

# PROGRAMA **AAP** 2014

*Actualización en Atención Primaria*

## **Patologías dermatológicas más frecuentes en Atención Primaria Diagnóstico diferencial y tratamiento**

**Dr. Joaquín Sola Ortigosa**  
**Dra. M<sup>a</sup> Rosa Senán Sanz**

# Magnitud del problema

---

- **Los problemas dermatológicos suponen hasta el 10-22% de los motivos de consulta en Atención Primaria<sup>1</sup>**
- **Suponen 5º motivo de derivación al dermatólogo**
- **26% se derivan al dermatólogo<sup>1</sup>**
- **Demanda creciente de consulta dermatológica**

*1. Avilés-Izquierdo JA, Izquierdo del Monteb MG, Martín-Madrugab ME, Ardiaca-Burguesb L, Pulido-Fernández S, Lázaro-Ochaita P. Enfermedades dermatológicas como motivo de consulta en atención primaria. Piel 2006; 21 (4): 176-9*

# Motivos de consulta dermatológica en Atención Primaria más frecuentes<sup>1,2</sup>

- **Eccemas o dermatitis**
- **Infecciones cutáneas**
- **Acné**



1. JA, Izquierdo MG, Martín ME, Ardiaca L, Pulido S, Lázaro P. Enfermedades dermatológicas como motivo de consulta en Atención Primaria. *Piel* 2006; 21 (4): 176-9
2. Martínez-Martínez MK, Pérez-García LJ, Escario-Travesedo E. Demanda derivada a Dermatología: peso de la patología banal. *Actas Dermosifiliográficas*, 2011; 102 (3):193-8



# Pregunta 1

**Acude a consulta un paciente con lesiones muy pruriginosas en flexuras, de larga evolución  
¿Cuál es su diagnóstico?**

- 1. Dermatitis seborreica**
- 2. Dermatitis atópica**
- 3. Dermatitis numular**
- 4. Dermatitis de contacto**



# Dermatitis atópica



## DD: Dermatitis seborreica

---



## DD: Dermatitis irritativa contacto







**DD: Dermatitis irritativa del pañal**

**Intértrigo candidiásico**



## DD: Dermatitis alérgica de contacto







## DD: Eccema dishidrótico





## DD: Eccema numular



## DD: Eccema craquelé





## DD: Eccema varicoso o de éstasis



## Pregunta 2

**¿Cual es el tratamiento más adecuado por fase y localización del eccema atópico de flexuras?**

- 1. Fomentos con agua de Burow**
- 2. Emolientes 2 veces al día**
- 3. Propionato de fluticasona en crema durante 7-10 días**
- 4. Hidrocortisona en loción durante 7-10 días**



# Principios básicos del tratamiento del eccema<sup>1,2</sup>

---

- **Escoger vehículo según fase del eccema y zona a tratar**
- **Adecuar la potencia del corticoide a la zona y edad paciente: evitar comenzar sistemáticamente por uno de baja potencia**
- **Aplicar en capa fina 1 vez al día**
- **Usar corticoides de índice terapéutico óptimo en brotes**
- **La correcta hidratación de la piel es imprescindible para obtener buenos resultados (no usar en brotes en monoterapia)**

*1Drake LA, Dinehart SM, Farmer ER, Goltz RW, Graham GF, Hordinsky MK, et al. Guidelines of care for the use of topical glucocorticosteroids. J Am Acad Dermatol 1996; 35: 615-9*

*2. Guerra A. El impacto de los nuevos corticoesteroides tópicos en el tratamiento de la dermatitis atópica. Actas Dermosifiliogr 2001;92:483-488*

# Tratamiento según fases del eccema



**Eccema Agudo**  
(exudación, vesículas)

**Fomento**



**Eccema Subagudo**  
(costras, escamas)

**Crema**



**Eccema Crónico**  
(sequedad, hiperqueratosis,  
liquenificación)

**Pomada o  
ungüento**

# Tratamiento según localización eccema

<b>Palmas y plantas</b>	<b>Pomada o ungüento</b> <b><i>*Corticoide I o II</i></b>
<b>Cuero cabelludo</b>	<b>Fomento, solución, espuma, gel, loción</b> <b><i>*Corticoide I o II</i></b>
<b>Cara , genitales, pliegues o piel fina (zonas de riesgo)</b>	<b>Crema, líquido o polvo</b> <b><i>*Corticoide III-IV</i></b>

