

LESIONES ELEMENTALES DE PIEL Y MUCOSAS

Autora: María Pilar Alonso Núñez

BIBLIOGRAFIA:

DULANTO,F.. Dermatología médico-quirurgica.

GARCIA PEREZ,A. Dermatología clínica.

GAY PRIETO,J. Dermatología.

SOTO MELO .J. Dermatología.

Wikipedia.org

-CONCEPTO DE LESIÓN ELEMENTAL:

-Es un cambio anormal en la morfología o estructura de una parte del cuerpo producida por un daño externo o interno.

Las heridas en la piel pueden considerarse lesiones producidas por un daño externo como los traumatismos, agentes químicos, agentes físicos, agentes biológicos etc. No todas las lesiones provocan una enfermedad, ni requieren tratamiento.

La especialidad médica encargada de identificar las lesiones de las enfermedades, generalmente mediante biopsias es la anatomía patológica (wikipedia)

La variedad de las lesiones que pueden afectar a la piel y a las diversas mucosas corporales, hace que las agrupemos, atendiendo a su morfología, en las siguientes modalidades:

1—PAPULA:

Son lesiones cutáneas elevadas sobre la superficie de la piel circundante, de consistencia sólida, de escaso tamaño (menos de 1cm de diámetro) resultado de la hiperplasia localizada de elementos celulares de la epidermis o dermis, o depósito de productos del metabolismo de la dermis.

2-- MACULA:

En latín significa mancha

Es toda alteración circunscrita de la coloración de la piel y mucosas que no hace relieve en la superficie.

Sus tonalidades son muy variables según su causa. Ejem:

-Blancas-- las que tienen ese color por falta de pigmentación, como las que pueden darse en el vitiligo.

-Densas—empleado el término en microscopía del riñón, para designar una estructura formada por células epiteliales de la nefrona.

-Escamada—es la que está recubierta por piel en forma de escamas ejem. (psoriasis).

3—VESÍCULA:

Son lesiones elevadas, pequeñas, que contienen líquido de aspecto claro. Cuando su tamaño es grande, se denominan ampollas. Pueden brotar directamente o a partir de una mácula o crápula y puede convertirse en pústula. Su vértice puede ser redondeado, acuminado, umbilicado o rasgado.

Con frecuencia las paredes son tan delgadas que son traslúcidas pudiéndose ver su contenido. Pueden originarse en el seno de la epidermis (vesiculación intraepidérmica)

o en la unión de la dermis con la epidermis (vesiculación subepidérmica).

4—PUSTULA:

Semejante a la vesículas y ampollas pero cuando su contenido es pus.

Es una elevación dermoepidérmica que hace relieve en la piel, con contenido turbio, a diferencia de las vesículas.

5—NODULO:

Lesión sólida que se puede ver o palpar, con un diámetro mayor de un 1cm.

6—COSTRAS:

Acumulos de suero, sangre, o pus desecados

Lesión elemental producida por la desecación de un exudado o secreción.

7—ULCERA:

Pérdida de las capas más superficiales de la piel y/o mucosas.

Es de tamaño variable y puede abarcar únicamente el epitelio o bien alcanzar las estructuras más profundas.

8—ATROFIA:

- Proviene del griego que significa sin nutrición
- Es el adelgazamiento por involución de la piel y las mucosas.
- Es la reducción generalizada o circunscrita de un órgano condicionada por la desaparición de una sustancia presente hasta el momento.
-

La atrofia corresponde a la acomodación a menor carga de trabajo, a falta de uso, a la disminución del riego sanguíneo o a la pérdida del estímulo endocrino. Cada estructura histológica tiene una forma peculiar de atrofiarse.

9—CICATRIZ:

Zona fibrosa, indeleble, resultado de la curación de diversas lesiones.

Es el tejido conectivo que sustituye a un tejido, cuyas células han resultado muertas o dañadas. La restitución se hace mediante fibroblastos jóvenes

10—ERITEMA:

Es el enrojecimiento difuso o localizado de la piel, condicionado por una inflamación, debida a un exceso de riego sanguíneo mediante vasodilatación. Suele ser transitorio, palidece momentáneamente bajo la presión del dedo y representa la forma de la piel de

reaccionar frente a irritantes internos o externos.

PATOLOGIAS MAS FRECUENTES ASOCIADAS A ESTAS LESIONES.

1—AFTAS:

(ulceras bucales o estomatitis aftosa recurrente)



Úlcera bucal

ADAM.

Tienen una prevalencia entre el 5-60% de la población y se presenta con gran frecuencia entre niños y adolescentes entre los 10-19 años.

Son lesiones vesiculares son muy dolorosas, con contenido liquido seroso, que secundariamente se ulceran.

Se dan de forma aislada o en grupos.

