

HISTORIA CLÍNICA Y
PROTOCOLOS DEL SERVICIO DE
QUIROPODOLOGÍA Y CIRUGÍA
CLÍNICA UNIVERSITARIA DE PODOLOGÍA



Clínica Universitaria de Podología
Facultad de Enfermería y Podología
UNIVERSIDADE DA CORUÑA

Autoras: Fátima Santalla Borreiros. Sandra Urgal Domínguez. Ferrol, 2018.



Este trabajo está bajo la licencia de Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 International License.

Permite la reproducción total o parcial y la comunicación pública de la obra con reconocimiento de la autoría. No se permite el uso comercial ni la creación de obras derivadas (traducciones y adaptaciones son obras derivadas).

Para ver una copia de esta licencia, visite <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>

TABLA DE CONTENIDO

Historia Clínica de Quiropodología y Cirugía	1
Motivo de consulta	2
Exploración	2
Pruebas de laboratorio	3
Juicio diagnóstico	4
Tratamiento	5
Guía para cubrir la Historia Clínica de Quiropodología y Cirugía	6
Motivo de consulta	7
Exploración	7
Pruebas de laboratorio	9
Juicio diagnóstico	11
Tratamiento	12
Guía de lesiones elementales en la piel	13
Lesiones primarias	14
Lesiones secundarias.....	16
Morfología	18
Disposición	18
Distribución	18
Protocolo podológico de manejo adecuado de la luz de Wood	20
Protocolo podológico de diascopia o vitropresión	21
Protocolo de manejo de dermatoscopio de luz polarizada	22
Protocolo de toma de muestras para prueba microbiológica en podología	25
Cuestionario de cirugía podológica (autoadministrado)	28
Cuestionario de cirugía podológica (administrado por el clínico)	29

HISTORIA CLÍNICA DE QUIROPODOLOGÍA Y CIRUGÍA

CLÍNICA UNIVERSITARIA DE PODOLOGÍA



Clínica Universitaria de Podología
Facultad de Enfermería y Podología
UNIVERSIDADE DA CORUÑA

...

HISTORIA CLÍNICA DE QUIROPODOLOGÍA Y CIRUGÍA

MOTIVO DE CONSULTA

EXPLORACIÓN

INSPECCIÓN VISUAL Y PALPATORIA GENERAL DEL PIE

INSPECCIÓN CUTÁNEA

INSPECCIÓN UNGUEAL

OTROS HALLAZGOS DE IMPORTANCIA CLÍNICA

PRUEBAS EXPLORATORIAS

LUZ DE WOOD

LESIÓN	LOCALIZACIÓN	DISTRIBUCIÓN	FLUORESCENCIA	INTERPRETACIÓN

DIASCOPIA

LESIÓN	LOCALIZACIÓN	DISTRIBUCIÓN	DESAPARECE	INTERPRETACIÓN

DERMATOSCOPIO

LESIÓN	LOCALIZACIÓN	DISTRIBUCIÓN	REGLA 3 PTOS	REGLA ABCDE	INTERPRETACIÓN

OTRAS PRUEBAS EXPLORATORIAS

PRUEBAS DE LABORATORIO

PRUEBA MICROBIOLÓGICA CUTÁNEA

FECHA	TIPO DE MUESTRA	ORIGEN ANATÓMICO	PATOLOGÍA DE SOSPECHA	PRUEBA

RESULTADO

FECHA	PRUEBA	RESULTADO	OBSERVACIONES

PRUEBA MICROBIOLÓGICA UNGUEAL

FECHA	TIPO DE MUESTRA	ORIGEN ANATÓMICO	PATOLOGÍA DE SOSPECHA	PRUEBA

RESULTADO

FECHA	PRUEBA	RESULTADO	OBSERVACIONES

CULTIVO ÚLCERAS

FECHA	TIPO DE MUESTRA	ORIGEN ANATÓMICO	PATOLOGÍA DE SOSPECHA	PRUEBA

RESULTADO

FECHA	PRUEBA	RESULTADO	OBSERVACIONES

OTRAS PRUEBAS DE LABORATORIO

JUICIO DIAGNÓSTICO

QUERATOPATÍAS

ONICOPATÍAS

OTRAS PATOLOGÍAS



TRATAMIENTO

TRATAMIENTO

RECOMENDACIONES

OBSERVACIONES

PRÓXIMA REVISIÓN

GUÍA PARA CUBRIR LA HISTORIA
CLÍNICA DE QUIROPODOLOGÍA
Y CIRUGÍA
CLÍNICA UNIVERSITARIA DE PODOLOGÍA



Clínica Universitaria de Podología
Facultad de Enfermería y Podología
UNIVERSIDADE DA CORUÑA



GUÍA DE HISTORIA CLÍNICA QUIROPODOLOGÍA

MOTIVO DE CONSULTA

¿Qué le ocurre?

¿Desde cuándo?

¿Ha cambiado desde entonces?

¿Le produce alguna molestia? ¿Le pica?

¿Ha llevado a cabo algún tratamiento?

¿A qué atribuye su enfermedad?

EXPLORACIÓN

INSPECCIÓN VISUAL Y PALPATORIA GENERAL DEL PIE

Describir aquellos aspectos considerados de importancia clínica.

