



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA: MEDICINA

TEMA:

PREVALENCIA DE LA QUERATOSIS PILARIS EN PACIENTES CON
DERMATITIS ATÓPICA EN LA CONSULTA EXTERNA DEL
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUAYAQUIL DURANTE
EL PERÍODO ABRIL – SEPTIEMBRE 2015

AUTORES:

DARWIN JESÚS CARRASCO ARMAS
RENÉ EDUARDO MARÍN FERRÍN

Trabajo de Titulación previo a la obtención del Grado de:
MÉDICO

TUTOR:

DR. DIEGO ANTONIO VÁSQUEZ CEDEÑO

Guayaquil, Ecuador
28 DE ABRIL DEL 2017



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 los Señores Egresados **DARWIN JESÚS CARRASCO ARMAS** y **RENÉ EDUARDO MARÍN FERRÍN** como requisito para la obtención del Título de **MÉDICO**.

TUTOR (A)

f. _____
DR. VÁSQUEZ CEDEÑO DIEGO ANTONIO

DIRECTOR DE LA CARRERA

f. _____
DR. AGUIRRE MARTÍNEZ JUAN LUIS

Guayaquil, a los 28 días del mes de Abril del año 2017



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Nosotros, **CARRASCO ARMAS DARWIN JESÚS** y
MARÍN FERRÍN RENÉ EDUARDO

DECLARAMOS QUE:

El Trabajo de Titulación, **PREVALENCIA DE LA QUERATOSIS PILARIS EN PACIENTES CON DERMATITIS ATOPICA EN LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUAYAQUIL DURANTE EL PERIODO DE ABRIL – SEPTIEMBRE 2015** 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 28 días del mes de Abril del año 2017

AUTORES

f. _____
CARRASCO ARMAS DARWIN JESÚS

f. _____
MARÍN FERRÍN RENÉ EDUARDO



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA

AUTORIZACIÓN

Nosotros, **CARRASCO ARMAS DARWIN JESÚS** y
MARÍN FERRÍN RENÉ EDUARDO

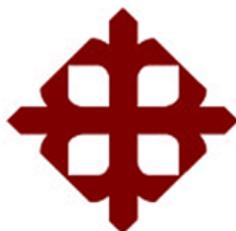
Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la Biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación **PREVALENCIA DE LA QUERATOSIS PILARIS EN PACIENTES CON DERMATITIS ATOPICA EN LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUAYAQUIL DURANTE EL PERIODO DE ABRIL – SEPTIEMBRE 2015** cuyo contenido, ideas y criterios son de nuestra exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 28 días del mes de Abril del año 2017

AUTORES

f. _____
CARRASCO ARMAS DARWIN JESÚS

f. _____
MARÍN FERRÍN RENÉ EDUARDO



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

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____
DR. ANTONIO CHEDRAUI ODE

f. _____
DR. GUIDO MORENO CÓRDOVA

ÍNDICE GENERAL

INTRODUCCIÓN	1
1.1 Antecedentes	1
CAPÍTULO I.....	3
EL PROBLEMA	3
1. Planteamiento del Problema	3
1.1 Identificación, Valoración y Planteamiento	3
1.2 Pregunta de investigación	4
1.3 Objetivo General	4
1.4 Objetivos Específicos	4
CAPÍTULO II.....	5
MARCO TEÓRICO	5
1.1. Dermatitis.....	5
1.1.1. Dermatitis Atópica	6
1.1.2. Queratosis Pilaris	9
1.1.3. Rinitis Alérgica.....	12
1.1.1. Alergias	14
CAPÍTULO III.....	16
METODOLOGÍA	16
3.1 Tipo de Estudio.....	16
3.2 Población y Muestra	16
3.3 Fuente y Obtención de Datos	16
3.4 Técnica de Recolección de Información	16
3.5 Criterios de Inclusión	17
3.6 Criterios de Exclusión	17

3.7 Variables Analizadas	18
3.7.1 Variables Cualitativas	18
3.7.2 Variables Cuantitativas	18
CAPÍTULO IV	19
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	19
CAPÍTULO V	22
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	22
5.1 Conclusiones	22
5.2 Recomendaciones	23
Bibliografía.....	24

Índice de Figura

Figura 1 Criterios diagnósticos de dermatitis atópica propuestos por Hanifin y Rajka	8
Figura 2 Tipos de Rinitis	14
Figura 3 Distribución por Género	19
Figura 4 DISTRIBUCIÓN POR EDAD	20
Figura 5 DISTRIBUCIÓN POR ENFERMEDADES ATÓPICAS	21

Índice de Tabla

Tabla 1 Recolección de la Información	17
Tabla 2 DISTRIBUCIÓN POR EDAD	20
Tabla 3 DISTRIBUCIÓN POR ENFERMEDADES ATÓPICAS	21

RESUMEN

La Queratosis Pilaris es un trastorno de la queratinización caracterizado por pápulas queratósicas foliculares acompañadas de eritema perifolicular. Las áreas de predilección son el tercio proximal de las extremidades superiores, muslos y glúteos además espalda y región submandibular. Sobre su patogenia se han sugerido mutaciones en el gen que codifica la filagrina, así como deleciones en cromosoma 18p. Es autosómica dominante. Comorbilidades de las QP son la xerosis, ictiosis, dermatitis atópica, sobrepeso, diabetes mellitus, trastornos hormonales del embarazo y acné, etc. Su tratamiento incluye diversos métodos con resultados variables. El método de estudio empleado fue observacional, descriptivo de corte transversal y de prevalencia. De un total de 100 pacientes atendidos en la Consulta Externa de Dermatología del Hospital Universitario de Guayaquil en el período comprendido desde el mes de Abril hasta Septiembre del año 2015 con diagnóstico de dermatitis atópica participaron en la encuesta 50 pacientes. La prevalencia de la queratosis pilaris es del 21,7%. El 53,8 % de los pacientes con queratosis pilaris tenían sobrepeso. La queratosis pilaris es una enfermedad poco estudiada en el medio que se encuentra relacionada con la presencia de dermatosis atópica y otras patologías que cursan con xerosis. No se observó ninguna relación con el uso de isotretinoína.

