



DERMATOCOSMIATRIA

Dra. Dayanna Nastul
Médico General y Estético

CONDICIONES DERMATOSCOMIATRICAS

- ✓ Identificar lesiones elementales.
- ✓ Describir objetivamente las alteraciones.
- ✓ Reconocer signos de alarma.
- ✓ Formular una impresión diagnóstica.
- ✓ Determinar si el paciente es apto para un procedimiento.
- ✓ Identificar cuándo es necesaria la derivación.

¿QUÉ PUEDO ENCONTRAR AL EVALUAR UN ROSTRO?

HALLAZGOS DERMATOCOSMIÁTRICOS FRECUENTES

1 RECONOCER

2 ANALIZAR

3 PRIORIZAR

4 TRATAR

5 SEGUIR



1 LENTIGOS SOLARES

Máculas marrones planas por exposición solar crónica. Frecuentes en pómulos, frente y dorso nasal.



2 MELASMA

Hiperpigmentación simétrica de patrón centofacial. Más común en frente, mejillas, labio superior y mentón.



3 HIPERPIGMENTACIÓN POSTINFLAMATORIA (PIH)

Máculas marrones secundarias a acné, procedimientos, inflamación o trauma.



4 EFÉLIDES (PECAS)

Máculas pequeñas marrón claro, relacionadas con exposición solar y fototipo.



5 ACNÉ Y COMEDONES

Pápulas, pústulas, comedones abiertos o cerrados. Evaluar gravedad, tipo y distribución.



6 CICATRICES POSTACNÉ

Atróficas (ice pick, boxcar, rolling) o hipertróficas. Alteran textura y reflejo de la luz.



7 ERITEMA Y TELANGIECTASIAS

Enrojecimiento difuso o localizado con vasos visibles. Común en rosácea y piel sensible.



8 TEXTURA IRREGULAR

Rugosidad, poros dilatados, relieve irregular. Relacionado con daño solar, acné o envejecimiento.



9 POROS DILATADOS

Aberturas foliculares visibles, más notorios en zona T y mejillas. Relacionados con sebo, edad y daño solar.



10 LÍNEAS DE EXPRESIÓN Y ARRUGAS

Dinámicas (expresión) y estáticas (envejecimiento). Frente, entrecejo, periorcular y surcos.



11 FLACIDEZ CUTÁNEA

Pérdida de firmeza y elasticidad. Se observa en contorno facial, mejillas, línea mandibular y cuello.



12 PIEL DESVITALIZADA

Tono apagado, falta de luminosidad, aspecto cansado. Puede asociarse a deshidratación, estrés y falta de cuidado.

ZONAS FACIALES



- Frente
- Área periocular
- Dorso nasal
- Mejillas
- Zona perioral
- Mentón
- Cuello

Cada zona puede presentar hallazgos diferentes que requieren análisis individual y en conjunto.

SIGNOS DE ALARMA (DERIVAR)

- ⚠ Lesiones pigmentadas asimétricas, bordes irregulares, color heterogéneo, >6 mm (ABCDE del melanoma).
- ⚠ Úlceras que no cicatrizan, sangrado espontáneo.
- ⚠ Cambios rápidos en tamaño, forma o color.
- ⚠ Lesiones dolorosas, endurecidas o infiltradas.
- ⚠ Sospecha de neoplasias cutáneas.

ANTE LA DUDA: DERIVAR.

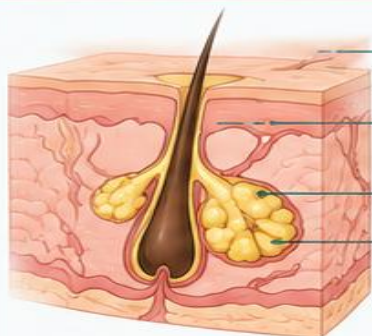
PIEL GRASA

EXCESO DE SEBO, BRILLO Y POROS VISIBLES

Aumento de la producción de sebo por las glándulas sebáceas, que puede alterar la calidad de la piel y predisponer a imperfecciones.



1. FISIOPATOLOGÍA CLAVE



- Hiperactividad de las glándulas sebáceas.
- Estímulo hormonal (andrógenos, IGF-1).
- Predisposición genética.
- Aumento de sebo → brillo, poros dilatados y tendencia a imperfecciones.

2. HALLAZGOS SEMIOLÓGICOS



Brillo difuso en rostro.



Poros dilatados (más visibles en zona T).



Textura gruesa y aspecto sebáceo.



Seborrea visible o al tacto.



Tendencia a comedones y acné.



Mayor riesgo de inflamación e imperfecciones.

3. LOCALIZACIÓN FRECUENTE



Predomina en zonas ricas en glándulas sebáceas:

- Frente
- Nariz
- Mentón
- Zona central del rostro (T)
- Parte superior de espalda y tórax

4. PATRÓN PRAXIS



SEBORREGULADOR

5. DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES



Piel seborreica



Acné



Piel asfíctica



Dermatitis seborreica



Rosácea (en subtipo seborreico)

6. OBJETIVO BIOLÓGICO



Normalizar la producción de sebo, equilibrar la función sebácea y mantener la barrera cutánea íntegra.

7. SIGNOS DE ALARMA



Inflamación intensa pápulo-pustulosa.



Dolor, calor o exudado.



Infecciones secundarias.



Sospecha de patología sistémica asociada.

8. ¿PROCEDER, DIFERIR O DERIVAR?



PROCEDER

Si la piel está estable, sin inflamación activa ni infección.



DIFERIR

Si hay inflamación activa, barrera alterada o infección.



DERIVAR

Si existen signos de alarma, patología sistémica o dudas diagnósticas.

9. FACTORES QUE PUEDEN EMPEORARLA



Cambios hormonales



Dieta alta en azúcares y lácteos



Estrés



Cosméticos comedogénicos



Exposición solar inadecuada



Falta de sueño

10. CONSEJOS CLÍNICOS PRAXIS



Evaluar la piel completa, no solo la zona T.



Determinar el grado de seborrea y la calidad de la barrera.



Documentar para seguimiento y evolución.



Educar al paciente sobre hábitos y cuidado adecuado.

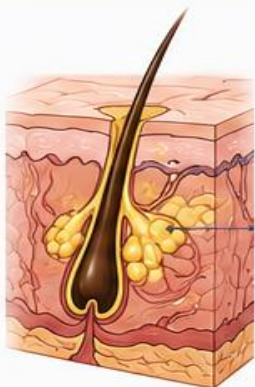
PIEL SEBORREICA

EXCESO DE SEBO + DESCAMACIÓN = DESEQUILIBRIO SEBORREICO

Condición caracterizada por producción aumentada de sebo y alteración de su composición, que se acompaña de descamación y tendencia a la inflamación.



