

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

NOCIONES PRACTICAS DE SEMIOLOGIA DERMATOLOGICA
(A PROPOSITO DE 150 CASOS VISTOS EN CONSULTA EXTERNA)

EDUARDO SILVA LIZAMA

PLAN DE TESIS

- I) INTRODUCCION
- II) ANTECEDENTES
- III) OBJETIVOS
- IV) MATERIAL Y METODOS
- V) HIPOTESIS
- VI) PRESENTACION DE RESULTADOS Y ANALISIS ESTADISTICO
- VII) LESIONES ELEMENTALES DE LA PIEL
- VIII) EXAMEN CLINICO DERMATOLOGICO
- IX) EXAMENES DE LABORATORIO Y PRUEBAS DERMICAS
- X) TERAPEUTICA TOPICA DERMATOLOGICA
- XI) CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES
- XII) BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

Ha sido preocupación constante de la Facultad de Ciencias Médicas, el lograr en sus estudiantes, una buena preparación en cuanto se refiere al examen clínico del paciente y al conocimiento de una semiología básica de los diferentes padecimientos, así como de las principales normas terapéuticas. No obstante lo anterior, en el campo de la Dermatología ese interés ha sido escaso en lo que respecta a la semiología, propedéutica y terapéutica de la especialidad.

Las enfermedades de la piel en nuestro medio, adquieren una frecuencia inusitada, ya sea como manifestación de problemas nutricionales, alérgicos, hormonales, psicológicos, etc.; pero no obstante a ello, se analizan en una forma superficial lo que da como resultado que el diagnóstico y el tratamiento se orienten equivocadamente.

Con base a lo anterior, se llevó a cabo una revisión bibliográfica sobre la endemia de las enfermedades de la piel publicadas tanto en nuestro país como en el extranjero, observando que en ninguno de ellos se abordan aspectos tan importantes como lo son el examen del paciente dermatológico y las diferentes lesiones que van a constituir las enfermedades cutáneas.

Se efectuó una revisión estadística sobre 150 casos de pacientes con problemas dermatológicos en los Departamentos de Consulta Externa de los Hospitales Nacional General San Juan de Dios, Militar Central y Policlínica del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, comprobándose que en las papeletas observadas no se encontró ninguna historia ni examen dermatológico adecuado que justificara el diagnóstico y tratamiento dado.

Revisando textos de Dermatología hemos comprobado con bastante sorpresa que la parte semiológica y propedéutica se abordan en forma superficial, dedicándoseles escasas páginas al respecto.

Nuestra intención al elaborar el presente trabajo de tesis, es contribuir al conocimiento de la frecuencia de las principales enfermedades de la piel observadas en nuestro medio; además, demostrar que por medio de un examen cuidadoso del paciente dermatológico, conociendo las lesiones elementales de la piel, se facilitará la identificación de la enfermedad, la elaboración de un interrogatorio adecuado y la utilización de los medios paraclínicos necesarios, así como de una terapéutica efectiva con la que se prestará un mejor servicio a los pacientes dermatológicos. Además, se persigue con el presente trabajo, obtener mejores datos para futuras investigaciones sobre el mismo tema.

Nuestra intención no es la de elaborar un tratado de Dermatología, sino reafirmar nuestros propios conocimientos obtenidos a través de la preparación académica universitaria, y cooperar aunque sea en mínima parte, en la formación de los Estudiantes de Medicina y Médicos en general, para resolver los problemas más comunes en lo que al campo dermatológico se refiere.

ANTECEDENTES

Se hizo una revisión de los trabajos o tesis tanto nacionales como extranjeros previos al presente, que a nuestro juicio consideramos los más importantes y los que tienen mayor relación con nuestro campo de estudio. Se hizo un resumen del contenido de cada uno de ellos, haciendo una crítica de los vacíos que han dejado en lo que respecta al tema a investigar.

En el Primer Congreso Mexicano de Dermatología, en 1963, la Doctora Concepción Estrada efectuó un trabajo sobre las enfermedades de la piel en el adolescente mexicano, durante los años 1956-1960, encontrando que la dermatosis más frecuente fue la Verruga Vulgaris. En este mismo congreso, el Doctor Eduardo Silva Martínez, presentó un trabajo titulado Enfermedades de la piel en el Instituto Dermatológico de Guadalajara, en un estudio de 2,084 casos, encontrando que la dermatosis más común fue Dermatitis por Contacto con 586 casos, en los cuales hubo predominio del sexo masculino.

En 1963, el Doctor José Eduardo Chang Mora con su trabajo de tesis "Ensayo Estadístico de las Enfermedades de la piel en Guatemala", fue uno de los primeros que a nivel nacional, hizo un análisis estadístico de las enfermedades de la piel más frecuentes tanto en el medio hospitalario como en la clínica privada. Presenta en dicho trabajo un total de 2,788 casos dermatológicos, durante el período comprendido de 1953 a 1962, encontrando que en el Servicio de Dermatología de Hombres las enfermedades más frecuentes fueron las Enfermedades Venéreas (20.96%); a nivel de Consulta Externa del Servicio de Dermatología de Hombres las dermatosis más frecuentes fueron las Neurodermatitis (10.19%); y en la clientela privada la enfermedad que alcanzó mayor incidencia fueron las Dermatomicosis (16.8%). Posteriormente hace

una descripción de las dermatosis anteriormente mencionadas.

En el II Congreso Mexicano de Dermatología, celebrado en Guadalajara en 1965, el Doctor Amado Saúl presentó un trabajo: "Las enfermedades de la piel más frecuentes del adolescente mexicano", revisando 20,000 expedientes, y encontrando que las dermatosis más frecuentes fueron: Acné, Dermatitis por Contacto y Verrugas Vulgaris, la población más afectada fue la comprendida entre los 7 a 12 años en un 48%, con predominio del sexo femenino 56.6%. En este mismo congreso, nuevamente el Doctor Amado Saúl, en su trabajo: "Epidemiología de las enfermedades cutáneas", describe solamente la importancia de esta disciplina en el campo de la Dermatología.

En 1966, el Doctor Eduardo Silva Martínez efectuó un análisis estadístico de los primeros 1000 casos dermatológicos vistos en el Hospital Ramiro Gálvez de Guatemala, encontrando que las Dermatitis Infecciosas y parasitarias fueron las de mayor incidencia en un 45%, con predominio del sexo femenino en un 58.7%.

En 1970, el Doctor Neftalí Villanueva Valdez, en su trabajo de tesis: "Análisis y Consideraciones en Consulta Externa Dermatológica", hace una revisión de seis años en el Hospital Dermatológico Ramiro Gálvez de Guatemala. En dicho trabajo efectúa una descripción del Servicio de Consulta Externa, instalaciones, personal paramédico, servicios auxiliares, etc. Llama la atención en este trabajo, que se presenta una ficha clínica dermatológica y la forma como son seguidos los pacientes, su evolución, datos paraclínicos, histopatología, fotografías, diagnóstico clínico y consulta subsecuentes. Posteriormente hace un análisis estadístico de los casos que en total fueron 10,194, en el que la dermatosis Reaccional alcanzó mayor frecuencia en un 45%, con predominio del sexo femenino en un 60%. Se hace par

ticular énfasis en este trabajo, ya que es el único en el cual se describe una ficha clínica dermatológica, que es necesaria para el diagnóstico.

En 1975, el Dr. Rodolfo de Jesús Klee Rodríguez, en su trabajo de tesis "Estadística en el Servicio de Dermatología de Hombres del Hospital General San Juan de Dios en Guatemala", presenta 183 casos de ciertas dermatosis en particular, tales como: Neurodermatitis (circunscrita y diseminada), Prúrigo Nodular, Liquen Plano, Psoriasis, fenómenos Seborreicos y Acné en sus diferentes formas, describiendo brevemente cada una de ellas y luego refiriéndose a su aspecto estadístico, en dicho estudio la enfermedad observada con mayor frecuencia fue Neurodermatitis en un 43.72%.

Los trabajos descritos anteriormente enriquecen nuestras estadísticas dermatológicas, pero todos han seguido un método diferente, lo cual no permite una estandarización de datos; además no se hace referencia alguna a cómo se llegaron a establecer los diferentes diagnósticos y en todas las publicaciones dermatológicas revisadas no se aborda la propedéutica dermatológica que, insistimos, es básica para el conocimiento adecuado de las dermatosis en general.

OBJETIVOS

- 1- Mejorar el conocimiento de la patología dermatológica Nacional, proporcionando al médico y al estudiante de Medicina de una guía que le ayude a comprender dicha patología.
- 2- Mejorar y estandarizar el método de obtención, organización y análisis de los datos subjetivos y objetivos necesarios para configurar una ficha clínica dermatológica adecuada a nuestro medio y que pueda ser utilizada por el Médico en general, no exclusivamente por el dermatólogo.
- 3- Dar a conocer los instrumentos de ayuda diagnóstica y su apropiada indicación e interpretación en las siguientes áreas de investigación:
 - a- Propedéutica y semiología dermatológica.
 - b- Laboratorio: Micológico, fosforescencia, pruebas Inmunoalérgicas (parche, Escarificación, Intradermorreacción, biopsias, etc.).
- 4- Tener conocimiento de las principales enfermedades de la piel que se observan actualmente en el medio guatemalteco.
- 5- Prestar un mejor servicio a los pacientes de Consulta Externa a nivel Hospitalario.
- 6- Preparar el campo de estudio para que en el futuro se cuente con mejor material estadístico.

MATERIAL Y METODOS

MATERIAL

El objeto a estudio en el presente trabajo lo constituyen fundamentalmente los pacientes observados en la Consulta Externa de Dermatología, ya que en esta especialidad el 95% de los mismos es ambulatorio. Dicho estudio se llevó a cabo en la forma más correcta posible, bajo el punto de vista médico en lo que se refiere a un adecuado examen y conocimiento de las bases semiológicas de la Dermatología. Además se contó con la colaboración del Personal Paramédico de los Hospitales Nacionales General San Juan de Dios, Militar Central y Policlínica del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. La investigación se llevó a cabo en el Departamento de Consulta Externa de Dermatología de los Hospitales anteriormente mencionados; se consultó asimismo libros de Texto de la Biblioteca de la Facultad de Medicina, Universidad de San Carlos de Guatemala, Biblioteca de los Hospitales: Roosevelt y Militar Central de Guatemala.

METODO

El método que se siguió en dicho estudio fue el Método Científico y el procedimiento deductivo, de acuerdo con el siguiente esquema:

- 1- Pacientes de Consulta Externa, que en este caso fueron 150.
- 2- Análisis estadístico de los diferentes padecimientos.
- 3- Diagnóstico de Referencia de otros médicos hacia el Dermatólogo, se vieron un total de 350 consultas.

- 4- Estudio de las lesiones elementales de la piel.
- 5- Examen Clínico Dermatológico del paciente.
- 6- Métodos paraclínicos de gabinete, accesibles al Médico a nivel de Consulta Externa.
- 7- Terapéutica dermatológica específica.

HIPOTESIS

""""NO EXISTE EN EL MEDICO GUATEMALTECO EL CONOCIMIENTO CORRECTO DE LAS ENFERMEDADES DE LA PIEL QUE LE PERMITA HACER UN DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO CORRECTO"""".

PRESENTACION DE RESULTADOS Y ANALISIS ESTADISTICO

El presente trabajo, como parte de todo Método Científico, incluye un análisis estadístico de cada una de las diferentes dermatosis y no haciendo referencia al aspecto clínico de las mismas.

Dicho estudio se llevó a cabo en los Departamentos de Consulta Externa de Dermatología de los siguientes Centros Hospitalarios: Policlínica del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, Hospital Militar Central y hospital General San Juan de Dios de Guatemala, durante el período comprendido de Febrero a Mayo de 1980, en un total de 150 pacientes. Asimismo, con el fin de confirmar la hipótesis formulada, se practicó otro estudio estadístico en los mismos centros asistenciales sobre una base de 350 pacientes haciendo especial énfasis en el motivo de referencia, si el diagnóstico del mismo era correcto o no, o si el paciente era visto en consulta especializada sin ninguna referencia; todo este trabajo se efectuó bajo la directa supervisión de un Médico Dermatólogo debidamente calificado.

DIAGNOSTICO DE REFERENCIA (CUADRO No. 1)

Se examinó un total de 350 pacientes (100%), distribuidos en la siguiente forma: Policlínica del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social 130 pacientes (37%), Hospital General San Juan de Dios 122 pacientes (34.8%), Hospital Militar Central 98 pacientes (28%), en cada hospital se hizo especial énfasis en el motivo de Referencia, observando que una gran mayoría (71%) son referidos sin diagnóstico, un 11% son referidos con diagnóstico equivocado y solamente el 17% se refieren con diagnóstico correcto.

Creemos importante hacer mención de lo vago de la referencia en muchos casos como; "Dermatosis de Etiología a Determinar", "Afección Cutánea", "Problema Dermatológico", o bien en otros casos con un absoluto desconocimiento como Problema de Orejas, Pies, etc.

Institución	Dx. Correc- to	%	Dx. Equivo- cado	%	Sin Diagnós- tico	%	Sub total	%
Hospital General San Juan de Dios	20	16.3	12	9.8	90	73.7	122	34.8
Hospital Militar Central	14	14.2	6	6.1	78	79.5	98	28
Instituto Guate- malteco de Segu- ridad Social I.G.S.S.	26	20	22	16.9	82	63	130	37
TOTAL	60	17	40	11	250	71	350	100

DISTRIBUCION POR EDAD Y SEXO (CUADRO No. 2)

Las diferentes edades fueron clasificadas por décadas, al examinar el cuadro correspondiente observamos que el mayor número de pacientes con afección dermatológica se encuentra en la década comprendida entre los 0 a 10 años, haciendo un total de 46 pacientes (32%), siguiendo en orden de frecuencia los comprendidos entre los 11 y 20 años con 35 pacientes (23.3%), y luego los comprendidos entre los 21 a 30 años con 34 pacientes - (22.6%).

Edad años	Masculino	Femenino	Total	%
0 a 10	30	16	46	32
11 a 20	28	7	35	23.3
21 a 30	28	6	34	22.6
31 a 40	9	7	16	10.6
41 a 50	3	5	8	5.3
51 a 60	2	7	9	6
61 a 70	2		2	1.3
71 a 80				
81 a 90				
TOTAL	102	48	150	100

DISTRIBUCION POR PROCEDENCIA (CUADRO No. 3)

Al observar el cuadro Número 3, vemos un marcado predominio de los pacientes procedentes de la Ciudad Capital, que hicieron un total de 82 (54.6%), esto motivado por el hecho de que la mayoría de los enfermos fue examinado en la Policlínica del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, siendo en esta institución los pacientes afectados por enfermedad común, residentes casi en su totalidad de la Ciudad Capital. Merece hacer mención especial en las pocas consultas procedentes de Quezaltenango, lo que nos indica que probablemente dicho departamento cuenta con especialistas en Dermatología.

Departamento	No. de casos	%
Guatemala Ciudad	82	54.6
Santa Rosa	15	10
Escuintla	11	7.3
Retalhuleu	10	6.6
Jutiapa	6	4
Sololá	5	3.3
Petén	5	3.3
Sacatepéquez	5	3.3
Chimaltenango	3	2
Suchitepéquez	3	2
Zacapa	3	2
Quezaltenango	1	0.6
Salamá	1	0.6
TOTAL	150	100.0

CLASIFICACION GENERAL DE LAS DERMATOSIS
(CUADRO No. 4)

Dermatosis	No. de Casos	%
Infecciosas y parasitarias	70	46.6
Psicodermatosis	26	17.3
Reaccionales	25	16.6
Seborreicas	19	12.6
Congénitas y Neoplásicas	4	2.6
Metabólicas	1	0.6
Otras	5	2.6
TOTAL	150	100.0

Al revisar el cuadro No. 4 podemos darnos cuenta que hubo un marcado predominio de las Dermatosis Infecciosas y Parasitarias con 70 pacientes (46.6%), siguiendo en orden de frecuencia las Psicodermatosis con 26 pacientes (17.3%) y las Dermatosis reaccionales con 25 pacientes (16.6%).

El predominio de las afecciones infecciosas y parasitarias nos lo explicamos por los malos hábitos higiénicos que presentaban los pacientes. En segundo lugar de las Psicodermatosis (17.3%), refleja la influencia de la psique sobre la piel, ya que según Norman Wrong (1), la piel es un órgano de expresión para la ira, el temor, el resentimiento y la vergüenza.

CLASIFICACION DE LAS DERMATOSIS INFECCIOSAS Y PARASITARIAS (CUADRO No. 5)

DERMATOSIS	SEXO		EDAD AÑOS				TOTAL	%	
	M	F	0-10	11-20	21-30	31-40			41
Tinea Capitis	1	1	2					2	2.8
Tinea Pedis	3			3				3	4.2
Tinea Cruris	2			1	1			2	2.8
Tinea Ungueum	1	1				2		2	2.8
Tinea Corporis	3			3				3	4.2
Candidosis	5	2	1	1	3		2	7	10.0
Pitiriasis Versicolor	2			1	1			2	2.8
Verruga Vulgar	7	1		3	5			8	11.4
Herpes Zoster	1	1		1	1			2	2.8
Herpes Simple	1				1			1	1.4
Leishmaniasis	9			8	1			9	12.8
Escabiasis	6	1		4	3			7	10.0
Piodermitis	4	2	4	1	1			6	8.5
Pitiriasis Alba	2	1	2					3	4.2
Pitiriasis Rosada	2	1			2	1		3	4.2
Chancro blando	4			3	1			4	5.7
L. Venéreo	4			2	2			4	5.7
Hansen Tuberculoide	2					1		2	2.8
TOTAL	59	11	9	32	22	5	70	100.0	

DERMATOSIS INFECCIOSAS Y PARASITARIAS (CUADRO No. 5)

Este cuadro demuestra que dentro de las dermatosis infecciosas y parasitarias, las Tineas ocupan el primer lugar en un 17%, de estas la Tinea Capitis se ve con mayor frecuencia (2.8%), exclusivamente en el grupo etáreo comprendido de 0 a 10 años, lo que viene a demostrar una vez más, la importancia de conocer que es una enfermedad común y exclusiva de los niños, ya que la pubertad cura las tineas de la cabeza por cambios en el PH. Tinea Pedis 2 casos (2.8%), Tinea Cruris 2 casos (2.8%), Tinea Ungueum 2 casos (2.8%) de Herpes Zoster.

