

11212

20



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION



CIUDAD DE MEXICO

SECRETARIA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL  
DIRECCION DE EDUCACION E INVESTIGACION  
SUBDIRECCION DE ENSEÑANZA  
UNIDAD DEPARTAMENTAL DE ENSEÑANZA DE POSGRADO  
CENTRO DERMATOLOGICO "DR. LADISLAO DE LA PASCUA"

CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACION EN  
DERMATOLOGIA

ASPECTOS DERMATOLOGICOS DE UNA  
COMUNIDAD INDIGENA

TRABAJO DE INVESTIGACION  
CLINICO DESCRIPTIVO

295749

PRESENTADO POR: DR. JUAN RAFAEL MORENO ALANIS  
PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN DERMATOLOGIA



DIRECTORA: DRA. OBDULIA RODRIGUEZ R.

ASESORAS DE TESIS: DRA. JOSEFA NOVALES SANTACOLOMA  
DRA. GISELA NAVARRETE FRANCO

MEXICO

2001



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



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

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

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

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

**Aspectos Dermatológicos de una Comunidad Indígena**

**Dr. Juan Rafael Moreno Alanis**

**Vo. Bo.**

**Dra. Obdulia Rodríguez R.**  
**Profesora Titular del Curso de Especialización**  
**en Dermatología**

**Vo. Bo.**

**Dr. Roberto Sánchez Ramírez**  
**Director de Enseñanza e Investigación**



**DIRECCION DE EDUCACION  
E INVESTIGACION  
SECRETARIA DE  
SALUD DEL DISTRITO FEDERAL**



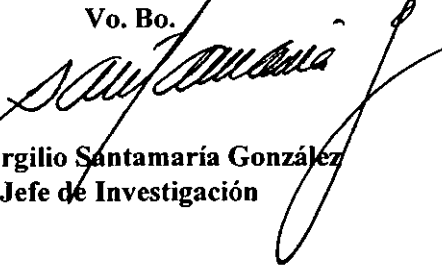
**SUBDIVISION DE ESPECIALIZACION  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA  
U. N. A. M.**

Vo. Bo.



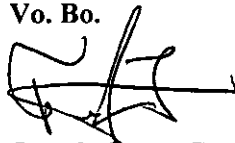
**Dra. Josefa Novales Santa Coloma**  
**Jefe del Servicio de Dermatopatología**

Vo. Bo.



**Dr. Virgilio Santamaría González**  
**Jefe de Investigación**

Vo. Bo.



**Dr. Fermín Jurado Santa Cruz**  
**Jefe de Enseñanza y Profesor Adjunto**

**INDICE**

|  |    |
|--|----|
| 1. -Introducción .....   | 2  |
| 2. -Aspectos generales de Santa María Acapulco (Comunidad Pame): |    |
| A.- Datos geográficos .....                                      | 4  |
| B.- Historia .....   | 6  |
| C.- Tradición  |    |
| a.- Dialecto .....   | 7  |
| b.- Política .....   | 8  |
| c.- Religión .....   | 8  |
| d.- Alimentación .....   | 8  |
| e.- Indumentaria .....   | 9  |
| f.- Ocupación .....  | 9  |
| g.- Vivienda .....   | 10 |
| h.- Educación .....  | 11 |
| i.- Medicina tradicional .....                                   | 11 |
| 3. - Protocolo de estudio :                                      |    |
| A.- Objetivos .....  | 13 |
| B.- Tipo de estudio, población y grupo estudiado .....           | 13 |
| C.- Variables, criterios de inclusión y evaluación .....         | 14 |
| D.- Material y método .....                                      | 14 |
| C.- Resultados .....   | 15 |
| 4.- Aspectos dermatológicos de la comunidad Pame:                |    |
| A.- Monografía e iconografía .....                               | 22 |
| B.- Comentarios. Sugerencias .....                               | 53 |
| 5. -Bibliografía .....   | 54 |

## INTRODUCCION

La enseñanza de la Dermatología en las Facultades de Medicina de nuestro país no es uniforme, esta supeditada a lo que el catedrático considere que deben aprender sus alumnos, esto se manifiesta en una pobre cultura médica, que afecta a la población en general y más en particular a las comunidades alejadas de los centros urbanos <sup>1</sup>. Ello fue motivo de mi interés en conocer un poco más de la patología cutánea de un sector indígena de San Luis Potosí, con la finalidad de mejorar las condiciones médicas y proponer soluciones factibles de realizar.

Si tenemos en cuenta que el artículo 4º Constitucional nos señala:

*"La Nación mexicana tiene una composición pluricultural sustentada originalmente en sus pueblos indígenas. La ley protegerá y promoverá el desarrollo de sus lenguas, culturas, usos, costumbres, recursos y formas específicas de organización social y garantizará a sus integrantes el efectivo acceso a la jurisdicción del estado"* <sup>2</sup>.

A pesar de lo anterior esto no se lleva a efecto, el indígena continúa siendo marginado no solo por nuestras autoridades, sino por nosotros mismos.

Alfonso Caso señala: *"es indio el que se siente pertenecer a una comunidad indígena y es una comunidad indígena aquella en que predominan elementos somáticos no europeos, que habla preferentemente una lengua indígena, que posee en su cultura material y espiritual elementos indígenas en fuerte proporción y que, por último, tiene un sentido social de comunidad aislada dentro de las otras comunidades que la rodean, que la hacen distinguirse a la vez de los pueblos blancos y los mestizos"* <sup>3</sup>.

Es evidente la presencia del indio en América, huellas de su pasado glorioso persisten, pero vino la debacle a partir de la conquista, con la llegada del español a México se inicia su calvario y aunque contaron con defensores como Fray Bartolomé de las Casas, la lejanía de la metrópoli hizo que las leyes protectoras fueran fácilmente burladas <sup>4-5</sup>.

Durante la época colonial constituyeron la fuerza bruta que se explotó de manera irracional, conformando el grupo más desprotegido. Los indígenas según la legislación colonial eran rústicos o menores de edad <sup>6</sup>.

Al consolidarse nuestra independencia continuaron marginados, basta recordar aquella frase lapidaria: "El mejor indio...es el indio muerto" y a partir del movimiento armado de 1910, hasta sexenios recientes ha servido de estandarte político. <sup>7</sup> Al indígena, por el hecho de tener una escala de valores diferente, no debemos considerarlo únicamente como elemento folclórico, sino como alguien que necesita integrarse a la sociedad, debe continuar con lo esencial de su idiosincrasia y aceptar únicamente lo útil que lo favorezca con una vida acorde a la época actual, no al paternalismo. Por lo antes señalado nos hemos avocado al estudio de la comunidad indígena de Santa María Acapulco, municipio de Santa Catarina, San Luis Potosí.

SANTA MARIA ACAPULCO, MUNICIPIO DE SANTA CATARINA SAN LUIS POTOSI

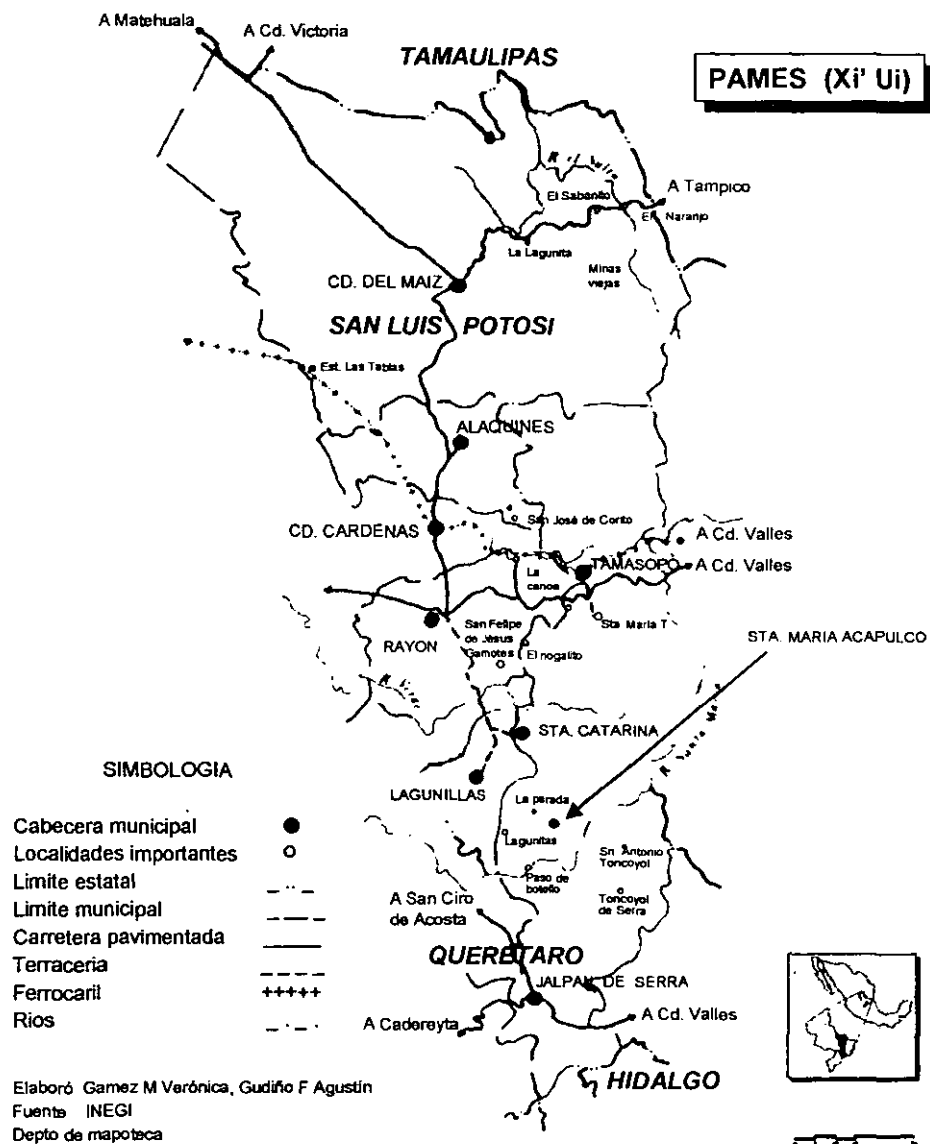
El pueblo de Santa María Acapulco se localiza al sur del Municipio de Santa Catarina S.L.P., en una estribación de la Sierra Madre Oriental conocida con el nombre de Sierra Gorda (se ubica en una longitud de 99° 26' 22", latitud 21° 28' 17", a 800 m. sobre el nivel del mar), se comunica a través de un camino de terracería de 28 km. de longitud que entronca con la carretera interestatal de Rayón- Lagunillas S.L.P. a la altura del kilómetro 30, es un pueblo aislado en medio de la sierra (foto 1) <sup>8</sup>. El clima es extremo, con lluvias periódicas en verano e invierno seco.