1. FISIOPATOLOGÍA CLAVE



- ↑ Hiperactividad de las glándulas sebáceas.
- Alteración en la composición del sebo (más escualeno y ácidos grasos libres).
- Colonización por *Malassezia* (factor clave).
- Inflamación leve y aumento del recambio celular.
- Descamación y disfunción de la barrera cutánea.

2. HALLAZGOS SEMIOLÓGICOS



Brillo oleoso difuso.



Descamación fina amarillenta o blanquecina.



Poros dilatados y textura irregular.



Seborrea visible en surcos (nariz, cejas).



Eritema leve, especialmente en zona T.



Tendencia a comedones y brotes leves.

3. LOCALIZACIÓN FRECUENTE



- Zona T (frente, nariz, mentón)
- Surcos nasogenianos
- Cejas y entrecejo
- Cuero cabelludo (línea de implantación)
- Retroauricular
- Tórax superior
- Parte alta de espalda



Más frecuente en adolescentes y adultos jóvenes.

4. PATRÓN PRAXIS



SEBORREGULADOR + INFLAMATORIO LEVE

Desequilibrio entre producción de sebo, microbiota y barrera cutánea.

5. DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

- Piel grasa
- Acné
- Dermatitis seborreica
- Rosácea (subtipo seborreico)
- Psoriasis facial
- Dermatitis irritativa/cosmética

6. OBJETIVO BIOLÓGICO



- Normalizar la actividad sebácea.
- Restablecer el equilibrio de la microbiota cutánea.
- Disminuir la inflamación leve.
- Reducir la descamación y mejorar la barrera cutánea.

7. SIGNOS DE ALERTA (NO TRATAR IGUAL)



Eritema intenso, ardor o prurito marcados.



Pústulas inflamatorias o nódulos dolorosos.



Sobreinfección bacteriana o fúngica.



Descamación muy gruesa con fisuras.



Sospecha de otra patología sistémica o dermatológica.

8. ¿PROCEDER, DIFERIR O DERIVAR?



PROCEDER

Si la condición está estable, sin inflamación intensa ni alteración severa de la barrera.



DIFERIR

Si hay inflamación activa, descamación marcada o irritación.



DERIVAR

Si hay signos de alarma, mala respuesta previa o duda diagnóstica.

9. FACTORES QUE PUEDEN EMPEORARLA



Alta en grasas y lácteos



Estrés



Cosméticos oclusivos o comedogénicos



Calor y humedad excesiva



Higiene agresiva



Falta de sueño

10. CLAVES PRAXIS



No eliminar el sebo, sino normalizarlo.



Equilibrar sebo, microbiota y barrera.



Valorar siempre el contexto y hábitos del paciente.



Documentar y acompañar en el proceso.



Educación y constancia son fundamentales.

PERLA PRAXIS



Una piel seborreica no se trata atacando el sebo, sino restaurando su equilibrio.

ACNÉ

ENFERMEDAD INFLAMATORIA CRÓNICA DE LA UNIDAD PILOSEBÁCEA

Se caracteriza por la interacción de cuatro procesos principales: hiperseborrea, hiperqueratinización folicular, proliferación de *C. acnes* e inflamación.

LESIONES TÍPICAS



Comedón
abierto



Comedón
cerrado



Pápula



Pústula

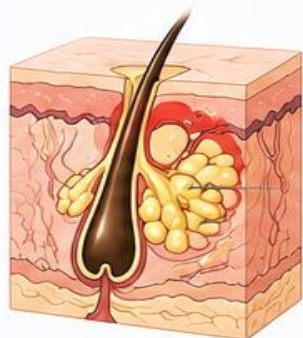


Nódulo



Quiste

1. FISIOPATOLOGÍA CLAVE



1. Hiperseborrea: aumento de producción de sebo inducido principalmente por andrógenos.
2. Hiperqueratinización folicular: obstrucción del conducto folicular.
3. Proliferación de *C. acnes*: bacteria comensal que produce lipasas y proinflamatorios.
4. Inflamación: respuesta inmune innata que genera lesiones inflamatorias.



El grado de inflamación determina la gravedad clínica del acné.

2. HALLAZGOS SEMIOLÓGICOS

NO INFLAMATORIAS



Comedones
abiertos
(puntos negros)



Comedones
cerrados
(puntos blancos)

INFLAMATORIAS



Pápulas



Pústulas



Nódulos



Quistes



Pueden dejar marcas postinflamatorias: eritema, hiperpigmentación o cicatrices.

3. LOCALIZACIÓN FRECUENTE



- Frente
- Zona periorbitaria
- Región malar
- Nariz
- Surcos nasogenianos
- Mentón
- Mandíbula
- Cuello
- Espalda alta
- Tórax



Más frecuente en adolescentes, pero puede persistir en la edad adulta.

4. PATRÓN PRAXIS



SEBORREGULADOR + INFLAMATORIO

Enfermedad crónica multifactorial con predominio seborregulador y componente inflamatorio variable.

5. DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES



Rosácea



Dermatitis perioral



Foliculitis



Dermatitis irritativa o alérgica



Acné cosmético (pomádico)



Hiperplasia sebácea

6. OBJETIVO BIOLÓGICO



- Normalizar la producción de sebo.
- Regularizar la queratinización folicular.
- Controlar la proliferación de *C. acnes*.
- Disminuir la inflamación.
- Prevenir cicatrices y marcas postinflamatorias.

7. SIGNOS DE ALERTA (NO TRATAR IGUAL)



Nódulos dolorosos extensos.



Quistes inflamados.



Cicatrices atróficas o hipertróficas.



Afectación ocular (blefaritis, conjuntivitis).



Evolución rápida o severa.



Impacto psicológico importante.

8. ¿PROCEDER, DIFERIR O DERIVAR?



PROCEDER

Acné leve a moderado, sin signos de alarma, con lesiones estables.



DIFERIR

Inflamación intensa, infección activa, irritación marcada o barrera alterada.



DERIVAR

Acné nódulo-quístico severo, con riesgo de cicatrices, afectación sistémica o duda diagnóstica.

