

11212
③ 20g

S.S.A.

U.N.A.M.

A.M.A.L.A.C.

CENTRO DERMATOLOGICO

"DR. LADISLAO DE LA PASCUA"

Director Emérito: Dr. Fernando Latapí C.

Directora: Dra. Obdulia Rodríguez R.

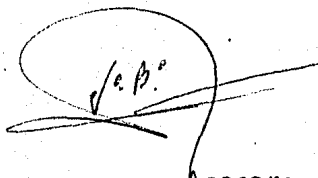
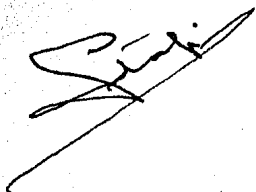
LAS DIEZ DERMATOSIS MAS FRECUENTES EN LA INFANCIA

REVISION DE 10 000 CASOS

TESIS DE POSTGRADO

EN DERMATOLOGIA LEPROLOGIA Y MICOLOGIA

DRA. DELIA ELIZABETH ESPINOBARROS TRUJILLO



Asesor:

Dra. Silvia Ortiz Carranco

México, D. F.

TESIS CON
FOLIA 15 ORIGEN

1980-1982



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas

Tesis Digitales

Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©

PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I N D I C E

	Pág.
1. INTRODUCCION	1
2. OBJETIVOS.	4
3. MATERIAL Y METODOS	6
4. RESULTADOS	10
5. CONCLUSIONES	27
6. GENERALIDADES DE LAS 10 DERMATOSIS MAS FRE CUENTES:	
6.1. Prúrigo por insectos	32
6.2. Verrugas vulgares	40
6.3. Neurodermatitis infantil.	47
6.4. Dermatitis por contacto	57
6.5. Impétigo vulgar	66
6.6. Dermatitis solar hipocromiante.	71
6.7. Vitiligo.	76
6.8. Tiñas	83
6.9. Dermatitis del pañal.	91
6.10 Escabiasis.	97
7. BIBLIOGRAFIA	107

INTRODUCCION

Considerando que el grupo de edad de 0 a 12 años corresponde a la tercera parte aproximadamente de la población total de la República Mexicana y según datos variables, en la consulta pediátrica general, el paciente dermatológico representa del 15 al 30%, es fácil deducir la importancia que tiene el conocimiento de las dermatosis en la infancia.

Tomando en cuenta además que la piel del niño reviste características especiales como las de ser fina y suave, "que no ha adquirido aún la inmunidad a infecciones, picaduras de insecto, etc. y que por lo tanto sus reacciones ante estos u otros factores externos pueden ser más aparatosas y graves" (O. Rodríguez), puede concluirse que existen importantes diferencias en el cuadro clínico, tratamiento y pronóstico de muchas enfermedades entre el niño y el adulto.

Lo anterior me parece razón suficiente para analizar las 10 entidades dermatológicas más comunes en la infancia, considerando que esto tiene una utilidad real para el médico, especialmente pediatra o dermatólogo.

Asimismo, debe señalarse la confiabilidad de la fuente del estudio, ya que el Centro Dermatológico Pascua representa uno de los principales centros de concentración de pacientes

de piel a nivel nacional y que hasta el momento carece de datos estadísticos significativos al respecto, puesto que solo cuenta con el trabajo de Soule sobre Dermatitis en la Infancia con un número bajo de casos y existen otros estudios que abarcan niños y adultos o grupos de edad específicos (escolares o adolescentes).

En la literatura mundial, solo se encuentra un trabajo hecho en Sud-Africa en 1974 y en nuestro medio, el estudio más completo es el realizado por Ruiz-Maldonado en 10,000 pacientes del Hospital del Niño (DIF), publicado en 1977.

O B J E T I V O S

OBJETIVOS

El objetivo primordial de este trabajo, es determinar las 10 dermatosis más frecuentes en niños de 0 a 12 años de edad, - en una muestra estadísticamente significativa, de la que podamos concluir la frecuencia de cada una de estas entidades de acuerdo a los diferentes grupos de edad y sexo.

En cada dermatosis se tratarán de establecer las características especiales que reviste este grupo de edad.

Se analizará también el lugar de residencia de los pacientes para intentar conocer la distribución epidemiológica de las enfermedades.

Por último, se tratarán brevemente las generalidades de las 10 dermatosis que resulten más frecuentes, tomando en cuenta sus aspectos más importantes.

La finalidad del trabajo es que al conocer la frecuencia de las dermatosis sea de valor práctico para poder resolver la patología más común y dar prioridad a éstas entidades al elaborar los programas de enseñanza y de prevención en los que sea posible.

M A T E R I A L

Y

M E T O D O S

MATERIAL Y METODOS

Para la elaboración del presente trabajo, se realizó un estudio retrospectivo de 46 500 expedientes sacados al azar del archivo del Centro Dermatológico Pascua de los años 1980 y 1981, para obtener una muestra de 10 110 casos dermatológicos en niños con edades comprendidas entre 0 y 12 años.

De los 10 110 casos resultantes, se recabaron los siguientes datos:

- EDAD
- SEXO
- LUGAR DE RESIDENCIA
- DIAGNOSTICO

EDAD

Se incluyeron todos los niños entre 0 y 12 años, separándolos en los siguientes grupos, de acuerdo a la clasificación usada en el Hospital del niño DIF:

RECIEN NACIDOS:	0 - 28 días
LACTANTES MENORES:	29 días - 12 meses
LACTANTES MAYORES:	13 - 24 meses
PRE-ESCOLARES:	2 1/12 - 6 años
ESCOLARES:	6 1/12 - 12 11/12 años.

SEXO

En cada grupo de edad, los casos fueron separados por sexos.

LUGAR DE RESIDENCIA

Se dividió en las diferentes zonas del D.F., Estado México y otros estados.

DIAGNOSTICO

Para efectuar el registro del diagnóstico en este trabajo, - fueron tomados en cuenta tanto el diagnóstico clínico anotado en el expediente, como los datos paraclínicos, cuando existieron.

Para referirse a los padecimientos, se emplearon las designaciones de la Escuela Mexicana de Dermatología.

Los diagnósticos que reunieron menos de 10 casos, se incluyeron en un solo grupo denominado "varios".

Se excluyeron los expedientes cuyo diagnóstico aparecía como - "probable" o "a descartar".

Los datos obtenidos fueron distribuidos en 19 gráficas, la primera, mostrando las que resultaron ser las 10 dermatosis más - frecuentes, posteriormente analizando cada una de éstas dermatosis por grupos de edad y sexo y por último de acuerdo a los grupos de edad, se graficaron las mismas 10 dermatosis en orden

de frecuencia,

En una tabla por separado, se muestran el total de diagnósticos obtenidos, señalando el número de casos en cada uno de estos diagnósticos que hacen un total de 10 110.

R E S U L T A D O S

RESULTADOS

Para obtener la muestra de 10,110 pacientes de 0 a 12 años, - fue necesario revisar 46,500 expedientes, lo que significa - que este grupo de edad corresponde al 21.74% de la consulta - total analizada.

Estos 10,110 casos, se agruparon en 52 diferentes diagnósticos, correspondiendo los primeros 10 a un total de 6,873 casos - (67.98%).

Para el análisis subsecuente, se considera como 100% a estos 6,873 casos, que cubren el objetivo de este trabajo, el resto solo se menciona en un cuadro que muestra el total de diagnós-
ticos con el número de casos encontrados para cada uno y orde-
nados de acuerdo al número decreciente de los mismos (ver Cua-
dro Global).

Así vemos que en este estudio las 10 dermatosis más frecuen-
tes fueron: Prúrigo por insectos, Verrugas vulgares, Neuroder-
matitis, Dermatitis por contacto, Impétigo vulgar, Dermatitis
solar hipocromiante, Vitiligo, Tiñas, Dermatitis del pañal y
Escabiasis (Gráfica No. 1)

Enseguida se analizará cada una de estas dermatosis por sepa-
rado y posteriormente su distribución en los grupos de edad.

CUADRO GLOBAL

<u>DIAGNOSTICO</u>	<u>No. DE CASOS</u>
1. PRURIGO POR INSECTOS.....	1 420
2. VERRUGAS VULGARES.....	1 259
3. NEURODERMATITIS.....	1 237
4. DERMATITIS POR CONTACTO.....	732
5. IMPETIGO VULGAR.....	476
6. DERMATITIS SOLAR HIPOCROMIANTE.....	441
7. VITILIGO.....	406
8. TIÑAS.....	384
9. DERMATITIS DEL PAÑAL.....	271
10. ESCABIASIS.....	247
11. ECZEMATIDES.....	213
12. SUDAMINA.....	199
13. DERMATITIS SEBORREICA.....	182
14. QUERATOSIS PILAR.....	175
15. SINDROME URTICARIANO.....	163
16. PRURIGO SOLAR.....	162
17. NEVOS.....	152
18. IMPETIGO SECO.....	145
19. MOLUSCO CONTAGIOSO.....	127
20. DERMATITIS MICROBIANA.....	109

No. DE CASOS

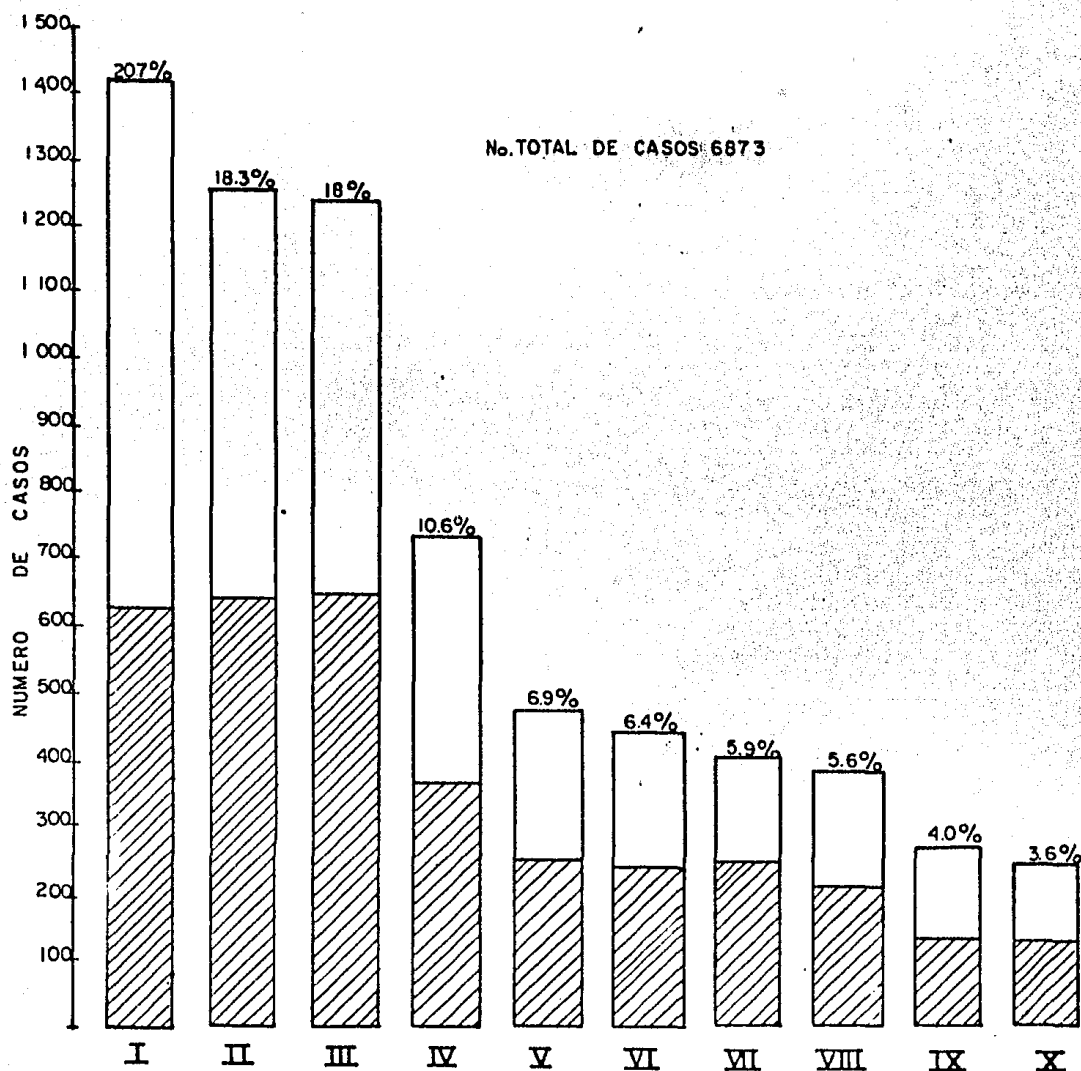
21.	ALOPECIA AREATA.....	107
22.	PIEL NORMAL.....	100
23.	DISHIDROSIS.....	90
24.	LESIONES RESIDUALES.....	82
25.	DERMATITIS SOLAR.....	79
26.	FOLICULITIS.....	72
27.	HEMANGIOMAS.....	69
28.	EXANTEMAS.....	64
29.	FITOFOTOSENSIBILIZACION.....	61
30.	LIQUENES.....	60
31.	ACNE.....	59
32.	PIEL ALIPICA.....	54
33.	CORTICOESTROPEO.....	50
34.	PEDICULOSIS.....	48
35.	ICTIOSIS.....	46
36.	PITIRIASIS ROSADA DE GIBERT.....	39
37.	SIN DIAGNOSTICO.....	35
38.	GRANULOMA PIOGENO.....	32
39.	PITIRIASIS RUBRA PILARIS.....	27
40.	PSORIASIS.....	25
41.	CICATRIZ QUELOIDE.....	24
42.	CANDIDOSIS.....	24
43.	HERPES. ZOSTER.....	19
44.	CONDILOMAS ACUMINADOS.....	19
45.	FURUNCULOSIS.....	18

No. DE CASOS

46.	GRANULOMA ANULAR.....	18
47.	TRICOTILOMANIA.....	17
48.	HERPES SIMPLE.....	17
49.	ONICOMICOSIS.....	16
50.	CICATRICES.....	16
51.	EN ESTUDIO.....	16
52.	VARIOS.....	207

TOTAL..... 10 110

LAS 10 DERMATOSIS MAS FRECUENTES EN LA INFANCIA



- | | |
|-----------------------------|------------------------------------|
| I- PRURIGO POR INSECTOS | VI- DERMATITIS SOLAR HIPOCROMIANTE |
| II- VERRUGAS VULGARES | VII- VITILIGO |
| III- NEURO DERMATITIS | VIII- TIRAS |
| IV- DERMATITIS POR CONTACTO | IX- DERMATITIS DEL PAÑAL |
| V- IMPETIGO VULGAR | X- ESCABIASIS |
| FEMENINOS | MASCULINOS |

PRURIGO POR INSECTOS

En este estudio resulta la dermatosis más frecuente en la infancia, con un total de casos de 1,420 (20.7%), de los cuales 621 (43.7%), corresponden al sexo femenino y 799 (56.3%) al masculino.

En cuanto al lugar de residencia, la mayoría de los casos (15.5%), corresponden al Estado de México, seguidos por el 13.2% de la zona postal 13 del D.F.

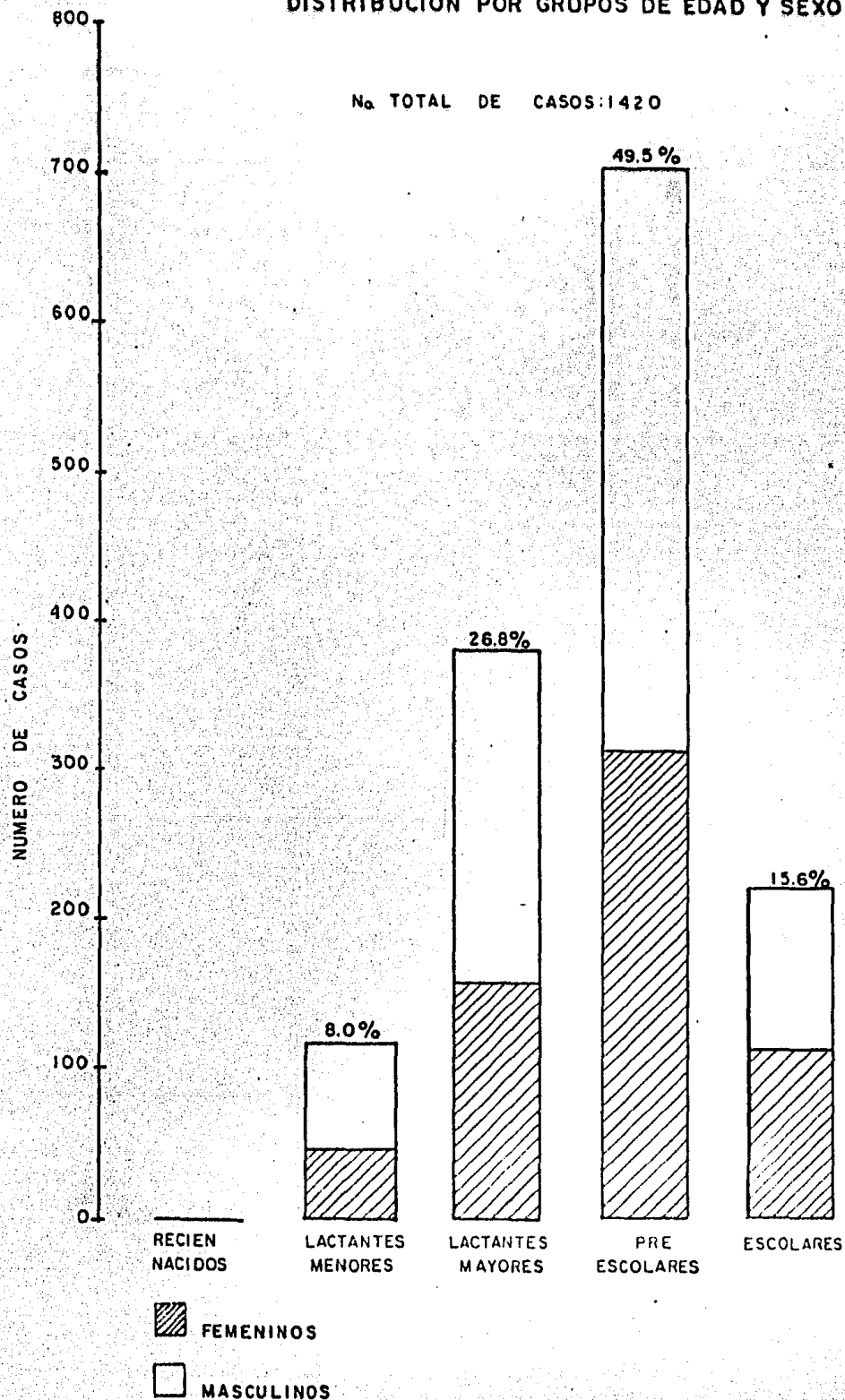
En lo referente a su distribución en los grupos de edad, es más frecuente en los pre-escolares, abarcando 703 casos (49.5%), de ellos 312 del sexo femenino y 391 del masculino, enseguida en los lactantes mayores 380 casos, en escolares se encuentran 222 y por último, en los lactantes menores 115 casos.

No se encontró este padecimiento en recién nacidos. (Gráfica No. 2)

PRURIGO POR INSECTOS

DISTRIBUCION POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO

No. TOTAL DE CASOS: 1420



FUENTE: ARCHIVO C.D.P.

VERRUGAS VULGARES

Ocupa el 2o. lugar en frecuencia con 1,259 casos, correspondiendo al sexo femenino 635 o sea, el 50.4% y 624 (49.6%) al masculino.

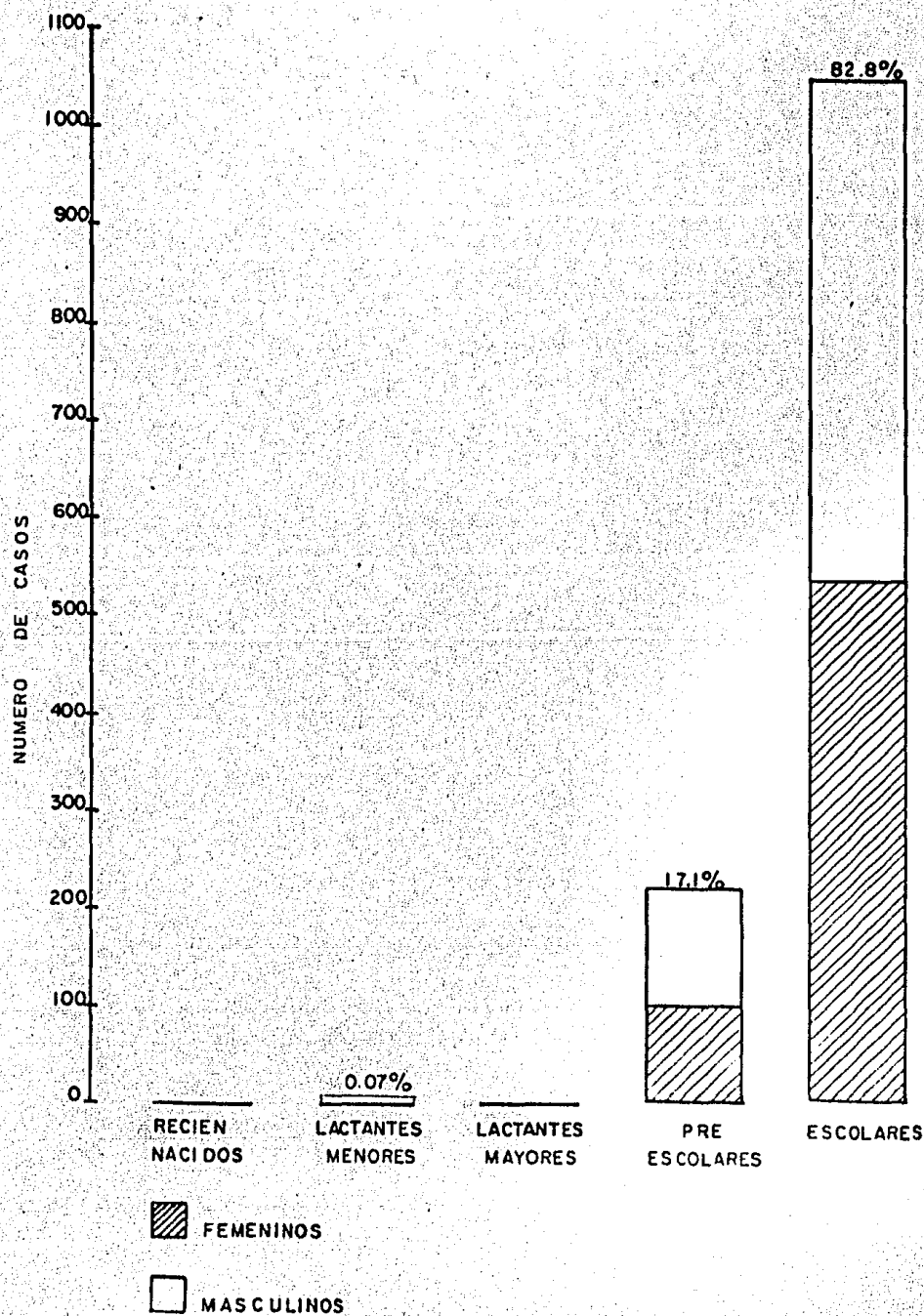
El mayor número de casos: 15.3%, residen en el Estado de México y el 12.1% en la zona postal 14 del D.F.

