

LA URGENCIA EN DERMATOLOGIA

Francisco Sánchez Chacón*

INTRODUCCION

Frecuentemente recibimos los dermatólogos del Seguro Social, pacientes con referencias etiquetadas de urgente. Un porcentaje muy alto de las mismas, son totalmente injustificadas y ello acarrea varios trastornos y molestias, tanto para el paciente como para el médico. Es importante señalar las más comunes de ellas:

Una referencia de tal tipo es frecuentemente diferida por el Especialista; ello causa la frustración de la persona, la cual contaba ya con dicha consulta. Algunas veces esta posposición o no autorización de la consulta se debe a que el tratamiento en curso aunque correcto, aún no se ha completado, como por ejemplo cuando se pretende tener sin signos y síntomas a un herpes zoster de 10 días de evolución; o sin nódulos a una esporotricosis bien desarrollada con sólo 2 ó 3 semanas de medicación. Otras veces la consulta solicitada no se da, porque se trata de padecimientos crónicos; por ejemplo, una psoriasis vulgaris de corta evolución. Esta enfermedad trae su propio potencial de desarrollo en cada caso en particular. Poco o ningún beneficio recibe el paciente si se le trata en ese momento o unas semanas después. Ocasionalmente la "urgencia" es sólo angustia del paciente que el médico no quiso manejar, pues con un poco de criterio y unos minutos dedicados al caso, el colega puede ver que no califica como tal. Hace poco recibimos un paciente sin lesiones, que aseguraba la tenía incluso en ese preciso momento, aunque no lo podía demostrar (secreción uretral). También hay casos que nos angustia sino prepotencia pura, pues el derechohabiente es persona destacada de la comunidad y como tal exige trato preferencial. Muchos de ellos incluso manipulan, por ejemplo, con el "prurito insoportable" y en el examen físico no se encuentra una sola huella de rascado. Otra consecuencia importante aparte de la frustración que puede tener un contenido importante o no, pero invaluable de todas formas, es la pérdida de tiempo y el gasto en transporte, que sí son cuantificables e importantes. Este tipo de referencia representa para el médico, lo siguiente:

- 1- Recargo de la consulta. No siempre hay campos libres disponibles. Los mismos se llenan fácilmente en las concurridas consultas dermatológicas. El médico tiene que emplear entonces tiempo extra en valorar un caso, que no amerita.
- 2- Hay que echar a andar toda una mecánica administrativa que conlleva, en general, grandes atrasos: pedir o abrir expedientes, por ejemplo. Muchas veces ya el médico ha cumplido su horario cuando aparece la mencionada referencia. En pocas palabras, se abusa del colega.

* Jefe de Clínica. Servicio de Dermatología y Alergia Hospital México.

Profesor Adjunto de la Facultad de Medicina. Cátedra de Dermatología. Alergia y Venereología. U de C.R.

¿Cómo evitar estas situaciones tan frecuentes? Siempre creo que un paso de ilustración "ad-hoc", puede ayudarnos a los tres: al paciente, al médico referidor no dermatólogo y a éste. No encuentra uno en la literatura mucha materia sobre el tema "Urgencias en Dermatología" y la poca que hay se refiere a la clínica en sí y al tratamiento y no al binomio: Urgencia-Referencia en el Seguro, que estamos examinando. Este es un campo virgen, un problema no revisado antes. La orientación ligera que vamos a dar en esta guía, no cubrirá desde luego, todo el tema, como siempre ocurre en Medicina. Será la acuciosidad y la valoración clínica objetiva, la que debe privar; el criterio médico es insustituible. Hay casos en que la urgencia es evidente; otras veces, puede haber duda y entonces el médico no dermatólogo, puede dar tratamiento y observar con prudencia. Con un paso de atención, se encontrará que no hay urgencia alguna en ambas situaciones que se le plantean. Los casos que en nuestro concepto merecen ser referidos de emergencia, son los padecimientos que a continuación pasamos a enumerar. La idea es enumerar unos pocos síntomas y signos claves, que permiten reconocer el verdadero cuadro clínico de urgencia. Me ha resultado difícil plantear el tema, pero creo que en la forma en que lo hemos hecho, es práctico y didáctico. En la primera parte tenemos los padecimientos que pueden producir la muerte a corto o mediano plazo; en la segunda, las que pueden producir daño grave (deformaciones) y en la última parte, examinamos las dermatosis que causan malestar más o menos intenso o intenso al paciente.

