

PREVALENCIA DE LESIONES DE PIEL EN UNA COMUNIDAD AGRICOLA

ARTICULO ORIGINAL

Dr. Enrique Roselli *
Br. Rosiveld Silva **
Dra. Astrid Arias *
Br. María Antonieta Tirado **

Resumen

Estudio descriptivo que consiste en buscar las lesiones de piel mas frecuentes en un grupo de estudio de 25 pacientes de ocupación predominantemente agrícola, de diferentes grupos etáricos consultantes al Ambulatorio de La Colonia Tovar en el período del 16/03/99 al 03/05/99.

Se realizó un corte transversal tomando muestras de lesiones de piel siendo las mismas procesadas con el objeto de descartar micosis superficiales.

Los resultados obtenidos demuestran que el 50% de las lesiones corresponden a Dermatitis atópica, siendo el 33,33% para Pitiriasis versicolor y el 16,66% restante distribuidos entre Dermatofitosis y Queratosis pilar.

En los casos de Pitiriasis versicolor se identificó a la *Malassezia furfur* como el agente causal de las lesiones, sin encontrar el otro agente responsable.

La Dermatofitosis encontrada fue *Tinea corporis*, considerada como la segunda *Tinea* en orden de frecuencia.

Palabras clave

Dermatología. Lesiones cutáneas

Abstract

This is a descriptive study that consisted in the research of the most frequent skin lesions in individuals; who consulted at the ambulatory of the Colonia Tovar in Venezuela, between the period of 16/03/99 to 03/05/99. There were gathered 25 patients which most of them had farmer occupation skin samples were taken to discard mycosis. The results were : 50% Dermatitis atópica. 33,33% Pityriasis versicolor and 16,66% Dermatophytosis and Queratosis

In the cases with Pityriasis versicolor, the actiologic agent identified in the lesions was *Malassezia furfur*. The Dermatophytosis found second in frequency of tinea was *tinea corporis*.

Key words

Dermatology. Skin lesions.

Introducción

La piel representa uno de los órganos más importantes del ser humano ya que ésta sirve de barrera física entre el medio externo y el medio interno. La misma puede ser asiento de una serie de enfermedades que bien pueden localizarse exclusivamente en ella o invadir a otros órganos, o ser expresión de otras enfermedades a nivel sistémico. ⁽¹⁾

La actividad manual y el contacto frecuente con el suelo ocasiona desgaste de la piel, a lo cual la epidermis responde localmente incrementando la producción de queratina (función queratopoyética); la cual consiste en reacciones químicas ininterrumpidas donde se transforman las proteínas del citoplasma en queratina trayendo como consecuencia engrosamiento de la epidermis (tanto de las palmas como de las plantas). ⁽²⁾

En el Estado Aragua el número de casos y tasas de morbilidad reportados para el período 1994-1996 en relación a lesiones de piel, registran solo diagnósticos de dermatitis y micosis superficiales (ocupando éstas las posiciones 18 y 24 respectivamente) en la estadística de morbilidad de los años mencionados. ⁽³⁾

Para el año 1994 se observan 6.222 casos de dermatitis con una tasa de morbilidad de 472,88% por cien mil habitantes. La misma sufre un incremento para el año 1995 de 1.170 casos, es decir, 7.392 casos en total, lo que representa una tasa de morbilidad de 549,96% por cien mil habitantes. Así mismo, para el año 1996 continuó su ascenso reportando 9.511 casos que representan una tasa del 693,14% por cien mil habitantes.

