

TALLER DE PICADURAS

Cinta Estrada Alifonso

Metgessa de Família i Comunitària.
ABS Sant Josep (L'Hospitalet de Llobregat)

Idaira Damas Pérez

Metgessa de Família i Comunitària.
ABS (Badalona Centre)

Lorena Díez García

Metgessa de Família i Comunitària.
ABS Vilavella (Sant Vicenç dels Horts)



IV Jornadas de Patología Cutánea en Atención Primaria
La piel: contamos contigo

24 de Octubre de 2019

Facultad de Biblioteconomía y Documentación de la Universidad de Barcelona



Grupo de Dermatología de CAMFiC
dermato@camfic.org



CAMFiC
societat catalana de medicina
familiar i comunitària



Inicio / Grups i Vocals

Grups de Treball

- 1 Adolescència i salut
- 2 Alcohol
- 3 Angiologia (Patologia Vascular)
- 4 Anticoagulació Oral
- 5 APOC (Atenció Primària Orientada a la Comunitat)
- 6 ATDOM (Atenció Domiciliària) de la CAMFiC
- 7 Atenció a la Cronicitat
- 8 Atenció a la Gent Gran de la CAMFiC
- 9 Atenció Familiar de la CAMFiC
- 10 Càncer
- 11 COCOOPSI (Comissió de Cooperació i Salut Internacional)
- 12 Comunicació i Salut de la CAMFiC
- 13 **Dermatologia de la CAMFiC**
- 14 EcoAP (Ecografia clínica a l'AP)
- 15 Ètica de la CAMFiC
- 16 Exercici físic i Salut de la CAMFiC
- 17 Farmàcia de la CAMFiC
- 18 GEDAPS (Grup d'Estudi sobre Diabetis a l'APS)
- 19 GERMIAP (Grup d'estudi i recomanacions sobre malalties infeccioses a l'AP)

Inicio / Grups i Vocals / Dermatologia de la CAMFiC

Dermatologia de la CAMFiC

- Març de 2014
 - Projecte UpToDerm
- Novembre de 2012
 - Classificació dels corticoides tòpics segons potència
- Octubre de 2011
 - Tratamiento tópico de la psoriasis en Atención Primaria 2011
- Gener de 2011





BLOG: Dermato CAMFIC

<http://dermatoscopia.camfic.cat/blog>





PROGRAMA

- Parte 1: CONCEPTOS GENERALES
- Parte 2: CASOS CLÍNICOS
- Parte 3: RESUMEN E IDEAS CLAVE





GENERALIDADES

El motivo de consulta será “ME HA PICADO ALGO” pero en la mayoría de los casos no sabrán qué.





GENERALIDADES



PUNTOS CLAVES:

1. **Historia clínica:** ¿Qué?, ¿Dónde?, ¿Cuándo?, ¿Cómo?, ¿Qué estaba haciendo? ¿Ha tomado algún fármaco? ¿Ha estado expuesto al sol?
2. **Exploración Física:** ¡Desnudos!
3. **Orientación Clínica:** Intentar un diagnóstico definitivo o discriminar si la reacción es grave o no.



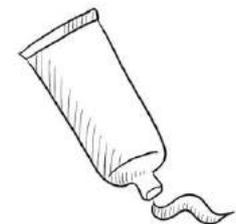


GENERALIDADES

TRATAMIENTO SINTOMÁTICO INICIAL:

(ÚTIL EN TODA PICADURA O MODEDURA)

- FRIO LOCAL
- ANTISÉPTICOS
- Si dolor >>>> **ANALGESIA**
 - ✧ Paracetamol 500-1000mg i/o ibuprofeno 400mg cada 6-8horas
- Si edema local >>>> **CORTICOIDES**
 - ✧ Prednisona 0'5-1mg/Kg día
- Si sobreinfección >>>> **ANTIBIÓTICOS** oral o tópico





GENERALIDADES

- Si picor >>>>> **ANTIISTAMINICOS**





GENERALIDADES

Antihistamínicos de 1.^a generación

Principio activo	Dosis en adultos	Dosis en niños	Nombre comercial
Difenhidramina	25-50 mg/6-8 h	> 1 a: 5 mg/kg/d, repartido en 4 dosis	Soñodor [®]
Dexclorfeniramina	2-6 mg/8-12 h vo 5-20 mg/d im	>2 a: 0,04 mg/kg/6 h	Polaramine [®]
Hidroxizina	25-100 mg/6-8 h	0,5 mg/kg/6 h	Atarax [®]
Clemastina	1 mg/ 12 h	< 3 a: 0,25 mg/12 h 3-11 a: 0,5 mg/12 h	Tavegil [®]
Prometazina	50-100 mg/d	> 2 a: 0,1 mg/kg/6 h	Frinova [®]
Azatadina	1 mg/12 h	6-12 a: 0,5-1 mg/12 h	-
Oxatomida	30 mg/12 h	> 2 a: 0,5 mg/kg/12 h	Oxatokey [®]
Alimemazina	10 mg/8-12 h	2-3 a: 1,25 mg/24 h > 3 a: 2,5 mg/12-24 h	-



GENERALIDADES

2ª Generación

Principio activo	Inicio del efecto	Vida media	Dosis en adultos	Dosis en niños	Nombre comercial
Cetirizina	1 h	7-9 h	10-20 mg/24 h	2-6 a: 2,5-5 mg/24 h > 6-12 a: 5-10 mg/24 h	EFG, Alerlisin [®] , Zyrtec [®] , Alercina [®] , Coulergin [®] , Ratioalerg [®] , Reactine [®]
Ebastina	1-4 h	10-16 h	10 mg/24 h	2-5 a: 2,5 mg/24 h 6-11 a: 5 mg/24 h > 12 a: 10 mg/24 h	EFG, Bactif [®] , Ebastel [®] , Alastina [®]
Fexofenadina	1 h	14-18 h	120-180 mg/24 h	No recomendado	Telfast [®] , Fexofenadina Tevagen [®]
Loratadina	1-3 h	12-15 h	10 mg/24 h	< 30 kg: 5 mg/24 h > 30 kg: 10 mg/24 h	EFG, Civeran [®] , Clarityne [®]
Mizolastina	1 h	8-17 h	10 mg/24 h	No recomendado	Mizolen [®] , Zolistan [®]
Desloratadina	< 1 h	27 h	5 mg/24 h	2-5 a: 1,25 mg/24 h 6-11 a: 2,5 mg/24 h > 12 a: 5 mg/24 h	Aerius [®] , Azomyr [®]
Levocetirizina	< 1 h	7 h	5 mg/24 h	6-12 a: 5 mg/24 h	Aralevo [®] , Muntel [®] , Xazal [®]
Rupatadina	< 1 h	6 h	10 mg/24 h	No recomendado	Alergoliber [®] , Rinialer [®] , Rupafin [®]

The background of the slide is a collection of colorful gears of various sizes and colors (yellow, red, blue, green, pink, white) arranged in a cluster. The gears have different internal patterns, such as concentric circles, stripes, and dots.

CASOS CLÍNICOS

PICADURAS DE ARTRÓPODOS, INSECTOS, ANIMALES MARINOS...



IV Jornadas de Patología Cutánea en Atención Primaria

La piel: contamos contigo

24 de Octubre de 2019



CASO CLÍNICO 1



IV Jornadas de Patología Cutánea en Atención Primaria

La piel: contamos contigo

24 de Octubre de 2019



CASO CLÍNICO 1

Chico de 17 años con prurito generalizado de semanas de evolución con lesiones muy pruriginosas en: brazos, tronco y piernas.

Inicialmente consultó y se orientó inicialmente como una dermatitis inespecífica y recibió tratamiento tópico con corticoides.

Pero no mejora...