Coloración, textura y temperatura de la piel, hidrosis, pilificación, pulso, ...

INSPECCIÓN CUTÁNEA

Describir tipo de lesión elemental, morfología, disposición, distribución y localización*.

Ej. Pápulas eritematosas redondeadas, agrupadas y localizadas en cara dorsal 1º dedo de pie izquierdo.

***VER GUÍA DE LESIONES ELEMENTALES DE LA PIEL.**

INSPECCIÓN UNGUEAL

Describir tipo de lesión ungueal, localización y patología de sospecha*.

Ej. Onicosis en tercio distal lateral de 1º uña de pie izq. Sospecha de onicomosis distal lateral.

***VER GUÍA DE LESIONES ELEMENTALES DE LAS UÑAS.**

OTROS HALLAZGOS DE IMPORTANCIA CLÍNICA

Describir otros hallazgos exploratorios que considera de importancia clínica.

Ej. Hallux abductus valgus en 1º dedo de pie izquierdo.

PRUEBAS EXPLORATORIAS

LUZ DE WOOD*

*VER PROTOCOLO LUZ DE WOOD

LESIÓN	LOCALIZACIÓN	DISTRIBUCIÓN	FLUORESCENCIA	INTERPRETACIÓN
<i>Ej. Descamación</i>	<i>3º y 4º espacio interdigital</i>	<i>Bilateral</i>	<i>Rojo coral</i>	<i>Eritrasma</i>

DIASCOPIA*

*VER PROTOCOLO DIASCOPIA

LESIÓN	LOCALIZACIÓN	DISTRIBUCIÓN	DESAPARECE	INTERPRETACIÓN
<i>Ej. Mácula roja</i>	<i>dorso 1º dedo</i>	<i>Pie derecho</i>	<i>si</i>	<i>Eritema</i>

DERMATOSCOPIO*

*VER PROTOCOLO DERMATOSCOPIO

LESIÓN	LOCALIZACIÓN	DISTRIBUCIÓN	REGLA 3 PTOS	REGLA ABCDE	INTERPRETACIÓN
<i>Ej. Pápula negruzca</i>	<i>dorso</i>	<i>Pie izquierdo</i>	<i>2</i>	<i>5</i>	<i>sospecha malignidad</i>

OTRAS PRUEBAS EXPLORATORIAS

Describir otras pruebas exploratorias llevadas a cabo en consulta: prueba, lesión a estudiar, resultado e interpretación.

PRUEBAS DE LABORATORIO

PRUEBA MICROBIOLÓGICA CUTÁNEA*

***VER PROTOCOLO TOMA DE MUESTRAS CUTÁNEAS**

FECHA	TIPO DE MUESTRA	ORIGEN ANATÓMICO	PATOLOGÍA DE SOSPECHA	PRUEBA
00/00/00	Escamas dérmicas	Zona plantar bilateral	Tiña pedis	Cultivo
00/00/00	Escamas dérmicas	Espacio interdigitales pie izquierdo	Tiña interdigital	Examen KOH

RESULTADO

FECHA	PRUEBA	RESULTADO	OBSERVACIONES
00/00/00	Cultivo	T. Rubrum	

PRUEBA MICROBIOLÓGICA UNGUEAL*

***VER PROTOCOLO TOMA DE MUESTRAS UNGUEALES**

FECHA	TIPO DE MUESTRA	ORIGEN ANATÓMICO	PATOLOGÍA DE SOSPECHA	PRUEBA
00/00/00	1º uña de pie izquierdo	Detritus ungueal, polvillo ungueal y lámina ungueal	Onicomicosis distal lateral	Cultivo

RESULTADO

FECHA	PRUEBA	RESULTADO	OBSERVACIONES
00/00/00	Cultivo	T. Rubrum	

CULTIVO ÚLCERAS*

***VER PROTOCOLO TOMA DE MUESTRAS CULTIVO DE ÚLCERAS**

FECHA	TIPO DE MUESTRA	ORIGEN ANATÓMICO	PATOLOGÍA DE SOSPECHA	PRUEBA
00/00/00	Exudado cutáneo	Bajo 3º cabeza metatarsal pie derecho	Infección bacteriana	

RESULTADO

FECHA	PRUEBA	RESULTADO	OBSERVACIONES
00/00/00	Cultivo	T. Rubrum	

OTRAS PRUEBAS DE LABORATORIO

Describir otras pruebas de laboratorio llevadas a cabo en consulta o solicitadas a otros servicios externos.

JUICIO DIAGNÓSTICO

QUERATOPATÍAS

Describir tipo de queratopatía, morfología, distribución y localización.

Ej. Hiperqueratosis localizada bajo cabeza de 2, 3º y 4º metatarsiano bilateral.

Heloma localizado en dorso de 5º dedo de pie derecho.

ONICOPATÍAS

Describir tipo de onicopatía, morfología, distribución y localización.

Ej. Onicomycosis superficial localizada en 5º uña de pie derecho.

OTRAS PATOLOGÍAS

Describir patología, morfología, distribución y localización.

Ej. Verruga plantar endofítica localizada bajo cabeza del 1º metatarsiano de pie izquierdo.



TRATAMIENTO

TRATAMIENTO

Ej. Quiropodia. Control ungueal. Deslaminación de hiperqueratosis.