Dentro de las virosis, la Verruga Vulgar fue la que tuvo predominio con 8 casos (11.4%), siendo ésta una de las dermatosis más frecuentes en Consulta Externa, padecimiento frecuente en niños y adultos jóvenes, se observaron 3 casos en el grupo etáreo comprendido de los 11 a 20 años y 5 casos en el grupo comprendido de 21 a 30 años. Se vio 1 caso (1.4%) de Herpes simple y 2 casos (2.8%).

Leishmaniasis se vieron 9 casos (21.8%) los cuales corresponden al sexo masculino vistos en el Depto. de Consulta Externa del Hospital Militar, en los soldados que van al Departamento del Petén a efectuar entrenamiento, que al regresar presentan cuadro clínico de Leishmaniasis Cutánea.

Escabiasis 7 casos (10.0%), 6 casos sexo Masculino, 1 caso de sexo femenino. Esta dermatosis sigue siendo una de las parasitosis más frecuentes observadas en Consulta Externa, especialmente en nuestro medio donde la promiscuidad y los malos hábitos higiénicos son característicos.

Piodermias 6 casos (8.5%), a pesar de ser una dermatosis

frecuente, el número de consultas es muy reducido, esto nos indica que los Médicos en general, quizá estén con los conocimientos adecuados para diagnosticar y dar tratamiento específico a este padecimiento, sin necesitar de la consulta Dermatológica.

Dentro de las enfermedades Venéreas, se observaron 4 casos, todos del sexo masculino, comprendidos fundamentalmente en el grupo etáreo de 11 a 30 años, el mismo fenómeno sucede en Linfogranuloma Venéreo, indicándonos que ambos son padecimientos que se presentan con mayor frecuencia en edades sexualmente activas y en el sexo masculino.

CUADRO No. 6

Clasificación por edad, sexo, de las Psicodermatosis, vistas en el Departamento de Consulta Externa de los Hospitales Nacionales General San Juan de Dios, Militar Central, I.G.S.S.

Dermatosis	Sexo		Edad años					Subtotal	%	
	M	F	%	0-10	11-20	21-30	31-40			40
Neurodermatitis Circuncrita	7	2	77.7		6	1	1	1	9	34.6
Neurodermatitis Diseminada	5	4	55.5	2		3	1		9	34.6
Dishidrosis	1	2	33.3		1	1			3	11.5
Alopecia areata	1		100.0			1			1	3.8
Liquen Plano li-neal	1	1	50.0		1	1			2	7.6
Dermatitis Numular		1					1		1	3.8
Prurito Senil	1		100.0					1	1	3.8
TOTAL	16	10		2	8	7	6	3	26	100.0

PSICODERMATOSIS (CUADRO No. 6)

La que se presentó con mayor frecuencia fue la Neurodermatitis Circunscrita o Liquen simple crónico, con 9 casos (34.6%). El mayor número de casos de esta dermatosis se presentó en el grupo etáreo comprendido entre los 11 a 20 años de edad, con 6 casos respectivamente. Su incidencia fue mayor en el sexo masculino 7 casos y 2 casos en el sexo femenino. Llama la atención que este tipo de Dermatosis no se observó en la población infantil, alcanzando su mayor incidencia en el grupo etáreo comprendido de los 11 a 20 años, esto quizá se explique por los cambios que ocurren en el organismo, especialmente en la pubertad, lo que hace que esta incidencia sea mayor, más la inestabilidad emocional junto al estímulo mecánico son factores en juego (1).

Neurodermatitis Diseminada se observaron 9 casos (34.6%), 5 casos del sexo masculino y 4 del sexo femenino. En contraste con la Dermatitis circunscrita, la Neurodermatitis diseminada se encontró con 2 casos en el grupo etáreo comprendido de 0 a 11 años, viéndose en este grupo la forma generalizada o sea lo que otros autores llaman Dermatitis atópica, la presencia de esta enfermedad en el grupo infantil se debe a una personalidad alérgica (3) del paciente, lo que se conoce como primera etapa de la enfermedad. Es de hacer mención que de esta Psicodermatosis se observaron 3 casos en el grupo etáreo de 21 a 30 años y 3 casos en el grupo de 31 a 40 años, por lo que deducimos que es una prolongación de la etapa infantil (2a. etapa).

CUADRO No. 7

Clasificación por edad, sexo, de las Dermatitis Reaccionales, vistas en el Departamento de Consulta Externa de los Hospitales Nacionales: General San Juan de Dios, Militar Central, I.G.S.S.

Dermatosis	Sexo		Edad en Años					Total	%
	M	F	0-10	11-20	21-30	31-40	40		
	%	%	%	%	%	%	%		
Dermatitis por Contacto	6	4	5	2	2		1	10	40
Dermatitis Actínica	3	4	2	4		1		7	28
Prurigo Infantil	4	1	4	1				5	20
Síndrome Urticariano	1	100				1		1	4
Queratosis Circunscrita	1	100					1	1	4
Dermografismo	1	100				1		1	4
TOTAL	16	9	11	7	2	3	2	25	100

La que se observó con mayor frecuencia fue la Dermatitis por contacto en 10 casos (40%), le sigue en frecuencia la Dermatitis Actínica con 7 casos (28%), luego el Prurigo Infantil con 5 casos (20%), y 1 caso (4%) de las siguientes entidades: Síndrome urticariano, Queratosis Circunscrita y Dermografismo.

Clasificación por edad, sexo de las Dermatitis Seborreicas, vistas en el Departamento de Consulta Externa de los Hospitales Nacionales General San Juan de Dios, Militar Central, I.G.S.S.

Dermatosis	Sexo		Edad Años					Total	%
	M	F	0-10	11-20	21-30	31-40	40		
	%	%							
Dermatitis Seborreica propiamente dicha	4	66.6	2	1	3			6	31.5
Pitiriasis Oleosa Capitis	3	60		2	2	1		5	26.3
Acné Vulgar	1	20		3	2			5	26.3
Acné Quístico	1	100		1				1	5.2
Queratosis Seborreica	1	100		1				1	5.2
Adenoma Sebaceo	1	100			1			1	5.2
TOTAL	11		2	8	8	1		19	100.0

La que se observó con mayor frecuencia fue la Dermatitis Seborreica propiamente dicha 6 casos (31.5%), 4 casos del sexo masculino y 2 casos al sexo femenino. Pitiriasis Oleosa capitis (caspa) 5 casos (26.3%), de Acné Vulgar 5 casos (26.3%) y 1 caso (5.2%) de las siguientes dermatosis: Acné Quístico, Queratosis Seborreica, adenoma Sebáceo.

LESIONES ELEMENTALES DE LA PIEL

LESIONES ELEMENTALES DE LA PIEL

DEFINICION

Las lesiones elementales o eflorescencias son las alteraciones de la piel que constituyen la dermatosis. Son de tres tipos: Primitivas, Secundarias y Primosecundarias, que unas veces son primitivas y otras son secundarias.

LESIONES ELEMENTALES PRIMITIVAS O PRIMARIAS

Una lesión primitiva es la alteración de la piel con que se inicia una dermatosis, es decir, no proceden de otra lesión visible de la que pueda ser consecuencia.

LESIONES ELEMENTALES SECUNDARIAS

Una lesión secundaria es la que sobreviene como consecuencia de una lesión primitiva.

LESIONES ELEMENTALES PRIMOSECUNDARIAS

Son lesiones que a veces se presentan iniciando una dermatosis y otras veces como consecuencia de eflorescencias primitivas.

DERMATOSIS, es cualquier enfermedad de la piel.

LESIONES ELEMENTALES PRIMARIAS

Como se dijo anteriormente son las lesiones con que se inician las dermatosis, entre las cuales tenemos las siguientes:

- | | |
|-------------|-------------------------|
| 1- Mácula | 6- Nódulo |
| 2- Pápula | 7- Nudosidad |
| 3- Vesícula | 8- Goma |
| 4- Ampolla | 9- Absceso |
| 5- Pústula | 10- Necrosis o Gangrena |

1- MACULA O MANCHA

Son cambios de la coloración de la piel, circunscritas a un área determinada, y que no se acompañan de cambio en relieve, consistencia o espesor de la piel.

Causas:

- A- Vasodilatación de los vasos de la dermis.
- B- Extravasación en la dermis de pigmentos hemáticos y sus derivados.
- C- Alteración del pigmento normal de la piel.
- D- Incrustación de pigmentos extraños en la piel.

A- VASODILATACION DE LOS VASOS DE LA DERMIS

Su característica fundamental, consiste en que desaparecen a la vitropresión.

A.1. Mal formación congénita de vasos superficiales:

Son manchas permanentes de color rojo vinoso, causadas por alteraciones congénitas de los vasos dérmicos (dilataciones o neoformaciones), Ej. Angiomas planos o nevo vascular, desaparecen por tanto a la vitropresión.

A.2. Congestión Activa:

Constituyen las manchas eritematosas (rojizas), que pueden ser generalizadas o no, pero sin infiltración y sin descamación. Son manchas producidas por congestión de los vasos arteriales de la dermis, de evolución efímera, que se borran a la vitropresión, reapareciendo rápidamente al suspender esta maniobra. Su color varía del rojo vivo al rosado pálido (roseola), siendo difícil en este último caso su apreciación, frecuentemente se acompañan de hipertermia local.

Cuando ocupan vastas superficies (eritemas generalizados) se les denomina Exantemas, que pueden ser: Morbiliformes, si sus elementos son pequeños, separados por intervalos de piel sana, Ej. Sarampión, Rubeola, Roseolas sifilíticas o medicamentosas, etc. Escarlatiniformes, si constituyen capas secas, con tendencia a la exfoliación y en las cuales no existen islotes de piel normal, Ej. Escarlatina, Erupción escarlatiforme, eritrodermias de origen retículo-endotelial.

A.3. Congestión pasiva:

Constituyen las manchas cianóticas o azuladas, que se producen por éstasis venosa o porque los capilares arteriales están comprimidos o invadidos por procesos inflamatorios o esclerosos, desaparecen a vitropresión, reapareciendo nuevamente al dejar de realizarla. Su color es rojo azulado o violáceo, es frecuente

en las zonas de circulación lenta, extremidades, nariz, pabellones auriculares, labios, etc. y se acompañan de hipotermia a hiperhidrosis local. Forman placas o mapas, y en ocasiones se disponen en red: Lívido Anular. En su etiopatogenia pueden intervenir varios factores como: Cardiopatías congénitas, trastornos endócrinos, Tuberculosis, etc.

B- EXTRAVASACION DE PIGMENTOS HEMATICOS Y SUS DERIVADOS EN LA DERMIS

Púrpura:

Son manchas cutáneas o mucosas, generalmente múltiples, debidas a hemorragias capilares, no se borran por lo tanto a la vitropresión. Aparecen bruscamente y desaparecen por reabsorción lenta de la hemoglobina extravasada, de ahí que su coloración varía del rojo al amarillo, pasando por los tintes intermedios correspondientes a las distintas etapas de dicho proceso, dejando como secuela manchas parduzcas persistentes. Si las lesiones son pequeñas redondeadas, se llaman Petequias, si se disponen en forma líneas Vivices, y cuando forman placas Equimosis.

Por último, en miembros inferiores con circulación deficiente las manchas pigmentarias de procedencia sanguínea se deben a depósitos de hemosiderina en la dermis, condicionadas por lesiones de los capilares, que no se reabsorbe formando un verdadero tatuaje, Ej. Dermatitis ocre de los miembros varicosos.

C- ALTERACION DEL PIGMENTO NORMAL DE LA PIEL (MELANINA)

Son modificaciones del color cutáneo debidas al aumento,

disminución o desaparición del pigmento normal de la epidermis, de acuerdo a ello se dividen en:

C.1. Hipercrómicas:

Cuando hay exceso del pigmento, su color es pardo oscuro, azulado o negro, pudiendo ser circunscritas como Nevus pigmentado Congénito, melasma o bien generalizadas como en la Melanodermia Addisoniana.

C.2. Hipocrómicas:

Cuando hay disminución del pigmento de la piel, Ej. Dermatitis Solar Hipocromiante, casos indeterminados de lepra.

C.3. Acrómicas:

Cuando hay ausencia total del pigmento de la piel, Ej. Vitiligo generalizado, albinismo, nevus acrómico, etc. Es útil diferenciarlas de las lesiones secundarias visibles como en la leucodermia atrófica cicatrizal o latentes como la leucodermia Hanseñiana o en ciertos sujetos predispuestos a lesiones epidérmicas superficiales, Ej. Pitiriasis Versicolor, o después de baños de luz, sol, etc. en que las placas atróficas persisten largo tiempo.

C.4. Leucomelanodermias:

Puede haber combinación entre áreas acrómicas e hipercrómicas pudiendo asociarse para formar dichas lesiones, Ej. clásico es el Vitiligo, pudiendo encontrarse también en otras afecciones como: Dermatitis por contacto, uso de hidroquinona, Mal del Pinto, etc.

D- DEPOSITO DE PIGMENTOS EXTRAÑOS EN LA PIEL

D.1. Exógenas:

Son debidas a la introducción en la dermis de sustancias colorantes, Ej. Tatuajes, introducción de partículas de Sílex, carbón, nitrato de plata, etc.

D.2. Endógenas:

Cabe citar la pigmentación total de la piel que se produce en sujetos sometidos a tratamiento con sales de plata que da un color azulado lo que se denomina "argirismo", igual sucede con las sales de oro lo que se denomina "erisocianosis".

Por último la pigmentación difusa o generalizada amarillo verdosa de la piel y mucosas de los ictericos por retención de pigmentos biliares, y la coloración parduzca de los palúdicos (pigmento palustre producto de la transformación de la hemoglobina en el cuerpo del parásito). La excesiva alimentación a base de zanahorias (carotina), naranjas, etc. puede provocar una pigmentación generalizada de color parecido al de la ictericia denominada carotenosis.

2- PAPULAS

Son elevaciones circunscritas de la piel, de consistencia firme, que generalmente al evolucionar hacia la curación no dejan cicatriz. Sus dimensiones son generalmente pequeñas como la cabeza de un alfiler y un frijol, rara vez mayores. Se distribuyen en forma irregular como en la urticaria, aisladas o formando placas (eritema polimorfo) o se agrupan (Tuberculosis liquenoide, sifilide corimbiforme). La forma es variable: redondea-

da o lenticular (sífilide secundaria), poligonal (liquen ruber plano), acuminada (liquen escrofuloso), etc. Pueden tener el color de la piel normal o ser rosadas, rojas (liquen Plano), cobrizas (lepra), azuladas (Urticaria pigmentada). La superficie puede ser lisa (verruca plana), deprimida en el centro (liquen Plano) o saliente (pitiriasis Rubra pilar).

Se localizan tanto en la piel como en las mucosas, tienen duración efímera o muy prolongada. Se diferencian de los tumores por ser resolutivas, y de los nódulos por no dejar cicatriz. Muy frecuentemente se asocian a otras eflorescencias: Pápulovesícula (escrófulo), papulapústula, papulonecrosis (tuberculosis), papulohemorrágica (púrpura papulosa), etc.

Desde el punto de vista histopatológico, las pápulas pueden ser:

A- Dérmicas: se dividen en: Edematosas, Inflamatorias y Mixtas.

Edematosas:

Se denominan también roncha o urtica, el ejemplo típico es la Urticaria, caracterizada por erupción de elevaciones cutáneas debidas al edema agudo, se diría que es una extravasación simple de suero sanguíneo en la dermis. Las lesiones se producen en pocos instantes, tienen un color rosa pálido, una consistencia firme debido a la tensión de líquido que se expande. Se acompañan de prurito intenso y desaparecen en algunos minutos u horas sin dejar rastro.

Inflamatorias:

Constituídas por grupos de células redondas yuxtapuestas

(linfocitos, Polimorfonucleares). Se observan en la forma papulosa del eritema polimorfo, en las sífilides papulosas del secundarismo precoz, que constituye una erupción circunscrita o difusa, de elementos de color rosado o cobre.

Mixtas:

Constituídas por una combinación de pápulas edematosas e inflamatorias, podemos citar en este caso el prurigo agudo infantil (estrophutos), que principia en forma urticariosa, desaparece y deja una pápula inflamatoria roja.

B- Epidérmicas:

Son debidas a hipertrofia de los cuerpos mucosos de Malpighio y secundariamente de las capas superficiales de la epidermis, la hiperqueratosis que puede acompañarla es más o menos aparente, Ej. Verruga vulgaris y Verruga Plana.

C- Dermoepidérmicas:

Aquí encontramos asociadas las lesiones tanto en la dermis como en la epidermis, su aspecto es variable según su estructura, lo más característico es el LIQUEN PLANO, cuyas pápulas son planas, lisas, de color nacarado o rosa amarillento, su forma es poligonal de consistencia firme. En ciertas regiones las pápulas se agrupan, se yuxtaponen y algunas son muy numerosas formando placas, en estos últimos caracteres de las pápulas son menos fáciles de distinguir en razón de la misma confluencia. Es solamente en el borde donde se pueden encontrar elementos aislados con todas sus características. El centro es una capa papulosa donde la superficie es cuadrículada por múltiples salientes entrecruzadas que no son otra cosa que las estrías normales que se han hecho más profundas por la infiltración papulosa de los plie-

gues losángicos de la piel, estas formaciones se denominan Es-trías de Wickman.

