

UNIVERSIDAD DEL SURESTE



LICENCIATURA:
LICENCIATURA EN ENFERMERIA

GENERACION:
2020-2023

MATERIA:
ENFERMERIA MEDICO QUIRURGICA II

NOMBRE DEL TEMA:

ENSAYO

NOMBRE DEL ALUMNO:

JESUS ALBERTO GOMEZ GOMEZ

NOMBRE DEL DOCENTE:

PEDRO ALEJADRO BRAVO

FECHA DE ENTREGA:

09 DE JULIO DEL 2022

INTRODUCCION

El término piel viene del latín cutis y constituye el órgano más extenso de nuestro cuerpo. Su accesibilidad nos permite valorar su estado e implementar las medidas preventivas y terapéuticas oportunas en cada caso. Sin embargo, a excepción de determinadas intervenciones más ligadas a patrones estéticos que de salud, es la gran olvidada. Su % del peso corporal, nos relacionamos con el medio y nos protege. Nuestra piel nos permite percibir el frío, el calor, la presión, el dolor igual que nos protege de las radiaciones ultravioletas, de la absorción de sustancias tóxicas, de la proliferación de gérmenes, de contusiones y de cuerpos extraños. Además, desarrolla otras funciones entre las que se encuentra la metabólica y la inmunitaria. La estructura de la piel consta de tres capas bien diferenciadas, siendo la más externa la epidermis, seguida de la dermis y, la más profunda, la hipodermis o tejido celular subcutáneo. Debemos destacar la función de protección derivada del buen estado del estrato córneo de la epidermis y del manto hidrolipídico, la resistencia de la piel que proporcionan las fibras de colágeno y elastina de la dermis y la reserva energética y absorción de traumatismos que ejerce la hipodermis.

La dermatitis es un término general que describe una irritación común de la piel. Tiene muchas causas y formas, y generalmente implica piel seca y con comezón o con sarpullido, o puede hacer que la piel se ampolle, exude, forme costras o se descame. Tres tipos comunes de esta afección son la dermatitis atópica (eccema), la dermatitis seborreica y la dermatitis por contacto.

Una pápula es un tipo de lesión en piel, menor de un centímetro de diámetro, circunscrita, elevada, de bordes bien definidos y de contenido sólido. Si miden más de un centímetro se les denomina placas.

La mayor parte de estas lesiones se encuentra elevada sobre el nivel de la piel circundante y no en los planos profundos, aunque puede comprometer tanto dermis como epidermis y capas más profundas de la piel.

Los cánceres de células basales y de células escamosas son los tipos más comunes de cáncer de piel. Estos tipos de cáncer comienzan en la capa superior de la piel (la epidermis), y a menudo están relacionados con la exposición al sol.

El cáncer se origina cuando las células en el cuerpo comienzan a crecer sin control. Las células en casi cualquier parte del cuerpo pueden convertirse en células cancerosas.

DESAROLLO

ANATOMIA Y FISIOLOGIA DE LA PIEL

La piel humana es la cubierta exterior del cuerpo y es el órgano más grande del sistema tegumentario. La piel tiene capas que protegen los músculos, huesos, ligamentos y órganos internos. La piel humana es similar a la piel de la mayoría de los otros mamíferos. Aunque casi toda la piel humana está cubierta de folículos pilosos, puede parecer sin pelo. Hay dos tipos generales de piel, piel peluda y piel glabra (sin pelo).

Debido a que interactúa con el medio ambiente, la piel juega un papel importante en la inmunidad al proteger el cuerpo contra los patógenos y la pérdida excesiva de agua. Sus otras funciones son el aislamiento, la regulación de la temperatura, la sensación, la síntesis de vitamina D y la protección de los folatos de vitamina B.

En los seres humanos, la pigmentación de la piel (afectada por la melanina) varía entre las poblaciones, y el tipo de piel puede variar de seca a no seca y de grasa a no grasa. Tal variedad de piel proporciona un hábitat rico y diverso para bacterias que suman aproximadamente 1000 especies de 19 filos, presentes en la piel humana.