CASO CLÍNICO 1





SARNA

- Parásito humano **OBLIGADO**
- Contagio: **PERSONA-PERSONA** o por **ROPA, SÁBANAS...**
 - *Los ácaros no viven más de 3 días sin piel humana.*
- Sintomatología:

PRURITO + PREDOMINIO NOCTURNO





SARNA



Surco acarino

Fuente: rfrojasdermatologo.comunidadcoomeva.com



Niños: afectación cefálica + vesículas
o pústulas en palmas y plantas

Test diagnóstico: Test de Müller

Dermatoscopia: Ala Delta

Principal complicación: Impétigo secundario





SARNA EN DERMATOSCOPIA

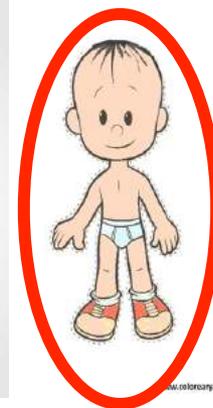




SARNA: TRATAMIENTO

PRIMERA LÍNEA

- **Crema de permetrina 5% (GR A)**
 - En el momento actual y a los 7 días.
 - Capa fina, por la noche tras la ducha de barbilla a los pies, incluyendo uñas.
 - Mantenerla 8-14h y retirarla con otra ducha.
 - Lactantes >2 meses
 - Categoría B en el embarazo y lactancia



SEGUNDA O TERCERA LÍNEA

- **Lindano 1%** (champú) › toxicidad del SNC
- **Ivermectina** : No comercializado en nuestro país. Tratamiento oral. (GR A)





SARNA: TRATAMIENTO



PRURITO PUEDE PERSISTIR DURANTE 2-4 SEMANAS POR IRRITACIÓN DE LA PIEL

LAS LESIONES SE ECZEMATIZAN Y SE SOBREENFECTAN POR EL INTENSO RASCADO

A valorar:

- 1. Tratamiento de convivientes o parejas sexuales.*
- 2. Aplicación correcta del tratamiento*
- 3. Se realizó tratamiento NO farmacológico*
- 4. Sarna resistente (raro)*
- 5. Precisa otros tratamientos coadyuvantes: corticoides/ antibióticos tópicos.*
- 6. ¿CORRECTO DIAGNÓSTICO?*





SARNA: ¿Añadir Corticoides?

¡Nunca olvidar los corticoides tópicos! No empezar la casa por el tejado

¡ERROR FRECUENTE!





¿Cuándo utilizar corticoides?

¿Acabaremos antes preguntando cuando NO utilizarlos?

- No corticoides tópicos para rosacea o dermatitis perioral (empeorarían)
- No corticoides **tópicos en urticaria** (no útiles)
- No corticoides **sistémicos en psoriasis** (puede causar un brote)
- No corticoides en **infecciones** (tiña, VHS, Zoster) o **tumores**
(simplemente no mejoraría o a veces empeoran; por ejemplo una tiña)





SARNA: ¿Añadir Corticoides?

¿Qué síntomas o signos mejoran con los corticoides?

- PICOR (=PRURITO)
- Rojez (=eritema)

Por lo tanto, si tiene picor o eritema y no tiene ninguna de las anteriores “contraindicaciones relativas” → Podemos dar corticoides aunque no tengamos un diagnóstico claro. Es decir, **tratamiento empírico**





SARNA: Añadir Antihistamínicos

Comentarios	Tratamiento	Dosis adulto	Dosis pediátrica	GR
La permetrina al 5% en cre	Permetrina (dermo)	DU aplicada durante 8-12 h	DU aplicada durante 8-12 h (a partir de los 2 meses)	A
	+ Dexclorfeniramina o bien	2-6 mg/8-12 h vo	0,15-0,30 mg/kg/d (en 3-4 tomas) vo	A
La permetrina al 5% en cre	Permetrina (dermo)	DU aplicada durante 8-12 h	DU aplicada durante 8-12 h (a partir de los 2 meses)	C
	+ Hidroxizina	25 mg/6-8 h vo (máx. 100 mg/d)	2 mg/kg/d (en 2-3 tomas) vo	C

Fuente: Guía terapéutica en Atención primaria basada en la selección razonada de medicamentos

* Hidroxizina: No en embarazo ni lactancia



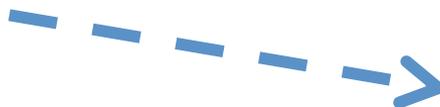
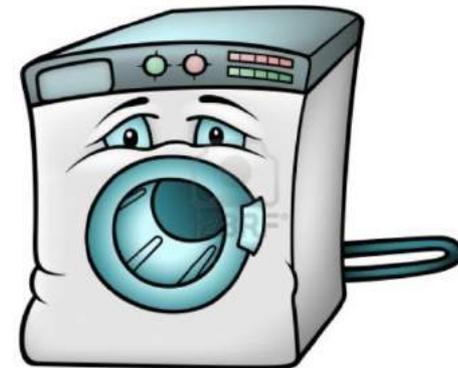


SARNA: TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

GR C



60°C



1 semana



Muebles
Alfombras
Sofás...



Sarna (Escabiosis)

¿Qué es la sarna?

La sarna (o escabiosis) es una enfermedad causada por el ácaro *Sarcoptes scabiei*, que parasita la piel de los humanos.

La sarna no está relacionada con la raza, la edad, el estatus social o la higiene personal.

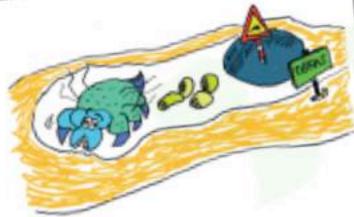
¿Cómo se transmite?

La transmisión más habitual es el contacto directo de piel a piel, pero también mediante la ropa, sábanas, toallas, peluches, etc. Por ello es muy frecuente la transmisión entre miembros de la misma familia o de una misma institución.

¿Cómo se puede diagnosticar?

El diagnóstico se realiza a partir de los síntomas que tiene la persona infestada. Después del contacto infeccioso, las molestias pueden tardar de 2 a 3 semanas en aparecer.

- **Erupción, enrojecimiento y picor generalizado** de la piel de predominio nocturno.
- La sarna excava un túnel debajo de la piel, en forma de línea. Esta es la lesión clásica de la escabiosis, sobre todo entre los dedos y en los pliegues, como ingles y axilas. También causa unas pequeñas **vesículas perlas**.



¿De qué opciones de tratamiento se dispone?

Además del tratamiento de la piel, es muy importante:

- **Lavar** la ropa, sábanas, toallas, peluches, etc. infestados a 60 °C.
- Lo que no se pueda lavar, debe **aislarse** en bolsas cerradas durante 10 días.
- Debe **cambiarse la ropa** de vestir y la ropa de cama cada día.
- Hay que **aspirar** alfombras, telas de sofá, tapicerías... y ventilar las habitaciones.

Para la piel, la **permetrina** al 5% es el tratamiento de elección.

¿Cómo se aplica la permetrina?

- Una única aplicación es suficiente para eliminar el parásito. No obstante, se puede repetir a los 7 días.
- Se aplica la crema **por todo el cuerpo**, excepto en la cabeza y en la cara. Se insiste en las zonas más afectadas y se evita el contacto con los ojos y la boca.
- También debe aplicarse entre y alrededor de los dedos, incluyendo yemas y uñas de manos y pies, evitando el lavado inmediato posterior.
- Debe dejarse en contacto con la piel entre 8 y 14 horas; luego, tórmese una ducha o un baño con agua templada o fría (el agua caliente empeora los picores de la piel).
- Es necesario tratar **simultáneamente** a todo el grupo familiar y a las parejas sexuales.
- Pueden persistir picores residuales incluso semanas después del tratamiento, debido a una reacción inmunitaria a los restos de ácaros.

- 128 Polls al cabell. Pediculosi capitis
- 127 Berrugues
- 126 Sarna (escabiosi)
- 125 Mol-lusc contagiós
- 124 Crioteràpia
- 123 Sífilis
- 122 Infecció genital pel virus del papil·loma humà d'alt risc
- 121 Condilomes genitals
- 120 Infeccions de transmissió sexual
- 119 Desprescripció

CASO CLÍNICO 2





CASO CLÍNICO 2

Mujer de 34 años que consulta por pápulas eritematosas distribuidas de forma lineal por ambos brazos tras su viaje a Italia.

Comenta que el primer día, aparecieron 6 lesiones, el segundo día en el otro brazo y el tercer día en las piernas.

Interrogando estuvo durmiendo en varios hostales y albergues.

