



Universidad del Sureste

Escuela de Medicina

Título del trabajo:

“MAPAS INMUNOLOGIA”

Nombre del alumno: Alondra Nancy Marili Flores Velázquez

Nombre de la asignatura: Inmunología

Semestre y grupo: 8°A

Nombre del profesor: Dra. Lia Gabriela Luna Villanueva

Alondra Nancy Marili Flores Velázquez

DERMATITIS POR CONTACTO ALÉRGICA (DCA)

- × Rx inflamatoria a alérgenos que penetran en la piel
- × Mecanismo de hipersensibilidad retardada tipo IV
- × Sensibilidad prolongada (meses/años)
- × Predisposición → cap. penetración/daño previo piel/Sensibilidad ge/Genética/humedad ambiental.

Sustancias sensibilizantes

Cemento, aceites, joyería fantasma, ceras, aceites, cereales, insecticidas, lubricantes, aceites, productos de limpieza, cosméticos, tintes, jabones, AFB, agua, limón, textiles, resinas, tintes, plásticos, resinas, aceites, pinturas, barnices, etc.

DERMATITIS CONTACTO FOTOTÓXICA (DCAF)

- × Contacto con sustancias foto act. con φω. exposición luz solar
- × No requiere sensibilización
- × No son medicos inmunológicamente
- × **CLINICA:** Quemadura solar

AGENTES FOTOTÓXICOS

- **Fármacos** → tetraciclinas, clorpromazina, haloperidol, zidovudina, furosemida, nifedipina, amiodarona
- **Plantas** → Rotifera, limón, ruda, naranjo, perejil, hinojo, ajo, manzanilla, higo, mora, feno
- **Cosméticos** → perfumes y esencias
- **Colorantes** → Esencia azul de metileno, fluoresceína, roca bengala
- **Alquitran y derivados** → fármacos, resinas, epoxi, insecticidas

Hiperpigmentación (algoria) / Sustancias
 ↳ Medicamentos / aceite de berlogue / FITOFOTODERMATOSIS

DERMATITIS POR CONTACTO IRRITATIVA

- × Daño directo al estrato córneo por agentes irritantes tóxicos
 - × Todo contacto expuesto a la sustancia tóxica en cantidad suficiente
 - × Sin mediación de mecanismo inmunológico
 - × **CLINICA:** Quemazón y dolor
 - × **OCUPACIONAL:** Corrosivos
- ↳ Efecto inmediato
- Diluentes
 ↳ Efecto acumulativo

Ácido, alabris, hidroxido NaOH, K⁺, amon, bases, tintes, químicos, Venoles, disolventes, limpiadores, aceite de sésamo, antisepticos, vinagre, jabón, etc.

Respuesta inflamatoria de la piel a múltiples agentes exógenos

DEFINICIÓN

"Dermatitis por Contacto"

FACTORES RIESGO

Edad / Sexo / Topografía / Atopia / Genética.

FACTORES RIESGO EXÓGENOS

Temperatura / humedad

TIPOS

- Alérgica: hipersensibilidad retardada tipo IV
- Irritativa: daño tóxico directo de la sustancia sobre la piel
- Fototóxica
- Fotoalérgica
- AGUDO:** Eritema / Escama / Ang. / Edema / Vesícula / Vía
- SUBAGUDO:** Eritema / Xerosis / Crustas
- CRÓNICO:** Liquenificación / Escamas / Fissuras

TRATAMIENTO:

1) EVITACIÓN

No es posible sensibilización vacunas
Evitación prolongada puede desaparecer la hiperreactividad
Fotoprotección
Emolientes: Ageds, aceites, lociones, cremas
Solopos: secantes, óxido zinc
Clenor: argemón, andantes, silicón

2) FARMACOLÓGICO

Corticoides tópicos: 1-2 veces al día x 2-3cm
Inhibidores calcineurina tópicos (tacrolimus)
Tacetolimus: 2 veces al día x 6cm
Antihistamínicos orales pronto
ATB en sobre infección

