

INFECCIONES CUTÁNEAS

INFECCIONES HERPÉTICAS

La infección por Herpes Simplex es una enfermedad viral con múltiples manifestaciones. Normalmente aparece como vesículas dolorosas que usualmente aparecen en racimos en piel, córnea, o membrana mucosa. Puede dar lugar a encefalitis, neumonía, infección diseminada o lesiones de la piel que incluyen zona oral y genital, pero que no está limitado a estas zonas.

Por otro lado, la infección por Herpes Zoster normalmente se presenta como una erupción dolorosa vesicular, unilateral en la zona de piel inervada por los nervios dorsales de la médula espinal. Resulta de la reactivación del virus Varicela-Zoster. El tratamiento fundamental de la infección por Herpes Simplex y por Herpes Zoster se basa en el tratamiento con aciclovir, famciclovir, y valaciclovir. En este apartado, se abordarán los aspectos claves de las infecciones por los diferentes herpes más comunes en el ámbito hospitalario y de atención primaria.

Virus Herpes Simple (VHS)

Los factores de riesgo más importantes son:

- Pacientes con la función inmune comprometida (situaciones de estrés o inmunodepresión por quimioterapia o SIDA).
- Recién nacidos con una madre con enfermedad activa durante el parto. La cesárea y/o el empleo de aciclovir está indicado si hay presencia de lesiones genitales activas en el momento del parto. El riesgo de transmisión por madres asintomáticas durante el parto es bajo.
- Infección previa por virus del herpes simple.
- Relaciones sexuales con personas infectadas sin protección
- Riesgo ocupacional para médicos y dentistas de sufrir panadizo herpético

Prevención.

El virus del herpes simple es especialmente contagioso durante los episodios de herpes labial sintomático, aunque también puede transmitirse en ausencia de síntomas y signos. Las personas con síntomas activos de herpes labial deben evitar el contacto bucal con otras personas y no deben compartir objetos que tengan contacto con la saliva. Tampoco deben tener contacto bucogenital para evitar la transmisión del herpes a los genitales de la pareja, ni otras relaciones sexuales mientras presenten síntomas de herpes genital.

Presentación clínica.

Aparición de vesículas normalmente en racimos que se abren como lesiones ulceradas dolorosas con base eritematosa.

Panadizo herpético: Infección primaria localizada en el dedo con intensa picazón y dolor, seguido de vesículas con inflamación y eritema, pueden aparecer algunas veces neuralgia y adenopatía axilar. Cicatrizan en 2-3 semanas.

Gingivostomatitis y faringitis herpética primaria: es la infección más frecuente en la niñez. El período de incubación es de 2-12 días, después se produce fiebre, dolor de garganta, edema faríngeo y eritema. Se desarrollan pequeñas vesículas en faringe y la mucosa oral envolviendo la mucosa bucal, lengua, labios y encías. Aparece adenopatía cervical y fiebre. La baja ingesta del paciente y el exceso de salivación contribuye a la deshidratación. Normalmente se resuelve en 10-14 días.

Herpes genital primario: Se produce fiebre, dolor de cabeza, malestar y mialgia en el 40-60%. Aparecen vesículas en una base eritematosa que se ulcera, forma costra y resuelve espontáneamente en 21 días. Las lesiones pueden ser uni o bilaterales, afectando fundamentalmente los genitales externos. En el varón en cuerpo y glándula del pene y en la uretra, y en la mujer en los labios mayores y menores, interior de los muslos, mucosa vaginal, cérvix y zona perianal. También aparecen síntomas de disuria y parestesia en zona sacra, adenopatía inguinal, retención urinaria y en un 30% de los casos puede dar lugar a meningitis aséptica.

Queratoconjuntivitis herpética primaria: Normalmente provocada por VHS-1, puede estar presente como una conjuntivitis unilateral con adenopatía regional, también como una blefaritis con vesículas en el párpado o una queratitis con lesiones dendríticas u opacidades punteadas. Suelen durar 2-3 semanas aunque la afectación sistémica prolonga el proceso.

Eczema herpético: Dermatitis atópica con erupciones parecidas a la viruela en tronco cabeza y cuello. Puede ir acompañado de fiebre alta, edema local y adenopatía.

