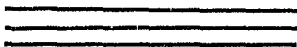


11226
2ej
296

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 2
RIO BLANCO VER.



**PROBLEMAS DERMATOLOGICOS MAS FRECUENTES
EN LA POBLACION INFANTIL DEL CONSULTORIO
No. 2 DE LA UMF No. 2 DE RIO BLANCO VER.**

T E S I S

**Que Para Obtener el Postgrado de La
Especialidad en Medicina Familiar**

P r e s e n t a

DRA. MARIA LUISA VALERIO GAMEZ

Orizaba, Ver. 1984

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

C O N T E N I D O

- 1.- INTRODUCCION
- 2.- HISTORIA
- 3.- GENERALIDADES
- 4.- CLASIFICACION
- 5.- FORMAS CLINICAS Y TRATAMIENTO
- 6.- ILUSTRACIONES
- 7.- OBJETIVOS
- 8.- MATERIAL Y METODOS
- 9.- RESULTADOS
- 10.- CONCLUSIONES
- 11.- RECOMENDACIONES
- 12.- BIBLIOGRAFIA.

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

El estudio de las enfermedades de la piel, debe estar basado en los datos obtenidos del conocimiento de su estructura anatómica, de sus funciones y de sus mecanismos etiopatogénicos de las diferentes dermatosis. Sabemos que el tegumento desempeña funciones de tipo general y otras funciones que le son particulares.

En la infancia ¹³ las dermatosis tienen peculiaridades en cuanto a frecuencia, evolución y sintomatología; que es necesario conocer para mejorar los diagnósticos, tratamientos, pronósticos y limitaciones del daño.

De acuerdo a diversas fuentes informativas, las dermatosis más frecuentes en nuestro medio y en la consulta externa a nivel de medicina familiar, en los niños son las siguientes: En el neonato tenemos: eritema tóxico, eritema del pañal, candidiasis, impétigo, piodermitis, escabiasis y dermatitis seborreica. En la edad preescolar y escolar tenemos: piodermitis en sus diferentes modalidades, micosis, prurigos, dermatitis atópica y el eccema.

La frecuencia varía de acuerdo con los grupos estudiados, particularmente si se toma en cuenta la edad, factores culturales y ambientales.

El hecho de que no se incluyan los aspectos básicos de la embriología, anatomía, histología y fisiología de la piel, es intencional, debido a que se ha considerado que se encuentran ampliamente descritos en los textos de la especialidad y que hacerlo equivaldría a incurrir en repeticiones innecesarias, restándole importancia al objetivo fundamental de éste trabajo.

H I S T O R I A

La dermatología tuvo un auge excepcional en el siglo XIX, previo al de muchas otras especialidades, con las investigaciones clínicas y morfológicas de los diferentes grupos de dermatosis. Se describieron entidades que más tarde sería el material de investigación básica de algunas disciplinas como la inmunología, microbiología y genética. La escuela de Viena con Hebra y Kaposi, fué el origen del estudio del lupus eritematoso y de otras enfermedades -- por hipersensibilidad como el eritema polimorfo. La escuela francesa de Hallopeau, Alibert, Brocq, Gougerot y Pautrier, inició la labor de síntesis clínica de los abigarrados cuadros hasta entonces descritos; Sabouraud efectuó investigaciones fundamentales sobre las diferentes dermatosis de la piel cabelluda, de las piodermitis del eccema seborreico y de las dermatofitosis. Sivatte planteó las bases de la histopatología moderna de la piel con sus clásicas investigaciones sobre las dermatosis ampollosas y las parapsoriasis. En Inglaterra Willan diferenció las psoriasis de otros cuadros; Ra-teman hizo sus descripciones clásicas del eccema. La dermatología así concebida era hasta principios del siglo XX una especialidad agrupada dentro de la patología externa y es a partir de la 3a. de cada del siglo con la aparición de la Nouvelle Pratique Dermatologique, salida antes del II conflicto internacional, que se inició una nueva era de la dermatología quedando integrada dentro de la medicina interna y fundando las bases de las nuevas investigaciones dirigidas al estudio de los fenómenos etiológicos de las dermatosis (fisiología, embriología, histoquímica, ecología y factores genéticos). Sería imposible citar la cantidad de aportes en dermatología a partir del año 1930.

Si el siglo XIX fué el de la descripción clínico - patológica, los últimos años han sido los de las investigaciones de los procesos íntimos, normales y patológicos de la piel cuyo -

la piel cuyo conocimiento ha modificado profundamente la interpretación de los fenómenos clínicos y por ende, de los procedimientos terapéuticos. Junto con la evolución de la investigación dermatológica ha venido una modificación de la relaciones de la dermatología con otras especialidades médicas y biológicas. En los nuevos centros hospitalarios como: Marsella en Francia, Karolinska en Estocolmo, CM de la U. de California y CMN del IMSS; la dermatología ha pasado a ser parte activa de los servicios de medicina interna.

El dermatólogo ha evolucionado de morfólogo a médico internista con amplios conocimientos en dermatología, y es evidente que su formación completa requiere de orientaciones nuevas continuas.

GENERALIDADES

Los padecimientos dermatológicos, son, sin lugar a duda un motivo frecuente de consulta, particularmente en la edad pediátrica, lo cual nos obliga a conocer características de la piel del niño.

a).- la piel del neonato es suave, blanda, tersa y al nacer está cubierta de vermix caseosa, cuya función es proteger en contra del medio acuoso in utero, posterior al nacimiento, la piel asume un color rojizo que desaparece en 24 hs, más tarde se presenta la descamación del K_N, adquiriendo un color rosado, al 3er. día de vida-extrauterina puede presentar la ictericia fisiológica, cuya frecuencia va entre el 50 al 90 % en niños prematuros. Entre los fenómenos que se pueden considerar fisiológicos en el neonato tenemos los siguientes:

MILIARIA: de localización frontal con predominio frontal y nasal que puede aparecer en otras partes del cuerpo, que desaparecen durante los 8 primeros días de vida, son glándulas sebáceas, quísticas, llenas de células córneas de descamación y se caracterizan por ser manchas blanquecinas de uno ó 2 mm de tamaño.

MANCHAS MONGOLICAS: consisten en una hiperpigmentación transitoria de origen étnico, de localización dorso-lumbar, hombros, muslos y piernas que desaparecen durante los 2 primeros años de vida o hasta los 7 años, se deben a gran cantidad de melanocitos conteniendo melanina.

PERLAS DE EPSTEIN: Y PERLAS DE BOHN: aparecen en paladar duro y en encías y son una acumulación de células epiteliales transitorias, ambas desaparecen en las 2 primeras semanas de vida.

NEVUS DE UNNA: se localiza en nuca, párpados, frente y región nasolabial, son pápulas purpúricas contorneadas por telangiectacias que desaparecen en los 2 primeros años de vida.

b).- La piel del niño de un mes en adelante presenta las siguientes características que la diferencian de la del adulto. Anatómicamente es más delgada, cornificada y menos pilosa. Fisiológicamente la secreción sebacea y sudoral es menor y su composición química es diferente. Físicamente es más permeable e inmunológicamente es menos desarrollada. Durante la niñez y la pubertad, la piel pasa por un proceso evolutivo, que la lleva de la inmadurez con que nace a las condiciones del adulto. Durante ese periodo transicional, puede sufrir diversas patologías propiciadas por sus características: anatómicas, fisiológicas, bioquímicas, físicas e inmunológicas y por la actividad cinética del niño. Dichas características confieren a las dermatosis, aspectos morfológicos o topográficos específicos. De todo lo anterior se deduce que las lesiones en el niño son más inflamatorias, más exudativas y más vesiculosas y en base a esto se puede ser buen terapeuta al manejar las inflamaciones --sin importar su etiología-- bajo los siguientes principios:

1).- Evaluación del grado, extensión y profundidad de la lesión de acuerdo a los signos clásicos: rubor, calor, dolor y tumor, en donde la agudeza de la inflamación está en relación con el grado de enrojecimiento, calor local, dolor ó prurito, edema o hinchazón, número y tipo de las lesiones así como porción de piel afectada.

