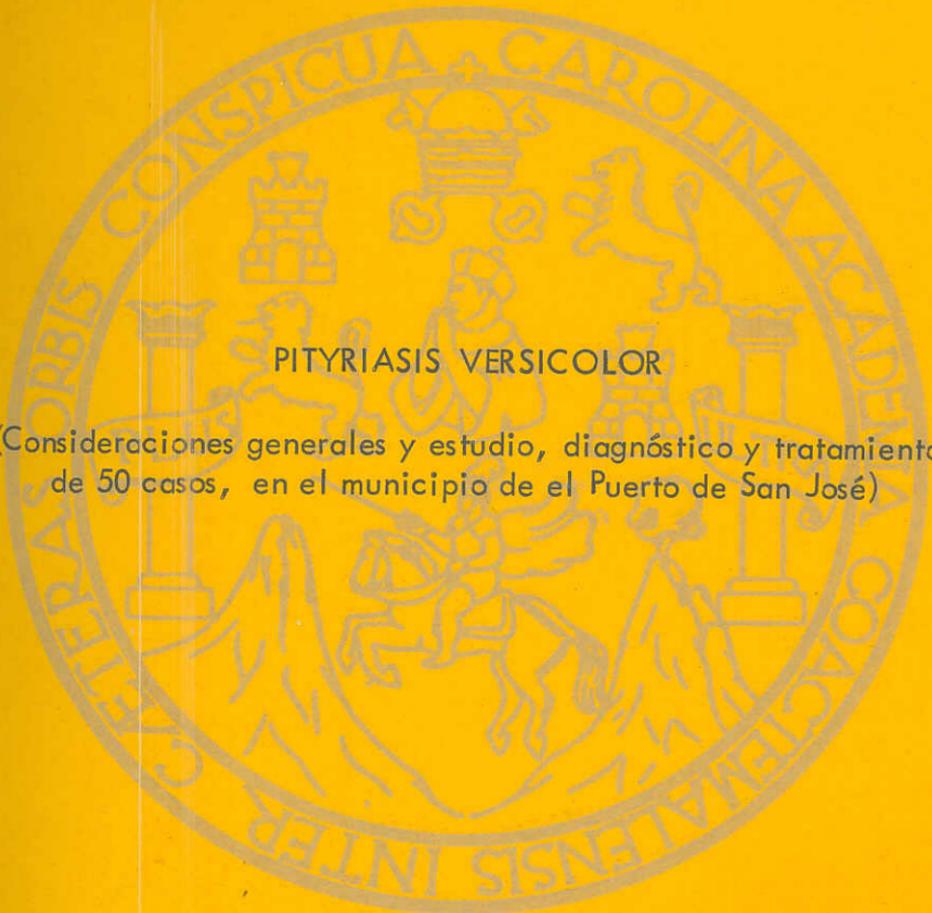


UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS



PITYRIASIS VERSICOLOR

(Consideraciones generales y estudio, diagnóstico y tratamiento
de 50 casos, en el municipio de el Puerto de San José)

CARLOS ANTONIO CRUZ PANIAGUA

GUATEMALA SEPTIEMBRE DE 1979

PLAN DE TESIS

- 1 - INTRODUCCION
- 2 - HIPOTESIS
- 3 - OBJETIVOS
- 4 - CONSIDERACIONES GENERALES
- 5 - MATERIAL Y METODOS
- 6 - RESULTADOS
- 7 - DISCUSION
- 8 - CONCLUSIONES
- 9 - RESUMEN
- 10 - BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

Las enfermedades dermatológicas, constituyen uno de los problemas de salud más frecuentes por lo que consultan personas de todas las edades y sexos; sin embargo, es muy poca la importancia que se les da durante la formación del estudiante de medicina; de ahí el desconocimiento de la mayoría de estos padecimientos, entre ellos la PITYRIASIS VERSICOLOR, Epidermophitosis causada por el *Pityrosporum orbiculare* (*Malassezia furfur*), (2, 15) que afecta mayormente habitantes de áreas tropicales y subtropicales. (7-15).

De tal manera que en este trabajo se presentan consideraciones generales sobre la enfermedad, con el objeto de revisar y actualizar el tema, para luego presentar los resultados del estudio efectuado; ofreciendo finalmente mis propias conclusiones. En cuanto a este padecimiento se han hecho interesantes trabajos, sin embargo, un estudio como el presente, puede ser considerado como el pionero en nuestro medio.

Al aspecto terapéutico se le dio máxima importancia utilizándose tres medicamentos anti-micóticos.

Otra parte que creemos de interés en el presente estudio, es el uso de la técnica del "Scotch test" para la toma y observación de la muestra de la lesión.

Por todo lo anterior, me he motivado a realizar el presente trabajo, esperando que cumpla su cometido para bien del paciente y satisfacción del Médico tratante.

HIPOTESIS

- 1 - La técnica de la cinta de celulosa transparente para tomar muestras de las lesiones y ser vistas directamente al microscopio es tan efectiva como la técnica del raspado con preparación de hidróxido de potasio.
- 2 - Los medicamentos usados en el presente estudio tienen similitud de efectividad en el tratamiento de la Pityriasis Versicolor.

