

11226
24.154



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FAC. DE MEDICINA

División de Estudios de Postgrado

Dpto. de Medicina General Familiar y Comunitaria

“CICLO VITAL Y PIEL”.

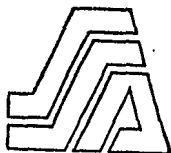
(Investigación Documental)

T E S I N A

Que para obtener el Diploma Universitario de
Especialidad en Medicina General Familiar

p r e s e n t a

Benita Amparo Peña Piña



México, D. F., febrero de 1986

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.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

INDICE:

INTRODUCCION	1
JUSTIFICACION	11
OBJETIVOS	111
CAPITULO I: DERMATOSIS FRECUENTES EN PEDIATRIA ...	5
CAPITULO II: DERMATOSIS DEL ADOLESCENTE	32
CAPITULO III: DERMATOSIS POR TRANSMISION SEXUAL...	36
CAPITULO IV: DERMATOSIS DURANTE EL EMBAZARDO.....	50
CAPITULO V: DERMATOSIS FRECUENTES EN ADULTO	72
CAPITULO VI: DERMATOSIS DEL ANCIANO	85
CONCLUSIONES:	92
BIBLIOGRAFIA	94

"CICLO VITAL Y PIEL".
(INVESTIGACION DOCUMENTAL).

DRA. B. AMPARO PERA PIRA.

INTRODUCCIÓN

En el presente estudio se mencionan los cambios que va presentando la piel del individuo durante todo su Ciclo Vital con objeto de evitar los errores derivados de la falta de conocimientos de la anatomofisiología de la piel, así como se describen básicamente las características clínicas de las dermatosis más frecuentemente encontrados en las diversas etapas de la vida, para lo cual se inicia con las dermatosis pediátricas desde el R.N., lactante, escolar, se hace énfasis en las enfermedades infectocontagiosas y se incluyen dermatosis genéticas en que las lesiones cutáneas orientan al diagnóstico y la importancia en este caso del Consejo Genético y de investigar a los miembros de la familia. En el adolescente se hace énfasis sobre todo de los repercusivos psicosociales de las lesiones dérmicas sobre todo el Acné y la actitud que debe tener el Médico. Se dedica un capítulo a describir las características dermatológicas de las enfermedades por contacto sexual debido al notable incremento de éstas. Por otra parte, se mencionan los múltiples cambios en la piel de la mujer gestante y se describen las entidades dermatológicas propias del embarazo. En el adulto se enfatiza la importancia del conocimiento de los marcadores cutáneos que sugieren enfermedades metabólicas, básicamente la Diabetes Mellitus, así como lesiones dérmicas acompañadas a las enfermedades degenerativas y del tejido conjuntivo. En el anciano, se indican los cambios en su piel y la patología en esta fase, sobre todo las neoplasias. Se insiste en las diversas etapas en no olvidar las implicaciones psicosociales de las mismas. La forma de presentación de este estudio, pretende facilitar al Médico Familiar la identificación de patología cutánea del individuo por etapas, desde el nacimiento a la vejez.

JUSTIFICACIÓN

El campo de la Dermatología es amplísimo y muy variado, muchos serán los ejemplos en que los conocimientos dermatológicos del Médico, serán de valiosa ayuda para resolver problemas importantes, estando presentes en cualquier grupo de edad, sexo o padecimiento (Infecto-contagiosas, Metabólicas, Hematológicas, Degenerativas, Neoplásicas, etc.), motivo por el cual constituye un alto porcentaje de la consulta que atiende el Médico General Familiar.

El conocimiento de la Patología Cutánea de la población a su cargo, así como de las repercusiones psicosociales de éstas, le ayudarán a resolverlas satisfactoriamente en forma integral, de allí la justificación de efectuar el presente estudio.

OBJETIVOS:

1. Efectuar una actualización de las Enfermedades Dermatológicas más frecuentes durante la práctica clínica del Médico General Familiar, clasificando las por etapas durante el Ciclo Vital del individuo.
2. Identificar los cambios anatomofisiológicos que presenta la piel del individuo desde el nacimiento a la vejez, con objeto de evitar errores diagnósticos y de tratamiento.
3. Enfatizar la utilidad de los marcadores cutáneos como Método Diagnóstico y Pronóstico de Enfermedades Sistémicas.
4. Destacar la importancia de las repercusiones psicosociales de las Enfermedades Dermatológicas, con objeto de que el Médico Familiar realice un manejo integral.

LA PIEL.

La piel es un órgano fascinante, es el más grande del cuerpo humano y el más fácil de observar. Protege al hombre del ambiente nocivo y media el medio interno homeostático, nos protege contra agentes químicos, luz solar, bacterias y absorbe gran parte de las tensiones mecánicas de nuestro medio. A través de la piel se excretan líquidos y algunas sustancias (electrolitos, urea, etc.) constituyendo un emuntorio.

Es la piel un órgano que responde inmunológicamente *in situ* y sistémicamente.

La capa delgada más externa o epidermis está compuesta de células de la piel muy juntas, la capa media es la dermis más gruesa, la cuál contiene vasos sanguíneos, linfáticos, nervios y fibras: colágeno, retículo y elastina, esta capa proporciona nutrientes a la piel; la capa más interna es el tejido celular subcutáneo, consiste principalmente en tejido adiposo y actúa como aislante y absorbente de choque o amortiguación. Todas las glándulas de la piel, pelo y uñas derivan de la epidermis. La epidermis está constituida en su mayoría por queratinocitos nombre asignado porque forman queratina, esas queratinocitos tienen diferentes formas, integrando las diversas capas de la epidermis: células basales, células espinosas, estrato granuloso y estrato córneo. La dermis se divide en papilar, la más externa y reticular la más baja.

Diseminados a través de la capa basal de la epidermis, se encuentran los melanocitos que son células especiales con gránulos de pigmento, conteniendo una proteína la melanina, la cuál actúa como pantalla o filtro que impide que los rayos ultravioleta del sol entren en las partes profundas de la piel donde podrían afectar vasos sanguíneos, lesionar células, etc. En el pelo, cada folículo pasa por dos fases una de crecimiento o Anágena, seguida de una de reposo o Telógena, después del cuál el pelo se desprende, siendo desplazado hacia afuera por el nuevo pelo que comienza a crecer en el mismo folículo piloso, encontrándose un 85-90% en fase anágena y el 10% en telógena, perdiendo

se normalmente aproximadamente entre 75 a 100 pelos por día, creciendo el pelo 1 cm. - por mes, es importante mencionar que en muchos ocasions el patrón de crecimiento se altera, predominando el de caída o telógeno motivado por tensión emocional intensa, enfermedad, fiebre, etc. Las glándulas sebáceas producen sebo, lo cual es de tipo holocrina, éstas son influidas por hormonas, los andrógenos hacen que crezcan y funcionen y la secreción de sebo es continua, terminándose gran des en la pubertad. Las glándulas sudoríparas son de tipo apócrino localizadas habitualmente en el adulto en axilas, areolas, - región periumbilical, zonas perianal y genital, no son importantes para la regulación - de líquido o control de la temperatura, su maduración depende de factores hormonales, pudiendo provocar problemas clínicos por obstrucción, infección, etc., sin embargo, existen otro tipo de glándulas sudoríparas pero de tipo ecrino, que si pasan a formar parte del sofisticado sistema de regulación térmica de la piel y se encuentran millones de éstas en todo el cuerpo y son utilizados para control del calor, pudiendo encontrar obstruc - ciones, exceso o disminución de su función.

Por otra parte, es importante mencionar que la piel es un medio importante por el cuál - su gente se comunica, es por lo tanto un medio de comunicación de emociones, los mensa - jes más íntimos los comunicamos por nuestra piel, demostrando alegría, tristeza, ternura, amor y muchos sentimientos sin necesidad de palabras, al tener neurorreceptores nos in - forma sobre el medio que nos rodea, nos transmite el más temprano, significativo e íntimo mensaje humano el del tacto. Cambios en el aspecto cutáneo alteran las relaciones - sociales de un individuo, asociándose ansiedad, temor de contagio, temor de cáncer, etc. En el niño pequeño la piel es delgada y delicada, la maceración por humedad disminuye - su resistencia, las modificaciones del pH favorecen infecciones, la remoción de su gras - a altera sus defensas, por ella se absorben diversas sustancias que pueden tener efecto - sistémico. Durante la adolescencia el acné puede ser un factor psicológico y social im - portante, las enfermedades con prurito o irrita le conducta alterada, la piel permitirá indirc-

amente conocen costumbres sexuales, promiscuidad, etc. Las enfermedades crónicas de la piel pueden a menudo originar cambios en la personalidad y pueden llevar incluso a la depresión. En el diagnóstico de pacientes con enfermedades de la piel, hay que recordar siempre que una historia clínica detallada previene muchos diagnósticos erróneos, la duración de la enfermedad sugiere trastorno agudo, crónico o bien crónico, la profesión del paciente una dermatitis ocupacional, de contacto o bien nos indicará la presencia de un proceso patológico en otro lugar del cuerpo, cierto en todas las edades, pero más específicamente en la década de los 40. Un tratamiento apropiado capacita a la mayoría de los pacientes de enfermedades cutáneas para aceptar su incapacidad, el tiempo que se emplee en explicarle la causa de su enfermedad y los métodos por los cuales puede ser suprimida, tratada, estará bien empleado.

En Dermatología los errores derivan de la falta de conocimientos de la anatomofisiología de la piel, falta de conocimientos de la patología más común y de ignorar los cambios derivados del desarrollo de allí la gran importancia de su estudio.

CAPITULO I:

DERMATOSIS MAS FRECUENTES EN PEDIATRIA.

Las enfermedades de la piel en la consulta de hospitales, consultorios o centros especializados pediátricos, representa aproximadamente entre el 15-20% de los problemas que debe saber resolver el médico, sin embargo, ese porcentaje se eleva, ya que muchas de los motivos de consulta, se deben a cambios normales de la piel que — presenta en un ciclo de crecimiento continuo e ininterrumpido. En los infantes las lesiones dérmicas serán importantes para el diagnóstico de padecimientos congénitos o adquiridos, así como alérgicos e infecto-contagiosos frecuentes en nuestro país.

La piel del Recién Nacido³ está cubierta con frecuencia por una película grasosa o caseosa, la Vérrix Caseosa formada por las glándulas sebáceas de la piel del lactante, con piel desecativa y líquido amniótico seco, la vérrix puede secarse parcialmente y endurecerse, persistiendo en la piel cabelluda como la "costra de leche". Aproximadamente de 2 a 3 días presenta descamación generalizada, que puede ser muy abundante sobre todo en manos y pies. Se pueden encontrar QUISTES DE MILIUM, que son pequeñísimos quistes blancos disseminados sobre la cara y predominantemente en nariz, que son folículos pilosebáceos aberrantes, defectuosos y parcialmente ocluidos. Más del 75% de los pelos de la piel cabelluda están en fase telógena de reposo al nacimiento y por lo tanto presentan calvicie sobre todo en región occipital y temporal. Por influencia de las hormonas maternas o placentarias, puede haber secreción transvaginal y los nódulos mamarios de niños y niñas estar congestionados y secretar leche en pequeña cantidad. Pueden aparecer manchas rojas, blancas o cianóticas después del llanto, ya que el tono del vaso sanguí-

neo y su distribución vascular no funciona completamente. Puede existir una mancha "mongólica" de color azul oscuro en la región lumbosacra o en las regiones glúteas de los niños pertenecientes a razas de piel oscura, frecuente en los mexicanos, pudiendo en ocasiones extenderse hasta región dorsal. Puede formarse ocasionalmente un granuloma en el ombligo, que cura rápidamente con agua y jabón. Son frecuentes el edema escrotal y el hidrocele no comunicante que se resuelven espontáneamente. Las glándulas sudoríparas ecquinas pueden no funcionar al nacimiento y no ser efectivas para liberar gran cantidad de sudor, originando retención de sudor con presencia de pápulas inflamatorias rojas en el sitio de las glándulas ocluidas, llamándosele miliaria. La Sudamina es una erupción de vesículas muy pequeñas que aparecen en la piel de la cara por distensión de las glándulas sudoríparas. Los hemangiomas capilares o manchas telangiectásicas son muy comunes en el recién nacido, se observan como manchas rojizas que se localizan en la frente, en los párpados, en la región occipital o en los labios y habitualmente desaparecen en forma espontánea al cabo de unos meses; algunos autores los denominan "Piquetes de cigarrillo". El eritema del lactante (eritema tóxico del recién nacido, eritema neonatorum, urticaria neonatorum, eritema neonatorum séptico) es un enrojecimiento común, benigno de la piel del recién nacido que comienza al nacimiento o a los pocos días de vida. Las lesiones suelen ser planas, pero puede haber pápulas, el trastorno es temporal, no grave y no requiere tratamiento, desaparece solo, y se desconoce su etiología, de allí la gran cantidad de nombres con el que se le designa. En la cabeza puede haber caput-succedaneum que es un edema localizado del cuero cabelludo que aparece prácticamente en todas las presentaciones de vértice y dura unos días. El cefalhematoma es debido a una hemorragia subperiosteica, que es limitada por la inserción del periostio en el borde de los huesos, se resuelve solo.

La piel del lactante es más fina, con una capa de queratina menos bien desarrollada, contiene menos pelos y la unión epidérmica no tiene el grado de cohesión que se encuentra en el adulto, por esta razón los procesos exudativos de los niños presentan sobre todo vesículas o flictenas, las secreciones sudoral y sebácea son - - cuantitativamente menores en los niños y antes de la pubertad, el sudor apócrino está ausente o es insignificante, algunas de estas diferencias son probablemente - - responsables del aumento de incidencia de infecciones bacterianas o víricas de la piel en la infancia, además de presentar un Sistema Inmune inmaduro.

En el lactante probablemente la dermatosis más frecuente sea la Dermatitis de la zona del Pañal, la cual actualmente se le considera como un Síndrome, que incluye diversos desórdenes, que aparecen sobre el área del pañal, el determinar la etiología puede ser difícil, el diagnóstico incluye una dermatitis irritante, alérgica, - - intrínseca, dermatitis seborreica, eccema atópico, candidiasis, psoriasis, escabiosis, miliaria, impétigo vulgar y granuloma glúteo infantil, para los cuales se requerirá un tratamiento específico.⁵

De acuerdo a las estadísticas del Hospital Infantil de México 1983, las dermatosis más frecuentes en orden de frecuencia fueron las siguientes: Prurigo por insectos, Dermatitis atópica, Impétigo vulgar y seco, Verrugas Vulgares, Dermatitis de la zona del pañal, Vitiligo y alopecia areata, Tiña del cuerpo y cabeza.²

Por otra parte una dermatosis importante en México son las de contacto, ligadas a - - la medicina empírica tan frecuente en nuestro medio y a la automedicación.⁶

En México, los medicamentos que con más frecuencia producen dermatitis por contacto son: mercuriales (merthiolate, pomada de la campana, bella aurona, blanco y negro), antibióticos (neomicina, cloranfenicol, terramicina), sulfonamidas (sulfafiazol, sulfona), nitrofuranos (furaciln), antihistamínicos (fenargán, orfental), anestésicos (derivados de los calnes, mentol, alcanfor), picantes, azufre, iodo, psoralenos y los corticosteroideos.⁶

Los corticosteroides son excelentes medicamentos empleándolos adecuadamente, sin embargo el corticoidaño, originado por el empleo indiscriminado de éstos es bastante frecuente, la gravedad de este tipo de reaparata puede ser considerable cuando la cantidad, tiempo y superficie de aplicación son mayores y sobre todo cuando se trata de un niño, o bien cuando se aplica en una piel sumamente lesionada, quemada o con pérdida de epidermis.⁶ La absorción de corticosteroides aplicados tópicamente en una piel normal de un adulto es alrededor del 1%. En el estrato córneo la absorción aumenta al 3%. En los niños, la absorción de corticosteroides aplicados tópicamente es frecuentemente equivalente a la administración oral o parenteral en términos de efectos secundarios. Por otra parte, es difícil evaluar, la absorción diaria de corticosteroides a través de una piel libre de epidermis, considerándose que aproximadamente es un 50% de absorción sistémica, siendo una regla que los corticosteroides fluorinados no deben ser usados en niños y si acaso se utilizaron la aplicación de 0,25 al 1% de hidrocortisona sería la aplicación tópica de elección.⁷

A continuación se mencionarán las características clínicas de las dermatosis más frecuentes en la consulta pediátrica, según estadísticas en nuestro país.

1.- PRURIGO A LÍMPHOCITOS: Es frecuente en lactantes menores, mayores y preescolares, hasta el primer decenio de la vida, afectando igual a mujeres y hombres, siendo más raro, a medida que aumenta la edad, porque con el tiempo, tiende a crear inmunidad, aunque puede presentarse nuevamente en personas que continúan residencia donde hay otros insectos. Hay tendencia a presentarse en época de vacaciones. Los factores coadyuvantes son importantes como la existencia de parasitosis intestinal que actúa como foco antigénico en el órgano que provoca la disminución de las defensas de inmunidad contra un ataque exógeno), la desnutrición, las malas condiciones higiénicas (habitar con abundantes insectos) son importantes. De acuerdo con

Barlow (1961) es probable que la primer enfermedad alérgica registrada sea alergia a insectos. Se conocen como prurigos aquellos cuatro cuadros cutáneos que tienen como característica morfológica la aparición de pápulas dermoepidérmicas mixtas como manifestación de un paroxismo reaccional y que son intensamente pruriginosas.

Son entidades de evolución crónica que se alternan con episodios agudos de reacción orgánica. Pueden verse ronchas, vesículas y ampollas cuando el niño es más susceptible al piquete, las lesiones se encuentran en grupos, hileras o pares. Su manejo debe ser con sustancias inertes y se pueden administrar antihistamínicos por vía oral, pero sobre todo deben darse indicaciones para terminar con el insecto.⁸

2.- DERMATITIS ATÓPICA: Afecta al Recién Nacido, lactantes menores, mayores y adolescentes y muchas de estos niños pasan de la fase facial del lactante a la flexural del pre-escolar y escolar y posteriormente al de la adolescencia.

Clinicamente se manifiesta por dermatitis y picon. La dermatitis tiene según los casos y el momento evolutivo, expresión de verdadero eccema, vesiculoso y exudativo o de liquenificación con exageración de los pequeños surcos de superficie y formación de pequeñas pápulas nonboladales o bien la manifestación mixta eccematoliquenoides, el síntoma predominante es el prurito, primero en aparecer incluso aún antes de las lesiones dérmicas. La etapa infantil precoz corresponde al clásico - Eccema constitucional del lactante o Eccema infantil entre los 6 meses y 1 año de edad, localizándose en cara: regiones malaras, perimuculares, mentón, frente, pudiendo haber participación de flexuras y tronco, los casos rebeldes se presentan cuando hay una topografía invertida, afectando superficies de extensión y zonas de roce. La etapa infantil tardía es entre los 4 a 12-14 años, con lesiones en flexuras de codos y de rodillas, ingles, regiones laterales del cuello y cara en las áreas periocular y peribucal, afectando párpados puede estar asociado con un Ecce-

na numular infantil en forma de placas redondeadas como una moneda o brotes de prurigo infantil o estrófulo. Pueden afectarse las palmas y plantas de los pies. La etapa pospuberal después de los 14 años, las lesiones presentan topografía característica (flexuras, regiones laterales del cuello, áreas periorales y peribucales, con lesiones eccematoliquenoides o pura liquerificación, el prurito obliga a un rascado paroxístico, hay dermatofismo blanco, puede haber hipertelorismo y la presencia de un pliegue transversal por debajo del párpado inferior (pliegue de Dennie), observándose sólo en niños. A la fecha aún no se sabe con certeza que lo origina, involucrando factores de predisposición familiar, alérgicos, inmunológicos y psiquismo del paciente. El manejo depende de la etapa en que se encuentre, empleándose pastas secantes, lubricantes y queratolíticos, se pueden dar antihistamínicos y sedantes. En todo caso, el tratamiento de un paciente con dermatitis atópica precisa un profundo conocimiento no sólo de la enfermedad, sino del propio enfermo, de su entorno familiar, requiriéndose colaboración de los familiares.?

3.- IMPETIGO VULGAR Y SECO: Es la piodermia más superficial de la piel y la más frecuente, causada por estreptococo o estafilococo. Cuando es por estreptococo, las lesiones se caracterizan por eritema, pústulas, ampollas y vesículas, así como costras melicéricas sobre todo en zonas periorificiales de la cabeza y en cualquier parte de la piel, si es secundario. Si es por estafilococo, se pueden ver ampollas amplias que al romperse dejan zonas denudadas y se presentan en cualquier parte de la piel (IMPETIGO ANTHRAPOLOIDIS O RITTEL, LO ALIADO DE LA PIEL). El tratamiento es con antisépticos locales y Penicilina por vía sistémica dando una curación espectacular y además evita la Glomerulonefritis, complicación frecuente de esta piodermia, en caso de tratarse de infección por estafilococo se prescribe dicloracilina.?