PADECIMIENTOS QUE PONEN EN PELIGRO LA VIDA A CORTO O MEDIANO PLAZO

Edema angioneurótico familiar:

Suele aparecer después de un traumatismo (extracción dental). Se produce un edema grave de cara, cuello y glotis, que puede matar al enfermo. Se debe al déficit de la enzima inhibidora de la primera fracción del complemento. No responde o lo hace muy mal a la Epinefrina y a los esteroides. Esta respuesta al tratamiento, es lo que debe orientar a uno inmediatamente para indagar el carácter familiar del padecimiento. El manejo es altamente especializado en servicios de terapia intensiva.

Síndrome de Lyell (Epidermolisis necrótica tóxica):

Este es el cuadro de mayor urgencia en Dermatología. La mortalidad es de un 50%, aún con los mejores cuidados y tratamientos. La clave para reconocerlo es que el paciente parece un quemado; por eso se le llama también síndrome de la piel escaldada. La epidermis cae en colgajos; hay grandes zonas de piel despegada y de aspecto oscuro. Lo mismo ocurre en las mucosas. La mayoría de las veces se puede establecer la relación con la ingesta de drogas, siendo las más importantes los antibióticos, sobre todo las penicilinas. La sulfamexotipiridazina comparte con ellas el primer lugar, así co-

mo los pirazolados; pero la lista de medicamentos es enorme y cada día crece más. Hay casos de etiología probablemente viral. No se debe perder tiempo con estos pacientes, porque es probable que la precocidad del tratamiento sea importantísima. Nunca confiarse de sarapionas "raros", en adolescentes y adultos, pues a veces, y al inicio, pueden confundirse ambas entidades.

Síndrome de Steven-Johnson:

Junto al anterior, probablemente sean espectros del mismo proceso de hipersensibilidad. Las mucosas suelen estar más atacadas que la piel. Esta presenta ampollas y lesiones en "diana" (máculas eritematosas polimorfas, generalmente redondeadas, con una vesícula en el centro). El pronóstico es grave; aunque menor que en el Lyell. El comienzo brusco y la ingesta de medicamentos antes citados son comunes en ambos padecimientos. No importa mucho diferenciar estos cuadros; el asunto es más bien académico; lo importantes es que jamás el médico dude que ante un cuadro generalizado agudo, con ampollas, piel despegada, afectación de mucosa y en relación con ingesta de medicamentos, está frente a una urgencia de gran mortalidad.

Vasculitis:

Cuando los vasos sanguíneos sufren fenómenos inflamatorios que se traducen en la piel por derrames pequeños (petequias) o mayores (equimosis) y a veces por bulas y pápulas, se trata de vasculitis. Cuando a ellas se agregan síntomas generales de menor o mayor gravedad, en general se está en presencia de un padecimiento importante y grave. Las vasculitis responden a muchas etiologías. Las más frecuentes son las desencadenadas por complejos inmunes (vasculitis por hipersensibilidad). Los pacientes han recibido medicamentos a los que reaccionan en forma alérgica o bien, tienen una enfermedad de fondo: colagenosis, una endocarditis bacteriana subaguda, una virosis, etc. Hay que tratar de establecer pronto la etiología, pues en algunos casos se puede producir coagulación intravascular diseminada, y hemorragias internas gravísimas.

Lupus eritematoso:

Todo paciente que presente lesiones en ala de mariposa a nivel de mejillas y nariz (aunque ya tenga el diagnóstico especializado de lupus discoide fijo), debe ser referido urgente si ha iniciado un cuadro agudo o subagudo, con sintomatología multisistémica: fiebre, artralgias, mialgias, lesiones de piel petequiales, equimóticas o urticáricas severas; astenia, adinamia, cefalea, etc. y sobre todo si se trata de mujer joven o de paciente que recibió una fuerte asoleada, pues estamos probablemente ante un cuadro de lupus sistémico. La presencia de "alas de mariposa" aunque casi siempre existe, puede estar ausente. Lesiones circinadas generalizadas con los síntomas sistémicos ya referidos, se ven en los lupus subagudos.

