

Enfermedades cutáneas

ENFERMEDADES INFECCIOSAS

Infecciones causadas por hongos

Las infecciones causadas por hongos, también denominadas micosis, son enfermedades muy frecuentes en verano debido al calor, humedad y sudor.

Tinea Pedis (*pie de atleta*)

DEFINICIÓN

Es la tiña más frecuente, afectando aproximadamente a un 15% de la población en algún momento de su vida. El nombre de «pie de atleta» viene por ser una enfermedad más frecuente en deportistas, bañistas y personas que efectúan deporte con calzado poco transpirable o pies descalzos en ambientes de humedad.

Es una dermatofitosis localizada en los espacios interdigitales y plantas de los pies. La humedad, calor y fricción produce una maceración y fisuración de los espacios interdigitales, predominantemente el 4.º.

ETIOLOGÍA

El agente que lo produce suele ser *Trichophyton rubrum*, *T. mentagrophytes* o *Epidermophyton floccosum*.

CLÍNICA

La *tinea pedis* puede presentarse de cuatro formas clínicas distintas:

- La forma crónica intertriginosa, que es la más frecuente, y se caracteriza por la presencia de maceración, fisuración y descamación de los pliegues interdigitales, siendo más frecuente en el 4.º espacio interdigital. Desde ahí la infección puede propagarse a la planta del pie. Los individuos suelen presentar exceso de humedad en el pie. Es común la sobreinfección bacteriana de este tipo de lesiones.
- La forma papuloescamosa crónica, que habitualmente es bilateral, y se caracteriza por mínima inflamación y descamación, ya sea localizada o difusa tipo «mocasín».
- La forma vesiculosa o vesiculoampollosa.
- La forma ulcerosa aguda con hiperqueratosis blanca y olor acre.

DIAGNÓSTICO

Clínico y mediante KOH o el cultivo de escamas en medio de Sabouraud. El KOH es una técnica que pretende objetivar la presencia de las hifas del hongo en el microscopio mediante la separación de los queratinocitos por la presencia del hidróxido potásico (KOH).

TRATAMIENTO

Normalmente es suficiente con instaurar un tratamiento local a base de soluciones antisépticas, mantener la zona bien seca y aplicar antifúngicos tópicos como imidazoles o terbinafina.

Pitiriasis versicolor

DEFINICIÓN

Es una infección micótica superficial que recibe este nombre debido a que cambia de tonalidad en verano con respecto a invierno. La piel sana de alrededor se broncea normalmente con el sol, excepto la zona afectada. Además, este hongo produce unos ácidos con actividad inhibitoria de la pigmentación y puede actuar de forma tóxica sobre los melanocitos. En invierno, cuando la piel vuelve a su color normal las zonas afectadas adquieren un color parduzco característico. Para que sucedan estas infecciones es necesario que se altere el equilibrio virulencia/resistencia, dado que todos los individuos tienen cierta resistencia a este tipo de infecciones, y por lo tanto, se necesita cierta predisposición.

ETIOLOGÍA

El agente responsable es el *Pityrosporum ovale*, un hongo lipofílico saprofítico endógeno que puede llegar a invadir el estrato córneo superficial adoptando una forma filamentosa que se conoce como *Malassezia furfur* y hacerse patógeno. Hay una serie de factores que lo predisponen como la alta temperatura y humedad local (por lo que es más frecuente en verano), la oclusión por la ropa y los aceites. También una serie de factores endógenos como la hiperhidrosis, la piel seboreica o inmunosupresores pueden facilitararlo.

CLÍNICA

Se presenta en forma de máculas redondeadas solitarias o confluyentes en placas, de color blanquecino en verano y parduzco en invierno, con una fina descamación en su superficie. Al curar, la superficie es lisa y sin escamas, pero la hipopigmentación puede persistir meses hasta que el paciente vuelve a exponerse al sol. La localización más frecuente es en espalda, zona proximal de extremidades superiores, cuello y tórax.

DIAGNÓSTICO

La clínica es altamente sugestiva. Las lesiones presentan lo que denominamos «signo de la uñada»: al raspar estas lesiones con la uña se desprenden escamas aglutinadas en forma de lámina. Si examinamos estas máculas con luz de *wood* adquieren una fluorescencia de color amarillo pálido. Otra opción para confirmar el diagnóstico es haciendo un examen microscópico directo con KOH.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Debe plantearse con la pitiriasis rosada de Gibert, la dermatitis seboreica, el vitíligo, el dartros o pitiriasis *alba*.

TRATAMIENTO

Los más antiguos a base de sulfuro de selenio, y los más modernos como derivados azólicos o de las alilamidas durante 3 semanas. Una alternativa más cómoda es el tratamiento oral a base de azoles como fluconazol o itraconazol sobre todo en casos extensos.

