



---

---

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE  
QUERÉTARO.**

**FACULTAD DE MEDICINA.**

**PREVALENCIA DE ENFERMEDADES  
DERMATOLÓGICAS EN EL MÓDULO DE "LA GOTERA",  
DE NOVIEMBRE DE 1998 A  
ABRIL DE 1999.**

**T E S I S**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
MÉDICO GENERAL.**

**PRESENTA**

**ANA MARÍA SÁNCHEZ MARTÍNEZ.**

**DIRIGIDO POR**

**DR. MARCO ALONSO GALLEGOS CORONA**

**QUERÉTARO, QRO. MAYO DE 1999.**

No Adq. H. 60026

No. Título. \_\_\_\_\_

Clas. 616.5 \_\_\_\_\_

S 211 p \_\_\_\_\_

**BIBLIOTECA CENTRAL UAQ**  
"ROBERTO RUIZ OBREGON"

**BIBLIOTECA CENTRAL UAQ**  
"ROBERTO RUIZ OBREGON"

# FACULTAD DE MEDICINA

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE QUERÉTARO.

FACULTAD DE MEDICINA.

PREVALENCIA DE ENFERMEDADES  
DERMATOLÓGICAS EN EL MÓDULO DE "LA GOTERA",  
DE NOVIEMBRE DE 1998  
A ABRIL DE 1999

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
MÉDICO GENERAL.

PRESENTA

ANA MARÍA SANCHEZ MARTÍNEZ.

QUERÉTARO, QRO. MAYO DE 1999.

## **AGRADECIMIENTOS:**

***A Dios***

**por permitirme terminar la carrera de Médico.**

**A mis hijos *Jesús Adriana y Eduardo Alei*,  
por tener fé, paciencia y ayudarme a no decaer  
en los momentos difíciles de la vida.**

**A mis padres Sr. *Patricio* y Sra. *Josefina*,  
por darme la vida y el coraje de alcanzar las  
metas planteadas.**

**A mis hermanos  
que son ejemplo de lucha y superación  
constante.**

**Al Dr. *Adalí Zárate Santiago*  
de manera muy especial por haber contribuido  
en la elaboración de éste trabajo.**

**A amigos y compañeros  
que juntos hemos compartido momentos  
de alegría y de tristeza.**

**A todos los médicos  
que de manera desinteresada nos brindan sus  
conocimientos y tiempo incondicional y cuyo  
objetivo es formar excelentes médicos.**

**A todos los que de alguna manera contribuyeron  
para formarme como médico, de la Facultad de  
medicina y hospitales.**

**A los doctores *Marco Alonso Gallegos Corona,*  
*Rodolfo Pérez Quintero, Mary Ann Weaver Velasco*  
por su apoyo y tiempo dedicado para la elaboración  
de este trabajo.**

***Ana María Sánchez Martínez.***

## **INDICE**

<b>CAPÍTULO I</b>	<b>DATOS DE IDENTIFICACIÓN . . . . .</b>	<b>1</b>
<b>CAPÍTULO II</b>	<b>RESUMEN . . . . .</b>	<b>4</b>
<b>CAPÍTULO III</b>	<b>INTRODUCCIÓN . . . . .</b>	<b>6</b>
<b>CAPÍTULO IV</b>	<b>MATERIAL Y METODOS . . . . .</b>	<b>13</b>
<b>CAPÍTULO V</b>	<b>RESULTADOS . . . . .</b>	<b>15</b>
<b>CAPÍTULO VI</b>	<b>DISCUSIÓN . . . . .</b>	<b>28</b>
<b>CAPÍTULO VII</b>	<b>CONCLUSIONES . . . . .</b>	<b>31</b>
<b>CAPÍTULO VIII</b>	<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS . . . . .</b>	<b>33</b>
<b>CAPÍTULO IX</b>	<b>ANEXOS . . . . .</b>	<b>36</b>

**CAPITULO I**  
**DATOS DE IDENTIFICACIÓN**

## **DATOS DE IDENTIFICACIÓN.**

### **DE LA INSTITUCIÓN.**

Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Querétaro.  
Clavel No. 200 Col. Prados de la Capilla.  
Querétaro, Qro.  
Tel. 16 14 14.

### **DEL INVESTIGADOR.**

MPSS Ana María Sánchez Martínez.  
Enrique Fernández No. 501 Col. Manuel Avila Camacho.  
Apaseo El Alto, Gto.  
Tel. 01 (416) 6 08 04.

### **DE LA INVESTIGACIÓN.**

Prevalencia de enfermedades dermatológicas en el módulo de "La Gotera", de  
Noviembre de 1998 a Abril de 1999.



## **DIRECTORES DE TESIS.**

Dr. Marco Alonso Gallegos Corona.  
Coordinador de Laboratorio Multidisciplinario de la FMUAQ.  
Clavel No. 200 Col. Prados de la Capilla.  
Querétaro, Qro.  
Tel. 16 14 14.

Dr. Rodolfo Pérez Quintero.  
Dermatólogo del turno matutino del HGR No. 1 IMSS.  
Av. 5 de Febrero y Zaragoza S/N.  
Querétaro, Qro.  
Tel. 11 23 00.

## **ASESOR.**

Dra. Mary Ann Weaver Velasco.  
Dermatóloga del turno vespertino del HGR No. 1 IMSS.  
Av. 5 de Febrero y Zaragoza S/N.  
Querétaro, Qro.  
Tel. 16 17 57.

**CAPITULO II**  
**R E S U M E N**

## RESUMEN.

La piel es un órgano que reviste vital importancia por sus numerosas y complejas funciones, su relación con todos los aparatos y sistemas. A pesar de sus innumerables investigaciones se carece de conocimiento suficiente para su cuidado y más de alguna vez es dañada por el propio individuo y por su médico tratante. Las enfermedades dermatológicas constituyen entre el 12 - 20 % de la consulta general, y a pesar de su alta incidencia, los problemas de la piel tienden a ser ignorados en la salud pública. Para conocer la prevalencia de las enfermedades dermatológicas en el módulo de "La Gotera" se realizó un estudio descriptivo transversal en el período comprendido de Noviembre de 1998 a Abril de 1999, en todos los pacientes captados en la consulta general donde se recabó: edad, sexo, ocupación, migración, morfología de las lesiones, posible etiología y diagnóstico. El estudio de la prevalencia de las enfermedades dermatológicas y sus características clínicas permitirá adoptar medidas preventivas y curativas a mediano y largo plazo.

Los pacientes dermatológicos representaron 15.2% de los pacientes atendidos en la consulta general. El predominio de sexo fue femenino, el grupo etáreo más afectado correspondió a niños de 0 a 10 años. Los grupos de dermatosis más frecuentes fueron: por agentes microbianos, bacterias, virus, parásitos y hongos. Las diez dermatosis encontradas con mayor frecuencia fueron: melasma, impétigo, onicomicosis, escabiasis, vitiligo, verrugas vulgares, fibroma laxo, neurodermatosis, dermatomicosis y eccema atópico.

Se confirma que los problemas dermatológicos tienen una frecuencia alta dentro de las enfermedades de la consulta general y que se requiere una mayor capacitación del personal médico, ya que en un alto porcentaje pueden ser solucionados en el primer nivel de atención.

**CAPITULO III**  
**INTRODUCCIÓN**

## INTRODUCCIÓN.

La piel es un órgano de doble origen embrionario, por lo que se relaciona con todos los aparatos y sistemas del organismo y con numerosas y complejas funciones. (1, 2, 3, 6, 13)

Es un órgano que forma una extensa capa variable en grosor, con entrantes, salientes, depresiones y orificios en su superficie, que cubre todo el cuerpo. El color esta determinado por factores raciales, genéticos, la cantidad de pigmento, la red capilar y células epidérmicas.

Deriva del ectodermo que da origen a la epidermis, folículos pilosos, glándulas sebáceas y sudoríparas, uñas, melanocitos y células de Langerhans y del mesodermo se origina tejido conjuntivo, músculo piloerector, vasos y células de la dermis.

La piel se haya constituida por tres cubiertas principales: la *epidermis*, la *dermis* y la *hipodermis*.

La epidermis se compone de cuatro capas: La capa basal, la capa de células espinosas, la capa granulosa y la capa córnea. La división celular sólo acontece en la capa basal.

La dermis subyacente esta compuesta por fibras de colágeno densas y tenaces que se entrecruzan.

La hipodermis es la cubierta más profunda de la piel, constituida por tejido laxo fibroso. Contiene los apéndices cutáneos, glándulas sudoríparas, folículos pilosos y sus glándulas sebáceas. Está debilmente anclada a la fascia superficial lo que permite que la piel sea móvil sobre las estructuras profundas. Las excepciones son las palmas de las manos, las plantas de los pies y el cuero cabelludo, en donde está firmemente sujeta a la fascia.

