

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

"DERMATITIS ACTINICA Y SU RELACION EN
LOS DIFERENTES MESES DEL AÑO"

TESIS

Presentada a la Facultad de Ciencias Médicas de
Universidad de San Carlos de
Guatemala

Por

ERRATIN LOPEZ JUAREZ

En el Acto de su investidura de

MEDICO Y CIRUJANO

PLAN DE TESIS

1. Introducción
2. Objetivos
3. Material
4. Método
5. Consideraciones Generales
6. Resultados
7. Conclusiones
8. Recomendaciones
9. Bibliografía

INTRODUCCION

"Dermatitis Actínica y su relación en los diferentes meses del año", está inspirado en el deseo de aportar a la población guatemalteca, conocimientos de dicha patología.

Para su realización se hizo una revisión de los años 1975-1976, encontrando docientos cuatro (204) casos, en la sección de Dermatología y Alergia del Hospital del Hospital Roosevelt.

En Guatemala, la tesis de graduación presentada en 1966 por el Dr. Guillermo Fortín Gu-larte, "Dermatitis Actínica", hace una revisión bibliográfica de la entidad y su relación con las Profirias, en 315 casos tratados en el Hospital General.

La Dermatitis Actínica, es una sensibilidad a los rayos ultravioleta, no se sabe con precisión cuando fue descrita esta entidad, el primer informe que se tiene es el de BAUMSTARK en 1874, quién la describe: "Como fotosensibilidad cutánea, asociada a enfermedades hepáticas y aumento de la excreción del pigmento urinario". Posteriormente es la literatura anglosajona y americana quienes describen la entidad, recibiendo diversos nombres, tales como:

- a) Eczema católico
- b) Dermatitis Abigneum
- c) Dermatitis de verano
- d) Urticaria solar
- e) Eczema solar
- f) Fotodermatitis
- g) Eritema o quemadura solar
- h) Fotosensibilidad polimorfa



Frieboes:

La asocia a alteraciones sistemáticas, como desnutrición o modificaciones del sistema capilar, y se pretende demostrar que la uroprofirina es la causa principal de la fotosensibilidad.

OBJETIVOS

1. Tener información propia de esta entidad.
2. Conocer el grupo etario más afectado.
3. Determinar el sexo en el que se presenta con mayor frecuencia.
4. Mencionar cuál es la ocupación de los pacientes, enfocándola desde el punto de vista de exposición permanente o prolongada, directa o indirectamente.
5. Clasificar la residencia y lugar de nacimiento de los pacientes.
6. Informar cuál es el mes o meses del año en que la población es más afectada y porqué.
7. Investigar el PORQUE es mayor el número de pacientes que consultan por primera vez en los meses de mayor número de casos.
8. Conocer tipos de patología asociados a dermatitis actínica.
9. Mencionar complicaciones más frecuentes.
10. Determinar las regiones del cuerpo afectadas.
11. Revisar bibliografía sobre dicho tema.

MATERIAL

1. Bibliografía (libros, revistas).
2. Formas Cuatro (4), registro diario de pacientes del Departamento de Dermatología y Alergia del Hospital Roosevelt.
3. Archivo del Hospital Roosevelt.
4. Registros Clínicos.
5. Protocolo de Investigación.

METODO

- A. Revisión de libros y revistas sobre el tema, para conocerlo a fondo.
- B. Formas Cuatro (4), en el período 1975-1976 seleccionando los casos con Diagnóstico de Dermatitis Actínica y anotando el número de Registro Clínico.
- C. Archivo del Hospital Roosevelt; con los Registros Clínicos que fueron seleccionados.
- D. Revisión de Registros Clínicos con datos que interesan en esta revisión.

CONSIDERACIONES GENERALES:

La fotodermatitis (dermatitis actínica) es una reacción inflamatoria, aguda o crónica de la piel, debida a exposición excesiva y/o hipersensibilidad a la luz solar o a otras fuentes de rayos actínicos (cuarzo frío o caliente); fotosensibilidad de la piel debida a medicamentos o a idiosincrasia a la luz solar, como se observa en trastornos constitucionales, como las porfirias y por padecimientos hereditarios (fenilcetonuria, xeroderma pigmentosum y otros). Puede haber fotosensibilidad por contacto con perfumes, antisépticos y agentes químicos.