En relación a las micosis superficiales se registra en el año 1994 la cantidad de 3.889 casos, lo que corresponde a una tasa de morbilidad de 295,57% por cien mil habitantes. Se observó que sufre un incremento para el año siguiente de 1600 casos, es decir, se registran 5.489 casos que representan una tasa de morbilidad de 408,38% por cien mil habitantes. Y para el año 1996 se registra un ascenso de la misma, es decir, 8.120 casos con una tasa de morbilidad de 591,76% por cien mil habitantes. ⁽³⁾

Ahora bien, al efectuar un análisis de todas las patologías registradas para los años mencionados, se observa que en el año 1994 se reportó un total de 399.249 casos, lo que representa una tasa de morbilidad de 29.963,39% por cien mil habitantes. Para el año 1995, el total de casos registrados fue de 726.664, correspondiendo a una tasa de morbilidad 54.063,28% por cien mil habitantes, y para el año 1996, el número de casos registrados fue de 899.966 para una tasa de morbilidad de 65.587,21% por cien mil habitantes. ⁽³⁾

Se sabe que las micosis en Venezuela no representan un problema de Salud Pública porque su índice de mortalidad es nulo, las micosis profundas no son contagiosas y su mayor frecuencia se presenta principalmente en áreas rurales, siendo su impacto en la salud del venezolano poco importante. Se cree que puede haber una incidencia de 36.000 casos de micosis superficiales y 5.000 casos de micosis profundas, dando por sentado que hay 10 casos no diagnosticados por cada caso diagnosticado y todo esto extrapolando casuística encontrada en áreas endémicas estudiadas a otras con similares características donde no hay laboratorios de micología. ⁽⁴⁾

En relación a las micosis superficiales, su alta morbilidad

* Médicos Rurales

** Estudiantes de Medicina. Escuela José María Vargas. UCV, Venezuela.

centro médico

Dr. Enrique Roselli, Br. Rosiveld Silva, Dra. Astrid Arias, Br. María Antonieta Tirado

se presenta en las áreas urbanas y el tratamiento de ellas no representa ningún problema. ⁽⁴⁾

Las características climatológicas de nuestro país unidas a las condiciones socio-económicas de las personas que viven dentro de las áreas endémicas, determinan en gran parte la epidemiología de las micosis, siendo el huésped el factor determinante en la aparición de las micosis superficiales, ya que son sus características las que van a determinar la presencia de dichas micosis en la población. ^(5,6)

Las micosis superficiales son infecciones comunes tanto de climas cálidos como templados, las mismas incluyen infección de piel y anexos así como, afección de las membranas mucosas siendo las principales: Pitiriasis versicolor, Dermatofitosis y Candidiasis superficial. ^(6,7)

Las más recientes investigaciones realizadas en Venezuela (grupos de Trabajo en Micología entre los cuales destaca el Instituto de Biomedicina de Caracas, La Universidad Central "Lisandro Alvarado", Barquisimeto, El Hospital Central Universitario de Barquisimeto, El Hospital Universitario de Maracaibo, entre otros) reportan a la Dermatofitosis como la principal micosis superficial, sin embargo, se asegura la existencia de un elevado subregistro para el diagnóstico de Pitiriasis versicolor encontrándose ésta en segundo lugar, debido probablemente a que los agentes causales de la misma no se cultivan, es casi seguro que dicha micosis sea la más frecuente en nuestro medio. ^(6,8,9)

La mayor incidencia se observa en prepúberes, adolescentes y adultos jóvenes; otros estudios señalan la prevalencia más alta entre niños de 0 a 18 meses y de 11 a 15 años. Otros señalan el desarrollo de la enfermedad en edades comprendidas de 2 meses, 5 a 12 años, 15 a 24 años y 30 a 35 años. ⁽⁸⁾

Por otra parte se considera que junto con el acné y la dermatitis seborreica, la Pitiriasis versicolor es más frecuente en las edades de mayor actividad sebógena, excepto la Pitiriasis versicolor causada por *Malassezia ovalis* que suele desarrollarse en personas maduras y ocupar áreas de moderada a escasa actividad sebógena. ^(8,9,10)

La Pitiriasis versicolor es debida al parasitismo de una levadura lipofílica: *Malassezia furfur*, existiendo gran controversia en la etiología única de la enfermedad. Civita y Borelli consideran que el *Malassezia ovalis* es otro agente causal. ^(9,11)

