



**Mi Universidad**

## **Flash Cards**

*Wilder Bossuet Ramírez Vázquez*

*Flash Cards. Principales Patologías Dermatología*

*1° parcial.*

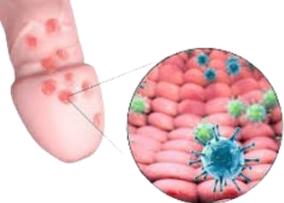
*Clínicas Complementarias.*

*Dra. Adriana Bermúdez Avendaño*

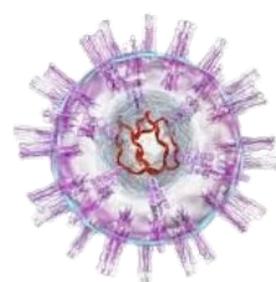
*Medicina Humana.*

*7° semestre*

*Comitán de Domínguez, Chiapas a 13 de septiembre del 2024.*



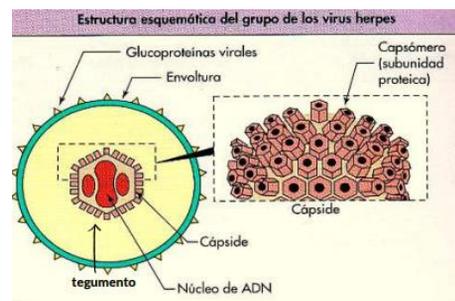
# HERPES VIRUS



Virus que provoca llagas contagiosas, generalmente alrededor de la boca o en los genitales

## Generalidades

- ✓ Virus ADN con envoltura
- ✓ Infección Primaria- Estado de latencia
- ✓ Contagio Por contacto directo
- ✓ Mayor gravedad en inmunocomprometidos

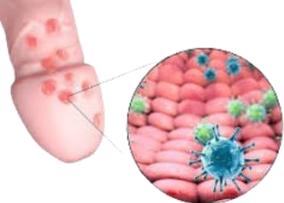


## Clasificación

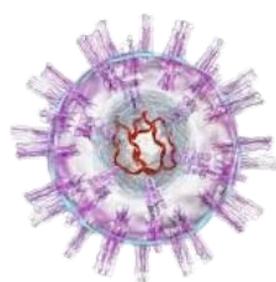
Tipo 1	Tipo 2
Mayoría de los herpes extragenitales.	Causante del herpes genital y % bajo de los extragenitales
	

## Clínica

- ❖ **Herpes Simple Extragenital:** El **mas frecuente es el orofacial recidivante**. La mayoría son asintomáticas, solo un 5% se manifiesta en forma de gingivostomatitis herpética, siendo mas frecuente el primera infancia y caracterizado por fiebre, afectación del estado general, úlceras orales cubiertas por fibrina y adenopatías cervicales.
- ❖ **Herpes Simple Genital:** Causa mas frecuente de úlceras genitales, primoinfección sintomática, entre 3 y los 14 días del contacto sexual. Úlceras agrupadas sobre base eritematosa, adenopatías inguinales dolorosas.
- ❖ **Herpes Neonatal:** Se debe al contagio intraparto del VHS-II, con afectación neurológica, deterioro general y vesículas o úlceras en la piel.
- ❖ **Otras clínicas:** Son el herpes gladiatorum, el panadizo y la queratoconjuntivitis.



# HERPES VIRUS



## Fisiopatología

Contagio Por contacto directo



Primo infección de 3 - 20 días



Virus queda acantonado en la porción sensitiva de ganglios craneales o espinales



Reactivación (asintomática o bien recidivas clínicas sintomáticas)



## Complicaciones

- ❖ **Eccema Herpético** o erupción variceliforme de Kaposi: Dermatitis atópica.
- ❖ **Eritema Exudativo Multiforme** : Reacción de hipersensibilidad mediada por células. Se caracteriza por lesiones maculopapulosas o urticariales, incluyendo las clásicas "Dianas" o lesiones en "Escarapela" preferentemente en zona distal de las extremidades (Dorso de manos, palmas, pies, codos y rodillas).



