



Sociedad de
MEDICINA INTERNA
de Buenos Aires



Curso Universitario Trienal de Clínica Médica – Medicina Interna
Universidad Barceló - Sociedad de Medicina Interna de Buenos Aires

Módulo de Dermatología

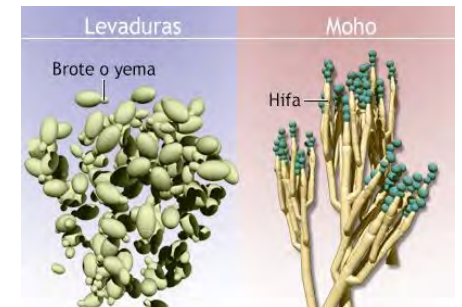
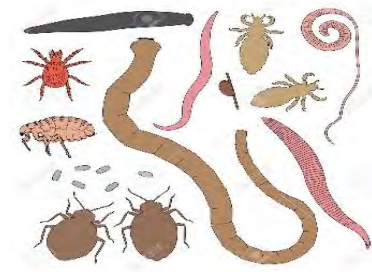
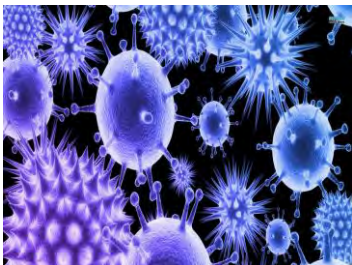
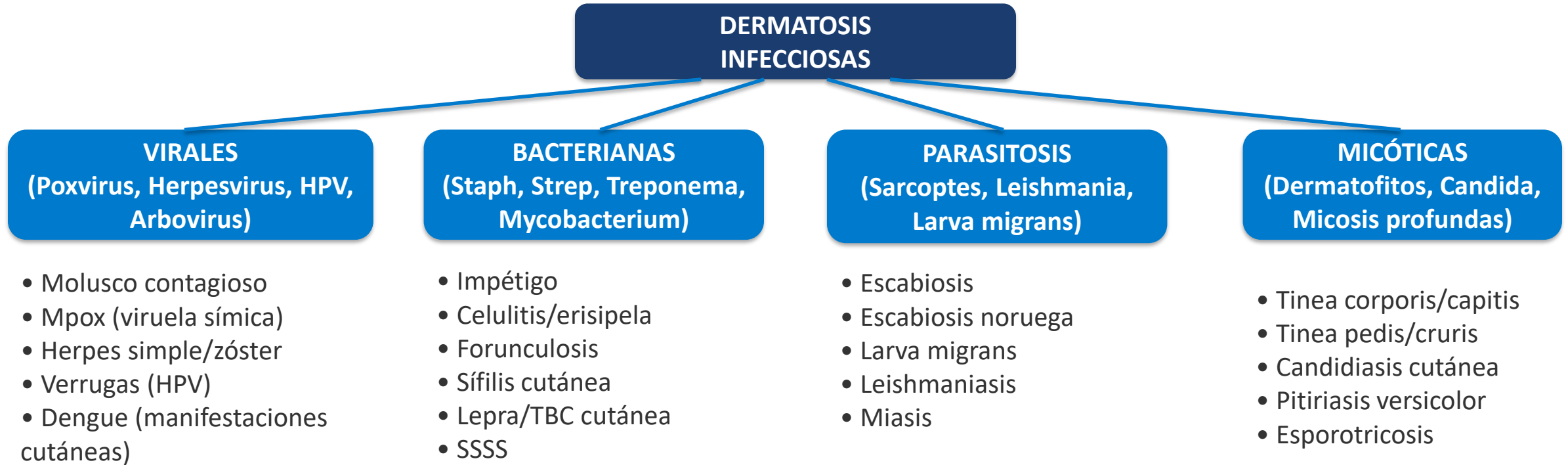
DERMATOSIS INFECCIOSAS RELEVANTES PARA EL MÉDICO CLÍNICO.

GIORGINA PARDO

Médica. Profesora universitaria. Esp. En Dermatología. Diplomada en Psoriasis UCES-SAD y SOLAPSO-SOARPSO. Esp. En Administración Sanitaria.
Jefe de Servicio de Dermatología del HIGA Pedro Fiorito. Directora del Curso Superior de Dermatología ESEM distrito 2, Avellaneda. Miembro de la
SAD.

CLASIFICACIÓN DE LAS DERMATOSIS INFECCIOSAS

Esquema etiológico para el abordaje sistemático



VIROSIS



PEQUEÑOS EN TAMAÑO, GIGANTES EN IMPACTO

DERMATOSIS VIRALES: INTRODUCCIÓN

Agentes, transmisión y lesiones elementales características

AGENTES ETILÓGICOS

- Poxvirus: Molusco contagioso, Mpox (Orthopoxvirus)
- Herpesvirus: HSV-1/2, VZV (varicela/zóster)
- Papillomavirus: VPH (verrugas cutáneas/genitales)
- Arbovirus: Dengue, Zika, Chikungunya
- Parvovirus B19, HHV-6/7 (exantemas)

LESIONES ELEMENTALES VIRALES

- Pápulas umbilicadas (molusco)
- Vesículas agrupadas en racimo (herpes)
- Pápulas hiperqueratósicas (verrugas)
- Máculo-pápulas, vesículas, pústulas, costras (mpox)
- Eritema, petequias, equimosis (dengue)

Virus	Transmisión	Incubación	Lesión típica
Molusco contagioso	Contacto directo, fómites, agua	2-7 semanas	Pápula umbilicada, nacarada
Mpox (Clade I/II)	Contacto estrecho, sexual, zoonótica	1-21 días	Vesiculopústula evolutiva
HSV-1/2	Contacto directo, sexual	2-12 días	Vesícula agrupada sobre base eritematosa
VPH	Contacto directo, sexual	1-6 meses	Pápula verrugosa, hiperqueratósica
Dengue	Picadura Aedes aegypti/albopictus	3-14 días	Eritema, exantema, petequias

MOLUSCO CONTAGIOSO

Infección por poxvirus · Pápulas umbilicadas · Autolimitada



EPIDEMIOLOGÍA Y AGENTE

Causado por Molluscum Contagiosum Virus (MCV)

Poxvirus de ADN bicatenario. 4 tipos genéticos (MCV-1 a 4); MCV-1 es el más frecuente.

Transmisión: **contacto directo piel-piel, fómites (toallas, esponjas), agua de piscinas/bañeras.**

Autoinoculación por rascado.

Frecuente en niños (1-10 años) y adultos (transmisión sexual). En inmunodeprimidos (VIH).

MORFOLOGÍA CLÍNICA

Pápulas de 2-5 mm,

color carne/rosado, **lisas, brillantes**, de aspecto cerúleo o nacarado, con **depresión umbilicada central** (umbilicación). Agrupadas o diseminadas.

Contenido: material caseoso blanquecino (cuerpos de molluscum = células epiteliales con partículas virales).

Prurito leve o asintomático.

DISTRIBUCIÓN:

- Niños: cara, cuello, tronco, axilas, pliegues (eccema asociado en 30%)
- Adultos (sexual): genitales, muslos, pubis, abdomen inferior
- Inmunodeprimidos: extensas, facial, gigantes (> 1 cm), resistentes



MOLUSCO CONTAGIOSO: DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

Enfoque práctico para el médico clínico

DIAGNÓSTICO

Clínico!! DD VV (superficie rugosa, sin umbilicación), molluscum contagiosum genital (descartar sífilis, condiloma acuminado, herpes).

Confirmatorio: extracción del núcleo central (curetaje), tinción de Gram o Wright (cuerpos de molluscum = inclusiones intracitoplasmáticas eosinófilas).

Biopsia: acantosis, cuerpos de molluscum (células gigantes con inclusiones intracitoplasmáticas).

PRONÓSTICO

Autolimitado: resolución espontánea en 6-24 meses (media 9-12 meses). Inmunidad parcial. Recurrencias frecuentes.

En inmunodeprimidos: persistente, extensivo. No excluir de escuela/guardería (cubrir lesiones).

Tratamiento	Mecanismo	Eficacia	Indicación
Expectante	Autolimitación	Alta (tiempo)	Niños sanos, pocas lesiones
Curetaje	Extracción mecánica	Alta	Pocas lesiones, adultos
Crioterapia (N2 líquido)	Destrucción por frío	Alta	Pocas lesiones, > 4 años
Cantaridina	Vesicante químico	Alta	Niños, múltiples lesiones
KOH 5-10%	Irritación, queratolisis, inflamación, destrucción	Alta	Niños, adultos, múltiples
Tretinoína/tazarot/adapalene	Retinoide, queratolítico	Moderada	Extensas, facial
Imiquimod (- -)	Inmunomodulador	Controversial	No recomendado actualmente
Cidofovir tópico/(IV)	Antiviral	Alta	Inmunodeprimidos, resistentes

MOLUSCO CONTAGIOSO: FORMAS ESPECIALES

Contextos clínicos de alto riesgo

MOLUSCO GIGANTE

> 1 cm de diámetro.

Predominio en **inmunodeprimidos** (VIH, trasplantados, corticoides).

Morfología: nódulo o tumor, **umbilicación menos evidente**.

Puede simular carcinoma basocelular, queratoacantoma.

Requiere biopsia para **descartar malignidad**.



MOLUSCO EXTENSO (VIH)

> 100 lesiones

distribución **facial** predominante, **resistente a tratamientos** convencionales.

Asociado a CD4 < 200.

Puede ser signo revelador de inmunosupresión.



MOLUSCO INFLAMATORIO

Reacción inflamatoria perilesional (eccema de molusco) en 30% de niños.

Signo de **respuesta inmunitaria** (próximo a curación).

No confundir con infección bacteriana secundaria.

Manejo: hidratación, corticoides tópicos leves.



MPOX (Viruela símica / Viruela del mono)



Orthopoxvirus · Enfermedad virósica zoonótica emergente

EPIDEMIOLOGÍA ACTUAL

Clado I (Congo): más virulento.

