



Universidad Del Sureste

**UNIVERSIDAD DEL SURESTE**

**Licenciatura**

Medicina Humana

**Materia**

Medicina del Trabajo.

**Docente**

Dra. Anel Guadalupe Gordillo Abadía.

**Trabajo**

Cuadro comparativo de las Principales enfermedades dermatológicas del trabajo.

**Estudiante**

Kevin Jahir Kraul Borrallés

**Grado y grupo**

5 semestre

Grupo "A"

Parcial 4

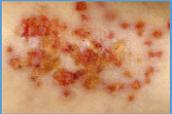
Tapachula, Chiapas

1 de Diciembre de 2024

PATOLOGIA	DEFINICION	ETIOLOGIA	FISIOPATOLOGIA	MANIFESTACIONES CLINICAS	DIAGNOSTICO	TRATAMIENTO
<b>DERMATOSIS OCUPACIONAL</b>						
<b>DERMATITIS DE CONTACTO IRRITATIVA</b> 	<p>Inflamación cutánea causada por daño directo a la piel debido al contacto con sustancias irritantes, sin mediar una respuesta inmunológica.</p>	<p>Exposición a irritantes como ácidos, álcalis, detergentes, y factores físicos (fricción, humedad).</p>	<p>Destrucción de la barrera cutánea del estrato córneo, lo que lleva a inflamación mediada por citoquinas proinflamatorias.</p>	<p>Eritema, descamación, fisuras, edema, sensación de ardor o prurito, lesiones localizadas en áreas de contacto directo.</p>	<p>Basado en la historia ocupacional, distribución de las lesiones y exclusión de dermatitis alérgica con pruebas epicutáneas negativas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Evitar el irritante.</li> <li>- Uso de emolientes para restaurar la barrera cutánea.</li> <li>- Corticoides tópicos para reducir la inflamación.</li> <li>- Guantes o barreras protectoras.</li> </ul>
<b>DERMATITIS DE CONTACTO ALERGICA</b> 	<p>Reacción inflamatoria mediada por hipersensibilidad tipo IV debido al contacto con un alérgeno específico.</p>	<p>Metales (níquel, cromo), resinas epoxi, fragancias, conservantes, látex.</p>	<p>Sensibilización inicial por penetración del alérgeno y activación de linfocitos T, seguida de una respuesta inflamatoria al contacto posterior.</p>	<p>Dermatitis eccematosa con eritema, vesículas, exudado, liquenificación en casos crónicos, típicamente limitada a la zona de contacto, pero puede extenderse.</p>	<p>Pruebas epicutáneas que confirmen la sensibilidad al alérgeno.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Identificar y evitar el alérgeno.</li> <li>-Corticoides tópicos o sistémicos según la gravedad.</li> <li>-Antihistamínicos para prurito.</li> <li>-Emolientes para mantener la integridad cutánea.</li> </ul>

<p><b>URTICARIA POR CONTACTO INMUNOLOGICA</b></p> 	<p>Reacción alérgica inmediata mediada por IgE tras el contacto con un alérgeno.</p>	<p>Contacto con látex, alimentos (mariscos, frutas), medicamentos tópicos.</p>	<p>Desgranulación de mastocitos con liberación de histamina, lo que provoca edema y prurito.</p>	<p>Habones eritematosos, prurito intenso, angioedema en casos graves.</p>	<p>Historia clínica detallada, pruebas de IgE específicas para confirmar sensibilización.</p>	<p>Antihistamínicos orales (de primera o segunda generación). Epinefrina en casos de anafilaxia. Evitar exposición al alérgeno.</p>
<p><b>URTICARIA POR CONTACTO NO INMUNOLOGICA</b></p> 	<p>Reacción similar a la urticaria inmunológica, pero sin la participación de mecanismos IgE.</p>	<p>Sustancias químicas como aminas, irritantes físicos.</p>	<p>Activación directa de mastocitos por agentes irritantes.</p>	<p>Habones y prurito que desaparecen rápidamente tras retirar el agente causal.</p>	<p>Exclusión de urticaria inmunológica mediante pruebas de IgE.</p>	<p>Retiro del agente causal. Antihistamínicos para aliviar los síntomas.</p>
<p><b>ACNE OCUPACIONAL</b></p> 	<p>Aparición de lesiones acnéicas debido a exposición laboral a sustancias comedogénicas.</p>	<p>Contacto con aceites minerales, hidrocarburos, alquitrán</p>	<p>Obstrucción del folículo piloso por sustancias comedogénicas, favoreciendo la proliferación de <i>Cutibacterium acnes</i>.</p>	<p>Comedones abiertos y cerrados, pápulas, pústulas en áreas expuestas (manos, brazos, rostro).</p>	<p>Historia clínica relacionada con la exposición ocupacional.</p>	<p>Evitar la exposición a agentes comedogénicos. Higiene adecuada con limpiadores suaves. Tratamiento tópico con retinoides o peróxido de benzoilo.</p>