De acuerdo a los grupos de edad, la mayor frecuencia se observa en los escolares, a los que corresponden 1,042 casos y de éstos, 534 son del sexo femenino y el resto (508) del masculino. En pre-escolares, se encuentran 216 casos (116 del sexo femenino) y un solo caso en lactantes menores. No se registraron casos en recién nacidos ni en lactantes mayores (Gráfica No. 3).

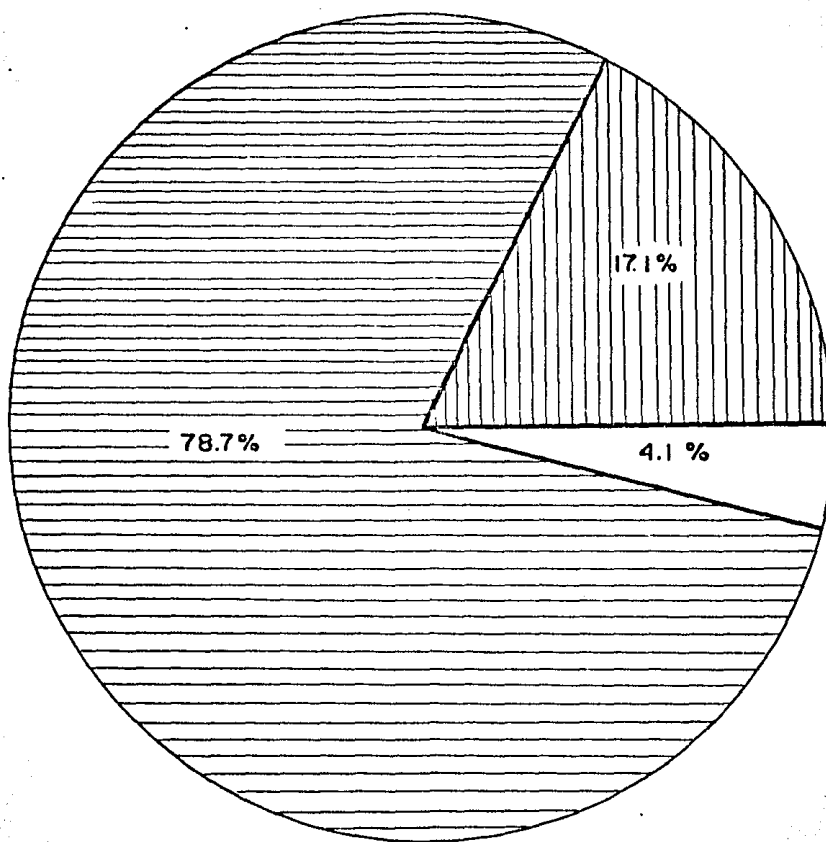
En cuanto a las formas clínicas de ésta entidad, el mayor número de casos (991 ó 78.7%), corresponden a Verrugas vulgares; 216 (17.1%) a Verrugas planas y 52 (4.1%) a Verrugas plantares. (Gráfica No. 4)

VERRUGAS VULGARES DISTRIBUCION POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO

Nº TOTAL DE CASOS: 1259



CLASIFICACION DE VERRUGAS



VERRUGAS VULGARES



VERRUGAS PLANAS



VERRUGAS PLANTARES

NEURODERMATITIS

Corresponde a la 3a. dermatosis en frecuencia, comprendiendo 1,237 casos, de los cuales 646 (52.2%) son niñas y 591 - (47.8%) son varones.

El 14.7% de los pacientes residen en el Estado de México y - el 12% en la zona postal 8 del D.F.

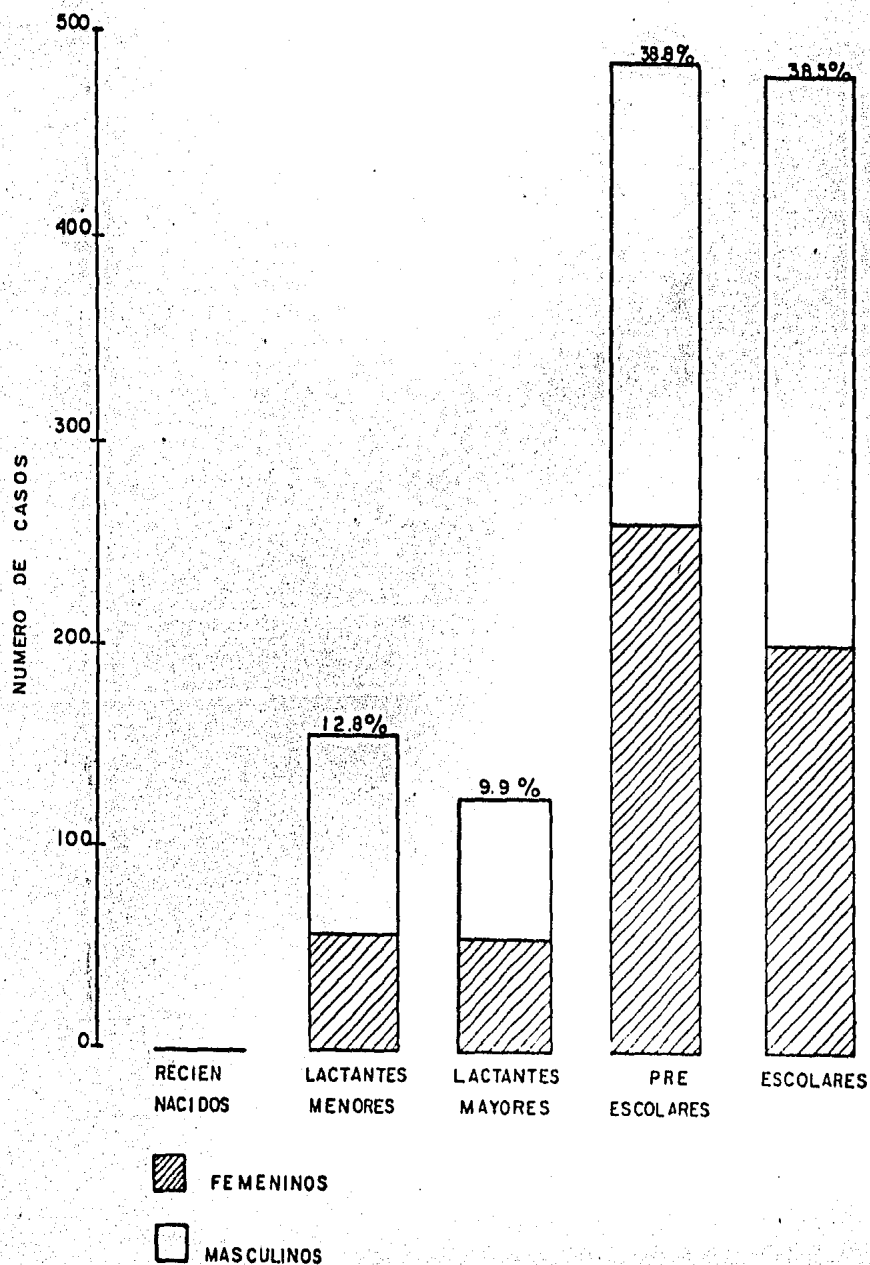
Su distribución por grupos de edad, es la siguiente: 480 pre escolares (263 femeninos y 217 masculinos), 476 escolares, - 159 lactantes menores, 122 lactantes mayores. Ningún caso - en recién nacidos. (Gráfica No. 5)

Los casos complicados corresponden al 14.5% del total y son 96 con Dermatitis por contacto y 85 corticoestropeados. (Gráfica No. 6)

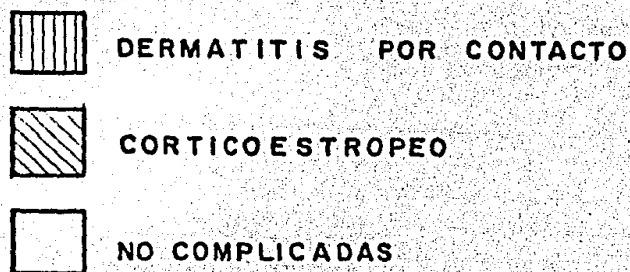
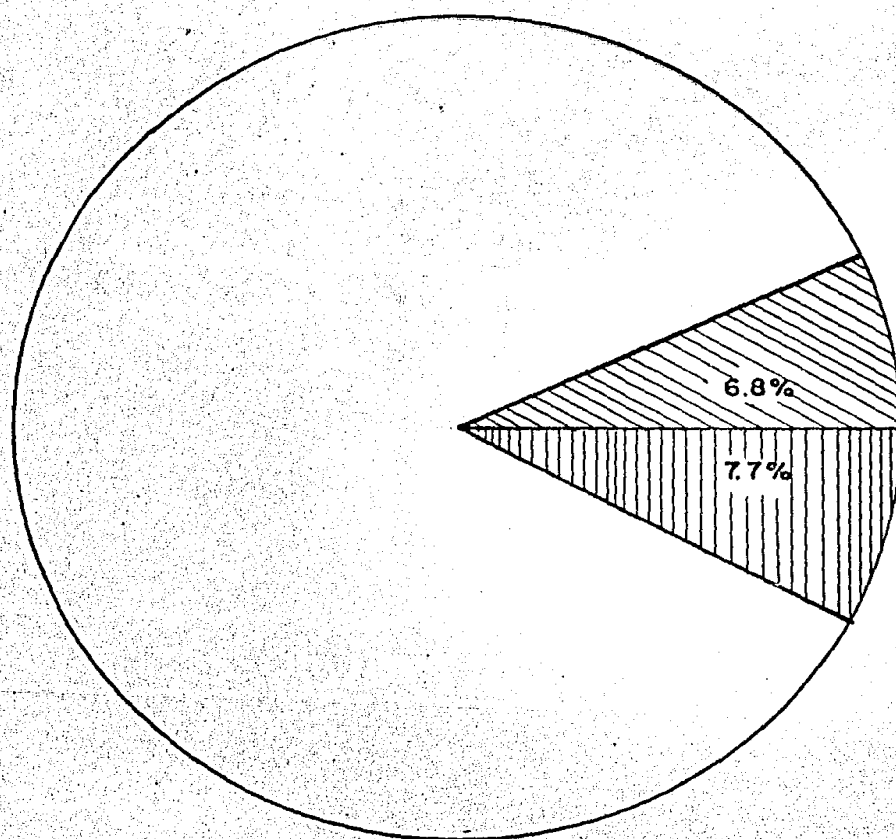
NEURO DERMATITIS

DISTRIBUCION POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO

Nº TOTAL DE CASOS: 1237.



NEURODERMATITIS COMPLICACIONES



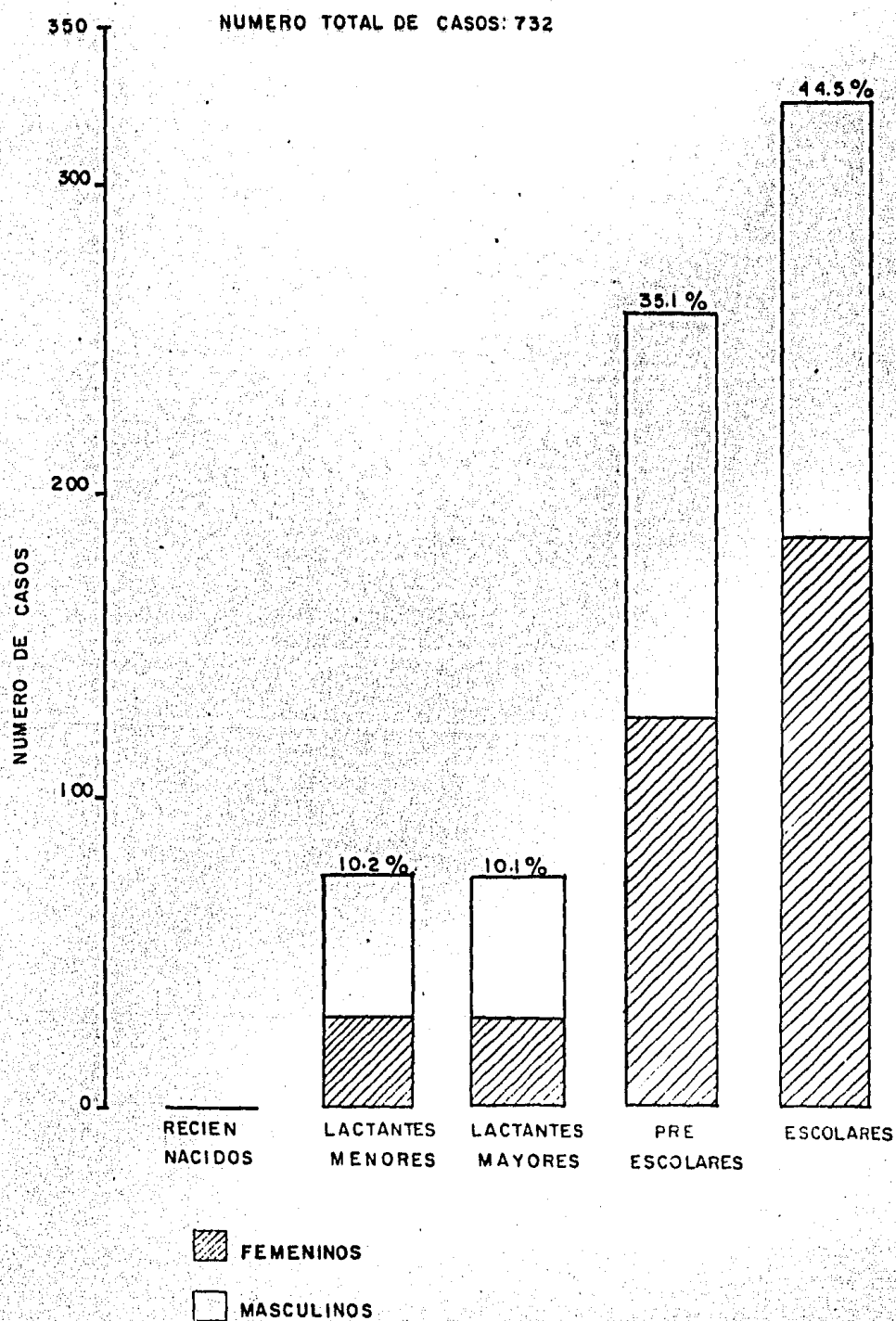
FUENTE: ARCHIVO C.D.P

DERMATITIS POR CONTACTO

A esta entidad, corresponden 732 casos, por lo que es la 4a. dermatosis en frecuencia. En su distribución por sexos se observa que el 49.6% de los casos (363) son mujeres y el 50.4% (369) son varones.

El grupo de edad mayormente afectado es el de escolares con 326 casos (44.5%), de los cuales 183 son niñas y 143 niños, seguido por los pre-escolares con 357 casos y en lactantes mayores y menores se observa prácticamente la misma frecuencia con 74 y 75 casos respectivamente. No hubo casos en recién nacidos. (Gráfica No. 7)

DERMATITIS POR CONTACTO DISTRIBUCION POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO



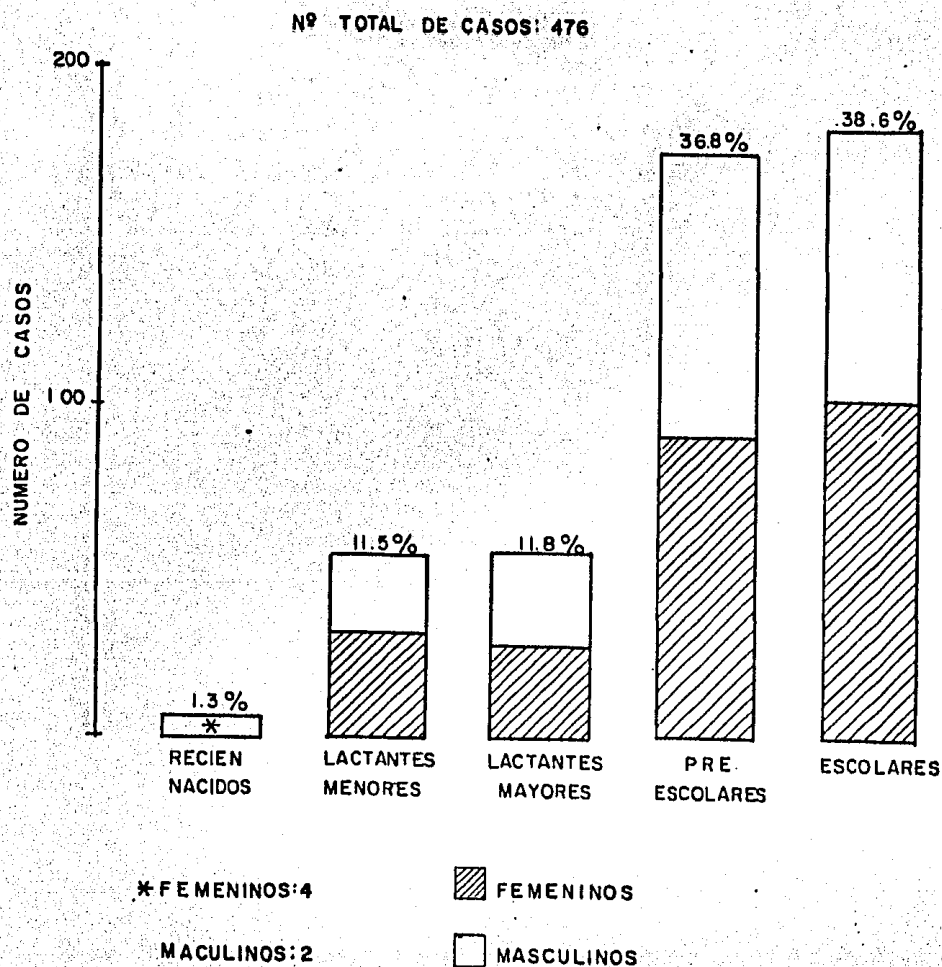
IMPETIGO VULGAR

Es la 5a. dermatosis en este estudio, con 476 casos: 253 femeninos (53.2%) y 223 masculinos (46.8%).

Se observa que el mayor porcentaje de pacientes 13.7% radican en el Estado de México y el 12.6% en la zona postal 13 del D.F.