Eritema multiforme (típicas lesiones en "diana")

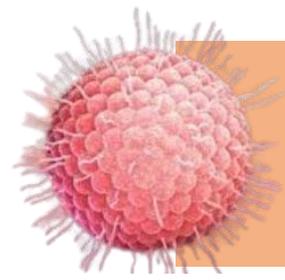
## Diagnósticos

- ❖ El diagnóstico es fundamentalmente clínico
- ❖ El método de confirmación más fiable es el cultivo virológico.
- ❖ La extensión de un frotis de las lesiones (Citodiagnóstico de Tzanck) permite ver células multinucleadas e inclusiones intranucleares, también se evidencian mediante el estudio histológico.

## Tratamiento

- ❖ Las formas leves no precisan tratamiento específico, solo sintomático
- ❖ El tratamiento antivírico se administra en los siguientes casos: primoinfección, recidivas graves o frecuentes, complicaciones.

El fármaco de elección es aciclovir y sus derivados (Valaciclovir, Famciclovir) por vía oral.



# VIRUS VARICELA ZÓSTER (VVZ)



La primoinfección da lugar a una varicela. Tras la varicela, el virus queda acantonado en la porción sensitiva de los ganglios neurales, da lugar al herpes zóster.



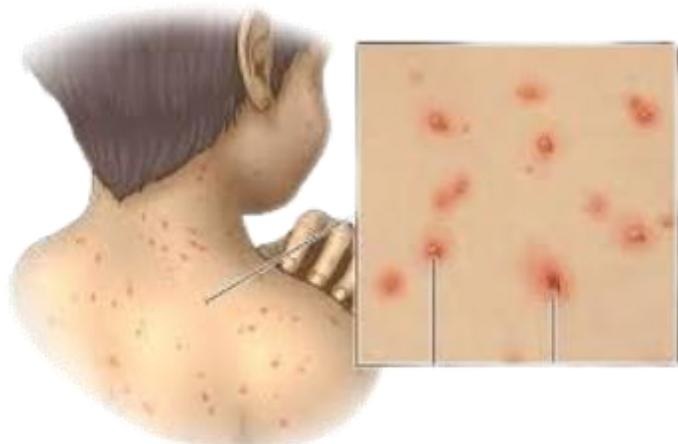
## Varicela



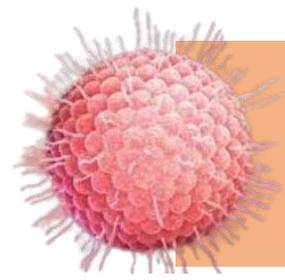
- ❖ Tras 15 días de incubación aparece fiebre, cefalea, prurito y lesiones polimorfas en distintos estadios: Máculas, pápulas, vesículas, úlceras y costras ( Imagen "en cielo estrellado". Es característica la afectación de las mucosas ( úlceras) y del cuero cabelludo.
- ❖ La complicación mas frecuente es la sobreinfección bacteriana de las lesiones. Un 20 % de los adultos presenta neumonía varicelosa demostrable radiológicamente, pero sólo produce clínica en un 4 % de los casos

## Fisiopatología

- ❖ Se transmite por secreciones respiratorias o contacto directo con las lesiones, el virus ingresa, coloniza VAS, y sistema reticuloendotelial, llega a tejidos blandos y piel y la respuesta de linfocitos y PMN dejan células gigantes multinucleadas y cuerpos de inclusión.



La varicela produce prurito, la mayoría de las erupciones exantemáticas no lo hacen.



# VIRUS VARICELA ZÓSTER (VVZ)



## Herpes Zóster

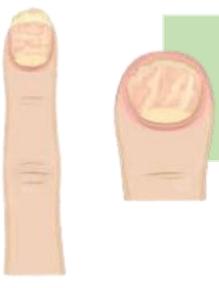
- ❖ El mas usual es el torácico. No suele aparecer mas de una vez en la vida
- ❖ La reactivación del VVZ puede ser espontanea o precipitada por la inmunosupresión, estrés psíquico, fiebre, radioterapia o daño tisular.
- ❖ Las lesiones cutáneas preceden de síntomas prodrómicos como dolor, picor o hiperestesia local.
- ❖ Se caracteriza por vesículas sobre la base eritematosa con distribución metamérica unilateral.
- ❖ La complicación mas común es la neuralgia postherpética, mas frecuente en anciano y puede requerir tratamiento con carbamazepina o antidepresivos tricíclicos.

