibidor de calcineurina por especialista. La mejoría no impide recidivas.

- **Refractaria o extensa:** revisar diagnóstico y adherencia; considerar VIH según contexto y ofrecer prueba cuando corresponda. También puede ser más intensa en trastornos neurológicos como Parkinson.

CLAVES EUNACOM

Escama grasosa en áreas sebáceas.

La costra láctea suele requerir cuidados suaves.

El límite del pelo no es un criterio absoluto.

Referencias: [4](#), [12](#), [13](#). Bibliografía al final.

Eccema dishidrótico

Reconocimiento

- **Sinónimos:** dishidrosis, pónfolix o eccema vesicular palmoplantar. El nombre no significa que exista obstrucción de glándulas sudoríparas.
- **Lesión:** vesículas pequeñas, profundas y tensas, muy pruriginosas, en caras laterales de dedos, palmas o plantas; pueden confluir en ampollas y luego descamar o fisurarse.
- **Curso:** brotes recurrentes, a menudo simétricos. La inflamación dificulta uso de manos o marcha; el rascado y la ruptura de la barrera favorecen sobreinfección.
- **Factores:** atopia, contacto con irritantes o alérgenos, sudoración y estrés pueden contribuir; no todos los casos son alérgicos ni exigen una dieta especial.

Diagnóstico diferencial dirigido

- **Tiña:** pensar si predomina en una sola mano o pie, existe borde descamativo, afectación interdigital o micótica ungueal; realizar examen micológico cuando corresponda.
- **Contacto:** exposición a metales, productos laborales o calzado; prueba de parche si persiste o hay sospecha de sensibilización.
- **Otros:** pustulosis palmoplantar, escabiosis o enfermedades ampollares. Una vesícula no implica automáticamente infección herpética; el dolor intenso y las vesículas agrupadas localizadas requieren otra evaluación.
- **Evaluación inicial:** preguntar por duración, recidivas, trabajo húmedo, guantes, productos y tratamientos. No se requieren exámenes sistémicos amplios cuando el patrón es típico.

Antes de escalar tratamiento

Simétrica y recurrente

Vesículas profundas pruriginosas: favorecen eccema dishidrótico.

Unilateral o micótica

Descamación interdigital, borde activo o uñas afectadas: buscar tiña.

Tratamiento del brote

- **Medidas:** emoliente, limpiador suave, reducción del trabajo húmedo y guantes adecuados por períodos acotados; evitar oclusión sudorosa prolongada. Tratar hiperhidrosis o alergia confirmada cuando contribuyan.
- **Antiinflamatorio:** las palmas y plantas gruesas suelen requerir corticoide tópico potente durante un curso breve supervisado; ajustar a edad, extensión y respuesta.
- **Vesículas:** no arrancar la piel ni aplicar desinfectantes irritantes. En exudación intensa pueden usarse compresas húmedas breves bajo indicación.
- **Alternativas:** tacrolimus puede considerarse en casos seleccionados; cuadros resistentes requieren dermatología, fototerapia u otra terapia sistémica. Prednisona oral sólo excepcional y breve, por riesgo de rebote y efectos adversos.

Control del brote y prevención

Barrera

Emoliente y menos humedad, irritantes y fricción.

Inflamación

Corticoide tópico apropiado para piel palmoplantar.

Persistencia

Revisar contacto, hongos y necesidad de derivación.

Revisar si persiste

- **Seguimiento:** evaluar control del prurito, fisuras y función; revalorar diagnóstico y exposición si recurre inmediatamente al suspender tratamiento.
- **Sobreinfección:** aumento de dolor, calor, pus, extensión eritematosa o fiebre requiere valoración. No indicar antibióticos preventivos a todo paciente con vesículas.
- **Perla:** vesículas profundas pruriginosas en bordes de dedos orientan a dishidrosis; una distribución unilateral obliga a descartar tiña antes de escalar corticoides.

CLAVES EUNACOM

Vesículas profundas y muy pruriginosas en manos o pies.

Descartar tiña si el patrón es unilateral.

Referencias: [14](#), [15](#). Bibliografía al final.

Placas, descamación y liquenificación

Separar patrones inflamatorios, infecciosos y cicatriciales.

Psoriasis

Placa típica y signos de apoyo

- **Psoriasis:** enfermedad inflamatoria inmunomediada, crónica y no contagiosa; placas eritematosas bien delimitadas con escama blanquecina, habitualmente simétricas en codos, rodillas, región lumbosacra y cuero cabelludo; pueden sobrepasar la línea del pelo.
- **Brocq:** el raspado puede desprender escama tipo cera y revelar puntos de sangrado, signo de Auspitz; es una descripción clásica, no una maniobra obligatoria ni exclusiva.
- **Uñas:** pits, onicólisis, mancha de aceite e hiperqueratosis subungueal. Diferenciar de onicomycosis antes de atribuir todo cambio ungueal a psoriasis.
- **Desencadenantes:** trauma, infecciones, estrés y algunos fármacos; el fenómeno de Koebner describe lesiones en zonas traumatizadas.

Variantes que cambian la conducta

Forma	Pista y conducta
Guttata	Pequeñas lesiones en gotas, a menudo tras infección estreptocócica; predominan en tronco y extremidades. Palmas y plantas suelen respetarse.
Invertida	Placas lisas en pliegues con poca escama; evitar corticoides potentes prolongados.
Pustulosa generalizada	Pústulas estériles extensas, posible fiebre y compromiso sistémico: valoración hospitalaria urgente.
Eritrodérmica	Eritema y descamación casi generalizados, riesgo térmico e hidroelectrolítico: derivación inmediata.

Dos formas de alto riesgo

Pustulosa generalizada

Pústulas extensas y posible fiebre o malestar.

Eritrodérmica

Piel casi completamente roja; riesgo térmico y de deshidratación.

Evaluar piel y comorbilidades

- **Gravedad:** extensión corporal, intensidad y calidad de vida; cara, genitales, palmas, plantas y uñas pueden producir gran impacto aun con poca superficie. PASI y DLQI ayudan en la evaluación especializada.
- **Artritis psoriásica:** preguntar por rigidez matinal, articulaciones inflamadas, dactilitis, entesitis y dolor lumbar inflamatorio; derivar pronto si se sospecha.
- **Ojo rojo doloroso con fotofobia:** sospechar uveítis y derivar urgentemente. Revisar riesgo cardiovascular, obesidad, consumo de alcohol, tabaco y salud mental.

Evaluar más que la placa

Piel

Extensión, zonas sensibles e impacto funcional.

Uñas y articulaciones

Pits, onicólisis, rigidez, dactilitis y entesitis.

Otros órganos

Riesgo cardiovascular y ojo rojo doloroso con fotofobia.

Tratamiento local

- **Base:** emolientes y educación. En placas de tronco y extremidades, corticoide tópico y análogo de vitamina D, por ejemplo calcipotriol, según extensión y tolerancia.
- **Zonas sensibles:** cursos cortos de corticoide suave o moderado; tacrolimus puede utilizarse fuera de indicación autorizada en casos seleccionados, especialmente facial o flexural. No es el tratamiento habitual de toda placa gruesa.
- **Seguridad:** ajustar potencia y tiempo, evitar atrofia y revisar respuesta. En niños, valoración especializada y formulaciones apropiadas para la edad.

Enfermedad extensa o refractaria

- **Fototerapia:** UVB de banda estrecha es una opción habitual, también para guttata extensa. PUVA queda para situaciones seleccionadas, por exposición acumulada y riesgo carcinogénico.
- **Sistémicos:** metotrexato, ciclosporina, acitretina o terapias biológicas según perfil; requieren selección y monitoreo especializado. Metotrexato y acitretina son teratógenos y exigen planificación reproductiva.
- **Corticoides sistémicos:** evitar como tratamiento rutinario de psoriasis; su retirada puede acompañarse de rebote grave. Si se usan por otra enfermedad, coordinar el manejo y evitar suspensión brusca.
- **Guttata y estreptococo:** tratar una infección activa documentada; el antibiótico no garantiza la desaparición de la psoriasis.

La gravedad determina las opciones

Localizada

Tratamiento tópico y emolientes.

Extensa o difícil

UVB de banda estrecha o tratamiento sistémico especializado.

Zonas sensibles

Ajustar potencia y vigilar efectos adversos locales.

CLAVES EUNACOM

Psoriasis: examinar piel, uñas y articulaciones.

La pustulosa generalizada y la eritrodérmica son urgencias.

UVB y tratamiento sistémico se seleccionan según gravedad y contexto.

Referencias: [16](#), [17](#). Bibliografía al final.

Pitiriasis rosada

Secuencia clínica característica

- **Inicio:** una placa ovalada mayor, placa heráldica, con collarite de descamación hacia el interior; puede confundirse inicialmente con tiña corporal. No siempre se identifica.
- **Después:** brote de placas ovales menores, rosadas o pigmentadas, sobre tronco y raíz de extremidades, alineadas con líneas de tensión; la espalda adopta patrón de árbol de Navidad.
- **Etiología:** se ha relacionado con reactivación de HHV-6 y HHV-7, pero no corresponde presentarla como una causalidad viral demostrada en cada caso.
- **Evolución:** suele resolverse espontáneamente en seis a ocho semanas, ocasionalmente hasta tres meses; el prurito es variable y puede quedar pigmentación transitoria.

Evolución habitual

1

Placa heráldica

Lesión inicial mayor con collarete.



2

Erupción secundaria

Placas ovales menores alineadas en el tronco.



3

Resolución

Semanas de evolución; puede quedar pigmentación transitoria.

Diagnóstico y exclusiones importantes

- **Patrón típico:** diagnóstico clínico, sin paneles virales ni biopsia de rutina. Preguntar por fármacos recientes y síntomas generales.
- **Palmas, plantas o mucosa:** afectación prominente, adenopatías o riesgo sexual obligan a descartar sífilis secundaria mediante estudio apropiado; la ausencia de lesión palmoplantar no la excluye por sí sola.
- **Placa única anular:** borde activo y aclaramiento central sugieren tiña; tomar examen micológico si hay duda antes de tratar sólo con corticoide.
- **Otras alternativas:** psoriasis guttata, eccema y erupción medicamentosa semejante a pitiriasis rosada; persistencia o distribución atípica justifican reevaluación.

Antes de cerrar el diagnóstico

Riesgo sexual

Considerar sífilis, especialmente con palmas, plantas o mucosas afectadas.

Fármacos y embarazo

Revisar medicamentos; coordinar evaluación obstétrica si corresponde.

Tratamiento sintomático

- **Leve:** explicar curso benigno y autolimitado; emolientes, baños tibios y evitar sobrecalentamiento o roce. No requiere antibióticos ni aislamiento de rutina.
- **Prurito:** corticoide tópico de baja o moderada potencia por un curso breve, según zona; antihistamínico oral cuando el prurito lo justifique, considerando edad, embarazo y sedación.
- **Intensa o extensa:** el especialista puede valorar fototerapia o aciclovir en casos seleccionados; no se indican de forma automática en toda pitiriasis rosada ni para sustituir una evaluación diagnóstica.

Situaciones que requieren más atención

- **Embarazo:** confirmar diagnóstico y comunicarlo al equipo obstétrico, especialmente ante inicio temprano o cuadro extenso con síntomas. La evidencia sobre riesgo gestacional es heterogénea; no prometer ausencia de riesgo ni anticipar una pérdida gestacional.
- **Reevaluar:** empeoramiento, fiebre importante, erosiones mucosas, síntomas persistentes, lesiones sin resolución tras aproximadamente tres meses o tratamiento farmacológico reciente.
- **Perla:** la placa heráldica seguida de lesiones paralelas a líneas cutáneas favorece pitiriasis rosada; antes de tranquilizar, revisar los datos que podrían indicar sífilis o una reacción medicamentosa.

CLAVES EUNACOM

Placa heráldica y brote troncal en árbol de Navidad.

Descartar imitadores cuando el patrón sea atípico.

Referencias: [18](#), [19](#). Bibliografía al final.

Sífilis secundaria y lesiones cutáneas

El exantema que obliga a examinar palmas y plantas

- **Agente:** *Treponema pallidum*. La sífilis secundaria puede producir un exantema simétrico eritematoso o cobrizo, papuloescamoso y poco pruriginoso, incluido tronco, caras internas de extremidades, palmas y plantas.
- **Otras pistas:** adenopatías generalizadas, placas mucosas, condilomas planos húmedos y alopecia en claros. La presentación es variable; no se requiere reunir todos los hallazgos.
- **Diferenciales:** pitiriasis rosada, psoriasis guttata, farmacodermia y otras ITS. Un chancro previo puede haber pasado inadvertido; examinar boca, región anogenital y toda la piel con consentimiento.

Integrar piel, mucosas y contexto

Piel

Exantema cobrizo; revisar palmas, plantas y alopecia.

Mucosas

Placas y condilomas planos; examinar región anogenital.

Laboratorio

Treponémica más VDRL/RPR cuantitativo; ofrecer VIH.

Confirmar, etapificar y buscar compromiso especial

- **Pruebas:** combinar test treponémico con VDRL o RPR cuantitativo. El título basal sirve para seguimiento; la prueba treponémica puede permanecer positiva y no mide respuesta.
- **Sospecha alta con resultado discordante:** considerar infección muy reciente, fenómeno de prozona o tratamiento previo; coordinar repetición y pruebas adicionales. No inferir etapa únicamente por el título.
- **Urgencia:** síntomas visuales, auditivos o neurológicos exigen descartar sífilis ocular, ótica o neurosífilis, cuyo tratamiento difiere. Ofrecer prueba de VIH y evaluación de otras ITS.

Tratamiento: distinguir la norma chilena del complemento internacional

- **Chile:** la Norma MINSAL 187 establece para sífilis primaria, secundaria o latente precoz en adulto sin compromiso especial penicilina benzatina 2,4 millones UI intramusculares semanalmente, por 2 semanas consecutivas.
- **Duración incierta o tardía:** la norma indica 3 dosis semanales. Verificar antecedentes y coordinar la atención en la red de ITS; embarazo, VIH y compromiso neurológico requieren evaluación específica.
- **Comparación:** CDC recomienda una dosis de 2,4 millones UI para sífilis primaria y secundaria no complicada. Esta diferencia explica la dosis única del apunte; no debe presentarse como si fuera la pauta ministerial chilena.
- **Gestación y alergia:** la penicilina es el tratamiento con eficacia demostrada para prevenir sífilis congénita. Ante alergia, evaluación especializada urgente para confirmar tipo y planificar desensibilización cuando proceda; no sustituir automáticamente por macrólidos.

La etapa y el órgano afectado cambian la pauta

Precoz sin complicación

MINSAL: benzatina semanal por 2 semanas.

Tardía o incierta

Benzatina semanal por 3 semanas según norma.

Ocular o neurológica

Derivar urgentemente; benzatina sola no basta.

Seguimiento, contactos y reacción al tratamiento

- **Control:** repetir prueba no treponémica cuantitativa con la misma técnica y laboratorio cuando sea posible. MINSAL programa controles a 1, 3, 6 y 12 meses; interpretar tendencia junto a etapa, tratamiento y posibles nuevas exposiciones.
- **Contactos:** evaluación y tratamiento según protocolo, consejería sexual y notificación sanitaria correspondiente. Evitar relaciones hasta completar manejo y resolución de lesiones.

- **Jarisch-Herxheimer:** fiebre y empeoramiento transitorio tras iniciar antibiótico no equivalen a alergia. Disnea, hipotensión o urticaria inmediata requieren evaluar anafilaxia; en embarazadas, síntomas obstétricos exigen atención urgente.

CLAVES EUNACOM

Exantema con palmas y plantas: incluir sífilis en el diagnóstico diferencial.

La pauta chilena y la de CDC no deben mezclarse sin atribución.

Referencias: [20](#), [21](#), [22](#), [23](#). Bibliografía al final.

Liquen plano

Morfología y distribución

- **Liquen plano:** dermatosis inflamatoria inmunomediada; pápulas pequeñas, planas, poligonales, violáceas, brillantes y pruriginosas. Las seis P ayudan a recordar la morfología.
- **Sitios:** cara flexora de muñecas y antebrazos, tobillos y región lumbar; puede presentar líneas blanquecinas finas, estrías de Wickham, y lesiones en zonas de traumatismo.
- **Mucosas:** reticulado blanco bilateral en mejillas o encías, a veces dolorosas erosiones orales; preguntar además por síntomas vulvovaginales o del pene. La afectación oral aparece aproximadamente en la mitad de quienes tienen lesiones cutáneas, pero no es obligatoria.
- **Uñas y pelo:** surcos, adelgazamiento o pterigión ungueal; el liquen planopilar puede producir alopecia cicatricial. Estas formas requieren diagnóstico temprano.

El patrón del liquen plano

Piel

Pápulas planas, violáceas, poligonales y pruriginosas.

Boca

Reticulado blanco de Wickham; algunas formas producen erosiones.

Pelo y uñas

Puede cicatrizar o destruir estructuras: derivar pronto.

Confirmar y buscar desencadenantes

- **Diagnóstico:** clínico si el patrón es típico; biopsia ante duda, presentación erosiva o lesiones persistentes. Revisar piel, mucosa oral, genitales, cuero cabelludo y uñas.
- **Medicamentos:** una erupción liquenoide puede imitar liquen plano; revisar antihipertensivos, antiinflamatorios y otros fármacos, con cronología detallada y sin suspender tratamientos esenciales sin evaluación.
- **Hepatitis C:** considerar estudio según factores de riesgo, epidemiología y presentación clínica; la asociación no convierte toda lesión liquenoide en hepatitis.
- **Diferenciales:** psoriasis, eccema, sífilis secundaria, lupus cutáneo y candidiasis o leucoplasia en mucosa; una lesión oral unilateral indurada o ulcerada obliga a descartar neoplasia.

Tratamiento inicial

- **Localizado en piel:** corticoide tópico potente durante un curso acotado, ajustado al sitio y con control; emolientes y reducción del rascado. Evitar potencia alta prolongada sobre cara o pliegues.
- **Prurito:** tratar la inflamación; un antihistamínico puede aliviar síntomas seleccionados, pero no modifica el proceso inmunitario.
- **Mucosa oral:** corticoide tópico en formulación apropiada y seguimiento odontológico o especializado; valorar dolor, ingesta y sobreinfección por Candida.
- **Extenso o resistente:** dermatología puede usar fototerapia, corticoide sistémico breve u otros inmunomoduladores; no iniciar inmunosupresión sin revisar infección, embarazo y comorbilidades.