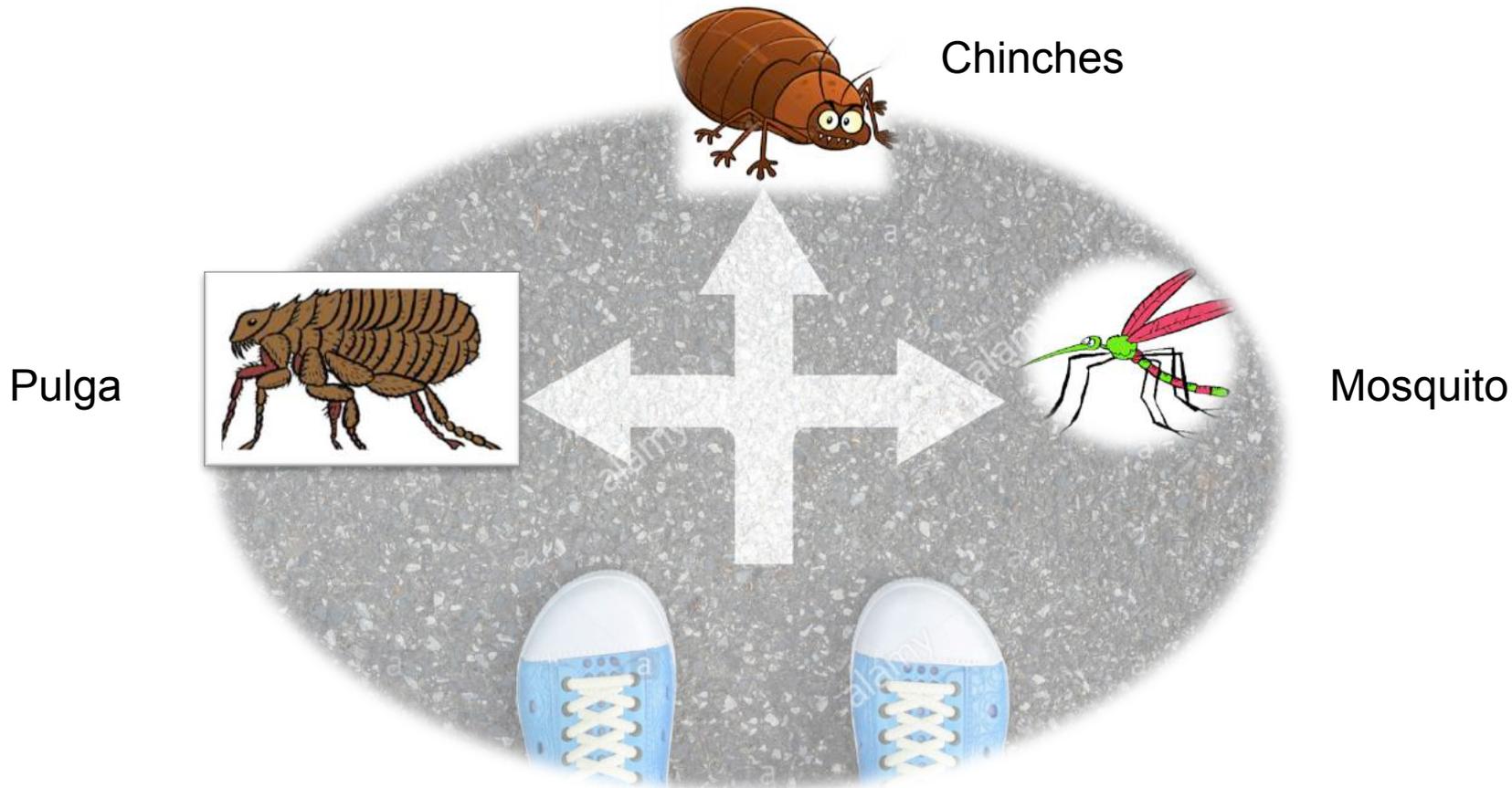


CASO CLÍNICO 2





CASO CLÍNICO 2





PULGA, CHINCHE O MOSQUITO

- Difícil identificar causante: ¡ANAMNESIS DIRIGIDA!
- Pápulas eritematosas pruriginosas +/- lineales en extremidades.
- MOSQUITO: No distribución lineal, insecto volador.





PICADURA POR CHINCHE

- Se esconden en las grietas y las estructuras de las camas o alrededor de éstas.
- Lugares de riesgo: hoteles, los hospitales, cruceros o los albergues...
 - ◆ Pápula eritematosa que puede tener o no vesícula central.
 - ◆ Son pruriginosas.
 - ◆ Están dispuestas en una línea ancha o en grupo. (DE-CO-CE)
 - ◆ Están ubicados en cara, cuello, brazos y manos.



Fuente: Dermatitis by Cimicids Bites (Bed Bugs) Vera et al.





PICADURA POR PULGA

- Picaduras causan: pápulas eritematosas pruriginosas con un punto central.
- Pueden transmitir enfermedades (Peste o Rickettsias).
- Se desplazan saltando, hasta 100 veces su longitud.
- Pueden adherirse a la piel y precisar ser sacadas con alguna pinza.



Fuente: Babiano Fernández MA. Picaduras de pulgas

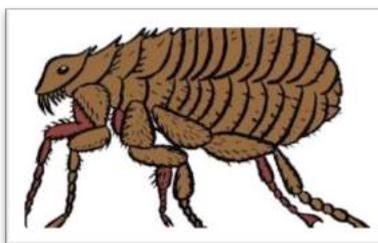




TABLA 2. Características distintivas de chinches y pulgas^{3,6,9,12}

Características	Chinches	Pulgas
Generalmente infestan	Lugares con alta tasa de recambio de individuos, muebles, colchones.	Mascotas, lugares deshabitados.
Modo de desplazamiento	Caminan (lineal).	Saltan (errático).
Situación del hospedero ante la picadura	Reposo nocturno, actividad quiescente.	Cualquier situación ante la exposición al insecto.
El insecto evita la luz solar	Sí	No
Picaduras: localización habitual	Sitios descubiertos.	MMLI, tobillos y desde allí se extienden a proximal.
Picaduras: otras localizaciones	Sitios cubiertos, se desplazan bajo la ropa.	No hay compromiso de grandes pliegues ni genitales.
Picaduras: caracteres clínicos	Edematosas, inflamatorias. Vesícula central. Ampollas.	Punto hemorrágico central, menos inflamatorias. Ampollas.
Disposición lineal en grupos de 3	Frecuente en grandes extensiones corporales.	Posible, sobre un área de pocos cm.

Fuente: Dermatitis by Cimicids Bites (Bed Bugs) Vera et al.





TRATAMIENTO

- **Antihistamínicos** si prurito
- **Corticoides tópicos** de mediana/alta potencia (+) **ATB** si lesión sobreinfectada por rascado.
- **ATB orales** si gran sobreinfección

Lesiones que cronifican: valorar si el diagnóstico es correcto





ERRADICACIÓN

- ERRADICAR PULGA: tratar animales domésticos (veterinario) + ventilar + insecticidas
- ERRADICAR CHINCHE: acudir a profesionales (están marcos, camas, paredes, ...)

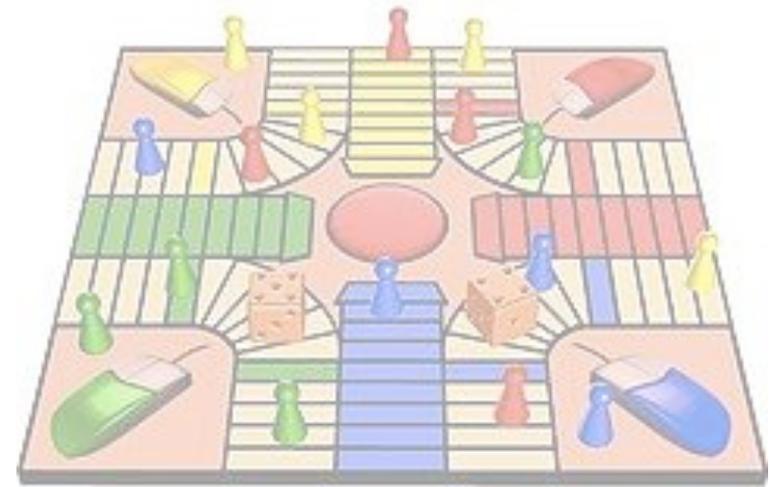




TRATAMIENTO: QUE **NO** HACER...

