

# CIENCIA & ESTETICA

2



# //CIENCIA & ESTETICA//

**Diseño Web:** Mauricio Silvester

**Diseño Gráfico:** Valentina Esteley

**Coordinación General:** Silvina Cometto

**Colaboran en éste número:**

- Carolina Balado (Cosmiatra)
- Dra Laura Abburrá (Especialista en Pediatría)
- Dra. Pía Femopase (Médica)
- Carla Gastaldi (Licenciada en Kinesiología y Fisioterapia)
- Soledad Rossi (Licenciada en Kinesiología y Fisioterapia)

**Edición y Redacción:**

- Dra Paula Esteley (Especialista en Dermatología)
- Dra. Fernanda Cometto (Especialista en Dermatología)



# //SUMARIO//

- Pág. 4 -Acné. ¿mito o realidad?
- Pág. 6 -Manos bien cuidadas... Apariencia más joven.
- Pág. 8 -Piel y Estrés.
- Pág. 12 -Melanoma ¿Una neoplasia fotoinducida?
- Pág. 14 -Algo más que una cuestión de estética.
- Pág. 16 -Hemangiomas del recién nacido.
- Pág. 18 -Láser de CO2 en lesiones cutáneas benignas.
- Pág. 19 -¿Qué hacemos con las micosis Ungueales?
- Pág. 21 -Psoriasis... Aspectos psicológicos.
- Pág. 23 -Cosméticos...Intolerancia... Conservantes.
- Pág. 25 -Melasma.
- Pág. 27 -Por qué nuestra piel envejece?
- Pág. 31 -¿Que es la dermatitis Atópica?
- Pág. 33 -Mamá tengo piojos!!!



# // ACNE ¿MITO O REALIDAD? //

Todo adolescente, aunque sea en forma leve, se ve afectado por el acné. La alta prevalencia de esta enfermedad lleva a la creación de mitos alrededor de la misma. Los pacientes afectados creen mucho lo se dice y esto los lleva a cometer algunos errores en el manejo de la patología.

## **MITO 1:** **Ciertos alimentos empeoran el acné.**

**FALSO.** La opinión médica esta dividida, de todos modos no existe evidencia científica para esta relación, los estudios no lograron demostrar una diferencia representativa entre individuos que comen y aquellos que no comen chocolate, manteca, grasas en exceso, por ejemplo. En los últimos estudios se demostró relaciones más complejas entre ciertos alimentos y sus consecuencias endocrinológicas. Pueden existir algunos alimentos que produzcan en determinadas personas reacciones de intolerancia y alergia que provoquen erupciones símil acné, por lo que deberá evitar el alimento implicado.

De todos modos lo importante es saber: que no debe existir prohibición absoluta hacia ningún alimento. Se debe llevar una dieta equilibrada no restringida y saludable en la cual se incluyan abundantes frutas y verduras y se reduzcan las cantidades de grasas saturadas

## **MITO 2: Es aconsejable tocar los granitos frente al espejo.**

**FALSO.** Muchas veces los pacientes creen que sacando los granitos estos se verán menos. Lamentablemente no es así. Por el contrario, se lastima tu piel, marcando aún más las imperfecciones y dispersando bacterias implicadas en la formación del acné a sitios de la piel que no afectados.

Tu dermatólogo te va a dar los consejos adecuados para limpiar tu piel sin dañarla y te va a recomendar la realización de limpiezas profundas, con personal entrenado en la realización de dicha práctica. saturadas



### **MITO 3:** **El estrés provoca acné.**

**FALSO.** El estrés normal de todos los días no causa acné. Si estás atravesando un período especial de estrés en tu vida, es factible que tu piel produzca más grasa / sebo, pero eso no significa que tendrás más lesiones. Muchas veces la ansiedad conduce a los pacientes a pellizcarse inconscientemente e incluso a lastimarse.

### **MITO 4:** **Broncearse elimina el acné.**

**FALSO.** Tomar sol no mejora el acné. Es posible que al broncearse se note menos el acné y el enrojecimiento de los granitos. Incluso la piel se reseca y algunas lesiones también lo hacen. Pero ojo!!! esto dura poco tiempo, luego del sol la piel queda engrosada y el acné se manifiesta en forma más tórpida, con inflamación y dolor. Por otra parte con las exposiciones repetidas al sol la piel envejece y se mancha sin mencionar que aumenta la posibilidad de cáncer de piel. La cama solar tiene las mismas consecuencias que el sol sin protección.

### **MITO 5:** **El protector solar me causara más acné.**

**FALSO:** Hasta hace un tiempo resultaba difícil encontrar un protector solar que sea acorde a pieles grasas o mixtas. Afortunadamente el avance de la cosmética ha desarrollado múltiples productos que son excelentes para pieles grasas o con acné. Antes de salir al aire libre, hay que colocar protector solar "oil free" (libre de grasas) o "no comedogénico", ya que dicho producto no tapa los poros, y no empeora el acné.

### **MITO 6:** **Los maquillajes y cosméticos causan acné.**

**FALSO.** Existen algunos ingredientes como los aceites vegetales que son comedogénicos, es decir que obstruyen los poros y crean acné. Pero también es cierto que hay cosméticos desarrollados específicamente como complemento médico del acné y no causan alergias y no obstruyen los poros. De esta forma es posible tener la piel humectada y tersa o

inclusive maquillada sin tener que lamentar luego nuevas lesiones. Tu médico dermatólogo es quién está capacitado para indicarte los productos que sean acordes a tu tipo de piel y te dará las indicaciones para que los utilices adecuadamente.

**MITO 7:** El acné se relaciona con el sexo.  
**FALSO.** Si bien existe una relación entre la producción de testosterona y la actividad sexual, no existe evidencia científica que avale la relación entre sexo o su ausencia del mismo y la producción del acné.

**MITO 8:** El acné es causado por una pobre higiene.  
**FALSO.** No es la falta de higiene la causa del acné. Por el contrario se trata de una interacción entre diversos factores endocrinológicos, bacterias propias de la piel, producción aumentada de sebo y engrosamiento de la piel. Esto no quiere decir que la limpieza adecuada de la piel no mejora la presentación. Es importante higienizar la piel todos los días con los productos adecuados para exfoliar las células muertas, retirar el exceso de grasa y limpiar de la suciedad de la superficie. Sin frotar ni irritar.



# //MANOS BIEN CUIDADAS, APARIENCIA MAS JOVEN//



Con los años, nuestras manos empiezan a deteriorarse, envejecen y son el reflejo más fiel del paso del tiempo, ya que permanentemente están expuestas a agresiones como el frío, viento, sol, agua, productos de limpieza, jabones, en forma constante y sin cuidados específicos demarcan una piel reseca, fina, con manchas y arrugas en el dorso de las manos



## Medidas generales:

- La mejor hidratación es la que nos llega desde dentro del organismo, por ello aconsejamos beber abundante cantidad de agua al día
- Hacer una dieta equilibrada y muy variada, para que el aporte de nutrientes sea lo más completo posible.

## Medidas específicas:

- Jabón con ph neutro. El jabón de avena, por su poder hidratante, es ideal.
- Exfoliación una vez por semana: para eliminar las células muertas de la epidermis.
- Crema hidratante especial para el cuidado de las manos, al menos 2 veces al día (mañana y noche).
- En caso piel muy deshidratada, una vez a la semana por la noche, realizar "cura oclusiva" que consiste en colocar la crema y cubrir las manos con unos guantes 100% algodón durante toda la noche.
- Si en su desempeño laboral se encuentra en permanente contacto con sustancias irritantes, es indispensable utilizar guantes de protección para evitar el contacto de la piel con productos agresivos.
- Fotoprotección solar para impedir la aparición o recrudecimiento de las manchas.

