

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

CONSIDERACIONES GENERALES SOBRE NEURODERMATITIS
REVISION DE 100 CASOS EN EL HOSPITAL ROOSEVELT

TESIS

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

Por

RUCKLYN MARIETHA AYALA CABRERA DE RODRIGUEZ

En el acto de su investidura de

MEDICO Y CIRUJANO

Guatemala, Mayo de 1978

PLAN DE TESIS

1. Introducción
2. Objetivos
3. Material y Métodos
4. Desarrollo del tema:
 - a. Clasificación
 - b. Definición
 - c. Etiología
 - d. Clases de Neurodermatitis
 - e. Cuadro Histológico
 - f. Cuadro Clínico
 - g. Pronóstico
 - h. Tratamiento
 - i. Evolución
5. Análisis de la Investigación
6. Presentación de resultados
7. Conclusiones
8. Recomendaciones
9. Anexo
10. Bibliografía

INTRODUCCION

En la actualidad, vivimos dentro de un medio, en el cual, el ser humano tiene que enfrentarse ante una serie de situaciones, que muchas veces lo colocan en conflicto, o bien, es víctima de agentes hipersensibilizantes que contribuyen a que su organismo enferme.

Todos estos factores que lo mantienen en stress y en un desequilibrio psíquico y emocional, tienen su aparición somática, - provocando alteraciones en diversos órganos o sistemas.

Para la presente investigación, he seleccionado a la piel como un sistema que considero, es muy vulnerable a sufrir las reacciones psíquicas o emocionales de las personas, y de aquí, a la NEURODERMATITIS como la entidad clínica que presenta una morbilidad considerable en las consultas de dermatología; por lo que, pretendo revisar la literatura correspondiente a este tema y establecer un estudio analítico de pacientes diagnosticados con NEURODERMATITIS en el Departamento de Dermatología del Hospital Roosevelt, para así conocer los factores y condiciones que los llevaron a presentar esta clase de dermatitis.

ANTECEDENTES

Tratando de conocer los estudios nacionales que se habían efectuado sobre NEURODERMATITIS, únicamente encontré en la Biblioteca del Hospital Roosevelt y de la Facultad de Ciencias Médicas, el trabajo de Tesis presentado por el Dr. Fernando Peña en 1973, titulado "Neurodermatitis, Diagnóstico y Tratamiento".

OBJETIVOS

1. Conocer la incidencia por sexo y edad de la neurodermatitis.
2. La mayor incidencia se encuentra en una edad conflictiva de adaptación socio-psico cultural del individuo.
3. Demostrar que el tratamiento con infiltraciones intralesionales de esteroides (triamcinolona) es más efectivo que por otras vías.
4. Efectuar una evaluación, si los pacientes que consultan por este problema terminan el tratamiento.
5. Demostrar si se encuentra asociada a otros problemas dermatológicos.
6. Evaluar la asociación de problemas psicossomáticas a la neurodermatitis.
7. Conocer el lugar más frecuente en donde se presentan las lesiones producidas por neurodermatitis.

MATERIAL Y METODO

METODO:

1. Método Científico.

Metodología: Revisión estadística y análisis de 100 casos diagnosticados con Neurodermatitis durante el año 1976 en el Departamento de Dermatología del Hospital Roosevelt.

MATERIAL:

1. Registros médicos obtenidos de los archivos del Hospital Roosevelt.
2. Biblioteca del Hospital Roosevelt.
3. Biblioteca del Departamento de Dermatología del Hospital Roosevelt.
4. Biblioteca de la Facultad de Ciencias Médicas.
5. Hoja de tabulación de datos.

CONSIDERACIONES GENERALES SOBRE NEURODERMATITIS

CLASIFICACION:

A. Neurodermatitis Circunscrita o

- Neurodermitis crónica circunscrita
- Prurito Circunscrito con Liquenificación
- Líquen Simplex
- Neurodermis de Brocq

B. Neurodermatitis Diseminada o

- Liquenificación Difusa
- Dermatitis Atópica del adolescente o del adulto

C. Dermatitis Atópica Infantil o

- Eczema del lactante

DEFINICION:

La Neurodermatitis es un término aplicado a una afección de la piel, con prurito y liquenificación, que se presenta como reacciones cutáneas, consecutivas al rascado, de morfología peculiar e inconfundible, que algunas veces complican diversas dermatosis pruriginosas.

ETIOLOGIA:

Está relacionada con una personalidad psicósomática y se

neralmente contienen algunos eosinófilos, pero otras veces, son numerosos.

En la NEURODERMATITIS CIRCUNSCRITA, la apariencia es esencialmente de una dermatitis crónica. Se observa hiperqueratosis entremezclada con áreas de paraqueratosis. Puede haber espongiosis, pero las vesículas no se presentan, por la inflamación crónica e infiltrado, la dermis a veces presenta algunos fibroblastos y hay fibrosis en las papilas.

CUADRO CLINICO

El síntoma inicial, es una sensación local de prurito, con o sin calor, de variable intensidad, fijo con o sin exacerbaciones diurnas; el cual se caracteriza porque se inicia sin ninguna lesión cutánea aparente, que la cause.

Luego, a consecuencia del prurito y por el frote o rascado, aparece en la región enferma una placa con piel engrosada, seca y liquenificada, con ligera infiltración y de color blanco grisáceo (ceniciento), de forma oval rectangular o circular, de bordes netos ligeramente elevados y con superficie en la cual se notan bien las líneas normales de la piel, las que al entrecruzarse le dan un aspecto de mosaico; en su centro se aprecian escamas semi-adheridas blanquecinas y mezcladas a pápulas planas, excoriaciones y costras hemáticas. Más tarde y cuando la lesión llega a su estado máximo, dichos síntomas se aprecian mejor; las pápulas son más abundantes y el proceso de infiltración con liquenificación es más marcado siendo mayor el número de escamas y costras.

Bien circunscrita, la lesión puede ser única, simple o múltiple y sin ser coalescentes, pueden llegar a tener un tamaño que

varía de 24 a 25 centímetros o más de diámetro.

Con distribución variable y a veces simétrica, de preferencia aparece en las regiones de fácil acceso a las manos, distribuyéndose en la línea media de la nuca y cerca del borde del cuero cabelludo, ambos lados del cuello, así como en la cara, dorso de las manos, muñeca y cara externa de los brazos, área genital, periné, cara interna de los muslos, piernas y dorso de los pies.

Por el traumatismo de rascado se vuelven exudativas y costrosas o infectadas. Y por la automedicación se producen una dermatitis de contacto.

