



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA**

TEMA:

**Caracterización de la población con diagnóstico de vitiligo
entre 20-80 años atendida en el hospital Teodoro Maldonado
Carbo del periodo 2020-2022.**

AUTORES:

**Delgado Montero Mariuxi Isabel
Moncada Moreira Adrianna Nathaly**

**Trabajo de titulación previo a la obtención del título de
MÉDICO**

TUTOR:

Dra. Abarca Coloma Luz Clara

Guayaquil, Ecuador

29 de septiembre del 2023



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación, fue realizado en su totalidad por **Delgado Montero Mariuxi Isabel** y **Moncada Moreira Adrianna Nathaly**, como requerimiento para la obtención del título de **médico**.

TUTORA



Firmado electrónicamente por:
LUZ CLARA ABARCA
COLOMA

f. _____

Dra. Abarca Coloma Luz Clara

DIRECTOR DE LA CARRERA

f. _____

Dr. Aguirre Martínez Juan Luis, Mgs.

Guayaquil, a los 29 días del mes de septiembre del año 2023



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Nosotras: **Delgado Montero Mariuxi Isabel y Moncada Moreira Adrianna
Nathaly**

DECLARAMOS QUE:

El Trabajo de Titulación: **Caracterización de la población con diagnóstico de vitiligo entre 20-80 años atendida en el hospital Teodoro Maldonado Carbo del periodo 2020-2022**, previo a la obtención del título de **médico** ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de nuestra total autoría.

En virtud de esta declaración, nos responsabilizamos del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los 29 días del mes de septiembre del año 2023

AUTORAS:



f. _____

Delgado Montero Mariuxi Isabel



f. _____

Moncada Moreira Adrianna Nathaly



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA

AUTORIZACIÓN

Nosotras: **Delgado Montero Mariuxi Isabel y Moncada Moreira Adrianna
Nathaly**

Autorizamos a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación: **Caracterización de la población con diagnóstico de vitiligo entre 20-80 años atendida en el hospital Teodoro Maldonado Carbo del periodo 2020-2022**, cuyo contenido, ideas y criterios son de nuestra exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 29 del mes de septiembre del año 2023

AUTORAS:



f. _____

Delgado Montero Mariuxi Isabel



f. _____

Moncada Moreira Adrianna Nathaly



Vitiligo

< 1%
Similitudes



< 1% Texto entre comillas
< 1% similitudes entre comillas
0% idioma no reconocido

Nombre del documento: Tesis Vitiligo de Delgado y Moncada.docx
ID del documento: a8129a260c62d2b8811c92037a903a249e2871f3
Tamaño del documento original: 1,13 MB
Autor: Adrianna Moncada

Depositante: Adrianna Moncada
Fecha de depósito: 4/8/2023
Tipo de carga: ur_submission
fecha de fin de análisis: 6/8/2023

Número de palabras: 9491
Número de caracteres: 63.310

Ubicación de las similitudes en el documento:



Fuentes principales detectadas

N°	Descripciones	Similitudes	Ubicaciones	Datos adicionales
1	localhost Caracterización de pacientes con nefritis lúpica del Hospital de Especiali... http://localhost:8080/envia/bxstream/3317/12582/3/T-UCSG-PRE-MED-836.pdf.txt 38 fuentes similares	4%		Palabras idénticas : 4% (375 palabras)
2	localhost Caracterización epidemiológica del reflujo vesicoureteral primario en la p... http://localhost:8080/envia/bxstream/3317/18806/3/T-UCSG-PRE-MED-1253.pdf.txt 29 fuentes similares	4%		Palabras idénticas : 4% (347 palabras)
3	localhost Factores de riesgo asociado al prolapso genital en pacientes de 40 a 60 a... http://localhost:8080/envia/bxstream/3317/11413/3/T-UCSG-PRE-MED-726.pdf.txt 28 fuentes similares	4%		Palabras idénticas : 4% (352 palabras)
4	localhost Factores de riesgo asociados a enfermedad hemorroidal en pacientes m... http://localhost:8080/envia/bxstream/3317/16687/3/T-UCSG-PRE-MED-1087.pdf.txt 29 fuentes similares	4%		Palabras idénticas : 4% (324 palabras)
5	localhost Prevalencia de vitiligo y análisis de la morbilidad asociada de los ojos (T... http://localhost:8080/envia/bxstream/3317/15494/3/T-UCSG-PRE-MED-1057.pdf.txt 28 fuentes similares	3%		Palabras idénticas : 3% (284 palabras)

Fuentes con similitudes fortuitas

N°	Descripciones	Similitudes	Ubicaciones	Datos adicionales
1	hdl.handle.net Perfil epidemiológico y manifestaciones clínicas de pacientes con vit... https://hdl.handle.net/20.500.12727/8794	< 1%		Palabras idénticas : < 1% (33 palabras)
2	localhost Estudio técnico económico para la elaboración de una planta productora ... http://localhost:8080/envia/bxstream/vdug/90657/3/CORNEL MONTERO KEVIN CARLOS.pdf.txt	< 1%		Palabras idénticas : < 1% (20 palabras)
3	www.revista-portalesmedicos.com Revisión actualizada de la patogénesis y del tr... https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/revison-actualizada-de-la-patogenesis-y-del-	< 1%		Palabras idénticas : < 1% (15 palabras)
4	localhost Comorbilidad en pacientes con tuberculosis en el Hospital Eugenio Espejo http://localhost:8080/envia/bxstream/vdug/90632/3/CD 2123- ACHIG ARIAS, EILEEN VICKY.pdf.txt	< 1%		Palabras idénticas : < 1% (13 palabras)
5	localhost *Prevalencia de Acanthosis Nigricans, Enfermedad Cardiovascular, Síndro... http://localhost:8080/envia/bxstream/3317/71/3/T-UCSG-POS-EGM-DE-1.pdf.txt	< 1%		Palabras idénticas : < 1% (10 palabras)



LUZ CLARA ABARCA
COLOMA

AGRADECIMIENTOS

A mi familia, por haber sido un soporte incondicional en las distintas situaciones tanto buenas como malas durante estos años, gracias por su sacrificio y fe en mí. A mi compañera y amiga, Adrianna Moncada, quien me ha dado su apoyo desde primer ciclo, sin la cual estoy segura de que no hubiera llegado a este punto de la carrera. A mi pareja, por haberme recordado la confianza que debo tener en mí y en mis capacidades cada día. A los amigos que hice en la carrera, quienes hicieron del camino más llevadero.

Mariuxi Isabel Delgado Montero

Dios ha sido mi guía y fortaleza durante la carrera, le doy gracias por haber fomentado en mí, la vocación y el espíritu de servicio hacia los demás. Agradezco a mis padres por su esfuerzo y su confianza por permitirme estudiar medicina. Mi reconocimiento a Mariuxi Delgado, mi amiga desde primer ciclo y compañera de tesis, realizar la tesis con ella fue maravilloso y nostálgico por ser la culminación de la carrera que nos unió. También doy gracias por las amistades, los docentes y los conocimientos que adquirí a lo largo de este camino.

Adrianna Nathaly Moncada Moreira

DEDICATORIA

A mis padres, Otto Delgado y María Auxiliadora Montero.

A mi perrita Simple, gracias por acompañarme durante 8 años y haberme dado el amor más puro. Siempre vivirás en mi corazón.

Mariuxi Isabel Delgado Montero

Dedicado a mis padres Manuel Moncada y Kerly Moreira, a mi hermano Manuel Moncada Moreira y a mi abuelita Olga Villacrés, quienes han estado presentes en mi formación profesional siendo mis pilares fundamentales para seguir mis metas. Mención especial para quienes no están conmigo físicamente, pero en mi corazón vivirán eternamente: a mi Abuelito Felipe Moncada, y a mis angelitos de cuatro patas, mi Buddy, Tom y Tommy, quienes estuvieron durante mi carrera y se desvelaban conmigo mientras estudiaba, como actualmente Mía y Kiara lo hacen.

Adrianna Nathaly Moncada Moreira



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA**

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

Dr. Juan Luis Aguirre Martínez
DECANO O DIRECTOR DE CARRERA

f. _____

Dr. Diego Antonio Vásquez Cedeño
COORDINADOR DEL ÁREA O DOCENTE DE LA CARRERA

f. _____

(NOMBRES Y APELLIDOS)
OPONENTE



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA**

APELLIDOS Y NOMBRES	NOTA FINAL DEL TUTOR
Delgado Montero Mariuxi Isabel	
Moncada Moreira Adrianna Nathaly	

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	2
CAPÍTULO I	3
EL PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN	3
1.1. Planteamiento del problema	3
2.1 Objetivos	3
3.1 Justificación	3
CAPÍTULO II	5
MARCO TEÓRICO	5
2.1 Definición	5
2.2. Epidemiología	5
2.3. Etiopatogenia	6
2.4. Clasificación	7
2.5. Características clínicas	9
2.6. Diagnóstico	11
2.7. Tratamiento	13
2.8. Pronóstico	17
CAPÍTULO III	18
METODOLOGÍA Y ANÁLISIS DE RESULTADOS	18
3.1. Tipo de investigación	18
3.2. Técnicas e instrumentos de investigación	18
3.3. Universo y población	18
3.4. Operacionalización de variables de investigación	19
3.5. Análisis estadístico	21
3.6. Representación estadística de los resultados	21
3.7. Discusión	29
CONCLUSIONES	31

RECOMENDACIONES.....	32
BIBLIOGRAFÍA.....	33
ANEXOS.....	36

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Género de los pacientes del estudio.....	36
Tabla 2. Promedio de edad de los pacientes del estudio.	36
Tabla 3. Procedencia de los pacientes del estudio.....	37
Tabla 4. Distribución del vitiligo en los pacientes del estudio.	37
Tabla 5. Afectación por vitiligo de áreas expuestas al sol.	38
Tabla 6. Localización del vitiligo en área del cuerpo	38
Tabla 7. Actividad del vitiligo en los pacientes del estudio.	39
Tabla 8. Presencia de antecedentes patológicos personales (categorías) en los pacientes del estudio.....	39
Tabla 9. Enfermedades específicas de cada categoría en los pacientes del estudio.	40
Tabla 10. Manejo del vitiligo en los pacientes del estudio.	41
Tabla 11. Tratamiento tópico para el vitiligo utilizado por los pacientes del estudio.	42

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Género de los pacientes del estudio.	21
Gráfico 2. Grupos edad en los pacientes del estudio.....	22
Gráfico 3. Procedencia de los pacientes del estudio.	22
Gráfico 4. Distribución del vitiligo en los pacientes del estudio.....	23
Gráfico 5. Afectación por vitiligo en áreas expuestas al sol en los pacientes del estudio.	23
Gráfico 6. Localización más frecuente de las de lesiones de vitiligo en los pacientes del estudio.	24
Gráfico 7. Actividad del vitiligo en los pacientes del estudio.	25
Gráfico 8. Presencia de antecedentes patológicos personales (categorías) en los pacientes del estudio.....	26
Gráfico 9. Enfermedades específicas de cada categoría en los pacientes del estudio.	27
Gráfico 10. Manejo del vitiligo en los pacientes del estudio.....	28
Gráfico 11. Tratamiento tópico para el vitiligo utilizado por los pacientes del estudio.	28

RESUMEN

Antecedentes: el vitiligo es una afección cutánea caracterizada por la presencia de máculas acrómicas que afecta a la población mundial en un 0.002 a 2.28%. Se considera impredecible y de etiología desconocida, aunque se cree que se relaciona con un sinnúmero de enfermedades. En Ecuador sus datos son escasos, se estima que se presentan 100 casos nuevos por año.

