



Facultad de Ciencias Médicas de Sagua la Grande

Asignatura: Dermatología

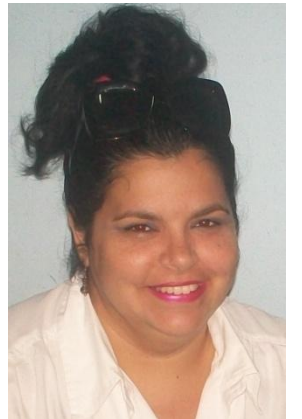
Carrera: Medicina

Profesor: Dra. Carmen Rosa Carmona Pentón

Especialista de II Grado en Medicina General Integral

Profesor Asistente

Investigador Agregado





Tema No. 2 Dermatosis de etiología infecciosa.

❖ **Contenidos:**

- **Virosis cutáneas (Etiología. Manifestaciones clínicas. Diagnóstico. Prevención y tratamiento)**
- **Herpes simple**
- **Herpes Zoster**
- **Verrugas vulgares, planas y plantares**
- **Molusco contagioso**
- **Condiloma acuminado.**
- **SIDA**

Herpes simple

- Infección producida por virus del herpes simple (VHS)-1 y 2
- Afectan la piel y las mucosas oral o genital.
- Grupos de vesículas que se asientan en una base eritematosa, y desaparecen solas

El único reservorio es el hombre, por lo que el contagio es estrictamente interhumano.

Herpes oral

Primoinfección: Suele aparecer en menores de 5 años.

Generalmente no ocurren manifestaciones clínicas, pero hasta un tercio de los niños afectados pueden manifestar una **gingivoestomatitis** con sintomatología muy explosiva.

Gingivoestomatitis aguda

- Periodo de incubación de 3 a 5 días
- Fiebre elevada, irritabilidad, lesiones vesiculosas en lengua, mucosa bucal, úvula, amígdalas, faringe y mucosas labial, que se rompen rápidamente dejando exulceraciones muy dolorosas.
- La evolución suele ser favorable con resolución del cuadro en 10-15 días.

Gingivoestomatitis aguda por Herpes simple



Recurrencias

Herpes labial recurrente.

Existen múltiples factores desencadenantes

(fiebre, frío, luz solar, menstruación, cansancio, estrés, trastornos gastrointestinales, infecciones, intervenciones sobre el trigémino, estados de inmunosupresión, etc)

Herpes labial recurrente



Fig 1 Labio superior edematoso 24 horas después de haber comenzado los síntomas prodrómicos



Fig 2 Vesículas agrupadas sobre una base eritematosa 48 horas después de haber comenzado los síntomas prodrómicos.



Fig 3 Erosiones costrosas en labio superior 7 días después de haber iniciado los síntomas

Herpes genital

Primoinfección.

En la mujer, aparece una vulvo-vaginitis, con presencia de vesículas extensas muco-cutáneas que rápidamente se rompen, dejando exulceraciones con intenso dolor, edema genital junto a síntomas generales

En el varón, aparecen numerosas vesículas en el glande, prepucio, surco balano prepucial y cuerpo del pene, con marcado edema, que rápidamente se exulceran y ocasionan intenso dolor. La uretritis es frecuente.

Tanto en mujeres como en varones, las lesiones de la primoinfección herpética curan en 8-15 días

Herpes genital



Fig 1. Grupo de vesículas sobre una base eritematosa.



Fig 2 Presencia de áreas erosionadas y con costras durante la evolución de la erupción.



Fig 3. Se muestra área erosionada, exulcerada, típico de la presentación en mucosa.

Herpes genital



Otras formas clínicas.



Herpes ocular



**Herpes por inoculación
Panadizo herpético**



**Herpes por inoculación
Herpes gladiatorum**



Eczema herpético



Herpes en inmunodeprimidos

Diagnóstico.

- ✓ **Métodos de diagnóstico rápido mediante microscopia óptica**
- ✓ **Métodos dirigidos a detectar la presencia de antígenos VHS**
- ✓ **Métodos dirigidos a aislar el VHS mediante cultivos virales**

Tratamiento antiviral

□ Primoinfección

- **Gingivoestomatitis (niños menor de 2 años):** Aciclovir 15mg/kg v.o 5 veces/día X 7 días. Ó Aciclovir 5mg/Kg i.v 3 veces/día 8-10 días.
- **Herpes genital:** Aciclovir 200mg v.o 2 veces/día X 10 días

Herpes recurrente

Herpes labial no extenso: Aciclovir crema 5% aplicar cada 1-2 horas durante el día por 4-5 días

Herpes labial forma severa, Herpes genital: Aciclovir 200mg v.o. 5 veces/día, durante 5 días.

Profilaxis infección recurrente

Aciclovir 400mg v.o. 2 veces/día, a largo plazo (6 meses)

Inmunodeprimidos

Adultos: Aciclovir 10mg/Kg i.v. 3 veces al día, durante 10 días.

Herpes Zóster

- Causado por la reactivación del virus varicela zóster (VVZ).
- La exposición al VVZ de un adulto o niño que no ha tenido varicela en la infancia, puede desarrollar un caso de varicela en lugar de herpes zóster.