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

- Δ Celulitis
- Δ Impetigo
- Δ Info + no por VHS, VHZ
- Δ Dermatitis medicamentosa
- Δ Dermatitis seborreica
- Δ Tinea
- Δ Dermoide
- Δ Solar
- Δ Pitiriasis

“Dermatitis por Contacto”

DERMATITIS POR CONTACTO FOTOALÉRGICA

- x Requiere exposición previa
- x Contacto sust. fotosensibilizante y exposición a radiación luminosa
- x Reacc. en área contacto
- x Tiene potencial fototóxico

DIAGNOSTICO

- Historia Clínica
- Exploración física
- Identificar alérgeno
- Pruebas parche: DCA

- ✓ 3 meses evolución o más
- ✓ Manos, pies, cara, quejados o presentación unilateral
- ✓ Ortopedia de alto riesgo
- ✓ Empeoramiento

ATB/antimicrobianos, antifúngicos, ANS, agentes P, colorantes, diureticos osmóticos, agentes quimioterápicos, agentes cardiovascular, hipoglucemiantes orales, filtros solares, retinoides, alquitranes y derivados.

TRATAMIENTO

- **Antihistamínicos tópicos**
 - Olopatadina 1 gota c/8hrs x 4 semanas
 - Azelastina 1 gota c/24hrs x 6 semanas max
 - Levocabastina 1 gota c/6hrs
 - Ketotifeno 1 gota c/12hrs
 - **Antiinflamatorios NO esteroides**
 - Ketorolaco
 - Diclofenaco
 - **Estabilizadores de mastocitos**
 - Cromoglicato de NaCl
 - ↳ 1-2 gotas c/6-8hrs x 2sem.
 - **Contraícticos tópicos**
 - Proximetilolona 1 gota c/8hrs x 4 días max
 - Desametasona → Provoca infección por VHS: Ulceración y perforación
 - Triamcinolona: ungüento 0.05% c/24hrs VERNAL
 - Ciclosporina VERNAL 1 gota c/12hrs.
- Evitar alérgenos
Comprender frío
Lentillas artificiales
Gafas si grande

Información de la conjuntiva a causa de un mecanismo fisiopatológico de la hiperreactividad tipo I

DEFINICIÓN

"Conjuntivitis Alérgica"

Clasificación

CUADRO CLINICO

- Epifora
- Prurito ocular bilateral leve a intenso
- Hiperemia conjuntival
- Edema palpebral
- Secreción acuosa
- Fotofobia.

EXPLORACIÓN FISICA

- ↳ Edema
- Hiperemia conjuntival
- Secreción
- Conjuntiva bulbo traída, opacada y enrojecida.
- Hiperemia en la esclerótica y demolióblefritis.
- Liquenificación en la parte interna del palpebro
- sin cambio AV

La causa más frecuente es una alergia al polen durante la temporada de fiebre del heno.

- ↳ **Aguda (CAA)**
 - Polen
 - Epitelio animal
- ↳ **Estacional (CAE)**
 - Polen (90%)
 - Acarios (50%)
- ↳ **Perenne (CAP)**
 - Polvo
 - Moho

Conjuntivitis alérgica estacional
↳ Papilas finas sobre la conjuntiva tarsal sup. banda en contacto con el párpado. Se debe a espasmo de los músculos de los párpados de contacto con el aire.

Conjuntivitis alérgica perenne
↳ (Coatización/queratoconjuntivitis) Se debe a espasmo del párpado, causa de animales u otros alérgenos no estacionales.