La mayor frecuencia en lo que a grupos de edad se refiere, es en escolares con 184 casos (101 femeninos y 83 masculinos), en segundo lugar, en pre-escolares con 175 casos, seguidos por los lactantes mayores y menores con 56 y 55 casos respectivamente y por último 6 casos en recién nacidos. (Gráfica No. 8)

IMPETIGO VULGAR DISTRIBUCION POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO



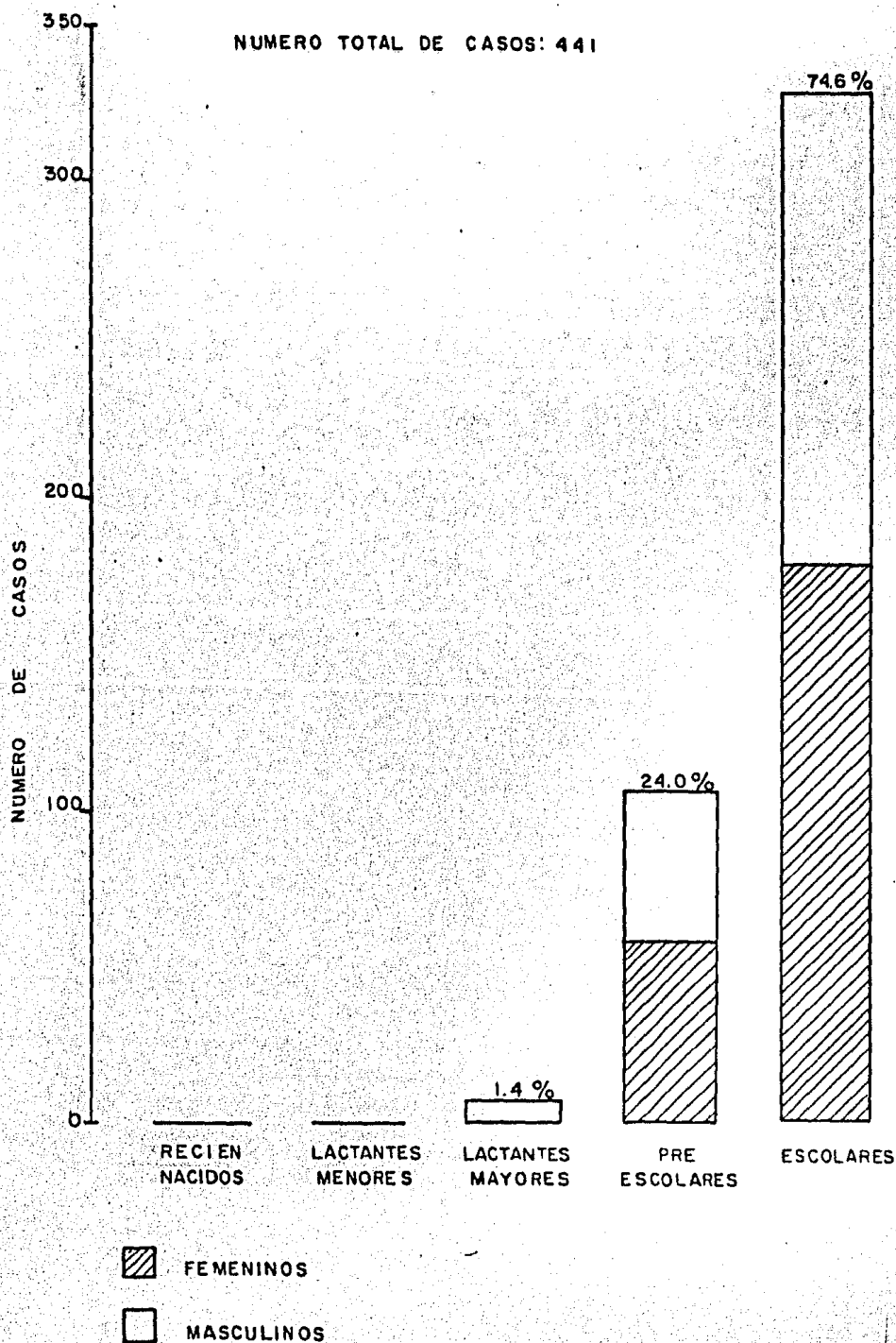
DERMATITIS SOLAR HIPOCROMIANTE

Ocupa el 6o. lugar, constituida por 441 casos, divididos en 236 niñas (53.5%) y 205 varones (46.5%).

El lugar de residencia más significativo fue la zona postal 14 con 16.6% de los casos y el Estado de México 13.7%.

Se observa franco predominio en el grupo de escolares (329 casos: 178 femeninos y 151 masculinos), otro grupo significativo es el de pre-escolares en los que se registran 106 - casos. En lactantes mayores, existen 6 casos y ninguno en lactantes menores y recién nacidos. (Gráfica No. 9)

DERMATITIS SOLAR HIPOCROMIANTE DISTRIBUCION POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO



VITILIGO

Le corresponde el 7o. lugar en este trabajo, representado por 406 casos: 248 (61.1%) mujeres y 158 (38.9%) hombres.

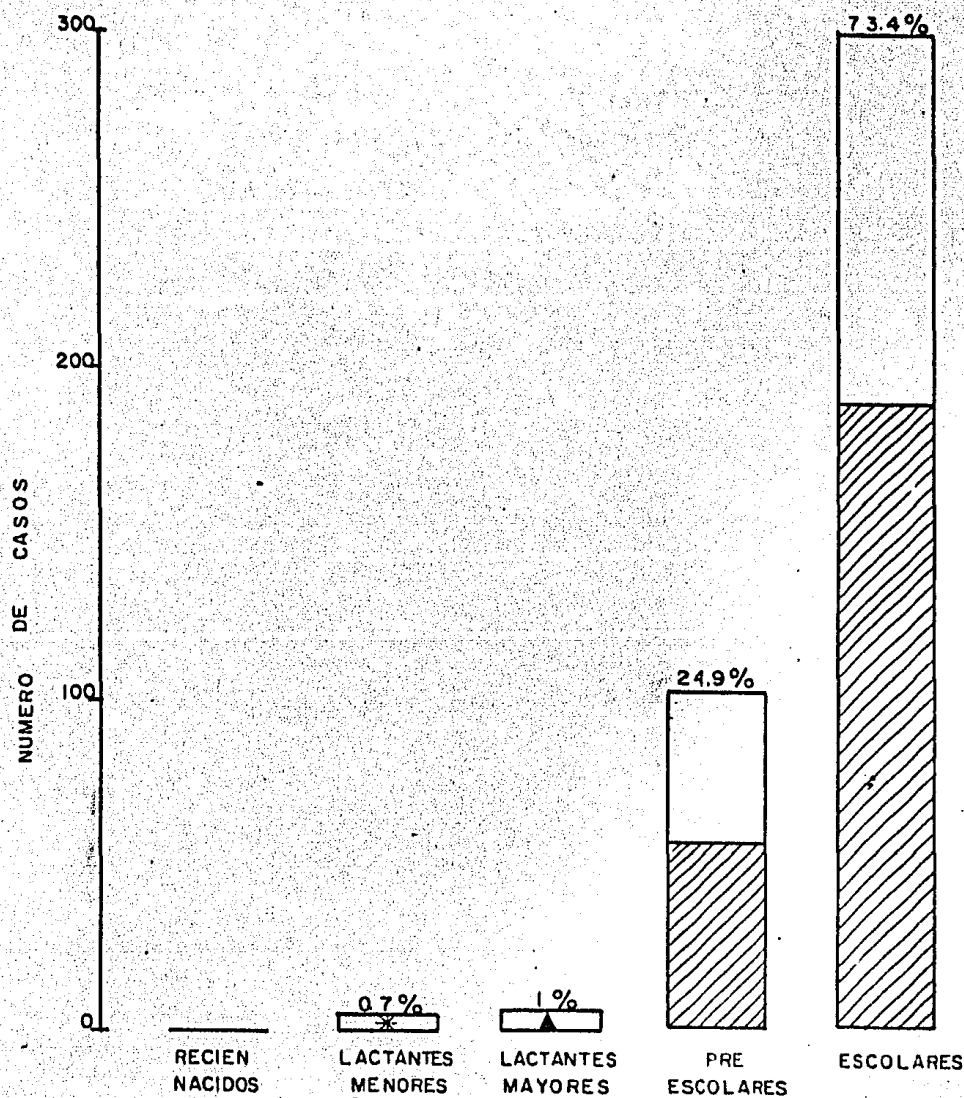
El 18.6% de los pacientes residen en el Estado de México y el 13.9% en otros estados.

Esta entidad se presenta prácticamente en solo dos grupos de edad: escolares (298 casos predominando en el sexo femenino) y pre-escolares (101 casos). En los lactantes mayores se encuentran 4 casos y en los menores 3. No se observa en recién nacidos. (Gráfica No. 10)

VITILIGO

DISTRIBUCION POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO

NUMERO TOTAL DE CASOS: 406



* FEMENINOS: 2

MASCULINOS: 1

▲ FEMENINOS: 2

MASCULINOS: 2

■ FEMENINOS

□ MASCULINOS

FUENTE: ARCHIVO C. D. P.

TIÑAS

Estas dermatofitosis ocupan el 8o. lugar en frecuencia con 384 casos. Se ven más afectadas las mujeres (209 casos, 54.4%) que los hombres (175 casos, 45.6%)

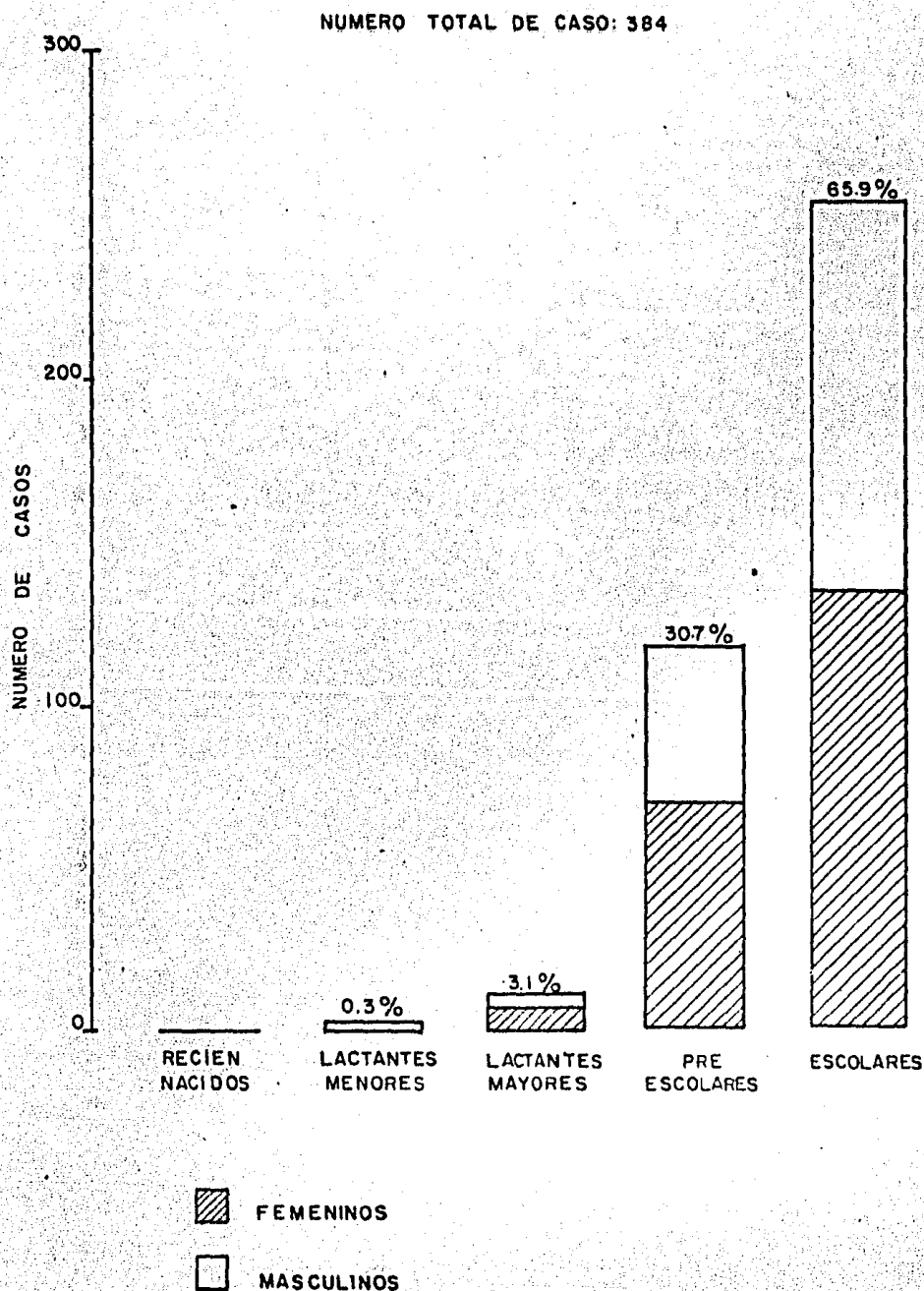
En cuanto al lugar de residencia, destaca el Estado de México en 17.7% de los casos y las zonas postales 8 y 13 del D.F. con 13.9% cada una.

En los grupos de edad se observa predominio importante en los escolares (253 casos) a diferencia de los pre-escolares y lactantes mayores que abarcan 118 y 12 casos respectivamente. 6 casos se presentaron en lactantes menores y ninguno en recién nacidos. (Gráfica No. 11)

La localización más observada de la enfermedad es la de cabeza con 212 casos (55.2%), seguida por la de pies (106 casos) y la del cuerpo (66 casos). (Gráfica No. 12)

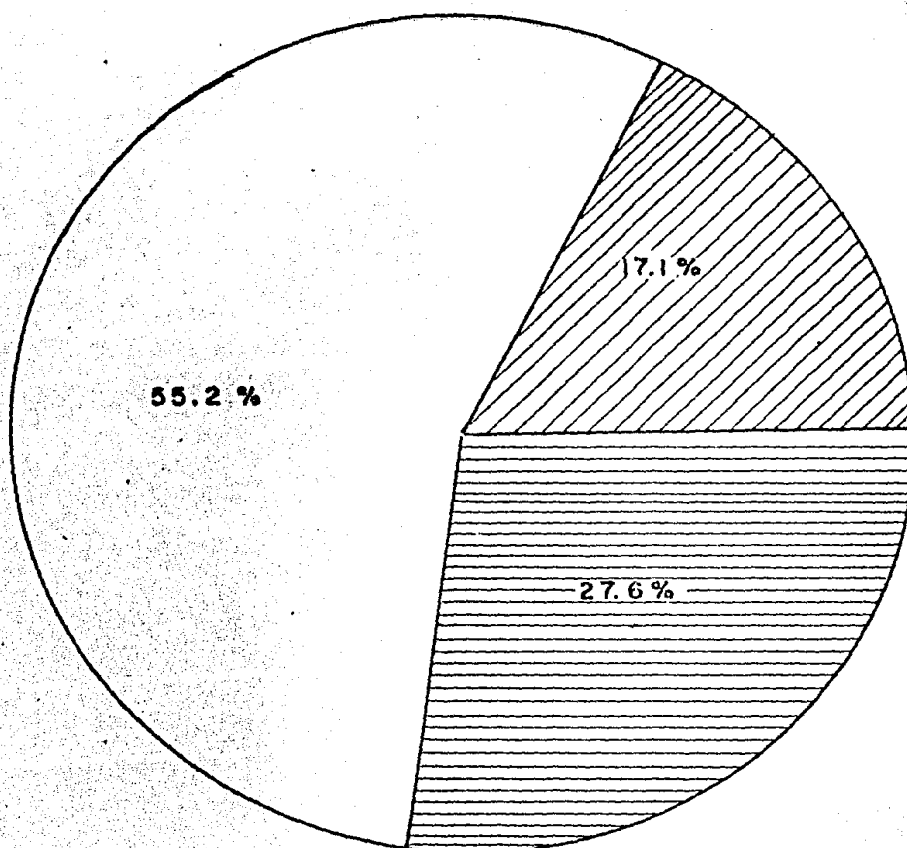
TIÑAS

DISTRIBUCION POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO



FUENTE: ARCHIVO C.D.P.

TIÑAS LOCALIZACIONES



-  TIÑA DE LA CABEZA
-  TIÑA DE LOS PIES
-  TIÑA DEL CUERPO

DERMATITIS DEL PAÑAL

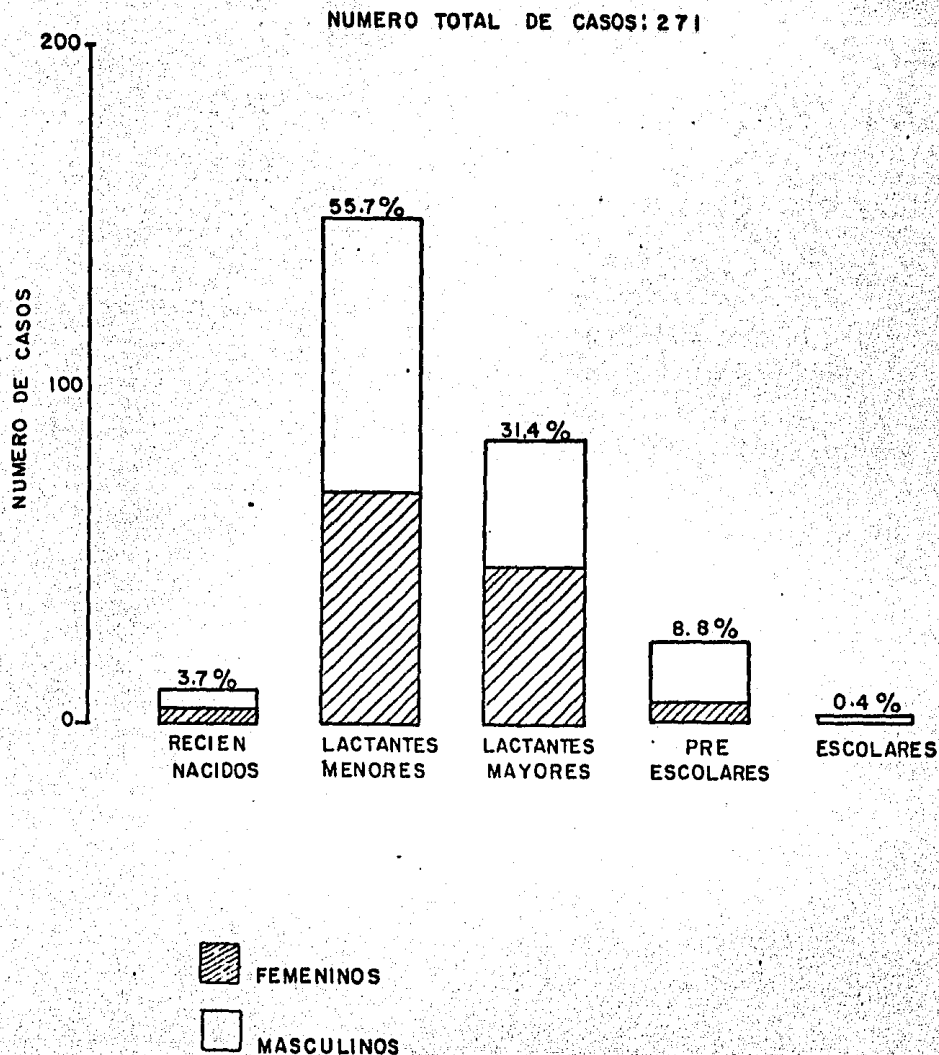
A esta dermatosis corresponden 271 casos que la colocan en 9o. lugar, observándose un mayor número de pacientes masculinos: 147 (54.2%).

En el lugar de residencia destacan las zonas postales 7 y 9 del D.F. y el Estado de México con 15% de los casos en cada uno.

El mayor número de casos se presenta en los lactantes menores (151), seguido por los lactantes mayores (85 casos), pre escolares (24 casos), recién nacidos (10 casos) y un caso en escolares. (Gráfica No. 13)

DERMATITIS DEL PAÑAL

DISTRIBUCION POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO



FUENTE: ARCHIVO C.D.P.

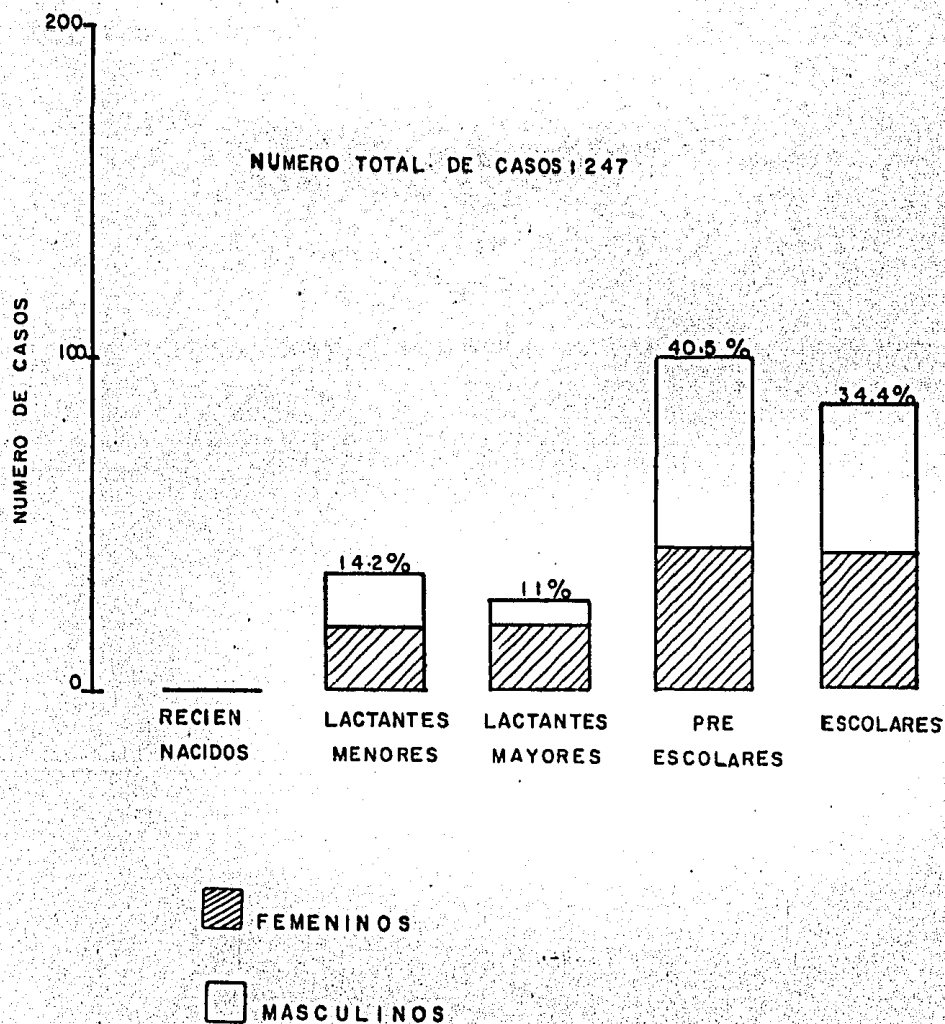
ESCABIASIS

Es la última de las 10 dermatosis más frecuentes, registrándose 247 casos (121 femeninos y 126 masculinos).

