



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE  
MEXICO  
FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE  
POSGRADO E INVESTIGACION

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS  
SOCIALES PARA LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

DR. BELISARIO DOMINGUEZ Y PALENCIA

FRECUENCIA DE PATOLOGIAS EN EL  
SERVICIO DE DERMATOLOGIA

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR PRESENTA

MARIA DEL CARMEN MUÑOZ GARCIA



ISSTECH

TAPACHULA DE CORDOVA Y ORDOÑEZ, CHIAPAS

1999.

271327

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

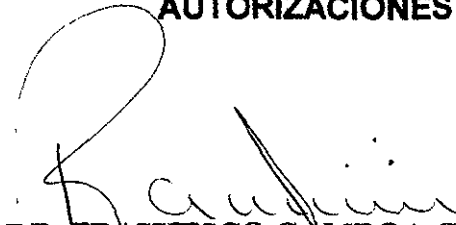
El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición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

# FRECUENCIA DE PATOLOGIAS EN EL SERVICIO DE DERMATOLOGIA

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR  
PRESENTA

MARIA DEL CARMEN MUÑOZ GARCIA

AUTORIZACIONES



DR. FRANCISCO GAMBOA CASTILLO

PROFESORES TITULARES DEL CURSO DE ESPECIALIZACION  
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES  
DEL ISSSTECH  
TAPACHULA DE CORDOVA Y ORDOÑEZ



DR. ALBERTO NAGAYA RAMIREZ  
ASESOR DE TESIS ISSSTECH



DRA. MARIA DEL CARMEN CARRANZA CERVANTES  
ASESOR DE TESIS U.N.A.M.  
PROFESOR DEL DEPTO. DE MEDICINA FAMILIAR

**FRECUENCIA DE PATOLOGÍA EN EL  
SERVICIO DE DERMATOLOGÍA**

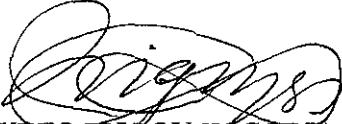
TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR  
PRESENTA

**MARÍA DEL CARMEN MUÑOZ GARCÍA**


**AUTORIZACIONES**



**DR. MIGUEL ÁNGEL FERNÁNDEZ ORTEGA**  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.



**DR. ARNULFO TRIGOYÉN CORIA**  
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN  
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA  
FAMILIAR FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.



**DR. ISAIÁS HERNÁNDEZ TORRES**  
COORDINADOR DE DOCENCIA  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.

# INDICE GENERAL

	<b>PAGS.</b>
MARCO TEORICO_____	1
ANTECEDENTES_____	27
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA_____	30
JUSTIFICACION_____	32
OBJETIVOS_____	33
METODOLOGIA_____	34
RESULTADOS_____	36
DISCUSION DE RESULTADOS_____	41
CONCLUSIONES_____	43
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS_____	44
ANEXOS_____	51

## MARCO TEORICO

La piel es un órgano extenso muy complejo que recubre todo el cuerpo, variable en su color, textura, aspecto, extensión y grosor dependiendo de la región anatómica de que se trate, de la edad y sexo del individuo.

Su origen embriológico es doble, del ectodermo derivan epidermis, folículos pilosos, uñas, melanocitos, células de Langerhans, glándulas sebáceas y sudoríparas.

Del mesodermo el tejido conjuntivo, músculo piloerector, vasos y células de la dermis.

Se encuentra constituida de tres capas fundamentales Epidermis, Dermis y Tejido celular subcutáneo.

A) Epidermis: delgada hoja cuyo espesor promedio es inferior a medio milímetro, formada por un epitelio estratificado dispuesto en varias capas de células llamadas queratinocitos, de la profundidad a la superficie son basal, espinosa, granulosa, lúcida y córnea.

En la capa basal encontramos los melanocitos, cuya función es la síntesis y transferencia de melanina, y a los queratinocitos con los cuales se hallan intercalados en relación 1:7. Otras estructuras no menos importantes son las células de Langerhans, carecen de la capacidad para queratinizarse, juegan un papel básico en la dermatitis por contacto y su ausencia permite una mayor sobrevida del aloinjerto. El ciclo vital inicia con un precursor en la médula ósea, pasa dermis, llega a epidermis, vuelve a dermis y continua por los vasos linfáticos hasta localizarse en el ganglio linfático regional. La función principal es la presentación de antígenos a los linfocitos "T", en la zona paracortical del ganglio se producen linfocinas capaces de responder con mayor rapidez cuando dicho antígeno penetre nuevamente al organismo provocando vasodilatación, además, migración de linfocitos, polimorfonucleares y demás elementos de la inflamación.

La epidermis se encuentra en actividad constante, las células basales originan las restantes, existe una mitosis continua lo cual

origina un aumento ininterrumpido de queratinocitos que emigran hacia la superficie por la presión de elementos más jóvenes, por último permanecen como células córneas para después desprenderse. Probablemente transcurren tres o cuatro semanas para que una célula complete su ciclo vital.

B) Dermis: constituye la parte más voluminosa de la piel, aporta el 15-20% del peso corporal, está constituido por dos elementos: El tejido conectivo que se compone de colágeno, fibras de reticulina y tejido elástico; la sustancia fundamental que consta de un conjunto de carbohidratos, proteínas y materiales lipídicos, sus constituyentes más abundantes son los mucopolisacáridos y de estos el condroitín sulfato "B" y el ácido hialurónico. Su función es servir como sostén de las fibras de colágeno, del tejido elástico, de los fibroblastos y el mantenimiento de agua y electrolitos de reserva.

C) Tejido celular subcutáneo: la grasa subcutánea es una capa formada por linfocitos dispuestos en lobulillos separados por trabéculas de tejido conectivo, constituye un cojín amortiguante contra el trauma, es una barrera térmica contiene calorías almacenadas en células de grasa y varía de espesor de acuerdo al área anatómica.

La grasa está compuesta de triglicéridos y especialmente ácido palmítico, esteárico y oleico; un 10-30% de agua y menos del 2% colesterol, vitaminas e hidrocarburos. Cuando el organismo demanda energía los triglicéridos son oxigenados, convertidos en glucógeno y en glucosa para constituir fuente de energía tisular.

## **ANEXOS CUTANEOS**

Folículo Píloso: deriva de una invaginación de la epidermis hacia la dermis, cada uno tiene una glándula sebácea situada en su tercio superior. Está constituido por dos capas o envolturas (vaina interna y vaina externa) y se le estudian tres segmentos (infundíbulo piloso, istmo y bulbo piloso).

El crecimiento del pelo tiene tres fases: anágena o de crecimiento activo, con duración de tres a siete años en forma continua, puede alcanzar 0.35 milímetros diarios.

Fase catágena, de dos semanas de duración, se produce involución y fibrosis del segmento inferior del pelo produciendo la retracción de la papila pilosa.

La última fase, denominada telógena o fase de reposo de tres a cuatro meses, el pelo permanece sin crecer y al final cae, pasando esto vuelve a iniciarse el ciclo. Se calcula que de 50 a 100 cabellos caen diariamente, ni el corte ni el afeitado tienen influencia en el grosor o crecimiento.

Glándula sudorípada Ecrina se origina de la epidérmis, su principal función es la termoregulación, el calor y la tensión emocional estimulan la producción de sudoración profusa en las zonas de localización como son frente, axilas, palmas y plantas de los pies.

Glándula sudorípada Apócrina, se desarrolla como parte del folículo pilosebáceo, el producto es inodoro pero en la superficie cutánea debido a la acción de la descomposición bacteriana ocasiona olor característico. Se le encuentra en mayor número y tamaño en la axila, sin embargo también se le localiza en el área de pezones, región umbilical, perianal y genital.

Glándulas sebáceas están distribuidas en toda la superficie cutánea, excepto en palmas, plantas, y dorso de los pies, abundan en cara y cuero cabelludo, está regida por productos gonadales y su función es la de mantener la humedad de la piel, y protegerla de infecciones por hongos y bacterias.

Uñas, son placas córneas translúcidas localizadas en la superficie dorsal de las falanges distales, tienen función de protección y auxilian en la manipulación de objetos. La tasa de crecimiento es variable, rápida en jóvenes y más lenta conforme avanza la edad. Las uñas de las manos se reemplazan aproximadamente cada cuatro meses y la de los pies cada seis a ocho meses, tienen alto contenido de queratina dura, azufre y una pequeña porción de calcio, la resistencia a la fractura de éstas se encuentra en la relación con el contenido de agua.



## **VASCULARIZACION**

La epidermis es avascular, su nutrición la lleva a cabo por difusión. Existen dos plexos sanguíneos, uno en el tejido subcutáneo y dermis, y otro un plexo subcapilar que se ramifica en pequeños arcos vasculares que irrigan las papilas dérmicas.

## **INERVACION**

Se efectúa por numerosas fibras nerviosas que penetran a través del tejido subcutáneo y se dividen en fibras mielinizadas que corren en sentido horizontal en medida que se ramifican hacia la superficie. Las neuronas sensoriales contienen un neuropéptido llamado sustancia "P" la cual se acepta que es uno de los principales neurotransmisores de las vías sensitivas, en la piel se han registrado la presencia de fibras con esta sustancia. Existen mecanorreceptores, termorreceptores, y noniceptores.

## **FUNCIONES**

La piel desempeña varias funciones y todas concurren en un fin común, el cual es establecer el contacto entre el organismo y su mundo exterior, protegerlo de las agresiones externas, almacena agua, azúcares, grasas y sales, asume gran importancia como órgano secretor y excretor. La abundancia de estructuras nerviosas lo convierten en un órgano sensitivo y por último, mantiene el equilibrio térmico y el buen funcionamiento del metabolismo. Todas estas funciones reguladas por factores neurovegetativos y hormonales.

La Dermatología en su primera fase es morfológica por lo cual es necesario conocer las lecciones dermatológicas elementales. Estas pueden ser **PRIMITIVAS** si aparece en piel sana o **SECUNDARIAS** si aparecen sobre una lesión primitiva o sobre piel enferma.

## **LESIONES PRIMITIVAS**

a) Por modificación en la coloración: manchas; las cuales pueden ser acrómicas, hipocrómicas o hiperacrómicas. Naturales o artificiales como en el caso de los tatuajes.

b) De consistencia sólida: roncha, pápula, goma, nudosidad, y nódulo. Todas ellas varían en tamaño y localización dentro de la piel y del tejido subcutáneo.

c) De contenido líquido: vesícula, ampolla, pústula, absceso y quiste. Son acumulaciones claramente circunscritas de líquido libre.

### **LESIONES SECUNDARIAS**

a) Las ocasionadas por la presencia de residuos y son: costra, escara y escama. Consiste en restos desecados de exudados de suero, de sangre o de pus, o bien restos de fragmentos córneos desvitalizados y desprendidos.

b) Por solución de continuidad: erosión, excoriación, grieta y fisura.

c) Las ocasionadas como secuelas: cicatriz, esclerosis, atrofia, liquenificación, éstas son lesiones por lo general permanentes.

d) Vegetación y verrugosidad.

Otras lesiones pueden ser:

a) Neoformaciones o tumores, comedón, surco, fístula o infiltración.

En la literatura encontramos que en México la primer causa de consulta dermatológica es la Pitiriasis versicolor y le siguen la D. Atópica, plúrigo actínico, vitiligo, impétigo, tiñas verrugas vulgares, D. de contacto. D. seborreica y acné(1).

# PITIRIASIS VERSICOLOR

## EPIDEMIOLOGIA

En México es la primera causa de consulta dermatológica(1).

En un estudio realizado en Arabia Saudita ocupó el primer lugar con el 30.9%(11).

Es un padecimiento cosmopolita que tiene una mayor prevalencia en regiones tropicales y subtropicales, no tiene predilección por ninguno de los sexos. Afecta principalmente a personas jóvenes entre los 15 y 30 años, rara vez a los ancianos y excepcionalmente a los niños(3).

Son factores predisponentes la corticoterapia, factores genéticos, la mal nutrición y transpiración profusa.

## GENERALIDADES

La Pitiriasis versicolor está producida por la *Malassezia Furfur*, es una infección benigna y superficial. La erupción llama la atención del paciente por el hecho de que las áreas afectadas no se broncean por el efecto del sol, y la pseudoacrómia resultante puede ser confundida por vitiligo.

La dermatosis se localiza en el tórax, abdomen, raíz de los miembros, es menos frecuente en cuello, muslos, cara, y es excepcional en genitales y manos.

Se le llama Pitiriasis por estar constituida por placas de escamas finas y versicolor por la variedad de colores que puede presentar. Se trata de lesiones lenticulares, aterciopeladas, hipocrómicas, cafés o rosadas, cuyo tamaño varía de unos milímetros hasta varios centímetros. Pueden ser únicas o muchas y confluir. Las escamas se desprenden fácilmente este es un signo patognomónico (Coup D'Ongle de Besnier) el curso es crónico sujeto a recaídas no afecta la salud en general y no produce complicaciones.

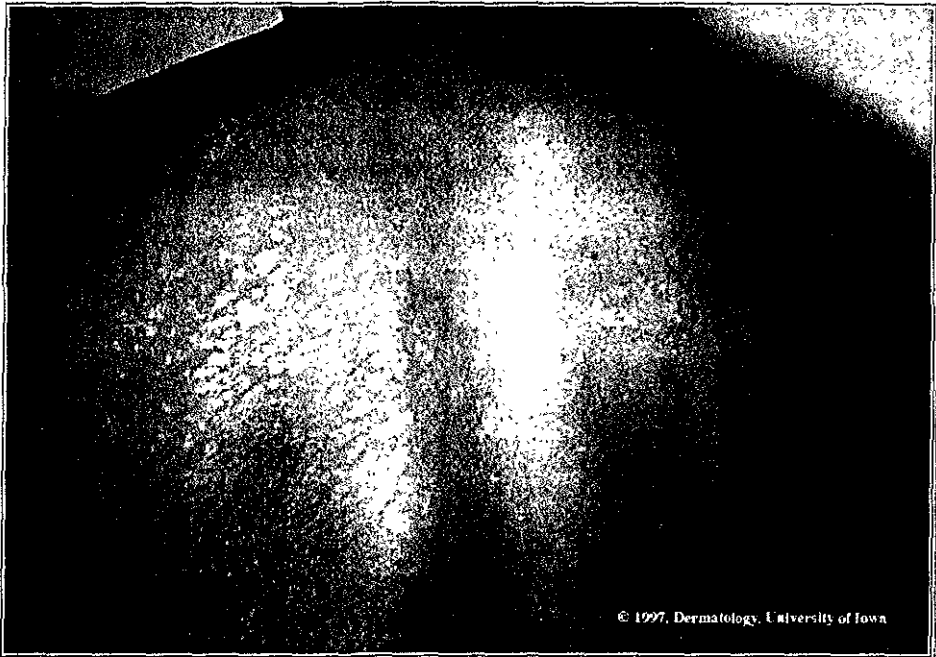


Dept. of Dermatology - University of Iowa College of Medicine


## Tinea Versicolor - Back

To read the Patient Information Pamphlet on Tinea Versicolor, click [HERE](#)

Return to [Image Index](#) page



 Return to [Image Index](#) page

 Return to Dermatology's [Home](#) page.

*September, 1995*

*Copyright © Dept of Dermatology / University of Iowa / [tray@blue weeg.uiowa.edu](mailto:tray@blue.weeg.uiowa.edu)*

# DERMATITIS ATOPICA

## EPIDEMIOLOGIA

Es una enfermedad relativamente común en muchas partes del mundo, su incidencia es alta en Europa Septentrional, en Estados Unidos afecta a 7/1000 individuos en general, pero si nos refiriéramos a población infantil la porción aumenta a 24/10000. En América Latina es menos común y en Africa es rara(4).

Figura entre los 10 primeros lugares de consulta dermatológica y en la consulta pediátrica llega a estar entre los primeros 5 lugares. En México ocupa un 13%. Predomina en niños y adolescentes. En un 60% de los pacientes aparece en el primer año de edad, y en 85% en los primeros 5 años de edad(1).

