



Cuaderno Número 27, Año 4, 1998 - Santafé de Bogotá

Contenido

Dolor lumbar
2

Dermatitis de contacto
14

Mensaje Editorial

GUIAS DE PRACTICA CLINICA

Comenzando 1997, ASCOFAME suscribió con el Instituto de Seguros Sociales (ISS) un convenio mediante el cual se comprometía a elaborar un poco más de cuarenta Guías de Práctica Clínica, relacionadas con las patologías frecuentes y de mayor impacto epidemiológico, económico y social.

Para ello ASCOFAME siguió la metodología llamada "Medicina Basada en la Evidencia", que obligó a revisar la bibliografía actualizada de cada uno de los temas, a solicitar el concurso de los docentes tenidos como autoridades en la materia y de obtener el aval internacional por conducto de expertos internacionales. Analizado el estado actual del conocimiento se procedió a categorizar en niveles de evidencia los diferentes procedimientos de manejo de cada una de las entidades investigadas.

Al final del proceso se obtuvieron guías que servirán, como su nombre lo dice, para señalar el mejor camino a quienes deben tomar decisiones clínicas. De ahí que se consideren como un instrumento invaluable, no solo en el ejercicio de la medicina dentro del ámbito de competencia del ISS, sino también para todos los médicos del país.

Visto lo anterior, el Programa de Actualización Médica Permanente de ASCOFAME encontró conducente utilizar ese valioso material, para favorecer a los profesionales adscritos al mismo. Una vez obtenida la autorización del ISS, se solicitó al docente coordinador de cada una de las guías elaborar un resumen para ser publicado en los cuadernos del Programa.

Con el presente número se inicia, pues, una nueva etapa del Programa, la que, estamos seguros, irá a derivar en grandes beneficios para la medicina nacional. Por eso hacemos un reconocimiento público al ISS, a los autores de las guías y a los Laboratorios Farmacéuticos vinculados al Programa.

DOLOR LUMBAR

Coordinador del Grupo

Dr. ALVARO VILLA VÉLEZ
Médico Ortopedista
Vicedecano de Postgrado
Facultad de Medicina U.P.B.
Jefe del Dpto. de Cirugía HGM

Experto Internacional

Profesor OSMAR AVANZI
Santa Casa, Sao Paulo, Brasil

Integrantes del Grupo

Dr. ALEJANDRO SANÍN BERNAL
Médico Epidemiólogo, Salubrista Ocupacional
Jefe División de Investigaciones, Facultad de
Medicina, C.E.S.
Dr. LUIS F. JOHNSON FERNÁNDEZ
Médico Fisiatra y Ortopedista
Docente de Postgrado en Ortopedia, U.P.B.
Dr. JAIME ACOSTA MONTOYA
Médico Ortopedista, U. de Antioquia
Jefe de módulo de columna, Clínica León XIII-ISS
Dr. HERNANDO URIBE ECHEVERRI
Médico Ortopedista Hospital General de Medellín
Docente de Postgrado Ortopedia U.P.B.

Nota aclaratoria

Las recomendaciones contenidas en esta guía utilizan el esquema de medicina basada en la evidencia, que resulta del análisis de las investigaciones para definir la veracidad del conocimiento. Los resultados de las publicaciones son evaluados en niveles, y de acuerdo con éstos se establecen cinco tipos de recomendaciones.

RECOMENDACION GRADO A: Existe evidencia satisfactoria que sustenta la recomendación.

RECOMENDACION GRADO B: Existe evidencia razonable que sustenta la recomendación.

RECOMENDACION GRADO C: Existe poca o pobre evidencia que sustenta la recomendación.

RECOMENDACION GRADO D: Existe evidencia razonable que sustenta excluir o no llevar a cabo la recomendación.

RECOMENDACION GRADO E: Existe evidencia satisfactoria que sustenta excluir o no llevar a cabo la recomendación.

Introducción

El dolor lumbar es un síndrome que se presenta en el 80 a 90 por ciento de la población adulta en algún momento de su vida y frecuentemente se manifiesta con episodios repetitivos. El dolor agudo o crisis se define como la situación que provoca intolerancia a la actividad cotidiana, por dolor en la parte baja de la espalda o por síntomas en los miembros inferiores,

durante un período inferior a los tres meses. El dolor lumbar agudo tiende a mejorar entre 4 a 6 semanas en el 90% de los pacientes, así no se conozca exactamente la causa anatómica o fisiológica que lo produjo. Los pacientes con dolor recurrente necesitan un enfoque diagnóstico y manejos similares para los diferentes episodios.

Clasificación

Según la presentación e intensidad del dolor lumbar, se puede clasificar en tres categorías :

DOLOR LUMBAR NO RADICULAR: cuando el dolor es regional, sin irradiación definida y sin evidencia de compromiso en el estado general del paciente.

DOLOR LUMBAR RADICULAR (LUMBOCIÁTICA): se acompaña de síntomas en el miembro inferior que sugiere un compromiso radicular.

LUMBALGIA COMPLEJA, o potencialmente catastrófica : el dolor aparece después de un accidente importante, con o sin lesión neurológica.

El dolor severo, no remitente, que se presenta aun en reposo y en la noche, puede sugerir presencia de tumor maligno, sobre todo si existen antecedentes de alto riesgo, como cáncer o pérdida de peso. Las fracturas o aplastamientos vertebrales aparentemente espontáneos orientan el diagnóstico de mieloma múltiple, linfoma, leucemia, o metástasis secundarias a carcinoma de mama, próstata, pulmón, estómago, tiroides, y osteoporosis.

El dolor con pérdida del estado general, fiebre y sospecha de infección orientan el diagnóstico hacia osteomielitis espinal, discitis, abscesos peridurales o TBC.

Con alguna frecuencia podemos observar espondiloartropatías inflamatorias, como la espondilitis anquilosante, que aparece entre los 20 y los 40 años de edad, con dolor y rigidez dorsolumbar progresiva. La molestia tiene predominio matutino y los hallazgos característicos en la radiología son tardíos. Otras espondiloartropatías también se pueden asociar con la psoriasis y el síndrome de Reiter.

En el diagnóstico diferencial debemos analizar otras causas médicas, que se manifiestan con do-

lor lumbar: enfermedades renales, gastrointestinales, pélvicas, ginecológicas y vasculares (aneurisma disecante de la aorta, ateromatosis aortoiliaca). Se habla de "síndrome de cauda equina" (cola de caballo) cuando el paciente presenta, además del dolor, hallazgos neurológicos en ambos miembros inferiores, compromiso esfinteriano y de la sensibilidad perineal en silla de montar. Puede deberse a patología discal, tumores óseos, lesiones neoplásicas neurales o infecciones.

Los pacientes con osteoporosis y otras enfermedades metabólicas óseas, pueden tener episodios vertebrales dolorosos. En pacientes ancianos, con o sin dolor lumbar importante, se observan en los estudios radiológicos cambios de envejecimiento o espondilosis (enfermedad degenerativa). El espectro de la lesión degenerativa incluye el estrechamiento de los espacios discales en uno o varios niveles, imágenes artrósicas en las facetas articulares y compromiso variable de estenosis del foramen intervertebral y desviaciones de la columna.

La actividad laboral del paciente debe ser evaluada de acuerdo con las tareas que realiza, para definir si participa en la génesis del dolor lumbar. La relación causal debe ser cuidadosamente examinada mediante un análisis ergonómico del puesto de trabajo, y debe realizarse tempranamente para evitar tratamiento médico que no lograría la mejoría del paciente.

El análisis del puesto de trabajo comprende el reconocimiento de las tareas que el paciente realiza en sus actividades laborales, identificando en ellas las posturas que deben adoptarse, las características del diseño de la estación de trabajo y las herramientas que se utilizan. También se miden los esfuerzos que deben realizarse y se cuantifica el número de movimientos a ejecutar. Con esta información se pueden encontrar las situaciones potencialmente nocivas y elaborar las recomendaciones para su modificación.

Dolor lumbar no radicular

Es la presentación más frecuente de dolor lumbar. La molestia es regional, no se irradia y se modifica con el movimiento o con cambios de posición. Con frecuencia se ha denominado también lumbalgia mecánica, postural, funcional o muscular. Los hallazgos clínicos son escasos.

En algunos pacientes se aprecia falta de acondicionamiento físico: debilidad de los músculos abdominales, acortamiento de los músculos isquiotibiales y trastorno postural. Otros pacientes experimentan una crisis dolorosa por

sobreuso: son personas normales que luego de una práctica exagerada en el deporte o en el trabajo y sin un acondicionamiento previo o entrenamiento, desarrollan dolor en la parte baja de la espalda. Los hallazgos radiológicos usualmente son negativos y la presencia de signos de espondilosis, en pacientes de edad avanzada, no necesariamente explican el dolor.

