

Universidad de San Carlos de Guatemala
Facultad de Ciencias Médicas

**LAS DIEZ DERMATOSIS MAS FRECUENTES EN LA
CONSULTA EXTERNA DE ADULTOS DEL HOSPITAL
GENERAL SAN JUAN DE DIOS**

**Estudio transversal realizado en la Consulta Externa de Dermatología del Hospital General
San Juan de Dios, durante enero a junio de 1998.**

Tesis

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

Por

MATUSALEM TUMAX ORDOÑEZ

En el acto de investidura de:

Médico y Cirujano

Guatemala, Agosto de 1999.

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

HACE CONSTAR QUE:

El (la) MAESTRO E.P.U.: MATUSALEM TUMAX ORDOÑEZ

Carnet universitario No. 86-13554

Ha presentado para su EXAMEN GENERAL PUBLICO, previo a optar al
titulo de Médico (a) y Cirujano (a), el trabajo de tesis titulado:

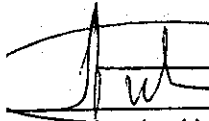
LAS 10 DERMATOSIS MAS FRECUENTES EN LA CONSULTA
EXTERNA DE ADULTOS DEL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE
DIOS

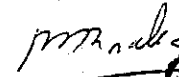
Trabajo asesorado por: DR. JORGE LEONEL LINARES GARCIA

Y revisado por: DR. LUIS ALFONSO JUAREZ PAIZ

Quienes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite, firman y sellan la
presente **ORDEN DE IMPRESIÓN.**

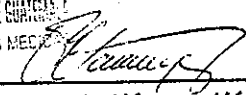
Guatemala,
03 de agosto de 1,999


Coordinador Unidad de Tesis
DR. ANTONIO E. PALACIOS LOPEZ


Director del CIEC'S
DR. JORGE MARIO ROSALES A.

IMPRIMASE:

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS


DR. ROMEO ARNALDO VÁSQUEZ VÁSQUEZ Decano
DECANO 1998 - 2002



Guatemala, 3 de Agosto de 1999.

DE CIENCIAS MEDICAS
Universitaria, Zona 12
Guatemala, Centroamérica

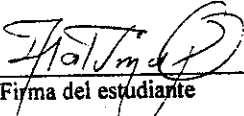
Señores:
Unidad de Tesis
Facultad de Ciencias Médicas
USAC.


Se les informa que El (la) MAESTRO E.P.U.
MATSALEM TUMAX ORDÓÑEZ


Carnet No.: 8613554 ha presentado El Informe Final de su trabajo de tesis titulado:

LAS DIEZ DERMATOSIS MAS FRECUENTES EN LA CONSULTA EXTERNA DE
ADULTOS DEL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS.

Del cual autor, asesor (es) y revisor nos hacemos responsables por El contenido, metodología, confiabilidad y validez de los datos y resultados obtenidos, así como de la pertinencia de las conclusiones y recomendaciones expuestas.


Firma del estudiante


Firma de Asesor
Nombre completo y sello profesional
Médico y Cirujano
Col. 1259


Firma del Revisor
Nombre completo y sello profesional
Registro Personal 17931

DR. LUIS ALFONSO MORALES
Médico y Cirujano
Colegiado No. 17931



Aprobación de Informe Final
Correlativo No 106/98

Guatemala,
03 de agosto de 1,999

Estimado (a) estudiante
MATUSALEM TUMAX ORDOÑEZ
Carnet No. 86-13554
Facultad de Ciencias Médicas
Universidad de San Carlos

Hago de su conocimiento que EL INFORME FINAL DE TESIS
titulado:

**LAS 10 DERMATOSIS MAS FRECUENTES EN LA CONSULTA
EXTERNA DE ADULTOS DEL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE
DIOS**

Ha sido **REVISADO**, al establecer que cumple con los requisitos, se
APRUEBA. Se autoriza realizar los trámites correspondientes para continuar el
trámite de graduación.

Sin otro particular, me suscribo de usted.

Atentamente,

"DID Y ENSEÑAD A TODOS"

DR. JORGE MARIO ROSALES ARCHILA
DOCENTE UNIDAD DE TESIS



Va. Bo.

Coordinador Unidad de Tesis

DR. ANTONIO E. PALACIOS LOPEZ

INDICE

I.	Introducción	1
II.	Definición y Análisis del Problema	2
III.	Justificación	4
IV.	Objetivos	5
V.	Revision Bibliográfica	6
	• Piel	6
	• Diez Enfermedades de la piel más frecuentes Diganosticadas en la consulta externa de Dermatología de adultos del Hospital General San Juan de Dios	11
VI.	Metodología	51
VII.	Variables	53
VIII.	Presentación de Resultados	57
IX.	Análisis y Discusión de Resultados	75
X.	Conclusiones	78
XI.	Recomendaciones	79
XII.	Resumen	80
XIII.	Bibliografía	81
XIV.	Anexos	83

I. INTRODUCCION

La comprensión del funcionamiento de la piel en la salud y en la enfermedad es indispensable para todo médico. La piel es la interfase con nuestro medio y desempeña muchas funciones cruciales para la supervivencia. Las enfermedades cutáneas son extremadamente comunes, pues hasta el 30% de estadounidenses tienen problemas dermatológicos que requieren atención médica. (6)

En la ciudad de Guatemala, el Hospital General San Juan de Dios, es uno de los hospitales que atiende buen número de consultas, por lo que decidí realizar un estudio transversal sobre las DIEZ dermatosis más frecuentes en la consulta externa de adultos; además, su distribución en grupo de edad, sexo, grupo étnico, escolaridad, profesión, zona geográfica que presenta la mayoría de casos, características clínicas, zona anatómica más afectada y tratamiento. El estudio se realizó durante el período del 1 de enero al 30 de junio de 1998.

Se encontró una incidencia de 73 por cada 100,000 habitantes de la población del departamento de Guatemala. Del total de consultas en el año 1998, un 27.1% de las consultas fue por otras patologías cutáneas, mientras que un 73% correspondieron a las diez primeras causas de afecciones de la piel.

Entre las enfermedades de la piel que con mayor frecuencia se atendieron tenemos a la dermatitis de contacto, con un total de 29.89% de los casos, seguido por la urticaria con un total de 16.6% de los casos.

El sexo femenino fue el más afectado, atendiendo un total de 71% del total de casos. De los grupos de edad que más consultó por afecciones de la piel, el grupo de 15 a 24 años representó un 22.83% de total de los casos.

La zona anatómica más afectada por afecciones de la piel fue el brazo y antebrazo con un total de 14.43%, seguido por el área de la cara con un 13.79% del total de sitios corporales más afectados

II. DEFINICION Y ANALISIS DEL PROBLEMA

La piel es un órgano de marcados contrastes. Es el más visible y accesible, a pesar de ello, quizás es el más desconocido clínicamente. Es pasiva y relativamente inmóvil, pero está compuesta de numerosas células altamente especializadas, cuyo origen ectodérmico y mesodérmico la relacionan con todos los órganos del cuerpo. Es susceptible a ser agredida por factores internos y externos. A través de ella se perciben cambios fisiológicos y químicos. (7-13)

Sus funciones pueden correlacionarse con propiedades específicas como una barrera protectora relativamente impermeable para la pérdida de líquidos corporales y la penetración de diversas sustancias y microorganismos aunados al pigmento pardo melanina en la protección contra los efectos carcinógenos de la radiación ultravioleta. Dos componentes de la dermis, el sistema circulatorio único y apéndices cutáneos especializados y las glándulas sudoríparas tienen una acción vital en la termorregulación corporal. Inmunológicamente, la epidermis (células de langerhans) y la dermis (estructuras de la unión epidemodérmica) son sitios que pueden ocasionar enfermedades inflamatorias de la piel. (6)

La patología cutánea es muy frecuente en la consulta del médico general, ya que una buena parte de los pacientes sufren de problemas dermatológicos y el 80% de la patología cutánea está formada por apenas unas 20 entidades. De ahí, que su conocimiento por parte del médico general le permitirá resolver lo principal de las enfermedades de la piel. (13)

En Guatemala, las enfermedades de la piel han aumentado en número de casos por varios factores tales como: condiciones higiénicas, el hacinamiento, el clima, el tipo de trabajo y el desconocimiento de la gente de este tipo de enfermedades. Asimismo, la introducción laboral a temprana edad va en aumento.

La consulta externa de dermatología del Hospital General San Juan de Dios de la Ciudad de Guatemala es atendida por especialistas, donde se atienden aproximadamente un total de 2,500 pacientes al año. De estos, la mayoría está comprendida entre las edades de 15 a 24 años y pertenecen a la raza ladina de bajos recursos económicos. Del total de la población que consultó durante el período comprendido del 1 de enero al 30 de junio de 1998 se encontró un 72.9% de las 10 primeras dermatosis.

IV. OBJETIVOS

A. GENERALES

1. Determinar las diez dermatosis más frecuentes en pacientes adultos que asistieron a la consulta externa de dermatología del Hospital General San Juan de Dios, durante el período del 1 de enero al 30 de junio de 1998.

B. ESPECIFICOS

1. Identificar la edad, sexo, grupo étnico, escolaridad y profesión u oficio de los pacientes con dermatosis.
2. Determinar la zona geográfica que presenta la mayoría de casos por enfermedades de la piel.
3. Describir las diez características clínicas dermatológicas más frecuentes.
4. Identificar el sitio anatómico más frecuente por lesiones dermatológicas.
5. Describir los tratamientos más usados.

V. REVISION BIBLIOGRAFICA

A. LA PIEL

1. Aspectos Generales

La piel es el órgano de mayor tamaño y de complejidad asombrosa, cuyas cualidades de adaptación y protección no solo aseguran la sobrevivencia de las especies, sino también contribuyen a su evolución. La piel sana es bella, suave, tersa y, a la vez, resistente, elástica, impermeable y se repara por sí misma, de colores variados según la raza, siendo el órgano de identificación individual. (9-1)

En el conjunto armónico de los órganos y sistemas que forma el cuerpo humano, la piel es uno de los órganos vitales y de gran importancia para la vida del hombre, ya que bajo la forma de un tegumento de variable espesor se adapta perfectamente al medio ambiente. Contribuye a preservar y mantener al organismo en buenas condiciones de salud, ya que sin esta capa protectora, la vida del hombre sería imposible. Por otra parte, la piel recubre los órganos y tejidos del cuerpo humano y está expuesta a las agresiones que vienen del exterior e interior. Muchos han considerado a la piel como el espejo de la salud e incluso de las emociones, ya que muchas veces una enfermedad psíquica puede manifestarse en la piel o sus anexos. (3-1)

2. Embriogenia

Durante el desarrollo embrionario, la piel deriva del ecto y mesodérmico, el primero da origen a la epidermis, flicúlos pilos, glándulas sebáceas y sudoríparas, uñas, melanocitos y células de Langerhans; el mesodermo da origen al tejido conjuntivo, músculo poloerector, vasos y células de la dermis. (1)

3. Constitución Anatómica

Se ha calculado la superficie de la piel de un individuo de talla media en 15,000 cm², su espesor oscila entre 0.5 a 3 ó 4 mm o más en zonas diferentes del cuerpo.

El color de la piel se debe a dos factores: al pigmento de la sangre (hemoglobina) y a las granulaciones de materia colorantes negra (melanina)

La piel se compone de dos capas: una superficial, protectora, epidermis o cutícula y otra subyacente a ésta, germinativa, dermis o corion; ambas están estrechamente unidas. Los anexos de la piel pueden ser de origen epidérmico y dérmico. Entre los anexos de origen epidérmico tenemos los pelos y las uñas y entre los anexos de origen dérmico están las glándulas sebáceas, las glándulas sudoríparas y las glándulas mamarias. (11-8)

4. Datos Históricos

La piel está constituida por tres capas fundamentales: 1) epidermis, 2) dermis y 3) hipodermis o tejido celular subcutáneo.

La epidermis es un epitelio estratificado formado del interior hacia la superficie por varias capas. La primera es la basal o germinativa, constituida por células de tipo columnar y núcleo en la base, ordenadas en forma de empalizada. Esta capa está formada únicamente por una hilera de células basófilas y están unidas a la membrana basal. La segunda capa es el estrato esponioso o de Malpighi formado por varias capas de células poliédricas, están unidas entre si por puentes intercelulares o desmosomas. Otra de las capas es la capa granulosa, las células espinosas al aplanarse desarrollan gránulos en su citoplasma, a estas estructuras se les denomina gránulos de queratina. La capa lúcida la constituye una zona de transición entre la capa granulosa y la capa córnea. La última es el estrato córneo muy grueso en las palmas de la mano y planta de los pies, formado por células muertas aplanadas sin núcleo. (4-12)

La dermis constituye la parte voluminosa de la piel y aporta entre el 15% y el 20% del peso total del cuerpo humano, constituida por tejido conectivo, vasos, nervios y anexos cutáneos. Hay tres clases de fibras: colágenas, reticulares y elásticas. Una sustancia fundamental formada por mucopolisacáridos y células de varios tipos: fibroblastos, histiocitos mastocitos, polimorfo-nucleares, eosinófilos y plasmocitos. La dermis se divide en superficial y papilar, media o reticular y profunda. (12)

Tejido celular subcutáneo conocido también por hipodermis o panículo adiposo. Estas células metabolizan, fabrican y almacenan la grasa en

grandes cantidades (epidermis son los queratinocitos y melanocitos, dermis es el fibrocyto y en la hipodermis con los lipocitos). Sirve de paso y sostén a vasos y arterias, venos linfáticos y ramas nerviosas de mayor calibre, actúa también como una capa absorbente y protectora de los traumatismos, como un depósito de calorías y energía e impide la pérdida de calor. (12-1)

El papel de los melanocitos es el de sintetizar el pigmento llamado melanina, el cual a su vez es transportado pasivamente hacia las capas superiores de la epidermis. La melanina actúa como un agente protector que impide la acción de los rayos ultra-violeta y de otras radiaciones del medio ambiente. (12)

Su presencia en mayor o menor cantidad, es la que determina la coloración de la piel y cabellos en las distintas razas humanas. Cualquier alteración patológica en su síntesis se acompaña de cambios en el color normal de la piel y estos pueden ser de hipopigmentación o de hiperpigmentación. (12-1)

La función sudoral es regulada por el sistema nervioso central y el hipotálamo, la efectúan las glándulas sudoríparas ecrinas y apocrinas. El sudor es un líquido que contiene 99% de agua y 1% de sustancias sólidas como cloruro de sodio, cloruro de potasio y productos orgánicos como la urea; tiene importancia como regulador del metabolismo, el equilibrio electrolítico y la temperatura. (1)

La función sebácea es producto de la acción de las glándulas sebáceas, reguladas por productos gonadales que elaboran ácidos grasos esterificados, ácidos grasos saturados y no saturados, colesterol y otras sustancias como fosfolípidos y vitamina E. (1)

Los productos del sudor y sebo constituyen el manto ácido, emulsión que actúa como cosmético natural. Este y la evaporación del sudor constituyen dos estratos epicutáneos que dan suavidad, elasticidad, protección y evitan rozos. La falta o abundancia de estos elementos originan los diferentes tipos de piel. (1)

La función sensorial o perceptiva se efectúa por corpúsculos poco específicos, pero se han relacionado de la siguiente manera: los de Meissner, con el tacto; los de Krause, con el frío; los de Pacini, con la presión profunda y los de Ruffini, con la sensación térmica. Muy importante son las terminaciones nerviosas que se sitúan en la dermis y que son receptores del dolor, sensaciones indispensables para la vida. (1)

El pelo no desempeña función vital en el ser humano. Da cierta protección y es un rasgo de exhibición social y sexual. Se produce en forma cíclica y en tres fases: 1) anágena o activa, 2) catágena o de transición y 3) telógena o de reposo.

