C. 2.

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
BIBLIOTECA
GUATEMALA, C. A.

"ESTUDIO SOBRE NEURODERMATITIS"
DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO

FERNANDO PEÑA GATICA

Guatemala, Agosto de 1973.

PLAN DE TESIS

I. INTRODUCCION

II. NEURODERMATITIS, GENERALIDADES

III. CLASIFICACION CLINICA:

a) Dermatitis liquenificada difusa
b) Dermatitis liquenificada circuscrita
c) Otras dermatosis relacionadas: prurito, liquenificaciones, prúrigos, dermatosis reaccionales, psoriasis y dermatosis -- facticias.

IV. ETIOLOGIA

V. SINTOMATOLOGIA Y CUADRO CLINICO

VI. LABORATORIO, HISTOPATOLOGIA

VII. DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO

VIII. REVISION DE CASOS. SALA DE DERMATOLOGIA DE HOMBRES DEL HOSPITAL GENERAL.

IX. RESUMEN Y CONCLUSIONES

X. BIBLIOGRAFIA.

INTRODUCCION

Investigar las dermatosis es una tarea que requiere conocimientos y experiencias por parte del médico, porque además de encontrar un cuadro clínico -- dermatológico, puede estar agregada una personalidad compleja, relacionada - con variantes de la lesión inicial que ha sido alterada por factores secundarios.

El presente trabajo tiene como objetivo, sintetizar las distintas corrientes de las escuelas dermatológicas, en los conocimientos sobre neurodermatitis, su relación psicosomática así como diagnóstico y tratamiento.

Durante mi estancia como estudiante en las salas de Dermatología del - Hospital "San Juan de Dios", me interesó la frecuencia de esta dermatosis en — nuestro medio, su aspecto clínico y las condiciones especiales de cada paciente, que espera la resolución de su enfermedad y disminuir sus conflictos y problemas psicosomáticos existentes.

Se hizo una revisión de papeletas en la sala de dermatología de hombres que comprende once años, (1962-1972 inclusive), encontrando frecuentes complicaciones y afecciones similares en la piel, que en muchos casos, ponen en — duda el diagnóstico por las alteraciones secundarias que sufren por automedicación, por iniciativa propia o de otras personas; y por factores que alteran las lesiones en forma importante.

La revisión de papeletas de los pacientes hospitalizados se hizo con el ob

jeto de sacar conclusiones sobre topografía, morfología, evolución, tratamien to y complicaciones en el transcurso de la enfermedad.

NEURODERMATITIS

GENERALIDADES:

La enfermedad recibe distintos nombres por las variantes clínicas y según la edad: eczema del lactante, eczema infantil, eczema alérgico del adolescente dermatitis alérgica o neurodermatitis diseminada (4). Estas afecciones de la piel sufren secundariamente alteraciones llamadas liquenificaciones. Brocq y Pan--- trier las definen como reacciones consecutivas al rascamiento (8) definiéndose co mo liquenificación circunscrita o neurodermatitis circunscrita o bien liquenifica- ción difusa en los casos de neurodermatitis diseminada.

En 1925 Coca introdujo el término atópico y el significado es la tenden-- cia a desarrollarse a determinados alimentos y sustancias inhalantes o contactan- tes, manifestados por eczema, asma, rinitis alérgica de bases hereditarias (6).

La piel es el órgano frontera del ser humano con el medio externo: el re- ceptor de sensaciones y emisor de expresiones del interior del organismo, de allí que algunas enfermedades de la piel sean de orígen psicosomáticas o somatopsí- quicas en algún grado (1).

El término atopía es referido a la piel y que cumple con las siguientes - condiciones: aparecen espontâneamente, predisposición a otras enfermedades alér gicas como: rinitis, asma, urticaria, hipersensibilidad cutánea a pruebas alérgi cas de escarificación, puntura o parche (4) y presencia de anticuerpos circulan- tes que se comprueba con la transferencia pasiva de Prausnitz Kuestner (10).

En estas dermatosis el conjunto de lesiones elementales que aparecen en la piel pueden ser: una lesión elemental pura o monomorfa; ser discreta cuando hay pocos elementos; confluente; centrífuga si se extiende a la periferia curando en el centro; lineal, marginada con bordes netos y difusa cuando no existen estos bordes; etc. En su localización puede ser circunscrita o generalizada y según evolución en aguda, subaguda, crónica, recidivante o complicada (6).

Acompaña frecuentemente a estas lesiones el prurito en mayor o menor grado, obligando en esta forma al rascado con los consecuentes cambios morfológicos que alteran la lesión primaria.

CLASIFICACION CLINICA

a) Dermatitis liquenificada difusa;
b) Dermatitis liquenificada circunscrita;
c) Otras dermatosis relacionadas: prurito, liquenificación, prúrigo, dermatosis reaccionales, psoriasis y dermatosis facticias.

Se ha agregado otras dermatosis por la similitud de aspectos que tienen con la neurodermatitis, siendo su diagnóstico clínico e histopatológico poco diferencial y de las cuales sólo haré mención.

NEURODERMATITIS

Del Griego: Neuron: nervio y Derma: piel (prurito con liquenificación).

Se caracteriza por lesiones cutáneas a veces con eritema, pápulas múltiples de color grisáceo con surcos y pliegues cutáneos marcados, cicatrices de rascado con espesamiento de la epidermis, denominado liquenificación, estas lesiones suceden al rascado determinado por el prurito que es el primero en aparecer. Las lesiones pueden ser circunscritas o difusas (7).

