

REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
MISIÓN MÉDICA CUBANA
ASIC EL DANTO
ESTADO: ZULIA.

**TITULO: COMPORTAMIENTO DE PITIRIASIS VERSICOLOR EN EL CENTRO
DIAGNOSTICO INTEGRAL EI DANTO. AÑO 2008.**

Autor: Dra. Dianeya Pérez Vicente.

Residente de 2do año en Medicina General Integral.

Tutor: Dra. Melvis Leidy Martínez Amador.

Especialista de 1er. Grado en Medicina General Integral.

Asesor: Dra. Yenicet Chávez Rodríguez.

Especialista de 1er. Grado en Medicina General Integral.

**TRABAJO PARA OPTAR POR EL TITULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
GENERAL INTEGRAL.**

CIUDAD OJEDA, ENERO 2010

"El deber de un hombre está allí donde es más útil."

José Martí.

DEDICATORIA

A mi comandante en Jefe Fidel Castro Ruz, quien permitió Mediante la Misión que cumplo en Venezuela, lograr mi superación profesional, a mi hija, motivo de mis momentos de alegría.

AGRADECIMIENTOS

A la Dra. Yenicet Chávez, quien con su paciencia, dedicación y conocimiento me ayudó a la confección de esta investigación, y por supuesto a los protagonistas más importantes de la misma, mis pacientes.

RESUMEN

Se realizó una investigación observacional, descriptiva, transversal, con el objetivo de determinar el comportamiento de Pitiriasis Versicolor en el Centro Diagnóstico Integral El Danto, durante el año 2008, el universo y muestra estuvo constituido por 2.640 pacientes los cuales padecían de Pitiriasis Versicolor. Se utilizó una encuesta diseñada para tal fin que nos permitió la recolección de los datos, los cuales se procesaron por métodos estadísticos descriptivos. Entre los resultados más relevantes tenemos que el comportamiento de la Pitiriasis Versicolor fue de 2640 casos para un 33,6 % ocupando el segundo el lugar de las causas de consulta, predominó el sexo masculino con 1812 pacientes para un 68,6 %, la raza negra se vio más afectada con 1358 casos para un 51,5 % del total y el grupo de edad de 20-29 años fue los que más padecieron la enfermedad con 874 pacientes que representan un 32,1 %; Se recomienda realizar estudios similares en otros municipios para determinar el comportamiento de la entidad estudiada, en nuestro estado.

ÍNDICE GENERAL

CONTENIDO	PAGINA
RESUMEN	
CAPITULO I	
INTRODUCCIÓN.....	8
CAPITULO II	
MARCO TEÓRICO.....	15
CONTROL SEMÁNTICO.....	31
OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	32
CAPITULO III	
DISEÑO METODOLÓGICO.....	34
CAPITULO IV	
RESULTADOS Y DISCUSIÓN	39
CONCLUSIONES	48
RECOMENDACIONES	49
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	50
ANEXOS	

CAPITULO I

INTRODUCCIÓN.

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN.

Como bien es conocido, la piel, es el órgano más extenso y externo que tiene el hombre, por lo que se convierte, en nuestra interfaz de contacto y de relación con el medio ambiente, hallándose vulnerable ante numerosos trastornos; las enfermedades de la piel se presentan desde tiempos pasados, muchas de ellas debido a agentes biológicos, es por ello, que con el invento del microscopio por A. Leeuwenhock en el siglo XVII, se inicia el estudio científico de muchos microorganismos, entre ellos, los hongos. La historia de la micología médica comenzó en el año 1835 con A. Bassi, el cual descubre que la muscardina del gusano de seda era producida por un hongo llamado *Beauveria bassiana* dicho descubrimiento fue publicado posteriormente en 1838. Pero el problema se remonta a miles de años atrás, la civilización Micénica, una de las más importantes que han aparecido hace 3.500 años, quizás deba su nombre a un tipo de hongo legendario. ¹

El comienzo del estudio sistemático de los hongos data de hace 250 años, pero estos organismos han sido conocidos durante miles de años. Los pueblos antiguos eran conocedores de las fermentaciones biológicas. Los egipcios pensaban que era un legado del gran dios Osiris. Los griegos adoraban a Dionisos y los romanos a Baco, y celebraban grandes fiestas en las cuales abundaba el vino. Incluso los indios de México y de Guatemala creen que la aparición de hongos del tipo setas como la *Amanita muscaria* esta relacionada con el rayo y el trueno. Ahora bien,

dentro de esta gran familia existen varios tipos que afectan directamente al hombre, que han sido descritas posterior al descubrimiento de microscopio de luz.

2

En 1837. R. Remak descubrió que la Tiña fávica era causada por un hongo que luego le dio el nombre de *Achorion Schoenleinii*. En 1846. C. Eichstedt encontró en las escamas de las lesiones cutáneas de un paciente, un hongo al que llamó *Microsporum furfur*, luego Robin, 20 años después confirmará la presencia de este dermatofitos, aislándolo en las lesiones de un pacientes que presentaba una patología, la cual denominó Pitiriasis Versicolor, desde allí comienza una larga lista de investigadores quienes con sus trabajos fueron clasificando diversos agente etiológico, fue en 1951 cuando Gordón aisló levaduras redondas y ovaes tanto en la piel sana como con lesiones y denominó al microorganismo *Pityrosporum Orbiculare* todo ello basado en su morfología, es desde allí, cuando se conoce su existencia y su capacidad de colonizar al ser humano. ³

Posterior a estos descubrimientos y debido al aumento del interés por el estudio de antimicóticos seguido por el de la inmunología, aumenta la preocupación por el descubrimiento de nuevos hongos causante de enfermedades y también de nuevas patologías producidas por agentes micóticos, así como la contribución de la descripción de diversas entidades micóticas y su epidemiología. ^{3,4}

Actualmente a nivel mundial se han evidenciado repuntes de enfermedades de la piel, siendo la de mayor motivo de consulta la Pitiriasis Versicolor, la cual, esta originando en muchos individuos alteraciones psicodermatológicas, que produce

un impacto negativo para el paciente, ya que, altera su trabajo, relaciones interpersonales, debido a la vergüenza, ansiedad y depresión que estas manifestaciones generan, todo ello origina el rechazo hacia quien la padece por la falsa creencia entre la gente común y muchos profesionales de salud, de que son de tipo contagiosas. ^{4,5}

Venezuela no escapa a esta problemática, ya que existe, un repunte en las consultas dermatológicas por esta enfermedad cutánea, aunado a diversos factores de riesgos y algunas enfermedades de base (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida), el clima cálido, actúa como factor predisponente para la aparición de Pitiriasis Versicolor, convirtiéndola de esta manera en una de las micosis superficiales benigna, crónica de distribución cosmopolita que afecta más frecuentemente a adolescente y adultos jóvenes, siendo su mayor prevalencia en épocas cálidas.

Tal es el caso, del Estado Zulia, y La Costa Oriental del Lago, específicamente Ciudad Ojeda, Municipio Lagunillas que presentan condiciones climatológicas tropicales de humedad y temperaturas que favorecen el desarrollo de las micosis superficiales, entre estas, la Pitiriasis Versicolor, estos factores exógenos, aunado con la sudoración excesiva, originan cuadros de dermatomicosis en los habitantes de la población de la comunidad de El Danto, en donde resalta la decoloración de la piel, que producen manchas descamativas de color blanco o eritematosas, asociados por la mayoría con los baños de playas y de sol intenso, lo que hace imperioso la solicitud de ayuda de personal médico del Centro de Diagnóstico

Integral (CDI) de la comunidad de El Danto, ubicado en la urbanización de igual nombre en Ciudad Ojeda; Municipio Lagunillas, Estado Zulia, Venezuela.