Materiales y métodos: estudio descriptivo, observacional, retrospectivo, transversal realizado en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo durante el periodo 2020-2022, constituido por 277 pacientes con diagnóstico de vitiligo.

Resultados: de los pacientes analizados, 151 (54,5%) son de sexo masculino y 126 (45,5%) de sexo femenino; presentando una edad media de presentación de 51 años. La mayoría presentó una distribución no segmentaria (75,5%). La localización más común fue en extremidades, con 166 pacientes (40,8%) presentando afectación en esta zona. A su vez, la mayoría mostró enfermedad activa (59,2%). El grupo de enfermedades más comunes en este grupo fueron las metabólicas, presentándose en 114 pacientes (35,8%), con diabetes mellitus a la cabeza (23,1%). El manejo más utilizado fue terapia tópica, lo cual se observó en 150 pacientes (54,2%), siendo la betametasona la más utilizada (59,0%). **Conclusiones:** el vitiligo es más común en varones con una media de 51 años. La mayoría de las lesiones se desarrolla en áreas expuestas al sol y un elevado número de pacientes presenta antecedentes patológicos personales, lo cual podría ser indicador de una relación del vitiligo con estas.

Palabras Claves: *Vitíligo, Desorden de Pigmentación, Máculas Acrómica o Hipocrómicas, Parches Pigmentarios, Pérdida de Melanocito, Dermatitis Crónica.*

ABSTRACT

Background: vitiligo is a skin condition characterized by the presence of achromic macules that affects 0.002 – 2.28% of the world's population. It is considered unpredictable and of unknown etiology, although it's believed to be related to other diseases. In Ecuador data is scarce, but it is estimated that there are 100 new cases per year. **Materials and methods:** descriptive, observational, retrospective, cross-sectional study carried out at Teodoro Maldonado Hospital during the period 2020-2022 consisting of 277 patients diagnosed with vitiligo. **Results:** of the patients analyzed, 151 (54,5%) were male and 126 (45,5%) were female; presenting a mean age of 51 years. Most of them presented a non-segmental distribution (75,5%). The most common location was the extremities, with 166 (40,8%) patients presenting involvement in this area. The majority showed active disease (59,2%). The most common group of diseases in this group were metabolic diseases, occurring in 114 patients (35,8%), with diabetes mellitus in the lead (23,1%). The most used management was topical therapy, which was observed in 150 patients (54,2%), with betamethasone being the most used (59,0%). **Conclusions:** vitiligo is more common in males with a mean age of 51 years. Most of the lesions develop in sun-exposed areas and a high number of patients have a personal pathological history, which could be an indicator of vitiligo with these.

Keywords: *Vitiligo, Pigmentation Disorder, Achromic Or Hypochromic Macules, Pigmentary Patches, Melanocyte Loss, Chronic Dermatitis*

INTRODUCCIÓN

El vitiligo se define como una dermatosis crónica que se caracteriza por la presencia de máculas acrómicas que se distribuyen en cualquier zona del cuerpo de quien la padece. Es considerado como la causa más común de despigmentación cutánea. No parece demostrar predilección por raza, etnia, edad ni estado socioeconómico.

Su etiología es desconocida, pero se ha observado su presencia junto con distintas patologías como alopecia areata, psoriasis, diabetes mellitus, artritis reumatoidea, lupus eritematoso sistémico, hipotiroidismo, entre otros, lo cual aumenta la importancia de la investigación de su presencia.

Su manejo incluye diversos tratamientos tópicos y fototerapia, pero su curso clínico es impredecible. Las lesiones pueden permanecer estables o avanzar lentamente. En otros casos pueden ser rápidamente progresivas. La mayoría de los pacientes experimentan periodos alternantes entre despigmentación y estabilidad de la enfermedad.

A pesar de que el vitiligo aparenta ser únicamente un trastorno estético o quizás signo de una enfermedad de base, es de gran importancia tener en cuenta que a su vez se ha hallado en personas con un sinnúmero de problemas psicosociales, lo cual podría indicar una relación entre ambas.

La investigación sobre datos acerca de las personas que padecen esta patología puede contribuir no solo a un aumento del conocimiento sobre el vitiligo, sino también puede servir como base que permita la realización de estudios especialmente de causalidad que contribuyan a comprender de mejor manera la etiología y así establecer una evaluación y manejo adecuados.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN

1.1. Planteamiento del problema

En Ecuador los datos acerca del vitiligo son limitados. Por medio de este estudio se busca identificar los distintos datos que caracterizan a la población con esta patología en pacientes de 20 a 80 atendidos en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo en el periodo 2020-2022, mediante revisión de historias clínicas, con el fin de establecer información de importancia que contribuya a los conocimientos epidemiológicos y a la investigación a futuro.

2.1 Objetivos

Objetivo general

Describir las características de la población con vitiligo en pacientes entre los 20 a 80 años atendidos en el Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo en el periodo 2020 – 2022.

Objetivos específicos

- Determinar el género y la edad con mayor prevalencia de vitiligo
- Analizar las zonas de mayor afectación
- Identificar las patologías asociadas al vitiligo en la población de estudio

3.1 Justificación

El vitiligo aparentemente no es únicamente una patología que afecta la estética cutánea. Esta enfermedad, según diversas investigaciones, podría ser manifestación de otras patologías. Un ejemplo de esto es el hipotiroidismo, del cual se podría sospechar al examinar la piel del paciente y hallar vitiligo.(1)

Por otro lado, se ha evidenciado un número elevado de pacientes con depresión y ansiedad que además sufren de vitiligo.(2) Esto podría indicar a su vez una probable relación entre ambas. Cabe recalcar que, según el

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, en 2020 hubo 7.103 ingresos hospitalarios por trastornos mentales, de los cuales 466 se debieron a episodios depresivos recurrentes y 846, a trastornos de ansiedad. (3)

La importancia de este estudio radica en su capacidad para aportar información a los datos escasos que existen sobre esta patología en el Ecuador, poniendo en evidencia sus características y las distintas enfermedades que a su vez presentan estos pacientes. Dichos datos servirán como base para la búsqueda de relaciones causales entre las patologías encontradas, mejorando así el método de evaluación y manejo que se provee.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Definición

El vitiligo es una discromía adquirida, crónica y recurrente que se caracteriza por la aparición de parches de despigmentación. Estos son máculas acrómicas o hipocrómicas por lo general asintomáticas, que afectan distintos lugares de cuerpo de quien lo padece. (4)

El trastorno de pigmentación del vitiligo remonta su significado al 2200 antes de Cristo, denotando un cambio del color de la piel, traduciéndola a una mancha, que comúnmente crece de tamaño y corresponde a la pérdida de la función de los melanocitos epidérmicos, y en menos frecuencia a los folículos pilosos. (5)

Actualmente, se cree que su concepto abarca la agresión autoinmune contra los melanocitos, produciendo la pérdida de estos. Su importancia no solo comprende la repercusión sobre el aspecto de la piel, sino también sobre el estado psicosocial del paciente. (4)

2.2. Epidemiología

La aparición de las máculas hipopigmentadas o acrómicas del vitiligo es más frecuente entre los 10 a 30 años, con una media de 20 años. Esta patología afecta tanto a hombres como mujeres de igual manera, sin distinción socioeconómica. A su vez, no muestra predilección por ningún fototipo específico de piel de Fitzpatrick. (6)

La prevalencia de vitiligo es suficientemente versátil en todo el mundo, siendo más habitual en Oceanía (1,2%), África (0,4 %) y Europa (0,4 %), que en América del Norte (0,2 %) y Asia (0,1 %). La tasa de prevalencia varía entre el 0.1 a 2% tanto en adultos como niños. (7)

Los datos epidemiológicos son considerablemente reducidos en Latinoamérica. En el estudio realizado por Dellatorre et al. en la población brasileña, la prevalencia es de 0.54%, con una edad media de aparición de 13 años para vitiligo segmentario, y 22 años en caso de vitiligo no segmentario. (8)

Asimismo, en Ecuador son pocos los datos que indican la prevalencia y las características de esta enfermedad en la población. Uraga afirma que en el Centro Privado de Piel “Dr. Enrique Uraga Peña”, se evidencian 100 casos nuevos por año, con una edad media de 32 años, siendo más común en mujeres que en hombres. (9)

2.3. Etiopatogenia

Hasta el día de hoy, la patogénesis del vitiligo sigue siendo poco clara. A pesar de esto, se han establecido múltiples factores que, según diversos estudios, podrían relacionarse con el desarrollo de la enfermedad:

2.3.1 Factores genéticos y autoinmunes

Distintos estudios han relacionado al vitiligo con un sinnúmero de variantes genéticas. Dentro de estos se incluyen genes que se asocian con afectación de la autofagia en melanocitos, tales como BNIP3, TNFSF10, FOS PEX3, RGS19, DAPK1, SERPINA1, GRID1, CX3CL1, DLC1, entre otros. (10)

La autofagia reduce el estrés oxidativo mediante remoción de organelos y proteínas innecesarias o afectadas. Si esta se ve afectada aumenta el estrés oxidativo, causando un daño mediado por radicales libres que inducen degeneración del melanocito.(10)

Por otro lado, las investigaciones han demostrado una probable relación entre el vitiligo y distintas enfermedades autoinmunes, que incluyen tiroiditis de Hashimoto, enfermedad de Graves, diabetes mellitus tipo 1, alopecia areata, anemia perniciosa, artritis reumatoidea, psoriasis, entre otras. (11)

Con el fin de apoyar lo mencionado anteriormente, diversos estudios han analizado genes que se han hallado en otras enfermedades autoinmunes y en vitiligo, incluyendo PTPN22, LPP, IL2RA, UBASH3A, C1QTNF6. Además

del factor genético, se han reportado distintas anomalías inmunes en estos pacientes. (12)

Entre dichas anomalías se encuentra la presencia de autoanticuerpos específicos, como antitiroglobulina, antiperoxidasa tiroidea, anti – células parietales, y anticuerpos antinucleares. La presencia de estos respalda la idea de un vínculo entre estas enfermedades. (12)

2.3.2. Factor ambiental autotóxico

Esta hipótesis indica que, cuando se está expuesto a ciertos químicos, estos pueden interferir con el funcionamiento o la supervivencia de los melanocitos mediante distintas vías, tales como destrucción celular por formación de radicales libres y alteración en la producción o transferencia de melanosomas. (13)

A manera de ejemplo, el estudio realizado por Kammeyer et al, indica que muchos fenoles, como el monobencil éter de hidroquinona inducen despigmentación local que se expande a zonas no expuestas, mostrando despigmentación clínica e histológicamente indistinguible del vitiligo. (13)

2.3.3. Factor neural

Esta teoría indica que existen terminaciones nerviosas cercanas a los melanocitos que pueden secretar un mediador neuroquímico citotóxico para dichas células. Se apoya en el hecho de que la distribución de las áreas despigmentadas en vitiligo segmentario se relaciona con dermatomas. (14)

Además, se ha evidenciado vitiligo luego de ciertos trastornos neurológicos tales como encefalitis viral, esclerosis múltiple con síndrome de Horner e injuria nerviosa periférica. Por otro lado, se ha hallado degeneración axonal en nervios dérmicos de piel con vitiligo, a diferencia de la piel normal. (14)

2.4. Clasificación

La división se basa en tres grupos: por el patrón de despigmentación, por la distribución de las máculas y por la actividad de la enfermedad.