La susceptibilidad a desarrollar la enfermedad puede relacionarse con clima, herencia y sudoración. ^(9,10,11) Otros infieren que podría estar relacionada con factores genéticos expresables fenotípicamente en presencia de factores predisponentes. ⁽⁸⁾ El clima cálido y húmedo favorece el parasitismo con *Malassezia sp*, lo cual probablemente esté relacionado con abundante sudoración y poca evaporación. El clima templado inhibe el desarrollo de la enfermedad. ^(8,9,10,11)

Las medidas higiénicas no confieren protección alguna a contraer la enfermedad. ⁽⁸⁾

Las infecciones por dermatofitos son infecciones agudas o crónicas de la epidermis o de las estructuras queratinizadas tales como pelos y uñas, sin embargo, la queratina no es un metabolito esencial para ellos y aunque tienen predilección por la misma, pueden invadir capas más profundas de la piel y órganos, de la economía en caso de haber deficiencias inmunológicas (inmunidad celular) del huésped. ^(7,11)

Existen dos picos importantes en la incidencia de las

dermatofitosis según la edad y el agente causante. Así en los primeros años (2-11 años) la localización más importante es la Tinea capitis seguida de la Tinea corporis, siendo el agente causal más importante el *Microsporum canis*; mientras que en los adultos (2º pico) la principal localización es la Tinea pedis seguida de la Tinea cruris, en estos casos el principal agente es el *Trichophyton rubrum*. ⁽¹⁾

La dermatitis atópica se ha relacionado con pacientes que tienen historia familiar de atopia, o bien, manifestaciones de ésta, tales como: asma, rinitis alérgica y fiebre del heno. Se presenta en todos los grupos etáricos y generalmente comienza en la infancia temprana o tardía. Es una enfermedad muy frecuente en los niños, de hecho algunas estadísticas señalan que el 2 a 3% de la población infantil se ve afectada; otros estudios más recientes reportan que hasta un 10% de la población infantil presenta la enfermedad, quizás relacionado con el mayor asentamiento urbano de la población y la mayor contaminación ambiental.

La dermatitis atópica puede tener remisión espontánea en la época de la adolescencia. El diagnóstico es clínico. ⁽¹⁶⁾

La queratosis pilar, igualmente se diagnostica solo con la clínica, caracterizada por pápulas foliculares, múltiples, asintomáticas generalmente en brazos, muslos, regiones glúteas y espalda. Se relaciona con antecedentes atópicos y generalmente existen cuadros similares en la familia o casos de ictiosis. ⁽¹⁷⁾

Materiales y métodos

Se trata de un trabajo de tipo descriptivo realizado sobre un grupo de estudio de ocupación predominantemente agrícola, a quien se le realiza un corte transversal conformado por 25 pacientes tanto del sexo masculino como del sexo femenino, de distintos grupos etáricos que acudieron al Ambulatorio de la Colonia Tovar por diversos motivos en el período comprendido entre el 22/03/99 al 03/05/99.

Se elaboró una historia clínica que incluía los siguientes datos: edad, sexo, profesión u oficio y características epidemiológicas entre las cuales destacó el contacto con animales, así como también la localización de las lesiones, características de las mismas, presencia o no de síntomas y el uso de algún antimicótico suministrado por vía oral o colocado en forma local (incluyendo el tiempo de administración) o bien el uso de algún otro medicamento.