ESTRUCTURA

La piel tiene células mesodérmicas, pigmentación, como la melanina proporcionada por los melanocitos, que absorben parte de la radiación ultravioleta (UV) potencialmente peligrosa de la luz solar. También contiene enzimas de reparación del ADN que ayudan a revertir el daño de los rayos UV, de modo que las personas que carecen de los genes para estas enzimas sufren altas tasas de cáncer de piel. Una forma predominantemente producida por la luz ultravioleta, el melanoma maligno, es particularmente invasiva, lo que hace que se propague rápidamente y, a menudo, puede ser mortal. La pigmentación de la piel humana varía entre las poblaciones de manera sorprendente. Esto ha llevado a la clasificación de las personas en función del color de la piel

CAPAS DE LA PIEL

La epidermis, "epi" (del griego que significa "sobre" o "superior"), es la capa más externa de la piel. Forma la envoltura protectora e impermeable sobre la superficie del cuerpo que también sirve como barrera contra las infecciones y está formada por epitelio escamoso estratificado con una lámina basal subyacente.

La epidermis no contiene vasos sanguíneos, y las células de las capas más profundas se nutren casi exclusivamente del oxígeno difundido del aire circundante⁶ y, en mucho menor grado, de los capilares sanguíneos que se extienden hasta las capas externas de la dermis.

La dermis es la capa de piel debajo de la epidermis que consta de tejido conectivo y protege al cuerpo del estrés y la tensión. La dermis está estrechamente unida a la epidermis por una membrana basal. También alberga muchas terminaciones nerviosas que proporcionan el sentido del tacto y el calor. Contiene los folículos pilosos, las glándulas sudoríparas, las glándulas sebáceas, las glándulas apocrinas, los vasos linfáticos y los vasos sanguíneos. Los vasos sanguíneos de la dermis nutren y eliminan los desechos de sus propias células, así como del estrato basal de la epidermis.

La dermis se divide estructuralmente en dos áreas: un área superficial adyacente a la epidermis, llamada región papilar, y un área profunda más gruesa, conocida como región reticular.

El tejido subcutáneo (también hipodermis y subcutis) no forma parte de la piel, sino que se encuentra debajo de la dermis. Su propósito es adherir la piel al hueso y al músculo esquelético subyacentes, así como suministrarle vasos sanguíneos y nervios. Se compone de tejido conjuntivo laxo, tejido adiposo y elastina. Los principales tipos de células son los fibroblastos, los macrófagos y los adipocitos (el tejido subcutáneo contiene el 50% de la grasa corporal).

DERMATITIS

La dermatitis (del griego derma (piel), e -itis (inflamación) es un término que designa a cualquier inflamación cutánea con afectación dermoepidérmica. El eccema es un cuadro clínico que cursa con signos variables, principalmente prurito, vesiculización y exudación en las formas agudas. En las formas crónicas se presenta descamación y liquenificación con engrosamiento de la piel en la región afectada

TIPOS DE DERMATITIS

Según su forma de presentación y características clínica hay los siguientes tipos de dermatitis. Dermatitis simple o erupción cutánea, Dermatitis atópica o eccema atópico: puede presentar muchas variantes, pero en general se caracteriza por placas de costras rojas de piel inflamada con constante comezón, Dermatitis de contacto: se produce cuando la superficie de la piel entra en contacto con una sustancia que se origina fuera del cuerpo, Dermatitis seborreica o seborrea: caracterizada por lesiones escamosas generalmente en el cuero cabelludo (no confundir con caspa) y la cara, Dermatitis herpetiforme o enfermedad de Duhring-Brocq, Dermatitis de Berloque, Dermatitis ocre, Dermatitis supurativa, Eccema dishidrótico

ETIOLOGIA

La dermatitis atópica afecta sobre todo a niños que residen en áreas urbanas o países industrializados, y la prevalencia ha aumentado en los últimos 30 años; hasta un 20% de los niños y un 10% de los adultos en países desarrollados están afectados. La mayoría de las personas con el trastorno lo desarrollan antes de los 5 años, muchos de ellos antes del año; sin embargo, la dermatitis atópica incluso puede comenzar durante la adultez tardía. La hipótesis no probada de la higiene sostiene que la disminución de

la exposición en la primera infancia a los agentes infecciosos (es decir, a causa de una higiene más rigurosa en el hogar) puede aumentar el desarrollo de trastornos atópicos y autoinmunidad a proteínas propias.