DERMATITIS LIQUENIFICADA DIFUSA

Recibe distintos nombres como prúrigo vulgar difuso (7), neurodermatitis diseminada, dermatitis atópica del adulto. En 1933 Wise y Sulzberger dieron los primeros detalles de la dermatitis atópica, considerando la entidad clínica e histopatológica del eczema infantil a la típica liquenificación en los adolescentes y adultos, siendo de orígen inmunológico (6). Se considera que tiene su origen en la etapa infantil y que el tipo adulto es una recidiva.

ETIOLOGIA:

La causa es desconocida, sin embargo, hay escuelas que consideran su - etiología alérgica, mientras otras piensan que es de orígen psíquico, con cambios de personalidad reflejadas en las alteraciones de la piel.

En 1954 se estudiaron 21,042 casos dermatológicos en centros hospitala-- rios de México, correspondientes a 17 grupos de dermatosis, encontrando las -- dermatosis psicógenas en segundo lugar en las cuales está incluída la neuroder-- matitis (13).

Brocq afirma que todos los enfermos padecen estados nervioso general, -- con neuropatía en los tegumentos -neurosis cutánea- caracterizada por prurito (3).

La piel es una superficie receptora con terminaciones nerviosas numero-- sas de dos tipos: a) Terminaciones finas, libres amielínicas con ramificaciones múltiples y difusas con orígen en fibras mielínicas o amielínicas; b) Termina-- ciones organizadas, complejas, localizadas y son los receptores cutáneos. /gruesas

El prurito es debido a la liberación de una sustancia (H) semejante a la - histamina y es distinta del agente químico del dolor sustancia (P). Este factor químico es liberado por las células traumatizadas, no es proteína, acetilcolina, histamina ni ácido láctico, según Lewis; y no admite como Von Frey y poste-- riormente Rothman que el cosquilleo, , la picazón y el dolor son grados crecien tes de una misma sensación (11).

Shelly y Arthur creen que la proteasa es un mediador que se libera como causa de lesión tisular (6).

Se supone que los receptores son los mismos para las sensaciones de do-- lor y prurito el cual puede ser provocado por cambios de temperatura, stress e-- mocional o por contacto incrementado por la liberación de histamina y protea-- sas (6).

Entre los rasgos especiales de personalidad encontramos supresión de ira y agresión, hostilidad reprimida hacia los familiares u otras personas, siendo el rascado un método reflejo para expresar su frustración (3).

SINTOMATOLOGIA Y CUADRO CLINICO.

La neurodermatitis difusa se distingue de la circunscrita por el hecho de - que el prurito pre-eruptivo y la liquenificación que sigue, se extiende sobre --- grandes superficies y puede invadir la casi totalidad de los tegumentos (7).

Las manifestaciones cutáneas se han agrupado en un ensayo de clasifica-- ción por los Doctores Luis M. Baliña y Mandojana, siguiendo los patrones de -- Quiroa; así (1): Grado Uno: Manifestaciones cutáneas fisiológicas o exageradas por factores emocionales: palidez, sudoración por emoción, hiperhidrosis, etc. Grado dos: Manifestaciones cutáneas en que los factores emocionales son predis ponentes, precipitantes o perpetuantes: eczema atópico, urticaria, seborrea, -- psoriasis y otras manifestaciones que no mencionaremos en el presente estudio. Grado tres: Las manifestaciones cutáneas son provocadas o perpetuadas por mecanismos psicosomáticos, entre ellas están la neurodermatitis, pruritos, alope-- cía areata y total, liquen plano, etc..

Grado cuarto: Son manifestaciones cutáneas que pueden aparecer en las neurosis (hostilidad al ambiente, castigo de si mismo o aprovechamiento erótico ma soquista) como las dermatomanías con excoriaciones neuróticas, la manía de - arrancarse el pelo (tricotilomanía), comerce las uñas (onicofagia), temor a los parásitos (parasitofobia), temor a la suciedad con lavados excesivos (efidrofobia) temor al mal olor (bromhidrofobia), anestesias, parestesias, etc.

Grado quinto: Se intenta clasificar las psicosis, donde el paciente carece de la conciencia de la enfermedad encontrando delirios alucinantes entre los que po-- dría mencionarse las dermatitis artefactas, delirio de invención de parásitos i-- nexistentes o dermatosis facticias.

Los grados de manifestaciones cutáneas se pueden deducir de acuerdo a lo profundo de los cambios de personalidad desde el grado emocional, pasando por el grado dos, cuyos rasgos incluyen manifestaciones de la personalidad lla-- prúrigo-eczema-asma, hasta las neurosis y psicosis.

Rothman señala el dato singular que las terminaciones nerviosas están aumentadas en el área del cuerpo donde predomina el eczema atópico: cara, - cuello, pliegues del codo y poplíteo.

El principal síntoma en los casos de neurodermatitis es el prurito que -- precede a los cambios secundarios.

Se ha descrito la dermatosis constituida por eritema, escamas, costras melicéricas y pequeñas pápulas, la piel se encuentra seca e hiperpigmentada, cicatrices y cuando hay coalescencia forman placas grandes (15).

Gay Prieto (8) la define como una forma de liquenificación con exis-- tencia de placas múltiples localizadas sobre todo en los miembros y su cara de flexión, evolución por brotes recidivantes que comienzan en la edad juvenil y crisis de prurito intenso. Los surcos y pliegues cutáneos están muy marcados,-

frecuentemente se observan cicatrices de rascado y es notable la sequedad de la piel en el área afectada.

La neurodermatitis puede ser simétrica y estar localizada en cara, cuello, flexión de los codos, antrebrazos, manos, muslos, rodillas, piernas, dorso del - pié, región inguino crural, vulva y escroto.

