

Cabo Gómez, Fernando*; Alvarez López, José*; Fernández Jorge, Beatriz*; Gómez Domínguez, José Miguel*; Suárez Conde, Ignacio

*Servicio de Dermatología

1) LESIONES CUTÁNEAS LOCALIZADAS POCO SINTOMÁTICAS DE INTERES EN URGENCIAS

1.1 *Angioedema palpebral*: Agudo: de etiología alérgica, frecuentemente medicamentoso. Tratamiento en otro apartado. Subagudo o crónico: Pedir CPK para descartar eritema heliotropo de la dermatomiositis.

1.2 *Erisipela facial*: Infección cutánea de etiología estreptocócica que se trata con amoxicilina-clavulánico 500 mg/8 horas

1.3 *Impétigo peribucal y perinasal*: Lesión costrosa de aspecto infectado (costra melicérica y pequeñas erosiones), de etiología estafilocócica o estreptocócica. Se trata con Amoxicilina-clavulánico 500 mg /8 horas 8 días y fomentos de suero salino fisiológico para descostrar.

1.4 *Panadizo ungueal*: Puede ser poco sintomático. Generalmente estafilocócico o estreptocócico. Hay que recordar que si se acompaña de fiebre, malestar general y soplo cardíaco hay que descartar endocarditis bacteriana subaguda. La forma no complicada se trata con Amoxi-clavulanico 500 mg/ 8 horas y desbridamiento quirúrgico si fluctúa.

1.5 *Equimosis palpebral espontánea*: Hay que descartar amiloidosis 1ª

1.6 Con el resto de las lesiones cutáneas localizadas y poco sintomáticas hay que hacer un diagnóstico descriptivo y continuar estudios Centro de salud o dermatología. Ejemplo. Dermatitis inguinal sin diagnóstico definitivo.

2) LESIONES CUTÁNEAS Y PRURITO

2.1 ENTRE LAS LOCALIZADAS DESTACAMOS:

- Dermatitis de contacto: Eritema, descamación costras y vesiculación de evolución aguda y muy pruriginosa. Hay que sospechar según topografía (ej. Cara y cosméticos, manos...). Se tratan eliminando la causa calmando el prurito con hidroxicina 25 mg/ 8-12 horas y una crema de corticoide de media potencia 1-2 veces al día (elocom crema o adventan crema). Continuar estudios en el centro de salud o en dermatología.

- Dermatitis pruriginosa de cara, escote y dorso de manos: Hay que pensar siempre en fotosensibilidad por fármacos. El resto de las fotosensibilidades son más infrecuentes. Se tratan como la dermatitis de contacto y se deriva para completar estudios al centro de salud y dermatología

- Picaduras: Pueden ser únicas y múltiples; cuando son múltiples es típico observar lesiones agrupadas. Es frecuente que el paciente no repare en la exposición

- EN EL RESTO DE LAS LESIONES LOCALIZADAS PRURIGINOSAS HAY QUE HACER UN DIAGNÓSTICO DESCRIPTIVO (EJ. DERMATOSIS FACIAL PRURIGINOSA) DAR TRATAMIENTO SINTOMÁTICO CON HIDROXICINA 25 MG/ 8-12 HORAS Y REMITIR AL CENTRO DE SALUD O DERMATOLOGIA

2.2 EXTENSAS O GENERALIZADAS. ENTRE ELLAS DESTACAMOS:

- Dermatitis atópica severa: El paciente suele tener antecedentes personales y familiares de atopia. El cuadro típico es el de una dermatitis eritemato-escamo-costrosa muy pruriginosa con afectación de flexuras y otras lesiones diseminadas. Se trata con hidroxicina 25 mg/6-8 horas y elocom crema o adventan crema. Si el paciente estaba con este tratamiento se pueden añadir prednisona a dosis bajas (5mg al desayuno y comida). Enviar a dermatología para seguimiento y optimización del tratamiento.

- Psoriasis gutata: Forma de psoriasis de características eruptivas, en relación en muchos casos con cuadros respiratorios de vías altas, es frecuente que sean lesiones pruriginosas de 1 cm de diámetro que afectan a tronco y extremidades. Este paciente debe de ser tratado de forma sintomática y derivado a consulta de dermatología.