FISIOPATOLOGIA

Todos los siguientes factores contribuyen al desarrollo de dermatitis atópica:

Factores genéticos, disfunción de la barrera epidérmica, mecanismos inmunológicos, mesencadenantes ambientales

Los genes implicados en la dermatitis atópica son aquellos que codifican proteínas epidérmicas e inmunológicas. Un factor predisponente para la dermatitis atópica que se considera importante es la existencia en muchos pacientes de una mutación por pérdida de función en el gen que codifica la proteína filagrina. La filagrina es un componente de la envoltura celular cornificada, producida por los queratinocitos en diferenciación. En última instancia, es fundamental para construir la barrera higroscópica del estrato córneo (también llamado factor de hidratación natural). Alrededor del 10% de las poblaciones europeas son portadores heterocigotos de mutaciones de la filagrina con pérdida de función. La presencia de estas mutaciones (así como de un mayor número de mutaciones intragénicas) aumenta el riesgo de dermatitis atópica más grave y de niveles de IgE más altos. Las mutaciones de la filagrina también se asocian con alergia al cacahuete y con asma, incluso en ausencia de dermatitis atópica.

CLINICA

En la etapa adulta, las lesiones suelen ser más focalizadas y a cronificar, formándose pliegues y placas secas liquenificadas. Las lesiones epiteliales se pueden clasificar según la etapa evolutiva de la misma en:

Agudas: lesiones intensamente pruriginosas con pápulas sobre piel eritematosa, vesiculación, exudado seroso, excoriaciones por rascado y ocasionalmente sangrado de las lesiones.

Subagudas: pápulas eritematosas descamativas y excoriaciones.

Crónicas: liquenificación con engrosamiento de la piel, acentuación de los pliegues, pápulas con hiperqueratosis y cambios en la pigmentación de la piel.

DIAGNÓSTICO

No existe una prueba diagnóstica específica o patognomónica para la DA, por lo que su diagnóstico se hace clínicamente basado en antecedentes, morfología y distribución de las lesiones cutáneas y signos clínicos asociados. Exámenes de laboratorio de rutina no son necesarios y las pruebas de antígenos cutáneas, en especial hacia comidas, tienden a no correlacionar con la enfermedad, por lo tanto, han sido propuesto varios criterios de

severidad. La toma de biopsias ayuda a realizar el diagnóstico diferencial con enfermedades comunes, las cuales incluyen escabiosis, dermatitis seborreica, dermatitis de contacto, inmunodeficiencias primarias, psoriasis, ictiosis, linfoma, dermatomiositis y deficiencias nutricionales

TRATAMIENTO

El tratamiento deberá ser dirigido a prevenir la inflamación y disfunción de la barrera de la piel, así como al tratamiento oportuno de las infecciones. Una intervención temprana podría prevenir una mayor exposición y sensibilización a demás alérgenos en etapas posteriores de la vida. La estrategia de tratamiento de la DA ha alentado el uso de esteroides tópicos o inhibidores de la calcineurina cuando la piel está inflamada, solo se utilizan los emolientes, cuando el enrojecimiento y el prurito disminuye. Esto puede ser una estrategia efectiva y se basa en la necesidad de introducir "pausas" de medicamentos para evitar los efectos secundarios.

Emolientes: Los emolientes actúan para calmar la piel y restaurar la barrera epidérmica deteriorada. Los humectantes clásicos actúan como selladores para minimizar la pérdida de agua transepidérmica. En general, las pomadas o aceites, son más efectivos.