Para los pacientes con dolor lumbar, los factores sobreagregados como la obesidad y el tabaquismo, empeoran el pronóstico.

Dolor lumbar radicular

ENFERMEDAD DISCAL

Existe alguna confusión en la clasificación y lectura de las imágenes en las ayudas diagnósticas. Para definir la patología del disco intervertebral se utilizarán los siguientes términos :

a. Profusión discal: el anillo del disco intervertebral está intacto, pero se observa engrosado o abultado.

b. Extrusión discal: el núcleo pulposo ha penetrado el anillo fibroso y puede alojarse debajo del ligamento longitudinal posterior o aun romperlo.

c. Disco secuestrado: el material nuclear ha roto su contención en el anillo y ligamento y los fragmentos libres entran en contacto con la raíz nerviosa. El material secuestrado ocasionalmente migra a otros niveles, superior o inferior del disco comprometido.

En la práctica clínica es muy difícil y poco práctico diferenciar estas posibilidades.

La fisiopatogénesis del dolor radicular es controvertida. La tesis del origen en la compresión mecánica es atractiva, pero es factible que

mecanismos microvasculares o histoquímicos del disco alteren la fisiología de la raíz nerviosa.

La hernia del núcleo pulposo ocurre en el 90% de las veces en los espacios L4-L5 y L5-S1. La hernia L4 - L5 produce dolor lumbar, espasmo, escoliosis antálgica, cojera, sensación dolorosa en parte externa de la pierna, parte media del pie y en el hallux. Se encuentra debilidad dorsiflexora del pie y dedos y los reflejos osteotendinosos pueden estar normales. La hernia L5-S1 igualmente da síntomas lumbares, espasmo, dolor glúteo, molestias en parte posterior del muslo, pierna y borde externo del pie. Con frecuencia se encuentra arreflexia aquiliana y debilidad plantar flexora y en los músculos peroneos. La lesión a nivel de L3 - L4 se manifiesta en la metámera L4 que se relaciona con la fuerza del cuádriceps, el reflejo patelar y la insensibilidad en banda en la cara lateral del muslo y medial de la pierna.

Para el diagnóstico de la hernia discal, es de gran valor semiológico el signo positivo de Lassegue. Al levantar la extremidad con la rodilla extendida, se reproduce o se incrementa el dolor en la extremidad. Este es más frecuente en hernias a nivel L4-L5 y su valor diagnóstico aumenta al encontrar el Lassegue contralateral.

La discopatía crónica por osteocondrosis, engrosamiento del anillo fibroso, esclerosis ósea, osteofitosis y estrechamiento del foramen intervertebral, puede comprimir la raíz nerviosa en la unidad funcional vertebral y producir un cuadro clínico de irritación radicular, o presentar el síndrome de dolor facetario con irradiación del dolor a la cadera, a la arcada inguinal y región proximal de la extremidad. La estenosis segmentaria por enfermedad degenerativa (canal lumbar estrecho) usualmente es bilateral, unisegmentada o afectar varios niveles al mismo tiempo. Ocasionalmente, los síntomas radiculares en pacientes ancianos con estenosis del canal raquídeo se confunden con la claudicación vascular. La claudicación dolorosa de las extremidades de origen espinal se agrava cuando el paciente está en posición erecta y con el tronco extendido. Estos pacientes tienen buenos pulsos periféricos (tibial posterior y pedio).

ESPONDILOLISTESIS

La espondilolistesis es el desplazamiento de una vértebra lumbar sobre su vecina inferior. Muchas veces se encuentra asociada con una espondilolisis en el pedículo de la vértebra que se desliza. La presentación más frecuente es a nivel L5-S1. Existe otra forma frecuente de espondilolistesis a nivel de L4-L5 por lesión degenerativa a nivel del disco e inestabilidad segmentaria. Desplazamientos mínimos pueden ser asintomáticos. Las espondilolistesis mayores, o sea, con deslizamientos por encima del 50%, suelen ser sintomáticas y acompañadas de dolor radicular uni o bilateral. Algunas espondilolistesis son progresivas con el tiempo y se asocian con el colapso y reabsorción del disco intervertebral. La espondilolistesis y la espondilolisis son causales frecuentes de deformidades y de dolor lumbar radicular o no en pacientes jóvenes y adolescentes.

Historia clínica y examen físico

El médico debe observar al paciente como un todo, donde el área lumbosacra es apenas una parte de la exploración clínica. Debe evaluar el estado general, el examen regional y el análisis cuidadoso de su estado neurológico periférico. Se deben inspeccionar las deformidades, la simetría pélvica, la presencia de espasmos musculares, las posiciones antálgicas y la marcha. También debe observarse el movimiento lumbar, su relación con el dolor y buscar puntos dolorosos a la palpación.

Deben evaluarse las articulaciones de la cadera y las sacroilíacas, buscando su relación con el dolor. Así mismo, debe examinarse la musculatura

abdominal, los isquiotibiales y gastrosóleos. Se sugiere una minuciosa inspección de las extremidades: estado articular, deformidades, permeabilidad vascular periférica y diferencia en la longitud mayor de 15 milímetros. En la apreciación neurológica se resalta la importancia de la fuerza muscular, la sensibilidad y los reflejos osteotendinosos. La prueba de tensión neurológica o signo de Lassegue tiene gran validez clínica cuando se acompaña de compromiso motor y sensitivo en la metámera correspondiente. El diagnóstico de irritación y posible compresión de la raíz nerviosa, se obtiene fundamentalmente en el examen clínico del paciente.

SEMIOLÓGÍA DE LAS RAÍCES NERVIOSAS

DOLOR



L4

SENSIBILIDAD



DEBILIDAD MOTORA	PRUEBA TAMIZ	REFLEJOS
Extensión del cuádriceps	Dificultad para levantarse desde la posición de cuclillas	Patear disminuido

DOLOR



L5

SENSIBILIDAD



DEBILIDAD MOTORA	PRUEBA TAMIZ	REFLEJOS
Para dorsiflexión del Hallux y del pie	Dificultad para la marcha sobre los talones	No constante

DOLOR



S1

SENSIBILIDAD



DEBILIDAD MOTORA	PRUEBA TAMIZ	REFLEJOS
Para reflexión plantar del Hallux del pie	Dificultad para la marcha empujado	Aquillado disminuido

Lumbalgia en el embarazo

Se presenta casi en el 50% de las mujeres embarazadas y en la tercera parte llega a ser severo. La época de ocurrencia más frecuente es entre el quinto y séptimo mes de embarazo. El riesgo de padecer lumbalgia se incrementa en mujeres multíparas.

El dolor lumbar del embarazo no siempre mejora con el parto y puede persistir en un buen número de casos. En la patogénesis se han sugerido causas vasculares, mecánicas por compresión,

desequilibrio muscular y laxitud ligamentaria por influencia hormonal.

En su manejo debe informarse inicialmente a la paciente sobre el curso benigno de la enfermedad. Se indica higiene lumbar y medios físicos. En caso de requerir medicamentos, se utilizará acetaminofén. En el caso de diagnóstico de hernia discal, la cirugía se evitará, ya que generalmente son de buen pronóstico, y sólo está indicada en caso de que produzca incontinencia urinaria o intestinal.

Dolor lumbar no orgánico

Algunos pacientes tienen trastornos en su entorno psicosocial y puede aparecer la somatización, en una personalidad ya predispuesta. La tríada neurótica de ansiedad, depresión e hipocondriasis favorece esta situación. La singular autopercepción del dolor de estos pacientes, puede ser tomada del estilo de vida de su familia o de su estado cultural.

El paciente con dolor no orgánico es quejumbroso, sus dolores son múltiples, sin un patrón racional, difícilmente mira a los ojos del médico, puede realizar gesticulaciones desproporcionadas a su condición patológica. La

digitopresión es dolorosa para el paciente en casi toda su espalda, sus respuestas a preguntas pueden ser agresivas, responder cosas diferentes a lo preguntado o entrar en relativo mutismo. Durante el examen clínico, el paciente evita o rehusa activar alguna de sus articulaciones de los miembros inferiores por supuesto dolor y al dejarlas movilizar, expresa sensación dolorosa sin encontrar bases que expliquen este hallazgo. La marcha y la postura del paciente son atípicas, no se encuentra correlación lógica entre la evaluación motora y sensitiva, el doliente puede manifestar entumecimiento, hipoestesia en toda la extremidad inferior sin seguir un dermatoma específico.