Reacción leprosa:

La lepra no abre su cuadro clínico con una reacción, por lo tanto siempre se trata de leprosos conocidos y que saben de su enfermedad. Cuando el médico no dermatólogo se encuentre con un eritema nodoso atípico (localizado no sólo en piernas, sino en extremidades superiores y tronco), o con grandes placas rojas, turgentes, dolorosas, que se acompañan de mal estado general, fiebre, neuralgias severas, orquitis, cicatrices en las manos, nódulos en orejas y la cara y/o edema, debe preguntar al paciente si padece de Hansen. Aunque lo nieguen (conducta poco usual con el médico) un cuadro abigarrado tal, amerita un traslado urgente al dermatólogo, con ese diagnóstico presuntivo. Hospitalización obligada.

Candidosis generalizada:

Pacientes que no reciben altas dosis de antibióticos, que no son diabéticos, ni están inmunosuprimidos con esteroides u otras sustancias, si presentan candidiasis severa (motas blancas en cavidad oral y genitales, flujo y lesiones costrosas en la piel), debe pensarse en la posibilidad de un síndrome de inmunodeficiencia adquirida o de otra enfermedad muy grave.

Pénfigo vulgar:

Presenta ampollas flácidas de tamaño mediano sobre piel sana. Puede haber desnutrición por dificultad en la ingesta, ya que las mucosas se afectan con ampollas muy dolorosas. Esta enfermedad es muy grave y mortal, requiriendo esteroides, en altas dosis urgentemente, para no perder el paciente.

Psoriasis pustulosa y eritodérmica:

Cuando la psoriasis se disemina rápidamente y el paciente tiene artralgias, frío, temblor, se siente mal y sobre todo, si al examen se descubren pústulas en la piel, hay que enviar a la persona rápidamente al dermatólogo, preferiblemente a un hospital, porque se está en presencia de una eritodermia psoriásica o de una psoriasis pustulosa que obligadamente deben internarse para su correcto tratamiento. El psoriasis es fácilmente reconocible: placas eritematosas con escamas nacaradas, de evolución lenta, que se localizan con preferencia en codos, rodillas, cuero cabelludo y región sacrolumbar. El prurito es variable. El padecimiento casi siempre tiene una larga evolución.

Erupción variceliforme de Kaposi:

En pacientes atópicos la vacuna de la viruela (que ya no se aplica), desencadenaba cuadros gravísimos por diseminación de la misma. En la actualidad, el riesgo en los atópicos con grandes áreas afectadas, es la diseminación de un herpes simple. A estas entidades se les conoce como erupción variceliforme de Kaposi y es muy grave. Las complicaciones, (pulmonares, encefálicas, etc.) llevan a la muerte. Dichosamente son cuadros de presentación poco frecuentes.

Melanoma maligno:

Hay una verdadera explosión (boom) de este padecimiento en todo el mundo y cuya causa no se conoce exactamente. Es uno de los tumores de mayor malignidad que existen. Toda lesión negra de "novo" en un adulto, especialmente en cabeza, manos y extremidades inferiores (pie preferentemente), o bien todo cambio en un lunar como crecimiento superficial o nodular, sangrado, ennegrecimiento, ulceración, inflamación o prurito, deben ponernos alerta. El embarazo puede desencadenarlo. No se puede contemporizar ni un segundo ante una lesión sospechosa. Por desgracia a veces la clínica es engañosa, como en el melanoma amelanótico (claro) o en lesiones que se parecen a otra entidad. La biopsia es diagnóstica; debe ser excisional o con "punch" y procesada urgentemente. No recomendamos la biopsia por congelación, porque puede dar lugar a errores. El vaciamiento ganglionar ya no se usa, pues la supervivencia es la misma. El pronóstico depende de la profundidad de la lesión (método de Breslow).