2.4.1. Según el patrón de despigmentación

- Bicolor: mácula de vitiligo con piel normal que la rodea. (4)
- Tricrómico: caracterizado por la presencia de otro tono de despigmentación entre la mácula y la piel sana. (4)
- Cuadricrómico: con una zona de despigmentación en otro tono añadido al vitiligo tricrómico. (4)
- Pentacrómico: se considera una combinación de máculas acrómicas e hipocrómicas con hiperpigmentación que suele seguir una secuencia de color blanco, bronceado, café, hiperpigmentación grisácea y piel normal. Es poco común. (4)
- Inflamatorio: la mácula común de vitiligo junto con bordes eritematosos y sobreelevados, se asocia a terapia agresiva anterior.(4)
- En confeti o punctata: presencia de diversas máculas de vitiligo de 1 a 2 mm. (4)
- Folicular: afectación del pelo corporal que se halla en zonas de despigmentación.(4)

2.4.2. Según la distribución

- Vitiligo no segmentario: es el tipo de vitiligo más observado en pacientes con trastornos autoinmunes.(15)
 - Acrofacial: una de las variantes más comunes del vitiligo no segmentario. Se localiza en el rostro, la cabeza, manos y pies. (15)
 - Generalizado: al igual que el anterior, es uno de los tipos más frecuentes. Se caracteriza por la presencia de máculas bilaterales simétricas de distribución aleatoria en múltiples áreas del cuerpo, usualmente en cara, tronco y extremidades. Ubicado en menos del 80% de la superficie corporal.(15)
 - Universal: a diferencia del anterior, compromete más del 80% del cuerpo y resulta de una progresión del vitiligo generalizado. Pocas áreas de la piel y vello se encuentran intactas.(15)

- Mucoso: por lo general, este afecta la mucosa genital y/o bucal. Puede ocurrir como manifestación aislada o junto con vitiligo generalizado.(15)
- Mixto: inicia a manera de vitiligo segmentario que se generaliza.
- Menor: pérdida de la pigmentación de manera incompleta con áreas pálidas de la piel, no completamente acrómicas. Más común en personas con pigmentación oscura de la piel.(15)
- Vitiligo segmentario: sucede en aproximadamente el 5 – 15% de los casos. Se caracteriza por la presencia de una mácula que sigue un patrón de dermatoma o cuasi dermatomal, sobre todo siguiendo el nervio trigémino. Su presentación suele ser súbita, y se estabiliza en 1 a 2 años. Se subclasifica en:(15)
 - Unisegmentario: se manifiesta por presentar maculas unilaterales.(15)
 - Bisegmentario: dos lesiones distribuidas en uno o en ambos lados del cuerpo. (15)
 - Plurisegmentario: múltiples lesiones unilaterales o bilaterales.(15)

2.4.3. Según la actividad

- Estable: sin desarrollo de nuevas lesiones dentro de los últimos 12 meses y sin progresión de las lesiones previas dentro del mismo periodo de tiempo. (16)
- Progresivo: nuevas lesiones o progresión de las lesiones previas dentro de los últimos 12 meses. (16)
- Rápidamente progresivo: empeoramiento abrupto de las lesiones anteriores o nuevas lesiones.(16)
- Regresivo: repigmentación espontánea de las lesiones preexistentes.(16)

2.5. Características clínicas

El inicio del vitiligo es usualmente insidioso, sin aparente causa. Sin embargo, en aproximadamente el 20% de los casos este se desarrolla tras una

quemadura solar severa o de grave estrés emocional o físico. En la mayoría de los pacientes se ha evidenciado una evolución progresiva. (17)

Esta patología se manifiesta mediante la presencia de máculas despigmentadas, delimitadas y generalmente sin presencia de signos inflamatorios, con piel normal a su alrededor. Su forma suele ser redondeada u ovalada. Las máculas se caracterizan por ser acrómicas, aunque en ciertos casos pueden mostrar más de un tono. (17)

Ejemplos de lo anteriormente mencionado incluyen el vitiligo tricrómico, caracterizado por la presencia de 3 tonos: tono de piel no afectada, áreas hipocrómicas y máculas acrómicas; al igual que el vitiligo pentacrómico y cuadrícromico. (18)

A pesar de que el vitiligo puede aparecer en cualquier parte del cuerpo, las lesiones muestran predilección por la cara, espalda, dorso de las manos, muñecas, tobillos, axilas, rodillas, codos, labios, encías y región anogenital. Su tamaño es variable, yendo de pocos milímetros hasta muchos centímetros. (18)

Las máculas son por lo general asintomáticas, pero en ciertos casos puede desarrollarse vitiligo de tipo inflamatorio, el cual se caracteriza por lesiones asociadas a eritema, descamación y prurito en el borde. Tienen predisposición a eritema post exposición solar debido a su alta sensibilidad a las quemaduras solares. (18)

El vitiligo suele asociarse a poliosis, al igual que al fenómeno de Koebner en un 20 a 60% de los casos. Este fenómeno se refiere a la aparición de nuevas lesiones en piel previamente no afectada, de manera secundaria a trauma físico. Puede suceder en cualquier parte del cuerpo, y ejemplos de causas incluyen tatuajes y quemaduras. (19)

Se considera que la piel afectada con vitiligo es resistente a la dermatitis en respuesta a alérgenos de contacto, y que a su vez, tiene una propiedad remarcable de resistencia al desarrollo de cáncer cutáneo de tipo no melanoma, en contraste con la piel del albinismo. (11)

El vitiligo puede también afectar células pigmentarias del ojo, oído y leptomeninges. Se ha podido evidenciar dicho compromiso en aproximadamente el 35% de los casos. No suele asociarse con otra clase de síntomas ni disminución de la agudeza visual, pues las molestias presentadas se deben a las enfermedades asociadas. (20)

Además de la afectación cutánea que el vitiligo causa, las personas que lo padecen también parecen desarrollar trastornos psicológicos debido a sus evidentes efectos cosméticos. Según Simons et al, aproximadamente el 75% los pacientes con vitiligo presentan alguna consecuencia psicológica/psiquiátrica. (17)

Dentro de las condiciones psicológicas y psiquiátricas más prevalentes en los pacientes con vitiligo se encuentran la depresión y la ansiedad, las cuales pueden afectar el autoestima de quien lo padece e inducir aislamiento social. También se ha podido evidenciar que los pacientes con vitiligo experimentan discriminación. (21)

Según el estudio realizado por Nasser et al, la prevalencia de depresión moderada a severa fue de 80%, seguida por ansiedad moderada a severa y estrés severo con porcentajes de 78% y 76% respectivamente. A su vez se han registrado inconvenientes sexuales en 10% de los pacientes con vitiligo, y dificultades en sus habilidades sociales. (2)

2.6. Diagnóstico

El vitiligo puede ser diagnosticado clínicamente. Ciertos elementos de la historia clínica que ayudan en su diagnóstico incluyen: edad de inicio, probables desencadenantes, síntomas asociados, progresión o extensión, comorbilidades, exposición actual/previa a químicos, antecedentes familiares de vitiligo o enfermedades autoinmunes, calidad de vida, impacto psicológico y psicosocial. (11)

Dentro de las herramientas que ayudan en el diagnóstico se encuentra la lámpara de Wood, dispositivo que emite luz ultravioleta A. Este es especialmente beneficioso en pacientes con fototipos de piel clara. Bajo esta

lámpara, las máculas emiten una fluorescencia azul blanca brillante, y muestran una marcada delimitación. (22)

El dermatoscopio, dispositivo que facilita la observación de las lesiones mediante amplificación de la imagen, suele ser útil con la finalidad de diferenciar las máculas de otras enfermedades con patrones similares de hipopigmentación. Las máculas de vitiligo usualmente muestran pigmentación perifolicular residual y telangiectasias. (9)

La biopsia no se realiza rutinariamente, aunque puede ser de ayuda para el diagnóstico diferencial. El hallazgo esencial es la ausencia de melanocitos en la epidermis. Puede observarse aumento de células dendríticas, y en caso de ser de tipo inflamatorio, presencia de linfocitos en el borde de la lesión. (11)

Se deben realizar pruebas de laboratorio con la finalidad de descartar la presencia de enfermedades que puedan asociarse al vitiligo. Se recomienda solicitar exámenes tales como función tiroidea, antígenos y anticuerpos tiroideos, VSG, PCR, anti PCC, factor reumatoide, entre otros. (16)

2.6.1. Diagnóstico diferencial

- Nevo acrómico: es un área de despigmentación o hipopigmentación circunscrita usualmente presente al nacer o detectada durante los primeros años de vida. La patología no suele ser progresiva y bajo la lámpara de Wood, se observa como una lesión blanca pálida. (11)
- Pitiriasis versicolor: se caracteriza por lesiones hipopigmentadas ligeramente descamativas y secas usualmente en tórax, que podrían asociarse a prurito leve. Bajo la lámpara de Wood se observan de color amarillo – dorado. (11)
- Hipomelanosis guttata idiopática: se caracteriza por la presencia de máculas acrómicas de aproximadamente 2 – 5 mm de diámetro asintomáticas en áreas expuestas al sol, comúnmente en antebrazos, piernas y tronco. Las lesiones suelen tener bordes irregulares y no progresan. En lámpara de Wood no se acentúan las lesiones ni se observa marcado el contraste entre la mácula y la piel que la rodea. (11)

- Nevo de Sutton: es un nevo pigmentado que está rodeado por un halo redondo u ovalado acrómico. Es una mácula asinotomática que puede progresar o no.(4)
- Piebaldismo: es un trastorno autosómico dominante poco común caracterizado por despigmentación de la línea media anterior y poliosis localizada. Puede haber máculas despigmentadas irregulares en el tronco y extremidades. Muestran predilección por la frente y mentón. (4)
- Hipomelanosis macular progresiva: se caracteriza por la presencia de máculas hipopigmentadas en el tronco debido a C. acnes. Bajo lámpara de Wood, se observan como lesiones puntiformes de color anaranjado – rojo. (11)
- Liquen escleroso: se pueden observar lesiones atróficas acrómicas que afectan con mayor frecuencia la región anogenital. Típicamente se asocia con prurito, descamación. (4)
- Micosis fungoide hipopigmentada: se presenta a manera de máculas hipopigmentadas con descamación leve y atrofia. Puede haber telangiectasias asociadas. (4)

2.7. Tratamiento

La elección de la modalidad de tratamiento para el vitiligo depende de la severidad de la enfermedad, su actividad, preferencia del paciente (costos y accesibilidad) y de la evaluación de la respuesta al tratamiento. Dentro de los tratamientos se incluye la fototerapia, inmunosupresores sistémicos/locales y técnicas quirúrgicas. (23)

2.7.1. Estabilización de la patología

En aquellos casos de progresión acelerada de la enfermedad, se sugiere el uso de glucocorticoides sistémicos a bajas dosis. Regímenes de estos incluyen: (23)

- Prednisona oral 10 – 20 mg al día durante dos semanas
- Dexametasona oral 2.5 mg dos días consecutivos a la semana durante 3 meses
- Triamcinolona intramuscular 40 mg dosis única, puede ser repetido en 4 – 6 semanas con un máximo de 3 inyecciones

A este tratamiento se le puede añadir el uso de fototerapia. Según estudios, en pacientes con enfermedad activa y máculas que afectan múltiples zonas del cuerpo, el uso combinado de corticoides sistémicos y fototerapia puede ser más efectivo que la administración aislada de corticoides.(23)

El uso únicamente de fototerapia se debe considerar en caso de contraindicación de corticoides. Se recomienda su administración dos a tres veces a la semana. Esta terapia requiere de seis meses a un año para lograr los resultados óptimos de estabilización y repigmentación. (23)

