



**UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA**

**PREVALENCIA DEL PITYROSPORUM OVALE Y FACTORES
ASOCIADOS EN PACIENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE
CONSULTA EXTERNA DE DERMATOLOGÍA DEL HOSPITAL VICENTE
CORRAL MOSCOSO, CUENCA, ENERO-AGOSTO DE 2014**

**TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN
DEL TÍTULO DE MÉDICA Y MÉDICO**

**AUTORES: ADRIANA SOFÍA AMAYA ORTEGA
 JOSÉ ALFREDO BACULIMA ZEAS**

DIRECTOR: DR. IVÁN MARCELO ZEAS DOMINGUEZ

ASESORA: DRA. LORENA ESPERANZA ENCALADA TORRES

CUENCA – ECUADOR

2014

RESUMEN

La dermatitis seborreica es una enfermedad silenciosa, que no es considerada un problema de salud pública, afecta a todas las edades, a ambos sexos, y está ligado a factores psicosociales, y orgánicos los cuales incrementan la posibilidad de la enfermedad y de infecciones fúngicas.

Una de las causas ligadas con la dermatitis seborreica es la infección con *Pityrosporum ovale*, razón por la cual se busca determinar la prevalencia del hongo.

Para desarrollar esta investigación se planificó un estudio transversal que permite medir la prevalencia y los factores asociados en pacientes que fueron atendidos durante los meses de enero a junio del 2014.

La toma de muestra será de escamas de piel y pelos, se realiza por raspado, se recogerán escamas en una placa Petri estéril. Colocamos una el material extraído en un portaobjetos, agregar una gota de KOH y cubrimos.

Objetivo general determinar la prevalencia del hongo *Pityrosporum Ovale* y los factores asociados, en pacientes con dermatitis seborreica.

La prevalencia general de infección por *Pityrosporum ovale* en personas con dermatitis seborreica es del 23,0%. Este es mayor en los hombres, en quienes alcanza el 27,8%, en las personas con ocupaciones manuales con el 33,3%, con ingesta riesgosa de alcohol con el 62,5%, con estado civil casados, viudos, divorciados y unión libre con el 24,4%, y que tienen ingesta de alimentos hipergrasos-hipercalóricos con un 39,0%, dan una imagen de la presencia no despreciable del *P. ovale* en estos pacientes y de los factores asociados que contribuirán para un tratamiento mejor.

PALABRAS CLAVES: PITYROSPORUM OVALE, DERMATITIS SEBORREICA, FACTORES ASOCIADOS, PREVALENCIA

ABSTRACT

Seborrheic dermatitis is a silent disease, which is not considered a public health problem, affecting all ages, both sexes, and is linked to psychosocial factors, and organic which increase the possibility of disease and fungal infections.

One of the causes linked with seborrheic dermatitis is infection with *Pityrosporum ovale*, which is why we seek to determine the prevalence of the fungus.

To develop this research sectional study to measure the prevalence and associated factors in patients who were treated during the months of January to June 2014 was planned.

The sampling will be flaky skin and hair, is done by scraping scales are collected in a sterile Petri dish. Place a material taken on a slide, add a drop of KOH and cover.

Overall objective to determine the prevalence of the fungus *Pityrosporum Ovale* and associated factors in patients with seborrheic dermatitis.

The overall prevalence of infection *Pityrosporum ovale* in patients with seborrheic dermatitis is 23.0%. This is higher in men, where it reaches 27.8% in those with manual occupations with 33.3%, with risk drinking with 62.5%, with marital status married, widowed, divorced and cohabitation with 24.4%, and have intake hipergrasos-dense foods with 39.0%, giving an image of the non-negligible presence of *P. ovale* in these patients and associated factors that contribute to treatment better.

KEYWORDS: PITYROSPORUM OVALE, SEBORRHEIC DERMATITIS, ASSOCIATED FACTORS, PREVALENCE

**INDICE**

RESUMEN	2
ABSTRACT	3
DEDICATORIA	10
AGRADECIMIENTOS	12
CAPITULO I	13
1.1 INTRODUCCION.....	13
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	15
1.3 JUSTIFICACIÓN.....	17
CAPITULO II	18
MARCO TEORICO	18
2.1 TIPOS DE CASPA.....	19
2.2 ETIOLOGÍA	20
2.3 FACTORES PREDISPONENTES.	23
2.4 CLINICA.....	26
2.5 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	30
2.6 ESTUDIO MICOLÓGICO.....	30
CAPITULO III	33
3.1 HIPOTESIS.....	33
3.2 OBJETIVOS.....	33
3.2.1 OBJETIVO GENERAL	33
3.2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS.	33
CAPITULO IV	34
METODOLOGIA	34
4.1 TIPO DE ESTUDIO.....	34
4.2 UNIVERSO Y MUESTRA	34
4.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	34
4.4 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	35
4.5 VARIABLES.....	35
4.6 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	36
4.7 PROCEDIMIENTOS E INSTRUMENTOS A UTILIZAR.....	37
4.8 LUGAR Y FECHA.....	38



4.9	MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS	38
4.10	ASPÉCTOS ÉTICOS.....	39
4.11	BENEFICIOS Y RIESGOS	39
4.12	PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS DATOS.....	39
	CAPITULO V	40
	ANALISIS DE LA INFORMACIÓN.....	40
	CAPITULO VI	62
	DISCUSIÓN.....	62
	CAPITULO VII	63
7.1	CONCLUSIONES	63
7.2	RECOMENDACIONES:.....	65
7.3	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	66
	CAPITULO VII	70
	ANEXOS.....	70
	ANEXO 1	70
	ANEXO 2.....	72



Universidad de Cuenca
Clausula de derechos de autor

Adriana Sofía Amaya Ortega, autora de la tesis, "PREVALENCIA DEL PITYROSPORUM OVALE Y FACTORES ASOCIADOS EN PACIENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA DE DERMATOLOGÍA DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, CUENCA, ENERO-AGOSTO DE 2014", reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de Médica. El uso que la Universidad de Cuenca hiciera de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autora.

Cuenca, 03 de octubre del 2014

Adriana Sofía Amaya Ortega

C.I 0105758999



Universidad de Cuenca
Clausula de derechos de autor

José Alfredo Baculima Zeas, autor de la tesis, "PREVALENCIA DEL PITYROSPORUM OVALE Y FACTORES ASOCIADOS EN PACIENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA DE DERMATOLOGÍA DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, CUENCA, ENERO-AGOSTO DE 2014", reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de Médico. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autor.

Cuenca, 03 de octubre del 2014

José Alfredo Baculima Zeas

C.I 0105475255



Universidad de Cuenca
Clausula de propiedad intelectual

Adriana Sofía Amaya Ortega, autor de la tesis, "PREVALENCIA DEL PITYROSPORUM OVALE Y FACTORES ASOCIADOS EN PACIENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA DE DERMATOLOGÍA DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, CUENCA, ENERO-AGOSTO DE 2014", certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 03 de octubre del 2014

Adriana Sofía Amaya Ortega

C.I 0105758999



Universidad de Cuenca
Clausula de propiedad intelectual

José Alfredo Baculima Zeas, autor de la tesis, "PREVALENCIA DEL PITYROSPORUM OVALE Y FACTORES ASOCIADOS EN PACIENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA DE DERMATOLOGÍA DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, CUENCA, ENERO-AGOSTO DE 2014", certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autor.

Cuenca, 03 de octubre del 2014

José Alfredo Baculima Zeas

C.I 0105475255



DEDICATORIA

Dedico esta tesis a Dios por darme la salud y vida durante mis años de estudio, para poder culminar mi carrera universitaria.

El presente trabajo está dedicado especialmente con cariño a mis padres Patricio Amaya y Miriam Ortega quienes con su amor y constante apoyo supieron guiarme, aconsejarme y ver por mi futuro, quienes me inculcaron el espíritu de superación tanto personal como profesional; gracias padres son un pilar fundamental en este sueño que estoy comenzando.

De igual manera va dedicado este trabajo a mis abuelitos Sucre Ortega y Argentina Gutiérrez quienes con su sabiduría supieron darme ánimos para no desfallecer en el largo recorrido, gracias abuelitos por su incondicional apoyo.

A cada uno de mis hermanos que supieron apoyarme y darme ánimos para continuar con este sueño emprendido; a cada familiar que supo brindarme su apoyo y cariño.

Y a cada persona que conocí durante mi carrera universitaria que de alguna manera supieron aportar durante mi formación.

Adriana Sofía Amaya Ortega



DEDICATORIA

A mi madre María del Carmen Zeas Vega, quién con su sabiduría y amor me ayudo a salir adelante, su apoyo y comprensión incondicional que me brinda día a día. Además de llenarme de valores y virtudes que me permitieron llevar acabo mis metas.

A mi padre y mi familia quienes son pilar fundamental en mi desarrollo personal y profesional.

José Alfredo Baculima Zeas



AGRADECIMIENTO

Agradecemos a Dios por darnos la oportunidad de culminar nuestros propósitos anhelados.

Agradecemos a nuestro director Dr. Iván Zeas quien supo brindarnos su tiempo y conocimientos para paso a paso ir armando este trabajo que nos permitirá avanzar y culminar nuestra carrera universitaria.

Agradecemos a la Dra. Lorena Encalada por ser nuestra asesora de tesis y brindarnos la enseñanza y sabiduría sobre el tema, por su paciencia y tiempo que estuvo con nosotros guiándonos hasta terminar este trabajo.

Agradecemos al personal de laboratorio de la Universidad de Cuenca quienes colaboraron con la realización de los análisis de las muestras de nuestra tesis realizada.

Un profundo agradecimiento a cada docente que supieron formarnos y prepararnos para afrontar cualquier circunstancia que se nos presente en nuestra vida profesional.

Agradecemos a nuestra respectiva familia quienes nos brindan apoyo para realizar y cumplir todos nuestros propósitos y brindarnos el amor y cariño que nos ayuda a salir adelante.

CAPITULO I

1.1 INTRODUCCION

Vivimos en una sociedad donde el culto a la imagen es un valor en alza, por lo tanto padecer el problema de la caspa provoca en ocasiones situaciones incómodas que originan inseguridad en el aspecto físico. Las personas con pitiriasis capitis (caspa) se encuentran continuamente pendientes de la apariencia de su cabello y hombros, y tienen condicionada su forma de vestir.

El hongo *Pityrosporum ovale* es la causa más común de la caspa y se encuentra encima de la piel tanto de personas saludables como en las que tienen caspa, por lo que el 20% de la población padecerán de pitiriasis capitis en alguna época de su vida, la pitiriasis capitis es una afección del cuero cabelludo y de otras zonas con pelo del organismo que se caracteriza por la presencia de abundantes escamas. Consiste en una forma de manifestarse levemente una enfermedad de la piel llamada dermatitis seborreica.¹

La dermatitis seborreica es una enfermedad inflamatoria, benigna, no contagiosa que se localiza en las zonas más seborreicas del tegumento y es uno de los trastornos más comunes de la piel, descrito por primera vez por Unna en 1887. En cualquiera de sus localizaciones, la dermatitis seborreica es una dermatosis frecuente y tiene una prevalencia de aproximadamente el 1 al 2% en la población general, y del 1 al 3% de adultos con trastornos inmunológicos. En los casos de localización exclusiva en cuero cabelludo en sus distintas formas (pitiriasis “seca”, pitiriasis “esteatoide”) la prevalencia se

¹ Simone, Trichology, Laboratorios, Pitiriasis esteatoide o caspa grasa [sede Web], Barcelona, España, 12/04/2013. Disponible en : http://www.simonehair.es/portfolio_tricologia/pitiriasis-esteatoide-o-caspa-grasa/



sitúa alrededor del 50 % en adultos jóvenes de raza caucásica. Se presenta con mayor frecuencia en hombres y la raza negra es la más afectada.²

Por lo tanto, el presente trabajo pretende evidenciar la prevalencia de infección por *Pityrosporum ovale* y los factores asociados presentes en los pacientes que acuden a consulta externa de Dermatología del hospital Vicente Corral Moscoso, para que sea un referente que ayude a la valoración del paciente y contribuya a la aplicación de un plan terapéutico más cercano a la realidad de los pacientes. Por lo anotado, se considera que la presente investigación aportará positivamente en la mejora de la calidad de vida de las personas, por ser esta patología una que influye en los aspectos psicosociales de las personas.

² Piquero, M. J. Y Piquero, J. Dermatitis Seborreica, Blog de discusión dermatológica, Dermatología Iberoamericana Online, Capítulo 14, Fundación Piel, Caracas, Venezuela, 2013. Disponible en : <http://piel-l.org/libreria/item/258>

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La dermatitis seborreica puede afectar indirectamente la calidad de vida de las personas, el bienestar psicológico y la vida social. A pesar de eso, en nuestro medio aún no se le da importancia, hasta se lo considera casi hasta insignificante, cuando se lo compara con otras enfermedades.

La solución a este problema es reconocer, diagnosticar y abordar los factores asociados de los pacientes con dermatitis seborreica del cuero cabelludo para otorgar un adecuado tratamiento y mejorar la calidad de vida de éstos pacientes.

“La dermatitis seborreica o eczema seborreico es una dermatosis inflamatoria crónica frecuente y recurrente en regiones cutáneas rica en glándulas sebáceas y eventualmente en algunas áreas intertriginosas, primordialmente en cara, cuero cabelludo y pecho; pertenece al grupo de patologías dermatológicas con replicación celular acelerada y presencia de células nucleadas en la capa córnea de la epidermis, así como una relación con la producción de sebo, ya que la adolescencia, seborrea y dermatitis seborreica se concatenan, además de que la afección se distribuye en zonas de mayor funcionalidad de glándulas sebáceas cara, cuero cabelludo y las regiones centro-esternal e inter escapular, y afecta entre el 1% y el 3% de la población inmunocompetente; es más en las personas de raza negra. Suele presentar dos picos de edad, uno entre los adolescentes y adultos jóvenes y otro en pacientes mayores de 50 años. Hay una predisposición familiar y una predominancia del sexo masculino”.³.

De igual manera existen factores asociados que contribuyen a la producción de la dermatitis seborreica, como son factores intrínsecos como el sobrepeso y obesidad, piel grasosa, trastornos neurológicos como la Enfermedad de Parkinson y la epilepsia aunque se desconoce la relación

³ Piquero, M. J. Y Piquero, J. Dermatitis Seborreica, Blog de discusión dermatológica, Dermatología Iberoamericana Online, Capítulo 14, Fundación Piel, Caracas, Venezuela, 2013. Disponible en: <http://piel-l.org/libreria/item/258>

entre estas patologías; y factores extrínsecos como el stress emocional, la fatiga, el uso de lociones que contienen alcohol, infección por *Pityrosporum ovale*, y el aseo personal.⁴

Hay una relación causal entre *P. ovale* y dermatitis seborreica, así lo atestigua la investigación realizada en Costa Rica por Orlando Jaramillo Antillón y colaboradores; en 90 pacientes con pitiriasis capitis (caspa) y dermatitis seborreica capitis; 44 pacientes fueron tratados con zinc pyrithion al 1,5% y 46 pacientes fueron asignados a un grupo control en forma aleatoria para recibir un placebo; los resultados encontrados fue que en el grupo tratado con el zinc pyrithion al 1,5% tuvo una mejoría clínica y micológica significativamente mayor comparado con el grupo control durante la primera y la segunda visita ($p < 0,001$). Los datos obtenidos sugieren que *Pityrosporum ovale* contribuye a la patogénesis de estas entidades y muestra la efectividad y seguridad del zinc pyrithion al 1,5% en el tratamiento de estas condiciones.⁵

Si bien la dermatitis seborreica es una enfermedad frecuente, que no es dada la importancia requerida por la población y la salud pública, obliga a estudiar con mayor preocupación, y en esta investigación se trata de establecer la prevalencia de *Pityrosporum ovale* en pacientes con dermatitis seborreica que han sido atendidos en la consulta externa de Dermatología.