Palabras Claves: Queratosis, Prevalencia, Dermatitis

ABSTRACT

Keratosis Pilaris is a disorder of keratinization characterized by follicular keratotic papules accompanied by perifollicular erythema. The areas of predilection are the proximal third of the upper limbs, thighs and buttocks in addition to the back and submandibular region. Mutations in the gene coding for filaggrin, as well as deletions on chromosome 18p, have been suggested on its pathogenesis. It is autosomal dominant. Comorbidities of QP are xerosis, ichthyosis, atopic dermatitis, overweight, diabetes mellitus, hormonal disorders of pregnancy and acne, etc. Its treatment includes several methods with variable results. The method of study used was observational, descriptive cross - sectional and prevalence. From a total of 100 patients treated at the External Consultation of Dermatology of the University Hospital of Guayaquil in the period from April to September of the year 2015 with diagnosis of atopic dermatitis 50 patients participated in the survey. The prevalence of keratosis pilaris is 21.7%. 53.8% of patients with keratosis pilaris were overweight. Keratosis pilaris is a poorly studied disease in the environment that is related to the presence of atopic dermatosis and other pathologies that occur with xerosis. No relationship was observed with isotretinoin use.

Key Words: Keratosis, Prevalence, Dermatitis

INTRODUCCIÓN

1.1 Antecedentes

La queratosis pilaris (QP) es una dermatosis en la que se observa alteración de la queratinización cutánea que se manifiesta como pápulas hiperqueratósicas que taponan los folículos pilosos (American Academy of Family Physicians, 2016)

Sobre su patogenia se han sugerido diversas hipótesis una de ellas son las mutaciones en el gen que codifica la filagrina, asociado también a la aparición de dermatitis atópica, así como deleciones en cromosoma 18p, tiene un carácter hereditario autosómico dominante, por lo que todos los pacientes que poseen la alteración la expresan.

Las queratosis pilaris se presenta de tres formas clínicas representativas, tenemos a la queratosis pilaris atrófica facial (QPAF) también denominado Uleritema ofriógenes que se caracteriza por lesiones papulares foliculares eritematosas en cejas y mejillas seguido de pérdida gradual de cabello, Atrofoderma vermiculata (AV) y Queratosis folicular espinulosa (QFED).

Aunque las presentaciones pueden variar tienen algunas características en común como: Pápulas foliculares queratósicas, inflamación no purulenta de grado variable, y estadios finales de atrofia que se caracterizan por pérdida irreversible de cabello y/o depresiones atróficas similares a cicatrices por rascado.

Es considerada una afección cutánea benigna radica su importancia en que está mal diagnosticada al confundirse con otras patologías, ya que su diagnóstico suele asentarse en la clínica apoyado de la dermatoscopia, siempre realizando un diagnóstico diferencial con trastornos inflamatorios como acné, enfermedades como ictiosis vulgar y xerosis.

Se caracteriza por estar acompañada de otras comorbilidades como la xerosis, dermatitis atópica, rinitis alérgica, asma bronquial, conjuntivitis, urticaria, etc., lo que provoca que el tratamiento de esta enfermedad se realice a través de

distintos métodos con resultados variables, dependiendo del paciente. Uno de los principales recursos de tratamiento son los retinoides sistémicos a pesar de que no han logrado probar su efectividad en el manejo de esta entidad.

Actualmente se estima que el 40% de la población adulta posee la enfermedad sin embargo hay pocos estudios que correlacionen su aparición con las comorbilidades y presentan una frecuencia variable reportando una relación hombre/mujer de 1.16.

Todos estos trastornos suelen considerarse inofensivos pero en muchos casos las lesiones causan problemas cosméticos severos que se manifiestan con ansiedad en el paciente, a lo que se suma que no existe tratamiento eficaz disponible aunque se ha visto mejores resultados con la combinación de pulsed dye laser, long-pulsed alexandrite laser y microdermoabrasión en los pacientes con QP pigmentada.

La dermatitis atópica (DA) es una enfermedad inflamatoria crónica de la piel, que se caracteriza por lesiones eccematosas de distribución característica, piel seca y picor intenso, es benigna pero puede llegar a alterar mucho la calidad de vida, actividades como sueño, trabajo y estudios se ven afectadas.

La dermatitis atópica es un problema de salud cuya frecuencia se ha incrementado en los últimos años, se considera una enfermedad de la niñez al presentarse en el lactante y mejorar con la pubertad pero se encuentra una prevalencia de 1-3 % de la población adulta. La DA se encuentra asociada hasta en un 80% a enfermedades atópicas: asma bronquial y rinoconjuntivitis, sin embargo en un 16-25% de las DA no se hallan enfermedades atópicas y tienen niveles bajos de IgE lo que dificulta su diagnóstico.

En el presente trabajo de investigación se busca demostrar que los pacientes con dermatitis atópica, tienen mayor probabilidad de contraer QP.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1. Planteamiento del Problema

1.1 Identificación, Valoración y Planteamiento

Las enfermedades cutáneas son una causa importante de morbilidad a nivel mundial. A pesar de ser una rara causa de mortalidad, estas pueden tener un alto impacto en términos de costo en los tratamientos, días de ausencia a actividades diarias y en el estado emocional de los pacientes; representando una causa importante de trastornos psicológicos en el paciente por lo que afectan de manera importante la calidad de vida de los mismos.

