



11212 ¹⁰_{7j.}

SECRETARIA DE SALUD UNAM AMALAC

CENTRO DERMATOLOGICO
DR. LADISLAO DE LA PASCUA

DERMATITIS SEBORREICA
Evaluación, Clínica, Micológica y
Terapéutica de 76 Pacientes

Tesis de Postgrado

EN DERMATOLOGIA LEPROLOGIA
Y MICOLOGIA

DR. HORACIO LUNA ALVAREZ

México, D. F.

1984 - 85

1997

TESIS CON
FOLIO DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

SECRETARIA DE SALUD

U N A M

A N A L A C

CENTRO DERMATOLÓGICO
"DR. LADISLAO DE LA PASCUA"

PROFESOR DEL CURSO: DR. FERRIANDO LATAPI C.
DIRECTORA: DRA. OBDULIA RODRIGUEZ R.

DERMATITIS SEBORREICA
EVALUACIÓN, CLÍNICA, MICOLÓGICA
Y TERAPÉUTICA DE 76 PACIENTES

TESIS DE POSTGRADO EN: DERMATOLOGIA, LEPROLOGIA Y MICOLOGIA

DR. HORACIO LUNA ALVAREZ

MEXICO, D. F.

1984-1986

A MIS PADRES: ELVIA Y HORACIO CON CARÍÑO Y GRATITUD

A MIS HERMANOS: SAGRARIO, MARA E YVES OCTAVIO, POR SU
APOYO MORAL QUE SIEMPRE ME HAN BRINDADO.

A MI ABUELO MATERNO: EL SEÑOR EPIGONIO ALVAREZ: CON
PROFUNDO RESPETO.

A MIS COMPAÑEROS Y AMIGOS: POR SU ESTÍMULO CONSTANTE.

AL DR. FERNANDO LATAPI C.:

POR SU INCANSABLE LABOR DE LUCHA CONTRA LA LEPRO,

Y SU NOBLE CORAZÓN.

A LA DRA. OBDULIA RODRÍGUEZ R.:

POR SER EJEMPLO DE DISCIPLINA Y GRAN TENACIDAD ANTE LA

VIDA Y LA DERMATOLOGÍA.

AL DR. FERNANDO LATAPI C.:

POR SU INCANSABLE LABOR DE LUCHA CONTRA LA LEPRO,

Y SU NOBLE CORAZÓN.

A LA DRA. OBDULIA RODRÍGUEZ R.:

POR SER EJEMPLO DE DISCIPLINA Y GRAN TENACIDAD ANTE LA

VIDA Y LA DERMATOLOGÍA.

AL DR. EDUARDO CASTRO BERNAL :
GRACIAS POR SU GENEROSIDAD Y
SUS ENSEÑANZAS.

A LA DRA. GUADALUPE IBARRA DURÁN:
GRACIAS POR SU CONFIANZA
Y POR SUS CONSEJOS.

AL DR. ROBERTO ARENAS: ASESOR DE ESTA TESIS.

MI MÁS SINCERO RECONOCIMIENTO Y ADMIRACIÓN, POR SER UNA PERSONA
DE TAN ALTA CALIDAD HUMANA Y UN EXCELENTE PROFESIONISTA.
AGRADECIENDO INFINITAMENTE SU VALIOSA AMISTAD, SUS CONOCIMIENTOS
COMPARTIDOS DURANTE LA RESIDENCIA Y FINALMENTE POR SU AYUDA
INCONDICIONAL PARA LA REALIZACIÓN DE ESTE TRABAJO.

I N D I C E

I P A R T E

	<u>PAG.</u>
1.- INTRODUCCION.....	1
2.- DEFINICION, SINONIMIA, FRECUENCIA, DATOS HISTORICOS.....	4
3.- ETIOLOGIA.....	7
4.- CAUSAS PREDISPONENTES.....	27
5.- CLASIFICACION CLINICA.....	33
6.- CUADRO CLINICO.....	36
7.- DIAGNOSTICO CLINICO Y EXAMENES DE LABORATORIO.....	41
8.- DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.....	43
9.- HISTOPATOLOGIA.....	46
10.- MICROSCOPIA ELECTRONICA, INMUNOLOGIA.....	48
11.- ENFERMEDADES ASOCIADAS, PRONOSTICO.....	49
12.- TRATAMIENTO.....	50

I I P A R T E

1.- MATERIAL Y METODOS.....	61
2.- RESULTADOS.....	64
3.- CONCLUSIONES.....	81
4.- BIBLIOGRAFIA.....	85

" EN REALIDAD, SI LOS CONOCIMIENTOS ESCASOS SON PELIGROSOS
¿DÓNDE ESTÁ EL HOMBRE QUE TENGA TANTOS COMO PARA ESTAR
FUERA DE PELIGRO?

THOMAS HUXLEY

I N T R O D U C C I O N

LOS TEXTOS CLÁSICOS DE DERMATOLOGÍA, AUN LOS PEQUEÑOS MANUALES CONTIENEN UN CAPÍTULO DEDICADO A LA DERMATITIS SEBORREICA, VARIANDO SÓLO EN AMPLITUD O EN DETALLES.

EN LA MAYORÍA ESTÁN BIEN DESCRITAS LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE ESTA ENFERMEDAD, PERO PRÁCTICAMENTE EN NINGUNA SE SEÑALA CON CLARIDAD LA ETIOPATOGENIA O SU TRATAMIENTO.

A LOS DERMATÓLOGOS DE HOY EN DÍA SE LES PLANTEA UNA INTERROGANTE DE NO FÁCIL RESPUESTA: ¿ES CURABLE ESTA ENFERMEDAD? RESPONDER AFIRMATIVAMENTE ES EL DESEO DE MÉDICOS Y ENFERMOS PERO NO ES TODAVÍA UNA REALIDAD.

LOS MOTIVOS PARA LA REALIZACIÓN DE ESTE TRABAJO FUERON VARIOS: SU ELEVADA FRECUENCIA EN LA CONSULTA DIARIA EN LA PRÁCTICA DERMATOLÓGICA, EL ESCASO CONOCIMIENTO DE LAS VARIETADES CLÍNICAS, FUERA DE LA PIEL CABELLUDA Y LA CARA, SU ETIOLOGÍA MÚLTIPLE, NO BIEN DETERMINADA ASÍ COMO SU CRONICIDAD Y SOBRE TODO SU DIFÍCIL MANEJO.

LA ELABORACIÓN DEL PRESENTE TRABAJO, TIENE POR OBJETO POR UNA PARTE HACER UNA AMPLIA Y ACTUAL REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA, TRATANDO AL MISMO TIEMPO DE DESARROLLAR UN TRABAJO CIENTÍFICO Y PRÁCTICO AL INTENTAR DEMOSTRAR EL PAPEL DEL PITYROSPORUM EN SU ETIOPATOGENIA Y DE ENCONTRAR UNA TERAPÉUTICA EFICAZ EN SU MANEJO.

AGRADECIENDO DE ANTEMANO A TODOS LOS PACIENTES QUE -

COLABORARON EN ESTE ESTUDIO Y A LOS LABORATORIOS JANSSEN -
QUE GRATUITAMENTE NOS PROPORCIONARON ALGUNOS DE LOS MEDICA-
MENTOS UTILIZADOS.

FINALMENTE ESPERO NO DEFRAUDAR LA CONFIANZA DEL SR.
DR. ROBERTO ARENAS QUIEN GENTILMENTE ACEPTÓ LA ASESORÍA DE
ESTA TESIS.

" SI BIEN DAMOS NOMBRE A LAS ENFERMEDADES QUE CONOCEMOS
ELLO NO QUIERE DECIR NECESARIAMENTE QUE LAS CONOZCAMOS
POR HABERLES DADO EL NOMBRE."

HOMER W. SMITH

I P A R T E

D E R M A T I T I S S E B O R R E I C A

DEFINICION.- DERMATOSIS QUE AFECTA PIEL CABELLUDA Y CARA,- REGIÓN PREESTERNAL E INTERESCAPULAR ASÍ COMO PLIEGUES, PUE DE PRESENTARSE EN OTRAS LOCALIZACIONES COMO LA REGIÓN ANOGÉNITAL. ESTÁ CONSTITUÍDA POR ERITEMA Y ESCAMA, QUE FORMAN PLACAS OLEOSAS DE COLOR AMARILLENTO, DE TAMAÑO Y FORMAS VARIABLES.

EN LACTANTES LA EVOLUCIÓN GENERALMENTE ES AGUDA Y EN ADOLESCENTES Y ADULTOS ES CRÓNICA Y RECURRENTE.

SINONIMIA.- ECZEMA SEBORREICO, ECZEMA PERIPILAR, ECZEMA INTERTRIGINOSO DE LA PIEL CABELLUDA, ECZEMA MICROBIANO, ECZEMA FLANERAL, PITIRIASIS SIMPLE, PITIRIASIS SICCA, PITIRIASIS ESTEATOIDE, CORONA SEBORREICA Y PRÚRIGO FLEXURAL.

FRECUENCIA.- ES UNA ENFERMEDAD URBANA, COMÚN EN EUROPA Y AMÉRICA, NO EXISTE PREDILECCIÓN POR EDAD Y SEXO, LLEGANDO A OCUPAR EL QUINTO LUGAR EN LA CONSULTA DERMATOLÓGICA.⁶

PARA DAVIES LA ENFERMEDAD SE PRESENTA EN UNO DE CADA 12 PACIENTES.²⁹ ROOK MENCIONA QUE ES RARA ANTES DE LA PUBERTAD Y SE PRESENTA ENTRE LOS 18 Y 40 AÑOS, ES MÁS FRECUENTE EN HOMBRES ADULTOS QUE EN MUJERES.¹⁰⁶ JAMAYO REFIERE QUE LA FRECUENCIA EN EL RECIÉN NACIDO ES DE 12% OCUPANDO EL 3ER LUGAR ENTRE LAS ENFERMEDADES CUTÁNEAS DEL PRIMER MES DE VIDA.¹¹¹

VILLARREAL ENCONTRÓ QUE LA DERMATOSIS OCUPA EL TERCER

LUGAR EN FRECUENCIA EN HOMBRES ADULTOS ENTRE LAS AFECCIONES DE LA PIEL CABELLUDA.¹²⁷

HISTORIA.- FUE FUCHS EN 1810 QUIEN PRIMERO SE REFIRIÓ A LA SEBORREA, UTILIZANDO EL TÉRMINO SEBORRAGIA SIN SABERSE -- EXACTAMENTE CUÁNDO SUFRIÓ ESTA TRANSFORMACIÓN DENTRO DE LA LITERATURA DERMATOLÓGICA.²⁸

JEAN LOUIS ALIBERT EN 1820 TAMBIÉN LA MENCIONA, REFIRIÉNDOSE QUE ÉSTA PODRÍA SER EL SUSTRATO DE ALGUNAS ENFERMEDADES CUTÁNEAS.²⁸

EN 1870 VON HEBRA INTRODUJO EL TÉRMINO DE SEBORREA - OLEOSA.²⁹

EN 1874 EL MICÓLOGO FRANCÉS MALASSEZ²⁸ INICIA LA INVESTIGACIÓN DEL PITYROSPORUM DETERMINANDO QUE ESTE MICROORGANISMO ES LA CAUSA DE LA PITIRIASIS CAPITIS. EN 1887 PAUL UNNA²⁹ DESCRIBE MAGISTRALMENTE LA DERMATOSIS CON EL NOMBRE DE ECZEMA SEBORREICO, CONSIDERA QUE LA SEBORREA ES UNA VERDADERA DSHIDROSIS, ENFATIZA EL COMPONENTE INFLAMATORIO, RELACIONA EL ESTADO GRASO DE LA PIEL CABELLUDA CON LA PITIRIASIS CAPITIS, SEÑALA TAMBIÉN LOCALIZACIONES, EN AXILAS, TRONCO Y EXTREMIDADES SUPERIORES Y AFIRMA QUE LA CAUSA DE LA ENFERMEDAD ES POR UN MOROCOCO QUE POSTERIORMENTE SERÍA IDENTIFICADO COMO UN ESTAFILOCOCO, DISTINGUE COMO VARIEDADES EL ECZEMA DE LA DENTICIÓN, EL ECZEMA TUBERCULOSO Y EL ECZEMA SEBORREICO, EL ECZEMA DE LA DENTICIÓN, QUE AFECTA LA CARA - TAMBIÉN, LE LLAMÓ FACIAL INFANTIL, EL TUBERCULOSO COMPRENDE

A LUPUS TUBERCULOSO DE LA CARA Y RESERVA EL TÉRMINO SEBORREICO PARA EL LOCALIZADO A LA PIEL CABELLUDA, PRINCIPALMENTE EN LA IMPLANTACIÓN DE ÉSTA; SEÑALA ADEMÁS QUE LAS AFECIONES DE LA PIEL CABELLUDA DERIVAN DE UNA PITIRIASIS PREVIA.²⁹

EN 1902 SABOURAUD²⁹ PONE ESPECIAL ATENCIÓN A LA INTERRELACIÓN ENTRE LAS DIVERSAS FORMAS CLÍNICAS: PITIRIASIS CAPITIS, ACNÉ, ECZEMA SEBORREICO Y ALOPECÍA SEBORREICA, ENFATIZANDO QUE ESTOS ESTADOS DE LA PIEL COINCIDEN CON LA PUBERTAD. MENCIONA TAMBIÉN A LA PITIRIASIS ESTEATOIDE, COMO UN ESTADO MÁS AVANZADO QUE LA PITIRIASIS SIMPLE QUE SE PRODUCE POR SATURACIÓN DE LAS ESCAMAS CON UNA INVISIBLE EXUDACIÓN DE SUERO EN UNA EPIDERMIS PERMEABLE CON INCIPIENTE ECZEMATIZACIÓN Y MÁS TARDE UNA INFECCIÓN POR STAPHYLOCOCCUS ALBUS.²⁹

EN 1907 ES DARIER²⁹ EL PRIMERO EN INTRODUCIR EL CONCEPTO DE PREDISPOSICIÓN O ENFERMEDAD CONSTITUCIONAL MUY PROBABLEMENTE DE NATURALEZA ENDOCRINA CONDICIÓN QUE LLAMÓ QUEROSIS AUNQUE NO SIEMPRE PRERREQUISITO A LAS ECZEMATIDES FINALMENTE CLASIFICÓ AL ECZEMA SEBORREICO DE LA SIGUIENTE FORMA:

- 1.- ECZEMA SEBORREICO DE LA PIEL CABELLUDA, SE PRESENTA EN LOS MÁRGENES DE ÉSTA, ASÍ COMO EN CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO.
- 2.- ECZEMATIDES CIRCINADAS EN CARA ANTERIOR DE TRONCO Y EN SUS MÁRGENES.
- 3.- EXANTEMA CON ASPECTO DE PITIRIASIS ROSADA.

- 4.- DISTROFIA FOLICULAR DEL TRONCO Y EXTREMIDADES.
 5.- PSORIASIS SITUADA EN LA IMPLANTACIÓN DE LA PIEL CABELLUDA.
 6.- ERITRODERMIAS EXFOLIATIVAS.²⁹

EN 1922 BARBER²⁹ FUE EL PRIMER AUTOR QUE MENCIONA A LA DIETA COMO CAUSA ETIOLÓGICA DE ESTA DERMATOSIS. LA RELACIONA CON UNA DIFÍCIL DIGESTIÓN DE LOS CARBOHIDRATOS, INSUFICIENCIA HEPÁTICA, INGESTIÓN ABUNDANTE DE FRUTAS FRESCAS, - EJERCICIOS Y ANEMIA.²⁹

EN 1931 INGRAM²⁹ INVOLUCRA UNA HIPERSENSIBILIDAD A - - IRRITANTES INTERNOS Y EXTERNOS, UNA INESTABILIDAD VASOMOTORA Y UNA DISMINUIDA RESISTENCIA A LAS INFECCIONES Y REFIERE QUE EXISTE UNA EVIDENCIA DE UN FACTOR ENDÓCRINO.²⁹

EN 1936 DOWHNG²⁹ CONSIDERÓ QUE EL ECZEMA SEBORREICO ES TÁ CAUSADO POR MICROORGANISMOS, AFIRMA QUE LAS ECZEMATIDES OCURREN FRECUENTEMENTE EN PACIENTES SEBORREICOS.

EN 1939 INGRAM² DIÓ A UN FOCO SÉPTICO UNA SIGNIFICANCIA ETIOLÓGICA.

EN ESE MISMO AÑO PERCIVAL²⁹ DIVIDE LAS MANIFESTACIONES CLÍNICAS DE LA DERMATITIS SEBORREICA EN TRES GRUPOS:

- 1.- PITIRIASIS CAPITIS Y ECZEMATIDES.
- 2.- DERMATITIS FLEXURAL (INTERTRIGO) Y DERMATITIS EXHUDATIVA.
- 3.- ECZEMA PUSTULAR Y DERMATITIS FOLICULAR.

MENCIONÓ PARA EL PRIMER GRUPO UN FACTOR INFECCIOSO, - PARA EL SEGUNDO UN CARÁCTER DIFERENTE DE REACCIÓN ECZEMAT-

SA Y PARA EL TERCER GRUPO DICE QUE EXISTE MUY BUENA RESPUESTA A UN TRATAMIENTO ANTISÉPTICO.²⁹

EN 1940 AVIT SCOTT INCLUYE DENTRO DE LAS LESIONES DE LA DERMATITIS SEBORREICA A LAS PÁPULAS Y A LAS PÚSTULAS DEL ACNÉ, SUPONIENDO QUE EL SUSTRATO GRASO PARA LA DERMATITIS SEBORREICA SEA EL MISMO Y FUE EL PRIMERO QUE HABLÓ DE LA BLEFARITIS SEBORREICA.²⁹

EN 1950 COBUR CLASIFICA A LAS SEBORREAS INFLAMATORIAS DE ACUERDO A LA RESPUESTA VASCULAR.²⁹

HASTA NUESTRA FECHA HAN SEGUIDO APARECIENDO INFINIDAD DE TRABAJOS SOBRE ESTA DERMATOSIS ENFATIZANDO MÁS O MENOS SOBRE LA PROBABLE ETIOLOGÍA DE ESTA ENFERMEDAD LA CUAL HASTA NUESTROS DÍAS PERMANECE POCO CLARA. EN LA ÚLTIMA DÉCADA SE HA VUELTO A INSISTIR EN EL PROBABLE PAPEL ETIOPATOGÉNICO DEL PITYROSPORUM Y EN LA POSIBLE ACCIÓN BENÉFICA DE TRATAMIENTO ANTIMICÓTICOS ESPECIALMENTE IMIDAZOLES.

ETIOLOGIA.- Es DESCONOCIDA. SE HAN INVOLUCRADO FACTORES GENÉTICOS, DIETÉTICOS, PSICOLÓGICOS, AMBIENTALES, HORMONALES, INFECCIOSOS Y MÁS RECIENTEMENTE, LOS JABONES Y SHAMPOOS COMERCIALES COMO POSIBLE CAUSA.

ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES Y DEL SISTEMA NERVIOSO Y ALCOHOLISMO SE CONSIDERAN COMO CAUSAS PREDISPONENTES.

FACTOR GENÉTICO.- AÚN DISCUTIDO EL PAPEL QUE JUEGA ESTE FACTOR EN LA PRESENTACIÓN DE LA DERMATOSIS, HUWIRTZ Y GLORR⁶¹ LO AFIRMAN; INGRAM Y MOSCHELLA⁸⁵ LO CONSIDERAN BÁSICAMENTE UNA DIATESIS CONSTITUCIONAL. BARBER²⁹ A ESTA PREDISPOSICIÓN

GENÉTICA LE LLAMA DIATESIS SEBORREICA. SIN EMBARGO DAVIES²⁹ RESALTA QUE NO HAY MUCHAS PRUEBAS REALES DE SU EXISTENCIA - YA QUE NO HAY MUCHAS PRUEBAS REALES DE SU EXISTENCIA YA - QUE INCLUYE ESTADOS TAN DIFERENTES COMO ERITEMA PERNIO, ACNÉ VULGAR, PIEL GRASA Y ROSÁCEA. OTROS COMO ROOK¹⁰⁶ MENCIONAN LA EXISTENCIA DE UN FACTOR ESENCIAL PREDISPONENTE EN EL COMPLEJO DE ANORMALIDAD FUNCIONAL Y ESTRUCTURAL DE LAS GLÁNDULAS SEBÁCEAS PROBABLEMENTE DETERMINADO POR UN TIPO DE HERENCIA. TAMAYO¹¹¹ TAMBIÉN ACEPTA UN FACTOR CONSTITUCIONAL - HEREDITARIO PERO REFIERE QUE NO ES POSIBLE DETERMINAR LA FORMA DE HERENCIA.

FACTOR HORMONAL.- ENTRE LOS NUMEROSOS AUTORES QUE SE ENCARGARON DE ESCRIBIR ACERCA DE LA ENFERMEDAD ES PAUL UNNA²⁸ EL PRIMERO QUE PUSO ATENCIÓN SOBRE ESTE FACTOR, AL MENCIONAR QUE LOS ESTADOS SEBORREICOS DEL INDIVIDUO SON MÁS APARENTES EN LA PUBERTAD.

POSTERIORMENTE SABOURAUD²⁸ ENFATIZA QUE LOS ESTADOS GRASOS DE LA PIEL TIENEN UNA RELACIÓN CON LA PUBERTAD, AL NOTAR QUE EL FLUJO DE GRASA COINCIDE CON ESTA ETAPA DE LA VIDA, EN DONDE LAS GLÁNDULAS SEBÁCEAS Y LOS POROS CUTÁNEOS SON MÁS APARENTES. BRAUNNER¹⁰⁶ SEÑALA QUE LA DERMATITIS SEBORREICA TIENE UNA GRAN PREVALENCIA EN LA PRIMERA INFANCIA Y LUEGO NO ES COMÚN HASTA DESPUÉS DE LA PUBERTAD, ESTE CURSO ES PARALELO AL TAMAÑO Y A LA FUNCIÓN DE LAS GLÁNDULAS SEBÁCEAS. ROOK¹⁰⁶ MENCIONA QUE LA MADURACIÓN DE ESTAS GLÁNDU-

LAS SEBÁCEAS PUEDEN JUGAR UN PAPEL IMPORTANTE EN LA APARICIÓN DE LA ENFERMEDAD.

HUDSON-JONES Y COLS.⁶⁰ DEMOSTRARON QUE LOS SITIOS EN DONDE SE PRESENTA LA DERMATOSIS, TIENEN MÁS PRODUCCIÓN DE SEBO Y TIENEN MÁS GRASA SUPERFICIAL QUE EN TODO EL RESTO DEL CUERPO.⁶⁰ POCHI, STRAUSS Y MASSON²⁹ HAN SUGERIDO QUE LOS ANDRÓGENOS ESTIMULAN LA PRODUCCIÓN DE SEBO Y QUE LA DEHIDRO-ANDROSTERONA, ESTEROIDE ANDROGÉNICO ADRENAL ES EL RESPONSABLE DE ESTA ESTIMULACIÓN.

WILLIAMS¹³² REFIERE QUE LOS ANDRÓGENOS, ESPECIALMENTE LA TESTOSTERONA, TIENEN LA CAPACIDAD DE INCREMENTAR LAS GLÁNDULAS SEBÁCEAS Y LA SECRECIÓN OLEOSA DE LA PIEL, SOBRE TODO EN CARA Y ESPALDA; LOS ESTRÓGENOS AUMENTAN EL CONTENIDO DEL AGUA, ESTO Y EL GROSOR DE LA PIEL TIENDEN A ANTAGONIZAR LA ACCIÓN DE LOS ANDRÓGENOS. EN UN ESTUDIO DE COTTE-RILLY BULUSSU²⁴ EN VARONES MENORES DE 10 AÑOS Y EN OTROS DE 11 A 15 AÑOS INDICAN QUE LAS GLÁNDULAS SEBÁCEAS MADURAN Y CRECEN EN LA PUBERTAD Y ESTO ES DEBIDO A LA INFLUENCIA DE LOS ANDRÓGENOS.

CONTINUANDO CON SUS INVESTIGACIONES TAMBIÉN DEMUESTRAN QUE EN MUJERES DE 11 A 15 AÑOS DE EDAD YA CON CICLOS MENSTRUALES TIENEN SIGNIFICATIVAMENTE MÁS ALTO ÍNDICE DE EXCRECIÓN SEBÁCEA QUE LAS MUJERES DE LA MISMA EDAD PERO AMENORREICAS, PERO NO ASEGURAN QUE ESTA INFLUENCIA NORMAL DE LAS HORMONAS SEA SIGNIFICATIVA EN LA PRESENTACIÓN DE LA DERMATOSIS. FISIOLÓGICAMENTE LOS ESTRÓGENOS JUEGAN UN PAPEL ME-

NOR EN EL CONTROL ENDÓCRINO DE LA SECRECIÓN SEBÁCEA, YA QUE POR UN LARGO TIEMPO HA SIDO CONOCIDO QUE FARMACOLÓGICAMENTE DOSIS ALTAS TIENEN UN EFECTO SUPRESIVO.

EN EL RECIÉN NACIDO, COMO RESULTADO DE LA INFLUENCIA HORMONAL DE LA MADRE DURANTE LA VIDA FETAL, ES COMÚN NOTAR LA HIPERPLASIA DE LAS GLÁNDULAS SEBÁCEAS QUE SE TRADUCE EN LA VARIEDAD CLÍNICA DENOMINADA COSTRA DE LECHE, FENÓMENO - TRANSITORIO QUE DESAPARECE DESPUÉS DE LOS TRES PRIMEROS MESES DE VIDA. FUERA DE ESTE FENÓMENO LA ETIOLOGÍA ES DESCONOCIDA.¹¹¹

FACTORES PSICOLÓGICOS.- "LA PENA QUE NO SE DESAHOGA EN LÁGRIMAS PUEDE HACER LLORAR A OTROS ÓRGANOS". HENRY MAUDSLEY.

HACE MUCHO TIEMPO QUE SE RECONOCE LA IMPORTANCIA DE - LOS FACTORES PSICOLÓGICOS EN MUCHAS DERMATOSIS. LA PIEL ES UN ÓRGANO SUJETO A LAS INFLUENCIAS DIRECTAS DEL SISTEMA NERVIOSO Y AL EFECTO INDIRECTO DE LA ACTIVIDAD ENDÓCRINA, POR ESTÁR EN LA SUPERFICIE CORPORAL. DURANTE LOS ÚLTIMOS AÑOS - SE HA ACEPTADO CADA VEZ MÁ S LA INFLUENCIA DE ESTOS FACTORES EN LA GÉNESIS DE LAS ENFERMEDADES SOMÁTICAS, EN CONSECUEN-- CIA LOS DERMATÓLOGOS HAN SEÑALADO LA ESTRECHA ASOCIACIÓN EN TRE DIVERSAS ENFERMEDADES DE LA PIEL COMO LA NEURODERMATI-- TIS Y LA MISMA DERMATITIS SEBORREICA.

ALGUNOS HECHOS DEMUESTRAN LA EXISTENCIA DE DIFICULTA DES EN LA ADAPTACIÓN DE LA PERSONALIDAD ANTE LAS SITUACIO-- NES DE ESTRÉS. HASTA EL MOMENTO SE HAN EFECTUADO NUMEROSAS OBSERVACIONES QUE INDICAN QUE LA RESPUESTA DE LA PIEL EN UN

INDIVIDUO VARÍA SEGÚN SU ESTADO DE ÁNIMO, SU ACTITUD Y EL MISMO ESTRÉS.

