



**Universidad del sureste
Campus Comitán**

Licenciatura en Medicina Humana

Flash Cards 1° Unidad

Carlos Rodrigo Velasco Vázquez

Grupo "B"

Séptimo Semestre

**Materia: Clínicas médicas
complementarias**

**Docente: Dra. Adriana Bermúdez
Avenidaño**

Comitán de Domínguez Chiapas a 10 de septiembre de 2024

Herpes Virus

Virus del Epstein-Barr

Es uno de los virus humanos más comunes en el mundo, y se propaga a través de los fluidos corporales: saliva.

VEB se une a \rightarrow CD21 en \rightarrow B.

Etiología

Mononucleosis infecciosa

\rightarrow Primoinfección por VEB

"Enfermedad del Beso"

\rightarrow Transmisión por contacto oral

Período de incubación

\rightarrow 4-6 semanas.

Clinica

- Fiebre \rightarrow \downarrow grado \rightarrow 21 años o $>$ 1 mes.
- Adenopatías cervicales y odontalgia.
- Faringitis \rightarrow Tumefacción amigdalas \rightarrow Exudado grisáceo.
- Hepatopatía icterea maculopapular.

Diagnóstico

- Leucocitosis \rightarrow 10.000 - 20.000/pl.
- Linfocitosis \rightarrow $>$ 10% atípicos T. CD8⁺.
- Neutropenia y trombocitopenia.
- Test. de anticuerpos heterófilos (Paul-Bunnell).
- \rightarrow Título de 1:40 infección aguda de M.I.

- Anticuerpos específicos anti VEB
- \rightarrow Anticuerpos de IgM anti-VCA.

Tratamiento

Sintomático

- \rightarrow Reposo, analgesia, antiinflamatorios e hidratación.

Citomegalovirus

\rightarrow (Vía sexual).

- Requiere contacto íntimo prolongado.
- Trasplante de órganos o hemoderivados. Es portación de por vida.

Etiología \rightarrow Virus del Citomegalovirus.

Clinica

- Infección congénita
- Mononucleosis por CMV.
- Infección en pr. Inmunodeprimidos
- Afecte en pr. Transplantados.

Diagnóstico

- Detección del virus por cultivo.
- \rightarrow Demostración de Ag virales o ADN (PCR).
- \rightarrow Muestras histológicas: "ojos de lechoza".
- Serología.
- \rightarrow Solo es útil en infección reciente.

Tratamiento

- Ganciclovir / Galvanciclovir.
- \rightarrow De elección: 11-29% prod. neutropenia.
- Foscarnet y cidofovir.



Herpes Virus

Familia Herpesviridae o Herpes virus \rightarrow Virus ADN lineal de doble cadena.

Infección \rightarrow ADN entra y se mantiene indefinidamente en el citosol.

{ Siempre generan una fase de latencia y no pueden eliminarse.

Virus del Herpes Simple

Es una enfermedad vírica que causa la aparición de vesículas o úlceras dolorosas. No tiene cura.

Etiología

Herpes labial — Herpes Genital

VHS-1

VHS-2

- Primoinfección
- \rightarrow Faringitis o anguinitis.

- (Coatro de úlceras genitales y una linfadenopatía cervical dolorosa).

Reactivación

- \rightarrow Excreción del virus.
- \rightarrow Úlceras de mucosa interdental.
- \rightarrow Herpes Labial.

- Coatro de meningitis herpéticas.
- Herpes genital.

Diagnóstico

- Clínico \rightarrow lesiones cutáneas.
- Test de Tzanck (+)
- \rightarrow del ep. gigantes.
- PCR (detección de ADN).
- Serología.

Tratamiento

- Aciclovir
- Valaciclovir
- Famciclovir.
- \downarrow
- No erradican el virus.
- Tratamiento supresor (Durante 6-12 meses).

Virus Varicela-Zóster

- Es el responsable de la varicela produciendo una erupción cutánea vesicante (ampollosa) y dolorosa.

Etiología

Primoinfección \rightarrow Varicela

Reactivación \rightarrow Herpes Zóster

Complicación: sobreinfección de lesiones cutáneas \rightarrow Lesiones de Herpes Zóster.

Diagnóstico

- Diagnóstico Clínico y por PCR.

Tratamiento

- Aciclovir y derivados o Brivudina (Tratar a adolescentes y adultos).
- Tratamiento a Herpes Zóster.



Poxvirus

Es una infección viral de la piel y de las mucosas, común en niños de edad escolar y pacientes inmunocomprometidos.

Etología

Virus Poxvirus de doble cadena de 200-300 nm de largo.

Tipificaciones MCV-1, MCV-2.

Descripción

Pequeñas pápulas de 1-2 mm del color de la piel y aspecto "perlado" y brillante" y umbilicación central.



Extracción
Evitar la lesión usando un instrumento cortante y retirar el cuerpo del molusco.

