

Lecciones clínicas en dermatología: reflexiones sobre el diagnóstico, el tratamiento y la práctica profesional

J. R. Estela Cubells,¹; y W. D. James,²

¹Servicio de Dermatología, Hospital General de Requena, Valencia, España

²Departamento de Dermatología, Escuela de Medicina Perelman, Universidad de Pensilvania, Filadelfia, Estados Unidos

Autor de correspondencia:

José Ramón Estela Cubells

Dirección de correo electrónico: j.estela@hotmail.com

Las ideas presentadas en este artículo reflejan lecciones que hemos aprendido de nuestros maestros, pacientes y colegas, así como de nuestra formación y experiencia clínica. Estas reflexiones destacan conceptos que han moldeado nuestro abordaje de la dermatología, desde el razonamiento diagnóstico hasta el razonamiento terapéutico, pasando por el valor de la comunicación, el trabajo en equipo y la formación continuada, y pretenden contribuir a nuestro dialogo común como médicos dedicados al tratamiento basado en la evidencia.

Perlas diagnósticas y estratégicas

Escuchar sigue siendo una de las habilidades fundamentales en dermatología clínica y una de las más fáciles de ignorar. «Escuche a su paciente; le está diciendo el diagnóstico», señaló Sir William Osler hace casi un siglo¹. Esto sigue siendo cierto hoy. En dermatología, donde el diagnóstico depende con frecuencia del contexto, la capacidad del médico para una escucha atenta y paciente es crucial.

Los trastornos dermatológicos suelen variar en función de la exposición ambiental, los medicamentos, la profesión, la edad, el sexo, las comorbilidades, las aficiones, los viajes, las mascotas, los factores hereditarios y las condiciones de vida. El diagnóstico correcto de varias enfermedades depende del conocimiento de estos factores facilitadores². Su presencia e impacto suelen surgir durante la conversación. Dar tiempo a los pacientes para compartir su historia a menudo proporciona información esencial para orientar las decisiones clínicas.

En ocasiones, los pacientes relatarán historias que parecen inverosímiles. Escuchamos cuidadosamente y confirmamos que hemos entendido correctamente. Ante cada estímulo que describen, preguntamos si la reacción referida se produce realmente. Cuando ocurre, suele ser instructivo intentar reproducir la erupción en tiempo real. Un caso de este tipo fue el de una mujer joven que refería desarrollar vasculitis cada vez que consumía una bebida alcohólica, una asociación que resultó ser correcta³. Si la reacción no ocurre, el paciente sabe que igualmente le hemos escuchado, y entonces podemos trabajar juntos para explorar explicaciones alternativas.

La escucha activa no es una habilidad blanda, sino una herramienta diagnóstica importante. En el tratamiento de enfermedades crónicas, mejora la relación médico-paciente y favorece la adherencia⁴. En general, ayuda al clínico a comprender mejor la experiencia del paciente y las posibles causas de la manifestación de la enfermedad. A menudo, una escucha atenta acompañada de preguntas de seguimiento precisas ya ha perfilado el diagnóstico diferencial antes de comenzar la exploración.

Aunque en dermatología se nos enseña a prestar gran atención a la morfología de la erupción, la piel debe considerarse siempre dentro del contexto de la persona en su totalidad. Los hallazgos cutáneos suelen proporcionar pistas sobre afecciones internas;

lesiones que parecen localizadas podrían ser signos de enfermedad sistémica⁵. Independientemente del motivo principal de consulta, a todo paciente se le debe ofrecer una exploración cutánea completa y exhaustiva. Esta atención al detalle ayuda a reconocer hallazgos incidentales pero significativos que de otro modo pasarían desapercibidos si el análisis se limita a una única lesión.