Absorción respecto antebrazo:	x 40 en escroto
	x 100 en oclusión
	x 300 en párpado

# Corticoides

Clase	Principio activo
<b>I ( muy alta)</b>	Propionato clobetasol 0'05%
<b>II (potencia alta)</b>	<b>Prednicarbato 0'25%</b>
	<b>Mometasona 0'1%</b>
	<b>Metilprednisolona 0'1%</b>
	Betametasona
	Beclometasona
<b>III (potencia intermedia)</b>	<b>Propionato fluticasona</b>
	Clobetasona 0'05%
	Hidrocortisona aceponato
	Hidrocortisona butirato
<b>IV (Potencia baja)</b>	Ac fluocinolona
	Hidrocortisona acetato

**1000 veces  
más activo que  
hidrocortisona**

**Índice terapéutico  
óptimo de 2.0**

*3.Korting HC, Scöllmann C. Topical fluticasone propionate:intervention and maintenance treatment options of atopic dermatitis based on a high therapeutic index. JEADV, 2012;26:133-40*

# Corticoides nueva generación

---

- Prednicarbato
  - Mometasona
  - Metilprednisolona
  - Propionato de fluticasona
- Presentan potencia elevada clase III
  - Actúan fundamentalmente sobre los queratinocitos de epidermis y no en fibroblastos dérmicos
  - Con efectos secundarios sistémicos nulos por rápida biotransformación en productos inactivos<sup>1</sup>
  - Inocuos localmente en pautas cortas < 3 semanas

1. Chu AC, Munn S. Fluticasone propionate in the treatment of inflammatory dermatoses. *Br J Clin Pract.* 1995.49(3):131-3



# INFECCIONES BACTERIANAS



## Pregunta 3

**Niño con lesiones costrosas en mentón, afebril, de 3 días de evolución. Piense en el diagnóstico y diga qué complicación sistémica puede presentar:**

1. **Endocarditis**
2. **Nefritis**
3. **Meningitis**
4. **Septicemia**



# Piodermitis

**Impetigo contagioso**



**Impetigo  
ampollosos**



**Superficial:**

**Impétigo**

**Erisipela**

**Foliculitis**

**Profunda:**

**Ectima**

**Celulitis**

**Forúnculo/ántrax**

**Ectima**



**Erisipela**



**Celulitis**



**Foliculitis**



**Forúnculo**



**Ántrax**



# Tratamiento piodermitis

---

- Jabón antiséptico. Clorhexidina. Descostrar
- Calor local con compresas húmedas (forúnculo)
- **Mupirocina** o **Ácido fusídico** tópicos/8h
- **ATB oral:**
  - **Amoxicilina-clavulánico 500-875/125mg 10 días**
  - **Clindamicina 300mg/8h 10 días**
  - **Cloxacilina 500mg 1/6-8h**
  - **Fomentos agua de Burow + elevación y reposo (celulitis, erisipela)**
  - **Ingreso hospitalario:** signos de mal pronóstico o enfermedades subyacentes (ID, diabetes...)
- **Fascitis necrotizante:**
  - **Crepitación, livideces, anestesia cutánea, necrosis**







# Eritrasma

- **Infección superficial**
- **Adultos, diabéticos, trópicos**
- **Por corinebacterias**
- **Luz de Wood: ROJO coral**
- **Tratamiento:**
  - **Antifúngicos azólicos / clinda / eritromicina tópicos**
  - **Eritromicina oral 10 días o claritromicina 1g dosis única**





## Pregunta 4

**Adolescente con muy mal olor de pies y las siguientes lesiones plantares. ¿Cuál es su diagnóstico?**

- 1. Verrugas en mosaico**
- 2. *Tinea pedis***
- 3. Queratolisis plantar *sulcatum***
- 4. Dermatitis plantar juvenil**





# Queratolisis punctata o plantar sulcatum

---

- Corinebacterias u otros agentes filamentosos G+ (*Dermatophilus*)
- Enzimas proteolíticos digieren estrato córneo
- Depresiones 1-3 mm, en panal de abejas
- Olor fétido, a veces picor
- Jóvenes con **hiperhidrosis**, calzado cerrado, climas húmedos
- Tratamiento: Secantes, antibióticos tópicos: eritromicina, ácido fusídico (/12hx 3 semanas)





