

# La piel, el órgano más grande de nuestro cuerpo

Las afecciones dermatológicas no suelen ser de gran gravedad, excepto los tumores de piel, pero sí son cada vez más comunes entre la población. Sus síntomas son muy molestos y afectando a la calidad de vida de quienes las padecen.

**C**omenzamos este repaso por la dermatitis atópica (DA), la enfermedad cutánea crónica más frecuente en la infancia, que se presenta como eccema y cursa a brotes. Su prevalencia ha experimentado un aumento progresivo en las últimas décadas. Actualmente, afecta a más del 10% de los niños en algún momento de la edad pediátrica.

Se trata de una enfermedad cutánea inflamatoria crónica y recurrente de la piel, de mecanismo inmunológico, en la que, como consecuencia de reacciones de hipersensibilidad a antígenos variados (alimentos, neuroalérgenos, proteínas bacterianas), en niños genéticamente predispuestos, se liberan una serie de factores inflamatorios que producen en la piel lesiones de eccema. Estas lesiones eczematosas están constituidas por espongiosis, edema y microvesículas, que dan lugar a prurito, irritación cutánea, rascado y lesiones inflamatorias simétricas, de aspecto y localización variable según la edad y la ubicación de la enfermedad. Se asocia, con frecuencia, a asma, rinitis y alergia alimentaria.

### Edades

La dermatitis atópica infantil es un problema de salud pública en los países desarrollados, con cifras de prevalencia entre el 10 y el 20%. Dentro de un mismo país, las cifras son más altas en las zonas urbanas y en las poblaciones con mayor nivel de vida. En la adolescencia es más frecuente en mujeres. Es, fundamentalmente, una enfermedad propia de la infancia y disminuye su prevalencia e intensidad con la edad. En el 60% de los pacientes, se inicia en el primer año de vida, fundamentalmente en los primeros seis meses; en el 85%, en los primeros 5 años, y sólo un 10% inician la enfermedad después de los 7 años. En el 70-80% de los niños, encontramos antecedentes familiares o personales de enfermedades atópicas.

La incidencia de dermatitis atópica está aumentando en los últimos años, sobre todo en los países desarrollados, en los que están creciendo también todas las enfermedades atópicas. En ellos tenemos cifras de prevalencia por encima del 15%; mientras que, en países en vías de desarrollo, están por debajo del 5%. Estos datos se asocian a los estilos de vida, pues, cuando estos niños emigran, presentan prevalencias en los rangos del país de acogida.

El porcentaje de pacientes que llega a la edad adulta con manifestaciones clínicas de esta patología es considerablemente bajo, no siendo mayor al 10%, ya que una de las características de la dermatitis atópica es su remisión espontánea a medida que avanza la edad del paciente. La dermatitis atópica en el adulto es una dermatitis grave, caracterizada por xerosis, intenso prurito de difícil control y por la manifestación de placas eczematosas crónicas, liquenificadas, de color rojo o hiperpigmentadas, aunque también se producen brotes agudos con presencia de vesículas y exudados en las nuevas afectaciones. Las lesiones crónicas se localizan básicamente en el tórax, área facial, pliegues corporales, zonas del cuello, manos y/o pies, y presentan un patrón de distribución algo diferente al descrito en la dermatitis atópica infantil. Concretamente, en el área facial, los párpados suelen ser las zonas más castigadas y requieren, además de control dermatológico,

## PROBLEMAS O ENFERMEDADES CRÓNICAS DE LARGA EVOLUCIÓN

(POBLACIÓN DE 15 Y MÁS AÑOS. ÚLTIMOS DOCE MESES. %)

	Alergia crónica*	Problemas crónicos de piel
Andalucía	14,17%	5,38%
Aragón	11,23%	5,40%
Asturias	9,08%	4,57%
Baleares	12,78%	3,45%
Canarias	12,30%	5,05%
Cantabria	8,38%	4,52%
Castilla y León	14,39%	5,03%
Castilla-La Mancha	12,64%	3,16%
Cataluña	12,52%	4,64%
Comunitat Valenciana	13,65%	4,57%
Extremadura	15,70%	6,06%
Galicia	16,58%	5,93%
Madrid	17,88%	4,65%
Murcia	15,99%	3,67%
Navarra	17,50%	7,49%
País Vasco	12,56%	7,27%
La Rioja	12,01%	3,66%
Ceuta	11,16%	3,61%
Melilla	15,74%	3,70%
Total	14,09%	4,97%

\*Rinitis, conjuntivitis, dermatitis alérgica, alergia alimentaria o de otro tipo (asma alérgica excluida).

