

Infecciones Bacterianas Cutáneas

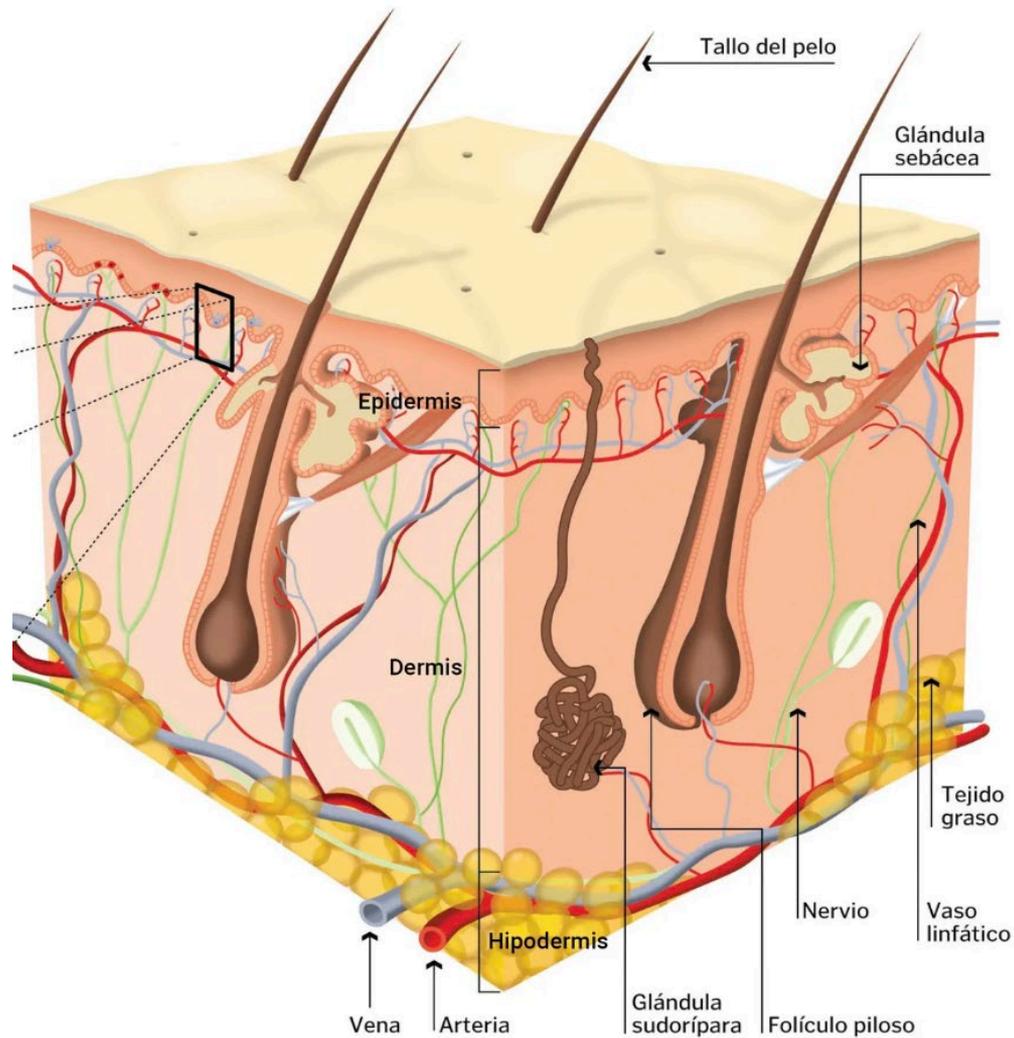
El Impétigo como principal manifestación clínica

Dr. Francisco González

Infecciones Bacterianas Cutáneas

- Son frecuentes especialmente en niños.
- Etiología: *Staphylococcus aureus* y *Streptococcus pyogenes*.
- No son parte del microbioma de la piel sana
- Presentes en piel bajo ciertas condiciones patológicas
- Infección: Rascado, Heridas, Prúrigo ó Lesiones previas.
- Focos: Uñas, Nariz y Piel.

Estructura de la Piel



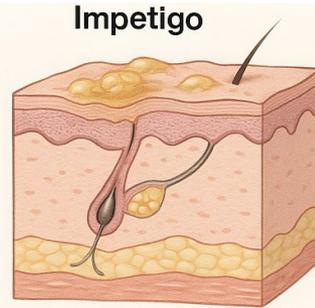
Infecciones Bacterianas Cutáneas

- Clínica :

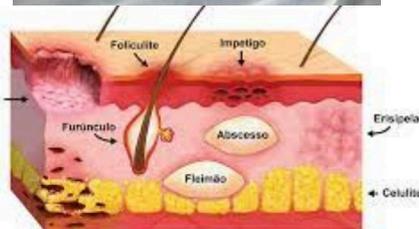
Impétigo



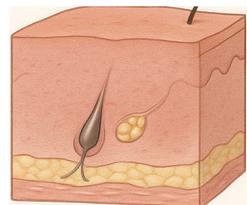
Impetigo



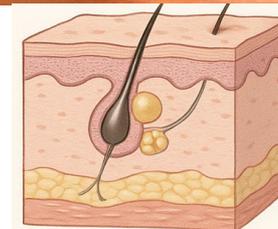
Ectima



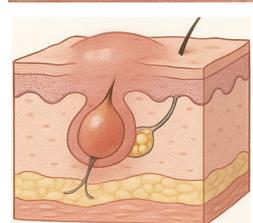
Erisipela



Celulitis



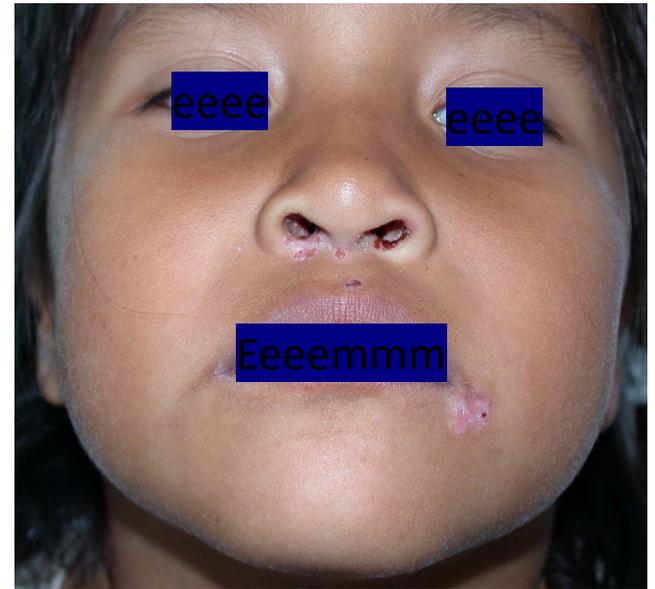
Foliculitis



Furúnculo

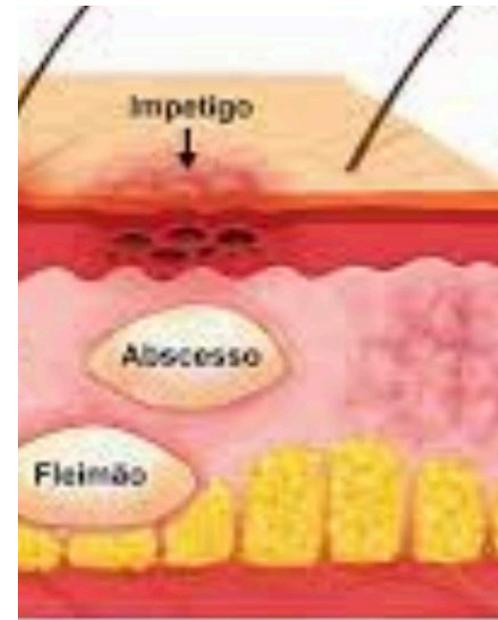
¿Qué es el impétigo?

- Infección bacteriana aguda y superficial de la piel
- **Staphylococcus aureus**
- Streptococcus pyogenes
- Muy contagiosa.
- Variantes: 1. Costrosa. 2. Ampollar.



Impétigo

- Primera causa de consulta en niños.
- Se puede ver a cualquier edad
- Entrada de las bacterias por la piel dañada.
- Picaduras de insectos, heridas, rascado, dermatitis.....
- Climas cálidos y húmedos
- Popularmente : “ Brasa”



Forma de contagio



Autocontagio (rascado y propagación)



Contacto directo con personas infectadas



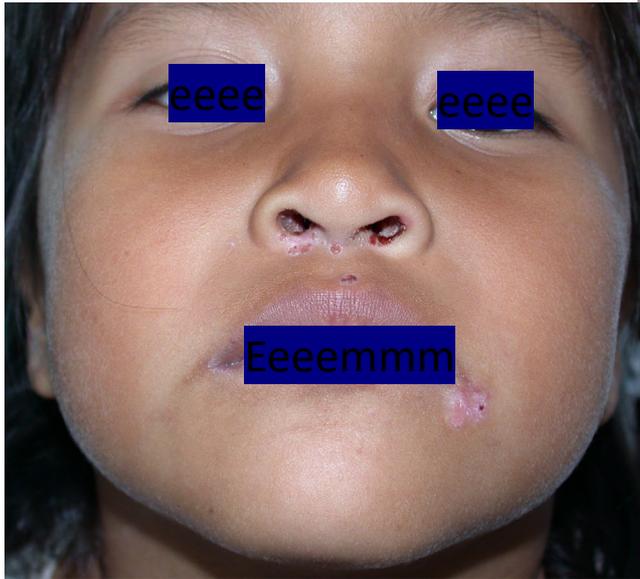
Infección secundaria

Objetos contaminados.

Impétigo. Manifestaciones Clínicas

1. Impétigo Costroso o no ampollososo

- Costras melicéricas
- Cara :



- Extremidades.



Impétigo. Manifestaciones Clínicas

1



2

2. Impétigo Ampollososo



- Ampolla flácida
- Lactantes
- St. Aureus



3

Impétigo. Diagnóstico



- Clínico
- Epidemiológico



Impétigo. Tratamiento

1. Medidas preventivas

- a. Lavado de manos
- b. Mantener las uñas cortas y limpias. No Rascado
- c. Evitar compartir objetos personales.
- d. Evitar el contacto directo con otras personas hasta que las lesiones estén secas
- e. Detección precoz de nuevas lesiones.