Foto.1. Serranía. Al fondo, loma donde asienta la comunidad



## Ubicación geográfica



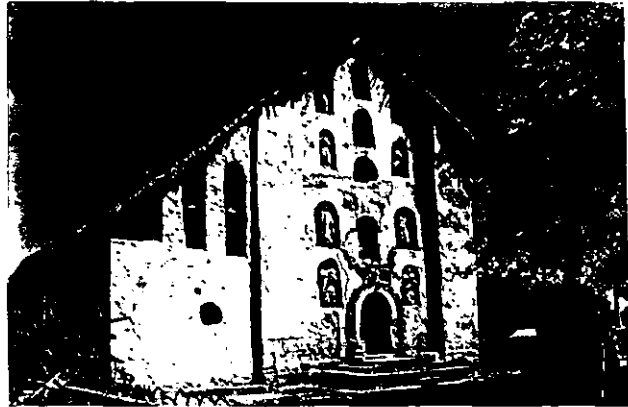
Historia.- Ma. Luisa Herrera Casasús cita: "En los primeros informes franciscanos la llaman "Copulco" o "Copolco".

"En el año de 1748, Fray Jacobo de Castro informaba a esta misión (de Tamlacú) esta agregado el pueblo de Santa María Acapulco, cita sobre unas lomas muy pedregosas, distante de la misión (de Tamlacú) ocho leguas, y de la villa (de los Valles) veintitrés al poniente; se compone de 50 familias de indios Pames (la Pamería era uno de los grupos que conformaba la familia indígena Chichimeca)".

"El 1 de febrero de 1762 el custodio Fray Ignacio Saldaña informaba a su provincial sobre las misiones. Santa María de Acapulco-Misión muy antigua (Foto 2), comenzada su iglesia de cal y canto por el R.P. Montero, quien por un depravado Pame fue arrojado al incendio del horno que ya dijimos. Su situación es un cerro tan pedregoso y árido como el de la palma, agua tiene mientras le viene del cielo, y sobre no tener mas tierra que la de un carrizal contiguo, así arguye posesión la referida Hacienda de Tampot, por lo que los demás Pames, si no les dan tierras de pan y llevar agua que beber, como manda la ley, jamás pagarán el real tributo. Sus familias llegan al número ciento".

"En el año de 1788, el custodio informaba: la misión de Santa María Acapulco en la misma Sierra Gorda sobre una corta mesa rodeada de barrancos y peñerías...se compone de 122 familias de indios Pames que hace el número de 273 personas. Los indios de esta misión son muy dóciles no pagan tributo, padecen muchas miserias con el agua, que secándoseles una laguna que tienen, les es necesario ir por ella hasta el río, que dista a dos leguas"<sup>9</sup>.

Foto.3.-Templo  
Franciscano comunitario



Desde la época colonial permanecen en su asentamiento actual. Para el siglo XIX y la segunda mitad del siglo XX, se extiende un velo de olvido sobre la comunidad.

En la comunidad se habla el dialecto Pame del norte, aunque la mayoría son bilingües (Pame y Castellano) en Alaquines y La Palma (municipios localizados en la región llamada Pamería) se habla una variante del dialecto Pame del norte.

Aproximadamente en los años 40´s la Dra. Lorna Gibson del Instituto Lingüístico de Verano, realiza un estudio a fondo del dialecto Pame que culmina con la publicación de un diccionario (Foto 4).

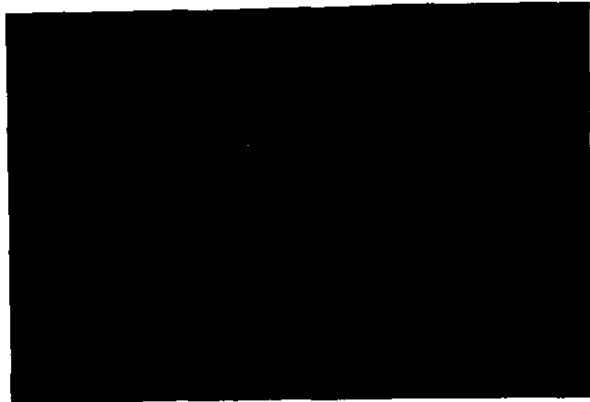


Foto.4-.Textos escolares en  
dialecto Pame (L.Gibson)

El nombre Pame significa "NO", Gonzalo De Las Casas en su obra "La Guerra de los Chichimecas" cita "Los Españoles les pusieron este nombre: Pami que en su lengua quiere decir no, porque esta negativa la usan mucho" <sup>10</sup>.

Los Pames se llaman a sí mismos **Xi'Ui** (se desconoce su significado), en contraposición al vocablo Pame, que tiene entre ellos un sentido peyorativo, lo que hace que eviten dicho término <sup>11</sup>.

La comunidad Pame esta constituida por 50 familias, se rigen por un sistema de gobierno elegido por ellos mismos.

La máxima autoridad en el ejido es el gobernador que sirve como elemento aculturador-estabilizador y tradicionalmente, con vínculos estrechos con las instituciones estatales y federales. El comisariado ejidal desarrolla actividades relacionadas con esta institución exclusivamente <sup>12</sup>.

**Religión.-** En su mayoría son católicos, aproximadamente en un 98%, sincretizado con sus creencias ancestrales. La vida comunal está rodeada de mitos, aún creen en el "Dios Sol", personajes encantados que habitan en los "Ojos de Agua", etc. <sup>13</sup>

**Alimentación.-** Su alimento es a base de: tortilla, maíz, frijol y chile. La ingesta de proteínas es muy ocasional ya que la cría de aves de corral y producción de huevos es para la venta y como la región es desértica tampoco se dispone de cacería que podría ser utilizada como complemento de la alimentación.

La recolección de frutos silvestres, ayuda a complementar la dieta. En tiempos de carestía consumen una jícama (Cicadácea) llamada "chamal", que una vez preparada en forma adecuada (cruda es neurotóxica) substituye a la tortilla. <sup>14</sup>

**Indumentaria.**- Los menores de edad con frecuencia no utilizan calzado ni se protegen del sol. Los varones adultos visten con manga larga, calzan huarache o zapato industrial, la mayoría usa sombrero. Las mujeres usan ropa de colores brillantes, manga corta, el calzado invariablemente de plástico. El rebozo lo utilizan solo fuera de sus domicilios. (Foto. 5 )

Foto. 5 Familia con  
indumentaria típica



**Ocupación.**- las actividades cotidianas se dividen de acuerdo a sexo y edad. El sexo masculino de todas las edades interviene en las actividades agrícolas y únicamente los adultos comercian los productos agrícolas y participan en la construcción de viviendas. El sexo femenino de todas las edades se dedica al cuidado de ganado menor, fabricación de artesanías y labores domésticas (Foto. 6)

Foto. 6 Indígena fabricando estera de palma



La agricultura constituye la actividad principal, es de temporal, se cultiva básicamente: maíz, frijol y calabaza. Las parcelas tienen una extensión de una a dos hectáreas por familia, asientan en terrenos accidentados y pedregosos, pocos agricultores pueden sembrar con yunta, debido a lo anterior, en su mayoría lo hacen con estaca o azadón <sup>15-16</sup>. En cuanto a riego, este no existe como tal, puesto que el río del cual toman agua para sus necesidades básicas así como para sus animales les queda a unos 5 km. de distancia.

**Vivienda.**- las construcciones son rústicas, próximas entre sí a pocos metros, las fabrican de diversos materiales: tablas, carrizo, varas, palma, otras se fabrican con lajas sostenidas entre dos bastidores de varas

(Foto.7 ). Pocas son las construcciones de "block" con techo de lámina, algunas viviendas cuentan con fosa séptica, pero se carece de agua potable, aunque en fecha reciente se dispuso una tubería para surtir a la población, cosa que no se realiza por falta de bombeo. Alrededor de algunas casas se tienen árboles frutales

como: limón, naranjo, papayo y guayabo, para un autoconsumo limitado. La mayoría cuenta con corrales para la cría de: cerdos, gallinas, guajolotes, aunque en el transcurso del día viven en libertad en estrecho contacto con la población.<sup>17</sup>

Foto.7 Construcción típica de la localidad



**Educación.-** Se cuenta con una escuela primaria, la educación se imparte por personal docente bilingüe. Durante muchos años sub-utilizada por razones diversas: marginación por parte de las autoridades educativas, escaso interés por parte de la población, pobreza, etc.

Actualmente acuden escolares de ambos sexos, al completar la instrucción primaria, en la cabecera municipal existe un albergue para estudiantes indígenas donde además de cursar la secundaria se les da una beca para solucionar el problema de alimentación y transporte.