La enfermedad puede tener un inicio insidioso, con mejorías, ceder al tratamiento o hacerse crónica, en casos de alteraciones de la personalidad más profundas.

Entre los antecedentes: hay predisposiciones alérgicas y en raros casos se - ha reportado cataratas en los ojos.

LABORATORIO. HISTOPATOLOGIA

Es frecuente encontrar eosinofilia en pruebas hematológicas, pero no es concluyente. En el exámen histopatológico: la mayoría de dermatólogos coínciden en describir acantosis, queratosis y paraqueratosis (12), grandes prolongaciones interpapilares; presencia en la epidermis de leucocitos emigrantes. En la dermis dilataciones vasculares e infiltraciones discretas de células linfoides y la característica singular es el edema intracelular discreto y espongiosis de - la epidermis (6).

Según Pautrier, de la estructura histológica puede concluirse que el proceso comienza como reacción epidérmica por repetido traumatismo mecánico-rascado-siendo secundarias las lesiones dérmicas.

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
BIBLIOTECA
GUATEMALA, C. A.

DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO

Para hacer el diagnóstico de la enfermedad es necesaria una buena historia y un estudio de antecedentes alérgicos en la infancia y en la familia.

Con el objeto de facilitar la valoración clínica se agrupan las variantes psicológicas en dos polos: ansiedad-tensión-depresión (2) donde entran la inquietud, temores, ansiedad difusa, hasta la tristeza, apatía, desesperación e impotencia.

Las lesiones pueden ser eritomatosas, con pápulas múltiples de color grisáceo, elevadas en una superficie gruesa, sin elasticidad y liquenificada, habiendose iniciado lentamente en áreas de la piel. Su morfología y distribución, el prurito intenso, sin complicación secundaria inicial nos orienta al diagnóstico.

Se debe diferenciar con otras dermatosis similares como la dermatitis por contacto que es muy frecuente y en la cual el prurito es menos intenso, edema, antecedentes de aplicaciones de substancias químicas- medicamentos - (5).

Las neurosis cutáneas puras -de origen psíquico- como excoriaciones neuróticas y la manía de rascarse; psoriasis, dermatitis seborreica, prúrigos, eczema y dermatitis no específicas, que son afecciones con cuadro clínico similar y diagnóstico histopatológico poco concluyentes debido a los cambios secundarios.

TRATAMIENTO

El tratamiento se orienta en dos formas:

a) General
b) Tópico.

TRATAMIENTO GENERAL:

1. - Determinar las causas específicas si es posible, tomando en cuenta la edad. En niños la sensibilización es a comidas, inhalantes, bacterias y hongos. Al avanzar la edad se agregan problemas psicosomáticos y desórdenes metabólicos.

2. - Eliminación de sustancias irritantes o que por el contacto empeoran la enfermedad: jabones, cremas, lociones, vestidos de lana, nylon y otras fibras sintéticas, pieles, etc.

3. - Buscar la causa con el uso de contactantes y alergenos inhalantes que son los más frecuentes en adultos.

4. - Dessensibilización con vacunas: inyección de pequeñas cantidades de alérgenos específicos, identificados por la prueba cutánea o la reacción de Prausnitz Kuestner (10).

5. - El cambio de clima o de hábitos de vida a veces mejoran los resultados.

6. - Antihistamínicos por largo tiempo y corticosteroides por corto o mediano tiempo disminuyendo la dósis según evolución, principiando con 10-25 mgs. de hidrocortisona o sus equivalentes. Los más usados en nuestro me

dio son la dexametasona y prednisolona.

7.- La psicoterapia da pocos resultados, el paciente debe ser orientado por el médico.

8.- La radioterapia superficial, en dosis fraccionadas de 50-75, r. 1 a 2 veces por semana mejora las lesiones especialmente en la neurodermatitis circunscrita donde la liquenificación es importante y resistente a tratamientos tópicos.

9.- El uso de guanetidina a dosis de 60 mgs. diarios a mejorado el prurito (6).

10- La clorpromacina a dosis de 150 mgs. inicialmente, parece ser efectiva en particular en los tratamiento de las dermatosis pruriginosas asociadas a tensión emocional, al igual que la tioridazina que tiene un discreto efecto antidepresivo y una potente acción sedante sobre la ansiedad y la actividad psicomotora permitiendo su empleo en pacientes con neurodermatitis diseminada y en caso de prurito generalizado en dosis de 25-50 mgs. diarios en pacientes dermatológicos (2).

TRATAMIENTO TOPICO:

1.- Corticosteroides, según la región: en forma de cremas, lociones, unguentos, etc., en proporción de 0.25-0.50 o 75% de hidrocortisona o sus equivalentes.

2.- El ortovalerato de betametasona (14) de uso tópico.

3.- En los casos de complicación secundaria como piodermitis se han utilizado compresas de solución de Burow, las soluciones de permanganato de potasio al 1:5000 de 20-30 minutos, compresas boricadas de 3 a 5 veces al día.

NEURODERMATITIS LIQUENIFICADA CIRCUNSCRITA

Llamada también prurito circunscrito con liquenificación, liquen simple de Vidal, prúrigo circunscrito (7), liquen simple crónico, neurodermatitis circunscrita. Está localizada en una parte del cuerpo; tiene predilección por la región posterior y lateral de la nuca y las extremidades, especialmente en las muñecas y las piernas. (6).

El prurito anal es una forma de neurodermatitis localizada (fig No. 1), este tipo de reacción ha sido vista en personalidad psiconeurótica o en estados de ansiedad aunque las causas del prurito pueden ser de otra etiología. El área es un sitio común de sensación erótica.