Fuente: Encuesta Europea de Salud 2014. INE

### DEFUNCIONES POR MELANOMA MALIGNO DE PIEL

HOMBRES

577

MUJERES

503

### OTROS TUMORES MALIGNOS DE PIEL Y TEJIDOS BLANDOS

HOMBRES

821

MUJERES

603



el seguimiento por un oftalmólogo. Su tratamiento tópico debe valorar la idoneidad del uso de corticoides.

El intenso picor afecta notablemente a la calidad de vida del paciente, repercutiendo tanto en su estado de ánimo, en el patrón de sueño, así como en distintas actividades a realizar.

### Diagnóstico diferencial

Se puede hacer un amplio diagnóstico diferencial, pero, básicamente, hay que pensar en:

- *Dermatitis seborreica*. Suele ser más precoz, localizada en el cuero cabelludo (costra láctea), cejas y pliegues inguinales. Presenta descamación importante y exudado sebáceo, amarillento. Afecta el área del pañal y pliegues. No suele existir prurito.

- *Dermatitis de contacto*. Puede coexistir con la dermatitis atópica, pero la vemos en niños normales expuestos a irritantes, como la orina, la saliva, las heces o algunos detergentes. Es menos seca y pruriginosa.

- *Escabiosis*. Lesiones con surco y vesícula, intenso prurito de predominio nocturno. Otros miembros de la familia están afectos.

- *Dermatitis herpetiforme*. Es una erupción vesiculosa muy pruriginosa, que se distribuye de forma simétrica en las superficies de extensión y en la zona lumbar. Se asocia a enfermedad celíaca, que puede ser subclínica.

- *Dermatitis alérgica de contacto*. Se limita al área de contacto con el material alergénico. La localización repetitiva nos pone sobre la pista. No suele aparecer en los primeros meses de vida.

- *Psoriasis*. Lesiones descamativas en placas, localizadas en codos, rodillas, cuero cabelludo y, clásicamente, en las uñas. Afecta el área genital y al ombligo.

### TIPOLOGÍA Y ZONAS AFECTADAS POR LA PSORIASIS

	Leve	Moderado/Grave
Piernas	66,3%	75,1%
Codos	71,8%	70,3%
Cabeza	66,8%	67,1%
Brazos	48,5%	57,1%
Espalda	38,6%	52,7%
Rodillas	39,6%	50,2%
Orejas	42,1%	45,7%
Uñas de las manos	38,6%	44,7%
Zona abdominal	28,2%	42,2%
Uñas de los pies	33,2%	41,1%

### AFECTACIONES DE LA VIDA DEL PACIENTE SEGÚN GRAVEDAD DE LA PSORIASIS

	Leve	Moderado/Grave
Emocional	64,4%	73,9%
Ocio	43,1%	54,7%
Sexualidad	22,1%	30,7%
Relaciones sociales	19,4%	22,7%
Familiar	13,1%	19,8%
Actividades cotidianas	13,6%	19,8%
Comunitario	10,4%	19,7%
Laboral	13,6%	16,4%
Autocuidado	8,5%	14,5%
Escolar	11,1%	12,9%

Fuente: Retorno Social de la Inversión de un abordaje ideal de la psoriasis. Informe de resultados 2016. Instituto Max Weber, Acción Psoriasis.

### Psoriasis

Profundizaremos ahora en la psoriasis, una enfermedad crónica inflamatoria sistémica de la piel, que con frecuencia se asocia a distintas enfermedades concomitantes y de la que se desconoce su etiología, si bien es cierto que en algunos casos hay participación genética.

La aparición y distribución de la psoriasis es variable. El inicio ocurre de manera gradual y con una distribución simétrica. Se caracteriza por el brote de pápulas y placas eritematosas bien delimitadas, cubiertas de escamas finas y nacaradas de tamaño variable, entre uno y varios centímetros. Esto puede atribuirse a una hiperproliferación de queratinocitos epidérmicos y fallos en la regulación de la relación epidermis-dermis, microvascularización cutánea y el sistema inmunitario. Puede aparecer prurito y cursa con intensidad variable. Las zonas más afectadas suelen ser el cuero cabelludo, la región lumbosacra y la superficie de extensión de las extremidades, sobre todo codos y rodillas.