Se tienen registros locales de la Coordinación Regional de Dermatología Clínica en donde la Pitiriasis Versicolor ocupa el segundo lugar de consulta por causas micóticas, y según morbilidad registrada y consolidada por la Dirección Regional de Epidemiología en su anuario del año 2006, se registraron 1.282 casos de Micosis Superficial en el Municipio Lagunillas de los cuales el 63, 2 % corresponden a casos de Pitiriasis Versicolor, a pesar de esta estadística existe un sub registro considerable por los casos no y mal diagnosticados en el sistema de salud convencional.^{5,6}

La investigación se realizó tomando en cuenta todos aquellos pacientes que acudieron a la mencionada consulta, en donde se hizo necesario conocer, las patologías más frecuente de la consulta, las áreas del cuerpo afecta más frecuentemente este tipo de enfermedades, todo este proceso de salud enfermedad enfocado como un problema de salud pública, que influye en los estándares de salud integral de nuestra comunidad y aunque generalmente no provoca complicaciones sistémicas, si afecta de forma importante la constitución psicológica y estética de los pacientes. Por ello se hace necesario que los médicos conozcan adecuadamente estas patologías, que, sin duda, se les presentan con alta frecuencia en su trabajo cotidiano, y en donde la calidad de la piel como producto del mestizaje en Venezuela juega un papel importante.

Las lesiones de piel son motivo de consulta habitual en la práctica médica, y las micosis superficiales tienen un rol importante en la causa de estas lesiones, dentro de estas, las dermatofitosis son relativamente frecuentes, por lo que, constituye en uno de los problemas sanitarios más importantes en la actualidad y se ha demostrado que su presencia se incrementa a medida que aumenta la edad de los pacientes. Está considerada la más frecuente de las enfermedades cutáneas de origen fúngico en Venezuela y, particularmente, el Estado Zulia presentan las condiciones climatológicas tropicales de humedad y temperatura que favorecen el desarrollo de esta patología.⁷

A pesar que la mayor parte de los pacientes no consultan por esta enfermedad, refieren dicha sintomatología. A esta dermatomicosis se le considera usualmente como una entidad asintomático, que solo ocasiona problemas de tipo estético.⁸

Con lo anteriormente expuesto, planteamos el siguiente problema científico: ¿Que comportamiento tiene la Pitiriasis Versicolor en el Centro de Diagnóstico Integral El Danto?

La Incidencia de Pitiriasis Versicolor como enfermedad crónica recidivante en Ciudad Ojeda , Municipio Lagunillas, hace necesario identificar el grupo etario, sexo, raza, regiones anatómicas afectadas, características y sintomatología de la lesiones epidérmicas , todo con el fin de instaurar medidas de control y tratamientos adecuados para que influya directamente en la aparición de esta enfermedad, así mismo, propulsar la importancia de un mejor registro de

enfermedades que afectan la piel, con su consecuente aporte teórico y práctico, que concluya en criterios médicos unificados y ofrecer un servicio de calidad a nuestra población.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO.

La Pitiriasis Versicolor es una infección micótica superficial de la piel y una de las alteraciones de la pigmentación más comunes en el mundo. Se caracteriza por cambios pigmentarios debido a la colonización del estrato córneo por un hongo dimorfo lipofílico de la flora cutánea normal conocido como *Malassezia* sp.⁷

La Pitiriasis Versicolor también es conocida como tiña o como tiña acromia parasítica. Actualmente se reconoce que los microorganismos causantes de Pitiriasis Versicolor son *Malassezia* spp Ustilaginomycetos, Basidiomycota phylum. En 1846 se describió la presencia de levaduras en muestras de piel tomadas de personas con lesiones del tegumento cutáneo.^{8,9,10} Más adelante en 1853 SE aisló el hongo de las escamas de lesiones de Pitiriasis Versicolor, considerando que se trataba de un dermatófito y lo denominó *Microsporum furfur*.^{11, 12} En 1874, Malassez observó células del organismo ovals y redondas en gemación.¹³ Bizzozero⁸ después describió células gemantes esféricas y ovals semejantes a las “esporas de Malassez”.

Esos microorganismos fueron denominados *Saccharomyces sphaericus* y *S. ovalis* respectivamente. Sabouraud sugirió el nombre *Pityrosporum malassezi* por la morfología variable de las levaduras. Castellani y Chalmers fue quien primero cultivó el organismo en 1913 y fue llamado *Pityrosporum ovale*. En 1951, Gordón aisló levaduras redondas y ovals tanto de piel con lesiones como de piel sana y

denominó al organismo *P. orbiculare* basado en la morfología y presumió que era un organismo distinto al *P. ovale*.^{1, 14}

Una vez se reconoció la naturaleza lipofílica de esas levaduras y los cultivos se pudieron realizar, diferentes investigadores observaron el cambio espontáneo de un tipo morfológico a otro, lo cual llevó a la conclusión que *P. orbiculare*, *P. ovale* y *M. furfur* son sólo variantes de la misma especie.^{15, 16}

En la revisión taxonómica de Yarrow y Ahearn⁸ en 1984 *M. furfur* fue considerado el único nombre válido. Con el tiempo el género *Malassezia* ha incluido otras especies. Sumado a los comensales humanos, el género *Malassezia* contiene una levadura no- lipofílica, *M. pachydermatis* la cual fue descubierta en 1925 colonizando animales carnívoros. En 1990 *M. sympodialis* fue reportada por Simmons y Guého⁸, apareciendo con mayor frecuencia como saprófito de la piel humana.¹³ En 1996 se añadieron cuatro especies más: *M. globosa*, *M. sloffiae*, *M. restricta*, y *M. obtusa*¹⁷, las cuales fueron identificadas por técnicas a nivel molecular. Actualmente se aceptan siete especies en el género *Malassezia*, seis de las cuales son lipofílicas obligadas y una forma no-lipofílica, *M. pachydermatis* la cual con poca frecuencia afecta a los humanos. Guého et al⁸ describieron las siete especies distinguiéndolas por medio de pruebas fisiológicas; también pueden usarse técnicas moleculares por medio de la estimulación del porcentaje del contenido en el ácido desoxirribonucleico (DNA), comparando fragmentos de restricción de DNA, cariotipificación, Reacción en Cadena de la Polimerasa (PCR)

entre otros. Especies del género *Malassezia*: *M. furfur*, *M. pachydermatis*, *M. sympodialis*, *M. globosa*, *M. slooffiae*, *M. restricta*, *M. obtusa*.¹⁸

Según algunos estudios el organismo que con mayor frecuencia se asocia a Pitiriasis Versicolor puede que no sea *M. furfur*, siendo los posibles candidatos *M. globosa* y *M. sympodialis* en su fase icelial. Se ha considerado a la piel de los animales de sangre caliente, especialmente el hombre, como el hábitat natural de las especies. También puede crecer en otros sitios de ciertos animales como el conducto auditivo externo del perro donde vive *M. pachydermatis*. En el 97% de las personas el organismo puede cultivarse de la piel sin lesiones siendo más frecuente en la fase de levadura.^{19, 20, 21}

Hay una ligera mayor prevalencia del organismo en la piel de los hombres que de las mujeres. La mayor densidad se encuentra en las áreas de mayor producción de sebo: piel cabelluda, frente, pliegues naso genianos y tronco. La densidad de la población varía entre 104 unidades formadoras de colonia (UFC)/cm² en el tronco y 102 UFC/cm² en las extremidades En sólo el 7% de los recién nacidos podría cultivarse *Malassezia furfur* de la piel. La prevalencia en la piel aumenta durante la niñez y la adolescencia y disminuyen la senectud de acuerdo a la cantidad de producción de sebo.⁷

Análisis ultra estructural

Las levaduras de *Malassezia*, pueden estar presentes en todas las capas del estrato córneo aunque con mayor frecuencia en la parte baja. En un tercio de los pacientes el organismo puede distribuirse en forma peri folicular. Puede localizarse intracelularmente y entre los queratinocitos sugiriéndose que solamente las hifas y no la forma de esporas del hongo invaden las células. La invasión de las células del huésped da como resultado una “zona clara” que rodea al patógeno producida por la pérdida de la estructura de queratina en la célula. La actividad queratolítica del hongo puede deberse a ruptura mecánica o química de la queratina. En las lesiones hipo pigmentadas se observan pocas esporas y un escaso infiltrado inflamatorio. Hay una disminución en el pigmento epidérmico, con una disminución en el número, tamaño y agregación de los melanosomas de los melanocitos de la unión y en los queratinocitos que los rodean. No hay variación en la población de los melanocitos de las áreas hipo pigmentadas, hiper pigmentadas o en la piel normal. El pigmento indol formado por *M. furfur* probablemente sea un filtro ultravioleta potente.²²

Es poco probable que la hipopigmentación se presente como se ha sugerido previamente por bloqueo de la luz ultravioleta por el hongo o los productos de la lipidificación de las células ya que también se ha observado en sitios anatómicos no expuestos al sol. En las lesiones hiperpigmentadas el estrato córneo puede ser más grueso que en la piel normal o hipopigmentada y tanto las esporas como las hifas son más numerosas. Hay un infiltrado inflamatorio linfocitario más denso.