DATOS CLINICOS:A. Síntomas y Signos:

La reacción inflamatoria aguda de la piel se acompaña de dolor, fiebre, síntomas gastrointestinales, malestar y a veces postración.

B. Signos:

1. Lesión máculo-eritomatosa o pigmentada en las regiones expuestas al sol, como la cara (regiones maxilares, nariz, labio superior, etc.), su característica es la delimitación hacia arriba de una verdadera línea divisoria entre la piel sana y enferma.
2. Edema simétrico y bilateral sobre ambos párpados inferiores, más prominente en las formas agudas.

3. Ausencia de lesiones cutáneas en los párpados superiores, por estar protegidos anatómicamente a la acción de los rayos solares y mantener el enfermo los ojos abiertos.
4. Eritema o pigmentación con edema en lóbulos de los pabellones auriculares que en casos crónicos se hacen más marcados.
5. Lesiones similares se presentan simulando una V en la región pectoral por la abertura de la camisa o escote de la blusa; en caras externas y anteriores de miembros superiores, caras posteriores externas de brazo, antebrazo y dorso de manos por usar arregada la camisa; en cara anterior externa de piernas sólo en mujeres, por usar falda corta y en todas aquellas regiones del cuerpo que sean expuestas al sol en cantidades variables de tiempo e intensidad de exposición solar.

DATOS DE LABORATORIO:ORINA:

Puede haber proteinuria, cilindruria y hematuria.

SANGRE: Hemoconcentración.

No existen datos patognómicos en esta entidad.

CAUSAS COADYUVANTES:

- a. Desnutrición con déficit proteico.
- b. Alcoholismo crónico.
- c. Anemias ferroprivas.
- d. Enfermedades congénitas del metabolismo.
 1. Porfirias
 2. Hidroa estival
 3. Hidroa vacciniforme
 4. Enfermedad de Hartnup

DIAGNOSTICO:1. HISTORIA CLINICA COMPLETA:

- A. La ocupación del enfermo, desde el punto de vista de exposición al sol, permanente o prolongada y en circunstancias accidentales, proporcionan bases de apoyo para su diagnóstico.
- B. Su peculiar morfología con distribución topográfica exclusiva en las partes descubiertas del cuerpo.
- C. Sintomatología referida con cambios de coloración del rosado al rojo vivo e intenso calor y ardor con sensación de que madura, prurito vespertino y/o nocturno, cefalea y malestar general.

2. AL EXAMEN FISICO:

- A. Edema sub-palpebral y simétrico de variables extensiones con infiltración subdérmica discreta.
- B. Lesión máculo-eritomatosa o pigmentada en las regiones expuestas al sol, pero en la región frontal sólo invade la mitad inferior.
- C. Ausencia de lesiones cutáneas en los párpados superiores.
- D. Eritema o pigmentación y edema en lóbulos de los pabellones auriculares que son más marcados mientras más crónico.



E. Lesiones similares se presentan simulando una V en la región pectoral por la abertura de la camisa o escote de la blusa y en caras anteriores de -- miembros superiores e inferiores no cubiertas por el vestido.

CLASIFICACION:

A. POR SU EVOLUCION:

1. Subagudo
2. Agudo
3. Crónico

SUBAGUDO Y AGUDO:

Se caracteriza por el color rosado o rojo intenso de la lesión con presencia o ausencia de vesículas y ampollas, así como, por su evolución corta y ninguna secuencia cutánea.

CRONICO:

Se distingue por la menor intensidad de los síntomas y el color gris pizarra, moreno o rojo oscuro de las lesiones; pigmentación que contrasta con el color normal de la piel cubierta y por la presencia de edema semiduro con o sin liquinificación de la piel (paquedermia), aparición de pápulas conformes de tamaño, número y forma variable muy pruriginosas.

B. POR SU ASPECTO CLINICO:

1. Eritematosa
2. Pigmentada o melanoide
3. Liquenoide
4. Hipertrófica deformante.

1. VARIEDAD ERITEMATOSA:

Con predominio del color rojo a rosado intenso y escasa reacción inflamatoria en la periferia, excoriaciones más costras hemorrágicas secundarias al rascado.

2. VARIEDAD MELANOIDE:

Es notoria la gama de colores desde el rojo oscuro al morado, con edema semiduro y ligera paquidermia.

3. VARIEDAD LIQUENOIDE:

Por la abundante cantidad de pápulas muy pruriginosas, desarrolladas en tejido engrosado seco y liquenificado.