El 16.2% de los casos provienen de la zona postal 9 del D. F. y el 14.8% de la zona postal 13.

En su distribución por edad, se ve en primer lugar en pre-escolares (100 casos), en 2o. lugar escolares (85 casos), en 3er. lugar lactantes menores (35 casos) y por último en lactantes mayores (27 casos). (Gráfica No. 14)

ESCABIASIS DISTRIBUCION POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO



DISTRIBUCION DE LAS 10 DERMATOSIS EN LOS GRUPOS DE EDAD

RECIENTES NACIDOS.- Este grupo de edad es poco visto en la consulta del Centro Dermatológico Pascua; en este trabajo solo se encuentran registrados 16 pacientes que corresponden al 0.23% del total analizado. En ellos solo se observan 2 dermatosis: Dermatitis del pañal (10 casos) e Impétigo vulgar (6 casos). (Gráfica No. 15)

LACTANTES MENORES.- En este grupo se encuentran 595 casos (8.65%), de los cuales el mayor número (159) presentan Neurodermatitis, 151 Prurigo por insectos, 75 Dermatitis por contacto, 55 Impétigo vulgar, 35 Escabiasis. De poca importancia en este grupo de edad son el Vitiligo, las Tiñas y las Verrugas vulgares. La Dermatitis solar hipocromiante no se observa en ellos. (Gráfica No. 16)

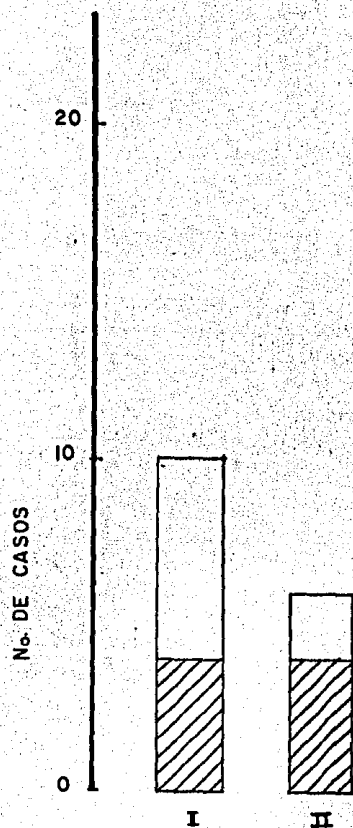
LACTANTES MAYORES.- A este grupo pertenecen 766 pacientes (11.14%) y observamos que la dermatosis más frecuente en ellos es el Prurigo por insectos que registra 703 casos, en cambio, las Verrugas vulgares no aparecen aquí. Los lugares 2o. a 9o. están ocupados por: Neurodermatitis (122 casos), Dermatitis del pañal (85 casos), Dermatitis por contacto (74), Impétigo vulgar (56), Escabiasis (27), Tiñas (12), Dermatitis solar hipocromiante (6), Vitiligo (4). (Gráfica No. 17)

PRE-ESCOLARES.- De acuerdo a los grupos de edad, los pre-escolares constituyen el 2o. lugar en la consulta pediátrica; en este estudio se registran 2,280 pacientes (33.17%). La dermatosis más frecuente en ellos es el Prúrigo por insectos al igual que en los lactantes mayores. Los 2,280 casos se distribuyen de la siguiente manera: Prúrigo por insectos (703), Neurodermatitis (480), Dermatitis por contacto (257), Verrugas vulgares (216), Impétigo vulgar (175), Tiñas (118), Dermatitis solar hipocromiante (106), Vitiligo (101), Escabiasis (100) y Dermatitis del pañal (24). (Gráfica No. 18)

ESCOLARES.- Constituyen el grupo más numeroso de acuerdo a la presente revisión en que se encuentran 3,216 casos, que corresponden al 46.79% de la consulta pediátrica. La dermatosis que ocupa el primer lugar en este grupo es la de Verrugas vulgares con 1,042 casos y seguida en orden de frecuencia por: Neurodermatitis con 476 casos, Dermatitis solar hipocromiante con 329, Dermatitis por contacto con 326, Vitiligo con 298, Tiñas con 253, Prúrigo por insectos con 222, Impétigo vulgar con 184, Escabiasis con 85 y por último la Dermatitis del pañal con un solo caso. (Gráfica No. 19).

LAS 10 DERMATOSIS MAS FRECUENTES EN RECIEN NACIDOS

No. TOTAL DE CASOS: 16



I- DERMATITIS DEL PAÑAL

II- IMPETIGO VULGAR

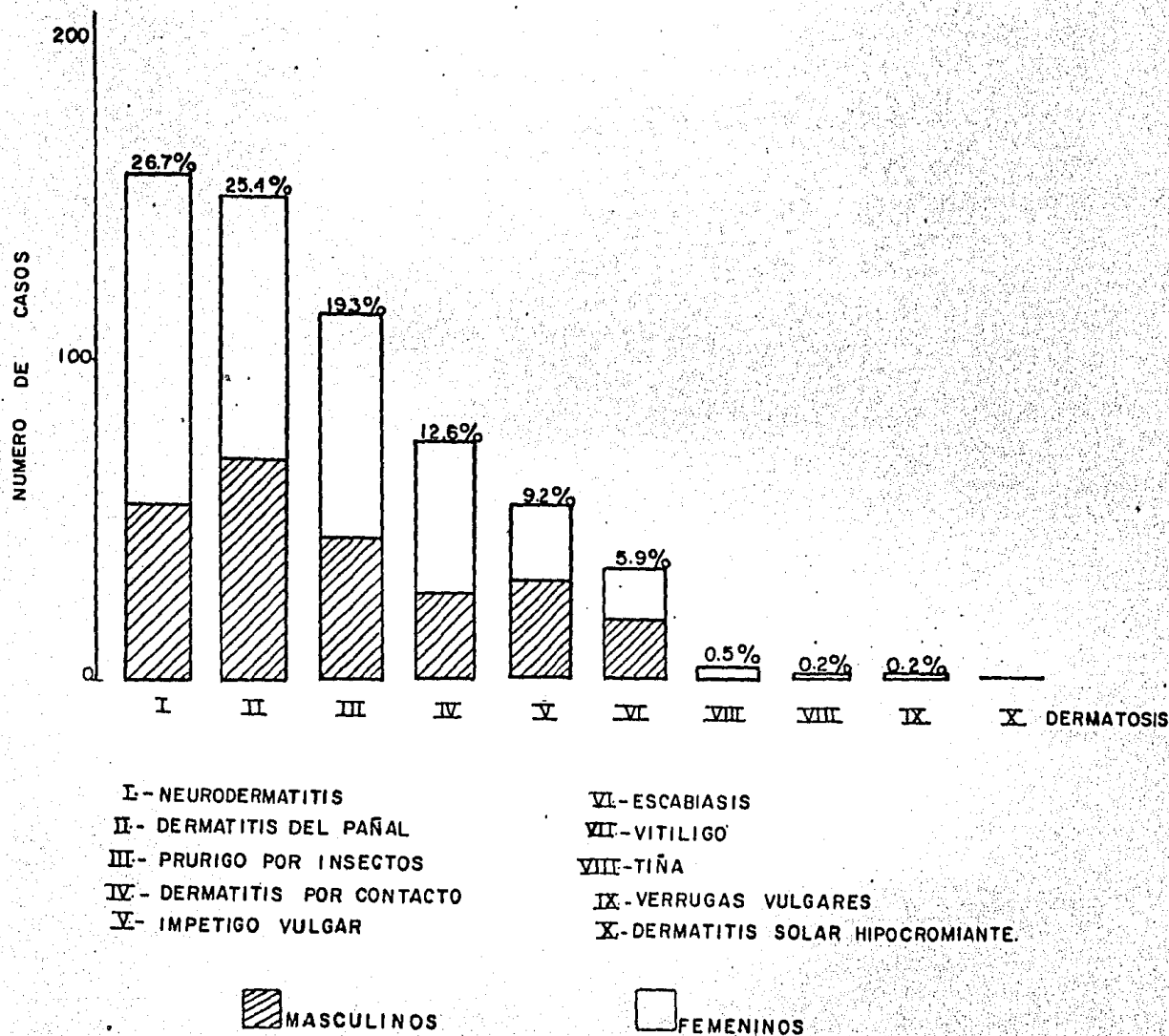
 FEMENINOS

 MASCULINOS

FUENTE: ARCHIVO C.D.P.

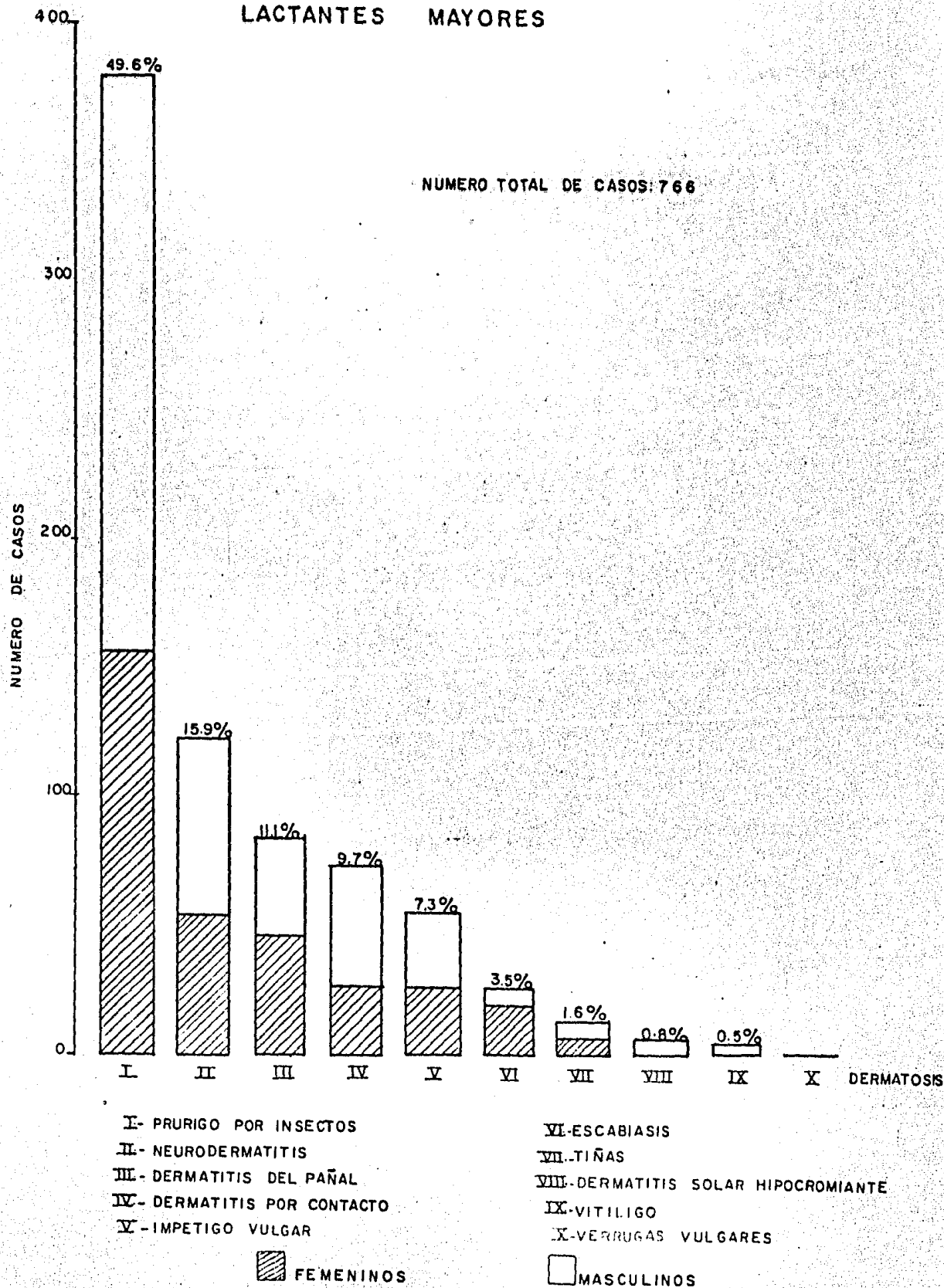
LAS 10 DERMATOSIS MAS FRECUENTES EN LACTANTES MENORES

NUMERO TOTAL DE CASOS. 595

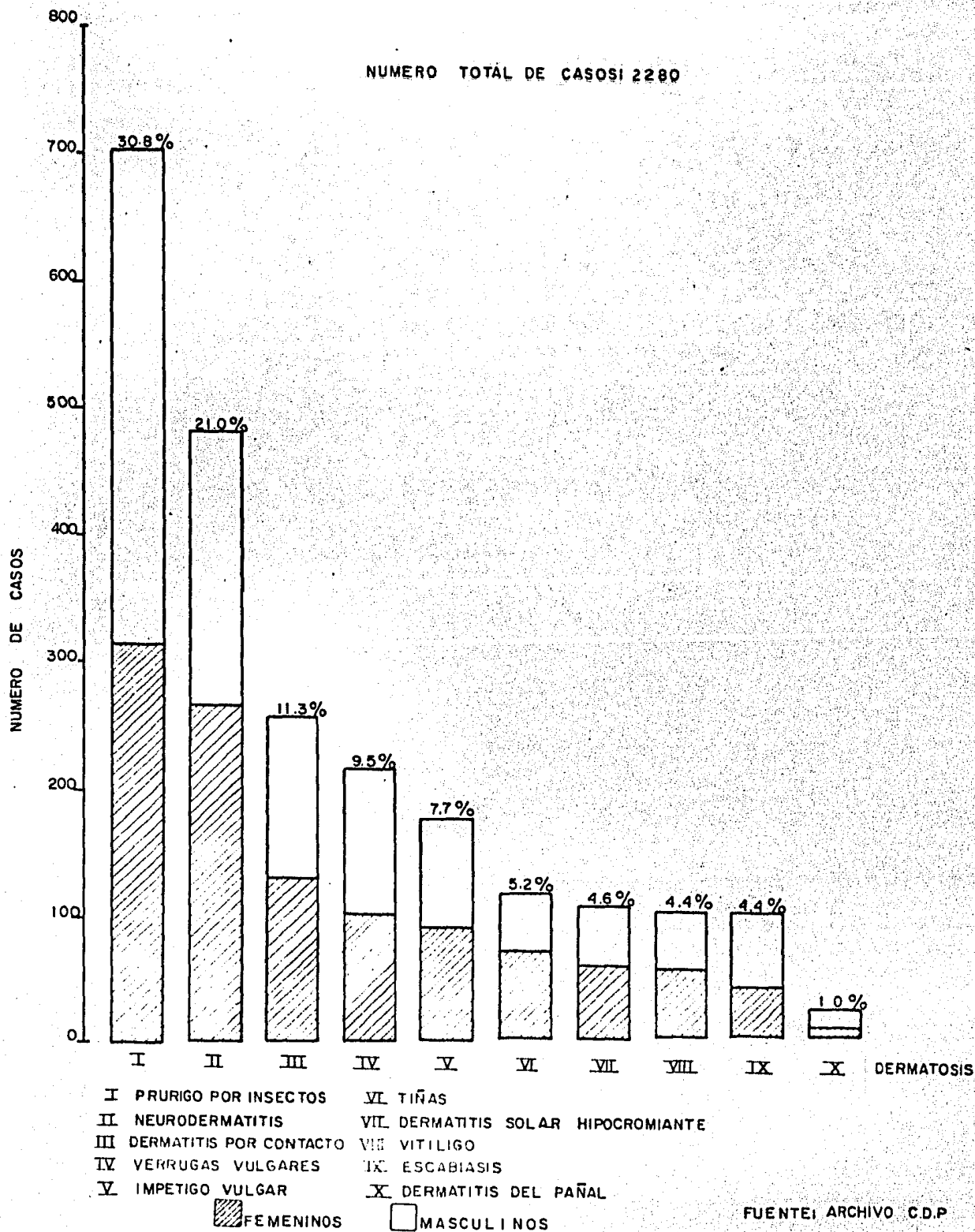


LAS 10 DERMATOSIS MAS FRECUENTES EN LACTANTES MAYORES

NUMERO TOTAL DE CASOS: 766

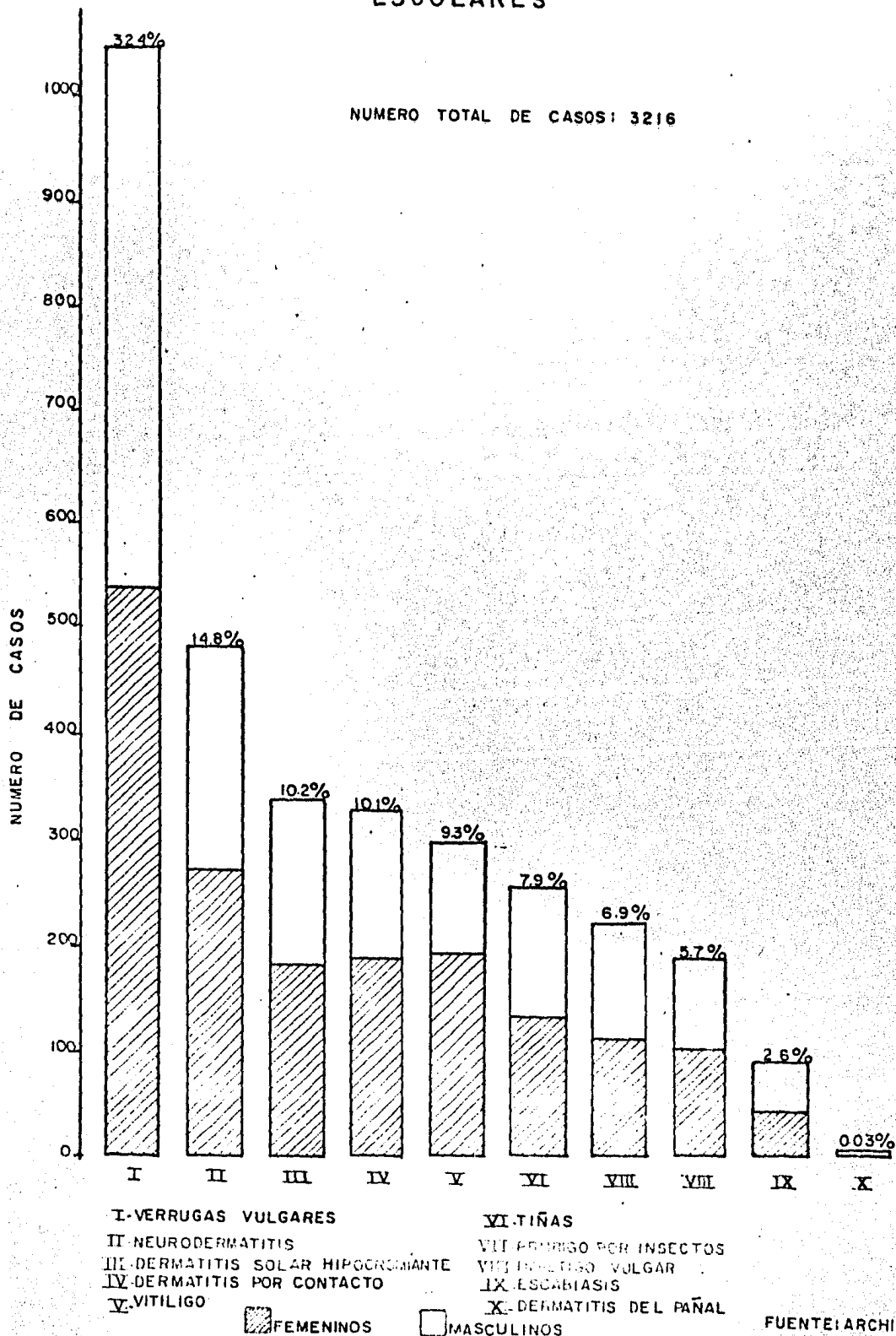


LAS 10 DERMATOSIS MAS FRECUENTES EN PRE ESCOLARES



LAS 10 DERMATOSIS MAS FRECUENTES EN ESCOLARES

NUMERO TOTAL DE CASOS: 3216



C O N C L U S I O N E S

CONCLUSIONES

1. Este trabajo es estadísticamente significativo, debido al número de casos analizados y tomando en cuenta que el Centro "Pascua", es un Centro de Concentración de Pacientes Dermatológicos.
2. La consulta pediátrica en el Centro Dermatológico "Pascua" corresponde al 21.7% del total, de acuerdo a la muestra estudiada de 46,500 pacientes.
3. Los 10 padecimientos más frecuentes representaron el 67.9% de la muestra.
4. El Prúrigo por insectos ocupó el 1er. lugar en frecuencia, coincidiendo con los resultados del trabajo de Ruiz-Maldonado, en el Hospital del Niño DIF. El mayor número de casos se encontró en pre-escolares con discreto predominio en el sexo masculino.
5. Las Verrugas virales correspondieron a la 2a. dermatosis más frecuente, con predominio en los escolares y su distribución por sexos es prácticamente igual. La forma clínica más observada fue la de Verrugas vulgares.
6. El tercer lugar correspondió a la Neurodermatitis, que se presentó casi con la misma frecuencia en pre-escolares y escolares y sin diferencia significativa en cuanto al

sexo. Los casos corticoestropeados, comprendieron el 6.8%, lo que parece no corresponder a lo observado en la consulta diaria; sin embargo, pudiera explicarse por el hecho de que frecuentemente no se consigna este dato en el expediente.

