

# *Semiología en Dermatología*

*Dr. Antonio José Rondón Lugo*

*Dra. Margarita Oliver*

La piel debe estar intacta ya que ella sirve de frontera con el mundo exterior e interior, la primera condición para que está más sana es su integridad.

Puede ser asiento de una serie de enfermedades que se localizan exclusivamente en ella, o que luego pueden invadir otros órganos o ser expresión de enfermedades sistémicas.

El paciente acude por observar alteraciones que van de las mínimas lesiones o hasta llegar a la desfiguración o por presentar síntomas como: prurito, ardor, dolor, alteraciones de la sensibilidad, hiperesestesia, hipoestesia, anestesia, resequecedad de la piel y mal olor.

## *Examen Clínico*

La dermatología es una rama de la medicina interna, esto es importante recordarlo ya que el dermatólogo debe hacer un examen integral del paciente.

## *Interrogatorio*

Preguntar sobre motivo de consulta, y establecer la enfermedad actual, evolución de la enfermedad. El paciente expli-

ca y detalla su enfermedad, el médico repregunta y así se tiene una idea clara sobre la evolución y características de su enfermedad. Las preguntas generales deben indicar: el comienzo y evolución de la enfermedad, los síntomas y los tratamientos aplicados hasta el momento actual.

## *Antecedentes Familiares*

Algunas enfermedades, ej.: atopia, ictiosis, psoriasis etc., tienen una incidencia familiar importante que debe investigarse, enfermedades sistémicas como diabetes, asma, Hansen, también deben ser precisadas. También el estado de salud actual de la familia cuando se piense en enfermedades infecciosas, ejemplo: en la escabiosis es importante conocer si otros miembros de la familia presentan prurito.

## *Antecedentes Personales*

Enfermedades previas de la piel, enfermedades sistémicas, hepatitis, neumonías, asma, gonorrea, sífilis, etc. trabajo, hábitos, hobbies, antecedentes de contacto con nuevos materiales e instru-

mentos, antecedentes epidemiológicos habituales y ocasionales.

**Edad:** Algunas enfermedades tienen diferencia por la aparición etaria, así por ejemplo en relación con las glándulas sebáceas en los lactantes se observa la dermatitis seborreica (costra láctea), en los adolescentes el acné y en los adultos se presenta la rosácea.

**Raza:** Hay predominio de enfermedades dependiendo de la raza, así en la raza negra hay más casos de queloides; en los blancos más cáncer de piel.

Tratamientos previos sistémicos o locales, por ejemplo un paciente tuvo una herida, se aplicó un medicamento, la herida puede estar infectada y además presentar dermatitis por contacto a la sustancia aplicada como a penicilina, sulfa, timerosal, ect. todos deben ser investigados.

## **Examen Clínico**

La piel debe ser examinada en su totalidad, el paciente debe estar completamente desvestido y puede repreguntarse sobre cambios específicos, en áreas determinadas, tiempo de evolución, crecimiento, etc.

Es necesario examinar: cuero cabelludo, los pelos, las uñas, mucosa bucal y genital. Para hacer un buen examen es indispensable tener una iluminación adecuada, preferiblemente con luz natural y disponer de tiempo. Al igual que las obras de arte, como en la pintura, por ejemplo: la piel debe verse por primera vez a una distancia prudencial 1-2 mts. para tener una idea global de las lesiones y luego a corta distancia usando a veces una lupa.

El examen físico depende en gran medida de la inspección, pero debe también palparse la piel. Los objetivos principales de esta maniobra son:

- a) evaluar la textura y consistencia de las lesiones cutáneas determinando características tales como la firmeza, fluctuación, dureza, ej.: aumento de consistencia en la esclerodérmica,
- b) determinar si la lesión es dolorosa y
- c) tranquilizar al paciente

## **Color**

Hay diferentes razas y cada una tiene un color característico: raza negra, raza blanca y raza amarilla. Pero en nuestra civilización, lo que se tiene es un mestizaje con predominio de una de ellas.

La melanina contenida en los melancitos proporciona el color oscuro (marrón-negro). El tejido conectivo da la blancura. En la dermis se logra el color rojo por la oxihemoglobina y el azul por la hemoglobina reducida. En las mucosas no hay capa córnea y el tinte rojo se debe a la mayor vascularidad.

El color amarillo es debido a los carotenos. Además interviene la cantidad total de hemoglobina, y los fenómenos de vasoconstricción y vasodilatación dando tonos de palidez a rubicundez.