Pronóstico y seguimiento

- **Piel:** muchas formas remiten con el tiempo, aunque puede quedar hiperpigmentación posinflamatoria; las variantes mucosas o foliculares pueden persistir y dejar secuelas.
- **Derivación prioritaria:** alopecia cicatricial, destrucción ungueal, dolor o erosión genital, dificultad para comer o enfermedad muy extensa.
- **Vigilancia de mucosas:** lesiones erosivas crónicas requieren controles. Una úlcera que no cura, sangrado, induración o crecimiento focal amerita biopsia por riesgo de carcinoma, aunque éste no sea el desenlace habitual.

Persistencia que requiere revisión

Inflamación

Dolor, prurito, erosiones y dificultad para comer.

Lesión sospechosa

Úlcera persistente, induración, sangrado o crecimiento: valorar biopsia.

CLAVES EUNACOM

Pápulas violáceas poligonales pruriginosas y estrías de Wickham.
Revisar boca, genitales, pelo y uñas.

Referencias: [24](#), [25](#), [26](#). Bibliografía al final.

Liquen simple crónico

Qué significa liquenificación

- **Definición:** engrosamiento de la piel con acentuación de sus líneas por fricción o rascado persistente. Es un patrón de reacción y no sinónimo de liquen plano ni de liquen escleroso.
- **Círculo mantenido:** prurito provoca rascado, el rascado inflama y engrosa, y esa piel vuelve a picar; el hábito puede continuar incluso cuando el desencadenante inicial disminuye.
- **Clínica:** una o varias placas bien delimitadas, secas, engrosadas, pruriginosas y a menudo hiperpigmentadas, con excoriaciones. Se ubican en zonas alcanzables: nuca, antebrazos, piernas, tobillos y genitales.

Por qué persiste la placa

1

Prurito

Inicia el rascado.



2

Rascado

Daña e inflama la piel.



3

Liquenificación

El engrosamiento mantiene nuevas ganas de rascar.

El proceso se repite si no se controla el prurito y su causa.

Buscar la causa del prurito

- **Locales:** dermatitis atópica o de contacto, psoriasis, infección fúngica, escabiosis u otro proceso inflamatorio. Preguntar por humedad, ropa, productos y contacto laboral.
- **Contexto:** estrés y ansiedad pueden perpetuar el rascado, pero no justifican omitir examen físico ni atribuir el problema exclusivamente a una causa psicológica.
- **Prurito generalizado:** examinar piel completa y orientar estudio de causas sistémicas si no hay explicación cutánea; no solicitar un panel universal en toda placa localizada.

- **Duda diagnóstica:** examen micológico, parches o biopsia según sospecha. Una placa genital blanca con pérdida de arquitectura puede corresponder a liquen escleroso.

Interrumpir el rascado sin culpabilizar

- **Educación:** explicar el mecanismo, mantener uñas cortas, sustituir el rascado por presión suave o enfriamiento y reducir fricción. Identificar períodos de rascado involuntario, como durante el sueño.
- **Barrera:** emoliente frecuente; evitar baños muy calientes, jabones perfumados y tejidos irritantes. Un apósito apropiado puede proteger de la manipulación cuando no exista infección.
- **Antiinflamatorio:** corticoide tópico de potencia suficiente para la placa gruesa durante un curso acotado; ajustar estrictamente si afecta genitales, cara o pliegues. Oclusión sólo con indicación porque aumenta absorción.
- **Síntomas:** un antihistamínico sedante nocturno puede ayudar excepcionalmente al sueño, pero no es el tratamiento central; considerar somnolencia, caídas, interacciones y edad.

Tres componentes del manejo

Causa

Buscar eccema, contacto, infección u otro desencadenante.

Hábito

Reducir fricción y rascado con medidas prácticas.

Inflamación

Emoliente y corticoide tópico ajustado al sitio.

Comprobar respuesta

- **Seguimiento:** debe disminuir primero el prurito y luego el grosor. Si no mejora, revisar persistencia del irritante, técnica, adherencia y diagnóstico antes de prolongar corticoide.
- **Derivación:** enfermedad resistente, genital, muy extensa, sospecha de lesión tumoral o necesidad de inmunomoduladores.
- **Alarma:** ulceración que no cicatriza, sangrado espontáneo, dolor nuevo, secreción purulenta o cambio focal de una placa requieren reevaluación y posible biopsia.

CLAVES EUNACOM

Liquenificación = piel engrosada y dibujo cutáneo marcado.

Tratar la causa y romper el hábito de rascado.

Referencias: [27](#), [28](#). Bibliografía al final.

Liquen escleroso

Reconocerlo temprano

- **Enfermedad:** inflamación crónica asociada a mecanismos inmunitarios, con placas blanquecinas, atróficas y frágiles; puede coexistir eritema, fisuras, equimosis y engrosamiento por rascado. No es una ITS.
- **Mujer:** vulva y región perianal, a veces en figura de ocho; produce prurito, ardor, dispareunia, fisuras y cambios de arquitectura como fusión labial o estrechamiento. La mucosa vaginal suele respetarse.
- **Hombre:** prepucio y glande; puede provocar fimosis, dolor, fisuras y estrechez meatal. También existe en niños y en localizaciones extragenitales.
- **Diferencial:** vitiligo conserva textura y arquitectura; candidiasis, liquen plano erosivo, dermatitis y neoplasia pueden confundirse o coexistir.

Localización y consecuencias

Vulva y perianal

Prurito, fisuras, dolor y pérdida de arquitectura.

Prepucio y glande

Fimosis, fisuras y posible obstrucción meatal.

Diagnóstico y vigilancia

- **Evaluación:** examen genital completo, síntomas urinarios y sexuales, extensión y documentación de cambios anatómicos con respeto y consentimiento.
- **Biopsia:** ante incertidumbre, mala respuesta o área sospechosa, especialmente úlcera persistente, nódulo, induración o hiperqueratosis focal. Un aspecto típico puede permitir diagnóstico clínico especializado.
- **Riesgo:** existe riesgo aumentado de carcinoma escamoso genital; requiere seguimiento prolongado y consulta ante cambios nuevos, aunque el control de la inflamación reduzca complicaciones.

Tratamiento de primera línea

- **Corticoide muy potente:** clobetasol al 0,05% en ungüento es una opción estándar, con esquema de inducción, reducción y mantenimiento individualizado. Aplicar sobre la zona indicada y revisar técnica; potencia alta aquí tiene una indicación específica.
- **Cuidados:** sustituto de jabón, emoliente o barrera, secado suave y reducción de roce. Tratar dolor, estreñimiento en niños y síntomas sexuales asociados.
- **Persistencia:** comprobar uso, diagnóstico y lesiones sospechosas; tacrolimus u otros tratamientos son alternativas seleccionadas, no reemplazo automático de la terapia inicial.
- **Cirugía:** puede requerirse para fimosis o secuelas obstructivas, con urología; no sustituye el control de la inflamación vulvar.

Objetivos del seguimiento

Inflamación

Clobetasol supervisado y cuidado de la barrera.

Función

Prevenir cicatriz, dolor y alteraciones urinarias o sexuales.

Lesión nueva

Úlcera, nódulo o induración persistente: evaluar biopsia.

Seguimiento orientado a función

- **Control inicial:** comprobar mejoría de prurito y fisuras y posteriormente mantener revisiones; el objetivo incluye prevenir cicatrización, pérdida anatómica y daño funcional.
- **Consulta prioritaria:** dificultad para orinar, chorro alterado, dolor importante, fisuras que impiden actividad o lesión que persiste pese a tratamiento correcto.
- **Autoobservación:** enseñar a reconocer úlcera, bulto, sangrado o engrosamiento nuevo y a consultar sin esperar el control programado. En niños, manejo por equipo con experiencia y continuidad al crecer.

CLAVES EUNACOM

Placa blanca atrófica con prurito y cambio de arquitectura.

Clobetasol supervisado y seguimiento prolongado.

Referencias: [29](#), [30](#), [31](#). Bibliografía al final.

Lupus eritematoso cutáneo crónico (lupus discoide)

Identificar lupus discoide

- **Lupus cutáneo crónico:** placas persistentes eritematosas con escama adherente, tapones foliculares, atrofia, alteración pigmentaria y cicatriz. Predomina en cara, orejas y cuero cabelludo.
- **Cabello:** la inflamación folicular mantenida puede producir alopecia cicatricial irreversible; tratar pronto limita daño permanente. No confundir con alopecia difusa no cicatricial de otras causas.
- **Extensión:** localizado sobre cabeza y cuello o generalizado cuando compromete otras áreas; radiación ultravioleta, tabaco y trauma pueden agravarlo.
- **Relación sistémica:** el lupus discoide puede aparecer solo o acompañar lupus sistémico; no se debe diagnosticar LES únicamente por la lesión cutánea.

Pistas de lupus discoide

Actividad

Placa eritematosa con escama adherente y tapones foliculares.

Daño

Atrofia, cicatriz, cambio de pigmento y alopecia permanente.

Confirmación y evaluación inicial

- **Biopsia:** indicada para confirmar lesiones dudosas y distinguir psoriasis, tiña, liquen plano, queratosis actínica o neoplasia. Dermatología selecciona lesión y estudio histológico; la inmunofluorescencia puede aportar en casos elegidos.
- **Interrogar:** fotosensibilidad, úlceras orales, artritis, fiebre, dolor pleurítico, síntomas neurológicos, edema y orina espumosa.
- **Laboratorio dirigido:** hemograma, creatinina y orina completa para buscar compromiso sistémico; ANA y otros anticuerpos según sospecha. ANA aislado no demuestra LES; resultado negativo no excluye lupus exclusivamente cutáneo.
- **Derivación:** dermatología para control cutáneo; reumatología si hay síntomas, citopenias, alteración renal u otros indicios sistémicos.

Evaluación en dos planos

Piel

Confirmar diagnóstico, medir actividad y prevenir cicatrices.

Sistema

Buscar artritis, citopenias, alteración renal u otras manifestaciones de LES.

Tratamiento que evita cicatrices

- **Fotoprotección:** ropa, sombra y protector amplio espectro UVA/UVB de factor alto; abandonar tabaco. Evitar traumatizar o manipular las placas.
- **Enfermedad localizada:** corticoide tópico de potencia y duración elegidas por sitio; las placas resistentes pueden requerir infiltración. Tacrolimus o pimecrolimus pueden ser alternativas en áreas sensibles bajo supervisión.
- **Extendida o refractaria:** hidroxiclороquina es una opción sistémica habitual, con selección de dosis por peso y evaluación ocular; otros inmunomoduladores se reservan para especialista. No reemplazarla automáticamente por corticoide sistémico crónico.

Seguimiento y decisiones de examen

- **Control:** documentar actividad frente a cicatriz ya establecida, caída del cabello, adherencia y exposición solar. La cicatriz y la despigmentación residual no siempre representan inflamación activa.
- **Lesión que cambia:** ulceración persistente, crecimiento, sangrado o engrosamiento focal sobre una placa crónica exige valoración y eventual biopsia para descartar carcinoma.
- **Embarazo:** revisar fármacos y actividad junto al equipo tratante; no retirar por cuenta propia hidroxyclorequina indicada. Metotrexato y otros teratógenos requieren una estrategia diferente.
- **Perla:** placa descamativa con tapones foliculares, atrofia central y alopecia cicatricial orienta más a lupus discoide que a dermatitis seborreica.

CLAVES EUNACOM

El lupus discoide cicatriza y puede destruir folículos.

Investigar LES según clínica, hemograma, función renal y orina.

Referencias: [32](#), [33](#), [34](#). Bibliografía al final.

Acné y rosácea

La presencia de comedones y el compromiso ocular cambian la conducta.

Acné

Reconocer el patrón y su repercusión

- **Base:** enfermedad inflamatoria del folículo pilosebáceo, con sebo, hiperqueratinización, Cutibacterium acnes y factores hormonales/genéticos. No se explica por suciedad ni requiere antibiótico en todos los casos.
- **Lesiones:** comedones abiertos/cerrados, pápulas, pústulas y nódulos; cara, pecho y espalda. Buscar cicatrices, hiperpigmentación y sufrimiento psicológico, que pueden justificar derivación aunque haya pocas lesiones.
- **Formas intensas:** conglobata con nódulos profundos, trayectos y cicatrices; fulminans con lesiones ulceradas y posible fiebre/artralgias necesita dermatología urgente.
- **Historia:** tratamientos y adherencia, fármacos, embarazo posible y signos de hiperandrogenismo. Estudios hormonales se seleccionan por irregularidad menstrual, hirsutismo u otros datos.

La lesión orienta la intensidad

Comedones

Normalizar queratinización folicular.

Inflamación

Añadir control inflamatorio y microbiano.

Nódulos o cicatrices

Considerar tratamiento especializado temprano.

Elegir según lesiones y riesgo

Situación	Tratamiento orientador
Comedones / leve	Retinoide tópico, como adapaleno, frecuentemente asociado a peróxido de benzoilo; ácido azelaico es otra opción.
Pápulas y pústulas	Combinación tópica; si se usa clindamicina, asociar peróxido de benzoilo y limitar duración.
Moderado a grave inflamatorio	Doxiciclina oral seleccionada más tratamiento tópico no antibiótico; revisar contraindicación por embarazo/edad.
Nódulos, cicatrices o fracaso	Valorar isotretinoína oral con dermatología; considerar opciones hormonales en pacientes apropiadas.

Hacer funcionar el plan

- **Aplicación:** tratar la zona propensa, no solo cada lesión; iniciar retinoide en noches alternas si irrita, acompañar hidratación y fotoprotección. La mejoría necesita semanas; revisar alrededor de 12 semanas.
- **Antibióticos:** evitar monoterapia tópica/oral, combinación de antibiótico tópico y oral y prolongación indefinida. Mantener retinoide/peróxido o alternativa apropiada tras retirarlos. Minociclina tiene riesgos específicos y no es preferencia automática.
- **Hábitos:** limpieza suave, productos no comedogénicos y no manipular lesiones. No hay dieta específica obligatoria respaldada para todos; no afirmar que la alimentación nunca influye ni imponer restricciones intensas.
- **Hormonas:** anticoncepción combinada o espironolactona pueden ser útiles según perfil y riesgos; requieren evaluación de embarazo y contraindicaciones. No aplicar igual estrategia a toda persona con acné.

Revisar antes de declarar fracaso

Uso real

Aplicación, adherencia y tolerancia.

Tiempo suficiente

Valorar respuesta tras semanas de tratamiento.

Daño o impacto

Cicatrices y salud mental cambian la prioridad.

Mantenimiento

Evitar antibiótico indefinido.

Isotretinoína: eficacia con controles

- **Seguridad:** es muy teratogena; contraindicada en embarazo y lactancia. Excluir embarazo con pruebas y establecer anticoncepción eficaz desde un mes antes, durante y hasta un mes después del tratamiento.
- **Seguimiento reproductivo:** realizar pruebas según ficha y protocolo; no compartir medicación ni donar sangre durante tratamiento y el mes siguiente.
- **Control:** revisar antecedentes, perfil hepático y lípidos según situación, salud mental y posibles síntomas sexuales. Queilitis/xerosis son frecuentes; cefalea intensa con alteración visual, síntomas psiquiátricos o lesión hepática requieren evaluación.
- **Interacciones:** no combinar con tetraciclinas por riesgo de hipertensión intracraneana ni con suplementos de vitamina A. Retinoides tópicos y tetraciclinas también se evitan durante embarazo/planificación.
- **Acné fulminans:** puede requerir corticoide sistémico inicial e introducción cuidadosa de isotretinoína por especialista. No indicar automáticamente corticoide más isotretinoína más antibiótico, ni combinar isotretinoína y doxiciclina.

Antes y durante isotretinoína

Embarazo

Prevención y pruebas según protocolo.

Seguridad clínica

Hígado, lípidos, ánimo y síntomas nuevos.

Combinaciones

Evitar tetraciclinas y vitamina A.

Seguimiento

Reevaluación especializada y educación.

CLAVES EUNACOM

El comedón favorece acné; la rosácea habitualmente no lo presenta.

Antibióticos limitados y acompañados de tratamiento tópico adecuado.

Referencias: [35](#), [36](#), [37](#), [38](#), [39](#). Bibliografía al final.

Rosácea

Reconocer rosácea y buscar el ojo

- **Patrón:** eritema centrofacial persistente o episodios de rubor, telangiectasias, ardor y posible inflamación papulopustular. Habitualmente no hay comedones; pueden coexistir rosácea y acné.
- **Fenotipos:** predominio vascular, inflamatorio, fimatoso u ocular; pueden superponerse. Rinofima es engrosamiento nasal y no demuestra alcoholismo.
- **Mecanismos:** alteración neurovascular e inmune, predisposición y microbiota, incluido Demodex. Su presencia no obliga a diagnosticar parasitosis ni usar permetrina a todos.
- **Ojo:** sequedad, sensación de arenilla, blefaritis o chalaziones; queratitis y úlcera corneal amenazan visión. Dolor, fotofobia o disminución visual requieren valoración oftalmológica urgente.

Síntomas oculares: graduar urgencia

Arenilla o blefaritis

Evaluar y cuidar párpados/superficie ocular.

Dolor o fotofobia

Descartar queratitis.

Menor visión

Valoración oftalmológica urgente.

Tratar la manifestación predominante

Manifestación	Opciones
Eritema persistente	Brimonidina u otros agentes vasoconstrictores tópicos en seleccionados; explicar irritación o rebote.
Telangiectasias	Láser/luz por personal capacitado según fototipo y objetivos.
Pápulas y pústulas	Metronidazol, ivermectina o ácido azelaico tópicos; doxiciclina oral si extensión/respuesta lo requiere.
Fimatosis	Evaluación especializada; fármacos en fase inflamatoria y procedimientos si tejido establecido.
Ocular	Higiene palpebral, lubricación y coordinación oftalmológica según gravedad.

Una rosácea, varios objetivos

Vascular

Reducir eritema y telangiectasias.

Inflamatorio

Controlar pápulas y pústulas.

Fimatoso

Valorar engrosamiento y procedimiento.

Ocular

Proteger superficie y visión.

Cuidados, límites y seguimiento

- **Base:** limpieza suave, hidratación y fotoprotección; identificar desencadenantes personales como sol, calor, alcohol o comidas picantes sin prohibiciones indiscriminadas.
- **Precaución:** evitar corticoides tópicos faciales de uso prolongado. Tacrolimus o isotretinoína no son tratamiento general de primera línea; isotretinoína queda para casos seleccionados y con controles reproductivos.
- **Reevaluar:** respuesta se mide en semanas, con fotografías clínicas y síntomas si es útil. Unilateralidad marcada, fotosensibilidad sistémica o presentación atípica obligan a revisar lupus, dermatitis u otras causas.
- **Embarazo:** seleccionar medicamentos compatibles; no extrapolar doxiciclina o isotretinoína. No confundir disponibilidad internacional de una formulación con indicación o acceso garantizado en Chile.

