

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS**

**DERMATITIS SEBORREICA FRECUENCIA DE PITYROSPORUM
OVALE**

**Estudio realizado en 104 pacientes atendidos en el Hospital General de Enfermedad
Común, Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (I.G.S.S.)**

TESIS

*Presentada a la Honorable Junta Directiva de la
Facultad de Ciencias Médicas de la
Universidad de San Carlos de Guatemala.*

POR

ROSMERY MAGALY LEMUS CRUZ

En el acto de investidura de:

MEDICO Y CIRUJANO

Guatemala, julio de 1995

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Biblioteca Central

INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL
DIRECCION GENERAL DE SERVICIOS MEDICO HOSPITALARIOS
DEPARTAMENTO MEDICO DE SERVICIOS TECNICOS
SECCION DE DOCENCIA E INVESTIGACION

FORMATO PARA SOLICITAR AUTORIZACION DE
ESTUDIOS DE TESIS

Guatemala, 23 de marzo de 1995

Yo Rosemy Magaly Lemus Cruz, estudiante de la Universidad de San Carlos de Guatemala, de la Facultad de: Ciencias Médicas, por este medio solicito sea autorizado realizar mi trabajo de Tesis en la Unidad: Medicina Interna del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, cuyo tema aprobado es: Dermatitis Seborreica. Frecuencia de Pityrosporum Ovale.

siendo mi asesor institucional: (debe ser miembro del personal del IGSS) Dra. Patricia Chana, quien es: (puesto que ocupa) Dermatóloga

Comprometiéndome a cumplir con la Reglamentación vigente para estudios de investigación, así como a entregar un ejemplar de la Tesis a la Sección de Docencia e Investigación y a la Unidad donde efectúe el estudio.

f)

APROBADO

f)

f)

Director de la Unidad (sello)

USO EXCLUSIVO DE LA SECCION DE DOCENCIA E INVESTIGACION.

La Sección de Docencia e Investigación, Hace Constatar: que revisó el Protocolo de Investigación adjunto a esta solicitud, no encontrando ningún inconveniente para su ejecución, debido a que llena los requisitos académicos, éticos y de normas internacionales, como tampoco representa erogación para el Instituto.

f)

Jefe de la Sección de Docencia e Investigación

f)

Jefe del Departamento Médico de Servicios Técnicos

Esta Sección es para autorizar el Informe Final. (Debe adjuntarse nota del asesor, aprobando el Informe Final).

La Sección de Docencia e Investigación, Hace Constatar: que revisó el Informe Final de Tesis, autorizando al solicitante continuar sus trámites de impresión.

AUTORIZADO:

f)

Jefe de la Sección de Docencia e Investigación

f)

Jefe del Departamento Médico de Servicios Técnicos

Esta solicitud debe llenarse en triplicado, adjuntando inicialmente el Protocolo de Tesis, autorizado por la Facultad respectiva. Para autorizar el Informe Final debe traer nota del asesor de tesis institucional, donde aprueba su impresión.



FORMA C

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
GUATEMALA, CENTRO AMERICA

Guatemala, 21 de Junio

de 1995

Director Unidad de Tesis
Centro de Investigaciones de las
Ciencias de la Salud - Unidad de Tesis

Se informa que el: Maestra De Educación Primaria Urbana Rosmery Magaly
Título o diploma de diversificado, Nombres y ape-

Lemus Cruz Carnet No. 8816436
lidos completos

Ha presentado el Informe Final del trabajo de tesis titulado:

DERMATITIS SEBORREICA, FRECUENCIA DE PITYROSPORUM OVALE

y cuyo autor, asesor(es) y revisor nos responsabilizamos de los conceptos metodología, confiabilidad y validez de los resultados, pertinencia de las conclusiones y recomendaciones, así como la calidad técnica y científica del mismo, por lo que firmamos conformes:

Asesor
Firma y sello personal

Firma del estudiante

Revisor

Firma y sello

Registro Personal 17336

OS
T (2997)

EL DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
DE LA
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FORMA D

HACE CONSTAR QUE:

El (La) Bachiller: ROSMEY MAGALY LEMUS CRUZ

Carnet Universitario No. 88-16436

Ha presentado para su Examen General Público, previo a optar al
Titulo de Médico y Cirujano, el trabajo de Tesis titulado:

DERMATITIS SEBORREICA, FRECUENCIA DE PITYROSPORUM OVALE

Trabajo asesorado por: DRA. PATRICIA CHANG

y revisado por: DR. RAFAEL VILLEDA V.

quienes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite,
firma y sella la presente

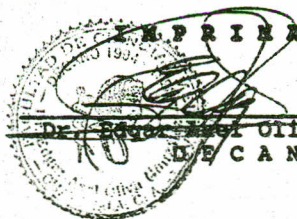
ORDEN DE IMPRESION:

Guatemala, 22 de junio de 1995

DR. EDGAR DE LEON BARILLAS
Por Unidad de Tesis



DR. RAFAEL CASTILLO RODAS
DIRECTOR
CENTRO DE INVESTIGACIONES
DE LAS CIENCIAS DE LA SALUD



IMPRESION:

Dr. Edgar de Leon Barillas
DECANO

I N D I C E

	PAGINAS
I Introducción	1
II Definición del Problema	2
III Justificación	4
IV Objetivos	5
V Marco Teórico	
Generalidades de la Dermatitis Seborreica	6
Epidemiología	7
Dermatitis Seborreica Infantil	9
Dermatitis Seborreica del Adulto	10
Tratamiento	13
VI Metodología	14
VII Presentación de Resultados	19
VIII Análisis de Resultados y Comentario	27
IX Conclusiones	30
X Recomendaciones	31
XI Resumen	32
XII Bibliografía	33
XIII Anexos	35

I. INTRODUCCION

El trabajo de Tesis, que a continuación se presenta da a conocer información acerca del tema: Dermatitis Seborreica, frecuencia de Pityrosporum Ovale.

Trabajo que fue realizado en el Hospital General de Enfermedad Común del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, durante los meses de abril y mayo de 1995; con una muestra de 104 pacientes que solicitaron los servicios de la institución antes mencionada por otra causa.