Este enfoque es especialmente importante al atender a pacientes obesos o con problemas de movilidad. Por ejemplo, puede resultar complicado examinar completamente la piel perianal en una persona con obesidad e hidradenitis supurativa con cicatrices inguinales. Aunque hasta un 5% de los pacientes afectados pueden desarrollar carcinoma de células escamosas perianal⁶, las dificultades para colocar al paciente, la iluminación subóptima, los olores desagradables y la incomodidad del paciente pueden dificultar la exploración. La demora del diagnóstico ha provocado la muerte de más de un paciente por enfermedad metastásica.

Los dermatólogos también somos en cierto modo generalistas. Integramos los hallazgos cutáneos con los antecedentes farmacológicos, las comorbilidades y los síntomas sistémicos. Al hacerlo, comprendemos a los pacientes a través de su enfermedad cutánea, en lugar de que esta los defina.

Los hallazgos físicos son con frecuencia más reveladores en dermatología que la histopatología o las pruebas de laboratorio. Mucho antes de considerar una biopsia, una exploración visual y táctil exhaustiva que evalúe el color, la distribución, la descamación, la morfología y la disposición, puede proporcionar un diagnóstico preciso⁷. Cuando se requiere una biopsia, suele ser útil repetir la exploración física para asegurar que se toma la muestra de la lesión primaria o que se obtienen múltiples biopsias de lesiones en distintos estadios evolutivos.

Incluso en condiciones ideales, la histología y las impresiones clínicas pueden ocasionalmente divergir. Coincidimos con la afirmación del profesor Kligman de que «la patología viva prevalece sobre la patología muerta»⁸. Si la histología y las impresiones clínicas no coinciden, se debe examinar de nuevo al paciente. La exploración física sigue siendo nuestro método de diagnóstico más inmediato y directo (Tabla 1).

Las pruebas analíticas y las técnicas de imagen suelen ser poco útiles cuando el diagnóstico diferencial no indica explícitamente su aplicación. Un eritema facial en una mujer de mediana edad puede motivar una prueba de anticuerpos antinucleares que complique el diagnóstico y desencadene pruebas innecesarias cuando la rosácea no requiere confirmación analítica⁹. Las pruebas necesarias para monitorizar a pacientes en tratamiento con isotretinoína, terbinafina y biológicos siguen siendo objeto de debate^{10,11}. Coincidimos en que no deben realizarse pruebas costosas que no modifiquen nuestra estrategia.

Aunque en constante evolución, la dermatología sigue estando moldeada por su contexto histórico. Enfermedades que antes eran raras o que se consideraban resueltas pueden reaparecer en nuevas formas o con mayor frecuencia debido a inmunosupresión, migración, patrones terapéuticos o cambios en la salud poblacional. Reconocer esta epidemiología cambiante ayuda a evitar atajos cognitivos y garantiza que nuestro diagnóstico diferencial siga siendo adecuadamente amplio.

No deberíamos asumir la rareza de una enfermedad basándonos únicamente en los años de experiencia o formación. Si no nos familiarizamos con sus características clásicas y contemporáneas, es posible que no reconozcamos de inmediato una enfermedad que reaparezca en un nuevo grupo demográfico o con una presentación diferente. Se han descrito casos de viruela del simio en España¹², ébola en Estados Unidos¹³ y ántrax en la

ciudad de Nueva York¹⁴. Mantener una práctica diagnóstica precisa y responsable requiere estar al día de la literatura y permanecer abiertos a enfermedades que no se han observado recientemente.

Aunque la mayoría define la dermatología como una especialidad visual, la práctica implica más que la mera inspección. El tacto nos permite valorar la induración, la blandura, el calor o la textura. Escuchar las descripciones de los pacientes sobre los síntomas, su momento de aparición o su progresión aporta información relevante. En raras ocasiones, incluso el olfato puede despertar sospecha diagnóstica. Más importante aún, utilizar todos los sentidos promueve una atención consciente, recordándonos la importancia de tomarnos el tiempo necesario y permanecer presentes durante la exploración, lo que mejora la calidad asistencial y favorece la relación con el paciente.

