

exploración y pruebas complementarias en Atención Primaria

Exploración clínica práctica en Dermatología

A. de la Peña Llerandi

Jefe del Departamento Médico de la Residencia de la 3^a Edad de Caranza. Xunta de Galicia. Ferrol (La Coruña).

La Dermatología es una de las tres especialidades médicas en que es fundamental la inspección visual (las otras dos son la Anatomía Patológica y la Radiología).

Una rápida inspección puede muchas veces solucionar diagnósticos difíciles o bien relacionar síntomas y signos hasta entonces incomprensibles.

Por añadidura, la piel proporciona a veces el primer indicio de una enfermedad interna (las relacionadas más a menudo son la fotosensibilidad, alteraciones hormonales y metabólicas, aparato digestivo, enfermedades neurológicas, alteraciones del aparato locomotor y del tejido conjuntivo, neoplasias, e ingesta de fármacos).

En la práctica, al inspeccionar al enfermo podemos seguir dos caminos: un diagnóstico arbitrario o un esquema de enfoque diagnóstico dermatológico (tablas 1 y 2). El primer esquema, muy frecuente, debería desterrarse de la praxis médica. El segundo, el enfoque diagnóstico dermatológico, es el que se expone en la tabla 2.

La historia dermatológica sigue las mismas líneas de la historia médica general:

EPIDEMIOLOGÍA Y ETIOLOGÍA

—Edad, raza, y sexo.

—Antecedentes históricos (admisiones en hospitales, enfermedades, operaciones, partos, sensibilidad a medicamentos, exposición a productos dañinos, salud general, costumbres y dieta).

—Antecedentes sociales (lugar de residencia y de nacimiento, viajes, profesión y aficiones).

—Historia familiar (enfermedades cutáneas, alergias, existencia o no de diabetes, hipertensión, diátesis hemorrágica, anemia, trastornos emocionales, nerviosos o musculares).

ANAMNESIS

—Duración del comienzo de las lesiones cutáneas (días, semanas, meses o años).

Correspondencia:
A. de la Peña Llerandi.
C/ Costa da Silva, 6.
15510 Neda (La Coruña).
Correo electrónico: jaquemat@teleline.es

—Relación de las lesiones cutáneas con: a) clima (época del año, calor, frío); b) tratamientos (previos, consumo de fármacos), y c) profesión y aficiones.

—Síntomas cutáneos (prurito, dolor, parestesia).

—Síntomas generales: a) síndrome de enfermedad aguda: cefalea, debilidad, escalofríos, fiebre, y b) síndrome de enfermedad crónica: fatiga, astenia, anorexia, pérdida de peso, malestar.

EXPLORACIÓN FÍSICA

Aspecto del paciente

Incómodo, tóxico, bueno.

Tabla 1. Diagnósticos arbitrarios

La “forma arbitraria” valora las enfermedades de la piel o las manifestaciones cutáneas de las enfermedades sistémicas mediante cuatro tipos distintos de enfoques:

Factor etiológico único

Ejemplo: urticaria por alimentos (mediante la historia)

Lesiones cutáneas

Ejemplo: mácula (por el examen físico)

Fisiopatología (respuesta fisiológica alterada)

Ejemplo: urticaria por frío (se producen las lesiones por la aplicación de hielo sobre la piel apareciendo un habón)

Síndrome de respuesta a múltiples etiologías

Ejemplo: vasculitis necrotizante:

—Examen físico: púrpura palpable en el tercio inferior de las piernas

—Historia: artralgias, dolor abdominal y neuritis periférica

—Laboratorio: VSG aumentada, complemento sérico disminuido, cilindros hemáticos, depósitos fibrinoides en las paredes de las vénulas y extravasación de GR en la biopsia

VSG: velocidad de sedimentación globular; GR: glóbulos rojos.

Tabla 2. Esquema de enfoque diagnóstico dermatológico

Nuestro objetivo deberá ser realizar el diagnóstico mediante un enfoque metódico. Para ello podremos usar una lista que facilite la correlación de los hechos:

—Historia

—Exploración física (hallazgos cutáneos y no cutáneos)

—Histopatología

—Laboratorio

—Otras exploraciones especiales

Impresión general

Impresión que al médico le produce el enfermo:

—Afección orgánica, lesional.