Cura de verruga plantar con ácido nítrico.

RECOMENDACIONES

OBSERVACIONES

PRÓXIMA REVISIÓN

GUÍA DE LESIONES ELEMENTALES EN LA PIEL

LESIONES PRIMARIAS	Inconsistentes (Mancha o Mácula)	Origen vascular	Eritema
			Púrpura
			Telangiectasias
		Origen pigmentario	Hiperpigmentadas
			Hipopigmentadas
			Acrómicas
	Sólidas	Pápula	
		Placa	
		Habón o roncha	
		Nódulo	
		Goma	
		Tumor	
	Líquidas	Vesículoampollosa	
Pústula			
Absceso			
Quiste			
LESIONES SECUNDARIAS	Con solución de continuidad	Erosión	
		Úlcera	
		Fisura o grieta	
	Efímeras o destinada a eliminarse	Escamas, lesiones escamosas o descamativas	
		Costra	
		Escara	
		Excoriación	
	Atrofia, esclerosis y liquenificación	Atrofia	
		Esclerosis	
		Liquenificación	

LESIONES PRIMARIAS

LESIONES INCONSISTENTES (NO PALPABLES).

MÁCULA

Lesión elemental que se diferencia de la piel normal porque **posee un color diferente, sin modificar relieve o consistencia**. En la piel existen fundamentalmente tres agentes causales relacionados con los cambios en la coloración, la melanina, la hemoglobina o sustancias extrañas a la piel. Por lo que podemos diferenciarlas en:

1. MÁCULA DE ORIGEN VASCULAR:

- a. **Eritema**: Mancha de color **rosado, rojo o rojo azulado** debida a la vasodilatación de los capilares dérmicos que **desaparece a la vitropresión (diascopia)** (Ej. *Eritema solar, síndrome de Raynaud, ...*).
- b. **Púrpura**: Mancha de color **rojo** producida por la extravasación de hematíes a la dermis, por lo que **NO desaparece a la vitropresión (diascopia)**. Su color puede variar con el transcurso del tiempo a morado o amarillo-verdoso. Según su tamaño y morfología se denominan:
 - i. **Petequias**: Cuando son menores de 1 cm.
 - ii. **Equimosis**: Mayores de 1cm.
 - iii. **Víbices**: Cuando la morfología es lineal.
 - iv. **Hematoma**: *Colección sanguínea profunda (dermis e hipodermis)*.
- c. **Telangiectasias**: Dilataciones permanentes de **finas arborizaciones vasculares que se transparentan** a través de la piel.

2. MÁCULA DE ORIGEN PIGMENTARIO.

- a. **Hipopigmentadas** (Ej. *Ptíriasis versicolor*).
- b. **Hiperpigmentadas** (Ej. *Nevo*).
- c. **Acrómica** (Ej. *Albinismo, vitíligo, ...*).

3. MÁCULA POR DEPÓSITO DE SUSTANCIAS EXTRAÑAS A LA PIEL. (Ej. *Tatuajes*).

LESIONES SÓLIDAS

PÁPULA

Lesión sólida y circunscrita, **inferior a 0.5-1 cm de diámetro** y **sobreelevada** o que pueden palparse. Es de remisión espontánea y sin dejar cicatriz. Puede aparecer en la epidermis, dermis o ambas. Cuando la superficie presenta escamas la denominamos papuloescamosa. Puede manifestarse de forma pedunculada, aplanada en la parte superior, abombada, umbilicada, verrucosa o acuminada.

Ej.: **Verruga**: pápula epidérmica hiperqueratósica de manifestaciones cutáneas diversas según el tipo.

Liquen plano: pápula dermo-epidérmica con superficie lisa o ligeramente descamativa y plana, bien delimitada y de color violáceo brillante.

PLACA

Lesión **sobreelevada**, con superficie plana, de tamaño **superior a 0.5-1 cm de diámetro**. La sobreelevación se advierte mediante la palpación. Puede formarse por extensión de una placa o por confluencia de varias.

Ej: **Eccema**: placa con pocas escamas o ausentes y bordes mal definidos.

Psoriasis: placa con descamación evidente, eritema bien definido.

HABÓN O RONCHA

Lesión **elevada, redondeada**, de coloración **rosada** y **superficie plana** que se caracteriza por su evolución fugaz remitiendo en menos de 24 horas. Con la **vitropresión blanquea**. (Ej. Urticaria)

NÓDULO

Lesión **sólida, redondeada**, más **palpable** que visible, cuyos bordes están bien delimitados, situada en la hipodermis o en el límite dermo-hipodérmico. Para ayudar a revelar el diagnóstico es importante describir su temperatura, consistencia, fluctuación o adherencia a planos profundos. (Ej. Eritema nudoso)

GOMA

Lesión **sólida** que aparece en infecciones crónicas. Se trata de lesiones que **comienzan siendo un nódulo y evolucionan en cuatro fases** sucesivas:

1. Fase de crudeza o de nódulo duro.
2. Fase de reblandecimiento en la que la lesión se torna eritematosa.
3. Fase de ulceración central
4. Fase de reparación que da lugar a una cicatriz deprimida.

