

## PARTE IV

### DAÑOS DERMATOLÓGICOS

#### DERMATITIS INFECCIOSA BACTERIANA

##### 4.1. IMPÉTIGO

4.1.1. CODIGO: 684

##### 4.1.2. DEFINICIÓN

Es una infección purulenta aguda, superficial de la piel, muy contagiosa y de curso generalmente benigno.

##### 4.1.3. ETIOLOGÍA

El agente causal mas frecuente es el *Streptococcus beta hemolítico* y el *Staphylococcus aureus* del grupo A o ambos gérmenes involucrados dentro del mismo proceso.

##### 4.1.4. EPIDEMIOLOGÍA

Afectan principalmente a los niños en edad pre-escolar, así como a individuos adultos inmunodeprimidos, con condiciones de vida promiscua y de hábitos higiénicos inadecuados, traumatismos de la piel etc.

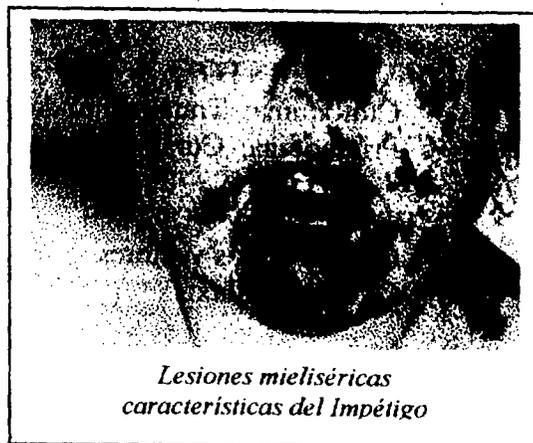
##### 4.1.5. DIAGNÓSTICO

##### 4.1.5.1. CUADRO CLÍNICO

Síntomas : Prurito.  
Clínicamente se divide en:

##### a. *Impétigo simple.*

- ✓ Lesiones cutáneas: Vesículas cubiertas con costras delgadas, tipo mieliséricas (amarillo oro), de diferentes tamaños y formas, de distribución en brazos, piernas y glúteos, con ó

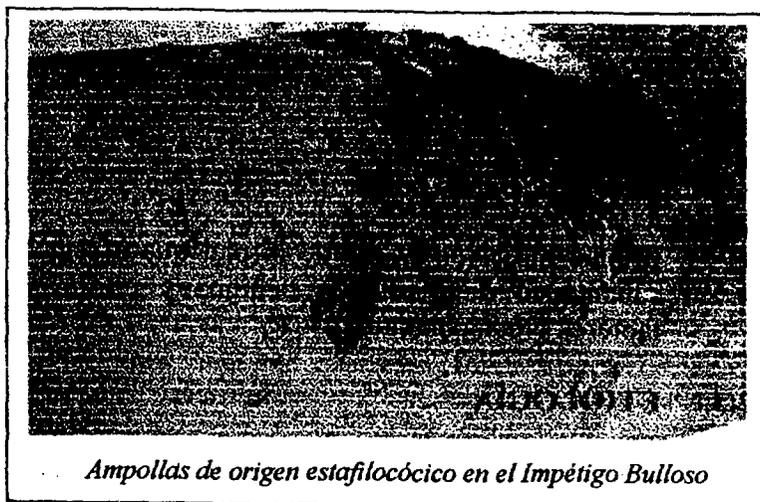


*Lesiones mieliséricas características del Impétigo*

sin linfadenopatía regional. El borde de la lesión es impreciso a diferencia de la erisipela.

**a. Impétigo bulloso.**

- ✓ Caracterizado por vesículas de pared delgada, asociado a infección estafilocócica, distribuidas en cara, tronco, y en regiones axilar e inguinal. En lactantes pueden apreciarse en los pliegues de las piernas.



*Ampollas de origen estafilocócico en el Impétigo Bulloso*

**4.1.5.2. EXÁMENES DE LABORATORIO**

Tinción Gram : Cocos intracelulares gram positivos en racimos o en cadenas.

En el caso de *Staphylococcus aureus* se apreciará cocos extracelulares y dentro de lo polimorfonucleares.

Cultivos : Hisopado de lesión. En las lesiones impetiginizadas debe humedecerse la costra antes de tomar la muestra.