En las formas crónicas, recurrentes y rebeldes, es frecuente observar lesiones en las mucosas, y de ellas, la más invadida es la conjuntiva ocular; se aprecia a ambos lados de la cornea y en la forma de una banda horizontal, zona pigmentada de color café oscuro con franca congestión vascular y la cual es conocida como Conjuntivitis Alérgica. El vello de los brazos y piernas desaparece por el traumatismo de rascado hay retención o ausencia del sudor y se observan alteraciones de las uñas de las manos en forma de onicolisis. Así la piel se torna más oscura, su sequedad es más marcada y la infiltración aumenta.

PRONOSTICO

Es benigno en todos sus estados.

TRATAMIENTO

El tratamiento de la neurodermatitis, como su nombre lo indica, implica un componente psicosomático. Frecuentemente pre

senta una personalidad distinta y suelen llamarse neuropáticos, exacerbando su cuadro con la enfermedad dermatológica que presentan, es por esta razón que algunos pacientes tienen que ser estudiados por dermatólogos y psiquiatras conjuntamente.

Es mucho con lo cual el psiquiatra y/o psicólogo tiene que luchar, debe ser investigado muy profundamente, pueden haber daños en la inteligencia, resentimientos hacia la gente y el mundo en general. Los niños pueden ser egocéntricos que luego llegan a ser calmados, inhibidos y adultos neuróticos. Por todas estas razones, nos podemos dar cuenta que no basta el tratamiento simple de la lesión dermatológica sino que es necesario el tratamiento psicosomático.

El tratamiento general; ya estudiada la personalidad del paciente, el médico se encarga de proporcionarle un bienestar general, que debe empezar de acuerdo a sus necesidades o estabilizarlo emocionalmente, para ello lo más indicado es:

1. Sedantes:

Entre los de elección se puede mencionar el meprobamato, a veces se agrega reserpina, también se utiliza las benzodiazepinas, en dosis mínimas para empezar. La dosis óptima es variable. A veces es mejor dar dosis pequeñas de barbitúricos.

2. Antihistamínicos:

En la forma localizada la terapia con antihistamínicos no es necesaria. En las formas diseminadas es bien establecida, ya que es obvio el prurito. Es preferible dar un tratamiento sistémico vía oral. Se debe tomar en cuenta que un 20% de pacientes desarrollan alguna reacción a drogas antihistamínicas. Si esto ocurre, debe ser sustituida por una nueva droga.

La reacción a los antihistamínicos generalmente es fotosensibilidad.

En el caso de la neurodermatitis los antihistamínicos son menos favorables que en la urticaria. Se debe aumentar la dosis gradualmente a niveles considerables, empleados ordinariamente.

3. Ambiente:

El tratamiento con otras medicinas o agentes físicos no es suficiente si está viviendo en un ambiente insatisfactorio, o en imposibilidad de atender los consejos del médico. Muchas veces hay influencia del clima, muchos pacientes curan en el verano y hay recurrencia en el otoño.

4. Infección Secundaria:

El foco de infección sobre agregada debe ser estudiado cuidadosamente. Para infecciones secundarias suele utilizarse eritromicina o tetraciclina según el criterio y experiencia del médico.

5. Hábitos:

a- La dieta generalmente es importante.

b- El sueño, debe ser lo suficiente para llegar a relajar al paciente.

c- El jabón a utilizar no debe ser irritante. Los detergentes deben sustituirse cuando la piel está altamente inflamada por baños coloidales, "baños de avena" que dan suavidad a la piel y son antipruriginosos. A veces es necesario uno

o dos baños a la semana corto y no caliente. Si el problema es en manos, deben utilizarse guantes de algodón cubiertos por guantes de hule para protegerlas.

- d- A veces el cuadro clínico se exagera con el ejercicio vigoroso, por lo cual debe restringirse.
- e- Extremos de calor o frío tienen mal efecto, por lo que deben evitarse.
- f- Algún tipo de ropa, collares, pulseras, ponchos o zapatos pueden exagerar el cuadro, por lo que debe investigarse.

6. Vitaminoterapia:

Las vitaminas D2 ha dado resultado en 42 de 57 pacientes. La mejoría viene después de 3 a 4 semanas de tratamiento con 50,000 a 200,000 unidades diarias de acuerdo a la edad.

7. Terapia física:

La exposición a la luz natural es relajante, no debe ser en un ambiente caliente ni húmedo. La luz ultravioleta es mal sustituto, a veces provoca más irritación que beneficio.

8. Psicoterapia

Juega un papel importante, no es necesario efectuarla muy seguido, a veces se prescribe clorpromazina o rauwolfia, pero deben ser reservados para tratamientos serios. Lo importante es conocer la causa que lo puso en predisposición a sufrir dicha

afección dermatológica.

9. Debe ser investigado el fondo alérgico del problema, de acuerdo a los métodos que el médico considere necesarios.

TRATAMIENTO TOPICO:

En lo general, puede decirse que las lociones o compresas no son necesarias. Son usadas únicamente durante las exacerbaciones agudas.

En fases crónicas no deben utilizarse lociones secas puesto que tienen mal efecto, ya que la piel está seca. Debe usarse una loción conteniendo aceite.

TERAPIA CON CORTICOSTEROIDES:

Este tratamiento local viene a ser el más importante. La hidrocortisona es el de elección. Ha sido usada con sucesos o efectos variables en distintos períodos de tiempo. Algunos dermatólogos utilizan ACTH y cortisona; debe tenerse cuidado que el paciente no interrumpa bruscamente el tratamiento, sino que irlo disminuyendo en una forma lenta, para evitar recurrencias. - El tratamiento con corticosteroides, cuando se usan por tiempo prolongado, si es tópico, produce atrofia de la piel y si es sistémico, síndrome de Cushing.

TERAPIA CON RX:

Tiene una acción decidida sobre la liquenificación, cau-

sando rápida evolución, generalmente una libre exposición fraccional trae los resultados definidos. Frecuentemente es controlada con el primer tratamiento. En las áreas de pelo, la radioterapia debe ser limitada. Sin embargo, estudios realizados por el Instituto Americano de Dermatología indican que una gran cantidad de personas con cáncer, tienen el antecedente de haber recibido terapia con Rx.

EVOLUCION:

Las recaídas de neurodermatitis circunscrita son frecuentes a pesar del más cuidadoso tratamiento, la sección quirúrgica de nervio sensitivo es una cura permanente cuando es posible.

ANALISIS DE LA INVESTIGACION REALIZADA

INTRODUCCION:

Para el análisis de este problema, presento el estudio de la revisión de 100 casos diagnosticados con Neurodermatitis en el Departamento de Dermatología del Hospital Roosevelt, durante el año de 1976.