ETIOLOGIA:

No es conocido que el trauma mecánico-rascado- juega un papel en la producción original. El ataque es insidioso, desarrollándose gradualmente, la inestabilidad emocional, el stress y agregada, la estimulación de contacto parecen ser los factores determinantes. (6)

Se cree que es una variante clínica localizada de la neurodermatitis diseminada, de etiología alérgica; otras escuelas piensan que es una psicodermato

sis debida a tensiones emotivas, ansiedad, problemas de adaptación familiar, social, etc., (5).

SINTOMATOLOGIA Y CUADRO CLINICO.

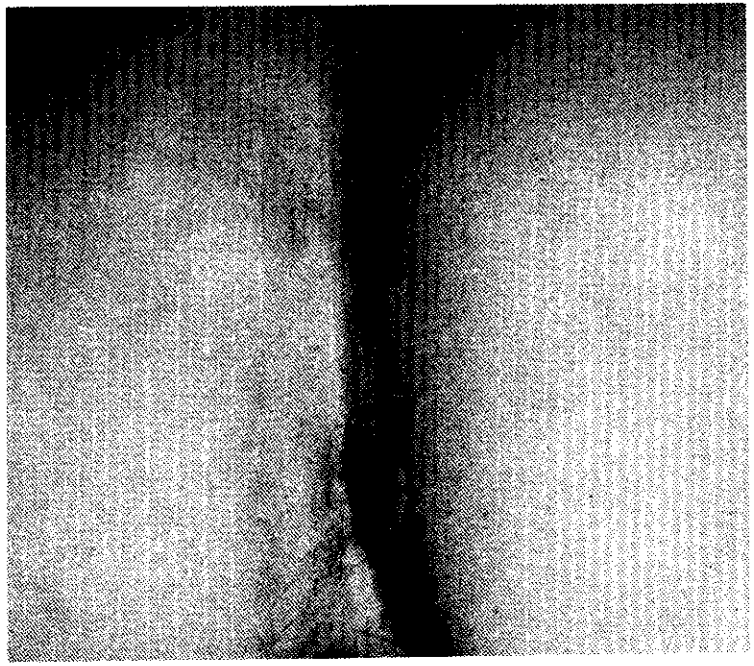
Se considera que los síntomas iniciales son: sensación de prurito de intensidad variable, sin ninguna lesión cutánea aparente;y posteriormente, a consecuencia del rascado aparece una placa con piel engrosada, seca y liquenificada de color blanco grisáceo (4). Se describe tambíen como pequeñas pápulas redondeadas,lisas, hemisféricas y no planas, que presentan facetas brillantes, cuadriculadas por aglomeraciones de pápulas iniciales, pruriginosas, situadas en la nuca, hueco poplíteo, región lumbar, pliegues del codo, etc..

El prurito determina lesiones secundarias de liquenificación y eczematización (7).

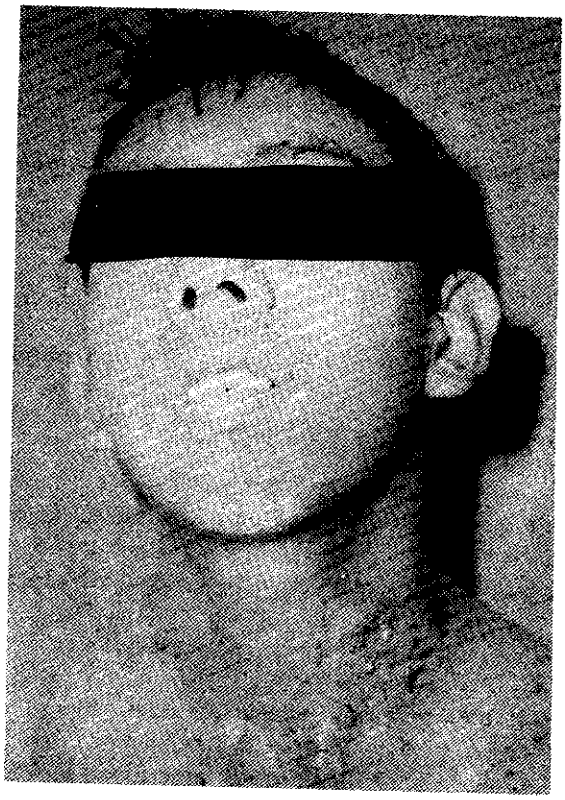
Es más frecuente en la edad media y no es raro encontrar escoriaciones y sangrado, aumentados por las situaciones emocionales o tensionales.

La lesión puede ser única o múltiple, circunscrita, con exagerada marca de piel en forma de mosaico, bien delimitada, de forma ovalada o irregular engrosada la piel en la parte afectada.

Se debe hacer diagnóstico diferencial de la neurodermatitis generalizada por su extensión, de micosis superficiales (tineas), de la dermatitis numular, etc. (5). La evolución puede ser lenta o recidivante y en otros casos la curación es espontánea.



FOTOGRAFIA No. 1.
Area de Neurodermatitis circunscrita que abarca la región perianal



FOTOGRAFIA No. 2.
Neurodermatitis localizada en la región del Cuello y Tórax.

La complicación más frecuente es la dermatitis de contacto por uso de sustancias irritantes o medicamentos para calmar el prurito y el rascado y la impetiginización o sea inoculación bacteriana por el rascado.

DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO.

El diagnóstico se efectuará por las lesiones típicas descritas, su topografía y lo insidioso del aparecimiento, así como el prurito intenso de que se acompaña.

T R A T A M I E N T O:

Se orienta en dos formas:

a) General
b) Tópico.