La etiología de la queratosis pilaris es muy diversa pero se han determinado que diversos fármacos de uso dermatológico podrían producir su aparición como el Vemurafenib en el cual la QP se encuentra entre los principales efectos adversos del agente biológico, a partir de la sexta semana de aplicación juntos con síntomas como queratoacantoma, acantopapiloma y distrofia del cabello. Así como el tratamiento con isotretinoína en el cual entre el 45% y el 100% de los casos puede presentar La xerosis junto con la queilitis, dependiendo de la dosis diaria.

Otra de las posibles causas del desarrollo de la QP son los genes LAMA 1 vinculados de forma directa tanto a la queratosis pilaris como a la dermatitis atópica. Estos genes codifican la laminina alfa o la filagrina útil en la diferenciación sebácea. Por lo que en la práctica clínica estas dos patologías se encuentran con gran frecuencia a la par

El diagnóstico diferencial de la QP es muy variado, siendo que su diagnóstico prácticamente carece de auxiliares, lo que dificulta un diagnóstico clínico claro y obstaculiza el tratamiento.

A pesar de ser comunes, los trastornos cutáneos en países en vías de desarrollo no han sido tomados como un problema lo suficientemente significativo para representar un tema de salud pública. Sin embargo, a nivel mundial representan entre el 6% y el 24% de las consultas. (1).

1.2 Pregunta de investigación

Por lo anterior se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la prevalencia que existe de la queratosis pilaris en los pacientes con dermatitis atópica en la consulta externa del Hospital Universitario de Guayaquil durante el período de abril – septiembre 2015?

1.3 Objetivo General

- Determinar la prevalencia de queratosis pilaris en los pacientes con dermatitis atópica en la consulta externa del Hospital Universitario de Guayaquil durante el período de abril – septiembre 2015.

1.4 Objetivos Específicos

- Establecer la relación entre prevalencia de queratosis pilaris y nivel de severidad de la dermatitis atópica.
- Encontrar la relación entre la prevalencia de queratosis pilaris y los pacientes con dermatitis atópica.
- Determinar la correlación entre prevalencia de queratosis pilaris con rinitis alérgica.
- Determinar la correlación entre prevalencia de queratosis pilaris y alergias.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

1.1. Dermatitis

Las dermatosis son patologías que se presentan frecuentemente en poblaciones de países en vías de desarrollo. Sin embargo hay pocos estudios en estos países que le den la importancia a estas enfermedades, las cuales suponen un gran problema de salud pública. Esta conducta se debe a que las enfermedades cutáneas raras veces ponen en peligro la vida de los paciente y por lo tanto no han sido consideradas lo suficiente como para prestarles la debida atención. (2).

Las dermatosis más frecuentes en la población escolar en los países subdesarrollados, según la OMS son las siguientes:

- Pioderma (impétigo, foliculitis, forúnculo, ántrax)
- Infecciones virales (verrugas, molusco contagioso)
- Escabiosis y otras infecciones por ectopárasitos (pediculosis capitis, p. corporis)
- Tiña capitis y otras micosis superficiales (dermatofitosis, pitiriasis versicolor)
- Dermatitis (atópica, por contacto).

Las enfermedades de la piel constituyen uno de los principales motivos de consulta externa general y representan del 6 al 24% de la consulta pediátrica. La epidemiología de estas enfermedades en niños y adolescentes difiere del adulto, ya que muchas de ellas se presentan exclusivamente durante los primeros años de vida. Sus manifestaciones, diagnósticos y tratamiento también difieren en este grupo etario. La incidencia de dichas patologías ha incrementado debido a diferentes factores sociales, económicos, nutricionales, ambientales y climáticos, así como también debido a los factores genéticos particulares que cada población presenta. (Thomas M, & Khopkar, 2012)

En los países desarrollados la dermatitis atópica es el más frecuente, representando de un 25 a un 33 % del total de las consultas recibidas, seguida de los nevos melanocíticos, con cifras que oscilan entre el 3 y el 20 %, o las verrugas víricas, que representan alrededor del 5-13 %. Los resultados son diferentes en países subdesarrollados, en los que predominan las infecciones y las infestaciones.

1.1.1. Dermatitis Atópica

El emperador Octavio Augusto ya sufría dermatitis atópica, según la crónica del historiador Suetonio, donde se cuenta que Augusto tenía «mucho picor en la piel, rinitis estacional y opresión torácica». Las primeras descripciones médicas de DA no aparecen hasta el siglo XIX. Al principio, se utilizaron términos como neurodermitis difusa, prurigo-eccema constitucional, eccema endógeno o prurigo diatésico de Besnier. El término atopia fue utilizado por primera vez por Coca, en 1923, para describir un grupo de manifestaciones asociadas: dermatitis atópica, asma y rinitis. Sin embargo, no fue hasta 1980 cuando Hanifin y Rajka publicaron los criterios clínicos que permiten establecer el diagnóstico de DA tal y como hoy en día se conoce.