Afecta igual a ambos sexos.

## GENERALIDADES

Varios factores tales como la alteración de las defensas inmunes, receptores beta-adrenérgicos y respuestas anormales entre otros han sido investigados como causa posible, sin embargo hasta el momento no se ha identificado una causa verdadera.

Se han identificado numerosas anomalías inmunológicas en la dermatitis atópica, la más importantes es a nivel de células "T". Los sujetos con dermatitis atópica se caracterizan por un aumento en la secreción de interleucina 4 y 5 que son factores de inducción de la síntesis de inmunoglobulina "E".

Ambas interleucinas inducen eosinofilia la cual se observa en pacientes con dermatitis atópica, asma bronquial y rinitis alérgica.

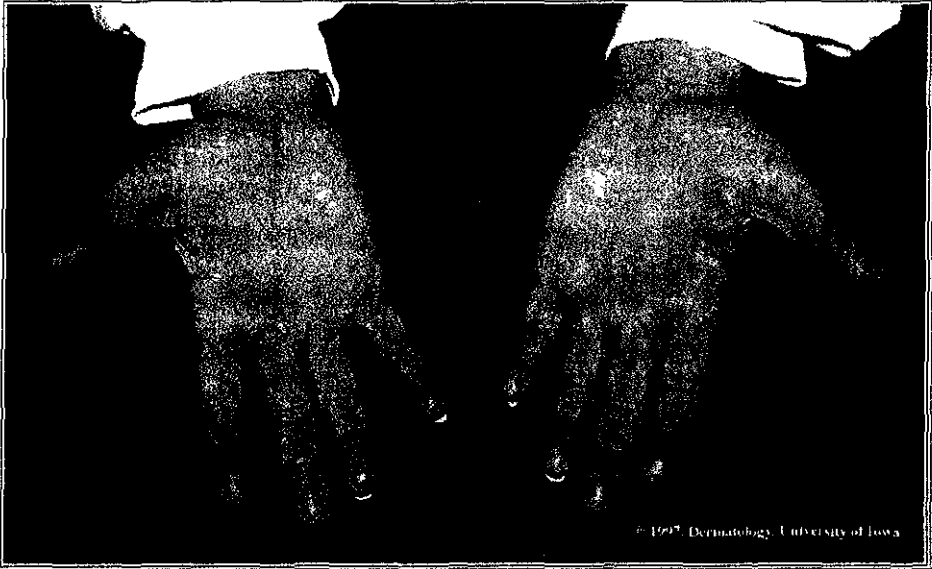
Las células "T" de los pacientes atópicos secretan niveles bajos de interferón, linfoquina que antagoniza la acción biológica de la interleucina 4, contribuyendo con esto al proceso inflamatorio de las lesiones




Dept. of Dermatology - University of Iowa College of Medicine

## Atopy - Hyperlinear Palmar Creases

Return to [Image Index](#) page



 Return to [Image Index](#) page.

 Return to Dermatology's [Home](#) page.

June, 1997

Copyright © Dept. of Dermatology / University of Iowa / [tray@blue.weeg.uiowa.edu](mailto:tray@blue.weeg.uiowa.edu)

La dermatitis Atópica, es una enfermedad genéticamente determinada heredada en forma autosómica dominante y codificada en el cromosoma 11 q 13, de etiología multifactorial sin embargo no se ha identificado aún una causa verdadera, lo que sí es sabido es que en algunos factores empeoran la afección, entre estos están los ambientales, ropa de lana, el stress, la ansiedad, agentes químicos y algunos alimentos.

En función de la edad de aparición puede manifestarse en tres etapas:

a) Fase de lactante, o primera infancia, abarca desde las primeras semanas de vida hasta los dos años, aunque lo habitual es que aparezca hasta después de los dos meses de edad. Existe predominio de la sintomatología eccematosa, papulosa o papulovesiculosa que exfolian rápidamente con escamas blanquecinas y exudación serosa que forman costras melisericas.

El proceso se localiza inicialmente en mejillas, con tendencia a respetar el triángulo nasolabial y el contorno periorcular, posteriormente progresa hacia la frente, pabellones auriculares, cuero cabelludo y si no se trata se extiende al tórax, glúteos, área genital y dorsal de extremidades, suele respetar pliegues, el prurito es intenso generalmente nocturno, el niño llora constantemente y no descansa por las noches. Más de la mitad pasa a la segunda fase.

b) La fase infantil, abarca de los dos a diez años de edad, afecta preferentemente áreas de flexión, sobre todo pliegues antecubitales y huecos popíteos, dorso de mano, tobillos y cuello, no suele afectar cara salvo el área peribucal.

Es típico el eccema vesiculoso simulando una tiña destaca la sequedad y aspereza de la piel con prurito muy intenso y tendencia a la liquenificación.

c) Fase de adolescencia, adulto que inicia desde los 10 años y suele localizarse en zonas de flexión como huecos popliteos, pliegues antecubitales, muñecas, tobillos, dorso de manos, cuello, y párpados inferiores donde constituyen las líneas de Dennie Morgan que consiste en el engrosamiento de los pliegues infrapalpebrales, aquí predomina la morfología liquenoide, secas, pruriginosas y con cambios de discromias.



## **DERMATITIS POR CONTACTO**

### **DATOS ESTADISTICOS**

La dermatitis por contacto es un padecimiento muy frecuente, constituye el 10% de la consulta dermatológica en general.

Se observa principalmente en jóvenes y adultos. Existen numerosas sustancias que la ocasionan como son medicamentos tópicos, cosméticos, jabones, detergentes, fibras sintéticas, plásticos, por la gran cantidad de productos industriales involucrados en este padecimiento se ha llegado a ocupar el 50% de las dermatitis ocupacionales(5).

En la unidad de investigación, docencia y apoyo clínico de salud en el trabajo del hospital regional general No. 46 de la delegación Jalisco durante los años 1985-1993, la dermatitis de contacto ocupó el segundo lugar en frecuencia con un 19.7% entre todas las enfermedades ocupacionales diagnosticadas(6).

Los técnicos dentales tienen un alto riesgo de presentarla, por el contacto con los acrilatos utilizados en la elaboración de prótesis dentales(7).

En Singapore en un estudio durante 4 años con 485 pacientes con enfermedades ocupacionales, las enfermedades dermatológicas ocuparon un primer lugar con un 55%(8).

### **GENERALIDADES**

La dermatitis por contacto es una dermatitis reaccional inflamatoria que se presenta después de la aplicación de alguna sustancia en la piel.

El origen del padecimiento puede ser por dos mecanismos:

a) Por irritantes primarios, los cuales son sustancia que causan daños a la piel de cualquier persona al ponerse en contacto



Dept. of Dermatology - University of Iowa College of Medicine

### Contact Dermatitis - Irritant - Dimethyl Sulfate


Select histology images from the [DermPathTutor - Image Index](#) page


Link to the [Contact Dermatitis Home Page](#) of A. P. Truett III, M.D

To read the Patient Information Pamphlet on Contact Dermatitis, click [HERE](#)

Return to [Image Index](#) page



 Return to [Image Index](#) page.

 Return to Dermatology's [Home](#) page.

September, 1995

Copyright © Dept. of Dermatology / University of Iowa / [tray@blue.weeg.uiowa.edu](mailto:tray@blue.weeg.uiowa.edu)

desde la primera exposición. El daño es causado por la acción destructiva que tienen ya sean álcalis o ácido, plantas, zumo de cítricos, animales como las medusas. Los irritantes dañan más si son concentrados, si la extensión expuesta es mayor, y si su permanencia es más prolongada.

b) Por sensibilización, cualquier sustancia que pueda producir reacción inflamatoria por una reacción de hipersensibilidad tipo IV mediada por células en donde los agentes sensibilizantes actúan como antígenos o como antígenos incompletos (Haptenos). Estos penetran a la epidermis llegando a las células de Langerhans donde son presentados al linfocito "T" en la zona paracortical de los ganglios, donde se producen linfocinas capaces de responder con mayor rapidez a la siguiente vez que el compuesto penetre al organismo provocando una vasodilatación, edema, migración de linfocitos, atracción de polimorfonucleares y demás elementos de la inflamación.

Existen factores que pueden predisponer a una dermatitis por contacto, y son factores constitucionales, factores locales (como son vías de penetración, siendo la más efectiva la intradérmica, condiciones de la piel, espesor de la capa córnea, topografía, la difusión de glándulas sudoríparas, favorece la sensibilización), diferencias geográficas, diferencias de la estructura de la piel, higiene defectuosa, sudoración y alcalinidad de la piel, caquexia, enfermedades anergizantes, y la automedicación, los remedios caseros y uso de cosméticos.

El cuadro clínico se inicia con la aparición de eritema, pápulas y vesículas pruriginosas en el sitio de aparición de la sustancia, el padecimiento puede tener remisiones y exacerbaciones, en la fase aguda puede haber lesiones eccematosas y en el período crónico lesiones de liquenificación. En la dermatitis por hipersensibilización podemos encontrar las llamadas ides, que son iguales a las originales pero en diferente sitio de donde se aplicó la sustancia.

# VITILIGO

## EPIDEMIOLOGIA

En México está en los cinco primeros lugares de la consulta dermatológica con un porcentaje del 5%, su distribución es mundial, afecta a todas las razas, predomina en los climas cálidos, se observa en todas las edades predomina en edades medias y en mujeres. En un 50% de los enfermos empieza antes de los 20 años de edad(1).

La prevalencia en Estados Unidos se encuentra alrededor del 1%, en Dinamarca se encuentra en el 0.4% y en Calcuta India en 4.6%(39).

## GENERALIDADES

Vitiligo, es un padecimiento muy frecuente, crónico, asintomático, caracterizado por manchas hipocrómicas y acrómicas, por lo general sin alteraciones sistémicas. Se desconoce su causa, hoy se considera un síndrome determinado por factores genéticos quizá con herencia autosómica dominante multifactorial. Con penetrancia incompleta(39).

Se ha observado que existe una relación entre vitiligo y melanoma. En los cuales el vitiligo es común. El mecanismo de asociación se desconoce sin embargo existe la hipótesis de la presencia de respuesta inmune a las células de pigmento en ambas enfermedades.

El cuadro clínico se caracteriza por manchas hipocrómicas o acrómicas de tonalidad blanco mate uniforme, de límites netos curvilíneas, el tamaño varía desde puntiformes hasta abarcar segmentos completos, pueden confluir y formar figuras irregulares dejando islotes de piel sana. Puede afectar mucosa oral o genital su localización es simétrica, predomina en dorso de manos, muñecas antebrazos, contorno de ojos, boca, cuello, pliegues de flexión, piel cabelluda, hay leucotriquia en cejas, pestañas, vello corporal. Los traumatismos locales ocasionan despigmentación equivalente a un fenómeno de Köebner.

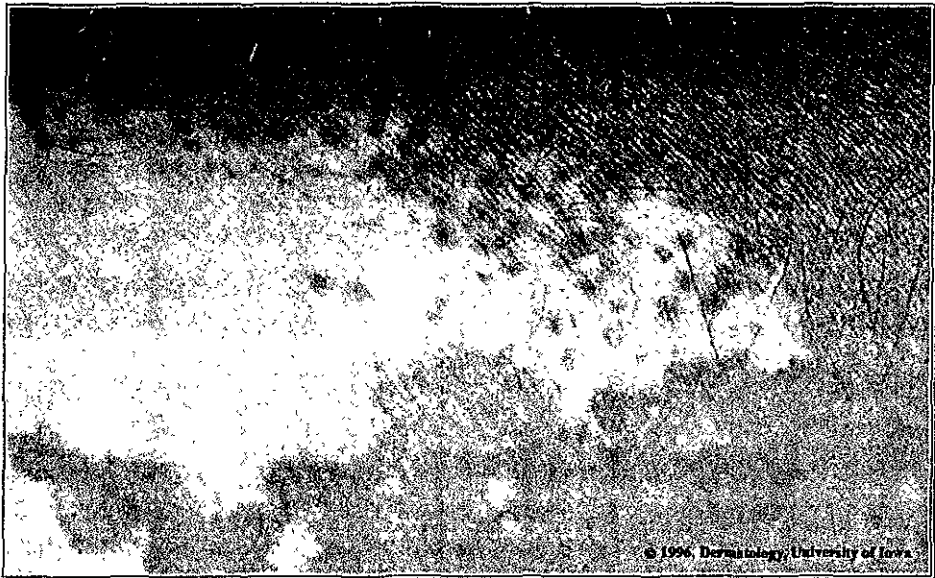


Dept. of Dermatology - University of Iowa College of Medicine

### Vitiligo - Forearm - Follicular repigmentation


To read the Patient Information Pamphlet on Vitiligo, click [HERE](#)

Return to [Image Index](#) page.



---

 [Return to Image Index](#) page

 [Return to Dermatology's Home](#) page.

September, 1995

Copyright © Dept. of Dermatology / University of Iowa / [tray@blue.weeg.uiowa.edu](mailto:tray@blue.weeg.uiowa.edu)

La evolución es crónica asintomática y no puede predecirse su aparición, puede ser brusca, o lenta e insidiosa, la extensión puede ser rápida, lenta o intermitente, a veces las lesiones permanecen estacionarias o puede también haber repigmentación espontánea en un 30% aunque casi siempre parcial y limitada.

El diagnóstico es clínico la biopsia no es indispensable ni siquiera necesaria.

# MICOSIS

## EPIDEMIOLOGIA

Las dermatofitosis son enfermedades cosmopolitas, se presentan con mayor frecuencia en climas cálidos y húmedos, la edad, el sexo y la ocupación influyen en ciertas variedades clínicas.

En la literatura se menciona dentro de los diez primeros lugares de las consultas en México, se observa con mayor frecuencia de los 15 a 30 años de edad, y no tiene predilección por ninguno de los dos sexos.

En el instituto dermatológico de Jalisco se realizó un estudio durante un periodo de diez años en la cual las tiñas ocuparon el 3.62%(9) de toda la consulta predominando ligeramente en el sexo masculino con un 52.25% y se presentó con mayor frecuencia en edades de 11 a 20 años de edad con un 26.39%.

Dentro de la onicopatías, la onicomycosis es muy frecuente, es común en todas la etapas de la vida excepto en menores de 15 años de edad(10).

En un estudio realizado en Arabia Saudita ocupó un segundo lugar en prevalencia y de éstas la Pitiriasis versicolor ocupó el primer lugar con el 30.9% y la candidosis tuvo el 4.3%(11).

En los estudios realizados en nuestro estado en todos se encontró dentro de los diez primeros lugares.

## **GENERALIDADES**

Llamamos Micosis a las enfermedades producidas por hongos, son superficiales cuando afectan únicamente la capa córnea de la piel y profundas cuando afectan más allá de ésta pudiendo llegar a órganos internos.

Entre las Micosis superficiales se encuentran:

- a) Dermatofitosis o tiñas.
- b) Pitiriasis Versicolor.
- c) Candidiasis

Las Micosis profundas son:

- a) Micetoma
- b) Esporotricosis
- c) Cromomicosis
- d) Coccidioidomicosis
- e) Actinomicosis
- f) Histoplasmosis
- g) Criptococosis
- h) Blastomicosis
- i) Aspergilosis
- j) Nocardiosis
- k) Ficomicosis
- l) Rinosporisiosis

En México las Micosis superficiales se encuentran entre las primeras diez dermatosis en la consulta por lo cual nos dedicaremos solamente a ellas.