Ayudas diagnósticas

Para la gran mayoría de pacientes con dolor lumbar, con o sin radiculopatía, no son necesarios los estudios de radiología y laboratorio en las primeras cuatro semanas de evolución. Justificaríamos las ayudas diagnósticas desde la primera consulta para aquellos casos de trauma evidente, sospecha de enfermedad catastrófica en pacientes de alto riesgo, para síndromes de cauda equina y para los accidentes laborales bien definidos.

La mayoría de pruebas de laboratorio son inespecíficas y son de poca ayuda en la patología lumbar. A los pacientes cuya evolución es mayor de cuatro semanas, se les solicita un hemograma completo, eritrosedimentación, citoquímico de orina, antígeno prostático en hombres con más de 50 años de edad. El estudio del antígeno HLA-B27 no ha sido muy útil, ni siquiera en pacientes con sospecha de espondilitis anquilosante, ya que existe una alta prevalencia en la población normal.

RADIOLOGÍA

En caso de requerirse la evaluación radiológica, la placa anteroposterior de columna lumbosacra con el paciente en posición de pie y la proyección lateral son suficientes para el estudio inicial.

Se observa una prevalencia del 20% de anomalías radiológicas en la población asintomática. Imágenes de enfermedad discal degenerativa, espina bífida, espondilolisis y trastornos facetarios, pueden verse en pacientes con y sin dolor lumbar. Algunos pacientes presentan en la placa AP aparentes acortamientos y escoliosis sin que este hallazgo explique la causa de su dolor. Resulta claro, entonces, que necesitamos de una muy buena correlación entre la clínica del paciente y las imágenes radiológicas.

En las proyecciones anteroposteriores se deben evaluar la simetría pélvica, el estado de la articulación coxofemoral y sacroilíaca. Patología radiológica a este nivel puede tener relación con el dolor lumbar irradiado a la cadera o a la región glútea. El hallazgo de "sacroileítis" tiene importancia en pacientes de sexo masculino, con rigidez lumbar y dolor, y aún más si se sospecha espondiloartropatías.

GAMAGRAFÍA ÓSEA

Los estudios de medicina nuclear con radionucleótidos, aunque son bastante sensibles para el sistema óseo, no son específicos y menos en la patología lumbar más corriente. Ante la sospecha de infección vertebral o de tumores óseos primarios o metastásicos, la gamagrafía ósea es más sensible que el estudio radiológico básico, pero no resulta diagnóstica. Un estudio gamagráfico positivo para enfermedad osteoblástica u osteolítica deberá complementarse con otros estudios para aproximarse a un diagnóstico. Procesos inflamatorios en trauma lumbar y de envejecimiento discal-facetario, así como en pacientes con cirugías de columna recientes, pueden mostrar una gamagrafía ósea hipercaptante, sin que este hallazgo explique la causa del dolor.

ELECTROMIOGRAFÍA

La electromiografía con velocidad de conducción nerviosa puede ser útil para identificar

la metámera comprometida en pacientes con dolor en una extremidad. Este estudio no es práctico en pacientes que padecen dolor lumbar sin irradiación a la extremidad. En pacientes con evidencia clínica de compromiso radicular, el electrodiagnóstico no aportará más información que la que podemos lograr con la tomografía axial y la resonancia nuclear magnética. En la práctica nos puede ayudar a diferenciar una radiculopatía de una neuropatía. En paciente con dolor atípico en una extremidad y con hallazgos clínicos normales, el electrodiagnóstico aclara si el origen es espinal o periférico.

RESONANCIA NUCLEAR MAGNÉTICA (R.N.M.)

El estudio de R.N.M. no es práctico en las primeras semanas de evolución del cuadro clínico de la mayoría de pacientes que tienen dolor lumbar, con o sin radiculopatía. El diagnóstico inicial de probable enfermedad discal con irritación radicular se fundamenta en la sintomatología del paciente y los hallazgos clínicos. En general, la R.N.M. la utiliza el médico especialista, neurocirujano u ortopedista, como dispositivo táctico para decidir un posible tratamiento quirúrgico; este estudio es útil en pacientes con síndrome de cola de caballo, en el trauma raquímedular, en sospecha de enfermedad infecciosa de columna lumbar o de enfermedad tumoral vertebral o intraespinal. La R.N.M. es un estudio con una alta discriminación para detectar cualquier variación en la anatomía normal y muchas de las "anomalías" relatadas en el informe radiológico pueden representar cambios normales en el proceso de envejecimiento de la columna vertebral lumbar, así que los resultados de esta ayuda diagnóstica deben ser interpretados cautelosamente.

Las imágenes de resonancia magnética presentan protrusión discal en el 25% de pacientes asintomáticos por debajo de los 60 años de edad. La prevalencia de procesos degenerativos y estenosis de los segmentos lumbares es alta en los pacientes de edad avanzada y apenas algunos serán sintomáticos.

La R.N.M. tiene contraindicaciones absolutas en pacientes con marcapasos, con implantes

ferromagnéticos y en los que tiene clips vasculares intracraneanos. En los pacientes donde resulta contraindicada la R.N.M. o en aquellos donde teóricamente es difícil realizarla, la MIELOGRAFÍA, con medio de contraste hidrosoluble, nos puede dar una información aproximada del conducto raquídeo en varios niveles lumbares. Idealmente esta mielografía debe acompañarse de cortes tomográficos en los segmentos más representativos (MIELOTAC).

TOMOGRAFÍA AXIAL COMPUTARIZADA (TAC Y MIELO-TAC)

El estudio del TAC se ha popularizado mucho en nuestro medio para pacientes con dolor lumbar y compromiso radicular, tal vez por las facilidades y menor costo para acceder a la ayuda diagnóstica. La información obtenida por el TAC es de menor ayuda si se compara con una R.N.M. y también tiene una prevalencia significativa de hallazgos "anormales" en la población sintomática. En la

literatura reciente muchos autores prefieren la mielografía con cortes tomográficos o mielo-TAC sobre la tomografía simple. Similar a lo sugerido en la R.N.M., el mielo-TAC se reserva para pacientes donde se ha considerado la posibilidad quirúrgica. El mielo-TAC, es un estudio invasivo y se pueden presentar complicaciones por el uso del medio de contraste yodado en el espacio intrarraquídeo. Tanto en la resonancia nuclear, como en el mielo-TAC se debe incluir la unión toracolumbar y la región lumbosacra.

El TAC simple presenta su mayor utilidad en la evaluación del canal lumbar estrecho secundario a espondiloartropatías y en el trauma toracolumbar, lumbosacro o de pelvis sin compromiso neurológico. El TAC simple no visualiza el espacio subaracnoideo y se escapan al diagnóstico lesiones del tejido neural. Con frecuencia pacientes con estudio previo de TAC simple, deben ser complementados con una resonancia nuclear magnética para definir el tratamiento quirúrgico.

Tratamiento del dolor lumbar

La historia natural del dolor lumbar, en ausencia de lesión tumoral u otro proceso de patología severa, se caracteriza por un alivio rápido en un tiempo no mayor a 6 semanas. El reposo durante 2 a 3 días acompañado de analgésicos, antiinflamatorios no esteroideos y mio-relajantes, son suficientes para aliviar el dolor. En muy esporádicas ocasiones se utilizan analgésicos narcóticos. La hospitalización es necesaria sólo en aquellos casos severos o cuando existe compresión de la cola de caballo.

RECOMENDACION GRADO A: Retorno temprano a la actividad física normal y la limitación del tiempo de quietud absoluta en cama.

La incapacidad laboral prolongada estimula la percepción negativa que el paciente tiene de su enfermedad.

Los pacientes son instruidos sobre ejercicios aeróbicos, control de peso, evitar el cigarrillo, evitar

flexiones y rotaciones repetidas del tronco, no levantar objetos pesados, facilitar cambios frecuentes de posición y sentarse en una silla con buen apoyo lumbar. Es importante recalcar sobre la higiene lumbar.

RECOMENDACION GRADO C: La instrucción personal y el uso de material didáctico se ha utilizado ampliamente, pero los estudios que lo han evaluado no han demostrado claramente su utilidad en la evolución de los pacientes.

Si los resultados de los exámenes de laboratorio de evaluación inicial del paciente son negativos, se inicia un programa de fisioterapia conocido como "programa de dolor lumbar", que incluye la aplicación de medios físicos, masaje, estiramientos músculo-tendinosos, fortalecimiento muscular, reeducación postural y los cuidados generales ya anotados. El médico general deberá realizar una remisión temprana al servicio de fisioterapia, solicitando la inclusión en el "programa de dolor lumbar".