Las principales funciones de la piel están relacionados con la protección que ofrece al cuerpo y son:

- Estética: La cual se altera muy facilmente y es el principal motivo de consulta.
- Sensorial: Por poseer receptores para el dolor, temperatura, presión, tacto y reflejos que conducen a la protección.

■ Termorregulación: Tiene una capa córnea y tejido celular subcútaneo, que son buenos aislantes para evitar la pérdida de temperatura; y a la vez permite perder calor por radiación, cuando la temperatura corporal aumenta.

Las lesiones cutáneas básicas son elementos esenciales sobre los que se basa el diagnóstico clínico. (Anexo 1)

Los signos dermatológicos no pueden ser considerados como un fenómeno local aislado, por que con frecuencia son evidencia de enfermedades que podrían tener consecuencias serias para el paciente. (1, 2, 3, 5)

La dermatología tiene relación importante con otras disciplinas: la genética, pediatría, oncología, geriatría, medicina interna, inmunología e infectología entre otras. (2)

Los niveles económicos, socioculturales y las actividades de cada enfermo constituyen otros factores importantes.

La fácil automedicación tanto de uso tópico como por vía sistémica, así como remedios prescritos o indicados sin la más mínima idea o conocimiento en cuanto a los alcances de los mismos, ha conducido a un gran daño que alcanza en la actualidad grandes proporciones muy significativas, en ocasiones de gran trascendencia para la salud y aún la vida del paciente. (3, 5, 10, 19)

Se ha calculado que en países industrializados las enfermedades dermatológicas constituyen entre el 12 y 20% de la consulta general, y en los países en vías de desarrollo estas cifras probablemente son mayores. (2, 4)

A pesar de su alta incidencia, los problemas de la piel tienden a ser ignorados en la salud pública. Esto ocurre tanto en los servicios médicos, como en la enseñanza de la dermatología entre el personal de salud y se refleja en la deficiente práctica médica, que carece de los conocimientos elementales para la identificación y el manejo de las enfermedades dermatológicas. (1, 3, 4, 5)

La epidemiología de las enfermedades dermatológicas es prácticamente desconocida. En la literatura nacional existen pocos estudios epidemiológicos. (6, 8)

El objetivo principal de este trabajo de investigación es dar a conocer la frecuencia relativa de las enfermedades dermatológicas en las 11 comunidades que conforman el módulo de "La Gotera", la importancia que tienen las enfermedades dermatológicas y a futuro establecer medidas de prevención, curativas y de rehabilitación.

A continuación se presenta una panorámica general del módulo de "La Gotera", asimismo de las comunidades que lo integran.

El módulo de "La Gotera" comprende once comunidades: El Pozo, Mompani, Juriquilla, El Herrero, Santa Catarina, El Pintillo, La Monja, La Palma, Rincón de Ojo de Agua, El Refugio y La Laborsilla, con un total de 7 304 habitantes, de los cuales 3 571 son hombres y 3 733 mujeres. En general su población es gente joven teniendo: 177 menores de un año; 792 de 1 a 4 años; 998 de 5 a 9 años (grupo etáreo predominante); 920 de 10 a 14 años; 915 de 15 a 19 años; 765 de 20 a 24 años; 630 de 25 a 29 años; 517 de 30 a 34 años; 409 de 35 a 39 años; 306 de 40 a 44 años; 232 de 45 a 49 años; 160 de 50 a 54 años; 126 de 55 a 59 años; 97 de 60 a 64 años y 226 de 65 y más edad.

La comunidad que más habitantes tiene es Juriquilla con 1978 habitantes y la de menor número de habitantes es El Refugio con 23.

La tasa de crecimiento poblacional estimada por el INEGI en 1990 es de 4.5% anual

La migración hacia los E.U. de Norteamérica estimada es de hasta un 60% en algunas comunidades como: La Monja, siendo menor en las demás, viajan la mayoría como indocumentados buscando mejores ingresos económicos. Otros prefieren trabajar dentro del país en ciudades fronterizas, México, Querétaro, Santa Rosa entre otras.

La gente que labora en la comunidad se dedica a la cría de ganado (caprino, bovino), y la agricultura (temporal), actividades que proporcionan ingresos en plazos largos.

La comunicación es posible en las once comunidades mediante: la autopista Querétaro - San Luis Potosí (que actualmente se encuentra en reparación), caminos de empedrado y terracería. La comunidad más cercana se encuentra a 17 km. Y la más alejada a 39 km. Los medios de transporte son camiones suburbanos en comunidades como: Mompani. El transporte funciona desde las 05:00 Hrs. hasta las 20:00 Hrs. con salidas cada hora con la misma característica ésta La Monja, Juriquilla, Pintillo, La Palma, Rincón de Ojo de Agua; en El Pozo solo hay transporte a las 06:00 Hrs. y a las 18:00 Hrs. , mientras que en otras comunidades solo hay salidas los domingos. Es difícil el acceso en algunas comunidades como El Herrero por su lejanía y las condiciones del camino.

De las once comunidades, 8 cuentan con teléfono, sólo El Herrero, El Refugio y La Laborsilla carecen de éste. Ninguna de las comunidades tiene servicio de correo y telégrafo para ello acuden a la población de Santa Rosa.

El 100% de la población tiene televisión y radio.

**BIBLIOTECA CENTRAL UAQ**  
"ROBERTO RUIZ OBREGON"

La escolaridad en promedio es la educación primaria, por factores socioculturales, económicos y falta de perspectivas o deseos de superación; la población analfabeta mayor de 15 años representa un 9.05% (695) del total de la población. Cifra importante ya que en la educación recaé el bienestar biopsicosocial.

La alimentación es a base de frijoles, tortilla de maíz, chile, papa y huevo; en ocasiones carne, fruta y verduras; con menos frecuencia el pescado y los mariscos. Los alimentos los obtienen en parte de la comunidad como leche y derivados, maíz, carne y huevo, y lo demás de comunidades cercanas como: Santa Rosa y la Cd. de Querétaro.

La vivienda en la mayoría de los casos está construida de tabique rojo con techo de concreto, algunas son de lámina de cartón o de asbesto y pisos de concreto, mosaico y algunas de losa. Cuentan con agua potable en un 94.89% de las familias; corriente eléctrica y solo 2 comunidades tienen drenaje. Por tanto la eliminación de excretas y la disposición de aguas negras se realiza de manera inadecuada, ocasionando problemas serios de salud. La eliminación de basura es a través del carro colector que pasa 2 veces por semana, excepto en El Refugio, El Herrero y La Laborsilla donde se realiza la tira indiscriminada o quema de la misma.

La organización política está integrada básicamente por un subdelegado, algunas comunidades cuentan con un comisariato ejidal. Todas las comunidades tienen un comité de salud, integrado por representantes de la comunidad, el médico pasante, la supervisora de la auxiliar de salud y la auxiliar de salud.

Tres de las comunidades cuentan con un grupo de alcohólicos anónimos que se reúnen 1 vez por semana.

La mayoría de los habitantes profesan la religión católica y en una minoría son protestantes.

Existen problemas frecuentes como alcoholismo desde temprana edad, tabaquismo y la farmacodependencia. (7)

Las principales patologías registradas durante 1998 comprenden por orden de incidencia (De acuerdo a información de la Secretaría de Salud): Infecciones respiratorias agudas, amibiasis intestinal, infecciones gastrointestinales, oxiuriasis, otitis media aguda, ascariasis, escabiasis, hipertensión arterial sistémica, neumonía y bronconeumonía, shigelosis.



**De acuerdo a un estudio sobre epidemiología de enfermedades cutáneas que se realizó en el estado de Guerrero** por el Doctor Estrada-Castañón R. y colaboradores, nos dejan ver lo importante que es la patología dermatológica. En el estudio se incluyeron 7 626 entrevistas casa por casa, cubriendo 50 000 personas. En el 50% de las casas encuestadas alguna persona presentó problema de la piel.

Esta investigación se llevó a cabo de 1986 a 1990 donde figura como primer lugar la consulta de dermatología en el Hospital General de Acapulco, Guerrero.

Las diez enfermedades dermatológicas más frecuentes en el área urbana fueron: Escabiasis, sudamina y síndromes sudorales, acné, dermatitis por contacto, piodermias, tiñas, melasma, hipocromías, vitiligo, pitiriasis versicolor; en comparación con el área rural: hipocromías, escabiasis, piodermias, acné, melasma, pitiriasis versicolor, vitiligo, tiñas, prurigo solar, dermatitis por contacto.

**Otra investigación realizada en el Hospital del Niño (IMAN) de la Ciudad de México en 1971 - 1975**, sobre epidemiología de las enfermedades de la piel en 10 000 pacientes en edad pediátrica.

Los pacientes dermatológicos representaron el 10.4% de la población atendida por el hospital.

En la muestra total atendida, el sexo de los pacientes fue similar. El mayor número de pacientes correspondió a lactantes.

Los grupos de enfermedades dermatológicas más frecuentes fueron: parasitarias, reaccionales varias, virales y bacterianas.