Las células de Merkel contienen melanosomas y gránulos secretorios combinados sugiriendo un aumento en su actividad. Se ha postulado que el hongo puede hacer que las células de Merkel se diferencien de células epidérmicas. Los melanocitos pueden parecer más grandes e hipertróficos, la hiperpigmentación puede ser resultado de cambios en la formación de los melanosomas y es posible que las manchas de color rojo sean debidas a una reacción inflamatoria leve. La inflamación por sí misma puede causar cambios en el color de la piel y los melanocitos pueden ser estimulados por ésta. Por lo tanto las lesiones hiperpigmentadas pueden ser el resultado tanto de la inflamación como del aumento en la producción de melanina. ^{7, 22, 23, 24}

Todas las especies de *Malassezia* tienen una característica morfológica estable, exceptuando a *M. furfur*, ya que éste puede variar en su forma: globosa, ovoide o cilíndrica. Se los considera dimorfos por comportarse como levadura en los cultivos y producir filamentos en su forma parasitaria, 8-10 es un hongo bifásico que se encuentra como saprófito en la piel normal en forma de blastóforos esféricos y ovals; cuando las condiciones le son favorables como la humedad, sudación, producción de sebo, aplicación de grasa en la piel, uso de ropa oclusiva de material sintético. Se modifica su actitud saprofita convirtiéndose en patógeno. ^{22, 24}

Otros factores predisponentes para el desarrollo de la enfermedad se consideran: la inmunosupresión como el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, la

malnutrición, el síndrome de Cushing, los anticonceptivos orales, el uso de glucocorticoides tópicos o sistémicos. Algunos investigadores piensan que puede existir una predisposición genética.²⁵

Epidemiología.

La Pitiriasis Versicolor es una enfermedad cosmopolita frecuente en ciertas áreas geográficas con alta humedad y calor. Su incidencia varía desde el 1-3% en zonas templadas hasta cerca del 40-50% en algunas regiones tropicales como México, Islas Samoa y sur de Brasil, mientras que, en climas más fríos, como por ejemplo el norte de Europa, esta incidencia puede encontrarse por debajo del 1%. Representa del 15 al 20% de todas las micosis superficiales. Puede aparecer a cualquier edad, y afecta a ambos sexos, aunque predomina en varones (relación 2:1). Esta dermatosis incide dentro de unos márgenes de edad que van de los 15 a los 45 años, fundamentalmente, aunque puede aparecer en edades extremas, pero excepcionalmente en la infancia. Esto se debe a que el agente o los agentes causales son levaduras lipofílicas que dependen de la producción de sebo en la superficie de la piel, y ésta a su vez se regula por estímulos hormonales. La historia familiar sólo en el 18,8%. El embarazo y el uso de anovulatorios podrían aumentar la susceptibilidad a padecerla.²⁶

La Pitiriasis Versicolor es más frecuente en adolescentes y adultos jóvenes, en áreas templadas, con un aumento en la prevalencia del 1% de la población durante las épocas cálidas del año. Aún es considerada una enfermedad tropical

con una tasa de incidencia hasta del 40% en esas áreas. Tanto los adultos como los niños son susceptibles y en muchos estudios entre los 5% y 7% de los casos confirmados se presentan en menores de 13 años. Pre púber, adolescente y niños menores de 1 año de edad pueden albergar el hongo en grandes cantidades. Los cambios hormonales, el aumento en la secreción de sebo son razones para estos hallazgos.²⁵

Etiología y patogénesis

A pesar de que la mayoría de los adultos albergan al hongo en su piel, la conversión de la levadura a la forma micelial del organismo se requiere para el desarrollo de Pitiriasis Versicolor. Esta transformación se relaciona con la presencia de factores endógenos y exógenos.^{27, 28, 29}

Factores exógenos como calor y sudoración, son las razones más probables del por qué la enfermedad es más frecuente en los trópicos y en verano en climas templados. Al haber oclusión, tanto el pH como la florase alteran y hay un aumento en la concentración de dióxido de carbono. El uso de ropa oclusiva ha demostrado experimentalmente el desarrollo de Pitiriasis Versicolor. La aplicación de cremas o lociones en la piel puede exacerbar el desarrollo de lesiones en los pacientes con tendencia a la enfermedad.²⁹

Dentro de los factores endógenos se incluyen la malnutrición, el síndrome de Cushing, uso de esteroides sistémicos o inmunosupresores, uso de

anticonceptivos orales, hiperhidrosis, dermatitis seborreica, factores hereditarios como historia familiar positiva en aproximadamente el 17% en algunos estudios. El desarrollo de Pitiriasis Versicolor también puede relacionarse con una respuesta inmune alterada del organismo, como en el síndrome de inmunodeficiencia adquirida y en la leishmaniasis visceral en donde la Pitiriasis Versicolor puede ser más prevalente y manifestarse con formas o localizaciones poco frecuente o con más severidad que en los individuos inmunocompetentes. La Pitiriasis Versicolor también se ha reportado en pacientes sometidos a terapia con litio para trastornos del afecto.^{30, 31}

Es inusual que los pacientes ancianos presenten Pitiriasis Versicolor, al parecer debido a la disminución en la producción de sebo, sin embargo los pacientes hospitalizados pueden tener factores de riesgo para el desarrollo del padecimiento como el inmunocompromiso. Pueden sudar y acalorarse más si su ropa no se cambia con frecuencia y si se disminuye la frecuencia del baño.³¹

Características clínicas

La Pitiriasis Versicolor se presenta como una dermatosis caracterizada por la presencia de numerosas placas hipo e hiperpigmentadas con escama fina en el tronco principalmente. Pueden localizarse también en el cuello, y parte proximal de las extremidades superiores; la distribución de las lesiones es paralela a la distribución de las glándulas sebáceas, sin embargo son más abundantes en la

espalda. La distribución también se presenta en las áreas cubiertas por la ropa. ^{25,}

32

Con poca frecuencia se puede presentar en las extremidades inferiores, pliegues poplíteos y antecubitales, axilas, pene o en un campo de radiación. También se ha reportado Pitiriasis Versicolor en piel cabelluda acompañada o no de lesiones en el cuerpo. ^{25, 32}

En los niños con Pitiriasis Versicolor el compromiso facial es más común que en los adultos. También es poco frecuente que se presente en menores de 2 años de edad y en la mayoría de los casos los niños fueron prematuros que requirieron permanecer en una unidad de cuidados intensivos después del nacimiento. Las lesiones faciales también son más frecuentes en las mujeres que en los hombres probablemente por el uso de cosméticos. ^{25, 32}

La mayoría de los pacientes se quejan de la dificultad para broncearse en las áreas con cambios en el color y raramente por prurito leve. Inclusive después del tratamiento la repigmentación puede tomar varios meses o años en conseguirse.

