

11226

DERMATOSIS MAS FRECUENTES EN ADULTOS 110

DR. MANDUJANO LOPEZ RAUL

QUIEN SUSTENTA LA PRESENTE

TESIS

PARA OBTENER EL TITULO DE

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

I.M.S.S.

U.N.A.M.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

2002



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

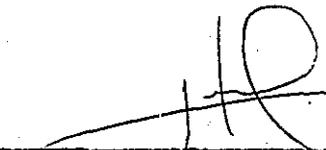
DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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.

LAS DERMATOSIS MAS FRECUENTES EN ADULTOS EN
EL H.G.Z.C.M.F.No. 1 IMSS MORELIA.

DR: RAUL MANDUJANO LOPEZ



DR: ABELARDO HERRERO DOMINGUEZ
A S E S O R



Vo.Bo.
DR: HIRAM BALLESTEROS O
PROF. TITULAR DEL CURSO



Vo.Bo.
DR: RAFAEL OSEGUERA V.
JEFE DE ENSEÑANZA

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

a R O S Y mi esposa

AGRADECIMIENTO

A MIS PADRES

C O N T E N I D O

1.- La piel.	Pág.	3
2.- Introducción.		4
3.- Material y Métodos.		6
4.- Resultados.		7
5.- Discusión.		19
6.- Comentario.		23
7.- Dermatitis Crónica.		26
8.- Manifestaciones dermatológicas causadas por virus.		28
9.- Verrugas Vulgares.		29
10.- Fotodermatitis.		31
11.- Urticaria.		34
12.- Psoriasis.		36
13.- Bibliografía.		38.

L A P I E L

La piel es herencia de la raza y blazón de la estirpe, con ella el hombre recibe al mundo y con ella a él se enfrenta, y en él se proyecta.

La piel es la frontera del hombre, es la línea cambiante donde se tocan el macro y el microcosmos. Es un escenario en el que se asoma lo profundo de la especie humana y un campo fértil donde se muestra la felicidad del hombre y donde pueden escenificarse las más horrendas batallas.

Así, aunque una parte del ectodermo primitivo un día emigró hacia el interior del embrión, y dió origen entre otras estructuras al diencéfalo, a la substancia reticular del tallo cerebral, y a la corteza de los hemisferios, con sus funciones asociativas e integradoras en donde se ha intentado localizar a los integrantes del aparato psicológico — Psicología profunda— en algunos momentos se encuentra en la superficie de la piel, se asoma a la piel. (1).

INTRODUCCION

No conocemos cuales son las dermatosis que se presentan en la consulta del Sistema Médico Familiar del H.G.Z.C.M.F. No. 1 Morelia, Mich., tampoco cuales son las más frecuentes en los niños; En el departamento de Codificación de la misma unidad, se tienen captadas a las dermatosis en tres grupos solamente, a saber: dermatitis, micosis y tumores y/o neoplasmas.

Afortunadamente en el servicio de dermatología de la unidad, por iniciativa del jefe del mismo, Dr. Abelardo Herrero Domínguez, Dermatólogo, se tiene una libreta de registro donde se anotan a todos los pacientes de primera vez con su respectivo diagnóstico nosológico, nombre, edad, sexo y fecha. Comentamos con el Dr. Herrero nuestra inquietud por conocer la patología dermatológica de la unidad y las dificultades que para ello encontramos, por no existir un registro de las dermatosis por entidad nosológica y como esperábamos su reacción no solamente fué favorable, sino ampliamente entusiasta para proporcionarnos su libreta de registro de datos y coordinar el estudio él mismo.

En el H.G.Z.C.M.F. No. 1 Morelia, Mich., en el departamento de codificación, encontramos que las dermatosis están entre las primeras 25 causas de consulta del Sistema Médico Familiar. Durante el año de 1981, en promedio, ocuparon los lugares 11 y 16, las dermatitis y micosis respectivamente, lo cual está acorde con datos de otras unidades médicas en nuestro país, y en otros, que la consulta por padecimientos dermatológicos es cercana al 10 % de la totalidad de la consulta general con lo cual obliga a reconocer que tiene gran importancia, cuando menos en morbilidad, aunque no lo sea en mortalidad, y que es necesario darles la atención que demandan en los diferentes niveles, entre los que el más importante es sin duda el primer nivel.

El trabajo se realizó con base en los datos con signados en la libreta de registro del servicio de dermatología de la Unidad, datos que fueron anotados por el propio Dr. Herrero durante el periodo del 1 de enero de 1981 al 30 de junio de 1982. Se elaboraron formas para anotar a los pacientes por grupo de edad y sexo y por cada una de las diferentes entidades nosológicas, obteniendo así los totales por grupo de edad y sexo y entidades nosológicas, procediendo posteriormente a identificar las 10 más frecuentes y sus porcentajes correspondientes, realizando al final, una revisión de las 5 entidades nosológicas principales según su magnitud. Otros datos se obtuvieron del Departamento de codificación de la Unidad, de la bibliografía que se menciona al final de los capítulos, y de los amplios conocimientos y basta experiencia personal del Dr. Herrero.

Tenemos que lamentar las dificultades que encontramos para elaborar una clasificación de las dermatosis y poder exponer todas las que se presentaron en el servicio de dermatología en el periodo antes anotado, pues en la literatura revisada se encuentran múltiples clasificaciones que no están acordes y ser diferente también a la de la O.M.S., que es la clasificación que se tiene en el departamento de codificación.

M A T E R I A L Y M E T O D O S

- 1.- Se obtuvieron los datos de la libreta de registro del servicio de dermatología del H.G.Z.C. N.F. NO. 1 IMSS Morelia, Mich.
- 2.- Se utilizaron formas para agrupar a los pacientes según entidad nosológica, grupos de edad y sexo, obteniendo de las mismas los totales generales y por grupo de edad y sexo.
- 3.- Se tomaron en cuenta a todos los pacientes mayores de 16 años que acudieron a la consulta de dermatología por primera vez, por esa patología.
- 4.- Los pacientes incluidos en el estudio fueron los que se presentaron al servicio de dermatología durante el periodo comprendido del 1 de enero de 1981 al 30 de junio de 1982.
- 5.- De los totales obtenidos por entidad nosológica se identificaron las 10 dermatosis más frecuentes y el porcentaje de ellas en relación al total de la patología dermatológica en niños.
- 6.- De cada una de las diez principales dermatosis se toman los datos del número de casos por grupos de edad y porcentaje según el total de casos de dicha entidad así como también en porcentaje del total de acuerdo al sexo.
- 7.- Se realizó a continuación una revisión bibliográfica de las 5 dermatosis más frecuentes.

R E S U L T A D O S

El total general de pacientes de consulta de primera vez en el servicio de dermatología del H.G. Z.M.F. No. 1 IMSS Morelia, Mich., en el periodo comprendido del 1 de enero de 1981 al 30 de junio de 1982 fué de 1,699 casos, de los cuales 551 se presentaron en niños (de 0-15 años), correspondiendo al 32.43% , y 1,148 en adultos (de 16 años o más) representando el 67.56 % de la patología dermatológica general del servicio de dermatología.

Los siguientes datos consideran unicamente al total de casos presentados en adultos.

Según el sexo se presentaron 512 casos en hombres equivalente al 44.59 % y 636 en mujeres representando el 55.40 % del total.