Los estiramientos mejoran la elasticidad de los músculos isquiotibiales, flexores de las caderas, fascia lumbar y se complementan con el fortalecimiento de los músculos flexores y extensores del tronco. La instrucción y las estrategias para evitar las actividades que produzcan dolor, tales como posturas para dormir, para conducir automóviles, para sentarse, para levantar objetos, en sus actividades laborales, etc., y la eliminación de factores de riesgo como la obesidad, el perfil psicológico y el consumo de cigarrillo, complementan el programa. Además siempre considerar el producto de la evaluación del puesto de trabajo.

RECOMENDACION GRADO B: La realización de programas de fisioterapia y rehabilitación física han sido evaluados y muestran mejoría más rápida que los controles. Existen dudas sobre el mejor programa de rehabilitación.

RECOMENDACION GRADO C: Los soportes mecánicos (corsés, fajas) previenen la hiper-flexión del tronco, pero los resultados para disminuir el dolor son contradictorios y actualmente muy controvertidos.

La infiltración epidural con córtico-esteroides es útil sólo en algunos pacientes con lumbociática, cuidadosamente seleccionados.

RECOMENDACION GRADO C: El candidato ideal para la cirugía de disco lumbar es aquel con predominio de la ciática sobre el dolor lumbar, con déficit neurológico objetivo y evidencia de hernia discal en la R.N.M. o en el mielo T.A.C. La cirugía no está indicada si la imagenología es normal.

RECOMENDACION GRADO C: El tratamiento quirúrgico es urgente en los pacientes

con dolor severo y déficit radicular progresivo. La cirugía es de extrema prioridad en el "síndrome de la cola de caballo".

La nucleotomía lumbar abierta a través de una incisión pequeña y foraminotomía parcial es el procedimiento más utilizado. La hospitalización es corta y el paciente se reincorpora a su trabajo entre la tercera y sexta semana post operatoria.

Los procedimientos vía percutánea, como la quemoneucleolisis, la discectomía endoscópica y el uso del rayo láser, se han popularizado en los últimos años, aunque todavía están en investigación.

La nucleotomía lumbar convencional es exitosa en un 80% de los casos. La principal causa de fracaso es la mala selección del paciente. El pronóstico en los pacientes con "síndrome de la cola de caballo" por herniación central del disco, es reservado, pero mejora si la intervención quirúrgica es inmediata.

La "clínica del dolor lumbar" es un grupo multidisciplinario que evaluará los pacientes que no mejoran con el tratamiento específico (ver algoritmo). El aporte de las diferentes especialidades : ortopedia, neurocirugía, neurología, fisioterapia, medicina ocupacional, reumatología, psiquiatría, oncología, psicología, entre otros, es esencial para reorientar el tratamiento o para determinar la limitación física y laboral residual.

Existe una proporción de pacientes que a pesar de la reorientación diagnóstica y de manejo por parte del grupo de la "clínica del dolor lumbar", no logra mejorar su sintomatología. Estos pacientes crónicos significan una situación de muy difícil manejo para el médico tratante.

Columna fallida (reintervención en columna lumbar)

Hablamos de "columna fallida" cuando en el paciente que fue sometido al protocolo completo de tratamiento médico o quirúrgico, su sintomatología previa persiste o reaparece .

La cirugía en columna lumbar no siempre es exitosa. El 15% de las laminectomías realizadas anualmente continúan con algún grado de dolor incapacitante. Se necesita una estrategia precisa y

sin ambigüedades para su manejo. Es muy importante prevenir cirugías inapropiadas en cuanto sea posible. La inestabilidad psicológica, el pago de indemnización o el litigio legal conllevan incertidumbre en los resultados

La idea de explorar quirúrgicamente una columna sin criterios objetivos es inaceptable.

Las causas de dolor recurrente son : mecánicas (hernia discal, inestabilidad espinal o estenosis lumbar) y no mecánicas (aracnoiditis, discitis, inestabilidad psicosocial y enfermedades sistémicas).

EVALUACIÓN

Debe replantearse nuevamente el diagnóstico, ya que la segunda cirugía alcanzará un éxito no mayor del 50%, y cada vez empeora el pronóstico. Este punto de vista se debe tener muy presente desde el inicio del manejo.

INTERVALOS LIBRES DE DOLOR

1. Dolor persistente: significa descompresión inadecuada o nivel quirúrgico equivocado.
2. Uno a seis meses sin dolor: nos orienta hacia aracnoiditis o fibrosis epidural.
3. Más de seis meses sin dolor: Se debe pensar en hernia recurrente.

IMAGENOLOGÍA

La radiografía simple establece el nivel de la laminectomía y el número de vértebras lumbares intervenidas, signos de inestabilidad en las proyecciones dinámicas y signos de discitis. El mielo TAC no diferencia la compresión extrínseca de la fibrosis peridural.

La R.N.M. contrastada con gadolinium es el mejor método para diferenciar la hernia residual de la cicatriz epidural, pero su uso es limitado en los primeros seis meses postquirúrgicos. Cabe anotar que su costo es elevado y requiere

experiencia para su interpretación.

PORCENTAJES DE FALLAS

Una buena evaluación médica general descarta problemas sistémicos asociados (pancreatitis, úlcera, diabetes, metástasis óseas) y una buena evaluación psicológica descarta problemas emocionales.

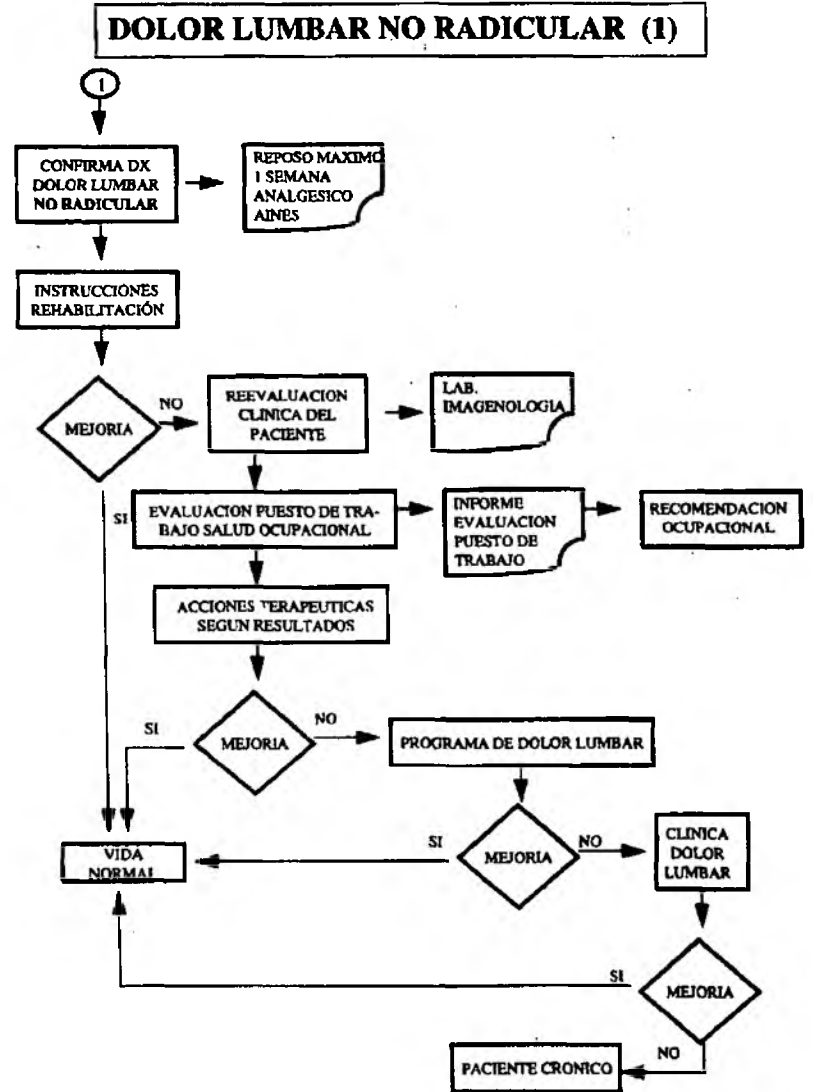
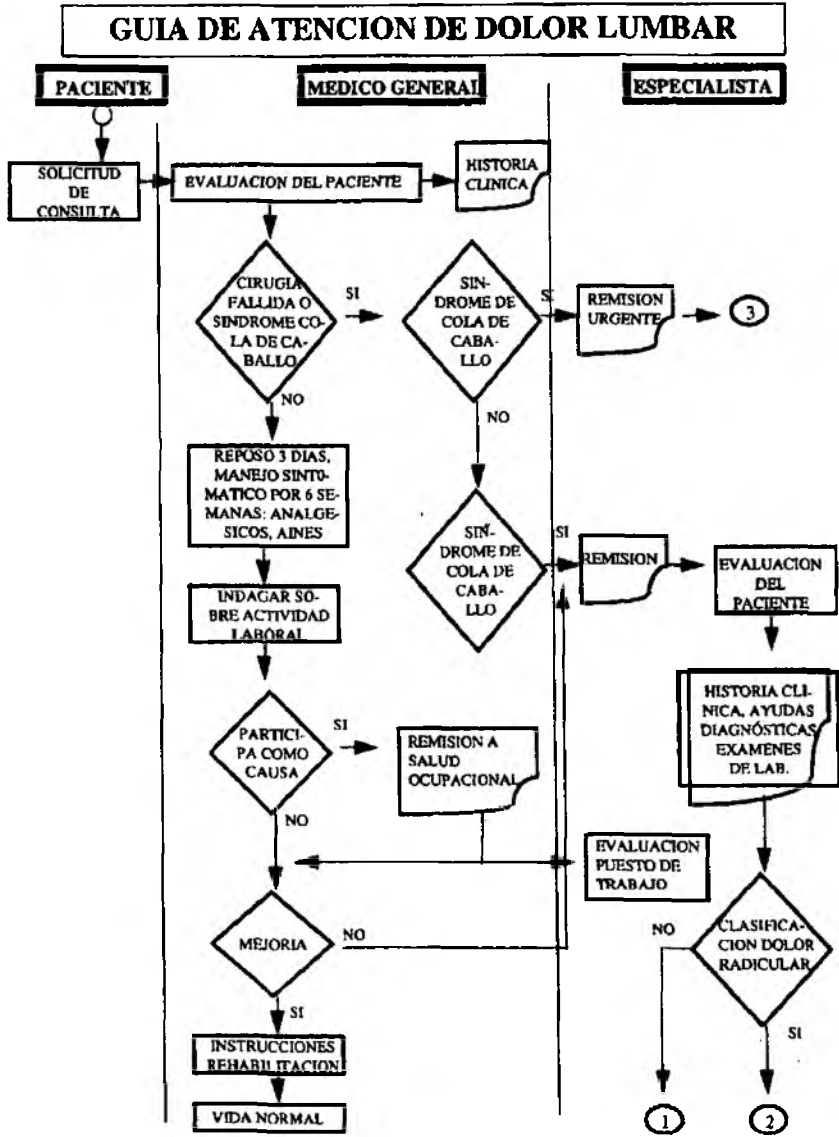
En la hernia discal quirúrgica donde el disco no fue satisfactoriamente removido o hubo un error de nivel, no se presenta intervalo libre de dolor en el postoperatorio. Si la hernia es recidivante, existe un período mínimo de seis meses libre de síntomas.