**4.1.6. NIVEL DE ATENCIÓN**

Atención ambulatoria.

Hospitalización: En los casos complicados, lesiones extensas, con compromiso del estado general como, deshidratación, fiebre etc.

**4.1.7. TRATAMIENTO**

La droga de elección es la Penicilina del modo siguiente:

Para menores de 6 años una sola dosis IM la penicilina benzatínica de 600,000 UI.

Para los mayores de 7 años 1'200,000 U de penicilina benzatínica. Si hay antecedente de alergia a la penicilina se puede usar eritromicina.

En los casos de impétigo buloso debe usarse una penicilina penicilinasas-resistente como dicloxacilina en dosis de 1 gr/día por 10 días, dividida en 04 tomas.

## 4.2. CELULITIS

4.2.1. **CODIGO:** 682

### 4.2.2. DEFINICIÓN

Es una infección aguda de la piel que afecta la dermis y el tejido celular subcutáneo de evolución benigna y en ocasiones recurrente si existen factores predisponentes.

### 4.2.3. ETIOLOGÍA

Los agentes causales mas frecuentes son el *Staphilcoccus aureus* y el *Streptococcus beta hemoliticus* del grupo A. En algunos casos también se ha identificado *Haemophilus influenzae*.

### 4.2.4. EPIDEMIOLOGÍA

Es mas frecuente en niños menores de tres años y en adultos con factores de riesgo, como, enfermedades con compromiso inmunológico como diabetes, neoplasia, sida, desnutrición, linfedema crónico, sedentarismo, várices etc. La puerta de entrada suele ser soluciones de continuidad de la piel, escoriaciones, lesiones quirúrgicas, o fisuras de pié de atleta etc.

### 4.2.5. DIAGNÓSTICO

#### 4.2.5.1. CUADRO CLÍNICO

Raramente se encuentran los sitios de entrada, y se aprecia mas bien un área eritematosa en forma de placa irregular, de borde definidos, ligeramente elevada. Cuando se palpa hay aumento de temperatura y dolor. Cuando el agente involucrado es *Haemophilus influenzae* toma una coloración discretamente azulosa. En los niños es frecuente este agente, y las lesiones se encuentran en las mejillas, región periorbitaria, cabeza y cuello.

En adultos se localiza en las extremidades inferiores. Puede haber adenomegalia regional.

Se identifican varias formas clínicas:

- ✓ *Erisipela*: Esta forma es causada por estreptococos del grupo A y afecta mayormente la cara y las piernas.
- ✓ *Erisipeloide*: Causada por *Erysipelothrix rhusiopathie* que afecta las manos, especialmente después de manipular carne salada, pieles, carnes de ave de corral. No da síntomas sistémicos.
- ✓ *Ectima gangrenoso*: Con lesiones de preferencia en las extremidades inferiores, común en los diabéticos. Causado por *P. aeruginosa* evoluciona con necrosis y rápidamente se ulcera.
- ✓ *Gangrena Infecciosa* o celulitis gangrenosa se caracteriza por necrosis extensa que es de mala evolución. Puede causar una *fasciitis necrosante*, que afecta las heridas quirúrgicas por contaminación o compromiso vascular, así como, la *gangrena gaseosa anaeróbica* que puede empeorar el pronóstico de los sujetos con lesiones extensas por atricción muscular en accidentes o derrumbes.

#### 4.2.5.2. EXÁMENES AUXILIARES

Hemograma: Leucocitosis, neutrofilia, desviación izquierda.

Frotis: Positivo a la tinción de gram que identifica el agente.

Cultivo: Confirma el diagnóstico etiológico.

Anatomía patológica: confirma el diagnóstico de fasciitis.

#### 4.2.6. NIVEL DE ATENCION

Ambulatorio: Celulitis confinadas a los miembros inferiores sin síntomas ni compromiso sistémico.

Hospitalario: Celulitis complicada en pacientes inmunocomprometidos, como diabéticos y fasciitis necrotizante

#### 4.2.7. TRATAMIENTO

Es importante el reposo de la pierna y la elevación de la extremidad en el caso de erisipela.

En los niños, procurar mantener las lesiones limpias, evitar el rascado. Si se afecta las piernas seguir las mismas medidas que en los adultos.