(Ej. sífilis)

TUMOR

Un tumor es una lesión **sólida**, de **bordes bien definidos, persistentes e independientes del tejido donde se localiza**, aunque los de carácter MALIGNO pueden crecer indefinidamente llegando a infiltrar los tejidos circundantes.

LESIONES LÍQUIDAS

VESÍCULOAMPOLLOSA

Las lesiones vesículoampollosas son **elevaciones** circunscritas de la epidermis de **contenido líquido**, seroso o hemático.

- VESÍCULAS: menos de 1cm de diámetro.
- AMPOLLAS: más de 1 cm de diámetro.

Pueden deberse a traumatismos en la piel, pero también es la manifestación de determinadas enfermedades (Ej. eccema dishidrótico).

PÚSTULA

Cavidad sobrelevada y **circunscrita de pus** formada por acumulación de leucocitos localizada en dermis o epidermis. Puede ser la manifestación de diversas patologías dermatológicas y su tamaño y coloración es variable. (Blanco, amarillo y amarillo-verdoso según si hay presencia de microorganismos o no)

Ej. Folliculitis, psoriasis pustulosa, ...

ABSCESO

El absceso es unan **colección de material purulento, circunscrito**, localizado en dermis y tejidos más profundos. Su profundidad impide la visualización del pus en la superficie cutánea. Se manifiesta como un **nódulo doloroso, caliente y eritematoso que fluctúan a la presión**. Puede acompañarse de fiebre.

QUISTE

Lesión formada por una **cavidad revestida de un epitelio que forma una cápsula externa**, cuyo **contenido es variable, líquido o semisólido** (queratina, sudor, pelos, ...) Su forma esférica u ovalada es el resultado de la tendencia que presentan sus contenidos a extenderse en todas las direcciones por igual. *Ej. Quiste epidérmico, quiste mixoide, ganglión...*

LESIONES SECUNDARIAS

CON SOLUCIÓN DE CONTINUIDAD

EROSIÓN

Lesión **húmeda, bien delimitada y deprimida** producida como **consecuencia de la pérdida superficial de la piel (epitelio)**, que cura sin cicatriz. Puede acompañarse de sangrado puntiforme. Se produce como resultado de la ruptura de vesículas o ampollas, necrosis epidérmica o traumatismos.

ÚLCERA

Lesión elemental ocasionada por la **pérdida de solución de continuidad de la epidermis y, al menos, la dermis papilar** y que, como consecuencia, curará con cicatriz. Puede ser de origen venoso, arterial, neuropático, traumático, etc. Se valorará su forma, bordes, fondo y localización para la correcta orientación diagnóstica.

FISURA O GRIETA

Pérdida lineal de continuidad **de la superficie cutánea** como consecuencia de un aumento de la tensión o disminución de la elasticidad cutánea. *Ej. fisuras interdigitales asociadas a maceración cutánea.*

EFÍMERAS O DESTINADAS A ELIMINARSE

ESCAMAS, LESIONES ESCAMOSAS O DESCAMATIVAS

Lesión en forma de placa plana o laminilla blanquecina que se produce como consecuencia **del desprendimiento de la capa córnea** de la epidermis. Se producen cuando el proceso fisiológico de regulación completa de la epidermis se altera. (*Ej. Psoriasis*)

COSTRA

Depósito de **sustancia endurecida** resultante **tras la desecación de material exudativo, hemorrágico, seroso o purulento**. Con frecuencia su aspecto es heterogéneo y depende de la naturaleza de la secreción.

- Color amarillento → etiología infecciosa
- Color rojizo → Sangrado

ESCARA

La escara se produce como **resultado de una necrosis cutánea** que se presenta como una **placa negra más o menos extensa**. *Ej. Úlcera por decúbito*

EXCORIACIÓN

Solución de continuidad superficial de la epidermis que **se produce como consecuencia del rascado**, por lo que suele tener una forma lineal.

ATROFIA, ESCLEROSIS Y LIQUENIFICACIÓN

ATROFIA

Disminución del espesor de la piel. Puede ser de diferentes tipos:

1. Atrofia epidérmica: Piel fina, transparente y seca. *Ej. piel senil*
2. Atrofia dérmica: depresión cutánea.
3. Atrofia del panículo adiposo: depresión más marcada que la dérmica.

ESCLEROSIS

La esclerosis es el **endurecimiento difuso o bien delimitado de la piel** como consecuencia de la fibrosis dérmica. Cuando lo palpamos apreciamos una **piel dura, difícil de pellizcar**. Suele ser secundaria a procesos inflamatorios crónicos superficiales, pero puede llegar a alcanzar tejidos más profundos (ej. músculo o hueso).

LIQUENIFICACIÓN

Engrosamiento epidérmico debido al rascado crónico. Es normal que se combine con otras lesiones como costras y excoriaciones. Es característica la presencia de engrosamiento de las líneas cutáneas. *Ej. Eccema crónico*

MORFOLOGÍA

- **ANULAR: EN FORMA DE ANILLO.** Cuando el borde presenta alguna característica especial con respecto al centro de la lesión (sobreelevado, más eritematoso, más descamativo...).
- **REDONDEADA O NUMULAR: EN FORMA DE MONEDA.** Morfología uniforme desde los bordes hasta el centro.
- **POLICÍCLICA:** Lesión formada a partir de la unión de círculos, anillo o anillos incompletos.
- **ARCIFORME O EN FORMA DE ARCO.** A menudo consecuencia de la formación incompleta de una lesión anular.
- **LINEAL.** Parecido a una línea recta.
- **RETICULADA.** Aspecto parecido a una red.
- **SERPIGINOSA.** Serpenteada o similar a una serpiente.
- **DIANA O EN BLANCO DE TIRO.** Con forma de diana, con al menos tres zonas bien diferenciadas.