PREGUNTA ¿Cuál es la prevalencia del *Pityrosporum Ovale* y los factores asociados en pacientes con dermatitis seborreica del cuero cabelludo que acuden al servicio de consulta externa de dermatología del Hospital Vicente Corral Moscoso del cantón Cuenca, durante el período de enero a junio del 2014?

⁴ Piquero, M. J. Y Piquero, J. Dermatitis Seborreica, Blog de discusión dermatológica, Dermatología Iberoamericana Online, Capítulo 14, Fundación Piel, Caracas, Venezuela, 2013. Disponible en :<http://piel-l.org/libreria/item/258>

1.3 JUSTIFICACIÓN

Con el desarrollo de esta investigación podremos dar a conocer la prevalencia del hongo *Pityrosporum Ovale*, en los pacientes con diagnóstico de dermatitis seborreica, basados en la información de laboratorio.

Los datos obtenidos de esta investigación servirán de evidencia científica y de referencia para que todo profesional médico que trate pacientes con dermatitis seborreica del cuero cabelludo, les permita manejar un plan de tratamiento farmacológico adecuado que involucre la acción antimicótica en contra de *P. ovale*, así como ubicar los factores de riesgo que están presentes en este grupo de pacientes y pueden servir de referente al momento de la valoración de los pacientes, de ésta manera se pueden obtener mejores resultados.

Por ello que la finalidad de este estudio es poder visualizar y evidenciar la presencia de *Pityrosporum ovale*, y de los factores asociados en los pacientes que acudieron al servicio de consulta externa de dermatología del Hospital Vicente Corral Moscoso.

El impacto social positivo que deseamos realizar con nuestro estudio, es aportar al mejoramiento de la calidad de vida de los pacientes que están pasando por esta patología, tanto a nivel psicológico como social, y que los especialistas elijan un adecuado tratamiento, y así puedan abarcar todos los factores asociados a esta patología.

Los beneficiarios principales de nuestra investigación serán los pacientes que padezcan de dermatitis seborreica del cuero cabelludo, ya que los conocimientos obtenidos en esta investigación son de utilidad para los médicos quienes los tratan y los resultados se reflejarán en un mejor manejo del paciente con esta patología, también podría ser de utilidad para nuestros compañeros en general, ya que les permitiría conocer más sobre el manejo de esta patología y así actualizar sus conocimientos científicos, o les sirva de ejemplo para ayudar a nuestra sociedad, en especial a los pacientes que acuden por padecer de esta patología.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

Etimológicamente el nombre “dermatitis seborreica” implica inflamación por causa del sebo de la piel, sin embargo la enfermedad es mucho más compleja de lo que su nombre sugiere y diversos estudios han demostrado que la piel de los pacientes con dermatitis seborreica no es necesariamente más seborreica que la de un individuo sin la afección.⁶

La dermatitis seborreica es una enfermedad inflamatoria, benigna, no contagiosa que se localiza en las zonas más seborreicas del tegumento y es uno de los trastornos más comunes de la piel, descrito por primera vez por Unna en 1887.⁷

“La dermatitis seborreica se caracteriza por la aparición de áreas eritematosas con descamación de consistencia más o menos grasa, localizadas en zonas seborreicas, esto es, el cuero cabelludo, las cejas, los surcos naso genianos, los oídos, las áreas pre-esternal e interescapular (dermatitis medio torácica de Brocq) y ocasionalmente, en los grandes pliegues. No obstante, el grado de eritema y descamación es muy variable, así como la extensión de las lesiones, de unos individuos a otros. Además existe cierta confusión, pues se emplean términos distintos para aludir a una misma afección, como <eccema seborreico>, <eccemátide seborreica>, <sebo psoriasis>, <eccema petaloide> de Unna, pitiriasis capitis (PC) o <caspa>. En particular, y aunque la relación entre la dermatitis seborreica y la PC permanece sujeta a discusión, en este trabajo, siguiendo a la mayoría de los autores modernos y basándonos en los factores etiológicos que

⁶ Piquero, M. J. Y Piquero, J. Dermatitis Seborreica, Blog de discusión dermatológica, Dermatología Iberoamericana Online, Capitulo 14, Fundación Piel, Caracas, Venezuela, 2013. Disponible en :

<http://piel-l.org/libreria/item/258>

⁷ Piquero, M. J. Y Piquero, J. Dermatitis Seborreica, Blog de discusión dermatológica, Dermatología Iberoamericana Online, Capitulo 14, Fundación Piel, Caracas, Venezuela, 2013. Disponible en :

<http://piel-l.org/libreria/item/258>

*se exponen más adelante y en los resultados del tratamiento, consideramos ambos procesos”.*⁸

En cualquiera de sus localizaciones, la dermatitis seborreica es una dermatosis frecuente y tiene una prevalencia de aproximadamente el 1 al 2% en la población general, y del 1 al 3% de adultos con trastornos inmunológicos. En los casos de localización exclusiva en cuero cabelludo en sus distintas formas (pitiriasis seca, pitiriasis esteatoide) la prevalencia se sitúa alrededor del 50 % en adultos jóvenes de raza caucásica. Se presenta con mayor frecuencia en hombres y en personas de la raza negra. Las etapas del ciclo de vida de mayor prevalencia son: en la infancia (los primeros tres meses de vida, siendo la manifestación más frecuente la costra láctea) y en la edad adulta, después de la pubertad, y desde los 30 a 60 años.⁹

2.1 TIPOS DE CASPA

Existen varios tipos de caspa, siendo las dos más comunes la caspa seca y la caspa grasa.

Pityriasis simplex o Caspa seca.

Es el estado descamativo más frecuente y suele mantenerse por largos períodos de tiempo. Si no se trata puede tener recidivas e incluso evolucionar a caspa grasa. Algunas veces desaparece espontáneamente.

Sus principales características son:

- Presencia de escamas finas, secas, blancas o grisáceas, que se desprenden fácilmente y ocupan totalmente el área del cuero cabelludo.

⁸ Erchiga Crespo V, Moyano Gómez E, Palomo Crespo Ma. Pityriasis capitis (dermatitis seborreica del cuero cabelludo): etiología y tratamiento. RevClin Piel. 2008; 23 (6): 525-28.

⁹ Piquero, M. J. Y Piquero, J. Dermatitis Seborreica, Blog de discusión dermatológica, Dermatología Iberoamericana Online, Capítulo 14, Fundación Piel, Caracas, Venezuela, 2013. Disponible en : <http://piel-l.org/libreria/item/258>

- Las escamas se reparten de forma antiestética por el cuello y hombro
- Cuero cabelludo seco y cabellos sin brillo.
- No presenta signos inflamatorios y el prurito es moderado o ausente.¹⁰

Pityriasis esteatoide o Caspa grasa.

Es un estado descamativo asociado con la existencia de seborrea, que puede suceder a una pityriasis simplex o surgir espontáneamente. Sus características más destacables son:

- Presencia de escamas de mayor talla, espesas, amarillentas y grasientas, preferentemente localizadas en las áreas seborreicas (cuero cabelludo frontal).
- Las escamas se adhieren al cuero cabelludo y al cabello, formando placas.
- Cuero cabelludo graso con descamación untuosa.
- Puede presentarse acompañado de eritema, con prurito más o menos intenso, e inflamación del cuero cabelludo. Por ello se asocia frecuentemente a dermatitis seborreica que afecta a los conductos auditivos, regiones medio faciales (cejas, aletas de la nariz) y región esternal.
- Puede ser causa de alopecia (pérdida de cabello).¹¹

2.2 ETIOLOGÍA

Un estudio realizado en Málaga, España por Vicente Crespo Erchiga y colaboradores; estudiaron 75 pacientes con pitiriasis versicolor, 75 con dermatitis seborreica y 150 muestras de piel sana (75 de región frontal y 75 de región escapular). Realizaron examen directo en KOH en las muestras de los dos primeros grupos y cultivo en medio de Dixon modificado en todos ellos. En la pitiriasis versicolor se aisló *Malassezia sympodialis* (39%) o

¹⁰ Dalmau Arias J, Caspa o pitiriasis capitis, Barcelona, España, 2012. Disponible en: <http://www.corporacioncapilar.es/caspa.php>

¹¹ Dalmau Arias J, Caspa o pitiriasis capitis, Barcelona, España, 2012. Disponible en: <http://www.corporacioncapilar.es/caspa.php>

Malassezia slooffiae (6%) y Malassezia restricta (3%). En la dermatitis seborreica, se encontró: M. restricta (63.9%), M. globosa (54.5%), M. sympodialis (34.6%), M. slooffiae (4%) y M. furfur (1.3%). Fueron positivas en un 40% de las muestras de piel sana, aislándose M. sympodialis (91.7%), M. slooffiae (3.3%) y M. globosa (5%), está última solo en la región frontal.¹²

Entre los agentes microbianos ligados con la dermatitis seborreica, hay varios, entre ellas bacterias, levaduras incluyendo la Cándida en lactantes, y el Pityrosporum Ovale en el adulto. El resurgimiento en el interés por las levaduras del género Malassezia ha reavivado la antigua hipótesis que la dermatitis seborreica es causada por una relación alterada entre estos microorganismos comensales superficiales y el huésped, es más, el éxito de medicamentos antimicóticos para el tratamiento apoya esta hipótesis ya que la terapia está basada en controlar y disminuir la producción de sebo, inhibir la multiplicación de Malassezia y otras levaduras y desinflamar el área afectada.¹³

También se ha propuesto una teoría neurogénica para el desarrollo de dermatitis seborreica ante la asociación con Parkinson, accidentes cerebrovasculares, epilepsia, traumatismos cráneo-encefálicos, parálisis facial, siringomielia y uso de fármacos neurolépticos. La dermatitis seborreica puede estar limitada al área afecta por la siringomielia o al hemicuerpo afecto en un paciente hemipléjico. Sin embargo, no se han identificado neurotransmisores en este contexto. La asociación de la dermatitis seborreica con la enfermedad de Parkinson se ha descrito desde hace décadas. Las lesiones se desarrollan sobre todo en pacientes que muestran niveles elevados y prolongados de seborrea, si bien la severidad de ésta no parece relacionarse con la del Parkinson.¹⁴

¹² Piquero, M. J. Y Piquero, J. Dermatitis Seborreica, Blog de discusión dermatológica, Dermatología Iberoamericana Online, Capítulo 14, Fundación Piel, Caracas, Venezuela, 2013. Disponible en :

<http://piel-l.org/libreria/item/258>

¹³ Orfanos C, Zouboulis C. Oral retinoids in the treatment of seborrhea and acne. *Dermatology* 1988; 196(1):140-147. Disponible en: <http://www.dermatol.or.jp/Journal/JD/full/032010022e.pdf>

¹⁴ Orfanos C, Zouboulis C. Oral retinoids in the treatment of seborrhea and acne. *Dermatology* 1988; 196(1):140-147. Disponible en: <http://www.dermatol.or.jp/Journal/JD/full/032010022e.pdf>

Proliferación local de la flora fúngica (*Pityrosporum Ovale*)

Existe una discusión si *Pityrosporum Ovale* es un agente causante o bien se trata de un hongo oportunista que prolifera en exceso ante un cuadro descamativo, agravando la situación. De ser así, este hongo podría degradar, por acción de enzimas extracelulares, los triglicéridos sebáceos (sebo) incrementando el nivel de ácidos grasos libres existentes en el cuero cabelludo, que por su capacidad irritante, provocarían la estimulación de los procesos proliferativos epidérmicos (descamación por lipólisis irritativa).¹⁵

Históricamente, varios investigadores han estudiado el posible papel de los microorganismos en la etiología de la dermatitis seborreica. Ya en 1874, Malassez describió la presencia de levaduras con características peculiares en las escamas de las lesiones de la pitiriasis simple. Con posterioridad, en 1889, Baillon propuso el término genérico *Malassezia* para estas levaduras e identificó a *M. furfur* como la primera especie del nuevo género. En 1904, Sabouraud creó el género *Pityrosporum* y propuso el nombre de *P. malassezii* para la especie observada en las escamas de la pitiriasis capitis. A partir de este momento, se inició una larga época de confusión y controversia, principalmente por la diversidad morfológica de las levaduras y la dificultad para aislarlas y mantenerlas en cultivo.¹⁶

Por otra parte, dado que la mayoría de las especies de *Malassezia* pertenecen a la flora cutánea normal y se las encuentra como simples saprófitos o comensales, tanto en piel humana normal como de diversos animales, los investigadores posteriores tendieron a adoptar una postura crítica y rechazaban la posibilidad de que fueran determinantes en la etiología de la dermatitis seborreica. Al contrario que en la pitiriasis versicolor, en la que se puede observar *Malassezia* sistemáticamente en su forma micelial (levaduras y pseudomicelio), en la dermatitis seborreica sólo se observan

¹⁵ Orfanos C, Zouboulis C. Oral retinoids in the treatment of seborrhea and acne. *Dermatology* 1988; 196(1):140-147. Disponible en: <http://www.dermatol.or.jp/Journal/JD/full/032010022e.pdf>

¹⁶ Erchiga Crespo V, Moyano Gómez E, Palomo Crespo Ma. Pitiriasis capitis (dermatitis seborreica del cuero cabelludo): etiología y tratamiento. *RevClin Piel.* 2008; 23 (6): 525-28.

levaduras de morfología variable sin formación de micelio y su número puede no resultar significativamente más elevado que lo que se observa en la piel normal, aunque se ha comunicado una cierta correlación entre la intensidad de la dermatitis seborreica y la densidad de la población de estas levaduras. Así, durante muchos años, la dermatitis seborreica fue considerada básicamente como un trastorno proliferativo, en el que la descamación se debería a un aumento del recambio epitelial, lo que parecía confirmado por la respuesta del proceso al tratamiento con queratolíticos como el ácido salicílico, reductores como la brea y antiinflamatorios como los corticoides.¹⁷

El desarrollo de los nuevos antifúngicos, y en particular la aparición del ketoconazol en la década de los setenta, renovó el interés de los dermatólogos sobre el papel de las levaduras lipofílicas en la etiología de la dermatitis seborreica. Los pacientes tratados con ese fármaco experimentaban una clara mejoría de sus síntomas, al tiempo que se reducía el número de los microorganismos en la piel. Las constantes investigaciones de los microbiólogos en el campo de las levaduras habían llevado ya en 1984, en primer lugar, a rechazar definitivamente el término *Pityrosporum*, muy utilizado por los clínicos, por considerarlo sinónimo de *Malassezia*, y reducir el número especies válidas a sólo 2: *M. furfur*, presente en la piel humana tanto sana como enferma, y *M. pachydermatis*, aislada en diversos animales. Ulteriores estudios, llevados a cabo ya en la década de los noventa y realizados mediante técnicas ultra estructurales, serológicas y moleculares, llevaron a la identificación de una tercera especie, *M. sympodialis*, y a la profunda revisión taxonómica de 1996, que amplió el género a un total de 7 especies válidas añadiendo *M. globosa*, *M. restricta*, *M. slooffiae* y *M. obtusa*.¹⁸

2.3 FACTORES PREDISPONENTES.

Podría haber una influencia hormonal, no sólo porque la enfermedad suele aparecer en la pubertad, sino porque también es más común en varones,

¹⁷ Erchiga Crespo V, Moyano Gómez E, Palomo Crespo Ma. Pityriasis capitis (dermatitis seborreica del cuero cabelludo): etiología y tratamiento. RevClin Piel. 2008; 23 (6): 525-28.

¹⁸ Erchiga Crespo V, Moyano Gómez E, Palomo Crespo Ma. Pityriasis capitis (dermatitis seborreica del cuero cabelludo): etiología y tratamiento. RevClin Piel. 2008; 23 (6): 525-28.

probablemente debido a la influencia de los andrógenos en el funcionamiento de la unidad pilo sebácea.