Corretaje
Remover los moluscos mediante corretaje con electrocoagulación con bajo voltaje.

Crioterapia
Aplicación de nitrógeno por algunos segundos en la herida.

Inmunomoduladores
El Imiquimod.

Diagnóstico

El diagnóstico es Clínico.

Citología como ayuda diagnóstica.

Prevalencia del cuerpo del molusco. Cuerpo de Henderson-Patterson.

Histológicamente

Invasión de la epidermis hacia la dermis y cel. epidérmicas.

Reacción inflamatoria leve.

Tratamiento

Más del 50% de las infecciones por enterovirus no poliovirus y más del 90% de las infecciones por poliovirus son subclínicas. El período de incubación es normalmente < 1 semana.

Infección por Poliovirus

Poliomielitis paralizante.

PR → Edad mayor.

Mujeres embarazadas.

Personas realizando EFl intenso

o período de traumatismo con infección.

Incidencia vacunación: 1/45 millones de años.

2000x en inmunodeprimidos o con agammaglobulinemia.

Diagnóstico

Aumentamiento de virus en cultivo celular.

PCR en LCR.

Tratamiento

Inmoglobulina intravenosa, intratecal

o intratecal en inmunodeprimidos o neonatos.

Pleconaril VO.

Enterovirus



Manifestaciones Clínicas de la infección por Coxsackievirus -

Echovirus y otros enterovirus.

Síndrome febril inespecífico.

+ FTE en verano y principios de otoño.

Gotas nasales.

Meningitis

encefalitis.

Pleuritis

(Enfermedad de Bornholm)

• Fv. Coxsackievirus B.

Miocarditis y pericarditis.

1/3 de miocarditis aguda.

+ FTE varones y 10% cardiopata crónica de la vida.

→ Exantemas febriles erúpticos en verano y otoño. (Echovirus 9 y 16).

→ Aparición de erusiones en la boca y vesículas intraepidérmicas en pies y manos. Pro-mano-boca. Enterovirus.

→ Fiebre-diarrea, entorpecimiento faríngeo y lesiones papulovesiculosas blanco-grisáceas de base eritematosa en mitad posterior de la cavidad oral. Coxsackievirus A.

→ Brotes epidémicos de conjuntivitis aguda hemorrágica

→ Enterovirus 70 y el Coxsackievirus A24.

Dermatofitosis.

Las dermatofitosis afectan a la piel y a las estructuras queratinizadas como pelo y uñas. No afectan a mucosas. *Trichophyton Rubrum*.

Tinas no inflamatorias.

- No producen alopecia cicatricial irreversible.
- Las tinas se tratan con derivados azólicos o terbinafina.

Tina del cuero cabelludo. (tina capitis o tinea barbae).

- ↳ Propia de la infancia.
- ↳ Placas alopecicas con pelos rotos y demarcación.
- ↳ Robertson le avisa sin dejar cicatriz.

Tina del cuerpo (herpes circinado o tinea corporis).

- ↳ Placas eritematodermatíticas circinadas, con pústulas, bordes + activos.
- ↳ Crece de manera excéntrica.
Lact. en el centro.
> lact. en el borde.

Tinas inflamatorias.

- Surten debido a hongos de reservorio animal (zoofitos). Son lesiones muy inflamatorias que tienden a dejar alopecia cicatricial. Tx: azólicos o terbinafina sist.

Querion de pelo.

- ↳ Localiza en el cuero cabelludo.
- ↳ Placa eritematodermatítica y exudativa. (con pústulas).
- ↳ Jopira por a través de los folículos. con la presión. (signo de la epomadaria).
Deja alopecia cicatricial.

Favus, afecta al cuero cabelludo.

1. Pústulas foliáceas ^{keratínica} → Forma de coqueles (favus).
 2. Le cubren de crustas amarillentas (exúlcus).
- AE → *Trichophyton Schoenleinii*.

Pediculosis.

- Agente causal es Pediculus.
 - P. capitis.
 - P. vestimenti.
 - P. pubis.

28 cm/min
(6 a 30 cm/min)

Pediculosis capitis o de la cabeza.

- Es la más frecuente.
- Se observan liendres adheridas en el pelo, excoaraciones, impetiginización y es muy pruriginoso.
Observación directa del piojo. De. o brinde en base del cabello.
0.6 a 1 cm

Pediculosis Pubis

- Lasa con nodos ceríceos (puduzcos) en el área genital.

Tratamiento

- Permetrina 1% en crema.
- loción de Benzoato de bencilo al 25%.
- Lindano 1% e ivermectina V.O.



Carcinoma

Basocelular.

- Es el tumor maligno más FCTE en la especie humana.
- Incidencia Quintuplica el de pulmón.
- 60% de cánceres de piel.
- 60-75% de carcinomas.
- Exposición solar crónica fx etiológica. (edad > 40a).

