

Respuestas correctas a las preguntas test

Acné en la adolescencia: 1c) El *Cutibacterium acnes* es una bacteria importante en la génesis del acné. El resto de patógenos no se han relacionado con esta patología de forma significativa. **2e)** Aunque la relación entre la dieta y el acné sigue siendo controvertida, los lácteos, los alimentos con índice glucémico alto y los concentrados de proteínas parecen asociarse de forma consistente con un riesgo aumentado de acné. **3a)** Según las principales guías actuales de tratamiento del acné, deben evitarse los antibióticos en monoterapia, tanto tópicos como orales. Del mismo modo, no se considera correcto combinar antibióticos tópicos y orales sin añadir peróxido de benzoilo o un retinoide. El motivo es intentar ahorrar antibióticos para evitar resistencias, además de que estos tratamientos sin combinar tienen menos eficacia. El resto de combinaciones de tratamientos son opciones válidas para el caso que se presenta (aunque espirolactona se usa fuera de ficha técnica). **4e)** Todas las lesiones mencionadas pueden dejar cicatriz en el paciente con acné. De ahí que todo acné activo se beneficie de tratamiento en términos de prevención de cicatrices. **5a)** La finasterida es un inhibidor de la 5 alfa reductasa. Se ha utilizado para el tratamiento de la alopecia androgénica femenina (fuera de ficha técnica), pero no tiene eficacia demostrada en el tratamiento del acné. Las opciones C, D y E son anticonceptivos orales combinados que pueden utilizarse para el tratamiento del acné. La espirolactona es un diurético que puede utilizarse por su efecto antiandrogénico en el tratamiento del acné vulgar en pacientes mujeres (fuera de ficha técnica).

Dermatitis atópica y seborreica en el adolescente: 1a) Los adolescentes deben desarrollar su autonomía y aprender a hacerse cargo de su enfermedad y de los cuidados que exige. La adherencia a la rutina y tratamiento diario es un desafío constante, tanto para la familia como para el facultativo encargado, y se debe incidir en este aspecto en cada visita. **2e)** a) se refiere a DA de la infancia; b) se refiere a la forma del lactante; c) es la forma de presentación del prurigo atópico; d) corresponde a la definición del eczema numular. **3a)** El uso racional y prudente de los corticoides durante los brotes es fundamental, y se debe evitar la corticofobia. **4d)** La DS es un diagnóstico eminentemente clínico. Cuando existen formas graves y eruptivas, dada su asociación con patología neurológica, psiquiátrica y sistémica (VIH), se debe realizar un estudio analítico pertinente. La pitiriasis seca se asocia a otras patologías, como la dermatitis atópica. En la primera infancia, la costra láctea es una manifestación frecuente. **5c)** La DS es una enfermedad crónica y recurrente. El tratamiento varía durante las exacerbaciones y durante el mantenimiento, siendo los antifúngicos útiles en ambas fases. Los champúes se deben aplicar durante un tiempo prudente previo al aclarado para favorecer su acción.

Infecciones de transmisión sexual en adolescentes. ¿Cuándo está indicado hacer un cribado?: 1b, 2e, 3c, 4b, 5b.

Alteraciones del pelo y las uñas en la adolescencia: 1c) Se interpreta más como rutina y costumbre que como manifestación de psicopatología subyacente. En ocasiones puede iniciar o acelerar problemas con la dentición. Solo la repetición compulsiva del hábito puede llevar a uñas de crecimiento anómalo. **2e)** El piqueteado o *pit* ungueal es muy frecuente que aparezca de forma idiopática en los niños o como manifestación de psoriasis, liquen o alopecia areata. No es manifestación habitual de candidiasis. **3e)** A partir de la adolescencia el acúmulo de glándulas sebáceas presentes en el nevus sebáceo se hipertrofian condicionando un engrosamiento de la placa alopécica. **4a)** Ninguna de las alternativas terapéuticas actuales empleadas en la alopecia areata garantiza la curación. Como mucho pueden frenar el proceso inflamatorio que desencadena la caída brusca del cabello. **5c)** La tricotilomanía se produce por el arrancamiento compulsivo del cabello. Si se frena el hábito, el cabello se recupera. No hay antecedentes familiares ni patología orgánica acompañante, pero en ocasiones subyacen trastornos psicopatológicos.