<p><b>DERMATITIS POR FOTOTOXICIDAD</b></p> 	<p>Reacción inflamatoria cutánea inducida por la exposición a la luz ultravioleta (UV) tras el contacto o ingesta de sustancias fotosensibilizantes.</p>	<p>Fármacos (tetraciclinas, sulfonamidas), productos químicos (psoralenos, alquitrán), plantas (fitofotodermatitis por cítricos, hiedra venenosa)</p>	<p>Activación de sustancias fotosensibilizantes por luz UV, generando radicales libres que dañan células cutáneas.</p>	<p>Eritema, edema, vesículas y descamación en áreas expuestas al sol, con una distribución clara según la exposición.</p>	<p>Historia clínica de exposición a fotosensibilizantes y luz solar; pruebas fotodinámicas.</p>	<p>Suspender el agente fotosensibilizante. Corticoides tópicos y emolientes. Protección solar estricta.</p>
<p><b>DERMATITIS POR FOTOALERGIA</b></p>	<p>Reacción inmunológica mediada por hipersensibilidad tipo IV desencadenada por luz UV tras contacto o ingesta de un agente fotoalergénico.</p>	<p>Perfumes, colorantes, fármacos (AINES, antihistamínicos), filtros solares.</p>	<p>Formación de neoantígenos fotoinducidos que activan linfocitos T sensibilizados.</p>	<p>Dermatitis eczematosa con eritema, pápulas y prurito en áreas expuestas, pudiendo extenderse a zonas no expuestas.</p>	<p>Historia de exposición y pruebas fotoparche.</p>	<p>Evitar el agente fotoalergénico. Corticoides tópicos y antihistamínicos. Protección solar estricta.</p>
<p><b>QUEMADURAS OCUPACIONALES</b></p> 	<p>Lesión cutánea por exposición laboral a calor, productos químicos, electricidad o radiación.</p>	<p>Agentes térmicos (llamas, líquidos calientes), químicos (ácidos, álcalis), radiación (UV, ionizante).</p>	<p>Daño tisular directo con inflamación, necrosis y riesgo de infección secundaria.</p>	<p>Primer grado: Eritema, dolor, sin ampollas.  Segundo grado: Ampollas, dolor intenso, epidermis y dermis superficial afectadas.  Tercer grado: Necrosis, indoloras,</p>	<p>Historia laboral y evaluación de profundidad y extensión de la quemadura (Regla de los Nueve de Wallace).</p>	<p>Primeros auxilios inmediatos (enfriamiento, limpieza).  Cobertura con apósitos, analgésicos.  En casos graves, derivación a</p>

				afectación de todas las capas cutáneas.		unidades de quemados.
INFECCIONES OCUPACIONALES						
<b>FOLICULITIS OCUPACIONAL</b> 	Inflamación de los folículos pilosos relacionada con la exposición a sustancias químicas o equipos laborales.	Contacto con aceites minerales, hidrocarburos, fricción por vestimenta o equipos.	Obstrucción o irritación del folículo piloso con sobrecrecimiento bacteriano ( <i>Staphylococcus aureus</i> ) o micótico.	Pústulas y pápulas eritematosas centradas en folículos pilosos, prurito o dolor.	Examen físico, cultivo en casos recurrentes	Higiene adecuada y evitar irritantes. Antibióticos tópicos o sistémicos según la gravedad.
<b>IMPETIGO OCUPACIONAL</b> 	Infección bacteriana superficial secundaria a heridas o abrasiones relacionadas con actividades laborales.	Infección por <i>Staphylococcus aureus</i> o <i>Streptococcus pyogenes</i> .	Entrada de bacterias a través de continuidad cutánea.	Vesículas o pústulas que evolucionan a costras	Examen clínico y cultivo bacteriano.	. Limpieza con antisépticos. Antibióticos tópicos (mupirocina) o sistémicos en casos extensos.
<b>DERMATOFITOSIS</b> 	Infección fúngica superficial de la piel, cabello o uñas causada por dermatofitos (géneros <i>Trichophyton</i> , <i>Microsporum</i> , y <i>Epidermophyton</i> ).	Contacto directo con superficies contaminadas, animales, o suelo en ambientes laborales húmedos o cálidos.	Los dermatofitos invaden la queratina, utilizando queratinasas para proliferar.	Tinea corporis: Placas eritematosas descamativas con borde activo. Tinea pedis: Fisuras y maceración interdigital. Tinea capitis: Alopecia en parches con descamación.	Examen directo con KOH, cultivo fúngico.	Antifúngicos tópicos (terbinafina, clotrimazol) para casos leves. Antifúngicos orales (griseofulvina, itraconazol) para

