

P1

¿Qué porcentaje de la población sana se considera portadora persistente de *S. aureus*?

R1

Entre el 10\% y el 20\% de la
población.

P2

¿En qué región anatómica se localiza principalmente el estado de portador de *S. pyogenes* en niños?

R2

En la faringe.

P3

Concepto: Flora residente

R3

Microorganismos estables en número y composición que actúan como barrera competitiva saprófita.

P4

¿Qué microorganismos de la flora residente pueden volverse patógenos ante una inmunosupresión?

R4

$\text{\textit{S. epidermidis}}$,
 $\text{\textit{Corynebacterium}}$ o $\text{\textit{P. acnes}}$.

P5

¿Qué tipo de flora cutánea coloniza temporalmente áreas específicas sin establecerse de forma definitiva?

R5

Flora transitoria.

P6

¿Qué sustancias antibacterianas secretan las glándulas sudoríparas y sebáceas para proteger la piel?

R6

Sustancias con actividad antibacteriana
directa e \$IgA\$ secretora.

P7

Los queratinocitos sintetizan péptidos antimicrobianos naturales conocidos como ____ y catelicidinas.

R7

Beta-defensinas

P8

¿Cómo influye el \$pH\$ cutáneo
ligeramente ácido en la defensa contra
patógenos?

R8

Impide la proliferación de bacterias como *S. aureus* que prefieren medios neutros.

P9

¿Cuál es la función defensiva del
recambio celular constante en el estrato
córneo?

R9

Elimina mecánicamente los
microorganismos adheridos a las capas
superficiales.

P10

¿Cuáles son los cuatro reservorios principales del portador crónico de *S. aureus*?

R10

Narinas, periné, axilas y vagina.

P11

¿Por qué los pacientes con Dermatitis Atópica presentan una susceptibilidad extrema a infecciones por *S. aureus*?

R11

Debido a una deficiencia en la síntesis de péptidos antimicrobianos (catelicidinas).

P12

¿Qué factor climático favorece la maceración cutánea y la proliferación bacteriana?

R12

El calor y la humedad elevada (climas tropicales o estaciones cálidas).

P13

Las infecciones bacterianas que se limitan a la superficie sobre la membrana basal y no dejan cicatriz son de tipo ____.

R13

Epidérmicas

P14

¿Qué profundidad de afectación
caracteriza a la erisipela?

R14

Dermis superficial y linfáticos
superficiales.

P15

¿Cuál es el criterio principal para definir el pronóstico y tratamiento de una piodermitis?

R15

La profundidad de la afectación tisular.

P16

¿Cuál es la piodermitis más frecuente en niños entre los 2 y 5 años durante el verano?

R16

Impétigo.

P17

¿Cuál es la característica visual
patognomónica del impétigo no
ampollosa?

R17

Costras melicéricas (color amarillo-miel).

P18

¿Qué proteína de los desmosomas es el blanco de la exotoxina exfoliativa A en el impétigo ampolloso?

R18

Desmogleína 1.

P19

¿En qué capa de la epidermis se forma la ampolla en el impétigo ampolloso?

R19

Subcórnea (estrato granuloso).

P20

¿Qué diferencia existe en la cicatrización entre el impétigo y el ectima?

R20

El impétigo no deja cicatriz, mientras que el ectima siempre deja cicatriz.

P21

¿Cuál es el agente causal más frecuente del ectima tras una herida o picadura?

R21

$\textit{S. pyogenes}$ (Estreptococo).

P22

¿Cómo se describen clínicamente las lesiones ulcerosas del ectima?

R22

Úlceras en sacabocados con bordes
eritematosos y fondo necrótico.

P23

¿Qué medida inicial es crítica para permitir la eficacia de los antibióticos tópicos en el impétigo?

R23

Descostrar las lesiones mediante
compresas húmedas.

P24

Antibiótico tópico de elección para tratar un impétigo con lesiones escasas.

R24

Mupirocina (o ácido fusídico).

P25

¿Qué antibióticos sistémicos se indican ante la sospecha de *S. aureus* resistente a meticilina (MRSA)?

R25

Clindamicina, doxiciclina o trimetoprim-
sulfametoxazol.

P26

¿Cuál es la complicación no supurada más grave de una infección cutánea por estreptococo?

R26

Glomerulonefritis postestreptocócica.

P27

¿Qué hallazgo clínico distingue los límites de la erisipela frente a los de la celulitis?

R27

La erisipela presenta límites netos y sobreelevados, mientras que la celulitis tiene límites difusos.

P28

¿Qué profundidad tisular se ve comprometida en un cuadro de celulitis?

R28

Dermis profunda y tejido celular
subcutáneo.

P29

¿Cuál es la localización más típica de la erisipela facial?

R29

En las mejillas y el dorso nasal (en ala de mariposa).

P30

¿Qué síntoma general suele acompañar al inicio brusco de una erisipela?

R30

Fiebre alta y escalofríos.

P31

¿Qué complicación crónica resulta de la destrucción de vasos linfáticos por erisipelas recurrentes?

R31

Linfedema y elefantiasis.

P32

¿Qué microorganismo causa el
erisipeloide en manipuladores de carne
o pescado?

R32

$\text{\textit{Erisipelothrix rhusiopathiae}}$.

P33

¿Qué bacteria suele introducirse tras la mordedura de un perro o gato?

R33

Pasteurella spp.

P34

¿Cómo se manifiesta clínicamente la
linfangitis aguda?