—Trastorno puramente funcional: dispepsia, discinesia, psicopatías, cuadros neuróticos, simulaciones.

En ambos casos debe añadirse la apreciación de:

—Gravedad o de levedad.

—Calificación de enfermedad aguda o crónica.

Inspección general (datos dinámicos)

Posiciones del cuerpo (activas o pasivas) y decúbitos (posición de reposo que adopta el enfermo espontáneamente en cama).

Estado general y psíquico

Podemos encontrar:

—“Buen estado general” (sólo lesiones locales).

—“Afectación del estado general”.

Captaremos:

—Pasividad y postración de la postura, color y facciones del semblante, desgana y desnutrición, etc. “Impregnación tóxica del organismo”.

—Situación mental y afectiva, y el grado de afectación.

Piel

Exploraremos al enfermo sin ropa alguna.

Primero examinaremos a distancia, para observar la distribución general de las lesiones.

Apreciaremos así:

—La asimetría o asimetría de las mismas, la preferencia de algunas regiones cutáneas sobre otras.

—La distribución en zonas extensas, expuestas a la luz o en contacto con alguna sustancia.

—Si hay lesiones en zonas sometidas a trauma o en zonas de humedad.

Trataremos de definir:

—La secuencia de aparición de las lesiones con respecto al tiempo.

—Los tratamientos empleados para controlar la erupción.

—Efectos que pueda tener la luz o la estación del año.

—Contactos con plantas, animales, metales u otros.

—Influencia de los alimentos, menstruación y embarazo.

—Definición exacta de las lesiones en su fase precoz.

Cuatro signos importantes:

—Tipo y color “lo primero”.

—Forma.

—Disposición.

—Distribución de la lesión y relación que tiene con sus vecinas.

Según estos cuatro signos tenemos:

—Carácter lineal: sugiere causa exógena (*contacto con una planta*, por ejemplo).

—Líneas eritematosas en una extremidad: posible *linfangitis*.

—Vesículas en disposición lineal sobre un dermatoma: *herpes zóster*.

—Lesiones hiperqueratósicas: pueden ser nevos epidérmicos.

—Lesiones anulares: a menudo provienen de la extensión periférica de una lesión inicial redondeada, numular o discoide (por ejemplo, *eritema polimorfo*).

—Disposición serpiginosa: puede ser por *eritema anular reumático*, erupciones por *drogas*, *micosis funfoide*, sífilis secundaria y *lupus eritematoso* o vulgar.

—Agrupaciones: los grupos de vesículas se denominan *herpetiformes*; si esos grupos siguen un dermatoma se llaman *zosteriformes*. *Corimbiformes* son los grupos de lesiones distribuidas alrededor de una lesión central. *Livedo reticularis* es la distribución reticular resultado de dilatación o estasis vascular.

Tipo de lesión (lesiones elementales)

Atrofia (fig. 1)

Es la consumición o merma de un tejido. Puede ser:

—Epidérmica: epidermis transparente, delgada, por disminución de las células epidérmicas. Las líneas normales de la piel pueden mantenerse en la atrofia senil, perdiéndose en la secundaria a procesos inflamatorios.

—Dérmica: se debe a una disminución del tejido conectivo de la dermis papilar o reticular. Se suele apreciar como depresión de la piel.

Cicatriz (fig. 2)

Es el resultado de una úlcera o de pérdida de sustancia. Puede ser hipertrófica o atrófica.

La *mutilación* es una pérdida de tejido que altera estructuras anatómicas importantes (enfermedad de Raynaud, sífilis, lepra en dedos, tuberculosis y carcinomas de la cara).



Figura 1. Atrofia.



Figura 2. Cicatriz por estereotomía.

Costra (figs. 3 y 4)

Exudado formado por desecación del suero o pus en la superficie de la piel.

Puede ser fina o gruesa y adherente.

Si se mezcla con la sangre, es de color chocolate oscuro.



Figura 3. Costra.



Figura 4. Impétigo en niño.

Descamación (fig. 5)

Los queratinocitos son reemplazados por desprendimiento de la parte más superficial de la capa córnea.