Junto con los factores hormonales, se ha estudiado la posible participación de factores inmunitarios, nutricionales, ambientales y relacionados con el estilo de vida; a menudo es difícil separar la importancia relativa de cada una, ya que, por ejemplo, los pacientes alcohólicos o depresivos suelen alimentarse mal y mantienen prácticas higiénicas inadecuadas.¹⁹

La seborrea es básicamente un factor predisponente por vía de estimulación de los andrógenos, éstos se encuentran activos en el nacimiento por andrógenos maternos, lo que explicaría la dermatitis seborreica del lactante. Su estímulo cesa después de algunos meses acompañándose del desaparecimiento espontáneo de las lesiones, para luego reaparecer en la pubertad, con una mayor incidencia entre los 18 y 40 años de edad.²⁰

Entre otros de los factores endógenos se encuentran los hormonales; se ha estudiado el posible rol de factores inmunológicos, nutricionales y ambientales, y su relación con el estilo de vida, siendo a menudo difícil separar la importancia relativa de las mismas ya que, por ejemplo, los pacientes alcohólicos o depresivos suelen alimentarse mal y muestran prácticas higiénicas inadecuadas. En el caso de las personas que viven con VIH-Sida, comúnmente se presenta una gran afectación de la piel y mucosas. Algunos estudios estiman que la prevalencia de enfermedades cutáneas en estas personas varía entre el 80 % y el 95 % y está demostrado que la piel puede ser el primer y único órgano blanco afectado al inicio de la infección.^{21,22}

¹⁹ Erchiga Crespo V, Moyano Gómez E, Palomo Crespo Ma. Pityriasis capitis (dermatitis seborreica del cuero cabelludo): etiología y tratamiento. RevClin Piel. 2008; 23 (6): 525-28.

²⁰ Van Vloten WA, van Haselen CW, van Zuuren EJ, et al *The effect of 2 combined oral Contraceptives containing either drospirenone or cyproterone acetate on acne and seborrhea.Cutis.* 2002;69(4 Suppl): 2-15 .Disponible en :<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12096825>

²¹ Porras de Quintana, L. , Tamayo-Buendía, M. y Sánchez-Vanegas, G. Prevalencia de Infección por VIH en Pacientes con Patología Dermatológica en un Centro de Referencia

Con respecto a los factores inmunológicos involucrados, se conoce que, la función de células T esta disminuida, la prevalencia de células “natural Killer” esta aumentada y/o los niveles totales de IgA e IgG en suero. (9). Además se ha encontrado una expresión de citotoxicidad-ligandos activadores (MICA) y reclutamiento de células “Killer” creando un microambiente pro-inflamatorio.²³

El aumento de IgG no se relaciona con la presencia de *Malassezia*. De esta forma se ha sugerido una nueva hipótesis patogénica. Según esta propuesta, la dermatitis seborreica estaría producida como consecuencia de una reacción anormal de la piel frente a la presencia de las levaduras y esta reacción podría estar relacionada con la capacidad de *Malassezia* para sintetizar una toxina o estimular actividad lipasa²⁴. La respuesta inflamatoria en la piel afecta de dermatitis seborreica se traduce en un aumento de las células NK1+ y CD16+, activación del complemento e incremento de la producción de interleucinas inflamatorias en comparación con la piel normal.²⁵

Entre otros factores que exacerban la aparición de DS se encuentran; el calor, la humedad, el uso de ropas adheridas al cuerpo o de tejido grueso que retengan sebo y sudor como la lana y el tejido sintético, trabajar con computadoras, o aire seco. También han sido implicados como agravantes; la tensión emocional, crisis de estrés o de ira o de depresión.²⁶

Nacional 2005-2006. Rev. salud pública. 11 (4): 613-619, 2009. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/S0124-00642009000400012>

²² Mynt, M., Yuan, ZN. y Schenck, K. Reduced numbers of Langerhans cells and increased HLA-DR expression in keratinocytes in the oral gingival epithelium of HIV-infected patients with periodontitis. *J Clin Periodontol* 2000; 27:513-519. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/422/42217814012.pdf>

²³ Guin JD. Eyelid dermatitis: experience in 203 cases. *J Am Acad Dermatol* 2002; 47(5): 755-765. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12399770>

²⁴ Guin JD. Eyelid dermatitis: experience in 203 cases. *J Am Acad Dermatol* 2002; 47(5): 755-765. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12399770>

²⁵ Ling, MR. *Topical tacrolimus and pimecrolimus: future directions. Semin Cutan Med Surg* 2001; 20(4): 268-274. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0190962202616056>

²⁶ Ling MR. *Topical tacrolimus and pimecrolimus: future directions. Semin Cutan Med Surg* 2001; 20(4): 268-274. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0190962202616056>

El alcoholismo, la excesiva ingesta de carbohidratos, alimentos condimentados, copiosos o el comer rápido pueden agravar la erupción o las “crisis”. Deficiencia de algunas vitaminas y oligoelementos como el zinc han sido implicados también en la etiopatogenia de esta compleja entidad. Se ha asociado con pancreatitis alcohólica crónica, infección por VHC y varios tipos de neoplasias malignas. Es más frecuente también en pacientes con enfermedades genéticas, como síndrome de Down, enfermedad de Hailey-Hailey, y síndrome cardio-faciocutáneo^{27,28,29,30}

Un estudio realizado en México, Boca del Río, por Dr. Francisco Jiménez y colaboradores, fue un estudio transversal en una muestra de conveniencia de 130 adolescentes de la ciudad mencionada, la mayoría forman parte de familias de bajos recursos económicos. La tasa de respuesta en este estudio fue baja del 56%. Del total de los adolescentes, 54 fueron masculinos (42%) y 76 fueron femeninos (58%). La mayoría de los adolescentes tenían una edad entre 11.25-17.5 años (promedio = 14.3 y mediana = 14.25). El 67% de los adolescentes tuvo un peso saludable. La tasa de prevalencia de sobrepeso y obesidad fue de 13% y 17% respectivamente, por lo que en general el 30% de los adolescentes presentaron sobrepeso y obesidad.³¹

2.4 CLINICA

La prevalencia de dermatitis seborreica en pacientes VIH positivos y SIDA alcanza el 34% y el 83% respectivamente. Por otro lado, existen evidencias histológicas y moleculares que apoyan diferencias entre la dermatitis

²⁷ Gupta AK, Bluhm R. *Skin Therapy Lett. Itraconazole (Sporanox) for seborrheic dermatitis 2002; 7 Suppl. 1: 4-82.* Disponible en: <http://piel-l.org/libreria/item/tag/dermatitis-seborreica>

²⁸ Baysal V, Yildirim M, Ozcanli C, Ceyhan AM. *Itraconazole in the treatment of seborrheic dermatitis: a new treatment modality. Int J Dermatol 2004; 43(1):63-66.* Disponible en: www.scielo.org.co/pdf/rsap/v11n4/v11n4a12.pdf

²⁹ Cassano N, Amoroso A, Loconsole F, et al. *Oral terbinafine for the treatment of seborrheic dermatitis in adults. Int J Dermatol 2002; 41(11): 821-822.* Disponible en: <http://www.aafp.org/afp/2006/0701/p125.html>

³⁰ Orfanos C, Zouboulis C. *Oral retinoids in the treatment of seborrhea and acne. Dermatology 1988; 196(1):140-147.* Disponible en: <http://www.dermatol.or.jp/Journal/JD/full/032010022e.pdf>

³¹ Piquero, M. J. Y Piquero, J. *Dermatitis Seborreica*, Blog de discusión dermatológica, Dermatología Iberoamericana Online, Capítulo 14, Fundación Piel, Caracas, Venezuela, 2013. Disponible en : <http://piel-l.org/libreria/item/258>

seborreica clásica y la asociada a VIH positivos. Estos datos sugieren que estos cambios se deben a alteraciones en la interacción entre las células T y los queratinocitos de los pacientes con SIDA.^{32,33,34}

No es frecuente en la infancia pero aumenta progresivamente a partir de la adolescencia, a los 20 años un 50% de la población ha sufrido algún brote, lo que da una idea de su frecuencia. Aunque la causa de la Pitiriasis Capitis, es compleja y discutida, es conveniente considerar los elementos que actúan conjuntamente en su aparición, con el fin de comprender los tratamientos utilizados para su corrección.^{35,36,37}

En el caso de los niños, la dermatitis seborreica se ha relacionado con muchos factores: a) impregnación hormonal con disfunción de las glándulas sebáceas, con alteración en la composición del sebo, b) las levaduras lipofílicas jugarían un rol importante en la inflamación y en la diseminación de la dermatitis seborreica y c) una predisposición genética a que se exprese esta dermatitis reaccional y además a que se sobre infecte con *Staphylococcus aureus* y *Candida* (por el elevado pH de la piel de éstos niños) y se dice que puede ser el inicio o la manifestación prematura de otras dermatosis de aparición más

³² Naldi, L. Rebor, A. Seborrheic Dermatitis. N.Engl.J.Med, 2009;360:387-96. Disponible en: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMcp0806464>

³³ Perez Chavarria, E L; Castanon, L R; Tamayo, L; Lopez-Martinez, R; Ruiz-Maldonado, R; Pityrosporum ovale en dermatitis seborreica infantil y en otras dermatosis infantiles. Thuam31Europe/BerlinJanuary 1, 1970. Disponible en: <http://www.cmdp.org.mx/Files/DermatitisSeborreicaInfantil.pdf>

³⁴ Salmentón M., Secretaria del Comité de Dermatología Pediátrica de la Sociedad Uruguaya de Pediatría, Uruguay, 2003. Dra. Ortiz Solis DM, Dermatóloga Pediatra. Hospital de Especialidades Pediátricas Azcapotzalco. Secretaria de Salud del Gob del DF. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-05842003000100011

³⁵ Naldi, L. Rebor, A. Seborrheic Dermatitis. N.Engl.J.Med, 2009;360:387-96. Disponible en: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMcp0806464>

³⁶ Perez Chavarria, E L; Castanon, L R; Tamayo, L; Lopez-Martinez, R; Ruiz-Maldonado, R; Pityrosporum ovale en dermatitis seborreica infantil y en otras dermatosis infantiles. Thuam31Europe/BerlinJanuary 1, 1970. Disponible en: <http://www.cmdp.org.mx/Files/DermatitisSeborreicaInfantil.pdf>

³⁷ Salmentón M., Secretaria del Comité de Dermatología Pediátrica de la Sociedad Uruguaya de Pediatría, Uruguay, 2003. Dra. Ortiz Solis DM, Dermatóloga Pediatra. Hospital de Especialidades Pediátricas Azcapotzalco. Secretaria de Salud del Gob del DF. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-05842003000100011

tardía como el eczema atópico o la psoriasis. No hay evidencia de predisposición genética para presentar el padecimiento.^{38,39,40}

En los adultos, la dermatitis seborreica del adulto afecta con frecuencia al cuero cabelludo y se presenta como una ligera y suave descamación de sebo junto a un eritema que está ubicado en las regiones parietales y el vértex fundamentalmente. En la línea de implantación del cuero cabelludo, el eritema y la descamación suelen estar perfectamente separados de la piel no afectada. Las formas más comunes y leves de presentación en el cuero cabelludo son la *pityriasis simplex capitis*, o comúnmente llamada caspa, y se define como una descamación difusa de leve a moderada fina, blanca o grasienta del cuero cabelludo sin eritema ni irritación significativa. Es importante destacar que un cuadro muy parecido se presenta con dermatitis atópica o con piel seca.⁴¹

En la dermatitis seborreica del cuero cabelludo los pelos tienen un aspecto engrasado debido a la secreción sebácea y se tornan brillantes, pegadizos, pesados, difíciles de peinar y se generan una acumulación de suciedad fácilmente. Es frecuente encontrar en estos pacientes procesos de oxidación causados por el sebo acumulado que causan mal olor. Las secreciones de sebo son bajas durante la infancia, y experimenta una elevación marcada durante la pubertad hasta llegar a su nivel más alto durante la etapa adulta, y comenzando a decrecer en el periodo de la senectud.⁴²

³⁸ Naldi, L. Rebor, A. Seborrheic Dermatitis. N.Engl.J.Med, 2009;360:387-96. Disponible en: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMcp0806464>

³⁹ Perez Chavarria, E L; Castanon, L R; Tamayo, L; Lopez-Martinez, R; Ruiz-Maldonado, R; Pityrosporum ovale en dermatitis seborreica infantil y en otras dermatosis infantiles. Thuam31Europe/BerlinJanuary 1, 1970. Disponible en <http://www.cmdp.org.mx/Files/DermatitisSeborreicaInfantil.pdf>

⁴⁰ Salmentón M., Secretaria del Comité de Dermatología Pediátrica de la Sociedad Uruguaya de Pediatría, Uruguay, 2003. Dra. Ortiz Solis DM, Dermatóloga Pediatra. Hospital de Especialidades Pediátricas Azcapotzalco. Secretaria de Salud del Gob del DF. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-05842003000100011

⁴¹ Mynt, M., Yuan, ZN. y Schenck, K. Reduced numbers of Langerhans cells and increased HLA-DR expression in keratinocytes in the oral gingival epithelium of HIV-infected patients with periodontitis. J ClinPeriodontol 2000; 27:513-519. Disponible en: www.scielo.org.co/pdf/rsap/v11n4/v11n4a12.pdf

⁴² Mynt, M., Yuan, ZN. y Schenck, K. Reduced numbers of Langerhans cells and increased HLA-DR expression in keratinocytes in the oral gingival epithelium of HIV-infected patients with

Otras localizaciones de la dermatitis seborreica del adulto puede ser la cara, que se presenta de una forma bastante simétrica y se localiza en la frente, porción medial de las cejas, párpados superiores, pliegues naso labiales y caras laterales de la nariz. También a nivel de las áreas retro auriculares, occipucio y cuello también pueden afectarse. Si afecta al conducto auditivo externo puede acompañarse de una otitis externa no purulenta. En el caso de los párpados puede dar lugar a blefaritis, oclusión de las glándulas de Meibomio y formación de abscesos, frecuentemente desencadenados por el rascado. Las lesiones son amarillo-rojizas con una descamación en forma de copos.⁴³

El tórax es otro de los sitios que pueden ser afectados por la dermatitis seborreica, y a parecer una forma de dermatitis seborreica petaloide o una dermatitis seborreica de tipo pitiriasiforme, siendo esta última más rara. La forma petaloide se presenta en forma de pequeñas pápulas rojo marronáceas foliculares y perifoliculares junto a escamas grasientas. Estas pápulas llegan a formar parches que recuerdan a los pétalos de una flor o a un medallón. La forma pitiriasiforme se presenta en forma de máculas y parches que recuerdan a una pitiriasis rosada extensa. Estos parches raramente producen una erupción tan generalizada que puede causar una eritrodermia. La dermatitis seborreica, igual que la psoriasis inversa, es causa de intertrigo y de hecho algunos pacientes presentan características de ambas afecciones, por lo que se habla de “sebo psoriasis”.⁴⁴

La dermatitis seborreica del adulto tiene un curso crónico, recidivante, e indolente, con ausencia de síntomas sistémicos. Debemos recordar que en

periodontitis. J ClinPeriodontol 2000; 27:513-519.Disponible en: www.scielo.org.co/pdf/rsap/v11n4/v11n4a12.pdf

⁴³ Mynt, M., Yuan, ZN. y Schenck, K. Reduced numbers of Langerhans cells and increased HLA-DR expression in keratinocytes in the oral gingival epithelium of HIV-infected patients with periodontitis. J ClinPeriodontol 2000; 27:513-519.Disponible en: www.scielo.org.co/pdf/rsap/v11n4/v11n4a12.pdf

⁴⁴ Mynt, M., Yuan, ZN. y Schenck, K. Reduced numbers of Langerhans cells and increased HLA-DR expression in keratinocytes in the oral gingival epithelium of HIV-infected patients with periodontitis. J ClinPeriodontol 2000; 27:513-519.Disponible en: www.scielo.org.co/pdf/rsap/v11n4/v11n4a12.pdf

caso de lesiones extensas y graves cabe sospechar una infección subyacente por VIH.⁴⁵

De las diversas manifestaciones dermatológicas que presentan las personas que viven con VIH y Sida, la dermatitis seborreica es el trastorno cutáneo más frecuente en los, se estima que la incidencia de dermatitis seborreica en las personas que viven con el virus del VIH o Sida está entre el 30 %, y el 83 %, en algunos estudios han alcanzado una incidencia de hasta 85 % y se observa en todos los estadios de la enfermedad.^{46,47,48,49}

2.5 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Incluye: a) en el cuero cabelludo: psoriasis, dermatitis atópica e impétigo; b) en el conducto auditivo externo: psoriasis y dermatitis atópica y por contacto; c) en la cara: rosácea, dermatitis por contacto, dermatitis atópica por Aero alérgenos, psoriasis e impétigo; d) en el tronco: pitiriasis versicolor, pitiriasis rosada y eccema numular; y e) en los pliegues: dermatofitosis, candidiasis y psoriasis.⁵⁰

2.6 ESTUDIO MICOLÓGICO

Se solicita como examen micológico directo y cultivo indicando la o las lesiones que tuviera el paciente.