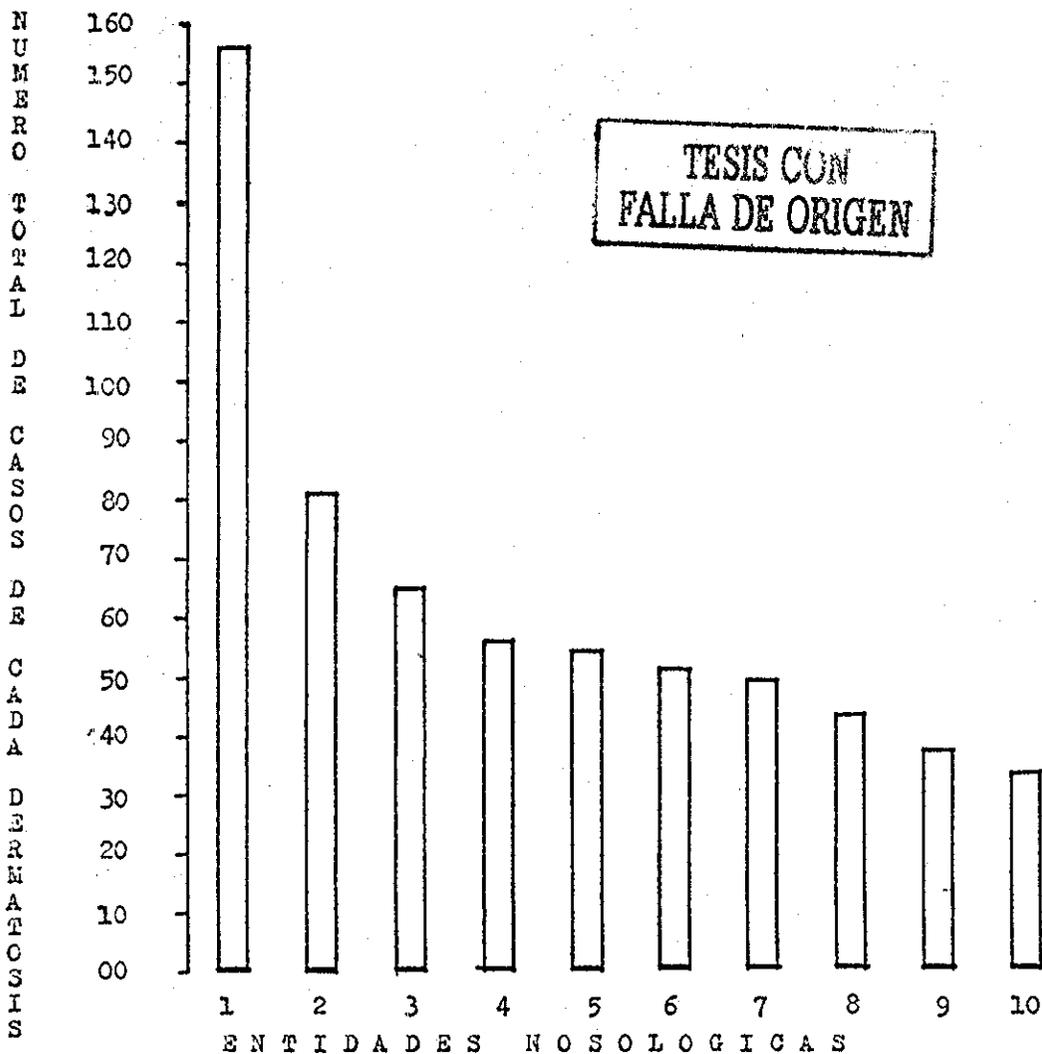
GRUPO DE EDAD	HOMBRES %	MUJERES %	TOTAL %
16-25	147=40.49%	216=49.50%	363=31.62%
26-35	140=46.97%	158=53.02%	298=25.95%
36-45	92=40.35%	136=59.64%	228=19.86%
46-55	36=40.90%	52=59.09%	88=07.66%
56 y +	97=56.72%	74=43.27%	171=14.85%
TOTAL	512 = 44.59%	636=55.40%	1699=100 %

CUADRO I

LAS DIEZ DERMATOSIS MAS FRECUENTES EN ADULTOS
EN EL H.G.Z.C.M.F. No. 1 IMSS MORELIA

ENTIDAD NOSOLOGICA	NUMERO DE CASOS	PORCENTAJE
1.- DERMATITIS CRONICA	156	13.58 %
2.- VERRUGAS VULGARES	81	7.05 %
3.- FOTODERMATITIS	65	5.66 %
4.- URTICARIA	56	4.87 %
5.- PSORIASIS	54	4.70 %
6.- DISHIDROSIS	51	4.44 %
7.- ACNE	49	4.26 %
8.- VITILIGO	43	3.74 %
9.- NEVOS	37	3.22 %
10.- TIÑA DE LOS PIES	33	2.87 %
TOTAL	625	54.39 %

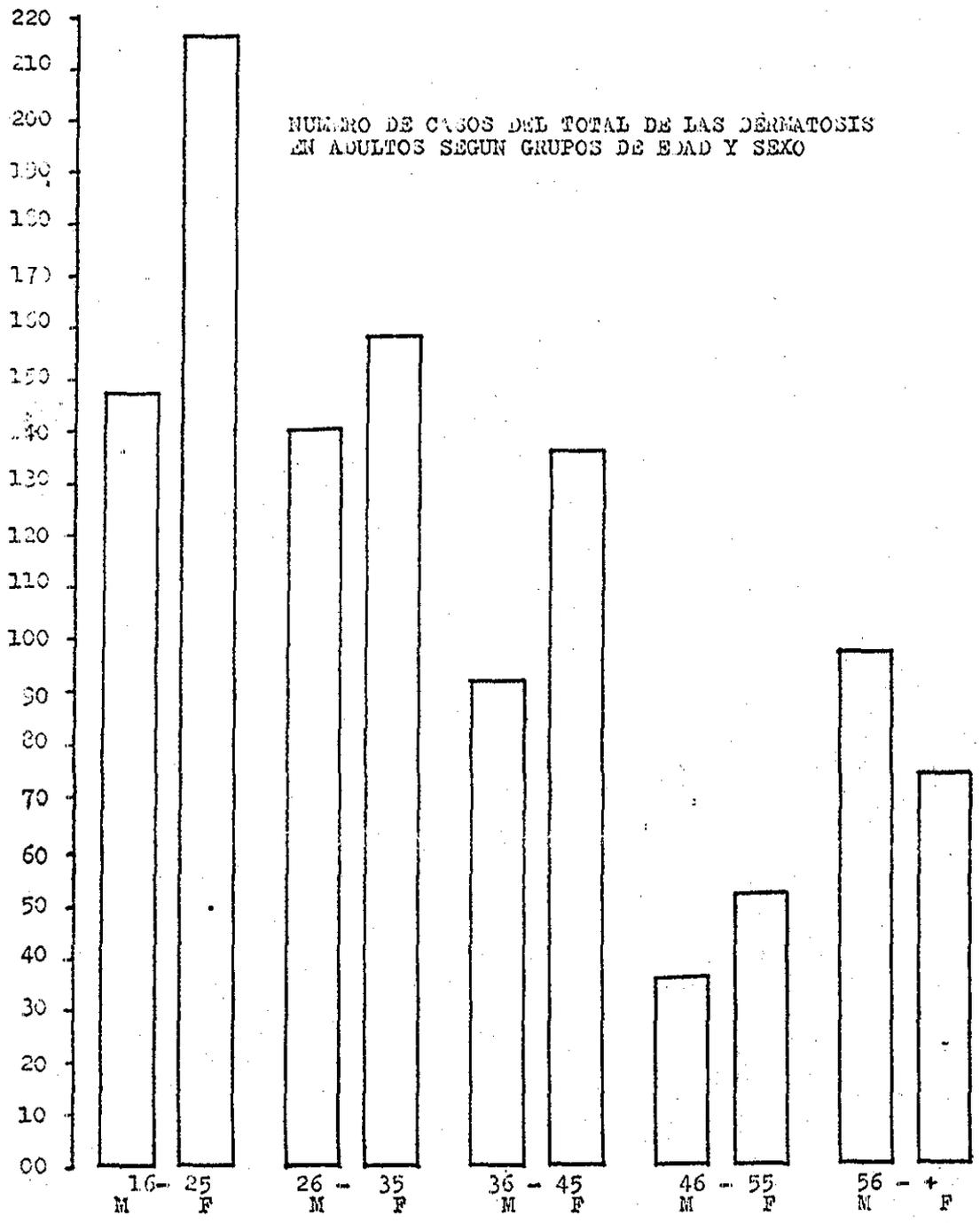
LAS DIEZ DERMATOSIS MAS FRECUENTES EN ADULTOS
 EN EL SERVICIO DE DERMATOLOGIA DEL
 H.G.Z.C.M.F. No. I I.M.S.S. MORELIA, MICH.



TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

"" FUENTE: Cuaderno de registro servicio de Dermatología.

NUMERO DE CASOS DEL TOTAL DE LAS DERMATOSIS
EN ADULTOS SEGUN GRUPOS DE EDAD Y SEXO



FUENTE: ""

<p style="text-align: center;">TESIS CON FALLA DE ORIGEN</p>

R E S U L T A D O S

; Las diez dermatosis más frecuentes en adultos fueron las siguientes según orden de frecuencia, - grupos de edad y sexo, total y porcentajes correspondientes.

