

GUIA DE MANEJO DE PATOLOGIAS DE PIEL ASOCIADAS A LA OLA INVERNAL



Dra. Celmira Vargas Hortúa, médica dermatóloga, consulta de enfermedades tropicales de la piel.

Fotografías por: Dr. Angel Omar Jaimes, Dra. Ximena Tobón residentes de 1er año del CES, en prácticas en el CDFLLA.



INSTITUTO NACIONAL DE DERMATOLOGÍA
Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta
Empresa Social del Estado

GUIA DE MANEJO DE ENFERMEDADES EN PIEL (EMERGENCIA INVERNAL)

FORUNCULOS Y ABSCESOS

Definición:

Lesiones en piel causadas por bacterias generalmente gram positivas (*S aureus*): los forúnculos pueden ser únicos o múltiples (forunculosis) edematosos, rojizos, calientes, entre 5 mm y 1.5 cm con o sin puntos blancos en la superficie (pustulosis) de pocos días de evolución y generalmente sin síntomas sistémicos asociados. Los abscesos son de mayor tamaño, pueden evolucionar desde una forúnculo o como complicación de una lesión en piel o un trauma (quiste epidermoide, miasis, cuerpo extraño en piel) y se asocian con mayor frecuencia a síntomas sistémicos (fiebre, malestar general, disminución funcional de la parte afectada).

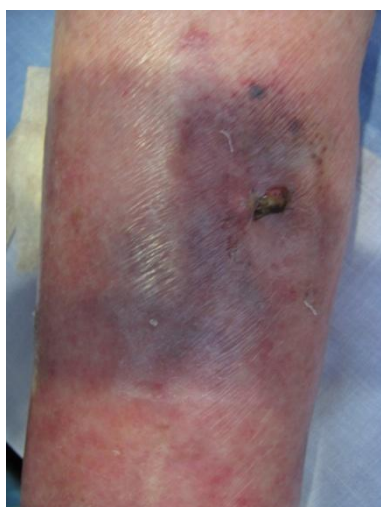


Confirmación clínica:

No es necesaria en general la confirmación de laboratorio, excepto en pacientes con absceso asociado a síntomas sistémicos y con importante co-morbilidad, donde sería prudente toma de cultivo y antibiograma, en caso de falla terapéutica.

Medidas higiénicas-control de transmisión:

Existe probabilidad de contagio, por tanto se debe utilizar medidas de aseo general de la parte afectada (agua y jabón), uso de toallas del cuerpo, de manos y cara diferentes para el paciente y núcleo familiar. No manipular las lesiones en casa. Puede lavarse con acetato de aluminio polvo disuelto en agua tibia, 2 veces al día, antes de la aplicación del antibiotico, por 7 a 10 días.



Después del tratamiento es importante hacer eliminación del germen de las áreas reservorio (fosas nasales, oídos, pliegues naturales) con aplicación de ácido fusídico tópico o mupirocina 2% 3 veces al día por 5 días, para disminuir la transmisión.

Tratamiento:

En caso de forúnculos no complicados, utilizar antibiótico tópico (ácido fusídico o mupirocina 2%) ungüento o crema, 3 veces al día por 1 semana, sin cubrir la parte afectada. No es necesario el drenaje. Si hay más de 3 forúnculos, están en zona de peligro (nariz o alrededor) o en paciente inmunocomprometido: tratamiento sistémico con cefalosporina de primera generación o macrólidos, según esquema anexo. En el caso de absceso, tomar muestra (si corresponde) iniciar antibiotico oral y drenar a las 24-48 horas del inicio, o cuando la lesión tenga una consistencia renitente (blanda y que se deje hundir).

ANTIBIOTICO	DOSIS ADULTO	DOSIS NIÑO	INDICACION
Cefalexina	500 mg c/6 h 7 días	25-50 mg/k/d 4 dosis	Primera elección
Dicloxacilina	500 mg-1 g c/6 h	25-50 mg/k/d 4 dosis	Segunda elección
Eritromicina	500 mg-1 g c/8 h	50 mg/k/d 3 dosis	Alérgicos a penicilina
Trimetoprim-sulfa	800/160 cada 12 h	7.5 a 8 mg/k de TMP 2 dosis	Cepas meticilino-resistentes
Acido fusídico 2% o mupirocina 2%	3 veces al dia 7 días	3 veces al dia 7 días	Casos no complicados



INFECCIONES MICOTICAS DE LA PIEL

Como resultado de la exposición a la humedad constante, se espera en poblaciones expuestas un aumento de infecciones micóticas, principalmente en pies, regiones inguinales, cuero cabelludo (niños).