Vesículas umbilicadas: dan lugar a costras hemorrágicas o se pueden volver pustulares. Provocan pérdidas importantes de sangre y fluidos e incluso pueden dar lugar a infecciones bacterianas secundarias fatales. Estas pueden aparecer en quemados severos y pasar desapercibidas bajo las escaras.

Herpes simplex neonatal: Infección perinatal primaria que puede provocar la muerte del neonato y normalmente se transmite en partos vaginales de madres infectadas; el riesgo fetal y neonatal es mayor en madres con infección herpética vaginal primaria porque el inóculo es mayor. El período de incubación es normalmente 5-7 días y aparecen signos cutáneos mucosos y oculares en el 70% de los bebés.

- La infección vía transplacentaria puede aparecer con ictericia, hepatoesplenomegalia, coagulación intravascular diseminada, encefalitis, convulsiones, fiebre alta, coriorretinitis y conjuntivitis. Puede dar lugar también a necrosis hepática y adrenal fatal.

Enfermedades recurrentes:

- **Herpes labiales:** Infecciones recurrentes en los labios, usualmente la recurrencia es menor de 1 cada 6 meses, pero un 5-25% puede tener más de una recurrencia al mes. Los factores precipitantes pueden ser el sol, fiebre, estrés... El tiempo de pródromo puede ser de 6-48 horas antes de que aparezcan las vesículas. Las vesículas ulcerosas aparecen dentro de las primeras 48 horas y cicatrizan en 8-10 días.
- **Herpes oculares:** Puede recurrir como queratitis, blefaritis o queratoconjuntivitis con menor agudeza visual. La uveítis puede ocasionar una pérdida permanente de la visión.
- **Herpes genital recurrente:** Las vesículas resuelven en 7-10 días

Tratamiento de primera línea.

Aciclovir:

- Es un fármaco de vida media corta y pobre biodisponibilidad por lo que requiere dosificaciones frecuentes (la posología habitual es 5 veces al día en caso del tratamiento oral y cada 8 horas en caso de tratamiento endovenoso).

Si el tratamiento se inicia dentro de las 24h del inicio de las lesiones puede aliviar los síntomas, disminuir el tiempo de resolución del rash.

Valaciclovir:

Es un profármaco de aciclovir con mejor biodisponibilidad por vía oral (unas 3 veces mejor). Tras la administración oral se absorbe rápidamente y se convierte en aciclovir y valina por la acción de la valaciclovir hidroxilasa. La posología es de 500-1000 mg/12h vía oral para el tratamiento de herpes genitales primarios o recurrentes.

Famciclovir:

Se convierte en penciclovir, su metabolito activo que tiene mayor vida media intracelular y mayores niveles plasmáticos que los obtenidos con aciclovir. El tratamiento habitual es 125-250 mg cada 8-12 horas.

Tratamiento de segunda línea.

Foscarnet:

Es el fármaco de elección para paciente inmunocomprometidos con infección sistémica por VHS resistente a aciclovir. Se asume que si hay una resistencia para aciclovir también la hay para valaciclovir y famciclovir.

- **Tratamientos tópicos y oftalmológicos** para queratoconjuntivitis herpética con aciclovir, cidaravina, idoxuridina y trifluorotimidina.

Virus Herpes Zoster (VHZ)

Factores de riesgo.

- La mayoría de pacientes no tiene otras enfermedades de base.
- Pacientes ancianos.
- Pacientes en tratamiento con inmunodepresores o quimioterapia.
- Pacientes que han sido sometidos a cirugía de columna.

Prevención.

- Las vacunas de la varicela reducen teóricamente la incidencia de VHZ en el futuro.

Presentación clínica.

- Fase de pródromo: con picazón en la zona previo a rash.
- Fase aguda:

Síntomas constitucionales (fatiga, malestar, dolor de cabeza, ligera fiebre), rash, debilidad.

Inicialmente aparecen pápulas que evolucionan a vesículas agrupadas que se vuelven pustulares y hemorrágicas en 3-4 días.

La lesión resuelve con la separación de la costra en 14-21 días

- Fase crónica:

La neuralgia postherpética es la complicación más habitual del herpes zóster. Este trastorno afecta las fibras nerviosas y la piel, lo que causa mucho dolor y dura mucho tiempo después de que el sarpullido y las ampollas del herpes zóster han desaparecido. Afecta al 15% de los pacientes, porcentaje que aumenta con la edad.