Clado II (West Africa): brote global 2022, letalidad < 1%. 2024-2025: emergencia de Clade Ib en África Central y diseminación internacional.

Reservorio: **roedores africanos**.

Transmisión: zoonótica, contacto estrecho piel-piel, sexual (principal en brote 2022), fómites, materno-fetal, aerosoles (raro).

PERÍODO DE INCUBACIÓN Y CLASIFICACIÓN DE CASOS

Incubación: 1-21 días (media 7-10 días).

Contagiosidad: desde inicio de síntomas hasta cicatrización completa + piel nueva.

Caso sospechoso: **erupción aguda inexplicable + linfadenopatía/fiebre + nexo epidemiológico.**

Caso probable: sospechoso + criterios epidemiológicos adicionales.

Caso confirmado: **PCR** específica para Mpox.

Característica	Clado I (Congo)	Clado II (Africa occidental)
Letalidad	~ 10%	< 1%
Transmisión	Zoonótica predominante	Sexual predominante
Linfadenopatía	Frecuente	Frecuente
Lesiones	Numerosas, extensas	Paucilesionales, anogenitales
Pródromos	Frecuentes (fiebre, mialgia)	Variables (a veces ausentes)
Brote 2022	No	Sí (global)
Vacuna	MVA-BN (Jynneos), ACAM2000	MVA-BN (Jynneos), ACAM2000

MPOX: MANIFESTACIONES CUTÁNEAS Y MUCOSAS

Evolución de lesiones: mácula → pápula → vesícula → pústula → costra

FASES DE LA ERUPCIÓN



1. **ENANTEMA:** lesiones mucosas (oral, faringe, conjuntiva, genital, anal) antes o simultáneo a exantema.
2. **EXANTEMA:** inicia en cara → tronco → extremidades (centrípeto). **Palmas y plantas afectadas!!**
3. **EVOLUCIÓN SINCRÓNICA:** todas las lesiones en mismo estadio (diferencial con varicela).
4. **MORFOLOGÍA:** mácula → pápula → vesícula (2-3 mm) → pústula umbilicada → costra → cicatriz.
5. **NÚMERO:** de paucilesional (1-5) a centenares. Profundas, bien delimitadas, con depresión central.

MANIFESTACIONES ATÍPICAS (BROTE 2022)

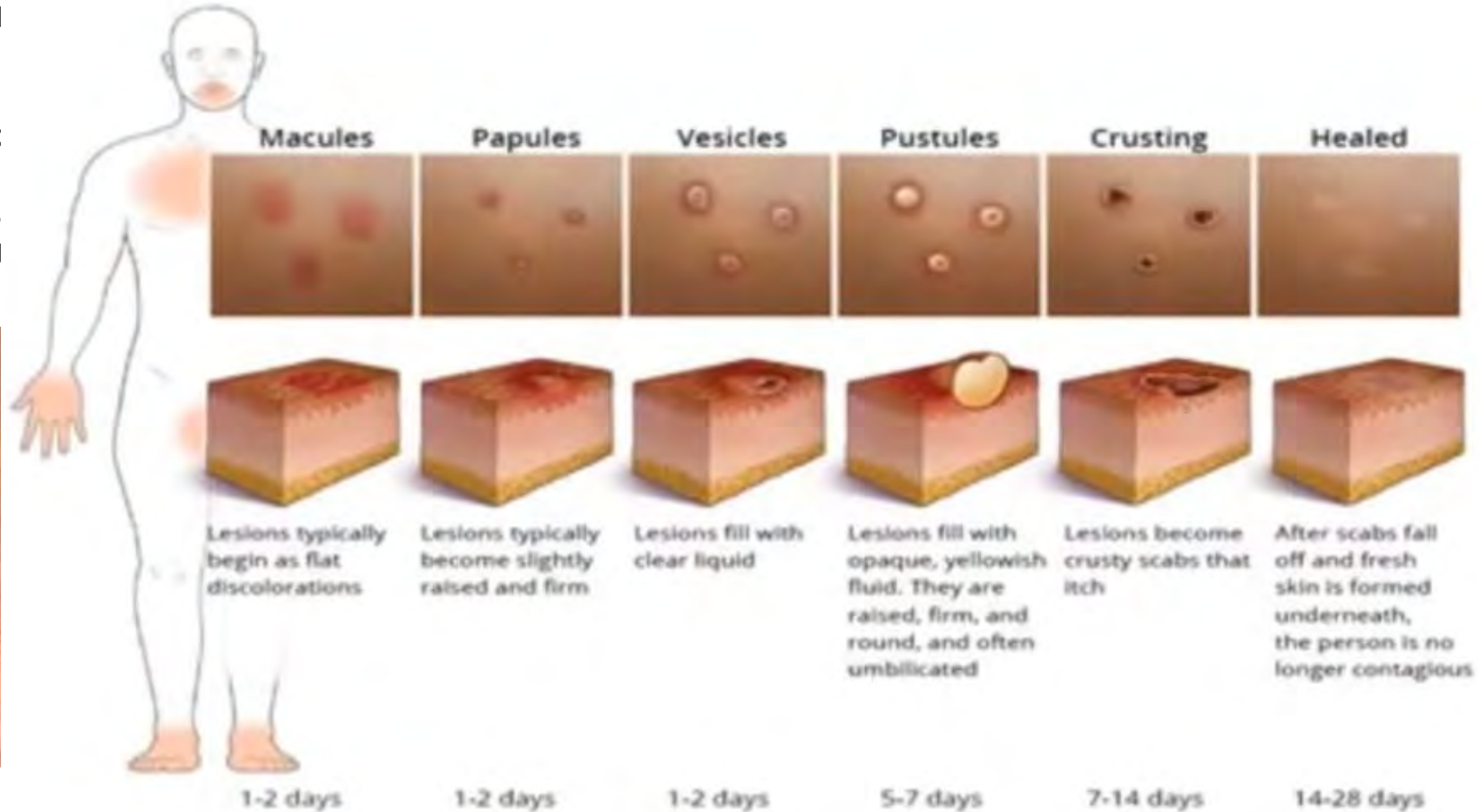
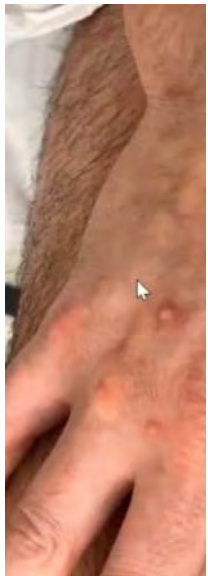
- **Lesiones únicas o pocas en región anogenital** (simula herpes, sífilis, granuloma inguinal)
- **Proctitis:** dolor anorrectal, tenesmo, secreción/sangrado (14-36% de casos)
- **Faringoamigdalitis ulcerosa:** odinofagia, placas amigdalinas (10-21%)
- **Panadizo digital:** lesión única en dedo (simula infección bacteriana)
- **Pseudopústulas periorales, pápulas blancas en lengua con depresión central**



MPOX: MANIFESTACIONES CUTÁNEAS Y MUCOSAS

SIGNOS I

- Mpox: sincrónico
- Varicela: centripetal



MPOX: DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO Y PREVENCIÓN

Enfoque actualizado 2024-2025

DIAGNÓSTICO

- **PCR** en tiempo real (RT-PCR): orofaringe, lesión cutánea (raspado de costra/vesícula), sangre, semen. Oro diagnóstico: detección de secuencias únicas de ADN viral.
- **Serología: anticuerpos IgM/IgG anti-orthopoxvirus** (control epidemiológico, no diagnóstico agudo).
- Cultivo viral: BSL-3, poco disponible.
- Diagnóstico diferencial: varicela, herpes, sífilis, molusco contagioso, dermatitis atópica infecciosa.

TRATAMIENTO

- Casos leves: **manejo sintomático, hidratación, antipruriginosos, prevención infección secundaria.**
- Casos graves/inmunosuprimidos: tecovirimat (TPOXX) 600 mg VO/IV x 14 días (inhibidor VP37).
- Cidofovir o brincidofovir: alternativas en refractarios.
- **Vacuna MVA-BN (Jynneos):** pre-exposición (2 dosis) y post-exposición (dentro de 4 días).
- **ACAM2000:** contraindicada en embarazo, dermatitis, inmunosupresión.

Complicación	Frecuencia	Manejo
Infección bacteriana secundaria	Común	Antibióticos, higiene
Proctitis severa	14-36%	Analgésicos, tecovirimat si grave
Neumonía	Rara	Hospitalización, soporte
Encefalitis	Rara	Hospitalización, antiviral
Miocarditis	Rara	Hospitalización, soporte cardíaco
Secuelas estéticas	Frecuente	Cicatrices, hipopigmentación

DENGUE: MANIFESTACIONES CUTÁNEAS



Arbovirosis reemergente · No exantemática clásica · Lesiones propias

FISIOPATOLOGÍA Y EPIDEMIOLOGÍA

Virus del dengue (subtipos DEN 1, 2, 3, 4), flavivirus

Transmitido por *Aedes aegypti* y *A. albopictus*.

Endémico en trópicos/subtrópicos.

Reinfección con serotipo diferente ↑ riesgo de dengue grave (ADE: antibody-dependent enhancement).

Manifestaciones cutáneas: 20-65% de casos. NO son patognomónicas pero orientan diagnóstico.

