



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA
UNAN-MANAGUA**

Tratamiento Quirúrgico e Infiltración con Corticoide en pacientes con Foliculitis Hipertrófica de la Nuca en el Centro Nacional de Dermatología "Dr." Francisco José Gómez Urcuyo", en el período Junio –Octubre 2012

Tesis para optar al título de especialista en Dermatología

Autor

Dr. Walter Uriel Rivera Rivas

Tutor

**Dra. Anely Pérez Molina
Dermatóloga**

Managua, Nicaragua, Febrero 2013

DEDICATORIA

Dedico mi tesis a Dios todo poderoso creador de todo, honra y gloria a su nombre.

A mi padre, madre, esposa, hermanos que con su ejemplo de empeño y dedicación en la vida, su amor incondicional y oraciones han permitido cumplir otro anhelo más.

A mis docentes, que con su paciencia, amor a la docencia impulsaron mi formación hasta este momento.

Que les puedo decir, más que mi agradecimiento eterno.

Dr. Walter Uriel Rivera Rivas.

AGRADECIMIENTO

Agradezco de forma muy especial a la **Dra. Anely Pérez Molina**, mi tutora, que sin su esfuerzo, sabiduría y empeño por enseñarme nada hubiese sido posible.

Agradezco a Dra. Leslie Zamora y Dra. Castillo, ambas me dieron los aportes necesarios para seguir mi trabajo de culminación de estudios con éxito, así también sus enseñanzas.

Agradezco a Dra. Carolina Wilson por esforzarse en enseñarme dermatología clínica y estética.

Agradezco a Dra. Martínez por todos los conocimientos que apporto en mi formación.

Agradezco a Dr. Cerda y Dr. Danilo Quintanilla por transmitirme conocimiento de cirugía.

Agradezco a Dra. Medina por su apoyo y conocimientos.

Agradezco al Dr. Andrés Zamora por sus enseñanzas

En fin agradezco a todos los que me apoyaron de alguna u otra forma.

RESUMEN

El presente estudio permitió evaluar la efectividad del Tratamiento Quirúrgico e Infiltración con Corticoide en pacientes con Foliculitis Hipertrófica de la Nuca en el Centro Nacional de Dermatología "Dr. Francisco José Gómez Urcuyo", en el período Junio –Octubre 2012. El estudio fue de tipo observacional, descriptivo y analítico, prospectivo, transversal y en el campo de la investigación clínica y epidemiológica es un estudio de casos. Para la selección de los pacientes se procedió a la captación de estos en sala de clasificación, independientemente si eran pacientes que acudieron por primera vez o subsecuentes por aquejar foliculitis hipertrófica de la nuca, sin importar que hayan sido tratados con otras modalidades terapéuticas. Una vez que se captaron, fueron evaluados en base a los criterios de inclusión. El 33.3 % de los pacientes presentaron complicaciones quirúrgicas posterior a la cirugía. Las complicaciones fueron: infecciones asociadas con dehiscencia de herida con el 75%, y un 25% solo presentó dehiscencia de la herida quirúrgica. Al analizar las variables que influyeron en la aparición de las complicaciones quirúrgicas se observó en el caso de las infecciones con dehiscencia de la herida que tanto el sexo, la ocupación, el seguimiento de los pacientes posterior a la cirugía resultaron con valores de P mayor al límite crítico de confianza α 0.05 por lo que todas estas variables son independientes entre sí, y no tienen significancia estadística, por tanto el sexo y la ocupación no influyen en la aparición de las infecciones con dehiscencia de la herida, y de igual forma el seguimiento de los pacientes posterior a la cirugía. Por lo tanto se debe de considerar como una opción terapéutica la resección quirúrgica más infiltración con corticoides en los pacientes con Foliculitis hipertrófica de la nuca.

INDICE

CONTENIDO	NO. DE PÁGINAS
RESUMEN	4
INTRODUCCION.....	7
ANTECEDENTES.....	8
JUSTIFICACION	10
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	11
OBJETIVOS	13
MARCO TEÓRICO	13
MATERIAL Y MÉTODO	35
RESULTADOS	45
ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	63
CONCLUSIONES.	67
RECOMENDACIONES.....	68
1. CONSIDERAR COMO UNA OPCIÓN TERAPÉUTICA EN LOS PACIENTES CON FOLICULITIS HIPERTRÓFICA DE LA NUCA LA RESECCIÓN QUIRÚRGICA MÁS INFILTRACIÓN CON CORTICOIDES.....	68
2. FOMENTAR TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN QUE NOS PERMITAN BRINDAR OTRAS OPCIONES TERAPÉUTICAS A LOS PACIENTES.	68

BIBLIOGRAFIA.....	69
ANEXOS	72
SEGUIMIENTO FOTOGRAFICO.....	73

INTRODUCCION

La foliculitis hipertrófica de la nuca es una enfermedad crónica que afecta comúnmente a hombres de descendencia africana, seguido de hispanos y asiáticos, caracterizada por la presencia de pápulas de consistencia sólida que crecen lentamente, muchas de estas lesiones coalescen formando placas tipo queloides que a menudo se distribuyen en bandas cerca de la línea de implantación posterior del cabello ("Jimenez Eduardo, 2011 Pàgina 1).

Se ha visto como anteriormente las lesiones papulares y en placa tipo queleide de Foliculitis hipertrófica de la nuca, se habían manejado con infiltración intralesional de corticoides no encontrándose con una respuesta satisfactoria al problema.

La Foliculitis hipertrófica de la nuca se encuentra dentro de la primera 15 causas de consulta en el Centro Nacional de Dermatología, por lo que es necesario brindar diferentes opciones de tratamiento individualizándolo de acuerdo al cuadro clínico de cada paciente.

En el presente estudio se trataron quirúrgicamente a los pacientes y al mismo tiempo se infiltraron con corticoides, brindando un debido seguimiento hasta garantizar el alta de los mismos. Estos resultados servirán para conocer las ventajas y desventajas de dicho procedimiento y que sea una opción terapéutica para los pacientes con foliculitis hipertrófica de la nuca que acuden al Centro Nacional de Dermatología.

ANTECEDENTES

Garagorri, Bruno Ciriani presentó el caso de un paciente varón de 31 años, con foliculitis queloidea de larga evolución, con una placa de 10 cm de largo por 6 cm de ancho. La lesión era del color de la piel, de bordes irregulares, con superficie lisa, de consistencia dura y con apariencia de cepillo, porque los cabellos salían agrupados por agujeros. Recibió 10 sesiones, 3 dosis por semana, de radioterapia superficial con 0,97 Gy por sesión y una dosis total de 9,7 Gy. Luego de seis semanas de terminado el tratamiento se realizó una resección total de la lesión. A los siete días de la intervención quirúrgica se retiró los puntos y se inició infiltraciones con triamcinolona y radioterapia superficial complementaria con 5,64 Gy de dosis total. A los dos años de evolución no se aprecia recidiva de la lesión. (Garagorri Bruno Ciriani. Volumen 11, página 71-73. Peru 2001)

En Enero del 2009 en el Instituto de Biomedicina. Hospital Vargas. Caracas Venezuela se revisa el caso de paciente masculino de 26 años , quien refiere inicio de enfermedad a los 21 años de edad, quien posterior a corte de cabello comienza a presentar múltiples pápulas fibrosas, algunas con pústula central que aumentaron progresivamente en tamaño y número, coalesciendo hasta formar una placa hipertrófica (queloideana). Se realiza extirpación quirúrgica seguida de ciclo de criocirugía. (PIEL, 2010)

Joseph Califano, Stanley Miller y John Frodel realizan estudio sobre el tratamiento del acné queloide la nuca, con escisión quirúrgica y cierre por segunda intención en cinco pacientes. Los pacientes fueron tratados mediante la extirpación de la lesión profunda en la dermis y los folículos pilosos. Los resultados de cierre de la herida completa se llevaron a cabo en todos los pacientes dentro de 6 a 10 semanas. No se presentaron complicaciones o recurrencias Los resultados cosméticos fueron de regular a bueno, el seguimiento osciló entre 2 meses y 4 años. (Josep Califano Stanley Mmiller, John Frodel. Publicación periòdica. Mèxico)

En el Departamento de Dermatología y Cirugía Cutánea de la Universidad de South Florida, Tampa, Nashida Beckett, MD, MPH, Christina Lawson, BS, y George Cohen, realizan estudio sobre escisión electro quirúrgico de acné queiloideo de la nuca con la cicatrización por segunda intención. Considerando que la escisión con la cicatrización por segunda intención es una opción efectiva en el tratamiento de la foliculitis hipertrófica de la nuca extensa, que no responde al tratamiento médico o intervención quirúrgica menor. (Nashida Beckett, Enero 2011, página 36-39)

Se realizó tratamiento de expansión de tejido, en un paciente con acné Queiloide fue tratado con la expansión del tejido, resección total, y la reconstrucción de la zona lesionada por el avance del colgajo del cuero cabelludo expandido. La radioterapia local se aplicó a la cicatriz resultante. Después de 2 años de seguimiento no se observó una recurrencia y el resultado cosmético fue bueno. (Pestalardo CM, julio 2006)

En Nicaragua Jiménez, Eduardo; Palma Johnny; realizan estudio sobre resección quirúrgica de la foliculitis hipertrófica de la nuca en pacientes atendidos en el Centro Nacional de Dermatología, En este estudio se incluyeron 6 pacientes, los que presentaron una respuesta satisfactoria posterior a la cirugía, considerándola una opción terapéutica muy efectiva. ("Jimenez Eduardo, 2011).

JUSTIFICACION

La foliculítis hipertrófica de la nuca se encuentra dentro de la primera 15 causas de consulta en el Centro Nacional de Dermatología, por lo que es necesario brindar diferentes opciones de tratamiento individualizándolo de acuerdo al cuadro clínico de cada paciente.

En vista que en el Centro Nacional de Dermatología solo se ha realizado un estudio sobre el manejo con resección quirúrgica de la foliculítis hipertrófica de la nuca, considere necesario profundizar en dicho tema, agregando la infiltración con corticoides posterior a la cirugía, lo cual permitirá evitar la formación de cicatrices queloides y recurrencia del cuadro.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Caracterización

La foliculítis hipertrófica de la nuca es un trastorno inflamatorio crónico de la cara posterior del cuello y región occipital del cuero cabelludo, afecta principalmente a hombres.

Existen numerosas modalidades de tratamiento médico y quirúrgico, sin embargo la curación y resultados estético para pacientes con enfermedad extensa son pobres, se han observado diversos grados de éxito en los tratamientos combinados.

Delimitación

La foliculítis hipertrófica de la nuca se encuentra dentro de la primera 15 causas de consulta en el Centro Nacional de Dermatología, se ha observado poca respuesta a los tratamientos convencionales que se ofertan en el Centro Nacional de Dermatología, siendo estos procedimientos dolorosos que incrementan el abandono a los mismos por parte de los pacientes.

Formulación del problema

¿Cuál es la efectividad del tratamiento Quirúrgico e Infiltración con corticoide en pacientes con Foliculitis Hipertrófica de la Nuca en el Centro Nacional de Dermatología "Dr. Francisco José Gómez Urcuyo", en el período Junio –Octubre 2012?

Sistematización del Problema

1. ¿Cuáles son las características socio demográfica de los pacientes con Foliculitis Hipertrófica de la Nuca?
2. ¿Cuál es la efectividad del tratamiento Quirúrgico e Infiltración con corticoide en pacientes con Foliculitis Hipertrófica de la Nuca?
3. ¿Cómo es la satisfacción de la efectividad del tratamiento Quirúrgico e Infiltración con corticoide en pacientes con Foliculitis Hipertrófica de la Nuca?

OBJETIVOS

Objetivo General

Evaluar la efectividad del tratamiento Quirúrgico e Infiltración con corticoide en pacientes con Foliculitis Hipertrófica de la Nuca en el Centro Nacional de Dermatología “Dr. Francisco José Gómez Urcuyo”, en el período Junio –Octubre 2012

Objetivos Específicos

1. Describir las características socio demográficas de los pacientes atendidos con Foliculitis Hipertrófica de la Nuca.
2. Determinar la efectividad del tratamiento Quirúrgico e Infiltración con corticoide en pacientes con Foliculitis Hipertrófica de la Nuca
3. Analizar la satisfacción de la efectividad del tratamiento Quirúrgico e Infiltración con corticoide en pacientes con Foliculitis Hipertrófica de la Nuca.

MARCO TEÓRICO

Introducción

El acné queiloíde de la nuca es una foliculitis cicatrizal destructiva que afecta en su mayor parte el cuero cabelludo occipital de estadounidenses de raza negra sobre todo varones. (Fitzpatrick, 2008, 7ma. edición pàg. 774)

Los pacientes suelen desarrollar una foliculitis crónica y perifoliculitis, caracterizada por pápulas agrupadas, con el tiempo, estas pápulas a menudo se unen para formar una o varias placas, que gradualmente se agrandan durante un período de años. Las lesiones suelen ser pruriginosas y también pueden ser dolorosas y desfigurantes cosméticamente. (Jean L Bologna, 2007, 2da. edición)

Historia

El acné queiloíde de la nuca, primero fue descrito por Kaposi en 1869 como "dermatitis de capillitii papularis ". Sin embargo, la enfermedad había sido previamente reconocida en la clínica de Hebra, y denominado «frambroisiformis la sicosis". Tres años después de la publicación de Kaposi (1872), Bazin le llamo acné queiloide. Desde entonces, este trastorno se ha descrito en la literatura bajo una variedad de nombres como acné queiloide de la nuca, foliculitis queiloide de la nuca, Dermatitis papilaris capiliti. (Jean L Bologna, 2007, 2da. edición)

Epidemiología

En los EE.UU., el acné queiloide, es más frecuente en hombres jóvenes afroamericanos, seguidos en frecuencia por los hispanos, los asiáticos y los caucásicos. Representa menos del 1% de trastornos dermatológicos en afroamericanos. Puede ocurrir en mujeres, pero la razón hombre: mujer es de al menos 20:1. El Desarrollo antes de la pubertad y después de la edad de 50 años es extremadamente raro. (Jean L Bologna, 2007, 2da. edición)

Es frecuente en varones de raza negra después de la pubertad que tienen o han tenido un acné significativo. Su causa es desconocida; sin embargo, se ha aislado estafilococo dorado de las lesiones y existe una predisposición individual. (RJ, Adrians -1999, cap.27 pàg. 1121)

En el Centro Nacional de Dermatología se atendieron 1,331 pacientes con diagnóstico de foliculitis hipertrofica de la nuca, entre el año 2010 y el año 2012.

