

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA**  
**FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS**



**CONSIDERACIONES SOBRE ALGUNAS  
PIODERMITIS**

Estudio efectuado en la unidad Dermatológica del Hospital  
Roosevelt y en varias Escuelas de esta ciudad

**ALEX GONZALEZ DUBON**

**GUATEMALA, MAYO DE 1974**

## PLAN DE TESIS

- I. INTRODUCCION
- II. CONSIDERACIONES GENERALES
- III. MATERIAL Y METODOS
- IV. RESULTADOS Y DISCUSION
- V. CONCLUSIONES
- VI. RECOMENDACIONES
- VII. BIBLIOGRAFIA

## INTRODUCCION

En el presente trabajo es mi propósito hacer un estudio sobre las Piodermítis vistas en la consulta dermatológica del Hospital Roosevelt durante el año de 1973.

De una vez se anticipa que no es una exposición completa de todas las Piodermítis, sino que, únicamente se describen las que fueron encontradas en nuestra revisión. Para el desarrollo de este trabajo se revisaron las historias clínicas de los 197 casos de Piodermítis que se encontraron en el último año de atención hospitalaria. Además, realicé exámen clínico a 1,000 escolares en diferentes escuelas de esta ciudad, investigando en los casos positivos, causas de higiene y de salubridad de la enfermedad. Desafortunadamente, en las historias clínicas no se encontraron algunos datos que hubieran complementado en mejor forma nuestro trabajo.

Este trabajo se debe a que las Piodermítis en sus diferentes manifestaciones son enfermedades interesantes y que se presentan en diverso número de cuadros clínicos, además, en nuestro medio no se ha realizado ningún trabajo sobre este tema, por lo que he querido contribuir en esta forma al estudio de la patología nacional.

## CONSIDERACIONES GENERALES

Las infecciones de la piel por microorganismos formadores de pus, pueden resultar en un diverso número de cuadros clínicos.

Las infecciones pueden ser agudas (que pueden quedar se localizadas ó extenderse rápidamente), sub-agudas ó crónicas. La variación en las formas observadas es propio de: a) Las especies. b) Virulencia de los agentes infecciosos. c) El número de organismos en la inoculación. d) La oportunidad de pasar las barreras naturales y; e) La condición de resistencia del paciente.

Las Piodermítis las podemos dividir en PRIMITIVAS o PRIMARIAS (Típicas Piodermítis), que son las originadas por la acción directa del germen causal; y en SECUNDARIAS, que son infecciones sobreagregadas a otras enfermedades de la piel y su evolución está adaptada a la dermatosis original.

En este trabajo únicamente se describen las Piodermítis primarias encontradas al hacer nuestra revisión: Impétigo, Paroniquia, Furunculosis y Foliculitis.

### IMPETIGO

El Impétigo (Latín Impeto: Atacar), es una infección cutánea superficial, común de la niñez, evidenciada como una regla por su rápido progreso a costras.

CUADRO CLINICO: Las lesiones al principio son vesículas o bulas, las cuales rápidamente se vuelven pústulas. Estas se rompen fácilmente, con la subsecuente formación de costras. Es notable que las lesiones son superficiales y generalmente con una adherente costra color de miel de abejas, rodeada por eritema. Si la costra es removida, hay

exudación considerable. La enfermedad es autoinoculable y rápidamente se extiende, a la vez a la periferia y a remotas partes del cuerpo. Algunas veces hay un foco obvio de infección piogénica. En adultos, particularmente en varones, cuando la barba está afectada, las lesiones no pueden volverse grandes como lo hacen en los niños, pero, la respuesta a la terapéutica es generalmente menos satisfactoria.

El Impétigo es una de las Piodermítis más superficiales, localizándose a nivel subcorneal. Afecta más comúnmente la cara y las manos y menos comúnmente los brazos y las piernas. Es raro verlo en el tronco. Los ganglios regionales pueden estar agrandados.

#### FORMAS CLINICAS:

De acuerdo a la evolución y a la lesión que predomine están:

- a) Impétigo contagioso: Presenta las características ya descritas y es común entre recién nacidos e infantes.
- b) Impétigo buloso: En el 100% de los casos es debido a Estafilococo. Se diferencia porque la vesícula no se rompe, sino que aumenta de tamaño y se transforma en bula con líquido turbio. En infantes recién nacidos, debido a que el Stratum lúcido está pobremente formado, están sujetos a un severo Impétigo buloso (Penfigo neonatorum), en el cual, la mortalidad es alta.
- c) Impétigo seco: Generalmente por Estreptococo, sus lesiones consisten en una o varias placas, de variado tamaño, por lo común redondeadas, cubiertas por escamas secas, su color puede ser blanquecino. No pro-

duce molestias, ataca generalmente a los niños y se localiza de preferencia en la cara y también en el cuello y miembros.

#### ETIOLOGIA:

El desorden puede ser producido por *Estreptococo hemolítico*, *Estafilococo aureus* ó ambos.

Es una complicación frecuente de Escabiasis y de Pediculosis, particularmente de Pediculosis de la cabeza.