Las diez enfermedades dermatológicas más frecuentes en la muestra total fueron: prurigo por insectos, neurodermatitis atópica, escabiasis, verrugas virales, impétigo, pitiriasis alba, vitiligo, acné, tiñas y dermatitis microbiana numular.

Esto confirma una vez más lo importante que es la patología dermatológica en todas las edades y en ambos sexos. (8)

Las poblaciones marginadas son las más susceptibles a padecer enfermedades de toda índole, por falta de recursos económicos, medidas higiénico-dietéticas, la migración constante de uno o más miembros de la familia, la ocupación y la automedicación entre otras.

En el Módulo de "La Gotera" que comprende 11 comunidades dentro del municipio de Querétaro, se desconoce la prevalencia de los padecimientos dermatológicos en la consulta general. La importancia de conocer los mismos redundará en la aplicación de medidas dirigidas a la promoción de la salud de la piel y enfermedades sistémicas.

La piel es un órgano que a pesar de su extensión e importancia, por la gran cantidad de funciones que desempeña y de las muchas investigaciones que se llevan a cabo en la actualidad, aún no se tienen los conocimientos suficientes para su cuidado.

El conocer la prevalencia de las enfermedades dermatológicas y sus características clínicas, permitirá medidas preventivas y/o curativas a mediano y largo plazo; fomentar el cuidado de la piel y despertar el interés médico y comunitario para contribuir con las medidas necesarias para mantener sano a este importante órgano.

**CAPITULO IV**  
**MATERIAL Y METODOS**

## MATERIAL Y METODOS.

Se llevó a cabo un estudio de tipo encuesta descriptiva transversal, en el período comprendido de Noviembre de 1998 a Abril de 1999, en el módulo de "La Gotera" que comprende 11 comunidades. Se estudió a todo paciente que acudió a consulta general y presentó problema dermatológico, haciendo búsqueda intencionada del mismo. Se aplicó una encuesta a todo paciente con lesiones cutáneas y se recabó la siguiente información: Edad, sexo, ocupación, localidad de origen, migración, descripción de las lesiones dermatológicas, probable etiología y diagnóstico (Anexo 2). En caso de tener duda diagnóstica se enviaron a la consulta externa de dermatología en el H.G.R. No. 1 IMSS en Querétaro, donde se recibió apoyo de los dermatólogos de la misma institución.

Para designar los padecimientos se empleó la nomenclatura de acuerdo a la clasificación internacional de las enfermedades (CIE-10). (9) (Anexo 3)

**CAPITULO V**  
**R E S U L T A D O S**

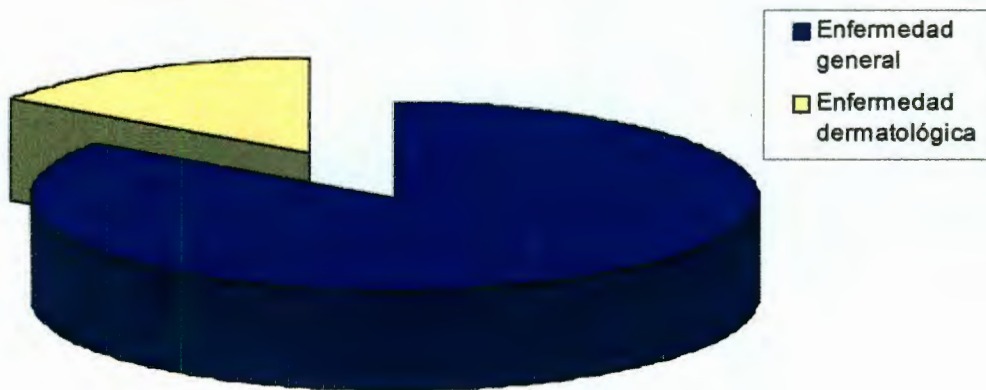
## RESULTADOS.

En el presente estudio que se llevó a cabo de noviembre de 1998<sup>a</sup> abril de 1999, en la consulta externa del módulo de "La Gotera" que comprende 11 comunidades, se otorgaron 402 consultas, en las cuales 61 se detectó problema dermatológico; una dermatosis por 5.5 consultas generales, esto representó un porcentaje de 15.1. (Cuadro y Gráfica 1)

**CUADRO 1**  
**DISTRIBUCIÓN POR ENFERMEDAD GENERAL Y DERMATOLÓGICA**

	NUMERO	PORCENTAJE
Enfermedad general	341	84.8%
Enfermedad dermatológica	61	15.2%
Consulta Total	402	100%

**GRAFICA 1**  
**DISTRIBUCION POR ENFERMEDAD DERMATOLOGICA**  
**Y POR ENFERMEDAD GENERAL.**

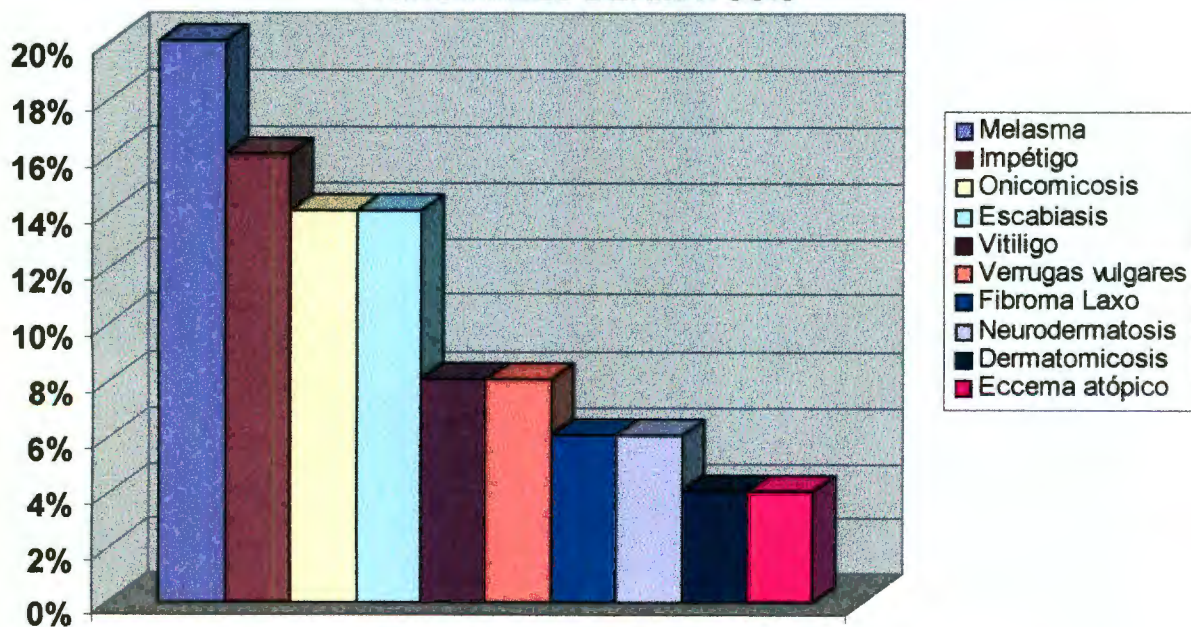


En la muestra estudiada, el número total de os diferentes padecimientos diagnosticados fue de 20, entre los cuales figuran: melasma, impétigo, onicomicosis, escabiasis, vitiligo, verrugas vulgares, fibroma laxo, neurodermatitis, dermatomicosis, eccema atópico, pitiriasis alba, dermatitis solar, mal del pinto, hiperquertosis solar, quiste epidermoide, dermatitis reaccional, prúrigo actínico tipo placa, psoriasis, Carcinoma basocelular. (Cuadro y Gráfica 2)

**CUADRO 2  
PRINCIPALES DERMATOSIS.**

<b>DIAGNÓSTICO</b>	<b>No. DE CASOS</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Melasma	10	20%
Impétigo	8	16%
Onicomicosis	7	14%
Escabiasis	7	14%
Vitiligo	4	8%
Verrugas vulgares	4	8%
Fibroma Laxo	3	6%
Neurodermatosis	3	6%
Dermatomicosis	2	4%
Eccema atópico	2	4%
<b>TOTAL</b>	<b>50</b>	<b>100%</b>