El objetivo principal del presente trabajo fue determinar mediante la técnica de KOH, la frecuencia de Pityrosporum ovale en las lesiones de Dermatitis seborreica. Se logro determinar que 85 pacientes (81.71%) presentaron esporas de P. Ovale en las lesiones de dermatitis seborreica. Presentando Grado I (+) (33.65%), lo cual es normal, ya que Este hongo es saprofito de la flora normal de la piel; grado II (++) (30.76%) y Grado III (+++) (17.30%); estos últimos dos grados son considerados patológicos, ya que el número de esporas de P. ovale se encontraban aumentados en las lesiones de dermatitis seborreica, ya que como es sabido, Este hongo es oportunista.

De estos resultados (74.02%) son de lesiones de cabeza y (7.69%) son de cara y tórax anterior.

En 6 pacientes además de esporas de P. ovale se observaron filamentos y en 4 pacientes (3.84%) se encontró otras levaduras en las lesiones. Esto es poco frecuente y estaba asociado a pacientes inmunocomprometidos.

Además se confirmó que el grupo etareo más afectado fue de los 21 a 40 años (40.18%) y el sexo más afectado en su totalidad fue el masculino (63.46%).

Se obtuvo la información a través de una hoja de recolección de datos y la observación directa al microscopio de las muestras procesadas.

II. DEFINICION DEL PROBLEMA:

La dermatitis seborreica es una enfermedad que afecta la piel, principalmente a las áreas de mayor concentración de glándulas sebáceas como: Cuero cabelludo, porción central de la cara, cejas, conductos auditivos externos, pliegues retroauriculares, región preesternal e inguinal. Es causada por múltiples factores entre ellos: Fármacos, sedentarismo, estrés, fatiga, alcoholismo e infecciosos. En éste último, el agente que se ha asociado a la dermatitis seborreica es el *Pityrosporum ovale*, (hongo pleomorfo y saprofito de la piel normal). (5,8,10)

La dermatitis seborreica, puede clasificarse según intensidad de lesiones en: Leve, Moderada y Severa. Puede manifestarse en adultos y niños. (8)

Forma Leve:

Se observa más frecuentemente en los recién nacidos e infantes, se localiza de preferencia en el cuero cabelludo y puede limitarse a una sola área o diseminarse. Las lesiones escamocostrosas son de color blanco amarillento bien adheridas y atravesadas por cabellos finos. En el adulto se manifiesta por la presencia de escamas finas blanco grisáceas ligeramente grasosas que se desprenden solas o al peinarse, por lo general hay prurito. (8,11)

Forma Moderada:

Además de invadir cuero cabelludo, puede extenderse a las llamadas áreas seborreicas del adolescente. El eritema y proceso inflamatorio es más marcado en el adulto, las lesiones son coalescentes y bien adheridas y al desprenderse dejan una superficie húmeda. (8,11)

Forma Severa:

En el niño se caracteriza por un eritema difuso que aparece sobre una piel seca, arrugada y recubierta por abundantes escamas blanco grisáceas, finas y furfuráceas de mayor tamaño. Estas se encuentran parcialmente adheridas, que al caerse, vuelven a restituirse nuevamente. (8)

En el adulto se localiza en axilas, región presternal, mamas y surco submamario, región periumbilical y pliegues inguinocrurales, así como en la región ano genital. En algunos casos, su topografía se circunscribe a solo una o varias regiones sebáceas, salvo las palmas de las manos y plantas de los pies, que nunca se ven afectadas a causa de la ausencia de las glándulas sebáceas.
(2,8,14)

Las causas que originan esta condición aún no se han encontrado, no obstante se hace referencia de algunas teorías existentes sobre esta enfermedad:

-Hormonales -Dietéticos -Genéticas -e Infecciosas. (10)

Se asocia a enfermedades como:

-Parkinson -Diabetes -Hipertensión -Psoriasis -Acné -SIDA.

(2,6,12,18)

No obstante que esta condición afecta indistintamente a niños y adultos, en la mayoría de los casos, los pacientes no consultan a ningún profesional de la medicina hasta que lo consideran un problema estético o una enfermedad.

III. JUSTIFICACION.

La dermatitis seborreica, es una enfermedad benigna, que se caracteriza por eritema y escamas, es aguda o crónica, que afecta principalmente la piel cabelluda, región centro facial y pliegues, etc. Su causa es desconocida y en algunos países, entre ellos México es la quinta enfermedad en la consulta dermatológica. (8,12)

Esta condición, afecta a ambos sexos y a todas las edades, siendo mayor su incidencia en recién nacidos y lactantes; en los adultos la frecuencia se eleva entre los 18 a 40 años y con mayor tendencia en los hombres que en las mujeres. (2,8)

En Guatemala, esta condición es frecuentemente observable, sin embargo pareciera que las personas afectadas no le dieran la atención e importancia que su problema amerita y dada la variedad (Pityriasis Seca, Pityriasis Esteatoide, Dermatitis seborreica Intertriginosa, etc.) de esta enfermedad, muchas veces esta condición pasa desapercibida por los médicos generales. (18)

Aunque existe una prevalencia de 200 casos por cada 1000 pacientes en un año (según datos del Departamento de Dermatología del año 94 del Hospital General de Enfermedad Común del I.G.S.S. zona 9) en Guatemala no existen estudios recientes al respecto, en tal virtud se considera que es importante efectuar un estudio, que permitirá detectar la frecuencia de *Pityrosporum ovale* en las lesiones de dermatitis seborreica, para que de este modo se pueda detectar a tiempo las lesiones de esta enfermedad y aplicar el tratamiento adecuado, favoreciendo así a aquellas personas que necesiten o soliciten atención a esta enfermedad, ya que aunque no es causa de muerte se puede ver afectada la estética de las personas, lo cual afecta su emocionalidad, manifestandose esta por complejos e inseguridad.

IV. OBJETIVOS.

Generales;

Determinar la frecuencia de *Pityrosporum ovale* en las lesiones de *Dermatitis Seborreica*, en pacientes que consulten a los servicios internos y de consulta externa del Departamento de Medicina Interna del Hospital General de Enfermedad Común del I.G.S.S. zona 9; durante los meses de abril a mayo de 1995.