DERMATITIS CRONICA:

GRUPOS DE EDAD	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
16-25	13	16	29
26-35	14	17	31
36-45	13	26	39
46-55	14	12	26
56 o +	<u>21</u>	<u>10</u>	<u>31</u>
TOTAL	75=48.07 %	81= 51.92 %	156= 13.88%

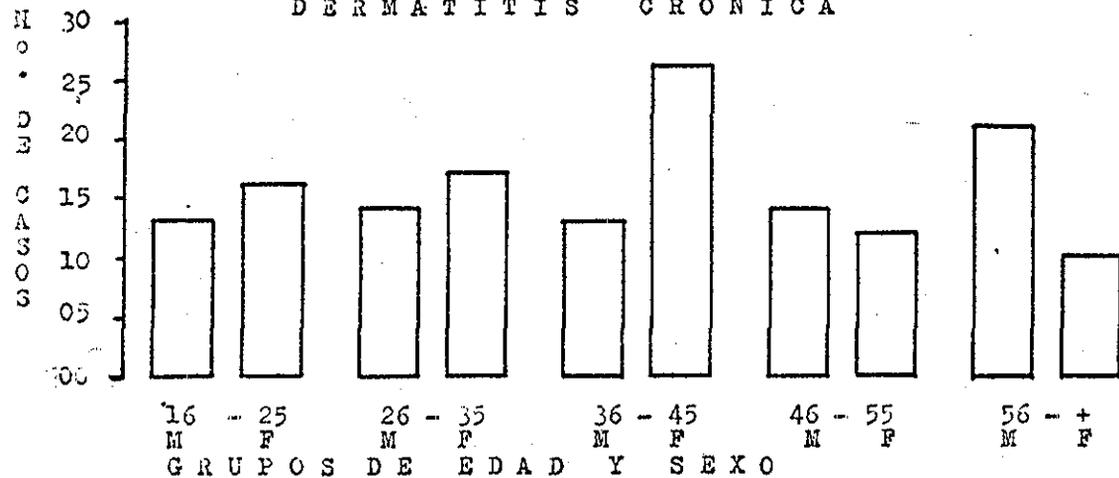
VERRUGAS VULGARES:

16-25	17	24	41
26-35	07	13	20
36-45	01	06	07
46-55	03	06	09
56 o +	<u>03</u>	<u>01</u>	<u>04</u>
TOTAL	31= 38.27%	50=61.72%	81=7.05%

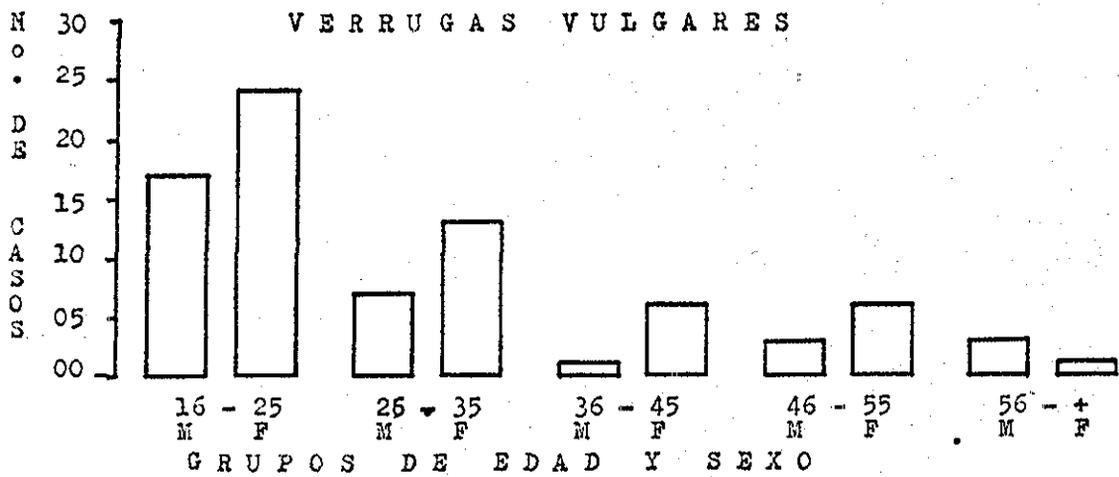
FOTODERMATITIS:

16-25	04	12	16
26-35	03	06	09
36-45	05	06	11
46-55	05	07	12
56 o +	<u>10</u>	<u>07</u>	<u>17</u>
TOTAL	27=41.53%	38=58.46%	65=5.66%

DERMATITIS CRONICA

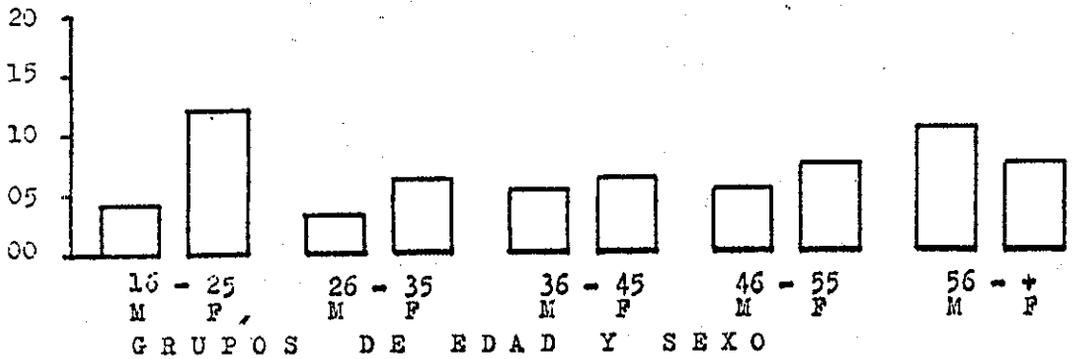


VERRUGAS VULGARES



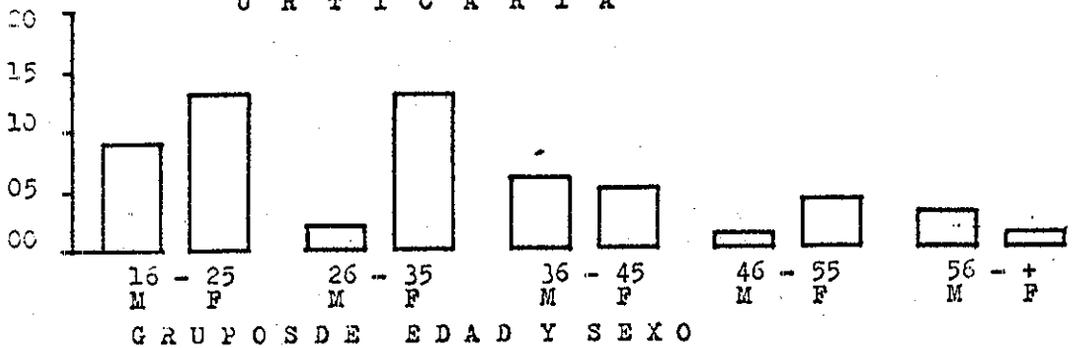
FUENTE: ""

POTODERMATITIS



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

URTICARIA



FUENTE: ""

URTICARIA:

GRUPOS DE EDAD	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
16-25	08	13	21
16-35	02	13	15
36-45	06	05	11
46-55	01	04	05
56 o +	<u>03</u>	<u>01</u>	<u>04</u>
TOTAL	20=35.71%	36=64.28%	56=4.87%

PSORIASIS:

16-25	06	07	13
26-35	07	04	11
36-45	06	07	13
46-55	08	02	10
55o+	<u>06</u>	<u>01</u>	<u>07</u>
TOTAL	33=61.11%	21=38.88%	54=4.70%

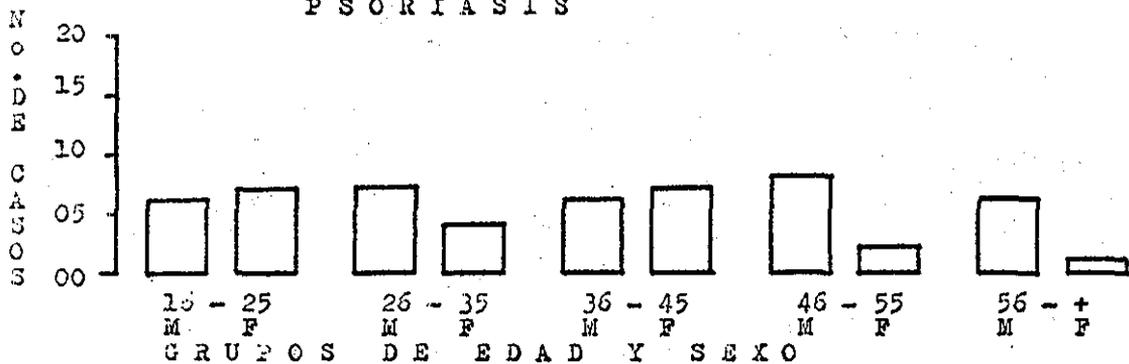
DISHIDROSIS:

16-25	00	18	18
26-35	04	06	10
36-45	05	07	12
46-55	02	06	08
56 o +	<u>00</u>	<u>03</u>	<u>03</u>
TOTAL	11=21.56%	40=78.43%	51=4.44%

