



Universidad del Sureste  
Campus Comitán de Domínguez, Chiapas  
Licenciatura en Medicina Humana



# Flash Card Dermatología

**Angelica Gonzalez Cantinca**

**Séptimo Semestre**

**Grupo B**

**Clínicas Médicas Complementarias**

**Dra. Adriana Bermúdez**

Comitán de Domínguez, Chiapas al 12 de septiembre del 2024

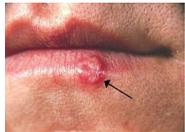
# Infecciones víricas

# Herpes Simple

## TIPO I

Produce herpes labial.

### CARACTERISTICAS



Lesiones vesiculosas en la boca (Fuegos) que arden, duelen y son pruriginosas

Se pueden localizar a nivel ocular

### PERIODO DE INCUBACION

5 a 7 días



No deben reventarse o manipularse

### TRATAMIENTO

Aciclovir. Primera vez 2 comprimidos c/8 h por 7 a 10 días

Presentación más baja

Recurrente: 800mg c/12 h por 4 días

Valaciclovir: 500mg c/12h por 5 días

Famciclovir: 250mg c/8h por 5 días

## TIPO II

Herpes genital



### CARACTERISTICAS

Lesión ardiente y dolorosa

### PERIODO

7 días aproximadamente y luego desaparece

### VIA DE TRANSMISION

Relaciones sexuales y puede afectar al niño durante el parto

Afecta a hombres y mujeres

Permanece en las cadenas ganglionares

### TRATAMIENTO

Aciclovir: 800 mg c/8h por 7 a 10 días

Valaciclovir: 500mg c/12h por 5 días

Famciclovir: 250mg c/8h por 5 días

HG recidivante en mujeres: realizar papanicolaou anual

# Zóster

## AGENTE CAUSAL

Virus de varicela —> Latente en ganglios de raíces medulares posteriores (sensitivas)

Cualquier edad y Adultos inmunodeprimidos <— FRECUENTE

## COMPONENTES

### CUTANEO-MUCOSAS

Vesículas duras y que no se rompen con facilidad, de base eritematosa.

Inicialmente son papulas rosadas que dan escozor y sensación de pinchazo, luego aparecen vesículas, pústulas y finalmente costras destruidas en racimos.

Puede dejar cicatriz

### CICLO VITAL

A la semana del brote comienzan a reventir las lesiones, secándose y algunas dejando cicatrices

(atróficas, hipertróficas, queuloide).

### NEURALES

Desmielinización de las raíces posteriores, provocando dolor intenso

Afección de zona ocular puede producir ceguera al comprometer nervio óptico

### SECUELAS

Dolor persiste, denominándose neuritis postherpética.

Tratada con bloqueos o con infiltraciones con lidocaína.

## TRATAMIENTO

Aciclovir: 800 mg c/4 h por 7 días

Valaciclovir: 500mg c/8h por 7 días

Famciclovir: 500mg c/8h por 7 días

Locales: lidocaína local, agua helada, talco para prurito

No usar corticoides locales

Sistémico: Analgésicos derivados de morfina como AINES (Diclofenaco, Kenorolaco)

# Infecciones víricas

# Enterovirus

## INFECCIONES CON ERITEMA

### MICROORGANISMOS ETIOLÓGICOS

- Enterovirus intestinal 9 y 16
- Virus coxsackie A16
- Enterovirus 71

- (E16) Exantema, similar a roseola (papulas rosas confluentes) +/- Fiebre
- (E9) Maculas rosas definidas y papúlas similares a rubéola +/- Fiebre
- (A16, EV71) Enfermedad de mano-pie-boca
- (EV71) Herpangina

Otros Enterovirus causan  
eritema multiforme:  
Eritema vesicular, urticarial,  
petequeial y purpúreo

## ENFERMEDAD MANO-PIE-BOCA

Enantema ulceroso, exantema vesicular en la porción distal de las extremidades

### DEMOGRAFIA

Primer décimo de edad

Meses cálidos en climas templados

Persona a persona vía bucal-bucal y fecal-bucal

### PATOGENESIS

Se establece en **aparato digestivo** (mucosa bucal e íleon) se extiende a ganglios linfáticos regionales. 72 h después genera viremia con infección

### MANIFESTACIONES CLINICAS

#### Síntomas

5-10 lesiones bucales ulcerosas dolorosas (negación a comer)

100 lesiones cutáneas son asintomáticas o muy dolorosas

Máculas y papulas se convierten rápidamente en vesículas

### Características

lesiones se observan en palmas de las manos y plantas de los pies, sobre todo a los lados de los dedos de manos y pies y glúteos.