OBJETIVOS

- 1 - Comprobar la efectividad de los medicamentos: Hiposulfito de Sodio, Sulfuro de Selenio y Clotrimazol, usados en forma individual.
- 2 - Probar una técnica que nos parece sencilla y eficaz para la toma de muestras y poder ser observadas directamente al microscopio.
- 3 - Ayudar para que los Médicos que se desempeñan en regiones de mayor incidencia, sepan reconocer, diagnosticar y tratar dicha entidad.

CONSIDERACIONES GENERALES

PITYRIASIS VERSICOLOR (Cromofitosis, Dermatomicosis Furfurácea, manchas Hepáticas, Tinea flava, Pityriasis versicolor Tropical).

Definición

La Pityriasis Versicolor causada por el *pityrosporum orbiculare* (*malassezia furfur*) (2-15), es una enfermedad superficial, asintomática, crónica, caracterizada por la aparición de pápulas descamativas de color pardusco, localizadas mayormente en el tronco, pero que en ocasiones, afecta axilas, ingles, brazos, muslos, cuello, cara y cuero cabelludo. (4, 6, 8, 9, 15).

Historia

La enfermedad fue descubierta en el año de 1846 por Aickstedt, y por Sluyter en 1847, quienes le dieron el nombre de Pityriasis versicolor, que después fue sustituido por el de Tinea Versicolor por Robin en 1853. En 1889, Baillon aisló un grupo monotípico, denominándole *Malassezia furfur*; pero fue Gordon el que aisló el hongo lipofílico en forma de levadura, o sea el *Pityrosporum orbiculare*, en pacientes con tinea versicolor. (15)

Más tarde, Stemberf y Keddie & Keddie y Shantomy, mediante estudios morfológicos y de anticuerpos inmunofluorescentes indirectos, demostraron que, tanto la *malassezia furfur* como el *pityrosporum orbiculare* eran idénticos, por lo que procedieron a dar este nombre al organismo productor de la tinea versicolor.

En 1929, Castellani y Chalmers describieron la forma ama-

rillenta de la Pityriasis Versicolor denominada flava o también "Tinea Rosada de Castellani", siendo frecuente en países exóticos (12) y su localización preferente en cara.

Willan y Bateman (según Hardy), describen una forma de Pityriasis Versicolor denominada nigra, puesta inicialmente en duda, pero de la cual, en 1968, Cordero describe en Guatemala, algunos casos. (12)

Etiología

El *pityrosporum orbiculare* (*malassezia furfur*) es el agente causal de esta epidermofitosis; está presente en la flora normal de la piel (15), es oportunista al actuar mediante ciertas condiciones locales como la hiperhidrosis (9).

Epidemiología

Tiene distribución mundial y se observa más a menudo en climas tropicales y sub-tropicales. (9-4-6-12-15) No tiene predilección por sexo o raza; son afectados con mayor frecuencia adultos jóvenes, pero, puede ocurrir la enfermedad en la infancia y en adultos maduros.

Burke, considera susceptibles a la infección a aquellos sujetos cuya historia sugiere una base genética, o enfermos sometidos a terapéutica prolongada con esteroides, individuos con trastornos dietéticos (desnutrición), así como embarazadas (15).

Cuadro Clínico

Las lesiones de esta enfermedad se limitan al estrato córneo; el color varía con la estación; el color usual va del amarillo al café, sin embargo, durante el invierno puede cambiar e

color de la piel a café claro, mientras que en el verano puede variar de café más oscuro a chocolate (9). Puede ocurrir en infantes como quemadas del pañal despigmentando. (15) Con respecto al tipo de lesión, se han descrito lesiones papulovesiculosas, siendo las lesiones comunes del tipo de pápula descamativa de coloración blanco-amarillenta (forma hipocrómica) así como café oscuro o rojiza (forma hipercrómica).

Dichas lesiones se encuentran con más frecuencia en el tronco. (4, 15) Rippon encontró el 92% de las lesiones en tórax anterior; siempre en esta área, Cox Cardoso encontró el 96%, mientras que en tórax posterior el 92%; cuero cabelludo 56%; región anterior de antebrazo 54% y posterior 54%, así como en región anterior y posterior de pierna 28% en cada área. Otro de los lugares comunes es arriba del codo, (9) pudiendo afectar grandes extensiones de la piel. Infantes de piel morena en áreas tropicales sufren una variación, pues comienza en el área del pañal llamada pityriasis versicolor alba o acromia parasítica (15). Los Doctores Rudolph y Holzwanger (16) describieron dos casos en los cuales encontraron este hongo en la región axilar en un paciente y en la región perianal en el otro, el diagnóstico fue hecho con raspado y preparación con hidróxido de potasio. Ellos creen que el término de tinea versicolor INVERSA es apropiado para esta condición clínica.

Sintomatología

La infección es a menudo asintomática (8, 9, 12, 14, 15, 17) y puede pasar inadvertida al paciente pero, a veces, surge prurito ligero como molestia frecuente. Pueden observarse reactivaciones estivales (prurito y cuadro clínico) sobre todo en épocas de lluvia. (9)

Laboratorio

El examen se hace directo para obtener escamas por raspado con escapelo (hoja de bisturí, hoja de afeitar) de las pápulas, y luego montarlas directamente sobre un porta-objetos con una gota de hidróxido de potasio al 10%; después de aplicar un cubre-objetos, se calienta la preparación suavemente en la parte baja de la llama con el fin de lograr un aclaramiento.