El complejo pilosebáceo está formado por el folículo piloso, el pelo, el músculo erector del pelo y la glándula sebácea. Sobre toda la superficie de la piel, se encuentran glándulas sudoríparas escrinas y en regiones, odoríferas y apocrinas. Las uñas constan de 4 componentes epidérmicos: matriz, borde proximal, lecho ungueal e hiponiquio. Los pelos están formados por médula, corteza, cutícula y vainas radicales internas y externas. (12)

5. Funciones de la Piel

Entre las funciones de la piel tenemos: a) función de barrera y comunicación con el ambiente, a través de la queratina, b) interacción epitelio-mesenquimatoso, c) melánica que sintetiza melanina, d) sebácea que forma el sebo, e) sudoral que provoca el sudor y otros solventes, f) sensorial, perceptiva, g) el control hidroelectrolítico y el metabolismo general que interviene en la regulación térmica y h) ser órgano de identificación individual. (9-1)

Gracias a las capas de células llamadas queratinocitos, ha sido posible definir el tiempo de tránsito total de una célula desde su origen en la capa germinativa hasta su desprendimiento de la capa córnea, en un promedio de 31.5 días, de donde se desprende en forma continua. El queratinocito está formado por 80% de agua y 20% de aminoácidos, principalmente cisteína, progresivamente pierde su contenido hídrico y en la capa córnea solo tiene un 10%, la cisteína se va a transformar en cistina. La queratina es una fibroproteína rica en azufre con poco líquido y con cierta afinidad por las grasas, resistentes a ácidos y álcalis débiles y enzimas. (12-1)

Los melanocitos son los productores del pigmento y morfológica. Funcionalmente, se distinguen tres subpoblaciones: los melanocitos cutáneos, que continuamente sintetizan pequeños melanosomas, los cuales son transferidos a los queratinocitos. Los melanocitos del pelo, que trabajan intermitentemente en la producción de melanina y los melanocitos uveales que solo sintetizan grandes melanosomas por un corto período. Este pigmento aparentemente tiene como finalidad percibir las células basales del efecto deletéreo de la luz ultravioleta, previniendo así, también el daño al DNA celular. El número de melanocitos es igual en todas las razas, pero el tamaño de los melanosomas y la forma como se distribuyen en los queratinocitos es variable. La morfología y su

actividad de tirosinasa, así como el número de melanosomas que producen, son bastante constantes entre todos los grupos étnicos. El aminoácido tirosina es modificado por la enzima tirosinasa a dopa y éste a su vez a dopa quinona. A partir de esta substancia, se sintetizan dos tipos de melanina: las eumelaninas (pardo negro) y las feomelaninas (pardo-rojizas). El melanocito responde a la acción de hormonas como son la MSH, los esteroides y las prostaglandinas. (12-1)

Las uñas están destinadas a proteger contra agentes externos a las extremidades de los dedos de manos y pies. Intervienen en la sensibilidad táctil, en la presión de objetos pequeños y al mismo tiempo en la regulación de la circulación periférica. (1)

6. Tipos de Piel

Grasosa, seca, deshidratada, hidratada y mixta. Estos tipos están dados por el grado de hidratación, la edad, el sexo y por factores individuales o nutricionales. La piel puede ser seca cuando le faltan las grasas; se observan en personas blancas, a menudo en las manos, da prurito con facilidad. La piel deshidratada se observa en quienes se asolean a menudo y en ocasiones en personas con mala nutrición; es seca y escamosa. La hidratada se ve en la cara de algunas mujeres que tienen grasa en la parte central y piel seca en la periferia.

La piel del adolescente es áspera y seborréica; en el anciano disminuyen las funciones de la piel.

En realidad, la piel normal o equilibrada puede observarse alrededor de los 3 a 6 años de edad cerca de los 25 años o antes que aparezcan manchas y arrugas (1)

B. DIEZ ENFERMEDADES DE LA PIEL MAS FRECUENTES, DIAGNOSTICADAS EN LA CONSULTA EXTERNA DE ADULTOS DE DERMATOLOGIA DE ADULTOS DEL HISPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS.

1. DERMATITIS POR CONTACTO o (Eczema de Contacto).

Se entiende por dermatitis de contacto el cuadro de eczema cutáneo agudo o crónico originado, bien sea por irritantes primarios, como son los ácidos y álcalis, o también por alérgenos que desarrollan una reacción de hipersensibilidad con similares manifestaciones clínicas. (12)

Epidemiología

La dermatitis de contacto es un problema común en la dermatología. Constituye un 20 o 25% de la consulta por enfermedad cutánea según algunos y puede decirse que en cierta forma es el resultado de los avances de la civilización, en particular en lo referente al desarrollo de nuevas sustancias químicas utilizadas diariamente. (1)

La frecuencia de dermatitis de contacto profesional suele ser más elevada en agricultura, silvicultura, pesca, seguida de industrias fabriles. El riesgo más alto ocurre en plantas de condimentos de aves de corral, de empaque de carnes, fabricación de productos de caucho, teñido y terminado de pieles, manufactura de artículos oftálmicos, revestimiento y pulidos metálicos, producción de frutas y vegetales congelados, manufactura de máquinas de combustión interna, operaciones de maquinaria y enlatado y curtido de pescado y mariscos. Prácticamente no hay una industria exenta.

Frecuencia y Prevalencia

Los informes del Bureau of Labor Statistics indican una frecuencia en los Estados Unidos de casi 0.9% de 1,000 trabajadores de tiempo completo al año. Se estima que la frecuencia real es de 10 a 50 veces mayor. (12)

Etiología y Patogenesis

La dermatitis de contacto la producen irritantes *primarios* o de otro lado y *alergenos*, que originan una reacción de hipersensibilidad retardada. En ambos casos las manifestaciones son similares, aunque en algunos pacientes existen ciertas características clínicas que ayudan a diferenciarlas.

1.1 Dermatitis de Contacto por Irritación Primaria (DIP)

Tiene muy diversos mecanismos de producción. La forma de reaccionar de la piel ante cada sustancia química es muy variada y en las formas irritativas crónicas no es la sustancia ofensora la única causal sino que los efectos secundarios agravan los primarios.

Efectos secundarios exógenos serían, deshidratación de la piel, aumento de la permeabilidad transcutánea y de la población microbiana local, descamación y rascado. Otros efectos endógenos incluyen la liberación de mediadores de inflamación (como serían prostaglandinas a partir de los fosfolípidos de membranas celulares dañadas) o los mediadores liberados por los neutrófilos que se sitúan en la zona inflamada.

Las exposiciones al irritante, la duración frecuencia intervalos entre ellas y número total, son factores muy importantes en la dermatitis de contacto en irritantes primarios "suaves". Se ha mostrado como casi cualquier sustancia es capaz de irritar la piel bajo las circunstancias adecuadas. El agua, el aceite de oliva y la parafina, pese a su aparente inocuidad, pueden llegar a inflamar la piel.

Factores que Influyen en la Irritación

Propiedades individuales de la sustancia (ej. Ácido fuerte), su concentración, el vehículo, las características de éste, la extensión total del área de piel expuesta, la zona anatómica comprendida, presencia o no de oclusión y duración de la exposición, barrera epidérmica alterada previamente. Entre los adultos, las mujeres reaccionan más a los detergentes y químicos alcalinos, la piel negra es más difícil de irritar que la blanca, tal vez por tener algo más gruesa la capa córnea, pero debe recordarse que cambios eritematosos iniciales no se detectan en la piel oscura. Genéticamente, hay

diferencias en la capacidad de irritación, siendo mayor en gemelos monocigotos que en sus controles dicigóticos. Enfermedades coexistentes pueden influenciar. Las áreas denervadas reaccionan en forma diferente de las que poseen sensibilidad normal. La temperatura aumentada predispone la piel a la irritación. La humedad y presión barométrica también influyen y es conocida la mayor irritabilidad de la piel durante el invierno en los países nórdicos. (12)

1.2 Dermatitis de Contacto Alergica (DCA)

Immunología

Es el prototipo de las reacciones de hipersensibilidad retardada, mediada por células (tipo IV). Juegan un papel básico los haptenos, los queratinocitos, las células de Langerhans, los linfocitos TCD4 y células efectoras (monocitos, macrófagos y neutrófilos). Existen dos fases: de introducción y la de provocación. La primera es la secuencia de eventos entre el contacto inicial con el alérgeno y el desarrollo de la hipersensibilidad retardada y puede tomar de 4 a 5 días con alérgenos "potentes" y más tiempo con otros. En tanto que, la segunda es la secuencia de hechos entre el desarrollo de la hipersensibilidad retardada y la finalización de la reacción inflamatoria.

Fase de Inducción o de Sensibilización

Durante la fase de sensibilización, la cual tarda de 5 a 21 días, el paciente adquiere una hipersensibilidad específica a un alérgeno de contacto en particular. La evidencia que las células de Langerhans llevan el antígeno desde la piel a través del sistema linfático dérmico hasta los nódulos linfáticos de drenajes, donde el antígeno es presentado a los linfocitos. La sensibilización puede tener lugar en cualquiera de estos tres círculos, una vez que el complejo hapteno-transportador es reconocido por linfocitos. Estos últimos emigran al área paracortical de los nódulos linfáticos de drenaje, donde se dividen y forman clones. Estos linfocitos sensibilizados, comprometidos, circulan en números pequeños, listos para responder cuando el mismo complejo hapteno-transportador se vuelve a formar.

La sensibilización puede no sólo producir una respuesta de hipersensibilidad retardada (por linfocitos), sino también una respuesta de hipersensibilidad inmediata (por anti-cuerpos circulantes). (15)

Fase de Provocación

Al persistir el alérgeno u ocurrir un "segundo encuentro", los linfocitos efectores viajan a la piel y se ponen en contacto con ella. Probablemente, sólo el 2% de estos linfocitos está sensibilizado y los demás presentes en la marcada reacción inflamatoria, han sido reclutados como respuesta a la acción de las linfocinas IL-2 secretadas por los linfocitos reactivos con el antígeno. Así mismo, son atraídos al lugar de los monocitos, los macrófagos se inmovilizan en la zona y éstos liberan al IL-2 y expresan receptores para esta IL-2, fenómeno que provoca la proliferación de células T, específicas para el antígeno en cuestión. Durante este proceso, los queratinocitos expresan el KLA*DR (Ia), que induce la migración de células linfoides hacia la epidermis.

Los basófilos conforman un 5% al 15% del infiltrado como consecuencia de la acción de los factores quimiotáxicos, pero sólo aparecen cuando el alérgeno es aplicado tópicamente y no intradérmicamente. No se conoce su papel exacto con estas reacciones. El sistema inmune reacciona en 6-8 horas después de la exposición y la reacción inflamatoria toma lugar entre 18-48 horas del contacto disparador.

Tan pronto como se desarrolla la DCA, las células T supresoras llegan al área, provocando una reducción de la respuesta inflamatoria, pero su influjo es inadecuado para anular totalmente la reacción, la cual persiste por una o dos semanas, quizás por persistencia del antígeno.

Aunque se asume que la persona permanece sensibilizada de por vida, puede ocurrir una progresiva pérdida de sensibilidad con el paso de los años, dado que las células de memoria tienen una vida finita y a la muerte de todas, el enfermo vuelve a su estado de insensibilidad previo. Por supuesto, si la memoria celular es refrescada a intervalos, esto no sucederá. (12)

Cuadro Clínico

Dermatitis de Contacto por Irritación Primaria (DIP)

Como se mencionó anteriormente, se desarrolla a partir de la aplicación de ácidos álcalis, solventes y en general sustancias que poseen capacidad para producir cambios físico-químicos en la piel, cuando se utilizan en concentraciones elevadas.

Las áreas más comúnmente comprometidas son las manos y los antebrazos, puesto que estas zonas están en contacto más fácil y de manera más frecuente con las tales sustancias.

Tal es el caso del uso de detergentes, solventes, productos con alto contenido de amoníaco para limpieza, etc. No obstante, cualquier área de la piel puede ser afectada, siempre y cuando entre en contacto con la sustancia irritante, por el tiempo necesario.

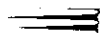
El cuadro se caracteriza por eritema, edema, microvesículas, trasudados y posterioremnte descamación, en la fase crónica. El prurito es un síntoma frecuente y el ardor suele acompañarlo.

Dermatitis de Contacto Alérgica

Las lesiones se caracterizan por áreas relativamente bien definidas, que presentan eritema acompañado de edema, pápulas, vesículas, trasudados y algunas veces ampollamiento franco, durante la fase crónica se desarrolla la descamación y cambios pigmentarios secundarios.

El prurito también es intenso y la esfacelación superficial puede ocasionar ardor. Generalmente, existe un período de incubación de 12 a 48 horas después de la aplicación de la sustancia alérgica responsable y las lesiones, característicamente se distribuyen sobre las áreas de contacto con el alérgeno. Pueden desarrollarse progresivamente lesiones distantes del sitio inicial, debido a un fenómeno endógeno de autosensibilización.

Aunque toda la superficie cutánea tiene capacidad para desarrollar la DCA, las palmas, plantas y el cuero cabelludo son menos reactivos.



Una de las características más sobresalientes de la DCA es su típica distribución topográfica sobre la superficie cutánea que permite sospechar el agente ofensor con cierta facilidad. Es así, como las lesiones en el cuero cabelludo indican alergia a los tónicos y tintes para el cabello; en las orejas, se relaciona con los aretes o perfumes; en los párpados, cuello y la cara, debe sospecharse alergia a cosméticos, lápiz labial o laca para uñas; en el tronco, puede pensarse en elementos metálicos en las prendas de vestir, así como materiales de caucho; en las manos y antebrazo, debe sospecharse de los guantes de caucho, cemento, plantas y sustancias químicas diversas; en los pies, el calzado y sus diferentes tipos de materiales, incluyendo el caucho, colorantes, etc.

Es importante recordar que un buen número de drogas, antisépticos y medicamentos tópicos de diversa índole dentro de los que se incluyen los antibióticos, fungistáticos o antihistamínicos son causa común de dermatitis de contacto en pacientes que los utilizan, bien sea por prescripción médica o por automediación. (15)

Patología

Los hallazgos microscópicos de la dermatitis por contacto varían de acuerdo al estado del proceso: agudo, subagudo o crónico. Los hallazgos microscópicos son característicos de un proceso eczematoso generalizado y, por lo tanto, no son patognomónicos.

El sello característico del eczema es la espongiosis o edema intercelular, que se encuentra asociado con micro o macro vesículas espongióticas. También hay un edema intracelular considerable, el cual puede causar una degeneración reticular, con la formación de bulas multiloculares. Puede ser imposible distinguir por histología entre la dermatitis de contacto alérgica y la dermatitis irritativa primaria. Algunos rasgos, sin embargo, favorecen un diagnóstico sobre el otro. Al principio de la dermatitis de contacto alérgica, aparece edema intercelular en la epidermis profunda y puede observarse edema e infiltración perivascular de células mononucleares en la dermis. En etapas tempranas de la dermatitis irritativa primaria, existe formación de vesículas y erosión cerca de la superficie.

Diagnóstico

La presencia de erupciones agudas con eritema, edema, vesiculización o descamación sobre áreas bien delimitadas y con antecedentes de aplicación de agentes externos o contactos con elementos del vestido, son altamente sugestivos de una dermatitis por irritante cutáneos primarios o dermatitis de contacto alérgica. La dermatitis de contacto alérgica debe ser confirmada por pruebas de parche por medio de la aplicación de las sustancias sospechosas en un pequeña área de 1 X 2 cm y observando la reacción 48 horas más tarde. Las reacciones positivas se caracterizan por una erupción semejante a la del cuadro clínico de la dermatitis de contacto.

En los casos de dematitis por irritación primaria, las áreas característicamente afectadas corresponden a aquellas donde ha existido un uso prolongado de las sustancias irritantes en concentraciones suficientes. (12)

Tratamiento

Se tendrá en cuenta:

1. Evitar la exposición a las sustancias irritantes de cualquier naturaleza o con los alérgenos que desencadenaron la reacción. Debe emplearse suficiente tiempo para explicar al paciente la importancia de impedir el contacto con dichas sustancias causales, bien se trate de cosméticos, medicamentos o elementos de trabajo.
2. La automedicación generalmente conduce a mayores desastres, por el aumento en la irritación primaria y posibles fuentes de nueva sensibilización cutánea.
3. Durante las fases agudas con trasudado o vesiculación, son de gran valor las compresas humedecidas en solución salina a temperatura ambiente o ligeramente fría para reducir la vasodilatación y menguar la actividad inflamatoria, así como para limpiar los detritus acumulados sobre las áreas afectadas, disminuyendo la trasudación.
4. Una vez pasada la fase aguda, debe aplicarse crema o ungentos en las lesiones descamativas crónicas. Las cremas de corticoesteroides tópicos son útiles para bloquear los mecanismos de la inflamación.

5. Para lesiones muy agudas y de extensión marcada es útil una terapia sistemática con corticoesteroides. De 30 a 40 mg de prednisona para reducir gradualmente en el mes y antihistamínicos para aminorar el prurito.

2. URTICARIA

Síndrome reaccional de la piel y mucosas caracterizado por edema y ronchas pruriginosas debidas a un edema vasomotor transitorio y circunscrito de la dermis que dura algunas horas; puede ser recidivante y tener causas alérgicas, no alérgicas o ser de origen desconocido.

Datos Estadísticos

La frecuencia en la población general varía de 1 a 2% hasta 15%. Predomina en mujeres en la tercera y cuarta décadas de la vida. La frecuencia del dermatografismo es de 5%. (12)

Etiopatogenia

Puede originarse por fármacos, alimentos, alergenios inhalados, infecciones, factores psicológicos, enfermedades generalizadas, sustancias penetrates y por contacto, picaduras y mordeduras de insectos y artrópodos, procesos que activan el complemento y el depósito de complejos inmunitarios, anormalidades genéticas y agentes físicos. Entre las causas más frecuentes están la ingestión e inyección de productos farmacológicos y químicos, en especial antibióticos como la penicilina, analgésicos no esteroides, laxantes, sedantes, tranquilizantes; conservadores o colorantes de alimentos e infecciones focales bacterianas crónicas.

La roncha se origina por vasodilatación localizada que provoca aumento de la permeabilidad de los capilares, dependiente de sustancias como la histamina secretada por las células cebadas (y quizá por otras sustancias como cininas, serotonina, prostaglandinas y acetilcolina) que es activada por factores del complemento, cininas, fármacos y agentes físicos que pueden actuar por reacciones dependientes de la IgE o por mecanismos desconocidos. Hay atracción de eosinófilos por factores quimiotácticos que también parecen intervenir en la patogenia de los casos crónicos. (1)

Cuadro Clínico

Se trata de habones circunscritos, con halo eritematoso; puede tener brotes localizados o generalizados. El tamaño de las ronchas es muy variable, desde pocos milímetros hasta amplias placas de varios centímetros. Característicamente, se acompañan de prurito y con involución en menos de 24 horas en lo que se refiere a la lesión individual. En aquellas de mayor duración, generalmente se trata de otro tipo de reacción vascular como el eritema multiforme o vasculitis. Los brotes pueden ser escasos o proseguir indefinidamente. Se acepta que los casos de duración superior a seis semanas corresponden a la urticaria crónica.