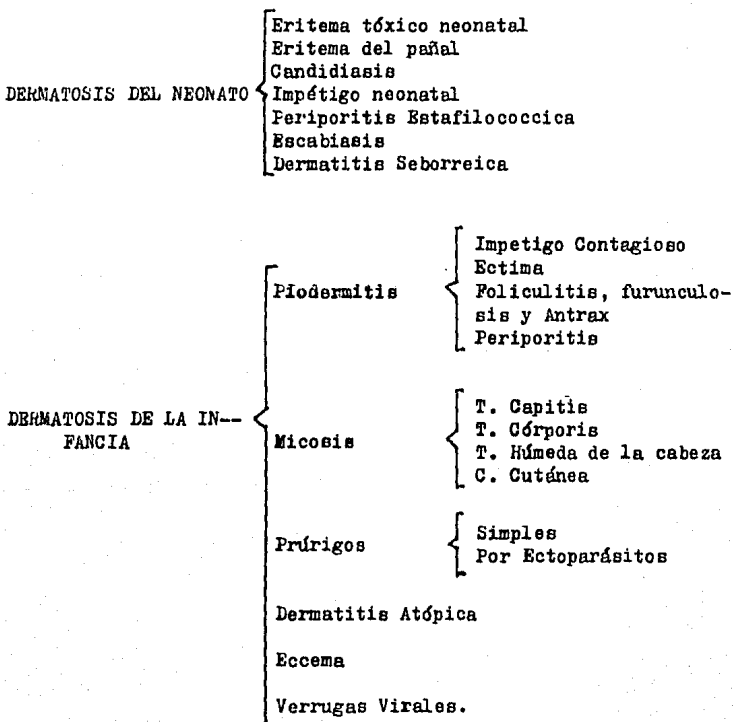
2).- Tener presente que gran cantidad de medicamentos, a los que se recurren, empeoran las dermatosis, por ejemplo: antisépticos --enérgicos, corticoides y antihistamínicos, que se emplean sin conocer su acción farmacodinámica ni sus efectos colaterales.

3).- Tomar en cuenta que mientras más intensa sea la inflamación --más suave debe ser el tratamiento, en las inflamaciones más agudas se aplicará terapia húmeda, pediluvios, fomentos, etc. y en las inflamaciones subagudas se usarán lociones, emulsiones, pastas, ungüentos inertes.

C L A S I F I C A C I O N

En pediatría ³, las lesiones dermatológicas más frecuentes se clasifican en dermatosis del neonato que abarcan de 0 a un mes de nacido y en dermatosis de la infancia que abarca desde los 2 meses de edad hasta los 12 años.

NOTA: En este trabajo quedan excluidas las enfermedades exantemáticas, propias de la infancia.



DERMATOSIS DEL NEONATO
DESCRIPCION DE LAS FORMAS CLINICAS
Y SU TRATAMIENTO

ERITEMA TOXICO NEONATAL: SINONIMIA.- eritema tóxico neonatorum, -- eritema tóxico del recién nacido.

Es una erupción eritemato-papulosa⁷, transitoria que aparece entre el 2o. y 3er. día de nacido.

ETIOLOGIA:- Se desconoce.

TOPOGRAFIA:- Se observa diseminada a tronco, tórax, espalda, glúteos y a veces a extremidades.

MORFOLOGIA: Puede asumir diferentes características morfológicas -- aunque lo habitual es la presencia de pápulo-pústulas, rodeadas de zonas eritematosas, tipo urticariforme, con discreto edema.

DIAGNOSTICO:- se orienta debido a su aparición brusca.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL: Con los cuadros de alergia (ésta última -- es muy pruriginosa).

TRATAMIENTO: ninguno ó placebos, ya que desaparece espontáneamente al 9o. día de su aparición.

ERITEMA DEL PAÑAL: SINONIMIA:- dermatitis amoniacal⁷, es una dermatosis que aparece alrededor de la 3a. semana de edad.

ETIOLOGIA; Es causada por el contacto prolongado de la piel con -- las heces y la orina, en donde la urea se desdobra en amoniaco por acción de bacterias gram negativas; produciendo irritación.

TOPOGRAFIA: afecta de preferencia la zona genital ó perianal pero afecta a toda la zona cubierta por el pañal ó calzón ahulado.

MORFOLOGIA: Esta varia de acuerdo a su severidad y manejo previo -- puede aparecer como un simple eritema cutáneo, más o menos intenso acompañado de descamación leve; si la agresión es mayor, aparecen pápulas eritematosas, aisladas o confluentes y vesículas superficiales; en los casos severos, existen la presencia de escoriaciones, fisuras, exulceraciones, que se cubren de costras serohemati-

cas; a las que se pueden agregar infecciones piógenas y candidiasis.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL: Es sus estadios avanzados, con la amibiasis cutánea y con la sífilides pápulo-erosiva .

TRATAMIENTO: Ante todo debe ser higiénico, manteniendo el área limpia y seca, evitando el uso de jabón. Aplicación de calor local, - cremas inertes, ungüentos oleosos (vaselina, petrolato, cold cream pasta lassar); pero si existe infección agregada, se aplicará viformo crema, ungüentos con nistatina. Recordando que el empleo de corticosteroides fluorados tópicos mejoran "transitoriamente" la dermatitis; pero que a plazo largo, favorece la candidiasis y causan granulomas glúteos.

CANDIDIASIS: SINONIMIA:- candidosis, moniliasis (término mal usado en cuanto a que no todas las micosis son de la familia de las monilias) aun cuando el RN resulta particularmente vulnerable a la monilia, y más aún, el RN prematuro.

ETIOLOGIA: dermatosis causada por invasión de hongos de la especie candida albicans, aunque tambien puede ser por otros, en condiciones apropiadas ya que se consideran organismos oportunistas. Desde los 10s. días de vida, las levaduras se implantan como saprófitos en mucosa intestinal y genital; adquiridos de los genitales maternos, al momento del parto.

TOPOGRAFIA: Oral: la más frecuente; vulgarmente llamada "algodoncillo", se inicia en la mucosa de carrillos, extendiendose a toda la cavidad oral llegando hásta comisuras labiales causando queilitis.

Genital: abarca la mucosa vulvo-vaginal y región perianal en la niña; glande y prepucio en el niño. **Cutánea:** puede aparecer en cualquier región pero es más frecuente en las áreas de mayor humedad - como: pliegues, área del pañal y en espacios interdigitales.

MORFOLOGIA: oral; son las lesiones en forma de placas blanquecinas de base eritematosa, adheridas firmemente y asintomáticas al prin-

cipio. Genital: semejante a las anteriores pero producir exudado-blanquecino-amarillento y que en el niño con fimosis puede causar inflamación y dolor. Cutánea: se inicia con finas pápulas ó vesículas eritematosas, escamosas ó costrosas, confluentes, formando placas circulares. En casos severos se vuelven rojo intenso y brillante, acompañadas de exudado blanquecino; en las zonas interdigitales causan maceración y fisuras pruriginosas y dolorosas.

DIAGNOSTICO: Por medio de la morfología y topografía, exámenes paraclínicos en investigación de la cándida A.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL: del intertrigo bacteriano; neurodermatitis atópica; dermatitis seborreica; dermatitis del pañal y dermatitis por contacto.