**GRAFICA 2  
PRINCIPALES DERMATOSIS**

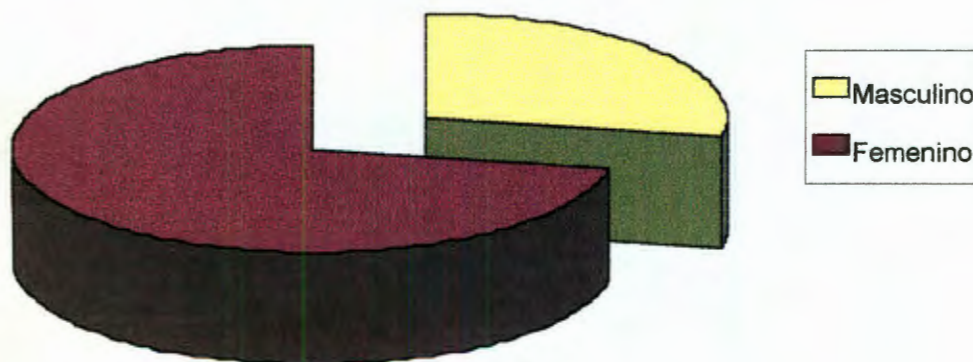


La distribución por sexo mostró un predominio en el sexo femenino, con 44 casos (72.1%); mientras que sólo 17 casos (27.8%) ocurrieron en el sexo masculino (Cuadro y Gráfica 3)

**CUADRO 3  
DISTRIBUCIÓN POR SEXOS DE LA MUESTRA.**

SEXO	NUMERO	PORCENTAJE
Masculino	17	27.9%
Femenino	44	72.1%
TOTAL	61	100.0%

**GRAFICA 3  
DISTRIBUCION POR SEXOS DE LA MUESTRA.**



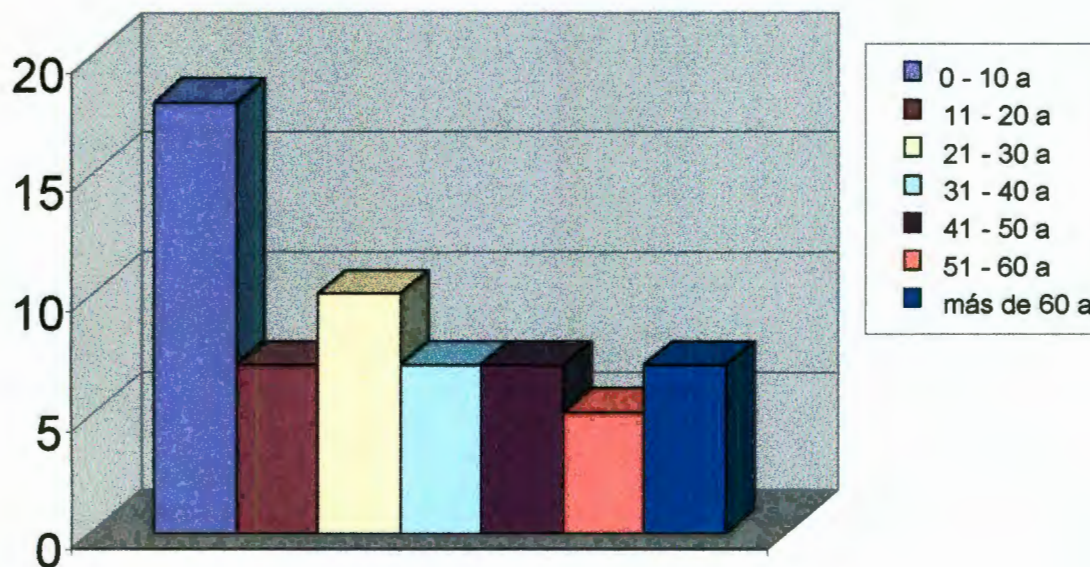


Los grupos de edades reveló que en el rango de 0-10 años fue el más frecuente con 18 casos (29.5%), seguido por el grupo de 21-30 años con 10 casos (16.4%). En el resto de los grupos etáreos la frecuencia observada fue semejante. (Cuadro y gráfica 4)

**CUADRO 4  
DISTRIBUCIÓN POR EDADES DE LA MUESTRA.**

GPOS. DE EDAD	No. CASOS	PORCENTAJE
0 - 10 a	18	29.5%
11 - 20 a	7	11.5%
21 - 30 a	10	16.4%
31 - 40 a	7	11.5%
41 - 50 a	7	11.5%
51 - 60 a	5	8.2%
más de 60 a	7	11.5%
<b>TOTAL</b>	<b>61</b>	<b>100%</b>

**GRAFICA 4  
DISTRIBUCION POR EDADES DE LA MUESTRA**

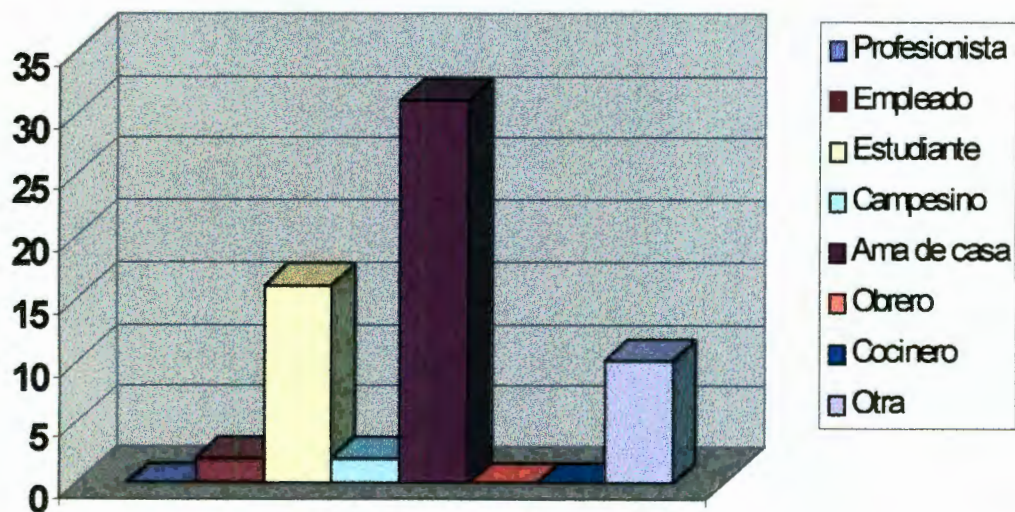


En lo referente a las ocupaciones de los pacientes fueron más frecuentes las amas de casa con 31 casos (50.8%), estudiantes 16 casos (26.2%). (Cuadro y Gráfica 5).

**CUADRO 5  
DISTRIBUCIÓN POR OCUPACIÓN.**

OCUPACION	No.	PORCENTAJE
Profesionista	0	0%
Empleado	2	3.3%
Estudiante	16	26.2%
Campesino	2	3.3%
Ama de casa	31	50.8%
Obrero	0	0%
Cocinero	0	0%
Otra	10	16.4%
TOTAL	61	100%

**GRAFICA 5  
DISTRIBUCION POR OCUPACION**

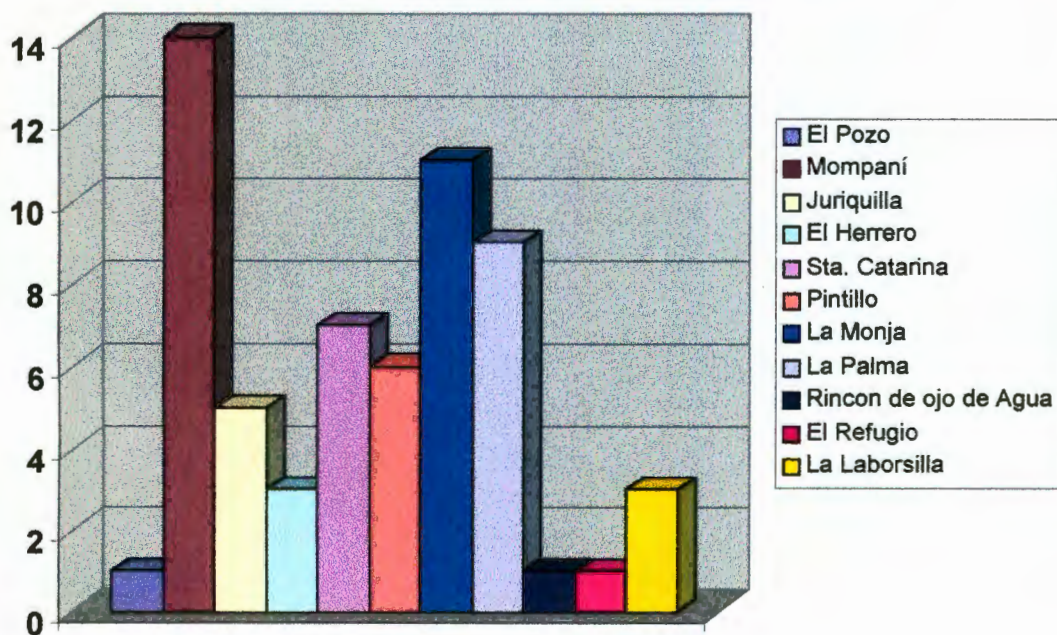


Las localidades con mayor número de casos de dermatológicos detectados fueron por orden de frecuencia: Mompaní con 14 casos (22.9%), La Monja 11 casos (18%), La Palma con 9 casos (14.7%) y Santa Catarina 7 casos (11.4%). (Cuadro y Gráfica 6).