4.- VERRUGAS VULGARES: Son frecuentes en pre-escolares y escolares, que aparecen sobre todo en dedos de manos y pies, también se pueden encontrar periungueales. Son neoplasias debidas a hipertrofia de la epidermis, inducidas por infección de las células por un virus específico, siendo tumores intraepidérmicos benignos de la piel, no son contagiosas, pero pueden diseminarse a nuevos sitios al inocular en forma accidental al virus (autoinoculación), las verrugas tienen una superficie rugosa, por proyecciones papilares irregulares de queratina. Son razones de tipo estético por las que acuden a tratamiento principalmente. Para su manejo se pueden emplear agentes queratolíticos en forma repetido o bien recurrir a criocirugía o nitrógeno líquido aunque dejan cicatrices. El tratamiento con psicoterapia es difícil de evaluar.¹

5.- DERMATITIS DE LA ZONA DEL PAÑAL: Es una dermatitis por contacto por exposición constante y prolongada al amoniaco de la orina, a excreciones diarrélicas con pH ácido y con menos frecuencia por el material de pañales desechables. La mayor parte de las dermatitis de la zona del pañal son causadas por una combinación de factores.⁵ El contacto prolongado de la orina macera la piel, los vendajes totalmente oclusivos, los calzones de hule y los pañales con revestimiento de plástico impiden evaporación y aumentan la maceración. Las bacterias normalmente presentes en las heces, descomponen la urea de la orina para producir amoniaco, el cual causa irritación. Otras enzimas en la piel o las heces o las bacterias, pueden causar inflamación por irritantes adicionales cruidos por desechos del cuerpo. La miliaria local superpuesta, causada por oclusión de los conductos sudoríparos ecninos — irrituros se agrega al trastorno. Alergenos, contaminantes e irritantes primarios en el pañal mismo, pueden complicar más la dermatitis. La piel irritada con el estrato córneo afectado, es mucho más susceptible a tales irritantes. Las bacterias

o los hongos pueden aprovechar la humedad y la piel macerada provocando superinfecciones. Se menciona que se requiere predisposición hereditaria para presentar el padecimiento y algunos de ellos son atópicos también.¹

Clinicamente pueden presentar la Fase Aguda con eritema, pápulas y ocasionalmente ampollas. En la Fase Crónica, con eritema, pápulas, liquenificación y descamación formando placas difusas. Las lesiones se ven hacia genitales y muslos cuando es esporonico, si están en región perianal y glúteas pueden ser evacuaciones diarréicas y si abarcan toda la zona del pañal el factor desencadenante puede ser el material de éste. En algunos niños todos estos factores desencadenantes pueden intervenir al mismo tiempo. Cuando existe Candidosis agregada, la piel está muy eritematosa, brillante y con neceración o bien puede presentarse como placas eritematoescamosas de aspecto psoriasisiforme. Si existe estreptococo y estafilococo agregado se forman pápulas erosionadas en su parte central (sífiloide papuloerosiva de Sevestre Jacquet).² El tratamiento tiene como objetivo remover las causas de oclusión, maceración e irritación. El área debe ser lavada antes de secarse y cubrirse usando nada o escaso jabón. Eliminarsé hule o plástico, cambios frecuentes de pañal, los cuáles deben ser lavados con jabón suave y enjuagados a fondo. Los irritantes mayores requieren cremas protectoras como óxido de zinc y neutralizantes del ph. Si existe candida antimicóticos tópicos. Si hay bacterias antisépticos locales. Indudablemente que lo más importante es el dar indicaciones higiénicas.

6.- TIRAS DEL CUERPO Y LA CABEZA: Las Micosis cutáneas en los niños son padecimientos relativamente frecuentes y ocupan según las estadísticas en México, uno de los primeros 20 lugares en la consulta dermatológica pediátrica, las micosis cutáneas son enfermedades por hongos y se pueden dividir en superficiales y profundas, en los niños son más frecuentes las superficiales. En el niño se ven sobre todo la

tiña del cuerpo y de la cabeza.

La tiña del cuerpo aparece en lactantes, pre-escolares, escolares y adolescentes. Son placas, una o varias, con eritema y escama de forma circular u ovaladas con borde activo donde se pueden observar vesículas pequeñas. La tiña de la cabeza aparece EXCLUSIVAMENTE EN LA NIÑEZ. La forma seca se caracteriza por placas pseu^udoalopécicas con descamación y pelo parasitado. En la forma inflamatoria vemos aumento del volumen y secreción serosa con costras micelídicas (por reacción antígeno-anticuerpo). Se menciona que la pubertad la cura, seguramente por cambios en el pH. En apariencia lo que se nota al niño es una aparente pérdida de pelo y escamas pero con la ayuda de una lupa es fácil descubrir el cabello parasitado. En México los agentes causales son el *Trychophyton tonsurans* y *Microsporum Canis*. El examen del pelo enfermo al microscopio puede ser útil en casos de duda. La Tiña del Cuerpo se caracteriza por presentar en cualquier parte de la piel, pero sobre todo en mejillas en los lactantes, placas eritemato-escamosas una o varias, circulares u ovaladas, con borde activo, donde se ven pápulas y vesículas, piel central aparentemente normal. Cursa con prurito intenso. El tratamiento es a base de griseofulvina 10 mg/kg/día durante el tiempo que sea necesario.¹⁰

7.- VITILIGO Y ALOPECIA AREATA: El Vitiligo se observa en pre-escolares, escolares y adolescentes. El motivo de la consulta siempre es estético y fobofóbica.² Se caracteriza por la ausencia de melanina, genéticamente determinada cuya causa se desconoce. El examen microscópico de la piel del paciente con vitiligo muestra ausencia completa de melanocitos, desconociéndose la causa de la desaparición de los melanocitos.¹ Existe la hipótesis de que son causas mediadoras inmunitarias, químicas y nerviosas, también se cree que sea de origen autoinmune, participando múltiples factores.² Se cree que se hereda de forma autosómica y dominan-

te. En caso de tratarse de una inhibición seria del sistema tirosinasa y sobre una transformación de los melanocitos en células no funcionantes como respuesta de los vitiligo. Es más frecuente en los trópicos que en zonas frías, se desconoce su causa, siendo afectadas con mayor frecuencia las personas de piel oscura. En los niños y adolescentes se les ha visto asociado con enfermedades metabólicas como la Diabetes Mellitus Juvenil, indicador cutáneo importante para sospechar en esta entidad, en adultos se ha encontrado asociado con hipertiroidismo, insuficiencia suprarrenal y anemia perniciosas.³ El vitiligo es una lesión benigna, no contagiosa, sin embargo en algunos lugares es considerado como una desventaja social grave, siendo rehuídos, sobre todo los niños, que se vuelven retraídos, con problemas importantes de aprendizaje y no les permite un desarrollo psicosocial adecuado. Clínicamente se caracteriza por manchas blancas des pigmentadas rodeadas de un borde normal o hiperpigmentado, los pelos de las áreas vitiliginosas son también blancos normalmente. Las manchas son de diversos tamaños y pueden tener diversas configuraciones y situarse simétricamente. Los sitios afectados con mayor frecuencia son la cara, el cuello, el esternón, los brazos, el dorso de las manos. En cara, párpados superiores, región perioral. También en sitios de presión de la ropa. En lo que respecta al tratamiento hasta la actualidad es insatisfactorio. El manejo con psolarenos sistémicos combinados con exposiciones a rayos ultravioleta es solamente efectivo en una cuarta parte de los pacientes tratados, aunque los niños pueden responder mejor. Hoy un porcentaje apreciable de pacientes que no responden al tratamiento con psolarenos y se ha intentado su manejo con preparaciones tópicas de corticosteroides, pacientes que deben ser seleccionados cuidadosamente y dependiendo de su extensión.¹¹ Hasta la fecha esta entidad sigue siendo un enigma, y debido a las repercusiones psicológicas, el Médico Familiar puede hacer mucho en es-

te aspecto, sobre todo cuando la Familia rechaza al niño afectado, siendo esto más importante, que el propio tratamiento médico.

ALOPECIA AREATA: Se ve en escolares y adolescentes. Es una pérdida repentina — del pelo en una área circunscrita. Una frecuente relación temporal con la tensión emocional es más manifiesta en niños en quienes la alopecia por zonas ocurre des — pués de la pérdida de alguien importante para ellos o de algún hecho que los afectó profundamente. El pelo a menudo volverá a crecer en forma espontánea en estos pa — cientes, pero en tanto sea más grande la lesión, peor el pronóstico para que crezca el pelo, se menciona que sólo ocurrirá con la resolución del conflicto emocional — desencadenante. La relación con la tensión emocional es sugestiva. Hasta la fecha se desconoce realmente la causa de esta entidad. El manejo médico es a base de sus — tancias irritantes e investigar el medio familiar.²

A continuación, se mencionarán algunos casos, en que las lesiones de la piel nos — sugieren problema genético, siendo útil su diagnóstico y Consejo Genético a sus pa — cientes.

La Genética Clínica estudia pacientes en los que se trata de establecer un diagnósti — co, clínico y genético, considerando de manera primordial el pronóstico que abarca — dentro de los que se llama Consejo Genético, las posibilidades de riesgo y las medi — das preventivas, curativas o de rehabilitación, según el caso. La Genética puede de — finirse, por tanto, como la "Ciencia de la herencia y la variabilidad"¹².

ESCLEROSIS TUBEROSA: (SINONIMIA = EPILOIA, ENFERMEDAD DE BOURNEVILLE, ENFERMEDAD DE — PRINGLE).

Esta Encomatosis, se debe al efecto de un gen autosómico dominante que condiciona: Angiofibroma facial, que fue conocido mucho tiempo como pseudo-tumor sebáceo y que es sinónimo de epiloma, nombre quizá el de uso más frecuente para designar esta en — fermedad. Presencia de "Facos" que se ven como manchas acrílicas lanceoladas, de —

repartición irregular en el tronco, hecho importante para el diagnóstico oportuno. Si un niño nace con estas manchas y convulsiones, deberá pensarse en Epilepsia, aún - en el caso de que sus padres no estén afectados.

Cursan con un grado variable de retardo mental, Epilepsia y calcificaciones intracerebrales. Otro dato que se observa muy frecuente es que los niños tienden a - ser agresivos. El Consejo Genético: Los afectados con Epilepsia, tienen 50% de riesgo de que sus hijos hereden el padecimiento y de que sus hermanas o hermanos estén también afectados. Los hermanos sanos no tienen riesgo de tener hijos afectados. Los afectados con Epilepsia, son candidatos potenciales para ingresar a instituciones para enfermos mentales. Se les debe señalar que el angiofibroma no es contagioso, pero sí progresivo y hasta ahora incurable.¹²

NEUROFIBROMATOSIS DE VOY RECKLINGHAUSEN: Es una fcomatosis, que se puede ver con carácter familiar o como caso esporádico. El criterio diagnóstico mínimo exige la - presencia de cuando menos SEIS manchas "café con leche" cuyo diámetro sea de 1 cm. - o mayor; las manchas se reparten en forma irregular en el cuerpo y las extremidades, - cuando se encuentran en las axilas adquieren especial valor diagnóstico; rara vez se observan en la cara. Pueden existir también tumores o neurofibromas que pueden ser múltiples, encontrándose no sólo en piel sino en cualquier otro órgano.

Consejo Genético: El afectado transmite la alteración con un riesgo del 50% a hijos e hijas. Cuando el caso no es familiar, el que tiene esta fcomatosis es por - neomutación. Los hermanos del afectado que no presentan la fcomatosis están libres del gen causal y por lo tanto su progeñie se verá - libre de la alteración. Las - complicaciones de la neurofibromatosis son muy amplias y pueden comprender estados convulsivos, alteraciones esqueléticas, sordera, alteraciones oftalmológicas y daño cerebral.¹²

SINDROME DE STURGE-WEISS: Es una Facomatosis que se caracteriza por el "Nevus Flammeus" de la cara, el síndrome se acompaña de angioma de las meninges. Probablemente se debe al efecto dominante de un gen autosómico, pero siendo todos los casos esporádicos, no se puede asegurar que éste sea el tipo de herencia. En su lugar los poliecimientos genéticos pueden deberse a herencia multifactorial. En ésta interaccionan para dar un efecto, genes de pequeño efecto aditivo que constituyen un factor poligenético predisponente y factores ambientales que obran como precipitantes; dependerá de que la presencia de éstos, sea en la vida intrauterina o después del nacimiento, para que el efecto sea una malformación congénita o una enfermedad sistémica, respectivamente.¹²

SINDROME DE WAARDENBURG: Se caracteriza por "distopia cantorum", debida a desplazamiento lateral de los cuernos internos de cada ojo, alteraciones pigmentarias como son la heterocromía iridial (un ojo de un color y el otro diferente, dos colores en un mismo ojo, etc.) mechón blanco frontal (piebaldismo) y sordera coquear. Su autor lo describió como Síndrome inter-óculo-irido-otomito-auditivo. Este es un ejemplo de herencia mendeliana y de variabilidad genética.¹²

SINDROME DE PILLITZICKERS o POLIPOSIS INTESTINAL I: Se caracteriza por manchas de melanina en los labios, uñas, ucal y dígitos, así como la presencia de pólipos que pueden aparecer en cualquier sitio del tracto gastrointestinal, siendo muchos frecuentes en el yeyuno. La sintomatología de los pólipos son invaginación intestinal y enterorragias. Es frecuente que ocurran a servicio de Urgencias por invaginación intestinal y requiera intervención quirúrgica. Es originada por un gen autosómico dominante.

Consejo Genético: Riesgo de repetición en el 50%. Vigilancia estrecha, auxiliada con estudios radiológicos en todo individuo que presente las manchas melánicas del

Síndrome a fin de saber si concurren también tiene poliposis intestinal. La degeneración maligna de los pólipos aunque no muy frecuente puede ocurrir.¹²

ALBINISMO OCULO-CUTANEO: Es debido a genes mutantes autosómicos de efecto recesivo y puesto que el efecto recesivo para manifestarse exige doble dosis si los genes están en los autosomas el genotipo de un individuo afectado con albinismo será a/a . Así cuando dos albinos procrean, puesto que sus genotipos son $a/a \times a/a$, todos sus hijos serán a/a y por lo tanto tendrán albinismo. Se ha reportado en la literatura: la presencia de parejas en las que ambos padres eran albinos y sus hijos resultaron sin alteraciones, y se debió a que presentaban diferentes formas de albinismo denominados *tirosinasa positivo* y *tirosinasa negativo* y que por lo tanto los hijos llevaban dos genes recesivos para el albinismo pero diferentes y como sólo llevan un gen mutante de cada tipo de albinismo no pueden manifestar sus efectos; no son albinos sino dobles heterocigotos. En 1971 se reportó otro tipo de Albinismo al que se le llamó "Mutante Amarillo". Los afectados muestran albinismo generalizado al nacimiento y a los dos años la piel se ha pigmentado normalmente y el pelo se ha hecho de color amarillo, aunque persiste el nistagmus que indica persistencia del albinismo ocular, encontrándose un valor intermedio entre los albinos *tirosinasa positivo* y *tirosinasa negativo*. Estas variantes son importantes para explicar la heterogeneidad genética que según McKusick la define como un mismo fenotipo o un fenotipo sensiblemente igual, originado por diferentes genotipos.¹²

PHEBALDISMO: Este fenotipo tan característico muestra *MECHON FRONTAL BLANCO*, ausencia de pigmentación de la parte media de la región frontal, de las cejas del mentón y del cuello, así como del abdomen y de las extremidades. Puede existir —

heterocromía iridis y no necesariamente cursa con sordera. Se trata de herencia autosómica dominante.

Consejo Genético: Al llegar a la edad de reproducción la "prospórita" tendrá 50% de riesgo de transmitirla a sus hijos independientemente del sexo de los mismos. Sus padres tienen un riesgo en futuros embarazos de que el caso se repita "negligible" Riesgo negligible es menor de 1%. Los hermanos no afectados no transmitirán el piebaldismo.¹²

INCONTINENCIA PIGMENTI: El trastorno de la pigmentación en este pedecimiento se aprecia desde el nacimiento, en ocasiones es un verdadero tatuaje biológico, en otros casos, no destaca tanto, pero la arborización y distribución desde la parte posterior del tronco hacia los flancos, hacia la parte anterior y hacia las extremidades es tan característico que permite hacer con facilidad el diagnóstico, en otros casos en que el color uniforme es azul verdoso o recuerda a la mancha mongólica pero la diferencia es la distribución. Puede existir escleróticas azules, convulsiones e hipacusia de grado variable. Al nacimiento pueden haber vesículas o flicteras que dejan cicatrices acrónicas.

Consejo Genético: Los afectados llegan a la edad de la reproducción y en cada embarazo tienen 25% de riesgo de tener un aborto por la acción letal del gen homocigoto. 25% de tener un varón no afectado. 25% de tener una hija con alteración y 25% de tener una niña no afectada. El tatuaje casi ha desaparecido a la edad de 30 años. Debe hacerse electroencefalograma en toda niña afectada, aun en el caso de que no haya convulsionado y debe valorarse la agudeza auditiva.¹²

ICTIOSIS: Son padecimientos hereditarios de la piel que se caracterizan por enroscamiento generalizado, escamas y resequedad notoria. La herencia es autosómica o ligada al sexo.

Puede ser de dos tipos: por la producción excesiva de escamas; Hiperqueratosis epi-

dermolítica; escamas amarillas en las zonas de flexión, palmas y plantas.

Ictiosis lamínea; piel roja con palmas y plantas gruesas. Otro tipo es por la retención de escamas: Ictiosis Vulgar, que se presenta durante la niñez con escamas finas y trazos palmares y plantares prominentes. Ictiosis ligada a X, aparece al nacer, preserva palmas y plantas. Opacidades de la córnea y madre portadora. La Ictiosis ligada al sexo puede iniciarse como un niño colodión. Está ya presente en todos los casos al año de edad. Las escamas son mayores y más oscuras, y afectan tanto las caras de extensión como los pliegues de flexión de las extremidades, se afectan también las orejas y naca, así como el cuero cabelludo, las escamas de la ictiosis ligada al cromosoma X son más grandes y oscuras y dan al enfermo un aspecto sucio, especialmente en las curvas laterales del cuello, área que no se afecta tan intensamente en la ictiosis vulgar, siendo estos pacientes socialmente repulsivos.¹³

En estos padecimientos genéticos, será muy importante el papel del médico familiar en el diagnóstico oportuno y el estudio del resto de los miembros del núcleo familiar.

A continuación se mencionarán las características clínicas de los enfermedades exantemáticas, frecuentes en la infancia, incluso denominándoseles "Enfermedades propias de la infancia", las lesiones dérmicas orientan enormemente acerca del padecimiento, siendo su conocimiento importante, ya que es frecuente motivo de dificultad en el diagnóstico, incluso requiriendo interconsulta al Dermatólogo.

SARSIPIÓN: Es altamente contagioso, las tasas de ataque son las más elevadas entre las enfermedades contagiosas del hombre. El grupo que inicia un brote de sarampión es el de preescolares asistentes a una guardería o jardín de niños en donde contraen la enfermedad y la llevan al núcleo familiar donde infectan a los hermanos menores. En 1971 el Boletín Epidemiológico de la Secretaría de Salud reportó 35,000 enfermos de Sarampión. En la Cd. de México en 1968 la tasa de la po —

blación general fue de 12.4 pero en los primeros 4 años de vida la cifra fue superior a 90, para disminuir a 12.3 en el grupo de 5-14 años y de 0.07 en los mayores de 1-5 años. En la Cd. de México una encuesta serológica demostró que una proporción importante de niños, se infecta antes de cumplir un año de edad. Es posible que la mayor gravedad del sarampión en los países pobres pueda explicarse por insuficiencias del sistema inmunitario dependiente.

El sarampión es ocasionado por un virus ribonucleico RNA.

MANIFESTACIONES CLINICAS: Período de incubación de 10-14 días, su evolución clínica, se divide en dos etapas: Preeruptiva y eruptiva.

FASE PREERUPTIVA: Se inicia con fase prodromica con fiebre elevada, malestar general, catarro mucosarinal y tos seca. Conjuntivitis casi siempre palpebral, en casos graves se encuentran zonas hemorrágicas en párpado inferior (LINEAS DE STIMSON).