TRATAMIENTO: Modificar la condición que les facilitó su patogenicidad; nistatina oral, tópicos: violeta de genciana al 1 % solución, vioformo crema, nistatina, clotrimazol, miconazol, haloprogin y anfotericina B; cuyas presentaciones son: lociones, cremas, ungüentos. En las lesiones con inflamación severa, se asociará alguno de los medicamentos mencionados con una crema de hidrocortizona al 0.25 ó 0.50 % así como tratamiento sistémico.

IMPETIGO NEONATAL: SINONIMIA.- impétigo húmedo⁵. Infección muy frecuente en el periodo neonatal; es una piodermitis muy común.

ETIOLOGIA: Originada por estreptococo beta hemolítico ó estafilococo aureus grupo-II.

TOPOGRAFIA: Las zonas mas frecuentemente afectadas son: tórax anterior y posterior, cara y axilas; aunque puede afectar cualquier parte del cuerpo.

MORFOLOGIA: las lesiones son micropústulas, sobre zona eritematosa en ocasiones hay costras melicéricas; se encuentran asociadas a veces a escabiasis y dermatitis seborreica.

DIAGNOSTICO: Por su morfología y topografía.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL: Ectema.

Una variedad clínica es el impétigo ampolloso ó buloso del RN, en el cual predominan lesiones ampollasas resistentes a la ruptura, pero que si se rompen, dejan áreas denudadas, con crustas melicéricas de forma circinada, que se acompaña de hipertermia y malestar general.

TRATAMIENTO: Tópico: a base de bacitracina, neomicina ó kanamicina 1 X 3 previo aseo con jabón. Sistémico¹⁴: a base de oxacilina IV ó IM a 200 mg/kg/día/7 días ó kanamicina 15 mg/kg/día en 2 dosis IM durante 7 días. ó eritromicina oral 30-50 mg/kg/día en 4 dosis durante 10 días. En el caso de Impétigo buloso el manejo debe ser hospitalario.

PERIPIORITIS ESTAFILOCOCCICA: SINONIMIA.- no tiene. Es una infección a nivel de los poros de las glándulas sudoríparas.

ETIOLOGIA: originado por el estafilococo aureus grupo-II el cual se instala en las glándulas sudoríparas ecninas.

TOPOGRAFIA: las lesiones se limitan a tórax anterior y posterior y a cuero cabelludo, es favorecida por la humedad.

MORFOLOGIA: Se caracteriza por la aparición de pústulas en las regiones afectadas y se acompañan de infartos ganglionares.

DIAGNOSTICO: En base a su topografía, morfología y cuadro clínico.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL: cuando el cuadro se instala en cuero cabelludo, se hará, con la dermatitis seborreica.

TRATAMIENTO: Requiere de manejo tópico y sistémico, evitando la humedad; usando como tópico: bacitracina ó neomicina previo aseo 1 X 3, vía sistémica se usará dicloxacilina oral 50-100 mg/kg/día durante 10 días ó eritromicina ó kanamicina a dosis antes mencionadas.

ESCABIASIS: SINONIMIA.- sarna. escabiosis.

ETIOLOGIA: causada por el sarcoptes scabiei, transmitida durante las succiones de los senos maternos infectados.

TOPOGRAFIA: se encuentra diseminada a cualquier parte del cuerpo.

MORFOLOGIA: se presenta en forma de pápulo-pústulas, sumamente pruriginosas.

riginosas, que originan llanto constante.

DIAGNOSTICO: Por anamnesis, se refiere afectado todo el grupo familiar.

TRATAMIENTO: Aplicación de benzoato de bencilo al 25 %; por la noche posteriormente baño general; se recomienda higiene adecuada y manejo a todo el núcleo familiar, así como aseo apropiado a la ropa de uso y demás.

DERMATITIS SEBORREICA: SINONIMIA.- Eczema seborreico. Eczemátides-pitiriasiformes.

ETIOLOGIA: se desconoce, pero se piensa en factores hormonales, metabólicos, parasitarios e infecciosos.

TOPOGRAFIA: Afecta piel del rostro: frente, arcos ciliares, párpados, nariz y surco nasogeniano. Cuero cabelludo, región retroauricular, pabellones auriculares; pero puede afectar cuello, región esternal, abdomen y genitales (zonas cutáneas, ricas en glándulas sebáceas).

MORFOLOGIA: Se presenta en forma de escamas, secas, húmedas u oleosas, blancas ó amarillentas, sobre piel inflamada en grado variable, puede haber pápulas, exudado seroso y costras melicéricas; muy susceptibles a la infección.

DIAGNOSTICO: Por el cuadro clínico, morfología y topografía.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL: Con la dermatitis atópica.

TRATAMIENTO: En afección al cuero cabelludo se dará shampoo de alantoina y alquitran de hulla. Aplicación de yodohidroxiquinoleína tópica 1 X 3. Pomada salicilada al 3 % ó solución alcohólica de eosina al 2 % 1 X 1, se puede acompañar de corticoides tópicos en dosis de 1 X 2.

DERMATOSIS DE LA INFANCIA
DESCRIPCION DE LAS FORMAS CLINICAS
Y SU TRATAMIENTO

PIODERMITIS: Son un grupo de dermatosis causadas por gérmenes piógenos; de los cuales el 90 % corresponde al estafilococo dorado y el resto al estreptococo beta hemolítico del grupo A, entre las -- cuales tenemos:

a).- IMPETIGO CONTAGIOSO: SINONIMIA.- I. Vulgar, I. Flictenular. - Piodermatitis muy común que afecta a RN, lactantes, preescolares, es colares y adolescentes.

ETIOLOGIA: Estreptococo ó estafilococo aureus grupo-II.

TOPOGRAFIA: Se situa en regiones periorificiales como son: alrededor de la boca, fosas nasales, pabellones auriculares y ojos, ocasionado por la mala higiene.

MORFOLOGIA: Zona eritematosa sobre la que se observan, vesículas - de contenido cristalino que en pocas horas se torna turbio, ampollas, pústulas y costras melicéricas con exudado seropurulento, que al levantar las costras quedan zonas denudadas.

DIAGNOSTICO: Por su topografía, morfología y cuadro clínico.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL⁸: Con herpes simple: labial y nasal (pero éstos cursan con dolor tipo ardoroso), eccema, neurodermatitis atópica "pre-retroauricular y peribucal" (pero éste último es sumamente pruriginoso).

TRATAMIENTO: Limpieza rigurosa con agua y jabón, levantando costras y limpiando, aplicando fomentos de agua con sulfato de cobre al 1 X 1000 ó con permanganato de potasio al 1 X 10000, aplicación de yodoclorhidroxiquinoleína pomada 1 X 3 ó bien bacitracina y polimixina. Por vía sistémica se aplicará: penicilina G. procaina a dosis adecuadas IM/24 hs/7 días. ó Dicloxacilina oral de 50-100 mg/kg/día/10 días ó bien: Oxacilina de 200 mg/kg/día/7 días IV ó IM. Usar toallas desechables para secar las lesiones, ya que su conte-

nido es altamente contagioso.

IMPETIGO FURFURACEO: SINONIMIA.- I. Seco. Pitiriasis Alba. Es la forma más observada en nuestro medio.

ETIOLOGIA: Estreptococo Beta Hemolítico grupo A de Lansfield.

MORFOLOGIA: Son lesiones en forma de placas hipocrómicas, cubiertas de escamas finas, secas, asociadas a ligero eritema.

TOPOGRAFIA: En la cara sobre mejillas, arcos ciliares, frente y mentón y también se observa en cara externa de antebrazos.

DIAGNOSTICO: por su morfología y topografía.

TRATAMIENTO: Higiene adecuada de zonas afectadas con agua y jabón, posteriormente aplicación de yodoclorhidroxiquinoleina pomada 1X4.