Etiología y Patogenia

Etiología

Se han considerado los siguientes aspectos como desencadenantes importantes en la enfermedad.

1. El afeitado de la zona cercana al cuello.
2. Irritación constante del cuello por las camisas o accesorios deportivos.
3. Infecciones bacterianas crónicas de bajo grado.
4. Procesos autoinmunes.
5. Uso de medicamentos antiepilépticos o ciclosporina.

También se ha relacionado la foliculitis hipertrófica de la nuca con la queratosis folicular decalvante espinulosa, un raro trastorno ligado al cromosoma X en el que los individuos tienen una predisposición genética hacia la hiperqueratosis folicular y la posterior inflamación. (Dinejart SM; Herzbeg 1989. Pàg 7)

Patogenia

La causa del acné queiloide de la nuca es desconocida. En un estudio, dos tercios de los pacientes afectados tenían dermatitis seborreica y un tercio tenía pseudo foliculitis de la barba concomitante. No se ha identificado un factor genético específico. El afeitarse o cortar el pelo corto, muy rizado (como se encuentra en muchas personas con piel con pigmentación oscura) y luego el crecimiento hacia dentro de los pelos gruesos y curvados que penetran a la piel puede ser el desarrollo de estas lesiones. (Jean L Bologna, 2007, 2da. edición)

Es producida comúnmente por el estafilococo en personas de cuello corto, obesos y en aquellos que usan cuellos muy apretados, donde la irritación traumática sirve de puerta de entrada al germen. (Julian Manzur, 2002)

Cuadro Clínico

Las lesiones clínicamente distintivas comienzan como pústulas y pápulas foliculares, que progresan a pápulas firmes persistentes o confluyen en placas alopecicas de tipo queiloide. (Fitzpatrick, 2008)

El acné queiloide de la nuca generalmente comienza como una foliculitis de la parte posterior del cuello, seguido por el desarrollo de pápulas foliculares que son de 2-4 mm de diámetro y puede o no ser pruriginosa. Las pústulas también pueden estar presentes en la misma zona, pero suelen ser de corta duración (Julian Manzur, 2002)

. A medida que la enfermedad progresa, las pápulas aumentan y pueden coalescer y formar queloides en forma de placas que a menudo están dispuestas en una distribución de tipo banda cerca de la línea de implantación posterior del pelo. Las placas son por lo general de unos pocos centímetros de diámetro, pero

puede crecer hasta más de 10 cm. Aun cuando sólo están presentes pápulas, una gran área del cuero cabelludo en la parte posterior puede estar afectada.

Cuando el área afectada es importante, puede haber pérdida parcial o total del cabello por lo general de forma irregular. En algunos pacientes, el proceso de cicatrización puede extenderse hasta el vértice y / o región parietal. A menudo, los bordes superiores de las lesiones están rodeados de grandes mechones de pelos que se asemejan a los pelos de la cabeza de una muñeca, como en otras alopecias cicatriciales, tales como foliculitis decalvante. De vez en cuando, pueden desarrollarse abscesos subcutáneos ocasionando dolor. (Jean L Bologna, 2007, 2da. edición)

Patología

La inflamación comienza en el tercio superior del folículo piloso. Inicialmente el infiltrado está compuesto de neutrófilos y linfocitos. Las glándulas sebáceas están disminuidas o ausentes en todas las etapas de la enfermedad. En las lesiones más avanzadas, los folículos pilosos se ven afectados y están rodeados por una inflamación granulomatosa. La fibrosis dérmica también está presente en esta etapa, y las fibras de colágeno se asemejan a las observadas en el tejido cicatrizal. A veces un solo folículo puede mostrar diferentes etapas de la inflamación cuando se ve en toda su longitud. La porción inferior del folículo, incluida la matriz, generalmente no se afecta inicialmente. Una formación de queloides real se puede ver en las etapas finales. (Jean L Bologna, 2007, 2da. edición)

Diagnósticos Diferenciales

Se debe de considerar el número, forma y distribución de las lesiones para un diagnóstico correcto.

1. Acné conglobata:

Es una afección inflamatoria crónica y severa, que por lo general afecta hombres adultos, entre 18 y 30 años. Aparece de novo, aunque en ocasiones el cuadro es precedido por acné pápulo – pustuloso.

Las lesiones se localizan en cuello, miembros superiores, abdomen, glúteos, axilas, ingle y el periné. Se caracteriza por comedones, con varias aperturas pápulo-pustulosas, nódulos y quistes. Muchas veces se acompaña de anemia normocítica normocrómica, leucocitosis leve y aumento de la eritrosedimentación (Kaminsky Ana, et. al 2007; pàg. 49)

2. Acné vulgar:

Enfermedad multifactorial que afecta la unidad pilosebácea. En su desarrollo se involucran diversos factores como; alteraciones en la queratinización epidérmica, así como en la secreción, excreción y composición del sebo, la colonización de la luz folicular por la microflora y el desarrollo de fenómenos inflamatorios.

Se localiza en áreas de la piel en las que abundan los folículos pilosebáceos y con sensibilidad particular a los andrógenos, como la cara, área central del tórax anterior y parte superior de la espalda. En casos severos se extiende hasta la mitad inferior del dorso y tercio superior de los brazos. Clínicamente se caracteriza por el desarrollo de comedones, pápulas, pústulas, nódulos, quistes, abscesos y flemones que pueden tener secuelas cicatrízales. (Kaminsky Ana, et. al 2007; pàg. 3)

3. Erupción acneiforme.

Es una dermatosis que puede afectar a cualquier edad. Los individuos con predisposición constitucional a presentar acné son los que tienen mayor riesgo y su aparición es consecuencia del uso de corticoides, en especial fluorados y de la administración sistémica de fármacos como hormonas, vitaminas, halógenos, antiepilépticos, antibióticos, psicofármacos entre otros.

Se localiza en sitios que exceden las áreas afectadas por el acné vulgar, como la superficie de extensión de los miembros. Se caracteriza por monomorfismo lesional, constituido por pápulas eritematosas foliculares y pústulas. Puede haber prurito (Kaminsky Ana, et. al 2007; pàg.57)

4. Foliculitis decalvante.

Es una entidad que se produce como resultado de la inflamación crónica del folículo piloso que lleva a su destrucción y como consecuencia a una alopecia cicatrizal permanente. Es una patología poco frecuente que compromete con mayor frecuencia el cuero cabelludo y tiene mayor incidencia en el sexo masculino. Su etiología y fisiopatogenia es desconocida y el pronóstico es desfavorable por falta de respuesta a los tratamientos.

La lesión fundamental es una pústula folicular o perifolicular aislada, o formando placas en uno o varios sitios pilosos, de contornos generalmente irregulares sobre los cuales se pueden apreciar pústulas atravesadas por cabellos o vellos, según la región afectada, que al ser traccionados arrastran una vaina gelatinosa que envuelve al folículo. En los bordes de extensión se observa la presencia de numerosas lesiones en actividad, secreción seropurulenta, costras y erosiones. Estas lesiones crónicas dejan como secuela, zonas de alopecia definitiva que se extienden lentamente. (Dra. M. Maciulis, 2005. Pàg.254)

5. Hidrosadenitis supurativa.

Luis Charúa-Guindic, Rebeca Maldonado-Barrón y otro, la describen como un proceso inflamatorio, crónico, recurrente, originado en las glándulas apocrinas de las regiones axilar, inguinal, perineal, perianal y glútea, es rara antes de la pubertad y es más frecuente en adultos jóvenes. (Luis Charúa-Guindic, 2006. Pàg 249-255)

El clima tropical favorece el desarrollo de la enfermedad, pero también es reportada en muchas otras partes del mundo con condiciones climáticas variables. La obesidad y la tendencia genética al acné son factores predisponentes. Puede ser muy dolorosa y debilitante, y provocar lesiones y trayectos fistulosos que supuran en forma crónica. Afecta con más frecuencia a las mujeres en la región axilar, mientras que en los hombres en las regiones glútea, perineal, perianal e inguinal.

Clínicamente, la hidrosadenitis supurativa puede tener inicio insidioso con prurito, ardor y aumento de la temperatura local y progresar a dolor y nódulos subcutáneos profundos que se organizan como abscesos, drenan una secreción maloliente de manera espontánea y por lo regular no cicatrizan por completo.

En algunas ocasiones puede resolverse en forma espontánea después de varias semanas o meses. Los síntomas que suelen acompañar a la hidradenitis supurativa son descarga purulenta, dolor local e inflamación, y en menos de 10 %, prurito, sangrado y eritema. Puede progresar a una forma crónica, recurrente, con lesiones contiguas o distantes y, finalmente, a múltiples nódulos, con trayectos fistulosos, rodeados de fibrosis y celulitis; los trayectos por lo general son múltiples e irregulares. (Luis Charúa-Guindic, 2006. Pàg 249-255)

6. Perifoliculitis capitis Abscedens:

María Florencia Rico, José E. Brusco y otros refieren que esta dermatosis es una rara afección inflamatoria del cuero cabelludo que puede conducir a la

alopecia cicatrizal. Afecta predominantemente a varones de raza negra de 18 a 40 años de edad, aunque se han descrito casos en hombres blancos, mujeres y niños, también se han publicado casos con incidencia familiar.

Clínicamente se caracteriza por nódulos dolorosos, firmes o fluctuantes, salpicados por cabellos que se desprenden fácilmente y de los orificios foliculares puede fluir pus. Dichos nódulos se vuelven coalescentes y forman grandes abscesos comunicantes que disecan el cuero cabelludo y pueden provocar alopecia cicatrizal extensa. Afecta sobre todo el occipucio y el vértex. La etiología de esta enfermedad permanece desconocida.

Es frecuente la combinación con acné vulgar y la asociación con acné conglobata, hidradenitis supurativa y quiste pilonidal formando parte de la tétrada de oclusión folicular. (María Florencia Rico, 2012, pàg.98-101)

Tratamiento

El tratamiento de la foliculitis hipertrófica de la nuca es difícil, y numerosas modalidades se han utilizado con diversos grados de éxito. Iniciar la terapia lo antes posible después de la aparición inicial de las lesiones disminuye la posibilidad de desfiguración cosmética a largo plazo. . (Fitzpatrick, 2008)

Prevención:

Educación al paciente sobre:

1. No usar ropa que cause irritación mecánica de la línea posterior del pelo.
2. No usar cascos deportivos
3. No usar afeitado para el corte de pelo.
4. Eliminar grasas y pomadas para el cabello.

Higiene

1. Lavados diario con champú suave.
2. Jabón de peróxido de benzoílo, clorhexidina,
3. Limpiadores suaves queratolíticos que contienen ácidos alfa-hidroxi o alquitrán. (Jean L Bologna, 2007, 2da. edición)

Tratamiento tópico

La combinación de un corticoide tópico potente o superponerte con retinoides tópicos es eficaz. Cuando hay presencia de pústulas, costras o material exudativo, debe prescribirse un antibiótico tópico como la clindamicina o eritromicina dos veces al día hasta que las lesiones mejoren. Si el paciente no tiene mejoría significativa en 4-5 días, se debe realizar un cultivo bacteriano de la zona afectada, y si se identifican los microorganismos patógenos e iniciar los antibióticos sistémicos. (Jean L Bologna, 2007, 2da. edición)

1. La enfermedad papular leve puede responder a los esteroides tópicos potentes o superpotentes con o sin el uso de retinoides.
2. Cloranfenicol tópico ha sido eficaz y se puede preparar mediante la adición de 500 mg a 30 g de crema de fluocinonida.
3. En lesiones papulares, la inyección intralesional de acetónido de triamcinolona 3-5 mg / ml hasta 40 mg / ml para lesiones resistentes. La aplicación de una mezcla de crema de lidocaína-prilocaína bajo oclusión con película plástica 2 horas antes de la inyección disminuye el dolor de las inyecciones. Se debe advertir a los pacientes que en la zona de infiltración se puede presentar hipo pigmentación y permanecer así durante 6-12 meses.
4. Una terapia coadyuvante a los esteroides intralesionales es el afeitado o curetaje de las pápulas pequeñas o nódulos antes de la inyección.