Antibióticos:

El tratamiento de ambas *celulitis* y *erisipela* es con antibióticos sistémicos activos contra cocos gram positivos. Para casos leves será suficiente usar una penicilina por vía oral o en el caso de sensibilidad a penicilinas, usar eritromicina 250 - 500 mg cada 6 horas. En los casos severos el uso de penicilina G parenteral o una Cefalosporina de 1ª generación está indicado.

Cuando se sospecha de un estafilococo el uso de un penicilina penicilinas-resistente como oxacilina o dicloxacilina de 0.5-1gr cada 6 horas debe ser usado. La determinación de utilizar tratamiento antibiótico parenteral versus oral será individualizado de acuerdo a la evaluación de la gravedad del compromiso.

## DERMATITIS CAUSADAS POR HONGOS

### 4.3 MICOSIS DERMICA o DERMATOFITOSIS

#### 4.3.1. CODIGO: 110

#### 4.3.2. DEFINICIÓN

Son infecciones superficiales causadas por hongos dermatofitos es decir aquellos que se desarrollan en tejidos queratinizados, ya que para su metabolismo utilizan a la queratina y sus componentes como sustrato.

#### 4.3.3. ETIOLOGÍA

Los hongos son microorganismos dimórficos y eucariotes rodeados por una pared rígida, las esporas son hongos unicelulares. Los hongos superficiales causan una amplia variedad de infecciones cutáneas. Los géneros principales son:

Microsporum: *Microsporum canis*  
Tricophyton: *Tricophyton mentagrophytes*, *T. rubrum*  
Epidermophyton: *Epidermophyton floccosum*

#### 4.3.4. EPIDEMIOLOGÍA

Como se dijo inicialmente los hongos se desarrollan en las áreas queratinizadas, por lo que afectan las uñas, cabellos, piel. Mas frecuente en niños, en áreas del cuero cabelludo, mientras que en adultos jóvenes en los pliegues cutáneos, entre los dedos (intertrigos).

También se ha visto mayor incidencia en los pacientes portadores de diabetes, en los ancianos y en sujetos que usan calzado inapropiado para la estación como el zapato cerrado en las épocas de calor (pié de atleta).

### 4.3.5. DIAGNÓSTICO

#### 4.3.5.1. CUADRO CLÍNICO

- ✓ *Tinea versicolor:*  
Es una infección crónica superficial y no inflamatoria causada por el *Pityrosporum orbiculare*, caracterizada por máculas irregulares hipocrómicas localizadas en el tronco y en las extremidades proximales. Muy contagiosa de persona a persona y a través del uso de toallas de personas infectadas.
- ✓ *Tinea corporis:*  
Se aprecia lesiones geográficas, a modo de placas anulares de bordes elevados y eritematosos y centro pálido. La etiología más común es *Tricophyton verrucosum*, *T. rubrum* (cuando afecta las manos), *Microsporun canis*.
- ✓ *Tiña de la cabeza:*  
Causada por *Tricophyton tonsurans* que se localizan a nivel del cuero cabelludo, sin producir lesión inflamatoria pero sí alopécica, por invasión del folículo piloso. El *Microsporun canis* si produce lesión inflamatoria en algunas ocasiones, así como *T. verrucosum* que puede ocasionar alopecia permanente pos cicatrizal.



*Tiña de la Cabeza causada por Microsporun canis. Observe el área alopécica dejada por el hongo*

- ✓ *Tinea pedis:*  
Es la más común de las infecciones causada principalmente por *Trichophyton rubrum* en el 60 % de los casos, *T. mentagrophytes* y *E. floccosum*.  
Tiene cuatro patrones:
  - Fisuras intertriginosas y maceración
  - Erupciones crónicas papuloescamosas
  - Vesículas y bulas
  - Ulceras agudas.



*Pie de atleta o Tiña del pie. Lesión intertrigal típica con infección bacteriana secundaria. Tratamiento permanganato de potasio*

#### 4.3.5.2. EXÁMENES DE LABORATORIO

Las muestras se tratan con hidróxido de potasio al 10 o 30 %, y pueden ser cabellos depilados, raspados de escamas de las lesiones, o de uñas. Se cubre la lámina con un portaobjeto y se calienta la muestra sin llegar a la ebullición y se observa al microscopio de luz. Se aprecia la presencia de hifas septadas o células en gemación.

