

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

DISCROMIAS DERMATOLOGICAS

La prevalencia de Discromias Dermatológicas en
pacientes que acuden a los servicios internos
del Hospital General del Instituto Guatemalteco
de Seguridad Social ~~zona 9~~. Abril - Mayo 1994.

Presentada a la Honorable Junta Directiva de la
Facultad de Ciencias Médicas de la
Universidad de San Carlos de Guatemala

BERTA CONSUELO TARACENA NAJERA

En el acto de su investigación de:

MEDICO Y CIRUJANO

GUATEMALA, JUNIO DE 1994.

Biblioteca Central

DL
05
T(7103)

INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL
DIRECCION GENERAL DE SERVICIOS MEDICO HOSPITALARIOS
DEPARTAMENTO MEDICO DE SERVICIOS TECNICOS
SECCION DE DOCENCIA E INVESTIGACION

FORMATO PARA SOLICITAR AUTORIZACION DE ESTUDIOS DE TESIS

Guatemala, de _____ de 199

Yo Berta Taracena Nájera, estudiante de la Universidad de San Carlos de Guatemala, de la Facultad de: Ciencias Médicas, por este medio solicito sea autorizado realizar mi trabajo de Tesis en la Unidad: Medicina Interna del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, cuyo tema aprobado es: "Discromías Dermatológicas"

siendo mi asesor Institucional: (debe ser miembro del personal del IGSS) Dra. Patricia Chang de Chang, quien es: (puesto que ocupa) Dermatóloga

Comprometiéndome a cumplir con la Reglamentación vigente para estudios de investigación, así como a entregar un ejemplar de la Tesis a la Sección de Docencia e Investigación y a la Unidad donde efectúe el estudio.

f) _____
_____ **APROBADO** _____
f) _____ (sella) _____

_____ Jefe de Departamento o (sella) _____
_____ Coordinador del Programa

_____ Director de la Unidad (sella) _____



USO EXCLUSIVO DE LA SECCION DE DOCENCIA E INVESTIGACION.

La Sección de Docencia e Investigación, Hace Constatar: Que revisó el Protocolo de Investigación adjunto a esta solicitud, no encontrando ningún inconveniente para su ejecución, debido a que llena los requisitos académicos, éticos y de normas internacionales, como tampoco representa erogación para el Instituto.

f) _____ Jefe de la Sección de Docencia e Investigación
_____ Jefe del Departamento Médico de Servicios Técnicos

_____ (sella) _____

Esta Sección es para autorizar el Informe Final. (Debe adjuntarse nota del asesor, aprobando el Informe Final).

La Sección de Docencia e Investigación, Hace Constatar: Que revisó el Informe Final de Tesis, autorizando al solicitante continuar sus trámites de impresión.

AUTORIZADO:
f) _____ Vo.Bo. _____
_____ Jefe de la Sección de Docencia e Investigación
_____ Jefe del Departamento Médico de Servicios Técnicos
_____ (sella) _____

27 MAYO 1994

Esta solicitud debe llenarse en triplicado, adjuntando inicialmente el Protocolo de Tesis, autorizado por la Facultad respectiva. Para autorizar el Informe Final debe traer nota del asesor de tesis institucional, donde aprueba su impresión.



FORMA C

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
GUATEMALA, CENTRO AMERICA

Guatemala, 31 de mayo de 1994


Director Unidad de Tesis
Centro de Investigaciones de las Ciencias
de la Salud - Unidad de Tesis


Se informa que el: BACHILLER BERTA CONSUELO TARACENA
Título o diploma de diversificado, Nombres y apellidos
NAJERA Carnet No. 8410243
completos

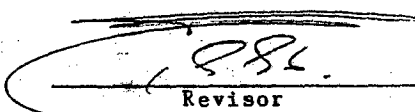
Ha presentado el Informe Final del trabajo de tesis titulado:

"DISCROMIAS DERMATOLOGICAS"

cuyo autor, asesor(es) y revisor nos responsabilizamos de los conceptos metodología, confiabilidad y validez de los resultados, pertinencia de las conclusiones y recomendaciones, así como la calidad técnica y científica del mismo, por lo que firmamos conformes:


Asesor
Firma y sello personal


Firma del estudiante


Revisor
Firma y sello
Registro Personal 17336

Dr. Rafael W. Villada V.
Médico y Cirujano Cel. 1996
MEDICINA INTERNA

EL DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FORMA D

HACE CONSTAR QUE :

El Bachiller: BERTA CONSUELO TARACENA NAJERA

Carnet Universitario No. 84-10243

Previo a optar al Título de Medico Cirujano en su Examen General
Público ha presentado el Informe Final del trabajo de tesis titulado:
"DISCRONIAS DERMATOLOGICAS"

Avalado por asesor(es) y supervisor(es) lo que se enteró en presente
ORDEN DE IMPRESION

Guatemala, 31 de Julio de 1994

Dr. Edgar R. De Leon Barillas
Por Unidad de Tesis

Dr. Pastor Castillo Rodas
Director General de Investigaciones
de las Oficinas de la Salud

IMPRIMASE :


Dr. Jafeth Ernesto Cabrera Franco
DECANO



INDICE

		PAG.
I	INTRODUCCION	1
II	DEFINICION Y ANALISIS DEL PROBLEMA	2
III	JUSTIFICACION	3
IV	OBJETIVOS	4
V	REVISION BIBLIOGRAFICA	5
VI	METODOLOGIA	21
VII	PRESENTACION DE RESULTADOS	27
VIII	ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS	40
IX	CONCLUSIONES	43
X	RECOMENDACIONES	44
XI	BIBLIOGRAFIA	45
XII	ANEXOS	47

I INTRODUCCION

La etiología de las discromías dermatológicas es variada. Pueden ser de origen congénito o adquirido.

Estas lesiones tienen importancia debido a que las personas que lo padecen tienen mayor predisposición a malignidad de la piel, así como una mayor probabilidad de presentar trastornos psicológicos o de conducta.

Se estudiaron un total de 150 pacientes con diagnóstico clínico de discromía dermatológica. Del total de pacientes estudiados se encontraron 284 casos de discromías ya que un 48% de ellos presentaron 2 tipos de discromías un 18% presentó 3 tipos de discromías al mismo tiempo.

Del total de discromías encontrados la más frecuente fue el melasma con un total de 47 casos o sea un 17%.

Solamente se efectuó biopsia de piel, bajo inspección del médico asesor, en un caso de Dermatitis Cenicenta.

Por medio de este trabajo se determinó la prevalencia de discromías dermalógicas y las edades más afectas a esta entidad.

II DEFINICION Y ANALISIS DEL PROBLEMA

Por ser la piel uno de los órganos más extensos del cuerpo humano, se ve expuesta a una serie de fenómenos, que en determinado momento altera la integridad de la misma.

Una de la afecciones más frecuentes, las discromías, forman parte de la consulta diaria de nuestros hospitales y pueden manifestarse a cualquier edad; no importando sexo, ni grupo étnico, y en algunas ocasiones puede verse afectada por la actividad u oficio que desarrolla el paciente.

A pesar de ser tratadas por el médico muchas veces no se les da la importancia debida, se manifiestan como enfermedades dermatologicas como parte de una enfermedad sistémica, o causan molestias psicosomáticas al paciente.

