

11212
253

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO



FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
H.E.C.M.R.

**"CORRELACION CLINICO PATOLOGICA EN EL
DEPARTAMENTO DE DERMATOLOGIA"**

T E S I S
PARA OBTENER EL TITULO DE:
ESPECIALISTA EN:
D E R M A T O L O G I A
P R E S E N T A :
DRA. MONICA ENCISO HERNANDEZ



IMSS

ASESOR
DRA. SILVIA A HONDA FUJIMURA

MEXICO, D. F.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1993



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 está 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.

INDICE

1.- Introducción.....	1
2.- Objetivos.....	4
3.- Planteamiento del problema.....	4
4.- Universo de trabajo.....	5
5.- Criterios de inclusión.....	6
6.- Criterios de exclusión.....	6
7.- Ambito geográfico.....	6
8.- Recursos humanos.....	7
9.- Recursos materiales.....	7
10.- Financiamiento del proyecto.....	7
11.- Resultados.....	8
12.- Discusión.....	12
13.- conclusiones.....	28
14.- Bibliografía.....	30

INTRODUCCION

No existe hasta el momento ningún estudio estadístico similar en el servicio de Dermatología que proporcione la información que nos auxiliara para determinar las dermatosis más frecuentes en el Hospital de Especialidades Centro Médico la Raza.

En 1964, el Dr. Ruíz Maldonado realizó un estudio epidemiológico de las enfermedades de la piel en la ciudad de México, de gran importancia e interés, tomando como referencia los archivos del Centro Dermatológico Pascua, Hospital General de la S.S.A., Centro Médico Nacional del I.M.S.S., Hospital de Enfermedades Tropicales, Sanatorio de la Secretaria de Hacienda, Consulta dermatológica del Hospital Central Militar y la consulta privada de los Señores Doctores Amado Saúl y Francisco Márquez, y determinó las diez dermatosis en cada uno de los centros anteriormente señalados. Debido a que el Centro Dermatológico Pascua tiene un alto volumen de pacientes, fué seleccionado para la realización del estudio del Dr. Ruíz Maldonado estableciendo

en cada una de las diez dermatosis, su incidencia en cuanto edad, ocupación, estación del año, estado civil y sexo (1):

10 DERMATOSIS MAS FRECUENTES	EDAD	SEXO
1.- Dermatitis por contacto	0-9 años	F
2.- Vitiligo	0-9 años	F
3.- Neurodermatitis	0-9 años	F
4.- Verrugas Vulgares .	9-14 años	F
5.- Prurigo	0-9 años	M
6.- Dermatitis Solar	15-25 años	F
7.- Tiña de la Cabeza	0-9 años	M
8.- Acné	15-24 años	F
9.- Impétigo	0-9 años	M
10.- Psoriasis	25-39 años	M

Existen otros estudios realizados en el Centro Dermatológico Pascua, el primero de ellos realizado por el Dr. León Bosques en 1970 en donde agrupa las dermatosis según su etiología, ocupando el primer lugar las dermatosis reaccionales (2).

El segundo estudio, realizado en 1976, por el Dr. Antonio Camacho, establece las diez dermatosis más frecuentes de la siguiente manera (3):

10 DERMATOSIS MAS FRECUENTES

- 1.- Dermatitis por contacto
- 2.- Acné
- 3.- Escabiasis
- 4.- Prúriga por insectos
- 5.- Neurodermatitis diseminada
- 6.- Verrugas vulgares
- 7.- Vitiligo
- 8.- Tíña Pedis
- 9.- Dermatitis solar
- 10 Dermatitis seborreica

OBJETIVOS

- 1.- Establecer el porcentaje de correlación clínico patológica del Departamento de Dermatología del H.E.C.M.R. de 1986 a 1990
- 2.- Determinar las diez dermatosis más frecuentes en el H.E.C.M.R.
- 3.- Conocer las diez dermatosis por grupo de edad
- 4.- Identificar la prevalencia por sexo de cada entidad descrita

PLANTAMIENTO DEL PROBLEMA

Existen pocos estudios epidemiológicos en los diversos Centros Dermatológicos, en donde se mencionan las diez dermatosis más frecuentes en cada uno de ellos. Consideramos conveniente realizar un estudio retrospectivo, descriptivo, observacional y longitudinal, en una muestra de un Hospital de tercer nivel y determinar la correlación clínico patológica de éstas diez entidades.