IMPETIGO TROPICAL: Esta variedad¹, es parecida a la anterior solo que se acompaña de perioritis y miliaria "salpullido". Se observa más en los climas calientes y húmedos.

ETIOLOGIA: Estreptococo Beta Hemolítico grupo A de Lansfield.

TOPOGRAFIA: Diseminado a toda la superficie corporal.

TRATAMIENTO: El mismo de la forma anterior.

b).- ECTIMA: SINONIMIA.- Impétigo Ulcerado.

ETIOLOGIA: Puede ser causado por estreptococo ó por estafilococo, en pacientes cuyas defensas se encuentran disminuidas.

TOPOGRAFIA: En regiones periorificiales, pero con mayor predominio en extremidades inferiores y acompañado de adenopatía regional importante.

MORFOLOGIA: Se caracteriza por lesiones vesiculares, pustulosas, acompañadas de úlceras superficiales, cubiertas de gruesas costras melicérico-purulentas, adheridas a los bordes y rodeadas con un halo inflamatorio.

DIAGNOSTICO: En base al cuadro clínico.

TRATAMIENTO: Se debe dar manejo intrahospitalario.

c).- FOLICULITIS-FURUNCULOSIS-ANTRAX: Son un grupo de piodermitis que constituyen distintos grados de un mismo proceso los cuales se

diferencian entre sí, por su localización, profundidad tamaño y la estructura interna de las lesiones.

ETIOLOGIA: El estafilococo.

TOPOGRAFIA: Se localiza en nuca, axilas, espalda y región glútea; alrededor de uno ó varios folículos pilosebáceos; en la foliculitis la afección se limita a la porción superior de dichos folículos y se encuentran dispersos. En la furunculosis la afección es más profunda, se extiende más allá de los folículos pilosebáceos y también se encuentran esparcidos. En el antrax se observa un conglomerado de furúnculos y representa el grado más avanzado de las infecciones foliculares.

MORFOLOGIA: Son abscesos foliculares caracterizados por lesiones inflamatorias que se ulceran en el centro, drenando material purulento ó tejido necrosado y en el antrax se observan abscesos tabicados en los cuales se necrosa la piel suprayacente en forma de orificios foliculares que drenan material purulento y detritus celulares y en ocasiones se esfacela toda la superficie cutánea, dejando una úlcera en forma de cráter profundo.

DIAGNOSTICO: En base a su topografía y morfología.

TRATAMIENTO: Mediante terapia tópica, higiene adecuada, aplicación de neomicina o bacitracina 1 X 3 previo drenaje del material purulento y aseo con agua y jabón. El manejo sistémico deberá hacerse mediante oxacilina 200 mg/kg/día/7 días IM ó IV. ó bien eritromicina oral 30-50 mg/kg/10 días en 4 dosis durante 10 días.

d).- PERIPORITIS: Esta dermatosis se caracteriza por afectar los poros de las glándulas sudoríparas: tanto ecrinas como apócrinas.

ETIOLOGIA: Puede ser producida por estafilococo y / ó estreptococo que se instalan en dichas glándulas.

TOPOGRAFIA: Se localiza en tórax: anterior y posterior.

MORFOLOGIA: Se caracteriza por aparición de pústulas que se pueden acompañar de adenopatías regionales.

DIAGNOSTICO: por su topografía y cuadro clínico.

TRATAMIENTO: debe ser el apropiado: higiene adecuada. Tópico y sistémico apropiado para agentes gram positivos y gram negativos.

MICOSIS: SINONIMIA.- Dermatofitosis. Tiñas. Son dermatosis causadas por hongos y clasificadas en: superficiales y profundas. Se considera superficial cuando la afección se circunscribe a epidermis y que afecta a 2 anexos cutáneos (pelos y uñas). Se dice que es profunda cuando afecta estructuras que sobrepasan la barrera epidérmica y alteran tejidos profundos, órganos y sistemas. Las micosis superficiales (las que estudiaremos en éste trabajo) más frecuentes en el niño son: tiña de la cabeza, tiña del cuerpo, tiña húmeda de la cabeza y candidiasis cutánea.

a).- TIÑA DE LA CABEZA: SINONIMIA.- Tinea capitis.

ETIOLOGIA: Tricophyton tonsurans.

TOPOGRAFIA: Cualquier región de la cabeza.

MORFOLOGIA: Puede ser lesión única ó múltiples, en forma de placas con descamación furfurácea "parecida al tamo", zonas de pseudoalopecia "perdida pilosa no real", tonsura del pelo "corte del pelo a pocos milímetros por arriba de la superficie de implantación.

DIAGNOSTICO: Por su topografía y morfología.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL: Con la dermatitis seborreica y paraqueratosis infecciosa.

TRATAMIENTO: griseofulvina de 10-15 mg/kg/día fraccionada en 3 dosis, después de cada alimento, durante el tiempo que sea necesario y 2 ó 3 semanas después de desaparecido el cuadro clínico; aseo local con tintura yodo salicilada o tintura de Milliam 1 X 1.

b).- TIÑA DEL CUERPO: SINONIMIA.- Tinea corporis.

ETIOLOGIA: Tricophyton rubrum. T. mentographytes.

TOPOGRAFIA: Cualquier región del cuerpo.

MORFOLOGIA: Se observan placas eritematoescamosas de forma circular, descamativas en cuyo centro da la impresión de no estar afectadas.

tado, ó bien solo se encuentra discretamente escamoso y sus bor --
des muestran mayor actividad. "forma circinada".

DIAGNOSTICO: En base a la topografía, morfología y presencia del --
hongo.

TRATAMIENTO: Definitivamente tópico. Tolnaftato solución. Toques --
1 X 3 ó miconazol crema 1 X 3. Tintura a base de: ácido salicílico
3 gm + Iodo metaloide 1 gr + alcohol, aplicado en forma de toques--
1 X 3.

c).- TIÑA HUMEDA O SUPURADA DE LA CABEZA: SINONIMIA.- Kerión de --
Celso. Es una tiña húmeda, con una infección secundaria agregada.

ETIOLOGIA: Tricophyton tonsurans.

TOPOGRAFIA: Cualquier región de la cabeza y localizada a cuero ca--
belludo.

MORFOLOGIA: Son lesiones en placas, únicas, furfuráceas, pseudoalg--
pésicas, con tonsura, se acompaña de pústulas, abscesos con secre--
ción purulenta, inflamación y nodulaciones confluentes que forman--
una placa nodosa y dolorosa capaces de diseminarse y producir ata--
que al estado general.

DIAGNOSTICO: Por su topografía, morfología y hallazgos clínicos.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL: Con la foliculitis estafilococcica. Pedi--
culosis capitis infectada.

TRATAMIENTO: Tener en cuenta que no se debe administrar griseoful--
vina, hásta no controlar la infección agregada, con antibióticos --
adecuados de amplio espectro, posteriormente se administrará gri--
seofulvina de 10-25 mg/kg/dia/4 semanas, más 2 ó 3 semanas despues
de desaparecido el cuadro. Como tópico: toques 1 X 3 de tintura de
Millian "verde de metilo .1 gr + violeta de genciana 0.1 gr + al--
cohol 100 ml", previo aseo con agua hervida sin jabón.

d).- CANDIDIASIS CUTANEA SIMPLE: SINONIMIA.- Candidosis cutánea. --
es una invasión de hongos oportunistas.

ETIOLOGIA: Candida albicans.

TOPOGRAFIA: Se observa en toda el área perianal, axilas, sitios de flexión; en zonas susceptibles de sufrir constantes modificaciones en la flora bacteriana normal y en el Ph.