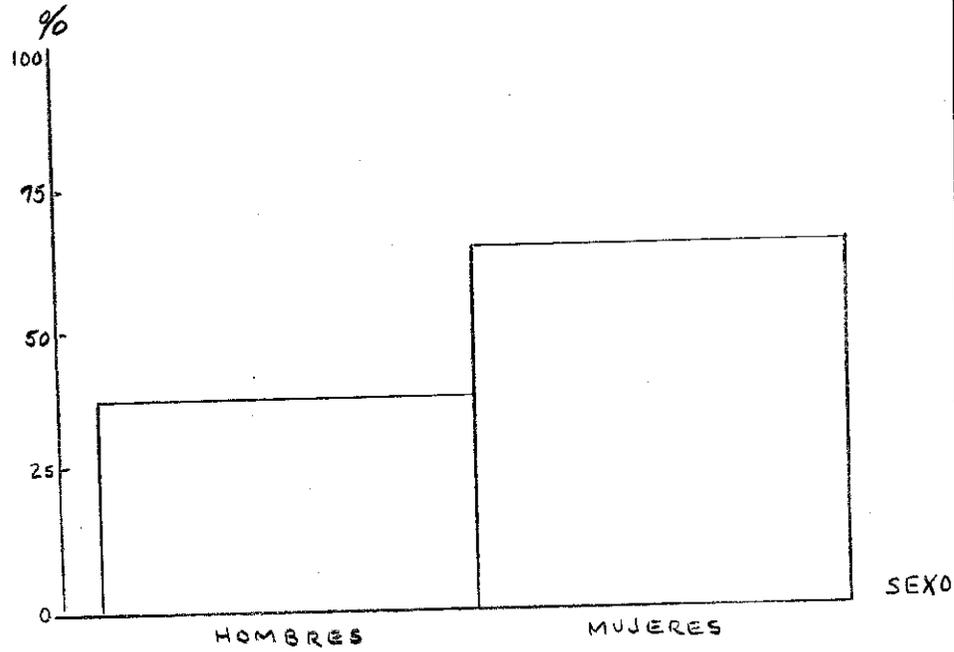
Todos los datos obtenidos en las hojas correspondientes para la tabulación de datos, fueron los que consideré tenían importancia para conocer diversos aspectos de Neurodermatitis.

Espero que este trabajo sea una pequeña muestra de evaluación al trabajo que diariamente se realiza en uno de los aspectos de salud.

GRAFICA No. 1

CLASIFICACION DE NEURODERMATITIS RELACIONADA CON EL SEXO

HOMBRES: 36 casos 36%
 MUJERES: 64 casos 64%

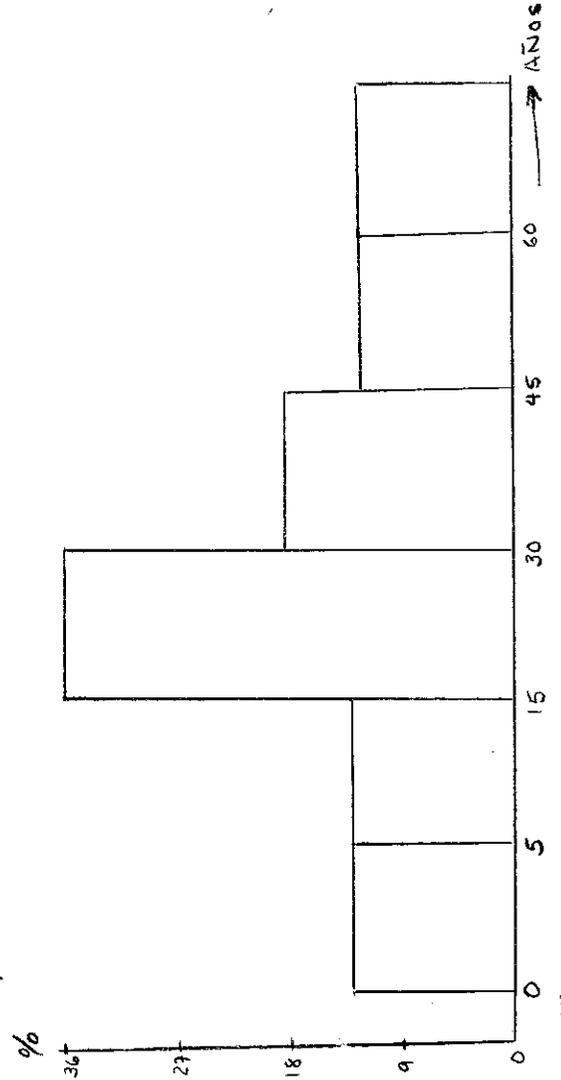


COMENTARIO:

Del cuadro anterior puede deducirse que la Neurodermatitis es más frecuente en mujeres en un 28% que en hombres.

GRAFICA No. 2
 CLASIFICACION DE PACIENTES EVALUADOS SEGUN EDADES

Menores de 5 años: 12%
 De 6 a 5 años: 12%
 De 16 a 30 años: 34%
 De 31 a 45 años: 20%
 De 46 a 60 años: 11%
 Mayores de 60 años: 11%



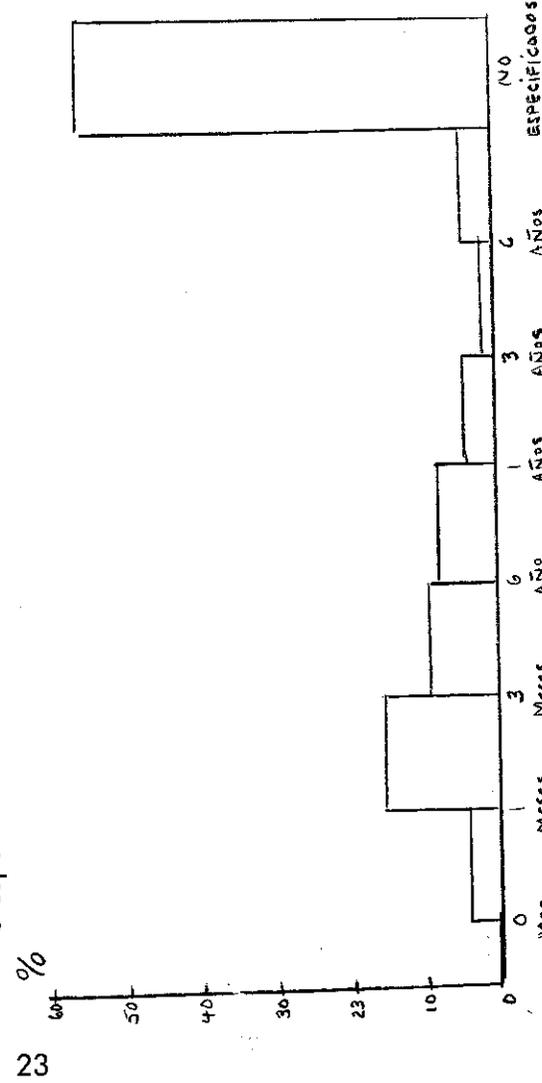
COMENTARIO:

La edad comprendida entre los 16 y 30 años es la más afectada por Neurodermatitis con 34%. Le sigue el intervalo de 31 a 45 años con 20%; ambos forman un 54%, es decir, que puede considerarse que de 16 a 45 años, que se considera como la edad de mayores responsabilidades, hay un alto índice de morbilidad.