Las escamas suelen ser lo bastante delgadas para permitir el examen directo con una gota de azul de metileno donde también se ve el hongo en racimos de formas en gemación, redondas de pared gruesa de 3 a 8 micras de diámetro, rodeadas de fragmentos cortos, rectos y angulares de micelio.

Estas lesiones muestran fluorescencia amarillo-parda con luz ultravioleta de Wood (7, 5). Los Doctores Clayton-Du Vivier & Savage de Londres, en un estudio terapéutico de 31 pacientes, utilizando el medio de cultivo pityrosporum Agar, obtuvieron resultados satisfactorios en cuanto al cultivo de este hongo, y el cual estaba compuesto de extracto de malta 36 gr.; Peptona (microbiológico) 6 gr., Ox-bile 20 gr.; Polisorbate 80, 10 ml; Oxido Agar No. 1 10 gr.; Glicerol (BDH) 5 ml.; Agua destilada 1 litro; Cloramphenicol (50 ug/ml) y Ciclohemida (400 ug/ml) fueron incubados a 30°C por 5 días. (3)

Histopatología

Los filamentos miceliales del hongo causante de la pityriasis versicolor, se encuentran en las capas media y profunda del estrato córneo. Son visibles en cortes ordinarios teñidos con hematoxilina y eosina, (10-13-1) pero se identifican mejor mediante la coloración con azul de metileno, método de Giemsa, o por la técnica del ácido peryódico de Shiff. Puede haber infiltra-

ción mínima de células redondas de la dermis. (13)

Allen-Charles y Jhonston, (1) concluyeron que la hiperpigmentación es por efecto del hongo sobre el aumento de tamaño de los melanocitos y el cambio en su distribución del patrón de la epidermis. Ellos mismos nos hablan de su estudio efectuado en el Hospital Naval, Clínica de Dermatología de Philadelphia, sobre el método de Starico y Pinkus para ver al microscopio electrónico muestras de biopsias de las lesiones a base de Hematoxilina-eosina, así como los resultados observados a nivel de la capa córnea como del estrato espinoso. Así también hay una respuesta inflamatoria que se ha notado a menos títulos, pudiendo ser un factor escondido en la hiperpigmentación. La tinea versicolor (pityriasis versicolor) debiera ser entonces, incluida bajo el encabezamiento de hiperpigmentación post-inflamatoria. (1)

Los Doctores Barnes-Saver & Arnold, (2) de la ciudad de Kansas E.E. U.U., en su estudio, utilizando el microscopio electrónico en escamas previa técnica de preparación especial para este tipo de observación, notaron los racimos de células esferoidales y los pequeños elementos e hifas, característico de la malassezia furfur. También se observó el tipo de célula phialidial, la cual ha sido asociada por algunos Micólogos con el pityrosporum obiculare. Este descubrimiento presta apoyo a las sugerencias de numerosos autores acerca de la relación que existe entre estos 2 hongos que deberían ser considerados como órganos idénticos, y que, para los propósitos de este estudio, son considerados como una sola identidad.

Diagnóstico

La disposición característica de las formas redondeadas en gemación y de los fragmentos de micelio en las preparaciones con hidróxido de potasio y otras tinciones de las lesiones, posee el va-

lor diagnóstico de la enfermedad.

Por su parte, Botton ideó la forma de observar las muestras mediante una tira de plástico de vinílico, la cual consiste en fijarla sobre la lesión y quitarla inmediatamente; se notará que las escamas quedan adheridas, tomando la forma de la lesión de la piel, luego se pone sobre un porta objetos donde queda lista para su tinción y ser vista luego al microscopio, teñida con azul de metileno ("Scotch Test"). (9)

Diagnóstico Diferencial

Dicha epidermofitosis puede confundirse con el Eritrasma, el cual está localizado mayormente en región axilar, inguinal, como al rededor del pene, el color es usualmente oscuro y la escama más profunda. (9-15) Con el Melasma resulta fácil diferenciarla en base a la luz ultravioleta y escamas vistas al microscopio. (9,15) Acromia Parasitaria de Pardo-Costello y Domínguez, que son manchas sucio-blanquecinas, irregulares y áreas poco inflamadas escamosas, causando un poco de prurito. Siendo las áreas de mayor frecuencia cara y cuello, aunque se le puede encontrar en tronco o generalizado en todo el cuerpo; no están afectadas las membranas mucosas, ni las uñas. La Tinea Flava o Tinea Versicolor Tropical según Castellani, se diferencia por iniciarse en el niño y persistir toda su vida; afecta las partes expuestas del cuerpo. (9) Leucodermia Sifilítica la cual es casi exclusivamente en la mujer, las lesiones son simétricas, localizadas en la parte baja del cuello, lesiones ovals irregulares, variando el tamaño de la lesión hasta de una moneda, no se encuentra escama, la reacción serológica sirve para detectarla. (8-15) Vitiligo, el cual se caracteriza por manchas completamente acromicas muy blanquesinas que afectan cara, brazos, manos y áreas genitales del hombre, no se encuentra descamación, bajo rayos de ultravioleta tienen una apariencia blanca que brilla. (9,15) Pue-

de haber asociación con pityriasis versicolor. Debe establecerse diferencia con el mal del Pinto, donde las hipocromias se presentan con una simetría bilateral bastante marcada y además se observan en las manos y los pies. Con la Lepra Maculosa Discromatisante o más concretamente hipocrómica (indeterminada), donde se observan termo-analgesias, atrofiás musculares y engrosamiento de los troncos nerviosos superficiales. Las Eczematides son más rojizas, el raspado muestra pequeñas depresiones y hace brotar una pequeña cantidad de serosidad. (8)

