

**PROGRAMA DE LA ASIGNATURA DE DERMATOLOGÍA  
MÉDICOQUIRÚRGICA Y VENEREOLOGÍA.**

**Hospital del Mar (IMAS)**

**OBJETIVOS Y ASPECTOS GENERALES**

**PROGRAMA TEÓRICO (LECCIONES TEÓRICAS)**

**Objetivos y estructura**

**Sección I.** Generalidades. Piel normal: anatomía y fisiología. Bases del diagnóstico dermatológico: semiología, histopatología y exploraciones complementarias. Bases de la terapéutica dermatológica.

**Tema 1.** Anatomía y fisiología de la piel humana normal

**Tema 2.** Bases del diagnóstico en Dermatología

**Tema 3.** Bases generales de la terapéutica dermatológica

**Sección II.** Infecciones cutáneas, infestaciones, enfermedades de transmisión sexual y manifestaciones dermatológicas del SIDA.

**Tema 4.** Infecciones bacterianas

**Tema 5.** Micosis mucocutáneas

**Tema 6.** Infecciones víricas

**Tema 7.** Infecciones por micobacterias

**Tema 8.** Enfermedades de transmisión sexual (I)

**Tema 9.** Enfermedades de transmisión sexual (II)

**Tema 10.** Dermatitis zooparasitarias

**Sección III.** Reacciones cutáneas por agentes fisicoquímicos.

**Tema 11.** Dermatitis de causa físico-química

**Sección IV.** Dermatitis eritemato-escamosas.

**Tema 12.** Dermatitis eritemato-escamosas

**Sección V.** Trastornos cutáneos por hiperreactividad. Urticaria y angioedema. Eccemas. Liquen plano. Dermatitis reactivas.

**Tema 13.** Urticaria, angioedema y prurito

**Tema 14.** Eccemas (I)

**Tema 15.** Eccemas (II)

**Tema 16.** Liquen plano y dermatitis reactivas

**Sección VI.** Enfermedades vesículo-ampollosas autoinmunes.

**Tema 17.** Enfermedades ampollosas autoinmunes (I). Ampollas intraepidérmicas.

**Tema 18.** Enfermedades ampollosas autoinmunes (II). Ampollas subepidérmicas

**Sección VII.** Trastornos de la pigmentación.

**Tema 19.** Alteraciones de la pigmentación

**Sección VIII.** Enfermedades de los anexos cutáneos

**Tema 20.** Enfermedades del folículo sebáceo y de las uñas

**Sección IX.** Enfermedades hereditarias con manifestaciones dermatológicas importantes.

**Tema 21.** Genodermatosis

**Tema 22.** Enfermedades hereditarias con manifestaciones dermatológicas importantes

**Sección X.** Manifestaciones cutáneas de las enfermedades sistémicas. Vasculitis. Panniculitis. Conectivopatías. Enfermedades metabólicas. Marcadores cutáneos de neoplasias internas

**Tema 23.** Vasculitis y panniculitis

**Tema 24.** Manifestaciones cutáneas de las conectivopatías autoinmunes

**Tema 25.** Enfermedades metabólicas

**Tema 26.** Marcadores cutáneos de neoplasias internas

**Programa de la asignatura de Dermatología Médicoquirúrgica  
y Venereología.  
Hospital del Mar (IMAS)**

**Sección XI.** Neoplasias cutáneas. Carcinoma basocelular. Carcinoma escamoso. Melanoma. Linfomas.

**Tema 28.** Tumores cutáneos epiteliales malignos

**Tema 29.** Tumores melanocíticos

**Tema 30.** Linfomas, histiocitosis y mastocitosis

**PROGRAMA PRÁCTICO**

a) Seminarios.

Objetivos y estructura

b) Prácticas

Objetivos y estructura

**BIBLIOGRAFÍA GENERAL RECOMENDADA**

1. Webs docentes recomendadas de universidades españolas

2. Manuales

3. Atlas

4. Dermatología on-line

5. Libros de consulta

**Programa de la asignatura de Dermatología Médicoquirúrgica  
y Venereología.  
Hospital del Mar (IMAS)**

**Objetivos y aspectos generales**

Los objetivos generales de la asignatura son:

1. Enumerar las lesiones elementales de la piel y clasificar las dermatosis según la lesión elemental.
2. Diagnosticar y tratar las dermatosis que más a menudo son motivo de consulta en la Asistencia Primaria. Entre ellas destacan las infecciones bacterianas, fúngicas y víricas, los eccemas, el acné, las alopecias, la urticaria y la psoriasis. Estas dermatosis pueden representar hasta el 10-15% de la consulta de un médico de Asistencia Primaria.
3. Reconocer las lesiones cutáneas que son signos de enfermedades sistémicas, como el lupus eritematoso, la dermatomiositis, las vasculitis, las paniculitis y las dermatosis paraneoplásicas.
4. Reconocer las lesiones cutáneas que indican gravedad, como las enfermedades ampollosas extensas, la púrpura, la necrosis y los nódulos cutáneos.
5. Valorar correctamente las lesiones tumorales de la piel y reconocer los tumores benignos y malignos más frecuentes, sobretudo las lesiones pigmentadas.

Para lograr estos objetivos, el programa consta de 70 horas de enseñanza por alumno (6 créditos), que se distribuyen de la siguiente manera:

- **Enseñanza teórica:** Clases de 1 hora (50 minutos de exposición más 10 de preguntas), en formato de lección magistral, que corresponden a las 30 lecciones del programa adjunto. Un total de 3 créditos.
- **Carga de trabajo** (no cuantificada actualmente con créditos): Se considera que el estudiante necesitará 1'5 horas de estudio por cada clase impartida, es decir, un total de 39 horas adicionales a las lectivas.
- **Enseñanza práctica:** que son 3 créditos más.

Esta enseñanza práctica ha de centrarse en la discusión del diagnóstico diferencial, de las exploraciones complementarias necesarias y del tratamiento de los problemas dermatológicos más comunes. También ha de destacarse qué procesos se deben remitir al dermatólogo. Consta de:

- **Seminarios:** Se incluyen 10 seminarios de 1 hora. Se debe conseguir que el alumno participe activamente en los seminarios destiandos a la revisión de conceptos, iconografía, signos guía y diagnóstico diferencial morfológico y topográfico.

**Programa de la asignatura de Dermatología Médicoquirúrgica  
y Venereología.  
Hospital del Mar (IMAS)**

- Prácticas en el servicio: cada alumno obligatoriamente asiste a las consultas de Dermatología durante 2 semanas, de 9 a 12 horas (30 horas en total) Conjuntamente a la consulta externa estándar y a las consultas interservicios, pueden asistir a las consultas monográficas de tumores cutáneos, dermatitis de contacto, cirugía dermatológica y dermatología pediátrica. Durante el periodo de prácticas se realizan un total de 5 sesiones (1ª semana) con un Formato de "Discusión Dirigida" con temas prácticos seleccionados de patología dermatológica frecuente de una duración aproximada de 30 a 45 minutos. Durante esta primera semana de prácticas se facilitarán un grupo de 9-10 casos clínicos con una información clínica complementaria, con formato de problema clínico-diagnóstico que los alumnos deberán preparar y discutir con un formato de "Resolución de problemas" durante las sesiones de la 2ª semana de prácticas (de una duración similar de 30 a 45 minutos) con los profesores correspondientes.
- Tutorías: Desde que se inicia la asignatura hasta el examen, el horario de atención de los alumnos es los lunes, de 11 a 12 horas, en las Consultas Externas de Dermatología. Los alumnos también podrán transmitir y resolver sus dudas por correo electrónico con los profesores.

**Evaluación:** Se valorarán aspectos de capacitación general para describir e interpretar las lesiones elementales de la piel, insistiendo en las claves diagnósticas y terapéuticas de las dermatosis más frecuentes. También se valorarán los conocimientos para distinguir los procesos benignos y malignos. Los aspectos clínicos, diagnósticos y pronósticos se considerarán de más importancia que los conocimientos sobre aspectos específicos de tratamiento.

La evaluación del programa teórico-práctico se realiza mediante un examen final de conocimientos (95 puntos) que consiste en 75 preguntas de tipo elección múltiple, con cinco respuestas (sólo 1 verdadera). La evaluación del programa práctico se realiza en el mismo examen final, incluyendo 2 preguntas adicionales de casos clínicos con una breve historia clínica y proyección de imágenes clínicas características y con cinco respuestas (solamente una verdadera). Cada pregunta mal contestada (tanto del programa teórico como práctico) resta un cuarto de punto. Ambas evaluaciones se sumarán, con una nota máxima total de 95 puntos.

Adicionalmente se evaluará el periodo de las prácticas en el Servicio (incluyendo los casos clínicos expuestos en el formato "resolución de problemas") que se valorará por parte del profesorado con un máximo de 5 puntos que se sumarán a la nota final (Notas máximas: 75 + 20 + 5 puntos).

La nota final definitiva se establece proporcionalmente sobre 10 puntos. Los niveles de aprobado, notable y excelente serán los especificados en la norma general de la Facultad. No se realizará ningún tipo de corrección ni modificación de esta nota (en relación al nivel de notas de un Curso en concreto).

**Programa de la asignatura de Dermatología Médicoquirúrgica  
y Venereología.  
Hospital del Mar (IMAS)**

**Programa teórico (Lecciones teóricas)**

**a) Objetivos**

Dar los conocimientos específicos sobre la etiología, biología, clínica, diagnóstico, diagnóstico diferencial, tratamiento y pronóstico de las enfermedades de la piel, de las mucosas y de sus anexos, con especial énfasis en las más frecuentes. Proporcionar fuentes de información para completar y complementar el autoaprendizaje de los conocimientos teóricos.

**b) Estructura**

El programa de las lecciones teóricas se ha dividido en XI Secciones, donde se agrupan los Temas en función de criterios etiológicos, patogénicos o nosológicos, con el objetivo de facilitar una visión integrada de la asignatura al estudiante, mejorar aspectos didácticos y conseguir un enfoque más práctico.

Durante el periodo en que se imparte la asignatura se pretende motivar al alumno para ampliar sus conocimientos con libros de texto, atlas y revistas, incluyendo algunos en soporte digital y de libre acceso.

Para cada Tema se proporciona al alumno la relación de los objetivos docentes, así como la bibliografía considerada como relevante (6 referencias como máximo). El criterio de selección de la bibliografía para cada Tema se ha establecido con criterios de accesibilidad, favoreciendo las referencias bibliográficas en lengua española y que se reciben regularmente en la Biblioteca Universitaria de la Unidad Docente. Para cada uno de los Temas, se facilitan también algunas direcciones de Internet de interés. Toda esta información sobre el programa docente se proporciona al inicio de la asignatura. La información sobre cada uno de los Temas se facilita también al finalizar el Tema inmediatamente anterior, con el objetivo de que el alumno pueda prepararlo previamente a su exposición.

**Programa teórico (Lecciones Teóricas)**

SECCIÓN I. GENERALIDADES. PIEL NORMAL: ANATOMÍA Y FISIOLÓGÍA. BASES DEL DIAGNÓSTICO DERMATOLÓGICO: SEMIOLOGÍA, HISTOPATOLOGÍA Y EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS. BASES DE LA TERAPÉUTICA DERMATOLÓGICA.