La dermatitis atópica afecta entre el 2% y el 5% de la población general, con presencia entre el 10% y el 20% de la población infantil y en 1% a 3% de los adultos. Se encuentra dentro de las diez enfermedades más frecuentes en pediatría, sin embargo existe una amplia variación en la prevalencia de la dermatitis atópica en diferentes poblaciones del mundo. (Chen H, Ho JC, Sandilands A, Chan YC, & Giam YC, 2008)

El cuadro parece ir en aumento en todas las regiones, lo cual es significativo ya que hasta el 50% de los niños con dermatitis atópica llegan a desarrollar asma. La dermatitis atópica es una enfermedad cutánea, inflamatoria y crónica que se distingue por prurito intenso e inicio temprano en la vida y porque ocurre en individuos con antecedentes personales o familiares de asma y rinitis alérgica. Diferentes factores, como influencia del sexo, alergia a ácaros, factores alimentarios y concentraciones elevadas de contaminantes aéreos, se han relacionado con la dermatitis atópica; en la vía aérea de los niños se conoce bien el efecto negativo de la exposición involuntaria al humo de tabaco; sin

embargo, la función que desempeña en la dermatitis atópica no está claramente definida. Motivo de controversia es la influencia del antecedente de enfermedad alérgica del padre o de la madre en la dermatitis atópica.

En la fase aguda se observan lesiones papulovesiculares intensamente pruriginosas, eritematosas, asociados a excoriaciones y exudados serosos. A medida que aumenta la cronicidad se asocia a liquenificación. En todas las etapas, los pacientes tienen la piel seca. Aproximadamente el 40% de la dermatitis atópica de la niñez persiste en la edad adulta. La presencia de pústulas dentro de las áreas de la dermatitis sugiere una infección secundaria, generalmente por *Staphylococcus aureus*. En las lesiones que tienen una distribución menos clara se debe buscar otra alternativa de diagnóstico.

La distribución de la dermatitis atópica depende mucho de la edad. Inicialmente se asienta en el cuero cabelludo, el rostro, el tronco y la superficie extensora de los brazos y las piernas. En el lactante está distribuida en gran medida en el rostro, tronco y las superficies extensoras de las extremidades. En la etapa preescolar y escolar se presenta en los pies y en las áreas de flexión como la fosa ante cubital, la fosa poplíteica y el cuello. En la adolescencia la distribución se iguala a la de los adultos con afectación bilateral de las áreas de flexión y dermatitis en las manos. Es habitual la afectación de los párpados en todas las fases. (Chen H, Ho JC, Sandilands A, Chan YC, & Giam YC, 2008)

El diagnóstico se basa en los criterios clínicos establecidos por Hanifin y Rajka (1980). El prurito debe estar presente siempre para considerar el diagnóstico. Además, el paciente debe tener tres o más de los siguientes criterios:

- Erupciones visibles en las zonas de flexión (codos, pliegues poplíteos, delante del cuello o de los párpados). En lactantes, la erupción puede estar presente en las mejillas o zonas extensoras de las rodillas o los codos
- Historia de erupciones en las zonas de flexión
- Antecedentes personales o familiares de atopia
- Historia de piel seca en el último año

- Inicio antes de los dos años de edad

Se discuten los denominados criterios de apoyo: infecciones cutáneas, dermatitis no específica de las manos y los pies, IgE sérica elevada, pliegues de DennieMorgan infraorbitario, ojeras, eritema facial o palidez, dermatografismo, cataratas anteriores subcapsulares y queratocono. (Chen H, Ho JC, Sandilands A, Chan YC, & Giam YC, 2008).

Criterios mayores	<ul style="list-style-type: none"> • Prurito cutáneo • Dermatitis que afecta las superficies de flexión en adultos y en niños pequeños, las superficies extensoras y rostro • Dermatitis de curso crónico o recurrente • Historia personal o familiar de enfermedades atópicas cutáneas o respiratorias
Criterios menores	<ul style="list-style-type: none"> • Xerosis cutánea • Ictiosis, hiperlinealidad palmar, queratosis pilaris • Palidez o eritema facial • Pitiriasis alba • Hiperpigmentación periorbitaria • Pliegue infraorbitario de Dennie-Morgan • Queilitis • Conjuntivitis recurrente • Pliegue en parte anterior del cuello • Dermatitis en manos y pies • Eccema en pezones • Acentuación perifolicular • Edad temprana de inicio • Dermografismo blanco • Reactividad cutánea inmediata a alérgenos • IgE total sérica elevada • Susceptibilidad a infecciones cutáneas víricas y bacterianas, inmunidad celular alterada • Curso influido por factores ambientales, emocionales • Intolerancia alimentaria • Intolerancia a la lana y solventes lipídicos • Prurito al sudar • Queratocono • Catarata subcapsular anterior

Figura 1 Criterios diagnósticos de dermatitis atópica propuestos por Hanifin y Rajka

1.1.2. Queratosis Pilaris

La queratosis pilaris es una dermatosis en la que se observa alteración de la queratinización cutánea que se manifiesta como pápulas hiperqueratósicas que taponan los folículos pilosos, acompañadas de eritema perifolicular y piel seca.

Las áreas que afectan con mayor predilección son los tercios distales de extremidades superiores, muslos y glúteos, en ocasiones la espalda y la región submandibular.

Sobre su patogenia se han sugerido diversas hipótesis una de ellas son las mutaciones en el gen que codifica la filagrina, asociado también a la aparición de dermatitis atópica, así como deleciones en cromosoma 18p, tiene un carácter hereditario autosómico dominante, por lo que todos los pacientes que poseen la alteración la expresan.

Otra de las posibles causas del desarrollo de la QP son los genes LAMA 1 vinculados de forma directa tanto a la queratosis pilaris como a la dermatitis atópica. Estos genes codifican la laminina alfa o la filagrina útil en la diferenciación sebácea. Por lo que en la práctica clínica estas dos patologías se encuentran con gran frecuencia a la par

Las queratosis pilaris se presenta de tres formas clínicas representativas, tenemos a la queratosis pilaris atrófica facial (QPAF) también denominado Uleritema ofriógenes que se caracteriza por lesiones papulares foliculares eritematosas en cejas y mejillas seguido de pérdida gradual de cabello, Atrofoderma vermiculata (AV) y Queratosis folicular espinulosa (QFED).