Sin embargo las discromías pueden causar alteraciones anímicas, estados depresivos, que en determinado momento van a perjudicar las relaciones interpersonales y hasta laborales del individuo, si no son correctamente identificadas y tratadas, o no se le informa al paciente sobre el origen y estado de su enfermedad.

III JUSTIFICACION

Siendo las discromías una entidad tan variada, que afecta a diversos tipos de pacientes (niños, adultos, hombres y mujeres). se hace necesario efectuar un estudio en nuestro medio, que aporte datos sobre su frecuencia y el impacto que cada una tiene en la sociedad. Particularmente al afiliado y beneficiario que asiste al Hospital General del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social zona 9.

La identificación de las principales discromías, su causa o etiología permitirán a la institución mejorar su diagnóstico y tratamiento.

De los resultados del presente estudio, se pudieron conocer las discromías que con mayor frecuencia afecta a esta población.

IV OBJETIVOS

GENERALES

- 1) Describir la discromías más frecuentes en la población de pacientes que asisten al Hospital General de Enfermedad Común del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social zona 9, durante los meses de abril y mayo de 1994.

ESPECIFICOS:

- 1) Investigar las causas más frecuentes de discromías.
- 2) Tipo de paciente más afectado de acromías, hiperacromías, por edad, sexo y ocupación.

V REVISION BIBLIOGRAFICA

I ANATOMIA Y FISIOLOGIA DE LA PIEL

La piel es límite entre cuerpo y el medio ambiente, como la mucosa gastrointestinal y los alveólos pulmonares, es el órgano más grande y le corresponde 15% del peso total. Es un órgano de adaptación, que transmite con el máximo detalle, sensaciones de dolor, calor, frío y hace posible adecuadas respuestas.

Sus funciones principales son cuatro: (2,3)

- PROTECCION
- TERMOREGULACION
- SENSACION
- SECRECION

II ESTRUCTURAS DE LA PIEL

De afuera hacia adentro son: EPIDERMIS, DERMIS E HIPODERMIS, hasta la fascia superficial.

EPIDERMIS: La capa más superficial y delgada formada por 2 tipos de células: queratinocitos 95% y melanocitos.

Histológicamente se divide en 6 capas: (2,3)

1. Capa basa germinativa
2. Capa espinosa

2. Capa espinosa
3. Granulosa
4. Terminaciones nerviosas
5. Capa lúcida (palmas y Plantas de los pies)
6. Capa córnea.

DERMIS: Es la segunda capa de la piel y esta localizada entre la epidermis y la hipodermis o tejido celular subcutáneo está constituida por:

1. SISTEMA MUSCULAR
2. SISTEMA VASCULAR
3. SISTEMA NERVIOSO
4. SISTEMA GLANDULAR, que se divide en glándulas sudoríparas y glándulas sebáceas(2).

HIPODERMIS: O tejido adiposo subcutáneo "cojinete" aislante del calor, frío o traumatismos.(3)

III EMBRIOLOGIA

La piel se origina de dos capas blastodérmicas: ecto y mesodermo, la epidermis y sus anexos del ectodermo y la dermis e hipodermis del mesodermo.

Los melanocitos: situados en el plano epidérmico, son productores de un pigmento, "La Melanina".

Cada melanocito se comporta como una glándula unicelular. Además de todos los elementos celulares, posee una formaciones diminutas peculiares, "los melanosomas" en cuyo interior se forma la melanina, gracias a la enzima tirosinasa.(3)

Ontogenia de los Melanosomas:

Se integran en cuatro etapas:

1) Ribosomas, que sintetizan polipeptido y una enzima la tirosinasa.

2) Premelanosoma

3) Melanina: Se deposita progresivamente en unos filamentos,

4) el gránulo de melanina.

Los melanocitos transfieren a las células malphigianas de la raíz del pelo los gránulos de melanina función citocrina de Masson. (3)

-Número de frecuencias y distribución de los Melanocitos

Epidermicos:

Los melanocitos están simétricamente distribuidos en ambos sexos y en las diversas razas, pero existen variaciones individuales y regionales según patrones determinados. Hay 2 o 3 veces más melanocitos en la cabeza que en otras zonas. Las variaciones en el color de la piel en diversas razas o individuos no dependen del número de melanocitos, sino de la intensidad de producción de melanina, y por lo tanto del número y tamaño de los melanosomas(3,4).

-Formación de la Melanina:

Para mejor comprensión resumiremos la formación de la melanina en el siguiente esquema:



La tirosinasa, enzima catalizadora de la tirosina, hidroxila a

la Dopa y por último a la melanina. (3,4,12)

Regulación de la Melanogenesis:

Puede ser por varios mecanismos, entre los que están:

1) Mecanismos locales y generales:

- a) disminución o ausencia del precursor, tirosina.
- b) Los grupos sulfhidrilo enlazan el cobre e inhiben la tirosinasa.
- c) Presencia de mercaptolaminas y catecoles.

2) Mecanismos Hormonales:

Diversas glándulas endócrinas, principalmente la hipófisis.

3) Mecanismos no hormonales.

PRINCIPALES LESIONES DE LA PIEL

MANCHAS O MACULAS: Es cualquier cambio de coloración de la piel, sin presentar depresión saliente sobre el nivel cutáneo. Es de forma irregular, con tamaño que varía desde puntiforme hasta ocupar grandes extensiones, adquiere diferentes tonalidades de color.

Existen diferentes clasificaciones de la macular o discromías, una de ellas puede ser la siguiente: (2,3

1. Manchas Melánicas:

a) Por aumento de Melanina

Melasma o cloasma

Efelides

Manchas café con leche

Síndrome de Albright

Enfermedad de Addison

Termodermatitis

Dermatosis cenicienta

b) Por disminución o ausencia de Melanina

Vitiligo

Halonevus

Depigmentación por químicos (hidroquinonas,
butifenol, ácido azelaico, cloroquina)

Piebaldismo

Síndrome de Waardenburg

Esclerosis tuberosa

Albinismo

Postinflamatoria infecciosa (quemaduras,
radiotermitis, lupus eritematoso,
esclerodermia, linquen escleroso y
atrófico, psoriasis, eczema,
pitiriasis liquinoide)

2. Discromias no dependientes de la Melanina

- a) Hemosiderosis
- b) Argiria
- c) Crisiasis
- d) Saturnismo
- e) Carotinemia
- f) Ocronosis
- g) Pigmentacion por Mepacrina
- h) Ictericia
- i) Tatuajes

3. Vasculares:

- a) Eritemas Activos
- b) Cianosis
- c) Hemorragias(3)

La Clasificación que me parece más sencilla e ilustrativa es según su etiopatogenia aunque hay unas de ellas, muy frecuentes que se desconoce su etiología y serán mencionadas al final.(10)

1. DISCROMIAS DE ORIGEN GENETICO:

Dentro de esta puede haber alteraciones hacia más o menos pigmento entre las primeras están:

a) **Efélides:** Manchas lenticulares de color café claro, frecuentemente familiares, que hacen su aparición en la segunda infancia y perduran toda la vida. Localizadas en zonas lumínicas como la cara, espalda y extremidades superiores. Solo hay alteraciones de pigmento pero no de los melanocitos. No existe tratamiento.

b) **Lentigo:** Lentiginosis: Son manchas pigmentadas cercanas a los nevos por aquí si hay aumento de melanocitos, son variables de forma y tamaño, no relacionadas con exposición solar aunque predominan en la cara y en el tronco. Cuando son muy abundantes, se habla de lentiginosis y pueden asociarse con algunas alteraciones orgánicas como síndrome de PEUTZ-JEGHERS.