*Consta de tres lecciones; en la primera se describen de forma general la estructura e histología de la piel y sus anejos y se exponen los fundamentos de la fisiología cutánea. En otras secciones del programa se completan algunos aspectos específicos (melanogénesis -tema19-, queratinas y mecanismos de adhesión intercelular -tema 17-, unión dermoepidérmica -tema18). En la segunda lección se describen las bases morfológicas (lesiones elementales, patrones clínicos) para el diagnóstico dermatológico. En la tercera lección se exponen las bases de la terapéutica tópica (bases dermatológicas, vehículos y principios activos, con un apartado especial sobre el tratamiento con corticoides tópicos) y otros tratamientos utilizados frecuentemente en Dermatología.*

**TEMA 1. Anatomía y fisiología de la piel humana normal**

- Introducción a la Dermatología.
- Embriología de la piel.
- Nociones generales de anatomía macroscópica y microscópica de la piel y de los anejos cutáneos. Componentes celulares y capas de la epidermis. Cinética celular epidérmica. Fisiología de la queratinización. Fisiología de la melanogénesis. Estructura de la unión dermo-epidérmica. Componentes y estructura de la dermis. Síntesis de colágeno. Tejido celular subcutáneo. Anejos cutáneos: glándulas ecrinas y apocrinas, folículo pilosebáceo y uñas.
- Fisiología cutánea. Vascularización e inervación de la piel. Función barrera. Termorregulación. Síntesis de vitamina D. La piel como órgano inmunológico: el sistema inmune cutáneo. Mecanismos de la inflamación y reparación hística cutáneas.

**Objetivos:**

1. Enumerar las diferentes estructuras que son objeto de estudio en la Dermatología.
2. Describir los componentes celulares de la epidermis.
3. Diferenciar las capas epidérmicas.
4. Describir los mecanismos de unión entre los queratinocitos.
5. Describir la estructura de la unión dermo-epidérmica.
6. Describir los fundamentos de la queratinización.
7. Describir los fundamentos de la melanogénesis.
8. Enumerar los diferentes componentes de la dermis y su distribución.
9. Describir los componentes y la arquitectura del tejido celular subcutáneo.
10. Enumerar los diferentes anejos cutáneos y su distribución anatómica.
11. Describir la arquitectura de la red vascular de la piel.
12. Enumerar los principales objetivos del sistema de inervación de la piel.
13. Enumerar las principales funciones de la piel.

**Bibliografía:**

1. Paus R, Cotsarelis G. The biology of hair follicles. *N Engl J Med* 1999; 341: 491-497.

**Programa de la asignatura de Dermatología Médicoquirúrgica  
y Venereología.  
Hospital del Mar (IMAS)**

2. Sanchez Yus E, Alonso I, Simón F. El melanocito. *Piel* 1986; 1:142-8.
3. Alonso I, Simón P; Sanchez Yus. Desarrollo embrionario del melanocito. *Piel* 1993 ;8 :411-4.
4. Gonzalez Duarte MHJ. El queratinocito. *Piel* 1986; 1:264-9.
5. Bombí JA. La célula de Merkel. *Piel* 1986; 199-203.
6. Gubert E. Células de Langerhans y patología cutánea. *Piel* 1993;8:170-83.

**Webs recomendadas:**

1. <http://www.utskinvet.org/pdf/stfunct2002.pdf>
2. <http://www.geodata.soton.ac.uk/hm/skin/skin.htm>

**TEMA 2. Bases del diagnóstico en Dermatología**

- La historia clínica dermatológica.
- Exploración de la piel. Lesiones elementales. Localización. Patrones de distribución.

**Objetivos:**

1. Enumerar los datos fundamentales de la historia clínica dermatológica.
2. Enumerar las lesiones elementales, describir las características de cada una y citar 2 ejemplos.
3. Interpretar el significado de la distribución de las lesiones.

**Bibliografía:**

1. Vázquez López F, González López M, Pérez Oliva N. Las lesiones elementales en la Dermatología española actual (I): las definiciones son contradictorias. *Actas Dermosifiliogr* 2000; 91: 586-594.
2. Vázquez López F, González López M, Pérez Oliva N. Las lesiones elementales en la Dermatología española actual (II): paradigmas semánticos. *Actas Dermosifiliogr* 2001; 92: 47-52.
3. García Pérez A. Sobre las lesiones elementales. *Actas Dermosifiliogr* 2001; 92: 599-600.

**Webs recomendadas:**

- 1- <http://www.dermnetnz.org/index.html>
- 2- <http://www.medstudents.com.br/dermat/dermat1.htm>

**TEMA 3. Bases generales de la terapéutica dermatológica**

- Principios de terapéutica tópica. Permeabilidad cutánea. Excipientes y principios activos.
- Corticoesteroides tópicos. Indicaciones y efectos secundarios.



## Programa de la asignatura de Dermatología Médicoquirúrgica y Venereología. Hospital del Mar (IMAS)

- Fármacos utilizados frecuentemente en patología cutánea: Sulfona, antipalúdicos de síntesis, retinoides antihistamínicos, inmunosupresores, inmunomoduladores.
- Tratamientos físicos. Fototerapia. Fotoquimioterapia. Crioterapia.
- Tratamientos quirúrgicos. Curetaje. Electrocoagulación. Exéresis.

### Objetivos:

1. Escoger correctamente el vehículo según el tipo de dermatosis y su localización.
2. Enumerar 2 corticoides tópicos de cada grupo de potencia.
3. Enumerar las bases de una correcta utilización de los corticoides tópicos.
4. Enumerar 5 antifúngicos tópicos, su nombre comercial, e indicaciones.
5. Enumerar 2 antifúngicos sistémicos, sus indicaciones y contraindicaciones y su posología.
6. Enumerar 3 antihistamínicos, sus dosis y sus contraindicaciones.

### Bibliografía:

1. Arndt KA. Manual of Dermatologic Therapeutics. Little Brown and Company.
2. Drake LA, Dinehart SM, Farmer ER. Guidelines of care for the use of topical glucocorticoids. *J Am Acad Dermatol* 1996; 35: 615-619.
3. Fernandez-Vozmediano JM, Armario Hita JC. Retinoides en Dermatología. *Med Cutan Iber Lat Am* 2003; 31:271-94.
4. Carrascosa JM. Fototerapia y fotoquimioterapia. *Actas Dermo-Sif* 2004; 95:259-83

### Webs recomendadas:

- 1- <http://aeped.es/protocolos/dermatologia/tres/ttopico.pdf>
- 2- <http://www.aadassociation.org/Guidelines/>
- 3- <http://aeped.es/protocolos/dermatologia/cuatro/terapiasistemica.pdf>
- 4- <http://www.udl.es/usuarios/dermatol/ProtocolosWeb/BasesTerapeutica/Generalidades.htm>

<b>SECCIÓN II. INFECCIONES CUTÁNEAS, INFESTACIONES, ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y MANIFESTACIONES DERMATOLÓGICAS DEL SIDA.</b>
---

*Esta es la sección más amplia del programa: consta de 7 lecciones referentes a las infecciones e infestaciones cutáneo-mucosas, con una elevada prevalencia en la población general. En primer lugar se revisan las infecciones bacterianas por estafilococos y estreptococos (piodermatitis), enfermedades de superantígenos bacterianos, infecciones por pseudomonas y corinebacterias, así como las manifestaciones cutáneas de la sepsis bacteriana. Se discute la metodología diagnóstica, así como los tratamientos. En otros temas se revisan las características*

**Programa de la asignatura de Dermatología Médicoquirúrgica  
y Venereología.  
Hospital del Mar (IMAS)**

*clínicas, métodos diagnósticos y estrategias terapéuticas de las infecciones superficiales por dermatófitos y levaduras, así como las infecciones víricas, con especial referencia a las infecciones por herpesvirus, papilomavirus y poxivirus. Si bien las infecciones por micobacterias son infrecuentes, suponen un verdadero problema de salud pública mundial. Además de las clásicas tuberculosis cutánea y lepra, se exponen aspectos más actuales como las infecciones por micobacterias ambientales oportunistas (no tuberculosas), la incidencia de las cuales está aumentando como resultado del incremento del número de pacientes que reciben tratamientos inmunosupresores. Existen dos temas dedicados a las enfermedades de transmisión sexual, incluyendo las manifestaciones cutáneas de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana.*

#### **TEMA 4. Infecciones bacterianas**

- Flora cutánea residente y patógena.
- Infecciones estafilocócicas y estreptocócicas. Impétigo. Ectima. Erisipela/celulitis. Fascitis. Linfangitis. Folliculitis, forúnculos y ántrax. Perionixis aguda. Síndromes por superantígenos: síndrome del shock tóxico y síndrome de la escaldadura estafilocócica.
- Infecciones por corinebacterias. Eritrasma. Queratólisis punctata. Tricomycosis axilar.
- Erisipeloide.
- Infecciones por pseudomonas. Folliculitis. Síndrome de las uñas verdes. Ectima gangrenoso.
- Lesiones cutáneas en la sepsis. Endocarditis. Meningitis meningocócica.
- Rickettsiosis y borreliosis.

#### **Objetivos:**

1. Enumerar las características clínicas y elaborar un plan de tratamiento y prevención de las principales piodermitis (impétigo, ectima, erisipela, celulitis, folliculitis, perionixis aguda) y del eritrasma.
2. Diferenciar la escarlatina estafilocócica de la estreptocócica y el síndrome de la piel escaldada por estafilococos del síndrome de Lyell.
3. Describir los síntomas del síndrome del shock tóxico estafilocócico y estreptocócico.
4. Enumerar las manifestaciones cutáneas de la fiebre botonosa mediterránea y elaborar un plan de tratamiento y prevención.

#### **Bibliografía:**

1. Requena L. Piodermitis. *Piel* 1990; 5: 291-298.
2. Manders SM. Infectious disease update. *Dermatol Clin* 2001; 19: 749-756.
3. Bisno AL, Stevens DL. Streptococcal infections of skin and soft tissues. *N Engl J Med* 1996; 334: 240-245.
4. Manders SM. Toxin-mediated streptococcal and staphylococcal disease. *J Am Acad Dermatol* 1998; 39: 383-400.
5. García-Patos V, Castells A. Infecciones cutáneas por *Pseudomonas aeruginosa*. *Piel* 1995; 10: 87-98.

**Programa de la asignatura de Dermatología Médicoquirúrgica  
y Venereología.  
Hospital del Mar (IMAS)**

6. Ribera Pibernat M. Antibioticoterapia sistémica en Dermatología. *Piel* 1999; 14: 428-435.

**Webs recomendadas:**

- 1- <http://aeped.es/protocolos/dermatologia/uno/infeccionescutaneas.pdf>
- 2- <http://aeped.es/protocolos/infectologia/18-Infeccionbacterianapiel.pdf>

**TEMA 5. Micosis mucocutáneas**

- Concepto y clasificación de los hongos.
- Infecciones por dermatofitos. Tiñas del cuero cabelludo, del cuerpo, de los pies y de las manos. Onicomycosis. Tratamiento antifúngico.
- Candidosis: formas mucosas, cutáneas y diseminadas. Candidosis mucocutánea crónica.
- Pitiriasis versicolor.
- Esporotricosis.
- Micosis oportunistas en inmunodeprimidos (aspergilosis).

**Objetivos:**

1. Reconocer las diferentes formas clínicas de las dermatofitosis.
2. Distinguir las diferentes formas clínicas de candidosis.
3. Diagnosticar clínicamente la pitiriasis versicolor.
4. Plantear el diagnóstico diferencial de las micosis cutáneas y conocer los métodos diagnósticos para llegar al diagnóstico (examen micológico).
5. Enumerar 2 opciones terapéuticas para cada tipo de micosis cutánea.

**Bibliografía:**

1. Torres-Rodríguez JM. Micosis que afectan piel y mucosas. Barcelona: Doyma, 1987.
2. Elewski BE, Hazen PG. The superficial mycoses and the dermatophytes. *J Am Acad Dermatol* 1989; 21: 655-673.