Factores de riesgo para el zóster

| Trasplantes. | Neoplasias. | Dermatitis atópica. |
|--------------------------------|------------------------------------|----------------------------|
| Inmunodeprimidos (VIH). | Lupus eritematoso sistémico | Mayores de 60 años |
| Tratamiento corticoide | Leucemia. | Estrés. |
| Tratamiento citostático | Enfermedad de Hodgkin | |

Clínica del periodo prodrómico

- Dolor a lo largo de la zona de piel correspondiente a la metámera afectada
- Intensidad variable del dolor, desde leves disestesias o prurito, hasta un dolor intenso, constante o intermitente

Periodo eruptivo

- La erupción se dispone de forma lineal, siguiendo el dermatoma de un ganglio sensorial.
- Es unilateral y no sobrepasa la línea media corporal
- En pocas horas se desarrollan pápulas agrupadas en racimos, que se convierten en vesículas y ampollas.
- Las costras caen en una o dos semanas, dejando un eritema postinflamatorio que se resuelve en uno o dos meses.



Herpes zóster incipiente: pápulas eritematosas agrupadas que forman una placa



Aparecen vesículas que pueden confluir y formar ampollas de contenido seroso



Las vesículas se transforman en pústulas



**Herpes zóster
intercostal**



**Herpes zóster
hemorrágico**



**Herpes zóster
necrótico**



**Herpes zóster
oftálmico**



Herpes zóster con lesiones cutáneas mínimas; puede haber un dolor acompañante intensamente desproporcionado.

Diagnóstico

La clínica del herpes zóster es muy característica permitiendo el diagnóstico en la mayoría de las ocasiones:

- ✓ La morfología de las lesiones elementales (vesículas) sobre una placa eritematosa.
- ✓ Su distribución (metamérica unilateral).
- ✓ El dolor acompañante.

Tratamiento

Tratamiento local

- fomentaciones antisépticas y cremas antibióticas

El aciclovir oral es el tratamiento de elección y puede producir una curación rápida y reducción del dolor agudo en estos pacientes cuando se administran dosis de 800 mg, 5 veces al día, durante 5-7 días, o el fanciclovir, 250 mg, 3 veces al día

Verrugas vulgares

Predominan en niños. Se caracterizan por neoformaciones únicas o múltiples, aisladas o confluentes, semiesféricas, bien limitadas, de superficie verrugosa, áspera y seca, del color de la piel o grisáceas, y asintomáticas.



Verrugas vulgares a nivel del dedo pulgar y borde ungueal proximal.



Verrugas vulgares a nivel del dorso de la mano



Verrugas vulgares periungueales

Verrugas planas.

Son lisas y planas o con ligera elevación sobre la superficie cutánea y suelen tener el color de la piel o una tonalidad amarillo-grisácea. Los lugares de predilección son la cara y el dorso de las manos.



Verrugas planas en la cara de un niño atópico

Verrugas plantares

Son neoformaciones únicas o múltiples que al principio tienen aspecto de pápulas pequeñas y brillantes de bordes definidos, con el tiempo se observa una placa con una superficie hiperqueratósica rugosa incrustada con puntos de color pardo-negro (capilares trombosados)



Tratamiento

El tratamiento en niños debe ser poco agresivo.

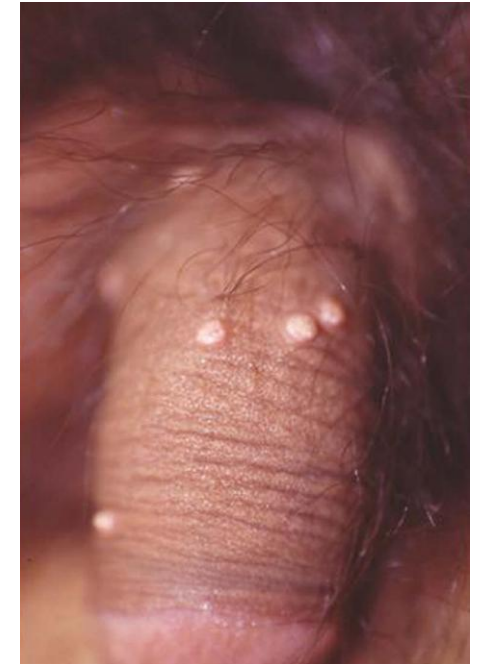
Las soluciones de queratolíticos o ácidos no son dolorosos y son eficaces cuando se insiste en ellos.

- Queratolíticos (Ácido salicílico, Cantaridina, Ácido tricloroacético)
- Agentes antimitóticos y citotóxicos (Podofilino, Bleomicina)
- Métodos quirúrgicos (Curetaje y electrocoagulación, crioterapia, láser)
- Terapéutica inmunológica (Interferón, Imiquimod)

Molusco contagioso

Dermatosis benigna causada por un poxvirus (virus del molusco contagioso), autoinoculable y transmisible; caracterizada por neoformaciones de 2 a 3 mm, que se proyectan en la superficie cutánea como pápulas umbilicadas, aisladas o abundantes.

Molusco contagioso en región de la cara en una niña.



Molusco contagioso en la región del pene en pacientes con VIH.

El diagnóstico del Molusco Contagioso es clínico.

Tratamiento

El más sencillo cuando las lesiones son escasas, o en adultos, es la extirpación con aguja.



Condiloma acuminado



Primera opción de tratamiento.

- **Podofilina 25%. Aplicación semanal sobre las lesiones y dejar secar. No usar en gestantes.**
- **Ácido tricloroacético 80%. Aplicación semanal sobre las lesiones y dejar secar.**

Otras opciones.

- **Electrofulguración.**
- **Crioterapia.**
- **Interferón.**

Bibliografía básica:

- Manzur Katrib J, Díaz Almeida JG, Cortés Hernández M. Dermatología. Editorial Ciencias Médicas. Ciudad de La Habana. Cuba.2002.

Bibliografía de consulta:

Arenas R. Atlas de dermatología, diagnóstico y tratamiento. Editora Mac Graw Hill. 5ta. Edición. 2013.