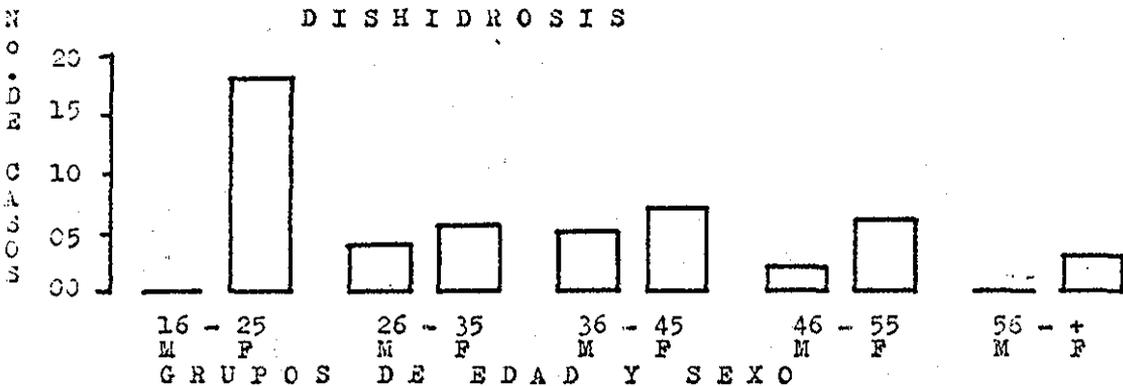
ACNE:

16-25	25	17	42
26-35	00	05	05
36-45	00	02	02
46-55	00	00	00
56 o +	<u>00</u>	<u>00</u>	<u>00</u>
TOTAL	25=51.02%	24=48.97%	49=4.26%

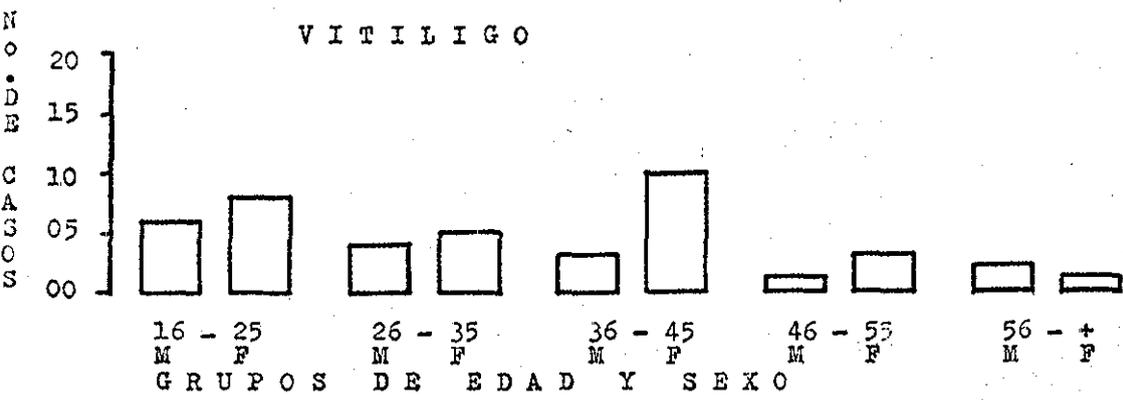
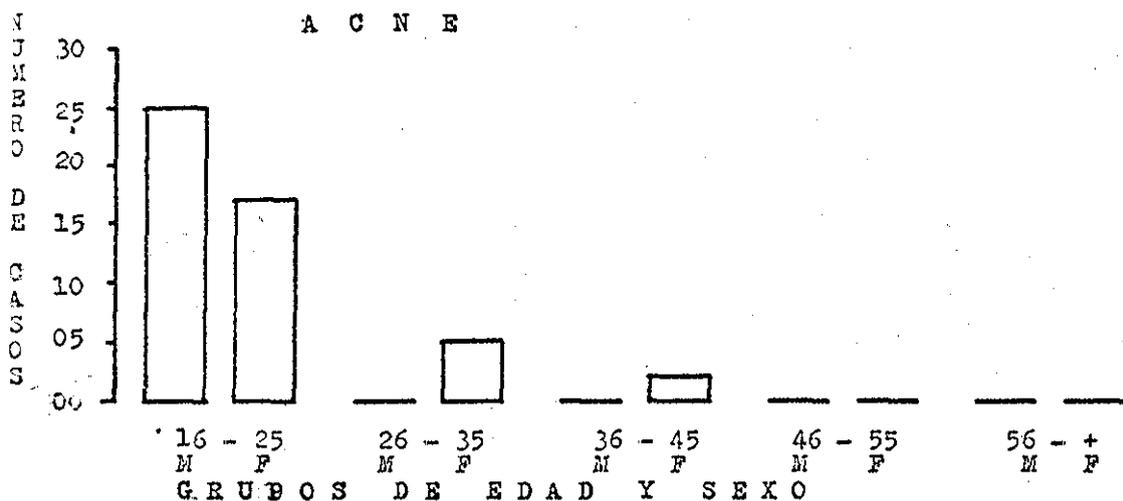
PSORIASIS



DISHIDROSIS



FUENTE: ""



FUENTE: ****

VITILIGO:

GRUPOS DE EDAD	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
16-25	06	08	14
26-35	04	05	09
36-45	03	10	13
46-55	01	03	04
56 o +	<u>02</u>	<u>01</u>	<u>03</u>
TOTAL	16=37.20%	27=62.79%	43=3.74%

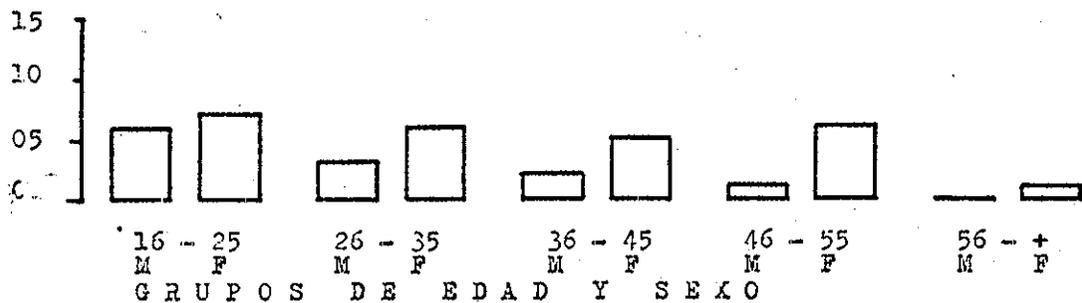
NEVOS:

16-25	06	07	13
26-35	03	06	09
36-45	02	05	07
46-55	01	06	07
56 o +	<u>00</u>	<u>01</u>	<u>01</u>
TOTAL	12=32.43%	25=67.56%	37=3.22%

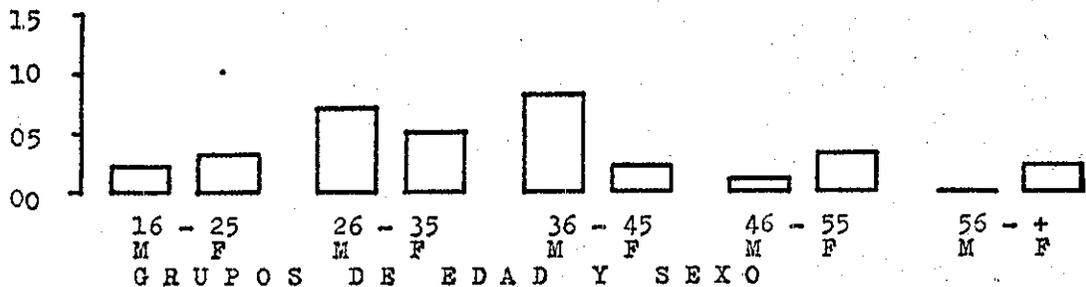
TINA DE LOS PIES:

16-25	02	03	05
26-35	07	05	12
36-45	08	02	10
46-55	01	03	04
56 o +	<u>00</u>	<u>02</u>	<u>02</u>
TOTAL	18=54.54%	15=45.45%	33=2.87%

N E V O S



T I Ñ A D E L O S P I E S



FUENTE: ""

D I S C U S I O N

La dermatitis crónica fué la dermatosis más frecuentemente encontrada, con un total de 156 casos representando el 13.58 % de las dermatosis que afectaron a los adultos. Se presentó por igual en todas las edades, así como según el sexo. La causa de ésta gran magnitud de presentación es secundaria a múltiples y diversos factores; entre los más importantes están: La automedicación y práctica de aplicación de remedios caseros, empíricos, hábitos higiénicos, etc. y en muchas ocasiones también la iatrogenia por parte del médico, que no habiendo identificado correctamente la patología aconseja o prescribe medicamentos que lesionarán más la piel; ésto justificado entre comillas por carecer del conocimiento etiológico de muchas de las entidades patológicas en la dermatología.