9. FACTORES QUE PUEDEN EMPEORARLO



Dieta alta en azúcares y lácteos (desnatados)



Cambios hormonales (andrógenos)



Estrés crónico



Cosméticos comedogénicos



Exposición solar sin protección adecuada



Fármacos (esteroides, litio, etc.)



Manipulación excesiva de la piel

10. CLAVES PRAXIS



Realizar anamnesis completa: factores hormonales, dieta, hábitos y fármacos.



Evaluar el tipo de lesiones y su gravedad.



Documentar con fotografías para seguimiento.



Educar al paciente: constancia, hábitos y expectativas realistas.



El seguimiento y la adherencia son clave para el éxito del tratamiento.

PERLA PRAXIS



El acné no es solo una erupción cutánea, es una enfermedad crónica que requiere un enfoque integral y personalizado.



PERLA PRAXIS:

El control del acné no se logra de un día para otro; se alcanza con diagnóstico correcto, constancia y un plan integral.

COMEDONES

LESIONES NO INFLAMATORIAS DEL ACNÉ

Son tapones de queratina y sebo que obstruyen el folículo pilosebáceo.
Constituyen la lesión inicial del acné.

ASPECTO CLÍNICO

COMEDÓN ABIERTO



Punto negro en la superficie.
Color oscuro por oxidación del sebo.

COMEDÓN CERRADO



Pequeña elevación del color de la piel o blanquecina. No se observa orificio.

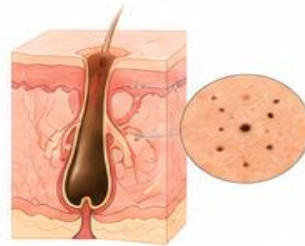
1. FISIOPATOLOGÍA



- 1** Hiperqueratinización folicular: aumento de la cohesión de los queratinocitos y disminución de la descamación.
- Obstrucción del infundíbulo: se forma un tapón de queratina mezclada con sebo.
- Formación del microcomedón: primera lesión visible o no visible.
- Puede evolucionar a lesiones inflamatorias (pápulas, pústulas, nódulos y quistes).

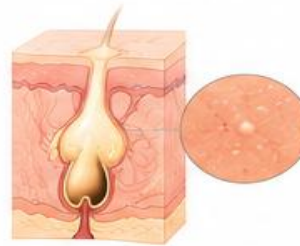
2. TIPOS DE COMEDONES

COMEDÓN ABIERTO (Punto negro)



- Orificio folicular abierto.
- Color oscuro por oxidación del sebo.
- Superficie generalmente plana.

COMEDÓN CERRADO (Punto blanco)



- Orificio folicular cerrado.
- Color del sebo sin oxidar.
- Pequeña elevación.

3. LOCALIZACIÓN FRECUENTE



Más comunes en zonas ricas en glándulas sebáceas.

4. PATRÓN PRAXIS



SEBORREGULADOR

Lesiones iniciales del acné que reflejan hiperqueratinización y obstrucción del folículo pilosebáceo.

5. DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

- Acné inflamatorio
- Milia
- Siringoma
- Queratosis seborreica
- Hiperplasia sebácea
- Poros dilatados

La evaluación clínica y la historia del paciente son esenciales para diferenciarlos.

6. OBJETIVO BIOLÓGICO



- Normalizar la queratinización folicular.
- Regular la producción de sebo.
- Mantener la permeabilidad del orificio folicular.
- Prevenir la progresión a lesiones inflamatorias.

7. SIGNOS DE ALERTA (NO TRATAR IGUAL)

- Inflamación activa o lesiones eritematosas.
- Infección secundaria.
- Manipulación reciente (riesgo de marcas y cicatrices).
- PIH (hiperpigmentación postinflamatoria).
- Tendencia a cicatrices atróficas.

El manejo inadecuado aumenta el riesgo de empeoramiento y cicatrización.

8. ¿PROCEDER, DIFERIR O DERIVAR?



PROCEDER

Comedones no inflamatorios, piel estable y sin signos de infección ni irritación.



DIFERIR

Si existe inflamación cercana, irritación, barrera alterada, exposición solar reciente o tratamiento médico actual.



DERIVAR

Si hay acné noduloquístico, cicatrices activas, duda diagnóstica o impacto psicológico importante.

9. CLAVES PRAXIS



Identifica el tipo de comedón.



Evalúa el contexto de la piel.



Clasifica la severidad del acné asociado.



Registra y planifica un abordaje integral.



La paciencia y la constancia son clave.

PERLA PRAXIS



Los comedones son la antesala del acné.
Actuar tempranamente sobre la queratinización y el sebo evita inflamación, marcas y cicatrices.

DATO CLAVE



No extraer comedones de forma agresiva.
La técnica y el momento adecuado son determinantes para evitar inflamación y cicatrices.

PIEL ASFÍCTICA

PIEL QUE NO RESPIRA, QUE SUFRE POR FALTA DE OXIGENACIÓN Y ELIMINACIÓN

Condición cutánea resultante del desequilibrio entre las necesidades de la piel y el ambiente al que está expuesta. La piel no logra realizar adecuadamente sus funciones de oxigenación, eliminación y renovación.

ASPECTO CLÍNICO



Opaca
sin luminosidad



Grisácea
o apagada

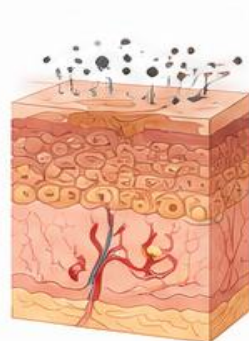


Textura
irregular



Poros
visibles

1. FISIOPATOLOGÍA CLAVE



- Acumulación de impurezas, sebo, células muertas y contaminantes.
- Disminución de la oxigenación tisular.
- Obstrucción de orificios foliculares.
- Alteración de la microcirculación y del intercambio gaseoso.
- Disminución de la renovación celular y de la eliminación de toxinas.

El resultado es una piel que se ve cansada, sin vitalidad y con tendencia a la congestión.

2. HALLAZGOS SEMIOLÓGICOS



Tono apagado
y grisáceo

Textura
áspera

Sensación de
pesadez o fatiga

Poros dilatados
y obstruidos

Brillo irregular
(zonas grasas
con áreas opacas)

Piel gruesa
y congestionada

Menor capacidad
de absorción de
productos

Mayor tendencia
a imperfecciones
y puntos negros



Más frecuente en personas que viven en ciudades, con estrés, mala alimentación, pocas horas de sueño y rutinas inadecuadas de cuidado de la piel.