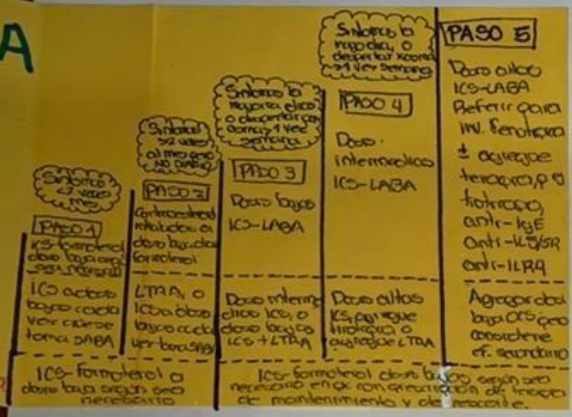
Queratoconjuntivitis vernal
↳ Conjuntivitis más grave. Aparecen papilas grandes, opacadas y muy compactas y de color rosa pálido o gris en abanico en conjuntiva sup.

↳ **PRUNTO HORNER-TRANTAT**
Pápulas limbias blancas de fusariformes

DATOS CLINICOS	BACTERIANA	VIRAL	ALÉRGICA	TRAUMÁTICA
APARICIÓN	NO epidémica	En epidemia	NO epidémica	No epidémica
ANTECEDENTE	Contato enfermo	Contato enf.	Resaca y foin	Trauma ocular
PRURITO	Mínimo	Mínimo	Intenso	Mínimo
LAGRIMAO	Moderado	Abundante	Moderado	Moderado
DOLOR	NO	Moderado	NO	SI
SECRECIÓN	Purulenta	Serosa	Mucosa	Acuosa
HIPEREMIA	Generalizada	Generalizada	Generalizada	Generalizada
LINFANGIOMA PREAQUILAR	NO	SI	NO	NO
9. ASOCIADO	NO	Fiebre, foin y MoG	Rinitis, otitis y asma	NO

GINA

TRATAMIENTO

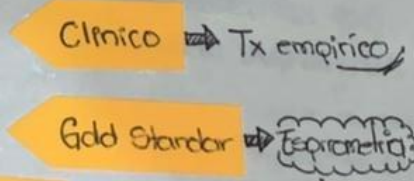


Enfermedad inflamatoria crónica broncoquímica, total o parcialmente reversible.

DEFINICIÓN

"ASMA"

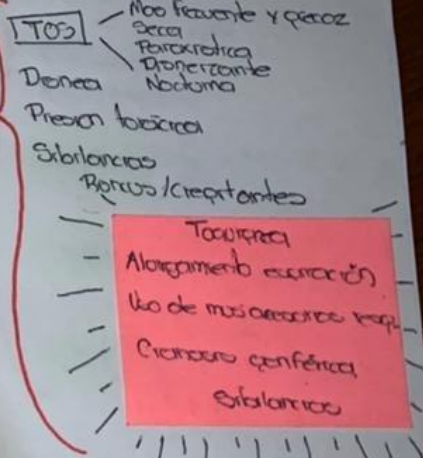
DIAGNOSTICO



FISIOPATOLOGIA

- x Hiperreactividad bronquial
- x Hiperactividad del músculo liso
- x Desdramación epitelial
- x Remodelación
- x Broncoespasmo agudo
- x Edema
- x Tejidos mucosos
- x Hiperinflamación (atrapamiento aéreo)

CUADRO CLINICO



FACTOR DE RIESGO

Sexo masculino infancia, 1/3 adolescencia
 Nacimiento por cesárea, RCIU prematuros,
 Infecciones VSR, rotavirus, influenza
 Rinitis alérgica
 AEROPALERGENOS: Exposición granero
 Tabaco
 OBESIDAD: Est. proinflamatorio,
 AHF: Alérgica
 Emociones → COBITOL
 Menstruación granero

BD acción corta
 ↳ SABA: Salbutamol, Terbutalina
 SAMA: Bismolol espiritrolo

BD acción larga
 ↳ LABA: Formoterol, salmeterol, indacaterol
 LAMA: Tiotropio, Acetilcolina, aclacemonio