MORFOLOGIA: Se presenta en forma de pequeñas placas eritematosas, escamosas, en cuya superficie puede presentar diminutas vesículas - de rápido rompimiento, que dejan concreciones de exudado seroso.

DIAGNOSTICO: En base al cuadro clínico y teniendo en cuenta que es causada por un hongo oportunista.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL: Con el eritema tópico infeccioso.

TRATAMIENTO: Primero se debe eliminar el uso de elementos que propician el oportunismo de la *Candida albicans*. Tópicamente: aseo -- con agua simple y aplicación de nistatina unguento ó solución 1 X 2 y en caso renuente: eosina 2 gr + alcohol 50 ml + agua 50 ml en toques 1 X 2; cabe aclarar que arde y mancha la ropa.

PRURIGO: SINONIMIA.- Prurigo simple agudo infantil. Liquen urticado. Estrófulo pruriginoso. El término prurigo se refiere a una serie de procesos patológicos cuya lesión primordial es la pápula y cuyo síntoma cardinal es el prurito. Presenta diversas clasificaciones según la escuela de donde provenga (norteamericana y francesa) pero en el CMN se clasifica¹, en: prurigos simples y por ectoparásitos.

a).- **PRURIGO SIMPLE:** Es secundario a picadura de insectos, es decir a una hiperrespuesta de mecanismos desconocidos hasta el momento actual.

ETIOLOGIA: No ha sido explicada completamente, se piensa en hipersensibilidad a insectos, parásitos y alergia a ciertos alimentos.

TOPOGRAFIA: Las lesiones aparecen en brotes en la parte posterior del tronco, en región lumbar, miembros superiores caras externas, miembros inferiores muslos, aun cuando pueden aparecer en otras zonas de la superficie corporal, incluyendo plantas.

MORFOLOGIA: Consiste en una roncha rosada edematosa con una pápula

central en cuyo vértice aparece una vesiculilla que se rompe fácilmente con el rascado, muy pruriginosa, posteriormente se corona -- con una costra hemática que desaparecen en 4 a 10 días apareciendo nuevas lesiones, por lo que se observan en diferentes estadios; el brote dura de 15 días a 2 meses y puede repetirse con frecuencia, a veces en relación a los cambios estacionales del año; por lo regular desaparecen a la edad de 8 años.

DIAGNOSTICO: Mediante anamnesis y cuadro clínico.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL: Con la dermatitis atópica

TRATAMIENTO: A base de tópicos:

a).- acetato de aluminio 90 gr

aceite de almendras dulces 60 ml

Sg. crema 1 X 4

b).- Cold cream 100 gr

óxido de zinc 5 gr.

subnitrate de bismuto 10 gr

ácido salicílico 1 gr.

Sg. crema 1 X 1 después del baño.

c).- Cold cream 100 gr

lanolina 30 gr

aceite de almendras dulces 70 ml.

Sg. crema PhN (sensación de resequeidad).

d).- Baño en tina con solución coloidal de avena o soya., durante media hora secar sin enjuagar antes de acostarse.

e).- Antihistamínicos del tipo de la difenhidramina 1 X 3.

b).- PHURIGO POR ECTOPARASITOS: Que abarca dos entidades: la escabiasis y la pediculosis.

a).- **ESCABIASIS:** SINONIMIA.- Sarna. Escabiosis. Padecimiento altamente contagioso.

ETIOLOGIA: El ácaro *sarcoptes scabiei*.

TOPOGRAFIA: Afecta axilas, muñecas cara anterior, espacios interdi

gítales de manos, región escrotal y típica del niño: en regiones - plantares (a veces es el único sitio de afección y periumbilical; - si bien algunos autores mencionan que "respeta" de las rodillas hacia abajo y de los hombros hacia arriba no es un dato del todo fi dedigno.

MORFOLOGIA: En la región umbilical se observa el signo del "cielo-estrellado" consiste en lesiones papulosas y pequeñas vesículas -- que rodean la cicatriz umbilical, las lesiones plantares son vesículo-ampollosas y hay también presencia de un túnel en el estrato-córneo epidérmico y muy pruriginosos.

DIAGNOSTICO: Mediante el cuadro clínico y por afección a todo el - núcleo familiar.

TRATAMIENTO: A base de tópicos: benzoato de bencilo loción, aplica da mediante masaje en todo el cuerpo excepto en cabeza; durante 4 días; esteroides combinados con cloriodohidroxiquinoleína frotado 1 X 2; higiene adecuada a ropa de uso y cama. Manejo a todo el gru po familiar.

b)._ **PEDICULOSIS: SINONIMIA.-** Ninguna. Se refiere a una infesta -- ción por piojos, que se disemina donde hay hacinamiento ó faltan - los servicios adecuados para la higiene personal, se consideran 3- tipos: cápitís, córporis y púbis; pero en el niño y en nuestro me- dio la que más se observa es la pediculosis cápitís que es de la - que hablaremos.

ETIOLOGIA: *Pediculus humanus capitis.*

TOPOGRAFIA: Localizada a todo cuero cabelludo, más acentuado en re gión occipital y frontal, en donde se observan las liendres p hue- vos, fijos a los tallos de los cabellos.

MORFOLOGIA: Se caracteriza por escoriaciones del cuerpo cabelludo - con descamación y costras hemáticas, debido a ser muy pruriginosas con huellas de rascado con la subsiguiente foliculitis, se pued e acompañar de adenopatía cervical discreta y ocasionalmente de una-

dermatitis generalizada inespecífica.

DIAGNOSTICO: Mediante la inspección del cuero cabelludo.

TRATAMIENTO: Hexacloruro de gamma benceno al 1 %, aplicado una vez al día durante 2 días, en forma de shampoo, debiendo repetirlo a los 10 días para destruir las liendres. Higiene adecuada a peines, gorros y ropa de cama. manejo al núcleo familiar.

DERMATITIS ATOPICA: SINONIMIA.- Neurodermatitis diseminada. Neurodermatitis exudativa. Eccema neuropático.

ETIOLOGIA: Se considera^{1,2} de causa psíquica de carácter hereditario se observa mas frecuentemente en lactantes alimentados artificialmente, ambiente familiar inadecuado, agresión ó depresión y necesidad de afecto; suele aparecer desde los 2 meses de edad.

TOPOGRAFIA: EN LA cara se encuentra en mejillas, frente, lóbulos auriculares respetando las zonas periocular y peribucal. En cuello antebrazos en pliegues del codo y en huesos poplíteos.

MORFOLOGIA: placas eritematosas con pápulas y vesículas pequeñas húmedas, con exudación serosa, costras melicéricas ó escamas blancuecinas cuando ha dejado de exudar; muy pruriginosas, costras hemáticas y zonas liquenificadas. Previo a la aparición del cuadro, el niño presenta inquietud agitación, insomnio y llanto. Las lesiones evolucionan por brotes que pueden remitir a la edad de 2 años.

DIAGNOSTICO: En base a la estereotipia del cuadro.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL: Con la dermatitis seborreica.

TRATAMIENTO: En el estadio agudo húmedo: se dan baños con permanganato de potasio 1:10,000 3 veces al día seguida de aplicación de calamina o de una emulsión a base de alcanfor o mentol 30 gr.+ óxido de zinc 10 gr. + talco 40 gr. + glicerina 20 gr., que actúan como antipruriginosos, antieccematoso, antiséptico y no agresivo; antihistaminicos por vía oral como sedantes, una vez controlados el cuadro agudo se aplicaran unguentos con alquitán o corticosteroides; el uso de psicofármacos estará condicionado al estudio psico-

lógicos del paciente y a la evaluación psiquiátrica.