^{25, 32}

En resumen la presentación clínica puede incluir:

- ◆ Manchas lenticulares de 2 a 4 mm (1-2 cm. diámetro)
- ◆ Descamación fina, diferentes tonalidades
- ◆ Coalescencia

- ◆ Bronceado disparejo
- ◆ Síntesis de anti cuerpos. Azelaico melanocitos hipocromia
- ◆ Foliculitis
- ◆ Pápulas eritematosas o pústulas 2-4 mm
- ◆ Dracriocistis
- ◆ Acromia parasitaria en lactantes
- ◆ Dermatitis seborreica, caspa
- ◆ Enfermedad sistémica diseminados: Pitirosporiasis

La Pitiriasis Versicolor se presenta como manchas lenticulares localizadas en abdomen, espalda, etc. Estas se caracterizan en que su color depende del color de la piel: en tez blanca, las manchas son rosadas u oscuras, y en tez morena, las manchas son blancas. Se dice que son lesiones "en confeti", como punteadas. Al inicio las manchas pueden tener un tono claro comenzando después a oscurecer. Estas lesiones pueden aparecer producto de un bronceado extenso, después del cual las personas notan la presencia de estas manchas, y notan que el bronceado no está parejo ni uniforme. Esto se debe a que, como ya se mencionó, la sudoración y el calor excesivo predispone la proliferación de estas levaduras y a que se presente el cuadro clínico. Un bronceado disparejo es lo que ocasiona estas manchas, sobretodo porque los elementos fúngicos o sus metabolitos interfieren con los rayos solares para que ese bronceado sea parejo. Lo que sucede es que se ha sintetizado el ácido azelaico, suceso que se realiza en los queratinocitos y melanocitos, estos son los encargados de producir el pigmento.

Entonces, al ser sintetizado ácido azelaico, esto influye en los melanocitos a que no se produzca una enzima, la DOPA-tirosinasa, que se elimina y nos produce una hipocromia.^{25, 32, 33}

Lo anterior se refiere cuando el agente produce pitiriasis Versicolor, pero también esta levadura puede dar otras sintomatologías: ataca el folículo piloso y las glándulas sebáceas, produciendo foliculitis, especialmente en jóvenes. Aquí las lesiones son pápulas eritematosas o pústulas que se manifiestan en la piel, principalmente piel del abdomen y de la espalda. Miden entre 2 a 4 mm. También puede producir Dacriocistitis, que no es más que la inflamación y tumefacción del conducto lagrimal. La levadura puede también producir acromia parasitaria en lactantes, que no es más que una hipopigmentación o despigmentación de la zona del pañal.

También puede producir dermatitis seborreica, caspa e incluso enfermedades sistémicas o diseminadas, de modo que la podemos encontrar en un hemocultivo. Cuando hay enfermedades sistémicas podemos aislar al microorganismo de sangre proveniente de un hemocultivo. Las personas que son candidatas a que se le disemine la enfermedad son: lactantes con anormalidades cardiovasculares y adultos inmunosuprimidos que tienen una alimentación parenteral lipídica. Estas son propensas a que el hongo, que es lipofílico, produzca una enfermedad diseminada.^{24, 34}

Hallazgos histopatológicos

La biopsia de piel en pocas ocasiones se requiere para hacer el diagnóstico. Con la tinción de hematoxilina-eosinas se observa hiperqueratosis y acantosis de la epidermis, infiltrados linfocitarios perivasculares, células plasmáticas e histiocitos en la dermis. El estrato córneo está lleno de hifas y elementos fúngicos celulares, gemantes, redondeados que son más visibles con la tinción de PAS o metenamina de plata, algunos de estos elementos pueden localizarse dentro de los queratinocitos.⁷

Diagnóstico

El diagnóstico de Pitiriasis Versicolor se basa principalmente en la evaluación clínica. Aunque el color de las lesiones puede variar desde rosado, marrón claro, café oscuro hasta hipocromía o acromia. Todas las manchas pueden tener la misma tonalidad o presentar diferentes colores por lo que se denomina Versicolor. La descamación de las lesiones se manifiesta al raspar la piel con una cureta o simplemente con la uña observándose así, el signo de Besnier o del uñazo.^{18, 25}

La luz de Wood puede ayudar a establecer el diagnóstico ya que identifica placas subclínicas; las lesiones presentan una fluorescencia amarilla o amarillo verdosa, sin embargo es positiva sólo en un tercio de los casos la mayoría probablemente causados por *Malassezia furfur*. Estudio micológico: La muestra debe ser tomada de la escama del borde de las lesiones. El examen directo se realiza con

hidróxido de potasio al 10% o con cinta adhesiva transparente llamado también Scotch tape test.^{24, 34}

La solución de Albert puede usarse en lugar del hidróxido de potasio. Se observa acúmulos o racimos de esporas gemantes ovaladas o redondeadas de 4 a 8 μm y filamentos fragmentados cortos, en forma de S cursiva de 2 a 4 μm y a veces largos o ramificados, si estos elementos se presentan juntos dan la típica imagen en “albóndigas y espagueti”.^{24, 34}

La muestra se visualiza mejor con tinta azul “Parker” o se tiñe con Gram. El cultivo no es necesario para el diagnóstico. Las colonias son blanco amarillentas, cremosas. Tienen requerimientos absolutos de lípidos excepto *M. pachydermatis*. Se ha usado aceite de oliva y ácido oleico, monoestearato de glicerol, Tweens, lípidos de sales biliares y leche de vaca en medios sólidos. La temperatura óptima de crecimiento es de 32 a 35°C con atmósfera húmeda. La morfología del género de *Malassezia* se ha descrito in vitro basada en cultivos obtenidos del medio de Dixon modificado que crecen a temperaturas óptimas de 32 a 35°C.^{24, 34}

ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

Diversas investigaciones a nivel mundial y nacional han tratado el tema de las dermatomicosis y en especial la Pitiriasis Versicolor, ya que, las mismas constituyen una causa importante de morbilidad no solo de las consultas de

medicina general, si no también, de consultas especializadas de Dermatología, lo que se traduce en gastos significativos para la nación y para el paciente. Sin dejar atrás, las molestias visuales y psicológicas que estas producen. Entre las investigaciones más relevantes y actuales sobre el tema encontramos:

Acosta M , realizo un estudio donde se resaltan los aspectos clínicos y epidemiológicos de la Pitiriasis Versicolor en una comunidad pesquera del estado Falcón, utilizando un diseño prospectivo transversal, toma en cuenta para el estudio un total de 902 individuos en edades comprendidas de 2 a 60 años, la cual tuvo como resultado, que esta patología, tiene un prevaecía del 30% del total de pacientes visitados, que el porcentaje de infección mas elevado se detectó mayormente en el sexo femenino, de piel morena y la zona anatómicas de la cara fue las mas afectada y las lesiones de piel a predominio del tipo hipocromicas. Aportando entones, que la Pitiriasis Versicolor es mas frecuente en zonas tropicales, donde existe una humedad relativa que provoca una sudoración copiosa y favorece la aparición de esta nosología.³

Barreda realiza una revisión bibliográfica de la Pitiriasis Versicolor en lactantes y adolescentes de una comunidad mexicana, en donde el investigador se plantea, que es producida por *Malassezia Furfur* , una levadura que es parte de la flora normal de la piel humana, descrita en países tropicales correspondiendo al 40% de las infecciones cutáneas en niños, tiene preponderancia en el sexo masculino ocurriendo a cualquier edad, incluidos lactantes, con mayor incidencia entre los 15 y 30 años, siendo poco frecuente en menores de 5 años. Esta se presenta como

lesiones maculares, ocasionalmente placas, ovaladas hipo o hiperpigmentadas que se localizan principalmente en la parte superior del tronco y brazos, con distribución bilateral y asimétrica. Otros sitios de infección incluyen el cuello, abdomen, región lumbar y muslos, y en los niños la cara está frecuentemente comprometida, pudiendo ser la única localización afectada. Concluyendo que Pitiriasis Versicolor es uno de los trastornos de pigmentación más comunes en el mundo. Siendo una micosis crónica, leve y usualmente asintomática que se produce por el crecimiento de la levadura lipofílica *Malassezia furfur* en la capa más superficial de la piel o estrato córneo.³⁷

Padilla C realiza un reporte de tres casos de Pitiriasis Versicolor en pacientes masculinos utilizado el examen físico, la Lámpara de Wood, estudio micológico con cinta adhesiva, y biopsia como método diagnóstico, encontrándose que la variedad más común fue la hipercromiante, la parte del cuerpo más afectada resultó ser el tórax y además respondieron bien al tratamiento con Ketoconazol. Aportando entonces que la Pitiriasis Versicolor es una enfermedad crónica superficial de la piel, causada por *Malassezia* sp. que se caracteriza por placas hipo e hiperpigmentadas con escamas finas que predominan el tronco y en los hombros.¹¹