Los dermatólogos desempeñan un papel fundamental en la detección precoz, ya que en el 70%-80% de los casos, las lesiones cutáneas preceden a la afectación articular. También puede estar asociada con varias enfermedades sistémicas, como la enfermedad de Crohn, el síndrome metabólico, la depresión o el cáncer. Los pacientes con psoriasis moderada a grave tienen mayor riesgo de sufrir una enfermedad cardiovascular, casi tres veces superior al de la población general.

Esta enfermedad presenta distintos grados de gravedad, que se clasifican según el porcentaje de las extensiones de las lesiones en la piel, el o los lugares de localización, y la afectación psicosocial del paciente. La gravedad condicionará los tratamientos recibidos, así la psoriasis leve afecta a menos de un 10% de la superficie corporal, y es candidata a tratamiento tópico, la psoriasis moderada ya afecta a un 10%-25% de la superficie corporal y el paciente no está excesivamente afectado psicológicamente, siendo candidato a tratamientos tópicos en monoterapia o en combinación con fototerapia. Por último, la psoriasis grave afecta a más del 25% de la superficie corporal e implica tal afectación emocional que impide la realización de las actividades normales, siendo el tratamiento adecuado la fototerapia o medicamentos

biológicos. La psoriasis tiene un alto impacto negativo en la calidad de vida de los pacientes, y es un problema de salud que afecta a los enfermos en todos los ámbitos de su vida, desde el físico, psicológico/emocional como el social y laboral.

Actualmente, en España se estima que la psoriasis afecta a un 2,3% de la población, produciéndose 14 casos nuevos al año por 10.000 habitantes. Del total de la población enferma, se estima que alrededor de un 30% sufre psoriasis moderada a grave.

Los pacientes con psoriasis también pueden padecer otras enfermedades concomitantes como hipertensión arterial, artritis psoriásica, enfermedad inflamatoria intestinal, diabetes, depresión y ansiedad, entre otras. Con todo esto, y junto a que muchos de ellos tienen afectadas zonas que presentan alta visibilidad, los pacientes tienen una calidad de vida negativa.

En la actualidad no existen modelos asistenciales para un tratamiento y seguimiento multidisciplinar de los pacientes que aborden la enfermedad, ni en sí misma ni en las patologías que

la pudiesen acompañar. De hecho, los pacientes afirman que en la actualidad no existen herramientas que proporcionen una visión completa del impacto de la psoriasis sobre sus vidas.

## Cáncer de piel

El melanoma cutáneo es un tipo de cáncer cada vez más frecuente. En 2012, por primera vez, se diagnosticaron más de 100.000 melanomas en toda Europa, situándose actualmente entre los 10 tipos de cáncer más comunes.

El riesgo a lo largo de la vida de desarrollar un melanoma para los europeos es aproximadamente de uno de cada 100. La incidencia más elevada en Europa se localiza en Suiza, Países Bajos y Escandinavia (concretamente, Dinamarca, Noruega y Suecia), con tasas, ajustadas en función de la edad, de aproximadamente 20 casos de melanoma por cada 100.000 habitantes (población mundial). En España se diagnostican alrededor de siete nuevos casos por cada 100.000 habitantes cada año (2,3% del total de cánceres).

### RESUMEN DE LA INVERSIÓN VS RETORNO POR ÁREA. RATIO SROI (EUROS)

	Inversión	Retorno	Ratio SROI
Diagnóstico	23.377.845,50	161.363.059,86	6,90
Psoriasis leve	40.992.603,85	648.101.301,91	15,81
Psoriasis moderada	113.295.575,68	221.340.962,86	1,95
Psoriasis graves	45.105.755,86	92.306.525,74	2,05
<b>Total</b>	<b>222.771.780,89</b>	<b>1.123.111.850,37</b>	<b>5,04</b>

Fuente: Retorno Social de la Inversión de un abordaje ideal de la psoriasis. Informe de resultados 2016. Instituto Max Weber; Acción Psoriasis.