3. CAUSAS FRECUENTES

- Contaminación ambiental (polución, humo, partículas).
- Uso excesivo de maquillaje o productos oclusivos.
- Estrés crónico y falta de sueño.
- Dieta alta en azúcares, grasas y ultraprocesados.
- Hidratación insuficiente.
- Sedentarismo y mala oxigenación corporal.

4. PATRÓN PRAXIS



ASFÍCTICO

Patrón caracterizado por disminución de la oxigenación, eliminación y renovación celular.

Objetivo principal: mejorar la oxigenación, la eliminación y la renovación para recuperar la vitalidad.

5. DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

- Piel grasa
- Piel seborreica
- Acné comedoniano
- Dermatitis seborreica
- Deshidratación cutánea
- Envejecimiento cutáneo

La evaluación clínica integral es esencial para diferenciarla de otras condiciones.

6. OBJETIVO BIOLÓGICO



- Mejorar la oxigenación tisular.
- Favorecer la eliminación de toxinas e impurezas.
- Estimular la microcirculación.
- Normalizar la renovación celular.
- Restaurar el equilibrio de la función barrera.

7. SIGNOS DE ALERTA (NO TRATAR IGUAL)

- Acné inflamatorio activo.
- Dermatitis o irritación activa.
- Heridas, infecciones o lesiones abiertas.
- Rosácea activa.
- Enfermedades cutáneas diagnosticadas por un profesional de la salud.
- En presencia de estos signos, diferir o derivar.

8. ¿PROCEDER, DIFERIR O DERIVAR?



PROCEDER

Cuando la piel está estable, sin inflamación activa, y presenta signos de congestión o falta de vitalidad.



DIFERIR

Si existe inflamación, irritación, barrera alterada, procedimientos agresivos recientes o exposición solar intensa.



DERIVAR

Si hay duda diagnóstica, enfermedad dermatológica, acné inflamatorio moderado-severo o signos de alarma.

9. FACTORES QUE EMPEORAN LA PIEL ASFÍCTICA

- Contaminación ambiental
- Maquillaje oclusivo
- Falta de sueño
- Estrés
- Dieta inadecuada
- Deshidratación
- Tabaco y alcohol
- Exposición solar sin protección

10. CLAVES PRAXIS PARA MEJORARLA

- Limpieza profunda pero respetuosa
- Oxigenar y revitalizar la piel
- Activar la microcirculación
- Exfoliación suave y regular
- Protección solar diaria
- Estilo de vida saludable

PERLA PRAXIS



Una piel asfíctica no necesita cubrirse, necesita oxigenarse y liberarse para volver a respirar.

★ PERLA PRAXIS: La piel no puede respirar por ti. Tu rutina, tu ambiente y tus hábitos determinan si tu piel se asfixia o brilla.

POROS VISIBLES

¿POR QUÉ SE HACEN MÁS NOTORIOS?

Los poros son aberturas naturales de los folículos pilosebáceos. No pueden eliminarse, pero su apariencia puede mejorar.

ASPECTO CLÍNICO



Poros dilatados y visibles



Textura irregular tipo "piel de naranja"



Tono apagado y poco uniforme



Mayor en nariz, mejillas y mentón

1. ¿QUÉ SON LOS POROS?



Cada poro es la salida de un folículo pilosebáceo que permite la eliminación de sebo y sudor.



Su tamaño real no cambia, lo que cambia es su visibilidad.

2. CAUSAS PRINCIPALES DE POROS VISIBLES



Exceso de sebo: distiende las paredes del poro y lo hace más visible.



Acumulación de células muertas e impurezas: obstruye y ensancha el orificio.



Pérdida de elasticidad y colágeno: disminuye el soporte de la piel.



Fotoenvejecimiento: daña las fibras elásticas y favorece la flacidez del poro.



Uso de cosméticos inadecuados u oclusivos.



Factores hormonales y genéticos.

3. LOCALIZACIÓN FRECUENTE



Más notorios en piel grasa, mixta, asfíctica o fotoenvejecida.

4. PATRÓN PRAXIS



SEBORREGULADOR + ENVEJECIMIENTO CUTÁNEO

La visibilidad de poros suele asociarse a exceso de sebo + pérdida de firmeza y elasticidad.

5. DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES



Piel grasa



Piel asfíctica



Acné comedoniano



Fotoenvejecimiento



Cicatrices atróficas superficiales

6. OBJETIVO BIOLÓGICO



- Regular la producción de sebo.
- Desobstruir y mantener limpios los poros.
- Mejorar la calidad del colágeno y la elastina.
- Reforzar la función barrera.
- Minimizar la apariencia del poro sin dañarlo.

7. SIGNOS DE ALERTA (NO TRATAR IGUAL)



Inflamación activa o acné moderado-severo.



Irritación, dermatitis o barrera alterada.



Infecciones cutáneas activas.



Procedimientos agresivos recientes.



Expectativas irreales del paciente.



Evaluar siempre el contexto clínico y las causas subyacentes antes de definir el plan.

8. ¿PROCEDER, DIFERIR O DERIVAR?



PROCEDER

Si la piel está estable, sin inflamación, con poros visibles por sebo, obstrucción o envejecimiento leve.



DIFERIR

Si hay acné activo, irritación, dermatitis, exposición solar reciente o uso de retinoides orales.



DERIVAR

Si existe acné severo, cicatrices importantes, duda diagnóstica o expectativas no alcanzables.

9. FACTORES QUE EMPEORAN LA VISIBILIDAD DE POROS



Exceso de sebo



Maquillaje pesado



Contaminación y humo



Falta de sueño y estrés



Dieta alta en azúcares y grasas



Exfoliación inadecuada



Exposición solar sin protección



Manipulación de la piel

10. CLAVES PRAXIS PARA MEJORAR SU APARIENCIA



Limpieza adecuada y constante



Controlar el sebo con activos específicos



Renovar la piel con retinoides o exfoliantes suaves



Protección solar diaria (Indispensable)



Estimular colágeno y elastina (procedimientos adecuados)



Hábitos saludables

PERLA PRAXIS



No se trata de cerrar los poros, sino de mantenerlos limpios, permeables y con buen soporte dérmico para que se vean menos visibles.

PERLA PRAXIS: Un poro limpio, con colágeno alrededor y una piel equilibrada se ve pequeño; un poro congestionado, distendido y sin soporte se ve grande.

ROSÁCEA

INFLAMACIÓN CRÓNICA, NO CONTAGIOSA

Enfermedad inflamatoria crónica facial que afecta principalmente la microvasculatura y la unidad pilosebácea.