Su localización mas frecuente es en la mucosa oral y labial, los bordes de la lengua, los surcos bucales y linguales y el paladar blando; pero también aparecen en la mucosa genital.

El cuadro clínico que presenta se caracteriza por la existencia de dolor ,que es de tipo quemante ,de ahí viene el nombre de esta lesión (aptein=quemar).

No suelen acompañarse de fiebre a no ser que se sobreinfecten.
Curan espontáneamente sin dejar cicatriz en unos 10-14 días.

El aspecto de la lesión es como de mantequilla al principio, luego se engrisece por necrosis quedando la lesión rodeada por un halo enrojecido.

Su causa es desconocida aunque se considera que puede estar relacionado con una reacción inmunologica, frente a las bacterias comunes de la flora bucal, falta de vitaminas ,cambios hormonales,y alergias alimentarias .También existe cierta predisposición genética, y las de origen traumático (cepillo de dientes).

A veces estas aftas forman parte de cuadros clínicos complejos como:

a) síndrome de BEHCET (Medico turco DrHulusi Behcetç).

Se caracteriza por tres síntomas:

- aftas bucales (estomatitis aftosa)
- aftas genitales (se localizan en el glande y el escroto en el varón y en la vulva, vagina, y cervix en la mujer.
- iritis ((uveitis) La uveitis bilateral está en el 60-70% de los pacientes.

A veces se asocian , coroiditis, neuritis ópticas, alteraciones vasculares retinianas y otras que pueden conducir a la ceguera si no se trata la enfermedad.

El tratamiento esta dirigido a reducir la inflamación o a intentar regular el sistema inmunoterapia.

b) síndrome de REITER

Se cree que un factor genético (la presencia del gen HLA-B27) puede aumentar el riesgo a padecerlo.

Afecta principalmente a varones jóvenes entre los 20-40 años.

Sus características principales son :

- ---inflamación de las articulaciones.
- ---síntomas del tracto urinario(prostatitis, supuración del pene, uretritis etc).
- ---síntomas oculares (conjuntivitis, uveitis, ojo doloroso e irritado).

Existen afectaciones dermatoesqueleto en forma de papulas serosas en palma , plantas, y con menor frecuencia en uñas , escroto, cuero cabelludo y tronco.

c) enfermedad de SUTTON.

Conocida también como periadenitis mucosa necrótica recurrente.

Se trata de aftas que evolucionan a la cicatrización dando lugar a una cicatriz retráctil y gruesa.

Aparecen alrededor de las glándulas salivares accesorias y destruyen el tejido mucoso. Las aftas pueden llegar a alterar las funciones fisiológicas de la boca como la fonación, la deglución , la masticación etc.

En el tratamiento deben estar en estrecha relación el estomatólogo y el dermatólogo.

Se puede realizar por vía parenteral o local, utilizando generalmente antibióticos, vitaminas (B-1, B-6, B12), antisépticos y antiinflamatorios.

Si los antibióticos no son efectivos , generalmente los corticoides remiten las ulceraciones.

2—HERPES SIMPLE Y HERPES ZOSTER:

a) herpes simple.

Se trata de una infección viral que afecta a los seres humanos .

Se caracteriza por la aparición en la piel y en mucosas, vesículas llenas de líquido transparente.

Los primeros síntomas son: picazón, sensación de hormigueo, seguidos por la aparición de las ampollas que se abren.

La infección se mantiene latente en las células de los nervios .Sin embargo se puede reactivar sin ningún aviso y a menudo sin síntomas ni lesiones visibles.

El virus herpes simple tipo I(VHS1) es la causa de las úlceras que aparecen alrededor de la boca o en el rostro.

El virus herpes simple tipo II, causa, herpes genital, y afecta a las nalgas o la región anal. Es una enfermedad de transmisión sexual(ETS). El virus puede diseminarse aún cuando no exista la presencia de llagas.

Otros síntomas que puede dar el herpes genital son: fiebre, dolores musculares, flujo vaginal, dificultad al orinar .

Puede ser peligroso para el recién nacido o personas inmunodeprimidas.

Para el herpes genital no existe cura, el virus permanece en el cuerpo el resto de la vida.

Sí hay ciertas medidas preventivas para aliviar síntomas y disminuir la probabilidad de infectar a la pareja , como son:

- -usar ropa que quede suelta
- -mantener el área genital limpia y seca
- -no tocarse
- -evitar tener relaciones sexuales durante un brote.



b) herpes zóster o culebrilla.

Es una erupción vesicante y dolorosa debido a una infección aguda , causada por el virus varicela zóster (VVZ)

El VVZ es también el causante de la varicela,(enfermedad cutánea clásicamente infantil) .Por tanto es necesario haber estado expuesto a la varicela para desarrollar un herpes zóster. Eso no quiere decir que todo el mundo que pasó la varicela vaya a sufrir en un futuro el herpes zóster.

