



Mi Universidad

Flashcards

Abril Amairany Ramírez Medina

1er parcial

Clínicas médicas complementarias

Dra. Adriana Bermúdez Avendaño

Medicina humana

7mo semestre Grupo C

Comitán de Domínguez, Chiapas. 13 de septiembre de 2024

Herpes

Abril

Definición. Ya sea una infección primaria sintomática o recurrente, es característica la presencia clínica de vesículas agrupadas sobre una base eritematosa en la piel queratinizada o las mucosas. Después de la infección primaria, el HSV persiste en los ganglios sensitivos de por vida y recurre al disminuir la inmunidad.

Etiología. Causa: HSV-1 y HSV-2. Labial: HSV-1 (80-90%), HSV-2 (10 a 20%). Urogenital: HSV-2 (70-90%), HSV-1 (10-30%). Paradojo herpético: (<20 años por lo general HSV-1; >20 años por lo general HSV-2. Neonatal: HSV-2 (70%), HSV-1 (30%).

Patogénesis. La infección primaria por el HSV se origina del contacto cercano con una persona que elimina virus en algún sitio periférico, mucosa o secreción. Se transmite por inoculación en una mucosa susceptible o una solución de continuidad en la piel. Después del contacto con el HSV el virus se multiplica en las células epiteliales, lo cual origina lisis de las células infectadas, formación de vesículas e inflamación circunscrita. Después de la infección primaria en el sitio de inoculación, el HSV asciende por los nervios sensitivos periféricos y penetra en los ganglios de las raíces nerviosas autónomas (vaga) o sensitivas, donde se establece en latencia.



CamScanner

Manifestaciones clínicas. Hsv-1. Labial. Se presenta como ampollas o úlceras dolorosas en los labios o alrededor de la boca, fiebre y molestia general. Ocular. Puede causar queratitis (inflamación de la córnea), lo que lleva a dolor ocular, enrojecimiento, visión borrosa y secreción ocular. Herpes gingivostomatitis. Infección en la boca y encías, fiebre, dolor al comer y úlceras orales. Hsv-2. Genital. Ampollas o úlceras dolorosas, genitales, área perianal o los muslos. Puede acompañarse de dolor al orinar, secreción vaginal o uretral, y ganglios linf. inflama. Neonatal. Puede causar encefalitis, hepatitis o lesiones cutáneas.

Herpes Zóster (VZV). Erupción dolorosa y ampollas en un patrón unilateral, a lo largo de un nervio. Se acompaña de dolor intenso.

Diagnóstico. Frotis de Tzanck. Se obtiene líquido de una vesícula intacta. Se confirma por medio de un cultivo viral o detección de antígenos.

Tratamiento. Antiviral tópico: mínima eficacia. Pomada de aciclovir al 5%. Se aplica 6 veces al día por 7 días. Crema de Penciclovir al 1%. Cada 2 hrs.

Antiviral oral. Aciclovir, Valaciclovir y Famciclovir. Aciclovir 400 mg c/8 hrs. 200 mg 5 veces/día / 7 días - 10 días. Valaciclovir 1g / 12 hrs / 7 - 10 días.

Famciclovir 250 mg / 8 hrs / 5 - 10 días.



CamScanner



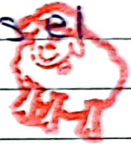
Dermatofitosis o tiñas

Abril

Definición: Afectan a la piel y a las estructuras queratinizadas como pelos y uñas (no lo hacen a las mucosas).

Diagnóstico: Se realiza clínicamente y mediante el cultivo, siendo la fluorescencia con la luz de Wood normalmente negativa.

Etiología: El dermatofito más frecuente, en general, es el *Trichophyton rubrum*.



Tiñas no inflamatorias.

No producen alopecia cicatricial irreversible, mientras que las inflamatorias sí la pueden provocar.

Tratamiento. Las tiñas se tratan con derivados azólicos o terbinafina. Inflamatorias → Azólicos o terbinafina sistémicos.

Tipos de tiñas:

Tiña del cuero cabelludo (tinea capitis o tinea tonsurans). Propia de la infancia; cursa como placas alopecias con pelos rotos y descamación. (1413 10-11, 157). Al llegar a la pubertad suelen curar espontáneamente sin dejar cicatriz.



CamScanner

Rayter

Tiña del cuerpo (herpes circinado o tinea corporis). Placas eritematodescamativas circinadas (con los bordes más activos) normalmente pruriginosas. Crece de forma excéntrica, con menor actividad en el centro y mayor en los bordes.

Tiña de los pies (tinea pedis) Más frecuente pie de atleta, con descamación en los espacios interdigitales.

Tiña incógnita. Tiña tratada erróneamente con corticoides que dificulta el diagnóstico al modificar la lesión.

Tiña inguinal (tinea cruris o eccema marginado de hebra) Placas eritematodescamativas de bordes más activos.

Tiña ungueal. Hiperqueratosis subungueal con onicólisis, sin perionixis.

Tiñas inflamatorias. Se debe a hongos de reservorio animal (zoofilicos).

Querion de Celso. Cuello cabelludo. Placa eritematodemática y exudativa, pustulas. Presionando supura por los folículos (signo de la espuma de la madera).

Favus. Se secan y se deforman y forma cazoleta. fávica. Costras amarillas (escutulos). el agente etiológico es *Trichophyton schoenleinii*.