⁴⁵ Mynt, M., Yuan, ZN. y Schenck, K. Reduced numbers of Langerhans cells and increased HLA-DR expression in keratinocytes in the oral gingival epithelium of HIV-infected patients with periodontitis. *J ClinPeriodontol* 2000; 27:513-519. Disponible en: www.scielo.org.co/pdf/rsap/v11n4/v11n4a12.pdf

⁴⁶ Mynt, M., Yuan, ZN. y Schenck, K. Reduced numbers of Langerhans cells and increased HLA-DR expression in keratinocytes in the oral gingival epithelium of HIV-infected patients with periodontitis. *J ClinPeriodontol* 2000; 27:513-519. Disponible en: www.scielo.org.co/pdf/rsap/v11n4/v11n4a12.pdf

⁴⁷ Marion, CT., McDonald, E.y Romano, JF. Seborrheic dermatitis in acquired immunodeficiency syndrome. *Cutis* 1991; 50: 217-218. Disponible en: <http://www.laboratoriossthea.com/archivos/publicaciones/00122.pdf>

⁴⁸ Fritsch, P., Reider, N. Otras erupciones eczematosas. En: Bologna J L. Editor: *Dermatología*. España: Elsevier. 2004; 215-218. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/fdc/vol3_2_09/fdc04209.htm

⁴⁹ Johnson, R. Cutaneous manifestations of human immunodeficiency virus disease. In Fitzpatrick's. *Dermatology in General Medicine*. 6th ed. McGraw Hill, USA , 2003:1198. Disponible en: apbbd.org/annual_journal/1352099910.pdf

⁵⁰ Guarda, R., Gubelin W. Capítulo9. En: *Dermatología Esencial*. Santiago de Chile. Mediterráneo, Ltda; 2010. Pág. 105 - 118.

Recomendaciones previas al paciente:

- Suspender toda medicación sistémica con antifúngicos, una semana previa.
- Suspender toda medicación tópica, cremas, pomadas, lociones, polvos de aplicación local, 3 días previos a la toma de muestra.
- Lavar la zona afectada con agua y jabón.⁵¹

Toma de muestra

Material para el diagnóstico: muestras de escamas de piel y pelos. Lesiones de piel lisa, pequeños y grandes pliegues: se realiza por raspado cuidadoso de la lesión, en especial de los bordes, con bisturí estéril de poco filo. Se recogerán escamas en una placa de Petri estéril o entre dos portaobjetos estériles. En caso de infección de pelos se extraerán pelos enfermos con pinza de depilar y raspado de la lesión. En el caso de infección en uñas (onicomicosis) depende del tipo de afección, puede rasparse la cara profunda de la zona afectada (entre la lámina de la uña y el lecho subungueal) o bien, la tabla ungueal.⁵²

Si las muestras tomadas no pueden ser procesadas de inmediato, o deben ser derivadas a un laboratorio alejado, se tomará la precaución de cerrar perfectamente las cajas de Petri o portaobjetos que contienen las muestras y remitirlas cuidadosamente embaladas e identificadas. Se conservan perfectamente a temperatura ambiente durante muchos meses por lo que el envío no ofrece mayores inconvenientes.⁵³

⁵¹ Giusiano, GE. Micosis y diagnostico micológico, Cátedra de Microbiología, Parasitología e Inmunología. Disponible en:
<http://ecaths1.s3.amazonaws.com/catmicromed/APUNTE%20Micosis%20y%20Diagnostico%20micologico.pdf>

⁵² Giusiano, GE. Micosis y diagnostico micológico, Cátedra de Microbiología, Parasitología e Inmunología. Disponible en:
<http://ecaths1.s3.amazonaws.com/catmicromed/APUNTE%20Micosis%20y%20Diagnostico%20micologico.pdf>

⁵³ Giusiano, GE. Micosis y diagnostico micológico, Cátedra de Microbiología, Parasitología e Inmunología. Disponible en:
<http://ecaths1.s3.amazonaws.com/catmicromed/APUNTE%20Micosis%20y%20Diagnostico%20micologico.pdf>

Procesamiento de las muestras

Examen microscópico directo

Colocar una parte del material extraído en un portaobjetos, agregar una gota de KOH 20%- 40% y cubrir con cubreobjetos. Calentar suavemente el preparado sobre la llama de un mechero. Dejar enfriar y observar al microscopio con óptica seca 10X y 40X. También se puede dejar actuar el KOH durante 1 hora sin calentar y después observar.⁵⁴

Observación microscópica

En piel y uñas se deben observar hifas hialinas tabicadas, ramificadas o no, de 6 a 10 μ de diámetro.

En ocasiones pueden observarse artroconidios, que son células rectangulares de paredes gruesas, formadas por fragmentación de las estructuras tubulares de los hongos. En los pelos parasitados se debe observar la disposición de artroconidias. Esta puede ser:

a) Endotrix, cuando las artroconidias se disponen ordenadamente dentro del pelo.

Característico de género *Trichophyton*. Los pelos microides con artroconidias pequeños y los megasporados con artroconidias de mayor tamaño.

b) Ectotrix, las artroconidias se disponen desordenadamente fuera del pelo.

Característico de género *Microsporum* (Pelo microspórico).

c) Pelo fávico: se observan hifas y burbujas de aire (*Trichophyton schoenleinii*).⁵⁵

⁵⁴ Giusiano, GE. Micosis y diagnostico micológico, Cátedra de Microbiología, Parasitología e Inmunología. Disponible en: <http://ecaths1.s3.amazonaws.com/catmicromed/APUNTE%20Micosis%20y%20Diagnostico%20micologico.pdf>

⁵⁵ Giusiano, GE. Micosis y diagnostico micológico, Cátedra de Microbiología, Parasitología e Inmunología. Disponible en: <http://ecaths1.s3.amazonaws.com/catmicromed/APUNTE%20Micosis%20y%20Diagnostico%20micologico.pdf>

CAPITULO III

3.1 HIPOTESIS

La prevalencia del hongo *Pityrosporum Ovale* en los pacientes con dermatitis seborreica que acuden a la consulta de dermatología en el hospital “Vicente Corral Moscoso” de la ciudad de Cuenca es mayor al 20,6% y está asociada a factores como edad, sexo, estado civil, profesión, cosméticos, tipo de alimentación, índice de masa corporal, consumo de alcohol.

3.2 OBJETIVOS

3.2.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar la prevalencia del hongo *Pityrosporum Ovale* y los factores asociados, en pacientes diagnosticados de dermatitis seborreica de cuero cabelludo en el servicio de consulta externa de Dermatología del Hospital Vicente Corral Moscoso Cuenca en el período de enero a junio del 2014.

3.2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Determinar la prevalencia del hongo *Pityrosporum Ovale* en pacientes con dermatitis seborreica del cuero cabelludo, según: edad, sexo, estado civil y profesión.
2. Establecer los factores asociados a dermatitis seborreica, como: cosméticos, tipo de alimentación, índice de masa corporal, consumo de alcohol.
3. Establecer la asociación entre la presencia del hongo *Pityrosporum Ovale* y los factores asociados como: profesión, cosméticos, tipo de alimentación, índice de masa corporal, consumo de alcohol.

CAPITULO IV

METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDIO

La presente investigación utilizó el tipo de estudio transversal, que permitió cumplir con los objetivos planteados, el de determinar la prevalencia de *Pityrosporum ovale* y los factores asociados, en pacientes con dermatitis seborreica del cuero cabelludo.

4.2 UNIVERSO Y MUESTRA

Universo o Población de estudio:

La población de estudio se conformó con los pacientes diagnosticados de dermatitis seborreica del cuero cabelludo en la consulta externa de dermatología del Hospital Vicente Corral Moscoso durante el período de 01 de enero hasta 30 de junio del 2014.

Muestra de estudio:

No hay muestra, porque se estudió a todo el universo o población.

Área de estudio: Hospital Vicente Corral Moscoso, ubicado en la parroquia urbana Huayna Capac, al norte del cantón Cuenca, en la Av. 12 de Abril 5-99 y Los Arupos, dentro del mismo en el área de dermatología ubicado en el primer piso del hospital en el consultorio número 14.

4.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

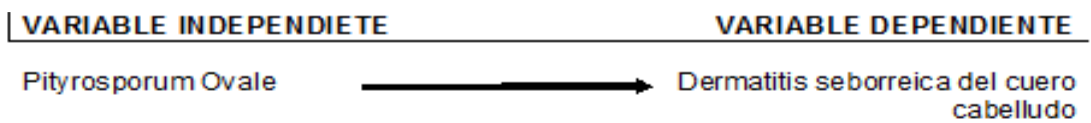
- Personas sexo femenino y masculino, de 18 años y más de edad.
- Personas que acuden al servicio de consulta externa de dermatología del HVCM.

- Personas que firmen el Consentimiento Informado

4.4 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Personas en tratamiento para dermatitis seborreica del cuero cabelludo.
- Personas con alteración del estado de conciencia.

4.5 VARIABLES



VARIABLES MODERADORAS

Edad,
Sexo,
Estado civil,
Ocupación,
Uso de cosméticos,
Tipo de alimentación,
Estado nutricional,
Consumo de alcohol.

4.6 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
SEXO	Conjunto de caracteres que diferencian a los machos de las hembras en las diferentes especies, son: biológicos y ambientales marcados por la morfología genital externa y la educación.	Fenotipo	Caracteres sexuales	Masculino Femenino
EDAD	Tiempo transcurrido desde la fecha de nacimiento hasta el momento de la entrevista.	Tiempo en años	Años cumplidos	18-27 28-37 38-47 48-57 58-67
PROFESIÓN	Esfuerzo personal para la producción y comercialización de bienes y/o servicios con un fin económico, que origina un pago en dinero o cualquier otra forma de retribución	Oficio	Servicios que son retribuidos económicamente.	Manual Intelectual
ESTADO CIVIL	Situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.	Condición legal	Cédula de identidad	Soltero Casado Divorciado Viudo Unión libre
INDICE DE MASA CORPORAL	Indicador simple de la relación entre el peso y la talla	$\frac{\text{Peso en kg}}{\text{Talla m}^2}$	Relación peso/talla	<18: bajo peso 18-24.99: peso normal 25-29.99: sobrepeso 30-34.99: obesidad 35 o >: morbilidad

CONSUMO DE ALCOHOL	Ingesta de bebidas que contengan alcohol etílico	Alcohol	Consumo de bebidas alcohólicas. Escala de CAGE	Bebedor social Consumo de riesgo Consumo perjudicial Dependencia alcohólica
USO DE COSMÉTICOS	Productos que se utilizan para la higiene corporal o con la finalidad de mejorar la belleza.	Cosmético	Productos cosméticos	Fijador Gel Espumas Ceras Cremas para peinar
TIPO DE ALIMENTACIÓN	Predominio de consumo de alimentos, hidratos de carbono, proteínas y grasa	Hidratos de carbono, proteínas, grasas	Tipo de alimento predominante	Integral Hipercalórica Hiperproteica Hipergrasa Hipocalórica Hipoproteica

4.7 PROCEDIMIENTOS E INSTRUMENTOS A UTILIZAR

La presencia de *Pityrosporum ovale*, se realizó a través del examen microscópico directo, realizado a todos los pacientes diagnosticados de dermatitis seborreica de cuero cabelludo que acuden al servicio de dermatología, a quienes se aplicó un cuestionario elaborado por los autores (Anexo1), con la finalidad de registrar los datos y medir la presencia de los factores asociados.

Recomendaciones dadas previas a la obtención de la muestra:

1. Suspender toda medicación sistémica con antifúngicos, una semana previa.
2. Suspender toda medicación tópica, cremas, pomadas, lociones, polvos de aplicación local, 3 días previos a la toma de muestra.
3. Lavar la zona afectada con agua y jabón.

4. Al momento de acudir a consulta externa, se sentará cómodamente en la camilla o en una silla.
5. Procedemos a identificar la zona del cuero cabelludo afectada y los pelos afectados, mediante la separación de zonas del cabello.
6. Se extraerán pelos enfermos con pinza de depilar y también se realizará un raspado de la lesión con una hoja de bisturí.
7. Se colocará la muestra en una caja Petri cerrándola herméticamente o en un portaobjetos fijándola con cinta adhesiva.
8. Enviamos la muestra a laboratorio de Micología donde serán procesadas con KOH al 20 %.

4.8 LUGAR Y FECHA

El levantamiento de la información se realizó durante el período de enero a junio del 2014, en la consulta externa de Dermatología del Hospital Vicente Corral Moscoso, identificando a las personas con dermatitis seborreica en quienes se verificó si cumplen con los criterios de inclusión planteados en el presente estudio, y se procedió a la obtención de una muestra para el examen de identificación de *P. ovale* y se aplicó el consentimiento informado y el cuestionario respectivo para identificar los factores asociados.

4.9 MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

El peso se midió utilizando una báscula mecánica de marca Newport, con capacidad para 260 libras dándonos el peso en libras, se recomendó a las personas antes de pesarles que deben estar en ayunas, y que hayan realizado la micción y deposición, que estén con ropa ligera o interior y sin zapatos; para el registro de la talla se usó un tallímetro, colocándolos a los pacientes en forma erecta y de espaldas contra el tallímetro y sin zapatos, los pies deben estar unidos por los talones, los glúteos, hombros y cabeza deben estar contra el tallímetro, estos instrumentos están disponibles en el consultorio de dermatología.

4.10 ASPÉCTOS ÉTICOS

Previo a la recolección de los datos se solicitó la autorización al departamento de Bioética de la Facultad de Ciencias Médicas, y se procedió con los pacientes a aplicar el consentimiento informado (Anexo2), respetando su autonomía de participar o no en el mismo. La información receptada es manejada con respeto a la intimidad y confidencialidad del participante.

4.11 BENEFICIOS Y RIESGOS

Los resultados de la investigación sirven para determinar la prevalencia de *Pytirosporum Ovale* en la dermatitis del cuero cabelludo, así como identificar los factores asociados, para que quede como fuente de información para estudios posteriores, con la finalidad de contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de los paciente diagnosticado de dermatitis seborreica del cuero cabelludo. Esta fue una investigación sin riesgo conocido que pueda afectar a la persona.