No se confiere inmunidad por un ataque. Una epidemia entre niños se desarrolla rápidamente, a no ser que sea reconocida y tratada. En el pasado, la aparición de Impétigo en los recién nacidos era suficiente para cerrar una sala de maternidad.

#### COMPLICACIONES:

En los casos no tratados, pueden ocurrir complicaciones como celulitis, linfangitis y adenitis. Se han observado en algunos casos complicaciones como nefritis, pero, en ningún caso se ha reportado Fiebre Reumática.

#### DIAGNOSTICO DIFERENCIAL:

La enfermedad debe ser distinguida de otras formas de infección piogénica. En el Impétigo el encostramiento se desarrolla rápidamente y el proceso es extremadamente superficial. Además afecta principalmente a los niños.

#### TRATAMIENTO:

Hay que aislar al individuo y no dejar que otros niños sean expuestos a la infección. Se debe limpiar y remover las costras, ya con agua y jabón o con aceite mineral. Pueden aplicarse pomadas con antibióticos de acción local, como Neomicina, Gramicidina, etc. Para los

casos más rebeldes están indicados antibióticos sistémicos, tales como: Penicilina, Eritromicina, Cloxacilina y otros que sean específicos para el agente causal.

## PARONIQUIA

La Paroniquia aguda (Gr. Onix: Uña), es una hinchazón dolorosa, roja, de rápido desarrollo, alrededor de una uña.

No todas las Paroniquias son únicamente bacterianas, hay Paroniquias candidásicas, pero, generalmente es una forma mixta la que se encuentra. La variedad crónica es un tipo de Piodermítis secundaria.

### CUADRO CLINICO:

Se inicia por una lesión inflamatoria periungular, que suele supurar, sigue a la rotura en la continuidad de los tejidos. El proceso puede estar localizado a un pliegue lateral de la uña ó al pliegue proximal, pero, debe extenderse en todo alrededor de la uña. Si se descuida, la infección ulteriormente se extiende debajo de la uña y puede desarrollarse linfangitis o celulitis.

### DIAGNOSTICO DIFERENCIAL:

La Paroniquia propia de Cán dida Albicans se desarrolla más lentamente y no es dolorosa y no hay pus libre. El diagnóstico se confirma por exámen micológico directo y los cultivos.

### ETIOLOGIA:

Una manicure descuidada ó una injuria penetrante o abrasiva, abren la senda para especies de Estafilococo

ó Estreptocócos.

TRATAMIENTO:

El calor en compresas es útil. Una combinación de incisión quirúrgica y administración de antibióticos sistémicos es el mejor procedimiento. La aplicación local de antibióticos en unguento, ordinariamente tiene un limitado valor, debido a la falta de penetración.

FURUNCULOSIS

Un Furúnculo es una infección estafilocócica aguda, folicular, localizada, seguida de necrosis central. Un Carbúnculo es un grupo de Furúnculos organizados entre una lesión.

CUADRO CLINICO:

Puede ser una lesión solitaria ó lesiones sucesivas en producción. El color de la piel que circunda al folículo infectado es roja brillante. A la palpación el área está dura y hay considerable sensibilidad. Sigue la formación de un centro, el cual, después de unos pocos días supura espontáneamente ó puede ser drenado con manipulación suave, la piel empieza a tomar color rojo oscuro y el tejido circundante se ablanda. Un Furúnculo puede ocurrir en un lugar velludo, pero, es visto más comúnmente sobre la espalda o la nuca, encima de los glúteos, sobre las muñecas y tobillos. Cuando los Furúnculos se desarrollan en el tercio medio de la cara, deben ser considerados una amenaza a la vida, porque la infección puede extenderse al cerebro, a tra-



vés de la circulación venosa.

La infección envolviendo un número de folículos adyacentes es conocida como un Carbúnculo. Después de la curación de furúnculos y carbúnculos, queda una cicatriz en el sitio de la infección.

#### DIAGNOSTICO DIFERENCIAL:

En la mayoría de los casos el diagnóstico es evidente. Debe distinguirse de la Foliculitis profunda, de la Miasis cutánea (Colmoyote) y otras. Si la axila está afectada, la infección puede localizarse en las glándulas sudoríparas (Hidradenitis supurativa); esta infección localizada es mucho más difícil de tratar y curar.

#### ETIOLOGIA:

El agente causal es el Estafilocóco aureus y a él se asocian organismos de la microbiota indígena. Furúnculos solitarios deben ser considerados una ocurrencia accidental, resultado de la depilación de un cabello en la ventana de la nariz, uso de plástico adhesivo ó comprimir un comedón. Cuando una serie de Furúnculos ó un Carbúnculo se desarrollan, esto indica un posible empeoramiento en la salud general ó algún desorden subyacente, así como Diabetes, Desnutrición, ó por descuido personal y falta de higiene.

#### TRATAMIENTO:

La intervención quirúrgica es generalmente contraindicada. Es raramente necesario incindir un Furúnculo ó un Carbúnculo; tal intervención es generalmente seguida por una diseminación de la infección y el desarrollo de lesiones adicionales. Es mejor por lo tanto aplicar compresas

calientes, consistentes de ácido bórico y solución salina. Si el Furúnculo está en una extremidad y no hay mucho dolor, este tratamiento puede ser suficiente hasta que el centro pueda ser extraído ó un ablandamiento haya tomado su lugar. Algunas formas de antibióticos están indicados, tales como: Penicilina procaina, Eritromicina, Tetraciclina y otros.