## Lesiones bucales

**Máculas.** Vesículas grisáceas, originadas en paladar duro, lengua y mucosa bucal  
Las vesículas se erosionan rápidamente hasta formar úlceras excavadas que miden 5 a 10 mm

### EVOLUCION

Incremento de **anticuerpos sericos**  
elimina la viremia en 7 a 10 días

### DEMOGRAFIA

Niños menores de 5 años  
Final del verano  
Clima templado



## Manifestaciones generales

Fiebre elevada  
Malestar general intenso  
Diarrea  
Dolor articular

### TRATAMIENTO

Sintomático y paliativo

# HERPANGINA

### MANIFESTACIONES CLINICAS

- Inicio repentino de Fiebre
- Malestar general
- Cefalea
- Anorexia
- Odinofagia

**E** **N** **A** **N** **T** **E** **M** **A**  
**Pápulas-vesículas** de 1 a 2 mm de color gris-blanco que avanzan hasta formar úlceras con halos rojos e hiperemia faríngea difusa  
Se distribuye en **pilares amigdalinos anteriores, paladar blando, úvula y amígdalas.** Por lo regular dura entre **cuatro y seis días** y se resuelve de forma espontánea

# Dermatofitosis

Grupo singular de hongos que pueden infectar estructuras cutáneas queratinizadas no viables como estrato córneo, uñas y cabello.

## PATOGENESIS

### Epidermicas

Los dermatofitos dentro del estrato córneo destruyen la capa córnea y por tanto originan descamación; también desencadenan una respuesta inflamatoria. Las cuales se manifiestan como eritema, formación de papulas y vesículas.

### Folículo piloso

El tallo del cabello afectado prudence destrucción y rotura del mismo. Se puede desencadenar una respuesta inflamatoria más profunda y esto se manifiesta como nódulos inflamatorios más profundos. Formación de pústulas foliculares y formación de absceso

## ETIOLOGIA

### Géneros

- Trichophyton
- Microsporum
- Epidermophyton

### Transmisión

- Más frecuente de persona a persona
- De animales (gatos y perros)
- Menos frecuencia suelo

### Clasificación

- Antropofilos: transmisión de persona a persona por los fomites o por contacto directo
- Zoofilo: de animal a ser humano
- Geofilo: ambiental

## TIPOS

### Dermatofitosis del aparato ungueal

- **Tiña ungueal.** Uñas de los dedos de los pies y manos
- **Onicomicosas.** Infección causada por dermatofitos, hongos y mohos

### Dermatofitosis epidermica

- Tiña de la cara, tiña corporal, tiña de mano y tiña del pie

### Dermatofitosis del cabello y folículo piloso

- Foliculitis dermatofítica, granuloma de Majocchi, tiña de la cabeza y tiña del mentón

### Tiña del pie

Infección dermatofítica de los pies.

Manifestaciones clínicas: Eritema, descamación, maceración o formación de ampolla. Las infecciones en otras regiones anatómicas como la tina crural por lo general acompañan a la tina del pie inicial.

### Tiña de la mano

Dermatofitosis crónica de las manos.

A menudo unilateral, con mucha frecuencia en la mano dominante. Por lo general acompaña a la tiña del pie.

### Tiña Crural

Dermatofitosis subaguda o crónica de la porción superior del muslo y las regiones inguinal y púbica adyacentes.

### Tiña del cuerpo

Infecciones por dermatofito del tronco, las piernas, los brazos o el cuello, excepto los pies, las manos y la ingle. Causas: Es causada más a menudo por *T. rubrum*. Las lesiones por *M. canis* suelen ser inflamatorias o ampollas. *T. tonsurans* produjo tiña corporal en padres de niños de raza negra con tiña de la cabeza.