Granuloma tricofítico de Majocchi. Piel con pocos folículos y pus, periancia de tipo tiña de la barba. Foliculitis, pustulas y nódulos eritematosos.



Pediculosis.

Abril

Definición. Infestación de la piel cabelluda por el piojo de la cabeza. Se alimenta en la piel cabelluda y en el cuero y deposita sus heces en el cabello.

Etiología: Subespecie. *Pediculus humanus capitis*. Tiene el tamaño de una semilla de sésamo de 1 a 2 mm. Se alimenta cada cuatro a seis horas. Se mueve sujetándose a los cabellos cercanos a la piel cabelluda; pueden trepar hasta 23 cm al día. Los piojos depositan liendres a 1 a 2 mm de la piel cabelluda. Velocidad 23 cm por minuto.

Transmisión. Contacto de cabeza con cabeza, sombreros, gorras, cepillos y peines compartidos, asientos de sala de cine y cajincillos.

Manifestaciones Clínicas. Prurito en la porción posterior y a los lados de la piel cabelluda. La rascadura y la infección secundaria se acompañan de linfadenopatía occipital o cervical.

Tratamiento. Insecticidas de aplicación tópica. Permetrina, malatión, piretrina, piperonil butóxido. Sistémica: Ivermectina oral (200 mcg/kg).



CamScanner

Rayter

Cáncer cutáneo

Abril

Definición. Carcinoma basocelular. Tumor maligno más frecuente en la especie humana. Constituye aprox el 60% de todos los cánceres de piel y supone entre el 60-75% de los Carcinomas.

Anatomía patológica. Deriva de las células progenitoriales de la capa basal de la epidermis, que proliferan y se disponen en forma de nidos y cordones celulares en empalizada.

Clinica. Consiste en una pápula rosada de brillo perlado de crecimiento progresivo, que tiende a ulcerarse y sangrar.

Formas clínicas. Esclerodermiforme: placa blanco-amarillenta mal delimitada esclerótica que casi nunca se ulcera.

Superficial o multicéntrica. Variante eritematodescamativa que se localiza en tronco.

Ulcus rodens (terebriante). Forma agresiva con ulceración y crecimiento en profundidad, que produce extensa destrucción local.

Modular. Pápula o nódulo perlado con telanogectasias.

Tratamiento y pronóstico. El tx de elección es la cirugía (cirugía de Mohs).

En px muy ancianos que no pueden ser sometidos a int. quirúrgica es una opción curativa. Como alternativa terapéutica se utiliza

crinterina

Carcinoma epidermoide, espinocelular o escamoso. Segundo tumor cutáneo maligno en frecuencia, con mayor incidencia que el basocelular y se localiza en manos.

Etiopatogenia. Exposición solar es el principal factor etiológico, por eso aparece en zonas de exposición solar como la cara.

Anatomía patológica. Los queratinocitos atípicos respetan la integridad de la membrana basal. Cuando el epidermoide in situ asienta en mucosa se denomina eritroplasia de Queyrat. Posteriormente infiltra la dermis rompiendo la membrana basal, pudiendo ocasionar metastasis.

Clinica. Su presentación es más polimorfa que el basocelular, que con el tiempo adopta formas papulotumorales, con frec. ulceradas y sangrantes.

Tratamiento. El tx de elección es la extirpación quirúrgica. La radioterapia se emplea con éxito en pacientes ancianos. Crioterapia - terapia fotodinámica, imiquimod tópico, 5-Fluorouracilo tópico.

Queratoacantoma. Lesión de crecimiento rápido con morfología crateriforme e histología de carcinoma epidermoide bien diferenciado. Se presenta como una papula cupuliforme simétrica con un cráter con neo central. Su comportamiento suele ser benigno. Se resuelve espontáneamente dejando cicatriz. Suele extirparse qx para descartar formas agresivas.



Dermatitis atópica

Abril

La neurodermatitis disseminada infantil, es una enfermedad crónica y recidivante de la piel, la cual se caracteriza por prurito intenso, piel seca, inflamación y en ocasiones de eczema. Se caracteriza por cursar con remisiones y exacerbaciones.

Etiología. Participa tanto la predisposición genética como factores ambientales e inmunitarios, se asocia a asma, rinitis alérgica, alimentos, así como infecciones recurrentes por

Fisiopatología. Alteración en el oen de la Filagrina, compuesto importante de la capa córnea y del factor natural de la humectación que se presenta hasta un 42% de los pacientes. La disminución de la expresión de la Filagrina y las ceramidas provoca alteraciones en la función de barrera de la piel, lo que predispone a la hipersensibilidad a alérgenos exógenos

Diagnóstico. Historia clínica. síntomas: prurito, erupción cutánea, sequedad. Antecedente familiar: asma, rinitis, dermatitis, otras enfermedades atópicas. Inicio y curso de síntomas. Características de las lesiones: roja, escama, eritema.



CamScanner



Criterios de Hanifin y Rajka. Biopsia cutánea. pruebas de alergia.

Tratamiento. Hidratación, baños. Farmacológico: Corticosteroides tópicos, inhibidores de calcineurina tópicos. Antihistamínicos, antibióticos. Tratamiento adicional. Fototerapia, inmunosupresores sistémicos.



CamScanner

Rayter

Bibliografía

Manual CTO de Medicina y Cirugía 10ª edición Dermatología