TRATAMIENTO GENERAL

1. - Buscar la causa específica; evitar los contactantes que crean daño: jabones, lociones, roces de vestidos, adornos, lanas, pieles de animales, etc.

2. - Tratar de moderar sus estados emotivos o tensionales.

3. - Evitar la utilización de medicamentos irritantes (mertiolate, yodo, etc.).

4. - Antihistamínicos para controlar el prurito.

5. - Los sedantes ansiolíticos: como el clorodiazóxido a la dosis de 25 mgs. diarios, diazepan 10 mgs. dos o tres veces al día, flufenacina de 1-2 mgs. día etc.

6. - Corticosteroides: prednisona 10-20 mgs. a corto tiempo, reduciendo la dosis según mejoría; o sus equivalentes.

7. - Infiltraciones intralesionales de triamcinolona 2.5-5 mgs. o más en una o

varias lesiones.

TRATAMIENTO TOPICO:

1.- En los casos complicados por infecciones secundarias se utilizan compresas de permanganato de potasio al 1:5000 varias veces al día. Al dominar el proceso exudativo, las cremas y/o lociones con corticosteroides asociadas a queratolíticos o reductores (ácido salicílico 2-5%, hidroxiquinoleína 3%, alquitranes 2%).

2.- La cura oclusiva con vendaje protector aplicando cremas con corticosteroides (fluocinolona) cada 48-72 horas y hasta cinco días.

3.- El uso de radioterapia superficial a dosis de 50-75 r. por campo 1-2 veces semanales y de 3 a 6 aplicaciones o hasta la remisión del área liquenificada.

OTRAS DERMATOSIS RELACIONADAS:

Se hará una breve relación de estas dermatosis por la similitud en su apreciación con la neurodermatitis y etiología.

a) Prurito
b) Liquenificaciones
c) Prúrigos
d) Dermatosis reaccionales
e) Psoriasis
f) Dermatosis facticias

PRURITO:

Es una sensación exclusiva de la piel, incrementado por la liberación

de histamina y proteasas, sensación que ocasiona de modo reflejo y obligado la necesidad de rascarse.

Hay variación en las personas a los estímulos reaccionales, al trauma-físico, ansiedad, etc.. El prurito puede ser un signo de supresión o de inconformidad o bien problemas sexuales.

El prurito esencial puede ser limitado solamente al prurito sin ninguna dermatitis aparente y que puede ser la indicación de trastornos internos o inestabilidad emocional.

ETIOLOGIA:

El prurito es común en muchas dermatosis y el rascado altera más la sintomatología y complica con eritema, fisuras, úlceras, cambios de pigmentación y liquenificación. (6)

Darien admite cuatro grupos: (8)

a) Prurito de causa externa: el contacto con objetos, insectos, parásitos, irritantes cutáneos exógenos (mecánicos, físicos o químicos).

b) Prurito como manifestación clínica de algunas dermatosis: urticaria, eczema, liquen simple, etc.

c) Pruritos tóxicos y autotóxicos: por contacto local, absorción digestiva o respiratoria, venenos, medicamentos, etc., o por perturbación metabólica como diabetes, cirrosis y enfermedades renales.

d) Prurito Senil.

El rascado es un reflejo medular bajo regulación central que posiblemente sea en el tálamo.

En el prurito psícógeno basta con ver animales o suciedad para sentirlo. El complejo erótico de agresión o limpieza puede provocarlo.

Se cree que la sustancia prurígena serían una enzimas denominadas proteínasas entre ellas las enteropeptidasas (8), las mismas causas neurógenas pueden provocar el prurito vulvar, anal y escrotal; siempre tratando de descartar otras causas.

TRATAMIENTO:

1. - Encontrar la causa primaria si es posible
2. - Evitar los estímulos externos que provoquen reacciones evitando el uso de vestidos de lana, contacto con pieles de animales, irritantes, etc.
3. - Los antihistamínicos son de uso corriente: prometazina, difenhidramina, - clorfeniramina, etc.
4. - El timol o fenol al 0.5% son buenos antipruríticos.
5. - Sedantes del sistema nervioso central.

LIQUENIFICACIONES:

Es el resultado de un continuado rascado y/o frotado de la piel con una - exagerada marca en forma de mosaíco, por el entrecruzamiento de las líneas de la piel, con escamas semiadheridas, grisáceas, esocriaciones y costras hemáticas, piel seca.

La lesión es circunscrita y puede ser única o múltiple, su distribución es

variable y a veces simétrica, preferentemente localizada en la nuca, cara anterior de antebrazos, pliegues, área genital, cara interna de los muslos, piernas y dorso del pie.

En las placas liquenificadas se localizan tres zonas concéntricas (8); Una zona marginal difusa de dolor amarillento pardo, en donde la exageración de algunos surcos interpapilares, dibuja pápulas, poligonales, romboidales de tipo liquenoide, la infiltración es apenas perceptible al tacto.

La zona intermedia muestra elementos papulosos infiltrados de coloración más oscura y huellas de rascamiento.

La zona central muy infiltrada al tacto con exageración de los surcos interpapilares, en algunos puntos hay verrugosidades en regular desarrollo y huellas de rascamiento, costras y descamación adherente grisácea, hiperpigmentada. El prurito es intenso. El curso es crónico y a veces con curación espontánea o recidivante.

TRATAMIENTO:

1. - El uso de corticosteroides tópicos (fluocinolona) con vendaje oclusivo.
2. - La infiltración intralesional con corticosteroides (triamsinolona)
3. - En los casos crónicos o rebeldes el uso de radioterapia superficial, 50-75 r. de 1 a 2 veces por semana.
4. - Los antihistamínicos y tranquilizantes.