- Un pequeño porcentaje (1-5%) puede afectar a los nervios motores causando debilidad o radiculopatías espinales.

Tratamiento.

- El tratamiento agudo iniciado dentro de las 72h de rash puede aliviar los síntomas, disminuir el tiempo de resolución del rash y mejorar o disminuir la neuralgia postherpética
 - Aciclovir: 800mg 5 veces al día durante 7 días.
 - Famciclovir: 500mg/8h vía oral durante 7 días.
 - Valaciclovir: 1000mg/8h vía oral durante 7 días.
- Analgésicos (paracetamol, AINES, opioides).
- Tratamiento de infecciones secundarias bacterianas con sulfadiazina argéntica y antibióticos sistémicos.
- Tratamiento de la neuralgia postherpética: se utiliza una combinación de varios principios activos como amitriptilina, pregabalina, gabapentina, crema de capsaicina o parches de lidocaína.

Posibles interacciones y efectos adversos clínicamente relevantes en las terapias virales.

- Aciclovir y valaciclovir: Se recomienda control de niveles de creatinina por el riesgo de insuficiencia renal. Son frecuentes las náuseas, vómitos y diarrea, también la flebitis en caso de administración IV. Puede provocar convulsiones y también es frecuente que aparezca cefalea. El tratamiento debe ser suspendido en caso de que el paciente experimente episodios graves de vómitos, convulsiones e insuficiencia renal. Pueden provocar trombopenia especialmente valaciclovir a dosis mayores de 8 gramos al día. Aciclovir interacciona con antiepilépticos

reduciendo sus niveles. Con ciclosporina se produce una potenciación de la nefrotoxicidad de ambos por un mecanismo desconocido. Con probenecid se produce aumento de la concentración de aciclovir y valaciclovir con aumento de la toxicidad. Con teofilina y sales de litio se puede producir aumento de los niveles de ambos con aumento de su toxicidad.

- Famciclovir: puede provocar náuseas, vómitos y diarrea. Ocasionalmente puede aparecer cefalea y dolor articular. Controlar los niveles de creatinina y transaminasas. Con probenecid aumentan sus niveles y toxicidad.
- Foscarnet: Provoca frecuentemente insuficiencia renal, generalmente reversible y se puede prevenir con la administración diaria de 2,5 litros de suero fisiológico. También provoca con frecuencia anemia y descenso del hematocrito así como hipocalcemia, hipomagnesemia e hipopotasemia. Ocasionalmente da lugar a convulsiones. Con pentamidina aumenta la probabilidad de nefrotoxicidad e hipocalcemia. Con ciclosporina aumenta el riesgo de nefrotoxicidad y con quinolonas se potencia la aparición de convulsiones.

INFECCIONES CUTÁNEAS INFANTILES

La piel es el órgano más grande del cuerpo con una superficie de aproximadamente 1,7 metros cuadrados y un peso de entre 2,5 y 4 kg. Desempeña una gran variedad de funciones: protección frente a agresiones, termorregulación, detección de estímulos, etc.

Las lesiones elementales de la piel se dividen en primarias (aparecen sobre piel sana) y secundarias (se producen por una agresión externa sobre la piel –traumas, abrasiones, picaduras de insectos- o como consecuencia de la evolución de la lesión primaria). Entre las lesiones encontramos:

1. Mácula: mancha o cambio de coloración de la piel sin relieve ni cambio de textura. No es palpable.
2. Pápula: elevación palpable de la piel. Si es mayor de 1 cm se denomina placa.
3. Habón o roncha: pápula o placa rosada, pruriginosa y edematosa. Suele desaparecer en menos de 24 horas.
4. Vesícula: colección de líquido de diámetro inferior a 0.5 cm. Si es superior se denomina ampolla. Suele producir elevación de la piel.
5. Pústula: vesícula de contenido purulento. Cuando el pus se acumula en dermis se denomina absceso.

Las infecciones cutáneas son una causa común de consulta en pediatría y dermatología.

Impétigo, ectima.