El 50% de los pacientes se curan dentro de los seis meses de aparición de la enfermedad, el 40% sigue su problema después de los 10 años. (12)

Urticaria Anafiláctica

Es la más grave y debe hacerse un esfuerzo para encontrar el antígeno causal. Aparece dentro de la primera hora de reexposición y se acompaña de lagrimeo, prurito palpebral, disnea y síncope. En un 2-10% de los asmáticos puede ocurrir con la ingestión de aspirina.

Urticaria por Inhalantes

Habitualmente asociada a la rinitis alérgica o asma. Esto y su aparición estacionaria, sugiere inhalates como pólenes, polvo de la casa o sustancias químicas.

Urticaria de la Enfermedad del Suero

Parte de un síndrome, presenta fiebre, linfadenopatía y artritis, pudiendo asociarse con neuritis, glomerulonefritis o vasculitis por hipersensibilidad. (12)

Urticaria Colinérgica

Comprende el 7% de todos los casos, constituyéndose en la más común de las urticarias físicas. Es más usual en los adolescentes. Se precipita con el calor, estrés o ejercicios físicos. Las lesiones son características por el pequeño tamaño (2-3 mm) de los habones, rodeadas por amplias áreas de eritema y el marcado

prurito. Tienden a respetar palmas, plantas y axilas. Puede evolucionar por varios meses o hasta por 15 años.

Urticaria por Calor

Existen formas adquiridas y familiares y son poco comunes. Probablemente, se trate de un rasgo autosómico. La aplicación de un tubo de ensayo lleno con agua a 45° C sobre la piel, provoca ronchas limitadas al sitio del contacto. La exposición al calor radiante masivo puede dar reacciones sistemáticas generalizadas.

Urticaria por Frío

Hay formas adquiridas y hereditarias, siendo las primeras las más comunes (96%). Raramente se asocia con crioglobulinemia o criofibrinogenemia. La exposición al agua, aire u objetos fríos provoca los ataques, pudiéndose demostrar con la aplicación de un cubo de hielo, produciendo ronchas en 5 minutos.

Urticaria Acuagénica

Es bastante rara y sucede al contacto con agua destilada o del grifo y aún con el sudor. No depende de la temperatura y no se ha podido hacer transferencias pasivas. (Se sugiere que la combinación del agua con el sebo podría producir sustancias capaces de degranular los mastocitos perifoliculares)

Urticaria Solar

Bastante rara, más común en mujeres que en hombres y puede producirse con todo el espectro electromagnético desde los rayos X al infrarrojo, aunque la mayor parte de las veces sucede con la luz ultravioleta.

Dermografismo

Es la capacidad de la piel para formar una roncha lineal con la aplicación de una presión de 4,990 g/cm². Difiere de la reacción fisiológica a la fricción al ser exagerada frente a un estímulo menos intenso. Sucede en el 5% de la población, siendo más propenso los individuos ansiosos comprendidos entre los 15 y 24 años de edad, siendo más común en las mujeres.

Se diferencia en dos tipos: Un trauma leve, el segundo grupo es el de aquellos pacientes que reaccionan específicamente al estímulo mecánico y no se asocia habitualmente a otros tipos de urticaria.

La reacción dermográfica puede ser inmediata o retardada (30 minutos a seis horas) y esta última debe diferenciarse de la urticaria retardada por presión, en la cual las ronchas son mayores, más duraderas y dolorosas.

Urticaria por Presión

Luego de un período de cuatro a seis horas de haber soportado una presión intensa y persistente, aparecen placas eritematosas y dolorosas que permanecen por varias horas. Es habitual en las manos, pies o glúteos.

Urticaria Vibratoria

Muy rara y se asocia como factor precipitante el masaje, secamiento vigoroso con la toalla y estímulos vibratorios.

Angiodema

Aparece en ambos sexos y en cualquier edad. Es una enfermedad común. Los agentes causales más frecuentes son la aspirina, la codeína, el pescado fresco y las fresas, así como la caspa y plumas de animales. Se caracteriza por edema masivo, usualmente en párpados, lengua, genitales, manos y pies. No hay prurito pero si sensación leve de ardor. (12)

Tratamiento

Es necesario controlar los factores desencadenantes o agravantes como el alcohol, los salicilatos, el calor, el exceso de ejercicios y la tensión emocional. Este último factor per se no es causa de urticaria crónica. El uso de agentes tópicos, como la loción de calamina, los corticosteroides o el mentol al 0.25% y el fenol al 0.50% en una loción blanca, ayudará a la urticaria. El hecho de evitar el contacto con el agente responsable cuando éste es conocido, es de primordial importancia.

Los siguientes medicamentos son de utilidad en los ataques severos de urticaria, en especial aquellos que se acompañan de angiodema: epinefrina, aminofilina, antihistamínicos intravenosos e intramusculares como el hidrocloruro de difenhidramina y por último, hidrocortisona intramuscular o intravenosa.

Los agentes simpaticomiméticos de larga duración por vía oral como el sulfato de efedrina, 25 mgs, cuatro veces al día, pueden disminuir los síntomas severos. La prednisona por vía oral puede administrarse

en casos que ofrezcan problemas al tratamiento, pero su uso deberá limitarse a ciclos de dos a tres semanas, en vista de los graves efectos colaterales a largo plazo.

Urticaria Aguda Simple y Cuadros Crónicos

El 80% de los casos reaccionan bien a los antihistamínicos, cuya elección es empírica, pero con la idea de dar la dosis adecuada del agente escogido. La ciproheptadina es de elección en la urticaria al frío. La hidroxicina para el dermatografismo y la colinérgica, a dosis de 50 a 200 mg/día. El componente psicológico si lo hay, puede ser mejorado con sedantes suaves. Los modernos como astemizol, clemastina, terfenadina y loratadina son particularmente ventajosos para quienes requieren mantenerse alerta, ya que no producen somnolencia.

La terbutalina, agonista B-adrenérgico, tiene ocasionalmente beneficios en combinación con los anatagonistas H₁. El cromoglicato sódico oral es ineficaz en casos de urticaria crónica, si bien algunos individuos con urticaria causada por alergia alimenticia pueden mejorar con esta medicación.

Los bloqueadores de los receptores H₂ (cimetidina y ranitidina) empleados aisladamente no tienen efecto, pero para algunos autores sí potencializan en ciertos casos a los bloqueadores H₁ clásicos, ayudando a mejorar a los pacientes. (12)

3. VERRUGA VULGAR

Definición

Verruga, del latín verruca. Excrecencia callosa. Se emplea en dermatología para referirse a múltiples lesiones de diferente etiología. Las vulgares son papilomas de origen viral.

Etiología y Patogenesis

Las técnicas modernas de análisis de restricción de endonucleasas para el DNA viral y las técnicas de hibridación han conducido a un mejor conocimiento de los diferentes tipos de virus papiloma humanos, en las distintas lesiones que conforman el espectro de las verrugas y condilomas acuminados, así como también su presencia se ha evidenciado en otros tipos de patología. Se han diferenciado más de 60 tipos de virus inductores de verrugas, estos microorganismos de tipo de virus DNA miden unas 55 milimicras y tienen una cápside de simetría cúbica.

Las verrugas surgen a partir de la infección por el virus, el cual se replica únicamente en los queratinocitos de la capa granulosa, en cuyos núcleos y nucleolos se pueden demostrar. El crecimiento de los queratinocitos afectados tienen un patrón similar al de los queratinocitos sanos y el virus invade las células vecinas en forma directa, induciendo la producción de nuevos viriones, cuya cantidad difiere con la localización anatómica y la producción de anticuerpos, así como con el número, tipo y evolución de las verrugas. Cuando existe disminución en la inmunidad celular, aumenta la incidencia de las verrugas; su ausencia predispone a la aparición de verrugas y su restablecimiento conduce a la desaparición de las ya formadas. La provocación artificial de inflamación en las verrugas planas conduce a su posterior curación e histológicamente hay indicios de actividad de la inmunidad celular. El 20% de los pacientes poseen anticuerpos circulantes contra el virión, especialmente contra la proteína estructural de la cápside.

Los más importantes en relación con la rápida evolución de las lesiones verrugosas, son aquellos que pertenecen al tipo de inmunoglobulina G, fijadores de complemento.

En aquellos pacientes que sanan espontáneamente de sus verrugas, se han demostrado dos fenómenos como respuesta a la presencia del virus: 1) inhibición de la migración de leucocitos y 2) estímulos a la multiplicación de los linfocitos. Existe, con base en lo anterior, la posibilidad de producir una vacuna que proteja contra las verrugas. Los cambios vistos en la regresión de estas lesiones son consistentes con los de una reacción de hipersensibilidad de tipo retardado a los antígenos extraños y la capacidad de desarrollar tal respuesta debe ser determinante primordial para la inmunidad natural a los virus de las verrugas (12)

Epidemiología

Son extremadamente frecuentes, especialmente en la niñez y la juventud, pero pueden aparecer en cualquier momento de la vida. Su regresión suele ser espontánea y acontece ordinariamente dentro de los 9 meses siguientes a su aparición, pero muchas veces suele persistir indefinidamente. La forma de transmisión es desconocida, pero se cree que ocurre por contacto directo, es muy común la autoinoculación.

Cuadro Clínico

Todos los casos se caracterizan por la aparición de pequeñas pápulas hiperplásicas del color de la piel y algunas ligeramente pigmentadas.

Tipos Morfológicos

Verrugas Palmo-Plantares

Son lesiones planas y algo elevadas que interrumpen las líneas naturales de la piel y en ocasiones son dolorosas al examen. Muestran la presencia de capilares que aparecen como pequeños puntos dispersos sobre la superficie de la verruga, los cuales se ponen en evidencia y se diferencian de los callos con el afeitado de la lesión. Una de sus variedades es la forma de mosaico, propia de la planta del pie, ocasionada por la confluencia de múltiples elementos.

Verrugas Filiformes

Muy comunes en cara y cuello, consisten en excrecencias en forma de dedos, que protuyen de uno o diez milímetros sobre la superficie cutánea.

Verrugas Planas

Son pequeñas, múltiples, del color de la piel o ligeramntre parduscas que miden entre dos y cinco milímetros de diámetro; aparecen comúnmente en la cara o superficies extensoras de los brazos y piernas.

Verrugas Comunes (Mezquinos)

Predominan en la superficie dorsal de las manos y las áreas periungueales, pero pueden localizarse en cualquier otra parte de la piel. Su tamaño es variable, de dos a diez milímetros, aunque a veces pueden ser mayores; su color es grisáceo pardo o del color de la piel y tienen clínicamente la forma de vegetaciones hiperqueratocicas. (12)

Papiloma Venero o Condilomas Acuminados

Forman pápulas o masas de color de la piel con el aspecto de coliflor y pueden ser o no confluentes. Su tamaño es muy variable, desde pocos milímetros hasta varios centímetros, formando verdaderos tumores.

De los virus papiloma humano por lo menos 16 tipos han sido correlacionados con las lesiones de condiloma acuminado. La incidencia en la población general es de un 0.1% y del 0.5% entre los jóvenes, siendo más afectado el sexo femenino. Hay, así mismo, evidencia apabullante de una relación entre las verrugas venéreas y el cáncer genita, así como también una evidencia fuerte, relacionado a las verrugas genitales con el carcinoma verrugoso de genitales, la papulosis bowenoide y los papilomas laríngeos. Las personas con condilomas pueden tener otras verrugas cutáneas, lo cual es compatible con el hecho de que los virus papiloma humano productores de verrugas cutáneas son también capaces de producir condilomas. Los pacientes con este diagnóstico deben ser seguidos de cerca para una detención temprana del posible neoplasias genitales. (12)

Patología

Histológicamente, la verruga vulgar es una pápula hiperplástica exofítica, que se extiende en profundidad hasta la membrana basal. Se presenta acantosis, paraqueratosis e hiperqueratosis dentro de la lesión. Los virus se encuentran tanto en el citoplasma como en el núcleo celular. Hay una hipergranulosis gruesa y grandes gránulos de queratohialina, muchos con contornos redondeados, efecto citopático viral que es bastante característico. Las células muestran palidez citoplasmática y nuclear con dispersión de la cromatina con áreas de color gris acerado de los núcleos en las capas superiores, las cuales al microscopio electrónico corresponden a las inclusiones virales. En la dermis pueden verse varios dilatados, tortuosos y a veces trombosados, correspondiendo a los puntos rojos y negruzcos que se ven en la lesión clínica. Las formas plantares son más bien endofíticas y cubiertas por una gruesa escama hiper y paraqueratósicas.

Los condilomas muestran una mezcla de crecimiento endo y exofítico de un epitelio escamoso alrededor de sus núcleos complejos de tejido fibrovascular, en ellos la hipergranulosis es menos notable. (12)

Tratamiento

Las medidas terapéuticas son de utilizar métodos suaves, no agresivos y que no conduzcan a la formación de cicatrices. En algunos casos puede estar indicado no efectuar algún tratamiento en espera de la involución (v. gr., múltiples lesiones en el borde palpebral), pero en general, desde un punto de vista epidemiológico, las verrugas deben tratarse. El clásico empleo de toque con nitrato de plata en barra, puede conducir a la involución de un porcentaje apreciable de verrugas (69%), por lo cual en niños puede ser una medida con poca morbilidad y útil.

La droga de elección para las verrugas genitales es la podofilina al 20% en solución alcohólica o tintura de benjuí, o la podofilotoxina al 0.5%, efectuando toques repetidos, aunque no es un procedimiento totalmente libre de riesgos, debe protegerse la piel sana con la aplicación de vaselina y el paciente debe lavarse la lesión tratada unas 4 a 6 horas más tarde. Los toques se repitiran a intervalos semanales. Está contraindicado en embarazadas.

Quando existe una lesión aislada de verruga vulgar, usualmente puede ser tratada por medio de la electrofulgación y curetaje con bastante éxito, aunque se requiera habilidad para no dejar cicatrices. La utilización de una preparación de ácido láctico al 13% en partes iguales en un vehículo de colodión elástico, aplicando varias semanas una vez por día, conduce a un alto porcentaje (60%) de curación de las verrugas. Este tipo de procedimiento es muy útil, aunque se requiere de paciencia para el tratamiento de las lesiones de tipo mosaico o plantar. En estas últimas se puede requerir concentraciones mucho más altas de ácido salicílico.

Otra modalidad útil es la destrucción de las verrugas con nitrógeno líquido (crioterapia); sin embargo, es dolorosa, pero la forma como mejor funciona es en la cual la congelación no se hace tan profunda como para producir una gran necrosis sino una irritación de las verrugas; si se realiza repetidamente, a intervalos de tres semanas, se consigue usualmente la curación.

La terapia con láser de CO₂ ha sido aplicada con éxito en muchos casos de verrugas. Debe recordarse que es posible para el médico adquirir el virus de la verruga a partir de los humos provocados por el procedimiento de volatilización de la verruga con esta técnica.

El láser de colorante (585 nm) ha sido empleado para lesiones planas, comunes palmo plantres y periungueales con efectos buenos, especialmente las planas.

El tratamiento inmunológico con interferón (INF) es una vía experimental promisorio empleando las moléculas de los INF a, b, y γ , tanto como monoterapia o en combinación con procedimientos tradicionales, especialmente en los condilomas anogenitales.

La bleomicina intralesional es una modalidad de uso especializado que brinda buenos resultados en casos seleccionados. Se requiere experiencia para su adecuado manejo. Ejerce un efecto tóxico directo e indirecto sobre los queratinocitos y se provoca una respuesta inmune celular.

No es recomendable el empleo de medidas quirúrgicas (extirpación de la verruga con sutura) o la aplicación de radio terapia a este tipo de tumores benignos. Por problemas de autoinoculación, (si es quirúrgica) y de radio dentitis por la terapia superficial. (12)

4. MICOSIS CUTANEAS SUPERFICIALES

Las micosis superficiales constituyen un capítulo importante dentro de la patología cutánea, si bien lo manifiestan en forma proteica y son relativamente frecuentes, se ha exagerado su diagnóstico por parte del médico general y es costumbre calificar y tratar diferentes dermatosis en forma errónea con todo tipo de preparaciones antimicóticas y terapia sistemática, con las consiguientes vías terapéuticas y complicaciones de diversas índoles. A esto contribuye la automedicamentación del paciente, que con mayor frecuencia que el médico, considera cualquier enfermedad cutánea como una infección micótica.

Definición

Padecimientos de distribución universal. La tiña de la cabeza se observa en niños y ocasionalmente en mujeres adultas. La del cuerpo, en cualquier edad y sexo. La de la ingle y pies predomina en varones adultos; y la de uñas en adultos.

Etiopatogenia

Dermatofitos se agrupan en tres géneros: trichophyton, microsporum y epidermaphyton. Según su adaptación pueden ser geófilos, zoófilos y antropófilos; todos son patógenos para el ser humano.

La infección puede tomarse del ambiente, de animales o personas enfermas. Para adquirirla se necesita exponerse a la fuente de contagio, tener una predisposición genética y que hayan medios que la favorezcan. Las formas inflamatorias y profundas son favorecidas por la aplicación de glucocorticoides. (1)

Clasificación

- I Formas superficiales
- Tiña de cabeza
- Tiña del cuerpo
- Tiña inguinal
- Tiña de la mano
- Tiña de los pies
- Tiña de las uñas
- II formas profundas
- Dermatitis inflamatorias
- Querón de Celso
- Granuloma tricofítico
- Enfermedad dermatológica

Cuadro Clínico

La tiña de la cabeza o tinea capitis es producida predominantemente por M. canis y T. tonsurans. La variedad seca se manifiesta por descamación "pelos cortos" (2 a 3 mm) gruesos, quebradizos, deformados y, a veces, con una vaina blanquecina. Las tiñas tricofíticas dan placas pequeñas e irregulares intercaladas con los pelos sanos. Las tiñas microspóricas originan una o pocas placas redondeadas, bien limitadas con los pelos tiñosos cortados al mismo nivel.