**Webs recomendadas:**

- 1- [http://www.postgradmed.com/issues/2001/01\\_01/zuber.htm](http://www.postgradmed.com/issues/2001/01_01/zuber.htm)
- 2- <http://www.aadassociation.org/Guidelines/index.html>

## **TEMA 6. Infecciones víricas**

- Concepto y clasificación de los virus que afectan la piel.
- Herpesvirus: virus del herpes simple, virus varicela-zoster y citomegalovirus.
- Papilomavirus: verrugas, condilomas, papulosis bowenoide y epidermodisplasia verruciforme. Oncogenicidad.
- Poxvirus: *molluscum* contagioso, orf y nódulo de los ordeñadores.
- Exantemas víricos. Síndrome boca-mano-pie. Herpangina. Eritema infeccioso. Síndrome de Gianotti-Crosti. Aspectos puntuales de nuevas enfermedades exantemáticas (síndrome de popular-purpúrico en guantes y calcetines)

### **Objetivos:**

1. Enumerar las principales formas clínicas de las infecciones por virus del herpes simple y describir sus características.
2. Describir las manifestaciones clínicas, técnicas diagnósticas y complicaciones de las infecciones por el virus varicela-zoster.
3. Enumerar las indicaciones actuales de los antivíricos orales (aciclovir, valaciclovir y famciclovir).
4. Enumerar las diferentes formas clínicas de verrugas víricas y describir sus características.
5. Describir los diferentes tipos de tratamiento de las verrugas y sus contraindicaciones.
6. Enumerar los serotipos de papovavirus con capacidad oncogénica y cuáles son las bases que los incriminan en el cáncer genital.

### **Bibliografía:**

1. Goldfarb MD, Reid R. Human papillomavirus infection. *Dermatol Clin* 1991; 9: 203-376.
2. Bonkovsky HL, Mehta S. Hepatitis C: a review and update. *J Am Acad Dermatol* 2001; 44: 159-182.

### **Webs recomendadas:**

- 1- <http://www.aafp.org/afp/20030315/1233.html>
- 2- <http://www.hosprract.com/issues/1999/02/cesacks.htm>

### **TEMA 7. Infecciones por micobacterias**

- Concepto y clasificación (Runyon).
- Tuberculosis cutáneas (por inoculación, por contacto y por diseminación hematológica y linfática).
- Tubercúlides (liquen escrofuloso, tubercúlides pápulo-necróticas y eritema indurado de Bazin).
- Infecciones por micobacterias oportunistas ambientales.
- Lepra (enfermedad de Hansen). Epidemiología. Tipos de lepra. Manifestaciones cutáneas y sistémicas. Leprorreacciones. Diagnóstico. Tratamiento de las formas paucibacilar y multibacilar.

#### **Objetivos:**

1. Enumerar las formas y manifestaciones clínicas de las diferentes formas de tuberculosis cutáneas: lupus vulgar, escrofulodermia, tuberculosis verrucosa y tuberculosis periorificial.
2. Definir el concepto de tubercúlides y problemática del mismo.
3. Describir las manifestaciones clínicas de las infecciones por micobacterias oportunistas ambientales, especialmente del granuloma de las piscinas y de las infecciones en pacientes inmunodeprimidos.
4. Enumerar las características de las lesiones cutáneas de las diferentes formas de la enfermedad de Hansen.
5. Citar las exploraciones complementarias para confirmar el diagnóstico de lepra.

#### **Bibliografía:**

1. Velasco Pastor M, Vilata Corell JJ. Tuberculosis cutánea. *Piel* 1999; 14: 397-410.
2. Valdes F, Cid A. Micobacterias atípicas. *Actas Dermo-Sif* 2004; 95:331-57.
3. Jacobson RR, Krahenbuhl JL. Leprosy. *Lancet* 1999; 353: 655-660.

#### **Webs recomendadas:**

- 1- <http://www.who.int/lep/>
- 2- [http://www.who.int/health\\_topics/leprosy/en/](http://www.who.int/health_topics/leprosy/en/)
- 1- <http://denguezli.tripod.com/cours/tbc.htm>

### **TEMA 8. Enfermedades de transmisión sexual (1)**

- Úlceras genitales: diagnóstico diferencial.
- Sífilis.
- Chancroide.
- Linfogramuloma venéreo.
- Granuloma inguinal.

**Objetivos:**

1. Enumerar los pasos a seguir ante un paciente con una supuesta enfermedad de transmisión sexual.
2. Describir la conducta a seguir ante una úlcera genital.
3. Conocer los métodos de diagnóstico de la sífilis y su utilidad (valoración de una serología luética).
4. Establecer el diagnóstico diferencial de la lúes primaria.
5. Sospechar clínicamente el secundarismo luético.
6. Precisar el concepto de neurolúes y sífilis congénita y describir su diagnóstico y profilaxis.
7. Describir el tratamiento de los diferentes tipos de sífilis.

**Bibliografía:**

1. Vilata JJ. Enfermedades de transmisión Sexual. Ed J.R.Prous Editores.1993.
2. Brown TJ, Yen-Moore A, Tying SK. An overview of sexually transmitted diseases. Part I. *J Am Acad Dermatol* 1999; 41: 511-529.
3. Brown TJ, Yen-Moore A, Tying SK. An overview of sexually transmitted diseases. Part II. *J Am Acad Dermatol* 1999; 41: 661-677.
4. Czelusta AJ, Yen-Moore A, Evans TY, Tying SK. Sexually transmitted diseases. *J Am Acad Dermatol* 1999; 41: 614-623.
5. Guia per a la prevenció i control de les malalties de transmissió sexual. *Quaderns de salut pública*. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i seguretat Social. Direcció General de Salut Pública ed. Barcelona, 1999.
6. Zaballos P, Ara M, Sanz B. El chancroide. *Piel* 2002;17:243-53.

**Webs recomendadas:**

- 1- <http://www.cdc.gov/nchstp/dstd/dstdp.html>
- 2- [http://www.cdc.gov/nchstp/dstd/disease\\_info.htm](http://www.cdc.gov/nchstp/dstd/disease_info.htm)
- 3- <http://www.dartmouth.edu/~thabif/>

**TEMA 9. Enfermedades de transmisión sexual (2)**

- Balanitis.
- Uretritis (gonocócica y no gonocócicas). Complicaciones.
- Síndrome de Reiter.
- Manifestaciones cutáneas del SIDA. Infecciones e infestaciones cutáneas. Dermatitis inflamatorias. Sarcoma de Kaposi.

**Objetivos:**

1. Definir las características diferenciales entre las uretritis gonocócicas y no gonocócicas.
2. Citar los microorganismos que pueden producir uretritis no gonocócicas.

**Programa de la asignatura de Dermatología Médicoquirúrgica  
y Venereología.  
Hospital del Mar (IMAS)**

3. Establecer la conducta diagnóstica a seguir ante una uretritis y el tratamiento.
4. Establecer la pauta terapéutica adecuada en las vaginitis y en las cervicitis.
5. Citar los principales microorganismos que causan úlceras genitales, su diagnóstico diferencial clínico y el tratamiento de cada uno de ellos.
6. Enumerar las lesiones cutáneas típicas del síndrome de Reiter.
7. Enumerar las 10 dermatosis más frecuentes en pacientes con SIDA y las características de las mismas.
8. Citar las características clínicas y pronósticas de las diferentes formas de sarcoma de Kaposi.

**Bibliografía:**

1. Vilata JJ. Enfermedades de transmisión Sexual. Ed J.R. Prous Editores.1993.
2. Brown TJ, Yen-Moore A, Tying SK. An overview of sexually transmitted diseases. Part I. *J Am Acad Dermatol* 1999; 41: 511-529.
3. Brown TJ, Yen-Moore A, Tying SK. An overview of sexually transmitted diseases. Part II. *J Am Acad Dermatol* 1999; 41: 661-67.
4. González-Beato Merino MJ, Lecona Echevarría M, Monteagudo Sáez I, Lázaro Ochaita P. Síndrome de Reiter. *Actas Dermosifiliogr* 1999; 90: 479-488.
5. Muñoz Pérez MA. Manifestaciones cutáneas del sida. *Piel* 2000; 15: 256-266.
6. Antman K, Vhang Y. Kaposi's sarcoma. *N Engl J Med* 2000; 342: 1027-1038.

**Webs recomendadas:**

- 1- [http://www.cdc.gov/nchstp/dstd/disease\\_info.htm](http://www.cdc.gov/nchstp/dstd/disease_info.htm)
- 2- <http://www.cdc.gov/nchstp/dstd/dstdp.html>
- 3- [http://www.faetc.org/PDF/Primary\\_Care\\_Guide/15--\\_Dermatologic-Manifestations.pdf](http://www.faetc.org/PDF/Primary_Care_Guide/15--_Dermatologic-Manifestations.pdf)

**TEMA 10. Dermatosis zooparasitarias**

- Sarna. Sarna noruega.
- Pediculosis.
- Picaduras de artrópodos.
- Larva *migrans*.
- Leishmaniasis.
- Dermatosis por animales marinos

**Objetivos:**

1. Reconocer los signos y síntomas característicos de la sarna y de la pediculosis.
2. Llevar a acabo un examen microscópico para diagnosticar una sarna.
3. Enumerar las opciones terapéuticas en estas infestaciones.
4. Describir las características clínicas de las picaduras de artrópodo.
5. Describir las características clínicas y diagnósticas de las leishmaniasis.

**Bibliografía:**

1. Armijo M. Dermatitis zoo-parasitarias. En Armijo M, Camacho F. Ediciones CEA 1987;649-73.
2. Carrillo M. Escabiosis. *Piel* 1986;1:181-5.
3. Urrutia S. Leishmaniasis cutánea. *Piel* 2001; 16: 253-257.
4. García-Patos V, Castells A. Tratamiento de las parasitosis en Dermatología. *JANO* 1998; 54: 49-54.

**Webs recomendadas:**

- 1- <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/scabies.html>
- 2- <http://www.pediculosis.com>
- 3- <http://www.cdc.gov/travel/diseases/leishmaniasis.htm/>

**SECCIÓN III. REACCIONES CUTÁNEAS FRENTE A AGENTES FÍSICO-QUÍMICOS.**

*En esta lección se revisan las lesiones dermatológicas causadas por agresiones mecánicas, térmicas o ionizantes, incluyendo las dermatosis ficticias. Se discuten las dermatosis inducidas por la radiación ultravioleta y se comentan los principios para el diagnóstico de las toxicodermias, con especial atención a las formas graves.*

**TEMA 11. Dermatitis de causa físico-química**

- Reacciones cutáneas frente a agresiones mecánicas: úlceras por decúbito.
- Dermatitis facticias (patomimias).
- Reacciones frente a agresiones térmicas: quemaduras, eritema *ab igne*, congelaciones, eritrocianosis, perniosis.
- Radiodermatitis.
- Fotodermatitis. Conceptos de fotobiología. Efectos de las radiaciones ultravioletas sobre la piel. Fotosensibilidad: diagnóstico diferencial de las fotodermatitis: erupción polimorfa lumínica, fototoxía y fotoalergia, xeroderma pigmentoso. Fotoprotección.
- Toxicodermias. Reacciones adversas a fármacos.

**Objetivos:**

1. Describir los principales factores de riesgo y las técnicas para prevenir el desarrollo de las úlceras por decúbito.
2. Enumerar las alternativas terapéuticas físicas, médicas y quirúrgicas para las úlceras por decúbito.
3. Valorar la gravedad de una quemadura en función de su profundidad y extensión y proponer una actitud terapéutica.
4. Reconocer los signos de degeneración maligna ante una radiodermatitis crónica.
5. Enumerar los signos cutáneos de una patomimia.
6. Describir las características de los 6 fototipos cutáneos.
7. Describir la forma de aplicar correctamente un fotoprotector.
8. Enumerar más de 7 medicamentos fotosensibilizantes.



**Programa de la asignatura de Dermatología Médicoquirúrgica  
y Venereología.  
Hospital del Mar (IMAS)**

**Bibliografía:**

1. Beltrani VS. Cutaneous manifestations of adverse drug reactions. *Immunol Allergy Clin North Am* 1998; 18: 867-895.
2. S. Bel Pla, D. García Fernández, V. García-Patos Briones. Toxicodermias: etiología, patogenia y patrones clínicos (I). *JANO* 2001; 61: 35-41.
3. D. García Fernández, S. Bel Pla, V. García-Patos Briones. Toxicodermias: pronóstico y tratamiento (II). *JANO* 2002 (en prensa)
4. Page EH, Shear NH. Temperature-dependent skin disorders. *J Am Acad Dermatol* 1988;18:1003-19.
5. Gonzalez E, Gonzalez S. Drug photosensitivity, idiopathic photodermatoses, and sunscreens. *J Am Acad Dermatol* 1996;35: 871-85.