Sánchez P , investiga sobre Pitiriasis Versicolor, encontrando que es una dermatosis fitoparasitarias con afecciones cutáneas a consecuencia de parasitación de "hongos" , formando parte del grupo de las enfermedades más frecuentes que afectan al hombre en cualquier grupo de edad más aun en adultos

jóvenes, el agente etiológico es el *Pityrosporum ovale*, el motivo de la consulta generalmente es debida a unas manchas redondeadas, marrones en invierno y blanquecinas en verano, localizadas en la parte superior de espalda, hombros y cuello, el diagnóstico, esta basado en la clínica, raspado de las lesiones observándose como se desprenden escamas aglutinadas en forma de lámina. Con la luz de Wood, las lesiones emiten una fluorescencia amarillenta. En la mayoría de los casos con un tratamiento tópico es suficiente y su pronóstico es bueno.^{38,}

39

Larrondo R. En su artículo Micosis Superficiales, Candidiasis y Pitiriasis Versicolor. Realiza un estudio de 1 año en un consultorio del Médico de la Familia, 306 consultas motivadas por afecciones de la piel; de ellas, micóticas fueron 80, y al dividir las se halló: por dermatofitos 29, por *Candida* 28 y por Pitiriasis Versicolor. Expone que el 28,5 % de las afecciones dermatológicas que motivan la consulta en la atención primaria son de etiología micótica, describe las características clínicas de las lesiones cutáneas en las candidiasis y la Pitiriasis Versicolor. Hace hincapié en las medidas de educación, prevención y control de estas afecciones en el nivel primario de atención médica las cuales deben de estar encaminada a los cambios en los hábitos sexuales, a evitar la promiscuidad y de la liberalidad sexual, al aprendizaje del correcto aseo oral y genital en la mujer, al correcto cuidado de los pezones durante la lactancia, al uso individual de la ropa interior y del calzado que muchas veces son usados por hermanos.¹⁵

CONTROL SEMÁNTICO.

Para esta investigación se definieron las siguientes patologías desde el punto de vista clínico:

Dermatitis: Lesiones eritemato exudativa, de borden no definidos, localizadas en pliegues, flexura áreas de roce o que describen o dibujan el objeto o sustancia de roce, generalmente son simétricas.

Escabiosis: Lesiones pruriginosas, que se pueden presentar con una gran gama de lesiones elementales de la piel, afectando principalmente la región axilar, inguinal abdomen y pliegues, con antecedentes epidemiológicos.

Psoriasis: Enfermedad caracterizadas por lesiones eritemato escamosa con bordes bien definidos en placa localizada en cualquier parte del cuerpo.

Enfermedad de Transmisión Sexual: Se agrupan aquí las lesiones de piel que clínicamente son visibles de las enfermedades trasmitidas a través de las relaciones sexuales.

Vitíligo: Lesiones hipocomicas o acromicas sin otra alteración dermatológica, asintomáticas de la piel.

Verrugas: Lesiones tumorales de aspecto benigno de la piel.

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

OBJETIVO GENERAL:

Caracterizar el comportamiento de Pitiriasis Versicolor en la Consulta dermatológica del Centro de Diagnostico Integral El Danto. Año 2008.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ◆ Determinar la frecuencia de la pitiriasis Versicolor con relación a otras patologías dermatológicas.

- ◆ Identificar la distribución de pacientes que consultan con Pitiriasis Versicolor según variables demográficas edad, sexo, raza.

- ◆ Describir las lesiones, regiones anatómicas más afectadas y sintomatología en los pacientes con Pitiriasis Versicolor.

CAPITULO III

DISEÑO METODOLÓGICO.

CAPÍTULO III

DISEÑO METODOLÓGICO.

Se realizó una investigación observacional, descriptiva, transversal, con el propósito de determinar el comportamiento de Pitiriasis Versicolor en la consulta dermatológica del Centro Diagnostico Integral El Danto, Ciudad Ojeda, Municipio Lagunillas Estado Zulia, durante el año 2008. ^{40, 41}

UNIVERSO Y MUESTRA DEL ESTUDIO.

En nuestro estudio coinciden el universo y la muestra, este estuvo constituido por 2.640 pacientes los cuales acudieron a consulta dermatológica del centro diagnóstico con Pitiriasis Versicolor, que cumplieron los criterios de inclusión.

Criterios de inclusión.

- Pacientes que presentaron lesiones en piel compatibles con Pitiriasis Versicolor.
- Pacientes sin limitaciones psicológicas. Que impidan su participación en la investigación.
- Pacientes que dieron su consentimiento a participar en el estudio.
(Anexo 1).

Criterios de exclusión.

- Lesiones dermatológicas no compatibles con Pitiriasis Versicolor.
- Pacientes que se negaron a participar en el estudio.

TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.

Los datos se recogieron de una encuesta confeccionada para tal fin, la cual se aplicó a los pacientes con diagnóstico de Pitiriasis Versicolor en la consulta dermatológica del Centro Diagnóstico Integral El Danto durante el año 2008. Este instrumento consta de dos partes, la primera que recoge los datos de identificación del paciente resguardado bajo iniciales los nombres, el sexo, la edad y raza; una segunda parte que recoge la información referente a las características de las lesiones, regiones anatómicas más afectadas y sintomatología en los pacientes. (Anexo 2)

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Para cumplir con el primer objetivo específico, se utilizó el registro de morbilidad de todos los casos vistos en la consulta dermatológica en el centro Diagnóstico Integral El Danto Venezuela durante el año 2008; esta información se ordenó por orden de frecuencia en las primeras siete causas de consulta, con la finalidad de ubicar la Pitiriasis Versicolor según su comportamiento. (Anexo 3).

Para darle salida al segundo objetivo específico utilizaremos las siguientes variables demográficas

Edad: variable cuantitativa continúa se considera según los años cumplidos en el momento de la recolección de los datos. Se agruparon en seis clases en intervalo de 10 años.

- ◆ Sexo: variable Cualitativa nominal, se definió por el sexo biológico y se clasificaron en masculino y femenino.
- ◆ Raza: variable cualitativa nominal, basada en las características antropomórficas del paciente y se clasificaron en blanco, negros, mestizos.

Para darle salida al tercer objetivo específico se utilizaron una serie de variables que permitirá explicar las características clínicas de la enfermedad:

- ◆ Regiones Anatómicas afectadas por la Pitiriasis Versicolor: variable cualitativa nominal, definida por las zonas anatómicas donde aparecieron las distintas lesiones propias de esta enfermedad. Se clasifican en :

- Cara
- Tórax
- Brazos
- Cara – tórax
- Tórax - brazos
- Generalizado

Características y Sintomatología de las lesiones: compuesta por una serie de variables como lo son:

1. Color de las lesiones: variable cualitativa nominal dicotomica compuesta por las siguiente escala de respuesta: Hipocromicas, Hiperchromicas.
2. Número de lesiones: variable cualitativa nominal dicotomica cuyas opciones de respuesta son: Únicas, Múltiples.
3. Producción de prurito: variable cualitativa nominal dicotomica, opciones de respuesta: Pruriginosas, No pruriginosas.
4. Tipo de bordes: variable cualitativa nominal dicotomica, opciones de respuesta: Bordes definidos, Bordes no definidos.

PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

Se realizo mediante técnicas de estadísticas descriptivas, utilizando el procesador estadístico SPSS en su versión 8.

ASPECTOS ÉTICOS Y CONSENTIMIENTO INFORMADO.

En esta investigación se cumplieron con los cuatro principios éticos: el respeto a la persona, la beneficencia, no maleficencia y la justicia, se le participa a los pacientes que forman parte de un estudio, explicándoseles las bases de la investigación en cuestión y su importancia. Se incluye el paciente una vez obtenido su consentimiento informado a través de un documento escrito firmado. Recogidos y procesados los datos de este estudio permanecerán en el anonimato los nombres de las personas que intervinieron, aun cuando se den a conocer los resultados. (Anexo 1).

CAPITULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

CAPITULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN.

Tabla 1. Comportamiento de la morbilidad dermatológica en el Centro Diagnóstico Integral El Danto. Ciudad Ojeda- estado Zulia. Enero-diciembre 2008.

ENFERMEDADES	CASOS	%
Dermatitis	3115	39.1
Pitiriasis Versicolor	2640	33.6
Escabiosis	1404	17.4
Psoriasis	250	3.1
Enfermedades de trasmisión sexual	243	3.0
Vitiligo	170	2.1
Verrugas Vulgares	137	1.7
TOTAL	7959	100 %

En la Tabla 1, se representa el comportamiento de la morbilidad dermatológica del Centro Diagnostico El Danto en el año 2008 donde observamos que la Pitiriasis Versicolor esta dentro de las siete primeras causas, ocupando el primer lugar las dermatitis con un 39.1%, seguido de la Pitiriasis Versicolor con 2640 casos para un 33.6%, constituyendo su comportamiento la segunda causa reportada en consulta, podemos comparar nuestro resultado con la investigación de Acosta ³, donde expone que la Pitiriasis Versicolor constituye una de las principales causas de consulta; y tiene una prevalencia del 30% del total de pacientes estudiados en su trabajo, estos datos son equiparables con la información suministrada por la Consulta Regional de Dermatología Clínica en

donde la Pitiriasis Versicolor ocupa el Segundo lugar de consulta por causas micóticas.³⁹

TABLA 2

Pacientes con Pitiriasis Versicolor según edad y sexo.

GRUPO ETARIO	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
0-9	40	1.5	47	1.8	87	3.3
10-19	335	12.7	135	5.1	470	17.5
20-29	638	24.1	211	8.0	849	32.1
30-39	407	15.4	175	6.6	582	22.0
40-49	205	7.8	123	4.7	328	12.5
50-59	123	4.7	84	3.2	207	7.9
60-69	64	2.4	53	2.0	117	4.4
TOTAL	1812	68.6	828	31.4	2640	100

El comportamiento de la Pitiriasis Versicolor según edad y sexo se presenta en la tabla 2, las edades de pacientes que mayormente consultaron por Pitiriasis Versicolor estuvo comprendida entre 20 - 29 años con 849 casos para un 32.1% y menos asiduos los de 0-9 años con 87 casos para un 3.3%, al igual como refiere Barreda³⁷, donde menciona que la mayor incidencia se registra entre los 15 y 30 años, siendo poco frecuente en menores de 5 años, en cuanto al género, el sexo más afectado por esta patología correspondió al Masculino con 1812 casos para

un 68.6% del total de casos, si comparamos la revisión bibliográfica de Pitiriasis Versicolor en lactantes y adolescentes de una comunidad mexicana realizada por Barreda ³⁷, encontramos que tiene preponderancia en el sexo masculino ocurriendo a cualquier edad, por lo cual, coinciden los datos expresados por este autor, con la investigación realizada, muestra similitud con los grupos de edades encontrados por Sosa en su estudio de 2005 en argentina pero contrasta con el sexo ya que en sus resultados el predominio fue en el grupo femenino, como también lo refleja Acosta ³, quien describe en su trabajo de los aspectos clínicos y epidemiológicos de Pitiriasis Versicolor en una comunidad pesquera del estado Falcón, el porcentaje de infección mas elevado se detecto mayormente en el sexo femenino.

Tabla 3**Pacientes con Pitiriasis Versicolor según raza.**

RAZA	N°	%
BLANCO	850	32.2
NEGRO	1358	51.5
MESTIZO	432	16.3
TOTAL	2640	100%

La Tabla 3 muestra los pacientes con Pitiriasis Versicolor según raza, denota claramente que el mayormente afectado fue el Negro representado con 1358 casos, lo que corresponde a un 51.1% del total de pacientes atendidos durante el periodo Enero-Diciembre 2008, seguido del blanco con 32.2% y en último lugar el indígena con un 16.3%, si comparamos, los datos obtenidos de esta investigación, con la realizada por Acosta ³, quien describe en su trabajo sobre los aspectos clínicos y epidemiológicos de la Pitiriasis Versicolor en una comunidad pesquera del estado Falcón, el porcentaje de infección mas elevado se detecto en la piel negra, con lo que cabe destacar que coincide con los datos reportados en el cuadro antes expuesto.

Tabla 4**Pacientes con Pitiriasis Versicolor. Según Regiones Anatómicas Afectadas.**

REGIÓN ANATÓMICA	N°	%
CARA	172	6.5
TÓRAX	250	9.0
CARA-TÓRAX	344	13.0
TÓRAX- BRAZOS	1153	44.2
GENERALIZADO	721	27.3
TOTAL	2640	100

Con respecto a la Tabla 4 según regiones anatómicas mas afectadas por Pitiriasis Versicolor podemos explicar que las zonas mayormente afectada por dicha patología fue la de tórax-brazos 44.2%, en segundo lugar generalizada con 27.3% y en tercer lugar la cara 6.5%, lo cual, coincide con la investigaciones realizadas por Barreda ³⁷ en su revisión bibliográfica de Pitiriasis Versicolor en lactantes y adolescentes de una comunidad mexicana; también Padilla ¹¹. en el Centro Dermatológico Pascua. España encontró resultados similares; además Sánchez ²⁰.en su trabajo detalla que la zona anatómicas principalmente afectadas por la patología antes descrita es el tronco y los brazos, por el contrario, Acosta ³ difiere con este resultado, ya que, concluye en su trabajo que la zonas anatómicas mas perjudicada es la cara, si lo comparamos con esta investigación, ocupa el último lugar. Además las investigaciones realizadas por Sosa ⁴² y

Colaboradores en Argentina donde el mayor predominio de las mismas es a nivel del tronco también es diferente a nuestra investigación.

Tabla 5.

Pacientes con Pitiriasis Versicolor. Según color de las lesiones.

COLOR DE LAS LESIONES	N°	%
HIPOCROMICAS	2136	80,9
HIPERCROMICAS	504	19,1
TOTAL	2640	100

En la correspondiente tabla 5 es importante mencionar que las características de la lesión presentada por aquellos paciente que acudieron a consulta en el CDI El Danto por Pitiriasis Versicolor estuvo representada de la siguiente manera, principalmente eran lesiones hipocrómicas con 2136 para un 80,9 %, estas cifras coinciden con la descripción de este tipo de lesiones en estudios de investigación como los de Acosta.³ múltiples 65,6 %.

Tabla 6.

Pacientes con Pitiriasis Versicolor. Según número de lesiones.

NUMERO DE LESIONES	N°	%
ÚNICAS	907	34,4
MÚLTIPLES	1733	65,6
TOTAL	2640	100

El número de lesiones lo expresamos en la Tabla 6 donde existe un predominio de lesiones múltiples con 1733 casos que se corresponde con un 65,6 % del total de pacientes. Padilla ¹⁴ y Linares ²⁰ en sus investigaciones determinaron que las lesiones múltiples predominaban sobre las únicas en mayor porcentaje coincidiendo con los resultados encontrados en nuestro estudio.

Tabla 7.

Pacientes con Pitiriasis Versicolor. Según tipo de bordes.

TIPO DE BORDES	N°	%
BORDES NO DEFINIDOS	805	30,5
BORDES DEFINIDOS	1835	69,5
TOTAL	2640	100

En la Tabla 7 se expresan los resultados referentes al tipo de borde de las lesiones en la piel, vemos que en la mayoría de los pacientes se observaron bordes definidos en 1835 de los casos para un 69,5 %; si comparamos estos resultados con los estudios realizados por Sánchez ³⁸ coincidimos con su casuística, ya que el mismo arroja resultados similares.

Tabla 8.

Pacientes con Pitiriasis Versicolor. Según sintomatología.