Específicos:

1. Evaluar a través de KOH, la presencia de *Pityrosporum ovale* en las lesiones de *dermatitis seborreica*.
2. Identificar al paciente más afectado por *dermatitis seborreica* de acuerdo a edad, sexo y enfermedad por la cual consulta al Hospital.
3. Identificar el tipo de *dermatitis seborreica* más frecuente.
4. Señalar el área de la piel, más afectada por la *dermatitis seborreica*.
5. Diferenciar a la *dermatitis seborreica* según intensidad de las lesiones en Leve, Moderada y Severa.

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Biblioteca Central

V. MARCO TEORICO.

Generalidades:

Seborrea: Término formado por las palabras Sebum: (grasa) y Rein (fluir o derrame). Fue creado por Fuchs en 1840 para designar los estados patológicos con secreción sebácea abundante. Es un fenómeno clínico consecutivo a la alteración de la fisiología de las glándulas sebáceas y que se manifiesta por una exagerada secreción de sebo. Dichas glándulas están distribuidas en todo el tegumento cutáneo. Su número, tamaño y distribución es mayor en las llamadas regiones seborreicas del cuerpo. (2,8)

Las glándulas sebáceas están en actividad desde la época fetal, luego aumenta su función en la pubertad y edad adulta, para decrecer después en la senectud. (8)

Desde el punto de vista clínico y cuando las manifestaciones cutáneas consecutivas a la alteración de la función glandular, evolucionan, sin asociarse con ningún proceso inflamatorio se denomina: Seborrea; pero si dichas lesiones se combinan fenómenos de tipo inflamatorio, se denomina: Dermatitis Seborreica. (8)

Esta enfermedad se puede clasificar de acuerdo a intensidad de las lesiones que cause en: Leve, Moderada y Severa. Clasificación válida en niños y adultos. (2,6,8,14)

Su etiopatogenia no se conoce con exactitud, pero existen varias teorías que tratan de orientar hacia la etiología de la dermatitis seborreica. Estas se mencionan más adelante.

Epidemiología:

La dermatitis seborreica es una enfermedad cosmopolita, no discrimina edad o sexo, aunque se ha observado con mucha frecuencia en recién nacidos, lactante de hasta 3 meses de edad y en adultos de 18 a 40 años de edad y el sexo masculino se ha visto más afectado que el sexo femenino. (2,8,18)

Etiología:

Se desconoce la causa de la dermatitis seborreica, sin embargo existen teorías que tratan de explicar la causa de esta enfermedad y estas son: (2,6,8)

-Hormonal: Se manifiesta en recién nacidos, notándose piel oleosa, en áreas seborreicas, por hiperplasia de las glándulas sebáceas debido a la influencia hormonal de la madre durante la vida fetal. (10,18)

Dietéticas: Se da en personas con dietas inadecuadas o con exceso de hidrocarburos y grasas; además se observa en niños con deficiencia de biotín.

-Genéticas: La determinación genética en el estado seborreico es probable, pero el modo de herencia no se ha establecido. (8,10)

-Infeccioso: Debido a estreptococo, estafilococo o *Pityrosporum ovale*, éste último ha cobrado importancia como agente causal de la dermatitis seborreica porque se ha encontrado en mayor cantidad en pacientes que presentan esta enfermedad que en personas que no la padecen. (2,8,17)

Predisponen a la dermatitis seborreica, factores como:

-Fármacos -Sedentarismo -Fatiga -Estrés -Alcoholismo. (10)

Se asocia también la dermatitis seborreica con ciertas enfermedades tales como:

-Parkinson -Diabetes -Hipertensión -Psoriasis -Acné -SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.) (11,12,18,19)

Fisiopatogenia:

La fisiopatogenia de la dermatitis seborreica, no se ha establecido, aunque se sabe que en origen infeccioso se puede dar por hipersensibilidad en focos crónicos de infección por Estafilococo y Estreptococo. También se ha hablado de Pityrosporum ovale (hongo levaduriforme, pleomorfo, lipofílico y saprofito de la piel normal, el cual afecta la epidermis cuando se encuentra aumentado en las lesiones de esta enfermedad.) Este último se sabe que puede inducir activación del complemento por la vía alterna induciendo así, probablemente, una respuesta inflamatoria y recambio celular excesivo, pero se requiere la predisposición personal. (2,8,18)

Además recientemente se descubrió que es importante la composición del sebo y el aumento de la alcalinidad cutánea; se observa incremento de ésteres séricos y transformación de triglicéridos en ácidos grasos de cadena más corta, esto a consecuencia de actividad de Lipasa de Pityrosporum, se transforman en ácidos grasos irritantes que inducen descamación. Favorecen la alcalinización: el aumento de sudación ecrina y la oclusión (que aumenta el pH y la pCO_2), así como la pérdida de agua transepidermica. (2,18)

Aún su fisiopatología queda inconclusa, pero se sigue investigando la causa que desencadena la lesión propia de la dermatitis seborreica.

Meisher y Schoemberg, señalan que la causa para dermatitis seborreica en Parkinson podría ser el incremento de las glándulas sebáceas y que la Dopamina que se encuentra deficiente en estos pacientes juegan un papel importante para que se presente la enfermedad (dermatitis seborreica) (18).

En pacientes con infección por VIH se ha explicado por deterioro de la hipersensibilidad cutánea, y estimulación de queratinocitos epidérmicos, los que desencadenan las lesiones de dermatitis seborreica, (2)

En un estudio realizado en Cuba, en el uso de agua de mar destilada para uso de la higiene de pescadores. Estudiando la composición metálica del agua, se encontró alta incidencia de dermatitis seborreica del cuero cabelludo en los pescadores que utilizaban esta agua en relación a los pescadores que usaban agua del puerto para su higiene. La salinidad del agua destilada de mar, resultó un gran influyente. (13)

Clinica:

Dermatitis Seborreica Infantil.

-Costra de Leche:

Se presenta en los tres primeros meses de vida; se manifiesta por hiperplasia de glándulas sebáceas en dorso de la nariz y placas escamosas, oleosas, de tamaño y forma variable en la piel cabelluda, la región centrofacial y la parte media del tórax.