CLAVES EUNACOM

Sin comedones y con rubor centrofacial: pensar en rosácea.

La afectación ocular puede ser más importante que la cutánea.

Referencias: [3](#), [40](#), [36](#). Bibliografía al final.

Habones, angioedema y prurigo

Distinguir prurito persistente de reacciones con riesgo sistémico.

Urticaria aguda

Habones y duración

- **Lesión:** elevación pruriginosa, variable, evanescente; cada habón suele durar menos de 24 horas y no deja cicatriz. Puede acompañarse de angioedema, más profundo y duradero. Dermatografismo es una forma inducible.
- **Curso:** aguda hasta seis semanas; si persiste o recurre más de seis semanas se considera crónica. No esperar seis meses para reclasificar.
- **Causas:** infecciones, alimentos, fármacos o estímulos físicos; muchos episodios no tienen causa identificada. Urticaria no equivale automáticamente a alergia alimentaria.

Dos relojes distintos

Cada habón

Suele desaparecer antes de 24 horas.

El cuadro completo

Agudo hasta seis semanas; crónico si supera ese tiempo.

Lesión persistente

Dolor o púrpura obligan a reconsiderar diagnóstico.

Diferencias que cambian la conducta

Patrón	Qué considerar
Habones aislados, paciente estable	Urticaria: control del prurito y búsqueda dirigida de desencadenantes.
Habones con disnea, estridor, síncope o hipotensión	Anafilaxia: adrenalina IM y manejo de urgencia.
Angioedema sin habones, IECA o episodios familiares	Mecanismo por bradikinina; riesgo de vía aérea y tratamiento específico.
Lesión fija >24 h, dolor, púrpura o residuo	Reconsiderar vasculitis urticarial u otro diagnóstico.

Tratamiento si no hay anafilaxia

- **Primera línea:** antihistamínico H1 de segunda generación, por ejemplo cetirizina 10 mg/día en adulto; ajustar a edad, función renal y ficha del medicamento. Evitar sedantes como elección rutinaria.
- **Evaluación:** historia y exploración suelen bastar en episodio agudo simple. No solicitar de rutina paneles alimentarios ni indicar dietas amplias de exclusión. Retirar el desencadenante demostrado.
- **Persistencia:** revisar diagnóstico, adherencia y factores agravantes, incluidos AINE. En crónica, la guía chilena contempla aumentar el mismo H1 hasta cuatro veces bajo supervisión; no es una instrucción universal para niños ni automedicación.
- **Escarlar:** omalizumab y otros tratamientos corresponden a urticaria crónica refractaria especializada. Corticoides sistémicos no son mantenimiento y su rescate breve se individualiza; angioedema aislado no exige añadirlos automáticamente.

Anafilaxia: conducta inmediata

- **Reconocer:** inicio rápido con compromiso de vía aérea, respiración o circulación, a veces sin lesiones cutáneas. Activar ayuda, retirar exposición posible y mantener al paciente acostado; adaptar posición si disnea o embarazo, sin dejarlo ponerse de pie.
- **Adrenalina IM:** usar solución de 1 mg/mL en cara anterolateral del muslo. Dosis por peso 0,01 mg/kg, máximo 0,5 mg por dosis; adulto habitualmente 0,5 mg. Repetir a los cinco minutos si persiste compromiso, según respuesta y protocolo.
- **Soporte:** oxígeno, monitorización, acceso venoso y cristaloideos si shock; pedir apoyo temprano para vía aérea amenazada. No esperar a antihistamínicos ni corticoides: no revierten por sí solos el compromiso vital.
- **Después:** observación según gravedad, respuesta y riesgo bifásico; documentar causa, prevención y plan de emergencia. Adrenalina IV requiere equipo experto y monitorización.

Si hay compromiso vital

1

Reconocer y pedir ayuda

Valorar vía aérea, respiración y circulación.



2

Adrenalina IM

Muslo, solución 1 mg/mL; dosis por peso.



3

Reevaluar pronto

Repetir a cinco minutos si persiste; soporte y traslado.

Soporte, adrenalina y organización de ayuda se realizan sin demoras evitables.

Angioedema: pensar en el mecanismo

- **Histaminérgico:** suele ser rápido y acompañar habones; si hay anafilaxia se trata como tal.
- **Bradicinina:** IECA o déficit/disfunción de C1 inhibidor pueden producir edema sin prurito ni habones, incluso dolor abdominal recurrente. Antihistamínicos, corticoides y adrenalina suelen ser ineficaces frente al mecanismo puro.
- **Prioridad:** asegurar valoración de vía aérea y atención urgente si lengua/laringe comprometidas. Suspender IECA causal y derivar para tratamiento específico; C4 y C1 inhibidor ayudan en estudio hereditario/adquirido, sin retrasar atención.

Angioedema: mecanismo y seguridad

Con habones

Orienta a histamina; buscar anafilaxia.

Sin habones

Revisar IECA, antecedentes familiares y bradicinina.

Lengua o laringe

Prioridad de vía aérea, cualquiera sea la causa.

CLAVES EUNACOM

Urticaria crónica: más de seis semanas, no seis meses.

Anafilaxia: adrenalina intramuscular temprana.

Referencias: [41](#), [42](#), [43](#). Bibliografía al final.

Prúrigo infantil agudo / picadura de insectos

Reconocer prúrigo por picaduras

- **Patrón:** brotes de pápulas muy pruriginosas, a veces con vesícula o punto central; predominan áreas expuestas, aunque nuevas reacciones pueden aparecer en otras zonas. Frecuente en niños sensibilizados a picaduras.
- **Historia:** pulgas, chinches, mosquitos, mascotas, viajes y vivienda; personas convivientes pueden no reaccionar igual. Las lesiones duran días, a diferencia de cada habón urticarial.
- **Diferenciales:** sarna si prurito nocturno/convivientes y distribución compatible; impétigo si sobreinfección; varicela u otras erupciones según clínica. No atribuir lesiones necróticas automáticamente a una araña.

Aliviar y controlar la exposición

- **Medidas:** frío local, evitar rascado, uñas cortas, higiene y control ambiental responsable, incluyendo tratamiento veterinario de mascotas si corresponde. Repelente adecuado a edad y protección física.
- **Síntomas:** corticoide tópico breve de potencia apropiada y antihistamínico oral no sedante si prurito importante, con dosis por edad/peso. No aplicar insecticidas domésticos directamente en la piel.
- **Antibiótico:** no se indica por enrojecimiento o prurito aislados; reservar para infección bacteriana documentada clínicamente. Buscar fiebre, dolor creciente, pus o expansión compatible.
- **Urgencia:** disnea, edema de lengua o síncope tras picadura sugieren anafilaxia; dolor intenso, necrosis o deterioro general requieren atención inmediata.

Cortar el ciclo de picaduras

Exposición

Buscar insectos y tratar el entorno.

Inflamación

Aliviar prurito y proteger piel.

Complicación

Identificar infección o anafilaxia.

CLAVES EUNACOM

Controlar la exposición evita nuevos brotes.

Inflamación por picadura no significa infección bacteriana.

Referencias: [44](#), [43](#). Bibliografía al final.

Prúrigo nodular

Nódulos dentro de un circuito de prurito

- **Clínica:** nódulos firmes, excoriados e intensamente pruriginosos, a menudo simétricos en superficies extensoras. El rascado perpetúa inflamación, pero no explica por sí solo toda la enfermedad.
- **Mecanismo:** trastorno neuroinmunológico crónico; puede coexistir atopia o enfermedad sistémica. No es simplemente una reacción alérgica a insectos ni debe etiquetarse como autoinmunidad obligatoria.
- **Evaluar:** sueño, salud mental, medicamentos y causas de prurito; seleccionar estudios renales, hepáticos, hematológicos u otros por historia. Biopsia si lesión atípica o duda diagnóstica.

Plan para piel y prurito

- **Base:** emolientes, reducción del trauma, protección de lesiones y tratar causas coexistentes. Los antihistamínicos solos suelen ser insuficientes.
- **Local:** corticoides tópicos potentes por tiempo y zona, a veces oclusión o tratamiento intralesional especializado.
- **Extenso o refractario:** fototerapia UVB y tratamientos sistémicos o biológicos seleccionados por dermatología; valorar seguridad y acceso. Controlar picor y aparición de nuevas lesiones además del aspecto de nódulos.

Tratar el circuito completo

Piel

Emolientes y protección frente a rascado.

Inflamación

Terapia local o sistémica seleccionada.

Persona

Sueño, impacto y causas de prurito.

CLAVES EUNACOM

Prurito, rascado e inflamación se refuerzan entre sí.

Referencias: [45](#). Bibliografía al final.

Infecciones e infestaciones

Reconocer el agente probable, la extensión y los contactos que requieren manejo.

Piodermias (superficiales y profundas)

Reconocer la profundidad

- **Impétigo:** erosiones con costras melicéricas; la forma ampollar produce ampollas flácidas por toxinas de *Staphylococcus aureus*. También participa *Streptococcus pyogenes*. Es frecuente sobre excoriaciones, eczema o picaduras.
- **Ectima:** úlcera cubierta por costra adherente, más profunda y con riesgo de cicatriz. Foliculitis: pústulas centradas por pelo; furúnculo: infección folicular profunda y dolorosa. Carbunco estafilocócico: conglomerado de furúnculos.
- **Erisipela:** placa caliente, dolorosa, de borde más elevado y definido; celulitis: inflamación profunda de bordes menos nítidos. Buscar puerta de entrada, edema y tiña interdigital.

De la superficie a los tejidos profundos

Impétigo

Costra melicérica o ampolla superficial.

Ectima

Úlcera bajo costra; puede cicatrizar.

Folículo

Foliculitis superficial o furúnculo profundo.

Celulitis

Piel caliente y dolorosa; buscar puerta de entrada.

Distinguir pus, inflamación y gravedad

- **Absceso:** colección fluctuante; la ecografía ayuda cuando la palpación es dudosa. Drenar es el tratamiento central; los antibióticos por sí solos no sustituyen el control del foco.
- **Cultivo:** útil en pus, recurrencia, fracaso, inmunosupresión o sospecha de resistencia. La celulitis típica leve no requiere cultivo superficial ni hemocultivos rutinarios.
- **Urgencia:** dolor desproporcionado, avance rápido, bullas hemorrágicas, necrosis, crepitación, hipotensión o toxicidad sugieren infección necrosante. Reanimar, antibióticos intravenosos amplios y evaluación quirúrgica inmediata; no demorar por imágenes.

Manejo ambulatorio orientativo

Presentación	Conducta
Impétigo localizado, sin compromiso general	Aseo suave y mupirocina tópica 2 veces al día por 5 días según esquema IDSA; evitar cursos repetidos indiscriminados.
Impétigo extenso o ectima	Antibiótico oral activo frente a estreptococo y <i>S. aureus</i> sensible, por ejemplo cefalexina; habitualmente 7 días. Ajustar a alergias y resistencias locales.
Celulitis no purulenta leve	Betalactámico oral adecuado, como cefalexina; reevaluar a las 48-72 horas. Un curso inicial de 5 días puede prolongarse si no mejora.
Absceso con fiebre, múltiples focos o huésped vulnerable	Drenaje más antibiótico según cultivo y riesgo de <i>S. aureus</i> resistente; individualizar embarazo, edad y función renal.

La conducta depende del foco y del paciente

Sin colección

Antibiótico dirigido si infección bacteriana; elevar y controlar.

Con absceso

Drenaje; antibiótico adicional según gravedad y riesgo.

Con alarma

Reanimación, antibióticos intravenosos y cirugía urgente.

Seguimiento y prevención

- **Evolución:** delimitar el eritema, elevar la extremidad y controlar dolor. La coloración puede tardar en desaparecer; empeoramiento sistémico o falta de mejoría obliga a revisar diagnóstico, foco y adherencia.
- **Evitar errores:** dermatitis por estasis bilateral no equivale a celulitis. Un quiste roto puede estar inflamado sin infección. No añadir cobertura para *S. aureus* resistente a meticilina automáticamente a toda celulitis no purulenta.
- **Prevenir:** higiene de manos, cubrir lesiones exudativas, no compartir toallas y tratar puertas de entrada. Infección periocular, recién nacido, sepsis o sospecha necrosante requieren evaluación urgente.

CLAVES EUNACOM

La presencia de una colección cambia la conducta: buscar drenaje.

Dolor desproporcionado con progresión rápida exige descartar infección necrosante.

Referencias: [46](#), [47](#), [48](#). Bibliografía al final.

Infecciones micóticas de piel y fanéreos

Piel, pelo y uñas: no requieren el mismo tratamiento

- **Tiña corporal:** placa anular con borde activo descamativo y aclaramiento central; puede ser poco típica después de corticoides. Tiña crural suele respetar el escroto; candidiasis puede comprometerlo y producir lesiones satélite.
- **Tiña pedis:** maceración interdigital, descamación plantar o vesículas. Puede actuar como puerta de entrada para celulitis; revisar calzado, humedad y uñas.
- **Tiña capitis:** descamación, pelos rotos, puntos negros o alopecia en placas; querion es una forma inflamatoria tumefacta con riesgo de alopecia cicatricial. Examinar contactos y posible exposición a animales.

Confirmar cuando modifica la decisión

- **Micología:** raspado del borde activo con examen directo con KOH; cultivo si diagnóstico incierto, enfermedad capilar, fracaso o necesidad de identificar especie. Una toma deficiente puede dar un resultado negativo.
- **Onicomycosis:** engrosamiento, cambio de color y detritos subungueales también aparecen en psoriasis o trauma. Confirmar infección con KOH, cultivo o histología de recorte antes de un antifúngico sistémico prolongado.
- **Resistencia:** enfermedad extensa o persistente pese a tratamiento bien realizado exige verificar diagnóstico y adherencia, cultivar y derivar; existen dermatofitos resistentes emergentes.

Elegir la vía y prevenir daño

- **Tiña localizada:** terbinafina o azol tópicos según localización y formulación; completar el curso indicado y mantener seca la zona. Evitar combinaciones rutinarias con corticoides potentes, que enmascaran y extienden la infección.
- **Pelo:** tiña capitis requiere antifúngico oral; griseofulvina o terbinafina se seleccionan según especie, peso y disponibilidad. El champú antifúngico solo reduce transmisión y nunca sustituye el tratamiento sistémico. Derivar querion prontamente.
- **Uñas:** terbinafina oral suele ser opción en dermatofitos; evaluar hepatopatía, interacciones y exámenes basales. Las lacas sirven en casos superficiales o limitados. La uña sana tarda meses en crecer; no declarar fracaso precoz.
- **Embarazo:** preferir manejo tópico cuando corresponde y posponer tratamientos sistémicos electivos de uñas; toda indicación oral requiere evaluación específica.

La localización orienta la vía terapéutica

Piel limitada

Antifúngico tópico y control de humedad.

Cuero cabelludo

Antifúngico oral; champú como apoyo.

Uñas

Confirmar micología y valorar extensión antes de tratar.

Pitiriasis versicolor

- **Patrón:** proliferación de *Malassezia*; máculas hipo o hiperpigmentadas en tronco y hombros, con escama fina que aparece al raspar suavemente, o signo del ñetazo. El KOH muestra levaduras e hifas cortas.
- **Manejo:** azol tópico o champú de sulfuro de selenio según pauta; enfermedad extensa o recurrente puede requerir azol oral supervisado. Evitar ketoconazol oral por toxicidad. Controlar humedad y sudor, y usar fotoprotección.
- **Evolución:** la descamación mejora antes que el color; la pigmentación puede demorar semanas o meses en normalizarse. La recurrencia no implica mala higiene y puede requerir prevención tópica individualizada.

Versicolor: actividad y pigmentación no son equivalentes

1

Infección activa

Escama fina; KOH compatible si se necesita confirmar.



2

Respuesta inicial

Desaparece la descamación tras antifúngico.



3

Color residual

Puede persistir meses sin significar fracaso.

CLAVES EUNACOM

Tiña capitis: tratamiento oral; un champú aislado es insuficiente.

Onicomycosis: confirmar antes de tratamiento sistémico prolongado.

Referencias: [49](#), [50](#), [51](#), [52](#). Bibliografía al final.

Candidiasis urogenital

Reconocer candidiasis sin confundir colonización

- **Vulvovaginitis:** prurito intenso, eritema, edema, fisuras, disuria externa y flujo blanco grumoso; estos hallazgos no son exclusivos. El pH vaginal suele permanecer menor de 4,5.
- **Factores asociados:** antibióticos recientes, embarazo, diabetes mal controlada e inmunosupresión. Muchos episodios ocurren sin desencadenante identificable; no asumir una infección de transmisión sexual.
- **Balanitis candidiásica:** glánde y prepucio eritematosos, prurito y pequeñas lesiones periféricas. Si recurre, investigar diabetes y diagnósticos alternativos; no retraer forzosamente un prepucio estrecho.

Confirmar y clasificar

- **Evaluación:** examen vulvovaginal y microscopía de secreción con solución salina/KOH si está disponible. Un cultivo positivo aislado sin síntomas no obliga a tratar.
- **Complicada:** síntomas intensos, recurrencia, especie no albicans o huésped inmunocomprometido. Solicitar cultivo o prueba validada para identificar especie y considerar susceptibilidad ante persistencia.
- **Diferenciales:** vaginosis bacteriana, tricomoniasis, dermatitis irritativa y liquen escleroso. Dolor pélvico, fiebre, úlcera o secreción uretral requieren otra evaluación y no deben atribuirse automáticamente a Candida.

No todo prurito genital es candidiasis

Compatible

Prurito, eritema y flujo grumoso; pH habitualmente normal.

Confirmación

Microscopía; cultivo en recurrencia o cuadro complicado.

Otra causa

Fiebre, úlcera, dolor pélvico o pH elevado cambian el estudio.

Tratamiento según contexto

Situación	Manejo inicial
Episodio no complicado, no gestante	Azol vaginal según formulación, o fluconazol 150 mg oral una vez si no hay contraindicaciones o interacciones.
Embarazo	Azol tópico vaginal durante 7 días. Evitar fluconazol oral y ácido bórico.
Recurrente: 3 o más episodios en menos de un año	Confirmar y evaluar factores. Puede necesitar inducción prolongada y supresión con fluconazol 150 mg semanal por 6 meses bajo supervisión; excluir embarazo y revisar interacciones, hepatopatía y función renal antes de elegir una pauta oral.
Balanitis sintomática	Higiene suave, secado y azol tópico. Evaluar fimosis, diabetes y otras causas si persiste.

Tres escenarios terapéuticos

No gestante

Azol local o pauta oral adecuada.