**Grado I: Comedoniano**



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



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



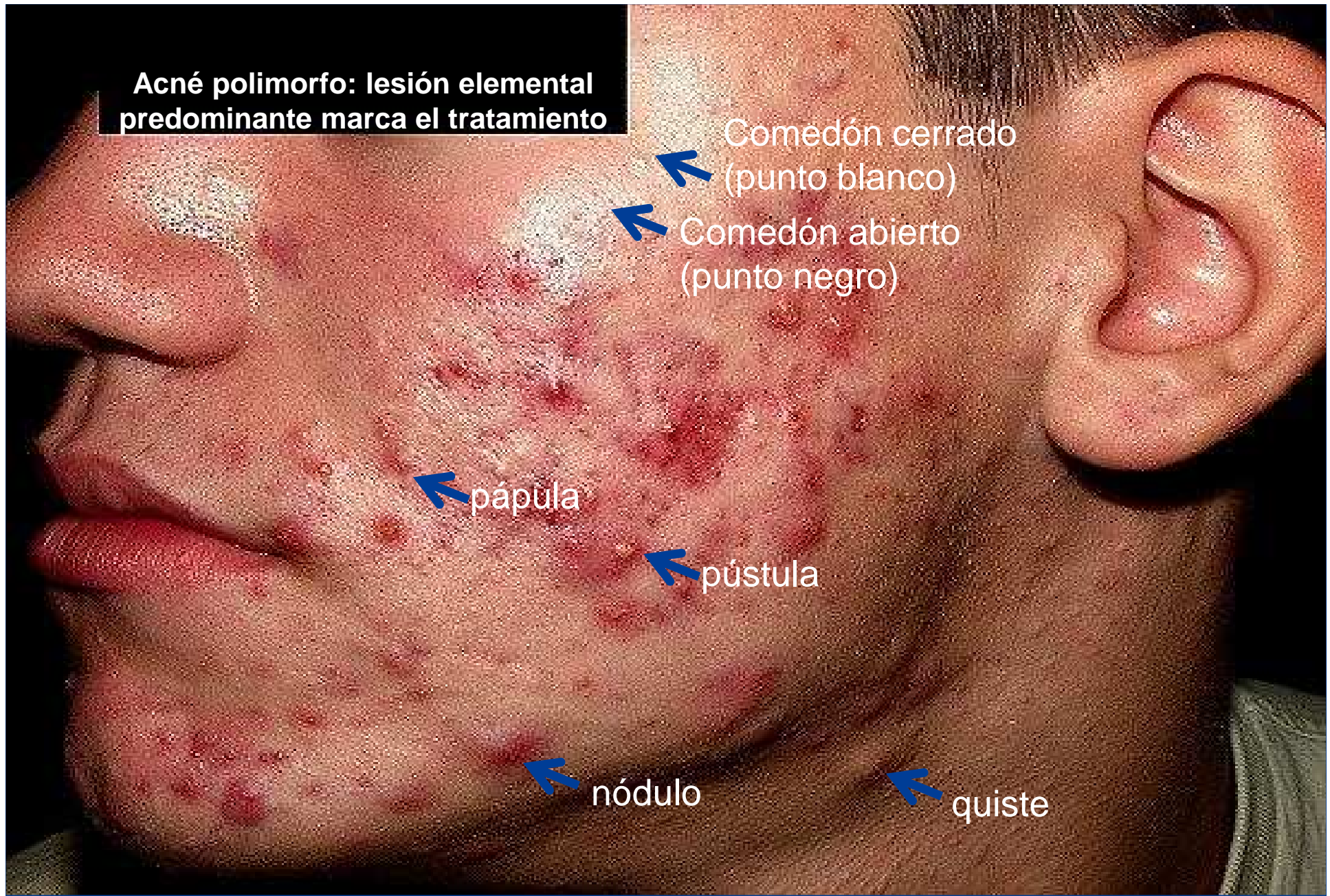
**Grado IV: Nódulo-quístico con cicatrices /Conglobata**



## Grado IV: Conglobata



**Acné polimorfo: lesión elemental predominante marca el tratamiento**





Acne monomorfo  
por cosméticos



# Diagnóstico del acné

1. Clínico
2. Pruebas complementarias:
  - Si signos de androgenismo, o mala respuesta a tratamiento, o aparición en mujeres adultas:

## Estudio hormonal:

- TST libre (origen ovárico)
- DHEA-S y 17-OH-Pg (origen suprarrenal)
- FSH/LH (SOP)
- SHBG
- Androstendiona
- Prolactina (origen Ht-hipofisario)