El léntigo senil o solar aparece alrededor de los 50 años en personas blancas y de piel asoleada en cara y dorso de manos y antebrazo. Presentan cierta atrofia de la epidermis y se producen por aumento de melanina no de melanocitos. (5,7,8,14)

c. **Manchas Café con Leche:** son numulares o de mayores dimensiones, de histología idéntica a la efélides. Si coexisten

más de seis manchas en el tronco hay muchas posibilidades de que sea una neurofibromatosis o enfermedad de Von Recklinghausen.

d) Incontinencia pigmentaria:

Genodermatosis probablemente ligada al cromosoma X, ya que es letal para los varones, inicia con manchas eritematosas y ampollas en el tronco y extremidades inmediatamente después del nacimiento. Pronto son substituidas por lesiones verrugosas lineales que terminan dejando manchas hipercrónicas que forman líneas dando un aspecto atigrado, habitualmente tienden a la involución espontánea con el crecimiento del niño. (10,14)

e) acantosis Nigricans

Es un ejemplo de manifestaciones cutáneas que pueden poner sobre la pista de graves enfermedades internas.

Se describen tres tipos fundamentales:

Maligna, benigna o juvenil(12) y Pseudoacantosis nigricans.

a) Acantosis nigricans Maligna:

Pigmentaciones amarillo grisáceas o pardas, simétricas en grandes pliegues, además distrofias ungueales, alopecia e hiperqueratosis palmar. Puede afectar mucosas, ocurre en adultos (40-50 años). La asociación de un cáncer visceral o sarcoma osteogénico es casi constante. (3,11)

b) Acantosis Nigricans benigna:

Comienza en la infancia las alteraciones cutáneas menos intensas, permanecen estacionarias o retroceden. Rara vez afecta mucosas. No se asocia a neoplasia.

c) Pseudo acantosis Nigricans:

En adultos obesos de piel morena. Lesiones similares a las

anteriores pero mucho menos intensas y sin afectar mucosas.
aparecen lentamente si el sujeto adelgaza. (3,6)

f. Síndrome de albright:

Displasia fibrosa paliostotica asociada a pubertad precoz.
Son extensas manchas melánicas irregulares en placas o en sábanas
asimétricas, en tronco, abdomen y zonas proximales de extremidades.

Histologicamente se observan hiperpigmentaciones de la capa
basal. (5,6)

g. Síndrome de Méndez Da Costa:

Distrofia ampollosa maculosa "L-X" recesiva, se desarrolla en
varones entre 2-3 años con pigmentación reticulada en la cara y
extremidades ampollas tensas, zonas atroficas, alopecia y a veces
retraso mental. (3)

Dentro de la genodermatosis que causan manchas
hipopigmentarias están:

a) ALBINISMO

Enfermedad autosomica recesiva caracterizada por falta total
de la melanina en todo el cuerpo con alteraciones en pelo, ojos y
en ocasiones en el sistema nervioso. En algunos casos puede haber
melanocitos en número normal, pero no producen melanina por falta
de la tirosina, y en otros pueden faltar los melanocitos.

La piel de estos pacientes es blanca, se quema con la más
mínima exposicion al sol, el cual ocasiona a temprana edad el
desarrollo de carcinomas. El pelo también es casi blanco y el iris
es rosado, las pupilas rojas y puede haber nistagmus.

La sordera y la idiocia pueden asociarse. No tienen más
tratamiento que la protección contra el sol. (10,12,14)

Los albinos se encuentran en muchas partes del mundo y en todas las razas, incluso negros con una incidencia extraordinariamente variable 9L/10,000 a 0.45%. (3)

b)PIEBALDISMO:

Es un albinismo parcial, pues solo hay un triángulo de pelo blanco en la región frontal y manchas acromicas en diferentes partes del cuerpo más o menos simétricas. Se transmite en forma dominante y cuando se asocia con heterocromía del iris y sordera se habla de síndrome de Waardenburg. (5)

c)NEVUS ACROMICO:

Es un trastorno congénito de la pigmentacion que se manifiesta como una placa acromica, rectangular, redondeada o que sigue un trayecto nervioso.

En ocasiones se ha descrito ausencia o disminución de numero de melanocitos. (5)

d)ACROMIAS "SINTOMATICAS"

En la esclerosis tuberosa, las manchas acromicas, ovaladas "en hojas de laurel" son unos de los síntomas precoces. En la pancitopenia de FANCONI y disqueratosis congénita de Zincer Coleengman, hay numerosas acromías lenticulares "en moteado" que facilitan el diagnostico. (3,14)

En la queratosis folicularis se han descrito máculas acromicas que varían de 1 a 4mm distribuidas en áreas perifolicitales más común en individuos de raza negra. Su tratamiento es vitamina A acuosa 200,000 diariamente por 8 semanas. (13)

2. DISCROMIAS POR AGENTES QUIMICOS

Entre las substancias topicas que producen discromías están

los psoralenos, alquitrán de hulla, diversas plantas, metales que se depositan en los tejidos. Por vía sistémica existen los barbitúrico, cloroquinas, antibioticos. La pigmentacion que se produce es diversa, café oscura casi negra, apizarrada azulosa.(5)

DISCROMIA POR HIDROQUINONA

La hidroquinona interfiere en el proceso enzimático que transforma la tirosinasa en melanina, forma parte de pomadas usadas hace más de 25 años para el tratamiento de melasma y otras pigmentaciones.

Al principio produce eritema con prurito luego se empieza a notar la depigmentación en pequeños claros que desatacan sobre el color café. Esta depigmentación no empareja con el color de la piel dando un aspecto moteado o de confeti.

Esta discromía se observa también en el uso de material de hule: guantes, sandalias, ligas, preservativos, etc.

Este proceso es crónico y asintomático, no existe tratamiento, debe evitarse el sol, usar protectores solares y esperar que empareje el color, el cual puede suceder en varios meses.(4,9,10)

3. DISCROMIAS POR AGENTE FISICOS:

Manchas hiper o hipocrómicas pueden ser producidas por quemaduras, por el sol, radioterapia, traumatismo y en forma especial por radiaciones calóricas (dermatitis calórica). La dermatitis calórica es una pigmentación difusa, reticulada, poco prurigenosa que aparece en zona expuestas al calor(hornos, estúfas, calefactores, etc) (4,10,12)

4)DISCROMIAS INFECCIOSAS Y PARASITARIAS

Entre ellas se pueden contar el mal del pinto, pitiriasis

versicolor. (10)

a) Pitiriasis alba:

Se le conoce también como impétigo seco o dante volante es motivo muy frecuente de consulta de madres que piensan que son debidos a parasitosis intestinal, anemia o avitaminosis bastante frecuente en dermatología pediátrica. (1,10)

Se caracteriza por manchas hipocrómicas, mal limitadas y cubiertas de fina escama que se desprende con facilidad, situadas en la mejillas, región maseterina, frente, alrededor de la boca.

Las lesiones pueden ser de una o varias, de diverso tamaño hasta de 5 cms de superficie áspera son asintomáticas y de evolución crónica aunque pueden llegar a desaparecer espontáneamente.