Gestante

Azol vaginal 7 días; evitar fluconazol oral.

Recurrente

Confirmar especie, corregir factores y planificar supresión.

Reevaluar y aconsejar

- **Persistencia:** no encadenar tratamientos sin examen. En enfermedad severa o inmunosupresión suelen requerirse pautas más prolongadas; *Candida no albicans* necesita manejo dirigido, no repetir automáticamente fluconazol.
- **Parejas:** no tratar sistemáticamente a parejas asintomáticas. Una pareja con balanitis sí puede beneficiarse de tratamiento; evaluar otras ITS según antecedentes y hallazgos.
- **Cuidados:** evitar duchas vaginales y productos irritantes. Algunas cremas vaginales debilitan preservativos de látex; revisar el prospecto. No hay evidencia suficiente para sustituir antifúngicos por probióticos o remedios caseros.

CLAVES EUNACOM

El embarazo cambia la elección: azol tópico vaginal por 7 días.

Síntomas persistentes exigen revisar diagnóstico y especie.

Referencias: [53](#), [54](#), [55](#). Bibliografía al final.

Sarna

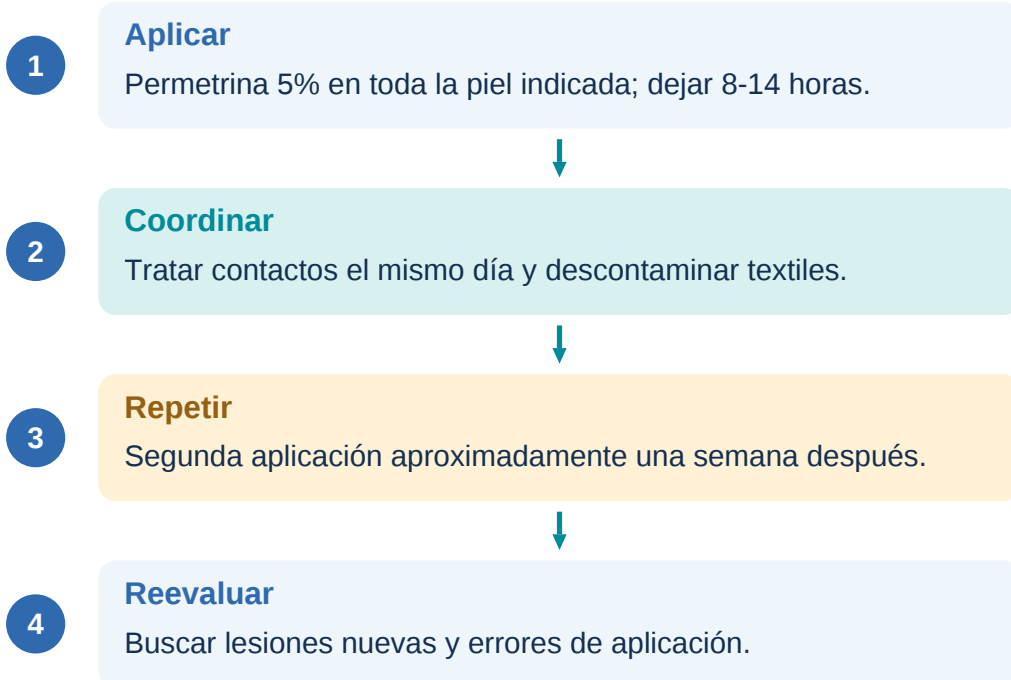
Sospecha clínica de escabiosis

- **Patrón:** prurito predominantemente nocturno con otros convivientes afectados; pápulas, excoriaciones y surcos en espacios interdigitales, muñecas, axilas, cintura, areolas o genitales. Puede coexistir impétigo.
- **Lactantes y mayores:** distribución menos típica; pueden afectarse palmas, plantas y cuero cabelludo. La ausencia de prurito intenso no excluye sarna en personas frágiles o inmunodeprimidas.
- **Confirmación:** dermatoscopia o identificación de ácaros, huevos o heces en raspado. Un examen negativo no descarta una sospecha clínica alta; diferenciar eczema, picaduras, prurigo y pediculosis.

Tratar piel completa y repetir correctamente

- **Primera opción habitual:** permetrina al 5%; cubrir toda la piel indicada, incluidos pliegues, espacios interdigitales, genitales y debajo de uñas. En adulto, desde cuello hacia abajo; en lactantes y personas con compromiso cefálico, incluir cabeza evitando ojos y boca.
- **Aplicación:** dejar 8-14 horas y lavar; repetir aproximadamente a los 7 días. Reaplicar en manos si se lavan durante el período de exposición. Seguir la ficha del producto y asegurar cantidad suficiente.
- **Edad y embarazo:** permetrina es una opción habitual en embarazo y desde los 2 meses. En lactantes menores se requiere pauta pediátrica, como azufre precipitado formulado; no improvisar concentraciones.
- **Ivermectina:** alternativa oral de 200 microgramos/kg por dosis, dos dosis separadas 7-14 días. Evitar su uso habitual en embarazo y niños menores de 15 kg, donde la seguridad no está establecida; evaluar interacciones.

Un tratamiento completo exige varios pasos



Interrumpir transmisión

- **Contactos:** tratar simultáneamente a convivientes y contactos estrechos, aunque aún no tengan síntomas. Coordinar la segunda aplicación para evitar reinfestación.
- **Ambiente:** lavar ropa, toallas y ropa de cama con ciclo caliente; lo no lavable puede mantenerse sellado al menos 72 horas, hasta una semana. No fumigar la vivienda ni usar insecticidas ambientales sobre la piel.
- **Conducta:** evitar contacto cutáneo estrecho hasta completar las medidas indicadas; revisar brotes en residencias, hospitales o escuelas con el equipo de salud.

Distinguir prurito residual de fracaso

- **Después del tratamiento:** el prurito puede durar semanas; usar emolientes y tratamiento sintomático indicado. La persistencia aislada de picazón no justifica repetir indefinidamente escabecidas.
- **Reevaluar:** nuevos surcos, nuevas lesiones o síntomas persistentes más allá de 2-4 semanas sugieren reinfestación, aplicación incompleta o diagnóstico alternativo.
- **Sarna costrosa:** placas hiperqueratósicas extensas y gran carga parasitaria; es muy contagiosa. Requiere aislamiento de contacto, manejo especializado y combinación de tratamiento tópico y oral.

Prurito posterior: interpretar el patrón

Sin lesiones nuevas

Puede ser reacción residual; tratamiento sintomático.

Surcos nuevos

Revisar reinfestación, aplicación y diagnóstico.

Costras extensas

Alta contagiosidad; evaluación especializada y aislamiento.

CLAVES EUNACOM

Tratar al paciente sin tratar contactos favorece reinfestación.

Picazón residual no equivale por sí sola a ácaros vivos.

Referencias: [56](#), [57](#), [58](#). Bibliografía al final.

Pediculosis

Identificar el parásito y su localización

- **Pediculosis capitis:** prurito del cuero cabelludo, excoriaciones occipitales o retroauriculares y piojos vivos. La transmisión es principalmente cabeza a cabeza; no demuestra falta de higiene.
- **Diagnóstico:** buscar ninfas o adultos con peinado húmedo y peine fino. Las liendres se adhieren al pelo; las alejadas del cuero cabelludo pueden estar vacías o muertas. Caspa y residuos se desprenden más fácilmente.
- **Pediculosis corporis:** piojos en costuras de ropa, asociados a dificultad de acceso a baño y ropa limpia. Priorizar cambio y lavado de prendas; considerar enfermedades transmitidas por piojos ante fiebre.
- **Pediculosis pubis:** ladillas y liendres en pelo púbico u otras áreas de pelo grueso. Investigar contactos sexuales y ofrecer estudio de otras ITS; afectación de pestañas requiere manejo específico.

La ubicación orienta las medidas

Cabeza

Buscar piojos vivos; tratar cuero cabelludo y revisar contactos.

Ropa

Piojos corporales: higiene y lavado o cambio de prendas.

Pubis

Tratar contactos sexuales y ofrecer estudio de ITS.

Tratar infestación activa

- **Cabeza:** permetrina al 1% es una opción desde los 2 meses, según formulación disponible. Aplicar siguiendo exactamente tiempo y modo del producto; a menudo requiere segunda aplicación alrededor del día 9.
- **Apoyo:** retirar piojos y liendres con peine fino, revisar cuero cabelludo y contactos. Evitar acondicionador antes de productos cuya eficacia se reduce por este; no mezclar pediculicidas.
- **Si persiste:** confirmar piojos vivos, técnica correcta y reinfestación antes de atribuir resistencia. Tras fracaso de una pauta completa, elegir otro mecanismo según edad, disponibilidad y prescripción.
- **Seguridad:** evitar ivermectina oral en embarazo o menores de 15 kg. No utilizar lindano de rutina, ni kerosene, insecticidas domésticos o preparados veterinarios.

Antes de repetir un pediculicida

1

Comprobar

¿Hay piojos vivos o solo liendres residuales?



2

Revisar

¿Se aplicó bien y se repitió cuando correspondía?



3

Cambiar

Si fracaso confirmado, elegir otra opción segura.

Contactos, ropa y escuela

- **Familia:** revisar convivientes y tratar infestaciones activas; también considerar tratamiento de quienes comparten cama. En ladillas, tratar parejas del último mes y evitar relaciones hasta resolver infestación.
- **Textiles:** lavar y secar con calor ropa de cama y prendas recientemente usadas; limpiar peines. La limpieza excesiva y la fumigación no aportan beneficios.
- **Escuela:** las liendres aisladas no son criterio razonable de exclusión prolongada. Iniciar tratamiento y seguir recomendaciones sanitarias locales; reducir el estigma y el contacto directo de cabezas.

Derivar cuando cambia el riesgo

- **Ojos o pestañas:** no aplicar champú pediculicida cerca de la córnea; valoración profesional.
- **Complicaciones:** fiebre, impetiginización extensa, adenopatías dolorosas o prurito persistente requieren examen. En lesiones genitales infantiles evaluar contexto y protección del niño sin inferir por sí solas una vía de transmisión.

CLAVES EUNACOM

Piojos vivos confirman infestación activa; liendres antiguas no siempre.

Permetrina 1% para piojos y 5% para sarna son pautas distintas.

Referencias: [59](#), [60](#), [61](#). Bibliografía al final.

Verrugas

Reconocer verrugas por VPH

- **Vulgares:** pápulas hiperqueratósicas de superficie rugosa, frecuentes en manos y dedos. Los puntos negros corresponden a capilares trombosados.
- **Plantares:** interrumpen las líneas de la piel y pueden doler al comprimir lateralmente; el callo suele conservar dermatoglifos. Las planas son pequeñas y lisas; las filiformes tienen prolongaciones finas.
- **Anogenitales:** lesiones papilomatosas o verrugosas, aisladas o agrupadas. Las verrugas suelen relacionarse con tipos de VPH de bajo riesgo; su presencia no equivale a cáncer.
- **Confirmación:** habitualmente clínica. Biopsiar o derivar lesión pigmentada irregular, indurada, fija, ulcerada, sangrante, de crecimiento rápido o resistente, especialmente en inmunosupresión.

Elegir entre observación y tratamiento

- **Verruga no genital:** puede observarse si no molesta, pues muchas remiten espontáneamente. Explicar que el tratamiento toma semanas y que puede haber recidivas.
- **Ácido salicílico:** opción tópica habitual para verrugas comunes o plantares; aplicar solo sobre la lesión, protegiendo piel sana y según concentración indicada. No usar en cara, mucosas o genitales ni sin evaluación en pie diabético o mala circulación.
- **Crioterapia:** alternativa aplicada por personal capacitado; puede requerir sesiones repetidas, causar dolor, ampolla y cambios de pigmentación. Considerar edad, localización y tolerancia.
- **Lesión dudosa:** no destruirla antes de obtener diagnóstico; el tratamiento cosmético de una lesión maligna retrasa la atención.

La localización cambia el tratamiento

Manos y plantas

Observación, queratolítico apropiado o crioterapia.

Cara y genitales

Evaluación dirigida; evitar ácidos de venta libre.

Atípica o resistente

Considerar biopsia, sobre todo en inmunosupresión.

Condilomas: manejo por sitio y embarazo

- **Opciones:** crioterapia, ácido tricloroacético por profesional o tratamiento tópico prescrito, como imiquimod o podofilotoxina, según lesión, sitio y disponibilidad. Ninguna opción elimina toda infección latente por VPH.
- **Embarazo:** evitar podofilina, podofilotoxina y sinecatequinas; imiquimod generalmente se evita por datos limitados. Preferir alternativas profesionales apropiadas, como crioterapia.

- **Sitios internos:** lesión cervical, intraanal o uretral requiere evaluación dirigida; no extrapolar productos cutáneos a mucosas. Examinar y ofrecer pruebas para otras ITS según riesgo.

Prevención y seguimiento

- **Educación:** no cortar ni arrancar las verrugas; evitar compartir instrumentos de depilación o limado. Los preservativos reducen exposición, pero no cubren toda la piel susceptible.
- **Vacuna:** previene infección por tipos incluidos, no trata verrugas ya presentes. Mantener vacunación y tamizaje cervical conforme al programa chileno; un condiloma aislado no indica por sí solo controles cervicales más frecuentes.
- **Derivación:** inmunosupresión, múltiples recidivas, diagnóstico incierto, compromiso funcional o sospecha de neoplasia.

Tratamiento, vacuna y tamizaje tienen funciones distintas

Tratar lesión

Reduce verrugas visibles y síntomas.

Vacunar

Previene nuevas infecciones por tipos incluidos.

Tamizar

Pesquisa lesiones cervicales según programa; no depende solo de verrugas.

CLAVES EUNACOM

Una lesión verrugosa atípica necesita diagnóstico antes de destrucción.

No aplicar tratamientos de verrugas comunes en genitales.

Referencias: [62](#), [63](#), [64](#). Bibliografía al final.

Herpes simplex

Vesículas agrupadas y recidivantes

- **Clínica:** ardor o dolor seguido de vesículas agrupadas sobre base eritematosa, que evolucionan a erosiones y costras. HSV-1 y HSV-2 pueden comprometer boca o genitales; la ubicación no identifica por sí sola el tipo viral.
- **Primoinfección oral:** gingivostomatitis dolorosa, fiebre y dificultad para alimentarse, especialmente en niños. Evaluar hidratación. La recidiva labial suele ser más localizada.

- **Panadizo herpético:** dedo doloroso con vesículas; no incidir como si fuera un absceso bacteriano. Eczema herpético: erosiones o vesículas monomorfas diseminadas sobre eczema, con dolor y posible fiebre.

Un mismo virus puede producir cuadros muy distintos

Localizado

Vesículas agrupadas; manejo oral o labial según cuadro.

Eczema herpético

Diseminación sobre eczema; antiviral sistémico urgente.

Ocular o neonatal

Riesgo de secuelas; atención hospitalaria o especializada.

Confirmar cuando la presentación lo exige

- **Prueba preferente:** PCR/NAAT de lesión reciente para herpes genital o atípico; el rendimiento baja cuando la lesión cicatriza. El cultivo es una alternativa menos sensible.
- **Serología:** tiene indicaciones seleccionadas y limitaciones; una IgM de HSV no confirma un episodio reciente y no se recomienda. Ofrecer prueba de VIH ante herpes genital y evaluar otras causas de úlcera.
- **Urgencia:** ojo rojo doloroso, fotofobia o disminución visual; recién nacido; alteración de conciencia; diseminación o inmunosupresión importante. No iniciar corticoide ocular sin evaluación oftalmológica.

Antivirales: ejemplos en adulto con función renal normal

Situación	Pauta orientativa
Primer episodio genital	Aciclovir 400 mg oral cada 8 horas o valaciclovir 1 g cada 12 horas, durante 7-10 días.
Recurrencia genital	Iniciar en pródromo o primer día; ejemplo: valaciclovir 500 mg cada 12 horas por 3 días.
Supresión de recidivas	Ejemplo: aciclovir 400 mg cada 12 horas; decidir por frecuencia, repercusión y preferencias, con revisión periódica.
Enfermedad grave o complicada	Hospitalización y aciclovir intravenoso ajustado a función renal y síndrome; no usar una pauta oral corta.

Elegir la estrategia antiviral

Primoinfección

Tratar primer episodio genital; suele requerir 7-10 días.

Episódica

Iniciar temprano durante pródromo o primeras lesiones.

Supresiva

Pauta diaria si recidivas o repercusión lo justifican.

Cuidar al paciente y evitar transmisión

- **Labial leve:** analgesia, hidratación y evitar manipulación; valorar antiviral temprano en episodios importantes. Los antivirales reducen duración y recidivas, pero no eliminan la latencia.
- **Embarazo:** consultar prontamente por primer episodio, especialmente cercano al parto; coordinar manejo obstétrico para prevenir herpes neonatal. Aciclovir puede usarse cuando está indicado.
- **Consejería:** evitar besos o relaciones con contacto de la zona durante lesiones o pródromos. Existe eliminación viral asintomática; preservativos y supresión reducen, pero no anulan, transmisión. No besar a recién nacidos con lesiones labiales.

CLAVES EUNACOM

Herpes ocular y eczema herpético requieren atención urgente.

El antiviral controla replicación; no erradica la latencia.

Referencias: [65](#), [66](#), [67](#), [68](#). Bibliografía al final.

Herpes zóster

Reconocer el dermatoma y las complicaciones

- **Reactivación:** el virus varicela-zóster permanece latente y causa dolor, ardor o hipersensibilidad, seguido de vesículas agrupadas en un dermatoma, habitualmente unilateral y sin cruzar la línea media.
- **Diferenciales:** herpes simplex recurrente, dermatitis de contacto y dolor radicular sin lesiones. La PCR de una vesícula ayuda cuando el patrón es atípico, diseminado o aparece en un huésped inmunocomprometido.
- **Neuralgia posherpética:** dolor que persiste más de 90 días desde el inicio del exantema; su riesgo aumenta con edad y gravedad. No confundir persistencia de dolor con actividad viral continua.

Situaciones que requieren atención inmediata

- **Rama oftálmica:** lesiones en frente, párpado o nariz exigen evaluar compromiso ocular. Ojo rojo, dolor ocular, fotofobia o alteración visual requieren oftalmología urgente; la ausencia de lesión nasal no excluye afectación ocular.
- **Ramsay Hunt:** vesículas auriculares con otalgia y parálisis facial periférica, a veces vértigo o hipoacusia; derivar de urgencia.
- **Diseminación:** lesiones fuera del territorio esperado, compromiso neurológico, visceral o inmunosupresión importante pueden requerir hospitalización y antiviral intravenoso. Embarazo y niños ameritan evaluación individual.