En la inestabilidad lumbar existe movimiento excesivo de una vértebra sobre la otra, causando dolor. El diagnóstico se hace con radiografía dinámica con proyección lateral.

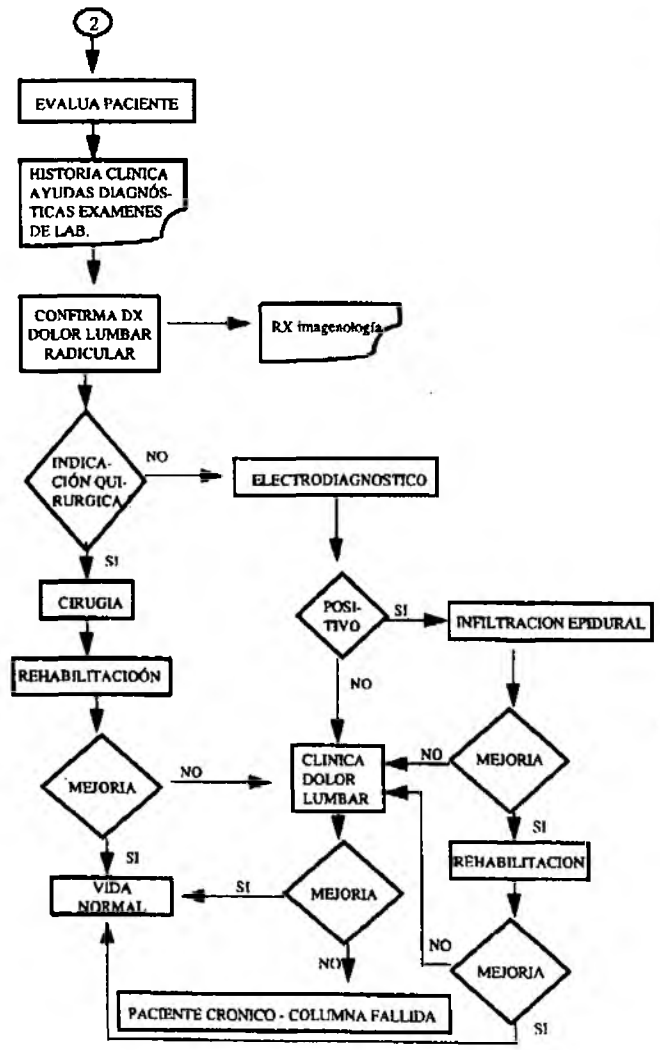
El canal lumbar estrecho se diagnostica con Mielo Tac o R.N.M. En casos bien seleccionados durante los primeros cinco años de evolución, la cirugía es satisfactoria en el 70%. Posteriormente los resultados son variables.

Las entidades no mecánicas : aracnoiditis, fibrosis epidural y discitis, ocasionalmente requieren tratamiento quirúrgico. El mecanismo de producción es poco claro y su intensidad es variable. Hay un intervalo libre de síntomas de uno a seis meses y el diagnóstico se hace con Mielo Tac y R.N.M.

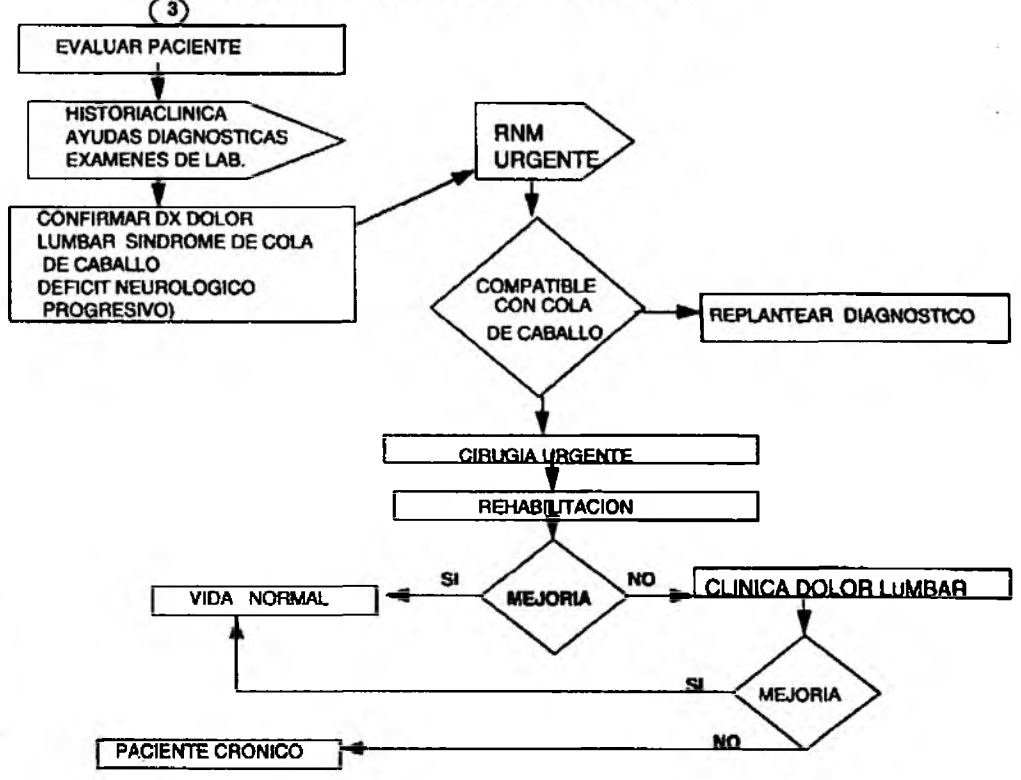
La discitis se presenta en el primer mes postquirúrgico. Hay elevación de la eritrosedimentación y de la proteína C reactiva. La radiografía simple muestra erosión y estrechamiento del espacio intervenido y la gammagrafía es hipercaptante, pero la ayuda diagnóstica más sensible para hacer este diagnóstico es la R.N.M. El tratamiento es reposo, antibioticoterapia y la utilización de soportes externos, y drenaje quirúrgico en presencia de absceso.