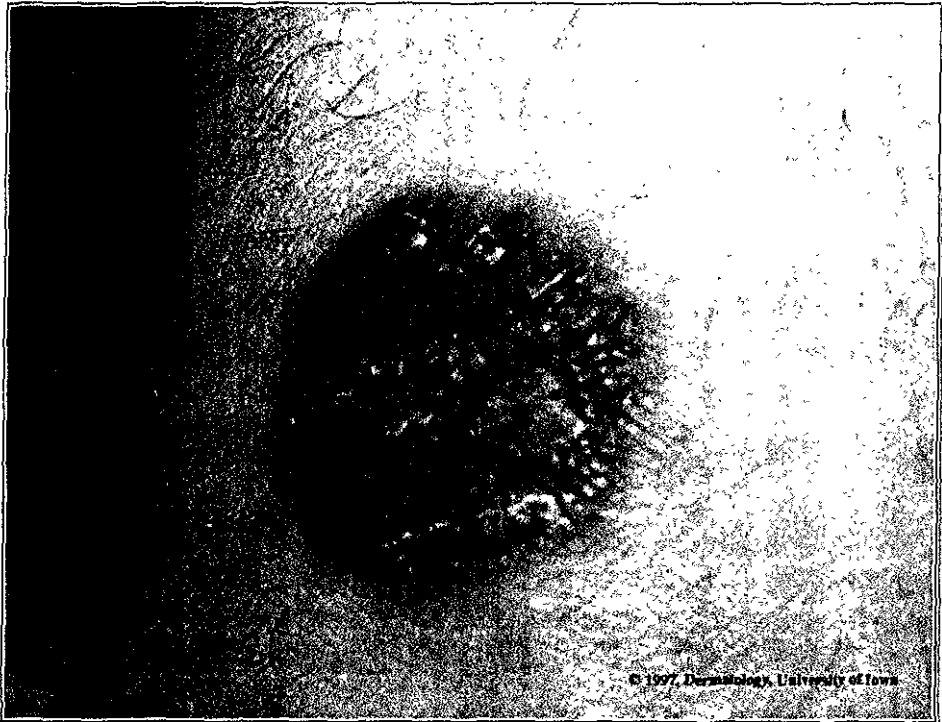






Dept. of Dermatology - University of Iowa College of Medicine

## Tinea Corporis

Return to [Image Index](#) page.



 Return to [Image Index](#) page.

 Return to Dermatology's [Home](#) page.

September, 1995

Copyright © Dept. of Dermatology / University of Iowa / [tray@blue.weeg.uiowa.edu](mailto:tray@blue.weeg.uiowa.edu)

## DERMATOFITOSIS O TIÑAS

Son micosis superficiales producidas por un grupo de hongos denominados dermatofitos, que son parásitos estrictos de la piel y sus anexos.

Los hongos productores de las tiñas pertenecen a tres géneros:

a) *Trichopyton* con sus especies *Tonsurans*, *Rubrum* y *Metagropytes*.

b) El género *Microsporum* con su especie *canis*.

c) El género *Epidermophyton* con su especie *Floccosum*.

Las Dermatoftosis pueden ser superficiales y son las tiñas de la cabeza, inguinal, del cuerpo, de la mano, de los pies y de las uñas; o profundas como son las Dermatoftosis inflamatoria quérion de Celso la enfermedad Dermatoftica con invasión a víceras y el granuloma tricofítico.

El cuadro clínico va a depender del sitio que se afecte, pero en general se trata de lesiones pápulo-escamósas, eritematosas, de borde vesiculoso levantado, el cual se extiende gradualmente formando placas de diversos tamaños, siendo generalmente muy pruriginosas.

Cuando afecta áreas pilosas, de cara y cuello, puede en algunas ocasiones manifestarse por pústulas foliculares agrupadas en masas nodulares cuya confluencia puede ocasionar infiltraciones y abscesos, existe adenopatía cervical y pueden presentarse como complicaciones la alopecia permanente y cicatrización.

Cuando el hongo parasita el pelo y piel cabelluda, ocasiona placas pseudoalopecicas con pelos cortos, decolorados con escamas, más o menos abundantes. Solo una quinta parte de los casos el huésped pone en juego sus mecanismos inmunológicos a través de la inmunidad celular, trayendo como consecuencia un problema inflamatorio defensivo pero perjudicial al organismo, el cual se conoce como quérion de Celso o tiña inflamatoria, con dolor, eritema,

aparición de numerosas pústulas originando en poco tiempo una tumoración muy dolorosa.

No se trata de una tiña inflamada sino de un proceso defensivo. El hongo más frecuentemente encontrado en este tipo de lesiones es el *M. Canis*.

En el caso de las afecciones ungueales, pueden afectarse inclusive todas las uñas de las manos y pies, éstas se tornan opacas, secas, amarillentas, quebradizas, estriadas, su borde se carcome, hasta destruir toda la uña, todo esto sin ninguna otra sintomatología. Como regla las infecciones de las uñas siguen un curso lento y progresivo.

### **GRANULOMA DERMATOFITICO**

Generalmente es ocasionada por el *T. Rubrum* y existe casi siempre antecedente de enfermedad autoinmune o inmunosupresión, puede afectar la piel cabelluda, barba, miembros inferiores.

## **CANDIDOSIS**

Es la parasitación de piel o mucosas por levaduras del género *Albicans*, la cual vive habitualmente en forma saprófita en mucosa oral, nasal, vaginal y tracto gastrointestinal.

No es habitual en piel, pero en condiciones en que aumenta la susceptibilidad del individuo, cuando existen maceración o aplicación de esteroides actualmente tan usados, esta puede transformarse en patógena y ocasionar lesiones que van desde superficiales hasta graves con afección a órganos internos.

Las lesiones se presentan en pliegues interdigitales, de manos, pies, pliegues submamaros, axilas, glúteos, o en periné, y consiste en lesiones eritematosas, fisuras, o erosiones, descamación, maceración de la piel y borde marcado vesículoescamoso que provoca ardor y prurito intenso. Cuando afecta uñas las lesiones inician en la matriz de la misma y se extienden hacia el borde, esta se vuelve amarillenta, opaca, y se despule, existe dolor e inflamación periungueal.





Dept. of Dermatology - University of Iowa College of Medicine

**Candidiasis - Right Axilla - Satellite Pustules**

Return to [Image Index](#) page



 Return to [Image Index](#) page.

 Return to Dermatology's [Home](#) page

*September, 1995*

*Copyright © Dept. of Dermatology / University of Iowa / [tray@blue.weeg.uiowa.edu](mailto:tray@blue.weeg.uiowa.edu)*

# VERRUGAS

## EPIDEMIOLOGIA

Se encuentran entre las diez dermatosis más frecuentes, afectan a todas las razas, ambos sexos, y a cualquier edad, las verrugas vulgares y planas predominan en niños y las plantares y acuminadas en adolescentes y adultos(12).

A nivel pediátrico en un estudio realizado en el hospital general ocupó un segundo lugar en frecuencia, y predominó en el grupo de 5-14 años de edad. No se incluyeron las condilomatosis(18).

En estudios realizados en nuestra región solamente Huehuetán y Frontera Hidalgo Municipio de Tapachula, los condilomas ocuparon el noveno lugar en frecuencia. Este padecimiento se conoce como una enfermedad venérea, ya que se transmiten vía sexual(24 y 25).

## GENERALIDADES

Las verrugas son tumores epidérmicos benignos, muy frecuentes, producidas por un virus papiloma humano, de baja transmisibilidad, autolimitadas las cuáles se caracterizan por lesiones ligeramente levantadas, verrugosas o vegetantes, pueden ser planas, vulgares, plantares y acuminadas, éstas afecciones se asocian a deficiencias inmunológicas, y en algunos casos suelen ser potencialmente peligrosas, como el inicio de cáncer en la piel.

Las verrugas vulgares son las más frecuentes, conocidas popularmente como mezquinos, se observan en cualquier parte de la piel, predominan en partes expuestas, sobre todo en cara, antebrazos y dorso de las manos, pueden ser únicas o múltiples, son hemiesféricas de superficie verrugosa, áspera, seca, del color de la piel, o grisáceas, bien limitadas, asintomáticas, su tamaño varía de 3 a 5 milímetros, hasta un centímetro, pueden ser aisladas o confluir, pueden ser césiles o filiformes.




Dept. of Dermatology - University of Iowa College of Medicine


## Verruca Vulgaris (Wart) - Right Dorsal Thumb

To read the Patient Information Pamphlet on Verruca and Warts, click [HERE](#)

Return to [Image Index](#) page



 Return to [Image Index](#) page.

 Return to Dermatology's [Home](#) page.

May, 1997

Copyright © Dept of Dermatology / University of Iowa / [tray@blue weeg uiowa.edu](mailto:tray@blue.weeg.uiowa.edu)

Las verrugas plantares, también conocidas como "Ojo de Pescado" se presentan como callosidades circunscritas en la superficie plantar de los dedos o del pié, a diferencia de las otras, éstas si suelen ser muy dolorosas por los fenómenos de compresión que causan en los tejidos blandos adyacentes.

El condiloma acuminado afecta el área de piel genitoperineal, y mucosas genitales, cursa a menudo con un olor fétido y las lesiones adoptan estructuras en coliflor y miden varios centímetros.



# IMPETIGO

## EPIDEMIOLOGIA

En la literatura se reporta como uno de los cinco primeros lugares en la consulta dermatológica, no hay predilección por sexo, es más frecuente en climas tropicales y en poblaciones con nivel sociocultural bajo con malas condiciones de higiene y saneamiento ambiental, es más frecuente en verano(1).

En estudios realizados en la ciudad de México ocupó un 18°. Lugar y en seis estudios realizados en nuestro estado estuvo entre las diez primeras causas de consulta dermatológica(20-25).

Predomina en niños en edad preescolar y en adultos jóvenes(13).

## GENERALIDADES

El impétigo es una dermatitis contagiosa, autoinoculable y muy frecuente cuyo agente etiológico predominante en México es el estafilococo y en forma secundaria el estreptococo beta hemolítico del grupo A.

El impétigo puede ser primitivo cuando se presenta sobre piel sana y es generalmente alrededor de orificios naturales como son boca, nariz, ojos, pabellones auriculares; o puede ser secundario cuando se presentan sobre dermatosis previas y su localización puede ser en cualquier parte del cuerpo.

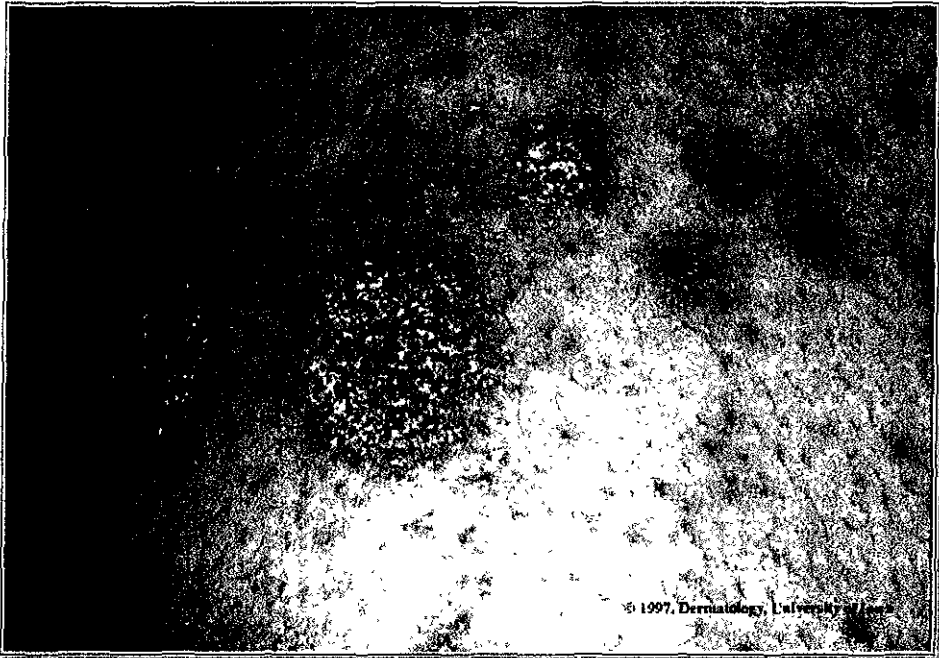
En ambos casos, la enfermedad se caracteriza por la presencia de ampollas efímeras que en pocas horas se transforma en pústulas que al romperse se desecan rápidamente en costras meliséricas, éstas recubren una erosión puramente epidérmica que al curar regenera sin dejar cicatriz, solamente en un 2-5% se ha informado glomerulometritis como complicación.





Dept. of Dermatology - University of Iowa College of Medicine

## Impetigo - In the setting of Atopic Dermatitis

Return to [Image Index](#) page



 Return to [Image Index](#) page.

 Return to Dermatology's [Home](#) page.

September, 1995

Copyright © Dept. of Dermatology / University of Iowa / [tray@blue.weeg.uiowa.edu](mailto:tray@blue.weeg.uiowa.edu)

## ACNE

### EPIDEMIOLOGIA

Es una enfermedad que puede afectar hasta el 80% de la población, su distribución es universal afecta a la mayoría de los jóvenes y predomina en varones(14).

En nuestro país está entre los diez padecimientos más frecuentes y afecta en mayor proporción a personas de los 12 a 20 años de edad. Desde el punto de vista de distribución por sexos no parece haber gran diferencia, si acaso en algunas series el sexo femenino desplaza ligeramente al masculino(1).

Generalmente presenta remisiones durante el verano y suele desaparecer espontáneamente entre los 20 y 30 años de edad.

En estudios realizados en el hospital general de la ciudad de México de 1990 a 1995(18) y otros realizados en la ciudad de Tuxtla Gutiérrez Chiapas, se le encontró entre la diez dermatosis más frecuentes. En los estudios realizados en las clínicas de salubridad en las diferentes poblaciones de Chiapas, en la de Huehuetán ocupó el 8°. Lugar, en los demás estudios no se encontró dentro de las diez primeras dermatosis(20-25).

### GENERALIDADES

El acné es una enfermedad cutánea crónica del folículo pilosebáceo, de etiología multifactorial y de carácter autolimitado que afecta principalmente la zona de la piel con mayor densidad en glándulas sebáceas, como son: cara, pecho, y partes superior de la espalda.

Las alteraciones básicas que ocasionan la lesión son obstrucción del canal, fundamentalmente del conducto excretor,

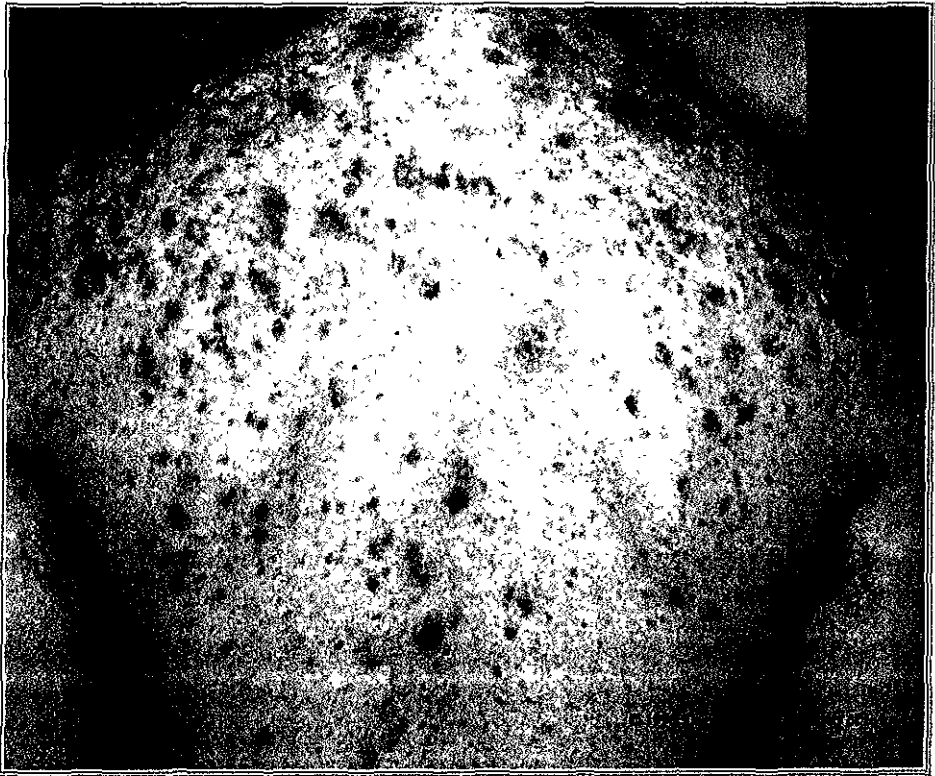


Dept. of Dermatology - University of Iowa College of Medicine


## Acne Conglobata - Back

To read the **Patient Information Pamphlet on Acne**, click [HERE](#)

Return to [Image Index](#) page.