Tratamiento

Tiene poca tendencia a cura espontánea. (15) La aplicación diaria de una solución acuosa de hiposulfito de sodio al 20% ó 40% por las noches, debiendo de usarlo hasta 2 semanas después de desaparecidas las lesiones da buenos resultados. Otro medicamento es la suspensión de Sulfuro de Selenio en forma de shampoo dejado sobre las zonas afectadas durante 10 a 15 minutos y lavado después. Este tratamiento debe repetirse dos o tres veces a la semana durante varios meses. (4, 15)

Cox Cardoso, (4) en su estudio terapéutico en 53 pacientes utilizando los medicamentos anteriores, obtuvo el 100% de curaciones. (Sulfuro de Selenio al 1% y 2.5% en vehículo detergente e hiposulfito de Sodio al 40%). Con el tratamiento de hiposulfito de sodio, se tuvo mejoría en un solo paciente al final del 7º día, pero fueron 12 durante la 2ª. semana y en la 3ª. semana 3. Otro medicamento a emplear es el clotrimazol. El Dr: L. Gip (7) en su estudio de 43 pacientes con dicho medicamento aplicado una sola vez al día por una semana, observó en el control efectuado a las 3 semanas, una curación en todos los pacientes, pero siguiendo el estudio encontró 5 recidivas 3 meses después.

Los doctores Clayton-DuVivier & Savage (2) de Londres hicieron un estudio con clotrimazol y unguento de Whitfield en 31 pacientes con dicho problema micótico comprobado, su uso era 2 veces al día por 4 semanas. Obtuvieron el 80% de curación 4 semanas después de finalizado el tratamiento.

La pirrolnitrina es otro medicamento de características anti-tibiótico-fungicidas, el cual fue usado por los Doctores Macotela Ruiz - López & Lepe (11) en su estudio terapéutico de únicamente 7 casos comprobados, obteniendo el 100% de buenos resultados después de su uso 2 veces al día por 1 mes. El medicamento se compone de la siguiente forma:

pirrolnitrina (3-cloro-4 (2º nitro-3º) clorofenil pirrolo):	1.0 gramos
sebacato de dietilo:	20.0 "
cloruro de benzalconio:	0.5 "
ácido salicílico:	2.0 "
alcohol etílico al 70% c.b.p:	100 MI.

Siempre en cuanto a tratamiento, Lewis (9) aconseja el uso de ropa limpia constante, citas periódicas para evaluar la evolución del tratamiento, así como la investigación familiar.

Pronóstico

Es favorable si se tratan todas las zonas con el mayor cuidado y se prolonga la terapéutica durante 2 semanas cuando menos, después de la desaparición de las lesiones comprobadas con luz de Wood.

MATERIAL Y METODOS

Metodología

Para el presente estudio se obtuvo la muestra de las lesiones clínicas de 50 pacientes, empleando la técnica del raspado de la lesión, como la del "Scotch Test", (técnica que consiste en pegar una tira de cinta celulosa transparente sobre la lesión, para luego quitarla y adherirla sobre un porta objetos y sin necesidad de usar tinción alguna se observa en el microscopio) en pacientes detectados en los siguientes lugares: consulta externa del Centro de Salud, elementos de tropa de alta de la Base Militar de la región, alumnos de la Escuela Mixta Miramar, personas que eran vistas con cuadro clínico de la enfermedad en otro lugar que no fuera ninguno de los anteriores, calle, etc. El diagnóstico se confirmaba al agregar hidróxido de potasio al 10% a las escamas obtenidas del raspado y observar con el microscopio los hallazgos característicos, que también eran vistos con la otra técnica (Scotch Test). Luego se iniciaba el tratamiento con los 3 medicamentos en estudio, los cuales fueron: Hiposulfito de Sodio al 30%, Sulfuro de Selenio al 1% y Clotrimazol al 1%. Las indicaciones fueron: para el primer medicamento, Hiposulfito de Sodio, usarlo diariamente por las noches por un mes; el segundo medicamento, Sulfuro de Selenio, usarlo diariamente por las noches, aplicado en las lesiones por 15 minutos y luego quitarlo con agua; y el tercer medicamento, el Clotrimazol, usarlo 2 veces al día por una semana.

Los resultados del tratamiento se hicieron al mes de iniciado el tratamiento y se clasificó dicho resultado de acuerdo a la clasificación diseñada en cuanto a los cambios clínicos de la lesión, (número - morfología) en bueno, regular y malo que a con-

tinuación se analizan:

- Bueno:** Desaparición completa de las lesiones clínicas. Por laboratorio negatividad en la búsqueda de *Pityrosporum orbiculare* en muestras de control.
- Regular:** Desaparición parcial de las lesiones clínicas, tanto en el número de las lesiones como en la morfología. Por laboratorio se encuentran esporas en escasa cantidad.
- Malo:** Las lesiones clínicas permanecen igual - que al inicio del tratamiento o con muy ligeros cambios clínicos. Al examen microscópico se encuentra siempre buena cantidad de esporas y mecelio.

