



UNIVERSIDAD DEL SURESTE
Campus Comitán
Licenciatura en Medicina Humana



Materia:
Clínicas medicas complementarias

Nombre del trabajo:
Flashcards

Alumno:
Luis Antonio Meza Puon

Grupo: "A" Grado: "6"

Docente:
Dra. Adriana Bermúdez Avendaño

Comitán de Domínguez Chiapas a 13 de septiembre de 2024.

Herpes virus

- Tipo 1: responsable de la mayoría de los herpes extragenitales y del 20% de los genitales.
- Tipo 2: causante del herpes genital y de un pequeño porcentaje de los extragenitales

Diagnóstico

- Clínico
- Método de confirmación fiable PCR

Tratamiento

- Aciclovir
 - 200mg 5 veces al día o 400mg tres veces al día
- Famciclovir
 - 250gr dos veces al día
- Valaciclovir
 - 1g dos veces al día

Duración de 5-10 días

Clinica

- Herpes simple extragenital
 - Lugar más frecuente es el orofacial recidivante con gingivostomatitis herpética caracterizado por úlceras orales con adenopatías cervicales y afectación del estado general.
- Herpes simple genital
 - Causa más frecuente de úlceras genitales. Produce úlceras agrupadas en el surco balanoprepucial o en el prepucio con adenopatías inguinales dolorosas.
- Eczema herpético o erupción variceliforme de Kaposi
 - Diseminación de la infección herpética sobre una dermatitis de base, (dermatitis seborreica).
- Herpes neonatal
 - Se debe al contagio intraparto del VHS-II, con afectación neurológica, deterioro general y vesículas o úlceras en la piel

Dermatofitosis o tiñas

- Son micosis superficiales que afectan la piel y sus anexos (uñas y pelos) causada por un grupo de hongos parásitos de la queratina. Comprenden tres generos principales
 - Trichophyton → Trichophyton rubrum más frecuente
 - Microsporum
 - Epidermophyton

Tiñas no inflamatorias

- Tiña de piel cabelluda (tinea capitis o tinea transversans)
 - 98% de la infancia
 - Placas pseudolopólicas con pelos cortos y descamación
- Etiología
- M. canis (80%)
 - T. tonsurans (15%)
- Tratamiento
- Griseofulvina 10-20 mg/kg día x 40 días
 - Terbinafina oral 250mg/día x 12 semanas

- Tiña del cuerpo (herpes circinado o tinea corporis)

- Aparece a cualquier edad

Etiología

- T. rubrum, T. mentagrophytes y M. canis

Clinica

- Placas eritematoescamosas circinadas con borde activo, normalmente pruriginosa

Tratamiento

- Cuadros controlados (**limitados**)

- Cuadros limitados se usan antihistamínicos ~~esteroides~~ tópicos (corticoles, terbinafina)

- Cuadros extensos

- Itraconazol 200mg/día
- Terbinafina 250mg/día x 15 días

• Tiña incógnita

- Tiña tratada con corticoides que dificulta el diagnóstico al modificar la lesión

• Tiña de los pies (Tinea pedis)

- Frecuente en hombres adultos
- Agentes frecuentes *T. rubrum* y *T. mentagrophytes*
- Cursa con eritema, escamas y fisuras en los pliegues interdigitales o plantas de los pies.
- Puede presentarse como zonas de hiperqueratosis en plantas o bordes laterales
- Vesículas agrupadas en el arco plantar y en los pulpejos de los dedos.

Tratamiento

- Imidazoles tópicos o en caso de falla con terbinafina tópica por 7 días.
- Si hay resistencia a terapia tópica, se emplean itraconazol o terbinafina oral por 2 y 2-4 semanas.

• Tiña de la ingle (Tinea cruris o eczema marginado de Hebra)

- Frecuente en zonas calurosas
- Frecuente en jóvenes varones que practican deportes.
- Agentes *T. rubrum* y *E. floccosum*
- Se manifiesta por placas eritematosas escamosas con bordes activos localizados en regiones inguino-crurales y se extienden hacia la cara interna de los muslos.