En ocasiones, algunos elementos de una presentación clínica contradicen el diagnóstico esperado. Las entidades clásicas pueden mostrar hallazgos atípicos o presentaciones variables. Algunos trastornos no responden a terapias convencionales. En lugar de descartar estas contradicciones, estas deberían motivar una reevaluación. Ya sea en relación con la distribución, el perfil sintomático o la respuesta al tratamiento, las características atípicas deben llevar a plantear un diagnóstico diferencial más amplio. Este enfoque evita el cierre diagnóstico prematuro y contribuye a contrarrestar el sesgo de confirmación.

Perlas y estrategias terapéuticas

Si el diagnóstico es la hoja de ruta, el tratamiento es el recorrido. La mejor respuesta terapéutica deriva de un diagnóstico correcto. La falta de respuesta puede indicar que el paciente nunca recibió la medicación, que no la está utilizando por incomodidad, olvido

o efectos adversos, o que el tratamiento simplemente no es eficaz. Debe considerarse siempre la posibilidad de un diagnóstico erróneo y replantearlo al intentar otro tratamiento.

Cuando elegimos una u otra terapia, debemos ser honestos y plantearnos si se basa en principios científicos sólidos o si son simplemente prácticas transmitidas de generación en generación. Aunque la experiencia clínica puede ser valiosa, las decisiones terapéuticas deben basarse en la evaluación sistemática de los resultados del tratamiento en estudios adecuadamente diseñados, y no en evidencia anecdótica basada en pequeñas series de pacientes.

Eliminar la causa es uno de los conceptos más importantes en el tratamiento dermatológico. Siempre que sea posible, ya sea un alérgeno, un fármaco, un factor mecánico o un desencadenante, identificar y eliminar la causa producirá una mejoría notable o la resolución de la enfermedad sin necesidad de intervención farmacológica adicional. A los pacientes con dermatosis eczematosas crónicas se les debe preguntar si creen que un alérgeno externo podría estar agravando su inflamación. A menudo, la diferencia entre el control sintomático y la resolución de la enfermedad radica en determinar la etiología subyacente.

Las pruebas epicutáneas son una herramienta potente pero infrautilizada. Dado que pueden revelar una causa de erupción que de otro modo pasaría inadvertida, siguen siendo el patrón de referencia para identificar la dermatitis alérgica de contacto¹⁵ y deberían tener un umbral bajo para su aplicación en la práctica clínica. Esto respalda un principio general dermatológico: tratar la causa es mejor que tratar el síntoma.

Al inicio de la formación, existe una inclinación natural a escalar rápidamente hacia tratamientos sistémicos, especialmente en enfermedades cutáneas extensas o graves. Sin

embargo, la experiencia lleva a valorar lo que puede lograrse con una terapia tópica óptima. Cuando se combina con educación estructurada en cuidados cutáneos, el uso adecuado de corticosteroides potentes, inhibidores de calcineurina e inhibidores de JAK, junto con técnicas de oclusión, a menudo proporciona un control de la enfermedad comparable al de enfoques más agresivos, pero con perfiles de seguridad más favorables¹⁶.

La clave no es solo elegir el agente correcto, sino comprender cómo debe utilizarse: la frecuencia, la duración, el vehículo y la técnica son aspectos fundamentales. Enseñar a los pacientes la aplicación correcta del tratamiento forma parte del acto terapéutico; con frecuencia, esto determina el éxito más que el producto recomendado en sí mismo.

Los tratamientos sencillos y fácilmente disponibles conservan su valor en una era de opciones cada vez más complejas. El uso sistemático de agentes que favorecen la función barrera, como las cremas a base de petrolato, sigue siendo fundamental¹⁷. Estos agentes son económicos, bien tolerados y versátiles en múltiples contextos inflamatorios, xeróticos y posoperatorios.

La simplicidad favorece la adherencia a los planes terapéuticos. Es preferible diseñar una pauta que el paciente pueda seguir, en lugar de abrumarlo con múltiples pasos e instrucciones complejas. Aunque en ocasiones inicialmente se requiere una terapia intensiva, una respuesta favorable suele permitir la transición a pautas de mantenimiento más sencillas y prácticas. Comunicar precozmente esta expectativa favorece una mejor implicación durante los periodos intensivos.