BARBER Y SELMON¹⁰⁶ EN 1918, OBSERVARON VARIOS CASOS CON LA DERMATOSIS Y CON PROBLEMAS EN LA PERSONALIDAD. HODGSON EN 1945 Y ESPECIALMENTE WITKOWER Y MACKENNA¹³⁴ EN 1947, ENFATIZAN LA IMPORTANCIA DEL MIEDO Y ANSIEDAD COMO - FACTORES ETIOLÓGICOS. UN ALTO INCREMENTO EN LA SECRECIÓN - SEBÁCEA DURANTE PERÍODOS DE ESTRÉS HA SIDO BIEN NOTADO POR ROBIN Y KEPECS.¹³⁴

KAHN⁶⁹ APUNTA QUE EN LA BASE DE LAS DERMATOSIS - PSICÓGENAS HABITUALMENTE EXISTE UN CONFLICTO PROFUNDO, ORIGINADO EN LA INFLUENCIA POR EL DESEO DE AFECTO Y MIEDO AL RECHAZO. ASÍ MISMO REFIERE LA IMPORTANCIA DE LAS FRUSTRACIONES O DE LAS SATISFACCIONES EMOCIONALES EN LA FISIOPATOLOGÍA DE LA PIEL, ESTAS SENSACIONES SON ESTÍMULOS AUTÓNOMOS CUYA RESPUESTA MODIFICA LA CIRCULACIÓN Y LA ACTIVIDAD - GLANDULAR CUTÁNEA. ES POSIBLE QUE LA DERMATITIS SEBORREICA SE PRESENTE EN PACIENTES POR UN MECANISMO ENDÓCRINO, QUIZÁS A TRAVÉS DE LOS EFECTOS DE ESTRÉS, TAGER¹²⁶. SIN EMBARGO - QBERMAYER⁹³ EN SU LIBRO "ENFERMEDADES PSICOCUTÁNEAS", REFIERE QUE EN SU EXPERIENCIA LA SEBORREA Y LA DERMATITIS SEBORREICA NO ESTÁN RELACIONADAS A LOS FACTORES PSICOLÓGICOS.⁹³

FACTORES DIETÉTICOS.- MUCHO SE HA PUESTO EN TELA DE JUICIO SI REALMENTE LA DIETA Y DEFICIENCIA DE VITAMINAS ESPECÍFICAMENTE LA BIOTINA INFLUYEN EN LA PRESENTACIÓN DE LA DERMATITIS SEBORREICA O SOLAMENTE ES UN MITO.

EN 1922 BARBER FUE EL PRIMERO QUE MENCIONA LA DIETA COMO CAUSA ETIOLÓGICA DE ESTA DERMATOSIS, LA RELACIONA CON UNA DIFÍCIL DIGESTIÓN DE LOS CARBOHIDRATOS E INGESTIÓN ABUNDANTE DE FRUTAS FRESCAS²⁹. SE HA RELACIONADO LA ENFERMEDAD CON LA INGESTA EN LA DIETA DE ABUNDANTES GRASAS E HIDRATOS DE CARBONO PERO NO EXISTE UNA EVIDENCIA REAL DE TAL FACTOR.

LA BIOTINA ES UNA VITAMINA QUE ACTÚA COMO COENZIMA - QUE PARTICIPA EN LAS REACCIONES DE CARBOXILACIÓN, DESCARBOXILACIÓN Y DESAMINACIÓN DE LOS ÁCIDOS GRASOS. TAL VITAMINA SE ENCUENTRA EN PEQUEÑAS CANTIDADES EN LOS SIGUIENTES ALIMENTOS: LAS VÍSCERAS, LA YEMA DE HUEVO, LEGUMINOSAS, NUECES, LOS CEREALES Y LA LECHE.³

GLOZMANN EN 1949²⁶ FUE EL QUE RELACIONÓ A LA ENFERMEDAD CON LOS INFANTES ALIMENTADOS AL SENO MATERNO; DESPUÉS HOMOLKA⁸³ ROOK, WILKINSON Y EBLING EN 1963¹⁰⁶ TAMBIÉN PUSIERON ATENCIÓN EN ESTE PUNTO. PARA MAGAÑA AL PARECER LA CARENCIA DE BIOTINA EN LA LECHE MATERNA JUEGA UN PAPEL IMPORTANTE. POR TALES MOTIVOS MESSARITAKIS Y COLS.⁸³ HAN ENSAYADO EL USO DE LA BIOTINA EN CASOS DE DERMATITIS SEBORREICA - GENERALIZADA EN LACTANTES (ENFERMEDAD DE LEINER) SIN EMBARGO LOS RESULTADOS QUE OBTUVIERON DURANTE SU UTILIZACIÓN FUERON MUY CONVINCENTES. EXISTEN REPORTES ACTUALES QUE EN EL CURSO DE ENFERMEDADES CON INSUFICIENCIA HEPÁTICA O PANCREÁTICA CON UNA DESNUTRICIÓN EVIDENTE, LOS PACIENTES PUEDEN PRESENTAR DERMATITIS SEBORREICA SIN ENCONTRARSE UNA EX-

PLICACIÓN SATISFACTORIA PARA ESTE HECHO, WITKOWSKI¹³³
 MAS RECIENTEMENTE SE HAN ENCONTRADO EN PACIENTES CON LA DER
 MATITIS SEBORREICA NIVELES BAJOS DE ZINC Y AL ADMINISTRAR -
 ESTE ELEMENTO POR VÍA ORAL DESAPARECE LA ENFERMEDAD. AGACHE

TAMBIÉN SE HA SUGERIDO QUE LA MALA UTILIZACIÓN DE VI
 TAMINA "B" Y LA DEFICIENCIA DE PROTEÍNAS ESTÁ RELACIONADA
 CON LA ENFERMEDAD.²

FACTOR AMBIENTAL.- NO HA QUEDADO CLARA LA RELACIÓN DE LOS
 CAMBIOS AMBIENTALES CON LA DERMATITIS SEBORREICA HASTA NUES
 TROS DÍAS.

ROOK¹⁰⁶ REFIERE QUE ES MÁS FRECUENTE QUE SE PRESEN
 TE EN LOS MESES DE INVIERNO. PARA TANGER¹²² LA ASOCIACIÓN
 DE LA DERMATITIS SEBORREICA CON EL CLIMA CALUROSO ES MÁS -
 FACTIBLE YA QUE POSTULA LA COMBINACIÓN DE LA SUDORACIÓN EX
 CESIVA Y LA LUZ SOLAR. EN AÑOS RECIENTES ESTE FACTOR HA -
 QUEDADO RELEGADO POR CARECER DE UNA EXPLICACIÓN CONVINCEN
 TE.

FACTOR COSMÉTICO.- RECIENTEMENTE HAN APARECIDO REPOTES -
 EN LA LITERATURA DERMATOLÓGICA SOBRE ESTE ASPECTO. REKHA Y
COLS¹⁰⁵ HAN PUESTO ATENCIÓN EN EL PAPEL DE LOS JABONES, SHAM
 POOS Y PRODUCTOS COSMÉTICOS EN LA PRODUCCIÓN DE LA PITIRIA
 SIS CAPITIS, EN SU COMUNICACIÓN DE 200 PACIENTES DURANTE 7
 AÑOS OBSERVARON QUE LOS JABONES Y SHAMPOOS COMERCIALES, ASÍ
 COMO UNA HIERBA SHIKAKAI (PLANTA ACACIA CONCINA DC) FUERON
 AGENTES RESPONSABLES DE ALGUNOS DE SUS CASOS.

ELLOS PROPONEN UNA EXPLICACIÓN A ESTE HECHO PUDIENDO SER -
 UNA RESPUESTA BIOLÓGICA DE LA PIEL CABELLUDA A LOS IRRITAN-
 TES (JABONES Y SHAMPOOS) DANDO UNA EXCESIVA DESCAMACIÓN. --
 OTRA CAUSA INESPERADA FUE EL USO DE VARIOS ACEITES APLICA--
 DOS TÓPICAMENTE EN LA PIEL CABELLUDA, COMO ACEITE DE COCO,-
 VEGETALES Y DE MOSTAZA, EN ESTOS PACIENTES SE REALIZARON -
 FROTIS DE LA PIEL CABELLUDA, ENCONTRÁNDOSE P. OVALE EN ABUN-
 DANCIA, LA EXPLICACIÓN QUE DAN ES QUE ESTA LEVADURA ES LIPO-
 FÍLICA Y EN ESTOS PACIENTES EL USO DE ACEITES PODRÍA SER -
 LA CAUSA PARA SU CRECIMIENTO, CAMBIANDO LA MICROBIOLOGÍA DE
 LA PIEL CABELLUDA.¹⁰⁵

FACTOR INFECCIOSO.- "EN EL SIGLO XIX PERDIERON EL TEMOR DE
 DIOS Y ADQUIRIERON EL DE LOS MICROBIOS." ANÓNIMO.

EL PAPEL DE LOS MICROORGANISMOS EN LA PATOGENIA DE -
 LA ENFERMEDAD HA SIDO MUY DISCUTIDO, EXISTEN OPINIONES DE -
 ALGUNOS AUTORES QUE PIENSAN QUE ÉSTOS SEAN LA CAUSA DE LA -
 DERMATOSIS, OTROS AFIRMAN CATEGÓRICAMENTE QUE SÍ SON, SIN -
 EMBARGO ALGUNOS SE MANTIENEN A LA EXPECTATIVA MENCIONANDO -
 QUE ELLOS SON SAPROFITOS DE LA PIEL Y QUE SE ENCUENTRAN -
 ASOCIADOS SOLAMENTE EN LA ENFERMEDAD. ¿NO ESTÁ DEL TODO DE-
 TERMINADO SI EL PAPEL DE LAS BACTERIAS PUDIERA SER PRIMARIO
 O SECUNDARIO.

FUE PAUL UNNA QUIEN OBSERVÓ A ESTOS MICROORGANISMOS
 EN PACIENTES CON PITIRIASIS CAPITIS, LES LAMÓ MOROCOCO Y -
 POSTERIORMENTE FUERON IDENTIFICADOS COMO ESTAFILOCOCOS.²⁹

SABOURAUD TAMBIÉN PUSO ATENCIÓN SOBRE ESTE PUNTO, EN

CONTRANDO BACTERIAS EN PACIENTES CON SEBORREA SEVERA LLAMÁNDOLES COCOS ²⁸ GRISES QUE POSTERIORMENTE SE IDENTIFICARON COMO ESTREPTOCOCOS.

EN TRABAJOS RECIENTES SE HA DISCUTIDO ESTE PUNTO - MARPLES ^{78,79} Y COLS. EN SU ESTUDIO DE 500 PACIENTES CON DERMATITIS SEBORREICA DE LA PIEL CABELLUDA ENCONTRARON UN NÚMERO - ELEVADO DE BACTERIAS TANTO ESTREPTOCOCOS COMO ESTAFILOCOCOS, ESTOS MISMOS AUTORES AFIRMAN QUE EL PAPEL DE LAS BACTERIAS ES PRIMARIO EN LA DERMATOSIS. FORNASA ⁴⁵ Y SU EQUIPO EN SU ESTUDIO DE 76 PACIENTES CON PITIRIASIS CAPITIS Y PITIRIASIS ESTEATOIDE ENCONTRARON UN NÚMERO ELEVADO DE ESTAFILOCOCOS.

STRAUUS Y COLS. ¹¹⁹ TAMBIÉN ENCONTRARON AUMENTADAS A LAS BACTERIAS PRINCIPALMENTE ESTREPTOCOCOS EN PACIENTES CON DERMATITIS SEBORREICA FACIAL.

UNA EXPLICACIÓN DE LOS AUTORES A ESTE HECHO ES QUE - LAS BACTERIAS DEGRADAN A LOS TRIGLICERIDOS Y ÁCIDOS GRASOS LOS CUALES SE ENCUENTRAN NORMALMENTE EN LA PIEL. ^{2,6,26,45,78,79.}

SOMERVILLE ¹¹⁶ ENCONTRÓ EN DIFERENTES GRUPOS DE EDADES, A ESTREPTOCOCOS COMO ESTAFILOCOCOS EN LA PIEL DE ESTOS SUJETOS, AFIRMANDO QUE SON SAPROFITOS DE ÉSTA.

MCGINLEY Y COLS. ⁸² CUANTIFICARON POR ÁREAS EN LA PIEL CABELLUDA A LAS BACTERIAS EN PACIENTES CON PITIRIASIS CAPITIS ENCONTRANDO UN NÚMERO BAJÍSIMO DE ÉSTAS, SUPONIENDO QUE SÓLO JUEGAN UN PAPEL SECUNDARIO DENTRO DE LA ENFERMEDAD.

VAN DERWYCK Y HECHENY EN 1967 ⁸² TRATARON A 10 PACIENTES CON PITIRIASIS CAPITIS CON TETRACICLINA TÓPICA, NO

ENCONTRANDO NINGUNA MEJORÍA EN ESTOS PACIENTES. GOSSE Y VAN DERWYCK EN 1969⁸² APLICARON NEOMICINA-NISTATINA TÓPICAMENTE A 11 PACIENTES SIN NINGUNA MEJORÍA.

POSTERIORMENTE KLIGMAN⁸² UTILIZANDO ESTA MISMA MEZCLA A CONCENTRACIONES MÁS ELEVADAS FRACASARON EN SU INTENTO.

PITYROSPORUM OVALE.- DESDE QUE SE MENCIONÓ A ESTE - MICROORGANISMO POR PRIMERA VEZ EN LA ETIOLOGÍA DE LA DERMATOSIS, LA IMPORTANCIA DE ESTA LEVADURA EN LA DERMATITIS SEBORREICA HA SIDO BIEN ENFATIZADO POR ALGUNOS Y DISPUTADOS - POR OTROS.

EL GÉNERO PITYROSPORUM CREADO POR SABOURAUD EN 1904 INCLUYE A DOS ESPECIES PARA LOS HUMANOS Y UNA ESPECIE PARA LOS ANIMALES:

- 1.- P. OVALE
- 2.- P. ORBICULARE
- 3.- P. PACHYDERMATITIS

EL P. PACHYDERMATITIS SE HA ENCONTRADO EN PERROS, - ANIMALES SALVAJES, RINOCERONTES, RATAS Y CONEJOS; A ESTA ESPECIE NO LA ANALIZAREMOS POR QUEDAR FUERA DE NUESTRO OBJETO DE ESTUDIO.

INICIAREMOS CON LA HISTORIA DE AMBAS ESPECIES Y DESPUÉS LAS INTERRELACIONAREMOS EN SUS CARACTERÍSTICAS.

HISTORIA DEL PITYROSPORUM OVALE.-⁸²

LA PRIMERA DESCRIPCIÓN ES ADJUDICADA A RIVOLTA EN -

1873, MENCIONADO QUE ES UN PARÁSITO VEGETAL CARACTERIZADO - POR UNA CÉLULA REDONDA, CON UNA MEMBRANA DE DOBLE CONTORNO AL QUE DENOMINÓ CON EL NOMBRE DE CRYPTOCOCCUS PSORIASIS POR HABERLAS ENCONTRADO EN UN PACIENTE CON PSORIASIS VULGAR.

EN 1874 EL MICÓLOGO FRANCÉS MALASSEZ REALIZA UNA DESCRIPCIÓN DETALLADA DE ESTE MICROORGANISMO AL QUE LE LLAMÓ: ESPORA ENCONTRÁNDOLO EN PACIENTES CON ALOPECIA, DISTINGUIÓ A TRES TIPOS; LAS PRIMERAS MEDIAN DE 4 A 5 MICRAS DE DIÁMETRO, CON UNA MEMBRANA DE DOBLE CONTORNO, CON GEMACIONES PEQUEÑAS, LES LLAMÓ GRANDES ESPORAS. LAS SEGUNDAS MEDIAN DE 2 A 4 MICRAS DE DIÁMETRO Y SU MEMBRANA NO TENÍA UN DOBLE - CONTORNO Y TAMBIÉN CON GEMACIONES PEQUEÑAS LES LLAMÓ PEQUEÑAS ESPORAS. LAS TERCERAS TENÍAN UN DIÁMETRO MENOR DE 2 MICRAS Y SOLAMENTE CON UN CONTORNO SIMPLE A LAS QUE LES LLAMÓ ESPORULAS. A LAS DOS PRIMERAS LAS ENCONTRÓ EN PACIENTES - CON P. CAPITIS Y ESPECIFICÓ QUE ERAN LA CAUSA DE LA ENFERMEDAD.

EN 1884 BIZZOZERO DESCRIBIÓ A DOS TIPOS DE CÉLULAS - QUE ENCONTRÓ A TRAVÉS DE LAS ESCAMAS DE LAS SIGUIENTES REGIONES RECUBIERTAS POR PELO; MENTÓN Y PUBIS, LAS PRIMERAS - SON CÉLULAS ESFÉRICAS DE 2,5 A 5,8 MICRAS DE DIÁMETRO CON - UNA MEMBRANA GRUESA, UN CONTORNO HOMOGÉNEO, VOLUMINOSAS Y - CON FILAMENTOS AL QUE LES LLAMÓ: SACCHAROMYCES SPHAERICUS.

LAS SEGUNDAS SON CÉLULAS OVIDES, PEQUEÑAS, UNIFORMES, DE 3,3 A 3,5 MICRAS DE DIÁMETRO DE LARGO Y LAS CONSIDERÓ IDÉNTICAS A LAS ESPORAS DE MALASSEZ Y LES LLAMÓ:

SACCHAROMYCES OVALIS, PERO NO LE DIÓ UN PAPEL PATÓGENO.

EN 1886 HOECK IDENTIFICÓ TAMBIÉN A ESTOS MICROORGANISMOS EN PACIENTES CON PITIRIASIS CAPITIS PERO NO LES CONCEDIÓ IMPORTANCIA.

EN 1889 BAILLÓN DESIGNA A LAS ESPORAS DE MALASSEZ - POR EL NOMBRE DE: MICROSPORON MALASSEZZI.

EN 1891 PAUL UNNA CONSIDERA QUE LAS CÉLULAS OVOIDES O EN FORMA DE BOTELLA OBSERVADAS EN CANTIDADES ELEVADAS EN PACIENTES CON PITIRIASIS CAPITIS ERAN BACILOS A LOS QUE DENOMINÓ: BACILLE-BOUTEILLE.

EN 1894 HODARA CONFIRMÓ LO VISTO POR UNNA, OBSERVANDO APARTE DE LA FORMA EN BOTELLA, UNA FORMA ESFÉRICA Y CONSIDERÓ QUE PODRÍAN PERTENECER A LA MISMA ESPECIE.

EN 1904 SABOURAUD PONE MUCHA ATENCIÓN A LAS ESPORAS DE MALASSEZ, ESTABLECIENDO QUE LA CÉLULA, NO ES NI UNA LEVADURA, NI UNA FORMA DE INVOLUCIÓN DE UN COCO, EN SU OPINIÓN ES UN HONGO DE MORFOLOGÍA CARACTERÍSTICA, EL CUAL ESTÁ RELACIONADO CON LOS PACIENTES QUE PADECEN DE DERMATITIS SEBORREICA DE LA PIEL CABELLUDA, EL CUAL ES INCULTIVABLE Y LE DA EL NOMBRE DE: PITYROSPORUM MALASSEZZI.

EN 1919 CASTELLANI DESCRIBE DOS ESPECIES DEL GÉNERO PITYROSPORUM:

- PITYROSPORUM OVALE EN FORMA DE BOTELLA U OVAL QUE SE REPRODUCE POR GEMACIÓN; QUE MIDE DE 3 A 5 MICRAS Y QUE ESTÁ RELACIONADO CON LA PITIRIASIS CAPITIS.
- PITYROSPORUM CANTLIEI, DE FORMA REDONDA QUE MIDE DE 5 A 6

MICRAS QUE SE ENCUENTRA EN ÁREAS SEBORREICAS DE ADULTOS -
QUE VIVEN EN ZONAS TROPICALES.

EL NOMBRE DE PITYROSPORUM OVALE LE FUE DADO POR ESTE
AUTOR.

82

HISTORIA DEL PITYROSPORUM ORBICULARE.

ES EN 1846 EICHSTEDT QUIEN DESCUBRE LA ETIOLOGÍA FÚN-
GICA DE LA PITIRIASIS VERSICOLOR AFECCIÓN DESCRITA POR PRI-
MERA VEZ POR WILLAN EN 1801.

EN 1853 ROBIN NOMBRA AL HONGO DE EICHSTEDT: MICROSPORO-
N FURFUR.

EN 1886 SACCARO DESIGNA A ESTE HONGO POR EL NOMBRE -
DE: SPOROTRICHUM FURFUR.

EN 1889 BAILLON CONSIDERA QUE EL HONGO DESCUBIERTO -
POR EICHSTEDT NO PERTENECE AL GÉNERO MICROSPORON CREADO POR
GRUBY EN 1843.

SE LE DA EL NOMBRE DE MALASSEZIA FURFUR EL CUAL FUE
ADOPTADO POR LOS AUTORES Y SIENDO RECONOCIDO QUE ES EL AGEN-
TE CAUSAL DE LA PITIRIASIS VERSICOLOR.

EN 1899 MATAKIEFF A PARTIR DE LESIONES DE PITIRIASIS
VERSICOLOR REALIZA LOS PRIMEROS ENSAYOS DE AISLARLO.

EN 1886 HALLIER INTENTA CULTIVAR A MALASSEZIA FURFUR.

EN 1889 BAILLON ESCRIBE REFIRIÉNDOSE A TRAVÉS DE NEU
MANN QUE EL HONGO DE EICHSTEDT QUE LAS ESPORAS PUEDEN GERMI-
NAR DE LA GLICERINA.

EN 1892 KOTLIAR PRETENDE CULTIVAR EL AGENTE DE LA PI

TIRIASIS VERSICOLOR.

DESDE ESOS AÑOS HASTA 1926 SE HABÍAN REALIZADO VARIOS INTENTOS DE DEMOSTRAR ESTE AGENTE DE LA PITIRIASIS VERSICOLOR "IN VITRO".

EN 1927-28 PANJA EN UN CULTIVO DE MALASSEZIA FURFUR OBTUVO DOS FORMAS DE MICELIOS DIFERENTES, POR LOS QUE LOS GÉNEROS DE MALASSEZIA Y PITYROSPORUM SON IDÉNTICOS, REFIRIENDO QUE EL GÉNERO "MALASSEZIA COMPRENDE TRES ESPECIES DIFERENTES:

- MALASSEZIA OVALIS RESPONSABLE DE LA PITIRIASIS CAPITIS.
- MALASSEZIA FURFUR AGENTE DE LA PITIRIASIS VERSICOLOR.
- MALASSEZIA TROPICA AGENTE DE LA "TINEA FLAVA".

EN 1938 BENHAM CULTIVÓ A MALASSEZIA FURFUR A PARTIR DE LESIONES DE PITIRIASIS VERSICOLOR EN UN MEDIO DE CULTIVO CONTENIENDO PEPTONA AL 1% Y MALTOSA AL 4% E INCUBADO A 37 °C.

EN 1940 EMMONS REFIERE QUE NO PUDO CULTIVAR A MALASSEZIA FURFUR EN UN MEDIO RICO EN GLICEROL.

EN 1951 GORDON PIENSA QUE LOS RESULTADOS DE LOS CULTIVOS DE MALASSEZIA FURFUR SON DISCUTIBLES, AISLÓ A PARTIR DE ESCAMAS QUE PROVENÍAN DE LESIONES DE PITIRIASIS VERSICOLOR UN ORGANISMO GEMANTE ESFÉRICO DE 2.1 A 4.8 MICRAS DE DIÁMETRO, CONFIRMO LA NATURALEZA LIPOFÍLICA DE ESTA LEVADURA Y LE DIÓ EL NOMBRE DE PITYROSPORUM ORBICULARE.

6,12,22,28,33,36,44,51,71,75,76,81,82,87,91,102,108,113,
P. OVALE SE HA INTERRELACIONADO CON LA DERMATITIS SE
 126,129,135.
BORREICA, P. ORBICULARE ES EL AGENTE CAUSAL DE LA PITIRIA--

12,31,33,34,35,36,47,50,74,79,89,90,91,92,94,107,123,128.
SIS VERSICOLOR.

WEARY DEMOSTRÓ EL POTENCIAL COMEDOGÉNICO DE LAS DOS ESPECIES LO QUE HACE SUPONER QUE AMBAS PUEDEN SER RESPONSABLES DE LA ENTIDAD LLAMADA FOLICULITIS POR PITYROSPORUM. ES TAS DOS ESPECIES SE ENCUENTRAN EN LA CAPA SUPERFICIAL DE LA PIEL, SON LIPOFÍLICAS Y SAPRÓFITAS DE LA PIEL:^{107,108}, AMBOS ORGANISMOS CRECEN A UNA TEMPERATURA DE 26-37 °C Y A UN PH - DE 5 A 6.

ALEXANDER Y POSTERIORMENTE FAGERMANN^{64, 115.} Y COLABORADORES DEMOSTRARON QUE LAS DOS ESPECIES TIENEN SIMILITUDES ANTIGÉNICAS CON C. ALBICANS UTILIZANDO FRACCIONES DE SUEROS DE - CULTIVOS Y LEVADURAS OBTENIDAS DE LESIONES DE PITIRIASIS -- VERSICOLOR ASÍ COMO DE DERMATITIS SEBORREICA.

NAZZARO-PORRO Y COLABORADORES OBSERVARON UN AUMENTO DE ÁCIDOS GRASOS LIBRES COLESTEROL Y ÉSTERES DE COLESTEROL A NIVEL DE LAS LESIONES DE PITIRIASIS VERSICOLOR, ESTOS MIS- MOS AUTORES LOGRARON PRODUCIR LA FORMA MICELIAR A PARTIR DE CEPAS DE P. ORBICULARE Y P. OVALE AISLADOS DE UN MEDIO RICO EN COLESTEROL Y ÉSTERES DE COLESTEROL.^{28,69,90,91,92.}

²¹CAPRILLI Y COLABORADORES ESTUDIAN LAS DIFERENCIAS - MORFOLÓGICAS Y FISIOLÓGICAS DE LAS DOS ESPECIES DE PITYROS- PORUM ENCONTRANDO DIFERENCIAS ENTRE AMBAS.

ÉLLOS LAS CONSIDERAN DE DIFERENTE MORFOLOGÍA PERO DE LA MISMA ESPECIE.

⁵¹GORDON MENCIONA QUE P. OVALE ES LIPOFÍLICA 100%, QUE CRECE EN ÁCIDO OLEICO PERO P. ORBICULARE NO.

EN EL SIGUIENTE PÁRRAFO NOS REFERIMOS A EL PITYROSPORUM OVALE EN SUS CARACTERÍSTICAS Y EN SU PAPEL CON LA DERMATITIS SEBORREICA:

TAXONOMIA.- PITYROSPORUM OVALE (BIZZOZERO) CASTELLANI Y - CHALMERS DIERON Y DESIGNARON CON ESTE NOMBRE A UN TIPO DE - ESPECIE DADO POR GORDON EN 1951 Y POR LODDER Y KREGER-VAN RIJ EN 1952.

EN 1952 ESTA LEVADURA FUE CLASIFICADA EN EL GRUPO DE LAS CRYPTOCOCACEAS POR LODDER Y KREGER-VAN RIJ.

EN 1970 LODDER EN UNA NUEVA CLASIFICACIÓN A PITYROSPORUM OVALE LA COLOCA EN GRUPO IV DE HONGOS IMPERFECTOS, LEVADURAS EN DONDE LA FORMA SEXUADA NO ES COMÚN.

SINONIMIA.-

- SACCHAROMYCES OVALIS BIZZOZERO EN 1884.
- MALASSEZIA OVALIS (BIZZOZERO) ACTON Y PANJA EN 1927.
- PITYROSPORUM MALASSEZIA SABOURAUD EN 1904.
- CRYPTOCOCCUS (MALASSEZIA) (SABOURAUD) BENEDEK 1930.
- PITYROSPORUM ORBICULARE (SABOURAUD) GORDON 1951.
- PITIRIROSPORUM FURFUR (SABOURAUD)

CARACTERISTICAS MORFOLOGICAS Y FISIOLÓGICAS.-

ES UNA TÍPICA LEVADURA, LA CUAL TIENE UNA FORMA OVAL O EN BOTELLA Y EN ALGUNAS OCASIONES ES ESFERICA, GENERALMEN-

TE TIENE UN TAMAÑO UNIFORME, MIDE DE 2 A 4 MICRAS DE DIÁMETRO EN SU EJE MAYOR Y HASTA 11 MICRAS EN SU EJE LONGITUDINAL; SUS PAREDES SON GRUESAS, PERO EN ALGUNAS OCASIONES SON DELGADAS, SU NÚCLEO SE PUEDE VER SEGMENTADO Y PUEDEN OBSERVARSE PEQUEÑAS CANTIDADES DE RNA POR METODOS CITOQUÍMICOS ESPECÍFICOS.