El eritema se presenta en el 50-80% caracterizado por las manchas de Koplik que consisten en pequeños puntos blancos de 1-2 mm rodeados de eritema en la cara interna de las mejillas a la altura del 2o. molar, escasos en su inicio y que aumentan rápidamente en número y pueden llegar a ser confluentes, desapareciendo habitualmente al 3er. día de haber brotado el exantema. Otras formas de eritema son puntos rojos en la faringe que habitualmente se confunden con congestión faríngea y las MANCHAS DE HERMANN que son puntos blancos o grisáceos de 1 mm de diámetro sobre las amígdalas. Esta fase dura entre 4-6 días y a su término pasa a la fase eruptiva.

FASE ERUPTIVA: Se caracteriza por lesiones maculoeritematosas que aparecen detrás de los pabellones auriculares y se extienden a la frente y cara, continuando en el tronco y seguir en dirección cefalocaudal hasta las extremidades inferiores, una característica es que se borran a la presión y tienden a ser confluentes, estas lesiones empiezan a palidecer al 3er. día y cambian a un color parduzco al 4o. día y -

no se borran a la presión y empiezan a descamarse, aunque nunca se aprecia descamación en las palmas de las manos y en las plantas de los pies. La erupción puede haber desaparecido de la cara y permanecer todavía en las extremidades, la fiebre tiende a disminuir 2 o 3 días después de brotado el exantema, mejorando el estado general, puede haber diarrea y los persistentes por una semana.

La complicación más frecuente es la del árbol respiratorio (neumonías, bronquitis graves, bronquiolitis y laringitis), en seguida otitis medias y por último — trastornos neurológicos. Se menciona que aproximadamente 1/3 requiere hospitalización, por lo que la mayoría puede ser tratada en consulta externa.

Los pacientes son INFECTANTES desde la iniciación del período prodromico o catarral hasta 5 días después de la aparición del exantema. El tratamiento es sintomático y la vigilancia estricta para la detección de las complicaciones, debe ser un objetivo básico.¹⁴

RUBEOLA: Es una enfermedad infecto-contagiosa causada por virus - paramixovirus - de RNA. Según estadísticas de la Cd. de México en 1968-1969 demostraron que la infección es muy frecuente en la infancia que se inicia desde el primer año de vida, alcanzando su máxima incidencia en la edad escolar, la elevada incidencia fundamentalmente en niños está relacionada con el hacinamiento y las malas condiciones higiénicas prevalentes en la Cd. - de México. La fuente de infección es por las secreciones nasofaríngeas de personas enfermas o con infecciones subclínicas, encontrándose el virus en sangre, orina y heces fecales también. EL PERIODO DE CONTAGIOSIDAD desde 7 días antes de la aparición del exantema hasta 5 días después, sin embargo en los que lo adquirieron congénitamente pueden eliminar el virus por ferine durante meses e incluso años. Su PERIODO DE INCUBACION es — de 14 a 21 días.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS: Después del período de incubación se inicia con LINFADENOPATÍA GENERALIZADA de predominio cervical, postauricular y suboccipital que ge-

normalmente para desaparecer hasta que aparece el exantema y la fiebre, hasta el quinto día de la enfermedad.

Las adenogargas alcanzan su máximo en el período febril, siendo dolorosas y persisten hasta varias semanas después. La fiebre es poco intensa y dura de 3 a 5 días.

EL EXANTEMA se caracteriza por lesiones múltiples, úlcera de color rosado de dos a cuatro milímetros de diámetro, que en su mayoría no son coalescentes. Se inicia en la cara y rápidamente en un día, se generaliza a todo el cuerpo, siguiendo dirección de arriba hacia abajo, no dura más de 3 días y desaparece en el mismo orden que apareció, no deja manchas y rara vez de escaración supurativa mínima. En un porcentaje mínimo puede haber congestión conjuntival leve y congestión faríngea durante el exantema y presencia de exantema caracterizado por náculas pequeñas rojas, puntiformes en el paladar blando. El origen fetales de la rubéola es cuando se adquiere durante el embarazo por la posibilidad de aborto o producto con múltiples malformaciones congénitas, siendo mayor el riesgo durante las primeras 8 semanas, además de estas complicaciones durante el embarazo se mencionan la presencia de artritis, encefalitis y la púrpura trombocitopénica aunque raras, como complicaciones de la infección adquirida después del nacimiento. El pronóstico de la rubéola adquirida después de nacer es bueno, ya que se trata de una enfermedad benigna que cura espontáneamente en unos días, no así de la adquirida congénitamente. El tratamiento es sintomático.

En México el problema de la rubéola congénita no parece ser importante pues el número de casos reportados es mínimo, esto es debido a que la inmensa mayoría de las mujeres adultas están inmunes por haber padecido la infección durante la infancia, por lo que no se justifica la vacuna que en ocasiones trata de aplicarse como prevención. 14

VARICELLA: Es una enfermedad generalizada benigna, altamente infectante, afectando esencialmente a los niños menores de 10 años. El Virus de la Varicela-Zoster-

o Virus V-2, virus de Dilli es el agente causal. El mecanismo de transmisión no está establecido del todo, se acepta preferentemente que sea por vía aérea, sin descartar las manos de los contactos y las vestimentas; existe un caso en que se adquirió a través de la sangre de un donador que se encontraba en período de incubación.

El Período de Incubación oscila entre 13-17 días con límites entre 7-23 días, el PERÍODO DE CONTAGIOSIDAD comprende 1 día previos a la aparición del exantema y 5 días después de la primera lesión cutánea. La fase de costras no es infecciosa.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS: La varicela es una enfermedad que empieza con el exantema o diferencia de otras que presentan pródrómos, sin embargo en los adultos — puede haber fase pródrómica y cuando ocurre esto el exantema es muy profuso.

Las lesiones dérmicas se caracterizan por la presencia de elementos polimórficos en DIFERENTES PERÍODOS DE EVOLUCIÓN; la fase de maculopápulas dura pocas horas; las vesículas que primero aparecen limpias, rápidamente se umbilican, no permanecen — con líquido más de medio a un día y luego pasan a ser costras. La distribución tiende a ser centropeta, los elementos son más profusos en el tronco; más frecuentes en los brazos y muslos que en los antebrazos y piernas; en la cara es menos — intenso en la parte superior que en la inferior. La agrupación de las lesiones — favorece las partes no expuestas y los huecos en flexión; excepcionalmente aparece en las palmas de las manos y plantas de los pies; su presencia en esos sitios es un elemento de severidad y ocasionalmente es leve en los casos de hospital. Característico que ocurren varios brotes ("cosechas) de lesiones cutáneas que contribuyen al pleomorfismo de los elementos, habitualmente hay de 3-4 brotes, aunque en casos graves puede haber más de 7, el exantema es muy abundante. El exantema se caracteriza por presencia de lesiones en boca y paladar duro, las anidatías de lesiones —

coalescentes se pueden cubrir semejando una *angina* aguda. La etapa de costras es muy pruriginosa y durante esta fase pueden presentarse infecciones agregadas que dejan cicatrices discretas, pudiendo originar edema palpebral, disfonía e irritación vulvar, dependiendo de la localización. El cuadro sintomático es leve, con fiebre — nunca superior a los 38°C, anorexia, cefalea moderada y dolor faríngeo de poca intensidad. Las complicaciones son raras, las más frecuentes son Neumonías y bronconeumonías, encefalitis, complicaciones cutáneas manifestadas por infecciones piógenas — secundarias, púrpura fulminante, varicela hemorrágica y las fúncas confluentes continuas. El tratamiento es sintomático, con vigilancia estrecha para evitar complicaciones o detectarlas oportunamente.¹⁴

ERITEMA INFECCIOSO: Es la menos frecuente de las enfermedades eruptivas de la infancia, se ha supuesto la etiología viral, pero nunca se ha confirmado esta hipótesis. No es muy contagiosa, se observa en cualquier edad, pero principalmente entre los 5-15 años. Se desconoce el mecanismo de transmisión y el período de contagiosidad, se cree que es por medio de gotas de saliva por contacto directo. El período de incubación, se estima entre 6-14 días.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS: La primera manifestación, en la mayoría de los casos es el exantema pudiendo ir acompañado de fiebre, anorexia, náuseas y cefalea en un 30-25%, en un 5 al 10% se presenta con vómitos, diarrea, dolor abdominal, dolores articulares, rinorrea, odinofagia en forma benigna.

EL EXANTEMA aparece primero en cara, las lesiones son náculopapulares de color rosa — do, confluyente, de bordes bien limitados, localizados principalmente en carrillos y en ambos lados de la nariz y en menor grado en otras partes de la cara, SIEMPRE RESPEJA EL AREA PERIURAL, persiste en 1-2 días para aparecer luego en las partes proximales de las extremidades, en la superficie de extensión, 1-2 días se extiende a los por —

ciones distales y a las superficies de flexión, tronco y regiones glúteas, las lesiones empiezan a desvanecerse en el centro y por tal motivo se le llama *EXANTEMA ANULAR*, persistiendo de 1-14 días, con un promedio de 3-4. En algunos casos aparecen nuevos brotes causados por exposición al sol, calor, traumatismos físicos e irritantes químicos locales. Las complicaciones son raras y si las presentan puede haber artritis transitoria benigna y anemia hemolítica. El tratamiento es sintomático.¹⁴

EXANTEMA SUBITO: (ROSEOLA INFANTUM).— Padecimiento de distribución geográfica universal, del cual no se sabe con certeza el agente etiológico, atribuyéndose a un virus. En la mayoría de los casos se presenta principalmente entre los 6 meses y los 2 años de edad, se cree que la fuente de infección es por portadores asintomáticos. Se desconoce el período de contagiosidad y el de incubación de acuerdo con estudios en monos es de 9 días.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS: Iniciación rápida con fiebre elevada durante 3-4 días, que termina abruptamente con la aparición súbita del exantema generalizado. La fiebre casi siempre es continua, elevada, de instalación rápida con duración de 3 a 5 días — con inevitabilidad, rinorrea, congestión faríngea y linfadenopatía, pero la exploración física no revela focos infecciosos, con estado general muy bueno para la fiebre tan elevada, 4-5 días después desaparece rápidamente la fiebre y aparece simultáneamente las lesiones dermatológicas en el tórax maculopapulares de 1 a 3 mm de diámetro, no confluentes, de color rosado, difundiendo rápidamente al cuello y extremidades superiores y posteriormente en cara y extremidades inferiores y HABITUALMENTE PERSISTE SOLO 24 horas (EN POCOS CASOS DURAN 2 DÍAS) y desaparece sin dejar lesiones residuales. Es importante mencionar que puede presentarse únicamente como proceso febril inespecífico sin exantema y no tiene traducción clínica.

Entre las complicaciones, se pueden presentar crisis convulsivas, encefalitis y raras veces meningitis. El tratamiento es sintomático, evolucionando casi siempre hacia la curación espontánea sin secuelas, salvo en casos raros y dudosos casos de encefalitis.¹⁴

ETIOLOGÍA: Enfermedad infecto-contagiosa ocasionada por estreptococos hemolíticos usualmente del grupo A. En sentido estricto corresponde a una faringonefritis con exantema, siendo la traducción clínica de un componente tóxico y séptico. Es más frecuente entre los 5-12 años. La fuente de infección son las secreciones de nariz, garganta, oídos y la piel en los enfermos portadores, siendo los portadores nasales los más infectantes, la transmisión es principalmente por contacto directo-estrecho con el enfermo o portador, se menciona que aproximadamente el 50% de los hermanos y el 15-25% de los padres adquieren el germen. La transmisión indirecta con fomites puede ocurrir. El período de incubación es de 2-4 días con límites de 1-7 días.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS: La fiebre, vómitos, dolor faríngeo y cefalea son los signos cardinales y preceden en 12 a 48 horas al exantema característico. La fiebre es de aparición brusca elevándose rápidamente entre 39.5 a 40 C llegando a su máximo al 2o. día y disminuye por lisis en 5-6 días. El exantema afecta lengua, paladar, amígdalas y faringe. La lengua en su inicio es saburral por 2 días y al haber edema y enrojecimiento de las papilas adquiere el peculiar aspecto de "FRESA BLANCA", del 4o.-5o. día desaparece la saburra con lengua denudada y muy enrojecida, con papilas prominentes (FRESA ROJA). En paladar hay lesiones exantemáticas puntiformes a veces petequial con edema y enrojecimiento importantes, sobre todo en el paladar blando, así como en la úvula. Las amígdalas están hipertrofiadas, edematosas, enrojecidas y cubiertas de exudado con faringe edematosa e hiperémica con edema discreto; en su -

o nulo exudado en casos benignos y en los graves hay placas membranosas ulceradas, indistinguibles de las diftéricas.

EXANTEMA: Aparece durante las primeras 12 horas de la enfermedad, pudiendo iniciarse del 1-3 días, se caracteriza por generalizarse rápidamente en 24 horas. Las lesiones dermatológicas se caracterizan por eritema y lesiones puntiformes con sensación táctil de aspereza comparable al "papel lija", lesiones ausentes en cara, pero mayor acentuación del eritema. Son intensas en pliegues cutáneos del cuello, axilas, inguinales y sitios de presión como las regiones glúteas; se observan zonas pequeñas de hiperpigmentación que parecen diminutas petequias en pliegues antecubitales del codo, hueso poplíteo e hipogastrio, formando líneas transversales que se les llama "SIGAJO DE PASTIA", no desaparecen a la presión y pueden existir de 1 a 2 días después que el exantema ha disminuido. La descamación es un signo en estrecha relación con la intensidad del exantema, se inicia en cara al final de la primera semana, con escamas delgadas muy finas, se extiende al tronco y por último a las extremidades, generalizándose hacia la 3^a semana, los desprendimientos de piel son variables desde diminutos hasta grandes fragmentos siendo más frecuentes en tronco y en algunas áreas de los miembros, las manos y pies son los últimos en descamarse, - la fiebre, el exantema y la faringoamigdalitis desaparecen conforme al final de la primera semana. Las complicaciones pueden ser otitis, sinusitis, otosco neuroartralgia o periamigdalina, bronquitis, neumonía intersticial o bronconeumonía, miocarditis, endocarditis bacteriana y pericarditis, artritis, osteomielitis, septicemia, meningocelulitis, tardíamente fiebre neumática, glomerulonefritis aguda. Tratamiento: La penicilina sin duda alguna es el antibiótico de elección, ya que no se conocen a la fecha cepas resistentes a ella, por un promedio no menor de 10 días, en pacientes alérgicos usar eritromicina por 10 días también. El aislamiento se hace hasta 24 horas después de haber iniciado la terapia con penicilina y como máximo 7 días.¹⁴

CONCLUSION: Los niños representan un elevado porcentaje de consulta para el Médico General Familiar.¹⁵ En este capítulo se efectuó una revisión acerca de los cambios más frecuentes que va presentando la piel desde que se nace y las características tan especiales de la piel del niño, asimismo se mencionaron algunas de las dermatosis más frecuentemente vistas en los infantes, se hizo incipiente en las características de las enfermedades infecto-contagiosas y se recalcó la importancia de conocimientos de la Genética y de algunas entidades en que las lesiones dermatológicas nos orientan a pensar en padecimientos genéticos, con objeto de estudiar al resto de integrantes de la familia.

Por todo lo anteriormente expuesto el conocimiento de la dermatología, sobre todo en estas etapas, nos será de gran ayuda para resolver la patología con la que se enfrenta el Médico, haciendo un diagnóstico adecuado y tratamiento oportuno.

"DERMATOSIS DEL ADOLESCENTE".

"La adolescencia es una época de crisis de identidad, conflictos entre la familia, despertar sexual, presión máxima del grupo de amigos, trabajo escolar, las gónadas comienzan a secretar hormonas que hacen que los genitales crezcan y que aparezcan caracteres sexuales secundarios y por lo tanto, la piel también reacciona, comienzan a aparecer Acné y Dermatitis Seborreica, dermatosis que pueden interferir — importante en la evolución psicosocial, desarrollando depresión y ansiedad. El problema del Acné es tan frecuente que casi se considera una característica más de los adolescentes, siendo por lo tanto importante su conocimiento y su manejo por el Médico Familiar por las repercusiones psicosociales".

El Acné es un padecimiento inflamatorio del folículo pilosebáceo, de evolución crónica y autolimitada a la 2a. y 3a. décadas de la vida.

Es una de las enfermedades más frecuentes en la práctica clínica del Dermatólogo y el Médico General y sin lugar a dudas, la dermatosis más frecuente del adolescente.¹⁶ Aproximadamente del 30 al 50% de los adolescentes entre los 14 y 19 años padecen cierto grado de acné y un porcentaje importante requiere tratamiento médico. En un Hospital de concentración como el Hospital General de México, S.S. el Acné se observa con una frecuencia del 5% en relación con las demás Dermatosis. En la consulta dermatológica de diversas instituciones de salud de la Cd. de México y de algunas otras ciudades del país, el Acné constituye del 5 al 10% de los casos.¹⁷

En la práctica privada del dermatólogo de la Cd. de México es el Acné la Dermatosis más frecuente y corresponde aproximadamente al 30% de las consultas.¹⁶

La incurabilidad del Acné es un mito, con la mejor comprensión de su patogenia y los avances en la terapéutica, el Acné es actualmente una enfermedad controlable.

Los objetivos del tratamiento son mantener al enfermo sin lesiones o con el mínimo de ellas, durante la etapa de actividad y evitar el desarrollo de cicatrices y sobre todo explicar su padecimiento al paciente, orientarlo, apoyarlo y hacer desparecer los sentimientos de culpa, dependientes de creencias populares que relacionan el Acné con actividad sexual y la dieta, se le orientará que evite la automedicación y se pagará porque siga una vida social normal para su edad.¹⁷

Lesiones Dermatológicas: La alteración patológica básica del Acné es la obstrucción del folículo pilosebáceo y su manifestación clínica es el comedón; no hay acné sin comedones, los cuales pueden ser abiertos (puntos negros) y cerrados (pequeñas elevaciones del color de la piel sin evidencia de orificio folicular, predominando los comedones en áreas centrales de la cara (frente, surcos nasogenianos y mentón), posteriormente se agregan lesiones inflamatorias de diverso grado, superficiales o profundas, observándose pápulas, pústulas, nódulos y quistes inflamados, por lo tanto es una enfermedad polimorfa de grado y severidad variables.

Las lesiones se desarrollan en cara, cuello y tórax, los párpodos siempre son respetados. El tipo y severidad del acné, generalmente predeterminado genéticamente, puede sufrir exacerbaciones espontáneas o obtenidas por cosméticos, contactantes, medicamentos, clima, etc. Las secuelas cicatrizales son variables y dependen del tipo y profundidad de las lesiones inflamatorias, de la particular capacidad de formar tejido cicatrizal del individuo y del manejo adecuado o inadecuado durante la época de actividad. Es importante el Acné exorciado relacionado con personalidad obsesiva, ya que las lesiones activas son muy escasas y predominan las exorciaciones y pequeñas cicatrices secundarias a la manipulación constante.

Cuando el Acné persiste en varones mayores de 21 años se trata en la mayoría de - los casos de Acné Conglobata (conglobata - pelotas o mesas redondas) variedad de acné grave. No demasiado raro, esta variedad de acné se caracteriza por la presencia de numerosos comedones, dobles o triples, de grandes abscesos con fístulas comunicantes, de quistes que tienen un líquido claro entre viscoso y fluido y de nódulos inflamatorios agrupados. Después de la curación, quedan cicatrices intensas, con frecuencia queloides y de aspecto desagradable, los quistes son opacantes, ya que se localizan sobre todo en la frente, mejillas y en parte anterior del tórax, contienen líquido espeso, amarillento, viscoso, fibroso y sanguinolento, después de la incisión o el drenaje se produce con frecuencia el rápido llenado de - los quistes con material de las mismas características, esta grave y característi- ca enfermedad se da principalmente en varones de unos 16 años de edad, puede ex- tentarse y persistir hasta la edad adulta, localizado en especial en nuca y espalda, las mujeres parecen estar grave y dolosa a enfermedad con menor frecuencia.³

El éxito del tratamiento depende de la valoración de los factores patogénicos par- ticulares de cada caso, como cosméticos, comedogénicos, medicamentos, etc., y su eli- minación cuando es posible, de la selección - individual de los recursos terapéu- ticos, locales, o generales más adecuados y sobre todo la orientación, que en esta - etapa en ocasiones es mucho más importante que el propio manejo médico.

CONCLUSIÓN: La adolescencia etapa dentro del Ciclo Vital con características — psicobiológicas y sociales de importancia. Siendo el Acné la derma- tosis más representativa de esta etapa, estando capacitado el Médico Familiar para su manejo en un alto porcentaje.