El paciente debe ser examinado cuidadosamente por un posible foco de infección ó un desorden sistémico. Individuos que son particularmente susceptibles al desarrollo de Furúnculos, deben ser instruídos para usar uno de los substitutos del jabón y un talco boratado puede ser prescrito para aplicación después del baño.

Para la recurrencia de Furúnculos, han sido recomendadas otras medidas terapéuticas, tales como cursos de toxoide estafilocócico e irradiación ultravioleta, pero el resultado es incierto.

#### FOLICULITIS

La Foliculftis (L. Folliculus: Pequeño saco), es una infección superficial de los folículos pilosos y generalmente múltiple.

CUADRO CLINICO: La lesión inicial es una pequeña elevación coniforme, roja y dolorosa, luego, se transforma en pústula con base inflamatoria, en el vértice se encuentra un cabello de aspecto normal. La superficie extensora de los brazos y las piernas son frecuentemente sitios para la infección. Las lesiones son pústulas y son generalmente discretas, rodeadas por eritema y completamente superficiales. Si la lesión es solitaria, gradualmente seca y forma una costra. Con el rascado ó traumatismos, la infección puede extender

se. Esta condición es frecuentemente secundaria a alguna dermatosis prurítica y como tal puede ser temida una complicación o desorden piogénico secundario. Es vista algunas veces en la espalda o la nuca y otras áreas de las irritadas por la ropa. No es raro verla encima de los glúteos durante los meses calurosos.

**DIAGNOSTICO DIFERENCIAL:** Debe distinguirse de las micosis superficiales, en las cuales los cabellos casi siempre están dañados por los hongos. Hay que distinguirla también del Acné varioliforme.

La semejanza a una dermatitis por aceite es algunas veces sorprendente. La historia de exposición continua al aceite y los hallazgos negativos en cultivos son los muchos puntos en diferenciación.

**ETIOLOGIA:** El agente causal es el *Estafilococo aureus* y más tarde se le pueden asociar otros microorganismos de la piel.

**TRATAMIENTO:** La limpieza con agua y jabón es útil, luego, aplicar una pomada con antibiótico local. En formas diseminadas hay que aplicar compresas calientes con solución boricada ó de Permanganato de potasio; ungüentos con antibióticos locales, asociados o no a corticosteroides. En casos avanzados está indicado el uso oral o parenteral de antibióticos.

## MATERIAL Y METODOS

Para la realización del presente trabajo se revisaron las historias clínicas de pacientes con diagnóstico de Piodermítis vistos en la consulta dermatológica del Hospital Roosevelt, en el período comprendido entre el 1o. de Enero al 31 de diciembre de 1973.

Las Piodermítis encontradas se clasificaron en orden de frecuencia, dividiéndolas en Piodermítis primarias y secundarias. Entre las Piodermítis primarias se encontraron: Impétigo, Paroniquia, Furunculosis y Foliculitis. En cada una de ellas se analizaron los siguientes aspectos: Edad, sexo, frecuencia durante el año, síntoma principal, hallazgos clínicos, localización, tratamiento y evolución. Luego, las Piodermítis secundarias, en las que se analizó la enfermedad primaria, clasificándola por su frecuencia, estudiando el tratamiento y la evolución.

Se realizó además, examen clínico a 1,000 escolares en diferentes escuelas de esta ciudad, investigándose en cada uno de los casos positivos, causas de salubridad y de higiene de la enfermedad, tales como: Tenencia de agua potable, frecuencia de baño y de cambio de vestimenta.

Hay que hacer notar que una de las Piodermítis primarias que se encuentran en nuestro medio frecuentemente es el Ectima, desafortunadamente, en nuestra revisión no encontramos ninguna historia clínica con ese diagnóstico. Creemos que esto pudo deberse probablemente a que los casos se anotaron como Piodermítis en general, sin hacer el diagnóstico específico de Ectima.

## RESULTADOS Y DISCUSION

En este último año de atención hospitalaria, se atendieron en la consulta dermatológica del Hospital Roosevelt 2,112 pacientes de primera consulta, de los cuales, se encontraron 197 casos con el diagnóstico de Piodermítis, lo que hace una incidencia del 9 % en las enfermedades dermatológicas vistas en el Hospital.

Se analizan las Piodermítis encontradas según plan ex puesto y se presentan con el método de cuadros, haciendo un comentario de los mismos.

### PIODERMITIS PRIMARIAS

En las 197 historias clínicas revisadas, se encontraron 165 casos (83.7%) de Piodermítis primarias. Estas Piodermítis fueron: Impétigo: 134 casos (81.2%); Paroniquia: 12 casos (7.2%); Furunculosis: 10 casos (6%); Foliculitis: 9 casos: (5.6%).

Las Piodermfítis primarias se analizaron así:

### IMPETIGO

Entre las Piodermfítis primarias se encontraron 134 casos (81.2%), con el diagnóstico de Impétigo.