Impétigo. Tratamiento

2. Local

1. Lavado diario con agua y jabón.
2. Descostrado suave.
3. Antibiótico tópico: Mupirocina 2% o Bacitracina.
4. Aplicar 2 veces al día por 5-7 días.
5. Grupo Afectado

Impétigo. Tratamiento

3. Sistémico

1. En casos de impétigo extenso,
síntomas sistémicos : fiebre

No responde a tratamiento local

Hay varios afectados en una comunidad
2. Penicilina, Amoxicilina/ac Clavulanico ,
Cefalexina, Cefadroxilo

MRSA: Trimetoprim-sulfametoxazol o clindamicina

Impétigo. Tratamiento

4. Fomentar la educación sanitaria en la comunidad

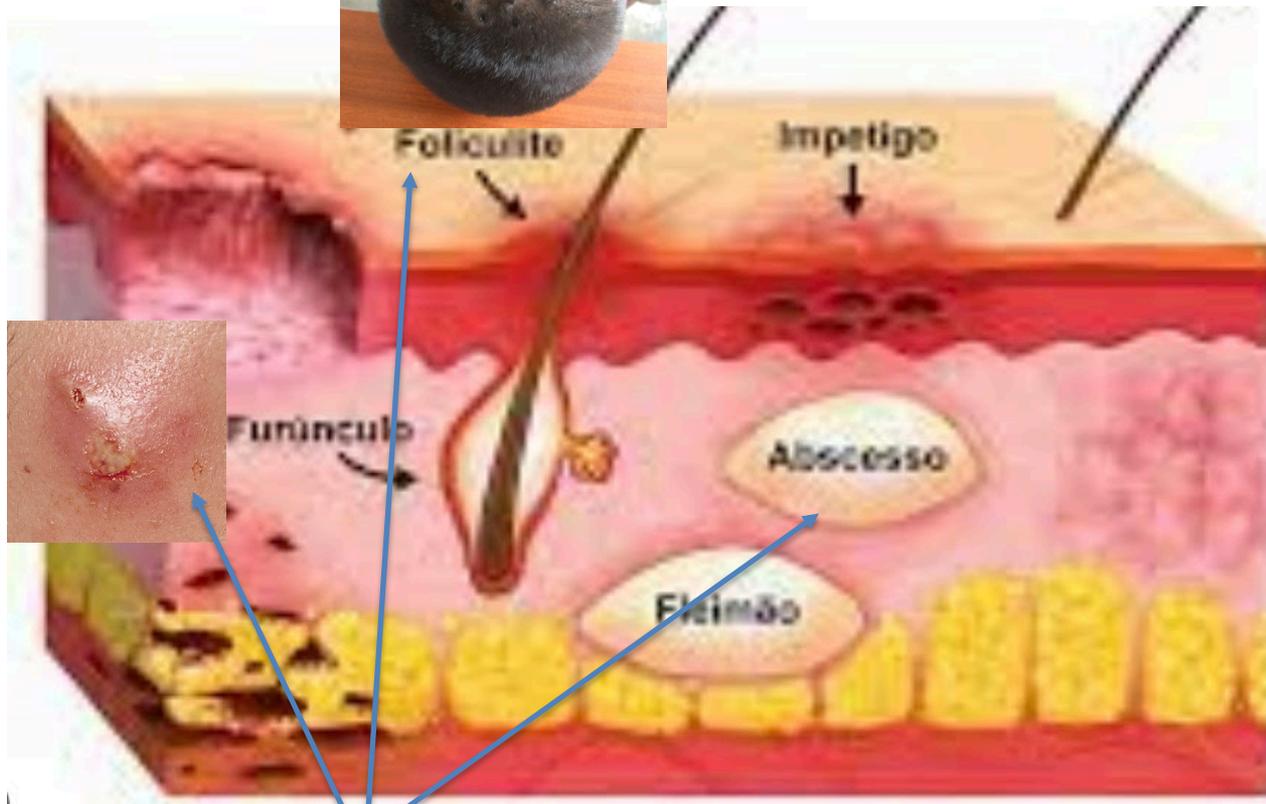
- **Charlas comunitarias:** Explicar qué es el impétigo, cómo se transmite y cómo prevenirlo.
- **Demostraciones prácticas:** Enseñar a lavar manos y heridas
- **Promoción del lavado de manos:** Crear estaciones con agua y jabón en escuelas y centros de salud.
- **Vigilancia comunitaria:** Capacitar a promotores de salud para detectar casos tempranos.

Impétigo. Conclusión

- Es enfermedad frecuente en la Amazonía Venezolana
- Primer causa en niños en Dermatología
- Lesiones Características : Fácil diagnóstico
- Medidas Preventivas y Tratamiento Local
- Tratamiento Sistémico ocasional y justificado
- Educación comunitaria..

Infecciones Bacterianas Cutáneas

- Clínica :



- Streptococcus pyogenes



Erysipela

Celulite



- Staphylococcus aureus

Infecciones Parasitarias Cutáneas:

Dr. Francisco González

Infecciones Parasitarias Cutáneas

- Son prevalentes en edad pediátrica.
- Las más frecuentes : Escabiosis y Pediculosis.
- Foco Sur Amazónico: No presentan. Oncocercosis tratada
- No vimos Leishmaniasis
- Muy contagiosas.



Escabiosis



Pediculosis



Larva Migrans Cutánea



Tungiasis



Oncocercosis



Leishmaniasis

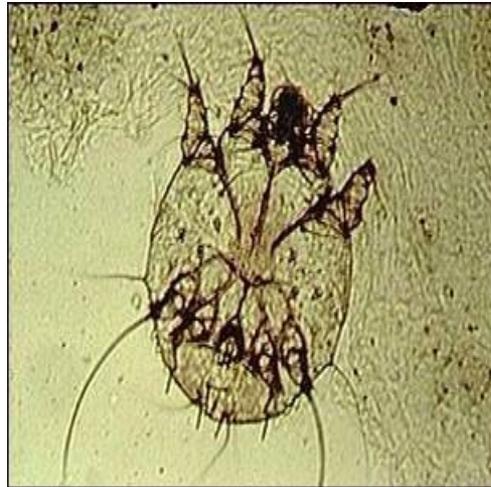
Escabiosis



- Más frecuente en niños.
- Se puede ver a cualquier edad
- Brotes familiares o comunitarios.
- Altamente contagiosa
- Frecuente en condiciones de hacinamiento y baja higiene.
- Calor y humedad favorecen su propagación.

¿Qué es la Escabiosis?

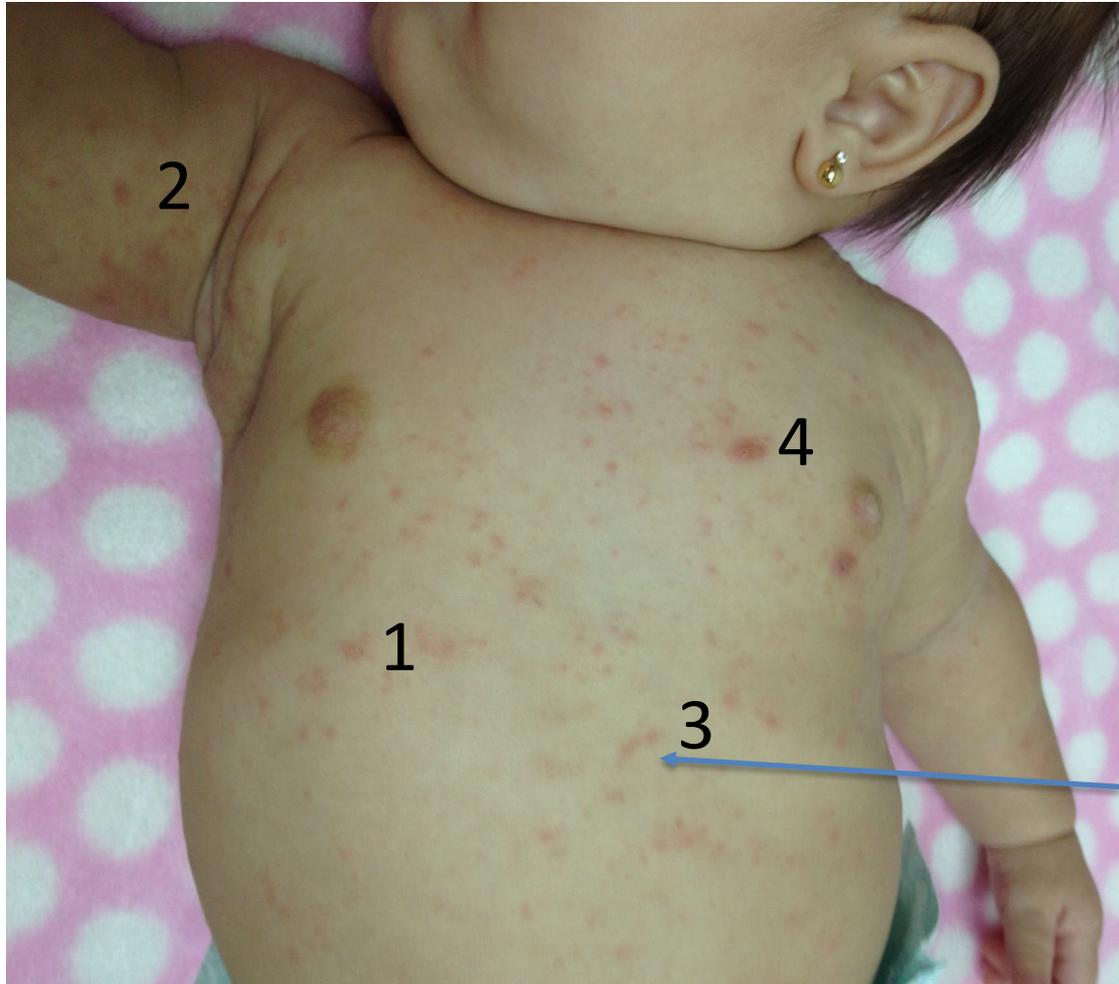
- Infección ectoparasitaria, muy contagiosa.
- Los ectoparásitos son patógenos que generalmente infectan solo las capas superficiales de la piel
- Contagio por contacto directo de piel - piel y, ó fómites (ropas...).
- La Sarna de los animales no produce enfermedad en el Humano



Sarcoptes scabiei var. hominis.

Escabiosis. Manifestaciones Clínicas

Prurito Nocturno



1. Pápula

2

4. Nódulo

4

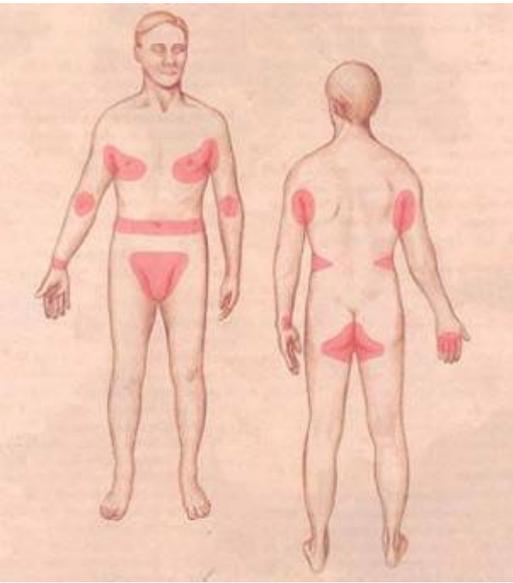
1

3

2. Vesícula

3. Surco o Túnel

Escabiosis. Localización



Escabiosis. Localización



Escabiosis. Manifestaciones Clínicas

Grupo Familiar Afectado



Escabiosis. Diagnóstico



Prurito Nocturno



Clínico



Laboratorio



Escabiosis. Tratamiento

1. Medidas Generales

- Cortar cadena de Transmisión
- Tratar a todos los convivientes, aunque no tengan síntomas.
- Tratamiento simultáneo
- Bañarse con agua y jabón antes de aplicar el tratamiento.
- Cambiar y lavar toda la ropa, diariamente por 7 días
- Guardar en bolsas la ropa que no pueda lavarse, por 72 horas.