**Medicina.-** Inicialmente los enfermos son atendidos intradomiciliariamente con remedios caseros, de no haber curación son llevados con curanderos. En casos sospechosos de brujería acuden con curanderos iniciados en hechicería. Desconocen medidas de asepsia. La medicina indígena cuenta con un variadísimo repertorio terapéutico, no obstante lo omitimos por desconocer su utilidad real.<sup>18</sup>

## **Protocolo de estudio**

¿ Cuales son los padecimientos cutáneos más frecuentes en una comunidad indígena ?

## **Objetivo principal**

Realizar una revisión clínica dermatológica al azar a la comunidad Pame de Santa María Acapulco Municipio de Santa Catarina S.L.P. para identificar alguna dermatosis presente en la población, de octubre a diciembre del 2000.

## **Objetivos específicos**

1. Identificar si presentan padecimientos cutáneos en la población seleccionado.
2. Determinar las características clínicas y epidemiológicas del grupo en estudio.
3. Conocer las dermatosis más frecuentes
4. Dar a conocer los resultados a la Coordinación de médicos que prestan sus servicios en las comunidades indígenas de la región.
5. Conformar y adiestrar un grupo de Dermatología Comunitaria que incluya: médicos en servicio social, enfermera auxiliar y maestros de escuela.
6. Sugerir un cuadro básico de medicamentos, acorde a la patología cutánea encontrada.



### **Tipo de estudio**

Se realizó un estudio abierto, transversal, observacional y descriptivo.

### **Población en investigación**

Personas de raza indígena, originarios y residentes de la comunidad descrita y que aceptaran de forma voluntaria participar en el estudio

### **Grupo en estudio**

290 personas tomados al azar

### **Criterios de inclusión**

- Personas con o sin antecedentes de algún padecimiento cutáneo
- Sin importar edad y sexo

### **Variables y criterios de evaluación**

Clínicas

Diagnóstico clínico : Con o sin dermatosis.

Patologías cutáneas : Clasificarlas en orden de frecuencia

Epidemiológicas:

Sexo: masculino, femenino

Edad : en años

### **Material y método**

En el último trimestre (octubre-noviembre) del año 2000 se realizó una revisión clínica dermatológica al azar en la comunidad Pame con o sin algún padecimiento cutáneo, los que aceptaron participar se les informó del objetivo y metodología del estudio y se llenó una cédula (Anexo 1) con los datos de las dermatosis presentes al momento del examen.

## RESULTADOS

La comunidad de Santa María Acapulco, cuenta con una población aproximada de 400 habitantes, se ignora cuantos hombres, mujeres y niños conforman esta población (no se cuenta actualmente con un censo confiable), de las cuales se examinaron a 290 (72.5%) personas de ambos sexos y de todas las edades. Para identificar alguna dermatosis presente y determinar su frecuencia en la comunidad.

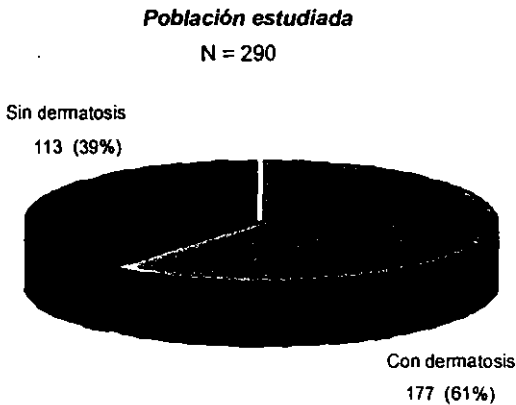
### *Grupo en estudio.*

De la población que acepto participar en el estudio, 177 (61%) personas presentaron alguna dermatosis, siendo estos los que integran nuestro grupo de investigación y en 113 (39%) casos no se encontró algún padecimiento cutáneo al momento del examen.

Tabla 1 Identificación de padecimientos cutáneos

| Con dermatosis | Sin dermatosis | Población estudiada |
|----------------|----------------|---------------------|
| 177            | 113            | 290                 |
| 61.0%          | 39.0%          |                     |

Fuente: Comunidad Pame de Santa María Acapulco S.L.P.



Fuente: Comunidad Pame de Santa María Acapulco SLP

Gráfica 1

### Características clínicas del grupo en estudio

#### Sexo.

El sexo predominante fue el femenino con 106 (59.9%) casos, 71 (40.1%) fueron varones, con una relación de 1.5:1.

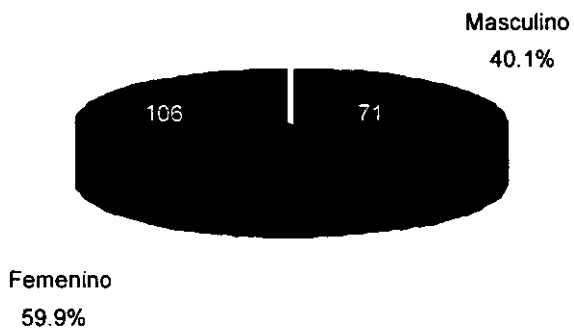
Tabla 2 Clasificación por sexo

| Sexo  | Masculino | Femenino | Total  |
|-------|-----------|----------|--------|
| Casos | 71        | 106      | 177    |
| %     | 40.1%     | 59.9%    | 100.0% |

Fuente: Comunidad Pame de Santa María Acapulco S.L.P.

#### Clasificación por sexo

N = 177



Fuente: Comunidad Pame de Santa María Acapulco SLP

Gráfica 2

**Edad.**

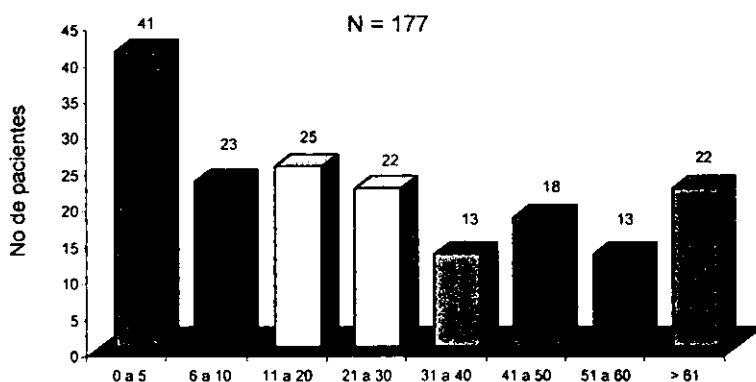
En nuestro grupo en estudio se incluyeron pacientes de todas las edades desde niños hasta adultos, predominando los niños con 41 casos y en relación a los demás grupos restantes la distribución fue muy semejante.

Tabla 3 Distribución por grupos de edad

| Grupos de edad | No de casos | Porcentaje |
|----------------|-------------|------------|
| 0 a 5          | 41          | 23.2%      |
| 6 a 10         | 23          | 13.0%      |
| 11 a 20        | 25          | 14.1%      |
| 21 a 30        | 22          | 12.4%      |
| 31 a 40        | 13          | 7.3%       |
| 41 a 50        | 18          | 10.2%      |
| 51 a 60        | 13          | 7.3%       |
| > 61           | 22          | 12.4%      |
| Total          | 177         | 100.0%     |

Fuente: Comunidad Pame de Santa María Acapulco S.L.P.

**Distribución por grupos de edad**



Fuente: Comunidad Pame de Santa María Acapulco SLP

Gráfica 3

**Patologías asociada a la edad y sexo.**

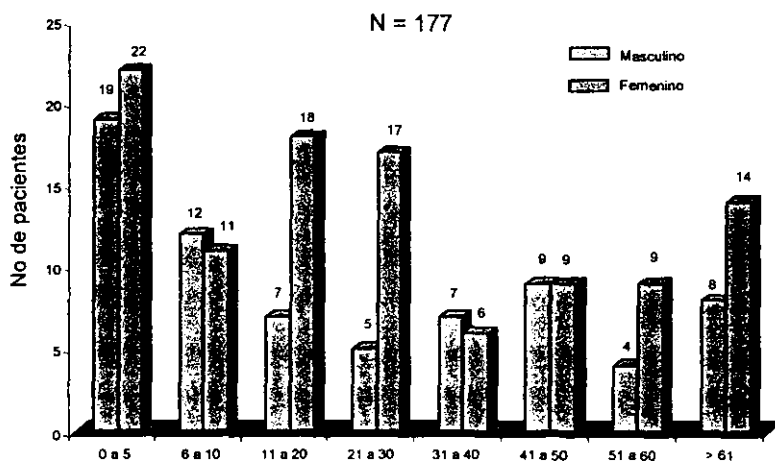
Los pacientes menores de 10 años representan el 44.8% de los casos examinados. El sexo femenino presento una mayor frecuencia de dermatosis cutáneas con un 59.9%.

Tabla 4 Identificación de patologías asociadas a la edad y sexo

| Edad         | Masculino | Femenino   | Total      |
|--------------|-----------|------------|------------|
| 0 a 5        | 19        | 22         | 41         |
| 6 a 10       | 12        | 11         | 23         |
| 11 a 20      | 7         | 18         | 25         |
| 21 a 30      | 5         | 17         | 22         |
| 31 a 40      | 7         | 6          | 13         |
| 41 a 50      | 9         | 9          | 18         |
| 51 a 60      | 4         | 9          | 13         |
| > 61         | 8         | 14         | 22         |
| <b>Total</b> | <b>71</b> | <b>106</b> | <b>177</b> |

Fuente: Comunidad Pame de Santa María Acapulco S.L.P.