1. ¿QUÉ ES LA ROSÁCEA?



Trastorno inflamatorio crónico que afecta principalmente la zona central del rostro.

Se caracteriza por eritema, telangiectasias y, en algunos casos, lesiones inflamatorias.



No es causada por mala higiene y NO es contagiosa.

2. SUBTIPOS CLÍNICOS



Eritematotelangiectásica

Enrojecimiento facial persistente, telangiectasias, sensación de calor o ardor.



Papulopustulosa

Pápulas y pústulas inflamatorias sobre fondo eritematoso. Sin comedones.



Fimatoso

Engrosamiento de la piel y aumento del tejido, especialmente en la nariz (rínfima).



Ocular

Irritación ocular, sequedad, sensación de cuerpo extraño, blefaritis.

3. ÁREAS AFECTADAS



Frente

Nariz

Mejillas

Mentón



Predomina en adultos entre 30 y 60 años.

4. FACTORES DESENCADENANTES



Exposición solar



Cambios de temperatura



Alimentos y bebidas picantes, calientes o alcohol



Cosméticos irritantes



Estrés emocional



Demodex (factor asociado, no causa única)

5. HALLAZGOS CLÍNICOS



Eritema centrofacial persistente



Telangiectasias



Pápulas y pústulas (sin comedones)



Engrosamiento cutáneo (fimatoso)



Síntomas oculares asociados

6. DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES



Acné vulgar



Dermatitis seborreica



Lupus eritematoso



Dermatitis perioral



Reacción a cosméticos



La evaluación clínica integral es fundamental para diferenciarla.

7. OBJETIVOS BIOLÓGICOS



- Disminuir la inflamación vascular.
- Controlar las lesiones inflamatorias.
- Reducir el eritema y la reactividad.
- Proteger la barrera cutánea.
- Prevenir recaídas.

8. SIGNOS DE ALERTA (NO TRATAR IGUAL)



Rosácea ocular activa.



Fimatoso progresivo.



Inflamación intensa o persistente.



Sospecha de otra enfermedad dermatológica.



Impacto psicológico significativo.



Evaluar siempre antes de definir el plan de manejo.

9. ¿PROCEDER, DIFERIR O DERIVAR?



PROCEDER

Si la rosácea está estable, sin brote agudo, y el paciente está preparado.



DIFERIR

Si hay brote activo, inflamación intensa, irritación o barrera alterada.



DERIVAR

Si existe rosácea ocular severa, fimatoso avanzado o sospecha diagnóstica.

10. CLAVES PRAXIS PARA SU MANEJO



Limpieza suave
respetuosa



Hidratación
no irritante



Protección solar
física diaria



Evitar irritantes
y alcohol



Calmar y reducir
la inflamación



Educación del paciente
y seguimiento



PERLA PRAXIS

La rosácea se maneja con paciencia, constancia y un enfoque antiinflamatorio integral. El control de los desencadenantes es clave para evitar recaídas.

PATRÓN PRAXIS



VASCULAR + INFLAMATORIO
+ REACTIVIDAD CUTÁNEA

PIEL SENSIBLE

REACTIVA, INTOLERANTE Y CON BARRERA ALTERADA

Condición funcional caracterizada por una respuesta exagerada a estímulos internos o externos que normalmente no deberían irritar.

ASPECTO CLÍNICO



Eritema fácil



Sequedad y tirantez



Telangiectasias finas



Textura irregular



Sensación de ardor o picor

1. ¿QUÉ ES?

La piel sensible no es una enfermedad, sino una condición funcional que se manifiesta con intolerancia y reactividad exagerada.

Puede presentarse en cualquier tipo de piel y a cualquier edad.

! No siempre hay signos visibles, pero el paciente siente la piel reactiva.

2. FISIOPATOLOGÍA CLAVE



Alteración de la barrera cutánea: pérdida de lípidos y aumento de la permeabilidad.



Hiperreactividad del sistema nervioso cutáneo.



Respuesta inflamatoria exagerada ante estímulos habituales.



Disminución de la tolerancia a productos y factores ambientales.

3. CAUSAS FRECUENTES



Cosméticos irritantes o inadecuados.



Factores ambientales: frío, viento, radiación UV, contaminación.



Estrés, falta de sueño y cambios hormonales.



Predisposición genética.



Sobreexfoliación y abuso de activos agresivos.

4. HALLAZGOS CLÍNICOS



Eritema

Ardor o escozor

Tirantez

Picor

Descamación leve

Sensibilidad al tacto



Los síntomas pueden empeorar sin signos visibles evidentes.



BARRERA + NEUROSENSORIAL

Predomina la alteración de la barrera cutánea y la hiperreactividad del sistema nervioso.

6. DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES



Rosácea



Dermatitis de contacto



Dermatitis seborreica



Piel alérgica



Xerosis (piel seca)



La historia clínica y la evaluación detallada son fundamentales.

7. OBJETIVOS BIOLÓGICOS



- Restaurar y proteger la barrera cutánea.
- Disminuir la reactividad y la inflamación.
- Reducir la sensibilidad y las molestias.
- Aumentar la tolerancia a productos y factores ambientales.
- Prevenir recaídas.

8. SIGNOS DE ALERTA (NO TRATAR IGUAL)



Eritema persistente e intenso.



Ardor o dolor intenso.



Descamación importante o fisuras.



Sospecha de dermatitis o infección.



Lesiones exudativas o costrosas.



Evaluar siempre antes de definir el plan de manejo.

9. ¿PROCEDER, DIFERIR O DERIVAR?



PROCEDER

Si la piel está estable, sin inflamación intensa y el paciente está preparado.



DIFERIR

Si hay irritación activa, ardor intenso, dermatitis, o barrera muy comprometida.



DERIVAR

Si hay sospecha de enfermedad dermatológica, rosácea moderada-severa o reacción alérgica.

10. CLAVES PRAXIS PARA SU MANEJO



Limpieza suave y respetuosa



Hidratación intensa y reparadora



Evitar fragancias, alcohol y activos agresivos



Proteger frente a cambios de temperatura



Fotoprotección diaria (mínimo FPS 30)



Reparar la barrera con ingredientes calmantes



Educar al paciente sobre su rutina y desencadenantes

PERLA PRAXIS



La piel sensible no necesita más activos, necesita menos agresión y más respeto. La constancia, la calma y la reparación de la barrera son la clave del éxito.