SE REPRODUCE POR BLASTOGEMACIÓN Y PUEDE ENCONTRARSE CON PEQUEÑAS GEMACIONES O SIN BROTES GERMINATIVOS. ES GRAM POSITIVO, RESISTENTE A LOS ANTISÉPTICOS Y A LOS ANTIBIÓTICOS TÓPICOS.

ALGUNOS AUTORES SEÑALAN QUE P. OVALE PUEDE VARIAR EN SU MORFOLOGÍA Y TAMAÑO SEGÚN SE AISLE DE DIVERSOS ESTADIOS DE LA DERMATOSIS^{6,12,109}. EN DERMATITIS SEBORREICA DE EVOLUCIÓN AGUDA Y RÁPIDA DISEMINACIÓN; LAS LEVADURAS SON PEQUEÑAS Y DE PAREDES DELGADAS, EN LESIONES CRÓNICAS DE LA ENFERMEDAD; LEVADURAS GRANDES Y PAREDES GRUESAS.

^{6,9,21,22,118,131.}

CULTIVO.- COMO P. OVALE ES LIPOFÍLICA, SE UTILIZA DE PREFERENCIA EL MEDIO DE SABOURAUD ADICIONADO CON ACEITE DE OLIVA AL 10%.

- GLUCOSA 20 G
- PEPTONA 10 G
- AGAR 20 G
- AGUA 1000 ML
- ACEITE DE OLIVA ESTÉRIL 100 ML

LA TEMPERATURA ÓPTIMA ES DE 35 A 37 °C

EL PH ÓPTIMO ES DE 5,5 A 8.

SE DESARROLLA EN 8 A 10 DÍAS APROXIMADAMENTE, LAS COLONIAS SON DE ASPECTO BLANQUECINO, LA CONSISTENCIA ES BLANDA, SON ESCASAS O MÚLTIPLES, GENERALMENTE CRECEN EN UN MEDIO AMBIENTE HÚMEDO, Y TIENEN DE 3 A 5 MM DE GROSOR.

MUCHOS TRABAJOS SE REALIZARON PARA PODER CULTIVAR A P. OVALE:^{82,118.}

EL CRÉDITO DE AÑADIR LA SUBSTANCIA GRASOSA AL MEDIO DE CULTIVO FUE PARA MEIROWSKYEN EN 1911 Y KRAUSS EN EL AÑO DE 1913 QUIENES UTILIZARON LANOLINA.

EN 1919 CASTELLANI UTILIZÓ AGAR-GLUCOSA E INTENTÓ -- TAMBIÉN CULTIVARLO.

TEMPLENTON EN EL AÑO DE 1926 AGREGÓ ÁCIDO OLEICO.

EN 1933 OTA Y HUANG UTILIZARON AGAR GELOSA AL 8% ADICIONANDO LECITINA AL 2%.

MOORE EN 1935-36 CULTIVARON P. OVALE A PARTIR DE ESCAMAS DE PITIRIASIS CAPITIS EN UN MEDIO TAMBIÉN ADICIONADO CON LECITINA.

BENHAM EN 1939 UTILIZÓ UN MEDIO ENRIQUECIDO CON LECITINA Y ÁCIDO OLEICO.

EN 1940 EMMONS AISLÓ AL ORGANISMO EN UN MEDIO CON 28% DE GLICEROL, ESTE MEDIO TENÍA UN PH DE 5,5 Y FUE INCUBADO A 37 °C; OBSERVÓ QUE EN ESAS SUBSTANCIAS SE ENCONTRÓ UN CRECIMIENTO CONTÍNUO DE LAS COLONIAS.

SE PROBARON OTROS MEDIOS DE CULTIVO COMO:

- 1.- ACEITE DE HÍGADO DE BACALAO,
- 2.- ACEITE ARAQUINOICO SOLO O CON ESTRÓGENOS Y ANDRÓ

GENOS.

- 3.- VITAMINAS SOLUBLES EN GRASAS,
- 4.- SEBO HUMANO,
- 5.- VERMIX GASEOSO.

PERO EN NINGUNO DE LOS MEDIOS ANTERIORES SE APRECIÓ - UN CRECIMIENTO CONTÍNUO Y SATISFACTORIO.

PAPEL DEL PITYROSPORUM EN LA DERMATITIS SEBORREICA:

DESPUÉS DE QUE MALASSEZ Y SABOURAUD DEMOSTRARON QUE - EL PITYROSPORUM OVALE SE ENCONTRABA EN PACIENTES CON PITIRIASIS CAPITIS ASÍ COMO EN ÁREAS SEBORREICAS APARECIERON TRABAJOS CONTROVERSIALES SEÑALAN QUE P. OVALE ES UN SIMPLE SAPROFITO DE LA PIEL PERO QUE SE MULTIPLICA MÁS EN LESIONES HIPERSEBORREICAS E HIPERQUERATÓSICAS, OTA Y HUANG (1933), BENHAM (1938-39) EMMONS (1940) MARTIN-SCOTT (1952), WHITLOCK (1953) Y DIMENNA (1954).⁸²

EN TRABAJOS RECIENTES KLIGMAN Y COLS. EN 1975 ENCONTRARON QUE EN LA FLORA DE LA PIEL CABELLUDA Y EN PITIRIASIS CAPITIS ENCONTRARON TRES GRUPOS DE MICROORGANISMOS:^{78,79}

- 1.- PITYROSPORUM OVALE
- 2.- CORYNEBACTERIUM ACNES
- 3.- COCOS AERÓBICOS COAGULASA-NEGATIVOS.

ROBERTS EN UN ESTUDIO DE 100 SUJETOS ADULTOS ENCONTRÓ A P. OVALE EN UN 97% Y A P. ORBICULARE EN UN 74% DE LOS CASOS.^{107,108}

MARPLES Y COLS. ENCONTRARON TAMBIÉN A PITYROSPORUM COMO SAPROFITO EN SU ESTUDIO DE 100 SUJETOS, LAS ÁREAS DONDE -^{78,79.}

SE ENCONTRARON FUERON LAS SIGUIENTES:

- 1.- PIEL CABELLUDA
- 2.- FRENTE
- 3.- SURCOS NASOGENIANOS
- 4.- CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO.
- 5.- LA REGIÓN MEDIO TORÁXICA (TORAX ANTERIOR).

RECIENTEMENTE TAMBIÉN SE HA ENCONTRADO EN RECIÉN NACIDOS Y EN INFANTES DE UN AÑO DE EDAD 74.3%.

ARON-BRUNETIERE⁷ EN 1976 TRATÓ CON NITRATO DE ECONAZOL A 63 PACIENTES CON PITIRIASIS CAPITIS, 60% DE ELLOS ERAN CRÓNICOS Y 38% ERAN AGUDOS, LOS RESULTADOS FUERON SORPRENDENTES YA QUE LA ENFERMEDAD DESAPARECIÓ EN EL 100% Y LOS CONTROLES MICOLÓGICOS SE MOSTRARON NEGATIVOS PARÁ PITYROSPORUM.

EL CORRELACIONÓ EL PAPEL DEL PITYROSPORUM CON LA ENFERMEDAD, ENCONTRANDO QUE ESTOS PACIENTES TIENEN UN ALTO PORCENTAJE DE ÁCIDOS GRASOS Y TRIGLICERIDOS.

TROLLER EN 1971 LOGRÓ PRODUCIR UN SÍNDROME SEMEJANTE A LA PITIRIASIS CAPITIS AL INOCULAR PITYROSPORUM OVALE EN CUYOS, LO QUE HACE SUPONER QUE ESTE ES EL AGENTE CAUSAL DE LA DERMATITIS SEBORREICA.⁸² OTROS COMO VAN ABBE⁸² POSTULAN QUE P. OVALE PUEDE LISAR TRIGLICERIDOS, SIN EMBARGO EN LOS EXPERIMENTOS REALIZADOS POR PRIESTLEY Y SAVIN VARIAS BACTERIAS ENCONTRADAS EN LA PIEL CABELLUDA ENTORPECIERON ESTOS HALLAZGOS.¹⁶² EXISTEN TRABAJOS ACERCA DEL PAPEL DEL PITYROSPORUM OVALE EN LA BLEFARITIS SEBORREICA: THYGESON-VAUGHAN ENCONTRÓ EN LAS ESCAMAS DE PACIENTES EN UN 98%, MEYRAN-TOROELLA EN UN 79% Y

PARUNOVIC-HALDE EN 100 PACIENTES ENCONTRÓ EN UN 100% P.
OVALE.

MUCHOS EXPERIMENTOS ESTÁN A FAVOR DE QUE EL PITYROSPORUM ES EL AGENTE CAUSAL DE LA ENFERMEDAD, PERO DESAFORTUNADAMENTE NO SE HA ESCLARECIDO CON EXACTITUD QUÉ PAPEL JUEGA SU PRESENCIA EN LAS ESCAMAS.⁸²

CAUSAS PREDISPONENTES

ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES:

EN LA ACTUALIDAD ÉSTAS SE HAN RELACIONADO MÁS CON LA DERMATITIS SEBORREICA. AUNQUE ES LÓGICO PENSAR QUE EN ESTOS TIEMPOS DE TANTA ANGUSTIA EN UNA GRAN CIUDAD EL INDIVIDUO ES TÁ PREDISPUERTO A PADECER ALGÚN PADECIMIENTO DE ESTE TIPO.

INFARTO DEL MIOCARDIO, INSUFICIENCIA VENTRICULAR IZQUIERDA, HIPERTENSIÓN ARTERIAL E INSUFICIENCIA CORONARIA HAN SIDO REPORTADAS EN PACIENTES CITADINOS CON DERMATITIS SEBORREICA. LA CAUSA DE ESTA ASOCIACIÓN ES DESCONOCIDA.

SE HAN POSTULADO FACTORES DE TIPO ENDOCRINO PARA LA EXPLICACIÓN DE LA DERMATITIS SEBORREICA, QUIZÁ A TRAVÉS DE LOS EFECTOS DE LA TENSIÓN EMOCIONAL SOBRE LAS GLÁNDULAS - - ADRENALES. BARBER¹²², EXPLICA QUE AL EXPANDERSE UNA EMOCIÓN EN UN PACIENTE CON DERMATITIS SEBORREICA ÉSTE REACCIONA CON UN BROTE DE LA ENFERMEDAD Y SE INTERRELACIONA CON EL CORAZÓN A TRAVÉS DE UNA RESPUESTA ADRENAL DANDO POR RESULTADO UN ATAQUE A ESTE ÓRGANO, TENIENDO EN CUENTA QUE LA INFLUENCIA HORMONAL PUEDE SER EL MÓVIL PRINCIPAL PARA LA DERMATOSIS.

OTROS AUTORES HAN POSTULADO UNA TRIADA DE FACTORES -
COMO SON ESTRÉS, CALOR Y LUZ SOLAR.¹²⁵

ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO.- EXISTEN CONTROVERSIAS
EN LA LITERATURA ACERCA DEL PAPEL DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
COMO CAUSA PREDISPONENTE DE LA DERMATITIS SEBORREICA,
VARIOS REPORTES PRESENTAN PUNTOS DE VISTA ANTAGÓNICOS CON -
RESPECTO A LA LOCALIZACIÓN DE LA DERMATOSIS Y DE LOS SITIOS
DE LESIONES NEUROLÓGICAS, EL PAPEL DE LOS NERVIOS PERIFÉRICOS;
MÁS RECIENTEMENTE SE SEÑALA QUE ENZIMAS Y POLIPÉPTIDOS
ACTÚAN COMO FACTORES PARA LA PRODUCCIÓN DE SEBO.

LOS PACIENTES CON LESIÓN DE LA MÉDULA ESPINAL TIENEN
UNA SUPRESIÓN DE IMPULSOS NERVIOSOS CON UNA PÉRDIDA DE SENSACIÓN
AL CALOR, FRÍO, DOLOR, ASÍ COMO UNA CESACIÓN AL SUDOR
POR DEBAJO DEL NIVEL DE LA LESIÓN, EN ESTOS PACIENTES SE PRESENTA
DERMATITIS SEBORREICA; UNA EXPLICACIÓN A ESTE PUNTO ES QUE TAL VEZ
EXISTE UN CONTROL NERVIOSO A LAS GLÁNDULAS SEBÁCEAS AUNQUE NO
EXISTA UNA EVIDENCIA HISTOLÓGICA DE INERVACIÓN, ESTAS GLÁNDULAS
PROBABLEMENTE SEAN CONTROLADAS POR UNA RESPUESTA ENDÓCRINA,
LAS CUALES SERÍAN REGULADAS POR EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL.

LORINEN Y LANCASTER¹⁰⁴ FUNDAMENTAN QUE LAS GLÁNDULAS
SEBÁCEAS SE ATROFIAN DESPUÉS DE UNA HIPOFISECTOMÍA, ESTO LO
PROBARON EN RATAS BLANCAS Y EXISTE DESPUÉS DE LA CIRUGÍA UNA
POBRE RESPUESTA DE LAS GLÁNDULAS SEBÁCEAS A LA TESTOSTERONA.

LA DERMATITIS SEBORREICA DE LA CARA Y DE LA PIEL CABELLUDA ES COMÚN EN PACIENTES CON LESIONES EN LA MÉDULA ESPINAL ESPECIALMENTE EN PACIENTES CUADRIPLÉJICOS SEGÚN REPORTAN REED Y COLS.¹⁰⁴ EN 25 (58%) DE 43 PACIENTES EXAMINADOS CON CUADRIPLÉJIA.

LA ASOCIACIÓN DE SEBORREA EXAGERADA EN PACIENTES CON PARKINSON POSTENCEFÁLICO FUE PRIMERAMENTE NOTADO POR COHN¹⁰⁴ EN 1920, QUIEN DESCRIBIÓ LA CONDICIÓN COMO (SALVE FACE) - POR EL ALTO INCREMENTO DE GRASA EN LA CARA.

MIESCHER Y SCHOENBERG¹⁰⁴ SEÑALAN QUE UNA CAUSA PARA LA DERMATITIS SEBORREICA PRESENTADA EN PACIENTES CON PARKINSON PODRÍA SER EL INCREMENTO DE LA TALLA DE LAS GLÁNDULAS - SEBÁCEAS. BINDER¹¹ Y SU EQUIPO REPORTAN UN ALTO INCREMENTO DE DERMATITIS SEBORREICA EN PARKINSON IDEOPÁTICO Y POSTENCEFÁLICO EN UN ESTUDIO DE 42 PACIENTES HOSPITALIZADOS, NO EXPLICÁNDOSE SU CAUSA.

DONALD-HAVILLE Y COLS.¹³² MIDIERON LA SECRECIÓN SEBÁCEA POR UN MÉTODO CUANTITATIVO GRAVIMÉTRICO EN 9 PACIENTES CON PARKINSON ENCONTRANDO NIVELES MUY ALTOS.

POCHI Y COLS.^{17 y 104} ENCONTRARON QUE EN PACIENTES CON PROBLEMAS NEUROLÓGICOS DIFERENTES AL PARKINSON, MOSTRARON NIVELES ELEVADOS DE GRASA COMPARADOS CON SUJETOS NORMALES PERO NO TAN ALTO COMO EL PARKINSON.¹⁷

KRESTIN¹⁰⁴ REPORTA SOBRE 52 PACIENTES CON ENCEFALITIS CRÓNICA UN INCREMENTO DE GRASA EN EL CUERPO ADEMÁS CON DERMATITIS SEBORREICA DE LA CARA Y DE LA PIEL CABELLUDA, NO

TÓ QUE ESTE INCREMENTO DE LA SEBORREA SE ENCONTRABA ASOCIADO AL CALOR, EXCITACION Y SUDOR POR LO QUE CONCLUYÓ QUE PUEDE HABER UNA INERVACION AUTONÓMICA DE LAS GLÁNDULAS SEBÁCEAS.

EXISTEN EN LA LITERATURA OTROS REPORTES DE DERMATITIS SEBORREICA EN OTRAS ENFERMEDADES NERVIOSAS:

MAISHAIKO REPORTA EN LESIÓN SUPRAORBITAL¹⁰⁴ , BUJADOUX EN HIPERESTESIA TRAUMÁTICA¹⁰⁴ , NEXMAND EN PARÁLISIS FACIAL¹⁰⁴ , BECKER¹⁰⁴ REPORTA DERMATITIS SEBORREICA UNILATERAL DE LA CARA DESPUÉS DE UNA INTERVENCIÓN SOBRE EL GANGLIO DE GLASSER. SERRATI¹⁰⁴ REFIERE QUE EN NEURITIS Y NEURALGIA QUE EL AUMENTO DE LA GRASA DE ESTOS PACIENTES ES POR CAMBIOS TRÓFICOS EN LAS TERMINACIONES NERVIOSAS, REPORTA TAMBIÉN A UN PACIENTE CON TUMOR EN EL PUENTE BULBAR USUALMENTE MÁS PRONUNCIADO EN UN MISMO LADO. REED Y COLS.¹⁰⁴ HAN OBSERVADO EN PACIENTES CON POLIOMIELITIS BULBAR Y CERVICAL ASÍ COMO EN SIRRINGOMIELIA UNA TENDENCIA INCREMENTADA A LA PRESENTACIÓN DE LA DERMATOSIS.

EXISTEN AUTORES COMO DOUPE Y SHARP¹⁰⁴ QUE AFIRMAN QUE DESPUÉS DE UNA SIMPATECTOMÍA O DE UNA LESIÓN A PLEXO BRANQUIAL, NO EXISTE ALTERACIÓN DE LAS GLÁNDULAS SEBÁCEAS.

MUCHOS EXPERIMENTOS HAN FALLADO EN DEMOSTRAR UN EFECTO DIRECTO DEL CONTROL DEL SISTEMA NERVIOSO A LAS GLANDULAS SEBÁCEAS.

MIESCHER Y SCHOENBERG¹⁰⁴ TRATARON DE ALTERAR LAS GLÁNDULAS SEBÁCEAS MEDIANTE UNA APLICACIÓN DE SUBSTANCIAS COMO LA ACETILCOLINA, PILOCARPINA Y ATROPINA PERO LOS RESULTADOS --

31

FUERON NEGATIVOS. HODGSON-JONES Y COLS. CUANTIFICARON LOS NIVELES DE SEBO ENTRE LAS ÁREAS NORMALES Y DENERVADAS DE LA PIEL DE UN MISMO PACIENTE, NO ENCONTRANDO SIGNIFICATIVAMENTE NIVELES ALTOS ENTRE AMBOS.

THEDY Y SHUSTER² ENCONTRARON QUE EN RATAS, LA HORMONA ESTIMULANTE DEL MELANOCITO, TIENE UN FACTOR SEBOTRÓPICO, SIN EMBARGO ESTE FACTOR SEBOTRÓPICO SE HA DISCUTIDO EN EL HOMBRE, AGACHE² Y PYE Y COLS.²

ALCOHOLISMO.- "EN LA BOTELLA, LA INCONFORMIDAD BUSCA SATISFACCIÓN, LA COBARDÍA VALOR Y LA TIMIDEZ CONFIANZA." SAMUEL JOHNSON.

UN GRAN NÚMERO DE ALCOHÓLICOS Y ENFERMEDADES CUTÁNEAS HAN SIDO REPORTADAS ÚLTIMAMENTE,¹³³ . AUNQUE RECIENTEMENTE - SE DISCUTE SI EN EFECTO, LA INGESTA DIARIA DE ALCOHOL PUEDE PRODUCIR POR SÍ MISMA ALGUNA DERMATOSIS^{95,96} . WITKOWSKI¹³³ FUNDAMENTA QUE LAS DERMATOSIS ASOCIADAS A ALCOHOLISMO CRÓNICO SON EL RESULTADO DE ENFERMEDADES PRINCIPALMENTE DEL HÍGADO, PÁNCREAS Y DEFICIENCIAS EN LA ALIMENTACIÓN. MOLINA Y COLS.⁸⁶ EN UNA REVISIÓN DE 200 PACIENTES ALCOHÓLICOS CRÓNICOS ENCONTRARON MANCHAS PIGMENTARIAS EN MUCOSA ORAL EN UN 5 A -- 10%, SUPONIENDO ELLOS QUE ES DEBIDO A UNA INSUFICIENCIA HEPÁTICA. ADEMÁS SE ENCONTRÓ TRASTORNOS FUNCIONALES DE LAS -- GLÁNDULAS SUDORÍPARAS, TRADUCIÉNDOSE EN UNA SUDORACIÓN FACIAL AUMENTADA, Y MENCIONANDO TAMBIÉN LA DEGENERACIÓN DE LOS MÚSCULOS PILOSEBÁCEOS (DEMOSTRADO POR BIOPSIA).

TEXON⁹⁶ EN 1950 EXAMINÓ 500 PACIENTES ALCOHÓLICOS CRÓNICOS EN EL HOSPITAL GENERAL DE BOSTON, ENCONTRANDO QUE UN 6.5% DE ELLOS TENÍA LAS SIGUIENTES DERMATOSIS: 3.5% DERMATITIS SEBORREICA, 3.1% PSORIASIS Y 1.3% ROSÁCEA. ROSSET Y QUI EN UNA REVISIÓN SOBRE ESTE ASPECTO CONSIDERAN QUE EL ALCOHOL PUEDE SER UN FACTOR QUE AGRAVA LAS ENFERMEDADES DERMATOLÓGICAS. ÉSTOS MISMOS AUTORES EN UNA REVISIÓN DE 355 PACIENTES, 36 DE ELLOS MOSTRARON PITIRIASIS CAPITIS, CON UNA INCIDENCIA DE 10.1% ÉSTA FUE DEFINIDA COMO UNA FORMA DE DERMATITIS SEBORREICA, ESPECULANDO ELLOS QUE LA HIGIENE PERSONAL DEFICIENTE Y EL ALCOHOLISMO FUERON LOS FACTORES -- QUE CONTRIBUYERON PARA LA PRESENTACIÓN DE LA ENFERMEDAD.

CLASIFICACION CLINICA

LOS INTENTOS POR LOGRAR UNA CLASIFICACIÓN CLÍNICA - HAN SIDO POSTULADOS POR VARIOS AUTORES, LA MAYORÍA AGRUPA - LA DERMATOSIS DE ACUERDO A SU ASPECTO TOPOGRÁFICO.

²⁹
DARIER CLASIFICÓ A LA DERMATITIS SEBORREICA DE LA SI - GUIENTE FORMA:

- 1.- ECZEMA SEBORREICO DE LA PIEL CABELLUDA, SE PRESENTA EN LOS MÁRGENES DE ÉSTA ASÍ COMO EN CONDUCTO AUDITIVO EX-- TERNO.
- 2.- ECZEMATIDES CIRCINADAS EN CARA ANTERIOR DE TRONCO ASÍ - COMO EN SUS MÁRGENES.
- 3.- EXANTEMA CON ASPECTO DE PITIRIASIS ROSADA.
- 4.- DISTROFIA FOLICULAR DEL TRONCO Y LAS EXTREMIDADES.
- 5.- PSORIASIS SITUADA EN LA IMPLANTACIÓN DE LA PIEL CABELLU - DA.
- 6.- ERITRODERMIAS EXFOLIATIVAS.

²⁹
PERCIVAL LA REUNIÓ EN TRES GRUPOS:

- 1.- PITIRIASIS CAPITIS Y ECZEMATIDES
- 2.- DERMATITIS FLEXURAL Y DERMATITIS EXUDATIVA
- 3.- ECZEMA PUSTULAR Y DERMATITIS FOLICULAR.

EN 1950 ²⁹COBUR CLASIFICA A LA DERMATITIS SEBORREICA - DE ACUERDO A LA RESPUESTA VASCULAR.

¹⁰⁶
ROOK LA CLASIFICA EN: DE LA CARA; DEL TRONCO; DE LAS
 EXTREMIDADES; DE OTRAS ÁREAS.

MOSCHELLA⁸⁵ LA REUNE EN: LOCALIZADA Y GENERALIZADA.

ESTAS CLASIFICACIONES SÓLO REUNEN POCAS VARIEDADES -
 CLÍNICAS DEL ADULTO PERO NO MENCIONAN A LAS DE LOS INFANTES.
 EL MÉRITO DE ESTOS AUTORES ESTRIBA EN QUE LOGRARON AGRUPAR
 CIERTAS VARIEDADES CLÍNICAS, YA QUE OTROS SE CONCRETABAN A
 MENCIONAR UNA SOLA VARIEDAD SIN CONSIDERAR OTRA FORMA COMO
 PARTE DE LA DERMATOSIS. LA CLASIFICACIÓN QUE PARECE SER MÁS
 ADECUADA, REUNE LOS GRUPOS DE EDAD, LAS VARIEDADES CLÍNICAS
 Y LA TOPOGRAFÍA:

1.- DERMATITIS SEBORREICA DEL NIÑO:

- A).- COSTRA DE LECHE
- B).- DERMATITIS SEBORREICA INFANTIL
- C).- PSEUDO-TIÑA AMIANTÁCEA DE ALIBERT
- D).- ERITRODERMIA DESCAMATIVA DE LEINER

2.- DERMATITIS SEBORREICA DEL ADULTO:

- A).- PITIRIASIS CAPITIS
- B).- PITIRIASIS ESTEATOIDE
- C).- DERMATITIS SEBORREICA FACIAL
- D).- BLEFARITIS MARGINAL
- E).- DERMATITIS SEBORREICA DE LA BARBA
- F).- DERMATITIS SEBORREICA DEL BIGOTE

- G).- DERMATITIS SEBORREICA DEL PUBIS
- H).- DERMATITIS SEBORREICA INTERTRIGINOSA
- I).- ECZEMATIDE SEBORREICAS MEDIOTORACIAS DE
BROCG.

C U A D R O C L I N I C O

COSTRA DE LECHE.- SE PRESENTA EN LOS TRES PRIMEROS MESES DE VIDA, SE MANIFIESTA POR UNA HIPERPLASIA DE LAS GLÁNDULAS SEBÁCEAS EN EL DORSO DE LA NARIZ, ASÍ COMO PLACAS ESCAMOSAS, OLEOSAS CON UNA BASE ERITEMATOSA, DE TAMAÑO Y DE FORMAS VARIABLES EN LA PIEL CABELLUDA, EN LA REGIÓN CENTROFACIAL Y - MEDIA DEL TORAX.

DERMATITIS SEBORREICA INFANTIL.- POR RAZONES AUN NO CONOCIDAS LA SECRECIÓN SEBÁCEA ES MAYOR EN ESTA VARIEDAD CLÍNICA. SE PRESENTA ENTRE LA TERCERA Y CUARTA SEMANA DE VIDA, EL PRIMER SITIO QUE SE AFECTA ES LA PIEL CABELLUDA, DESPUÉS - LAS LESIONES SE EXTIENDEN PROGRESIVAMENTE A FRENTE, CEJAS, - PESTAÑAS, PLIEGUES RETROAURICULARES, ALAS DE NARIZ Y EN ALGUNAS OCASIONES PUEDE DISEMINARSE A LOS PLIEGUES DEL CUELLO, DE AXILAS, E INGLES, OMBLIGO, GENITALES, Y REGIÓN PERIANAL O PUEDE SER GENERALIZADA, SE CARACTERIZA POR ERITEMA MÁS - MARCADO Y ESCAMAS DE COLOR BLANCO-AMARILIENTAS, LAS CUALES SON ADHERENTES, OLEOSAS, DE FORMA REDONDEADA U OVAL Y DE TAMAÑO VARIABLE. PUEDE HABER FISURAS Y PLACAS ECZEMATOSAS. - GENERALMENTE NO HAY SÍNTOMAS Y EL PRURITO ES MUY LIGERO, EN POCOS MESES HAY TENDENCIA A LA REMISIÓN ESPONTÁNEA.

LA PSEUDO-TIÑA AMIANTACEA DE ALIBERT.- SE PRESENTA EN LOS NIÑOS DE AMBOS SEXOS DE 1 HASTA LOS 13 AÑOS, AFECTA A LA --



DERMATITIS SEBORREICA INFANTIL: COSTRA DE LECHE



DERMATITIS SEBORREICA INFANTIL, CON CANDIDOSIS
ASOCIADA.