5. Sesiones intralesional de 5-fluorouracilo y / o inmunoterapia también se han utilizado.
6. Otra opción es la terapia de radiación, lo que provoca la depilación permanente de la zona.
7. Una vez que haya ocurrido la curación y la enfermedad activa es controlada, debe aplicarse una mezcla de esteroides y tretinoína en la parte occipital del cuero cabelludo dos veces al día para ayudar a prevenir la recurrencia (Jean L Bolognia, 2007, 2da. Edición)

Tratamiento Sistémico

1. En los casos en los que se presenten grandes abscesos o exudado purulento, se debe considerar la administración de prednisona oral por un periodo de 7 - 10 días
2. La isotretinoína puede ser considerada un tratamiento para la enfermedad de progresión rápida. (Jean L Bolognia, 2007, 2da. edición)

Tratamiento Quirúrgico

1. La crioterapia también ha demostrado ser exitosa en algunos casos. Congelar el área durante 20 segundos, permitir que se descongele, y congelar nuevamente un minuto después. (The Cochrane 2010)

2. Se puede realizar la ablación de la lesión con diferentes tipos de láser (por ejemplo, el dióxido de carbono, 1064-nm Nd: YAG, diodo de 810 nm) los que se deben considerar para las lesiones refractarias a los tratamientos.
3. La depilación del vello con láser permite la necrosis por coagulación de los folículos pilosos.(Jean L Bologna, 2007, 2da. edición)
4. La escisión de las pápulas pequeñas a través de biopsia por punch es otra opción terapéutica. El punch debe extenderse profundamente en el tejido subcutáneo de manera que el folículo piloso se extirpe todo. Las biopsias superficiales tienden a tener una incidencia mucho mayor de recurrencia. Después de realizar la biopsia por punch, se inyectan los bordes de la herida con 10-40 mg / ml de triamcinolona para reducir la inflamación. El área debe ser aproximada con sutura 4-0. Debido a que las suturas de nylon a menudo irritan la piel, las suturas de seda pueden ser utilizadas para prevenir este problema. Se debe Instruir al paciente, limpiar el área postoperatoria 3 veces al día con un limpiador suave, seguido de la aplicación de un antibiótico tópico.Las suturas deben retirarse en 7-10 días, y el paciente debe comenzar a utilizar acido retinoico tópico dos veces al día o corticosteroides tópicos durante 4-6 semanas. (The British journal of Dermatology., 2010)
5. La inyección de 3-5 mg / ml de acetónido de triamcinolona también se puede considerar si el área permanece endurecida. El sitio quirúrgico postoperatorio puede ser inyectado cada 2-4 semanas hasta que la zona se ablande. . (The British journal of Dermatology., 2010)
6. Para la eliminación de la pápula, una supresión del sacador con un trépano de trasplante de cabello puede utilizarse, se puede cerrar de forma primaria o permitir que cicatrice por segunda intención. El punzón debe extenderse por debajo del nivel del folículo piloso para tener éxito. Además, una mezcla

50:50 de 2% xilocaína (con epinefrina) y triamcinolona acetónido (40 mg / ml) se puede utilizar para la anestesia local a fin de ayudar a prevenir la recurrencia. Si el paciente duerme de espaldas o tiene un cuello corto, entonces las lesiones se pueden cerrar con suturas de seda para evitar las puntas rígidas de sutura que perforan la piel. Una semana después de retirada la sutura, los sitios de escisión se inyectan con acetónido de triamcinolona (40 mg / ml), y esto puede llevarse a cabo tres veces más a intervalos de 3 semanas. Un cultivo bacteriano se debe obtener de cualquier sitio con exudación o drenaje, seguido por el antibiótico sistémico apropiado.

7. Para las placas de 1.0-1.5 cm de diámetro vertical (es decir, superior a borde inferior), la escisión con el cierre primario es el tratamiento de elección. Algunos afirman que el imiquimod tópico al día, comenzando inmediatamente después de la cirugía y continuar durante 6-8 semanas, puede prevenir la recurrencia. Si el imiquimod causa irritación, entonces debe ser interrumpido por unos pocos días y posteriormente aplicar cada dos días durante un total de 8 semanas.
8. Las lesiones > 1,5 cm de diámetro vertical no debe ser cerrado principalmente, porque la cicatriz postoperatoria generalmente se extiende a la anchura del defecto escisión, produciendo una cicatriz no pilosa plana. En estas lesiones, el área de acné queloides se escinde al nivel de la fascia o tejido subcutáneo profundo y se deja curar secundariamente. La escisión debe incluir la línea posterior del pelo dentro de la elipse quirúrgica. Se llevará a 8-12 semanas para que el defecto de cierre. Un antibiótico de amplio espectro por vía oral (por ejemplo, una cefalosporina) se debe dar durante 7-10 días después de la cirugía para prevenir la infección.

9. Algunos pacientes han sido tratados con éxito con la extirpación con láser de CO₂, pero requiere inyecciones de triamcinolona postoperatoria (10-40 mg / ml) cada 3 semanas durante cuatro sesiones, comenzando una semana después de que las suturas se retiran.
10. Con la extirpación quirúrgica el cierre primario da lugar a menudo a recidivas y / o cicatrices hipertróficas y los datos muestran que las lesiones con cierre por segunda intención con menor recurrencia. La cicatrización se logra en general en 6-10 semanas. Medicamentos para el dolor puede ser necesario durante las primeras 48 horas. . (The British journal of Dermatology., 2010)
11. Citar a los pacientes en 24-36 horas. Se debe remojar el área con solución de cloruro de sodio para facilitar la eliminación del apósito y limpiar el sitio postoperatorio.
12. Instruir a los pacientes a limpiar el sitio dos veces al día una vez que el vendaje se retire.
13. Seguimiento semanal o antes, si se presentan complicaciones.
14. Indicar a los pacientes sobre el posible inicio de las inyecciones de esteroides intralesionales o para iniciar el esteroide tópico / tratamiento con ácido retinoico una vez que el área ha sanado, por lo general en 2-3 meses.
15. No iniciar tratamiento con esteroides intralesionales previo a la curación porque esto puede dar lugar a dehiscencia de la herida.(Jean L Bolognia, 2007, 2da. edición)

16. En estudio realizado por Jr. Gloster sobre la Eficacia de la escisión con cierre primario e infiltración de esteroides intralesional, se incluyeron a 25 pacientes con foliculitis hipertrófica de la nuca extensa, que eran refractarios al tratamiento médico. Todos los pacientes eran hombres sanos, jóvenes que no tenían problemas médicos y no estaban tomando ningún medicamento. Los 25 pacientes se sometieron a la extirpación quirúrgica de las lesiones. Veinte de ellos sufrió la escisión con el cierre por planos, cuatro pacientes fueron sometidos a 2-etapa de escisiones con cierre de capas. Un paciente sufrió la escisión con la cicatrización por segunda intención.
17. Los 25 pacientes calificaron el resultado estético de la cirugía como bueno a excelente. Ningún paciente experimentó recurrencia de sus queloides. (Jr.Gloster, HM. Vol.11-2000)
18. Glenn MJ. Realiza estudio sobre escisión quirúrgica con cicatrización por segunda intención, como una modalidad terapéutica eficaz de la foliculitis hipertrófica de la nuca. Este se realizó en 6 pacientes a quienes se trataron con escisión de la zona afectada a nivel de la fascia muscular o tejido subcutáneo profundo, dejando cierre por segunda intención. Cuatro de los seis pacientes tuvieron una escisión elíptica horizontal del área afectada, que incluyó la línea de implantación posterior, con resultados buenos a excelentes. Los otros dos, que recibieron la escisión no elíptica, tuvieron una curación más lenta de la herida (Glenn MJ, 2000)
1. Hernández Claudia; Toro Ana Milena se refieren en su artículo al manejo de las cicatrices hipertróficas y queloides, donde describen el uso de esteroides intralesional como tratamiento de primera línea en el manejo de los queloides. El más usado es la triamcinolona a dosis de 10 a 40 mg/ml, según el tamaño de la lesión, en intervalos de cuatro a seis semanas. Se reportan tasas de recurrencia menores de 50% y efectos secundarios en

63% de los pacientes. Su mecanismo de acción se debe a su efecto antiinflamatorio e hipóxico. (Hernández; Toro 2011).

Complicaciones de la Foliculitis hipertrófica de la nuca.

1. Alopecia cicatricial.
2. Fistulas.
3. Infecciones bacterianas.

Pronóstico

El pronóstico es bueno si la foliculitis hipertrófica de la nuca se trata a tiempo y correctamente. Sin embargo, una vez que se desarrollan cicatrices grandes, el tratamiento es más difícil y aumenta la morbilidad.

Complicaciones en Cirugía Dermatológica

Una complicación quirúrgica es cualquier resultado negativo que sea percibido tanto por el cirujano como por el paciente; pueden ocurrir Intra operatoriamente, en el postoperatorio temprano o en el postoperatorio tardío (debido a la remodelación tisular o cicatrización con un resultado inaceptable estética o funcionalmente). Las complicaciones pueden prevenirse con una evaluación preoperatoria, el uso de una adecuada técnica quirúrgica y la correcta ejecución de los cuidados postoperatorios y el seguimiento (Campos Jorge, Vasquez Oswaldo 2006)

La evaluación preoperatoria es la selección apropiada del paciente e involucra la detección de condiciones tanto físicas como psiquiátricas que pudieran interferir con un resultado deseable del procedimiento quirúrgico. Se

debe de evaluar la comprensión del paciente, las expectativas realistas y la capacidad de proveer consentimiento informado (Campos Jorge, Vasquez Oswaldo 2006)

Complicaciones frecuentes en Cirugía Dermatológica

1. Sangrado
2. Infecciones
3. Dermatitis por contacto e hipersensibilidad
4. Dehiscencia
5. Necrosis
6. Cicatrización anormal
7. Daño neural

Sangrado

Es la complicación más común en cirugía dermatológica. Usualmente no pone en peligro la vida, pero es alarmante y compromete la integridad de la reparación.

Medicamentos que alteran la coagulación.

1. Warfarina
2. Aspirina
3. Otros AINES
4. Agentes antiplaquetarios,
5. ticlopidina) Alcohol (vasodilatador)
6. Ajo
7. Gingko biloba y Ginseng

8. Vitamina E

(Campos Jorge, Vasquez Oswaldo 2006)

Infecciones

La tasa de infección de la herida postoperatoria en cirugía dermatológica es baja del 0.7 al 2.29%. · El rasurado del área a operar previo a la cirugía ha demostrado incrementar la tasa de infección por lo que no es recomendable. Si es necesario puede cortarse el pelo con tijeras para evitar irritación e inflamación del área a operar. (Campos Jorge, Vasquez Oswaldo 2006)

Factores que predisponen a un mayor riesgo de infección:

1. Manipulación excesiva de los bordes de la herida y suturas que impiden el flujo vascular capilar pueden llevar a isquemia la cual aumenta el riesgo de infección.
2. El electrocauterio en exceso provoca necrosis tisular, lo cual causa una reacción inmune local.
3. El espacio muerto en la herida y la hemostasia inefectiva predispone al desarrollo de hematomas y seromas, lo cual provee un medio ideal de crecimiento para bacterias y causa tensión en los bordes de la herida.
4. Procedimientos prolongados (2 horas o más)
5. Sitio a operar inflamado
6. Infecciones distantes al sitio a operar
7. Edad avanzada, inmunosupresión, malnutrición y obesidad
8. · Áreas corporales húmedas (nariz, axila, boca, oídos y genitales) las cuales tienen alta colonización bacteriana.. (Campos Jorge, Vasquez Oswaldo 2006)

Organismos causales más frecuentes:

1. Staphylococcus aureus
2. Streptococcus viridans
3. Escherichia coli
4. Pseudomonas spp.

Dermatitis por contacto e hipersensibilidad

Puede haber dermatitis irritativa o hipersensibilidad retardada a cualquiera de los agentes tópicos usados en el cuidado de heridas. Debido a la alta incidencia de alergia a la Neomicina(5.3%), se prefiere evitar su uso.

Dehiscencia

Resulta cuando una herida falla en cicatrizar por aposición, ya que el depósito y la remodelación de colágeno gradualmente incrementan la fuerza tensil de la herida.

La herida recupera el 3-5% de su fuerza original en 2 semanas; 15% en 3 semanas; 35% en 1 mes y 80% después de varios meses. Tanto factores locales como sistémicos pueden causar dehiscencia; sin embargo la causa más común es por error quirúrgico. (Campos Jorge, Vasquez Oswaldo 2006)

Causas de Dehiscencia

La tensión excesiva en la herida (ya sea por inadecuada disección o (ya sea por inadecuada disección o pobre planeación quirúrgica) causa que esta se separe debido a las fuerzas mecánicas. Puede resultar dehiscencia cuando las suturas son retiradas demasiado temprano especialmente en heridas que no tienen adecuado apoyo por suturas absorbibles profundas que provean fuerza tensil. Las suturas superficiales aproximan los bordes de la herida pero no previenen la dehiscencia, la cual se puede hacer aparente inmediatamente al retirarse el punto. (Campos Jorge, Vasquez Oswaldo 2006)

Factores que aumentan el riesgo de Dehiscencia de la herida

1. Edad mayor de 65 años
2. Hepatopatía
3. Hipoalbuminemia
4. Insuficiencia cardiaca congestiva
5. Obesidad
6. Tabaquismo
7. Uremia Anticoagulantes
8. Malignidad
9. Aspirina
10. Infecciones sistémicas
11. Cortico esteroides sistémicos
12. Hipertensión
13. D-Penicilamina
14. Enfermedad de Cushing
15. Ciclosporina
16. Enfermedad tiroidea
17. Metronidazol

Necrosis

La necrosis de tejido ocurre secundaria a la isquemia tisular. Cualquier condición que resulta en una disminución del flujo sanguíneo a la herida tiene el potencial de causar necrosis. La tensión excesiva en los bordes de la herida es la causa más común. La disección y las suturas excesivas, o disección muy superficial disminuyen el flujo sanguíneo a los márgenes distales de la herida. (Campos Jorge, Vasquez Oswaldo 2006)

Irregularidades en la cicatriz

Las cicatrices anchas ocurren en áreas de alta tensión (hombros, espalda, pecho) y ocurren como resultado de complicaciones como infección o dehiscencia.