 Return to [Image Index](#) page.

 Return to Dermatology's [Home](#) page.

*September, 1995*

*Copyright © Dept. of Dermatology / University of Iowa / tray@blue.weeg.uiowa.edu*

alteración en la producción de sebo y modificación de la flora bacteriana del folículo.

Las lesiones pueden ser:

- a) No inflamatorias (comedones)
- b) Inflamatorias que pueden ser superficiales (Pápulas y pústulas) y profundas (pústulas profundas, nódulos y quistes)
- c) Residuales estas son secuelas tras la resolución, pueden ser máculas inflamatorias que pueden persistir durante meses o lesiones cicatriciales deprimidas de tipo varioliforme en ocasiones pueden desarrollarse lesiones de tipo hipertrófico o queloides.

El acné puede clasificarse cualitativamente según el tipo de lesiones que se presenten.

Existen varias formas clínicas, que pueden presentarse por varias causas:

- a) Acné infantil que se presenta solo en varón y es secundario al paso de sustancias por vía transplacentaria las cuáles estimulan la producción de andrógenos en el recién nacido.
- b) Acné ocupacional
- c) Acné iatrogénico el cual tiene muchas causas como son hormonales, vitaminas A, B12, B2, B6 y calciferol.
- d) medicamentos antifímicos (isoniacida y rifampicina) antiepilépticos (DFH) antibióticos, propanolol y psoralenos.
- e) Acné por cosméticos
- f) Acné por hiperalimentación con proteínas.

El acné es polimórfico y está caracterizado por comedones, pápulas, pústulas, nódulos, quistes o cicatrices, la mayoría de las lesiones son indoloras, y la ansiedad por las lesiones hace que el enfermo las manipule ocasionando que el cuadro se agrave perpetuando de esa manera la afección.

## **PRURIGO ACTINICO**

### **EPIDEMIOLOGIA**

En México está entre los diez primeros lugares de las consultas dermatológicas con una frecuencia del 1.5% al 3.5%, afectando a todas las razas, predomina en indígenas y mestizos que viven en alturas mayores de 1,500 metros sobre el nivel del mar. Es rara en negros(1).

### **GENERALIDADES**

El Prúrigo solar, es una fotodermatosis idiopática de las partes expuestas a la luz del sol, de evolución crónica y aspecto polimorfo.

Se han propuesto factores raciales, alimentarios, hormonales, y genéticos en su etiopatogenia. La frecuencia familiar es del 3 al 15%, la herencia es autosómica dominante con penetrancia baja.

Existen tres formas clínicas:

- a)Eritematosa que semeja un lupus, predomina en niños.
- b)Variedad de pequeñas pápulas
- c)Grandes pápulas

El cuadro clínico en general inicia antes de los diez años de edad, está diseminada a mejillas, frente, dorso de nariz, pabellones auriculares, escote, cara externa de brazos y antebrazos, dorso de manos y en mujeres cara anterior de piernas.

Complicaciones: Dermatitis de contacto, impétigo y corticoestropo.

Diagnóstico diferencial: Dermatitis atópica, de contacto, fotosensibilización, urticaria solar, pelagra, porfirias, lupus eritematoso, y en la biopsia linfoma linfocítico, e inflamación linfocítica, de Jesner y Kanof.

Prevención: protección física con sombreros, sombrillas, uso de ropa de algodón, evitar la exposición a la luz fluorescente, y a la solar, sobre todo de 9 a 16 hrs., limitar el uso del jabón, prohibir baños de sol, y recomendar uso de filtros solares. No hay dieta.

## **DERMATITIS SEBORREICA**

### **DATOS ESTADISTICOS**

Ocupa el 5-6% de la consulta dermatológica es una enfermedad cosmopolita, es más frecuente en hombre y en edades de 18-40 años(1).

En el recién nacido llega a ocupar un 12% y en pacientes con SIDA el 30 al 80%(1).

En estudios realizados en consulta pediátrica, se le encontró en décimo y doceavo lugar de frecuencia, ha sido igual en ambos sexos y el 47.4% se presenta en el primer año de vida(18).

En nuestro estado solamente en un estudio realizado en el municipio de Villaflores, La Dermatítis Seborreica se encontró dentro de los diez primeros lugares de frecuencia y ocupó el noveno lugar(22).

### **GENERALIDADES**

La dermatítis Seborreica es un padecimiento crónico de causa desconocida, caracterizada por el aumento de la producción de grasa y que afecta principalmente la región centrofacial, piel cabelluda, tronco, región esternal, interescapular y regiones de flexión.

El cuadro clínico consiste en la presencia de placas redondeadas, eritematoescamosas, blanco-amarillentas de aspecto untuoso, muy pruriginosas, con maceración y fisuración secundaria. El curso del padecimiento es crónico, y recidivante, los brotes pueden ser precipitados, por la fatiga, el stress, alcoholismo, inmunodeficiencias, infecciones, sin embargo la influencia definitiva de factores exógenos es difícil de asegurar.



## ANTECEDENTES

Pese a la importancia y florido de los padecimientos de la piel, existen pocos estudios sobre la epidemiología o sobre la frecuencia con que se presentan dichas patologías en la consulta externa y sus variables en cuanto a sexo y edad.

Cabe hacer mención como antecedentes de las dermatosis que prevalecían hace 50 años, un estudio realizado en el hospital general de la ciudad de México en 1945 y en 1946, con un número de 3528 pacientes, en el cual las dermatitis de contacto ocuparon un primer lugar de frecuencia, con 12.8%, impétigo 7.9%, lesiones sifilíticas 5.4%, tiñas 3.9%, mal del pinto 3.8%, vitiligo 3.4%, complejo vasculocutáneo de pierna 2.6%, tuberculosis cutánea y dermatitis atópica en un 2%(15).

En 1991 sesenta pacientes en edades comprendidas de tres meses a doce años, en la consulta externa dermatológica del instituto nacional de pediatría el 50% correspondió a casos de dermatitis atópica y el resto fueron casos de verrugas vulgares, alopecia, vitiligo, queiloide, molusco contagioso, uleritema ofriógenes, pitiriasis alba, dermatitis de contacto y albinismo(17).

Contamos con otro estudio llevado a cabo en la clínica de dermatología pediátrica del hospital general de la ciudad de México en un periodo de cinco años comprendidos de abril de 1990 a 1995, con una muestra de 10,000 niños en donde también la dermatitis atópica ocupó un primer lugar de frecuencia con el 12.1%, siguiendo las verrugas con un 10.2%, pitiriasis alba con un 7.1%, prurigos con una frecuencia de 6.9%, vitiligo y la dermatitis numular con una frecuencia del 3.7%, acné y escabiásis con una frecuencia del 2.9%, hemangioendoteloma y dermatitis seborreica con una frecuencia del 2.2%(18).

En el servicio de dermatología del hospital de especialidades del centro médico Nacional y en unidades de medicina familiar No. 47 y 51 del IMSS en la ciudad de León Guanajuato, se estudiaron 6314 pacientes y las dermatosis encontradas fueron las siguientes(2):

- Dermatitis Atópica
  - Verrugas vulgares
  - Acné
  - Vitiligo
  - Dermatitis solar
  - Queratosis Seborreica
  - Acrocordones
  - Cáncer de piel
- Queratosis Actínica

En el medio rural:

En el centro de salud e investigación en dermatología tropical "Dr. Antonio González Ochoa" ubicado en el estado de Puebla, en Marzo de 1992 a Septiembre de 1993 en un número de 977 pacientes predominaron las dermatosis por agentes animados, como son artrópodos, hongos, bacterias y virus, y los resultados fueron los siguientes:

- Prurigo por artrópodos con 34.8%
- Dermatofitosis con 14.73%
- Piodermítis con 18.42%
- Dermatitis del pañal con 10.23%
- Actinodermatitis con 2.86%
- Varicela 2.72%
- Dermatitis de contacto con 2.35%
- Urticaria con 2.35%
- Acné con 2.14%
- Queilitis actinica con 1.94%(19)

En nuestro estado contamos con varios estudios, uno de ellos realizado en la clínica universitaria de la escuela de medicina humana en la ciudad de Tuxtla Gutiérrez de Agosto de 1993 a Julio de 1994, La dermatitis en general ocupó los primeros lugares con un 51% y englobaron las ocasionadas por medicamentos, solar, seborreica, de contacto y alérgicas, el segundo lugar lo obtuvo el acné con el 16.3%, seguida de Melasma con 8.6%, pitiriásis con 7.1%, herpes zóster con 6.6%, psoriasis 6.1%, vitiligo 5.6%, hiperhidrosis 5.6%, y el noveno y décimo lugar lo ocuparon las lesiones de impétigo y tiña pèdis con un 5.1% y 4.5% respectivamente(20).

Otros estudios que tenemos documentados fueron realizados en unidades de consulta externa del sector de Salubridad ubicadas en la colonia Albania, municipio de Tuxtla Gutiérrez(21), Colonia Cristóbal Obregón municipio de villaflores(22), en Escuintla(23), Huehuetán(24), y Frontera Hidalgo Chiapas(25) y en todas ellas las parasitosis cutáneas como son la escabiásis y pediculosis ocuparon los primeros lugares de frecuencia, seguido de la micosis, impétigos, Piodermítis, melasma, acné, vitiligo, psoriasis y condilomas acuminados.

En nuestra población las instituciones de salud no cuentan con estudios o información suficiente al respecto.

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En 1950 se conocían unas 400 dermatosis bien definidas, ahora, casi cincuenta años después tenemos aproximadamente unas 2500 enfermedades(26). ¡Más que cualquier otra especialidad!

En los últimos años los padecimientos producidos por la exposición a la radiación ultravioleta se han incrementado debido a la tendencia casi obsesiva del público por lograr una piel bronceada, así como por otros factores de la vida moderna entre ellos el creciente número de fotosensibilizantes y las modificaciones ambientales producidas por la contaminación(27).

La capa de ozono está disminuyendo, el programa de las Naciones Unidas para el medio ambiente ha estimado que una disminución del 1% en la capa de ozono ocasionaría un incremento del 2.3% de los cánceres de la piel, y una disminución del 10% de la capa de ozono sostenida durante tres décadas tendría como efecto por lo menos la aparición de 300,000 nuevos casos de enfermedades de la piel(28).

México tiene de todo, existen enfermedades universales como el acné, vitiligo, psoriasis, pénfigo y cáncer; tiene patología peculiar de país tropical como son las micosis, lepra, Leishmaniasis; enfermedades propias del subdesarrollo: entre las parasitosis, infecciones, pelagra; y como país en camino de industrialización también padece enfermedades ocupacionales.

Es bien conocido que la consulta dermatológica ocupa uno de los primeros lugares en cuanto a número de pacientes, sin embargo un problema de la actualidad lo constituye la automedicación con cremas, remedios caseros, o fármacos que dañan profundamente la piel, alteran las lesiones dificultando así su diagnóstico y retrasando su tratamiento(19).

Las enfermedades de la piel observadas en los centros dermatológicos urbanos, difieren de las predominantes en los medios

rurales, y éstas también varían dependiendo de las características ecológicas de la región, zonas semidesérticas del norte, montañas altas, planicies tropicales, o zonas húmedas y calurosas de la costa(19).

Nuestra Institución Clínica Hospital Belisario Domínguez y Palencia, ubicada en la Ciudad de Tapachula Chiapas, la cual se halla a una altura de 182 metros sobre el nivel del mar, con un clima cálido-húmedo, con temperaturas mínimas de 27.4° C. Y unas temperaturas máximas de 37.3°C. y lluvias aproximadamente de 178 días al año presta atención a derechohabientes del magisterio, Burocracia, seguridad pública, policía judicial t tránsito del estado de Chiapas.

No existe estudio o información estadística suficiente en Tapachula Chiapas de aquí que surja la interrogante de ¿Cuál es la frecuencia con que se presentan los padecimientos dermatológicos en su población en el periodo de un año, comprendido de mayo de 1996 a mayo de 1997?.

## JUSTIFICACION

Los padecimientos de la piel, son males que sin tratamiento o peor aun con un mal manejo pueden alterarse en grado extremo la apariencia física, provocar problemas de ansiedad, depresión, introversión, y sentimientos de inferioridad que dañan la autoestima del paciente y ocasionan un impacto inmediato en la comunicación interpersonal, familiar, social y laboral.

Dada la frecuencia y trascendencia de las enfermedades dermatológicas, es necesario que el médico familiar conozca cuales son las patologías cutáneas que afectan con mayor frecuencia a su población derechohabiente ya que esto le brinda la oportunidad de identificar sus limitaciones en cuanto a diagnostico y tratamiento, de corregirlos y establecer criterios claros y uniformes fortaleciendo la capacidad resolutive de la unidad y elevando la calidad de los servicios que presta la institución.

Con el conocimiento obtenido podemos incrementar las acciones de promoción y educación para la salud dirigidas hacia la prevención de dichas dermatosis y en etapas posteriores nos sirve de base para la evaluación de éstos programas.

# **OBJETIVOS**

## **GENERALES**

Determinar cuales son los diez padecimientos más frecuentes en la consulta externa de dermatología de la clínica Hospital del ISSSTECH de Tapachula Chiapas en el periodo de un año.

## **ESPECIFICOS**

Determinar de cada uno de los diez padecimientos su frecuencia por grupo de edad.

Determinar de cada uno de los diez padecimientos su frecuencia de acuerdo al sexo.

Determinar la frecuencia de cada uno de los diez padecimientos tomando en cuenta el sector laboral al que pertenecen.

## **METODOLOGIA**

### **TIPO DE ESTUDIO**

Se trató de un estudio epidemiológico, observacional, descriptivo, retrospectivo y transversal.

### **POBLACION, LUGAR Y TIEMPO**

En Tapachula De Córdoba y Ordoñez Chiapas, en la Clínica Hospital del ISSSTECH Dr. Belizario Domínguez y Palencia durante un periodo de un año.

### **TIPO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA**

Se estudiaron 358 pacientes los cuales fueron referidos al servicio de dermatología de la unidad.

### **CRITERIOS DE INCLUSION**

Entraron al estudio todos los pacientes que fueron referidos al servicio de dermatología en los meses de Mayo de 1995 a Mayo de 1996.

### **CRITERIOS DE EXCLUSION**

Se excluyeron los pacientes cuyo expediente clínico no contó con diagnóstico definitivo al momento del estudio.

Se excluyeron pacientes valorados por el servicio de dermatología en el hospital.



## **VARIABLES**

Edad. Variable cuantitativa medible en años, se agrupó por decenios.

Sexo. Variable cualitativa no medible se anota masculino y femenino.

Sector. Variable cualitativa no medible representa el sector laboral por el cual están adscritos a la institución. Se anota Magisterio, Burocracia, Seguridad Pública, Tránsito del Estado y policía Judicial del Estado.

## **PROCEDIMIENTO DE CAPTURA E INFORMACIÓN**

La información se obtuvo en forma indirecta a través de los expedientes de los pacientes referidos a la consulta de dermatología de Mayo de 1996 a Mayo de 1997, los cuales fueron proporcionados por la secretaria del consultorio.

La información obtenida fue vertida en hojas de trabajo especificando de cada paciente el diagnóstico, la edad, sexo y sector laboral por el que están adscritos.

## RESULTADOS

Se estudiaron un total de 358 pacientes, lo cuales fueron referidos a la consulta de dermatología de la unidad durante los meses de Mayo de 1995 a Mayo de 1996.

### GRAFICA No. 1

<u>No. Pacientes</u>	<u>Porcentaje</u>	<u>Sexo</u>
218	61%	Femenino
140	39%	Masculino

### GRAFICA No. 2

Los grupos de edades se forman por decenios.

