



Universidad del sureste
Campus Comitán
Licenciatura medicina humana

1er parcial

William de Jesus Lopez Sanchez

Grupo: "A"

Grado: 7°

Clinicas medicas complementarias

Dra. Adriana Bermudez Avendaño

Comitán de Domínguez Chiapas a 13 de septiembre del 2024

HERPES GENITAL



▶ Es una ETS muy frecuente

• La duración del c.c. es de 2-3 sem.

▶ **ETIOLOGIA:** VHS-2 (+FCTE) y VHS-1 (-FCTE)

⇒ **VARONES:** Pueden desarrollar un D agudo con

PATOGENIA:

Los virus DNA de doble cadena lineal permiten su entrada y replicación en cél. epiteliales. Post. hay infección de terminaciones nerviosas, sensitivas o autonómicas.

fiebre, edema genital, linfadenopatías, vesículas y erusiones en glánd., prepucio, escroto o piel. En la recurrencia del D herpético puede haber un **prodromo** caracterizado por: dolor localizado, dolor, fiebre, adenopatías, fiebre, cefalea, anorexia

CLINICA: El 95% de los herpes genitales sintomáticos desarrollan la enf. dentro de 3-14 días de la exposición.

• **75% de los prodromos** evolucionan a una etapa vesicular que curen sin dejar cicatriz en 7-10 días.

La exposición.

▶ **MUJERES:** • Se caracteriza por vulvovaginitis con

DX: ▶ Anamnesis y examen físico

fiebre, molestia general, linfadenopatías y disuria

▶ **GOLD STANDARD:** Cultivo viral (con Ac monoclonales)

• Los vesículos se pueden desarrollar en la vulva, cervix, uretra, vagina, piel perianal, glúteos, muslos.

▶ **TEST DE TZANCK:** Consiste en observación bajo microscopio "hus maripala células gigantes multinucleadas"

Puede haber edema perianal y labios mayores y <

Rayter

▶ BIOPSIA

▶ INMUNOFLUORESCENCIA

▶ PCR: Método + eficaz cuando se requiere
pequeña excreción cuantitativa del virus
(como el momento del parto)

TX:

ACICLOVIR: inhibe la DNA polimerasa viral

200mg 5 veces día x 10d en primoinfección
y 5d en recurrencia

VALACICLOVIR: 1g 2 veces x día

FAMACICLOVIR: V.O 250mg 2 veces x día

Recurrente: y solo días 1500mg o 200mg
2 veces x día

Herpes Zoster

ETIOLOGIA

SUBFAMILIA: Herpesvirinae

GENERO: Virus varicela

C.C

PATOGENIA

- 1) inflamación aguda de los nervios sensoriales y los ganglios
- 2) La distribución de los lesiones de la piel corresponden con la inervación de un ganglio
- 3) un decremento de la inmunidad permite que ocurra la replicación viral en un ganglio
- 4) El virus vuela por el nervio hasta la piel provocando la formación de vesículas

- Dolor intenso en piel o mucosas
- Tronco de cabeza y cuello y 10-15% división oftálmica del nervio trigémino
- Reacción de una sobre la piel
- Neuralgia postherpética, infección visceral inmunidad

DX

- Detección de Antígeno por fluorescencia directa y PCR
- Líquido de vesículas
- Material cultivos

TX: Analgésico, antiepileptico, inmunomodulador

Rayter B

DERMATOFITOS



Es una infección contagiable muy común en la piel o cualquier parte del cuerpo por hongos llamados dermatofitos (que se alimentan de queratina) "Pie DE ATLETA"

AGENTE CAUSAL

- *Epidermophyton*
- *Microporum*
- *Trichophyton*

TRANSMISIÓN

- Contacto directo con personas
- " " con animales
- Superficies contaminadas
- Compartir objetos (cepillos, toallas, etc)

DX

• Se basa en aspecto clínico y sitio de infección

- Raspados cutáneos
- Hifas en el raspado húmedo
- Cultivos de pelo

SINTOMAS

- Picañón intenso entre los dedos o en los pliegos de los pies
- Enrojecimiento o descamación de piel
- Ampollas o foveas
- Mal olor
- Engrosamiento de uñas
- Vesículas que comienzan en un lugar y se extienden poco a poco

TX

- Medidas higiénicas como mantener pies secos y limpios
- Uso de antifúngicos tópicos / con curso cíclico

MICUNAZOL, CLOTRIMAZOL, KETOCONAZOL, OXICANAZOL 4-2 u x día

Rayter

2-4 cm

Pediculosis

Infestación producida por piojos en partes con vello o pelo

Ocurre frecuentemente y principalmente en niños, y es más frecuente en mujeres que en varones

ETIOLOGIA

Familia → Pediculidae

- Pediculus humanus var. corporis (piojo del cuerpo) → Mala higiene
 - Excorticaciones
 - Pediculidae: Píjulos 2-3mm
- Pediculus humanus var. capitis (piojo del cabello) → Compuñeta
- Phthirus pubis (ladillos)
 - Por contacto, transm. sexual

CLINICA

DX

- Prurito e irritación
- Clítico
- Huellas de rascado
- Observación de liendre y piojo
- Aves: Noca, pubis, axila inferior

TX:

- Lindriera
 - Inyectiva oral
- Permetrina 1%
- Dimeticone Loción 4%
- " " topica c/6-8d
- Melation 5%

ONCOLOGIA

⇒ Por exposición al sol y quemaduras solares

1. CARCINOMA BASOCELULAR

- + FCTE 74%.
- Países tropicales (exposición solar desde infancia, cumulos de bronceado, protector solar y solar vez en el día.