### Tiña Facial

Dermatofitosis de la piel facial lampiña. Panche eritematoso bien circunscrito. Es más frecuente que se diagnostique incorrectamente que cualesquier otra dermatofitosis.

Causas: *T. tonsurans* se asocia a la tiña de la cabeza en niños de raza negra y en sus padres.

*T. mentagrophytes* y *T. rubrum* con más frecuencia; también *M. audouinii* y *M. canis*.

### Tiña incógnita

Dermatofitosis epidérmica, a menudo asociada a foliculitis dermatofítica.

- Ocurre después de la aplicación tópica de un preparado de corticoesteroide en una zona colonizada o infectada por un dermatofito.

### Dermatofitosis del vello corporal

Los dermatofitos pueden invadir los folículos pilosos y sus tallos, ocasionando:

Tiña de la cabeza.

Tiña de la barba.

Foliculitis dermatofítica.

Granuloma de Majocchi.

- Se observan dos tipos de afectación del vello corporal

### Tiña de la cabeza

Tricomosis dermatofítica de la piel cabelluda, de predominio en niños preadolescentes.

Las presentaciones clínicas son muy variables.

Descamación no inflamatoria.

Descamación y vellos corporales desprendidos.

- Inflamación intensa y dolorosa con nódulos cenagosos que drenan pus (querión) y que producen alopecia cicatrizal.

Sinónimo: tiña de la piel cabelluda y tiña tonsurante.

## TRATAMIENTO

imidazoles (clotrimazol, miconazol, cetoconazol, econazol, oxiconazol, sulconazol y sertaconazol);

alil-aminas (nafticina y terbinafina);

naftionatos (tolnaftato);

piridina sustituida (ciclopirox olamina).

### Antimicóticos sistémicos

Terbinafina, comprimido de 250 mg.

Alilamina. Antimicótico antidermatofito oral más eficaz; baja eficacia contra otros hongos.

Cápsulas de itraconazol de 100 mg; solución oral (10 mg/ml); intravenosa.

Triazol. Se necesita el pH gástrico ácido para la disolución de la cápsula.

Fluconazol, comprimidos de 100, 150 y 200 mg; suspensión oral (10 o 40 mg/ml); 400 mg IV.

Cetoconazol, comprimidos de 200 mg.

# Pediculosis

grupo de dermatosis causadas por el *pediculus humanus*, parásito artrópodo que en sus tres variedades puede tomar al hombre como huésped: produciendo prurito por la mordedura y por su movimiento. Se alimenta de sangre y libera una toxina que produce irritación, manifestándose en una mancha purpúrica. La reacción inflamatoria es individual en cada caso, dependiendo de la sensibilidad del sujeto.

## **PEDICULOSIS CAPITIS:**

el parásito mide de 1 a 3mm de longitud, de color blanco grisáceo, que salta de cabeza en cabeza para contagiar. Lo habitual es la presencia de liendres, que son los huevos de color blanquecino adheridos firmemente en el tallo piloso y a pocos centímetros de su implantación, por lo que se puede confundir con pitiriasis capitis: para diferenciarlo se lo dobla y se hala el punto blanco, si se desprende con facilidad es pitiriasis capitis, pero si no se desprende fácilmente y más bien se desplaza a lo largo del cabello es pediculosis.

## **PEDICULOSIS CORPORIS:**

el parásito es más grande que el anterior y es transmisor del tifus exantemático y fiebre recurrente: no vive en la piel, sino en las costuras de las ropas, sólo va a la piel para alimentarse.

## **PEDICULOSIS PUBIS (LADILLAS):**

de transmisión sexual, se adhiere firmemente a la piel de la región pubiana, a nivel de cejas, pestañas y axilas: suelen haber manchas denominadas máculas cerúleas (violáceas) de menos de 1 cm, ubicadas en: muslos, flancos y abdomen: se producen por un pigmento formado de la hemoglobina humana y que el piojo inyecta al morder.