DESENCADENANTES COMUNES



Sol



Viento y frío



Cosméticos irritantes



Bebidas calientes



Estrés



Cambios hormonales



PERLA PRAXIS: La sensibilidad no se elimina, se maneja. Una barrera sana es la mejor defensa frente a la reactividad.

BARRERA ALTERADA

PIEL DESPROTEGIDA, REACTIVA Y SUSCEPTIBLE

Disminución de la capacidad de la piel para protegerse y mantenerse en equilibrio.
Favorece la pérdida de agua, la penetración de irritantes y la aparición de sensibilidad e inflamación.

ASPECTO CLÍNICO



Eritema
leve a moderado



Descamación
fina



Textura
irregular



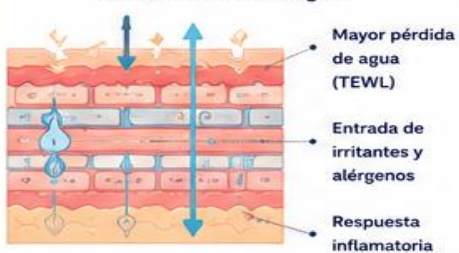
Sequedad
y tirantez



Sensación de
ardor o picor

1. ¿QUÉ ES?

Es la pérdida de integridad de la barrera cutánea, comprometiendo su función protectora y su equilibrio hidratante e inmunológico.



No es una enfermedad, es una condición funcional que puede aparecer en cualquier tipo de piel.

2. FISIOPATOLOGÍA CLAVE



Disminución de lípidos (epidérmicos): ceramidas, colesterol y ácidos grasos.



Aumento de la pérdida transepidérmica de agua (TEWL).



Alteración de las uniones celulares y del factor natural de hidratación (NMF).



Activación de vías inflamatorias y mayor neuroreactividad.

3. CAUSAS FRECUENTES



Uso excesivo de exfoliantes, retinoides o ácidos.



Limpieza agresiva o jabones inadecuados.



Exposición solar sin protección.



Condiciones ambientales extremas (frío, viento, baja humedad).



Enfermedades dermatológicas (dermatitis, rosácea, atopia).



Estrés, falta de sueño y dietas desequilibradas.

4. SIGNOS Y SÍNTOMAS



- Eritema
- Sensibilidad al tacto
- Ardor o escozor
- Tirantez
- Sequedad y descamación



Los síntomas pueden empeorar con cambios de temperatura, cosméticos, maquillaje y factores ambientales.



BARRERA + INFLAMATORIO + NEUROSENSORIAL

Predomina la disfunción de la barrera cutánea con inflamación de bajo grado e hiperreactividad.

6. DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES



Dermatitis de contacto



Dermatitis atópica



Rosácea



Psoriasis



Piel seca (xerosis simple)



La evaluación clínica integral es clave para identificar la causa de la alteración de la barrera.

7. OBJETIVOS BIOLÓGICOS



- Restaurar la integridad de la barrera cutánea.
- Disminuir la inflamación y la reactividad.
- Reducir la pérdida de agua (TEWL).
- Mejorar la tolerancia a cosméticos y factores ambientales.
- Prevenir recaídas.

8. SIGNOS DE ALERTA (NO TRATAR IGUAL)



Eritema intenso o persistente.



Dolor o ardor intenso.



Fisuras o descamación marcada.



Infección secundaria (costras, supuración).



Sospecha de dermatitis, rosácea o ect.



Evaluar siempre antes de definir el plan de manejo.

9. ¿PROCEDER, DIFERIR O DERIVAR?



PROCEDER

Si la piel está estable, sin inflamación intensa y el paciente está preparado.



DIFERIR

Si hay irritación activa, ardor intenso, dermatitis, barrera muy comprometida.



DERIVAR

Si se sospecha enfermedad dermatológica subyacente o no hay mejoría con el manejo.

10. CLAVES PRAXIS PARA SU MANEJO



Limpieza suave
respetuosa



Hidratación
intensa y
reparadora



Restaurar lípidos:
ceramidas, colesterol
y ácidos grasos



Evitar irritantes,
fragancias y
alcohol



Fotoprotección
diaria (FPS 30
o más)



Proteger frente a
frío, viento y cambios
de temperatura



Educación y
seguimiento
constante

PERLA PRAXIS



Una barrera sana es la base de toda piel sana. Sin barrera no hay tolerancia, ni hidratación, ni resultados.

DESENCADENANTES COMUNES



Exfoliación
excesiva



Agresores
químicos



Sol sin
protección



Estrés



Falta de sueño



Ambientes
extremos



PERLA PRAXIS: Cuidar y reparar la barrera es priorizar la salud de la piel a largo plazo.

DERMATITIS COSMÉTICA

Inflamación cutánea por productos cosméticos

1. ¿QUÉ ES?

Inflamación de la piel causada por ingredientes de productos cosméticos.



! Puede ser irritativa (más común) o alérgica (menos frecuente).

2. TIPOS



IRRITATIVA

- Dosis-dependiente
- Aparece en minutos a horas



ALÉRGICA

- Mediada por inmunidad (tipo IV)
- Aparece 24-72 h después del contacto

3. CAUSAS FRECUENTES



Fragancias



Conservantes (parabenos, formaldehído, isotiazolinonas)



Colorantes



Ácidos/retinoides en concentraciones inadecuadas



Exfoliantes físicos o químicos agresivos



4. MANIFESTACIONES CLÍNICAS



Eritema



Ardor o escozor



Picor



Sequedad y descamación



Pápulas o vesículas (en formas alérgicas)



Edema leve



5. PATRÓN PRAXIS



INFLAMATORIO + IRRITATIVO/ALÉRGICO + BARRERA ALTERADA

Predomina la inflamación y la disfunción de la barrera cutánea.

6. DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES



Dermatitis de contacto (alérgica)



Dermatitis irritativa por otros agentes



Rosácea



Dermatitis atópica



Acné cosmético (comedogénico)



Historia clínica detallada es clave.

7. OBJETIVOS BIOLÓGICOS



- ✓ Calmar la inflamación
- ✓ Restaurar la barrera cutánea
- ✓ Eliminar el agente causal
- ✓ Disminuir el prurito y el ardor
- ✓ Prevenir recaídas

8. SIGNOS DE ALERTA (NO TRATAR IGUAL)



Eritema intenso o persistente



Edema marcado



Vesículas, exudado o costras



Dolor o ardor importante



Sospecha de infección secundaria



Evaluar siempre antes de definir el plan de manejo.

9. ¿PROCEDER, DIFERIR O DERIVAR?