## Formas Clínica Especiales

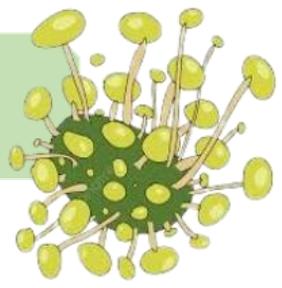
- ❖ **Síndrome de Ramsay- Hunt:** Afectación del ganglio geniculado del nervio facial
- ❖ **Afectación del Oftálmico:** Puede producir queratitis grave y requiere un oftalmólogo.
- ❖ **Herpes Zóster Diseminado:** Aparición de mas de 20 vesículas fuera del dermatoma o dermatomas afectos.

## Tratamiento

- ❖ La varicela en la infancia suele tratarse de forma sintomática( analgesia, antihistamínicos y antisépticos o antibióticos tópicos para evitar o tratar la sobreinfección de las lesiones.
- ❖ El herpes virus debe tratarse con antivíricos, idealmente en las primeras 72 hrs.
- ❖ Los fármacos empleados son orales: Aciclovir y sus derivados ( valaciclovir, Famciclovir) durante 7 días. Se reserva el aciclovir intravenoso para el tratamiento del zóster en pacientes inmunodeprimidos.
- ❖ Pacientes con insuficiencia renal administrar brivudina en lugar de aciclovir, que esta contraindicada en pacientes en tratamiento con 5- fluorouracilo o derivados en pacientes inmunodeprimidos .



# Infecciones Micóticas



## Dermatofitosis o Tiñas

Las dermatofitosis afectan a la piel y estructuras queratinizadas como pelos y uñas. El dermatofito más frecuente, generalmente es **Trichophyton Rubrum**.

## Tiñas No Inflamatorias

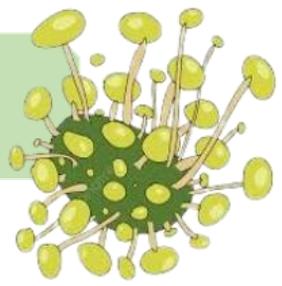
- ✓ No producen alopecia cicatricial irreversible, mientras que inflamatorias si.
- ✓ Las tiñas se tratan con derivados azólicos o terbinafina.

## Clasificación

TIPO	CARACTERISTICAS	IMAGEN
Tiña del cuero cabelludo ( Tinea capitis o tinea tonsurans)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Propia de la infancia</li> <li>• Placas alopécicas con pelos rotos y descamación</li> <li>• En la pubertad suelen curarse sin dejar cicatriz</li> </ul>	
Tiña del Cuerpo ( Herpes circinado o tinea corporis)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Placas eritodescamativas circinadas ( con bordes más activos)</li> <li>• Crece de forma excéntrica, con menor actividad en el centro y mayor en los bordes.</li> </ul>	
Tiña de los pies ( Tinea pedis)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• "Pie atleta",</li> <li>• Descamación en los espacios interdigitales</li> </ul>	
Tiña Incognito	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tiña tratada erróneamente con corticoesteroides que dificulta el diagnóstico al modificar la lesión</li> </ul>	
Tiña Inguinal ( tinea cruris o eccema marginado de hebra).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Placas eritematodescamativas de bordes mas activos</li> </ul>	
Tiña Ungueal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hiperqueratosis subungueal con onicólisis, sin perionixis</li> </ul>	



# Infecciones Micóticas



## Tiñas Inflammatorias

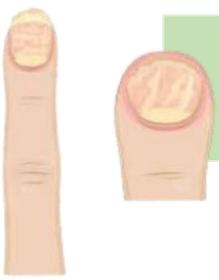
- ✓ Suelen deberse a hongos de reservorio animal ( Zoofílicos).
- ✓ Son lesiones muy inflamatorias que tienden a dejar cicatrices y alopecias cicatriciales.
- ✓ Se tratan con azólicos o terbinafina sistémicos.