Dicho análisis del resultado del tratamiento para ver el medicamento más eficaz sólo fue posible realizarlo en 35 pacientes que llenaron el requisito indispensable de seguir el tratamiento exactamente.

El Hiposulfito de Sodio se utilizó en 12 pacientes, el Sulfuro de Selenio en 11 pacientes y el Clotrimazol en 12 pacientes también.

Cabe señalar también que cada medicamento se analizó de acuerdo al número de pacientes en que se utilizó, así como el número de logros que obtuvo. A cada paciente le fue proporcionada una hoja, especialmente diseñada sobre el seguimiento del tratamiento.

Se tomaron en cuenta parámetros tales como: sexo, edad

ocupación, empleo de medicamentos anteriores, padecimiento en familiares, síntomas, cambios clínicos, áreas anatómicas de inicio de las lesiones, áreas actuales, así como tiempo de duración.

Se aplicó el "CHI CUADRADO" para ver el dato significativo real en cuanto a la efectividad de cada medicamento. Utilizándose un nivel de significación de 1%, (es decir que se trató de probar que las diferencias encontradas entre lo observado y lo teórico, no se deben al azar (factores aleatorios), sino a otros factores propios del medicamento) que luego se buscaba en la tabla, aplicando un grado de libertad.

Materiales

Descripción somera del área de estudio:

El Puerto de San José está en la categoría de pueblo urbanizado, posee clima tropical; limita al Norte con Masagua y la Democracia (Escuintla); al Sur con el Océano Pacífico; al Este con Iztapa; al Oeste con la Gomera y la Democracia, teniendo una extensión aproximada de 280 Km². Su altitud es de 1.98 Mts. SNM. En general, presenta las mismas condiciones topográficas y climatéricas de las costas de Guatemala.

Material Humano

50 pacientes con cuadro clínico de dicha epidermofitosis de:

- a) Consulta externa del Centro de Salud del Puerto de San José.
- b) Elementos de tropa de alta en la Base Militar de la región.

- c) Alumnos de la Escuela Mixta Miramar.
- d) Personas con las clásicas lesiones, que eran vistas en otro lugar que no fuera ninguno de los anteriores. (Calle, playa, etc.)

RESULTADOS

Cincuenta pacientes a los cuales se les practicó la técnica del "Scotch Test", para ver su efectividad en relación a la otra, que consistía en el raspado de la lesión, más agregarle KOH, resultó 100% efectiva, ya que fue posible observar con el microscopio todos los hallazgos característicos del hongo, es a la vez mucho más práctica.

Para el análisis del medicamento más efectivo, hubo de excluir a 15 pacientes, por no haber tenido un buen seguimiento del tratamiento. Tenemos entonces que con el hiposulfito de Sodio fueron 12 pacientes en los que se estudió, teniendo buena respuesta (resultado bueno según clasificación por cambios clínicos de la lesión) 10 pacientes, o sea el 83.3% de efectividad; con el segundo medicamento, el sulfuro de selenio, fueron 11 pacientes en los que se aplicó, siendo 9 pacientes los que tuvieron buen resultado, obteniendo entonces 81.8% de efectividad, mientras que, con el tercer medicamento, el clotrimazol, fueron 12 pacientes también los que entraron al estudio, de los cuales 8 pacientes con resultado bueno, o sea el 66.6% de efectividad. Todos estos resultados con respecto a los pacientes que usaron el mismo medicamento.

Cuadro No. 1

NUMERO Y PORCENTAJE DE LOS PACIENTES CON PITYRIASIS VERSICOLOR, QUE SE SOMETIERON AL TRATAMIENTO CON LOS DIFERENTES MEDICAMENTOS

MEDICAMENTO	NUMERO DE PACIENTES
hiposulfito de sodio	12
sulfuro de selenio	11
clotrimazol	12
T o t a l	35

NUMERO Y PORCENTAJE DE EFECTIVIDAD DE LOS MEDICAMENTOS USADOS EN EL TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES CON PITYRIASIS VERSICOLOR

RESULTADOS	No. DE PTES. QUE OBTUVIERON DIBO RESULTADO CON HIPOSULFITO DE SODIO	% DE EFECTIVIDAD DE PACIENTES QUE OBTUVIERON RESULTADO BUENO	CON SULFURO DE SELENIO		CON CLOTRIMAZOL	
			FUO DE CIENTES QUE OBTUVIERON RESULTADO BUENO	%	TRIMA ZOL	%
BUENO	10	83.3	9	81.8	8	66.6
REGULAR	1	8.4	0	0.0	4	33.4
MALO	1	8.3	2	16.2	0	0.0
TOTAL	12	100	11	100	12	100

La aplicación de la prueba denominada "chi cuadrado" a los resultados estadísticos del estudio de casos realizado, proporcionó los siguientes resultados:

Cuadro No. 3

MEDICAMENTOS	Datos esperados (E)	Datos observados (O)
hiposulfito de sodio	12	10
sulfuro de selenio	11	9
clotrimazol	12	8
T o t a l	27	35