Escabiosis. Tratamiento

2. Tratamiento Médico

- Depende de la disponibilidad

1. Tratamiento de Elección : Ivermectina oral (200 mcg/kg) día 1 y repetir a 7 días

2. Permetrina al 5% (crema) o Decametrina (loción): aplicar por la noche en todo el cuerpo, dejar 8-12 horas y lavar por la mañana. 1 Sola Dosis. Puede Irritar

3. **Azufre precipitado** al 10% en vaselina. Aplicar 5 noches seguidas. Irritante

4. **Benzoato de Benzoilo(BB)**. 1 sola aplicacion y dejar 24 horas. Poco usado. Irritante en niños diluirlo 1 parte de BB en 3 de agua

- **Antihistamínicos** para aliviar la picazón.
- **Antibióticos** si hay infección por rascado

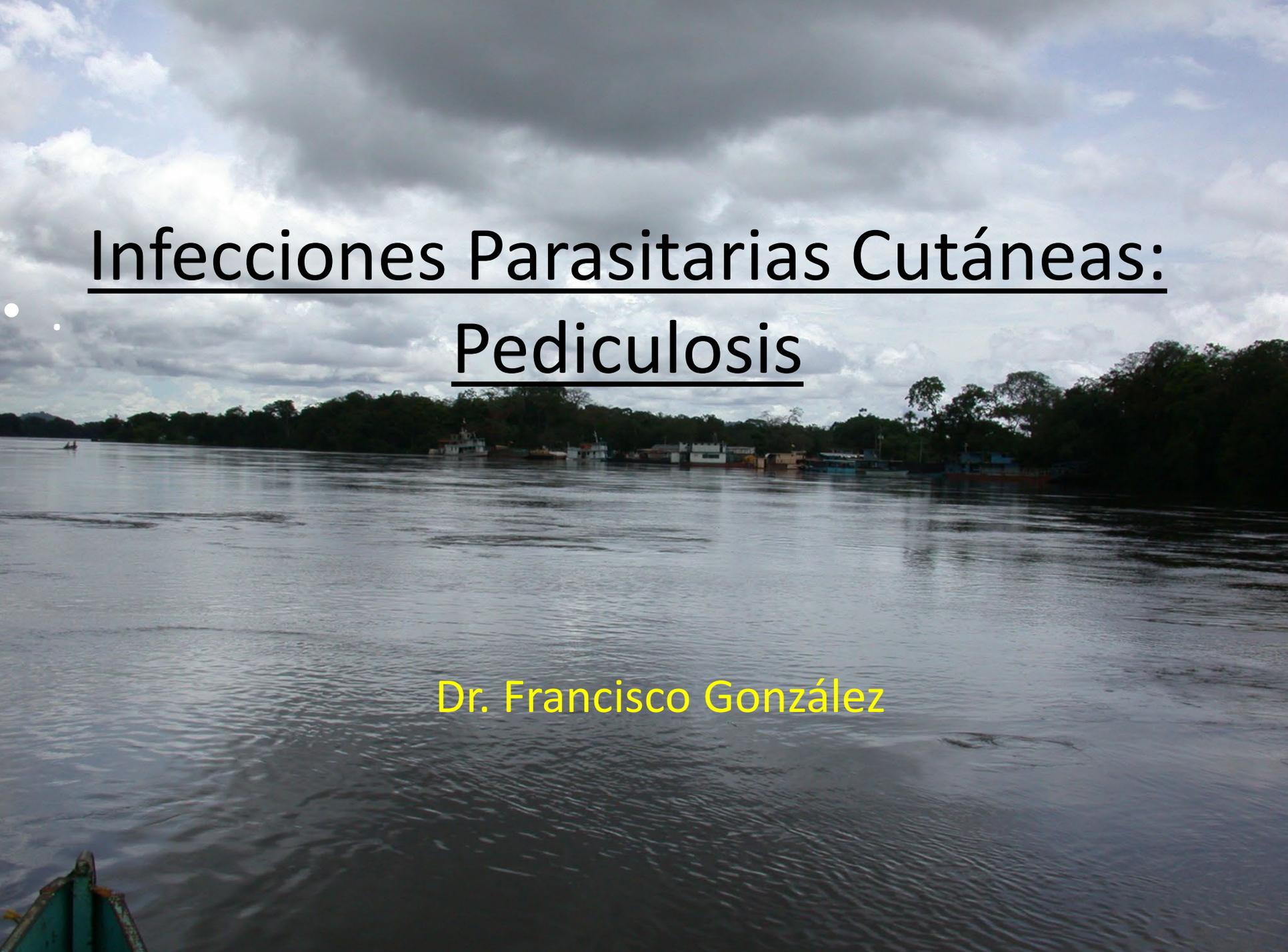
Escabiosis. Tratamiento

3. Consejos prácticos para prevención

- Evitar compartir ropa, o camas con personas infectadas.
- Evitar el hacinamiento en espacios pequeños.
- Identificar y tratar rápidamente los casos sospechosos
- Educar a la comunidad sobre cómo se transmite y su tratamiento
- **Vigilancia comunitaria:** Capacitar a promotores de salud para detectar casos tempranos.

Escabiosis. Conclusiones

- Es enfermedad frecuente en la Amazonía Venezolana
- Más frecuente en niños
- Lesiones Características : Fácil diagnóstico
- Medidas Preventivas y Tratamiento Sistémico o Local
- Identificar y tratar rápidamente los casos sospechosos
- Educar a la comunidad sobre cómo se transmite y su tratamiento

A wide river flows through a landscape with a dense forest on the right bank. The sky is filled with large, grey clouds. In the foreground, the tip of a green boat is visible. The text is overlaid on the upper half of the image.

Infecciones Parasitarias Cutáneas: Pediculosis

Dr. Francisco González

Infecciones Parasitarias Cutáneas



Pediculosis



Escabiosis



Larva Migrans Cutánea



Tungiasis



Oncocercosis



Leishmaniasis

¿Qué es la Pediculosis?

1. Infección ectoparasitaria, muy contagiosa.
2. Frecuente entre 3 y 10 años de edad
3. Transmisión contacto pelo-pelo y fómites
4. Mujeres > hombres
5. Durante todo el año
6. Causa frecuente de brotes en escuelas y comunidades cerradas,



Pediculosis

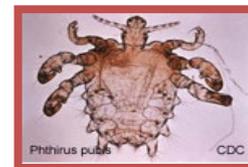


Liendre



Piojo

- *Pediculus humanus var. capitis*
- *Pediculus humanus var. corporis*
- *Phthirus pubis*



Pediculosis. Manifestaciones Clínicas

- Prurito Intenso
- Insomnio
- Escoriaciones
- Infección secundaria



Piojo

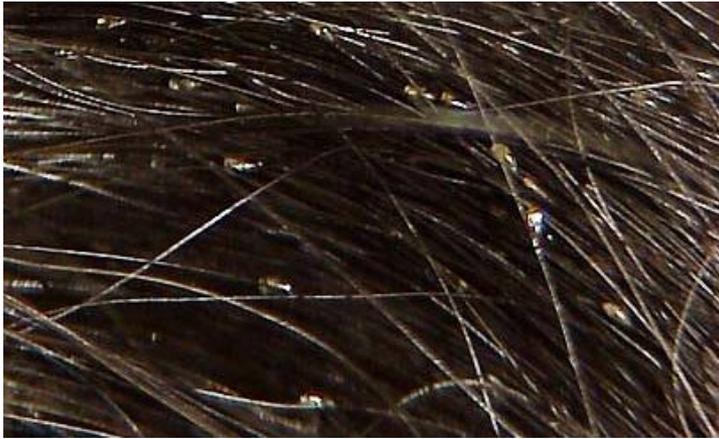


Liendras



Eritema Papular en la nuca

Pediculosis. Diagnóstico



Clínico

Laboratorio

Pediculosis. Tratamiento

1. Medidas Generales

- Que ayuden a cortar la cadena de transmisión.
- Tratar a todos el grupo afectado en forma simultánea
- Fomentar la higiene regular del cabello
- No compartir ropa, peines y cepillos
- Lavar la ropa con agua caliente y si es posible plancharla
- Cortar el pelo

Pediculosis. Tratamiento

2. Tratamiento Médico

- Depende de la disponibilidad

1. Tratamiento de Elección : Ivermectina oral (200 mcg/kg) día 1 y repetir en 7 días

2. Ivermectina loción 1% o Decametrina loción:

Con el pelo seco → Aplicar la loción → dejar por 10 minutos → Enjuagar

y repetir en 7 días. Retirar liendres con peine fino diariamente

3. Benzoato de Benzoilo 10%.

- Aplicar al 10% en el cuero cabelludo seco → Dejar 8 a 12 horas → Lavar y enjuagar

y repetir en 7 días. Retirar liendres con peine fino diariamente

- 4. Pediculosis de pestañas → vaselina tópica 2 veces al día y retirar liendres diariamente

A wide river flows through a landscape with a dense forest on the right bank. The sky is filled with large, grey clouds. In the foreground, the tip of a green boat is visible. The text is overlaid on the upper half of the image.

Infecciones Parasitarias Cutáneas: Larva Migrans Cutánea

Dr. Francisco González

Larva Migrans Cutánea

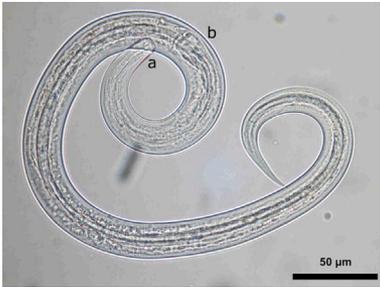
- Infección parasitaria superficial de la piel
- Frecuente en la Amazonía y otras zonas tropicales.
- Afecta a niños, personas descalzas.
- Más común durante la temporada de lluvias.
- No se transmite entre personas
- Es autolimitada



Larva Migrans Cutánea

- Etiología: Larvas de Nemátodos:

Ancylostoma braziliensis, *A. caninum* y otros



- Avanza milímetros a centímetros por día



Larva Migrans Cutánea. Clínica

- Trayecto lineal eritematoso, formando un túnel
- Al detenerse forma nódulos
- Deja descamación residual
- Prurito Intenso



Larva Migrans Cutánea.Clínica

- Se localiza en zonas en contacto con el suelo.
- El rascado puede provocar infección secundaria.
- Frecuente : 1 sola lesión. A veces varios surcos.
- La larva se muere alrededor de 1 mes.