## Clasificación

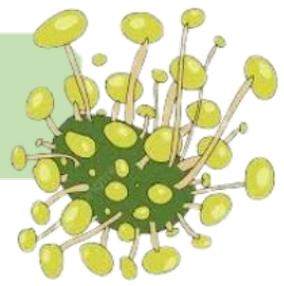
TIPO	CARACTERISTICAS	IMAGEN
Querión de Celso	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se localiza en el cuero cabelludo</li> <li>• Placa eitematoedematosa y exhudativa, con pústulas.</li> <li>• A la presión supura pus a través de folículos "signo de espumadera").</li> <li>• Suele dejar alopecia cicatricial.</li> </ul>	
Favus	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Agente causal Trichophyton schoenleinii.</li> <li>• Afección al cuero cabelludo</li> <li>• Pustulas foliculares</li> <li>• Se deprimen adoptando forma de cazoleta fávica.</li> </ul>	
Granuloma Tricofítico de Majocchi	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Afecta piel con pocos folículos pilosos.</li> <li>• Tipico en piernas de las mujeres tras la depilación.</li> </ul>	
Tiña de la Barba	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Folliculitis con pustulas y nódulos eritematosos</li> </ul>	

## Diagnostico

- ✓ Lampara de Wood: Pelos infectados por microsporium Spp. Presentan fluorescencia verdosa.
- ✓ Cultivos para Hongos: Recoleccion de lesiones escamosas de piel, pelos o uñas. Se cultiva en medio glucosado de Sauboraud.
- ✓ Dermatopatología: Tinción de ácido periódico de Schiff (Pas) o Plata- Metenammina son mas sensibles que KOH o el cultivo



# Infecciones Micóticas



## Dermatofitosis o Tiñas

Las dermatofitosis afectan a la piel y estructuras queratinizadas como pelos y uñas. El dermatofito más frecuente, generalmente es **Trichophyton Rubrum**.

### Etiología

- ✓ Los niños sufren infecciones del cuero cabelludo ( Trichophyton, Microsporum
- ✓ La raza negra tiene menor incidencia de dermatofitosis
- ✓ La tiña de la cabeza es mas común en raza negra

### Epidemiología

- ✓ T. Rubrum es oriundo del sudeste asiático, el interior de Australia y el occidente Africano.
- ✓ 70 % de la población americana experimenta al menos un episodio de infección por T. Rubrum.

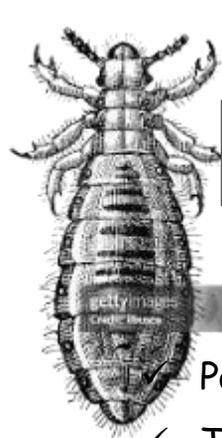
## Clasificación

<b>Dermatofitosis de la Epidermis Queratinizada</b>	Tiña de la cara, tiña del cuerpo, tiña crural, tiña de la mano, tiña de los pies
<b>Dermatofitosis del Aparato Ungueal (Onicomycosis)</b>	Tiña de las uñas, termino amplio incluye infecciones de las uñas causadas por dermatofitos, levaduras y mohos.
<b>Dermatofitosis del Pelo y el Folículo Piloso</b>	Foliculitis dermatofítica, granuloma de majocchi, tiña de la cabeza, tiña de la barba

## Tratamiento

- ✓ Tratamiento preventivo con medidas de higiene
- ✓ Terbinafina, comprimidos de 250 mg/día durante 14 días
- ✓ Itraconazol 200 mg 2 veces al dia durante 14 días
- ✓ Fluconazol 150-200 mg/día durante 4 a 6 semanas





# PEDICULOSIS



## Generalidades

Parasito tipo ectoparásito- *Pediculus capitis*

- ✓ Transmisión contacto directo
- ✓ La mas frecuente de todas las pediculosis es Capatis.
- ✓ Pediculosis Corporis y la Pediculosis Pubis.
- ✓ Síntoma principal prurito en cabeza y genitales.
- ✓ Mas frecuente en Niños, sexo femenino y raza blanca.
- ✓ En la pediculosis pubis son típicas unas maculas parduzcas en la ropa interior y sobre la piel, se denominan máculas cerúleas.
- ✓ Estas pigmentaciones aparecen como resultado de la reducción de la hemoglobina por una enzima del parasito.
- ✓ El tratamiento consiste en malatión, lindano o permetrina por vía tópica.
- ✓ **Diagnostico** Exploración directa

### ❖ Tratamiento:

Medidas higiénicas

Lavar ropa personal, lavar ropa de cama, lavar juguetes de tela

Lavar con agua a 50 grados Celsius por 30 minutos en 2 ocasiones.