### TASA DE MORBILIDAD HOSPITALARIA 2014 (TASA POR 100.000 HABITANTES)

Melanoma y otras neoplasias malignas de la piel	19
Carcinoma in situ	16
Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	104
Infecciones de la piel y del tejido celular subcutáneo	65
Dermatitis, eczema y trastornos papuloescamosos	5
Otras enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	34

Fuente: INEbase

### MORTALIDAD POR TUMORES EN LA POBLACIÓN GENERAL EN ESPAÑA 2016

	Mujeres	Hombres	Total	%
Melanoma maligno de piel	422	537	959	0,85%
Otros tumores malignos de piel y tejidos blandos	625	858	1.483	1,31%
<b>Total tumores</b>	<b>44.320</b>	<b>68.619</b>	<b>112.939</b>	<b>100%</b>

Fuente: Las cifras del cáncer en España 2018. SEOM. Cifras INE

*La dermatitis atópica infantil es un problema de salud pública en los países desarrollados, con cifras de prevalencia entre el 10 y el 20%*

El melanoma normalmente se presenta en poblaciones de raza blanca, y su incidencia más baja se registra en los países mediterráneos, donde sus habitantes tienen predominantemente una piel más morena.

Comparado con la mayoría del resto de tipos de cáncer, el melanoma afecta a personas relativamente jóvenes. Es uno de los tipos de cáncer más frecuentes en jóvenes adultos (< 40 años) y la mitad de los casos se diagnostican a europeos de menos de 60 años.

La mayoría de los melanomas están causados por una exposición excesiva e intermitente a la radiación UV, tanto del sol como de fuentes UV artificiales, como las cabinas de bronceado. El aumento de la incidencia del melanoma durante el último medio siglo se ha atribuido principalmente a cambios socioeconómicos en el estilo de vida, conforme a los cuales la actitud de las personas frente al sol ha pasado gradualmente de evitar el sol a buscarlo. El diagnóstico precoz, la mejora en el control, el aumento de la concienciación pública, el mayor uso de la exposición a las cabinas de bronceado y el aumento de la radiación UV ambiental (adelgazamiento de la capa de ozono) se consideran otros impulsores de esta tendencia alcista. Sin embargo, este incremento parece haberse nivelado recientemente en varios países del norte y oeste de Europa, donde las tasas de melanoma se han estabilizado, especialmente en las nuevas generaciones.

El melanoma es también el tipo de cáncer de piel más letal. En total, 22.212 europeos murieron por melanoma cutáneo en 2012. Afortunadamente, las tasas de mortalidad son más favorables que las de incidencia: las primeras se han estabilizado en la mayoría de los países de Europa, aunque continúan creciendo entre los pacientes con edades más avanzadas. Dentro de Europa, los patrones de mortalidad e incidencia del melanoma no coinciden: los países del Este registran, comparativamente, tasas de mortalidad elevadas, dada su baja tasa de incidencia, debido, en general, a que el diagnóstico se produce en una fase más tardía (tumores más avanzados y de peor pronóstico). Es la región de Europa con el mayor potencial de mejora en lo que a la detección y el tratamiento respecta.

En España, la tasa ajustada para la población mundial tipo indica que fallece una persona por cada 100.000 habitantes por melanoma (0,9% de las muertes por cáncer). La supervivencia al

### Encuesta "Clear about Psoriasis"

Es la encuesta mundial más extensa realizada hasta la fecha con personas que padecen psoriasis moderada o grave. Han participado 8.338 personas en 31 países, con el apoyo de 25 grupos de pacientes de todo el mundo. Las principales conclusiones, en ámbitos como discriminación, expectativas de tratamiento, relaciones, vida laboral o salud mental, son:

- A un 45% le han preguntado si su enfermedad es contagiosa.
- El 84% de las personas con psoriasis padecen algún tipo de discriminación o menosprecio.
- Un 34% ha sido señalado en la piscina.
- A un 16% se le ha denegado un servicio de estética, peluquería o la atención en una tienda.
- Como promedio, los pacientes consultan con tres médicos diferentes y prueban cuatro tratamientos antes de lograr uno que funcione.
- Solo un 45% de las personas con psoriasis considera que lograr un blanqueamiento total o casi total de la piel es un objetivo realista.
- A un 25% le costó más de cinco años lograr un tratamiento que consiguiera un blanqueamiento total o casi total de la piel.
- Un 23% de las personas con psoriasis sigue siendo tratado por su médico de cabecera en lugar de un dermatólogo.
- El 43% del total de los encuestados afirma que la psoriasis ha afectado a sus relaciones, y de este porcentaje el 15% afirma que su pareja dio por finalizada una relación a causa de la psoriasis; un 33% se siente mal como marido/mujer o pareja; un 50% evita mantener relaciones sexuales o íntimas; y un 27% no soporta la idea de que alguien pueda tocar su piel.
- El 54% de los encuestados considera que la psoriasis ha afectado a su vida laboral, y de este porcentaje un 18% están preocupados por la posibilidad de perder su empleo, un 14% es destinado a tareas que limitan su interacción con otras personas, un 23% son objeto de bromas por parte de personas de su entorno de trabajo, y el 38% no considera que sea totalmente productivo a causa de las molestias que le genera el picor.
- Al 38% de las personas con psoriasis se le ha diagnosticado algún tipo de problema psicológico asociado.
- A un 25% se le ha diagnosticado ansiedad y depresión.
- El 16% se mantiene alejado de la sociedad.