UNIVERSO DE TRABAJO

Se estudiarán todos los pacientes vistos en el servicio de Dermatología a quienes se les realizó biopsia en el período comprendido de 1985-1990, basándose en el archivo de Anatomía Patológica, constituido por 148 tomos y un total de 23952 hojas de estudios histopatológicos.

Previa autorización del Departamento de Anatomía Patológica, se procedió a realizar un concentrado con los siguientes datos:

- a) Edad
- b) Sexo
- c) Diagnóstico Clínico
- d) Diagnóstico Histopatológico
- e) Correlación clínico Patológica

Una vez obtenido los datos, se hizo el computo final para determinar si existió correlación clínico patológica de las diez dermatosis más frecuentes en el Departamento.

CRITERIOS DE INCLUSION

- Todos los pacientes biopsiados en el periodo comprendido de 1986-1990.
- Todos los pacientes mayores de 15 años.

CRITERIOS DE EXCLUSION

- Pacientes quiénes omitieran algún dato como edad, sexo, diagnóstico clínico e histológico.
- Todos los pacientes comprendidos en la edad pediátricas.
- Todos aquellos con diagnóstico histológico inespecifico.

AMBITO GEOGRAFICO

Se llevo a cabo en la unidad de Consulta Externa del Departamento de Dermatología y en servicio de Anatomía Patológica, ubicado en el anexo del H.E.C.M.R.

RECURSOS HUMANOS

Médicos del servicio de Dermatología.

RECURSOS MATERIALES

Consultorios del servicio de dermatología.

Archivo del servicio de Anatomía Patológica

FINANCIAMIENTO DEL PROYECTO

Ninguno de manera extrainstitucional. El proyecto se realizó con los recursos propios del hospital.

RESULTADOS

Se estudiaron 3618 pacientes, vistos en el servicio de Dermatología en un periodo de 5 años los cuales fueron biopsiados para complementación diagnóstica, excluyendose a los menores de 15 años de edad, o aquellos que no contaban con los siguientes datos: edad, sexo, diagnóstico clínico e histológico; así como aquellas biopsias con diagnóstico inespecífico.

Se excluyeron un total de 400 estudios. Ver tabla 1

ESTUDIOS HISTOPATOLOGICOS

Pacientes incluidos: 3218

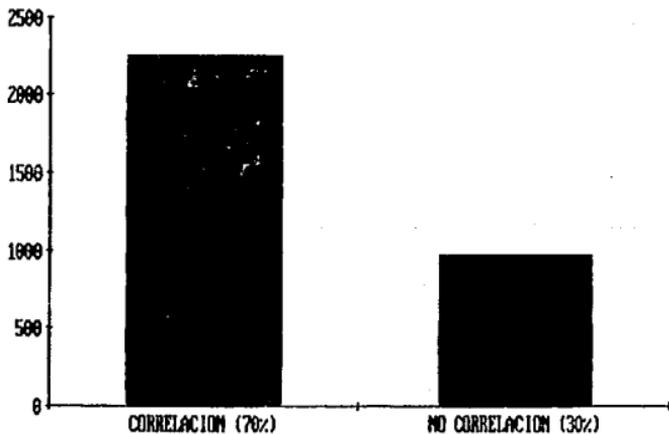
Pacientes excluidos: 400

Total: 3618

TABLA No 1

Se clasificaron las dermatosis por grupos dependiendo de la etiología de cada entidad, tomando el diagnóstico histológico para establecer las dermatosis más frecuentes.