Las queratosis pilaris se presenta de tres formas clínicas representativas, tenemos a la queratosis pilaris atrófica facial (QPAF) también denominado Uleritema ofriógenes que se caracteriza por lesiones papulares foliculares eritematosas en cejas y mejillas seguido de pérdida gradual de cabello, Atrofoderma vermiculata (AV) y Queratosis folicular espinulosa (QFED) (Jackson JB, 2004)

Aunque las presentaciones pueden variar tienen algunas características en común como: Pápulas foliculares queratósicas, inflamación no purulenta de

grado variable, y estadios finales de atrofia que se caracterizan por pérdida irreversible de cabello y/o depresiones atróficas similares a cicatrices por rascado. (Schmitt JV, 2014).

Es considerada una afección cutánea benigna radica su importancia en que está mal diagnosticada al confundirse con otras patologías, ya que su diagnóstico suele asentarse en la clínica apoyado de la dermatoscopia, siempre realizando un diagnóstico diferencial con trastornos inflamatorios como acné, enfermedades como ictiosis vulgar y xerosis (Yosipovitch G, 2000).

Actualmente se estima que el 40% de la población adulta posee la enfermedad sin embargo hay pocos estudios que correlacionen su aparición con las comorbilidades y presentan una frecuencia variable reportando una relación hombre/mujer de 1.16 (Jackson JB, 2004).

Es una forma de queratosis folicular, se presenta como pápulas foliculocéntricas, hiperqueratósicas y eritema perifolicular con predilección por las superficies extensoras de las extremidades y región glútea. Con menor frecuencia pueden localizarse en cara y tronco. (Jackson JB, 2004).

La etiología de la queratosis pilaris es muy diversa pero se han determinado que diversos fármacos de uso dermatológico podrían producir su aparición como el Vemurafenib en el cual la QP se encuentra entre los principales efectos adversos del agente biológico, a partir de la sexta semana de aplicación juntos con síntomas como queratoacantoma, acantopapiloma y distrofia del cabello. Así como el tratamiento con isotretinoína en el cual entre el 45% y el 100% de los casos puede presentar La xerosis junto con la queilitis, dependiendo de la dosis diaria.

Se caracteriza por estar acompañada de otras comorbilidades como la xerosis, dermatitis atópica, rinitis alérgica, asma bronquial, conjuntivitis, urticaria, etc., lo que provoca que el tratamiento de esta enfermedad se realice a través de distintos métodos con resultados variables, dependiendo del paciente. Uno de los principales recursos de tratamiento son los retinoides sistémicos a pesar de

que no han logrado probar su efectividad en el manejo de esta entidad (Dogra S, 2003).

Se ha establecido que la diabetes tiene varias manifestaciones cutáneas comunes como son la acantosis nigricans, xerosis y QP y que la presencia de estas dos últimas en pacientes diabéticos podrían tener una clara relación de riesgo de desarrollar complicaciones microvasculares (Dogra S, 2003).

En el embarazo, una mutación genética y cambios hormonales inducidos, podrían jugar un papel importante en el desarrollo de QP clásica y en QP unilateral, así como la severidad de la misma, según se han revisado reportes médicos.

Se ha determinado que las manifestaciones cutáneas están entre los principales efectos adversos del agente biológico, Vemurafenib y es a partir de la sexta semana de aplicación en donde además de presentar queratoacantoma, acantopapiloma y distrofia del cabello pueden desarrollar QP. (Jackson JB, 2004).

El diagnóstico diferencial de la QP es muy variado, siendo que su diagnóstico prácticamente carece de auxiliares, lo que dificulta un diagnóstico clínico claro y obstaculiza el tratamiento porque se confunde con trastornos inflamatorios como acné, enfermedades como ictiosis vulgar y xerosis. Trastornos capilares como trichostasis spinulosa, pili multigemini, cabello redondo, cabello enrollado, quiste veloso eruptivo y cabello encarnado (Dogra S, 2003).

Actualmente existen estudios limitados donde se ha demostrado la eficacia de la asociación de emolientes e inhibidores de las calcineurina, tópicos. Además con reducida eficacia se han empleado agentes queratolíticos como ácido láctico y ácido salicílico en el tratamiento de QP. También en los derivados de la vitamina D (Dogra S, 2003).

También se ha observado una clara asociación entre QP y dermatitis atópica. En estudios se encuentra repetidamente la asociación de antecedentes patológicos personales y/o familiares de dermatitis atópica que también presentan QP. (Lateef A, 1999).

Así mismo la QP se ha visto asociada a la presencia de acné, enfermedad con la que comparten muchas características tanto clínicas como genéticas. Ambas son alteraciones de la unidad pilosebácea, y en las dos hay una alteración de la queratinización. Además, en ambas enfermedades el factor genético es determinante.