El estudio se realizó así:

### EDAD

Cuadro No. 1

### DISTRIBUCION ETARIA

Años	No. Casos	Porcentaje
De 0 a 4.....	57.....	42.5 %
5 a 9.....	40.....	29.8 %
10 a 15.....	21.....	15.7 %
16 a 20.....	9.....	6.8 %
21 a 25.....	2.....	1.4 %
26 a 30.....	3.....	2.4 %
31 a 35.....	1.....	0.7 %
36 a 40.....	1.....	0.7 %

Del cuadro anterior se deduce que, la mayor incidencia de la enfermedad se halla comprendida entre los primeros años, es decir, de 0 a 4 años, que es el 42.5%. Luego, los comprendidos entre 5 y 9 años, con 29 %. Siguen los de 10 a 15 años con el 17 %. A partir de esa edad, la incidencia desciende.

## SEXO

## Cuadro No. 2

## DISTRIBUCION POR SEXO

Sexo	No. Casos	Porcentaje
Masculino.....	64.....	47.7 %
Femenino.....	70.....	52.3 %

El sexo femenino predominó sobre el masculino, pero, no se encontró mayor diferencia entre uno y otro sexo.

## Cuadro No. 3

## FRECUENCIA DURANTE EL AÑO

Meses	No. Casos	Porcentaje
Enero .....	2.....	1.4 %
Febrero.....	5.....	3.8 %
Marzo.....	22.....	16.4 %
Abril.....	10.....	7.4 %
Mayo.....	7.....	5.2 %
Junio.....	11.....	8.3 %
Julio.....	8.....	6.0 %
Agosto.....	14.....	10.4 %
Septiembre.....	13.....	9.7 %
Octubre.....	22.....	16.4 %
Noviembre.....	11.....	8.3 %
Diciembre.....	9.....	6.7 %

En todos los meses se presentaron casos, pero, fué en los meses de Marzo y Octubre en los que se alcanzó mayor número, ya que, hubo 22 casos (16.4 %) en cada uno. En los meses de Enero y Febrero fué en los que menor número de casos se presentaron, 2 casos (1.4 %) y 5 casos (3.8%) respectivamente. No se puede establecer fácilmente este hecho, pero, se puede pensar que los cambios climáticos sean factor predisponente.

## FORMAS CLINICAS

Cuadro No. 4

### FORMAS CLINICAS

Formas clínicas	No. Casos	Porcentaje
Impétigo contagioso.....	131.....	97.7 %
Impétigo buloso.....	3.....	2.3 %

Se observa en el cuadro anterior que, de Impétigo contagioso se encontraron 131 casos (97.7 %), mientras que de Impétigo buloso únicamente se encontraron 3 casos (2.3 %). Por ser esta última forma clínica un número insignificante, que no puede servir de base para un estudio, no se le prestó importancia.



SINTOMAS

Cuadro No. 5

SINTOMATOLOGIA

Síntomas	No. Casos	Porcentaje
Fiebre.....	20.....	14.9 %
Prurito.....	40.....	29.8 %
No descrito.....	74.....	55.3 %

Los síntomas no se pueden establecer con exactitud, ya que, no se encontraron en 74 historias clínicas (55.3 %). Pero, si se observa que el prurito fué mayor, puesto que, se encontró en 40 casos (29.8%). La fiebre se encontró en 20 casos (14.9 %); no se describe la intensidad de la misma, ya que, es dato solo referido, sin control termométrico.

HALLAZGOS CLINICOS

Cuadro No. 6

HALLAZGOS CLINICOS

Hallazgos clínicos	No. Casos	Porcentaje
Mácula.....	15.....	11.1 %
Vesícula.....	10.....	7.4 %
Pústula.....	40.....	29.8 %
Costra melicérica.....	30.....	22.5 %
No descritos.....	39.....	29.2 %

En 39 historias clínicas (29.2 %) no se encontraron descritos los hallazgos clínicos. Pero, se puede observar en el cuadro anterior que las pústulas fué el hallazgo clínico más frecuente, ya que, se encontraron en 40 casos (29.8 %) Luego, siguió la costra melicéfrica en 30 casos (22.5%); de ahí la mácula en 15 casos (11.1%) y por último la vesícula en 10 casos (7.4 %).

## LOCALIZACION

Cuadro No. 7

### LOCALIZACION

Localización	No. Casos	Porcentaje
Cara.....	20.....	14.9 %
Cara y manos.....	29.....	21.6 %
Cara, cuello y miembros superiores.....	10.....	7.4 %
Cuello.....	4.....	2.9 %
Cuello y torax.....	2.....	1.5 %
Piernas y pies.....	10.....	7.4 %
Miembros superiores e inferiores.....	20.....	14.9 %
No descritos.....	39.....	29.2 %

En el cuadro anterior se demuestra que las regiones más invadidas son: Cara, miembros superiores, miembros inferiores, cuello y más raramente torax.