**Webs recomendadas:**

1. <http://surgclerk.med.utoronto.ca/Burn/casestudy.htm>
2. <http://www.telemedicine.org/carcinog.htm>

**SECCIÓN IV. DERMATOSIS ERITEMATO-ESCAMOSAS.**

*Se discuten de forma detallada las características clínicas y la metodología diagnóstica de tres enfermedades con una importante prevalencia: la dermatitis seborreica, la psoriasis y la pitiriasis rosada de Gibert. Se ilustra la variable expresión clínica de la psoriasis y se detallan los principios terapéuticos. Se destaca la importancia de un diagnóstico correcto y repercusiones sociosanitarias justifican su correcto conocimiento por parte del futuro médico general. En esta lección se revisan las eritrodermias, revisando las diferentes etiologías implicadas y las complicaciones potenciales de este cuadro clínico.*

**TEMA 12. Dermatitis eritemato-escamosas**

- Dermatitis seborreica. Clínica en función de la edad. Tratamiento.
- Psoriasis. Epidemiología. Fisiopatogenia. Clínica según la morfología de y la localización de las lesiones. Histopatología. Diagnóstico diferencial. Tratamiento tópico y sistémico.
- Pitiriasis rosada de Gibert.
- Eritrodermias. Concepto. Diagnóstico diferencial. Implicaciones sistémicas.

**Objetivos:**

1. Describir las diferentes formas clínicas de dermatitis seborreica según la edad del paciente y la topografía.
2. Proponer un plan terapéutico para las principales formas clínicas de dermatitis seborreica.
3. Enumerar los principales factores etiopatogénicos de la psoriasis.
4. Definir las características clínicas de las diferentes formas de psoriasis.

**Programa de la asignatura de Dermatología Médicoquirúrgica  
y Venereología.  
Hospital del Mar (IMAS)**

5. Describir las principales diferencias entre la psoriasis en placas, los eczemas y las tiñas.
6. Describir las principales diferencias entre la psoriasis del cuero cabelludo, las tiñas, la dermatitis seborreica y la neurodermitis.
7. Diferenciar la onicopatía psoriásica de la onicomycosis.
8. Diferenciar la psoriasis en gotas de la pitiriasis rosada de Gibert, del secundarismo lúetico y del liquen plano.
9. Diferenciar la psoriasis de los pliegues de las tiñas, de la candidosis, del eritrasma, de la dermatitis seborreica y de la neurodermitis.
10. Enumerar las diferentes causas de eritrodermia.
9. Establecer un protocolo de tratamiento tópico en un paciente con psoriasis leve.
10. Conocer las diferentes opciones terapéuticas para la psoriasis moderada o grave.

**Bibliografía:**

1. Fox BJ. Papulosquamous diseases. *J Am Acad Dermatol* 1985;12:597.
2. Stern RS. Psoriasis. *Lancet* 1997; 350: 349-353.
3. Nickoloff BJ. The immunologic and genetic basis of psoriasis. *Arch Dermatol* 1999; 135: 1104-1110.
4. Casanova Seuma JM, Ribera Pibernat M. Tratamiento tópico de la psoriasis. *Piel* 1999; 14: 494-503.
5. Lebwohl M, Ali S. Treatment of psoriasis. Part 2. Systemic therapies. *J Am Acad Dermatol* 2001; 45: 649-664.
6. Sigurdson V, Toonstra J, Hezemans-Boer M, Van Vloten WA. Erythroderma: a clinical and follow-up study of 102 patients, with emphasis on survival. *J Am Acad Dermatol* 1996; 5: 53-57.

**Webs recomendadas:**

- 1- <http://www.psoriasis.org/home/>
- 2- <http://pangea.org/psoriasi/>
- 3- <http://www.aafp.org/afp/20000501/2703.html>

**SECCIÓN V. TRASTORNOS CUTÁNEOS POR HIPERREACTIVIDAD. URTICARIA Y ANGIOEDEMA. ECZEMAS. LIQUEN PLANO. DERMATOSIS REACTIVAS.**

*Esta sección incluye 4 lecciones que tienen en común el hecho de tratar dermatosis de carácter reactivo, a pesar de que sus mecanismos fisiopatogénicos y su etiología sean muy diferentes. Un capítulo está dedicado a las diferentes formas de urticaria y angioedema, que debido a su elevada frecuencia son dos procesos de conocimiento imprescindible por el médico general. Asimismo, se discute el prurito como síntoma clínico, que es posteriormente revisado dentro de un seminario específico. En los temas 14 y 15 se revisa el concepto de eccema y sus variantes clínicas. Se revisa de forma especial el contacto, los eccemas, una patología muy prevalente y con implicaciones laborales y económicas cada día más importantes, el interés e indicaciones de diferentes pruebas diagnósticas (pruebas epicutáneas). En la última clase de esta sección se revisa el liquen plano y se discuten las características de un grupo de procesos incluidos dentro del concepto genérico de Dermatosis reactivas: las*

**Programa de la asignatura de Dermatología Médicoquirúrgica  
y Venereología.  
Hospital del Mar (IMAS)**

*dermatosis neutrofílicas, el eritema multiforme (síndrome de Stevens-Johnson i necrólisis epidérmica tóxica) y los eritemas figurados.*

### **TEMA 13. Urticaria, angioedema y prurito**

- Concepto.
- Fisiopatología.
- Clasificación: agudas, crónicas, físicas, por contacto, angioedema hereditario y adquirido.
- Diagnóstico y diagnóstico diferencial.
- Tratamiento.
- Prurito. Fisiopatología. Protocolo de estudio. Diagnóstico diferencial. Tratamiento.

#### **Objetivos:**

1. Valorar correctamente a un paciente con prurito (enumerar las causas principales, las exploraciones complementarias a realizar y su tratamiento).
2. Citar las principales causas de las urticarias.
3. Proponer un plan terapéutico ante un paciente afecto de urticaria aguda.
4. Proponer un plan terapéutico ante un paciente afecto de angioedema.
5. Enumerar las exploraciones complementarias ante un paciente afecto de urticaria aguda.
6. Citar el nombre comercial, principio activo y dosis de 3 antihistamínicos.
7. Enumerar los principales efectos secundarios de los antihistamínicos orales.

#### **Bibliografía:**

1. Greaves MW, Wall PD. Pathophysiology of itching. *Lancet* 1996; 348: 938-940.
2. Berltrani VS. Urticaria and angioedema. *Dermatol Clinics* 1996;14:171.
3. Gardeazabal García J, Vicente Calleja JM, Díaz Ramón L. Urticarias físicas. *Piel* 1999; 14: 190-199.
4. Kaplan AP. Clinical practice. Chronic urticaria and angioedema. *N Engl J Med* 2002; 346: 175-179.

#### **Webs recomendadas:**

- a. <http://www.urticaria.com/>
- b. <http://www.healthubs.com/urticaria>

### **TEMA 14. Eczemas (I)**

- Concepto y clasificación.
- Dermatitis de contacto irritativa y alérgica. Concepto. Fisiopatogenia. Clínica (eczema agudo, subagudo y crónico). Pruebas epicutáneas. Dermatitis profesionales.

**Objetivos:**

1. Enumerar los componentes del sistema inmunológico cutáneo y sus funciones principales.
2. Ilustrar el esquema de llegada de las células inflamatorias a la piel y las bases fisiopatológicas de la dermatitis de contacto alérgica.
3. Enumerar las diferencias clínicas entre una dermatitis de contacto alérgica e irritativa.
4. Citar cinco alérgenos frecuentemente implicados en las dermatitis de contacto alérgicas.
5. Describir la técnica, los objetivos y las limitaciones de las pruebas epicutáneas.
6. Establecer un tratamiento en los diferentes tipos de eccema (agudo, subagudo y crónico).

**Bibliografía:**

1. Conde Salazar L. Pruebas epicutáneas. *Piel* 1986;1: 45-50.
2. Wolf R. Contact Dermatitis. *Clin Dermatol* 2000;18:661.
3. Gómez de la Fuente E, Ortiz de Frutos FJ. Dermatitis irritativa de contacto de las manos. *Piel* 1999; 14: 411-417.
4. Rietschel RL. Occupational contact dermatitis. *Lancet* 1997; 349: 1093-1095.

**Webs recomendadas :**

5. <http://www.ctv.es/USERS/plme/GEIDC.htm>
6. <http://www.telemedicine.org/contact.htm>
7. <http://www.edae.gr/occupational.html>

**TEMA 15. Eczemas (II)**

- Dermatitis atópica. Concepto de atopia. Fisiopatología. Manifestaciones clínicas en función de la edad. Complicaciones. Criterios diagnósticos. Tratamiento.
- Eczema numular.
- Eczema dishidrótico.
- Eczema asteatósico.
- Neurodermatitis.
- Autoeczematización.

**Objetivos:**

1. Enumerar las manifestaciones clínicas de la dermatitis atópica según la edad del paciente.
2. Establecer un diagnóstico diferencial entre dermatitis atópica y con otras dermatosis pruriginosas.
3. Proponer una estrategia terapéutica para la dermatitis atópica según la localización y morfología de las lesiones.

**Programa de la asignatura de Dermatología Médicoquirúrgica  
y Venereología.  
Hospital del Mar (IMAS)**

4. Citar 10 efectos adversos locales y sistémicos de los corticoides tópicos.

**Bibliografía:**

1. Bielsa I. Avances en la fisiopatología de la atopia: implicaciones terapéuticas. *Piel* 2000; 15: 356-361.
2. Rudikoff D, Lebwohl M. Atopic dermatitis. *Lancet* 1998; 351: 1717-1721.
3. Przybilla B, Eberlein-Konig B, Rueff F. Practical management of atopic eczema. *Lancet* 1994; 343: 1342-1346.
4. Baselga E. Tratamiento de la Dermatitis atópica en la infancia. *Actas Dermosifiliog* 2003;94:345-55.
5. Bos JD, Kapsenberg ML, Smitt JH. Pathogenesis of atopic eczema. *Lancet* 1994; 343: 1338-1341.
6. Tofte S. Current management of atopic dermatitis. *J Am Acad Dermatol* 2001;44:S13.

**Webs recomendadas:**

- 1- <http://dermatology.cdlib.org/92/reviews/atopy/beltrani.html>
- 2- <http://www.aafp.org/afp/990915ap/1191.html>

**TEMA 16. Liquen plano y dermatosis reactivas**

- Liquen plano (cutáneo, oral, genital, ungueal y pilar).
- Erupciones liquenoides.
- Eritema multiforme. Necrolisis epidérmica tóxica.
- Eritemas figurados (granuloma anular, eritema anular centrífugo).
- Dermatosis neutrofílicas. Síndrome de Sweet. Piodermia gangrenosa.

**Objetivos:**

1. Describir las características clínicas de los principales tipos de liquen plano.
2. Plantear el diagnóstico diferencial de las lesiones úlcero-erosivas de la cavidad oral.
3. Plantear el diagnóstico diferencial de los eritemas anulares (clínica, asociaciones y exploraciones complementarias).
4. Enumerar las características clínicas que definen el eritema polimorfo, el síndrome de Stevens-Johnson y el síndrome de Lyell.
5. Diferenciar el síndrome de Lyell del síndrome de la escaldadura estafilocócica.
6. Enumerar las principales complicaciones del síndrome de Lyell y su tratamiento.
7. Describir el concepto de dermatosis neutrofílica y las principales manifestaciones clínicas.
6. Citar las cinco procesos asociados a las dermatosis neutrofílicas.