Cuando se produce en grandes láminas se denomina *descamación* (la encontramos en la psoriasis, tiña, pitiriasis rosada y en la ictiosis).

Esclerosis (fig. 6)

Induración circunscrita o difusa de la piel que se suele apreciar mejor por palpación que por inspección. Puede ser el resultado de un edema dérmico o cutáneo, de una infiltración celular o de una proliferación colágena.



Figura 5. Descamación.

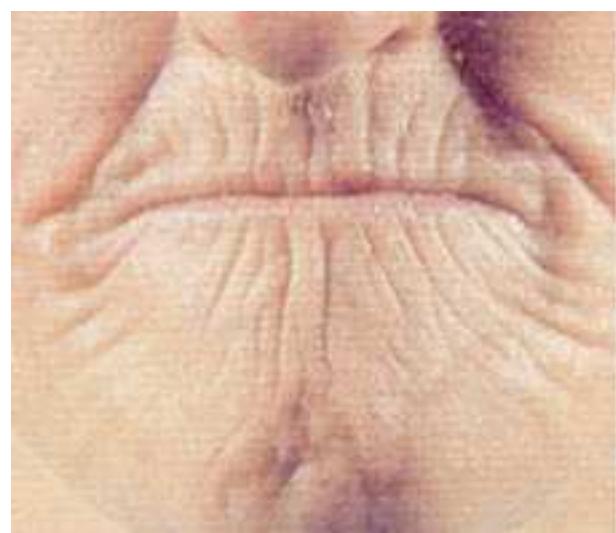


Figura 6. Esclerosis.

Erosión (fig. 7)

Pérdida de la epidermis y capas altas de la dermis. Si sólo abarca a la epidermis se llama *escoriación* (por rascamiento).

Escama (fig. 8)

Producto de descamación de las capas córneas de la epidermis, generalmente engrosadas antes (hiperqueratosis).

Fisura (fig. 9)

Abertura de la epidermis como una grieta. Dolorosa por falta de protección en las terminaciones nerviosas. Ejemplo: "rágades" de la boca y grietas perianales.

Aparecen con más frecuencia en áreas hiperqueratósicas de manos y pies, por sequedad excesiva de la piel, con pérdida de la elasticidad normal de la capa córnea.

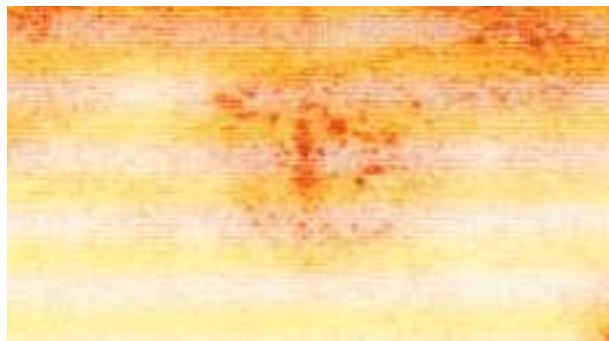


Figura 7. Erosión.



Figura 8. Escama.



Figura 9. Fisura.

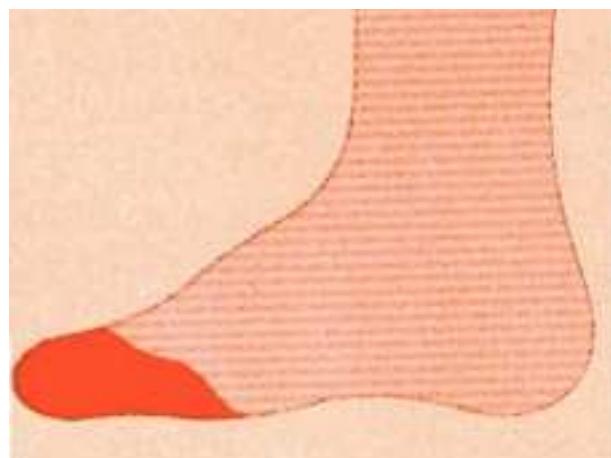
Gangrena y esfacelo (figs. 10 y 11)

Destrucción por oclusión arterial o por infecciones por estreptococos o *Clostridium* (en este último caso las vesículas se ennegrecen, seguida de necrosis rápida de grandes segmentos de la piel).