El impétigo es una infección cutánea superficial habitualmente causada por el *Staphylococcus aureus* y con menos frecuencia por los estreptococos β -hemolíticos del grupo A (*Streptococcus pyogenes*). Es la infección bacteriana más frecuente en niños, especialmente de 2-5 años, aunque la pueden padecer también los adultos con alteraciones de la piel como dermatitis atópica.

Entre los factores que predisponen a la infección encontramos: la temperatura ambiente elevada, los climas húmedos, el hacinamiento, la higiene deficiente, la existencia de una dermatosis previa, así como el estado de portador crónico de *S. aureus* o *S. pyogenes* (en orificios nasales, axilas, perineo, intestino, etc.).

Existen dos formas clásicas: impétigo no ampolloso e impétigo ampolloso.

- Impétigo no ampolloso: es la forma más frecuente y contagiosa de impétigo. Comienza con una lesión papulosa eritematosa que evoluciona a microvesículas con contenido acuoso claro, que se rompen y forman un exudado que se seca formando costras melicéricas de color amarillo pardusco. Las lesiones, que pueden ser múltiples, aparecen habitualmente en cara y extremidades. Puede haber picor, eritema periférico y adenopatías regionales, pero no suele haber síntomas sistémicos. Está causado por *S. aureus* y con menos frecuencia por *S. pyogenes*.
- Impétigo ampolloso: es la forma de impétigo más frecuente en niños pequeños. Se manifiesta por vesículas y ampollas flácidas de contenido inicialmente acuoso claro y más tarde turbio y purulento. La ampolla se rompe con facilidad formando costras amarillentas. Las lesiones suelen ser menos numerosas que en el impétigo no ampolloso y habitualmente se localizan en zonas húmedas: área del pañal, axila... Generalmente está causado por las cepas de *S. aureus* productoras de la toxina exfoliativa tipo A.

En ambos casos existe una tendencia a la curación espontánea en 2-3 semanas sin dejar cicatriz. En raras ocasiones puede derivar en complicaciones tipo ectima e incluso evolucionar a infección invasiva con linfangitis, erisipela, celulitis, bacteriemia, glomerulonefritis y sepsis.

- Ectima: es una forma ulcerativa de impétigo en el que las lesiones llegan a la dermis (impétigo profundo). Se forma una gruesa costra amarillenta seca y adherente, bien delimitada con márgenes violáceos. Es una complicación local de un impétigo.

El diagnóstico se basa en el aspecto clínico de las lesiones, aunque su sospecha puede reforzarse con la tinción de Gram (cocos gram positivos, en cadenas o racimos) y confirmarse mediante cultivo del contenido líquido o de la superficie de la lesión. Debe diferenciarse de otras entidades tales como dermatitis de contacto, herpes simple o zoster, quemaduras y picaduras de insecto.

El tratamiento acorta la duración de la enfermedad. Se debe iniciar con la eliminación de las costras mediante el empleo de fomentos de sulfato de zinc o cobre.

Los antibióticos tópicos como ácido fusídico o mupirocina son el tratamiento de primera elección en las formas localizadas, por su menor perfil de efectos adversos y el menor riesgo de desarrollar resistencias comparados con el tratamiento sistémico. Los antibióticos sistémicos se restringen a determinadas indicaciones (localizaciones de difícil acceso, resistencia al tratamiento o mal cumplimiento del mismo, formas de impétigo muy extensas, etc.).

Se deben considerar los patrones de resistencia locales previamente a la elección del antibiótico. Habitualmente se utilizan amoxicilina/clavulánico, cloxacilina, cefuroxima, azitromicina o claritromicina. Si la evolución no es buena, debe tenerse en cuenta la posibilidad de la existencia de un estafilococo metilín resistente y tratar según antibiograma (trimetoprim/sulfametoxazol o clindamicina). No se deben usar fluoroquinolonas, por la rápida inducción de resistencias y el riesgo de artropatía en niños. El tratamiento antibiótico suele tener una duración de 7 días.

La educación al paciente debe incidir en:

- Buena higiene general, haciendo hincapié en un correcto lavado de manos.
- Evitar el rascado, así como recortar las uñas.
- Evitar la asistencia a guarderías hasta la curación de las lesiones.
- No compartir objetos personales tales como toallas, ropa, cepillos, etc.
- Utilizar pañuelos desechables para la nariz (evitando así el paso de los gérmenes de nariz a piel).
- Toser o estornudar en la manga de la ropa evitando así hacerlo en las manos.
- El cumplimiento total del tratamiento antibiótico pese a la mejoría.