Ningún tratamiento puede tener pleno éxito si los pacientes no comprenden cómo y por qué deben aplicarlo. Entre los componentes esenciales se incluyen aclarar la justificación de cada prescripción, resolver dudas y establecer expectativas razonables¹⁸. Las

iniciativas educativas claras, adaptadas al nivel de conocimiento y al estilo de vida del paciente, deberían reforzar los puntos clave mediante instrucciones escritas, ayudas visuales o llamadas de seguimiento.

Pedir a los pacientes que repitan las indicaciones con sus propias palabras ayuda a confirmar su comprensión. A menudo, el éxito del plan terapéutico depende de ese tiempo adicional dedicado a garantizar que la información se ha entendido.

El tratamiento dermatológico suele implicar varias opciones; el «mejor» tratamiento sobre el papel puede no ser el más adecuado para un paciente concreto. Invitar a los pacientes a compartir sus preferencias e inquietudes ayuda a personalizar las recomendaciones para favorecer el bienestar y la adherencia a largo plazo. Alinear el tratamiento con las preferencias, prioridades y capacidades del paciente puede requerir ajustes en la formulación, el tiempo o la intensidad, en favor de un enfoque que se adapte a su vida diaria.

Comunicación con el paciente y confianza

El conocimiento técnico y la experiencia clínica son esenciales en dermatología, pero por sí solos no son suficientes. La forma en que nos comunicamos con los pacientes tiene un impacto directo en los resultados terapéuticos y en la satisfacción¹⁹. La terminología dermatológica puede resultar confusa o intimidante. Es nuestra responsabilidad traducir estos términos a un lenguaje accesible que ayude a reducir la ansiedad.

Muchas enfermedades cutáneas conllevan una carga psicológica. Ya se trate de acné, alopecia o psoriasis, los pacientes a menudo se sienten avergonzados, ansiosos o estigmatizados. Reconocer este impacto emocional puede aliviar la vivencia del paciente. Expresiones sencillas de empatía, como «Sé que esto ha sido difícil para usted», pueden abrir la puerta a una relación terapéutica más honesta y eficaz.

Cuando no es posible alcanzar certeza diagnóstica, en lugar de proteger al paciente de la incertidumbre, a menudo resulta más eficaz explicar en qué punto del proceso nos encontramos y qué pasos quedan por dar. Compartir la incertidumbre con honestidad y claridad refuerza la confianza, especialmente cuando se acompaña de un plan para los siguientes pasos. La mayoría de los pacientes prefieren una explicación reflexiva a una conclusión precipitada.

Algunas enfermedades dermatológicas conllevan estigma social o sentimientos de culpa. Los pacientes pueden creer que su enfermedad es contagiosa o indicativa de problemas más graves, como un cáncer. Dedicar tiempo a desmontar estas ideas erróneas es importante, especialmente cuando todavía no se ha establecido un diagnóstico específico. La educación no solo corrige malentendidos, sino que reduce la vergüenza y devuelve al paciente sensación de control.

Aprendizaje continuo y mejora de la práctica

La dermatología continúa evolucionando. Surgen nuevas enfermedades, se redefinen entidades conocidas y cada año aparecen nuevas terapias. Para los clínicos en ejercicio, esta realidad exige tanto curiosidad como disciplina. Uno de los hábitos profesionales más importantes que podemos cultivar es el compromiso con el aprendizaje continuo²⁰.

La finalización de la formación reglada marca el inicio de una forma distinta de aprendizaje, impulsada por preguntas clínicas, la revisión de la literatura y el contacto regular con nuevos datos. Mantenerse actualizado con guías clínicas, asistir a congresos profesionales, revisar literatura revisada por pares y participar en actividades de formación continuada son aspectos esenciales para preservar la relevancia clínica y proporcionar una atención segura y eficaz.