Toma de muestra

Una vez limpia la lesión con alcohol preferentemente de 80°, se espera que se seque y se procede de acuerdo a la orientación diagnóstica que se tenga:

a) Pitiriasis versicolor: Se coloca una cinta plástica sobre la lesión, teniendo cuidado de tomar el borde la lesión; si no se tiene cinta plástica, se puede raspar la lesión y colocar las escamas entre dos láminas, las cuales serán selladas y debidamente identificadas. Como este material no se va a cultivar no es necesario que la lesión se limpie.

b) Dermatofitosis (piel glabra): Después de limpiar, secar la lesión y haber interrogado al paciente sobre los medicamentos que está usando, ya que los antimicóticos inhiben el crecimiento del hongo, se procede a raspar los bordes de la lesión utilizando una hojilla de bisturí ya que, estos representan la parte más activa de la misma.

centro médico

Prevalencia de lesiones de piel en una comunidad agrícola

Tinea capitis: Posterior a la limpieza y secado de la lesión, se arrancan los cabellos partidos y las escamas del borde de la lesión.

Tinea unguium: Posterior a la limpieza y secado de la lesión, se raspa la superficie de la uña, desechando el primer raspado y se vuelve a repetir la toma. Si existen detritus entre la uña y el dedo, también se toman como muestra.

Candidiasis ungueal: Cuando se sospecha de candidiasis, se toma el detritus acumulado en el reborde ungueal y también se raspa la uña.

Una vez tomadas las muestras éstas se pueden procesar inmediatamente o bien guardarlas entre dos láminas para su ulterior procesamiento.

Examen directo

Parte de la muestra se coloca en una lámina, y sobre ella se colocan unas gotas de líquido aclarante (hidróxido de potasio), se flamea levemente y se tapa en una laminilla. Se dejan unos 15 a 60 segundos (según el grosor de la muestra) y se observa al microscopio, para visualizar hifas, esporas, blastosporas, etc. Se deben examinar al menos 4 muestras antes de considerarla negativa.

Cultivo

El resto del material se siembra en medio de agar sabouraud (dextrosa, agar peptona y agua destilada adicionada con antibióticos). Cuando son lesiones cutáneas o del cuero cabelludo, candidiasis, se siembran dos tubos por muestra y cuando el material es de uña se siembran cuatro tubos.

El cultivo es la parte mas importante ya que nos permite visualizar al agente causal del cual dependerá el tratamiento.

En cambio en el material de uña el examen mas seguro es el directo, debido a que este material se contamina mas fácilmente.

Resultados

De los 25 pacientes a los cuales se les diagnosticó lesiones de piel por clínica, de acuerdo a la edad se evidencia que el mayor número se ubica en el grupo de edad menor a 10 años, correspondiendo el mismo a un 40%. El restante 60% se distribuye por igual en los grupos etáricos de 11 a 20 años, 21 a 30 años y mayores de 30 años, siendo 20% para cada uno. (Cuadro N° 1)

Cuadro N° 1

Lesiones de piel por clínica según la edad "Colonia Tovar 1999"

Edad	Numero	Porcentaje
< 10	10	40
11-20	5	20
21-30	5	20
> 30	5	20
TOTAL	25	100

De acuerdo a los diagnósticos clínicos de las lesiones de piel en el grupo de estudio, su distribución según sexo se corresponde con 60 % para el sexo femenino (15 pacientes) y 40% para el sexo masculino (10 pacientes).

En relación a los resultados de laboratorio según el tipo de muestra, se observa un mayor número de muestras positivas para dermatitis atópica con 6 muestras, siguiendo en orden decreciente la Pitiriasis versicolor con 4 muestras positivas, observándose para Dermatofitosis y Queratosis pilar un solo caso positivo para cada uno. Así mismo se observa 8 muestras negativas para Pitiriasis versicolor y 5 muestras negativas para Dermatofitosis. (Cuadro N° 3).

Cuadro N° 3

Resultados de Laboratorio según tipo de muestra "Colonia Tovar 1999"

Pitiriasis versicolor	4	8
Dermatitis atópica	6*	0
Dermatofitosis	1	5
Queratosis pilar	1**	0
TOTAL	12	13

* Clínico con muestras negativas

** Clínico exclusivamente

De aquellos pacientes a los que se les diagnosticó clínicamente lesiones de piel y que mediante el procesamiento de las muestras se confirmó el diagnóstico, se observa que para un total de 12 muestras positivas, 7 corresponden al sexo femenino con un 58,33% y 5 al sexo masculino con 41,66%.