**CUADRO 6  
DISTRIBUCIÓN DE CASOS POR LOCALIDAD.**

LOCALIDAD	No.	PORCENTAJE
El Pozo	1	1.6%
Mompaní	14	23.0%
Juruquilla	5	8.2%
El Herrero	3	4.9%
Sta. Catarina	7	11.5%
Pintillo	6	9.8%
La Monja	11	18.0%
La Palma	9	14.8%
Rincon de ojo de Agua	1	1.6%
El Refugio	1	1.6%
La Laborsilla	3	4.9%
<b>TOTAL</b>	<b>61</b>	<b>100%</b>

**GRAFICA 6  
DISTRIBUCION DE CASOS POR LOCALIDAD**

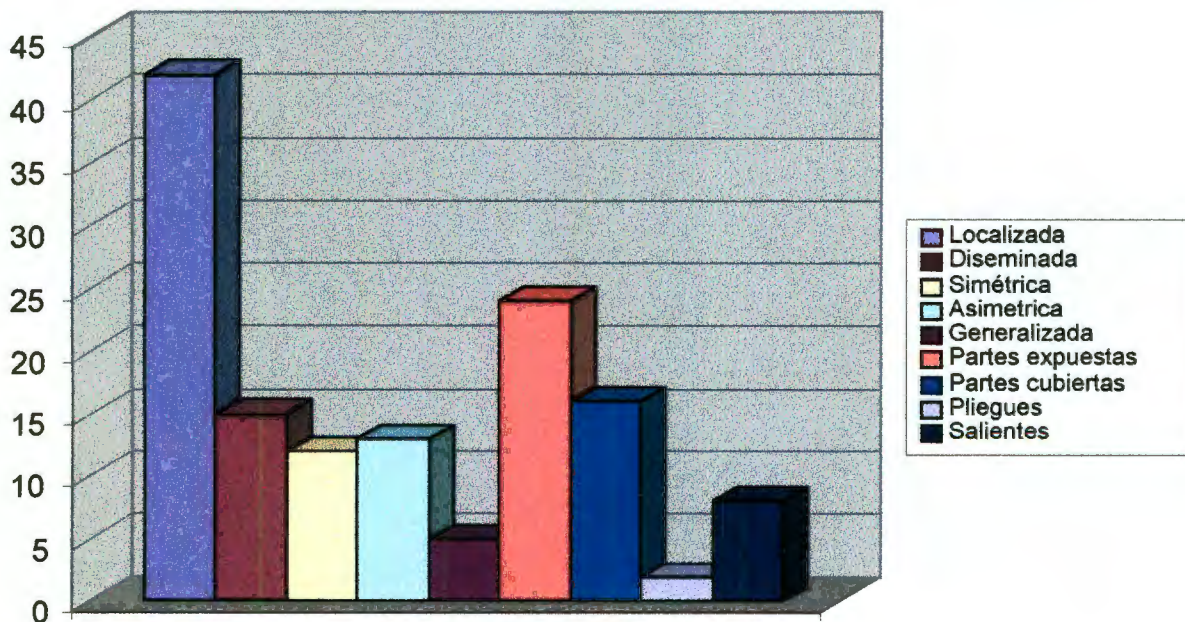


El aspecto clínico de las dermatosis registradas en lo referente a la topografía de las mismas se presentaron conforme a lo descrito en la literatura, con respecto a si se trata de una lesión localizada, diseminada, simétrica, que afecta partes expuestas o cubiertas, etc. En esta serie la mayoría de las entidades dermatológicas se presentaron como lesiones localizadas: 42 casos (68.8%). (Cuadro y Gráfica 7)

**CUADRO 7  
DISTRIBUCIÓN TOPOGRÁFICA DE LAS LESIONES.**

TOPOGRAFÍA	No. CASOS	PORCENTAJE
Localizada	42	30.7%
Diseminada	15	10.9%
Simétrica	12	8.8%
Asimétrica	13	9.5%
Generalizada	5	3.6%
Partes expuestas	24	17.5%
Partes cubiertas	16	11.7%
Pliegues	2	1.5%
Salientes	8	5.8%

**GRÁFICA 7  
TOPOGRAFÍA DE LAS LESIONES.**



La sintomatología y signos clínicos de las lesiones dermatológicas documentadas fueron registrados de acuerdo a las entidades clinicopatológicas más frecuentes.

**Melasma:** Constituyó la causa más frecuente de la consulta: 10 casos (20%), entre las causas atribuidas por las pacientes a su padecimiento fue por: daño solar y/o enfermedad hepática. El 100% de las pacientes no presentó ningún síntoma.

**Impétigo:** Patología que predominó en niños con 8 casos (16%) y cursaron asintomáticos el 100% de los mismos.

**Onicomicosis:** Ocuparon el tercer lugar. Los pacientes fueron adultos mayores de 40 años. En un 100% se reportaron asintomáticos.

**Escabiasis:** Se observa como patología propia del niño, se presentó en edades de 5 a 9 años y sólo un caso a los 19 años, en un 85% presentaron como síntoma principal prurito y un 15% aunque la enfermedad fue evidente se manifestó asintomático.

**Vitiligo:** Ocupó el 5° lugar de la consulta dermatológica, con predominio en adultos jóvenes, un 25% refirió prurito y el otro 75% se manifestó asintomático.

**Verrugas vulgares:** Se presentó sin predominio de edad, todos los casos correspondieron al sexo femenino y un 25% refirió prurito, el resto cursó asintomático.

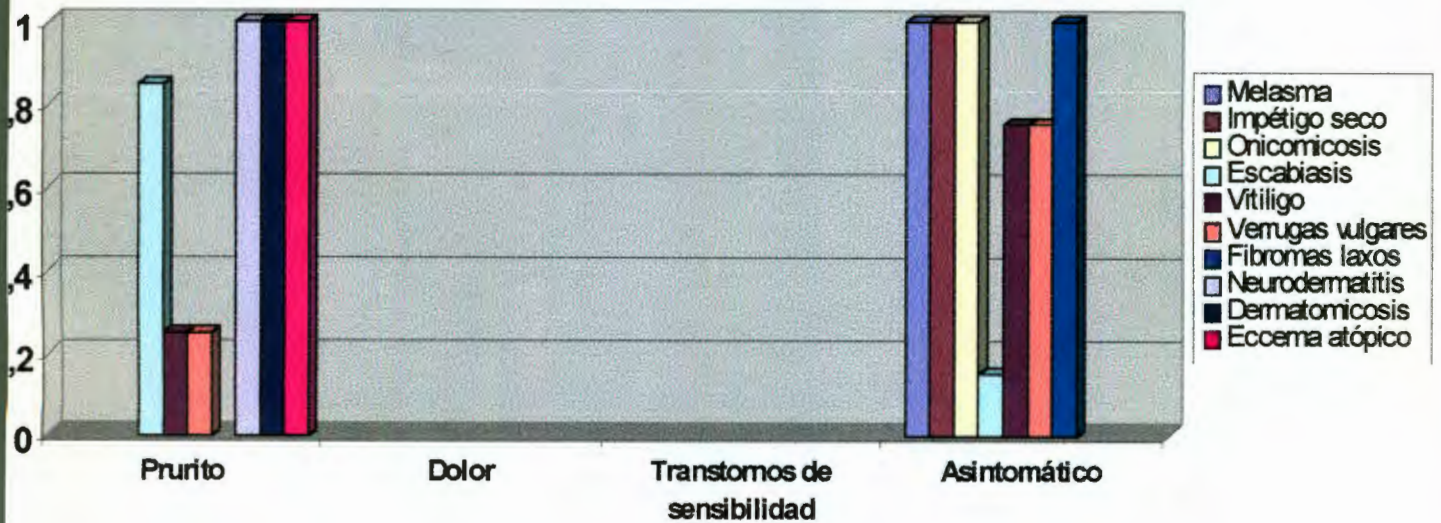
**Fibromas laxos:** Los pacientes diagnosticados fueron todos del sexo femenino, adultos de la 5ª - 6ª década de la vida, no presentaron sintomatología.

Las neurodermatitis, dermatomicosis y eccema atópico, en un 100% el síntoma presente fue prurito. (*Cuadro y gráfica 8*).