Los cultivos en Agar Sabouraud no son necesarios.

#### 4.3.6. TRATAMIENTO

Las micosis dérmicas superficiales pueden ser tratadas con soluciones de sulfuro de selenio al 2.5% para el caso de la tinea versicolor, cremas antifúngicas, como clotrimazol tópico y cursos cortos de ketoconazol a dosis de 200 mg diarios por cinco días. La griseofulvina es ineficaz.

En la tinea corporis y pedis el uso de cremas antifúngicas y griseofulvina a dosis de 250 mg dos veces al día en cursos de 4 a 6 semanas según la evolución. El ketoconazol es una buena alternativa y se da en dosis de 200 mg por día por 3 a 4 semanas.

### DERMATITIS CAUSADAS POR ECTOPARASITOS

#### 4.4. ACAROSIS

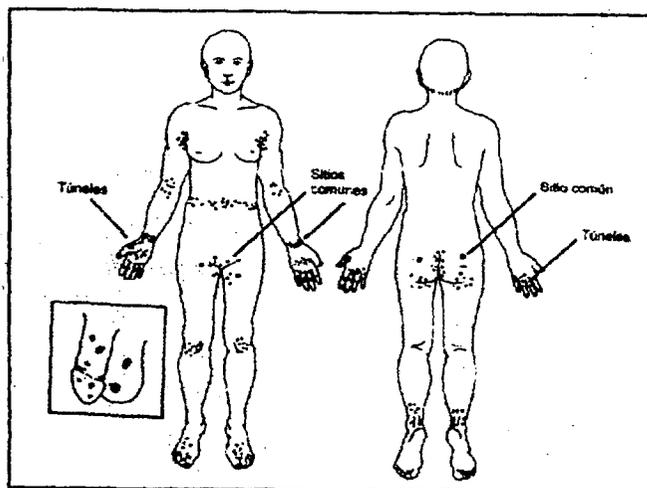
##### 4.4.1. CODIGO: 133

##### 4.4.2. DEFINICIÓN

Es una infestación parasitaria de la piel causada por un ácaro de distribución cosmopolita, altamente contagiosa y de evolución usualmente benigna.

### 4.4.3. ETIOLOGÍA Y EPIDEMIOLOGÍA

La acarosis, mas conocida como sarna es causada por el *Sarcoptes scabiei* variedad *hominis*, afecta a individuos de toda edad, y se trasmite por contacto de persona a persona, uso de ropas infectadas, malos hábitos de higiene y promiscuidad.



*Distribución de las lesiones "tunelizadas" de la acarosis*

Antiguamente la sarna se presentaba como epidemias en ciclos cada 15 años. Con el aumento de los medios de comunicación no se detectan estas epidemias y se mantiene una endemia constante, sobre todo en las poblaciones de menos recursos económicos.

### 4.4.4. DIAGNÓSTICO

#### 4.4.4.1. CUADRO CLÍNICO

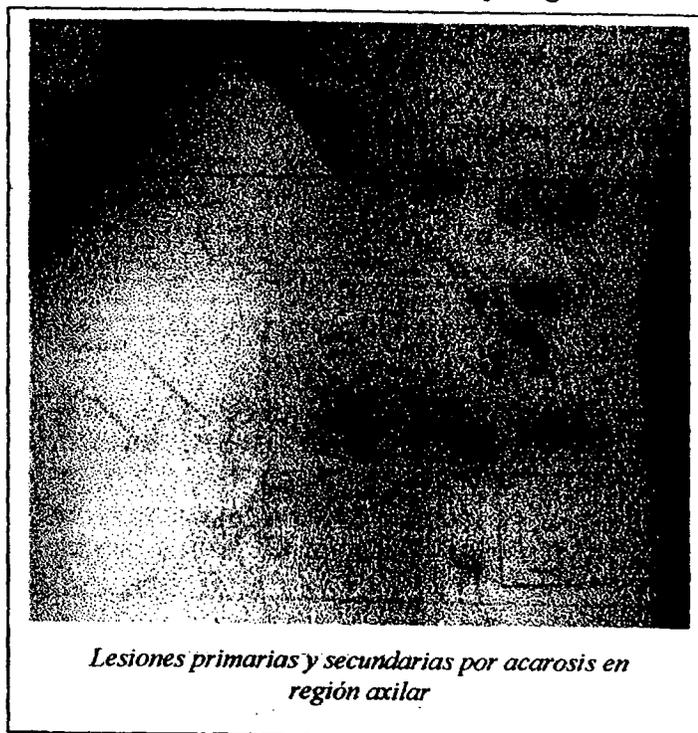
El periodo de incubación es de 3 a 4 semanas desde la infección.