4.12 PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS DATOS

Para la recolección de datos se aplicó un cuestionario elaborado por los autores (Anexo1), y la tabulación de datos se realizó en el programa Epi Info 7.0.9.7. Una vez elaborado la base de datos se procedió al análisis estadístico descriptivo con la elaboración de los cuadros y gráficos, así como con la obtención de porcentajes y de las tasas de prevalencia. Concomitantemente con este análisis se realizó el análisis de significación estadística, con la obtención del chi cuadrado con un intervalo de confianza del 95,0%, y de la “p” para la significación de una cola y de “P” con la significación de dos colas. Además en la edición de la tesis se utilizó el software Microsoft Excel y el Microsoft Word.

CAPITULO V

ANALISIS DE LA INFORMACIÓN

Información general del grupo de estudio

En la presente investigación se integró a 100 personas que acudieron al servicio de dermatología del Hospital Vicente Corral Moscoso, por sintomatología de dermatitis seborreica. De los 100 pacientes, el 54,0% son hombres y el restante 46,0% mujeres. La edad de los pacientes oscila entre los 18 a los 65 años, dando un rango de 47 años, lo que indica la gran variabilidad de la edad de las personas que integraron el grupo de estudio. Los grupos de edad, con mayor número de personas corresponden en orden de frecuencia a los de 18 a 27 años con el 41%, luego están las personas entre los 28 a 37 años con el 31,0%, y las personas entre los 38 a 47 años con el 18,0%; las demás personas de los otros grupos etarios conforman porcentajes inferiores al 10,0%.

La distribución general, se hace presente cuando se observa los valores según la edad y el sexo de los pacientes, con unas diferencias porcentuales que no alteran la tendencia descrita anteriormente, esto es que el grupo está constituido más por personas en edades entre los 18 a 47 años de edad, en ambos sexos.

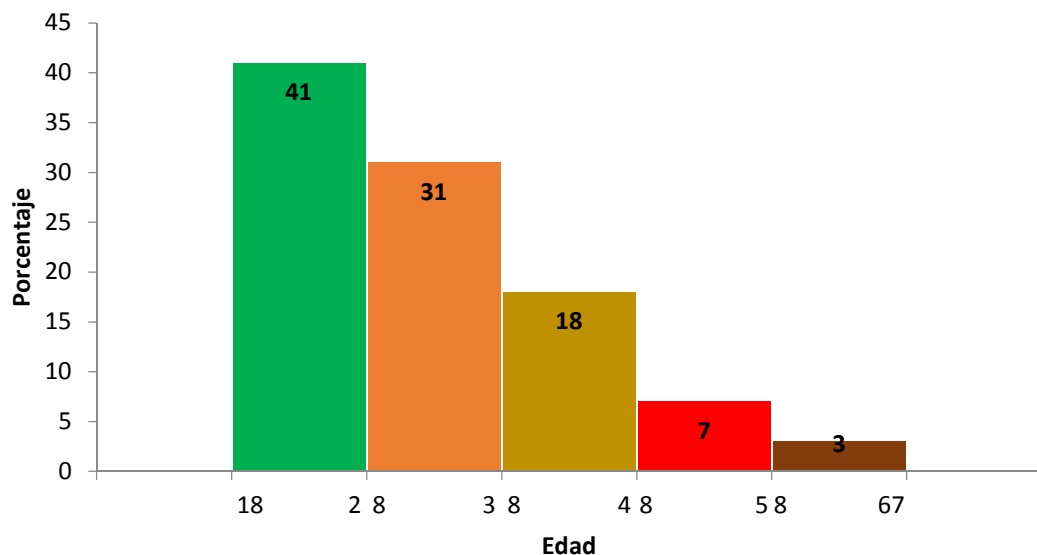
Tabla N° 1

Pacientes atendidos en consulta externa de Dermatología, según edad y sexo. Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca marzo – mayo 2014

Edad	Masculino		Femenino		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
18 – 27	23	42,6	18	39,1	41	41,0
28 – 37	13	24,1	18	39,1	31	31,0
38 – 47	12	22,2	6	13,0	18	18,0
48 – 57	5	9,3	2	4,4	7	7,0
58 – 67	1	1,9	2	4,4	3	3,0
Total	54	100,0	46	100,0	100	100,0

Fuente: Base de datos
Elaborado por: Los autores.

Gráfico N° 1: Pacientes atendidos en consulta externa de Dermatología, según edad. Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca marzo – junio 2014

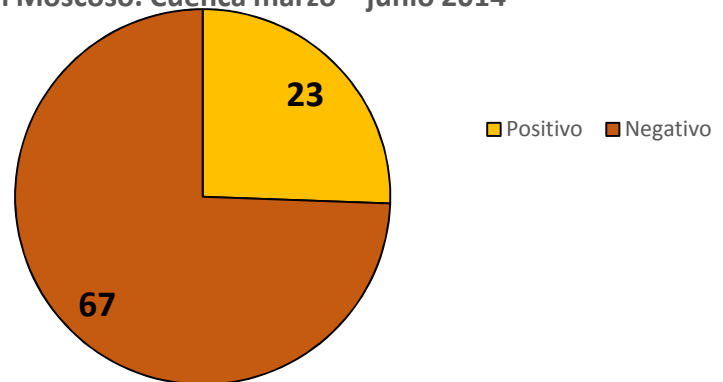


Fuente: Base de datos
Elaborado por: Los autores

a. Análisis de prevalencia de *Pityrosporum ovale* en pacientes con dermatitis seborreica.

La prevalencia general de *Pityrosporum ovale*, alcanza al 23,0% del total de personas que integran la muestra de estudio, este es un porcentaje alto, en personas que acuden al servicios de dermatología por presunción diagnóstica de dermatitis seborreica.

Gráfico N° 2: Pacientes atendidos en consulta externa de Dermatología, según resultado de examen micológico. Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca marzo – junio 2014



**Fuente: Base de datos
Elaborado por: Los autores.**

Considerando la prevalencia por sexo de las personas, este es del 27,8% en el grupo de los hombres en relación al 17,4% del total de las mujeres, existiendo una diferencia porcentual de 10,4% a favor de los hombres. Esto significa que por cada 1,6 hombres con pitiriasis, existe 1 mujer con esta enfermedad dérmica. La diferencia porcentual observada, no es estadísticamente significativa con un valor de $P > 0,05$, en otros términos, el mayor porcentaje de pitiriasis, no está relacionado con el hecho de ser hombre, sino a la composición del grupo, sin embargo, no debe descartarse el porcentaje mayor del *P. ovale*, presente en los hombres.

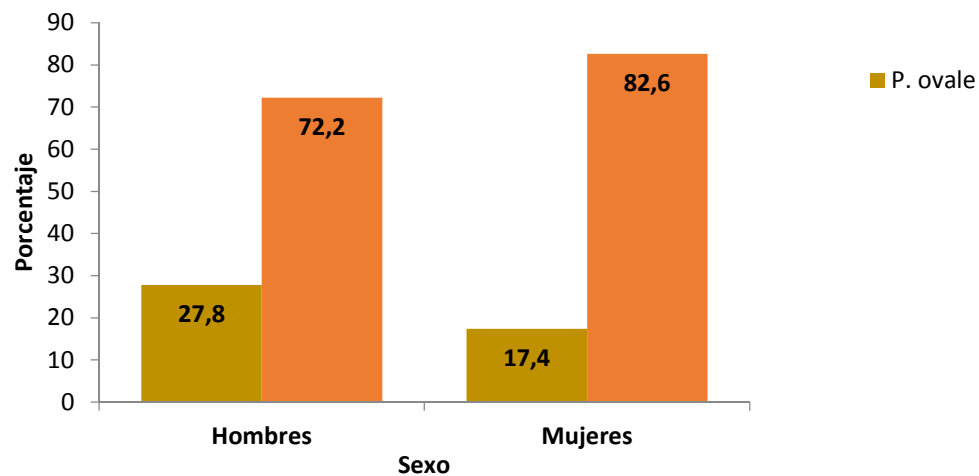
Tabla N° 2

Pacientes atendidos en consulta externa, según sexo y examen micológico. Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca marzo – junio 2014

Sexo	Positivo P. ovale		Negativo P. ovale		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Masculino	15	27,8	39	72,2	54	100,0
Femenino	8	17,4	38	82,6	46	100,0
Total	23	23,0	77	77,0	100	100,0

Fuente: Base de datos
Elaborado por: Los autores

Gráfico N° 3: Pacientes atendidos en consulta externa, según sexo y examen micológico. Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca marzo – junio 2014



Fuente: Base de datos
Elaborado por: Los autores.

Analizando la distribución de positividad del P. ovale, y la edad de las personas, considerando los valores porcentuales en cada grupo etareo, en una primera observación, esta aumenta en la medida que se incrementa la edad, siendo del 9,8% en el grupo de 18 a 27 años, para terminar en el 66,7% en las personas del grupo etareo de 58 a 67 años. Las diferencias porcentuales observadas entre los diferentes grupos de edad, son estadísticamente significativas con un

valor de $p = 0,039$; esto es, que el porcentaje de positividad para *P. ovale* si tiene relación con la edad de las personas, siendo en las más jóvenes menor que en los adultos y adultos mayores.

Tabla N° 3

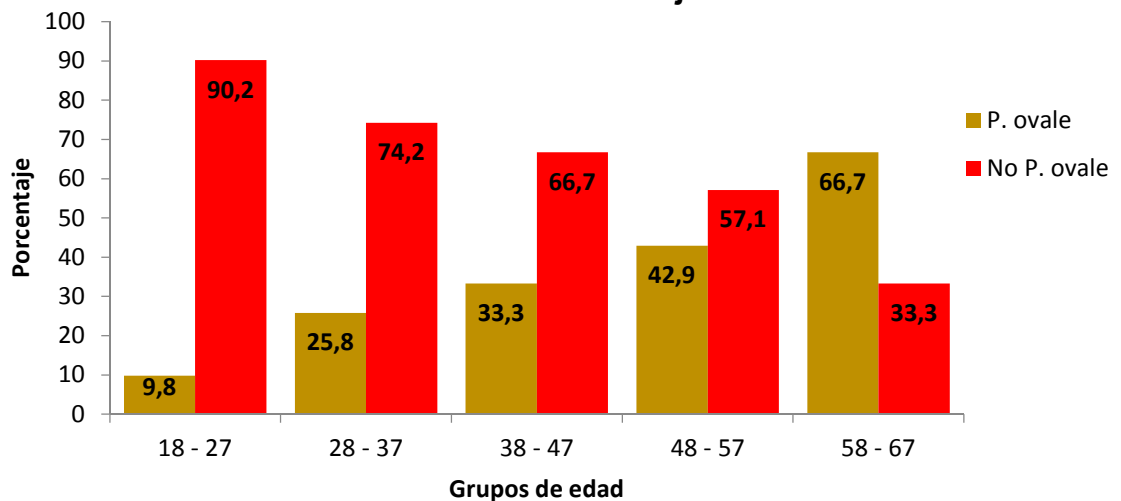
Pacientes atendidos en consulta externa, según edad y examen micológico. Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca marzo – junio 2014

Edad	Positivo <i>P. ovale</i>		Negativo <i>P. ovale</i>		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
18 - 27	4	9,8	37	90,2	41	100,0
28 - 37	8	25,8	23	74,2	31	100,0
38 - 47	6	33,3	12	66,7	18	100,0
48 - 57	3	42,9	4	57,1	7	100,0
58 - 67	2	66,7	1	33,3	3	100,0
Total	54	100,0	46	100,0	100	100,0

Fuente: Base de datos

Elaborado por: Los autores

Gráfico N° 4: Pacientes atendidos en consulta externa, según edad y examen micológico. Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca marzo – junio 2014



Fuente: Base de datos

Elaborado por: Los autores

b. Factores asociados y prevalencia de P. ovale.

Los factores asociados, se transforman en un conocimiento necesario de establecer en todas las enfermedades y de manera particular en las relacionadas con las infectocontagiosas, porque son esas condiciones las que favorecen u obstaculizan el desarrollo del germen o la transmisión del mismo a las personas susceptible.

Una de esas relaciones necesarias de establecer, es el del estado nutricional y la positividad de P. ovale. Lo primero que llama la atención, es que en las personas que tienen un IMC bajo no existe un solo caso de P. ovale, pero si se encuentra en los demás, y este tiene un atendida ascendente desde un 16,7% en las personas con un IMC normal, sube al 27,8% en las personas con sobrepeso, y llega al 50% en los obesos, en este último grupo existen con este estado nutricional sólo dos personas por ello que ese dato debe considerarse con la discrecionalidad respectiva. La distribución diferencial entre los grupos no es estadísticamente significativa, tiene una $P > 0,05$, esto es, la positividad de P. ovale no se relaciona con el estado nutricional, pero hay que insistir, que no por ello, se debe despreciar la existencia de una distribución mayor según el estado nutricional.

Tabla N° 4

**Pacientes atendidos en consulta externa, según IMC y examen micológico.
Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca marzo – junio 2014**

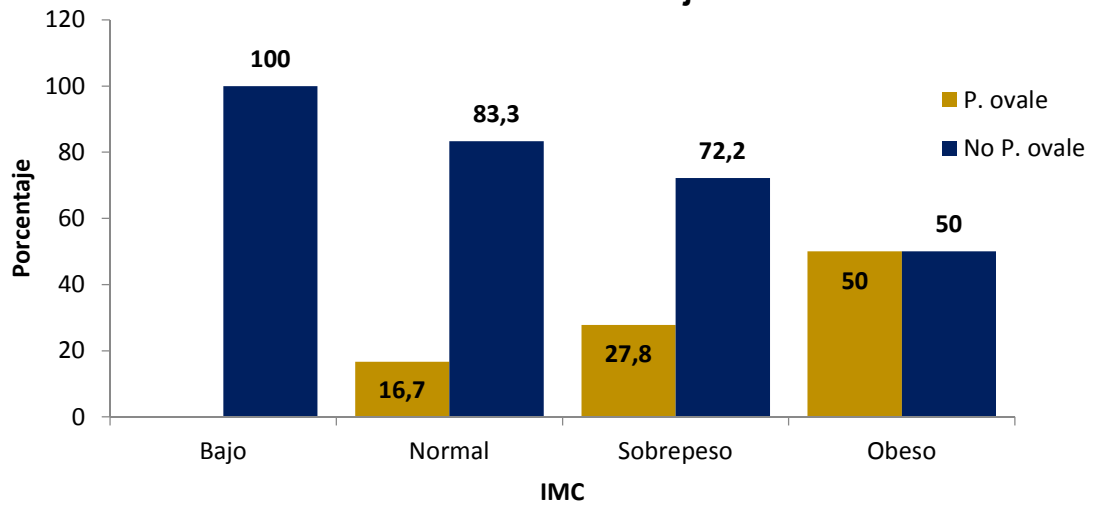
IMC	Positivo P. ovale		Negativo P. ovale		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Bajo	--	--	2	100,0	2	100,0
Normal	7	16,7	35	83,3	42	100,0
Sobrepeso	15	27,8	39	72,2	54	100,0
Obeso	1	50,0	1	50,0	2	100,0
Total	23	100,0	77	100,0	100	100,0

Fuente: Base de datos

Elaborado por: Los autores

Adriana Sofía Amaya Ortega
José Alfredo Baculima Zeas

Gráfico N° 5: Pacientes atendidos en consulta externa, según IMC y examen micológico. Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca marzo – junio 2014



Fuente: Base de datos

Elaborado por: Los autores

La prevalencia de P. ovale y la ocupación, en los trabajadores manuales el porcentaje alcanza el 33,3%, en relación del trabajo intelectual que tienen un porcentaje del 9,3%, estos datos dan una diferencia del 24,0% a favor de los trabajadores manuales, lo que significa que por cada 3,7 personas con ocupación manual con P. ovale positivo existe 1 persona con actividad intelectual con P. ovale positivo. Esta diferencia es estadísticamente significativa, con una $P = 0,0046$, esto es, que el mayor porcentaje de P. ovale en los trabajadores manuales tiene relación con esta actividad.