- Eritrodermia: Consiste en la aparición de eritema y descamación sobre más del 90% de la superficie cutánea. Suele deberse a la exacerbación de una dermatosis preexistente. En la mayor parte de los casos hay una psoriasis subyacente, una dermatitis atópica o una reacción a fármacos. La psoriasis suele hacerse eritrodermica debido a la supresión corticoidea (motivo por el cual están contraindicados los corticoides orales o sistémicos en la psoriasis), tratamientos irritantes... Suele cursar con fiebre, escalofríos, trastorno termorregulatorio, sobrecarga cardíaca y facilidad para infecciones. Es una indicación obligada de ingreso hospitalización en dermatología. Si se sospecha sobreinfección respiratoria o bacteriemia la antibioterapia indicada es la asociación de Ceftazidima y cloxacilina.

- Psoriasis extensa: Se diferencia de la eritrodermia por su curso más progresivo, la ausencia de fiebre y malestar general. El estado general suele ser bueno en lo que depende de la psoriasis y el paciente debe de ser enviado de forma preferente a consulta de dermatología. Se debe de realizar en urgencias una analítica general y RX de tórax para poder iniciar tratamiento sistémico cuanto antes si lo precisa.

- Enfermedades ampollas autoinmunes: Son enfermedades cutáneas muy pruriginosas y caracterizadas clínicamente por la presencia de ampollas que afectan a piel y mucosas. En ocasiones no se observan ampollas, y sí áreas erosivas extensas que se corresponden con el suelo de la ampolla. Las enfermedades más frecuentes de este grupo son el pénfigoide y el pénfigo. Se suelen tratar con inmunosupresores. Es

indicación frecuente de ingreso hospitalario y en caso de no ingresar (por lesiones poco extensas y estado general conservado) debe de derivarse a consulta de dermatología al día siguiente con analítica general y RX de torax para estudios complementarios e inicio precoz del tratamiento.

- Escabiosis o sarna: Infestación humana causada por *Sarcoptes scabiei* var. *Hominis* que produce una erupción difusa pruriginosa después de un periodo de incubación de 6-8 semanas. Se transmite por contacto físico cercano y fómites. La característica clínica patognomónica es el surco acarino, aunque a veces no se observa. Como sospecha nos debe de orientar el prurito en convivientes y la presencia de prurito y lesiones de rascado de forma concomitante en surcos interdigitales, genitales y areola mamaria. Se trata con permetrina al 5% durante 8-14 horas, repitiendo el tratamiento a los 7 días.

- Urticaria aguda: Hay un capítulo del manual dedicado a la urticaria. Únicamente destacar la etiología medicamentosa ya que si no se retira o se advierte al paciente el riesgo de anafilaxia severa es alto

- Dermatitis de estasis diseminada: Es un cuadro agudo pruriginoso desencadenado por estasis venosa (en el paciente hay cambios tróficos de insuficiencia venosa crónica) en el que nos encontramos una erupción diseminada y pruriginosa papulo-vesicular y eczematosas que afecta sobre todo a la pierna estésica y a las extremidades superiores. Se trata con prednisona 5mg . 1 comprimido al desayuno y comida al que se asocia tratamiento tópico con hidrocortisona al 1% en vaselina líquida (200 ml en fórmula magistral) y se deriva a centro de salud y/ o servicio de dermatología.

3) LESIONES CUTÁNEAS EXTENSAS.

3.1 *Pitiriasis rosada de Gibert*: Erupción frecuente eritemato escamosa aguda que suele durar de 4-10 semanas. Comienza como una placa única ovalada de 2-4 cm con un tenue collar de escamas en la periferia de la placa (mancha heráldica) y tras 2 semanas aparecen brotes eruptivos de lesiones más pequeñas que la inicial distribuidas en el tronco siguiendo las líneas de tensión (patrón en árbol de navidad). Habitualmente es asintomática y afecta más a jóvenes. Si dura más de 10 semanas considerar otros diagnósticos como la psoriasis gutata.