**Patologías asociadas a la edad y sexo**



Fuente: Comunidad Pame de Santa María Acapulco SLP

Gráfica 4

### ***Dermatosis identificadas***

La dermatosis más común fue la pediculosis con 25 (14.1%) casos seguida en orden de frecuencia por melasma con 17 (9.6%), dermatitis solar hipocromiante 15 (8.5%), acné vulgar y mancha mongólica con 14 (7.9%). En 38 casos se presentaron diagnósticos diversos como queratosis actínicas, tatuajes, cicatriz por mordedura de ofidio etc. A continuación se listan por orden de frecuencia las dermatosis encontradas

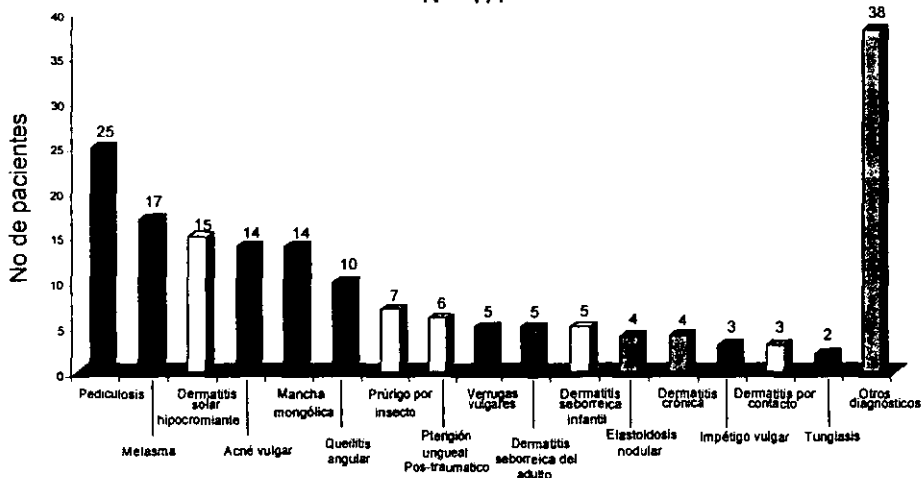
Tabla 4 Frecuencia de dermatosis identificadas

| Diagnóstico                      | No de casos | %     |
|----------------------------------|-------------|-------|
| Pediculosis                      | 25          | 14.1% |
| Melasma                          | 17          | 9.6%  |
| Dermatitis solar hipocromiante   | 15          | 8.5%  |
| Acné vulgar                      | 14          | 7.9%  |
| Mancha mongólica                 | 14          | 7.9%  |
| Queilitis angular                | 10          | 5.6%  |
| Prurigo por insecto              | 7           | 4.0%  |
| Pterigión ungueal pos-traumático | 6           | 3.4%  |
| Verrugas vulgares                | 5           | 2.8%  |
| Dermatitis seborreica del adulto | 5           | 2.8%  |
| Dermatitis seborreica infantil   | 5           | 2.8%  |
| Elastoidosis nodular             | 4           | 2.3%  |
| Dermatitis crónica               | 4           | 2.3%  |
| Impétigo vulgar                  | 3           | 1.7%  |
| Dermatitis por contacto          | 3           | 1.7%  |
| Tungiasis                        | 2           | 1.1%  |
| Otros diagnósticos               | 38          | 21.5% |
| Total                            | 177         | 100%  |

Fuente: Comunidad Pame de Santa María Acapulco S.L.P.

### Dermatosis identificadas

N = 177



Fuente: Comunidad Pame de Santa María Acapulco SLP

Observe que los problemas de origen solar ocupan el segundo lugar, lo que va de acuerdo con las condiciones económicas y culturales de la localidad. Conviene señalar que las parasitosis cutáneas en la región son más habituales en épocas de primavera y verano.

No se detectaron casos de epitelomas, seguramente por el tipo de piel, e indumentaria que utilizan los campesinos de la localidad.

## **GRUPO DE DERMATOSIS QUE PUEDEN SER ATENDIDAS EN CLINICAS COMUNITARIAS**

Con base a el cuadro básico de medicamentos con que cuentan las Unidades Médicas Rurales se estableció un listado de las dermatosis que pueden ser atendidas en una clínica comunitaria.

- 1.-Pediculosis
- 2.-Melasma
- 3.-Dermatitis solar hipocromiante
- 4.-Acné vulgar
- 5.-Mancha mongólica
- 6.-Queilitis angular y candidosis oral
- 7.-Prúrigo solar
- 8.-Dermatitis seborreica infantil
- 9.-Verrugas vulgares
- 10.-Dermatitis por contacto
- 11.-Prúrigo solar
- 12.-Impétigo vulgar
- 13.-Escabiasis \*

*Lo que nos permite proporciona un servicio dermatológico al 68.3% de los casos estudiados con algún padecimiento cutáneo.*

\*Aunque no encontramos escabiasis, la incluimos, es bien sabido que se presenta por ciclos en forma epidémica; es conveniente que él médico la tenga presente <sup>19</sup>.



MONOGRAFÍA E ICONOGRAFÍA  
DE LAS DERMATOSIS MAS FRECUENTES

## **PEDICULOSIS**

La pediculosis es la parasitación por insectos del género *Pediculus* que pueden afectar la cabeza, el cuerpo o el pubis.

La dermatosis es pruriginosa y según la especie causal será la topografía y variedad clínica correspondiente. La dermatosis es más común en personas desaseadas, personas que viven en promiscuidad, vagabundos. La pediculosis del pubis se considera enfermedad de transmisión sexual <sup>20</sup>.

La pediculosis de la cabeza afecta: piel cabelluda, ocasionalmente barba y bigote (Foto.8). Es causada por *Pediculus capitis*, el parásito mide unos 3 mm de largo, su color varía de acuerdo al color del pelo del paciente donde deposita los huevecillos o "liendres", a los que se adhieren fuertemente, y no deben ser confundidos con escamas, ya que éstas no se adhieren al pelo como lo hace la liendre.



Foto 8.- *Pediculosis capitis*: Huevecillos o "liendres" adheridos al pelo

Cuando se examina un paciente con impétigo en la región occipital, adenopatía regional o prurito en la nuca, deben buscarse en forma intencionada la presencia de piojos o "liendres", el encontrarlas, es suficiente para hacer el diagnóstico.<sup>21</sup>

La pediculosis del cuerpo es causada por *Pediculus vestimentis*, también conocido como piojo blanco, común en adultos con poca higiene, alcohólicos, vagabundos. En estos pacientes se observan: pápulas, huellas de rascado, puede coexistir un impétigo secundario.

Los parásitos pueden encontrarse en las costuras de la ropa, conviene recordar que el piojo blanco transmite el tifo exantemático.

La pediculosis del pubis la ocasiona el *Pediculus pubis*, más conocidos como "ladillas" o "chatos", son de menor tamaño, cuerpo corto y sus extremidades terminan en forma de gancho dándoles un aspecto de cangrejo. En algunos pacientes la dermatosis puede afectar axilas y cejas.

El diagnóstico se hace teniendo en cuenta la topografía de la dermatosis, el antecedente de prurito y el observar las liendres así como los parásitos que se desplazan lentamente entre el vello del pubis, presencia de huellas de rascado, y las llamadas manchas cerúleas, que consisten en la presencia de manchas violáceas en el abdomen.

El tratamiento de la pediculosis en general comprenderá la destrucción de parásitos y "liendres" en la piel cabelluda. La manera más sencilla de tratamiento es la aplicación de vaselina sólida (30 gr) mezclada con xilol (30 gotas), se realiza por dos noches consecutivas, este procedimiento elimina por asfixia los piojos, las liendres deben retirarse en forma mecánica aplicando vinagre diluido en agua y remoción con peine de dientes cerrados (peine para piojos). Otros procedimientos son: Lindano, benzoato de bencilo y de existir impétigo secundario debe tratarse previamente. Se debe lavar y planchar la ropa personal y de cama.

## **ECTOPARASITOSIS (Prurigo Por insectos)**

Prurigo por insectos.- Sinonimia: prurigo de llegada, prurigo apodémico.

Es una dermatosis reaccional causada por la picadura de insectos, es frecuente en los niños entre 1-7 años de edad. Los insectos que con mayor frecuencia lo provocan son: chinche (*Cimex lectularius*), conocida como cimiciasis, pulga (*Pulex irritans*), conocida como puliciasis, garrapata (*Ixodes ricinus*) llamada prurigo por garrapata.

La reacción a la picadura puede ser por: hipersensibilidad inmediata, mediada por Ig E, e histamina o bien por un mecanismo de hipersensibilidad tardía mediada por linfocitos T. En la primera vamos a observar ronchas y en la segunda forma hay pápulas, estas lesiones no son producidas por la acción directa de la picadura, se deben a un fenómeno de sensibilización.

La topografía varía dependiendo del insecto que causa la dermatosis, en la cimiciasis y puliciasis las lesiones tienden a presentarse en partes cubiertas, en cimiciasis las lesiones se presentan en mancuerna o hilera (Foto.9) <sup>22</sup>.



Foto.9.-Cimiciasis.  
Lesiones en mancuerna

En el caso de la puliciasis las lesiones de presentarse en los miembros inferiores se localizarán en la piel limítrofe con el borde del elástico de la ropa interior, en tronco se presentan en la región lumbosacra y glútea (Foto 10)

Foto.10.- Puliciasis.  
Presencia de ronchas.



En la cimiciasis las lesiones que se observan corresponden a: ronchas, papulas, costras hemáticas, seropápulas y muy ocasionalmente ampollas. En la puliciasis se observan petequias, ronchas, pápulas y huellas de rascado. El tratamiento consiste en evitar la picadura de insectos que se logra mediante la educación de la comunidad, en mantener a los animales domésticos fuera del recinto habitacional y mayor higiene personal y de la casa, así como el empleo de insecticidas y repelentes. Por vía tópica se aplica pasta de Lassar y como sintomático del prurito se usan antihistamínicos. Entre los repelentes tenemos los productos a base de piretroides (*Chrysanthemum cinerariaefelium*) <sup>23</sup>.