ANTI-HISTAMINICOS TÓPICOS POR IRRITACIÓN Y SENSIBILIZACIÓN DE LA PIEL





CASO CLÍNICO 3



IV Jornadas de Patología Cutánea en Atención Primaria

La piel: contamos contigo

24 de Octubre de 2019



CASO CLÍNICO 3

Mujer de 65 años que consulta por lesión en la cara de 3 semanas de evolución que no mejora tras aplicación de múltiples pomadas.



Al interrogar, nos explica que estaba en su huerto y en un principio pensó en una picadura de mosquito como en otras ocasiones pero al no mejorar consultó...



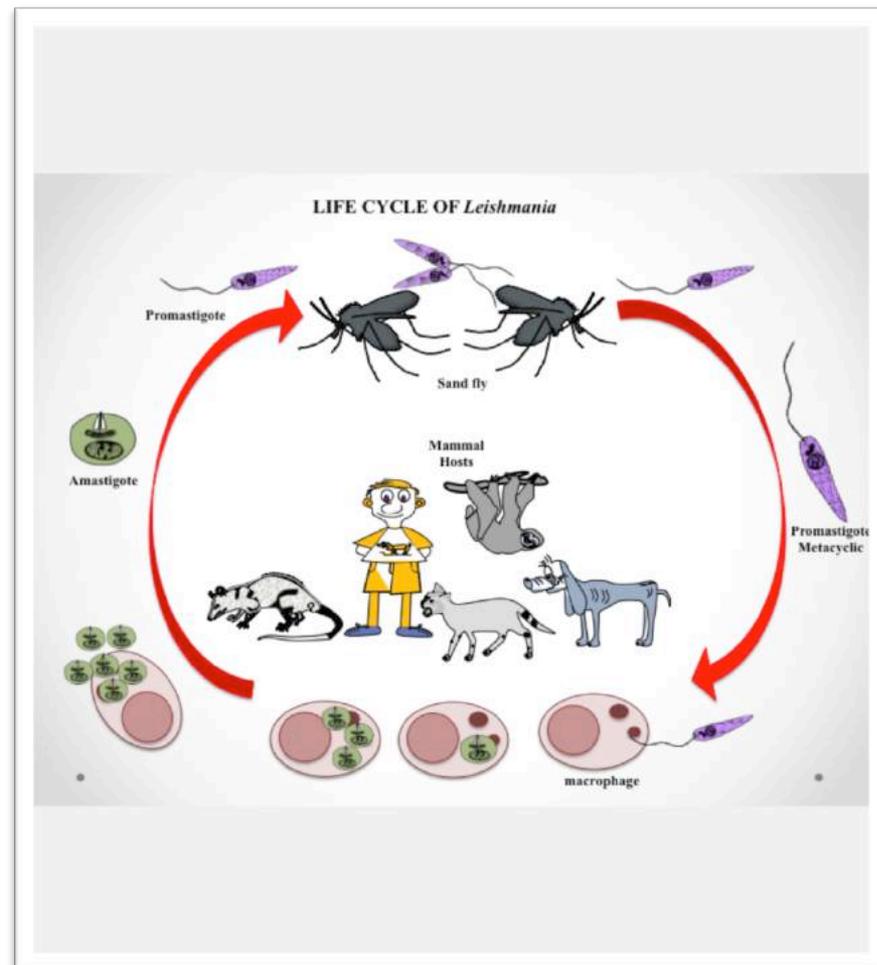
CASO CLÍNICO 3





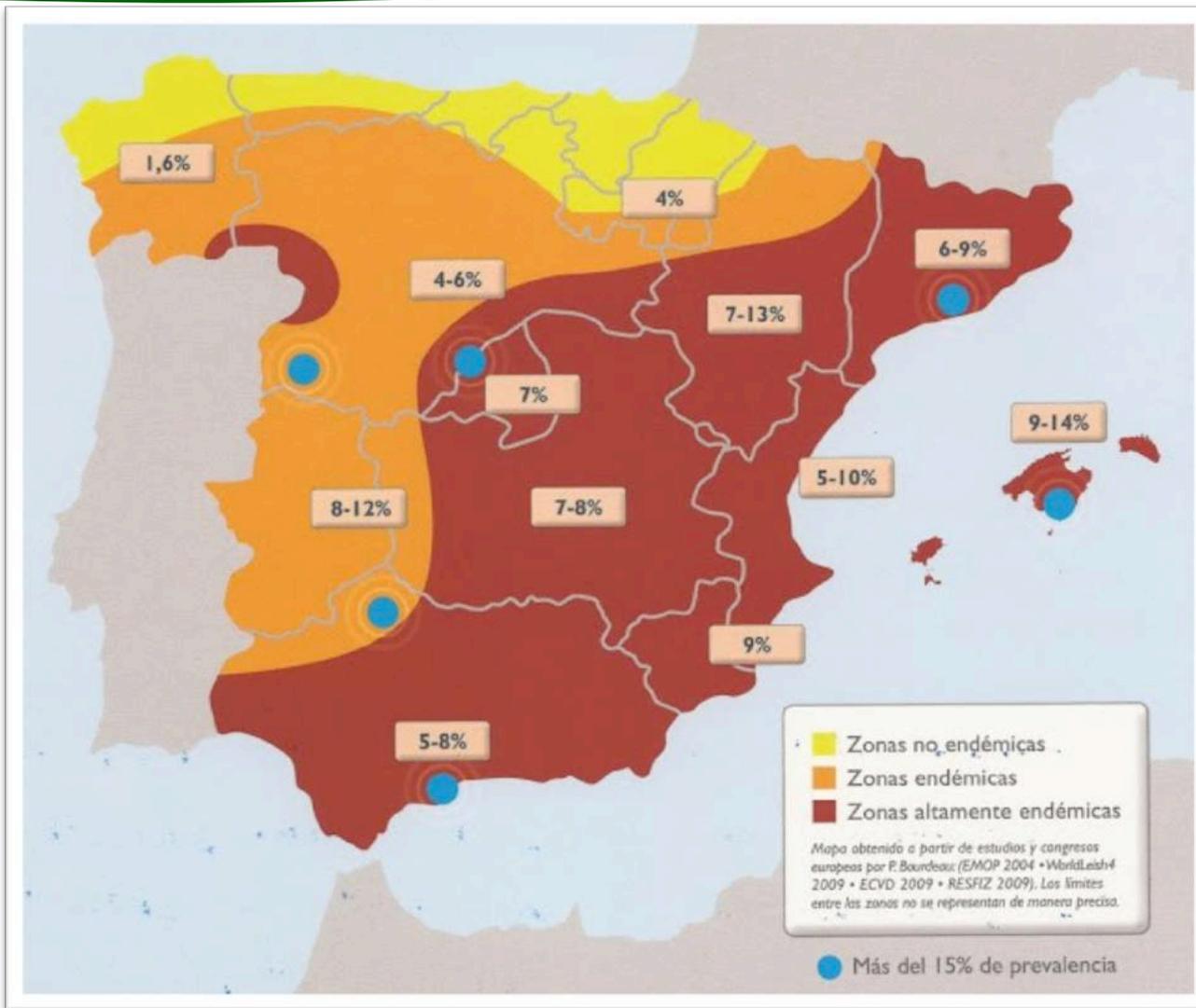
PICADURA DE MOSQUITO: LEISHMANIA

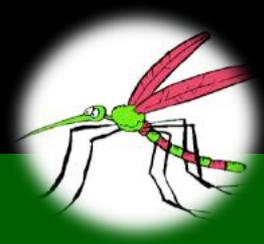
- LEISHMANIOSIS VISCERAL
- LEISHMANIOSIS CUTÁNEA:
BOTÓN DE ORIENTE





PICADURA DE MOSQUITO: LEISHMANIA





LEISHMANIA: BOTÓN DE ORIENTE

○ Clínica:

- Pápula eritematosa en la zona de la picadura (zonas expuestas)
- 1 semana – 3 meses: el tipo de lesión puede ser muy variada: pápula, costra adherida, úlcera...