Antihistamínicos: Los antihistamínicos también se utilizan para el alivio del prurito y para paliar los efectos desencadenantes del mismo, no obstante, es importante recalcar la importancia que al ser de origen multifactorial puede ser que no haya respuesta favorable.

Corticosteroides Tópicos: Los corticosteroides tópicos (CST) actúan sobre múltiples tipos de células inmunes, que incluyen, por ejemplo, células B, células T auxiliares y citotóxicas, células dendríticas, macrófagos, eosinófilos y neutrófilos. Los CST de baja potencia se usan en áreas sensibles de la piel, como la cara y los genitales. Sin embargo, los TCS están asociados con una serie de efectos adversos, incluidos la inmunosupresión cutánea, atrofia de la piel, hiperpigmentación, aumento de la fragilidad de la piel, mala cicatrización de heridas y estrías. Inhibidores tópicos de la calcineurina.

ENFERMEDADES PAPULOESCAMOSAS

Las enfermedades papuloescamosas más frecuentes (psoriasis, tiña, pitiriasis rosada y liquen plano) son trastornos cutáneos primarios. Cuando las lesiones psoriásicas conllevan artritis, debe considerarse la posibilidad de artritis psoriásica o artritis reactiva (antes conocida como síndrome de Reiter).

PSORIASIS

La psoriasis es una enfermedad crónica que, por sus características propias, genera dificultad para su abordaje terapéutico y control adecuado. Puede llegar a producir incapacidad y representa un peso psicológico importante para quienes la padecen, produciendo aislamiento social y cambios significativos en sus hábitos. Esta enfermedad afecta, aproximadamente, 0,5% a 4% de la población¹⁻⁴. Actualmente, se considera que la psoriasis es una enfermedad inflamatoria con mediación inmunológica^{4,5}, que

comprende una gran cantidad de mediadores celulares y humorales que, a su vez, presentan complejas interacciones, por lo que aún no se entiende totalmente su patogenia.

ETIOLOGÍA

La etiología de la psoriasis es, hoy por hoy, desconocida, aunque probablemente sea multifactorial. Se acepta la coexistencia de factores genéticos predisponentes y factores desencadenantes externos.

El riesgo para los familiares de primer grado de un caso aislado es menor de 10%, pero si los dos padres tienen psoriasis, los hijos tienen un riesgo de un 50% de padecerla. Se distinguen diversas formas clínicas:

PSORIASIS ESTACIONARIA CRÓNICA

La psoriasis estacionaria crónica (psoriasis en placas o psoriasis vulgar) es la forma clínica de psoriasis más frecuente, y se caracteriza por la presencia de placas eritematosas muy bien definidas, de diferentes tamaños, con una escama gris plateada que se puede eliminar con facilidad. Las lesiones se distribuyen simétricamente y afectan a las superficies de extensión de codos, rodillas y tronco, así como también al cuero cabelludo.

PSORIASIS ERUPTIVA

La psoriasis eruptiva o psoriasis guttata es muy frecuente en niños y adultos jóvenes. Suele iniciarse de forma brusca, en general tras una infección estreptocócica de las vías respiratorias altas.

Es una erupción en forma de pequeñas pápulas eritematodescamativas, de 2-10 mm, distribuidas predominantemente en tronco y raíz de extremidades. Puede afectar a la cara y al cuero cabelludo, pero respeta palmas y plantas.

ERITRODERMIA PSORIÁSICA

La eritrodermia psoriásica es la forma generalizada y más grave de la enfermedad. Es poco común y consiste en una dermatitis exfoliativa que afecta a toda la superficie corporal, incluidas cara, manos, pies, uñas, tronco y extremidades. Suele ir acompañada de mal estado general y alteraciones electrolíticas.

PSORIASIS PUSTULOSA

Con menor frecuencia se observan cuadros de psoriasis pustulosa, que pueden ser generalizados o localizados.