Tabla N° 5

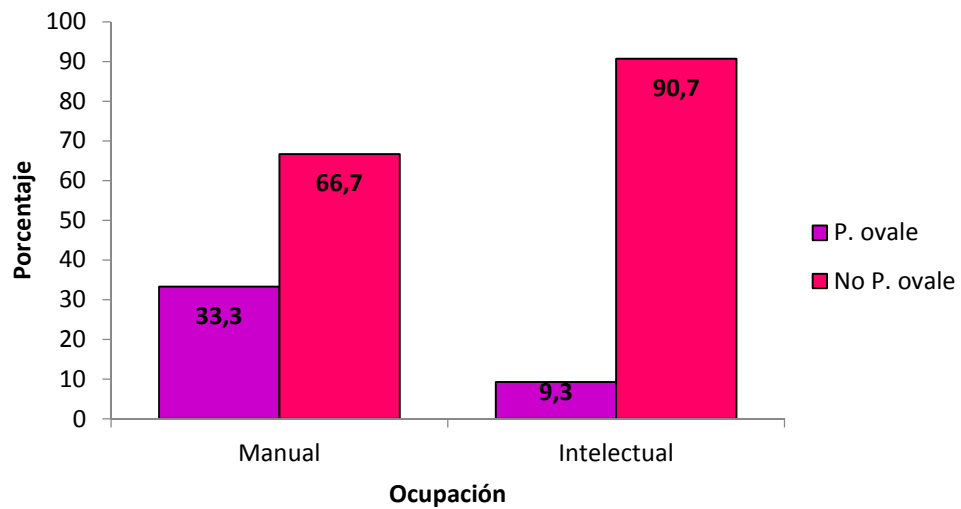
Pacientes atendidos en consulta externa, según ocupación y examen micológico. Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca marzo – junio 2014

Ocupación	Positivo P. ovale		Negativo P. ovale		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Manual	19	33,3	38	66,7	57	100,0
Intelectual	4	9,3	39	90,7	43	100,0

Fuente: Base de datos

Elaborado por: Los autores

Gráfico N° 6: Pacientes atendidos en consulta externa, según ocupación y examen micológico. Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca marzo – junio 2014



Fuente: Base de datos

Elaborado por: Los autores

Analizando la distribución de positividad de P. ovale y el estado civil de las personas, se encuentra diferencias en la presencia de P. ovale, correspondiendo el menor porcentaje, del 10,5% en el grupo de los solteros, e incrementándose en los casados al 24,4%, en los divorciados llega al 33,3% y en los que tienen unión libre es del 50,0%. Estas diferencias observadas son estadísticamente significativas con una $p = 0,02$; esto indica que la frecuencia mayor de P. ovale en los grupos no solteros es mayor debido a estado civil.

Tabla N° 6

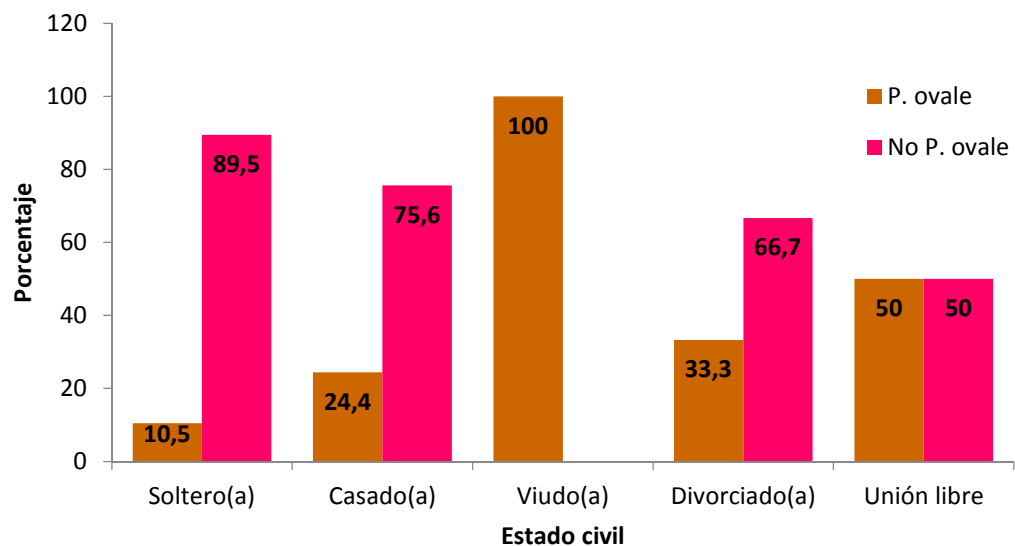
Pacientes atendidos en consulta externa, según estado civil y examen micológico. Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca marzo – junio 2014

Estado civil	Positivo P. ovale		Negativo P. ovale		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Soltero(a)	4	10,5	34	89,5	38	100,0
Casado(a)	11	24,4	34	75,6	45	100,0
Viudo(a)	1	100,0	--	--	1	100,0
Divorciado(a)	2	33,3	4	66,7	6	100,0
Unión libre	5	50,0	5	50,0	10	100,0

Fuente: Base de datos

Elaborado por: Los autores

Gráfico N° 7: Pacientes atendidos en consulta externa, según estado civil y examen micológico. Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca marzo – junio 2014



Fuente: Base de datos

Elaborado por: Los autores

La frecuencia de P. ovale en las personas que tienen enfermedades adicionales, sean estas hipertensión arterial diabetes mellitus, rinitis, depresión, alcanza al 42,1%, en relación con las personas que no tienen

enfermedades adicionales, en los cuales el porcentaje de P. ovale es del 18,5%, estas son estadísticamente significativas y tienen una $P = 0,027$; lo que sugiere que la presencia de P. ovale si se relaciona con la presencia de estas enfermedades que padecen las personas.

Tabla N° 7

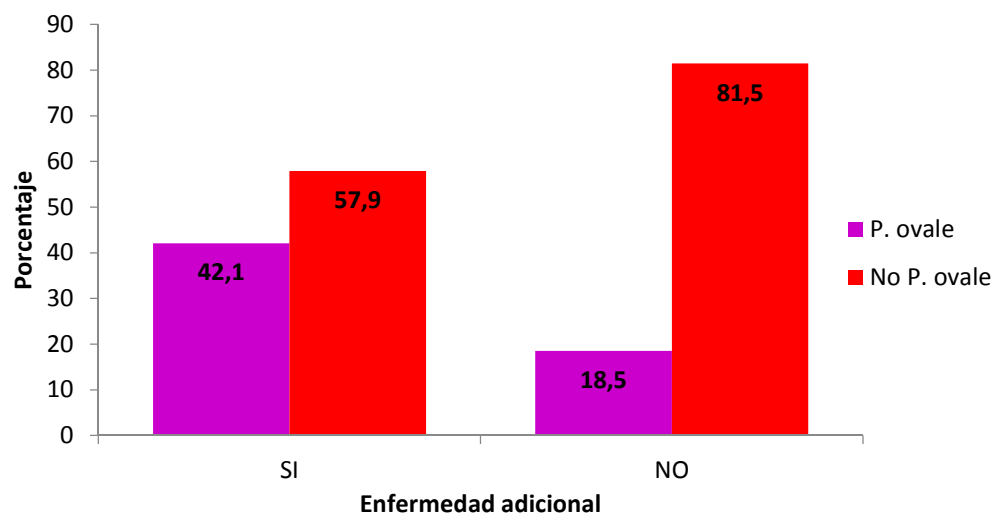
Pacientes atendidos en consulta externa, según enfermedad adicional y examen micológico. Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca marzo – junio 2014

Enfermedad adicional	Positivo P. ovale		Negativo P. ovale		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Si	8	42,1	11	57,9	19	100,0
No	15	18,5	66	81,5	78	100,0

Fuente: Base de datos

Elaborado por: Los autores

Gráfico N° 8: Pacientes atendidos en consulta externa, según enfermedad adicional y examen micológico. Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca marzo – junio 2014



Fuente: Base de datos

Elaborado por: Los autores

Considerando el consumo de alcohol y frecuencia de P. ovale, comenzaremos indicando que no hay una sola persona con dependencia alcohólica; un dato de entrada, es que en las personas que no ingieren alcohol no hay un solo caso de positivo de P. ovale. En cambio hay una tendencia entre mayor consumo de alcohol y frecuencia de P. ovale, así en el bebedor social se llega al 21,3% de positividad, sube en los que tienen consumo de riesgo con un 62,5%, y en la sola persona que tienen un consumo perjudicial tiene positividad para el P. ovale. Estas diferencias son estadísticamente significativas con una $p = 0,03$, esto es, si existe relación entre presencia de P. ovale y el tipo de bebedor de alcohol que es.

Tabla N° 8

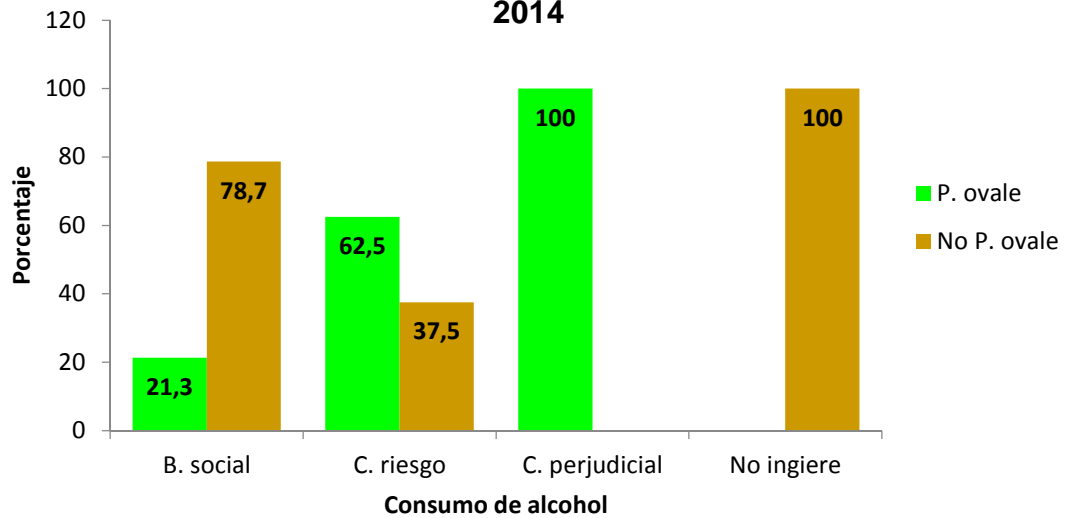
Pacientes atendidos en consulta externa, según consumo de alcohol y examen micológico. Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca marzo – junio 2014

Consumo de alcohol	Positivo P. ovale		Negativo P. ovale		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Bebedor social	17	21,3	63	78,7	80	100,0
Consumo de riesgo	5	62,5	3	37,5	8	100,0
Consumo perjudicial	1	100,0	--	---	1	100,0
No ingiere	--	--	11	100,0	11	100,0

Fuente: Base de datos

Elaborado por: Los autores

Gráfico N° 9: Pacientes atendidos en consulta externa, según consumo de alcohol y examen micológico. Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca marzo – junio 2014



Fuente: Base de datos

Elaborado por: Los autores

La frecuencia de P. ovale y el tipo de alimentación que tienen las personas, se observa que existe una relación entre la alimentación hipergrasa-hipercalórica y la positividad de P. ovale, en los cuales alcanza un 39,0%, en cambio en las personas que tienen otras formas de alimentación como es la hiperproteíca, o la integral, el porcentaje de positividad llega al 11,9%. Esta diferencia es estadísticamente significativa con un valor de $P = 0,001$, esto es, que el mayor porcentaje de P. ovale si se relaciona con las personas que tienen ingesta de alimentación hipergrasa-hipercalórica, a sabiendas que esta condición alimentaria conlleva a otras situaciones orgánicas.

Tabla N° 9

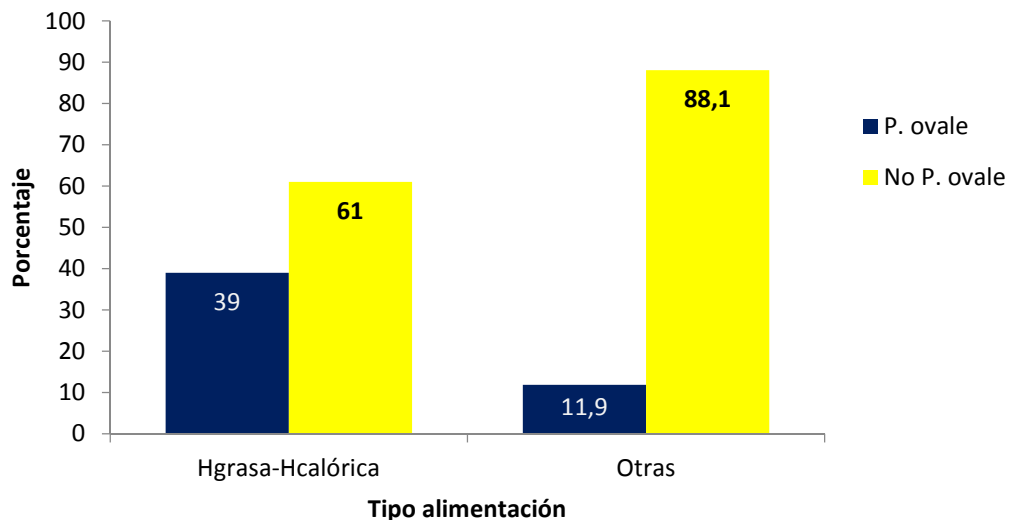
Pacientes atendidos en consulta externa, según tipo de alimentación que consume y examen micológico. Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca marzo – junio 2014

Alimentación	Positivo P. ovale		Negativo P. ovale		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Hipergrasa-hipercalórica	16	39,0	25	61,0	41	100,0
Otras formas	7	11,9	52	88,1	59	100,0

Fuente: Base de datos

Elaborado por: Los autores

Gráfico N° 10: Pacientes atendidos en consulta externa, según tipo de alimentación que consume y examen micológico. Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca marzo – junio 2014



Fuente: Base de datos

Elaborado por: Los autores

Otro factor condicionante aparente para una pitiriasis, sería el uso de sustancias en el cabello, en el presente estudio se encuentra que el porcentaje de positividad de P. ovale llega al 24,7% en el grupo de personas que utilizan diferentes sustancias en su cabello, como cremas, tintes, fijador, o gel, frente a los que no utilizan en los cuales se encuentra un

15,8% de positividad de P. ovale. Existe una diferencia de 8,9% a favor de los que utilizan esas sustancias en el cabello, que no es estadísticamente significativa, porque se obtiene una $P > 0,05$; esto implica que no hay relación entre uso de las sustancias químicas en el cabello y positividad de P. ovale. Sin embargo siempre será un factor que suma a los otros para la facilitación de las condiciones para la infección y desarrollo de la enfermedad.