Anatomía Patológica.

- Deriva de cél. pluripotenciales de la capa basal de la epidermis en forma de cordones.

Clínica.

Consiste en una pápula rosada de brillo perlado de crecimiento progresivo que puede lesionarse y sangrar.

↓ tiene contenidos ↓

Telangiectasias Gránulos pigmentados.

Aparece en orden

| | | |
|---|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> - Cabeza - Talle - Ext. superiores - Tronco. | } | Aparecen en piel sana y no en mucosas. |
|---|---|--|

Tratamiento y pronóstico

- Tratamiento de elección → Cirugía.
 - ↓
 - Cirugía de Mohs.
- Alternativas
 - Crioterapia
 - Imiquimod (basalioma)
 - Electrocoagulación.
 - Radioterapia.
- Pronóstico de tumor es excelente.

Carcinoma

Espino celular

- Es el segundo tumor cutáneo maligno en frecuencia.
- FCTE metastásico.
- ↑ frecuencia en tejido basocelular: manos.

Origen histológico.

↳ Filitado espinoso.

Localización.

- ↳ Zonas de exp. solar.
 - Cara labio inf.
 - Mano) fib. auricular.
- lobiepiel afectado prev.

Clínica

- Neoformación queratósica.
- Escama y ulceración central.
- Friable que sangra epixódicamente.

Variantes clínicas

- Carcinoma epidermoide in situ (o enf. de Bowen).
- Invasión de Queyral: moesa del pene.
- Superficial.
- Nodulos queratósico
- Ulceroso
- Vegetante.

Tratamiento

- Afecta mucosas.
- Cirugía de elección.
- Cirugía de Mohs → párpados y lesiones recidivantes.
- Radioterapia → lab. de px. avanzados.
- Metástasis linfáticas y hemáticas
- Pronóstico: sobre todo de lab. interior, oído y genitales externos.

Tumor cutáneo
may agresivo.

Origen: Melanocitos.

Melanoma

• Produce metástasis $\xrightarrow{\text{tiene}}$ Mortalidad elevada.
• Extirpación precoz = supervivencia alta.

Fx de riesgo {
• Rx. Ultravioleta
• >50-100 nevus comun.
• Nevus atípicos
• Nevus cong.• Fototipo I y II.

Sospecha clínica de melanoma.

- A: Asimetría
- B: Bordes irregulares.
- C: Colores varios y/o cambio de color.
- D: Diámetro > 6 mm.
- E: Evolución.

Lentigo Maligno
Melanoma

⊙ Pronóstico

• Ancianos

Melanoma
Ext. superficial
FEBT Rojo
blanca

Jóvenes

Melanoma
nodular
Pig. papiloso

Mediana
edad

Melanoma
lentiginoso acral.



Formas clínicas.

Formas de crecimiento

Radial o horizontal

• Dermis papilar

• Epidermis

• Metástasis

• vía linfática

• vía hematogena.

Vertical o profundidad.

• Prob. de metástasis

Diagnóstico

Confirmación histológica.
(Biopsia excisional).

Pronóstico

Índice de Breslow
Índice de Clark (niveles anatómicos de degeneración)
Presencia de ulceración

Dermatitis

Atópicas.

Es una enfermedad inflamatoria reaccional de la piel, crónica y recidivante. Generalmente se inicia en la infancia. Le puede relacionar a un fenotipo clínico (marcha atópica): asma y rinitis alérgica.

Clinica

- Se observa eritema, exudado, (ortica) hemáticos y liquenificación.
- Lactante: cara y área del pañal
- Niño: Pliegues (cuello y antecubital).
- Adulto: Párpados, dorso y pies.

Tratamiento

- Evitar desencadenantes
- Hidratación (emolientes).
- Antihistamínicos V.O.
- Corticoides tópicos de baja potencia
- Inhibidores de la calcineurina.

Epidemiología.

- Prevalencia en pediátrico) 15-20%.
- Prevalencia en adultos 1-5%.

↳ Después de la infancia

- >50% adolescencia.
- 20% edad adulta.

Dx: Principalmente clínico

≥ 3 criterios mayores
≥ 3 criterios menores
Positivo

Clasificación

- 1. Est. basal asimtomático
- 2. Eczema leve intermitente
- 3. Eczema mod recurrente.
- 4. Eczema grave persistente.

Extensión
o
Índice
SCORAD.

1. Humectación
2. Esteroides
3. Esteroides + Antihistamínicos
4. Inhibidores de la calcineurina.
 - Tacrolimus
 - Pimecrolimus

Bibliografía

Guzmán, R. A. (2013). *Dermatología, Atlas, diagnóstico y tratamiento*. México, DF: McGrawHill.

México, A. A. (2022). *Manual ENARM dermatología*. CDMX: AMIR México.