Esta forma suele aparecer en personas que presentan ya otras formas clínicas. Se trata de un cuadro agudo, caracterizado por la aparición de placas intensamente eritematosas

que confluyen con gran cantidad de pústulas pequeñas, estériles en su superficie debido a un desencadenante externo.

PSORIASIS INVERTIDA O FLEXURAL

En esta forma clínica predomina la afectación de las áreas flexurales, siendo las lesiones menos queratósicas. En niños es poco frecuente, excepto una forma particular conocida como psoriasis del área del pañal.

PSORIASIS DEL CUERO CABELLUDO

Es una forma clínica muy frecuente. Se presenta de forma aislada o asociada a otras lesiones. Se caracteriza por presentar placas descamativas con eritema perilesional y en ocasiones incluso placas de escamas amiantáceas, denominándose entonces (falsa tiña amiantácea).

PSORIASIS UNGUEAL

El pitting ungueal o punteado ungueal con depresiones mínimas que afecta a una o varias uñas es la lesión más frecuente. Otros cambios descritos incluyen: estriación longitudinal, hiperqueratosis subungueal, onicolisis y leuconiquia.

CLÍNICA

La psoriasis es una enfermedad que afecta a ambos sexos y puede iniciarse a cualquier edad, pero presenta un pico de máxima incidencia durante la segunda década de la vida. Puede afectar a la piel, uñas, articulaciones y, con menor frecuencia, a mucosas. Existen varias formas clínicas características, aunque todas ellas suelen compartir la aparición de pápulas y placas eritematoescamosas, bien delimitadas, bilaterales, de desarrollo progresivo y distribución simétrica. El raspado metódico de la lesión revela tres signos característicos:

Signo de la mancha de cera: se refiere al gran número de escamas que se desprenden al rascar una lesión, similar a las del rascado de una vela.

Fenómeno de la membrana epidérmica: si se sigue rascando se desprende una película transparente de epidermis, llamada membrana de Duncan-Dulckley.

Signo de Auspitz o signo del rocío sangrante: consiste en un piqueteado hemorrágico que irrumpe tras el desprendimiento de la membrana de Duncan-Dulckley. Este signo aparece debido al daño que sufren los vasos de las papilas dérmicas al desprenderse la epidermis adelgazada subyacente a las papilas.

PARAPSORIASIS

La parapsoriasis describe un grupo de enfermedades no tan comprendidas y difíciles de distinguir que comparten características clínicas. La parapsoriasis no está relacionada con psoriasis; se llama así porque las placas escamosas a veces parecen similares.

Hay 2 formas generales: En placas pequeñas: en general benignas, En placas grandes: un precursor del linfoma cutáneo de linfocitos T (LCLT)

La parapsoriasis en pequeñas placas muy raramente se transforma en LCLT. La parapsoriasis en grandes placas se transforma en LCLT en aproximadamente 10% de los pacientes por década.

PARAPSORIASIS EN PEQUEÑAS PLACAS se define por la presencia de lesiones < 5 cm de diámetro

CLINICA

Preferentemente en varones adultos, como numerosas placas rojo-amarillentas, ovaladas, digitiformes o irregulares, de 2-5 cms de diámetro, borde neto y superficie descamativa dispuestas en tronco y en raíz de extremidades. Asintomáticas, estables durante años.

HISTOLOGIA

Inespecífica., focos dispersos de acantosis, espongirosis, exocitosis y paraqueratosis con escaso infiltrado linfocitario perivaascular.

TRATAMIENTO: Corticoides tópicos y/o PUVA Mejorías parciales y pasajeras.

PARAPSORIASIS EN GRANDES PLACAS.

parapsoriasis liquenoide, parapsoriasis atrófica, parapsoriasis poiquilodérmica, parapsoriasis variegata poiquilodermia vascular atrofiante) .