Las verrugas vulgares fueron las dermatosis que ocuparon el segundo lugar en frecuencia, con 81 casos representando el 7.05 % de la patología dermatológica en adultos.

Se presentó en todos los grupos de edad, más frecuentemente en mujeres correspondiendo al 61.72% ya que en los hombres fué de 38.27 %.

Esta dermatosis se encuentra entre las diez más frecuente en la bibliografía revisada, por lo que es acorde con el presente estudio. Los factores por los cuales es tan grande en frecuencia son múltiples, en ésta unidad, quizá porque la presencia de las verrugas vulgares origina una actitud "lógica" de extirparlas o quemarlas, por conocimiento popular, lo cual hace que el médico familiar envíe a los pacientes de primera intención al servicio de dermatología. En la revisión que se hace más adelante se menciona el manejo mas aconsejable en éstos casos.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

La fotodermatitis fué la dermatosis que se encontró en tercer lugar de frecuencia con un total de 65 casos representando el 5.66% de la patología dermatológica en adultos.

Se presentó en todas las edades; según el sexo más frecuente en las mujeres correspondiendo al 58.46%. La frecuencia de ésta dermatosis está en relación con la encontrada en otros estudios reportados. En nuestro medio es común porque la exposición al sol es muy grande, pues los días soleados al año son practicamente todos, como a otro factor importante en la producción de las fotodermatitis es la aplicación de subsyancia y productos biológicos sobre la piel, con fines muy diversos.

La urticaria ocupó el cuarto lugar en frecuencia, con un total de 56 casos, representando el 4.87% de las dermatosis en adultos.

La mayoría de los casos agudos fueron secundarios a la ingestión de medicamentos así como a la ingesta de alimentos, y no se encontró una relación directa con la resencia de focos sépticos o parasitosis, como se ha mencionado en la literatura, y en muchas ocasiones sobre todo en los casos crónicos, no fué posible aclarar la causa desencadenante.

La psoriasis ocupó el quinto lugar en el presente estudio, con 54 casos representando el 4.70% del total de las dermatosis en adultos. En los estudios realizados se le encuentra siempre entre las diez primeras causas de consulta de clínicas y hospitales abiertos.

La frecuencia de la psoriasis se debe en parte al mejor conocimiento de ella, y no precisamente, al parecer, al aumento en sí de la dermatosis; Ya que no es posible adjudicar otros factores para aclarar su incidencia, pues su etiología es desconocida, sólo queremos hacer notar que las manifestaciones de la psoriasis en nuestros pacientes no son tan severas como ocurre en los sajones según la bibliografía.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

La dishidrosis se presentó en el 4.44 % del total de casos de patología de la piel en adultos, ocupando el sexto lugar en frecuencia. Predominó en el sexo femenino correspondiendo al 78.43 % del total de casos y en el grupo de 16 a 25 años.

La frecuencia fué mayor en mujeres porque la piel de sus manos (basicamente la topografía de la dishidrosis) está expuesta a múltiples sustancias que las lesionan, y al descuido higiénico y lubricación de las mismas.

El acné ocupó el séptimo lugar en frecuencia con 49 casos representando el 4.26 % de la patología total en adultos.

Se presentó prácticamente sólo en el grupo de 16-25 años y más en hombres que en mujeres. Este padecimiento se ha reportado como la dermatosis más frecuente en los Estados Unidos; Su alta frecuencia no se puede adjudicar a factor específico pues son múltiples y no hay demostración clara con respecto a ninguno de ellos. Así se puede observar cómo a pesar de tratamiento específico para el propionibacterium acnes, las lesiones en muchos casos no remiten completamente, y al pasar la adolescencia y/o la juventud temprana, desaparecen los cuadros agudos que dando sólo las secuelas.

El vitiligo ocupó el cuarto lugar con 43 casos correspondiendo al 3.74 % de la patología de la piel en adultos.

Se presenta en todas las edades y más frecuentemente en mujeres, representando el 62.79 % de los casos. Creemos que su frecuencia debe ser mayor pues se ha encontrado en muchos varones que acudieron al servicio por otros motivos y como accidente se les descubrió el vitiligo. La mayor frecuencia de consulta de las mujeres es seguramente por el aspecto estético que altera siendo ésta la mayor preocupación.

Los nevos fueron la novena dermatosis en frecuencia con 37 casos representando el 3.22 % del total de dermatosis en adultos.

Se presentó más en mujeres en número equivalente al 67.56 % de los casos; Se encontró en todos los grupos de edad. Su frecuencia está dada básicamente por dos aspectos: primero y más común el aspecto estético y segundo el temor a que se desarrolle un cáncer, y en menos ocasiones porque el sitio donde se encuentran fácilmente se traumatiza y ocasiona dolor y sangrado.

La tina de los pies fué la decima dermatosis en frecuencia, la que también se encuentra entre las diez primeras dermatosis en otros estudios reportados.

Se presentó prácticamente igual en hombres que en mujeres, representando el 54.54 % y el 45.45 %, respectivamente, así como en todos los grupos de edad sin predominio en ninguno.

Es natural y explicable la alta frecuencia de ésta dermatosis dado que en la actualidad la mayoría de la gente usa calzado cerrado lo que propicia los factores de calor y humedad excelentes para el desarrollo de la micosis de los pies.

COMENTARIO

Las enfermedades de la piel ocupan del 10 al 15 por ciento de cualquier consulta de clínica u hospital abierto; Esta razón obliga a reconocer que tienen gran importancia, cuando menos en morbilidad aunque no lo sea en mortalidad, y que es necesario darles la atención que demandan en los diferentes niveles, entre los que el más importante es sin duda el del Médico Familiar.

Aquel aforismo de Ambrosio Paré: "Curar a veces, aliviar a menudo y consolar siempre", representa la tendencia derrotista de la medicina y es actualmente ilógico, ya que lo curativo ocupa o debe ocupar lugares secundarios en nuestras acciones médicas y el aspecto preventivo es el primario.

Según Leavell la medicina tiene cinco niveles, cada vez que descansa uno en el inmediato inferior, se pierde una oportunidad y nuestras acciones se vuelven más difíciles, costosas y frustrantes; dichos niveles son:

EDUCACION
HIGIENICA

PREVENCION
ESPECIFICA

DIAGNOSTICO Y
TRATAMIENTO
OPORTUNO

LIMITACION
DEL
DAÑO

REHABILITACION Y CUIDADO DE INVALIDOS.

Por supuesto que visto de una manera simplista el planteamiento anterior, no comprenderemos su lógica y es necesario, al mismo tiempo, interrelacionar los factores eternos de la homeostasis: Agente, Huesped y medio, ya que el estado de salud y enfermedad representan precisamente su equilibrio o desequilibrio, sin olvidar que cada huésped reacciona diferente y que cada agente actúa de acuerdo a la respuesta del primero y a la influencia del medio.

En enfermedades de la piel, campo tan vasto y tan mal estudiado, los niveles antes mencionados nos pueden dar la idea para esta comunicación. No podremos hablar de todas las enfermedades, nos limitaremos a las más frecuentes o a las más importantes, para tratar de encontrar dos conclusiones:

- 1.- que la mayoría de ellas podría prevenirse, y que
- 2.- en todos los casos la medida preventiva es mejor que la curativa o rehabilitadora.

La dermatitis crónica es el padecimiento más frecuente en nuestro medio, por sí misma demuestra los malos diagnósticos, el mal uso de los medicamentos tópicos, el bajo nivel educativo médico y problemas por automedicación. Es fácil comprobar que entre nosotros todo el mundo receta, compra, fabrica y vende cualquier pomada; lo que fomenta la automedicación. La prevención de la dermatitis crónica (o de contacto) está entonces en la enseñanza de la dermatología, en la educación popular.

Debemos de recordar que toda sustancia aplicada repetidamente en la piel, puede sensibilizarla y producir una dermatitis por contacto. Las principales sustancias que las producen son de uso diario en la terapéutica, en el hogar y en el trabajo, donde frecuentemente causan incapacidades. Entre los medicamentos que más frecuentemente la producen están la penicilina, y otros antibióticos de amplio espectro, sulfas, mercuriales, desinfectantes, antisépticos, anestésicos locales y colorantes, hormonas y vitaminas. Entre los metales, principalmente los usados en utensilios domésticos o adornos femeninos, están el cromo, el mercurio, el níquel y el cadmio. De los ácidos y álcalis más dañinos son los detergentes, jabones, solventes limpiadores y pulidores. En las ropas, las más sensibilizantes son los colorantes, hules, metales, lana y la ortiga, los pólenes y los vellos de muchas hojas. En la industria existen problemas principalmente con la cal, el cemento, el azufre, los hidrocarburos y las tintas.