3- VESICULA

Son pequeñas colecciones de serosidad INTRAEPIDERMICAS, cuyo tamaño oscila desde puntiforme hasta de dos milímetros. Su forma es: A) redondeada o hemisférica como en las observadas en el Herpes simple, algunas formas de dermatitis herpetiforme; B) acuminada o umbilicada, Ej. Varicela y Herpes Zoster. El techo de las vesículas, formado unas veces por la capa córnea solamente, otras de mayor espesor, de varias capas de células Malpighianas. En la gran mayoría de los casos es el resultado de un edema inflamatorio de la epidermis que se colecta secundariamente en forma de vesículas, este edema se acompaña de congestión e infiltración de la dermis que condiciona el brusco pasaje de plasma a la epidermis. Las cavidades resultantes son al principio tabicadas (multiloculares), lo que explica que al punzarlas no se aplanen totalmente, dando salida a una gotita de líquido claro seroso. Su contenido se deseca en forma de costras meliséricas regularmente circulares cuando no se ha roto el techo, e irregular cuando al romperse éste el contenido de la vesícula se derrama, desapareciendo sin dejar cicatriz, se exceptúan algunos casos como la varicela, Herpes Zoster que sí dejan cicatriz. Si una vez roto el techo persiste el proceso exudativo que ha dado lugar a la vesiculación existe una pérdida de sustancia (excoriación), algunas veces de dimensiones mínimas, como los llamados Pozos Eczémáticos de Devergie, característicos del eczema. Si asientan en las mucosas (pénfigo de las mucosas), no llegan a desecarse, pues se rompen precozmente, originando exulceraciones o erosiones rojas o difteroides de forma redondeada o policíclica.

Las vesículas pueden infectarse secundariamente y transformarse en pústulas, al rascarlas dejan exulceraciones que secretan exudado amarillento que puede evolucionar hacia la curación sin dejar cicatriz. A veces se asocian a pápulas para dar las lesiones pápulo-vesiculosas como en la Lúes Pápulo-vesiculosa, prurigo infantil (Complejo Pápulo-vesiculoso de Tamasoli), o pueden coexistir con ampollas como en la Dermatitis polimorfa dolorosa de Dühring-Brocq o dermatitis herpetiforme.

Histológicamente, las vesículas pueden ser de tres tipos:

A- Parenquimatosas:

La acumulación de plasma se hace inicialmente en el interior de las células del cuerpo mucoso de Malpighio, formándose las vesículas por confluencia: alteración cavitaria de Leloir, éste sería el mecanismo de la lesión inicial del eczema (vesiculi-lla primordial).

B- Intersticiales:

La acumulación plasmática es intercelular. Las células de Malpighio son rechazadas, comprimidas por la invasión líquida que termina por romperse, lo mismo que sus filamentos de unión - "espongiosis" de Besnier o estado Espongióide de Unna.

C- Globosas:

El plasma invade también los espacios intercelulares, pero las células Malpighianas, degenerando por necrobiosis, se aíslan unas de otras y flotan en líquido, es lo que sucede en algunas enfermedades virales como Herpes Simple y Herpes Zoster, Varicela, etc. Las células del cuerpo Mucoso de la piel se hipertrofian haciéndose globosas ("alteración globosa de Unna"), subdividién-

dose sus núcleos en múltiples partículas y mostrando un protoplasma homogéneo.

4- AMPOLLAS

Llamadas también flictenas o bulas, son colecciones líquidas de contenido generalmente seroso, desarrolladas en o debajo de la piel, voluminosas, sobresalen de la superficie de ella, difieren de las vesículas por sus dimensiones mayores y modo de formación. Se originan por despegamiento de la epidermis o de colección subepidérmica, son pues, uniloculares, evacuándose totalmente su contenido al ser puncionada, éste carácter las diferencia de las vesículas, que son multiloculares, una serosidad clara proveniente de la dermis ocupa los espacios virtuales así formados.

Las ampollas se forman por dos mecanismos:

1- Por despegamiento:

La presión del edema dérmico, tras de cruzar el cuerpo mucoso de Malpighio levanta y desprende la capa córnea (ampolla subcórnea superficial), como en el impétigo. Si la presión es más intensa, el desprendimiento se realiza a nivel de la capa basal (ampolla subepitelial o profunda), como sucede en el Liquen Plano Buloso, Dermatitis de Duhring.

2- Por acantólisis:

La rotura de los filamentos intercelulares de las células de Malpighio determina la producción de ampollas en el cuerpo mucoso (ampollas acantolíticas del Pénfigo Vulgar o Epidermólisis Ampollar).

Las ampollas se pueden producir por los siguientes mecanismos:

Causa Física o Química:

Friño, calor, Rayos X, Porfiria cutánea, hemoflictenosis bucal traumática, dermatosis ampollares medicamentosas (sulfonamidas de eliminación lenta, butazolidina, antirreumáticos y analgésicos como los salicilatos, penicilina, hidantoinatos, griseofulvina, bromo, Yodo, Tetraciclina).

De origen Microbiano:

Erisipela ampollar, impétigo, pénfigo epidérmico del Recién Nacido, Pénfigo sifilítico, pénfigo leproso, pénfigo febril grave.

De mecanismo complejo indeterminado:

Epidermólisis ampollar, dermatitis de duhring, impétigo herpetiforme, urticaria ampollar, toxemias ampollares, liquen plano, esclerodermia, púrpura, etc.

Las ampollas pueden evolucionar hacia: ulceración con secreción serosa; costra amarillenta o melicérica; mácula eritematosa o hiperpigmentada, ésta última tarda más en desaparecer.

5- PUSTULAS

Son colecciones INTRAEPIDERMICAS de pus que pueden o no dejar cicatriz. Se desarrollan generalmente en la epidermis o en la dermis superficial, y a veces sobre el orificio de los folículos pilosebáceos; son los equivalentes en la epidermis de

los abscesos en la dermis o tejido celular subcutáneo. Las pústulas propiamente dichas se ven sólo muy al principio de la enfermedad, las vesículas o ampollas pueden asimismo supurar, las primeras llamadas Vesicopústula como en la dermatitis por contacto, las segundas ampollas purulentas (impétigo estreptocócico).

El nombre de pústulas debe reservarse exclusivamente para las lesiones primitivas, de contenido purulento desde su iniciación designándose con el nombre de vesículas o ampollas supuradas a las que se infectan secundariamente.

Tienen forma generalmente redondeada y superficie hemisférica aplanada, tensa o flácida, transparentándose el pus de color amarillento o grisáceo. Asienta sobre un eritema inflamatorio que se percibe en la periferia bajo la forma de una areola roja.

Su tamaño variable, con tendencia a crecer, y a la punción permite apreciar su profundidad y el aspecto del pus al examen citológico muestra polimorfonucleares.

Evolución:

Al romperse dejan al descubierto una erosión o ulceración, que habrá de repararse mediante una costra, elemento igualmente reemplazando las pústulas cuando sin romperse se deseca su contenido. Las costras son pues, el producto de la desecación de la serosidad del pus o sangre. Su espesor, consistencia, color y adherencia varían según los casos y permiten que la epidermis repare la pérdida de sustancias, progresando por debajo de ellas desde la periferia hacia el centro, hasta hacerlas caer en una forma espontánea.

Son causadas por infecciones superficiales microbianas, pió

genos como Estafilococo, impétigo de Bockhart, foliculitis, acné pustuloso; Causadas por Estreptococo: Impétigo banal, ciertos impétigos de Bockhart, ectimas, etc.

Las pústulas pueden ser de tres tipos:

- a- Epidérmicas: Superficiales o subcórneas, que no dejan cicatriz (impétigo, dermatitis herpetiforme), o profundas, por lesionar la capa basal, dejan cicatriz, Ej. ectima.
- b- Dérmicas: Por ende cicatrizales (Tuberculosis Verrucosa).
- c- Foliculares: También cicatrizales (Sicosis de la barba).

6- NODULO

Son lesiones Dérmicas, de consistencia sólida que hacen relieve en la piel y se deben a una infiltración celular de toda la dermis que desorganiza su estructura normal, no son por lo tanto resolutivos y siempre dejan cicatriz. La infiltración de la dermis por células redondas es más profunda en los nódulos que en las pápulas, su evolución es más lenta y los tejidos conjuntivos y elásticos de la dermis están muy alterados; el proceso destructivo es producido por el agente y el mecanismo de reacción del huésped. Su tamaño varía entre una munición y una avellana, pudiendo ser aún mayor; su forma es generalmente redondeada y de coloración variable amarillento acaramelado (lupus vulgar), rosado jamón (sífilis), amarillo rojizo (hansen Nodular). Pueden ser de superficie lisa, verrugoide, deprimida, escamosa, etc. Pueden ser de consistencia semiblanda (lupomas), dura (prurigo Nodular de Hayde) o elástica (hansen). Se localizan en la piel también en mucosas teniendo tendencia en ciertos (lupus, sífilis, lepra) a agruparse formando figuras, círculos, anillos, etc.

Los nódulos evolucionan en forma crónica hacia la ulceración lo cual es muy raro o reabsorción espontánea, dejando como ya dijimos secuelas cicatrizales. Todas las enfermedades infecciosas pueden causar nódulos, sobre todo: Tuberculosis, Hansen, micosis,

7- NUDOSIDAD

Son los procesos hipodérmicos, más profundos que los nódulos, de tipo inflamatorio reaccional, dolorosos, agudos y al desaparecer NO dejan cicatriz.

Estas induraciones hipodérmicas sólidas más o menos circunscritas no son visibles, únicamente palpables, ya que la piel que los recubre conserva su aspecto normal, son los equivalentes de las pápulas dérmicas inflamatorias en el tejido Celular Subcutáneo, se diferencian de aquellas por su mayor profundidad, sus dimensiones más grandes; según los casos pueden tener síntomas diferentes:

Eritema Nodoso: La erupción se inicia en forma brusca, con caracteres "exantemáticos", evoluciona en forma aguda, puede invadir toda la superficie cutánea y se acompaña de síntomas generales (fiebre, cefalea, náuseas, vómitos, diarrea, etc.), el ejemplo típico es el que se observa en la lepro reacción en algunos casos de Hansen lepromatoso nodular.

Eritema indurado de Bazin: Dermatitis de evolución subaguda o crónica, poco doloroso, no cambia de color, menos rojo, evoluciona por brotes.

8- GOMA

Son lesiones HIPODERMICAS que se caseifican y evolucionan hacia la ulceración previa tumefacción. Son los equivalentes en el tejido celular Subcutáneo a los nódulos en la dermis. - Tienen la misma diferencia de los nódulos con las pápulas.

Su tamaño oscila entre un grano de ajonjolí (goma miliar) y un huevo de paloma, que ocasiona una prominencia más o menos acusada de la piel que lo cubre, la cual suele aparecer enrojecida; el goma evoluciona en cuatro fases:

1- Crudeza

En el cual la lesión, de consistencia sólida, aumenta de tamaño y se aproxima a la superficie cutánea, no se distingue de una nudosidad poco inflamatoria.

2- Reblandecimiento:

Crece rápidamente, se le siente a la palpación en su centro una verdadera fluctuación.

3- Evacuación:

Esta fluctuación aumenta en el goma, se adhiere a la epidermis, la piel está más o menos roja y se adelgaza y por fin se fistuliza dando salida a un líquido de color la mayoría de las veces sanguinolento.

4- Ulceración:

El orificio se agranda y se forma una ulceración profunda limitada por bordes infiltrados tapizados por un tejido blanco ama-

rillante que es la sustancia caseosa. Esta ulceración está incrustada en una masa infiltrada que es la parte del goma no removido.

Después de un tiempo más o menos largo donde la dureza depende de la causa del goma y sobre todo del tratamiento aplicado, la reparación comienza, el fondo de la ulceración se seca y se va tapizando de tejido; la epidermis recubre progresivamente de afuera hacia adentro bajo la forma de una película blanquecina, la superficie cruenta formada, persistiendo una cicatriz muy aparente.

El goma se diferencia fundamentalmente del Nódulo por la localización inicial y la mayor rapidez evolutiva, se debe a un proceso infeccioso como: Sífilis, Tuberculosis, Micosis Profundas (Esporotricosis, Actinomicosis cervicofacial, micetoma, etc.), su evolución puede sin embargo, detenerse antes de llegar a la ulceración y repararse por reabsorción de células inflamatorias, en sustitución del tejido destruido por una cicatriz esclerosa.

9- ABSCESOS

Son colecciones purulentas localizadas a la hipodermis, agudas o crónicas, que al abrirse dejan cicatriz. Se perciben como elevaciones de la piel, blandas, fluctuantes, de aspecto más o menos inflamatorio, según el estado evolutivo que se encuentren.

Cuando la lesión inflamatoria de la dermis o hipodermis provoca un aflujo considerable de glóbulos blancos (polimorfonucleares, linfocitos), se produce el pus cuya existencia se revela por el fenómeno de fluctuación. Los abscesos son más o menos profundos según nazcan en la dermis o hipodermis.

Si la causa es aguda hay rubor, dolor, tumor y calor, llamados abscesos calientes, como sucede en los abscesos de origen glandular (hidrosadenitis, abscesos múltiples de lactantes o de folículos pilosebáceos, forúnculos, acnés flegmenosos); otros, debido a fusión purulenta de infiltrados nodulares, algunos son primitivos tienen tendencia a abrirse hacia el exterior, adheriéndose a la piel, perforándola y dando lugar a la formación de una fístula, algunas veces aplanadas y largas, otras rodeadas de un halo inflamatorio o a la formación de una úlcera.

Cuando los abscesos son crónicos llamados abscesos fríos como en la Tuberculosis, al evolucionar forman una fístula que dura tanto como la infección inicial.

10- NECROSIS O GANGRENA

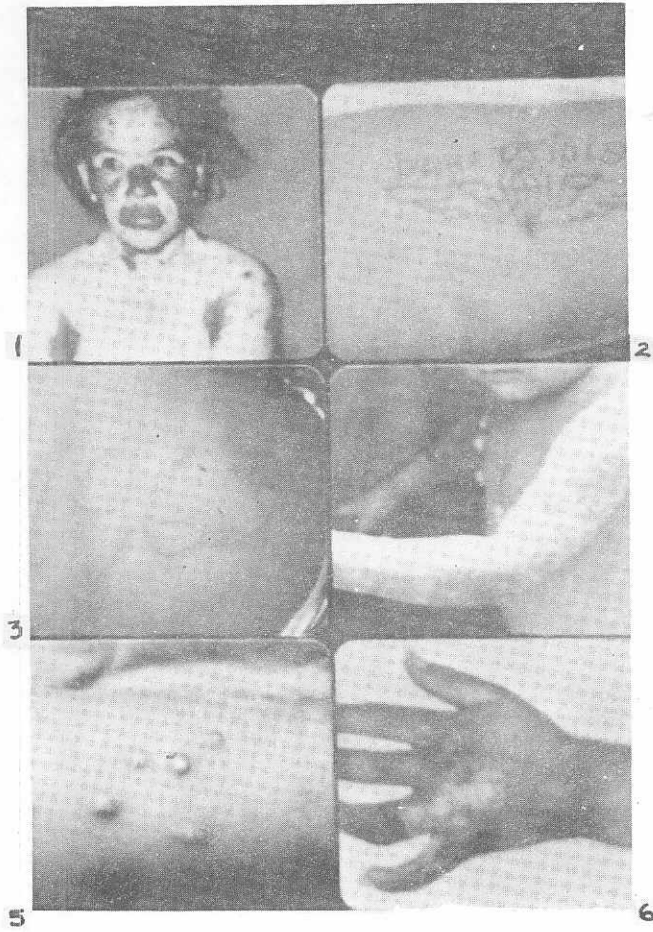
La necrosis o gangrena es la muerte de una zona cutánea, esta zona se llama escara o esfacelo, siempre deja cicatriz visible. Una vez bien delimitado el trozo de tejido mortificado, comienza un proceso de eliminación, destinado a desprenderlo de los tejidos sanos que circundan la escara.

La necrosis puede ser limitada o superficial (acné necrótico, Tuberculoides papulonecróticas, Fenómeno de Lucio en Hansen Lepromatosis difusa). Las escaras pueden ser secas, como ocurre en los procesos de gangrena seca por obstrucción de un tronco arterial, o húmedas, cuando además de mortificación hay infección por anaerobios. El tamaño varía de la cabeza de un alfiler (sifilides o tuberculoides papulonecróticas), al de una placa enorme, en las escaras por arteritis obliterante, cáusticos químicos, etc. Algunas patognomónicas del Lupus eritematoso (fina, brillante, y sembrada por telangiectacias y minúsculas depresiones).

CUADRO DIFERENCIAL DE LESIONES ELEMENTALES PRIMITIVAS

LESION	LOCALIZACION	EVOLUCION	CICATRIZ VISIBLE	SINTOMAS
Mácula	Epidérmica	Aguda o crónica	No	Asintomática, prurito, dolor
Pápula	Epidérmica Dérmica o Mixta	Aguda o crónica	No	Prurito
Vesícula	Epidérmica	Aguda	No	Dolor, Escozor.
Ampolla	Epidérmica Dérmica	Aguda	No	Dolor, Escozor.
Pústula	Epidérmica Dérmica	Aguda	No	Dolor.
Nódulo	Dérmica	Crónica	Si	Asintomático.
Nudosidad	Hipodérmica	Aguda	No	Dolor, fiebre, malestar general.
Goma	Dérmica Hipodérmica	Crónica	Si	Dolor, fiebre, malestar general.
Absceso	Dérmica Hipodérmica	Aguda	Si	Dolor, fiebre, malestar general.
Necrosis	Dérmica, hipodérmica, otras estructuras	Aguda o Crónica	Si	Dolor, Asintomático, malestar general.

LESIONES ELEMENTALES PRIMARIAS



1- Mancha Discrómica (Vitiligo). 2- Incrustación de pigmentos (Tatuaje). 3- Pápula Edematosa (Dermografismo). 4- Ampolla (Dermatitis Herpetiforme de Duhring Brocq). 5- Nódulos (Prurigo Nodular de Hayde). 6- Goma (Esporotricosis Linfangítica).