GRAFICA No. 3

TIEMPO DE EVOLUCION DE LAS LESIONES REFERIDO EN SU PRIMERA CONSULTA

Menos de 1 mes :	4%
1 a 3 meses :	15%
3 a 6 meses :	9%
6 meses a 1 año :	8%
1 año a 3 años :	4%
3 años a 6 años :	1%
Más de 6 años :	4%
No especificado :	55%

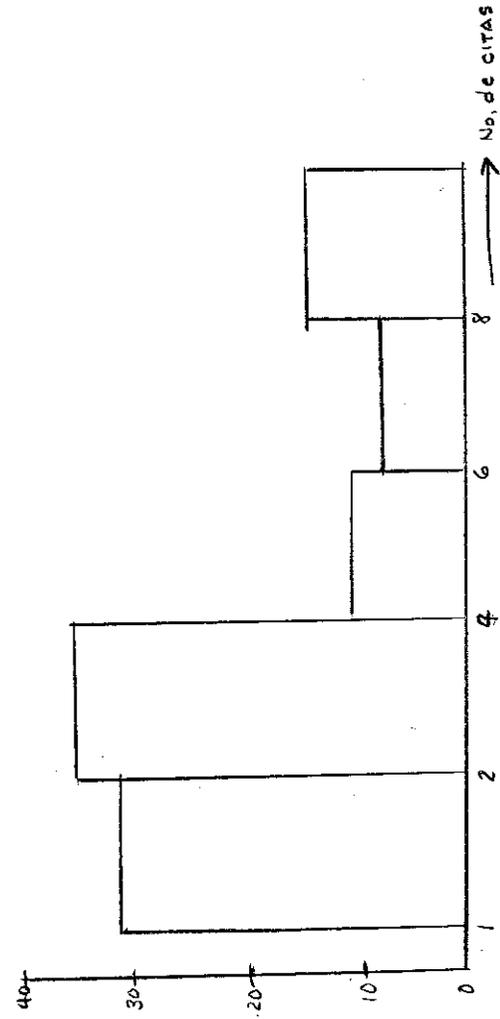


COMENTARIO:

El 55% de los pacientes no especificaban en sus papeletas el tiempo de evolución. De los 45% de pacientes en los que sí se especificaba, 15 consultaron en un período de 1 a 3 meses de haber iniciado la enfermedad, en segundo lugar, el período de 3 a 6 meses corresponde a 24 pacientes. Algunos pacientes que tenían Neurodermatitis de hacía más de 6 años, habían consultado antes con otros médicos.

GRAFICA No. 4
NUMERO DE CONSULTAS A LAS QUE ASISTIERON LOS PACIENTES VISTOS

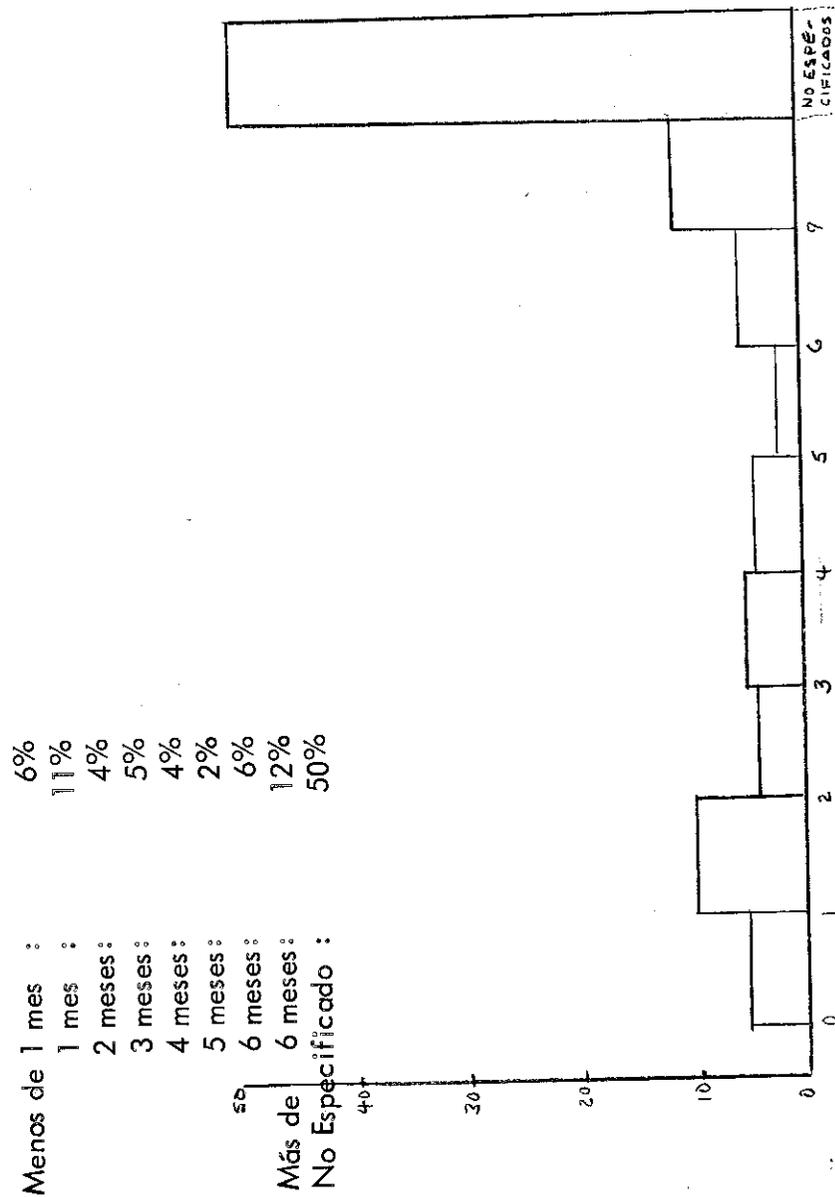
De 1 a 2 consultas:	32%
De 2 a 4 consultas:	35%
De 4 a 6 consultas:	11%
De 6 a 8 consultas:	8%
Más de 8 consultas:	14%



COMENTARIO:

De los datos anteriores, el 32% de los pacientes tuvieron solamente una consulta, es de reconocer que algunos de ellos aún están en tratamiento y/o tienen cita para consulta próxima, pero también pudimos observar que una gran mayoría ya no continuó el tratamiento. Le sigue un 35% de los pacientes que tuvieron dos consultas, ambos suman un 67%, que es importante puesto que el Tratamiento de la Neurodermatitis es prolongado. Quizá hallan muchas razones sociales y económicas por la cual muchos ya no pueden continuar el tratamiento.

