

DERMATOLOGÍA

LESIONES ELEMENTALES EN DERMATOLOGÍA

Ismael Sánchez Umaña*
Alejandra Quesada González**
Ma. Luisa Cedeño Quesada***

SUMMARY

Nowadays there is no criteria's unification that allows the description unanimous of skin illnesses. This article through a deep research, tries to facilitate the description of the Dermathosis in our media to achieve a diagnostic approximation and allowed an adequate manage of the damaged area.

INTRODUCCIÓN

En dermatología, la descripción morfológica de cualquier dermatosis utilizando las “**lesiones elementales**” es la base esencial para una adecuada aproximación diagnóstica. Sin embargo, actual-

mente no existe una unificación de criterios en nuestro país que nos permita la descripción unánime de las lesiones. Este artículo mediante una intensa revisión bibliográfica intenta facilitar la descripción de las dermatosis en nuestro medio y así lograr una orientación diagnóstica.

ANATOMÍA DE LA PIEL

La piel es un órgano muy complejo, es el más extenso del cuerpo y lo recubre en su totalidad. Su extensión depende de la talla y peso de cada individuo. Una persona promedio está cubierta por 1.8 m² de piel, con un volumen

de 4000 cc y 2.2 mm de espesor. Por ser el recubrimiento externo y protector del cuerpo, está expuesta al medio ambiente y por lo tanto a múltiples agresiones, y esto la hace vulnerable a crecimientos, erupciones, decoloración, quemaduras, heridas, infecciones etc. Por otro lado, la piel ha sido considerada como un órgano de expresión, en donde muchas de las enfermedades internas del organismo se reflejan. Por esto la piel tiene una serie de características que le van a permitir sobrellevar todas estas agresiones, como la elasticidad, resistencia, flexibilidad, extensibilidad, turgencia y humedad entre otras.

* Medico Asistente General Área de Salud Heredia Virilla.

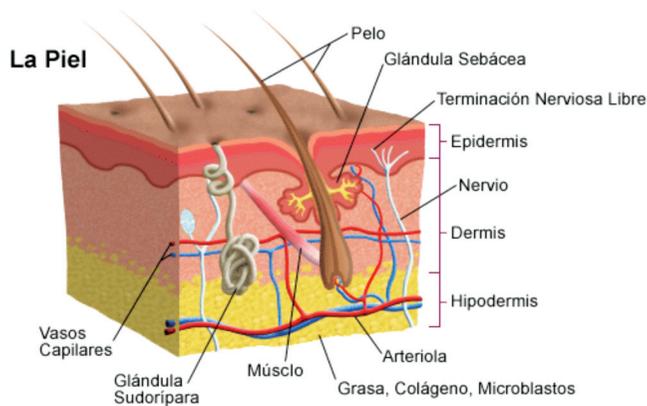
** Medico Asistente General Área de Salud Perez Zeledón

*** Medico Asistente General Área de Salud Alajuela Norte.

HISTOLOGÍA

La piel podemos dividirla en tres capas desde el punto de vista histológico: la epidermis, la dermis y la hipodermis o tejido celular subcutáneo.

(1,5)



Hay dermatosis que se van a desarrollar únicamente en una de las capas de la piel al igual que hay otras que pueden comprometer las tres capas.

Epidermis: es la capa más superficial y provee una barrera de protección al cuerpo. La principal célula es el queratinocito, pero podemos encontrar entre otras el melanocito que es la célula que se encarga de producir y distribuir la melanina en la epidermis, la célula de Langerhans la cual es una célula inmunocompetente con funciones de hipersensibilidad retardada y la célula de Merkel con funciones sensoriales. La podemos dividir en cuatro estratos, el germinativo, espinoso, granuloso, y el estrato córneo. Podemos encontrar a

nivel de palmas y plantas una quinta capa entre el estrato córneo y granuloso llamado el estrato lúcido. Su grosor puede variar de acuerdo a la localización en el cuerpo y a la fricción a la que está sometida.