7. La Dermatitis por contacto, se encontró en 4o. lugar, que difiere de los reportes del DIF donde se coloca en 15o.; y coincide con lo reportado por Soule (49), Vázquez (50) y Estrada (12).
8. El Impétigo vulgar ocupó el 5o. lugar y se observó más frecuentemente en escolares y pre-escolares.
9. La 6a. dermatosis en este estudio, fue la Dermatitis solar hipocromiante y el mayor número de casos se registró en escolares, probablemente porque estos pacientes tienen mayor oportunidad de exponerse a la luz solar.
10. En el 7o. lugar, encontramos al Vitiligo, en el cual el 98.3% de los casos se presentaron en escolares y pre-escolares. También se observó que a diferencia de las otras 9 dermatosis, un gran número de pacientes provienen de otros estados debido probablemente a que este padecimiento representa un problema cosmético muy evidente, que obliga al paciente a buscar tratamiento.

11. En 8o. lugar se colocaron las tiñas, con predominio en escolares, dato que coincide con lo descrito clásicamente. La localización más observada fue en cabeza. El número de casos de tiña de pies parece elevado; ya que en general, se acepta que ésta localización es rara en niños.
12. El 9o. lugar correspondió a la Dermatitis del pañal observada más frecuentemente en lactantes menores.
13. La Escabiasis ocupó el 10o. lugar a diferencia del 3o. que ocupó en el trabajo de Ruiz-Maldonado, lo que traduce que actualmente no existe epidemia de la entidad. Los casos se registraron principalmente en pre-escolares y escolares.
14. El análisis del lugar de residencia hecho en el presente estudio no es concluyente, pues solo parece hablar de las zonas de mayor afluencia de consulta.
15. Analizando los grupos de edad, encontramos que el número más elevado de pacientes corresponde al grupo de los escolares, en un 46.7%, al igual que lo registrado en el DIF.
16. El grupo de recién nacidos es poco visto en la consulta del Centro Dermatológico "Pascua", probablemente por no ser una institución pediátrica, por lo que no es posible analizar las dermatosis más frecuentes en este grupo.
17. En los lactantes menores, las dermatosis más observadas -

son: Neurodermatitis, Dermatitis del pañal y el Prúrigo por insectos, en este orden.

18. En el grupo de lactantes mayores, la dermatosis más frecuente es el Prúrigo por insectos al igual que en los pre-escolares.
19. Los escolares se ven más afectados por: Verrugas vulgares, Neurodermatitis, Dermatitis solar hipocromiante, - Dermatitis por contacto y Vitiligo.
20. En la mayoría de las dermatosis, no se observa una diferencia significativa en cuanto a la distribución por sexos.

G E N E R A L I D A D E S D E L A S D I E Z
D E R M A T O S I S M A S F R E C U E N T E S

PRURIGO POR INSECTOS

CONCEPTO

El término "prúrigo", se ha reservado para los procesos patológicos cuya lesión primordial es la pápula y cuyo síntoma cardinal es el prurito (35).

SINONIMIA

Prúrigo strophulus, urticaria papulosa, prúrigo por ectoparásitos, prúrigo simple de Brocq, líquen urticatus (44).

HISTORIA

En el siglo XVIII, Willan llamó Prúrigo a las dermatosis que presentaban pápulas y prurito intenso y junto con Bateman describe el "prúrigo strophulus" y dan 5 variedades.

En 1920, D'Amicis estudia en Nápoles el llamado "prúrigo de llegada", aparecido en niños y lo atribuye a una reacción "alérgica" a ciertos factores ambientales, entre ellos las chinches (29,47).

En 1948, Shaffer y col. relacionan el "prúrigo strophulus" con los insectos.

El nombre de Prúrigo por insectos fue dado en la Escuela Mexicana de Dermatología por Latapí (29).

ETIOPATOGENIA

La Escuela Mexicana de Dermatología, considera que los insectos juegan un papel importante en la etiología del Prúrigio - por insectos al menos en México (47).

La causa principal de este cuadro es la chinche: *Cimex lectularius* y en este caso se denomina Cimiciasis (47). Otros - causantes, son la pulga, corucos, trombidias, garrapatas.

Sobre la patogenia, algunos piensan que es acción irritante - directa de la sustancia que produce la chinche y Saúl opina - que hay una especial hipersensibilidad del niño a esa sustancia y por tanto, bastan pocos insectos para producir una sintomatología intensa.

La secuencia de la vía inmunológica, se inicia con una respuesta alérgica de tipo inmediato a los piquetes, que da lugar a las ronchas. Posteriormente hay una respuesta de tipo tardío por lo que las ronchas no desaparecen en pocas horas, sino que se transforman en pápulas. Después de varios años ocurre una desensibilización "natural" con desaparición primero de la respuesta tardía (pápula) y posteriormente de la - respuesta inmediata (roncha) (44).

En un estudio reciente realizado por Méndez, en el Centro - Dermatológico Pascua, concluye que la lesión se produce en - forma directa por dos mecanismos: bioquímico y mecánico, en el que se injertan fenómenos alérgicos. Las enzimas proteolí

ticas pueden actuar como haptenos, uniéndose a proteínas resultantes de la destrucción del colágeno y actuando como antígenos completos y desencadenando una reacción tipo I ó IV (Gell y Coombs).

CUADRO CLINICO

Esta entidad se presenta raramente antes del año de edad y después de los 7.

Las lesiones se localizan en tronco, principalmente en región lumbosacra, regiones glúteas, abdomen sobre todo en cintura; - caras externas de brazos y antebrazos, raíces de muslos. Tiene cierta simetría y tendencia por partes cubiertas. Las lesiones en piel cabelluda son raras. Se acompaña de prurito. - Evoluciona por brotes.

Morfológicamente, el Prúrigo por Insectos, se caracteriza por pápulas de 0.2 a 0.5 cm., duras, algunas tienen en su porción superior una pequeña colección serosa (seropápula de Tomasson), pero lo habitual es encontrarlas excoriadas; pueden encontrarse ampollas (Prúrigo ampolloso). También se encuentran - ronchas pequeñas, con un punto diminuto, en ocasiones hemorrágico en su porción central, además de manchas hipercrómicas residuales.

En los casos producidos por Chinches (Cimiciasis), las lesiones se disponen en mancuerna o en hilera y en los producidos -

por pulgas, las lesiones son petequiales, escasas y separadas. (44,47).

Las pápulas tardan varias semanas en resolverse debido a que forman una reacción granulomatosa en la dermis (44). Algunas veces la respuesta inmunológica al piquete da lugar a lesiones a distancia o "ides" (44).

Algunas veces este cuadro puede acompañarse además de irritabilidad, insomnio y pérdida del apetito (44).

COMPLICACIONES

Las más frecuentemente observadas son, el Impétigo Secundario, favorecido por el rascado y la Dermatitis por Contacto a medicamentos y remedios caseros.

EXAMENES DE LABORATORIO

No son necesarios.

HISTOPATOLOGIA

El primer estudio histopatológico fue realizado por Tomassoli. En el Centro Dermatológico Pascua, Méndez en 1979, hace un estudio de 25 casos y sus principales hallazgos histopatológicos, son los siguientes:

Prurigo buloso.- Epidermis con acantosis moderada, ampolla multilocular intraepidérmica, conteniendo restos celulares, -

fibrina, abundantes eosinófilos. En dermis superficial, se encuentra edema intenso de papilas. En dermis media y profunda, se encuentran vasos dilatados e infiltrados perivasculares de polimorfonucleares, eosinófilos y escasos linfocitos. Se encuentran filetes nerviosos engrasados y rodeados por infiltrados.

Prúrigo papuloso.- Epidermis con acantosis moderada y alargamiento discretos de los procesos interpapilares, edema intenso de las papilas con infiltrados moderados o abundantes de eosinófilos. Dilatación y congestión de capilares. Infiltrados perivasculares con predominio de eosinófilos y en ocasiones zonas de necrosis en la dermis. Frecuentemente hay filetes nerviosos engrosados en el centro de los infiltrados.

La seropápula va a tener una imagen semejante a la vesícula, pero con mayor acantosis.

DIAGNOSTICO

Se hace básicamente por las características del cuadro clínico, en niños de 1 a 6 años de edad, además de la evolución por brotes.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Aunque este cuadro generalmente es muy característico, en algunos casos podría prestarse a confusión con:

Escabiasis.- En estos casos, las lesiones son continuas y no por brotes y hay presencia de túneles y es familiar.

Varicela.- En ocasiones puede confundirse con el prúrigo bulgoso; sin embargo, aquí hay fiebre, lesiones en piel cabelluda y en mucosas.

TRATAMIENTO

Medidas preventivas (42):

- a). Empleo racional de insecticidas.
- b). Evitar la relación estrecha del niño con animales caseros.
- c). Emplear mosquiteros.
- d). Uso de mangas y pantalón largos.
- e). Clorhidrato de tiamina oral; se emplea por su efecto repelente al excretarse a través de la piel.

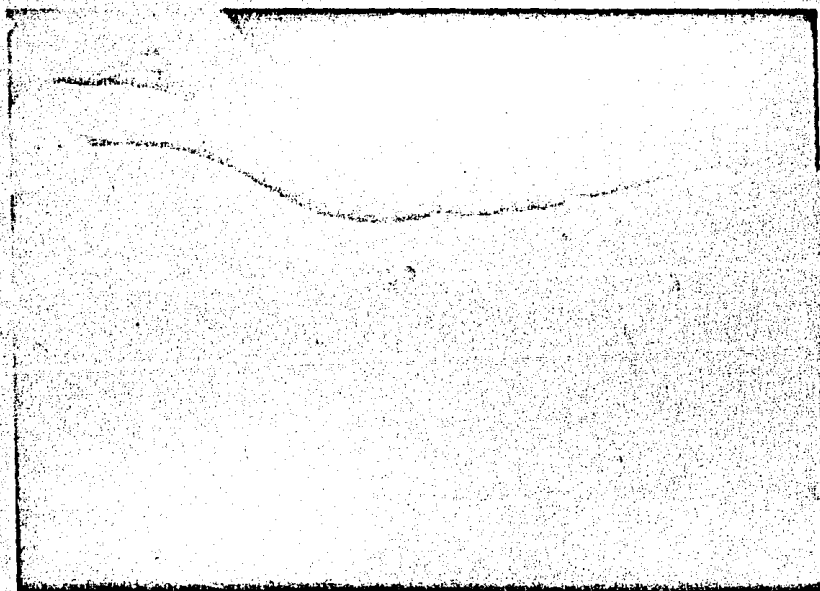
Tratamiento sintomático:

- a). Antihistamínicos orales.
- b). Localmente cremas inertes.
- c). En los casos en que existan complicaciones, tratar éstas primero.

Deben evitarse las dietas en estos pacientes y la aplicación de vacunas antialérgicas. Están contraindicados los esteroides sistémicos y locales.

PRONOSTICO

Es muy bueno, cuando el cuadro se maneja adecuadamente, además de que después de los 6 años, la mayoría de los niños se han - desensibilizado espontáneamente (42).



PRURIGO POR INSECTOS
BULOSO

VERRUGAS VULGARES

CONCEPTO

Son neoformaciones epiteliales, circunscritas, benignas, de -
baja transmisibilidad, autoinoculables, causadas por un virus
filtrable (43,44).

ETIOPATOGENIA

En el siglo pasado, se invocaban diversas teorías etiológicas:
La bacteriana propuesta por Majocchi, la bacilar por - -
Schweming en 1889, la treponémica por Faure y Civatte en 1919
(9).

El descubrimiento de la naturaleza viral se inicia con Ciuffo
en 1907, quien se autoinocula un ultrafiltrado de lesiones, re-
produciéndose el fenómeno. Serria en 1908, hace inoculaciones
de filtrados de verrugas (9).

Strauss, Benting y Melnick, reconocen partículas virales en -
el microscopio electrónico en 1949 (20).

Templeton en 1935, afirmó que el período de incubación va de -
algunas semanas a 20 meses; se confirmó que este virus era el
mismo que el de los condilomas acuminados, hecho comprobado -
por Wallson y Fantl en 1917 y por Serra en 1924 (20).

El virus que produce las verrugas vulgares pertenece al grupo
de los papovavirus, nombre que deriva de las 2 primeras letras

en inglés de los virus oncógenos de este grupo: papilloma virus (del hombre, vaca, conejo); polyoma virus (del ratón) y vacuolating virus (del mono) (13,14).

Cada uno de los papovavirus es diferente desde el punto de vista de su antigenicidad e inducen la producción de anticuerpos específicos neutralizantes y fijadores de complemento (14).

Almeida y Goffe en 1965 encontraron los anticuerpos antivirales en las verrugas, principalmente cuando éstas se encuentran en involución; éstos anticuerpos son del tipo de la IgG.

Estudios recientes señalan que la evolución de las verrugas, - está relacionada con el estado inmunológico del paciente (14).

La transmisión del cuadro es de persona a persona.

CUADRO CLINICO

Las características clínicas van a depender de la forma clínica de la que se trate y de la localización de las lesiones.

Es frecuente que a partir de la primera lesión, se disemine y también se observa la diseminación en línea a partir del traumatismo por rascado, originando un pseudo fenómeno de Koebner (9).

Se aceptan 4 formas clínicas (44,47):

- I. VERRUGAS VULGARES.- Comunmente llamadas "mezquinos". Son neoformaciones únicas o múltiples, de aspecto verrugoso, de superficie anfractuosa, secas, duras, del color de la piel o más oscuras semiesféricas. Se localizan habitualmente en el dorso de las manos y antebrazos, aunque pueden presentarse en cualquier sitio. Cuando aparecen alrededor o bajo las uñas, pueden afectar la matriz de éstas y alterar el crecimiento de la uña. Asintomáticas.
- II. VERRUGAS PLANAS O JUVENILES.- Son lesiones muy pequeñas, de 1- 4 mm. y planas, apenas levantan de la superficie de la piel, del color de la misma, muy numerosas y de localización preferente en cara. Son Asintomáticas.
- III. VERRUGAS PLANTARES.- Vulgarmente se les conoce como "ojos de pescado". Se localizan en plantas de pies o entre los dedos, pueden ser únicas o múltiples, son lisas, de color amarillo translúcido, con centro gris, ligeramente deprimido o aparecen intradérmicas como pequeños granos duros de aspecto opalino, cubiertos por la piel queratósica de la planta del pie. Son Dolorosas.
- IV. VERRUGAS O CONDILOMAS ACUMINADOS.- No son frecuentes en niños. Se presentan en la unión de piel y mucosas, especialmente en región genital y perianal. Son lesiones vegetantes debido a la humedad y maceración.

EXAMENES DE LABORATORIO

No son necesarios en estos casos.

HISTOPATOLOGIA

Se encuentra una marcada hipertrofia de todas las capas de la epidermis: papilomatosis con marcada elongación de las papilas; acantosis importante; irregularidad de la capa granulosa, marcada hipertrofia de la capa córnea formada por zonas de ortoqueratosis y paraqueratosis alternadamente.

En las partes superficiales de la capa de Malpighi, en la granulosa y en las zonas paraqueratósicas de la capa córnea, existen células vacuolares conteniendo inclusiones intracitoplásmicas (cuerpos redondos u ovales, que toman bien los colorantes), descritos por Dubreuilh en 1895 y que traducen la presencia viral en las lesiones. En dermis hay un infiltrado crónico con vasos sanguíneos dilatados (9,13,14).

DIAGNOSTICO

Habitualmente es clínico.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Aunque las características clínicas generalmente no se prestan a confusión, en caso de lesiones confluentes, podría haber la necesidad de diferenciarlas de lesiones iniciales de tuberculo

sis verrugosa, cromomycosis y esporotricosis de placa única.

TRATAMIENTO

Dada la evolución tan impredecible de este cuadro, se han ensayado todo tipo de tratamientos, pudiendo observar desde curación espontánea hasta casos de extrema resistencia.

Para el tratamiento de las verrugas vulgares, debe considerarse la edad del paciente, número, evolución y diseminación de las lesiones y que haya o no recibido tratamientos anteriores.

De los tratamientos que han sido utilizados, podemos mencionar los siguientes: agentes químicos (cáusticos y queratolíticos como el ácido salicílico), agentes físicos (crioterapia, nitrógeno líquido), quirúrgicos, antivirales (5FU, Bleomicina), estimulantes del aparato inmunológico (vacuna BCG, Levamisol) y últimamente se realizó un trabajo con hipnosis (14), resultando efectiva en el 56% de los pacientes con tratamientos anteriores inefectivos.

Sin embargo, el tratamiento menos agresivo, el más usado y con altos índices de curación ha sido la psicoterapia con placebos, como la Magnesia Calcinada y el Lactato de Calcio.

Se ha mencionado que "... cualquiera que sea su localización o su número, tamaño y tiempo de evolución, las verrugas serán susceptibles de responder al placebo" (Ruiz-Maldonado).

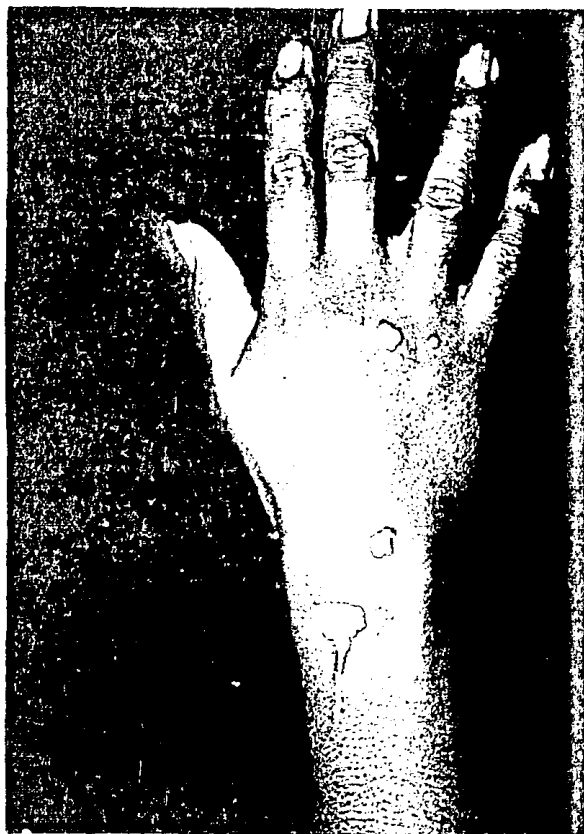
En el caso de las verrugas plantares y subungueales, el tratamiento con placebo requiere de mayor insistencia u otro tipo de terapéutica.

En los condilomas acuminados se obtiene buen resultado con la aplicación de podofilina en tintura al 30% o en pomada; dicha aplicación siempre debe realizarla el médico, teniendo buen cuidado de proteger la piel sana con vaselina (43).

PRONOSTICO

Es bueno en todos los casos, ya que éstas lesiones no tienen ningún efecto negativo, siendo el único inconveniente el aspecto estético.

Existen estadísticas que mencionan que el 60% de los casos curan sin ningún tratamiento al cabo de 2 años (43).



VERRUGAS VULGARES

NEURODERMATITIS INFANTIL.

CONCEPTO

Es una dermatosis de etiología desconocida, caracterizada por piel seca con bajo umbral al prurito (41), que queda cabalgando entre las Psicodermatosis y las Dermatosis reaccionales (47) y puede presentarse desde la infancia hasta la edad madura.

HISTORIA

Probablemente la primera descripción fue hecha por Robert Willan (1808) y completada por Von Hebra (13, 39).

En 1891 Brocq y Jacket introdujeron el término de Neurodermatitis y en 1892 Besnier hace notar una tendencia familiar.

Ha recibido diferentes nombres: Prúrigo de Besnier, Prúrigo Flexural, Eczema de los Pliegues, Comezón del Séptimo Año, Enfermedad de los niños bonitos, Dermatitis atópica, etc.

ETIOPATOGENIA

La etiología de ésta dermatosis es desconocida; pero en su fisiopatogenia existen factores importantes:

- FACTORES GENETICOS
- FACTORES INMUNOLOGICOS
- FACTORES METABOLICOS
- FACTORES PSICOLOGICOS

FACTORES GENETICOS.- El primero en mencionar una predisposición familiar en la Neurodermatitis fue Besnier en 1892, posteriormente Coca en 1923 y Obermayer en 1957 apoyan ésta teoría.

En estudios más recientes se ha observado que el 70% de los pacientes tienen antecedentes familiares de neurodermatitis u otros padecimientos atópicos (41,44). La herencia probablemente sea autosómica dominante.

Además se han encontrado rasgos característicos en estos pacientes, tales como: sequedad anormal de la piel (32,41), aumento de la pérdida transepidérmica de agua tanto en piel sana como en piel afectada, comparada con piel de niños normales (41). También se presentan una serie de respuestas fisiológicas anormales en la piel de los pacientes con Neurodermatitis, principalmente dermatografismo blanco y ausencia de la fase eritematosa de la triple respuesta después de la inyección intradérmica de histamina (32,41).

FACTORES INMUNOLOGICOS.- Inmunidad humoral: la IgG sérica generalmente está aumentada probablemente relacionada con la inflamación crónica de la piel, la IgM se ha encontrado disminui

da y la IgA normal. La IgE sérica está elevada hasta en el 88% de los pacientes y sus niveles generalmente se correlacionan con la severidad de las lesiones cutáneas (3,41,44). Inmunidad celular: los pacientes presentan un porcentaje bajo de sensibilización a DNCB. En casos de Neurodermatitis severa, se ha encontrado disminución de linfocitos T en sangre periférica (41).

Frecuentemente también tienen aumento del número de eosinófilos sanguíneos.

FACTORES METABOLICOS.- Se han observado anormalidades en el metabolismo de los minerales y deficiencia de Magnesio, Calcio y Sílice (32).

La actividad de las glándulas sebáceas está disminuida, lo que permite mayor evaporación de la piel y contribuye a la xerosis (39).