CAPÍTULO: III

ENFERMEDADES POR TRANSMISIÓN SEXUAL.

La adolescencia y la madurez son etapas dentro del Ciclo Vital de gran importancia, siendo las Enfermedades por transmisión sexual un motivo frecuente de consulta, de allí la importancia de que el Médico Familiar tenga experiencia en Venereología o Dermatovenereología y ser lo suficientemente receptivo y comprensivo para que se le pida consejo.

Ante todo es importante indicar que ha caído en desuso el término de Enfermedades Venéreas, empleándose en su lugar el de "ENFERMEDADES TRANSMISIBLES POR CONTACTO SEXUAL" (ETCS), considerándoseles como un grupo de padecimientos contagiosos cuyo principal mecanismo de transmisión es el contacto sexual.¹⁸

Estudios de incidencia en su mayor parte muestran un predominio de edad de 18-35 años, siendo la cuspide de la actividad sexual entre la adolescencia y la tercera década de la vida. Algunos estudios demuestran que cerca de la mitad de los hombres tienen su primera experiencia sexual antes de los 15 años de edad y cerca del 80% antes de los 20 años y en ciertas culturas las mujeres inician su vida sexual antes de la pubertad. Todo el problema de la conducta sexual está ligado a las actividades de grupos de jóvenes y la promiscuidad tiene origen en la personalidad, la educación familiar y las experiencias tempranas.

En el estudio de este tipo de padecimientos es esencial una Historia Clínica completa, para lo cual es necesario una buena relación Médico-Paciente, evitar juzgar al paciente, crear un ambiente de confianza, ya que muchos de los pacientes que acuden a consulta se encuentran emocionalmente perturbados, debe mostrarse inte-

nés, de tal manera que la información que se obtenga sea verídica, planteándose las preguntas de manera franca y directa.

A continuación se mencionarán las lesiones dermatológicas de las Enfermedades por contacto sexual más frecuentes.

1.- SIFILIS: Es una infección crónica producida por *Treponema Pallidum* que se introduce a través de inoculación por la piel o alguna membrana mucosa o bien por vía intravenosa o placentaria, es un mal grave, por su alta frecuencia y porque puede ser mortal o producir serias complicaciones.

SIFILIS PRIMARIA - Más del 90% de lesiones primarias aparecen en o cerca de los genitales y el ano, se han descrito lesiones extragenitales en prácticamente todas las partes del cuerpo. La lesión típica es única, indolosa, indurada, bien de finida, circular u ovalada y con exudado seroso claro, sin embargo es importante recordar que más del 50% de las lesiones primarias suelen ser atípicas, las úlceras múltiples no son comunes, puede haber infecciones agregadas y entonces ser dolorosas y ulceradas. Los sitios más frecuentes de lesiones genitales en hombres son el surco coronal, glande, frenillo, pene, prepucio y meato urinario, las lesiones del pene que en su mayor parte aparecen en el dorso, son costrosas y circulares, en pacientes que usan condón, puede estar el chancro en la raíz del pene. La lesión suele ser dura, en forma de botón, si se palpa con cuidado se detecta cierta induración, una semana después del brote de la lesión primaria se aprecian adenopatías satélites que pueden uni o bilaterales, los ganglios no están densamente crecidos, no están fijados a la piel ni a estructuras adyacentes, son móviles, firmes, elásticos y NO son dolorosas ni delicados. En las MUJERES muchas veces las lesiones se encuentran ocultas, por lo que en el sexo femenino generalmente suelen acudir a consulta cuando hay lesiones secundarias. Las lesiones que aparecen en la cara externa de los labios son costrosas y se acompañan de edema indurado, en la

cara interna suele haber erosiones superficiales, las lesiones en la horquilla no son fácilmente visibles y pueden pasar inadvertidas, otros sitios de lesión son el clitoris, orificio uretral y paredes vaginales, en un 50% las lesiones se presentan en el cérvix, en donde hay congestión focal, induración y erosión que no se distingue de la erosión cervical común o bien presentarse lesión hipertrofica o ulcerada que puede sufrir carcinoma, suele acompañarse de adenopatías inguinales igual que los hombres, sin embargo los dos tercios superiores de la vagina y la cérvix drenan a los nódulos linfáticos de la pelvis, por lo que las lesiones cervicales no tendrán crecimientos inguinales. Las lesiones primarias extragenitales, se encuentran en un 5 a 10% sobre todo en labios, lengua, pezones, dedo y ano.

La SIFILIS SECUNDARIA, que se manifiesta una vez que se han generalizado las alteraciones patológicas, se caracteriza por una gran variedad de manifestaciones clínicas, las lesiones aparecen de uno a seis meses (generalmente de 6 a 8 semanas después) de una ulceración primaria, aunque cualquier órgano del cuerpo puede ser afectado, las lesiones aparecen con mayor frecuencia en piel y mucosas, por esta razón el diagnóstico de la Sífilis Secundaria, se sospecha sobre la base de ALTERACIONES CUTÁNEAS Y MUCOSAS.

Las lesiones dérmicas no siempre son del mismo tipo, algunas veces coexisten diversos tipos de lesiones, como máculas y pápulas (Polimorfismo), estas erupciones se les denomina SIFILIDES, pueden persistir durante varios meses y hasta un par de años, las lesiones pueden ser maculares, papulares, máculopapulares, foliculares, pápuloescamosas o psoriasisiformes con predominio de lesiones costrosas y pustulares. La erupción más común y característica de la sífilis secundaria es la pápula, las erupciones vesiculares que son muy comunes en la sífilis congénita neonatal, son extremadamente raras en la sífilis secundaria. La erupción en la Sífilis Secundaria es generalizada, simétrica, afecta a todo el cuerpo, las sífilides palmares

se ven con más frecuencia en pacientes de piel oscura. Se pueden observar pápulas por debajo de la línea del cabello, sobre la frente y se le llama "Corona de Venus" (CORONA VENERIS). Las lesiones no son pruriginosas, aunque a veces puede existir, la erupción desaparece después de varias semanas, las lesiones se curan en el lapso de 4 a 12 semanas y desaparecen SIN DEJAR CICATRIZ, puede haber cierta hipopigmentación en ocasiones, en pacientes morenos, se puede observar leucoderma sífilítico en parte dorsal del cuello, con apariencia de collar denominándose "COLLAR DE VENUS", podemos observar lesiones anulares circinadas, sobre todo en piel oscura y generalmente en cara, las pápulas hipertrofiadas o condilomas lata, también pueden ser observadas, sobre todo en región perianal, vulva, escroto, axilas, bajo las mamas, detrás de las orejas, entre los dedos de los pies y en el ombligo, la superficie de estas lesiones presenta coloración blanco grisácea a consecuencia del proceso de necrosis en donde hay abundantes treponemas y por ende sumamente infecciosos, estas lesiones se observan en pacientes con malos hábitos higiénicos y en embarazadas en donde las lesiones tienden a hipertrofiarse. Las pístulas son poco comunes y sólo suelen presentarse en pacientes debilitados, pueden formar úlceras y costras de forma abultada como costra de ostión, las lesiones en mucosas con pápulas modificadas, donde se erosionan rápidamente y se les llama PLACAS MUCOSAS, son poco dolorosas, los sitios más frecuentes son en la superficie interna de los labios y carrillos, amígdalas, superficie superior e inferior de lengua, faringe y laringe, algunas veces se forman úlceras circulares llamadas "Úlceras en rastro de caracol" sobre todo en superficie interna de carrillos y en amígdalas, otras mucosas afectadas son el prepucio, glánde, vulva, canal anal y estómago. Una característica REPETITIVA de la Sífilis Secundaria, QUE INCLUSO PUEDE SER EL ÚNICO SIGNO es el CRECIMIENTO DE NODULOS LINFÁTICOS, discretos, móviles, firmes, consistencia chulada, indolores y poco sensibles, siendo con más frecuencia inguinales, epitrocleares, axi-

laterales, cervicales anteriores y posteriores, suboccipitales y retroauriculares. En algunos casos se presenta pérdida del cabello con aspecto característico de apilado, y esto es por las sífilides foliculares en el cuero cabelludo, sobre todo en las caras laterales y posterior de la cabeza, las cejas se afectan con presencia de infección en su extremo externo y barba en ellas la pérdida del cabello es menos frecuentes. Las uñas se vuelven quebradizas y perder su brillo, puede haber infección.¹⁸

11.- CHANCRO DE (ULCERA BLANDA, ULCUS MOLLE).

El Chancro es un padecimiento específico, siendo una infección autoinoculable por *Haemophilus Ducrey*, que se caracteriza por la presencia de úlceras necrotizantes, de preferencia en la región genital, seguidas muchas veces por la formación de bubones dolorosos. Es más común entre hombres que entre mujeres.

El período de incubación es corto, por lo general de 1 - 8 días, en el sexo masculino, las lesiones aparecen como rosetas sobre el prepucio, cerca del frenillo, en el surco coronal y sobre el glande, además se localizan en cualquier parte de los genitales e incluso en el canal urinario, pueden tener en ocasiones el aspecto de fisuras inflamadas en el prepucio. En el sexo femenino, el sitio más afectado son los labios, la lesión puede ser única, pero lo más común es la presencia de lesiones - múltiples como consecuencia de autoinoculación. Se inician como pápulas hipersensibles que en poco tiempo se convierten en pústulas, abriéndose formándose úlceras circulares u ovaladas de poca profundidad y aspecto agresivo, sus bordes — son irregulares y están rodeados por zona eritematosa, la base de la úlcera presenta tejido de granulación sumamente vascularizado y cubierto muchas veces por tejido muerto, sangran con facilidad al contacto y se les considera como las lesiones MÁS SENSIBLES Y DOLOROSAS que pueden presentarse en genitales, aunque hay casos en que

no hay dolor. El término "ULCERA BLANDA" se debe a que no presenta induración. En más de la mitad de los casos, los nódulos linfáticos inguinales regionales aumentan de tamaño uni o bilateralmente después de una semana de apareada la lesión. Es una infección local que no se acompaña de alteraciones sistémicas. Las lesiones múltiples sobre el prepucio pueden provocar fimosis, algunas veces las infecciones secundarias se acompañan de secreción de olor muy desagradable y ulceraciones fagedénicas o destructivas, pudiendo porción parte del glande o áreas mayores. Los nódulos linfáticos que inicialmente se encuentran firmes, sensibles y conglomerados, evolucionan hacia la curación o suelen ablandarse. La piel en las inmediaciones se vuelve delgada, caliente, roja y brillante, en algunos casos puede desarrollarse un absceso unilocular fluctuante que obliga a la piel a abrirse para formar grandes cavidades y úlceras. El pronóstico del chancroide es excelente y la recuperación total es muy factible, la infección no produce inmunidad prolongada por lo que pueden presentarse infecciones repetidas por exposición subsecuente a su agente causal.¹³

III.- GONORREA.

El agente causal es la Neisseria Gonorrhoea, esta infección se transmite principalmente por contacto sexual y afecta órganos genitales y región orofaríngea y en ocasiones faríngea. La infección gonocócica generalizada que se produce por diseminación sanguínea del microorganismo y que puede afectar la piel, articulaciones y órganos internos, suele tener su origen en un foco gonocócico primario.

Es una enfermedad cosmopolita.

El gonococo tiene predilección por el epitelio columnar o cilíndrico, teniéndose acceso a este tipo de membrana en la uretra, recto, orofaringe y conjuntiva en ambos sexos y en la endocérvix y conductos de las glándulas de Bartholín en las mujeres.

res. El gonococo se multiplica en la superficie mucosa de estas áreas y la infección puede diseminarse a otras estructuras recubiertas por epitelio cilíndrico como las glándulas de Littre, glándulas de Cooper, próstata, vesículas seminales y epidídimo en el hombre, y glándulas de Skene y trompas de Falopio en la mujer. Las manifestaciones clínicas en el hombre puede ser por una uretritis gonocócica, con un período de incubación de 2 a 5 días con un rango de 36 horas a 14 días, el meato urinario puede estar enrojecido y edematizado, la secreción es por lo general, cremosa, amarillo purulenta, en algunos casos, los ganglios linfáticos inguinales de uno o ambos lados están ligeramente sensibles y aumentados de tamaño. En pacientes con balanopostitis o con prepucio fimótico y largo que no puede retraerse, es imposible en estos casos determinar si la secreción es subprepuical o si procede de la uretra, por lo que debe irrigarse la región subprepuical con agua, en seguida se "ordeña" la uretra y si aparece pus fresco puede considerarse que es de uretra, en ausencia de uretritis no habrá pus y la orina que se obtenga será perfectamente clara, es común que el primer síntoma sea la irritación del meato urinario, seguida de sensaciones ardorosas o punzantes con el paso de orina y secreción uretral mucosa o mucopurulenta, y posteriormente francamente purulenta, amarillenta y profusa, con disuria leve o muy intensa, presentándose ésta, cuando la infección alcanza uretra posterior acompañándose de urgencia, polaquiuria y ocasionalmente hematuria terminal. Las complicaciones locales más frecuentes en el hombre, son Tysonitis, Littritis, Absceso Periuretral, estenosis uretral, Cooperitis, prostatitis aguda, vesiculitis, inflamación de los conductos deferentes, epididimitis.

Mujeres: En casi todos los casos de infección gonocócica genital en adultos el mecanismo de transmisión es el coito con una persona infectada, además técnicamente es posible que una mujer adulta adquiera la infección por asientos sanitarios o toallas infectadas. Aproximadamente la mitad de las mujeres son asintomáticas y en muchos -

casos es un hallazgo de exploración durante la atención prenatal o Planificación Familiar, en algunos casos hay disuria pasajera y leve, por infección primaria de la uretra, cuando aumentan la disuria puede haber trigonitis o cistitis, la afectación de los conductos de Bartholín es muy frecuente, puede haber secreción vaginal y dolor lumbar, dependiendo del grado de extensión de la infección, cuando hay diseminación secundaria, afecta la región anorrectal y la conjuntiva.

Los signos de infección son: mento urinario eritematoso con protrusión en casos de uretritis y después del masaje uretral presentar secreción purulenta, si hay infección de las glándulas de Skene se observan acúmulos de pus en los orificios de los conductos parauretrales, también hay acúmulo de pus en los orificios de salida de los conductos de Bartholín, en cervicitis aguda, la cérvix aumenta de tamaño y adquiere un aspecto congestionado y hay secreción mucopurulenta proveniente del endocérvix, la mucosa rectal puede congestionarse y presentar estrías mucopurulentas en su superficie. Las complicaciones locales en pacientes del sexo femenino son más frecuentes, precisamente por el largo tiempo del gonococo sin recibir tratamiento, entre las que se encuentran Quiste parauretral o absceso de las glándulas de Skene, absceso periuretral, estenosis uretral, Bartholinitis, cervicitis crónica, siendo la Salpingitis, la complicación más importante de la gonorrea en la mujer porque puede provocar esterilidad, embarazo ectópico y dolor pélvico crónico, más del 15% de las pacientes con gonorrea parecerán posteriormente lo que se conoce como Enfermedad Pélvica Crónica, el gonococo también puede originar infecciones gonocócicas extra-genitales, siendo las principales gonorrea anal, infección gonocócica de ojo, boca y faringe, perihepatitis por gonococo, pudiéndose presentar una o varias acompañando a la infección urogenital. Infección gonocócica diseminada, sus manifestaciones más comunes son artritis y dermatitis y entre las más raras son endocarditis, miocarditis, pericarditis, meningitis y osteomielitis. La triada: fiebre, artritis y lesiones cutáneas debe levantar sospechas.

PERIARTRITIS GONOCÓCICA. - Las lesiones cutáneas en septicemias gonocócicas se deben a embolización gonocócica y a la liberación de endotoxinas después de fagocitosis. En un principio, las lesiones aparecen como pequeñas manchas rojas o pápulas eritematosas, algunas se vuelven vesículas, pústulas, lesiones necróticas e incluso hemorrágicas, en ocasiones no son dolorosas ni pruriginosas, las porciones distales de las extremidades son las interesadas en mayor proporción, su número puede variar de unas cuantas a gran cantidad, puede haber resolución espontánea y recalcadas, si brotan son difíciles de distinguir en la piel de pacientes de tez oscura, el diagnóstico diferencial debe incluir septicemia meningocócica, — piodermia, fiebre tifoidal, eritema nodoso, exantema por fármacos, etc.

En esta entidad, como en cualquier otra EICs existe la posibilidad de aprender, — por lo que es indispensable, explicarle al paciente, la causa, tratamiento e importancia de examinar los contactos que padecen esta enfermedad, y algo importantísimo es el discutir cómo evitar adquirir esta enfermedad en el futuro.¹⁸

IV ENFERMEDAD INFLAMATORIA GENITAL NO GONOCÓCICA E INESPECÍFICA.

La uretritis no gonocócica o inespecífica en personas del sexo masculino constituye actualmente la enfermedad más común transmitida por contacto sexual en países occidentales. La clasificación actual, no es del todo satisfactoria, y en algunas ocasiones puede deberse a más de una causa, es importante mencionar que — la secreción en genitales puede deberse a causas no infecciosas, pero que los pacientes acuden angustiados, como sería la secreción uretral mucosa escasa en el hombre y flujo vaginal en la mujer por causas físicas, químicas o psicológicas, — entre las causas psicológicas, se encuentran la aprensión y miedo a las enfermedades sexuales y que origina que constantemente se examinen, pese a que se les informa que no hay alteración, también es importante recordar que después de una actividad sexual prolongada o estimulación no satisfecha ocurre secreción fisio-

lógica clara y viscosa, así mismo recordar la secreción fisiológica en las mujeres durante la ovulación, fase premenstrual, embarazo, administración de anticonceptivos orales, etc.

La causa más frecuente de enfermedad inflamatoria genital no gonocócica, se encuentra la *Chlamydia trachomatis*, la *trichomonas vaginalis*, virus, micoplasmas, bacterias, espiroquetas, hongos, helmintos y otros desconocidos.

Independientemente de la causa de uretritis no gonocócica, las características clínicas son indistinguibles, el período de incubación es difícil de determinar, el rango abarca entre 5 - 30 días, los signos y síntomas son más leves que en la gonorrea, puede no haber ningún malestar y sólo irritación o sensaciones punzantes o de hormigueo en uretra, o bien disuria intensa y aumento de la frecuencia urinaria, en una pequeña proporción puede haber cistitis hemorrágica aguda con hematuria, disuria terminal, aumento de la frecuencia urinaria y fiebre, puede haber secreción uretral escasa muconebulosa o micopurulenta más que francamente purulenta, en una pequeña proporción es asintomática, en el caso de las mujeres, el diagnóstico es difícil y generalmente se presentan a consulta refiriendo que su pareja presenta una uretritis no gonocócica " cuando los signos o síntomas se presentan son mínimos.¹³

V. LINFOGRANULOMA VENEREO.

Tiene una distribución universal, siendo más frecuente en lugares de clima caliente.

El agente etiológico actualmente considerado es el del género *Chlamydia* y los 3 serotipos son los L-1, L-2, L-3 y son más agresivos que los que producen manifestaciones oculares y uretritis. Presenta una gran variedad de síntomas clínicos y lesiones patológicas, se puede manifestar como una lesión genital localizada o bien por medio de una reacción sistémica, que incluye fiebre, escalofríos, sudoración, cefalea

les, pérdida de apetito, náuseas y vómito. Su periodo de incubación es variable y es aproximadamente entre 4 a 21 días, aunque puede extenderse a 4 meses.

LESION PRIMARIA, es una vesícula, pero puede ser una pápula, que más tarde se convierte en úlcera alcanzando un tamaño no mayor de 5-6 mm, las lesiones múltiples son poco frecuentes, en el hombre la lesión inicial aparece en el surco coronario, es **INDOLORO, TRANSITORIA, REMITE ESPASMÓDICAMENTE**, en unos cuantos días, sin dejar cicatriz, ocasionalmente aparece en el meato o es endouretral, pudiendo originar secreción mucopurulenta, en las mujeres la lesión primaria, aparece en la porción posterior de la vulva, cara interna de labios menores y en el interior de uretra, puede haber lesiones primarias extragenitales.