2.7.2. Vitiligo no segmentario

< 10% del área corporal

- Enfermedad localizada: se recomienda corticoides tópicos de moderada – alta potencia o inhibidores tópicos de la calcineurina. Dentro de estos se incluyen: (15)
 - Corticoides: se colocan una vez al día en caso de potencia alta, y dos veces al día en caso de potencia media.
 - Mometasona al 0.1%
 - Fluticasona al 0.05%
 - Betametasona al 0.05%
 - Triamcinolona al 0.5%
 - Clobetasol al 0.025%
 - Inhibidores de la calcineurina: se administran dos veces al día
 - Tacrolimus al 0.1%
 - Pimecrolimus al 1%
- Enfermedad diseminada: el tratamiento de elección es la fototerapia generalizada, administrada 2 – 3 veces por semana. Se ha evidenciado

que menos de 50 sesiones son usualmente suficientes para lograr resultados óptimos. (23)

- Enfermedad refractaria: se sugiere el uso de fototerapia localizada de 2 a 3 veces por semana o procedimientos de trasplante, tales como injertos autólogos o cultivos autólogos de melanocitos. (24)

>10 – 40% del área corporal

- Fototerapia generalizada: es la terapia de primera línea. Se debe realizar de dos a tres veces por semana con una duración promedio de 9 a 12 meses, y en caso de presentar repigmentación continua, se puede disminuir el número de sesiones. Se puede combinar con corticoides tópicos de potencia media o inhibidores tópicos de la calcineurina. (23)
- PUVA: se refiere a la administración de fototerapia junto con psoraleno, medicamento que aumenta la sensibilidad de la piel a la luz ultravioleta. Se recomienda su administración dos veces a la semana. Sin embargo, por presentar efectos adversos más importantes en comparación con la fototerapia de cuerpo entero, no es actualmente el tratamiento de elección. (23)

>40% del área corporal

- Fototerapia de cuerpo entero o PUVA: el régimen y la duración son similares a los mencionados anteriormente. (23)
- Despigmentación: en pacientes con enfermedad extensa y refractaria se puede llevar a cabo la despigmentación de las áreas residuales normalmente pigmentadas. La monobenzona es el agente despigmentante más comúnmente utilizado. Se inicia con terapia tópica al 10% por un mes, aumentando la dosis al 20% posteriormente. Se aplica en áreas de pigmentación normal 1 – 2 veces al día.(18)

2.7.3. Vitiligo segmentario

- Corticoides tópicos: ej. mometasona al 0.1%. (24)
- Inhibidores tópicos de la calcineurina: ej. tacrolimus al 1%. (25)

- Fototerapia localizada: en el mismo régimen que se mencionó anteriormente. (25)

2.7.4. Evaluación de respuesta al tratamiento

La respuesta al tratamiento del vitiligo puede ser lenta y en fases iniciales, suele ser sutil. Debido a esto, se recomienda llevar un registro fotográfico para establecer la extensión de la enfermedad, documentar su evolución y evaluar la respuesta a su manejo. (26)

Se considera que hay respuesta inicial al tratamiento cuando se puede observar aparición de áreas perifoliculares de repigmentación en la placa. Esta suele comenzar de 8 – 12 semanas luego del inicio del tratamiento, o luego de 15 – 20 sesiones de fototerapia. (22)

Es importante que el paciente se encuentre delante de una pared con color uniforme, el uso de una escala de referencia para medir el tamaño de las máculas y utilizar la iluminación adecuada con la finalidad de evitar evaluaciones imprecisas que afecten el futuro tratamiento. (26)

Distintas organizaciones han propuesto herramientas para evaluar la respuesta al tratamiento. Una de estas es la Vitiligo Area Scoring Index (VASI), la cual divide al cuerpo en 5 regiones que incluyen manos, extremidades superiores e inferiores, tronco y pies. Se utiliza la mano completa del paciente para medir la superficie afectada, la cual representa 1% de la superficie corporal total. (27)

Posterior a esto, se debe medir en porcentajes la despigmentación residual en las áreas afectadas, siendo 100% sin presencia de repigmentación y 10%, pocas áreas despigmentadas. La fórmula es unidades de manos x despigmentación residual. (27)

Esta, junto con otras herramientas que tienen el mismo propósito, pueden ayudar al profesional de la salud para llevar mejor registro de la evolución de la enfermedad. Sin embargo, se consideran poco confiables, por lo que es más recomendable el uso de la evidencia fotográfica. (27)

Por otro lado, el Journal of American Medical Association of Dermatology ha descrito distintos marcadores y signos clínicos de progresión de la enfermedad que también pueden tenerse en cuenta para su evaluación. Entre estos se incluyen vitiligo tricómico y tipo confetti, fenómeno de Kobner y niveles elevados de quimiocinas como CXCL9 y CXCL10. (28)

2.8. Pronóstico

El vitiligo tiene un pronóstico incierto al ser una enfermedad con un curso altamente impredecible. Se ha identificado mayor probabilidad de progresión y de extensión de la enfermedad cuando el inicio de la patología se da a temprana edad. (23)

Si bien el tratamiento puede controlar la propagación de la patología e inducir repigmentación, muchos de quienes la padecen experimentan ciclos de reducción o pérdida del pigmento junto con periodos de inactividad de la enfermedad durante prácticamente toda su vida. (23)

Las recaídas son un problema común en los pacientes con esta enfermedad. Distintos los estudios indican que aproximadamente 40 – 50% de los pacientes con vitiligo sufren de recaídas dentro de 1 año de haber descontinuado su tratamiento.(28)

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

3.1. Tipo de investigación

Diseño observacional, retrospectivo, transversal, descriptivo. Estudio de adultos que sido diagnosticados con vitiligo en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo en el periodo 2020 - 2022.

3.2. Técnicas e instrumentos de investigación

Se obtuvo la base de datos del hospital Teodoro Maldonado Carbo (HTMC) emitida por el departamento de tecnología, investigación y comunicación en salud (TICS). Los pacientes incluidos fueron aquellos con código CIE-10 L80 (vitiligo) con edades entre 20 – 80 años que hayan sido atendidos entre los años 2020 y 2022 en el departamento de consulta externa de dermatología del HTMC. La información recolectada fue almacenada en una hoja de Microsoft Excel 2016. Posteriormente fue analizada mediante el programa IBM SPSS Statistics V29.0.

3.3. Universo y población

El universo estuvo conformado por un total de 320 pacientes correspondientes al diagnóstico CIE-10: L80 (vitiligo), de este grupo se excluyeron 43 pacientes por no cumplir los criterios de inclusión, obteniendo una población de 277 pacientes que corresponden a los casos de vitiligo atendidos en el área de dermatología del Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo entre los años 2020 a 2022.

3.3.1. Criterios de inclusión

- Pacientes con diagnóstico de vitiligo (CIE-10 L80).
- Pacientes que fueron atendidos en el servicio de dermatología de consulta externa del Hospital Teodoro Maldonado Carbo en el periodo de 2020 – 2022.
- Pacientes con edades entre 20 – 80 años.

3.3.2. Criterios de exclusión

- Pacientes con información incompleta en la historia clínica.
- Pacientes que no hayan recibido tratamiento.

3.4. Operacionalización de variables de investigación

Variable	Definición	Tipo	Resultado
Género	Registro del género humano	Categórica nominal dicotómica	Femenino Masculino
Edad	Periodo entre nacimiento y el estudio	Numérica discreta	20-80 años
Procedencia	Sitio de residencia	Categórica nominal dicotómica	Urbano Rural
Distribución	Disposición de las lesiones en el cuerpo	Categórica nominal dicotómica	No segmentario Segmentario
Localización	Zona anatómica específica afectada	Categórica nominal politómica	Cara/cuero cabelludo Cuello Tronco Extremidades Genitales

Afectación de áreas expuestas al sol	Presencia de lesiones en áreas descubiertas	Categórica nominal dicotómica	Sí No
Actividad de la enfermedad	Estabilidad de la patología	Categórica nominal dicotómica	Activa Inactiva
Antecedentes patológicos personales	Enfermedades que presentan actualmente los pacientes	Categórica nominal politómica	Trastornos metabólicos Trastornos autoinmunes Trastornos mentales Trastornos genéticos
Manejo	Tipo de tratamiento	Categórica nominal politómica	Fototerapia Terapia tópica Ambas terapias
Terapia tópica	Cremas utilizadas en la terapia tópica	Categórica nominal politómica	Betametasona Calcipotriol Urea Tacrolimus

3.5. Análisis estadístico

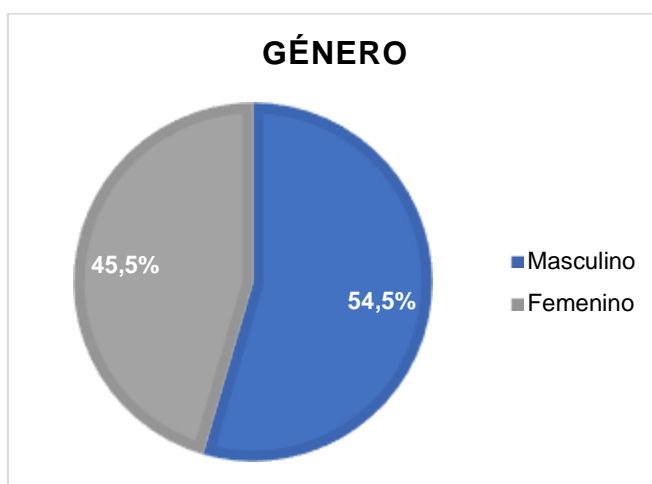
Luego de la recolección de los datos en Microsoft Excel, estos fueron analizados mediante el software IBM SPSS Statistics. Se realizaron tablas estadísticas de frecuencia y porcentajes. También se obtuvieron gráficos circulares, de barras y columnas.

3.6. Representación estadística de los resultados

La población corresponde a 320 pacientes que acudieron al servicio de dermatología de consulta externa del Hospital Teodoro Maldonado Carbo durante el periodo 2020-2022. De los cuales se obtuvieron 277 pacientes de muestra.

Entre los datos demográficos de estudio, se evidenció que 151 pacientes correspondieron al sexo masculino (54,5%) y 126 al sexo femenino (45,5%) (tabla 1). Además, la edad media de presentación fue de 51 años (tabla 2) y se puede observar una mayor distribución de casos en el intervalo de edad de 53 a 60 años.

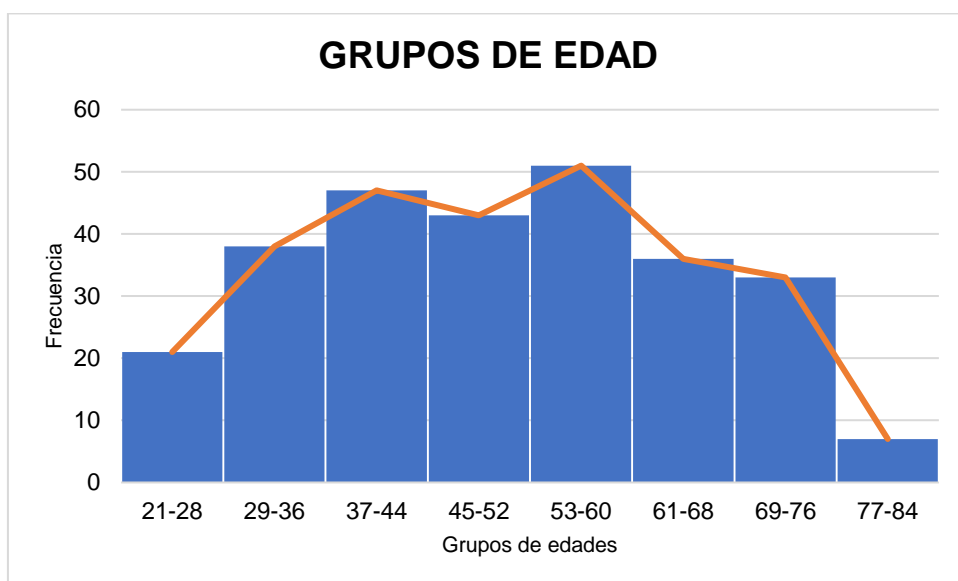
Gráfico 1. Género de los pacientes del estudio.