FACTORES PSICOLOGICOS.- El factor psicológico es indiscutible. La Neurodermatitis está considerada como una "enfermedad de la personalidad" (Latapí); sin embargo, no hay un tipo específico de personalidad prevalente entre los pacientes (32,41), pero comparten ciertos rasgos característicos: son niños inteligentes, traviesos, lábiles emocionalmente, con alteraciones de la conducta, con tendencia a reprimir las emociones particularmente la agresión, frecuentemente con rechazo o descuido materno o sobreprotección de una madre dominante

(26,41,32,39,47).

CUADRO CLINICO

Puede ser dividido en 2 fases:

- 1.- Eczema del lactante o "Enfermedad de los niños bonitos" - (Latapí): principia en el segundo mes de edad, aparece por brotes y generalmente desaparece antes del primer año, sin dejar huella; se localiza en cara, afectando ambas mejillas y respetando la nariz y se caracteriza por placas eritematosas, descamativas, muy pruriginosas, que se tornan húmedas y costrosas y son de duración variable (26,41,47).

El 17% de los pacientes presentan previa o concomitantemente descamación fina de la piel cabelluda y también es común que presenten dermatitis del pañal, debido a una mayor susceptibilidad al contacto con la orina (44).

- 2.- Del escolar: generalmente aparece a los 3 ó 4 años, después a los 7 u 8 y a los 12 ó 14 (47).

En ésta fase, las lesiones cambian de topografía a los pliegues y superficies de flexión, prefiriendo en orden de frecuencia: pliegues de codos, huecos poplíteos, cuello, párpados, pliegues inguinales, retroauriculares y axilas. Antes de los 3 años, solo el 11% de los niños con Neurodermatitis presentan lesiones en pliegues de flexión (41).

Estas lesiones están caracterizadas por placas liquenificadas, escamosas, muy pruriginosas y rara vez eczematosas (26,41,44).

En el 70% de los niños con Neurodermatitis, se ha encontrado el pliegue infraorbitario de Dennie Morgan y parece ser más específico en los menores de 4 años (41).

Formas especiales de Neurodermatitis:

1. Dermatitis plantar seca o Dermatitis plantar juvenil.- Caracterizada por un aspecto descamativo, seco y brillante de las plantas y dorso de los pies, respetando los pliegues interdigitales y que también puede ser causada por una Dermatitis por contacto al calzado o a Dishidrosis (41).
2. Neurodermatitis invertida.- Afecta codos y rodillas y se caracteriza por pápulas pruriginosas (41).

COMPLICACIONES

IMPETIGINIZACION.- Favorecida por el rascado y las deficiencias inmunológicas propias de la enfermedad y se manifiesta por la aparición de pústulas y costras melicéricas, que pueden acompañarse de fiebre, adenopatía regional y ataque al estado general (4,44).

DERMATITIS POR CONTACTO.- Favorecida por la repetida aplicación de medicamentos o remedios caseros.

CORTICOESTROPEO.- Los corticoides encuentran en ésta enfermedad, su más formal contraindicación (47), puesto que pueden producir la extensión de las lesiones a todo el tegumento, - llegando a causar una Eritrodermia y en casos menos graves, - se observan lesiones fuera de los sitios habituales de la enfermedad, alterando también la morfología y alargando la duración de los brotes y por consiguiente, haciendo más difícil el tratamiento.

ERUPCION VARICELIFORME DE KAPOSI-JULIUSBERG.- Causada por el virus de vacuna o el herpes; se caracteriza por la aparición de numerosas vesículo-pústulas diseminadas a casi toda la superficie cutánea y acompañada de síntomas generales.

EXAMENES DE LABORATORIO

No son necesarios en estos casos. Con respecto a las pruebas cutáneas, no deben hacerse por ser "costosas, peligrosas y - nada útiles" (Latapí).

HISTOPATOLOGIA

La imagen histológica no es característica y no puede diferenciarse de erupciones eczematosas, de dermatitis subagudas ó - crónicas. Puede encontrarse espongiosis y pequeñas vesículas

en la fase aguda, acantosis y paraqueratosis en la fase crónica y una combinación de ambas en la fase subaguda (39).

En las lesiones crónicas, también se observa menos líquido entre las células basales, en el estrato espinoso, las tonofibrillas son menos numerosas y el líquido intracelular está disminuido (39).

DIAGNOSTICO

Es básicamente clínico, de acuerdo a la topografía y morfología de las lesiones, aunado a los datos de cronicidad, a la presentación por brotes y a la historia familiar o personal de atopia.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

En el lactante debe hacerse diagnóstico diferencial con Dermatitis seborreica, Dermatitis del pañal y con algunos padecimientos poco comunes como Fenilcetonuria, Síndrome de Wiskott-Aldrich, la Ataxia telangiectasia y la Agamaglobulinemia tipo Bruton. (41,44).

En el pre-escolar y escolar principalmente con Pitiriasis alba, Dermatitis solar y Dermatitis por contacto (44).

TRATAMIENTO

"En el tratamiento de la Neurodermatitis lo más útil no es

la receta, sino la consulta" (Latapí), escuchar a la madre y/o a los familiares y explicar lo concerniente a la enfermedad.

En cuanto al tratamiento tópico, no deben usarse jabones - antialérgicos, pomadas con antihistamínicos, antibióticos o anestésicos. Se recomienda el baño con sustitutos del jabón elaborados a base de coloides de avena o soya y lubricación frecuente con cold cream (44). En la fase eczematosa, se dan fomentos con agua de vegeto o de manzanilla, posteriormente pasta al agua; si la piel está seca y liquenificada, se usan vaselina, aceites o cold cream y en ocasiones alquitrán de hulla cuando hay liquenificación importante - - (32,47). En casos en que exista impétigo secundario o Dermatitis por contacto, deben tratarse éstas complicaciones primero.

Debe evitarse el uso de corticoides tanto tópicos como sistémicos, especialmente los fluorinados, ya que pueden agravar el cuadro produciendo corticoestropeo y fenómeno de rebote y se ha dicho que los niños son especialmente susceptibles a los efectos colaterales de estos medicamentos - - (41,44,47).

Antihistamínicos.- La hidroxicina es la más eficaz en la - Neurodermatitis; sin embargo, hay que tomar en cuenta que la eficacia terapéutica de un antihistamínico disminuye después

de administrarlo algunos meses ininterrumpidamente, ya que el paciente desarrolla tolerancia; para obtener el mismo efecto, la dosis debe aumentarse o cambiar la droga (41). También puede utilizarse ciproheptadina, clorofeniramina, difenhidramina.

En los casos de Neurodermatitis corticoestropeada, se ha utilizado la Talidomida con buenos resultados en el 60% de los casos, con efectos adversos mínimos (4).

Otras medidas que deben recomendarse para el manejo de los pacientes son: que todas las prendas en contacto con la piel sean de algodón y lavadas con jabón; canalizar la inquietud del niño a diversas actividades. Se ha observado además que los niños usualmente mejoran con cambios drásticos de medio ambiente y de clima (41).

PRONOSTICO

El curso de esta enfermedad, "escapa a toda predicción" (Obermayer), sin embargo, existen estadísticas que indican que un 10 a 20% de los casos, curan espontáneamente (32) y otros autores han observado que el 90% de los pacientes mejoran después de la pubertad (41).

Los factores que pueden empeorar el pronóstico son: historia familiar de Neurodermatitis, asociación de asma o rinitis y afectación cutánea severa.



NEURODERMATITIS INFANTIL
("Eczema del Lactante")

Cortesía: Dr. B. Mendoza

DERMATITIS POR CONTACTO

CONCEPTO

La palabra Dermatitis, significa inflamación de la piel y la Dermatitis por Contacto, puede definirse como la reacción de la piel producida por cualquier sustancia química u objeto - que tenga relación íntima y directa con la piel (44), que - inicialmente será aguda y si el contacto con la sustancia - persiste, será crónica (47).

SINONIMIA

Entre las principales se encuentran: Eczema de contacto, Dermatitis por sensibilización, Dermatitis eczematosa, Dermatitis venenata, Epidermatitis (24).

HISTORIA

Fue reconocida como entidad en 1920.

Los primeros escritos sobre Dermatitis por contacto, se encuentran en los Papiros del antiguo Egipto y entonces la dividían en exfoliativa, ulcerativa e irritativa. (24).

El concepto de Dermatitis por contacto, se debe al italiano Bernardino Ramazzini (1633-1714), quien habla de la relación entre algunos pacientes y sus ocupaciones y menciona - que la dermatitis en manos de mujeres lavanderas, eran causa

das por el contacto con las sustancias que utilizaban.

Robert Willan (1757-1812), fue el primero que escribió sobre morfología y clasificación de las Dermatitis por contacto en su trabajo "On cutaneous disease" (1808) junto con su alumno Thomas Bateman.

En Francia, Cazenave (1802-1877), clasifica en 1847 la Dermatitis aguda y crónica.

En América, el primer libro fue publicado por Noah Worcester (1812-1847), donde recopila varios contactantes principalmente sulfuros y mercuriales.

Jadassohn (1863-1936), descubrió la Prueba al parche, presentando su primer trabajo en 1895 (24).

ETIOPATOGENIA

Los principales agentes etiológicos de esta entidad en niños son:

1. Medicamentos: mercuriales (Merthiolate), antibióticos - (Neomicina, Terramicina), sulfonamidas (Sulfatiazol), - nitrofuranos (Furacin), antihistamínicos (Andantol, Fernergan), anestésicos, picrato, azufre, yodo.
2. Remedios caseros: Los más usados son: ajo y limón. El ajo produce fito-foto-dermatitis con ides. El limón - es fotoirritante por tener psoralenos.

3. Jabones y detergentes: Sobre todo los que llevan sustancias supuestamente antimicrobianas como el gamexano.
4. Cosméticos: Principalmente talcos, a menudo medicados con antimicrobianos y antiperspirantes (sales de aluminio).
5. Productos industriales: Solo se ven en niños que trabajan. Los más frecuentes son cemento, solventes y algunos metales.
6. Ropas y zapatos: La más importante en este capítulo es la Dermatitis del pañal, que por su importancia merece mención aparte. Otras causas frecuentes son: la hidroquinona en zapatos; metales que llevan níquel como en medallas, pulseras, aretes, etc. (44).

Los mecanismos por medio de los cuales se produce la Dermatitis por contacto son dos:

1. Irritante primario.- Se produce por agresión directa del contactante sobre las células epidérmicas causando su destrucción.

En éstos casos, no existe respuesta inmunológica y todas las personas pueden presentar el cuadro dependiendo de la concentración del contactante y del tiempo de exposición a él. Sustancias que actúan como irritantes primarios son: ácidos y álcalis fuertes, yodo, azufre,

psoralenos, vegetales, animales, detergentes y jabones.

- II. Sensibilización o alergia.- Recordemos que alergia es una hipersensibilidad específica, inducida y con memoria con intervención del mecanismo de hipersensibilidad del tipo IV, es decir, retardada, timo-dependiente. En este caso, es necesaria la exposición previa a la sustancia y la respuesta es independiente de la cantidad y concentración de la misma y del tiempo de exposición a ella. Desde los primeros contactos con dicha sustancia, se forman grupos de linfocitos sensibilizados y en subsecuentes exposiciones, se activan estos linfocitos, que liberan linfocinas que producen daño vascular, atraen polimorfonucleares y producen salida de líquido de los vasos y células que al pasar a la epidermis, originan espongiosis y por tanto, eczematización de la piel no solo en el sitio de aplicación de la sustancia, sino a distancia: las llamadas ides. La mayoría de los contactantes actúan por este mecanismo (44).

Se ha observado que los individuos de constitución atópica o de piel seca, presentan cuadros de Dermatitis por contacto con más frecuencia que los demás (17).

Para explicar porque algunas personas presentan Dermatitis por contacto con mayor facilidad que otras, se ha mencionado una predisposición genética o una relación

con un aumento en la penetrabilidad de la piel (17).

CUADRO CLINICO

El cuadro clínico de esta entidad depende de:

- El grado de sensibilidad del individuo al alérgeno.
- De la concentración del mismo.
- Del tiempo de aplicación sobre la piel.
- De la región cutánea que afecte (24).

Las características clínicas pueden agruparse en 2 cuadros:

1. Aspecto eczematoso.- Constituido por zonas con eritema, vesículas y costras, que dan a la piel un estado "húmedo", "lloroso", exudativo. La palabra eczema se utiliza para designar un aspecto exudativo que generalmente corresponde a la fase aguda de la dermatitis.
2. Aspecto liquenificado.- Corresponde a la dermatitis crónica en la cual el rascado continuo produce liquenificación de la piel, la que se observa engrosada, pigmentada, con costras hemáticas y con dibujo muy marcado. Este cuadro de dermatitis crónica puede eczemizarse (44).

Estos 2 cuadros anteriores, son los que se observan en todos los casos de Dermatitis por contacto con pequeñas variaciones dependientes de la etiología.

EXAMENES COMPLEMENTARIOS

Pruebas al parche.- Consisten en la aplicación de pequeños cuadros de gasa impregnados con las soluciones que se quieren probar. Se leen a las 24 hs. y la prueba es positiva cuando se presenta una reacción eritemato-eczematosa. No son útiles en niños pequeños; poseen valor en problemas ocupacionales de niños mayores o adolescentes. (44)

HISTOPATOLOGIA

Dermatitis aguda.- Se observan vesículas o flictenas intraepidérmicas producidas por edema intracelular dando origen a una espongiosis. Hay paraqueratosis.

En dermis superior existe dilatación vascular, edema y un infiltrado de células mononucleares alrededor de vasos; puede haber exocitosis.

Dermatitis crónica.- Se encuentran zonas de hiperqueratosis con paraqueratosis, acantosis moderada. En dermis superior hay infiltrados perivasculares. No se encuentra exocitosis. (24).

DIAGNOSTICO

Se debe sospechar esta entidad en casos de cuadros eczematosos más o menos limitados, muy pruriginosos con antecedentes de aplicación de medicamentos, remedios caseros, cosméticos,

etc. (44)

TRATAMIENTO

Lo más importante es dar una explicación amplia de la enfermedad al paciente para lograr su colaboración; se deben eliminar todas las sustancias sospechosas de ser contactantes.

El tratamiento tópico va a depender del cuadro clínico; si presenta eczema, primero se debe secar con fomentos de agua de manzanilla o agua de végeto (Subacetato de plomo) al 50%. Posteriormente aplicar una pasta al agua o una pasta inerte.

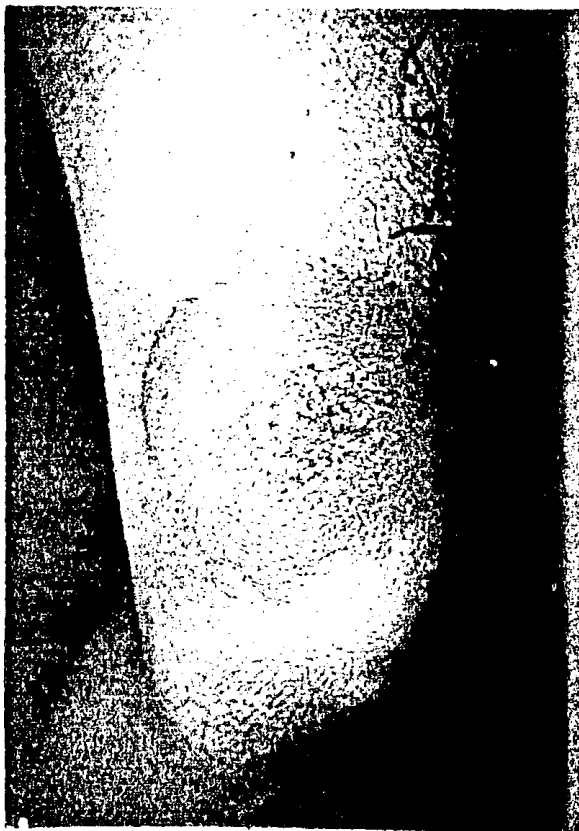
En los cuadros liquenificados usar inertes oleosas o linimentos y son útiles las pomadas con alquitrán de hulla o con ácido salicílico.

Cuando exista prurito intenso puede administrarse ácido acetil salicílico con luminal por vía sistémica, a dosis acordes con la edad del paciente.

En los casos producidos por irritante primario, la aplicación tópica de corticosteroides como la hidrocortisona produce mejoría inmediata; sin embargo, el abuso de estos medicamentos puede producir el fenómeno de rebote o hasta eritrodermia, además de que estos medicamentos por sí mismos pueden producir Dermatitis por contacto (44).

PRONOSTICO

Generalmente estos cuadros bien tratados evolucionan satisfactoriamente; muchas veces la eliminación del contactante cura la dermatosis.



DERMATITIS POR CONTACTO .
A SULFATIAZOL

Cortesía: Dr. R. Carballo

IMPETIGO VULGAR

CONCEPTO

Infección superficial de la piel causada habitualmente por estreptococo y ocasionalmente por estreptococo y estafilococo; puede ser primaria o complicar lesiones pre-existentes (Impe-tiginización). Cura en poco tiempo sin dejar cicatrices (8, 42).

SINONIMIA

Impétigo, impétigo contagioso, impétigo húmedo. (44) Su nom-bre deriva de "ab impetu", que significa de repente. (44)

ETIOPATOGENIA

Este cuadro está producido por gérmenes piógenos habituales: estreptococo y estafilococo; en la mayoría de los casos se en encuentran ambos.

El impétigo primitivo aparece como consecuencia de una infec-ción (rinitis, otitis, conjuntivitis) de donde sale secreción purulenta y da origen a las lesiones en piel. El impétigo se cundario complica a una dermatosis previa generalmente pruri-ginosa y la infección es favorecida por el rascado. (44)

CUADRO CLINICO

IMPETIGO PRIMITIVO.- La dermatosis se presenta habitualmente alrededor de orificios naturales. En nariz después de una -
coriza, en la boca, después de queilitis cerca de los párpados en casos de conjuntivitis, en las orejas en casos de -
otitis supurada.

IMPETIGO SECUNDARIO O IMPETIGINIZACION.- Asienta sobre una dermatosis previa (quemaduras, escabiasis, prurigo por insectos, etc.), por lo que su topografía dependerá de ésta.

Inicialmente se presenta eritema, seguido de la formación de vesículas o ampollas flácidas que pronto se hacen purulentas, muy frágiles y al romperse, originan las clásicas costras melicéricas. (8,44,47)

No ocasiona prurito; los ganglios regionales generalmente -
están tumefactos.

Cuando el cuadro es puramente estafilocócico, las lesiones -
son ampollas de paredes delgadas y frágiles, que se rompen -
y dejan zonas denudadas, eritematosas, de bordes irregulares circinados; cuando es estreptocócico y aparece en pliegues -
sub y retroauriculares e interdigitales, se habla de Inter--
trigo Bacteriano (44).

EXAMENES DE LABORATORIO

No son necesarios, solo en casos especiales, en que se quiera comprobar el agente causal, se pueden realizar cultivos (44)

HISTOPATOLOGIA

Se observan ampollas subcorneanas con numerosos neutrófilos.- El estrato de Malpighi inferior a la ampolla muestra espongiosis. La dermis superior contiene un infiltrado inflamatorio de neutrófilos. Cuando la ampolla se rompe, la capa córnea está ausente y cubriendo al estrato de Malpighi, se ve una costra compuesta de exudado seroso y restos nucleares de neutrófilos (28).

DIAGNOSTICO

Es básicamente por la topografía y morfología del cuadro.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Aunque generalmente no se presta a confusiones, pudiera en un momento dado confundirse con herpes simple labial o nasal; sin embargo, en estos casos hay dolor de tipo ardoroso y no da pústulas.

TRATAMIENTO

Cura en 5 ó 6 días, con tratamiento local. En casos de impétigo secundario, debe tratarse este primero y posteriormente

la dermatosis previa.

Primero deben quitarse las costras y aplicar fomentos con soluciones antisépticas suaves como sulfato de cobre al 1 por 1 000 ó permanganato de potasio al 1 por 10 000 y posteriormente aplicación de yodohidroquinoleína al 1 ó 3% (42,44, 8).

No deben utilizarse antibióticos ni sulfas tópicas.

En casos muy extensos, se requiere de antibióticos sistémicos para evitar complicaciones como glomerulonefritis. El antibiótico de elección es la penicilina o la eritromicina.

También es importante tratar el origen de la infección (otitis, rinitis, etc.), para evitar recidivas.

Están contraindicados los corticoides tanto tópicos como sistémicos.

PRONOSTICO

Muy bueno, con tratamiento adecuado.



IMPETIGO VULGAR

Cortesía: Dr. R. Rebolledo

DERMATITIS SOLAR HIPOCROMIANTE

CONCEPTO

Es una fotodermatosis descrita inicialmente en México por Latapí en 1946. Considerada como una variedad de la Dermatitis solar; sin embargo, O. Flores opina que es una entidad individual. Caracterizada por la aparición de pápulas foli-culares hiperqueratósicas y manchas hipocrómicas en áreas ex-puestas (2,11,5).

HISTORIA

La descripción original fue hecha por Latapí en México.

También descrita con el nombre de Hipocromias actínicas macu-lares por Corrales-Padilla en Honduras en 1956.

En nuestro medio, estudiada más ampliamente por O. Flores y R. Ortíz, en 1981.

ETIOPATOGENIA

Probablemente el cuadro esté causado por acción directa de - las radiaciones ultravioleta entre 290 y 320 nm y/o por la - luz visible (16).

Las lesiones aparecen después de una exposición intensa a la luz solar y se reactivan por cortas exposiciones (2).

En el trabajo de O. Flores y R. Ortíz, en 50 pacientes, en-

contraron antecedentes familiares de la enfermedad en el 14% de los casos y antecedentes de atopía en el 10%.