La variedad inflamatoria o Querion de Celso es producida más a menudo por M. canis y T. mentagrophytes; da un plastrón inflamatorio constituido por múltiples pústulas y abscesos, que es doloroso al tacto. (1)

La tiña del cuerpo, tinea corporis o herpes circinado, puede originarse por *M. canis*, *T. tonsurans*, *T. mantagrophytes* y *E. floecosum*. Hay eritema y escamas en placas redondeadas, con bordes activos vesiculares, con prurito. La variedad microspórica de placas pequeñas (0.5 a 2 cm) y múltiples; la tricofítica, pocas y grandes placas, pero éstas son muy extendidas en lugares tropicales. Una forma de esta variedad es el tokelau o tiña imbricada por *T. concentricum*, que se manifiesta con escamas adheridas por uno de sus bordes, dispuestas en forma concéntrica y con aspecto de encaje, sólo afecta a determinados grupos étnicos.

Una variedad poco conocida es la dermatosis glútea dermatofítica del lactante o epidermofitosis de la zona del pañal; se presenta en menores de tres años de edad, afecta a la zona del pañal y las partes vecinas y se caracteriza por placas eritematoescamosas anulares y pápulas, con pocas vesículas, que dejan áreas de la piel sana.

La tiña de la ingle, tinea cruris o eczema marginado de hobra se presenta en regiones inguinocrurales y periné. En ocasiones se extiende al escroto, abdomen y nalgas. Se observan placas eritematoescamosas con borde vesicular, de evolución crónica y prurito intenso. Es frecuente en zonas calurosas y en quienes permanecen sentados por mucho tiempo.

La tiña de los pies, tinea pedis o pie de atleta, se localiza en los pliegues interdigitales, plantas y borde del pie; puede dar grietas, fisuras, escamas, vesículas y zonas de hiperqueratosis. Se complica con impétigo, erisipela, dermatitis por contacto e ides. Estas últimas se observan generalmente en manos y se manifiestan por vesículas o descamación.

La tiña de las manos, tinea manuum, afecta a una o ambas palmas. Hay hiperqueratosis difusa, descamación, anhidrosis, eritema y, a veces, algunas vesículas; si se extiende al dorso, el aspecto es como tiña del cuerpo.

La onicomicosis por dermatofitos, tiña de las uñas o tinea unguium, afecta a las uñas de manos y pies. Se manifiesta por engrosamiento, fragilidad, estrías, cambios de coloración y predominio distal.

Los fenómenos inflamatorios de las tiñas pueden originarse por el dermatofito per se o más frecuentemente, hoy en día, por el uso de glucocorticoides. Este aspecto modificado de la dermatofitosis de base se llama corticoestropeo y consiste en mayor eritema y extensión, placas satélites, estrías atróficas y aislamiento de más de un dermatofito y *C. albicans*.

El querion puede afectar también a cualquier parte de la piel; se caracteriza por placas inflamatorias con pústulas foliculares, abscesos, úlceras y costas melicéricas; puede durar solo de dos a cinco meses. Es la manifestación óptima de una inmunidad adecuada. (1)

El granuloma tricofítico suele originarse por *T. rubrum*. Se manifiesta por nódulos de consistencia firme, apenas dolorosos, pueden ser únicos o confluentes y a veces disponerse en placas eritematoescamosas de evolución crónica. Casi siempre hay antecedentes de uso prolongado de glucocorticoides. En las formas solitarias, la inmunidad celular es adecuada a la tricofitina positiva. Predomina en extremidades inferiores. En las formas diseminadas hay cierto grado de inmunosupresión.

En la enfermedad dermatofítica el hongo invade tejidos profundos y puede afectar a las víceras, en la piel las lesiones son de distribución craneocaudal formadas por nódulos y placas escamosas. Esta forma es excepcional.

Datos Histopatológicos

En las formas superficiales, hay filamentos en una capa córnea engrosada, que se demuestran con tinción de PAS, pero no se requiere biopsia. En las formas inflamatorias, además, se encuentra vasodilatación e infiltrados de diferente grado. En el querion hay pústulas o abscesos; se puede encontrar esporas o filamentos en dermis. En el granuloma tricofítico, además del parásito en dermis, se encuentra células gigantes y epitelioides.

Exámenes de Laboratorio

En el examen directo de escamas se encuentran filamentos y esporas, En el pelo se encuentran parasitación endothrix en las tiñas tricofíticas y extoendothrix en las microspóricas, es decir, filamentos y esporas por dentro del pelo o dentro y fuera del mismo. El cultivo en medio de sabouraud simple o con antibióticos determina la especie. La biopsia es útil en las formas profundas, lo mismo que la tricofitina.

Diagnóstico Diferencial:

En cabeza, con pelada, tricotilomanía o dermatitis seborreica. En el cuerpo, con pitiriasis rosada, granula anular, eritema anular centrifugo y eczemátides. En la ingle con candidosis o psoriasis, En pies con candidosis, queratólisis plantar. En uñas con candidosis y otras distrofias unguentales. (1)

Tratamiento

Micosis Cutánea

Tratamiento Tópico

Lesiones pequeñas en derivados imidazólicos en crema o lociones, gel o polvo, clotrimazol, micronazol, isoconazol, tioconazol, bifonazol al 1%, ketoconazol al 2%, aplicaciones de dos a tres veces al día. Tiña de la piel lampiña puede aplicarse también toques yodados de 0.5 a 1%, toinaftato a 1% en solución, crema o talco, amorolfina y otros. (1-12)

Sistémico

Griseofulvina 500-1000 mgs diarios en adultos, 20 a 30 días para controlar infecciones cutáneas, ante las cepas resistentes obligan a utilizar otros medicamentos:

- Ketoconazol: 2 a 3 semanas, 200 mg/día.
- Itraconazol: Triazólico de amplio espectro sobre micosis superficial y profunda con menor toxicidad hepática. 100 mg/día.
- Terbinafina: 250 mgs/día, también de uso local.
- Onicomicosis: Se puede suministrar úrea al 30%. Es conveniente limpiar las uñas con acetona periódicamente.



Sistémico

- Itraconazol: 400 mgs/día por 1 semana al mes, durante 3 meses.
- Fluconazol: 150 mgs cada semana durante varias semanas. (12)

Además de sus efectos secundarios transitorios que ocasionan algunos medicamentos sistémicos como: erupciones cutáneas, náuseas o vómitos, cefalea, prurito y otros. En raras ocasiones, eritema multiforme, leucopenia o pancitopenia y alteraciones de las pruebas hepáticas. Motivo por el cual, estos pacientes deben estar vigilados mediante exámenes de laboratorio. Además, debe evitarse el uso de irritantes tópicos.

5. DERMATITIS ACTINICA

Sinonimia

Prurigo actínico, dermatitis solar, prurigo solar, erupción polimorfa lumínica.

Definición

Fotodermatosis de las partes expuestas a la luz del sol, de evolución crónica y pruriginosa, de aspecto polimorfo. Al principio hay eritema, pápulas, costras emáticas y zona de eczema. En etapas tardías predomina la liquenificación.

Datos Estadísticos

Afecta a todas las razas. Predomina en indígenas y mestizos que viven en alturas mayores de 1,500 m sobre el nivel del mar. Es rara en negros. Es más frecuente en mujeres con relación de 2:1 y en la primera y segunda décadas de la vida. En México está entre los 10 primeros lugares con consulta dermatológica, con una frecuencia de 1.5 a 3.5%.

Etiopatogenia

Se han propuesto factores raciales, alimentarios, hormonales y genéticos. La frecuencia familiar es del 3 al 15%, la herencia es autosómica dominante con baja penetrancia. Se ha encontrado relación con el HLA-B15.

Se cree que la exposición a radiaciones UV-B y en menor grado UV-A inducen la producción de fotoproductos que podrían estimular la inmunidad celular, manifestada por la aparición de lesiones en 24 a 48 horas o varios días después.

Cuadro Clínico

Está diseminada a frente, mejillas, dorso de la nariz, pabellones articulares, zona del escote, caras externas de brazo y antebrazo, dorso de manos y (en las mujeres) caras anteriores de las piernas. No afecta los pliegues de los párpados superiores. La dermatosis está constituida por eritema, pápulas, papulovesículas, costras emáticas y exulceraciones. Puede haber zonas de eczema, liquenificación, hipo o hiperpigmentación y cicatrices residuales.

El rascado origina alopecia de la cola de las cejas. La submucosa labial presenta eritema, escamas, fisuras y exulceraciones que predominan en el labio más prominente. Puede haber congestión conjuntival, pingüecula y hasta pterigión.

Clasificación

Hay tres formas clínicas: la eritematosa semeja lupus eritematoso y predomina en niños, la papulovesiculosa con una variedad de pequeñas pápulas y la forma de grandes pápulas que incluye una variedad de placas infiltradas. Muy rara vez se encuentra en forma aislada la queratoconjuntivitis fotoalérgica y queratitis actínica. (12)

Erupción Polimorfa Luminica

Muchos autores no la consideran como un sinónimo de prurigo solar, sino como una variedad clínica caracterizada por eritema, pápulas y ronchas que aparecen por brotes que duran poco tiempo, no dejan secuelas y no se acompañan de lesiones en labios ni en ojos.



Complicaciones

Dermatitis por contacto, impétigo, corticoestropeo.

Datos Histopatológicos

Las alteraciones no son características, se encuentran hiperqueratosis con paraqueratosis, edema epidérmico y cierto grado de espongirosis. Puede alternar con epidermis una atrofia leve, a veces hay áreas de degeneración hidrópica de la basal. En la dermis hay un infiltrado linfocitario perivascular y perianexial, en casos crónicos, degeneración actínica del colágeno.

Diagnóstico Diferencial

Neurodermatitis, dermatitis por contacto, fotosensibilización por productos locales o sistémicos, urticaria solar, pelagra, porfirias, lupus eritematoso. En la biopsia con lupus eritematoso, infiltración linfocítica de Jessner y Kanof y linfoma linfocítico.

Medidas Preventivas

Uso de ropa preferentemente de algodón que impida la penetración de radiaciones electromagnéticas. Evitar exposición a fuentes artificiales de luz (fluorescentes) y la luz solar, sobre todo de las 9 a las 16 horas. Debe prohibirse el uso de jabón. No se requiere dieta especial. En la población general no recomendar baños de sol en forma desmedida y recomendar un filtro solar adecuado.

Tratamiento

Por vía oral cloroquinas (como de difosfato de cloroquina) 250 mg por la mañana durante varios meses, vigilando de cerca al paciente por los posibles efectos tóxicos, principalmente oftalmológicos (como una retinopatía). La talidomida 100 a 200 mg por la noche da magníficos resultados. Después se reduce la dosis progresivamente. No debe administrarse en mujeres de edad a concebir. Se tiene poco conocimiento con los beta-carpenos. No se recomienda los psoralenos. Los glucocorticoides está contraindicados.

En forma local, pueden usarse sustancias que impiden el paso de la luz, como talco, calamina, bentonita, óxido de cinc y dióxido de titanio, pero tienen el inconveniente de dejar la piel de un color blanco o rasado. Como alternativa pueden emplearse sustancias filtro que

absorben las radiaciones, como el ácido paraminobenzoico de 3 a 5% en solución alcohólica, las benzofenonas (sulizobenzona a 10%) o la antipirina del 1 al 3%, que por otra parte pueden también producir dermatitis por contacto. (12)

6. PSORIASIS

Definición

Dermatosis crónica, asintomática, caracterizada por placas eritematoescamosas bien definidas que se localizan principalmente en codos, rodillas, región sacra y piel cabelluda, pero puede afectar toda la superficie cutánea y uñas. Hay hiperplasia epidérmica y queratopoyesis acelerada. Se desconocen las causas pero parecen influir factores genéticos, psicómaticos, ambientales, bacteriológicos y micológicos. (1)

Datos Estadísticos

Es frecuente en todo el mundo, más en personas blancas en Europa y Estados Unidos, donde afecta del 1 al 3% de población en general. Es una condición autosómica dominante de penetración variable. El 4% de todas las dermatosis en menores de 16 años son psoriasis, no hay asociación entre la edad de inicio y severidad en la enfermedad.

El 2% se manifiesta antes de los 2 años, el 6.5% antes de los 5 años, el 10% antes de los 10 años, el 27% antes de los 16 años y el 31% antes de los 20 años. Por lo tanto, 1/3 se inicia antes de la edad adulta. La forma clínica más frecuente es psoriasis en placa en un 53%, gutata en un 34%, la forma postular es menos frecuente y la artritis psoriática y entrodemia en rostro es rara en este grupo etario. Los sitios comprometidos son piel, cuero cabelludo, lengua geográfica y uñas.

La psoriasis es una enfermedad frustrante para el adolescente, porque es crónica, no tiene cura y el tratamiento es largo. A veces existen riesgos. Debe haber una dinámica entre el paciente, padres y el médico. (16)

Etiopatogenia

Se desconoce el origen, se acepta que puede ser desencadenado por factores infecciosos y emocionales, aunque no se ha demostrado que sea una enfermedad psicósomática, empero trastornos de este tipo

dejan cicatriz, pero pueden dejar manchas hiper o hipopigmentadas. En general es asintomática, pero puede haber prurito después de una exposición a la luz solar o en lesiones de piel cabelluda.

Se presenta el fenómeno de Koebner por traumatismo externos o internos. Permite la indentificación rápida del signo de la bujía o parafina (desprendimiento de las escamas al raspar las lesiones) y el de Auzpitz o del rocío sangrante (pequeños puntos hemorrágicos en el sitio raspado con la cureta de Brocq). (1)

Complicaciones

Dermatitis por contacto (eczematización), impétigo secundario, candidosis, eritrodermia, artropatía.

La eritrodermia se caracteriza por afección de toda la piel con prurito intenso, fiebre de 39 a 40° C y afección del estado general. Puede presentarse en forma espontánea o ser provocada por sustancias tóxicas como aceites de cade, creosota y glucocorticoides locales o sistémicos.

La frecuencia de la artropatía varía del 1 al 3%. Puede presentarse como poliartritis crónica progresiva con afección principalmente de articulaciones interfalángicas de manos y pies. Hay dolor y flogosis, se acompaña de psoriasis ungueal en 80%. Se produce anquilosis, rigidez y deformidad permanente. Es menos frecuente el reumatismo axial que simula una espondilitis anquilosante común con localización pélvica. (1)

Datos Histopatológicos

Hiperqueratosis con paraqueratosis. Acantosis de los procesos interpapilares con engrosamiento de su porción inferior y adelgazamiento relativo de la porción superior y adelgazamiento relativo de la porción suprapapilar. Falta de granulosa. Formación de microabscesos de Munro-Sabouraud con neutrófilos picnóticos y formación ocasional de la pústula espongiiforme de Kogoj. En dermis superficial hay vasodilatación e infiltrados inflamatorios constituidos primordialmente por mononucleares.

Microscopía Electrónica

Queratinocitos inmaduros, tonofilamentos ratificados en su diámetro menor. Los gránulos de queratohialina están disminuidos en tamaño y número o no hay. La adhesión celular está limitada a los



desmosomas por una disminución neta de glicoproteínas en la superficie celular.

Diferencial

Secundarismo sifilítico, parapsoriasis, pitiriasis rosada, pitiriasis rubra pilar, liquen plano, premicosis y micosis fungoide, erupciones por fármacos, tiña de la cabeza, dermatitis seborrética, dermatitis de la zona del pañal, síndrome de Fissinger-Leroy-Reiter, eritroplasia de Queyrat.

Artropatía Psoriásica

Es la asociación de artritis inflamatoria con psoriasis y con pruebas serológicas negativas para el factor reumatoideo. Sucede en un 6.8 a 34.5% de los enfermos, con una prevalencia estimada de 0.1% de la población. Además, de los HLA ya discutidos en asociación con la forma cutánea, los B27 y DR7 son más frecuentes en la artritis y la forma de artritis erosiva es más común en quienes poseen el DR3.

Lo más usual (70%) es una oligoartritis asimétrica de pequeñas articulaciones interfalángicas, proximales y distales y las metatarsofalángicas.

Un 15% de pacientes tienen poliartritis simétrica indistinguible de la reumatoidea, salvo por sus seronegatividad. Otros tres grupos de enfermos (5% c/u) son los de artritis mutilante, de los de compromisos interfalángicos distal exclusivo y los afectados de espondilitis anquilosantes, entre todos los afectados con artritis psoriásica, un 40% sufre de una sacroilitis. (1)

Tópico

Agentes Emolientes

Como la vaselina simple, pueden tener un efecto favorecible y, a veces, se obtiene una substancial mejoría con esta sencilla medida. Las drogas activas usualmente empleadas son: el ácido salicílico como queratolítico, entre el 1 y el 20%, dependiendo del área y grado de hiperqueratosis.