Fuente: base de datos institucional, HTMC 2020-2022.

Elaborado por: Delgado Montero Mariuxi Isabel, Moncada Moreira Adrianna Nathaly.

Gráfico 2. Grupos edad en los pacientes del estudio.

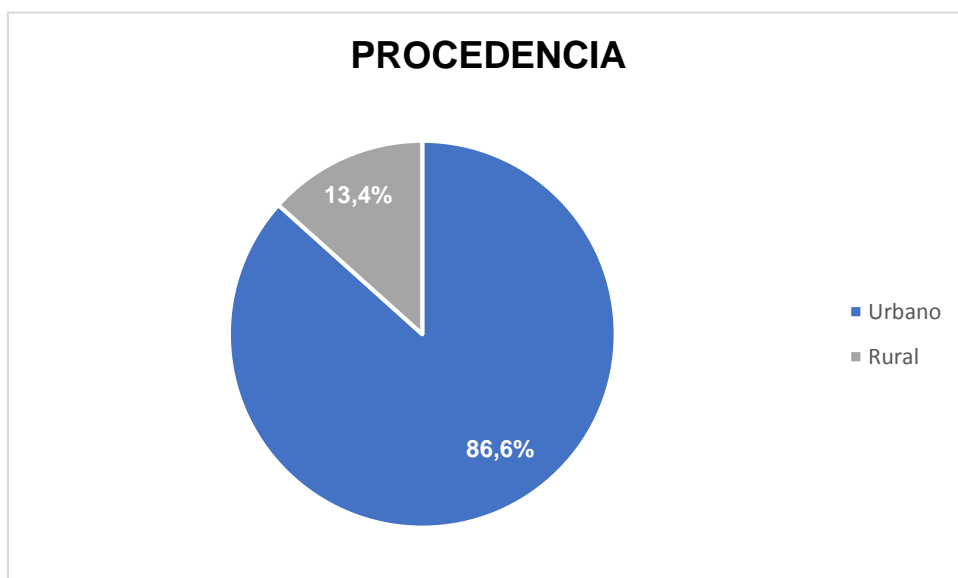


Fuente: base de datos institucional, HTMC 2020-2022.

Elaborado por: Delgado Montero Mariuxi Isabel, Moncada Moreira Adrianna Nathaly.

Con respecto a la procedencia de los pacientes estudiados, se evidenció que 240 de los pacientes (86,6%) procedían de un ambiente urbano, mientras que los 37 restantes (13,4%), de uno rural (tabla 3). Por otro lado, se observó que 209 personas presentaron vitiligo no segmentario (75,5%), frente a 68 que presentó vitiligo segmentario (24,5%) (tabla 4).

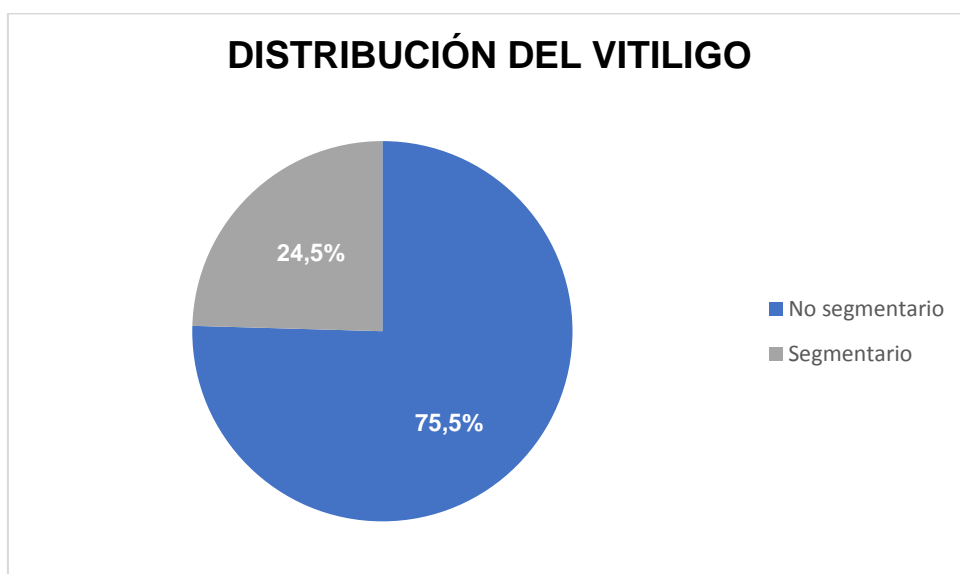
Gráfico 3. Procedencia de los pacientes del estudio.



Fuente: base de datos institucional, HTMC 2020-2022.

Elaborado por: Delgado Montero Mariuxi Isabel, Moncada Moreira Adrianna Nathaly.

Gráfico 4. Distribución del vitiligo en los pacientes del estudio.

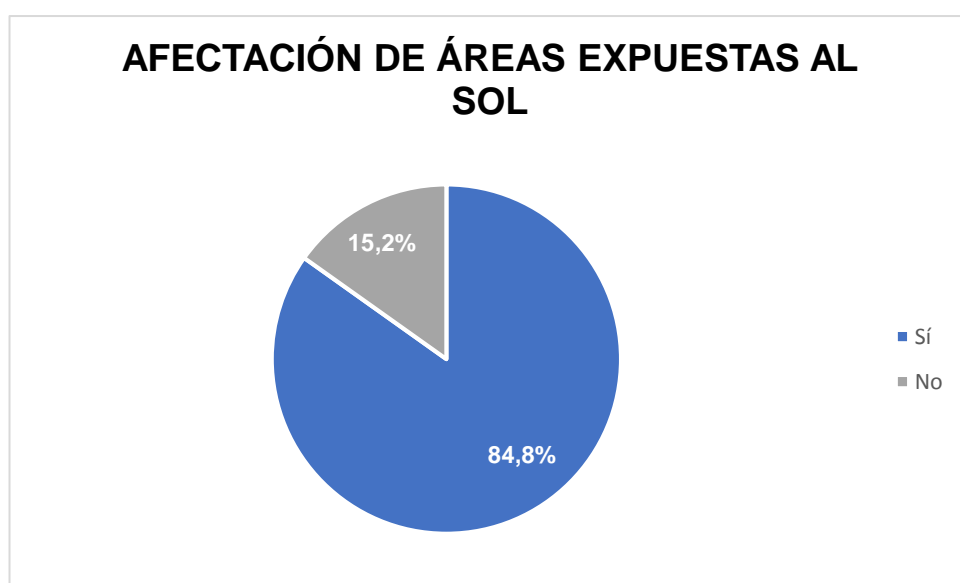


Fuente: base de datos institucional, HTMC 2020-2022.

Elaborado por: Delgado Montero Mariuxi Isabel, Moncada Moreira Adrianna Nathaly.

Por otro lado, se estudió la afectación de áreas expuestas al sol, donde se pudo evidenciar que la mayoría de las zonas afectadas por vitiligo sí correspondieron a localizaciones expuestas a la luz solar, con 235 pacientes (84,8%) presentando el vitiligo en áreas expuestas frente a 42 personas (15,2%) que presentaron vitiligo en áreas no expuestas (tabla 5).

Gráfico 5. Afectación por vitiligo en áreas expuestas al sol en los pacientes del estudio.

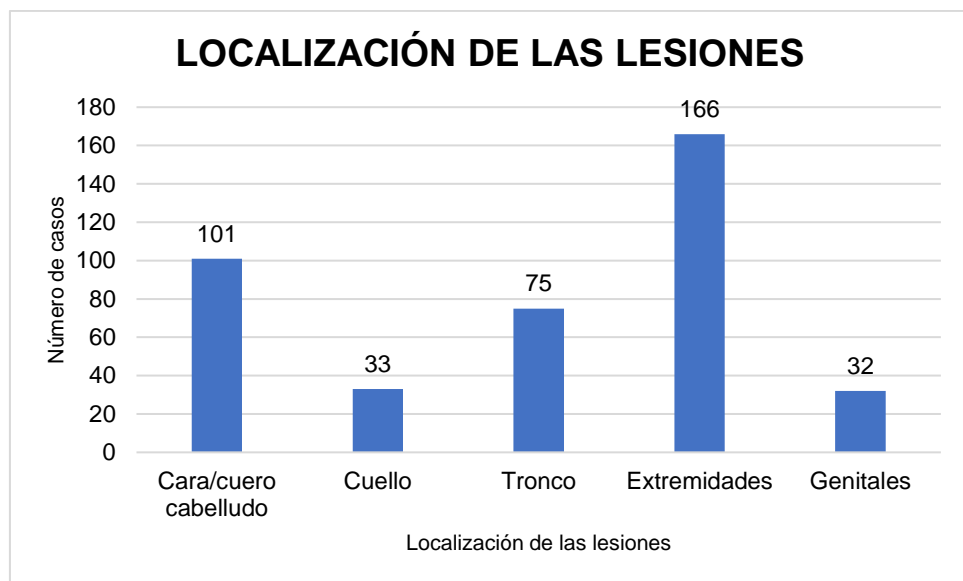


Fuente: base de datos institucional, HTMC 2020-2022.

Elaborado por: Delgado Montero Mariuxi Isabel, Moncada Moreira Adrianna Nathaly.

En cuanto a localización del vitiligo, 166 pacientes (40,8%) mostraron afectación de las extremidades, seguido por 101 pacientes (24,8%) con lesiones en cara/cuero cabelludo, 75 personas (18,4%) con afectación del tronco, 33 pacientes (8,1%) con lesiones en el cuello y 32 pacientes (7,9%) con afectación de genitales (tabla 6).

Gráfico 6. Localización más frecuente de las de lesiones de vitiligo en los pacientes del estudio.

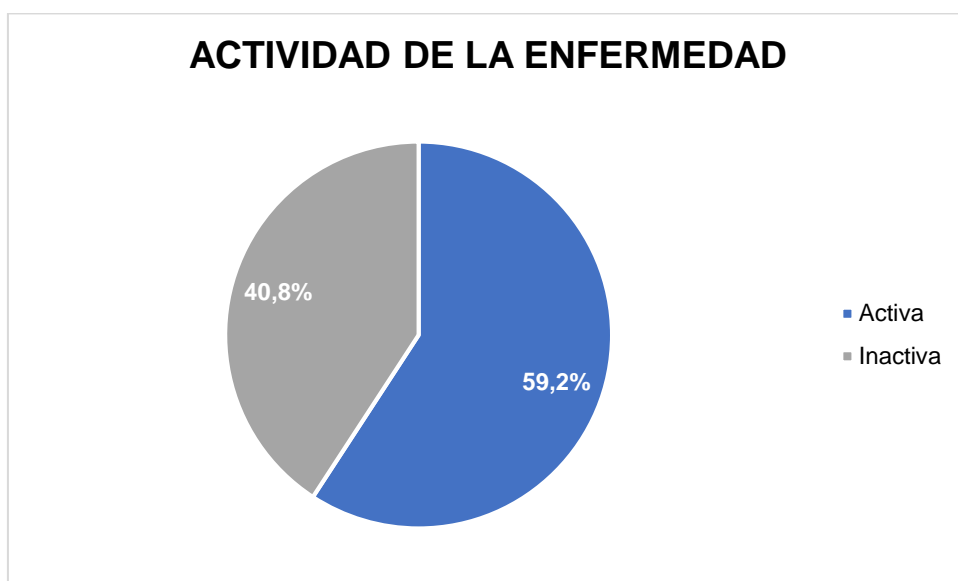


Fuente: base de datos institucional, HTMC 2020-2022.