DOLOR LUMBAR NO RADICULAR (2)



DOLOR LUMBAR COLA DE CABALLO (3)



DERMATITIS DE CONTACTO

Dra. BEATRIZ SIERRA PELÁEZ.

Profesora del Departamento de Medicina Interna, Sección de Dermatología.

Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia.

Definición

Es un síndrome reaccional consistente en inflamación de la piel, causado por la aplicación de una sustancia. Puede ser por un irritante primario o por un proceso de sensibilización favorecido por atopia o humedad. La exposición puede ser única o múltiple.

La dermatitis por contacto figura entre las diez

o quince primeras causas de consulta dermatológica.

Los términos «eczema» o «dermatitis» se han usado como sinónimos. Frecuentemente se utiliza el de dermatitis cuando priman los factores externos y el término eczema cuando priman factores internos o endógenos, como la atopia.

Etiología

Puede originarse por cualquier sustancia u objeto que entre en contacto con la piel. El mecanismo de producción es por irritante primario o por sensibilización.

En la por irritante primario, o etiología no inmunológica, no hay sensibilización previa; la susceptibilidad es individual y puede originarse por irritantes débiles o potentes.

La que se produce por irritantes débiles se debe a acumulación repetida y prolongada con una sustancia.

Las por irritantes potentes se produce al primer contacto. En general se produce daño celular si la sustancia se aplica por tiempo y cantidad suficientes y de esto depende la intensidad de la reacción. De este tipo son la mayoría de dermatitis de contacto ocupacionales. O sea aquellas que se producen en el ambiente laboral.

En muchos pacientes se encuentra que la dermatitis de contacto se inicia como irritativa por irritantes débiles y termina siendo alérgica.

Causas más frecuentes de dermatitis de contacto por irritantes primarios

Ácidos, álcalis, sales inorgánicas, ácido clorhídrico, nítrico, crómico, hidróxido de sodio (jabones).

Amoníaco (orina y heces).

Tintes/, plásticos y vidrios, disolventes y limpiadores, resina epóxica, alquitranes.

Medicamentos: antisépticos, permanganato de potasio, violeta de genciana, mercurio, exaclorofeno.

Dermatitis por sensibilización o ALÉRGICA. Aparece en individuos con sensibilización previa; se produce una reacción inmunológica tipo IV (hipersensibilidad tardía). Hay una fase de inducción que dura de cuatro días a varias semanas. El alérgeno suele ser un hapteno que penetra la epidermis, se une a una proteína cutánea y forma un Ag completo, que es procesado por las células de Langerhans y presentado a las células T, lo que da como resultado proliferación de células T efectoras y con memoria en las regiones paracorticales de los ganglios; dichas células entran a la circulación.

La fase de desencadenamiento o reacción de hipersensibilidad mediada por células ocurre a las 48 horas de la reexposición. Los linfocitos específicamente sensibilizados reconocen los alérgenos; ello conduce a transformación blástica, proliferación clonal con liberación de mediadores de inflamación como citoquinas e interleuquina I; también participan neutrófilos, monocitos y basófilos. La sensibilidad por contacto puede durar meses o de por vida, tanto como las células efectoras sean capaces de reconocer el hapteno específico; puede haber sensibilización simultánea a varias sustancias, o cruzada a diversos productos relacionados.

Con cierta frecuencia se produce el fenómeno «IDE» (reacción a distancia) debido a un mecanismo de autosensibilización (autoeczematización) a la proteína epidérmica. Se encuentra aumento de linfocitos T activados en sangre periférica y de la relación C D4/CD8. Hay sitios donde aparecen más IDES, como en los miembros inferiores. Las IDES generalmente son bilaterales y simétricas y son más en miembros superiores y cara y pueden tener patrones de fotosensibilidad.

Hay determinados factores que influyen en la reacción alérgica, como son:

a. Enfermedades que afectan el sistema inmunitario, como las leucemias.

b. Administración de medicamentos, como corticoesteroides o citostáticos que modifican la respuesta inmune.

c. Estado de la piel: Una piel alterada favorece la penetración de haptenos, así como traumas, xerosis, humedad, maceración, oclusión o inflamación.

d. Espesor de la capa córnea: Las zonas de mayor espesor son más resistentes (palmas, plantas). Cuando la capa córnea se altera puede disminuir su capacidad de defensa.

e. Apéndices cutáneos. A través de las glándulas sebáceas y del epitelio folicular se pueden absorber más los alérgenos.

f. La sudoración también favorece la absorción.

g. La sustancia misma también influye. Algunas sustancias se unen más fácil con las proteínas epidérmicas y se absorben más rápidamente.

Dermatitis fotoinducidas: Las dermatitis en las que interviene la luz ocurren por sustancias de bajo peso molecular que se transforman en irritantes o sensibilizantes luego de radiación con luz ultravioleta o luz visible de onda corta. En la dermatitis de contacto fototóxica no participan mecanismos inmunes. Se debe a exposición simultánea a una sustancia química y luz ultravioleta de 290 a 400 nm. Siempre aparece a la primera exposición, se necesitan concentraciones altas de la sustancia, así como luz intensa y no se observan reacciones cruzadas; cuando se produce por plantas o derivados que contienen furocumarinas, la dermatitis se denomina fitofotodermatitis o dermatitis de Berloque.

La dermatitis por contacto fotoalérgica se produce por un mecanismo inmunológica; hay sensibilización previa por exposición al fotosensibilizante y a la luz de 320 a 400 nm. y a veces por luz indirecta; es rara, se necesitan varias exposiciones, ocurre ante concentraciones bajas y luz débil, se observan a menudo reacciones cruzadas. Algunas sustancias tienen capacidad fototóxica y fotoalérgica.

Las sustancias que producen más reacción fototóxica son: tetraciclinas, sulfonamidas, sulfonilureas, griseofulvina, tiazidas, fenotiazinas, furocumarinas (esencia de lima y otros cítricos, y

psoralenos), colorantes, hexaclorofeno, derivados del PABA.

Alergenos más frecuentes en la dermatitis de contacto

a. **NÍQUEL.** Es una de las dermatitis de contacto más frecuentes ya que con él se fabrican artículos de uso diario, como joyas: aretes (orejas), collares (cuello), pulseras y reloj (antebrazo), monedas (bolsillo), los cierres (espalda y abdomen),

armónicas (labios).

b. **CROMATOS, DICROMATOS Y COBALTO.** Principales componentes del cemento y productores de dermatitis de contacto en obreros de la construcción. Se inicia en dorso de manos y antebrazo y se puede generalizar por autosensibilización. Adquiere un carácter crónico debido a las pequeñas cantidades de cromo que existen en el ambiente.



FIGURA 1. Dermatitis de contacto del dorso de la mano por cemento.

El cromo también se encuentra en pinturas, antioxidantes, aceites en la industria del cuero, en la cerillas.

c. **CAUCHO.** Frecuentemente produce reacción por los vulcanizadores, antioxidantes y aceleradores, como la hidroquinona. Se produce en sitios de contacto con las botas, prendas íntimas de vestir, tirantes, etc.

d. **ENZIMAS BIOLÓGICAS.** Limpiadores y detergentes, blanqueadores ópticos.

e. **MEDICAMENTOS.** Sales de mercurio y oro, pomadas, tinturas, antihistamínicos tópicos, antibióticos (neomicina y penicilina), anestésicos tópicos, yodo, peróxido en benzoilo, etilendiamina (vehículo). Remedios caseros: ajo, limón, alcohol, saliva, etc.

f. **COSMÉTICOS.** Preservativos, perfumes, lanolina, tinturas, acetona, colorantes, anilinas.

g. **FOTOGRAFÍA.** Parafenilendiamina.

h. **VESTIDOS.** Formaldehído, nylon, colorantes.

Semiología clínica

Tanto la dermatitis de contacto alérgica como la ocasionada por irritante primario, tienen el mismo cuadro clínico. Son una eczema (inflamación de la piel), que puede tener diferentes estadios clínicos.

La localización es muy variada; está en rela-

ción con el agente causado, aparece en el sitio de contacto con la sustancia, por lo que hay un franco predominio de partes expuestas, principalmente en las manos. La evolución puede ser aguda, subaguda o crónica y la clínica depende de estos estadios. Todos tienen como síntoma cardinal el prurito.