Localización y huésped definen urgencia

Ojo

Frente o nariz; buscar dolor, fotofobia y baja visual.

Oído y cara

Otalgia, vesículas y parálisis facial sugieren Ramsay Hunt.

Diseminado

Inmunosupresión o afectación sistémica: manejo hospitalario.

Antiviral y control del dolor

- **Oportunidad:** iniciar idealmente durante las primeras 72 horas. Tratar también más tarde si siguen apareciendo vesículas o existe compromiso ocular, inmunosupresión o enfermedad complicada; no descartar tratamiento solo por el reloj.
- **Adulto sin insuficiencia renal:** ejemplo de pauta es valaciclovir 1 g oral cada 8 horas por 7 días; alternativa aciclovir 800 mg 5 veces al día por 7 días. Ajustar por función renal y asegurar hidratación.
- **Analgesia:** paracetamol o antiinflamatorio si son apropiados; dolor neuropático persistente puede requerir gabapentinoide o antidepresivo seleccionado, considerando sedación, caídas e interacciones.
- **Límites:** los antivirales favorecen recuperación, pero no garantizan prevenir neuralgia. No usar corticoides sistémicos de rutina ni como monoterapia antiviral.

Actuar sobre virus, dolor y transmisión

Antiviral

Lo antes posible; ajustar por riñón y gravedad.

Dolor

Analgesia; identificar componente neuropático.

Protección

Cubrir lesiones y evitar exposición de personas susceptibles.

Contagio, cuidado local y prevención

- **Transmisión:** una persona susceptible expuesta puede desarrollar varicela. Cubrir lesiones, higiene de manos y evitar contacto con embarazadas no inmunes, recién nacidos e inmunodeprimidos hasta que todas estén en costra.
- **Cuidados:** mantener lesiones limpias y secas; no usar antibióticos sin infección bacteriana agregada. En diseminación o inmunosupresión seguir precauciones hospitalarias correspondientes.
- **Vacunación:** la vacuna recombinante previene nuevos episodios y complicaciones en grupos indicados; no trata el episodio actual. Verificar indicación y acceso en Chile sin asumir cobertura universal.

CLAVES EUNACOM

Zóster oftálmico: iniciar manejo y evaluar el ojo sin demora.

La función renal modifica las dosis de aciclovir y valaciclovir.

Referencias: [69](#), [70](#), [71](#). Bibliografía al final.

Moluscos contagiosos

Diagnóstico por la pápula umbilicada

- **Morfología:** pequeñas pápulas firmes, brillantes, perladas o del color de la piel, con depresión central. Son causadas por un poxvirus; suelen agruparse en tronco, pliegues y extremidades.
- **Transmisión:** contacto directo, autoinoculación por rascado y objetos compartidos. Es frecuente en niños y en piel atópica; en adultos, lesiones genitales pueden adquirirse por contacto sexual.
- **Evolución:** suele resolverse espontáneamente en meses, aunque algunos casos duran años. El enrojecimiento de una lesión puede acompañar la respuesta inmune previa a desaparecer y no prueba infección bacteriana.
- **Duda diagnóstica:** verrugas, milia y otras pápulas pueden parecerse. Lesiones grandes, numerosas o atípicas, especialmente faciales en adultos, requieren evaluar inmunosupresión y considerar biopsia.

Observar también es una conducta terapéutica

- **Niño inmunocompetente:** explicar evolución, evitar rascado y controlar dermatitis asociada. Si las lesiones son pocas y no molestan, la observación suele ser suficiente.
- **Tratamiento activo:** considerar por síntomas, eczema difícil, autoinoculación persistente, impacto importante, localización genital o inmunosupresión. Discutir beneficio frente a dolor, cicatriz y alteración de pigmentación.
- **Procedimientos:** crioterapia o curetaje por personal entrenado, seleccionando edad y tolerancia; no indicar extracción casera ni exprimir el centro. Tratamientos tópicos específicos dependen de disponibilidad y evaluación.
- **Evitar:** imiquimod no se recomienda en niños por falta de beneficio demostrado y efectos adversos. Antibióticos solo si existe sobreinfección bacteriana, no para eliminar el virus.

Cuándo observar y cuándo intervenir

Típico y tolerable

Educación, control del eczema y observación.

Molesto o genital

Valorar tratamiento según sitio, edad y preferencias.

Extenso o atípico

Estudiar inmunosupresión y confirmar diagnóstico.

Cuidados que limitan autoinoculación

- **Piel:** mantener uñas cortas, no rasurar sobre lesiones y usar emolientes si hay eczema. Cubrirlas cuando exista contacto deportivo o exposición directa, evitando maceración continua.
- **Objetos:** no compartir toallas, esponjas, máquinas de afeitar ni ropa en contacto directo con lesiones. Higiene habitual de manos; no es necesario desinfectar de manera agresiva toda la casa.
- **Vida diaria:** no excluir automáticamente de escuela o jardín por moluscos; se pueden adaptar actividades y cubrir lesiones, siguiendo orientaciones sanitarias locales.

Reducir la autoinoculación

No manipular

Evitar rascado, exprimido y rasurado sobre pápulas.

Cuidar barrera

Emolientes y tratamiento de eczema asociado.

Reducir contacto

Cubrir cuando corresponda y no compartir toallas.

Derivación y evaluación del contexto

- **Ocular:** lesión palpebral con conjuntivitis persistente requiere oftalmología.
- **Adulto con lesiones genitales:** ofrecer evaluación de otras ITS según riesgo y aconsejar evitar contacto directo hasta resolución. El preservativo no cubre toda el área afectada.
- **Inmunosupresión:** valorar VIH u otras causas según antecedentes; la recuperación inmunitaria es parte del tratamiento. En niños, la localización genital requiere evaluación cuidadosa del contexto, sin atribuir automáticamente abuso.

CLAVES EUNACOM

Pápula perlada umbilicada es la pista principal.

El molusco típico puede observarse; destruir todas las lesiones no siempre mejora el resultado.

Referencias: [72](#), [73](#), [74](#). Bibliografía al final.

Pigmentación y cabello

Diferenciar cambios reversibles, lesiones sospechosas y pérdida folicular permanente.

Vitiligo

Confirmar despigmentación y extensión

- **Lesión:** mácula blanca bien delimitada, sin descamación, por pérdida funcional/destrucción de melanocitos. Puede afectar zonas periorificiales, manos, pies, pliegues y genitales; segmentario y no segmentario tienen patrones diferentes.
- **Evaluación:** lámpara de Wood ayuda a delimitar; registrar extensión, progresión, pelo blanco y efecto emocional. No es contagioso y el estrés no explica por sí solo su origen.
- **Asociaciones:** preguntar por enfermedad tiroidea y otras autoinmunes. Evaluación tiroidea según guía, antecedentes y contexto; evitar paneles indiscriminados sin interpretación.

Opciones y limitaciones

- **Base:** educación, fotoprotección, camuflaje si se desea y apoyo psicológico. La piel despigmentada se quema fácilmente.
- **Localizado:** corticoide tópico por periodos y potencia adecuados o tacrolimus, especialmente en zonas sensibles; vigilar atrofia y evitar corticoide potente continuo en cara.
- **Extenso o progresivo:** UVB de banda estrecha y otras intervenciones especializadas. Ruxolitinib tópico es una opción internacional seleccionada; confirmar indicación y acceso local. No equiparar UVA/PUVA con primera elección rutinaria.
- **Seguimiento:** repigmentación es lenta, variable y suele ser peor en regiones acrales. Crecimiento rápido o impacto importante justifican derivación, aunque la superficie sea pequeña.

Plan de vitiligo

1

Confirmar

Despigmentación, distribución y diferenciales.



2

Medir impacto

Actividad, extensión y bienestar.



3

Tratar y proteger

Tópicos o fototerapia según situación.



4

Reevaluar

Tiempo, respuesta y efectos adversos.

CLAVES EUNACOM

Mácula acrómica sin escama orienta a vitiligo.

Evaluar progresión e impacto, no solo área afectada.

Referencias: [75](#), [76](#). Bibliografía al final.

Alteraciones pigmentarias

Manchas claras: buscar escama y contexto

Patrón	Orientación
Niño, cara/brazos, borde difuso y escama fina	Pitiriasis alba; frecuente en piel atópica.
Tronco, escama fina al raspar, variable tonalidad	Pitiriasis versicolor; confirmar si duda y tratar hongo.
Blanco neto, sin escama	Vitiligo u otra despigmentación.
Pálida desde infancia, no enrojece al frotar	Nevo anémico: mecanismo vascular.
Halo blanco alrededor de un nevo	Nevo con halo; revisar aspecto de la lesión central.

Una mancha clara: tres preguntas

¿Hay escama?

Orienta a alba o versicolor según lugar y edad.

¿Es blanco completo?

Considerar vitiligo y otros trastornos pigmentarios.

¿Es vascular o perinevo?

Vitropresión y revisión del nevo central.

Conductas en hipopigmentación

- **Pitiriasis alba:** emolientes, fotoprotección y corticoide suave breve si inflamación; explicar que el color puede tardar meses o más en recuperarse. No requiere antimicótico si el patrón es típico.
- **Nevo anémico:** contraste disminuye al presionar piel vecina, sin pérdida real de pigmento; observar si confirmado y sin otros hallazgos que justifiquen estudio.
- **Nevo con halo:** en niño con lesión central simétrica puede observarse; lesión central atípica, cambio reciente o presentación inusual necesita dermatoscopia/biopsia seleccionada. Puede coexistir vitiligo; no tranquilizar solo porque hay halo.
- **Después de inflamación:** hipo o hiperpigmentación pueden persistir tras resolver dermatitis o infección; distinguir actividad de secuela antes de repetir tratamiento.

Manchas oscuras: causas y prevención

- **Melasma:** pigmento facial marrón bilateral, asociado a predisposición, luz y hormonas. Fotoprotección amplia, incluida luz visible con productos pigmentados, y tratamientos tópicos seleccionados; evitar mezclas despigmentantes sin control.
- **Posinflamatoria:** tratar causa y proteger del sol; procedimientos irritantes pueden agravarla. Hidroquinona/retinoides se valoran por tiempo, zona y embarazo, no como fórmula universal.
- **Otras pistas:** acantosis nigricans es engrosamiento aterciopelado, usualmente en pliegues; evaluar contexto metabólico. Pigmentación difusa nueva con síntomas sistémicos exige descartar causas endocrinas o medicamentosas.
- **Alarma:** una lesión pigmentada asimétrica o que cambia sigue la ruta de melanoma. No destruirla con láser o despigmentante antes de aclarar diagnóstico.

Tratar pigmento sin perder el diagnóstico

Identificar causa

Inflamación, luz, hormonas o lesión específica.

Proteger

Reducir exposición y evitar irritación.

Seleccionar terapia

Valorar zona, embarazo y duración.

Vigilar cambios

Una lesión atípica necesita otra ruta.

CLAVES EUNACOM

Hipopigmentación no equivale siempre a infección fúngica.

La lesión central de un nevo con halo también se examina.

Referencias: [77](#), [78](#), [79](#), [80](#), [81](#). Bibliografía al final.

Alopecias

Clasificar antes de tratar

- **Preguntar:** caída o adelgazamiento, focal o difuso, rapidez, parto, fiebre, pérdida de peso, dieta, fármacos y tracción. Revisar cuero cabelludo, cejas, uñas y otras áreas.
- **Clave:** conservar o perder orificios foliculares distingue alopecia no cicatricial de cicatricial. Eritema perifolicular, escama, dolor o pústulas sugieren actividad inflamatoria y justifican derivación temprana.

- **Pruebas:** tricoscopia y prueba de tracción según caso; hemograma, ferritina, TSH u otros estudios solo si historia y examen lo justifican. En descamación/pelos rotos pensar en tiña y confirmar.

Primero mirar los folículos

Ostios conservados

Considerar androgenética, areata o efluvio.

Ostios ausentes

Sospechar cicatriz y buscar inflamación activa.

Escama y pelo roto

Descartar infección u otra lesión del tallo.

Patrones principales

Patrón	Pistas y manejo
Androgenética	Miniaturización gradual frontotemporal y vértex en varón, con relativo respeto occipital; en mujer, ensanchamiento de raya. Minoxidil tópico y opciones seleccionadas.
Areata	Placas lisas, pelos en signo de exclamación, posible daño ungueal; autoinmune. Corticoide tópico/intralesional según extensión y edad.
Efluvio telógeno	Caída difusa meses después de desencadenante; tratar causa y explicar recuperación gradual.
Cicatricial	Pérdida de ostios, posible inflamación. Biopsia del borde activo y tratamiento etiológico para frenar pérdida irreversible.
Tracción / tricotilomanía	Distribución y pelos rotos orientan; retirar tracción y abordar conducta/impacto de manera respetuosa.

Androgenética: expectativas y precauciones

- **Minoxidil tópico:** requiere uso continuo y meses para valorar respuesta; puede irritar o aumentar transitoriamente caída inicial. No prometer recuperación completa. Evitarlo durante embarazo, planificación gestacional y lactancia.
- **Tratamiento hormonal:** finasterida en varones seleccionados; dutasterida o antiandrógenos tienen indicaciones/regulación particulares y se individualizan. Revisar efectos sexuales y contraindicación durante embarazo; no manejar comprimidos triturados de finasterida en gestantes.
- **Mujer:** buscar hiperandrogenismo cuando existen signos; anticonceptivo antiandrogénico no es obligatorio para toda alopecia. Trasplante y camuflaje se seleccionan según estabilidad, disponibilidad y preferencia.

Areata y cicatricial: no esperar por defecto

- **Areata:** puede repoblar espontáneamente, pero curso es impredecible. Afectación extensa, especialmente $\geq 50\%$ del cuero cabelludo, pérdida de cejas/pestañas o impacto psicológico requieren atención especializada; inmunoterapia y JAK son opciones internacionales seleccionadas con evaluación de riesgos.
- **Cicatricial:** lupus, liquen planopilar y otras inflamaciones pueden destruir folículos; el objetivo temprano es detener actividad. Peluca/camuflaje ayudan, pero no reemplazan tratar enfermedad activa.
- **Acompañamiento:** revisar salud mental y expectativas; no atribuir toda areata al estrés ni considerar toda caída difusa como androgenética.

Objetivo según el mecanismo

Androgenética

Frenar miniaturización y sostener tratamiento.

Areata

Valorar actividad, extensión y recuperación posible.

Cicatricial

Evitar nueva destrucción de folículos.

CLAVES EUNACOM

Pérdida de orificios foliculares: priorizar alopecia cicatricial.

En androgenética masculina suele respetarse relativamente el occipucio.

Referencias: [82](#), [83](#), [84](#). Bibliografía al final.

Reacciones a la luz y al frío

Relacionar las lesiones con exposiciones y buscar causas secundarias cuando corresponda.

Fotodermatosis

Identificar una distribución fotosensible

- **Patrón:** eritema, pápulas, eccema o ampollas en cara, escote, dorso de manos y otras áreas expuestas; el respeto de zonas cubiertas o sombreadas ayuda a reconocerlo.
- **Historia:** intervalo entre luz y lesión, estación del año, exposición a través de ventanas, productos cutáneos, plantas y medicamentos. Preguntar por dolor, prurito, fragilidad y síntomas sistémicos.
- **Diferenciales:** lupus, dermatomiositis, porfirias, urticaria solar y erupción polimorfa lumínica; la fotosensibilidad no identifica por sí sola una causa.

Fototoxicidad y fotoalergia

Mecanismo	Clínica	Ejemplos y claves
Fototóxico	Daño directo tras sustancia y luz; parece quemadura, puede ampollarse y dejar pigmentación. No requiere sensibilización.	Algunas tetraciclinas, quinolonas, antiinflamatorios y sustancias vegetales fotosensibilizantes.
Fotoalérgico	Hipersensibilidad retardada en persona sensibilizada; eccema pruriginoso, a veces más allá de áreas expuestas.	Algunos filtros solares, fragancias o fármacos tópicos; fotoparche en estudio especializado.

Dos reacciones frente a luz y sustancia

Fototoxicidad

Daño directo, sin sensibilización previa; aspecto de quemadura.

Fotoalergia

Respuesta retardada en sensibilizados; aspecto de eccema.

Plantas y medicamentos: distinguir el mecanismo

- **Limón o lima:** furocumarinas y radiación UVA pueden producir fitofotodermatitis, con formas lineales, salpicaduras o huellas y pigmentación posterior; es fototoxicidad, no alergia obligatoria.
- **Litre:** causa clásica de dermatitis alérgica de contacto en Chile; no se debe clasificar automáticamente como fotoalérgica ni asumir que necesita sol para aparecer.

- **Fármacos:** revisar principio activo y cronología, no sólo la familia. Doxiciclina es un ejemplo relevante; retinoides como isotretinoína requieren precaución solar por fragilidad e irritación, sin atribuir todo caso al mismo mecanismo.

No confundir estas exposiciones

Cítricos + UVA

Fitofotodermatitis: salpicaduras, ampollas y pigmentación.

Litre

Dermatitis alérgica de contacto; no necesita clasificarse como fotosensibilidad.

Erupción polimorfa lumínica

- **Presentación:** brotes pruriginosos de pápulas, placas o vesículas horas o días después del sol, frecuentemente en primavera o primeras exposiciones; cada persona suele repetir una morfología semejante.
- **Conducta:** fotoprotección, reducción de exposición desencadenante y corticoide tópico breve si inflamatoria. En casos recurrentes intensos, dermatología puede indicar fototerapia preventiva supervisada.
- **No confundir:** los habones que aparecen en minutos y desaparecen rápidamente orientan a urticaria solar; ampollas crónicas con fragilidad dorsal requieren considerar porfiria.

Manejo y criterios de derivación

- **Inicial:** retirar o sustituir el desencadenante cuando sea clínicamente seguro, lavar la sustancia de contacto, usar ropa y protector UVA/UVB de factor alto. Evitar nueva exposición mientras se resuelve.
- **Sintomático:** emolientes, compresas frías y corticoide tópico adecuado; manejar ampollas o quemadura según extensión. No suspender medicamentos esenciales sin plan alternativo.
- **Derivar:** cuadro persistente o grave, duda diagnóstica, síntomas sistémicos, sospecha de lupus o porfiria, o necesidad de fotopruebas. Fiebre, piel dolorosa extensa y erosiones mucosas obligan a descartar una reacción farmacológica grave.

CLAVES EUNACOM

Fototoxicidad: daño directo; fotoalergia: respuesta retardada.

Lima más UVA produce fitofototoxicidad.

Litre orienta a alergia de contacto.

Referencias: [85](#), [86](#), [87](#), [88](#). Bibliografía al final.