PIEL CABELLUDA Y SE MANIFIESTA POR: ESCAMA O ESCAMOCOSTRAS LAS CUALES SON GRUESAS Y ESTRATIFICADAS SON DE COLOR BLANQUECINO O GRISÁCEO QUE AL DESPRENDERSE O LEVANTARSE APARECEN HÚMEDAS.

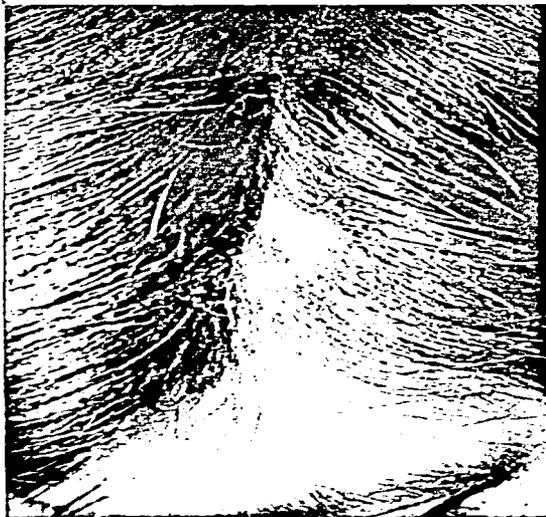
LA ERITRODERMIA DESCAMATIVA O ENFERMEDAD DE LEINER MOUSSOS.

ES LA FORMA GRAVE DE LA DERMATITIS SEBORREICA, COMIENZA - - BRUSCAMENTE ENTRE LOS 2 Y 4 MESES DE EDAD, PREDOMINA EN NIÑOS ALIMENTADOS AL SENO MATERNO, SE HAN DESCRITO CASOS FAMILIARES²⁶ TRANSMITIÉNDOSE EN FORMA AUTOSÓMICA RECESIVA. SE ORIGINA EN LA PIEL CABELLUDA ASÍ COMO PLIEGUES, DESARROLLÁNDOSE RÁPIDAMENTE UN ERITEMA INTENSO Y DESCAMACIÓN PROFUSA QUE AFECTA TODA LA SUPERFICIE CUTÁNEA SIENDO MUY APARENTE - EN CARA. SE ASOCIA CON CANDIDOSIS DE LOS PLIEGUES, DIARREA SEVERA, INFECCIONES LOCALES SEVERAS Y SISTÉMICAS RECURRENTES POR GRAM-NEGATIVOS, SE ENCUENTRAN NIVELES BAJOS DE LA FRACCIÓN 5 DEL COMPLEMENTO, SE AFECTA EL ESTADO GENERAL Y - PUEDEN LLEGAR A LA MUERTE.

DERMATITIS SEBORREICA DEL ADULTO:

1.- PITIRIASIS CAPITIS O PITIRIASIS SICCA SIMPLEX.- ES UNA AFECCIÓN MUY FRECUENTE, SE PRESENTA A LOS 10 AÑOS²⁸ DE VIDA GENERALMENTE, SE CARACTERIZA POR LA PRESENCIA DE ESCAMAS FINAS SECAS, PEQUEÑAS E IRREGULARES DE COLOR GRISÁCEO DENOMINADAS VULGARMENTE PELÍCULA O CASPA. LAS ESCAMAS FORMAN CAPAS SUCESIVAS Y SE DESPRENDEN ESPONTÁNEAMENTE POR EL RASCADO.

ESTE ESTADO ESCAMOSO ES DIFUSO, AFECTA TODA LA SUPER-



PITIRIASIS CAPITIS, CON ESCAMAS ABUNDANTES

FICIE DE LA PIEL CABELLUDA Y SU CARÁCTER QUE LO DISTINGUE - DE LAS AFECCIONES ESCAMOSAS CIRCUNSCRITAS COMO LA PSORIASIS, NO EXISTE NINGUNA OTRA ALTERACIÓN DE LA PIEL CABELLUDA, NO EXISTE ERITEMA, EL PRURITO ES MUY FRECUENTE. ÉSTA AFECCIÓN INICIA SIENDO MUY DISCRETA Y SE CONVIERTE EN MUY ABUNDANTE, EVOLUCIONANDO EN OCASIONES POR BROTES, PUEDE PERSISTIR POR NUMEROSOS AÑOS O MISMO TODA LA VIDA. PARA SABOURAUD LA PITIRIASIS CAPITIS NO HA SIDO JAMÁS CAUSA DE ALOPECIA²⁸ PERO SE HA VISTO QUE EN EL ADOLESCENTE SE ACOMPAÑA DE ALOPECIA SEBORREICA.

2.- PITIRIASIS ESTEATOIDE.- ÉSTA VARIEDAD CLÍNICA AFECTA - EN FORMA DIFUSA A LA PIEL CABELLUDA HASTA EL MARGEN FRONTAL DE IMPLANTACIÓN DE LA PIEL CABELLUDA, DANDO EL NOMBRE DE LA LLAMADA "CORONA SEBORREICA", IGUALMENTE SE AFECTAN CEJAS - ASÍ COMO PLIEGUES NASOGENIANOS, EXISTE MARCADO ERITEMA, ASÍ COMO GRANDES ESCAMAS GRASOSAS, DE COLOR AMARILLO SUCIO LAS CUALES SE COMBINAN CON COSTRAS Y EXUDADO, LAS ESCAMAS AMARILLENAS PERSISTEN SOBRE LA IMPLANTACIÓN DE LA PIEL CABELLUDA.

DERMATITIS SEBORREICA FACIAL.- SE AFECTA SIMÉTRICAMENTE LAS ALAS DE LA NARIZ, PLIEGUES NASOGENIANOS Y MEJILLAS, ADOPTANDO UNA DISTRIBUCIÓN EN ALAS DE MARIPOSA, SE PRESENTA ERITEMA QUE VARÍA DE INTENSIDAD EN EL CURSO DEL DÍA, ASÍ COMO DESCAMACIÓN FINA, FISURAS Y TAPONES FOLICULARES, SE PUEDE AFECTAR REGIONES RETROAURICULARES Y CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO.



CORONA SEBORREICA, SE CONFUNDE CON PSORIASIS
DE LA PIEL CABELLUDA



DERMATITIS SEBORREICA FACIAL, NÓTESE EL
MARCADO ERITEMA Y LA ESCAMA.



BLEFARITIS MARGINAL EN UN PACIENTE MASCULINO

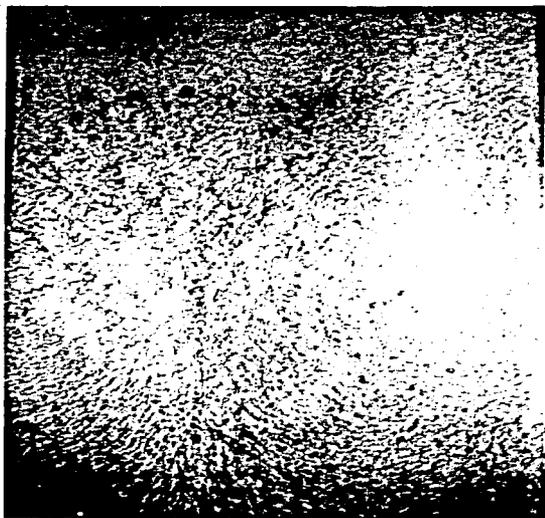
BLEFARITIS MARGINAL.- EN ESTA VARIEDAD CLÍNICA SE -
AFECTA EL BORDE LIBRE DE LOS PÁRPADOS, EXISTE UN DISCRETO -
ERITEMA Y DESCAMACIÓN FINA, EN OCASIONES SE ACOMPAÑA DE OR-
ZUELOS ASÍ COMO PÉRDIDA PARCIAL DE LAS PESTAÑAS, SE PUEDE -
VER AISLADA O ASOCIADA A LA DERMATITIS SEBORREICA FACIAL.

DERMATITIS SEBORREICA DE LA BARBA.- SE INICIA CON UN
LEVE ERITEMA ASÍ COMO ESCAMAS DIFUSAS, ASOCIADO CON PÚSTULAS
FOLICULARES.

DERMATITIS SEBORREICA DEL BIGOTE.- AL IGUAL QUE LA
VARIEDAD ANTERIOR INICIA CON ERITEMA Y ESCAMAS, SE PUEDEN -
ENCONTRAR TAMBIÉN ALGUNAS PÚSTULAS FOLICULARES, TAMBIÉN PUE-
DE ESTAR ASOCIADA A LA DERMATITIS SEBORREICA FACIAL.

DERMATITIS SEBORREICA DEL PUBIS.- EXISTE ERITEMA -
MARCADO, ESCAMAS OLEOSAS Y COSTRAS.

ECZEMATIDES SEBORREICAS MEDIOTORACICAS DE BROCO.- SE
INICIA POR PEQUEÑAS PLACAS PUNTIFORMES ROSADAS RECUBIERTAS
POR UNA ESCAMA AMARILLENTA Y GRASOSA, SE EXTIENDEN CONCÉN-
TRICAMENTE, FORMANDO PLACAS REDONDAS O DE CONTORNOS POLICI-
CLICOS DE VARIOS TAMAÑOS Y LOS BORDES DE ESTAS SON NETAMEN-
TE LIMITADOS, ERITEMATOSOS, CON EL CENTRO A MENUDO DEPRIMI-
DOS Y DECOLORADO, LAS ESCAMAS AMARILLENTAS, OLEOSAS PERSIS-
TEN SOBRE LA PARTE PERIFÉRICA O EN EL CENTRO NO EXISTE UNA
INFILTRACIÓN VERDADERA SÓLO CIERTAS ESCAMAS ESPESAS PUEDEN
DAR ESTA APARIENCIA DE INFILTRACIÓN. EXISTE PRURITO BAJO -



ECZEMATIDES MEDIOTORÁICAS DE BROCO.

LA INFLUENCIA DE LA TRANSPIRACIÓN, ESTÁ COMPUESTA DE UN NÚMERO VARIABLE DE ELEMENTOS, ESTÁN SUJETOS A BROTES Y DESAPARICIONES ESPONTÁNEAS. SE PRESENTA EN HOMBRES JÓVENES.

LA DERMATITIS SEBORREICA INTERTRIGINOSA. - SE PRESENTA EN ADULTOS ENTRE LA TERCERA Y CUARTA DÉCADA DE LA VIDA Y EN ADOLESCENTES OBESOS, SE AFECTAN LAS AXILAS, INGLES, -- PLIEGUES SUBMAMARIOS, OMBLIGO, REGIÓN GENITAL, PREDOMINANDO EN SURCO BALANO PREPUCIAL Y CLÍTORIS, EXISTE ERITEMA ASÍ COMO ESCAMAS GRASOSAS FISURAS QUE SE AGRUPAN EN PLACAS DE BORDES NETOS E INFLAMACIÓN INTENSA, LA INFECCIÓN SECUNDARIA ES FRECUENTE, PRESENTÁNDOSE COMO CONSECUENCIA UN OLORES FÉTIDOS.

EL MÉDICO, EMPLEARÁ MÉTODOS CIENTÍFICOS, DESMEMBRARÁ EN ALCÚN MOMENTO A SU PACIENTE, AISLARÁ POR EJEMPLO: SUS RIÑONES, SU CORAZÓN O SU PIEL Y OBSERVARÁ SUS ACTIVIDADES EN CONDICIONES MUY ESPECIALIZADAS, PERO AL FINAL, DEBE REUNIR TODAS ESTAS PARTES EN SU DIAGNÓSTICO, EL CUAL SERÁ UNA CONCEPCIÓN TOTAL DE LAS RELACIONES EXISTENTES ENTRE EL ENFERMO COMO PERSONA, LA ENFERMEDAD COMO PARTE DEL ENFERMO Y ÉSTE COMO PARTE DEL MUNDO EN EL QUE VIVE."

THOMAS ADDIS

D I A G N O S T I C O

EL CUADRO CLÍNICO DE LA DERMATITIS SEBORREICA ES SUFICIENTEMENTE EVIDENTE PARA PERMITIR UN DIAGNÓSTICO A LA OBSERVACIÓN EL CUAL DEBERÁ SER PRECISO NO SÓLO DE LA DERMATOSIS EN SÍ, SINO DE LA VARIEDAD CLÍNICA.

EL ESTUDIO MICOLÓGICO ES UN EXAMEN ÚTIL PARA CONFIRMAR LA PRESENCIA DEL PITYROSPORUM OVALE YA SEA POR FROTIS O POR CULTIVO.

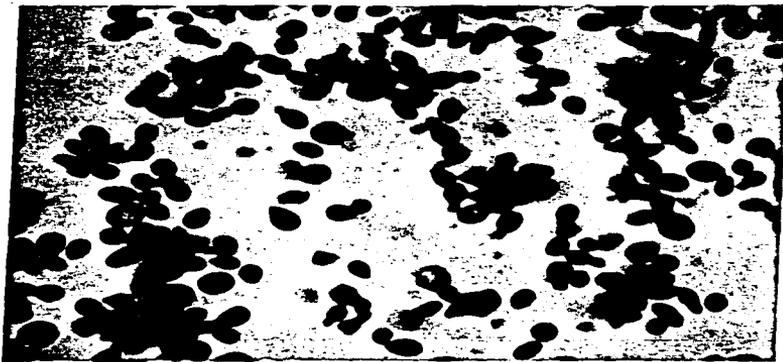
EN UN FROTIS SE PUEDEN REALIZAR DOS TÉCNICAS DE TINCIÓN PARA PODER OBSERVAR AL P. OVALE. SE TOMA EL ESPECIMEN FROTANDO LA PIEL CON LA HOJA DE UN BISTURÍ Y SE COLOCA EXTENDIÉNDOLO EN UNA LÁMINA PORTAOBJETO, SE FIJA AL CALOR.

SE PUEDE REALIZAR LA TÉCNICA DE GRAM DE ACUERDO A LOS SIGUIENTES PASOS:

- A).- CRISTAL VIOLETA, POR UN MINUTO Y SE LAVA CON -- AGUA CORRIENTE,
- B).- YODO LUGOL POR UN MINUTO Y SE LAVA CON AGUA CORRIENTE.
- C).- ALCOHOL-ACETONA PARA DECOLORAR,
- D).- SAFRANINA POR 15 SEGUNDOS SE LAVA DE LA MISMA MANERA,
- E).- SECAR, OBSERVAR AL MICROSCOPIO CON OBJETIVO DE IMERSIÓN (100 X) ESTA TÉCNICA ES MUY FÁCIL Y RÁPIDA DE REALIZAR TIENE LA VENTAJA QUE EN UN 100% LAS LEVADURAS SE OBSERVAN GRAM-POSITIVAS.



P. OVALE EN UN FROTIS CON TÉCNICA DE GRAM



P. OVALE (GRAM) EN FORMA ABUNDANTE, TOMADA DE PIEL CABELLUDA.

PARA LA TÉCNICA DE WRIGHT SE HACEN LOS SIGUIENTES PASOS:

- 1.- SE TOMA EL FROTIS DE LA MANERA USUAL SE FIJA AL CALOR, SE PONE SOBRE LA LAMINILLA COLORANTE DE WRIGHT POR -- TRES MINUTOS.
- 2.- INMEDIATAMENTE DESPUÉS SE AÑADE SOLUCIÓN BUFFER Y SE DEJA 6 MINUTOS, SE LAVA CON AGUA CORRIENTE.
- 3.- SE DEJA SECAR Y SE OBSERVA AL MICROSCOPIO CON EL OBJETIVO DE IMERSIÓN (100 X).

EL CULTIVO; LAS COLONIAS SON DE ASPECTO BLANQUECINO, LA CONSISTENCIA ES BLANDA, SON ESCASAS O MÚLTIPLES, Y TIENEN DE 3 A 5 MM DE GROSOR. LAS COLONIAS SE PUEDEN ESTUDIAR MICROSCÓPICAMENTE, SE PUEDE HACER UN FROTIS, SE COLOCA EN UN PORTAOBJETOS Y SE REALIZA UNA TINCIÓN DE GRAM O DE WRIGHT Y SE OBSERVA AL MICROSCOPIO.

EXÁMENES DE LABORATORIO: NO SON NECESARIOS. PUEDEN REALIZARSE A LOS LACTANTES Y EN CASOS GRAVES DE LA ENFERMEDAD, DETERMINACIÓN DE GLOBULINAS SÉRICAS COMPLEMENTO, LINFOCITOS T Y B QUE PODRÁN APOYAR O DESCARTAR INMUNODEFICIENCIAS. AUN NO ESTÁN A NUESTRO ALCANCE LAS DETERMINACIONES DE ANTICUERPOS.

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

EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL LO DEBEMOS DE REALIZAR -
CON LAS SIGUIENTES DERMATOSIS:

1.- PITIRIASIS ROSADA DE GILBERT: ÉSTA DERMATOSIS TIENE --
UNA TOPOGRAFÍA QUE AFECTA PRINCIPALMENTE A TRONCO, CUELLO Y
RAÍCES DE EXTREMIDADES, RARA VEZ SE PRESENTA EN OTRAS LOCA-
LIZACIONES COMO AXILAS E INGLÉS, ESTÁ CONSTITUÍDA POR PLA--
CAS ERITEMATOSAS OVALES DE COLOR ROSA, RECUBIERTAS POR PE--
QUEÑAS ESCAMAS, FINAS, SECAS, DE COLOR GRIS PLATA, GENERAL-
MENTE SE INICIAN CON UNA PLACA ÚNICA GRANDE LLAMADA "MEDA-
LLÓN HERÁLDICO", 10 DÍAS DESPUÉS APARECE EL RESTO DE LAS -
LESIONES, SE CONFUNDE CON LAS ECZEMATIDES SEBORREICAS.

2.- PITIRIASIS VERSICOLOR: ÉSTA DERMATOSIS SE PRESENTA EN
TRONCO, CONSTITUÍDA POR PEQUEÑAS PLACAS ERITEMATOESCAMOSAS
HIPO E HIPERCRÓNICAS, LAS CUALES SON CRÓNICAS, EXISTE UNA
TENDENCIA A LA CURACIÓN ESPONTÁNEA Y GENERALMENTE EL PACIENT
TE QUE PRESENTA ESTA ENFERMEDAD ES DE ZONAS CALUROSAS.⁵⁰

3.- ERITRASMA: LOCALIZADO GENERALMENTE A LOS PLIEGUES, ES
TÁ CONSTITUÍDA POR ERITEMA MUY INTENSO, PUEDE EXISTIR ESCA-
MA FINA, ASÍ COMO PRURITO, EL EXAMEN DIRECTO ES DE AYUDA Y
LA PRUEBA DEL DIAGNÓSTICO ES LA BUENA RESPUESTA AL TRATA--
MIENTO CON ERITROMICINA.

4.- PSORIASIS: EN PEQUEÑAS PLACAS LOCALIZADA A TRONCO, -

PRINCIPALMENTE, ESTÁ CONSTITUÍDA POR PLACAS ERITEMATOESCAMOSAS, PEQUEÑAS, REDONDAS DONDE EL SIGNO DE AUSPITZ ES POSITIVO.

5.- PSORIASIS DE LA PIEL CABELLUDA: AFECTA A LA IMPLANTACIÓN DE LA PIEL CABELLUDA, REGIÓN RETROAURICULAR, CONSTITUIDO POR ERITEMA MUY INTENSO ASÍ COMO ESCAMAS GRANDES COLOR BLANCO AMARILLENTO, SECAS NO OLEOSAS EXISTE AUSPITZ POSITIVO.

6.- TIÑA DE LA PIEL LAMPIÑA: MUY FRECUENTE EN NIÑOS Y ADULTOS, SE PUEDEN PRESENTAR EN CUALQUIER TOPOGRAFÍA, EN CARA Y EN TRONCO PRINCIPALMENTE CONSTITUIDAS POR PLACAS REDONDAS, ERITEMATOSAS CON ESCAMAS, CON UN BORDE ERITEMATOSO ELEVADO CON VESÍCULAS, AQUÍ EL EXAMEN DIRECTO DE LAS ESCAMAS ES MUY IMPORTANTE.

7.- CANDIDOSIS: ⁶ EXISTE ERITEMA Y ESCAMA O PLACAS DE PIEL MACERADA, EXISTIENDO PLACAS SATÉLITES AL REDEDOR DE ESTA PLACA. LA CANDIDOSIS DE LA ZONA DEL PAÑAL AFECTA SOBRE TODO PLIEGUES, EXISTE ERITEMA Y DESCAMACIÓN Y EN CASOS GRAVES EXISTEN PÚSTULAS.

8.- LUPUS ERITEMATOSO PURAMENTE CUTÁNEO EN NIÑOS: LA FORMA SEBORREICA (HARDY) AFECTA SURCOS NASOGENIANOS, MEJILLAS, PRESENTA ESCAMAS GRASOSAS ADHERENTES SOBRE UN FONDO ERITEMATOSO EN AMBOS PADECIMIENTOS HACEN DIFÍCIL EL DIAGNÓSTICO.⁵⁷

99

9.- ENFERMEDAD DE LETTER-SIWE (HISTIOCITOSIS X): AFECTA A NIÑOS EN EL PRIMER AÑO DE VIDA, LAS LESIONES CUTÁNEAS SON GENERALMENTE UNA ERUPCIÓN SEBORREICA O ECZEMATOSA, CAFÉ ROJIZA, EXISTE HEPATOESPLENOMEGALIA, AFECTA A GANGLIOS LINFÁTICOS, HUESOS, PULMÓN, EL CURSO ES FINALMENTE FATAL.

10.- NEURODERMATITIS DISEMINADA: EN LA MORFOLOGÍA HAY ERITEMA, ESCAMA, COSTRAS, FISURAS, ASÍ COMO LIQUENIFICACIÓN CON TOPOGRAFÍA EN PLIEGUES DE FLEXIÓN LAS ECZEMATIDES SEBORREICAS SON LAS QUE PUEDEN CONFUNDIRSE.

11.- ERITRODERMIAS: ESTÁN CAUSADAS PRINCIPALMENTE POR UNA DERMATOSIS PREVIA COMO PSORIASIS, NEURODERMATITIS, EN GENERAL SE PRESENTA POR CORTICOESTROPEO.

12.- ENFERMEDAD DE DARIER: LA TOPOGRAFÍA DE LAS LESIONES CORRESPONDE PRINCIPALMENTE A LAS ÁREAS SEBORREICAS DEL CUERPO Y SITIOS DE SUDORACIÓN INTENSA, TALES COMO: PLIEGUES NASOLABIALES, MENTÓN, REGIÓN RETROAURICULAR, PIEL CABELLUDA, REGIÓN PREESTERNAL E INTERESCAPULAR, LAS LESIONES SON PÁPULAS FOLICULARES, QUE TOMAN ASPECTO VEGETANTE, EN PIEL CABELLUDA EXISTE ERITEMA Y COSTRAS GRASOSAS QUE PUEDEN SIMULAR UNA DERMATITIS SEBORREICA.³

HISTOPATOLOGIA

EN EPIDERMIS EXISTE UNA HIPERQUERATOSIS CON ZONAS DE PARAQUERATOSIS, ACANTOSIS DE LEVE A MODERADA, LIGERO EDEMA INTERCELULAR Y ESPONGIOSIS, EXOCITOSIS DISCRETA DE POLIMORFONUCLEARES. EN DERMIS SUPERFICIAL CAPILARES DILATADOS E - INFILTRADO DE LEUCOCITOS. PINKUS Y COLS.⁹⁸ DESCRIBIERON ESTA FASE TEMPRANA EN UNA BIOPSIA EN UNA PLACA EN TORAX.

LA ETAPA INICIAL MUESTRA CAPILARES ENGROSADOS Y TORTUOSOS, PAPILAS EDEMATOSAS, LA EPIDERMIS NO ESTÁ VISIBLEMENTE ALTERADA, LA CAPA GRANULOSA ESTÁ INTACTA.

ALGUNAS PAPILAS PUEDEN MOSTRAR, CAPILARES DILATADOS Y POCOS LEUCOCITOS DENTRO DE LA CAPA BASAL. EN LA SIGUIENTE ETAPA LOS LEUCOCITOS FORMAN UN PEQUEÑO CÚMULO EN LOS PROCESOS INTERPAPILARES, LOS CAPILARES ESTÁN ESTRECHOS, PERO LA CAPA GRANULOSA DE LA EPIDERMIS HA DESAPARECIDO Y APARECEN POCAS CÉLULAS NUCLEADAS SUGIRIENDO UNA PARAQUERATOSIS INCIPIENTE, LA PARTE SUPERIOR DE LOS PROCESOS INTERPAPILARES -- MUESTRAN ESPONGIOSIS Y ESTÁN ELEVADOS EN CIMAS, ÉSTOS CONTIENEN LEUCOCITOS Y EN LA SUPERFICIE EXISTE PARAQUERATOSIS. EN ETAPA TARDÍA LA ZONA SUPRAPAPILAR, PUEDE PARECER UN POCO DESORGANIZADA, LA MAYORÍA DE ESTAS CÉLULAS SE VEN INCORPORADAS A UNA INCIPIENTE ESCAMA PARAQUERATÓICA, LOS PROCESOS INTERPAPILARES, PARECEN REORGANIZARSE CON ESTA ESCAMA; POSTERIORMENTE SE ENCUENTRAN LEUCOCITOS Y SUERO EN UN ESTRATO

CÓRNEO ORTOQUERATÓSIKO CON UNA CAPA GRANULOSA GRUESA.

SE ATRIBUYE A CIVATTE⁹⁸ LA SEPARACIÓN HISTOLÓGICA - DE LA PSORIASIS DE LA DERMATITIS SEBORREICA, EN ESTA ÚLTIMA EXISTE ESPONGIOSIS QUE NO HAY EN LA PSORIASIS.

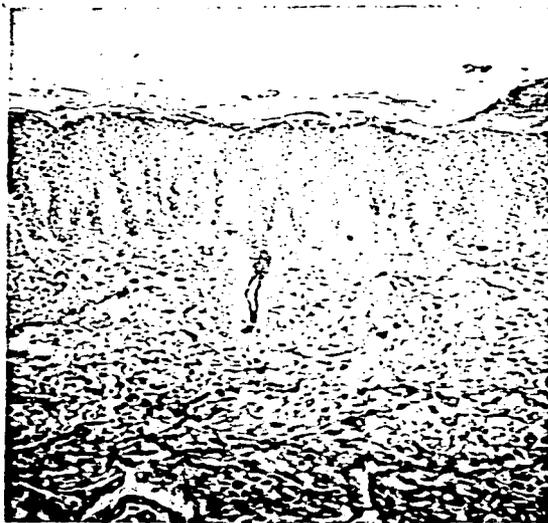
PARA ACKERMAN⁹⁸ LOS CAMBIOS HISTOLÓGICOS PREDOMINANTEMENTE SON LA DILATACIÓN DE LOS VASOS SANGUÍNEOS, LOS CUALES SON RESPONSABLES DEL ERITEMA.

KLIGMAN Y ACKERMAN¹⁰⁵ SEÑALAN QUE LOS CAMBIOS HISTOPATOLÓGICOS SON BENIGNOS EN LA PITIRIASIS CAPITIS Y SE REFIERE QUE NO EXISTE UN PATRÓN INFLAMATORIO, NI EDEMA PERO HAY UNA PARAQUERATOSIS FRECUENTEMENTE.

