

Dosis ENARM

Vidal-Martínez Midori Ariana¹
Chavira-García Vania Denise¹
González-Rangel Fatima¹
Arroyo-Sánchez Nora del Rosario¹

¹ Centro Universitario de Tonalá, Universidad de Guadalajara; Tonalá, Jalisco, México.

Masculino de 76 años presenta ampollas y prurito en tórax y brazos desde hace tres días. El paciente refiere estar asintomático hace una semana, niega enfermedades crónico-degenerativas y uso de algún fármaco. A la exploración física, signos vitales dentro de los parámetros normales; en cavidad oral, presencia de úlceras dolorosas; en extremidades superiores, presencia de ampollas flácidas con líquido turbio; con algunas erosiones hemorrágicas diseminadas; al presionar la capa superior de la lesión se desprende fácilmente (Signo de Nikolsky positivo).

¿Cuál es el diagnóstico más probable?

- a) Dermatitis herpetiforme
- b) Penfigoide buloso
- c) Pénfigo vulgar
- d) Necrólisis epidérmica tóxica

Datos pivote: Masculino, 76 años de edad (paciente geriátrico), ampollas flácidas con líquido turbio, Nikolsky positivo y presencia de úlceras orales.

La respuesta correcta en este caso clínico es pénfigo vulgar. La palabra pénfigo significa ampolla o burbuja, y engloba a un grupo de enfermedades ampollosas crónicas de origen autoinmune que afectan piel y mucosas. (1) Es una enfermedad de baja prevalencia y

es potencialmente fatal. El pénfigo vulgar es la forma más grave y frecuente, con una mortalidad del 10% con tratamiento y 60% sin tratamiento. Los anticuerpos IgG se dirigen contra las proteínas desmosómicas para producir la formación de ampollas mucocutáneas intraepiteliales, la desmogleina 3 es el antígeno principal del pénfigo vulgar. (2) Es muy importante distinguir las diferencias del pénfigo vulgar y el penfigoide buloso, ya que ambas enfermedades son de origen autoinmunitario y presentan lesiones ampollosas. Para poder responder esta pregunta, es importante identificar la edad, localización y tipo de lesiones. El pénfigo vulgar es más frecuente en paciente geriátricos (mayores de 60 años), el 70% de los pacientes presentan lesiones en cavidad oral y las lesiones se desprenden fácilmente que se refiere a Nikolsky positivo. A diferencia del penfigoide buloso, se presenta en pacientes de 40 a 50 años, respeta las mucosas y las lesiones son firmes, sin desprendimiento. El diagnóstico confirmatorio de pénfigo vulgar se realiza con toma de biopsia de la lesión e inmunofluorescencia observando IgG en epidermis en forma de red y presencia de desmogleina 3. Es muy importante al momento del diagnóstico iniciar tratamiento sistémico y tópico con glucocorticoides. El tratamiento de primera elección es la prednisona VO; si no hay respuesta, agregar aziatropina, ciclofosfamida o micofenolato.¹

Paciente femenino de 23 años de edad acude al centro de salud porque se encuentra preocupada por falta de menstruación de cuatro meses de evolución. A la exploración física, presencia de vello en barbilla y cuello; presenta múltiples comedones abiertos y pústulas en cara, así como quistes y cicatrices en espalda. Usted realiza una prueba de embarazo la cual resulta negativa y le da tratamiento tópico, sin mejoría.

¿Cuál es el tratamiento específico para el acné en esta paciente ?

- a) Tretinoína
- b) Isotretinoína
- c) Clindamicina al 1%
- d) Benzoilo

Datos pivote: 23 años de edad, hirsutismo, múltiples lesiones en cara y espalda, sin mejoría a tratamiento previo.