-Dermatitis Seborreica o Eccema Seborreico Infantil:

Inicia entre la tercera y cuarta semana de vida; afecta primero a la piel cabelluda y se extiende en forma progresiva a frente, cejas, pestañas, pliegues del cuello, axilares e inguinales, ombligo, genitales, región perianal o ser generalizada. Se caracteriza por eritema y escamas blanco amarillentas, adherentes, oleosas de forma redondeada u oval y tamaño variable. Puede haber fisuras y placas eccematosas. No hay síntomas o el prurito es ligero; en pocos meses hay tendencia a la remisión espontánea; aunque puede presentarse en lactantes mayores y escolares. (2)

-Seudotiña Amiantácea de Alibert:

Se presenta en niños en piel cabelluda, hay escamas o escamocostras gruesas y estratificadas, color blanquecino o grisáceo, que al levantarse parecen húmedas. (2)

-Eritrodermia Descamativa o Enfermedad de Leiner-Moussos:

Comienza bruscamente entre los dos y cuatro meses de edad, predomina en niños amamantados; se han descrito casos familiares; se hereda en forma autosómica recesiva. Se inicia en piel cabelluda y pliegues, se desarrolla rápidamente en eritema intenso y descamación profusa que afecta toda la superficie cutánea siendo muy notoria en cara. (2,3,8)

Se relaciona con candidosis de los pliegues, diarrea intensa, infecciones locales y sistémicas recurrentes por gram negativos; se encuentran cifras bajas de la fracción 5 del complemento, hay afectación del estado general y puede llegar a la emaciación y muerte. (2,3)

Dermatitis Seborreica del Adulto:

-Pitiriasis Capitis o Pityriasis sicca simplex:

Afecta a parte o toda la piel cabelluda; hay una descamación blanquecina o grisácea con prurito leve. (2)

-Pitiriasis Esteatoide:

Afecta en forma difusa la piel cabelluda hasta el margen frontal de implantación del pelo y da la llamada Corona Seborreica, también se afectan cejas y pliegues nasogenianos; hay eritema y grandes escamas, grasosas color amarillo sucio combinadas con costras y exudados. (2)

-Dermatitis Seborreica Facial:

Afecta simétricamente a las alas de la nariz, pliegues nasogenianos y mejillas, adopta una distribución en alas de mariposa; se presenta eritema que varía de intensidad durante el día, descamación fina, fisuras y tapones foliculares. Puede afectar regiones retroauriculares y conductos auditivos externos.

-Blefaritis Marginal:

Afecta el borde libre de los párpados; hay eritema y leve descamación fina; en ocasiones se acompaña de orzuelos y pérdida parcial de las pestañas; se puede ver en forma aislada o acompañar a la forma anterior. (2,8,18)

-Dermatitis seborreica de Barba, bigote y pubis:

Se manifiesta por enrojecimiento difuso y escamas, relacionados muchas veces con pústulas foliculares.

-Dermatitis Seborreica Pitiriasiforme:

Ha sido llamada por la escuela francesa, Eccemátide, ésta puede presentarse en tronco en forma de pequeñas placas eritematoescamosas que son parecidas a la Pitiriasis Rosada. Afecta generalmente a varones de 20 años de edad. (2,8)

-Dermatitis Seborreica Intertriginosa:

Afecta adultos entre la tercera y cuarta décadas de la vida y adolescentes obesos; aparece en axilas, ingles, pliegues submamaros, ombligo, región anogenital; presomina en surco balanoprepucial y clitoris; hay fisuras, eritema e inflamación intensa con escamas grasosas; se agrupa en placas de bordes netos. La infección secundaria es frecuente; como consecuencia hay olor fétido. (2,8,10)

La dermatitis seborreica, puede clasificarse también según intensidad de las lesiones en: Leve, Moderada y Severa. (8) Ya descrito anteriormente.

Seborrea Oleosa;

Se manifiesta por una excesiva cantidad de secreción aceitosa, que recubre como una capa tanto la piel lampiña como cabelluda del niño y del adulto. Se aprecia mejor sobre el cuero cabelludo y en el hombre que ha perdido muchos cabellos a consecuencia de la seborrea, la superficie calva se torna lustrosa y brillante; en la mujer los cabellos están pegados entre sí. (8)

Seborrea Seca:

De acuerdo con la intensidad de sus manifestaciones se subdivide en forma Escamosa y Costrosa. La primera se observa más a menudo en el cuero cabelludo y también se conoce como "caspa". (8)

La forma Costrosa: Puede aparecer en cualquier parte del cuerpo, pero es más frecuente en la cabeza y se manifiesta por costras gruesas formadas por la superposición de varias escamas, de color blanquecino amarillento, grasosas o de consistencia cérea. Se observa con más frecuencia en los lactantes. (8)

Diagnóstico Clínico:

El diagnóstico de la dermatitis seborreica, es exclusivamente clínico, hasta ahora. (2,6,8,18)

Diagnóstico Diferencial:

La dermatitis seborreica debe diferenciarse de: Dermatitis Atópica, Impétigo, Dermatitis por Contacto, Pitiriasis Versicolor y Pitiriasis Rosada. (18)

Histología:

Se observa hiperqueratosis, con zonas de paraqueratosis, acantosis leve a moderada con edema intracelular ligero y espongirosis, exocitosis leve de polimorfonucleares. En dermis superficial, capilares dilatados e infiltrados de leucocitos. (6,10)

Tratamiento:

El tratamiento dependerá de su localización. A nivel de cuero cabelludo de tipo de dermatitis seborreica seca, se podrá usar queratolíticos en shampoo como: Acido Salicílico, Piritionato de zinc, sulfuro de Selenio y Azufre. (6,14) presentando los mencionados buena eficacia, lo que varía es el precio de cada uno.

Si la escama es adherente y con signos de inflamación evidentes se podrá utilizar, loción con esteroides, o estos últimos con un queratolítico como el ácido salicílico, luego de mejorar. la inflamación se puede agregar shampoos a base de queratolíticos como: Piritionato de zinc, alquitrán de hulla o el antimicótico Ketoquenazol al 0.5% o al 2% tópico si persistiera la inflamación después del uso de los esteroides por 3 días, de lo contrario no se podrá evitar el efecto de rebote de los primeros con su uso prolongado. (6,7,8,9,15,20)

Si está en piel lampiña, se puede usar Ketoconazol en crema al 2%, antimicótico eficaz si se usa solo. (6,8,14)

No hay tratamiento curativo para esta enfermedad benigna, sino paliativo, ya que la enfermedad puede cursar por brotes.