## **Humedad**

Puede estar aumentada por los ejercicios físicos, emocionales, fiebre o disminuida como se ve en los viejos, por mixedema, ictiosis. Puede haber hiperhi-

drosis o anhidrosis, observar además si la piel es grasosa como en la dermatitis seborreica y Parkinson o seca como en la ictiosis.

### ***Turgencia***

Está condicionada por la proteinemia y la hidratación de la piel.

### ***Pelo***

Examinar la distribución, características del pelo, anotar si hay alopecia, hirsutismo, calvicie, etc. Alteración de la forma del pelo, o de la superficie.

### ***Uñas***

Todas deben ser examinadas, ver el plato ungueal, su color nácar, su superficie, forma, cutícula, región subungueal y periungueal. Las uñas pueden enfermarse individualmente o en la totalidad por enfermedades localizadas (tiña) o por enfermedades sistémicas (psoriasis)

### ***Región anogenital***

Pueden verse ulceraciones (chancro) secreciones (gonorrea), eritema (intertrigo), tumoraciones (condilomas acuminados), etc.

### ***Mucosas***

Las mucosas bucal y genital deben examinarse; en algunas enfermedades sistémicas —como en el liquen plano— pueden verse lesiones, o en enfermedades localizadas como leucoplasia, moniliasis.

La descripción de las lesiones se puede hacer de manera global cuando no existe una variedad sustancial en las diferentes partes del cuerpo o en casos contrarios debe hacerse por regiones determinadas. Es útil hacer un dibujo descriptivo donde se recoge en forma

esquemática la descripción realizada, es también necesario hacer mediciones de la mayoría de las lesiones principalmente tumorales y ulcerosas, para así tener mayor precisión en cuanto a su crecimiento o involución; en casos de úlceras se aconseja un dibujo calcando la forma y el tamaño, para así lograr un fiel control cuando se realizan pruebas de medicamentos, donde se requiere medir la eficacia de manera significativa. El papel usado para este dibujo puede ser de un peso constante y calcular el área total de la úlcera.

Se debe examinar la lesión inicial y las subsiguientes. Lo primero que debe hacerse es señalar la localización de las lesiones, es decir, su topografía.

### ***Topografía de las lesiones:***

Localizadas o generalizadas  
Simétricas o asimétricas  
Discreta o confluyente  
Monomorfa o polimorfa  
Única o múltiple  
Circunscrita o no  
Aislada o en grupos  
Segmentaria  
Zosteriforme  
Móvil o fija

Luego ver qué partes están afectadas:

Piel  
Mucosas  
Uñas  
Pelos  
Áreas flexoras  
Áreas extensoras  
Palmas - plantas  
Folicular  
Áreas expuestas - Áreas cubiertas  
Periorificiales  
Intertriginosas  
Adyacentes a las articulaciones

Las lesiones pueden tener diferente configuración:

Acuminada	Cóncava
Angular	Cónica
Anular	Convexa
Cerebriforme	Crateriforme
Circinada	Dentada
Deprimida	Discoide
Difusa	Cupuliforme
Excavada	Geográfica
Hemisférica	Iris
Irregular	Arriñonada
Lineal	Numular
Oval	Papilomatosa
Paralela	Pedunculada
Plana	Policíclica
Puntiforme	Reticular
Redondeada	Serpiginosa
Verrugosa	

Ejemplo: La localización puede ser como en algunos nevus, fenómenos de Köebner; pueden estar en sitios expuestos a la luz solar: ej. fotodermatitis, pelagra o en los pliegues: intertrigo, dermatitis por contacto o tener predilección por determinadas zonas ej.: psoriasis, codos, rodillas, cuero cabelludo. Dermatitis atópica: pliegues flexurales.

Los signos más referidos en dermatología son:

- **Fenómeno de Köebner:** es la aparición de lesiones semejantes a las lesiones primarias, cuando se producen traumas. Se observa en psoriasis, liquen plano, verrugas planas, vitiligo.
- **Signo de Auspitz:** Se ve en la psoriasis cuando se desprende una escama, se observa un sangrado en forma de rocío hemorrágico; esto se explica por la histología de la enfermedad, ya que existe una papilomatosis y estas

se encuentran muy cerca de la superficie, además hay neoformación vascular.

- **Signo de Darier:** En la mastocitosis cuando se frota las lesiones se produce enrojecimiento de ellas.
- **Signo de Nicosky:** Haciendo presión en áreas próximas a las ampollas, en el pénfigo se produce despegamiento de la epidermis (epidermis-dermis).