Tabla N° 10

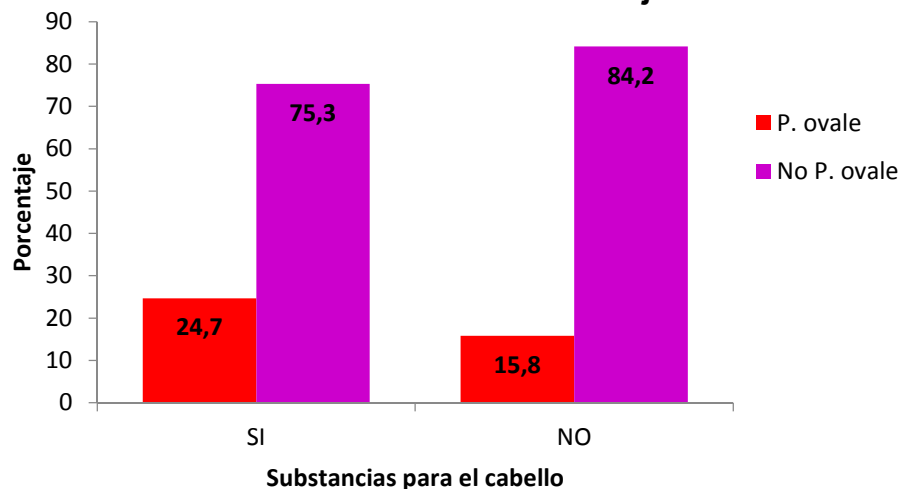
Pacientes atendidos en consulta externa, según utilización de sustancias para el cabello y examen micológico. Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca marzo – junio 2014

Substancias para cabello	Positivo P. ovale		Negativo P. ovale		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Si	20	24,7	61	75,3	81	100,0
No	3	15,8	16	84,2	19	100,0

Fuente: Base de datos

Elaborado por: Los autores

Gráfico N° 11: Pacientes atendidos en consulta externa, según utilización de sustancias para el cabello y examen micológico. Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca marzo – junio 2014



Fuente: Base de datos

Elaborado por: Los autores

b. Análisis descriptivo de los casos positivos de *Pityrosporum ovale* en pacientes con dermatitis seborreica.

Del cuadro estadístico que antecede se desprende, que de los 23 casos positivos de *P. ovale*, el 65,2% se presentan en hombres y el 34,8% en mujeres. Esto significa que por 19 hombres con diagnóstico de *P. ovale* hay 10 mujeres con ese mismo diagnóstico.

Tabla N° 11

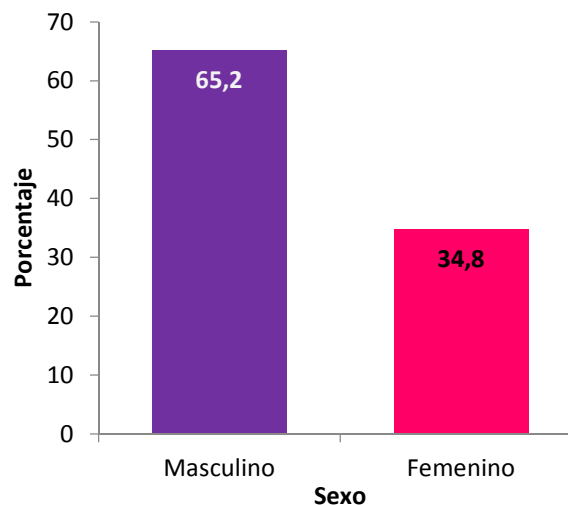
Pacientes atendidos en consulta externa de dermatología con diagnóstico de *P. ovale*, según sexo. Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca marzo – junio 2014

Sexo	N°	%
Masculino	15	65,2
Femenino	8	34,8
Total	23	100,0

Fuente: Base de datos

Elaborado por: Los autores

Gráfico N° 12: Pacientes atendidos en consulta externa de dermatología con diagnóstico de *P. ovale*, según sexo. Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca marzo – junio 2014



Fuente: Base de datos

Elaborado por: Los autores

En relación con el estado civil, en el 82,6% de personas casados-as, viudos-as, divorciados-as, o en unión libre, se ; y el 17,4% representan a las personas que son solteros-as. Este dato es importante resaltar porque puede existir una relación cultural expresada por el cuidado personal mayor de las personas solteras en relación con los otros estados civiles.

Tabla N° 12

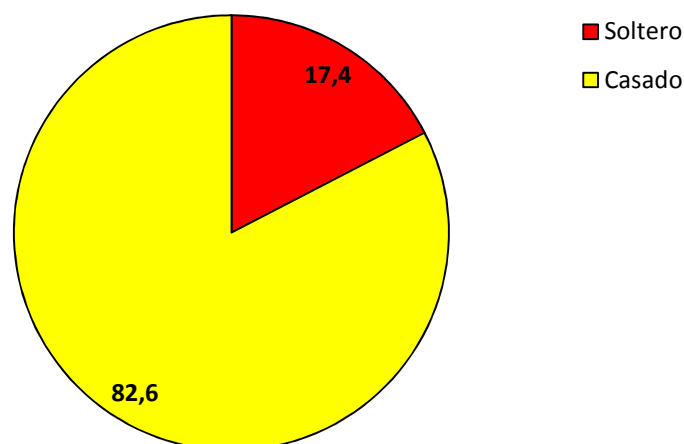
Pacientes atendidos en consulta externa de dermatología con diagnóstico de P. ovale, según estado civil. Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca marzo–junio 2014

Estado civil	N°	%
Soltero	4	17,4
Otros estados civiles	19	82,6
Total	23	100,0

Fuente: Base de datos

Elaborado por: Los autores

Gráfico N° 13: Pacientes atendidos en consulta externa de dermatología con diagnóstico de P. ovale, según estado civil. Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca marzo – junio 2014



Fuente: Base de datos

Elaborado por: Los autores

Considerando la ocupación, se encuentra que el 82,6% de positividad de P. ovale, se encuentra en personas con ocupación manual, y un 17,4% en personas que tienen una ocupación intelectual. La razón de positividad para P. ovale es de 4,5 personas de trabajo manual a 1 persona de ocupación intelectual, relación que podría estar relacionado con el cuidado personal, que es mayor en las personas con ocupación intelectual.

Tabla N° 13

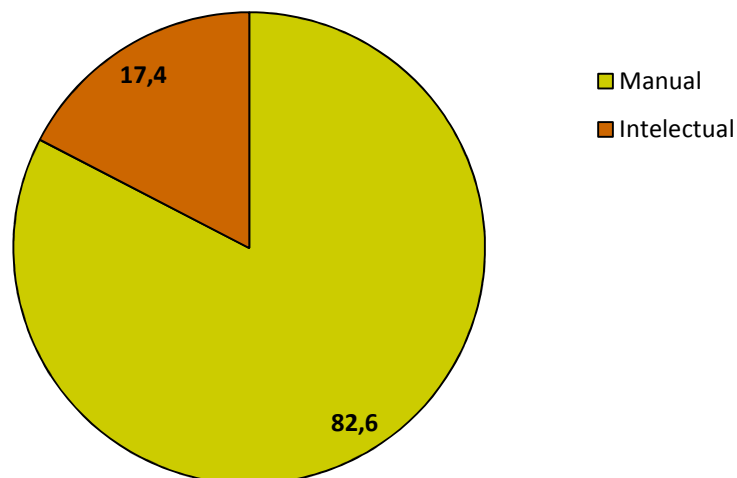
Pacientes atendidos en consulta externa de dermatología con diagnóstico de P. ovale, según ocupación. Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca marzo – junio 2014

Ocupación	N°	%
Manual	19	82,6
Intelectual	4	17,4
Total	23	100,0

Fuente: Base de datos

Elaborado por: Los autores

Gráfico N° 14: Pacientes atendidos en consulta externa de dermatología con diagnóstico de P. ovale, según ocupación. Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca marzo – junio 2014



Fuente: Base de datos

Elaborado por: Los autores

El IMC, que representa el estado nutricional de las personas, indica que el 69,5% de personas con sobrepeso u obesidad tienen un diagnóstico positivo para P. ovale, en relación al 30,4% de positividad, para las personas con IMC normal;

Tabla N° 14

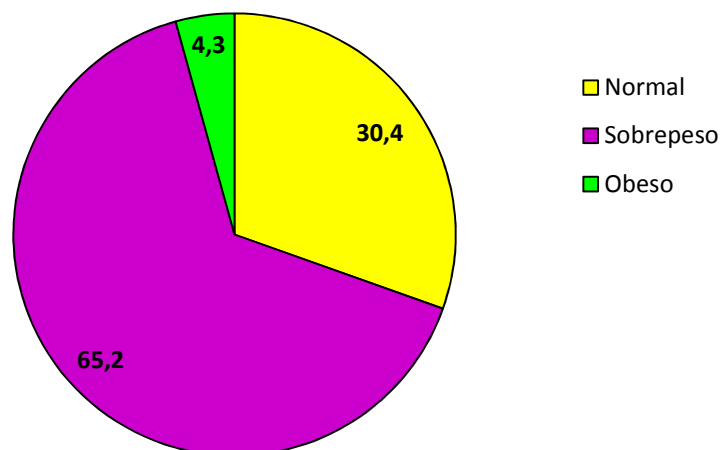
Pacientes atendidos en consulta externa de dermatología con diagnóstico de P. ovale, según IMC. Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca marzo – junio 2014

IMC	N°	%
Normal	7	30,4
Sobrepeso	15	65,2
Obeso	1	4,3
Total	23	100,0

Fuente: Base de datos

Elaborado por: Los autores

Gráfico N° 15: Pacientes atendidos en consulta externa de dermatología con diagnóstico de P. ovale, según IMC. Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca marzo – junio 2014



Fuente: Base de datos

Elaborado por: Los autores

No hay una relación entre ingesta alcohólica y diagnóstico de P. ovale, porque 73,9% de positividad, se observa en las personas con ingesta alcohólica no riesgosa, y en un 26,1% en las personas con ingesta alcohólica riesgosa.

Tabla N° 15

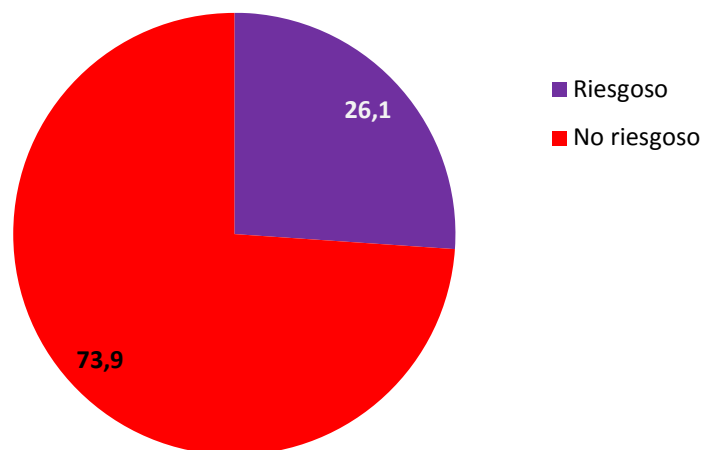
Pacientes atendidos en consulta externa de dermatología con diagnóstico de P. ovale, según consumo de alcohol. Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca marzo – junio 2014

Consumo de alcohol	N°	%
Riesgoso	6	26,1
No riesgoso	17	73,9
Total	23	100,0

Fuente: Base de datos

Elaborado por: Los autores

Gráfico N° 16: Pacientes atendidos en consulta externa de dermatología con diagnóstico de P. ovale, según consumo de alcohol. Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca marzo – junio 2014



Fuente: Base de datos

Elaborado por: Los autores

Analizando la distribución de positividad de P. ovale y tipo de alimentación, el 69,6% de positividad se encuentra en personas con una alimentación

hipergrasa-hipercalórica y el restante 30,4% en personas con otras formas de alimentación. A pesar de ser más del doble de positividad en las personas con alimentación hipergrasa-hipercalórica, no deja de llamar la atención el porcentaje de positividad para las personas que tienen otros tipos de alimentación, aparentemente no riesgosa, lo que indica que existen otros factores intervinientes en la infección por P. ovale

Tabla N° 16

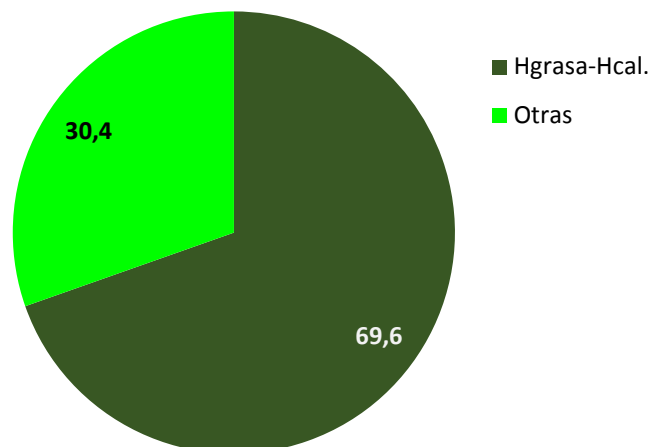
Pacientes atendidos en consulta externa de dermatología con diagnóstico de P. ovale, según tipo de alimentación. Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca marzo – junio 2014

Tipo de alimentación	N°	%
Hipergrasa-hipercalórica	16	69,6
Otras formas	7	30,4
Total	23	100,0

Fuente: Base de datos

Elaborado por: Los autores

Gráfico N° 17: Pacientes atendidos en consulta externa de dermatología con diagnóstico de P. ovale, según tipo de alimentación. Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca marzo – junio 2014



Fuente: Base de datos

Elaborado por: Los autores

La positividad de P. ovale es del 87,0% en las personas que utilizan sustancias químicas en su cabello, sean cremas, tintes, gel, fijador; contra el 13,0% de positividad en las personas que no usan. Se muestra en este análisis una relación entre uso de las sustancias químicas en el cabello y P. ovale.

Tabla N° 17

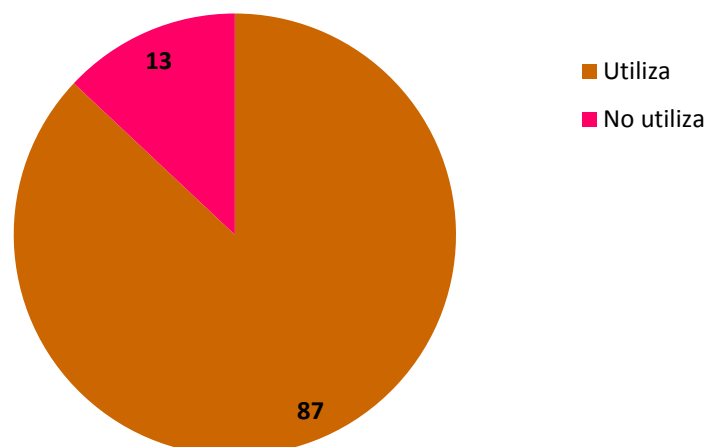
Pacientes atendidos en consulta externa de dermatología con diagnóstico de P. ovale, según sustancias utilizadas en el cabello. Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca marzo – junio 2014

Substancias químicas	N°	%
Si utiliza	20	87,0
No utiliza	3	13,0
Total	23	100,0

Fuente: Base de datos

Elaborado por: Los autores

Gráfico N° 18: Pacientes atendidos en consulta externa de dermatología con diagnóstico de P. ovale, según sustancias utilizadas en el cabello. Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca marzo – junio 2014



Fuente: Base de datos

Elaborado por: Los autores

No parece existir relación entre la existencia de una enfermedad adicional que padezca la persona y P. ovale, por el hecho de que el 65,2% de positividad se presenta en personas que no tiene ninguna enfermedad adicional, y un 34,8% de positividad se presenta en las personas que tienen una enfermedad adicional.