Nevus melanocíticos, trastornos de pigmentación y fotoprotección en adolescentes: 1b) Nevus de Becker. Las manchas café con leche múltiples pueden asociar una neurofibromatosis tipo I y por lo tanto posibilidad de desarrollar neurofibromas o afectación neurológica; el nevus melanocítico congénito puede asociar presencia de melanocitosis neuromeningea; en el mosaicismo pigmentario hay que descartar también afectación neurológica. El Nevus de Becker puede asociar alteraciones generalmente musculoesqueléticas o de partes blandas de la zona en la que está, pero no alteraciones neurológicas. **2a)** La oxibenzona. El octocrileno está relacionado con algunos eccemas de fotocontacto. El óxido de Zn es un filtro inorgánico con menos capacidad de absorberse a través de la piel al igual que el Tinosorb M. **3d)** El nevus de Meyerson es un nevus melanocítico que sufre un proceso inflamatorio eccematoso, que no implica un mayor riesgo de transformación a melanoma. Sin embargo, los otros 3 tipos de nevus melanocíticos sí tienen un mayor riesgo de melanoma que el resto de nevus melanocíticos. **4d)** Protección frente a la luz azul. Es fundamental que el FPS sea igual o mayor a 30, y que tenga una fotoprotección equivalente en el rango de la radiación UVA, lo que se expresa con la palabra UVA dentro de un circulito. Un vehículo libre de grasa es muy importante en los adolescentes para no propiciar o empeorar el acné, tan frecuente en esta edad. La fotoprotección frente a la luz azul es importante para prevenir o tratar la hiperpigmentación, pero en este grupo de edad sería necesaria solo en aquellos fototipos oscuros que tengan acné, para evitar la hiperpigmentación residual de las lesiones inflamatorias. **5a)** Mosaicismo pigmentario. Tanto en el nevus azul, como el nevus de Ito o la mancha mongólica los melanocitos están en la dermis, que es la característica histológica que determina las melanocitosis dérmicas.

Descubriendo la hidradenitis supurativa en el paciente adolescente: 1b) Diversas publicaciones citan una proporción de entre el 0,03% y el 4% de personas afectadas por la HS, con mayor frecuencia en mujeres. La HS muestra 3 picos fundamentales de inicio de enfermedad: el primer grupo incluiría a pacientes de edades comprendidas entre los 6 y 12 años (Grupo A, infantil); el segundo muestra su debut entre los 13 y los 18 años (Grupo B, adolescencia); por último, un tercer grupo debutaría en edad adulta, a partir de los 20-25 años (Grupo C, forma adulta). Si bien es cierto que la mayoría de los pacientes son diagnosticados a partir de los 18 años, también lo es que existe un retraso evidente en el mismo, lo que provoca que aquellos casos con capacidad de progresión y de generación de lesiones irreversibles lleguen a las consultas en una situación compleja. **2e)** La hidradenitis supurativa afecta de forma preferente a áreas ricas en glándulas apocrinas, que incluyen áreas de pliegues. En menor medida, la región cervical y el cuero cabelludo pueden verse afectados. **3b)** La causa de la HS no está del todo clara, pero se sabe que es multifactorial. La genética juega un papel importante, ya que más de un 40% de los pacientes con HS tienen historia familiar de la enfermedad, pero no se ha encontrado concordancia en estudios con hermanos gemelos homocigóticos. **4b)** El diagnóstico de la HS es clínico y se basa en la

definición establecida y consensuada de “paciente que desarrolla 2 o más brotes de lesiones típicas en 6 meses afectando a áreas ricas en glándulas apocrinas.” **5a)** El único tratamiento que presenta indicación aprobada a partir de los 12 años edad para el manejo de la hidradenitis hasta la fecha es el adalimumab, un fármaco inhibidor del TNF alfa.