Para obtener la correlación clínico patológica se realizó una conversión, obteniéndose un 70% (2253 pacientes) de correlación, sin encontraria en un 30% (965 pacientes). ver gráfica 1



gráfica No 1

Con respecto a los 10 grupos etiológicos más frecuentes se encontro lo siguiente: Ver tabla No 2

GRUPO	TOTAL	%	EDAD	EDAD	SEXO	
			RANGO	MEDIA	F	M
1.- Tumor benigno	1051	32.66	16-90	43	619	432
2.- Tumor maligno	849	26.38	20-99	63	464	385
3.- Enf.inmunológica	313	9.72	16-83	39	239	74
4.- Alt.vascular	270	8.39	16-88	37	123	147
5.- Enf.infecciosa	198	6.15	16-85	40	72	126
6.- Enf.papuloescamosa	147	4.56	16-73	40	59	88
7.- Dermatitis actínica	110	3.41	21-86	59	67	43
8.- Enf. ampollosa	59	1.83	17-88	47	34	25
9.- Alt. del pigmento	37	1.14	17-77	37	24	13
10.- Eccemas	34	1.05	16-35	41	17	17

tabla No 2

A continuación se muestra la dermatosis más frecuente por cada uno de los grupos: Ver tabla No 3

GRUPO	DERMATOSIS	EDAD RANGO	EDAD MEDIA	SEXO	
				F	M
1.- Tumor benigno	Nevo intradérmico	16-75	39	149	56
2.- Tumor maligno	Ca. basocelular	20-99	65	255	346
3.- Enfermedad inmunológica	Vasculitis	16-78	40	69	39
4.- Alteración vascular	Hemangioma	16-79	39	47	33
5.- Enfermedad infecciosa	Verruga vulgar	19-83	45	29	23
6.- Enfermedad papuloescamosa	Psoriasis	16-69	41	21	35
7.- Dermatitis actínica	Queratosis actínica	30-86	60	37	26
8.- Enfermedad ampollosa	Pénfigo vulgar	24-72	47	11	9
9.- Alteraciones del pigmento	Der. cenicienta	17-44	32	8	7
10.- Eccemas	Liquen simple	21-65	39	7	10

Gráfica No 3

DISCUSION

El nevo intradérmico, también es llamado nevo dérmico, casi no se observa en la niñez; ocurre en cualquier parte de la superficie cutánea, predomina en adultos, se localiza en cabeza y cuello en un 81%. es una neoformación cupuliforme, sesil y pediculada del color de la piel, castaña negra o azul, de superficie lisa o pilosa, en general éstas neoformaciones son múltiples y miden de 1mm a 10 mm de diámetro, la evolución es estable, pero puede modificarse en la pubertad o con embarazos, sufre regresión en la quinta década de la vida, los tumores melanocíticos se componen de tres células: células névicas, melanocitos epidérmicos o melanocitos dérmicos. Las lesiones benignas, constituidas por células névicas, se denominan nevos melanocíticos. Se dividen en nevos de la unión, compuestos intradérmicos. En el nevo intradérmico, la actividad de la unión es nula o escasa, la dérmis superior contiene nidos y cordones de células névicas, éstos nidos poseen cantidades moderadas de melanina, pero en la dérmis media inferior es escasa. Estas células de

tipo C son fusiformes se disponen en haces y están rodeadas de fibras colágenas, pálidas y laxas.(4)

El carcinoma basocelular es un tumor epitelial maligno de la piel que se origina en las células basales de la epidermis y sus apéndices. Es el tumor más común que afecta a las personas de piel clara, su incidencia está en aumento y es un problema sanitario importante. La aparición del carcinoma basocelular es en áreas expuestas al sol, y se acepta que la radiación actínica es un factor etiológico importante, rara vez se observa en menores de 40 años y es mucho más frecuentes en hombres que en mujeres. Se reconocen 5 tipos clínicos:

- 1) Nódulo ulcerativo, la forma más común.
- 2) Pigmentado.
- 3) Similar a la morfea o fibrosante.
- 4) Superficial.
- 5) Fibroepitelioma.

El carcinoma basocelular nódulo ulcerativo, comienza como un nódulo céreo, pequeño, que a menudo muestra vasos telangiectásicos en la superficie y con frecuencia sufre de

