

**Nombre del alumno: Julián
Santiago López**

**Nombre del profesor: Gladys Elena
Aguilar Gordillo**




**Nombre del trabajo: Enfermedades de
la piel causadas por estafilococos**





Materia: Microbiología y Parasitología

Grado: Segundo semestre grupo "B"

Facultad de Medicina

Enfermedades de la piel causadas por estafilococos

Enfermedad	Características (signos y síntomas)	Complicaciones	Imagen
Impétigo	<p>Caracterizada por la aparición de una ampolla o vesícula subcórnea, se caracteriza por lesiones indolorosa, a veces pruriginosas y con moderada sensibilidad a la palpación, sin eritema alrededor. ausencia de signos y síntomas sistémicos o constitucionales, buen estado general, habitualmente afebril, es frecuente y característico la presencia de linfadenopatía regional en el 90% de los casos (29), leucocitosis en 50%, que suele resolverse sin tratamiento en unas dos semanas. la lesión característica es una vesícula pústula muy frágil, que se rompe temprano y muy fácilmente, deja una superficie exudativa que al secarse evoluciona a una costra mielicérica.</p>	<p>Lo más frecuente es la afectación de otros niños por su gran contagiosidad, localmente la complicación más frecuente es la celulitis. La nefritis postestreptocócica puede presentarse raramente por cepas nefrotóxicas de estreptococo o estafilococo dependiendo de la susceptibilidad antes que del tratamiento temprano de la infección cutánea presenta a cualquier edad. pueden producir glomerulonefritis ocasionalmente, con compromiso general que puede requerir hospitalización. En infantes, en casos graves pueden producirse meningitis o sepsis. Otras raras complicaciones pueden ser ectima, erisipela, osteomielitis, celulitis profunda, bacteriemia, artritis séptica, linfadenitis y neumonía.</p>	
Ectima	<p>Caracterizado clínicamente por una vesícula o pústula que evoluciona hacia la formación de una úlcera cubierta de una costra amarillenta, de curso crónico y que cura en forma lenta. Las manifestaciones clínicas pueden iniciarse con una vesícula o pústula que evoluciona a la formación de una úlcera superficial, con bordes levantados, indurados, color violáceo y granulación en la base, que se extiende profundamente en la dermis, la úlcera tiene el aspecto en 'sacabocado', está cubierta de una costra dura adherente, rodeada de un halo eritematoso y edema, sucia, amarillo grisáceo y con material purulento, única o escasas en número, de 1 a 3 cm de diámetro. No se acompaña de síntomas generales. Las lesiones curan lentamente, pudiendo presentarse dolor, adenitis regional, celulitis y en pocas ocasiones glomerulonefritis postestreptocócicas. Las lesiones dejan una cicatriz atrófica y cambios pigmentarios</p>	<p>Las lesiones curan lentamente, pudiendo presentarse dolor, adenitis regional, celulitis y en pocas ocasiones glomerulonefritis postestreptocócicas. Las lesiones dejan una cicatriz atrófica y cambios pigmentarios(</p>	
Foliculitis	<p>inflamación del folículo pilosebáceo caracterizada clínicamente por una pústula, a menudo con un pelo central, clásicamente causada por el S. aureus. se manifiesta como una pequeña pústula dolorosa centrada por un pelo, debida a S. aureus, de evolución aguda, puede ser crónico o recurrente. Las lesiones consisten en pequeñas pápulas o pústulas frágiles, blanco amarillentas y cupuliformes, rodeadas por una banda estrecha de eritema, aparecen por brotes y curan en unos pocos días.</p>	<p>Las lesiones, aparecen con frecuencia, como complicación de una dermatosis pruriginosa (escabiosis, eczema, psoriasis, prurigo), sobre arañazos, picaduras de insectos y otras agresiones de la piel así como después de la aplicación de apósitos oclusivos con corticoides potentes o compomadas de alquitrán.</p>	