**CUADRO 8  
DISTRIBUCIÓN POR SÍNTOMAS DE LAS LESIONES.**

	Prurito	Dolor	Trastornos de sensibilidad	Asintomático
Melasma				100%
Impétigo seco				100%
Onicomycosis				100%
Escabiasis	85%			15%
Vitiligo	25%			75%
Verrugas vulgares	25%			75%
Fibromas laxos				100%
Neurodermatitis	100%			
Dermatomicosis	100%			
Eccema atópico	100%			

**GRAFICA 8  
SÍNTOMAS**



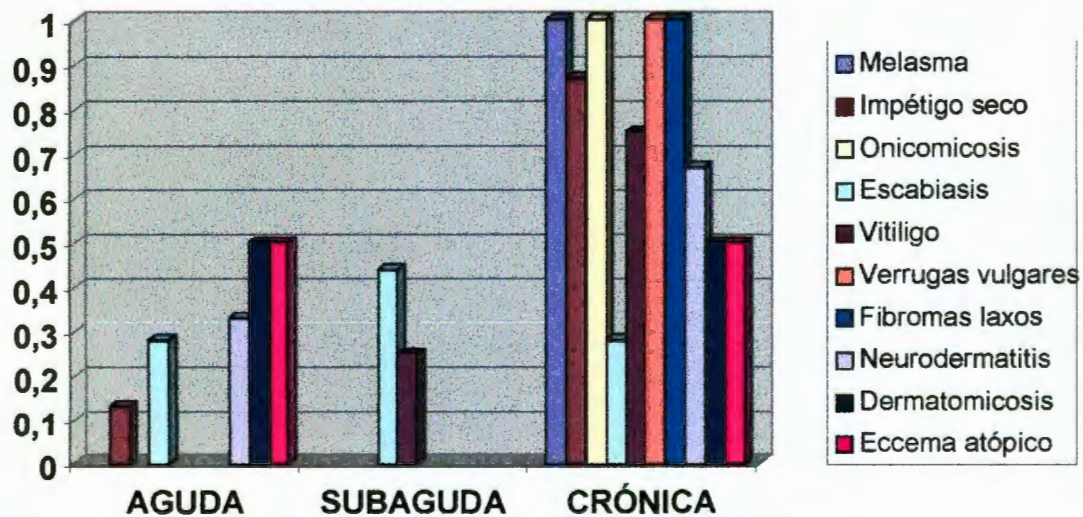
El tiempo de evolución observado en esta serie de casos fue en su gran mayoría crónica, con excepción de la dermatomicosis, eccema atópico, neurodermatitis, escabiasis e impétigo. (Cuadro y gráfica 9).

**CUADRO 9  
DISTRIBUCIÓN DE ACUERDO A TIEMPO DE EVOLUCIÓN.**

	AGUDA	SUBAGUDA	CRÓNICA
Melasma			100%
Impétigo seco	13%		87%
Onicomycosis			100%
Escabiasis	28%	44%	28%
Vitiligo		25%	75%
Verrugas vulgares			100%
Fibromas laxos			100%
Neurodermatitis	33%		67%
Dermatomicosis	50%		50%
Eccema atópico	50%		50%

**GRAFICA 9  
EVOLUCIÓN.**

X 100 %

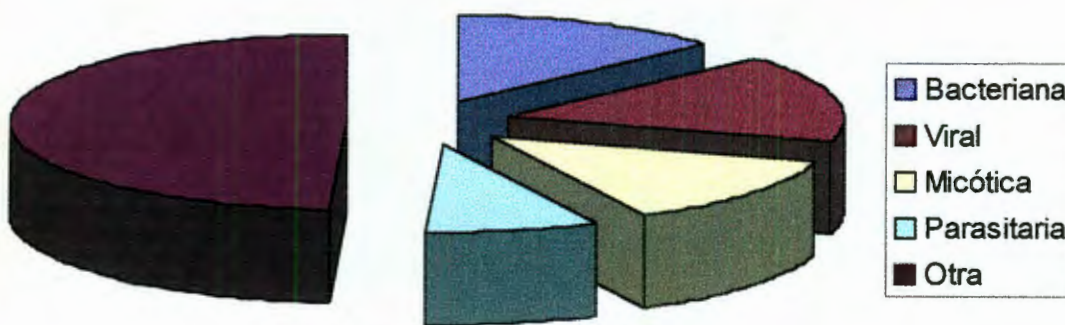


La etiología de los problemas dermatológicos fue en la mitad de los casos por agentes microbianos, lesiones virales, bacterianas y parasitarias. (Cuadro y gráfica 10).

**CUADRO 10  
DISTRIBUCIÓN DE ACUERDO A ETIOLOGÍA**

	No.	PORCENTAJE
Bacteriana	8	13.1%
Viral	10	16.4%
Micótica	8	13.1%
Parasitaria	5	8.2%
Otra	30	49.2%
<b>TOTAL</b>	<b>61</b>	<b>100%</b>

**GRAFICA 10  
ETIOLOGÍA**



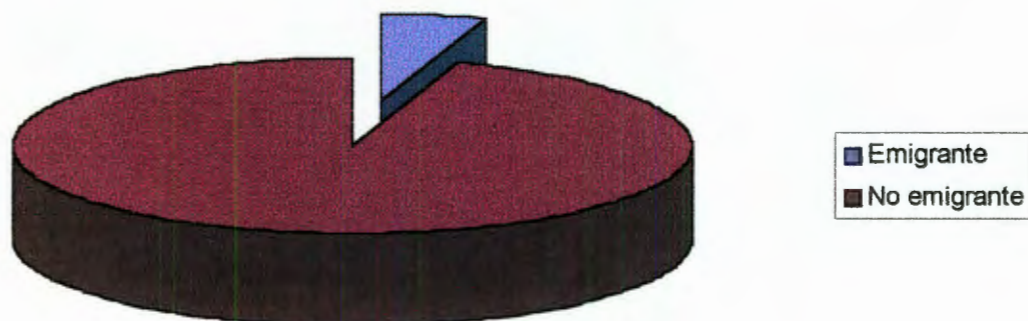


Los hallazgos en cuanto a inmigración en su mayoría fueron residentes de las diferentes localidades. (Cuadro y Gráfica 11).

**CUADRO 11  
DISTRIBUCIÓN SEGÚN MIGRACIÓN.**

	No. CASOS	PORCENTAJE
Emigrante	3	4.9%
No emigrante	58	95.1%
<b>TOTAL</b>	<b>61</b>	<b>100%</b>

**GRAFICA 11  
DISTRIBUCIÓN DE ACUERDO A MIGRACIÓN.**



**CAPITULO VI**  
**D I S C U S I Ó N**

## DISCUSIÓN.

Los padecimientos dermatológicos son entidades frecuentes en la consulta del médico general y dada la poca importancia que se les otorga, con mucha frecuencia no son evaluadas y tratadas en forma adecuada; por lo tanto esto condiciona con frecuencia problemas de ausentismo laboral, escolar e interfiere en la interrelación social de los enfermos, con las resultantes económicas, académicas y psicológicas. Se estima que los problemas dermatológicos tienen una prevalencia de 12 – 20 %<sup>(2, 4)</sup>. En esta investigación la prevalencia observada fue de 15.2 por cada 100 consultas generales.

Las entidades que con mayor frecuencia se presentaron fueron: Melasma, impétigo, onicomicosis, escabiasis, vitiligo, verrugas vulgares, fibroma laxo, neurodermatitis y dermatomicosis.

Al igual que en el estudio realizado por Estrada-Castañón en el estado de Guerrero, se encontró que el impétigo, tiñas y escabiasis se encuentran dentro de las cuatro dermatosis más frecuentes. Esto seguramente esta en relación con la insalubridad existente entre los grupos marginados.<sup>(4)</sup>

Los grupos por edad entre 0 y 10 años, fueron los más afectados con 18 casos (29.5%), probablemente la frecuencia y severidad de la patología cutánea estuvo relacionada con la situación socioeconómica, condiciones nutricionales, mayor exposición a los agentes ambientales (tierra, agua, sol y diversos microorganismos entre otros), condiciones que afectan a los niños y la mayoría de las veces pasan desapercibidos por los adultos. En la serie reportada en el Hospital Infantil, las características antes mencionadas, tuvieron gran influencia en el estudio realizado sobre epidemiología de la piel.<sup>(8)</sup>

Los agentes etiológicos que afectaron a la mayoría de la población con lesiones dermatológicas fueron: microbianos, entre ellos virus, hongos, bacterias y parásitos. Con la característica de que las patologías se presentaron de acuerdo a la edad, por ejemplo: el impétigo y la escabiasis, fueron propias de la infancia; mientras que las onicomicosis y verrugas vulgares se presentaron en los adultos. Debido a que los padecimientos dermatológicos observados con mayor frecuencia en esta serie, están directamente relacionados con agentes microbianos, nos revela una deficiente promoción de la salud y una precaria infraestructura sanitaria en el medio rural

La demanda de la consulta dermatológica fue mayor en el sexo femenino. Esto puede deberse a que la mujer presta mayor atención a su aspecto personal, lo que motiva a buscar un tratamiento específico para sus problemas.<sup>(10)</sup>

Con respecto a la ocupación, los casos registrados predominaron en las amas de casa: 31 casos (50.8%), seguido por los estudiantes: 16 casos (26.2%). Cabe considerar que el horario de consulta fue en el turno matutino y con frecuencia los miembros de la familia varones se ausentan en horas hábiles.