El tejido cicatrizal que se eleva por encima del nivel de la herida pero se mantiene dentro de los bordes de la herida original se llama cicatriz hipertrófica, se evidencian más frecuentemente en heridas que se dejan granular por segunda intención., aparecen tempranamente (4 semanas postoperatoriamente), frecuentemente tienen regresión espontánea y no recurren. (Campos Jorge, Vasquez Oswaldo 2006)

La cicatriz queloide se extiende más allá de los bordes de la herida original, pueden aparecer meses después de la cirugía, no presentan regresión espontánea y frecuentemente recurren. El manejo de las cicatrices hipertróficas y queloides tradicionalmente incluye esteroides intralesionales, geles de silicón y los compuestos oclusivos que han demostrado eficacia en algunos casos. El retiro de la cicatriz con la aplicación de esteroides intralesionales intraoperatoriamente o postoperatoriamente puede también ser efectivo. (Campos Jorge, Vasquez Oswaldo 2006)

Daño neural

El daño nervioso puede ser transitorio y reversible o permanente. El efecto de la anestesia local puede resultar en parálisis motora o sensitiva; lo anterior se resuelve en menos de 24 hrs. La neurapraxia se refiere a un déficit causado por presión o tensión inadvertida durante la cirugía. Este tipo de daño puede resultar en déficits motores o sensitivos, y puede persistir por meses. La transección del nervio facial causa discapacidad funcional, la cual usualmente es permanente. La rama temporal del nervio facial es muy superficial cuando cruza el arco cigomático, es más vulnerable a daño, especialmente en pacientes ancianos con piel delgada.

Aspectos éticos:

El estudio de investigación ha sido realizado con el consentimiento por escrito de todos los pacientes incluidos en el mismo, quienes fueron informados antes de iniciar el estudio.

MATERIAL Y MÉTODO

Tipo de Estudio:

De acuerdo a Piura, 2006, según el método utilizado el estudio es de tipo observacional o no experimental y según el diseño metodológico el tipo de estudio es descriptivo y analítico. De acuerdo a Canales, Alvarado y Pineda, 1986 según el tipo de ocurrencia de los hechos y registro de la información, el tipo de estudio es prospectivo y según el periodo y secuencia del estudio, el tipo de estudio es transversal. En el campo de la investigación clínica y epidemiológica el tipo de estudio se clasifica como un estudio de casos. Todas las referencias anteriores contempladas en Pedroza, 2012.

Área y período de estudio:

Centro Nacional de Dermatología "Dr. Francisco José Gómez Urcuyo" durante el periodo Junio –Octubre del año 2012

Universo y Muestra:

El presente estudio de casos está constituido por 12 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión contemplados en el mismo.

Criterios de inclusión:

1. Pacientes mayores de 18 años de edad con diagnóstico de foliculitis hipertrófica de la nuca que acudieron por primera vez y/o de forma subsecuente porque no tuvieron respuesta al tratamiento con terapias convencionales.

2. Pacientes que firmaron el consentimiento informado para realización del procedimiento quirúrgico.
3. Pacientes que no presentaron ninguna contraindicaciones para la realización de la cirugía, como hipersensibilidad al anestésico local, área de afectación igual o menor a 10 cm y mayor a 1 cm de extensión, enfermedad sistémica compensada (HTA, DM).
4. . Pacientes que cumplieron con los exámenes de laboratorio que fueron indicados previo a la cirugía, como son Hematocrito, recuento de plaquetas, Tiempo Parcial de Protrombina, Tiempo Parcial de Tromboplastina, tiempo de coagulación y tiempo de sangría.

Criterios de Exclusión:

1. Pacientes menores de 18 años de edad con diagnóstico de foliculitis hipertrófica de la nuca.
2. Pacientes que no firmaron el consentimiento informado.
3. Pacientes que presentaron alguna contraindicación para realización de procedimiento quirúrgico como hipersensibilidad al anestésico local, área de afectación mayor a 10 cm o menor de 1 cm de extensión, enfermedad sistémica descompensada (HTA, DM).
4. Pacientes que no se realizaron los exámenes de laboratorio requeridos, como son Hematócrito, recuento de plaquetas, Tiempo Parcial de Protrombina, Tiempo Parcial de Tromboplastina, tiempo de coagulación y tiempo de sangría.

.Tipo de muestreo:

No probabilístico, por conveniencia.

Selección de pacientes:

Para la selección de los pacientes correspondientes a la muestra se procedió a la captación de estos en sala de clasificación, independientemente si eran pacientes que acudieron por primera vez o subsecuentes por aquejar foliculitis hipertrófica de la nuca, sin importar que hayan sido tratados con otras modalidades terapéuticas. Una vez que se captaron, fueron evaluados en base a los criterios de inclusión, luego se procedió a realizar historia clínica, se indicaron los correspondientes exámenes de laboratorio y se programo la cirugía.

Manejo del paciente:

En sala de operaciones se procedió a cumplir con las medidas de asepsia y antisepsia, limpiando la zona del cuello posterior, luego se procedió a la infiltración localizada con lidocaína mas epinefrina y se realizó incisión en elipse con escéresis de las lesiones, posteriormente se cerró tejido celular subcutáneo con hilo absorbible Vicryl 2.0 y luego cierre de piel con hilo no absorbible Nylon 2.0 con puntos continuos cruzados. Posterior al cierre se realizó infiltración con corticoide intralesional, utilizando Fosfato más Dipropionato de Betametasona. Se indicó antibioticoterapia sistémica con Cefadroxilo 500mg cada 12 horas por 10 días y antiinflamatorios no esteroideos como Ibuprofeno 400mg por dolor. Se dieron las recomendaciones de cuidados postquirúrgico .

Seguimiento del paciente:

Posterior a la cirugía, con el respectivo tratamiento farmacológico, cuidados y recomendaciones postquirúrgicas se procedió a realizar evaluación clínica al paciente a las 24 horas, y luego a los 10 días para retiro de puntos, Luego se citaron de forma mensual para infiltraciones con corticoide intralesional, utilizando Fosfato más Dipropionato de Betametasona durante 3 meses para valoración clínica del paciente y seguimiento fotográfico, y posterior a esto se dieron de alta.

Métodos y procedimientos para la recolección de información:

La fuente de información fue primaria ya que fue constituida por los pacientes atendidos por Foliculitis hipertrófica de la nuca en el período de estudio. La recolección de la información necesaria en este estudio se realizó a través de la aplicación de la ficha de recolección de datos elaborada para tal fin y se tomaron fotografías para valorar la evolución del caso. (ver anexos)

Plan de tabulación y análisis

De la información que generó la Ficha de Recolección de datos, se realizó el análisis estadístico pertinente, según la naturaleza de cada una de las variables, mediante el análisis de contingencia, para todas aquellas variables no paramétricas, a las que se aplicó las pruebas de Phi y Kramer.

La información se procesó a través del programa estadístico SPSS versión 20, digitando cada una de las fichas en base de datos elaborada en función de las distintas variables necesarias para el estudio.

Los resultados se agruparon, en función de los objetivos específicos y expresados por distribución de número y porcentaje, para lo cual se elaboraron análisis estadísticos descriptivos a través de cuadros estadísticos, gráficos en barra múltiple y pastel. Los mismos fueron analizados, comparados y discutidos,

según las bibliografías citadas en este mismo documento investigativo. El levantamiento de texto se realizó en el programa Word de Microsoft, Office 2010

MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES (MOVI)

Objetivo General: Evaluar la efectividad del tratamiento Quirúrgico e Infiltración con corticoide en pacientes con Foliculitis Hipertrófica de la Nuca en el Centro Nacional de Dermatología “Dr. Francisco José Gómez Urcuyo”, en el período Junio –Octubre 2012

Objetivos Específicos	Variable Conceptual	Sub variables o Dimensiones	Variable Operativa o Indicadores	Técnica de Recolección de la Información		
				Encuesta	Entrevista	Observación
4. Describir las características socio demográficas de los pacientes atendidos con Foliculitis Hipertrófica de la Nuca. 1.	1.1 Factores socio demográficos	1.1.1 Edad	1.1.1 Tiempo biológico transcurrido desde el nacimiento hasta el momento de realizar la entrevista	X	X	
		1.1.2 Sexo	1.1.2 Expresión fenotípica del genoma	X	X	X
		1.1.3 Estado civil	1.1.3 Condición de cada persona en relación con los derechos y	X	X	

			obligaciones civiles, sobre todo lo relacionado a su condición de soltería, matrimonio, viudez, etc.			
		1.1.4 Escolaridad	1.1.4 Año lectivo aprobado al momento de ser encuestado	X	X	
		1.1.5 Ocupación	1.1.5 Tipo de ejercicio u obra que genera remuneración económica.	X	X	
		1.1.6 Raza	1.1.6 Características étnicas de la población en estudio			X

<p>2.Determinar la efectividad del tratamiento Quirúrgico e Infiltración con corticoide en pacientes con Folliculitis Hipertrófica de la Nuca</p>	<p>2.1 Efectividad del tratamiento quirúrgico e infiltración con corticoides</p>	<p>2.1.1 Infección de la herida postquirúrgica</p> <p>2.1.2 Período postquirúrgico de la infección</p> <p>2.1.3 Dehiscencia de la herida quirúrgica</p> <p>2.1.4. Período postquirúrgico de la dehiscencia de la herida</p> <p>2.1.5 Seguimiento clínico de la herida postquirúrgica</p>	<p>2.1.1. Penetración al organismo de microorganismos patógenos</p> <p>2.1.2 Tiempo transcurrido desde la realización de la cirugía hasta el inicio del proceso infeccioso</p> <p>2.1.3. Separación de los bordes de una herida quirúrgica unidos por una sutura</p> <p>2.1.4 Tiempo transcurrido desde la realización de la cirugía hasta la dehiscencia de la herida</p> <p>2.1.5 Evaluación subsecuente de las lesiones posterior al procedimiento quirúrgico</p>	<p>X</p> <p>X</p> <p>X</p> <p>X</p> <p>X</p>	<p>X</p> <p>X</p> <p>X</p> <p>X</p> <p>X</p>	<p>X</p> <p>X</p> <p>X</p> <p>X</p> <p>X</p>
---	--	--	--	--	--	--

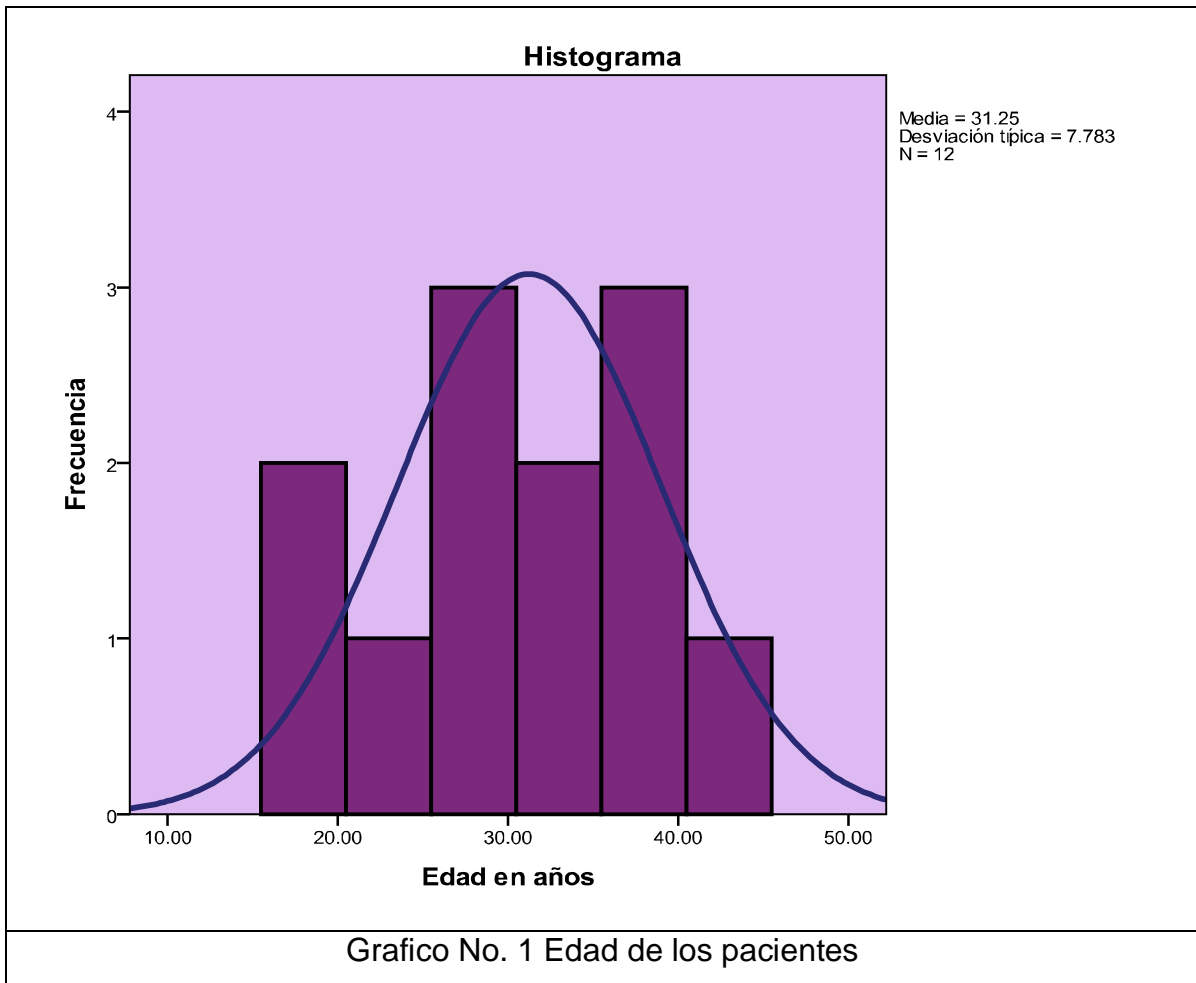
		2.1.6 Recidiva de la lesión	2.1.6 Reparación de lesiones después del procedimiento quirúrgico	X	X	X
		2.1.7 Periodo posquirúrgico en que se dio la Recidiva	2.1.7 Tiempo transcurrido desde la realización de la cirugía hasta la aparición de la recidiva	X	X	
		2.1.8 Resolución de la lesión	2.1.8 Terminación por coartación de un proceso patológico	X	X	X
		2.1.9 Pacientes que abandonaron el estudio	2.1.9 Inasistencia al seguimiento clínico de las lesiones	X		