## TRATAMIENTO

El tratamiento se realizó en la siguiente forma:

- 1o. Antibióticos sistémicos:
  - a) Aritromicina, a las dosis usuales y por vía oral, en 129 casos (96.2%).
  - b) Penicilina procaína, a las dosis usuales, por vía parenteral, en 5 casos (3.8 %).
- 2o. Antibiótico local del tipo de Neomicina ó Gramicidina, en forma de unguento; se utilizó adicionalmente en 10 casos (7.4 %) de pacientes con tratamiento de Eritromicina.
- 3o. Remoción de costras: Para esto se utilizó Permanganato de Potasio en agua, a la dilución de 1:10,000, aplicado en compresas o lienzos 3 veces al día, en los 134 pacientes (100 %).
- 4o. Higiene: Se recomendó limpieza con agua y jabón, a los 134 pacientes (100 %).

## EVOLUCION

Los pacientes fueron examinados nuevamente de 10 a 15 días después de iniciado el tratamiento. El resultado del uso del antibiótico sistémico se presenta en el siguiente cuadro:

Cuadro No. 8

ANTIBIOTICOS USADOS

Antibióticos	No. Casos	Curación
Eritromicina.....	129.....	129
Penicilina.....	5.....	3

De los 129 casos (96.2 %) tratados con Eritromicina, en todos se observó curación completa. De los 5 casos (3.8 %) tratados con Penicilina procaína, 3 casos alcanzaron curación completa y en 2 casos no se logró curación; en estos 2 últimos casos se dió nuevo tratamiento, esta vez con eritromicina y vistos 12 días después, se había logrado curación completa.

Es muy poco el número de casos tratados con Penicilina procaína para poder llegar a alguna conclusión respecto de su uso. Pero, se observa que la Eritromicina fué efectiva en todos los casos tratados.

Los 10 pacientes en quienes se utilizó complementaria mente antibiótico local en unguento, habían alcanzado curación al ser vistos de nuevo, pero, sin mayor significación con respecto de los otros.

## PARONIQUIA

Entre las Piodermítis primarias encontradas, 12 casos (7.2 %) tenían diagnóstico de Paroniquia.

El estudio se realizó de una manera similar al del Impétigo;

EDAD

Cuadro No.1

### DISTRIBUCION ETARIA

Años	No. Casos	Porcentaje
De 0 a 4.....	0.....	0.0 %
5 a 9.....	1.....	8.3 %
10 a 15.....	0.....	0.0 %
16 a 20.....	0.....	0.0 %
21 a 25.....	3.....	25.0 %
26 a 30.....	1.....	8.3 %
31 a 35.....	3.....	25.0 %
36 a 40.....	1.....	8.3 %
41 a 45.....	0.....	0.0 %
46 a 50.....	1.....	8.3 %
51 a 55.....	0.....	0.0 %
56 a 60.....	2.....	16.8 %

Se observa que la mayoría de los pacientes están comprendidos entre los adultos, ya que, el mayor número de casos se encontró en las edades de 21 a 25 años y de 31 a 35 años, con 3 pacientes (25%) en cada uno de dichos grupos. El

paciente de menor edad que presentó Paroniquia fué de 8 años y el de mayor edad fué de 57 años.

SEXO

Cuadro No. 2

DISTRIBUCION POR SEXO

Sexo	No. Casos	Porcentaje
Masculino.....	0.....	0 %
Femenino.....	12.....	100 %

En el cuadro anterior se observa la predominancia del sexo femenino, ya que, del sexo masculino no se encontró ningún caso, mientras que, del sexo femenino se encontraron 12 casos (100 %).

FRECUENCIA DURANTE EL AÑO

Cuadro No. 3

FRECUENCIA

Meses	No. Casos	Porcentaje
Enero.....	2.....	16.8 %
Febrero.....	1.....	8.3 %
Marzo.....	3.....	25.0 %
Abril.....	1.....	8.3 %
Mayo.....	0.....	0.0 %
Junio.....	1.....	8.3 %
Julio.....	1.....	8.3 %
Agosto.....	0.....	0.0 %
Septiembre.....	1.....	8.3 %
Octubre.....	0.....	0.0 %
Noviembre.....	1.....	8.3 %
Diciembre.....	1.....	8.3 %

Los meses de marzo y enero fueron los meses en que mayor número de casos se encontraron, en marzo 3 casos (25%) y en enero 2 casos (16.8%). En los meses de mayo, agosto y octubre no se reportó ningún caso.

#### SINTOMA PRINCIPAL

El síntoma principal fué el de dolor, el cual fué referido en los 12 casos (100 %)

#### HALLAZGOS CLINICOS

Los hallazgos clínicos fueron eritema y edema, que se presentaron en los 12 casos (100 %).

#### LOCALIZACION

En los 12 casos (100 %), el proceso estuvo localizado en los dedos de las manos, en los tejidos de alrededor de alguna uña.

#### EXAMENES DE LABORATORIO

En 2 casos, para hacer diagnóstico diferencial con una micosis, se realizó cultivo para hongos y en los 2 casos el resultado fué: "Cultivo": Negativo para hongos". En los mismos casos se realizó también exámen directo, cuyo resultado fué: "Negativo para dermatofitos".

#### TRATAMIENTO

1o. Antibiótico sistémico: Eritromicina por vía oral, a las

dosis usuales.

