



ALUMNO:

UZIEL DOMINGUEZ ALVAREZ

DOCENTE:

DRA. ANEL GORDILLO ABADILLA

ACTIVIDAD:

CUADRO COMPARATIVO

ASIGNATURA:







MEDICINA DEL TRABAJO

CARRERA:

MEDICINA HUMANA

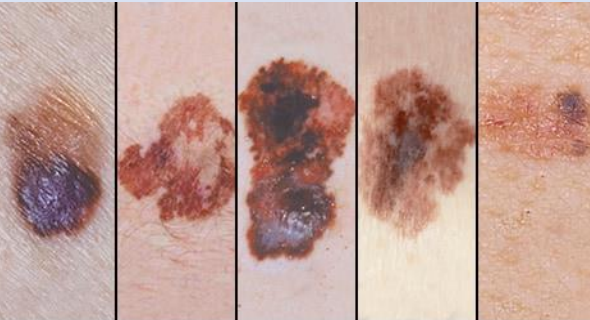
LUGAR Y FECHA:

TAPACHULA CHIAPAS A 06/12/2024

Tipo	Definición	Etiología	Manifestaciones clínicas	Diagnostico	Tratamiento	Evidencias
Dermatitis de contacto ocupacional	Inflamación de la piel causada por la exposición a agentes irritantes o alérgenos en el lugar de trabajo	<p>1. Irritativa: Sustancias como detergentes, ácidos, álcalis, solventes.</p> <p>2. Alérgica: Metales (níquel, cromo), resinas epoxi, látex.</p>	Enrojecimiento, edema, prurito, fisuras y vesículas en las áreas expuestas. Estos síntomas pueden extenderse más allá del área de contacto.	Historia clínica detallada, pruebas de parche (patch test) para identificar alérgenos.	<p>1. Evitar el contacto con el agente causal.</p> <p>2. Uso de emolientes y cremas con corticoides tópicos.</p> <p>3. Antihistamínicos para aliviar el prurito.</p>	 
Urticaria por contacto	Aparición de ronchas o habones tras el contacto con sustancias específicas.	<p>Inmunológica: Reacción mediada por IgE, como al látex o proteínas animales.</p> <p>No inmunológica: Contacto con productos químicos irritantes o histamina liberada por contacto.</p>	Habones pruriginosos, edema localizado, a veces acompañado de ardor. en casos graves, síntomas sistémicos como dificultad para respirar o anafilaxia	Pruebas cutáneas específicas (prick test) y evaluación clínica.	<p>1. Retiro del agente causal.</p> <p>2. Antihistamínicos orales.</p> <p>3. Corticoides tópicos o sistémicos en casos severos.</p>	
Acné ocupacional	El acné ocupacional es causado principalmente por la exposición repetida a sustancias comedogénicas y factores ambientales en el lugar de trabajo	Sustancias como aceites minerales, cloracné (por exposición a compuestos halogenados), productos químicos y calor y humedad.	Comedones, pápulas y quistes inflamatorios, principalmente en áreas expuestas como rostro, cuello y extremidades	Historia laboral y examen dermatológico.	Higiene adecuada y evitar exposición al agente causal. Retinoides tópicos o sistémicos según la severidad. Antibióticos tópicos en casos de inflamación.	
Fototoxicidad y fotodermatitis ocupacional	Reacción de la piel al contacto con sustancias fotosensibilizantes seguida de exposición a la luz UV.	Fototoxicidad: Es una reacción no inmunológica y suele ocurrir en la primera exposición a la sustancia. La reacción es similar a una quemadura solar y aparece solo en las áreas expuestas a la luz.	Enrojecimiento de la piel similar a una quemadura solar. Dolor y ardor en la zona afectada. Ampollas y formación de manchas oscuras (hiperpigmentación) que pueden persistir por semanas o meses.	Identificación de sustancia fotosensibilizante, examen dermatológico	<p>Evitar la exposición al sol mientras se usan sustancias o medicamentos conocidos por causar fototoxicidad</p> <p>Protección solar: Aplicar bloqueador solar de amplio espectro y usar ropa protectora, como sombreros y camisas de manga larga.</p>	
Quemaduras ocupacionales	Lesiones en la piel causadas por la exposición a agentes térmicos, químicos, eléctricos o radiación en el ambiente laboral.	<p>1. Agentes térmicos: contacto con superficies calientes o llamas.</p> <p>2. Químicos: ácidos, álcalis.</p>	<p>Primer grado: Eritema y dolor.</p> <p>Segundo grado: Ampollas y edema.</p> <p>Tercer grado: Pérdida de capas profundas de la piel, insensibilidad.</p>	Inspección clínica y clasificación según profundidad y extensión.	<p>1. Enfriamiento inmediato con agua limpia.</p> <p>2. Aplicación de apósitos estériles.</p>	