CRONOLOGÍA DE LESIONES:

- Día 1-2: eritema facial leve
- Día 2-6: exantema maculopapular generalizado
- Día 3-7: petequias, equimosis (fase crítica)
- Recuperación: **ligera descamación, NO secuelas pigmentarias!**
- **Prurito:** al final del período agudo, autolimitado

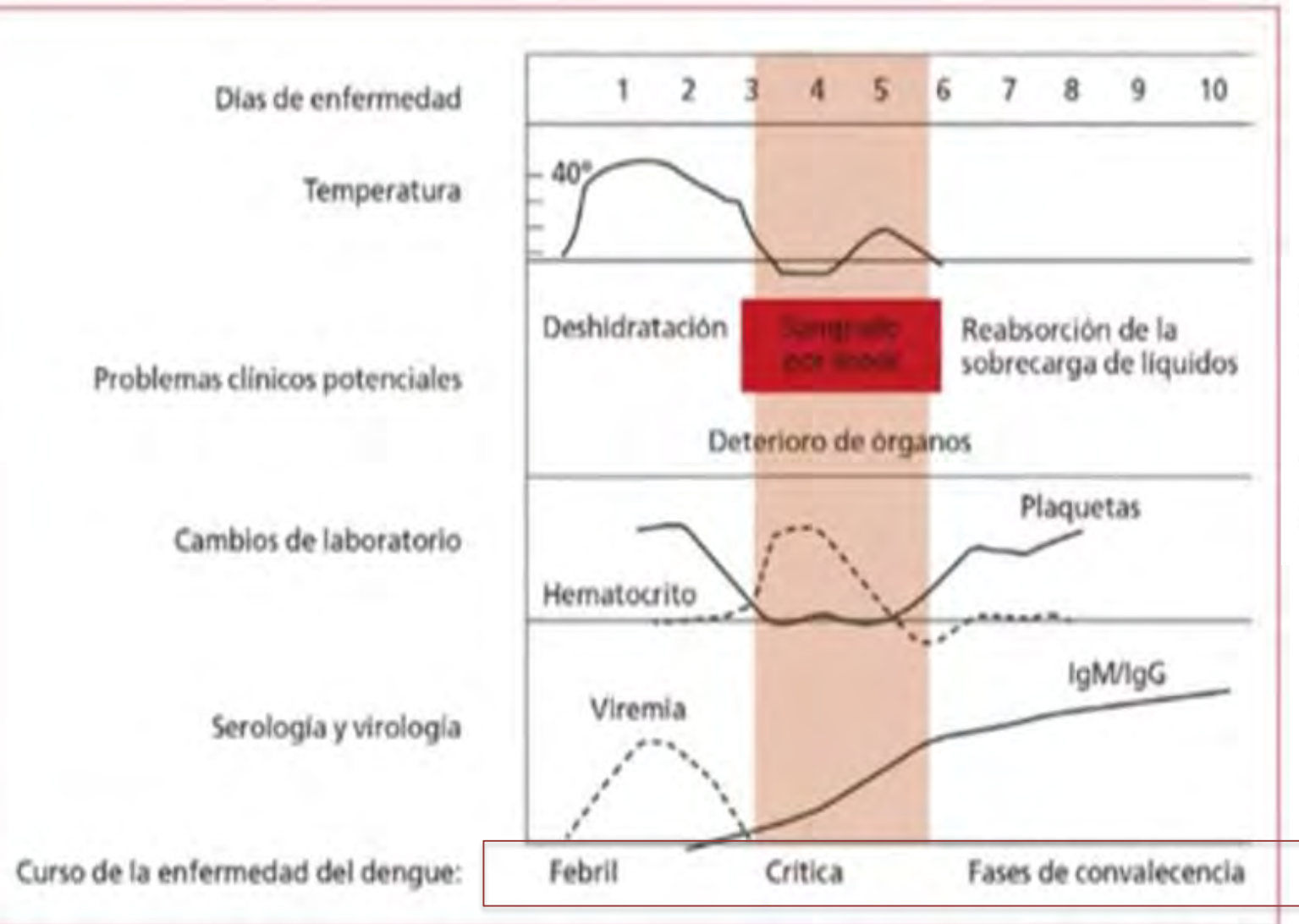
LESIONES CUTÁNEAS CARACTERÍSTICAS

- **ERITEMA FACIAL:** dilatación capilar, precede o coincide con fiebre. Puede pasar inadvertido.
- **EXANTEMA MACULOPAPULAR MB:** 'islas blancas en un mar rojo' (áreas de piel normal entre eritema). Centrífugo habitual (tronco → extremidades). Inicia día 2-6 de fiebre. Respeta Palmas y Plantas.

A veces solo eritrodermia con +++ prurito. Edema y prurito PP

- **PETEQUIAS:** < 3 mm, en 1/3 de pacientes. Signo de alarma.
- **EQUIMOSIS:** manchas negruzcas/amarillentas, sufusión sanguínea.
- **LESIONES MUCOSAS:** **inyección conjuntival**, vesículas en paladar blando, gingivorragia, costras labiales.

DENGUE: EVOLUCION Y DIAGNOSTICO



Confirmación Viroológica

- ✓ Mediante la detección sistemática del antígeno **NS1**
- ✓ Aislamiento de ARN viral por **RT-PCR** cuantitativa
- ✓ Serología específica para **IgM**

DENGUE: SIGNOS DE ALARMA

Signo de alarma	Interpretación	Acción
Dolor abdominal intenso/persistente	Hemorragia visceral	Hospitalización urgente
Vómitos persistentes	Shock incipiente	Hidratación IV
Mucositis/gingivorragia intensa	Trombocitopenia severa	Transfusión
Letargo/irritabilidad	Encefalopatía	UCI
Hepatomegalia > 2 cm	Hepatitis	Control hepático
Aumento de hematocrito	Hemoconcentración	Líquidos IV
Petequias generalizadas	Trombocitopenia	Control plaquetas

DENGUE: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Diferenciación con otras arbovirosis y enfermedades febriles



Característica	Dengue	Zika	Chikungunya
Exantema	Islas blancas/mar rojo	Morbiliforme, pruriginoso	Morbiliforme (40-50%)
Prurito	Al final, leve	Intenso	Leve (80% asintomático)
Artralgias	Moderada	Leve	Severa (incapacitante)
Conjuntivitis	Inyección	Conjuntivitis no purulenta	No
Neurológico	Encefalopatía (rara)	Microcefalia (congénito)	No
Hemorragia	Frecuente (fase crítica)	Rara	Rara
Fiebre	40°	Leve	38,9°

- La erupción maculopapular es la manifestación cutánea más común.
- La pigmentación nasal ("chik sign") es un hallazgo distintivo y específico.
- Lesiones en uñas, mucosas y lesiones orales o genitales son frecuentes.
- La serología y RT-PCR son herramientas diagnósticas principales.



LOS VIRUS VIAJAN CON LA GENTE...



IMPORTANCIA DE LA VACUNACION

Virus ya erradicados
en nuestro país
vuelven a aparecer...
(ej:SARAMPION)

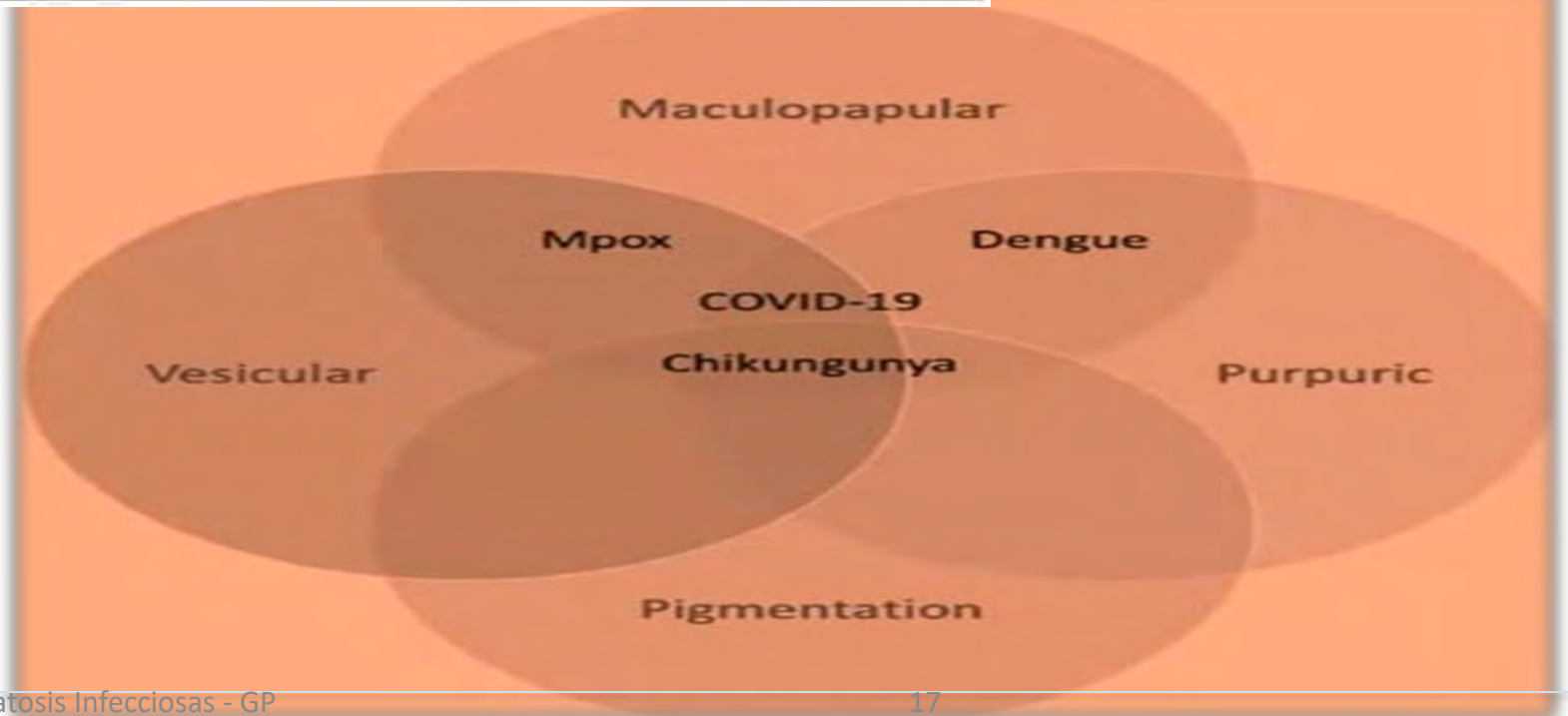


VACUNA Q-DENGA

VIRUS Y BACTERIAS QUE DAN SINTOMAS RESPIRATORIOS

Coronavirus 229E
Coronavirus HKU1
Coronavirus OC43
Sars cov 2
MERS
Bocavirus
Metapneumovirus
Rinovirus/Enterovirus
Influenza A
Influenza A H1
Influenza A H1 2009
Influenza A H3
Influenza B
Parainfluenza 1, 2,3,4
Virus Sincicial Respiratorio
Bordetella Pertussis
Legionella Pneumophila
Mycoplasma Pneumoniae
Adenovirus

- Con afectación del estado general.
- fiebre persistente
- Síntomas respiratorios
- **Exantema**
- Laboratorio de inflamación sistémica



HERPES SIMPLE · HERPES ZÓSTER · VERRUGAS (HPV)

Dermatosis virales frecuentes en la práctica clínica

HERPES SIMPLE (HSV-1/2)

Vesículas agrupadas sobre base eritematosa, dolorosas, pruriginosas.