LESIONES ELEMENTALES SECUNDARIAS

Como se notó anteriormente, dichas lesiones son las que sobrevienen como consecuencia de una lesión primitiva, entre las cuales tenemos las siguientes:

- 1- Ulceraciones
- 2- Costras
- 3- Cicatriz

1- ULCERACIONES

Son pérdida de sustancia secundaria a otra lesión. Según su profundidad, se distinguen las erosiones o exulceraciones que no lesionan la dermis y no dejan por lo tanto cicatriz. Ej. exulceraciones secundarias a Impétigo, Herpes; y las ulceraciones propiamente dichas, en las que por el contrario, la cicatriz nunca falta.

Las erosiones responden a diversos mecanismos: Ruptura de vesículas, de ampollas o pústulas, desprendimientos epiteliales, traumáticos (excoriación por rascado de pápulas pruriginosas) o mortificaciones epidérmicas de diversa índole (cáusticos, gémnes).

En las ulceraciones debemos tener en cuenta sus dimensiones, forma, borde, contorno, base, color, secreción, sensibilidad, caracteres cuyo estudio minucioso permite individualizar en muchos casos su naturaleza.

Las dimensiones son muy variables, desde lenticulares hasta el tamaño de un mapa (geográficas). Cuando las ulceraciones son crónicas sin tendencia a la reparación espontánea, se les de-

nomina ULCERAS, Ej. Úlceras varicosas, sifilíticas, Tuberculosis, epitelomas.

La forma es generalmente redondeada u oval, geográfica por coalescencia por varios elementos, o serpinginosa cuando progresan por un extremo y cicatrizan por otro.

Los bordes pueden ser suficientemente característicos como para presumir su diagnóstico: los del chancro blando son bien netos y despegados; los del goma son cortados a pico, en sacabocado, los del epiteloma son elevados, duros vueltos hacia fuera y sangran fácilmente.

Debe entenderse por borde el desnivel existente entre la lesión y los tejidos sanos, siempre que exista pérdida de sustancia. Contorno es la simple delimitación entre la piel sana y la enferma.

Los contornos varían de color conforme a lo agudo o crónico del proceso; rojo vivo en el ectima; violáceos en las lesiones tuberculosas; leucoplasiforme en los epitelomas y de color hemorrágico en los chancros blandos.

La profundidad depende del agente causal y del terreno en que evoluciona (edad, desnutrición, etc.), las úlceras fadegénicas se caracterizan por su rapidez invasora en profundidad o en extensión, como se observa en ciertas formas de Lupus Vulgar.

El fondo puede ser liso, desigual, angractoso, vegetante, su examen permite hallar elementos útiles para el diagnóstico: granos en el micetoma, puntos amarillos en la Tuberculosis, filamentos vermiformes en los epitelomas espinocelulares.

La base sobre la cual asientan las úlceras puede ser blanda

o de consistencia normal, edematosa, infiltrada, indurada, acartonada, leñosa y aún cartilaginosa.

El color de la ulceración depende de la existencia o no de exudado, del estado de salud y edad del enfermo, etc. Es en general obscuro, a veces de color del tejido muscular (chancrosifilítico), amarillento (chancro blando), negro (gangrenas).

La secreción puede faltar o ser simplemente serosa, seropurulenta, purulenta o hemática.

La sensibilidad es otro carácter que puede orientar al diagnóstico; el chancro sifilítico no duele, la úlcera varicosa tampoco, el chancro blando es doloroso, lo mismo que los epitelomas y las úlceras tuberculosas, que lo son en grado sumo.

2- COSTRAS

Son concreciones que se forman sobre ciertas lesiones cutáneas ulceradas o no. Están constituidas por serosidad, pus, sangre coagulada, o por detritos epiteliales o bacterianos. Pueden ser de color de miel, meliséricas, serosas como en el impétigo, grises amarillentas (eczema), o rojas oscuras o hemáticas (ulceraciones, Sarcoptiosis) o la combinación de ellas Melisericohemáticas, Melisérico-Purulentas, Hematopurulentas, etc. Al principio muy adherentes se aflojan poco a poco hasta desprenderse de las lesiones subyacentes.

La serosidad, el pus o la sangre contenidas en vesículas, pústulas o ampollas, pueden esparcirse en las lesiones cuando están abiertas. La costra así formada cubre la epidermis y cuando se produce sobre la ulceración su grosor depende del líquido coagulado.

Las costras pueden ser secas, blandas, desmenuzables y superficiales, como en el impétigo, amarillentas y con olor a rató como el Favus, gruesas, duras, resistentes como en las quemaduras de tercer grado, elevadas, marrones, negruzcas o verdosas como en la Sífilis, éstas últimas han sido descritas como costras semejantes a la ostra y son conocidas con el nombre de Rupias (del griego Rupos que significa suciedad), las muy adherentes del eczema, las hemáticas que al desprenderse dejan al descubierto ulceraciones muy semejantes (epiteliomas), o las que cubre los pozos eczemáticos del eczema.

3- CICATRIZ

Son formaciones de tejido conectivo reciente que reemplazan la pérdida de sustancia en el corion y en las partes más profundas debidas a lesiones o enfermedad. La cicatriz da la forma de la lesión que la originó, lo que permite hacer el diagnóstico retrospectivo.

Una cicatriz normal es blanda, lisa y desprovista de pelos y orificios glandulares. A veces es hiperpigmentada sobre todo a su alrededor. Una cicatriz puede ser irregular, retráctil, provocando deformaciones, ectropión de cavidades naturales. Algunas veces la cicatriz hipertrófica se aplana espontáneamente después de algunos meses, en otros casos la cicatriz está envainada por un fibroma dérmico que no desaparece espontáneamente, siendo exuberante y denso (queloide). Hay cicatrices con ciertas características que son típicas de enfermedades individuales de la piel de modo que poseen un valor diagnóstico, las del lupus eritematoso discoide fijo las cuales son brillantes, delgadas, rígidas, con telangiectacias y con un punteo diminuto correspondiente a los orificios glandulares; las del Lupus Vulgar son duras y fibrosas, ocasionalmente como cordones y con descamación en sus bordes.

Las consecutivas a quemaduras son una mezcla de lesiones delgadas, deprimidas, atróficas o hipertróficas, elevadas o fibrosas, con tendencia al queloide; las de la viruela son innumerables con pequeñas depresiones blancas redondeadas, generalmente ubicadas en la cara; las que siguen a la evolución de las sífilides son finas, arrugadas y tienen el aspecto del papel del cigarro. Algunos individuos y algunas regiones del cuerpo, como la parte anterior del tórax, tienen tendencia especial a la cicatrización.

Desde el punto de vista histológico, una valiosa característica diagnóstica, es la ausencia de crestas interpapilares por encima de la cicatriz, luego, la destrucción de la epidermis, no se produce regeneración de dichas crestas. El tejido conectivo en el corion aparece en forma de anchos haces que se entrelazan y mezclan con el tejido fibroso normal circundante. En las cicatrices jóvenes los núcleos son más grandes y más agrupados que en las antiguas, cuyos núcleos son escasos y pequeños y los haces son lisos y generalizados.

LESIONES ELEMENTALES PRIMOSECONDARIAS

Como se dijo anteriormente, dichas lesiones a veces se presentan iniciando una dermatosis y otras veces como consecuencia de eflorescencias primarias, entre estas tenemos las siguientes:

- 1- Queratosis
- 2- Escamas
- 3- Atrofia
- 4- Esclerosis

1- QUERATOSIS

Es un espesamiento de la capa córnea, cuando es exuberante se denomina hiperqueratosis. Una lesión hiperqueratósica puede producir una ligera saliente de la superficie lisa o rasposa según el caso, su consistencia es firme o muy dura, su color blanco grisáceo. La hiperqueratosis se observa como consecuencia de traumatismos y roces que forman callosidades y las queratodermias palmares y plantares. En las regiones como pliegues o en las palmas de la mano estas pueden fisurarse dando lugar a las llamadas cribas, fuertemente dolorosas. En las mucosas las queratosis forman placas blancas estrías que se denominan leucoplasias.

La hiperqueratosis es debida a la hiperplasia simple de la capa córnea, ella consiste en la exageración de un proceso normal de la evolución de las células epidérmicas. Pero la hiperplasia puede ascender al mismo tiempo en las capas subyacentes de la epidermis en particular sobre el cuerpo Mucoso de Malpighio y ella acompañarse de hiperplasia papilar o de lesiones inflamatorias discretas de la dermis.

Una lesión verrugosa está constituida por la asociación de hiperqueratosis con un estado vegetante de la epidermis (verruca vulgar, queratosis senil, tuberculosis verrucosa, nevus verrucoso, queratosis solar, queratosis seborreica). En regiones donde la capa córnea es muy desarrollada como plantas de los pies y palmas de las manos, la dermatosis presenta frecuentemente el tipo córneo (sífilides, psoriasis, liquen plano, queratodermia arsenical).

Todos los traumas repetidos de la piel, ciertas enfermedades como gonorrea, lúes, tuberculosis, etc. ciertas neoplasias benignas pueden provocar queratosis, algunas de consistencia precancerosa como la leucoplasia.

2- ESCAMAS

Son láminas córneas más o menos delgadas que se desprenden de la piel a manera de clivaje de las capas superficiales de la epidermis. En estado normal las células córneas superficiales de la epidermis se eliminan en forma imperceptible, en la queratosis pura las células córneas permanecen coherentes sin disociarse y se eliminan en forma de fragmentos o láminas espesas que son más que las escamas, es el resultado de una lesión epidérmica que radica en la capa granulosa, en donde la más común es la paraqueratosis (presencia de núcleos en la capa córnea).

Se sabe que normalmente las células de la epidermis por aumento de la capa granulosa, pierden sus núcleos y se infiltran de queratohialina; el estrato granuloso no existe en casos descamativos de este hecho se eliminan en forma invisible como en el estado normal, las células superficiales se aglomeran y forman láminas en bloque (descamación), las escamas son de espesor variable.

Las escamas farináceas o furfuráceas, se les observa en el período final de la rubeola, Sarampión, son tan finas que para ponerlas en evidencia es necesario frotar la piel con un trapo negro en el cual quedan adherentes. Un poco más voluminosas, caracterizan las que se llaman pitiriasis, Ej. Pitiriasis Capitis, Pitiriasis Simplex, Pitiriasis Rosada de Gibert, Pitiriasis Versicolor, etc. Algunas un poco más voluminosas son grisáceas adherentes y se fijan a manera de grapas a los orificios foliculares, Ej. Lupus Eritematoso. Unas son delgadas y superficiales como las que se observan en erupciones medicamentosas. Escamas un poco más espesas recubren ciertas lesiones papulosas, Ej. Sífilides Papuloescamosas, alrededor de ciertas pápulas luéticas pueden formar una especie de collarite de Bielt. En otros casos las escamas son estratificadas, Ej. Psoriasis, son tan características de esta afec-

ción, que se les llama psoriasiformes a todas las dermatosis que se recubren de escamas con estos caracteres, Ej. Sifílides Psoriasiformes, Eczemátides Psoriasiformes.

Las escamas que miden sobre dos o tres centímetros de largo se denominan Láminas, Ej. Eritrodermia, afección caracterizada por rubor persistente de la piel, acompañada de descamación, puede descamar por muchas causas en forma de placas, guantes, sandalias, como en la Escarlatina, eritemas escarlatiformes, eritema exfoliativo. Las escamas aparecen como primitivas, en ciertas afecciones como la Ictiosis, que es una queratosis congénita en la que revela la existencia de paraqueratosis. La mayoría de las veces son secundarias a lesiones eritematosas, vesiculosas, como en el eczema papuloso, tuberculides, sifílides, penfigo foliáceo.

3- ATROFIA

Consiste en la disminución del número o del volumen de los elementos constitutivos de la piel, que se traduce clínicamente por disminución del espesor y consistencia de la piel. Esta pierde su elasticidad, plegándose fácilmente, su color es rosado o blanco marfiliano, y al tacto, más que a la vista, se percibe un desnivel característico.

Cuando la atrofia ataca la dermis solamente, la piel se encuentra muy fina y da la impresión de papel de cigarrillo, más o menos translúcida, como sucede en la piel senil. Cuando está muy superficial, puede localizarse en epidermis, se manifiesta por una modificación que se denomina grano de piel, la superficie cutánea aparece plana y lisa.

Si la atrofia invade hipodermis, los tegumentos se encuentran

más delgados, que en el estado normal, su consistencia es pastosa y su coloración rosada o blanco nacarada. En las formas más acusadas de la piel a la palpación da una sensación de crudeza muy característica. En la anatódermia, la atrofia se distribuye en focos redondos donde el dedo puede introducirse como las depresiones muy profundas.

La atrofia se observa en estado aislado en las vergetaduras y en diversas afecciones atróficas de la piel de apariencia primitiva (eritromielia, anatódermia, poquilodermia); la eritromielia (dermatitis crónica atrofiante), es una afección crónica de evolución progresiva que principia en los extremos de los miembros y remonta hacia sus raíces, comienza por un eritema y se acompaña de una consistencia pastosa de la piel, progresivamente se dejan ver por transparencia los vasos, tendones y se puede pellizcar fácilmente la aponeurosis. En la poiquilodermia, la atrofia es punteada o reticulada, se acompaña de eritema, manchas pigmentadas y de talangiectacias y en ciertas formas de atrofia muscular (poiquilodermatomiositis).

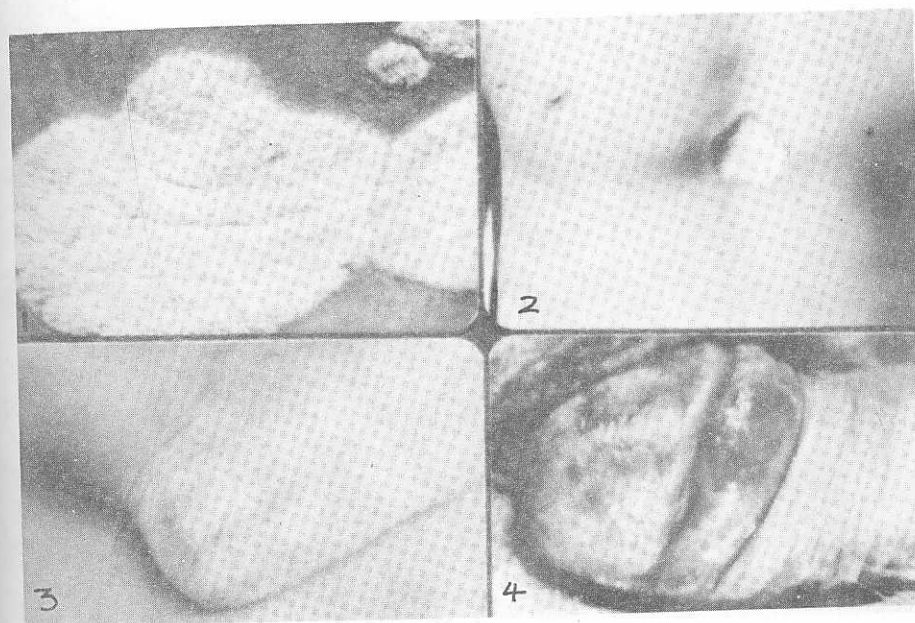
4- ESCLEROSIS

La esclerosis es debida histológicamente a una condensación y generalmente a una hiperplasia de los elementos conjuntivos ocultos de la dermis o hipodermis, es decir es un proceso de neoformación difusa de la dermis. Debe recordarse que esclerosis no es sinónimo de engrosamiento, ya que la piel puede ser normal y aún atrófica.

La piel esclerosada tiene una consistencia firme, no se pliega más que con dificultad y no se desliza sobre planos profundos;

LESIONES ELEMENTALES SECUNDARIAS Y PRIMOSUCUNDARIAS

puede ser atrófica, se observa en la Esclerodermia que toma un tipo de placas (Morphea), e hipertrófica, se observa en el sitio de lesiones inflamatorias de la dermis o hipodermis, en ciertas formas de rinofima (acné hipertrófico de la nariz). Las atrofias y esclerosis suelen combinarse muy frecuentemente, denominándose escleroatróficas como se observa en algunos casos de Lupus Eritematoso o Discoide Fijo.



1- Escamas Estratificadas (Psoriasis). 2- Atrofia (Lupus Discoide).
3- Queratosis Circunscrita. 4- Ulcera (Chancro Sifilítico).

EXAMEN CLINICO DERMATOLOGICO

Sabemos que la piel no es solo una cubierta protectora, sino un órgano con relaciones nerviosas, vasculares, hormonales, endócrinas, etc. Es el mayor órgano del cuerpo Humano y con mucha frecuencia refleja perturbaciones orgánicas o funcionales de otros órganos o sistemas.

El examen Dermatológico, como el examen clínico general debe llevarse a cabo con el mayor cuidado y atención posibles y la anotación o registro de datos anormales o no, reviste la mayor importancia. Cabe mencionar asimismo que la exploración dermatológica no es por sí misma un aspecto totalmente individual, sino más bien viene a constituir un complemento de la Historia Médica general, haciendo énfasis muy especial en datos del examen e interrogatorio que serán de enorme utilidad para llegar a un adecuado diagnóstico aplicado a la Dermatología. - Asimismo, es de suma importancia de quien examina a un paciente con una Dermatitis deberá ser un observador competente, tener un adecuado conocimiento de signos y síntomas, es decir, tener conocimientos básicos de Propedéutica Dermatológica, discernimiento en cuanto prioridad diagnóstica de signos y síntomas, sin descuidar la importancia que puedan tener datos que en apariencia son baladíos y por último una adecuada correlación entre los datos obtenidos por examen y el interrogatorio, ya que en muchas ocasiones podrá existir una contradicción aparente o real entre unos y otros. Algo que también es básico en la elaboración de la Historia Dermatológica es contar con un método sistemático de exploración y un interrogatorio completo, lo cual unido a la experiencia del observador facilitará la elaboración de la misma, evitará pérdida de tiempo, se dará la importancia debida a las diferentes manifestaciones, se estará en capacidad de efectuar las pruebas de gabinete y ordenar los exámenes de laboratorio nece-

sarios para llegar a un Diagnóstico correcto y orientar la terapéutica en la forma más eficaz posible.