Algunas observaciones clínicas han sugerido que los pacientes con QP tienen brotes menos frecuentes o menos severos de dermatitis. En otro estudio se estableció que los pacientes con QP tenían una historia menos frecuente de dermatitis y concluyó que la presencia moderada a severa de QP en los brazos se asoció con una menor prevalencia de dermatitis de leve a moderado tanto clínicamente como en la adolescencia y adultez. (Arnold AW, 2006)

Todos estos trastornos suelen considerarse inofensivos pero en muchos casos las lesiones causan problemas cosméticos severos que se manifiestan con ansiedad en el paciente, a lo que se suma que no existe tratamiento eficaz disponible aunque se ha visto mejores resultados con la combinación de pulsed dye laser, long-pulsed alexandrite laser y microdermoabrasión en los pacientes con QP pigmentada. (Chen H, Ho JC, Sandilands A, Chan YC, & Giam YC, 2008)

1.1.3. Rinitis Alérgica

La rinitis es el síndrome producido por la inflamación de la mucosa de las fosas nasales, que se caracteriza clínicamente por síntomas de obstrucción nasal y congestión de las áreas adyacentes (es frecuente la afectación ocular y de senos paranasales). Suele acompañarse de prurito nasal y estornudos, anosmia y diversos grados de alteración en el estado general, con ó sin fiebre. (Lateef A, 1999)

Considerada en conjunto constituye uno de los motivos de consulta más frecuentes en Medicina General, ya que son estos los síntomas más habituales de las infecciones virales de vías respiratorias, alergia a antígenos inhalados o irritación por otras causas de vías respiratorias altas, problemas todos ellos habituales. (Lateef A, 1999)

A pesar de su elevada prevalencia, es considerado frecuentemente un problema banal, por no poner en riesgo la vida del paciente, sin considerar que se trata de enfermedades que, especialmente en sus formas crónicas, interfieren de manera notable con la calidad de vida. Múltiples trabajos que utilizando cuestionarios validados de Calidad de vida han establecido que la rinitis entorpece la actividad diaria, dificulta la concentración y por tanto disminuye rendimientos escolares y laborales, entorpece las relaciones sociales e impide el sueño. Por todo ello constituye una causa frecuente de absentismo laboral y escolar, lo que hace que el paciente reclame rápido alivio de sus síntomas; con ello, además de mejorarle, evitaremos las posibles complicaciones que pueden aparecer en el curso de la enfermedad (Lateef A, 1999)

El coste derivado del absentismo ha de sumarse al del consumo de recursos sanitarios y de productos farmacéuticos, cada vez más eficaces y costosos. Parece claro por tanto que un adecuado enfoque diagnóstico y terapéutico de estos problemas desde su inicio, será de alta rentabilidad en calidad de vida y coste económico del problema.

Se define la rinitis como la inflamación de la mucosa nasal de cualquier etiología, cuya expresión clínica es la congestión, estornudos e hipersecreción serosa o mucosa. Estos son síntomas de respuesta fisiológica normal a la irritación, por lo que para ser considerados patológicos, en el trabajo ya clásico de Mygind se estableció que deben aparecer al menos de media a una hora al día la mayor parte de los días. (Lateef A, 1999)

1.1.3.1. Clasificación de la rinitis alérgica

- Rinitis inflamatorias
- Rinitis no inflamatorias
- Rinitis estructurales

<p>A) <u>RINITIS INFLAMATORIAS</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - RINITIS ALÉRGICA EOSINOFÍLICA <ul style="list-style-type: none"> - Estacional - Perenne - RINITIS EOSINOFÍLICA NO ALÉRGICA - RINITIS INFECCIOSA - POLIPOSIS NASAL - RINITIS ATRÓFICA - MASTOCITOSIS NASAL - RINITIS GRANULOMATOSA <p>B) <u>RINITIS NO INFLAMATORIAS</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - RINITIS VASOMOTORA <ul style="list-style-type: none"> - Disfunción autonómica - Asociada a condiciones sistémicas <ul style="list-style-type: none"> Embarazo Hipotiroidismo - RINITIS MEDICAMENTOSA <ul style="list-style-type: none"> - Abuso de vasoconstrictores locales - Medicaciones sistémicas: Antihipertensivos <ul style="list-style-type: none"> Contraceptivos Psicofármacos Drogas de abuso: Cocaína <ul style="list-style-type: none"> Alcohol Nicotina <p>C) <u>RINITIS ESTRUCTURALES</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Desviaciones septales - Hipertrofia adenoidea - Hipertrofia de cornetes - Alteraciones de la motilidad ciliar. - Rinitis por cuerpos extraños - Tumores - Rinorrea de LCR

Figura 2 Tipos de Rinitis

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad España

1.1.1. Alergias

La prevalencia de las enfermedades alérgicas a nivel mundial no para de aumentar, se estima que entre el 30 y 40% de la población se encuentra afectada por algún tipo de alergia.

El aumento de la temperatura y la mayor contaminación atmosférica están provocando variaciones crecientes en las concentraciones atmosféricas de pólenes, el número de insectos y la prevalencia de hongos asociados a las enfermedades alérgicas, esto aumentan las probabilidades que el número e intensidad de los casos alérgicos incrementen. (Arnold AW B. S., 2006)

Estas patologías combinan su carácter crónico con la aparición de exacerbaciones o brotes agudos; y para su control es tan necesario el diagnóstico preciso y la instauración de tratamientos a largo plazo como un adecuado manejo por parte del paciente (Arnold AW B. S., 2006).

Se define como alergia a una respuesta exagerada del sistema defensivo o inmunitario del paciente que identifica como nocivas determinadas sustancias inocuas. Esta respuesta inapropiada en lugar de ser beneficiosa, es claramente perjudicial para el paciente y produce una serie de alteraciones inflamatorias de la piel y mucosas. (Arnold AW B. S., 2006)

Las enfermedades alérgicas son originadas a través de factores predisponentes genéticos y unos factores ambientales desencadenantes. Los antecedentes familiares son muy importantes. Se calcula que si uno de los progenitores es alérgico, la probabilidad de que el niño padezca de alergia es del 50%.