ulceración central. El pigmentado difiere del nódulo ulcerativo solo por la pigmentación parda de la lesión. El tipo morfea se manifiesta como una placa solitaria, indurada, amarillenta, plana, o algo deprimida y puede llegar a ulcerarse. El tipo superficial consiste en uno o varios parches eritematoescamosos, con infiltración leve que aumenta de tamaño por extensión periférica, a menudo rodeado de un borde perlado, filiforme y es usual en el tronco. El fibroepitelioma revela uno o más nódulos elevados, bastante firmes y algo pediculados, cubiertos por piel lisa y levemente enrojecida. Histológicamente las células típicas del carcinoma basocelular poseen un núcleo grande, oval o elongado, y citoplasma escaso. Los núcleos se asemejan a los de la células basales de la epidermis pero la relación núcleo citoplasma es mayor y no existen puentes intercelulares. El estroma de tejido conectivo prolifera y se dispone en haces paralelos, alrededor de las masas tumorales, de manera que parece haber una relación entre el parénquima y el estroma. Como la mucina se retrae durante el proceso de fijación y deshidratación de la muestra, el estroma con frecuencia se separa, de los islotes tumorales, éste es un

artefacto pero es muy típico del carcinoma basocelular. desde el punto de vista histológico se clasifican en indiferenciados y bien diferenciados, los indiferenciados se llamas sólidos y aquellos con diferenciación hacia estructuras capilares, queratósicos; hacia glándula sebácea, quísticos, y hacia glándulas apócrinas o écrinas adenoides. El objetivo del tratamiento es lograr la curación con buenos resultados cosméticos y las diversas modalidades terapéuticas incluyen cirugía con escapélo, criocirugía, curetaje y cirugía de Mohs. Todas pueden tener éxito y la selección de la modalidad depende del tamaño y localización de la lesión y la edad de el paciente.

El término vasculitis no constituye una definición exacta y no puede considerarse satisfactoriamente. Mientras algunos utilizan éste término para designar la consecuencia de un sistema de defensa hiperactivo otros lo reservan para designar una enfermedad de los vasos sanguíneos inducida inmunológicamente. Sin embargo la "vasculitis" denota un proceso clínico patológico en el que existen células inflamatorias dentro y alrededor de los vasos sanguíneos, así

como también de depósitos de fibrina, degeneración del colágeno y necrosis de las células endoteliales. Puede existir como la principal manifestación de un gran número de síndromes clínicos o puede presentar un componente menor de otras enfermedades, afectando vasos de cualquier calibre. Los principales hallazgos microscópicos de las vasculitis son las células inflamatorias en la pared de los vasos en asociación de fibrina, degeneración y cambios necróticos en la pared de los vasos. Las células inflamatorias pueden ser predominantemente neutrófilos (vasculitis neutrofilica), linfocitos (vasculitis linfocitica), o histiocitos (vasculitis histiocitica). La clasificación de las vasculitis está basada:

- 1) El predominio de la célula inflamatoria dentro de los vasos.

- 2) El calibre de los vasos afectados.

En nuestro estudio, el mayor número de vasculitis correspondieron a las vasculitis leucocitoclásticas las cuales en la mayoría de los casos resulta de complejos antígeno anticuerpo circulantes que son depositados dentro y alrededor de las paredes de los vasos y la expresión clínica en la púrpura palpable. (6)

Los tumores de vasos sanguíneos se conocen como hemangiomas y debido a la poca correlación clínico patológica que existe, la clasificación de los hemangiomas es confusa. Los hemangiomas cutáneos pueden ser malformaciones o neoformaciones vasculares, ya sean benignas o malignas. En ocasiones se presentan formas mixtas de hemangiomas con vasos malformados y neoformados. Los hemangiomas benignos representan en 99.7% de todos los hemangiomas. Las malformaciones vasculares son de naturaleza nevoide o hamartomatosa, pueden estar formados de manera predominante por capilares o incluso más grandes. Las malformaciones vasculares representan el 7% de 680 hemangiomas vistos en la práctica del Dr Ruiz Maldonado de 1970 a 1984. Algunas veces participa un factor genético. Histológicamente las paredes malformadas están hechas de células maduras no proliferativas. El crecimiento de éstos hemangiomas es lento y se deben a factores hemodinámicos. En general las malformaciones no desaparecen en forma espontánea. Las malformaciones vasculares son hemangiomas cavernosos, angioqueratomas, lagos venosos, fistulas arterio-

venosas, manchas salmón, manchas en vino de oporto, telangiectasias, etc.. Las neoformaciones pueden ser benignas o malignas, las benignas están compuestas de vasos capilares inmaduros que muestra proliferación activa de células endoteliales y luces minúsculas. Estos son hemangiomas capilares inmaduros y los hemangiomas en "fresa" son el tipo más usual. (7)