CUADRO CLINICO

En nuestro medio afecta tanto a la población de las costas - del Golfo y del Pacífico, como a la de los antiplanos (16).

Calderón, en su trabajo sobre Dermatitis solares, encontró - que el 21% de ellas, pertenecían a la forma hipocromiante - (5).

La topografía habitual es en cara, y de ésta, mejillas, así como región deltoidea, brazos y antebrazos en sus caras ex-- ternas.

La morfología está caracterizada por manchas hipocrómicas so las o con pápulas foliculares, algunas agrupadas en placas - circulares u ovales de 0.5 a 3 cm. de diámetro, mal defini-- das y con tendencia a confluir en ocasiones ligeramente esca mosas (11,16,47).

Se puede encontrar también pigmentación oscura central y/o - periférica, pero esto generalmente se debe a la aplicación - previa de sustancias fototóxicas como el limón (16).

Evoluciona por brotes, con antecedente de exposición a la - luz solar y remisión inducida por protección de la radiación solar o quizá en forma espontánea. Es crónica y no prurigi- nosa.

EXAMENES DE LABORATORIO

No hay ninguno de utilidad para el diagnóstico ; hasta el momento se ha descartado la posibilidad de asociación con anemia o parasitosis intestinal.

HISTOPATOLOGIA

En un estudio realizado en el CDP por O. Flores y D. Bueno en 25 pacientes, los hallazgos más importantes fueron: hiperqueratosis con ortoqueratosis y formación de tapones córneos compatibles con pápulas hiperqueratósicas foliculares; en dermis, infiltrados linfohistiocitarios perivasculares. En algunos casos (12%), se encontró ausencia de pigmento melánico en el área central de la lesión.

En la inmunofluorescencia directa se ha observado depósitos de IgM en la unión dermo-epidérmica con patrón granular.

DIAGNOSTICO

Es puramente clínico.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Debe hacerse principalmente con:

Pitiriasis alba o Impétigo seco.- Se presenta principalmente en mejillas, frente y alrededor de la boca; son manchas hipocrómicas con escama fina furfurácea (44).

Lesiones residuales.- Son manchas hipocrómicas, no presentan pápulas y existe el antecedente de lesiones previas en esos sitios.

TRATAMIENTO

Es muy rebelde a tratamiento, por lo que debe darse al paciente una explicación amplia de la entidad.

Debe indicarse una protección física con manga larga, sombrero o sombrilla.

Como tratamiento tópico, se utilizan cremas con sustancias que tienen acción "pantalla" como la Antipirina y el ácido para amino benzoico (47). Otros recomiendan solución alcohólica con PABA al 5% o la mezcla de PABA con Sulisobenzofenona al 5 ó 10% (16).

También se recomienda la aplicación de queratolíticos como el ácido salicílico al 1 ó 2% (2,47).

PRONOSTICO

Es bueno puesto que no afecta la salud, pero en algunos casos puede constituir un problema estético de difícil manejo.



DERMATITIS SOLAR HIPOCROMIANTE _

Cortesía: Dr. R. Carballo

VITILIGO

CONCEPTO

Discromia adquirida, caracterizada por manchas acrómicas o fuertemente hipocrómicas bien limitadas y rodeadas de una zona de hiperpigmentación. Habitualmente es un proceso que se limita a piel y anexos. (8,30,44).

Se desconoce el origen exacto de la palabra Vitiligo, algunos opinan que proviene de la palabra "vitulus" que significa becerro (30) y otros piensan que proviene del latín "vitium", que significa manchar (13).

HISTORIA

En la antigüedad esta entidad frecuentemente era confundida o asociada con Lepra (30).

El término Vitiligo fue usado por primera vez por Celso (53 A.C.-7 D.C.) (30).

A Bielt (1833), se debe su individualización como entidad bien definida.

Daniel Turner (1714), dió a la palabra Vitiligo el sentido actual (37).

ETIOPATOGENIA

La etiología del Vitiligo es desconocida hasta la fecha, en su etiopatogenia se han propuesto varias hipótesis o se han invocado varios factores, siendo los más aceptados:

FACTORES GENETICOS.- Se ha observado que del 18 al 40% de los pacientes, tienen historia familiar del padecimiento. Algunos opinan que es heredado en forma autosómica dominante con expresividad variable (13,30,44). Otros opinan que puede ser heredado en forma multifactorial (30).

HIPOTESIS DE AUTODESTRUCCION DE MELANOCITOS.- Propuesta por Lerner, supone un defecto hereditario en el mecanismo de eliminación de productos tóxicos precursores de la melanina, dando como consecuencia una lesión selectiva de los melanocitos "secretores" (13,30,37).

FACTORES AUTOINMUNES.- Se han encontrado anticuerpos antimelanina, antimelanocitos y anticuerpos a órganos específicos, como tiroides, suprarrenal, etc. También se ha observado la asociación de Vitiligo con padecimientos autoinmunes como anemia perniciosa, Enfermedad de Addison, etc. (13,30,37).

FACTORES PSICOLOGICOS.- Más defendidos por la Escuela Mexicana de Dermatología; se ha observado con frecuencia una relación evidente con un trastorno emocional importante o un choque emotivo repentino: un accidente, la muerte de un familiar,

problemas de identidad sexual (13,30,47).

Campos opina que el Vitiligo puede representar un equivalente de la angustia traumática.

CUADRO CLINICO

Esta dermatosis no aparece al nacimiento y es rara antes de los 2 años de edad; puede aparecer bruscamente o de modo insidioso y su extensión es gradual (8,44).

La topografía es de las más variables, pudiendo ocupar cualquier región; sin embargo, se nota cierta predilección por el dorso de las manos, muñecas, cara (párpados), cuello, tronco - (en sitios de presión) y órganos genitales (8,30,47).

La lesión característica, es una mancha blanca de forma redondeada, ovalada o polilobulada, de límites bien definidos, rodeada de una zona hiperpigmentada; la piel conserva sus características normales, excepto el color. En algunas manchas también el vello o el pelo pierden el color (8,44).

Las lesiones pueden ser poco numerosas o múltiples, frecuentemente son simétricas y no dan síntomas.

Jadassohn hace observar que las manchas son más sensibles a la luz que la piel sana.

En el 15% de los niños, precediendo o acompañando al Vitiligo,

puede observarse la formación de un anilloacrómico rodeando a uno o varios nevos pigmentados, lo que se denomina Leucodermia perinévica o Nevo de Sutton (44). Esta condición también puede observarse sin asociación con el Vitiligo.

EXAMENES DE LABORATORIO

No son necesarios para el diagnóstico de esta dermatosis.

HISTOPATOLOGIA

En las áreas despigmentadas existe ausencia de melanina y los melanocitos tienen núcleo dentado, protoplasma alargado, son muy dendríticos; dichos melanocitos pueden estar en número normal, estar reducidos o totalmente ausentes en lesiones acrómicas ya establecidas (8,30,31).

En el Vitiligo de larga duración la epidermis llega a ser atrófica y no pueden detectarse células de Langerhans (30).

DIAGNOSTICO

Un punto muy importante es la topografía y morfología de las lesiones; recordar que es adquirida y no congénita.

La despigmentación no va precedida de ningún proceso patológico apreciable y no se acompaña de ninguna otra modificación de la piel.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Debe hacerse principalmente con:

- Acromias e hipocromias residuales. (31,44)
- Leucodermia por hidroquinona.- Es muy precisa y casi dibuba en la piel la prenda productora. (30,31,44).
- Nevo plano acrómico.- Es congénito y permanece indefinidamente sin modificación.
- Albinismo universal o localizado.- Es hereditario, congénito, hay ausencia de pigmento en piel, pelos y ojos (31)
- Nevos hipocrómicos.- Generalmente únicos, congénitos, - que permanecen sin modificaciones. (44)
- Casos indeterminados de Lepra.- La diferencia generalmente es muy evidente. Son manchas hipocrómicas con alteraciones de la sensibilidad. (30)
- Pinto tardío.- Actualmente hay pocos casos. La evolución y el cuadro clínico difieren en forma importante.

TRATAMIENTO

En el tratamiento tópico del Vitiligo, se utilizan sustancias irritantes a base de éter sulfúrico, ácido acético glacial e hidrato de cloral. (31,47)

Otras sustancias muy utilizadas, son los psoralenos, tanto tópicos como sistémicos, los cuales tienen intensa acción fototóxica; sin embargo, su utilidad es muy discutida y se han observado casos de quemaduras por éstas sustancias.

La psicoterapia es muy importante en estos casos, tanto en los que exista un problema psicológico de fondo, como en aquellos en los que el aspecto estético tenga consecuencias en el paciente.

Puede aconsejarse el uso de cosméticos para ocultar las manchas.

Un aspecto muy importante en el tratamiento de ésta entidad, es la explicación amplia al paciente y sus familiares de todo lo relacionado con la enfermedad, para quitar los prejuicios que pudieran existir.

PRONOSTICO

El Vitiligo no afecta directamente la salud, a menos que los aspectos emocionales no sean manejados adecuadamente(44)

El pronóstico es variable e impredecible, en los niños se han observado curaciones espontáneas (47).

En general, las lesiones pequeñas tienden a remitir.



VITILIGO

Cortesía: Dr. R. Carballo

TIÑAS

CONCEPTO

Las tiñas o dermatofitosis son padecimientos cutáneos producidos por hongos, que requieren de queratina para su desarrollo, por lo que afectan la capa córnea de la epidermis, el pelo y las uñas. Son muy contagiosas (44,47).

Según su localización, se habla de tiña de la cabeza, tiña del cuerpo, tiña de las ingles, etc.

SINONIMIA

Se les llama también epidermoficias o dermatoficias (47). --

A la tiña del cuerpo se le conoce también como tiña de la piel lampiña. --

A la tiña de pies se le conoce comúnmente como "pie de atleta"

HISTORIA

R. Virchow, denomina dermatomicosis a los cuadros clínicos de la piel y mucosas provocados por hongos (25).

La palabra tiña, proviene del latín tineas.

La tiña tricoftica fue inicialmente descrita por Gruby en 1844 (25).

ETIOPATOGENIA

Los dermatofitos que más frecuentemente causan las tiñas en México, son los comprendidos en 3 géneros: *Microsporum*, *Trychophyton* y *Epidermophyton*. No son exclusivos del hombre, - pues también pueden parasitar animales y plantas o encontrarse en el suelo (44).

En tiña de la cabeza, los agentes causales más frecuentes en nuestro medio son el *Trychophyton tonsurans* y el *Microsporum canis*; en el Querion de Celso, los más frecuentemente encontrados son el *M. canis* o el *T. mentagrophytes* (23).

En la tiña del cuerpo, se encuentra con más frecuencia el *E. floccosum* o varias especies de *Microsporum* o *Trychophyton*.

En los casos de tiña de pies, se distinguen el *T. rubrum*, - *T. mentagrophytes* y *E. floccosum* (23).

El parásito llega al huésped, procedente de otro paciente, - de un gato o un perro; al invadir la piel las esporas de los dermatofitos, se reproducen mediante filamentos que crecen - en forma radiada y excéntrica entre las células de la capa - córnea causando su separación. La afinidad de los hongos por la queratina, determina que la epidermis y sus anexos les - ofrezcan condiciones óptimas para su desarrollo (44).

La presencia en la piel de estos hongos, produce una reacción inflamatoria más acentuada en la periferia que en el centro - de la lesión y cuando las lesiones se localizan en áreas pil^o sas destruyen el pelo, pero sin afectar la matriz. (44).

CUADRO CLINICO

TIÑA DE LA CABEZA.- Es una localización propia del niño y - corresponde al ataque de los hongos a los pelos de la cabeza. No se observa después de la pubertad, probablemente por cambios en el pH.

Morfológicamente está caracterizada por placas pseudoalopéclⁱ cas, pelos cortos (de 2 a 3 mm), deformados, decolorados y es^c camas abundantes. En casos de tiña tricofítica, se observan placas numerosas, pequeñas, el pelo afectado se mezcla con el sano, son pelos muy cortos y la parasitación es endótrix (por dentro del pelo); es la que se ve con más frecuencia.

En casos de tiña microspórica, las placas son grandes y poco numerosas y el pelo está afectado al mismo nivel; la parasita^c ción es endoectótrix (por dentro y por fuera del pelo) (44, 47).

En la quinta parte de los casos, se presenta una respuesta in^{fl} flamatoria severa, que produce una placa húmeda, purulenta, - escamosa, muy dolorosa y que puede dejar alopecia permanente por destrucción del folículo: Tiña inflamatoria o Querion de Celso.

TIÑA DEL CUERPO.- Se caracteriza por placas eritematoescamosas, circulares, de crecimiento excéntrico, con bordes activos, que al confluir, forman placas policíclicas, de bordes circinados, constituidas por pápulas eritematosas o vesículas pequeñas que al romperse forman costras sero hemáticas (44, 47). Son pruriginosas.

TIÑA DE PIES.- Esta localización no es muy frecuente en niños. Afecta principalmente espacios interdigitales y plantas. En estos casos se reconocen varias formas: Intertriginosa, en la que se encuentran escamas y maceración entre los dedos; vesiculosa, que se localiza en espacios interdigitales, plantas y bordes de los pies constituida por vesículas, exulceraciones, costras y escamas. Hiperqueratósica, con zonas callosas de extensión y grosor variables (47). Se acompañan de prurito.

COMPLICACIONES

IDES.- En algunos pacientes, las sustancias liberadas por los dermatofitos, producen una reacción de hipersensibilidad, que se traduce por la aparición de vesículas pequeñas en manos (principalmente en las palmas y entre los dedos), que se rompen fácilmente, dejando una escama muy fina; son las llamadas tricofitides o dermatofitides (44,47).

DERMATITIS POR CONTACTO

En estos casos, se observa un estado eczematoso con mayor er

tema, vesiculación y costras melicéricas, acompañadas de prurito intenso.

IMPETIGINIZACION

Favorecida por la falta de aseo y el rascado. Se observa edema, pústulas y más costras, acompañadas de dolor importante y adenopatias (47).

EXAMENES DE LABORATORIO

Se cuenta con los siguientes:

Examen directo.- Se toma una muestra de escamas o pelos, se coloca en un portaobjetos, se agrega hidróxido de potasa al 20% y se observa al microscopio. Si la muestra es positiva, se observa filamentos o esporas del hongo causante.

Cultivo.- Se utiliza cuando se requiere precisar el agente causal. Se hace en medio de Sabouraud o mycosel y generalmente se obtiene a las 4 semanas (23).

DIAGNOSTICO

Es básicamente clínico y siempre que sea posible debe confirmarse por examen directo.

Luz de Wood.- En los casos producidos por *Microsporum*, los cabellos muestran fluorescencia verdosa. No hay fluorescencia en casos de *Trychophyton* (23).

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Aunque el cuadro clínico es característico, en algunos casos deberá hacerse diagnóstico diferencial con: Pitiriasis rosada de Gibert, Dermatitis seborreica y tricotilomania principalmente, para lo cual es de mucha utilidad el examen directo.

TRATAMIENTO

En los casos complicados con Dermatitis por contacto o Impétigo secundario, se iniciará el tratamiento de éstas eventualidades.

Tiña de la cabeza.- Requiere de tratamiento sistémico con Griseofulvina a dosis de 20 mg/Kg/día por 4 - 8 semanas. No es necesario el tratamiento tópico.

Tiña del cuerpo y de pies.- Solo requieren tratamiento tópico, que puede ser a base de alcohol yodado al 0.5 al 1% 2 veces al día por 3 semanas o con medicamentos como el tolnaftato, clotrimazol, miconazol, etc. (44).

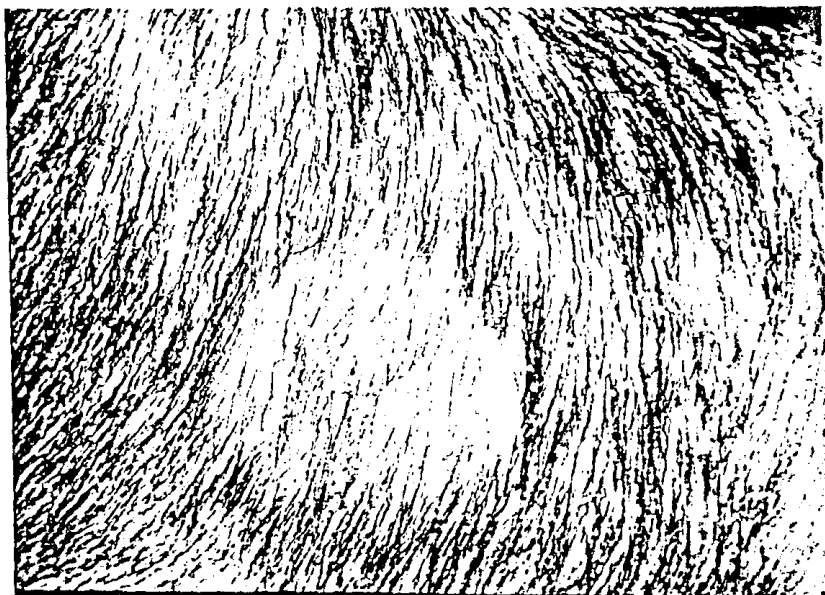
No deben usarse corticoides tópicos ya que pueden empeorar el cuadro.

PRONOSTICO

En general, es bueno con tratamiento adecuado. Los casos de

tiña de pies son los más rebeldes a tratamiento, por lo que algunos pacientes pueden requerir de control prolongado.

La tiña inflamatoria puede dejar zonas alopécicas permanentes. que pudieran constituir un problema estético.



TIÑA DE LA CABEZA

Cortesía: Dra. J. Carbajosa

DERMATITIS DEL PAÑAL

CONCEPTO

Esta enfermedad está considerada dentro de las Dermatitis por contacto de tipo irritativo (17); sin embargo, por su importancia y por sus características especiales, se considera como una entidad individual.

Se puede definir como un proceso inflamatorio de grados variables en el área de piel que cubre el pañal por contacto prolongado de heces y orina (38,44).

SINONIMIA

Exantema del pañal, Dermatitis amoniacal.

HISTORIA

En 1877 Parrot describió por vez primera una erupción en el área de los pañales, describiendo una forma vesicular y una forma papular, atribuyendo ésta última a sífilis. La idea de que la sífilis era la causa principal de exantemas del pañal persistió hasta principios de este siglo (22).

En 1915, Zahorsky llamó la atención hacia la asociación del olor amoniacal en el pañal con la erupción en la zona cutánea. Cooke aisló *B. ammoniagenes* y demostró el papel de esta bacteria en la producción de amoníaco en la orina (22).

ETIOPATOGENIA

Este cuadro comúnmente se atribuye al contacto de la orina con la piel; sin embargo, es necesario que la urea de la orina se transforme en amoniaco que es el causante de las lesiones.

El amoniaco es producido por el crecimiento de *Bacillus ammoniagenes* y *Proteus* principalmente, que proviene de las heces y persisten en los pañales que no han sido bien lavados. Hay también enzimas de putrefacción de origen bacteriano, que actúan sobre los aminoácidos de la orina, liberando productos irritantes de olor intenso que causan inflamación de la piel (22,38). Las bacterias que producen amoniaco o restos de putrefacción prosperan en el pañal tibio y húmedo.

Todos los factores que prolonguen el contacto de heces y orina con la piel, como los malos hábitos higiénicos, los cuadros diarréicos y el uso de calzones plásticos o ahulados, incrementan la incidencia y severidad del cuadro (44).

Otros factores que pueden iniciar o agravar la agresión son los residuos de detergentes, blanqueadores o desinfectantes en los pañales (38,44).

CUADRO CLÍNICO

Los sitios afectados corresponden a los cubiertos por el pañal, como con los genitales externos, las regiones glúteas, la cara externa y superior de los muslos, pero pueden llegar a extender

se al abdomen y la parte inferior de los muslos (11).

La morfología es variable dependiendo de la severidad del cuadro y del manejo previo. Va desde eritema acompañado de descamación leve y cuando la agresión es mayor, pueden aparecer pápulas eritematosas aisladas o confluentes y vesículas superficiales en número variable: Sifiloide posterosiva de Sevestre-Jacquet. Los casos severos pueden mostrar excoriaciones, fisuras, exulceraciones o ulceraciones cubiertas de costras serohemáticas (11,44).

El cuadro puede ser agudo o crónico y produce desde molestia leve hasta dolor importante.

Generalmente no se presenta antes de los 3 meses de edad. (22)

Las complicaciones que pueden presentarse en estos casos, son el Impétigo secundario y la Candidosis.

EXAMENES DE LABORATORIO

No hay ninguno útil para el diagnóstico.

HISTOPATOLOGIA

El cuadro histopatológico corresponde al de una Dermatitis por contacto y depende de las características clínicas.

DIAGNOSTICO

La topografía y morfología de las lesiones son típicas de este

cuadro.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Existen varias entidades que presentan una topografía similar:

Dermatitis seborreica.- En estos casos, existe además afectación de otros pliegues y presentan escamas amarillas grasosas. (22).

Sifíldes pápulo erosivas.- Se presentan desde el nacimiento o durante las primeras semanas de vida, las lesiones abarcan - palmas y plantas además de genitales (11).

Candidiasis primaria.- Afecta pliegues en forma más importante, existe eritema importante y generalmente se presenta después de moniliasis oral (11,22).

La Neurodermatitis también puede manifestarse inicialmente en esta zona.

TRATAMIENTO

1. Lavar el área después de que el niño orine o defaque con abundante agua, sin jabón y secar bien.
2. Dejar la región descubierta cuando sea posible.
3. Uso de polvos inertes o inertes oleosas para proteger la piel.