Su etiología se desconoce Salurean (10) se refirió a ellas como producida por bacterias de la piel que llegan a formar ampollas y pústulas del empétigo vulgar, sin embargo no se ha comprobado.

Otros autores piensan que se trata más bien de una reacción cutánea a los gérmenes banales comenzales de la piel o focos infecciosos distantes.

Las lesiones de pitiriasis alba son muy rebeldes al tratamiento se recomienda aseo constante con agua y jabón y el uso de pomadas ligeramente antisépticas y queratolíticas.

5) DISCROMIAS POST-LESIONALES

Son lesiones hipo-hipercrómicas que quedan después de un proceso inflamatorio diverso y suelen permanecer por mucho tiempo. (4,10).

6) DISCROMIAS METABOLICAS Y NUTRICIONALES

Entre ellas podemos mencionar al pelagra (manchas hiperocrómicas) las vitaminosis y el síndrome de malabsorción que causan manchas hiper o hipocrómicas. Hay otras alteraciones metabólicas como la hemocromatosis o diabetes bronceda en que por alteraciones del metabolismo del hierro se deposita en los tejidos del hemosiderina y la ocronosis en la cual hay inclusive depósitos pigmentarios en los cartílagos auriculares. La carotinemia produce coloración naraja en la palmas de las manos. (10)

7) DISCROMIAS POR ALTERACIONES ENDOCRINAS

La terapéutica con corticosteroides puede producir pigmentación problememente por contaminación con la hormona hipofisiaria estimulante de melanocitos.

En el embarazo es frecuente el melasma gravídico, y la hiperchromia de la enfermedad de Addison, que afecta de manera especial el tronco, las palmas y las mucosas. (3,4,5)

8) DISCROMIAS NEOPLASICAS

Se incluyen en estos nevus, el epitelioma basocelular pigmentado y el melanoma maligno, tumores pigmentados. (5,10)

9) DISCROMIAS DE CAUDA DESCONOCIDA

a) Dermatosis Cenicienta:

Son manchas grises bien limitadas, de uno o varios milímetros de diámetro, redondas o elípticas, algo prurigenosas que confluyen en extensas placas discrómicas, respeta cuero cabelludo, palma y plantas. Aparece bruscamente en la adolescencia o edad adulta extendiendose con lentitud durante meses o años, es más frecuente en mujeres. (3,10)

Una variedad de amiloidosis cutánea, entidad debida al depósito en las papilas dérmicas de una sustancia llamada amiloide, se caracteriza también por manchas hiperocrómicas habitualmente prurigenosas permanentes situadas sobre todo en el tronco.(10)

b) MELASMA

Es un padecimiento más bien síndrome, de causa variada que puede verse tanto en mujeres como en hombres de edad media de la vida, motivo de consulta muy frecuente por motivos estéticos por relacionarsele con padecimientos hepáticos o gastrointestinales.

Se presentan durante el embarazo en un 75 a 80% de las mujeres, pero estas manchas suelen desaparecer después del parto en una tercera parte de las pacientes que las presentan suelen conservar estas manchas después del parto y aumentar en tamaño o intensidad del color. También se ve en mujeres solteras y en un buen número de hombres.(4,10,12)

El cuadro clínico esta constituido por manchas hiperocrómicas formando zonas mal definidas, sin límites precisos, de superficie lisa, dan la impresión de un tenue velo sobre la cara. La coloración varia desde un café pálido hasta un color casi negro.

Las manchas suelen afectar las partes descubiertas de la cara: mejillas(en mariposa), dorso de nariz, frente, alrededor de los labios. Su evolución es crónica y asintomática, rebelde al tratamiento aunque desaparece espontáneamente.

Su etiopatogenia se desconoce con certeza, se habla de factores hormonales y nutricionales muy poco consistentes, del papel de las radiaciones solares y de los psolarenos de los perfumes, cremas y demás cosméticos, del papel de los

anticonceptivos por su cantidad de estrógenos, pero no se ha comprobado nada. Seguramente que las radiaciones solares tienen alguna relación, ya que se afectan las zonas expuestas.

El tratamiento es sintomático, evitar radiaciones solares, los maquillajes con perfumes, los anovulatorios y usar cremas con pantalla y filtros solares.

No hay cremas blanqueadoras que no signifiquen peligro para la piel. (10,13)

c) VITILIGO:

Es una leucodermia adquirida, crónica de causa desconocida y difícil tratamiento.

Predomina en las mujeres, aunque puede verse en todas las edades, es en todas las edades, es raro en el lactante, puede verse ya en niños de 3 a 4 años y sobre todo en personas de edad media. Es raro que un vitiligo se inicie después de los 50 años. (3,4,10,12,14)

Cuadro Clínico: Es una enfermedad muy monomorfa, se caracteriza solamente por manchas acrómicas e hipocrómicas, la topografía es variable puede haber áreas localizadas y otras veces diseminado, generalizados, localizaciones curiosas son las del pene, la vulva perianal y periareolar. (10,12)

Sus límites son precisos, sin actividad, su superficie lisa, sin lesiones asociadas a menos que se le maltrate con medicamentos agresivos. En algunos casos puede verse un halo hiperacrómico o pequeñas manchas del color de la piel del pacientes o un poco más oscura dentro de la mancha blanca, como restos de piel no afectada.

Se describe el halo nevo o vitiligo perinévico, (Enfermedad de Sutton) que es una mancha acrómica que rodea a un nevo pigmentada el cual sucumbe lentamente a la depigmentación. Se habla en este caso de fenómenos inmunológicos, un anticuerpop antimelanina acabaría con el nevo. (10)

El pelo a nivel de las manchas también se decolora, tambien pueden haber manchas en los límites de la piel y mucosa como labios y glande.

La evolución del cuadro es lenta, insidiosa y crónica. En ocasiones hay depigmentación en algunas manchas espontáneamente producir daño.

Los medicamentos usados generalmente son derivados de la fusocumarinas, fotoirritante que favorecen la melanogenesis permitiendo una mayor actividad de las radiaciones ultravioleta. (4,10,12)

MANCHAS DE TIPO VASCULAR:

Se dice así cuando es consecutiva a vasodilatación capital, local(exantema) o universal y en unos casos puede ser pasiva como en la cianosis o activa como el eritema inflamatorio, el cual se manifiesta por mancha roja, bien limitada y cuyo color desaparece momentaneamente, a la presión digital o por vitopresión, en unos casos, la mácula es consecutiva a extravasación de la sangre como en la pulpura hemorrágica petequias telangiectasias, equimosis. hematomas y en algunos otros, por neoformación vascular como el nevus flameus o hemangioma plano. (2)

VI METODOLOGIA

A. TIPO DE ESTUDIO:

El presente trabajo es un estudio prospectivo, siendo el diseño del estudio de observación descriptiva.

Prospectivo, por que los pacientes asistieron a los servicios de encamamiento y consulta externa de Dermatología del Hospital General del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social zona 9, por lesiones clínicamente compatibles con discromías se siguieron y realizó exámen clínico cuidadoso y posteriormente, se dió tratamiento.

B. SUJETO DE ESTUDIO:

150 pacientes que asistieron a los servicios del Hospital General del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social zona 9, con diagnóstico clínico sugestivo de discromía durante los meses de abril y mayo de 1994.