<p>3.Analizar la satisfacción de la efectividad del tratamiento Quirúrgico e Infiltración con corticoide en pacientes con Foliculitis Hipertrófica de la Nuca</p>	<p>3.1 Efectividad del tratamiento quirúrgico e infiltración con corticoides expresado por el paciente</p>	<p>3.1.1 Satisfacción del paciente</p>	<p>3.1.1 Grado de aceptación del paciente al resultado del procedimiento realizado</p>	<p>X</p>	<p>X</p>	
---	--	--	--	----------	----------	--

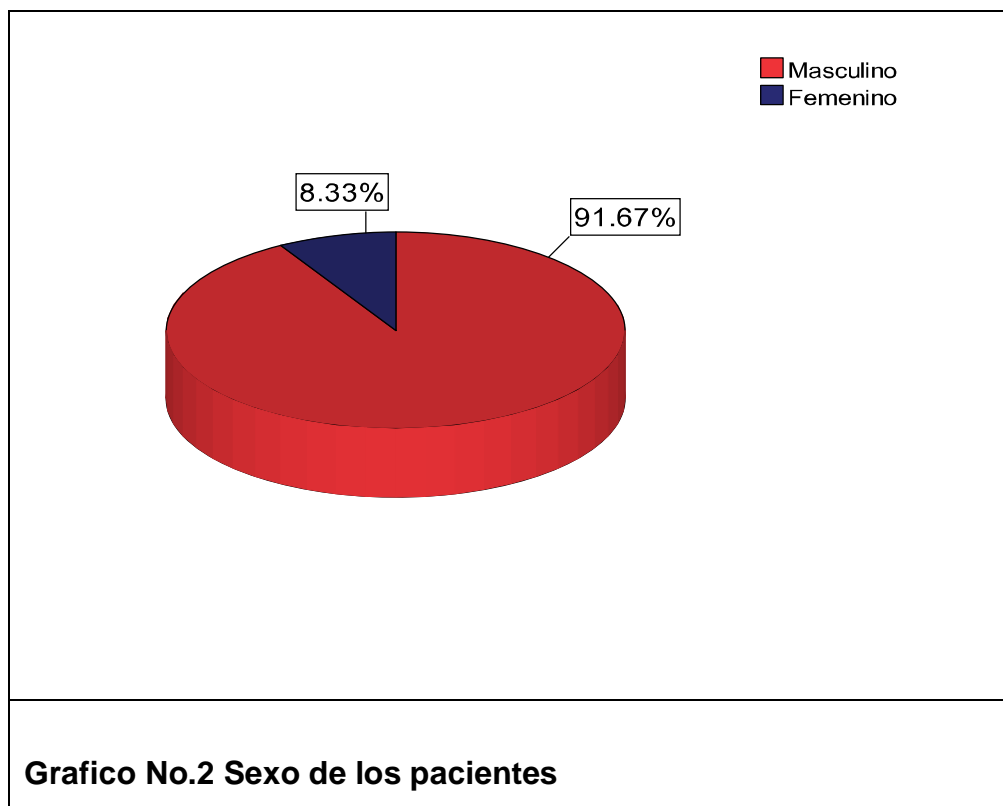
RESULTADOS

Información Socio demográfica

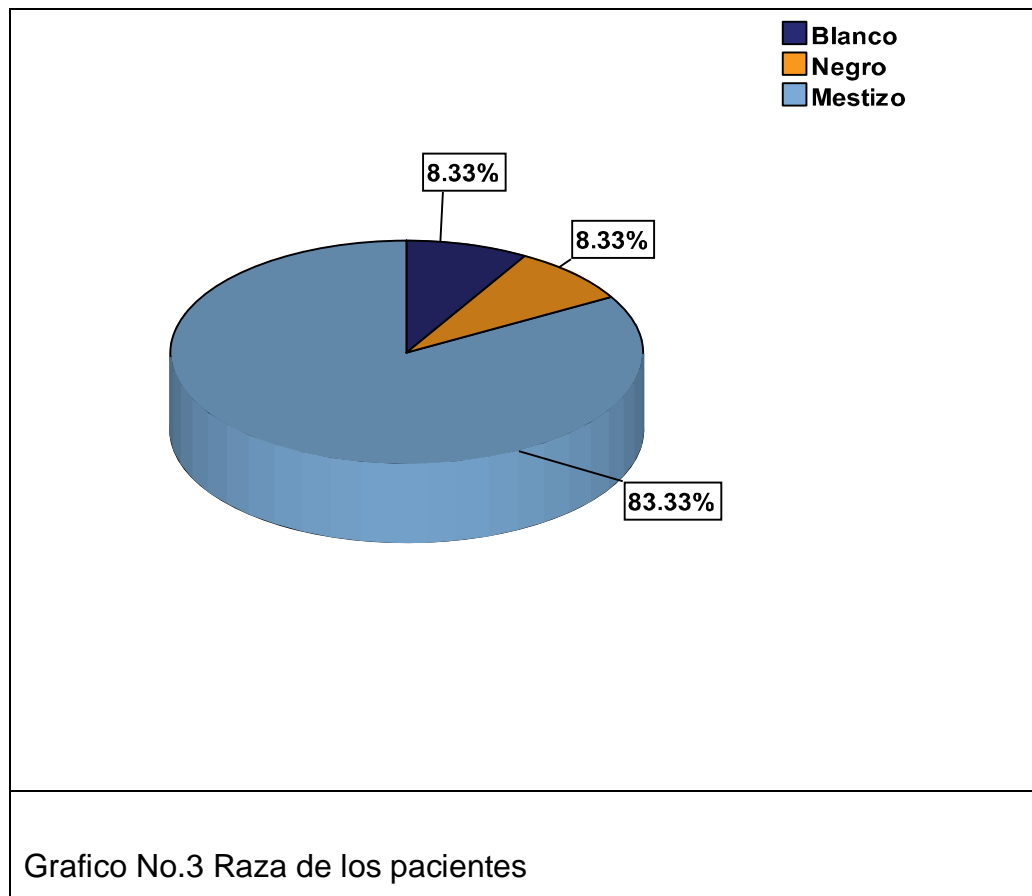
Se incluyeron en el estudio un total de 12 pacientes (n=12) con Foliculitis hipertrófica de la nuca, procedentes de las consultas atendidas en el Centro Nacional de Dermatología “Dr. Francisco José Gómez Urcuyo”. La edad media de los pacientes fue de 31 años (rango: 30 a 40 años), con una desviación típica de 7.783 y con límite inferior de 30 menos 7 y el superior de 30 más 7.



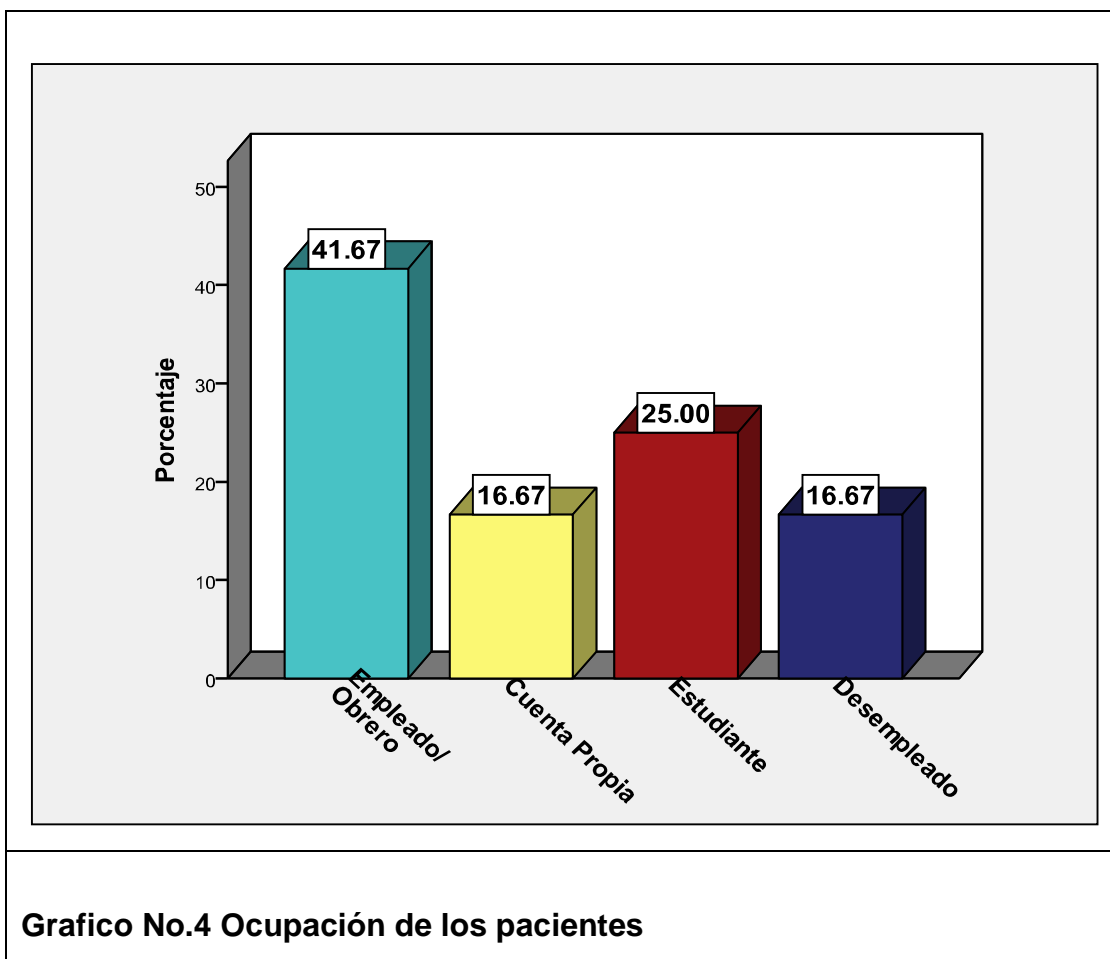
El sexo que predominó en los pacientes estudiados fue el masculino con 91.67% sobre el femenino que fue de 8.33%. La razón hombre: mujer fue de 11:1.



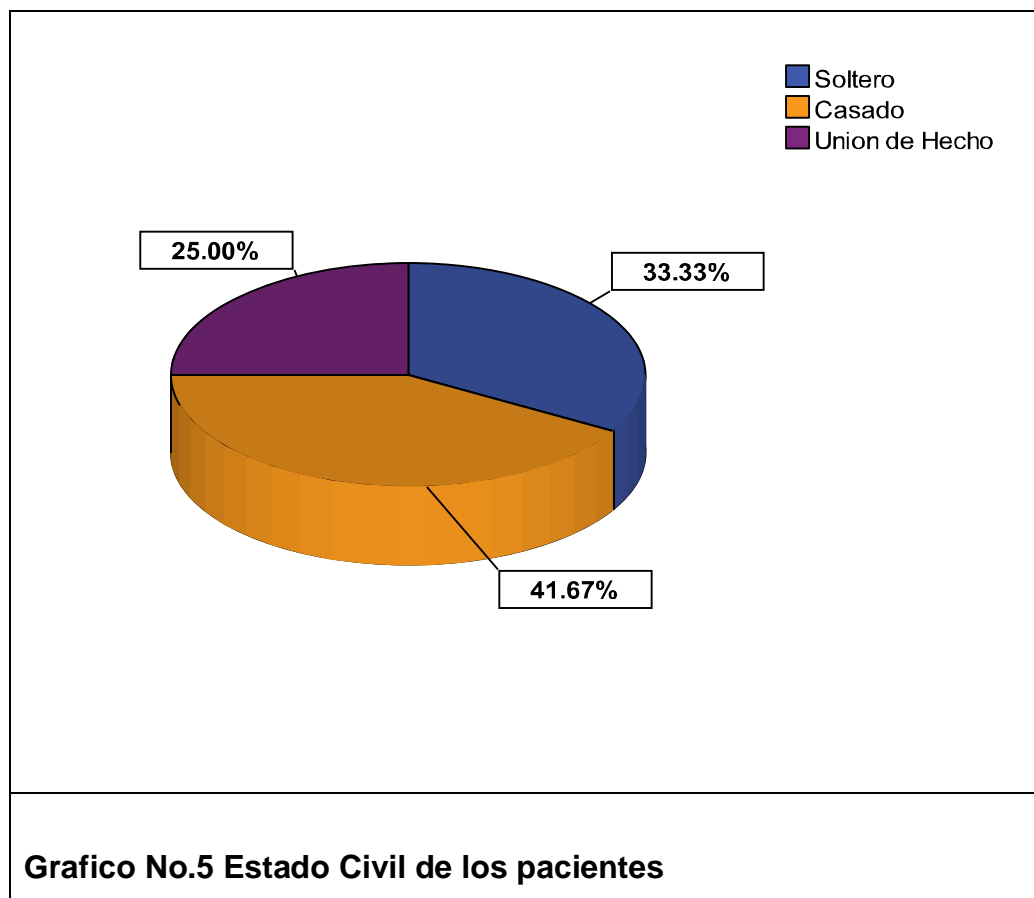
Respecto a la raza de los pacientes predominó la mestiza con 83.33% sobre la raza blanca y negra que fue de 8.33% respectivamente.



Con relación a la ocupación de los pacientes en su mayoría 41.67% eran obreros, el 25% estudiantes, el 16.67%, trabajaban por cuenta propia y en igual porcentaje 16.67% se encontraban desempleados.



Respecto al estado civil de los pacientes el 41.67% se encontraban casados, el 33.33% estaban solteros y un 25% se encontraban en Unión de hechos.



El 33.33% de los pacientes habían cursado la secundaria completa, seguido del 25% que habían cursado la primaria completa, el 16.7% de los pacientes no completaron la secundaria y respectivamente el 16.7% eran técnicos medio y un menor porcentaje 8.33% cursaba la Universidad.