SINTOMATOLOGÍA	N°	%
PRURIGINOSAS	486	18,4
NO PRURIGINOSAS	2154	81,6
TOTAL	2640	100

Al analizar la tabla 8 identificamos que la mayoría de los paciente 2154 refiere no presentar sintomatología de prurito lo que representa 81,6 % del total de casos; estas cifras coinciden con la descripción de este tipo de lesiones en otros estudios de investigación como los de Acosta.³ Padilla^{11, 14} mientras que Bastardo²⁵ en su estudio epidemiológico sobre las micosis aporta resultados que contrastan con nuestra investigación.

CONCLUSIONES

- ◆ La Pitiriasis Versicolor constituye la segunda causa de asistencia a consulta en Centro Diagnóstico Integral El Danto en el período Enero-Diciembre 2008.

- ◆ El sexo con mayor afectación por Pitiriasis Versicolor fue el masculino y la edad donde más se manifiesta la enfermedad es entre los 20 - 29 años, la raza más afectada fue la negra.

- ◆ Las regiones anatómicas más comprometidas por Pitiriasis Versicolor son el tórax y brazos. Las características de la lesión más relevantes de ésta patología son manchas hipocrómicas, múltiples, con bordes definidos y no pruriginosas.

RECOMENDACIONES

Se recomienda realizar estudios similares en otros municipios para determinar el comportamiento de la entidad estudiada en nuestro estado.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICAS

1. Delgado T. Dermatofitosis por hongos. Editorial Medicina Internacional S.A. Madrid 2005; 99 – 127
2. Larrondo Muguercia RJ, Gonzalez Angulo A R, Hernandez Garcia L M. Micosis superficiales: Dermatofitosis. *Rev Cubana Med Gen Integr.* [online]. 2007, vol.17, no.6 [citado 22 Agosto 2007], p.559-564..
3. Abreú A, Lovio Z, Larrondo R. Dermatología en la Atención Primaria de Salud. *Avan Méd* 2006; 5 (16): 8 – 10.
4. Acosta M. Aspecto Clínicos Epidemiológico de la Ptiriasis Versicolor en una Comunidad Pesquera de la región Semiárida del Estado Falcón-Venezuela. *Revista Iberoamericana de Micología*; 2007; 21: 191 – 194
5. Dirección Regional de Epidemiología del Estado Zulia. Anuario de Estadísticas y Hechos Vitales. [CD ROM]. Año 2004.
6. Miranda K C, Araujo C, Soares A J, Lemos J, Souza L K, Silva M. Identification of *Malassezia* species in patients with pityriasis Versicolor in Goiânia-GO. *Rev. Soc. Bras. Med. Trop.* [periódico en la Internet]. 2007 [citado 2007 Ago 22] ; 39(6): 582-583. Disponible en:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0037-86822006000600017&lng=es&nrm=iso

7. Berkow R, Beers M, Fletcher A. El Manual Merk. Barcelona: Editorial Océano. 2006. 1015 – 7
8. Giusiano G. Malassezia Estado del conocimiento y perspectivas en su estudio. Revista Argentina de Microbiología. 2006. 38: 41-48. ISSN 0325-754411
9. Marques Silvio A, Camargo R M, Fares A H, Takashi R M, Stolf H O. Tinea capitis: epidemiological and ecological aspects of cases observed from 1983 to 2003 in the Botucatu Medical School, state of São Paulo-Brazil. An. Bras. Dermatol. [periódico en la Internet]. 2007 [citado 2007 Ago 22] ; 80(6): 597-602. Disponible en:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0365-05962005000700005&lng=es&nrm=iso.
10. Schlottfeldt F, Tramontin S W, Nappi B P, Santos J. Reclasificación taxonômica de espécies do gênero Malassezia: revisão da literatura sobre as implicações clinicolaboratoriais. J. Bras. Patol. Med. Lab. [R2007 julio [citado 2007 Ago 22] ; 38(3): 199-204. Dispoble en:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1676-24442002000300006&lng=pt&nrm=iso.

11. Padilla C, Rodríguez M, Medina D, Gutiérrez S, Mendoza L, Ramos A. Pitiriasis Versicolor. Presentación de tres casos. Rev Cent Dermatol Pascua. 2006. 13; 49-55

12. Neves R P, Magalhães O M, Correia S M, Souza C M, Queiroz L. Identification and pathogenicity of Malassezia species isolated from human healthy skin and with macules. Braz. J. Microbiol. [periódico en la Internet]. 2007 Jun [citado 2007 Ago 22] ; 36(2): 114-117. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-83822005000200003&lng=es&nrm=iso.

13. Rendic O E, Diaz J C, Fich S F. Caracterización de especies del género Malassezia en pacientes con dermatitis seborreica y en controles. Rev. méd. Chile. [online]. 2006 Nov, vol.131, no.11 [citado 22 Agosto 2007], p.1295-1300. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872003001100010&lng=es&nrm=iso

14. Padilla C. Micosis Superficiales. Centro Dermatológico de Pascua. España. Revisión Bibliográfica. 2006.

15. Larrondo Muguercia RJ, González Angulo A R, Hernández García L M. Micosis superficiales: Candidiasis y pitiriasis Versicolor. *Rev Cubana Med Gen Integr*. [online]. 2006, vol.17, no.6 [citado 22 Agosto 2007], p.565-571.
16. Faergemann J. Pityrosporum Ovale and skin diseases. *Keio J Med*. 2006; 42 (3): 91 – 4
17. Rodríguez S M, Gonzalez E. et al. Phenotypic characterization of species of *Malassezia* in healthy skin of an university student population. *Invest. clín*. [online]. 2007, vol.26, no.4 [cited 21 August 2007], p.329-335. Available from World Wide Web:
http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0535-51332005000400003&lng=en&nrm=iso
18. Fitzpatrick TB. *Dermatología en Medicina General*. 4ta. Editorial México, DF: Interamericana. 2006: 1333 – 46.
19. Oliveira J R, Mazocco V T, Steiner D. Pityriasis Versicolor. *An. Bras. Dermatol*. [periódico en la Internet]. 2006 Oct [citado 2007 Ago 22] ; 77(5): 611-618. Disponible en:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0365-05962002000500012&lng=es&nrm=iso.

20. Linares C. Etiología de la Micosis Humanas de Córdoba en los últimos 4 años. Revista Iberoamericana Mitología. 2007; 7:35.
21. Smith EB. Fungal diseases of the skin. En: Conn's Current therapy. 1998, 50th ed St Louis: W.B. Saunders. 2006: 785 – 8.
22. Bennett C, Plum F. Cecil. Tratado de Medicina Interna. 20 ed. Tomo III. La Habana: Editorial Ciencias Medicas, 2006; t3: 2527 – 68.
23. Carbia S G, Chain M, DeiCas I, Hochman A, Lagodín C, Devés A, et al. Purpuric pityriasis rosea: case report and literature review. An. Bras. Dermatol. [periódico en la Internet]. 2007 Abr [citado 2007 Ago 22]; 78(2): 221-225. Disponible en:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0365-05962003000200010&lng=es&nrm=iso.
24. Arenas R. Atlas de Dermatología, Diagnostico y Tratamiento. 2da. Ed. México, DF: Interamericana, 2005: 315 – 36
25. Bastardo C. Epidemiología de las Micosis. Temas de Micologia Medica. Caracas, ELARCA, 2006: 1 – 18.
26. Zambrano L, Alonso M, Murillo E, Aguilar E. Pitiriasis Versicolor. Servicio de Dermatología. MIR de MF y C. Hospital General Universitario de

Guadalajara. [sede Web] 2007. [ultima actualización junio 2007; consultada julio 2007]. Disponible en:

http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.go_fulltext_o_resumen?esadmin=si&pid=13596

27. Valdez A M. Nuevos antimicoticos orales: Alternativas en el tratamiento de las micosis superficiales. *Rev. chil. infectol.* [online]. 2007, vol.17, no.2 [citado 22 Agosto 2007], p.161-166. Disponible en:

http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-10182000000200013&lng=es&nrm=iso

28. Cucé L C, Belda J W, Ribeiro E B. Itraconazole in the treatment of pityriasis versicolor: a comparison between 5 and 7 days of treatment. *Rev. Inst. Med. trop. S. Paulo* [periódico en la Internet]. 2007 [citado 2007 Ago 22] ; 32(3): 181-184. Disponible en:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-46651990000300006&lng=es&nrm=iso.