Larva Migrans Cutánea. Diagnóstico

- Epidemiología
- Clínica: Manifestaciones cutáneas



Larva Migrans Cutánea. Tratamiento

- Ivermectina 200 mcg/kg por 1 o 2 días.
- Albendazol 400 mg/día por 3 días.
- Antihistamínicos por vía oral.
- Antibióticos si hay infección secundaria
- Eficaz
- Evitar el rascado



Larva Migrans Cutánea. Tratamiento

1. Medidas Preventivas

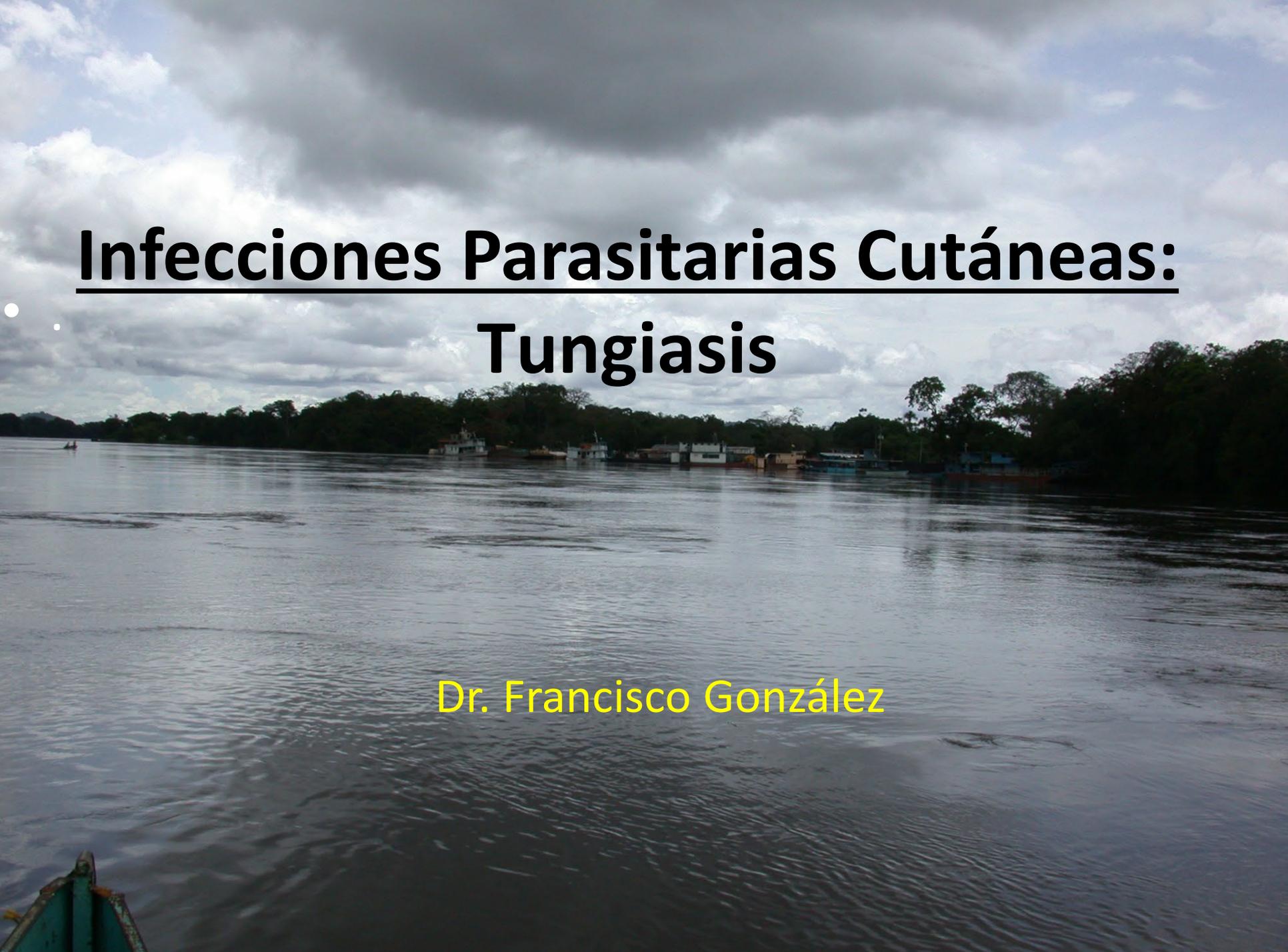
- Usar calzado, evitar sentarse o acostarse sobre terrenos contaminados
- Control veterinario de mascotas. Desparasitación de perros y gatos.
- Campañas de salud comunitaria para control de animales vagabundos
- Educación sanitaria sobre higiene y riesgos del suelo contaminado.



Larva Migrans Cutánea. Conclusión

- Parasitosis frecuente, no grave pero muy pruriginosa.
- Fácil diagnóstico.
- Tratamiento Eficaz.
- Prevención.
- Educación sanitaria.



A wide river flows through a landscape under a cloudy sky. In the foreground, the tip of a green boat is visible. The far bank is lined with trees and some small buildings. The water is dark and has ripples.

Infecciones Parasitarias Cutáneas: Tungiasis

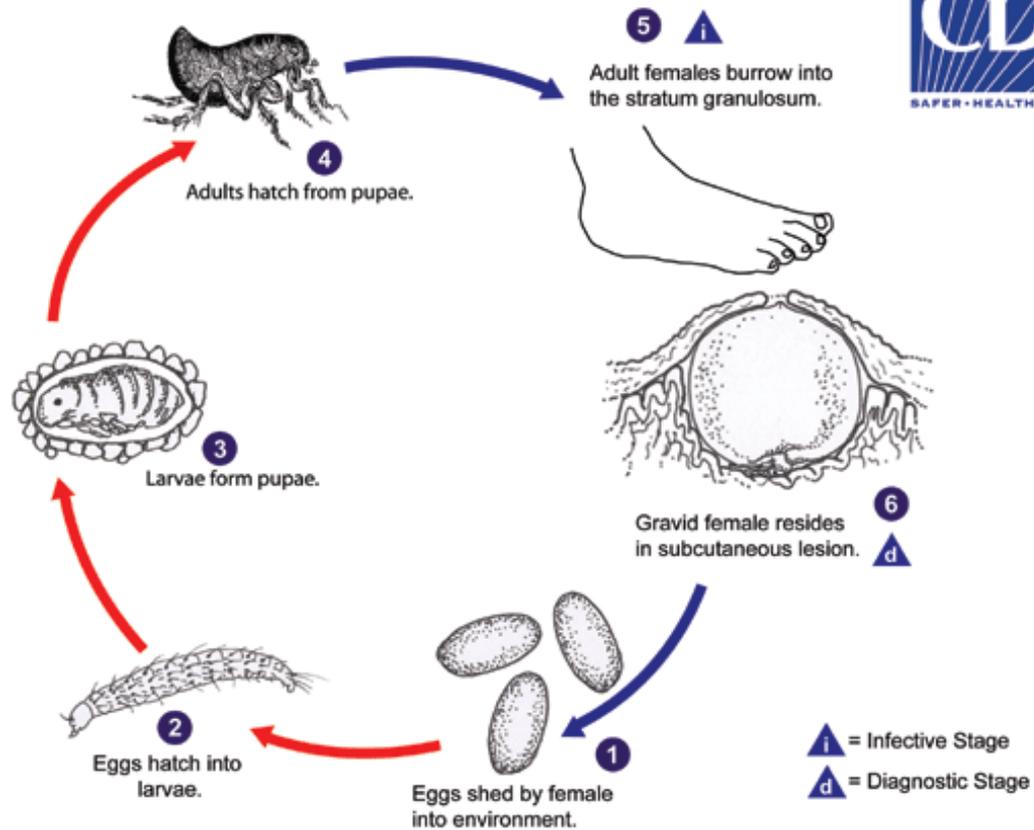
Dr. Francisco González

Tungiasis

- **Infección parasitaria de la piel** causada por la pulga *Tunga penetrans*.
- Es la pulga más pequeña conocida que afecta al humano: 1 mm
- Endémica en regiones tropicales de América, Caribe, África y Asia
- Comunidades rurales con suelos arenosos
- Escaso acceso a calzado y saneamiento.
- *Reportada por 1ª vez por marineros de Cristóbal Colón en Haití.*
- Reservorio (humano,cerdos y perros)



Tungiasis



Tungiasis.Clínica

Asintomáticas → Pruriginosa → Dolorosa al tacto

Pie



Mácula eritematosa



Pápula de 1 a 2 mm,
punto central negro
Cloaca



Aumentan de tamaño
Acumulan los huevos
en el saco gestacional



Halo translúcido :
Abdomen lleno huevos



Hiperqueratosis periférica
Reacción cuerpo extraño

Clasificación de Fortaleza de la progresión de la tungiasis

Estadio	Tiempo desde la penetración	Características Clínicas
I	30 a 120 minutos	Mácula eritematosa en el sitio de penetración.
II	1 a 2 días	Mácula o pápula hipocrómica de 1-2 mm con un punto central oscuro y rodeada por halo eritematoso.
III	2 a 21 días	Pápula blanquecina, indurada, dolorosa, de 3-10 mm de diámetro con un punto central oscuro. Puede haber hiperqueratosis y un exudado amarillento. Los huevos expulsados pueden ser visibles
IV	3 a 5 semanas	El parásito ha muerto y se forma un halo de piel necrótica cubierta de <u>costra</u> alrededor de la lesión original.
V	6 semanas/meses	Involución de la lesión con formación de una pequeña cicatriz epidérmica que desaparece con el tiempo

Tungiasis. Diagnóstico

- Epidemiología
- Clínica



- Dermatoscopia



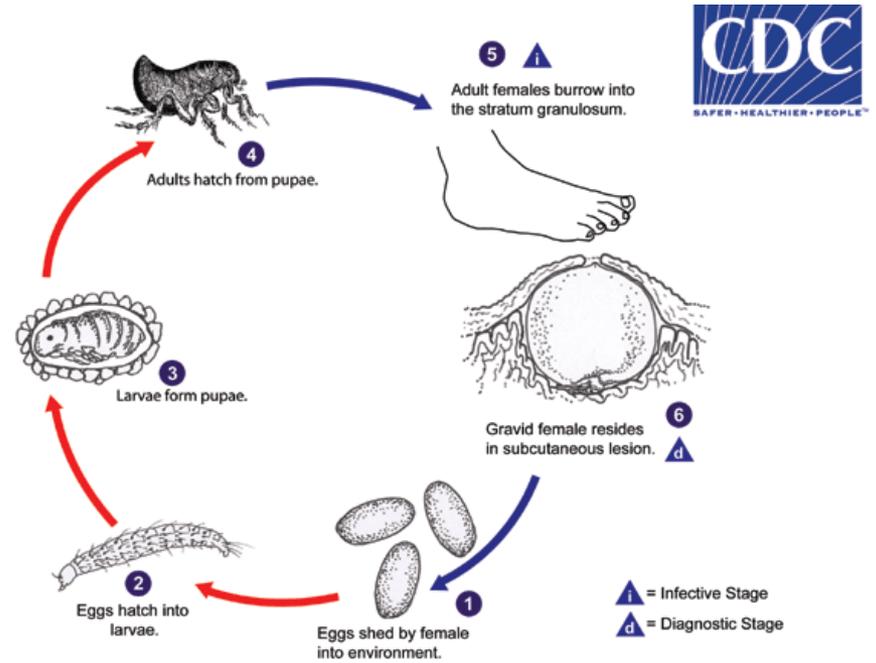
- Dr Carlos Chaccour

Tungiasis. Tratamiento

1. Prevención

- 1. Protección de los pies: Usar calzado.
- 2. Limpieza del suelo: Barrer, evitar acúmulos de tierra...
- 3. Cuidado de los animales domésticos: pies, orejas

- 4. Conocer el Ciclo del Parásito



Tungiasis. Tratamiento



- Número de lesiones
- Extirpación quirúrgica de pulga
- Extracción en casa utilizando una aguja esterilizada por calor
- La ivermectina y tiabendazol vía oral resultados variables.
- Antibióticos si hay infección secundaria.
- Queratolítico: Ac salicílico

Tungiasis. Conclusiones

- Parasitosis cutánea frecuente, no grave.
- Zonas tropicales
- Puede generar molestias y complicaciones infecciosas
- Diagnóstico temprano.
- Tratamiento Eficaz.
- Prevención mediante calzado.
- Educación sanitaria sobre higiene y riesgos del suelo contaminado.