La prevención de éste grupo tan grande de sensibilizantes está en su diagnóstico exacto ya que, de hecho, su prevención es su tratamiento, porque -- si desaparece el contactante, desaparecerá la dermatitis.

El uso de tópicos de diverso tipo (comerciales o de preparación popular), debería estar proscrito-- en curaciones de raspones, heridas leves, quemaduras, úlceras crónicas de piernas, los que verdaderamente no los necesitan; se comprende que en los servicios de urgencias y curaciones, es necesario desde el aspecto psicológico " untar algo", pero creo que deberíamos educar y conformarnos con agua, jabón, alcohol, vaselina y " cold cream " en la mayoría de los casos.

Las llamadas neurodermatosis o psicodermatosis como la psoriasis, el vitiligo, las neurodermatitis la alopecia areata, la universal y líquen plano, -- constituyen un grupo que ostenta características -- comunes, principalmente de desconocimiento etiológico y terapéutico. En ellas, el médico no entrenado puede causar iatrogenia o psiquiatrogenia por manejo incorrecto, por ello, la conducta lógica y preventiva al " no poderlos curar", debe ser cuando me nos la de " no dañar".

En el pie de atleta, donde contamos con tratamientos específicos, las medias preventivas tenderán a la limpieza y a tratar de conservar secas las áreas. También es conveniente llamar la atención -- sobre un gran número de tópicos para el tratamiento de ésta afección, los que más que curar, tienden a irritar o a producir dermatitis por contacto.

Del acné tenemos que comprender, en principio, que representa un paso casi obligado de la juventud y que por no tener tratamiento específico, la cautela debe ser la pauta en nuestra conducta terapéutica, evitando la radioterapia, la nieve carbónica, -- la expresión de lesiones y el daño psicológico.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

DERMATITIS CRONICA

Nos referimos a la entidad de dermatitis crónica cuando encontramos placas eritematoescamosas, — con vesiculación ligera o inexistente, costras hemáticas y escoriaciones, en diferentes regiones, de curso crónico, habitualmente pruriginosas, recidivantes o continuas, asociadas habitualmente a focos sépticos como caries dental, faringoamigdalitis, parasitosis intestinal, tiña de los pies, etc. y en las que se había implantado además algún proceso de piodermatitis, micosis superficial, dermatitis de contacto, combinadas o aisladas, en forma ocasional o continua, por lo que no fué posible incriminar definitivamente a algunos de los factores antes mencionados, u otros, como responsables de la dermatosis en cuestión. En determinados casos y en ciertos momentos fué evidente por ejemplo una dermatitis por contacto aguda, pero al desaparecer ésta, quedaron elementos de aspecto crónico y volvió a presentarse la duda o incertidumbre diagnóstica al no poderse determinar la etiología del cuadro.

Son innumerables los factores predisponentes — y coadyuvantes que condicionan la abundancia de presentación de la dermatitis crónica, pues los hay — biológicos (parásitos, bacterias, virus, hongos, etc), físicos (calor, frío, humedad, radiaciones, etc), químicos (utilizados en la industria, en la producción de objetos de uso personal, etc). De predisposición genética, inmunológicos y psicológicos. Destacamos además la importancia de los factores sociales en relación al concepto de enfermedad, y la actitud ante ella y el manejo a que se someten los enfermos. Es también de capital importancia el aspecto psicológico de los pacientes, pues llegan a molestarse, con profundo resentimiento hacia el médico y medicamentos por no haber conseguido el alivio completo durante el lapso esperado.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Es común que se conviertan en visitantes de consultorio y oidores de remedios caseros y ser pre- sa fácil de charlatanes que a más de sangrar el bolsillo lesionan aún más la ya deteriorada piel del paciente.

La labor del médico tratante deberá dirigirse a la eliminación de substancias tóxicas inadecuadas proscribir el jabón, el baño con agua caliente y otros métodos de limpieza agresivos, como el papel para el aseo del ano, evitar también popas de fibras sintéticas, el sudor sobre la piel afectada, exposición al sol, cosméticos, uñas largas y por supuesto se implantará el tratamiento de los padecimientos acompañantes, intercurrentes o de fondo.

Desde el punto de vista de medicamentos se utilizarán sedantes para mitigar el prurito, cremas inertes o la aplicación de fomentos de soluciones frías. Definitivamente el enfermo con dermatitis crónica amerita un estudio completo, biopsicosocial del medio en que se desarrolla, costumbres, hábitos dietéticos, religión, etc., estudios paraclínicos básicos y en ocasiones especializados, así como la intervención del psiquiatra, psicólogo, y sobre todo la comprensión y paciencia del médico tratante.

Estamos conscientes de que el diagnóstico de dermatitis crónica es muy vago, y que en algunos casos es posible precisar, mediante algunos procedimientos, la causa de la dermatitis, aunque la práctica y la experiencia clínica debe poder en ocasiones suplir a un laboratorio completo. Así, creemos que aún con el auxilio de métodos paraclínicos queda un porcentaje muy alto de dermatitis crónicas que no podemos encasillar dentro de ninguna entidad específica y que para nuestra vergüenza y desencanto persisten hasta que el paciente cambia de médico

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

MANIFESTACIONES DERMATOLÓGICAS CAUSADAS POR VIRUS

Las lesiones dermatológicas que causan los virus cuando agreden al cuerpo humano son muy variadas, no sólo por su morfología, sino también por su topografía, evolución, sintomatología concomitante, pronóstico, etc. Esta variedad clínica depende del virus atacante, del organismo afectado y de la topografía donde se presente la lesión.

Entre las entidades patológicas producidas por virus que se estudian en dermatología se mencionan a los siguientes:

- a) Verrugas vulgares, planas, plantares, y acuminadas.
- b) molusco contagioso y otras.

CLASIFICACION DE VIRUS QUE PRODUCEN VERRUGAS Y CONDILOMAS ACUMINADOS

- 1.- PRODUCTO: DE VERRUGAS PLANTARES E HIPERQUERATOSICAS.
- 2.- P. DE VERRUGAS VULGARES Y PLANTARES EN MOSAICO.
- 3.- P. DE VERRUGAS PLANAS Y EPIDERMODISPLASIAS VERRUCIFORMES.
- 4.- P. DE VERRUGAS VULGARES Y PLANTARES
- 6.- P. DE VERRUGAS ACUMINADAS
- 7.-P. DE VERRUGAS VULGARES DE LOS CARNICEROS.

VERRUGAS:

Las verrugas vulgares son tumores benignos que pueden tener cualquier localización cutánea, cuya morfología varía según el lugar donde asienten, y el subtipo del virus, dando origen a las diferentes formas clínicas: En las extremidades son ásperas y rugosas, en la cara son planas, y en las mucosas son vegetantes de aspecto verrugoso.

El agente casual es un virus filtrable y aislable. Cuando una verruga se inocula en otra parte de la piel, de la misma persona o de otra, crece con las características clínicas de acuerdo a la topografía del lugar, cambiando su morfología original.

VERRUGAS VULGARES

Se trata de un padecimiento de la piel, que se manifiesta por excrecencias o proliferaciones de la epidermis.

ETIOLOGIA: Papovavirus de los subtipos 2-4 y 7.

TOPOGRAFIA: Afecta cualquier lugar, más frecuentemente manos, cara y labios.

Aunque afectan principalmente a los niños, de edad escolar, pueden encontrarse en cualquier época de la vida. Su evolución es lenta y sin manifestaciones objetivas que las acompañen, salvo cuando han sido traumatizadas, entonces podrán ser dolorosas, sangrar, infectarse, o estar implantadas sobre piel inflamada. Alcanzan su completo desarrollo en una semana, para persistir durante meses o años y curar sin dejar huella en la piel.

Esta curación puede ser espontánea o terapéutica, algunos autores modernos reportan un buen número de casos curados con procesos psicoterapéuticos simples como es la sugestión.

HISTOPATOLOGIA: Se encuentra acantosis e hiperqueratosis intensa, con proliferación de pliegues reticulares, más profundo en el centro. La paraqueratosis en la capa córnea se manifiesta por células tumefactas, vacuoladas, que conservan su núcleo y se encuentran en múltiples formas mitóticas.

AUXILIARES DE DIAGNOSTICO: en ocasiones la biopsia.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL: Molusco contagioso, queratosis seborreica, nevos verrugosos pigmentados y TB cutánea.

TRATAMIENTO:

1.- **SUGESTION:** la acción benéfica que origina la sugestión nos ocasiona interrogantes sobre la estricta relación entre las actividades cerebrales y los mecanismos inmunológicos que se producen a través de éstas.

- 2.- ELECTROCIRUGIA: con pocas recidivas
- 3.- NITROGENO LIQUIDO
- 4.- ACIDO SALICILICO
- 5.- VITAMINA A.