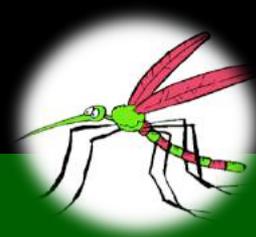
○ Diagnóstico:

- Tinción Giemsa: frotis del exudado → se visualizan los amastigotes.
- Biopsia
- Cultivo y serología: SIN INTERÉS

○ Tratamiento:

- Antimoniales: intralesionales o orales.





LEISHMANIA: ¿CÓMO PREVENIRLA?

- AEMPS recomienda :
 - Utilizar *repelentes de mosquitos con DEET* (Dietiltoluamida), Icaridina, IR3535 o Citriodiol sobre la piel que queda expuesta.

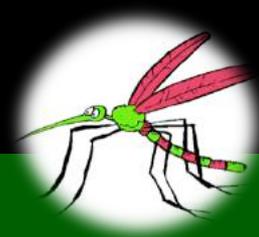
PEDIATRIA:

- <2meses: Siempre barreras físicas: mosquiteras per cubrir la cuna y el carrito.
 - >2meses: Priorizar barreras físicas. En caso de necesitar repelentes consultar las recomendaciones del fabricante:
 - > 1 AÑO: IR 3535
 - > 2 AÑOS : DEET
- Listado de repelentes:



<https://www.aemps.gob.es/cosmeticosHigiene/cosmeticos/docs/listado-repelentes-insectos-virus-Zika.pdf>



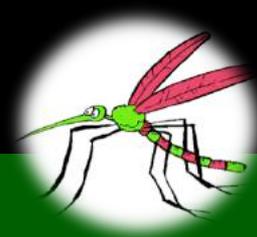


PICADURA MOSQUITO CON LEISHMANIA

QUÉ NO ES ÚTIL:

- Consumir alimentos que desprenden olores fuertes: cebolla, ajo...
- Consumir complementos vitamínicos.
- Aparatos eléctricos: NO han demostrado eficacia contra los mosquitos.
- Pulseras impregnadas con insecticidas: NO efectivas, independientemente del insecticida que tengan.





PICADURA MOSQUITO

¿QUÉ LES HACE PICARTE?



➤ EVIDENCIA:

- DIOXIDO DE CARBONO EXHALADO

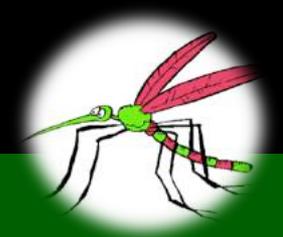
➤ ALGUNA DE EVIDENCIA:

- Olor de la piel o del sudor
- Temperatura corporal: *xej: zonas distales con peor retorno venoso, o ejercicio físico.*
- Grupo sanguíneo O o B-
- Embarazadas
- Hombres más altos y mujeres con IMC elevado.
- Microbiota de la piel e intestino **TOXINAS URÉMICAS: Indoxil sulfato y P-Cresol Sulfato**

➤ SIN EVIDENCIA:

- Niveles de azúcar
- Suplementos Vit.B
- Repelentes ultrasonido





PICADURA MOSQUITO

Síndrome Skeeter: Gran reacción inflamatoria local inducida por la picadura de mosquito.

- *Signos y síntomas:* edema, aumento de la temperatura local, eritema, prurito o dolor con +/- síntomas sistémicos (fiebre o vómitos)
- *Tratamiento:* prevención de las picaduras, administración antihistamínicos orales o en algunos casos, esteroides tópicos y/o orales.





SDME SKEETER : ¿Añadir Corticoides?

¡Nunca olvidar los corticoides tópicos! No empezar la casa por el tejado

¡ERROR FRECUENTE!



CASO CLÍNICO 4





CASO CLÍNICO 4

Niño de 7 años que acude a nuestro de urgencias porque presenta un insecto enganchado en el tórax. Se acaba de dar cuenta, quizá desde hace 4-6 horas.

Como antecedente, explica que acaba de llegar de un recorrido de senderismo en la zona boscosa de la Vall d'Arán con su mujer y su mascota como se aprecia en la fotografía.



CASO CLÍNICO 4





PICADURA DE GARRAPATA

- ¿Cuándo extraerla?

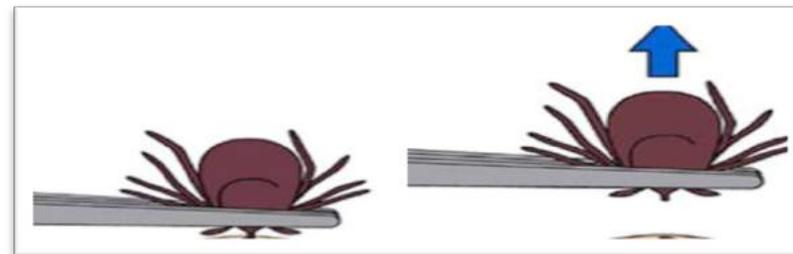
-> Primeras 48-72 horas.

- ¿Cómo retirarla?

-> Uso de pinzas finas y de margen liso:

“Clavar a la zona de la cabeza y arrancarla suave pero con una fuerza constante y firme (GR B)”

-> **NO USAR:** aceites, vaselina, quemarlas, alcohol, manipularlas con agujas, etc.



Fuente: Rev Clin Esp 2006; 196:584-587

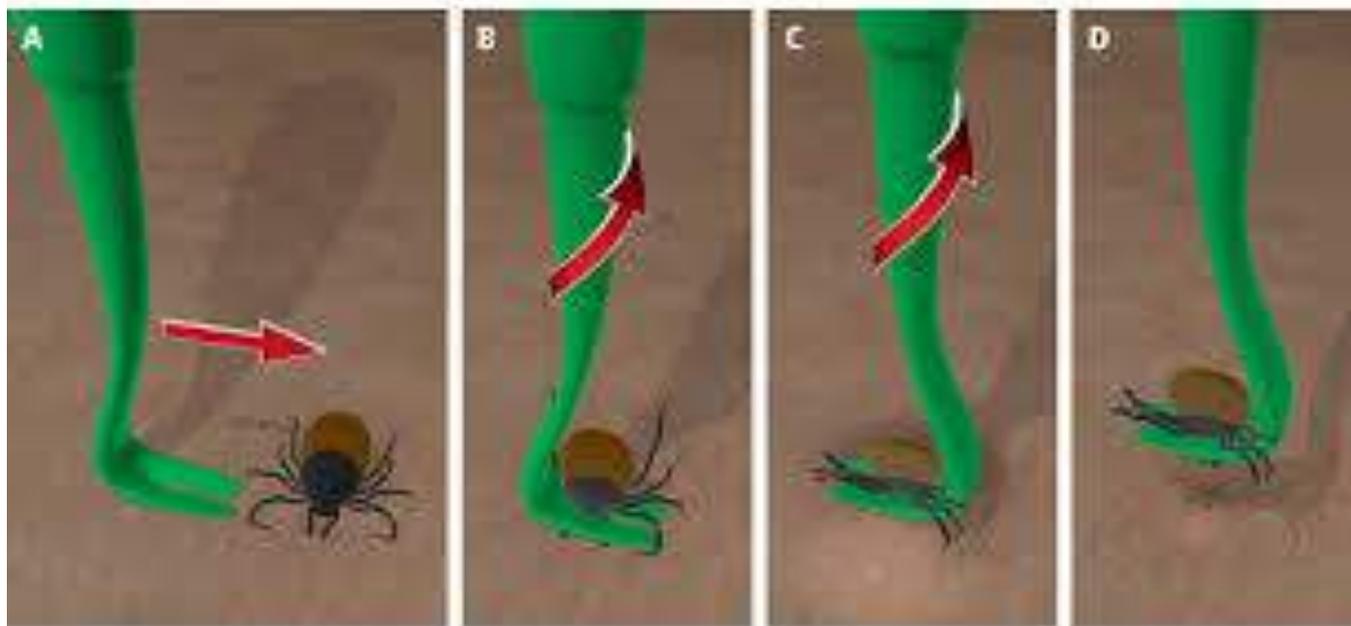
Puede aumentar la salivación o regurgitación de secreciones >>>