Enfermedades virales

Molluscum contagiosum

DEFINICIÓN

Se trata de una infección viral benigna y frecuente en la piel, que habitualmente se presenta en niños que frecuentan piscinas. En adultos, sin embargo, puede ser transmitida por contacto sexual.

24 - Salud y tiempo libre. Guía de patologías más frecuentes

Etiología: El virus del *molluscum contagiosum* es un poxvirus. Se presenta en todo el mundo, aunque hay zonas como algunas islas del Pacífico con gran prevalencia. Aunque puede aparecer a cualquier edad, la incidencia en niños de edad escolar que realizan natación en los colegios es altísima.

CLÍNICA

Las lesiones son pápulas blanquecinas o rosadas de pocos milímetros que van creciendo en número y tamaño, con umbilicación central, que al exprimir las desde su base sale un material blanquecino de consistencia blanda. Pueden afectar a cualquier área del cuerpo aunque es frecuente que se presenten agrupadas

TRATAMIENTO

El *curetage* con cucharilla es el que produce mejores resultados, aunque a veces debido al gran número o dependiendo de la localización se han tratado con crioterapia o productos tópicos irritantes como cantaridina, retinoides, podofilino o imiquimod.

Enfermedades bacterianas

Impétigo

El impétigo se trata de una enfermedad altamente contagiosa, mucho más frecuente en niños en edad escolar y con una mayor prevalencia en verano e inicios de otoño.

ETIOLOGÍA

Aunque puede ser debida al estreptococo grupo A, los estudios efectuados en los últimos años evidencian un claro predominio del *Staphylococcus aureus*.

CLÍNICA

La clínica puede variar en función del agente causal. En el impétigo estreptocócico se encuentran vesículas inicialmente pequeñas, que con el tiempo se convierten en pústulas. Estas lesiones son muy frágiles y acaban rompiéndose, produciendo un exudado que al secarse ocasiona las tan características costras amarillentas o melicéricas. Las áreas de la piel expuestas, como cara y extremidades, son las más propensas a padecer estas infecciones. Se observan también lesiones satélites producidas por autoinoculación. En el impétigo estafilocócico las ampollas permanecen intactas durante mucho más tiempo, sin eritema alrededor, que si se rompen producen unas costras delgadas de un color marrón claro. Hay algunos factores que predisponen a este tipo de infección, como son el hacinamiento o la mala higiene, las inmunodeficiencias, la dermatitis atópica, y, en general, todos aquellos procesos que alteren la integridad de la barrera cutánea. Hay individuos que pueden actuar como portadores asintomáticos en el tracto respiratorio superior.

DIAGNÓSTICO

Es clínico. Se puede hacer la confirmación por estudio microbiológico, hallándose cocos gram-positivos en la tinción de Gram y aislando la bacteria mediante el cultivo.

TRATAMIENTO

Tópico, con mupirocina o ácido fusídico, y lavados con antisépticos. En caso de lesiones muy extensas, enfermedades cutáneas o sistémicas subyacentes es necesario el tratamiento oral. Los antibióticos más utilizados son la cloxacilina, eritromicina o amoxicilina-clavulánico.

PICADURAS

Picaduras de medusa y anémonas

Definición

Las picaduras producidas por medusas y anémonas son los envenenamientos más frecuentes padecidos por el ser humano en medio marítimo. Estos animales son miembros del *filum Cnidaria* (def.: pólipos y medusas: animales de simetría radial con una cavidad gastroventricular. Todos son acuáticos y la mayoría son marinos).

Tienen una simetría radial con dos paredes interna y externa que encierran una sustancia viscosa. Presentan unos quistes denominados nematoquistes que encierran una toxina y un aparato espiralado filiforme que actúa a modo de inyección.

Clínica

Es muy variable. Desde irritaciones leves en la piel hasta heridas profundas y graves muy dolorosas. En la mayoría de casos de picaduras de medusa se producen reacciones más de tipo tóxico que de tipo alérgico. Si se presentan estas últimas, existe la posibilidad de urticaria. En ocasiones puede producirse un angioedema, *shock* anafiláctico y muerte, por lo que la actuación tiene que ser urgente.

Tratamiento

Precoz. Lavado con agua y antisépticos, masajes con alcohol o arena seca para eliminar tentáculos, y aplicación de corticoides suaves. En algún caso grave puede requerirse la administración de antihistamínicos o corticoides inyectados.