**Bibliografía:**

1. Boyd AS, Neldner KH. Lichen planus. *J Am Acad Dermatol* 1991; 25: 593-619.

**Programa de la asignatura de Dermatología Médicoquirúrgica  
y Venereología.  
Hospital del Mar (IMAS)**

2. Halevy S, Shai A. Lichenoid drug reactions. *J Am Acad Dermatol* 1993; 29: 249-255.
3. Hsu S, Le EH, Khoshevis MR. Differential diagnosis of annular lesions. *Am Fam Physician* 2001; 64: 289-296.
4. Rodríguez-Díaz E, Morán-Estefanía M, Armijo-Moreno M. Dermatitis neutrofílicas (I). *Actas Dermosifiliogr* 1995; 86: 67-80.
5. Rodríguez-Díaz E, Morán-Estefanía M, Armijo-Moreno M. Dermatitis neutrofílicas (II). *Actas Dermosifiliogr* 1995; 86: 135-143.
6. D. García Fernández, V. García-Patos Briones, A. Castells Rodellas. Síndrome de Stevens-Johnson / necrólisis epidérmica tóxica. *Piel* 2001; 16: 444-457.

**Webs recomendadas:**

- 1- <http://emedicine.com/derm/topic137.htm>
- 2- <http://www.lichenplanus.com/>

**SECCIÓN VI. ENFERMEDADES VESÍCULO-AMPOLLARES AUTOINMUNES**

*Dos de las clases revisan el grupo de enfermedades caracterizadas por un trastorno de la cohesión que da lugar a la formación de ampollas por mecanismos inmunológicos. Las entidades discutidas de forma más detallada incluyen el pénfigo, el pemfigoide y la dermatitis herpetiforme. A pesar de ser procesos infrecuentes y que deben ser controlados por el dermatólogo, el conocimiento de su fisiopatología, técnicas diagnósticas y pautas terapéuticas evitarán retrasos en su derivación desde la Asistencia Primaria. El programa incluye también un seminario dedicado específicamente al diagnóstico diferencial de las enfermedades vesículo-ampollosas y una sesión que revisa las diferentes técnicas diagnósticas en inmunodermatología (inmunofluorescencia directa e inmunofluorescencia indirecta).*

**TEMA 17. Enfermedades ampollares autoinmunes (I). Ampollas intraepidérmicas.**

- Generalidades. Mecanismos de formación de las ampollas. Mecanismos de unión entre las diferentes estructuras de la piel: desmosomas, hemidesmosomas y unión dermo-epidérmica.
- Técnicas diagnósticas de las enfermedades ampollares.
- Pénfigos. Clasificación (vulgar, vegetante, foliáceo, seborreico, paraneoplásico, herpetiforme, IgA). Etiopatogenia. Clínica. Histología. Asociaciones. Diagnóstico. Tratamiento.

**Objetivos:**

1. Diferenciar las características clínicas de las enfermedades ampollares intraepidérmicas y subepidérmicas.
2. Describir la estructura del desmosoma.
3. Representar los componentes de la unión dermo-epidérmica (hemidesmosomas y membrana basal).

**Programa de la asignatura de Dermatología Médicoquirúrgica  
y Venereología.  
Hospital del Mar (IMAS)**

4. Diferenciar los patrones histológicos que definen los diferentes mecanismos de formación de vesículas y ampollas.
5. Enumerar las exploraciones complementarias a realizar ante una enfermedad ampollar supuestamente autoinmune.

**Bibliografía:**

1. Mellerio JE. Molecular pathology of the cutaneous basement membrane zone. *Clin Exp Dermatol* 1999;24:25.
2. Noursari H, Anhalt GJ. Pemphigus and bullous pemphigoid. *Lancet* 1999; 354: 667-672.
3. Anhalt GJ. Making sense of antigens and antibodies in pemphigus. *J Am Acad Dermatol* 1999; 40: 763-766.
4. Robinson ND, Hashimoto T, Amagai M, Chan LS. The new pemphigus variants. *J Am Acad Dermatol* 1999; 40: 649-671.
5. Pizarro A. Patogenia del pénfigo: Dos teorías, una polémica y un caso clínico. *Piel* 2002;17:296-9.
6. Díaz LA, Giudice GJ. End of the century overview of skin blisters. *Arch Dermatol* 2000; 136: 106-112.

**Webs recomendadas:**

7. [http://www.thedoctorsdoctor.com/bodysites/skin\\_bm.htm](http://www.thedoctorsdoctor.com/bodysites/skin_bm.htm)
8. <http://www.pemphigus.org/>
9. <http://telemedicine.org/blister.htm>

**TEMA 18. Enfermedades ampollares autoinmunes (II). Ampollas subepidérmicas.**

- Penfigoides (ampollar, cicatrizal).
- Herpes gestacional.
- Dermatitis herpetiforme.
- Dermatitis IgA lineal (dermatitis ampollar crónica de la infancia).
- Epidermolisis ampollar adquirida.

**Objetivos:**

1. Describir los criterios diagnósticos de las enfermedades ampollares autoinmunes, tanto clínicos como histológicos, y cuáles son los patrones de inmunofluorescencia característicos en cada grupo.
2. Diferenciar pénfigo, penfigoide y dermatitis herpetiforme.
3. Describir los mecanismos patogénicos de las principales dermatitis ampollares autoinmunes (pénfigo, penfigoide y dermatitis herpetiforme).
4. Enumerar el tratamiento de las enfermedades ampollares autoinmunes crónicas.

**Bibliografía:**

## Programa de la asignatura de Dermatología Médicoquirúrgica y Venereología. Hospital del Mar (IMAS)

1. Nousari H, Anhalt GJ. Pemphigus and bullous pemphigoid. *Lancet* 1999; 354: 667-672.
2. Mascaró Galy JM. Penfigoide cicatrizal: un fenotipo con distintas reactividades antigénicas. *Arch Dermatol (ed. esp.)*: 1999; 10: 124-126.
3. Barnadas MA. Dermatitis ampollar IgA lineal. *Piel* 2001;16:324-30.
4. Ghohestani F. Bullous pemphigoid: from the bedside to the research laboratory. *Clin Dermatol* 2001;19: 690-6.
5. Alonso-Llamazares J. Dermatitis herpetiforme. En *Enfermedades Ampollosas (A España, JM Mascaró)*. 2004. Aula Médica.
6. Yosipovitch G, Hoon TS, Loek GC. Suggested rationale for prevention and treatment of glucocorticoid-induced bone loss in dermatologic patients. *Arch Dermatol* 2001; 137: 477-481.

### Webs recomendadas:

- 1- <http://www.pemphigus.org/whatisgoid.html>
- 2- <http://www.dermatitisherpetiformis.org.uk/>
- 3- <http://www.emedicine.com/derm>

## SECCIÓN VII. TRASTORNOS DE LA PIGMENTACIÓN

*En esta sección se revisa la fisiología de la melanogénesis y sus alteraciones, haciendo especial hincapié en los trastornos genéticos y adquiridos caracterizados por hipopigmentación (circunscrita o difusa): albinismo, vitíligo, hipopigmentaciones post-inflamatorias. Se revisa también el diagnóstico diferencial de las hiperpigmentaciones congénitas y adquiridas, y las discromías no melánicas.*

### TEMA 19. Alteraciones de la pigmentación

- Fisiología de la pigmentación (melanogénesis).
- Fototipos cutáneos.
- Hipomelanosis. Congénitas (albinismo, piebaldismo). Adquiridas (pitiriasis alba, hipopigmentación postinflamatoria, hipomelanosis en gotas, pitiriasis versicolor, vitíligo).
- Hiper melanosis. Hiperpigmentación postinflamatoria (eritema fijo pigmentario). Cloasma, melasma. Hiperpigmentación difusa. Hemosiderosis.

### Objetivos:

1. Enumerar las hipomelanosis congénitas y adquiridas más frecuentes.
2. Diferenciar las hipomelanosis circunscritas.
3. Describir la conducta a seguir ante un paciente con vitíligo y las opciones terapéuticas.
4. Diferenciar las diferentes hiper melanosis circunscritas.
5. Enumerar las pruebas a realizar ante una hiperpigmentación generalizada.



**Bibliografía:**

1. Margasin SM. Vitíligo. *Piel* 2000; 15: 436-441.
2. Kovacs SO. Vitiligo. *J Am Acad Dermatol* 1998; 38: 647-668.
3. Alomar A. Vitíligo. Monografías de Dermatología 1995; Vol 8, nº 3.
4. Russell-Eggitt I. Albinism. *Ophthalmol Clin Noth Am* 2001;14: 533-46.

**Webs recomendadas:**

- a. <http://www.albinism.org/>
- b. <http://www.nvfi.org/>

**SECCIÓN VIII. ENFERMEDADES DE LOS ANEJOS CUTÁNEOS**

*El conocimiento de la patogenia, de la clínica y del tratamiento del acné y de sus variantes, la rosácea y la hidrosadenitis supurativa, resulta imprescindible para una correcta formación del médico de atención primaria. Se revisan las diferentes formas de alopecia. La anatomía y la fisiología de la unidad folículo-sebáceo apocrina se revisan tanto en el Tema I como en una sesión iterativa específica. Se revisan las formas más prevalentes de alopecia: alopecia areata y alopecia androgenética, así como el protocolo de actuación ante un hirsutismo.*

**TEMA 20. Enfermedades del folículo pilosebáceo y de las uñas**

- Acné. Fisiopatología. Clínica. Tipos de acné. Opciones terapéuticas tópicas y sistémicas.
- Hidrosadenitis supurativa.
- Rosácea.
- Hiperhidrosis.
- Alopecias. No cicatrizales (androgénica, areata, efluvio telógeno) y cicatrizales.
- Hipertricosis e hirsutismo.
- Patología ungueal más frecuente.

**Objetivos:**

1. Enumerar los factores fisiopatogénicos implicados en el acné.
2. Describir secuencialmente los tipos de lesiones propias del acné.
3. Proponer un plan terapéutico para un acné comedoniano.
4. Proponer un plan terapéutico para un acné pápulo-pustuloso.
5. Enumerar qué acnés se deben derivar al dermatólogo.
6. Citar los principales efectos secundarios de los retinoides orales.
7. Describir las manifestaciones clínicas de la rosácea.
8. Proponer un plan terapéutico en una paciente afectada de rosácea.
9. Citar más de 5 causas de alopecia difusa.
10. Enumerar 5 causas de alopecia cicatrizal.
10. Diferenciar una alopecia areata de una tiña y de una tricotilomanía.
11. Enumerar en qué casos se debe realizar un estudio hormonal en una mujer con alteraciones del folículo pilosebáceo.

**Bibliografía:**

1. Leyden JJ. Therapy for acne vulgaris. *N Engl J Med* 1997; 336: 1156-1162.
2. Brown SK, Shalita AR. Acne vulgaris. *Lancet* 1998; 351: 1871-1876.
3. Camacho FM. Alopecias e hirsutismo. Etiología, diagnóstico y tratamiento. *Medicine* 1999; 7(136): 6413-6424.
4. Madani S, Shapiro J. Alopecia areata update. *J Am Acad Dermatol* 2000; 42: 549-566.
5. Price VH. Treatment of hair loss. *N Engl J Med* 1999; 341: 964-973.
6. De Unamuno Pérez P, Hernández Martín A. Diagnóstico diferencial de las infecciones ungueales. *Piel* 1999; 14: 367-372.

**Webs recomendadas:**

- a. <http://www.skincarephysicians.com/acnenet/>
- b. <http://www.rosacea.org/>
- c. <http://www.naaf.org/>

SECCIÓN IX. ENFERMEDADES HEREDITARIAS CON MANIFESTACIONES DERMATOLÓGICAS IMPORTANTES.
---

*Las dos lecciones de esta sección corresponden a enfermedades de base genética que tienen afectación cutánea de interés. En la primera se exponen las genuinamente dermatológicas, como los trastornos de la queratinización y las alteraciones de la cohesión entre los queratinocitos y de la unión dermoepidérmica (epidermolisis ampollosas hereditarias). En la segunda lección se tratan los trastornos neuroectodérmicos (neurofibromatosis y esclerosis tuberosa) y las alteraciones hereditarias del tejido conectivo. Se insiste en la necesidad de enviar estos pacientes a centros de referencia que faciliten un consejo genético y que instauren líneas de investigación específicas con series amplias de enfermos.*

**TEMA 21. Genodermatosis**

- Concepto de genodermatosis.
- Principios de genética aplicados a la Dermatología.
- Trastornos de la queratinización hereditarios. Ictiosis (congénitas y adquiridas). Queratodermias palmo-plantares. Pitiriasis *rubra pilaris*. Enfermedad de Darier.
- Enfermedades ampollares hereditarias (epidermolisis ampollares). Epidermolisis ampollar simple.
- Pénfigo crónico benigno familiar.