Definición:

Las infecciones micóticas se producen por microorganismos dermatofitos (tiñas) o no dermatofitos (cándidas y mohos) de éstas las primeras son más frecuentes. Causan molestias poco sintomáticas en la mayoría de los casos, por lo cual se constituyen en causa de consulta solo cuando el caso es avanzado o se complica con sobreinfección bacteriana.



En pies ocurren variadas formas clínicas, las más frecuentes afectan los espacios entre los dedos y causan descamación, fisuración, maceración. Otra forma frecuente ocupa los bordes del pie y es más descamativa y menos húmeda. Puede ocurrir en simultáneo o no con infección de las uñas. En el cuerpo ocurren placas enrojecidas, descamativas, de borde más activo y centro que va tornándose normal, de presentación subaguda, pruriginosa. En el cuero cabelludo

las tiñas causan descamación húmeda, enrojecimiento, prurito y en las fases avanzadas pérdida pilosa (por áreas).



Laboratorio

En cualquier caso es útil la confirmación del diagnóstico por KOH (examen directo de escamas) y en casos complicados donde sea posible cultivo para hongos. Esto se hace necesario pues el personal a cargo tiene entrenamiento escaso y el diagnóstico diferencial es amplio.

Medidas de higiene:

En el caso de compromiso de pies mantenerlos secos, cambiar el calzado con frecuencia, evitar compartir el calzado. En cuero cabelludo es importante evitar el compartir elementos de limpieza (cepillos-toallas) lavar de la forma usual. Evitar el uso de gorras, cachuchas. Es costumbre rasurar el cuero cabelludo lo cual no es necesario y avergüenza al paciente. El lavado usual es suficiente.



Tratamiento:

En el tratamiento de las tiñas de los pies, del área inguinal, del cuerpo, de la cara, puede tenerse como primera elección los medicamentos tópicos antifúngicos (clotrimazol-miconazol-isoconazol) aplicados en el área afectada 2 veces al día por periodos no inferiores a 1 mes, prolongar hasta 1 semana después de mejoría clínica y pasar a tratamiento oral si hay falla en la respuesta. El tratamiento de elección en tiña del cuero cabelludo es oral, con griseofulvina o terbinafina, por periodos no inferiores a 8 semanas.



Manejo de infecciones micóticas (tiñas) según sitio comprometido:

PIES	No complicada	Clotrimazol, miconazol, isoconazol	Aplicar 2 veces al día en áreas afectadas 4-8 semanas	Medidas no farmacológicas
PIES	complicada	griseofulvina	500 mg al día o 10-15 mg/k/día Mínimo 6 sem	Tratar sobreinfección bacteriana

CUERPO-INGLE		Manejo tópico inicial	2 veces al día por 2 a 4 sem	Hacer diagnóstico diferencial
CUERO CABELLUDO		Griseofulvina 500mg/d o 10-15mg/k/d 8 sem	Terbinafina en falla o intolerancia: 250 mg al día adultos o niños mayores a 40 k	Terbinafina niños: Menor 20 k: ¼tab 20-40 k: ½ tab

INFESTACIONES DE LA PIEL FAVORECIDAS POR HACINAMIENTO

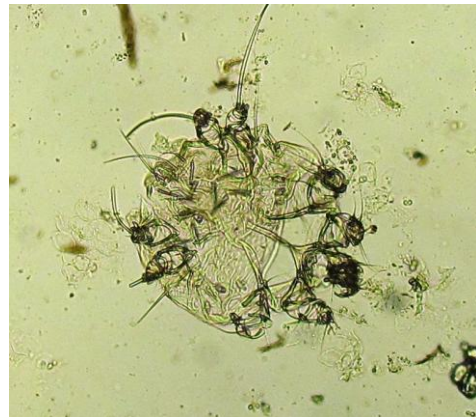
Como producto del hacinamiento en albergues, casas de paso, se espera un aumento de infestaciones de la piel por ectoparásitos, sean éstos visibles al ojo humano o microscópico.

ESCABIOSIS

Definición:

Infestación de la piel por *Sarcoptes scabiei*, ectoparásito microscópico endémico de zonas templadas y frías, altamente contagioso.