Lesiones producidas por espinas de peces venenosos

Definición

El nombre que reciben estas lesiones es el de ictiacantotoxicosis. Existen alrededor de 200 especies de peces venenosos en todo el mundo. Las más conocidas incluyen las rayas, bagres, pez araña (*trachinus draco*: vive en fondos arenosos y de fango, cerca de las zonas con piedras. Se entierra en la arena y sólo se le ve la cabeza y la aleta dorsal, donde tiene poderosas espinas venenosas. Cuerpo alargado, con los ojos en la parte superior de la cabeza. Tiene espinas venenosas. Es de color claro rojizo con bandas oscuras irregulares oblicuas en el lomo. El vientre es muy blanco. Es temido por los pescadores a causa de sus espinas venenosas, que producen picaduras que pueden llegar a ser muy graves. Es muy apreciado por su carne blanca. En zonas de playas arenosas), pez león, pez escorpión, pez de las piedras, pez de espinas dorsales venenosas, pez sapo y pez perro espinoso.

Mecanismo de acción

Todos estos peces tienen en común un aparato venenoso que consiste en una o varias espinas que encierran glándulas venenosas. Cuando la espina del pez penetra en la víctima se rompe la vaina y las glándulas venenosas liberan su toxina en la herida.

Clínica

La toxicidad de la picadura va a depender de la especie causante, la localización y gravedad de la herida, la cantidad de veneno liberada y los auxilios a la víctima. El dolor suele ser inme-

26 - Salud y tiempo libre. Guía de patologías más frecuentes

diato e intenso. Inicialmente el sitio de la herida se vuelve pálido o cianótico, desarrollándose rápidamente eritema y edema con o sin vesículas, pudiéndose producir úlceras y necrosis del tejido. Las heridas producidas por las púas pueden complicarse con reacciones a cuerpo extraño e infecciones. Los síntomas sistémicos producidos por las espinas tóxicas pueden ser muy variables, desde cefaleas, náuseas, vómitos, cólicos, diarreas, fiebre, linfangitis, artromialgias, neuropatía, parálisis, delirio, convulsiones, arritmias dificultad respiratoria y paro cardíaco.

Tratamiento

Las heridas deben ser desinfectadas. A falta de antisépticos, se usará agua de mar. A continuación la herida debe sumergirse en agua caliente durante 1 h para aliviar el dolor. Se explorará la herida con anestésicos tópicos para eliminar porciones de espinas retenidas y desbridar el posible tejido necrótico. Se usarán antibióticos y profilaxis antitetánica si la herida lo requiere.

Lesiones producidas por espinas de erizos de mar

Definición

Los erizos de mar son criaturas espinosas que pertenecen al *Filum Echinodermata*, clase Echinoidea. Se encuentran encerrados en una concha calcárea frágil esférica, protegida por múltiples púas móviles.

Los bañistas, surfistas, buceadores y pescadores están expuestos al riesgo de lesiones cuando pisan un erizo. Las espinas del animal producen heridas penetrantes, y a menudo se rompen y quedan dentro. Alguna de estas especies puede ser venenosa y entonces el dolor es muy intenso.

Clínica

El contacto con erizos de mar puede provocar una reacción inmediata, localizada, con eritema, edema y dolor intenso. Puede haber una coloración púrpura o negra debido a las púas retenidas o por un efecto tatuaje del colorante de las espinas. Raramente pueden aparecer síntomas sistémicos. Puede haber una respuesta retardada en forma de reacción a cuerpo extraño.

Tratamiento

Sumergir el área en agua caliente para aliviar el dolor e intentar la extracción de espinas de forma cuidadosa para evitar que éstas se rompan en el interior.

Picaduras de insectos

Definición

Las picaduras de insectos más frecuentes son las causadas por mosquitos, abejas y avispas.

– Dípteros: mosquitos y moscas. Además de picaduras más o menos profusas, su interés radica en que pueden ser vectores de importantes enfermedades. Normalmente producen reacciones locales leves en zonas descubiertas, en forma de pápulas eritematoedematosas, pruriginosas o dolorosas. A veces requieren tratamiento sintomático a base de antiinflamatorios.

– Himenópteros: abejas, avispas y hormigas. Las picaduras producen dolor importante y la posibilidad de desencadenar un *shock* anafiláctico, en función de la cantidad de veneno inyectado o de la predisposición del individuo. El dolor es inmediato, con la aparición de edema, eritema, linfangitis, y, en casos graves de múltiples picaduras, puede haber una reacción tóxica con fiebre, cefalea, vómitos, diarrea y pérdida de conocimiento. Si existe hipersensibilidad puede haber urticaria, edema angioneurótico, vértigo, púrpura, *shock*, infarto de miocardio y muerte. El tratamiento es sintomático.

QUEMADURA SOLAR

La radiación solar provoca sobre la piel una multitud de efectos biológicos que, por norma general, suelen ser nocivos. Las exposiciones a altas dosis de ultravioletas provocan quemaduras solares, caracterizadas por eritema, calor y dolor con tumefacción de la zona. Después de esta reacción, una fase de reparación provoca una serie de cambios adaptativos de la piel que ayudan a protegerla contra los daños nocivos que pueden producir exposiciones posteriores al sol. Estos cambios consisten en un aumento de grosor de la capa córnea y de la epidermis en general, así como el aumento de producción de melanina. La exposición crónica provoca de manera gradual cambios más permanentes de la piel, como el fotoenvejecimiento y el cáncer cutáneo.