C. SELECCION DE LA MUESTRA:

Se incluyeron en el trabajo a los pacientes que acudieron a los servicios internos y consulta externa del Hospital General del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social zona 9, con diagnóstico clínico de algún tipo de discromía durante los meses de abril y mayo de 1994.

Dichos pacientes fueron sometidos a un exámen clínico completo y era necesario toma de biopsia de piel o uso de luz WOOD o de aumento.

1. Criterios de inclusión

Se incluyeron en el presente estudio, a todos los pacientes que acudieron a la consulta externa de dermatología o servicios internos del Hospital General del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social zona 9, con diagnóstico sugestivo del algún tipo de discromía no importando sexo ni edad.

2. Criterios de Exclusión

No se tomaron en cuenta para esta investigación pacientes mayores de 80 años ya que en su totalidad adquieren manchas seniles y no sería una muestra significativa.

D. ASPECTOS ETICOS

La información obtenida de las discromías más frecuentes en nuestro medio, sirve para tener una idea más clara de la prevalencia y establecer un patrón de comparación con estudios realizados en otros países.

Como en todo proceso de investigación, el paciente tuvo absoluta libertad para decidir participar. A los sujetos que así lo decidieron, se les explicó los objetivos del estudio.

E) VARIABLES

VARIABLES	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	UNIDAD DE MEDICION	INSTRUMENTO DE MEDICION
1.EDAD	TIEMPO TRANSCURRIDO DESDE EL NACIMIENTO HASTA EL MOMENTO DE LA CONSULTA.	CUANTIFICABLE	AÑOS	ENCUESTA
2.SEXO	DIFERENCIA FISICA Y CONSTITUCIONAL DEL HOMBRE Y LA MUJER EN LOS CUALES SE DIAGNOSTICA DISCROMIA	CUALIFICABLE		ENCUESTA
3.OCUPACION	ACTIVIDAD SUBSISTENTE QUE REALICE EL PACIENTE CON DISCROMIA	CUALIFICABLE		ENCUESTA
4.GRUPO ETNICO	REALTIVO A UNA ETNIA O RAZA	CUALIFICABLE		ENCUESTA
5.LOCALIZACION ANATOMICA CORPORAL	QUE LA LESION SE ENCUENTRE EN EXTREMIDADES, TRONCO O CABEZA	CUALIFICABLE		ENCUESTA
6. ANTECEDENTES FAMILIARES	PERSONA DE LA MISMA FAMILIA QUE HAYA PADECIDO DE LA MISMA ENFERMEDAD	CUALIFICABLE		ENCUESTA
7.USO DE ALGUN MEDICAMENTO	QUE EL PACIENTE ESTE USANDO ALGUN MEDICAMENTO DURANTE EL PERIODO DE APARICION DE LA ENFERMEDAD O AL MOMENTO DEL EXAMEN	CUALIFICABLE		ENCUESTA

F. Plan Para la Recolección de Datos:

Inicialmente se realizó el diagnóstico clínico de algún tipo de Discromía por parte del dematólogo del horario de la mañana del Hospital General del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social zona 9 y se trabajó con los pacientes que aceptaron ingresar al estudio.

Primeramente se les pasó un encuesta, elaborada previamente (ver anexo 1). En dicha boleta se incluyen algunas variables como: edad, sexo, ocupación, grupo étnico.

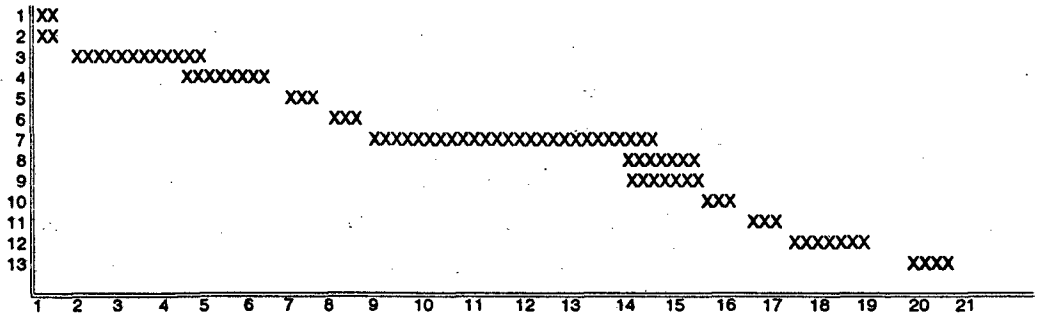
Luego de ser recolectados los datos, los pacientes fueron sometidos a un exámen clínico detenido por parte del investigador y el médico dermatólogo, describir la lesión, dar el diagnóstico e iniciar el tratamiento que se consideró conveniente para luego ser seguidos por la consulta externa con el fin de ver la evolución de las lesiones y evaluar el tratamiento utilizado.

G. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

(GRAFICA DE GRANTT)

G. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

GRAFICA DE GRANTT



ACTIVIDADES:

1. Selección del Tema.
2. Elección del Revisor y Asesor
3. Recopilación del material bibliográfico.
4. Elaboración del proyecto de investigación.
5. Aprobación del proyecto de investigación por el comité de docencia e investigación del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (Oficinas Centrales.)
6. Aprobación del proyecto por la coordinación de tesis.
7. Ejecución del Trabajo de Campo.
8. Procesamiento de datos y elaboración de tablas estadísticas.
9. Análisis y discusión de resultados, elaboración de conclusiones, recomendaciones y resumen.
10. Presentación del Informe final.
11. Impresión del Informe final.
12. Examen Público en defensa de la Tesis

H. RECURSOS:

1. Humanos:

- a) Estudiante de medicina con pensum cerrado de la universidad de San Carlos de Guatemala, como investigador.
- b) Dermatólogo del horario matutino del hospital General del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social zona 9.
- c) Pacientes que acudieron a la consulta externa y servicios internos del Hospital General del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social zona 9, durante los meses de abril y mayo 1994.

2. Materiales:

- a) Consulta externa de Dermatología y Servicios internos del hospital General del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social zona 9.
- b) Lente de Aumento.
- c) Luz de Wood
- d) Equipo necesario para realizar biopsia de piel.
- e) Instalaciones de la Biblioteca de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala.
- f) Útiles de Escritorio.

VII PRESENTACION DE RESULTADOS

CUADRO No. 1
DISCROMIAS DERMATOLÓGICAS INVESTIGADAS EN EL
INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL ZONA 9
MAYO 1994

TIPO DE DISCROMIA	No. DE CASOS	%
MELASMA	47	17
MELANODERMIA POST LESIONAL	36	13
DISCROMIAS VASCULARES	34	12
MANCHA CAFE	30	11
LENTIGO	30	11
HIPOMELANOSIS GUTATA IDIOPATICA	25	9
EFELIDES	19	7
PSEUDO ACANTOSIS NIGRICANS	11	4
ICTERICIA	9	3
DISCROMIAS UNGUEALES	8	3
NEVO AMELANICO	7	2.5
VITILIGO	6	2
TATUAJE	5	1.8
HEMANGIOMA PLANO	4	1.4
PURPURA SENIL	3	1
NEVO PIGMENTADO	2	0.7
MELANODERMIA POR AGENTES FISICOS	2	0.7
OTROS	6	2
TOTAL	284	100