PRURIGOS:

Se dice de las dermatosis pruriginosas caracterizadas por pápulas especiales, las pápulas del prúrigo, es un puente de unión entre el eczema-urticaria-li

quenificación que no tiene separación fija (8).

Gay Prieto define cuatro variedades:

Estrófulo: llamado también prúrigo agudo de Brocq, urticaria papulosa. -- Caracterizada por pápulas pruriginosas diseminadas en la piel, es más frecuente en lactantes por trastornos gastrointestinales o sensibilización alimentaria. Las pápulas son puntiformes, firmes, rosadas.

Prúrigo de Hebra: Crónico, principia en la infancia con mal régimen ali-- menticio, mejora al cambiar condiciones de vida.

Prúrigo simple agudo del adulto: son lesiones similares, en personas de piel fina, entre los 15-30 años de edad, de aparición brusca, pruriginosas, en distintos grados de evolución y con recidivas. En algunas ocasiones hay síntomas gastrointestinales.

Prúrigo nodular de Hyde: es poco frecuente, principalmente en mujeres adultas, localizado preferentemente en las piernas, su arreglo linear es común, firmes eritematosas de color parduzco, es crónico y ocurre en casos de stress o tensión emocional. Es consideradas una forma nodular atípica de la neurodermatitis circunscrita. El tratamiento es la infiltración de corticosteroides en las lesiones o por electrofulguración de los nódulos.

DERMATOSIS REACCIONALES

En esta enfermedad las manifestaciones cutáneas se asocian frecuentemente a rinitis vasomotora, asma, algunos autores la consideran como dermatitis

atópica. Hay factores predisponentes constitucionales con caracteres heredita-- rios y también causas desencadenantes por sensibilización a sustancias exógenas que proceden del aparato digestivo o respiratorio con repercusión en la piel.

Las contactantes pueden ser: plantas, medicamentos, cosméticos, metales, objetos fabricados con material reaccionante, plumas, vestidos de lana, - contacto con animales, polvo, agentes patógenos, que pueden desempañar el - papel de alérgenos y precipitar la enfermedad.

El eczema tiene su inicio en la 2-3 semana de vida, luego desaparece aproximadamente a los dos años reapareciendo en la edad escolar o en el adulto como neurodermatitis a veces complicada con urticaria, rinitis, asma o colitis alérgica. Clínicamente puede iniciarse con prurito y/o máculas, que luego se vuelven rojas, en placas de bordes geográficos, base edematosa y congestiva, a veces hay agregadas pápulas y vesículas pequeñas que se rompen dejando áreas exudativas con secreción serosa que se tranforma en costras melicéricas y zonas de rascado debido al prurito. (5)

Deutsch y Nadell admiten los siguientes factores para su aparición (8): a) Proceso patológico cutáneo en la niñez, b) compromiso de impulso instintivo en la enfermedad de la piel; c) rasgos neuróticos sobre la base de un trastorno - cutáneo, d) contribución de los miembros familiares con sus problemas neuróticos y e) la fusión final del sistema fisiológico y los patrones de conducta de la personalidad.

Se encuentra en mujeres con problemas familiares, angustia debida a situaciones económicas y otros; en el hombre a veces por problemas dentro de la esfera sexual.

PSORIASIS:

Es una dermatosis crónica inflamatoria de etiología /desconocida, recidivante, más frecuente en el sexo masculino, de tendencia familiar.

Las influencias de los trumatismos, afecciones del sistema nervioso y emociones violentas se cree que desempeñan el papel desencadenante de la enfermedad.

Se reconoce por aparición de lesiones eritematosas, escamosas, nacaradas como laminillas de ácido bórico, de espesor variable, la superficie eritematosa de forma redondeada, es lisa de color rosado, su base no está infiltrada porque es más mácula que pápula.

Se ha considerado esta enfermedad como dermatosis de etiología desconocida y por similitud de aspecto con la neurodermatitis en casos atípicos o poco concluyentes por las alteraciones sufridas, pueden confundirse.

DERMATOSIS FACTICIAS:

Es una dermatosis artificial y/o simulada. Son polimorfas, se las produce el mismo paciente, por medio de agentes físicos, químicos o mecánicos, por lo que preferentemente se encuentran en áreas donde con mayor facilidad se permite el rascado (5).

Se observa en pacientes con problemas psicológicos, se limita a la piel, es asimétrica, de evolución caprichosa, se complica frecuentemente con infección secundaria por rascado.

REVISION DE 102 CASOS SOBRE NEURODERMATITIS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN LA SALA DE DERMATOLOGIA DE HOMBRES DEL HOSPITAL GENERAL "SAN JUAN DE DIOS", COMPRENDIDOS ENTRE LOS AÑOS 1962--1972. (9)

Esta revisión se efectuó con el propósito de obtener datos objetivos sobre neurodermatitis, sus complicaciones o asociación con otras dermatosis; la evolución en el paciente en el trascurso de su estancia hospitalaria y la respuesta a los tratamientos efectuados.

Se tomó los antecedentes de la enfermedad manifestada en la edad adulta, no encontrando antecedentes dermatológicos en los datos recabados de la infancia. Edad, residencia, oficio, aspecto socioeconómico y factores que podrían ser predisponentes o determinantes en las manifestaciones cutáneas.

LOCALIZACION DE LAS LESIONES:

Al hacer la revisión de 102 casos se encontraron más frecuentemente afectadas que otras en orden decreciente así:

(Ver cuadro a continuación)...