La manifestación primordial es el prurito, en el diagnóstico debe tenerse en cuenta las áreas de mayor afectación: manos, pies, muñecas, abdomen, genitales, rápida progresión con pápulas escoriadas, que pueden estar sobreinfectadas, la noción de contagio.



Laboratorio:

Es útil en caso de duda diagnóstica el observar al microscopio las escamas de piel procedente del paciente en busca del parásito o sus huevos.

Recordar que el prurito puede ser intenso y nocturno en muchas de las enfermedades crónicas de la piel, en éste caso la historia clínica es de ayuda igual que el laboratorio para el diagnóstico.

Medidas de higiene:

Lavado de ropa de cama y ropa personal del paciente, con agua caliente y/o planchar con plancha caliente de ser posible. Lavado de manos frecuente que incluya las uñas. Tratar a los contactos, aún los que no presenten lesiones. Tratar las sobreinfecciones bacterianas.

Tratamiento:

Según la edad y cantidad de gente infestada se puede optar por tratamiento tópico u oral, siendo ambos bien tolerados. Recordar que la picazón asociada a hipersensibilidad al parásito puede persistir por semanas después del tratamiento, puede tratarse con corticoides tópicos de baja potencia y antihistamínicos.

PERMETRINA (crema 5%)	Aplicar en todo el cuerpo, del cuello hacia abajo, por 8 horas, reaplicar a la semana	No usar en embarazadas ni menores de 1 año
IVERMECTINA (gotas 6mg/ml)	1 gota por kg de peso corporal. Dosis única.	No usar en embarazadas ni menores de 1 año

El tratamiento en embarazadas y menores de 1 año se hace en forma tradicional con pomadas que contienen entre 1-5-% de azufre, aplicar en todo el cuerpo, del cuello hacia abajo, retirar a las 8 horas.

PEDICULOSIS

Infestación del cuero cabelludo por parásitos de la especie *Pediculus humanus v. capitis*, frecuente en todos los climas, que puede ser transmitida por contacto directo o por contacto con ropas o elementos de aseo o por compartir la cama.



El síntoma primordial es el prurito y el diagnóstico se hace por observación del parásito adulto o de los huevos (liendres).

Puede ocasionar dermatitis secundarias por rascado y sobreinfecciones.

Medidas de higiene:

Desinfestación de peines, cepillos, que deben ser elementos de uso estrictamente personal.

Tratamiento:

Igual que en la escabiosis se puede optar por el tratamiento tópico u oral, según los gustos del paciente y la disponibilidad del producto. Para tratamientos de desinfestación masiva es más útil la ivermectina.

Tópico se usa champú con permetrina 1% debe ser aplicado en el cuero cabelludo seco, se deja por periodo mínimo de 10 min y se retira con agua abundante. Se repite a la semana. Oral ivermectina a igual dosis que en escabiosis.

Se debe hacer extracción manual de liendres.

BIBLIOGRAFIA

PEDICULOSIS

1. Nash, Beth. Treating head lice. *BMJ* 2003; 326: 1256-7.
2. Gomez V, Larrañaga E. Pediculosis. *Farmacia Profesional* 2001; 8: 64-73.

ESCABIOSIS

1. Chovela E, Albelda A, Pellarano G. Diagnostic and treatment of Scabies: A Practical Guide (Therapy in Practice). *American Journal of Clinical Dermatology* Vol 3 (1)2002 pag 9-18.
2. Elston Col Dirk: Controversies concerning the treatment of Lice and Scabies. *Journal of the American Academy of Dermatology* 2002;46: 794-6.
3. Fernandez J, Franco I. Ivermectina en el tratamiento de la Sarna. *Piel* 2000; 15 (1) 48-51.

ENFERMEDADES MICOTICAS

1. Freedber I, Eisen A, Wolf K et al. *Fitzpatrick's Dermatología en Medicina General* 7a Ed. Editorial Panamericana, Argentina, 2009 p. 1999-2001.
2. Smith E. The treatment of dermatophytosis safety considerations. *J Am Acad Dermatol*. 2000; 43: S113-9.

ENFERMEDADES BACTERIANAS

1. Craft N, Lee P, Zipuli M y col. Infecciones cutáneas superficiales y piodermis. En: *Fitzpatrick Dermatología en Medicina General* 7a Ed. Editorial Panamericana, Buenos Aires 2009 p. 1694-701.
2. Hay RJ, Adriaans BB. Bacterial Infections. In: *Rooks Textbook of Dermatology* 8a Ed. Wiley Blackwell NJ USA 2010 p 30.1-30.14.