## ***Lesiones Elementales de la Piel***

### ***A. Lesiones Primarias***

**I. Máculas:** cualquier cambio del color de la piel, sin alteración del grosor, ni consistencia. Pueden ser debidas a:

a) **Congestión activa:** de origen vascular (arterial). Es el eritema: mancha de color rosado o rojo intenso, planas, desaparecen por la presión digital. Pueden ser únicas o múltiples. Pequeñas o extensas. De forma variada, morbiliforme, escarlatiniforme, eritrodermia (todo el cuerpo). Generalmente se acompaña de aumento de la temperatura.

b) **Congestión pasiva:** (venosa) es la cianosis. Se observa en sitios de menor circulación y a veces se acompaña de hipotermia e hiposudoración. El color de la piel es azulado.

c) **Hemorragias:** por ruptura de vasos.

**Petequias:** lesiones pequeñas

**Equimosis:** gran número de vasos confluyen. No desaparece.

d) **Modificaciones vasculares:** modificación de la estructura capilar. Son los nevus. De origen: congénito.

Las máculas pueden ser de origen:

1) **Melanógeno:**

1.a) **Hiperpigmentado:** Es la mancha hipercrómica. Generalmente en sitios expuestos al sol. ej.: melasma. Cuando es confluyente: melanodermia. Difusa en la enfermedad de Addison.

1.b) **Hipopigmentada:** es la mancha hipocrómica. Hay disminución de pigmentación normal, ej.: lepra, carare.

1.c) **Manchas acrómicas:** Primarias ej.: vitiligo, nevus acrómico. Secundarias: Traumas

2) **Hematógenas:** Por excesiva producción de glóbulos rojos, produciendo infiltración de pigmento. Dermatitis ocre, ej.: paludismo, intoxicación por medicamentos, hemocromatosis.

3) **Otros orígenes**

II. **Pápulas:** Son elevaciones circunscritas de la piel, de consistencia sólida, curan sin dejar cicatriz. De tamaño hasta de 10 mm.

1) **Epidérmico:** aumento difuso de las capas de la epidermis. ej.: verrugas planas.

2) **Dérmico:** el infiltrado está en la dermis ej.: lúes secundaria.

3) **Mixto:** alteración tanto en la epidermis como en la dermis. ej.: liquen plano.

Pueden ser de forma: acuminadas, redondeadas, cónicas, planas, umbilicadas. Color: blancuzco, rojo, amarillento, negruzco, eritemato-violáceas. Número: únicas o múltiples, aisladas o confluentes.

III. **Nódulos:** Lesiones sólidas que tienen conexión con la hipodermis. Crecen hacia arriba y hacia abajo, pueden involucionar espontáneamente, ulcerarse. Ej.: eritema nodoso, nódulos reumatoides, xantoma tuberoso.

IV. **Tumores:** Son neoformaciones de forma, tamaño y consistencia variable con tendencia a persistir y crecer.

V. **Ronchas y Habones:** Son elevaciones evanescentes, edematosas de forma y tamaño variable. Generalmente se acompaña de prurito. Ej.: urticaria.

VI. **Vesículas:** Son elevaciones circunscritas de contenido líquido y no mayor de 5mm. Pueden ser aisladas: varicela. Confluentes: herpes.

VII. **Ampollas:** Elevaciones circunscritas de contenido líquido, mayor de 5 mm de contenido claro o hemorrágico. ej.: Pénfigo.

VIII. **Flictenas:** Se reserva este nombre a las ampollas que se producen en las quemaduras.

IX. **Pústulas:** Son ampollas de contenido purulento. ej.: impétigo.

B. **Lesiones secundarias**

I. **Escamas:** Son laminillas córneas, producidas por alteración del cuerpo mucoso de malpighio. Pueden ser:

**Pitiríásicas:** son finas. ej.: pitiriasis alba

**Micáceas:** gruesas. ej.: psoriasis.

**Oblea:** se desprende. ej.: parapsoriasis.

**II. Costra:** Deseccación de suero, por sangre y restos epiteliales. Hemáticas. ej.: ectima. Mielicéricas: como miel. Piodermitis.

### **III. Solución de continuidad:**

1) **Fisura:** herida lineal, no llega a la basal, generalmente en sitios de mayor tensión.

2) **Excoriación:** abrasión por medio mecánico (resecado).

3) **Erosión:** o exulceración: pérdida de sustancia que no llega a la dermis.

4) **Úlcera:** pérdida de sustancia, llega a la dermis, deja cicatriz.