FOTODERMATITIS

Para que una reacción de fotosensibilidad tenga lugar, se necesitan diversos factores concurrentes: la sustancia fotosensibilizante debe estar sobre la piel y expuesta a longitudes de onda específicas de luz, característico del espectro de absorción de cada una de las sustancias sensibilizantes. La radiación debe resultar absorbida para que pueda tener lugar la radiación interna. Los factores primordiales que determinan la magnitud de una respuesta fotosensibilizante cutánea son la concentración del fotosensibilizador y la intensidad de la luz absorbida. La respuesta consiste en un proceso de citooxidación acompañado de liberación de sustancias de acción inflamatoria.

La fotosensibilidad puede producirse por las siguientes vías:

- I.- **FOTOTOXICA:** Es una reacción no inmunológica que aparece al cabo de 2-6 hs. de haber expuesto la piel a la sustancia fotosensibilizante y a la luz de una intensidad y longitud de onda apropiadas; La reacción producida es del tipo de las quemaduras solares con aparición de eritema sólo en partes expuestas al sol y puede provocarse en personas sin antecedentes de sensibilización a las sustancias en cuestión.
- II.- **FOTOALERGICA:** Tras la exposición de sustancias sensibilizantes y a la luz, la respuesta clínica se da en 24-48 Hs. consistente en reacción papulovesiculosa, eczematosa o exudativa que asienta de preferencia en las zonas expuestas a la luz y sólo se produce en personas previamente sensibilizadas.
- III.- **ENZIMATICA:** Datos clínicos y de laboratorio refieren que algunos fármacos administrados por vía oral inducen mayor actividad enzimática, y como respuesta a éstas enzimas, el huesped desarrolla el fotosensibilizador.

La fotosensibilidad también se describe como exógena y endógena.

En la FOTSENSIBILIDAD EXOGENA se reconocen dos tipos de factores:

- 1.- AGENTES INTERIORS: La mayoría de los fotosensibilizadores generales tienden a provocar reacciones fototóxicas no inmunológicas y de intensidad proporcional a las dosis. Los medicamentos que con más frecuencia producen trastornos actínicos son la democlociclina, doxiciclina, clorpromazina, hidroclorotiazida, sulfonilureas y ácido nalidixico.
- 2.- AGENTES EXTERNOS: La mayoría de los fotosensibilizadores tópicos son propensos a producir reacciones fotoalérgicas, las más importantes son: salicinilamidas alogenadas incorporados a jabones. Otros de los más activos son los psoraleños, y en nuestro medio, quizá los más frecuentes sean el limón y el ajo.

EN LA FOTSENSIBILIDAD ENDOGENA: se ha sugerido en algunos padecimientos como Porfiria cutánea, enfermedades de la colágena-Vasculares etc.

La indicación más valiosa para el diagnóstico de las fotodermatitis, es la demarcación tan neta que existe entre la piel normal expuesta. Generalmente el enfermo no se da cuenta de que los rayos solares provocan o agravan sus lesiones.

En nuestro país y en otros de latinoamérica -- aún en los Estados Unidos es frecuente la variedad conocida como prurigo solar que afecta a las personas de piel morena, casi nunca a las de piel blanca. Se desconoce la etiopatogenia, pero con frecuencia es posterior a una fitofotodermatitis, de curso crónico, a veces imposible de controlar. Es intensamente pruriginosa, no se resenta o es raro en lugares con altitudes de 1,80 mts. sobre el nivel del mar o menos.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Clinicamente el deterioro cutáneo es severo, con grandes áreas de liquenificación, alopecia de cejas, lo que confiere parecido y aveces confusión con lepra lepromatosa.

El tratamiento y la prevención se basa en evitar exposiciones a la luz solar, además se utilizan esteroides tópicos, benzofenonas, ácido paraaminobenzoico y en algunos casos muy seleccionados la talidomida.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

U R T I C A R I A

Es una alteración representada por edema localizado de la piel, con aparición súbita de pápulas o ronchas circunscritas, blancas o eritematosas, a veces confluentes, y en ocasiones puede haber edema angioneurótico de labios y párpados, prurito intenso, a veces incapacidad. Puede afectar también la laringe, pulmón, tubo digestivo y articulaciones. Constituye un síndrome que evidencia un estado de hipereactividad de los vasos que puede tener expresión local o general y ser desencadenada por múltiples factores somáticos o psíquicos.

El factor más importante involucrado en la producción de la urticaria es la histamina. Existen por lo menos cinco caminos distintos para su liberación: Alteraciones en el complemento, Factores inmunológicos, liberadores farmacológicos, factores del medio y agentes fisicoquímicos y biológicos. Cualquiera de éstos factores puede lesionar la célula originando liberación brusca de histamina lo cual ocasiona un aumento de la permeabilidad capilar, con salida de plasma a los espacios perivasculares, determinando una zona de edema circunscrito, la roncha.

La urticaria en nuestro medio se presenta más frecuentemente consecutiva a medicamentos, menos frecuentemente secundaria a focos sépticos, alimentos, etc.

Las manifestaciones clínicas representativas son ronchas blanquecinas o eritematosas, localizadas o diseminadas, irregulares, con halo eritematoso, muy pruriginosas y ardoroso. Puede ser alérgica, tóxica, colinérgica, o de etiología variada.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

La urticaria alérgica está mediada por la inmunoglobulina IgE, que al combinarse con el alergenofensor provoca la liberación de histamina, también puede ser mediada por la IgG.

La urticaria tóxica aparece después de ingerir alimentos descompuestos o contaminados y se acompaña de síntomas digestivos.

La urticaria colinérgica es debida a insuficiencia de colinesterasa o hipersensibilidad a la acetilcolina, se incluyen en éste grupo las urticarias por frío, calor, ejercicio, etc.

El diagnóstico de la urticaria suele ser evidente aunque en algunas ocasiones es necesario diferenciarlo con prurigo, edema nefrótico, cardiaco o carencial, escabiasis, sífilides secundarias, etc.

El pronóstico se encuentra intimamente ligado con el estado de desequilibrio neurovegetativo del paciente y con la causa productora. En la mayoría de los casos el pronóstico no es sombrío, salvo en determinadas circunstancias, en especial en los casos de localización laríngea, en que es necesario actuar con rapidéz y precisión.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

PSORIASIS

La palabra psoriasis proviene del alfabeto griego y significa escama. Es una enfermedad epidérmica proliferativa, crónica, genéticamente determinada y de curso difícil de predecir.

La etiología de la psoriasis es desconocida. Se ha demostrado en un cuarto de los casos, un carácter hereditario a través de múltiples genes. Se han considerado diversos factores capaces de provocar brotes de psoriasis, entre ellos focos sépticos, medicamentos, luz solar, el clima, la humedad, y como un factor especialmente importante son los trastornos emocionales, así se ha mencionado la posibilidad de provocarla o controlarla por medio de la hipnosis.

Histopatológicamente se encuentra engrosamiento de la epidermis, las células de la capa córnea conservan su núcleo y hay un infiltrado inflamatorio en la dermis, con reproducción de abscesos. Se han encontrado algunos otros elementos como aumento de ácidos grasos y fosfolípidos, exceso de DNA, deficiencias de nucleótidos cíclicos y prostaglandinas, y alteraciones en el metabolismo de los nucleótidos unidos a la membrana.

La frecuencia de psoriasis en estudios reportados de diferentes partes del mundo varía de 0.1% a 3.0%. El promedio de edad en que se encuentra mayor número de psoriasis es de 27.8 años. Se presenta en ambos sexos y en todas las razas, aunque es raro en los negros.

Se caracteriza por la presencia de una mancha eritematosa, de bordes precisos que con frecuencia tienen halo blanquecino, escamosa, de forma y extensión variables, con una escama que la recubre, blanquecina o nacarada, adherente, constituida por lamí

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

nillas finas, que al raspar con una cucharilla se obtienen escamas pulverulentas seguidas de una película fina, transparente (como parafina), quedando una superficie húmeda, brillante, donde aparecen puntos hemorrágicos. Las regiones más afectadas son cuero cabelludo, cara de extensión de los miembros, codos, rodillas, región sacra, pero no existe región que no pueda ser afectada. Según la forma de las lesiones se le ha llamado psoriasis en gota, placas, anular, circinada, universales u eritrodérmicas y pustulosas.

Las complicaciones pueden ser eczematización, artropatía psoriasisica y transformación en eritrodermia.

El diagnostico diferencial se establecerá con parapsoriasis, paraqueratosis, pitiriasis rubra pilaris, sífilis psoriasisiformes, acrodermatitis pustulosa, impétigo herpetiforme, tiñas y neurodermatitis localizada.