PADECIMIENTOS QUE PUEDEN PRODUCIR DAÑO GRAVE**Herpes Zoster:**

Esta entidad se compone de lesiones vesiculosas que van siguiendo el trayecto de un nervio, dando, a veces, neuritis muy dolorosas. El H. oftálmico (rama superior del trigémino) pone en peligro la visión del paciente y debe ser referido urgente al dermatólogo o al oftalmólogo. El tratamiento temprano (antes de los 7 primeros días) suele evitar las temidas neuralgias herpéticas. El padecimiento es fácilmente reconocible: ramos de vesículas en fila india; siempre unilateral (una extremidad; la mitad de la cara; medio tórax, iniciándose en la línea vertebral y avanzando hacia la línea media anterior, en donde se detiene; una oreja y región parietal, etc.) y el dolor intenso de la zona. Muchas veces (cuando aún no hay vesículas) el dolor puede simular angor pectoris, pancreatitis, otitis aguda, etc. Después aparecen los signos cutáneos, a las 24 o las 72 horas. Es frecuente el llanto en las mujeres, por la neuralgia; en cambio en niños no duele o duele muy poco; los hemos visto con herpes oftálmicos jugando tranquilamente. La neuralgia post-herpética se ensaña con las personas de más de 50 años. Herpes simple genital o en otra localización, no califica como emergencia. Si se acompaña de celulitis (raramente) trátase a ésta. Es importante no confundirlo con un chancro. Su curación aún no es posible, aunque pueden conseguirse largas remisiones con tratamientos antivirales modernos.

Acné vulgaris:

A veces esta enfermedad explota, literalmente hablando. El paciente hasta entonces con o sin acné vulgaris, se llena de lesiones quísticas, absceso y pústulas, tanto en la cara como en el tronco, pudiendo llegar al padecimiento hasta los glúteos. Un stress intenso es

ocasionalmente, el fulminante que dispara estos cuadros agudos. Es necesario cuanto antes el tratamiento intenso, a veces multidisciplinario, para evitar las secuelas cicatrizales que pueden ser desastrosas desde el punto de vista físico y mental.

Automutilaciones:

Es muy difícil el diagnóstico aún para el dermatólogo de los daños que se infringen personas que aparentan ser mentalmente sanas. Si ellas se están produciendo lesiones que van a dejar deformaciones del rostro o incapacidades funcionales de la mano, se deben referir urgentemente, antes que la cosa pase a más. Muchas veces el dermatólogo puede sospechar la etiología y poner al paciente bajo estricta supervisión hospitalaria, sin tener que esperar a destacar múltiples cuadros clínicos de otra causa, que hacen perder tiempo precioso. Las mutilaciones son generalmente úlceras hechas con los objetos más diversos, o bien, escoriaciones producidas con lija, "estopa" de alambre o ralladores de metal. El paciente siempre tiene una razón para hacerse el daño, por lo que se le trata correctamente, seguirá mutilándose.

Pioderma gangrenosa:

Es una ulceración aguda que asienta en cualquier parte. Existe el antecedente de traumatismo (quirúrgico o no), o bien el paciente sufre de colitis ulcerativa crónica, artritis reumatoide o diabetes mellitus. La progresión de la úlcera es muy rápida; suele haber intenso dolor y con bastante frecuencia, hay un borde azulado que se levanta como un velo. Si el paciente tiene CUCI, la diarrea sanguinolenta acompaña a la úlcera, casi siempre. Los antibióticos no detienen la lesión y las debridaciones la exacerban. Siempre con lesiones que alcanzan gran tamaño: pueden afectar toda una mama o todo un glúteo o extensas regiones del tronco.

Úlceras de partes descubiertas:

Lesiones destructivas de cara, orejas, cuello y mano, son las que más daño psicológico o funcional pueden acarrearle al paciente si dejan grandes cicatrices. Por eso deben ser referidos urgentemente, sin esperar resultados de pruebas terapéuticas o de laboratorio. Entre las etiologías más comunes en Costa Rica tenemos: leishmaniasis (especialmente en niños) y la esporotricosis. Otras causas a tener en cuenta son: los granulomas de la línea media, la actinomicosis, las fistulas dentarias, la tuberculosis (rara), las micobacteriosis atípicas; las automutilaciones (psicóticas); los piquetes de artrópodos venenosos (arañas), el pioderma gangrenoso, etc.