ADENOPATIA INGUINAL. La manifestación **MÁS IMPORTANTE** y frecuente en hombres, que aparece de 4 días a 4 meses después de la lesión primaria, en mujeres es mucho más rara y suele ser unilateral más que bilateral, en principio aparece una masa dura, firme, no muy dolorosa, que afecta varios grupos de nódulos linfáticos, de una a dos semanas después la masa glandular se adhiera a la piel y al tejido subcutáneo y deja de fluctuar a la palpación, en esta etapa la lesión empieza a ser dolorosa y evidente para el paciente, la piel adquiere un color amarillado característico, brillante y puede romperse, sin embargo esas adenopatías llamadas "bubones" nunca alcanzan esa etapa y pueden involucionar sin supuración llamándose "forma abortiva". En ocasiones, el pliegue inguinal divide las glándulas afectadas en un grupo superior y otro inferior que es una de las características **MÁS TÍPICAS** y que se conoce como "SIGAO DEL CAVAL", cuando se forma fistula, la cicatrización es muy lenta y los senos continúan drenando por durante meses o años, las cicatrices que se forman en región inguinal son cullosas, contractadas, la adenopatía generalizada es muy rara. Puede presentarse como un Síndrome Genital, Síndrome Anorrectal. En el primero hay inflamación de los genitales externos por estasis linfática, provocando una elefantiasis de genitales externos, la distorsión del pene provoca el llamado "Pene en —

"erofon", lesiones en tejidos profundos en ambos sexos pueden producir úlceras, se- nos " fístulas, la alteración termorreguladora del escroto puede producir gimiper- mio. Puede haber lesiones cervicales y uretrales. Cuando se manifieste el Síndro- me orrorrectal, hay proctitis con estenosis o sin ella y linfonoides, siendo una - complicación grave. Debido a la multiplicidad y variabilidad de las manifesta- ciones no hay ningún tipo de lesión que pueda considerarse patognomónica y el diag- nóstico diferencial suele ser difícil.¹⁸

VI OTRAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES POR CONTACTO SEXUAL.

Dentro de este grupo se considera la Tricomonirosis, la Candidiasis, Herpes Geni- tal, Verrugas genitales, molusco contagioso genital, así como la Escabiasis y Pe- diculosis Genital.¹⁸

TRICOMONIASIS. Algunos casos son asintomáticos en la mujer, muchas presentan se- creción vaginal e irritación vulvar y vaginal, pueden presentar dispareunia, puede- haber cistitis y aumento de frecuencia urinaria, puede no haber ninguna anormalidad a la exploración física, otras presentan un cuadro típico de vulvovaginitis, la se- creción es espumosa, verde amarillenta, sin embargo las características de la secre- ción pueden variar enormemente, las paredes vaginales están enrojecidas y pueden tener un aspecto granular, puede haber secreción uretral mucosa o mucopurulenta. En el - hombre la infección es asintomática, algunos pacientes pueden desarrollar balanitis, balanopostitis con secreción subprepuical o uretritis, los signos y síntomas son in- distinguibles de la uretritis no gonocócica.

CANDIDIASIS GENITAL. Se debe en la mayor parte de los casos a Cándida Albicans, es- tá comprobado que el contacto sexual ayuda a su diseminación. LA GLUCOSINIA, EL EIBA- RAZO, EL EMPLEO DE ANTIBIÓTICOS DE ANILLO ESPECTRO, LOS ANTICONCEPTIVOS, LOS COITICOS- TERMINES, LOS AGENTES CONTRA LAS TRICOMONAS SON FACTORES PREDISPONENTES.

Pueden ser asintomáticos. Los síntomas comunes son irritación vulvar y secreción -

vaginal, la cual puede ser escasa acuosa, blanquecina y mucosa o profusa, gruesa y en forma de grumos, puede haber sensación de quemadura después de la micción, la dispareunia puede ser muy molesta, puede haber prurito anal, a la exploración hay congestión de la vulva y excoriaciones de periné y muslos y la secreción mencionada, en casos graves, la pared vaginal se inflama y se forman placas blancas caseosas que al desprenderse produce sangrados, los signos van de leves a graves, en el hombre sus manifestaciones clínicas son reno frecuentes, puede haber balanitis y balanopostitis, puede haber glande enrojecido con placas caseosas o sin ellas, puede estar el prepucio enrojecido estos signos y síntomas pueden estar presentes en diabéticos y ser un marcador cutáneo de enfermedad metabólica de gran importancia.¹⁸

HERPES GENITAL. Lo causa el virus del herpes simple. En la actualidad, es la ulceración genital más común en algunas países occidentales. Se transmite básicamente por contacto sexual, en la mayor parte de los casos es por Herpesvirus hominis tipo 2, sin embargo en ocasiones se presentan casos de herpes genital tipo 1, por contactos orogenitales. La infección puede ser asintomática o acompañarse de síntomas variables, con período de incubación de 2 a 7 días, puede o no haber prurito prodromático u otras sensaciones. Las lesiones son vesículas agrupadas que en ocasiones sólo producen irritación y dolores punzantes, posteriormente se rompen las vesículas y da lugar a úlceras policíclicas, superficiales, no induradas y en ocasiones dolorosas, en el hombre los sitios más afectados son glande, prepucio y cuerpo del pene, cicatrizando las lesiones en 7 a 14 días, en la mujer se afecta principalmente vulva, periné, vagina y cérvix, una característica es la tendencia a las recídas.

VERRUGAS GENITALES El agente causal del Condiloma Acuminado (o Verrugas Genitales) es un virus papilomatoso. El período de incubación puede ser de 1 a 9 meses, en -

el hombre los sitios más comúnmente afectados son glande, prepucio, el cuerpo del pene y meato externo, las verrugas perianales por lo general aparecen en homosexuales, en las mujeres los sitios más afectados son vulva y periné y ocasionalmente paredes vaginales y cérvix. Las verrugas tienen el color de la piel, pueden ser sésiles o pedunculadas, su número y tamaño varía desde el tamaño de un alfiler hasta tamaños considerados con aspecto de una coliflor, al parecer el crecimiento exagerado se debe a una alteración o depresión de la inmunidad celular.

MOUSCO CONTAGIOSO GENITAL.

Lo causa un virus filtrable que pertenece al grupo de los virus de las enfermedades exantemáticas, su período de incubación es de 3 semanas a 3 meses. Es asintomático. Las lesiones dermatológicas características son pequeñas pápulas serosas blancas perladas o de color carne con su centro umbilicado, su tamaño varía de milímetros a un centímetro de diámetro, a veces puede escurrir un material caseoso o grueso — por las lesiones, los sitios más afectados en el hombre son pene, púbia y escroto — y en la mujer son la vulva, periné y la porción interna de los muslos en ambos sexos. El diagnóstico es básicamente clínico.

CONCLUSIÓN: Las Enfermedades Transmisibles por contacto sexual son cada vez más — frecuentes, pudiéndolas encontrar en cualquier etapa del Ciclo Vital, siendo más evidentes durante la adolescencia y madurez, motivo por el cual el Médico del Primer Nivel debe estar altamente capacitado — para su diagnóstico y manejo adecuado, no sólo médico sino integral.

CAPITULO: IV

"CAMBIOS FISIOLÓGICOS DE LA PIEL Y ENFERMEDADES DURANTE EL EMBARAZO".

El embarazo produce muchos cambios en la piel, algunos están específicamente relacionados con la gestación como es el caso de las DERMATOSIS DEL EMBARAZO y otros muy numerosos que se cree son cambios fisiológicos comunes por acción hormonal, sin embargo, aún en la actualidad existen controversias y - enigmas sobre el mecanismo por el cual se presentan, siendo en ocasiones cosméticamente muy significativas y de gran importancia dermatológica, pudiendo considerarlas patológicas cuando son severas.¹⁹

Evidentemente, debe ser el MEDICO FAMILIAR, durante el Control Prenatal, el que debe detectivirlas y tratarlas, ya que - este tipo de profesionista es el que usualmente atiende a - este tipo de pacientes,

CAMBIOS FISIOLÓGICOS EN LA PIEL. CAMBIOS PIGMENTARIOS.HUPERPIGMENTACION:

La hiperpigmentación puede ocurrir alrededor del 90% de las mujeres que acuden a control de embarazo, usualmente es poco intenso y generalizado, con acentuación de la hiperpigmentación en regiones tales como la areola del pecho, axilla, periné, región genital y anal, así como parte interior del muslo. Los factores responsables son oscuros y pueden ser la gran población de los melanocitos - en los sitios afectados y la gran sensibilidad de ellos a la estimulación hormonal. Muchos investigadores creen que el aumento en la producción y combinación hormonal ovárica, placenta, pituitaria son responsables. Otros, como -

SHIZUME Y LEFNER en 1954 demostraron aumento en suero y orina de la hormona es timulante de los melanocitos (MSH) durante el embarazo, niveles que aumentaron hasta el parto y después rápidamente disminuyeron, sin embargo recientes inves tigungen hicieron que existiera duda en esta explicación, ya que THODY y cols. trabajaron midiendo los niveles en plasma de beta-MSH por inmunología en etapas tempranas del embarazo y después del parto no encontrando diferencia en los ni veles, por otra parte los estudios de CLARK Y COLS, midieron en inmunoreactivo a alfa-MSH en plasma de humanos y encontraron grandes niveles durante el emba razo tardío, considerando que no era posible que la alfa-MSH fuera responsable de la hiperpigmentación durante el embarazo, porque ésta iniciaba tempranamen te. Además encontraron que los estrógenos y la progesterona son un fuerte es tímulo melanogénico, y muchos investigadores tienden a considerar la hiperpig mentación del embarazo como un resultado de los efectos de estas hormonas. Sin embargo aún no se sabe con certeza que es lo que origina esta hiperpigmenta ción en la piel, existiendo aún muchos enigmas y motivo de estudio.¹⁹

MELASMA (CLOASMA).

Ha sido reportada del 50 al 70% de las mujeres embarazadas, con un inicio usual mente en la segunda mitad del embarazo.

Es más común en pacientes de cabello negro y de tez oscura, además ocurre apro ximadamente en una tercera parte de las mujeres no embarazadas que llevan con trol de la fertilidad con hormonales, siendo un motivo importante de consulta médica en el Primer Nivel. Tres patrones clínicos son reconocidos:

- 1.- El patrón centro facial es el más común y se vé en el 63% de todos los ca sos involucra las mejillas, la frente, borde superior del labio, nariz y men tón.
- 2.- El patrón malar es visto alrededor de un 21% de los casos y es limitado a mejillas y a nariz.

3.1- El tipo mandibular se vé en el 16% e involucra las ramas de la mandíbula. En el melasma dos patrones de pigmentación son observados histológicamente; un tipo epidérmico, en el que el mayor sitio de depósito de melanina, es en los melanocitos basales y estrato suprabasal, y el otro es un tipo dérmico con carga melanocítica, macrófagos en la superficie y en la dermis profunda, es importante mencionar que cuatro tipos de melasma son distinguibles por la examinación de luz de Wood's, encontrándose el tipo epidérmico en el 72% de los casos, el tipo dérmico en el 13%, el tipo mixto en un 5% y por último el luz Wood's - negativo en un 9% observado en individuos negros y no revela lesiones, en general el examen con luz Wood's realza el color si la melanina es localizada primariamente dentro de la epidermis y las lesiones pueden estar en un plano invisible, por debajo de la luz Wood's si la melanina es localizada primariamente en el melanóforo.

El agente o agentes responsables del melasma en el embarazo no son conocidos. Los factores hormonales han sido discutidos. En un estudio, todas las pacientes con melasma tuvieron una historia de uso de cosméticos, pero no especifican exactamente lo que estuvo implicado. Por otra parte, la luz del sol — juega un papel importante en la patogénesis del melasma, por lo que las áreas de la cara que son más afectadas son las que reciben la máxima exposición al sol y muchas pacientes notaron que la exposición al sol exacerba su melasma, sin embargo, muchas mujeres recibieron exposición a la luz solar durante el embarazo sin desarrollar melasma, por lo que la predisposición genética ha sido postulada.

LAS MEDIDAS PREVENTIVAS O TRATAMIENTO para la hiperpigmentación en el embarazo es limitado, sin embargo, durante el embarazo las mujeres pueden evitar una fuerza quemadura, usando un protector de sol de amplio espectro, los cosméticos en la cara, especialmente preparaciones perfumadas pueden ser evitadas, —

Los métodos no hormonales de contracepción post-partum deben ser considerados. Se ha mencionado que en el curso normal de la hipermelanosis, ésta puede estar dada por estrés, ya que la mejoría post-partum es expectante. El melasma usualmente desaparece completamente dentro de un año después del parto, sin embargo, un estudio mostró persistencia en un 30% de los casos después de 10 años. Parte del tratamiento también son pomadas con hidroquinonas que han resultado efectivas.¹⁹

ICTERICIA.

Durante el embarazo normal, especialmente en el último trimestre, la alteración fisiológica, ocurre en la función de la glándula hepática, con aumento de la fosfatasa alcalina y aminopeptidasa leucina. Hay dificultad en la excreción de la bromosulfateína. Algunos autores han considerado que la recurrencia de la ictericia en la gestación, es secundaria a una colestasis ideopática, resultado de una exageración de la función fisiológica del hígado, con manifestaciones clínicas de ictericia, prurito generalizado, leves síntomas gastrointestinales (náuseas, vómitos), hepatomegalia y afcción al hígado. SI ESTA CONDICION PUEDE SER CONSIDERADA FISIOLÓGICA ES DISCUTIBLE. La patogénesis de la Colestasis recurrente del embarazo está en duda. Los estrógenos y sus metabolitos pueden ser una causa importante, sin embargo, algunos sugieren un papel dominante para el componente progestágeno. No hay buenos regímenes de tratamiento, los signos y síntomas casi invariablemente desaparecen post-partum. La recurrencia con subsecuentes embarazos es común y a través de las manifestaciones clínicas puede variar en severidad. Es importante considerar la hepatitis viral en el diagnóstico diferencial. La cuantificación de la fosfatasa alcalina, puede ayudar al diagnóstico diferencial de Enfermedad Hepatobiliar durante el embarazo.¹⁹

CAMBIOS VASCULARES Y HEMATOLOGICOS.

Las arañas vasculares (arañas angiomas, arañas arteriales, nevi aranei y araña nevi) aparecen entre el segundo y el quinto mes del embarazo y se presentan en el 67% de mujeres blancas y el 11.3 % de mujeres negras, son más notables en áreas de la piel donde drena la vena cava superior, tal como cuello, garganta y cara (especialmente alrededor de los ojos) y brazos, consisten en una pequeña área levantada, un pulso débil, un puntillo de red teleangiectásico arterial, radiado en ramas y un eritema circundante.

Hay una tendencia de lesiones vasculares aumentadas en tamaño y número durante todo el embarazo. Morfológicamente y fisiológicamente, se han visto idénticos en gente no embarazada. Alrededor del 75% de las arañas y angiomas se desarrollan durante el embarazo y espontáneamente desaparecen por la 7a. semana después del parto y raramente desaparecen completamente. La recurrencia y el agrandamiento de las lesiones durante el embarazo y embarazos subsecuentes han sido reportados. Los estrógenos circulantes se cree que sean la causa de las arañas vasculares. El daño a la función hepática "per se" probablemente no es importante en la patogénesis de esta lesión. El tratamiento debe ser evitado durante el embarazo ya que muchas arañas vasculares regresan post-partum, lo esencial es la orientación a la paciente acerca de las posibles causas que lo originan, una base temporal de cremas opacas pueden ser usadas a insistencia de las pacientes.¹⁹

ERITEMA PALMAR.

El Eritema palmar ocurre frecuentemente durante el embarazo, con inicio en el primer trimestre. Según Bear y Cols., alrededor de las dos terceras partes de las mujeres blancas y una tercera parte de las negras, desarrollan eritema

palmar durante el embarazo.

Clinicamente dos formas fueron reconocidas:

- 1.- Eritema de las eminencias tenar e hipotenar, cerca de las palmas en la unión metacarpofalángica y la porción carnosa de la punta de los dedos.
- 2.- Nódulo difuso en la palma entera con cianosis y palidez, esta forma es la más común y es indistinguible del eritema palmar visto en el hipertiroidismo y en la cirrosis hepática.

El eritema usualmente desaparece una semana post-partum. La frecuencia entre las arañas vasculares y el eritema palmar ocurren juntos, sugiriendo una causa si milar, es decir por aumento de los niveles de estrógenos., el ascenso marcado en el volumen sanguíneo, así como un aumento del flujo sanguíneo en la mujer embarazada, y una predisposición genética es otro factor posible. El daño en la función hepática es probablemente no importante en la patogénesis del eritema palmar. No hay tratamiento efectivo a la fecha.¹⁹

VARICOSIDADES.

Las varicosidades aparecen en un 40% o más de las pacientes embarazadas y son más comunes en las piernas. Las varicosidades hemorroidales son también comunes y pueden causar dolor y hemorragia. Las varicosidades resultan del aumento de la fragilidad del tejido elástico, en conjunto con el aumento de la presión venosa en las femorales y vasos pélvicos, causados por una compresión de un útero agrandado. Sin embargo la observación de las varicosidades frecuentemente aparecen en el tercer mes del embarazo (cuando la presión intrapélvica no está significativamente aumentada), se sostiene la importancia en la debilidad de los vasos sanguíneos en la formación de la dilatación venosa. Una tendencia familiar en las venas varicosas puede también ser importante.

El usar ligas elásticas y pantalones ajustados pueden ser factores exacerbantes. Las varicosidades tienden a regresar después del parto, pero frecuentemente no es completa su remisión. Afortunadamente la trombosis en las varicosidades de piernas son raras, sin embargo, las hemorroides frecuentemente producen trombosis durante el embarazo.

El objetivo de la terapia es el colapso de la distensión superficial de las venas sin dañar la circulación. Frecuentemente la elevación de piernas, el dormir en posición de Trendelenburg, en posición decúbito lateral, y evitar la ropa que interfiera con el retorno venoso, debe ser instituido. El soporte elástico para las venas varicosas en las piernas ha sido evocado. El baño caliente, compresas astringentes, laxantes, supositorios y anestésicos tópicos son benéficos para los síntomas hemorroidales. La hemorroidectomía, puede ser indicativo en casos severos.

HEMANGIOMAS.

El desarrollo espontáneo de un hemangioma, pequeño superficial o subcutáneo - cavernoso ocurre en el 5% de las mujeres embarazadas, usualmente aparece en el final del primer trimestre y va aumentando lentamente hasta el parto. Lesiones similares pueden también surgir en la mucosa oral. Es sugestivo que los grandes niveles de estrógenos son los factores causantes.

CUTIS MARMORATA.

El cutis marmorata de las piernas, presuncionalmente es secundario a una inestabilidad vasomotora, aumentada por los niveles de estrógenos que se ve en el embarazo, así como el moteado azulado transitorio en la piel en la exposición al frío. La persistencia del llvido reticularis posterior al parto, es importante busca otra causa, pronta y fundamental que la de los estrógenos, tal co-

no los desórdenes colágeno vasculares, enfermedades neoplásicas o discrasias son químicas.

MURPURA.

Las lesiones purpúricas son comunes en las piernas, en la última mitad del embarazo, ellas pueden ser secundariamente a un aumento de la permeabilidad capilar, así como fragilidad, y es motivo frecuente de consulta por este motivo.

TUMORES CUTÁNEOS.

El tumor del embarazo (GRANULOMA GRAVIDARUM, GINGIVITIS GRAVIDARUM, GRANULOMA PÍOGENO DEL EMBARAZO). El tumor del embarazo es típicamente una lesión de la encía, que usualmente aparece durante el embarazo temprano (de dos a cinco meses), en el 2% de todas las mujeres embarazadas. Histológicamente es indistinguible del granuloma piógeno o de la gingivitis del embarazo. La lesión es plana, suave o como una masa semifirme, de color rojo brillante, púrpura o rojo rosado, dependiendo de la porción inflamatoria y elementos fibroblásticos, puede ser pediculado o sésil, siendo su forma de acuerdo a la estructura en que se extiende, la lengua y los labios tienden a aplanar estos tumores, extendiéndose sobre la estructura de los dientes, surge usualmente en la papila interdental, pero también puede surgir en la boca o en la superficie lingual o de la glándula, la hemorragia y la ulceración puede ocurrir en respuesta al trauma, la regresión o desaparición del tumor post-parto es usual. El tumor del embarazo aunque puede estar debido a la influencia hormonal en los tejidos, también responde al trauma o irritación, tal como caries, cálculos o en dentaduras en mal estado, así como por tener prótesis, también ocurre en pacientes teniendo una extensa gingivitis del embarazo. El tumor puede ser quitado hasta algunos meses post-parto, ya que muchos regresan y desaparecen durante este tiempo. Sin embargo es importante

te evaluar, si el excesivo dolor, la hemorragia, interfieren con la masticación normal y el estrés pueden necesitar de la cesación durante la gestación, en algunos casos puede ser de rápida recurrencia. La orientación a la paciente acerca del mantenimiento de una buena higiene bucal, así como el quitar la irritación local reduce la aparición del tumor.¹⁹

MOLUSCO FRÍOSO GRANIDARUM.