Foliculitis, forúnculos y ántrax

La foliculitis es una infección que afecta al folículo piloso con formación de abscesos (coleciones de pus en la dermis y en tejidos cutáneos más profundos). Generalmente se limita a la epidermis y casi siempre debida a *Staphylococcus aureus*. Existen formas complicadas como los forúnculos y el ántrax.

El forúnculo es una forma necrotizante de foliculitis que afecta al tejido subcutáneo. Frecuentemente se presenta en áreas de roce y sudoración (nalgas, muslos, ingle).

El ántrax o carbunco es una lesión más extensa por la confluencia de varios folículos necrosados. Afecta más a varones a partir de la pubertad. Pueden aparecer en cualquier área pilosa de la superficie corporal.

Entre los factores de riesgo se encuentran:

1. Estado de portador de *S. aureus*.
2. Contacto con personas con infección activa.
3. Inmunodepresión, diabetes, etc.
4. Utilización de glucocorticoides y/o antibióticos tópicos.
5. Existencia de pequeños traumas en la piel (picadura de insectos, abrasiones, afeitado, depilación, etc.).

La causa más frecuente es la infección por *S. aureus*, aunque también puede estar producida por *Pseudomonas aeruginosa*, estreptococos, *Proteus* y otros bacilos Gram negativos.

El diagnóstico es clínico, observándose pequeñas pústulas amarillentas o blanquecinas, bien delimitadas, rodeadas de eritema en la base del pelo y que evolucionan a costra al romperse la superficie.

En la foliculitis la lesión suele ser pruriginosa, poco dolorosa y generalmente evoluciona a curación espontánea sin tratamiento. Si la lesión se hace más extensa, estaríamos hablando de forúnculos y en caso extremo de ántrax (las lesiones son más dolorosas, pueden durar semanas y suelen dejar una cicatriz fibrosa).

Habitualmente no son necesarias pruebas complementarias pero en caso de mala evolución estaría indicado un cultivo para descartar la existencia de infección por *S. aureus* meticilina resistente (SARM).

La foliculitis evoluciona generalmente a curación espontánea y no suele precisar tratamiento antibiótico. Se puede recomendar el lavado con antisépticos como sulfato de zinc o co-

bre. En caso de lesiones localizadas pero extensas, se podría recomendar la aplicación de un antibiótico tópico como la mupirocina o el ácido fusídico. La duración del tratamiento antibiótico será de unos 7-8 días.

En el caso de forunculosis y ántrax el tratamiento de elección del absceso cutáneo consiste en la incisión y drenaje de las lesiones. No está claramente definido el papel de los antibióticos sistémicos. Existen recomendaciones de utilización en caso de enfermedad extensa, afectación de un área de difícil drenaje, progresión rápida con celulitis, signos de enfermedad sistémica, comorbilidades, inmunodepresión o mala evolución a pesar del drenaje de la lesión. En el caso de la utilización de antibióticos sistémicos se hace necesaria la toma de cultivos previa a la instauración de la antibioterapia y modificar dicha antibioterapia en función del antibiograma. Los antibióticos más utilizados empíricamente serían la cloxacilina y la amoxicilina-clavulánico. En caso de SARM se trataría con doxiciclina o trimetropim/sulfametoxazol oral. Si existe afectación del estado general se deberían utilizar antibióticos parenterales. La duración del tratamiento suele ser de 5 a 7 días.

Recomendaciones a los pacientes:

1. Buena higiene general.
2. Incidir en que se evite la manipulación manual de la lesión puesto que ayudará a la extensión de la misma.
3. En caso de foliculitis se pueden aplicar compresas húmedas y calientes durante 10-15 minutos sobre la lesión. Se puede repetir este proceso cada pocas horas para estimular el drenaje de la lesión. Una vez que drena, la lesión cicatrizará sola (este proceso puede durar varios días).
4. Acudir al médico en caso de dolor intenso, si los síntomas reaparecen con frecuencia o en caso de fiebre.