CONSIDERACIONES GENERALES

El examen debe llevarse a cabo en un ambiente confortable con una temperatura adecuada y como se dijo anteriormente, la inspección debe ser lo más cuidadosa posible, con el paciente desvestido y en condiciones óptimas de iluminación. La luz diurna es la mejor, una fuente eléctrica de luz diurna es también apropiada. La luz incandescente o los tubos fluorescentes pueden deformar el color de la piel y modificar el aspecto de las lesiones. Es importante que no existan corrientes de aire, ya que por estar el paciente desnudo se evitarán aprehensiones de él mismo o de los familiares.

EXPLORACION

Existen diferentes métodos acordes con las múltiples tendencias o Escuelas Dermatológicas, creemos que todos pueden ser buenos con mínimas ventajas entre unos y otros. Lo importante es conocer y dominar a fondo uno de todos y estar convencido de sus virtudes y beneficios. La exploración que creemos más adecuada, más fácil de elaborar y completa es la que explicamos a continuación:

- 1- Datos generales
- 2- Exploración Dermatológica propiamente dicha:
 - 2.1. Topografía
 - 2.2. Morfología
 - 2.3. Resto de piel y anexos cutáneos.

3- Interrogatorio.

Salta a la vista, y en aparente contraindicación con la historia Médica en general, que en el esquema anterior se procede de primero a la exploración dermatológica y en segundo lugar, al interrogatorio. La explicación está en que por ser la Dermatología una disciplina eminentemente objetiva, el especialista primero observa, y el interrogatorio será útil sobre todo para corroborar los datos que se han obtenido por el examen, además de otros aspectos que se explicarán en su oportunidad.

DATOS GENERALES

Son prácticamente los mismos que los que se requieren en una historia Clínica General. En Dermatología revisten una gran importancia ya que muchas dermatosis tienen especial predominio por determinado sexo, edad, procedencia, ocupación, etc. así pueden citarse como ejemplos: La Tuberculosis Nodular o Eritema Indurado que es patrimonio casi exclusivo del sexo femenino; el prurigo infantil, la tinea capitis que se observan exclusivamente en niños; La leishmaniasis Tegumentaria endémica en el Departamento del Petén, La Tinea Imbricata o Tokelau predominio de los Departamentos de Chimaltenango y Sololá; y por último la importancia de la ocupación como causa de un gran número de afecciones cutáneas, quizá las más numerosas como son las Dermatosis Ocupacionales y profesionales (Dermatosis Reaccionales).

TOPOGRAFIA

Se entiende por topografía el sitio de la superficie cutánea invadido por una dermatosis. En este epígrafe deberán tomarse

en cuenta los siguientes aspectos:

- 1- Si la dermatosis es localizada, diseminada o generalizada.
- 2- Lugares en que asienta
- 3- Sitios que respeta
- 4- Sitios de predominio
- 5- Tendencia a la simetría.

Se considera una afección cutánea Localizada cuando interesa menos del 25% de la piel, Diseminada cuando afecta entre el 25 y el 50% y Generalizada cuando el padecimiento se encuentra afectando más del 50%.

Para ilustrar mejor lo anteriormente expuesto, se citan algunos ejemplos al respecto: Las clásicas dermatosis localizadas las constituyen las Dermatitis por Contacto, en las cuales las áreas afectadas, salvo los casos de hipersensibilidad a distancia (ides), serán las que se encuentran en contacto con la sustancia responsable del cuadro cutáneo (alérgeno o contactante), otro ejemplo lo constituirán algunas epidermomicosis o tineas que toman sus nombres por la topografía que presentan como la Tinea Pedis o la Tinea Cruris. Como Ejemplo de una Dermatosis diseminadas se encuentra la Pitiriasis o tinea Versicolor que tiene especial predilección por tronco y tercios proximales de los miembros superiores. Como dermatosis generalizada cabría citar los exantemas, Escarlatina, etc. que pueden llegar a afectar la totalidad de la piel.

Hay dermatosis que tienen determinada predilección por ciertos sitios de la superficie cutánea, que uniformemente respetan otros y que generalmente son simétricas, tal caso de la Dermatitis Actínica debida a una respuesta anormal de la piel a la acción de los Rayos Solares que se presenta en las áreas de exposición solar, respeta las regiones cubiertas y en la mayoría de

los casos es simétrica.

A continuación se da una lista muy somera de enfermedades en que la exploración topográfica reviste valor diagnóstico (10):

Pabellón Auricular: Dermatitis Seborreica, Psoriasis, Dermatitis Solar, Hansen "L" Nodular, Hansen "L" difuso, Leishmaniasis.

Cara: Dermatitis solar, Dermatitis por contacto, Dermatitis Seborreica, Acné en sus diferentes formas, Lupus Eritematoso, Dermatomiositis, Hansen, Sifilides pustulosos periorificiales, Impétigo, Queratosis Actínicas, Epiteliomas basocelulares y Escamosos.

Cuello: Dermatitis Solar, Neurodermatitis Circunscrita, Dermatitis por contacto, Pelagra.

Axilas: Dermatitis por contacto, eritrasma, Acanthosis Nigricans.

Tronco: Pitiriasis Versicolor, Pitiriasis Rosada, Acné, Seborrea, Roséola Sifilítica.

Región Inguinal: Tinea Cruris, Bubón Venéreo, Candidiasis, Pediculosis Pubis, Acanthosis Nigricans.

Genitales Masculinos (pene): Lúes y otros chancros venéreos, Herpes Progenitales, Candidiasis, Escabiasis, otras balanitis.

Manos: Dermatitis por contacto (profesional), Dishidrosis, Dermatomiositis, Sifilides Palmares, Enfermedad de Meleda, Verrugas Vulgaris.

Pliegues de flexión (codos y rodillas): Neurodermatitis Disemi-

nada, Sudamina.

Pies: Tinea Pedis, Piodermias, Dishidrosis, Sifilides Secundarios, Dermatitis por contacto, Neurodermatitis circunscrita, Verruga Vulgaris.

Superficies de Extensión: Psoriasis, Xantomas.

MORFOLOGIA:

Conociendo los sitios que interesa una dermatosis, nos corresponde en seguida saber que elementos la constituyen y las principales características de los mismos; esto es lo que se conoce como Morfología.

El conocimiento adecuado de los caracteres morfológicos de las diferentes enfermedades cutáneas es básico y es en el que mejor debe estar capacitado el Médico. El objetivo de este examen es el de efectuar un detenido análisis individual de la lesión o lesiones que constituyen la dermatosis, para después hacer una síntesis global de todas estas características y tratar de que encajen en un cuadro clínico lo suficientemente individualizado. A simple vista parecerá bastante complejo, y aparentemente ofrecerá muchas dificultades, pero siguiendo un método ordenado y sistemático que abarque la mayoría de estas características y sobre todo familiarizarse con el mismo, hará posible que estas dificultades sean mínimas progresivamente, esto es lo que viene a constituir en gran parte la experiencia del Dermatólogo.

En el examen morfológico debe tomarse siempre en cuenta los siguientes caracteres:

1- Si la dermatosis es única o múltiple

- 2- Si es Mono o Polimorfa
- 3- Lesiones elementales que la constituyen
- 4- Número
- 5- Agrupación
- 6- Forma
- 7- Tamaño
- 8- Superficie:

- 8.1. Lesiones elementales Secundarias
- 8.2. Consistencia
- 8.3. Temperatura
- 8.4. Color

- 9- Bordes o límites
- 10- Aspecto
- 11- Manifestaciones subjetivas
- 12- Evolución aparente.

1- Dermatosis Unicas o Múltiples:

Es frecuente que un paciente consulte por una afección cutánea, ej. Psoriasis, Tinea Pedis o bien al proceder al examen se observe que el paciente presenta dermatosis diferentes aunque similares, Ej. Prurigo Infantil, Escabiasis, Candidiosis, Etc.

2- Dermatosis Monomorfas y Polimorfas:

Una dermatitis Monomorfa está constituida por solo una clase de lesiones elementales primitivas como el caso del Vitiligo en el que encontramos únicamente manchas (discromía) y es polimorfa, cuando ofrece dos o más clases diferentes de lesiones elementales primitivas, Ej. Las Dermatitis por Contacto en su período agudo y en las que encontramos eritema, pápulas, vesícu-

las y ampollas.

3- Lesiones elementales que la constituyen:

Al respecto nos hemos referido con amplitud en los capítulos anteriores.

4- Número:

Podemos encontrar padecimientos con lesiones únicas o solitarias como el Carcinoma Basocelular, elementos escasos que pueden encontrarse, Ej. el Xantelasma; numerosos que dificultan su recuento como la Escabiasis.

5- Agrupación:

Las lesiones pueden presentarse en forma aislada conservando sus características aunque sean numerosas tal el caso de la Verruga Vulgaris, o bien agruparse constituyendo formaciones de forma y tamaño variables, a las que nos referiremos a continuación:

6- Forma:

La forma de las lesiones ofrece muchas variedades ya en forma aislada o bien al agruparse van a constituir coalescencias que toman múltiples formas, así tendremos que las manchas por definición son planas pero pueden adquirir las formas más variadas; las pápulas pueden ser hemisféricas como en el Prurigo Infantil, Poligonales como el Liquen Plano, con Pseudópodos como el Síndrome urticariano, etc. Las Vesículas podrán ser umbilicadas como en el Herpes Zoster; otras lesiones podrán ser sésiles como las queratosis seniles o bien pedunculadas como los acrocordones.

Al agruparse las lesiones elementales primitivas darán lugar a formaciones de diferentes formas, así tenemos algunos Ejs.

Lesiones Anulares: (giratas) algunos casos de Psoriasis, eritema numular, eritema polimorfo (herpes Iris), Pitiriasis Rosada, Tinea Circinada, Impétigo circinado.

Lesiones Lineares: Nevus Radicular, Liquen Plano Lineal, Dermatitis Venenata, Herpes Zoster, Psoriasis (fenómeno de Koebner).

Lesiones Serpiginosas: Larva Migrans, Sifilides papulosas, algunos casos de Dermatitis Venenata.

7- Superficie:

Al considerar la superficie de las lesiones tendremos que tomar en cuenta los siguientes factores:

a- Lesiones Elementales Secundarias: Se forman a partir de una lesión elemental primitiva y están constituidas por costra, ulceración y cicatriz. Para citar algunos ejemplos tenemos a la Psoriasis con sus típicas escamas micáceas y estratificadas, la dermatitis seborreica con escamas grasosas y petaloides, las dermatosis pruriginosas con producción de costras hemáticas por el rascado, el impétigo pustuloso con costras melisericas y purulentas, el complejo vasculocutáneo de pierna con formación de úlceras, los chancros, los micetomas con gomas ulcerados, etc. La producción de cicatrices atróficas como en el fenómeno de Lucio o hipertrofia como el Acné Queloide.

Las lesiones podrán ser de consistencia firme como los Nódulos o tumores, blanda y hasta fluctuante como los gomas, po-

drán ser de temperatura normal o bien acompañarse de hipertermia local como las lesiones inflamatorias o infecciosas en su período agudo (abscesos). El color varía como el rojo en el Liquen Plano (liquen Ruber), hipocrómico (Hansen Indeterminado), acrómico (vitiligo, albinismo), hiperacrómico (melasma).

8- Bordes y Límites:

Las únicas lesiones que presentan límites son las manchas por no hacer relieve en la superficie cutánea, las demás lesiones presentarán bordes.

Los bordes o límites podrán ser netos cuando hay una marcada diferencia entre la piel normal y la afectada, tal el caso del Hansen Tuberculoide o bien imprecisos cuando la diferencia no se logra apreciar con exactitud como en el Hansen Lepromato so infiltrativo, en estos últimos se habla de bordes esfumados.

Los bordes también podrán ser policíclicos, formando segmentos de arco y creciendo en forma exéntrica como la tinea circinada e impétigo circinado, por último podrán ser deprimidos como la Anetodermia.

9- Aspecto:

Al hablar de aspecto en una dermatosis nos estamos refiriendo al distinto período evolutivo que pueda presentar la o las lesiones que la constituyen.

El aspecto será regular cuando todas las lesiones se encuentren en el mismo período evolutivo, Ej. Urticaria. El aspecto será irregular cuando las lesiones ofrecen distinto período evoluti-

vo como la Esporotricosis Linfangítica, en la que encontramos go-
mas en período de crudeza, fluctuación, ulcerados y hasta cicatrizados.

10- Manifestaciones Subjetivas:

Hemos dicho antes que la Dermatología es una disciplina eminentemente objetiva, y por el examen del paciente podremos conocer la presencia de ciertos síntomas. Así por ejemplo, al encontrarnos con las lesiones escoriadas, con costras hemáticas, etc. será lógico detectar la presencia de prurito; las lesiones hipertermicas eritematosas, fluctuantes serán dolorosas y las lesiones vesiculosas con eritema local podrán acompañarse de escozor (herpes Zoster, H. Simple, Dermatitis Venenata). En ciertos padecimientos como la Enfermedad de Hansen podrá detectarse la anestesia al dolor y a la temperatura.

11- Evolución Aparente:

La presencia de ciertos signos también nos permitirá apreciar con bastante aproximación la evolución que presenta el padecimiento. La presencia de edema, eritema, hipertermia, vesículas o ampollas íntegras nos indicará un proceso agudo; las costras, escoriaciones y algunas formas de escamas nos indicarán una evolución subaguda; la hiper Cromía, liquenificación, descamación gruesa y la ulceración son patrimonio generalmente de una afección crónica.

La dermatitis por Contacto ofrece el mejor ejemplo al respecto. En términos generales se acepta que una enfermedad con una duración menor de 15 días será de evolución aguda, entre 15 y 30 días subaguda y de más de 30 días de evolución crónica.

RESTO DE PIEL Y ANEXOS

La exploración del resto de la piel y anexos de nuestro paciente es muy importante; por medio del cual podremos detectar otros padecimientos relacionados o no con la dermatosis por la que consulta. En uñas su consistencia, implantación, color y partes blandas que circundan. En glándulas sudoríparas, sebáceas y ganglios linfáticos, observar su sensibilidad, temperatura, color de la piel que los recubre, adherencia a planos superficiales o profundos e investigar la presencia de fluctuación.

INTERROGATORIO

Como hemos dicho anteriormente por medio del interrogatorio trataremos de corroborar muchos de los datos obtenidos al examen, sin embargo debemos hacer especial énfasis en ciertos datos indispensables como son fecha y modo de principio, curso del padecimiento, factores que lo desencadenan, mantienen o agravan, intentos de tratamiento y resultados que se han obtenido con los mismos.

Iniciación brusca: Síndrome Urticariano

Evolución por Brotes: Prurigo Infantil.

Factores Desencadenantes: Drogas en Dermatitis Reaccionales, sol en Dermatitis actínica.

Intentos de tratamiento y resultados obtenidos: La mayoría de las veces nefastos ya sea por automedicación, uso de medicamentos inapropiados o bien por el uso de tópicos populares

siempre tan en boga. Todo esto la mayoría de las veces podrá constituir el padecimiento en sí por el que consulta nuestro paciente, o bien una complicación tan importante que podrá originar el principal motivo de consulta.

Guatemala, C. A.

Diagnóstico

No. Registro _____
 Nombre _____
 Edad _____ Sexo _____ Estado Civil _____
 Ocupación _____
 Originario _____
 Lugar de Residencia _____
 Domicilio _____
 Fecha _____
 Enviado por _____

HISTORIA CLINICA

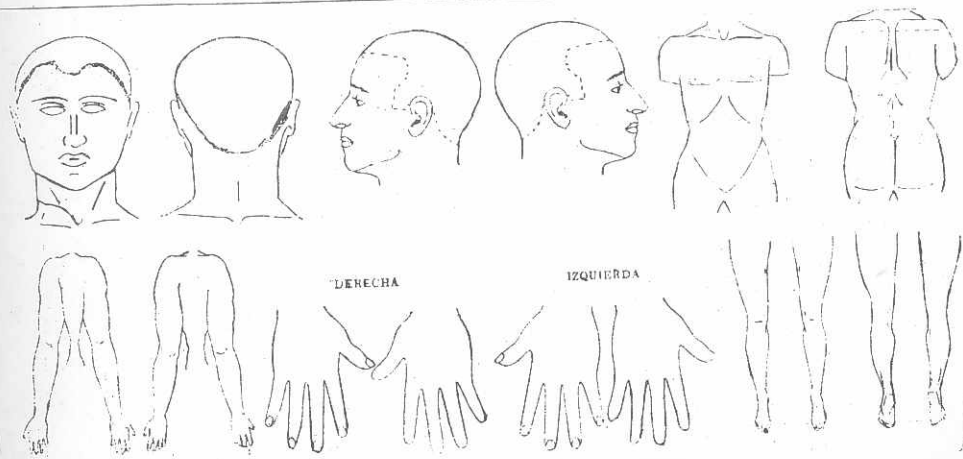
EXPLORACION DERMATOLOGICA

Topografía

Morfología

Resto de la Piel y Anexos

Interrogatorio



EXAMENES DE LABORATORIO Y PRUEBAS DERMICAS

Después de haber llevado a cabo el examen del paciente en la forma expuesta en el capítulo precedente, estaremos en condiciones de dejar sentado un diagnóstico dermatológico o al menos una impresión dermatológica o un diagnóstico provisional.

En los casos en que el médico debe auxiliarse de los métodos paraclínicos o de Laboratorio, debe efectuar aquellos que sean convenientes para confirmar su impresión clínica y llegar a un diagnóstico definitivo.