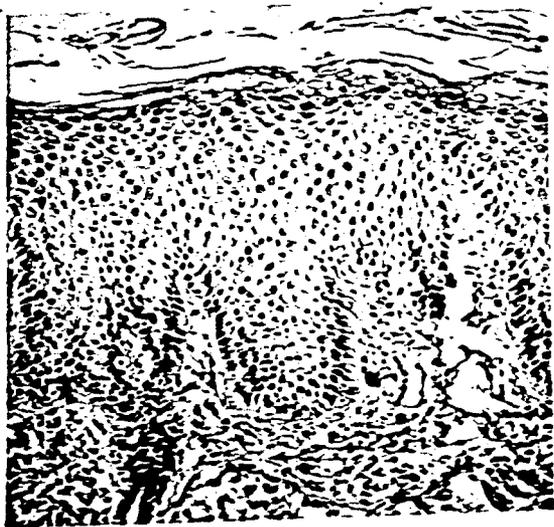
LEVER⁷² APUNTA QUE EL CUADRO HISTOLÓGICO DE ESTA DERMATOSIS NO ES DIAGNÓSTICO, YA QUE SE ENCUENTRA A LA MITAD - DEL CAMINO ENTRE LA PSORIASIS Y LA DERMATITIS CRÓNICA. LA - CAPA CÓRNEA PRESENTA ÁREAS FOCALES DE PARAQUERATOSIS, QUE A VECES CONTIENEN UNOS POCOS NEUTRÓFILOS PICNÓTIKOS SIMILARES A LOS QUE SE VEN EN LOS MICROABSCESOS DE MINRO DE LA PSORIASIS. LA EPIDERMIS MUESTRA ACANTOSIS DE LEVE A MODERADA CON CIERTA ELONGACIÓN DE LAS PAPILAS Y LIGERO EDEMA INTERCELULAR Y ESPONGIOSIS. LA DERMIS PRESENTA UN INFILTRADO INFLAMATORIO CRÓNICO LEVE.

DE ACUERDO ON PINKUS Y HEHREGAN⁹⁸ LA DERMATITIS SEBORREICA Y LA PSORIASIS TIENEN UNA HISTOGÉNESIS SIMILAR, YA - QUE EN AMBAS DERMATOSIS, LOS CAPILARES PAPILARES LIBERAN -- NEUTRÓFILOS EN FORMA INTERMITENTE QUE EMIGRAN A TRAVÉS DE - EPIDERMIS Y SE ACUMULAN EN LA CAPA CÓRNEA PARAQUERATÓSIKA.

ALTERACIONES HISTOPATOLÓGICAS EN DERMATITIS SEBORREICA:
HIPERQUERATOSIS, ACANTOSIS, ESPONGIOSIS Y EXOCITOSIS DE
POLIMORFONUCLEARES.



(10X)



(40X)

MICROSCOPIA ELECTRONICA

LA MORFOLOGÍA ESTRUCTURAL DE P. OVALE Y DEL P. ORBICULARE, MUESTRAN QUE LA PARED CELULAR ES GRUESA Y QUE EL NÚMERO PROMEDIO DE MITOCONDRIAS ES DIFERENTE EN AMBAS ESPECIES.^{16,67.}

I N M U N O L O G I A

EN TRABAJOS RECIENTES SE HA ESTUDIADO LA RESPUESTA - INMUNE HUMORAL Y CELULAR EN PACIENTES CON DERMATITIS SEBORREICA, PITIRIASIS VERSICOLOR Y EN SUJETOS SANOS. SE HA ENCONTRADO QUE EXISTE UNA RESPUESTA ESPECÍFICA, PERO LA DETERMINACIÓN DE ANTICUERPOS SÉRICOS NO ES ÚTIL EN EL DIAGNÓSTICO, YA QUE SE PRESENTAN REACCIONES CRUZADAS ENTRE LOS ANTÍGENOS DE P. OVALE Y P. ORBICULARE Y ADEMÁS LOS TÍTULOS SON MUY BAJOS.^{37,46,85,94,109,123,137,138.}

ENFERMEDADES ASOCIADAS

EN NIÑOS LA DERMATITIS SEBORREICA SE PUEDE ASOCIAR A ECZEMA, PÚRPURA E INFECCIONES MÚLTIPLES ASÍ COMO A SÍNDROME DE WISKOTT-ÁLDRICH.

EN ADULTOS PUEDE ASOCIARSE A DIABETES MELLITUS TIPO 11, LINFOMAS, PSORIASIS, ACNÉ, ROSÁCEA, DISHIDROSIS, DERMATITIS NUMULAR Y NEURODERMATITIS.

EN REPORTES RECIENTES SE HA VISTO RELACIONADA A - - OTRAS ENFERMEDADES.

FAERGEMANN³³ REPORTA EN UN ESTUDIO RETROSPECTIVO - DE 232 PACIENTES Y EN UN ESTUDIO PROSPECTIVO DE 48 UNA ASOCIACIÓN DE DERMATITIS SEBORREICA CON PITIRIASIS VERSICOLOR EN UN 10.4%. HANNA Y COLS.⁵⁸ COMUNICAN UN CASO EN UN PACIENTE MASCULINO DE 35 AÑOS CON DERMATITIS SEBORREICA ASOCIADA A FOLICULITIS POR PITYROSPORUM, GRANULOMA ANULAR Y - ALOPECIA AREATA. ICHIRO Y COLS.⁶² REPORTAN UN CASO DE UN LACTANTE CON DERMATITIS SEBORREICA INFANTIL Y ERITEMA ANULAR CENTRÍFUGO.

P R O N O S T I C O

GENERALMENTE ES BUENO, EN NIÑOS, PERO ES RESISTENTE Y RECIDIVANTE EN LOS ADULTOS. EN LA FORMA GRAVE DE LA DERMATOSIS (ENFERMEDAD DE LEINER) PUEDE SER MORTAL.

LA DERMATOSIS SE PUEDE COMPLICAR CON DERMATITIS POR CONTACTO, CORTICOESTROPEO E INFECCIONES PIOGENAS Y CANDIDOSIS FAVORECIDAS POR EL PH ALCALINO.

" UNA DE LAS CUALIDADES DEL CLÍNICO ES SU INTERÉS HUMANO,
PORQUE EL SECRETO DE CUIDAR A UN ENFERMO ESTIBA EN
PREOCUPARSE POR ÉL. "

FRANCIS WELD PEABODY

TRATAMIENTO.- "YO LO VENDÉ Y DIOS LE CURÓ". AMBROISE PARÉ.

DESDE QUE HA EXISTIDO LA DERMATOSIS, SE HAN UTILIZADO VARIAS ARMAS TERAPÉUTICAS EN CONTRA DE ELLA.

YA SABOURAUD²⁸ ENFATIZABA EL USO DE COMPUESTOS A BASE DE AZUFRE Y MERCURIO, LOS CUALES EN ALGUNOS CASOS DABAN RESULTADOS ÓPTIMOS.

DARIER²⁸ UTILIZÓ TRATAMIENTOS A BASE DE LOCIONES - DE ACEITE DE CADE, ALQUITRÁN DE HULLA, TAMBIÉN CON RESULTADOS SATISFACTORIOS, PERO CON RECIDIVAS EN LA MAYORÍA DE SUS PACIENTES.

HÁZ RECIENTEMENTE SE HAN PROBADO DIVERSOS MEDICAMENTOS LOS CUALES HAN TENIDO UNA CIERTA UTILIDAD EN LA ENFERMEDAD.

LOS ESTUDIOS DE ALEXANDER^{4,65} Y SUS SHAMPOOS CON UNA SOLUCIÓN DETERGENTE FUERON PROBADOS CON ÉXITO EN 20 PACIENTES CON PITIRIASIS CAPITIS CON UNA EXCELENTE CURACIÓN CLÍNICA.

^{13,14.}
BRAUER APUNTA LA ACCIÓN DEL PIRITIONE DE ZINC CON UN MARCADO EFECTO ANTISEBORREICO, EL CUAL PROBÓ EN UN VEHÍCULO DE CREMA, APLICADO EN PACIENTES CON PITIRIASIS CAPITIS OBTENIENDO RESULTADOS IMPRESIONANTES.

EL DISULFURO DE SELENIO, TAMBIÉN HA SIDO UTILIZADO, OBTENIENDO CON ESTA SUBSTANCIA EFECTOS SATISFACTORIOS.

EL MECANISMO DE ACCIÓN DE AMBOS MEDICAMENTOS SE POSTULA EN LA SUPRESIÓN DE LA MITOSIS DE LAS CÉLULAS EPIDÉRMICAS.

CAS DE LA PIEL CABELLUDA, POSIBLEMENTE UNA SEGUNDA ACCIÓN - DEL PIRITIONE DE ZINC ES LA DE CORREGIR UNA POSIBLE DEFICIENCIA DE ESTE ELEMENTO A NIVEL LOCAL (PIEL CABELLUDA).

LA ANFOTERICINA TÓPICA TAMBIÉN HA SIDO UTILIZADA POR GONZÁLEZ OCHOA Y COLS.⁵² EN PACIENTES CON BLEFARITIS SEBORREICA SIENDO ÚTIL EN ESTOS CASOS.

CONFORME PASA EL TIEMPO SE HAN INVESTIGADO NUEVOS PRODUCTOS, EN BUSCA DE NUEVOS TRATAMIENTOS.

PARICH Y COLS, ASÍ COMO AGACHE^{2,27,55,97.} MENCIONAN QUE LA L-DOPA PUEDE REDUCIR CONSIDERABLEMENTE EL INCREMENTO DE GRASA EN PACIENTES CON PARKINSON EXPLICANDO QUE ESTA -- AFECCIÓN NEUROLÓGICA ES ACOMPAÑADA POR EL BLOQUEO PERMANENTE DEL FACTOR INHIBIDOR SOBRE LA SECRECIÓN SEBÁCEA, USUALMENTE CONTROLADA BAJO UN SISTEMA DOPAMINÉRGICO. LOS AUTORES OBSERVARON LA INEFICACIA DE LA L-DOPA EN REDUCIR EL ÍNDICE DE GRASA ACUMULADA EN SUJETOS NORMALES.

MAGNIN⁷⁷ Y COLS OBTUVIERON EXCELENTES RESULTADOS EN PACIENTES CON HIRSUTISMO Y SIN ALTERACIONES ENDOCRINOLÓGICAS, ADMINISTRANDO POR VÍA ORAL ESPIROHOLACTONA A DOSIS DE 50 MG AL DÍA REPARTIDA EN DOS TOMAS DIARIAS POR LAPSO DE UN MES - DE TRATAMIENTO PUDIÉNDOSE OBSERVAR UN EFECTO ANTISEBORREICO, ELLOS REFIEREN QUE COMPARANDO CON OTROS SEBOSTÁTICOS, EL -- EFECTO LOGRADO CON ESTA DROGA NO ES SUPERIOR, SIN EMBARGO LA DOSIS UTILIZADA PUEDE CONSIDERARSE BAJA. ELLOS SUGIEREN QUE PUEDE SER UTILIZADA EN PROBLEMAS CON UN ALTO INCREMENTO DE GRASA. EL SULFATO DE ZINC HA SIDO UTILIZADO EN ESTA DERMA-

TOSIS ² POR DEMETRE Y COLS, ² POSTULAN QUE EN ESTOS PACIENTES EXISTE UNA DEFICIENCIA MÍNIMA DE ZINC Y CON LA TOMA - - ORAL DE ESTE ELEMENTO HA REMITIDO LA DERMATOSIS.

SABEMOS QUE EN LOS ADULTOS NO EXISTE UNA CURACIÓN - PERMANENTE, POR ESO ES VÁLIDO EL USO DE LOCIONES DESENGRASANTES, A BASE DE LICOR DE HOFFMAN, AÑADIÉNDOLE ÁCIDO SALICÍLICO DEL 1 AL 3%, ASÍ COMO EL ASEO FRECUENTE CON JABONES NO MUY ALCALINOS, Y SHAMPOO DIARIO O CADA TERCER DÍA A BASE DE ALQUITRÁN DE HULLA. EN LOS INFANTES SE RECOMIENDA EL USO DE LINIMENTO OLEOCALCÁREO, O CUALQUIER QUERATOLITICO COMO - EL ACIDO SALICÍLICO DEL 1 AL 3%, TAMBIÉN SON ÚTILES LA PIRIDOXINA Y LA BIOTINA A DOSIS ALTAS, EN LA ENFERMEDAD DE LEINER SE UTILIZA PLASMA FRESCO 10 CC POR KG, 3 VECES POR SEMANA. ^{6,111.}

EN CUANTO AL TRATAMIENTO ENCAMINADO AL FACTOR INFECCIOSO ESPECÍFICAMENTE AL PAPEL DEL PITYROSPORUM OVALE SE HAN REALIZADO VARIOS TRABAJOS:

ARON-BRUNETIERE Y COLS ¹⁵ TRATAN A 63 PACIENTES CON PITIRIASIS CAPITIS Y PITIRIASIS ESTEATOIDE Y CON EXÁMENES DIRECTOS DE ESCAMAS POSITIVAS A P. OVALE CON UNA SOLUCIÓN DE NITRATO DE ECONAZOL EN FORMA DE SPRAY DIARIAMENTE POR LA MAÑANA POR UN PERÍODO DE 10 A 20 DÍAS, CON UN CONTROL CLÍNICO Y MICOLÓGICO DE AMBOS A LOS 8 DÍAS, OBSERVANDO UNA NEGATIVIZACIÓN DE P. OVALE Y UNA DRAMÁTICA MEJORÍA CLÍNICA. RECIENTEMENTE SE HA PUBLICADO LA ACCIÓN ANTIFÚNGICA DEL METRONIDAZOL SOBRE EL P. OVALE "IN VITRO" ⁷ .

15

ARON-BRUNETIERE, DOMPMARTIN Y DROUEHET EN 1976 ESTU-
DIARON LA SENSIBILIDAD DEL PITYROSPORUM A DIVERSOS ANTIFÚN-
GICOS:

<u>ANTIFUNGICO</u>	<u>CEPAS</u>	<u>CONCENTRACION MGS/ML</u>			
	P.O. 1543	0	+	10	100
	P.V. 1556				
NITRATO DE ECONAZOL	P. O.	+	0	0	0
	P. V.	+	0	0	0
ANFOTERICINA B	P. O.	+	0	0	0
	P. V.	+	0	0	0
NISTATINA	P. O.	+	0	0	0
	P. V.	+	+	0	0
GRISEOFULVINA	P. O.	+	+	+	+
	P. V.	+	+	+	+
FLUOROCITOCINA	P. O.	+	+	+	0
	P. V.	+	+	+	0

P. O. 1543 AISLADAS DE P. CAPITIS

P. V. 1556 AISLADAS DE P. VERSICOLOR.

RECIENTEMENTE HA APARECIDO EN EL MERCADO UN ANTIFÚNGI
CO DERIVADO DE LOS IMIDAZONES, QUE ES EFECTIVO EN DIFERENTES
MICOSIS SUPERFICIALES Y PROFUNDAS, PARTICULARMENTE LAS OCA--
SIONADAS POR LEVADURAS, EL KETOCONAZOL EL CUAL SE DESCRIBIRÁ
MÁS ADELANTE, 9,19,20,40,44,66,70,73,82,112,120.

EL KETOCONAZOL

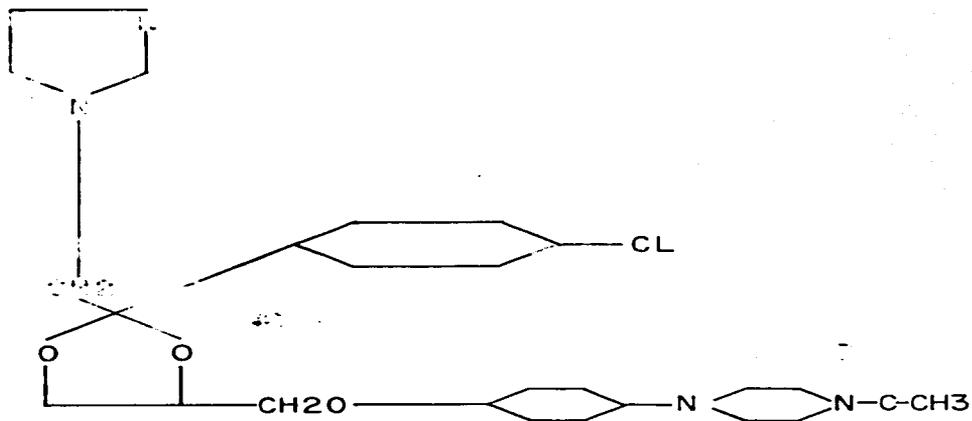
EL KETOCONAZOL ES UN ANTIFÚNGICO DEL GRUPO DE LOS --
IMIDAZOLES SINTETIZADO EN BÉLGICA Y CUYA FÓRMULA SE MUESTRA
EN LA PÁGINA SIGUIENTE.^{59,112.}

CARACTERÍSTICAS FÍSICAS:- ES UN POLVO BLANCO LIGERAMENTE -
BEIGE, SIN OLOR Y DE POCO SABOR, SU TEMPERATURA PROMEDIO -
ESTÁ ENTRE 145 A 149 °C. ES SOLUBLE EN LOS ÁCIDOS.

ACTIVIDAD ANTIFÚNGICA:- EN INFECCIONES EXPERIMENTALES EL -
TRATAMIENTO ORAL CON KETOCONAZOL ES EFECTIVO EN FORMA PROFILÁCTICA Y TERAPÉUTICA EN CANDIDOSIS EN GUAJALOTES, CANDIDOSIS SISTÉMICAS EN CUYOS Y POLLOS, CANDIDOSIS VAGINAL EN RATAS, CANDIDOSIS EN PIEL Y DERMATOFITOS EN CUYOS, COCCIDIOIDOMICOSIS PULMONAR EN CUYOS Y RATONES. EL TRATAMIENTO TÓPICO CON KETOCONAZOL HA SIDO EFECTIVO Y PROFILÁCTICO EN MICOSIS CUTÁNEAS EXPERIMENTALES EN CUYOS.

EL ESPECTRO "IN VITRO" DE LA ACTIVIDAD ANTIFÚNGICA -
DEL KETOCONAZOL ES SIMILAR AL DEL MICONAZOL, SIN EMBARGO -
HAY VARIACIONES SENSIBLES EN EL LABORATORIO, EN FUNCIÓN AL TAMAÑO DE LA INOCULACIÓN, MEDIO DE CULTIVO, TIEMPO DEL CULTIVO, TIEMPO DE LECTURA, TEMPERATURA DE INCUBACIÓN Y OTROS FACTORES, PERO EN FUNCIÓN ESPECIALMENTE A LA FASE DEL HONGO. LOS RESULTADOS EN LAS PRUEBAS "IN VITRO" SON DE MENOR RELEVANCIA QUE LAS PRUEBAS "IN VIVO".

DERMATITIS SEBORREICA
KETOCONAZOL



MODO DE ACCIÓN:- EL KETOCONAZOL ES UN POTENTE INHIBIDOR DE LA BIOSÍNTESIS DEL ERGOSTEROL EN C. ALBICANS TANTO "IN VIVO" COMO "IN VITRO". ESTA INHIBICIÓN PROBABLEMENTE SERÁ ATRIBUIDA A UNA INTERFERENCIA DE UNA DE LAS REACCIONES DEL GRUPO -14-ALFAMETIL DEL LANOSTEROL. EL ERGOSTEROL ES EL ESTEROL -- QUE MÁS SE ENCUENTRA LEVADURAS Y HONGOS, ES SUGESTIVO QUE -- EL ACUMULO DE ESTEROLES CON EL GRUPO METIL AL C-14 EN EL -- TRATAMIENTO DE C. ALBICANS CON KETOCONAZOL PUEDE DEJAR CAMBIOS EN LA PERMEABILIDAD DE LAS MEMBRANAS.

LA RAZÓN DE LA SENSIBILIDAD DE LA SELECTIVIDAD PUEDE DEPENDER DE LAS LEVADURAS, CON BLOQUEO ARTIFICIAL DE LA SÍNTEISIS DE SU PROPIO ERGOSTEROL CRECEN MENOS QUE LAS LEVADURAS CON SÍNTESIS NORMAL.

NIVELES ANTIFUNGICOS EN PLASMA Y OTROS FLUIDOS DEL ORGANISMO:

LOS NIVELES PLASMÁTICOS DEL KETOCONAZOL Y SUS METABOLITOS FUERON DETERMINADOS EN CUATRO ESPECIES DE ANIMALES; - TRES RATAS MACHOS, DOS CUYOS, SEIS CONEJOS, TRES PERRAS, DESPUÉS DE UNA ADMINISTRACIÓN ORAL DE 10 MG/KG DE PESO PARA CADA ANIMAL. LOS NIVELES PLASMÁTICOS, DE LA DROGA SIN CAMBIOS FUERON DETECTADOS POR MÉTODO DE GAS-CROMATOGRAFÍA, LA ABSORCIÓN DE LA RADIOACTIVIDAD TOTAL FUE MÁS RÁPIDA EN RATAS Y CUYOS QUE EN CONEJOS Y PERROS.

LA ABSORCIÓN DEL KETOCONAZOL NO ESTÁ INFLUENCIADA POR LA PRESENCIA DE ALIMENTO EN EL TRAYECTO GASTROINTESTINAL EN NINGUNA DE LAS ESPECIES MENCIONADAS.

LOS NIVELES QUE SE ENCONTRARON EN EL HOMBRE POR GAS-

CROMATOGRAFÍA FUERON LOS SIGUIENTES: SE ADMINISTRÓ KETOCONAZOL A UNA DOSIS DE 2.5 MG/KG DE PESO, LOS NIVELES PLASMÁTICOS ALCANZARON EL PICO MÁXIMO DOS HORAS DESPUÉS DE ADMINISTRADA LA DOSIS Y VARIARON DE 0.8 A 4.6 MICROGR/ML Y PERMANECIERON A ESE NIVEL DETECTADOS POR LA GAS-CROMATOGRAFÍA POR UN TIEMPO DE 90 MINUTOS CON VARIANTES DE 0.7 A 4.6 MICROGRS/ML. INDICANDO QUE MAYOR ACTIVIDAD EN EL PLASMA PARECE TEMPRANAMENTE DESPUÉS DE LA DOSIFICACIÓN ORAL Y ES DEBIDA A LA ESTABILIDAD DE LA DROGA. LA DESAPARICIÓN DEL KETOCONAZOL SIN CAMBIOS EN EL PLASMA (MÁS DE 8 HORAS) OCURRE CON UNA APARENTE VIDA MEDIA DE APROXIMADAMENTE DOS HORAS.

EN SALIVA LOS NIVELES DE RADIOACTIVIDAD TOTAL FUERON 50 VECES MENORES QUE EL CORRESPONDIENTE A LOS NIVELES PLASMÁTICOS. A LOS CUATRO DÍAS DESPUÉS DE LA DOSIFICACIÓN 13.1 MÁS 5.9 % DE LA DOSIS FUE EXCRETADA POR LA ORINA PREDOMINANTEMENTE EL PRIMER DÍA Y 62.0 MÁS 8.2 % CON LAS HECES MENOS DEL 1% EL URINARIO PERO DEL 10-20% DE LA RADIOACTIVIDAD FECAL FUE DEBIDA A LA DROGA SIN CAMBIOS.

LOS NIVELES EN EL HOMBRE:-

LOS NIVELES PLASMÁTICOS ANTIFÚNGICOS FUERON DETERMINADOS EN PACIENTES TRATADOS CON 200 MG DE KETOCONAZOL BASE CON 227 MG DE KETOCONAZOL DIHIDROCLORHIDRO. EL DIHIDROCLORHIDRO Y EL KETOCONAZOL DE BASE PRODUCEN NIVELES PLASMÁTICOS SIMILARES. SE ENCONTRARON 5 MG/ML EN UNA HORA, SE TOMÓ MUESTRA A LAS DOS Y A LAS OCHO HORAS DESPUÉS DE ADMINISTRAR

DO EL TRATAMIENTO, LOS NIVELES DE 0.7 MICRO-GRS/ML SE MANTU-
VIERON PRESENTES. EL KETOCONAZOL SE DETECTÓ EN ORINA, Y PE-
QUEÑAS CANTIDADES EN SEBO Y CERUMEN.

LOS NIVELES PLASMÁTICOS OBTENIDOS POR BIO-ENSAYO SON
COMPARABLES A AQUELLOS OBTENIDOS POR GAS-CROMATOGRFÍA. LOS
NIVELES PLASMÁTICOS OBTENIDOS DESPUÉS DE UNA DOSIS SENCILLA
DE KETOCONAZOL FUERON SUSTANCIALMENTE MÁS ALTOS Y DE MAYOR
DURACIÓN QUE AQUELLOS OBTENIDOS DESPUÉS DE UNA DOSIS ORAL -
SENCILLA Y DOSIS INTRAVENOSA DE MICONAZOL.

LOS NIVELES PLASMÁTICOS ANTIFÚNGICOS FUERON DETERMI-
NADOS EN FORMA REPETIDA EN PACIENTES CON ONICOMICOSIS, TRA-
TADOS POR LARGO TIEMPO. EL CONTROL SANGUÍNEO SE REALIZABA
A LA HORA DESPUÉS DE ADMINISTRADA LA DOSIS DIARIA DE 200 -
MG. DE KETOCONAZOL, LOS NIVELES PLASMÁTICOS ANTIFÚNGICOS -
PERMANECEN CONSTANTES DURANTE LAS 24 SEMANAS DE TRATAMIENTO.

EXCRECIÓN URINARIA Y FECAL DEL KETOCONAZOL EN RATAS:-

SE ENCONTRÓ QUE LAS 24 HORAS EL 57% DE LA DROGA FUE
EXCRETADA Y DESPUÉS DEL CUARTO DÍA EL 86% SE EXCRETA, EL -
67.5% EN HECEES Y EL 13.5% EN LA ORINA.

LA EXCRECIÓN BILIAR DEL KETOCONAZOL Y SUS METABOLI-
TOS EN LA RATA, ACONTECE A LAS 24 HORAS DE LA ADMINISTRA--
CIÓN DEL MEDICAMENTO ORAL, LA MÁXIMA EXCRECIÓN FUE DETECTA-
DA A LA HORA Y FUE DEL 8% Y SE MANTUVO POR 5 HORAS, A LAS -
24 HORAS DESPUÉS DE LA DOSIFICACIÓN, EL 60% FUE EXCRETADO -
POR LA BILIS Y EL PASO MAYOR FUE LA OXIDACIÓN Y DEGRADACIÓN
DEL ANILLO DEL IMIDAZOL, SUBSECUENTEMENTE EL ANILLO DE PIPE-
RAZINA.

TOXICIDAD:- EXPERIMENTALMENTE SE HA PROBADO TOXICIDAD, AGUDA EN RATAS, RATONES, CUYOS Y PERROS DE AMBOS SEXOS, ADMINISTRANDO 7 DÍAS KETOCONAZOL ORAL E INTRAVENOSO EN DOSIS DESDE MG/KG EN RATAS HEMBRAS HASTA 937 MG/KG EN PERROS CON ADMINISTRACIÓN ORAL E INTRAVENOSA EN DOSIS DE 23.2 MG/KG EN CUYOS Y HASTA 85.9 MG/KG EN RATAS DE AMBOS SEXOS.

ESTUDIOS A TRES MESES DE DOSIFICACIÓN VARIADA EN RATAS DE AMBOS SEXOS A 10, 40 Y 160 MG/KG DE PESO FUERON UTILIZADOS PARA PROBAR TOXICIDAD SUBAGUDA.

CON LA DOSIS DE 10 MG/KG DE PESO NO HUBO ALTERACIONES, EN 40 MG/KGS EN RATAS HEMBRAS SE OBSERVÓ UN LIGERO DESCENSO DEL POTASIO, VACUOLIZACIÓN DEL CUERPO LÚTEO Y UN AUMENTO LIGERO DEL PESO DEL HÍGADO A LA DOSIS DE 160 MG/KG SE ENCONTRÓ DESCENSO DEL POTASIO, LAS HEMBRAS PRESENTARON PSEUDOEMBARAZO ASÍ COMO FRAGILIDAD ÓSEA CON ALGUNAS FRACTURAS ESPONTÁNEAS, AUMENTO DE PESO EN LAS GLÁNDULAS SUPRARRENALES CON ACUMULO DE GRASA EN LA ZONA FOLICULAR ASÍ COMO RETICULAR Y TAMBIÉN ALGUNOS EFECTOS HEPATOTÓXICOS. CAUVENBERGH APUNTA SOBRE ESTE HECHO REACCIONES HEPÁTICAS BIEN REPORTADAS QUE OCURRIERON DURANTE EL TRATAMIENTO CON KETOCONAZOL, LA INCIDENCIA DE ESAS REACCIONES FUE ESTIMADA EN EL ORDEN DE 1:10,000 LA CUAL DECRECIÓ DESPUÉS DE 9 MESES, SIN EMBARGO LA HEPATOXICIDAD FUE LA QUE MÁS DE REPORTÓ, LAS DEMÁS REACCIONES FUERON CLASIFICADAS COMO IDIOSINCRACIA HEPÁTICA.