**Programa de la asignatura de Dermatología Médicoquirúrgica  
y Venereología.  
Hospital del Mar (IMAS)**

**Objetivos:**

1. Enumerar las características clínicas de las ictiosis más frecuentes y las bases del tratamiento.
2. Enumerar las causas de las ictiosis adquiridas.
3. Citar 10 causas de dermatosis palmo-plantares y qué exploraciones complementarias solicitaría para llegar al diagnóstico.

**Bibliografía:**

1. McGrath JA, Eady RA. Recent advances in the molecular basis of inherited skin diseases. *Adv Genet* 2001; 43: 1-32.
2. Ferrándiz C, Bigatá X. Enfermedades de las queratinas. *Piel* 2000;15:11-18.
3. Hernández-Martín A, González-Sarmiento, De unamuno P. X-linked ictiosis: an update. *Br J Dermatol* 1999; 141: 617-627.
4. Peña Penabad C, Fonseca E, de Unamuno P. Tratamiento de las ictiosis. *Piel* 2000; 15: 90-96.
5. Fine JD, McGrath J, Eady RA. Inherited epidermolysis bullosa comes into the new millennium: a revised classification system based on current knowledge of pathogenic mechanisms and the clinical, laboratory, and epidemiologic findings of large, well-defined patients cohorts. *J Am Acad Dermatol* 2000; 43: 135-137.
6. Fine JD, Eady RA, Bauer EA et al. Revised classification system for inherited epidermolysis bullosa: report of the second international consensus meeting on diagnosis and classification of epidermolysis bullosa. *J Am Acad Dermatol* 2000; 42: 1051-1066.

**Webs recomendadas:**

- a. <http://www.scalyskin.org/>
- b. [www.ichthyosis.com](http://www.ichthyosis.com)
- c. [www.debra.org](http://www.debra.org)
- d. [www-med.stanford.edu/school/dermatology/ebmrf/](http://www-med.stanford.edu/school/dermatology/ebmrf/)

**TEMA 22. Enfermedades hereditarias con manifestaciones dermatológicas importantes.**

- Síndromes neurocutáneos. Neurofibromatosis. Esclerosis tuberosa. Incontinencia *pigmenti*. Síndrome del nevo epidérmico.
- Enfermedades del tejido conectivo. Pseudoxantoma elástico. Síndrome de Ehlers-Danlos.

**Objetivos:**

1. Citar los signos cutáneos de los principales trastornos neuroectodérmicos, con especial énfasis en los más tempranos.
2. Enumerar las exploraciones complementarias a realizar ante la sospecha de los mismos.

**Programa de la asignatura de Dermatología Médicoquirúrgica  
y Venereología.  
Hospital del Mar (IMAS)**

3. Enumerar las técnicas actuales de diagnóstico de las genodermatosis (diagnóstico prenatal y diagnóstico molecular).

**Bibliografía:**

1. Kumar S, Sehgal VN, Sharma RC. Common genodermatosis. *Int J Dermatol* 1996; 35: 685-694.
2. Fernandez Vozmediano JM, Armario Hita J. Neurofibromatosis. Esquema de diagnóstico y seguimiento. *Piel* 2002; 17: 259-69.
3. Arbuckle HA, Morelli JG. Pigmentary disorders: update on neurofibromatosis-1 and tuberous sclerosis. *Curr Opin Pediatr* 2000; 12: 354-358.
4. Ruiz R, Blasco J, Cruz M, Naranjo R. Esclerosis Tuberosa. Enfermedad de Pringle Bourneville. *Actas Dermosifiliogr* 2000; 93: 1-7.
5. Pérez Santos S, González-Beato Merino MJ, Marengo Otero R, Bueno Marco C, Lecona Echevarría M. Pseudoxantoma elástico. *Actas Dermosifiliogr* 2000; 91: 371-378.
6. Sherer DW, Sapadin AN, Lebwohl MG. Pseudoxanthoma elasticum: an update. *Dermatology* 1999; 199: 3-7.

**Webs recomendadas:**

- 1- <http://www.nf.org/>
- 2- <http://www.tuberous-sclerosis.org/professionals/guidelines.shtml>
- 3- <http://www.pxe.org>
- 4- <http://www.ehlers-danlos.org>
- 5- <http://imgen.bcm.tmc.edu/ipif/>

SECCIÓN X. MANIFESTACIONES CUTÁNEAS DE ENFERMEDADES SISTÉMICAS. VASCULITIS. PANICULITIS. CONECTIVOPATÍAS. ENFERMEDADES METABÓLICAS. MARCADORES CUTÁNEOS DE NEOPLASIAS INTERNAS.

*El dermatólogo no solo debe saber diagnosticar tratar las enfermedades própiamente cutáneas sino que también debe saber actuar ante las complicaciones sistémicas de algunos procesos cutáneos y en caso de afectación cutánea dentro del contexto de enfermedades sistémicas. Esta sección incluye 4 temas que explican las vasculitis y las panniculitis, las conectivopatías, los trastornos metabólicos y los marcadores cutáneos de neoplasias internas. Se discuten los aspectos clínicos, pronósticos o terapéuticos de las lesiones cutáneas de este grupo de entidades. El médico general debe saber qué exploraciones complementarias tiene que solicitar en estos pacientes cuando se encuentra con un signo guía y cuando hay que remitírseles al dermatólogo.*

**TEMA 23. Vasculitis y paniculitis**

- Vasculitis. Concepto. Clasificación. Fisiopatogenia. Manifestaciones clínicas: vasculitis leucocitoclásticas, púrpura de Schönlein-Henoch, vasculitis urticariforme, eritema *elevatum diutinum* y panarteritis nodosa.

**Programa de la asignatura de Dermatología Médicoquirúrgica  
y Venereología.  
Hospital del Mar (IMAS)**

- Paniculitis. Clasificación. Eritema nodoso. Vasculitis nodular. Otras paniculitis (panarteritis nodosa, paniculitis pancreática, lupus profundo, necrosis grasa del recién nacido).

**Objetivos:**

1. Identificar las manifestaciones cutáneas de las vasculitis.
2. Valorar correctamente un paciente con lesiones cutáneas de vasculitis (¿cuáles son las principales preguntas en el interrogatorio?, ¿qué exploraciones complementarias básicas hay que solicitar?, ¿qué pacientes deben derivarse al hospital?, ¿qué pacientes pueden ser atendidos por el médico de asistencia primaria y qué conducta hay que seguir?).
3. Enumerar las características clínicas más importantes de las diferentes formas de vasculitis sistémicas.
4. Enumerar las principales paniculitis.
5. Diferenciar las paniculitis más frecuentes.
6. Valorar correctamente un paciente con eritema nodoso.
7. Valorar correctamente un paciente con eritema indurado de Bazin.

**Bibliografía:**

1. Jennette JC, Falk RJ. Small-vessel vasculitis. N Engl J Med 1997; 337: 1512-1523
2. Loti T, Ghersetich I, Comacchi C, Jorizzo JL. Cutaneous small-vessel vasculitis. J Am Acad Dermatol 1998; 39: 667-690.
3. Puig Sanz L, Vidal Sarró D, Gilaberte Pena M, Taberner Ferrer R, Alomar Muntañola A. Vasculitis. Actas Dermosifiliogr 2000; 91: 249-266.
4. Sais G, Vidaller A. Vasculitis asociadas a enfermedades del tejido conectivo. Piel 2003; 18:127-35.
5. Requena L, Sánchez Yus E. Panniculitis. Part I. Mostly septal panniculitis. J Am Acad Dermatol 2001; 45: 163-183.
6. Requena L, Sánchez Yus E. Panniculitis. Part II. Mostly lobular panniculitis. J Am Acad Dermatol 2001; 45: 325-361.

**Webs recomendadas:**

- 1- <http://www.hkmj.org.hk/skin/vasculit.htm>
- 2- <http://www.dermnetnz.org/index.html>

**TEMA 24. Manifestaciones cutáneas de las conectivopatías autoinmunes**

- Lupus eritematoso cutáneo: clínica, diagnóstico, pronóstico y tratamiento.
  - Crónico. Paniculitis lúpica.
  - Subagudo. Lupus eritematoso neonatal.
  - Agudo. Lupus eritematoso sistémico.

**Programa de la asignatura de Dermatología Médicoquirúrgica  
y Venereología.  
Hospital del Mar (IMAS)**

- Esclerodermias: clínica, diagnóstico, pronóstico y tratamiento.
  - Localizadas (morfeas).
  - Sistémicas (esclerosis sistémica limitada y difusa).
  - Síndromes esclerodermiformes (enfermedad del injerto contra el huésped).
- Dermatomiositis: clínica, diagnóstico, pronóstico y tratamiento.

**Objetivos:**

1. Enumerar las diferentes formas clínicas de lupus eritematoso cutáneo y su morfología.
2. Describir la relación entre las diferentes formas de lupus cutáneo y el lupus sistémico.
3. Diferenciar el lupus cutáneo de la dermatitis seborreica, de la rosácea, de las dermatofitosis, del lupus pernicio (sarcoidosis) y del lupus vulgar (tuberculosis).
4. Enumerar las principales exploraciones complementarias que hay que realizar en pacientes afectados de lupus eritematoso cutáneo.
5. Enumerar los tratamientos del lupus eritematoso cutáneo.
6. Reconocer las manifestaciones cutáneas de la esclerosis sistémica.
7. Enumerar los criterios diagnósticos de la esclerosis sistémica difusa y limitada.
9. Describir las características clínicas de la morfea en placa y lineal.
9. Describir las características clínicas de la fasciitis eosinofílica.
10. Reconocer las manifestaciones cutáneas de la dermatomiositis.
11. Enumerar los criterios diagnósticos de la dermatomiositis.
12. Enumerar las peculiaridades de la dermatomiositis infantil, paraneoplásica y *sine* miositis.
13. Enumerar las exploraciones complementarias a realizar en un paciente con dermatomiositis.
14. Describir el tratamiento de la dermatomiositis.

**Bibliografía:**

1. Barrio Garde J, López-Longo FJ, Hernanz Hermosa JM. Autoanticuerpos en las enfermedades autoinmunes del tejido conectivo. *Actas Dermosifiliogr* 1999; 90: 1-10.
2. Herrero C. ¿Qué análisis hay que realizar en las enfermedades del tejido conectivo y cómo hay que valorar los resultados?. *Piel* 2000; 15: 372-376.
3. Carrascosa Carrillo JM. Esclerodermia localizada. *Piel* 2000; 15: 272-279.
4. Drake LA, Dinehart SM, Farmer ER et al. Guidelines of care for scleroderma and sclerodermoid disorders. *J Am Acad Dermatol* 1996; 35: 609-614.
5. Londoño AM. Dermatomiositis. *Piel* 2004;19: 191-9.
6. Bielsa I. Aspecto clínico de las lesiones de lupus eritematoso. *Piel* 1989;4:185.

**Webs recomendadas:**

- 1- <http://www.lupus.org>
- 2- <http://www.scleroderma.org/>
- 3- <http://www.mdaua.org/disease/pmdm-d.html>

## **TEMA 25. Enfermedades metabólicas**

- Enfermedades por depósito. Porfirias. Amiloidosis. Xantomas y xantomatosis normolipémicas.
- Dermatitis carenciales. Pelagra. Hipozinquemias (acrodermatitis enteropática).
- Manifestaciones cutáneas de endocrinopatías. Hipotiroidismo. Hipertiroidismo (mixedema pretibial). Diabetes *mellitus* (necrobiosis lipoídica, dermapatía diabética, ampollas, mal perforante plantar). Síndrome de Cushing. Enfermedad de Addison.