NOTA: En el presente estudio, no se incluyan pacientes pediátricos, la bibliografía que se incluye es solamente informativa ya que es muy frecuente en estos.

VI. METODOLOGIA

Tipo de Estudio:

El presente estudio es de tipo observacional, descriptivo.

Sujeto de Estudio:

Pacientes mayores de 18 años, de ambos sexos, que presentaron lesiones de Dermatitis Seborreica, que consultaron a los servicios internos y consulta externa del Departamento de Medicina Interna del Hospital General de Enfermedad Común del I.G.S.S. zona 9, en los meses de abril a mayo de 1995.

Selección de la Muestra:

La muestra fue escogida por conveniencia, por costos y tiempo. Se tomó como muestra de estudio el 5% de la población (2077) que equivale a 104 pacientes, los cuales fueron mayores de 18 años y de ambos sexos; tomando en cuenta que estos solicitaron los servicios internos y consulta externa del Departamento de Medicina Interna del mencionado hospital, que presentaron lesiones de Dermatitis seborreica.

Criterios de Inclusión:

Se tomaron en cuenta para realizar éste estudio, a todos los pacientes que acudieron a los servicios internos y de consulta externa del Hospital General de enfermedad Común del I.G.S.S. zona 9. Los pacientes fueron mayores de 18 años de ambos sexos, no importando grupo étnico y ni motivo de consulta.

Aspectos Éticos:

Como en todo proceso de investigación, el paciente obtuvo absoluta libertad para decidir participar en éste estudio. A los sujetos que así lo decidieron se les explicaron los fines del estudio.

Recursos:

1. Humanos:

- a. Estudiante de Medicina con pensum cerrado de la Universidad de San Carlos de Guatemala, como investigador.
- b. Asesor.
- c. Revisor.
- d. Dra Heidi Logeman, Micóloga de la Policlínica del I.G.S.S. zona 1; quién procesó las muestras para determinar la presencia de P. ovale.

2. Materiales:

- a. Instalaciones de los servicios internos y consulta externa del Departamento de Medicina Interna del Hospital General de Enfermedad Común del I.G.S.S. zona 9.
- b. Instalaciones de laboratorio de Micología, de la policlínica del I.G.S.S. zona 1.
- c. Equipo de laboratorio de Micología.

VARIABLES

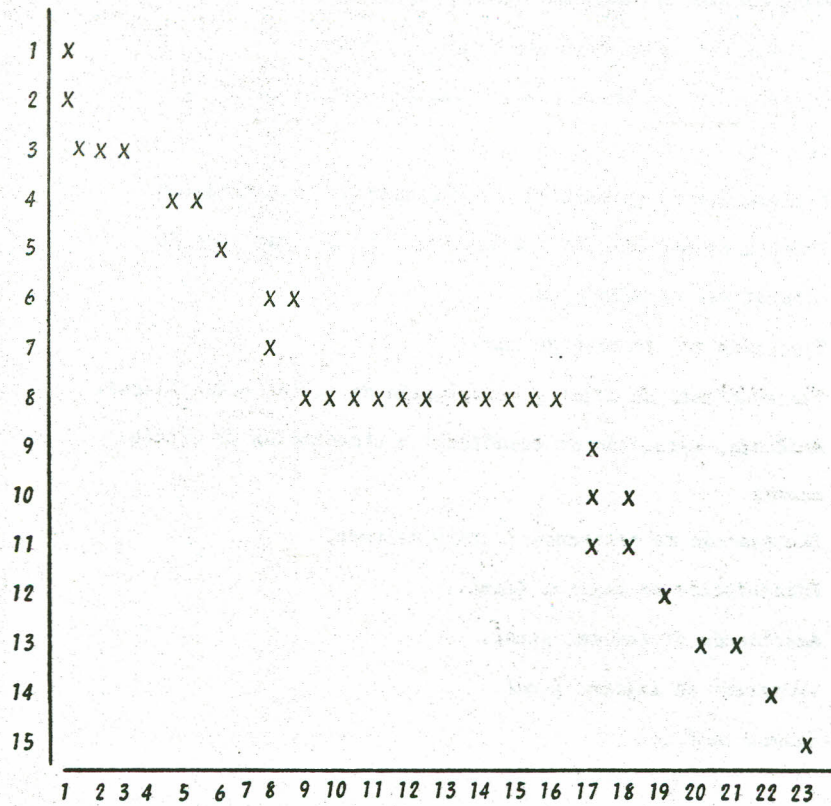
VARIABLES	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	UNIDAD DE MEDICION.	INSTRUMENTO DE MEDIDA.
EDAD	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento de la consulta.	Cuantificable	Años	hoja de recolección de datos.
SEXO	Diferencia física y constitucional del hombre y la mujer.	"	---	"
OCUPACION	Actividad subsistente que realice el paciente.	"	---	"
LOCALIZACION ANATOMICA.	Cuero cabelludo, cara y tronco.	Cuantificable.	---	"
MOTIVO DE CONSULTA.	Razón que aqueja al pte. que le hace buscar ayuda médica.	"	---	"
PTE DE CONSULTA EXT.	Pte que consulta para seguimiento de la enfermedad.	"	---	"
PTE DE ENCAMAMIENTO.	Pte ingresado en los servicios internos de Med. Int.	"	---	"
GRADO DE SEVERIDAD DE LAS LESIONES DE D. S.	Determinación clínica del daño de la lesión de D. S.	Cualificable.	-Leve -Moderada -Severa	"
PRESENCIA DE P. OVALE	Existencia del hongo en las lesiones de D. S.	"	Grado I (+) " II (++) " III(+++)	"

ACTIVIDADES.

1. Selección del tema.
2. Elección de Asesor y Revisor.
3. Recopilación de material bibliográfico.
4. Elaboración de proyecto de investigación.
5. Presentación de proyecto de investigación al asesor y revisor.
6. Presentación y aprobación del proyecto de investigación.
7. Trámite en Policlínica del I.G.S.S. zona 1 para uso de laboratorio de Micología.
8. Ejecución del trabajo de campo.
9. Procesamiento de datos y elaboración de tablas estadísticas.
10. Análisis, ejecución de resultados y elaboración de conclusiones.
11. Elaboración de recomendaciones y resumen.
12. Presentación de informe final.
13. Aprobación de informe final.
14. Impresión de informe final.
15. Examen público.