ESTADIOS DE LA ECZEMA

	CLÍNICA	HISTOPATOLOGÍA
AGUDO	Exudación, vesículas, ampollas, costras melicéricas y hemáticas eritema.	Espongiosis, infiltración linfocitaria alrededor de los vasos.
SUBAGUDO	Exudación, eritema, formación de costras.	Espongiosis, ligera acantosis, vasodilatación, infiltrado inflamatorio crónico.
CRÓNICO	Liquenificación, sequedad, enrojecimiento, descamación, fisuras, hiperqueratosis.	Acantosis, hiperqueratosis, vasodilatación, infiltrado inflamatorio crónico.

Dependiendo del contactante, la dermatitis puede tener características especiales:

Dermatitis por plantas (Venenata). Se caracteriza por tener vesículas agrupadas en forma lineal en áreas expuestas, horas o días después de un contacto.

El manzanillo, la primavera, el crisantemo, la ambrosía, el zumaque venenoso y la hiedra (en EE.UU.).

Dermatitis aerotrasportadas. Producida por insecticidas, matamalezas, o pólenes. Produce una reacción en piel expuesta, sin comprometer sitios cubiertos por el vestido, compromete región

submentoniana, párpados y región retroauricular, áreas que generalmente están respetadas en la dermatitis fotoalérgica.

Dermatitis fotoalérgica. Afecta áreas expuestas, respetando región submentoniana, párpados y región submentoniana.

Dermatitis de contacto al calzado. El brote característicamente se localiza en el dorso del pie y los artejos, respetando espacios interdigitales; puede tener la forma del calzado. Esta reacción se puede dar por el cuero (sustancias utilizadas en el curtido del cuero: cromatos y dicromatos), por los colorantes contenidos en la tela del forro o por sustancias en el pegante (Fig. No. 2).

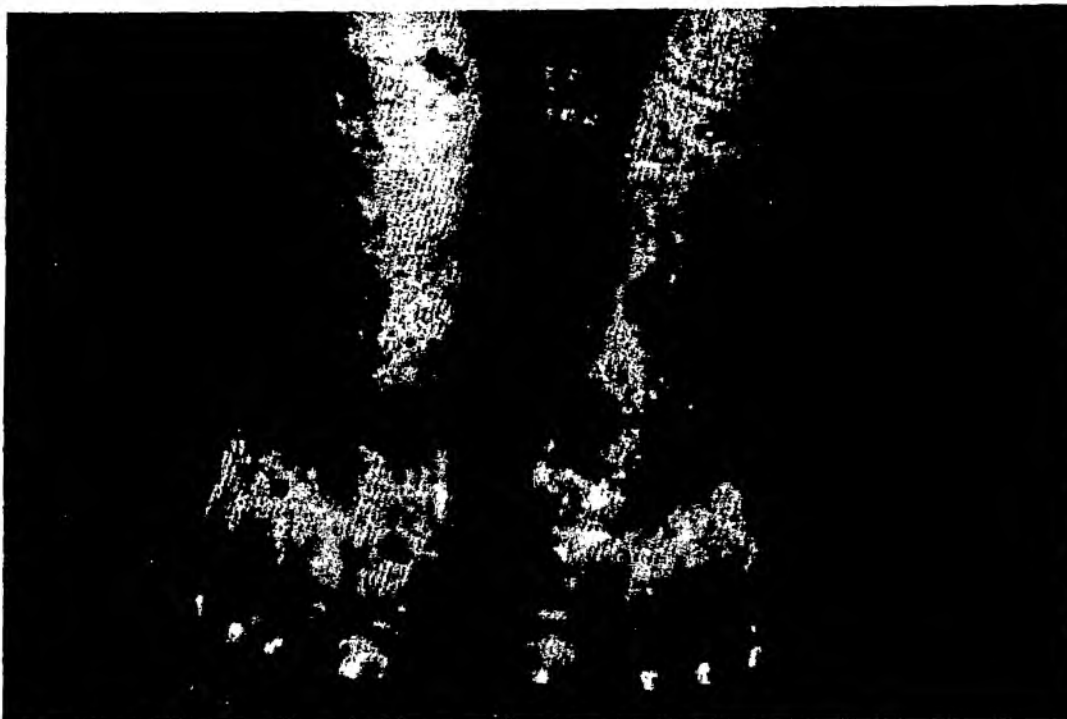


FIGURA 2. Dermatitis de contacto al calzado.

Dermatitis de contacto por cosméticos. Las tinturas y colorantes capilares contienen parafenilendiamina, que es causa común de una dermatitis que abarcará la cara, orejas y cuello, respetando el cuero cabelludo.

Los esmaltes que contienen acetona, colorantes Azo, darán una dermatitis de contacto en el párpado (contacto con la mano).

Cuando se está ante una dermatitis del párpado se deberán descartar, además del esmalte, otros cosméticos como rimel, cremas limpiadoras o productos oftalmológicos.

Dermatitis del pañal. Erupción eritematosa poco pruriginosa, que ocupa el área del pañal, a veces de aspecto psoriasiforme, de bordes definidos, respetando pliegues profundos. Puede tener erosiones superficiales que semejan a la sífilis (sífiloide poserosivo de Jacquet). Puede ser agravado por infecciones piógenas y la candidiasis.

Etiología: Contacto prolongado con heces, orina, pañal de caucho o plástico, residuo de

detergentes o blanqueadores, fricción, oclusión, o maceración. Generalmente tiene componentes tanto endógenos (atopia) o exógenos. Más frecuente de la tercera a la doceava semana.

Dermatitis de manos (eczema de amas de casa). La piel de las manos puede presentar agresiones externas y es más frecuente en pacientes con historia de atopia (Fig. No. 3).

Puede ser irritativa, que aparece en horas después del contacto, o alérgica. A veces la irritativa puede conllevar a la alérgica. Es la dermatitis ocupacional más frecuente. Se produce por detergentes, humedad, guantes de caucho, ácidos, álcalis.

Hay que diferenciar la dermatitis de contacto del eczema dishidrótico, que se caracteriza por microvesículas profundamente situadas, que se palpan más que lo que se ven, sin halo eritematoso, localizadas en caras laterales de los dedos y en la región tenar e hipotenar.

El componente psíquico actúa sobre el sistema nervioso autónomo produciendo hiperhidrosis y

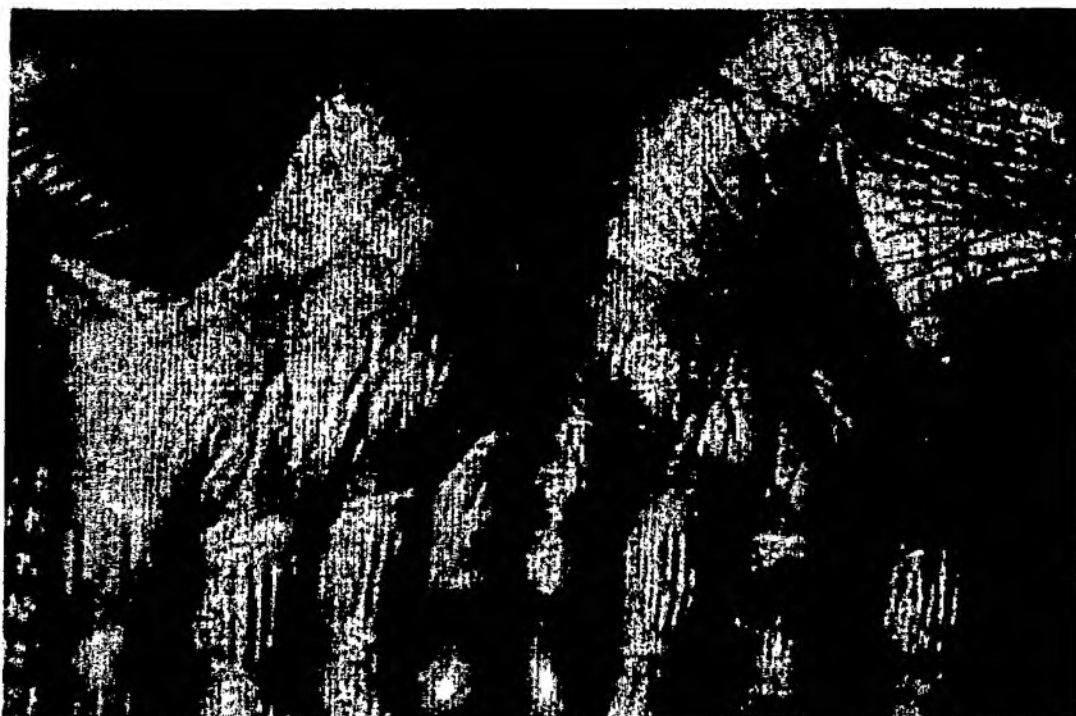


FIGURA 3. Eczema de amas de casa.

luego retención del sudor, que puede llevar a cambios eczematosos o a un cuadro de descamación superficial (descamación estival).