<u>Grupo de edades</u>	<u>No. pacientes</u>	<u>% de la consulta</u>
0-10	84	23.46%
11-20	50	13.96%
21-30	43	12.01%
31-40	92	25.69%
41-50	38	10.61%
51-60	26	7.26%
60 o más	25	6.98%

**GRAFICA No. 3**

De acuerdo al sector laboral al que pertenecen

<u>No. pacientes</u>	<u>Porcentajes</u>	<u>Sector laboral</u>
248	69.27%	Magisterio
79	22.07%	Burocracia
22	6.14%	Seg. Pública
5	1.40%	Policía Judicial
4	1.12%	Tránsito del E.

**GRAFICA No. 4**

Las diez afecciones cutáneas detectadas en orden de frecuencia fueron.

<u>Afección Cutánea</u>	<u>Porcentaje.</u>
Micosis	17.31%
Dermatitis solar Hipocromiante	9.21%
Verrugas	8.65%
Dermatitis Atópica	7.54%
Melasma	5.86%
Dermatitis seborreica	5.86%
Psoriasis	5.02%
Impétigo	4.46%
Acné	3.91%
Dermatitis de contacto	3.63%

**GRAFICA No. 5**

Con relación del sexo de los pacientes

PADECIMIENTO	FEMENINO	PORCENT.	MASCULINO	PORCENT
MICOSIS	28	7.82%	33	9.21%
D.SOLAR H.	23	6.42%	10	2.79%
VERRUGAS	19	5.30%	12	3.35%
D. ATOPICA	19	5.30%	8	2.23%
MELASMA	20	5.58%	1	0.27%
D. SEBORREICA	11	3.07%	10	2.79%
PSORIASIS	9	2.51%	9	2.51%
IMPETIGO	9	2.51%	7	1.95%
ACNE	4	1.11%	10	2.79%
D. DE CONTACTO	11	3.07%	2	0.55%

**GRAFICA No. 6**

Con relación al sector laboral al que pertenecen No. Pacientes- Porciento

PADECIMIENTO	MAG.		BUR.		S.PUB.		PJ		T.E.	
MICOSIS	45	12.56%	9	2.51%	5	1.39%	1	0.27%	1	0.27%
D.SOLAR H.	22	6.14%	9	2.51%	2	0.55%	0	0%	0	0%
VERRUGAS	22	6.14%	6	1.67%	3	0.83%	0	0%	0	0%
D. ATOPICA	15	4.18%	9	2.51%	3	0.83%	0	0%	0	0%
MELASMA	19	5.30%	6	1.67%	1	0.27%	0	0%	0	0%
D SEBORREICA	18	5.02%	3	0.3%	0	0%	8	2.23%	0	0%
PSORIASIS	13	3.63%	4	1.11%	0	0%	0	0%	1	0.27%
IMPETIGO	11	3.07%	2	0.55%	2	0.55%	0	0%	2	0.55%
ACNE	11	3.07%	3	0.83%	0	0%	0	0%	0	0%
D. DE CONTACTO	8	2.28%	3	0.83%	2	0.55%	0	0%	0	0%

**GRAFICA No. 7**

En un total de 102 pacientes prevalencia de padecimientos dermatológicos en población infantil de 0 a 10 años de edad.

<u>PADECIMIENTO</u>	<u>MASCULINO</u>	<u>PORCENT.</u>	<u>FEMENINO</u>	<u>PORCENT</u>	<u>TOTAL</u>	<u>PORC.</u>
VERRUGAS	8	7.84%	15	14.70%	23	22.54%
D.SOLAR H.	7	6.86%	10	18.62%	17	16.66%
PRURIGO/INSECTOS	7	6.86%	5	4.90%	12	11.76%
D. ATOPICA	5	4.90%	4	3.92%	9	8.82%
MICOSIS	5	4.90%	3	2.94%	8	7.84%
IMPETIGO	3	2.94%	4	3.92%	7	6.86%
P. VERSICOLOR	4	3.92%	2	1.94%	6	5.88%
ESCABIASIS	1	0.98%	3	2.94%	4	3.92%
ACNE	1	0.98%	2	1.94%	3	2.96%
FITOFOTOSENS.	0	0%	2	1.94%	2	1.94%

**GRAFICA No. 8**

Micosis encontradas

<u>Afección Cutánea</u>	<u>Porcentaje.</u>
TIÑAS	48%
P. VERSICOLOR	26%
CANDIDIASIS	16%
ONICOMICOSIS	5%
GRANULOMA	3%
ESPOROTRICOSIS	2%

**GRAFICA No. 7 (A,B,C,D,E)**

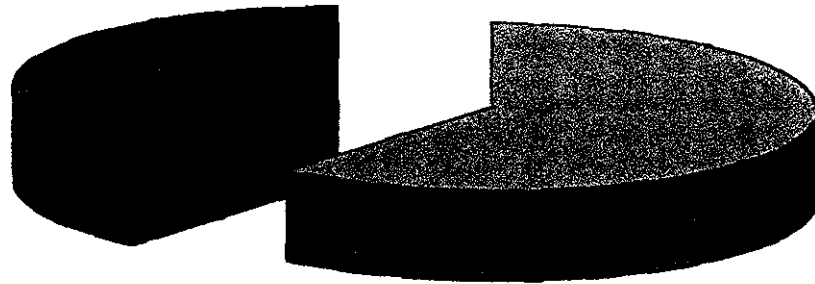
Relación en base a edades en años y su porcentaje

PADECIMIENTO	0-10	%	11-20	%	21-30	%	31-40	%	41-50	%	60mas	%
MICOSIS	9	3%	8	2.23%	9	2.51%	15	4.18%	5	1.39%	8	2.23%
D. SOLAR H.	11	3.07%	9	2.51%	3	0.83%	6	1.67%	2	0.55%	2	0.55%
VERRUGAS	18	5%	6	2%	5	1.39%	1	0.27%	0	0%	1	0.27%
D. ATOPICA	8	2.23%	2	1%	2	0.55%	10	2.79%	5	1.39%	0	0%
MELASMA	0	0.00%	0	0%	6	1.67%	12	3.35%	2	0.55%	0	0%
D. SEBORREICA	1	0%	0	0.00%	4	1.11%	10	2.79%	2	0.55%	3	0.83%
PSORIASIS	0	0.00%	0	0.00%	1	0.27%	9	2.51%	4	1.11%	1	0.27%
IMPETIGO	8	2%	3	0.83%	0	0%	2	0.55%	1	0.27%	1	0.27%
ACNE	1	0.27%	7	1.95%	2	0.55%	4	1.11%	0	0%	0	0%
D. CONTACTO	0	0%	1	0.27%	0	0%	6	1.67%	3	0.83%	1	0.27%