### **Objetivos:**

1. Enumerar los signos clínicos que nos deben alertar sobre una porfiria.
2. Describir las características clínicas de la porfiria cutánea tardía.
3. Enumerar los factores desencadenantes de la porfiria cutánea tardía.
4. Reconocer las manifestaciones cutáneas de la amiloidosis sistémica primaria.
5. Enumerar las causas de xantomatosis primarias y secundarias.
6. Describir las características clínicas de los diferentes tipos de xantomas.
7. Describir las características clínicas de las principales mucinosis cutáneas (mixedema pretibial y escleromixedema).
8. Enumerar las dermatosis más frecuentes en pacientes diabéticos, sobretodo las infecciones y las úlceras.
9. Describir las manifestaciones cutáneas de la pelagra.
10. Describir las manifestaciones cutáneas de la hipozinquemia.

### **Bibliografía:**

1. Touart DM, Sau P. Cutaneous deposition diseases. Part I. *J Am Acad Dermatol* 1998; 39: 149-171.
2. Touart DM, Sau P. Cutaneous deposition diseases. Part II. *J Am Acad Dermatol* 1998; 39: 527-546.
3. Bassas S, Muniesa Am, Herrero C. Síntesis del hemo. Metabolismo de las porfirinas. *Piel* 1990;5:199-206.
4. Miller SJ. Nutritional deficiency and the skin. *J Am Acad Dermatol* 1989; 21: 1-30.
5. Pérez MI, Kohn SR. Cutaneous manifestations of diabetes mellitus. *J Am Acad Dermatol* 1994; 30: 519-531.
6. Heymann WR. Cutaneous manifestations of thyroid disease. *J Am Acad Dermatol* 1992; 26: 885-902.

### **Webs recomendadas:**

- 1- <http://www.uq.edu.au/porphyria/>
- 2- <http://www.porphyrifoundation.com/>

## **TEMA 26. Marcadores cutáneos de neoplasias internas**

- Metástasis cutáneas.
- Síndromes paraneoplásicos.
- Manifestaciones cutáneas de síndromes que predisponen al desarrollo de neoplasias.

### **Objetivos:**

1. Describir las características clínicas de las principales dermatosis paraneoplásticas y las neoplasias asociadas con mayor frecuencia (acantosis nigricans, signo de Lesser-Trelat, eritema gyratum repens, dermatomiositis y dermatosis neutrofílicas).
2. Citar las exploraciones complementarias más adecuadas en cada una de las dermatosis paraneoplásticas anteriores.
3. Citar los signos de alerta (morfología, localización y evolución) de una lesión cutánea que corresponda a una metástasis.
4. Enumerar las manifestaciones cutáneas de los principales síndromes con poliposis intestinal.

### **Bibliografía:**

1. Schwartz RA. Cutaneous metastatic disease. *J Am Acad Dermatol* 1995; 33: 161-182.
2. De Unamuno P. Síndromes paraneoplásicos de expresión cutánea. En: Farreras-Rozman, ed. Medicina Interna. Madrid: Ediciones Harcourt, SA., 2000.
3. Fernández E, de Unamuno P. Dermatosis paraneoplásticas: nuevos cuadros. *Piel* 2001; 16: 172-174.
4. Poole S, Fenske NA. Cutaneous markers of internal malignancy. Part I. Malignant involvement of the skin and the genodermatosis. *J Am Acad Dermatol* 1993, 28: 1-13.
5. Poole S, Fenske NA. Cutaneous markers of internal malignancy. Part II. Paraneoplastic dermatoses and environmental carcinogens. *J Am Acad Dermatol* 1993, 28: 147-164.
6. Poole S. Paraneoplastic dermatoses. *J Am Acad Dermatol* 1993;28:147-68.

### **Webs recomendadas:**

- 1- <http://chorus.rad.mcw.edu/doc/00100.html>
- 2- <http://www.niddk.nih.gov/health/endo/pubs/fmen1/fmen1.htm>
- 3- <http://pub51.ezboard.com/fendocrinologydisordersfrm1>



**SECCIÓN XI. NEOPLASIAS CUTÁNEAS. CARCINOMA BASOCELULAR. CARCINOMA ESCAMOSO. MELANOMA. LINFOMAS.**

*La última sección del programa incluye 4 temas dedicados a las neoplasias cutáneas. En la primera se revisan los tumores benignos y se definen sus características distintivas con el objetivo que el médico general conozca que en la mayoría de los casos no requieren ninguna actuación, sólo por posibles motivos cosméticos. En el siguiente tema se expone el precáncer y el cáncer epitelial, con especial énfasis en las diferencias clínicas y pronósticas entre el carcinoma basocelular y el carcinoma escamoso. La lección 29 se dedica a las lesiones pigmentadas y su finalidad última es la implicación del Médico de Asistencia Primaria en la prevención y en el diagnóstico precoz del melanoma maligno. Valorando su importancia, también se dedica un seminario al diagnóstico diferencial de las lesiones pigmentadas. Finalmente, se tratan los pseudolinfomas y los linfomas cutáneos, revisando las lesiones que deben hacer sospechar el diagnóstico de una mastocitosis o de una histiocitosis de células de Langerhans.*

**TEMA 27. Tumores cutáneos benignos**

- Quistes
- Queratosis seborreicas
- Acrocordones y fibromas blandos
- Queloides
- Dermatofibroma
- Lipoma
- Angiomas

**Objetivos:**

1. Enumerar las características clínicas de los tumores cutáneos benignos más comunes: quiste epidérmico, lipoma, dermatofibroma, queloide, queratosis seborreica, acrocordón y fibroma blando.
2. Diferenciar un quiste epidérmico de un lipoma.
3. Diferenciar un nevo melanocítico, una queratosis seborreica, un dermatofibroma, un carcinoma basocelular pigmentado y un melanoma maligno.
4. Diferenciar un angioma de una malformación vascular.
5. Describir las principales características clínico-evolutivas de los angiomas en la infancia.
6. Enumerar qué angiomas requieren tratamiento urgente.

**Bibliografía:**

1. Romero N, Torrelo A, Zambrano A. Historia natural y complicaciones de los hemangiomas. *Piel* 1999; 14: 144-148.
2. L Requena. Tumores del folículo piloso (I, II, III). Monografías de Dermatología. Aula Médica 2001.

**Webs recomendadas:**

- 1- <http://www.monografias.com/trabajos14/tumorcutan/tumorcutan.shtml>

- 2- <http://www.birthmark.org/papers4.php>
- 3- <http://www.aafp.org/afp/20030215/729.html>

## **TEMA 28. Tumores cutáneos epiteliales malignos**

- Carcinogénesis cutánea.
- Precáncer cutáneo. Queratosis actínicas. Enfermedad de Bowen. Eritroplasia de Queyrat. Leucoplasias.
- Carcinoma basocelular. Epidemiología. Formas clínico-patológicas. Factores pronósticos. Tratamiento.
- Carcinoma escamoso. Epidemiología. Clínica. Tratamiento.
- Queratoacantoma.

### **Objetivos:**

1. Describir las principales características clínico-patológicas que diferencia un tumor benigno de uno maligno.
2. Enumerar y describir las principales lesiones epiteliales preneoplásicas.
3. Describir los signos de malignidad de una leucoplasia.
4. Enumerar las principales características clínicas de los carcinomas basocelulares, de los carcinomas escamosos, de la enfermedad de Paget y de las metástasis cutáneas.
5. Diferenciar el carcinoma basocelular del carcinoma espinocelular.
6. Diferenciar el carcinoma basocelular de la queratosis seborreica, del nevo melanocítico y del melanoma.
7. Enumerar las características y las localizaciones de los carcinomas basocelulares con mayor agresividad local.
8. Enumerar los tratamientos de los carcinomas basocelulares según el tipo clínico-patológico y la localización.

### **Bibliografía:**

1. Pazos Campos JM. Carcinoma basocelular. *Piel* 1999; 14: 454-465
2. Goldberg LH. Basal cell carcinoma. *Lancet* 1996; 347: 663-667.
3. Marks R. Squamous cell carcinoma. *Lancet* 1996; 347: 735-738.
4. Alam M, Ratner D. Cutaneous squamous-cell carcinoma. *N Engl J Med* 2001; 344: 975-983.
5. Hernandez Martin A, Echevarría Iturbe C. Carcinoma espinocelular. *Piel* 2003;18: 364-76.
6. Martinez JC, Otlely CC. The management of melanoma and nonmelanoma skin cancer: a review for the primary care physician. *Mayo Clin Proc* 2001; 76: 1253-1265.

### **Webs recomendadas:**

- 1- <http://www.skincancer.org>
- 2- <http://www.mmhs.com>

- 3- <http://www.skincancerday.it>
- 4- <http://www.telemedicine.org/carcinog.htm>

## **TEMA 29. Tumores melanocíticos**

- Nevos melanocíticos. Congénitos. Adquiridos. Displásicos.
- Nevo azul.
- Melanoma. Formas clínico-patológicas. Factores pronósticos. Tratamiento.
- Tumores mesenquimales malignos: dermatofibrosarcoma, angiosarcoma.

### **Objetivos:**

1. Enumerar las lesiones pigmentadas premalignas.
2. Diferenciar los nevos del melanoma (regla ABCDE).
3. Describir las características clínicas del melanoma.
4. Describir los criterios de alarma de una lesión pigmentada.
5. Describir la conducta a seguir ante un paciente que consulta por una lesión pigmentada.
6. Enumerar los criterios pronósticos del melanoma.
7. Describir las diferentes formas clínicas de melanoma.
8. Enumerar los signos de alerta de los tumores malignos de partes blandas.

### **Bibliografía:**

1. Rivers JK. Melanoma. *Lancet* 1996; 347: 803-806.
2. Sober AJ, Chuang TY, Farmer AR et al. Guidelines of care for primary cutaneous melanoma. *J Am Acad Dermatol* 2001; 45: 579-586.
3. Martinez JC, Otley CC. The management of melanoma and nonmelanoma skin cancer: a review for the primary care physician. *Mayo Clin Proc* 2001; 76: 1253-1265.
4. Sanchez-Conejo Mir J. ;Melanoma (I y II). Monografías de Dermatología. Aula Médica 2001-2002.
5. Kanzler MH, Mraz-Genhart S. Primary cutaneous malignant melanoma and its precursor lesions. Diagnostic and therapeutic overview. *J Am Acad Dermatol* 2001; 45:260-75.

### **Webs recomendadas:**

- 1- <http://www.melanoma.com/melanoma/index.jsp>
- 2- <http://www.melanoma.org/>
- 3- <http://matrix.ucdavis.edu/tumors/new/tutorial-intro.html>
- 4- <http://www.skincheck.com/>
- 5- <http://www.dermoscopy.org>
- 6- <http://www.dermoncology.com/melanoma/melanoma.htm>

### **TEMA 30. Linfomas, histiocitosis y mastocitosis**

- Manifestaciones cutáneas de los linfomas y de las leucemias.
- Pseudolinfomas.
- Linfomas cutáneos de células B.
- Linfomas cutáneos de células T. Procesos premalignos (parapsoriasis, papulosis linfomatoide, mucinosis folicular). Micosis fungoide. Síndrome de Sèzary.
- Histiocitosis X (de células de Langerhans) y no X.
- Mastocitosis cutáneas.

#### **Objetivos:**

1. Citar por orden de frecuencia los principales linfomas cutáneos y clasificarlos según su agresividad en alto o bajo grado de malignidad.
2. Describir las fases evolutivas de la micosis fungoide y las características clínico-patológicas de cada una.
3. Describir las características clínicas del síndrome de Sèzary.
4. Enumerar las principales causas de eritrodermia (diagnóstico diferencial del síndrome de Sèzary).
5. Describir el estudio de extensión a realizar ante un linfoma cutáneo T o B.
6. Enumerar las principales opciones terapéuticas para los linfomas cutáneos de células T según su extensión.
7. Enumerar las manifestaciones cutáneas específicas e inespecíficas de las leucemias y de los linfomas.
8. Describir las manifestaciones clínicas que nos deben alertar sobre una histiocitosis X.
9. Enumerar las principales características clínicas de las mastocitosis en la infancia (mastocitoma solitario y urticaria pigmentosa) y los signos de gravedad.