Molluscum contagiosum

El *Molluscum contagiosum* es una enfermedad de la piel benigna y autolimitada. Está producida por un poxvirus que causa infecciones de piel localizadas que se presentan como lesiones papulosas múltiples con una depresión central (umbilicación). Pueden aparecer en cualquier parte del cuerpo, sobretodo en pliegues, cara, tronco y genitales (no aparecen ni en las palmas de las manos ni en las plantas de los pies). Tiene una alta incidencia a nivel mundial y afecta a tres tipos de poblaciones: la infantil (baños en piscinas), la adulta (transmisión sexual) y la población VIH positiva (debido a la inmunosupresión).

La transmisión requiere un contacto directo con personas infectadas o con fómites contaminados. Las lesiones pueden extenderse por autoinoculación (rascado) y varían en tamaño de 1 a 10 mm. Suelen persistir de seis a ocho semanas pero la infección se mantiene varios meses debido a la autoinoculación. Tiene un periodo de incubación de dos semanas a seis meses.

El diagnóstico se basa en la apariencia clínica de las lesiones. Se puede realizar una biopsia para confirmar el diagnóstico. Las lesiones rara vez causan prurito.

En individuos inmunocompetentes, la infección suele resolverse espontáneamente tras varios meses, por lo que no se suele recomendar tratamiento. En ocasiones se recomienda por razones estéticas y para evitar el aumento del número de lesiones por autoinoculación. En caso de molusco genital sí debe instaurarse tratamiento para evitar la transmisión sexual.

El tratamiento de elección es crioterapia o curetaje.

Las recomendaciones generales a los pacientes incluyen:

- Higiene local, evitar la manipulación de lesiones y el rascado.
- Evitar compartir productos de higiene personal, toallas, etc.
- En niños pequeños mantener las zonas afectadas cubiertas por ropa.

Verrugas cutáneas

Las verrugas cutáneas son proliferaciones epiteliales benignas causadas por el virus del papiloma humano (VPH). Las verrugas suelen ser proliferaciones redondas u ovaladas de 1 cm de diámetro aproximadamente. Pueden ser ligeramente más oscuras o más claras que la piel de alrededor y pueden contener un punto negro en su interior. Pueden aparecer aisladas o en grupos. Son infecciones comunes, y la prevalencia aumenta durante la infancia con un pico en la adolescencia. Se transmiten por contacto directo o autoinoculación de zonas infectadas a zonas sanas.

El diagnóstico se hace a partir de la historia clínica y la exploración física. El aspecto de la lesión depende de su localización. Rodillas, codos, manos y pies suelen ser los más afectados. No suelen ser necesarias pruebas complementarias para el diagnóstico.

En niños sanos, las verrugas tienden a resolverse espontáneamente, pudiendo persistir en pacientes inmunocomprometidos. Aunque generalmente se resuelven espontáneamente en el plazo de uno o dos años, algunas lesiones pueden persistir y hacerse más grandes y dolorosas. Este es el motivo por el cual se aplica tratamiento en algunas ocasiones. No existe ningún tratamiento antivírico específico para el VPH. Se ha utilizado el ácido salicílico tópico y la crioterapia. En casos resistentes se ha utilizado la bleomicina intralesional.

Se debe advertir al paciente que ningún tratamiento es efectivo al 100% y que pueden reaparecer las lesiones.

Bibliografía:

- JG. Beaman. Genital herpes: A review. Am Fam Physician 2005; 72: 1527-1534,1541-1542.
- CM Rudnick, GS Hoekzema. Neonatal herpes simplex virus infections. Am Fam Physician 2002;65:1138-1142.
- MR Lamoreux, MR Sternbach, WT Hsu. Erythema multiforme. Am Fam Physician 2006;74:1883-1888.
- JW Gnann, RJ Whitley. Clinical practice. Herpes Zoster. N Engl J Med 2002;347:340-346.
- AL Mounsey, LG Matthew, DC Slawson. Herpes zoster and postherpetic neuralgia: Prevention and management. . Am Fam Physician 2005;72:1075-1080.
- Corralo, D. S., de las Heras-Alonso, M. E., & Acebes, L. O. (2014). *Infecciones cutáneas. Medicina - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 11(47), 2755–2763. doi:10.1016/s0304-5412(14)70694-8
- Monsel, G., V. Pourcher, and E. Caumes. "Infección cutánea bacteriana." EMC-Tratado de Medicina 22.2 (2018): 1-7.
- Fichas técnicas del Centro de Información online de Medicamentos de la AEMPS – CIMA [base de datos en Internet]. Madrid, España: Agencia española de medicamentos y productos sanitarios (AEMPS). Disponible en <https://cima.aemps.es/cima/publico/buscadoravanzado.html>
- Mensa J. Guía Terapéutica antimicrobiana. Ediciones Escofet Zamora. Molins del Rei, Barcelona, 2018.