Las localidades con mayor número de registros de enfermedades dermatológicas en esta investigación fueron: Mompaní 14 casos (23%), La Monja con 11 casos (18%), La Palma con 9 casos (14.8%), Sta. Catarina con 7 casos (11.5%), estas representan a las comunidades con mayor número de habitantes según el censo comunitario de población registrado en el diagnóstico local de salud de 1998.

Lo observado con problemas dermatológicos y de migración, tres personas presentaron estas características y sólo uno de ellos tuvo relación con padecimientos propios de esa región.

Los signos y síntomas clínicos de las entidades dermatológicas principales se manifestaron con los cuadros clásicos en su presentación. Sólo cuatro casos, que representan el 6.5% se refirieron al especialista en dermatología por corroborar el diagnóstico. Por lo que la mayoría de los problemas pueden ser diagnosticados y tratados por el médico general, con un buen entrenamiento en dermatología.

Muy pocos casos presentaron entidades degenerativas y/o neoplásicas como carcinoma basocelular observado en un paciente de edad avanzada.

A pesar de que la mayoría de los padecimientos observados pueden ser considerados no graves, es importante que el médico general tenga una preparación adecuada para identificar las entidades dermatológicas e instalar el tratamiento adecuado, así como referir los casos que son meritorios de manejo por un especialista en dermatología y de esta manera evitar iatrogenias.

Promover el mejoramiento de las condiciones sanitarias del medio rural y despertar el interés por la conservación de la salud y el cuidado de la piel a través de la promoción y educación de los habitantes en cada una de las comunidades.

**CAPITULO VII**  
**C O N C L U S I O N E S**

## CONCLUSIONES.

La prevalencia de las lesiones dermatológicas fue de 15.2% por cada 100 casos de la consulta general en las comunidades que integran el módulo de "La Gotera".

En la patología dermatológica más frecuente figuran: el melasma, impétigo, tiñas, escabiasis, vitiligo, verrugas vulgares, fibroma laxo, neurodermatitis y eccema atópico.

El predominio por grupos de edad el más afectado fue el de 0 a 10 años, con 18 casos (29.5%) y por sexo fue el femenino con 44 casos (72.1%).

Por ocupación las amas de casa con 31 casos (50.8%) y los estudiantes con 16 casos (26.2%) representaron el mayor número de casos de patologías dermatológicas.

En las cuatro localidades en las cuales se registraron mayor número de casos sobre lesiones dermatológicas coincidieron con aquellas que cuentan con mayor población.

La migración sólo ocurrió en 3 casos de la muestra total (4.9%), uno de los casos estuvo relacionado con sus características migratorias (mal del pinto) de las entidades observadas.

Las características clinicopatológicas no variaron en su presentación clásica descrita en la literatura.

**CAPITULO VIII**  
**REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

## REFERENCIAS

- 1.- Amado Saúl. "Lecciones de dermatología". 13ª Ed. Edit. Méndez Editores. México 1998.
- 2.- Arenas Roberto. Dermatología. "Atlas, diagnóstico y tratamiento". 2ª Ed. Edit. Mc Graw-Hill. Interamericana. México 1997.
- 3.- Fitzpatrick, Eisen et al. "Dermatology in general medicine". 4ª Ed. Edit. Mc Graw - Hill. U.S.A. 1993.
- 4.- Estrada-Castañón R, Torres-Bibiano B, et al. "Epidemiología cutánea en dos sectores de atención médica en Guerrero, México. *Dermatología Revista Mexicana*. 1992; 36:29-34.
- 5.- Magaña, Mario. "Introducción a la dermatología". 2ª Ed. Edit. Méndez Oteo. México 1986.
- 6.- Ruiz-Maldonado, Parish et al. "Tratado de dermatología pediátrica". 1ª Ed. Edit. Interamericana Mc Graw-Hill. México 1992.
- 7.- Magallanes Hinojosa J. "Diagnóstico de salud Módulo IV "La Gotera". Coordinación de salud. Jurisdicción Sanitaria No. 1. Agosto 1997 – Julio 1998.
- 8.- Ruiz-Maldonado R, Tamayo L, Velázquez E. "Epidemiología de las enfermedades de la piel en 10,000 pacientes en edad pediátrica. *Boletín Médico del Hospital Infantil*. México 1977; 34: 137-160.
- 9.- Clasificación estadística Internacional de Enfermedades y problemas relacionados con la salud. OMS. 10ª revisión 1995.
- 10.- Grijalbo. "Diccionario enciclopédico". Edit. Grijalbo, S.A. México 1986.
- 11.- Instituto Mexicano del Seguro Social. Fascículo 7 y 8 en Dermatología. México 1971.
- 12.- Rassner G, Steinert U. "Atlas y texto de dermatología". 4ª Ed. Edit. Mosby /Doyma libros. México 1994.



- 13.- Soler-Argilaga, Carlos. "Diccionario médico Roche". 1ª Ed. Edit. Doyma. España 1994.
- 14.- Burkitt H, Clive R.G., Quick et al. "Cirugía básica: problemas, diagnóstico y tratamiento". 1ª Ed. Edit. Churchill Livingstone. España.
- 15.- Andersson N, Martínez E, Villegas A, Rodríguez I. "Vigilancia epidemiológica y planificación descentralizada: El uso de sitios centinela en Guerrero". *Salud Pública de México*. 1989; 31:493-502.
- 16.- Arenas R, Jiménez F, et al. Queratolisis punteada: Estudio clínico - epidemiológico, histopatológico y microbiológico en 100 pacientes. *Dermatología*. 1992; 36 (3): 152-158.
- 17.- Ferrer B, Muzquiz M. Piodermia: Estudio retrospectivo de 351 cultivos. *Revista Mexicana de Dermatología*. México 1989. 33 (5):312-315.
- 18.- Hay R, Andersson N, Estrada R. México: Community dermatology in Guerrero. *Lancet* 1991; 337 (1): 906-907.
- 19.- Salazar J, León Q, et al. Dermatitis por medicamentos: relación de 169 casos revisados en tres años. *Dermatología*. 1993; 37 (4): 240 -242.
- 20.- Vick R, Vargas A, et al. Manifestaciones dermatológicas en el síndrome de inmunodeficiencia adquirida: Estudio de 46 pacientes. *Dermatología*. 1995; 39 (4): 197 -201.
- 21.- Civatte J. "¿Que puede esperar la dermatovenereología del futuro?". *Dermatología Revista Mexicana*. México 1996; 41: 1-6.
- 22.- Estrada-Castañón R. "Dermatología comunitaria por una dermatología para todos". *Dermatología Revista Mexicana*. México 1996; 40 (1): 54.
- 23.- Serrano Espinoza A. "Farmacodermias: frecuencia en un hospital general". *Dermatología Revista Mexicana*. México 1997; 41 (2): 69-72.

**CAPITULO IX**  
**A N E X O S**

## ANEXO 1.

### LESIONES CUTÁNEAS.

Las lesiones cutáneas básicas son elementos esenciales sobre los que se basa el diagnóstico clínico.

- Máculas.** La mácula es una lesión plana, circunscrita que se diferencia de la piel circundante por su color. Las máculas pueden tener cualquier forma o tamaño, pueden ser consecuencia de hiperpigmentación, hipopigmentación, pigmentación dérmica, anomalías vasculares, dilatación capilar (eritema), ó púrpura (eritrocitos extravasados). Las máculas con descamación fina se denominan maculoescamosas.
- Pápulas.** La pápula es una pequeña lesión elevada, sólida. Las pápulas miden menos de un centímetro de diámetro y la porción principal de la lesión se proyecta por encima del plano de la piel circundante. La elevación puede ser consecuencia de depósitos metabólicos, hiperplasia localizada de componentes celulares de la epidermis o de la dermis o infiltrados celulares localizados en la dermis.
- Placas.** La placa es una marcada elevación, que ocupa una superficie relativamente grande en comparación con su altura, por encima del nivel de la piel. Con frecuencia están formadas por confluencia de pápulas.
- Nódulos.** El nódulo es una lesión palpable, sólida, redondeada o elipsoidal. La profundidad del compromiso, más que el diámetro, diferencian un nódulo de una pápula. Según los componentes anatómicos afectados, los nódulos son de cinco tipos principales: 1) epidérmicos, 2) dermoepidérmicos, 3) dérmicos, 4) dermosubdérmicos y 5) subcutáneos.
- Nudosidad.** Esta lesión es siempre profunda, se palpa más que se ve, es dolorosa y dura apenas unas semanas, al desaparecer no deja huella superficial aunque si histológica, y es originada por un ataque vascular y depósito de polimorfonucleares y linfocitos

alrededor del vaso afectado en la hipodermis. Se presenta en un síndrome llamado eritema nudoso.