# TRATAMIENTO

- **Capitis:** Benzoato de Bencilo: se aplica por la noche una vez a la semana por 4 semanas: se puede cubrir la cabeza con una funda plástica o gorro plástico y al día siguiente se baña y se peina con una peinilla de diente fino

**Corporis:** se debe eliminar la ropa y realizar un aseo personal cuidadoso.

1. Permetrina 1%. en loción o crema

2. Piretrina : Repetir dosis a los 7 días

Resistencia: Ivermectina VO 200 ug/kg

**Pubis:** Benzoato de Bencilo (Davesolo):

se aplica en la noche y se baña al siguiente día. durante 1 semana. La aplicación se hace desde el ombligo hacia abajo. Debe tratarse a la pareja.  
Ivermectina (Ivermin©) 250ug/kg  
dosis única. IV

Mayor frecuencia  
74%

# Carcinoma Basocelular

Basocelular

Células que lo conforman son muy parecidas a la capa basal de la epidermis

Tumor cutáneo maligno

Epitelioma

No da metástasis

## Etiopatogenia

- Exposición solar
- Radiaciones de espectro electromagnético
- Arsénico
- Raza blanca
- Hombres
- Mayores 40 años

## Cuadro clínico

Nódulo ulcerativo

Nódulos, quistes y/o úlceras. pueden alcanzar un tamaño considerable. su borde suele ser perlado con

telangiectasias

Esclerodermiforme:

placas blanquecinas. lisas, brillantes, planas o levemente deprimidas. borde perlado mal definido o con telangiectasias. pueden volverse costrosas, erosivas o ulceradas

Superficial:

placas rojizas, sobreelevadas, cubiertas por escamas y/o costras. con un borde de aspecto perlado: múltiples y de localización predominante en tronco



## Anatomía Patológica

Tumores formados por cordones y nidos de células epiteliales similares a las de la capa basal epidérmica. de citoplasma escaso con un núcleo basófilo grande; rodeados de estroma fibroso. Suelen contener melanina, hemorragias o depósitos férricos (aspecto pigmentado)

Patrones

histológicos

- Expansivo
- Infiltrativo
- Superficial multicentrico

## Diagnóstico

- Clínico
- Anatomopatológico (biopsia) → **Incisional**

## Tratamiento

- Quirúrgico
  - MOHS
  - No candidato

# Carcinoma Espinocelular

2 do más frec.

Tumor maligno derivado de los queratinocitos de la capa epidermica

Produce metástasis

## Etiopatogenia

Se asientan sobre lesiones premalignas (carcinoma in situ)

- Exposición solar prolongada e inadecuada
- Arsénico
- Alquitrán
- Rayos X
- Alcohol
- Tabaco en carcinoma de mucosa oral

## Diagnóstico

- Clínico
- Anatomopatológico (biopsia)

## Tratamiento

- Quirúrgico (invasivos)
- Radioterapia (metástasis)  
QA. Crioterapia. Electrocirugía. laser o quimioterapia tópica

MOHS

→ IMQUIMOD.

## Anatomía Patológica

Carcinoma In situ (queratosis actínica)

Queratinocitos desordenados.  
disqueratosis. atipias celulares.  
mitosis en estratos altos de la epidermis y paraqueratosis: en la dermis suele haber infiltrado inflamatorio



## Cuadro clínico

Lesiones localizadas en zonas fotoexpuestas.  
Son pequeñas placas eritematosas, cubiertas con costras y/o escamas, pueden ser pigmentadas, erosivas e hiperqueratósicas a tal grado de formar cuernos cutáneos

Frecuente en bermellón del labio inferior

Carcinoma escamoso invasivo

Células epidérmicas invaden la dermis e incluso se evidencia la formación de quistes córneos



Estadios evolucionados hay masas o nódulos, ocasionalmente se ulceran y pueden sangrar. Pueden producir metástasis.