El acné es una de las enfermedades más comunes de la piel, afecta al 70-87% de los adolescentes. Los pacientes con acné pueden presentar una significativa morbilidad psicológica.³ Es importante realizar una historia clínica completa e identificar los factores de riesgo asociados, sobre todo los antecedentes familiares de acné, historia ginecológica y administración de fármacos. En el caso de la paciente, presenta ausencia de menstruación, hirsutismo y acné; éstos son criterios de referencia al endocrinólogo. En casos que requieran referencia al dermatólogo, los dos principales criterios son: presencia de acné inflamatorio y que no responda al manejo inicial. El acné se clasifica en leve, moderado y grave. En los pacientes con acné leve se debe de prescribir medicamentos tópicos como: tretinoína al 0.10% por las noches, antibiótico tópico benzoilo al 2.5% o clindamicina al 1%. En los pacientes con acné moderado donde predominan las lesiones inflamatorias como pápulas, pústulas y nódulos, el tratamiento de elección son antibióticos orales con limeciclina u oxitetraciclina con un tratamiento tópico en las lesiones. Finalmente, para acné grave

se recomienda referir a un segundo nivel, ya sea al servicio de endocrinología o dermatología según el caso; en este último, el tratamiento de elección para acné grave es la isotretinoína sistémica.³ Por lo tanto, la respuesta de la pregunta es isotretinoína; ya que la paciente tiene acné grave y alteraciones hormonales, es muy importante referirla a un segundo nivel para un mejor manejo de la enfermedad.

Mujer de 45 años, sin comórbidos. Con presencia de acné conformado por pápulas eritematosas en nariz y mejillas, presencia de eritema ocular. Usted observa con una lupa presencia de pequeñas telangiectasias en nariz.

¿Cuál es el diagnóstico de la paciente?

- a) Acné moderado
- b) Rosácea
- c) Roseóla
- d) Dermatitis seborreica

Datos pivote: Acné, *flushing* y telangiectasias.

La respuesta correcta en este caso es Rosácea. Ésta es una enfermedad crónica, de patogenia desconocida, caracterizada por eritema y lesiones acneiformes en la cara. Afecta más a mujeres entre los 30 y 50 años de edad. Comienza por episodios de *flushing* (enrojecimiento) faciales ante diversos estímulos (café, alcohol, comidas picantes, sol, ambientes calurosos, etcétera.) que van provocando la aparición de eritema. El signo más relevante en esta enfermedad son la presencia de telangiectasias;⁴ en el ENARM será el dato pivote de mayor importancia, así que cuando vea un caso de acné con presencia de telangiectasias no dude en poner como respuesta: rosácea. También pueden presentar lesiones oculares como blefaritis y conjuntivitis.⁴ El diagnóstico básicamente es clínico y el tratamiento de elección en casos leves es metronidazol tópico o el ácido azelaico, y en casos graves se utiliza isotretinoína.

Paciente femenino de cuatro años de edad, presenta desde hace un mes placas eritematosas en superficie extensora de extremidades inferiores. La madre refiere que anteriormente ya le había sucedido este cuadro, el cual no fue tratado. Refiere que el padre es asmático y alérgico al polvo. A la exploración, la niña presenta placas eritematosas con descamación blanquecina en zona extensora de piernas y algunas aisladas en cuero cabelludo.

¿Qué diagnóstico es el más probable?

- a) Dermatitis atópica
- b) Dermatitis seborreica
- c) Psoriasis en placas
- d) Dermatitis por contacto

Aunque la dermatitis atópica y la dermatitis seborreica forman parte del diagnóstico diferencial de la psoriasis pediátrica, la localización y características de las lesiones descritas son más compatibles con la psoriasis en placas.⁵ Por lo tanto, la respuesta correcta es psoriasis en placas.

La psoriasis es un desorden dermatológico común observado en aproximadamente 3.5% de la población. Un tercio de los casos dermatológicos son pediátricos.⁶ La psoriasis es una enfermedad crónica inflamatoria de la piel, mediada por células T, caracterizada por una hiperproliferación de queratinocitos y consecuentemente placas eritemato-escamosas en la piel. Las lesiones se localizan con mayor frecuencia en el cuero cabelludo, región postauricular, codos y rodillas. Psoriasis en placas es la forma más frecuente: placas eritemato-escamosas, bilaterales y simétricas que ocupan fundamentalmente las superficies de extensión. Principalmente el diagnóstico es clínico y el tratamiento de elección son los corticoides tópicos que tienen una triple acción: antiinflamatoria, inmunosupresora y antiproliferativa. Se pueden administrar derivados de la vitamina D que inducen la diferenciación de queratinocitos y disminuyen su proliferación.^{5,6}

Paciente masculino de 42 años acude al servicio de dermatología por presencia de lunar en el pecho. El paciente refiere cinco años de evolución y ha presentado cambios de tamaño y coloración en los últimos dos años, razón por la que acude a consulta. A la exploración física, signos vitales dentro de los parámetros normales y presencia de lesión en tórax anterior, hiperpigmentada, café oscuro, bordes irregulares, mal delimitada y de superficie irregular. Niega algún tratamiento previo.