Aunque no hay curación permanente, gran parte de las psoriasis son tratables. La mayoría de los pacientes que son conscientes respecto a la aplicación de sus medicamentos, responderán al tratamiento: El optimismo no sólo está bien fundado, es una parte útil del régimen de tratamiento. Los medicamentos incluyen alquitrán de hulla, corticosteroides tópicos y tratamientos mecánicos para remover escamas y antimetabolitos.

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

- 1.- Anuario de act. en Med. Derm. Dermatología preventiva. Fas. 8 Pág. 405-407, IMSS 1971.
- 2.- Anuario de act. en Med. Derm. Dermatitis vesiculobollosas. Fas. 7, Pág. 113-122. IMSS 1971.
- 3.- Anuario de act. en Med. Derm. Dermatitis virales. Fas. 7, Pág. 187-198. IMSS 1971.
- 4.- Anuario de act. en Med. Derm. Urticaria. -- Fas. 7, Pág. 79-80. IMSS 1971.
- 5.- Adachi. Prostaglandines and cyclic AMP in epidermis. Brit. J. Derm. Vol. 92, Pág. 381-388. abril 1975.
- 6.- Amado S. Lecciones de dermatología. La piel Cap. 1, Pág. 5. Méx. 1974.
- 7.- Amado S. Lecciones de dermatología. Padecimientos de la piel producidos por virus. Verrugas vulgares. Pág. 535-556. Méx. 1974.
- 8.- Amado S. Lecciones de dermatología. Reacciones cutáneas. Urticaria. Pág. 191-193. Méx. 1974.
- 9.- Amado S. Lecciones de dermatología. Psoriasis. Pág. 271-276. Méx. 1974.
- 10.- Amado S. Lecciones de dermatología. Reacciones cutáneas. Dermatitis solar. Pág. 202-203. -- Méx. 1974.
- 11.- Actualización Médica continua. Urticaria y edema angioneurotico. Año 1. No. 12, Pág. 2-11. Julio 1979.
- 12.- Bawer y Grood. Impulse cytophotometry in psoriasis. Brit. J. Derm. Vol. 93:2:225-226, agosto 1975.
- 13.- Brit. J. Derm. Vol 97. No. 2 . Psoriasis. Pág. 131-133 y 135-137. agosto 1977.
- 14.- Brit. J. Derm. Psoriasis. Vol. 97. No. 3 Pág 297-302. septiembre 1977.

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

15.- Brit. J. Derm. Psoriasis. Vol 97. No. 4. -
Pág. 423-426. octubre 1977.

16.- Brit. J. Derm. Psoriasis. Vol 97. No. 5. -
Pág. 529-535. noviembre 1977.

17.- Brit. J. Derm. Urticaria. Vol. 97. Sup. 15
Pág. 17. julio 1977.

18.- Born y Rickhardt. Die gesunde hant des nso
riatiker un tritium-thymidine autoradiogram archiv
fur klinische und experimentelle dermatologie. Brit
J. Derm. Pág. 125,234. 1969.

19.- Cortés J.L. La piel. Su significado. Pág.
866-873. tomo II. Méx 1972.

20.- Cortés J.L. Manifestaciones dermatológicas
causadas por virus. Derm. Cl. Pág. 776-787. tomo 11
Méx. 1972.

21.- Cortés J.L. Derm. Cl. Factores psicogenéti-
cos en los padecimientos dermatológicos. Pág. 854-
865. tomo II Méx. 1972.

22.- Cortés J.L. Derm. Cl. Fotodermatitis. Pág. -
454-481. tomo 11. Méx. 1972.

23.- Cortés J.L. Derm. Cl. Psoriasis. Pág. 636-
644 y 860. Méx. 1972.

24.- Cortés J.L. Derm. Cl. Reacciones urticari-
cas. Pág. 407- 420. tomo 1. Méx. 1972.

25.- De la Fuente. Aspectos psicológicos de las
enfermedades de la piel. Psi. Méd. Pág. 323-325.

26.- Domonkos A. Tratado de dermatología. Algun-
as enfermedades víricas y riquetziánas. Verrugas. -
Pág 594-595. 1979.

27.- Domonkos A. Tratado de dermatología. Der-
matosis por agentes físicos. lesiones actínicas. -
Pág. 42-58. 1979.

28.- Douglas H. Reactiums to aspirin and food
additives in patients with chronic urticaria, inclu-
ding the physical urticarias. Brit. J. Derm. Vol. -
93. No. 2, Pág. 135-143. agosto 1975.

- 29.- Guías diagnóstico y terapéuticas. Eczema. Pág. 95-98. TMSS 1981.
- 30.- Guías diagnóstico y terapéuticas. Urticaria. Pág. 169-170. TMSS 1981.
- 31.- Guías diagnóstico y terapéuticas. Verrugas vulgares. Pág. 179. TMSS 1981.
- 32.- Gordon C. Enfermedades de la piel. Verrugas vulgares. Pág. 114. Ed. Intera. 1976.
- 33.- Gordon C. Enfermedades de la piel. Dermatitis por fotosensibilidad. Pág. 189-192. Ed. Intera. 1976.
- 34.- Gordon C. Manual of skin diseases. Alergia medicamentosa. Pág. 56-60. 1978.
- 35.- Gordon C. Manual of skin diseases. Vascular dermatosis urticaria. Pág. 78-80. 1978.
- 36.- Gordon C. Enfermedades de la piel. Virología dermatológica, verrugas vulgares. Pág. 152-153. Ed. Inter. 1976.
- 37.- Gordon C. Enfermedades de la piel. Dermatitis papuloescamosas. Psoriasis. Pág. 78-80. Ed. Intera. 1976.
- 38.- Gordon C. Manual of skin diseases. Dermatitis fotosensibles. Pág. 244-248. 1978.
- 39.- Harvey. Medicina Interna. Urticaria. Pág. 1580-1581. 1978.
- 40.- Hodgson y Hell. The effect of the activity of psoriasis on the response to autologous ground skin extract. Brit. J. Derm. Vol. 92, No. 5. Pág. 519-522. Nov. 1975.
- 41.- Huriez. Abrege de dermatologie et de venereologie. dermatosis erythematovesiculeuses les eczemas. Cap. 7. Pág. 117-141.
- 42.- Información científica y tecnológica. Vol 4. Pág. 66. Verrugas. Abril 1982.
- 43.- Malkinson y Person. Year book of dermatology. prevention of eczema. Pág. 85. 1978.

- 44.- Malkinson y Person. Year book of dermatology. Factor quimiotactico en la psoriasis. Pág. 309-310. 1978.
- 45.- Marcks R. Increased DNA and protein, synthesis in the involved and uninvolved skin of patients with psoriasis. Brit. J. Derm. Vol. 93, Supl. 2. -- Pág. 28. julio 1975.
- 46.- Marcks R. The application of an in vitro -- technique to the study of epidermal replication and metabolism. Brit. J. Derm. 84, 453. 1971.
- 47.- Maherle y Orfanos. Ultraestructura localization and differentiation membrane-bound ATP utilizing enzymes including adenylylase in normal and psoriatic epidermis. Brit. J. Derm. Vol. 92, No. 5 Pág. 495-507. Nov. 1975.
- 48.- Mey y Halprin. Further studies on adenylylase in psoriasis. Brit. J. Derm. Vol. 92.No. 3. - Pág 255-262. marzo 1977.
- 49.- Mier y Hurk. Membrane-bound ATP hydrolytic activity of psoriatic epidermis. Brit. J. Derm. Vol 93, No. 4. Pág. 469-470. oct. 1975.
- 50.- Parrish J. Psoriasis. Dermatologia. Pág. - 156-160. 1978.
- 51.- Rev. Fac. Med. Enfermedades alérgicas más frecuentes. Urticaria. Vol.XXII, No.1. Pág. 12-16. - UNAM 1979.
- 52.- Robert y Smith. Challenge test battery in chronic urticaria. Brit. J. Derm. Vol. 93, supl. 2 Pág. 19. julio 1975.
- 53.-Parrish J. Urticaria. Dermatología. Pág. 95 Máx. 1978.
- 54.- Robinson y Robinson. Verrugas vulgares. -- Dermatología clínica. Pág. 160. 1960.
- 55.-Watson y Farber. Psoriasis controlling. --- Postgraduate medicine. Vol. 61, No. 6. Pág. 103-109. junio 1977.
- 56.- Yoshikawa. Is the cyclic AMP in psoriatic epidermis low?. Brit. J. Derm. Vol. 93, No. 3. sep. 1975.

57.- Yoshikawa. On the lack of response to catecholaminestimulation by the adrenergic system in psoriatic lesions. Brit. J. Derm. Vol. 92, No. 6. - Pp. 619. 624. June 1975.