En DermaMedic contamos con un programa de rejuvenecimiento: que consta de varias opciones de tratamiento las cuales se aplican según las manifestaciones clínicas que presenta cada paciente e incluyen: Diamond Peel, Peeling Químico, Terapia Fotodinámica, Láser



# //PIEL Y ESTRES//





Podemos definir al estrés como: “aquella tensión provocada por situaciones agobiantes que originan reacciones psicósomáticas o trastornos psicológicos a veces graves”.

El estrés produce cambios fisiológicos, alteraciones en el sistema inmunitario, hormonal, neuroendócrino, del sistema nervioso central y periférico y de la permeabilidad cutánea, que se expresa en diferentes patologías, algunas ya conocidas y otras en investigación.

La evidencia de que diversos procesos psicoterapéuticos permiten la elaboración del conflicto psicológico-psiquiátrico, mostrando mejoría de pacientes afectados de psoriasis, urticaria crónica, dermatitis atópica, alopecia areata, hiperhidrosis, acné, lupus eritematoso, rosácea, etc, nos permiten hablar de la correlación entre el stress y la piel.

Por tanto, tras lo anteriormente expuesto, nos animamos a plantear que buena parte de los procesos dermatológicos pueden estar íntimamente relacionados al fenómeno de la angustia.

El cuerpo humano es cuerpo en cuanto está habitado por un ser que habla, de lo contrario, hablaríamos de un organismo animal. El lenguaje, la palabra, la historia del sujeto, sus contingencias, sus elecciones en la vida, todas ellas pertenecen al “discurso” en el cual ha crecido.

Situaciones de angustia tanto de forma aguda como crónica son siempre escenas de la vida que conllevan palabras, y por lo tanto, son estas palabras las que generan el sufrimiento humano y será el cuerpo, en tanto habitado por un ser hablante, el que comunicará de un modo u otro el exceso de displacer. Si la angustia logra tramitarse, lo que se dice actualmente “ser elaborada”, es casi aceptado en la literatura psiquiátrica - psicoanalítica que no producirá modificaciones a nivel orgánico. En caso contrario nos encontraremos que ese “exceso” de malestar psíquico que no ha sido “elaborado” se desplaza al cuerpo; y dependerá de cada quien, la expresión que tomará. En unas ocasiones podrá desencadenar la enfermedad (para la que posiblemente exista una predisposición genética), en otras empeorará el proceso de la enfermedad o determinará su cronicidad.

No debemos olvidar que el afecto de la angustia no se expresa del mismo modo en todos los humanos: distinguir estructuras psicopatológicas como pueden ser psicosis y neurosis es imprescindible para el buen diagnóstico y posterior tratamiento.

Muchas enfermedades ocasionan sufrimiento humano y a su vez, como hemos comentado, el estrés puede determinar la aparición o el empeoramiento de un proceso determinado. Sin embargo, en las enfermedades dermatológicas, existen rasgos esenciales que determinan que el estrés pueda condicionar la evolución de la enfermedad.

1. Las lesiones cutáneas se ven, se tocan y a veces, incluso se huelen: esto determina que al estrés normal que ocasiona cualquier enfermedad, se sume la percepción individual de un rechazo social y/o laboral y/o sexual. Esta percepción puede ocasionar el aislamiento del paciente y la consecuente depresión, con empeoramiento de los síntomas, y la aparición de un círculo vicioso: más lesiones- más aislamiento- más sufrimiento (personal o familiar)- menor cumplimiento del tratamiento- más desprecio a uno mismo-mayor sufrimiento. Si las lesiones son severas, el problema no es sólo de percepción, sino es real: ¿cómo vas a acercarte al chico que te gusta con todas las manos llenas de escamas o grietas? ¿cómo vas a una entrevista de trabajo con toda la cara llena de granos? ¿cómo vas a escribir un examen limpio si sólo la idea de examinarte hace que tus manos transpiren profusamente?.

2. Además de verse, las lesiones cutáneas son molestas: es frecuente el prurito: gran enemigo del ser humano, que impide la concentración en los estudios, el trabajo o el sueño. A veces es tan intenso que por el rascado se producen excoriaciones, que empeoran el aspecto del proceso dermatológico y generan sentimientos de culpa que aumentan el estrés: “¿por qué te rascas?”, “ya te he dicho que no te rasques”, “otra vez te estás rascando?”.

3. Cuánto más nerviosa se pone una persona, más se acentúan los signos (alopecia areata, atopia, psoriasis, liquen plano, eritema, rosácea, hiperhidrosis...) y los síntomas (picor, quemazón, desazón) y por tanto: empeoran las lesiones cutáneas. De este modo, la angustia incrementa nuevamente, retroalimentando el proceso dermatológico de base que, consecuentemente, empeora.

4. Los tratamientos dermatológicos son en general largos y pesados: baños, cremas, champú, lociones.... que además de llevar su tiempo, impiden una vida social normal “¿cómo te vas a pasear una semana con 2 frascos de champú, 3 cremas y 4 lociones? ¿dónde escondes semejante neceser? ¿con quién compartirás habitación? ¿harás el tratamiento antes de que los demás se levanten?”



¿dónde escondes semejante neceser? ¿con quién compartirás habitación? ¿harás el tratamiento antes de que los demás se levanten? ¿suspenderás el tratamiento durante estos días para que nadie se entere a pesar del riesgo de recaída de las lesiones durante la semana? . Lo que era una oferta lúdica y relajante para sus amigos, se está convirtiendo, para la persona afecta de un proceso dermatológico extenso, en un problema incluso antes de ir a la excursión, y por tanto, en un nuevo motivo de estrés.

Los estudios estadísticos indican que el 40% de todos los trastornos de la piel están relacionados con el estrés, si bien muchos clínicos consideran que la proporción es aún mayor.

Para algunos autores, el estrés puede ser el único responsable de ciertas afecciones de la piel, como las excoりaciones neuróticas y la dermatitis artefacta. En otros trastornos, tales como el liquen crónico simple y el prurito anogenital, el estrés agrava los síntomas. Los componentes emocionales ligados al estrés pueden mantener o precipitar ciertos cuadros clínicos tales como la urticaria, el acné, el herpes simple, el eccema, la rosácea, y otros muchos.

A ello se agrega con frecuencia la creación de un círculo vicioso provocado por las repercusiones sociales de los problemas cutáneos desagradables, lo que constituye una nueva fuente de displacer para el sujeto en cuestión.

El abordaje de muchos pacientes dermatológicos debería comprender la evaluación de los mismos por una persona suficientemente capacitada para entender sus emociones y la forma de canalizarlas. Sólo así conseguiremos un enfoque diagnóstico y terapéutico que permita al paciente mejorar tanto en sus lesiones cutáneas como en su calidad de vida.





INNOVACIÓN  
ANTI-EDAD

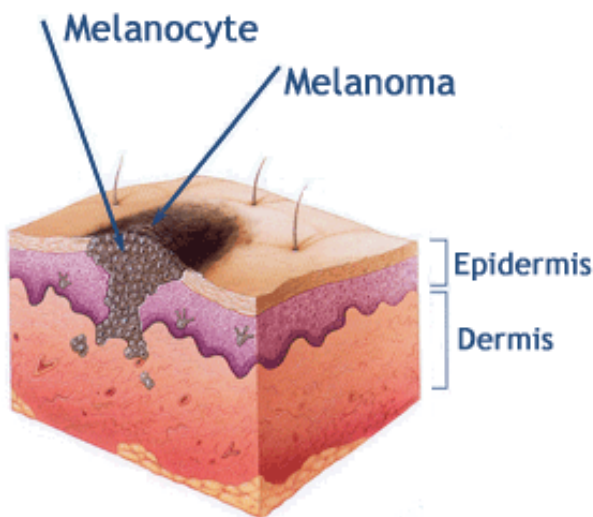


Rellena las arrugas desde las capas más profundas, sin cirugías.