El crecimiento visto en el molusco fibroso, es de 1 a 5 mm de largo, pediculado y de piel hiperémica o escasamente pigmentada, suave y carnoso, se le vé a los lados de la cara y el cuello, en la porción anterior del tórax, la axila, áreas inframamarias y pies, estos tumores empiezan a aparecer en la segunda mitad del embarazo y muchas regresan o desaparecen después del mismo, no deben extirparse, ya que según algunas experiencias como la de DEMS y Colo., al quitar los que no involucionaron, se convirtieron en pequeñas a grandes tumores. Su etiología es oscura, parece ser que los cambios endocrinológicos durante el embarazo son implicados. El tratamiento puede ser por electrodisecación en la base o un raspado superficial únicamente.

ESTRIAS POR DISTENSION.

Quizás una de las más frecuentes causas de consulta durante el embarazo, ocasionando angustia, sobre todo cuando son muy abundantes. Son vistas más en la mujer embarazada durante el 6o. y 7o. mes, se ha visto una tendencia familiar y no es común en mujeres negras o asiáticas. La causa de estas estrías está en disputa, posiblemente una combinación durante largo tiempo de hormonas adrenocorticales es importante. LILL, propuso que el embarazo favorece un aumento en la relaxina, estrógenos y corticosteroides, estas hormonas relajan la adhesividad entre las fibras colágenas y promueve la formación de gran sustancia de mu

polisacáridos, causando una separación y la formación de estrías en sitios de distensión, sin embargo SHUNTER cree que el alargamiento con lesión intradérmica de la colágena es sólo el factor en la estría patológica. Algunos investigadores piensan que la ruptura de la fibra elástica es también importante, esto parece ser una significativa asociación entre la aparición de estrías y el peso de los bebés, así como el peso de madres obesas. En lo que respecta al tratamiento, hay controversia en la efectividad del masaje con aceite de olivo en la prevención de las estrías, en la experiencia de DAVEY encontró que las estrías abdominales disminuyeron cuando la piel estuvo sometida a un masaje con aceite, sin embargo, nunca desaparecen completamente.

ACTIVIDAD GLANDULAR.

LA GLANDULA ECRINA SUDORIPARA progresivamente aumenta la incidencia de Miliaria y el Eczema Dishidrópico, la causa de esta alteración en la actividad glandular es incierta, algunos autores atribuyen este aumento a la actividad tiroidea, mientras que otros autores piensan que el aumento de peso durante el embarazo es importante, paradójicamente la sudoración en las manos está disminuida, por lo que se postula que sea secundario a un aumento de la actividad adrenocortical. No hay un tratamiento efectivo.

GLANDULAS APOCRINAS, la actividad de éstas, disminuyen durante el embarazo con subsecuente mejoría de la Hidradenitis supurativa y puede tener un efecto de rebote post-parto, la influencia hormonal, probablemente juega un papel importante, pero hay fuerte controversia por el papel de los estrógenos, progesterona y cortisol.

GLANDULA SEBACEA, algunos investigadores piensan que la actividad de la glándula sebácea aumenta durante el tercer trimestre con aumento en la proporción de la excreción de sebo. Mientras que otros creen que no hay cambios consistentes.

tes. La queja de la piel gruesa es común. Muchos piensan que el efecto del embarazo sobre el acné es impredecible. Ocasionalmente el acné se desarrolla inicialmente durante el embarazo. Tempranamente como en la sexta semana de gestación las glándulas sebáceas, con los conductos lactíferos sobre la areola del pecho se hipertrofian, apareciendo como pequeñas pápulas elevadas de color castaño llamadas Tubérculos o glándulas de Montgomery, algunos investigadores piensan que estas pápulas son un signo seguro de embarazo temprano y tienden a regresar post parto. El cambio hormonal es probablemente responsable del aumento y tamaño de la glándula sebácea y su actividad.¹⁹

EL PRURITO.

El prurito es localizado o generalizado y es común durante el embarazo, afecta aproximadamente al 20% de las mujeres embarazadas. El prurito de la piel abdominal particularmente es frecuente, comienza antes del tercer mes y suele durar hasta el final, y puede ser precursor de un prurito generalizado, aunque otra condición puede ser responsable, ello incluye las Dermatitis del Embarazo, como el prurito gástrico, erupciones por drogas, escabiasis, pediculosis, dermatitis atópica, dermatitis de contacto y neurodermatitis, por lo que es importante el diagnóstico de certeza.²⁰

El tratamiento del prurito idiospático es sintomático. La fricción constante, la ansiedad y la fatiga deben ser evitadas. El uso de antipruriginosos, como los baños de harina de avena, antihistamínicos orales y en última instancia corticosteroides tópicos son seguros durante el embarazo, usándose éstos últimos sólo cuando hay un componente inflamatorio intenso. Invariablemente el prurito desaparece post-parto y frecuentemente la confianza durante la gestación produce mejoría.

El dermatografismo y la urticaria están frecuentemente presentes en el embarazo,

y especialmente en la última mitad, pero típicamente no persisten post-parto.

EDEMA.

Un ligero edema de párpados, cara, manos, tobillos y pies se desarrolla en muchas mujeres embarazadas, usualmente se prolonga durante el embarazo. El edema de párpados, es visto en un 50% de embarazadas, mientras que el edema no asociado a Preeclampsia o Eclampsia se desarrolla en un 70%. Este edema se presenta generalmente en la mañana pero mejora con la actividad durante el día, la causa del edema es el sodio y la retención de agua, con aumento de la permeabilidad capilar, como un resultado de un incremento en la circulación de hormonas ováricas, placentarias y adrenocorticales.

El aumento de la presión hidrostática en los vasos sanguíneos, es el resultado de la dificultad del retorno sanguíneo, porque el útero grávido es un factor adicional causando retención de líquidos en las extremidades inferiores, sin embargo, las anomalías cardíacas y renales, así como la Preeclampsia y eclampsia necesitan ser excluidas. El tratamiento de los miembros inferiores es similar a la de las varicosidades, elevación durante el sueño en posición de Trendelenburg y ropa adecuada no apretada. El decúbito lateral izquierdo es recomendable para reducir la presión en la vena cava inferior. Algunos autores mencionan la gran utilidad de los vendajes o de medias, otros mencionan las desventajas en el uso de soportes elásticos mal colocados. El ejercicio puede ser de gran valor. Se debe orientar acerca de evitar la excesiva ingesta de sal y el uso de diurético es recomendable. La resolución post-parto ocurre siempre.¹⁹

CAMBIOS EN EL CABELLO.

HIRSUTISMO: Es visto usualmente en la mujer con abundante cabello en todo el cuerpo o cabello muy obscuro, es muy pronunciado en la cara, el acné puede ser -

acompañante del hirsutismo, durante 6 meses posterior al parto casi todo el exceso de pelo desaparece, la recurrencia en otros embarazos es común. El aumento de la secreción de la hormona adrenocorticotrópica y adrenocorticosteroides así como un incremento en la secreción ovárica y androgénica, pueden explicar el aumento de la fase anágena del cabello y subsecuentemente el hirsutismo. Además se ha demostrado que los estrógenos prolongan la fase anagénica.

Estudios interesantes de TROTTER reportaron no efectos significantes en el embarazo sobre la fase anágena-telógena. Cuando ocurre un severo hirsutismo, la secreción androgénica, puede estar dada por un tumor ovárico, luteomas, quiste luteínico o enfermedad de ovarios poliquísticos deben ser descartados. El tratamiento, consiste en la educación, confianza y tratamiento cosmético del cabello no desecado.¹⁹

EFLUVIO TELÓGENO.

Inmediatamente después del parto, hay una rápida conversión de la fase anágena del cabello a la fase telógena, de este modo el efluvio telógeno empieza de 4 a 20 semanas post-parto y frecuentemente continúa por algunos meses, siendo un motivo muy frecuente de consulta al Médico Familiar.

La causa del efluvio telógeno post-parto puede involucrar múltiples factores, incluyendo el estrés post-parto, estrés quirúrgico, estrés emocional, pérdida sanguínea, fiebre, y cambios en el balance endócrino. EL TRATAMIENTO ES EDUCACION, CONFIANZA CON LA ELIMINACION DEL ESTRÉS EMOCIONAL. La recuperación completa o casi completa es la regla. Ocasionalmente algunas mujeres desarrollan un patrón masculino de calvicie prolongada en el embarazo, consistente en un ligero grado de pérdida del cabello fronto parietal, usualmente hay una completa recuperación post-parto, pero algunos investigadores no están de acuerdo con esta opinión. La causa no es conocida.

LEGNOS PELVICOS:

Los órganos pélvicos muestran cambios que permiten al médico sospechar de embarazo. La distensión y congestión por la vascularización de la vagina ocurre tempranamente, impartiendo un matiz purpúrico (SIGNO DE CHADICK), aumenta la vascularidad del tejido cervical, esto se ve tempranamente en el embarazo y cerca de la 4a. semana. La causa de la coloración azul del cérvix se le conoce como SIGNO DE GODDELL'S.¹⁹

ENFERMEDADES ESPECIFICAMENTE ASOCIADAS CON EL EMBARAZO.

Como se mencionó anteriormente, el embarazo es un período en el cual existen dramáticas alteraciones endocrinológicas durante un tiempo limitado, siendo en este caso, la piel afectada en forma adversa importantemente, considerándosele a algunas alteraciones de la piel como comunes y otras anormales, ahora bien — existe un grupo de entidades dermatológicas que es importante que el médico de primer contacto las conozca, y que se presentan específicamente durante este período, también es importante que conozca que existen enfermedades que pueden ser modificadas intensamente por la gestación.²⁰

HERPES GESTACIONAL: 1 PENFIGO GRAVITACIONAL, PENFIGO PARIRIGINOSO, LEHNATITIS MILYIFORME GESTACIONAL, DERMATITIS POLIMORFA DOLOROSA.

La enfermedad es por definición confinada a mujeres en embarazo, siendo su incidencia de 1 en 3000 a 5000 embarazos. La etiología ha incluido a agentes infecciosos, efectos tóxicos o fetales y los tejidos placentarios, así como a la función hepática y renal, los factores endócrinos, el factor RH y las hormonas, o sus metabolitos, se ha visto que la administración de estrógenos y progesterona puede causar reaparición de la enfermedad en el producto, por otra parte cada vez más se piensa en que el factor inmunológico juega un prominente papel patológico en el herpes gestacional.

La enfermedad puede aparecer en el primero o en cualquier embarazo y puede libremente recurrir con embarazos sucesivos. Se presenta con más frecuencia en el 2o. trimestre, consiste en mal estar general, fiebre, náuseas, cefalea y escalofríos, el prurito y el urticario pueden preceder a las lesiones por varios días, se observan pápulas eritematosas o placas, las cuáles son vistas como urticaria o nupadas o alérgicas, las pápulas, vesículas o bulas pueden superponerse entre ellas mismas, las lesiones tienden a extenderse centrifugamente y asumen una configuración circinada, hay una predilección por el abdomen, — las regiones glúteas y espalda, sin embargo puede aparecer en cualquier sitio, incluyendo palmas y plantas del pie, el edema de la cara y las extremidades pueden ser acompañadas por erupciones, las lesiones llegan a ser profundas y eritematosas, las cuáles pueden aparecer cuando las vesículas o bulas se rompen y las excoiaciones son vistas. El diagnóstico diferencial debe efectuarse con el prurito del embarazo de Besnier, erupciones tóxicas, — Dermatitis popular del embarazo, urticaria, exitema multiforme, varias drogas y erupciones virales, impétigo herpetiforme y bulas porfigoides. En lo que respecta al tratamiento, la terapia sistémica con corticoides provoca un gran beneficio, sin embargo se han observado exacerbaciones y remisiones alternativas, la regresión requiere usualmente días o semanas, pero la recrudescencia mensual puede ocurrir por meses y los estrógenos y la progesterona pueden precipitarlo nuevamente, el curso tiende a ser prolongado, puede suceder varias veces durante el embarazo o puerperio, recurriendo con embarazos sucesivos, se ha observado productos prematuros y amenazas de parto prematuro frecuentemente e incluso las lesiones pueden aparecer en el Recién Nacido.

IMPETIGO HERPETIFORME.

Es una enfermedad rara, que presenta muchos rasgos clínicos y patológicos parecidos a la Psoriasis pustular y es distinguida sólo por su precipitación e incidencia en el embarazo, se caracteriza por malestar general, fiebre, leucocitos - y la presencia de pápulas eritematosas con edema, los sitios usuales son el abdomen, las ingles, tercio superior de los muslos, el prurito no es prominente, el diagnóstico diferencial es con piодermias, dermatitis pustular subcórnea, péfigo foliáceo vegetante, moniliasis. Según reportes responde a la ampicilina y las gonadotropinas, la mortalidad materna y fetal tiende a ser mayor. Debe hacerse una cuidadosa vigilancia de la función placentaria o en su caso la indicación de operación Cesárea, puede hacer que el producto se pueda salvar.

DERMATITIS PAPULAR DEL EMBARAZO.

Es un síndrome raro de etiología desconocida, que ocurre en el embarazo, se caracteriza por prurito intenso generalizado y pápulas aisladas eritematosas de tamaño entre 3 a 5 mm, así como pápulas firmes más acuminadas, con presencia de costras debido al rascado intenso, su curación se efectúa entre 7 a 10 días las lesiones residuales muestran hiperpigmentación, sin embargo, nuevas pápulas irregulares aparecen diariamente, la enfermedad cesa después del parto, pero puede presentarse nuevamente en embarazos subsiguientes. El diagnóstico diferencial debe hacerse con prurigo gestacional, dermatitis herpetiforme, picaduras de insectos, excoziciones neuróticas y erupciones por drogas. No hay complicaciones maternas, pero los fetos pueden ser afectados en un 30 a 40% de las pacientes no tratadas. El manejo debe hacerse con esteroides, tipo prednisona, que reduce la pérdida fetal al 12%.

PRURIGO GESTACIONAL DE BESNIER.

Este es un prurito con erupciones papulares graduales, que ocurre aproximadamente en un 2% de mujeres sanas en el embarazo. Su etiología es desconocida, las lesiones consisten en pequeñas pápulas agrupadas que llegan a excoriarse y encostrarse, generalmente se localizan en superficies extensoras o extremidades, pero pueden involucrar el tronco. La enfermedad desaparece después del parto, dejando pequeñas manchas hiperpigmentadas, puede volver con embarazos subsecuentes. No hay complicaciones maternas o fetales. El prurito debe tratarse con antihistamínicos.

RASH TOXÉMICO.

No obstante su nombre, esta erupción de intenso prurito tardío, no tiene relación con la Preeclampsia, su incidencia es de 1 en 120 embarazos, este desorden es asociado por el excesivo peso materno ganado, postmaturez y sufrimiento fetal, aparece generalmente en gente joven, inicia con prurito en las estrías, seguido días después por la aparición de un rash rojo brillante, con presencia algunas veces de una pápula central, siendo acompañado por rascos atóxicos café o roja, las lesiones son discretas, puede haber urticaria, generalmente la erupción se extiende a las extremidades, pero raramente a la espalda, pecho o cara. En el tratamiento, los agentes progestacionales pueden ser una terapia efectiva, pero su uso prolongado puede ser evitado.

DERMATITIS AUTOINMUNE DE LA PROGESTERONA DEL EMBARAZO.

Se trata de una erupción acroiforme no pruriginosa de extremidades y nalgas, lesiones tempranas fueron agrupadas de pápulas pequeñas foliculares, algunas con -

escamas psoriasisiforme, en etapas posteriores aparecen pústulas sobre una base inflamatoria, los comedones, costras, erosión e hiperpigmentación fueron lesiones secundarias, comedones foliculares grandes estuvieron presentes, la administración de un contraceptivo oral causa exacerbación de la enfermedad. La prueba de piel intradérmica con progesterona produce un aumento en la reacción de hipersensibilidad con rasgos de la enfermedad original.

PRURITO GRAVITACIONAL.

El Síndrome específico llamado Prurito Gravitacional, consiste en intenso prurito, generalmente en embarazos tardíos y recurrir en embarazos subsecuentes, ha sido reconocida desde 1907.

En 1954 se le identificó como una variante moderada de Colestasis del embarazo recurrente, la incidencia reportada de Colestasis del Embarazo es de 0.02 al 14%, el diagnóstico es hecho por encontrar aumento en la fosfatasa alcalina en el suero, la TGO sistémica y los niveles de bilirrubinas, los contraceptivos orales pueden precipitar la recurrencia en mujeres susceptibles y por lo tanto la contraindicación, es en pacientes con historial de este desorden.

PRURITO ANULAR.

Es una dermatosis con prurito intenso, iniciándolo en el embarazo y que continúa algunas veces después del parto. En el tronco son encontrados anillos brillantes de color café con un halo bien definido, con edema o pápulas acuminadas los cuádriles pueden ser excoriaciones y costras. El tratamiento es sintomático no hay complicaciones.

INTERACCIONES CON OTRAS ENFERMEDADES.

El embarazo es un factor predisponente a infecciones severas, quizás en parte porque hay un efecto inmunosupresor por los altos niveles de progesterona y la presencia de la asociación de una alfa globulina inmunosupresiva encontrada en el suero de la embarazada. La incidencia de CANDIDIASIS VULVOVAGINAL es 10 a 20 veces mayor que en no embarazadas y es más difícil su control. La nistatina y el miconazol son efectivos tópicamente.

La TRICOMONIASIS está presente en el 60% de las embarazadas, no hay serios efectos, la terapia con metronidazol parece ser el mejor, sin embargo está contraindicado en el primer trimestre del embarazo, incluso hay recientes evidencias de que es carcinogénico y produce mutaciones en bacterias, sin embargo, una variedad de agentes tópicos son aprovechables.

La TOXOPLASMOSIS, la infección en la madre es frecuentemente asintomática, pero puede causar un exantema máculo papular y otras lesiones en piel que son invalidadas en otros órganos, el diagnóstico puede ser hecho por medios serológicos, el daño más importante va ser al producto, ya que le origina serios daños.

Las INFECCIONES VIRALES son muy frecuentes, atravesando la barrera placentaria, como es el caso de la Rubéola, Varicela, Herpes Simple, todos pueden producir malformaciones congénitas en el feto e infecciones al nacer. La interrupción del embarazo, parece indicarse solamente en infecciones tempranas de Rubéola antes de la semana 16 a 20. Las infecciones simples de Herpes Genital, 88% dehidros al tipo II, ocurren en un gran porcentaje en embarazadas. El riesgo de diseminación de la enfermedad, parece aumentar en el embarazo, infecciones tempranas pueden ser transmitidas al feto por la barrera transplacentaria y es asociado con un aumento al aborto, defectos fetales y nacimientos con bajo peso.

LOS CONDILOMAS ACUMINADOS, pueden obtener gigantescas proporciones en las embarazadas y extenderse hasta hacerse abdominales. Las excisiones son difíciles —

porque hay aumento vascular, pero la electrocoagulación y el curetaje pueden ser posibles, es importante mencionar que hay una asociación entre verrugas maternas y papilomas infantiles laríngeos.

La LEPRO tiende a aumentar durante el embarazo temprano, es importante mencionar que también ha aumentado la frecuencia de SIFILIS durante el embarazo y por ende de Sífilis congénita. La GONORREA está ocurriendo en proporciones intensas y pueden producir grandes manifestaciones, incluyendo enfermedades diseminadas en mujeres embarazadas.

En la NEUROFIBROMATOSIS, las lesiones pueden aparecer por primera vez, aumentando en número o aumentar suficientemente hasta hacerse embarazosas y causar problemas en el SNC, la hipertensión ocurre casi siempre, la terminación del embarazo es aconsejable no solamente porque hay gran frecuencia de abortos espontáneos, sino por las complicaciones antes mencionadas, pero también por óbitos y el 50% de complicaciones fetales.²⁰

DROGAS EN LA TERAPIA DURANTE EL EMBARAZO.