Las verrugas vulgares son tumores epidérmicos benignos, muy frecuentes, producidos por el virus papiloma humano, están entre las 10 dermatosis más frecuentes, afectan a todas las razas, ambos sexos y cualquier edad; aunque las planas y vulgares predominan en niños y adolescentes. La infección ocurre en una piel predispuesta a través de abrasiones superficiales; la difusión rápida y progresiva es favorecida por el calor y la humedad. Predomina en áreas expuestas, sobre todo en cara, antebrazos y dorso de manos; se caracterizan por neoformaciones únicas o múltiples, de superficie verrugosa, áspera y seca, del color de la piel o grisácea, bien delimitadas, asintomáticas su tamaño varía de 3 a 5 mm, hasta 1 cm; pueden estar aisladas o confluir, son

sesiles o filiformes. Histologicamente se caracterizan por hiperplasia de todas las capas de la epidermis. Existe una hiperqueratosis con paraquetosis y los estratos de Malpighi y granuloso están llamativamente engrosados. Las papilas dérmicas, elongadas y aplanadas, están curvadas hacia el centro de la verruga. En la capa granulosa y debajo de ellas se encuentran grandes células vacuoladas, que en algunas verrugas contienen inclusiones eosinofílicas intranucleares o citoplasmáticas. El tratamiento puede ser innecesario ya que pueden resolverse en forma espontánea sin tratamiento, sin embargo se utilizan algunos como el ácido salicílico, formol, podofilina, cáusticos, crioterapia, cirugía, radioterapia, etc. (8)

La psoriasis es una enfermedad crónica de la piel, frecuente, determinada genéticamente y caracterizada por la presencia de placas descamativas de color rojo oscuro bien delimitadas y localizadas con preferencia en las prominencias extensoras y en cuero cabelludo. La información fiable a cerca de la incidencia y prevalencia de la psoriasis aún es limitada siendo difícil determinar las variaciones raciales y

étnicas. En general, parece que ésta enfermedad es más común en el norte de Europa y Norteamérica, se presenta menos en las personas de raza amarilla, y las de raza negra son las que menos se afecta. Se ha intentado calcular la frecuencia de la enfermedad según la edad y el sexo. Las mujeres tienden a desarrollar la psoriasis antes que los hombres. Los pacientes con antecedente familiar tienen a presentar una edad de inicio más temprana. La base genética de la psoriasis es incuestionable y se basa en las pruebas de diversos estudios de población, de los realizados con gemelos y del análisis de los árboles genealógicos, a los que recientemente se ha añadido los estudios de HLA, y se ha propuesto una hipótesis de dos genes, uno de la región DR7 y otro de la CW6 del sexto cromosoma, y se ha firmado la existencia de un mecanismo mendeliano dominante. Existen además factores importantes para la provocación como son traumatismos, infecciones, clima, luz fármacos y factores endócrinos, metabólicos y psicológicos. El aspecto de una lesión típica, es característica; son placas eritematoescamosas, el color es denominado comúnmente como rosa salmón, la cantidad de descamación es variable sin embargo la escama característica

es gruesa, blanquesina "yesosa" exhibiendo un grado de uniformidad, son bien definidas y el engrosamiento epidérmico característico del proceso psoriático ocasiona la elevación de las lesiones palpándose con facilidad. Determinadas variedades merecen un nombre descriptivo que ayuda a designar el cuadro clínico. Histopatológicamente las alteraciones son más características en las pápulas muy precoces que se han convertido en escamosas y que se encuentran en los bordes de avance de las placas de la psoriasis. Sin embargo en la psoriasis establecida, puede resumirse como una elongación de las crestas interpapilares, con engrosamiento y a veces confluencia de las porciones más profundas, elongación correspondiente a las papilas dérmicas, adelgazamiento de la epidermis suprapapilar, paraqueratosis extensa y formación de microabscesos de Munro. Existe un moderado infiltrado en la dermis, predominantemente mononucleares. La conducta terapéutica representa un problema individual, incluyéndose medidas generales e inespecíficas, tratamiento tópico con alquitran, antralina, corticoides, fototerapia, etc. y la terapia sistémica como los corticoides, metrotexate, etretinato etc. (9)