LOCALIZACION:	FRECUENCIA:	PORCENTAJE:
A. Nuca: No hay especificación de la ubicación.	35	21.7%
B. Piernas: En los dos tercios inferiores, cara anterior.	33	20.5%
C. Miembros superiores: Pliegues de flexión antebrazos, cara anterior tercio proximal, muñeca y manos.	22	13.6%
D. Cara: áreas no pormenorizadas	21	13.0%
E. Pies: Dorso y cara interna	16	9.9%
F. Tórax	11	6.8%
G. Area Genital, perineal y escroto	7	4.3%
H. Muslos: En su cara interna	3	1.8%
I. Axilas	1	0.6%
J. Región poplítea	1	0.6%
K. Generalizada	11	6.8%

El cuadro anterior orienta a pensar que la neurodermatitis puede aparecer indiferentemente en las regiones superior e inferior del cuerpo con poca variación.

Menos del 8% correspondió a áreas aisladas como: axila, área genital, perianal, muslos, poplítea, y descritas como neurodermatitis circunscritas.

EVOLUCION DE LOS CASOS:

El tiempo de hospitalización varió entre los 5 días como mínimo y el máximo de tres meses, siendo el tiempo de mayor estancia entre los 11 y 30 días.

Las condiciones de egreso fue de mejorado y otros seguidos por consulta externa para control de sus lesiones cutáneas residuales.

De estos 102 casos el 20% tuvieron reingreso al hospital por reactivación de la enfermedad después de 1 a 3 meses.

ANTECEDENTES DE LA ENFERMEDAD:

No se encontró ningún dato sugestivo de enfermedad dermatológica entre los antecedentes de la infancia. El tiempo de padecimiento de la neurodermatitis varió entre 15 días como mínimo y el máximo de 30 años. El tiempo de mayor frecuencia fue de 1 a 6 meses, según se describe.

Tiempo de Evolución:	Casos:	Porcentaje:
1 a 29 días	25	24.5%
1 a 6 meses	36	35.2%
7 a 12 meses	4	3.9%
1 a 2 años	10	9.8%
2 a 10 años	17	16.6%
más de 10 años	4	3.9%
sin antecedentes de evoluc.	6	5.8%

TRATAMIENTO HOSPITALARIO:

Prevaleció en la mayoría de pacientes el tratamiento combinado (general y tópico). Los medicamentos que más frecuentemente se usaron o medidas para el restablecimiento del paciente fue el siguiente:

1. - Antihistamínicos: difenhidramina, etc.
2. - Corticosteroides: Sólos o asociados a antihistamínicos y antibióticos.
3. - Antipruriginosos y antiflogísticos: Solución de Burow, compresas boricas de permanganato de potasio, allibour; etc..
4. Infiltraciones cutáneas con corticosteroides (triamsinolona) en 7 casos (6.8%).
5. - Radioterapia superficial en 7 casos (6.8%).
6. - Petrolatos.
7. - Sedantes y ataráxicos.

El tratamiento fue favorable en todos los casos.

LUGAR DE RESIDENCIA:

De los 102 casos, 39 (38.2%), son residentes en la capital con lugar de nacimiento en otros departamentos, solamente un caso es nativo de la capial y con residencia permanente en ésta. Los 63 (62.7%) pacientes restantes, provienen de los departamentos de la república en segundo lugar, sin predominio en ninguno de ellos.

EDADES:

En las edades comprendidas entre los 17 y 78 años, le neurodermatitis no varió significativamente, siendo mayor la frecuencia entre los 58 y 67 años.

OCUPACION:

Se encontró variedad de oficios: agricultores, albañiles, bodegueros, peones, panificadores. Casi todos con medio económico bajo y condiciones de vida poco satisfactorias.

COMPLICACIONES:

La neurodermatitis estaba complicada con:

A.-	1. Dermatitis de contacto	21 casos	30.8%
	2. Infección piógena	16 casos	23.5%
	3. Alopecía	1 caso	1.4%
	4. Eczema numular	1 caso	1.4%
	5. Conjuntivitis crónica	1 caso	1.4%
B.-	Asociada con:		
	1. Dermatitis actínica	7 casos	10.2

2. Eczema	7 casos	10.2%
3. Asma	6 casos	8.8%
4. Queratosis seborreica	2 casos	2.9%
5. Queratosis palmar	2 casos	2.9%
6. Prúrigo anular crónico	1 caso	1.4%
7. Eritrodermia generalizada	1 caso	1.4%
8. Herpes simple	1 caso	1.4%
9. Paranoia	1 caso	1.4%

RESUMEN Y CONCLUSIONES

1.- La neurodermatitis es una enfermedad de la piel, insidiosa, que se manifiesta por prurito en mayor o menor grado de intensidad y posteriormente lesiones cutáneas únicas o múltiples en áreas del cuerpo caracterizadas -- por eritema, pápulas, con surcos y pliegues cutáneos marcados, de color grisáceo, por espesamiento de la piel llamado liquenificación.

2.- Tiene su inicio en la adolescencia.

3.- Las condiciones para clasificarla como dermatitis atópica es que sea de aparición espontánea o tenga predisposición a otras enfermedades alérgicas.

4.- La etiología es desconocida pero se supone que pueden actuar factores alérgicos y psíquicos manifestados por cambios de personalidad que son predisponentes o precipitantes como supresión de ira, agresión, hostilidad, problemas de la esfera sexual, frustración e impotencia.

5.- Las manifestaciones cutáneas de la neurodermatitis son provocadas o perpetuadas por mecanismos psicosomáticos.

6.- Los alimentos, sustancias inhalantes o contactantes tambien son causa predisponente o precipitante de la enfermedad.