HSV-1: orofacial (gingivoestomatitis, herpes labial). HSV-2: genital.

Recurrencias por **reactivación** (estrés, fiebre, UV). Diagnóstico: PCR, cultivo, Tzanck (cuerpos de inclusión).

Profilaxis supresiva en recurrencias frecuentes.

HERPES ZÓSTER (VZV)

Reactivación de VZV latente en ganglios sensitivos.

Unilateral Vesículas agrupadas en racimo, evolucionan a costras.

Complicaciones: neuralgia postherpética, afectación ocular (V1), Ramsay Hunt.

Tratamiento: vala/aciclovir < 72h.

Vacuna recombinante (**Shingrix**) > 50 años.

VERRUGAS (VPH)

Pápulas hiperqueratósicas, rugosas, superficie papilomatosa. VPH-1/2/4: verrugas plantares/palmar. VPH-6/11: condilomas acuminados (genitales). VPH-**16/18**/31/33: displasia cervical/ano.

Tratamiento: crioterapia, ácido salicílico, imiquimod, 5-FU, cirugía.

Vacuna VPH (9-valente) preventiva.

Característica	Herpes simple	Herpes zóster	Verrugas
Agente	HSV-1/2	VZV	VPH (150+ tipos)
Lesión	Vesículas agrupadas	Vesículas en dermatoma	Pápula verrugosa
Dolor	Intenso, quemante	Neuropático, precoz	Asintomático/leve
Recurrencia	Frecuente	Única (salvo inmunosupresión)	Frecuente
Diagnóstico	PCR, cultivo	Clínico + PCR	Clínico, biopsia si duda
Tratamiento	Aciclovir/valaciclovir	Antiviral + AINEs + Vit compB	Destructivo/inmunomodulador

VIROSIS CUTÁNEAS - HSV

HSV1 - Oral Herpes



HSV2 - Genital Herpes



VIROSIS CUTÁNEAS – Virus Varicela- Zóster



VIROSIS CUTÁNEAS - HPV



VIRALES: CUADRO COMPARATIVO Y ALGORITMO

Síntesis para el diagnóstico diferencial

Enfermedad	Lesión elemental	Distribución	Signo distintivo	Diagnóstico	Tratamiento
Molusco	Pápula umbilicada	Cara, tronco, genital	Umbilicación central	Clínico	Curetaje, cantaridina, berdazimer
Mpox	Vesiculopústula	Cara, tronco, palmas, genital	Evolución sincrónica, linfadenopatía	PCR	Tecovirimat, sintomático
Dengue	Mácula, eritema, petequia	Generalizado, palmas	Islas blancas/mar rojo	PCR/serología NS1	Sintomático, hidratación
Herpes simple	Vesícula agrupada	Orofacial/genital	Base eritematosa, dolor	PCR/cultivo	Aciclovir/valaciclovir
Zóster	Vesícula en dermatoma	Unilateral, dermatoma	Dolor neuropático precoz	Clínico + PCR	Valaciclovir + analgésicos
Verrugas	Pápula verrugosa	Manos, pies, genital	Puntos negros, superficie áspera	Clínico	Crioterapia, salicílico, imiquimod

HHV 6 Y 7, CMV, PARBOV B19, EBV----- EXANTEMAS

VIROSIS CUTÁNEAS – PITIRIASIS ROSADA DE GIBERT (HHV 6 Y 7)



INFECCIONES BACTERIANAS



DERMATOSIS BACTERIANAS: INTRODUCCIÓN

Gram positivos, Gram negativos, bacilos ácido-alcohol resistentes

AGENTES ETIOLÓGICOS

- Gram positivos: Staphylococcus aureus (impétigo, foliculitis, forunculosis, SSSS, celulitis), Streptococcus pyogenes (erisipela, impétigo, escarlatina).
- Gram negativos: Pseudomonas (dermatitis por piscina), Bartonella (bacilar angiomatosis).
- Treponema pallidum (sífilis).
- Mycobacterium: M. leprae (lepra), M. tuberculosis (TBC cutánea).

LESIONES ELEMENTALES BACTERIANAS

- Pústula: foliculitis, impétigo, forunculosis
- Vesícula/pústula: impétigo bulloso
- Placa eritematosa con bordes bien definidos: erisipela
- Placa difusa, mal definida: celulitis
- Úlcera: sífilis primaria (chancro), TBC cutánea
- Nódulo: lepra tuberculoide, lupus vulgar

IMPÉTIGO

Infección cutánea superficial por *S. aureus* y/o *S. pyogenes*

IMPÉTIGO NO BULLOSO (70%)

Pústulas superficiales que se rompen rápidamente dejando costras de color miel/marrón claro.

Bordes eritematosos.

Pruriginoso.

Localización: cara (perinasal, peribucal), extremidades.

Agente: ***S. pyogenes* o *S. aureus*.**

Contagioso.

Autolimitado en 2-3 semanas sin tratamiento.

Complicaciones: glomerulonefritis postestreptocócica (sólo con *Streptococcus*), celulitis.

IMPÉTIGO BULLOSO (30%)

Ampollas flácidas, grandes (> 1 cm), de contenido seroso/amarillento, que se rompen dejando costras finas.

Agente: *S. aureus* productor de **exfoliatinas (A/B)**. **Toxina epidérmica estafilocócica.**

Localización: cara, tronco, pliegues.

Más frecuente en niños, clima cálido.

Diferencial: pénfigo foliáceo, síndrome de piel escaldada estafilocócica (SSSS).

IMPETIGO – ECTIMA - INTERTRIGO



ERISPELA Y CELULITIS

Infección de dermis y tejido subcutáneo · Urgencia dermatológica

ERISPELA

Infección superficial de dermis y vasos linfáticos

Caliente, dolorosa. linfadenopatía regional.

Localización: cara (5-20%), piernas (80%).

FR: insuficiencia venosa, diabetes, obesidad, linfedema.

CELULITIS

Infección profunda

Caliente, dolorosa.

Signos sistémicos: fiebre, taquicardia, leucocitosis.

Complicaciones: absceso, fascitis necrosante, sepsis.

FR: Ins Ven Prof, DBT, inmunosupresión, edema linfático, trauma, tinea pedis

Característica	Erisipela	Celulitis
Profundidad	Dermis superficial + linfáticos	Dermis profunda + subcutáneo
Bordes	Bien definidos, elevados	Mal definidos, difusos
Color	Rojo brillante intenso	Rojo difuso, menos intenso
Edema	Moderado	Marcado
Vesículas/pústulas	Pueden aparecer	Frecuentes
Agente	S. pyogenes (grupo A)	S. aureus, S. pyogenes
Fiebre	Alta (> 38,5°C), equiv	Variable
Tratamiento	Penicilina IM /Amoxicilina 7-10 d	Penicilina IM, Cefa, clinda, vancomicina

ERISPELA Y CELULITIS



FORUNCULOSIS · FORÚNCULOS · ABSCESOS CUTÁNEOS



Infección profunda del folículo piloso · CA-MRSA emergente

FR: obesidad, diabetes, inmunosupresión, portador nasal de *S. aureus*, contacto estrecho, deportes de contacto, clima cálido.

Entidad	Definición	Morfología	Tratamiento
Foliculitis	Inflamación superficial del folículo	Pústula perifolicular	Mupirocina, higiene
Forúnculo	Inflamación folicular profunda y tejido circundante	Nódulo doloroso, supurado	ATB sistémicos
Carbunco/ antrax	Confluencia de forúnculos con múltiples puntos de drenaje	Placa con múltiples orificios	Drenaje quirúrgico + antibióticos sist
Absceso	Colección purulenta en dermis/ TCS	Fluctuante, doloroso, eritematoso	Drenaje + cultivo + antibióticos

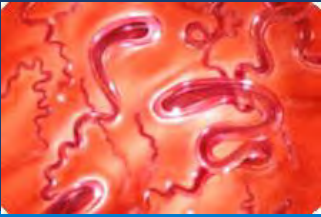
FOLICULITIS - FORÚNCULOS – ANTRAX - PARONIQUIA