#### **Bibliografía:**

1. Estrach T. ¿Qué debe saber el dermatólogo "práctico" de la evaluación de tratamiento de los linfomas cutáneos?. *Piel* 2001; 16: 149-155.
2. Estrach T. Linfomas cutáneos. *Monogr Dermatol* 2001; 14: 119-191.
3. Gómez S, Pérez N. Micosis fungoide y síndrome de Sèzary. *Actas Dermosifiliogr* 2001; 92: 193-206.
4. Gallardo F, Pujol RM. Diagnóstico y tratamiento de los linfomas cutáneos de células B. *Actas Dermo-Sif* 2004; 95:537-47.
5. Fonseca E, Contreras F, Cuevas J. Histiocitosis cutáneas. Un aproximación clínico patológica. *Piel* 1991; 6: 442-451.
6. Mangas de Arriba C, Ribera M. Actitud ante um paciente com mastocotosis cutânea. *Piel* 2002; 17: 68-73.

#### **Webs recomendadas:**

- a. <http://www.cancer.gov/cancerinfo/pdq/treatment/mycosisfungoides/healthprofessional>
- b. <http://www.mastocytosis.com>
- c. <http://www.histio.org/association/index.shtml>

## **Programa Práctico**

### **a) Seminarios**

#### **Objetivos**

Familiarizarse con la terminología dermatológica y con la secuencia diagnóstica habitual de las enfermedades dermatológicas mediante la utilización de material iconográfico. Favorecer su participación en la elaboración de un diagnóstico diferencial, proponiendo un esquema racional de exploraciones complementarias que permitan establecer un diagnóstico definitivo. Profundizar en los conocimientos de las clases teóricas, destacando los aspectos más novedosos y relacionados con otras áreas de la medicina.

#### **Estructura**

1. Los top "10" en la Consulta Dermatológica.
2. Actitud diagnóstica y terapéutica ante una alopecia.
3. Dermatología pediátrica.
4. Diagnóstico diferencial de las lesiones vesículo-ampollares.
5. Diagnóstico diferencial del paciente con prurito.
6. Diagnóstico diferencial de enfermedades de las mucosas.
7. Lesiones cutáneas pigmentadas.
8. Manifestaciones cutáneas de las enfermedades sistémicas.
9. Urgencias Dermatológicas
10. Carcinogénesis cutánea. Fotoprotección.

### **b) Prácticas**

#### **Objetivos**

Los alumnos pueden y deben preguntar sobre las lesiones cutáneas que observan, guardando la discreción adecuada durante el momento de la visita. El médico adjunto y el residente de Dermatología son responsables de dar las explicaciones pertinentes.

El estudiante debe familiarizarse con maniobras exploratorias como la vitropresión, el raspado de las lesiones, el examen directo con KOH, el examen con luz de Wood, la toma de muestras para cultivos microbiológicos y citología y la realización de biopsias cutáneas con sacabocados y uso. También debe observar como se realiza una electrocoagulación, una crioterapia o un legrado (*curetaje*).

Deberán asimismo familiarizarse con las distintas metodologías diagnósticas (pruebas epicutáneas, pruebas de fotobiología) y terapéuticas (fototerapia, diagnósticas, cirugía Dermatológica básica). Durante la estancia en las consulta debe sugerir qué vehículos utilizaría para tratar cada dermatosis según su morfología y localización, así como los principales grupos de principios activos tópicos (antibióticos, antifúngicos, corticoides, emolientes, queratolíticos y soluciones astringentes).

**Programa de la asignatura de Dermatología Médicoquirúrgica  
y Venereología.  
Hospital del Mar (IMAS)**

**Estructura**

Cada grupo de prácticas está formado por un total de 10 alumnos. El número de horas de prácticas clínicas programadas es de 30 horas por alumno. Los alumnos se incorporan al equipo asistencial y visitas en las áreas específicas (consulta externa general, comité de tumores cutáneos, dispensario de dermatología pediátrica, fotobiología, clínica de contacto y cirugía dermatológica). Los alumnos pueden y deben preguntar sobre las lesiones cutáneas que observan, guardando la discreción adecuada durante el momento de la visita. El personal médico del Servicio de Dermatología es el responsable de dar las explicaciones pertinentes.

**Sesiones con Formato de "Discusión Dirigida" (4) y "Enseñanza basada en resolución de problemas" (4)**

Se realizan un total de 8 sesiones durante el periodo de prácticas. Dichas sesiones suelen tener una duración aproximada de 30 a 45 minutos. En las sesiones con formato de "discusión dirigida" se establece una discusión entre los alumnos y el profesor, discutiendo conceptos prácticos a partir de las instalaciones y estructura del Servicio. Se realizan un total de 4 Sesiones en este formato:

1. Terminología básica en Dermatopatología.
2. Técnicas diagnósticas en Dermatología.
3. Bases de la Cirugía Dermatológica.
4. Técnicas terapéuticas en Dermatología.

Se realizan asimismo 4 Sesiones con el Formato "Enseñanza basada en la resolución de problemas". Los alumnos disponen de una base de 20 Casos clínicos, que corresponden a patologías dermatológicas frecuentes. El primer día de prácticas, se seleccionan 4 historias clínicas (incluyendo imágenes clínicas) para cada grupo, planteándose un problema clínico diagnóstico y/o terapéutico. Durante una semana, los alumnos deben preparar y buscar la información necesaria para resolver los problemas planteados. Deben plantear el diagnóstico diferencial y la respuesta a las preguntas planteadas. Se seleccionan temas prácticos seleccionados de patología dermatológica frecuente de una duración aproximada de 45 minutos. Se establece una discusión entre los alumnos y el profesor, discutiendo conceptos prácticos sobre cada caso concreto. Al finalizar el Curso se aporta el diagnóstico y la explicación del total (20) de los casos planteados a los distintos Grupos de Prácticas.

**Sistema de evaluación**

La evaluación se realiza mediante un examen mixto, que consta de preguntas de elección múltiple tanto teóricas como prácticas (imágenes clínicas).

## **Bibliografía General Recomendada**

### **1- Webs Docentes Recomendadas de Universidades Españolas**

#### **Facultad de Medicina. Dermatología. Universidad de Valencia**

<http://www.uv.es/derma/>

#### **Facultad de Medicina. Dermatología. Universidad de Lleida**

<http://www.dermatoweb.net/>

### **2- Manuales**

1. Ashton R, Leppard B. Differential diagnosis in dermatology. Radcliffe Medical Press. 1993
2. Lázaro Ochaíta P. *Dermatología. Texto y Atlas*, 3ª ed. Madrid: Gráficas Reunidas, SA; 1993.
3. "Dermatología". Serie PREGRADO. Ed Luzón, Madrid 1987.
4. Fitzpatrick TB, Johnson RA, Polano MK, Suurmond D, Wolff K. "Atlas de Dermatología Clínica". 3ª ed, Ed Interamericana, 1998.
5. Arndt K. Primary care dermatology. Saunders W. B.; 1997
6. Olbricht SM, Bigby ME, Arndt KA. "Manual of Clinical Problems in Dermatology". A Little Brown Spiral Manual. Boston, 1992.
7. Vilata JJ. "Enfermedades de Transmisión Sexual". JR Prous; Barcelona, 1993.
8. Soter NA, Baden HP. "Pathophysiology of dermatologic diseases". 2ª ed. McGraw Hill, 1992.
9. Ferrándiz Foraster C. *Dermatología clínica*. 3ª ed. Barcelona: ed. Harcourt, S.A.; 2004.
10. Peyrí J, Bordas X, Vives P. *Licenciatura Dermatología*, 1ª ed. Barcelona: Salvat Editores SA; 1988.

### **3. Atlas**

1. Mascaró JM. *Claves para el diagnóstico clínico en Dermatología*, 1ª ed. Barcelona: Ediciones Doyma, SA; 1992.

**Programa de la asignatura de Dermatología Médicoquirúrgica  
y Venereología.  
Hospital del Mar (IMAS)**

2. De Moragas JM. *Dermatología. Atlas práctico para el médico general*. Barcelona: Salvat Eds.; 1982.
3. De Moragas, Pérez M. *Lesiones elementales cutáneas*. Barcelona: Ed. Masson SA; 1995.
4. Rassner G, Steinert U. "Atlas descriptivo de Dermatología". 3ª ed. Barcelona: Doyma; 1992.
5. Du Vivier A. "Atlas de Dermatología Clínica". 2ª ed. Barcelona: Mosby/Doyma Libros; 1995.
6. Levene GM, Calnan CD. "Atlas en color de Dermatología". Ed Wolfe, 1990.
7. Korting. "Diagnóstico diferencial en Dermatología". Barcelona: Ed. Doyma; 1986.
8. Fitzpatrick TB, Johnson RA, Polano MK, Suurmond D, Wolff K. "Atlas de Dermatología Clínica". 3ª ed. Ed Interamericana; 1998.
9. Ferrándiz C. *Esquemas clínico-visuales en Dermatología*. Barcelona: Doyma, 1985.

#### **4. Dermatología *on-line***

1. Wainwright BD. Clinically Relevant Dermatology Resources and the Internet: An Introductory Guide for Practicing Physicians. *Dermatology Online Journal* 5(2): 8 (<http://dermatology.cblib.org/DOJdesk/desj.html>).
2. ADES: Advanced Dermatology Education Server (<http://ades.tmc.edu.tw/english/default.htm>).
3. The Cutaneous Drug Reaction Database at Dartmouth (<gopher://gopher.dartmouth.edu/1/Research/BioSci/CDRD>).
4. Dermatology Image Bank at the University of Utah School of Medicine (<http://www-medlib.med.utah.edu/kw/derm/>).
5. Dermatology Online Image Atlas (DOIA) ([http://dermis.net/bilddb/index\\_e.htm](http://dermis.net/bilddb/index_e.htm)).
6. The Electronic Textbook of Dermatology (<http://telemedicine.org/stamford.htm>).
7. Martindale's Health Science Guide – Dermatology (<http://www-sci.lib.uci.edu/~martindale/Medical1.html#Derm>).
8. MedMark: Medical Bookmarks for Dermatology (<http://www.medmark.org/derm>).
9. University of Iowa, Department of Dermatology Home Page (<http://tray.dermatology.uiowa.edu/home.html>).



**Programa de la asignatura de Dermatología Médicoquirúrgica  
y Venereología.  
Hospital del Mar (IMAS)**

10. University of Rochester Medical Center, Dermatology Laboratory Test  
(<http://www.urmc.rochester.edu/smd/dermdb/DermaHome.html>).

**Libros de consulta**

1. Rook A, Wilkinson DS, Ebling FJG, Champion RH, Burton JL. Textbook of Dermatology. London: Blackwell Science, 1998
2. Freedberg, I. Fitzpatrick's Dermatology In General Medicine. Mcgraw-Hill; 5ª ed, 1999
3. Braverman, I. Skin Signs of Systemic Disease. Saunders, W. B.; 1997
4. Roenigk, R; Roenigk & Roenigks Dermatologic Surgery: Principles and Practice. Dekker, Marcel; 1996
5. Hurwitz. "Clinical Pediatric Dermatology". 2ª ed, Saunders, 1992.
6. Lever. "Histopathology of the Skin". Lippincott, 1997.
7. Weedon D. Skin pathology. Churchill Livingstone 1997.
8. Armijo M, Camacho F. *Tratado de Dermatología*. Madrid: Grupo Aula Médica, SA; 1998.
9. García Pérez A. *Dermatología clínica*, 5ª ed. Salamanca: Gráficas Cervantes, SA; 1997.
10. Iglesias Díez L, Guerra Tapia A, Ortiz Romero PL, eds. *Tratado de Dermatología*, 2ª ed. McGraw-Hill/Interamericana de España, S.A.U; 2004.