Fuente: Encuesta Clear about psoriasis. Skin to live in. Novartis.

**En España se diagnostican alrededor de siete nuevos casos de melanoma por cada 100.000 habitantes cada año**



## DEFUNCIONES POR CAUSA Y COMUNIDAD AUTÓNOMA DE RESIDENCIA 2015

	Melanoma maligno de piel	Otros tumores malignos de piel y tejidos blandos
Andalucía	150	227
Aragón	46	50
Asturias	36	46
Baleares	23	30
Canarias	40	52
Cantabria	20	27
Castilla y León	64	87
Castilla-La Mancha	45	64
Cataluña	159	220
Comunitat Valenciana	116	151
Extremadura	24	40
Galicia	83	98
Madrid	156	191
Murcia	32	39
Navarra	17	24
País Vasco	58	65
La Rioja	6	8
Ceuta	2	0
Melilla	1	3
Extranjero	2	2
<b>Total</b>	<b>1.080</b>	<b>1.424</b>

Fuente: INEbase

melanoma también ha mejorado en muchos países europeos en los últimos diez años: de media, el 86% de los pacientes europeos tienen una tasa de supervivencia de cinco años. Cuando se extirpa en una fase temprana (melanoma delgado), la supervivencia supera el 90% después de cinco años. Las mejoras de la supervivencia con frecuencia fueron mayores en países europeos con tasas de incidencia claramente en aumento o con una incidencia tradicionalmente alta.

El melanoma presenta algunas diferencias específicas en función del sexo. Las tasas de incidencia en la mayoría de los países europeos son más altas entre las mujeres, pero la mortalidad es significativamente y sistemáticamente más alta en los hombres europeos. El melanoma se manifiesta con más frecuencia, en el caso de los hombres, en el tronco, mientras que, en el caso de las mujeres, se diagnostica con mayor frecuencia en las extremidades inferiores, aunque puede aparecer en cualquier parte del cuerpo en ambos sexos. +

*El porcentaje de pacientes que llega a la edad adulta con manifestaciones clínicas de dermatitis atópica es considerablemente bajo*

### Datos sobre el cáncer de piel y su correcta prevención

- En España se dan cada año 4.000 nuevos casos de melanoma.
- La tasa de algunos tipos de cáncer de piel se ha duplicado o triplicado en España.
- En Europa, el número de casos supera los 3,5 millones, más de 22.000 europeos mueren de melanoma cada año.
- Se estima que un 80% del cáncer de piel podría reducirse con hábitos saludables de fotoprotección desde la infancia.
- La ropa es una excelente medida fotoprotectora. El futuro de la fotoprotección está en la ropa.
- El uso de sombreros o gorras debería implantarse en todos los ámbitos: laboral, recreativo y escolar.
- Las cremas solares no deben utilizarse en niños menores de seis meses.
- Los niños reciben tres veces más radiación ultravioleta que los adultos. El 80% de la radiación solar que llega a nuestra piel se recibe antes de los 18 años.
- La finalidad del fotoprotector no debe ser nunca la prolongación del tiempo de exposición.
- Si la crema de protección solar ha estado expuesta al sol o a altas temperaturas, su estabilidad se pierde antes. La mayoría de protectores solares no aguantan de un año para otro.
- En España, se recomienda una protección solar de 30 durante todo el año y de 50 en verano.
- El número de horas expuestos al sol en invierno, otoño y primavera es mayor que el tiempo que se pasa al sol durante los días de vacaciones en verano.
- Hay que evitar estar expuesto al sol en las horas centrales del día durante el verano.
- Tener una piel muy blanca, más de 50 lunares, antecedentes personales o familiares de cáncer de piel o estar inmunodeprimido son factores de riesgo para desarrollar un cáncer de piel.
- El daño producido por la exposición al sol es acumulativo. Si se quiere llegar a una vejez sin manchas y con menos arrugas, hay que protegerse del sol.

Fuente: AEDV