TERATOGENICIDAD:- SE ESTUDIÓ LA DISTRIBUCIÓN DEL KETOCONAZOL Y SUS METABOLITOS EN CUYOS PREÑADOS POR EL MÉTODO DE -

AUTODIOGRAFÍA, LA EVALUACIÓN CUANTITATIVA INDICÓ QUE LA MÁS ALTA CONCENTRACIÓN DE LA RADIOACTIVIDAD TOTAL ESTABA PRESENTE EN EL HIGADO MATERNO, RIÑÓN, SUPRARRENALES, BAZO, PULMÓN, MIOCARDIO, MÉDULA ÓSEA, MUCOSA GÁSTRICA E INTESTINAL, ATRAVIEZA LA BARRERA PLACENTARIA MUY LENTAMENTE, LAS CONCENTRACIONES EN LOS TEJIDOS FETALES, FUERON MENORES QUE EN LOS MTERNOS, LOS ACUMULOS DE LA DROGA OCURRIERON EN EL FETO, EN LA CORTEZA SUPRARRENAL, HÍGADO Y MÉDULA ÓSEA. SE REALIZARON ESTUDIOS DE FERTILIDAD EN RATAS MACHOS Y HEMBRAS, EN LOS MACHOS SE PROBARON DOSIS DE 10, 20 Y 80 MG/KG SIN AFECTAR LA FERTILIDAD, LAS HEMBRAS A LAS MISMAS DOSIS TAMPOCO PRESENTARON CAMBIOS, SÓLO LAS HEMBRAS PREÑADAS, CON DOSIS DE 320 MG/KG SE OBSERVÓ UNA TOXICIDAD MATERNA Y UNA EMBRIOTOXICIDAD. A DOSIS DE 320 MG/KG SE DEMOSTRÓ UN AUMENTO DE MUERTE EMBRIONARIA Y LOS RESULTADOS DE LA AUTOPSIA DEMOSTRARON AFECCIÓN ESPERMÁTICA Y TESTICULAR, ESTE ESTUDIO SE REALIZÓ A FORMA COMPARATIVA CON UN GRUPO CONTROL DE RATONES DOSIFICANDO 210 MG/KG DE CICLOFOSFAMIDA, QUE TAMBIÉN MOSTRÓ UN AUMENTO DE MUERTE EMBRIONARIA TEMPRANA.

USOS TERAPÉUTICOS:-

BÁSICAMENTE LAS REALIZACIONES DE TODOS LOS ENSAYOS - TERAPÉUTICOS ESTÁN ENCAMINADOS A LA LEVADURA C. ALBICANS^{112,80}

Y SU UTILIZACIÓN TERAPÉUTICA SON LAS SIGUIENTES:

- 1.- CANDIDOSIS VAGINAL;¹¹² 2.- GRANULOMA CANDIDOSICO;⁷⁰
- 3.- ONICOMICOSIS;^{5,112,136} 4.- MICOSIS MUCOCUTÁNEAS.²³
- 5.- MICOSIS PROFUNDAS²³

6.- ASÍ COMO RECIENTEMENTE SE HAN ENCONTRADO REPORTES QUE

ACTÚA CONTRA ASPERGILLUS FUMIGATUS¹⁹ , Y
PSEUDALLESCHERIA BOYDII;⁴⁸ P. FOLICULITIS^{101,102,130}

PAPEL EN LA DERMATITIS SEBORREICA:-

DESDE HACE 5 AÑOS QUE SE INICIARON LAS PRIMERAS INVESTIGACIONES CLÍNICAS DE ESTE ANTIFÚNGICO PARA DERMATOSIS.

LAS PRIMERAS INVESTIGACIONES FUERON HECHAS POR -
IMOKOWA Y COLS.⁹ EN 1981 -N RELACIÓN AL P. OVALE EN PITIRIASIS CAPITIS Y EL EFECTO DEL PIRITIONE DE ZINC; LOS RESULTADOS FUERON MEJORES PARA EL KETOCONAZOL QUE PARA EL ZINC, -
 YAQUE LOS PACIENTES SE CURARON EN UN 100%.

SKIMER Y BELOW Y COLS.^{9,120} TRATARON A 16 PACIENTES CON LA DERMATOSIS EN PIEL CABELLUDA Y EN CARA, CON KETOCONAZOL CREMA AL 2% DE LOS CUALES 8 PACIENTES RESULTARON CON EXCELEN-
 TES RESULTADOS.

FORD Y COLS.⁴⁴ REALIZAN UN ESTUDIO DOBLE CIEGO CON TABLETAS DE KETOCONAZOL DE 200 MG DIARIOS EN 100 SUJETOS CON DERMATITIS SEBORREICA POR UN MES, EL 80% DE LOS PACIENTES PRESENTARON UN CAMBIO DRAMÁTICO.

SHUSTER Y COLABORADORES¹¹⁹ TRATARON A 16 PACIENTES -
 CON PITIRIASIS CAPITIS Y DERMATITIS SEBORREICA FACIAL CON KE
 TOCONAZOL CREMA AL 2% DURANTE CUATRO SEMANAS CON RESULTADOS
 EXCELENTE.

WEARY¹³⁰ TRATÓ CON KETOCONAZOL CREMA A PACIENTES CON RE-
 SULTADOS ÓPTIMOS.

I I P A R T E

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

DE LA CONSULTA EXTERNA DEL CENTRO DERMATOLÓGICO PASCUA SE ESTUDIARON UN TOTAL DE 130 PACIENTES CON EL DIAGNÓSTICO CLÍNICO DE DERMATITIS SEBORREICA, DE LAS CUALES SE INCLUYERON A 80 QUE REUNÍAN LOS CRITERIOS DE SELECCIÓN, QUÉ--DANDO FINALMENTE 76 PACIENTES QUE SE SELECCIONARON PARA SU TRATAMIENTO SIN IMPORTAR EDAD, SEXO O TIEMPO DE EVOLUCION.

A CADA PACIENTE SE LE REALIZÓ:

- 1.- HISTORIA CLÍNICA DERMATOLÓGICA COMPLETA, INVESTIGÁNDOSE LOS PUNTOS ESPECÍFICOS INCLUIDOS EN LA FORMA ANEXA.
- 2.- EL ESTUDIO MICOLÓGICO COMPRENDIÓ:

A) FROTIS DE CUALQUIERA DE LAS LESIONES, FIJADAS AL CALOR EN EL MECHERO DE BUNSEN Y REALIZÁNDOSE TÉCNICA DE TINCIÓN TANTO DE GRAM COMO DE WRIGHT, EL CULTIVO DE LAS ESCAMAS, EN LA FORMA HABITUAL Y CULTIVO CON EL MÉTODO DEL TAPIZ SEMBRANDO EN SABOURAUD ADICIONADO DE ANTIBIÓTICOS (CICLOHEXIMIDA Y CLORANFENICOL) - CON ACEITE DE OLIVA AL 10%.

SE INCLUYERON A TODOS AQUELLOS PACIENTES CON FROTIS POSITIVO PARA P. OVALE Y SE EXCLUYERON A LOS CASOS NEGATIVOS Y A LAS EMBARAZADAS.

SE REALIZÓ UN ESTUDIO PROSPECTIVO ABIERTO Y COMPARATIVO, CON 5 ESQUEMAS DIFERENTES DE TRATAMIENTO.

EL TRATAMIENTO EN TODOS LOS CASOS FUE AL AZAR SIN TOMAR EN CUENTA LA VARIEDAD CLÍNICA E INDEPENDIENTEMENTE DE -

LOS RESULTADOS DEL ESTUDIO MICOLÓGICO.

EN TRES GRUPOS SE DIERON DIFERENTES ESQUEMAS CON KETOCONAZOL ORAL Y TÓPICO UTILIZANDO CREMA AL 2% Y TABLETAS DE 200 MG EN ADULTOS Y DOSIS DE 100 MG EN NIÑOS.

- 1.- PRIMER GRUPO, KETOCONAZOL TABLETAS DE 200 MG, UNA DIARIA POR TREINTA DÍAS MÁS KETOCONAZOL CREMA UNA SOLA APLICACIÓN AL DÍA.
- 2.- SEGUNDO GRUPO, KETOCONAZOL TABLETAS DE 200 MG, 2 TABLETAS JUNTAS CADA 8 DÍAS TOMADAS POR LA MAÑANA EN AYUNAS Y ACOMPAÑADAS DE UN JUGO DE NARANJA POR CUATRO SEMANAS MÁS KETOCONAZOL CREMA UNA SOLA APLICACIÓN AL DÍA.
- 3.- TERCER GRUPO: KETOCONAZOL CREMA UNA SOLA APLICACIÓN AL DÍA POR UN MES.
- 4.- CUARTO GRUPO: LOCIÓN A BASE DE LICOR DE HOFFMAN Y ÁCIDO SALICÍLICO AL 1% APLICADO LOCALMENTE POR UN MES.
- 5.- QUINTO GRUPO. SE UTILIZÓ VIOFORMO CREMA, UNA SOLA APLICACIÓN TÓPICA DURANTE UN MES.

LAS EVALUACIONES SE REALIZARON CADA 15 DÍAS Y EL TIEMPO DE CONTROL VARIÓ EL MÍNIMO DE 3 MESES Y EL MÁXIMO DE 6 MESES.

SE SELECCIONARON PACIENTES PARA FOTOGRAFÍA CLÍNICA, ANTES Y AL FINAL DEL TRATAMIENTO Y DURANTE EL MISMO POR SI PRESENTABAN CAMBIOS IMPORTANTES.

LA VALORACIÓN CLÍNICA SE HIZO DE ACUERDO A LA SIGUIENTE TABLA:

- 1.- EXCELENTE
- 2.- BUENA
- 3.- REGULAR
- 4.- MALA

Y LA VALORACIÓN MICOLÓGICA:

- 1.- LEVE +
- 2.- MODERADO ++
- 3.- SEVERO +++

AL FINALIZAR EL PRESENTE ESTUDIO SE TOMÓ UN GRUPO DE 40 PACIENTES, EN UN PROTOCOLO A DOBLE CIEGO, CON KETOCONAZOL AL 2% CONTRA PLACEBO. SE TOMARON EXCLUSIVAMENTE PACIENTES ADULTOS CON DIAGNÓSTICO DE P. CAPITIS DE NO MENOS DE UN AÑO DE EVOLUCIÓN Y CON FROTIS PARA GRAN POSITIVO PARA P. OVALE.

EL SHAMPOO SE PRESCRIBIÓ UNA VEZ AL DÍA EVALUÁNDOSE LA MEJORÍA CLÍNICA A LOS 15 DÍAS Y HACIÉNDOSE UNA EVALUACIÓN FINAL CLÍNICA Y MICOLÓGICA AL MES DE TRATAMIENTO.

HOJA ANEXA DE DATOS ESTADÍSTICOS

- 1.- NOMBRE _____ 2.- EDAD _____ 3.- SEXO _____
4.- LUGAR DE NACIMIENTO _____ 5.- LUGAR DE RESIDENCIA _____
6.- NO. DE EXPEDIENTE _____ 7.- EXAMEN DIRECTO _____
8.- CULTIVO No. _____ 9.- TINCIÓN GRAM _____ 10.- PAS _____
11.- WRIGHT _____ 12.- TAPIZ No. _____

EVOLUCIÓN: _____

FACTORES PREDISONENTES:

- 1.- ALIMENTACIÓN: A) EXCELENTE B).-REGULAR C).- PÉSIMA
2.- ALCOHOLISMO: A).- OCASIONAL B).- FRECUENTE
3.- RELACIÓN ESTACIONAL: SI () NO () 4.- SUDORACIÓN EXCESIVA SI () NO ()
5.- OTROS FAMILIARES SI () NO () 6.- TENSIÓN EMOCIONAL SI () NO ()
7.- TRASTORNOS HORMONALES SI () NO () 8.- ANTICONCEPTIVOS SI () NO ()
9.- FACTORES NEUROLÓGICOS SI () NO ()
ENFERMEDADES ASOCIADAS: 1.- PARKINSON 2.- H. ARTERIAL
3.- CARDIOPATÍAS 4.- OTRAS

TRATAMIENTOS ANTERIORES: (ESPECIFICAR CUÁLES Y POR CUÁNTO TIEMPO) _____

DIAGNÓSTICO EN CUANTO A LA CLASIFICACIÓN:

- DERMATITIS SEBORREICA DEL NIÑO: 1.- COSTRA DE LECHE.-
2.- D. SEBORREICA INFANTIL
3.- ERITRODERMIA DESCAMATIVA DE LEINER. DERMATITIS SEBORREICA DEL ADULTO:
1.- PITIRIASIS CAPITIS 2.- PITIRIASIS ESTEATOIDE
3.- PSEUDO-TIÑA AMIANTÁCEA DE ALIBERT 4.- DERMATITIS SEBORREICA FACIAL 5.- BLEFARITIS MARGINAL
6.- DERMATITIS SEBORREICA DE LA BARBA 7.- DERMATITIS SEBORREICA DEL BIGOTE

- 8.- DERMATITIS SEBORREICA DEL PUEBIS 9.- DERMATITIS SEBO-
RREICA INTERTRIGINOSA.
10.- ECZEMATIDES SEBORREICAS.

TRATAMIENTO A SEGUIR: _____

OBSERVACIONES: _____

TOPOGRAFIA

PIEL CABELLUDA

IMPLANTACIÓN P.C.				
FRENTE				
CEJAS				
PESTARAS				
PÁRPADOS				
DORSO DE NARIZ				
ALAS DE NARIZ				
SURCOS NASOGENIANOS				
BIGOTE				
MEJILLAS				
BARBA				
REGIÓN RETROAURICULAR				
CONDUCTO A. EXTERNO				
PLIEGUES DEL CUELLO				
CARA ANTERIOR				
PLIEGUES DE AXILAS				
PLIEGUES SUBMAMARIOS				
OMBLIGO				
CARA POSTERIOR				
PUBIS				
INGLES				
REGIÓN ANOGENITAL				
REGIÓN PERIAHAL				
CLÍTORIS				
SURCO BALANO PREPUICIAL				

FECHA: _____

MORFOLOGIA

ERITEMA

ESCAMAS: FINAS, GRUESAS BLANCO-AMARILLENAS GRISÁCEAS FURFURÁCEAS, MICÁCEAS					
ESCAMOOSTRAS					
FISURAS					
ECZEMA					
COSTRAS MELICERICAS, HEMATICAS SANGUÍNEAS.					
SEBORREA					
PÚSTULAS					
MACERACIÓN					
CONFIGURACIÓN: ARCIFORME, POLICÍCLICA ETC.					

VALORACION:

LEVE +
MODERADA ++
SEVERO +++

R E S U L T A D O S

1.- NÚMERO TOTAL DE PACIENTES INCLUIDOS EN EL ESTUDIO: 80

2.- NÚMERO DE BAJAS: 4, POR ERROR DE DIAGNÓSTICO, FUERON -
CLASIFICADOS INICIALMENTE COMO D. SEORTEICA, PERO EN
3 PACIENTES SE DEMOSTRÓ PSORIASIS DE PIEL CABELLUDA Y
EN UN PACIENTE LUPUS ERITEMATOSO PURAMENTE CUTÁNEO.

3.- CLASIFICACIÓN POR SEXO:

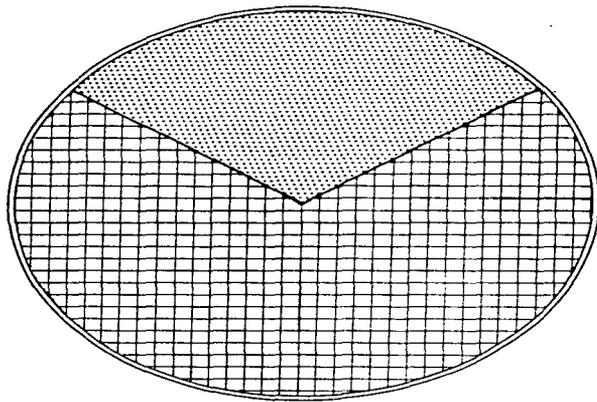
HOMBRES	53
MUJERES	25
TOTAL	76

4.- CLASIFICACIÓN POR EDAD:

<u>GRUPOS DE EDAD</u>	<u>Nº. DE PACIENTES</u>
RM - 11 MESES	9
1 - 5 AÑOS	2
5 - 10 AÑOS	3
10 - 15 AÑOS	4
15 - 20 AÑOS	12
20 - 25 AÑOS	16
25 - 30 AÑOS	15
30 - 35 AÑOS	8
35 - 40 AÑOS	4

DERMATITIS SEBORREICA

CLASIFICACION POR SEXO
PORCENTAJE



30 % =



70 % =



DERMATITIS SEBORREICA

GRUPOS DE EDAD

GRUPOS DE EDAD	No. DE PACIENTES
RN A 11 MESES	9
1 - 5 AÑOS	2
5 - 10 AÑOS	3
10 - 15 AÑOS	4
15 - 20 AÑOS	12
20 - 25 AÑOS	16
25 - 30 AÑOS	13
30 - 35 AÑOS	8
35 - 40 AÑOS	4
40 - 45 AÑOS	0
45 EN ADELANTE	5

40 - 45 AÑOS	0
45 EN ADELANTE	5
T O T A L	76

EL PACIENTE DE MENOR EDAD FUE DE 2 MESES Y EL DE MAYOR EDAD FUE DE 62 AÑOS.

5.- CLASIFICACIÓN CLÍNICA:

1) DERMATITIS SEBORREICA DEL NIÑO:	
COSTRA DE LECHE CON ECZEMA SEBORREICO INFANTIL	2
PSEUDOTIÑA AMIANTÁCEA DE ALIBERT	4
DERMATITIS SEBORREICA INFANTIL	4
2) DERMATITIS SEBORREICA DEL ADULTO:	
DERMATITIS SEBORREICA FACIAL (DSF) + PITIRIASIS CAPITIS	47
PITIRIASIS ESTEATOIDE	6
EUFARITIS MARGINAL + P.CAPITIS	4
DERMATITIS SEBORREICA DEL BIGOTE + DSF	4
DERMATITIS SEBORREICA DE LA BARBA + DSF	4
ECZEMATIDES SEBORREICAS + DSF + P. CAPITIS	1
T O T A L	76

6.- TIEMPO DE EVOLUCIÓN:

<u>TIEMPO EN AÑOS</u>	<u>NO. DE PACIENTES</u>	<u>Σ</u>
- DE 1	20	27
1 A 5	47	63
5 A 10	6	7
10 Ó MAS	3	3
T O T A L	<u>76</u>	<u>100</u>

7.- TRATAMIENTOS PREVIOS Y EFECTIVIDAD:

<u>NOMBRE DEL TRATAMIENTO</u>	<u>NO. DE PACIENTES</u>
SHAMPOO CON ALQUITRÁN DE HULLA	23
REMEDIOS CASEROS	15
LICOR DE HOFFMAN	13
GLUCOCORTICOIDES TÓPICOS	10
NINGUNO	15
T O T A L	<u>76</u>

EL TIEMPO DE ADMINISTRACIÓN PREVIO MÍNIMO FUE DE 2 SEMANAS Y EL MÁXIMO DE 26 AÑOS, CON RESULTADOS REGULARES.

DERMATITIS SEBORREICA

TIEMPO DE EVOLUCION

TIEMPO EN AÑOS	No. DE PACIENTES
- DE 1 AÑO	20
1 A 5	47
5 A 10	6
10 ó MAS	3

**DERMATITIS SEBORREICA
TRATAMIENTOS PREVIOS Y EFECTIVIDAD**

NOMBRE DEL TRATAMIENTO	No. DE PACIENTES
SHAMPOO CON AH	2 3
REMEDIOS CASEROS	1 5
LICOR DE HOFFMAN	1 3
GLUCOCORTICOI DES TOPICOS	1 0
NINGUNO	1 5

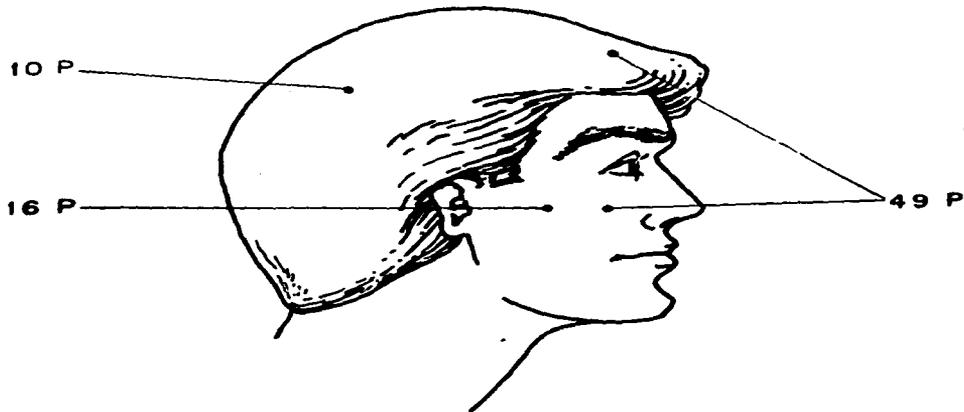
8.- TOPOGRAFIA:

<u>REGIÓN</u>	<u>NO. DE PACIENTES</u>	<u>PORCENTAJE</u>
PIEL CABELLUDA	10	13 %
PIEL CABELLUDA + CARA	49	64 %
CARA	16	23 %
TRONCO	1	
T O T A L	76	100 %

A) LOCALIZACIONES ESPECÍFICAS:

<u>TOPOGRAFÍA</u>	<u>NO. DE PACIENTES</u>	<u>PORCENTAJE</u>
PIEL CABELLUDA	59	77 %
IMPLANTACIÓN PIEL		
CABELLUDA	49	64 %
FRENTE	55	72 %
DORSO DE NARIZ	55	72 %
MEJILLAS	55	72 %
SURCOS NASOGENIANOS	51	67 %
CEJAS	53	69 %
PÁRPADOS, PESTAÑAS	4	5 %
BIGOTE	4	5 %
BARBA	4	5 %
REGIÓN RETROAURICULAR	49	64 %
CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO	49	64 %
TRONCO	1	1 %

DERMATITIS SEBORREICA
LOCALIZACION EN CABEZA



C A B E Z A = 13 %

C A R A = 23 %

C A B E Z A Y

C A R A = 64 %

9.- CLASIFICACIÓN POR GRUPO DE TRATAMIENTOS:

<u>TIPO DE TRATAMIENTO</u>	<u>Nº. DE PACIENTES</u>
KETOCONAZOL ORAL DIARIO + KETOCONAZOL CREMA	12
KETOCONAZOL ORAL SEMANAL + KETOCONAZOL CREMA	30
KETOCONAZOL CREMA	20
LICOR DE HOFFMAN	8
CREMA DE VIOFORMO	6
T O T A L	<hr/> 76

DERMATITIS SEBORREICA
CLASIFICACION POR GRUPOS DE TRATAMIENTO

ESQUEMAS DE TRATAMIENTOS	No. DE PACIENTES
KOD + KC	1 2
KOS + KC	3 0
KC	2 0
LICOR DE HOFMAN	8
VIOFORMO CREMA	6

10.- CLASIFICACIÓN CLÍNICA Y ESQUEMAS DE TRATAMIENTO EN 63
PACIENTES. HUBO 8 BAJAS POR ABANDONO.

VIOFORMO CREMA

<u>FORMA CLÍNICA</u>	<u>NO. DE PACIENTES</u>
DSI	4
COSTRA DE LECHE + DSI	2

LICOR DE HOFFMAN

<u>FORMA CLÍNICA</u>	<u>NO. DE PACIENTES</u>
PSEUDOTIÑA AMIANTACEA	4
DSF + DERMATITIS SEBORREICA DEL BIGOTE	2

KETOCONAZOL CREMA

<u>FORMA CLÍNICA</u>	<u>NO. DE PACIENTES</u>
DSF + P. CAPITIS	18
BLEFARITIS MARGINAL + P. CAPITIS	2

KETOCONAZOL ORAL DIARIO + KETOCONAZOL CREMA

<u>FORMA CLÍNICA</u>	<u>NO. DE PACIENTES</u>
PITIRIASIS ESTEATOIDE	6
DSF + DERMATITIS SEBORREICA DE LA BARBA	2
BLEFARITIS MARGINAL + P. CAPITIS	2

KETOCONAZOL ORAL SEMANAL + KETOCONAZOL CREMA

<u>FORMA CLÍNICA</u>	<u>NO. DE PACIENTES</u>
DSF + P. CAPITIS	26

11.- RESULTADOS OBTENIDOS CON LOS DIFERENTES ESQUEMAS DE TRATAMIENTO:

KETOCONAZOL ORAL SEMANAL + KETOCONAZOL CREMA

<u>RESULTADOS</u>	<u>NO. DE PACIENTES</u>	<u>%</u>
EXCELENTES	12	46
BUENOS	10	38
REGULARES	4	15
MALOS	0	0

KETOCONAZOL ORAL DIARIO + KETOCONAZOL CREMA

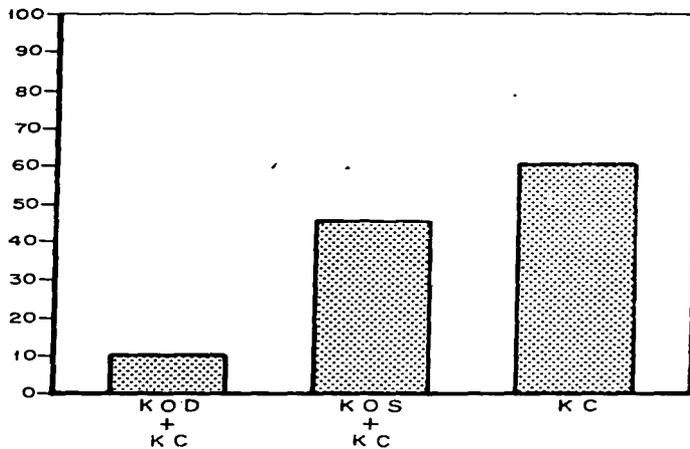
<u>RESULTADOS</u>	<u>NO. DE PACIENTES</u>	<u>%</u>
EXCELENTES	2	10
BUENOS	6	80
REGULARES	2	10
MALOS	0	0

KETOCONAZOL CREMA

<u>RESULTADOS</u>	<u>NO. DE PACIENTES</u>	<u>%</u>
EXCELENTES	10	70
BUENOS	6	20
REGULARES	0	0
MALOS	4	10

DERMATITIS SEBORREICA

EFFECTIVIDAD 3 ESQUEMAS DE TRATAMIENTO CON KETOCONAZOL



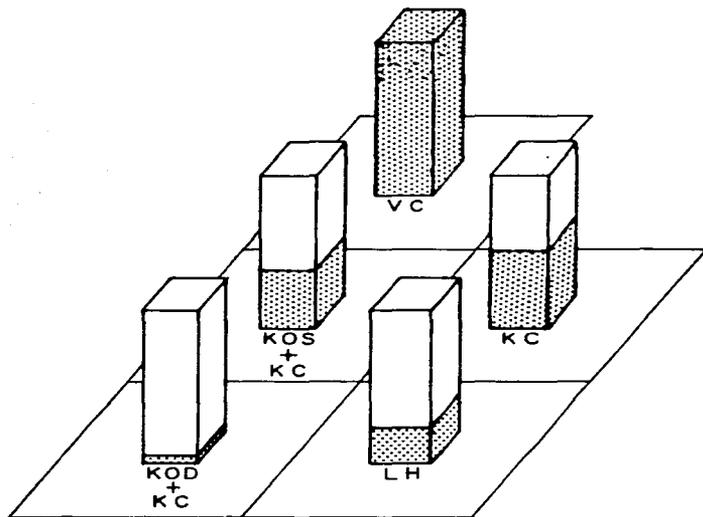
VIOFORMO CREMA

<u>RESULTADOS</u>	<u>NO. DE PACIENTES</u>	<u>%</u>
EXCELENTES	6	100

LICOR DE HOFFMAN

<u>RESULTADOS</u>	<u>NO. DE PACIENTES</u>	<u>%</u>
EXCELENTES	2	30
BUENOS	2	30
REGULARES	2	30
MALOS	0	0

DERMATITIS SEBORREICA
EFECTIVIDAD DE 5 MODALIDADES
DE TRATAMIENTO



EVALUACION MICOLOGICA

1.- EVALUACIÓN CUANTITATIVA DE PITYROSPORUM:

<u>G R A M</u>		
<u>GRADO DE POSITIVIDAD</u>	<u>NO. DE PACIENTES</u>	<u>%</u>
+	66	86
++	10	14

<u>W R I G T H</u>		
<u>GRADO DE POSITIVIDAD</u>	<u>NO. DE PACIENTES</u>	<u>%</u>
+	68	88
++	2	3

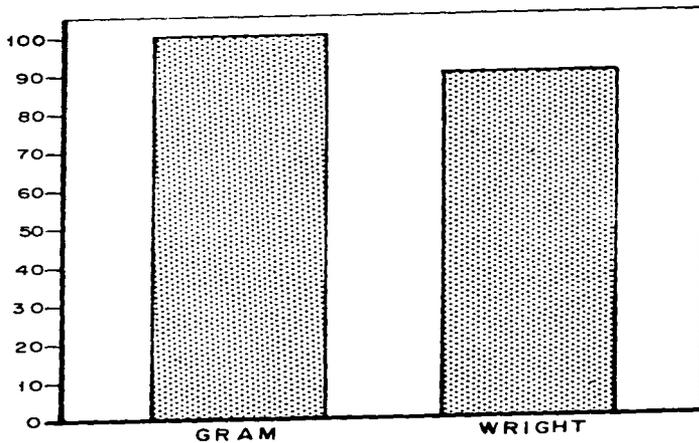
2.- 6 DE LAS MUESTRAS CON TINCIÓN WRIGTH (9%) FUERON NEGATIVAS, PERO CON LA TINCIÓN GRAM RESULTARON POSITIVAS + (4) Y DE ++ (2)

3.- EN LOS PACIENTES CON POSITIVIDAD DE ++ LA RELACIÓN ES LA SIGUIENTE:

DERMATITIS SEBORREICA

IDENTIFICACION DE P. OVALE

GRAM VS. WRIGHT



	<u>GRAM</u>	<u>WRIGTH</u>
1.-	++	0
2.-	++	0
3.-	+	++
4.-	+	++
5.-	+	+
6.-	++	0
7.-	++	0
8	++	0
9.-	++	+
10.-	++	++
11.-	++	0
12.-	++	++

4.- TAMAÑO DE LAS LEVADURAS, EN LA PRIMERA, SEGUNDA Y TERCERA EVALUACIÓN:

<u>PEQUEÑAS</u>	<u>GRANDES</u>
PRIMERA	PRIMERA
G W	G W
66 71	10 5
SEGUNDA	SEGUNDA
G W	G W
72 72	4 4
TERCERA	TERCERA
G W	G W
74 74	2 2

5.- TAMAÑO DE LAS LEVADURAS Y RELACIÓN DE LAS VARIEDADES CLÍNICAS:

PEQUEÑAS

VARIEDAD CLÍNICA

DSF

P. CAPITIS

P. ESTEATOIDE

BLEFARITIS MARGINAL

DERMATITIS SEBORREICA DE
LA BARBA

DERMATITIS SEBORREICA DEL
BIGOTE

ECZEMATIDES SEBORREICAS

PSEUDOTIÑA AMIANTACEA

GRANDES

VARIEDAD CLÍNICA

DERMATITIS SEBORREICA

INFANTIL

COSTRA DE LECHE CON ECZE-
MA SEBORREICA INFANTIL

6.- CANTIDAD DE LEVADURAS Y RELACIÓN CON LA EVALUACIÓN CLÍNICA:

KETOCONAZOL ORAL SEMANAL + KETOCONAZOL CREMA

26 PACIENTES

<u>GRADO DE MEJORÍA</u>	<u>Nº.</u>	<u>15 DÍAS</u>		<u>30 DÍAS</u>		<u>45 DÍAS</u>	
		G	W	G	W	G	W
EXCELENTE	12	+	+	-	-	-	-
BUENA	10	++	++	-	-	-	-
REGULAR	4	++	++	++	++	-	-
MALA	0	-	-	-	-	-	-

KETOCONAZOL ORAL DIARIO + KETOCONAZOL CREMA

10 PACIENTES

<u>GRADO DE MEJORÍA</u>	<u>No.</u>	<u>15 DÍAS</u>		<u>30 DÍAS</u>		<u>45 DÍAS</u>	
		G	W	G	W	G	W
EXCELENTE	2	+	+	-	-	-	-
BUENA	6	++	++	-	-	-	-
REGULAR	2	++	++	++	++	-	-
MALE	0	-	-	-	-	-	-

KETOCONAZOL CREMA

10 PACIENTES

<u>GRADO DE MEJORÍA</u>	<u>No.</u>	<u>15 DÍAS</u>		<u>30 DÍAS</u>		<u>45 DÍAS</u>	
		G	W	G	W	G	W
EXCELENTE	10	+	+	-	-	-	-
BUENA	6	++	++	-	-	-	-
REGULAR	0	-	-	-	-	-	-
MALE	4	++	++	++	++	++	++

VIOFORMO CREIA

6 PACIENTES

<u>GRADO DE MEJORA</u>	<u>No.</u>	<u>15 DÍAS</u>		<u>30 DÍAS</u>		<u>45 DÍAS</u>	
		G	W	G	W	G	W
EXCELENTE	6	+	+	-	-	-	-
BUENA	0	-	-	-	-	-	-
REGULAR	0	-	-	-	-	-	-
MALA	0	-	-	-	-	-	-

LICOR DE HOFFMAN

6 PACIENTES

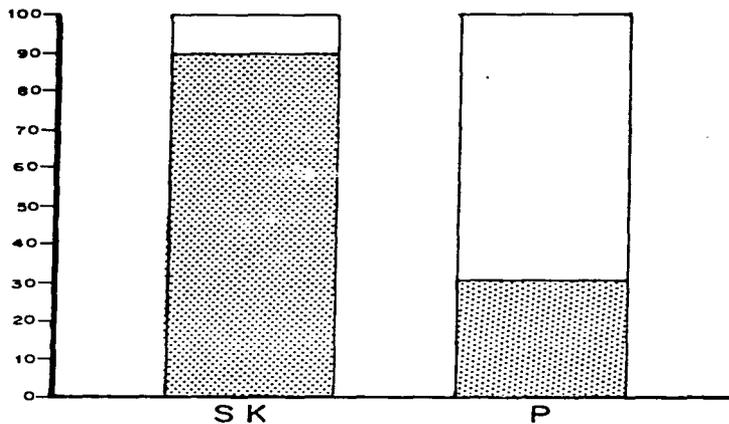
<u>GRADO DE MEJORA</u>	<u>No.</u>	<u>15 DÍAS</u>		<u>30 DÍAS</u>		<u>45 DÍAS</u>	
		G	W	G	W	G	W
EXCELENTE	2	+	-	-	-	-	-
BUENA	2	+	-	-	-	-	-
REGULAR	2	+	-	-	-	-	-
MALA	0	-	-	-	-	-	-

DEL GRUPO PILOTO TRATADO CON KETOCONAZOL AL 2% EN FORMA DE SHAMPOO CONTRA PLACEBO, TERMINARON 34, CORRESPONDIENDO A KETOCONAZOL 19 Y A PLACEBO 15, OBTENIÉNDOSE LOS SIGUIENTES RESULTADOS:

EVALUACION CLINICA PLACEBO SHAMPOO			EVALUACION CLINICA KETOCONAZOL SHAMPOO		
<u>GRADO DE MEJORIA</u>	<u>NO. PACIENTES</u>	<u>%</u>	<u>NO. PACIENTES</u>	<u>%</u>	
EXCELENTE	1	6	10	52	
BUENA	2	13	5	26	
REGULAR	5	33	4	21	
MAIA	7	46	0	0	
TOTAL	15		19		

EVALUACION MICOLOGICA PLACEBO SHAMPOO				EVALUACION MICOLOGICA PLACEBO SHAMPOO			
<u>P. OVALE</u>	<u>GRAM</u>	<u>INICIO</u>		<u>P. OVALE</u>	<u>GRAM</u>	<u>FINAL</u>	
<u>NO. PACIENTES</u>	<u>GRADO</u>	<u>%</u>		<u>NO. PACIENTES</u>	<u>GRADO</u>	<u>%</u>	
8	+ + +	53		1	-	6	
5	+ +	33		7	+ +	46	
2	+	13		7	+ +	46	

DERMATITIS SEBORREICA
KETOCONAZOL SHAMPOO V.S. PLACEBO
E F E C T I V I D A D



EVALUACION MICOLOGICA
KETOCONAZOL SHAMPOO

P. OVALE	GRAM	INICIO	
<u>NO. PACIENTES</u>		<u>GRADO</u>	<u>%</u>
10		+ + +	52
5		+ +	26
4		+	21

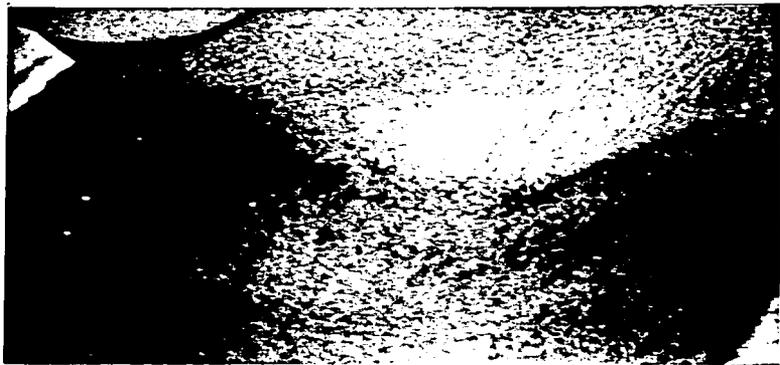
EVALUACION MICOLOGICA
KETOCONAZOL SHAMPOO

P. OVALE	GRAM	FINAL	
<u>NO. PACIENTES</u>		<u>GRADO</u>	<u>%</u>
19		-	100

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA



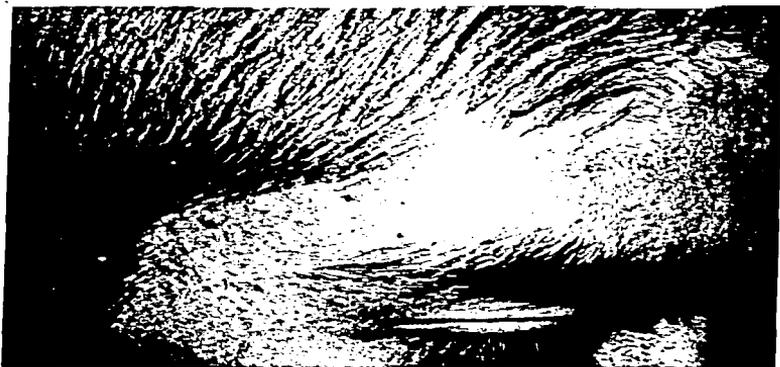
DERMATITIS SEBORREICA INFANTIL ANTES



DESPUÉS DE 15 DÍAS DE TRATAMIENTO.
EN LOS NIÑOS LA MEJORÍA CLÍNICA ES MUY RÁPIDA.



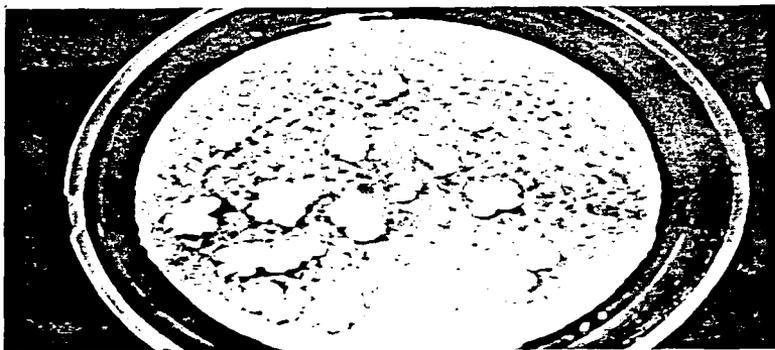
ECZEMATIDES SEBORREICAS ANTES



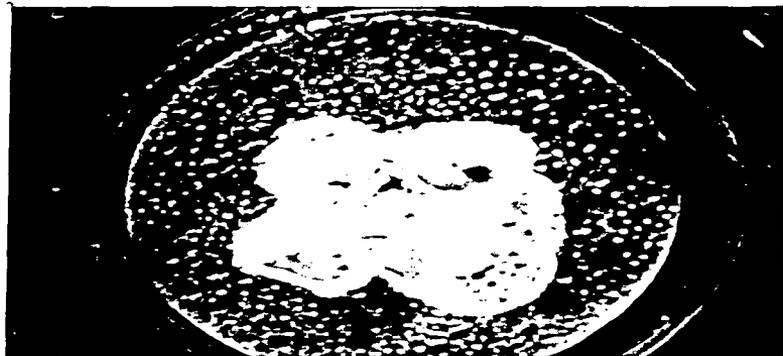
ECZEMATIDES SEBORREICAS DESPUÉS DEL TRATAMIENTO CON LA
COMBINACIÓN KETOCONAZOL ORAL MÁS TÓPICO

RESULTADO DE CULTIVOS:

DE LOS 76 PACIENTES, SÓLO 10 TUVIERON CULTIVO
POSITIVO PARA P. OVALE. (13%).
5 DE ELLOS POR MÉTODO DIRECTO Y 5 RESTANTES
POR MEDIO DEL MÉTCDO DEL TAPIZ.



COLONIAS DE P. OVALE SEMBRADAS EN SABOURAUD CON
ANTIBIÓTICOS ADICIONADOS CON ACEITE DE OLIVA AL 10%



COLONIAS DE P. OVALE SEMBRADAS POR EL MÉTODO DEL TAPIZ

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

- 1.- LA DERMATITIS SEBORREICA ES UNA DERMATOSIS FRECUENTE, - PREDOMINA EN EL SEXO MASCULINO CON UNA RELACIÓN HOMBRE/ MUJER DE 3-1.
- 2.- EL PADECIMIENTO PREDOMINA EN RECIÉN NACIDOS Y EN ADUL-- TOS DE 15 A 30 AÑOS DE EDAD CON UN 11% EN EL PRIMER GRU-- PO Y UN 53% PARA EL SEGUNDO GRUPO.
- 3.- LA FORMA CLÍNICA MÁS FRECUENTE OBSERVADA FUE LA DERMATI-- TIS SEBORREICA FACIAL (DSF) 60% QUE SE PRESENTÓ TODAS - LAS VECES ACOMPAÑADA DE P. CAPITIS.
- 4.- TOMANDO EN FORMA AISLADA LA TOPOGRAFÍA, LA LOCALIZACIÓN PREDOMINANTE FUE LA PIEL CABELLUDA CON UN 77%.
- 5.- LAS OTRAS FORMAS CLÍNICAS SON RARAS, LA DERMATITIS SEBO-- RREICA DEL BIGOTE, DE LA BARBA, PITIRIASIS ESTEATOIDE Y ECZEMATIDES SEBORREICAS SE PRESENTARON EN CONJUNTO EN - UN 5%.
- 6.- LA DERMATITIS SEBORREICA ES UNA DERMATOSIS DE EVOLUCIÓN CRÓNICA, MOLESTA, RECIDIVANTE, EL 60% DE LOS PACIENTES CONSULTARON DESPUÉS DE EVOLUCIÓN Y ANTES DE 5 AÑOS, LO QUE NOS HACE VER QUE AUNQUE SE TRATA EN GENERAL DE UNA DERMATOSIS DE MANIFESTACIONES ESCASAS Y POCO APARENTES, DA LAS SUFICIENTES MOLESTIAS PARA OBLIGAR AL PACIENTE A ACUDIR A CONSULTA.
- 7.- UN 20% DE LOS PACIENTES YA HABÍAN CONSULTADO PREVIAMEN-- TE Y SE HABÍAN APLICADO DIFERENTES TRATAMIENTOS CON RE-

SULTADOS POCO SATISFACTORIOS.

- 8.- DE LOS TRATAMIENTOS PREVIOS LOS MÁS USADOS FUERON EL - SHAMPOO CON ALQUITRÁN DE HULLA Y EL LICOR DE HOFMANN Y EN MENOR PROPORCIÓN LOS GLUCOCORTICOIDES TÓPICOS Y LOS REMEDIOS CASEROS.
- 9.- EN GENERAL NO TIENEN RELACIÓN APARENTE CON LA ENFERMEDAD FACTORES ASOCIADOS COMO: ALCOHOLISMO, CAMBIOS ESTACIONALES, TENSIÓN EMOCIONAL, DATOS FAMILIARES, ALIMENTACIÓN, FACTORES NEUROLÓGICOS Y EMOCIONALES, ANTICONCEPTIVOS, Y ENFERMEDADES COMO PARKINSON Y DIABETES MELLITUS. SÓLO SE PUEDE DESTACAR ALCOHOLISMO EN UN 39% SIENDO IMPORTANTE SÓLO EN UN 13% Y EN EL 26% RESTANTE OCASIONAL. UNA CUARTA PARTE DE LOS PACIENTES, RELATARON TENSIÓN EMOCIONAL, Y ENCONTRÁNDOSE FAMILIARES CON PITIRIASIS CAPITIS EN UN 17%. UN 79% DE LOS PACIENTES LLEVARON UNA ALIMENTACIÓN REGULAR EN APORTE CALÓRICO Y PROTEICO Y EN UN 35% SEÑALARON EXACERBACIÓN DE LA DERMATOSIS CON CLIMA CALUROSO.
- 10.- EL GRADO DE POSITIVIDAD DE LOS FROTIS DE LA PRIMERA - MUESTRA CON GRAM FUE DE UN 100% Y PARA WRIGHT FUE DE UN 91% PRESENTANDO LEVADURAS EN ESCASA O MODERADA CANTIDAD EN FORMA REGULAR EN AMBOS GRUPOS 86% PARA EL PRIMERO Y 82% PARA EL SEGUNDO, SE ENCONTRARON ELEMENTOS EN UN 14% PARA EL GRAM, Y SÓLO UN 3% CON EL WRIGHT.
- 11.- LA TINCIÓN MÁS ÚTIL, EFICAZ Y RÁPIDA PARA IDENTIFICAR - AL PITYROSPORUM FUE LA TINCIÓN GRAM.

- 11.- ESTE ESTUDIO NO PERMITE CONCLUIR SI HAY DIFERENTES FORMAS DE LEVADURAS DE ACUERDO A LA VARIEDAD CLÍNICA OBSERVADA, PERO ES NOTORIO EL PREDOMINIO DE LAS GRANDES LEVADURAS EN LAS FORMAS INFANTILES.
- 13.- LA CREMA DE KETOCONAZOL TIENE EFECTIVIDAD EN LA DERMATITIS SEBORREICA PERO LA VÍA ORAL NO REPRESENTA NINGUNA VENTAJA ADICIONAL PARA EL PACIENTE, TANTO EN ADMINISTRACIÓN SEMANAL COMO DIARIA.
NO SE PUEDE ASEGURAR SU VALOR EN DERMATITIS SEBORREICA INFANTIL, POR EL ESCASO NÚMERO DE PACIENTES, SE UTILIZÓ SOBRE TODO EN PSEUDOTIÑA AMIANTACEA Y EN P. ESTEATOIDE PERO LOS RESULTADOS FUERON POCO SATISFACTORIOS.
- 14.- EN LOS CASOS EN DONDE FUE ÚTIL EL KETOCONAZOL CREMA NO SE PUDO DETERMINAR LA RELACIÓN CON LA VARIEDAD O LA FORMA CLÍNICA, EL TIEMPO DE EVOLUCIÓN O LOS TRATAMIENTOS PREVIOS.
- 15.- EL VIOFORMO ES MUY EFECTIVO EN DERMATITIS SEBORREICA DEL NIÑO, PERO NO FUE EVALUADO EN ADULTOS.
- 16.- AUNQUE LA EXPERIENCIA DE MUCHOS AÑOS HA MOSTRADO LA UTILIDAD DEL LICOR DE HOFFMAN EN DERMATITIS SEBORREICA, ÉSTA NO FUE DEMOSTRADA EN NUESTRO TRABAJO DEBIDO PROBABLEMENTE AL PREDOMINIO DE LA VARIEDAD AMIANTÁCEA EN ESTE GRUPO ASÍ COMO EL ESCASO NÚMERO DE PACIENTES INCLUIDOS.
- 17.- EL PEQUEÑO ESTUDIO PILOTO A DOBLE CIEGO KETOCONAZOL VS PLACEBO EN FORMA DE SHAMPOO MOSTRÓ, QUE EL SHAMPOO DE

KETOCONAZOL AL 2% EN FORMAS MODERADAS DE P. CAPITIS --
TIENE BUEN RESULTADO TANTO CLÍNICO COMO MICOLÓGICO.

- 18.- LA DERMATITIS SEBORREICA ES UNA ENFERMEDAD DE ETIOLOGÍA DESCONOCIDA POR LO QUE NO EXISTE UN TRATAMIENTO ESPECÍFICO. DEBIDO A LA PRESENCIA DE P. OVALE SE HA UTILIZADO EL KETOCONAZOL, AUNQUE LOS TRATAMIENTOS CONVENCIONALES SIGUEN SIENDO DE GRAN UTILIDAD, UNA NUEVA ALTERNATIVA ES EL USO DEL KETOCONAZOL EN FORMA DE SHAMPOO.
- 19.- EL DIAGNÓSTICO CLÍNICO ES SENCILLO, NO SE REQUIEREN EXÁMENES DE LABORATORIO, PERO PUEDE SER CONVENIENTE REALIZAR FROTIS CON TÉCNICA DE GRAM, PARA VER LA POSIBILIDAD DE P. OVALE.
- 20.- LA BIOPSIA NO ES NECESARIA, PERO ORIENTAN LOS DATOS SIGUIENTES: PRESENCIA DE HIPERQUERATOSIS CON ÁREAS DE PARQUERATOSIS, ACANTOSIS, ESPONGIOSIS Y DISCRETA EXOCITOSIS.

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

- 1.- ACKERMAN, A. B.: HISTOLOGIC DIAGNOSIS OF INFLAMMATORY SKIN DISEASES, LEA & FEBIGER, 1A. ED. PHILADELPHIA, 1978, PPS 78-86.
- 2.- AGACHE, P.; BLANC, D.: CURRENT STATUS IN SEBUM KNOWLEDGE INT. J. DERM., 6(1):304-311, 1985.
- 3.- AGUILAR ZAPATA, R.E.: VITAMINAS EN DERMATOLOGÍA, TESIS - DE POSTGRADO, CDP, MÉXICO 1986.
- 4.- ALEXANDER, S.: LOSS OF HAIR AND DANDRUFF, DR. J. DERMATOL 79: 549-551, 1967.
- 5.- ARENAS, R.: EXPERIENCIA CLÍNICA CON KETOCONAZOL EN EL - CDP, AVANCES RECIENTES EN DERMATOLOGÍA, MONTERREY, N.L., MÉXICO, AGOSTO 21, 1981.
- 6.- ARENAS, R.: DERMATITIS SEBORREICA, COMUNICACIÓN PERSONAL, MÉXICO, 1986.
- 7.- ARON-BRUNETIERE, R.; DOMPMARTIN-PERNOT, D; DROUBERT, E.: TREATMENT OF PITYRIASIS CAPITIS (DANDRUFF) WITH ECONAZOLE NITRATE, ACTA DERMATOVENER., 57(1):77-80, 1977.
- 8.- BENHAM, R.W.: THE CULTURALE CHARACTERISTICS OF PITYROSPORUM OVALE: A LIPOPHILIC FUNGUS, J. INVEST. DERMATOL., 2: 187-203, 1939.
- 9.- BELEW, P. W., SKINNER, R.B.; ROSENBERG, E. W.: EFFECT OF TOPICAL KETOCONAZOL ON PITYROSPORUM (MALASSEZIA) COLONIZATION OF THE SCALP IN PSORIASIS, SUBMITTED TO CLINICAL RESEARCH. NO PUBLICADO.

- 10.- BELEW, P.W.; ROSENBERG, E.W.; JENNINGS, B.R.: ACTIVATION OF THE ALTERNATIVE PATHWAY OF COMPLEMENT BY MALASSEZIA OVALIS (PITYROSPORUM OVALE), MYCOPATHOLOGIA, 70:187-191, 1980.
- 11.- BINDER, R.C.; JONELIS, F.J.: SEBORRHOEIC DERMATITIS IN NEUROLEPTIC INDUCED PARKINSONISM, ARCH. DERMATOL., - 119(6):475-475, 1983.
- 12.- BORELI, D.: DIAGNÓSTICO DE MALASSEZIS OVALIS Y MALASSEZIA FURFUR, DERMATOLOGÍA VENEZOLANA, 21:21-25, 1985.
- 13.- BRAUER, E.W.; OPDYKE, D.L.; BURNETT, C.M.: THE ANTISEBORRHOEIC PROPERTIES OF ZINC PYRITHIONE (ZINC PYRIDINE-2-THIOL-1-OXIDE) IN A CREAM VEHICLE, J. INVEST. DERMATOL., 47:174, 1966.
- 14.- BRAUER, E.: ANTISEBORRHOEIC QUALITIES OF ZINC PYRITHIONE IN A CREAM VEHICLE CLINICAL EXPERIENCE IN PITYRIASIS CAPITIS., CUTIS., 5(6):723-725, 1969.
- 15.- BROTHERTON, J.: RELATIVE EFFECTIVENESS OF DIFFERENT CLASSES OF FUNGICIDES AGAINST PITYROSPORUM OVALE, BR. J. DERM., 80:749-752, 1968.
- 16.- BRUNEAU, S.H.; GUINET, R. H.: QUANTITATIVE IMMUNOELECTROPHORETIC STUDY OF GENUS PITYROSPORUM, SABOURAUDIA 27(3):274-276, 1984.
- 17.- BURTON, J.L.; CARLIDGE, N.; SHUSTER, S.: SEBUM EXCRETION IN PARKINSONISM, BR. J. DERMATOL., 88:263-266, 1973.
- 18.- BURTON, J.L.; SHUSTER, S.: EFFECT OF L-DOPA ON SEBORRHOEIC OF PARKINSONISM., THE LANCET., 2:311, 1970.

- 19.- CAUWENBERGH, J.; SCHUERMANS, M.; MOENS, ADE.: THE USE OF KETOCONAZOLE AS A TOPICAL AGENT, 13TH, INTERNATIONAL CONGRESS OF CHEMOTHERAPY, VIENNA, AUSTRIA, AUGUST 28TH TO SEPTEMBER 2, 1983.
- 20.- CAUWENBERG, J.; DEGREEF, H.; VERHOEVE, L.: TOPICAL KETOCONAZOLE IN DERMATOLOGY, A PHARMACOLOGICAL AND CLINICAL REVIEW. MYCOSEN., 27(8):395-396, 1984.
- 21.- CAPRILLI, F.; MERCANTINI, R.; HAZARRO-PORRO, M.: STUDIES OF GENUS PITYROSPORUM IN SUBMERGED CULTURE, MYCOPATHOL., 51:71-189, 1975.
- 22.- COLMENARES PABLO.: LAS LEVADURAS, TESIS DE POSTGRADO, - CDP, MÉXICO, 1984.
- 23.- CONTI-DIAZ, I.; CIVILA, E.; ASCONEGUI, F.: TREATMENT OF SUPERFICIAL AND DEEP-SEATED MYCOSES WITH ORAL KETOCONAZOLE., INT. J. DERM., 23(2):207-210, 1984.
- 24.- COTTERILLY, B.; BULUSU, L.: AGE AND SEX VARIATION IN SKIN SURFACE LIPID COMPOSITION AND SEBUM EXCRETION RATE BR. J. DERM., 87:333, 1972.
- 25.- CRAVEN, P.; GRAYBILL, J.; ET AL.: COMBINATION OF ORAL FLUCYTOSINE AND KETOCONAZOLE AS THERAPY FOR EXPERIMENTAL CRYPTOCOCCAL MENINGITIS. THE J. OF INFECTIOUS DISEASE., 149(4):584-590, 1984.
- 26.- CROTTY, R.: ERYTODERMA DESQUAMATIVUM (LEINER DISEASE) ARCH. DERMATOL., 71:587-590, 1955.
- 27.- COTZIAS, G.C. PAPAVALIOU, P.S.; GELLEN, R.: MODIFICATION OF PARKINSONISM CHRONIC TREATMENT WITH L-DOPA. NEW. ENG. J. MED., 280:337-345, 1969.