El *esfacelo* es una membrana necrótica seca y adherente que aparece en la base de una úlcera.

Máculas

Son alteraciones del color (manchas), circunscritas, sin elevación o induración palpable.



Figuras 10 y 11. Gangrenas.

Su tamaño es variado. Bien apreciables en los angiomas capilares. De color *café con leche* en el *síndrome de Albright* y en la *neurofibromatosis*. De color *castaño* en el *léntigo* o en las *pecas*. Color *azul oscuro* en los *nevos azules*. *Blancas* en el *vitílico*. *Hipermelanóticas* en forma de hoja de abedul en la *esclerosis tuberosa*. Pueden ser pigmentarias o sanguíneas:

—*Pigmentarias* (fig. 12). *Por exceso de pigmento*: cloasma de las embarazadas (o el parecido del hipotiroidismo o miedema); “pecas”. *Por defecto de pigmento*: vitílico: están rodeadas de halo más pigmentado (fig. 13); leucodermia: sólo existe la acromia.

—*Sanguíneas* (fig. 14): a) *congestivas* (por vasodilatación): desaparecen por la presión del dedo o por vitropresión; a veces son *roséolas* (redondas, pequeñas, rosadas);



Figura 12. Mácula pigmentaria.



Figura 13. Vitílico.

típicas de la fiebre tifoidea (aparecen en escaso número), pero también aparecen en el período secundario de la sífilis (entonces son muy numerosas y difíciles de apreciar); rojo vivas y confluentes en el sarampión (fig. 15); eritema (placas rojas de gran extensión o difusa por todo el cuerpo, por congestión debida a hiperemia vascular o vasodilatación); si es intenso y crónico se llama *eritrodermia*; b) *hemorrágicas*: extravasaciones de sangre; no desaparecen por vitropresión; al principio color rojo, luego rojo-azulado, verde y amarillo; estas manchas difundidas por la superficie del cuerpo forman las diversas *púrpuras* (fig. 16):



Figura 14. Mácula sanguínea.



Figura 15. Máculas del sarampión.

petequias (extravasación de sangre en papila); *equimosis* (de mayor extensión que las petequias); *víbices* (forman estrías); *hematomas* (colecciones voluminosas)

Nódulos (figs. 16 y 17)

Pequeñas masas sólidas, por infiltración inflamatoria circunscrita. *Se palpan más que se ven*. Son redondeados o elípticos.

Pueden estar situados en dermis o tejido celular subcutáneo (causados por procesos inflamatorios, neoplásicos o depender del depósito de metabolitos).

Se pueden producir por una proliferación benigna o maligna de queratinocitos o melanocitos.

Los nódulos tienen a veces consecuencias graves, por lo que siempre debemos tomar biopsia de los persistentes. A menudo es aconsejable practicar el cultivo del tejido previa trituración para intentar encontrar al patógeno causante del mismo.

En algunos tratados aparece la lesión “*tubérculo*”, que en realidad es sinónimo de “nódulo” (así se llama con frecuencia a las lesiones *tuberculosas, lepromas y lupomas*).

“*Goma*” define la lesión nodular granulomatosa de la sífilis terciaria.

“*Tumor*” se aplica a cualquier masa benigna o maligna de tamaño superior al nódulo.

Pápulas (fig. 18)

Son “*granos*” (lesiones sólidas) de diámetro inferior al centímetro. Pueden ser puenteadas en su vértice, romas (verrugas) y apenas prominentes (sarampión). Causadas por una hiperplasia localizada de células de la epidermis (pá-

Figura 18. Pápula.

pula epidérmica) o dermis (placa dérmica), o por el depósito de productos del metabolismo en la dermis.

El *color* es importante para su identificación. Puede ser: rojo en la *psoriasis*, cobrizo en la *sífilis secundaria*, violáceo en el *líquen plano*, amarillento en la *xantomatosis*.

Las pápulas agrupadas forman lesiones llamadas *vegetaciones* (el ejemplo más notorio son las *verrugas vulgares*).

Placas (fig. 19)

Es una lesión elevada que ocupa un área relativamente extensa. Puede estar formada por confluencia de pápulas (en la *micosis fungoide* y en la *psoriasis*). Frecuentemente son amarillentas (*xantomas* o *necrobiosis lipoidica diabetorum*).