4. VARIEDAD HIPERTROFICA DEFORMANTE:

Es en grado más avanzado que las anteriores y en ella se observa una de formación permanente de tipo hipertrofico mejor apreciado en pabellones auriculares.

5. MORFOLOGIA:

Adopta variantes morfológicas notables y pueden encontrarse: manchas, pápulas, placas, costras, cicatrices, lesiones eczematosas y en algunas áreas liquenificación del proceso debido a su cronicidad.

Morfológicamente, las variantes más adaptadas en nuestro medio es el tipo prurigo y leucodermia, la primera por elementos papulovescamocostrosas, mostrando una clara tendencia a la confluencia en la cara y alopecia en "la cola de las cejas".

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL:

- A. Dermatitis de contacto que se producen con el empleo de sustancias para aumentar o potenciar los rayos actínicos; por ejemplo: aceites y lociones para broncear la piel.
- B. Sensibilidad a los rayos actínicos como en la porfiria eritropoyética, lupus eritematoso o pelagra.
- C. Fototoxicidad y fotosensibilidad a las fenotiacinas sulfoclorotíácidas, griscofulvina y antibióticos como las tetraciclina.
- D. Idiopática: la erupción debida a la luz que afecta a las mujeres, preferentemente, y que empieza en la niñez y perdura en la vida adulta.
- E. Ocasionalmente, con la infiltración linfohistiocítica de Jessner.
- F. Raramente se confunde con enfermedad de Hansen.
- G. Con neurodermatitis complicada con fotosensibilización, ésta presenta lesiones en superficies flexurales.

ANATOMIA PATOLOGICA:

No existe cuadro histopatológico característico que la individualice.

COMPLICACIONES:

- A. Los efectos acumulativos tardíos determinan la formación de queratosis actínicas y epitelomas, más frecuentemente en personas de piel clara. Las lesiones queratósicas son consideradas como pre-malignas y su evolución a epitelomas es lenta, insidiosa y de fácil diagnóstico clínico, apareciendo en áreas expuestas a la luz solar y con predominio centro-facial.
- B. Hipopigmentaciones e hiperpigmentación secundaria a la decapitación de la capa córnea por rascado.
- C. Cicatrices hipertróficas y/o queloides por cicatrización en lesiones infectadas por rascado.

PRONOSTICO:

La dermatitis actínica es generalmente benigna y autolimitada, a menos que, la quemadura haya sido grave o que ocurra como un dato asociado a una alteración más grave.

RESULTADOSCASOS:

En el período de los años 1975-1976, encontré docientos cuatro (204) casos, distribuidos por grupos etarios, así:

DISTRIBUCION POR EDADES

| <u>EDAD</u> | <u>PACIENTES ESTUDIADOS</u> | <u>PORCENTAJES</u> |
|--------------|-----------------------------|--------------------|
| 0 a 10 años | 40 | 19.60% |
| 11 a 20 años | 65 | 31.86% |
| 21 a 30 años | 34 | 16.66% |
| 31 a 40 años | 18 | 8.82% |
| 41 a 50 años | 21 | 10.29% |
| 51 a 60 años | 18 | 8.82% |
| 61 a 70 años | 6 | 2.94% |
| 71 a 80 años | 2 | 0.98% |
| TOTAL | 204 | 99.97 100.00% |

El grupo etario más afectado es el comprendido entre los 11 a 20 años con el 31.86%.



DISTRIBUCION POR SEXO

| <u>SEXO</u> | <u>PACIENTES ESTUDIADOS</u> | <u>PORCENTAJE</u> |
|------------------|-----------------------------|-------------------|
| Femenino | 140 | 68.63% |
| Masculino | 64 | 31.37% |
| T O T A L | 204 | 100.00% |

En esta revisión el sexo femenino es el más afectado con 68.63%.

GRUPO ETNICO

| <u>RAZA</u> | <u>PACIENTES ESTUDIADOS</u> | <u>PORCENTAJE</u> |
|------------------|-----------------------------|-------------------|
| Ladinos | 189 | 92.65% |
| Indígenas | 15 | 7.35% |
| T O T A L | 204 | 100.00% |

Hago notar que en esta clasificación de ladino e indígena fue de apreciación, por no estar contemplada esta anotación en el Registro Clínico.