DISPOSICIÓN

- **AISLADA.** Una sola lesión.
- **AGRUPADA.** Lesiones en racimos.
- **DISPERSA.** Distribuidas de forma irregular.

DISTRIBUCIÓN

- **LOCALIZADA** (limitada a una única parte del cuerpo) **O GENERALIZADA** (extendida).
- **UNILATERAL** (un solo lado del cuerpo) **O BILATERAL** (ambos lados del cuerpo).
- **CON PATRÓN DERMATOMÉRICO O ZOSTERIFORME.** Unilateral que sigue el trayecto de una sola raíz nerviosa aferente espinal *ej. herpes zoster*.
- **SIGUIENDO LAS LÍNEAS DE BLASCHKO.** Siguiendo las líneas cutáneas
- **LINFANGÍTICO.** A lo largo del trayecto del vaso linfático.
- **EN REGIONES FOTO EXPUESTAS O NO.** Regiones expuestas o no expuestas al sol.
- **EN ZONAS DE EXTENSIÓN O FLEXIÓN.** Zonas de flexión (*ej. dermatitis atópica*) o extensión (*ej. psoriasis*) de las extremidades.
- **EN ÁREA DE INTERTRIGO.** En la piel de los pliegues donde se produce el contacto entre dos superficies cutáneas.

BIBLIOGRAFÍA

- Navarro Tejedor. Protocolo diagnóstico de lesiones papulosas. Medicine – Programa de Formación Médica Continuada Acreditado. 2010; 10 (47). 3151-3154.
- Navarro Tejedor. Protocolo diagnóstico de las lesiones en placas. Medicine – Programa de Formación Médica Continuada Acreditativo. 2010; 10 (47): 3158-3160.
- Gallo Gutiérrez E. Protocolo diagnóstico de las lesiones maculosas. Medicine – Programa de Formación Médica Continuada Acreditado. 2010; 10 (47): 3151-3154.
- Miguel Gómez L, Sánchez Neila N, Hermosa Gelbard A, Vañó Galván S. Protocolo diagnóstico de las lesiones cutáneas vesiculoampollosas. Medicina – Programa de Formación Médica Continuada Acreditado. 2014; 11 (47): 2791-2794.
- Navarro Tejedor R. Protocolo diagnóstico de las lesiones nodulares. Medicine – Programa de Formación Médica Continuada Acreditado. 2010; 10 (47): 3161-3164.
- Hermosa Gelbard A, Miguel Gómez L, Sánchez Neila N, Vañó Galván S. Protocolo diagnóstico de las pústulas. Medicine – Programa de Formación Médica Continuada Acreditado. 2014; 11 (47): 2795-2799.
- Suárez Amor O, Pereiro Ferreiros MM. Protocolo diagnóstico de las úlceras cutáneas y lesiones por decúbito. Medicine – Programa de Formación Médica Continuada Acreditado. 2006; 9 (48): 3165-3167.
- Navarro Tejedor R, Gallo Gutiérrez E. Lesiones elementales. Medicine – Programa de Formación Médica Continuada Acreditado. 2010; 10 (47): 3101-3106.
- Alonso Peña D. Atlas de dermatología del pie. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2007.
- Amit Garg, Nikki A. Levin, Jeffrey D. Bernhard. Estructura de las lesiones cutáneas y fundamentos del diagnóstico clínico. En: Wolff, Johnson. Fitzpatrick Dermatología en Medicina General. 7ª ed. Madrid: Panamerica; 2009. p.23-40.

PROTOCOLO PODOLÓGICO DE MANEJO ADECUADO DE LA LUZ DE WOOD

CONSIDERACIONES DE USO

- La **habitación** debe estar muy **oscura**
- La **retina del examinador adaptada a la oscuridad** para diferenciar los contrastes
- La lampara de Wood **a 10-15cm de la lesión** y funcionando a máxima potencia, por lo que debe **calentarse aproximadamente 1 minuto**.
- Antes de proceder a la exploración **eliminar cualquier tipo de residuo** (hilos, cremas, jabones, etc.) ya que pueden crear fluorescencia.

PATOLOGÍA	FLUORESCENCIA
TRASTORNOS PIGMENTARIOS <ul style="list-style-type: none"> - Vitíligo - Melanoma lentiginoso acral 	<ul style="list-style-type: none"> - Blanco brillante - Ayuda a delimitar bordes
INFECCIONES BACTERIANAS <ul style="list-style-type: none"> - Eritrasma (<i>Corynebacterium minutissimum</i>) - Intertrigo por <i>Pseudomona</i> spp 	<ul style="list-style-type: none"> - Rojo coral - Verde

BIBLIOGRAFÍA

- Blasco-Morente G, et al. Luz de Wood en dermatología: una técnica imprescindible. *Pies (Barc)*. 2014
- Kalra MG, Higgins KE, Kinney BS. Intertrigo and secondary skin infections. *Am Fam Physician*. 2014; 89(7): 569-573.
- Gupta LK, Singhi MK. Wood's lamp. *Indian J Dermatol Venereol Leprol*. 2004; 70: 131-135.