## Ecografía ovárica y de suprenales:

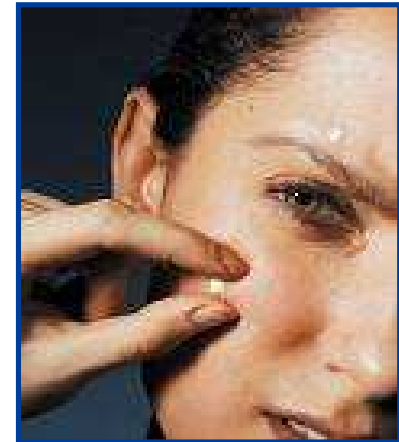
## Descarta:

- SOP
- hiperplasia suprarrenal congénita
- tumores secretores
- alteraciones hipofisarias



# Generalidades tratamiento acné

- No manipular lesiones: brotes inflamatorios, cicatrices...
- Evitar tabaco y estrés
- Evitar dietas ricas en azúcares refinados y leche entera
- = • Evitar higiene excesiva
- Sol (70% mejor, 30% peor o rebote)
- Maquillaje o hidratantes oil-free



# Tratamiento del acné

---

## Tópico

- **Comedolíticos**

- Peróxido de benzoílo
- Ácido retinoico, isotretinoína, adapaleno
- Ácido azelaico, tazaroteno

- **Antibióticos tópicos**

- Eritromicina, Clindamicina, Nadifloxacino

## Sistémico

- **Antibióticos orales:**

- Tetraciclinas: minociclina, doxiciclina
- Macrólidos: eritromicina, azitromicina
- Sulfamidas: trimetoprim-sulfametoxazol

- **Antiandrógenos / Anticonceptivos orales**

- **Isotretinoína oral**

# Tratamiento tópico

---

- **Insistir en que el resultado dependerá de la constancia en su aplicación**
- **Advertir reacciones irritativas no indican alergia y no necesidad de abandono del producto, sino una disminución en la frecuencia y/o zona de aplicación**
- **Aplicar progresivamente en capa fina, no sólo en las lesiones aisladas**



# Recomendaciones de tratamiento acné

Recomendación <sup>a</sup>	Acné leve a moderado		Acné moderado a grave	
	Comedoniano I	Papulopustular leve a moderado II	Papulopustular grave/nodular moderado III	Nodular/conglobata grave IV
<b>Primera elección</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>No hay consenso</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Adapaleno/peróxido de benzoílo</li> <li>Clindamicina/peróxido de benzoílo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Isotretinoína<sup>a</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Isotretinoína<sup>a</sup></li> </ul>
<b>Recomendado</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Retinoide (adapaleno)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ácido azelaico o peróxido de benzoílo</li> <li>Retinoide</li> <li>Antibióticos sistémicos<sup>b</sup> + adapaleno</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Antibióticos sistémicos + adapaleno o + adapaleno/peróxido de benzoílo o + ácido azelaico</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Antibióticos sistémicos + ácido azelaico</li> </ul>
<b>Opcional</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ácido azelaico</li> <li>Peróxido de benzoílo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Luz azul</li> <li>Zinc por vía oral</li> <li>Antibióticos sistémicos<sup>b</sup> + peróxido de benzoílo o + ácido azelaico o + adapaleno/peróxido de benzoílo<sup>c</sup></li> <li>Eritromicina/isotretinoína tópicas o eritromicina/tretinoína tópicas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Antibióticos sistémicos + peróxido de benzoílo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Antibióticos sistémicos + adapaleno o + peróxido de benzoílo o + adapaleno/peróxido de benzoílo<sup>c</sup></li> </ul>
<b>Alternativas para mujeres</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>No hay consenso</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>No hay consenso</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Antiandrógenos hormonales + tratamientos tópicos o + antibióticos sistémicos<sup>c</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Antiandrógenos hormonales + antibióticos sistémicos<sup>c</sup></li> </ul>

<sup>1</sup>Nast A, Dreno B, Bettoli V, Degitz K, Erdmann R, Finlay AI, et al. European Evidence-based (S3) Guidelines for the Treatment of Acne. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2012 Feb; 26 Suppl s1: s1-29