GRAFICA No. 5
TIEMPO EN QUE LA LESION SE HIZO ASINTOMATICA



COMENTARIO:

Respecto al tiempo que la lesión se hizo asintomática podemos decir que fue analizado solamente el 50% de los casos, y a que el otro 50% no fue específico para indicar el período asintomático, en algunos casos porque el médico no lo especificó y en otros por la falta de asistencia del paciente. La Historia Clínica estaba inconclusa.

Del 50% analizado la mayoría mejoró al mes en un 12% y en el otro 12% de los 6 meses en adelante. Los demás casos fueron indeterminados y su curación o mejoría fue relativa.

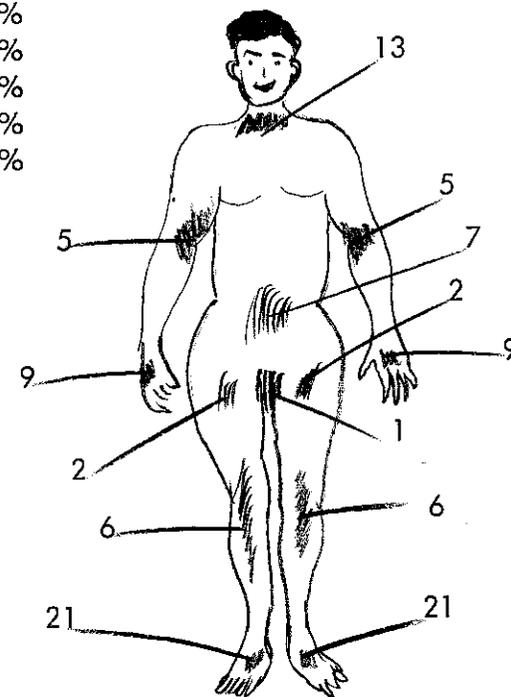
FIGURA No. 1

LUGAR DE LA LESION EN LAS DIFERENTES PARTES DEL CUERPO

Neurodermatitis Diseminada:	36%
Neurodermatitis Circunscrita:	64%

La Neurodermatitis Circunscrita se presentó en el 64% de los casos, la cual se distribuye como se muestra en la figura. La frecuencia de localización fue la siguiente:

a.	pies	:	21%
b.	cuello	:	13%
c.	Manos	:	9%
d.	Dorso-tórax:	7%	
e.	Piernas	:	6%
f.	Brazos	:	5%
g.	Glúteos	:	2%
h.	Escroto	:	1%



COMENTARIO:

Las lesiones de los pies fueron las más frecuentes, localizadas especialmente en tobillos y dorso, luego le siguió el cuello que también incluyó nuca, en tercer lugar las manos sobre todo el dorso y los dedos. Algunos pacientes presentaron dos lesiones en lugares diferentes.

SIGNOS Y SINTOMAS QUE PRESENTARON LOS PACIENTES EN SU PRIMERA CONSULTA

Dentro del cuadro clínico, los signos y síntomas encontrados con mayor frecuencia fueron:

1.	Prurito	35	casos
2.	Lesión descamativa	28	"
3.	Descamación furfurácea	14	"
4.	Liquenificación	11	"
5.	Hipopigmentación	10	"
6.	Impetiginización	7	"
7.	Hiperpigmentación	6	"
8.	Lesión de rascado	1	"
9.	Telangectacias	1	"
10.	No especificadas	43	"

COMENTARIO:

El 43% de los pacientes no tenían una evolución escrita en los registros suficiente como para conocer el cuadro clínico. En todo este número de pacientes sólo se diagnosticaba la neurodermatitis sin describir sus características.

El prurito fue referido por 35 pacientes, siguiéndole en importancia la lesión descamativa y descamación furfurácea, con 28 y 14 pacientes respectivamente. El índice de infecciones secundarias fue relativamente bajo, puesto que sólo se encontró en 7 pacientes.

ENFERMEDADES ASOCIADAS A NEURODERMATITIS

Hubo un total de 29 casos, siendo los principales:

a.	Impétigo	10 casos
b.	Tineas	7 "
c.	Dermatitis actínica	4 "
d.	Dermatitis de contacto	4 "
e.	Enfermedad péptica	3 "
f.	Prúrigo por insecto	2 "
g.	Convulsiones (gran mal)	1 "
h.	Vitiligo	1 "

COMENTARIO:

La mayoría de enfermedades asociadas, regularmente fueron relacionadas con problemas dermatológicos, algunos de los pacientes presentaron hasta dos enfermedades asociadas. La más frecuente fue el impétigo, ya que las lesiones secundarias eran posiblemente por el mismo rascado.

TRATAMIENTO ESTABLECIDO A TRAVES DE LA EVOLUCION DE LA NEURODERMATITIS

De los 100 casos estudiados, los principales medicamentos utilizados fueron los que se mencionan a continuación. Se numera el nombre genérico y/o los nombres comerciales de los mismos, y en cuántos pacientes fueron utilizados:

1. ESTEROIDES:

- a. Prednisona - Hidrocortisona, en 17 pacientes
(cort-dome, cort-tar-quin).
- b. Dexametasona, en 72 pacientes
(dexatopic, dexadal, dexasalyl, dexadar, dexalocal)
- c. Flumetasona, en 5 pacientes
(losalen, locorten)
- d. Fluocinolona, en 3 pacientes
(synalar)
- e. Fluocortolona, en 8 pacientes
(ultralán)
- f. Triamcinolona, en 19 pacientes
(Kenacort, ledercort). Estos medicamentos también se utilizaron en infiltraciones intralesionales.

2. SEDANTES

a. Meprobamato	en 12 pacientes
b. Diazepan	11 "
c. Clorpromacina	1 "
d. Fenobarbital	2 "
e. Motival	1 "
f. Mysoline	1 "

Los sedantes fueron utilizados en el 28% de los pacientes, a pesar del componente psicossomático de la enfermedad, su uso fue limitado únicamente a aquellos pacientes que realmente lo ameritaban y que su estado mostraba mucha tensión. Algunos de los medicamentos mencionados se utilizaron por enfermedades asociadas.

3. ANTIHISTAMINICOS:

- Difenhidramina, en 38 pacientes (dexadal, clorotrimetón, benadryl)
- Trimeprazina; en 4 pacientes (palpex)

Los antihistamínicos representan el tercero de los medicamentos más importantes para tratar una neurodermatitis. Ya indicamos que el prurito es uno de los síntomas más frecuentes, por lo que se ve la necesidad de usarlos, tanto en niños como en adultos. Fueron prescritos a 42 pacientes.