Los médicos deben estar enterados de los efectos potenciales sobre el feto por las drogas dadas a la madre. Las drogas de uso dermatológico con posibles efectos teratogénos incluyen el METROTEXATE, CICLOFOSFAMIDA, MUSTAZA NITROGENADA, AZATIOPRINA, HIDROXIUREA, DIETILELBESTROL, SULFONAMIDAS, TRIMETROPIA MAS SULFAMETOXASOL, RIFAMPICINA, GRISEOFULVINA, CHOROQUINA Y METRONIDAZOL, Las drogas que tienen efectos adversos al feto y al recién nacido, incluyen el diazepam y benzodiazepinas, tetraciclinas de larga acción, sulfonamidas, cloranfenicol, estreptomycin, isonicácido, anticoagulantes orales, cloroquina, diurético tiazídico y podofilina. Aunque es importante recordar que por regla general, las drogas en el embarazo de cualquier tipo deben evitarse, excepto cuando son demandadas para la sobrevivencia, se debe estar

atento a emplear agentes cuidados para asegurar el embarazo.²¹

CONCLUSIÓN: El embarazo es una etapa importante en el Ciclo Vital, el conocer la multitud de cambios que presenta la mujer en esta etapa es esencial y en lo que respecta a la piel y anexos las alteraciones son múltiples, desde cambios leves hasta alteraciones severas, así como reconocer las Dermatosis propias de esta etapa, siendo no el dermatólogo, sino el Médico General Familiar, durante el control del Embarazo, quien debe detectarlas y dar tratamiento.

CAPITULO: V

DERMATOSIS FRECUENTES EN LA PIEL.

El adulto cursa frecuentemente con enfermedades metabólicas, siendo una de las más frecuentes la Diabetes Mellitus, existiendo marcadores cutáneos que orienten a su diagnóstico, por lo tanto piel y Diabetes están íntimamente ligados. Por otra parte encontramos también la presencia de enfermedades degenerativas, la enfermedad articular degenerativa está presente en alto porcentaje, es frecuente además encontrar Dermatitis de contacto en el ama de casa o bien de tipo laboral o cosmético, asimismo podemos encontrar enfermedades del tejido conectivo en que sus manifestaciones en piel orientan importantemente a su diagnóstico. Por todo lo anteriormente expuesto, insistimos en el conocimiento de la piel y su patología durante esta etapa.

DIABETES EN LA PIEL: Aproximadamente de un 2-1% de la población mexicana sufre de Diabetes Mellitus y de éstos de 30-40% tienen marcadores cutáneos, incluso en países como los Estados Unidos se mide el azúcar cutáneo. Entre las principales manifestaciones cutáneas tenemos la ruberosis, palidez, alopecia en región tibial, hirsutismo e hipotricosis, fragilidad de uñas, aumento de la secreción sebácea de cara, aumento de sudor en parte media del cuerpo, prurito de genitales en mujeres 3% en hombres - en un 10%, sensibilidad dolorosa alterada, candidiasis importantes sobre todo subungueales, dermatofitosis interosas, queilitis oral, etc. son algunos de los ejemplos en que la piel está involucrada con esta entidad metabólica.

Fue por lo tanto, muchos caminos por los cuales la piel y la Diabetes Mellitus pueden estar ligados y en esta revisión, los desórdenes son clasificados en cuatro grandes grupos:

CLASIFICACION DE LOS DESORDENES DE LA PIEL ASOCIADOS CON LA DIABETES: 22

I MAYOR ASOCIACION: Necrobiosis Lipoidica.

Pie Diabético.

Infección.

Prurito localizado.

Bullos.

II MENOR ASOCIACION: Granuloma cruloso.

Liquen plano.

Vitiligo.

Desórdenes del pelo.

Acanthosis Nigricans.

Esclerodema.

III DESORDENES ASOCIADOS CON EL TRATAMIENTO CON AGENTES ORALES HIPGLUCEMICANTES E INSULINA.

IV ENFERMEDADES SISTEMICAS Y DIABETES:

Porfiria.

Xantomatosis Secundaria.

Hemocromatosis.

Lipodistrofia.

Ceroidinosis.

Síndrome de Wernicke.

Síndrome Glucocorticoide.

NECROSIS LIPOIDICA DIABÉTICA: Es la más común de las lesiones de la piel asociada con Diabetes. Ocurre en 3 x 1000 diabéticos y un 65% de los pacientes pueden ser encontrados diabéticos y otros pueden desarrollarla más tarde. Es más común en mujeres. Se presenta a los 30 años en la mayoría. La Diabetes usualmente precede a las lesiones, pero pueden ocurrir 2 años antes de la Diabetes Clínica. Un estudio reciente en 1971 ha sugerido que un incremento de glicoproteínas en sangre en los pacientes diabéticos puede contribuir al desarrollo de microangiopatía por un incremento de glicoproteínas en sangre en los pacientes diabéticos, otro estudio en 1977 sugiere que un complejo inmune vascular puede ser involucrado. Las lesiones clínicas son encontradas bilateralmente en un 15% en regiones tibiales, pero pueden encontrarse en abdomen y extremidades superiores. Las lesiones se inician como pápulas bien definidas con atrofia alrededor de placas ovales con un color café rojizo, los cambios a amarillo indican progreso de la enfermedad, los bordes son violáceos. La ulceración ocurre en una tercera parte al mínimo trauma, las lesiones dejan atrofia en el sitio de las placas, pero en un 20% desaparecen espontáneamente.²²

PIE DIABÉTICO: Es usado este término, para incluir las manifestaciones cutáneas del pie que ocurren como resultado de la triada: ISQUEMIA, INFECCIÓN Y NEURIPATIA. El trauma es de gran importancia. La profilaxis del pie diabético es esencial. En un pie tan vulnerable, el trauma trivial puede culminar rápidamente en ulceración, infección, gangrena y pérdida de la extremidad. En una revisión de siete años cuyos enfermos se siguieron por más de cinco años, después de haber realizado la amputación de un miembro inferior por complicaciones isquémicas o neurotróficas del diabético fue necesario amputar el miembro opuesto por el mismo tipo de lesión en 12% de ellos durante los tres años siguientes, y al quinto año se había realizado la amputación del miembro contralateral en el 56%, de allí la importancia de la educación al paciente de los cuidados, que conozca su enfermedad y la vigilancia es crucial.²³

INFECCION: Existe controversias en lo que respecta acerca de que los diabéticos son más susceptibles a las infecciones cutáneas bacterianas y a las infecciones por dermatofitos. Sin embargo, se ha visto que por ejemplo cuando ocurren infecciones estafilocócicas pueden ser más severas y de más difícil manejo. Es de gran importancia el hecho de que al encontrar una dermatofitosis muy extensa o una Candidosis importante, pueden ser indicadores que orienten a pensar en Diabetes Mellitus o — ser un dato de descompensación metabólica. Un adecuado tratamiento dermatofítico puede provocar una infección bacteriana secundaria.

PRURITO LOCALIZADO: Prurito vulvar, anal e intríngeo son comunes en Diabéticos y — son invariablemente asociados con infección por *Cándida*.¹

BULAS: Entidad que consiste en la presencia de bulas asintomáticas primeramente — confinadas a las extremidades. El mecanismo por el que se presentan es desconocido. No está relacionado a trauma, severidad de la diabetes o neuropatía. Se sugiere que una inmunoglobulina puede ser encontrada en la patogénesis, las bulas histológica — mente se encuentran intrapitelérmicas o subepitelérmicas.

GRANULOMA ANULAR: Existe una relación importante entre granuloma anular localizado y Diabetes.

ERITRASMA: Infección bacteriana y superficial de la piel causada por *Corynebacterium Minutissimum*, más común en diabéticos y obesos. Son áreas bien delimitadas de piel descamada, finas, secas, de color pardo o rojo, de allí su nombre, el sitio de localización son caras internas, muslos, axilas, pliegues submamarios. La forma — localizada consiste en pápulas rosas en una configuración anular en región distal — particularmente en las prominencias óseas, generalmente asintomáticos y sólo las —

tres cuartas partes de los casos se resuelven espontáneamente. Las formas disseminadas pueden aparecer y desaparecer relativamente rápidas, pueden haber múltiples pápulas pequeñas rosas, pudiendo ser discretas o iniciar como placas confluentes. En algunos casos hay una predilección por áreas expuestas al sol, afectando en este caso a los grupos de mayor edad.

LIQUEN PLANO: En un estudio de pacientes hospitalizados con liquen plano activo - la incidencia de Diabetes sintomática y química fue del 42% sugiriendo una asociación entre estas dos condiciones, se ha encontrado un incremento de antígeno HLA en el liquen plano, sin embargo, cuando el liquen plano está asociado con intolerancia a la glucosa no particularmente el HLA es encontrado.

VITILIGO: Ha sido asociado a algunas enfermedades autoinmunes y ha sido asociado con Diabetes Juvenil sobre todo, por lo que se piensa que algunos mecanismos autoinmunes pueden ser importantes en la etiología de algunos casos de diabetes.

ACANTOSIS NIGRICANS: Recientemente dos síndromes clínicos han sido descritos con marcada resistencia a la insulina - Diabetes y lesiones típicas de Acantosis Nigricans siendo más comunes en mujeres.

ESCLEREMA Y OTRAS CONDICIONES RARAS: Parece existir una asociación entre resistencia a la Diabetes de larga evolución y esclerema, otra condición es que aparece después de una infección y es caracterizada por una induración de ²⁵ cuello, tronco y cara.

DESORDENES DE LA PIEL ASOCIADOS CON EL TRATAMIENTO DE DIABETES MELLITUS: Las sulfonilureas y biguanidas pueden causar rash de diferentes tipos, incluyendo erupciones máculo papulosas, urticaria, eritema multiforme, dermatitis exfoliativa y fotosensibil-

lidad, así como manifestaciones faciales han sido reportadas. En lo que respecta a la insulina raramente desarrollan abscesos por inyección. Puede haber alopecia consistente en áreas rojas induradas en los sitios de inyección desarrollándose generalmente 10 días después persistiendo por 3 meses; gradualmente desaparecen. Puede haber urticaria generalizada y en algunos casos angioedema. Pueden desarrollarse urticarita generalizada y en otros edema angioneurótico.

LIPODISTROFIA A LA INSULINA: Ocurre en cerca del 10% de los pacientes que recibieron tratamiento, así como atrofia. Puede haber hipertrofia en el tejido graso por la insulina. Un lipoma ocurre en el sitio de inyección, siendo más común en hombres.

CAROTINEMIA: La distribución del color amarillo característico es más pronunciado en áreas sebáceas de la cara, las palmas, plantas y áreas de presión en el 10% de los diabéticos.

ENFERMEDADES SISTÉMICAS Y CUTÁNEAS: LA PORFIRIA CUTÁNEA TARDÍA - La asociación con Diabetes está ampliamente reportada, las manifestaciones cutáneas incluyen urticaria en largas áreas, exceso de fragilidad de la piel, hipertricosis, melanosia, alopecia y esclerodema en placas. Hay intensa fotosensibilidad que suele afectar sobre todo a las uñas y cara, tras la exposición solar se produce primero un eritema con hiperpigmentación y ruberosis de matiz violáceo, edema y vesiculación de la piel, las vesículas se rompen y con frecuencia se infectan dejando costras y cicatrices con hiperpigmentación y pliegues de engrosamiento cutáneo.

HEMOCRANIOSIS: Se refiere a un grupo de trastornos en los cuales comúnmente son idiopáticos en donde el hierro se deposita en abundancia en diversos órganos sobre todo el hígado y el páncreas dando una Diabetes Bronceada en donde la piel está hiperpigmentada. Hay hipogonadismo, hipertensión arterial e insuficiencia cardíaca.

Se habla de asociación con entes, en el IIIA particularmente más. La pigmentación de la piel ocurre en el 98% de todos los casos y es más pronunciada en los sitios flexurales y en las partes expuestas y en el 10-15% en la mucosa oral, la piel es algo atrófica y puede haber disminución del pelo axilar y del cuerpo. La Diabetes está asociada en un 30-60% de los casos.

Con lo anteriormente expuesto se ha pretendido recalcar la importancia que tiene — la piel en esta enfermedad metabólica tan frecuente.²¹

En lo que respecta a las Enfermedades Reumatólicas, frecuentemente encontradas en esta época, se mencionan las características clínicas de los nódulos encontrados en las diversas entidades:

ACÚLULOS REUMÁTICOS: Son nódulos subcutáneos, que se observan en un 70-80% de — los pacientes, son más frecuentes en las prominencias óseas, sobre todo en la superficie de extensión del antebrazo, usualmente por debajo del codo, aunque pueden aparecer en cualquier parte del cuerpo. Se caracterizan por ser redondeados, duros, NO DOLOROSOS y de un tamaño de 2mm a 2.5 cm. y pueden estar adheridos a o en el tejido subyacente. Si nunca están fijos a las partes fibrosas de la cápsula periarticular o se mantienen libres en el tejido subcutáneo, otras veces pueden aparecer nódulos — del tamaño de un guisante o mayores sobre todo en la frente y sobre las articulaciones, que desaparecen espontáneamente al cabo de 3-4 semanas.²²

ACÚLULOS DE LA ENFERMEDAD ARTICULAR DEGENERATIVA: Los de Heberdeen se localizan en — articulaciones interfalángicas distales y se diferencian de los anteriores en que son DOLOROSOS, duros y forman unas proliferaciones óseas en las caras laterales de las — articulaciones. Los de Bouchard se presentan en esta misma entidad, tienen las mismas características y la única diferencia es su localización en las articulaciones — interfalángicas proximales.²³

Gotas: Los nódulos gotosos o tofos gotosos se caracterizan por ser unas masas de cristales de uratos rodeados por un infiltrado celular inflamatorio crónico que contiene células gigantes de cuerpos extraños. Los tofos pueden encontrarse en el oído externo, nariz, pisa, alécranon y bursas prepatelares, generalmente se observan solamente después de varios ataques de artritis aguda, pudiendo alcanzar tamaños extraordinarios.²⁴

ACRUIOS DE GULLER: Es probable que sean debidos a embolias originadas en el transcurso de una endocarditis bacteriana subaguda. Se caracterizan porque tienen el tamaño de un guisante y consisten en unas terminaciones rojizas con centros blancos. Se localizan en el grueso de los dedos, eminencias tenar e hipotenar y en los dedos de los pies duran uno o dos días y desaparecen acto seguido.³

El conocer las características de los nódulos más al cuadro clínico ayudará enormemente al diagnóstico.

Otras de las dermatosis frecuentes en esta etapa, en que el hombre es productivo, tiene que acudir a fábricas, oficinas, y el caso desarrolla sus labores diarias, o bien el empleo de cosméticos, etc., da origen a las Dermatitis de contacto o por irritante químico que a continuación se mencionará:

DERMATITIS POR IRRITANTE PRIMARIO: Gran parte de las dermatitis por contacto ocupacionales o en el hogar es sólo por irritación. No se sabe a ciencia cierta los mecanismos precisos mediante los cuales los irritantes provocan la inflamación.

La dermatitis por contacto es cualquier reacción cutánea inflamatoria a sustancias del medio externo. Hay dos tipos de dermatitis por contacto: 1 - LA DERMATITIS POR IRRITANTE PRIMARIO es una inflamación simple, no alérgica, que ocurre esencialmente en todas las personas expuestas al agente nocivo en concentración suficiente por un tiempo. 2.- LA DERMATITIS POR CONTACTO ALÉRGICO ocurre sólo en la pequeña proporción de personas que se vuelven sensibles (alérgicas) a una sustancia química por una —

exposición previa. Puede requerirse una a tres semanas para que la persona se vuelva sensible después de la exposición original y luego uno a tres días para que manifieste los signos de dermatitis, después de una exposición, es muy probable que sea la clásica dermatitis eczematosa vesicular, palmas y plantas por lo general, con resistencia a la dermatitis por contacto de tipo alérgico, debido a que el estrato córneo es muy grueso e impide la penetración. La mayor parte de las sustancias irritantes son sustancias químicas, aunque agentes físicos y biológicos pueden causar una dermatitis por contacto no alérgico similar. Las sustancias levemente irritantes como jabones, solventes y detergentes, pueden requerir contacto repetido o prolongado para causar cambios cutáneos visibles o sintomáticos. Clínicamente la piel irritada se vuelve roja y edematosa, puede ocurrir descamación, exudación o inclusive erosiones si la irritación es grave, hay prurito persistente, la irritación crónica lleva a un engrosamiento rígido y seco de la piel, puede acompañarse de hiperpigmentación, fisuras y descamación.³ Debe interrogarse al paciente en forma extensa respecto al trabajo, pasatiempos, medicaciones, cosméticos y jabones, el tratamiento será sintomático, se pueden emplear antihistamínicos y lo más importante evitar el agente irritante que lo esté causando.¹

A continuación mencionaremos los signos cutáneos de Enfermedades del Tejido Conjuntivo, frecuentes sobre todo entre la 3a. y 4a. década, con predominio en el sexo femenino.

LAS ENFERMEDADES DEL TEJIDO CONJUNTIVO son un grupo de síndromes clínicos que comparten las manifestaciones histológicas de lesión inflamatoria diseminada en tejido conjuntivo y depósito de material fibrinoide en la sustancia basal. Cambios locales en la piel, articulaciones, vasos sanguíneos u órganos internos pueden acompañarse de manifestaciones constitucionales.¹

LUPUS ERITEMATOSO: La clásica lesión del LE es una lesión discoide, circunscrita -

elevada, indurada, de color rojo violáceo, como una fina telangiectasia, con escama adherente y áreas de atrofia, la escama varía en color del blanco al gris, puede ser fina o dura como en la ictericia, la lesión discoidal usual, contiene áreas de atrofia e infiltración activa inflamatoria, requiriéndose de 4 a 6 semanas para desarrollar la atrofia en una placa discoidal, la placa puede ser mínimamente elevada, infiltrada y tener bordes pobremente definidos o puede semejar psoriasis. La lesión discoidal puede ser elevada marcadamente con bordes activos, denominándose Lupus hipertrofico, a pesar de las variaciones las lesiones siempre presentan eritema, telangiectasia, atrofia y escama. Las lesiones discoidales usualmente aparecen simétricamente en alas de mariposa, sin embargo pueden ser asimétricas, los sitios más comunes de lesiones son cuero cabelludo, bordes de los labios, alrededor de las orejas, sin embargo las lesiones pueden aparecer en cualquier parte del cuerpo, sobre todo zonas expuestas al sol, pueden ser vistas en dedos y pulgares de manos, podemos encontrar escama blanquecina complicada posteriormente con úlceras sobre todo en mucosa oral, lesiones similares pueden encontrarse en paladar duro, gingiva y lengua, la mucosa gingival puede encontrarse roja, edematosa, friable y erosionada, algunas veces sólo hay una úlcera superficial en el paladar duro. Una segunda característica es una persistencia de una PLACA ERITEMATOSA CIRCUNSCRITA sin atrofia, sobre todo en cara y áreas expuestas del cuerpo, edema nasal y peri-orbital puede estar presente, puede ser severo con vesículas, bulas y úlceras superficiales, se pueden desarrollar bulas hemorrágicas, la presencia de nódulos violáceos, edematosos de 1 a 2 cm. reflejan un incremento de la actividad de la enfermedad. La alopecia es muy común, se cuenta la fragilidad del pelo, produciendo caída importante de éste, sobre todo en la región frontal, "CÁPILLO LUPICO". Otras lesiones no específicas que pueden encontrarse son Fenómeno de Raynaud's, urticaria, edema angioneurótico, prurito y psoriasis.²⁶

DERMATOMIOSITIS: Es una enfermedad del tejido conjuntivo de causa desconocida, se caracteriza por edema, dermatitis e inflamación en los músculos. La afección muscular causa debilidad progresiva de los músculos de la cintura escapular o pélvica. - Cuando no hay afección de la piel, entonces sólo se le denomina Polimiositis. Los cambios cutáneos son variables los más característicos, casi diagnósticos son eritema y una coloración rojo púrpura alrededor de los párpados superiores (ERITEMA HELIOTRÓFICO) dos lesiones adicionales incluyen eritema malar y eritema sobre los nudillos y telangiectasias lineales del pliegue posterior de la uña, puede haber eritema en mariposa. Puede haber un exantema semiconfluente macular, papular con telangiectasias diseminadas puede estar generalizado o limitado a áreas expuestas a la luz.

ESCLERODERMIA: Es una enfermedad del tejido conjuntivo de causa desconocida, se caracteriza por endurecimiento de la piel. Una forma localizada es la MORFEA que se limita a la piel y una forma generalizada es la Esclerosis General Progresiva en donde hay afección difusa del tejido conjuntivo de la piel y ciertos órganos internos.

MORFEA - Comienza como una placa edematosa ligeramente roja que evoluciona a una placa lustrosa, circunscrita, esclerosada de color marfil, en fase activa está rodeada por un eritema violáceo, puede haber atrofia de dermis, tejido subcutáneo y huesos, se puede resolver en meses o años, sin secuelas, pero lo más frecuente es que deje atrofia y cambios pigmentarios.²⁷

En el tipo generalizado, hay edema duro crónico o síntomas de fenómeno de Raynaud con palidez perioral, eritema y cianosis de los dedos a la exposición al frío. El edema transitorio y leve comienza en los dedos de las manos. En etapas avanzadas la piel se vuelve tensa, lisa, dura y firmemente adherida, puede haber ulceraciones dolorosas de los vértices de los dedos, tornarse rígidos y desarrollar contracturas de flexión.