La *líquenificación* es una placa engrosada, formada por un aumento de células epidérmicas, con las líneas normales de la piel muy acentuadas (aspecto de corteza de árbol). La lesión se debe al rascado continuo, y aparece fácilmente en personas atópicas.

Pústulas (fig. 20)

Vesículas de contenido purulento (puede estar formado por leucocitos, *estéril*, o contener también microorganismos).

A veces tienen localización folicular.

El *forúnculo* es una acumulación de pus (forma necrótica profunda de foliculitis). Varios forúnculos pueden confluir formando un *ántrax*.

El *absceso* es una acumulación de material purulento localizado profundamente en la dermis o tejido celular subcutáneo (el pus no es visible en la superficie de la piel).

La *fistula* es un trayecto que comunica la cavidad supurada.



Figuras 16 y 17. Nódulos.

Figura 19. Placa.



Figura 20. Pústula.

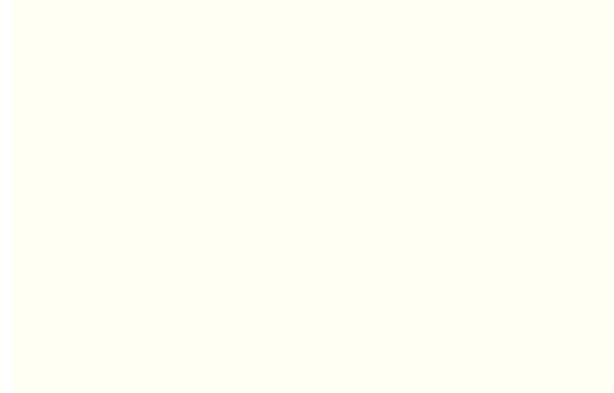


Figura 22. Roncha.

Quiste (fig. 21)

Cavidad cerrada con revestimiento interno epitelial, endotelial o membranoso, que contiene líquido o semisólido (células, productos celulares o fluido).

Es de consistencia remitente a la palpación.

Según su contenido se clasifican en: quistes epidérmicos (contienen queratina); quistes sebáceos o pilares (pared que no queratiniza, formada por una capa granulosa).

Ronchas o habones (fig. 22)

Lesión plana y redondeada, sobrelevada. Es evanescente (desaparece en pocas horas). Es la expresión del edema en las capas superiores de la dermis.



Figura 21. Quiste.

Aspecto rosado-pálido característico. Desiguales unas respecto de otras. Pálidas en el centro y eritematosas en la periferia. Pruriginosas.

Su tamaño varía desde pápulas de 3 a 4 mm (urticaria colinérgica [fig. 23]) a placas eritematosas de 10 a 20 cm de diámetro. *Es mayor que las pápulas.*

Aparece en el 25% de personas normales al rascar la piel con un instrumento punzante (dermografismo).

El *angioedema* es una lesión urticarial masiva que aparece en zonas de dermis poco densa o de tejido celular subcutáneo escaso (labios). En estos casos debemos buscar siempre la presencia de edema laríngeo con obstrucción de vías respiratorias altas.

Úlceras (fig. 24)

Soluciones de continuidad en la superficie de la piel (secundarias a la destrucción de la epidermis y dermis papilar superior).



Figura 23. Urticaria.



Figura 24. Úlcera.

Tendencia a persistir. Se definen por la localización, borde, base, secreción y lesiones asociadas (nódulos, escoriaciones y varicosidades).

—*Úlceras de presión*: predominan en la región sacra durante enfermedades en que hay presión. Se suelen acompañar de pigmentación, edema y esclerosis.

—*Úlceras tróficas*: trastornos nutritivos que conllevan mortificación de la piel, en enfermedades nerviosas: *sirinomielia, mielitis*, en las enfermedades de los vasos: *endarteritis obliterante, gangrena senil, varices*.

—*Ulceraciones por el frío* en manos y pies (sabañones).

—*Úlceras tuberculosas, sifiliticas, actinomicóticas, gangrenosas y neoplásicas* “dejan cicatriz al curar”.

—*Lesiones facticias*: tamaño variado, con bordes angulares o rectos.