3.2 *Dermatitis extensas*: En este apartado incluimos diversas dermatosis extensas como la psoriasis, parapsoriasis, linfoma cutáneo de célula T etc. Que deben de ser derivadas a dermatología de forma programada para estudios complementarios y tratamiento adecuado. No se deben de utilizar corticoides orales o intravenosos en estas dermatosis extensas, de evolución subaguda o crónica y asintomáticas sin tener un diagnóstico preciso. 707

3.3 *RASH ASOCIADO A FARMACOS*: Pueden ser morbiliforme (maculo-papular con intervalos de piel sana) o escarlatíniforme (rojez generalizada sin intervalo de piel sana). El que incluimos aquí es afebril, con estado general conservado, quizás con prurito leve – moderado y a los pocos días de inicio del tratamiento. Se debe de retirar el fármaco sospechoso y prescribir tratamiento sintomático para el prurito si fuese necesario. Este paciente no tiene riesgo de anafilaxia por lo que no es preciso el tratamiento con corticoides orales o intravenosos

4) LESIONES CUTÁNEAS Y FIEBRE

4.1 LESIONES CUTÁNEAS LOCALIZADAS

- Celulitis: Los agentes etiológicos más frecuentes son el *S. aureus* y los estreptococos del grupo A, aunque en ancianos, diabéticos, inmunodeprimidos, ingresados, portadores de catéteres y corticodependientes también se identifican *E. coli*, otras enterobacterias y anaerobios. Se pueden localizar en cualquier sitio, aunque son más frecuentes en EEII. Las características clínicas son eritema y dolor. La aparición de ampollas, necrosis franca o dolor muy intenso debe hacernos sospechar una fascitis necrosante. En los casos no complicados se tratan con Cloxacilina (dosis dependiendo del grado de afectación desde 500mg/6 horas vía oral a 2gr IV cada 4 horas en casos graves) o bien con amoxicilina-clavulánico. En alérgicos a la penicilina, utilizar clindamicina o levofloxacino. En el caso de diabéticos e inmunodeprimidos se puede utilizar la asociación de cloxacilina+ ceftazidima.

- Procesos infecciosos localizados entre los que destacamos: forúnculos, ántrax de nuca y espalda por confluencia de forúnculos, paroniquia aguda (inflamación de pliegues periungueales), panadizos... La etiología más frecuente es el *S. aureus* y se tratan con Amoxi-clavulánico o clindamicina o levofloxacino en alérgicos a penicilina y desbridamiento quirúrgico si es preciso

- Síndromes nodulares (ver lesiones cutáneas dolorosas)

4.2 LESIONES CUTÁNEAS GENERALIZADAS

- Rashs víricos. Se caracterizan por fiebre y presencia de exantema cutáneo que puede ser morbiliforme (maculopapular como sarampión, rubeola, parvovirus, enterovirus, adenovirus, herpesvirus-6, virus Epstein-barr.), escarlatíniforme (eritema difuso sin intervalos de piel sana por ejemplo escarlatina estreptocócica) y vesiculosos (en urgencias destacamos la varicela). El diagnóstico diferencial principal son las reacciones de hipersensibilidad a fármacos. Asimismo, hay que descartar siempre Enfermedad de Kawasaki en niños y la escarlatina estreptocócica por las complicaciones renales de esta última y por tener un tratamiento específico. En la varicela de adulto solicitar siempre una RX de torax y tratar con Aciclovir. El ingreso se valora según el grado de afectación, y si hay dudas se observa 12-24 horas.

- Síndrome de la piel escaldada estafilocócica: Más frecuente en la infancia aunque también se puede dar en adultos. Pasa por 3 fases clínicas: 1º rash escarlatíniforme 2º arrugamiento superficial de la piel 3º grandes ampollas flácidas más o menos generalizadas pero más intensas en los pliegues de flexión. Se trata con antibioterapia, medidas de soporte y la sepsis es infrecuente. Con el tratamiento adecuado tienen baja

mortalidad. Es indicación de ingreso.

- Síndrome de shock tóxico: Es un síndrome clínico grave de etiología estafilocócica y menos frecuentemente estreptocócica. Se describió asociada a tampones pero actualmente se asocia a infecciones posquirúrgicas, sinusitis... En el cuadro clínico siempre se observa fiebre, erupción difusa, hipotensión, faringitis y descamación de manos a las tres semanas. Según la intensidad de la afectación se asocia otra sintomatología (estupor, fallo multiorgánico...) Es de ingreso obligado y se trata con antibioterapia y medidas de soporte clínico.