C.C. : • Pápula rosada de bulto palpable + depresión

- Crecimiento progresivo
 - Puede ulcerarse y sangrar
 - Suele contener telangiectasias y los globulos pigmentados en su interior.
- Aparecen en cabeza, cuello, extrem. sup. y frente localizada en piel sana y nunca en mucosas.

ANATOMIA PATOLÓGICA

- Carcinoma es una forma de CA que proviene de cel. de tipo epitelial o glandular.
- 2 grandes grupos :
- Carcinoma epiteliales : cel. escamosas y basocelular
- Adenocarcinomas :

1º
2º
3º
4º
5º
6º
7º
8º
9º
10º
11º
12º
13º
14º
15º
16º
17º
18º
19º
20º

cel. fijas u originos → surge de la capa basal de la epidermis y sus epodice

Rayter

DIAGNOSTICO

- Clinico - mediante dermatoscopia
- Estudio histológico → Biopsia
- RM → Solo en tumores de gran tamaño

TRATAMIENTO:

- Se debe considerar: Tamaño, topografía del tumor, definición de los márgenes y características histológicas
- Extirpación ex
- Cirugía de Mohs
- Curetaje + electrocoagulación y rediseño
- 2º LINEA: ◦ Criocirugía
- Curetaje + electrocirugía
- S-fluorouracilo
- Imiquimod
- Terapia fotodinámica con MAL o ALA

2º CARCINOMA EPIDERMÓIDE

- < FCTE 141%
- 2º tumor más FCTE
- Deriva de los queratinocitos de la epidermis
- Puede aparecer en piel y mucosas
- FCTE los metástasis

FISIOPATO: Epidermoide in situ común en mucosa → Leitrioplasia de Queyrat → Infiltra la dermis rompiendo membrana basal

C.C

- + polimorfo que el bescelular
- Placas autotomáticas o eitematodermáticas de larga evolución → Adquieren formas papulotumorales ulceradas y sangrantes

ETIOPATOGENIA

- Exposición solar Ex más etiológica
- Aparece en caso / exposición solar
- Se culante sobre lesiones premalignas: Queratosis actínicas, leucoplasia, actinicas y úlceras

TX > Extirpación Qx

- > Crioterapia (nitropélicas o in situ)
- > Radioterapia pm mucosas → Reduce el tumor

Clasificación

Rayter

MELANOMA

- Tumor maligno que se desarrolla a partir de melanocitos
- En fase iniciales tienen crecimiento lento, se presenta en piel, mucosas, retina y leptomeninges
- 3^o neoplasia cutánea + FCTE
- La pigmentación nodular o la + FCTE
- Gen CDKN2A es responsable de susceptibilidad oncogénica

EXR:

- Antecedente personal de CA de piel
 - Historia fam. de mx
 - Fototipo Fitzpatrick IV#
 - Daño actínico
 - Rx pos trasplante de corazón.
 - Reductores en la infancia
- C.C.
- Pápula
 - Nódulo pigmentado pruriginoso, sangrante
 - Cúmulos con circunscritos ABCDE
- DX
- Sistema ABCDE y refan con sospecha
 - Biopsia excisional de lesión → GOLD 3.

¿COMO IDENTIFICARLO?

Mediante ABCDE

Asimétrico
Borde irregular
Color
Diámetro > 6mm
Evolución

Rayter

DERMATITIS ATÓPICA

- Proceso inflamatorio crónico de la piel
- Evolución e brotes
- Inicio pronto y piel seca (xerosis cutis)
- En el 70-80% AHF

TIPO DE LESIÓN X EDADES

- Lactante (0-2 años): Eczema exudativo
- Infantil (2-12 años): Eczema subagudo
- Adolescente (>12a): Eczema crónico, Lipomiflicción

EPIDEMIOLOGÍA

- + FCTE en infancia
- Principal motivo de derivación a dermatología
- Primera signo de la "marche atópica"
- Pictórico 15-20%
- Adulto 1-5%

LOCALIZACIÓN X EDADES

- **LACTANTE**: • Migajitas y costra, cuero cabelludo, tronco y caras extensoras de extremidades
 - **Niños**: Flexuras de codo y rodilla, pliegue de la muñeca, nuca, zona perioral, migajitas
 - **ADULTOS**: Flexura de codo y rodilla, cara, cuello, migajitas, dorso de manos y pies
- Respecto Triángulo nodobital

¿COMO SE DX?

- < 6m → 45%
- < 12m → 60%
- < 5a → 85%
- > 7a → 10%

Rayter

ETIOPATOGENIA:

- Enfermedad multifactorial
- Predisposición genética: **Filaggrina**
- Disfunción de la barrera cutánea
- Infección por parásitos de la piel

Criterios mayores:

- Prurito
- Anisotropía y distribución característica
- Escaracter crónicas y recurrente
- Historia personal o familiar de atopias

CRITERIOS DX:

→ Criterios de Hanifin y Rajka:

→ 8, clasifica por criterios mayores y menores

≥ 3 criterios ↑ + ≥ 3 criterios ↓

Criterios menores:

- Xerosis
- Ictiosis
- Prurido desde el nacimiento
- ↑ de vellosidades de la piel
- Edad precoz de comienzo
- Tendencias a dermatitis impetiginosa

GRAVEDAD: INDICE SCORAD

Leve 0-25 moderada 25-50 grave >50

Rayter

Tx: • Hidratación y humectación
• Fungicidas tópicos orales

Corticoides tópicos

Inhibidores de la calcineurina

Antihistamínicos

→ Terapia profiláctica