ECCEMA: SINONIMIA.- No tiene. El eccema es un término genérico en el cual se engloba una serie de manifestaciones dermatológicas cuyo comun denominador es un proceso de vesiculación que se desarrolla a partir del estrato espinoso epidérmico.

ETIOLOGIA: Se desconoce, aun cuando se mencionan: trastornos inmunológicos como: hipersensibilidad, deficiencia o hiperrrespuesta a factores no bien conocidos y disminución o ausencia de respuesta - ante un elemento determinado; tambien se habla de elementos carenciales e infecciosos, lo cierto, hásta el momento actual; que se acepta: es la herencia "diátesis familiar".

TOPOGRAFIA: Cualquier parte de la superficie corporal.

MORFOLOGIA: Son lesiones polimorfas que pueden presentar eritema, descamación, agrupadas en placas; pápulas, vesículas y liquenificación con presencia de secreción serosa cuyo síntoma descollante es el prurito y rascado; dando como resultado la persistencia de las lesiones y su progresión.

DIAGNOSTICO: Por la anamnesis y cuadro clínico.

TRATAMIENTO: no existe tratamiento específico y el manejo involucra al niño enfermo, a su núcleo familiar y su repercusión en el ámbito social, económico y cultural del paciente eccematoso; en base a psto la terapia⁹ se divide en 2 grupos:

a).- Niños que deben ser sometidos al tratamiento convencional. La conducta terapéutica es de acuerdo a los resultados obtenidos; encaminados al control de las manifestaciones, se pueden manejar a base de corticoides simples, fluorados ó difluorados a dosis adecuadas y durante el tiempo necesario; mencionados a continuación.

b).- Niños susceptibles de modificación de la conducta. Tomando en cuenta que la piel constituye un órgano inervado por el sistema nervioso autónomo, altamente susceptible a convertirse en órgano de choque, llegamos a la conclusión de que el niño eccematoso, va-

a manipular su prurito y su rascado para obtener atenciones afectivas y materiales ya que aparte de las lesiones dermatológicas existen alteraciones en la esfera emocional que gravitan en los siguientes 3 puntos:

1.- Alteraciones de la conducta (deficiencia en las relaciones interpersonales, depresión, angustia, autoagresión, hostilidad, dependencia y aislamiento).

2.- Alteraciones en el medio familiar (sobre protección, rechazo, hostilidad, agresión y segregación).

3.- Alteraciones en el medio social y escolar (segregación, hostilidad y formación reactiva).

En base a éstos 3 puntos el niño debe tener manejo psiquiátrico para modificar su conducta y la del núcleo familiar.

Tratamiento tópico que se recomienda⁵:

1.- Fases secas:

a).- acetato de aluminio 90 gr.

aceite de almendras dulces 60 ml.

Sg. crema 1 X 4

b).- Cold cream 100 gr

óxido de zinc 5 gr.

subnitrate de bismuto 10 gr.

ácido salicílico 1 gr.

Sg. crema 1 X 1 despues del baño

c).- Cold cream 100 gr

lanolina 30 gr.

aceite de almendras dulces 70 ml.

Sg. crema PHN (sensación de resequedad).

d).- Andantol jalea PHN (prurito).

2.- Fases húmedas:

a).- Violeta de genciana 0.1 gr.

verde de metilo 0.1 gr.

alcohol 100 ml.

(tintura de millian)

Sg. Toques 1 X 3

b).- Rosina 2 gr.

alcohol 100 ml.

(secante y exfoliante)

Sg. toques 1 X 3

c).- Talco 40 gr.

glicerina 40 ml.

óxido de zinc 20 gr.

agua 240 ml.

Sg. pasta 1 X 3

3.- Fases crónicas liquenificadas:

a).- Alquitrán de hulla puro 2 gr.

crema de acetato de aluminio 3 tubos

Sg. crema 1 X 1 despues del baño

b).- Esteroides fluorados al 0.01 % 3 tubos

lanolina 30 gr

vaselina 30 gr.

aceite de almendras dulces 50 ml.

Sg. crema 1 X 1.

VERRUGAS VIRALES: SINONIMIA.- Papilomas son tumores conjuntivo-epiteliales que afectan la piel o las mucosas, frecuentes en escuela - res y en ambos sexos.

ETIOLOGIA: El virus papova RNA eter-resistente, de crecimiento lento. Clínicamente encontramos 4 tipos de verrugas virales: V. vulgares. V. planas juveniles o en mosaico. Molusco contagioso y Condilomas acuminados.

Siendo las más frecuentes en la práctica pediátrica las 2 primeras moderadamente la tercera y la cuarta forma solo se observa en adul

tos por lo tanto no la describiremos en este trabajo.

a).- VERRUGAS VULGARES:

TOPOGRAFIA: En dorso de manos, palmas y subungueal; en las plantas de pies "ojos de pescado", aunque pueden localizarse en culaquier parte de la superficie corporal.

MORFOLOGIA: Se caracteriza por escrescencias, pequeñas, córneas, semi esféricas, de color grisáceo o negrusco, de superficie amamelonada y áspera, de crecimiento progresivo y a veces con formaciones en filamentos que semejan un cabello, su tamaño oscila de un milímetro a 1 cm., que pueden confluir y formar placas; la verruga plantar es una escrescencia dura con centro blando.

DIAGNOSTICO: Mediante cuadro clínico.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL: De los angioqueratomas por el color azulado de éstas; de la tuberculosis verrucosa insipiente por el reborde azulado inflamatorio que rodea a ésta. Las verrugas plantares se diferencian por su localización de las lesiones sífilíticas por la ausencia de dolor a la presión en éstas últimas.

TRATAMIENTO:

a).- ácido salicílico 10 gr.

ácido láctico 10 gr.

colodión elástico 50 gr.

Sg. Solución, aplicar 2 capas sobre cada lesión y al ducharse frotar energicamente con una piedra pomes pero sin lastimar ni sangrar.

b).- ácido salicílico 10 gr.

propilenglicol 100 ml.

Sg. loción tintura, aplicación tópica 3 veces al día, previo aseo con agua y jabón.

c).- ácido salicílico al 20 %

podofilina al 20 %

vaselina sólida a partes iguales aplicación tópica 1 X 2

previo aseo con agua y jabón.

d).- Placebos.

b).- VERRUGAS PLANAS JUVENILES:

TOPOGRAFIA: Cualquier parte de la superficie corporal, aunque predominan en cara en frente y dorso de la nariz, antebrazos y dorso de manos.

MORFOLOGIA: Consiste en una lesión papulosa plana, lisa, de coloración amarillenta, color de la piel o ligeramente hiperpigmentada, de 2 ó 3 milímetros de diámetro; produce prurito y al rascarse se escorea la piel y responde con un fenómeno de isomorfismo conocido como fenómeno de Koebner "aparición de nuevas lesiones que siguen el trayecto del rasguño provocado".

DIAGNOSTICO: Por medio del cuadro clínico.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL: Con el liquen plano por la ausencia de -- prurito y presencia de tinte violáceo de la piel.

TRATAMIENTO:

a).- acetato de aluminio 3 tubos

ácido salicílico 4 gr.

Sg. crema aplicación tópica por la noche.

b).- violeta de genciana 0.1 gr.

verde de metilo 0.1 gr.

alcohol 100 ml.

Sg. tintura aplicación tópica toques 1 X 3

c).- Placebos.

c).- MOLUSCO CONTAGIOSO:

TOPOGRAFIA: Cualquier parte de la superficie corporal.

MORFOLOGIA: Lesión única o múltiple, papulosa, deprimida en el centro en donde contiene una sustancia serosa que da la impresión de estar umbilicada y de aspecto cereo.