Perniosis o sabañones

Frío más lesiones acrales

- **Clínica:** pápulas, placas o nódulos rojos/violáceos, pruriginosos o dolorosos, en dedos de manos/pies tras frío húmedo no congelante. Pueden durar más de un día y recurrir en invierno.
- **Diferenciar:** Raynaud produce cambios de color episódicos; congelación implica daño por frío extremo. Necrosis, pulsos alterados o dolor intenso obligan a descartar isquemia u otra causa.
- **Secundaria:** persistencia fuera de época fría, ulceración, síntomas sistémicos o presentación atípica sugieren lupus, alteraciones hematológicas o crioproteínas. Hemograma/ANA y otros estudios se eligen según sospecha, no siempre a toda lesión típica.

Sabañones: reconocer lo atípico

Patrón estacional típico

Abrigar, secar y evitar desencadenantes.

Persistente o ulcerado

Investigar enfermedad secundaria.

Dolor intenso o necrosis

Descartar isquemia y lesión grave.

Prevenir recurrencia y escalar

- **Base:** abrigo seco, guantes/calzado adecuado, calentamiento gradual y evitar tabaco. No acercar piel insensible a calor intenso.
- **Manejo:** suele mejorar al evitar frío; síntomas persistentes o lesiones complicadas requieren valoración. Vasodilatadores, como nifedipino, se individualizan por beneficio incierto y riesgo de hipotensión.
- **Seguimiento:** revisar curación y signos de infección; una lesión que no sigue el patrón esperado necesita replantear diagnóstico y eventual biopsia.

CLAVES EUNACOM

Sabañones típicos: frío y localización acral.

Persistencia, úlcera o signos sistémicos justifican estudio dirigido.

Referencias: [89](#). Bibliografía al final.

Nódulos, úlceras y ampollas

El plano afectado y el compromiso sistémico determinan estudio y derivación.

Eritema nodoso / Eritema indurado de Bazin

Nódulos dolorosos: dos patrones

Dato	Eritema nodoso	Eritema indurado / vasculitis nodular
Localización	Pretibial, generalmente bilateral.	Predominio posterior de pantorrillas.
Evolución	Color de hematoma; habitualmente no ulcera ni cicatriza.	Puede ulcerarse y dejar cicatriz.
Histología	Paniculitis predominantemente septal.	Paniculitis lobulillar con vasculitis variable.
Causa	Infección, inflamación, fármacos, embarazo o idiopático.	Bazin se vincula a tuberculosis; existen formas sin TB.

La localización orienta, la causa decide

Anterior sin úlcera

Eritema nodoso como primera orientación.

Posterior con úlcera

Vasculitis nodular / eritema indurado.

Atípico o persistente

Biopsia profunda y estudio dirigido.

Eritema nodoso: buscar el desencadenante

- **Clínica:** nódulos sensibles, calientes, mal delimitados y profundos; puede haber fiebre, malestar y artralgias. No corresponde a un absceso para drenar.
- **Búsqueda:** infección estreptocócica reciente, tuberculosis según riesgo, sarcoidosis, enfermedad inflamatoria intestinal, embarazo y medicamentos. Individualizar hemograma/reactantes, estudio faríngeo, radiografía de tórax y pruebas dirigidas.
- **Biopsia:** reservar para presentación atípica, persistente o diagnóstico incierto; debe alcanzar tejido subcutáneo. Una biopsia superficial puede omitir la paniculitis.

- **Manejo:** tratar causa, reposo relativo, elevar piernas y analgesia/AINE si procede. Corticoides sistémicos solo seleccionados tras excluir infección relevante, especialmente TB; yoduro potásico no es una receta rutinaria y requiere supervisión.

Estudiar según la historia

Infección

Estreptococo o tuberculosis según contexto.

Inflamación

Sarcoidosis o enfermedad intestinal.

Exposición

Fármacos y embarazo.

Persistencia

Revisar diagnóstico y profundidad de muestra.

Eritema indurado: no omitir tuberculosis

- **Evaluación:** nódulos violáceos posteriores, recurrentes y ulcerados justifican biopsia profunda y búsqueda de infección o enfermedad vascular/inflamatoria según contexto.
- **TB:** investigar con historia, examen, imagen y estudios apropiados. Un IGRA o PPD positivo demuestra sensibilización, no confirma por sí solo que toda lesión sea tuberculosa.
- **Conducta:** si se establece tuberculosis asociada, coordinar tratamiento antituberculoso combinado en la red/PROCET conforme norma chilena. No dar monoterapia ni solo antiinflamatorios para la causa.
- **Diferenciales:** infección profunda, tromboflebitis, vasculitis y otras panculitis; dolor intenso, fiebre o necrosis rápida requieren evaluación urgente.

CLAVES EUNACOM

Nódulo pretibial sin úlcera sugiere eritema nodoso.

Nódulo posterior ulcerado: ampliar a vasculitis nodular y TB.

Referencias: [90](#), [91](#), [92](#), [93](#). Bibliografía al final.

Pioderma gangrenoso

Úlcera inflamatoria que puede parecer infección

- **Patrón:** pápula o pústula dolorosa que ulcera y progresa, con borde violáceo socavado; frecuente en piernas, también tronco o alrededor de estomas.
- **Patergia:** trauma puede desencadenar o agravar la lesión. No confundir su nombre con una piodermia bacteriana común.

- **Asociaciones:** enfermedad inflamatoria intestinal, artritis, neoplasias hematológicas o ausencia de enfermedad demostrada. Preguntar por síntomas digestivos, articulares y generales.

Excluir imitadores sin agravar la lesión

- **Prioridad:** valoración dermatológica urgente y analgesia. Infección profunda/necrosante, vasculitis, úlcera vascular y tumor pueden imitarlo.
- **Muestra:** biopsia del borde activo con profundidad adecuada, más cultivos seleccionados, ayuda a excluir alternativas; histología no siempre es específica. Explicar riesgo de patergia, sin omitir una muestra necesaria.
- **Cirugía:** evitar desbridamiento agresivo rutinario de una lesión sospechosa no aclarada. Si el cuadro indica infección necrosante, la cirugía urgente no debe retrasarse por atribuirlo a pioderma.

Úlcera rápida: mantener abiertas las alternativas

Inflamatoria

Borde violáceo, patergia y enfermedad asociada.

Infecciosa

Buscar sepsis, necrosis y foco profundo.

Otra causa

Vascular, vasculitis o neoplasia según contexto.

Tratar según extensión y causa

- **Cuidados:** curaciones atraumáticas y control del dolor; antimicrobianos solo si existe infección asociada.
- **Inflamación:** lesiones limitadas pueden responder a corticoide tópico potente o tacrolimus; formas extensas suelen precisar corticoide sistémico, ciclosporina u otras opciones especializadas.
- **Control:** tratar enfermedad asociada y vigilar reducción del dolor, actividad del borde y cierre. Inmunosupresión exige evaluar infección y toxicidad.

Cuidar y frenar actividad

Confirmar orientación

Biopsia/cultivos y evaluación especializada.

Proteger tejido

Curaciones suaves y analgesia.

Controlar inflamación

Tratamiento según extensión y riesgos.

Seguir evolución

Actividad del borde y enfermedad asociada.

CLAVES EUNACOM

Úlcera dolorosa con borde violáceo y patergia: considerar pioderma gangrenoso.
Excluir infección antes de inmunosuprimir; evitar trauma innecesario.

Referencias: [94](#). Bibliografía al final.

Enfermedades ampollares

Evaluar gravedad y confirmar el mecanismo

- **Primero:** extensión, dolor, fiebre, deshidratación, infección y compromiso oral, ocular, genital o respiratorio. Ampollas extensas, erosiones mucosas importantes o mal estado general requieren atención urgente.
- **Diagnóstico:** para sospecha autoinmune suelen tomarse dos muestras: lesión reciente para histología y piel perilesional aparentemente sana para inmunofluorescencia directa. Coordinar medio de transporte; la muestra para inmunofluorescencia no va en formalina.
- **Complementos:** anticuerpos séricos específicos ayudan a confirmar y seguir actividad. Nikolsky orienta, pero no confirma ni excluye por sí solo; evitar fricción innecesaria sobre piel frágil.

Pénfigo frente a penfigoide

Entidad	Clínica y plano	Hallazgo inmunológico
Pénfigo vulgar	Ampolla flácida que se rompe y deja erosiones; mucosa oral frecuente. Separación intraepidérmica; Nikolsky suele ser positivo.	Anticuerpos contra desmogleínas; inmunofluorescencia intercelular de IgG/C3, patrón en red.
Penfigoide ampolloso	Persona mayor con prurito, placas urticariales y ampollas tensas; mucosa menos frecuente. Separación subepidérmica; Nikolsky suele ser negativo.	Anticuerpos contra BP180/BP230; depósito lineal de IgG/C3 en membrana basal.

El plano de separación orienta

Pénfigo

Separación entre queratinocitos: ampolla flácida y erosiones.

Penfigoide

Separación bajo epidermis: ampolla tensa y prurito.

Tratamiento de las formas autoinmunes

- **Pénfigo:** requiere dermatología; corticoide sistémico y terapia ahorradora de corticoide según gravedad. Rituximab es una opción principal en enfermedad moderada o grave; evaluar infecciones y riesgos antes de inmunosupresión.
- **Penfigoide:** corticoide tópico muy potente puede controlar enfermedad cuando es factible aplicarlo; corticoide sistémico u otras opciones antiinflamatorias o inmunomoduladoras según extensión, fragilidad y comorbilidades.
- **Soporte:** curaciones no adherentes, analgesia, hidratación y nutrición; vigilar infección, sin antibióticos preventivos universales. Considerar complicaciones óseas, metabólicas e infecciosas de corticoides prolongados.

Epidermólisis bullosa hereditaria

- **Mecanismo:** grupo genético de fragilidad cutánea; el nivel de separación varía según la proteína afectada, no siempre se limita a la membrana basal. Puede manifestarse al nacer o más tarde con roce mínimo.
- **Expresión:** ampollas, erosiones y heridas recurrentes, con gravedad variable; las formas severas pueden afectar mucosas, alimentación, uñas, movilidad y nutrición.
- **Manejo:** equipo multidisciplinario, evitar trauma y adhesivos agresivos, curaciones atraumáticas, analgesia, nutrición y prevención de contracturas; diagnóstico molecular y consejo genético cuando se disponga.

- **Actualización:** existen terapias dirigidas y génicas aprobadas en algunos países para subtipos específicos; por ejemplo, beremagene geperpavec para heridas en EB distrófica con mutación COL7A1. No equivale a cura universal ni asegura acceso local.

Dermatitis herpetiforme

- **Sospecha:** pápulas y pequeñas vesículas agrupadas, simétricas y extremadamente pruriginosas en codos, rodillas, nalgas y otras superficies extensoras. Frecuentemente predominan excoriaciones por rascado.
- **Relación:** manifestación cutánea de enfermedad celíaca, incluso sin síntomas digestivos; no es herpes. Inmunofluorescencia de piel perilesional muestra depósitos granulares de IgA en papilas dérmicas.
- **Estudio:** serología celíaca e IgA total, con evaluación digestiva; tomar muestras antes de retirar gluten si la situación lo permite para no disminuir sensibilidad diagnóstica.
- **Tratamiento:** dieta estricta sin gluten con apoyo nutricional; dapsona permite controlar rápidamente síntomas, pero no sustituye el manejo intestinal ni la dieta.

Seguridad de dapsona y seguimiento

- **Antes de prescribir:** comprobar G6PD, hemograma y función hepática y renal; ajustar o evitar según contraindicaciones y riesgo individual.
- **Durante tratamiento:** vigilar hemólisis, metahemoglobinemia, citopenias y reacción de hipersensibilidad; disnea, cianosis, fiebre, odinofagia o erupción nueva requieren evaluación pronta.
- **Embarazo y lactancia:** decisión individual especializada, especialmente por riesgo hematológico del lactante si hay déficit de G6PD; no extrapolar automáticamente una pauta del adulto.
- **Clave:** distinguir enfermedad autoinmune, fragilidad genética y enfermedad celíaca cambia las pruebas, el tratamiento y el seguimiento.

Cuatro mecanismos, cuatro claves

Pénfigo

Autoinmunidad intercelular; buscar afectación oral.

Penfigoide

Autoinmunidad basal; frecuente en mayores.

Epidermólisis

Fragilidad genética; curación atraumática.

Herpetiforme

Celiaquía: dieta sin gluten y dapsona vigilada.

CLAVES EUNACOM

Flácida y mucosa: pensar pénfigo; tensa y pruriginosa: penfigoide.

Histología e inmunofluorescencia requieren muestras diferentes.

Dapsona exige G6PD y vigilancia hematológica.

Referencias: [95](#), [96](#), [97](#), [98](#), [99](#), [100](#), [101](#). Bibliografía al final.

Eritema multiforme y reacciones a fármacos

Reconocer patrones y retirar a tiempo un desencadenante peligroso.

Eritema polimorfo menor

Diana típica y evolución

- **Reconocer:** lesiones simétricas, preferentemente acrales y extensoras, con tres zonas concéntricas; pueden alcanzar palmas y plantas. Permanecen días en el mismo lugar, a diferencia del habón evanescente.
- **Desencadenante:** herpes simple es frecuente; revisar otras infecciones y fármacos. La erupción mucocutánea reactiva a infección respiratoria puede representar RIME, entidad diferente.
- **Menor:** afectación mucosa ausente o limitada, sin gran compromiso sistémico. Eritema multiforme mayor con mucositis importante requiere otra intensidad de manejo.

Separar del diagnóstico grave

Patrón	Orientación
Dianas elevadas típicas, distribución acral	Favorece eritema multiforme.
Máculas dolorosas, dianas planas atípicas, desprendimiento y erosiones mucosas	Considerar SSJ/NET y hospitalizar según sospecha.
Lesión que cambia de sitio en horas	Favorece urticaria.

No todas las dianas significan lo mismo

Elevada, tres zonas

Orienta a eritema multiforme.

Plana, dolorosa y mucosas

Buscar SSJ/NET.

Fugaz en horas

Reconsiderar urticaria.

Manejo y seguimiento

- **Leve:** educación sobre curso habitualmente autolimitado, emolientes, analgesia y antihistamínico o corticoide tópico para síntomas si corresponde. No requiere antibiótico de rutina.
- **Causa:** tratar infección activa pertinente y retirar fármaco sospechoso; tratar HSV una vez iniciada la erupción no garantiza acortarla. Recurrencias asociadas a herpes pueden requerir profilaxis antiviral especializada.
- **Derivar:** dolor ocular, erosiones extensas, dificultad para beber, deterioro sistémico o duda con SSJ/NET. No presentar eritema multiforme como una fase que necesariamente progresa a necrolisis.

CLAVES EUNACOM

Diana típica fija durante días: no equivale a urticaria.

Eritema multiforme y SSJ/NET son entidades distintas.

Referencias: [102](#), [103](#), [2](#). Bibliografía al final.

Reacciones cutáneas por fármacos (rash, toxidermia fija)

Relacionar fármaco, tiempo y gravedad

- **Historia:** incluir recetas, automedicación, suplementos y exposiciones intermitentes; anotar inicio, suspensión y dosis. Una tolerancia antigua no excluye reacción nueva.
- **Examen:** extensión, dolor, cara, mucosas, ampollas, púrpura, fiebre, adenopatías y estado hemodinámico. La eosinofilia ausente al comienzo no descarta reacción grave.
- **Alarmas:** dolor cutáneo, desprendimiento, edema facial importante, mucositis, fiebre, disnea, ictericia o deterioro renal requieren evaluación urgente y retirada de sospechosos.

Erupción nueva: buscar gravedad

Dolor o ampollas

Inspeccionar desprendimiento y mucosas.

Fiebre o edema facial

Buscar alteraciones hematológicas y orgánicas.

Deterioro sistémico

Retirar sospechosos y atención urgente.

Fenotipos frecuentes

Presentación	Claves y conducta
Exantema morbiliforme	Máculas/pápulas simétricas tras fármaco; si estable y sin alarmas, valorar suspensión y tratamiento sintomático con seguimiento.
Erupción fija	Placa bien delimitada que reaparece en el mismo sitio y deja pigmento; puede ser genital o ampollar. Evitar reexposición causal.
AGEP / pustulosis exantemática	Pústulas pequeñas no foliculares, fiebre y neutrofilia; requiere valorar compromiso sistémico y diagnóstico diferencial.
DRESS	Erupción con fiebre, edema facial, alteraciones hematológicas y lesión de órganos, habitualmente tras semanas.
SSJ/NET	Dolor, necrosis epidérmica, desprendimiento y erosiones mucosas; urgencia hospitalaria.

SSJ/NET: retirar y sostener

- **Clasificación habitual:** SSJ con desprendimiento <10%; superposición 10-30%; NET >30%. Se mide piel desprendida o desprendible, no todo el eritema. El límite exacto de 30% varía en algunas guías.
- **Fármacos:** anticonvulsivantes, alopurinol, cotrimoxazol y otros antibióticos, nevirapina y ciertos AINE son ejemplos; no atribuir todo caso exclusivamente a betalactámicos.
- **Inicial:** retirar inmediatamente los sospechosos y organizar manejo hospitalario especializado. Proteger piel, controlar dolor, temperatura, líquidos, electrolitos y nutrición; evaluación precoz de ojos y otras mucosas.
- **Tratamiento específico:** inmunomodulación se decide por equipo experto, considerando evidencia y contraindicaciones. No convertir ciclosporina, corticoides, inmunoglobulina o biológicos en receta universal ni retrasar soporte esperando su decisión.

Sospecha de SSJ/NET

Retirar

Suspender fármacos sospechosos.

Organizar

Ingreso y equipo especializado.

Sostener

Piel, líquidos, dolor, temperatura y nutrición.

Proteger mucosas

Oftalmología y evaluación de otros órganos.

SCORTEN: un punto por criterio presente

Criterio	Umbral
Edad	>40 años.
Malignidad	Cáncer sólido o hematológico.
Frecuencia cardíaca	>120 por minuto.
Desprendimiento inicial	>10% de superficie corporal.
Urea	>10 mmol/L; equivale aproximadamente a urea 60 mg/dL o BUN 28 mg/dL.
Glucosa	>14 mmol/L, aproximadamente 252 mg/dL.
Bicarbonato	<20 mmol/L.