- 28.- DARIER., SABOURAUD., GOUGEROT., MILIAN., PAUTRIER.,
RAVAUL., SÉZARY; CLEMENT; SIMON: NOUVEILLE PRACTIQUE
DERMATOLOGIE. MASSON ET CE ETIREURS. TOMO VIII, PARIS,
1936, PPS 1-50.
- 29.- DAVIES, J.H.: SEBORRHOEIC ECZEMA: ANT ATTEMPT TO
DEFINE THE SCOPE OF THE TERM. BR. J. DERM 64(2):213-224
1952.
- 30.- DEGOS, R.: DERMATOLOGIE 1, FLAMMARION, PARIS, 1980,
PPS 601-11.
- 31.- DORN, H.; ROECHNERT, K.: DIMOPHISM OF PITYROSPORUM
ORBICULARE IN A DEFINED CULTURE MEDIUM. J. INVEST. DER
MATOL., 69:244-248, 1977.
- 32.- DOWNING, D.; STRAUSS, A.; ET AL.: MEASUREMNT OF THE
TIME BETWEEN SYNTHESIS AND SURFACE EXCRETION OF
SEBACEOUS LIPIDS IN SHEEP AND MAN. J. INVEST. DERMATOL.
64:215-219, 1975.
- 33.- FAERGEMANN, J.; FREDRIKSSON, T.: TINEA VERSICOLOR WITH
REGARD TO SEBORRHOEIC DERMATITIS. ARCH. DERMATOL.,
115:966-969, 1979.
- 34.- FAERGEMANN, J.; FREDRIKSSON, T.: AGE INCIDENCE OF
PITYROSPORUM ORBICULARE ON HUMAN SKIN. ACTA DERMATOVE-
NER., 60:531-533, 1980.
- 35.- FAERGEMANN, J.; FREDRIKSSON, T.: EXPERIMENTAL INFEC-
TIONS IN RABBITS AND HUMANS WITH PITYROSPORUM
ORBICULARE AND PITYROSPORUM OVALE. J. INVEST. DERMATOL.
77:314-318, 1981.

- 36.- FAERGEMANN, J.; MAIBACH, H.: THE PITYROSPORUM YEASTS, THEIR ROLE AS PATHOGENS. INT. J. DERM., 23(7):463-465 1982.
- 37.- FAERGEMANN, J.; FREDRIKSSON, T. & TJERNLUND, U.; SCHEYNIUS, A.; BERNARDER, S.: ANTIGENIC SIMILARITIES AND DIFERENCES IN GENUS PITYROSPORUM. J. INVEST. DERMATOL., 78(1):28-31, 1982.
- 38.- FAERGEMANN, J.; FREDRIKSSON, T. & TINEA VERSICOLOR, SOME NEW ASPECTS ON ETIOLOGY, PATHOGENESIS AND TREATMENT. INT. J. DERMATOL., 21(1):6-11, 1982.
- 39.- FAERGEMANN, J.; RAZA, A. & MAIBACH, H.: GROWTH AND FILAMENT PRODUCTION OF PITYROSPORUM ORBICULARE AND PITYROSPORUM OVALE ON HUMAN STRATUM CORNEUM IN VITRO. ACTA DERMATOVENER., 63:388-392, 1983.
- 40.- FARR, P. M.; SHUSTER, S.: TREATMENT OF SEBORRHOEIC DERMATITIS WITH TOPICAL KETOCONAZOLE. THE LANCET., 2:271, 1984.
- 41.- FITZPATRICK, T. B.: DERMATOLOGÍA EN MEDICINA GENERAL, - 4/A. ED., ED. PANAMERICANA, BUENOS AIRES, ARGENTINA, 1979, PPS 812-816.
- 42.- FITZPATRICK, T. B.; POLANO, H.; SLURMOND, D.: COLOR ATLAS AND SYNOPSIS OF CLINICAL DERMATOLOGY, 1ERA ED. MC GRAW-HILL COMPANY, NEW YORK, U.S.A., ST. LOUIS, SAN FRANCISCO, AUCKLAND, BOGOTÁ, GUATEMALA, HAMBURG, JOHANNESBURG, LISBOA, LONDON, MADRID, MÉXICO, MONTREAL, NEW DELHI, PANAMÁ, PARÍS, SAN JUAN, SAO PAULO, SINGAPORE, SYDNEY, TOKYO, AND TORONTO, 1983, PPS 63-73.

- 43.- FERGURSON, A.; ET AL.: NAPKIN DERMATITIS WITH PSORIASI FORM "IDE". BR. J. DERMATOL., 107:588, 1973.
- 44.- FORD, G.P.; FARR, P.M.; IVE, F.A.; SHUSTER, S.: THE RESPONSE OF SEBORRHEIC DERMATITIS. BR. J. DERMATOL 111:603-607, 1984.
- 45.- FORNASA-VELLER, C.; SERRAT, E.; BERSANI, G.; PESERICO, A.: STUDIO MICROBIOLOGICO MIRATO SU 76 PACIENTI CON PITIRIASI SECCA IN CHIAZZE, PITIRIASI STEATOIDE E PSEUDOTGNA AMIANTACEA. GIOR. ITAL. DERM. VENER., 108:277-279, 1983.
- 46.- FLORES, G.: HIPERSENSIBILIDAD RETARDADA A ANTÍGENOS DE P. ORBICULARE Y P. OVALE EN PACIENTES CON PITIRIASIS - VERSICOLOR Y DERMATITIS SEBORREICA, TESIS FAC. DE QUÍMICA, UNIVERSIDAD DE GUADALAJARA, MÉXICO, 1982.
- 47.- FREDRIKSSON, T.; FAERGEMANN, J.: SEMANTICS TINEA VS PITYRIASIS VERSICOLOR AND PITYROSPORUM ORBICULARE VS MALASSEZIA FURFUR, WHICH IS PROPER? INT. J. DERMATOL. 110-111, 1982.
- 48.- GALGIANI, J.; STEVENS, D.; GRAYBILL, J.; ET AL.: PSEUDALLESCHERIA BOYDI INFECTIONS TREATED WITH KETOCONAZOLE. CHEST 29(5):609-618, 1984.
- 49.- GAMBORG-NIELSEN, P.: IN VITRO ANTIFUNGAL EFFECT OF METRONIDAZOLE ON PITYROSPORUM OVALE, MYCOSEN., 27(9):475-476, 1984.
- 50.- GARCÍA JARAMILLO, A.: PITIRIASIS VERSICOLOR, ASPECTOS MICOLÓGICOS. TESIS DE POSTGRADO, CDP, MÉXICO, 1981.

- 51.- GORDON, M.A.: THE LIPOPHILIC MICROFLORA OF THE SKIN, MYCOLOGIC 45:524, 1951.
- 52.- GONZÁLEZ-OCHOA, A.; ET AL.: ACCIÓN DE LA ANFOTERICINA B EN LA BLEFARITIS SEBORREICA DEL PITYROSPORUM OVALE. MED. CUT., 2:175, 1966.
- 53.- GRACIANSKY, P.; DE BOULLE, M.; GUILAINE, J.: ATLAS DE DERMATOLOGIE MALOINE, 1973, 45-64.
- 54.- GRAYBILL, J; DRUTZ, D.: KETOCONAZOLE: A MAJOR INNOVATION FOR TREATMENT OF FUNGAL DISEASE. ANN INTER MED., 93(6):921-23, 1980.
- 55.- GLICK-ARTUR, W.; MONES, R.; HILENTZ, J.; BERGER, B.: THE EFFECT OF L-DOPA ON SEBORRHEIC DERMATITIS IN IDIOPATHIC PARKINSON DISEASE. CUTIS 8:2, 6, 28, 1971.
- 56.- GRIGORIU, A.; AND GRIGORIU, A.: SUPERFICIAL MYCOSES: KETOCONAZOLE TREATMENT. MYCOSEN., 25(5):258, 1982.
- 57.- GUZMÁN F. ANTONIO: LUPUS ERITEMATOSO EN NIÑOS. TESIS DE POSTGRADO, CDP, MÉXICO, 1984.
- 58.- HANNA-JAMES, H.; JOHNSON, T.: MALASSEZIA (PITYROSPORUM) FOLICULLITIS OCCURRING WITH GRANULOMA ANNULARE AND ALOPECIA AREATA. ARCH. DERMATOL., 119:869-871, 1983.
- 59.- HENRY, J.: KETOCONAZOLE. DERMATOLOGIC CLINICS., 2(1) W.B. SAUNDERS COMPANY, 1984, PPS 121-128.
- 60.- HODGSON-JONES, L.S.; MACKENNA, P.M.B.: THE SURFACE SKIN FAT IN SEBORRHEIC DERMATITIS. BR. J. DERM., 65:426-256, 1968.

- 61.- HURWITZ, S.: SEBORRHEIC DERMATITIS. A TEXTBOOK OF SKIN DISORDER OF CHILDHOOD AND ADOLESCENCE. W.B. SAUNDERS COMPANY., 1981, PPS: 62-68.
- 62.- ICHIRO, R.; ET AL.: PITYROSPORUM INFECTION IN AN - INFANT WITH LESSIONS RESEMBUNG ERYTHEMA ANNULARE CENTRIFUGUM. ARCH. DERMATOL., 120:380-82, 1984.
- 63.- JANSSEN, P.; CAUWENBERGH, G.; SYMOENS, J.: HEPATIC REACTIONS DURING KETOCONAZOLE TREATMENT: A 1 YEAR UPDATE JANSSEN PHARMACEUTIC, BELGIUM 1-8, 1983.
- 64.- JEFFERSON, J.: SEBORRHEIC DERMATITIS WITH MONILIASIS. BR. J. DERMATOL., 81, 1969.
- 65.- JENNINGS, J.; IZUNO, G.: A COMPARISON STUDY OF TWO TAR SHAMPOOS IN THE TREATMENT OF SEBORRHEIC DERMATITIS AND PSORIASIS. J. ASSOC. MILITARY DERMATOLOGISTS., VIII(1) :26-27, 1982.
- 66.- KAMALAM, A.; TRAMBIAH, S.: KETOCONAZOLE IN THE TREATMENT OF COMBINED INFECTION WITH DERMATOPHYTOSIS AND CANDIDOSIS. MYKOSEN., 27(5):252-254, 1984.
- 67.- KEDDIE, F.M.; BARAJAS, L.: QUANTITATIVE ULTRAESTRUCTURAL VARIATIONS BETWEEN PITYROSPORUM OVALE AND PITYROSPORUM ORBICULARE BASED ON SEMISECTION ELECTRON MICROSCOPY. INT. DERM., 11:40-48, 1972.
- 68.- KLATZ, S.A.; DRUTZ, D.J.; HUPPERTEM, ET AL.: PITYROSPORUM FOLICULLITIS ITS POTENTIAL FOR CONFUSION WITH SKIN LESIONS OF SYSTEMIC CANDIDIASIS. ARCH. MED. INTER., 142:22-26, 1982.

- 69.- KAHN, D.: PIEL Y TRASTORNOS PSICOSOMÁTICOS. ACTUALIDADES MÉDICAS., 149, 1970.
- 70.- LEROY, D.; MICHEL, M.; VION, M.; MAHOUDEAU, J.; - - DESCHAMPS, P.: GRANULOME MOMILIASIQUE TRAITÉ AVEC SUCCÈS PAR KÉTOCONAZOLE DEPUIS 30 MOIS. LA PRESSE MÉDICALE., 13(25):1559-1563, 1984.
- 71.- LEYDEN, J.; KENNETH, J.; MCGINLEY, A.; KLIGMAN, M.: ROLE OF MICROORGANISM IN DANDRUFF. ARCH. DERMATOL., 112(3):333-338, 1978.
- 72.- LEVER, W.F.: HISTOPATOLOGY OF THE SKIN, 5TH ED. J.B. LIPPIN-COTT COMPANY, PHILADELPHIA, TORONTO, 1979, PPS 80-82.
- 73.- LONDOÑO, F.; AND PORRAS DE QUINTANA, L.: TREATMENT OF SEBORRHEIC DERMATITIS WITH KETOCONAZOLE. JANSSEN PHARMACEUTIC INC. 1-3, 1984.
- 74.- MCGINLEY, K.J.; LANTIS, L.R.; MARPLES, R.: MICROBIOLOGY OF TINEA VERSICOLOR. ARCH. DERM., 102:168, 1970.
- 75.- MCGINLEY, K.J.; ET AL.: QUANTITATIVE MICROBIOLOGY OF THE SCALP IN NON DANDRUFF, DANDRUFF AN SEBORRHEIC DERMATITIS. J. INVEST. DERMATOL., 64:401-405, 1972.
- 76.- MACKEE, G. M.; LEWIS, G.M.; PINKERTON, H.: DANDRUFF AND SEBORRHEA, 11, FLORA OF THE FACE AND FURTHER STUDIES ON THE FLORA OF THE SCALP. J. INVEST. DERMATOL. 2:31-41, 1939.
- 77.- MAGNINI, P.H.; ET AL.: ACCIÓN DE LA ESPIRONOLACTONA SOBRE LA SECRECIÓN SEBÁCEA. REV.ARG.DERM., 66:152-154, 1985.

- 78.- MARPLES, R.; KLIGMAN, A.: THE ROLE OF THE AEROBIC MICROFLORA IN THE GENESIS OF FREE ACIDS IN HUMAN SURFACE LIPIDS. J. INVEST DERMATOL., 55:173-78, 1970.
- 79.- MARPLES, R.; DOWNING, D.; KLIGMAN, A.: INFLUENCE OF PITYROSPORUM SPECIES IN THE GENERATION OF FREE FATTY ACIDS IN HUMAN SURFACE LIPIDS. J. INVEST DERMATOL., 58(3):155-59, 1972.
- 80.- MARRIOTT, M.S.: INHIBITION OF STEROL BIOSYNTHESIS IN CANDIDA ALBICANS BY IMIDAZOLE-CONTAINING ANTIFUNGALS. J. OF GENERAL MICROBIOLOGY., 117(5):253-255, 1979.
- 81.- MARTIN-SCOTT, L.: THE PITYROSPORUM OVALE. BR. J. DERM. 64:257-273, 1952.
- 82.- MAURIAT, M.E.: CONTRIBUTION A'L'ETUDE DES LEUVRES DU GENNE PITYROSPORUM, CHEZ L'HOMME ET DES "PITYROSPOROSSES" POUR LE DOCTORAT EN MEDICINE. ACADEMIE DE PARIS "RENÉ DESCARTES", PARIS FRANCIA 1980.
- 83.- NIESSARITAKIS, J.; KATTAMIS, CH.; KARABULA, C.; MATSANIOTIS, H.: GENERALIZED SEBORRHEIC DERMATITIS CLINIC AND THERAPEUTIC DATA OF 25 PATIENTS. ARCH. DIS. CHIL., 50:871-874, 1975.
- 84.- MICHEL, O.; ET AL.: CANDIDA ASTHMA: TREATMENT WITH KETOCONAZOLE. ANNUAL MEETING OF THE EUROPEAN ACADEMY OF ALLERGOLOGY AND CLINICAL IMMUNOLOGY. BRUSSELS, BELGIUM, 1984.
- 85.- MOCHELA, P.: TEXTBOOK OF DERMATOLOGY, SEBORRHEIC DERMATITIS, 6 TH ED. W.B. SAUNDERS, LONDRES, TOKYO, MEXICO, 1984, PPS 356-361.

- 86.- MOLINA, E.B.; DE MARÍA, C.L., RÍO, C.M.: ALCOHOLISMO Y PIEL. REV. ARG. DERM., 60(1):55-62, 1979.
- 87.- MOORE, M.; KILERL-ENGMAN, M.F.: PITYROSPORUM OVALE CULTIVATION AND POSSIBLE ROLE IN SEBORRHEIC DERMATITIS. ARCH. DERM. SYPH., 33:457-72, 1936.
- 88.- NAZZARO-PORRO, M.; PASSI, S.; CAPRILLI, F.; MERCANTINI, R.: INDUCTION OF HYPHAE IN CULTURES OF PITYROSPORUM BY CHOLESTEROL AND CHOLESTEROL ESTERES. J. INVEST. DERMATOL. 69(G):531-534, 1977.
- 89.- NAZZARO-PORRO, M.; PASSI, S.; CAPRILLI, F.; MERCANTINI, R.: INDUCTION OF HYPHAE IN CULTURES OF PITYROSPORUM, J. INVEST. DERMATOL., 71:205-208, 1978.
- 90.- NAZZARO-PORRO, M.; PASSI, S.; CAPRILLI, F.: GROWTH REQUERIMENTS AND LIPID METABOLISM OF PITYROSPORUM ORBICULARE. J. INVEST DERMATOL., 66:178, 1976.
- 91.- NAZZARO-PORRO M.; PASSI, S.: IDENTIFICATION OF TYROSINASE INHIBITORS IN CULTURES OF PITYROSPORUM. J. INVEST. DERMATOL., 71:205-208, 1978.
- 92.- NAZZARO-PORRO, M.; PASSI, S.: ASPETTI BIOLOGILLI DEL PITYROSPORUM. GIORN. E MIN. DERM., 113:267-270, 1978.
- 93.- OBERMAYER, L.: PSYCHOCUTANEUS MEDICINE, 4TH ED. 1976. PSS: 306-312.
- 94.- ORTIZ-CASILLAS, J.: DETERMINACIÓN DE ANTICUERPOS CIRCULANTES E HIPERSENSIBILIDAD RETARDADA CUTÁNEA A ANTÍGENOS DE PITYROSPORUM EN PACIENTES CON PITIRIASIS VERSICOLOR Y DERMATITIS SEBORREICA. TESIS FAC. DE QUÍMICA, UNIVERSIDAD DE GUADALAJARA, MÉXICO 1986.

- 95.- PANCONESI, E.; VALLECHI, G.: INTRODUCTION TO THE STUDY OF SKIN FATTY ACIDS ANALYSIS WITH GAS-CHROMATOGRAPHY. ARCH. DERM., 2:212-222, 1972.
- 96.- PARISH, L.: ALCOHOLISM AND SKIN DISEASE. INT. J. DERM. 24(2):300-1, 1985.
- 97.- PARISH, L.: L-DOPA FOR SEBORRHEIC DERMATITIS, LETTER. NEW ENG. J. MED., 283(16):879, 1970.
- 98.- PINKUS, H.; HEHEGAN, A.: THE PRIMARY HISTOLOGIC LESION OF SEBORRHEIC DERMATITIS AND PSORIASIS. J. INVEST - DERMATOL., 46:109-116, 1966.
- 99.- PORRES, S.: HISTIOCITOSIS X. TESIS DE POSTGRADO, CDP, MÉXICO, 1984.
- 100.- POTTER, B.; BURRIGON, JR., C.F.; JOHNSON, W.P.: PITYROSPORUM FOLICULLITIS. ARCH. DERM., 107:388-91, 1973.
- 101.- POTTER, B.; BURRIGON, C.E.; JOHNSON, W.C.: PITYROSPORUM FOLICULLITIS WITH KETOCONAZOLE. MYCOSEN., 24:167, 1981.
- 102.- PRIESTLEY, G.C.; SAVIN, J.A.: THE MICROBIOLOGY OF DANDRUFF. BR. J. DERM., 94:469-473, 1976.
- 103.- PRIESTLEY, G.C.; BROWN, J.C.: ACUTE TOXICITY OF ZINC PYRITHIONE TO HUMAN SKIN CELLS "IN VITRO". ACTA DERMATOVENER., 60:145, 1980.
- 104.- REED, W.; PIDGEON, J.: PATIENTS WITH SPINAL CORD INJURY. ARCH. DERM., 83(3):379-385, 1961.
- 105.- REKHAN, S.; SHARAF, D.: DANDRUFF: ASSESSMENT AND MANAGEMENT. INT. J. DERMATOL., 22(9):511-514, 1983.

- 106.- ROCK, A.: TEXTBOOK OF DERMATOLOGY, BLACKWELL SCIENTIFIC PUBLICATIONS OXFORD, LONDON, EDINBURGH, MILBOURNE, 3TH ED. VOL. 1, 1979, PPS:308-312.
- 107.- ROBERTS, S.: PITYROSPORUM ORBICULARE INCIDENCE AND DISTRIBUTION ON CLINICAL NORMAL SKIN. BR. J. DERM., 81:264-269, 1968.
- 108.- ROBERTS, S.: THE MICROLOGY OF THE CLINICALLY NORMAL SCALP. BR. J. DERM., 111:626-628, 1980.
- 109.- ROCHA, G.L.; SILVA, E.; LIMA, O.; COTO, M.: EXPERIMENTAL STUDIES ON PITYROSPORUM OVALE ITS PATHOGENICITY AND ANTIGENIC CAPACITY. J. INVEST. DERMATOL., 19:289-292, 1952.
- 110.- ROSENBERG, E.W.; BELEW, P.W.: IMPROVEMENT OF PSORIASIS OF THE SCALP WITH KETOCONAZOLE. ARCH. DERMATOL., 118:370-371, 1982.
- 111.- RUIZ MALDONADO, SAUL A., IBARRA, G., TAMAYO, L.: TEMAS DE DERMATOLOGÍA PEDIÁTRICA. IRA., ED. FCO. MENDEZ C. EDITOR. 1980, PPS 121-125.
- 112.- SARABIA, S.: EL KETOCONAZOL EN EL TRATAMIENTO DE 30 PACIENTES CON ONICOMICOSIS. TESIS DE POSTGRADO, CDP, MÉXICO, 1981.
- 113.- SOOPOR, H.J.: PITYROSPORUM OVALE TYPES CULTURED FROM NORMAL AND SEBORRHEIC SUBJECTS. ARCH. DERMATOL., 69:324, 1954.
- 114.- SOLOMON, L.: DERMATOLOGÍA NEONATAL, 5A. ED. EDITORIAL IRED. PANAMERICANA, BUENOS AIRES, ARG. 1979, PPS 194-196.

- 115.- SOHNLE, P.G.; COLLINS-LEECH, C.: RELATIVE ANTIGENICITY OF PITYROSPORUM ORBICULARE AND CANDIDA ALBICANS. J. INVEST. DERMATOL., 75:279-83, 1980.
- 116.- SOMERVILLE, D.: THE EFFECT OF AGE ON THE NORMAL - BACTERIAL FLORA OF THE SKIN. BR. J. DERM., 81 SUPPLEMENT 1:14-20, 1969.
- 117.- SHELLOW, W.: THE SKIN IN ALCOHOLISM. INT. J. DERMATOL. 22(4):506-10, 1983.
- 118.- SHIFRINE, H.; MARR, A. G.: THE REQUIREMENT FATTY ACIDS BY PITYROSPORUM OVALE. J. GEN MICROBIOL., 32:263, 1963.
- 119.- SHUSTER, S.: THE AETIOLOGY OF DANDRUFF AND MODE OF ACTION OF THERAPEUTIC AGENTS. BR. J. DERMATOL., 111:235-242, 1984.
- 120.- SKINNER, R.; BELEW, P.W.; ET AL.: TREATMENT OF SEBORRHEIC DERMATITIS WITH 2% KETOCONAZOLE CREAM AND PLACEBO. AM ACA DERM. 45RD ANNUAL MEETING, WASHINGTON, D. C. DECEMBER 1-6, 1984, PPS 112.
- 121.- SKINNER, R. JR.; NOAH, P.: DOUBLE BLIND TREATMENT OF SEBORRHEIC DERMATITIS WITH 2% KETOCONAZOLE CREAM. J. AME ACAD., 12(5):1-3, 1985.
- 122.- TAGER, A.; BERLIN, C.; SCHEN, R.J.: SEBORRHEIC DERMATITIS IN ACUTE CARDIAC DISEASE. BR. J. DERM., 64(80):367-369, 1961.
- 123.- TANAKA, M.; IMAMURA, S.: IMMUNOLOGICAL STUDIOS ON PITYROSPORUM GENUS AND MALASSEZIA FURFUR. J. INVEST DERMATOL., 73:321-323, 1979.

- 124.- TAVARES-SODRÉ, C.; DE ASSIS-TANIA, L.; AZOLAY, D.R.:
PITIRIASE VERSICOLOR. ANNAIS BRAS DERM., 59(6):275-280,
1984.
- 125.- TEGNER, E.: SEBORRHEIC DERMATITIS OF THE FACE INDUCED
BY PUVA TREATMENT. ACTA DERMATOVENER., 63:335-339, 1983.
- 126.- VANBREUSESEGHEN, R.; DEFIEGE, R.: CONTRIBUTION EL ETUDE
DE PITIRIASIS VERSICOLOR ET DE PITYROSPORUM OVALE. ANN
SOC BEL TROP., 58:52-54, 1954.
- 127.- VILLARREAL, F.G.: TRICOPATIAS, TESIS DE POSTGRADO, CDP
MÉXICO, 1983.
- 128.- WAERTED, A.; HJORTH, N.: PITYROSPORUM ORBICULARE A
PATHOGENIC FACTOR IN ATOPIC DERMATITIS OF THE FACE,
SACL P AND NECK. ACTA DERMATOVENER., SUPPL. 114:146-148
1985.
- 129.- WEARY, P. F.: PITYROSPORUM OVALE OBSERVATIONS ON SOME
ASPECTS OF HOST PARASIT INTERRELATIONSHIP. ARCH. DERM.
98:408, 1968.
- 130.- WEARY, P.E.: COMEDOGENIC POTENTIAL OF THE LIPID EXTRAC
OF PITYROSPORUM OVALE. ARCH. DERM., 102:84, 1970.
- 131.- WILDE, P.; STEWART, P.: A STUDY OF THE FATTY ACID
METABOLISM OF THE YEAST PITYROSPORUM OVALE. BIOCHEM J.
108:225-231, 1968.
- 132.- WILLIAMS, R.: TRATADO DE ENDOCRINOLOGÍA. 3ERA. ED. -
SALVAT EDITORES, S. A., BARCELONA, MADRID, BUENOS AIRES
MÉXICO, CARACAS, BOGOTÁ, QUITO, RÍO DE JANEIRO, SANTIAGO
DE CHILE, SAN JUAN DE PUERTO RICO, 1979, PPS 1045-1048.

- 133.- WITKOWSKI, J.: ALCOHOL AND SKIN. INT. J. DERMATOL., -
24(2):295, 1985.
- 134.- WITTKOWER, R.E.; MACKENNA, R.: THE PSYCHOLOGICAL
ASPECTS OF DERMATITIS SEBORRHEIC. BR. J. DERM SYPH.,
59:281-293, 1947.
- 135.- WHITLOCK, F.A.: PITYROSPORUM OVALE SOME AL SCALY
CONDITIONS OF THE SCALP. BR. J. MED., 3:484-487, 1953.
- 136.- WRIGHT, L. R.; SCOTT, E. N.; GORMAN, S.P.: THE SENSITI
VITY OF MYCELIUM, ARTHROSPORES AND MICROCONIDIA OF
TRICHOPHYTON MENTAGROPHTES TO IMIDAZOLES DETERMINED BY
"IN VITRO" TESTS. J. OF ANTIMICROBIAL CHEMOTHERAPY.,
118(12):317-327, 1983.
- 137.- YATES, V. N.; KERR, R. E.; MACKIE, R. N.: EARLY
DIAGNOSIS OF INFANTILE SEBORRHEIC DERMATITIS AND
ATOPIC DERMATITIS, CLINICAL FEATURES. BR. J. DERM.,
108(6):639, 1983.
- 138.- YATES, V. N.; ET AL.: EARLY DIAGNOSIS OF INFANTILE
SEBORRHEIC DERMATITIS AND ATOPIC DERMATITIS TOTAL AND
SPECIFIC IGE LEVELS. BR. J. DERM., 87(1):333, 1972.