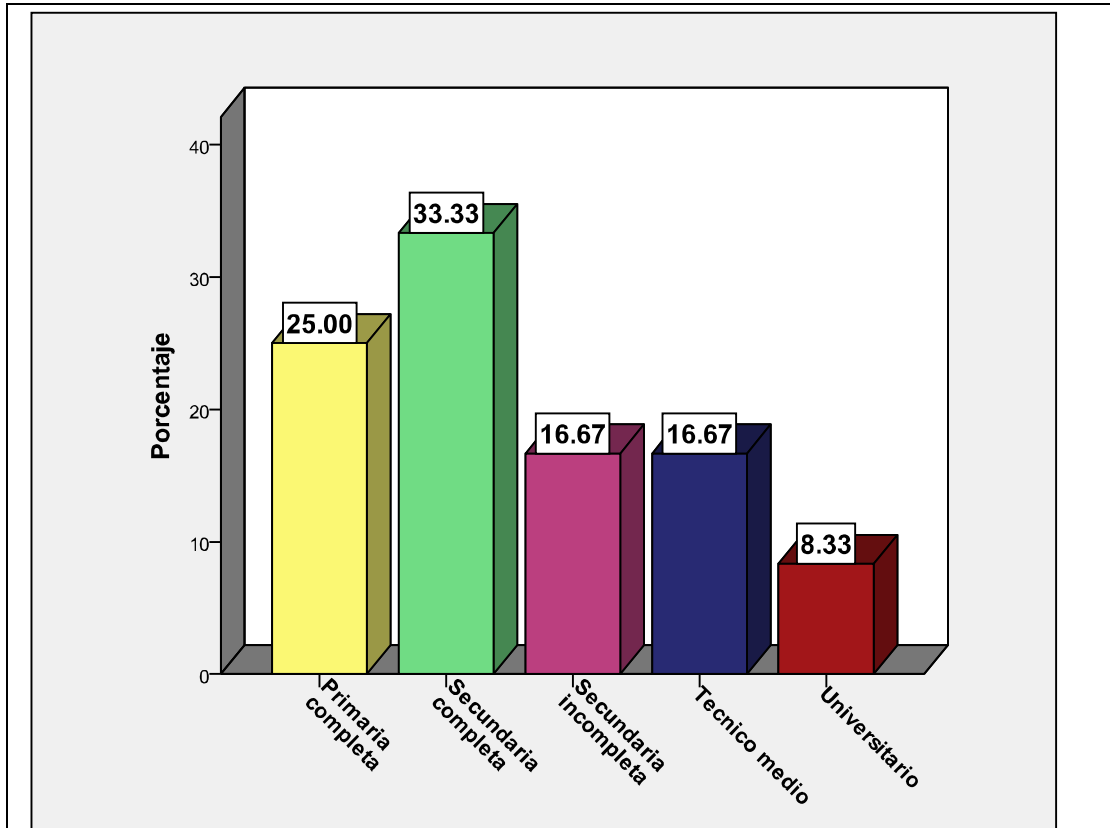


Grafico No. 6 Escolaridad de los pacientes

Efectividad del tratamiento quirúrgico e infiltración con corticoides

El 33.3 % de los pacientes presentaron complicaciones quirúrgicas posterior a la cirugía.

Tabla No.1
Pacientes que presentaron complicaciones quirúrgicas

	Frecuencia	Porcentaje
Si	4	33.3
No	8	66.7
Total	12	100.0

La complicación más frecuentes fue infecciones asociadas con dehiscencia de herida con el 75%, y un 25% solo dehiscencia de la herida quirúrgica.

Tabla No.2
Tipo de complicaciones

	Frecuencia	Porcentaje
Infecciones y dehiscencia	3	75
Dehiscencia	1	25
Total	4	100.0

El 27.3% de los pacientes que presentaron infección con dehiscencia de herida quirúrgica correspondió al sexo masculino. El valor de $P=0.546$ resulta mayor que el límite crítico de confianza $\alpha 0.05$ por lo que ambas variables son independientes entre sí y no tienen significancia estadística. Lo que significa que no existe una asociación entre el sexo y la infección de la herida

Tabla de contingencia 3
Asociación entre Infección con dehiscencia de herida
y Sexo del Paciente

Infección con dehiscencia de herida		Sexo del Paciente		Total
		Masculino	Femenino	
Si	Recuento	3	0	3
	% dentro de Sexo del Paciente	27.3%	.0%	25.0%
No	Recuento	8	1	9
	% dentro de Sexo del Paciente	72.7%	100.0%	75.0%
Total	Recuento	11	1	12
	% dentro de Sexo del Paciente	100.0%	100.0%	100.0%

En relación con la ocupación del paciente y la asociación con la infección y dehiscencia de la herida quirúrgica, observamos que el 20% de los pacientes laboraba como obrero y el 66.7% eran estudiantes. El valor de $P= 0.243$ resulto mayor que el límite crítico de confianza $\alpha 0.05$ por lo que ambas variables son independientes entre sí y no tienen significancia estadística. Lo que significa que no existe una asociación entre ambas variables.

Tabla de contingencia No.4
Asociación entre Infección con dehiscencia de herida quirúrgica
y Ocupación del paciente

Infección con dehiscencia de herida		Ocupación del paciente				Total
		Empleado/Obrero	Cuenta Propia	Estudiante	Desempleado	
Si	Recuento	1	0	2	0	3
	% dentro de Ocupación del paciente	20.0%	.0%	66.7%	.0%	25.0%
No	Recuento	4	2	1	2	9
	% dentro de Ocupación del paciente	80.0%	100.0%	33.3%	100.0%	75.0%
Total	Recuento	5	2	3	2	12
	% dentro de Ocupación del paciente	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

El 100% de los pacientes que presentaron infección con dehiscencia de la herida quirúrgica lo hicieron a los 5 días postquirúrgico. El valor de $P= 0.01$ resulto menor que el límite crítico de confianza $\alpha 0.05$ por lo que ambas variables son dependientes entre sí y tienen significancia estadística. Lo que significa que existe una asociación entre estas variables

Tabla de contingencia No. 5
Asociación entre Infección con dehiscencia de herida
y el periodo postquirúrgico de presentación

Infección con dehiscencia de herida		Periodo postquirúrgico		Total
		5 días	sin infección	
Si	Recuento	3	0	3
	% dentro de Periodo postquirúrgico de la infección	100.0%	.0%	25.0%
No	Recuento	0	9	9
	% dentro de Periodo postquirúrgico de la infección	.0%	100.0%	75.0%
Total	Recuento	3	9	12
	% dentro de Periodo postquirúrgico de la infección	100.0%	100.0%	100.0%

Durante el seguimiento que se dio a los pacientes posteriores a la cirugía se observó que el 25% de los pacientes que tuvieron un seguimiento clínico completo (5 citas) presentaron infección con dehiscencia de herida. El valor de $P=0.546$, resulto mayor que el límite crítico de confianza $\alpha 0.05$ por lo que ambas variables son independientes entre sí y no tienen significancia estadística.

Tabla de contingencia No. 6
Asociación entre Infección con dehiscencia de herida quirúrgica
y Seguimiento Clínico de los pacientes

Infección con dehiscencia de herida		Seguimiento Clínico de la Lesión		Total
		Tres veces	Cinco veces	
Si	Recuento	0	3	3
	% dentro de Seguimiento Clínico de la Lesión	.0%	27.3%	25.0%
No	Recuento	1	8	9
	% dentro de Seguimiento Clínico de la Lesión	100.0%	72.7%	75.0%
Total	Recuento	1	11	12
	% dentro de Seguimiento Clínico de la Lesión	100.0%	100.0%	100.0%

Del 100% de los pacientes con resolución de la lesión, el 27.3% presentaron infección de la herida quirúrgica y un 72.7% no presentaron ningún proceso infeccioso. El valor de $P= 0.546$ resulto mayor que el límite crítico de confianza $\alpha 0.05$ por lo que ambas variables son independientes entre sí y no tienen significancia estadística.

Tabla de contingencia No. 7
Asociación entre Infección con dehiscencia de herida
y Resolución de la lesión

Infección con dehiscencia de herida		Resolución de la lesión		Total
		Si	No	
Si	Recuento % dentro de Resolución de la lesión	3 27.3%	0 .0%	3 25.0%
No	Recuento % dentro de Resolución de la lesión	8 72.7%	1 100.0%	9 75.0%
Total	Recuento % dentro de Resolución de la lesión	11 100.0%	1 100.0%	12 100.0%

Del 100% de pacientes que presentaron dehiscencia de la herida el 75% presentaron la dehiscencia a los 10 días postquirúrgico con una frecuencia de 3 pacientes.

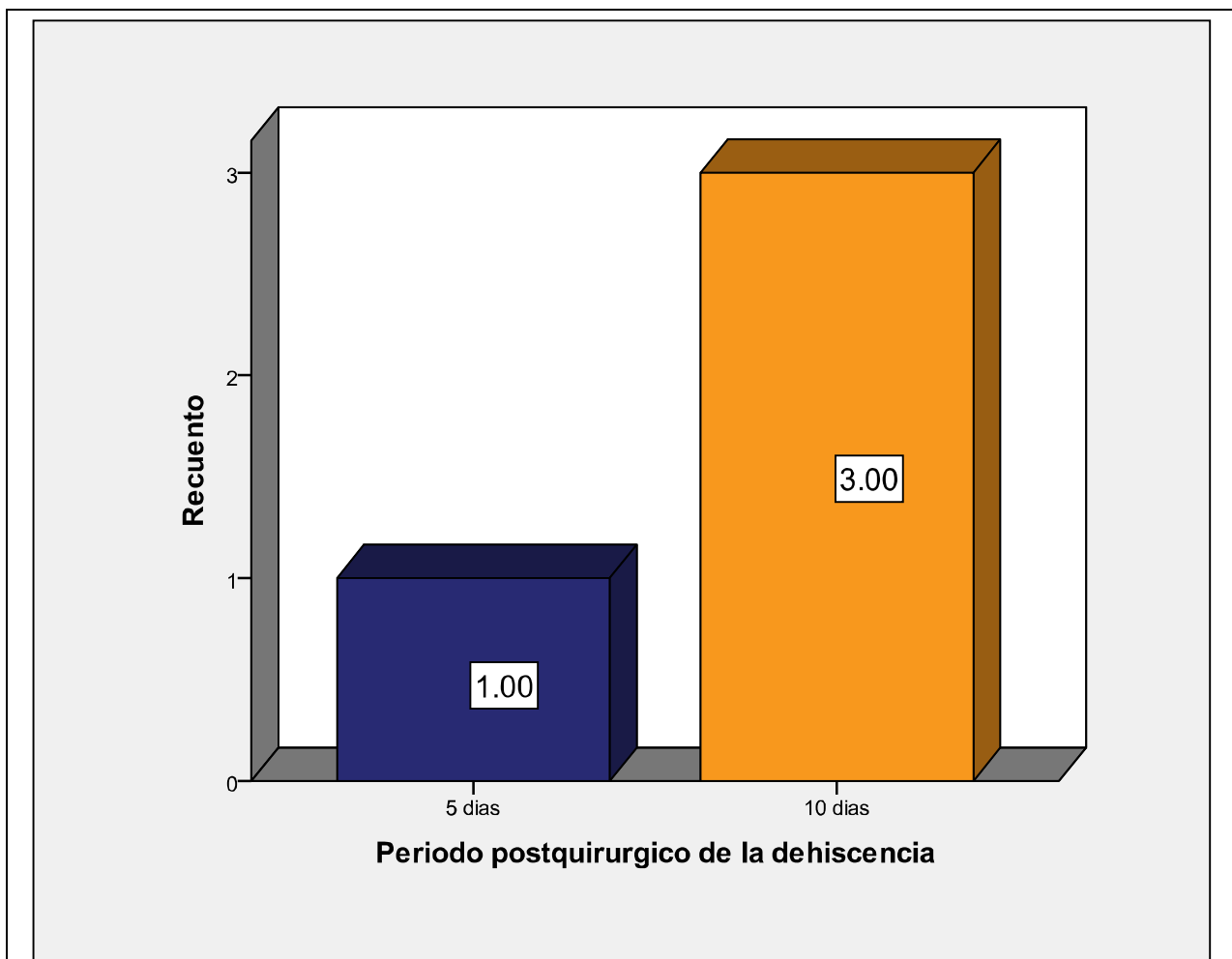


Grafico No. 7 Periodo postquirúrgico en que se presentaron las dehiscencia de la herida

En el seguimiento a los pacientes posterior a la cirugía se observó que el 36.4% que tuvieron un seguimiento clínico completo (5 citas) presentaron dehiscencia de herida. El valor de $P= 0.460$ resulto mayor que el límite crítico de confianza $\alpha 0.05$ por lo que ambas variables son independientes entre sí y no tienen significancia estadística

Tabla de contingencia No. 8
Asociación entre Dehiscencia de la herida quirúrgica y
Seguimiento Clínico de la Lesión

Dehiscencia de la herida quirúrgica		Seguimiento Clínico de la Lesión		Total
		Tres veces	Cinco veces	
Si	Recuento % dentro de Seguimiento Clínico de la Lesión	0 .0%	4 36.4%	4 33.3%
No	Recuento % dentro de Seguimiento Clínico de la Lesión	1 100.0%	7 63.6%	8 66.7%
Total	Recuento % dentro de Seguimiento Clínico de la Lesión	1 100.0%	11 100.0%	12 100.0%

Los pacientes que tuvieron un seguimiento deficiente (3 citas), el 100% presentó recidiva de la lesión. El valor de $P= 0.460$ resulto mayor que el límite crítico de confianza $\alpha 0.05$ por lo que ambas variables son independientes entre sí y no tienen significancia estadística.