Alquitrán y antralina, el alquitran de hulla o sus derivados saponificados, en concentraciones del 2 al 5%, el cual a veces se emplea solo o con exposición a la luz UV (método de Goeckrman) y el ditranol 0.1 al 0.5% empleado con exposición a la luz UV

(método de Ingram), Se sabe que ambos inhiben el metabolismo enzimático y reducen el recambio celular. (12)

Análogos de la Vitamina D3

La forma natural de la vitamina D3 modula la proliferación epidérmica y la diferenciación e inhibe la inducción inmune. El calcipatriol, un análogo sintético de la vitamina D, tiene la característica de poseer estos efectos sin la acción hipercalcémica clásica que tiene la vitamina natural. Su empleo tópico es efectivo, suele ser bien tolerado y es bastante seguro, aunque no es raro que produzca alguna irritación.

Corticoides Tópicos

Juegan un gran papel en el control de las psoriasis localizadas debido a su efecto de inhibición de la actividad mitótica epidérmica. Su efecto se ve aumentado por su uso con oclusión. Sin embargo, en las lesiones localizadas en la cara, axilas y regiones inguinales pueden producirse muchos efectos colaterales.

La Fototerapia

El tratamiento con radiación UVB es altamente efectivo como se conoce de larga data, para las psoriasis deseminadas. Es relativamente conveniente y fácil de usar pero requiere equipo especial. Suele indicarse en casos que no responden a los tratamientos tópicos y en las formas deseminadas suele ser la manera con mejor relación costo/efectividad de tratar una psoriasis. (12)

Sistémico

Existen numerosas drogas útiles:

Fotoquimioterapia. Puva

Se trata de la aplicación de radiación ultravioleta A (320-400 nm) sobre la piel, luego de haber recibido el paciente psoralenos por vía oral o tópica. El empleo de esta conjunción terapéutica se inició en 1974 y es mundial desde ya varios lustros y está en boga debido a su relativa simplicidad, limpieza y efectividad. Es altamente efectiva en el control de formas severas y deseminadas, sola o en combinación con otras formas de tratamiento. (12)



Metotrexate

Con casi 40 años de experiencia, este antifólico sigue siendo la principal arma para el tratamiento de las formas moderadas o severas de psoriasis a través de un mecanismo todavía desconocido. (12)

Manejado con cautela y adecuados exámenes, tiene un perfil de seguridad bastante alto y si se emplea en forma rotatoria con otros esquemas terapéuticos, se disminuye más la posibilidad de efectos deletéreos, de los cuales el de mayor importancia por su irreversibilidad, es el de la fibrosis epática severa y cirrosis, las cuales pueden ocurrir en un 5% de los casos con dosis acumulativas de 1.5 g y en el 26% de los casos con dosis de 4.0 g. Se ha calculado que cerca de un 1% de pacientes muestra cambios avanzados con cada 1.000 mg de MTX administrados. Los potenciales efectos tóxicos pueden disminuirse en forma substancial, aunque no totalmente con el empleo de dosis de 2.5 a 7.5 mg cada 12 horas, para un total de tres dosis cada semana. (12)

Contraindicaciones del Metotrexate

Alteraciones en la función renal: Depuración de creatinina en orina de 24 horas menor de 77 ml/min.

Embarazo.

Fibrosis hepática, cirrosis, hepatitis.

Anemia: Hb menor de 10g/dl.

Leucopenia: leucocitos menores de 4,000/mm³.

Trombocitopenia.

Úlcera péptica activa.

Abuso del alcohol.

Poca confiabilidad en el paciente. (15)

Indicaciones para Suspender el Tratamiento con Metotrexate

Leucocitos menores de 4,000/mm³.

Caída de un 10% en el valor del hematócrito.

Trombocitopenia.

TGO y TGP por arriba de 60 unidades (N=40).

BSF mayor de 10%.

Depuración de creatinina anormal.

Diarrea, estomatitis ulcerativa.

Falta de respuesta después de ocho semanas.

Cambios en la biopsia hepática. (15)

Retinoides Aromáticos

Existen varios, pero de uso clínico corriente son el etretinato y el acitretin. El modo de actuar de estas drogas es todavía incierto, pero son efectivas en diferentes formas de psoriasis severas, especialmente en la pustulosa. Los retinoides poseen en efecto antiinflamatorio que a diferencia de los de tipo no esteroideo, no actúan sobre la respuesta aguda pero sí sobre las lesiones inflamatorias secundarias, es decir, inhiben la reacción de hipersensibilidad retardada pero al contrario de las ciclofosfamida, no tienen efecto sobre la respuesta a los antígenos extraños (no previenen la formación de anticuerpos). (12)

Ciclosporina

Pero nuevamente existe el problema de la toxicidad, ahora especialmente renal y la aparición de hipertensión, usualmente dosis/dependiente, lo cual limita sus empleos a ciclos relativamente cortos de tratamiento y su utilidad para períodos de más de un año está por definirse. (12)

7. MELASMA

Sinonimia

Cloasma, máscara del embarazo.

Definición

Del griego melas, oscuro, consiste en una pigmentación difusa de las áreas de la cara más expuestas a la luz, con notable predominio en el sexo femenino.

Epidemiología

Esta condición representa un problema cosmético de distribución mundial, aunque existe una predilección por aquellas razas de pigmentación más oscura. A pesar de que afecta más al sexo femenino, no es infrecuente en los hombres. (12)

Etiología y Patogenesis

La etiopatogenia del melasma es desconocida, sin embargo, existen algunos factores relacionados con la aparición de las lesiones clínicas, que reflejan un aumento de la cantidad de melanina en las áreas afectadas.

La pigmentación se inicia durante el embarazo, uso de anticonceptivos orales, terapia hormonal con estrógenos y progesterona y después de la exposición solar crónica en la mayor parte de los pacientes; por lo tanto, se presume que debe existir una relación directa con estos factores, además de una susceptibilidad genética al desarrollo de esta pigmentación. Aunque el mecanismo de producción del melasma aún no ha sido aclarado, algunos estudios verificados en mujeres con melasma revelaron una mayor incidencia de enfermedad tiroidea, en especial de tipo tiroiditis autoinmune; de igual manera se ha detectado un aumento de LH y disminución de los niveles séricos de estradiol en un pequeño grupo de pacientes con melasma, se han considerado otras causas que contribuyen a la génesis del melasma, tales como drogas fototóxicas, anticonvulsivantes y cosméticos. (12)

Cuadro Clínico

Las lesiones consisten en máculas de tamaño variable, asintomáticas, de color café claro o pardo, obscuro, con grados variables de pigmentación, bordes irregulares y a veces bien definidos sobre la región infraorbitaria, pómulos, mejillas, frente dorso de la nariz, labio superior y mentón. Pueden igualmente comprometer la región temporal. Afecta preferencialmente a las personas de tez morena oscura con pieles tipo IV a VI.

El cuadro se desarrolla comúnmente durante el embarazo, tratamientos hormonales o después de exposición solar reciente, en cuyo caso no es infrecuente la historia de abuso en la exposición al sol tiene un predominio notable en el sexo femenino, pero también afecta ocasionalmente a los hombres. Aparece más frecuentemente en la tercera y cuarta década de la vida, pero a veces es más precoz.

Las lesiones regresan parcialmente después del embarazo, al suspender el tratamiento desencadenante y al disminuir la exposición solar pero por lo general tiene tendencia a persistir en forma indefinida. (4)

Patología

Histológicamente lo más llamativo es la hiperpigmentación de la capa basal y la presencia de algunos melanocitos en forma de gránulos a nivel de la dermis superior. Rara vez se observa inflamación crónica a nivel de dermis papilar. Recientemente Sánchez Etal, al estudiar casos de melasma con luz de WOOD y microscopía, caracteriza tres tipos de melasma: 1) Epidérmico, el más común, el contraste de color de melanina aumentó en la capa basal y suprabasal y aún en el estrato córneo que mejor responde a la luz, 2) Dérmico, no exhibe acentuación del contraste al examinarlo con número aumentado de melanofagos en la dermis superficial y profunda y 3) Mixto, revela aumento de las lesiones en unos sectores y ningún cambio en otros. (4)

Tratamiento

Es de importancia informar al paciente sobre los factores desencadenantes y agravantes de esta afección discutidos anteriormente. Por consiguiente, deberá evitar exposiciones solares al máximo, obviar los tratamientos hormonales en cuanto sea posible y conocer el riesgo de futuros embarazos.

Los ésteres de hidroquinona son efectivos en bloquear la melanogénesis, pero desafortunadamente provoca una depigmentación no controlable y a veces pueden dar lugar a acromias aún más desagradables cosméticamente que la misma hiperpigmentación. La hidroquinina pura en cambio no presenta estos problemas, aunque por sí sola no es altamente eficaz en el tratamiento de la hipermelanosis. En época reciente, se ha obtenido resultados satisfactorios al utilizar una combinación de ácido retinoico al 0.05%, valert de betametasona al 0.1% e hidroquinona pura al 3%. Los medicamentos se aplican dos veces al día. Posteriormente, se usan lociones antisolares con ácido paraminobenzoico (PABA) para prevenir la repigmentación. En general, se trata de usar la betametasona localmente por corto tiempo para evitar los riesgos inherentes a la aplicación prolongada de los esteroides fluorinados (atrofia, telangiectasias), en cuanto ocurrió ya una depigmentación aceptable, se sustituye la betametasona por butirato de hidrocortisona o simplemente se evita del todo el esteroide y se mantiene solo el ácido retinoico también la hidroquinona pura. La forma como ésta actúa es bloqueando la hidroxilación de tirosina a dopa de vitro, inhibiendo el primer paso en la síntesis de la melanina.

Otras alternativas que se han recomendado pero con resultados no siempre efectivos, son el ácido azelaico al 20% y el ácido kojico al 5%.

La terapia con láser todavía no ha tenido resultados satisfactorios y puede inclusive empeorar el cuadro. (4)

8. QUELOIDE

Definición

Consiste en una masa nodular o tumoral de origen dérmico, formada a expensas de una reacción fibrosa hipertrófica, consecutiva a la cicatrización de las heridas cutáneas.

Etiología y Patogenesis

A pesar de haber una marcada tendencia individual para la neoformación de tejido conectivo grueso, se desconoce su causa. Existe además una predisposición familiar y racial siendo más común en las razas negras y orientales. Sin embargo, hallazgos más recientes incriminan a algunos factores causales. Se ha encontrado un aumento de la IL-6, TNF- α y IFN- γ , lo cual sugiere algún rol de las citoquinas inmunorreguladoras en la formación de los queloides. De la misma manera, se ha observado que los fibroblastos del queloide muestran una sensibilidad mayor al efecto del factor de crecimiento TGF- β , el cual es abundante en las fases proliferativas de la cicatrización.

También se ha detectado un aumento en la síntesis del ácido hialurónico en los fibroblastos del queloide cuyo significado aún se desconoce. Más recientemente, se ha demostrado que existe una modificación del programa de regulación del factor de crecimiento TGF- β involucrando un mecanismo alterado de transcripción, que puede tener un papel importante en la génesis de los queloides.

Adicionalmente, mediante cuerpos o anticuerpos monoclonales dirigidos contra el antígeno de proliferación celular nuclear (PCNA), se ha establecido mayor en las actividades proliferativas de los fibroblastos es mayor en los queloides que en las cicatrices comunes, lo cual explica por que los primeros continúan su crecimiento hacia los tejidos vecinos, mientras que en las últimas esto no sucede. (12)

Cuadro Clínico

Los queloides se desarrollan generalmente después de un trauma de la piel, en especial en incisiones quirúrgicas, heridas y quemaduras. Aunque puede ocurrir en cualquier zona de la superficie cutánea, son

más comunes en el área de la cintura escapular, brazo, región pre-esternal, cara y orejas.

Las lesiones habitualmente toman la forma de la herida o trauma que la causó y comienzan con un aspecto de cicatriz gruesa que paulatinamente y en el curso de semanas o meses se desarrollan en forma exuberante. Su tamaño y aspecto pueden ser muy variados, incluyendo lesiones pedunculadas o multilobuladas.

En ocasiones originan contracturas incapacitantes que obligan a la corrección quirúrgica. También pueden aparecer en forma espontánea sin historia de trauma, en cuyo caso usualmente forman un aspecto de garra.

Los queloides son generalmente dolorosos a la presión o trauma externo y también pruriginosas, síntomas que pueden persistir indefinidamente. Casi siempre tienden a permanecer por meses y años aunque ocasionalmente pueden evolucionar en forma espontánea. (12)

Patología

Las características de los queloides incluyen una celularidad aumentada, un contenido anormal de proteoglicanos y una síntesis y degradación alterada de la colágena. Histológicamente, la lesión difiere de una cicatriz ordinaria en su extenso período de formación de nueva colágena hialinizadas. A diferencia de las cicatrices hipertróficas, los queloides no se resuelven con el paso del tiempo. (12)

Tratamiento

El mejor tratamiento para los queloides indudablemente es la infiltración de las lesiones con triamcinolona, en dosis de 5 a 10 mg/cc, medicación que usualmente se inyecta en cantidad variable, de acuerdo con el tamaño del queloide. Las infiltraciones pueden repetirse cada tres o cuatro semanas, según la evolución de la tumoración. Inicialmente, el tejido hipertrófico se ablanda, cede el dolor y con dosis consecutivas, paulatinamente se atrofia. Es conveniente tener la precaución de infiltrar únicamente el tejido queloideano, puesto que si se inyecta en la piel periférica, se presenta una atrofia de la misma, aumentando de esta manera el problema estético.

La aplicación continua de láminas de silicona (silastic) durante más de 12 horas diarias, parece reducir considerablemente el volumen de los queloides y prevenir su aparición en cicatrices recientes. Su mecanismo de acción es desconocido.

Algunos casos muy seleccionados y refractorios a la terapia, en especial con manifestaciones clínicas sintomáticas, podrían tratarse con dosis bajas de radioterapia, pero debe reservarse esta modalidad terapéutica para aquellos casos de difícil manejo.

También se ha utilizado la criocirugía con resultados contraindicatorios, aunque algunos casos seleccionados, particularmente los queloides con componente vascular, tienen mayor posibilidad de mejorar.

No se recomienda la extirpación simple de los queloides, puesto que es muy probable que nuevamente se reproduzcan, lo cual sucede con un tamaño mayor al del inicial. No obstante, la extirpación con posterior infiltración de triamcinilona puede rendir resultados satisfactorios en manos de especialistas.

La vitamina A ácida tópicamente aplicada, parece tener alguna acción terapéutica.

Es posible que la combinación de varias formas de terapia, ofrezca mejores resultados en algunos casos seleccionados. (12)

9. Vitiligo

Consiste en áreas de despigmentación macular, con frecuencia en las superficies extensoras de las extremidades en la cara en una distribución periorificial, en el cuello y en los pliegues de la piel, un padecimiento más común que el albinismo, afecta al uno por ciento de la población. El comienzo de esta enfermedad con frecuencia se presenta en los incisos de la edad adulta. En un grupo de individuos afectados por el padecimiento, el 35% tenía familiares que también lo padecían. Tal vez, se transmita con un carácter autosómico dominante con penetrancia incompleta y expresión variable. (15)

Características Clínicas

Las lesiones pueden ser únicas o múltiples. La simetría bilateral es común, aunque puede verse una distribución segmentaria siguiendo los dermatomas. Sitios de la piel que hayan sufrido traumatismo recientes pueden sufrir despigmentación (fenómeno de Kobner). Los cabellos dentro de la placa vitiliginosa pueden ser blancos o pigmentados. El hecho de que haya cabellos pigmentados puede indicar una mayor posibilidad de que ocurra repigmentación.

Esta afección tiende a progresar en forma gradual; las lesiones crecen con lentitud y se extienden a zonas nuevas hasta que se alcanza un estado de detención de la lesiones. La despigmentación total o vitiligo universal, pueden suceder en ocasiones. Es poco probable que se presente una repigmentación espontánea cosméticamente aceptable.

El vitiligo se presenta en individuos que por otra parte son normales, pero ciertos padecimientos sistémicos ocurren con mayor frecuencia en sujetos con vitiligo que en aquellos que no lo padecen. Estas alteraciones incluyen enfermedades tiroideas, enfermedad de Addison, anemia perniciosa, alopecia areata y diabetes.

Ciertas dermatosis inflamatorias, como el eczema y la psoriasis pueden desarrollar áreas despigmentadas que semejan al vitiligo. Las zonas de la piel afectadas por tufia versicolor que no se broncean en el verano también pueden parecer vitiliginosas, la demostración de elementos fungosos en la preparación con KOH permiten la diferenciación adecuada. El antioxidante monobencileter de hidroquinona, presente en el caucho, puede actuar como un agente despigmentador de contacto. El butilfenol paraterciario, presente en algunos desinfectantes comerciales y otros materiales industriales, también puede causar una despigmentación parecida al vitiligo, la cual es ocupacional. (15)

Patogenia

La ausencia de melanina se revela tiñiendo un espécimen de biopsia con ferrocianuro férrico y microscopia electrónica. Un mecanismo autoinmune puede ser responsable; un proceso similar participa en el halo nevoide a menudo asociado con vitiligo. De hecho, los pacientes con los padecimientos sistémicos que se asocian con frecuencia con el vitiligo muestran un aumento en la frecuencia con que se presentan

autoanticuerpos: anticuerpos antitiroglobulina y antimicrosómicos así como anticuerpos anticélulas parietales. (15)

Existe evidencia de la presencia de anticuerpos antimelanocitos en ciertos enfermos con vitiligo. Estos anticuerpos IgG circulantes se unen a los melanocitos en la piel de los humanos, a las células de nevos y a las células de melanoma. De manera alternativa los melanocitos pueden ser destruidos por un mediador neuroquímico.