OCUPACION

Las ocupaciones diversas de los pacientes en esta revisión, los agrupo en la siguiente -- forma:

Con exposición directa al sol:

- a. Albañiles
- b. Jormaleros
- c. Jardineros
- d. Agricultores
- e. Lustradores
- f. Locatarias
- g. Vendedores ambulantes
- h. Voceadores
- i. Heladeros
- j. Pescadores, etc.

Con exposición indirecta al sol:

- a. Secretarias
- b. Amas de casa
- c. Maestros
- d. Dependientes de comercio
- e. Estudiantes, etc.

| | PACIENTES ESTUDIADOS | PORCENTAJES |
|---------------------------------|----------------------|-------------|
| Con exposición DIRECTA al sol | 32 | 15.68% |
| Con exposición INDIRECTA al sol | 172 | 84.32% |
| T O T A L | 204 | 100.00% |

Son las personas con exposición indirecta al sol las más afectadas en mi revisión con el 84.32%, lo que manifiesta la sensibilidad cutánea a los rayos ultravioleta.

LUGAR DE NACIMIENTO Y RESIDENCIA

LUGAR DE PACIENTES ESTUDIADOS PORCENTAJE
NACIMIENTO

| | | |
|---------------|-----|---------|
| Ciudad | 92 | 45.10% |
| Departamentos | 112 | 54.90% |
| T O T A L | 204 | 100.00% |

RESIDENCIA PACIENTES ESTUDIADOS PORCENTAJE

| | | |
|---------------|-----|---------|
| Ciudad | 156 | 76.48% |
| Departamentos | 48 | 23.52% |
| T O T A L | 204 | 100.00% |

Los resultados obtenidos y la relación: lugar de nacimiento y residencia de los pacientes, evidencia emigración de la población rural hacia la ciudad capital e indica que la dermatitis actínica es una entidad que se -- presenta en todo el territorio nacional.

DISTRIBUCION DURANTE LOS MESES DEL AÑO:

MES PACIENTES ESTUDIADOS PORCENTAJE

| | | |
|------------|-----|---------|
| ENERO | 24 | 11.76% |
| FEBRERO | 9 | 4.41% |
| MARZO | 14 | 6.86% |
| ABRIL | 23 | 11.27% |
| MAYO | 21 | 10.29% |
| JUNIO | 13 | 6.37% |
| JULIO | 12 | 5.88% |
| AGOSTO | 13 | 6.37% |
| SEPTIEMBRE | 16 | 7.84% |
| OCTUBRE | 21 | 10.29% |
| NOVIEMBRE | 22 | 10.78% |
| DICIEMBRE | 16 | 7.84% |
| T O T A L | 204 | 100.00% |

RADIACION SOLAR PERCIBIDA POR LA SUPERFICIE

TERRESTRE, 1975 - 1976

CIUDAD CAPITAL:

AÑO ENERO FEB. MAR. ABRIL MAYO JUN. JUL. AGO. SEP. OCT. NOV. DIC.

| | | | | | | | | | | | | |
|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| 1975 | 1.58 | 1.70 | 1.63 | 1.64 | 1.64 | 1.83 | 1.82 | 1.94 | 1.90 | 1.75 | 1.57 | 1.58 |
| 1976 | 1.84 | 1.79 | 1.61 | 1.92 | 1.72 | 1.82 | 1.84 | 1.75 | 1.76 | 1.80 | 1.67 | 1.52 |

CALORIAS - CENTIMETROS² - MINUTOS

ALTA VERAPAZ: COBAN:

| | | | | | | | | | | | | |
|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| 1975 | 1.79 | 1.70 | 1.78 | 1.73 | 1.53 | 1.84 | 1.85 | 1.87 | 1.85 | 2.00 | 1.87 | 1.90 |
| 1976 | 1.72 | 1.75 | 1.79 | 2.00 | 1.80 | 1.90 | 2.00 | 1.97 | 2.00 | 1.80 | 1.72 | 1.52 |

CALORIAS - CENTIMETROS² - MINUTOS

HUEHUETENANGO:

| | | | | | | | | | | | | |
|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| 1975 | 1.86 | 1.91 | 2.00 | 1.82 | 1.83 | 1.94 | 2.07 | 2.12 | 2.09 | 2.12 | 2.02 | 1.91 |
| 1976 | 1.84 | 1.93 | 2.00 | 1.57 | 2.00 | 2.00 | 2.00 | 2.00 | 2.00 | 2.00 | 1.94 | 1.72 |