Tabla de contingencia No.9
Asociación entre Seguimiento Clínico y Recidiva de la lesión

Seguimiento Clínico		Recidiva de la lesión		Total
		Si	No	
Tres veces	Recuento	1	0	1
	% dentro de Recidiva de la lesión	100.0%	.0%	8.3%
Cinco veces	Recuento	0	11	11
	% dentro de Recidiva de la lesión	.0%	100.0%	91.7%
Total	Recuento	1	11	12
	% dentro de Recidiva de la lesión	100.0%	100.0%	100.0%

Los pacientes que tuvieron un seguimiento deficiente (3 citas), el 100% abandonaron el estudio. El valor de $P= 0.01$ resulto menor que el límite crítico de confianza $\alpha 0.05$ por lo que ambas variables son dependientes entre sí. Lo que significa que los pacientes que tuvieron un menor seguimiento fueron lo que abandonaron el estudio.

Tabla de contingencia 10
Asociación entre el Seguimiento Clínico y
pacientes que abandonaron el estudio

Seguimiento Clínico de la Lesión		Paciente que abandonaron el estudio		Total
		si	No	
Tres veces	Recuento % dentro de Paciente que abandonaron el estudio	1 100.0%	0 .0%	1 8.3%
Cinco veces	Recuento % dentro de Paciente que abandonaron el estudio	0 .0%	11 100.0%	11 91.7%
Total	Recuento % dentro de Paciente que abandonaron el estudio	1 100.0%	11 100.0%	12 100.0%

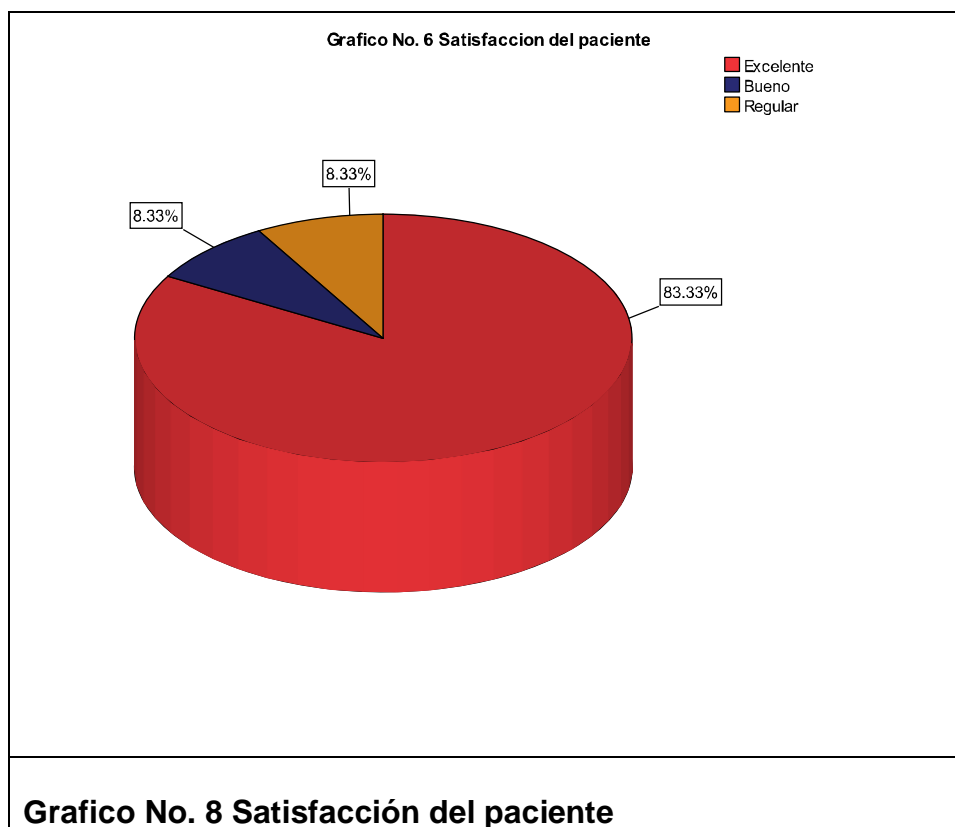
El 36.4% de los pacientes que presentaron dehiscencia de la herida tuvieron resolución completa de la lesión. El valor de $P= 0.460$. resulto mayor que el límite crítico de confianza $\alpha 0.05$ por lo que ambas variables son independientes entre sí y no tienen significancia estadística.

Tabla de contingencia No.12
Asociación entre Dehiscencia de la herida y Resolución de la lesión

Dehiscencia de la herida quirúrgica		Resolución de la lesión		Total
		Si	No	
Si	Recuento % dentro de Resolución de la lesión	4 36.4%	0 .0%	4 33.3%
No	Recuento % dentro de Resolución de la lesión	7 63.6%	1 100.0%	8 66.7%
Total	Recuento % dentro de Resolución de la lesión	11 100.0%	1 100.0%	12 100.0%

Satisfacción de la efectividad del tratamiento

El 83.33% de los pacientes valoraron la cirugía con excelente resultados, un 8.33 como bueno y respectivamente el 8,33 como regular.



ANALISIS DE LOS RESULTADOS

En la presente investigación sobre el Tratamiento Quirúrgico e Infiltración con Corticoide en pacientes con Foliculitis Hipertrófica de la Nuca, se estudiaron un total de 12 pacientes, durante el período Junio –Octubre 2012. En consideración al objetivo específico número uno, se observa que la edad media de los pacientes fue de 31 años, con rango entre 30 a 40 años, el sexo que predominó fue el masculino con 91.67% sobre el femenino que fue de 8.33% y la razón de hombre: mujer fue de 11:1,. Estos resultados se corresponden con la literatura revisada en Jean L Bolognia, 2007 donde se menciona que la foliculitis hipertrófica de la nuca se presenta desde la pubertad hasta antes de los cincuenta años y que el sexo más frecuente es el masculino. (Grafico No. 1 y .2)

Con respecto a la raza de los pacientes, predominó la mestiza con 83.33% sobre la raza blanca y negra que fue de 8.33% respectivamente, donde ciertamente la literatura revisada nos dice que los afro descendientes en primer lugar seguido de los hispanos en segundo lugar son los grupos raciales más propensas a padecer de la foliculitis hipertrófica de la nuca. . (Grafico No.3).

La ocupación de los pacientes afectados por foliculitis hipertrófica de la nuca en su mayoría 41.66% (5) eran obreros y en menor proporción eran estudiantes con un 25%. Cabe señalar que debido a la ocupación de los pacientes es costumbre de ellos el usar el cabello corto con el uso de rasurado con maquina de cortar cabello, lo que concuerda con la literatura revisada en Dinejart SM; Herzberg 1989 quienes refieren que este es uno de los principales factores desencadenantes de dicha patología. (Grafico No. 4).

Respecto al estado civil de los pacientes el 41% se encontraban casados, el 33% soltero y un 25% se encontraban en Unión de hechos. En este caso la literatura no describe la relación que existe entre la foliculitis hipertrófica de la nuca y el estado civil de los pacientes. (Grafico No.5).

Al analizar el nivel de escolaridad de los pacientes, se encuentra que el 33.33% habían cursado la secundaria completa, seguido del 25% que habían cursado la primera completa, el 16.7% no completaron la secundaria. Igualmente para este caso la literatura no describe la relación que existe entre la foliculitis hipertrófica de la nuca y el nivel de escolaridad de los pacientes. (Grafico No.6).

En el abordaje del objetivo específico número dos, en lo referido a determinar la efectividad del tratamiento Quirúrgico e Infiltración con corticoide en pacientes con Foliculitis Hipertrófica de la Nuca. Se realizaron pruebas de hipótesis no paramétricas, a través de las cuales se asociaron las diferentes variables que se incluyeron en el estudio. Del total de pacientes el 33.33% presento complicaciones quirúrgicas, siendo la más frecuente la infección con dehiscencia de la herida en un 75%, que pudo haberse dado por la zona quirúrgica que es de mucha tracción, sin embargo estos resultados se corresponde a lo descrito por Campos Jorge, Vasquez Oswaldo en el año 2006, quienes refieren que en las cirugías dermatológicas las complicaciones mas frecuentes son las infecciones de heridas y la dehiscencia entre otras. (Tabla No. 1 y 2)

La tasa de infección fue del 25%, el cual es alto al compararlo con lo que dice la literatura que en cirugías dermatológicas la tasa de infección oscila entre 0.70 a 2.29%, esto pudo estar influenciado por las características de la cirugía, en la cual se hizo necesario el afeitado de la zona anatómica a intervenir, siendo el afeitado un alto riesgo debido a la irritación y el edema que se causa. Todo esto descrito por Campos Jorge, Vasquez Oswaldo en el año 2006. Así como por el

uso de corticoide intralesional que aunque los resultados son excelentes por su efecto antiinflamatorio e hipoxico, estos causan inmunosupresión local y pueden inducir la procesos infecciosos de forma localizada según lo describe Hernández; Toro en el año 2011.

Al analizar las variables que influyeron en la aparición de las complicaciones quirúrgicas se observó en el caso de las infecciones con dehiscencia de la herida que tanto el sexo, la ocupación, el seguimiento de los pacientes posterior a la cirugía resultaron con valores de P mayor al límite crítico de confianza $\alpha 0.05$ por lo que todas estas variables son independientes entre sí, y no tienen significancia estadística, por tanto el sexo y la ocupación no influyen en la aparición de las infecciones con dehiscencia de la herida, y de igual forma el seguimiento de los pacientes posterior a la cirugía ya que se evidenció que los pacientes que completaron el seguimiento establecido en el estudio lograron la resolución de la lesiones. (Tablas No. 3, 4 y 7)

En relación con la dehiscencia de la herida; del 100% de pacientes que presentaron dehiscencia el 75% la presentaron a los 10 días postquirúrgico. Al analizar la variable que relaciona el seguimiento clínico de los pacientes con la dehiscencia de la herida el valor de $P= 0.460$ resultó mayor que el límite crítico de confianza $\alpha 0.05$ por lo que ambas variables son independientes entre sí y no tienen significancia estadística. lo que significa que aunque los pacientes tuvieron un adecuado seguimiento no fue la causa para la aparición de la dehiscencia de la herida. Sin embargo Campos Jorge, Vasquez Oswaldo refieren que en la aparición de las dehiscencia de la heridas en cirugías dermatológicas puede verse asociadas con los sitios donde existe una fuerza tensil que puede desencadenar dicho proceso. (Grafico No. 7)

Al analizar la recidiva de los pacientes, se encontró que no existe significancia estadística entre esta variable y el seguimiento clínico de los pacientes ya que El valor de $P= 0.460$ resultó mayor que el límite crítico de

confianza α 0.05 por lo que ambas variables son independientes, con lo que podemos afirmar que el seguimiento de los pacientes no influyo en el abandono de los mismos, lo cual se sustenta en la bibliografía consultada y en estudios que se han realizado en otros países.(Tabla No. 9)

Con relación al objetivo numero tres que se refiere al Análisis de satisfacción en la efectividad del tratamiento Quirúrgico e Infiltración con corticoide en pacientes con Foliculitis Hipertrófica de la Nuca, el 83.33% de los pacientes valoraron la cirugía con excelente resultados, un 8.33 como bueno y respectivamente el 8,33 como regular, lo cual se corresponde con lo que refieren Jiménez; Palma, que los pacientes calificaron el resultado estético de la cirugía como excelente.(Gráfico No. 8)

CONCLUSIONES.

La investigación sobre el Tratamiento Quirúrgico e Infiltración con Corticoide en pacientes con Folliculitis Hipertrófica de la Nuca realizada en el Centro Nacional de Dermatología permitió llegar a las siguientes conclusiones:

1. La folliculitis hipertrófica de la nuca se encuentra influenciada por la edad, el sexo y la raza, siendo la edad media de presentación de 31 años, con un rango entre 30 a 40 años, con predominio en el sexo masculino con una razón de hombre: mujer de 11:1, la raza que predominó fue la mestiza.
2. No existe relación entre la escolaridad y la aparición de la folliculitis hipertrófica de la nuca, de igual forma con la ocupación y el estado civil de las personas.
3. El tratamiento quirúrgico e infiltración con corticoide en la folliculitis hipertrófica de la nuca, es una opción terapéutica eficaz para los pacientes que acuden al Centro Nacional de Dermatología, ya que aunque el 33% de los pacientes presentaron complicaciones posterior a la cirugía, todos concluyeron el estudio con éxito.
4. No existe significancia estadística entre el seguimiento de los pacientes con las complicaciones quirúrgicas y el período en que estas aparecieron, por lo tanto estos no son factores desencadenantes de las complicaciones.
5. Existe una buena aceptación de la cirugía por parte de los pacientes expresado a través de una valoración excelente.

RECOMENDACIONES.

1. Considerar como una opción terapéutica en los pacientes con foliculitis hipertrófica de la nuca la resección quirúrgica más infiltración con corticoides.
2. Fomentar trabajos de investigación que nos permitan brindar otras opciones terapéuticas a los pacientes.
3. Dar a conocer a todos los médicos de este centro los resultados del estudio, que pueda motivar la realización de un protocolo de manejo para pacientes con esta patología.
4. Garantizar, por parte del hospital los medios, equipos e insumos necesarios para la realización de las cirugías.