PROTOCOLO PODOLÓGICO DE DIASCOPIA O VITROPRESIÓN

1. **Ejercemos presión sobre la lesión** con un material transparente (portaobjetos de vidrio). Tendremos precaución ya que podríamos generarle una lesión cortante al paciente o a nosotros mismos.
2. **Observamos si existe cambio** de coloración o si se mantiene el mismo color.
 - a. No desaparece la lesión → Debida a la extravasación de hematíes.
 - b. Desaparece la lesión → Debida a dilatación capilar.

PATOLOGÍA	SIN DIASCOPIA	CON DIASCOPIA
Eritema	Mácula de color rojo vivo	Desaparece
Púrpura (Petequias, equimosis, hematoma)	Mácula de color entre rojo y morado	No desaparece
EJEMPLOS:		
<i>Cianosis</i>	<i>Mácula de color rojo violáceo</i>	<i>No desaparece</i>
<i>Telangiectasias</i>	<i>Dilataciones de pequeños vasos de color rojo</i>	<i>Desaparece</i>
<i>Vasculitis</i>	<i>Pápulas eritematosas</i>	<i>No desaparecen</i>
<i>Psoriasis</i>	<i>Lesión descamativa y eritematosa</i>	<i>Desaparece el eritema</i>

BIBLIOGRAFÍA

- Nadeau C, Stoopler ET. The clinical value of diascopy. J Can Dent Assoc; 2013: 79:11.
- Cohen PR. Red dot basal cell carcinoma: report of f cases and review of this unique presentation of basal cell carcinoma. Cureus; 2017: 9(3): e1110.
- Chuh AA, Wong WC, Wong SY, Lee A. Procedures in primary care dermatology. Aust Fam Physician. 2005; 34(5):347-351.



PROTOCOLO DE MANEJO DE DERMATOSCOPIO DE LUZ POLARIZADA

1. Aproximar el dermatoscopio hasta aproximadamente 1 cm de la lesión que se desea estudiar.
2. Encender la fuente de iluminación.
3. Si no se ha obtenido una imagen óptima de la lesión, aproximar o alejar el dermatoscopio de la lesión hasta obtener una imagen adecuada.

REGLA DE LOS 3 PUNTOS	
<p>1. <u>Simetría global (0 pto) / Asimetría global (1pto):</u> Valorar la simetría en uno o más ejes respecto a:</p> <ul style="list-style-type: none">• Colores: blanco, rojo, marrón claro, marrón oscuro y gris azulado.• Estructuras:<ul style="list-style-type: none">○ <u>Puntos:</u> Estructura circular u ovalada de diámetro <0,1 mm.○ <u>Glóbulos:</u> estructura circular u ovalada de diámetro >0,1mm.○ <u>Proyecciones radiales:</u> Líneas finas de grosor más o menos constante en su extensión.○ <u>Pseudópodos:</u> imágenes lineales que se ensanchan a nivel distal.	0-1 pto
<p>2. <u>Retículo pigmentado típico (0 pto) / Retináculo atípico (1pto):</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Retículo pigmentado típico: Las líneas de la malla se disponen de manera regular y homogénea. El color se difumina en la periferia lesional.• Retículo pigmentado atípico: Las líneas de la malla tienen un grosor irregular, y se distribuyen de manera irregular en la lesión. El aspecto del retículo es irregular y prominente. Suele interrumpirse de forma abrupta.	0-1 pto
<p>3. <u>No estructuras blanco-azuladas (0 pto) / Si estructuras blanco-azuladas (1pto):</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Estructuras blanco-azuladas: Pigmentación difusa, confluyente, de color azul-grisáceo o azul-blanquecino. No presenta estructuras en su interior. La pigmentación sólo ocupa una parte de la lesión. Está cubierta por un velo blanquecino que le confiere un aspecto en vidrio esmerilado.	0-1 pto
TOTAL	0-3 ptos

INTERPRETACIÓN

- a. **0-1 PUNTOS:** benigna
- b. **2-3 PUNTOS:** sospecha de malignidad. → DERIVACIÓN A DERMATOLOGÍA



REGLA ABCDE	
A. <u>Asimetría</u>: Observar la asimetría de contorno, color y estructuras. <ul style="list-style-type: none">• Simétrica: 0• Asimétrica en un eje: 1• Asimétrica en 2 ejes: 2	0-2 pts
B. <u>Bordes</u>: Se divide la lesión en 8 partes. <ul style="list-style-type: none">• Cada borde que termine de forma abrupta e irregular se puntúa como 1.	0-8 pts
C. <u>Color</u>: En dermatoscopia existen cinco colores: blanco, rojo, marrón claro, marrón oscuro y gris azulado. <ul style="list-style-type: none">• Se puntúa del 1 al 5 dependiendo del número de colores que tenga la lesión.	1-5 pts
D. <u>Diferencias estructurales</u>: Cada diferencia estructural presente suma 1 punto: <ul style="list-style-type: none">• <u>Retículo pigmentado atípico</u>: Líneas de la malla tienen un grosor irregular, y se distribuyen de manera irregular en la lesión. El aspecto del retículo es irregular y prominente. Suele interrumpirse de forma abrupta.• <u>Áreas no homogéneas</u>• <u>Proyecciones radiales</u>: Líneas finas de grosor más o menos constante en su extensión.• <u>Puntos</u>: Estructura circular u ovalada de diámetro <0,1 mm.• <u>Glóbulos</u>: estructura circular u ovalada de diámetro >0,1mm.	0-5 pts

