



UNIVERSIDAD DEL SURESTE

PRESENTA

Lucía Guadalupe Zepeda Montúfar

TERCER SEMESTRE EN LA LICENCIATURA DE MEDICINA HUMANA

TEMA: "Dermatitis"

ACTIVIDAD: Resumen

ASIGNATURA: Fisiopatología II

UNIDAD IV

CATEDRÁTICO: Dr. Eduardo Zebadúa Guillén

TUXTLA GUTIÉRREZ; CHIAPAS A 04 DE DICIEMBRE DEL 2020

DERMATITIS

Dermatosis eczematosas: Define un patrón determinado de respuesta inflamatoria de la piel a una gran variedad de agentes que le son hostiles. Incluye lesiones cutáneas, clínica e histológicamente bien definidas, y comunes a todas las entidades englobadas bajo este término, a pesar de que estas difieren en cuanto a la etiología y la patogenia. Las principales son: **la dermatitis de contacto, la dermatitis atópica y la dermatitis seborreica.**

DERMATITIS ATOPICA

Definición: Enfermedad inflamatoria de la piel, pruriginosa, de curso crónico y recidivante, que aparece en individuos con historia personal o familiar de diátesis atópica.

Etiología

- > Predisposición genética, con una relación compleja entre los factores genéticos y los ambientales.
- > Alteraciones inmunológicas, alteraciones de la función barrera de la epidermis y anomalías en el patrón de reactividad vascular frente a agentes farmacológicos y estímulos neurógenos.
- > Cada vez es mayor la evidencia que sustenta la asociación de dermatitis atópica con mutaciones en la filagrina.
- > **Alerta por edad:** La dermatitis atópica suele desarrollarse en lactantes y niños en edad de caminar, de entre 1 mes y 1 año, por lo general en quienes tienen antecedentes familiares sólidos de enfermedad atópica. Estos niños pueden desarrollar dermatitis atópica durante la infancia, rinitis alérgica después y asma en la infancia tardía, lo que se conoce como la marcha atópica. Por lo general, la dermatitis atópica recurre y remite varias veces antes de finalmente resolverse durante la adolescencia, pero puede persistir hasta la edad adulta.

Posibles factores de riesgo

- Exposición pasiva al humo del tabaco (factor contribuyente, de acuerdo con algunos estudios)
- Alergia alimentaria, especialmente a huevos, maní (cacahuete), leche o trigo
- Infección Irritantes químicos
- Extremos de temperatura y humedad.
- Estrés psicológico o emociones fuertes

Fisiopatología: El mecanismo alérgico de hipersensibilidad causa una liberación de mediadores inflamatorios a través de anticuerpos sensibilizados de la clase de

las inmunoglobulinas (Ig) E. La histamina y otras citocinas inducen la inflamación aguda. La piel inusualmente seca y un umbral disminuido para el prurito establecen el ciclo de “pruritorascado-prurito”, que termina provocando lesiones (excoriaciones, liquenificación).

Cuadro clínico: Su historia natural se divide en tres fases, con interposición de períodos de latencia o sin ellos. El prurito, muy intenso, es común a todas las fases.

FASES	TIEMPO ESTIMADO	CARACTERISTICAS
FASE DE LACTANTE	Se inicia entre los 2 y los 6 meses y dura hasta los 2-3 años	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Predominan las lesiones de eccema agudo en frente, mejillas y cuero cabelludo. ❖ Posteriormente puede extenderse a la superficie de extensión de las extremidades y el tronco.
FASE INFANTIL	Se desarrolla entre los 4 y los 10 años.	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Las lesiones son menos exudativas y en ellas predominan la sequedad, la liquenificación y las excoriaciones por rascado (eccema subagudo). ❖ Afecta a muñecas, tobillos y pliegues de codos y rodillas.
FASE ADULTA	Edad adulta	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Las lesiones tienden a ser más localizadas y a hacerse crónicas, con predominio de las grandes placas secas, liquenificadas y escasas en número, principalmente en pliegues. ❖ Los atópicos suelen presentar una serie de rasgos somáticos de gran ayuda para el diagnóstico, como xerosis cutánea, queratosis pilar en brazos y muslos, pitiriasis alba, palmas hiperlineares y un doble pliegue en el párpado inferior (pliegue de Dennie-Morgan). ❖ Entre las complicaciones más frecuentes y graves destacan la sobreinfección de las lesiones por estafilococos y estreptococos, el eccema herpético por contacto con el virus del herpes simple y la catarata atópica.

Diagnóstico

- ✓ Es eminentemente clínico y se basa en la evaluación del conjunto de síntomas, signos, rasgos somáticos, curso clínico y antecedentes familiares y personales de atopia. En la fase de lactante debe diferenciarse de la dermatitis seborreica.
- ✓ Análisis de sangre muestran eosinofilia y cifras elevadas de IgE.