# GRAFICA No. 1

## DISTRIBUCION PORCENTUAL DE ACUERDO AL SEXO

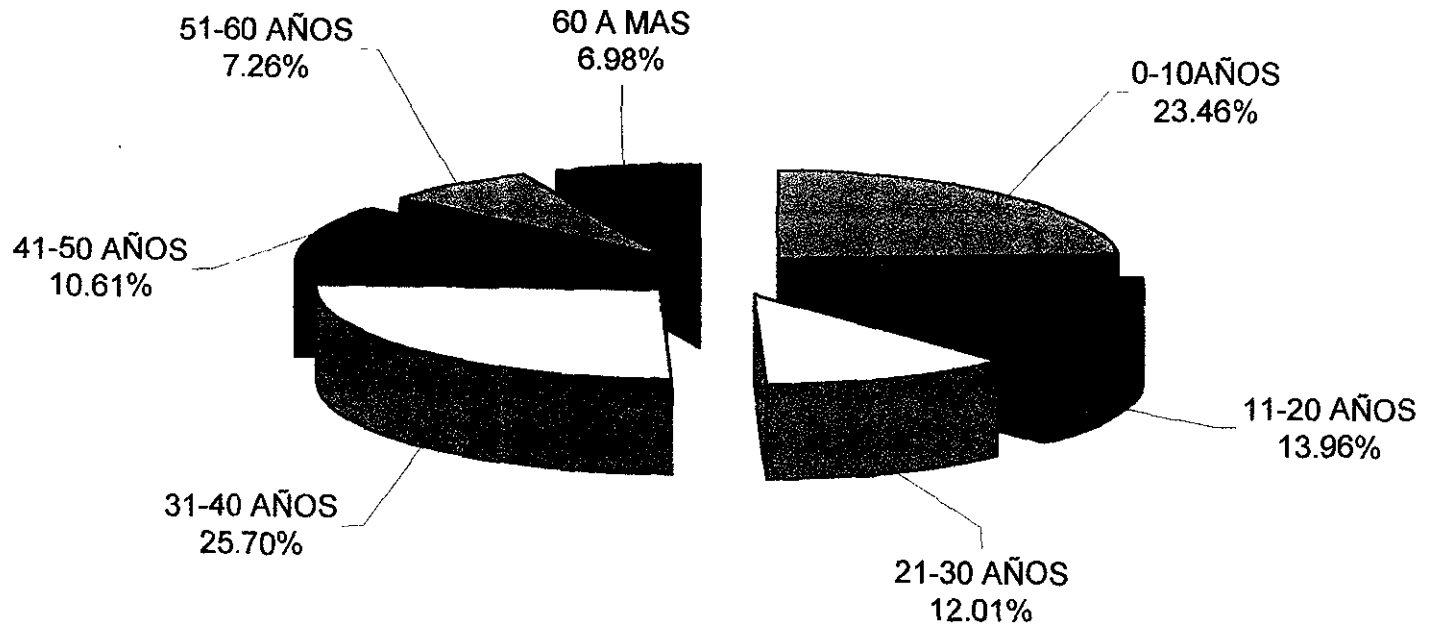
MASCULINO  
39%



FEMENINO  
61%

# GRAFICA No. 2

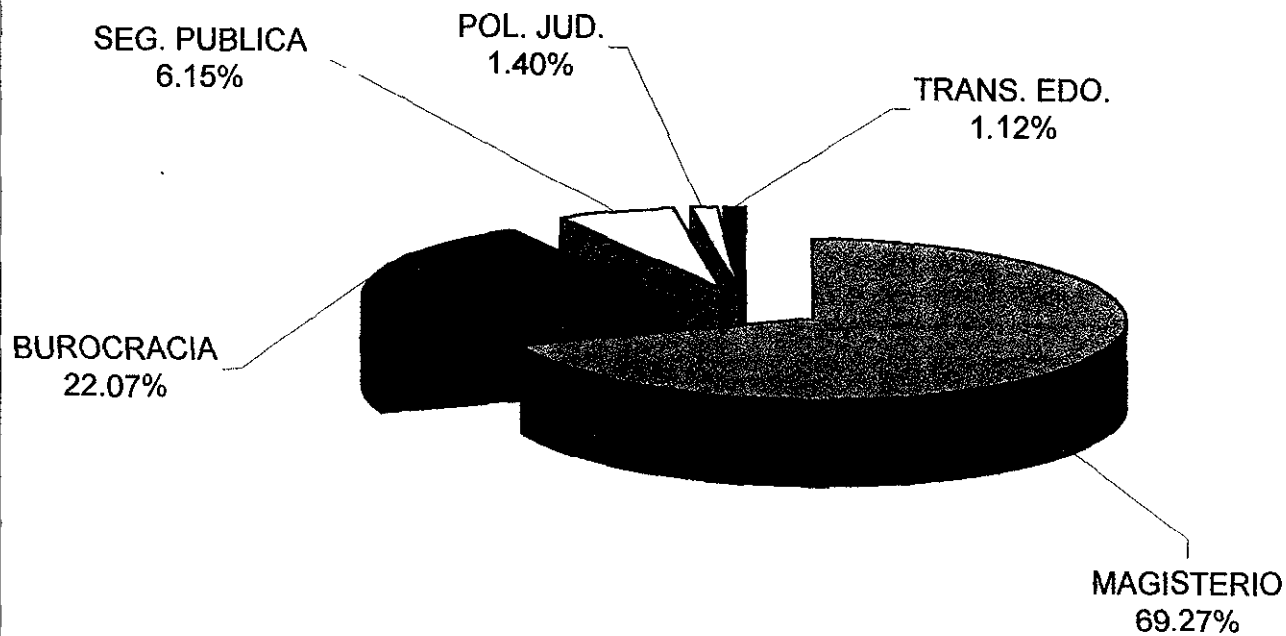
## DISTRIBUCION POR GRUPOS DE EDAD





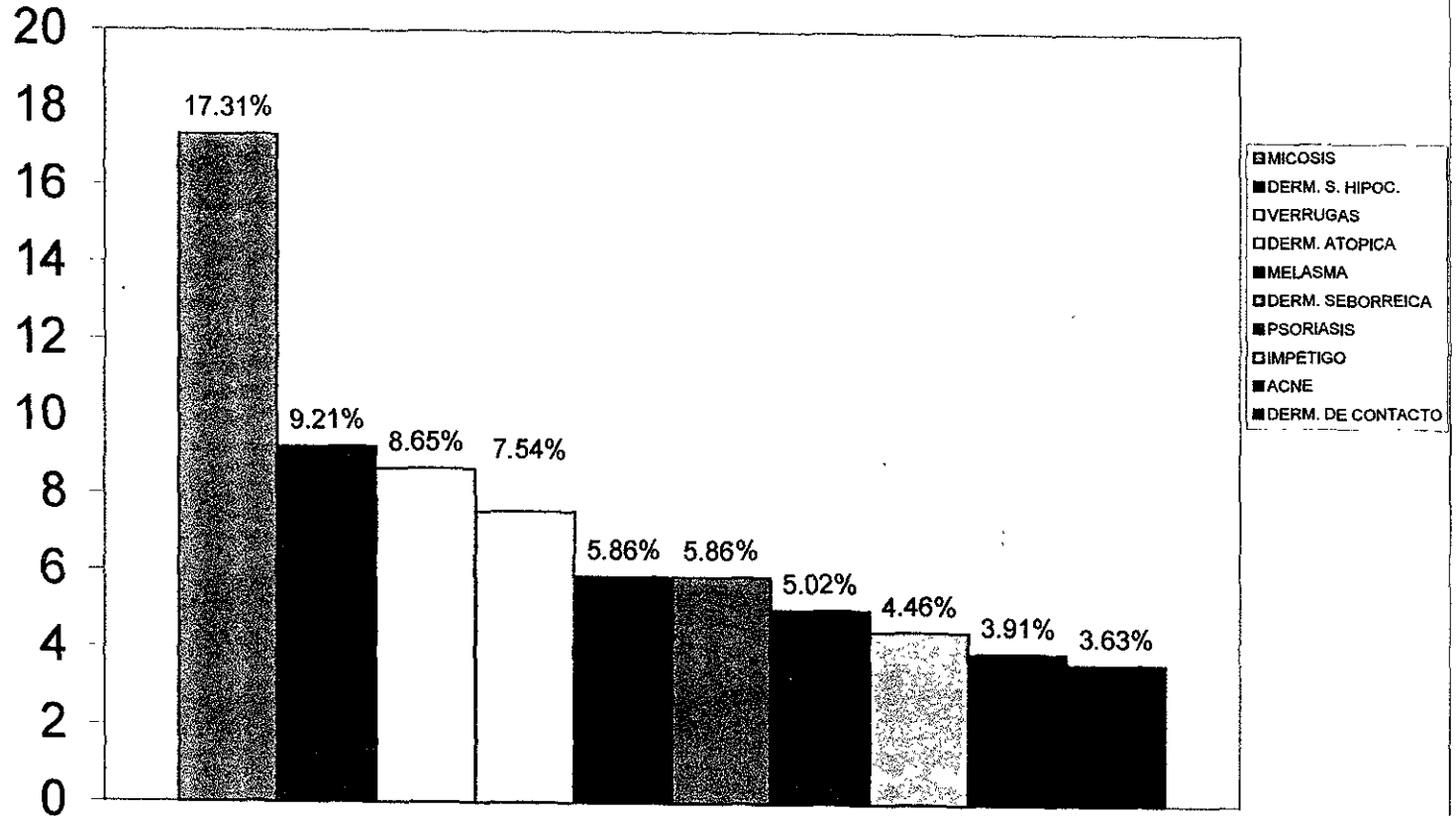
# GRAFICA No. 3

## DISTRIBUCION POR SECTOR LABORAL



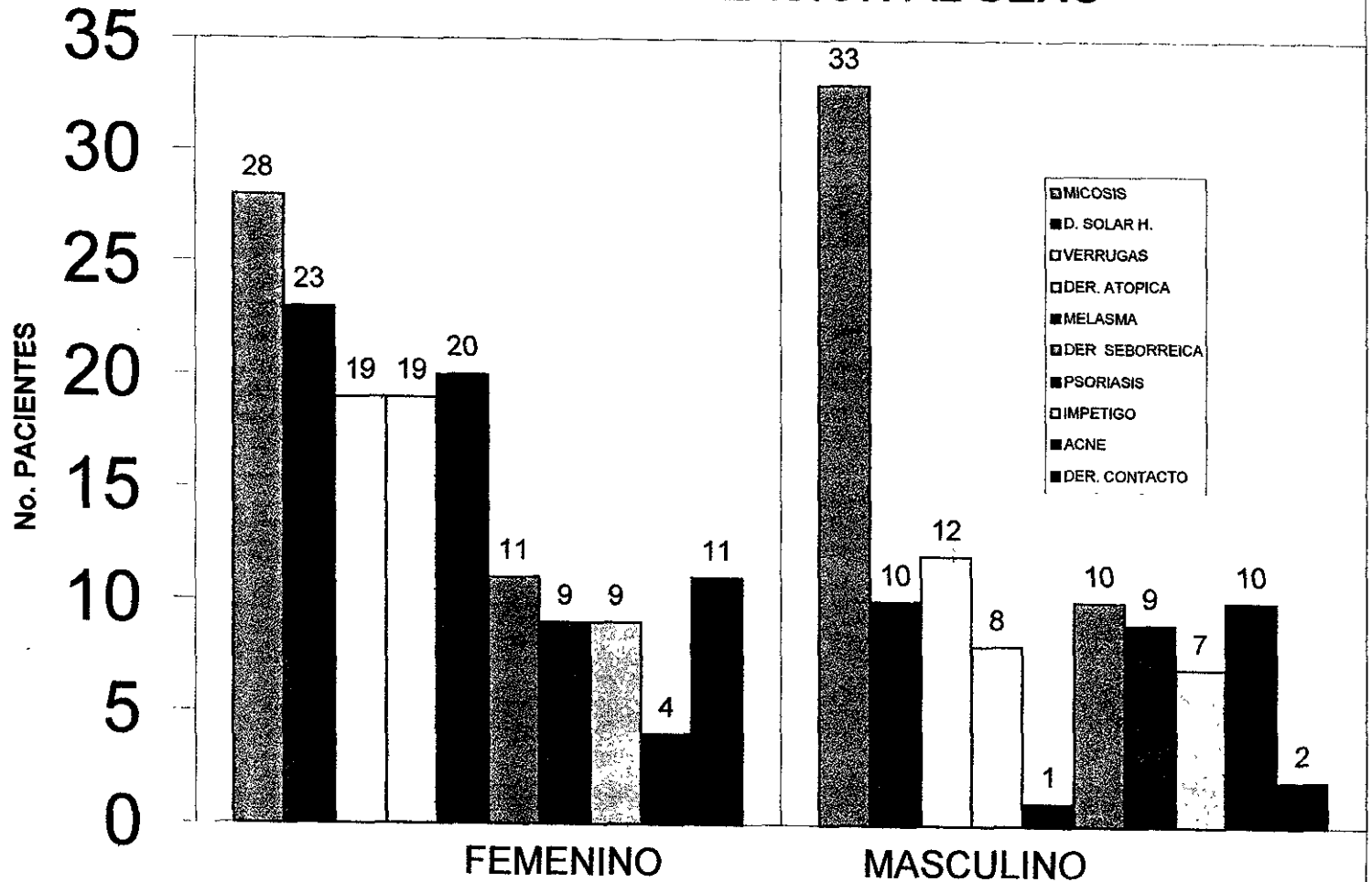
# GRAFICA No.4

## DERMATOSIS DETECTADAS EN ORDEN DE FRECUENCIA



# GRAFICA No.5

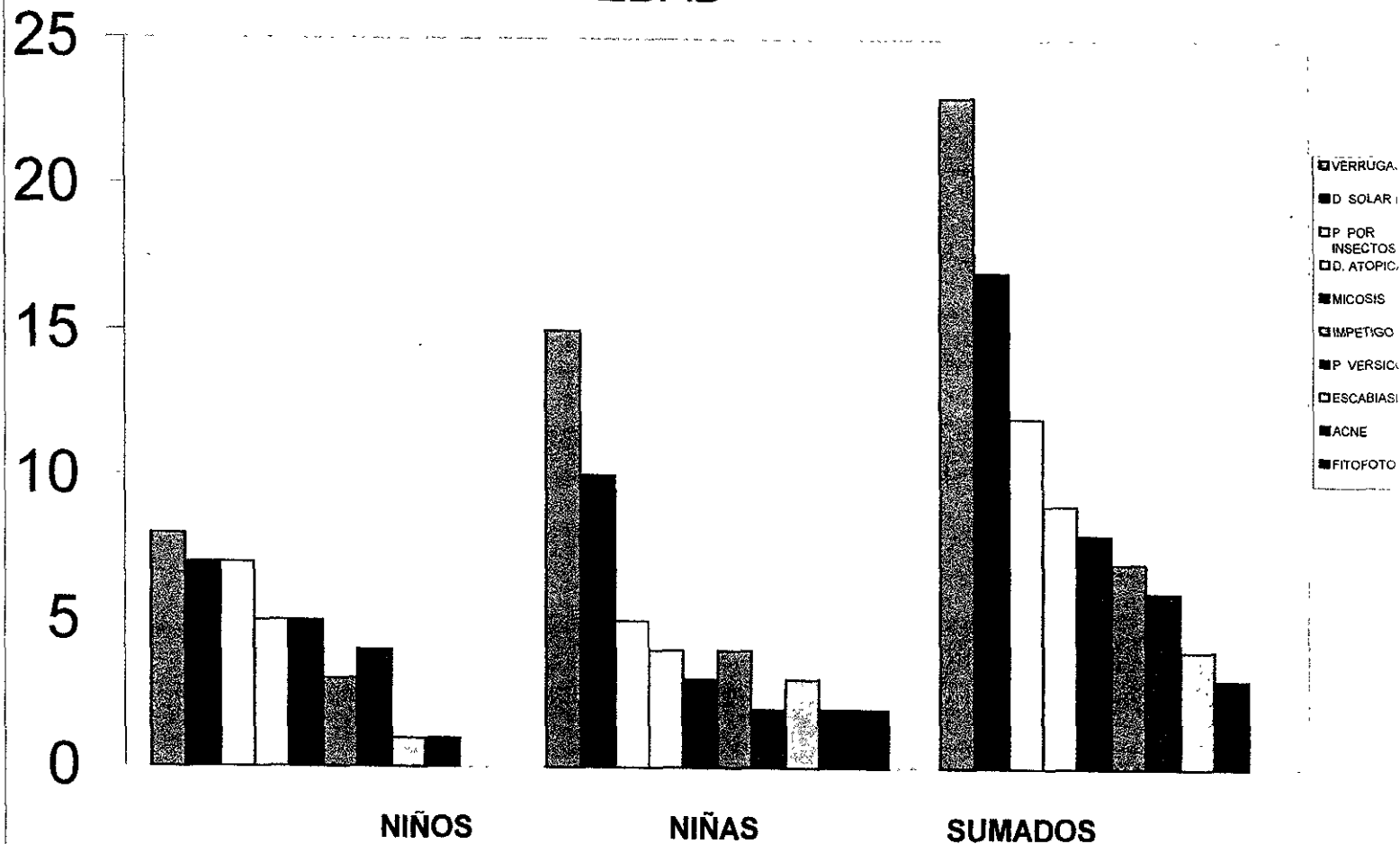
## DERMATOSIS EN RELACION AL SEXO





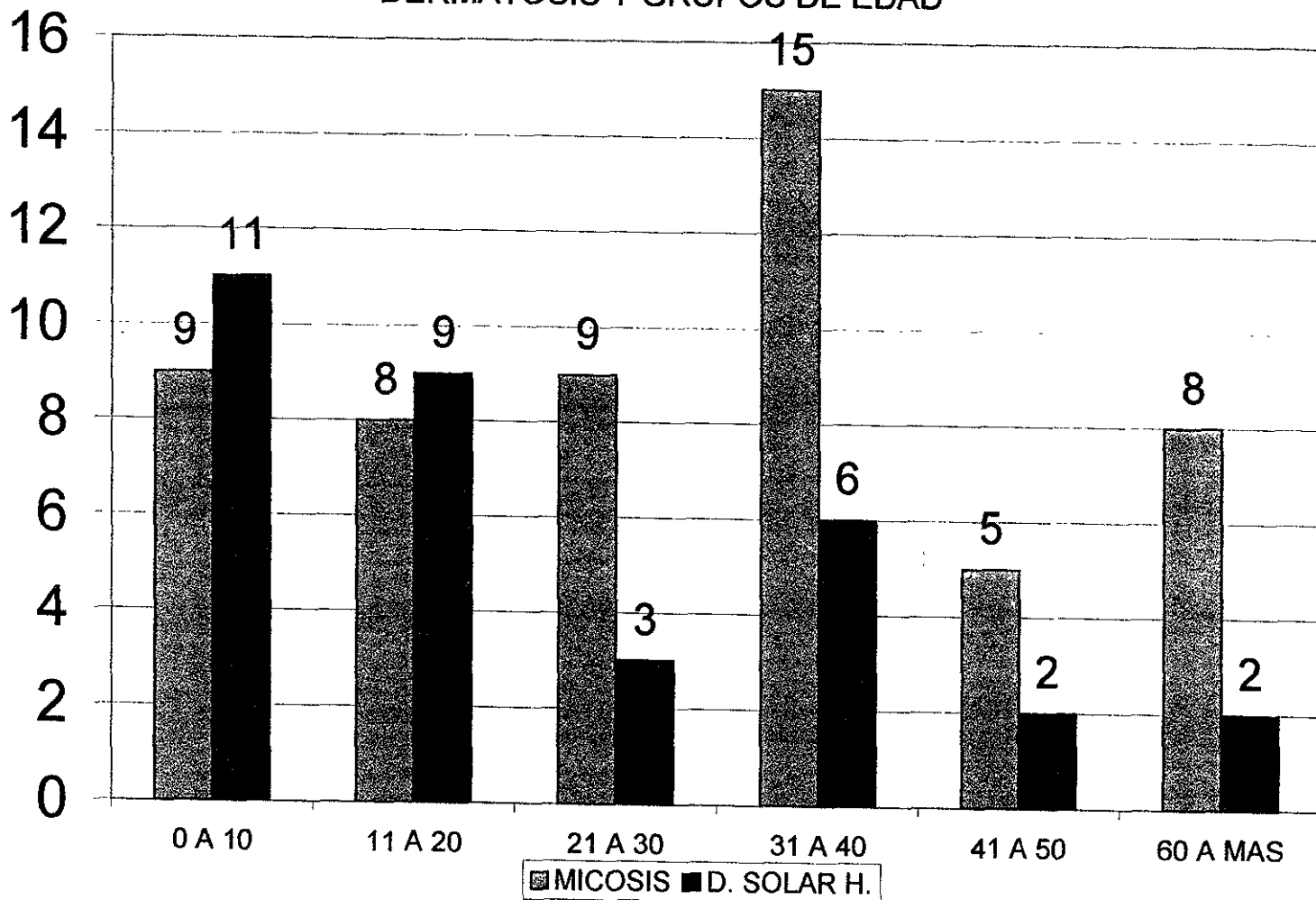
# GRAFICA No. 7

## DERMATOSIS DETECTADAS EN MENORES DE EDAD



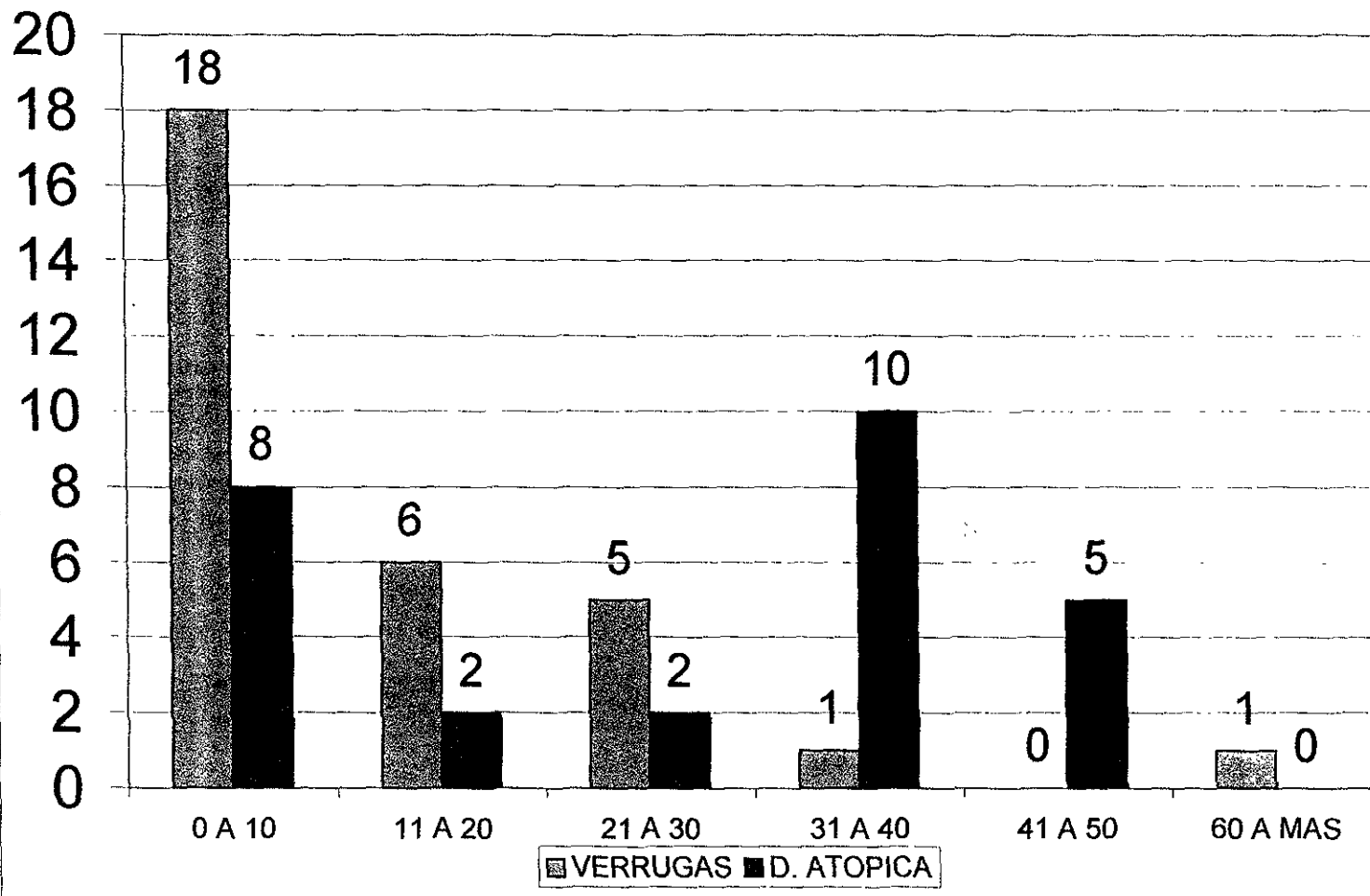
# GRAFICA No.7-A

## DERMATOSIS Y GRUPOS DE EDAD



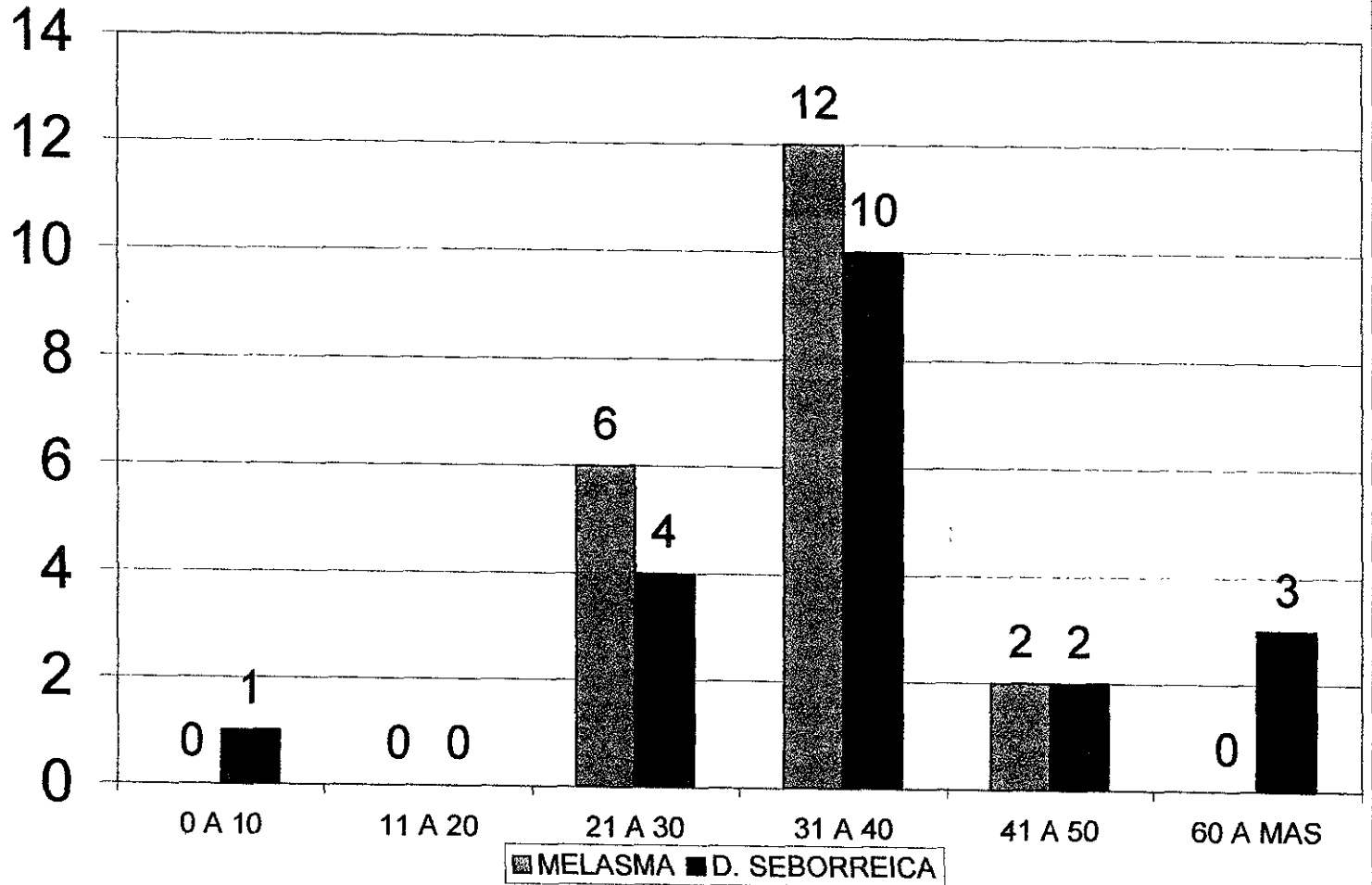
# GRAFICA No.7-B

## DERMATOSIS Y GRUPOS DE EDAD



# GRAFICA No.7-C

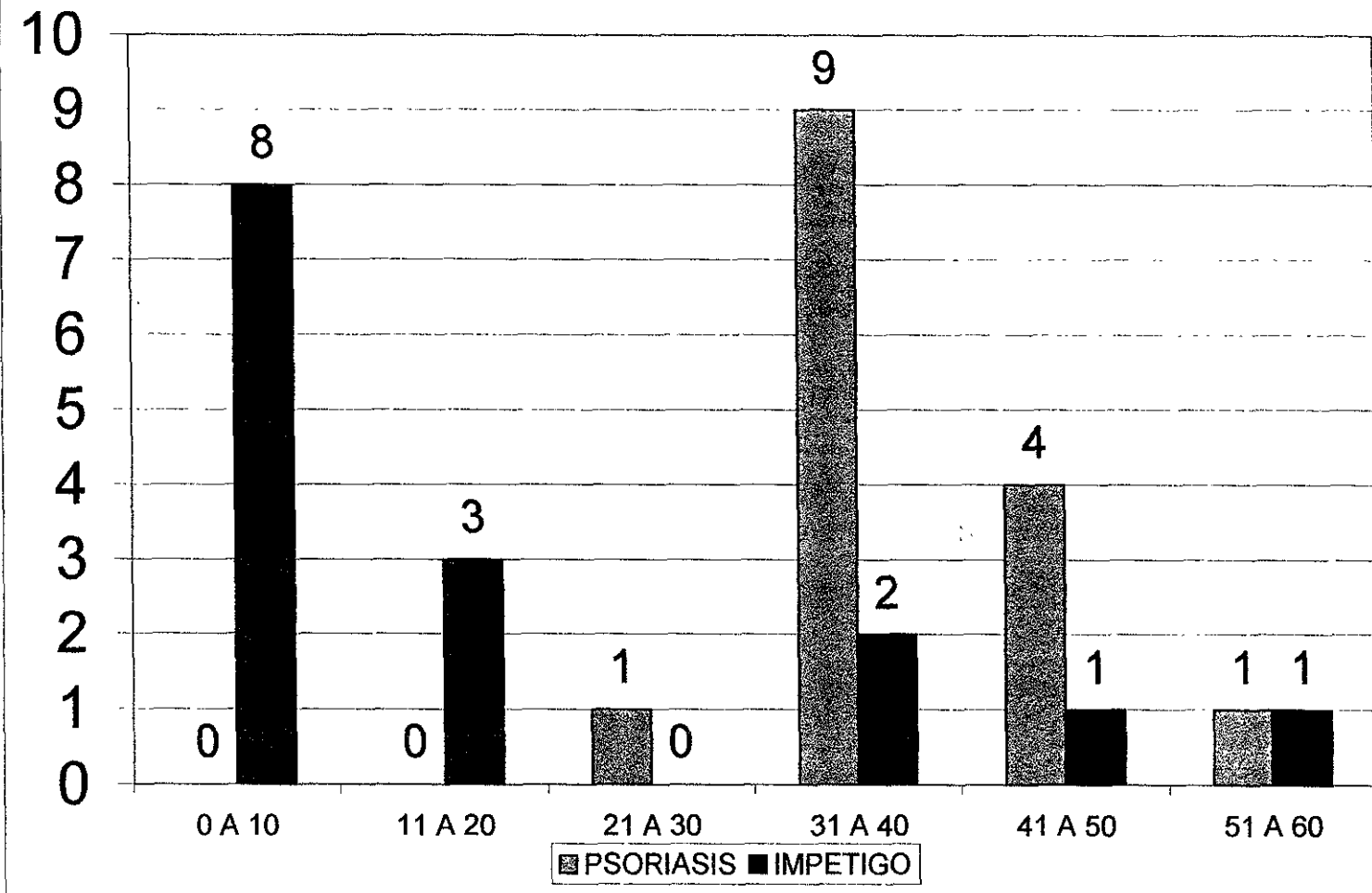
