



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


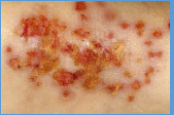

Tapachula, Chiapas




1 de Diciembre de 2024



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

<p>URTICARIA POR CONTACTO INMUNOLOGICA</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>URTICARIA POR CONTACTO NO INMUNOLOGICA</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>ACNE OCUPACIONAL</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>DERMATITIS POR FOTOTOXICIDAD</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>DERMATITIS POR FOTOALERGIA</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 eccematosa 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>QUEMADURAS OCUPACIONALES</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						
FOLICULITIS OCUPACIONAL 	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.
IMPETIGO OCUPACIONAL 	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.
DERMATOFITOSIS 	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.
MOLUSCO CONTAGIOSO 	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.
VARICELA-ZOSTER 	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.
CANCER DE PIEL OCUPACIONAL						
CARCINOMA BASOCELULAR 	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>CARCINOMA EPIDERMÓIDE</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>MELANOMA MALIGNO</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, >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.