<p>Furúnculo, Furunculosis</p>	<p>Caracterizado clínicamente por un nódulo inflamatorio doloroso alrededor del orificio piloso que luego se absceda. Se sitúa, sobre todo, en las zonas de roce como el dorso, espalda, muslos y las nalgas. Se inicia como un pequeño nódulo inflamatorio folicular, duro a la palpación, redondeado, rojo brillante, caliente, muy doloroso, que origina luego una pústula y un tapón necrótico en su centro. o. El nódulo reblandece, se torna fluctuante. La necrosis de todo el aparato pilo sebáceo provoca la salida de pus y de un tapón de tejido esfacelado de color amarillento, el 'clavo'; tras su eliminación aparece un cráter rojo</p>	<p>Las complicaciones son leves ya que a la irritación y la manipulación de los furúnculos favorecen una bacteriemia o una septicemia por estafilococos. Ocasionalmente, puede haber fiebre y malestar general. La patología muestra abscesos y necrosis con destrucción del folículo</p>	
<p>Ántrax</p>	<p>Es una infección profunda de un conglomerado de furúnculos separados por trabéculas fibrosas. , acompañada de fiebre, anorexia, adinamia, dolor intenso y fenómenos tóxico-infecciosos, localizado principalmente en la nuca y parte superior de la espalda, de evolución prolongada y cicatrización lenta. e inicia como un pequeño nódulo eritematoso, doloroso, duro, en forma de cúpula que aumenta de tamaño en pocos días hasta alcanzar un diámetro de 3 a 10 cm. Después de tres a cinco días empieza la supuración y descarga de pus por múltiples orificios foliculares.</p>	<p>En complicaciones e desarrolla la necrosis adoptando la forma de un nódulo crateriforme con secreción de color amarillento. Puede acompañarse de síntomas generales, fiebre alta, malestar general y postración(</p>	
<p>Foliculitis de la barba</p>	<p>es una foliculitis profunda con inflamación perifolicular que aparece en las zonas de la barba y el labio superior, caracterizada por la aparición de lesiones papulares y pustulosas, aparece por lo tanto en varones y más frecuentemente en la raza negra, el pelo puede curvarse después de emerger desde el folículo piloso y penetrar hacia la piel adyacente. Este proceso se inicia con pápulas y pústulas foliculares, extendiéndose luego a los folículos vecinos. La piel se torna entonces eritematosa y descamativa, acompañada de prurito o dolor.</p>	<p>El curso es crónico, acompañado de hiperpigmentación. El estafilococo coagulasa negativa algunas veces está presente en las lesiones, su rol es secundario. El examen histopatológico demuestra un absceso folicular rodeado de un granuloma de tipo cuerpo extraño.</p>	
<p>Hidrosadenitis</p>	<p>es una enfermedad por obstrucción del folículo; la oclusión del infundíbulo folicular produce la ruptura de la pared folicular, con la consiguiente respuesta inflamatoria. e inicia con un discreto nódulo y ligera inflamación del pliegue, correspondiente a una periporitis de la glándula apocrina; evoluciona con aumento de tamaño, dolor y eritema y finalmente drenan un pus amarillento, pegajoso y en poca cantidad. a muestra una inflamación periglandular compuesta de neutrófilos y formación de abscesos, posteriormente se forma un granuloma inespecífico con linfocitos, células plasmáticas y células gigantes multinucleadas tipo cuerpo extraño.</p>	<p>es una enfermedad por obstrucción del folículo; la oclusión del infundíbulo folicular produce la ruptura de la pared folicular, con la consiguiente respuesta inflamatoria que puede afectar secundariamente las glándulas apocrinas e infectarse con diferentes bacterias, en especial S. aureus, S. epidermidis y otra. o. Con frecuencia se asocia con acné noduloquístico grave, perifoliculitis de la nuca y del cuero cabelludo.</p>	

(Saldaña & Saenz-Anduaga, 2006)

Referencias

Saldaña, L. S., & Saenz-Anduaga, E. (2006). INFECCIONES CUTANEAS BACTERIANAS . *Dermatología Peruana* , 25. recuperado el 12 de Marzo del 2021 de :
file:///C:/Users/DELL/Downloads/INFECCIONES CUTANEAS%20(1).pdf