# Recomendaciones clave de consenso

<b>Primera elección</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Retinoides tópicos (<b>adapaleno</b>) para el acné comedoniano (I)</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Combinaciones</b> a dosis fija de <b>clindamicina/peróxido de benzoílo o adapaleno/peróxido de benzoílo</b> para el acné papulopustular leve a moderado (II)</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Isotretinoína</b> por vía oral para acné grave y extendido (III-IV)</li> </ul>
<b>Recomendación general</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Retinoides tópicos (adapaleno) para acné leve a moderado</li> <li>• Antibióticos sistémicos + ácido azelaico para acné moderado a grave</li> </ul>
<b>Opcional</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Antibiótico sistémico + peróxido de benzoílo para acné papulopustular y nodular o conglobata grave</li> <li>• Antibiótico sistémico + antiandrógeno por vía oral para acné moderado a grave</li> </ul>
<b>Evitar</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Monoterapia tópica con antibióticos</b> para todos los tipos de acné (subvencionados, resistencias)</li> </ul>
<b>Actualmente no recomendado</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Láseres, láseres con luz pulsada intensa o terapia fotodinámica</li> </ul>

<sup>1</sup>Nast A, Dreno B, Bettoli V, Degitz K, Erdmann R, Finlay AI, et al. European Evidence-based (S3) Guidelines for the Treatment of Acne. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2012 Feb; 26 Suppl s1: s1-29

# Riesgo de resistencia a antibióticos en acné

---

- **Recomendaciones:**
  - **Evitar el uso de antibióticos tópicos en monoterapia**
  - **Limitar el uso de antibióticos sistémicos**
  - **Aplicar controles más estrictos para infecciones cruzadas en las consultas**
  - **Usar terapias tópicas y/o antibióticos sistémicos en combinación con agentes antibacterianos de amplio espectro, como peróxido de benzoílo**

**Hay que restringir el uso de antibióticos para limitar la aparición de cepas resistentes**

*<sup>1</sup>Nast A, Dreno B, Bettoli V, Degitz K, Erdmann R, Finlay AI, et al. European Evidence-based (S3) Guidelines for the Treatment of Acne. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2012 Feb; 26 Suppl s1: s1-29*



## I: Comedoniano



Adapaleno/retinoides

## II: Papulo-pustuloso superficial con comedones



Combinación Peróxido benzoílo +  
clindamicina o adapaleno

## III: Papulo-pustuloso profundo con nódulos



Isotretinoína oral

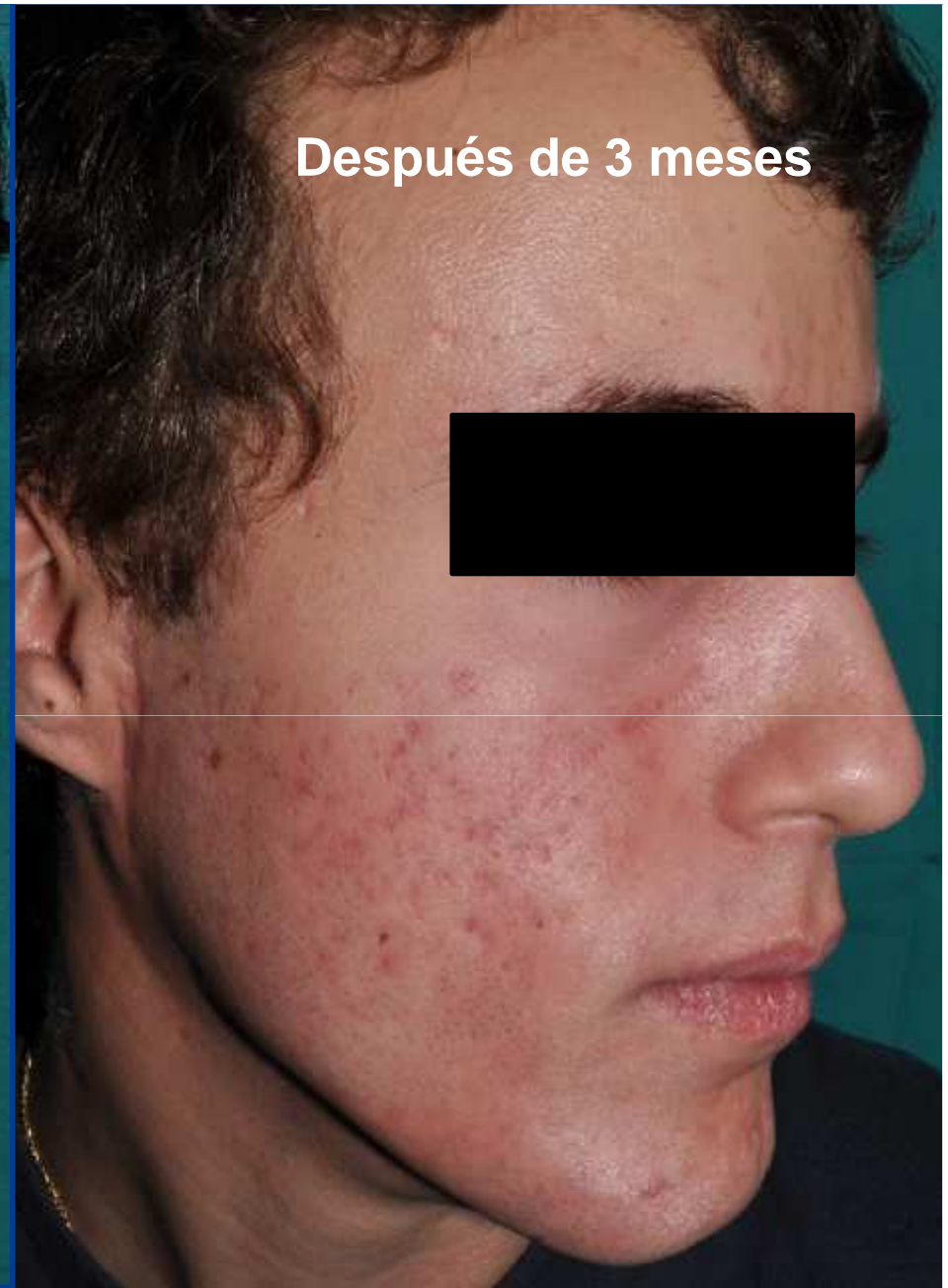
## IV: Nódulo-quístico con cicatrices /Conglobata