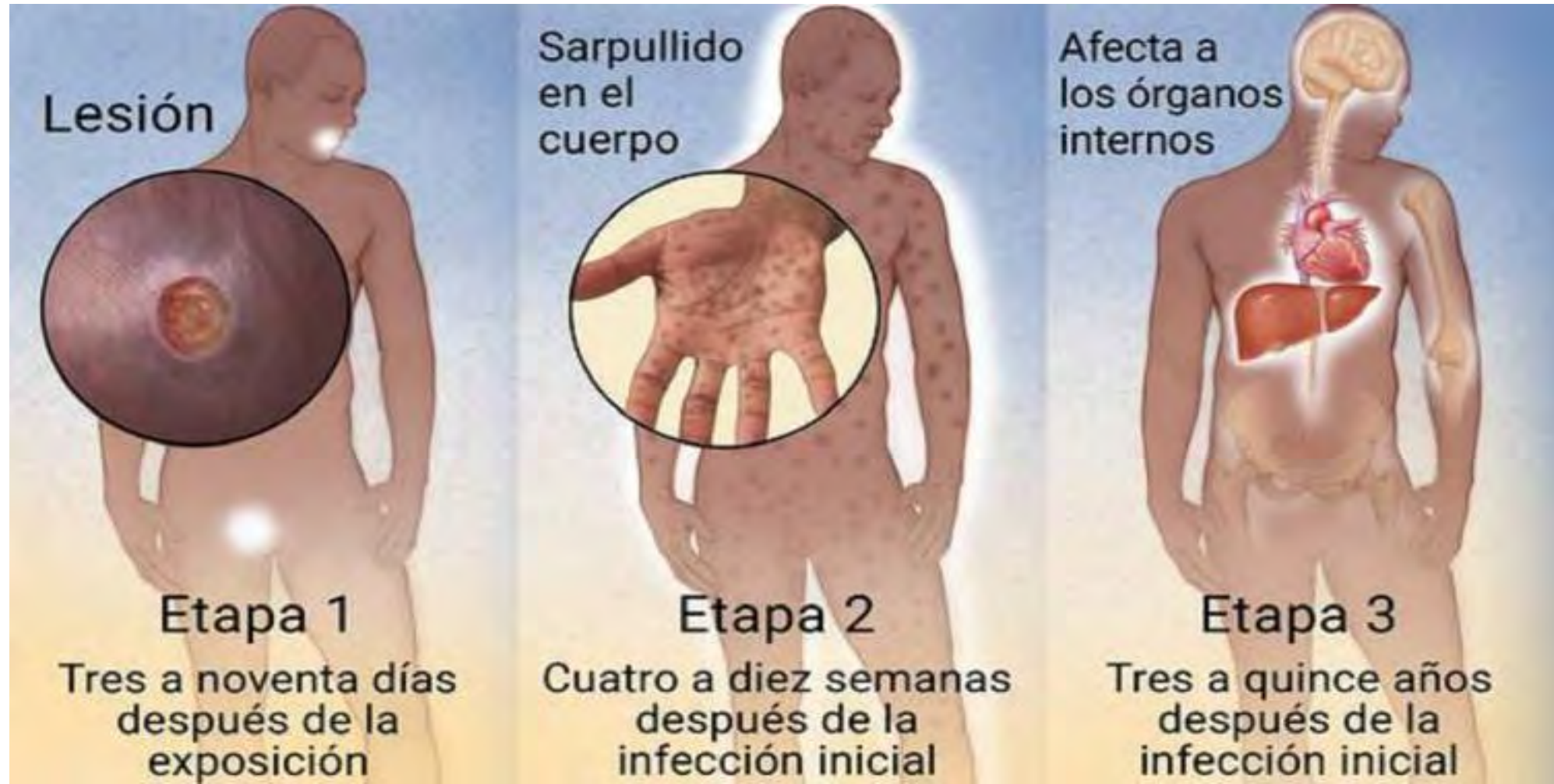
ÁNTRAX por *Bacillus anthracis* (Carbunco o Pústula maligna)



SÍFILIS (*Treponema pallidum*): MANIFESTACIONES CUTÁNEAS



La gran imitadora · Enfermedad de transmisión sexual sistémica



SIFILIS PRIMARIA

Incubacion: 10 – 90 días

Erosion indolora,
Bordes regulares, elevados
Fondo limpio.



Linfadenopatía regional, indolora, dura.
Localización: genital (90%), oral, anal.
Autolimitado

SIFILIS SECUNDARIA

4 a 10 semanas post infección

Exantema morbiliforme en palmas y plantas, máculas en tronco, alopecia, placas en 'collar de Venus'.

Linfadenopatía generalizada, fiebre, mialgias.

Autolimitada en 2-6 semanas. Recurrencias.



SIFILIS TERCIARIA

3 a 15 años post infección

Nódulos blandos que ulceran dejando cicatrices atroficas.
Sífilis cardiovascular y neurológica. Rara con tratamientos actuales.



Estadio	Lesión	Duración	Diagnóstico	Tratamiento
Primaria	Chancro indoloro + adenopatía	3-6 semanas	Campo oscuro, VDRL/FTA-ABS	PCN G Benzatinica 2,4 MU IM
Secundaria	Exantema palmar/plantar, condilomas	2-6 semanas	VDRL/FTA-ABS	PCN G Benzatinica 2,4 MU IM
Latente	Asintomático	Años	Serología	PCN G Benzatinica 2,4 MU IM
Terciaria	Gomas, lupus vulgar, cardiovascular	Crónico	Serología + biopsia	PCN G Benzatinica 2,4 MU IM (h/ 6 aplicaciones)
Neurosifilis	Meningitis, tabes, demencia	Crónico	LCR: pleocitosis, VDRL+	Penicilina G CRISTALINA IV 10-14 días

LEPRA (Enfermedad de Hansen)

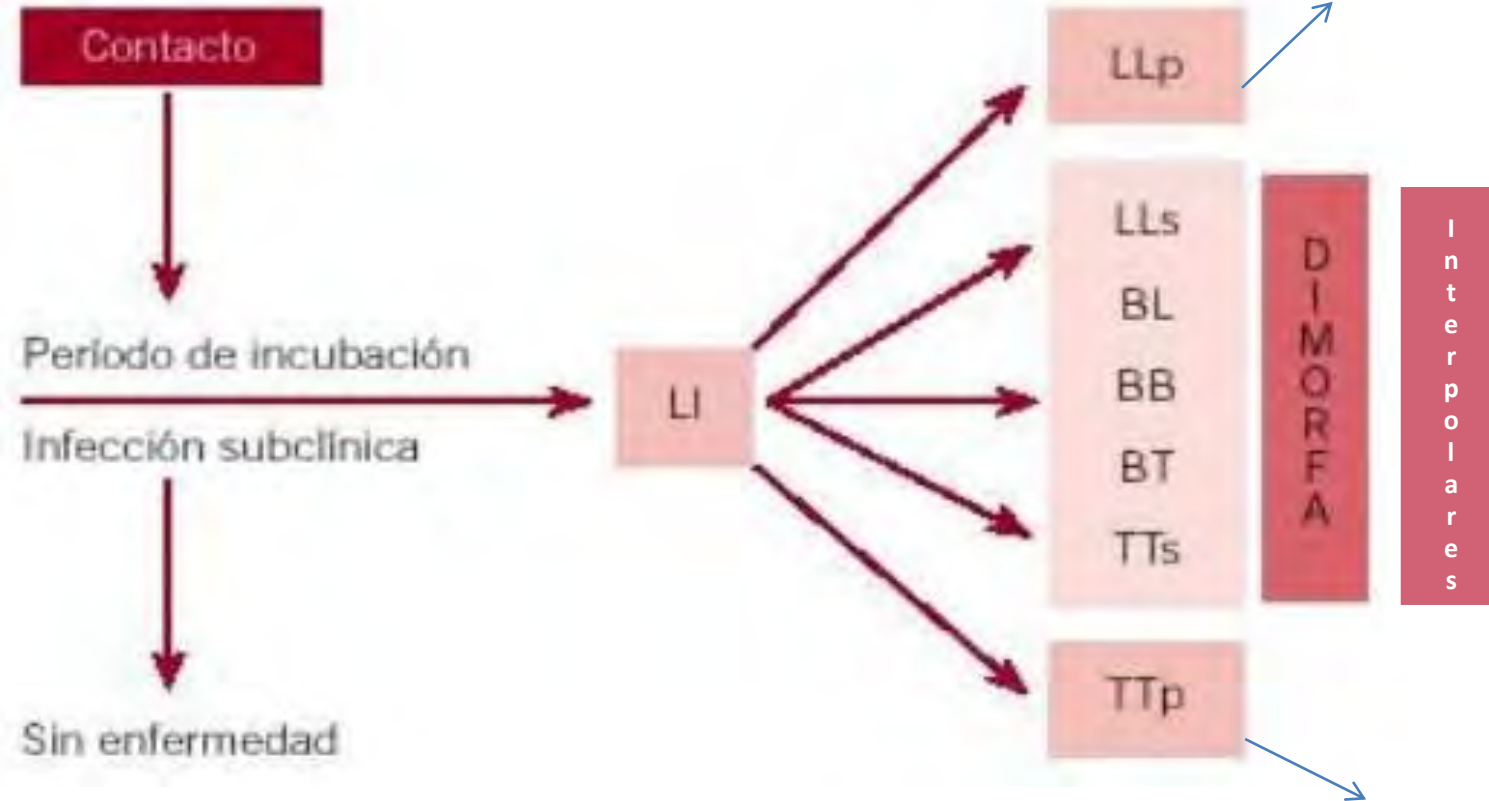
Micobacteriosis cutáneas de importancia en medicina tropical

Mycobacterium leprae.

Transmisión aérea
(contacto prolongado).

Incubación: 2-10 años.

Diagnóstico: Clínica +
biopsia + baciloscopia



• Numerosas lesiones • Miríadas de bacilos •
• Lepromina negativa • Histiocitos espumosos con
abundantes bacilos, escasos linfocitos

• Pocas lesiones • Sin bacilos (lepra
paucibacilar) • Lepromina positiva •
Histiocitos epitelioides y granulomas con
linfocitos

LI

LEPRA: ESPECTRO INMUNOLÓGICO

LL

LT

LB



FASCIE LEONINA



LEPRA: BROTES REACCIONALES – NEUROPATIA

EN

EP

VASCULITIS



Afecta los nervios cubital y mediano



Mano en garra del cubital o
mano del predicador

Mano en garra del mediano

Dermatosis Infecciosas - GP



NERVIO TIBIAL POSTERIOR

TBC CUTANEA

Micobacterium tuberculosis. Transmision hematógica o por contiguidad

COMPLEJO PRIMARIO



TBC VERRUGOSA



LUPUS VULGAR



ESCROFULODERMA



GOMA



PSEUDOMICETOMA



TBC CUTANEA

Micobacteriosis cutáneas de importancia en medicina tropical

PERIORIFICIAL



MILIAR



TBC CUTANEA

Micobacteriosis cutáneas de importancia en medicina tropical

TUBERCULIDES



REACCIÓN DE HS!!

PAPULO-NECRÓTICAS

LIQUENOIDES

ERITEMA INDURADO DE BAZIN



Estudios Diagnósticos: biopsia con BAAR, cultivo, PCR, PPD.