Prúrigo por Insectos

Dr. Francisco González



Prúrigo. Definición

- El prúrigo es una reacción inflamatoria de la piel caracterizada por la aparición de ronchas rojas pruriginosas que, debido al rascado, pueden evolucionar hacia vesículas o costras. Frecuentemente se debe a una respuesta de hipersensibilidad a picaduras de insectos, aunque también puede estar asociado a otras causas, como parásitos cutáneos, alergias u otros agentes irritativos.



Prurigo. Epidemiología



- Común en climas cálidos y húmedos: Comunidades amazónicas.
- Mayor frecuencia en niños
- Se intensifica en temporada de lluvias.
- Más grave en personas alérgicas o con dermatitis atópica.
- Riesgo de infección secundaria por rascado.

Prurigo. Etiología



- Hipersensibilidad a las picaduras de insectos hematófagos,
- Inyectan una mezcla de proteínas salivales:
anticoagulantes, vasodilatadores y otras sustancias inmunogénicas
- Desencadenan una respuesta alérgica local
- La intensidad depende de sensibilidad individual y número de picaduras.

Prurigo. Etiología



Aedes



Anopheles



Culex



Jejenes (Simulium)



Flebótomo



Tábano



Pulga



Garrapata

Prurigo. Transmisión



- No se contagia entre personas.
- Insectos vectores pueden transmitir enfermedades :

Malaria (*Anopheles*)

Dengue, Zika y Chikungunya (*Aedes*)

Fiebre amarilla (*Aedes*)

Leishmaniasis (*Flebotomo*)

Oncocercosis (*Simulium*)

Prurigo.Clínica



Pápulas pruriginosas



vesículas o costras



Infección secundaria



Prurigo.Clínica



Garrapata



Prurigo.Clínica



Pulgas



Chinches



Lesiones lineales

Prurigo. Diagnóstico

Clínico



Epidemiológico

Picadas: 700.000/año



Iva húmeda

Cabeceras de los ríos y sabanas

Prúrigo.Tratamiento

1. Evitar el rascado.
2. Uso de plantas repelentes naturales: Citronela ó Tabaco
3. Humo de fogones o brasas
4. Barros y cenizas: se untan la piel
5. Evitar aguas estancadas cerca del hogar
6. Uso de mosquiteros o ropas largas



Prúrigo. Tratamiento - Médico

- Antihistamínicos orales: loratadina, cetirizina,
- Corticoides tópicos suaves: hidrocortisona 1%.
- Antibióticos tópicos: mupirocina si hay infección.
- Antibióticos orales: cefalexina, amoxicilina



Prúrigo. Prevención

- Evitar zonas de alta exposición al amanecer y atardecer.
- Usar repelentes (DEET, icaridina, citronela).
- Colocar mosquiteros en camas y ventanas.
- Eliminar criaderos: agua estancada, Vegetación densa
- Promover educación comunitaria : Medidas de protección.



Prurigo. Conclusión

- El prurigo es muy frecuente en la Amazonía venezolana. Niños.
- No es contagioso. Infección secundaria
- Diagnóstico : Clínico y Epidemiología
- Enfermedades relacionadas a las picadas de Mosquitos
- Prevención, control del prurito y tratamiento adecuado.
- Personal enfermería: detección, educación comunitaria y seguimiento

Micosis Superficiales

Dr. Francisco González



Micosis Superficiales

- **Reportes en Libros: Micosis frecuente**
- **Zonas poco transculturadas: Baja frecuencia**
- Alto Orinoco: Hasupiwei y Yaurawe
- Casos aislados de pitiriasis versicolor.
- Factores culturales, ambientales y de estilo de vida no favorecen la proliferación de hongos dermatofitos.

Micosis Superficiales

- Comunidades con mayor grado de transculturación:
- **San Juan de Manapiare, Mavaca, Ocamo, Atabapo, La Esmelda, Cacuri y**

Ratón

- Casos de micosis superficiales: **tiña capitis, tiña corporis, tiña pedis.**
- Condiciones Socio culturales que favorecen la infección:

Uso de calzado cerrado, convivencia escolar, y contacto con agentes urbanos.

- Este patrón refuerza la hipótesis de que el estilo de vida tradicional en comunidades poco transculturadas actúa como factor protector frente a estas infecciones.

Micosis. Clasificación

- **Micosis Superficiales:** Queratomycosis- Pilonodosis
- **Micosis Profundas:** Localizadas o Subcutáneas
- Sistémicas
- Oportunistas
- **Micosis no Clasificables:**
- Candidosis cutánea o sistémica

Micosis Superficiales. Clasificación

De las queratomicosis : pit versicolor y las dermatofitosis

Queratomicosis

Tiñas (Dermatofitosis)

Dermatitis Seborreica

Pitiriasis Versicolor

Tiña Nigra

Oculomicosis-Otomicosis

Onicomicosis no dermatofíticas

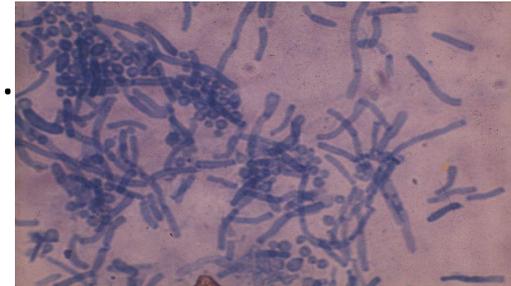
Pilonodosis

Piedra Blanca

Piedra Negra

Pitiriasis Versicolor. Definición

- Infección superficial de la piel producida por un hongo del género *Malassezia*:
- Especies: *M. globosa*, *M. furfur*, *M. sympodialis*, *M. restricta* .
- Que forma parte de la flora normal de la piel humana
- Calor, humedad, sudoración excesiva, piel seborreica, ropa sintética.
- Se multiplica de forma anormal y causa manchas visibles en la piel
- Existe una **susceptibilidad individual**
- **Predisposición genética** que favorece su aparición o recurrencia.
- No es contagiosa entre personas.



Pitiriasis Versicolor. Clínica

- Máculas hipo o hiperpigmentadas
- Ovaladas o Redondas
- Descamativas. Bordes bien definidos
- Localizadas o Extensas
- Cara, Cuello, Tronco, Extremidades
- No se broncean
- Recurrentes. Cursan por brote
- Asintomáticas o Prurito Leve



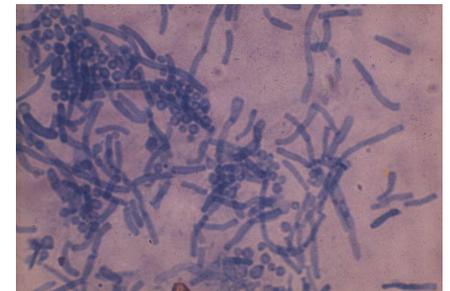
Pitiriasis Versicolor. Diagnóstico

- Clínico .



- Examen Micológico Directo: KOH o azul de metileno.

Hifas cortas y esporas redondas: ('espaguetis y albóndigas').



- Luz de Wood



- Dx. Diferencial



Pitiriasis alba



Vitiligo



Lepra
Indeterminada

Pitiriasis Versicolor. Tratamiento.

- Evitar Exacerbantes: Sudor, calor,....
- Aseo diario con Champú: Ketoconazol o sulfuro de selenio: diario/1 mes
- Uso diario de Antimicóticos tópicos: ketoconazol, Imidazol : diario/1 mes
- Casos extensos o Recurrente : (si no es posible su control)

Ketoconazol 400mg dosis única

Fluconazol 300mg semanal/2 semanas

itraconazol 200 mg/d/5 días



Pitiriasis Versicolor. Conclusiones.

- Micosis Superficial Frecuente
- Climas cálidos y húmedos
- Benigna pero persistente y recurrente.
- Tratamiento Tópico
- Tratamiento Oral: debe justificarse y seguimiento
- Enfermería juega un rol clave en detección, y educación.



Micosis Superficiales: Dermatofitosis

- Tiñas
- Las dermatofitosis son un grupo de micosis superficiales causadas por hongos queratinofílicos (piel, pelos y uñas)
- **Vía de Transmisión y Ecología:** cómo vivimos, cómo nos relacionamos con los animales y el ambiente y qué costumbres tenemos.



Micosis Superficiales: Dermatofitosis

Género

Especie

Microsporum



- Canis
- Gypseum

Trichophyton



- Rubrum
- Mentagrophytes
- Tonsurans

Epidermophyton

Floccosum

Micosis Superficiales: Dermatofitosis



Tiña Capitis



Tiña Faciei



Tiña Corporis



Tiña Unguis



Tiña Inguinal



Tiña Pedis

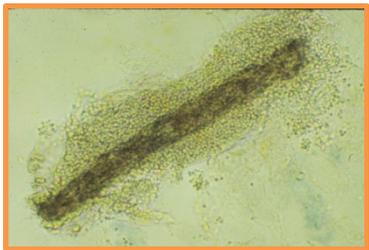


Tiña Incógnita

Tiña Capitis Ectotrix.



- Niños
- No Inflamatoria (seca y descamativa)
- Pseudoalopecia
- Pelos Cortos y rotos
- Pelo frágil y quebradizo
- Descamación fina



Microsporum

- **Canis** (fluorescencia verde con luz de Wood)
- Gypseum

Ectotrix

Tiña Capitis Endotrix .

- Niños
- No Inflamatoria (seca)
- Placas pseudoalopécicas intercaladas con los pelos sanos (sin pérdida real de folículos)
- Pelos Cortos al ras: puntos negros o granos de pólvora.
(restos del tallo piloso roto)
- Poca descamación.
- Infecciones mixtas ecto - endotrix



Trichophyton

- Tonsurans
- Mentagrophytes
- Rubrum

Endotrix

Tiña Capitis Inflammatoria .



- Inflammatoria o Querion de Celso
- Severa
- Niños
- Placa pseudoalopécica, dolorosa
- Edema, Eritema.
- Supuración hemo -purulenta
- Adenopatías retroauriculares.
- Riesgo de Fibrosis y Alopecia cicatricial

Micosis Superficiales: Tiñas



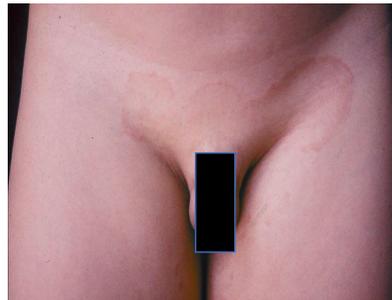
- Placa eritematosa
- Bordes activos y elevados, bien definidos,
- Descamación periférica.
- El centro puede estar más claro o con apariencia normal



Tiña Faciei



Tiña Corporis



Tiña Inguino crural



Tiña Incógnita

Micosis Superficiales: Tiñas



Tiña Pedis

1. **Interdigital (más común)**
2. **Hiperqueratósica (tipo mocasín).**
3. **Vesiculo-ampollar**

- **Intertrigo, Fisura, Maceración**
- **Descamación blanquecina**
- **Prurito, Escozor, mal olor**



Tiña Unguis

- **Uña engrosada, amarillenta, frágil**
- **Onicólisis y detritus subungueal.**
- **Clínica sugestiva**
- **Confirmación micológica: Tr. rubrum**

Micosis Superficiales. Tiñas. Diagnóstico

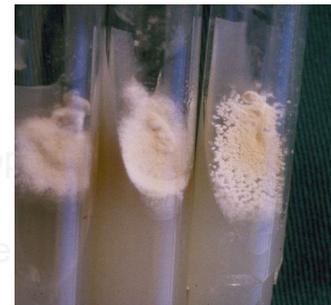
Clínica.