CLINICA

Predomina en varones adultos. Se caracteriza por grandes placas violáceas o parduzcas, de superficie atrófica, ligeramente descamativa, poiquilodérmicas, poco numerosas, relativamente simétricas en tronco, raíz de miembros y grandes pliegues. La dermatosis es crónica y en bastantes enfermos, al cabo de 10-30 años, se desarrolla infiltración, mostrando el desarrollo a un linfoma cutáneo de células T.

HISTOLOGIA

Inespecífica al principio, se aprecia atrofia epidérmica, infiltrado en banda superficial, en ocasiones epidermotropo. Progresiva aparición de células grandes hiperclomáticas.

DIAGNOSTICO

Diagnóstico diferencial con el resto de poiquilodermias. Se puede realizar un estudio de reordenamiento genético para confirmar la presencia de monoclonalidad.

TRATAMIENTO: Corticoides. UVB. PUVA

DERMATITIS SEBORREICA

Es una afección cutánea, inflamatoria y común. Provoca que se formen escamas, que van de blancas a amarillentas, en áreas grasosas como el cuero cabelludo, la cara o dentro del oído. Puede ocurrir con o sin enrojecimiento cutáneo.

Costra láctea es el término que se utiliza cuando la dermatitis seborreica afecta el cuero cabelludo de los bebés.

Etiopatogenia. Para la mayoría de los autores, la enfermedad sigue siendo de etiología desconocida; sin embargo, existen numerosos factores relacionados en su presentación; entre estos factores podemos destacar: un componente familiar importante, un aumento de actividad en las zonas de mayor concentración de glándulas sebáceas (valores de grasa superficial normales, pero con mayor contenido de colesterol y triglicéridos).

CLINICA

El signo clínico más importante es la inflamación que se manifiesta clínicamente como finas placas descamativas grasosas en ocasiones bien delimitadas que varían desde el color rosado amarillo, rojo marón con predilecciones a áreas ricas en glándulas sebáceas como son cuero cabelludo, región centro facial de cara, cejas, región preesternal, región interescapular y menos frecuentes áreas intertriginales como axilas, región inguinal, pliegue inframamario y ombligo.

DIAGNOSTICO

En el adulto se debe diferenciar de la psoriasis, pitiriasis rosada, pitiriasis versicolor, eccema de párpados de contacto y eccema atópico. La del conducto auditivo con otomicosis.

TRATAMIENTO

Para el tratamiento de la dermatitis seborreica se han utilizado medicamentos tópicos como: antifúngicos, antiinflamatorios esteroideos, inhibidores de calcineurina, pitirionato de zinc y bisulfuro de selenio.

No hay evidencia de que la utilización de la terapia combinada de ketoconazol al 2% con esteroides tópicos sea más eficaz que el tratamiento exclusivo con ketoconazol al 2%.

TUMORES DE LA PIEL

El cáncer de piel es la neoplasia maligna más común a nivel mundial y su incidencia ha ido al alza en las últimas décadas. En Estados Unidos se registran anualmente más de dos millones de casos de cáncer de piel, mientras que en México el Registro Histopatológico de Neoplasias Malignas reportó que el 14.6% de las neoplasias malignas a nivel nacional corresponden a cáncer de piel.

El cáncer de piel se divide en dos grandes grupos: melanoma y no melanoma; dentro de este último se engloban el carcinoma basocelular y el espinocelular, así como tumores poco comunes como linfomas cutáneos, tumores malignos de anexos o de células de Merkel.

CANCER DE PIEL NO MELANOMA

El cáncer de piel no-melanoma incluye principalmente las neoplasias queratinocíticas (carcinoma basocelular y espinocelular) y tumores de menor frecuencia tales como: linfomas cutáneos, carcinoma de células de Merkel, sarcoma de Kaposi, angiosarcomas, enfermedad de Paget, e histiocistomas malignos entre otros. En este artículo revisaremos la epidemiología, patogénesis, clínica, histopatología, diagnóstico y modalidades terapéuticas de los dos principales cánceres de la piel no melanoma: basocelular y espinocelular.