- Escarlatina: Generalmente estreptocócica, aunque puede ser estafilocócica. Se caracteriza por fiebre, erupción escarlatiforme y faringitis exudativa. Generalmente es de manejo ambulatorio cediendo la fiebre a las 12-24 horas de tratamiento antibiótico.

- Síndrome de hipersensibilidad a drogas (DRESS): Es un síndrome clínico definido por la presencia de fiebre, erupción cutánea, linfadenopatía cervical y afectación de órganos internos (hígado, riñón...). Las drogas más frecuentemente involucradas son anticonvulsivantes, sulfonamidas, lamotrigina, alopurinol, AINES... Es característico que la reacción al fármaco sea retardada y el DRESS aparece a las 3-4 semanas del inicio del tratamiento. Se trata con esteroides sistémicos y medidas de soporte clínico. Es indicación obligada de ingreso.

- Síndrome de Stevens-Johnson y NET (necrosis epidérmica tóxica): Hoy en día estos dos cuadros clínicos se consideran un continuum de gravedad. La etiología más frecuente son las sulfamidas, cefalosporinas, quinolonas, anticonvulsivantes, alopurinol y tuberculostáticos con aparición del cuadro clínico a las 4-8 semanas. El cuadro clínico consiste en fiebre, mucositis (oral, genital, conjuntival) y rash cutáneo papulas eritematosas, grisáceas en la parte central (las llamadas dianas atípicas) con tendencia a confluir sobre todo en el tronco y en casos severos ampollas con Nikolski(+) y grandes áreas de despegamiento cutáneo. El pronóstico es malo y es de ingreso obligado.

- El resto de lesiones cutáneas febriles (vasculitis séptica, ectima gangrenoso...) hay que valorarlos en el contexto general del paciente. Valorar siempre sepsis, endocarditis y meningococemia.

5) LESIONES CUTÁNEAS DOLOROSAS

- Herpes zoster: De fácil identificación clínica.

- Celulitis: Ya vistas en el apartado anterior. Casi el 40% cursa inicialmente sin fiebre. El dolor está siempre presente.

- Síndromes nodulares: La más frecuente es el eritema nodoso que es bilateral y doloroso. Si asocia fiebre descartar enfermedad de Bechet y Enfermedad inflamatoria intestinal.

- Tromboflebitis.: Suele ser unilateral. Si es superficial cursa con un nódulo eritemato-doloroso con cordón visible o palpable. Si es profunda predomina el edema difuso cuya extensión depende de la localización del trombo venoso.

6) LESIONES CUTÁNEAS PURPÚRICAS

6.1 *Púrpura no palpable de cualquier localización*: Puede ser resultado de trastornos plaquetarios. (PTI, antiagregantes, PTT...). Un caso particular es el de lesiones petequiales en la zona del escote y conjuntival; suelen ser debidas a maniobras de Valsalva, pero por el contexto clínico hay que descartar endocarditis. Hay que realizar hemograma y pruebas de coagulación.

6.2 *Púrpura y equimosis*: Según los resultados analíticos y clínicos hay que descartar trastornos de la coagulación, y cuadros sépticos severos de coagulación intravascular diseminada y vasculitis sépticas.

6.3 *Púrpura palpable*: Asociada a patología del endotelio vascular:

- Vasculitis leucocitoclástica, vasculitis sistémicas, vasculitis medicamentosas. Hay que descartar síndrome piel-pulmón, para lo que tenemos que realizar estudio analítico con sedimento urinario y RX de tórax. En el caso de afectación cutánea importante o sistémica debe de iniciarse tratamiento oral de prednisona 15-30 mg/día en dosis repartidas. Se debe de realizar un estudio completo del paciente; según el grado de afectación se debe de ingresar o no.

- Vasculitis séptica. Generalmente en un contexto febril con afectación del estado general por lo que requiere ingreso. Valorar sepsis, endocarditis aguda y meningococemia.