La queratosis actínica es la lesión precancerosa epitelial más común entre los blancos, también se le conoce como queratosis solar o queratosis senil, afecta el 100% de la población blanca anciana, pero puede encontrarse desde la adolescencia y durante la segunda década en regiones expuestas al sol. La queratosis actínica se encuentra en áreas corporales expuestas al sol como una mácula o pápula de color carne o roja parduzca o negra amarillenta, mal definida con una escama seca adherente. El tamaño de la lesión varía desde una cabeza de alfiler hasta varios centímetros, con frecuencia son múltiples y asintómaticas sin embargo la presencia de induración, eritema, o aumento del diámetro permite sospechar la evolución hacia carcinoma espinocelular. En ocasiones la queratosis actínica puede presentar una hiperqueratosis tan exuberante que aparece como una masa cornificada llamada cuerno cutáneo. Histológicamente las queratosis actínicas son carcinomas de células escamosas in situ, y se conocen 5 tipos: Hipertrófico, atrófico, bowenoide, acantolítico y pigmentado. En forma general se observa hiperqueratosis con paraqueratosis, atipia de células epidérmicas, edema intra e intercelular; se presenta una

hendidura en la capa basal y la dérmis superior contiene un infiltrado crónico pronunciado. El tratamiento es variado, desde el curetage, electrodesecación, 5-fluoracilo, crioterapia etc.

El pénfigo vulgar es una enfermedad autoinmune que afecta la piel, con depósitos de autoanticuerpos séricos reactivos como antígenos localizados en los espacios intercelulares, entre células individuales epidérmicas o de la mucosa. Basándose sobre el nivel de formación de ampollas, los pénfigos se dividen en superficiales y profundos; quedando entonces el pénfigo vulgar dentro de los profundos y es la forma más común de la enfermedad. Clínicamente se caracteriza por la formación de ampollas flácidas, húmedas que dejan grandes áreas denudadas de piel. Las lesiones pueden desarrollarse sobre una piel de aspecto normal o con una base eritematosa, las ampollas se rompen fácilmente y las costras pueden ser la única evidencia de un proceso ampolloso. El signo de Nikolsky (desprendimiento de la epidérmis con presión lateral del dedo) generalmente está presente. Las áreas cutáneas afectadas con mayor frecuencia

incluyen, el cuero cabelludo, el ombligo y las áreas intertriginosas. Las lesiones orales pueden preceder las lesiones cutáneas. El pénfigo vulgar generalmente se presenta en la cuarta y quinta década de la vida pero puede producirse en todos los grupos etáreos. Aunque en la actualidad se ha descrito la enfermedad en toda la raza y grupos étnicos predomina en sujetos de raza judía o mediterráneo. El pénfigo vulgar se caracteriza histopatológicamente por la formación de ampollas intraepidérmicas suprabasales con pérdida de la cohesión de las células epidérmicas denominándose esto último como acantólisis que es la característica sobresaliente de ésta entidad histológicamente. Durante muchos años el pilar del tratamiento fueron los corticoesteroides sistémicos, actualmente se utilizan agentes inmunosupresores, plasmaféresis en combinación con corticoesteroides, o en algunos casos solos.

El eritema discrómico perstan también llamado dermatitis cenicienta es una hipermelanosis generalizada adquirida macular, de color gris ceniza o azul debido a la presencia de melanina en la forma de complejos de melanosomas en la

epidérmis y más particularmente en la dérmis por lo que la vacuolización de las células basales sería el evento primario de ésta entidad, sin embargo los cambios ultraestructurales no se observan únicamente en áreas expuestas al sol. Las lesiones suelen iniciar como máculas eritematosas que adquieren un tinte gris pizarra en forma gradual. Las máculas sin típicamente aplanadas aunque algunas veces pueden tener un borde eritematoso elevado, puede variar de tamaño desde unos pocos milímetros hasta muchos centímetros, aumentan lentamente cubriendo la mitad del tronco. La etiología es desconocida y por lo tanto no existe un tratamiento específico ni efectivo ya que es prácticamente imposible remover el pigmento de la dérmis con despigmentantes comunes, por lo que en el futuro se intentará remover éste pigmento por medio del laser.