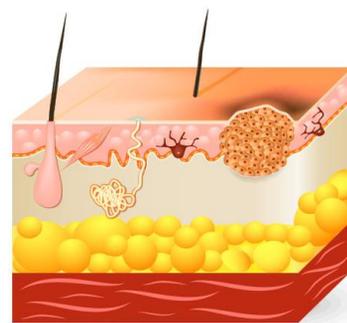
### ❖ Tratamiento primera linea:

>5 años: permetrina 1-5 % Aplicar durante 10 minutos, después del baño con cabello seco, repetir a los 7 a 10 días.

### ❖ Tratamiento 2da linea:

Ivermectina VO 200 ug/kg DU y repetir a los 7-10 días. No aplicar en <15 kg.

# CARCINOMA BASOCELULAR



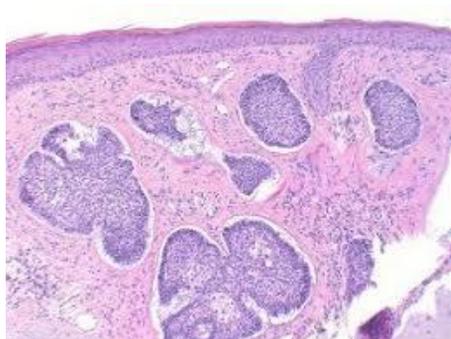
Pápula rosada de brillo perlado de crecimiento progresivo, tiende a ulcerarse y sangrar. Suele aparecer en piel sana y **nunca aparece en mucosas.**

## Generalidades

- ✓ Es el tumor maligno más frecuente
- ✓ 60% de los cánceres de la piel y supone entre el 60-75% de los carcinomas.
- ✓ Factor etiológico : **exposición solar**
- ✓ Mayormente en cara a partir de los 40 años.
- ✓ Factor de riesgo añadido tener **foto tipo I o II**: Piel que tiende mas a quemarse que a broncearse, con pelo y ojos claros.



## Anatomía Patológica



Histológicamente deriva de células pluripotenciales de la capa basal de la epidermis, proliferan y dispone en **forma de nidos y cordones celulares en empalizada.**

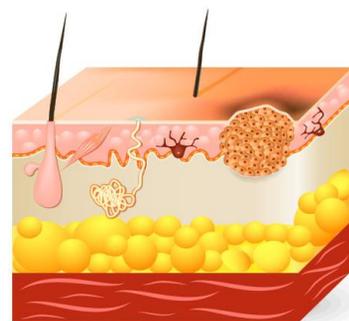
## Clínica

Suele presentar:

- Telangiectasias y/o glóbulos pigmentados en su interior.
- Aparece por orden de frecuencia en las siguientes partes: Cabeza, cuello, extremidades superiores y tronco.

Formas clínicas	Descripción
Esclerodermiforme	Placa blanco- amarillenta mal delimitada, esclerótica, casi nunca se ulcera y aparece en la cara. Resistente a la radioterapia.
Superficial o multicéntrico	Eritodescamativa, típicamente se localiza en tronco
Ulcus Rodens (Terebrante)	Forma agresiva con ulceración y crecimiento en profundidad, produce extensa destrucción local.
Nodular	Pápula o nódulo perlado con telangiectasias.
Pigmentado	Puede ser distinguible del melanoma, dermatoscopia herramienta muy útil para su diagnóstico diferencial.