## DERMATOSIS Y GRUPOS DE EDAD





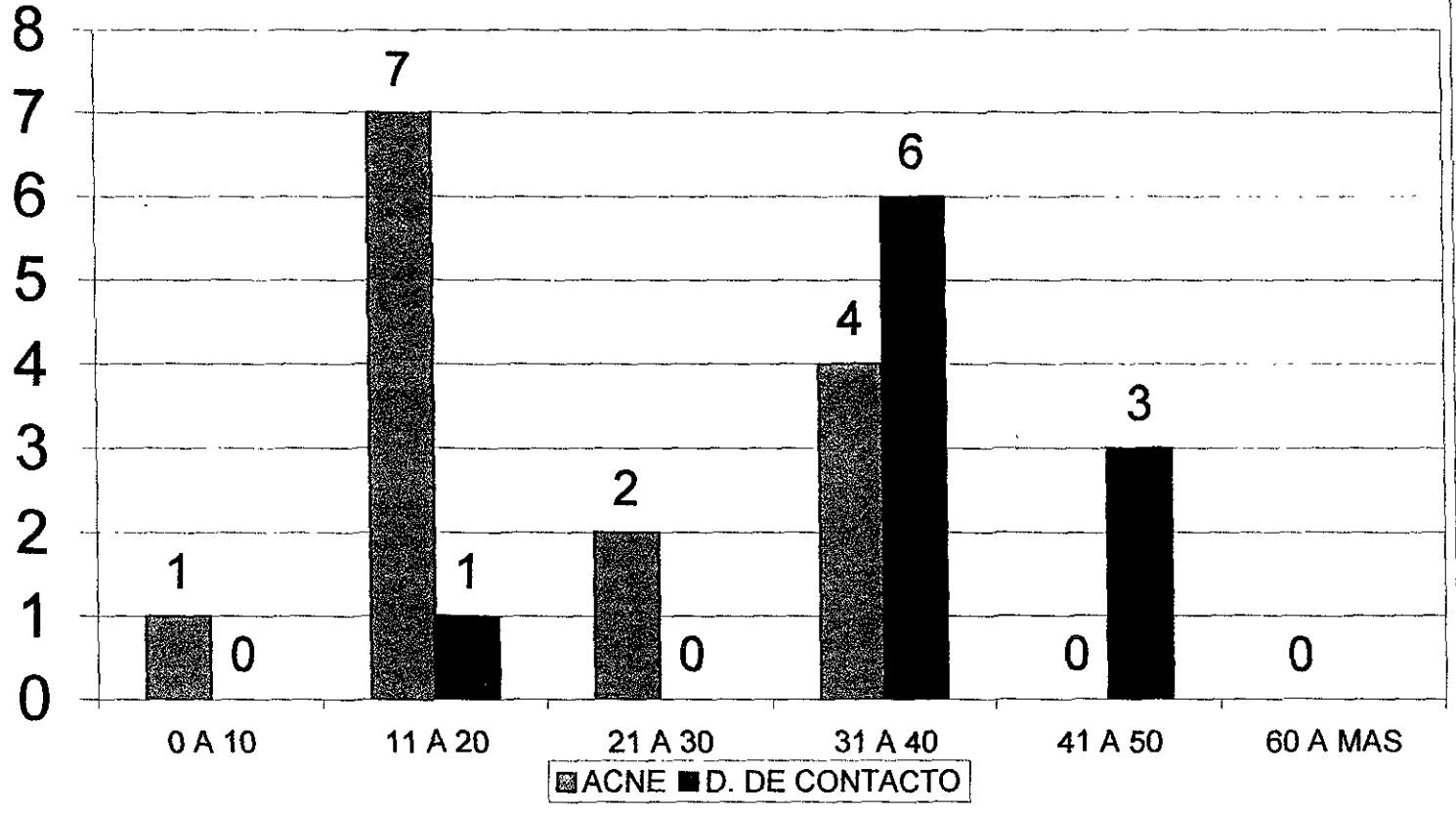
# GRAFICA No.7-D

## DERMATOSIS Y GRUPOS DE EDAD



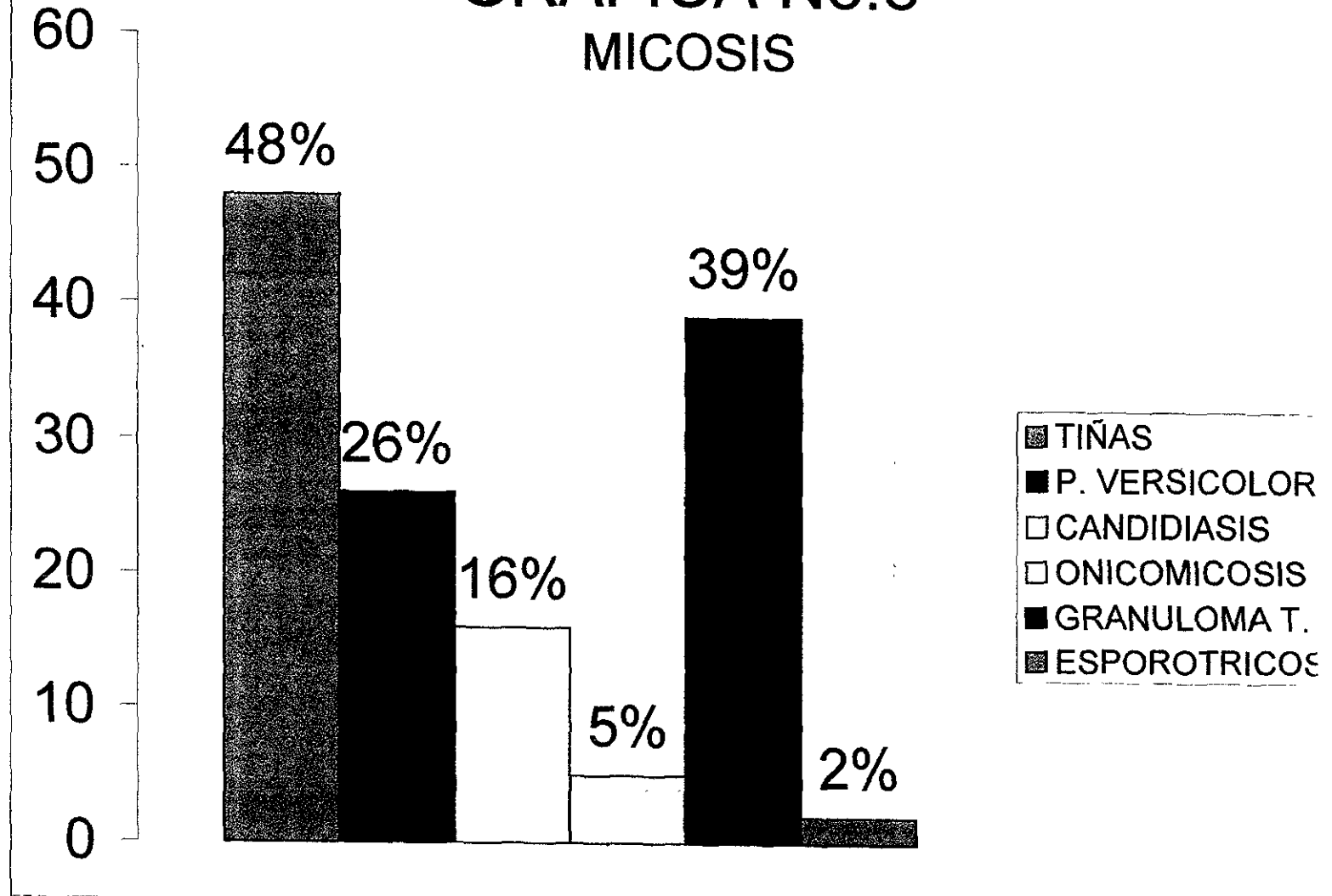
# GRAFICA No.7-E

## DERMATOSIS Y GRUPOS DE EDAD



# GRAFICA No.8

## MICOSIS



## DISCUSION DE RESULTADOS

Los padecimientos dermatológicos obtenidos como resultados de nuestro estudio son en su mayoría los mismos que se mencionan en los primeros lugares de frecuencia en la literatura médica(1), y en estudios realizados en nuestro estado(20-25).

Tuvimos padecimientos que tienen su origen en la exposición constante sin protección a los rayos ultravioleta, algunas son favorecidas por las características climáticas de la región, por las condiciones laborales y el bajo nivel de educación higiénica que aun tenemos y finalmente encontramos enfermedades con un alto componente somático que ocasiona repercusiones emocionales importantes en el paciente.