La liquenificación es un tipo de respuesta de una piel predispuesta a la fricción o rascados repetidos. El término liquen simple se utiliza cuando no existe un proceso cutáneo predisponente conocido, mientras que si la fricción es desencadenada por una dermatosis pruriginosa se emplea la

denominación liquenificación secundaria. Los pacientes con un liquen simple están más fácilmente condicionados a una respuesta de rascado frente a un estímulo pruriginoso que los pacientes control, por lo que las tensiones emocionales juegan un papel importante. El término neurodermatitis circunscrita a menudo se utiliza como sinónimo del liquen simple, el prurito es el síntoma predominante y a menudo existe una desproporción entre su intensidad y los cambios clínicos objetivables. En las fases iniciales la piel está enrojecida, edematosa y las líneas superficiales están exageradas, el enrojecimiento y el edema desaparece y el área central de la lesión se vuelve descamativa, engrosada y a veces pigmentada. En muy poco frecuente en la infancia su incidencia se sitúa dentro de los 30-50 años, pero puede verse a cualquier edad, los mujeres se afectan más que los varones, las lesiones únicas o múltiples se observan con igual frecuencia, se localizan en la nuca, caras laterales del cuello, parte superior de muslos, vulva, pubis y la cara extensora de los brazos. Dentro del tratamiento si la liquenificación es primaria se debe ayudar al paciente

psicológicamente para reducir tensiones, así como sedación y los corticoesteroides.

CONCLUSIONES

- En la literatura existen pocos estudios que determinen las dermatosis más frecuentes y ninguno de ellos establece la correlación clínico-patológica.
- En el departamento de Dermatología del H.E.C.M.R. éste ensayo constituye hasta el momento el primero en su género.
- El Dr Ruiz Maldonado reporta las primeras diez dermatosis las cuales difieren con nuestros resultados, esto lo atribuimos a que nosotros determinamos las 10 dermatosis más frecuentes en base a la correlación clínica patológica y al nivel de atención dermatológica del H.E.C.M.R..
- Agrupamos las dermatosis según su etiología encontrando que los tumores benignos y malignos ocupan los primeros lugares, esto puede deberse a que el H.E.C.M.R. corresponde a un tercer nivel de atención médica y que los pacientes son referidos de hospitales generales de zona en donde no existen recursos tanto humanos como materiales para establecer un diagnóstico definitivo como es el diagnóstico histopatológico.

- Las verrugas vulgares ocuparon el quinto lugar de las dermatosis, a pesar de ser un hospital de tercer nivel; sin embargo debemos aclarar que estos pacientes fueron biopsiados la mayoría por motivos académicos.
- Definitivamente es necesario ampliar estudios tanto en forma retrospectiva como prospectiva y así conocer la incidencia real de las dermatosis más frecuentes en éste hospital.

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

BIBLIOGRAFIA:

- 1.-Tesis.Dr.Ruiz Maldonado.Epidemiologia de las enfermedades de la piel en la Ciudad de México D.F. Centro Dermatológico Pascua.1964.
- 2.-Tesis.Dr. León Bosques. 10 dermatosis más frecuentes del Centro Dermatológico Pascua D.F. 1970.
- 3.-Tesis.Dr. J.Antonio Camacho. 10 dermatosis más frecuentes del Centro Dermatológico Pascua 1976.
- 4.-Walter F.Lever. "Histopatología de la piel". 6a.ed. Interamericana.1988.
- 5.-Fitzpatrick T. "Dermatología en Medicina General". 3a.ed Panamericana. 1988
- 6.-Ackerman A. "Histologic Diagnosis of Inflammatory Skin Diseases."2a.ed. Lea-Antfebiger. 1978
- 7.-Ramón Ruiz Maldonado. "Tratado de Dermatología" 1a ed. Interamericana. 1992.
- 8.-Arenas R."Dermatología,Atlas,diagnóstico y tratamiento" 2a ed. Mc-Graw-Hill. 1992.
- 9.-Rook A."Tratado de dermatología" 4a.ed.Doyma.1989.