Prurigo por garrapatas.- Es una parasitosis cutánea, reaccional causada por garrapatas (*Ixodes ricinus*), su hábitat es el campo, parte de su ciclo biológico lo desarrolla sobre vegetales como zacate, arbustos y árboles. El ser humano y el ganado lo adquieren al entrar en contacto con estos reservorios. La garrapata se alimenta adhiriéndose fuertemente a la piel con la mandíbula, provocan una reacción local y a distancia.

La topografía de la dermatosis esta en relación con el ciclo vital de la garrapata, en estado larvario son muy móviles, en el ser humano se localizan en las partes cubiertas. En el estado adulto el desplazamiento es muy lento y afectan áreas descubiertas.

En el sitio donde se adhiere la garrapata se forma una pápula eritematosa aplanada y en el centro de la lesión puede haber necrosis.

El tratamiento consiste en retirar completamente la garrapata, esto se logra aplicando alcohol o éter, una vez retirado el parásito la pápula persiste durante un período variable, en relación directa a la sensibilización desarrollada por el paciente <sup>24</sup>.

### **TUNGIASIS**

Es una dermatozoonosis pruriginosa ocasionada por la *Tunga penetrans*, frecuente en el medio rural, se presenta en campesinos de cualquier edad que usan "huaraches" o andan descalzos, lo que facilita la infestación.<sup>25</sup>

El parásito conocido como "nigua" o " pulga de arena" es muy pequeña, mide 1mm de largo tiene poca capacidad para saltar y desplazarse, su hábitat son los suelos arenosos, próximos a sitios donde se crían cerdos, la *Tunga* es capaz de producir la enfermedad en estos animales.

La hembra penetra en los bordes ungueales, entre los dedos o en las plantas de los pies, en los miembros superiores es excepcional, pero cuando se afecta estas áreas es a nivel de palmas de las manos.<sup>26</sup>

Al inicio de la dermatosis se observa un punto oscuro que es el sitio donde penetra parcialmente el parásito, en poco tiempo se forma una área pequeña de 2-3- mm, escamosa, (Foto 11) centrada por el punto oscuro, en esta etapa el padecimiento es pruriginoso, las lesiones fácilmente se infectan complicando la dermatosis, tornándose dolorosas y llegan a dificultar la deambulación.

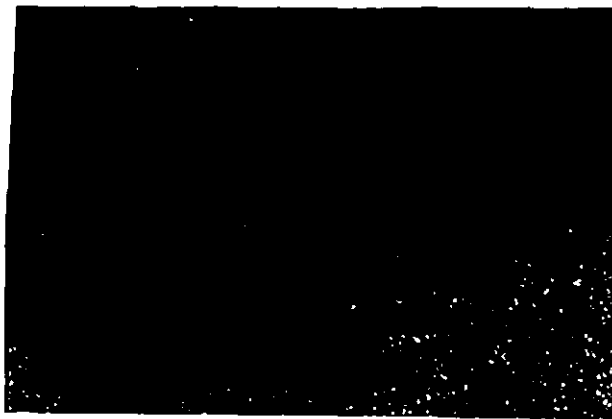


Foto. 11 Tungiasis

El tratamiento consiste en la extracción del parásito y aseo de la cavidad que deja la pulga, retirando los huevecillos en el caso de que los haya depositado. El procedimiento se realiza con una aguja hipodérmica, comúnmente es la madre del paciente la que realiza el tratamiento, sin medidas de asepsia, por lo que en ocasiones se complican con una infección secundaria. (Foto 12).



Foto. 12.-Onicodistrofia  
por tratamiento incorrecto de la tungiasis



## ESCABIASIS

Sinónimos: sarna, roña, rasquiña.

Es una parasitosis cutánea, pruriginosa, contagiosa, producida por el *Sarcoptes scabiei* variedad *hominis* excepcionalmente por el ácaro de la variedad *canis*. Afecta ambos sexos y en todas las edades, es frecuente en personas desaseadas, que viven en promiscuidad: casas hogar, presidios, escuelas, hospitales, etc. <sup>(27)</sup> Se ignoran los motivos pero es bien conocido que la dermatosis se presente por ciclos cada 10-12 años en forma epidémica. El agente causal es el *Sarcoptes scabiei* variedad *hominis*. La hembra una vez fecundada penetra a piel, labra un túnel en la capa córnea donde muere una vez depositados los huevecillos, estos dan origen a larvas que emergen a la superficie y se ubican en los folículos pilosos donde completan su desarrollo y una vez alcanzado el estado adulto, las hembras fecundadas completan el ciclo vital. El número de parásitos es mínimo estimándose en unos 10 en total. El intenso prurito es a consecuencia de un fenómeno de hipersensibilidad retardada y a la presencia del parásito mismo <sup>28</sup>.

La topografía de elección de la dermatosis varía de acuerdo a la edad del paciente. La dermatosis es diseminada, afecta miembros superiores en pliegues interdigitales, cara anterior de las muñecas, caras anterointernas de los antebrazos, brazos y axilas. En el tronco, en regiones mamarias y región periumbilical, regiones inguinales y genitales externos, a veces a cara interna de muslos. Es bilateral y simétrica, queda limitada por las llamadas líneas de Hebra, una línea superior que pasa a la altura de los hombros y otra inferior al nivel de las rodillas.

En los lactantes comunmente es generalizada, afecta incluso piel cabelluda, palmas y plantas.

El aspecto de la dermatosis polimorfo pudiéndose observar: El túnel, pápulas, pápulas decapitadas, costras hemáticas. Las lesiones pueden ser escasas en personas limpias "sarna de los limpios" o por el contrario muy numerosas. Es común que la escabiasis se complique con un impétigo secundario o una dermatitis por contacto, por tratamientos inadecuados presentándose además de las lesiones descritas: eritema, vesículas, pústulas y costras melicéricas. El túnel constituye la lesión elemental es difícil de observar porque se rompe fácilmente por el rascado. Los casos de escabiasis complicada con impétigo secundario, en los niños se localiza en las manos, las lesiones son dolorosas, obliga que los menores eleven los miembros superiores con los dedos separados para evitar ser lastimados, presentando lo que se conoce como "signo del cirujano".

Existe una variedad de escabiasis llamada sarna noruega o costrosa, se presenta en pacientes inmunodeprimidos, las lesiones son extensas de tipo costroso, en ocasiones se presenta distrofia ungueal y a pesar de que el número de parásitos es muy elevado, la intensidad del prurito es mínima. El primer caso en México fue publicado por Ruiz Maldonado y Cols, en una paciente con síndrome de Turner y el segundo por Ibarra, Rodríguez y Cols en una paciente con síndrome de Silver Russel y tratado con fenilbutazona <sup>29</sup>.

Tratamiento.- En primer lugar deberán ser tratadas las complicaciones en el caso de que las hubiera. En niños se utiliza crotamitón al 10%, se aplica por tres noches consecutivas con baño al término del tratamiento. En niños también se puede utilizar una suspensión de aceite de almendras dulces con bálsamo de Perú y bálsamo de liquidambar al 10%, aplicado por la noche 7 días seguidos. Cambio de ropa personal y de cama

En adultos se utiliza benzoato de bencilo, frotado, se deja toda la noche, de una a tres aplicaciones, baño por la mañana para retirar el

medicamento, cambio de ropa personal y de cama, la aplicación se repite a la semana.

Otra alternativa de tratamiento es la aplicación de manteca benzoada con azufre al 10%, se frota durante treinta minutos, con una sola aplicación es suficiente <sup>30</sup>. En niños, embarazadas y pacientes con problemas neurológicos no deben utilizarse tratamientos con lindano por el riesgo de que se absorba y cause crisis convulsivas.

El prurito puede persistir unos días después de terminado el tratamiento, recomendándose aplicar únicamente emolientes. La ropa de cama y de uso personal debe ser cambiada diariamente, para lavarla se recomienda dejarla en remojo durante la noche (agua y jabón), lavarla por la mañana y dejarla expuesta al sol durante todo el día y de preferencia plancharla.

El tratamiento más reciente y fácil de administrar para la escabiasis es la ivermectina por vía oral, se utiliza a dosis de 200 mcg por kg de peso en una sola dosis (2 tabletas de 6 mg). En 80% se observan buenos resultados, es excepcional que se requiera mas de una dosis, especialmente en los pacientes con SIDA o con sarna noruega <sup>31, 32</sup>. El tratamiento debe ser efectuado por toda la familia al mismo tiempo.

## VERRUGAS VIRALES

Son neoformaciones epiteliales benignas causadas por Papovavirus (existen numerosos serotipos, algunos relacionados con cáncer cervicouterino) poco transmisibles aunque autoinoculables. Constituye la virosis cutánea más frecuente. De acuerdo a su localización presenta diversas formas clínicas: <sup>33</sup>

Verrugas vulgares. Se localizan preferentemente en extremidades superiores: caras dorsales y palmares de manos, (Foto 13) periungueales y subungueales, cara posterior de antebrazos, en miembros inferiores se localizan en rodillas, superficies anteriores de piernas y dorso de pies. Son de tamaño variable, de 2-10 mm, forma semiesférica o cilíndrica, color claro u oscuro, superficie irregular con puntilleo obscuro, aspecto queratósico, base no infiltrada. Asintomáticas, excepto las localizadas peri o subungueales, pueden causar onicodistrofia.

Las verrugas planas juveniles se presentan con mayor frecuencia en gente joven, son pequeñas neoformaciones de 1-2 mm., aplanadas de color similar al resto de la piel, afectan preferentemente la cara en región frontal y mejillas, en algunos casos es posible observarlas en dorso de antebrazo y manos, son asintomáticas y se presentan en forma eruptiva <sup>34</sup>.