Tabla N° 18

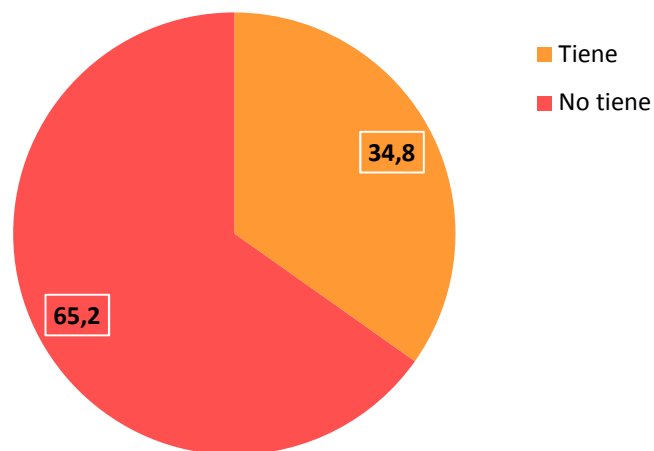
Pacientes atendidos en consulta externa de dermatología con diagnóstico de P. ovale, según enfermedad adicional. Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca marzo – junio 2014

Enfermedad adicional	N°	%
Si tiene	8	34,8
No tiene	15	65,2
Total	23	100,0

Fuente: Base de datos

Elaborado por: Los autores

Gráfico N° 19: Pacientes atendidos en consulta externa de dermatología con diagnóstico de P. ovale, según enfermedad adicional. Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca marzo – junio 2014



Fuente: Base de datos

Elaborado por: Los autores

CAPITULO VI

DISCUSIÓN

Dentro de la teoría se recalca que existen evidencias histológicas y moleculares que apoyan la prevalencia del *Pityrosporum Ovale* en pacientes VIH positivos con dermatitis seborreica, no obstante en nuestra investigación no se presentó ningún caso con esta enfermedad, en cambio sí podemos resaltar que hay una gran incidencia en pacientes que presentaron la prevalencia del hongo con enfermedades adyacentes como HTA, DMT2, acné, depresión, con un porcentaje del 42,1%.

El estudio realizado en México por el Dr. Francisco Jiménez, en la población de Boca del Río con un grupo de adolescentes con dermatitis seborreica, donde indica que el 30% de los adolescentes presentaron sobrepeso y obesidad, de igual manera en nuestro estudio lo primero que llama la atención, es que en las personas que tienen un IMC bajo no existe un solo caso de *P. ovale*, pero si se encuentra en los demás, y este tiene una tendencia ascendente desde un 16,7% en las personas con un IMC normal, sube al 27,8% en las personas con sobrepeso, y llega al 50% en los obesos, en este último grupo existen con este estado nutricional sólo dos personas por ello que ese dato debe considerarse con la discrecionalidad respectiva, mas sin embargo en nuestro estudio se refleja la prevalencia del hongo en personas con edad superior a la adolescencia.

En la mayoría de los estudios se tiene presente que el uso de algún tipo de cosmético, pero siempre de manera secundaria y no de manera relevante sobre la incidencia de la enfermedad; revisando nuestro estudio encontramos que en la mayoría de pacientes y casi en su totalidad, usan algún tipo de cosmético para el cabello, ya sea tintes o fijadores en el caso de las pacientes de sexo femenino mujeres y gel en los pacientes de sexo masculino, por este queremos darle mayor relevancia del uso de productos cosméticos en el cabello, predisponen a que adquieran dermatitis seborreica del cuero cabelludo.

CAPITULO VII

7.1 CONCLUSIONES

a. Prevalencia general:

1-La prevalencia general de infección por *P. ovale*, en los 100 pacientes con dermatitis seborreica, es del 23,0%.

2-Los factores asociados estadísticamente significativos son:

- Con la edad, esto es, la presencia de *P. ovale* es mayor en la medida que se incrementa la edad de las personas;
- Con el estado civil de casados, viudos, divorciados, unión libre, con porcentajes que están entre el 24,4 al 100%
- Con la actividad manual que realizan las personas, con un porcentaje del 33,3%,
- Con la presencia de enfermedad adicional, con un porcentaje del 42,1%,
- Con la ingesta riesgosa de alcohol, con un porcentaje del 62,5%
- Con la ingesta hipergrasa-hipercalórica, que alcanza un 39,0%.

b. Factores asociados y prevalencia de *Pityrosporum ovale*, no estadísticamente significativos

3- Los demás factores asociados estudiados como sexo de las personas a pesar de existir una diferencia porcentual de *P. ovale* a favor de los hombres con el 27,8%; con el uso de sustancias químicas con el 24,7%; con el IMC en personas con sobrepeso y obesidad, con porcentajes del 27,8% y 50,0% respectivamente, no hay una diferencia estadísticamente significativa, esto es que no hay una relación estadística entre estos factores y la presencia de *P. ovale*.



c. Análisis descriptivo de los casos positivos para P. ovale

De los 23 casos con diagnóstico de positividad para P. ovale, este se presenta:

- 1-Más en los hombres con el 65,2%,
- 2-Más en los casados, viudos, divorciados, y unión libre, con el 82,6%
- 3-Más en las personas con trabajo manual con un 78,3%
- 4-Más en los que tienen sobrepeso y obesidad, alcanzando a un 69,5%,
- 5-Más en las personas con consumo alcohólico no riesgoso con un 73,9%,
- 6-Más en las personas con una alimentación Hipergrasa-hipercalórica, con el 69,6%
- 7-Más en las personas que utilizan sustancias químicas para el cabello con el 87,0%
- 8-Más en las personas que no tienen enfermedad adicional con el 65,2%

7.2 RECOMENDACIONES:

Después de haber obtenido todos los datos, analizarlos y realizado la conclusión, podemos recomendar lo siguiente:

- Que la ingesta de alimentos debe ser equilibrada de acuerdo a la actividad de la persona, esto es y como punto principal reducir la ingesta excesiva de carbohidratos y grasas, lo cual está demostrado que tiende a favorecer la alta incidencia para la prevalencia de dermatitis seborreica del cuero cabelludo por *Pityrosporum Ovale*.
- Evitar o disminuir el uso frecuente de cosméticos para el cabello tales como: gel, fijador, tinte, crema de peinar, ya que casi en su totalidad de pacientes sin importar el sexo, que formaron parte de nuestro estudio poseían el *Pityrosporum Ovale* y consideramos que esto favorece a la aparición de esta patología.
- En cuanto al grupo de pacientes con trabajo manual, recomendamos tener en cuenta lo anteriormente mencionado, ya que la presencia de estos dos factores, afecta mayormente a este grupo de personas por la exposición a la cual se encuentran tales como: altas temperaturas, sudor, ambiente húmedo, etc.
- Se recomienda de igual manera que se debe evitar la ingesta frecuente de alcohol, ya que aumenta la prevalencia de poseer dermatitis seborreica del cuero cabelludo.

7.3 REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

(1) Simone, Trichology, Laboratorios, Pitiriasis esteatoide o caspa grasa [sede Web], Barcelona, España, 12/04/2013. Disponible en:

http://www.simonehair.es/portfolio_tricologia/pitiriasis-esteatoide-o-caspa-grasa/

(2) Piquero Martin J, Piquero Casals J. Dermatitis Seborreica, Blog de discusión dermatológica, Dermatología Iberoamericana Online, Capitulo 14, Fundación Piel, Caracas, Venezuela, 2013. Disponible en:

<http://piel-l.org/libreria/item/258>

(3) Erchiga Crespo V, Moyano Gómez E, Palomo Crespo Ma. Pityriasis capitis (dermatitis seborreica del cuero cabelludo): etiología y tratamiento. RevClin Piel. 2008; 23 (6): 525-28.

(4) Dalmau Arias J, Caspa o pitiriasis capitis, Barcelona, España, 2012. Disponible en: <http://www.corporacioncapilar.es/caspa.php>

(5) Orfanos C, Zouboulis C. Oral retinoids in the treatment of seborrhea and acne. *Dermatology* 1988; 196(1):140-147. Disponible en:

<http://www.dermatol.or.jp/Journal/JD/full/032010022e.pdf>

(6) Van Vloten WA, van Haselen CW, van Zuuren EJ, et al The effect of 2 combined oral Contraceptives containing either drospirenone or cyproterone acetate on acne and seborrhea. *Cutis*. 2002;69(4 Suppl): 2-15 .Disponible en :<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12096825>

(7) Porras de Quintana L, Tamayo-Buendía M. y Sánchez-Vanegas G. Prevalencia de Infección por VIH en Pacientes con Patología Dermatológica en un Centro de Referencia Nacional 2005-2006. Rev. salud pública. 11 (4): 613-619, 2009. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/S0124-00642009000400012>



- (8) Mynt M, Yuan ZN, Schenck K. Reduced numbers of Langerhans cells and increased HLA-DR expression in keratinocytes in the oral gingival epithelium of HIV-infected patients with periodontitis. *J ClinPeriodontol* 2000; 27:513-519. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/422/42217814012.pdf>
- (9) Brownell I, Quan LT, Hsu S. Topical pimecrolimus in the treatment of seborrheic dermatitis. *Dermatol Online J* 2003; 9(3): 13. Disponible en : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12952760>
- (10) Guin JD. Eyelid dermatitis: experience in 203 cases. *J Am AcadDermatol* 2002; 47(5): 755-765. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12399770>
- (11) *Ling MR. Topical tacrolimus and pimecrolimus: future directions. SeminCutan Med Surg* 2001; 20(4): 268-274. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0190962202616056>
- (12) *Gupta AK, BluhmR. Skin Therapy Lett. Itraconazole (Sporanox) for seborrheic dermatitis* 2002; 7 *Suppl.1*: 4-82. Disponible en: <http://piel-l.org/libreria/item/tag/dermatitis-seborreica>
- (13) *Baysal V, Yildirim M, Ozcanli C, Ceyhan AM. Itraconazole in the treatment of seborrheic dermatitis: a new treatment modality. Int J Dermatol* 2004; 43(1):63-66. Disponible en: www.scielo.org.co/pdf/rsap/v11n4/v11n4a12.pdf
- (14) *Cassano N, Amoroso A, Loconsole F, et al. Oral terbinafine for the treatment of seborrheic dermatitis in adults. Int J Dermatol* 2002; 41(11): 821-822. Disponible en: <http://www.aafp.org/afp/2006/0701/p125.html>
- (15) *Orfanos C, Zouboulis C. Oral retinoids in the treatment of seborrhea and acne. Dermatology* 1988; 196(1):140-147. Disponible en: <http://www.dermatol.or.jp/Journal/JD/full/032010022e.pdf>



- (16) Naldi, L. Reborá, A. Seborrheic Dermatitis. *N.Engl.J.Med*, 2009;360:387-96. Disponible en: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMcp0806464>
- (17) Pérez Chavarría, E L; Castañón, L R; Tamayo, L; López-Martínez, R; Ruiz-Maldonado, R; *Pityrosporum ovale* en dermatitis seborreica infantil y en otras dermatosis infantiles. *Tham31Europe/Berlin* January 1, 1970. Disponible en: <http://www.cmdp.org.mx/Files/DermatitisSeborreicaInfantil.pdf>
- (18) Salmentón M., Secretaria del Comité de Dermatología Pediátrica de la Sociedad Uruguaya de Pediatría, Uruguay, 2003. Dra. Ortiz Solís DM, Dermatóloga Pediatra. Hospital de Especialidades Pediátricas Azcapotzalco. Secretaria de Salud del Gob del DF. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-05842003000100011
- (19) Mynt M, Yuan ZN, Schenck K. Reduced numbers of Langerhans cells and increased HLA-DR expression in keratinocytes in the oral gingival epithelium of HIV-infected patients with periodontitis. *J Clin Periodontol* 2000; 27:513-519. Disponible en: www.scielo.org.co/pdf/rsap/v11n4/v11n4a12.pdf
- (20) Berger S, Stoner MF, Hobbs ER. Cutaneous manifestations of early human immunodeficiency virus exposure. *J Am Acad Dermatol* 1988; 19: 298-303. Disponible en: <http://www.laboratoriossthea.com/archivos/publicaciones/00122.pdf>
- (21) Marion CT, McDonald E, Romano JF. Seborrheic dermatitis in acquired immunodeficiency syndrome. *Cutis* 1991; 50: 217-218. Disponible en: <http://www.laboratoriossthea.com/archivos/publicaciones/00122.pdf>
- (22) Fritsch P, Reider N. Otras erupciones eczematosas. En: Bologna J L. Editor: *Dermatología*. España: Elsevier. 2004: 215-218. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/fdc/vol3_2_09/fdc04209.htm



(23) Johnson, R. Cutaneous manifestations of human immunodeficiency virus disease. In Fitzpatrick's.Dermatology in General Medicine. 6th ed. McGraw Hill, USA , 2003:1198. Disponible en: apbbd.org/annual_journal/1352099910.pdf

(24) Guarda R, Gubelin W. Capítulo9. En: Dermatología Esencial. Santiago de Chile. Mediterráneo, Ltda; 2010. Pág. 105 - 118.

(25) Giusiano GE, Micosis y diagnostico micológico, Cátedra de Microbiología, Parasitología e Inmunología. Disponible en:
<http://ecaths1.s3.amazonaws.com/catmicromed/APUNTE%20Micosis%20y%20Diagnostico%20micologico.pdf>



CAPITULO VII

ANEXOS

ANEXO 1

CUESTIONARIO PARA EL ESTUDIO DE PREVALENCIA DEL PITYROSPORUM OVALE Y FACTORES ASOCIADOS EN LA DERMATITIS SEBORREICA DEL CUERO CABELLUDO. CUENCA 2014.

DATOS PERSONALES

Apellidos y Nombres: _____

Sexo: Masculino Femenino

Fecha de nacimiento: _____

Estado civil:

Soltero ()

Casado ()

Viudo ()

Divorciado ()

Unión libre ()

Profesión

Manual ()

Intelectual ()

MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

Talla: _____cm

Peso: _____Kg

Índice de masa corporal: _____

ANÁLISIS FUNCIONAL

¿Padece usted alguna enfermedad?

a) SI especifique _____ b) NO

Consumo de alcohol



- () Bebedor social
- () Consumo de riesgo
- () Consumo perjudicial
- () Dependencia alcohólica

Cuál es su dieta habitual

- a) Integral ()
- b) Hipercalórica()
- c) Hiperprotéica()
- d) Hipergrasa ()
- e) Hipocalórica ()
- f) Hipoprotéica ()

Usa alguno de los siguientes productos:

- A) Gel para el cabello
- B) Fijador
- C) Tinte
- D) Cremas para peinar
- E) Otro_____



ANEXO 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nosotros Sofía Amaya y José Baculima, estudiantes de la Facultad de Ciencias Médicas, Escuela de Medicina de la Universidad de Cuenca, estamos realizando un estudio: “Prevalencia del Pityrosporum Ovale y factores asociados en pacientes que acuden al servicio de consulta externa de dermatología del Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca, 2014”.

Su colaboración en esta investigación es absolutamente voluntaria, por lo que puede elegir participar o no en el mismo; le explicamos detalladamente cada uno de los puntos a continuación:

*Le realizaremos una encuesta con preguntas relacionadas con su salud, el mismo que se llevara a cabo en la consulta externa de dermatología.

*El especialista que lo atenderá, le tomara una muestra de su cuero cabelludo, el cual será enviado a laboratorio.

*Procederemos a tomarle su peso, le solicitaremos estar en ropa ligera y sin zapatos; para medir su talla le solicitaremos que se encuentre sin zapatos, en posición erguida, permitiéndonos valorar su estado nutricional.

*No recibirá ningún beneficio económico al aceptar participar en este estudio, su colaboración en nuestra investigación no implica riesgo alguno, ni afectará ningún aspecto de su integridad física y emocional.

He sido informado/a clara y oportunamente sobre el estudio en el que voy a participar. He tenido oportunidad de efectuar preguntas sobre el estudio, recibiendo respuestas satisfactorias; entiendo que la participación es voluntaria y que puedo abandonar el estudio cuando lo desee, sin que tenga que dar explicaciones y que ello afecte a mis cuidados médicos. Los datos que se obtuvieren serán de estricta confidencialidad, no podrán ser cedidos sin mi consentimiento expreso.

Declaro que he leído y conozco el contenido del presente documento, comprendo los compromisos que asumo y los acepto expresamente. Y, por ello, firmo de forma voluntaria.

Nombre:.....Cl:.....

Firma: _____