En una serie, las células pigmentadas de la retina estaban destruidas en casi un tercio de 112 sujetos con vitiligo. El vitiligo también se presentó de manera más común en individuos con uveítis que en la población general, por lo tanto, el mismo factor inmunológico podría ser responsable de la destrucción de las células pigmentarias en el ojo y en la piel. (15)

Tratamiento

Para las personas con piel clara, el evitar la exposición al sol junto con el uso de pantallas solares que prevengan el bronceado de la piel normal puede enmascarar el defecto, porque minimiza el contraste entre las áreas de la piel. Para una piel más oscura, puede ser aceptable el empleo de varias tinciones de anilina o la aplicación de maquillaje idóneo.

Un enfoque prometedor para inducir la repigmentación es el uso tópico u oral de metosaleno, un medicamento fotosensibilizante (8 metoxipsoraleno, 8 MOP), seguido por exposición al sol o luz ultravioleta artificial de longitud de onda amplia. El régimen más empleado consiste en trioxsaleno (trimetilpsoraleno, TMP) en dosis de 30 a 50 mg por vía oral dos horas antes de la exposición a la luz solar del mediodía. La exposición a la luz, que al principio es por cinco minutos, después se incrementa de manera gradual por períodos de 5 minutos cada vez hasta que se produce un eritema ligero. Se requiere un mínimo de dos tratamientos a la semana. Pueden requerirse muchos períodos de tratamientos antes de que se inicie la repigmentación que ocurre por lo general en una distribución perifolicular o en el borde de la lesión. Puede ser deseable una respuesta eritematosa de mediana intensidad.

En un serie grande de pacientes se utilizó la irradiación con luz ultravioleta de longitud de onda amplia y de gran intensidad combinada con trioxsaleno o metaxsaleno con el resultado de que un 70% de ellos mostró mejoría después de 12 meses de tratamiento aplicados dos a tres veces por semana. (15)

10. GRANULOMA PIÓGENO

Definición

Lesión compuesta por elementos endoteliales vasculares proliferativos, que ordinariamente aparece después de traumas leves o infecciones piógenas. (12)

Etiología y Patogenesis

La causa básica es desconocida, pero generalmente existe una historia de trauma previo y presencia de una infección bacteriana, elementos considerados como el estímulo disparador del proceso.

Epidemiología

Son relativamente frecuentes, en cualquier edad, sexo, raza. El 60% ocurren entre los 10 y los 40 años. Son comunes en la edad pediátrica. En un estudio de 178 pacientes, el 42% aparecieron en los primeros 5 años de vida, pero sólo un 12% en los menores de un año. Hubo una relación masculino:femenina de 3:2 y la mayor parte no dieron historia de trauma o lesión cutánea predisponente. Eran más comunes en cabeza y cuello (62%) seguido por las del tronco (19.7%) y extremidades, (más en las superiores).

Cuadro Clínico

Las lesiones usualmente únicas, pero ocasionalmente pueden ser múltiples. Surgen rápidamente sobre un área de trauma previo, pudiendo alcanzar un tamaño de varios centímetros, pero habitualmente no son mayores de un centímetro. Su duración depende de la prontitud con la cual consulte al paciente. Se han reportados casos hasta de cuatro años. Los granulomas piógenos consisten en pápulas o tumores elevados, de base sesil, pero más frecuentemente pedunculados rodeados por un "collarete" de epidermis normal. Casi siempre indolorosos, se caracterizan por sangrar con facilidad ante traumas mínimos y estar cubiertos por un exudado costroso y purulento de mal olor. Su color es de variadas tonalidades de rojo. Se los encuentra en cualquier parte del cuerpo, pero los más comunes están situados en áreas sujetas a traumas, a saber, manos y pies. En el embarazo son comunes en la mucosa gingival. Pueden confundirse en muchos casos con tumores benignos y malignos, cutáneos o metastásico: verrugas, melanomas, carcinomas, hipenefoma metastásico sarcoma de Kaposi, angiomatosis bacilar o hemangiomas. Por ella, aunque el aspecto

clínico y la historia pueden ser prácticamente diagnósticos, siempre deberá hacerse el estudio histopatológico de las lesiones. (12)

Patología

Consiste en masas exuberantes de capilares con endotelio normal que conforman una lesión polipoidea que surge de la dermis superior. La epidermis se encuentra adelgazada o ulcerada. Histológicamente hay un número normal de mastocitos, en contraste con el incremento de estas células características de la fase proliferativa de los hemangiomas. (12)

Tratamiento

Es básicamente quirúrgico, siendo el medio más apropiado la ablación (con sutura), seguido por electrocoagulación de la base. Si esto no se hace adecuadamente, la lesión tiene un potencial grande de recurrencia. En un grupo de 23 pacientes tratados con afeitado y electrocauterio la tasa de recidiva fue de 43%. (12)

La crioterapia es una modalidad adecuada para el tratamiento pero debe tenerse en cuenta que es importante tener un diagnóstico histológico de la lesión, para descartar cualquiera de los diagnósticos diferenciales que son de gran importancia.

Como todas las lesiones con un alto componente vascular, el láser es empleado con éxito para su remoción, a pesar de que también se ha reportado la aparición de granulomas piógenos luego de tratamientos con láser de otras entidades cutáneas. Los de CO₂ no representan ninguna ventaja especial sobre la electrocoagulación, pero los de colorante en pulsos con longitudes de onda 585 nm, los de ytrium-aluminio-garnet y los de argón puede ofrecer una mayor facilidad y efectividad en el tratamiento, especialmente los de colorantes en pulso que utilizan lámparas tipo flash, que ofrecen muy poca morbilidad y complicaciones pos-operatorias. (12).

VI. METODOLOGIA

1. TIPO DE ESTUDIO

Descriptivo observacional transversal

2. UNIDAD DE ANÁLISIS

Se revisarán las formas F-4 de control diario más historias clínicas elaboradas en pacientes atendidos en consulta externa de adultos de dermatología del Hospital General San Juan de Dios, del 1 de enero de 1998 al 30 de junio de 1998.

3. POBLACIÓN

Se incluyen el 100% de registros médicos de la consulta externa de dermatología del Hospital General San Juan de Dios, del 1 de enero de 1998 al 30 de junio de 1998.

4. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Pacientes mayores de 18 años que asistieron a consulta externa de dermatología con registro médico, en ambos sexos, con problemas de piel.

5. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Se tomará a toda la población (zona, municipio y departamento) que consulte por enfermedad de la piel.

6. PLAN DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para el presente estudio, se visitará el Hospital General San Juan de Dios, donde se solicitará en la sección de Registro Médicos, las formas F-4 e historias elaboradas durante los meses de enero, febrero, marzo y durante los meses de abril, mayo y junio de 1998, estando presente en la consulta externa de dermatología, con especialista con boleta de recolección de datos de pacientes con lesiones dermatológicas.

7. PLAN DE ANÁLISIS

Para el análisis de los resultados obtenidos se utilizará la metodología de estadística descriptiva. (M, X)

8. ASPECTOS ETICOS DE LA INVESTIGACIÓN

Que la información presentada en la investigación sea fidedigna.

Utilización de datos confidenciales para fines científicos exclusivamente.

9. RECURSOS

1. Material Humano:

Pacientes
Personal de Estadística
Personal de Biblioteca
Personal Médico

2. Material Físico:

Instalaciones del Hospital
General San Juan de Dios
Registros Médicos
Biblioteca (Universidad de San
Carlos y de Hospital San Juan de
Dios).

3. Económicos:

Boletas
Impresión de Tesis
Otros

VII. VARIABLES

A. DIAGNÓSTICO

Definición Conceptual:	Determinación de una enfermedad por los síntomas y signos.
Definición Operacional:	Juicio clínico emitido después de ser evaluado el paciente.
Escala de Medición:	Cualitativa.
Unidad de Medida:	Diferenciación Clínica

B. EDAD

Definición Conceptual:	Tiempo que ha vivido una persona o que ha durado una cosa.
Definición Operacional:	Años cumplidos que ha vivido el paciente al momento de su ingreso, de acuerdo a la historia clínica.
Escala de Medición:	Numérica continua.
Unidad de Medida:	Años cumplidos.

C. SEXO

Definición Conceptual:	Es la identificación morfológica de un hombre y una mujer.
Definición Operacional:	Sexo como condición orgánica que expresa pertenecer el paciente al ingreso al Hospital, de acuerdo a la historia clínica.
Escala de Medición:	Nominal.
Unidad de Medida:	Masculino, femenino



D. ETNIA

Definición Conceptual:	Grupo de individuos cuyas características biológicas son constantes y se perpetúan por herencia.
Definición Operacional:	Condición biológica en el momento de su ingreso de acuerdo a la historia clínica.
Escala de Medición:	Nominal.
Unidad de Medida:	Blanca, negra y otros.

E. ESCOLARIDAD

Definición Conceptual:	Grado académico que ha cursado en un establecimiento educativo.
Definición Operacional:	Condición que describe si el paciente sabe leer y escribir, de acuerdo a la historia clínica.
Escala de Medición:	Nominal.
Unidad de Medida:	Alfabeto y analfabeto

F. PROFESIÓN U OFICIO

Definición Conceptual:	Acción de profesar empleo y oficio.
Definición Operacional:	Labor que desempeña el paciente al momento de su ingreso, de acuerdo a la historia clínica.
Escala de Medición:	Nominal.
Unidad de Medida:	Agricultor, ama de casa, comerciante, oficinista y jornalero.

G. DERMATOSIS

Definición Conceptual:	Cualquier enfermedad de la piel.
Definición Operacional:	Lesión producida por el daño dermatológico a nivel corporal como primera barrera a tejidos blandos de acuerdo a la historia clínica.
Escala de Medición:	Nominal.
Unidad de Medida:	Cambios atróficos en la piel, hipopigmentación del área corporal total.

H. ANTECEDENTES

Definición Conceptual:	Todo lo que sirve para juzgar hechos posteriores.
Definición Operacional:	Antecedentes médicos, quirúrgicos, familiares alérgicos descritos.
Escala de Medición:	Nominal.
Unidad de Medida:	Infecciones micóticas, virales, alérgicas y cancerosas

I. TRATAMIENTO MEDICO RECIBIDO

Definición Conceptual:	Método terapéutico utilizado para resolver una enfermedad.
Definición Operacional:	Medicamento que está tomando el paciente de acuerdo a su consulta médica.
Escala de Medición:	Nominal.
Unidad de Medida:	Antimicótico, antivirales, antibióticos, antisépticos y tópicos.

J. SITIO DE LESIÓN

Definición Conceptual:	Lugar donde se localiza los cambios anatómicos de una superficie.
Definición Operacional:	El sitio de lesión con deterioro corporal de acuerdo a la historia relatada.
Escala de Medición:	Nominal.
Unidad de Medida:	Cabeza, cara, cuello, tórax, abdomen, miembros inferiores (muslo, pierna y pies), miembros superiores (antebrazo, brazo y manos).

VII. PRESENTACION DE RESULTADOS

Tasa de Incidencia	=	$\frac{\text{No. total de casos}}{\text{Población total}} \times 100,000$	
Tasa de Incidencia (zonas y municipios de referencias)	=	$\frac{722}{987,119} \times 100,000$	= 73
Tasa de Incidencia (departamentos de referencias)	=	$\frac{61}{2,603,986} \times 100,000$	= 2.3
Cobertura del Hospital General San Juan de Dios.	=	$\frac{\text{primeras consultas}}{\text{población total}} \times 100,000$	
Cobertura del Hospital General San Juan de Dios.	=	$\frac{404}{987,119} \times 100,000$	

RESULTADO = 0.041%

CUADRO No. 1

Frecuencia de las 10 enfermedades dermatológicas en relación a otras causas no frecuentes de patologías cutáneas, en los pacientes que acudieron a la consulta externa de adultos del departamento de Dermatología del Hospital San Juan de Dios, del 1 de enero al 30 de junio de 1998.

Diagnóstico	No. de Consultas	%
Otras enfermedades dermatológicas no frecuentes	291	27.09
10 enfermedades de la piel:		
a) Ciudad y Municipios de referencias	722	67.22
b) Departamentos de referencias	61	5.68
TOTAL	1074	100.00

FUENTE: Formas F-4 e Historias clínicas. HGSJD.

CUADRO No. 2

Grupo de edad y sexo que consultaron por las 10 primeras causas dermatológicas, a la consulta externa de adultos de Dermatología del Hospital San Juan de Dios, del 1 de enero de 1998 al 30 de junio de 1998.

Grupos de Edad	Sexo		%
	M	F	
15 a 24 años	70	117	23.88
25 a 34 años	49	77	16.09
35 a 44 años	28	76	13.28
45 a 54 años	37	137	22.22
55 a 64 años	19	75	12.1
65 a 74 años	19	65	10.73
75 años o más	5	9	1.79
TOTAL	227	556	100.00

FUENTE: Formas F-4 e Historias clínicas. HGSJD.

CUADRO No. 3

Número de consultas por enfermedad de la piel por zona, municipios de Guatemala y departamentos de referencias, que consultaron al departamento de Dermatología del Hospital San Juan de Dios, del 1 de enero al 30 de junio de 1998.

Diagnósticos	Guatemala			No. Casos	Departamento	No. Casos	Total de casos por Patología	%
	Zonas	No. Casos	Municipios					
Dermatitis de Contacto	1	39	Villa Nueva	7	Jalapa	4	234	29.5
	18	37	Mixco	4	Escuintla	3		
	3	35	San José del Golfo	2	Cobán	3		
	6	34	San Juan		Santa Rosa	2		
	5	21	Sacatepequez	2	Chiquimula	1		
	7	10	Sta. Catarina Pinula	2	Izabal	1		
	17	6	Chinautla	2	Antigua	1		
	12	5	San Miguel Petapa	2	El Progreso	1		
	2	2	Frayjanes	1				
	4	2	San José Pinula	1				
	21	2						
	16	1						
	12	1						
Urticaria	6	23	Palencia	3	Progreso	5	130	16.1
	18	21	San Juan Sacatepe.	3	Escuintla	3		
	3	21	Chinautla	2	Antigua	2		
	1	11	Sta. Catarina Pinula	1	Jutiapa	1		
	5	9	Villa Nueva	1	Jalapa	1		
	7	8	Frayjanes	1	Santa Rosa	1		
	12	3	San José Pinula	1	Chiquimula	1		
	19	3			Esquipulas	1		
	2	3			País Honduras	1		
Verruga Vulgar	3	23	San José Pinula	2	Progreso	2	107	13.1
	1	22	San Pedro Ayampuc	1	Escuintla	2		
	6	17	Mixco	1	Huehuetenango	2		
	18	12	Boca del Monte	1				
	7	6						
	5	5						
	17	3						
	19	3						
	8	2						
	4	1						
9	1							
10	1							
Micosis Cutánea	3	18	Villa Nueva	3	Progreso	1		
	1	15	Mixco	1				
	6	13	Sta. Catarina Pinula	1				
	18	10	Frayjanes	1				
	5	8						
	7	8						
	17	3						
	19	3						
	13	2						
	8	1						
	10	1						
	11	1						
	2	1						
12	1							

Afecciones	Guatemala			No. Casos	Departamento	No. Casos	Total de casos por Patología	%
	Zonas	No. Casos	Municipios					
	4	1					93	11.9
	21	1						
Dermatitis Actínica	18	20	Chinautla	1	Escuintla	2		
	1	13	Villa Nueva	1	San Marcos	1		
	6	9			Totonicapán	1		
	5	5			Jalapa	1		
	3	5			Huehuetenango			
	12	2				1		
	17	2						
	2	1						
	11	1						
	16	1					67	8.56
Proriasis	1	8	Palencia	2	Escuintla	2		
	6	8	Frayjanes	1	Huehuetenango	1		
	18	6						
	1	5						
	2	2						
	3	2						
	11	1						
	13	1						
	17	1					40	5.11
	Measma Cloasma	3	8	Villa Nueva	1	Progreso	1	
1		6	San José Pinula	1				
18		6	Sta. Catarina Pinula	1				
5		3						
7		3						
6		2						
8		2						
11		2						
17		2						
19		1					39	4.98
Queloides	1	7	Boca del Monte	2	Jalapa	1		
	6	5	Palencia	1				
	2	4						
	3	3						
	5	3						
	18	2						
	5	1						
	7	1						
	11	1						
	12	1					32	4.09
Vitiligo	3	7			Progreso	2		
	6	3			Zacapa	1		
	5	3			Escuintla	1		
	18	3			Retalhuleu	1		
	7	1						
	16	1					23	1.94
Granulonea Progenio	18	3	Chinautla	4	Huehuetenango	2		
	3	2	Sta. Catarina Pinula	1	Progreso	1		
	1	1			Escuintla	1		
	4	1						
	16	1						
	19	1						
TOTALES		664		61		58	783	100

FUENTE: Formas F-4 e Historias clínicas. HGSJD.



CUADRO No. 4

Número de casos por sexo, de las 10 primeras enfermedades dermatológicas diagnosticadas en consulta externa de adultos del departamento de Dermatología del Hospital San Juan de Dios, del 1 de enero de 1998 al 30 de junio de 1998.

Sexo	No. de Casos	%
Masculino	227	28.99
Femenino	556	71.01
TOTAL	783	100.00

FUENTE: Formas F-4 e Historias clínicas. HGSJD.

CUADRO No. 6

Región anatómica más afectada por enfermedades de la piel, 10 primeras causas, en pacientes que consultaron a la consulta externa de Dermatología del Hospital General San Juan de Dios, del 1 de enero al 30 de junio de 1998.