Dermis: está constituida por una armazón de tejido conjuntivo; vasos, nervios y anexos de la piel, además de poseer estructuras relacionadas con el metabolismo, temperatura, defensa y cicatrización. Contiene células al igual que la epidermis, como el fibro-

blasto, el cual se encarga de secretar fibras colágenas, reticulares y elásticas; los macrófagos con gran poder fagocitario, mastocitos y células cebadas productoras de histamina y otras. La podemos dividir en dos zonas, dermis papilar la cual forma papilas que se introducen dentro de la epidermis permitiendo la vascularización y la dermis reticular la cual da fuerza y elasticidad a la piel además de alojar estructuras como las glándulas y folículos pilosos.

Tejido Subcutáneo: hay una transición abrupta entre el tejido conectivo fibroso de la dermis al tejido adiposo subcutáneo. Está organizado por lóbulos limitados por tabiques de tejido conectivo fibroso y entre estos se encuentran

los vasos, nervios y linfáticos. Su célula más importante es el adipocito el cual secreta la hormona leptina la cual emite una señal de retroalimentación de largo plazo para la regulación del tejido graso y su distribución. El tejido hipodérmico actúa como aislante del cuerpo, reservorio energético, amortiguador y protector de la piel y permite su movilidad sobre las estructuras adyacentes.(2,3,4,7,8)

MORFOLOGÍA DE LAS LESIONES

Como dijimos anteriormente, la base fundamental para un acertado diagnóstico en dermatología lo establece la adecuada descripción de las lesiones en la piel. La exploración debe ser muy minuciosa, valorando detenidamente, incluidos anexos y mucosas. Se deben palpar las lesiones para determinar su textura y profundidad. Para mayor facilidad, las podemos dividir en dos categorías: las lesiones primarias y lesiones secundarias

Lesiones primarias: Son aquellas que se asientan sobre una piel previamente sana. A su vez las podemos agrupar en lesiones primarias de contenido sólido y lesiones primarias de contenido líquido.

LESIONES PRIMARIAS DE CONTENIDO SÓLIDO

Mácula: cambio de coloración de la piel, por alteración de la pigmentación (acrómicas, hipocrómicas o hiperocrómicas); de la vascularización o por depósito de pigmentos ajenos a la piel (tatuajes, ictericia).(4)

Placa: Lesión elevada de consistencia sólida, cuya altura es menor comparada con su extensión (milímetros de altura y varios centímetros de área).(3)

Pápula: Levantamiento sólido que mide menos de 0.5 cm, con involución espontánea sin dejar huella. Su origen puede ser epidérmico o dérmico.(2,3,4)

Nódulo o goma: levantamiento duro, sólido, firme, bien delimitado, mayor de 1cm de diámetro, evolución crónica, que al desaparecer deja huella. Suele localizarse en dermis e hipodermis.

Nudosidad: lesión profunda, se palpa más que verse, dolorosa, al desaparecer no deja huella.

Tumor: semejante al nódulo, pero de mayor tamaño, alcanzando varios centímetros de diámetro. Puede incluir cualquier capa de la piel y distorsiona las estructuras adyacentes.

Roncha: lesión sólida, elevada, eritematosa, presenta palidez en su porción central, superficial, mal definida, de tamaño variable, dura horas y desaparece sin dejar huella.(7)

LESIONES PRIMARIAS DE CONTENIDO LÍQUIDO

Vesícula: lesión de contenido líquido que mide menos de 0,5 cm. Puede contener líquido seroso o hemático. Se encuentra a nivel subcorneo, intraepidérmico o subepidérmico o dérmicas.

Ampolla: Lesión de contenido líquido que mide más de 1cm. Su localización es igual a la de la vesícula.

Pústula: Son colecciones purulentas pequeñas y superficiales, que no dejan cicatriz al romperse. Casi siempre se colecta bajo la capa córnea o alrededor del folículo piloso (en su parte epidérmica).