↑ riesgo de transmisión de enfermedades





PICADURA DE GARRAPATA





PICADURA DE GARRAPATA

O'TOM[®]
TICK TWISTER[®]



Para humanos



PICADURA DE GARRAPATA

○ Profilaxis:

- No se recomienda de forma sistemática. Si está indicado sería:
 - ❖ Doxiciclina 200mg dosis única (GR B) o 100mg/12h x 10 días
 - ❖ Pediatría: Eritromicina 12,5 mg/kg cada 6h x 10 días. Amoxicilina o Azitromicina (solos o en asociación)
- *Si existen dudas sobre afectación SNC: Penicilina G o ceftriaxona ev.
- La prevención es la profilaxis primaria (GR A)



Principales enfermedades transmitidas por garrapata:

- ***Enfermedad de Lyme***
- ***Fiebre botonosa mediterránea***

**Control signos y síntomas durante 4 semanas después de la picadura.
(GR A)**





PICADURA DE GARRAPATA

PREVENCIÓN:

- ✓ Usar ropa e indumentaria adecuada
- ✓ Revisar el cuerpo tras una excursión
- ✓ Administración de repelentes
- ✓ Desparasitación animales de compañía



-> ZONAS BOSCOSAS o CENTRO EUROPA





PICADURA DE GARRAPATA

REPELENTES RECOMENDADOS:



Repelentes de uso humano autorizados en el registro de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios eficaces frente a garrapatas

Relación de productos actualizada a 25 de mayo de 2017

<i>RESPONSABLE PUESTA EN EL MERCADO</i>	<i>DENOMINACIÓN</i>	<i>N. REGISTRO</i>	<i>INGREDIENTE ACTIVO</i>	<i>PERIODO DE PROTECCIÓN</i>
DERMO PHARMACIE&PARFUMS S.A.	GOLFENDER REPELENTE DE INSECTOS USO HUMANO	325-PL	PIRETRINAS (1,20%)	7h
	HALLEY REPELENTE DE INSECTOS USO HUMANO	325-PL	PIRETRINAS (1,20%)	7h
	INESFLY BODY REPELENTE DE INSECTOS USO HUMANO	325-PL	PIRETRINAS (1,20%)	7h
	INTERAPOTHEK LOCIÓN REPELENTE DE INSECTOS USO HUMANO	325-PL	PIRETRINAS (1,20%)	7h
	NOMPIKIS ECOCEUTICS REPELENTE DE INSECTOS USO HUMANO	325-PL	PIRETRINAS (1,20%)	7h
	PREBEN REPELENTE DE INSECTOS USO HUMANO	325-PL	PIRETRINAS (1,20%)	7h
	HALLEY TOALLITAS REPELENTE DE INSECTOS USO HUMANO	487-PL	PIRETRINAS (1,20%)	7h
	INESFLY BODY TOALLITAS REPELENTE DE INSECTOS USO HUMANO	487-PL	PIRETRINAS (1,20%)	7h
TAVOLA IBÉRICA	ORPHEA PROTECCIÓN SPRAY EXTRA FUERTE REPELENTE DE INSECTOS USO HUMANO	604-PL	CITRIODIOL (23,40%)	2h y 30 min



CASO CLÍNICO 5



IV Jornadas de Patología Cutánea en Atención Primaria

La piel: contamos contigo

24 de Octubre de 2019



CASO CLÍNICO 5

Hombre de 35 años que consulta porque desde hace 3 semanas mientras se vestía notó que “algo” le picaba. Explica que al principio no tenía dolor pero poco a poco la lesión se puso más amoratada y desde hace 4 días ha cambiado de aspecto.



CASO CLÍNICO 5





PICADURA DE ARAÑA

- La más problemática de su especie.
- Tiene una forma de violín
- Sintomatología:
 - Inicio: indolora
 - Pero puede evolucionar:



Araña reclusa parda mediterránea o violinista.
Loxocceles rufescens

- **Forma necrótica**: placa purpúrica >>>>> gangrena seca (curación más lenta).
- **Forma edematosa** (5%): edema doloroso extenso y desfigurante. Más frecuente si pica en la cara.





PICADURA DE ARAÑA

- **Veneno neurotóxico**
- **Efecto muy rápido (5-15min)**
- **Sintomatología**
 - Dolor localizado e intenso
 - Cefalea
 - Sudor frío
 - Fiebre
 - Casos graves: dolor torácico, taquicardias, dificultad respiratoria, parálisis temporal.

Viuda negra mediterránea



Latrodectus tredecimguttatus



Latrodectus lilianae





PICADURA DE ARAÑA

Arañas grandes y con actitud

desafiante:

- Picadura dolorosa pero no grave, excepto si existe una reacción alérgica.



Falsa Tarántula Europea





TRATAMIENTO PICADURA ARAÑA

- **Limpiar la herida + frío local**



- **Vacuna tétanos:**

- Lesiones profundas, necróticas, sucias: recuerdo si >5 años
- Lesiones sin alteraciones graves: recuerdo si >10 años

- **Corticoides Orales:**

- Prednisona 1mg/kg.
- Reacción moderada/grave: Mantener el tratamiento 3-5 días.





TRATAMIENTO PICADURA ARAÑA

○ Antagonistas H1 y H2

- Antagonistas H1: Mantenerlo 3 días después de una reacción e ir reduciendo dosis según los síntomas del paciente.
- Antihistamínicos tópicos: **NO !!!**

○ Analgesia

- Paracetamol 500-1000mg/6-8h y/o Ibuprofeno 400mg/6-8h.
- Si más dolor: Escala analgesia, si fuera necesario mórficos.





TRATAMIENTO PICADURA ARAÑA

GLUCONAT CALCIC IV

PRESENTACIONES HABITUALES

Ampolla de 10 ml (4,65 mEq)

INDICACIÓ TOXICOLÒGICA

- Tractament de la intoxicació per àcid oxàlic, magnesi, fluorurs i antagonistes del calci
- Picada de viuda negra (NIFT)

POSOLOGIA EN ADULTS

PARENTERAL

S'ha d'administrar una dosi de 4,65 mEq per via IV lenta en 10 min. Si no hi ha resposta, s'ha de repetir cada 15 min.

Observacions: En intoxicacions per antagonistes del calci es poden requerir altes dosis (0,6-1,2 ml/kg/h) = (0,28-0,55 mEq/kg/h).

S'ha d'administrar el fàrmac per via central (molt irritant). Cal fer un monitoratge per ECG i calcèmia.

POSOLOGIA EN INFANTS

PARENTERAL

Inici: S'ha d'administrar una dosi de 0,28 mEq/kg (60 mg/kg o 0,6 ml/kg), diluïda en SF, en 10-20 min i amb monitoratge (en 10-20 segons si AC). La dosi màxima és de 13,5 mEq (3 g = 30 ml). Es pot repetir 3 vegades.

Manteniment: S'ha de continuar amb perfusió de 0,28-0,7 mEq/kg/h (0,6-1,5 ml/kg/h).

Observacions: S'ha d'administrar el fàrmac per via central (molt irritant). Cal fer un monitoratge per ECG i calcèmia.

Guía de antídotos para centros hospitalarios de la Generalitat de Catalunya.