Según la edad y la concordancia clínica-laboratorio, se observa que de un total de 12 muestras positivas, 6 se presentan en menores de 10 años correspondiendo ello a un 50%, 3 de los casos se ubican en edades comprendidas entre 21 y 30 años, representando un 25%, 2 que representan un 16,66 se encuentran en edades de 11 a 20 años y por último solo un caso en edades de 31 a 41 años con el 8,33%. (Cuadro N° 5)

Cuadro N° 5

Lesiones de piel concordante clínica laboratorio según la edad "Colonia Tovar 1999"

Edad	Numero	Porcentaje
< 10	6	50,00
11-20	2	16,67
21-30	3	25,00
31-40	1	8,33
TOTAL	12	100,00

centro médico

Dr. Enrique Roselli, Br. Rosiveld Silva, Dra. Astrid Arias, Br. María Antonieta Tirado

Cuadro N° 6
Dermatitis atópica según edad u sexo
"Colonia Tovar 1999"

Edad	Número			Porcentaje		
	Femenino	Masculino	Total	Porcentaje	Porcentaje	total
< 2 años	1	1	2	16,67	16,67	33,34
2-4 años	0	2	2	0	33,32	33,32
5-10 años	1	1	2	16,67	16,67	33,34
TOTAL	2	4	6	33,34	66,66	100

Cuadro N° 7
Pitiriasis versicolor según edad u sexo
"Colonia Tovar 1999"

Edad	Número		Porcentaje		Total	
	N° Masculino	N° Femenino	% Masculino	% Femenino	Total Número	Total Porcentaje
< 10	0	0	0%	0%	0	0%
11-20	0	1	0%	25%	1	25%
21-30	1	1	25%	25%	2	50%
> 30	0	1	0%	25%	1	25%
TOTAL	1	3	25%	75%	4	100%

Relacionando edad y sexo para el diagnóstico de Dermatitis atópica, observamos que de un total de 6 casos diagnosticados con esta patología, se observa una distribución equitativa con dos casos para cada uno de los grupos etáricos: menores de 2 años, 2 a 4 años y 5 a 10 años, correspondiendo un caso para cada sexo (16,66%) a excepción del grupo de 2 a 4 años donde los dos casos se encontraron en el sexo masculino con un 33,33%. (Cuadro N° 6)

Relacionando edad y sexo para el diagnóstico de Pitiriasis versicolor, se observa que de los 4 casos positivos, 2 de ellos se ubican en edades comprendidas de 21 a 30 años, siendo un caso para cada sexo representando el 50% del total (25% c/u). Los otros dos casos se ubican en el grupo de 11 a 20 años y en mayores de 30 años, uno para cada grupo con predilección del sexo femenino correspondiendo al 25% cada caso. (Cuadro N° 7).

Para el diagnóstico de Dermatofitosis y Queratosis pilar

según edad y sexo se encontró solo un caso para cada una de las lesiones, representando el 100% el sexo femenino ubicándose en el grupo de 21 a 30 años en relación a la Dermatofitosis y en el grupo de 11 a 20 años para la Queratosis pilar.