- 2o. Una preparación a base de: Timol 2 Gr. y Cloroformo 60 Gr.

### EVOLUCION

Todos los pacientes, vistos de 10 a 15 días después de iniciado el tratamiento, alcanzaron curación completa.

### FURUNCULOSIS

En la revisión de las historias clínicas, se encontraron 10 casos (6 %) con diagnóstico de Furunculosis.

El estudio se realizó de manera similar a los anteriores:

### EDAD

Cuadro No. 1

### DISTRIBUCION ETARIA

Años	No. Casos	Porcentaje
De 0 a 4.....	1.....	10 %
5 a 9.....	2.....	20 %
10 a 15.....	1.....	10 %
16 a 20.....	1.....	10 %
21 a 25.....	1.....	10 %
26 a 30.....	1.....	10 %
31 a 35.....	1.....	10 %
36 a 40.....	0.....	0 %
41 a 45.....	0.....	0 %
46 a 50.....	1.....	10 %
51 a 55.....	1.....	10 %



En el grupo de 5 a 9 años se encontraron 2 casos (20%) en los grupos de 36 a 40 años y de 41 a 45 años no se encontró ningún caso. En todas las demás edades se encontró un caso.

Del cuadro anterior se puede inferir que la enfermedad no tiene predilección por ninguna edad.

## SEXO

Cuadro No. 2

### DISTRIBUCION POR SEXO

Sexo	No. Casos	Porcentaje
Masculino.....	5.....	50%
Femenino.....	5.....	50%

En el cuadro anterior se observa que en la enfermedad no hay distinción de sexo, ya que, hay el mismo número de pacientes de sexo femenino que de sexo masculino.

## FRECUENCIA DURANTE EL AÑO

Cuadro No. 3

### FRECUENCIA

Meses	No. Casos	Porcentaje
Enero.....	2.....	20%
Febrero.....	0.....	0%
Marzo.....	1.....	10%

Abril .....	0 .....	0 %
Mayo.....	0.....	0 %
Junio.....	1.....	10 %
Julio.....	1.....	10 %
Agosto.....	2.....	20 %
Septiembre.....	0.....	0 %
Octubre.....	1.....	10 %
Noviembre.....	1.....	10 %
Diciembre.....	1.....	10 %

Se observa en el cuadro anterior que en los meses de Enero y Agosto se encontró el mayor número de casos 2 pacientes (20 %) en cada uno. En los meses de Febrero, Abril, Mayo y Septiembre no se encontró ningún caso. En todos los meses restantes se encontraron pacientes.

#### SINTOMA PRINCIPAL

El Síntoma principal fué un nódulo doloroso, referido por los 10 pacientes (100 %).

#### HALLAZGOS CLINICOS

En todos los casos se encontró: Induración eritematosa, recubierta por piel adelgazada con un centro amarillento.

## LOCALIZACION

Cuadro No. 4

### LOCALIZACION

Localización	No. Casos	Porcentaje
Cuero cabelludo.....	1.....	10%
Nuca.....	4.....	40%
Axila.....	1.....	10%
Espalda.....	2.....	20%
Glúteos.....	1.....	10%
Miembros inferiores.....	1.....	10%

En el cuadro anterior se observa que la localización más frecuente es en la nuca, con 4 casos (40%). Luego, la espalda con 2 casos (20%). En las demás regiones: Cuero cabelludo, axila, gluteos y miembros inferiores, se encontró 1 caso (10%) en cada una.

## TRATAMIENTO

### 1o. Antibióticos sistémicos:

- a) Eritromicina por vía oral, a las dosis usuales, en 8 casos (80%).
- b) Penicilina procaína, por vía parenteral, a las dosis usuales en 2 casos (20%).

2o. Permanganato de potasio disuelto en agua, a la dilución de 1:10,000, en compresas o lienzos 3 veces al día, en 2 casos (20%).

3o. Higiene: Se recomendó limpieza con agua y jabón en los 10 casos (100 %).

#### EVOLUCION

En los 10 casos (100 %), se observó curación completa al ser examinados de nuevo, de 10 a 15 días después de iniciado el tratamiento.

#### FOLICULITIS

En la revisión de las historias clínicas se encontraron 9 casos (5.6 %) de Foliculftis.

Las normas para su estudio son similares a las anteriores:

#### EDAD

#### Cuadro No. 1

#### DISTRIBUCION ETARIA

Años	No. Casos	Porcentaje
------	-----------	------------

26

De 0 a 4 .....	0 .....	0.0 %
5 a 9 .....	1 .....	11.1 %
10 a 15 .....	0 .....	0.0 %
16 a 20 .....	2 .....	22.3 %
21 a 25 .....	1 .....	11.1 %
26 a 30 .....	1 .....	11.1 %
31 a 35 .....	1 .....	11.1 %
36 a 40 .....	1 .....	11.1 %
41 a 45 .....	1 .....	11.1 %
46 a 50 .....	1 .....	11.1 %

Se observa en el cuadro anterior que en los grupos comprendidos entre las edades de 0 a 4 y de 10 a 15 años, no se encontró ningún caso. En el grupo de 16 a 20 años, se encontraron 2 casos (22.3%). En los grupos restantes se encontró 1 caso (11.1%) en cada uno. El paciente de menor edad fué de 7 años y el de mayor edad fué de 49 años. No se encuentra predilección de la enfermedad por ninguna edad.