<http://medicaments.gencat.cat/ca/professionals/gestio-del-coneixement/antidots/>

CASO CLÍNICO 6





CASO CLÍNICO 6

Mujer de 42 años que mientras se bañaba en la playa junto a su hijo presentó sensación de prurito brusco en la cara interna de la extremidad inferior derecha. Tras salir del agua y pasar unas horas de mucho picor acudió a nuestro centro ante el aspecto de las lesiones que aparecieron:



CASO CLÍNICO 6





PICADURA DE MEDUSA

Lesiones lineales-edematosas, serpiginosas



Vesículas- ampollas



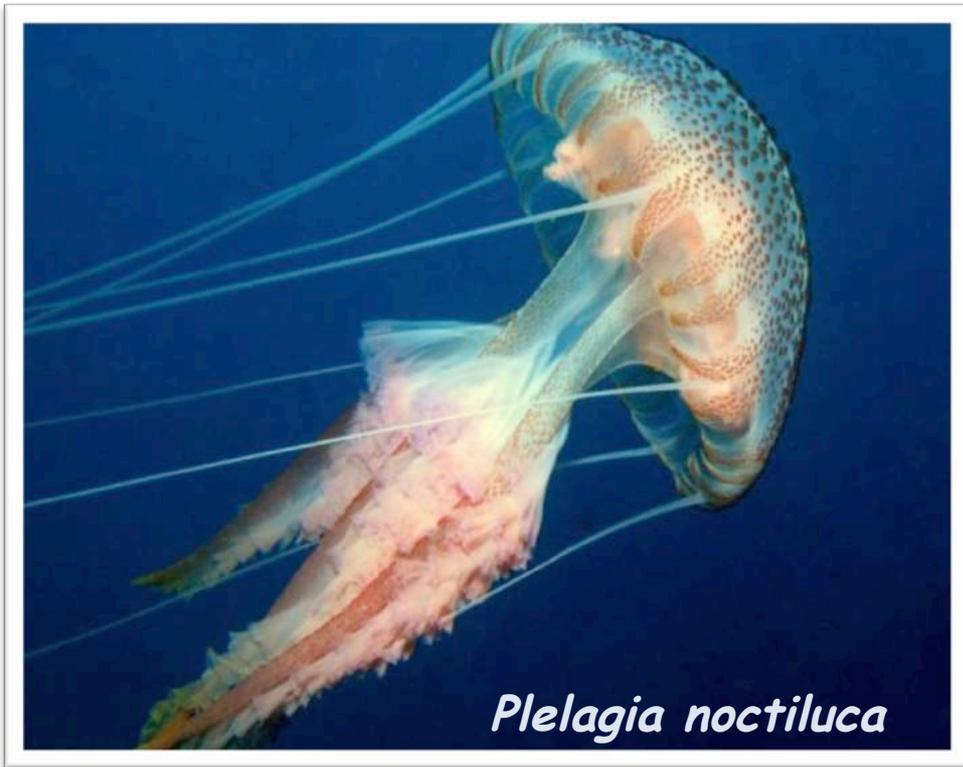
Lesiones ulceradas: pueden dejar cicatriz o discromías

** Rara la sintomatología sistémica o shock anafiláctico*





PICADURA DE MEDUSA



Cnidocitos: Inyectan
toxina mediante sus
células urticariantes





PICADURA DE MEDUSA





PICADURA DE MEDUSA

¿Y si está muerta la medusa?





PICADURA DE MEDUSA

✓ QUÉ HACER:

- NO Frotar.
- Extraer los restos que queden en la piel.
- Aplicar vinagre o amoníaco diluido al 50% con agua de mar.
- Aplicar frío.

✗ QUÉ NO HACER:

- Limpiar con agua dulce la zona.
- Aplicar hielo directo sobre la lesión sin ser de agua marina.
- Aplicar orina, alcohol...El cambio de pH activa los cnidocitos y produce más dolor.

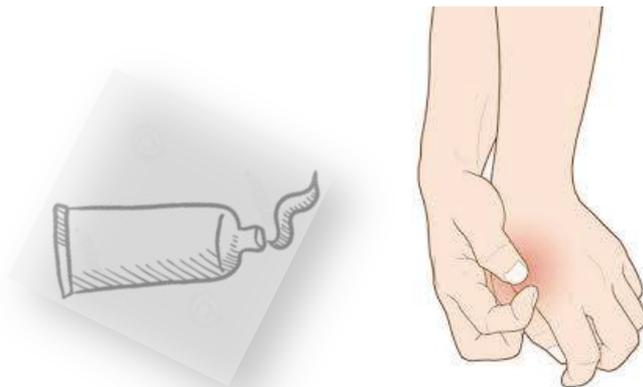




TRATAMIENTO PICADURA MEDUSA

SINTOMÁTICO:

- Corticoides tópicos
- Antihistamínicos orales
- Si alteración de la integridad cutánea: Antisépticos tópicos o ATB tópicos
- Si anafilaxia: actuación según protocolo





CASO CLÍNICO 7



IV Jornadas de Patología Cutánea en Atención Primaria

La piel: contamos contigo

24 de Octubre de 2019



CASO CLÍNICO 7

Paciente de 40 años que consulta en nuestro centro de Alcanar (Delta del Ebro) porque paseando en la orilla de la playa ha notado “un pinchazo” en la planta del pie. No ha podido identificar si había algo, pero ahora tiene muchísimo dolor en todo el pie.

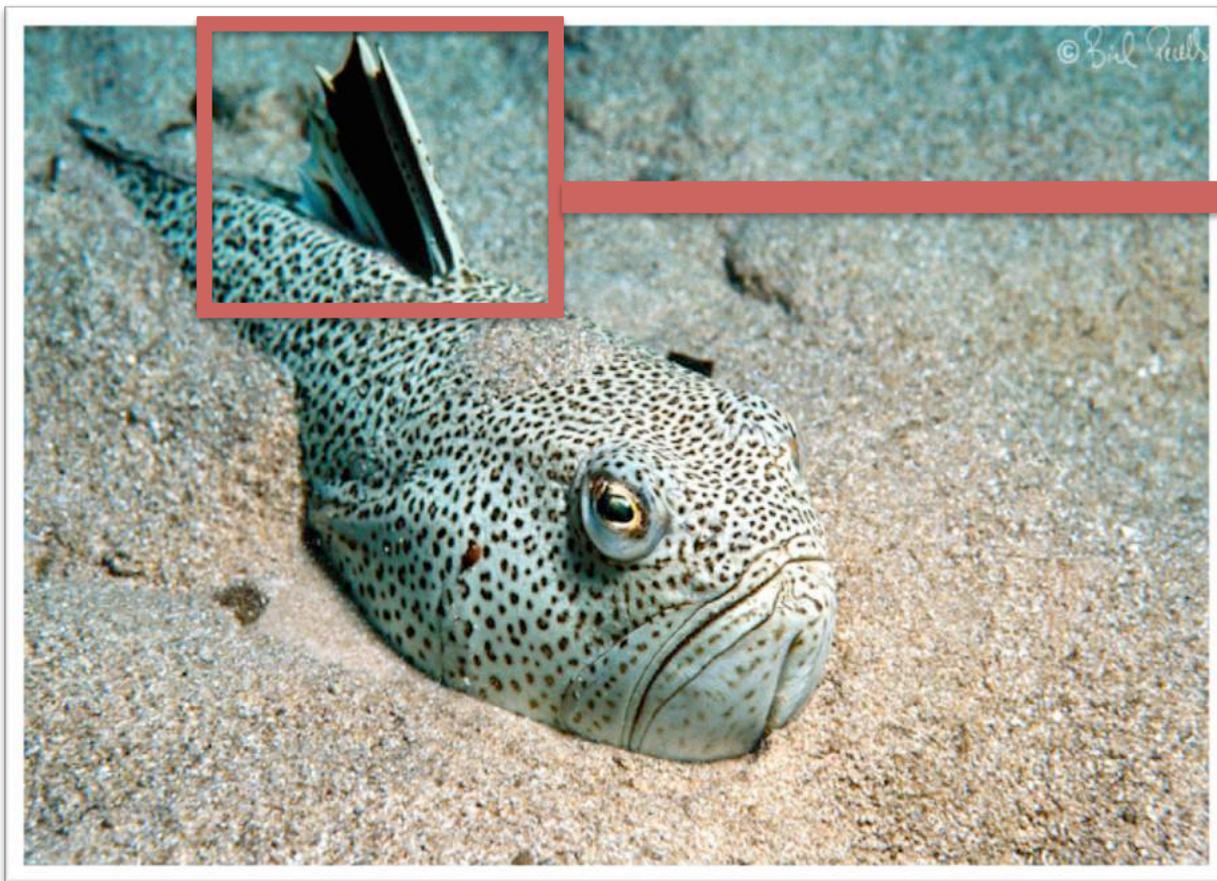


CASO CLÍNICO 7





PICADURA DE PEZ ARAÑA



Su aleta dorsal, está formada por múltiples espinas venenosas





PICADURA DE PEZ ARAÑA



- ✧ **Lesión:** Al pisar o manipular el pez. Dispone en su aleta dorsal y en los opérculos braquiales, espinas venenosas.
- ✧ **Toxina o Veneno:**
 - Producida por *ICTIOACANTOTOXISMO*.
 - Activo horas después incluso de la muerte del pez.
 - Termolábil
 - Efecto neurotóxico y citotóxico
- ✧ **Síntomas:**
 - Dolor, palidez cutánea por vasoconstricción, edema, trastorno de la sensibilidad local.
 - Manifestaciones generales o incluso anafilaxia en casos graves.