GRAFICA DE GANT.

ACTIVIDADES



SEMANAS

VII PRESENTACION DE
RESULTADOS.

CUADRO NO. 1
 DISTRIBUCION POR EDAD Y SEXO
 DE 104 PACIENTES CON DERMATITIS SEBORREICA
 DEL HOSPITAL DE ENFERMEDAD COMUN DEL IGSS Z. 9
 DURANTE ABRIL Y MAYO DE 1995

EDAD	MASCULINO	%	FEMENINO	%
0 - 20	1	0.96	2	1.92
21 - 40	23	22.11	24	23.07
41 - 60	21	20.19	6	5.76
61 - 80	19	18.26	6	5.76
81 - 100	2	1.92	0	0.00
<i>Total</i>	66	63.44	38	36.51

Fuente : Hoja de recolección de datos.

CUADRO No. 2
 REGION ANATOMICA MAS AFECTADA
 POR DERMATITIS SEBORREICA
 EN 104 PACIENTES
 DEL HOSPITAL DE ENFERMEDAD COMUN DEL IGSS 2.9
 DURANTE ABRIL Y MAYO DE 1995.

LOCALIZACION ANATOMICA	NUMERO DE CASOS	%
PIEL CABELLUDA	93	89.42
CUERO CABELLUDO, CARA Y TORAX ANT.	8	7.69
CARA	3	2.88
TORAX	0	0.00
PLIEGES	0	0.00
TOTAL	104	99.99

FUENTE: Hoja de Recolección de Datos.

CUADRO NO. 3
 TIPO MAS FRECUENTE DE DERMATITIS SEBORREICA
 EN 104 PACIENTES
 DEL HOSPITAL DE ENFERMEDAD COMUN DEL IGSS Z. 9
 DURANTE ABRIL Y MAYO DE 1995

SEXO	P. SECA		P. ESTEATOIDE		MIXTA*		TOTAL	
	#	%	#	%	#	%	#	%
M	27	25.96	12	11.53	27	25.96	66	63.45
F	18	17.30	10	9.61	10	9.61	38	36.52
T	45	43.26	22	21.34	37	35.57	104	99.97

*Mixta: La asociación de dos o más variedades clínicas.

Fuente: Hoja de Recolección de datos.

CUADRO No. 4

CLASIFICACION DE LA DERMATITIS SEBORREICA
SEGUN INTENSIDAD DE LA LESION
EN LEVE, MODERADA Y SEVERA EN 104 PACIENTES
DEL HOSPITAL DE ENFERMEDAD COMUN DEL IGSS Z. 9
DURANTE ABRIL Y MAYO DE 1995

D. S. LEVE		D.S. MODERADA		D.S. SEVERA		TOTAL	
#	%	#	%	#	%	#	%
42	40.38	52	50.00	10	9.61	104	99.99

D.S. = Dermatitis Seborreica

Fuente: Hoja de recolección de datos.

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Biblioteca Central

CUADRO No. 5

EXAMEN DIRECTO DE LESIONES
DE 104 PACIENTES CON DERMATITIS SEBORREICA
DEL HOSPITAL DE ENFERMEDAD COMUN DEL IGSS Z. 9
DURANTE ABRIL Y MAYO DE 1995.

AUSENCIA DE P. OVALE		EXAMEN DIRECTO (PRESENCIA DE P. OVALE)					
		GRADO I (+)		GRADO II (++)		GRADO III (+++)	
#	%	#	%	#	%	#	%
9	8.65	35	33.65	32	30.76	18	17.30

FUENTE: Hoja de Recolección de Datos.

CUADRO No. 6

ENFERMEDADES POR LAS CUALES CONSULTARON 104 PACIENTES
QUE PARALELAMENTE PRESENTABAN LESIONES DE DERMATITIS SEBORREICA
DEL HOSPITAL DE ENFERMEDAD COMUN DEL IGSS 2.9
DURANTE ABRIL Y MAYO DE 1995.

DIAGNOSTICO	# PACIENTES	%
DIABETES	14	13.46
I. R. C.	8	7.69
ENF. PEPTICA	8	7.69
CARDIOPATIAS	7	6.73
CELULITIS	6	5.76
A. C. V.	5	4.80
H. T. A.	4	3.84
NEUMONIA	4	3.84
ART. GOTOSA	4	3.84
ART. REUMATOIDE	4	3.84
OTROS *	40	38.46
TOTAL	104	99.95

(*) Incluye las siguientes enfermedades: Leucemia, Ca. de Estómago, Absceso de pierna, Hipotiroidismo, Asma, Amigdalitis, Infección del Tracto Urinario, Osteosarcoma, Hemorragia Gastrointestinal Sup., Ureterolitiasis, Colecistitis Crónica Cálculosa.

FUENTE: Hoja de recolección de datos.

CUADRO No. 7
 ESTADO OCUPACIONAL DE 104 PACIENTES
 CON DERMATITIS SEBORREICA
 DEL HOSPITAL DE ENFERMEDAD COMUN DEL IGSS Z. 9
 DURANTE ABRIL Y MAYO DE 1995

OCUPACION	# DE PERSONAS	%
Jubilados	31	29.80
Op. de máquina	11	10.57
Tec. Electricista	10	9.61
Albañil	9	8.65
Oficinista	6	5.76
Enf. Auxiliar	5	4.80
Cocinero	5	4.80
Mantenimiento	5	4.80
Maestras	3	2.88
Secretarias	2	1.92
Otros (Maquila)	17	16.34
Total	104	99.98

Fuente: Hoja de recolección de datos.