Laboratorio.



Examen micológico directo



Cultivo micológico

Micosis Superficiales.Tiñas.Tratamiento



- Se basa en la extensión y localización de la infección
- Baño diario y secado completo
- No compartir ropa, peines, toallas, gorras.
- Ropa limpia y seca, nunca usarla húmeda.
- Evitar contacto con animales enfermos si es posible.

Area afectada. Formás localizadas

- Antifúngicos Imidazólicos / No Imidazólicos: Terbinafina
- Sistémico: Formás extensas, crónicas , sin respuesta

Tiña Capitis. Tratamiento



Oral
Examen Micológico

- **Griseofluvina** (M.Canis) **Terbinafina**(T.Tonsurans)
- Itraconazol Fluconazol

Tópico

- Complementario
- Ketoconazol 2% Champú o Sulfuro de Selenio

Tiña Capitis. Querión de Celso. Tratamiento

Oral

Examen Micológico



- Griseoflavinina: 20-25 mg/kg/d x 6-8 sem
- Terbinafina o Itraconazol o Fluconazol
- Inflamación severa: Corticoide oral 5-7 días
- Infección secundaria: Antibiótico oral x cultivo

- Supuración:

Compresas húmedas con Povidona, S.Salina. Agua de Burow

Pitiriasis Alba.

Dr. Francisco González



Pitiriasis Alba. Etiología



- Es una dermatosis benigna e Inflamatoria leve
- Desconocida.
- Post Inflamatorio.
- Antecedentes de dermatitis atópica o alergias.
- No es una Micosis. No es Contagiosa

Pitiriasis Alba. Clínica

- Manchas hipopigmentadas
- Redondeadas u ovaladas
- Bordes mal definidos
- Leve descamación
- Mejillas, brazos, cuello.
- Asintomática. Prurito leve
- Autocuración



Pitiriasis Alba. diagnóstico

- Clínico .



Pitiriasis versicolor



Vitiligo



Lepra
Indeterminada

Pitiriasis Alba. Tratamiento.

- El Tratamiento médico NO siempre es necesario.
- Evitar baños largos .
- Usar jabones suaves o Dermolimpiadores tipo Syndets
- Aplicar Crema Hidratante 2 veces al día
- Protección solar adecuada : ropa y/o protector solar en zonas expuestas al sol.
- Inflamación leve : Desonida o Hidrocortisona 1% por 7 a 10 días.
- Tacrolimus 0,03% día/8-20 semanas.

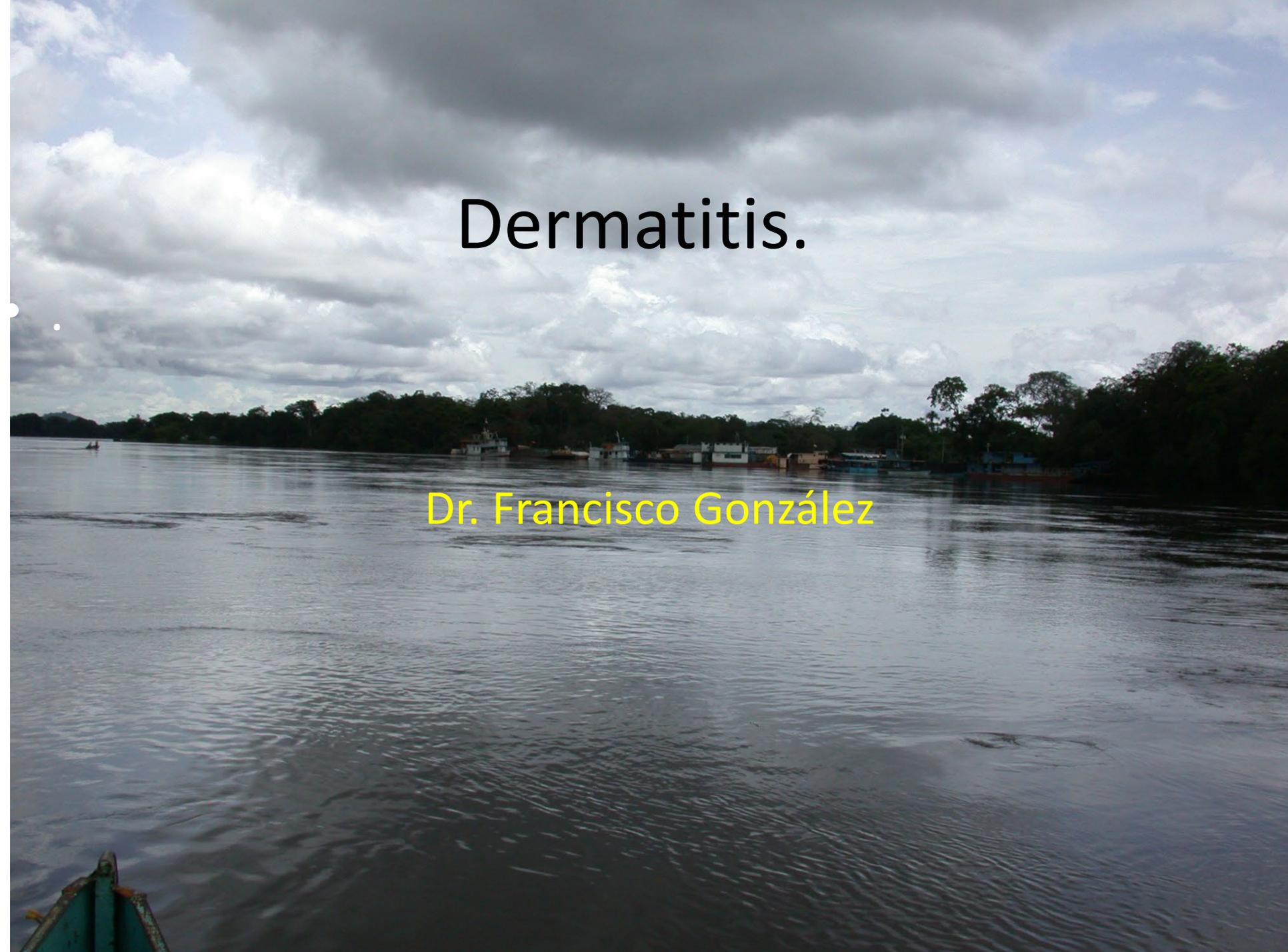
Pitiriasis Alba. Conclusiones.

- La Pitiriasis alba es una Dermatitis benigna y autolimitada
- Frecuente en la infancia
- Climas cálidos y niños con piel morena
- Es importante un Diagnóstico correcto
- Educación comunitaria sobre la enfermedad
- El personal de enfermería: orientar sobre su naturaleza inofensiva.
- Promover el cuidado adecuado de la piel.



Dermatitis.

Dr. Francisco González



Dermatitis

- La dermatitis es un término inespecífico utilizado para describir procesos inflamatorios cutáneos que comparten rasgos clínicos similares, como enrojecimiento (eritema), hinchazón (edema), descamación, picor (prurito), presencia de vesículas o costras. Estas manifestaciones pueden aparecer de forma aguda o mantenerse en el tiempo, de manera crónica, sin indicar por sí sola su causa.



Dermatitis. Clasificación



- Dermatitis atópica
- Dermatitis seborréica
- Dermatitis Contacto : Irritativa o alérgica
- Dermatitis perioral
- Dermatitis pañal
- Dermatitis solar
- Otras



Dermatitis Atópica



- **Multifactorial: Genético, Barrera cutánea, otros.**
- **Inicio temprano: antes de los 5 años el 80%**
- **Dura mucho tiempo**
- **Cursa por brotes**
- **Leve –moderada-severas**
- **Como “Asma” en la piel**

- **Lavar con agua de avena o Loción limpiadora**
- **No frotar, No rascar**
- **Evitar exacerbantes: jabón, sudor, hierbas secantes**
- **Esteroides tópicos 1 vez al día por 7 a 14 días**
- **Antihistamínico por vía oral : Cetirizina, Loratadina...**
- **Crema Hidratante 2 veces al día**
- **Recidas: acudir a especialista**

Dermatitis Seborréica



- Dermatitis inflamatoria crónica
- Zonas ricas en glándulas sebáceas
- Placas eritemato-descamativas
- Prurito

- Ketoconazol 2% champú
- Piritionato de Zinc
- Sulfuro de Selenio
- Ocasional: Desónida por 5 a 7 días

Dermatitis Por Contacto



Irritativa



Alérgica



Fitofotodermatosis

- Determinar la Causa y Omitirla
- Evitar Jabones e Irritantes
- Lavar con Dermolimpiador ph 5,5 o agua con avena
- Crema hidratante
- Esteroide tópico 1 vez al día por 7 a 14 días
- Antihistamínico por via oral : Cetirizina, Loratadina.....
- No Rascar, Ni frotar

Dermatitis Area del Pañal



- **Placas eritemato descamativas**
- **Respetar pliegues de la piel**
- **Contacto prolongado con orina y/o heces.**
- **Pañales muy ajustados: roce**
- **Irritantes: jabón, toallitas perfumadas**
- **Cambios alimentación materna**
- **Micosis: Cándida. Antibióticos**

- **Cambiar pañales frecuente o Dejar sin Pañal**
- **Lavar con agua y Loción limpiadora**
- **No frotar**
- **No Irritantes: jabón, toallitas perfumadas**
- **Pasta con Oxido de Zinc cada cambio de pañal**
- **Crema antimicótica si es necesario**
- **No usar esteroides en crema**