## SEXO

Cuadro No. 2

### DISTRIBUCION POR SEXO

Sexo	No. Casos	Porcentaje
Masculino .....	4 .....	44.4 %
Femenino .....	5 .....	55.6 %

Se ve en este cuadro que se encontraron 5 casos (55.6%)

del sexo femenino, mientras que del sexo masculino se encontraron 4 casos (44.4%). Pero, no se observa que haya distinción de sexo en la enfermedad.

## FRECUENCIA DURANTE EL AÑO

Cuadro No. 3

### FRECUENCIA

Meses	No. Casos	Porcentaje
Enero.....	1.....	11.1 %
Febrero.....	1.....	11.1 %
Marzo.....	0.....	0.0 %
Abril.....	0.....	0.0 %
Mayo.....	1.....	11.1 %
Junio.....	1.....	11.1 %
Julio.....	0.....	0.0 %
Agosto.....	3.....	33.4 %
Septiembre.....	0.....	0.0 %
Octubre.....	0.....	0.0 %
Noviembre.....	1.....	11.1 %
Diciembre.....	1.....	11.1 %

Según el cuadro anterior, la mayor frecuencia se encontró en el mes de Agosto, con 3 casos (33.4%). En los meses de marzo, abril, septiembre y octubre no se encontró ningún caso. En los restantes meses se encontró 1 caso (11.1%) en cada uno.

## SINTOMA PRINCIPAL

En nuestra revisión no se encontró descrito este dato.

## HALLAZGOS CLINICOS

En todos los casos se encontró una pequeña pústula en la base de un cabello, el cual tenía aspecto normal.

## LOCALIZACION

Cuadro No. 4

### LOCALIZACION

Localización	No. Casos	Porcentaje
Cuero cabelludo.....	1 .....	11.1 %
Cara.....	1 .....	11.1 %
Nuca.....	2.....	22.3 %
Brazos y piernas.....	5.....	55.5 %

El mayor número de casos (55.5 %), se encontró localizado en brazos y piernas. El segundo lugar lo ocupó la nuca, con (22.3 %). El resto se encontró en cara y cuero cabelludo.

## TRATAMIENTO

- 1o. *Antibiótico sistémico: Eritromicina por vía oral, a las dosis usuales, en 3 casos (33.3 %).*

20. Antibiótico local en forma de unguento, del tipo de Neomicina, en todos los casos (100 %).
30. Uso de exfoliantes, en todos los casos (100 %).

### EVOLUCION

En todos los casos se observó curación completa.

### PIODERMITIS SECUNDARIA

Al revisar las historias clínicas se encontraron 32 casos (16.3 %) de Piodermítis secundarias.

Todo el proceso de esta enfermedad depende de la dermatosis original, ya que, la Piodermítis es sobreagregada a la enfermedad primaria. Por lo que, el estudio se realizó así:

### ENFERMEDAD PRIMARIA

Cuadro No. 1

### ENFERMEDAD PRIMARIA

Enfermedad primaria	No. Casos	Porcentaje
Sarcoptiosis .....	16 .....	50.0 %
Eczema .....	6 .....	18.7 %
Prurito .....	5 .....	15.6 %
Dermatitis actínica .....	2 .....	6.3 %
Dermatitis de contacto .....	2 .....	6.3 %
Tiña pedis .....	1 .....	3.1 %



Es notorio en nuestro cuadro que la Sarcoptiosis ocupó el 50 % de las enfermedades primarias. Siguió el Eczema con el 18.7 % y luego el Prurigo con el 15.6 %.

## TRATAMIENTO

### 1o. Antibióticos sistémicos:

- a) Eritromicina a las dosis usuales, por vía oral, en 21 casos (65.7 %).
- b) Penicilina procaína por vía parenteral, a las dosis usuales, en 6 casos (18.7 %).
- c) Tetraciclina por vía oral, a las dosis usuales, en 5 casos (15.6 %).

2o. Sobreagregado al antibiótico sistémico se utilizó antibiótico local del tipo de Neomicina o Gramicidina en forma de ungüento, en 16 casos (50 %).

3o. Higiene: Se recomendó limpieza con agua y jabón en 15 casos (46.8 %).

4o. Tratamiento específico para la enfermedad primaria en todos los casos.

## EVOLUCION

En todos los casos se alcanzó curación completa de la Piodermitis secundaria.

## CAUSAS DE SALUBRIDAD E HIGIENE DE

### LA ENFERMEDAD

Se realizó una investigación en diferentes escuelas de esta ciudad, practicándose exámen clínico a 1,000 escolares, habiéndose encontrado 40 casos de Piodermítis, lo que hace una incidencia de la enfermedad en la población escolar.

De las Piodermítis encontradas, 30 casos (75 %) correspondieron a Piodermítis primarias y 10 casos (25%) fueron Piodermítis secundarias.