**Eucerin**<sup>®</sup>

CUIDADO DERMATOLÓGICO DE LA PIEL

# //MELANOMA: ¿Una neoplasia fotoinducida?//



El melanoma se ha relacionado con el sol desde hace más de 30 años a través de múltiples observaciones clínicas, epidemiológicas, estudios experimentales en animales de laboratorio y últimamente de forma más definitiva gracias a los conocimientos que la biología molecular ha aportado a la patogenia del melanoma y a los mecanismos de acción de la radiación ultravioleta.

Es evidente la mayor incidencia de melanomas en áreas más expuestas al sol y la relación de determinados tipos de melanoma, con personas de mayor fotosensibilidad – fototipos I y II – y fenotipos de piel clara, ojos claros, pelo rubio o pelirrojo.

Así mismo la aparición de nevus relacionada con la exposición solar también constituye una relación indirecta de la exposición con la inducción de melanoma, dado que a mayor número de nevus mayor riesgo de melanoma.



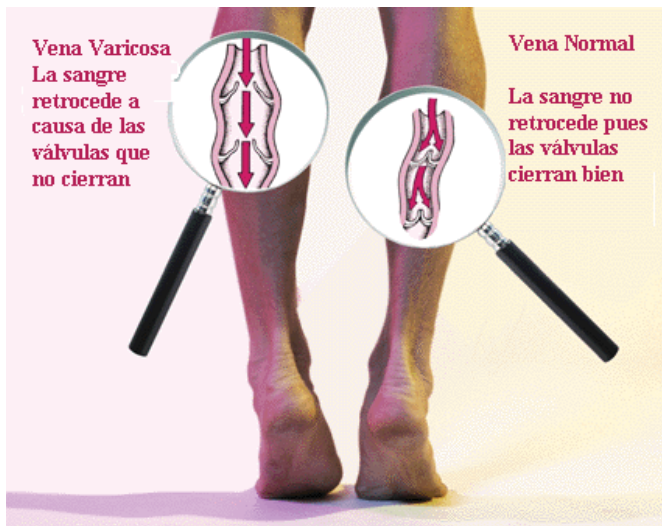
# //ALGO MAS QUE UNA CUESTION DE ESTETICA//



Las várices no sólo son un problema a nivel estético, sino que además repercuten gravemente en la salud.

La insuficiencia venosa, síndrome de piernas cansadas o varices es una afección en la cual los vasos sanguíneos no conducen el flujo sanguíneo de manera eficiente desde las extremidades inferiores de regreso al corazón.





La insuficiencia venosa compromete una o más venas. Las válvulas en las venas usualmente conducen el flujo de la sangre hacia el corazón; cuando estas válvulas están lesionadas, la sangre se filtra y se estanca en las piernas y en los pies provocando síntomas como:

- Hinchazón de piernas y tobillos.
- Dolor que empeora al pararse y que mejora al levantar las piernas.
- Pesadez.
- Calambres en las piernas.

Los factores que influyen en su desarrollo son:

- Antecedentes familiares.
- La obesidad. Unas piernas de contextura gruesa requieren mayor aporte sanguíneo por parte de las arterias, que luego tiene que ser drenado por las venas, lo que favorece la sobrecarga de estas y el fallo precoz.
- El sedentarismo. La bomba impulsora del retorno venoso son la almohadilla plantar y los músculos de las piernas; como el sedentarismo no favorece la contracción muscular ni la puesta en funcionamiento de la almohadilla plantar, se provoca un mayor estancamiento de sangre y una mayor sobrecarga valvular, lo que facilita la aparición de las várices.
- Trabajos prologados de pie o sentado. Al igual que en el caso del sedentarismo, hay poco ejercicio muscular y, además, el sistema de retorno debe trabajar siempre en contra de la gravedad.
- Los anticonceptivos. Provocan retención de líquidos y también favorecen, de forma específica, el fallo de las válvulas de las venas reticulares.

- El embarazo

Las técnicas de retorno venoso y de drenaje linfático

son procedimientos manuales que mejoran la circulación y como consecuencia los desagradables síntomas que produce la insuficiencia venosa.

También es beneficioso tonificar las bombas musculares que se encuentran en los miembros inferiores siendo las más importantes la musculatura de la pantorrilla y zona plantar. Esto se puede lograr a través del ejercicio o bien con aparatos de electroestimulación con el fin de provocar la contracción de dichos músculos favoreciendo su tonificación y así mejorar el retorno. Acompañando estas técnicas es muy frecuente el uso de vendajes utilizados en forma circular ascendente con geles criógenos y con la correspondiente elevación de las piernas.

Por último es importante que el Fisioterapeuta le brinde al paciente un esquema de trabajo corporal organizado ya que no cualquier ejercicio facilita el retorno venoso. Por lo contrario ciertas prácticas deportivas son capaces de perjudicarlo. Un trabajo de alto impacto sin el calzado adecuado, la utilización indiscriminada de complementos y un trabajo corporal mal realizado, que no incluya ejercicios de estiramiento y relajación atentan contra la salud circulatoria.

Algunos consejos prácticos para tener en cuenta:

- Realizar caminatas regularmente
- No permanecer en la misma posición por períodos prolongados y si es indispensable estar parado por mucho tiempo, descansar el peso del cuerpo alternativamente sobre una pierna y la otra
- Estando sentado, extender las piernas y rotar los tobillos cuantas veces sea posible
- Dormir con las piernas más elevadas que la cabeza
- Permanecer acostado, con las piernas levantadas a 90 grados del suelo, por lo menos diez minutos diarios



# //HEMANGIOMAS DEL RECIEN NACIDO//



Los hemangiomas son los tumores más frecuentes en la infancia. La mayoría aparecen durante el primer año de vida en forma de lesiones solitarias y focales, siendo su localización más usual la cabeza y el cuello. Los signos clínicos incipientes son la aparición de una mancha pálida, que normalmente pasa desapercibida y es rápidamente sustituida en el desarrollo por una telangiectasia discreta rodeada de un halo blanquecino. El contorno entre el halo blanquecino y la piel normal se hace más evidente cuando el niño llora. De forma característica proliferan durante el primer año de vida.

Aunque el tiempo y grado de crecimiento en el primer año es muy variable, se han descrito dos periodos de rápido desarrollo. El primero ocurre durante el periodo neonatal y de la infancia temprana y el segundo se ve durante los 4 a 6 meses de edad. El tamaño definitivo de la lesión depende del grado y duración de la proliferación, los cuales son imposibles de predecir.