Cabe recalcar que no se nace alérgico, se tiene una predisposición genética y en función de los factores ambientales el paciente se hace alérgico a determinada sustancia con capacidad de producir una respuesta inmunológica de hipersensibilidad y posteriormente alergia. (Arnold AW B. S., 2006)

Las enfermedades alérgicas más frecuentes son:

- Rinitis alérgica
- Asma alérgica
- Urticaria
- Anafilaxia
- Dermatitis atópica
- Dermatitis alérgica de contacto

2.2 Formulación de las Hipótesis

La prevalencia de queratosis pilaris en pacientes con dermatitis atópica es elevada.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1 Tipo de Estudio

El estudio del presente proyecto de investigación es de tipo Descriptivo Epidemiológico, observacional de corte transversal y de prevalencia por cuanto la investigación bibliográfica recolectada nos permitió conocer el comportamiento de las variables de investigación de estudio.

Es un estudio retrospectivo con el fin de analizar los datos que demuestran que las patologías de la queratosis pilaris influyen en pacientes con dermatosis atópica es tratable sin repercusión alguna en lo posterior dentro del tipo de tratamiento que tenga el paciente.

3.2 Población y Muestra

El presente estudio de investigación se basa en las historias clínicas de los pacientes tratados en el Servicio de Consulta Externa de Dermatología del Hospital Universitario de Guayaquil donde fueron diagnosticados de diversas patologías de la queratosis pilaris en pacientes con dermatitis atópica, los datos recolectados comprenden el período del mes de Abril a Septiembre del 2015.

3.3 Fuente y Obtención de Datos

Los datos estadísticos de los pacientes tratados en el Servicio de Consulta Externa de Dermatología del Hospital Universitario de Guayaquil se obtuvieron del Departamento de Estadísticas con base de datos general de las Historias Clínicas y Dx de los pacientes que permitieron la recolección dentro de la investigación.

3.4 Técnica de Recolección de Información

Las técnicas empleadas para recolectar la información fueron las siguientes:

Tabla 1 Recolección de la Información

<u>VARIABLES</u>	<u>TÉCNICA</u>
Edad	Encuesta
Género	Encuesta
Sexo	Encuesta
Peso	Encuesta
Sobrepeso	Encuesta
Presencia de Dermatitis Atópica	Encuesta
Severidad de Dermatitis Atópica	Encuesta
Presencia de Queratosis pilaris	Encuesta
Severidad de Queratosis pilaris	Encuesta

Fuente: Pacientes de la Consulta Externa de Dermatología del Hospital Universitario de Guayaquil, 2017

Elaborado por: Egresados Darwin Carrasco y René Marín

3.5 Criterios de Inclusión

- Pacientes entre 18 a 65 años de edad
- Pacientes de ambos sexos masculino y femenino
- Pacientes con enfermedades de base alérgico: dermatitis atópico, asma bronquial, rinitis, urticaria y otras alergias no específicas.

3.6 Criterios de Exclusión

- Se excluirán a pacientes con historias clínicas incompletas
- Pacientes menores de 18 años y mayores de 65 años de edad
- Pacientes sin enfermedades de base alérgicas

3.7 Variables Analizadas

3.7.1 Variables Cualitativas

- Sexo
- Presencia de Dermatitis Atópica
- Presencia de Queratosis Pilaris
- Severidad de Dermatitis Atópica
- Severidad de Queratosis Pilaris

3.7.2 Variables Cuantitativas

- Edad
- Peso
- Sobrepeso

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

1. PACIENTES CON QUERATOSIS PILARIS CON DERMATITIS ATÓPICA ATENDIDOS EN LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUAYAQUIL DISTRIBUCIÓN DE GÉNERO PERÍODO ABRIL – SEPTIEMBRE 2015

TABLA No. 1

DISTRIBUCIÓN POR GÉNERO

<u>No.</u>	<u>GÉNERO</u>	<u>PACIENTES</u>	<u>%</u>
1	MASCULINO	29	58,00%
2	FEMENINO	21	42,00%
<u>TOTAL</u>		<u>50</u>	<u>100,00%</u>

Fuente: Departamento de Estadísticas del Hospital Universitario de Guayaquil, 2015

Elaborado por: Egresados René Marín Ferrín y Darwin Carrasco Armas

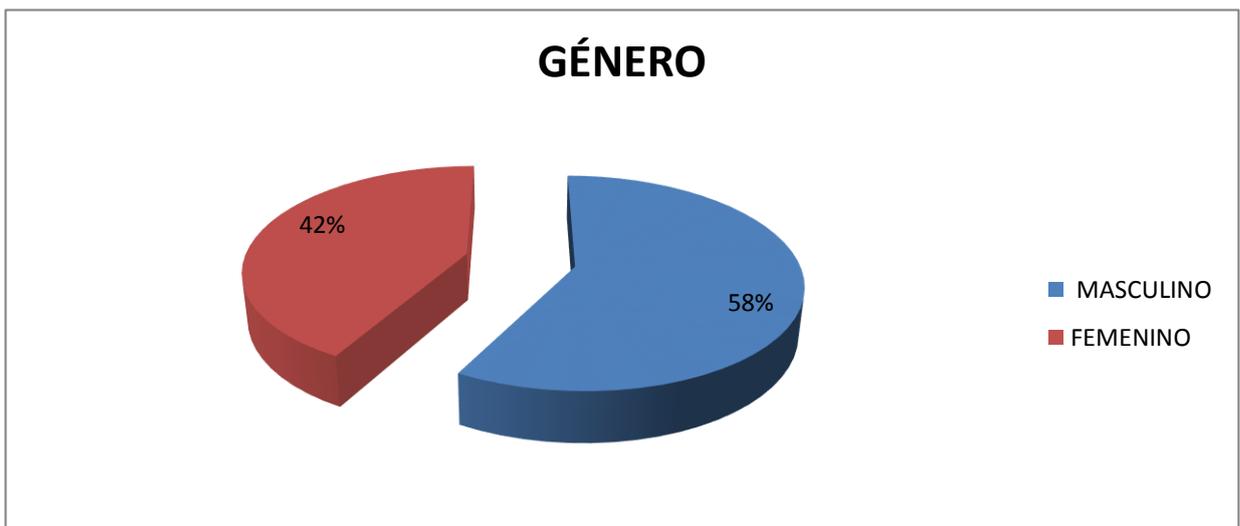


Figura 3 Distribución por Género

Elaborado por: Egresados René Marín Ferrín y Darwin Carrasco Armas

Análisis: De la población estudiada (50 pacientes), el 58% corresponde al Género Masculino (29 pacientes) y el 42% es del Género Femenino (21