De acuerdo al tipo de lesión según el grupo de riesgo, se observa que de un total de 12 casos positivos, 6 corresponden a dermatitis atópica de los cuales 4 se ubican en el grupo de lactantes y preescolares con 33,33% y dos casos ubicados en el grupo de los escolares con un 16,66%. De un total de 12 casos, 4 correspondieron a Pitiriasis versicolor de los cuales 3 realizan labores agrícolas, lo que representa un 24,99%, y un caso ubicado en el grupo de escolares con un 8,33%. Para los diagnósticos de Dermatofitosis y Queratosis pilar observamos solo un caso para cada uno, con un 8,33% correspondiente a cada caso, estando los mismos ubicados en el área de oficios del hogar. (Cuadro N° 8).

centro médico

Prevalencia de lesiones de piel en una comunidad agrícola

Cuadro N° 8
Tipo de lesión en piel según grupo de riesgo
"Colonia Tovar 1999"

Tipo de lesión	Número agricultor	Porcentaje agricult.	Número "del hogar"	Porcentaje "del hogar"	N°de escolares	Porcent.de escolares	N°Lactantes y preescolar	Porcentaje lactant.y preesc.	Total número
Dermatitis atópica	0	0	0	0	2	16,66	4	33,33	6
Pitiriasis versicolor	3	24,99	0	0	1	8,34	0	0	4
Dermatofitosis	0	0	1	8,34	0	0	0	0	1
Queratosis pilar	0	0	1	8,34	1	0	0	0	1
TOTAL	3	24,99	2	16,68	3	25	4	33,33	12

Discusión

La Dermatitis atópica constituyó la causa mas frecuente de lesiones de piel diagnosticadas en nuestro estudio, seguida de las micosis superficiales desglosadas en Pitiriasis versicolor y Dermatofitosis, concordando la frecuencia con estadísticas revisadas.^(3,6,7,8,9) Otro diagnóstico realizado fue la Queratosis pilar en cuya paciente no se encontraron antecedentes personales ni familiares de atopia que nos ayudasen a determinar las causas de aparición de esta patología.⁽¹⁷⁾

Por los hallazgos encontrados en relación a la Dermatitis atópica el grupo etario afectado se encontró en menores de 10 años, en la gran mayoría de los casos durante el interrogatorio se pudo obtener información por parte de los padres, acerca de la presencia en miembros del grupo familiar con padecimiento de asma bronquial y rinitis alérgica. Ello sustenta el hecho de que la Dermatitis atópica es una patología con base genética.

Otro hecho importante que debemos mencionar en relación a esta patología es el contacto cercano con animales como factor predisponente a la aparición de la misma. En varios de nuestros casos encontramos como dato positivo del interrogatorio el contacto frecuente con animales, lo cual es muy común en la mayoría de las familias que habitan en las zonas rurales, como lo representa en nuestro estudio la Colonia Tovar. Otro fenómeno importante a considerar es el tipo de clima predominante en dicha zona, el cual se caracteriza principalmente por ser frío y húmedo, siendo éste otro de los factores a los cuales hace referencia la bibliografía revisada como desencadenante de Dermatitis atópica.⁽¹⁶⁾

En los casos de Pitiriasis versicolor, se observó que en la mayoría de ellos son adultos jóvenes y adolescentes, debido a la mayor actividad sebógena llevada a cabo en estas edades, lo cual va a favorecer el parasitismo por parte de la *Malassezia* sp.

En cuanto al riesgo de padecer la enfermedad se observó predilección por los individuos que realizan actividades agrícolas, a excepción de un escolar considerado como prepúber, quien tiene alta actividad sebógena predisponiéndolo así a la aparición de dicha patología. A pesar de que la Colonia Tovar es una zona rural donde la principal actividad productiva es la agricultura, en ella la humedad y el frío son

factores determinantes que exigen al individuo vestir de una manera diferente al resto de otras zonas agrícolas del país. Nos llamó la atención el hecho de observar a los agricultores trabajar la tierra utilizando mucha ropa y abrigos, ocasionándose así abundante sudoración y poca evaporación que facilita la aparición de la enfermedad.^(8,9,10,11)

Todos los casos reportados como Pitiriasis versicolor, su agente causal fue la *Malassezia furfur*, no encontrándose ningún caso producido por *Malassezia ovalis*.