¿Cuál es diagnóstico más probable?

- a) Queratosis actínica
- b) Melanoma
- c) Cáncer basocelular
- d) Cáncer espinocelular

Datos pivote: Edad 42 años, lesión pigmentada de color café oscuro, bordes irregulares, mal delimitada y superficie irregular que en los últimos dos años ha presentado cambios de tamaño y color.

Es muy importante identificar cada tipo de neoplasias en la piel. Éste es un caso típico de melanoma, por las características de las lesiones.

El carcinoma basocelular es el tipo de cáncer de piel más común en México y el factor de riesgo más importante es la exposición solar, y sus manifestaciones clínicas son lesiones papulosas aperladas con presencia de ulceración central y telangiectasias, por lo tanto esta respuesta se descarta. El carcinoma espinocelular es el segundo cáncer más común en México, sus principales factores de riesgo son personas de piel blanca, exposición a rayos UV, tabaquismo y VPH. Las manifestaciones clínicas se caracterizan por placas eritematosas o nódulos con presencia de cicatriz, se predomina en forma de cuerno y es de crecimiento rápido.

Por lo tanto la respuesta correcta en este caso es el melanoma: es la causa más frecuente de cáncer de

piel en países desarrollados como: Estados Unidos, Escocia, Canadá y Australia; es una de las primeras causas de muerte en estos países. En México se desconoce la incidencia del melanoma y ocupa el tercer lugar entre los cánceres de la piel en México. La incidencia de melanoma es mayor en personas blancas, con 20 veces más probabilidades de desarrollar esta enfermedad. Es más común en las mujeres de 25 a 29 años de edad. La exposición solar es el factor de riesgo más importante, especialmente quemaduras en la infancia, exposición crónica y mantenida a la luz solar. La presencia de nevos displásicos o un elevado número de nevos melanocíticos también son factores de riesgo. La estrategia central en la prevención y detección oportuna de los individuos de alto riesgo

y en pacientes con sospecha de melanoma debe estar dirigida a medidas de protección solar, autocuidado y la autoexploración.⁷ El diagnóstico y tratamiento del melanoma cutáneo se basa en las características de los datos clínicos de la lesión cutánea sospechosa (nevo) y la vigilancia de sus características: color, diámetro, elevación, bordes asimétricos. Existen escalas que nos ayudan a determinar el pronóstico como el Índice de Breslow y el nivel de Clark, que miden la profundidad del nevo.⁷ El mejor método diagnóstico de melanoma se hace con toma de biopsia escisional con un margen de 1 a 3 mm de piel sana, la toma de biopsia incisional se realiza cuando la lesión se encuentra en la cara o la lesión es extensa. El tratamiento de elección cuando la lesión es de alto riesgo es la cirugía de Mohs.

Bibliografía

1. *Abordaje terapéutico dermatológico ambulatorio del pénfigo vulgar en adultos*. México: Secretaría de Salud, 2013.
2. Castellanos, I. A. & Guevara, G. E. (2011). Pénfigo vulgar. *Dermatología Rev Mex*, 55(2):73-83.
3. *Diagnóstico y Tratamiento del Acné*, México: Secretaría de Salud, 2009.
4. Barco, D. & Alomar, A. (2008). Rosácea. *Actas dermosi-giliogr*, 99: 244-56.
5. Oliver, V. & Sánchez-Carazo, J. (2007). *Psoriasis An Pediatr Contin*, 5(1):59-62.
6. Silverberg, N. (2009) Pediatric psoriasis: an update. *Therapeutics and clinical risk management*, (5)849-856.
7. *Prevención primaria y detección oportuna del melanoma cutáneo en población general en el primer nivel de atención médica*. México: Secretaría de Salud, 2016.