La dishidrosis es palmoplantar y simétrica. Puede dar un cuadro indistinguible de las IDES de una **Tinea pedis**.

El eczema de manos puede adoptar formas de eczema numular.

Eczema numular. Constituye una variedad especial de eczema caracterizado por microvesículas agrupadas formando placas redondeadas. Puede ser aguda, subaguda o crónica.

Es un síndrome; puede verse en paciente con terreno atópico. La dermatitis por estasis muy frecuentemente adopta la forma numular; puede ser una manifestación de dermatitis por contacto.

Puede verse un cuadro muy crónico de eczemas numulares, más que todo en extremidades, simétrico, con mucha xerosis, sobre todo en pacientes con antecedentes atópicos.

Eczema xerótico. Por el proceso de envejecimiento la capa córnea se altera y no retiene agua suficiente para mantener el estado normal de hidratación, sufriendo xerosis, fisuración; y por factores climáticos, como calefacción, jabones y contactantes, que producen un cuadro eczematoso.

Dermatitis por estasis. Por falla en el retorno venoso pasa el líquido del espacio intravascular al espacio intersticial, produciendo edema. Como el líquido es rico en proteínas, se produce una inflamación y por consiguiente *eczema*, la mayoría de las veces de forma numular, por autosensibilización.

Dermatitis eczematoide infecciosa. Resulta de la sensibilización a los productos proteicos de los gérmenes (estafilococo, estreptococo) que se presenta alrededor de focos supurativos: forúnculos, otitis media, úlceras piógenas, osteomielitis.

El tratamiento se hace con la aplicación de compresas que barren los exudados y costras, reservorio de gérmenes y con antibióticos antiestafilocócicos y además con esteroides, que pueden ser de depósito,

o con corticoesteroides más antibióticos tópicos.

Neurodermatitis circunscrita (Líquen simple crónico). Síndrome caracterizado por engrosamiento de la piel, hiperqueratosis, exageración de los pliegues naturales de la piel, producidos por el rascado crónico. Puede ser primario, siendo el prurito consecuencia de problemas psicoemocionales

o estrés. O secundario, cuando existe una enfermedad cutánea de base. Aparece en áreas asequibles a la mano. Más frecuente en nuca, región inguinocrural, en el escroto puede adquirir gigantismo por la liquenificación, perianal (forma de autoerotismo).

El tratamiento de elección: infiltración intralesional con triamcinolona.

Recursos diagnósticos paraclínicos

Es importante para el diagnóstico:

a. Historia personal, particularmente con respecto a la exposición a cualquier sustancia que hubiera provocado la erupción, especialmente de tipo laboral, los hobbies o pasatiempos, objetos de uso personal, llaves, correas, cremalleras.

b. Historia familiar, respecto a atopia, afecciones alérgicas cutáneas, asma, rinitis.

c. Sitio de iniciación del eczema. Esto muchas veces dará indicio del contactante. Una dermatitis en la muñeca será por contacto al níquel de la manilla del reloj.

d. Morfología del eczema. Si se encuentra un cuadro de microvesículas lineales en miembros superiores e inferiores, podrá ser una dermatitis venenata.

e. Descartar otros eczemas como el atópico o el seborréico.

f. Estudios de laboratorio.

Las pruebas epicutáneas o de parche son útiles para hacer diagnóstico etiológico de dermatitis

de contacto alérgica y diferenciarlas de las de la dermatitis por irritante primario. Sólo se efectúa en laboratorios especializados, ya que su interpretación es difícil; es positiva en el 80% de los casos.

El alérgeno sospechoso se aplica a la piel normal de la espalda por medio de escarificación y el resultado se lee a las 48 horas. Este se da en cruces de una a tres, dependiendo del eritema, edema y vesiculación.

Actualmente las sustancias a investigar vienen en baterías con varios discos con alérgenos diseñados para cada lugar o país.

Una vez identificado el agente causal, el paciente debe evitar de por vida dicha sustancia, ya que la sensibilización seguirá existiendo.

Este examen se dejará sólo al criterio del especialista y para aquellos pacientes en quienes ha sido imposible encontrar la causa del eczema.

Otro estudio adicional sería la biopsia de piel, que ayudaría a diferenciarla de otras dermatosis, como la urticaria y el prurigo.

Tratamiento

a. Evitar las sustancias u objetos causales. Explicar ampliamente al paciente la historia de la enfermedad, para evitar las recidivas.

b. Medidas preventivas, como el uso de doble guante (algodón y polivinilo), sobre todo en amas de casa y en quienes han de evitar el caucho. Evitar jabones y detergentes, protección contra la luz solar si hay fotosensibilidad.

Si es de origen laboral se deberá hacer primero una buena protección, y si no mejora, el cambio de profesión será el tratamiento.

c. Como coadyuvante en los cuadros de dermatitis aguda se deberán usar compresas de solución salina o de acetato de aluminio para secar la rehumidificación y barrer detritus.

En los cuadros crónicos con mucha xerosis y fisuración se deberán dar emolientes, hidratantes y considerar el uso de corticoesteroides en unguentos.

d. Si hay mucho prurito, es útil el uso de antihistamínicos sedantes, como la hidroxicina. Los antihistamínicos no sedantes son más específicos para procesos alérgicos mediados por IgE.

e. Si hay infección se deben dar antibióticos sistémicos.

f. El manejo de la inflamación se hará con corticoesteroides de la siguiente manera: si el

eczema es muy localizado podrían darse cremas de corticoesteroides de mediana a alta potencia, por una a dos semanas.

Las infiltraciones con triamcinolona (2 miligramos por pulgada cuadrada), o con equivalentes, son un tratamiento de elección para el eczema numular, la neurodermatitis, dermatitis de contacto localizadas, dermatitis por estasis. Se pueden repetir en caso de necesidad en tres o cuatro semanas.

En casos de eczemas extensos se considerará la posibilidad del uso de corticoesteroides sistémicos, bien sea prednisona, 40 a 60 miligramos en dosis decrecientes, por una a dos semanas; o parenterales, como la triamcinolona, un centímetro muscular cada 12 a 24 horas en forma decreciente. Los corticoesteroides de depósito no sirven para iniciar terapia, sólo se utilizarán para sostener una acción alcanzada.

Si el médico general no logra erradicar los síntomas o éstos vuelven a desaparecer, se debe remitir el paciente al especialista.

En la mayoría de los pacientes, eliminar el alérgeno causante es la medida preventiva y terapéutica más efectiva.

La hiposensibilización no es de mucho valor práctico, si no desaparece la reacción por preexis-

Historia Clínica

tencia del alérgeno.

Paciente masculino de 30 años, obrero de la construcción desde hace 10 años.

Consulta por brote pruriginoso que se inició en el dorso de las manos y luego se extendió a antebrazos y cara.

El brote consistía en microvesículas agrupadas de forma redondeada y mucha rezumación, coexistiendo en otras áreas, con fisuración, escoriaciones y liquenificación.

No existen antecedentes personales ni familiares de atopía. Resto del examen físico es normal.

(Respuesta en el próximo cuaderno)

Lecturas recomendadas

1. Manual Práctico de Dermatología (Alonso Cortés, Diego Jaramillo). Páginas de Editorial Universidad de Antioquia, 1992.

2. Fundamentos de Medicina. CIB. Dermatología. Doctores Rafael Falabella, Carlos Escobar y Nelson Giraldo. Cuarta Edición. Editorial Carvajal, 1990.

3. Dermatología. Atlas. Diagnóstico y tratamiento. Doctor Roberto Arenas. Segunda Edición. 1996, páginas de la 33 a 47. Editorial Interamericana.

4. Dermatología. Manual Moderno. Doctores Milton Orkin, Howard I. Maibach. 1994, páginas de la 501 a la 512; 687, 688.

**ASCOFAME
FACULTADES
DE MEDICINA**

Universidad de Antioquia
Universidad
Pontificia Bolivariana
Universidad de Caldas
Universidad de Cartagena
Universidad del Cauca
Escuela Colombiana de Medicina
Universidad
Industrial de Santander
Instituto de Ciencias de la Salud
- CES -
Universidad Javeriana
Universidad Libre - Atlántico
Universidad Libre de Cali
Universidad Metropolitana
- Barranquilla -
Universidad del Norte
- Barranquilla -
Universidad Militar
Nueva Granada
Universidad del Quindío
Universidad del Rosario
Universidad de la Sabana
Universidad Surcolombiana
Universidad
Tecnológica de Pereira
Universidad del Valle
Universidad Nacional de
Colombia



MERCK SHARP & DOHME

 **NOVARTIS**



 **Schering-Plough S.A.**