Afecta a personas mayores de 50 años o con un sistema inmunológico bajo; pero cada vez es mas frecuente la aparición en niños.

Afecta al territorio de un nervio, causando unas lesiones vesiculares, acompañadas de fuerte picor. Previa a la aparición de éstas vesículas es característica una sensación de quemazón en la zona afectada. Posteriormente las vesículas se transforman en costras y luego en cicatriz discreta.

Se diagnostica principalmente por la clínica.

El tratamiento se realiza con fármacos antivirales por vía oral o intravenosa; pero no siempre es necesario tratarlo, ya que se resuelve espontáneamente en 7 días. El tratamiento se indica principalmente en pacientes inmunosuprimidos, por el riesgo de diseminación del virus a otros órganos.



Zoster

ADAM.

3—PÉNFIGO.

Es una enfermedad autoinmune de la piel y mucosas, de origen desconocido, en la que se forman ampollas debido a una destrucción de los desmosomas (puentes de unión entre las células epiteliales) que recibe el nombre de acantolisis. Por tanto la ampolla del pénfigo es intraepitelial.

El pénfigo es un trastorno poco común y aparece entre los 40-60 años, siendo bastante raro en la infancia . La incidencia es igual en ambos sexos.

Dentro de los pénfigos distinguiremos las siguientes entidades:

a) pénfigo vulgar—Es la forma clínica más común.

Se caracteriza por ampollas intradermicas. Aproximadamente la mitad de los casos de pénfigo vulgar comienza con la formación de ampollas en la boca, seguidas de ampollas en la piel.

Puede aparecer también como efecto secundario de medicamentos para la presión sanguínea (IECA) o agentes quelantes.

Se ha visto cierta asociación entre el riesgo de desarrollar pénfigo vulgar y la exposición a pesticidas y vapores de algunos metales. Por otro lado el riesgo de desarrollar la enfermedad parece ser menor en fumadores que no fumadores, ya que la nicotina parece estimular la adherencia entre los queratinocitos.

El tratamiento médico de elección son los corticoides orales siempre que no exista contraindicación absoluta . Si el enfermo no responde es preciso añadir inmunosupresores.

Las medidas generales a tener en cuenta desde el punto de vista de enfermería son: - cuidados tópicos de las lesiones mediante fomentos con sustancias astringentes.

- -manejar a los pacientes con lesiones extensas como si fuesen quemaduras.
- -vigilar la sobreinfección.
- -controlar los desequilibrios hidroelectrolíticos
-
-



b)penfigo foliáceo—Es más benigno que el penfigo vulgar.

Aquí las lesiones ampollosas se rompen fácilmente apreciándose únicamente lesiones descamativas y costrosas. Suelen localizarse en la cabeza y la parte superior del tronco y no existe afectación de mucosa.

El tratamiento es igual que el penfigo vulgar aunque la dosis de corticoides para su control suele ser menor y por lo general, no necesitan inmunosupresores.

El pronostico es mejor.



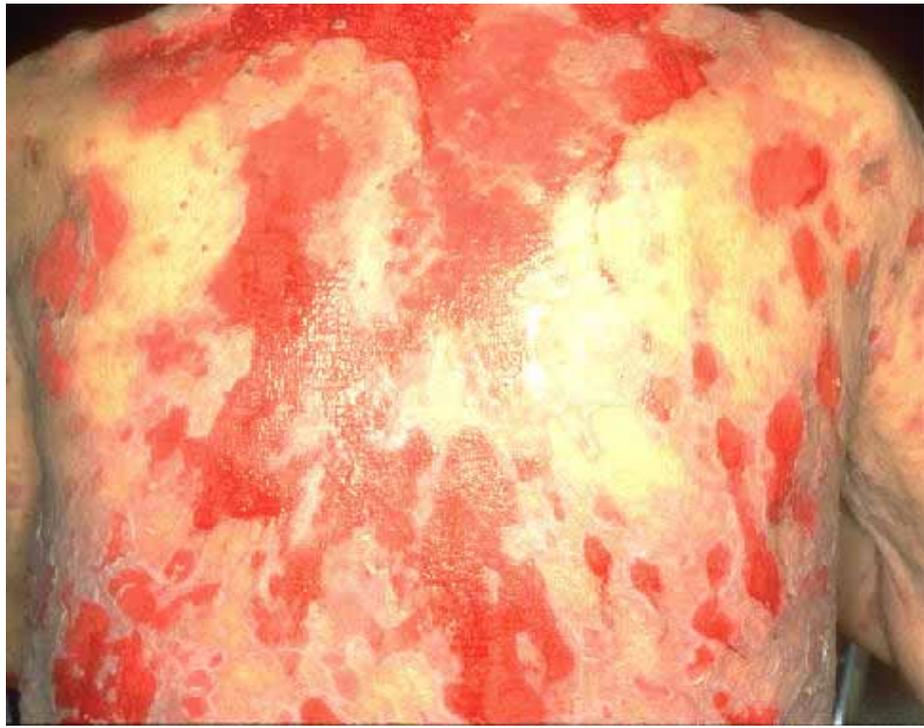
c)penfigo paraneoplasico— Es una erupción mucocutanea polimorfa, asociada a neoplasia interna.