Vesículas y ampollas (fig. 25)

Elevaciones epidérmicas, circunscritas, de contenido líquido, de pequeño tamaño. Si son voluminosas se llaman ampollas (tamaño mayor de 0,5 cm), bullas o flíctenas.

Se forman por despegamiento a distintos niveles de la piel.

Las *vesículas espongíticas* son características del eczema y se deben a edema intracelular.

Como resultado de la vesiculación la epidermis puede desprenderse parcialmente (el área resultante se llama *erosión*) y cura sin cicatriz.

Color de las lesiones

Depende de: la sangre contenida en la dermis, y de la cantidad de *melanina* en la capa basal de la epidermis (pueden intervenir las diferencias raciales).

A continuación se detallan los diferentes tipos de coloraciones de la piel:

—*Albinismo*: sus características son piel sonrosada, pelo blanco, iris color de rosa.

—*Amarillo de paja* : en el cáncer.

—*Cianótica (azulada)*: en la hematosis, estasis periférica, compresiones venosas (vena cava superior), cardiopatías, etc.

—*Gris pizarrosa*: por intoxicaciones metálicas crónicas (argirosis, aurosis); por arsénico.

—*Hiperpigmentada o morena (melanodermia “tinte bronceado”)*. Puede ser: racial; por irradiación solar; patológica: Addison, Cushing, hemocromatosis.

Cloasma de las embarazadas (manchas irregulares, es parecido al mixedema del adulto).

—*Hipopigmentada, aporcelanada*: en el síndrome de Sheehan y en el vitílico.

—*Ictericia* : hay débil intensidad en escleróticas y zonas de piel fina. Causada por retención o regurgitación de pigmentos biliares en la sangre. Requiere luz natural para descubrirla: la luz eléctrica la disimula.

—*Manchas sanguíneas*: a) *congestivas*: roséola (puntos), eritema (placas inflamatorias); b) *hemorrágicas*: petequias, equimosis, víbices, púrpuras: no desaparecen con la vitropresión.

—*Pálida*: en anemias, edema generalizado, vasoconstricción, colapso, hipertensión arterial renal.

—*Roja*: en congestión (insolación, fiebre) y poliglobulias.

—*Verdosa*: en la clorosis.

—*Colorido de la cara*: varía entre gran palidez y extrema rubicundez. Depende de la concentración de hemoglobina hemática y del estado de la circulación superficial y general: a) vasoconstricción local o hipotensión sistémica aguda: *palidez*; b) vasodilatación cutánea: *eritema facial*; c) hipertensión roja: enfermos pletones, congestivos, con hábito pícnico y tendencia hipertensiva y apoplética (pero muchos hipertensos son pálidos).

Eritema facial (por rubeosis diabética o por rosácea).

Fugaz en los sofocos climatéricos y en el carcinoma de.

Figura 25. Vesícula.

Hay formas circunscritas de eritema facial: *chapetas* en las mejillas de las mitrales; *vespertillo* o eritema en mariposa (mejillas y dorso nasal); típico del lupus y a veces en la rosácea.

Angioma o *nevus* vascular: mucho más intenso, azulado, bien limitado y asimétrico, a veces acompañado de angioma intracranial, como en la enfermedad de Sturge-Weber.

Placa eritematosa de la erisipela: suele ser también asimétrica.

Piel pegada a planos profundos (por palpación) en la esclerodermia.

“A la coloración se suma la coloración propia de la irrigación sanguínea”.

Palpación

- Consistencia (blanda, firme, dura, fluctuante, pétreo).
- Cambios térmicos (calor, frío).
- Movilidad de la lesión o de la piel.
- Sensibilidad a la palpación.
- Calcular la profundidad de la lesión (dérmica o subcutánea).

Aspecto de la piel y forma individual de las lesiones

- Lisa o normal.
- Soluciones de continuidad: cicatrices, traumáticas, úlceras (de presión, tróficas, cáusticas, tuberculosas, sifilíticas “gomas ulcerados”, neoplásicas, etc.).
- Erupciones (las lesiones elementales).
- Otras alteraciones cutáneas: escamas, escaras, erosiones, escoriaciones, fistulas, fisuras, descamaciones, hiperqueratosis, tumores, costras, etc.
- Elementos varios: circulación venosa, pigmentaciones, enfermedades eruptivas, etc.
- Forma individual de las lesiones: redondeada, oval, poligonal, policíclica, anular, iridiforme, serpiginosa (forma de serpiente), umbilicada.