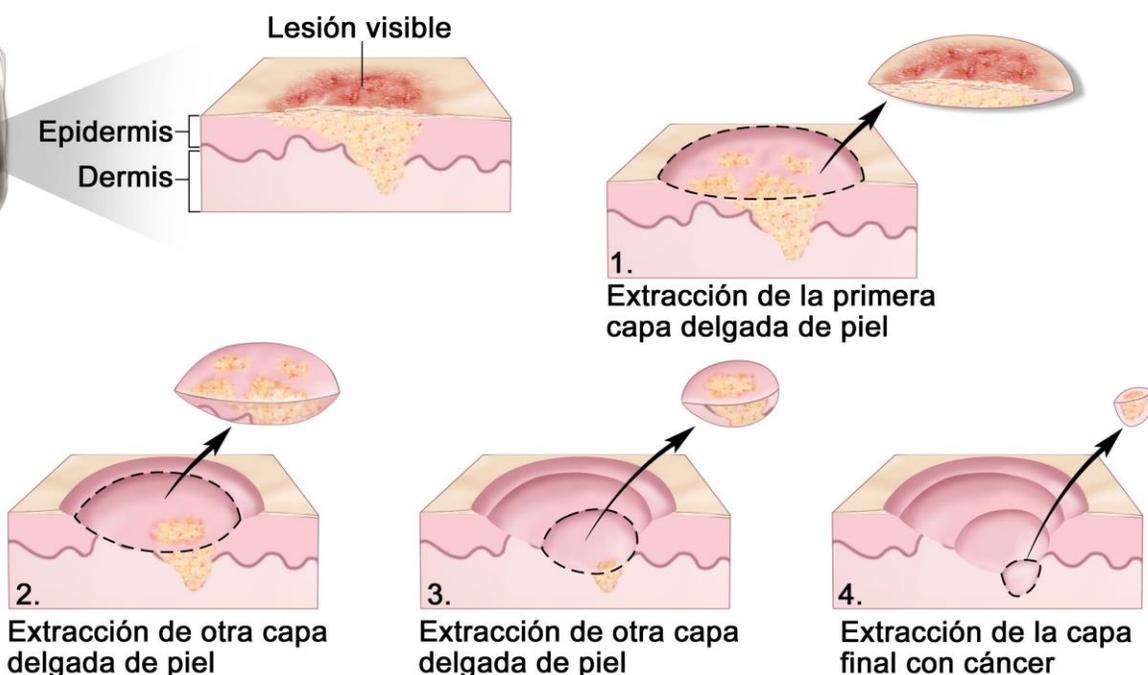
# CARCINOMA BASOCELULAR



## Tratamiento

- ✓ El tratamiento de elección es la **cirugía**.
- ✓ Se emplea **cirugía de Mohs** en zonas donde hay que conservar tejido sano circundante (punta nasal, Pabellones auriculares).
- ✓ En pacientes muy ancianos que no puedan ser sometidos a intervención quirúrgica, la radioterapia es una opción curativa con buenos resultados
- ✓ Como alternativas superficiales se utiliza la crioterapia, la electrocoagulación, el **imiquimod** o la terapia fotodinámica.

## Cirugía de Mohs



© 2009 Terese Winslow  
U.S. Govt. has certain rights

En aquellos casos excepcionales de carcinoma basocelular localmente avanzado o metastásico el tratamiento es **vismodegib**.



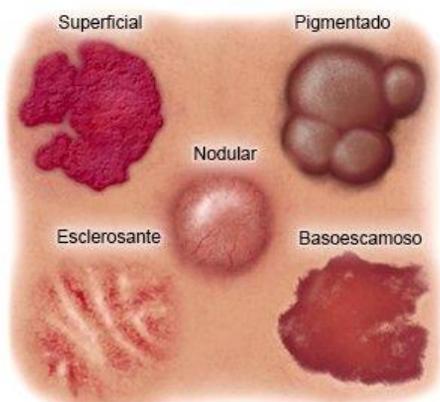
El **vismodegib** es un nuevo fármaco inhibidor de la vía de señalización hedgehog que tiene indicación en aquellos carcinomas basocelulares localmente avanzados o metastásicos, siempre que no sean candidatos a cirugía y radioterapia.

# CARCINOMA EPIDERMÓIDE, ESPINOCELULAR O ESCAMOSO



## Generalidades

- ✓ Es el segundo tumor cutáneo maligno más frecuente.
- ✓ Localizado frecuentemente en manos
- ✓ Derivación de queratinocitos de la epidermis y aparece en piel como en mucosas.
- ✓ Metástasis ganglionar frecuentemente en formas de alto riesgo.
- ✓ Factor etiológico principal exposición solar.



Carcinoma basocelular

## Anatomía Patológica

Presentación polimorfa, a modo de placas eritematosas o Eritodermatosa de larga evolución, con el tiempo adoptan formas papulotumorales con frecuencia ulceradas y sangrantes.