VIII. ANALISIS DE RESULTADOS

De los 104 pacientes estudiados, 66 fueron del sexo masculino (63.54%) y 38 del sexo femenino (36.53%); el grupo etareo más afectado se encontró de 21 a 40 años (45.18%) y de 41 a 60 años (24.02%). (Cuadro #1)

De acuerdo a región anatómica más afectada, piel cabelluda (cabeza) fue la más afectada con 93 casos (89.42%), luego la dermatitis seborreica que se encuentra en tre regiones a la vez (cabeza, cara y tórax anterior) con 8 casos (7.69%) y por último cara con 3 casos (2.88%). (Cuadro #2)

De acuerdo al tipo de dermatitis seborreica, se encontró el tipo Pitiriasis Seca en 45 casos (43.26%), tipo Mixto (que incluye dos o más tipos de dermatitis seborreica) con 37 casos (35.57%) y por último el tipo de Pitiriasis Esteatoica con 22 casos (21.34%). (Cuadro #3)

La dermatitis seborreica se clasificó de acuerdo a intensidad de lesiones en dermatitis seborreica Leve, de la cual se encontraron 42 casos (40.38%), dermatitis seborreica Moderada 52 casos (50%) y dermatitis seborreica Severa con 10 casos (9.61%) (Cuadro #4) Lo que nos indica que las personas dejan avanzar a enfermedad sin tomar medidas de control para la misma. (o sea sin dar un tratamiento adecuado), ya que no le prestan importancia a esta enfermedad.

De acuerdo al examen directo, utilizando la técnica de KOH, de las lesiones de dermatitis seborreica, se encontró que 9 casos (8.65%) ausencia de esporas de *P. ovale*, ya que estas muestras eran de lesiones muy secas (sin grasa) ya que este hongo es lipofílico.

Entre las lesiones de dermatitis seborreica en las cuales se observó esporas de *P. ovale* al microscopio, se dividió de la siguiente manera: Grado I (+) 35 casos (33.65%) lo cual es normal, ya que este hongo es de la flora normal de la piel. Grado II (++) , 32 casos (30.76%), estas lesiones presentaron una cantidad de esporas de *P. ovale* aumentadas y se manifestó con escamas y leve prurito (42%) y Grado III (+++) en este grado se encontraron 18 casos (17.30%) lo cual es una cantidad de abundantes esporas en las lesiones en comparación con el Gr.

do I; estos pacientes también presentaban abundante escama, intenso prurito (55%) y marcado eritema; y en algunos casos estos pacientes además de lesiones en cabeza también presentaron en cara y tórax anterior, que se asocia a la distribución de las glándulas sebáceas. Estos últimos dos grados son considerados patológicos por la presencia de abundantes esporas de *P. ovale*. (Cuadro #5)

Además de esporas de *P. ovale*, en 6 casos (5.76%) también se encontró filamentos y otras levaduras (3.84%). Esto último es poco común y estaba asociado a en pacientes inmunocomprometidos (leucemia, Insuficiencia Renal Aguda y Diabetes.)

Las enfermedades por las cuales consultaron los pacientes del estudio que paralelamente presentaban dermatitis seborreica están: Diabetes (13.46%), Insuficiencia Renal Crónica (7.69%), Enfermedad Péptica (7.69%), Cardiopatías (6.73%) y otras. Con lo cual se confirma que estos pacientes con enfermedades crónicas, también sufrían las molestias que ocasiona la dermatitis seborreica; aunque si no es por nuestro interés de indagar acerca de esta problemática, ni el médico y ni el consultante lo hubiese detectado o manifestado. (Cuadro #6)

Dentro las ocupaciones que tienen las personas objeto de este estudio, se encontraron: Operarios de Máquina (10.57%), Técnico Electricista (9.61%), Albañil (8.65%), Oficinista (5.76%), Enfermera Auxiliar (4.80%), Cocinero (4.80%), Mantenimiento (4.80%), Maestras (2.88%), Secretarias (1.92%), Otros (Maquiladores) (16.34%) y Jubilados (29.80%). (Cuadro #7)

Esto obedece a que el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (I.G.S.S.) presta sus servicios a personas asalariadas.

COMENTARIO.

De los 104 pacientes objeto de estudio, solamente 20 personas (19.23%) referían que tenían "Caspa", el resto lo negaba y al ser examinados se encontraba con lesiones de dermatitis seborreica.

De acuerdo al número de cruces (cantidad de esporas de *P. ovale*) en las lesiones de dermatitis seborreica, se tomo como base lo siguiente:

Grado I (+) : 30 esporas por campo. (Normal)

Grado II (++) : Medios campos con esporas. (Aumentado --- Patológico)

Grado III (+++) : Campos llenos de esporas. (Aumentado --- Patológico)

Además se observó que cuando el paciente se presentaba con abundante escamas y marcado eritema en las lesiones, así también se encontraban esporas de *P. ovale* en las lesiones, lo que nos confirma que éste hongo prolifera de una manera oportunista en estas lesiones, causando las molestias al que padece esta enfermedad.

IX. CONCLUSIONES

- La frecuencia de *P. ovale* en las lesiones de dermatitis seborreica, fue de (81.71%). Subdividiéndose así: Grado I (+) (33.65%), lo cual es normal, Grado II (++) (30.76%) y Grado III (+++) (17.30%); estas últimas, que suman un total de (48.06%) es patológico, ya que este hongo tiende a proliferar más en estas lesiones.
- La técnica utilizada (KOH), para determinar la presencia de esporas de *P. ovale* en las lesiones de dermatitis seborreica fue efectiva.
- El grupo etareo más afectado por esta enfermedad está comprendido de 21 a 40 años (45.18%) y su motivo de consulta fue: Diabetes (13.46%), seguido por Insuficiencia Renal Crónica (7.69%) y Enfermedad Péptica (7.69%).
- Entre los tipos de dermatitis seborreica más frecuentes se encontró que la predominante es la Pitiriasis Seca (43.26%), seguida por el tipo Mixto (35.57%) y Pitiriasis Esteatoide (21.32%).
- Se encontró que el área de la piel más afectada fue la región de cuero cabelludo (cabeza) con (89.42%), seguida por la afección de más de una región (cabeza, cara y tórax anterior) (7.69%) y en menor grado en la cara con (2.88%).
- Se logró diferenciar que las lesiones de dermatitis seborreica van de Leves a Severas; destacándose las lesiones Moderadas con (50%) de la muestra, seguidas de las lesiones Leves que representan el (40.38%) y las Severas (9.66%).

X. RECOMENDACIONES

1. *Elaborar y ejecutar programas educacionales, enfocados a la población para la práctica de medicina preventiva.*
2. *Informar a las personas que padecen en mayor o menor grado algún tipo de lesión causada por dermatitis seborreica, que ésta es una enfermedad controlable.*
3. *Profundizar o ampliar éste estudio a fin de que se obtenga una información más amplia acerca de éste tema para que con ello se pueda tener suficientes elementos que permitan elaborar diagnósticos más efectivos.*

XI. RESUMEN

La presente investigación es un estudio de tipo observacional, descriptivo. La muestra consta de 104 pacientes, los cuales fueron mayores de 18 años.