Elaborado por: Delgado Montero Mariuxi Isabel, Moncada Moreira Adrianna Nathaly.

En cuanto a la actividad de la enfermedad, se pudo demostrar que la mayoría de las personas de la población estudiada presentaron enfermedad activa, mostrando 164 pacientes (59,2%) con enfermedad activa frente a 113 (40,8%) con enfermedad inactiva (tabla 7).

Gráfico 7. Actividad del vitiligo en los pacientes del estudio.

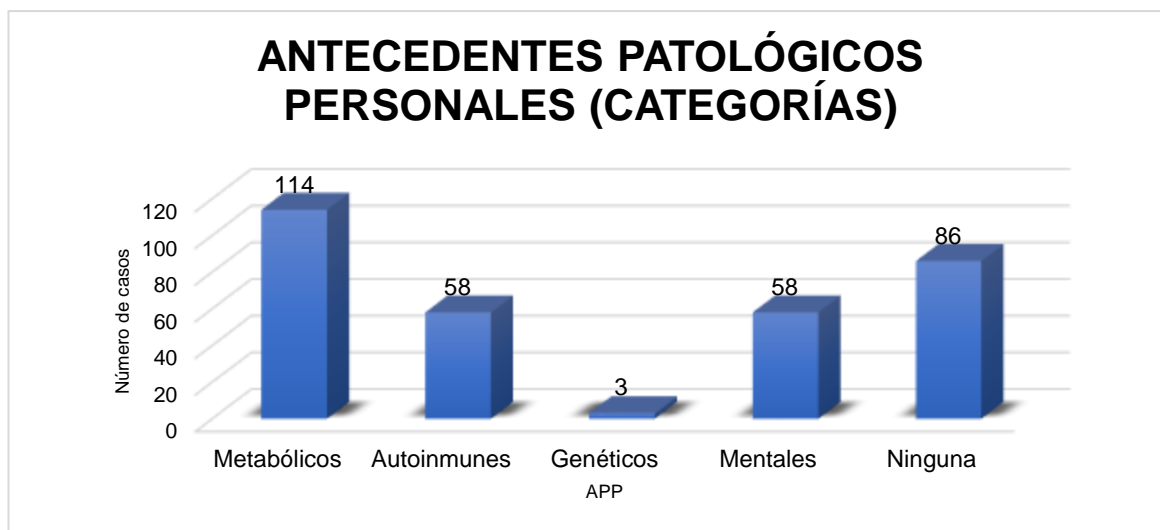


Fuente: base de datos institucional, HTMC 2020-2022.

Elaborado por: Delgado Montero Mariuxi Isabel, Moncada Moreira Adrianna Nathaly.

Además, se estudió la presencia de antecedentes patológicos personales. Se observó que hubo 114 (35,8%) pacientes con enfermedades metabólicas, seguido por 86 personas (27,0%) que no mostraron los antecedentes de estudio, enfermedades autoinmunes en 58 pacientes (18,1%), al igual que 58 personas (18,1%) con enfermedades mentales y finalmente 3 pacientes (1,0%) con enfermedades genéticas. (tabla 8)

Gráfico 8. Presencia de antecedentes patológicos personales (categorías) en los pacientes del estudio.

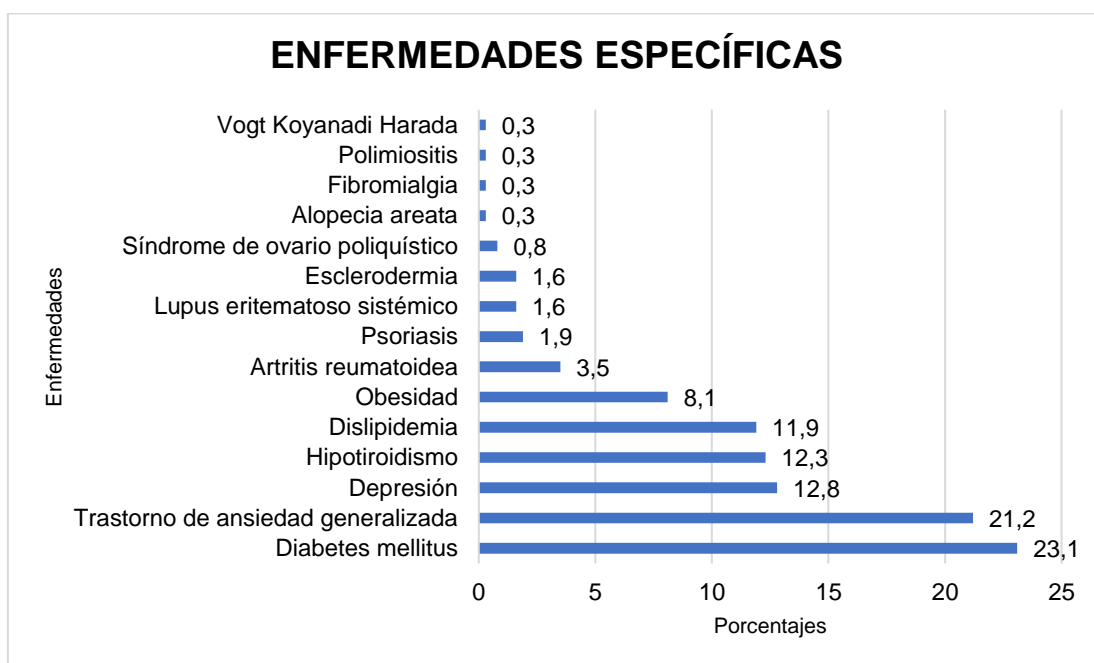


Fuente: base de datos institucional, HTMC 2020-2022.

Elaborado por: Delgado Montero Mariuxi Isabel, Moncada Moreira Adrianna Nathaly.

De estas categorías de enfermedades, se observó que la más frecuente fue diabetes mellitus, la cual se halló en 60 pacientes (23,1%), seguido por trastorno de ansiedad generalizada en 55 pacientes (21,2%), depresión en 33 pacientes (12,8%), hipotiroidismo en 32 (12,3%), dislipidemia en 31 pacientes (11,9%), obesidad en 21 (8,1%), artritis reumatoidea en 9 (3,5%), entre otras (tabla 9).

Gráfico 9. Enfermedades específicas de cada categoría en los pacientes del estudio.

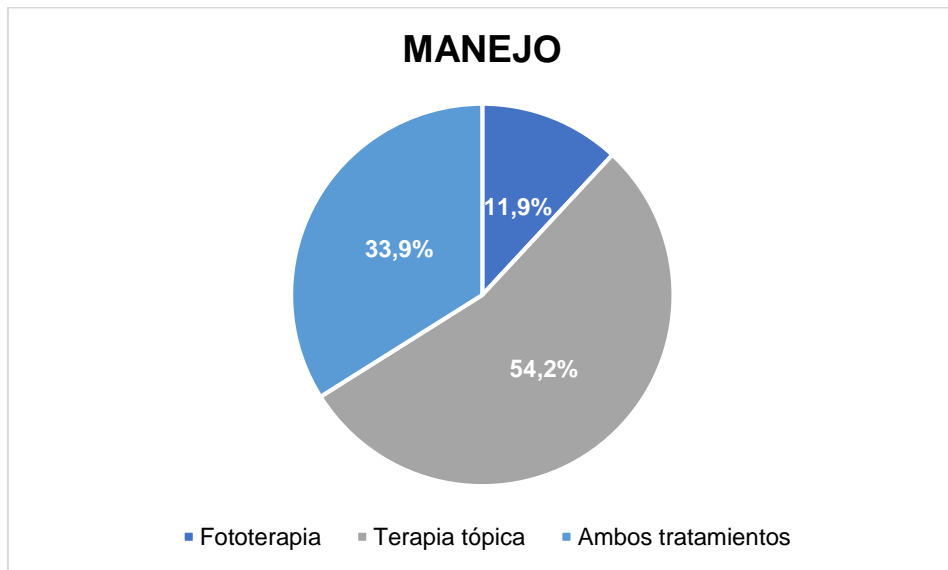


Fuente: base de datos institucional, HTMC 2020-2022.

Elaborado por: Delgado Montero Mariuxi Isabel, Moncada Moreira Adrianna Nathaly.

Por último, se analizó el manejo de la enfermedad. Donde se logró evidenciar que 150 pacientes (54,2%) utilizaron únicamente terapia tópica, mientras que 94 personas (33,9%) usaron una combinación de terapia tópica con fototerapia y 33 personas (11,9%) utilizaron solo fototerapia (tabla 10). En cuanto al tratamiento tópico, 209 personas utilizaron betametasona (59,0%), seguido por calcipotriol en 56 personas (16,0%), urea en 52 personas (15,0%) y tacrolimús por 37 personas (10,0%) (tabla 11).

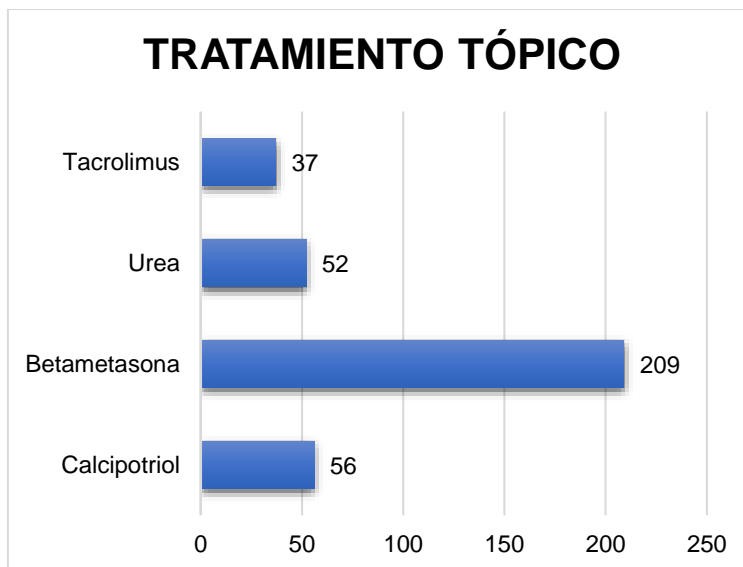
Gráfico 10. Manejo del vitiligo en los pacientes del estudio.



Fuente: base de datos institucional, HTMC 2020-2022.

Elaborado por: Delgado Montero Mariuxi Isabel, Moncada Moreira Adrianna Nathaly.

Gráfico 11. Tratamiento tópico para el vitiligo utilizado por los pacientes del estudio.



Fuente: base de datos institucional, HTMC 2020-2022.

Elaborado por: Delgado Montero Mariuxi Isabel, Moncada Moreira Adrianna Nathaly.