ENFERMEDAD DE LYME (BORRELIOSIS DE LYME)



Enfermedad TEMPRANA localizada: eritema migratorio
“En ojo de buey”.

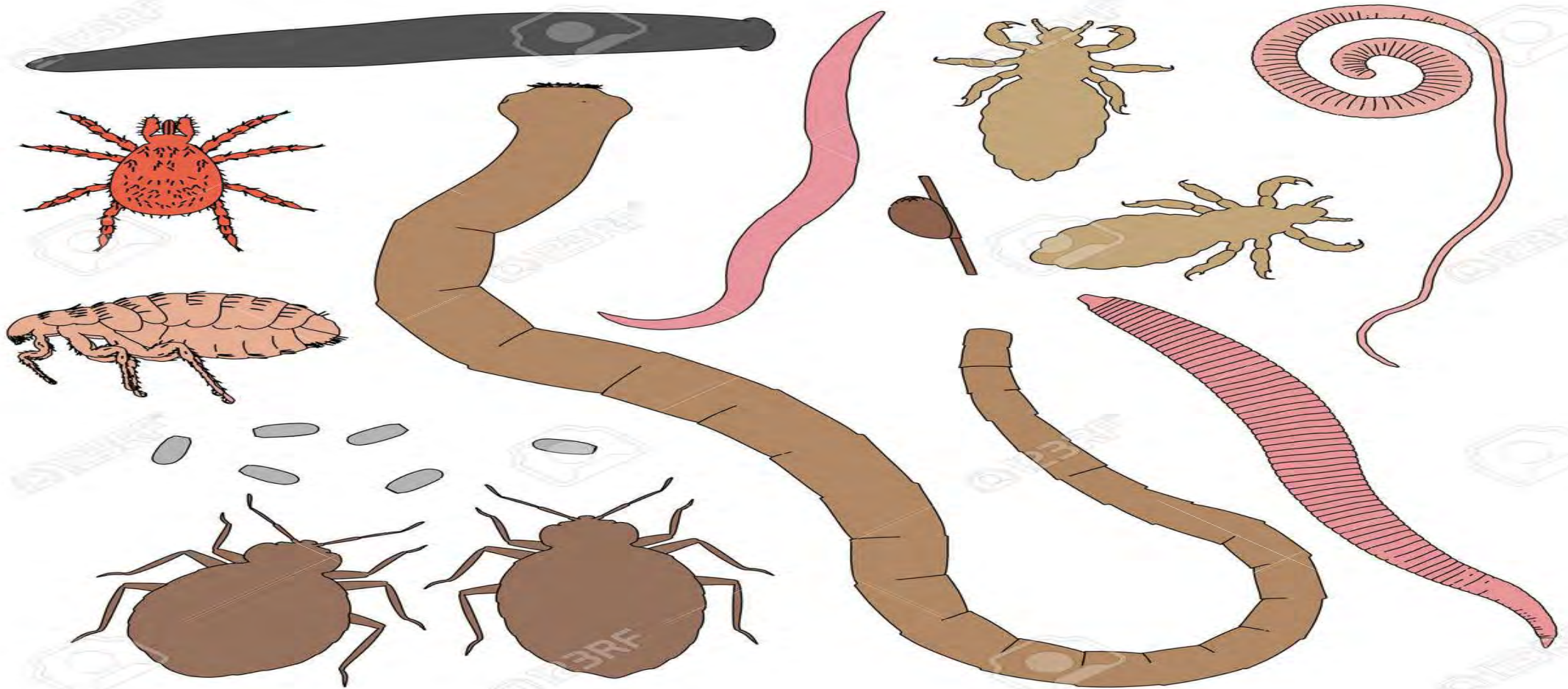
Enf temprana diseminada (días /meses después):

- Síncope
- Taquicardia
- Bloqueo AV
- Pericarditis
- Meningitis

Lyme TARDÍO (meses o años después):

- meses/años post etapa inicial
- Ttnos neurológicos
- Artritis

PARASITOSIS



PARASITOSIS CUTÁNEAS: INTRODUCCIÓN

Artrópodos, protozoos y helmintos con afectación dermatológica

AGENTES ETILÓGICOS

- Artrópodos: Sarcoptes scabiei (**ESCABIOSIS**), Tunga penetrans (**TUNGIASIS**), Dermatobia hominis (**MIASIS**)
- Protozoos: Leishmania spp. (**LEISHMANIASIS** cutánea/mucosa/visceral)
- Helmintos: Ancylostoma braziliense (**LARVA MIGRANS CUTÁNEA**), Strongyloides stercoralis (larva currens)
- Cestodos: Taenia solium (cisticercosis subcutánea)

LESIONES ELEMENTALES

- **Túneles lineales** (escabiosis: túneles de Sarcoptes)
- **Pápulas/nódulos** pruriginosos (escabiosis, leishmaniasis)
- **Placas** eritematosas serpiginosas (larva migrans)
- **Úlcera** con borde indurado (leishmaniasis: chancro)
- **Nódulo** con orificio central (miasis: forúnculo miásico)
- **Lesiones en dedos de pies** (tungiasis: nódulo negro en planta)

ESCABIOSIS (Sarna)

Infestación por *Sarcoptes scabiei* · Prurito nocturno intenso · Brotes epidémicos

EPIDEMIOLOGÍA Y CICLO BIOLÓGICO

Sarcoptes scabiei var. *hominis*.

Hembra adulta (0,3-0,4 mm) excava túneles en estrato corneo (2-3 mm/día), deposita 2-3 huevos/día.

Ciclo: 14-17 días.

Transmisión: contacto directo piel-piel prolongado (15-20 min), sexual, fómites (sábanas, ropa).

Brotes en residencias, guarderías, hospitales, comunidades cerradas.

Prurito: reacción de hipersensibilidad retardada (Tipo IV) a ácaros, heces y saliva.

Aparece 2-6 semanas post-infestación (primoinfección) o 1-2 días (reinfestación).

MORFOLOGÍA CLÍNICA

- Túneles: líneas serpiginosas grises, 2-10 mm, en interdigitales, muñecas, cintura, glúteos, genitales.
- Pápulas eritematosas: 1-3 mm, en pliegues, a veces con vesícula apical.
- Excoriaciones: lineales, secundarias al rascado.
- Costras hemáticas: puntos negros en excoriaciones.
- Nódulos escabióticos: 5-20 mm, eritematosos, en axilas, genitales, glúteos (persisten post-tratamiento).
- Prurito: NOCTURNO, intenso, familiar/contactos.

ESCABIOSIS: DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

Enfoque práctico para el médico clínico

DIAGNÓSTICO

Clínico: prurito nocturno + lesiones en pliegues + afectación de contactos.

Confirmatorio: raspado de túnel con bisturí #15 + KOH 10% → observar ácaro, huevos, heces.

Dermoscopia: "ala delta" (triángulo) en extremo del túnel. Tinción con tinta china: resalta túneles.

Biopsia: ácaro en estrato corneo (raramente necesaria).

Diferencial: dermatitis atópica, prurigo, dermatitis de contacto, psoriasis, pitiriasis rosada.

Ivermectina oral ante:

- Falla a permetrina
- escabiosis noruega
- brotes epidémicos
- contraindicación tópica.



NO!! embarazo/lactancia
niños < 15 kg.

Tratamiento	Dosis/Administración	Eficacia	Contraindicaciones
Permetrina 5%	Crema 8-12 h, repetir 7 días	90-95%	Alergia a piretroides, < 2 m, emb
Ivermectina VO	200 mcg/kg, repetir 7-14 días	70-85% (1 dosis), > 95% (2 dosis)	Embarazo, < 15 kg
Benzil benzoato 25%	Aplicación tópica	Buena	Irritante, no en niños < 2 años

+ Tratamiento sintomático: antihistamínicos (hidroxicina), corticoides tópicos leves, emolientes.

ESCABIOSIS

Enfoque práctico para el médico clínico

DISTRIBUCIÓN CARACTERÍSTICA:

- Adultos: interdigitales, muñecas, antebrazos, axilas, cintura, genitales, glúteos
- Niños: cara, cuero cabelludo, palmas, plantas (más extensa)
- Ancianos: atípica, escasa, puede ser asintomática



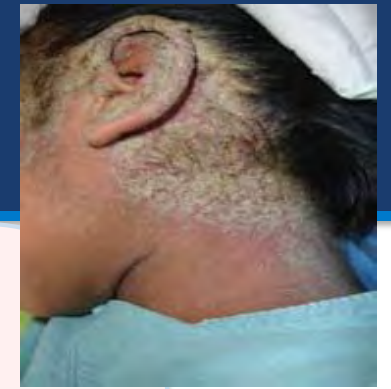
ESCABIOSIS NORUEGA (COSTROSA)

Formas graves y parasitosis helmínticas emergentes

- Forma hiperqueratósica con millones de ácaros.
- +++ inmunosuprimidos (VIH, trasplantados, corticoides, leucemia, discapacidad).
- Eritrodermia hiperqueratósica, costras gruesas, millones de túneles, uñas engrosadas, alopecia.
- Prurito variable (puede ser leve).
- Altamente contagiosa.
- Tratamiento: ivermectina 200 mcg/kg semanal x 2-4 semanas Ó 200 mcg/kg en los días 1, 2, 8, 9 y 15
+ permetrina tópica por 8 – 12 hs, diaria Ó igual días que ivermectina
+ Kertatolíticos (ácido salicílico) para eliminar costras.

Aislamiento de contacto + tto de convivientes

Control estricto de signos de sobreinfección bacteriana



LARVA MIGRANS CUTANEA (Creeping eruption)

Enfoque práctico para el médico clínico

Ae: Ancylostoma braziliense (perros/gatos), A. caninum, Uncinaria stenocephala.

Larvas penetran piel desnuda en suelo/arena contaminados.

Limitada a piel (falta de ez que permite pasaje a la circulación). No pueden completar ciclo en humanos.