PROCEDER

Si la irritación es leve o la piel está estable y el paciente está preparado.



DIFERIR

Si hay inflamación moderada-severa, ardor intenso o barrera muy alterada.



DERIVAR

Si hay reacción alérgica extensa, sospecha de infección o falta de mejoría.

10. CLAVES PRAXIS PARA SU MANEJO



Suspender el producto sospechoso



Limpieza suave y sin fragancia



Hidratación reparadora (con ceramidas, ácidos grasos, colesterol)



Calmar la inflamación (activos calmantes: niacinamida, pantenol, centella asiática)



Fotoprotección diaria (FPS 30+)



Reintroducir productos de forma gradual y controlada

PERLA PRAXIS



Menos es más: productos simples, activos suaves y barrera protegida = piel sana.

DESENCADENANTES COMUNES



Fragancias



Conservantes agresivos



Ácidos/retinoides excesivos



Exfoliación excesiva



Sol sin protección



Clima extremo (frío, viento)

✦ PERLA PRAXIS: Identificar el agente causante, calmar, reparar y proteger. La clave está en la barrera.

MELASMA

HIPERPIGMENTACIÓN ADQUIRIDA, CRÓNICA Y RECIDIVANTE

Trastorno pigmentario frecuente que se caracteriza por manchas marrones simétricas en áreas fotoexpuestas, sin inflamación.

1. ¿QUÉ ES?

Hiperpigmentación adquirida de la piel, relacionada con la exposición solar y factores hormonales y genéticos.

! No es inflamatorio ni contagioso.

- ### 2. FACTORES DESENCADENANTES
- Radiación UV y luz visible
 - Cambios hormonales (embarazo, anticonceptivos, terapia hormonal)
 - Cosméticos irritantes
 - Predisposición genética
 - Estrés
 - Medicamentos fotosensibilizantes

3. TIPOS CLÍNICOS

- CENTROFACIAL**
Compromete frente, mejillas, labio superior y mentón.
- MALAR**
Predomina en las mejillas y región malar.
- MANDIBULAR**
Afecta la línea mandibular y el mentón.



4. PATRÓN PRAXIS

PIGMENTARIO + VASCULAR + HORMONAL

Aumento de la actividad de los melanocitos (melanogénesis) sin inflamación.

5. HALLAZGOS CLÍNICOS

- Máculas marrón claro a oscuro
- Simétricas
- Áreas fotoexpuestas
- Curso crónico y recidivante
- Bordes irregulares pero bien definidos
- Sin elevación ni descamación

6. DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

- Léntigos solares
- Pecas (efélides)
- Pigmentación postinflamatoria
- Nevus de Ota / Hori
- Lentigo maligno (raro)

La evaluación clínica integral es fundamental.

7. OBJETIVOS BIOLÓGICOS



- ✓ Reducir la producción de melanina.
- ✓ Inhibir la transferencia de melanina.
- ✓ Unificar el tono de la piel.
- ✓ Prevenir la recurrencia.
- ✓ Proteger frente a la radiación.

8. SIGNOS DE ALERTA (NO TRATAR IGUAL)

- Embarazo: evitar activos agresivos.
- Irritación activa o barrera alterada.
- Pigmentación rápidamente progresiva.
- Uso de medicamentos fotosensibilizantes.
- Sospecha de patología sistémica.
- Evaluar siempre antes de iniciar cualquier tratamiento.

9. ¿PROCEDER, DIFERIR O DERIVAR?

- PROCEDER**
Si la piel está estable, sin irritación y el paciente está preparado.
- DIFERIR**
Si hay inflamación, irritación, exposición solar excesiva o embarazo.
- DERIVAR**
Si hay diagnóstico incierto, patología asociada o falta de respuesta a tratamientos previos.

10. CLAVES PRAXIS PARA SU MANEJO

- Protección solar diaria obligatoria (FPS 50+, amplio espectro)
- Rutina despigmentante suave y constante
- Evitar desencadenantes: sol, calor, hormonas, irritantes
- Paciencia y constancia: resultados a mediano plazo
- Mantenimiento para prevenir recaídas.

PERLA PRAXIS

El melasma no se elimina en días, se controla con constancia, protección y estrategia integral. La prevención de recaídas es tan importante como el tratamiento.

DESENCADENANTES COMUNES

- Sol
- Calor
- Hormonas
- Cosméticos irritantes
- Estrés



HIPERPIGMENTACIONES

AUMENTO LOCALIZADO O DIFUSO DEL PIGMENTO EN LA PIEL



Cambios en el color de la piel por aumento de la producción o depósito de melanina debido a múltiples factores.

TIPOS DE PIGMENTO

EUMELANINA
(Marrón - negro)



FEOMELANINA
(Amarillo - rojizo)



MELANINA
(Combinación)



1. ¿QUÉ SON?



Incremento de melanina en la epidermis y/o dermis que se manifiesta como manchas más oscuras.



No son contagiosas ni infecciosas.

2. CAUSAS FRECUENTES



Sol y luz visible



Cambios hormonales



Cosméticos irritantes



Medicamentos fotosensibilizantes



Predisposición genética



Estrés



Envejecimiento

3. TIPOS CLÍNICOS



MELASMA

Simétrico: frente, mejillas, labio superior, mentón.



LÉNTIGOS SOLARES

Máculas bien definidas en áreas fotoexpuestas.



HIPERPIGMENTACIÓN POSTINFLAMATORIA

Después de inflamación o lesión cutánea.



OTROS

Nevus de Ota / Hori, pecas, lentigo maligno, etc.

4. HALLAZGOS CLÍNICOS



Máculas marrón claro a oscuro



Simétricas o asimétricas



Áreas fotoexpuestas



Bordes definidos o irregulares



Superficie lisa, sin descamación

5. OBJETIVOS PRINCIPALES



Disminuir producción de melanina



Inhibir transferencia de melanina



Unificar el tono de la piel



Prevenir recurrencia



Protección solar diaria

6. DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

- Léntigos solares
- Pecas (efélides)
- Nevus melánico
- Melasma
- Hiperpigmentación postinflamatoria
- Lentigo maligno (raro)



La evaluación clínica y dermatoscopia son fundamentales.

7. FACTORES DESENCADENANTES



Sol y luz visible



Hormonas



Cosméticos irritantes



Medicamentos fotosensibilizantes



Estrés



Calor

8. SIGNOS DE ALERTA



Cambios rápidos en tamaño o color



Color muy heterogéneo



Bordes irregulares



Sangrado o ulceración



Sospecha de lentigo maligno u otras lesiones malignas → derivar.