FUENTE: HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

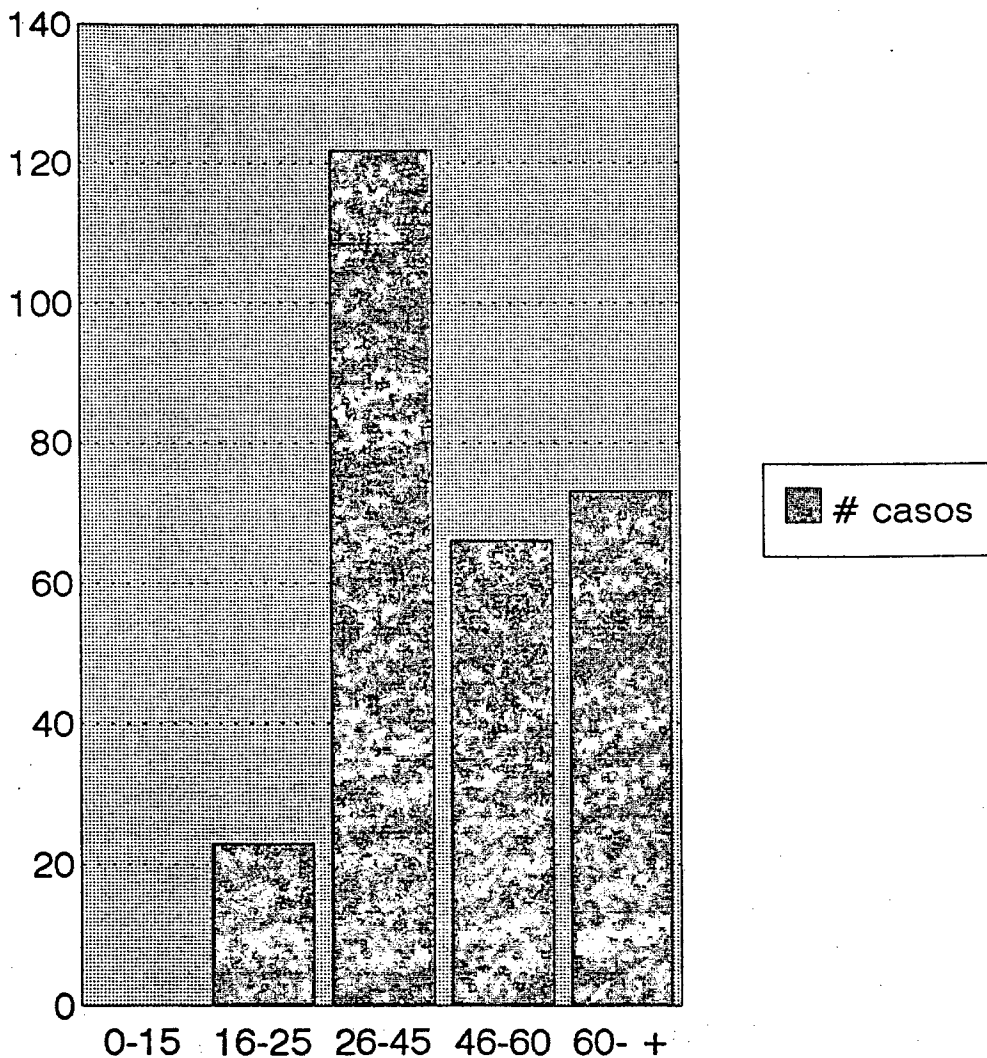
CUADRO No. 2
FRECUENCIA DE CASOS POR EDADES
INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL ZONA 9
MAYO 1994

EDAD	#CASOS	%
25-45	122	43
60- MAS	73	26
45-60	66	23
16-25	23	8
0-15	0	0
TOTAL	284	100

FUENTE: HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

GRAFICA No. 1

FRECUENCIA DE CASOS POR GRUPO ETAREC. INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL



Fuente: Cuadro No. 2

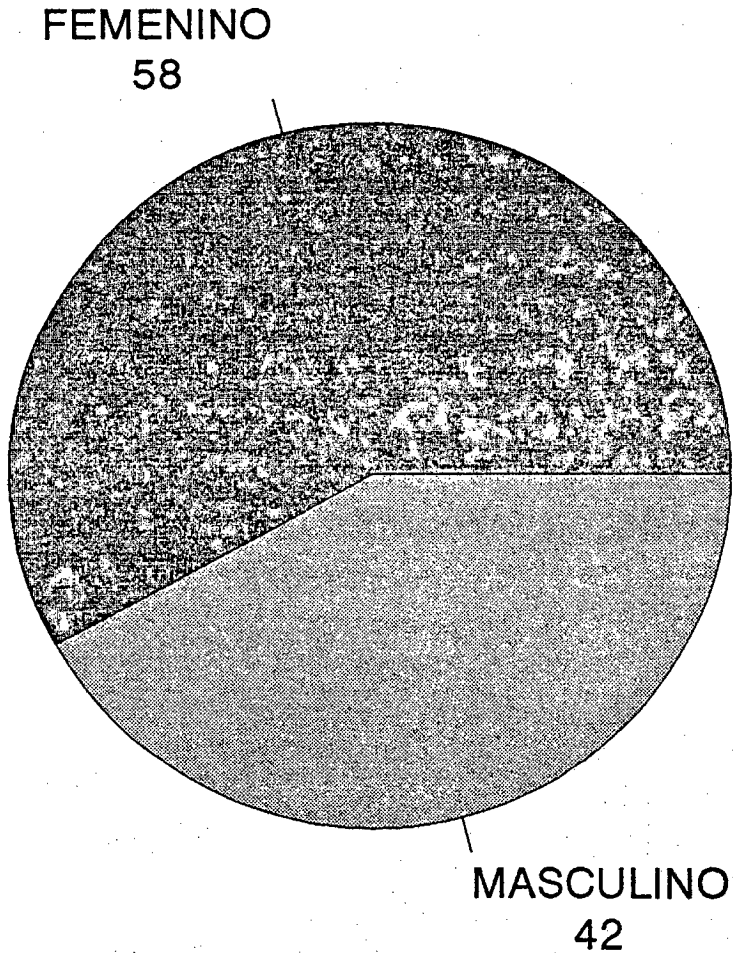
CUADRO No. 3
PACIENTES QUE PRESENTARON DISCROMIAS
POR SEXO
INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL ZONA 9
MAYO 1994

EDAD	#CASOS	%
MASCULINO	120	42
FEMENINO	164	58
TOTAL	284	100

FUENTE: HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

GRAFICA No. 2

PACIENTES QUE PRESENTARON DISCROMIA CLASIFICADOS POR SEXO



Fuente: cuadro No. 3

CUADRO No. 4
PROFESION U OFICIO DE LOS PACIENTES QUE PRESENTARON
DISCROMIAS DERMATOLOGICAS
INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL ZONA 9
MAYO 1994

PROFESION U OFICIO	No. DE PERSONAS	%
JUBILADOS	35	23
SECRETARIAS Y OFICINISTAS	27	18
AMA DE CASA	12	8
AGRICULTOR	10	7
COCINEROS Y MESEROS	9	6
ALBANIL	6	4
MENSAJERO	6	4
MAESTRA	5	3
ENFERMERA	4	2.6
TRANSPORTISTA	4	2.6
POLICIA	4	2.6
MESERA	3	2
OTROS	6	4
TOTAL	150	100