La Dermatología, como cualquier otra rama de la Medicina, puede verse beneficiada con los medios de laboratorio existentes, pero hay algunos que por su facilidad son susceptibles de ser llevados a cabo en el consultorio o al menos hacer las "tomas" de los mismos para su ulterior envío al laboratorio correspondiente.

En el presente capítulo nos referiremos exclusivamente a estos métodos llamados medios de Gabinete, "tests" o pruebas diagnósticas dermatológicas, lo que se hará destacando únicamente lo que a nuestro juicio consideramos básico para el Estudiante de Medicina, ya que para adquirir conocimientos más precisos se puede recurrir a textos especializados.

A- BIOPSIA DE PIEL

En Dermatología el examen complementario más útil en la práctica por su sencillez y por la gran ayuda que nos puede prestar, es la biopsia de piel es decir, el estudio histopatológico de un fragmento de piel tomado durante la vida del paciente. Sin

embargo, para poder explotar toda la utilidad que nos puede proporcionar, es muy importante tomar en cuenta lo siguiente:

- Indicaciones:

En la práctica casi todas las lesiones cutáneas pueden ser biopsiadas, esto no quiere decir que practiquemos biopsias en todas los enfermos dermatológicos que examinemos. Debe llevarse a cabo cuando los datos clínicos que nos brinda la dermatosis no son suficientes para el diagnóstico, por ejemplo en enfermedades ampollasas, tumores cutáneos, etc. o bien cuando se desea comprobar el diagnóstico a que nos ha llevado el examen clínico, como en un micetoma en el que además nos ayudará a conocer las características morfológicas del agente causal y las alteraciones histológicas que la caracterizan; para fines de investigación y enseñanza y también para constatar los efectos del tratamiento que hemos instituido como en el caso de un epitelioma que es extirpado quirúrgicamente y deseamos saber si esta extirpación fue completa o para comprobar los resultados del tratamiento en casos de lepra lepromatosa. Quizá la única enfermedad en que está contraindicada, aunque se sigue discutiendo el punto, es el MELANOMA MALIGNO, ya que se supone que la biopsia podría acelerar las metástasis que tarde o temprano sobrevendrán. Cuando ya existe diseminación puede tomarse la biopsia que por otra parte deja de tener utilidad para el diagnóstico de esta lesión tumoral.

Es muy importante saber elegir el sitio de la biopsia. Cuando es lesión única no hay mayor problema pero debe tomarse siempre parte del borde y parte del centro. Algunos consideran útil incluir parte de piel sana, otros por el contrario afirman que ello no es necesario y hasta perjudicial porque al incluir la pieza para su proceso se corre el riesgo de que los cortes se hagan sobre la parte sana y por lo tanto no se encuentren las alteracio

nes esperadas. Si la lesión es pequeña se extirpa en su totalidad (Biopsia Excisional). Deben preferirse lesiones "Maduras" evitando las muy establecidas, en cambio cuando son ampollas, debe preferirse una que no tenga más de 24 horas. Deben evitarse las lesiones complicadas con infección, secuelas de rascado o todo aquello que nos pueda enmascarar las alteraciones histológicas básicas.

- Técnica:

Se requiere un mínimo de instrumental: Un bisturí o un sacabocados, pinzas, material de sutura y de anestesia, habitualmente novocaína o xilocaína. Cuando se hace biopsia de partes distales de los miembros debe evitarse el uso de anestésicos con adrenalina por el peligro de la necrosis.

La incisión debe hacerse en forma elíptica de por lo menos 1 Cm. y siguiendo las líneas de clivaje o de tensión de la piel - (Líneas de Langer) para asegurar una buena cicatrización. La profundidad es muy importante pues debe de abarcar hasta el tejido celular subcutáneo ya que hay algunas lesiones cuyas alteraciones están principalmente a este nivel, como el eritema nudo-so, tuberculosis nodular profunda, etc. No debe pinzarse la pieza por el centro, para evitar traumatismo que produzca cambios histológicos, sino desprenderla de su lecho preferentemente con un gancho tomándola de un extremo. Debe hacerse una cuidadosa sutura para que no quede una mala cicatriz.

Cuando se usa el sacabocados, el tamaño debe ser de 2 mm. hasta 6 mm. de diámetro, llegando hasta el tejido celular subcutáneo, No se necesita sutura y se prefiere este tipo de biopsias para lesiones pequeñas y sobre todo situadas en la cara.

Es importante mencionar que toda anestesia aplicada localmente debe efectuarse de preferencia alrededor de la lesión para

evitar los cambios histológicos que puedan ocurrir al aplicar la misma en el centro.

El fragmento tomado se coloca sobre una gasa o papel absorbente para limpiar la sangre, evitar arrollamiento y deformación se coloca en un frasco de boca ancha en la que pueda entrar con toda facilidad y donde se ha colocado el fijador que tendrá por objeto matar in situ las células conservando hasta donde sea posible la estructura que tenía en el individuo vivo. El fijador más usado y más fácil de obtener es la solución de Formol al 10% que se prepara mezclando 90 c.c. de agua destilada con 10 c.c. de formol químicamente puro. Otros fijadores son mucho más difíciles de preparar. El líquido fijador debe cubrir totalmente la pieza, por lo menos en 20 volúmenes de su tamaño y debe permanecer en él un mínimo de 48 horas para que la fijación sea completa. El alcohol deshidrata mucho las piezas y puesta en agua destilada se descomponen inmediatamente.

Se debe rotular de inmediato el frasco con el nombre del paciente y la fecha de la toma para evitar confusiones con otras biopsias y así enviarla al laboratorio, lo cual puede ser hasta por correo ya que la pieza así preparada puede durar mucho tiempo. Debe acompañarse el frasco de la biopsia con los principales datos del paciente: nombre, edad, sexo, breve descripción de la dermatosis y la impresión diagnóstica que servirá para una orientación del patólogo.

- Limitaciones del estudio Histopatológico:

No debe de esperarse demasiado del informe histopatológico, ni que nos resuelva nuestro problema por completo. Si el clínico no tiene un diagnóstico presuntivo, tampoco el patólogo podrá aportar algún diagnóstico examinando solo un fragmento de piel. No debe exigirse demasiado del patólogo ni tampoco des-

preciar su ayuda. Habrá casos en que el Diagnóstico sea totalmente histopatológico, por ejemplo, algunas neoformaciones que clínicamente tienen aspectos semejantes, en otras ocasiones confirmará la impresión clínica que ya teníamos, en otras nos dirá "imagen compatible" es decir, que no nos niega nuestro diagnóstico aún cuando las alteraciones que se observan no son patrimonio exclusivo del padecimiento en que hemos pensado; hay casos en que la histología nos conduce a otro camino que no habíamos considerado, por ejemplo si nos dice que la imagen sugiere un granuloma parasitario y nos recomienda que se practique reacción a la esporotricina o un cultivo. También nos puede ayudar para reconocer el agente causal de un micetoma en base a la diferente capacidad y diferente morfología del grano actinomicético en las diferentes especies productoras de esta enfermedad, igualmente nos puede decir si hay cambios histológicos con el tratamiento instituido.

B- PRUEBA DE PARCHES

La prueba de parche es muy sencilla. Se trata de un método de estudio de la reacción de la piel que se emplea para la identificación de la sensibilización a varias sustancias; es útil particularmente en las erupciones de la dermatitis por contacto, en las que se sospecha que son causantes las plantas (Dermatitis Venenata), productos químicos de las industrias, medicinas, cosméticos, alimentos, artículos caseros y productos de la misma naturaleza.

Esencialmente consiste en la aplicación en la piel sana o en un lugar vecino al área invadida, de sustancias sospechosas de ser las causantes de la dermatitis. Se lleva a efecto empapando un trozo de gasa con una de estas sustancias en una concentración que no sea irritante para la mayoría de las personas. Se re-

cubre con un trozo de material protector impermeable, como celofán, y a continuación se aplica sobre la piel y se sujeta con tela adhesiva. Pueden emplearse parches que estén preparados previamente y ya listos para su aplicación.

Se pueden practicar numerosas pruebas al mismo tiempo, hasta cuarenta o más, aprovechando el dorso o los muslos del paciente y distribuyéndolas en hileras, en este caso se numerará el sitio de cada una de ellas para asegurar la identificación y la exactitud en la lectura de los resultados. Los parches suelen dejarse durante 48 horas, a menos que se produzca una irritación excesiva. Las lecturas no deben efectuarse hasta 20 minutos después de retirados los parches, porque las reacciones positivas no se producen inmediatamente, a veces pueden transcurrir hasta dos o tres días para que la reacción se torne patente, motivo por el cual es importante observar diariamente al paciente para descubrir las reacciones diferidas.

La respuesta clínica a la prueba del parche presenta muy amplias variaciones. Las reacciones más importantes son el eritema difuso, a menudo intensificado en los folículos o con pequeñas vesículas en los mismos; una reacción flictenular o una reacción folículo vesicular precisa. Todas ellas pueden ir seguidas más tarde de formación de costras y exfoliación.

Aunque los perfeccionamientos en el método de llevar a cabo esta prueba han mejorado su utilidad, resulta imposible todavía reproducir exactamente los contactos reales encontrados en la persona expuesta. Por esta causa, y por otros motivos, los resultados de la prueba se encuentran lejos de ser concluyentes, principalmente cuando son negativos.

Existen notables diferencias entre la sensibilidad de la piel propiamente dicha y la de las uniones mucocutáneas y de las mu-

cosas. Es frecuente que exista una hipersensibilidad en uno de estos tejidos, sin manifestaciones en los restantes. Por ejemplo, la piel y los labios pueden ser sensibles al zumaque venenoso, aunque ordinariamente las mucosas no lo sean (la ingestión de las hojas de zumaque es causa de una enfermedad grave). La mucosa bucal, por otra parte, puede irritarse con el mentol de los cigarrillos, mientras la piel no muestra sensibilidad particular al mentol aplicado en parches sobre la misma. De un modo semejante la sensibilidad a los lápices de labios, que suele ser debida al colorante, puede quedar limitada a los labios, mientras los parches con el mismo lápiz aplicados como prueba en otras áreas del cuerpo dan resultados negativos. Cabe señalar además que la hipersensibilidad de la mucosa vaginal a la quinina y otros ingredientes de lavados, o al emplear productos anticonceptivos, suele quedar limitada al lugar de su aplicación, sin que se produzcan en la piel pruebas positivas con estas sustancias. La Dermatitis por contacto de las manos de las amas de casa pueden ser ocasionadas por el contacto con vegetales verdes. Se pueden aplicar alimentos crudos en trozos pequeños y delgados, debajo de los parches. Entre los alimentos que frecuentemente producen dermatitis de las manos y presentan por lo tanto pruebas de parche positivas están el jugo de tomate, huevo, espárrago, naranja, zanahoria, nabo, cebolla, ajo.

PRUEBAS ESPECIALES DE PARCHES

Prueba de parche abierto:

Este método se utiliza para verificar las oleorresinas de las plantas. Los extractos de acetona de plantas, hierbas o árboles se aplican utilizando una abertura señalada al efecto. La zona se mantiene seca y se comprueban los resultados al cabo de 48 horas.

Prueba de provocación de Parche:

Puede provocarse una respuesta positiva mediante la aplicación de lauril sulfato sódico al 10% en el lugar de la prueba durante 1 Hora. Al proceder a una prueba regular del parche, se observa una velocidad reaccional significativa. Este tipo de prueba puede emplearse con sustancias sensibilizantes tales como la Neomicina, penicilina, etc.

Prueba del Vapor:

Los materiales volátiles puede probarse aplicando el gas o vapor bajo una pequeña cápsula de vidrio fijada a la piel durante 48 horas.

Prueba Pustulosa del parche:

En alguna ocasión, las pruebas del parche con yoduro potásico, Níquel, Arsénico o Mercurio dan lugar a pústulas en el lugar de aplicación de la prueba. Por lo general, no se produce eritema, por lo que la reacción carece de significado.

Prueba de Parche en las Mucosas:

Debido a la dificultad de aplicación de la sustancia de prueba, se procede a la aplicación durante una hora de una pequeña cápsula de succión que contiene el material de prueba (ventosa). La positividad consiste en la aparición de una reacción tardía. Por otra parte, en este tipo de pruebas es imprescindible disponer de controles.

Prueba de Foto-Parche:

Este tipo de prueba sirve para determinar la fotosensibiliza

ción por contacto a sustancias como las sulfamidas, la fenotiacina, o la tetraclorosalicilanilida; se aplica un parche estandar durante 48 horas, transcurrida las cuales se procede a su lectura, exponiendo la región a las radiaciones ultravioletas y efectuando una nueva lectura al cabo de otras 48 horas. Hay que emplear los controles apropiados para poder comparar los distintos grados de reacción.

C- PRUEBA POR ESCARIFICACION:

En casos persistentes o recidivantes de prurito crónico o procesos exudativos se practican pruebas percutáneas e intracutáneas de varios alimentos, pólenes, proteínas epidérmicas y bacterianas. Si bien los resultados de estas pruebas por sí mismos no son lo suficientemente dignos de confianza para garantizar una conclusión con respecto a la etiología de la enfermedad, hacen sugerir sin embargo, una sospecha acerca de la causa probable y en este sentido son de alguna ayuda. Siempre se debe tener a mano Adrenalina, para combatir las reacciones anafilácticas que pudieran presentarse. Las pruebas percutáneas suelen realizarse por medio del método de escarificación. Se practica una escarificación independiente para cada sustancia ensayada, y además otra que sirve de testigo para probar la inocuidad de la solución decinormal de hidróxido de sodio, que se emplea para disolver las sustancias sometidas a prueba. Regularmente se elige para la escarificación la parte baja del dorso o la cara anterior de los muslos, se practican con una punta afilada de un bisturí, a través de la epidermis, sin provocar hemorragia y de 1.5 cm. de largo. A medida que se efectúa cada una de las escarificaciones, se deposita sobre las mismas gotas de solución decinormal de hidróxido de sodio. En una sola sesión pueden efectuarse hasta un centenar de pruebas. Las sustancias de prueba se dejan durante 15 minutos, después de lo cual se lavan con agua estéril y se seca

la piel.

A continuación se procede a la lectura de los resultados. - Las reacciones positivas se presentan como pápulas edematosas con pseudópodos de 5 ó más cms. de diámetro. Rara vez aparecerá una placa de muchos Cms. de anchura, también edematosa que puede convertirse en un eritema transitorio generalizado, en este caso pueden sobrevenir síntomas generales, como náuseas, vómitos, sensación de escalofrío, fiebre, taquicardia, disnea. Resultados negativos son aquellos en los cuales la marca de la escarificación no presenta cambios, o muy pocos, después de retirada la sustancia de prueba. Se recomienda al paciente la observación del sitio de la prueba durante todo el día siguiente, ante la posibilidad de reacciones tardías.

Los resultados positivos pueden hacer pensar en una causa. La prueba de la causa se obtiene efectuando un ensayo en realidad. La sustancia sospechosa debe ser eliminada, dentro de lo posible, del medio ambiente del enfermo, más adelante es expuesto libremente a la misma sustancia, para que pueda estudiarse su respuesta en ambos casos, durante su presencia y durante la ausencia de la misma.

D- PRUEBAS INTRACUTANEAS

Pueden constituir también un sistema rutinario las pruebas intracutáneas practicadas mediante la inyección de las sustancias de prueba diluidas en diluciones adecuadas. Con este método no se hacen escarificaciones, sino que se inyecta en la Dermis una solución acuosa de la sustancia de prueba, lo cual se consigue poniendo la piel bajo tensión con los dedos de una mano y pinchando con la otra con la aguja unida a una jeringa llena, que

se mantiene paralela a la superficie cutánea durante la punción. Se inyectan de 0.1 a 0.2 cm³ de la sustancia de prueba, o la cantidad suficiente para levantar una pequeña pápula en la piel del brazo; para ello resulta muy práctica una jeringa de tuberculina.

Se observan los resultados al cabo de media hora y después cada día sucesivamente durante una semana. Con este método de prueba las reacciones positivas se ofrecen como nódulos duros, edematosos, más grandes que las reacciones obtenidas con la técnica de la escarificación. Algunas de estas reacciones son diagnósticas como la de esporotricina para la esporotricosis y la de Frei para el Linfogramuloma venéreo. Otras nos indican cierto grado de hipersensibilidad del paciente al agente causal de la enfermedad, es decir infección, pero no enfermedad como la tuberculina, la coccidioidina, la histoplasmina.

E- PRUEBA DE TZANK

En las enfermedades vesiculosas y ampollares el examen de las células procedentes de la base de la ampolla puede mostrar una citología patognomónica como sucede en la varicela, herpes simple, herpes zoster o pénfigo. Se selecciona una lesión inicial, el techo o cúpula de la ampolla es eliminado con bisturí y el líquido contenido se seca poniendo sumo cuidado en no tocar su base. A continuación se presiona firmemente para evitar que sangre, se raspa el piso de la ampolla con una cureta cortante, y se extiende el producto del legrado sobre un portaobjeto. Se deja secar al aire y tras pocos minutos está listo para su tinción con el método de Giemsa. Algunas veces antes de colocar el frotis se fija nuevamente sumergiéndolo durante un minuto en alcohol metílico al 95%.

El hallazgo de las células redondas es indicativo de herpes Zoster, herpes simple o varicela; su descubrimiento puede prestar ayuda en la diferenciación entre el herpes progenital de la vulva y el chancroide. La demostración de las células epidérmicas redondeadas, tóxicas, acantolíticas, con núcleos picnóticos amorfos, sugiere el Pénfigo Vulgar. Los racimos de células epidérmicas normales con eosinofilia intensa indican dermatitis herpetiforme. Los cuerpos redondos y las células granulares hacen pensar en el pénfigo familiar benigno. La célula de Tzank del pénfigo vulgar, que se encuentra en las preparaciones citológicas, difiere de las células vesiculares túrgicas epitriquiales del pénfigo familiar benigno, en que tienen un núcleo único o nucleolos reticulados múltiples.