Se diagnosticaron 8 casos de Pitiriasis versicolor clínicamente, sin embargo, las muestras procesadas de dichos casos resultaron negativas. Cuatro de ellos habían recibido previamente tratamiento con Ketoconazol en forma irregular, por lo tanto, las máculas hipocrómicas que se observaron en el examen clínico probablemente eran residuales, debido a que una vez que el paciente recibe tratamiento, las máculas pueden persistir a pesar de estar curada la enfermedad. La pigmentación normal de la piel, generalmente se restablece a las 4 a 6 semanas posteriores al tratamiento.⁽⁸⁾ Las restantes muestras negativas no recibieron ningún tipo de tratamiento. Este resultado quizás se deba a que los agentes de Pitiriasis versicolor no se cultivan.⁽⁸⁾

De acuerdo a las estadísticas revisadas en relación a las Dermatofitosis, las Tineas que se presentan con mayor frecuencia son la *Tinea capitis* y la *Tinea corporis*; en nuestro estudio el caso encontrado fue *Tinea corporis*, el cual se ubicó en el grupo etario correspondiente a 21 - 30 años representando ello al segundo pico encontrado en otros trabajos.⁽¹⁾

En el interrogatorio realizado al paciente, el mismo arroja positividad el hecho de establecer contactos con animales, entre ellos: perros, gatos, gallinas, etc; quizás sea este dato lo que explique la presencia de esta micosis, ya que se describe al *Microsporum canis* como uno de los principales agentes causales de *Tinea corporis*.⁽¹⁾

De los 5 casos reportados como negativos para Dermatofitosis existe uno diagnosticado clínicamente, como *Tinea capitis*, la cual recibió tratamiento previo por 15 días antes de ser tomada la muestra; ello podría explicar la negativización del resultado.

centro médico

Dr. Enrique Roselli, Br. Rosiveld Silva, Dra. Astrid Arias, Br. María Antonieta Tirado

Otros 3 con diagnóstico clínico de Onicomicosis, al realizar el examen micológico resultaron negativos. Para el diagnóstico preciso de Onicomicosis, según la literatura se precisa la toma como mínimo de 3 muestras, ya que es difícil el crecimiento de estos agentes.⁽¹⁾

Por último se ubicó un caso de Tinea corporis que resultó negativo, sin encontrar una explicación lógica a su negatividad de laboratorio.

Otra de las lesiones encontradas que fue un hallazgo ocasional por parte de los investigadores en una consultante por otra patología, lo constituye una paciente femenina de 19 años que resultó con Queratosis pilar. No se encontró una explicación específica para determinar un factor predisponente, solo refiere oficio de secretaria y oficios del hogar, pero conociendo la idiosincrasia de la mujer coloniera, nada nos impide pensar que ayude en labores agrícolas.

Un factor importante a considerar en la aparición de las lesiones de piel en los habitantes de la Colonia Tovar pudiera estar condicionado al uso de plaguicidas sin protección alguna por parte de ellos, pudiendo ocasionar en algunos con factores genéticos predisponentes atopia y en otros disminución de la inmunidad para defenderse de muchos agentes.⁽¹⁸⁾ Es preciso investigar y ahondar.

Conclusiones

Las lesiones de piel y faneras más frecuentes en los pacientes que consultaron al ambulatorio de la Colonia Tovar fueron la Dermatitis atópica y las Micosis superficiales, siendo la Pitiriasis versicolor la predominante.

Es importante para el diagnóstico preciso de cualquier tipo de lesión de piel a excepción de aquellas donde el diagnóstico es exclusivamente clínico, el procesamiento de las muestras de dichas lesiones para su diagnóstico confirmatorio y adecuado tratamiento.

La humedad y el frío son factores condicionantes para la aparición de la Dermatitis atópica.

La actividad agrícola y las condiciones climáticas de la región juegan un papel fundamental en la aparición de la Pitiriasis versicolor.

La Dermatitis atópica es una patología exclusiva de la infancia; mientras que la Pitiriasis versicolor se presenta en edades productivas.