Las muestras tomadas de las lesiones de dermatitis seborreica fueron llevadas al laboratorio de Micología de la Policlínica del I.G.S.S. de la zona 1; en donde fueron procesadas por la dra. Heidy Logeman especialista en Micología. La información obtenida fue llevada en hojas de recolección de datos que incluyó lo siguiente: Edad, sexo, tipo de dermatitis seborreica, cantidad de esporas de *P. ovale* (llevado en cruces), ocupación, motivo de consulta ingresado y/o consulta externa.

El objetivo principal fue: Frecuencia de *P. ovale* en las lesiones de Dermatitis seborreica, en donde se encontró que 81.71% de las muestras analizadas presentaban esporas de *P. ovale*. En otras muestras además de *P. ovale* se encontraron filamentos (5.96%) y otras levaduras (3.84%).

De acuerdo a región anatómica se encontró que cabeza (cuero cabelludo) fue la región más afectada (89.42%). El tipo de dermatitis seborreica que más se encontró fue la Pitiriasis Seca (43.26%) y según intensidad de lesiones de dermatitis seborreica prevaleció la Moderada (50%).

El sexo masculino fue el más afectado en su totalidad (63.44%) predominando en el grupo etareo que se encuentra entre las edades de 21 a 40 años (45.18%).

XII BIBLIOGRAFIA

1. Amado, S. Lecciones de Dermatología; México: Francisco Méndez Cervantes, 1985:410.
2. Arenas, R. Dermatología; Atlas, Diagnóstico y Tratamiento. México: Mc Graw Hill. 1987:53-55.
3. Bonifazi, E. Dermatología Pediátrica; Debates y conceptos actuales. 1994:13-16.
4. Borelli, D.S. Tratamiento con Ketoconazol tópico en Venezuela. Arch. Venez. Farmacol. 1988 7(1):54-8.
5. Cecil; Wingararden, J.B.; Smith, L.H.; Parker F.; Tratado de Medicina Interna, 18 ava. ed. México: Interamericana Mc Graw Hill.
6. Chang, P. Dermatitis Seborreica; informe de 60 casos. Rev. de Med. Int. Guate. 1994; vol. 5:79-80.
7. Clayborne, W. y Ritner, M.L. Manual de Terapéutica Médica. México: Salvat. 1992:25.
8. Cordero, F. Dermatología. Guatemala Impcolor. 1961:244-48.
9. Cuomo, G.; Flores, L.; Bonino, M.v.; García, A.; Galimberti, R.L.; Ketoconazol al 2% shampoo en el tratamiento de la Dermatitis Seborreica del cuero cabelludo. Arch Argent. Dermatol. 1989; 39:261-8.
10. Falabella, R.F.; Escobar, C.E.; Dermatología 4ta. ed. Medellín: Corporación para investigaciones biológicas. 1990:83-5.
11. Ferrandiz, C.; Clinical Atlas of Dermatology. U.S.A. 1987:58, 70.
12. González, J.; González, S.; Elizondo, A.; Manifestaciones cutáneas en el SIDA, estudio en 183 pacientes. Dermatol. Rev. Mex. 1994. Pag.40.
13. Hadad, P.; González J.; Castañedo, I.; Suministros y Izquierdo L.; Relación entre Dermatitis Seborreica del cuero cabelludo y composición metálica del agua. Rev. de Cuba. 1988; #26:45-52.
14. Hernández Pérez, E.; Clínica Dermatológica. San Salvador: UCA. 1987:346-9.
15. Jaramillo, O.; Hernández, J.; Koon, R.; Rodríguez, J.; Freer E.; Estudio Comparativo a doble ciego del Zinc Pyrithion al 1.5% shampoo, en el tratamiento de la caspa. Rev. Costarric. Cienc. Med.; 1992, #13(1/2):33-6.

16. Launey de W.E. y Land W.A.; Dermatología. 2da ed. México: Interamericana, 1986:32-5.
17. Macotela, R.E.; López, M.R.; Mejorada, A.; Papel patógeno de *Pityrosporum Ovale* en la Dermatitis Seborreica y Pitiriasis Versicolor, Gac. Med. Mex. 1987, 123(7/8):187-91.
18. Marín, E.; Domínguez-Cherit, J.; Dermatitis Seborreica en Parkinson; Correlación clínico-micológica en 30 casos. Dermatol. Rev. Mex. 1993, #37:228-233.
19. Rook, A. Wilkinson, A. Tratado de Dermatología. España: Doyma. 1989, 1:414-19.
20. Welsh Lozano, O.; Estudio Clínico de Ketoconazol al 0.5% shampoo, en el tratamiento de la Dermatitis Seborreica. Dermatol. Rev. Mex. 1994, #38:59-60.

XIII ANEXO.

GLOSARIO

1. ESPONGIOSIS:

Edema intercelular de la capa esponjosa de la piel.

2. EXOCITOSIS:

Expulsión que efectúa una célula de partículas que son demasiado voluminosas para ser difundidas a través de la pared celular.

3. HIPERQUERATOSIS:

Hipertrofia de la capa córnea de la piel o cualquier enfermedad caracterizada por ella.

4. HIPERTROFIA:

Aumento del volumen de un órgano o de una parte, que depende del aumento en las dimensiones de las células componentes.

5. PARAQUERATOSIS:

Persistencia de los núcleos de los queratinocitos en la capa córnea.

UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE MEDICINA
SERVICIO DE NEFROLOGIA

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA.
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS.
HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

#	ED/N	F	OCCUPACION	MOTIVO DE CONSULTA	CONSULTA EXT. INGRESADO	D.S. DE PIEL CAS.	CARA	TORAX	REG. ANT. / POST.	PLIEGUES	D. SEBORREICA SECA/ ESTEATOTEIDE	ERITEMA	ESCAMA
					0 + ++ +++	0 + ++ +++	0 + ++ +++	0 +	++	0 + ++	+++		

PRURITO	D.S. SEGUN INT. DE LAS LESIONES.
	D.S. LEVE D.S. MODERADA D.S. SEVERA

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
BIBLIOTECA