Tratamiento

Tratamiento tópico Dependerá de si la dermatitis es aguda, subaguda o crónica (v. Dermatitis eccematosas, para el tratamiento sintomático del eccema). En los niños debe evitarse la aplicación prolongada o extensa de glucocorticoides de alta potencia. Los inhibidores de la calcineurina tópicos (tacrolimus y pimecrolimus) son muy eficaces en los casos leves o moderados.

- Ungüento tópico de hidrocortisona al 1%, en especial después de bañarse, para aliviar la inflamación; crema hidratante entre las dosis de esteroides para ayudar a retener la humedad.

Tratamiento oral Se reduce al uso de antihistamínicos con efecto sedante, con la finalidad de aliviar el prurito. En casos graves pueden ser necesarios la fototerapia, los glucocorticoides orales o los inmunodepresores como la ciclosporina, el micofenolato de mofetilo y la azatioprina. En caso de sobreinfección se utilizarán antibióticos orales.

- Inmunorreguladores tópicos, como tacrolimús y pimecrolimús.
- Antihistamínicos sistémicos, como la difenhidramina.
- Tratamiento corticoesteroide sistémico sólo para la forma grave de la enfermedad.

Prevención

- Aliviar el prurito para promover la curación y prevenir infecciones.
- Eliminar alérgenos y evitar irritantes (jabones fuertes, desinfectantes y otros productos químicos), cambios extremos de temperatura y otros factores desencadenantes.
- Prevenir la excesiva sequedad de la piel (clave para el tratamiento exitoso) con una adecuada ingesta de líquidos; se recomienda tomar baños tibios y humidificar el aire, incluir baños con blanqueador y remojo con toallitas húmedas (envolturas húmedas).
- Deben evitarse los tejidos que impidan la transpiración o sean mal tolerados por su carácter irritante como la fibra sintética, la lana o los plásticos.
- En el hogar debe eliminarse todo aquello que pueda ser un reservorio de polvo (moquetas, alfombras, cortinados, etc.), así como animales de pelo.
- Se deben prohibir los climas extremos y los ambientes demasiado secos.
- Hay que instruir al paciente para que use jabones grasos y se aplique cremas emolientes varias veces al día

Complicaciones

- ✓ Dificultades del sueño
- ✓ Infección secundaria
- ✓ Cicatrices

DERMATITIS DE CONTACTO

Definición: Es una inflamación aguda, subaguda o crónica de la piel producida por sustancias que entran en contacto con ella. Se distingue una forma irritativa y otra alérgica. Se considera una inflamación localizada de la piel resultante de la exposición a una amplia gama de sustancias químicas o físicas.

Etiología

- ✓ **Irritantes leves:** Exposición crónica a detergentes o disolventes
- ✓ **Irritantes fuertes:** Daño por contacto con ácidos o álcalis.
- ✓ **Alérgenos:** Sensibilización después de la exposición repetida

Fisiopatología: En la dermatitis de contacto por irritantes no hay mediación inmunitaria. El mecanismo alérgico de hipersensibilidad produce la liberación de mediadores inflamatorios a través de anticuerpos de tipo inmunoglobulina (Ig) E sensibilizados. La histamina y otras citocinas inducen una respuesta inflamatoria, con edema, pérdida de continuidad cutánea y prurito resultantes.

Clasificación

Dermatitis de contacto alérgica

- + **Concepto:** Reacción eczematosas, en general de tipo agudo, como consecuencia del contacto de un alérgeno con la piel de un individuo previamente sensibilizado.
- + **Etiopatogenia:** Se trata de una reacción de hipersensibilidad retardada frente a alérgenos que entran en contacto con la piel.
 - **Medio laboral, personal y ambiental.**
 - **Medicamentos tópicos:** (antibióticos, antihistamínicos, anestésicos)
 - **Compuestos metálicos:** níquel (causante de muchos eccemas de contacto entre mujeres que utilizan bisutería).
 - **Cromo y el cobalto:** (responsables del eccema de manos de personas que trabajan con cemento)
 - Productos utilizados en la **manufactura del calzado y la ropa** (aceleradores y antioxidantes del caucho, colorantes orgánicos).
 - **Tintes y cosméticos:** (p-fenilendiamina, lanolina, parabenos)
- + **Cuadro clínico**
 - a) Eccema agudo o subagudo.
 - b) Las áreas afectadas serán las que hayan entrado en contacto con el alérgeno responsable
- + **Diagnóstico**
 - I. **Clínica:** Anamnesis y morfología de las lesiones, conocer la historia profesional, aficiones, ropas y cosméticos para identificar el alérgeno responsable.

II. **Dx definitivo:** Pruebas epicutáneas (prueba del parche)

+ **Prevención y tratamiento**

- I. Eliminación del alérgeno
- II. Tx sintomático por eccema general. Si el prurito es muy intenso antihistamínicos orales. En casos graves o muy extensos pueden utilizarse glucocorticoides orales.