						casos extensos o recurrentes.
<b>MOLUSCO CONTAGIOSO</b> 	Infección viral benigna causada por el virus del molusco contagioso (MCV), caracterizada por lesiones cutáneas papulares.	Contacto directo o exposición a superficies contaminadas (agua, equipos).	El virus infecta queratinocitos, induciendo la formación de pápulas características.	Pápulas umbilicadas, perladas, indoloras, de 2-5 mm, en áreas expuestas.	Examen clínico; confirmación histológica si es necesario.	Curetaje o crioterapia para lesiones individuales. Cremas antivirales (imiquimod) en casos extensos.
<b>VARICELA-ZOSTER</b> 	Reactivación del virus varicela-zóster (VZV) latente en nervios sensoriales.	Reactivación viral, favorecida por estrés, inmunosupresión o lesiones laborales.	Replicación viral en ganglios sensoriales, diseminación a dermatomas inervados.	Dolor urente y erupción vesicular en un patrón dermatómico unilateral. Complicaciones: neuralgia postherpética.	Examen clínico; confirmación con PCR o serología en casos atípicos.	Antivirales (aciclovir, valaciclovir) dentro de las primeras 72 horas. Analgésicos para el dolor.
<b>CANCER DE PIEL OCUPACIONAL</b>						
<b>CARCINOMA BASOCELULAR</b> 	Neoplasia cutánea maligna más frecuente, de bajo potencial metastásico, asociada a exposición solar crónica.	Radiación UV, exposición laboral a arsénico o hidrocarburos.	Mutaciones en genes como PTCH1 en la vía Hedgehog.	Pápula perlada con telangiectasias, úlceras o bordes elevados. Ubicación frecuente en zonas fotoexpuestas (cara, cuello).	Biopsia de piel.	Escisión quirúrgica. De MOHS. Terapias tópicas (imiquimod) o radioterapia en casos específicos.

<p><b>CARCINOMA EPIDERMOIDE</b></p> 	<p>Tumor cutáneo maligno derivado de queratinocitos, con mayor riesgo de metástasis que el CBC.</p>	<p>Radiación UV, exposición laboral a carcinógenos químicos (arsénico, alquitrán).</p>	<p>Daño al ADN por UV y carcinógenos, con displasia progresiva.</p>	<p>Lesiones exofíticas o ulceradas, queratósicas, a menudo en áreas fotoexpuestas.</p>	<p>Biopsia con estudio histológico.</p>	<p>Escisión quirúrgica o terapia con MOHS. Radioterapia en casos avanzados.</p>
<p><b>MELANOMA MALIGNO</b></p> 	<p>Tumor maligno de los melanocitos, con alta capacidad metastásica.</p>	<p>Radiación UV, exposición laboral a rayos X o productos químicos (arsénico).</p>	<p>Mutaciones genéticas en <i>BRAF</i>, <i>NRAS</i>, <i>CDKN2A</i>.</p>	<p>Lesión pigmentada asimétrica, bordes irregulares, coloración variada, &gt;6 mm, cambios en evolución (criterio ABCDE).</p>	<p>Biopsia escisional con análisis histológico.</p>	<p>Escisión quirúrgica con márgenes adecuados. Terapias dirigidas (inhibidores de BRAF) o inmunoterapia (anti-PD-1) en casos metastásicos.</p>

**BIBLIOGRAFIA:**

Arenas Guzmán, R. (2020). *Dermatología: Atlas, diagnóstico y tratamiento* (7ª ed.). McGraw Hill Education.