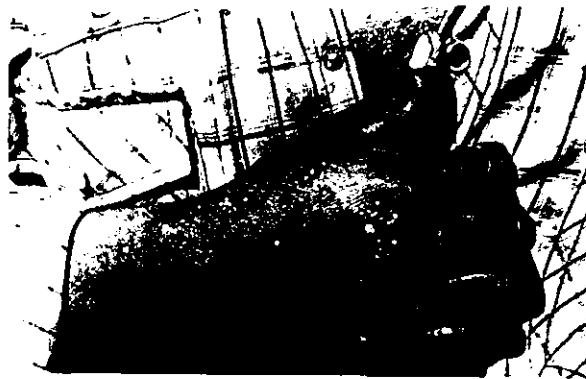


Foto.13.-Verrugas  
vulgares

Las verrugas plantares conocidas vulgarmente como "ojos de pescado", la topografía como lo dice su nombre: predomina en plantas de pies, región del talón o región plantar en su tercio anterior y entre los bordes de los dedos, pueden ser únicas o múltiples, generalmente dolorosas a consecuencia de la presión a que es sometida cada vez que el paciente camina. Las lesiones son planas sin pliegues losángicos, coloración amarillenta clara, en el centro una pequeña depresión "crateriforme". En el caso de confusión diagnóstica con tilosis, estas se localizan en sitios de presión.

Verrugas acuminadas o condilomas acuminados, conocidas vulgarmente como "crestas". Con frecuencia se adquieren por contacto sexual, se localizan en sitios húmedos, zonas de transición de piel a mucosas: ano, glande, prepucio, labios mayores y menores. Estas lesiones tienen un aspecto vegetante, "como coliflor". No deben confundirse con condilomas planos que son de origen sifilítico, y son pápulas erosionadas, ricas en treponemas, en tanto que los condilomas acuminados son de aspecto vegetante causados por virus.

Tratamiento.- Con excepción de los condilomas acuminados, en el resto de las verrugas, de etiología viral, el estado inmunológico es vital y no deja de llamar la atención que en el caso de las verrugas vulgares la psicoterapia tenga un papel relevante, sobre todo en los casos de larga evolución.

El manejo al igual que en cualquier patología debe ser racional, el padecimiento es autolimitado, conviene una explicación clara al respecto, es preferible tolerar por una temporada unas lesiones prácticamente inocuas, a una cicatriz permanente.<sup>35</sup> Cada caso deberá individualizarse según la variedad clínica.

En verrugas vulgares esta indicado el uso de placebo, psicoterapia superficial, vaselina salicilada. En verrugas plantares puede utilizarse

vaselina salicilada al 20%, colodion salicilado al 33%, aplicandose únicamente por la noche y en caso de verrugas planas juveniles utilizar placebos y/o ácido retinoico.

Los condilomas deben ser manejadas con podofilina por un Dermatólogo.

## **IMPETIGO VULGAR**

Sinónimo: impétigo contagioso.

Impétigo vulgar, es una dermatosis causada por gérmenes piógenos, contagiosa, de evolución aguda. Es la mas frecuente de las piodermias y común en niños.

Los piógenos habituales de la piel causantes del impétigo vulgar son: Estreptococos B hemolítico del grupo A y el *Staphylococcus aureus*, este germen posee dos polisacáridos capsulares que le confieren mayor virulencia <sup>36</sup>.

Aunque los libros describen la existencia de impétigo estreptocócico o estafilocócico, lo habitual es que participen ambos gérmenes. La topografía mas frecuente es alrededor de los orificos naturales (nariz y boca), no obstante existen variaciones topográficas por ser un padecimiento autoinoculable <sup>37</sup>. La dermatosis se inicia con eritema, seguido de la presencia de vesículas y pústulas que al romperse se cubren de costras melicéricas, la evolución es rápida de ahí el nombre de impétigo (ad impetum). Puede complicar a numerosas dermatosis

El padecimiento no es pruriginoso excepto en el caso que complique a una dermatosis pruriginosa y en este caso se habla de un impétigo secundario. Cuando el impétigo es extenso, sobre todo en lactantes puede ocasionar una nefropatía <sup>38</sup>.

Tratamiento.- Es necesario quitar las costras de las lesiones, esto se hace según lo extenso de la dermatosis, con fomentos o baños de una solución de sulfato de cobre diluido 1:1000 (además de que es un antiséptico

débil) seguido de la aplicación de pomada de vioformo. En lactantes con lesiones extensas o bien en los casos que no hayan respondido en forma adecuada al tratamiento inicial deberán utilizarse antibióticos del tipo de la dicloxacilina.

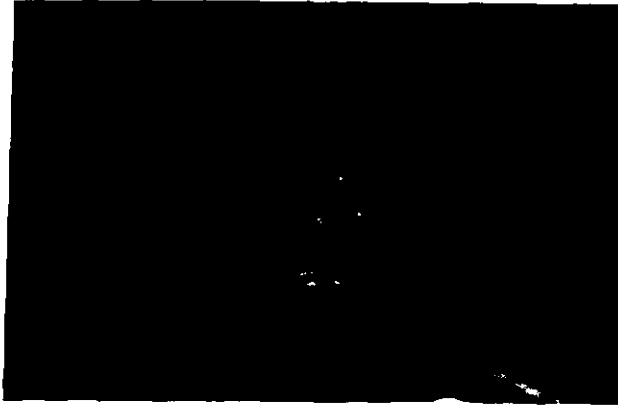


Foto.14.-Impétigo vulgar



## **CANDIDOSIS**

Candidosis o Candidiasis.- Es una micosis causada por levaduras oportunistas del género *Cándida* que afectan mucosas, piel y algunas veces órganos internos. En más del 60% de los casos son debidas a *C. albicans*, y con mucha menos frecuencia por *C. tropicalis*, *C. glabrata*, *C. kruzei*, y menos aun *C. parapsilosis* que afecta fundamentalmente las uñas. Las levaduras del género *cándida* viven en forma saprofítica en las mucosas y el tracto gastrointestinal, raramente en piel, mantienen un equilibrio con el resto de la flora normal, de presentarse la candidosis puede ser condicionada por factores predisponentes como: humedad excesiva del área genital, en las manos de lavanderas, tablajeros, "despatadoras de fresas", así como cambios el pH de las mucosas en lactantes y embarazadas, enfermedades que cursan con inmunodepresión (SIDA, linfomas, etc) o por el uso de medicamentos que alteran la flora normal <sup>39</sup>.

La candidosis tiene múltiples localizaciones: boca, vagina, grandes pliegues como axilas e ingles, o espacios interdigitales en las manos, o región periungueal. La localización más frecuente es la candidosis oral que predomina en niños, especialmente desnutridos y que puede manifestarse por afección de carrillos, glositis o queilitis angular(Foto.15). En la vagina se manifiesta por leucorrea, eritema, edema y prurito, las lesiones dermatológicas se pueden extender a las regiones vecinas e incluso a la región perianal. En la piel se manifiesta por intertrigos que se caracterizan por la presencia de placas eritematoescamosas, muchas veces con maceración y placas satélites.

El diagnóstico se fundamenta en un adecuado estudio micológico que consta de un examen directo que permite observar la presencia de filamentos y blastosporas y el cultivo que nos demuestra la presencia de abundantes colonias de *cándida* que sustentan su poder patógeno.

El tratamiento consiste en encontrar las causas subyacentes y eliminarlas. En casos sencillos basta el cambio de pH, por ejemplo en mucosa oral el uso de bicarbonato y en la región genital duchas vaginales con solución de ácido acético (dos cucharadas de vinagre blanco en medio litro de agua). En casos más graves nistatina o los derivados azólicos. En casos de candidosis sistémica se puede administrar anfotericina B intravenosa.



Foto.15.- Queilitis angular

## **MELASMA**

Es una dermatosis frecuente que afecta la cara en mejillas y dorso de nariz constituida por manchas hipercrómicas de límites mal definidos, vulgarmente se le conoce por "pañño". Se presenta en hombres y mujeres en la edad media de la vida, la importancia es únicamente de orden estético, se desconocen las causas. En embarazadas se presenta hasta en un 75-80%, en algunas pacientes remiten a los pocos meses de resolverse el embarazo<sup>40</sup> (Foto 16).

La Etiopatogenia es desconocida, sin embargo es evidente su relación con cambios hormonales, radiaciones solares, uso de algunos medicamentos tópicos o por cualquier otra vía como: anovulatorios, difenilhidantoinato, mercuriales, etc.

El tratamiento consiste en evitar la exposición a radiaciones lumínicas con el uso de pantalla solar, medidas generales, uso de sombrilla.



Foto.16.-Melasma

## **DERMATITIS SOLAR HIPOCROMIANTE**

Es una fotodermatosis de evolución crónica, asintomática, el mecanismo por el cual las radiaciones solares producen la dermatosis se desconoce. Es un padecimiento frecuente en la edad preescolar, escolar y en mujeres en la edad media de la vida. Se caracteriza por presentarse en regiones descubiertas: cara, miembros superiores en caras externas de brazos y antebrazos, en ocasiones en las caras anteriores de las piernas, puede ser simétrica o asimétrica <sup>41, 42</sup>.

Al inicio del padecimiento se observan pápulas foliculares del color de la piel que al remitir dejan como secuela placas circulares u ovals hipocrómicas, finamente escamosas (Foto 17).

Tratamiento.- Evitar la exposición a las radiaciones solares, uso de pantallas o filtros solares a base de talco, óxido de cinc, dióxido de titanio etc.



Foto.17.-Dermatitis solar  
hipocromiante

## **ACNE**

Conocido como acné juvenil, vulgar o polimorfo, es un padecimiento inflamatorio de la unidad pilosebácea, frecuente en jóvenes entre 14-20 años, en mujeres el inicio es en edades más tempranas. Se presenta en la cara, predomina en región frontal, mejillas, dorso de nariz y en casos severos en el tercio superior del tórax tanto en la cara anterior como la posterior.