Corticoides inhalados
 ↳ Budesonida
 Fluticasona

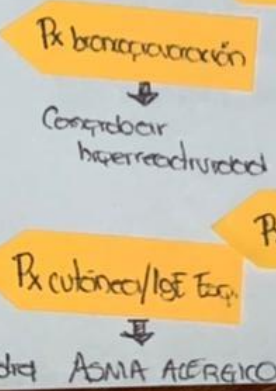
CLASIFICACION CRISIS

Crisis leve o moderada
 ↳ SpO2 90%-95% o FEV1 50%-60%, habla en frases NO usa músculos accesorios, tachicárdico, FC < 120 lpm

Crisis grave
 ↳ SpO2 < 90% o FEV1 25%-50%, habla entrecortado en palabras, prefiere sentarse, NO accede a usar músculos accesorios, FC 120-140 lpm

Paro respiratorio

↳ letárgico, silencio FC > 140 lpm, bradicardia ASMA ALÉRGICO



TRATAMIENTO

Hidrocortison - corticoides tópicos
 Antihistamínicos, leve ↓ prurito
 Acido Fusídico o Mupirocina
 ↳ 2 veces al día x 1-2sem.

Aciclovir
 ↳ Eczema herpético

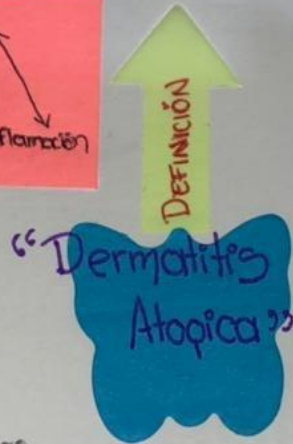
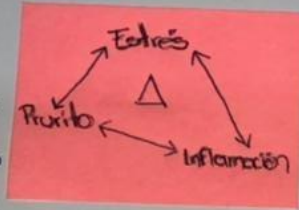
Corticoides tópicos
 ↳ antiinflamatorio e inmunosupresión
 CARA Y OJOS: Baxipol
 OTRA ZONA: Neodana y alta potencia

Tx sistémico
 ↳ Ciclosporina / Azatioprina
 Interferón
 Micofenolato
 Metotrexato
 Corticosteroides sistémicos
 Talidomida
 Omalizumab

Emolientes
 ↳ Piedra angular

Vitaminas
 ↳ Acido fólico
 Vit. D
 Vit. E
 Vit. A
 B12

Proceso inflamatorio de la piel caracterizada que presenta una evolución crónica y cesa en forma de brotes.



PREVALENCIA

Más frecuente en niños
 50% primer año vida
 20% casos instaurados
 1-3% población adulta.

ETIOPATOGENIA

Genética

Gen FILAGRINA 47%
 1% progenitor 60%
 Ambos 80%
 ↳ Madre

Defección barrera cutánea

Seca y permeable
 Penetración alérgicos o irritantes
 30% casos crónicos

Inf. persistente de micro

Incróticamente TH2
 Tactica TH1

LESIONES

AGUDA

↳ Eritema, vesículas, exudado, escoriación

SUBAGUDA

↳ Pápulas, descamación, escoriación

CRÓNICA

↳ Excoriación, lipofitificación, papulas fibrosas.

CRITERIOS DX: HANIFIN Y RAJKA

Mayores 30 mos.

Prurito
 Morfología y distribución por grupos edad
 crónico o recidivante
 HEm. o personal atópico

Menores

Xerosis
 Queratitis
 Conjuntivitis recurrente
 Plegiade Denne-Norgan
 Queratitico
 Catarata en subconjuntiva
 Ocrecimiento orbitario
 Eritema o gaites facial
 Ptitiriasis alba
 Eczema de codo
 Dermatitis en manos y pies

LABORATORIO

Los elevados
 IgE totales
 ↳ Batao estar contaminado o tener el alérgico

COMPLICACIONES

- × Infecciones
 ↳ S. Aureos
- × Eczema herpético
- × Mollusco contagioso
- × Inf. por dermatofitos