La imagen clínica depende de su profundidad con respecto a la piel, su tamaño y su estado de involu-

ción. Un hemangioma superficial proliferante se presentará como una masa roja brillante, mientras que una lesión profunda será azulada o de color de piel normal, y estas diferencias dependen de la profundidad de la lesión con respecto a la capa de colágeno de la dermis papilar. Durante la involución las lesiones superficiales se vuelven de un color más oscuro, y, en las últimas fases, toman un color púrpura. En cuanto al tamaño existe gran variabilidad. Los hemangiomas varían en tamaño desde una punta de alfiler hasta una lesión que puede alcanzar el tamaño de la cabeza del niño. Los hemangiomas proliferantes tienen una consistencia firme y se expanden con el aumento de la presión sanguínea. Durante la proliferación activa, una lesión de rápido crecimiento está extremadamente tensa y podría ser dolorosa. Las evidencias clínicas de la involución comienzan con una disminución definitiva del grado de crecimiento. Luego el hemangioma se hace menos tenso a la palpación, así mismo no se expande cuando el niño llora, y cambian de su color previo hacia uno más oscuro. Por último la lesión se



rápido crecimiento está extremadamente tensa y podría ser dolorosa. Las evidencias clínicas de la involución comienzan con una disminución definitiva del grado de crecimiento. Luego el hemangioma se hace menos tenso a la palpación, así mismo no se expande cuando el niño llora, y cambian de su color previo hacia uno más oscuro. Por último la lesión se vuelve más blanda y empieza a blanquearse desde el centro hacia la periferia, siguiendo un patrón radial. Estos signos son más sutiles y mucho más difíciles de apreciar en el caso de hemangiomas profundos, pero la progresión es la misma que en los superficiales. El grado de involución es muy variable, y en la actualidad no se conoce ningún factor que influya ni en la velocidad de involución ni en el grado de su finalización.

La presencia de múltiples hemangiomas cutáneos debería alertar sobre la potencial afectación visceral, en particular del hígado. Esta condición conocida como hemangiomatosis sistémica, es importante en el precoz ya que son necesarias intervenciones agresivas y pueden ser indispensables para el mantenimiento de la vida. Es muy útil en el diagnóstico una ecografía o resonancia magnética abdominal. Entre las complicaciones secundarias al desarrollo de hemangiomas, se han descrito obstrucción de la vía aérea, de la audición y visión, ulceración, hemorragia, insuficiencia cardiaca congestiva y distorsiones esqueléticas

Entre las alternativas terapéuticas se incluyen tratamientos médicos y quirúrgicos. Los tratamientos médicos más importantes son la corticoterapia oral o intralesional que serían de elección en lesiones turgentes y en fase de crecimiento y el interferón alfa que se ha utilizado en lesiones diseminadas, de gran tamaño o inaccesibles al tratamiento quirúrgico. Entre los tratamientos quirúrgicos, la cirugía convencional es una de las indicaciones más frecuentes, consiste en la extirpación de la piel sobrante o piel vacía, que persiste tras la involución, espontánea o inducida por el tratamiento de un angioma localizado. Sin embargo, hay indicaciones para operar a los pacientes con mayor precocidad, como ocurre en el caso de los angiomas localizados en párpado superior que no respondan a los corticoides, en los angiomas pediculados, en angiomas con ulceración y sangrado persistentes, así como en la excisión con láser de CO<sub>2</sub> de los angiomas unilaterales subglóticos. La embolización está indicada en las lesiones vasculares hemorrágicas, inoperables, inaccesibles o para las que se necesite una intervención radical. El vendaje compresivo o la compresión neumática intermitente pueden ser útiles en algunos casos individuales y las experiencias preliminares sugieren que la compresión puede ser el tratamiento de elec-

ción en las lesiones cutáneas accesibles responsables del síndrome de Kasabach-Merritt. El tratamiento de los angiomas cutáneos con criocirugía ha sido empleado y perfeccionado durante los últimos 20 años. Esta opción terapéutica se considera de elección en los angiomas tuberosos de crecimiento rápido que ocasionen síntomas del tipo de ulceración y sangrado, capaces de originar alteraciones funcionales de zonas anatómicas importantes (vía aérea, cavidad oral) o que causen una alteración cosmética severa de gran repercusión en el paciente.

Por último, la laserterapia supone el sistema terapéutico y tecnológico más revolucionario de la medicina actual. En el tratamiento de los angiomas, su limitada profundidad de penetración (1.0 - 2.0 mm) hace que sea sobre todo útil en el tratamiento de lesiones planas en fases precoces de su evolución, antes de que comience la fase de crecimiento rápido. Es preferible tratar a los pacientes de corta edad lo antes posible, ya que la lesión es más pequeña y los vasos sanguíneos son menos ectásicos. El láser de Nd:YAG emite luz de forma continua, cerca de la zona infrarroja del espectro (1064 nm). La alta energía que desarrolla así como la profunda penetración (1 cm) de esta longitud de onda, además de suministrar una excelente capacidad hemostática, hace a este láser más adecuado para el tratamiento de angiomas grandes, en estadios más tardíos de su desarrollo. El láser de CO<sub>2</sub> es útil para la extirpación de los angiomas cuando se necesita una intervención de urgencia.





# //LASER DE CO2 EN LESIONES CUTANEAS BENIGNAS//



El láser de dióxido de carbono tiene una longitud de onda de 10,600 nm, con una mínima penetración de energía en las capas tisulares más profundas y careciendo de la destrucción que suele aparecer días después de la electrodesecación. Estas características, junto al mínimo daño térmico en los tejidos adyacentes, logran una cicatrización cosméticamente excelente, sin aparición de formaciones retráctiles, resultando una técnica ideal para la eliminación quirúrgica de lesiones cutáneas benignas. En modo superpulsado se aplica para lesiones más finas (queratomas actínicos, léntigos, dermatofibromas, condilomas acuminados incipientes) y en modo pulsado o continuo para las más gruesas (queratosis seborreicas, verrugas vulgares). Puede realizarse curetaje previo de la lesión. Las energías suelen oscilar entre 1 a 8 vatios en función del tipo de lesión, aplicando el láser de forma desfocalizada con un spot resultante de 2 mm de diámetro. Las capas de tejido vaporizado se retiran con una gasa humedecida en suero fisiológico, cubriendo la zona con un apósito bio-oclusivo o bien en cura abierta con aplicación periódica de una crema de ácido fusídico o mupirocina. La reepitelialización suele ser completa a los 5-7 días, siendo infrecuente la aparición de complicaciones como sobreinfección, dolor o sangrado espontáneo.

Cualquier lesión cutánea benigna puede extirparse con el láser de CO<sub>2</sub>, pero conviene recalcar que ante cualquier duda diagnóstica es aconsejable la realización de una pequeña biopsia previa a la cirugía láser. Las lesiones benignas que con más frecuencia se extirpan con el láser CO<sub>2</sub> son los fibromas, queratomas actínicos, léntigos seniles, verrugas vulgares, condilomas acuminados, xantelasmas, siringomas, tricoepiteliomas, cicatrices hipertróficas, pequeños angiomas y nevus pigmento celulares verrugosos



# // ¿QUE HACEMOS CON LAS MICOSIS UNGUEALES? //



La respuesta es: primero diagnosticar y segundo tratar adecuadamente.

Es necesario un buen conocimiento de toda la patología ungueal para llevar a cabo un diagnóstico clínico y sus diferenciales. Un dermatólogo sabe que no todo es onicomycosis en patología ungueal.

Es obligado insistir en algunos conceptos, para establecer un tratamiento correcto. Las micosis ungueales pueden estar producidas por dermatofitos (infección primaria), por levaduras del género *Cándida* (infección secundaria) y por mohos no dermatofitos, cuya presencia no responsabiliza al hongo como patógeno. Cada una de estas tres posi-

bilidades etiológicas tiene una terapéutica diferente.

Las micosis ungueales tienen una prevalencia que oscila entre el 2 y el 10 % según los trabajos, y que la causa de la pobre eficacia de los tratamientos en éstos procesos se debe a un diagnóstico incorrecto. Por todo ello debemos insistir en la necesidad de un diagnóstico micológico previo al tratamiento específico.

## ACTITUD TERAPEUTICA

Debemos tener en cuenta si la infección es de manos o de pies, y su variedad etiológica: dermatofitos, candidas y mohos.



dermatofitos, candidas y mohos.