Uno de los pilares del aprendizaje continuo es la capacidad de evaluar críticamente la literatura médica, diferenciando entre evidencia sólida y de alta calidad y opinión experta basada únicamente en experiencia personal. Por nuestra parte, debemos estar preparados para abstenernos de adoptar estrategias terapéuticas únicamente porque organismos influyentes las respalden y, en su lugar, exigir evidencia robusta de beneficio clínico procedente de ensayos bien diseñados.

Un aspecto valioso del aprendizaje continuo es la capacidad de cuestionar prácticas arraigadas. Muchos enfoques terapéuticos o supuestos diagnósticos antes considerados estándar han sido actualizados o sustituidos a medida que se dispone de mejor evidencia. Avanzar conforme a la mejor evidencia disponible forma parte de la integridad profesional.

La dermatología rara vez existe de forma aislada. Muchas enfermedades se solapan con otras especialidades, desde reumatología y enfermedades infecciosas hasta oncología y psiquiatría. La colaboración entre disciplinas no solo ayuda a manejar enfermedades complejas, sino que mejora la continuidad asistencial y la seguridad, al tiempo que amplía nuestra comprensión clínica.

Reflexiones finales

En dermatología clínica, la persistencia suele ser tan importante como el reconocimiento de patrones. Aunque muchos diagnósticos se establecen de forma eficiente mediante una buena anamnesis y exploración física, otros permanecen sin resolverse pese a haber seguido los pasos adecuados. Ante la incertidumbre diagnóstica, el enfoque más eficaz suele ser volver al inicio: revisar de nuevo la anamnesis, realizar una exploración cutánea completa y reconsiderar los supuestos previos. La decisión de seguir profundizando en casos complejos refleja tanto rigor clínico como compromiso con los pacientes.

Los pacientes que expresan frustración, desconfianza o preocupación excesiva a veces son etiquetados como «difíciles». Pero esta etiqueta puede ocultar más de lo que aclara. Lo que parece irritabilidad o resistencia a menudo es consecuencia de sufrimiento prolongado, fracasos terapéuticos repetidos o experiencias previas en las que el paciente se sintió incomprendido o desatendido. Más que considerar estas respuestas como defectos de personalidad, es más preciso y útil entenderlas como parte de la experiencia de enfermedad del paciente²¹.

Al reflexionar sobre la práctica clínica, un tema recurrente es el valor de la unidad profesional. La dermatología se sustenta en redes de conocimiento compartido, memoria institucional y compromiso colectivo con la atención al paciente. Ya sea en departamentos académicos, sociedades científicas o consultas colaborativas, este sentido de comunidad enriquece tanto la práctica individual como nuestra especialidad.

Como dermatólogos, formamos parte de una profesión que valora no solo la experiencia, sino también la responsabilidad de transmitir el conocimiento a colegas, estudiantes y pacientes que dependen de nosotros. Esa responsabilidad es también una fuente de sentido y pertenencia. Estas reflexiones reconocen a las muchas personas —maestros, colegas y pacientes— que han modelado nuestra práctica clínica y continúan guiando nuestro propósito compartido de proporcionar una atención dermatológica reflexiva y basada en la evidencia.

References

1. Pitkin RM. Listen to the patient. *BMJ*. 1998;316(7139):1252.
2. Custers EJF, Boshuizen HPA, Schmidt HG. The role of illness scripts in the development of medical diagnostic expertise. *Cogn Instr*. 1998;16(4):367-398.
3. Abuabara K, Samimi S, Chu EY, et al. Alcohol-induced vasculitis: case report and commentary. *J Am Acad Dermatol*. 2014;70:e42-e43.