DRESS y continuidad segura

- **DRESS:** latencia frecuente de dos a ocho semanas, aunque puede ser menor; buscar eosinofilia/linfocitos atípicos, hepatitis, nefritis, neumonitis o miocarditis. No exigir simultáneamente todas las manifestaciones para derivar.
- **Estudio:** hemograma diferencial, función hepática/renal y pruebas según órgano; clasificación RegiSCAR ayuda al especialista. Retirar causal y valorar ingreso; compromiso orgánico relevante suele requerir corticoides sistémicos con descenso lento y seguimiento.
- **Seguimiento:** vigilar recaídas y secuelas, incluidas alteraciones tiroideas después de DRESS. Registrar fármaco, reacción y fecha, informar al paciente y notificar sospecha grave al sistema de farmacovigilancia. No hacer provocación con el causal de una reacción grave.
- **Uso del SCORTEN:** estima riesgo, no diagnostica ni autoriza retrasar ingreso con puntaje bajo. Sumar 0-7 y reevaluar evolución; la estimación poblacional no predice con certeza el desenlace individual.

DRESS: revisar más allá de la piel

Cronología

Medicamentos iniciados semanas antes.

Hemograma

Eosinófilos y linfocitos; pueden cambiar con el tiempo.

Órganos

Hígado, riñón, pulmón y corazón según clínica.

Seguimiento

Recaídas y secuelas después de retirar el causal.

CLAVES EUNACOM

Fármaco más dolor cutáneo y mucosas: descartar reacción grave.

Suspender el sospechoso y sostener funciones vitales tiene prioridad.

Referencias: [104](#), [2](#), [105](#), [37](#). Bibliografía al final.

Tumores cutáneos y lesiones precursoras

Distinguir lesiones benignas de sospecha de cáncer y elegir una biopsia adecuada.

Tumores benignos de piel (quistes, lipomas, queratosis seborreica)

Tumores epidérmicos: reconocer sin sobretratar

- **Queratosis seborreica:** lesión bien delimitada, cérea o verrugosa, que parece adherida a la piel; puede ser clara o muy pigmentada. Aumenta con edad, en tronco, cabeza y cuello. No es una lesión premaligna ni un marcador universal de fotodaño.
- **Acrocordón:** pápula blanda y pediculada en cuello, axilas o ingles. Puede asociarse a obesidad, diabetes o síndrome metabólico, pero no diagnostica resistencia a insulina por sí solo ni obliga a resecarlo.
- **Conducta:** observar lesiones típicas asintomáticas. Tratar si se irritan, sangran por roce o afectan función; ante pigmentación irregular, cambio acelerado o duda, confirmar diagnóstico antes de crioterapia o cauterización.

La superficie aporta pistas

Seborreica

Aspecto adherido, céreo o verrugoso.

Acrocordón

Blando, pediculado y localizado en pliegues.

Quiste epidermoide

Nódulo con poro central y contenido queratínico.

Nódulos subcutáneos

- **Quiste epidermoide:** nódulo móvil con poro central; contiene queratina, no verdadero sebo. Puede romperse e inflamarse sin infección bacteriana. Si es molesto o recidivante, la excisión completa de la cápsula en fase no inflamada reduce recurrencia.
- **Complicación:** un quiste con absceso necesita drenaje; antibiótico solo según celulitis, síntomas sistémicos o riesgo del paciente. Evitar exprimirlo repetidamente.
- **Quiste dermoide:** masa congénita de crecimiento lento, frecuente junto a la ceja; derivar para valorar extensión y resección. Ubicación medial o signos de profundidad pueden exigir imágenes antes de intervenir.

- **Lipoma:** nódulo blando, móvil, subcutáneo y generalmente indoloro. Crecimiento rápido, fijación, profundidad, tamaño importante o dolor progresivo obligan a estudiar una masa de partes blandas antes de asumir benignidad.

Lesiones vasculares benignas

- **Punto rubí:** pápula roja o violácea bien delimitada, frecuente en tronco y más numerosa con edad. No es necesariamente fotodaño; puede observarse si el diagnóstico es claro.
- **Lago venoso:** pápula azul violácea, blanda y compresible, a menudo en labio de una persona mayor; se relaciona con dilatación vascular y exposición solar. Si no blanquea o es atípica, descartar lesión pigmentada maligna.
- **Granuloma piógeno:** proliferación vascular reactiva, a veces posterior a trauma o durante embarazo; crece rápido y sangra con facilidad, frecuentemente en dedos o mucosa oral. No es una infección purulenta pese a su nombre.
- **Tratamiento:** presión para sangrado inicial; resección o curetaje con control hemostático por profesional según sitio. Enviar muestra a histología, porque melanoma amelanótico y otros tumores pueden imitarlo.

Tres lesiones vasculares frecuentes

Punto rubí

Pápula roja; suele ser estable y asintomática.

Lago venoso

Azul violáceo y compresible, frecuente en labio.

Granuloma piógeno

Crece y sangra fácilmente; confirmar histología al resecar.

Decidir con seguridad

- **Evaluación:** registrar antigüedad, cambios, síntomas, consistencia y relación con piel o planos profundos. La dermatoscopia complementa el examen, pero no reemplaza histología ante sospecha.
- **Derivar:** ulceración espontánea, sangrado persistente, crecimiento rápido, pigmentación nueva irregular, masa profunda o diagnóstico incierto. No atribuir todo cambio a roce o envejecimiento.
- **Educación:** explicar signos de alarma y opciones de observación o tratamiento; la fotoprotección es útil aunque una lesión concreta no dependa del sol.

Observar, tratar o estudiar

Típico estable

Observación con educación y seguimiento si corresponde.

Molestia o roce

Tratamiento electivo tras confirmar benignidad.

Cambio o duda

Dermatoscopia, biopsia o derivación antes de destruir.

CLAVES EUNACOM

Una lesión de aspecto benigno que cambia merece reevaluación.

Quiste epidermoide inflamado no significa automáticamente infección.

Referencias: [106](#), [107](#), [108](#), [109](#), [110](#), [111](#), [112](#), [113](#). Bibliografía al final.

Tumores premalignos (queratosis actínicas, enfermedad de Bowen)

Queratosis actínica: detectar un campo de daño solar

- **Clínica:** mácula o placa áspera, eritematosa y descamativa, a veces mejor palpable que visible, en cara, cuero cabelludo calvo, orejas y dorso de manos. Puede existir un campo con múltiples lesiones.
- **Significado:** proliferación de queratinocitos atípicos asociada a radiación ultravioleta. Puede persistir, involucionar o progresar a carcinoma espinocelular; la progresión no es inevitable en cada lesión.
- **Alarma:** induración, dolor, ulceración, sangrado, crecimiento rápido o hiperqueratosis marcada sugieren invasión y requieren biopsia. No asumir que una lesión gruesa es solo otra queratosis.

Elegir tratamiento de lesión o de campo

- **Pocas lesiones típicas:** crioterapia es una opción frecuente; elegir técnica y duración con personal capacitado para minimizar cicatriz y discromía.
- **Múltiples lesiones:** considerar tratamiento de campo con 5-fluorouracilo, imiquimod u otras modalidades, como terapia fotodinámica, según disponibilidad, contraindicaciones y evaluación dermatológica.
- **Explicar respuesta:** algunas terapias causan inflamación local prevista; indicar aplicación precisa, cuidados, duración y señales para suspender o consultar. No usar 5-fluorouracilo en embarazo.
- **Prevención:** ropa, sombra y protector solar de amplio espectro, con reaplicación; evitar solárium. Revisar toda la piel y mantener controles según carga de lesiones y riesgo.

Seleccionar el alcance del tratamiento

Lesión aislada

Terapia dirigida, por ejemplo crioterapia.

Campo afectado

Terapia de campo según evaluación dermatológica.

Sospecha de invasión

Biopsia antes de elegir tratamiento destructivo.

Enfermedad de Bowen: carcinoma espinocelular in situ

- **Reconocimiento:** placa eritematodescamativa bien delimitada, persistente y de crecimiento lento; puede confundirse con eczema o psoriasis. No tiene que estar siempre en una zona fotoexpuesta.
- **Confirmación:** biopsia demuestra atipia de queratinocitos a todo el espesor epidérmico sin invasión dérmica. Nódulo, ulceración o sangrado dentro de la placa aumenta sospecha de invasión.
- **Manejo:** excisión, terapias tópicas, crioterapia o terapia fotodinámica en casos seleccionados. Elegir según tamaño, localización, cicatrización, inmunosupresión y posibilidad de seguimiento; no considerar todas las opciones intercambiables.
- **Seguimiento:** la desaparición visual después de tratamiento no elimina necesidad de revisión. Persistencia o recurrencia exige reevaluar y considerar nueva biopsia.

Una placa persistente necesita una explicación

1

Sospecha clínica

Placa bien delimitada que no responde como eczema.



2

Biopsia

Distinguir carcinoma in situ de invasión dérmica.



3

Tratamiento

Seleccionar modalidad y controlar resolución.

Nevo sebáceo de Jadassohn

- **Patrón:** hamartoma congénito amarillento o anaranjado, a menudo alopecico en cuero cabelludo o cara; puede engrosarse y volverse verrugoso durante pubertad. No es una queratosis actínica.
- **Riesgo:** pueden aparecer tumores secundarios, en su mayoría benignos; la malignidad es infrecuente. Un nódulo nuevo, ulceración, sangrado o cambio focal justifica valoración y biopsia.
- **Conducta:** dermatología para decidir observación o resección completa según evolución, tamaño, localización y preferencias. La extirpación preventiva en la infancia no es obligatoria para todos los casos; evitar procedimientos superficiales que dejan lesión residual.

Nevo sebáceo: evolución global frente a cambio focal

Pubertad

Engrosamiento difuso puede formar parte de su evolución.

Cambio focal

Nódulo, úlcera o sangrado requieren estudio.

Decisión

Observación o resección completa individualizada.

CLAVES EUNACOM

Bowen ya es carcinoma in situ; la biopsia busca descartar invasión.

Lesión actínica indurada, dolorosa o ulcerada: estudiar antes de destruir.

Referencias: [114](#), [115](#), [116](#), [117](#). Bibliografía al final.

Cáncer de piel no melanoma (carcinoma basocelular y espinocelular)

Comparar los dos carcinomas más frecuentes

- **Basocelular:** pápula o nódulo perlado con telangiectasias, borde elevado y posible ulceración central. También puede ser superficial eritematoso, pigmentado o semejante a una cicatriz.
- **Espinocelular:** placa o nódulo queratósico, indurado, que crece, se ulcera o sangra; puede aparecer sobre queratosis actínica, cicatriz o úlcera crónica. Evaluar labios, orejas y otras áreas expuestas.
- **Riesgos compartidos:** radiación UV, edad, fototipo claro y antecedente de cáncer cutáneo. La inmunosupresión aumenta especialmente el riesgo y agresividad del espinocelular. Ningún fototipo excluye el diagnóstico.

Dos patrones que obligan a sospechar

Basocelular

Borde perlado y telangiectasias; puede ulcerarse.

Espinocelular

Queratosis e induración; puede crecer y sangrar.

La biología tumoral cambia la evaluación

Característica	Basocelular	Espinocelular
Comportamiento	Invasión y destrucción local; metástasis excepcional, no imposible.	Puede invadir tejidos y metastatizar a ganglios u otros órganos.
Alto riesgo	Localización crítica facial, recidiva, bordes mal definidos o histología agresiva.	Gran tamaño o profundidad, mala diferenciación, invasión perineural, inmunosupresión, labio u oreja.
Evaluación	Biopsia y selección del tratamiento según subtipo y riesgo.	Biopsia adecuada, palpación ganglionar y estudio de extensión si riesgo o hallazgos lo justifican.

No basta con el nombre del tumor

Tumor

Tamaño, profundidad, subtipo y márgenes.

Localización

Cara crítica, labios, orejas o invasión de estructuras.

Paciente

Inmunosupresión, recidiva y antecedentes.

Confirmar y tratar con intención de control completo

- **Biopsia:** elegir técnica que permita conocer histología y profundidad relevante; no tratar una lesión sospechosa como verruga sin diagnóstico. Documentar localización, tamaño, evolución, síntomas y antecedentes.
- **Cirugía:** la excisión con evaluación de márgenes es central. Cirugía de Mohs permite controlar márgenes preservando tejido y se reserva especialmente para tumores de alto riesgo, recidivas o áreas donde conservar tejido es crucial. No todo basocelular requiere Mohs.
- **Alternativas locales:** en algunos basocelulares superficiales de bajo riesgo pueden utilizarse terapias tópicas u otras técnicas; su selección exige diagnóstico y seguimiento. No extrapolarlas a un carcinoma invasor de alto riesgo.
- **Enfermedad avanzada:** equipo multidisciplinario puede indicar radioterapia, inmunoterapia o terapias dirigidas. No corresponde quimioterapia automática después de toda excisión; depende de histología, extensión y resecabilidad.

De la sospecha al control

1

Confirmar

Biopsia adecuada y evaluación de riesgo.



2

Tratar

Cirugía u opción seleccionada con control del tumor.



3

Vigilar

Revisar cicatriz, ganglios cuando corresponda y piel completa.

Derivación y vigilancia

- **Priorizar:** lesión rápidamente creciente, dolor o parestesias sugestivas de invasión perineural, compromiso periocular, labial u auricular, adenopatías o inmunosupresión.
- **Después del tratamiento:** revisar cicatriz y piel completa para recurrencias y nuevos tumores; la frecuencia se adapta al riesgo. El antecedente de uno aumenta la probabilidad de otros cánceres cutáneos.
- **Prevención:** protección solar combinada, evitar solárium y autoexamen. Una herida que no cicatriza o un tumor que sangra sin explicación requiere consulta, aunque parezca pequeño.

- **Acceso:** derivar por la red asistencial correspondiente y confirmar cobertura aplicable; no asumir una garantía universal por el solo nombre cáncer de piel.

CLAVES EUNACOM

Basocelular: metástasis excepcional, pero puede ser localmente destructivo.

Espinocelular: evaluar riesgo de invasión y diseminación ganglionar.

Referencias: [117](#), [118](#), [119](#), [120](#). Bibliografía al final.

Melanoma maligno

Reconocer un melanoma incluso sin pigmento

- **Alarma ABCDE:** asimetría, bordes irregulares, color heterogéneo, diámetro y evolución. Un diámetro mayor de 6 mm aumenta sospecha, pero existen melanomas más pequeños; E significa evolución.
- **Otras pistas:** lesión diferente a los demás nevos, o signo del patito feo; nódulo elevado, firme y en crecimiento. Un melanoma puede ser rosado o rojizo, sin pigmento visible.
- **Subtipos:** extensión superficial, nodular, lentigo maligno y acral. Revisar palmas, plantas, uñas y mucosas; una banda ungueal nueva o creciente, especialmente con pigmento periungueal, requiere evaluación.
- **Riesgo:** exposición UV y quemaduras, antecedentes personales o familiares y numerosos nevos atípicos; algunos subtipos, como el acral, no dependen principalmente del sol.

ABCDE: una señal puede justificar estudio

A

Asimetría entre mitades.

B

Bordes irregulares o mal definidos.

C

Colores diferentes dentro de la lesión.

D

Diámetro: puede superar 6 mm, pero también ser menor.

E

Evolución del tamaño, forma, color o síntomas.

Biopsiar sin comprometer la etapificación

- **Sospecha:** dermatoscopia por personal entrenado y derivación preferente. Cuando es factible, biopsia excisional completa con margen clínico estrecho de 1-3 mm y profundidad suficiente para medir invasión.
- **Evitar:** destrucción con láser, crioterapia o muestras superficiales que impidan medir Breslow. Biopsia parcial se reserva para situaciones anatómicas o lesiones extensas, planificada por especialista.
- **Informe:** grosor de Breslow en milímetros, ulceración, márgenes y otros factores histológicos. El Breslow informa profundidad; no es el diámetro de la lesión. Pronóstico y etapa también dependen de ganglios y metástasis.

Biopsia diagnóstica antes de cirugía definitiva

1

Sospechar

ABCDE, patito feo o nódulo que crece.



2

Confirmar

Biopsia completa y margen estrecho cuando es factible.



3

Etapificar

Breslow, ulceración y evaluación ganglionar seleccionada.



4

Tratar

Ampliación y plan oncológico según etapa.

Ampliación definitiva después del diagnóstico

Breslow o condición	Margen clínico orientativo
Melanoma in situ	0,5-1 cm; algunos lentigos malignos requieren técnicas con control de márgenes.
Invasor de hasta 1 mm	1 cm.
Mayor de 1 y hasta 2 mm	1-2 cm, según localización y factores clínicos.
Mayor de 2 mm	2 cm.

Ganglio centinela y tratamiento sistémico

- **Etapificación regional:** discutir biopsia de ganglio centinela según grosor, ulceración y factores de riesgo; habitualmente se ofrece en lesiones mayores de 1 mm y se considera en T1b: grosor de 0,8-1,0 mm con o sin ulceración, o menor de 0,8 mm ulcerado. No es rutinaria en melanoma in situ.
- **Enfermedad avanzada o riesgo elevado:** manejo multidisciplinario con inmunoterapia y, si corresponde por mutación, terapia dirigida BRAF/MEK. Las indicaciones adyuvantes o paliativas dependen de etapa y biomarcadores; la quimioterapia clásica ya no resume el manejo actual. La radioterapia tiene indicaciones seleccionadas, por ejemplo control de metástasis sintomáticas.
- **Seguimiento:** examen cutáneo completo y ganglios, educación sobre nuevos cambios y protección UV. Las imágenes se solicitan según etapa y síntomas, no indiscriminadamente para todo melanoma delgado.
- **Clave práctica:** primero confirmar con biopsia adecuada; luego planificar ampliación y etapificación. No aplicar de entrada un margen amplio de 2 cm a toda lesión pigmentada sospechosa.

CLAVES EUNACOM

E corresponde a evolución; tamaño pequeño o ausencia de pigmento no excluyen melanoma.

Los márgenes definitivos dependen de Breslow, no de una regla única mayor de 1 mm.

Referencias: [121](#), [117](#), [122](#), [123](#). Bibliografía al final.

Linfomas cutáneos

Linfoma cutáneo: sospechar cuando el eczema no se comporta como eczema

- **Definición:** proliferación clonal de linfocitos en piel; distinguir linfoma cutáneo primario de afectación cutánea secundaria de un linfoma sistémico. Existen linfomas de células T y B con conductas diferentes.
- **Micosis fungoide:** linfoma T cutáneo, no infección micótica. Puede comenzar con parches persistentes y pruriginosos, en zonas relativamente cubiertas, que simulan eczema, psoriasis o cambios de pigmentación.
- **Evolución:** algunos pacientes desarrollan placas infiltradas o tumores; la progresión no es inevitable ni siempre lineal. Lesiones asimétricas persistentes, morfología variable o mala respuesta justifican biopsia.
- **Sézary:** eritrodermia extensa y pruriginosa con linfocitos T neoplásicos circulantes, a menudo adenopatías. Puede asociar queratodermia palmoplantar, alteraciones ungueales y alopecia; requiere evaluación especializada rápida.