CALORIAS - CENTIMETROS² - MINUTOS

IZABAL:

23

AÑO ENERO FEB. MARZO ABRIL MAYO JUN. JUL. AGO. SEPT. OCT. NOV. DIC.

| | | | | | | | | | | | | |
|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| 1975 | 1.50 | 1.54 | 1.58 | 1.66 | 1.46 | 1.50 | 1.66 | 1.30 | 1.60 | 1.60 | 1.50 | 1.53 |
| 1976 | | | 1.56 | 1.57 | 1.49 | 1.53 | | | | 1.47 | 1.41 | 1.36 |

CALORIAS - CENTIMETROS² - MINUTOS

JUTIAPA:

| | | | | | | | | | | | | |
|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| 1975 | 1.22 | 1.39 | 1.25 | 1.27 | 1.25 | 1.30 | | 1.74 | 1.59 | 1.42 | 1.39 | 1.21 |
| 1976 | 1.29 | 1.42 | 1.31 | 1.39 | 1.57 | 1.40 | 1.67 | 1.50 | | | 1.39 | 1.21 |

CALORIAS - CENTIMETROS² - MINUTOS

Datos proporcionados por el Instituto Nacional de Observación Meteorológica.

Unicamente son estos los departamentos que tienen estudios sobre radiación.

La radiación solar al atravesar la atmósfera es absorbida y dispersada por moléculas de aire, que hacen que la radiación se refleje en todos sentidos.

Entre los factores que modifican la radiación están:

1. Diferentes inclinaciones de los rayos del sol al caer sobre diversos lugares. Cuando es más vertical más hieren y mayor es la intensidad recibida por caloría-centímetro² - de superficie.
2. Diferente duración del día y noche en cada lugar por estaciones.
3. Vapor de agua.
4. Anhídrido carbónico.

Esto explica que en invierno, con aire seco, sea mayor la transparencia de la atmósfera que en verano, y que haya períodos de corta remisión durante los meses de invierno y clara exacerbación en verano y primavera.

DERMATITIS SOLAR Y OTRAS DERMATITIS ASOCIADAS

| <u>ENFERMEDAD</u> | <u>No. de PACIENTES</u> | <u>PORCENTAJES</u> |
|------------------------|-------------------------|--------------------|
| Dermatitis atópica | 1 | 5.88% |
| Eritema a medicamentos | 2 | 11.76% |
| Impétigo | 2 | 11.76% |
| Psoriasis | 1 | 5.88% |
| Dermatitis seborreica | 3 | 17.64% |
| Acné juvenil | 1 | 5.88% |
| Leucoplaquia | 1 | 5.88% |
| Enfermedad de Hansen | 1 | 5.88% |
| Pitiriasis Alba | 1 | 5.88% |
| Lupus Discoide | 1 | 5.88% |
| Vitiligo | 2 | 11.76% |
| Insuf. venosa | <u>1</u> | <u>5.88%</u> |
| T O T A L | 17 | 100.00% |

La dermatitis más frecuente asociada a Dermatitis Actínica, en esta revisión, es la dermatitis seborreica con el 17.64%.

COMPLICACIONES:

Se presentan por rascado con deterioro de la superficie de la piel y/o infecciones sobreañegadas por medicamentos tópicos inadecuados.

| COMPLICACIONES | No. DE PACIENTES | PORCENTAJES |
|------------------------|------------------|----------------|
| Impétigo | 4 | 30.76% |
| Dermatitis de contacto | 4 | 30.76% |
| Piodermitis | 3 | 23.07% |
| Blefaritis Actínica | 1 | 7.69% |
| Fotodermatitis | 1 | 7.69% |
| T O T A L | 13 | 99.89 |
| | | 100.00% |

DISTRIBUCION POR REGIONES AFECTADAS:

| REGION | No. VECES AFECCION EN LA REGION |
|--------------------------------------|---------------------------------|
| Labio | 27 |
| Cara (regiones prominentes) | 61 |
| Extremidades superiores | 59 |
| Extremidades inferiores (en mujeres) | 15 |
| Tórax (escote amplio) | 5 |
| Cuello | 20 |
| Sin especificar área | 101 |

| REGION | PACIENTES ESTUDIADOS | PORCENTAJE |
|-------------------------------|----------------------|----------------|
| Sólo una región | 32 | 15.68% |
| Varias regiones | 71 | 34.80% |
| Sin especificar área afectada | 101 | 49.50% |
| T O T A L | 204 | 99.98 |
| | | 100.00% |