	12	15	9	20	16	6	5	1	6	28	45	47	24	1	224	29,89	
Dermatitis de Contacto																	
Urticaria		16	1	10	10	13	2	48		5	3	20		2	130	16,6	
Venecia Vulgar		10			7					34	30	15	6	3	107	13,67	
Micosis Cutánea	12	2	2		4	4	3	2		5	1	3	35	22	93	11,88	
Dermatitis Alérgica		22		10						25	4	6			67	8,56	
Ponosis	3			3	2	2	3	7	1	9		7	1		40	5,11	
Melanoma		35		3						1					38	4,88	
Cloasma																	
Queloides	2	1	8	2	12	5				1	1				32	4,09	
Villos	2	4		5			2	1		1	3	3	1	1	23	2,94	
Ganjoana		3		2			3			4	2	3			16	2,3	
Pigmento																	
Total	31	108	1	19	55	51	13	60	7	113	89	104	67	22	8	783	100

FUENTE: Formas F-4 e Historias clínicas. HGSJD.

CUADRO No. 7

Características clínicas más frecuentes en las 10 primeras enfermedades de la piel, en pacientes que consultaron a la consulta externa de Dermatología del Hospital General San Juan de Dios, del 1 de enero de 1998 al 30 de junio de 1998.

Características Clínicas	No. de Casos	%
Síntomas		
Prurito	555	28.03
Dolor	241	12.17
Signos		
Eritema	472	23.84
Pápula	304	15.35
Escamosa	132	6.67
Roncha	82	4.14
Placa	35	1.77
Edema	23	1.16
Vesícula	33	1.67
Mácula	36	1.82
Onicogriposis	26	1.31
Leucodermia	17	.85
Placa	6	.30
Edema más Roncha	3	.15
Leucodermia más Mácula Blanco más	4	.20
Roncha más Rubor, Onicogriposis	4	.20
Edema más Placa	4	.20
TOTAL	1980	100.00

FUENTE: Formas F-4 e Historias clínicas. HGSJD.

CUADRO NO. 8

Tratamientos más usados en las 10 primeras enfermedades de la piel de la consulta externa de Dermatología del Hospital General San Juan de Dios, del 1 de enero al 30 de junio de 1998.

10 Primeras Enfermedades de la Piel	Tratamientos	No. de Casos	%
1. Dermatitis de Contacto	<ul style="list-style-type: none"> • TOPICO En las lesiones tempranas: Aplicaciones frías y húmedas (compresas, remojos, baños líquidos y hielo), solución salina normal o solución de Burrows de Acetato de Aluminio. (Domeboro). • CORTICOSTEROIDES Pomada de acetato de hidrocortisona al 1%. En la cara usarse una loción que se sustituya por crema o gel. A veces es necesario un antibiótico sistémico. • SISTEMICO Puede usarse antihistamínicos orales. Prednisona de 30 o 40 mgs al día, reduciéndolos gradualmente durante un mes. <p>En la fase crónica del paciente, es importante comprender la naturaleza de la enfermedad, identificando en lo posible la causa. Puede usarse antihistamínicos por vía oral y corticoesteroides.</p>	251	30
2. Urticaria Aguda y Crónica	<ul style="list-style-type: none"> • Aislar la causa y retirar al paciente de ella. • Epinefrina 0.3 ml c/15 min., hasta 4 dosis. • Esteroides Intravenosos: Solucorted y depomedrol 500 a 1,000 mgs al día, reducirlos 		

	<p>gradualmente durante el mes.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Antihistamínicos bloqueadores de los receptores H₁ y H₂, vía oral, I. V., o intramuscular. Se recomienda: Difenhidramina, ciproheptadina, ketotifeno, terbutalina, hidroxicina, loratadina, astemizol, oxatomida y terfenadina o cromoglicato de sodio. Cimetidina, ranitidina. • Prednisona: 30 o 40 mgs al día, reduciéndolos gradualmente, por vía oral. • Antipruriginosos Tópicos: Hidrocortisona, cort-dome, calamina y otros. <p>En la fase crónica es importante identificar la causa, se puede usar antihistamínicos bloqueadores de los receptores H₁ y H₂, oral, corticosteroides oral y tópico y antipruriginosos.</p>	130	16.60
3. Verruga Vulgar	<ul style="list-style-type: none"> • Destrucción de las verrugas con Nitrógeno líquido (Crioterapia), de 10 a 15 segundos. Se requiere de 3 a 4 sesiones. • Electrofulguración y curetaje con bastante éxito. 	107	13.67
4. Micosis Cutánea	<p>a) Tiña Pedis y Tiña Corporis</p> <ul style="list-style-type: none"> • TOPICOS Con base a derivados imidazólicos: Clotrimazol, miconazol, econazol, isoconazol, bifonazol, tioconazol, ketoconazol (crema, loción, gel y talco), de dos a tres aplicaciones durante el día. <p>b) Onicomycosis</p> <ul style="list-style-type: none"> • Itraconazol: 400 mgs/día, por una semana al mes durante 3 meses. Terbinafina: 250 mgs/día durante 3 meses, por vía oral. Bifonazol al 1% con base de úrea al 40% oclusivo cada día durante 1 a 2 		

c) Tiña Capitis	<p>semanas hasta lograr la lisis de la placa ungueal, posteriormente se aplica terapia tópica convencional. Amorolfina en laca tópica, 1 vez por semana por varios meses (de poco uso por su alto costo).</p> <ul style="list-style-type: none"> Griseofulvina: 500 a 1,000 mgs/día, de 20 a 30 días, para cepas resistentes. Ketoconazol 200 mgs/día de 2 a 3 semanas, puede usarse otros derivados imidazólicos y antipruriginosos tópicos a base de corticoesteroides. 	93	11.88
5. Dermatitis Actínica	<ul style="list-style-type: none"> Acido paraminobenzoico de 3 a 5% en solución alcohólica durante el día. (Filtros solares). Esteroides tópicos no fluorinados como la hidrocortisona. Puede asociarse antihistamínicos. 	67	8.56
6. Psoriasis	<ul style="list-style-type: none"> TOPICO: Alquitrán de hulla. Pomadas reductoras a base de ácido salicílico, resorcia y azufre. En la Psoriasis artropática: Glucocorticosteroides y metrotexate con dosis de 2.5 a 7.3 mgs, cada 12 horas, 3 dosis cada semana. 	40	5.11
7. Melasma o (Cioasma)	<ul style="list-style-type: none"> TOPICO: Hidroquinona 4% de 3 a 4 meses por las noches asociarlo con filtros solares durante el día. 	39	4.98
8. Quelóide	<ul style="list-style-type: none"> Infiltraciones intralesionales con triamsinolona, 5 a 10 mgs. Puede repetirse cada 3 o 4 semanas. 	32	4.09
9. Vitiligo	<ul style="list-style-type: none"> Meladinina en unguento o en tinturas tópico. Metoxaleno 0.010 gr./día con exposición gradual al sol. 	23	2.94
10. Granuloma Piógeno	<ul style="list-style-type: none"> Resección quirúrgica. Puede usarse el método a base de electrofulguración. 	10	2.30
TOTAL		783	100.00

FUENTE: Formas F-4 e Historias clínicas. HGSJD.

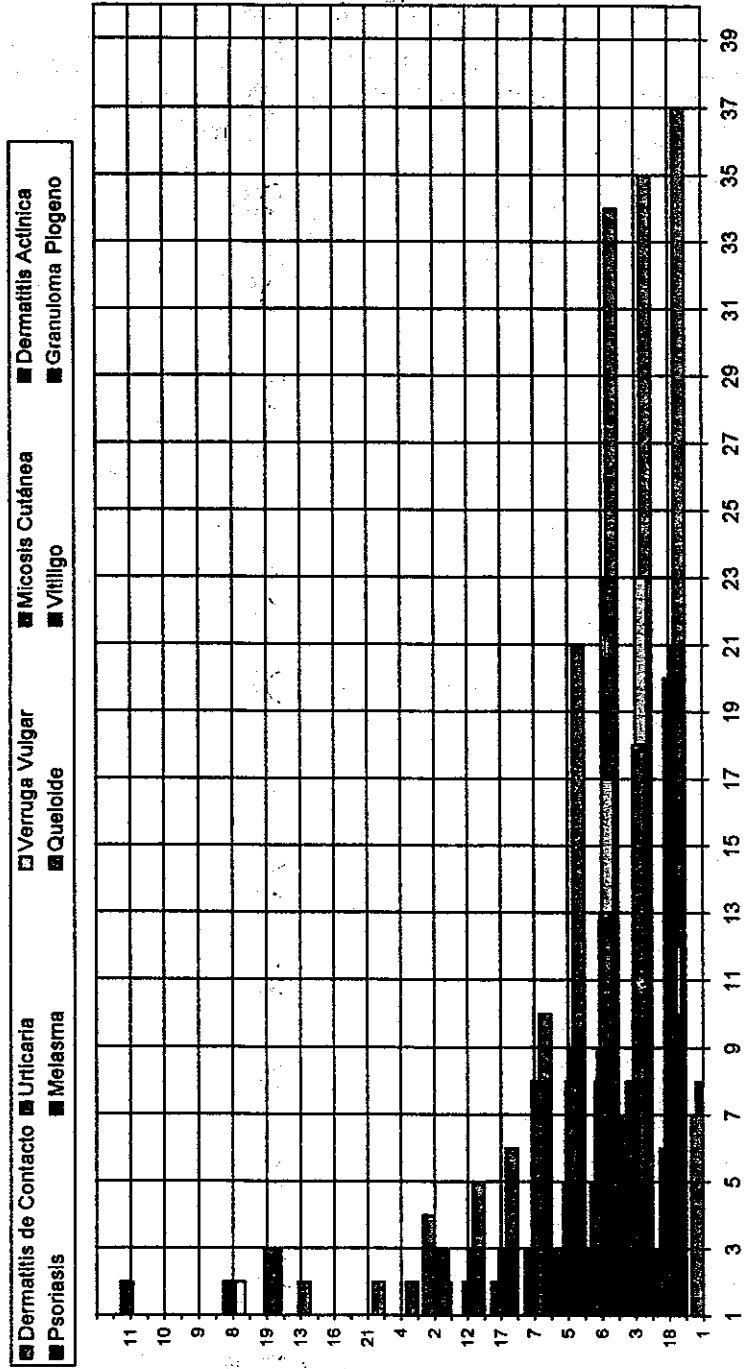
CUADRO No. 9

Número de casos de las diez primeras enfermedades de la piel, de la consulta por mes, durante el período comprendido del 1 de enero al 30 de junio de 1998, de la consulta externa de Dermatología del Hospital General San Juan de Dios.

Mes	No. de Casos	%
Enero	84	10.73
Febrero	152	19.45
Marzo	77	9.83
Abril	125	15.96
Mayo	173	22.09
Junio	172	21.97
TOTAL	783	100.00

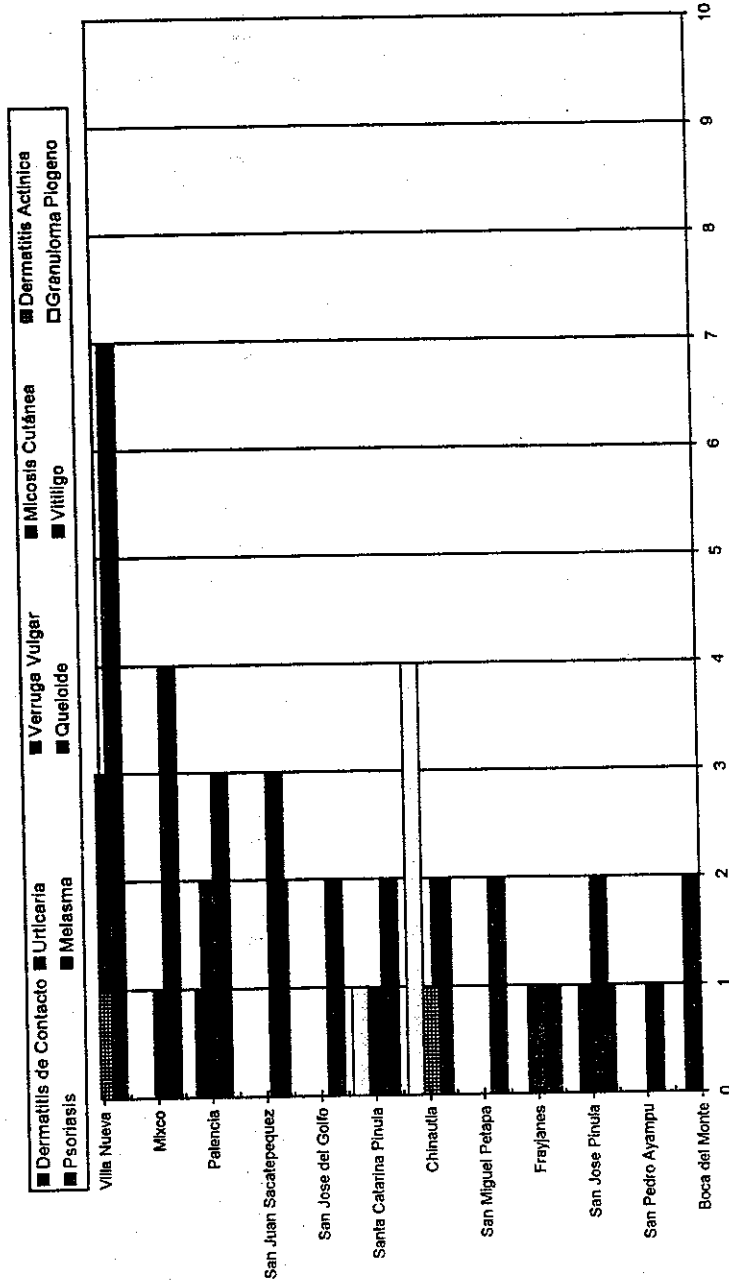
FUENTE: Formas F-4 e Historias clínicas. HGSJD.