4. Stewart M, Brown JB, Weston WW, et al. Patient-centered medicine: transforming the clinical method. 3rd ed. London: Radcliffe Publishing; 2014.
5. Callen JP. Cutaneous aspects of internal malignancy. *Dermatol Clin*. 2019;37(4):557-577.
6. Kohorst JJ, Baum CL, Otley CC, et al. Squamous cell carcinoma in hidradenitis suppurativa: a systematic review. *Dermatol Surg*. 2016;42(10):1110-1113.
7. Garg A, Chren MM, Sands LP, Matsui MS, Marenus KD, Feingold KR, et al. Psychological stress perturbs epidermal permeability barrier homeostasis: implications for the pathogenesis of stress-associated skin disorders. *Arch Dermatol*. 2001;137(1):53-9.
8. Kligman A. Personal communication, January 20, 2005.
9. Two AM, Wu W, Gallo RL, et al. Rosacea: part I. introduction, categorization, histology, pathogenesis, and risk factors. *J Am Acad Dermatol*. 2015;72(5):749-758.
10. Barbieri JS, Shin DB, Wang S, Margolis DJ, Takeshita J. The clinical utility of laboratory monitoring during isotretinoin therapy for acne and changes to monitoring practices over time. *J Am Acad Dermatol*. 2020;82(1):72-79.
11. Pournamdari AB, Tkachenko E, Barbieri J, Adamson AS, Mostaghimi A. A state-of-the-art review highlighting medical overuse in dermatology, 2017-2018: a systematic review. *JAMA Dermatol*. 2019;155(12):1410-1415.
12. Tarín-Vicente EJ, Alemany A, Agud-Dios M, et al. Clinical presentation and virological assessment of confirmed human monkeypox virus cases in Spain. *Lancet*. 2022;400(10353):661-669.
13. Chevalier MS, Chung W, Smith J, et al. Ebola virus disease cluster in the United States--Dallas County, Texas, 2014. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2014;63(46):1087-1088.
14. Greene CM, Reefhuis J, Tan C, et al. Epidemiologic investigations of bioterrorism-related anthrax, New Jersey, 2001. *Emerg Infect Dis*. 2002;8(10):1048-55.
15. Johansen JD, Aalto-Korte K, Agner T, et al. European Society of Contact Dermatitis guideline for diagnostic patch testing. *Contact Dermatitis*. 2015;73(4):195-221.
16. Eichenfield LF, Tom WL, Chamlin SL, et al. Guidelines of care for the management of atopic dermatitis. *J Am Acad Dermatol*. 2014;70(2):338-351.
17. Purnamawati S, Indrastuti N, Danarti R, et al. The role of moisturizers in addressing various kinds of dermatitis: a review. *Clin Med Res*. 2017;15(3-4):75-87.
18. Osterberg L, Blaschke T. Adherence to medication. *N Engl J Med*. 2005;353(5):487-497.
19. Zolnierok KB, DiMatteo MR. Physician communication and patient adherence to treatment: a meta-analysis. *Med Care*. 2009;47(8):826-834.
20. Institute of Medicine. Continuing education in the health professions: improving healthcare through lifelong learning. Washington, DC: The National Academies Press; 2010.
21. Hahn SR. Physical symptoms and physician-experienced difficulty in the physician-patient relationship. *Ann Intern Med*. 2001;134(9 Pt 2):897-904.

Tabla 1. Estrategias diagnósticas esenciales en dermatología clínica

Estrategia	Aplicación clínica	Beneficio principal	Limitaciones
Escucha activa	Historia clínica detallada	Identificación de factores desencadenantes	Requiere más tiempo
Exploración física completa	Estudio completo de la piel	Detección de hallazgos incidentales	Puede estar limitada por factores del paciente ^a
Uso de todos los sentidos	Inspección, palpación, auscultación	Información diagnóstica adicional	Dependiente de la experiencia clínica
Pruebas epicutáneas	Sospecha de dermatitis de contacto	Identificación de alérgenos específicos	Infrautilizadas, requieren experiencia
Correlación clinopatológica	Discordancia clínico-histológica	Diagnóstico más preciso	Puede requerir múltiples biopsias

^a Incluye obesidad, limitaciones de movilidad, incomodidad o dolor del paciente.