Disposición de las distintas lesiones

- Agrupadas: herpetiforme, zosteriforme, arciforme, anular, reticulada (forma de red), lineal, serpiginosa.
- Diseminadas: lesiones aisladas diseminadas o afeción difusa (sin límites identificables).

Distribución de las lesiones

- Extensión: aislada (lesión única), localizada, regional, generalizada, universal.
- Patrón: simétrico, áreas de exposición, zonas de presión, áreas intertriginosas, localización folicular, aleatoria.
- Patrón característico: sarna, sífilis secundaria, psoriasis, dermatitis seborreica, liquen plano, pitiriasis rosada, dermatitis herpetiforme, dermatitis atópica, vitílico, acné, eritema multiforme, candidiasis, dermatitis de contacto, lupus eritematoso, eritroasma, ictiosis, pénfigo, penfigoide, porfirio cutánea tarda, xantomas, angiitis necrotizantes (vasculitis).

Pelo, vello y uñas

Color, aspecto y distribución.

Membranas mucosas

Hallazgos físicos diversos y revisión por órganos

Síntomas constitucionales (fiebre, escalofríos, fatiga o pérdida de peso).

Datos anatómicos o estáticos.

Conformación del cuerpo (talla, peso, constitución, volumen, deformaciones, alteraciones regionales: desviaciones; cráneo, cuello, tórax, abdomen, extremidades, articulaciones, músculos, huesos, etc.).

Revisión por órganos:

- Ojos: exploración de los ojos.
- Tracto respiratorio.
- Sistema cardiovascular.
- Sistema gastrointestinal (hepatoesplenomegalia, etc.).
- Sistema genitourinario.
- Sistema endocrino.
- Sistema musculoesquelético.
- Ganglios linfáticos (adenopatías).
- Sistema nervioso (dermatomas), cabeza y cuello.

Exploración de la facies:

- Ojeada global, paso por paso, desde la frente a la barbillas.
- Descripción analítica, detallada, de los signos físicos observados.

Colorido: interesa observar la *pigmentación de la piel* (tez): ver “Coloración General” (al principio del documento).

Frente:

- Piel húmeda, sudorosa (caliente en la *fiebre*, fría en el *shock*).
- Seca y áspera en el *hipotiroidismo*.
- Arrugas en media frente, con piel lisa en el otro lado, están presentes en la *parálisis facial*.
- Arañas o estrellas vasculares de la *insuficiencia hepática*: aparecen a menudo en la piel de la frente. Son telangiectasias con dilatación central de la que parten radialmente capilares visibles.
- Puntos dolorosos a nivel de senos frontales en las *sinusitis agudas* (al realizar palpación y compresión).

Oídos: anomalías de forma, tamaño e implantación.

- Color pálido en las *anemias*.
- Color cianótico en las *hipoxias* centrales o periféricas.
- Ennegrecido parcialmente en la *alcaptonuria*.
- Tofos amarillentos en la *gota*.
- Temperatura fría en la *insuficiencia circulatoria periférica* y en el *mixedema*.
- Otorrea (salida de pus) en las *otitis* y *otorragia* (de sangre) en las *fracturas de base de cráneo* en su fosa media y en otros *traumas* del conducto.
- Edema inflamatorio en la región mastoidea (detrás de las orejas) en las *mastoiditis* y en las *trombosis del seno lateral*.

Nariz**Mejillas:**

—Erupciones *—lupus—* y cambios de color “chapetas” en los *mitrales*.

—Eritema en la *erisipela*.

—Simetría.

—Compresión de senos dolorosa si existe una *sinusitis*.

—Palpación delante del trago: ganglios linfáticos tumefactos en *procesos inflamatorios o neoplásicos*.

—Las parótidas sobresalen hinchadas en las *parotiditis agudas* y de forma crónica en los *cirróticos alcóholicos*.

—La percusión del facial por delante del oído produce una contracción viva de la comisura labial en la tetanía por *hipocalcemia* (signo de Chwostek).