Clinicamente se manifiesta como lesiones a modo de ampollas, flácidas o tensas, con o sin erosión localizadas en tronco, y parte proximal de las extremidades. Es frecuente que exista afectación palmoplantar y perioniquia.

Suele respetar la cabeza y cara. Puede afectarse mucosa oral provocando una estomatitis intratable que suele ser el primer síntoma de la enfermedad. O haber también afectación ocular a modo de conjuntivitis pseudomembranosa. Otras mucosas que pueden afectarse son la mucosa genital y la esofágica.

Respecto a la terapéutica ,si es posible, tratamiento de la neoplasia asociada. La terapia tópica es necesaria para reducir el severo dolor y el discomfort originado por las lesiones.

El odontología asume un papel importante en la identificación de las lesiones, debiendo realizar el diagnostico por la historia clínica y exámenes complementarios adecuados que junto con el patologo y el dermatólogo constituyen un equipo multidisciplinario capaces de diagnosticar y tratar al paciente que presenta esta enfermedad, mejorando su condición y calidad de vida.



4—LIQUEN

Es una enfermedad en la cual se presenta una erupción pruriginosa con inflamación en la piel o en la mucosa oral, de causa desconocida pero se ha relacionado con virus , germen anaerobios, fatiga, stress, o alteraciones inmunológicas.

Los 5 elementos que describen a las lesiones típicas de un liquen son:

1. -prurito
2. -plano
3. -papulas poligonales
4. -color violeta
5. -los sitios mas comunmente afectados son las muñecas y los tobillos.

Existe una degeneración de la mucosa(sobre todo de las células basales), que produce una acantosis(que es la proliferación del estrato espinoso de Malphigio),y también hay queratosis(presencia aumentada de queratina).

La evolución es crónica y recidivante con tendencia a ir aumentando la superficie de la lesión.

Clínica:

Lesiones bucales.

- -lesiones sensibles y dolorosas
- -localizadas a lo largo de la lengua o en el interior de la mejilla
- -ocasionalmente localizadas en encías
- -lesión lineal que forma una cadena con aspecto de encaje

Lesiones cutáneas.

- -generalmente se localizan en muñecas, piernas, torso ,genitales
- -pruriginosas
- -simétricas
- -lesión única o grupo de lesiones
 - papula
- -posiblemente cubiertas de líneas blancas finas(estriás de Wickham)
- -aspecto brillante o escamoso.
- -posibilidad de desarrollar ampollas o úlceras

Tratamiento

- -mantenimiento del mayor estado de salud bucal.
- -disminuir la tensión del paciente.
- -controlar enfermedades concomitantes como la diabetes etc.

Complicaciones: Las úlceras bucales que permanecen durante mucho tiempo pueden degenerar en cáncer oral.(liquen erosivo).



5—ERITEMA EXUDATIVO MULTIFORME:

Se trata de lesiones ampollosas que se localizan en la mucosa oral y en la piel , que en algo mas de la mitad de los casos puede relacionarse con un proceso o agente desencadenante.

Existe ,casi siempre , un antecedente de tratamiento medicamentoso, que por una reacción de hipersensibilidad produce lesiones ampollares,que luego se erosionan y ulceran y por fin, se hacen sangrantes.

En cuanto a la afectación de la mucosa oral hay que decir que se alteran todas sus funciones: Fonación,masticación y deglución.

Clasificación:

-Eritema polimorfo menor o eritema multiforme crupuloso, de menor intensidad en los cambios fisiopatológicos, escasa o nula participación en la mucosa , y representa el 80% de los casos.



-Eritema polimorfo mayor o eritema multiforme vesiculoampollososo ´de mayor intensidad en los cambios anatomopatologicos , frecuente participación de mucosas .El más grave se denomina Síndrome de Stevens Johnson,con afectación del estado general y posible participación de órganos internos.

Las lesiones se localizan en todos los orificios del cuerpo (boca,vagina,ano)..

El tratamiento del eritema exudativo menor es sintomático y en algunos casos se puede pautar aciclovir.

En el Síndrome de Stevens Johnson es un proceso mas grave, requiere ingreso del paciente y medidas multidisciplinarias.