Quiste: Lesiones de contenido semilíquido o líquido producido por la pared epitelial que los rodea. Se presentan como lesiones esféricas de consistencias elásticas y bien delimitadas. (6)

LESIONES ELEMENTALES SECUNDARIAS

Son aquellas que aparecen como consecuencia de una lesión primaria o sobre esta.

Costra: se produce por la desecación de una sustancia ya sea el suero, sangre, exudado o restos celulares. Pueden ser finas y friables o gruesas adheridas a la superficie. El color puede ser variable y orienta su naturaleza.

Úlcera: Se trata de un defecto de la piel, que resulta de una solución de continuidad que puede comprometer la epidermis, dermis o tejido subcutáneo. Una

adecuada descripción de la lesión incluye las características de los bordes, localización, topografía, tamaño, profundidad e irrigación. Son lesiones que siempre dejan cicatriz.

Atrofia: Disminución de alguna o todas las capas de la piel.

Escara: Se trata del tejido necrótico que el cuerpo intenta eliminar. La profundidad es muy variable en función del proceso que la produce.

Escama: Ocurre como el proceso final de la aceleración en la queratinización. Es la caída en bloque del estrato córneo. (6)

RESUMEN

La piel es un órgano muy complejo, es el más extenso del cuerpo y lo recubre en su totalidad. Su extensión depende de la talla y peso de cada individuo. Por ser el recubrimiento externo y protector del cuerpo, está expuesta al medio ambiente y por lo tanto a múltiples agresiones, y esto la hace vulnerable a crecimientos, erupciones, decoloración, quemaduras, heridas, infecciones etc. La piel podemos dividirla en tres capas desde el punto de vista histológico: la epidermis, la dermis y la hipodermis o tejido celular subcutáneo. Como dijimos anteriormente, la base fundamental para un acertado diagnóstico en dermatología lo establece la adecuada descripción

de las lesiones en la piel.

Para mayor facilidad, las podemos dividir en dos categorías: las lesiones primarias y lesiones secundarias.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ernst, E. The usage of complementary therapies by dermatological patients: a systematic review. *Br J Dermatol* 2000; 142:857.
2. Federman, DG, Kirsner, RS. The patient with skin disease: an approach for nondermatologists. *Ostomy Wound Manage* 2002; 48:22.
3. Federman, DG, Reid, M, Feldman, SR, et al. The primary care provider and the care of skin disease: the patient's perspective. *Arch Dermatol* 2001; 137:25.
4. Fleischer, AB Jr, Feldman, SR, McConnell, RC. The most common dermatologic problems identified by family physicians, 1990-1994. *Fam Med* 1997; 29:648.
5. Fleischer, AB Jr, Herbert, CR, Feldman, SR, O'Brien, F. Diagnosis of skin disease by nondermatologists. *Am J Manag Care* 2000; 6:1149.
6. Garcia-Hidalgo, L, Orozco-Topete, R, Gonzalez-Barranco, J, et al. Dermatoses in 156 obese adults. *Obes Res* 1999; 7:299.
7. Gerbert, B, Maurer, T, Berger, T, et al. Primary care physicians as gatekeepers in managed care. Primary care physicians' and dermatologists' skills at secondary prevention of skin cancer. *Arch Dermatol* 1996; 132:1030.
8. Gropper, CA. An approach to clinical dermatologic diagnosis based on morphologic reaction patterns. *Clin Cornerstone* 2001; 4:1.
9. Krowchuk, DP, Bradham, DD, Fleischer, AB Jr. Dermatologic services provided to children and adolescents by primary care and other physicians in the United States. *Pediatr Dermatol* 1994; 11:199.
10. Nahass, GT, Meyer, AJ, Campbell, SF, Heaney, RM. Prevalence of cutaneous findings in hospitalized medical patients. *J Am Acad Dermatol* 1995; 33:207.
11. Romano, G, Moretti, G, Di Benedetto, A, et al. Skin lesions in diabetes mellitus: prevalence and clinical correlations. *Diabetes Res Clin Pract* 1998; 39:101.