La respuesta a la luz ultravioleta es bifásica. Existe una 1.^a fase de eritema inmediato, poco intenso, que empieza poco después de iniciarse la exposición y desaparece unos 30 min después. Es debido al calor y a una serie de cambios químicos.

El eritema actínico es el verdadero eritema solar. Aparece entre 2 y 6 h después de exposiciones considerables al sol, y tiene su máxima intensidad a las 12-18 h. En casos intensos puede acompañarse de vesículas y ampollas, con sensación de quemazón, picor e incluso síntomas generales con fiebre, malestar general y escalofríos. Está producido fundamentalmente por UVB. Los UVA son poco eritematogénos. La intensidad de la reacción dependerá de la magnitud de la exposición, del tipo de piel y de la zona corporal irradiada, y de la duración de la irradiación.

La patogenia es poco clara. Entre los mediadores químicos se han señalado diversas sustancias como la histamina u otras sustancias vasoactivas.

Tratamiento

Aplicación de compresas con soluciones antisépticas y cremas con corticoides.

FOTODERMATOSIS POR FÁRMACOS

Las fotodermatosis por fármacos, también denominadas toxicodermias lumínicas, pueden actuar por un mecanismo tóxico o alérgico. Se presentan en individuos que están en contacto con el sol y toman algún fármaco.

Erupciones fototóxicas

Generalmente adquieren el aspecto de quemadura solar, afectando sólo a zonas expuestas al sol, pero de forma más intensa de lo habitual. No se producen por mecanismo inmunológico y, por tanto, pueden afectar a cualquier persona en su primer contacto con el fármaco. Éste, o sus metabolitos, al depositarse en la piel, aumentan su reactividad a la luz, ya que son capaces de absorber fotones de alta energía, disipando después esta energía al medio. Es dosis dependiente, estando en relación directa con la concentración del fármaco y el tiempo de exposición a la radiación solar (UV), que, por sí sola, no puede causar el cuadro. Muchos fármacos, la mayoría tratamientos vía oral, pueden desencadenar erupciones fototóxicas.

El tratamiento consiste en la aplicación de corticoides tópicos y antihistamínicos vía oral, en caso de la presencia de prurito. Si el fármaco desencadenante no puede ser suspendido es prioritario evitar la exposición solar. En cualquier caso deben utilizarse fotoprotectores.

Erupciones fotoalérgicas

Se producen por mecanismo alérgico que solamente afecta a personas predispuestas. Es necesaria una primera exposición en la que el sujeto quede sensibilizado. Los fármacos son haptenos que fotoquímicamente se combinan con las proteínas tisulares, transformándose en antígenos completos. Después de la sensibilización, y ante un nuevo contacto con el fármaco, las lesiones

28 - Salud y tiempo libre. Guía de patologías más frecuentes

aparecen. Aparecen a las 24-48 h de la exposición solar. Son placas de eccema agudo en zonas fotoexpuestas, que tienden a diseminarse por zonas cubiertas. Casi todas las fotodermatosis por fármacos están desencadenadas por UVA. Muchos fármacos, la mayoría de uso tópico, pueden desencadenar erupciones fotoalérgicas.

El tratamiento se basa en la administración de antihistamínicos y la aplicación de corticoides tópicos.

ERUPCIÓN POLIMORFOLUMÍNICA

Definición

La erupción polimorfolumínica es una respuesta anormal recidivante a la luz solar que se manifiesta por diversos tipos de lesiones en las zonas fotoexpuestas. Es poco frecuente, la mayoría de casos debida a UVB, y alguno por UVA y luz visible. La erupción se presenta en primavera. Las lesiones aparecen horas después de la exposición al sol, son pruriginosas. Curan a los 6-7 días, y vuelven a presentarse después de nuevas exposiciones. Un 30% mejoran al avanzar el verano por un procedimiento de endurecimiento cutáneo.

Clínica

Las lesiones pueden ser múltiples, desde pequeñas pápulas eritematosas (lo más frecuente), pápulas, vesículas, placas eritematosas induradas o eritema difuso. La localización más frecuente es en dorso de manos y escote, siendo muy pruriginosa.

Tratamiento

Filtros solares, corticoides tópicos y antihistamínicos.

URTICARIA SOLAR

La urticaria solar es una forma poco frecuente de urticaria desencadenada por la luz. Los habones aparecen en las zonas fotoexpuestas al cabo de pocos minutos de iniciada la exposición, y desaparecen a los 30-60 min, entrando la zona en un período refractario. El curso es crónico.

Tratamiento

Antihistamínicos, filtros solares. Los betacarotenos orales pueden ser útiles.