		<p>3.Eléctricos: corrientes de alta tensión.</p> <p>4.Radiación: rayos UV o ionizantes.</p>			<p>3.Evaluación médica para quemaduras profundas o extensas.</p>	
Foliculitis ocupacional	<p>Inflamación e infección del folículo piloso, causada por bacterias (S. aureus), hongos o irritantes químicos. Es común en trabajadores expuestos a calor, sudor y sustancias o equipos contaminados</p>	<p>1.Exposición a aceites minerales (mecánicos, ingenieros).</p> <p>2.Uso prolongado de ropa ajustada o impermeable (trabajadores industriales).</p> <p>3.Contacto con agua contaminada (piscinas, spas).</p> <p>4.Afeitado frecuente en ciertas áreas laborales.</p>	<p>Pústulas eritematosas en áreas con folículos pilosos.</p> <p>Dolor o prurito en las lesiones.</p> <p>En casos graves, formación de abscesos pequeños (forúnculos).</p>	<p>Inspección clínica y cultivo bacteriano si es necesario.</p>	<p>Tópico: clindamicina o peróxido de benzoilo.</p> <p>Sistémico: antibióticos orales (dicloxacilina o trimetoprim-sulfametoxazol) en infecciones extensas.</p> <p>En foliculitis por pseudomonas: manejo específico con ciprofloxacino en casos graves.</p>	
Impetigo ocupacional	<p>Infección bacteriana superficial de la piel, altamente contagiosa, causada principalmente por Staphylococcus aureus y Streptococcus pyogenes. Se asocia a microtraumas, humedad y exposición en ambientes laborales</p>	<p>1.Microtraumatismos repetitivos (cortes, raspaduras).</p> <p>2.Humedad prolongada (trabajadores en lavanderías, pescaderías).</p> <p>3.Contacto con personas infectadas (personal de salud).</p> <p>4.Condiciones insalubres o uso compartido de herramientas contaminadas.</p>	<p>1.Impetigo no ampoloso: Máculas eritematosas que progresan a costras melicéricas (color miel).</p> <p>2.Impetigo ampoloso: Ampollas flácidas que dejan erosiones al romperse</p>	<p>Inspección clínica y examen dermatológico</p>	<p>Tópico: mupirocina o ácido fusídico.</p> <p>Sistémico: antibióticos orales (dicloxacilina o cefalexina) en casos extensos o complicados</p>	
Dermatofitosis	<p>Infección micótica superficial causada por dermatofitos (hongos que afectan piel, cabello y uñas), frecuente en trabajadores expuestos a humedad, calor o material infectado</p>	<p>Agentes comunes:</p> <p>1.Trichophyton spp.</p> <p>2.Microsporum spp.</p> <p>3.Epidermophyton spp.</p>	<p>Placas descamativas con borde activo.</p> <p>Prurito intenso.</p> <p>Lesiones intertriginosas</p>	<p>Examen con luz de Wood y cultivo micológico</p>	<p>Tópico: antifúngicos como clotrimazol o terbinafina.</p> <p>Sistémico: itraconazol o griseofulvina en casos graves o extensos</p>	
Molusco contagioso	<p>Infección viral benigna de la piel causada por un poxvirus (virus del molusco contagioso), que se caracteriza por pápulas perladas con una depresión central. Es</p>	<p>Contacto directo piel a piel (personal de salud, entrenadores, masajistas).</p>	<p>Pápulas pequeñas (2-5 mm) de color piel o blanquecinas, con umbilicación central.</p>	<p>Examen con dermatoscopio: Revela características específicas como un</p>	<p>Destrucción física: curetaje, crioterapia o láser.</p>	