3.7. Discusión

A pesar de que esta patología no muestra predilección por ningún género, el estudio de Kang et al. demuestra predilección por el sexo femenino con una prevalencia de 53% frente a 47% en sexo masculino. Este estudio, en contraste, presenta hallazgos que indican mayor prevalencia en sexo masculino que en femenino, con un porcentaje de 54.5% en hombres vs. 45.5% en mujeres.(29)

Adicionalmente, en este estudio se encontró que el promedio de edad de los pacientes que acuden a consulta por vitiligo fue de 50 años. A diferencia del estudio de Fernández et al, quien pone en evidencia que la mayoría de los pacientes que asisten a su asesoramiento médico tienen menos de 20 años. (30)

Por otro lado, de acuerdo con Taneja et al, existen más casos de vitiligo no segmentario (83.5%) que de vitiligo segmentario (16.5%).(31) Estos datos se asemejan a lo encontrado en este estudio, en donde el tipo de vitiligo más frecuente según su distribución fue el no segmentario con un porcentaje de 75.5% frente a 24.5% en caso de vitiligo segmentario.

En este estudio se analizó a su vez la localización más frecuente de las lesiones acrómicas. Y se pudo hallar que el área de mayor afectación fueron las extremidades (40,8%), seguido por cara/cuero cabelludo (24,8%), tronco (18,4%), cuello (8,1%) y genitales (7,9%). Y a su vez, que la mayoría de las áreas afectadas fueron aquellas expuestas al sol, con un porcentaje de 84,8% frente a 15,2% en áreas no expuestas.

Estos hallazgos no difieren con aquellos encontrados por Tsadik et al, pues en su estudio, el sitio de mayor afectación fueron las extremidades (44.5%), seguido por cara y cuello (24%), tronco (14.8%) y, por último, el zona de genitales (8%).(32)

También se investigó la actividad de la enfermedad en la población de estudio. Según Uruga et al, la mayoría de los pacientes presentó una enfermedad activa, con un porcentaje de 65% frente a 35% de enfermedad inactiva. Datos

que son consistentes con este estudio, que muestra enfermedad activa en un 59,2% frente a 40,8% de enfermedad no activa. (9)

En el estudio realizado se analizó la prevalencia de antecedentes patológicos personales. El grupo de enfermedades que se encontró con mayor frecuencia en estos pacientes fueron las metabólicas (35,8%), seguido por las mentales (18,1%) y autoinmunes (18,1%) y finalmente las genéticas (1,0%). Hubo un 27,0% de pacientes que no presentaron antecedentes de las enfermedades en estudio.

Las enfermedades más frecuentes en la población del presente estudio incluyen diabetes mellitus (23,1%), trastorno de ansiedad generalizada (21,2%), depresión (12,8%); hipotiroidismo (12,3%); dislipidemia (11,9%), obesidad (8,1%), entre otras como artritis reumatoidea, psoriasis, lupus eritematoso sistémico, con porcentajes más reducidos.

Según el estudio de Ezzedine et al, los trastornos autoinmunes son los que más comúnmente se han encontrado en personas con vitiligo, siendo el más frecuente psoriasis (8.7%), seguido por artritis reumatoidea (7.8%), y esclerosis múltiple (5.5%). Por otro lado, las enfermedades no autoinmunes (%) incluyeron trastornos visuales (21.8%), artritis (14.9%), dolor de espalda (14.2%), ansiedad (13.4%) y depresión (11.3%). (33)

Asimismo, se logró evidenciar el manejo más frecuente en la población estudiada. La mayoría de la población utilizó únicamente terapia tópica (54.2%), seguido por ambos tratamientos (33.9%) y únicamente fototerapia (11.9%). En cuanto a la terapia tópica, la más utilizada fue betametasona (59,0%), seguida por calcipotriol (16,0%), urea (15,0%) y tacrolimús (10,0%).

Estos hallazgos son similares al del estudio realizado por Narayan et al, el 99% de los pacientes con vitiligo recibió tratamiento. De los cuales el uso de terapia tópica + fototerapia fue el más utilizado (68%). Por otro lado, 32% de los pacientes utilizaron únicamente terapia tópica. Y 8%, trasplante cutáneo. (34)

CONCLUSIONES

El vitiligo es una discromía que como ya fue indicado, se presenta a nivel mundial sin preferencia por edad, género, fototipo de piel, y nivel socioeconómico. A pesar de constituir una problemática extensa, son escasos los datos que se tienen acerca de esta patología.

El presente estudio demostró que es una enfermedad cutánea que afecta a partir de la quinta década de vida, siendo más común en varones. Sin embargo, en otros estudios epidemiológicos se ha evidenciado mayor afectación del sexo femenino.

La distribución más frecuentemente hallada fue la del vitiligo no segmentario, con presencia sobre todo de máculas a nivel de las extremidades, seguido por afectación de cara y cuero cabelludo. El mayor porcentaje de las áreas con lesiones fueron aquellas expuestas a la luz del sol.

Un 69% de los pacientes presentó antecedentes patológicos personales, frente a un 31% que no presentó ninguna enfermedad de base. El grupo de enfermedades más comunes fueron las metabólicas, seguidas por las autoinmunes y mentales. Las más prevalentes fueron diabetes mellitus y ansiedad generalizada.

De gran relevancia es el dato previamente mencionado, pues dentro de las teorías de etiología del vitiligo se incluye su probable vinculación con distintas patologías, tales como las autoinmunitarias. También se ha mencionado un impacto desfavorable sobre la calidad de vida de quienes la padecen, pudiendo ser esta enfermedad la causa de posteriores trastornos mentales.

Existen varios tipos de manejo que pueden instaurarse dependiendo de la gravedad. En este estudio, el tratamiento tópico exclusivo fue más frecuentemente utilizado, con aplicación de betametasona en la mayoría de los pacientes, seguido por calcipotriol y urea.

RECOMENDACIONES

Se sugiere que se realice un protocolo para realización de historias clínicas con el objetivo de que la recolección y la realización del examen clínico se realicen de forma sistemática. Esto con el fin de que los datos relevantes no se omitan y se puedan tomar en cuenta para futuros estudios epidemiológicos que puedan contribuir con información esencial sobre esta escasamente estudiada enfermedad.

Debido a que en el presente estudio se pudo evidenciar una prevalencia elevada de antecedentes patológicos personales, se aconseja que se realice un protocolo para una investigación exhaustiva junto con pruebas complementarias en los pacientes, que ayude a la identificación de la presencia de las diversas patologías aquí mencionadas.

Por otro lado, se pudo observar que las enfermedades psicológicas/psiquiátricas (trastorno de ansiedad generalizada y depresión) fueron muy frecuentes en estos pacientes. Por ende, se aconseja a su vez que el manejo anteriormente mencionado incluya evaluación y seguimiento por profesionales de las áreas descritas con la finalidad de reducir la repercusión mental que la enfermedad puede llegar a tener.

Se recomienda a su vez que se realicen más investigaciones, pues la información sobre esta patología en el Ecuador es limitada. Se aconseja la realización de estudios explicativos que contribuyan a la demostración que el origen de las máculas se relaciona con la presencia de otras enfermedades. Y la medición longitudinal de variables para comprender e identificar de mejor manera los cambios que el paciente presenta con su patología a lo largo del tiempo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rahmat M, Islam M, Sikder S, Wahab M, Khan A, Pervez N. Manifestaciones cutáneas del hipotiroidismo: un estudio clínico. *Lupine Online Journal of Medical Sciences*. 2021 Sep 4;6(1):1–8.
2. Nasser M. Estrés, ansiedad y depresión en pacientes con vitiligo. *Middle East Current Psychiatry*. 2021 Dec 30;28(1):63.
3. Herrera M. Registro estadístico de camas y egresos hospitalarios. 2020.
4. Weedon J. *Piel: patología*. Quinta. Hosler G, editor. Charlottesville: Elsevier; 2021. 349–354 p.
5. Ahmed N. Vitiligo. 2023.
6. Eidsmo L. Nueva Esperanza para Pacientes con Vitiligo. *New England Journal of Medicine*. 2022 Oct 20;387(16):1515–6.
7. Richard MA, Paul C, Nijsten T, Gisondi P, Salavastru C, Taieb C, et al. Prevalencia de las enfermedades cutáneas más comunes en Europa: un estudio basado en la población. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*. 2022 Feb 21;36(7):1088–96.
8. Dellatorre G, Antelo DAP, Bedrikow RB, Cestari TF, Follador I, Ramos DG, et al. Consenso del tratamiento de vitiligo - Sociedad Brasileña de Dermatología. *An Bras Dermatol*. 2020 Mar 15;95(51):70–82.
9. Uraga M. Patrones dermatoscópicos en la evaluación de pacientes con vitiligo localizado y segmentario. [Guayaquil]: Universidad Católica de Santiago de Guayaquil; 2018.
10. Xuan Y, Yang Y, Xiang L, Zhang C. El papel del estrés oxidativo en la patogenia del vitiligo: un culpable de la muerte de los melanocitos. *Oxid Med Cell Longev*. 2022 Jan 22;2022:1–12.
11. Grimes P. Vitiligo: patogénesis, características clínicas y diagnóstico. Tsao H, editor. Waltham: UpToDate; 2022.
12. Spritz RA, Santorico SA. La base genética del vitiligo. *Journal of Investigative Dermatology*. 2021 Feb;141(2):265–73.
13. Kammeyer A, Willemsen KJ, Ouwerkerk W, Bakker WJ, Ratsma D, Pronk SD, et al. Mecanismo de acción de fenoles sustituidos en 4 para inducir inmunidad contra vitiligo y antimelanoma. *Pigment Cell Melanoma Res*. 2019 Jul 18;32(4):540–52.

14. S Al Abadie M. La Teoría Neuronal en la Patogénesis del Vitíligo: Pasado y Presente. *Dermatology and Dermatitis*. 2021 Oct 6;6(3):01–6.
15. Böhm M. Guia: diagnóstico y tratamiento del vitiligo. *JDDG: Journal der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft*. 2022 Mar 4;20(3):365–78.
16. Eleftheriadou V, Atkar R, Batchelor J, McDonald B, Novakovic L, Patel JV, et al. Pautas de la Asociación Británica de Dermatólogos para el manejo de personas con vitíligo 2021. *British Journal of Dermatology*. 2022 Jan 1;186(1):18–29.
17. Simons RE, Zevy DL, Jafferany M. Psicodermatología del vitíligo: impacto psicológico y consecuencias. *Dermatol Ther*. 2020 May 4;33(3).
18. Bergqvist C, Ezzedine K. Vitiligo: una revisión. *Dermatology*. 2020 Jan 23;236(6):571–92.
19. Sanchez D. StatPearls. 2022. Fenómeno de Koebner.
20. LeWitt T, Tauscher R, Obiofuma G, Peterson J, Haddadin R, Kundu R V. Manifestaciones oculares del vitíligo: una revisión sistemática. *BMC Ophthalmol*. 2023 Mar 27;23(1):120.
21. Ning X, Zhang Y, Wang W, Yan H, Xia Y. Evaluación de los síntomas conductuales y psicológicos en pacientes con vitíligo en China. *Psychol Res Behav Manag*. 2022 Aug;Volume 15:2107–16.
22. Dyer JM. Revelando lo invisible: una revisión de la lámpara de Wood en dermatología. *J Clin Aesthet Dermatol*. 2022 Jun;15(6):25–30.
23. Grimes P. Vitiligo: manejo y pronóstico. Tsao H, editor. Waltham: UpToDate; 2022.
24. Feng Y. Avances en vitiligo: actualización de agentes terapéuticos. *Front Immunol*. 2022 Aug 31;13.
25. Lei TC. Consenso sobre el diagnóstico y tratamiento del vitíligo en China. *Int J Dermatol Venereol*. 2021 Mar;4(1):10–5.
26. van Geel N. Estandarizando fotografías seriales para evaluación y monitorización del vitiligo. *J Am Acad Dermatol*. 2020 Dec;83(6):1639–46.
27. Merhi R, Canu D, Barnetche T, Duchez E, Gey A, Andreu N, et al. Evaluación del índice de puntuación del área de vitíligo (VASI), VASI facial y puntuación de la extensión del vitíligo utilizando fotografías