El uso de plaguicidas pudiera condicionar la aparición de las lesiones dermatológicas.

Recomendaciones

1• Se sugiere al médico general tomar mayor interés en conocer los diferentes tipos de lesiones que pueden presentarse en la piel, con el objeto de mejorar sus impresiones diagnósticas y poder instaurar así un adecuado tratamiento.

2 • Recomendar el uso por parte de la población en general de esta localidad (Municipio Tovar) de cremas humectantes con la finalidad de disminuir la resequedad que se produce por la constante exposición al frío.

3 • Incentivar el uso de mecanismos protectores (guantes, botas, mascarillas, abrigos protectores contra plaguicidas, etc.) a la hora de utilizar plaguicidas, así como realizar labores agrícolas.

4• La higiene personal diaria.

5• Mantener los animales domésticos alejados del contacto con los niños.

6 • Concientizar a la población acerca de la necesidad del uso personalizado de lencería.

Referencias bibliográficas

1. Rondón, A. Semiología en Dermatología. Dermatología Rondón Lugo. Caracas. Capítulo 1: 1-7. 1995.
2. Rondón, A. Fisiología de la Piel. Dermatología Rondón Lugo. Caracas. Capítulo 2:9-18.1995.
3. Anuario del Estado Aragua (94-96)
4. Albornoz, MB de. Micología Médica en Venezuela. Boletín " las Micosis en Venezuela " N° 28: 9-11.1996.
5. Rondón, A. Epidemiología de las Micosis en Venezuela. Dermatología Rondón Lugo. Caracas. Capítulo 59: 635-637. 1995.
6. Albornoz, MB de, Epidemiología de las Micosis " Temas de Micología Médica". Capítulo1: 1-15.1996.
7. Loyo, D. Micosis Superficiales. Diagnósticos Diferenciales. Boletín "Las Micosis en Venezuela". N° 23 y 24: 2-12. 1992.
8. Guanipa, OU de. Pitiriasis versicolor.Boletín "Las Micosis en Venezuela". N° 30: 3-5.1997.
9. Pérez, M. Pitiriasis versicolor."Temas de Micología Médica". Editorial Albornoz, MB de. Caracas- Venezuela: 23-27.1996.
10. Borelli, D. Pitiriasis versicolor. Dermatología Rondón Lugo Capítulo 62: 665-671.1995.
11. Guanipa, OU de. Pitiriasis versicolor. Boletín "Las Micosis en Venezuela". N° 18: 4-8. 1990.
12. Morán, Evelyn González de. Prevalencia de Pitiriasis versicolor en la etnia Paraujana de la Laguna de Sina- maica, Edo. Zulia. Boletín "Las Micosis en Venezuela" N° 19: 10. 1991.
13. González A, Eliana y col. "Micosis Superficiales en Barquisimeto.Estudio Epidemiológico en la Consulta Dermatológica. Edo. Lara, Venezuela.1995" Boletín " Las Micosis en Venezuela" 1996. N° 28: 27-28
14. Vegas B. Domingo " Micosis Superficiales en Fuerte Tabacare". Edo. Barinas. Boletín
15. Las Micosis en Venezuela. N° 22: 16. 1992.
16. Martín M. y Col. "Estudio Clínico-Micológico de Micosis Superficiales en una comunidad militar en Puerto Ayacucho T.F.Amazonas".Boletín Las micosis en Venezuela.N° 20- 21:21.1991.
17. Durán, María. " Dermatitis Atópica" Dermatología Rondón Lugo. Capítulo 39: 381-430.1995.
18. Rondón, A. " Queratosis pilar" Dermatología Rondón Lugo. Capítulo 21: 219-220.1995.
19. Robert Repetto y Sanjay S. Baliga. Los Plaguicidas y el Sistema Inmunológico: Riesgos para la Salud Pública. World Resources Institute. Resumen Ejecutivo. 1-7. Marzo 1996.