Sin síntomas sistémicos

Lesión lineal, eritematosa, serpiginosa, elevada, pruriginosa, que avanza 2-3 mm/día.

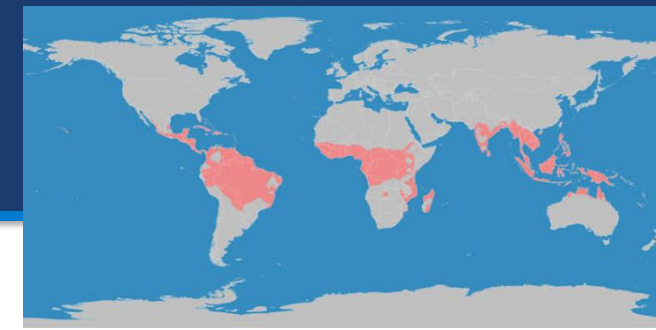
Localización: pies, piernas, glúteos, genitales (sentarse en arena).

Duración: 2-8 semanas (autolimitada).

Variantes: folicular, ampollar, incógnita, diseminada.

Dx: Clínico! Hp inespecífica.

Tratamiento: ivermectina 200 mcg/kg dosis única (o 12 mg) o albendazol 400 mg/día x 3 a 7 días. Tiabendazol tópico (tiabendazol 15%) alternativa.



LEISHMANIASIS CUTÁNEA Y MUCOSA (Leishmania spp)



Protozoosis transmitida por flebotomos · Endémica en América Latina

EPIDEMIOLOGÍA Y CLASIFICACIÓN

Transmisión: picadura de flebotomos (Lutzomyia).

Reservorios: roedores, perezosos, perros.

Clasificación: **cutánea localizada (CL)**, cutánea difusa (LCD), **mucosa (ML)**, visceral (VL). En América: 90% CL, 5-10% ML.

Incubación: 2-8 semanas (hasta años).

Característica	Cutánea localizada	Muco-cutanea	Cutánea difusa
Agente	L. mexicana, L. panamensis	L. braziliensis	L. mexicana
Lesión	Úlcera indolora con borde indurado	Úlcera destructiva en mucosas	Nódulos difusos, similares a lepra LL
Localización	Cara, orejas, brazos	Nasal, bucal, faríngea	Generalizada
Destrucción	No	Severa (septo, paladar, laringe)	No
Inmunidad	Normal	Normal	Anergia específica
Tratamiento	Sb pentavalente, miltefosina, anfotericina B	Sb pentavalente + anfotericina B	Sb pentavalente prolongado

LEISHMANIASIS

Enfoque práctico para el médico clínico

LEISHMANIASIS CUTÁNEA LOCALIZADA



Chancro: **pápula** eritematosa

que evoluciona a **nódulo**,

luego **úlcer**a con borde indurado, elevado, fondo granuloso, hemorrágico, **indolora**.

Diámetro: 1-5 cm. Cicatrización en meses con atrofia.

Satelitosis: lesiones secundarias alrededor de lesión primaria. **Linfadenopatía regional**.

Autolimitada en 3-18 meses (L. mexicana) o **crónica** (L. braziliensis).



LEISHMANIASIS CUTÁNEA MUCOSA



MIASIS • TUNGASIS (PULGA DE LA ARENA)

Infestaciones por dípteros y pulgas penetrantes

MIASIS CUTÁNEA

Infestación por larvas de dípteros. *Dermatobia hominis* (**ura**): más frecuente en América Latina.

MOSCA adulta deposita huevos sobre herida abierta, piel intacta o a través de vectores como mosquitos (foresis).

Larva penetra piel, desarrolla nódulo con orificio central (respiratorio), doloroso, pruriginoso, con movimiento perceptible.

Localización: cabeza, cuello, extremidades.

Tratamiento: extracción quirúrgica completa de larva (evitar romper → reacción inflamatoria/anafilaxia).

Alternativa: vaselina tapando orificio → asfixia → extracción. Ivermectina tópica en algunos casos.

TUNGASIS

Tunga penetrans (**PULGA PENETRANTE**, nigua).

Hembra penetra piel (generalmente dedos de pies), se alimenta, crece hasta 1 cm, deposita huevos, luego muere.

Nódulo doloroso, negro, en planta/dedo, con punto central (abdomen de pulga).

Secundarias: infección bacteriana, tetanos, gangrena.

Endémica en zonas tropicales pobres, suelo arenoso, descalzos.

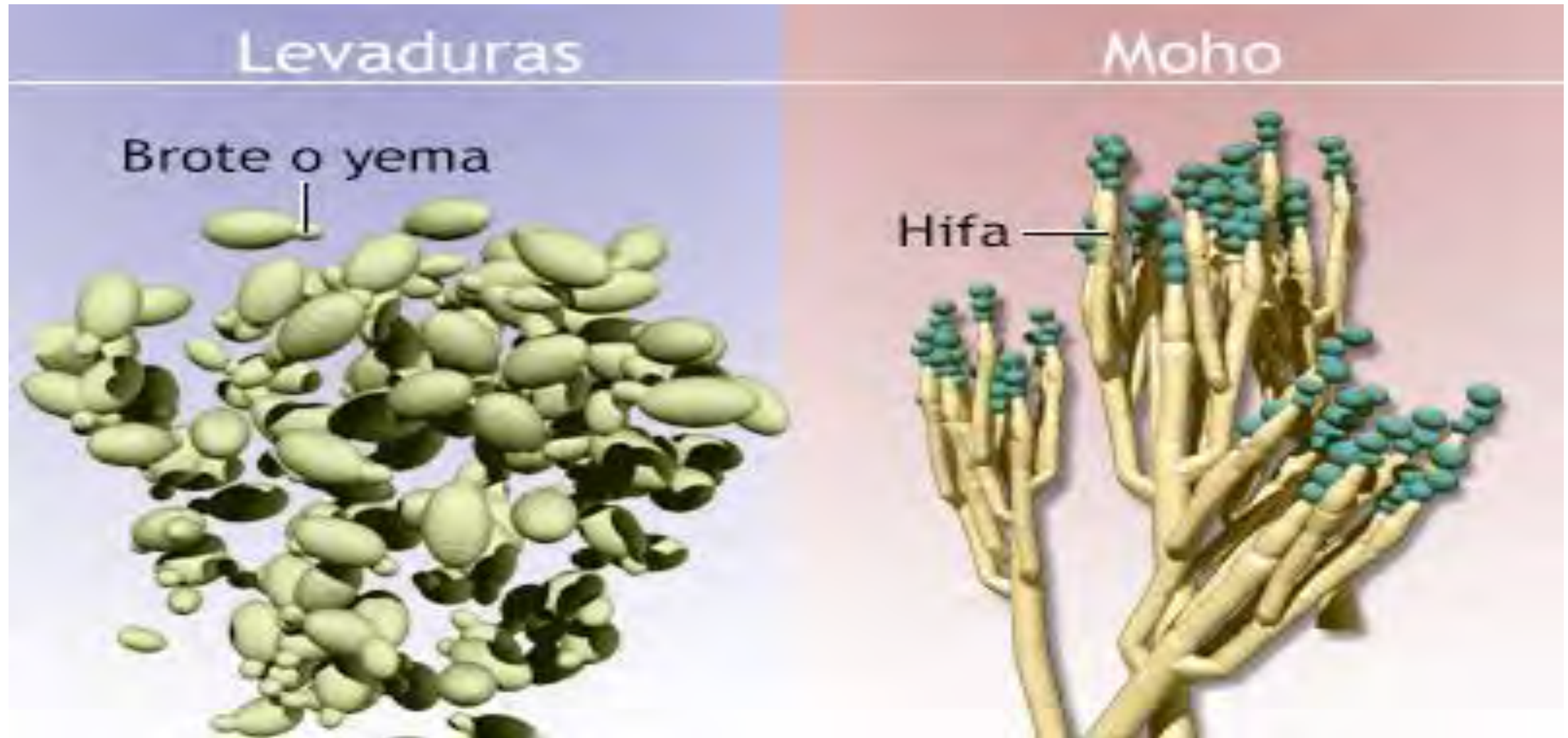
Prevención: calzado.

Tratamiento: extracción completa con aguja/alfiler, desinfección, antibióticos si infección secundaria, vacuna antitetánica.



Fig. 1. Paciente con miasis en la región submandibular izquierda.

MICOSIS



DERMATOSIS MICÓTICAS: INTRODUCCIÓN

Dermatofitos, levaduras y hongos dimórficos con afectación cutánea

CLASIFICACIÓN

- **SUPERFICIALES:** afectan queratina (piel, pelo, uñas) y mucosas. Transmisión por contacto.

Dermatofitosis (Trichophyton, Microsporum, Epidermophyton).

Pitiriasis versicolor (Malassezia).

Candidiasis (intertrigo, onicomicosis, paroniquia).

- **SUBCUTÁNEAS:** inoculación traumática.
Esporotricosis (Sporothrix schenckii), cromoblastomicosis, micetoma, lobomicosis.

- **PROFUNDAS Y SISTÉMICAS:**
histoplasmosis, criptococosis, paracoccidioidomicosis, coccidioidomicosis (manifestaciones cutáneas), blastomicosis, penicilinosi.