Boca:**Labios:**

—Malformaciones congénitas (labio leporino, etc.) que pueden asociarse a *anomalías del paladar y otras estructuras*.

—Humedad o sequedad de los labios, con costras y grietas, guardará relación con la *hidratación* o con *trastornos circulatorios*.

—Color de los labios (palidez o cianosis) traduce *anemias o hipoxias*.

—Pigmentaciones melánicas múltiples: en la *enfermedad de Addison*, pero desbordando los labios en forma de “pecas” en el *síndrome de Peutz-Jeghers*.

—Erupción vesicular sobre fondo eritematoso: en el *herpes labial* que acompaña a la neumonía y muchos estados febriles.

—Rágades (fisuras a nivel de las comisuras). Queilitis angular en *déficit de vitamina B o candidiasis*.

—El labio superior está hinchado en la *escrófula*.

—Tumefacción de labios y parte de la cara típica del *edema angioneurótico de mecanismo alérgico*.

—Finos y alargados los labios de la *esclerodermia*.

Lengua: tamaño, movilidad, forma, color, humedad.**Carrillos y paladar:**

—Distintas *estomatitis* (aftas, etc.) pueden manifestarse también en la mucosa interior de carrillos y paladar.

—Típicas las manchas de Koplik —punto blanquecino y halo rojo— en el *sarampión*.

—Placas blanquecinas lechosas en los carrillos o incluso en el paladar o en la lengua. Suelen corresponder a *leucoplasia, engrosamiento queratinizado de la mucosa de origen sifilitico* a veces, pero también en fumadores. Excepcionalmente es una lesión precancerosa. El paladar es alto, agudo a veces, como anomalía congénita, a menudo asociado

a otras manifestaciones. Puede estar hendido, comunicando boca y nariz, en el *labio leporino*.

Encías:

—*Gingivitis*: local o general (eliminación de sales metálicas).

Piel del cuello

—Orificios fistulosos de los procesos locales y de las cicatrices irregulares que aquellos suelen dejar al cerrarse en las *adenitis tuberculosas*.

—“Collar de Casal”, eritema escamoso y luego pigmentado propio de la *pelagra*.

Piel de extremidades inferiores

—Pálida y fría en la *isquemia*.

—Blanca y tumefacta en la *trombosis*. Puede ser azulado.

—Caliente y rojiza en las *dermitis, erisipela, etc.* Y encima de los procesos inflamatorios profundos.

Erupciones:

—Punteado petequial: en la *púrpura anafilactoide de Schönlein-Henoch*, que suele extenderse a ambas extremidades inferiores.

—Placas de *eritema nudoso*, que semejan contusiones.

Aparecen típicamente en la zona pretibial, y a veces, además, en el muslo e incluso en los brazos.

—Eritema indurado de Bazin, en el que se palpan nódulos más oscuros bajo una piel rojoviolácea, afecta sobre todo a pantorrillas y a tobillos, especialmente en mujeres.

—Manchas pigmentarias en piernas, con zonas atróficas, descamadas, y otras eritematosas, pueden observarse en los *estados pelagroides*, pero también en las varices.

—Otras úlceras son las *hipertensivas y las sifiliticas*.

Después de todo esto, si cabe, habrá de hacerse un diagnóstico diferencial, pruebas complementarias y de laboratorio, esclarecer la fisiopatología, un pronóstico y tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

Farreras Valentí P, Rozman C. Medicina Interna. 12^a ed. Barcelona: Ediciones Doyma; 1992.

Fitzpatrick TB, Polano MK, Suurmond D. Atlas de Dermatología Clínica. Barcelona: Ediciones Doyma; 1989.

Moguer Molins L, Balcells Gorina A. Exploración Clínica Práctica. 22^a ed. Barcelona: Editorial Científico-Médica; 1985.

Patterson DLH. Ilustraciones Diagnósticas en Cardiología. Madrid: Editorial Interamericana; 1991.

Rodés Teixidor J, Guardia Massó J. Medicina Interna. Barcelona: Editorial Masson; 1997.

Weidner FO. Dermatología para el Médico General. Barcelona: Ediciones EDIKA-MED; 1989.