Mayor parte por vía linfática y menor proporción por vía hemática

No hay telengiectasias

Agresivo y tiende a metastatizar

# Melanoma

Tumor maligno derivado de melanocitos

Sex ligad.  
Gen COMNZA

Se desarrollan en la piel, pero también en mucosas, meninges y ojos

## Etiopatogenia

- Piel sana o sobre nevus
- Quemaduras solares
- Piel claro
- Disminución de exposición al sol

## Lesiones Asociadas

	Frecuencia	Característica
Melanoma de extensión superficial	70%	En extremidades inferiores en mujeres y en dorso en hombres. Se origina de novo o en un nevus existente.
Melanoma nodular	15 a 30%	En tronco y extremidades, presenta exclusivamente fase de crecimiento vertical, lo cual condiciona su comportamiento agresivo.
Melanoma acral lentiginoso	2 a 8%	Frecuente en asiáticos y afroamericanos; se localiza en piel lampiña tal como: palmas, plantas y lechos ungueales.
Melanoma lentigo maligno	4 a 10%	Gran exposición solar (quemaduras), más frecuente en pacientes añosos. Se ubica en cara y cuello y en estrecha relación con un léntigo previo. Mejor pronóstico

## Nevus Atípico

### Cuadro clínico

- Diámetro mayor a 6 mm
- Asimetría
- Irregularidad de los bordes y en la pigmentación

### Anatomía-Patológica:

- incremento de melanocitos pero con atipía arquitectural y citológica.

La localización más frecuente es en tronco. pueden ser múltiples. esporádicos o aislados.

## Diagnóstico

Clinico: test ABCDE:

- A: asimetría
- B: bordes irregulares
- C: color más de 3 colores
- D: diámetro mayor a 6mm
- E: evolución: crecimiento y cambios en el tiempo.

Confirmación histopatológica (biopsia).

↳ Excisional

## Tratamiento

- Resección quirúrgica
- Metástasis: realizar linfadenectomía de los ganglios de la zona junto con quimioterapia.

# Acné

Patología que se caracteriza por una inflamación de la unidad pilosebácea: se presenta a cualquier edad, incluyendo al neonato debido al paso de testosterona por la barrera placentaria.

## Fisiopatología

la glándula sebácea elimina sebo y elementos citoplasmáticos. al aumentar la producción de sebo se aumenta la producción del mismo a la superficie corporal provocando "pelo y piel seborreica". que si se produce a nivel de cuero cabelludo desarrollará dermatitis seborreica.

### Coexistencia de inflamación:

- a. No inflamados: puntos blancos y negros (comedones).
- b. Inflamados:
  - i. Superficiales: pápulas y pústulas.
  - ii. Profundas: nódulos y abscesos.

### Edad:

- a. Acné Neonatal
- b. Acné Juvenil
- c. Acné Tardío

## Grados

**Grado I:** comedones abiertos y cerrados.

**Grado II:** comedones abiertos y cerrados más pústulas.

**Grado III:** comedones abiertos y cerrados, pústulas más nódulos.

**Grado IV:** comedones abiertos y cerrados, pústulas, nódulos, más quistes y abscesos.

**Grado V:** comedones abiertos y cerrados, pústulas, nódulos, quistes, abscesos más cicatrices (atróficas, hipertróficas o queloides).

Leve: menos de 10 lesiones.  
Moderado: entre 10 y 20 lesiones.  
Grave: más de 20 lesiones.

## Factores de riesgo

**Hormonales:** por aumento de testosterona circulante que provoca un aumento de la producción de sebo en la glándula. El valor normal de testosterona es en varones de 0.8 mg/dl de plasma y en mujeres del 0.01 al 0.04 mg/dl de plasma.

**Herencia:** contando solo con una predisposición.

**Infecciones:** por *Corynebacterium* y *Propionium bacterium*.

**Factores Ambientales:** según la susceptibilidad individual (estrés).

# Dermatitis

Enfermedad inflamatoria reaccional de la piel crónica y recidivante (marcha atípica)

## Clinica

Observa un exudado, con eritema,  
costras hemáticas y liquenificación

Lactantes: cara y área del pañal

En niños: pliegues corporales

Adultos: dorso y pies

## Diagnóstico

- Mayor o igual a 3 criterios mayores
- Mayor o igual a 3 criterios menores

Criterios de Hanifin y Rajna  
Gravedad SCORAD

## Tratamiento

- Hidratación
- Evitar descamación
- Antihistamínico VO
- Corticoides tópicos
- Evitar rascarse
- Lactancia en niños