9. ¿PROCEDER, DIFERIR O DERIVAR?



PROCEDER

Si la piel está estable, sin irritación y el paciente está preparado.



DIFERIR

Si hay inflamación, irritación o exposición solar excesiva o embarazo.



DERIVAR

Si hay diagnóstico incierto, sospecha de malignidad o falta de respuesta.

10. CLAVES PARA SU MANEJO



Fotoprotección diaria (FPS 50+)



Rutina despigmentante progresiva



Hidratación y barrera cutánea



Constancia y paciencia



Evitar irritantes y desencadenantes



Resultados a mediano plazo



PERLA PRAXIS: La prevención de recaídas es tan importante como el tratamiento.

Sin protección solar y control de factores desencadenantes, la pigmentación siempre vuelve.



PROTEGER HOY,
TU PIEL TE LO AGRADECERÁ MAÑANA.



LÉNTIGO

MANCHAS PLANAS, BIEN DEFINIDAS Y DE COLOR MARRÓN



Hipermelanosis benigna causada por acumulación de melanina en la epidermis.

TIPOS PRINCIPALES

LÉNTIGO SOLAR (Senil)



LÉNTIGO SIMPLE (Común)



LÉNTIGO MALIGNO (Hutchinson)



1. ¿QUÉ ES?



Mancha plana, bien delimitada y de color marrón claro a oscuro.



No es peligrosa ni contagiosa.

2. CAUSAS FRECUENTES



Exposición solar crónica



Envejecimiento



Predisposición genética



Cambios hormonales



Inflamación previa (acné, heridas)

3. TIPOS CLÍNICOS



SOLAR (SENIL)

En áreas expuestas al sol. Más común en adultos mayores.



SIMPLE (COMÚN)

Pequeñas máculas en cara y manos.



MALIGNO (HUTCHINSON)

En cara, de bordes irregulares. Puede progresar.

4. HALLAZGOS CLÍNICOS



Máculas planas marrones



Bien definidas



Simétricas



Áreas fotoexpuestas



Sin relief y no duele

5. OBJETIVOS PRINCIPALES



Aclarar la mancha



Prevenir nuevas lesiones



Unificar el tono de la piel



Prevenir recurrencia



Protección solar diaria

6. DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

- Léntigo maligno
- Melasma
- Nevus melanocítico
- Queratosis seborreica
- Pecas (efélides)



La evaluación clínica es fundamental.

7. FACTORES DESENCADENANTES



Sol y luz visible



Hormonas



Cosméticos irritantes



Genética



Edad



Inflamación

8. SIGNOS DE ALERTA



Cambio rápido en tamaño o color



Bordes irregulares



Color muy heterogéneo



Sangrado o ulceración



Ante sospecha de lentigo maligno u otra lesión maligna → derivar.

9. ¿PROCEDER, DIFERIR O DERIVAR?



PROCEDER

Si la piel está estable y el paciente preparado.



DIFERIR

Si hay inflamación, irritación o exposición solar excesiva.



DERIVAR

Si hay diagnóstico incierto o sospecha de malignidad.

10. CLAVES PARA SU MANEJO



Fotoprotección FPS 50+



Despigmentantes tópicos



Procedimientos aclarantes



Constancia y seguimiento



Resultados a mediano plazo



Hábitos saludables y antioxidantes



PERLA PRAXIS

La fotoprotección es el mejor tratamiento para el lentigo. Prevenir hoy, mantiene tu piel uniforme mañana.



RECUERDA

La constancia + protección solar = mejores resultados.





FOTOENVEJECIMIENTO

EL DAÑO SOLAR ACUMULADO QUE ENVEJECE LA PIEL



Daño crónico causado principalmente por la radiación UVA y UVB que altera la estructura y función de la piel.

MECANISMOS CLAVE



Radiación UV



Radicales libres

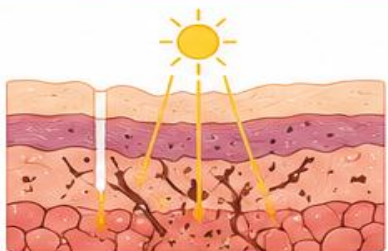


Degradación de colágeno y elastina



Daño en el ADN celular

1. ¿QUÉ ES?



Envejecimiento prematuro de la piel por exposición solar acumulada a lo largo de los años.



Es acumulativo, irreversible y progresivo.

2. CAUSAS PRINCIPALES



Radiación UV (UVA > UVB)



Exposición solar crónica



Predisposición genética



Contaminación



Tabaco y estilo de vida

3. SIGNOS CLÍNICOS



Arrugas finas y profundas



Manchas solares (léntigos solares)



Textura áspera



Telangiectasias



Pérdida de firmeza y elasticidad

4. ÁREAS MÁS AFECTADAS



Frente

Contorno de ojos

Mejillas

Nariz

Escote y cuello

Dorso de manos

5. OBJETIVOS PRINCIPALES



Prevenir el daño solar adicional



Neutralizar radicales libres



Estimular colágeno y elastina



Mejorar manchas y textura



Mantener la hidratación y función barrera

6. DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

- Melasma
- Léntigo simple / maligno
- Queratosis actínicas
- Lupus eritematoso
- Dermatitis actínica



La evaluación clínica y dermatoscopia son esenciales.

7. FACTORES DESENCADENANTES



Sol y UV



Calor extremo



Altitud



Reflejos (luz en agua, nieve, arena)



Contaminación



Tabaco

8. SIGNOS DE ALERTA



Lesiones que cambian de color o tamaño



Úlceras que no cicatrizan



Descamación persistente



Dolor, sangrado o costras



Sospecha de lesiones malignas → derivar para evaluación médica.

9. ¿PROCEDER, DIFERIR O DERIVAR?



PROCEDER

Si la piel está estable y sin lesiones sospechosas.



DIFERIR

Si hay inflamación, irritación o exposición solar reciente.



DERIVAR

Si hay lesiones sospechosas o diagnóstico incierto.

10. CLAVES PARA SU MANEJO



Fotoprotección diaria (FPS 50+)



Antioxidantes tópicos



Retinoides (nocturnos)



Hidratación intensiva



Procedimientos según indicación



Constancia y seguimiento



PERLA PRAXIS

El fotoenvejecimiento se previene todos los días, se trata de forma integral y se maneja con constancia.



RECUERDA

La fotoprotección diaria es el tratamiento antienvjecimiento más importante y eficaz.