Úlceras arteriales:

El pronóstico de estas lesiones es sombrío, pues los dolores en las extremidades pueden requerir tratamientos (by-pass) que son operaciones a veces muy lar-

gas y el paciente puede morir en o por el acto operatorio, o bien, ante la imposibilidad de este tipo de cirugía, la única elección puede ser la amputación que condena al paciente (casi siempre viejo), a vivir en una silla de ruedas. Los dolores suelen a veces ser tan lancinantes, que el paciente duerme sentado en una silla. Al contrario de las úlceras venosas que suelen ser maleolares internas, las arteriales son maleolares externas, dorso de pies y dedos. Secas y necróticas, sólo curan si se corrige la oclusión arterial, al contrario de las venosas, que llegan a cicatrizar sin necesidad de cirugía venosa.

Angiomas cavernosos:

Sólo los angiomas cavernosos de zona ocular, boca y nariz que dificultan las funciones propias de esos órganos, son emergencias. La visión se puede perder y el bebé desnutrirse si no son tratados pronto. Angiomas de otras localizaciones, aunque crezcan, no son emergencias. Si hay sangrado hay que valorarlo y proceder de acuerdo.

Herpes gestacional:

Aparece en el embarazo, habitualmente después del cuarto mes; sin embargo, algunos casos abren en el puerperio. Es un cuadro generalizado, compuesto de bulas, vesículas y pápulas, que se acompañan de intenso prurito. Puede haber o no, muerte fetal y parto prematuro.

PADECIMIENTOS QUE CAUSAN MALESTAR MODERADO O INTENSO

Eritema nodoso:

Son lesiones nodosas, calientes, dolorosas, de evolución aguda, que se localizan casi siempre, en las piernas (cara anterior). Puede haber edema y placas confluentes, que simulan celulitis bacterianas. Antecedentes importantes: faringoamigdalitis, uso de anticonceptivos u otras drogas. Deben referirse usualmente para hospitalizarse, pues el cuadro es muy molesto y sobre todo para establecer la etiología y posterior educación del paciente a fin de evitar las recidivas. Este ideal a veces no se puede cumplir, porque algunos casos son idiopáticos.

Erisipela:

En nuestro medio se localizan de rutina en piernas.

El cuadro es clásico: placas rojas, calientes, edematosas, de aparición brusca, que se acompañan de escalofríos, fiebre alta, cefalea, artralgias, mialgias, etc.; en fin, un cuadro tóxico-infeccioso. Los ataques posteriores, a veces son menos aparatosos. El tratamiento es preferiblemente hospitalario, por las altas dosis de penicilina que hay que usar, y para investigar y tratar la puerta de entrada del estreptococo.

Úlcera venosa complicada:

Llamada por los pacientes *úlceras varicosas*. Es uno de los padecimientos más frecuentes en nuestro medio. Su curso es tórpido y no ameritan referencia urgente, pero las complicaciones, así como el dolor intenso y el abandono social, sí las califican. Entre las complicaciones están la celulitis, la miasis y la exposición de tendones. Sin ser arteriales, el dolor a veces puede ser intenso y sólo se alivia con el uso de membranas semipermeables que interfieren en la producción de prostaglandinas G-2. Cuando hay abandono social estas úlceras presentan cuadros tan lamentables, que el paciente debe ser atendido lo más pronto posible y luego reubicarlo en un asilo apropiado. La localización típica es en la región maleolar interna, pero puede envolver toda la pierna a manera de polaina (tercio interior y medio).

Penfigoide buloso:

Se le denomina así por su parecido clínico con el penfigo vulgar. Las ampollas suelen ser mucho más grandes, que en aquél y cicatrizan con más facilidad. A veces el padecimiento puede acompañarse de prurito de leve a intensísimo, síntoma que no se da en el penfigo vulgar. El penfigoide tiene predilección por las personas ancianas, a las que debilita en extremo cuando el cuadro es generalizado (depleción de sustancias proteicas, electrolitos, agua, etc.).

Enfermedad de Dühring o dermatitis herpetiforme:

El cuadro clínico se compone de placas urticarianas, vesículas agrupadas (D. Herpetiforme) y bulas de todo tamaño, asentando sobre una piel eritematosa. Hay lesiones residuales hiper o hipopigmentadas. Una característica del padecimiento es el prurito intenso que se asocia con dolor urente (dermatitis ampollosa, polimorfa, dolorosa y pruriginosa de Dühring-Brocq). Estos enfermos tienen enteropatía, por sensibilidad al gluten, por lo que en el tratamiento juega un importante papel su eliminación de la dieta diaria. Las enfermedades ampollas constituyen un amplio e interesantísimo capítulo de la Dermatología. Todas se parecen y a veces su cuadro clínico es traslapado, por lo que hay que recurrir a la histopatología, a la inmunohistopatología e incluso a la microscopía electrónica, para aclarar de cuál se trata. Entonces, a la hora de la referencia, ¿cómo sabe el médico no dermatólogo en cuál padecimiento está? En realidad, no debe importarle mucho esto. Es correcto enviarlas, urgentemente con el diagnóstico sólo de "enfermedad ampollosa generalizada". Todo padecimiento así es tributario de hospitalización.