VARIANTES CLINICAS

Nodular: la más común y responsable del 60% de los carcinomas basocelulares primarios. Consiste en un nódulo eritematoso o rosado bien definido, con una apariencia translúcida y cubierto de telangiectasias, que a medida que crece puede llegar a ulcerarse. La presencia de melanina en su superficie le puede dar una tonalidad café o negra, que lleva a confundirlo con una lesión melanocítica. Si bien es de crecimiento lento, dejado su libre evolución puede alcanzar grandes tamaños y una gran profundidad, destruyendo planos adyacentes (nariz, párpados, órbita, etc).

Superficial (multicéntrico): es una variante común, más frecuente en el tronco y las extremidades, aunque también puede comprometer cabeza y cuello. Se presenta como una mácula eritematosa o roja, a veces con una escama superficial que orienta hacia una placa de eccema o psoriasis. Puede presentar áreas de regresión espontánea, caracterizadas por atrofia e hipopigmentación, como también zonas con pigmentación, que pueden llevar a confusión con una lesión melanocítica. A pesar de que su crecimiento suele ser en el plano horizontal, a través del tiempo puede hacerse infiltrativo y presentarse como una zona indurada, susceptible de ulcerarse y formar un nódulo. Puede presentar extensión lateral subclínica, lo que explicaría la significativa tasa de recurrencia.

Morfeiforme: esta variedad se caracteriza por una placa indurada de color marfil similar a morfea (escleroderma localizada), que puede estar cubierta con telangiectasias. Su tratamiento suele ser difícil, ya que la extensión subclínica característica, dificulta la identificación de los márgenes.

Quístico: la degeneración quística de un CB a veces es solo un hallazgo en la histopatología, por lo que clínicamente solo puede tener el aspecto de basocelular nodular o el de una lesión azul grisácea translúcida de aspecto quístico, que al puncionarla puede dar salida a un líquido claro.

CB con patrón agresivo de crecimiento (infiltrativo o micronodular): se caracteriza por lesiones planas o placas ligeramente elevadas, con límites mal definidos o una placa firme de aspecto morfeiforme. Estos tipos tienen un comportamiento agresivo y destructivo, con diseminación subclínica y alto porcentaje de recurrencia, por lo que su caracterización histopatológica es primordial.

Fibroepitelioma de Pinkus: variante muy poco frecuente con características histológicas típicas. Se ubica principalmente en el dorso y clínicamente es una lesión eritematosa nodular de superficie suave y frecuentemente pedunculada, que simula un acrocordon.

CARCINOMA ESPINOCELULAR EI CEC

El carcinoma escamocelular (CEC) ocupa el segundo puesto en frecuencia entre los cánceres de la de piel. Un grupo de CEC tiene un comportamiento biológico muy agresivo, y cursa con recurrencia local, metástasis y muerte. El evento etiológico principal es la radiación ultravioleta que induce el daño del DNA de los queratinocitos, especialmente en las personas blancas. Hay muchas variantes clínicas, cada una de ellas con un comportamiento biológico diferente. De igual modo, existen infinidad de variantes histológicas, pero la clasificación más adecuada es la que se basa en el patrón de crecimiento, porque éste refleja el comportamiento biológico y está en estrecha relación con el pronóstico.

EPIDEMIOLOGIA

El CEC es el segundo cáncer en frecuencia. En el Instituto Nacional de Cancerología, en el año de 1998 se observaron 163 casos nuevos de CEC, es decir, 25,7% de todos los cánceres de piel. De acuerdo con estudios realizados en Estados Unidos y Canadá, la incidencia de CEC ajustada a la edad ha aumentado en 50% a 100% en los últimos 10 a 30 años, con incidencias de 100 a 150 casos por 100.000 personas por año

DIAGNOSTICO

Una historia clínica y examen físico completos son indispensables para realizar un buen diagnóstico. Se debe enfatizar en el interrogatorio sobre algunos factores de riesgo, como exposición ocupacional al sol u otros cancerígenos, posibles causas de inmunosupresión e historia previa de cáncer de piel. Para hacer el diagnóstico definitivo de CEC se debe llevar a cabo una biopsia de piel confirmatoria.