El cáncer de piel y la queratosis actínica no figuran en nuestros resultados a diferencia de un estudio realizado en el centro medico nacional(2) y en el centro de salud en investigación en dermatología tropical ubicado en el estado de Puebla(19).

La apariencia física ha sido una preocupación constante más aun en personas de cierto estatus social, en este estudio la mayor demanda fue generada por el sexo femenino el grupo de edad de 31-40 años y el sector laboral perteneciente al magisterio.

Hubieron padecimientos que predominaron en edades pediátricas, entre ellas: D. Solar Hipocromiante, Verrugas e Impétigo, padecimientos que predominaron en adolescentes como el acné, y en adultos las micosis D. Atópica, D. Seborreica, Melasma, Psoriasis y D. De contacto.

En nuestros resultados a nivel pediátrico la D. Atópica obtuvo un cuarto lugar de frecuencia y no tuvimos casos de Vitiligo, a diferencia de los estudios realizados en el Instituto Nacional de

Pediatría(17) y en la clínica de Dermatología Pediátrica del Hospital General de México(18), en ambos la D. Atópica ocupó un primer lugar y el Vitiligo estuvo presente.

Con la realización del presente trabajo proporcionamos al médico familiar y a la institución información estadística suficiente para llevar a cabo la elaboración de programas académicos de retroalimentación dirigida hacia estas patologías en especial; y la planeación de metas y estrategias dirigidas a lograr la disminución de estos padecimientos así como para en etapas posteriores evaluar los resultados.

Es necesario, en forma conjunta con el servicio de medicina preventiva contar con un equipo eficiente y capaz que lleve a cabo campañas informativas que promueva el mejoramiento de los hábitos higiénicos y disminuyan los factores de riesgo para estas enfermedades.

Sería conveniente integrar al cuadro básico de medicamentos sustancias que protejan de los rayos ultravioleta.

Por último es importante canalizar en forma temprana al servicio de dermatología los pacientes cuyos padecimientos no puedan ser resueltos por el médico de primer nivel, disminuyendo así el costo importante que causa a la institución el uso inadecuado de la atención médica y los medicamentos.

## CONCLUSIONES

En el presente trabajo realizado durante los meses de mayo de 1996 a mayo de 1997 en la clínica hospital Belisario Dominguez y Palencia de la ciudad de Tapachula, Chiapas:

- 1) Encontramos que los padecimientos dermatológicos más frecuentes fueron en orden decreciente  
Micosis  
Dermatitis Solar Hipocromiante  
Verrugas  
Dermatitis Atópica  
Melasma  
D. Seborreica  
Psoriasis  
Impetigo  
Acné  
D. por contacto
- 2) Determinamos que la Dermatitis solar hipocromiante y las verrugas predominaron de grupo de edad de 0 a 10 años, el acné de 11 a 20 años y micosis, d. Atópica, Melasma, D. Seborreica, D. De contacto, Psoriasis e impetigo en el grupo de 31 a 40 años
- 3) Observamos que únicamente de la micosis y el acné predominaron en el sexo masculino
- 4) Obtuvimos que todas las dermatosis fueron mas frecuentes en el sector laboral magisterio.

## BIBLIOGRAFIA

- (1) ARENAS ROBERTO  
"DERMATOLOGIA, ATLAS, DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO"  
MEXICO D.F.  
Mc GRAW-HILL DE MEXICO S.A. DE C.V.  
ENERO DE 1989  
PAG. 1-650
  
- (2) MASÍAS CAMPOS PABLO  
"LA DERMATOLOGIA COMO 1er. NIVEL DE ATENCION MEDICA  
Y SUS IMPLICACIONES SOCIALES, ¿UN RETÓ DIAGNOSTICO?  
ESTADOS DE INVESTIGACION EDUCATIVA"  
REVISTA MEXICANA 2a. EPOCA  
VOLUMEN 4  
MEXICO - JUNIO  
1997
  
- (3) MACOTELA RUIZ+B33 ERNESTO  
"MICOLOGIA MEDICA PARA GRADUADOS"  
PITIRIASIS VERSICOLOR  
SOCIEDAD MEXICANA DE DERMATOLOGIA
  
- (4) FERNANDEZ VOZMEDIANO J.M., MONTESINOS NIETO I.  
SERVICIO DE DERMATOLOGIA FACULTAD DE MEDICINA  
UNIVERSIDAD DE CADIZ.  
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE PUERTO REAL CADIZ.  
DERMATITIS ATOPICA  
TRATADO DE MEDICINA PRACTICA  
MEDICINA CUARTA EDICION
  
- (5) BEIRANA PALENCIA ANGELICA  
DERMATOSIS ALERGICAS, DERMATITIS POR CONTACTO O  
POR SENSIBILIZACION.  
TÍPICOS EN DERMATOLOGIA

- (6) MARTINEZ FLORES MELINA, CORONEL VALENZUELA JESUS, MARTINEZ RAMIREZ ARMANDO, PEREZ PADILLA ALFREDO. CARACTERISTICAS EPIDEMIOLOGICAS EN ENFERMEDADES LABORALES. DESCRIPCION DE 1496 CASOS. REVISTA MEDICA MARZO/ABRIL VOLUMEN 33 No.2 DE 1995
- (7) KANERVA L. ESTLANDER T. JOLANKI R. TARVAINEN K. SECTION OF DERMATOLOGY INSTITUTE OF OCCUPATIONAL HEALT HELSINKI FINLANDIA. OCCUPATIONAL ALLERGIC CONTACT DERMATITIS CAUSED BY EXPOSURE TO ACRYLATES DURING WORK WITH DENTAL PROSTHESES. DERMATOLOGIA VOLUMEN 1 No. 1 FEB-MARZO DE 1993.
- (8) KOH\_D CHIA\_HP. OCCUPATIONAL HEALT THROUGH PRIMARY HEALT CARE CLINICA IN SINGAPORE ANN ACAD. MED. SINGAPORE 1994 SEP MEDLINE ®
- (9) MAYORGA RODRIGUEZ JORGE ARTURO. MUÑOZ ESTRADA F. BARBA RUBIO JOSE. HURTADO LIMON NORMA ANGELICA DEMATOFITOSIS. ESTUDIO EPIDEMIOLOGICO EN EL INSTITUTO DERMATOLOGICO DE JALISCO(1984-1993) SEGUNDA EPOCA VOL. 39 No. 1 ENE-FEB DE 1995 PAG. 18-21
- (10) CHANG PATRICIA ONICOPATIAS EN PACIENTES GERIATRICOS SEGUNDA EPOCA VOL 39 No. 1 ENE-FEB 1995 PAG. 24-26
- (11) AL SOGAIR SM. MOADWAD MK AL HUMAIDAN YM FUNGAL INFECTION AS A CAUSE OF SKIN DISEASE IN THE EASTERN PROVINCE OF SAUDI/ARABIA:PREVAILING FUNGI AND PATTERN OF INFECTION MUCOSES. 1991 JUL-AGS 34 (7-8) 333-7 MEDLINE 1991



- (12) GLORIA GUARNEROSPerez. FRANCISCO VEGA LOPEZ  
QUE ES EL PAPILOMA HUMANO  
SOLIDARIA NUEVA EPOCA 127 AGS-SEPT 1996
- (13) J. OCAÑA SIERRA M.I. WILHELMI  
PIODERMITIS ESTREPTOCOCOS CUTANEAS  
MEDICINE DERMATOLOGIA
- (14) C. FERNANDIZ M.A. SOLA  
ACNE  
BIBLIOTECA DE DERMATOLOGIA  
SERVICIO DE DERMATOLOGIA Y VENEREOLOGIA  
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO  
VALENCIA 1995
- (15) ESCALONA E. ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE LA CONSULTA  
EXTERNA DERMATOLOGICA. REVISTA MEDICA HOSPITAL GENERAL  
1947. PAG. 530-535
- (16) PIERRE A. PILETA. MD. SUSANE WIRTH PHD.  
LUCELLE MOMMEL MD. JEAN H. SAURATT M.D.  
CONRAD HASER M.D.  
CIRCULING SKIN HOMING "T" CELLS IN ATOPIC DEMATITIS  
ARCHIVES OF DERMATOLOGY  
OCTUBRE 1996.
- (17) HERRERA NAVARO MAGALY. ARENAS ROBERTO. SOSA MARTINEZ  
CRISTINA RUIZ. MALDONADO RAMON. DERMATOFITOSIS Y CANDIDA  
EN PACIENTES PEDIATRICOS CON DERMATITIS ATOPICA. REVISTA  
MEDICA DERMATOLOGICA FEBRERO 1993. PAG. 12-14
- (18) MAGAÑA GARCIA MARCO. VAZQUEZ RUTH. GONZALEZ CAMPOS  
NATALIA. DERMATOLOGIA PEDIATRICA EN EL HOSPITAL GENERAL  
FRECUENCIAS DE LAS ENFERMEDADES DE LA PIEL DEL NIÑO EN  
10,000 CONSULTAS 1990-1994.  
1995. PAG. 124-130

- (19)** MACOTELA RUIZ ERNESTO. GACETA MEDICA DE MEXICO. TOPICOS EN DERMATOLOGIA. DERMATOLOGIA EN UN MEDICO RURAL. MARZO 1992-SEPTIEMBRE 1993.  
VOLUMEN 131 No. 1. PAG 44-48
- (20)** LOPEZ ROBLES ERNESTO. ENFERMEDADES DERMATOLOGICAS MAS MAS FRECUENTES EN LA CONSULTA EXTERNA DE LA CLINICA UNIVERSITARIA DE LA FACULTAD DE MEDICINA HUMANA DE TUXTLA GUTIERREZ EN EL PERIODO COMPRENDIDO DE JULIO 1993-JULIO 1994.  
1995. PAG. 13-23
- (21)** PASCACIO MARTINEZ SANDRA LUZ. FRECUENCIA DE PADECIMIENTOS DERMATOLOGICOS DETECTADOS EN EL CENTRO DE SALUD "C" DE LA COLONIA ALBANIA MUNICIPIO DE TUXTLA GTZ. DURANTE EL AÑO DE 1985-1986. FEBRERO DE 1992. PAG. 26-30
- (22)** GONZALEZ POLA FREDY OMAR. NIVEL SOCIOECONOMICO Y DERMATITIS DE LA POBLACION INFANTIL DE COLONIA CRISTOBAL OBREGON EN VILLAFLORES CHIAPAS. 1989 PAG. 22-25
- (23)** HERNANDEZ SIMON JOSE GERARDO. INCIDENCIA DE DERMATOSIS DETECTADA EN EL CENTRO DE SALUD "C" DE LA CIUDAD DE ESCUINTLA CHIAPAS EN 1986. FEBRERO 1992. PAG. 31-37
- (24)** GOMEZ RIVERA SERGIO. FRECUENCIA DE DERMATOSIS EN LA POBLACION DE HUEHUETAN CHIAPAS DE AGOSTO DE 1985-JULIO DE 1986. SEPTIEMBRE DE 1989. PAG. 15-20
- (25)** HIDALGO LÓPEZ MIGUEL ANTONIO FRECUENCIA DE DERMATOSIS EN LA POBLACION DE FRONTERA HIDALGO CHIAPAS EN EL PERIODO COMPRENDIDO DE AGOSTO DE 1985 A JULIO DE 1986. PAG. 46-49
- (26)** DOMINGUEZ SOTO  
DERMATOLOGIC INSIGHTS  
REVISTA MEXICANA DE DERMATOLOGIA (TEXEIRA)  
GODY GUTIERREZ JORGE  
PUBLICACION BIMESTRAL  
MEXICO D.F.  
SEGUNDA EPOCA VOLUMEN 39 (6). NOV-DIC DE 1995.  
PAG. 331-334

- (27)** RAFAEL FALLABELLA F. CARLOS ESCOBAR. NELSON GILDARDO VELEZ A. HERNAN. RESTREPO MOLINA JORGE. BENEROR JAIME  
FUNDAMENTOS DE MEDICINA  
DERMATOLOGIA  
4ª. EDICION 1990.  
CORPORACION PARA INVESTIGACIONES BIOLOGICAS  
PAG. 1-501
- (28)** DE LA FUENTE JUAN RAMON  
LA SALUD Y EL MEDIO AMBIENTE  
ADELGAZAMIENTO DE LA CAPÀ DE OZONO ESTRATOSFERICO  
GACETA MEDICA DE MEXICO  
ENERO-FEBRERO 1996.  
VOLUMEN 132 No. 1
- (29)** SAUL AMADO  
LECCIONES DE DERMATOLOGIA  
EDICION MEXICO D.F.
- (30)** MARCUS A. KRUPP MILTON J. CHATTON  
DIAGNOSTICO CLINICO Y TRATAMIENTO  
EDICION  
AÑO
- (31)** LIFSHITZ GUINZBERG ALBERTO  
DERMATITIS ACCEMATOSA ATOPICA  
REVISIONES BIBLIOGRAFICAS PARA EL MEDICO GENERAL  
JUNIO DE 1996. VOL, 1 # 4
- (32)** SHERING PLOUG INTERNATIONAL  
DIAGNOSTICO DIFERENCIAL EN DERMATOLOGIA  
DERMATITIS ATOPICA  
1993
- (33)** BEIRANA PALENCIA ANGELICA  
DERMATOSIS ALERGICA. DERMATITIS ATOPICA  
TOPICOS EN DERMATOLOGIA

- (34) ORTEGA DEL OLMO R.M.  
ALTERACIONES EN LA PIGMENTACION MELASMA, VITILIGO,  
ATROFIAS, ESTRIAS Y ARRUGAS.  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA UNIDAD DE DERMATOLOGIA  
FACULTAD DE DERMATOLOGIA DE LA UNIVERSIDAD DE GRANADA.  
MEDICINE CUARTA EDICION. DICIEMBRE DE 1996.
- (35) SEHGAL VN. JAIN S.  
CRITERIOS CLINICOS PARA LA DERMATITIS ATOPICA  
DEPARMENT OF DERMATOLOGY AND VENEREOLOGY LADY  
HARDINGE MEDICAL COLLEGE AND ASSOCIATED S.K. AND KSC.  
HOSPITAL NEW DEHI INDIA S.  
SEPTIEMBRE DE 1993.  
TRABAJOS DISTINGUIDOS DE DERMATOLOGIA
- (36) CHAVEZ PEON FEDERICO  
VITILIGO  
JUNIO 1997. INTERNET
- (37) SANTAMARIA VIRGILIO  
DERMATITIS DE CONTACTO  
TOPICOS EN DERMATOLOGIA  
1995
- (38) MURGGIA POZZI ROBERTO  
EL ACNE  
MI PEDIATRA.  
MAYO DE 1997  
VOLUMEN 2 # 5
- (39) PARTHN P. MAJUNDER PHD.  
JAMES NORDTUNED MD.  
SWAPAN K NAHT MSC.  
PATTERN OF FAMILIAL AGREGATION OF VITILIGO  
ARCHIVES OF DERMATOLOGY  
AUGUST 1993

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

- (40)** HENRY WILIM MD.  
NARWICK MERISON M.D.  
RYORCHI KAMIDE MD.  
MARY RATH BUCHNESS  
CHRONIC ACTINIC DERMATITIS  
ARCHIVES OF DERMATOLOGY  
OCTUBRE 1994
- (41)** J.M. LACHAPELLE D. TERNSTEDY  
L. MAROT  
ATLAS DE DERMATOLOGIA  
1992
- (42)** WILLIAM L. WESTON. ALFRED T. LANE  
MANUAL EN COLOR DE DERMATOLOGIA PEDIATRICA  
SEGUNDA REIMPRESION 1994
- (43)** ANTHONY N. DOMONKOS MD. FACP.  
TRATADO DE DERMATOLOGIA  
2ª. EDICION  
1984
- (44)** G. KLAUS STERGLEDEN  
ATLAS DE DERMATOLOGIA  
EDITERIOR CIENTIFICA PLM S.A. DE C.V. 1985

**ANEXOS**

NOMBRE DEL PACIENTE	EDAD	SEXO	SECTOR LABORAL	DIAGNOSTICO