4. VITAMINOTERAPIA

a. Complejo B,	a 6 pacientes
b. Vitamina C,	2 "
c. Multivitaminas	11 "
(hepavitin, avigan, trividozen)	

El tratamiento con vitaminas se utilizó para mejorar el estado general del paciente, fueron a un total de 19 pacientes, varios de ellos eran niños.

5. ANTIBIOTICOTERAPIA:

a. Ampicilina,	a 6 pacientes
b. Eritromicina	2 "
c. Tetraciclina	1 "
d. Penicilina	2 "

Los antibióticos fueron utilizados especialmente para resolver los casos de lesiones infectadas, muchas veces, provocadas por el rascado ante el prurito intenso.

6. MEZCLA QUIMICA SEGUN FORMULA:

Los compuestos más frecuentes llevaban con prioridad: ácido salicílico, vioformo, resorcina, azufre precipitado y dexametasona o prednisona. Prescritos a 14 pacientes.

INFILTRACIONES:

Se efectuaron 22 infiltraciones de acetato de triamcinolona.

Las infiltraciones, o sea, inyección intralesional, fue uti-

lizada únicamente en 22 casos y bajo condiciones especiales, tales como:

- a. Ser lesión circunscrita
- b. No haber cedido a tratamiento tópico externo
- c. Estar la lesión liquenificada.

Es por esta misma razón que los casos en los que se usó infiltración, llevaban más tiempo en curar y debido a ello, algunos pacientes se desesperaban y ya no continuaban el tratamiento, a pesar de que, el resultado a la segunda o tercera infiltración, era satisfactoria.

CONCLUSIONES

1. La incidencia de neurodermatitis es mayor en la mujer en un 64% comparada con la del hombre que fue de 36%.
2. La edad comprendida entre los 16 y 45 años, presenta más de la mitad de los casos, o sea 54%.
3. En niños menores de 5 años, se encontraron 12 casos, lo cual se considera alto, indicándonos un componente psicosomático a temprana edad.
4. El paciente con neurodermatitis consulta en un período de 1 a 3 meses de haber iniciado el cuadro.
5. Los signos y síntomas más frecuentes fueron: el prurito, lesión descamativa y descamación furfurácea.
6. Los tres medicamentos más utilizados fueron: esteroides, antihistamínicos y tranquilizantes.
7. Las inyecciones intralesionales de acetato de triamcinolona fueron utilizadas en el 22% de los pacientes, únicamente en el caso de ser neurodermatitis circunscrita, rebeldes a otros medicamentos y bajo condiciones especiales de la lesión.

8. La neurodermatitis circunscrita es más frecuente que la disseminada.
9. La localización más frecuente es en pies, cuello y manos.
10. Las enfermedades asociadas más frecuentes fueron: impétigo, tineas y dermatitis actínica.

RECOMENDACIONES

1. Hacer conciencia en el paciente de la enfermedad y la importancia de su etiología, tratamiento y pronóstico para obtener resultados más favorables para su curación.
2. Que el médico dedique al Paciente el tiempo suficiente como para que éste pueda exponer sus problemas psicológicos o emocionales.
3. Que toda persona tenga conciencia en no automedicarse para evitar así, problemas de dermatitis por contacto.

No.	Reg. Médico	S	E	T. Ey.	Cuadre Clínico	Tratamiento	No. Citas	No. Inf.	Otros Medicament.	Tiempo Curac.	Enfermed. asociada	Lugar de Lesión	Otros
1	106937	F	34	1 m	Escamosa Pruriginosa circunscrita	Dexadal Lidex	1	0		2 m		Nuca	
2	297254	F	68	2 m	Hiperémica Pruriginosa Impegitinasa da	Diazepam Vita C.	13	0	Biotol y Peni.Proca	?	Piodermitis	Manos y pié	no conti- nuó tra- tamiento
3	446378	F	3	2	?	Kenacort	3	0		8		Cuello	
4	468067	F	24	?	Pruriginosa	Vioformol Dexadal Hepavitin	1	0	Maalox	3 m	Párosis	Tobillos	
5	513108	F	47	1 a	?	Dexadal Lidex	1	0		?		Antebrazo Cuello	no conti- nuó tra- tamiento
6	574127	F	28	?	Hiperpigmenta da Pruginosa	Dexadal Allergine crema-oclusiva	13	4	Ampicilina Kenacort	?	Impétigo	Dorso pié	no conti- nuó
7	578502	F	5 m	?	Blanquecina Escamativo	Lidex Pappex	3	0	Avigan	1 m		pliegues ambos co- dos	
8	579072	M	17	2 m	Impegitinise da	Dexadal Dexasalyl	1	0	Peni-Proca Grisenful- vina	?	Tinea Podis	Dorso pié	no conti- nuó
9	682445	M	17	?	?	Dexadal Lidex	2 "	0		1 m		Dorso pié	
10	582505	F	43	?	Descamación Diseminada todo el cuerpo	Dexadal Permagato de K.	3	0	Meptrobamato	?		Indeminada	no con- tinuó

11	237913	F	25	2 m	Bianquecina Descamativa Pruriginosa	Dexadal Lidex simple	1	0	-----	?	-----	Cuello	no conti- nuó Tx.
12	317664	F	21	?	?	Dexadal Lidex	2	0	Trividozen	1 m	D. contacto	Cuello	-----
13	579224	M	1	-	Lesiones Impetiginiza da	Oradexón ac DM	3	0	Eritromicil na	?	Impétigo	Abdomen y Brazos	no conti- nuó Tx.
14	581902	F	25	?	6-----	Cort. domme	1	0	-----	14 días	-----	M. superior Cuello	-----
15	583022	M	2a	?	Generalizada	Dexadal Lidex Sintex	1	0	-----	?	-----	Generalizada	no con- tinuó Tx.
16	583490	M	67	?	Generalizada	Dexadal AS. Tom.	2	0	-----	1 m	-----	generali- zada	-----
17	585034	M	37	?	Hiperpigmentad Profundidad surcos escrota- les Dism. Prung.	Acid. Mxthe Dexadal	1	0	-----	1 m	Escroto	Escroto	-----
18	585832	F	55	?	?	Dexadal Lidex Síndrom	1	0	-----	?	-----	Pierna Derecha	no conti- nuó Tx.
19	592166	F	25	?	?	As. Mentel Fenol	1	0	-----	?	-----	?	no conti- nuó Tx.
20	591498	F	40	?	?	Dexadal Dexalocal	6	0	Diazepan	5 m	-----	pierna izq.	final buena ev.
21	590440	M	19	?	Pruriginosa	Dexadal Quimovate Quimoforma	1	0	-----	?	Pititiasis Versicolor	Diseminada	no cont. Tx.