Dermatitis de contacto irritativa

- + **Concepto:** Reacción inflamatoria de la piel desencadenada por «irritantes primarios», es decir, todo agente físico o químico que, aplicado a la piel a una concentración o durante un tiempo determinado, es capaz de ocasionar una lesión celular sin que participen mecanismos inmunológicos.
- + **Diagnóstico:** Se basa en la anamnesis y la clínica y se realiza tras la eliminación de otras causas de dermatitis eccematosa.
- + **Prevención y tratamiento:** La prevención se basa en reducir la exposición a irritantes domésticos y ocupacionales, en utilizar guantes de plástico, en evitar los jabones abrasivos y en lubricar la piel después de la realización de labores domésticas. El tratamiento será el del eccema subagudo o crónico.

Alérgenos e irritantes leves

1. Eritema
2. Pequeñas vesículas con exudado, descamación y prurito

Irritantes fuertes.

1. Ampollas
2. Ulceraciones

Respuesta alérgica clásica

1. Lesiones claramente definidas con líneas rectas que siguen los puntos de contacto

Reacción alérgica grave

- 1) Eritema marcado
- 2) Formación de ampollas
- 3) Edema del sitio afectado

Tratamiento farmacológico

- ✓ Antiinflamatorio tópico (incluyendo un corticoesteroide)
- ✓ Corticoesteroides sistémicos para edema y ampollas
- ✓ Antihistamínico
- ✓ Aplicación local de solución de Burrow (para ampollas)

Complicaciones

- ❖ Alteración de la pigmentación
- ❖ Liquenificación
- ❖ Cicatrización

DERMATITIS SEBORREICA

Definición: Dermatitis eritematoescamosa crónica confinada típicamente a las áreas de piel con alta producción de sebo y grandes pliegues.

Etiopatogenia: Es de causa desconocida. En su génesis se acepta la participación de diferentes factores como alteraciones cuantitativas y cualitativas de la secreción sebácea, factores infecciosos (hongos del género *Malassezia*), factores inmunológicos y factores climáticos (empeora en invierno y mejora con la exposición solar) y emocionales, que actuarían sobre individuos predispuestos genéticamente.

Posibles factores de riesgo

- ❖ Varones
- ❖ Ancianitos con procesos neurológicos
- ❖ Pacientes con SIDA
- ❖ **Endógenos:** a. Piel grasosa. b. Genéticos. c. Stress. d. Cansancio. e. Deficiencia nutricional. f. Inmunodepresión. g. VIH. h. Demencia. i. Alcoholismo. j. Enfermedad de Parkinson.
- ❖ **Exógenos:** a. Medio ambiente húmedo y climas extremos. b. Aplicación tópica de aceites, cremas y lociones en personas susceptibles. c. Uso de corticoides sistémicos y tópicos. d. Anticonceptivos orales. e. Terapia inmunodepresiva. f. Limpieza de la piel con jabones inadecuados.

Cuadro clínico

- ✚ **Forma infantil:** Puede manifestarse en el primer mes de vida con la aparición de la costra láctea, que consiste en un cúmulo de escamas grasas, amarillas y adherentes en el cuero cabelludo. Más adelante aparecen placas eritematoescamosas en la periferia de la cara, el pliegue del cuello y el área del pañal. En casos graves se generalizan y provocan una eritrodermia.
- ✚ **Forma del adulto:** En su forma mínima se manifiesta como una descamación difusa del cuero cabelludo (pitiriasis seca o caspa). En casos más intensos aparecen placas de escamas blanquecinas, gruesas, como de amianto, que aglutinan los cabellos (falsa tiña amiantácea). Fuera del cuero cabelludo forma placas de eritema cubiertas de escamas untuosas que se localizan en el borde de implantación del cabello, la zona retroauricular, el surco nasogeniano, las cejas, el bigote, las áreas centrotorácica e interescapular o los grandes pliegues (intertrigo). La evolución es crónica con tendencia a las recidivas.

Diagnóstico: clínico basado en las características clínicas y distribución de las lesiones (topografía y morfología).

Topografía

- ✓ **Cabeza:** Cara: cejas, región interiliar, surcos nasogenianos, zona paranasal, región retroauricular, conductos auditivos y piel cabelluda.
- ✓ **Cuerpo:** Zona central del tercio superior de la espalda, zona esternal, ombligo, región perianal.

Morfología: Se puede observar en forma de placas eritematosas de límites netos e irregulares cubiertas con escamas blanquecinas o amarillentas.

- ✓ Prueba de cinta de Scotch
- ✓ Cultivo en un medio selectivo de hongos
- ✓ Biopsia y estudio histopatológico

Tratamiento: cremas con un corticoide de mediana o baja potencia asociado o no a un queratolítico suave (sulfuro de selenio, coaltar, kelmida) y antifúngicos tópicos (derivados imidazólicos) para disminuir la población de *Malassezia*.

Tratamiento Tópicos

1. Flutrimazol
2. Ketoconazol

Sistemicos

1. Itraconazol