MELANOMA

El melanoma es un tumor derivado de la proliferación de melanocitos atípicos, con o sin la capacidad de producir pigmento, caracterizado por su gran capacidad de metástasis. Produce una neoformación cutánea pigmentada, plana o exofítica, curable durante la etapa inicial pero que sin tratamiento es de rápido avance, pudiendo provocar metástasis linfáticas y hematógenas que provocan alta mortalidad.

EPIDEMIOLOGIA

El melanoma cutáneo es la neoplasia más maligna de la piel. La incidencia es muy alta en Estados Unidos y Australia, donde ha aumentado en 75 % a partir de 1973.³ De acuerdo con las estadísticas de The National Cancer Institute Surveillance, Epidemiology and End Results (SEER), en Estados Unidos se ha documentado aumento de 619 % de 1950 a 2000.⁵ En América Latina no existen estadísticas

DIAGNOSTICO

El diagnóstico de melanoma se sospecha por clínica, con ayuda de la dermatoscopia y otros métodos no invasivos, pero se confirma con la histopatología.¹ En la década de 1980 se introdujo la regla clínica del ABCD (A = asimetría, B = bordes irregulares, C = color irregular y D = diámetro mayor de 5 mm). Posteriormente un quinto criterio conocido como E (elevación) fue introducido para describir los cambios morfológicos de las lesiones a través del tiempo (regla ABCDE).

CONCLUSION

La piel es el órgano que reviste nuestro cuerpo, brindando una protección de barrera con el medio externo, minimizando las pérdidas hídricas y de temperatura, y protegiéndonos de la radiación ultravioleta y de agentes infecciosos. Está constituida por una capa más externa, denominada epidermis, conformada por tejido epitelial (varias capas de células unidas como ladrillos conformando un muro). Las células de este tejido van madurando desde la base hacia la periferia, transformándose en células que conforman el estrato córneo de la piel, llenas de queratina, formando una película protectora que limita mucho la permeabilidad de la piel. Esto hace que las pérdidas hídricas sean mínimas, pero también dificulta el paso de productos aplicados en la piel. Las células del estrato córneo se van descamando, siendo reemplazadas por las células subyacentes, en un proceso que lejos de ser espontáneo, se encuentra altamente regulado.

La dermatitis atópica ha aumentado en los últimos años hasta convertirse en un problema de salud pública. Esta enfermedad provoca alteraciones a nivel físico y emocional, causando una importante alteración de la calidad de vida de los pacientes y sus familiares. Supone una importante carga económica en el gasto socio-sanitario, así como para los propios pacientes.

Por estas razones, ya que no existe tratamiento curativo, el tratamiento farmacológico debe estar encaminado a aliviar las manifestaciones clínicas de la enfermedad. Siendo papel fundamental de la enfermera educar a los pacientes y familiares para mejorar su calidad de vida. Orientando para mejorar el ámbito físico y emocional del paciente, consiguiendo así una mejora en su calidad de vida.

El cáncer de piel es uno de los más frecuentes, por lo que acudir al dermatólogo para un diagnóstico oportuno y seguir las recomendaciones, prevendrá la presencia de lesiones malignas en casos avanzados. La dificultad para examinar la piel radica en distinguir entre datos normales y anormales, entre hallazgos significativos y triviales y en integrar los signos y síntomas pertinentes en un diagnóstico diferencial apropiado. El hecho de que el órgano más grande del cuerpo sea visible constituye tanto una ventaja como una desventaja para aquellos que lo examinan. Es una ventaja porque no se necesitan instrumentos especiales y porque puede obtenerse una biopsia de la piel con baja morbilidad. Sin embargo, el observador casual puede confundirse con diversos estímulos y pasar por alto signos sutiles e importantes de enfermedades sistémicas o de la piel. Por ejemplo, pueden ser difíciles de reconocer las diferencias menores en el color y la forma que diferencian el melanoma