Otras alteraciones frecuentes de la piel adolescente: hiperhidrosis, dishidrosis, autolesiones y tics, tatuajes, piercings y estrías de distensión: 1b, 2d, 3d, 4e, 5c. 1a) La hiperhidrosis axilar es más prevalente en la etapa infantil. Falsa, la hiperhidrosis más prevalente antes de la pubertad es la palmo-plantar llegando a representar hasta el 88% de los casos. **1b)** La sudoración en la hiperhidrosis se puede desencadenar en función al estado emocional del paciente o su nivel de estrés. **Correcta**, una disfunción del sistema nervioso autónomo conecta el estado del paciente con su sudoración. 1c) La sudoración axilar es simétrica y se produce siempre con importante bromhidrosis. Falsa, puede ser simétrica o no, generalmente cuando una axila suda más que la otra, suele ser la derecha, no suele producirse bromhidrosis (mal olor del sudor) porque suele haber una dilución del sudor por un exceso de sudor ecrino. 1d) El tratamiento de primera línea de la hiperhidrosis es la infiltración de toxina botulínica. Falsa, el tratamiento de primera línea es el tratamiento tópico, como las sales de aluminio. 1e) La iontoforesis es un tratamiento peligroso que se debe reservar para casos graves o no respondedores. Falsa, es un tratamiento seguro, inocuo, que solo produce un ligero hormigueo y es una excelente opción a explorar en edad infantil o adolescente. 2a) Tiene una variante denominada pónfolix que cursa con grandes ampollas. Verdadera, se trata de una variante en la que las vesículas confluyen y pueden formar grandes ampollas. 2b) El estrés emocional puede ser el causante de brotes. Verdadera. 2c) Se trata de una enfermedad que cursa en brotes de vesículas intensamente pruriginosas, firmes, en caras laterales y mediales de dedos de manos y en menor medida en los pies. Verdadera. **2d)** La etiología de la dishidrosis está clara y se produce por una anomalía de las glándulas sudoríparas. **Falsa**, la etiológica no está clara, no está reaccionada con una anomalía de las glándulas sudoríparas, aunque la hiperhidrosis dificulta el control del cuadro. 2e) La prevalencia exacta es desconocida, pero puede representar del 5 al 20% de las consultas por eczema de manos. Verdadera. 3a) La sensibilidad al sol es una de las complicaciones leves más consultadas. Verdadera. 3b) La parafenilendiamina es un colorante sintético, que se mezcla con la henna para conseguir mayor duración del tatuaje temporal y un tono más oscuro. Verdadera. 3c) Las alergias a las tintas son una de las reacciones adversas más conocidas, en especial al pigmento rojo, que con mucho es el más frecuente en producirlo, también es habitual en azules o verdes. Verdadera. **3d)** Si un paciente nos pregunta en relación con la realización de un tatuaje debemos tener en todo momento una actitud disuasoria, ya que puede tener múltiples complicaciones. **Falsa**, si el paciente lo tiene claro, debemos aconsejar cuales consideramos criterios de calidad y buenas prácticas e incentivar una correcta reflexión previa a la realización del acto, para facilitar la correcta elección de profesional y/o técnica por parte del paciente. Explicar los riesgos, las potenciales complicaciones o la dificultad para su eliminación en caso de arrepentimiento. 3e) La reacción local papulo-nodular es muy común y se observa especialmente en tatuajes y revestimientos negros (no es una reacción alérgica) y puede resolverse espontáneamente en meses. Verdadera. 4a) En la edad preescolar suele ser un hábito transitorio. Verdadera, en la edad preescolar suele ser un hábito transitorio (similar a chuparse el dedo) y basta con hacer conscientes a los padres para que sea superado, sin embargo, en preadolescencia y adolescencia puede anunciar un curso crónico recidivante que requiere mayor intervención. 4b) La exploración minuciosa buscando ausencia de folículos en toda la placa, tacto liso, de borde netos, son algunos de los hallazgos. Falsa, la exploración característica presenta pelos rotos a diferentes alturas o desflecados, que intercalan zonas de alopecia con zonas normales, los bordes irregulares de la placa y la ausencia de descamación o eritema. 4c) La N-acetilcisteína puede ser un fármaco útil en algunos casos. Verdadera. 4d) La respuesta a, b y c son verdaderas. Falsa, la respuesta b es falsa. **4e)** La respuesta a y c son verdaderas. **Verdadera.** 5a) La onicofagia en la actualidad es un trastorno aislado y poco frecuente, no pasa de ser una manía y no tiene consecuencias. Falsa, es uno de los trastornos más frecuentes y recurrentes con prevalencia de 20-30% en la población general, que acarrea importantes riesgos de sobreinfección en los pliegues ungueales (paroniquia), distrofia ungueal por afectación de la matriz, hemorragias subungueales o incluso en algunos casos graves osteomielitis. 5b) La realización de un piercing en la nariz se llama rinotilexomanía. Falsa, la rinotilexomanía es el hábito-tic de rascarse o pellizcarse la nariz, puede formar parte del espectro de las conductas repetitivas centradas en el cuerpo, que pueden aparecer en el trastorno obsesivo-compulsivo. **5c)** La *distrofia canaliforme media* se puede producir por raspado y/o golpeteo continuo del dedo índice sobre la matriz del pliegue proximal del pulgar de la misma mano. **Verdadera**, Fig. 6. 5d) Las estrías de distensión tienen importantes consecuencias médicas, se deben tratar precozmente y suelen ser graves. Falsa, no tiene consecuencias médicas, aunque suponen factor generador de estrés. En primer lugar, hemos de tranquilizar al paciente y advertirle que de manera espontánea la mayoría de ellas mejoran con el tiempo. 5e) La pericondritis es una infección que puede ocurrir en los *piercings* de la oreja, es una infección que evoluciona lentamente y no reviste gravedad. Falsa, son infecciones que progresan rápidamente, en casos graves pueden llegar a provocar una “oreja en coliflor” y también se han reportado casos de “shock endotóxico”.