FUENTE: HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

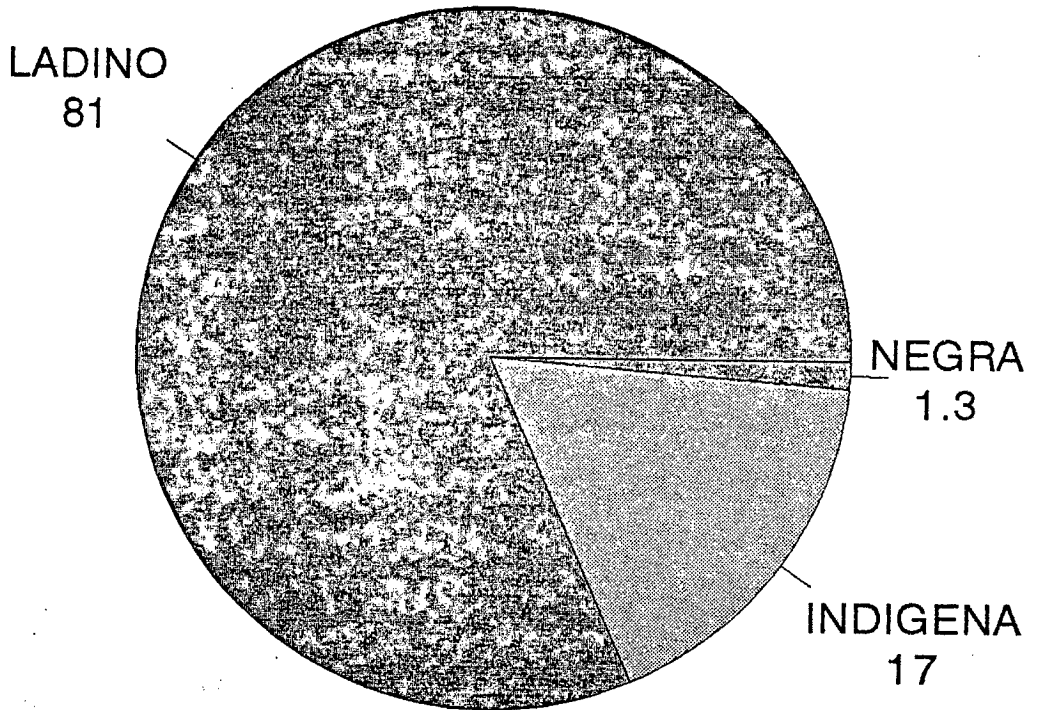
CUADRO No. 5
DISCROMIAS DERMATOLÓGICAS CLASIFICADAS POR
GRUPO ÉTNICO
INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL ZONA 9
MAYO 1994

EDAD	#CASOS	%
LADINO	122	81
INDIGENA	26	17
NEGRA	2	1.3
TOTAL	150	100

FUENTE: HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

GRAFICA No. 3

DISCROMIAS DERMATOLOGICAS CLASIFICADAS POR GRUPO ETNICO



Fuente: cuadro No. 5

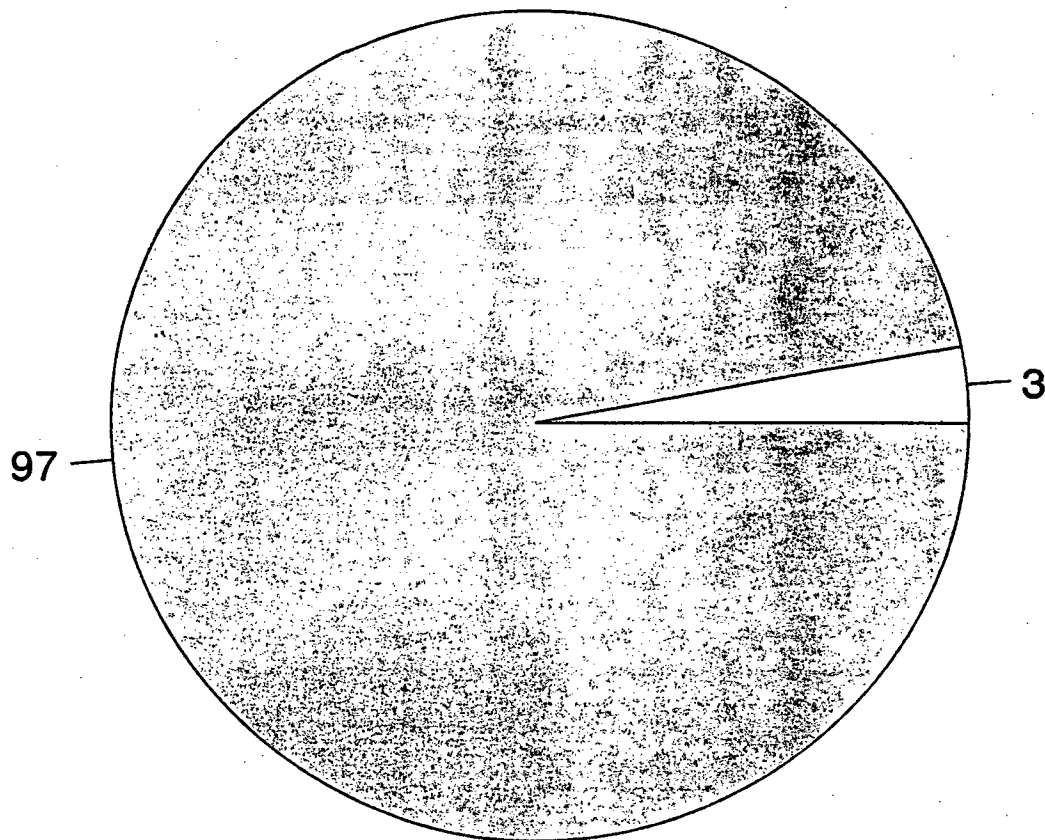
CUADRO No. 6
DISCROMIAS DERMATOLÓGICAS RELACIONADAS CON
ENFERMEDAD SISTÉMICA
INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL ZONA 9
MAYO 1994

ENFERMEDAD SISTÉMICA	#CASOS	%
RELACIONADA	9	3
NO RELACIONADA	275	97
TOTAL	284	100

FUENTE: HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

GRAFICA No. 4

DISCROMIAS DERMATOLOGICAS RELACIONADAS CON ENFERMEDAD SISTEMICA



3% DISCROMIAS RELACIONADAS
97% DISCROMIAS NO RELACIONADAS

Fuente: cuadro No. 6

CUADRO No. 7
PERSONAS QUE PRESENTARON UNA O MAS DISCROMIAS
EN PORCENTAJE
INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL ZONA 9
MAYO 1994

CANTIDAD DE DISCROMIAS	#CASOS	%
2	72	48
1	44	29
3	27	18
4	7	5
TOTAL	150	100

FUENTE: HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

CUADRO No. 8
LOCALIZACION ANATOMICA DE LAS DISCROMIAS DERMATOLOGICAS
ESTUDIADAS EN EL INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL
ZONA 9
MAYO 1994

LOCALIZACION ANATOMICA	#CASOS	%
CARA	97	34
TRONCO	70	25
EXTREMIDADES SUPERIORES	61	21
EXTREMIDADES INFERIORES	30	11
CUELLO	15	5
GENERALIZADO	11	4
TOTAL	284	100

FUENTE: HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

VIII ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

El cuadro número uno muestra las discromías dermatológicas que se encontraron en los paciente estudiados. De las 284 entidades que se estudiaron la más frecuente fue el melasma, con un total de 47 casos (17%). Seguido por las melanodermias post lesionales con 36 casos (13%) probablemente por lo común que son los traumatismos leves, el impétigo, o quemaduras.