BIBLIOGRAFIA

1. **Campos Jorge Vasquez Oswaldo** Complicaciones en cirugias dermatologicas [Publicación periódica]. - Mexico : [s.n.], 2006. - 3 : Vol. 1.
2. **Dermatology. The British journal of** [Publicación periódica]. - [s.l.] : [http://onlinelibrary.wiley.com/journal/10.1111/\(ISSN\)1365-2133](http://onlinelibrary.wiley.com/journal/10.1111/(ISSN)1365-2133), 2010.
3. **Dinejart SM y Herzbeg** Acnè Queloide [Publicación periódica]. - 1989. - Vol. 15.
4. **Dra. M. Maciulis Dr. R. Retamar**, Foliculitis decalvante [Publicación periódica]. - Buenos Aires : [s.n.], 2005. - Vol. 28.
5. **Fitzpatrick** Dermatologia en Medicina General [Libro]. - Buenos Aires 7ma edició : Mèdica Panamericana S.A, 2008. - Vol. 2.
6. Foliculitis queloïdiana de la nuca [Publicación periódica]. - [s.l.] : PIEL-L, 2010. - 1348.
7. **Garagorri Bruno Ciriani** Tratamiento combinado foliculitis queloïdea [Publicación periódica]. - Perú : [s.n.], 2001. - 1 : Vols. 11 pagina, 71-73.
8. **Glenn MJ Bennett RG, Kelly AP** Tratamiento con escision y cicatrizacion por segunda intenció en la foliculitis hipertròfica de la nuca [Publicación periódica]. - Los Angeles : [s.n.], 2000.
9. **Hug M. Gloster Jr. MD** Acnè Queloide la Nuca [Publicación periódica]. - 2000. - Vol. Dermatologia Arch.
10. **Huques Adegbidi, Fèlix Atadokpede, Florencia de Ango-Padonou y col.** Acnè Queloide de la nuca [Publicación periódica]. - Departamento de Dermatologia y Venereologia : Intgernational Journal of Drmatology, Octubre 2005. - Vol. Volumen 44 pag. 49.

11. **Jean L Bologna Joseph L. Jorizzo, Ronald P. Rapinni** Dermatologia, Folliculitis and the follicular occlusion tetrad [Libro]. - 2007, 2da. edició . - Vol. 1.
12. **Josep Califano Stanley Mmiller, John Frodel** Tratamiento de acne queiloideo de la nuca con escisión quirúrgica y cierre por segunda intención [Publicación periódica]. - Mexico : [s.n.].
13. **Jr. Gloster HM** Tratamiento quirúrgico de la foliculitis hipertròfica de la nuca [Publicación periódica]. - 2000. - Vol.
14. **Jmiènez Eduardo Palma Johnny** Resecció Quirúrgica de la foliculitis hipertròfica de la nuca. [Informe]. - Managua, Nicaragua : [s.n.], 2011.
15. **Kaminsky Ana et.al** Acnè un enfoque global [Libro] / ed. Dermatologia Colegio Ibero-Latinoamericano de. - Buenos Aires : Gràfica Pinter S,A, 2007. - 1a : Vol. 1 : pág. 256.
16. **Luis Charúa-Guindic Rebeca Maldonado-Barrón, Octavio Avendaño-Espinosa**, Hidradenitis supurativa [Publicación periódica]. - Mèxico : [s.n.], 2006. - 4 : Vol. 74.
17. **María Florencia Rico José E. Brusco, Patricio Martínez Chabbert, Conrado Zanardi, Noemí Rearte, Mariana Scasso** Perifoliculitis capitis abscedens [Publicación periódica]. - Argentina : [s.n.], 2012. - 98 : Vol. 62.
18. **Nashida Beckett MD, MPH, Christina Lawson, BS, George Cohen MDB.** Escisión electroquirúrgica de acnè queiloideo de la nuca con cicatrizació por segunda intención [Publicación periódica]. - [s.l.] : j. Clin Drtmatol Aesthe, 2011, Enero 36-39. - Vol. 4.
19. **Pestalardo CM Cordero Jr, Ansorena M. Bestue.** Acnè Queliode de la nuca, tratamiento de expansió de tejido. [Publicación periódica]. - Universidad de buenos Aires Argentina : [s.n.], julio 2006.

20. **PIEL_L** Folliculitis Queloidiana de la nuca [Publicación periódica]. - [s.l.] : PIEL, 2010.
21. **RJ Adriaans BM.** Infecciones Bacterianas [Sección del libro] // Dermatology. - 1999. - Vol. 6.
22. The British journal of Dermatology [Publicación periódica]. - [s.l.] : <http://onlinelibrary.wiley.com/journal/10.1111> (ISSN) 1325-2133.
23. **Tjioe M Gerritsen JP, Juhlin L, van de Kerkhof M .** Treatment of Vitiligo Vulgaris with Narrow Band UVB [Publicación periódica]. - [s.l.] : Acta Derm Venereol. , 2002.

ANEXOS

SEGUIMIENTO FOTOGRAFICO

Foto No. Tiempo 0



Foto No. 2 primer mes.



foto No.3 segundo mes.



Foto N 4 tercer mes



Segundo caso:

Foto No1 tiempo 0.



Foto No 2 Primer mes.



Foto No 3segundo mes.



Foto No4. Tercer mes.



Tercer caso.

Foto No1 tiempo



Foto No 2 tiempo 1.



Foto No 3 segundo mes.



Foto No4 tercero mes.



Caso No 4.

Tiempo 0.



Foto No2 primer mes.



Foto No 3. Segundo mes.



Foto No 4 tercer mes.



Caso No 5.

Foto No 1.Tiempo 0.



Foto No 2 primer mes.



Foto No 3 tercer mes.



Caso No 6.

Foto No 1 tiempo cero.



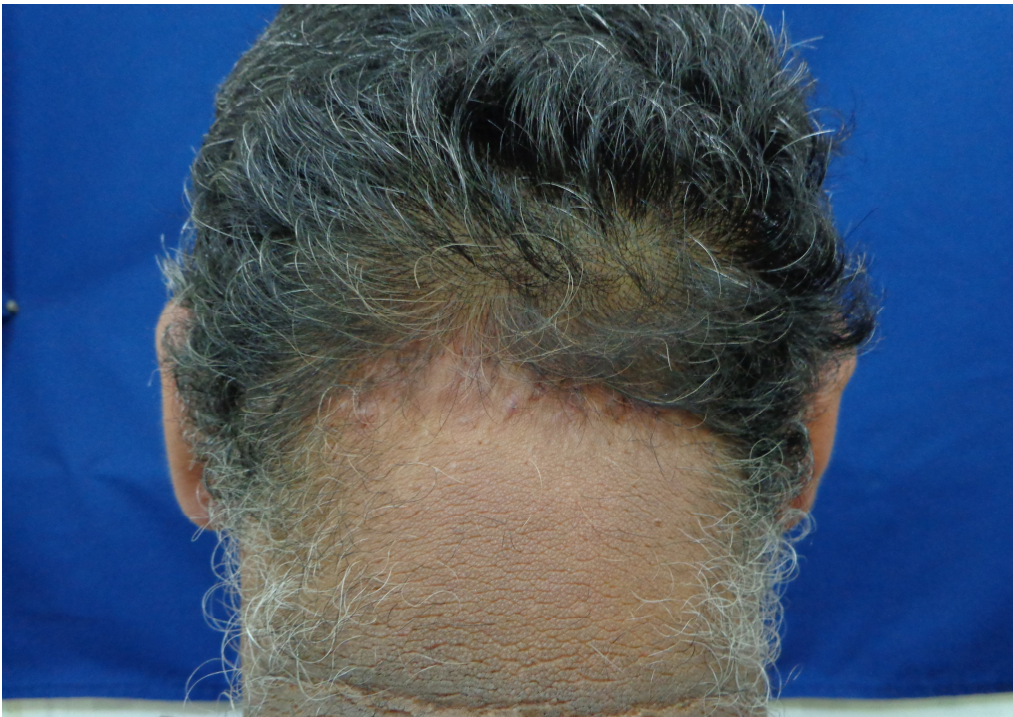
Foto No2 primer mes.



Foto No 3 segundo mes.



Foto No4 tercer mes.



FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Resección quirúrgica de la foliculitis hipertrófica de la nuca en pacientes atendidos en el Centro Nacional de Dermatología “Dr. Francisco José Gómez Urcuyo” en el periodo comprendido de periodo Junio –Octubre del año 2012

Ficha No: _____

Nº de expediente: _____

I. Datos Generales

I.1. Nombre del paciente: _____

I.2 Edad en años: _____

I.3 Sexo: Masculino (___) Femenino (___)

I.4 Raza: Blanco: (___) Negro: (___) Mestizo: (___) Otros: (___)

I.5 Ocupación:

Tipo de Ocupación	Si	No
Empleado/Obrero		
Jornalero/Peón		
Empleador		
Cuenta propia		
Miembro de cooperativa		
Estudiante		
Desempleado		

I.6 Estado civil: 1) Soltera __, 2) Casado __; 3) Viudo __; 4) Unión de hecho

I.7 Escolaridad: 1) Analfabeto __; 2) Primaria completa __;

3) Primaria incompleta __; 4) Secundaria completa __; 5) Secundaria Incompleta

6) . Técnico Medio:_____ 7) Universitario:_____

II. Efectividad del tratamiento quirúrgico e infiltración con corticoides

II.1 Infección de la lesión Si _____ No _____

II.2 Período postquirúrgico de la infección:

2 días:_____ **5 días:**_____ **sin infección :**_____

II.3 Dehiscencia de la herida quirúrgica: Si _____ No _____

II.4 Período postquirúrgico de la dehiscencia

2 días:_____ **5 días:**_____ **10 días:** _____ **sin dehiscencia :**_____

II.5 Seguimiento clínico de la lesión en un periodo de tiempo determinado:

24 horas:_____ **10 días:**_____ **1 mes:**_____ **2 meses:**_____

3 meses_____

II.6 Recidiva de la lesión: Si (___) No (___)

II.7 Período postquirúrgico de la recidiva:

Antes de los 2 meses_____ **Después de los 2 meses** _____ **No. Recidiva**_____

II.8 Resolución de la lesión: Si (___) No (___)

II.9 Abandono: Si:_____ No:_____

III. Satisfacción del paciente

Excelente: _____

Muy Bueno: _____

Bueno: _____

Regular: _____

Malo: _____

Nombre de la persona que llenó la ficha: _____

**MINISTERIO DE SALUD
CENTRO NACIONAL DE DERMATOLOGIA
“Dr. Francisco Gómez Urcuyo”**

HOJA DE CONCENTIMIENTO INFORMADO

Según lo dispuesto en la Ley No. 423, Ley General de Salud, en el artículo 8, numerales 4, 8 y 9; el Decreto No. 001-2003 y el Reglamento de la Ley General de Salud, en el artículo 7, numerales 8, 11 y 12; y en el artículo 9, numeral 1: es un derecho de los y las pacientes a ser informado/a de manera completa y continua, en términos razonables de comprensión y considerando el estado psíquico, sobre su proceso de atención incluyendo nombre del facultativo, diagnóstico, pronóstico y alternativa de tratamiento, y a recibir la consejería por personal capacitado antes y después de la realización de los exámenes y procedimientos establecidos en los protocolos y reglamentos. El usuario tiene derecho, frente a la obligación correspondiente del médico que se le debe asignar, de que se le comunique todo aquello que sea necesario para que su consentimiento esté plenamente informado en forma previa a cualquier procedimiento o tratamiento, de tal manera que pueda evaluar y conocer el procedimiento o tratamiento alternativo o específico, los riesgos médicos asociados y la probable duración de la discapacidad. El consentimiento deberá constar por escrito por parte del usuario. Por tanto, con el presente documento escrito se pretende informar a usted y a su familia acerca del procedimiento que se le practicará, y las posibles complicaciones que se pueden presentar, por lo que solicitamos llene de su puño y letra clara los siguientes espacios en blanco.

Nombres del (a) usuario/a o representante legal _____

Apellidos del (a) usuario o representante legal _____

Número de teléfono domicilio _____
celular _____

Dirección habitual _____

Nombre del familiar o representante legal que acompaña al usuario y se da por enterado del presente consentimiento informado:

Nombres _____

Apellidos _____

Número de cédula _____

Número de teléfono su domicilio _____ Celular _____

Dirección de su casa _____ - _____

Manifiestan: Que el profesional de la Salud _____

Con código del MINSA _____, y funcionario del (nombre del establecimiento de salud) _____ me ha explicado la siguiente **información sobre** (escribir el/los procedimiento/s diagnósticos o terapéutico y tratamientos que se vaya a realizar al usuario):

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

6. _____

7. _____

Firma o rúbrica del usuario o representante legal: _____

1. Definición del procedimiento terapéutico, diagnóstico y/o tratamiento (de acuerdo a normas, protocolos, guías o manuales nacionales o literatura internacional)

1. _____

2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

2. Este(o) procedimiento(s) se me debe (n) practicar debido a las condiciones actuales de mi salud, y en este momento no existe una mejor alternativa que ofrezca mayores garantías para mi bienestar y mejoría de mi estado. En mi caso particular, las indicaciones de este (o) procedimientos (s) son:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

3. Este (o) procedimiento(s) no está de complicaciones, por lo tanto se me ha explicado que puedo presentar una o más de las siguientes que son frecuentes (escribir todas):

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

4. Otras complicaciones menos frecuentes pero que también se presentan son (escribir todas):

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

5.

5. Además presentó las siguientes condiciones (si no posee ninguno escribir NINGUNO):

que aumentan(n) aún más la probabilidad de padecer las complicaciones antes mencionadas.

6. Si en el transcurso de llevarme a cabo el (los) procedimiento(s) ocurriese una complicación, autorizo al médico y su equipo a se realicen todas las medidas y procedimientos necesarios y adicionales para preservar mi vida y estado de salud; esto incluyen:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Firma o rúbrica del usuario o representante legal: _____

Manifiestan que:

- Se me ha informado en un lenguaje claro y sencillo sobre el(los) procedimiento(s) diagnóstico(s) o terapéutico y tratamiento.
- El doctor/a me ha permitido realizar todas las observaciones y preguntas al respecto.
- También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar este consentimiento y eximir de responsabilidad al médico tratante y personal de salud encargado de mi atención.

Se me han explicado otros métodos alternativos para la técnica diagnóstica-terapéutica propuesta y acepto el presente como el más adecuado para mi hijo (a) en las actuales circunstancias.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho/a con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos explicados. En tales condiciones, ACEPTO que se me realice(n) el (los) procedimientos(s) antes descritos.

Firma del usuario, familiar o representante legal: _____

Nombre y firma testigo: _____ / _____

Nombre y firma testigo: _____ / _____

Firma del médico: _____ Código _____ -

Sello: _____

Lugar y fecha: _____, _____