Síndrome Klipper-Feil en la adolescencia: Cuándo una radiografía te cambia la vida: 1c) El SKF es un diagnóstico radiológico. La radiografía simple de columna cervical es básica para diagnosticar el SKF: y permite evidenciar las alteraciones óseas típicas del SKF. Sin embargo, es recomendable completar el estudio de extensión del SKF con radiografías del resto de secciones vertebrales. Son SKF de alto riesgo potencial de lesiones neurológicas: aquellos que originan dos tramos de vértebras cervicales fusionadas con una zona sana hipermóvil entre ambas o que afectan a la unión craneocervical. **2e)** El manejo adecuado del SKF requiere una visión holística e integrada del paciente, con pruebas y planes de seguimiento coordinados entre las diferentes especialidades implicadas y siempre vigilantes ante la plausible aparición de lesiones neurológicas posteriores al diagnóstico. **3e)** El diagnóstico de malformaciones congénitas que se diagnostican fuera del periodo prenatal es difícilmente aceptado por los pacientes, máxime si estos han sido sometidos a múltiples pruebas diagnósticas anteriores, aunque no estén relacionadas con la malformación recién diagnosticada. En la cirugía de las malformaciones congénitas de la mano es muy importante informar de cuáles son las expectativas tras la cirugía. La opinión del menor maduro debe de ser escuchada y tenida en cuenta y conocer la legislación al respecto.