El cuadro clínico es polimorfo, sobre una piel seborreica asientan diversas lesiones que corresponden a: comedones (vulgarmente conocidas como "espinillas o puntos negros") pápulas, pústulas y abscesos. Las lesiones de la piel son asintomáticas a excepción de referir dolor en casos de acné abscedado. Los comedones son: pequeños levantamientos de 1 mm de diámetro, centrados por un pequeño orificio, corresponden a comedones de cabeza blanca, el otro tipo de comedón es de diámetro un poco mayor, en el centro un poro abierto con material oscuro constituido por queratina y detritus celulares, lesiones que corresponden a comedones abiertos (Foto 18). Las pápulas son levantamientos circunscritos sólidos de 1-3 mm., eritematosos, brillantes que en ocasiones en su vértice presentan contenido purulento lo que corresponde a pápulo-pústulas. Cuando las lesiones son de mayor tamaño y profundidad, constituyen los abscesos.

Es a nivel del folículo pilosebáceo el sitio anatómico donde se origina el acné, <sup>43</sup> los folículos se encuentran formados por un pelo delgado y varias glándulas sebáceas, grandes, arracimadas. En caso de taponamiento del orificio folicular por material queratósico se formara el comedón, constituyendo la lesión elemental del acné, en el caso de que intervengan bacterias del tipo *Corynebacterium* más la producción de sebo, se darán las condiciones de inicio del acné.

El padecimiento se inicia en la adolescencia. Al inicio de la pubertad hay aumento de andrógenos iniciándose la producción de sebo, lo que explica la seborrea inicial. Las grasas al ser metabolizadas por el *Corynebacterium acnei* formarán ácidos grasos libres que son irritantes para la pared folicular lo que favorece el proceso inflamatorio, distendiendo las paredes foliculares con el consecuente cierre del orificio folicular, provocando la formación del comedón, lesión fundamental en el acné. Una vez formado el comedón, su contenido de ácidos grasos atraerá células inflamatorias y conformarán una lesión que corresponde a la pápula. En los casos que se presenta ruptura de la pared del comedón, al verterse su contenido a la dermis, la reacción provocada puede iniciar la formación de pústulas o abscesos, según el sitio donde se presente el proceso. En ocasiones el material inflamatorio localizado en la dermis no es fagocitado dando la formación de pseudoquistes. Toda esta serie de eventos en el acné puede dejar cicatrices si se manipula en forma incorrecta.

El diagnóstico del acné es sencillo, tenemos que recordar que el uso de algunos medicamentos y cosméticos, provocan cuadros acneiformes con los que se deberá hacer el diagnóstico diferencial.

Tratamiento.- Lo primero es dar una clara información sobre el padecimiento, su cronicidad, lo que no debe hacer el adolescente: no pellizcarse, no manipular las lesiones, no aplicación de cremas ni pomadas, no remedios caseros. Aplicar únicamente los medicamentos prescritos por el dermatólogo.

El tratamiento médico consiste en mantener limpia la piel, aseo con agua y jabón de tocador, aplicación de lociones astringentes a base de alcohol y éter a partes iguales (licor de Hoffmann) agregando ácido salicílico como

exfoliante. Se puede utilizar también el peróxido de benzoilo, se aplica únicamente por la noche.

En caso de que el acné se presente con lesiones inflamatorias se puede utilizar tetraciclina por vía oral a dosis de 250mg. tres veces al día, durante seis semanas. Los retinoides son medicamentos que deben utilizarse solo en casos complicados, prescritos y vigilados solo por un Dermatólogo <sup>44</sup>.



Foto. 18 Acné comedónico

## **DERMATITIS POR CONTACTO**

Es una dermatosis inflamatoria originada por la exposición única o repetida a sustancias de naturaleza química muy variada. En su inicio es aguda y de persistir el contacto con la sustancia agresora la dermatitis será crónica. Son dos los mecanismos por los que se puede causar la dermatosis, uno de estos mecanismos es por irritante primario, las sustancias contactantes pueden ser: ácidas o alcalinas para la piel. Todas las personas expuestas a este tipo de sustancias presentaran el mismo tipo de reacción cutánea que no es mediada por algún fenómeno inmunológico.

El segundo mecanismo por el que se presenta la dermatitis por contacto se llama por sensibilización, tiene de base un mecanismo inmunológico de hipersensibilidad retardada, para que se presente la dermatitis será necesario el contacto repetido con la sustancia causal. <sup>45</sup> las sustancias capaces de producir dermatitis por contacto son numerosas, entre ellas destacan:

- A) Medicamentos: pomadas con antibióticos, anestésicos locales, picrato, furacín, etc.
- B) Remedios caseros: ajo, cítricos, plantas urticantes (Foto.19)
- C) Cosméticos: tintes para el pelo, cosméticos para párpados y labios, esmalte para uñas, desodorantes, perfumes.
- D) Productos industriales: en especial el cromo y cobalto utilizados en la preparación del cemento utilizado en la industria de la construcción.
- E) Detergentes: el pH alcalino de estos productos destruye el manto ácido de la piel, facilitando la capacidad de agresión del resto de componentes del detergente.
- F) Productos fototóxicos: para que estas sustancias provoquen una dermatitis por contacto es necesario que haya exposición a las radiaciones solares como es el caso de los psoralenos, utilizados en el tratamiento del vitiligo.



La topografía de la dermatosis esta en relación con el sitio donde contacte la sustancia causal, esto hace que las áreas de piel expuesta sean las mas frecuentemente afectadas, aunque la topografía se puede modificar por diseminación accidental de la sustancia agresora.



Foto. 19.- Dermatitis por contacto secundario a exposición de vegetal urticante

La morfología es variable dependiendo del tiempo de evolución, en los casos agudos se observan eritema y vesículas, los casos de evolución crónica presentan liquenificación y costras hemáticas. En los casos agudos la dermatosis se acompaña de ardor, en tanto que en los crónicos predomina el prurito.

Tratamiento.-lo mas importante es evitar el contacto con la sustancia agresora, la medicación tópica se indica de acuerdo a las lesiones que presente: las de tipo eczematoso se tratan con fomentos de agua de manzanilla o

agua de vegeto (subacetato de plomo en agua destilada a partes iguales). En dermatitis por contacto crónica se recomiendan emolientes, en caso de prurito se pueden utilizar antihistamínicos.

## DERMATITIS SEBORREICA

Es una dermatosis inflamatoria crónica que puede presentarse desde el recién nacido (Fig.20) hasta el anciano, afecta sobre todo piel cabelluda y pliegues. Se ha relacionado con la presencia de *Pityrosporum ovale*.<sup>46</sup>

La localización en cabeza se conoce como pitiriasis capitis, se manifiesta por descamación y prurito, predomina en varones adultos, presentan lesiones en el límite de implantación del pelo y se conocen como "corona seborreica". En niños hay una forma que se conoce como falsa tiña amiantácea, se manifiesta por placas eczematosas con costras adherentes que al desprenderse arrancan el pelo. En niños y adultos se puede presentar el eczema seborreico, son placas eritemato-escamosas localizadas fundamentalmente a los pliegues, hay también una forma figurada o eccematides seborreicas, afecta el pecho y la espalda, se caracteriza por placas eritemato-escamosas con escamas adherentes.

El diagnóstico se hace fundamentalmente por el cuadro clínico, en casos severos se puede practicar biopsia, pero solo se encuentra una imagen psoriasiforme. El tratamiento es con antiseborreicos suaves como lociones con ácido salicílico y azufre, también son útiles los champús con alquitrán de hulla y en algunos casos el ketoconazol al 2%.



Fig.-20.- Dermatitis  
seborreica en  
recién nacido.

## **MANCHA MONGOLICA**

Es una dermatosis asintomática transmitida como rasgo autosómico dominante, común en recién nacidos de origen oriental. La presencia de esta mancha en indígenas mexicanos es una evidencia indirecta de su ascendencia asiática.<sup>47</sup>

Se localiza preferentemente en el dorso, a nivel de región sacrococcígea, región lumbar o glúteos (Foto .21).

La mancha puede ser única o múltiple, de forma y tamaño variable que va de unos cuantos milímetros hasta unos 20 centímetros; de color azul o gris pizarra. Desaparecen en forma progresiva entre los 4-7 años de edad. No amerita tratamiento.<sup>48</sup>



Foto.21.-Mancha  
mongólica



Foto.22.- Enfermedad de Heck (Hiperplasia epitelial focal)  
Padecimiento frecuente en indígenas.



Foto. 23.- Psoriasis Dermatitis poco frecuente en indígenas

Foto.24.- Rinofima



Foto.25.-Queratosis  
actínicas



## CUADRO BASICO DE MEDICAMENTOS

Para diseñar el cuadro básico se consideró:

- a) Medicamentos útiles en las dermatosis recomendadas para ser tratadas en clínicas de la zona indígena.
- b) Que en su mayoría se encuentran dentro del cuadro básico de la Unidad Médica Rural.
- c) Por estar dentro del cuadro básico sean gratuitos.

Tabla 5 Cuadro básico de medicamentos

| MEDICAMENTO  | INDICACION                               |
|--|--|
| Aceite de almendras dulces                                     | Lubricante                               |
| Alquitrán de hulla, Shampoo                                    | Dermatitis seborreica del adulto         |
| Benzoato de bencilo  | Pediculosis y escabiasis en adultos      |
| Solución de bicarbonato de sodio o Nistatina                   | Queilitis angular, candidosis en mucosas |
| Clorfeniramina   | Antipruriginoso                          |
| Pasta de Lassar  | Lesiones eczematosas (piel llorosa)      |
| Peróxido de benzoilo   | Acné vulgar                              |
| Vioformo pomada  | Impétigo vulgar                          |
| Trimetoprim-Sulfametoxazol en tabletas y suspensión pediátrica | Impétigo vulgar que no cura con vioformo |
| *Crotamitón  | Pediculosis y escabiasis en niños        |
| *Colodión salicilado   | Verrugas vulgares y plantares            |

\* Crotamitón y colodión salicilado == fuera de cuadro básico

## **COMENTARIOS Y SUGERENCIAS**

La comunidad de Santa María Acapulco es un poblado indígena situado en una estribación de la Sierra Madre Oriental, cuyas condiciones socioeconómicas en general, son precarias.