Isotretinoína oral

Antes del tratamiento  
(PBO + clinda)

Después de 3 meses



## Pregunta 5

**Adolescente de 16 años con acné.**

**¿Según sus lesiones y grado de acné qué tratamiento pautaría?**

- 1. Eritromicina en toallitas**
- 2. Peróxido de benzoílo tópico**
- 3. Minociclina oral 6 semanas**
- 4. Combinación de peróxido de benzoílo + clindamicina**



## Pregunta 6

**Varón de 19 años con acné de larga evolución**

**¿Qué tratamiento sería más adecuado en este paciente?**

- 1. Minociclina oral + retinoide y peróxido de benzoílo tópicos**
- 2. Doxiciclina oral + clindamicina tópica**
- 3. Isotretinoína oral**
- 4. El acné juvenil va a finalizar, no precisa tratamiento**



# Puntos clave en el tratamiento del acné <sup>1</sup>

---

- **Tratar en función del tipo lesión predominante y grado de severidad**
- **Los retinoides tópicos son claves frente al comedón**
- **El PBO y sus combinaciones (con antibióticos o con adapaleno) son muy eficaces**
- **No se debe prescribir antibiótico oral ni tópico aislado porque puede favorecer las resistencias de P acnes**
- **Deben derivarse pacientes con acné grado III y IV, y grado II resistentes a tratamiento**

*<sup>1</sup>Nast A, Dreno B, Bettoli V, Degitz K, Erdmann R, Finlay AI, et al. European Evidence-based (S3) Guidelines for the Treatment of Acne. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2012 Feb; 26 Suppl s1: s1-29*

# Conclusiones

---

**10-22% de las consultas en atención primaria son dermatológicas**

## **ECCEMAS**

- Los corticoides tópicos de nueva generación son eficaces (clase III) y seguros en los eccemas
- Los emolientes en el brote de eccema no deben usarse en monoterapia

## **PIODERMITIS**

- Los antibióticos tópicos son eficaces en la mayoría de las piodermitis superficiales

## **ACNÉ**

- Peróxido de benzoílo + clindamicina/adapaleno tópicos controlan la mayoría de pacientes con acné leve y moderado (I-II)
- **NUNCA** tratar el acné con antibióticos orales o tópicos en monoterapia
- Es importante explicar cómo se debe aplicar el producto, sus posibles efectos secundarios y cuánto tiene que esperar a obtener resultados
- Derivar para tratar con isotretinoína oral si existen nódulos, quistes o cicatrices (III-IV)



---

PROGRAMA **AAP** 2014