Dermatitis atópica:

Se reconoce porque son placas eczematosas o secas, terriblemente pruriginosas, que suelen atacar los pliegues de flexión de codos, la fosa poplítea y las mejillas, preferentemente. A veces es generalizada. El prurito

rito hace de la vida del paciente un verdadero suplicio, hasta el punto que a veces no pueden conciliar el sueño. Ante un cuadro así, los antecedentes familiares del mismo padecimiento, de asma, o rinitis alérgica, prácticamente confirman el diagnóstico en un porcentaje de más de 80%. Es una enfermedad frecuentísima en nuestro país. Ataca a los bebés desde los 3-4 meses, pero puede aparecer a cualquier edad. El tratamiento es todo un reto para el especialista. Por los síntomas tan molestos, hay que referir urgente al paciente, pues son enfermos que están sufriendo verdaderamente.

Dermatitis de contacto:

Las dermatitis por contacto, alérgicas o irritativas, pueden dar lesiones eczematosas o infectadas muy dramáticas, a nivel de la cara (grandes edemas); (especialmente por compuestos usados para el teñido del cabello; de las axilas, por desodorantes y tintes de vestido); y por las mismas causas en las ingles. En los pies, la causa usual son las preparaciones antimicóticas, los calcetines, la goma del calzado, y las botas de hule. Casi sin excepción, al cuadro que eczematoso (húmedo, caliente y pruriginoso), se agrega la infección secundaria (dolor) que llevan al enfermo rápidamente a no poder deambular. Frecuentemente cuando al final nos los envían, el paciente está igual o peor que al inicio del tratamiento que se le ha dado, pues puede haberse cubierto de lesiones a distancia "Ides", que en ocasiones son generalizadas. Deben ser referidos apenas se les atiende en la consulta no especializada. Si en la afectación de los pies el paciente se invalida, cuando se trata de la localización en manos (por jabones y detergentes especialmente), la invalidez es aún mayor, y si se trata de un ama de casa con hijos pequeños el problema, como es comprensible, es muy grande; de allí que es perentorio, llevar el alivio lo más pronto posible.

Urticaria:

Raramente peligrosa, aunque sea generalizada y con edema de tejidos flácidos (párpados, labios, escroto, vulva, dorso de manos). Recordemos su clínica: ronchas (llamada también habones) que son lesiones elementales, constituidas especialmente por edema; son grandes como palmas de mano o mayores, o bien, lesiones pequeñas de unos pocos milímetros de diámetro. Semejan ortigadas de gusano o piquetes de insectos. Su color es rosado, con centro ligeramente pálido. No hay ampollas, ni hay piel desprendida (necrótica). En los casos en que hay edema de glotis, con compromiso ventilatorio, se debe proceder inmediatamente, al igual que en el shock anafiláctico, pues el paciente podría morir. La adrenalina en solución acuosa a la dosis de 3 a 5 décima de cc subcutánea, repartida en dos sitios (ambas extremidades superiores) para la absorción más rápida o bien en la raíz de la lengua si el paciente se está asfixiando, es la droga maravillosa, salvadora; además, esteroides y antihistamínicos en la vena: hidrocortisona succinato (solucortef) 100 a 500 mgrs. en un plazo de medio minuto; clorfeniramina maleato (clorotrimetón) 1

ampolla. Oxigenoterapia, entubación o traqueostomía, podrían ser necesarias en casos desesperados. Si la urticaria es generalizada y con edema y no hay compromiso ventilatorio, se puede medicar al paciente con esteroides y con clorfeniramina, como se ha referido antes, pero hay que mantener el antihistamínico por 72 ó 96 horas.