29. Pérez B M, Urbina O, Zeppenfeldt G, Richard N. Influencia de la temperatura y la humedad en la frecuencia de Pitiriasis Versicolor. Estudio epidemiológico en el estado Falcón, Venezuela. *Invest Clin* 2005; 31: 121 - 128.

30. Schlottfeldt Fábio dos Santos, Tramontin Sayonara Werner, Nappi Berenice Pagani, Santos Jairo Ivo dos. Reclassificação taxonômica de espécies do gênero *Malassezia*: revisão da literatura sobre as implicações clinicolaboratoriais. J. Bras. Patol. Med. Lab. [periódico na Internet]. 2007 [citado 2007 Ago 22] ; 38(3): 199-204. Disponible en:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1676-24442002000300006&lng=pt&nrm=iso.
31. Larrondo RP, Hernández LR, Carmona O, Gonzáles AG, Larrondo RJ. Terapéutica Medicamentosa de las Afecciones Dermatológicas más Frecuentes en Nuestro Medio. Actual Fármaco Ter. 2004; 8 (1): 3 – 22.
32. Pérez B M, Richard Y N. Pitiriasis Versicolor. En: Bastardo de Albornoz C (Ed.) Temas de Micología Médica. Caracas, ELARCA, 2006: 23-30.
33. Guimares L H, Peixoto N S, Michelin M, Rizzatti A C, Sandrim V C, Zanoelo F F et al. Screening of filamentous fungi for production of enzymes of biotechnological interest. Braz. J. Microbiol. [Revista en la Internet]. 2007 [citado 2007 Ago 22]; 37(4): 474-480. Disponible en:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-83822006000400014&lng=es&nrm=iso
34. Hay RJ. Antifungal Therapy of yeast infections. J Am Acad Dermatology. 1995; 31 (3Pt 2) 6 – 9

35. Barroeta S. La problemática de las Micosis Superficiales. Ciencia y Tecnología, Venezuela 2007; 2: 57- 61.
36. Pérez L. Lesiones hipopigmentadas de la piel en la infancia. *Rev. chil. pediatr.* [online]. ene. 2007, vol.76, no.1 [citado 22 Agosto 2007], p.65-72. Disponible en:
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062005000100008&lng=es&nrm=iso.
37. Barreda L. Pitiriasis Versicolor en Lactantes y Adolescentes en un Comunidad Mexicana. Revisión Bibliográfica. 2004.
38. Sánchez P. Aspectos Clínicos de las Micosis. Universidad de Navarra. España. 2005; 20 – 35.
39. Roza M S, Dornellas D, Rodrigues M T, Vieira P V, Frade M A, Carvalho M T. Pityriasis versicolor and AIDS. *An. Bras. Dermatol.* [Revista en la Internet]. 2006 Oct [citado 2007 Ago 22] ; 78(5): 569-577. Disponible en:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0365-05962003000500006&lng=es&nrm=iso.
40. Chávez N. Introducción a la Investigación Educativa. Editorial Gráfica S.A. Maracaibo. Venezuela. 2005; 135.

41. Chirinos F. El Proyecto de Investigación. Guía para La Elaboración. Editorial Episteme. 3era. Edición. 2007; 42.

42. Sosa M, Giusiano G, Mangiaterra M, Bustillos S. Agentes Etiológicos de Pitiriasis Versicolor. Universidad Nacional de Noreste. Argentina [sede Web] 2006. Comunicaciones Científicas y Tecnológicas. M-015 [05 de febrero de 2007] URL. Disponible en:

<http://www.micologiorg.com.ar/spanish/overview.htm>

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

- Aljabre S, Alzayir A, Abdulghani M, Osman O. Pigmentary changes of tinea versicolor in dark-skinned patients. *Int J Dermatol* 2001; 40: 273-275.

- Arenas R, Isa Isa R, Cruz A. Pitiriasis Versicolor en Santo Domingo, República Dominicana. Datos morfológicos de *Malassezia* sp. *in vivo* en 100 casos. *Rev Iberoam Micol* 2001; 18: 29- 32.

- Arenas R. Pitiriasis Versicolor, En: Arenas R. *Micología médica ilustrada*. México; Interamericana Mc Graw- Hill, 1993: 77-81.

- Ballestes R, Fernández N, Calegari L, Gezuela E. Pitiriasis Versicolor em lactantes. *Rev Med Uruguay* 2000. 16: 257-260.

- Barroeta S. La problemática de las micosis superficiales. *Ciencia y Tecnología, Venezuela* 1985; 2: 57- 61.

- Belec L, Testa J, Bouree P. Pityriasis versicolor in the Central African Republic: a randomized study of 144 cases. *J Med Vet Mycol* 1991; 29: 323-329.

- Borelli D. Uso del plástico adhesivo para la toma de muestras epicutáneas. *Med Cut ILA* 1974; 4: 277-284.

- Crespo EV, Ojeda MA, Vera CA, Crespo EA, Sanchez FF. Malassezia globosa as the causative agent of pityriasis Versicolor. Br J Dermatol 2000; 143: 799-803.

- Domínguez-Soto L, Hojyo-Tomoka T, Vega-Memije E, Arenas R, Cores-Franco R. Pigmentary problems in the tropics. Dermatol Clin 1994; 12: 777-784.

- Ewel J, Madriz A, Tosi Jr J. Zonas de Vida de Venezuela. Memoria explicativa sobre el mapa ecológico. Caracas, Editorial Sucre, 1976.

- Galadari I, El Komy M, Mousa A, Hashimoto K, Mehregan A. Tinea versicolor: Histologic and ultrastructural investigation of pigmentary changes. Int J Dermatol 1992; 31:253-56.

- Gupta AK, Bluhm R, Summerbel R. Pityriasis versicolor. J Eur Acad Dermatol Venereol 2002; 16: 19-33.

- Nazar DDM, Molina de Soschin D, Arenas R. Pitiriasis Versicolor. Estudio de 50 casos y revisión de los nuevos conceptos sobre Malassezia sp. Dermatología Rev Mex 2000; 44: 209-15.

- Sunenshine PJ, Schwartz RA, Janniger CK. Tinea Versicolor. Int J Dermatol 1998; 37: 648-655.

ANEXOS

Anexo 1

Modelo de consentimiento informado

Yo _____ paciente residente municipio Lagunillas Estado Zulia Venezuela con cédula de identidad _____ estoy de acuerdo en ser parte del estudio que se realizará sobre **COMPORTAMIENTO DE PITIRIASIS VERSICOLOR EN EL CENTRO DIAGNOSTICO INTEGRAL EL DANTO. AÑO 2008** a cargo de la Doctora Dianeya Pérez Vicente , quien me ha explicado en qué consiste mi participación en el estudio y cuáles son mis derechos, además, de la utilización de los resultados, basados en los principios de la beneficencia, la no maledicencia, el respeto por la autonomía del paciente y la justicia. Estoy conciente que tengo la posibilidad de abandonar mi participación en el estudio, cuando lo desee, sin que esto sea causa de afectación a mi salud, ni motivo de molestia para mi familia y se me brindará tratamiento y atención para mi dolencia en caso de que no forme parte del grupo de estudio. Para que así conste firmo.

Firma del paciente:

Investigador:

Dra. Dianeya Pérez Vicente.

CI : 79110514790

Pasaporte: O937290

Firma: _____

Anexo 2.

Encuesta.

I PARTE. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombre y apellido: _____

Edad: _____

Sexo: Masculino Femenino

Raza: Blanco Negro Mestizo

II PARTE: CARACTERÍSTICAS DE LAS LESIONES:

Color de las lesiones:

Hipercromica Hipocromicas

Numero de las lesiones:

Únicas Múltiples

Tipos de bordes:

Definidos No definidos

Regiones anatomicas afectadas:

- Cara
- Tórax
- Cara-Tórax
- Tórax- Brazos
- Generalizado

Sintomatología del paciente:

Prurigonisa No pruriginosas

GRAFICO 1
Comportamiento de la Pitiriasis Versicolor. Centro Diagnóstico
Integral El Danto.