Las Piodermítis primarias fueron: Impétigo contagioso: 20 casos (66.7 %); Furunculosis: 5 casos (16.7 %); Foliculitis: 4 casos (13.3 %); Paroniquia: 1 caso (3.3 %).

Entre las Piodermítis secundarias, las dermatosis originales fueron: Sarcoptiosis: 8 casos (80 %); Micosis cutánea: 1 caso (10 %); Herpes simple: 1 caso (10 %).

En estos casos positivos se realizó una investigación de causas de salubridad y de higiene de la enfermedad. Todos los pacientes encontrados fueron de condición socioeconómica baja.

La investigación se realizó así:

AGUA POTABLE

Cuadro No. 1

AGUA POTABLE

Agua potable	No. Casos	Porcentaje
Si .....	15	37.5 %
No .....	25	62.5 %

El 62.5 % de los pacientes carecían de agua potable.

FRECUENCIA DE BAÑO

Cuadro No. 2

FRECUENCIA DE BAÑO

Baño	No. Casos	Porcentaje
Cada 7 días .....	32	80.0 %
3 días .....	5	12.5 %
2 días .....	3	7.5 %

Se observa que el 80% de los pacientes se bañaban cada 7 días. No se encontró ningún caso de baño diario.

# CAMBIO DE VESTIMENTA

Cuadro No. 3

## CAMBIO DE VESTIMENTA

Cambio de vestimenta	No. Casos	Porcentaje
Cada 7 días .....	32	80 %
4 días .....	4	10 %
3 días .....	4	10 %

## CONCLUSIONES

- 1o. Las Piodermítis son una entidad clínica importante, ya que, entre las enfermedades dermatológicas, vistas en el Hospital Roosevelt, ocuparon el 9 %.
- 2o. De las Piodermítis encontradas, el Impétigo fué la más frecuente.
- 3o. El Impétigo tuvo mayor incidencia entre los niños.
- 4o. La Paroniquia tuvo mayor incidencia entre los adultos.
- 5o. La Furunculosis y la Foliculitis no tienen predilección por ninguna edad.
- 6o. El Impétigo contagioso, la Furunculosis, la Fuliculitis y las Piodermítis secundarias, no tienen predilección por ningún sexo.
- 7o. La Paroniquia es más frecuente en el sexo femenino.
- 8o. La Sarcoptiosis fué la enfermedad primaria más común entre las Piodermítis secundarias.
- 9o. Todos los pacientes tratados con Eritromicina curaron completamente.
- 10o. En ningún caso se presentó complicación grave.
- 11o. La higiene es un factor importante en el desarrollo de esta enfermedad.

## RECOMENDACIONES

- 1o. Efectuar estudios en otras instituciones para ver la incidencia real de esta enfermedad en nuestro medio.
- 2o. Efectuar en los nuevos casos que se encuentren cultivos y frotes, para determinar específicamente que microorganismos producen la enfermedad en nuestro medio.
- 3o. Efectuar asimismo estudios sobre sensibilidad de antibióticos; para determinar que antibióticos se podrían usar como electivos en el tratamiento de estas enfermedades.
- 4o. Hacer consciencia en los médicos para llevar las historias clínicas más completas, para así obtener información más adecuada.
- 5o. En la misma forma hacer consciencia en los pacientes, de la necesidad de una mejor higiene, para prevenir estas enfermedades.

## BIBLIOGRAFIA


1. Allen, Arthur C. The Skin. St. Louis, The C. V. Mosby, 1954, pp. 333-336.
2. Clinton, Andrew. Disease of the skin. 4 ed. Philadelphia, W.B. Saunders, 1955. pp. 230-239.
3. Cordero, Fernando A. Manual de dermatología. Guatemala, Unión tipográfica, 1961. pp. 81-88.
4. Ingram, John T. and Reginald T. Brain. Disease of the skin. 6 ed. New York, The MacMillan, 1957. pp. 519-100.
5. Lewis, George Morris. Practical dermatology. 2 ed. Philadelphia, W.B. Saunders, 1959. pp. 91-100.
6. Mazzini, Miguel Angel. Dermatología práctica. Buenos Aires, López librerías, 1968. pp. 398-424.
7. Pillsbury, Donald M. Walter B. Shelley and Albert M. Kligman. Dermatology. Philadelphia, W.B. Saunders, 1956. pp. 459-476.
8. Sutton, Richard L. Disease of the skin. 11 ed. St. Louis, C. V. Mosby, 1956. pp. 263-282.

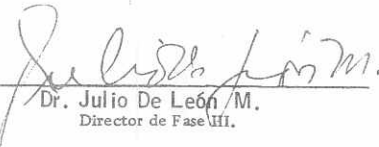
Vo. Bo.

Aura Estela Singer  
Bibliotecaria.

  
BR. Alex González Dubón

  
Dr. Rolando Vasquez B.  
Asesor.

  
Dr. Julio D. e León M.  
Revisor.

  
Dr. Julio De León / M.  
Director de Fase III.

  
Dr. Francisco Sáenz Bran  
Secretario.

Vo. Bo.

  
Dr. Carlos Armando Soto G.  
Decano.