Dermatitis Solar



Evitar la Exposición solar

Protección solar: ropa o protector

Esteroides tópicos 1/d/7 días

Crema hidratante no perfumada

Población indígena: No daño actínico

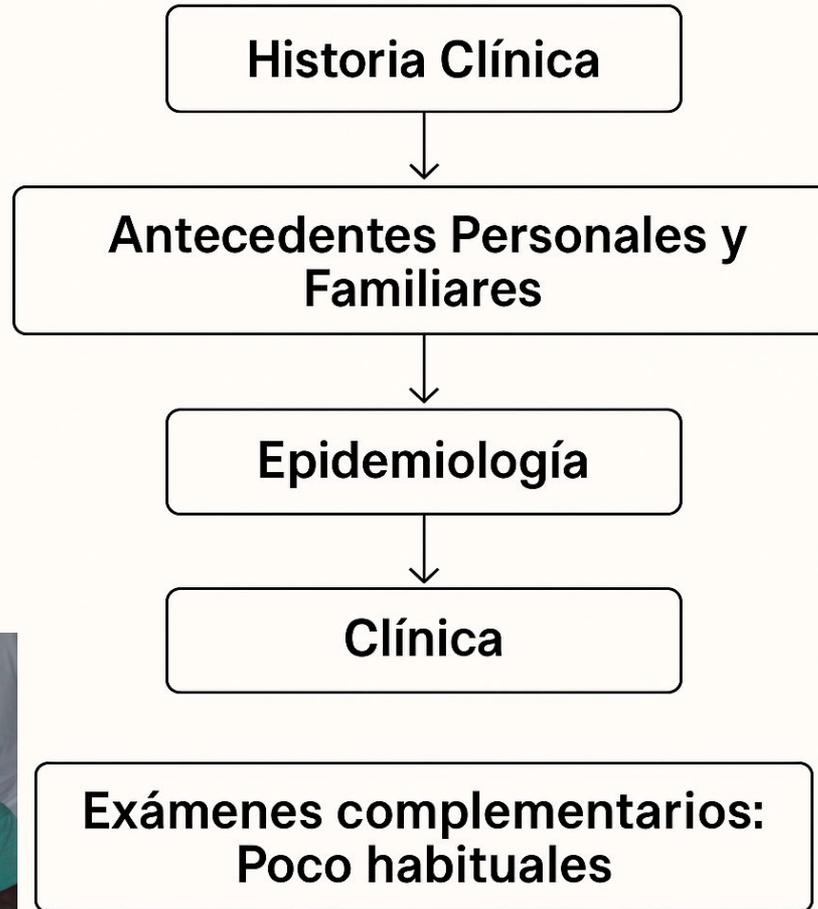
Dermatitis Secundariamente Infeccionada



- Bacterias: St. Aureus
- Hongos: Cándida
- Virus: Herpes virus

1. Lavado diario con agua y jabón.
2. Descostrado suave.
3. Antibiótico tópico: Clindamicina gel 1% o Mupirocina 2%.
4. Amoxicilina/ac Clavulanico, Cefadroxilo
Clindamicina o Trimetoprim-sulfametoxazol
5. Enfermedad de base

Dermatitis. Diagnóstico



Dermatitis. Tratamiento

- Definir tipo de Dermatitis
- Enfermedad aguda o crónica
- Identificar factores desencadenantes.
- Evitar Exacerbantes: Rascado.....
- Hidratantes
- Esteroides topicos
- Antihistamínico
- Antibióticos



Dermatitis.Tratamiento

- Si no hay respuesta consultar al especialista.

- Correo: frgonzalez2511@gmail.com

Casos Dermatológicos Inusuales.

Dr. Francisco González



Infección por VPH

En nuestra evaluación se observó una baja frecuencia de infecciones cutáneas causadas por el virus del papiloma humano (VPH). Sin embargo, llamó la atención la presencia de una variante clínica inusual, la enfermedad de Heck, observada exclusivamente en la comunidad de San Juan de Manapiare, en el centro-sur de la Amazonía Venezolana.



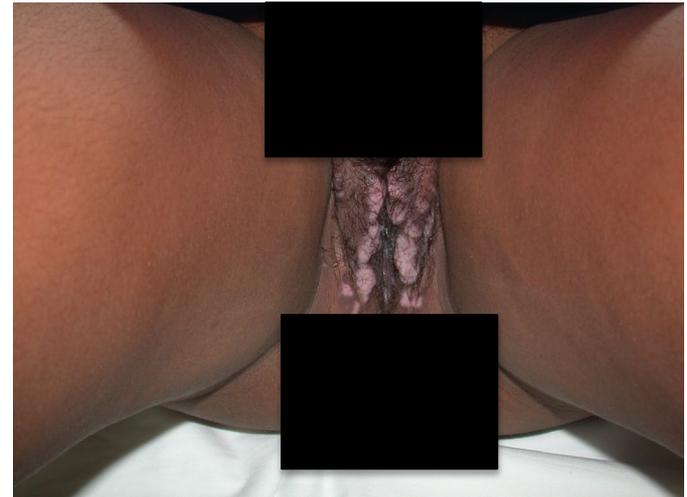
Infección por VPH



Verrugas Vulgares



Enfermedad De Heck



Verrugas genitales

Hiperplasia Focal Epitelial ó Enfermedad de Heck

- Patología benigna de la mucosa oral.
- VPH 13 o 32
- Múltiples pápulas indoloros, rosadas o blanquecinas.
- Mucosa: labio parte interna, Mucosa yugal, encia, lengua
- Asintomáticas, persistentes
- Rara en personas de raza blanca
- San Juan de Manapiare



Verrugas en Mucosa Oral

Hiperplasia Focal Epitelial ó Enfermedad De Heck



San Juan de Manapiare

Verrugas en Mucosa Oral

Hiperplasia Focal Epitelial ó Enfermedad De Heck

Diagnóstico :

- Clínica
- Biopsia
- PCR

Tratamiento :

- No requiere tratamiento
- Bajo Grado Infectividad
- Otros
- Puede desaparecer sin tratamiento



Tumores Benignos de la Piel

Los tumores benignos de la piel son crecimientos anormales de células cutáneas que, a diferencia de los tumores malignos (como el cáncer), no se diseminan a otros órganos ni representan una amenaza para la vida. Suelen ser de crecimiento lento, bien delimitados, móviles, y con escasa sintomatología.



Tumores Benignos de la Piel



• **Quiste Epidermoide**

- Nódulo subepidérmico encapsulado.
- Benigno
- Material de queratina (no sebo).
- Mal llamado Quiste Sebaceo
- Puede inflamarse o infectarse
- Quirúrgica



• **Lipoma**

- Tumor benigno de adipocitos maduros
- Frecuente
- Subcutáneos. Raro profundos
- Blando, móvil , lento, no doloroso ,
- Asintomático.Observacional / Cirugia

Tumores Benignos de la Piel



Quiste en la cola de la ceja

- Anomalia Congénita benigna
- **Quiste dermoide.** Restos embrionarios:
piel, pelos, glándulas sebáceas y sudoríparas.
uñas, dientes, cartílago o hueso
- Nódulo indolora, firme y de crecimiento lento
- Subcutáneas
- Ultrasonido
- Cirugia

Tumores Benignos de la Piel

Característica	Lipoma	Quiste epidermoide	Quiste Dermoide
Naturaleza	Tumor benigno	Lesión benigna	Malformación benigna congénita
Origen	Proliferación de adipocitos maduros	Invaginación del epitelio folicular	Restos embrionarios
Contenido	Grasa	Queratina	Piel, pelo, dientes, hueso, glándulas
Consistencia	Blando	Firme / Elástico	Firme
Movilidad	Móvil	Móvil	Poco móvil
Dolor	Indoloro	Indoloro (dolor si infectado)	Indoloro
Localización habitual	Subcutáneo	Subcutáneo (cara, cuello, espalda)	Subcutáneo o profundo (línea media)
Crecimiento	Lento	Lento	Lento
Diagnóstico	Clínico / Ecografía si necesario	Clínico	Ecografía / TC si profundo
Tratamiento	Observación o cirugía si sintomático	Cirugía (resección completa)	Cirugía (resección completa)

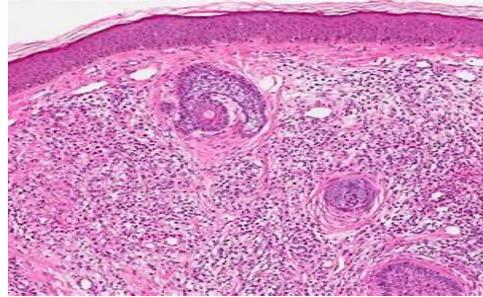
ALERTA



- Nódulos de aspecto Lipomás o Quistes
- Area Endêmica de Oncocercosis
- Foco Sur Amazónico
- Oncocercoma
- Patologia en vías de extinción

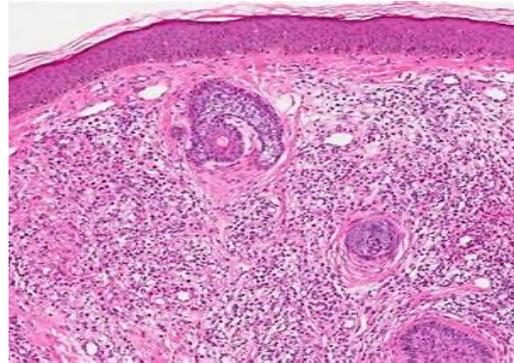
- Oncocercosis : Oncocercoma

Granuloma Facial



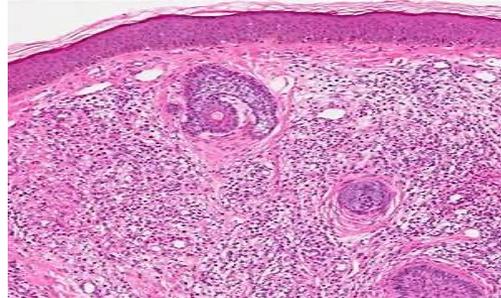
- Enfermedad inflamatoria, benigna, crónica, rara
- Asintomática. localizada en cara/extrafacial
- Pápula, placa, nódulo bien delimitada
- Color violáceo o marrón rojizo
- Telangiectasias y acentuación folicular
- Hombres blancos de mediana edad (52 años)

Granuloma Facial



- Respuesta inmunológica exagerada
- Exposición solar crónica como un factor desencadenante o agravante.
- Biopsia: No patognomónica. Vasculitis cutánea crónica localizada./ Inflamación mixta
- Posible mecanismo: fenómeno de Arthus localizado

Granuloma Facial

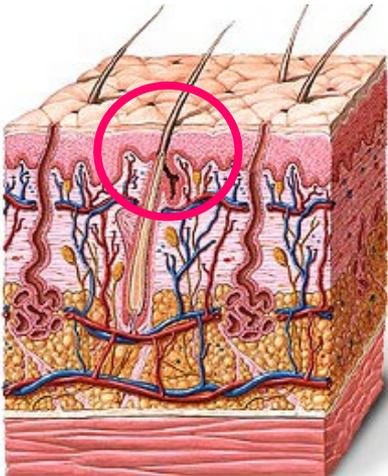


- Enfermedad crónica y progresiva.
- Brotes recurrentes
- Curación espontánea es rara. Resistente a tratamiento
- Tratamiento Tópico (*Primera línea*): Corticoides, Tacrolimus o Dapsona
- Tratamiento Oral: Corticoides, Dapsona, Plaquinol, Clofazimina
- Otros: Laser, Crioterapia...

Tumores Malignos de la Piel



Crcinoma Basocelular Pigmentado



- Tumor epitelial maligno de localización cutánea
- Originado en las células basales de la epidermis
- Cáncer más frecuente en el hombre
- Crecimiento lento
- Invasivo localmente, No metástasis, No muerte
- Exposición solar crónica

- Dagnóstico Clínico y biopsia
- Tratamiento quirurgico / Otros
- Unico caso evaluado
- Población Ratón
- Similar en Colombia y Brasil

Oncocercosis : Definición

La Oncocercosis es una infección filariana crónica producida por un nemátodo denominado *Onchocerca volvulus*, transmitida por la picadura de un insecto perteneciente al género *Simulium* y se manifiesta clínicamente por lesiones a nivel de piel, ojos y ganglios linfáticos desencadenadas por las formas embrionarias conocidas como microfilarias así como por la presencia de nódulos subcutáneos u oncocercomas producida por las formas adultas del parásito.