Tiña ungueal:

1.- Tratamiento sistémico es obligado ( Terbinafina, itraconazol).

2.- Tratamiento tópico poco eficaz ( Amorolfina, ciclopiroxolamina, tioconazol).

Notas: cuando el tratamiento sistémico esta contraindicado, o en la formas superficial, proximal y en la distales incipientes (solo afecta menos de un tercio distal de la uña) aconsejamos recortar y tratamiento tópico.

Candidiasis ungueal:

1.- Tratamiento sistémico obligado ( Itraconazol, Fluconazol)

2.- El tratamiento tópico es mas útil (Amorolfina, ciclopiroxolamina, tioconazol).

3.- La extirpación ungueal no indicada.

4.- Evitar factores prediponentes.

Nota: Similar a las de las tiñas ungueales.

Onicomycosis por mohos:

1.- Cumplir los criterios de patogenicidad.

2.- El mejor tratamiento es la extirpación (Q/Q) de la uña.

3.- Tratamiento sistémico no justificado

4.- El tratamiento tópico es eficaz (Amorolfina, ciclopiroxolamina, tioconazol).



 **DermaMedic**  
*Un nuevo concepto en dermatología, estética y láser*

- Depilación médica definitiva
- Rejuvenecimiento láser facial
- Dermatología clínica y estética
- Dermochequeo (chequeo médico dermatológico de la piel)
- Tratamiento láser de arañitas vasculares
- Rosácea y acné
- Peeling médicos
- Mesoterapia
- Microdermoabrasión (puntas de diamante)
- Toxina botulínica (Dysport)
- Relleno de arrugas faciales
- Celulitis, adiposidades localizadas, flaccidez

Independencia 1066. B° Nueva Córdoba. Córdoba Capital  
Tel.: (0351) 464-3818 / (0351) 152-374909  
[www.dermamedic.com.ar](http://www.dermamedic.com.ar)



# //PSORIASIS. ASPECTOS PSICOLOGICOS//



La psoriasis es una dermatosis inflamatoria con una prevalencia del 1-3% de la población, de etiopatogenia multifactorial. Aunque es evidente que la herencia desempeña un papel importante en esta entidad, la etiopatogenia de la psoriasis aún no se ha aclarado por completo. Los últimos tratamientos para la psoriasis apoyan la teoría de que la inflamación es provocada por un fallo en el mecanismo inmunológico basada en una serie de alteraciones de los queratinocitos gracias a una activación cutánea de los mediadores de los linfocitos T, considerándose de ésta forma como una enfermedad mediada principalmente por linfocitos T. Por otra parte muchos factores ambientales tales como las infecciones bacterianas, heridas cutáneas, consumo de alcohol o drogas y ciertos fármacos

administrados por vía oral pueden también estar implicados en la etiopatogenia de esta dermatosis.

Está ampliamente aceptado que la participación de los factores emocionales y psicológicos pueden desencadenar la aparición de psoriasis o provocar una exacerbación de la misma. Asimismo, las lesiones psoriásicas visibles y el curso crónico suelen afectar a los pacientes psíquica y socialmente. Una enfermedad desfigurante como la psoriasis puede actuar por si misma como estresante y/o influenciar en el bienestar psicológico y social del paciente. La historia de los estudios sobre la importancia que tiene el estrés en los individuos psoriásicos se inició en 1940. Desde entonces los métodos utilizados para evaluar el estrés han ido cambiando y en la actualidad están aceptados



varios cuestionarios diseñados en particular para evaluar la presencia e intensidad del estrés. Muchos pacientes creen que el estrés es uno de los factores más relevantes que determina la exacerbación lesional en el curso evolutivo de la enfermedad asegurando la prevalencia que juegan los eventos estresantes en su vida social y familiar. Estudios recientes muestran que más de la mitad de los pacientes con psoriasis presentaron al menos un acontecimiento estresante en su vida semanas antes de la exacerbación de su psoriasis incrementándose además la gravedad evolutiva de ésta enfermedad.

El estrés es considerado como una serie de situaciones que comienzan con un estímulo que denominamos el factor estresante, que desencadena una reacción en el cerebro que es la percepción del estrés y posteriormente se activan sistemas psicológicos que son la respuesta a dicho estrés. Tanto los estresantes físicos como los psicológicos, producen una serie de respuestas neuroendocrinas que pueden impactar sobre la fisiología de la piel. Sin embargo, a pesar de la casi total confirmación por parte de los enfermos no existe demasiada bibliografía que correlacione el estrés con la aparición o exacerbación de la psoriasis. Tal vez por éste motivo en la última década se ha intentado abordar más profundamente éste tema.

La Organización Mundial de la Salud, ha establecido como definición de consenso del concepto de calidad de vida (CdV): "La percepción del individuo de su situación en la vida, dentro del contexto cultural y de valores en que vive, y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses". En la psoriasis, además de los factores físicos, las repercusiones laborales, sexuales y sociales y el impacto psicológico y de autoestima, también influye en la CdV la terapéutica valorando el tiempo utilizado, la suciedad de algunos tratamientos tópicos y los efectos adversos de determinados medicamentos sistemáticos. La introducción de los cuestionarios de CdV ha hecho posible comparar sistemáticamente los datos y la relación entre variables demográficas, clínicas y de CdV en pacientes psoriásicos. El Dermatology Life Quality Index (DLQI) y el Skindex-29, son cuestionarios que permiten conocer el impacto de las enfermedades dermatológicas en la CdV en pacientes psoriásicos y opina que la repercusión de la psoriasis no puede ser descrita totalmente por medidas físicas simples. Las medidas de calidad de vida presentan una opinión diferente, a base de la condición del paciente, y ofrecen un modo razonable de calibrar el valor de los tratamientos utilizados para ello. La creciente admisión en el reconocimiento de los estudios que valoran la CdV en las investiga-

ciones de los nuevos tratamientos para la psoriasis, sugiere la visión somatopsíquica como el aspecto células endoteliales humanas. La beta-endorfina constituye otro mediador importante en la inmodulación inducida por el estrés, detectándose aumento sérico de dicho péptido en paciente psoriásicos. Esta dermatosis cuando es severa puede asociarse con un alto nivel de depresión. La estrecha valoración por parte del dermatólogo de las dificultades diarias a que está sometido el paciente es muy importante en especial en aquellos psoriásicos con lesiones reactivadas por el estrés. Tal vez, tratamientos con psicofármacos podrán apoyar la terapia antipsoriásica estándar en un futuro no muy lejano.



# // ¿QUE SON LOS COSMETI- COS? //



Por cosméticos entendemos, cualquier preparado que se aplique a la piel, ojos, boca, pelo o uñas con la finalidad de limpiar, mejorar la apariencia, producir un olor agradable o proteger. Se incluyen por tanto jabones, champús, pastas de dientes, cremas de belleza, tintes, lápices labiales, laca de uñas, fragancias, desodorantes, fotoprotectores. Algunos estudios publicados indican que la incidencia de alergia a cosméticos ha aumentado en las últimas dos décadas.

En general los cosméticos y sus ingredientes son alérgenos débiles y no producen reacciones alérgicas intensas, aunque hay excepciones como sucede con los tintes capilares. Las mujeres se afectan con más frecuencia que los hombres y aunque las lesiones pueden localizarse en cualquier zona corporal, la cara y el cuello suelen ser las zonas más afectadas.

El listado de productos y alérgenos que con más frecuencia producen alergia a cosméticos varía dependiendo del país en el que se realice el estudio, ya que también varían los usos y costumbres. Entre los alérgenos más frecuentes encontramos los perfumes y los conservantes.



## INTOLERANCIA A COSMÉTICOS:

La intolerancia a los cosméticos incluye todo tipo de manifestaciones adversas en relación con el cosmético utilizado.