E. Elevación/evolución: Cambios de aspecto o de sintomatología con el tiempo, o diferencia respecto de otras lesiones.

INTERPRETACIÓN
(Asimetría x 1.3) + (Bordes x 0.1) + (Color x0.5) + (Diferencias estructurales x 0.5) El resultado final de la suma de estos parámetros puede ser: 4.74 = Benigna 4.75-5.45 = Sospechosa >5.45 = Maligna



BIBLIOGRAFÍA

- Palacios-Martínez D, Díaz-Alonso RA. Dermatoscopia para principiante (I): características generales. Semergen. 2015.
- Palacios-Martínez D, Díaz-Alonso RA. Dermatoscopia para principiante (II): estructuras dermatoscópicas y método diagnóstico. Semergen. 2015.
- Endara Camacho AP, Manzano Martínez AE. Patrones dermatoscópicos de nevos melanocíticos congénitos en pacientes que acuden a la consulta externa de dermatología de tres hospitales de Quito. [Postgrado de dermatología]. Quito: Universidad Central de Ecuador, 2016.
- Wolff K, Goldsmith L, Katz SI, Gilchrest BA, Paller AS, Leffell DJ. Dermatología en Medicina general. Vol 2. 7ª ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2009.

PROTOCOLO DE TOMA DE MUESTRAS PARA PRUEBA MICROBIOLÓGICA EN PODOLOGÍA

NORMAS GENERALES ANTES DE PROCEDER A LA RECOGIDA DE MUESTRAS

- El profesional deberá **protegerse adecuadamente** antes de realizar la toma de muestras (guantes, mascarilla, gafas, etc.)
- El profesional deberá **preparar el material necesario** para la toma de muestras (bisturí, gubia, fresa, placa de Petri, etc.)

PARA PRUEBA MICROBIOLÓGICA UNGUEAL

1. En el caso de que el paciente ya se estuviera tratando con **antifúngicos tópicos** **esperar 15 días** desde la última aplicación antes de tomar la muestra. Si el **tratamiento es sistémico** la muestra se recogerá teniendo en cuenta el tiempo transcurrido **según el fármaco utilizado**.
2. **Limpiar** la uña con **alcohol** para eliminar la posible contaminación bacteriana.
3. La muestra será recogida mediante raspado, fresado o curetaje.
4. Será preferible la obtención de **detritus ungueal** del área afectada más próxima a la lámina ungueal sana, donde los hongos son más viables. También se podrá obtener **virutas finas o recortes muy pequeños de la lámina ungueal** mediante instrumental estéril (bisturí, gubia, cureta, fresa).
5. Se **depositan en placas de Petri** que se remitirá al laboratorio a temperatura ambiente y convenientemente **precintada e identificada**.
6. Se recogerán en la hora de remisión al laboratorio, todos los datos necesarios para la correcta gestión de los resultados.
7. La **biopsia ungueal** estará indicada cuando el diagnóstico plantee dudas o cuando los resultados de otros estudios no sean concluyentes.

PARA LOS DIFERENTES TIPO DE ONICOMICOSIS HAY QUE UTILIZAR DIFERENTES TÉCNICAS:

ONICOMICOSIS SUBUNGUEAL DISTAL Y LATERAL

- Muestra del **lecho ungueal** afectado tan proximal como sea posible a la cutícula.

ONICOMICOSIS SUBUNGUEAL PROXIMAL

- Obtención de residuos de la **zona proximal del lecho ungueal, cerca de la cutícula**.

ONICOMICOSIS SUPERFICIAL

- **Fresado o raspado de la placa escamosa** de la lámina ungueal.

ONICOMICOSIS DISTRÓFICA TOTAL

- Muestra de **todo el grosor de la uña** incluyendo raspado del hiponiquio y del lecho ungueal.

ONICOMICOSIS POR CÁNDIDA

- Muestra mediante **fresado, deslaminación o raspado de la lámina ungueal**. OBTENCIÓN DE **EXUDADO** MEDIANTE TORUNDA SI SE ACOMPAÑA DE **PARONIQUIA**.

PARA PRUEBA MICROBIOLÓGICA CUTÁNEA

1. No debemos recoger la muestra a menos que hayan transcurrido **15 días desde la última vez que se aplicó el tratamiento**.
2. Limpiar la piel con **alcohol** o con **povidona yodada**.
3. Extraer muestra o **partículas de tejidos** (piel, escamas, etc.) con un bisturí mediante **raspado o deslaminación** y **depositarlo en la Placa de Petri**. También se puede obtener **polvo dérmico** (a partir de las lesiones) mediante una fresa no abrasiva.
4. En el caso de que queramos obtener un muestra de **exudado drenado a partir de una ampolla o vesícula**, se aplicarán antes de tomarla, alcohol para desinfectar la zona. Se indicará con el bisturí sobre la vesícula y se extraerá el líquido, empapándose en una torunda o hisopo estéril.
5. La muestra se remitirá **al laboratorio** a temperatura ambiente en **Placa de Petri** (en el caso de muestras de piel) o en **medio de Stuart-Amies** (en el caso de muestras de exudado) convenientemente precintada e identificada.
6. Se recogerá en la hoja de remisión al laboratorio, todos los datos necesarios para la correcta gestión de los resultados.