CONCLUSIONES

1. El grupo etario más afectado es el comprendido entre los 11 a 20 años.
2. El sexo femenino es el más afectado.
3. Las mujeres con dermatitis actínica en relación al sexo masculino con idénticas lesiones y/o según se observa una diferencia del 37.25%.
4. Los pacientes con exposición directa al sol representan el mayor porcentaje de nuestra revisión, que pone de manifiesto: sensibilidad cutánea.
5. Las dos terceras partes de los pacientes son residentes de esta capital.
- ⑥ La dermatitis actínica es más frecuente en los meses de enero, abril, mayo, octubre y noviembre. *y laboratorio?*
7. La dermatitis seborreica es más frecuentemente asociada a dermatitis actínica.
8. La complicación más frecuente es la infección sobreagregada.
9. Las regiones más afectadas son la cara y las extremidades superiores.
10. La dermatitis actínica afecta varias regiones.

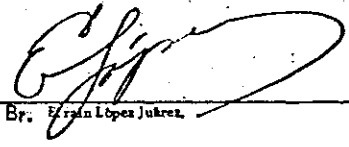
RECOMENDACIONES

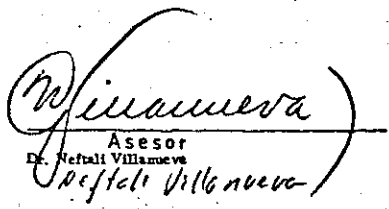
1. Orientar al paciente con Dermatitis Actínica en relación con su patología.
2. Proseguir estudios de la misma índole para encontrar y conocer mejor dicha patología.

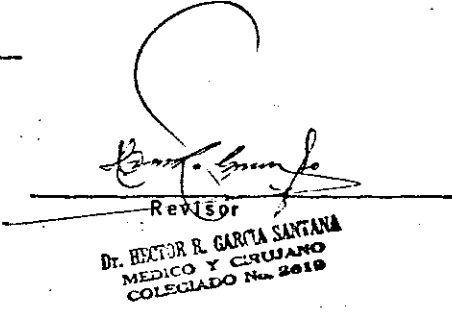
BIBLIOGRAFIA

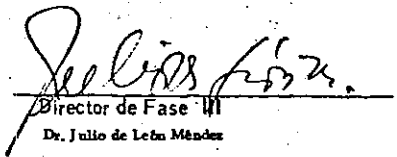
1. Allergic Contact From Tropical, Arch Dermatol. 113 (2) 1968.
2. Current Problems in Dermatology. 1a. Ed. 1970.
3. Dermatología y Sifilografía, Pardo Castellano. 3a. Ed. p 187.
4. Diagnóstico Clínico y tratamiento. Markus A. Krupp. 1977. 12a. Ed. p48.
5. Fortín Gularte, Guillermo. Dermatitis Actínica. Tesis. 1966.
6. Frieboes W.; Atlas de dermatología y enfermedades de los órganos sexuales. Barcelona, 6a. Ed. 1927. p 197.
7. George M., Lewis. M. D. Practical Dermatology. 2a. Ed. 1959.
8. Manual de dermatología. José Esteban -- Cardama. 4a. Ed. 1965. p 169.
9. Juan Carlos Gatti. 2a. Ed. 1967.
10. Revista Juventud Médica. Dr. Fernando Cordero. No. 85 año XV.

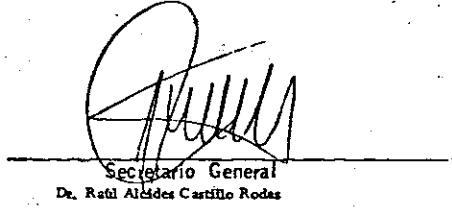



Efraín López Juárez


Asesor
Dr. Rafael Villanueva


Revisor
Dr. HECTOR R. GARCÍA SANTANA
MEDICO Y CIRUJANO
COLEGIADO No. 2019


Director de Fase III
Dr. Julio de León Méndez


Secretario General
Dr. Raúl Alcides Castillo Rodas

Vo.Bo.


Decano
Dr. Rolando Castillo Montalvo.