DIAGNOSTICO: Mediante el cuadro clínico

TRATAMIENTO: Electrofulguración sin anestesia, se fulgura al molus

co en el centro, colocando al electrocauterio en 50 voltios sobre el punto blanco; todas las lesiones deberan ser fulguradas recordando su capacidad de autoinoculación.

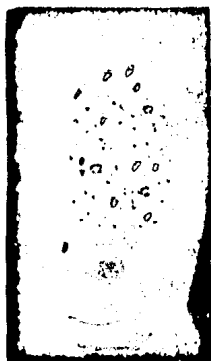
-- & --



PRURIGO POR INSECTO



VERRUGAS VULGARES



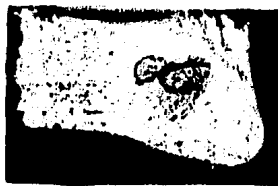
PRURIGO POR INSECTO



PRURIGO POR ACARO (SARNA)



CANDIDIASIS CUTANEA



VERRUGA PLANTAR



ECZEMA ATOPICO



ECZEMA DEL LACTANTE



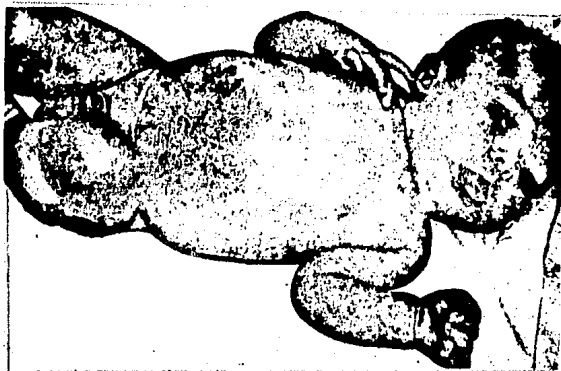
ONICOMICOSIS



IMPETIGO NEONATORUM



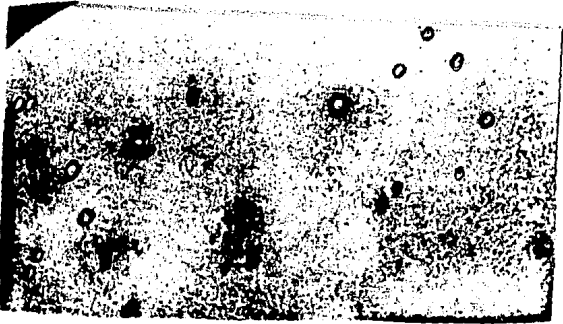
DERMATITIS SEBORRHEICA



DERMATITIS SEBORRHEICA



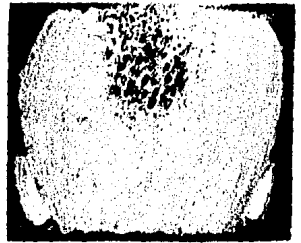
DERMATITIS SEBORRHEICA



MOLUSCO CONTAGIOSO DEL DORSO



KERION DE CELSO



FOLICULITIS ESTAFILOCOCCICA



TINA DEL CUERPO



MICOSIS DE CABEZA, ORAL Y PIEL



VERRUGAS VULGARES



IMPETIGO SECO



PIODERMITIS AGREGADA A ECZEMA



MICOSIS ORAL Y TINA GRANU
LOMATOSA



IMPETIGO CONTAGIOSO

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

O B J E T I V O S

Analizar y evaluar la frecuencia de problemas dermatológicos en la población infantil y enfatizar en la importancia del diagnóstico oportuno y tratamiento adecuado para limitar el daño.

Comcientizar al médico familiar de la importancia de conocer la etiología de cada una de las dermatosis más frecuentes.

Distinguir y clasificar las distintas formas clínicas, para poder llegar a un diagnóstico precoz y oportuno.

Valorar los resultados de los tratamientos instalados, si han sido los adecuados a cada forma clínica, así como de sus dosis y tiempo necesario de administración.

M A T E R I A L

En base a la pirámide de población del consultorio 2, se elaboró la pirámide de población infantil, con un total de 772 niños de ambos sexos, en edades que van de 0 a 12 años, de la cual se extrajo una muestra de 74 niños, que representan el 10 % del universo, escogidos al azar, por el método de las listas y utilización de números aleatorios.

Distribución de la muestra, por edad y sexo.

EDAD	MUJERES	HOMBRES	TOTAL
10 -- 12	1 5	1 2	2 7
7 -- 9	8	1 1	1 9
4 -- 6	5	9	1 4
2 / 30 - 3	7	5	1 2
0 - 1 / 30	1	1	2
TOTAL	3 6	3 8	7 4

PIRAMIDE DE POBLACION DEL CONSULTORIO 2 DE
LA C - 2 DE RIO BLANCO VERACRUZ.

	HOMERES		MUJERES
19	1196	85 ymas	1398 35
29		80 - 84	40
28		75 + 79	48
39		70 + 74	52
31		65 + 69	51
52		60 - 64	53
55		55 - 59	66
51		50 - 54	74
67		45 - 49	70
64		40 - 44	72
68		35 - 39	75
71		30 - 34	83
76		25 - 29	86
60		20 - 24	73
104		15 - 19	108
185		10 - 14	191
124		5 - 9	145
70		1 - 4	73
3		0 - 1	3

TOTAL = 2594

PIRAMIDE DE POBLACION INFANTIL
DEL CONSULTORIO 2 DE LA C 2 DE NIG
BLANCO VERACRUZ

	HOMBRES	MUJERES
138	10 - 12	147
98	7 - 9	106
69	4 - 6	80
62	2/30 - 3	63
6	0 - 1/30	6

HOMBRES = 373

MUJERES = 402

TOTAL = 775

MUESTRA = 73

PORCENTAJE FIDELICIDAD DE LA POBLACION INFANTIL POR EDADES

10 - - 12	285	PACIENTES	27 %
7 - - 9	204	PACIENTES	19 %
4 - - 6	149	PACIENTES	14 %
2/30 - 3	125	PACIENTES	12 %
0 - - 1 mes	2	PACIENTES	1 %

TOTAL = 765

MUESTRA = 73

M E T O D O S

En un lapso de 3 meses, se detectaron en la consulta externa 28 pacientes con problemas dermatológicos, que acudieron, la mayoría de ellos, por otra patología distinta ó simplemente para control del niño sano.

Dermatosis, que a nuestro juicio fueron detectadas:

1 .-	Impétigo seco	12
2 .-	Neurodermatitis	3
3 .-	Verrugas vulgares	2
4.-	Impétigo contagioso	2
5 .-	Eccema	2
6 .-	Eritema del pañal	1
7 .-	Prúrigo por insectos	1
8 .-	Tiña del cuerpo	1
9 .-	Alergia a picadura de insecto	1
10.-	Moniliasis oral	1
11.-	Urticaria	1
12.-	Tiña de los pies	1

Pacientes estudiados por edad y sexo:

EDAD	No. DE PACIENTES	ENFERMEDAD DER MATOLOGICA	S E X O	
			FEM.	MASC.
10 - 12	27	7	4	3
7 - 9	19	6	2	4
4 - 6	14	6	2	4
2/30-3	12	7	4	3
0-1/30	2	2	1	1
TOTAL	74	28	13	15

Los diagnósticos de las diferentes dermatosis se hicieron en base a la exploración minuciosa de las lesiones, tomando como referencia su topografía, morfología, sintomatología y anamnesis de cada paciente, contando con el apoyo del médico de base.