4. Lavar los pañales con jabón y enjuagarlos con agua con -
vinagre.
5. No usar calzón de hule ni pañales desechables.

PRONOSTICO

Sin tratamiento, el cuadro puede persistir hasta que se suspenda el uso de pañales. Con un manejo adecuado la mayoría -
de los casos mejoran en pocas semanas (38).



DERMATITIS DEL PAÑAL

Cortesía: Dr. J. Gil

ESCABIASIS

CONCEPTO

Parasitosis cutánea producida por un ácaro, *Sarcoptes scabiei* var. *hominis*; es muy pruriginosa y se caracteriza esencialmente por un elemento dermatológico especial, el surco, y acceso ríamente por lesiones polimorfas. Es una enfermedad cíclica que origina epidemias cada 10 ó 12 años. Es altamente transmisible y se considera una enfermedad familiar (8,44).

SINONIMIA

Ha recibido numerosos nombres, de los más conocidos tenemos: Escabiosis, Sarna, Roña humana (34).

HISTORIA

Los antiguos dermatólogos consideraban que la Escabiasis se debía a una alteración de los humores y su tratamiento consistía en sangrias y depurativos (8).

El agente causal era conocido desde hace mucho tiempo, por Avenzoar (siglo XII), Guido de Chauliac (siglo XIV) y Ambrosio Paré (siglo XVI) entre otros (8).

Aldrovandi (1522-1605) estudió los ácaros y los surcos en la piel y dio una descripción de la enfermedad (34).

En 1848 Hebra hace una monografía con 40 000 casos (34).

Renucci (1834), mostró públicamente al *Sarcoptes* en la Clínica de Alibert (8).

En 1943 Mellanby publicó "Scabies", que se considera uno de los trabajos clásicos, realizado en voluntarios de la II Guerra Mundial (34).

ETIOPATOGENIA

Es una enfermedad parasitaria con componente reaccional. El *Sarcoptes scabiei* es un parásito ácaro; el macho mide 200 a 250 m. y la hembra de 330 a 450 m., tiene la forma de un ovoide aplanado, provisto de 8 patas; en los 2 pares anteriores tiene ventosas.

La hembra fecundada es la única que cava los túneles y la que ocasiona los síntomas (8,34).

La hembra fecundada deposita sus huevecillos (entre 15 y 50), en el túnel que ha cavado; éstos huevecillos dan lugar a larvas que se alojan en los folículos pilosos donde se transforman en ninfas y adultos que van a colonizar otros sitios.

Generalmente son pocos (menos de 10) los parásitos que se encuentran en un paciente; sin embargo, presentan numerosas lesiones debido a la sensibilización que se produce a consecuencia de la presencia del ácaro y sus deyecciones (44).

La transmisión de la enfermedad es de persona a persona por medio del parásito (8), y ocasionalmente puede transmitirse por medio de fomites, ya que los huevecillos y las larvas - pueden permanecer hasta 30 hs. vivas fuera del huésped (44).

La aparición del cuadro está favorecida por la pobreza con - habitaciones donde el hacinamiento y la promiscuidad son ha - bituales y por la deficiente higiene (34).

CUADRO CLINICO

La Escabiasis tiene un período de incubación generalmente de 10 días (8).

La topografía varía de acuerdo a la edad del niño; en los - lactantes afecta prácticamente todo el cuerpo y puede haber lesiones desde la piel cabelluda hasta plantas de pies (dato orientador para el diagnóstico) (34,44); en el escolar y en el adolescente, las lesiones tienen la topografía del adulto, es decir, se limitan entre las "Líneas de Hebra"; la supe- - rior pasa por los hombros y la inferior por las rodillas. - Las lesiones predominan en: manos, espacios interdigitales, muñecas especialmente en la región cubital, pared anterior - de axilas, caras internas de brazos y antebrazos e ingles - (8,34,44).

Morfológicamente la Escabiasis tiene un signo patognomónico: el surco; son hileras estrechas, grisáceas, de trayecto curvo

o sinuoso, de 2 a 5 mm. de longitud o más; estos surcos representan los túneles que el parásito excava en la capa córnea y su color es producido por el depósito de polvo y grasa y en parte por los excrementos del Sarcóptes.

Uno de los extremos del surco, la cabeza, se marca por una pequeña elevación nacarada, la "eminencia acariana de Bazin"; es una vesícula profunda que se forma en la proximidad del Sarcóptes como una reacción a la presencia del mismo, o como parte del fenómeno de sensibilización (8,34).

También se encuentran pápulas de color rosa pálido, de aspecto foliular, se consideran de las primeras manifestaciones junto con el prurito. Estas pápulas pueden representar lesiones en donde se encuentran formas inmaduras del ácaro o ser parte de la reacción de hipersensibilidad (34).

Otras lesiones que pueden encontrarse son: manchas eritematosas, excoriaciones, costras hemáticas.

Hay prurito intenso de predominio nocturno, por ser el período de actividad de los ácaros.

FORMAS CLINICAS ESPECIALES

ESCABIASIS DE LOS LIMPIOS.- Descrita por Stokes en 1936. Presenta lesiones aisladas, básicamente son pápulas foliulares. Los surcos son difíciles de encontrar, por lo que el diagnós-

tico no es sencillo (33,34).

ESCABIASIS INCOGNITA.- Es aquella que se encuentra modificada en su morfología en ocasiones por el uso indiscriminado de corticoesteroides tópicos por tiempos prolongados, originando lesiones extensas y topografía atípica (34).

ESCABIASIS NODULAR.- Aparece como fenómeno de hipersensibilidad en el 10% de los pacientes. Presenta nódulos café rojizos muy pruriginosos en sitios cubiertos por la ropa, más frecuentemente en axilas, caras internas de brazos y genitales. Son crónicas y persisten por meses (34).

ESCABIASIS NORUEGA.- Descrita inicialmente por Danielsen y Boeck en 1842 en enfermos de Lepra. Son lesiones hiperqueratóticas en manos, pies, pabellones auriculares, piel cabelluda; es muy contagiosa, y se observan numerosos parásitos. Se ha encontrado también en pacientes con Tuberculosis, Cáncer, Sífilis, Diabetes y otros; es decir, terreno inmunodeprimido (33,34).

COMPLICACIONES

Impétigo Secundario.- Principalmente en niños. Primero en las lesiones iniciales de Escabiasis, más tarde se extiende a regiones donde no está la dermatosis. Es frecuente en las manos el "Signo del Cirujano" donde existen múltiples pústulas, costras melicéricas y dolor importante.

Dermatitis por Contacto.- Por sustancias que han causado -
irritación, por sobretratamiento o automedicación.

EXAMENES DE LABORATORIO

Existe eosinofilia moderada; sin embargo, no es necesario -
realizar estudios en éstos casos.

HISTOPATOLOGIA

Los hallazgos que menciona J. Novales son: acantosis modera-
da, aumento de la capa córnea, ocasionalmente paraqueratosis
aislada; en dermis superficial se observan pequeños infiltra-
dos perivasculares de linfocitos. Estos hallazgos son ines-
pecíficos y sin la observación del parásito o sus restos (ex-
cretas), no son de utilidad (34).

DIAGNOSTICO

La topografía, morfología y el prurito nocturno son signos -
de probabilidad. Si hay contagio familiar, la presunción -
será mayor. La comprobación de surcos es una prueba formal
(8).

Puede hacerse la búsqueda del ácaro, aunque no es necesario
el hallazgo del parásito para el diagnóstico (44).

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Aunque el cuadro generalmente no se presta a confusiones, sí reúne los puntos anteriores, en determinados casos deberá diferenciarse de Prúrigo por Insectos, Dermatitis del Pañal, - Pediculosis del Cuerpo (34).

TRATAMIENTO

En caso de existir complicaciones, resolverlas primero. El tratamiento de la Escabiasis debe reunir los siguientes puntos:

1. Dar tratamiento a toda la familia.
2. Lavar diariamente la ropa personal y de cama mientras dure el tratamiento (no es necesario hervirla).
3. Estrictas indicaciones de la aplicación del medicamento, para evitar sobredosificación o irritación.

En niños, la fórmula más utilizada es:

Aceite de almendras dulces.....	120 cc
Bálsamo de Liquidambar.....	20 cc
Bálsamo del Perú.....	10 cc
Sig. Frote por 7 días seguidos.	

El azufre no debe usarse en niños por su acción irritante (44). Benzoato de Bencilo.- Es el principio activo del Bálsamo del Perú. Es el medicamento de uso más extendido. -

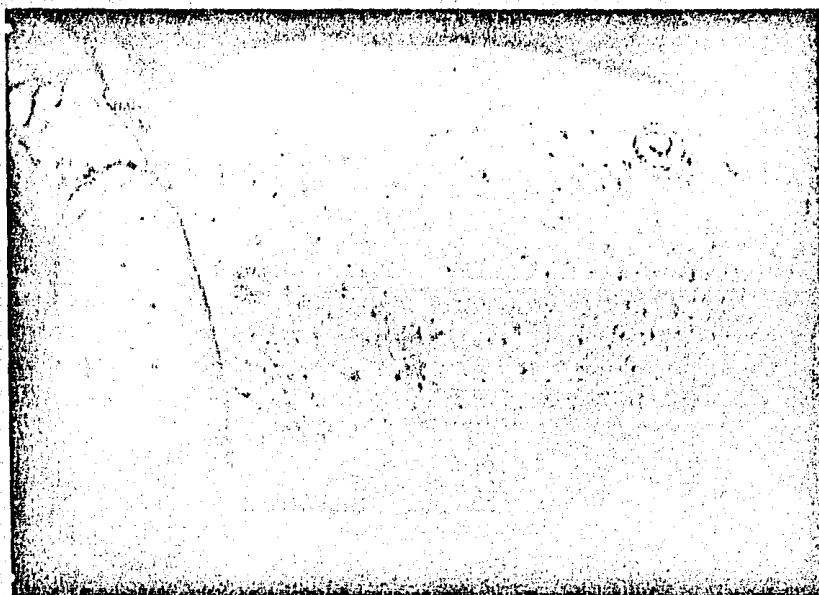
Es muy irritante y puede producir Dermatitis por contacto por sobredosificación.

Hexacloruro de Gamma Benceno o Lindano.- Es menos irritante y se usa al 1 ó 5%.

Crotamitón.- No es irritante; sin embargo, no existe un esquema específico para el tratamiento con este medicamento (34).

PRONOSTICO

En general, es bueno; se ensombrece cuando aparecen complicaciones como el Impétigo, que si no se maneja adecuadamente puede llegar a producir Glomerulonefritis o Septicemias (34,44).



ESCABIASIS

Cortesía: Dr. R. Carballo

B I B L I O G R A F I A

BIBLIOGRAFIA

1. BARRAZA, R.P.: Aspectos psicológicos en los pacientes con vitiligo. Estudio comparativo de 30 pacientes. Tesis de postgrado. Centro Dermatológico Pascua. México, - D.F. 1977.
2. BOGAERT-DIAZ, H.: Manual de Dermatología. The C.V. Mosby Company. Londres, México. 1979. pp. 59-71, 119-123, - 260-261.
3. BOUSQUET, J.; Andary, M.; Clot, J.; et al.: In vitro immunologic studies in atopic and contact dermatitis. Ann. Allergy. 41:170-175, 1980.
4. BUENO, D.D.: Talidomida en Neurodermatitis Corticoestrogenada. Tesis de postgrado. Centro Dermatológico Pascua. México, D.F. 1979.
5. CALDERON, C.I.: Dermopatías solares y algunas investigaciones de sus aspectos epidermiológico, clínico y de laboratorio. Tesis recepcional. U.N.A.M. México, D.F. 1967.
6. CAMACHO, J.A.: Las 10 dermatosis más frecuentes en 1976. Tesis de postgrado. Centro Dermatológico Pascua. México, D.F. 1978.
7. CORTES, J.L.: Dermatología Clínica. Editorial Clínicas de Alergia. 2a. Edición. México, D.F. 1972. pp. 423-431, - 679-682, 776-780.
8. DARIER, J.: Compendio de Dermatología. 2a. Edición. Salvat Editores. Barcelona, 1935. pp. 176-183, 373-376, - 611-614.
9. DARIER, J.; Sabouraud; Gougerot; Milian; Putrier; Ravaut; Sézary; Simon.: Nouvelle pratique dermatologique. - Masson et Cie. Editeurs. pp. 245-252. Paris, Francia. 1936. Tomo IV.
10. DILLON, H.C.: Topical and systemic therapy for pyodermas. Int. J. of Dermatology. 19:441-451, 1980.

BIBLIOGRAFIA

1. BARRAZA, R.P.: Aspectos psicológicos en los pacientes con vitiligo. Estudio comparativo de 30 pacientes. Tesis de postgrado. Centro Dermatológico Pascua. México, - D.F. 1977.
2. BOGAERT-DIAZ, H.: Manual de Dermatología. The C.V. Mosby Company. Londres, México. 1979. pp. 59-71, 119-123, - 260-261.
3. BOUSQUET, J.; Andary, M.; Clot, J.; et al.: In vitro immunologic studies in atopic and contact dermatitis. Ann. Allergy. 41:170-175, 1980.
4. BUENO, D.D.: Talidomida en Neurodermatitis Corticoestero--peada. Tesis de postgrado. Centro Dermatológico Pascua. México, D.F. 1979.
5. CALDERON, C.I.: Dermopatías solares y algunas investigaciones de sus aspectos epidermiológico, clínico y de laboratorio. Tesis recepcional. U.N.A.M. México, D.F. 1967.
6. CAMACHO, J.A.: Las 10 dermatosis más frecuentes en 1976. Tesis de postgrado. Centro Dermatológico Pascua. México, D.F. 1978.
7. CORTES, J.L.: Dermatología Clínica. Editorial Clínicas de Alergia. 2a. Edición. México, D.F. 1972. pp. 423-431, - 679-682, 776-780.
8. DARIER, J.: Compendio de Dermatología. 2a. Edición. Salvat Editores. Barcelona, 1935. pp. 176-183, 373-376, - 611-614.
9. DARIER, J.; Sabouraud; Gougerot; Milian; Putrier; Ravaut; Sézary; Simon.: Nouvelle pratique dermatologique. - Masson et Cie. Editeurs. pp. 245-252. Paris, Francia. 1936. Tomo IV.
10. DILLON, H.C.: Topical and systemic therapy for pyodermas Int. J. of Dermatology. 19:441-451, 1980.

11. ESCALONA, P.E.: Dermatología. Lo esencial para el estudiante. 4a. Edición. Impresiones modernas. México, 1971. pp. 153-157, 188-197.
12. ESTRADA, C.: Las enfermedades de la piel en el escolar mexicano. 5 años en la consulta dermatológica en el Centro de Higiene Escolar "Dr. Eugenio Latapí". Memorias del I. Congreso Mexicano de Dermatología. p. 157 1961.
13. FITZPATRICK, T.B.; Eisen, A.Z.; Wolff, K.; Freedberg, I. M. and Austen, K.F.: Dermatology in general medicine. Second edition. Mc Graw-Hill Book Company. New York, London, México, 1979. pp. 512-527, 805-806, 960-976, -1659-1660, 1631-1635.
14. FIUMARA, S.H.: Hipnosis y verrugas vulgares. Tesis de postgrado. Centro Dermatológico Pascua. México, D.F. 1982.
15. FLORES, O.; Bueno, D. y Ortíz, R.: Dermatitis solar hipocromiante. Correlación clínico-patológica. Estudio preliminar de 25 casos. X Congreso Mexicano de Dermatología. Zacatecas, México. 1981 (inédito).
16. FLORES, O. y Ortíz, R.: Dermatitis solar hipocromiante. Estudio de 50 casos. X Congreso Mexicano de Dermatología. Zacatecas, México, 1981. (inédito).
17. FREGERT, S.: Manual de dermatitis por contacto. Salvat Editores. Barcelona, México. 1977.
18. FRITSCH, W.C.: Therapy of impetigo and furunculosis. - - JAMA, 214 (10): 1862-1866, 1970.
19. GARZA-TOBA, M.: 3 000 enfermos de la piel observados en la Clínica Tacubaya del ISSSTE. Memorias del III Congreso Mexicano de Dermatología. p. 425. 1965.
20. GRACIANSKY DE P. et Bouille, S.: Atlas de Dermatologie. - Maloine Editeur Vol. IX. Paris, Francia; 1952. p. I-IX
21. HANIFIN, J.M.: Atopic dermatitis. Am. Acad. Dermatol. - 6(1): 1-13, 1982.
22. JACOBS, H.A.: Erupciones en el área de los pañales. Simposio sobre Dermatología Pediátrica. Clínicas pediátricas de Norteamérica. Vol. 2. p. 209-224, 1978.

23. JACOBS, H.P.: Micosis en la niñez. Simposio sobre Dermatología pediátrica. Clínicas pediátricas de Norteamérica. Vol. 2. p. 357-366, 1978.
24. JALLER, R.A.: Dermatitis por contacto. Estudio inmunológico de 30 pacientes. Tesis de postgrado. Centro Dermatológico Pascua. México, D.F. 1982.
25. KORTING, G.W.: Atlas de dermatología pediátrica. 3a. Edición. Editorial Científica Médica. Barcelona, 1978. pp. 36-37, 72-74, 78-81, 86-90, 130-132.
26. LATAPI, F.: Neurodermatitis infantil. Dermatología Rev. Mex. III (3): 243-246, 1959.
27. LEON, B. V.: Las 10 dermatosis más frecuentes en el Centro Dermatológico Pascua de México, D.F., durante el año de 1970. Tesis recepcional. Universidad Veracruzana. México, 1970.
28. LEVER, F.W.: Histopatología de la piel. 5a. edición. - Editorial Intermédica. Buenos Aires, Argentina. 1979 pp. 85-88, 118, 178, 238-239, 273-275, 310-314, 371.
29. MENDEZ, H.A.: Prúrigo por insectos. Correlación clínico-patológica y breve revisión del tema. Tesis de postgrado. Centro Dermatológico Pascua. México, D.F. - 1979.
30. MORALES, L.M.: Vitiligo: estudio psicosexual comparativo de 30 pacientes. Tesis de postgrado. Centro Dermatológico Pascua. México D. F. 1980.
31. MORALES, T.P.: Vitiligo. Dermatología Rev. Méx. XIV (1): 95-105, 1970.
32. OBERMAYER, E.H.: Neurodermatitis diseminada. La enfermedad problema. Dermatología Rev. Méx. I (3): 228-236, 1957.
33. ORKIN, M. y Maibach, H.: Sarna en niños. Simposio sobre Dermatología Pediátrica. Clínicas Pediátricas de Norteamérica. Vol. 2. p. 371-386. 1978.
34. ORTIZ, B.Y.: Escabiasis. Manejo y tratamiento de un problema de salud pública. México, D.F. 1977.
35. PODOSWA, G.: Dermatología Pediátrica. Francisco Méndez - Editor. México, D.F. 1981. pp. 14-23, 26-43, 68-69, - 93-100, 176-181, 199.

36. RODRIGUEZ, O.: Dermatosis más frecuentes en la infancia. *Dermatología. Rev. Méx.* XII (1): 185-188, 1968.
37. ROOK, A.: Recientes avances en dermatología. 3a. Edición. Editorial JIMS. Barcelona, 1977. p. 135-160, 197-212, 251-257.
38. ROOK, A.; Wilkinson, D.S. and Ebling, F.J.: Textbook of Dermatology. 3th. Edition. Blackwell scientific publications. Oxford, 1979. pp. 199-202, 349-357, 363-371, 617-622.
39. RUIZ, E.J.: El temperamento de los niños con neurodermatitis diseminada. Estudio de 30 casos. Tesis de postgrado. Centro Dermatológico Pascua. México, D.F. 1981
40. RUIZ-MALDONADO, R.: Epidemiología de las enfermedades de la piel en la Ciudad de México, D.F. Tesis recepcional. U.N.A.M. México, D. F. 1964.
41. RUIZ-MALDONADO, R.: Neurodermatitis atópica. Avances recientes. *Acta Pediát. Méx.* 3 (1): 33-42, 1982.
42. RUIZ-MALDONADO, R.: Tratamiento y manejo de las 10 dermatosis más frecuentes en los niños. *Bol. Méd. Hosp. Infantil XXX* (6): 1063-1074, 1973.
43. RUIZ-MALDONADO, R.: Verrugas vulgares. *Dermatología Rev. Méx.* IX (2): 210-215, 1965.
44. RUIZ-MALDONADO, R.; Saúl, A.; Ibarra, G. y Tamayo, L.: Temas de dermatología pediátrica. Francisco Méndez Editor. México, 1980. pp. 1-8, 19-46, 51-75, 81-90, 121-133, 147-152, 199-227.
45. RUIZ-MALDONADO, R.; Tamayo, S.L. y Velázquez, E.: Epidemiología de las enfermedades de la piel en 10 000 pacientes en edad pediátrica. *Bol. Méd. Hosp. Infantil. XXXIV* (1): 137-161, 1977.
46. SAUL, A.: Diagnóstico de las infecciones dermatológicas - más frecuentes. *Infectología.* 2: 107-117, 1981.
47. SAUL, A.: Lecciones de dermatología. 9a. Edición. Francisco Méndez Editor. México, D.F. 1979. pp. 41-43, 53-56, 59-68, 103-106, 139, 203-215, 226-229, 231-234.

48. SAUL, A.: Los prúrigos. Dermatología Rev. Méx. VII (1); 46-49, 1963.
49. SOULE, L.A.: Dermatosis en la infancia. Algunos datos - clínicos y estadísticos. Tesis recepcional. U.N.A.M. México, D.F. 1962.
50. VAZQUEZ, H.N.: Las enfermedades de la piel más frecuentes en el adolescente mexicano. Tesis recepcional. U.N.A.M. México, D.F. 1963.