CONCLUSION: En este capítulo se enfatiza en la importancia de los marcadores cutáneos de enfermedad metabólica, que son de gran importancia en el paciente — diabético, por la gran relación que existe entre piel y linfocitos, asimismo se mencionaron las diferencias entre los nódulos que se pueden encontrar en Enfermedades reumatológicas, frecuentes en el adulto, asimismo se indicó la importancia de conocer y manejar las Dermatitis de contacto, por la frecuencia con que se presentan y por último se mencionaron los signos cutáneos de las Enfermedades del tejido conjuntivo frecuentes entre la 3a. y 4a. década de la vida esencialmente, con todo esto se quiere recalcar el estudio de la Dermatología como auxiliar en Enfermedades metabólicas, crónicas degenerativas, etc., tan frecuentes en esta etapa del Ciclo — Vital.

DERMATOSIS DEL ANCIANO.

"El envejecimiento actúa sobre la piel provocando una serie de alteraciones que varían según la exposición a los rayos solares, actividad laboral, factores ambientales, raza y lugar de residencia, los cambios en el paciente senil son múltiples y es importante conocerlos ya que de allí se comprenderá que el anciano — presenta con mayor frecuencia alteraciones distróficas, degenerativas o neoplásicas".

La Geriatria o Medicina de los ancianos, comprende la asistencia médica, es decir prevención y tratamiento de enfermedades de la vejez y asistencia psicológica y socioeconómica y la Gerontología es el estudio del envejecimiento del organismo y sus consecuencias, teniendo consecuencias biológicas, médicas, psicológicas y socioeconómicas, por lo que los dos términos incluso se utilizan como sinónimos. Es importante recalcar su estudio, ya que cada vez es mayor el número de ancianos que requieren asistencia médica y social.²⁸

A continuación se mencionarán las edades de interés geriatrico:

- 45 a 60 años: EDAD INTERMEDIA, CRITICA, PRESENTE DEL PRIMER ENVEJECIMIENTO.
- 60 a 70 años: SENECTUD GRADUAL.
- 70 a 90 años: VEJEZ DECLARADA.
- Más de 90 años: LONGEVIDAD.

Durante el envejecimiento, el organismo sufre una serie de modificaciones morfológicas y funcionales en diversos órganos y tejidos, caracterizados por tendencia general a la atrofia y disminución de la eficacia funcional, hay pérdida de peso y volumen de los órganos parenquimatosos, reducción de la vascularización capilar, aumento del tejido conjuntivo, disminución del contenido hídrico con pérdida de la turgencia

cia tisular y tendencia a la resequeidad, sobre todo en la piel que es típicamente seca y sin elasticidad. Existe reducción del número de células, atendiendo también desde el punto de vista cualitativo, distribuidas irregularmente hasta llegar a la atrofia. Existe envejecimiento del tejido conjuntivo, con reducción numérica de sus células y alteraciones funcionales con disminución de la capacidad mitótica, — disminuye la sustancia fundamental, los mucopolisacáridos ácidos y la glucosamina y la relación glucosamina/hidroxiprolina. Las fibras colágena sufren modificaciones importantes. Disminuye la elastina en las fibras elásticas y aumenta la elastasa. En las fibras y la sustancia elástica se inicia degeneración hialina y granulosa y hay adelgazamiento, desdistribución y acortamiento, con menor resistencia a los álcalis. No hay modificaciones importantes en las fibras reticulares.

Por lo tanto, la piel del paciente anciano sobre todo para el edulcor tendrá las siguientes características:

- 1.- Color blanco amarillento, ligeramente opaco.
- 2.- Capa adiposa reducida.
- 3.- Rarefacción de los pelos.
- 4.- Grado variable de resequeidad.
- 5.- Adelgazamiento con escasa adherencia a los planos profundos (pudiendo levantarse en pliegues).
- 6.- Presencia de numerosos pliegues y surcos delgados.
- 7.- Disminución de la elasticidad (retorno lento de los pliegues a la posición primitiva).²⁸

La piel de la cara, se observan manchas pigmentadas, oscuras o negras verrugosas e hiperqueratósicas, sobre todo en los expuestos a la luz solar por largo tiempo.³

El examen histológico presentará ligera disminución de los estratos celulares en la epidermis, aplanamiento de la unión dermoepidérmica, disminución del número total de

celulas en especial fibroblastos en la dermis con aumento de linfocitos, adelgazamiento y fragmentación de fibras colágenas, escasas alteraciones de las fibras elásticas, en las partes expuestas al sol, hay engrosamiento del estrato córneo y la presencia de masas y fragmentos basófilos amorfos en la dermis media, en lugar de fibras colágenas. Este material presenta reacción positiva a los mucopolisacáridos ácidos y al tejido elástico (elastosis solar).

En el anciano podemos observar puntos purpúreos, debido a que los capilares son frágiles y fácilmente rompibles.¹ El estrato córneo delgado permite que la piel sea más fácilmente deshidratada y disminuye su eficacia como barrera, hay reducción de glándulas sudoríparas ecrinas activas y una reducción de suror, siendo las glándulas apócrinas y sebáceas menos activas ya que su función depende de hormonas. El pelo y la piel cabelluda se vuelve escaso y gris y disminuye la rapidez de crecimiento de las uñas, hay una reducción de melanocitos activos y una capacidad reducida para broncearse. Se desarrolla lentiginosas senil (manchas de la vejez) sobre la cara y dorso de las manos, lo cual representa un número aumentado de melanocitos en la capa basal en estos sitios.² La función alterada de la piel, como consecuencia de la edad, la resequeidad, los efectos acumulativos de décadas de peligros ambientales y otros factores llevan a la mayor frecuencia de ciertas Dermatosis en las personas de edad avanzada, los meliścos pēdulos, las queratosis seborreicas, la lentiginosis son comunes, son frecuentes las Dermatitis Seborreica, el Eccema localizado crónico y la piel reseca. La dermatitis por estasis y las úlceras de la pierna son manifestaciones de la circulación deficiente observada en las extremidades inferiores. Los carcinomas de la piel son más frecuentes en esta etapa y quizás los de mayor importancia práctica. El prurito es común en pacientes viejos, pudiendo ser en ocasiones intenso, ya que la delgada piel reseca puede reaccionar a estímulos menores que causan prurito, el frotamiento, el baño con jabón, la humedad disminuida

y los cambios repentinos en la temperatura pueden precipitar un prurito generalizado, las dermatitis por estasis en insuficiencia venosa crónica o por aporte arterial insuficiente originan prurito localizado de extremidades inferiores, también la delgada piel atrófica alrededor de los genitales es sitio común de prurito.^{1 27}

A continuación se describirán las características de las lesiones dermatológicas de las entidades más frecuentes en el anciano:

1.- QUERATOSIS SEBORREICA (VEJUEGA SEBORREICA): Se encuentra en edad avanzada en la piel seborreica: son queratosis múltiples, ligeramente elevadas, pardas u oscuras, que invaden principalmente la cara, la espalda y la región esternal, la pigmentación puede ser hasta negro carbón, son numulares y planas, cubiertas por una costra gruesa que se puede arrancar, observándose una base carnosa cruenta, puede tener prurito intolerable. El diagnóstico no es difícil y sólo plantearla dificultad cuando exista una queratosis seborreica o una solitaria con el melanoma.^{1 3}

2.- QUERATOSIS ACTÍNICA (QUERATOSIS SOLAR): Conocida anteriormente como Queratosis Senil porque suele verse preferentemente en ancianos, siendo una lesión inducida por excesiva luz solar, por lo tanto se encuentra sobre todo en superficies expuestas y con mayor frecuencia en cara, orejas y dorso de las manos, generalmente son únicas, pero pueden ser múltiples, son lesiones discretas, planas o elevadas, verrugosas o queratíticas, rojas, pardogrisáceas o negras, habitualmente con superficie cubierta de escamas, pero puede ser lisa y brillante y puede haber alrededor de la lesión telangiectasias, puede originar un cuerno cutáneo o es el lugar de implantación del epiteloma espinocelular. Esta lesión es definitivamente precancerosa y debe ser tratada en segundo nivel de atención.³

3.- CUERNO CUTA NEO: Lesiones precancerosas, que se encuentran sobre todo en cara y el cuero cabelludo, pudiendo encontrarse en manos, pene y párpados, son excrescencias córneas del color de la piel de tamaño variable desde 2 a 25 mm de longitud, su base es enrojecida y más gruesa que la extremidad. Deben extirparse desde su base y fulgurando ésta.³

4.- QUERATOXANTOMA: Tumor benigno, pudiendo ser de 3 tipos, solitario, múltiple y eruptivo. Consiste en una pápula de crecimiento rápido en 3 a 8 semanas, ya desarrollado completamente es un nódulo hemisférico en forma de cúpula y del color de la piel con presencia de un cráter central lleno de queratina, la lesión es lisa y brillante y bien delimitada y sobre ella pueden verse telangiectasias, sin embargo pueden haber formas atípicas. Se presenta sobre todo en la región central de la cara y dorso de manos y brazos. El dato más importante y que nos orienta al diagnóstico es el crecimiento rápido hasta 8 semanas, seguido de un período idéntico estacionario, para desaparecer espontáneamente en 2 a 6 semanas, dejando una cicatriz típicamente deprimida, aproximadamente el 5% de lesiones tratadas recidivan. A pesar de ser benigno, el paciente se angustia por una lesión desagradable que puede permanecer un tiempo prolongado, por lo que el Médico debe diagnosticarlo y enviarlo al Especialista.^{3 29}

5.- CARCINOMA BASOCELULAR: Es quizás la dermatosis de mayor importancia en el anciano, pudiéndose encontrar en otro grupo de edad.²⁸ Es más frecuente en pacientes de tez blanca y que se han expuesto considerablemente a la luz solar, siendo más frecuente en el sexo masculino, por características de tipo laboral. Se encuentran con mayor frecuencia en la cara y especialmente sobre la nariz. La frente, las orejas y las mejillas son sitios que también están afectados, otra área afectada con

ciencia frecuencia es el tronco en donde pueden haber múltiples lesiones. Clínicamente se caracteriza por una neoformación compuesta de pequeños nódulos semi-hemisféricos agrupados en torno a una depresión que puede hallarse ulcerosa o no, con una costra o sangrando, el borde tiene aspecto como (borde perlado) característico, pueden verse telangiectasias, la hemorragia es un signo frecuente. Inicia como nódulos perlados de 2 a 4 mm que se agrupan y forman un tumor redondo irregular al crecer aparece una costra sobre una depresión central, que al ser arrancada sangra y se hace evidente la úlcera, siendo su característica el ser crónica y crecimiento progresivo, es asintomático y la hemorragia es la única complicación. Pueden existir otras variedades como el Carcinoma basocelular pigmentado, cuyo único cambio es la coloración oscura desde pardo hasta negro carbón, otra variedad es la Cicatrizal, — el cuál tiene una superficie cicatrizal con nidus de lesiones activas, generalmente ulceradas, con un borde delgado o filiforme elevado con telangiectasias y generalmente localizado en mejillas y frente, la lesión semeja a la esclerodermia — localizada. La variedad tenebrante, es una úlcera que crece durante años hasta convertirse en una lesión mutilante, de gran tamaño. Los carcinomas siguen un curso crónico, la úlcera — ción puede crecer, sangrar, invadir hasta hueso con destrucción y mutilación extensas, — siendo la tasa de mortalidad del 50% aproximadamente, por lo que el diagnóstico oportuno y el tratamiento adecuado evitará llegar a estados avanzados en que no haya nada que ofrecerles.

6.- CARCINOMA EPIDERMÓIDE (ESPIROCELULAR): Este cáncer se presenta en piel y mucosas. Generalmente se localiza sobre una queratosis actínica sobre áreas expuestas a la luz solar, como la cara y dorso de las manos, la lesión es superficial, discreta y se parece a una verruga que sobresale de una base elevada, redondeada y dura, de color rojo con telangiectasias, puede empezar como pequeñas placas escamosas, eritematosas, infiltradas y duras, agrandándose en semanas o meses y son profundamente nodulares y ulceradas.

La úlcera al principio es superficial y está oculta por una costra, si se avanza tiene una base bien definida, dura y discreta, conforme transcurre el tiempo, se vuelve difusa, deprimido y fijo, se extiende e invade tejidos subyacentes. El tumor se ulcera, con superficie papilomatosa, como califlor, con hemorragias, con exudado viscoso, purulento y maloliente. El desarrollo local es destructivo y rápido, afectan do tejido conjuntivo, cartilago, periostio y hueso e incluso ganglios linfáticos. Es frecuente en labio sobre una queratitis actínica y sobre todo en hombres fumadores.^{3, 28}

7.- ELASTOSIS NODULAR (SINDROME DE FAURE-RACOUKOT): Se aprecia alrededor de los ojos y en los ancianos, sobre todo varones, se extiende hasta las mejillas. Las lesiones consisten en comedones gigantes, quistes pilosebáceos y grandes pliegues de piel arrugada y amarillenta. La elastoidosis puede ir acompañada de otras modificaciones degenerativas solares como el cutis romboidal nasal, queratosis actínica y carcinoma. Es bastante frecuente y el tratamiento consiste en la eliminación de los grandes comedones y lesiones quísticas.³

8.- CURUNCULAS CUTANEAS ACROCORDON, MOLUSCO PEDILO, POLIPO FIBROEPITELIAL: Son pequeñas prominencias o pólipos blandos, pedunculados, de la piel con color normal. Los párpados, el cuello, las axilas y la parte alta del tronco son sitios habituales. Son más comunes en personas de edad avanzada, son asintomáticos, pueden llegar a producir irritación cuando son traumatizados. Son neoplasias benignas, sin embargo por lo general son múltiples y los pacientes acuden para tratamiento por preocupación de tipo estético. Se extirpan fácilmente mediante cirugía.¹

9.- COMPLEJO CUTANEO VASCULAR DE LA PIERNA: Padecimiento frecuente, que ocupa los primeros lugares entre las enfermedades de la piel, siendo más común en el hombre y sobre todo por arriba de los 45 años. Es un Síndrome plurilesional de una o

ambas piernas que afecta tejidos blandos, vasos e incluso hueso en ocasiones.²⁹ Hay polimorfismo de las lesiones: con nódulos eritematosos y pigmentados de color ocre, escamas, costras, ulceraciones, liquenificación, ampollas, cicatrices, puede haber várices visibles y alteraciones de las uñas que se ven opacas y gruesas. En la fase de dermatitis ocre la piel adquiere lentamente un color café rojizo acompañado de prurito intenso, durando varios años. Cuando se presentan úlceras por traumatismos sobre la piel afectada, tienen borde neto, fondo sucio, irregulares siempre, de profundidad variable, dolorosas y la piel que la rodea siempre afectada. En su manejo debe considerarse el aspecto dermatológico, oncológico y quirúrgico-ortopédico si es necesario, educando al paciente sobre los cuidados de sus lesiones, mediante reposo, aseo, evitar traumatismos.

CONCLUSIONES: El conocimiento de los cambios que presenta el anciano son de gran importancia y en lo que respecta a la piel son múltiples, encontrándose evidentemente alteraciones degenerativas y neoplásicas, siendo las más frecuentes las queratosis seborreicas, queratosis actínica, queratocantoma, carcinomas basocelular y espinocelular, el diagnóstico oportuno evitará incluso la muerte, por lo que el Médico Familiar tiene una función importante en la detección de este tipo de padecimientos.³⁰

CONCLUSIONES:

1. *Es importante el conocimiento de la Dermatología para resolver un alto porcentaje de la consulta que atiende el Médico General Familiar.*
2. *Las Enfermedades Dermatológicas las vamos a encontrar a través de todo el Ciclo Vital del individuo y por lo tanto, estarán presentes en cualquier grupo de edad o sexo.*
3. *El conocimiento de los cambios anatómofisiológicos de la piel y de la patología dermatológica más común, clasificada por etapas del Ciclo Vital, facilita su diagnóstico oportuno y tratamiento adecuado.*
4. *Al dominar el campo de la Dermatología, dominará por lo tanto, un gran campo de la Medicina, por estar presente en prácticamente todos los aparatos y sistemas.*
5. *Al tratar las Enfermedades Dermatológicas debe ser en forma integral, tomando en consideración los aspectos psicosociales que las acompañan y sus repercusiones en la Familia.*

BIBLIOGRAFIA:

1. PARRISH, J., *Dermatología*, Ed. Manual Moderno, México, 1978.
2. IBARRA, G., "Dermatosis más frecuentes en Pediatría", Hospital Infantil de México, Programa de Ed. Méd. Continua en Pediatría, México, 1983.
3. DONYKOS, A.N., *Tratado de Dermatología*, Ed. Salvat, Barcelona, 1984.
4. NORAGAS, J.M., *Atlas práctico para el Médico General*, Ed. Salvat, 1982.
5. CATHLEEN, S.M., "Dermatitis de la Zona del Pañal" (Diaper Dermatitis), *American F.P.*, 25(4)127 - 132, 1982.
6. GOMEZ, O., "Yatrogenia dermatológica", Hospital Infantil de México, Programa de Ed. Méd. Continua en Pediatría, México, 1983.
7. RUIZ, R., "Síndrome de Cushing posterior a la aplicación tópica de corticosteroides", *An J. Dis, Child*: 136, 274-275, 1983.
8. BARRAGAN, R., "Prurigos por ectoparásitos". *Rev. Fac. Med.* 26(7) 313-318, México, 1983.
9. GARCIA, P.A., "Concepto actual de la Dermatitis Atópica o Eczema constitucional". *Rev. Méd. Hexágono Roché*, 5: 11 - 16, México, 1985.
10. IBARRA, G., "Micosis en la piel de los niños". Hospital Infantil de México, Programa de Ed. Médica Continua en Pediatría, México, 1983.
11. STANLEY, S.B., "El tratamiento del Vitiligo con corticosteroides tópicos. Un estudio con microscopio de luz y electrónico". *British Journal of Dermat.* 94 (2): 43 - 50., 1976.
12. GONZALEZ, R., *Introducción a la Genética Clínica*, Ed. Méndez Cervantes, México, 1982.

13. SILVER, K., *Manual de Pediatría*, Ed. Manual Moderno, México, 1981.
14. KUMATE, J., *Manual de Infectología*, Ed. Méd. Hospital Infantil de México, 1980.
15. KORTING, G. W., *Atlas de Dermatologie Pédiatrique*, Ed. Masson, Francia, 1969.
16. MACOTELA, R. E., "Conceptos actuales en el tratamiento del Acné", *Rev. Méd. IMSS*, 19:103-105, México, 1981.
17. PENICHE, J., "Acné", *Rev. Fac. Med.*: 23(4) 28-35, México, 1980.
18. ARYA, O. P., *Enfermedades Venéreas, Diagnóstico y Tratamiento*. Ed. Manual Moderno, México, 1983.
19. WONG, R. C., "Cambios Fisiológicos de La Piel durante el Embarazo", *Journal American Academy of Dermatology*: 10(6) 924-944, 1984.
20. FITZPATRICK, T. B., *Dermatology in General Medicine*, Ed. Mc Graw Hill, Inc. 1983.
21. KEVNETH, L., *Manual de Terapéutica Dermatológica*, Ed. Manual Moderno, México, 1983.
22. MENDISOHNS, S., "Diabetes y La Piel. Una revisión!" *The British Journal of Clinical Practice*: 37(3) 85-94, 1983.
23. DIAZ, M. P., "Tratamiento médico-quirúrgico del Pie Diabético". *Rev. Méd. IMSS* 22(1) 43-47, México, 1984.
24. KRIPP, M., *Diagnóstico Clínico y Tratamiento*. Ed. Manual Moderno. México, 1985.
25. VENECIE, P., "Esclerodema, una revisión de 33 casos". *J. Am. Acad. Dermat.* 11(1) 128-134, 1984.
26. DENNIS, S. J., "Lupus Eritematoso". *Clin. Dermatology*, 1(5) 1-23, 1976.

27. *SMALL, A., Lecciones de Dermatología, Ed. Méndez Cervantes, 9a. Ed. México, 1979.*
28. *NICOLA, P., Geriatria. Ed. Manual Moderno, México, 1985.*
29. *PASSIHOE, K., Tratado de Enseñanza Integrada de La Medicina, Vol. 3, 2a. Parte, Ed. Científico Médica, Barcelona, 1976.*
30. *EPSTEIN, E., Common Skin Disorder, Ed. Med. Econ. Company, A Manual for Physicians and Patients, 1979.*