Existen dos grandes grupos:

### Intolerancia subjetiva

Es un motivo de consulta relativamente frecuente. El paciente refiere, al aplicarse el cosmético, molestias subjetivas como ardor, prurito, escozor,... que duran unos minutos, pero que a veces son tan intensos que obligan a la retirada inmediata del producto. En la exploración no se advierten lesiones, lo que dificulta el diagnóstico. Suelen ser debidas a irritantes moderados en personas predispuestas.

Intolerancia objetiva más habitual corresponde a la dermatitis de contacto irritativa, alérgica, urticaria de contacto, la fototoxía, la fotoalergia, la comedogénesis, las hiperpigmentaciones e hipopigmentaciones, etc.

La verdadera incidencia de la intolerancia a cosméticos es desconocida, aunque se sabe que los cosméticos más frecuentemente implicados son las fragancias, conservantes y tintes capilares.

Factores implicados:

- Capacidad intrínseca para producir intolerancia
- Composición del cosmético
- Concentración, duración del contacto y frecuencia de la aplicación
- Estado de la piel, alteraciones anejas
- Superficie cutánea implicada
- Espesor de la capa cornea
- Acumulación de agresiones
- Predisposición personal o existencia de lesiones dermatológicas preexistentes

## CONSERVANTES EN COSMÉTICOS

El uso de conservantes en los productos cosméticos es imprescindible debido a que la mayoría de las fórmulas empleadas son auténticos caldos de cultivo para bacterias y hongos. Un conservante ideal debe poseer un amplio espectro antimicrobiano, debe ser efectivo a diferentes pH, debe desarrollar la actividad en medio acuoso y graso, el efecto debe prolongarse hasta la fecha de caducidad del cosmético, no debe modificar las propiedades físico-químicas del cosmético, no debe ser tóxico, ni irritante, ni sensibilizante. Los conservantes suelen ocupar el segundo lugar, en frecuencia, entre los agentes sensibilizantes en cosméticos, utilizándose de forma aislada ó en mezclas para mejorar el espectro antimicrobiano. La sensibilización de contacto a conservantes contenidos en cosméticos pueden variar. Los más frecuentes son el Kathon CG (Euxyl K 100), el formaldehído, los agentes liberadores de formaldehído, los parabenes, el tiomersal y el Euxyl K 400. Sin embargo, no debemos olvidar que otros sensibilizantes como la cloroacetamida, el triclosán, el captan, el famesol y el bromonitrodioxano pueden formar parte de desodorantes y productos de peluquería.

Clínicamente los conservantes pueden provocar un cuadro clínico de dermatitis de contacto irritativa, dermati-

tis de contacto alérgica, dermatitis fotoinducida así como urticaria de contacto, habiéndose descrito también casos inusuales de shock anafiláctico. Es poco frecuente la aparición de dermatitis de contacto sistémica por conservantes, en pacientes previamente sensibilizados a los mismos alérgenos por vía tópica. El diagnóstico de sospecha de sensibilización de contacto a conservantes contenidos en cosméticos es clínico, siendo confirmado mediante la realización de pruebas epicutáneas con los alérgenos de la serie estándar, la serie de cosméticos y los productos cosméticos propios.

El Kathon CG (metilisotiazolinona y metilcloroisotiazolinona, Euxyl K 100) acaparó el primer lugar como sensibilizante de contacto en cosméticos en la década de los 80 en Europa, y posteriormente su frecuencia fue disminuyendo, al ser sustituido parcialmente por el formaldehído, los liberadores del formaldehído y por el Euxyl K 400. En un intento de limitar la sensibilización de contacto por el Kathon CG se ha recomendado que la concentración no debe superar 7,5 ppm en los cosméticos que se aclaran con agua y 15 ppm en los que no se aclaran. El Euxyl K 400 (metildibromo glutaronitrilo y fenoxietanol) es un conservante que se introdujo en cosmética en el año 1985, apareciendo poco después los primeros casos de sensibilización de contacto. Debido a que la frecuencia de alergia de contacto a este alérgeno está incrementándose, se ha recomendado que la concentración en productos cosméticos no debe superar el 0,1%. El formaldehído y algunos agentes liberadores de formaldehído, como el quaternium 15 son frecuentes sensibilizantes de contacto. En general los cosméticos pueden contener formaldehído a baja concentración, y este puede estar presente en champús, endurecedores de uñas y cremas hidratantes. Los liberadores de formol se utilizan cada vez más por lo que es previsible que el número de alergias de contacto aumente en un futuro



# //MELASMA (cloasma)//



La palabra Melasma deriva del griego “melas”, color oscuro, mancha oscura.

Es un trastorno de la pigmentación cutánea que se manifiesta comúnmente en la cara, como manchas oscuras o hiperpigmentadas, en zonas expuestas al sol.

Su distribución es simétrica en pómulos, alrededor de la boca y en la frente (60 - 65%). En un menor porcentaje en zonas malar (20%), mandibular (15%), y ocasionalmente en el dorso de los antebrazos. Estas manchas son de color castaño, variando su tonalidad del marrón claro al oscuro,

Se presenta en mujeres de piel trigueña (proporción de 10 a 1 con respecto al hombre).

Puede asociarse al embarazo, administración de anticonceptivos, difenilhidantoína, o incluso ser de origen idiopático. Cuando se asocia al embarazo ha recibido tradicionalmente el nombre de cloasma gravídico.





CUADRO 1 Factores de riesgo	
FACTORES PREDISPONENTES	
Exógenos	Físicos: Irradiación ultravioleta (UVA y UVB) Infrarojos Trauma mecánico, fricción
	Químicos: Cosméticos Dermolimpiadores
Endógenos	Sexo Color de piel (fototipos III a V) Edad Predisposición genética (mestizaje) Hormonales <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Embarazo</li> <li>▪ Tiroides</li> <li>▪ Suprarrenales</li> </ul>
FACTORES AGRAVANTES	
Medicamentos Fricción	

Desde el punto de vista histológico existen tres tipos de melasma, en función de la profundidad a la que se encuentre la melanina:

- Epidérmico: asienta en el estrato basal. Presenta los bordes bien delimitados y suele distribuirse por el área centro - facial. Es el tipo de melasma que mejor responde a tratamiento.
- Dérmico: en la dermis papilar. Suele presentar bordes difusos y se ubica habitualmente en la región del hueso cigomático.
- Mixto: combina las características del melasma dérmico y epidérmico.

De que tratamientos dispongo actualmente:

Para lograr mejores resultados, se utilizan tratamientos despigmentantes combinados. Su médico dermatólogo realizará un plan terapéutico de acuerdo a la clínica y a las características de cada paciente.

Fotoprotección: Es muy importante en estos pacientes incluir conductas de fotoeducación, su médico dermatólogo es quien debe indicar la pantalla solar de acuerdo al tipo de piel de cada paciente.

Tratamiento domiciliario: Es en base a cremas que contienen sustancias despigmentantes. La más utilizada es la hidroquinona, ácido retinoico, glicólico, mandélico, ácido kójico, ácido fítico, uva urzi, vitamina C, etc

Generalmente se utilizan en forma combinada para potenciar los efectos blanqueadores y despigmentantes.

Tratamiento de consultorio:

Peeling: Se pueden realizar peeling físicos con puntas de diamante o químicos que son los más utilizados. Es un tratamiento que consiste en la aplicación tópica de un preparado químico capaz de

provocar una destrucción limitada y controlada de la piel. De esta forma se busca regularizar la población melanocitaria y disminuir la hiperpigmentación.