5) **Fístulas:** trayectos de aspecto fibroso que tienen aspecto de conducto, pueden ser ciegas o abiertas.

**IV. Vegetaciones:** Proliferación exagerada de papilas. Producen levantamiento en forma de masa lobulada.

**V. Escaras:** Tejido muerto o necrótico que tiene que ser eliminado.

**VI. Atrofia:** disminución del espesor y consistencia de la piel, que pierde su elasticidad. Pueden ser primaria: anetodermia. Secundaria: fisiológica, senil. Exógeno: post-radiación sol.

**VII. Esclerosis:** Condensación de la dermis, resultando la piel menos plegada, más adherida a los planos profun-

dos. Primaria: esclerodermia. Secundaria: dermatoesclerosis.

**VII. Liquenificación:** La agresión prolongada a la piel produce espesamiento con hiperpigmentación y acentuación del cuadrículado de la piel. ej.: neurodermatitis, dermatitis crónicas.

**IX. Cicatrices:** Neoformación de tejido fibroso que repara la pérdida de sustancias. Pueden ser de color hiperpigmentadas o hipopigmentadas. Elevadas o deprimidas

**X. Placas:** Unión de varios tipos de lesiones, pueden ser de tipo hipertrófico o atrófico.

## **Métodos de Diagnóstico: Técnicas Especiales**

Las técnicas de laboratorio son herramientas importantes como auxiliares del diagnóstico. La piel, como órgano sumamente accesible, se presta a exámenes de laboratorio. La recolección del espécimen es fácil, puede efectuarse en el consultorio y los resultados se obtienen de inmediato

### **A) Uso de lentes de aumento:**

Para analizar la presencia de detalles morfológicos finos, generalmente se usan lupas de 2X a 7X. Su uso es efectivo por ejemplo en el diagnóstico de lupus eritematoso (tapones foliculares); liquen plano (estriás de Wickham), carcinomas (telangiectasias) y melanoma maligno (cambios de color)

Lentes con magnificación de 10 x a 30 x están ahora disponibles y permiten la observación de las lesiones cubier-

tas con una gota de aceite (efecto de inmersión) y así permite la inspección de capas más profundas de la piel, este es llamado microscopio epiluminiscente y permite la distinción de patrones de crecimiento benignos de los malignos, particularmente en lesiones pigmentarias.

### **B) Fuentes de luz oblicuas sobre la piel**

Permite detectar pequeñas elevaciones o depresiones, la configuración de las lesiones

### **C) Examen con luz de Wood (luz negra, luz ultravioleta de onda larga)**

Útil en el diagnóstico de ciertas enfermedades de la piel, el pelo y la porfiria. Se usan lámparas de emisión en el rango de 360nm, la cual al llegar a la piel y en un cuarto oscuro produce una fluorescencia visible, generalmente debe aproximarse la luz a una distancia de 2 a 4 cm. Particularmente útil en:

- a) dermatofitosis en la vaina pilosa (verde azulada) al ser causada por *Microsporum* sp pero no dando fluorescencia si es causada por otros agentes
- b) eritrasma (rojo coral)
- c) las infecciones por *Pseudomonas aeruginosas* (amarillo verdosa).
- d) un diagnóstico presuntivo de porfiria puede hacerse si se demuestra fluorescencia rojo-rosada en la orina, la adición de ácido hidroclo-

hídrico se intensifica la fluorescencia.

- e) lesiones hipopigmentadas de pitiriasis versicolor, vitiligo y las manchas en hoja de fresno de la esclerosis tuberosa no muestran fluorescencia, pero con la luz de Wood aparecen más claras y distintas de la piel no afectada. Una fuente de error lo constituye el uso de cosméticos y fármacos tópicos los cuales pueden ser fluorescentes.

### **D) Diascopia:**

Consiste en presionar firmemente un portaobjeto sobre las lesiones en la piel. Útil en determinar si el color rojo de una mácula o pápula es debido a dilatación capilar (eritema) o a extravasación de glóbulos rojos (púrpura)... También para la detección de coloraciones amarillo-marrones en sarcoidosis, tuberculosis, linfoma y granuloma anular.

- E) Blanqueamiento con acetona:** facilita la detección de verrugas genitales subclínicas. Se usa una gasa saturada con ácido acético al 5% (vinagre blanco), después de 5 a 10 minutos se observa la zona evidenciándose pápulas blancas en caso de infección por el Virus del papiloma humano (VPH).

**Bibliografía**

- 1) Rondón Lugo A. *Manual de Dermatología*. Ed. Disinlimed. 1987, 145-147.