Pacientes por edades, dermatosis y número de los mismos:

IMPETIGO SECO		NEURODERMATITIS		VERRUGAS VULGARES	
Edad	Pacientes	Edad	Pacientes	Edad	Pacientes
3 años	1	3 años	1	6 años	1
4 "	2	5 años	2	12 años	1
6 "	1	ERITEMA DEL PAÑAL		PRURIGO POR INSECTOS	
7 "	1				
8 "	2	Edad	Pacientes	Edad	Pacientes
9 "	1	17 días	1	8 meses	1
10 "	1	URTICARIA		TIÑA DE LOS PIES	
11 "	1				
12 "	2	Edad	Pacientes	Edad	Pacientes
		1 año	1	6 años	1
IMPETIGO CONTAGIOSO		ECCEMA		TIÑA DEL CUERPO	
Edad	Pacientes	Edad	Pacientes	Edad	Pacientes
2 años	1	13 días	1	9 años	1
4 años	1	2 meses	1		
MONILIASIS ORAL			ALERGIA POR PICADURA DE INSECTOS		
Edad	Pacientes		Edad	Pacientes	
4 meses	1		10 años	1	

R E S U L T A D O S

De los 28 pacientes estudiados en nuestra consulta, solo 6 -- acudieron por la manifestación propiamente de piel y los 22 restantes, acudieron por distintas patologías, para control del niño sano ó como espectadores de otro miembro enfermo.

Pacientes que acudieron por problemas dermatológicos, diagnóstico, tratamiento y evolución de los mismos :

Por dermatosis	Otra causa	Diagnóstico efectuado	Tratamiento	Evolución
0	12	Impétigo seco	Yodoclorohidroxiquinoleina tópico	Satisfactoria
1	2	Neurodermatitis	Placebos	Incierta
0	2	Verrugas vulgares	Podofilina tópico	Incierta
1	1	Impétigo contagioso	Alibour fomentos tópico	Cambió a médico particular
0	2	Ecema de MN	Neomicina oftálmica tópico	Cambió a médico particular
0	1	Eritema del pañal	Pasta lassar tópico	Satisfactoria
0	1	Pródigo/insecto	Difenhidramina oral	Incierta
1	0	Tiña del cuerpo	Nistatina tópico	Satisfactoria
0	1	Moniliasis oral	Nistatina oral	Satisfactoria
1	0	Urticaria	Cloropiramina e hidrocortizona IM	Enviado a HGZ aún en control
1	0	Alergia a picadura de insecto	Difenhidramina oral y avapena IM	Enviado a HGZ aún en control
1	0	Tiña de los pies con infección -- agregada	Nistatina tópico y antibióticos.	Enviado a HGZ hospitalizada
6	22	Total		

CONCLUSIONES

De acuerdo a lo antes expuesto, consideramos de importancia - los siguientes puntos:

- a) . - La mayoría de los problemas de piel, que no acuden a consulta como tal, pasan desapercibidos para el médico y para los padres del niño.
- b) . - Llegar al diagnóstico adecuado y por tanto, al tratamiento específico, fué motivo de inseguridad en un 70 % de los casos.
- c) . - Los pacientes que acudieron por problemas dermatológicos, lo hicieron después de haber practicado automedicación ó bien cuando ya la dermatosis estaba muy avanzada; enmascarando así más el cuadro.
- d) . - Los criterios médicos, en cuanto al tratamiento, dosis y tiempo de duración de los mismos, no están unificados; de acuerdo a los tratados terapéuticos consultados.

RECOMENDACIONES

De acuerdo a los objetivos que nos fijamos, en base a lo expuesto en nuestro trabajo y tomando como referencia nuestras conclusiones, queremos hacer incapié en las siguientes recomendaciones.

- a) . - A todo paciente, independientemente por el motivo que acuda, se hará una observación adecuada de piel, con el fin de no pasar inadvertido ningún problema de piel.
- b) . - Concientizar a los padres, de la importancia que presenta cualquier tipo de dermatosis en un niño y la repercusión de ello, si no acude al iniciar su problema dermatológico y sin recurrir a la automedicación.
- c) . - Educar a la población derechohabiente, a llevar el trata -

miento de acuerdo a lo prescrito, sin suspender los medicamentos antes del tiempo indicado, no disminuir ni aumentar dosis si no se ha ordenado, y acudir a control de su problema si así se indicó.

- d) . - Consultando las guías diagnóstico-terapéuticas, impartidas por el IMSS , se puede resolver en un 90 % los problemas dermatológicos, ya que como podemos observar, dentro de las dermatosis que se mencionan en dichas guías, se encuentran englobadas las diez más frecuentes en consulta externa, así como su manejo adecuado.
- c) . - Conociendo las peculiaridades de los problemas de piel más frecuentes e incluso de otras patologías, de la población a nuestro cargo, así como los aspectos culturales de la misma; podremos impartir una mejor prevención y atención de los problemas dermatológicos y aplicando las medidas profilácticas adecuadas, facilitará su manejo y delimitaremos un posible daño.

Analisis comparativo de acuerdo a estadísticas del IMAN y CMN.
1975 - 1980 en confrontación con nuestro estudio realizado en el --
consultorio 2 de la UMF No. 2 de Rio Blanco Ver.

Lugar que ocupa cada dermatosis según su frecuencia:

IMAN	CMN	UMF-2	
Prurigo/insectos	Eccema	Impétigo seco	1
Neurodermatitis	Prúrigo/insectos	Neurodermatitis	2
Escabiasis	Tiñas	Verrugas vulgares	3
Impetigo contagioso	Impetigo contagioso	Impetigo contagioso	4
Impetigo seco	Foliculitis	Eccema	5
Verrugas vulgares	Britema neonatorum	Britema del pañal	6
Vitiligo	Dermatitis del pañal	Prurigo / insectos	7
Acné juvenil	Vitiligo	Tiñas	8
Tiñas	Impetigo seco	Moniliasis oral	9
Foliculitis	Verrugas vulgares	-----	10

I N D I C E

- 1.- Ruiz Maldonado - Amado Saul - J. Ibarra y Tamayo "Temas de dermatología Pediátrica" 8a. edición Pag. 115-127 y 284-298.
- 2.- E. Fogue "Patología externa" Tomo-I. 10a. edición Pag. 145-169.
- 3.- José A. Barba "Problemas dermatológicos más frecuentes en la infancia" Revista Mexicana. Vol. 10, No. 2 Enero-diciembre 1980 - Pag. 133-147.
- 4.- Gaceta de medicina clínica "Medicina al día" IMSS 3-20-79.
- 5.- Gregorio Podoswa "Dermatología Pediátrica" la. Edición 1980- -- 1981 Pag. 3-13, 18-23, 31-35, y 194-198.
- 6.- Enrique M. del Valle anuario de actualizaciones en medicina -- fascículo 7-8 de dermatología del IMSS "dermatosis más comunes- en el periodo neonatal" Pag. 329-339.
- 7.- Gómez Orozco Padecimientos dermatologicos en el RN "Problemas en pediatria" Pag. 49-62.
- 8.- Nelson W.E. Tratado de pediatria "Trastornos de la piel" Pag. - 386-399.
- 9.- Macotella - Ruiz y Pruneda. Memoria del III congreso mexicano de- dermatología "pruebas psicológicas en dermatología" Pág. 545 -- 550.
- 10 - Robinson y Robinson dermatología clínica la. edición Pag. 143 - 152 y 428 - 512.
- 11- Amado Saul, Lecciones de dermatología 8a. edición pag. 130 - 142
- 12- Barba Borrego - Torres Plank y Martíá Manrique. Revista Mexicana de Psicología "factores psicodinámicos en algunas dermatosis" - Pag. 242 - 254.
- 13- Julio M. Torruela Pediatria 3a. edición Pag. 497 - 506.
- 14- Max Salas A. - Loredo Abdala - Ramírez Mayans - Alvarez Navarro y Legorreta Gutierrez. Diagnostico y Terapéutica en Pediatria. - 2a. edición 1981.