22	685487	M	60	?	?	Ledercort Lidex	2	1	-----	1 mes	-----	?	
23	676136	M	5	?	?	Kenacort Lecortenvio Steralid	1	1	-----	14 días	-----	Clavícula	
24	674127	F	28	?	?	Descamativa Dexadex Alergine	13	4	Ledercort Ampicilina	7 m	Impétigo	Dorso pié	
25	551291	F	26	?	?	Derxalocal Tangyl	11	5	Kenacort Diazepam	11 m	-----	Dorso pié	
26	297254	F	7 a	2 m	?	Ledercort Lédercot D. Crema	6	2	Ampicilina	3 m	Impétigo	pies y ma- nos	
27	137305	F	14	?	Descamativa Pruriginosa	Ultralán Pectanquil	4	0	Mysoline	?	Convulsiones	Diseminada	no con- tinuó Tx.
28	156700	F	42	?	?	Cort-domme Neurobión	4	2	Diazepam Kenacort	?	D.Actínica	?	no conti- nuó Tx.
29	543241	F	39	2 m	Pruriginosa	Meprobamato Derxalocal	2	0	Benzoato Beneflo	8 días	Escalofríos	Disemina- da	
30	547583	F	18 2a	?	?	Vioformo Alboral	4	0	Meprobama to	2 m	-----	Dorso Manos	
31	551291	F	26	3 m	?	Derxalacol	8	5	Ledercort infiltra- ción	9 m	Pitiriasis Versicolor	Dorso Pies	
32	574665	F	14	?	?	Dexametazona Hepavitin	2	0	As D.M.	?	D. Seboréa	?	no conta- nuó Tx.

33	672886	M	26	?	AS. Vioformo	2	0	-----	?	-----	?	no conti- núo trat.
					Neoprobamato							
34	574127	F	28	?	Dezamatazona Dezalocal Allergine	13	3	Kenacort Eritromi- cina	?	Impétigo	dorso pies	no conti- núo trat.
35	576136	M	5	?	Kenacort Ler#envio	1	1	-----	14 d.	-----	Clavus- la	-----
36	493221	F	38	?	Dexadal Dezalocal	7	0	Mepraba- mato Me- lademina	?	Vitiligo	Piernas y Pies	no conti- núo trat.
37	399839	F	30	?	Dexadal Lidex	2	0	-----	?	-----	Pierna	no conti- núo trat.
38	260268	F	20	5m	Dexadal Cortidomme	9	5	Diazepan Kenacort	7 m	-----	Dorso ma- nos	-----
39	600026	M	38	20d.	Dexadal Dezalocal	1	0	-----	?	-----	Cuello	no conti- núo trat.
40	34052	F	36	1a	As Cortidomme	1	0	Betameta- zona Me- probamato	3 m	-----	Abdomen Espalda	-----
41	304875	F	42	?	Ampicilina Dexadal Quimozyn	1	0	-----	?	Impétigo	cingsunscrí- ta a pies trat.	no con- tinúo trat.
42	235565	F	36	?	Dexadal as Vio Dexm.	1	0	-----	3 m.	-----	Diseminada	-----
43	555241	F	71	?	Escamosa Pruriginosa Cura oclusiva	6	0	Palpex	3 m	-----	Dorso pies	-----

55	566231	F	23	1 a.	Prurito des- camación -- curfuracea	Meprobamato Dexametazona As3 Vio5 Ho6	1	-	-	?	----	-----	no conti- nuó trat.
56	566892	F	15	?	Diseminada	Trividozen Diazepan Dexametazona	6	-	Lonid Ang. Synacthen IM.	4 m	----	-----	Diseminada
57	567469	F	12	4m	Lesión esca- mativa purg- nosa	Synalar Meprobamato	2	-	-----	?	----	-----	Glúteos y mejorada muslos en mes
58	568103	M	10	?	-----	Synalar Diazepan	2	-	-----	2 m	----	-----	Diseminada
59	523271	M	2	9 m	Lesiones num- lareas pruritea mosas eritema to escamosas	Fenobarbital Antihistami- nico loción secante	9	3	Dexadal Sinalar Sistral Dexalocal	9	Plodermitis	mejorada ya no tel Diseminada minó	
60	552241	F	70	6 a	Lesiones esca- mosas anhidro licas prurito	Dexadal Dexalocal As3 Vio5 Ho6	14	-	Cura oclusi- va # 3 Accl dental forte	1 año 3 m	Fotosensi- bilidad	-----	dorso am- bos pies
61	564988	M	54	?	Lesiones des- camativas Prurito	Kanacort Dexadal Meprobamato	16	11	Vit. C	1 año	-----	-----	dorso ma- no izq. y cuello
62	577821	M	29	?	Impetiginiza- da en dorso cuello pies	Dexametazona Fucidin Cloxerina Dexadal	3	1	Supracortin	?	-----	-----	dorso pies nuó Tx. va mejora do.
63	591448	F	20	2a.	Eritema maculo papuloso cos- tras prurito	Dexadal Neocondomea te.	3	-	-----	?	-----	Alergia	ambas pier nuó Tx.
64	585850	F	38	8	Eritema vesí- culo papulosas prurito	Dexadal loción se- cante	1	-	-----	?	-----	-----	todo el cuerpo nuó Tx.
65	585162	F	43	?	Areas blanque- cinas, descama- tivas prurito	Dexadal Lidex Ollatwa	1	-	-----	?	-----	-----	brazos y cuello nuó Tx.

66	584731	F	50	2a	Resquecedad y ulceración Prurito	Dexadal Ledercot	3	2	Ídix Valium	1 mes	-----	Ples	Pte. curó
67	583895	M	13	6 días	Prurito	Dexadal Líder	2	-	-----	10 Días	-----	Tórax y miembros Dx.	Pte. curó
68	560756	M	7	?	Descamación	Dexametazona Avigan Kena- cort	6	-	-----	7 m.	-----	Esclerosis mano - izq.	Pte. me- jorado
69	316411	F	42	la	Lesión blanca escamosa y Pruriginosa	Valium Le- dercot Losa- len Dexadal	1	-	-----	?	-----	Pié Izq.	no siguió Trat.
70	112785	M	68	4 m	lesiones en- grasadas y pruriginosas	Dexametazona Líder Kenacort Crema	5	-	-----	?	-----	ambas me- nos	mejorada en 5 m.
71	217848	F	57	?	Descamación vesicillo papulosas	Deltafluorene SF114 As2 Md3 Stesolid Trividozen	5	-	-----	1 mes	Hiperque- sitis palmo plantar	Diseminada	
72	563345	M	5a	?	?	Binotal Bayrena Vio5 As2 Md6	2	-	Sulfato Feroso Postareno	?	-----	Diseminada	no termi- nó Tx.
73	571703	F	23	1 m	?	Synalar Mepro- bamato Trivi- dozen	1	-	-----	?	-----	Circunsc- ta	no conti- nuó tx.
74	574040	M	76	?	Impetiginiza- ción eccema- toide	Tramplopen Hist-Aler	1	-	-----	?	-----	Tinea Un- tobillos y pierna Izq.	no conti- nuó Tx.
75	574041	M	17	?	Confoliculi- tis	As 4 Mo6 Hepaviten	2	-	-----	-----	-----	Diseminada	no conti- nuó Tx.
76	574250	M	2	1-5m	?	Psicosoma Dexatopic Crema	1	9	-----	?	-----	Ambos muslos	no conti- nuó Tx.