• Tiña ungueal (Tiña de las uñas o onicomicosis por dermatofitos)

- Hiperqueratosis subungueal con onicólisis, sin perionixis.
 - Frecuente en adultos y asociadas a tiras de las manos o de los pies
- #### Clasificación
- Subungueal: leve
 - Blanca superficial: infección superficial con discretas zonas blanquecinas
 - Distrofia total: Forma más destructiva, la uña sufre gran engrosamiento o paquioniquia, pérdida de brillo.

Tiñas inflamatorias

- Suelen deberse a hongos de reservorio animal

• Querion de Celso

Se localiza en piel cabelluda, comienza como una tiña no inflamatoria que presenta más eritema e inflamación. Supura pus a través de los folículos (signo de la espinaderna), suele dejar alopecia areolar.

• Favus

- Afecta piel cabelluda, curso con pustulas foliculares que al secarse se deforman adoptando forma de coqueleta (coqueleta faveosa), posteriormente se cubren de costras amarillas (escútilos)

• Granuloma hialofítico de Majocchi

Inicia como una tiña superficial, infección que profundiza a la dermis, afecta piel con pocos folículos, es común en piernas de mujeres tras depilaciones.

• Tiña de la barba

Recordan una folliculitis con pustulas que comienza como una pequeña placa eritematoescamosa.

Pediculosis

La más frecuente es *Pediculus capitis*,
otras son *corporeus* (cuerpo) y *pubis*.
Su síntoma fundamental es el prurito.

En la infección por *Phthirus pubis*
son típicas las máculas parduzcas
en ropa interior y en la piel máculas
cerúleas.

En la pirateria del parásito pueden
inocularse diversas bacterias.

- *Bartonella quintana*
- *Rickettsia spp*
- *Borrelia recurrentis*

Pediculosis

- Raro lo intenso
- Presencia de liendres
adheridas 1-2 cm
región occipital y
retroauriculares

Tratamiento

1^{ra} Permetrina al 1
loción o crema
2^{da} Piretrina

En casos de resisten-
cia o infección
masiva

- Ivermectina
200 µg/kg VO

Onco Derma

Carcinoma basocelular → 74%

Cáncer que surge de la capa basal de epidermis y apéndice

Factores de riesgo → Rayos UV
Quemaduras solares

Clinica

- Pápula rosada de brillo aperlado / depresión central, sangre, úlceras
- Telangiectasias (ramificaciones), globulos pigmentados

Dx → Dermatoscopia
(hojas de arce) Gold standard → biopsia
(hojas de carro) excisional

Tx → Quirúrgico + márgenes amplios (radioterapia)

Carcinoma espinocelular

Alteración originadas por queratinocitos epidermicos

Factores de riesgo

- Rayos UV
- Tabaquismo
- Radiación
- Úlceras crónicas
- UPH
- Inmunosupresión

Presentación clínica

- Placas eritematosas
- Nódulos polimorfos
- Ausencia de telangiectasias
- Crecimiento rápido se presenta en cara, resto de extremidades, mucosa.

Diagnóstico → clínico

Tx

- Estirpe nodular
- Cirugía de MOHs

Melanoma → Nodular

Gen CDKN2A

Desarrollo a partir de los melanocitos

Fase inicial → crecimiento lento, piel, mucosas, retina, leptomeningitis

Clinica

• Pápulas con nodulos pigmentadas, perirriginosis sangrante

A → Asimétrico

B → Border

C → Color

D → Diámetro

E → Evolución

Superficial

L → H → espalda

M → piernas

Melanoma nodular

L → Tronco, cabeza y cuello

Melanoma lentiginoso

acral → signo de hutchinson

Dermatitis atópica

También llamada neurodermatitis o eccema atópico
prurigo de besnier o eccema endógeno.

Enfermedad crónica y recidivante de la piel

Etiología

↑ de IgE

Frecuente en infancia Gen: Filagrina
hasta un 60%.

Factores de riesgo

- Asma bronquial
- Rinitis alérgica
- AHF
- Alergia a alimentos
- Conjuntivitis alérgica

Clinica

- Placas secas eczematosas que afectan mejillas
zonas de flexión
- Respeto triángulo de filator, area de pestañas
- Piel seca 12 meses

Diagnóstico

- Clínico
- Criterios de hanfín / trajta
- IgE

Tx

- Corticoides tópicos
- Tacrolimus y pimecrolimus tópicos