- estandarizadas de pacientes con vitíligo. *British Journal of Dermatology*. 2022 Sep 1;187(3):422–4.
28. Zhang L, Chen S, Kang Y, Wang X, Yan F, Jiang M, et al. Asociación de marcadores clínicos con progresión de la enfermedad en pacientes con vitíligo de China. *JAMA Dermatol*. 2020 Mar 1;156(3):288.
 29. Kang H, Lee S. Prevalence and incidence of vitiligo and associated comorbidities: a nationwide population-based study in Korea. *Clin Exp Dermatol*. 2023 Apr 27;48(5):484–9.
 30. Fernández Paniagua D, Valdés Esquivel J, Valverde Madriz P. Generalidades del vitíligo. *Revista Medica Sinergia*. 2020 Aug 1;5(8):2215–4523.
 31. Taneja N, Sreenivas V, Sahni K, Gupta V, Ramam M. Estabilidad de la enfermedad en el vitíligo segmentario y no segmentario. *Indian Dermatol Online J*. 2022;13(1):60.
 32. Tsadik AG, Legesse GF, Desta DM, Assefa BT, Kidanemariam HG, Gidey MT. Perfil clínico-epidemiológico y patrón de tratamiento del vitíligo en clínicas dermatológicas seleccionadas de la ciudad de Mekelle, norte de Etiopía. *Dermatol Res Pract*. 2020 May 30;2020:1–6.
 33. Ezzedine K, Anastassopoulos KP, Gandhi K, Daniel SR, Yamaguchi Y, Sikirica V, et al. Un estudio de encuesta de comorbilidades autoinformadas entre adultos con vitíligo en los Estados Unidos. *JEADV Clinical Practice*. 2023 Jun 21;2(2):300–5.
 34. Narayan VS, Uitentuis SE, Luiten RM, Bekkenk MW, Wolkerstorfer A. Perspectiva de los pacientes sobre los tratamientos actuales y la demanda de tratamientos novedosos para el vitíligo. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*. 2021 Mar 7;35(3):744–8.

ANEXOS

Tabla 1. Género de los pacientes del estudio.

GÉNERO					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Masculino	151	54,5	54,5	54,5
	Femenino	126	45,5	45,5	100,0
	Total	277	100,0	100,0	

Fuente: base de datos institucional, HTMC 2020-2022.

Elaborado por: Delgado Montero Mariuxi Isabel, Moncada Moreira Adrianna Nathaly.

Tabla 2. Promedio de edad de los pacientes del estudio.

EDAD		
N	Válido	277
	Perdidos	0
Media		50,53
Mediana		51,00
Moda		59

Fuente: base de datos institucional, HTMC 2020-2022.

Elaborado por: Delgado Montero Mariuxi Isabel, Moncada Moreira Adrianna Nathaly.

Tabla 3. Procedencia de los pacientes del estudio.

PROCEDENCIA					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Urbano	240	86,6	86,6	86,6
	Rural	37	13,4	13,4	100,0
	Total	277	100,0	100,0	

Fuente: base de datos institucional, HTMC 2020-2022.

Elaborado por: Delgado Montero Mariuxi Isabel, Moncada Moreira Adrianna Nathaly.

Tabla 4. Distribución del vitiligo en los pacientes del estudio.

DISTRIBUCIÓN DEL VITILIGO					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No segmentario	209	75,5	75,5	75,5
	Segmentario	68	24,5	24,5	100,0
	Total	277	100,0	100,0	

Fuente: base de datos institucional, HTMC 2020-2022.

Elaborado por: Delgado Montero Mariuxi Isabel, Moncada Moreira Adrianna Nathaly

Tabla 5. Afectación por vitiligo de áreas expuestas al sol.

AFECCIÓN DE ÁREAS EXPUESTAS AL SOL					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Sí	235	84,8	84,8	84,8
	No	42	15,2	15,2	100,0
	Total	277	100,0	100,0	

Fuente: base de datos institucional, HTMC 2020-2022.

Elaborado por: Delgado Montero Mariuxi Isabel, Moncada Moreira Adrianna Nathaly

Tabla 6. Localización del vitiligo en área del cuerpo

LOCALIZACIÓN EN ÁREA DEL CUERPO					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Extremidades	166	40,8	40,8	40,8
	Cara/cuero cabelludo	101	24,8	24,8	65,6
	Tronco	75	18,4	18,4	84,0
	Cuello	33	8,1	8,1	92,1
	Genitales	32	7,9	7,9	100,0
	Total	407	100,0	100,0	

Fuente: base de datos institucional, HTMC 2020-2022.

Elaborado por: Delgado Montero Mariuxi Isabel, Moncada Moreira Adrianna Nathaly

Tabla 7. Actividad del vitiligo en los pacientes del estudio.

ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Activa	164	59,2	59,2	59,2
	Inactiva	113	40,8	40,8	100,0
	Total	277	100,0	100,0	

Fuente: base de datos institucional, HTMC 2020-2022.

Elaborado por: Delgado Montero Mariuxi Isabel, Moncada Moreira Adrianna Nathaly

Tabla 8. Presencia de antecedentes patológicos personales (categorías) en los pacientes del estudio.

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES (CATEGORÍAS)					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Metabólicas	114	35,8	35,8	35,8
	Ninguna	86	27,0	27,0	62,8
	Autoinmunes	58	18,1	18,1	80,9
	Mentales	58	18,1	18,1	99
	Genéticas	3	1,0	1,0	100,0
	Total	319	100,0	100,0	

Fuente: base de datos institucional, HTMC 2020-2022.

Elaborado por: Delgado Montero Mariuxi Isabel, Moncada Moreira Adrianna Nathaly

Tabla 9. Enfermedades específicas de cada categoría en los pacientes del estudio.

ENFERMEDADES ESPECÍFICAS					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Diabetes mellitus	60	23,1	23,1	23,1
	Trastorno de ansiedad generalizada	55	21,2	21,2	44,3
	Depresión	33	12,8	12,8	57,1
	Hipotiroidismo	32	12,3	12,3	69,4
	Dislipidemia	31	11,9	11,9	81,3
	Obesidad	21	8,1	8,1	89,4
	Artritis reumatoidea	9	3,5	3,5	92,9
	Psoriasis	5	1,9	1,9	94,8
	Lupus eritematoso sistémico	4	1,6	1,6	96,4
	Esclerodermia	4	1,6	1,6	98,0
	Síndrome de ovario poliquístico	2	0,8	0,8	98,8
	Alopecia areata	1	0,3	0,3	99,1
	Fibromialgia	1	0,3	0,3	99,4
	Polimiositis	1	0,3	0,3	99,7

	Vogt Koyanadi Harada	1	0,3	0,3	100,0
	Total	260	100,0	100,0	

Fuente: base de datos institucional, HTMC 2020-2022.

Elaborado por: Delgado Montero Mariuxi Isabel, Moncada Moreira Adrianna Nathaly

Tabla 10. Manejo del vitiligo en los pacientes del estudio.

MANEJO					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Fototerapia	33	11,9	11,9	11,9
	Terapia tópica	150	54,2	54,2	66,1
	Ambos tratamientos	94	33,9	33,9	100,0
	Total	277	100,0	100,0	

Fuente: base de datos institucional, HTMC 2020-2022.

Elaborado por: Delgado Montero Mariuxi Isabel, Moncada Moreira Adrianna Nathaly

Tabla 11. Tratamiento tópico para el vitiligo utilizado por los pacientes del estudio.

TRATAMIENTO TÓPICO					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Calcipotriol	56	16,0	16,0	16,0
	Betametasona	209	59,0	59,0	75,0
	Urea	52	15,0	15,0	90,0
	Tacrolimus	37	10,0	10,0	100,0
	Total	354	100,0	100,0	

Fuente: base de datos institucional, HTMC 2020-2022.

Elaborado por: Delgado Montero Mariuxi Isabel, Moncada Moreira Adrianna Nathaly.

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Nosotras, **Delgado Montero Mariuxi Isabel** con C.C: # 0927700187 y **Moncada Moreira Adrianna Nathaly** con C.C: # 0931271894 autoras del trabajo de titulación: **Caracterización de la población con diagnóstico de vitiligo entre 20-80 años atendida en el hospital Teodoro Maldonado Carbo del periodo 2020-2022**, previo a la obtención del título de **médico** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaramos tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizamos a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 29 de septiembre del 2023

AUTORAS:



f. _____

Delgado Montero Mariuxi Isabel



f. _____

Moncada Moreira Adrianna Nathaly



REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TEMA Y SUBTEMA:	Caracterización de la población con diagnóstico de vitiligo entre 20-80 años atendida en el hospital Teodoro Maldonado Carbo del periodo 2020-2022.		
AUTOR(ES)	Delgado Montero Mariuxi Isabel, Moncada Moreira Adrianna Nathaly		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Luz Clara Abarca Coloma		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Facultad de Ciencias médicas		
CARRERA:	Medicina		
TÍTULO OBTENIDO:	Médico		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	29 de septiembre del 2023	No. DE PÁGINAS:	42
AREAS TEMÁTICAS:	Dermatología, Psiquiatría, Medicina General.		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Vitiligo, Desorden De Pigmentación, Máculas Acrómica o Hipocrómicas, Parches Pigmentarios, Pérdida de Melanocito, Dermatitis Crónica.		
RESUMEN:	<p>Antecedentes: el vitiligo es una afección cutánea caracterizada por la presencia de máculas acromicas que afecta a la población mundial en un 0.002 a 2.28%. Se considera impredecible y de etiología desconocida, aunque se cree que se relaciona con un sinnúmero de enfermedades. En Ecuador sus datos son escasos, se estima que se presentan 100 casos nuevos por año. Materiales y métodos: estudio descriptivo, observacional, retrospectivo, transversal realizado en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo durante el periodo 2020-2022, constituido por 277 pacientes con diagnóstico de vitiligo. Resultados: de los pacientes analizados, 151 (54,5%) son de sexo masculino y 126 (45,5%) de sexo femenino; presentando una edad media de presentación de 51 años. La mayoría presentó una distribución no segmentaria (75,5%). La localización más común fue en extremidades, con 166 pacientes (40,8%) presentando afectación en esta zona. A su vez, la mayoría mostró enfermedad activa (59,2%). El grupo de enfermedades más comunes en este grupo fueron las metabólicas, presentándose en 114 pacientes (35,8%), con diabetes mellitus a la cabeza (23,1%). El manejo más utilizado fue terapia tópica, lo cual se observó en 150 pacientes (54,2%), siendo la betametasona la más utilizada (59,0%). Conclusiones: el vitiligo es más común en varones con una media de 51 años. La mayoría de las lesiones se desarrolla en áreas expuestas al sol y un elevado número de pacientes presenta antecedentes patológicos personales, lo cual podría ser indicador de una relación del vitiligo con estas.</p>		
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593-980325483 +593-989277757	E-mail: mariuxi.delgado97@gmail.com adriannamoncada97@gmail.com	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN(COORDINADOR DEL PROCESO UTE):	Nombre: Diego Antonio Vásquez Cedeño		
	Teléfono: +593-982742221		
	E-mail: diego.vasquez @cu.ucsg.edu.ec		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			