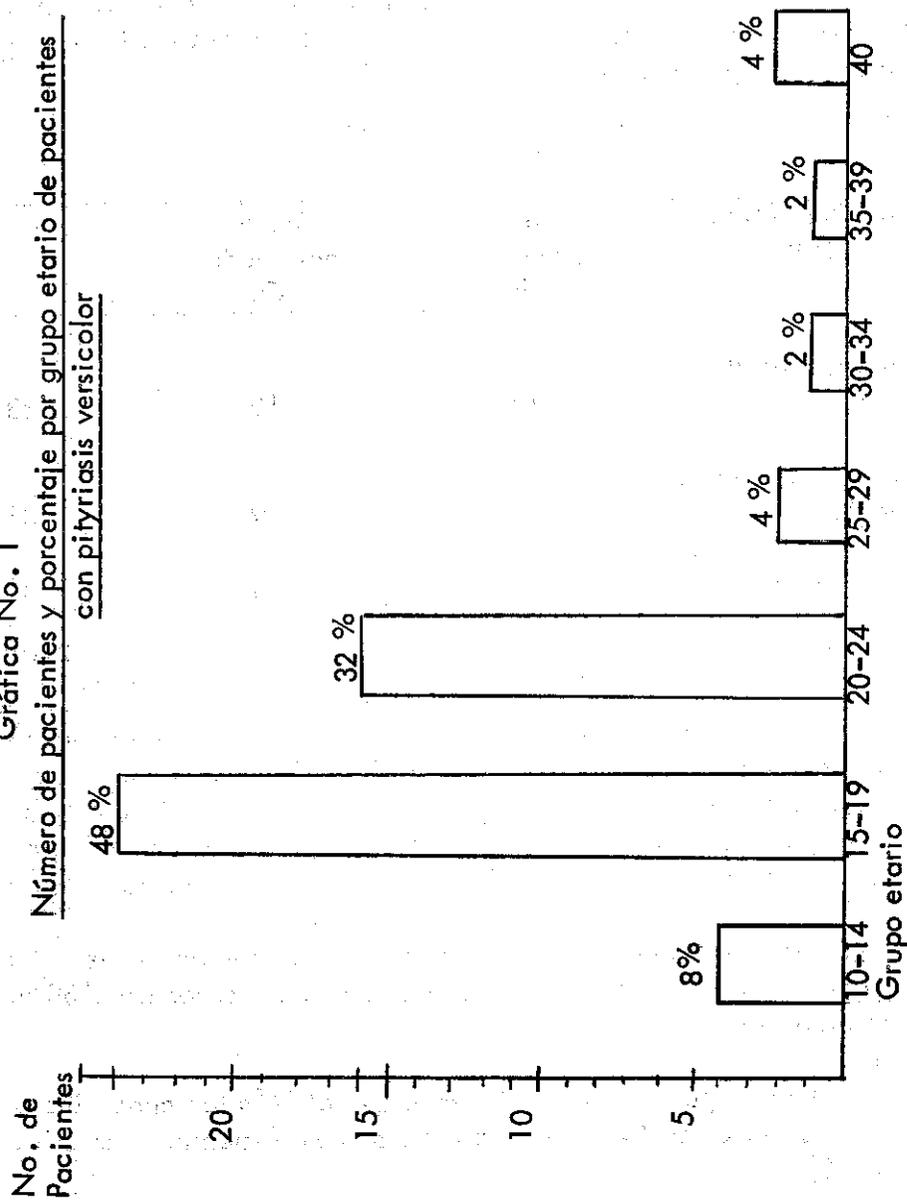
El valor encontrado en la tabla, aplicando un grado de libertad y 1% de significación es de 6.635, de donde cada medicamento estuvo por debajo de dicha cifra, que se traduce en no poder afirmar que todos tuvieron validez, y que el medicamento que menos factores aleatorios operaron fue el clotrimazol.

La edad más frecuente en la mayoría de pacientes fue comprendida entre los 15 a los 24 años, que correspondió al 8 (gráfica No. 1).

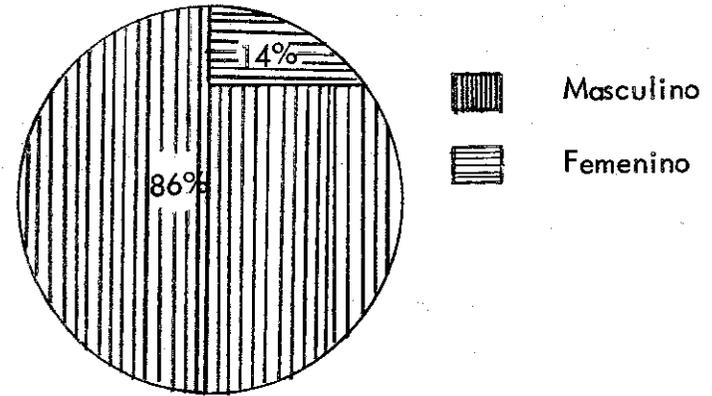
Con respecto al sexo, tenemos que el 86% fue masculino y el restante, o sea 14%, correspondió al sexo femenino. (gráfica No. 2).