Gráfica No. 1.1
 Casos de las 10 Primeras Enfermedades de la Piel por Zona



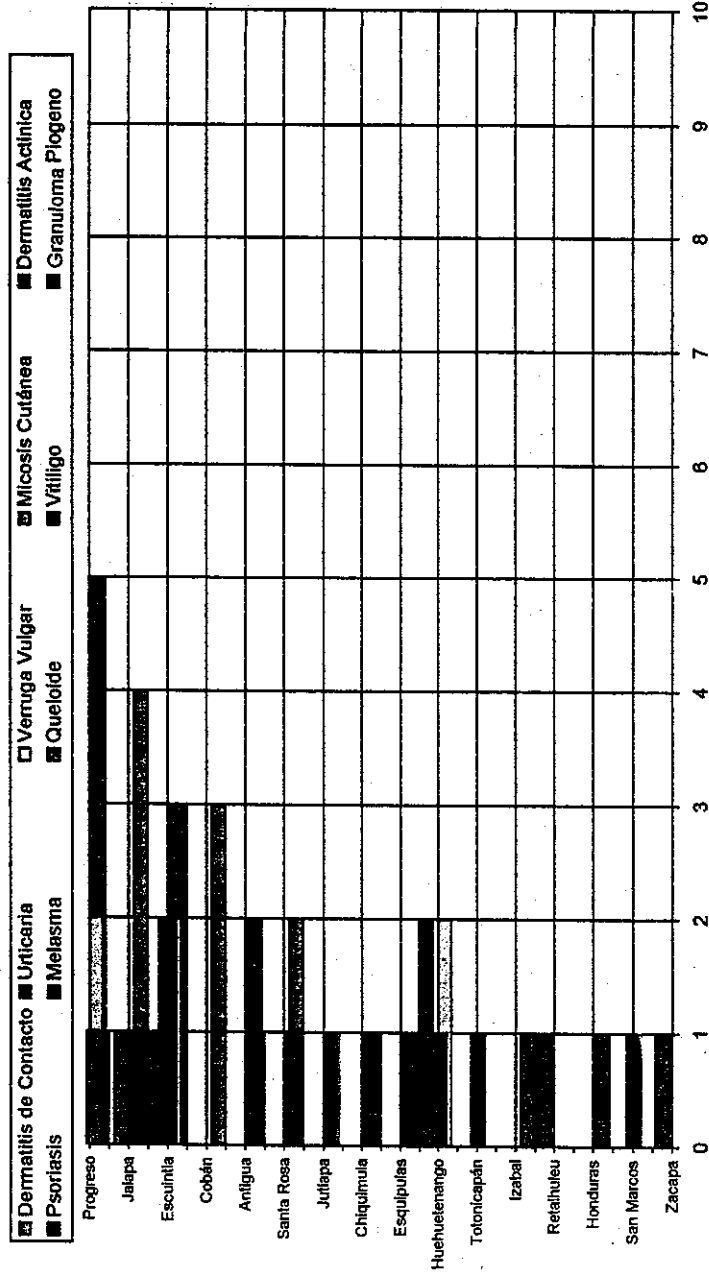
Gráfica No. 1.2

Casos de las 10 Primeras Enfermedades de la Piel por Municipio



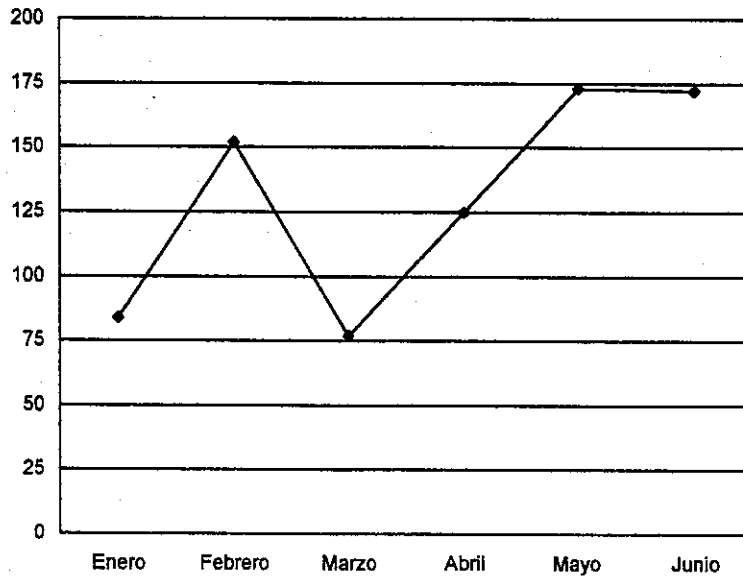
Gráfica No. 1.3

Casos de las 10 Primeras Enfermedades de la Piel por Departamentos



GRAFICA No. 2

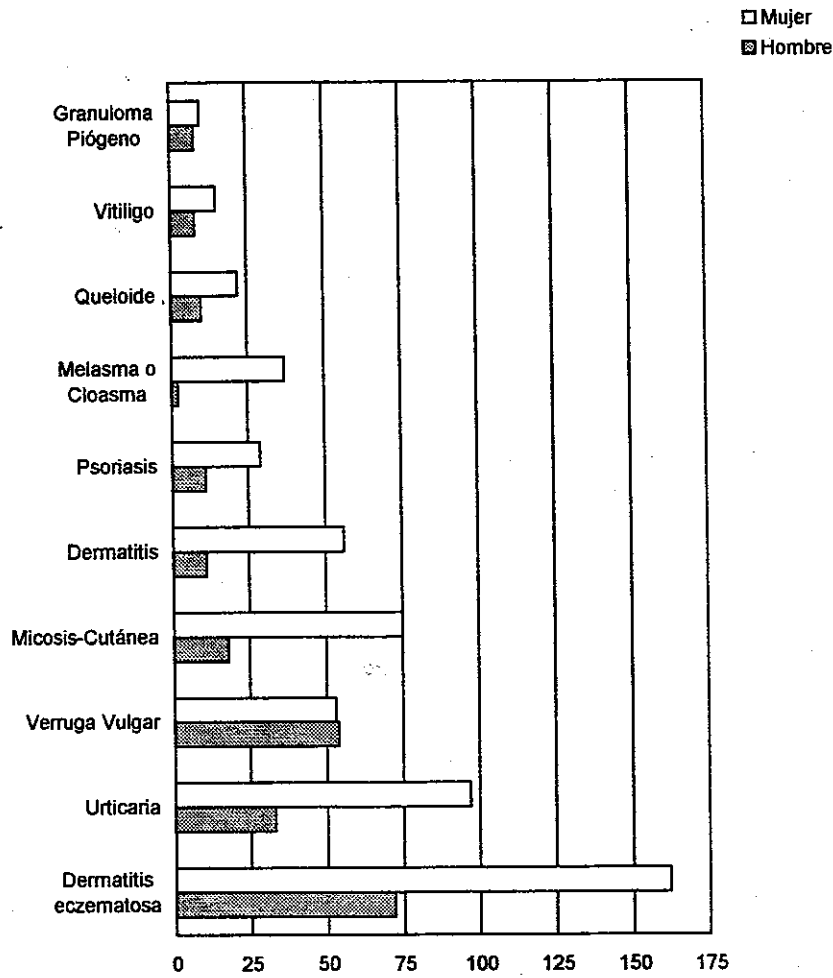
Casos de enfermedades de la piel por mes.



FUENTE: Formas F-4 e Historias clinicas. HGSJD.

GRAFICA No. 3

Casos de enfermedad de la piel por sexo.



FUENTE: Formas F-4 e Historias clínicas. HGSJD.

VIII. ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

En el presente trabajo se incluyeron a todos los pacientes que consultaron por enfermedad dermatológica a la consulta externa de adultos del Hospital General San Juan de Dios, durante el período comprendido del 1 de enero al 30 de junio de 1998, encontrándose una incidencia del 73 por 100,000 habitantes del departamento de Guatemala.

Si tomamos en cuenta la cobertura de la consulta, encontramos un 0.041%. Observamos que va a existir una diferencia bastante notable, ya que si tomamos en cuenta estas tasas, podemos afirmar que es poca la afluencia de pacientes que consultaron a la consulta externa de adultos de Dermatología. Algunos de estos factores incluyen la aglomeración de servicios de salud a nivel público y privadas dentro de la ciudad de Guatemala, horario de atención de la consulta externa de adultos de Dermatología, que no permite consultar en su momento a la población económicamente activa por horario de trabajo y la falta de conocimiento por alguna enfermedad que muchas veces no manifiesta sintomatología alguna por parte de sus habitantes y no consulta.

En este cuadro podemos ver el número de consultas por enfermedad dermatológica, la cual corresponde al 27.09% a enfermedades asociadas a la piel, no frecuentes a consultar, un 72.9% de las 10 primeras causas dermatológicas descritas, de las cuales el 67.22% de municipios y zonas de Guatemala y 5.68% de los departamentos de referencias, durante el 1 de enero de 1998 al 30 de junio de 1998. Podemos afirmar que es un porcentaje bastante significativo en relación a otras causas dermatológicas asociadas. (Ver Cuadro No.1)

Podemos ver en este cuadro que el grupo de edad y sexo que más casos presentó patología cutánea fue el de 15 a 24 años con 187 casos con el 23.88% del total de población. En el segundo lugar tenemos al grupo de 45 a 54 años, con 174 casos con el 22.22%. Con estos resultados nos damos cuenta que las patologías cutáneas están presentes en el grupo de edad con exposición al trabajo a temprana edad, la cual afecta más al sexo femenino, las condiciones de trabajo y la falta de conocimiento al tipo de trabajo que se ocupa permite la prevalencia de estas patologías. (Ver Cuadro No. 2)

De las 783 consultas más frecuentes por enfermedad de la piel, 664 casos corresponden a las zonas de la ciudad de Guatemala, con el 84.80% del total de la población. En los municipios 61 casos con el 7.8%. En los Departamentos 58 casos con el 7.41% de la población total. Los factores que predisponen a dichas afecciones se encuentran el desconocimiento de estas patologías por parte de algunos pobladores, la falta de medidas preventivas a la exposición al trabajo, el hacinamiento y el uso de tratamientos caseros no adecuados que favorecen muchas veces estas patologías. (Ver Cuadro No. 3)

En este cuadro podemos observar el número de consultas por sexo, femenino con el 71.01%, masculino con el 28.99% del total de casos, esto se debe a que la mujer conserva mejor la piel y en algunas circunstancias está predispuesta a padecer de patologías cutáneas, mientras que el sexo masculino se limita algunas veces a consultar o pasa desapercibido las patologías cutáneas. (Ver Cuadro No. 4)

Con respecto al grupo de edades y patologías cutáneas podemos observar 187 casos en el grupo de 15 a 24 años con el 28.88%, en segundo lugar tenemos al grupo de 45-54 años con 174 casos con el 22.22%, con predominio del sexo femenino con 167 casos con el 17.5%, tomando el número total de la población. Dentro de las patologías cutáneas prevalecen en los diferentes grupos de edad, con cierta tendencia ha aumentar conforme aumenta la edad en el sexo femenino y está afectada la población en la edad de mayor fuerza de trabajo. (Ver Cuadro No. 5)

En este cuadro se observa que la Dermatitis de Contacto es la patología que presenta lesiones cutáneas con mayor frecuencia anatómicamente con 234 casos, con el 29.89%, afectando principalmente el área de la mano con 45 casos con el 5.75%, en segundo lugar la Urticaria con 130 casos con el 16.6%, en su mayor parte se presentó en la forma diseminada corporalmente con 49 casos con el 6.26% de la población total. Con respecto a las 10 enfermedades cutáneas la región anatómica que sufrió más lesiones encontramos el área del brazo y antebrazo con 113 casos con el 14.43%, seguido por el área de la cara con 13.80% del total de regiones anatómicas. De acuerdo a las enfermedades diagnosticadas podemos afirmar que regularmente afectan estas regiones cutáneas del cuerpo. (Ver Cuadro No. 6)

En este cuadro podemos ver que las características clínicas que más predominan son: En lo que respecta a síntomas, prurito con el 28.03%, dolor con el 12.17%. Signos: Eritema con el 23.84%, pápula con el 15.35%, lesiones escamosas y ronchas con el 10.81%. Con estas características clínicas, podemos afirmar que se correlacionan a las patologías cutáneas descritas. (Ver Cuadro No. 7)

Entre los medicamentos más usados en Dermatitis de Contacto están las cremas de corticosteroides y el uso de antihistamínicos por vía oral con el 30% del total de casos. Con el área anatómica más afectada descrita, el tratamiento es el adecuado para estas afecciones. (Ver Cuadro No. 8)

En este cuadro se observa los casos de afecciones de la piel que consultaron por mes durante el 1 de enero al 30 de junio de 1998. En el mes de mayo se diagnosticaron más casos con el 22.09%, seguido del mes de junio con el 21.97% y el mes de febrero con el 19.45%. Con estos datos, nos damos cuenta que las enfermedades dermatológicas se presentan con recurrencias periódicas, muchas veces condicionadas por el tipo de trabajo al que está expuesto el individuo, cambios estacionales de tiempo (frío, calor, etc.), condiciones de vida y predisposiciones genéticas de algunos pobladores. (Ver Cuadro No. 9)

IX. CONCLUSIONES

1. El problema de las diez Dermatosis se presenta con mas frecuencia en el sexo femenino y en el rango de edad comprendido entre los 15-24 años, siendo la Dermatitis de contacto como primera causa de patología cutánea.
2. La zona geográfica que presentó la mayoría de casos por enfermedad de la piel, se encuentra en las zonas 1,18,3 y 6 de la ciudad de Guatemala.
3. Las características clínicas más frecuentes se encuentran: prurito, dolor, eritema y papulas.
4. El sitio anatómico de la lesión en pacientes con enfermedad de la piel en la mayoría de los pacientes es a nivel de brazo y antebrazo.
5. El tratamiento más usado encontramos las cremas a base de corticosteroides y antihistaminicos por vía oral.

X. RECOMENDACIONES

1. Tener una historia clínica adecuada a cada caso para las enfermedades de la piel y así contribuir con los médicos para tener un mejor conocimiento acerca de estas afecciones y su tratamiento.
2. Mejorar el plan educacional a los pacientes con afecciones de la piel, enfatizando los casos que ameritan continuidad, las causas que la originan para que el paciente no vuelva a padecer de este tipo de afecciones.
3. Dar pláticas y capacitación por parte de especialistas a los servicios de salud de referencias para minimizar en lo posible a los pacientes con estos tipos de enfermedades, para que sean tratados inmediatamente y adecuadamente, de acuerdo con los recursos disponibles.
4. Establecer nuevos horarios de atención al paciente, para que la población con limitación de tiempo pueda consultar al especialista por patología cutánea.

XI. RESUMEN

El presente trabajo de tesis se realizó en la consulta externa de adultos de Dermatología del Hospital General San Juan de Dios con el propósito de determinar las diez principales enfermedades de la piel que afecta a la población.

Para ello, se revisaron las formas F-4 e historias clínicas del periodo comprendido del 1 de enero al 30 de junio de 1998, encontrándose una incidencia de $(722/987,119 \times 100,000)$ por 73 por 100,000 habitantes del Departamento de Guatemala.

De las diez principales enfermedades de la piel diagnosticadas, encontramos en primer lugar a la Dermatitis de Contacto o Eczema de Contacto con 234 casos con el 29.89%, seguido por la Urticaria con 130 casos con el 16.60%.

El sexo femenino fue el que más consultó con 556 causas con el 71%. En cuanto al grupo de edad que más consultó fue el de 15 a 24 años, con el 23.88%, seguido por el grupo de 45 a 54 años con 174 casos, con el 22.22%.

Entre las características clínicas, 796 casos correspondieron a prurito y dolor, con el 40.20%, seguido por eritema y pápulas con 776 casos, con el 39.19% del total de casos.

La zona anatómica más afectada es el brazo y antebrazo con el 14.43%, seguido por el de la cara, con el 13.79% del total de casos. De las 783 consultas más frecuentes por enfermedad de la piel, 664 casos corresponden a las zonas de la ciudad de Guatemala, con el 84.80% del total de la población. De las 10 patologías cutáneas se reportaron 664 casos con el 84.80% de las zonas de la ciudad capital de Guatemala, 61 casos con el 7.8% de los municipios y 58 casos con el 7.41% de los departamentos.

Entre los medicamentos más usados en la Dermatitis de Contacto encontramos las cremas a base de corticosteroides y el uso de antihistamínicos por vía oral con 251 casos con el 30% del total de casos. Entre los casos de afecciones de la piel por mes, se diagnosticaron más casos durante el mes de mayo con 173 casos con el 22.09%, seguidos por el mes de junio con 172 casos con el 21.97% del total de casos.

Como podemos darnos cuenta, es importante que el médico conozca las enfermedades dermatológicas más comunes y su manejo. Esperamos que a través de este estudio se pueda mejorar la atención a la población que lo necesita.

XII. LISTADO DE REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Arenas, R. Dermatología; Atlas, Diagnóstico y Tratamiento. México. McGraw Hill. 1987.
2. Braunwuld, E. et al. Harrison. Principios de Medicina Interna. México, 13 ed. D. F. Internamericana. 1994.
3. Cordero. C.F.A. Dermatología Médico Quirúrgico. 4a. ed. Guatemala. Litografía Imprecolor. 1976. 2t. Ilustrados.
4. Hernández Pérez, E. Clínica Dermatológica. San Salvador. UCA Editores. 1978.
5. Bámaca, Sergio. Tesis Enfermedades de la piel 1992. Puesto de Salud Aldea San Vicente, Cabañas, Zacapa.
6. Wyngaarden, J.B. y Li. Smith. Tratado de Medicina Interna de Cécil. 19ve. ed. Interamericana. México. 1994.
7. S.L. Robbins R. S. Cotrán. Patología Estructural y Funcional. 1era. ed. Interamericana 1988.
8. W. Hamm. Tratado de Histología. 8va. ed. Interamericana. 1987.
9. C. Sabiston... Tratado de Patología Quirúrgica. 13a. ed. Interamericana. 1986. Tomo 2.
10. Cuyton. Tratado de Fisiología Médica. 7a. ed. Interamericana. 1989.
11. Dr. Quiroa Gutierrez, Fernando. Anatomía Humana. Editorial Porrua, S. A. Argentina y México. 1985
12. Dr. Falabella F., Rafél, Dr. Escobar R., Carlos, Fundamentos de Medicina, Dermatología. 4ta. Edición. 1990.
13. Amado, Saúl. Dermatología para el Médico General. UNAM, Facultad de Medicina. México. 1986.

14. Morales Lima, Zuli. Análisis y Tendencia de la Situación de Salud en Guatemala. Tesis, agosto 1984.

15. Scientific American, Medicina. Volumen 4. 360 páginas.

16. Dermatología. Volumen 10. No. 4. Página 320.

17. INE, Censo Nacional de Población 1994.

ANEXOS



BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

No. de Pie _____ Mes y año _____
Zona geográfica: CIUDAD CAPITAL: _____ Zona _____
Departamento: _____ Municipio _____
Cabecera _____
Municipio _____

SEXO: Masculino _____ Femenino _____ Edad _____
Raza: Ladino _____ OCUPACION: Jornalero _____
Ama de Casa _____
Comerciante _____
Agricultor _____
Otros _____

ESCOLARIDAD: Ninguno _____
Primaria 1ro. _____ 2do. _____ 3ro. _____
4to. _____ 5to. _____ 6to. _____
Básicos 1ro. _____ 2do. _____ 3ro. _____
Secundaria 4to. _____ 5to. _____ 6to. _____
Univesitario _____
Otros _____

CARACTERISTICAS CLINICAS:

Sintomas 1. Prurito Si _____ No _____
2. Dolor Si _____ No _____
Signos 1. Lesión eritematosa Si _____ No _____
2. Papulosa Si _____ No _____
3. Escamosa Si _____ No _____
Otros _____

SITIO ANATOMICO DE LA LESION

Cabeza _____ Cara/Ojos _____ Oídos _____ Labio _____ Carrilo _____
Cuello: anterior _____ posterior _____
Tórax: anterior _____ posterior _____
Abdomen: anterior _____ posterior _____
Columna Vertebral: dorsal _____ lumbar _____ sacro y crosis _____
Cadera: Area: Gluteo _____ Inguinal _____ Escroto _____ Pene _____
Vaginal _____ Perinal _____
Extremidades: Superior: Brazo _____ Antebrazo: mano _____ dedos _____ uñas _____
Inferior: Muslo _____ Pierna: _____ pies: interdigitales: _____ uñas _____



ENFERMEDADES SUBYACENTE:

Diabetes _____ S.I.D.A. _____ Alcoholismo _____ Desnutrición _____
TB _____ Otros _____
Diagnostico _____

TRATAMIENTO

Antimicótico: Tópico _____ Sistemático _____
Antibióticos _____
Corticoides: Tópico _____
Sistémico: Oral _____
 Inyectable _____

No. Ficha _____