La tercera discromía más frecuente fue la discromía de tipo vascular con 34 casos(12%). Entre estas se incluyeron telangiectasias, equimosis, eritema y petequias.

El cuadro número dos presenta la frecuencia de casos por grupo étnico. La edad más frecuente fui la comprendida entre veintiséis a cuarenta y cinco años (43%), ya que en esta se encontraron más casos de melasma y melanodermias.

Entre la edad de sesenta o más años, que ocupa el segundo lugar con 73 casos (26%), predominaron el léntigo, hipomelanosis gutata idiopática, las cuales fueron de las más frecuentemente encontradas. coincidiendo con los cambios seniles de la piel.

El cuadro número tres presenta la frecuencia de discromías dermatológicas por sexo. En el sexo masculino se encontraron 120 casos (42%). En el sexo femenino se encontraron 164 casos (58%) la diferencia no es significativa, ya que no existe relación con el sexo en las discromías.

El cuadro número cuatro muestra la profesión u oficio de los pacientes estudiados el número más alto fue el de pacientes

jubilados con 35 casos(23%) probablemente a que es el grupo que más acude a centros hospitalarios.

El siguiente grupo de obreros con 27 casos(18%) y luego de secretarias y oficinistas con 20 casos(13%) debido al tipo de atención que se da en el Seguro Social, este tipo de pacientes son afiliados.

Entre otros se agrupó casos aislados de médico, periodista, bodeguero, mecánico, estudiante y mesera.

El cuadro número cinco muestra la clasificación por grupo étnico. El grupo con mayor frecuencia de casos fué el de raza ladina, con 122 casos (81%), le siguió la indígena con 26 casos (17%) y por ultimo 2 casos de raza negra (1.3%). El tipo de paciente que más acude al Seguro Social es de raza ladina.

El cuadro número seis presenta las discromías dermatológicas relacionadas con enfermedad sistémica. Solamente 9 casos (3%) estuvieron relacionados, el total de estos casos fué de pacientes con ictericia que cursaban con cirrosis o enfermedad obstructiva de las vías biliares.

El cuadro número siete presenta la frecuencia de personas que presentaron una o más discromías. De 150 pacientes estudiados 72 (48%) presentaron dos tipos de discromías a la vez, 44 (29%) presentaron solo un tipo de discromía, luego se encontraron 27 pacientes(18%) que presentaron 3 tipos de discromía y solamente 5% presentó 4 tipos de discromía. Esto nos comprueba que las discromías dermatológicas pueden presentarse más de un tipo distinto en un solo paciente debido a que son muy variables.

El cuadro número ocho presenta la localización anatómica más

frecuente de las discromías. La cara se presenta en 97 casos (34%) esta area es la afectada por el melasma, que es la discromía más frecuente. Le sigue el tronco con 70 casos (25%), Las discromías con localización generalizada fueron predominantemente, la ictericia y el vitiligo.

IX CONCLUSIONES

1. La Discromía dermatológica más frecuente fue el melasma con 47 casos 17%.
2. No existió causa específica relacionada con las discromías.
3. No existe relación con respecto al sexo.
4. La edad más frecuentemente afectada fue la comprendida entre 26 a 45 años.

X RECOMENDACIONES

1. Hacer conciencia a los pacientes que tienen algún tipo de discromía dermatológica. de su enfermedad y darles el tratamiento y las medidas de prevención adecuadas.
2. Hacer un estudio para determinar los factores de riesgo que influyen en la aparición de discromías dermatológicas en nuestro medio.

XI BIBLIOGRAFIA

- 1.- **CHUY QUAN, JUAN OSCAR.**"Frecuencia de lesiones dermatológicas hipopigmentarias en pre-escolares. Tesis para Médico y Cirujano, Universidad de San Carlos de Guatemala, abril de 1992.
- 2.- **CORDERO FERMAN A. Dr.** "Dermatología Médico-quirúrgica" Litografía Imp. Color, Guatemala C.A. 4A, Edic. 1976 pp. 9-27
- 3.- **DULANTO FELIPE, ARNIYA M., CAMACHO-MARTINEZ Y NARANJO R.** "Dermatología Médico Quirúrgica", Ediciones Amiel S.A. Granada, España, 1a. edición 1981. pp 331-348.
- 4.- **HERNANDEZ PEREZ, ENRIQUE.** "Clínica Dermatológica" Dermatosis Discromiantes Mc Graw Hill. 10a. edición 1989 pp 279-297.
- 5.- **HOMAS, P.B. K.M. DAVID BAJAR, J.E. FITZPATRICK S.G. WEST TRIBELHORN P.R.** Benign Pigmented Nevi in Children. Archives of Dermatology Vol. 128 bumber 9, September 1992 pp 1201-1206.
- 6.- **HUD JOSEP A.; COHEN JACK, WARNER JAMES PONCIANO A. CRUZ.** Prevalence and significance of Acantosis Nigricans in an Adult. Obese Population, Archive of Dermatology. Vol. 128 number 7. July 1992 pp 941-944.
- 7.- **JEAN L. BOLOGNIA.**Reticulared Black Solar Lentigo. Archives of Dermatology. Vol 128 number 7 July 1992 PP 941-944.

- 8.- J.W. KELLY. Following Lentigo Malign may not prevent.
The Development of life. Melanoma. Archives of
Dermatology Vol 128, number 5. May 1992 pp. 728-730.
- 9.- KEN HASHIMOTO, JOSELOW STEVE, TYE MAURAY. Imipramina
hiperpigmentation, Journal of the American Academy of
Dermatology of Dermatology. Vol 25 number 2 part 2
August 1991 pp 357-360.
- 10.- SAUL AMADO. "Lesiones Dermatológicas" Editorial Francisco
Méndez Cervantes, México D.F. 1a. edición 1985 pp.415-
439.
- 11.- SCHMIDT. KAREN T., MASSA MARY C., WELYKYJ SOPHIA E.
Acanthosis Nigricans and a rectal carcinoid. Journal of
the american Academy of Dermatology. vol 25, number 2
part 2 August 1991. pp. 361-364.
- 12.- SOTO MELO. JOAQUIN Y COLABORADORES. Atlas de Dermatología
Editorial Médica Internacional. Madrid. 1a. edición.
- 13.- W.K. JACYK Y A.J. VISSER. Leukodermic macules in
Keratosis Follicularis. International Journal of
Dermatology, Vol 31 number 10 October 1992. pp 715-717.
- 14.- W.N. STEWART Y COL. "Dermatology, Diagnosis and
Treatment of cutaneous disorders.", The C.V. Mosby
Company. Fourth Edition, 1978. capter 24 pp.413-424

XIII ANEXOS

ANEXO 1

No. AFIL	EDAD	SEXO		OCUPACION	GRUPO ETNICO	ANTECEDENTES FAMILIARES	USO MEDICAMENTO	LOCALIZACION ANATOMICA	ENFERMEDAD SISTEMATICA	DIAGNOSTICO
		M	F							