Comparar patrones, sin sustituir la biopsia

Micosis fungoide

Parches o placas persistentes; algunos casos forman tumores.

Sézary

Eritrodermia con afectación sanguínea neoplásica compatible.

Otros subtipos

Linfomas T o B; confirmar clasificación antes de tratar.

La clínica orienta, la histología confirma

- **Biopsia:** tomar lesiones representativas para histología e inmunohistoquímica; puede ser necesario repetir o tomar varias muestras. Coordinar con dermatología la suspensión de tópicos antes de muestrear para mejorar rendimiento.
- **Correlación:** integrar evolución, examen, histología, inmunofenotipo y, cuando corresponde, estudios de clonalidad. Una prueba de clonalidad aislada no sustituye el diagnóstico clinicopatológico.
- **Extensión:** examinar piel completa y ganglios; hemograma, frotis, bioquímica y estudio de sangre por citometría según sospecha. Las imágenes y biopsia ganglionar se indican según hallazgos y etapa.
- **Sézary:** no se diagnostica solo por eritrodermia o por una célula atípica; requiere demostrar afectación sanguínea compatible en contexto clínico y patológico.

Resolver una dermatosis persistente y atípica

1

Sospecha

Historia, piel completa, síntomas y ganglios.



2

Confirmación

Biopsias representativas e inmunohistoquímica.



3

Extensión

Sangre e imágenes según subtipo y hallazgos.



4

Plan

Tratamiento cutáneo o sistémico adaptado a etapa.

Tratamiento adaptado a compartimentos y etapa

- **Micosis fungoide temprana:** terapias dirigidas a piel, como corticoides tópicos, fototerapia UVB de banda estrecha o PUVA, y otras modalidades seleccionadas. Objetivo: controlar lesiones y síntomas con la menor toxicidad necesaria.
- **Tumores o enfermedad avanzada:** pueden requerir radioterapia, agentes sistémicos, inmunoterapia o tratamientos dirigidos según subtipo y biomarcadores. La quimioterapia citotóxica no es obligatoria para todo linfoma cutáneo.
- **Sézary:** manejo conjunto dermatología-hematología; pueden usarse tratamientos sistémicos y fotoféresis extracorpórea, combinados con medidas cutáneas. La selección depende de carga sanguínea, piel, ganglios, comorbilidad y acceso.
- **Linfomas B cutáneos:** no se manejan automáticamente igual que micosis fungoide; confirmar subtipo, descartar extensión extracutánea y derivar.

Cuidados iniciales y señales de alarma

- **Síntomas:** emolientes, cuidado de la barrera y manejo del prurito; vigilar sobreinfección, pérdida de líquidos y alteraciones de temperatura en eritrodermia.
- **Priorizar:** eritrodermia, fiebre, pérdida de peso, sudoración nocturna, adenopatías progresivas, tumores ulcerados o sospecha de sepsis.
- **Seguimiento:** curso prolongado con controles clínicos y ajuste de tratamiento; evitar sucesivos ciclos empíricos de inmunosupresión sin aclarar un diagnóstico atípico.

CLAVES EUNACOM

Micosis fungoide es un linfoma, no una micosis.

Eritrodermia con sospecha de Sézary exige estudio cutáneo y sanguíneo.

Referencias: [124](#), [125](#), [126](#). Bibliografía al final.

Lesiones vasculares

La evolución, la localización y la repercusión funcional orientan el manejo.

Malformaciones vasculares cutáneas

Distinguir tumor vascular y malformación

- **Hemangioma infantil:** tumor vascular benigno; suele hacerse evidente en primeras semanas, crece rápido inicialmente y luego involuciona en años, con posible residuo cutáneo. No implica cáncer.
- **Malformación vascular:** alteración estructural de vasos, presente desde el nacimiento aunque no siempre visible; crece proporcionalmente y no sigue la involución típica del hemangioma.
- **Evaluación:** fecha de aparición, velocidad de crecimiento, color, profundidad, compresibilidad, temperatura, dolor, sangrado y repercusión sobre visión, respiración o alimentación.

La evolución ayuda a clasificar

Hemangioma infantil

Prolifera después de nacer y luego involuciona.

Malformación

Alteración vascular estructural; crece con el niño y suele persistir.

Tres lesiones frecuentes

Lesión	Aspecto y evolución	Conducta inicial
Mancha salmón	Mácula rosada tenue, habitual en glabella, párpados o nuca; se acentúa al llorar. Muchas faciales desaparecen en primeros años; las nucas pueden persistir.	Observación si el patrón es típico.
Mancha de vino de Oporto	Malformación capilar rosada o violácea, persistente; puede oscurecerse y engrosarse. No siempre sigue un dermatoma ni respeta estrictamente la línea media.	Evaluar localización y riesgo; considerar láser de colorante pulsado.
Hemangioma infantil	Superficial rojo brillante, profundo azulado o mixto; proliferación e involución características.	Observar si bajo riesgo; derivar temprano si amenaza función o deja secuela importante.

Hemangioma: quién necesita evaluación temprana

- **Alto riesgo:** periocular, vía aérea o distribución en barba, labios que dificultan alimentación, ulceración, crecimiento marcado, lesión segmentaria extensa o localización con riesgo de desfiguración. Derivar durante las primeras semanas.
- **Asociaciones:** hemangioma segmentario grande de cara puede sugerir PHACE; segmentario lumbosacro o perineal puede asociarse a anomalías estructurales. Cinco o más hemangiomas cutáneos justifican evaluar compromiso hepático.
- **Imágenes:** no se indican de rutina en una lesión típica de bajo riesgo; ecografía ante diagnóstico incierto y estudios dirigidos cuando se sospechan asociaciones.

Hemangioma: no esperar si hay riesgo

Función

Ojo, respiración o alimentación comprometidos.

Piel

Ulceración, crecimiento intenso o secuela importante.

Asociaciones

Segmentario extenso o múltiples lesiones: evaluación dirigida.

Tratamiento del hemangioma seleccionado

- **Propranolol:** primera opción sistémica cuando está indicado, habitualmente con dosis objetivo de 2-3 mg/kg/día dividida y titulación supervisada; requiere evaluación cardiovascular, respiratoria y del riesgo de hipoglucemia.
- **Seguridad:** administrar con o después de alimentación; suspender temporalmente ante ingesta reducida o vómitos según instrucciones. Bradicardia, hipotensión, broncoespasmo y cardiopatías requieren precauciones o contraindican su uso.
- **Otras opciones:** timolol tópico para lesiones superficiales seleccionadas; curación y analgesia si ulceradas. Láser o cirugía se reservan para indicaciones concretas o secuelas, no para toda lesión que sangra.

Mancha de Oporto y malformaciones complejas

- **Cara:** compromiso de frente, región frontonasal o párpado superior aumenta sospecha de Sturge-Weber; lesión periocular implica riesgo de glaucoma. Derivar a neurología y oftalmología según distribución, sin esperar convulsiones.
- **Neuroimagen:** el especialista decide indicación y momento; una mancha facial no obliga automáticamente a una RM urgente en todo lactante asintomático. Los protocolos pueden variar según riesgo y edad.
- **Lumbosacra:** valorar extensión y otros marcadores de disrafismo o síndromes antes de decidir ecografía o RM; no toda mácula sacra implica espina bífida.
- **Otras malformaciones:** pueden ser venosas, linfáticas, arteriovenosas o combinadas; dolor, sangrado, soplo, calor, aumento de volumen o déficit funcional requieren equipo especializado. El tratamiento puede incluir compresión, escleroterapia, láser o cirugía según tipo.

Localización de la mancha de Oporto

Frente o región frontonasal

Mayor sospecha de Sturge-Weber; evaluación neurológica.

Periocular

Riesgo de glaucoma; valoración oftalmológica.

Imágenes

Seleccionar según riesgo y síntomas, con el equipo especialista.

CLAVES EUNACOM

El hemangioma infantil es un tumor benigno con proliferación e involución.

La mancha de Oporto es persistente y su localización determina riesgos.

Propranolol requiere indicación, alimentación y supervisión.

Referencias: [127](#), [128](#), [129](#), [130](#), [4](#). Bibliografía al final.

Fuentes clínicas

- 01 [PCDS · Terminología dermatológica; complemento internacional](#)
- 02 [PCDS · Reacciones cutáneas medicamentosas graves; complemento internacional](#)
- 03 [AAD · Diagnóstico y tratamiento de rosácea; complemento internacional](#)
- 04 [MINSAL · Norma técnica de supervisión de salud infantil, piel y fanéreos](#)
- 05 [AAD · Guías de dermatitis atópica; complemento internacional](#)
- 06 [PCDS · Dermatitis atópica; complemento internacional](#)
- 07 [Royal Children's Hospital · Dermatitis del pañal; complemento internacional](#)
- 08 [RCH · Cuidados del pañal para familias; complemento internacional](#)
- 09 [BAD · Dermatitis de contacto; complemento internacional](#)
- 10 [PCDS · Dermatitis alérgica de contacto; complemento internacional](#)
- 11 [BAD · Protección de las manos; complemento internacional](#)
- 12 [PCDS · Dermatitis seborreica; complemento internacional](#)
- 13 [BAD · Dermatitis seborreica; complemento internacional](#)
- 14 [PCDS · Eccema de manos y pies; complemento internacional](#)
- 15 [NHS · Pónfolix; complemento internacional](#)
- 16 [NICE CG153 · Evaluación y manejo de psoriasis; complemento internacional](#)
- 17 [AAD · Guías de psoriasis; complemento internacional](#)
- 18 [PCDS · Pitiriasis rosada; complemento internacional](#)
- 19 [AAD · Diagnóstico y tratamiento de pitiriasis rosada; complemento internacional](#)
- 20 [MINSAL · Norma General Técnica 187, profilaxis, diagnóstico y tratamiento de ITS](#)
- 21 [CDC · Diagnóstico y seguimiento de sífilis; complemento internacional](#)
- 22 [CDC · Sífilis primaria y secundaria; complemento internacional](#)
- 23 [CDC · Sífilis en embarazo; complemento internacional](#)
- 24 [BAD · Liquen plano; complemento internacional](#)
- 25 [BAD y British Society for Oral Medicine · Liquen plano oral; complemento internacional](#)
- 26 [PCDS · Liquen plano; complemento internacional](#)
- 27 [PCDS · Liquen simple crónico; complemento internacional](#)
- 28 [PCDS · Educación sobre liquen simple; complemento internacional](#)
- 29 [BAD · Liquen escleroso femenino; complemento internacional](#)
- 30 [BAD · Liquen escleroso masculino; complemento internacional](#)
- 31 [BAD · Liquen escleroso en niñas; complemento internacional](#)
- 32 [MINSAL · Guía clínica de lupus eritematoso sistémico](#)
- 33 [BAD · Lupus discoide; complemento internacional](#)
- 34 [BAD · Guía de lupus cutáneo; complemento internacional](#)
- 35 [AAD · Guía clínica de acné, 2024; complemento internacional](#)
- 36 [NICE NG198 · Acné; complemento internacional](#)
- 37 [ISP Chile · Alerta de seguridad sobre isotretinoína, 2023](#)
- 38 [AAD · Seguridad de isotretinoína; complemento internacional](#)
- 39 [ISP · Resolución 12359, prevención de embarazo con isotretinoína](#)
- 40 [AAD · Manifestaciones y mecanismos de rosácea; complemento internacional](#)
- 41 [Sociedad Chilena de Alergia e Inmunología · Guía clínica de urticaria crónica espontánea](#)

- 42 [MINSAL · Lineamientos PNI influenza 2022: tratamiento inicial de anafilaxia](#)
- 43 [Resuscitation Council UK · Anafilaxia, 2021; complemento internacional](#)
- 44 [NICE NG182 · Picaduras; complemento internacional](#)
- 45 [DermNet · Prurigo nodular; complemento internacional](#)
- 46 [IDSA · Infecciones de piel y tejidos blandos; complemento internacional](#)
- 47 [NICE NG153 · Impétigo; complemento internacional](#)
- 48 [NICE NG141 · Celulitis y erisipela; complemento internacional](#)
- 49 [CDC · Tiñas y onicomicosis; complemento internacional](#)
- 50 [CDC · Tiña resistente emergente; complemento internacional](#)
- 51 [AAD · Pitiriasis versicolor; complemento internacional](#)
- 52 [Nationwide Children's · Tiña capitis; complemento internacional](#)
- 53 [CDC · Candidiasis vulvovaginal; complemento internacional](#)
- 54 [NHS · Candidiasis genital; complemento internacional](#)
- 55 [PCDS · Candidiasis; complemento internacional](#)
- 56 [CDC · Tratamiento clínico de escabiosis; complemento internacional](#)
- 57 [CDC · Cuidados y contactos; complemento internacional](#)
- 58 [CDC · Ectoparasitosis; complemento internacional](#)
- 59 [CDC · Pediculosis capitis: clínica y tratamiento; complemento internacional](#)
- 60 [CDC · Diagnóstico y transmisión de piojos; complemento internacional](#)
- 61 [CDC · Pediculosis pubis; complemento internacional](#)
- 62 [AAD · Verrugas: diagnóstico y tratamiento; complemento internacional](#)
- 63 [CDC · Verrugas anogenitales; complemento internacional](#)
- 64 [AAD · Prevención de verrugas; complemento internacional](#)
- 65 [CDC · Herpes genital; complemento internacional](#)
- 66 [AAD · Herpes simplex: síntomas; complemento internacional](#)
- 67 [AAD · Herpes simplex: manejo; complemento internacional](#)
- 68 [NHS · Herpes labial; complemento internacional](#)
- 69 [CDC · Herpes zóster: evaluación clínica; complemento internacional](#)
- 70 [NHS · Herpes zóster; complemento internacional](#)
- 71 [NHS Highland · Pautas antivirales para zóster; complemento internacional](#)
- 72 [CDC · Molusco contagioso: clínica; complemento internacional](#)
- 73 [CDC · Molusco: transmisión y prevención; complemento internacional](#)
- 74 [AAD · Molusco: opciones terapéuticas; complemento internacional](#)
- 75 [BAD · Vitiligo; complemento internacional](#)
- 76 [BAD · Evaluación y derivación de vitiligo; complemento internacional](#)
- 77 [DermNet · Pitiriasis alba; complemento internacional](#)
- 78 [DermNet · Nevo anémico; complemento internacional](#)
- 79 [DermNet · Nevo con halo; complemento internacional](#)
- 80 [DermNet · Melasma; complemento internacional](#)
- 81 [DermNet · Hiperpigmentación posinflamatoria; complemento internacional](#)
- 82 [PCDS · Ruta clínica de alopecias; complemento internacional](#)
- 83 [BAD · Alopecia areata, 2024; complemento internacional](#)
- 84 [AAD · Alopecia femenina y precauciones de minoxidil; complemento internacional](#)
- 85 [Investigación chilena · Litreol y dermatitis de contacto](#)
- 86 [PCDS · Fotodermatosis; complemento internacional](#)

- 87 [PCDS · Fotodermatosis inducidas por fármacos o químicos; complemento internacional](#)
- 88 [PCDS · Erupción polimorfa lumínica; complemento internacional](#)
- 89 [PCDS · Perniosis; complemento internacional](#)
- 90 [PCDS · Eritema nodoso; complemento internacional](#)
- 91 [DermNet · Vasculitis nodular; complemento internacional](#)
- 92 [DermNet · Eritema nodoso; complemento internacional](#)
- 93 [MINSAL · Norma técnica para control y eliminación de tuberculosis, 2022](#)
- 94 [PCDS · Pioderma gangrenoso; complemento internacional](#)
- 95 [BAD · Pénfigo vulgar; complemento internacional](#)
- 96 [BAD · Penfigoide ampolloso; complemento internacional](#)
- 97 [BAD · Dermatitis herpetiforme; complemento internacional](#)
- 98 [BAD · Dapsona y seguridad; complemento internacional](#)
- 99 [FDA · Indicación de VYJUVEK en EB distrófica; autorización estadounidense](#)
- 100 [NIAMS · Diagnóstico y cuidados de epidermolisis bullosa; complemento internacional](#)
- 101 [BAD · Manual clínico de dermatología, enfermedades ampollares; complemento internacional](#)
- 102 [DermNet · Eritema multiforme; complemento internacional](#)
- 103 [DermNet · Lesiones en diana; complemento internacional](#)
- 104 [PCDS · Reacciones cutáneas medicamentosas leves y moderadas; complemento internacional](#)
- 105 [ERN-Skin · Necrolisis epidérmica: urgencias y SCORTEN; complemento internacional](#)
- 106 [AAD · Queratosis seborreica; complemento internacional](#)
- 107 [AAD · Acrocordones; complemento internacional](#)
- 108 [PCDS · Quiste epidermoide; complemento internacional](#)
- 109 [Nationwide Children's · Quiste dermoide; complemento internacional](#)
- 110 [NHS · Lipoma; complemento internacional](#)
- 111 [PCDS · Lago venoso; complemento internacional](#)
- 112 [PCDS · Granuloma piógeno; complemento internacional](#)
- 113 [PCDS · Punto rubí; complemento internacional](#)
- 114 [AAD · Guía de queratosis actínica; complemento internacional](#)
- 115 [BAD · Enfermedad de Bowen; complemento internacional](#)
- 116 [PCDS · Nevo sebáceo de Jadassohn; complemento internacional](#)
- 117 [MINSAL · Prevención y detección del cáncer de piel](#)
- 118 [AAD · Guía de carcinoma basocelular; complemento internacional](#)
- 119 [AAD · Guía de carcinoma espinocelular; complemento internacional](#)
- 120 [NCI · Tratamiento del cáncer de piel no melanoma; complemento internacional](#)
- 121 [SOCHIDERM · Guía de práctica para manejo del melanoma cutáneo primario](#)
- 122 [AAD · ABCDE del melanoma; complemento internacional](#)
- 123 [NCI · Tratamiento del melanoma; complemento internacional](#)
- 124 [NCI · Micosis fungoide y otros linfomas T cutáneos; complemento internacional](#)
- 125 [NCI · Micosis fungoide y Sézary, diagnóstico; complemento internacional](#)
- 126 [NHS Newcastle · Micosis fungoide; complemento internacional](#)
- 127 [ISSVA · Clasificación de anomalías vasculares; complemento internacional](#)
- 128 [AAP · Guía de hemangiomas infantiles; complemento internacional](#)
- 129 [Consenso experto · Neurología, neuroimagen y oftalmología en Sturge-Weber; complemento internacional](#)
- 130 [Consenso multidisciplinario de Sturge-Weber; complemento internacional](#)