Uretritis:

Una uretritis presumiblemente gonocócica, que no cede a los tratamientos usuales, puede tratarse de una clamidiasis. Es urgente cortar la cadena de contactos de este tipo de uretritis que va en aumento.

Balanopostitis aguda:

Esta afección es un síndrome y produce muchas molestias y angustia, sobre todo si el edema es intenso. La causa va desde venérea o bacteriana, hasta fenómenos alérgicos. Si el médico no puede mejorar el cuadro, remítase urgente al dermatólogo o al urólogo, según criterio.

Chancros:

Toda ulceración aguda de los órganos genitales, debe ser considerada una enfermedad venérea y ser referida urgente con el fin principal de cortar la cadena epidemiológica. El paciente puede ser enviado tanto al dermatólogo (venereólogo por definición) como al Departamento de Lucha Antivenérea, en el Ministerio de salud.

El chancro sifilítico es de base indurada (chancro duro); el chancroide (chancro blando) suele ser múltiple, doloroso y con fondo sucio. Poco importa para la referencia enviarlas sin "identificación etiológica". Mándese como "chancro", simplemente. Otras enfermedades venéreas menos frecuentes, también dan chancros. Es importante saber qué Dermatólogos hay actualmente fuera de San José, en Alajuela, Cartago, Limón, Heredia, Ciudad Quesada, Puntarenas y San Isidro del General.

Tiñas infectadas:

Las tiñas pedis o inguinal eczematizada e infectada, son uno de los padecimientos agudos de la piel más incapacitantes, especialmente en el caso de los pies. La historia casi siempre se desarrolla de esta forma: un paciente con tiña interdigital o inguinal se aplica un medicamento (antifúngico, timerasol, penicilina, neomicina o sulfas) y desarrolla una dermatitis de contacto alérgica, o bien, se aplica un producto que le da una dermatitis por contacto irritativa. Rotas las barreras naturales de la piel por la agresión, rápidamente se instalan las bacterias piógenas, dando lugar a un cuadro en que el eritema y a las vesículas de la piel eczematizada, se agregan pústulas, costras melicéricas y hemáticas. El dolor es exquisito, sobre todo en los pies y la deambulación se hace imposible. Si se produce una celulitis, entonces el cuadro es doblemente molesto. Para complicar las cosas, con frecuencia se produce un brote alérgico,

que puede ser generalizado ("ides") con prurito de mayor o menor grado. Antihistamínicos sistémicos, fomentos de manzanilla (15 minutos cada 8 horas), antibióticos diferentes al que produjo la alergia, si los hubo, mientras se refiere al paciente, son de gran utilidad. Las tiñas pedis en estas condiciones, con mucha frecuencia requieren hospitalización.

Prurito:

El prurito (picazón-comezón) desde luego que no es una enfermedad, sino un síntoma, que por otra parte, es el más frecuente en Dermatología. A veces la intensidad puede ser de tal magnitud a nivel local (anal-vulvar) o generalizado, que el caso debe ser considerado seriamente, pues es uno de los síntomas que hacen sufrir más a un paciente. Desde luego, se deberá establecer la causa y tratarlo de acuerdo; pero si la causa es oscura y el alivio no es satisfactorio, debe considerarse una emergencia dermatológica.

RESUMEN

La urgencia dermatológica es un tema sobre el cual no se encuentra literatura agrupada en esa forma, en los

textos dermatológicos conocidos en lengua española, inglesa o francesa. La patología de la piel (más de 1300 enfermedades conocidas) es difícil de interpretar, de si se trata de un caso urgente o no, en muchas ocasiones. Los padecimientos "fronterizos" abundan, por lo que nuestro intento presente, es facilitar la referencia al Especialista, por parte del médico de otras disciplinas, especialmente del gran número de colegas, que ejercen la práctica general a nivel de las Instituciones de Salud de Costa Rica. La agrupación de las entidades que se describen, es un concepto estrictamente personal y no sigue un orden ni etiológico ni clínico.

BIBLIOGRAFIA

- 1- Fitzpatrick Thomas B. Dermatology in General Medicine. 2ª Edition, 1987
- 2- Moschella S. Dermatology. 2ª Edition, 1985
- 3- Stone J. Dermatology Immunology Allergy. 1ª Edition, 1985.