En la encuesta dermatológica realizada en el último trimestre del año 2000 (octubre, noviembre y diciembre) encontramos una patología propia de medios rurales pobres, donde predominan las ectoparasitosis y las dermatosis solares. Aunado a la pobreza existente, los servicios generales de salud en la localidad son prácticamente nulos, puesto que dermatosis banales que pueden ser resueltas en su lugar de origen son derivadas a servicios especializados fuera de su Comunidad lo que origina malgastar recursos económicos ya de por sí limitados. Por otro lado, los medicamentos necesarios para el tratamiento de estas dermatosis, en su mayoría forman parte del cuadro básico con que cuentan las Unidades Médicas Rurales y por lo tanto son gratuitos y mal aprovechados. Además, hay dermatosis que no ameritan tratamiento alguno, únicamente una correcta explicación, lo que haría disminuir el número de pacientes dermatológicos que tienen que ser canalizados a clínicas que cuenten con Dermatólogo (la mas próxima a la localidad se encuentra a unos 100 Km. de distancia).

Resolver todos los problemas está fuera de nuestro alcance, pero si podemos cooperar en la solución de algunos aspectos de la patología regional. La población Pame cuenta con unos 10,000 habitantes, la ayuda que se les puede brindar a estos conciudadanos aunque pequeña, no dejará de ser significativa.

Nuestra propuesta es brindar asesoramiento a médicos y profesores de instrucción primaria que laboran en la región Pame, sobre las dermatosis más frecuentes detectadas en el estudio y se sugiere un cuadro básico de medicamentos necesarios para ello.



## **BIBLIOGRAFIA**

1. Estrada R., Torres B., Alarcón H., Villegas A. Y Cols. Epidemiología cutánea en dos sectores de atención médica en Guerrero, México *Dermatología Rev. Mex* 1992;36:29-34
2. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. México. Colección Porrúa. 126ª Ed. 1998: 10.
3. Mac-Lean R. Presencia del indio en América. México. Biblioteca de Ensayos Sociológicos. Inst. Inv. Soc. Universidad Nacional 1958:20.
4. Precolombinos, Arte y Arquitectura, Enciclopedia Microsoft(R) Encarta(R) 97(C). 1993-1996 Microsoft Corporation: 5-12.
5. Riva-Palacio y Cols. México a través de los siglos. México. Ed. Cumbre. Ed. 21. 1985:341-43
6. Florescano E, Rojas F. El ocaso de la Nueva España. México. Ed. Clío, 1ª Ed. 1996: 12-13.
7. Villa A. ¿Ha fracasado el indigenismo?. México. SEPTENTAS, 1ª. Ed. 1971:229-243
8. Pedraza J. Sinopsis histórica de los municipios del Estado de San Luis Potosí. Municipio de Santa Catarina S.L.P. Centro Estatal de Estudios Municipales. 1994
9. Herrera M. Misiones de la Huasteca Potosina. México. CONACULTA 1ª Ed. 1999: 96-97.
10. Las Casas G. "Noticia de los Chichimecas y justicia de la guerra que se les ha hecho por los españoles" en Trimborn, Hermann, Queller Zur Kulturges Chichte Des Prakolumbischen América, Stuttgart, 1936.
11. Nava F, Dueñas S. Pames de San Luis Potosí. México. Instituto Nacional Indigentista. 1994: 5.

12. Chemin-Basler H. Los Pames, baluartes de la resistencia indígena en Querétaro. XITA, Boletín de la Unidad Regional de Culturas Populares en Querétaro. Reed. 1977.
13. Chemin D. Rituales relacionados con la venida de la lluvia, la cosecha y las manifestaciones atmosféricas y telúricas malélicas en la región Pame de Santa María Acapulco, San Luis Potosí. México: Antropología, de la UNAM.. 1980: 67-97.
14. Chemin-Bassler H. Recetario Pame de San Luis Potosí y Querétaro. 1ª Ed. México. CONACULTA. 2000: 41-44.
15. Rojas T. De las muchas maneras de cultivar el maíz. Arqueología Mexicana. 1997; 5(25): 24-33.
16. Braniff B. La gran Chichimeca. México. Arqueología Mexicana. 1984; 1(6): 14-21.
17. Chemin-Bassler H. Los Pames septentrionales de San Luis Potosí. México. Instituto Nacional Indigentista. 1984: 97-105.
18. Chemin-Bassler H. Sobrevivencia precortesiana en la creencia de los Pames del norte, estado de San Luis Potosí. México. Biblioteca de Historia Potosina, Serie Cuadernos, 54, San Luis Potosí. 1977.
19. Estrada R. Comunicación personal. México 2000
20. Brown T. y Cols. Revisión de las enfermedades de transmisión sexual (11).J Am Acad Dermatol. Ed. Española 2000; 2 ( 2): 88-90.
21. Saúl A. Lecciones de Dermatología. 9ª Ed. México. Méndez-Cervantes. 1979: 112-114.
22. Beirana A. Dermatología pediátrica. PAC® Dermatología 2000; 5: 29-30 5, Soc Mex Derm. Intersistemas: 29-30
23. Arenas R. Dermatología Atlas, diagnóstico y tratamiento. México. Interamericana McGraw-Hill 1996:68
24. Nuñez-Andrade R. Dermatozoonosis. En Cortés JL. Dermatología Clínica 2ª. Ed. México 1972:255-84

25. Malvido E. Temarios médicos de la Nueva España. México. IMSS, Soc Med Hispano Mexicana, Instituto Cultural Domecq A.C. 1992: 52
26. Cañizares O. Clinical Tropical Dermatology. Oxford Blackwell. 1975: 247-49.
27. Durán C. Escabiasis. PAC @ dermatología 2000; 5 : 39-41
28. Koester D, Ryan J. Ecto y endoparasitosis en enfermedades de transmisión sexual. Clínicas de atención primaria, España, Interamericana McGraw-Hill. 1990; 1: 144-157
29. Ibarra G., Rodríguez O. Gonzáles-Ramos M. Sarna Noruega por *Sarcoptes scabiei* var *hominis*. Dermatología Rev Mex 1979; 23(1): 12-19
30. Ortiz Y. Escabiasis. Manejo y tratamiento de un problema de salud pública. Tesis UNAM. México. 1977.
31. Macotela-Ruiz E, Peña-González G. Tratamiento de la escabiasis con ivermectina por vía oral. Gac Med Mex 1993; 129(3): 201-205
32. Meinking TL, Taplin D, Hermida JL, et al. The treatment of scabies with ivermectin, New Eng J Med 1995; 333: 26-30.
33. Ochoa J. Infecciones dermatológicas PAC® Dermatología 2000; . 4: 25-35
34. Plascencia JM. Cutaneous Warts: diagnosis and treatment. Pri. Care 2000; 27(2): 423-24.
35. Ruiz R, Orozco M. Verrugas virales PAC® Dermatología 2000; 5: 42-45
36. Capoluongo E, Giglio A, Belardi M, et. Al. S. Aureus PFGE patterns of lesional or non lesional strains from patients with impetigo; association of individual bands with lesional or non lesional areas. New Microbiol 2000; 23(1): 29-36.
37. Tamayo L. Impétigo. PAC® Dermatología 2000; 5:42-45
38. Ellison M, Crabtree D. Terapia antibiótica para infecciones comunes Clínica de atención primaria. España Interamericana Mc Graw Hill 1990; 3:515-536
39. Vilata J, Navarro M. Micosis cutáneo mucosas en pacientes infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana. Piel 2000; 1(6): 37-46
40. Kauh YC, Zachian TF. Melasma. Adv. Exp Med Biol 1999; 455:491-9

41. Estrada C. Dermatitis hipocromiantes en los escolares. Mem. IV Congr.Mex.Derm. 1967: 28-32
42. Galan EB, Janniger CK. Pityriasis alba. *Cutis* 1998; 61(1): 11-13.
43. Plewing G, Kligman AM. Acné. Morphogenesis and treatment. New York. Springer-Verlag. 1975.
44. Krowchuk DP. Managing acne in adolescents. *Pediatr Clin North Am* 2000; 47(4): 841-57.
45. Piquero J, Anidjar E. Acné manejo racional. España. CILAD. 2da. Ed. 1995: 269-272
46. Alonzo L, Rodríguez-Peñalosa E. Dermatitis por contacto ocupacional. *Rev Centro Dermatológico Pascua* 1999; 8(2): 89-95.
47. Brauner G. Dermatitis seborreica. Fitzpatrick T. Eize A. *Dermatología en medicina general*, Tomo 1, 2ª Ed. Panamericana, Buenos Aires Argentina; 1980: 850-54.
48. Ruiz-Maldonado R, Parish L.Ch., Beare JM. *Tratado de Dermatología Pediátrica*. México. Interamericana. Mc Graw Hill. 1992: 776-77.
49. Ayala G. Aspectos dermatológicos en el recién nacido. En Cortez JL. *Dermatología clínica*, Tomo II, 2da. Ed. México. Clínicas de alergia. 1972: 984-85

Hoja de recolección de datos (anexo 1)

PACIENTE \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

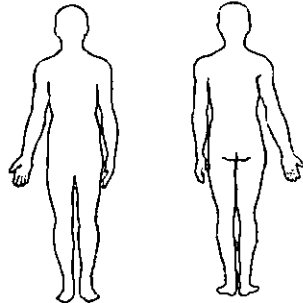
Estado civil \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_

Presencia de alguna dermatosis Si \_\_\_ No \_\_\_

Diagnóstico \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Topografía

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



Morfología \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Interrogatorio \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Tratamiento y manejo \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_