SELECCIONES

PITIRIASIS ROSADA: DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO.

JAMA Dermatology 2018; doi:10.1001/jamadermatol.2018.3290.

De naturaleza benigna y curso autolimitado, no existe tratamiento que haga desaparecer las lesiones cutáneas asociadas a la pitiriasis rosada, aunque sí se puede actuar de manera tópica sobre la sintomatología cuando esta es especialmente molesta.

La pitiriasis rosada (PR) es una erupción común que aparece en el tronco, los brazos y las piernas y puede durar desde varias semanas hasta 2 o 3 meses antes de desaparecer.

No se conoce que causa la condición y aunque algunos piensan que podría tratarse de un virus, no se ha demostrado que sea contagioso. Además del eritema, la pitiriasis rosada puede causar picazón, que puede ser intensa, o no presentar ningún síntoma. Ocurre más a menudo en niños mayores y adultos jóvenes.

Algunos pacientes pueden tener síntomas parecidos al resfriado antes de que aparezca la erupción. La mayoría de las veces, una lesión de mayor tamaño llamada "parche heraldo" aparece inicialmente en el tronco. Por lo general, es un círculo u óvalo ligeramente escamoso, del tamaño de una moneda o un poco más grande que puede mostrarse de color más tenue en la parte central. Una o dos semanas después, aparecerán muchas versiones más pequeñas del parche del heraldo en el abdomen, el pecho y la espalda, y con frecuencia en los muslos y la parte superior de los brazos.

La erupción a menudo se describe como un patrón de “árbol de navidad” porque las lesiones se alinean en filas que se asemejan a las ramas de un árbol. Las lesiones son rosadas o de color salmón en pieles claras, o más violetas o de color marrón rojizo en tipos de piel más oscura. Pueden extenderse desde el centro hacia afuera o de arriba a abajo en el cuerpo durante varias semanas. A veces, los niños pueden tener erupciones más intensas en las ingles y axilas, o en las manos, los pies, el cuero cabelludo y la cara. La erupción puede dejar algo de decoloración, especialmente en personas con piel más oscura, aunque superado el episodio, finalmente, desaparecerá.

Esta erupción generalmente se diagnostica según la apariencia sin necesidad de pruebas adicionales. Debido a que las lesiones cutáneas tenderán a desaparecer por sí solas y generalmente no causan muchos síntomas, no se requiere tratamiento. Si el sarpullido causa comezón molesta se pueden usar jabones suaves y humectantes sin perfume para calmar la piel. Las cremas anti-picor y, rara vez, las cremas esteroides con receta, también pueden ayudar a aliviar la picazón. Estas cremas no ayudarán a que la erupción desaparezca más rápidamente, pero si calmarán la sintomatología cuando esta sea intensa.

Solo en casos muy raros, se prescribirán medicamentos por vía oral o se recomendará un tratamiento especial como la fototerapia.

FORMACIÓN DICAF / CURSOS ONLINE:

Conciliación y revisión de la medicación con SPD.

Acreditado con 4,2 créditos



Servicios Profesionales Farmacéuticos Asistenciales y cronicidad.

Acreditado con 6,6 créditos



Edita: **DICAF, SL**
C/Rabassa, 41 - 08024 BARCELONA

ISSN: 1575-3611 -- NIF: B61640439
Depósito legal: GI-557/1999

Comité de redacción de The Pharmaceutical Letter: <http://www.dicaf.es/comite.php>

Información y suscripciones:

DICAF, SL - C/Rabassa, 41 - 08024 BARCELONA

Tel. 932.113.093 - e-mail: dicaf@dicaf.es - WEB: <http://www.dicaf.es>