TRATAMIENTO PICADURA DE PEZ ARAÑA

- Limpiar y desinfectar la zona
- Aplicación de calor local ¡cuanto antes mejor!
 - **AGUA A >45°C durante 30 min.**
- Analgesia
- Corticoides y antihistamínicos por vía sistémica (si edema i/o prurito)
- Profilaxis antitetánica si precisa.
- Tratamiento antibiótico empírico:
 - **Amoxicilina- Ac. Clavulánico / Ciprofloxacino / Trimetoprim-sulfametoxazol**
- Gluconato cálcico al 10% si espasmos musculares, se podría repetir cada 4 horas





TRATAMIENTO PICADURA DE PEZ ARAÑA



QUÉ NO HACER:

- No torniquetes
- No incisiones ni succionar veneno
- Nunca suturar, cicatrización por segunda intención
- Frío ¿? *





CASO CLÍNICO 8



IV Jornadas de Patología Cutánea en Atención Primaria

La piel: contamos contigo

24 de Octubre de 2019



CASO CLÍNICO 8

Carlos de 12 años estaba jugando junto a sus primos en la orilla de la playa cuando notó que se pinchaba con algo en el pie derecho, sin saber si era una planta seca, un animal marino, alguna roca o con alguna cáscara de mejillón ¿?

Dado que le duele y su madre duda de si puede haberle quedado algún resto dentro acude a nuestro centro de atención primaria...



CASO CLÍNICO 8





TRATAMIENTO PICADURA POR ERIZO DE MAR

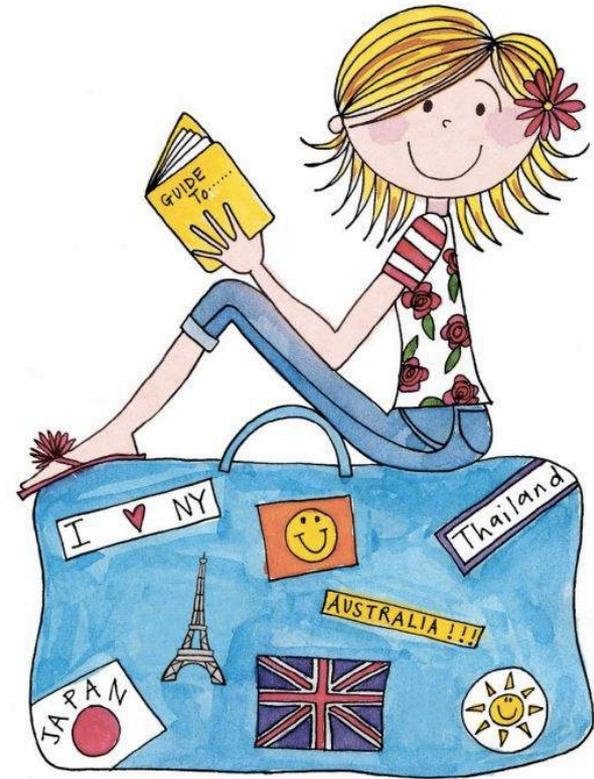
1. Retirar las púas con pinzas utilizando material estéril.
2. Empapar la zona con vinagre si quedan restos.
3. Cura tópica con fórmula magistral 3h:

**Trementina 7,5 g + ácido salicílico 7,5 g
+lanolina 20 g, CSP 100 g (excipiente)**

4. Control posterior de reacciones tardías: *granulomas sarcoideos*.



RESUMEN E IDEAS CLAVE





RESUMEN

IDEAS CLAVES:



- Se identifica al culpable?
- Aplicar frío ante cualquier picadura*
- Vacuna antitetánica
- Tratamiento sintomático: analgesia, antiinflamatorio...
- Antiséptico o crema antibiótica si precisa.
- NO utilizar antihistamínicos tópicos.
- Antibiótico oral en situaciones que se necesite.
- Si signos de complicación grave: DERIVAR a Centro Hospitalario



• SI DUDA DX: DERIVAR A DERMA.

Grupo de Dermatología de CAMFiC

dermato@camfic.org



CAMFiC

societat catalana de medicina
familiar i comunitària



RESUMEN

IDEAS CLAVES:

- SARNA: Prurito nocturno
- PULGA/CHINCHE: Lesiones lineales
- LEISHAMANIA: Lesión que no cura + previa picadura de mosquito.
- GARRAPATA: Extraer con pinzas <48-72h + control síntomas 4 semanas
- ARAÑA: ojo anafilaxia
- MEDUSA: Lesiones serpiginosas tras baño en el mar + AGUA DE MAR (NO orina)
- PEZ ARAÑA: Puntos rojos + dolor intenso + toxina termolábil (AGUA CALIENTE)
- ERIZO: retirar puntas (NO las insertadas en piel, se rompen) + vinagre





BIBLIOGRAFIA

- Ana Varela-Veiga, , Alejandro Vilas-Sueiro, Benigno Monteagudo, Beatriz Fernández-Jorge. Lesiones hiperqueratósicas y prurito en paciente inmunodeprimida. Reumatol Clin 2016;12:107-8 - Vol. 12 Núm.2
- J.Arroyo Fernández de Aguilar , Sonia Flores Silva. Anafilaxia. AMF2010;6(8):448-449
- BMJ best practice. Insect bites and sting. Last updated Mar 20, 2017.
- B. González-Llavonaa, G. Biosca-Echeniqueb, A. Soto-Díaza, M.J. Naranjo-Díaza, B. Espadafor-López y V. García-Mellado. Leishmaniasis cutánea en paciente senegalés. Actas Dermosifiliogr. 2007;98:54-8
- Mar Noguerol Álvarez , Pilar Aparicio Azcárraga. Leishmaniasis. AMF 2012;8(9):509-516
- Geoffrey K Isbister, MD. Marine envenomations from corals, sea urchins, fish, or stingrays. Up to Date. This topic last updated: Jul 26, 2016.
- Richard S Vetter, MS David L Swanson, MD. Bites of recluse spider. Up To Date. This topic last updated: May 31, 2017
- Marina Escofet Peris, Xavier Moncosí de Borbón. Pequeña patología «playera». AMF 2017;13(2):107-109
- Núria Camprodon Tuneu. ¿Qué debemos hacer ante una picadura de garrapata. AMF 2017;13(1):44-46
- Miguel Ángel Babiano Fernández. Picaduras de pulgas. FMC. 2016;23(4):e68-9
- Francisco Javier León López , Irene Guerrero Vargas. Picaduras y repelentes. AMF 2014;10(8):463-467
- Mariana C Castells, MD, PhD. Insect bites. UpTo Date. This topic last updated: Jun 01, 2017
- M. Estefanía Díez et al. Tratamiento de la mordedura por víbora en España. Semergen. 2016;42(5):320-326.
- Guia d'antídots per als centres hospitalaris de Catalunya . Juny de 2016 . Darrera actualització: Juny de 2017. Generalitat de Catalunya
- **Guía terapéutica en Atención Primaria. 6ª edición. 2016. SEMFYC ediciones**
- Rosa Mª Taberner Ferre. Dermapixel: Blog de dermatología cotidiana. 1ª Edición 2014.
- Síndrome de Skeeter. Pérez-Vanzzini R y col. Revista Alergia México 2015;62:83-87
- <http://www.dermapixel.com/>
- <http://www.erc.edu>
- <https://www.aemps.gob.es/>





CAMFiC

societat catalana de medicina
familiar i comunitària



IV Jornadas de Patología Cutánea en Atención Primaria **La piel: contamos contigo**

24 de Octubre de 2019

Facultad de Biblioteconomía y Documentación de la Universidad de Barcelona