F- CULTIVOS MICOLOGICOS

Aunque la siembra la puede hacer el médico, la interpretación de las colonias y su identificación es del dominio del Micólogo. Los medios habituales son el de Sabouraud (Gelosa Mal-tosada) para aerobios, el de papa-Zanahoria para Cándida Albicans, el medio de tioglicolato para anaerobios (Actinomicetes israelí)

G- EXAMEN MICOLOGICO DIRECTO

Uno de los exámenes más frecuentes y valiosos que se hacen en Dermatología es para descubrir la existencia de hongos. Debe practicarse de un modo habitual cuando las lesiones se encuentran en el cuero cabelludo, ángulos de la boca, axilas, región inframamaria, región inguinal, pies.

La muestra se toma un exudado, escamas, pelos, uñas y se

colocan entre cobre y portaobjetos y directamente se observan al microscopio. Cuando son escamas, pelos o uñas es conveniente agregar unas gotas de solución de hidróxido de potasio al 40% (KOH) y calentar a la llama para destruir la queratina y así poder observar los elementos micológicos: micelios, esporas, células fumagoïdes. En casos de exudado cuando se buscan granos actinomicéticos, esférulas de *Coccidioides immitis* y otros más, estos se pueden destacar si ponemos unas gotas de lugol. Evidentemente que el observador debe estar al tanto de lo que busca y conocer muy bien las diferentes formas parasitarias de los hongos.

H- LUZ DE WOOD

Se conoce como Luz de Wood, la radiación producida por una lámpara de rayos ultravioleta a través de un filtro especial (filtro de Wood) con una longitud de onda de aproximadamente 3.650 \AA . El examen bajo esta lámpara puede llevarse a cabo con toda comodidad en el consultorio siendo necesario únicamente contar con una habitación oscura y es muy útil en el diagnóstico de algunas afecciones por las características especiales que les da a las mismas (fluorescencia).

El examen del cuero cabelludo con este aparato, en una habitación oscura producirá fluorescencia del pelo infectado con el tipo humano (*Microsporum Audouini*) o animal (*Microsporum Canis*) de hongo, observándose una brillante fluorescencia azul-verde. Los tipos de tiña por *Trichophyton tonsuras* y *trichophyton violaceum* NO dan fluorescencia bajo la luz de Wood; esto hay que tenerlo presente al juzgar los exámenes de los niños de las escuelas. En otros casos como en la *Pitiriasis Versicolor* nos servirá para observar directamente los progresos obtenidos con el tratamiento.

Eritrasma:

La luz de Wood da lugar, en la piel con eritrasma, a una típica fluorescencia de color rojo coral. Estas manifestaciones se observan en las regiones intertriginosas de las axilas, región inguinal y pliegues interdigitales de los pies, sobre todo en el cuarto espacio interdigital.

Porfiria:

Cuando se examina una orina que contenga uroporfirina en una habitación oscura y con luz de Wood, aparece una fluorescencia de color anaranjado. En la protoporfiria eritropotética, el diagnóstico se establece gracias a la fluorescencia de los hematíes bajo la luz de Wood.

Otras Enfermedades:

En los niños, las tetraciclinas se depositan en el esmalte de los dientes en crecimiento, dando lugar a una coloración amarilla típica bajo la iluminación de Wood. En las sepsis por heridas, como es el caso de las quemaduras extensas, la luz de Wood permite detectar la infección por *Pseudomonas Aeruginosa* en fase inicial. En consecuencia, un tratamiento enérgico con una solución acuosa de nitrato de plata al 0.5% puede evitar una peligrosa infección invasiva.

Una vez examinado el paciente y llegado a un Diagnóstico Dermatológico ya sea clínico o bien confirmado por los datos que nos brinde el laboratorio, llega el momento de tratar la o las dermatosis que dicho paciente presenta.

Las diferentes medidas que se tomen para conseguir este fin son las que vendrán a constituir la terapéutica dermatológica. Esta terapéutica, como en otras disciplinas de la Medicina, podrá ser sintomática o curativa o bien podremos clasificarla a grosso modo como sigue:

- 1- Preventiva o profiláctica
- 2- Médica propiamente dicha
 - 2.1. Tópica o local
 - 2.2. Sistémica
 - 2.2.1. Oral
 - 2.2.2. Parenteral
- 3- Radio y Radiumterapia
- 4- Quirúrgica
 - 4.1. Quimiocirugía
 - 4.2. Criocirugía
 - 4.3. Cirugía plástica y reconstructiva
 - 4.4. Electrocirugía
- 5- Psicoterapia

Todas y cada una de estas formas de tratamiento ameritarán un estudio en particular y de hecho encontramos numerosas publicaciones al respecto, incluso algunas constituyen de hecho especialidades totalmente individualizadas y reconocidas dentro de la Medicina. Por la naturaleza y objetivos del presente estudio, así por razones de tiempo y espacio nos referiremos en el presente capítulo exclusivamente y en forma muy somera al tratamiento

tópico o local.

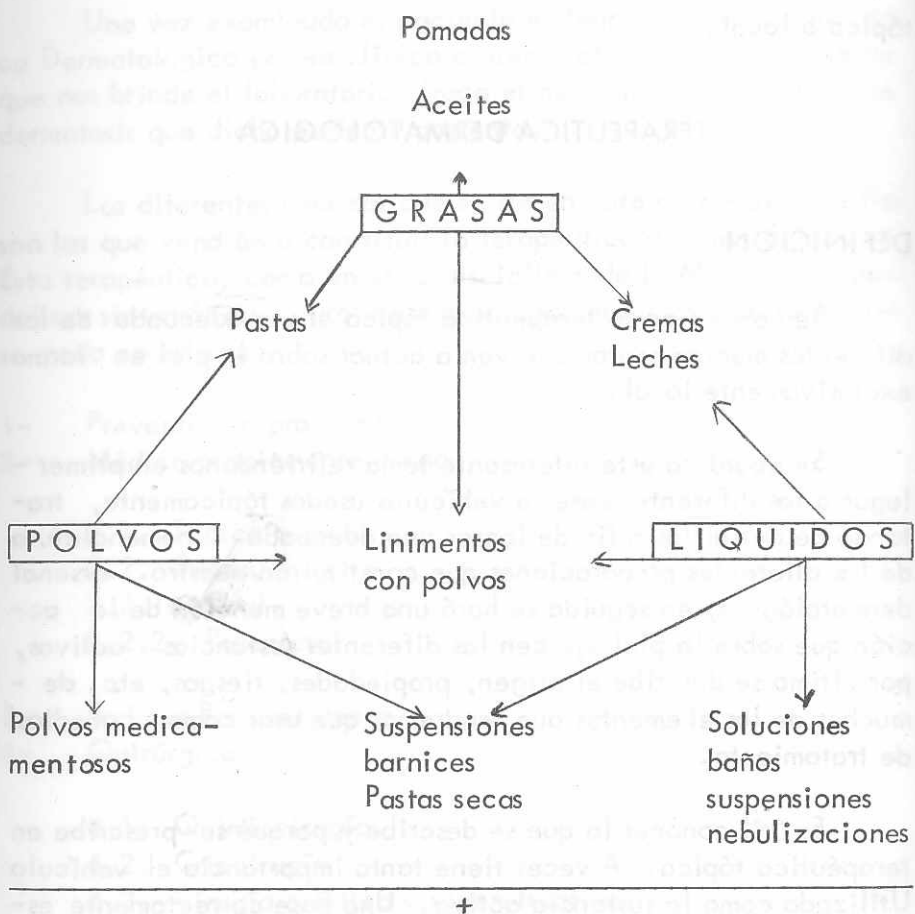
TERAPEUTICA DERMATOLOGICA

DEFINICION

Se conoce como terapéutica tópica el uso adecuado de los diferentes medicamentos que van a actuar sobre la piel en forma exclusivamente local.

Se abordará este interesante tema refiriéndonos en primer lugar a las diferentes bases o vehículos usados tópicamente, tratando de definirlos a fin de lograr una adecuada nomenclatura de las diferentes preparaciones que constituirán nuestro arsenal dermatológico, en seguida se hará una breve mención de la acción que sobre la piel ejercen las diferentes sustancias activas, por último se describe el origen, propiedades, riesgos, etc. de muchos de los elementos que tendremos que usar como medios de tratamiento.

Es útil conocer lo que se describe y porqué se prescribe en terapéutica tópica. A veces tiene tanta importancia el vehículo Utilizado como la sustancia activa. Una base correctamente escogida podrá actuar como curativa por sí sola y, en cambio, una sustancia activa en un vehículo inadecuado puede ocasionar reacciones adversas por fenómenos puramente mecánicos o bien anular la acción terapéutica deseada. Las preparaciones tópicas pueden ser: GRASAS, POLVOS, LIQUIDOS, que se pueden usar ya sea solas o combinándolas en la forma más variada como se indica en el cuadro siguiente.



+
Sustancias activas, correctivos
antifungicos, emulsiones, etc.

I) GRASAS, CERAS Y PRODUCTOS SIMILARES

Utilizados como vehículos, pueden ser líquidos siendo de los más empleados los ACEITES, que se escogen según sus cualidades y los fines a que se dediquen. GRASAS VISCOSAS, se ablandan o licúan con la temperatura ambiente, entre las más usadas están la VASELINA, que tiene punto de fusión de 35° y no admite el agua y la LANOLINA que es hidrofílica, aunque algo irritante. Las GRASAS SOLIDAS, en las cuales mencionamos la manteca de cacao, las ceras de flava y alba, parafina sólida y el Monoestearato de propilenglicol.

II) POLVOS

Son sustancias con efectos refrescantes, secantes y descongestionantes al ampliar la superficie de evaporación de la piel. - Algunos tienen propiedades antisépticas, fungicidas y antiseborreicas. Pueden utilizarse por sí solos o con adición de medicamentos pulverulentos o integrando otras bases dermatológicas. Los más empleados son el TALCO (Salicilato de Magnesia), de consistencia jabonosa, adherente y poco absorbente. El OXIDO DE ZINC, fino, blando, otros.

III) LIQUIDOS

El más utilizado es el agua, para efectuar emulsiones, suspensiones, soluciones y en combinación con tinturas. Mencionamos también el ALCOHOL, ETHER, CLOROFORMO, GLICERINA, COLODION ELASTICO, etc.

BASES Y COMBINACIONES

A) Mezclas de Polvos:

La mezcla que se prescribe más habitualmente es la de talco y óxido de zinc, Ej.:

Talco 50 g.
 Óxido de Zinc 50 g.
 (Secante)

Talco 100 g.
 Acido Undecilénico 5 g.
 (antimicótico).

B) Suspensiones y Soluciones

Se aplican en forma de toques, pincelaciones, aplicación Ad-livitum o en forma de lienzos o fomentos.

Cuando se utiliza vehículo acuoso más sustancia activa se denomina SUSPENSION, Ej.:

Talco 10 g.
 Glicerina 10 g.
 Óxido de Zinc 20 g.
 Agua 250 c.c.
 (loción Secante e Inerte)...

Cuando se utiliza vehículo alcohólico (alcohol a 70°) más sustancia activa se denomina TINTURA, Ej.:

Alcohol 70° 100 c.c.
 Tintura oficial de Iodo 10 c.c.
 Acido Salicílico 2 g.
 (Antimicótico y queratolítico)

C) LINIMENTO

Se denomina linimento a la combinación de agua con aceite, generalmente a partes iguales, Ej.:

Agua de Cal de segunda 100 g.
 Aceite de almendras dulces 100 g.

La fórmula anterior constituye el Linimento Oleocalcáreo - que se utiliza como lubricante y limpiador.

D) POMADA O UNGUENTO

Consiste simplemente en la mezcla de grasas de diversa consistencia y sustancias activas, Ej.:

Vaselina 60 g.
 Lanolina 40 g.
 Acido Salicílico 7 g.
 (Queratolítico)

Como se notó en el ejemplo anterior el vehículo más utilizado es la Vaselina y Lanolina, las cuales pueden utilizarse a partes iguales, Ej.:

Vaselina 30 g.
 Lanolina 30 g.
 Óxido de Zinc 15 g.
 (pomada inerte, queratoplástica y antiinflamatoria)

E) CREMA

Preparación cosmética o terapéutica para uso externo, compuesta de uno o varios elementos activos finamente pulverizados en suspensión de agua.

La sustancia más antigua y todavía más utilizada es la Lanolina anhidra que tiene gran hidrofilia y generalmente se emplea con un 50% de agua o líquido, Ej.:

Cold Cream 100g.
 Acido Paraminobenzoico 3g.
 (protector solar)

Lanolina 50 g.
 Agua de rosas 50 g.
 Resorcina 3 g.
 (Antiseborreico, reductor y Queratolítico)

F) PASTA

Se denomina pasta a la combinación de polvos con las grasas, que habitualmente contienen por lo menos un 40% de sustancias pulverulentas, Ej.:

Vaselina 60 g.
 Lanolina 40 g.
 Oxido de Zinc 20 g.
 (Pasta secante y queratoplástica)

ACCION TERAPEUTICA

A) QUERATOPLASTICOS

Son agentes activos en diferentes vehículos, cuya acción es de combatir la inflamación y de formar nueva piel normal, se utilizan en las Dermatosis en las que el eritema y prurito predominan, Ej.:

Vaselina 60 g.
 Lanolina 40 g.
 Oxido de Zinc 10 g.
 Sig. Pomada, aplicar tres veces al día.

Linimento Oleocalcáreo ... 100 c.c.

Contiene: Agua de Cal y aceite de almendras dulces a partes iguales.

B) QUERATOLITICOS

Agentes activos en diferentes vehículos, cuya acción principal es la de disolver la queratina de la piel. También tienen acción de quemar, corroer o destruir tejido vivo. Se utilizan en Dermatitis escamosas, liquenificadas y disqueratósicas, Ejs.:

Rp.
 Vaselina 60 g.
 Lanolina 40 g.
 Acido Salicílico 7 g.
 Sig. pomada, usada en procesos liquenificados como el liquen simple crónico o eritematoescamosos como la psoriasis.

Rp.
 Acido Salicilico 6 g.
 Colodión Flexible..... 30 g.
 Sig. Solución utilizada para Verruga Vulgaris y queratosis circunscritas (callos).

C) REDUCTORES Y ANTISEBORREICOS

Se denominan reductores a los agentes activos usados habitualmente en vehículos de pomadas o pastas, cuya acción es la de reducir la capa córnea epidérmica, privándola de todo o parte de su oxígeno.

Antiseborreicos (acné, Dermatitis Seborreica, Pitiriasis Capitis o caspa)

Rp.
 Alcohol 70° 50 c.c.
 Eter 50 c.c.
 Acido Salicilico 1 g.
 Sig. Loción aplicar 2 veces al día.

Rp.
 Agua 100 c.c.
 Alcohol 50 c.c.
 Azufre precipitado 1 g.
 Acido Salicilico 2 g.
 Sig. Loción, aplicar 2 veces al día.

Rp.
 Resorcina 3 g.
 Azufre Precipitado 3 g.
 Oxido de Zinc 2 g.
 Alcohol 70° 10 c.c.

Cont...
 Agua de rosas..... 100 c.c.
 Sig. loción, aplicar dos veces al día.

Rp.
 Lanolina 60 g.
 Vaselina 40 g.
 Acido Salicilico 2 g.
 Azufre precipitado 1 g.
 Sig. pomada aplicar 2-3 veces al día.

Reductores:

Se utilizan en Psoriasis y procesos con liquenificación.

Rp.
 Vaselina 60 g.
 Lanolina 40 g.
 Alquitrán de hulla 2 g.
 Sig. Pomada.

D) ANTISEPTICOS

Son agentes activos en diferentes vehículos, cuya acción es la de impedir el desarrollo de bacterias o bien destruir las ya formadas, Ejs.:

Rp.
 Sulfato de Cobre 0.5 g.
 Sulfato de Zinc..... 0.5 g.
 Sig. Solución de D'alibour al 1 x 1000, se utiliza en piodermitis, en forma de fomentos y limpiador de deeritos (Disolver 1 papel en 1000 c.c. de agua).

Rp.

Vaselina 30 g.
Vioformo 1 g.
Sig. pomada, se utiliza en piodermitis.

E) SECANTES (Antieczematosos)

Se utilizan principalmente en Dermatitis Agudas exudativas. Ejs.:

Rp.

Subacetato de plomo 5000 c.c.
Agua destilada 500 c.c.
Sig. Suspensión aplicar 2-3 veces al día.

como preventivo de la misma.

Rp.

Talco 10 g.
Glicerina 10 g.
Oxido de Zinc 20 g.
Agua 250 c.c.
Sig. Loción, aplicar 2-3 veces al día.

F) OTROS (Miscelánea)

1- PROTECTORES SOLARES

La siguiente fórmula es utilizada en casos de Dermatitis Actínica y como protector de los rayos solares, Ej.:

Rp.

Vaselina 30 g.
Oxido de Zinc 5 g.
Acido Paraminobenzoico 1 g.
Sig. pomada, aplicar 2-3 veces al día.

2- DESPIGMENTANTES (MELASMA)

Rp.

Agua oxigenada 15 c.c.
Oxido de Zinc 1 g.
Vaselina 5 g.
Lanolina 10 g.
Sig. pomada.

3- PIGMENTANTES (VITILIGO)

Rp.

Alcohol 96° 100 c.c.
Aceite esencial de lima 20 c.c.
(sol. Alcohólica Vergamota)
Suspensión. Aplicar cada 24 horas, irritante y fototóxico.

4- ANTIMICOTICOS

Rp.

Alcohol 70° 100 c.c.
Tintura oficial de lodo 10 c.c.
Acido Salicílico 2 g.
Sig. tintura, puede utilizarse en los casos de tinea corporis, tinea cruris, tinea pedis, pitiriasis versicolor y otras Dermatomicosis.

5- ANTIPARASITARIOS (ESCABIASIS)

Rp.