Gráfica No. 1

Número de pacientes y porcentaje por grupo etario de pacientes con pitiriasis versicolor



Gráfica No. 2
Porcentajes que corresponden al sexo, en los pacientes que entraron al estudio



En cuanto a la OCUPACION, el cuadro No. 3 nos muestra las diferentes y más frecuentes, en cuanto a este parámetro:

Cuadro No. 4

CUADRO QUE CORRESPONDE A LA OCUPACION:

Tipo de ocupación	No. de pacientes	%
Soldado	24	48%
Estudiante	10	20%
Pescador	6	12%
Salvavidas	6	12%
Of. domésticos	2	4%
Panadero	1	2%
Estivador	1	2%
T o t a l	50	100%

CUADRO CORRESPONDIENTES A REGION ANATOMICA AFECTADA

REGION ANATOMICA AFECTADA	%
tórax posterior	34
tórax anterior	27
cara	12
cuello	12
hombro	8
abdomen	7
posterior de brazo	5
anterior de brazo	1
anterior de antebrazo	1
T o t a l	100

En 15 de las personas sometidas al estudio existía el antecedente familiar del mismo problema así:

- en el 80.3% un solo familiar
- en el 13.3% dos familiares
- en el 6.2% tres familiares

En todo paciente que se diagnosticó dicha depidermofitosis se encontró el antecedente de hiperhidrosis, ya fuere por el tipo de actividad física desempeñada, o sencillamente por el clima tropical imperante de esta región.

El prurito fue el síntoma más común de los dos referidos, presentándose en 13 casos o sea el 91.8% y sensación de ardor en un solo caso o sea el 7.1%.

Del 50% del total de pacientes que refirieron cambios morfológicos y de coloración antes de iniciar el estudio, el 44% refirió cambios de coloración, 32% fue de tamaño y el 24% fue aumento del número de lesiones.

Con respecto a las áreas anatómicas afectadas en el momento de hacer el estudio, tenemos que 52% del total de pacientes, tenían lesiones en más de una región anatómica, en la siguiente forma: 34% en 2 regiones y 18% en más de 2 regiones, de donde tenemos que el 48% lo fue en una sola región anatómica.

En cuanto al área anatómica afectada, al momento de iniciar el estudio, tenemos que, fue en tórax posterior el área de mayor presentación de las lesiones con 34%; seguido de tórax anterior con 27%; cara, cuello con 12% c/u; región de hombro 8%; abdomen 7%; región posterior de brazo 5%; y regiones anteriores de brazo y antebrazo así como muslo 1% cada uno. (cuadro No. 5).

DISCUSION

La técnica del "Scotch Test" a pesar de que fue comenzada a usar, hace más de 50 años (9), es todavía desconocida en nuestro medio. En los estudios que fueron revisados y en la cuál fue usada dicha técnica, la preparación era coloreada con azul de metileno. (5,7,9) En el presente estudio resultó ser 100% efectiva y más práctica, ya que no se usó colorante.

Con respecto a la eficacia de los medicamentos usados, existen estudios por ejemplo los del Dr: L. Gip, (5,7) usando solo clotrimazol (uno de 43 pacientes y otro de 22) en los cuales tuvo 100% de efectividad en el primero y 86% en el otro estudio. En otro estudio de Cox Cardoso (4), en 53 pacientes usando hiposulfito de sodio al 40% y sulfuro de selenio al 1%. obtuvo el 100% de efectividad. En el presente estudio se excluyeron 15 pacientes por mal seguimiento del tratamiento, por lo que se efectuó solo con 35 pacientes, siendo divididos entonces en tres grupos así: 12 pacientes con hiposulfito de sodio; 12 tratados con clotrimazol y 11 pacientes controlados con sulfuro de selenio, el mejor resultado lo obtuvo el grupo que usó hiposulfito de sodio con 83.3% de efectividad (P: .33), el segundo medicamento en efectividad fue el sulfuro de selenio con 81.8% (: .36) y el clotrimazol con un 66.6% (P: 1.33) fue tercero, en su orden.

Los resultados de los diferentes parámetros estudiados, Edad, Sexo, Ocupación. Padecimiento en familiares, síntomas, cambios clínicos, áreas anatómicas de inicio de las lesiones así como tiempo de duración, fueron obtenidos al referirlos cada paciente, por lo tanto son resultados subjetivos, pero que suelen tener validez para el presente estudio.

Con respecto a la edad se obtuvo similares resultados que en la literatura revisada, (4,6,8,9,14,15,17) en donde el adulto joven es el que más lo padece. En cuanto al sexo, por la razón de haber entrado en el presente estudio un grupo militar, no es posible obtener un dato real, pero al analizar solo el grupo civil tendremos un dato más cercano a la realidad, correspondiendo en la siguiente forma: 73.3% para el sexo masculino y 26.7% para el femenino, de donde varía con respecto a la literatura revisada, donde aparece similar en ambos sexos. (4,6,8,9,14,15,17) Respecto a la ocupación se encontró en todos el antecedente de hiperhidrosis por el tipo de actividad física desarrollada, factor este que puede influir en el apareamiento de esta epidermofitosis. (9,15)

CONCLUSIONES

- 1.- La técnica del "Scotch Test" es tan efectiva y mucho más práctica que la preparación con hidróxido de potasio.
- 2.- El medicamento que resultó más efectivo y económico fue el hiposulfito de sodio.
- 3.- Por ser un problema asintomático, la mayoría de veces, el aspecto cosmético es el único problema para el paciente.
- 4.- La hiperhidrosis es un factor predisponente, ya pues que, se encontró en todos los pacientes.
- 5.- La pityriasis versicolor es una epidermofitosis, la cual, a menudo se encuentra en otros miembros de la familia del paciente.
- 6.- El prurito es el síntoma dominante.
- 7.- Veintiseis pacientes (52%), presentaron lesiones en más de una región anatómica.
- 8.- El área anatómica más frecuentemente afectada fue tórax posterior (34%).
- 9.- Los pacientes de sexo masculino (86%) predominaron en el presente estudio.