Las sesiones de peeling se realizan cada 7 o 15 días. Con el uso consciente del fotoprotector, el tipo de peeling a utilizar y el seguimiento médico-dermatológico los peelings se pueden realizar en cualquier época del año.

El tratamiento dura aproximadamente 1 hora y luego del mismo la persona puede retomar a sus actividades normalmente.

Las sustancias que más se utilizan son: el ácido glicólico, mandélico, salicílico, kójico, retinoico (Yellow peel), hidroquinona, TCA. Se pueden utilizar solos o combinados.

Mesoterapia: A través de la intradermoterapia podemos utilizar productos despigmentantes como el ácido kójico, melawhite, etc.

Láser y LPI: Utilizando diferentes longitudes de onda podemos tratar las hiperpigmentaciones producidas en el melasma.

Aspectos a tener en cuenta en el tratamiento

- Los tratamientos para las hiperpigmentaciones se hacen combinando el despigmentante tópico (Tratamiento Domiciliario) con el tratamiento en consultorio, el cual su médico dermatólogo indicará.
- Debemos cuidar de no irritar la zona a tratar por las posibles pigmentaciones secundarias o exacerbación de las presentes, por este motivo los peelings no deben ser muy agresivos y no se debe realizar depilación con cera en la zona hasta indicación médica.
- El planteo al paciente con respecto a la evolución del tratamiento debe ser claro, ya que los cambios se realizarán luego de varias semanas. Y comunicarles que el uso del fotoprotector es indispensable durante y después del tratamiento para evitar las posibles recidivas.

Cuadro 2 Correlación clínico- patológica			
Tipo	Luz normal	Luz de Wood	Histología
Epidérmico	Café claro	Realiza el contraste del collar	Deposito de melanina en las capas basal y suprabasal de la epidermis
Dérmico	Gris Azul	No hay realce en el contraste del color.	Macrófagos repletos de melanina en una ubicación perivascular encontrada en la dermis superficial y media
Mixto	café oscuro	Realiza el contraste del color en algunas áreas y en otras no.	Los depósitos de melanina se encuentran en la epidermis y la dermis.
Indeterminado	Gris azul o desconocida	Tipos de piel 5 y 6	Los depósitos de melanina se encuentran en la dermis.



# // ¿PORQUE NUESTRA PIEL ENVEJECE? //



El mantenimiento de la juventud, o por lo menos de la apariencia de la juventud, ha sido siempre importante. En los últimos años ha adquirido una mayor trascendencia social y personal.

La piel sufre cambios a lo largo de su vida que son necesarios para su adaptación. Algunas modificaciones, ya sean anatómicas o funcionales, están determinadas en el genoma de cada individuo y dependen de sistemas reguladores endógenos (hormonales, metabólicos) y son modificables en grado variable y otras, generados por factores extrínsecos (radiación UV, climáticos, enfermedades, microtraumatismos) son en su mayoría posibles de ser prevenidos y parcialmente modificables.

Los cambios involutivos ocurren gradualmente y asocian no solo cambios morfológicos superficiales sino también deficiencias funcionales del tejido. Estas modificaciones extrínsecas e intrínsecas ocurren simultáneamente y se superponen.





INNOVACIÓN  
ANTI-EDAD



Rellena las arrugas desde las  
capas más profundas, sin cirugías.

**Eucerin<sup>®</sup>**

CUIDADO DERMATOLOGICO DE LA PIEL

	ENVEJECIMIENTO INTRINSECO	FOTODAÑO
Apariencia	Piel delgada, sin manchas, arrugas superficiales, disminución de la elasticidad.	Piel engrosada, hiperpigmentaciones, arrugas profundas, pérdida de la elasticidad.
Epidermis	Adelgazada	Acantosis, atipia celular.
Fibras elásticas	Incrementadas	Muy incrementadas, duras.
Fibras colágenas	Engrosadas, con fibras desorientadas	Con masas amorfas.
Glicosaminoglicanos	Disminuidos	Muy disminuidos
Dermis Papilar	Capilares disminuidos	Elastosis solar
Dermis Reticular	Delgada, disminución de fibroblastos y mastocitos, sin inflamación.	Engrosadas, elastosis, disminución de fibroblastos y mastocitos con inflamación.
Microvasculatura	Disminución de vasos nutricionales	Vasos muy disminuidos y distorsionados (telangiectasias)



En las últimas décadas, se ha llegado a un cono de diferencias entre el envejecimiento intrínseco y fotodaño

Las modificaciones más importantes del aspecto de la piel relacionada con la edad son, la sequedad (aspereza), la formación de arrugas, tinte blanco amarillento, laxitud con reducción de la elasticidad cutánea y del panículo adiposo, y diversas neoplasias benignas. Se observa una declinación fisiológica gradual; con una disminución en la secreción de las glándulas sebáceas y sudoríparas, apareciendo canicie y/o calvicie y alteraciones unguales como fragilidad ungueal. A nivel histológico en el envejecimiento cutáneo podemos observar en la epidermis aplanamiento de la unión dermoepidérmica, con borramiento de las papilas dérmicas y del reticulado espicular epidérmico. Se observa variable tamaño, forma celular y atipia nuclear ocasional con disminución de los melanocitos y de las células de Langerhans. En la dermis la disminución del grosor se aproxima al 20%, evidenciándose atrofia con menos fibroblastos, 50% menos de mastocitos, con dismi-

nución del lecho vascular y asas capilares acortadas; terminaciones nerviosas anormales.

La dermis reticular presenta fibras elásticas más gruesas con frecuencia fragmentadas y con lagunas pequeñas; cambios bioquímicos con mayor ligamiento cruzado de las moléculas de colágeno; y alteraciones en los mucopolisacáridos en las que están inmersas las fibras colágenas y elásticas. En cuanto a los anexos cutáneos puede observarse un descenso moderado de los folículos pilosos debido en parte a la atrofia y la fibrosis. Hay un aumento de la proporción de folículos pilosos telógenos. Aumenta la proporción de cabellos despigmentados debido a la pérdida progresiva de melanocitos en el bulbo piloso. El número promedio de las glándulas écrinas disminuye cerca del 15% en la mayoría de las regiones corporales. El tamaño y número de glándulas sebáceas no parecen alterarse con la edad. La disminución exponencial de la secreción sebácea de alrededor del 23% por década se atribuye al descenso concomitante de la producción de andrógenos gonadales o adrenales, para los que las glándulas sebáceas poseen una sensibilidad extrema.

En el fotoenvejecimiento se superpone al envejecimiento intrínseco, descrito previamente, las alteraciones atribuidas a la exposición crónica al sol, que nunca es universal ni inevitable. La severidad de estas alteraciones varía muchísimo entre los individuos en relación con las diferencias en la vulnerabilidad y la capacidad de reparación ante la exposición solar. Los cambios se observan en especial en la cara, el cuello y la superficie extensora de los miembros superiores. Glogau los clasifico en 4 grados.