	común en entornos laborales que implican contacto físico o exposición a superficies contaminadas.	Uso compartido de objetos contaminados (toallas, equipos deportivos). Trabajo en ambientes húmedos o cálidos que favorecen la transmisión.	No suelen ser dolorosas, pero pueden causar prurito. Ubicación frecuente: tronco, extremidades, genitales.	patrón central similar a "queso". Biopsia cutánea: En casos dudosos, se puede realizar una biopsia que muestra cuerpos de inclusión eosinofílicos	Tópico: imiquimod o ácido salicílico. Resolución espontánea puede ocurrir en 6-12 meses.	
Varicela zoster	Infección viral causada por el virus Varicella zoster, que se transmite fácilmente por contacto directo con lesiones o vía respiratoria. En trabajadores, representa un riesgo cuando no tienen inmunidad previa	1.Contacto con pacientes infectados (personal médico y de enfermería). 2.Exposición a individuos con herpes zóster (reactivación del virus). 3.Ambientes cerrados y altamente contagiosos.	1.Fiebre, malestar general, cefalea. 2.Erupción maculopapular pruriginosa que progresa a vesículas, pústulas y costras. 3.Mayor gravedad en adultos, con riesgo de complicaciones como neumonía varicelosa	1. Prueba PCR: Detecta ADN del virus varicela-zóster y se considera el estándar de oro en casos complejos. 2. Inmunofluorescencia directa: Para identificar antígenos virales. 3. Serología: Útil en inmunocomprometidos para confirmar exposición previa al virus.	1. Antiviral: aciclovir en casos graves o en pacientes de alto riesgo. 2.Sintomático: antihistamínicos, analgésicos y emolientes.	
CANCER DE PIEL OCUPACIONAL						
Carcinoma basocelular	<ul style="list-style-type: none"> Es el más común. Se asocia principalmente con la radiación ultravioleta (trabajadores al aire libre). Crece lentamente y tiene baja probabilidad de metastatizar 	1.Exposición a radiación a ultravioleta. 2. Sustancia químicas carcinogénicas 3. Agentes fotosensibles 4. Radiación ionizante	1.Nódulos perlados, lesiones ulceradas, sangrantes o costrosas. 2.Frecuente en zonas expuestas al sol: cara, cuello y manos	Histopatología: Confirmación mediante biopsias de la lesiones sospechosas. Dermatoscopia: Herramienta para evaluar características específicas de las lesiones. Exámenes complementarios: Estudios de imágenes para descartar metastasis	Cirugía: Exéresis completa de la lesión con márgenes adecuados. Crioterapia: Para lesiones pequeñas y superficiales. Radioterapia: En casos donde la cirugía no es viable. Terapia fotodinámica o tópica: Para casos seleccionados.	
Carcinoma epidermoide	<ul style="list-style-type: none"> Más agresivo que el CBC. Asociado a exposición crónica a químicos carcinógenos (arsénico, alquitrán, hidrocarburos aromáticos). Puede invadir tejidos profundos y metastatizar. 	1.Exposición a radiación a ultravioleta. 2. Sustancia químicas carcinogénicas 3. Agentes fotosensibles 4. Radiación ionizante	1.Placas o nódulos queratósicos o ulcerados. 2.A menudo dolorosos y en áreas fotoexpuestas.	Histopatología: Confirmación mediante biopsias de la lesiones sospechosas. Dermatoscopia: Herramienta para evaluar características específicas de las lesiones.	Cirugía: Exéresis completa de la lesión con márgenes adecuados. Crioterapia: Para lesiones pequeñas y superficiales. Radioterapia: En casos donde la cirugía no es viable.	

				<p>Exámenes complementarios: Estudios de imágenes para descartar metastasis</p>	<p>Terapia fotodinámica o tópica: Para casos seleccionados.</p>	
<p>Melanoma</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Menos frecuente, pero altamente agresivo. • Relacionado con exposiciones intensas e intermitentes a rayos UV. • Mayor incidencia en trabajadores al aire libre sin protección adecuada. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Exposición a radiación ultravioleta. 2. Sustancias químicas carcinogénicas 3. Agentes fotosensibles 4. Radiación ionizante 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lesiones pigmentadas asimétricas, bordes irregulares, con variación de color y diámetro mayor de 6 mm. 2. Puede aparecer en zonas no expuestas 	<p>Histopatología: Confirmación mediante biopsias de las lesiones sospechosas.</p> <p>Dermatoscopia: Herramienta para evaluar características específicas de las lesiones.</p> <p>Exámenes complementarios: Estudios de imágenes para descartar metastasis</p>	<p>Cirugía: Escisión amplia con márgenes libres.</p> <p>Inmunoterapia o terapias dirigidas: En etapas avanzadas o metastásicas.</p> <p>Quimioterapia: En casos de resistencia o recurrencia.</p>	 <p><small>© MAYO FOUNDATION FOR MEDICAL EDUCATION AND RESEARCH. ALL RIGHTS RESERVED.</small></p>