PARA CULTIVO DE ÚLCERAS

1. **Lavar** la lesión con agua y jabón.
2. **Secar** el fondo de la lesión con la ayuda de una pinza y gasa estéril.
3. El cultivo deberá ser realizado a la **máxima profundidad posible**.
4. Tipos de tejidos para cultivar (es preferible la obtención de fragmento óseo o de tejido).
 - a. **Fragmento óseo** → Utilización de pinza gubia y/o cucharilla.
 - b. **Tejido** → Utilización de bisturí o punch.
 - c. **Lesiones exudativas sin posibilidad de extraer fragmento óseo o de tejido** → Utilización de escobillón o hisopo.
5. La muestra se remitirá **rápidamente al laboratorio** a temperatura ambiente en un **recipiente estéril con suero salino estéril o en caldo de cultivo**.

¡IMPORTANTE! → El diagnóstico de infección **NO se hace por cultivo**.

(Todas las heridas tienen microorganismos)

Diagnóstico clínico de infección:

- **Signos locales de pus y dos o más signos de inflamación** (calor, rubor, induración y dolor).
- **Infección crónica:** evolución tórpida, frialdad de los tejidos y olor fétido en las infecciones mixtas.
- **Afectación sistémica** como la presencia de fiebre, escalofríos y leucocitosis (**suelen estar ausentes**).

BIBLIOGRAFÍA

- Blake N, Zhu J, Hernandez G, Juliano PJ. A retrospective review of diagnostic testing for onychomycosis of the foot. *Journal of the American Podiatric Medical Association*. 2015; 105 (6): 503-508.
- Singal A, Khanna D. Onychomycosis: Diagnosis and management. *Indian J Dermatol Venereol Leprol*. 2011; 77 (6): 659-672.
- Feuilhade de Chauvin M. New diagnostic techniques. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2005; 19 (1): 20-24.
- Delgado Robledillo PE, García Morales E. Protocolo en el servicio de quiropodología y cirugía de la CUP de la UCM. *Reduca*. 2011; 3 (1): 73-88.
- Viadé J, Royo J. *Pie diabético. Guía para la práctica clínica*. 2ª ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2013.

CUESTIONARIO DE CIRUGÍA PODOLÓGICA

(autoadministrado)

PRESENTA O HA PRESENTADO USTED	SI	NO
Alguna alteración o enfermedad cardíaca		
Diabetes		
Alguna enfermedad transmisible (hepatitis, SIDA, otras)		
Hipertensión arterial		
Alguna enfermedad grave		
Alguna alergia		
¿Está usted vacunado contra el tétanos?		
¿Ha sufrido alguna intervención quirúrgica?		
¿Ha visitado al médico en los últimos 6 meses?		
¿Toma alguna medicación?		
¿Toma usted anticoagulantes?		
A.A.S		
Adiro		
Sintrom		
..... Heparina		
¿Está embarazada o cree que puede estarlo?		
¿Es usted consumidor habitual de:		
Alcohol		
Tabaco		
Otras drogas		
¿Es usted alérgico a alguna medicación?		
Penicilina u otros antibióticos		
¿Ha padecido problemas en los pies?		
¿Ha visitado al podólogo en los últimos 3 meses?		
Ferrol, ___ de _____ de 20__		
Firma:		

CUESTIONARIO DE CIRUGÍA PODOLÓGICA

(administrado por el clínico)

FECHA: __/__/20__	SI	NO
¿PRESENTA O HA PRESENTADO USTED...		
• Alguna alteración o enfermedad cardíaca?.....		
• Diabetes? Tipo		
• Alguna enfermedad transmisible (hepatitis, SIDA, otras)?		
• Hipertensión arterial?		
• Alguna enfermedad grave?		
• Alguna alergia?		
¿Es usted alérgico a alguna medicación como...		
• La penicilina u otros antibióticos?		
• Anestésicos?		
• Otros medicamentos?		
¿ESTÁ USTED VACUNADO CONTRA EL TÉTANOS?		
¿HA SUFRIDO ALGUNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA?		
¿TOMA ALGUNA MEDICACIÓN?		
¿Toma usted algún antiacoagulante o antiagregante como...		
• A.A.S. (Adiro®)?		
• Acetocumarol (Sintrom®)?		
• Heparina?		
¿ES USTED CONSUMIDOS HABITUAL DE...		
• Tabaco?		
• Alcohol?		
• Otras drogas?		
¿ESTÁ EMBARAZADA O CREE QUE PUEDE ESTARLO?		
¿HA PADECIDO PROBLEMAS EN LOS PIES?		
¿HA VISITADO AL PODÓLOGO EN LOS ÚLTIMOS 3 MESES?		