<b>GRUPOS DE FOTOENVEJECIMIENTO</b>
<b>GRUPO I: LEVE, EN GENERAL 28-35 AÑOS</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>•No hay queratosis</li><li>•Pocas arrugas</li><li>•No hay cicatrices</li><li>•No usa cosméticos o muy pocos</li></ul>
<b>GRUPO II: MODERADO, EN GENERAL 35-50 AÑOS</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>•Queratosis actínicas tempranas, leve decoloración amarillenta de la piel.</li><li>•Lentigos solares de aparición temprana.</li><li>•Pocas arrugas y paralelas a las líneas de la sonrisa.</li><li>•Leve cicatrización.</li><li>•Usa pocos cosméticos</li></ul>
<b>GRUPO III: AVANZADO, EN GENERAL 50-65 AÑOS</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>•Queratosis actínicas presentes</li><li>•Piel amarillenta con telangiectasias. Lentigos evidentes</li><li>•Cicatrices de acné moderado</li><li>•Arrugas aun sin movimiento</li></ul>
<b>GRUPO IV: SEVERO, EN GENERAL DE 60-75 AÑOS</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>•Queratosis actínicas y cáncer de piel</li><li>•Arrugas pronunciadas cutis laxa de origen dinámico, gravitacional y actínico</li><li>•Severas cicatrices de acné</li><li>•Usa cosméticos que no cubren pero empastan</li></ul>



# // ¿QUE ES LA DERMATITIS ATOPIICA? //



La Dermatitis atópica (DA) es una enfermedad inflamatoria de la piel, que se caracteriza por alteraciones de morfología y topografía típicas; acompañadas de piel seca, prurito intenso, de evolución crónica y recidivante. Es un padecimiento de etiología multifactorial, que se asocia frecuentemente con antecedentes familiares y/o personales de atopía y también actúan factores desencadenantes. Éstos pueden ser: clima frío y seco, contacto directo de la piel con lana, polar, lycra; estrés, etc.

Es el motivo de consulta más frecuente en la especialidad Dermatología Pediátrica. No hay evidencias de desencadenantes alimentarios. El 50% de los casos comienza en el primer año de vida. Y el 30% entre los 12 meses y los cinco años. Su curso es recidivante, pero tiende a mejorar con la edad.

El cuadro clínico es característico; en lactantes menores y mayores es común la afección de cara, cuello y tronco, se observan placas con eritema, pápulas, escama y a veces vesículas y costras melicéricas si el padecimiento se encuentra en fase aguda, también llamada eccematosa.



En lactantes, la DA se asocia muy comúnmente con otros dos padecimientos de fondo atópico: la dermatitis de la zona del pañal y la dermatitis seborreica. El Niño Atópico tiene una fascies especial. Es pálido (sin estar anémico), con ojeras y presenta unas arrugas características en el párpado inferior. La sequedad de la piel lo hace más susceptible a contraer infecciones en la piel: verrugas, moluscos, infecciones bacterianas.

En niños mayores se afectan clásicamente el cuello y los pliegues antecubitales y poplíteos, la morfología de la lesiones es igual a la del lactante y en fases crónicas se observa liquenificación y costras hemáticas; la evolución natural de la enfermedad alterna periodos de remisión y exacerbación.

Existe una localización de la DA en niños preescolares y escolares que afecta pies en su tercio distal; tanto en su cara plantar como dorsal, esta variedad clínica llamada dermatosis plantar juvenil; debe ser distinguida de la tiña de los pies, padecimiento casi inexistente en niños pequeños y comúnmente mal diagnosticado y por lo tanto mal tratado.

En los adultos las lesiones se presentan en párpados superiores e inferiores, región perioral, cuello, pliegues y manos; también pueden afectarse los pezones y la región genital. La asociación más común en esta edad es la dermatitis por contacto.

El síntoma principal en cualquier edad de presentación y en las diversas etapas de evolución es el prurito. El curso clínico característico es por brotes.

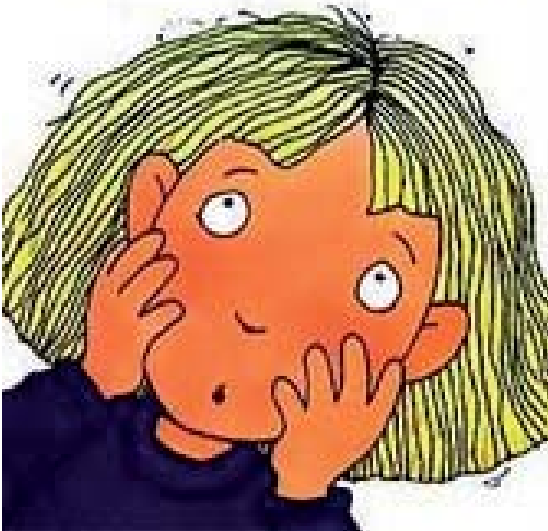
#### TRATAMIENTO

Es necesario humectar la piel y calmar el prurito. Indicamos el baño diario pero breve, con jabón cremoso. Humectación de todo el cuerpo después del baño, y en las zonas afectadas varias veces por día. El antialérgico es vía oral y es tan necesario como la crema humectante cuando extensión es difusa. Es el dermatólogo quien evaluando el aspecto, localización y extensión de la lesión va a indicar el tratamiento adecuado. La Dermatitis Atópica tiene curso recidivante y mejora con la edad. La constancia en la humectación hace menos frecuentes las recurrencias. Es muy importante la Educación a los Padres y personas a cargo del niño sobre el manejo de la Dermatitis Atópica. Ésto mejora ampliamente la calidad de vida del niño y de todo el grupo familiar.



# //MAMA, TENGO PIOJOS!!!

¡Tengo piojos!



¿Qué son los piojos? Son parásitos que afectan sólo a las personas, especialmente a los niños de entre 3 y 10 años. Aunque son molestos, no transmiten enfermedades. Pueden llegar a permanecer en la cabeza entre 23 y 30 días.

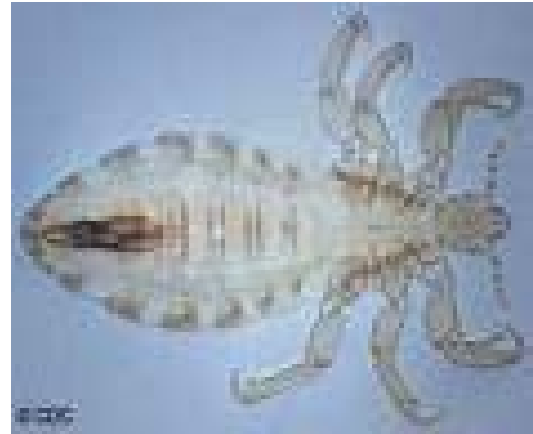
¿Cómo los detecto? En una cabeza infectada puede haber entre 10 y 12 piojos. Es necesario revisar toda la cabeza, especialmente la nuca y detrás de las orejas.

¿Qué son las liendres? Las liendres son los huevos de los piojos. Si no se eliminan, el piojo nacerá tras 5-7 días y volverá a haber piojos en el cuero cabelludo. Se eliminan con un peine llamado liendrera.

¿Durante cuánto tiempo debo pasar la liendrera? Depende de la cantidad de cabello de cada niño, pero lo habitual es dedicar al menos 20 minutos.







¿Cómo evitar contagiarse? Los piojos no aparecen por falta de higiene, incluso prefieren el pelo limpio, así que cualquiera puede contagiarse. Para evitarlo, es fundamental evitar el contacto directo con la cabeza de niños que puedan estar infectados, así como no utilizar prendas de ropa que hayan usado éstos. Además, hay que recordar que los tratamientos pediculicidas sólo deben utilizarse en niños contagiados con piojos, nunca como prevención.

¿Hay que cortarse el pelo? No, no es necesario cortarse el pelo para evitar el contagio: la longitud y el peinado no influyen en la infección parasitaria.

¿Por qué la mayor parte de los tratamientos aconsejan repetir el tratamiento a los siete días? Para eliminar los posibles piojos "recién nacidos" de huevos que no se consiguieron eliminar en el tratamiento anterior.

¿Cómo se evita la reinfestación? Siguiendo los siguientes pasos: Hervir todos los objetos que hayan estado en contacto con el pelo, como cepillos, gorras y cintas, durante al menos 10 minutos. Lavar las prendas de ropa y sábanas con agua muy caliente.