RESUMEN

Un total de 35 pacientes se trató con 3 medicamentos, cuales fueron: Hiposulfito de Sodio al 30%, Sulfuro de Selenio al 1%, así como Clotrimazol al 1%, previo diagnóstico por laboratorio utilizando la técnica del Scotch Test sin tinción o con el puesto alguno, así como el material obtenido del raspado de lesiones con solución de hidróxido de potasio al 10%. Dichos pacientes eran todos pobladores del municipio del Puerto de Saratoga, de distintas edades, razas, sexos y ocupaciones.

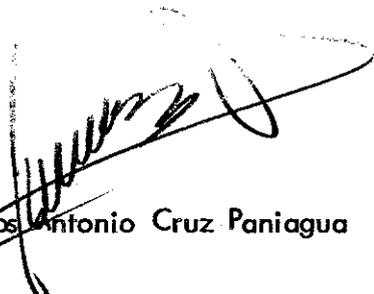
Se efectuó control a las 4 semanas de iniciado el tratamiento, usando solamente la técnica del "Scotch Test" y la respuesta clínica de las lesiones, según la clasificación diseñada.

Dicha técnica de la cinta celulosa transparente resultó tan efectiva y más práctica que la de preparación con hidróxido de potasio.

El Hiposulfito de Sodio resultó ser, no sólo el medicamento más efectivo, sino además el más económico.

BIBLIOGRAFIA

1. Allen H.B. et al; hiperpigmented tinea versicolor; Arch dermatol 12 (8): 1110-2, Aug 76.
2. Barnes N. G., et al; Sanning electron microoscopy of tinea versicolor organisms. (malassezia furfur-pi tyrosporom orbiculare), Arch Dermatol 107:392-4 Mar 73.
3. Clayton R.; Dobule - blin trial of 1% Clotrimazole cream and Whitfield Ointment in the treatment of Pityriasis versicolor; Arch Dermatol 113 (6); 849-50, Jun 77.
4. Cox Cardoso. Alberto; Pityriasis versicolor. Estudio comparativo de acoes terapeuticas, revista Brasileira de Medicina vol 26 No. 10 Oct. 69.
5. Gip L.; The Topical therapy of Pityriasis Versicolor with clotrimazole post grad Med J. Suppl 1; 59-60 Jul 74.
6. Gay Prieto. José; Dermatología 7a. Edición; Editorial Científico-Médica 1971 pag: 198-200.
7. Gip L.; Clotrimazol resultados del tratamiento local de la Pityriasis Versicolor; Clin. (Bayer AG) (Medical Micology) p.p 43-44 1975.
8. Giorko-Giorkos. Alejandro; Pityriasis Versicolor en las islas Canarias Dermatología revista Mexicana; 21(1): 39-42 Abril 77.
9. Lewis, George M; An introduction to medical micology, - 4a. Edición, the Year Book publishers Inc., p.p. 165-174.
10. Lever Walter F.M. D.; Histopathology of the Skin; Edición J. B. Lippincott Company, 1962 pág. 271.
11. Macotela Ruiz E. et al; Therapeutic evaluation of Piroctone olamine ointment on dermatophytes an tinea versicolor; Pre sa Médica Mex. 39(5-6): 294.7 May-Jun 74.
12. Mascaró, J.M.; Pityriasis Versicolor Atrófica; Revista Mexicana de Dermatología; 20 (3); 329-334 Dic 76.
13. Montgomery, Hamilton M. D.; Dermapathology, Vol. Harper & Row publishers New York, Evanstr and London 1960 p.p. 571.
14. Robinson y Robinson; Dermatología Clínica; Editorial Interamericana S.A. 1960; pág. 26.
15. Rippon, Jhon Willard, Medical Micology, The pathogenic fungi and the pathogenic Actinomycetes, W.B.; San Company Philadelphia 1974 p.p. 84-87.
16. Rudolph R.I., et al; inverse tinea versicolor; Arch Dermatol 111 (9); 1213, Sept 75.
17. Soto Melo. J.; Dermatología 1a. Edición; Editorial Médica Interamericana S.A. 1975 pág. 96.



Br. Carlos Antonio Cruz Paniagua

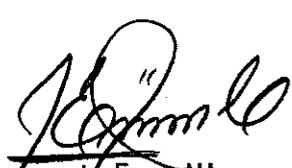


Asesor
Dr. Miguel E. Robles S.



Revisor

Dr. Eduardo Pérez G.



Director de Fase III
Dr. Julio de Leon

Secretario General
Dr. Raúl Castillo R.

Vo.Bo.



Decano
Dr. Rolando Castillo Montalvo