R34

Como un cordón rojo, indurado y doloroso
que progresa hacia ganglios regionales.

P35

**¿Qué tejidos se necrosan rápidamente
en la Fascitis Necrotizante?**

R35

El tejido celular subcutáneo profundo y la fascia.

P36

¿Cuál es la etiología principal de la
Fascitis Necrotizante Tipo 2?

R36

S. pyogenes (Estreptococo del grupo A).

P37

¿Qué síntoma inicial es clave para sospechar Fascitis Necrotizante antes de que aparezcan signos cutáneos graves?

R37

Dolor intenso y desproporcionado a la
aparición de la lesión.

P38

¿Qué ocurre con la sensibilidad cutánea
en las fases avanzadas de la Fascitis
Necrotizante?

R38

Aparece anestesia debido a la destrucción
de los nervios dérmicos.

P39

La Fascitis Necrotizante polimicrobiana
(Tipo 1) localizada en el periné y
escroto se denomina ____.

R39

Gangrena de Fournier

P40

¿Cuál es el tratamiento quirúrgico
mandatorio ante una Fascitis
Necrotizante?

R40

Desbridamiento quirúrgico radical e
inmediato.

P41

¿Qué microorganismo se asocia a la
Fascitis Necrotizante Tipo 3 tras
contacto con agua de mar?

R41

$\textit{Vibrio vulnificus}$.

P42

¿Cuál es el mecanismo fisiopatológico
del Síndrome de la Piel Escaldada
Estafilocócica (SSSS)?

R42

Difusión hematológica de la exotoxina
exfoliativa desde un foco infeccioso
distante.

P43

¿Qué signo clínico, caracterizado por el desprendimiento de la piel al tacto, es positivo en el SSSS?

R43

Signo de Nikolsky.

P44

¿Por qué los cultivos de las ampollas en el SSSS suelen ser negativos?

R44

Porque la lesión cutánea es mediada por la toxina circulante y no por la presencia local del microorganismo.

P45

¿Qué zona anatómica suele estar respetada en el SSSS a diferencia de otras dermatosis ampollosas?

R45

Las mucosas (especialmente la boca).

P46

¿Cuál es la causa clásica del Síndrome del Shock Tóxico estafilocócico asociada a mujeres?

R46

Uso prolongado de tampones (más de 8 horas).

P47

¿Qué síntoma cutáneo tardío aparece 1 o 2 semanas después de un Síndrome del Shock Tóxico?

R47

Descamación generalizada, especialmente
en palmas y plantas.

P48

¿Qué mortalidad se asocia al Síndrome del Shock Tóxico estreptocócico?

R48

Entre el \$30\%\$ y el \$60\%\$.

P49

Definición: Ostiofoliculitis (Impétigo de Bockhart)

R49

Infección superficial del poro folicular con
pústulas diminutas y halo eritematoso que
no deja cicatriz.

P50

¿Cuál es la diferencia entre un forúnculo
y el ántrax cutáneo?

R50

El forúnculo es la inflamación de un solo folículo; el ántrax es la unión de varios forúnculos con múltiples puntos de drenaje.

P51

¿Qué tratamiento sistémico es necesario
para la sicosis de la barba
abscesificada?

R51

Antibióticos sistémicos como dicloxacilina
o amoxicilina/clavulánico.

P52

¿Qué estructuras glandulares se ven afectadas en la hidrosadenitis supurativa?

R52

Las glándulas apocrinas.

P53

¿Qué maniobra traumática suele desencadenar una paroniquia aguda?

R53

Traumatismos en la cutícula por
manicuras excesivas o onicofagia.

P54

¿Qué microorganismo causa una coloración verdosa característica en la lámina ungueal?

R54

$\textit{Pseudomonas aeruginosa}$.

P55

¿Cuál es la localización y síntoma principal de la dactilitis ampollosa distal?

R55

Ampolla en el almohadillado graso palmar
de los dedos.

P56

¿Qué microorganismo es el agente
causal del eritrasma?

R56

$\text{\textit{Corynebacterium}} \\ \text{\textit{minutissimum}} \text{\text{.}}$

P57

¿Cuál es la presentación clínica típica del eritrasma en los pliegues?

R57

Placas eritematosas marrón-parduzcas,
bien delimitadas y con fina escama.

P58

¿Qué infección se caracteriza por
pequeñas erosiones en la capa córnea
de las plantas de los pies?

R58

Queratolisis punctata.

P59

¿Qué factor predisponente común
comparten el eritrasma y la queratolisis
punctata?

R59

La hiperhidrosis (exceso de sudoración).

P60

Infección por *Pseudomonas* en inmunodeprimidos que presenta una escara necrótica central y halo eritematoso: ____.

R60

Ectima gangrenoso

P61

¿Qué antibiótico sistémico de la familia de las penicilinas es de elección para piodermitis estafilocócicas?

R61

Cloxacilina.

P62

¿Qué marcador de laboratorio indica una infección estreptocócica reciente?

R62

ASLO (Antiestreptolisina).

P63

¿Qué proceso bacteriano produce una
respuesta granulomatosa
pseudotumoral abcesificada?

R63

Botriomycosis.

P64

¿Cuál es el riesgo de la erisipela facial si no se trata precozmente?

R64

Trombosis séptica del seno cavernoso.

P65

¿Por qué el uso indiscriminado de
antisépticos puede favorecer las
piodermitis?

R65

Porque altera la flora residente que ejerce exclusión competitiva contra patógenos.