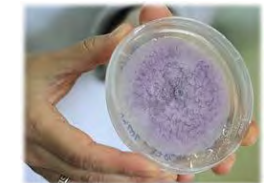
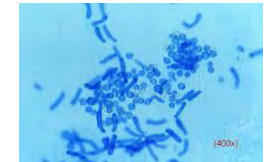
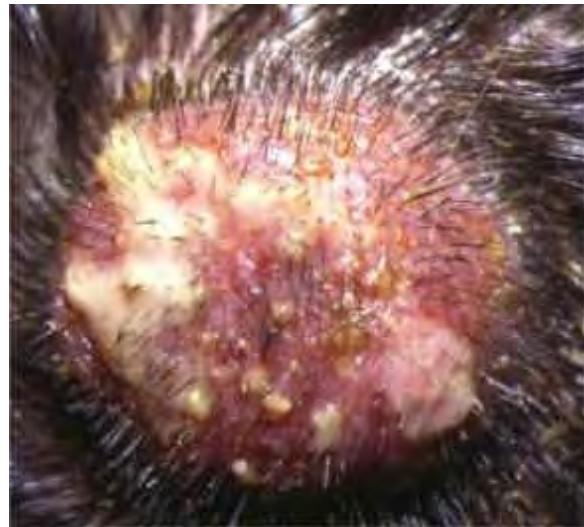
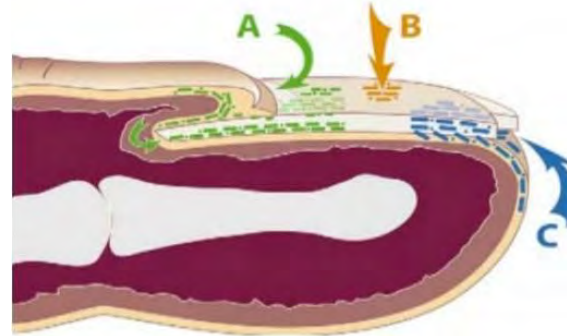
MICOSIS SUPERFICIALES

DERMATOFITOSIS (tineas)



DERMATOFITOSIS EN ANEXOS

Infección de queratina por dermatofitos · Trichophyton · Microsporum · Epidermophyton



TTO DERMATOFITOSIS (TINEAS)

Infección de queratina por dermatofitos · Trichophyton · Microsporum · Epidermophyton

Tinea	Agente principal	Lesión	Tratamiento sistémico	Tratamiento tópico
Pedis interdigital	T. rubrum	Escamas, maceración, fisuras	Terbinafina 1-2 sem	Terbi/ clotri/ miconazol 15 días
Pedis moccasin	T. rubrum	Escamas difusas, hiperqueratosis	Terbinafina 2-4 sem	Urea 40% + terbi/ clotri/ mico
Corporis	T. rubrum, M. canis	Placa anular, bordes activos	Terbinafina 1-2 sem	Idem anterior x 2-4 sem (<u>sin</u> urea 40%)
Cruris	T. rubrum, E. floccosum	Placa eritematosa en ingles	Terbinafina 1-2 sem	Idem 2-4 sem
Capitis	T. tonsurans, M. canis	Alopecia escamosa, querion	Griseofulvina 6-8 sem / terbinafina 4 sem	No efectivo
Unguium	T. rubrum	Onicomycosis distal-lateral	Terbinafina 12 sem (manos) / 24 sem (pies)	Ciclopirox, amorolfina, efinaconazol (lacas)

CANDIDIASIS CUTÁNEA Y MUCOSA

Candida albicans · Levadura oportunista · Inmunosupresión · Diabetes

FORMAS CLÍNICAS

- **INTERTRIGO:** eritema brillante en pliegues (submamario, inguinal, axilar, interglúteo, cervical). Bordes bien definidos, satelitosis (pápulas/pústulas periféricas). Prurito/ardor. Factores: obesidad, diabetes, sudoración, incontinencia.
- **ONICOMICOSIS/PARONIQUIA:** uñas engrosadas, descoloridas, onicolisis. Paroniquia: eritema, edema, dolor alrededor de uña.
- **CANDIDIASIS ORAL:** placas blanquecinas en mucosa (pseudomembranas), base eritematosa. Raspado: levaduras/pseudohifas.
- **CANDIDIASIS GENITAL:** vulvovaginitis (secreción blanquecina, cottage cheese), balanitis (eritema, erosiones en glande).



DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

Diagnóstico: clínico + KOH (levaduras con pseudohifas), cultivo, tinción de Gram.

Factores de riesgo: DBT, inmunosupresión, ATB, corticoides, embarazo, SIDA.

Tratamiento: Topico con nistatina, clotrimazol, miconazol, ciclopirox. Sistémico: fluconazol 150-200 mg/día, itraconazol.

Intertrigo: mantener pliegues secos, polvos antifúngicos, corticoides tópicos leves si inflamación intensa (evitar monoterapia).



VULVOVAGINITIS. BALANOPOSTITIS. MUGUET

Enfoque práctico para el médico clínico



PITIRIASIS VERSICOLOR

Malassezia spp. · Hongo lipofílico · Máculas discromicas

EPIDEMIOLOGÍA Y FISIOPATOLOGÍA

Malassezia spp. (M. globosa, M. furfur).

Flora comensal del cuero cabelludo.

Factores: clima cálido-húmedo, sudoración, seborrea, inmunosupresión, corticoides, embarazo.

Hongo lipofílico: requiere lípidos para crecer. Cambio de forma levadura → hifa (patogénesis).

No contagiosa. Recurrencias frecuentes. No deja cicatrices.

Luz Wood: fluorescencia amarillo-dorada (característica).

KOH: hifas cortas, gruesas, y levaduras ('espagueti con albóndigas').

Diagnóstico diferencial: vitíligo (acrómica, sin escamas), pitiriasis alba, tinea corporis (bordes activos), lepra (anestesia).



PITIRIASIS VERSICOLOR

Enfoque práctico para el médico clínico

LOCAL

❖ Queratolíticos,
antifúngicos

❖ Cremas, lociones,
barras jabonosas,
shampoo.

❖ 4 semanas

ORAL

❖ **Itraconazol**

200 mg x 7 días
100 mg x 14 días

❖ **Fluconazol**

150mg, hasta 14 días

❖ **Ketoconazol**

200 mg, 20-30 días

Casos recurrentes: Itraconazol 200mg 1 día al mes x 5 meses

MICOSIS PROFUNDAS Y SISTÉMICAS

Sporothrix schenckii- Inoculación traumática

ESPOROTRICOSIS



LE:

Nódulo eritematoso, ulcerado,
base granulomatosa

Indoloro o dolor leve.



Forma	Características	Tratamiento
Cutánea fija	Lesión única, no diseminada	Itraconazol 100-200 mg/día x 2-4 meses
Linfocutánea	Chancro + nódulos linfáticos ascendentes	Itraconazol 200 mg/día x 3-6 meses/ terbi/ AnfoB
Diseminada cutánea	Múltiples lesiones, inmunosupresión	Itraconazol 200 mg BID o anfotericina B
Pulmonar	Cavitación, nodulos	Itraconazol 200 mg BID x 12-24 meses
Articular	Artritis crónica	Itraconazol + drenaje articular
Meningea	Meningitis crónica	Anfotericina B + flucytosina / fluconazol

MICOSIS PROFUNDAS Y SISTÉMICAS

HISTOPLASMOSIS



Histo

- **Itra** 600/d x 3 d, luego hasta 400/d x 12 a 24 m
- Anfo B

Cripto

- **Fluconazol** 400/d x 6 a 12 m.
- Anfo B

CRIPTOCOCOSIS



Raras lesiones cutáneas:

Pápulas aisladas

Lesiones nodulares

Lesiones ulcerosas.



ALGORITMO DIAGNÓSTICO DE DERMATOSIS INFECCIOSAS

Enfoque sistemático para el médico clínico



La dermatología no es solo estética. Muchas dermatosis infecciosas son marcadores de enfermedades sistémicas graves.

VACUNAS Y MEDIDAS DE PREVENCIÓN

Prevención primaria de dermatosis infecciosas

VACUNAS DISPONIBLES

- **VPH: 9-valente (Gardasil 9)**
prevención de verrugas genitales y cáncer. Edad: 9-45 años.
- **Herpes zóster: Shingrix**
(recombinante) > 50 años,
inmunosuprimidos > 18 años.
- **Mpox: MVA-BN (Jynneos)** pre y
post-exposición. Grupos de riesgo.
- **Dengue: Q-Denga; Dengvaxia (CYD-TDV)** solo en previa infección
confirmada. Edad: 9-45 años en
endemia.

MEDIDAS GENERALES

- **Higiene de manos** (lavado > 20 segundos)
- **No compartir** toallas, ropa, utensilios
- **Calzado en áreas endémicas** (parasitosis)
- **Repelente** de insectos (DEET, picaridina)
- **Mosquiteros** en zonas de dengue/malaria
- **Control de vectores** (eliminación de criaderos)

MEDIDAS ESPECÍFICAS

- **Escabiosis:** tratamiento simultáneo de contactos, lavado de ropa/sábanas
- **Impétigo:** cubrir lesiones, no asistir a escuela hasta 24h post-tratamiento
- **Mpox:** aislamiento, vacunación de contactos, educación sexual
- **Dengue:** eliminación de criaderos de Aedes, protección personal
- **Lepra:** detección precoz, tratamiento multidroga, contactos

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Material de consulta recomendado

TEXTOS DE CONSULTA:

1. Bologna JL, Jorizzo JL, Schaffer JV. Dermatology. 4th ed. Elsevier; 2017.
2. Fitzpatrick TB, et al. Dermatología en Medicina General. 8ª ed. McGraw-Hill; 2019.
3. Rooks Textbook of Dermatology. 9th ed. Wiley-Blackwell; 2016.
4. Habif TP. Clinical Dermatology: A Color Guide to Diagnosis and Therapy. 6th ed. Elsevier; 2016.
5. James WD, et al. Andrews' Diseases of the Skin. 13th ed. Elsevier; 2019.
6. Mandell, Douglas, and Bennett's Principles and Practice of Infectious Diseases. 9th ed. Elsevier; 2020.
7. WHO Guidelines for the Treatment of Treponema pallidum (Syphilis). WHO; 2016.
8. WHO Guidelines for the Treatment of Leishmaniasis. WHO; 2018.
9. CDC Guidelines for Mpox. CDC; 2024.
10. EADV Guidelines for Dermatophyte Infections. EADV; 2023.
11. Guía de práctica clínica de úlceras de la pierna. SEHER; 2020.
12. American Academy of Dermatology (AAD) Guidelines. www.aad.org
13. European Academy of Dermatology and Venereology (EADV). www.eadv.org
14. Organización Panamericana de la Salud (OPS). www.paho.org
15. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). www.cdc.gov

MUCHAS GRACIAS

¿Preguntas?

Giorgina_pardo@yahoo.com.ar