Benzoato de bencilo 125 g.
Jabón líquido 10 c.c.
Sig. Suspensión, aplicar c/24 h. previo baño por 8 días.

ELEMENTOS TERAPEUTICOS

A) ACEITES

Ajonjolí

Proviene de las variedades de *Seranun Indicum pedalacae*.

Contiene: Oleína, sesamina y sesamolina. Insoluble en agua, soluble en cloroformo, éter y medianamente en alcohol.

BERGAMOTA

Se extrae de cítricos frescos (*Citrus aurantium bergamia*). Contiene: acetato de linalol, limonina, dipteno y bergapteno. Soluble en alcohol e insoluble en agua. Se utiliza como deodorante y especialmente como pigmentante.

ALMENDRAS DULCES

Aceite obtenido de la mezcla de las variedades de *Prunus Anigdalus*. Contiene: oleato glicérico y gliceridos linólicos en pequeñas cantidades. Insoluble en agua, soluble en éter, se utiliza como emoliente.

OLIVA

Aceite de agradable sabor, obtenido mediante la presión hidráulica de la oliva (*Olea europaea*). Contiene: glicéridos mixtos de los ácidos oleico, palmítico, linoleico, esteárico, araquídico. lentamente soluble en alcohol; se utiliza como emoliente.

B) ACIDOS

BENZOICO

Se encuentra en la naturaleza en su forma libre y en combinación con otros elementos; muchas de las bayas lo contienen. Se puede obtener sintéticamente por medio de la oxidación del tolueno, la hidrólisis del triclorobenceno y la decarboxilación del anhídrido ftálico. Soluble en agua, alcohol, cloroformo,

éter, acetona y tetracloruro de carbono. Se utiliza como antimicrobiano. Precaución puede producir irritación de la piel, mucosas, conjuntivas oculares.

LACTICO

Se presenta en la leche como resultado de la acción de una bacteria ácida; también se encuentra en las manzanas, jugo de tomate, vinos y opio. Sintéticamente puede obtenerse por fermentación de carbohidratos mediante la acción de un bacilo (*Acidus Lacti*). Soluble en agua y alcohol. Se utiliza como acidificante restaurando el PH de la piel.

SALICILICO

Se presenta en forma de ésteres en numerosas plantas. Se obtiene sintéticamente calentando fenolato de sodio con dióxido de carbono (bajo presión). Difícilmente soluble en alcohol, acetona, cloroformo y éter.

Ejerce una marcada acción exfoliante, lo que se aprovecha en el tratamiento de afecciones que cursan con hiperqueratosis y paraqueratosis (psoriasis, queratodermias, ictiosis, acné, pitiriasis del cuero cabelludo, etc.). La concentración necesaria para provocar la queratólisis depende del vehículo empleado. En vaselina se emplea a concentraciones del 5 al 10 por 100. En determinadas cremas son suficientes concentraciones más bajas. Pierde su eficacia al unirse al óxido de zinc. (antagonismo). Su concentración queratolítica óptima es al 5 por 100 en adelante, su acción queratoplástica cuando se utiliza por debajo del 5 por 100.

TRICLOROACETICO

Se prepara por oxidación del hidrato de cloral, con el ácido nítrico y se manufactura por clorinación del ácido acético. Se utiliza como astringente, estíptico y queratolítico (solución saturada).

ACETONA

Se obtiene por fermentación o síntesis química del isopropanol, propeno y cumeno. Soluble en agua, alcohol, cloroformo, éter y muchos aceites. Se utiliza como limpiador y solvente.

AGUA DESTILADA

Solvente universal por excelencia. Para obtenerla se libera del agua de sus bacterias y de sus componentes metabólicos.

AGUA DE ROSAS

Combinación de agua destilada con el producto que se extrae de las rosas cultivadas en jardín (*Rosmarinus Officinalis*), contiene: aceite volátil, ricino, principio amargo. Se utiliza como perfume y vehículo para otras preparaciones. Se puede combinar con grasa animal (lanolina), aceite vegetal (oliva) y dar origen a la pomada de agua de rosas, ampliamente conocida con el nombre de COLD CREAM.

ALCOHOL

Se obtiene por la fermentación del almidón, azúcar y otro tipo de carbohidratos; del etileno, acetileno, de la hidrólisis del sulfato etílico y de la oxidación del metano. Soluble en agua y muchos líquidos orgánicos.

Los variantes en grado de alcohol, se consideran de acuerdo a la proporción de agua contenida en él; Ej.: 30 por ciento de agua y 70 por ciento de alcohol, nos dará el alcohol de 70°.

El alcohol, a excepción del desnaturalizado, se utiliza como vehículo para tinturas y como antiséptico, en forma de lociones limpiadoras.

ALQUITRAN DE HULLA

Producto de la destilación destructiva del carbón, contiene: benceno, tolueno, naftaleno, antraceno, xileno, fenol, cresol, amoníaco y piridina. Difícilmente soluble en agua y en alcohol; soluble en benceno y nitrobenceno. Se utiliza como reductor y queratolítico. Su uso permanente se ha invocado como cancerígeno, puede pigmentar la piel y es fotosensibilizante.

AZUFRE PRECIPITADO

Se obtiene del hervido del azufre con lima y filtrado con ácido hidroc্লórico. Se cree que esta forma de azufre es un 99% puro. Se presenta en forma de polvo. Soluble en disulfuro de carbono.

Se utiliza como queratolítico, antimicótico, antiparasitario y fundamentalmente como antiseborreico y reductor.

BENZOATO DE BENCILO

Es la combinación del éter bencilico con el ácido benzoi-co. Se prepara por la acción del bencilato de sodio con el benzaldehído. Insoluble en agua, soluble en alcohol, cloroformo, éter, numerosos aceites. Se utiliza como escabicida y pediculicida. Puede causar irritación cutánea. Se ha invocado como

factor desencadenante de algunas discrasias sanguíneas.

COLD CREAM

Conocido como cerato de agua de rosas o pomada de agua de rosas. Constituye la mezcla de agua de rosas con cera, grasas animales o con vegetales.

ETER

Se produce por deshidratación del etanol o por hidratación del etileno. Líquido volátil y muy inflamable. Soluble en agua, alcohol, cloroformo y muchos aceites. Se utiliza como solvente de grasas, ceras, aceites y perfumes.

GLICERINA

Se obtiene de los aceites y de las grasas como biproducto en la manufactura de jabones y ácidos grasos. Soluble en agua, alcohol y eter. Se utiliza como emoliente, lubricante y como base de ungentos.

GLICEROLADO DE ALMIDON

Combinación de almidón con glicerol, insoluble en agua y alcohol. Se utiliza como absorbente, lubricante y como base de ungentos.

HIDROQUINONA

Se obtiene por la oxidación de la anilina con cromato de sodio y ácido sulfúrico y posterior tratamiento con bisulfuro. Soluble en agua, alcohol y eter. Se utiliza como despigmentador en proporciones bajas y de base de cremas y pomadas.

HIDROSULFITO DE SODIO

Se presenta en forma de polvo soluble en agua y prácticamente insoluble en alcohol. Se utiliza como antimicótico en pitiriasis versicolor y ciertas formas de candidosis cutánea.

ICTIOL

Se obtiene de la sulfatación y amoniación de depósitos minerales localizados en el Triol. Contiene: hidrocarburos saturados e insaturados, bases nitrogenadas y ácidos. Soluble en agua, glicerol, propilenglicol, grasas, aceites, lanolina, alcohol y éter. Se utiliza como antiséptico y especialmente como reductor, tiene cierta acción antipruriginosa, puede existir reacción cutánea tipo eritema, edema y vesiculación por sensibilidad anormal a esta droga.

IODO

Descubierto en 1811 por Coutois. Soluble en agua, alcohol, tetracloruro de carbono, cloroformo, éter, ácido acético y aceites. Puede combinarse con diferentes elementos dando soluciones aunque incompatible con los alcaloides, almidón y ácido tánico. En sus formas "oficial y metaloide", se utiliza esencialmente como antimicótico y queratolítico. Su preparación se hace habitualmente en forma de tintura con alcohol de 70° y en porcentajes bajos 0.5 a 2 g.

NITRATO DE PLATA

Se presenta en el comercio en forma de crisales, cuyo contenido de agua es de 0.1 a 0.2%. Soluble en agua, alcohol, acetona y amoníaco. Se utiliza como antiséptico y astringente. Puede producir severa irritación cutánea.

OXIDO DE ZINC

Se conoce también con los nombres de "flores de zinc o zinc blanco". Se prepara por la vaporización del zinc metálico en la presencia de monóxido de carbono. Insoluble en agua, soluble en ácidos minerales y amoníaco. Se utiliza como astringente, tiene acción antiséptica y protectora de la piel.

PERMANGANATO DE POTASIO

Elemento en forma de polvo incompatible con el alcohol. Soluble en agua a la que tiñe de color rojo negro, violáceo. Se utiliza como antiséptico y antiinflamatorio. Su uso deberá ser en solución acuosa al 1x10,000. En diluciones menores puede actuar como cáustico, tiñe la queratina de color café negrozco.

RESORCINA

Es otro agente queratolítico soluble en alcohol, grasas y éter. Es un metadioxibenzol, isómero del catecol y de la hidroquinona, que se usa del 5 al 10%. Produce exfoliación (rompe las uniones de hidrógeno de la queratina) en laminillas muy finas, y en soluciones alcalinas es un buen reductor. Se utiliza solo o asociado al azufre como queratolítico y antiseborreico. Se utiliza fundamentalmente en dermatitis seborreicas, rosácea, acné. Se han señalado, como efectos tóxicos debidos a su reabsorción, metahemoglobinemia en los niños y el mixedema.

SULFATO DE COBRE

Se prepara en la naturaleza como un anhídrido, se encuentra como crisales romboidales y polvo amorfo. Soluble en agua, insoluble en alcohol. Se utiliza como antiséptico y constituye una de las partes de la solución de D'alibour.

SULFATO DE ZINC

Se presenta en forma de cristales o polvo. Soluble en agua, insoluble en alcohol. Se utiliza como antiséptico. Constituye otra de las partes de la solución de D'alibour. Ingerido es potente emético, puede producir severa irritación cutánea.

VIOFORMO

Se prepara tratando la cloro-8-hidroxiquinoleína con yoduro de potasio. Insoluble en agua y alcohol. Se utiliza como antibacteriano y como antimicótico. Puede causar irritación cutánea y fotosensibilidad secundaria.

YODURO DE POTASIO

Se presenta en forma de cristales blancos o incoloros. Soluble en agua, alcohol y acetona. Se utiliza como antimicótico especialmente en tinea cruris en vehículo acuoso.

a) *Investigación de la Dermatología*

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

- 1- Hipótesis: "NO EXISTE EN EL MEDICO GUATEMALTECO EL CONOCIMIENTO CORRECTO DE LAS ENFERMEDADES DE LA PIEL QUE LE PERMITA HACER UN DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO CORRECTO".
 - A) Con el fin de comprobar la hipótesis se llevó a cabo un ensayo estadístico sobre 350 pacientes tomando en cuenta el motivo de referencia.
 - B) De dicho ensayo estadístico se llegó a la conclusión de que una gran mayoría de pacientes acudió a consulta sin diagnóstico (71%), o bien con diagnóstico equivocado (11%), lo que nos hace un total de 82% de pacientes que son referidos en una forma incorrecta, lo cual prueba totalmente la exactitud de la hipótesis formulada.
- 2- Del ensayo estadístico sobre 150 pacientes vistos en Consulta Externa, de las diferentes instituciones del país se concluyó en dicho estudio en lo siguiente:
 - a- De los pacientes examinados se encontraban comprendidos en su mayoría entre los 0 y 10 años de edad en un 32%.
 - b- El sexo predominante fue el Masculino con 102 casos (68%).
 - c- La mayoría de los pacientes procedían de la Ciudad Capital en 82 casos (54.6%).
 - d- En la clasificación general de las Dermatosis (Cuadro No. 4), fueron las Dermatosis Infecciosas y Parasitarias las que se observaron con más frecuencia en un 46.6%.

- e- De las Dermatosis Infecciosas y parasitarias las **TINEAS**, ocuparon el primer lugar en un 17%.
 - f- Dentro de las Psicodermatosis se observaron que la Neurodermatitis circunscrita y Diseminada fueron las de mayor incidencia 34.6% para cada una.
 - g- En la clasificación Dermatitis Reaccionales, la que se observó con mayor frecuencia fue la Dermatitis por Contacto en un 40%.
 - h- De las Dermatitis Seborreicas, la Dermatitis Seborreica propiamente dicha fue la de mayor incidencia en un 31.5%.
- 3- Al comprobar la veracidad de la hipótesis se decidió elaborar un breve compendio titulado "Nociones Prácticas de Semiología Dermatológica", con lo que se pretende contribuir a una mejor formación de los Estudiantes de Medicina en lo que a Dermatología básica se refiere, en base a lo anterior creemos conveniente hacer las siguientes recomendaciones:
- a- Llevar a cabo un detenido examen dermatológico del paciente de acuerdo con las directrices formuladas en el capítulo correspondiente a la elaboración de la Historia Clínica.
 - b- Tratar de familiarizarse con el conocimiento y manejo de las diferentes lesiones elementales que se presentan en todas y cada una de las enfermedades de la piel.

- c- Se insiste de manera muy especial en la urgente necesidad de darle la debida importancia a la Dermatología dentro del plan de Estudios de la Facultad de Ciencias Médicas, no pretendiendo formar especialistas en la materia, pero sí tratando de proporcionar al futuro Médico los conocimientos Básicos que serán indispensables no solo para su práctica profesional, sino para mejorar en lo posible los índices de salud de nuestro país.

BIBLIOGRAFIA

- 1- ANDREWS, DOMONKOS ANTONY. Clínica Dermatológica. Quinta Edición. Philadelphia 1971. PP 18 a 20.
- 2- ANDREWS, DOMOKOS ANTONY. Tratado de Dermatología. Segunda Edición Salvat Editores. 1978. PP 18 a 34.
- 3- CORDERO FERNANDO DR. Manual de Dermatología. Primera Edición. Unión tipográfica 1961. PP 71-3 193-6 215-17 244-47
- 4- CORTES JOSE LUIS DR. Dermatología clínica. Primera Edición. Talleres de Unión gráfica S.A. D.F. 1962. PP 72-75.
- 5- CHANG MORA EDUARDO DR. Tesis de graduación: Ensayo estadístico de las enfermedades de la piel en Guatemala. 1963.
- 6- DEGOS R. DR. Dermatología. Primera Edición. Editorial Fournier S.A. México D.F. PP 1-8
- 7- ESTRADA CONCEPCION DRA. Enfermedades de la piel más frecuentes en el adolescente mexicano, durante los años 1956-68. Primer congreso México. de Dermatología, Memorias - 1963. PP 157-60
- 8- FISHER ALEXANDER. Contact Dermatitis. Tercera Edición. Copy Right 1967. PP 67-70
- 9- GAY PRIETO JOSE DR. Dermatología clínica. Primera Edición.
- 10- GORDON C. SAVER DR. Enfermedades de la Piel. Primera edición. Nueva Editorial Interamericana, México 1976. pp 8-12 13-25.
- 11- HIGHET C. SAVER -- ROBERT H. CHAMPTON. Procedures in Practice. Skin Biopsy (1-2). British Journal Medical, May Saturday 1980. PP 1312-13; 1259-60.
- 12- KLE RODRIGUEZ DE JESUS DR. Tesis de Graduación: "Estadística en el Servicio de Dermatología de Hombres en el Hospital General San Juan de Dios De Guatemala. 1975.
- 13- MAZINI. Clínica Dermatológica. Primera Edición, Buenos Aires, Argentina 1958. pp 32 a 46; 525
- 14- PODOSWA GREGORIO DR. Epítome Dermatológico en Pediatría. Primera Edición, Editorial Mexicana 1973. pp 17 a 54.
- 15- ROBINSON YROBINSON. Dermatología Clínica. Primera Edición, Editorial Interamericana 1976. pp 13 a 20.
- 16- SAUL AMADO DR. Lecciones en Dermatología. Sexta Edición, Editora Cervantes, México D.F. 1976. pp 1-4, 25 a 30, 329 a 331.
- 17- SAUL VASQUEZ DR. "Las enfermedades de la piel más frecuentes en el adolescente mexicano". Segundo Congreso Mexicano de Dermatología, Memorias. Guadalajara Jalisco del 16 al 20 de Abril de 1963. México pp 91-100.

- 18- SEZARY A. DR. Dermatología. Quinta Edición, Masson Editores, París, 1949, pp 26 a 75.
- 19- SOTO MELO J. DR. Atlas de Dermatología. Primera Edición, Editorial Marban, Madrid 1975.
- 20- SILVA MARTINEZ EDUARDO DR. "Análisis de los primeros 1000 casos dermatológicos vistos en el Hospital Ramiro Gálvez de Guatemala". Acta Leprológica (Francia) 9 (26) 30-16. Octubre-Diciembre 1966.
- 21- SILVA MARTINEZ EDUARDO DR. "Las enfermedades de la piel en el Instituto Dermatológico de Guadalajara, algunos datos estadísticos Enero-Junio de 1961". Primer Congreso Mexicano de Dermatología, Memorias. Agosto-Septiembre de 1961 Soc. Mexicana de Dermatología 1963. pp 204-206.
- 22- VILLANUEVA VALDEZ NEFTALI DR. Tesis de graduación: "Análisis y consideraciones de Consulta Externa Dermatológica Hospital Ramiro Gálvez, Guatemala 1970".

Br. 

Eduardo Silva Lizama.


Asesor.

Miguel Eduardo Robles Soto
~~Dr. M. Robles~~

Dr. Ra' 

Revisor.

Jose Gregorio Villacorta Cruz
Dr. J. G. Villacorta C.


Director de Fase III
Dr. Carlos Waldheim.


Dr. Raúl A. Castillo Rodas.
Secretario

Bo.


Dr. Rolando Castillo Montalvo.
Decano.