- Ronchas. La roncha es una lesión elevada, redondeada o aplanada característicamente evanescente que desaparece en horas. Las ronchas pueden ser pequeñas pápulas de 3 a 4 mm. de diámetro ó grandes placas con pseudópodos llamados habones.
- Vesículas. La vesícula es una lesión elevada, circunscrita que contiene líquido, con un diámetro hasta de 0.5 cms. Con frecuencia las paredes de las vesículas son tan delgadas que son traslúcidas y es visible el suero, la sangre o el líquido extracelular.
- Ampollas. Las ampollas tienen las mismas características que las vesículas, pero su diámetro excede los 0.5 cm. Ambas se originan por el clivaje en diversos niveles de la piel.
- Erosiones. Es una lesión húmeda, circunscrita, habitualmente deprimida, producida por pérdida de toda la epidermis viable o de una porción de ella.
- Pústulas. La pústula es una lesión elevada, circunscrita que contiene un exudado purulento. El pus, compuesto por leucocitos con restos celulares o sin ellos, puede contener bacterias o ser estéril. Las pústulas tienen tamaño y forma variables, y según el color del exudado pueden ser blancas, amarillas o amarillo-verdosas.
- Quistes. El quiste es un saco que contiene un líquido o material semisólido (líquido, células y productos celulares). Puede sospecharse que un nódulo ó una pápula esféricos u ovals pueden ser quistes si a la palpación son elásticos.
- Atrofia. La atrofia es la disminución del tamaño de una célula, tejido, órgano o parte del cuerpo. La atrofia epidérmica se manifiesta con una epidermis delgada, casi transparente, puede conservar las líneas cutáneas o no. La atrofia dérmica es consecutiva a la reducción del tejido conectivo papilar o reticular de la dermis y se manifiesta como una depresión en la piel. La atrofia del tejido subcutáneo también puede ocasionar depresiones en la superficie de la piel.

- Úlceras. La úlcera es una lesión deprimida en la cual la epidermis y la dermis han sido destruidas, Por lo tanto las úlceras siempre curan con cicatriz.
- Cicatriz. Se desarrolla cicatriz cuando se ha producido ulceración y refleja el patrón de curación en tales áreas. Pueden ser atróficas, hipertróficas, queloides.
- Esclerosis. La esclerosis es el endurecimiento ó induración circunscrita o difusa de la piel; se detecta más fácilmente por palpación que por inspección
- Calcinosis. La calcinosis de la dermis o el tejido subcutáneo puede percibirse como nódulos o placas duras, con alteración visible de la superficie cutánea o sin ella.
- Descamación. La siembra o acumulación anormal de estrato córneo en escamas perceptibles se denomina descamación.
- Costras. Las costras se producen cuando el suero, la sangre o el exudado purulento se secan sobre la superficie cutánea y son características de las infecciones piógenas. Las costras pueden ser delgadas, delicadas y friables o gruesas y adherentes. Son amarillas cuando están formadas por suero seco, verdes o amarillo-verdosas cuando se forman con exudado purulento o pardas o rojo oscuro cuando se forman de sangre.
- Gangrena. La gangrena es un proceso necrotizante y con formación de escaras.
- Esfacelo. El esfacelo es una membrana necrótica densamente adherente, seca, producida en el piso de una úlcera.
- Excoriación. Las excoriaciones son excavaciones superficiales de la epidermis que pueden ser lineales o puntiformes y son consecuencia de rascado.
- Grietas y Fisuras. Hendiduras lineales de la piel por lo general son dolorosas, las primeras afectan la epidermis y las segundas profundizan hasta la dermis.
- Poiquilodermia. Como término descriptivo morfológico se refiere a la combinación de atrofia, telangiectasia y cambios pigmentarios.

## ANEXO 2.

Encuesta para conocer las principales características de las dermatosis que prevalecen en el módulo de "La Gotera", de Noviembre de 1998 a Abril de 1999.

### I.- FICHA DE IDENTIFICACIÓN.

Edad \_\_\_\_\_ años

Sexo F  M

Ocupación:  1) Profesionista. 2) Empleado.  
3) Estudiante. 4) Campesino. 5) Ama de casa.  
6) Obrero. 7) Cocinero 8) Otra: \_\_\_\_\_

Localidad: \_\_\_\_\_

Emigrante: Si  No

### II.- CUADRO CLINICO.

Morfología de la(s) lesión(es): \_\_\_\_\_

Topografía:  1) Localizada 2) Diseminada  
3) Generalizada 4) Simétrica 5) Asimétrica  
6) Partes expuestas 7) Partes cubiertas  
8) Salientes 9) Pliegues

Síntomas:  1) Prurito 2) Dolor  
3) Trastorno de la sensibilidad.

Evolución:  1) aguda 2) subaguda 3) crónica

III.- Etiología: \_\_\_\_\_

I Dx. \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Encuestador: \_\_\_\_\_

## ANEXO 3.

### CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES (CIE-10)

#### **ENFERMEDADES DE LA PIEL Y DEL TEJIDO SUBCUTÁNEO. (L 00 - L 99).**

##### ***Infecciones de la piel y del tejido subcutáneo. (L 00 - L 08)***

- L00 Síndrome estafilocócico de la piel escaldada.
- L01 Impétigo.
- L02 Absceso cutáneo, furúnculo y carbunco.
- L03 Celulitis.
- L04 Linfadenitis aguda.
- L05 Quiste pilonidal
- L08 Otras infecciones locales de la piel y del tejido subcutáneo.

##### ***Trastornos flictenulares. (L 10 - L14)***

- L10 Pénfigo.
- L11 Otros trastornos acantolíticos.
- L12 Penfigoide.
- L13 Otros trastornos flictenulares.
- L14\* Trastornos flictenulares en enfermedades clasificadas en otra parte.

##### ***Dermatitis y eczema (L 20 - L 30)***

- L20 Dermatitis atópica.
- L21 Dermatitis seborreica.
- L22 Dermatitis del pañal.
- L23 Dermatitis alérgica de contacto.
- L24 Dermatitis de contacto por irritantes.
- L25 Dermatitis de contacto, forma no especificada.
- L26 Dermatitis exfoliativa.
- L27 Dermatitis debida a sustancias ingeridas.
- L28 Liquen simple crónico y prúrigo.
- L29 Prurito.
- L30 otras dermatitis.

##### ***Trastornos papuloescamosos ( L 40 - L 45).***

- L40 Psoriasis.
- L41 Parapsoriasis.
- L42 Pitiriasis rosada.
- L43 Liquen plano.
- L44 Otros trastornos papuloescamosos.
- L45\* Trastornos papuloescamosos en enfermedades clasificadas en otra parte.

***Urticaria y eritema. ( L 50 - L54 ).***

- L50 Urticaria.
- L51 Eritema multiforme.
- L52 Eritema nudoso.
- L53 Otras infecciones eritematosas.
- L54\* Eritema en enfermedades clasificadas en otra parte.

***Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo relacionados con radiación. ( L 55 - L 59 ).***

- L55 Quemadura solar.
- L56 Otros cambios agudos de la piel debidos a radiación ultravioleta.
- L57 Cambios de la piel debidos a la exposición crónica a radiación no ionizante.
- L58 Radiodermatitis.
- L59 Otros trastornos de la piel y tejido subcutáneo relacionados con radiación.

***Trastornos de la faneras. ( L 60 - L75 ).***

- L60 Trastornos de las uñas.
- L62\* Trastornos de la uñas en enfermedades clasificadas en otra parte.
- L63 Alopecia areata.
- L64 Alopecia andrógena.
- L65 Otra pérdida no cicatricial del pelo.
- L66 Alopecia cicatricial (pérdida cicatricial del pelo).
- L67 Anormalidades del tallo y color del pelo.
- L68 Hipertrichosis.
- L70 Acné.
- L71 Rosácea.
- L72 Quiste folicular de la piel y del tejido subcutáneo.
- L73 Otros trastornos foliculares.
- L74 Trastornos sudoríparos ecrinos.
- L75 Trastornos sudoríparos apócrinos.

***Otros trastornos de la piel y del tejido subcutáneo. (L80 - L99)***

- L80 Vitíligo.
- L81 Otros trastornos de la pigmentación.
- L82 Queratosis seborreica.
- L83 Acantosis nigricans.
- L84 Callos y callosidades.
- L85 Otros tipos de engrosamiento epidérmico.
- L86\* Queratoderma en enfermedades clasificadas en otra parte.
- L87 Trastornos de la eliminación transepidérmica.
- L88 Pioderma gangrenoso.
- L89 Úlcera de decúbito.
- L90 Trastornos atróficos de la piel.



- L91 Trastornos hipertróficos de la piel.
- L92 Trastornos granulomatosos de la piel y del tejido subcutáneo.
- L93 Lupus eritematoso.
- L94 Otros trastornos localizados del tejido conjuntivo.
- L95 Vasculitis limitada a la piel, no clasificada en otra parte.
- L97 Úlcera de miembro inferior, no clasificada en otra parte.
- L98 Otros trastornos de la piel y tejido subcutáneo, no clasificados en otra parte.
- L99\* Otros trastornos de la piel y del tejido subcutáneo en enfermedades clasificadas en otra parte.