7.- La neurodermatitis generalizada se diferencia de la circunscrita . más que todo por su distribución en grandes extensiones que pueden invadir la totalidad de los tegumentos.

8.- Puede confundirse con lesiones aisladas de otras enfermedades, ya sea por

topografía, etiología y morfología.

9.- Es frecuente la complicación o asociación con otras enfermedades de la piel.

10- Se efectuó revisión de 102 casos de neurodermatitis en pacientes hospitalizados en la sala de Dermatología de hombres del hospital General "San Juan de Dios", de 1962-1972 inclusive.

11- En esta revisión se encontró la mayor frecuencia de lesiones localizadas en - la nuca, (26A); en segundo lugar afectó los dos tercios inferiores de las piernas.

12- La edad influyó poco en el tipo adulto.

13- El primer síntoma característico fue el prurito en distintos grados de intensidad.

14- La complicación más frecuente fue la dermatitis de contacto por tratamiento inadecuado, en segundo lugar, infección y liquenificación debidas al rascado principalmente.

15- El tiempo promedio de hospitalización fue de 11 a 30 días.

16- La enfermedad se activó en el 20% después de 1 a 3 meses.

17- Recidivó el padecimiento entre 15 días como mínimo y 30 años máximo.

18- El tiempo de evolución predominante fue de 1 a 6 meses.

19- El 38.2% de pacientes hospitalizados son residentes en la ciudad capital.

20- 63 pacientes que hacen el 62.7% corresponde a los departamentos de la República.

21- La mayor frecuencia del padecimiento correspondió a la edad comprendida de 58 a 67 años.

22- No hay significación importante con respecto a la ocupación.

23- Se encontró complicación en el 30.8% (21 casos), con dermatitis por contacto.

24- No se hizo clasificación etiológica de los 16 casos (23.5%), de infecciones bacterianas secundarias.

25- Se encontró neurodermatitis asociada a otras entidades en 28 casos que corresponden al 40.6%.

26- Dermatitis actínica y asma fueron las asociaciones predominantes con neurodermatitis.

27- Se recomienda llenar debidamente las hojas clínicas en los servicios de dermatología, completando las casillas correspondientes a datos generales y padecimientos dermatológicos.

28- Se recomienda hacer descripción de la topografía y morfología de las lesiones con mayor detalle.

BIBLIOGRAFIA

1.- Baliña, Luis M. y Mandojana, Ricardo. Manifestaciones cutâneas causadas o influenciadas por factores emocionales; ensayo de clasificación. Dermatología Ibero-Latinoamericana (Lisboa, Portugal) 11 (4): 395-402, - Julio 1969.

2.- Campos, Francisco Javier. El uso de psicofármacos en dermatología. Dermatología, Revista Mexicana 15 (1): 41-48, abril 1971.

3.- Campos, Francisco Javier y Cervera, Rosa. Neurodermatitis diseminada, - investigación de su aspecto psicosomático. Dermatología Revista Mexicana. 8 (2): 123-132, junio 1964.

4.- Cordero C., Fernando A. Manual de Dermatología. Guatemala, C.A., Talleres de Unión Tipográfica de Guatemala. 1961. pp. 193-200, 217-220

5.- Cordero C., Fernando A. Dermatología médico quirúrgica. 3a. ed. Guatemala, C.A. Litografía Impcolor, 1972. pp. 340-348, 376-378, 389- - - 390.

6.- Domonkos, Anthony N. Andrews' diseases of the skin, clinical dermatology. 6th ed. Philadelphia, W.B. Saunders, 1971, pp 61, 123, 163, 209.

7.- Galtier, Boissiere. Nuevo diccionario Médico Larousse. Adaptación de Le - Chevalier de la Sausaye y especialistas. París, Editorial Larousse 1956. p. 635.

8.- Gay, Prieto. Dermatología. 7a. ed., Barcelona, Editorial Científico Médica. 1971. pp. 509-512, 514-522.

9.- Guatemala, Hospital General, Archivos; 1962-1972.

10- Jawetz, Ernest, Melnick, Joseph y Adelber, Eduard A. Manual de Microbiología médica, versión española, Amado González Mendoza. 2a. ed. México, El Manual Moderno. 1965. p. 140.

11- Lewis, Juan T. Los sentidos cutáneos. El tacto sentido térmico, el dolor. EN: Houssay, Bernardo A. Fisiología humana. 3a. ed. Buenos Aires El Ateneo, 1963. pp. 1099, 1116.

Bibliografía...

12- Montgomery, Hamilton, Dermathopathology. New York, Hoeber Medical División, Harper y Row, 1967. pp. 181-192.

13- Pérez de Francisco, César y Ruiz Maldonado, Ramón. Dermatología para el médico general; dermatosis psicógenas. Dermatología Revista Mexicana. 12 (1): 57-62, abril 1968.

14- Ramirez, C., Oswaldo. Resultados terapéuticos con el 17-valerato de betametasona en algunas dermatosis. Dermatología Venezolana. 6 (1-2): 67-76, enero-junio 1967.

15- Vélez, María Antonieta. Un caso de neurodermatitis diseminada. Dermatología Revista Mexicana. 12 (1): 94-97, abril 1968.

Vo. Bo.

Sra. Ruth Ramirez de Amaya
Bibliotecaria.

BR. FERNANDO PEÑA GATICA

DR. NEFTALI G. VILLANUEVA
Asesor.

DR. EDUARDO SILVA M.
Revisor.

DR. JOSE QUIÑONEZ AMADO
Director de Fase III.

DR. CARLOS ALBERTO BERNHARD
Secretario.

Vo. Bo.

DR. CESAR AUGUSTO VARGAS M.
Decano.