77	309899	F	38	10	Alesiones des- camativas, bor- des irregulares Pruriginosas	Tetraciclina As6 V105 Dexametazona	5	-	Diazepam	?	DCHiper- quesatosis	ambos to- ambos billos	no conti- nuó trat
78	595807	F	49	?	?	Losalen	1	-	-----	?	-----	Cara exte- na ambas manos	no conti- nuó trat
79	593436	M	22	?	lesiones es- camativas	V60g. L 40 As 30 VM	1	-	-----	?	-----	Diseminada	no conti- nuó trat.
80	572201	F	35	?	?	Dexatopic	2	-	-----	?	-----	Diseminada	no termi- nó trat.
81	566167	F	2a	?	lesiones es- camativas, ro- sadas Prurigi- nosas.	Avigan Supratorcen	4	-	-----	4 m.	Prurigo por insecto	Carac, cue- llo, rod- pilla (plie- gues)	Curada
82	557894	M	64	?	-----	Dexametazona Diazepam	2	-	-----	?	-----	Tobillo Izq.	no conti- nuó trat.
83	540162	M	75	2 m	Lesión desca- mativa más Prurito	Liam Ala As. Heprobamate Ledercort Cord-dome	19 10	-	AS4 A12 MG4 Hepamiten Dexalocal	1 año	-----	Tobillo Izq.	Curado
84	620282	F	16	?	-----	Dexadal Dexasalyl	1	-	-----	?	-----	Diseminada	En Tx.
85	613911	F	19	7m	Ronchas pru- riginosas	Dexadal Dexasalyl	1	-	-----	?	-----	Diseminada	En Tx.
86	360798	F	30	?	Manchas hi- perpigmentadas Pruriginosas	Acido salici- lico más SA Dome Dexadal Cort	2	-	-----	1 mes	Enfermedad Péptica	ambos bra- zos y mu- ños	mejorado
87	260268	F	29	5 m	Eczema dorso mano derechadome y antebrazo	Dexadal Kanatort	9	7	Valium Dexadal	10 meses	-----	Dorso mand Derecha	Curada

88	139303	F	42	?	-----	Ledercot Dexa dal Dexalocal 11 Dexasalyl	10	-----	5 m	-----	Orejas, Preh se, Labio Superior	en Tx.
89	244485	F	42	2m	Lesiones pri- matosas, pla- cas a niveide cintura, cara, cuello rodillas	Ultran Cor tar.	5	-----	4 m	-----	curado se ta, cuello, efectuo biopsia	
90	212135	M	9	?	?	Cort dome complejo B.	2	-----	?	-----	?	no termi- no trat.
91	274071	F	36	?	Manchas cafés vesiculas y liquemifica- ción.	Dermisan Hig -Plex Ultralán -Tab.	4	-----	?	-----	mejorada no soni nuó Tx.	
92	273850	F	61	3a.	Piel rosada y maculas des- minadas con rubricas y lesión espun- sa liquemifi- cada	Complejo B Ultralán	7	-----	8 m	D.actínica	Dorso	Mejorada
93	251096	M	60	4m	Lesión espun- sa liquemifi- cada	Complejo B Ultralán	7	Hexacon Benadryl	13 m	-----	dorso pie lza.	curada
94	206558	F	16a	2 m	lesión escamo- sa y entemato- sa	Locorten Local	1	-----	?	-----	manos	no conti- nuó trat.
96	135095	F	27	2m	Area desma- tiva y pruri- ginosa	ultralán librium	1	-----	?	-----	lateral de recha del cuello	no con- trat.
96	123761	M	5a.	6m	Areas blancas de rojiza y liquemifica- ción	compresas de -sal inglesa -cort dome fenobarbital	4	-----	8 m	-----	base nuca	mejorada
97	239915	M	69a	11 a	Despigmenta- das descama- vo prurito	Locorten Complejo B Dermisob Demasorb	36	22 Alopuva cort dome Kenacort	8 a	Tinea redis	llo cara	mejorado
98	618992	F	29	?	hipopigmenta- ción prurito	Dexadal Iberol 500	2	-----			Tinea Verficio- lar	desiminada en Tx.

BIBLIOGRAFIA

1. Andrews, George Clinton. DISEASES OF THE SKIN. 4ta. Edición. W.B. Saunders Company, Jan 1955. Pp. variada.
2. Lewis, George. PRACTICAL DERMATOLOGY. 2da. Edición. W.B. Saunders Company, 1959. pp. 38-42
3. Wunwe, Kurt. SISTEMIC ASSOCIATIONS AND TRETMENT OF THE SKIN DISEASE. St. Louis. The C. U. Nosley, 1955. pp. 146-158.
4. Pillsbury, Donald M. DISEASES OF THE SKIN. 2da. edición. W.B. Saunders Company. Filadelfia, London, 1956. pp. variada.
5. Cordero, Fernando. DERMATOLOGIA MEDICO QUIRURGICA. 1era. edición. Impcolor, 1972. pp. 340-349.
6. Gay Prieto, José. DERMATOLOGIA. 5ta. edición. Editorial Científico Médica. Barcelona. 1961. pp. 490-494.
7. Lever, Walter F. HISTOPATHOLOGY OF THE SKIN. 4ta. edición. J. B. Lippincott Company. Filadelfia, 1961. pp. 104-106.

Rosalva Marietha Ayala C. de Rodríguez
Rosalva Marietha Ayala C. de Rodríguez
Br.

Eduardo García Estrada
Dr. Eduardo García Estrada
Asesor

Rodrigo...
Revisor

Julio de León
Dr. Julio de León
Director de Fase III

Dr. Héctor H. García Sandoval
MEDICO Y CIRUJANO
COLEGADO 1919

Rolando Castillo Montalvo
Dr. Rolando Castillo Montalvo
Secretario General

Vo.Bo.

Rolando Castillo Montalvo
Dr. Rolando Castillo Montalvo
Decano