## Tratamiento

Suele presentar:

- Extirpación Quirúrgica con márgenes de seguridad.
- Radioterapia, especialmente pacientes ancianos inoperables, epidermoides de mucosas y para reducir masa tumoral.
- Crioterapia
- Terapia fotodinámica
- Imiquimod tópico
- 5 fluorouracilo tópico
- Destrucción mediante laser de dióxido de carbono

## Diferencias entre Carcinoma Basocelular y Carcinoma Epidermoide

	Carcinoma Basocelular	Carcinoma Epidermoide
Frecuencia	Mayor	Menor
Etiología	Foto exposición	Foto exposición (+ importante)
Clínica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Brillo perleado</li> <li>• Telangiectasias superficiales</li> <li>• Sobre piel "sana" destruye por contigüidad</li> <li>• Nunca en mucosas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Eritema, descamación</li> <li>• Más queratósico</li> <li>• Sobre lesión premaligna (o no)                             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Puede dar metástasis</li> </ul> </li> <li>• Puede afectar mucosas</li> </ul>

# ECCEMA ATOPICO



Trastorno inflamatorio de la piel de curso crónico y recidivante, que afecta a un 12-15% de la población infantil. Inicialmente se manifiesta por piel seca y prurito..

## Clasificación

✓ Prurito

1.- Eccema Agudo: Eritema, edema, vesiculación-ampollas, exudación. ( Lesiones líquidas)

2.-Eccema Subagudo: Lesiones descamativas y descamación.

3.- Eccema Crónico: Linequificación, grietas, fisuración.

Es necesario el rascado mantenido para que aparezcan estas alteraciones (Lesiones secas)



## Etiopatogenia

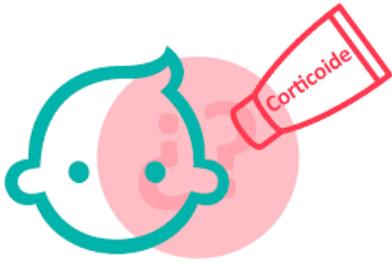


Trastorno hereditario poligénico y multifactorial que suele observarse de una "diatesis Atópica" (asma, rinitis)

Existen numerosos factores desencadenantes o que mantienen los brotes de eccemas: los aero alérgenos (ácaros del polvo: *D. pteronyssimus*); los antígenos bacterianos (*S. aureus*); los alimentos (ovoalbúmina); el estrés psicológico .

## Clínica

Formas clínicas	Descripción	Anexos
Lactante	Alrededor de los 3 meses. Predomina el eritema y las papulas en cuero cabelludo y cara (respetando triangulo nasogeniano)	
Infantil	Son lesiones secas, linequificadas en flexuras antecubital y poplítea.	
Adulto	Son lesiones secas, subagudas, crónicas en cara, cuello, flexuras y dorso de manos.	



# ECCEMA ATOPICO



## Tratamiento

- ✓ **Medidas generales;** Baños con avena, jabones extra grasos sin detergentes, emolientes. Relajación y descanso psicológico.
- ✓ **Corticoides Tópicos:** El uso crónico puede causar efectos secundarios locales y sistémicos
- ✓ **Fototerapia:** tanto los UVB de banda estrecha como los PUVA han demostrado eficacia.
- ✓ **Antihistamínicos Orales:** Alivian el prurito y pueden provocar sedación leve. No debe emplearse tópicos, puesto que puede causar fotosensibilidad.
- ✓ **Corticoides Orales:** Para brotes agudos, en ciclos cortos y no como mantenimiento. La suspensión Súbita puede ocasionar efecto brote.
- ✓ **Inmuno Moduladores:** Ciclosporina A para el eccema atópico grave del adulto que no ha respondido a otras alternativas.
- ✓ **Tacrolimus y pimecrolimus tópico:** Inmunomoduladores tópicos (inhibidores de la calcineurina). Aprobados para la dermatitis atópica crónica en pacientes mayores de 2 años. No presenta los efectos secundarios locales que tienen los corticoides, ni atrofia no efecto brote, tampoco causan estrías.



Cortar  
las uñas



Usar prendas  
de algodón



Baños cortos y  
con agua tibia



Hidratar



Cambiar los pañales  
con frecuencia

# Bibliografía

- Grupo Editorial CTO. Manual CTO De Medicina y Cirugía 10ª edición, Dermatología