No tiene síntomas sistémicos y la queja característica es el prurito.

Las lesiones incluyen vesículas y pápulas puntiformes con escoriaciones secundarias localizadas en la membrana interdigital, las muñecas, axilas, nalgas y regiones inguinal, submamaria. Ellas son producto de la hipersensibilidad al ácaro.

Es común la infección bacteriana secundaria, sobre todo en niños. Cuando un sujeto limpio es infectado accidentalmente, las lesiones pueden confinarse a pocos sitios, especialmente en el abdomen o tórax.

Otros ácaros conocidos como *dermatofagoides* también están implicados en la aparición de lesiones pruriginosas



#### 4.4.4.2. EXÁMENES AUXILIARES

En el examen clínico el médico deberá observar con una lupa los "túneles" apreciando en uno de los extremos un punto negro brillante, que corresponde al parásito. Este se debe abrir y con una aguja sacar al ácaro y colocarlo sobre una lámina portaobjeto para observarlo al microscopio.

#### 4.4.5. NIVEL DE ATENCIÓN

##### *Ambulatorio:*

Es de evolución benigna y sin complicaciones por lo que trata en consulta externa.

#### 4.4.6. TRATAMIENTO

Las acarosis responden bien a soluciones de lindano al 1%, y la dosis no debe ser mayor de una onza en todo el cuerpo. Se deben lavar las superficies expuestas a las 8 ó 12 horas después de la aplicación de lindano (hexaclorohexano).

En niños de bajo peso se pueden observar efectos neurotóxicos así como también en lactantes cuyas madres han recibido tratamiento con lindano.

Una alternativa es el benzoato de bencilo al 25 y 30 % que es muy efectiva y los efectos tóxicos son similares a lindano.

En ambos casos es oportuno indicar una nueva aplicación una semana después si reaparecen o persisten los síntomas.

El prurito se trata con un antihistamínico tipo clorfeniramina, 4 mg cada 6-8 horas o terfenadina, aztemizol, loratadina con excelentes resultados.

## REACCIONES CUTANEAS A LAS PICADURAS DE INSECTOS

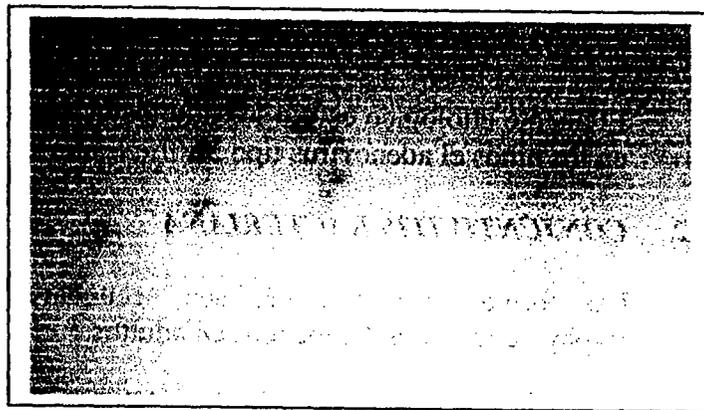
### 4.5. PICADURA Y MORDEDURA DE INSECTOS

Zancudos, mosquitos y pulgas son la causa de lesiones asociadas con la picadura o mordedura de estos insectos cuyo mecanismo es secundario a la inserción de las partes punzantes de la boca y/o a la inyección de saliva del insecto.

Todos ellos pueden ser vectores de muchas enfermedades.

La extensión y severidad de las lesiones depende de la sensibilidad de la víctima. Pueden presentarse placas urticariformes muy pruriginosas localizadas en zonas de exposición.

El tratamiento puede ser local dependiendo de la localización y de la severidad, llegando inclusive a usarse antihistamínicos.



Lesiones vesiculosas puntiformes secundarias a picadura de pulga (pulgequias).