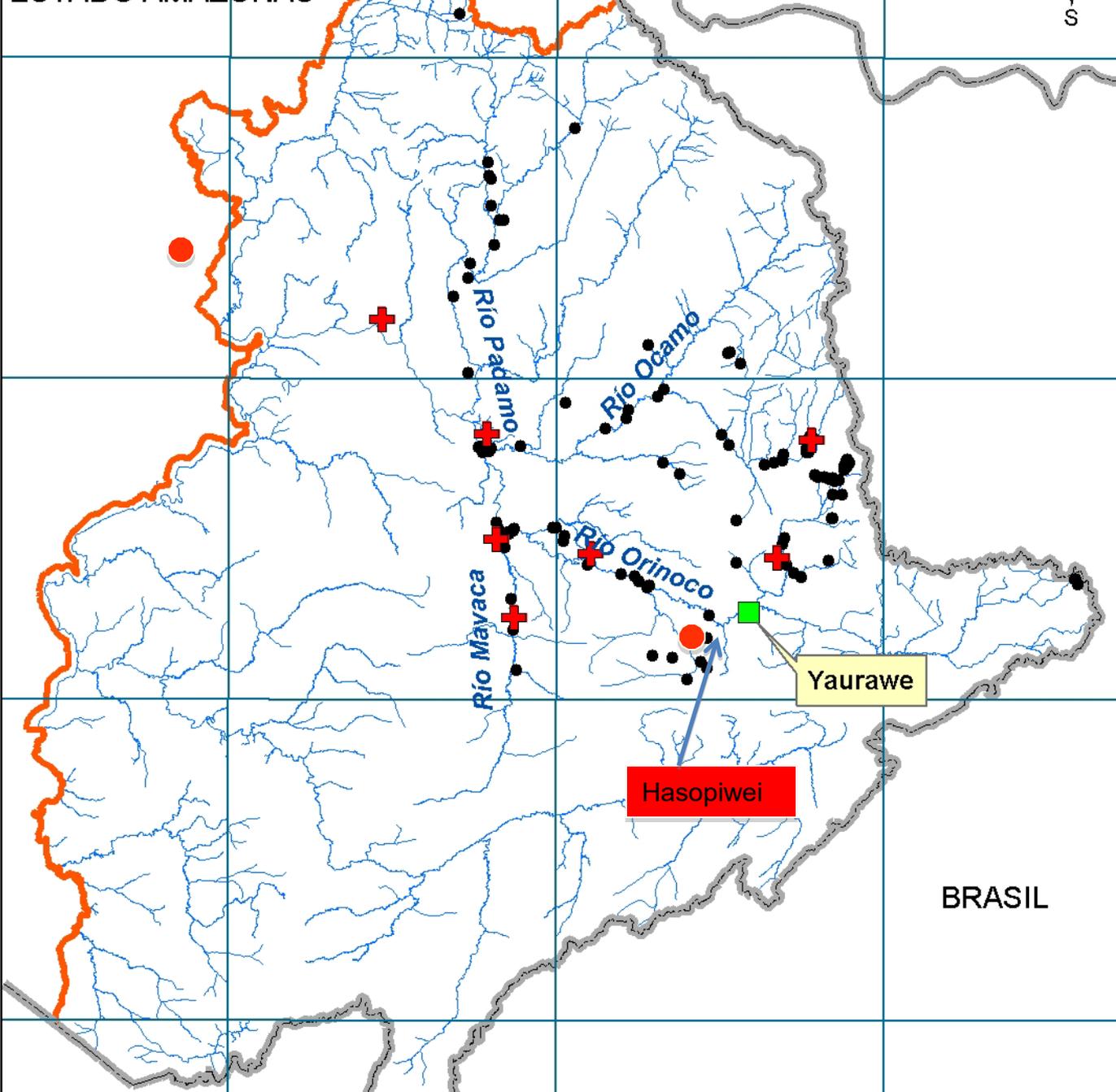


ESTADO AMAZONAS

ESTADO BOLIVAR



Ubicación Geográfica
Comunidad Yaurawe



Leyenda

-  Comunidad Yaurawe
-  Centro de Salud
-  Otras comunidades
-  Límite internacional
-  Límite de Estado
-  Límite de Reserva de Biósfera Alto Orinoco - Casiquiare
-  Hidrografía

Escala Gráfica



Hasopiwei

Yaurawe

BRASIL



VENEZUELA

COLOMBIA

RBAOC

BRASIL

MAR CARIBE

Oncocercosis



Oncodermatitis Papular Aguda



Oncodermatitis Papular Crónica



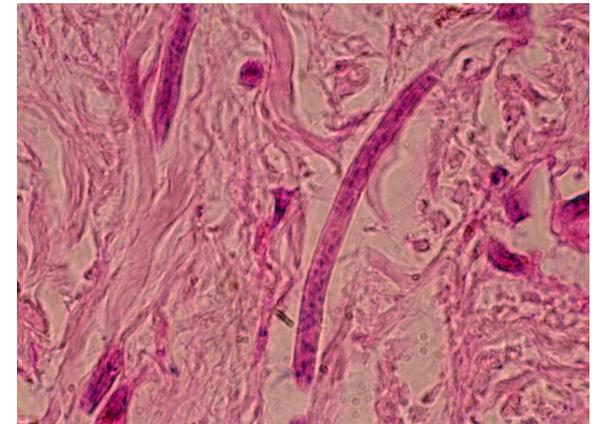
Oncodermatitis Liquenificada



Atrofia e Ingle Colgante



Oncocercoma



Microfilaria

• Area Endêmica de Oncocercosis

Foco Sur Amazónico

Patologia en extinción

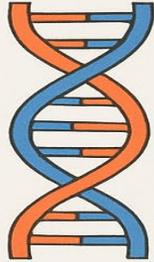
FOGO SELVAGEM

- Pénfigo Foliaceo Endémico
- Enfermedad autoinmune ampollar y crónica que afecta solo piel
- No mucosas.
- No es contagiosa. Grave ó mortal si no se trata.
- Jóvenes y mujeres.
- Endémico en Areas de Brasil: reserva indígena de Mato Grosso
- Yanomami en Mavaca Amazonas

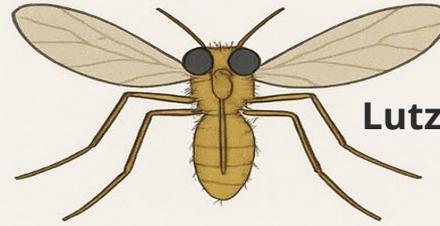
Etiología. Pénfigo Foliáceo Endémico (PFE)

La etiología del PFE es multifactorial, involucrando factores genéticos, ambientales e inmunológicos

Factores genéticos

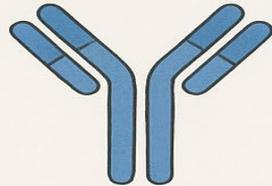


Alelo del HLA-DRB1 (10404, 1402, 1406 y 0102), que aumenta el riesgo de PFE



Lutzomyia longipalpis

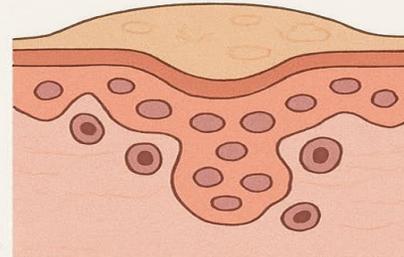
Factores ambientales



Exposición a insectos hematófagos (moscas de arena) vinculada a la producción de autoanticuerpos contra Dsg1

Factores inmunológicos

presencia de autoanticuerpos IgG4 contra Dsg1, que causan acantólisis y ampollas intraepidérmicas



Pénfigo Foliáceo Endémico (PFE)



Figure 2. Widespread crusted erythema with flaccid blisters. Absence of eyebrows, scarce eyelashes, and alopecia of the scalp are also seen (patient 2).



Figure 1. Widespread erythroderma with sparing of palms and soles, ectropion, and eclabium (patient 1).

Pénfigo Foliáceo Endémico (PFE)

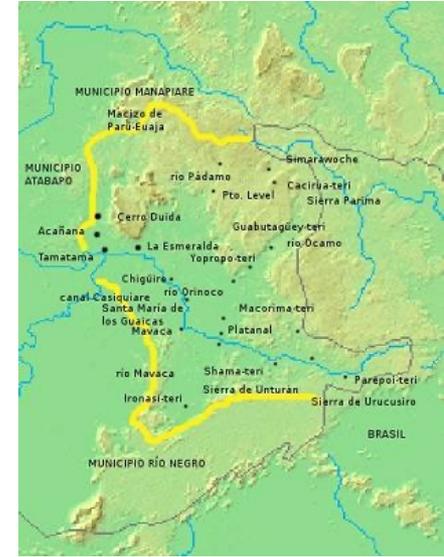


Pénfigo Foliáceo Endémico (PFE)

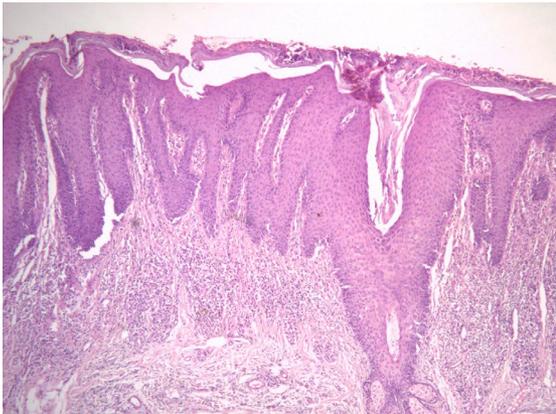


Alto Orinoco

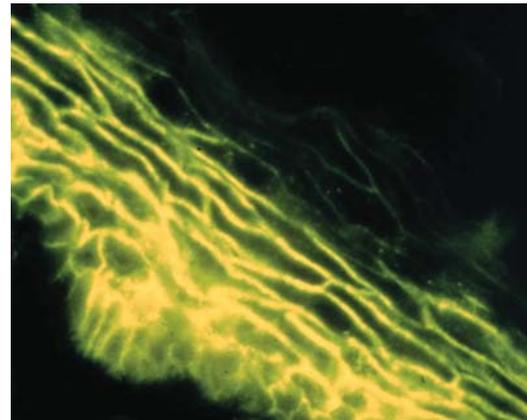
ALERTA



- Area Alto Orinoco



Biopsia de piel



IFD

Pénfigo Foliáceo Endémico(PFE). Tratamiento

- Prednisona. 1mg/kg/d
- Inmunosupresores
- Rituximab
- IVIG
- Terapias Biológicas

Cefazolina 100mg/Kg VEV x 10 días

Clorotrimeton 0,5mg/Kg/día

Esteroides tópicos diluido 1/10

Emolientes

Dermolimpiador Ph 5.5

Recomendaciones nutricionales







MUCHAS GRACIAS

Frgonzalez2511@gmail.com