pacientes). Los resultados del presente estudio demostraron que el sexo predominantemente afectado por la enfermedad fue el sexo masculino.

2. PACIENTES CON QUERATOSIS PILARIS CON DERMATITIS ATÓPICA ATENDIDOS EN LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUAYAQUIL DISTRIBUCIÓN DE EDAD PERÍODO ABRIL – SEPTIEMBRE 2015

Tabla 2 DISTRIBUCIÓN POR EDAD

<u>No.</u>	<u>GRUPO ETARIO</u>	<u>PACIENTES</u>	<u>%</u>
1	18 – 22 AÑOS	21	42,00%
2	23 – 27 AÑOS	11	22,00%
3	28 – 32 AÑOS	11	22,00%
4	33 – 35 AÑOS	7	14,00%
<u>TOTAL</u>		<u>50</u>	<u>100,00%</u>

Fuente: Departamento de Estadísticas del Hospital Universitario de Guayaquil, 2015

Elaborado por: Egresados René Marín Ferrín y Darwin Carrasco Armas

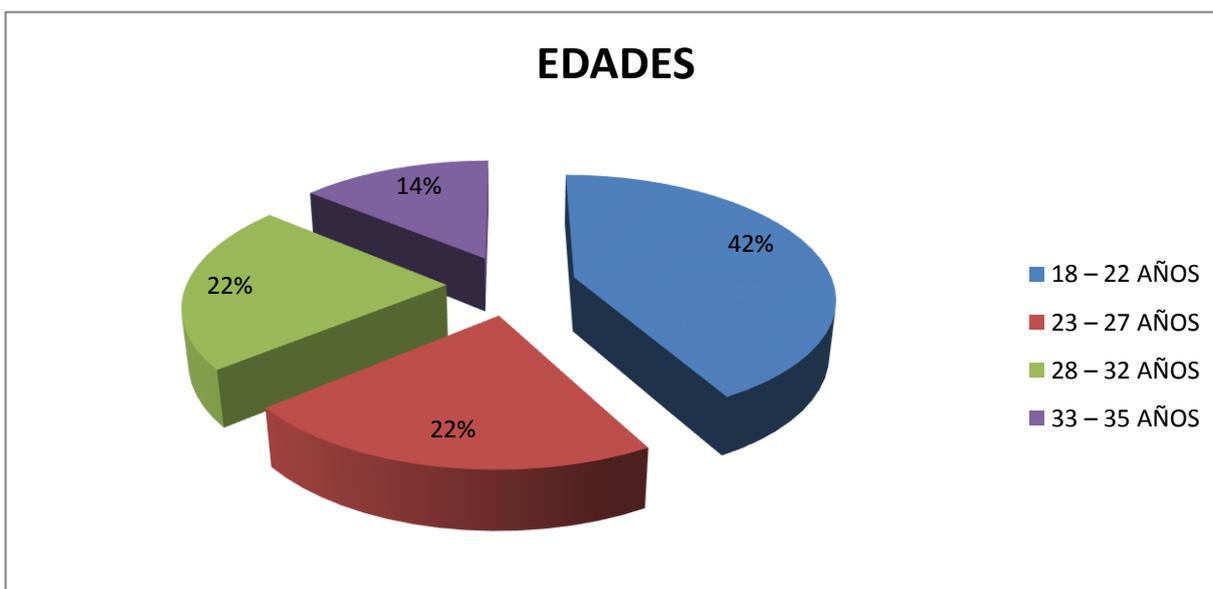


Figura 4 DISTRIBUCIÓN POR EDAD

Elaborado por: Egresados René Marín Ferrín y Darwin Carrasco Armas

Análisis: De los pacientes atendidos por Queratosis Pilaris con Dermatitis Atópica en el Servicio de Consulta Externa del Hospital Universitario de Guayaquil se tiene que el grupo de 18 a 22 años que es el 42% es vulnerable, y el de 33 a 35 años que es el 14% es menos vulnerable.

3. PACIENTES CON QUERATOSIS PILARIS CON DERMATITIS ATÓPICA ATENDIDOS EN LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUAYAQUIL DISTRIBUCIÓN DE ENFERMEDADES ATÓPICAS PERÍODO ABRIL – SEPTIEMBRE 2015

Tabla 3 DISTRIBUCIÓN POR ENFERMEDADES ATÓPICAS

<u>No.</u>	<u>ENFERMEDADES ATÓPICAS</u>	<u>PACIENTES</u>	<u>%</u>
1	DERMATITIS ATÓPICA NO ESPECIFICADA	29	42,64%
2	XEROSIS CUTÁNEA	23	33,82%
3	QUERATOSIS FOLICULAR ADQUIRIDA	16	23,52%
<u>TOTAL</u>			<u>100,00%</u>

Fuente: Departamento de Estadísticas del Hospital Universitario de Guayaquil, 2015

Elaborado por: Egresados René Marín Ferrín y Darwin Carrasco Armas

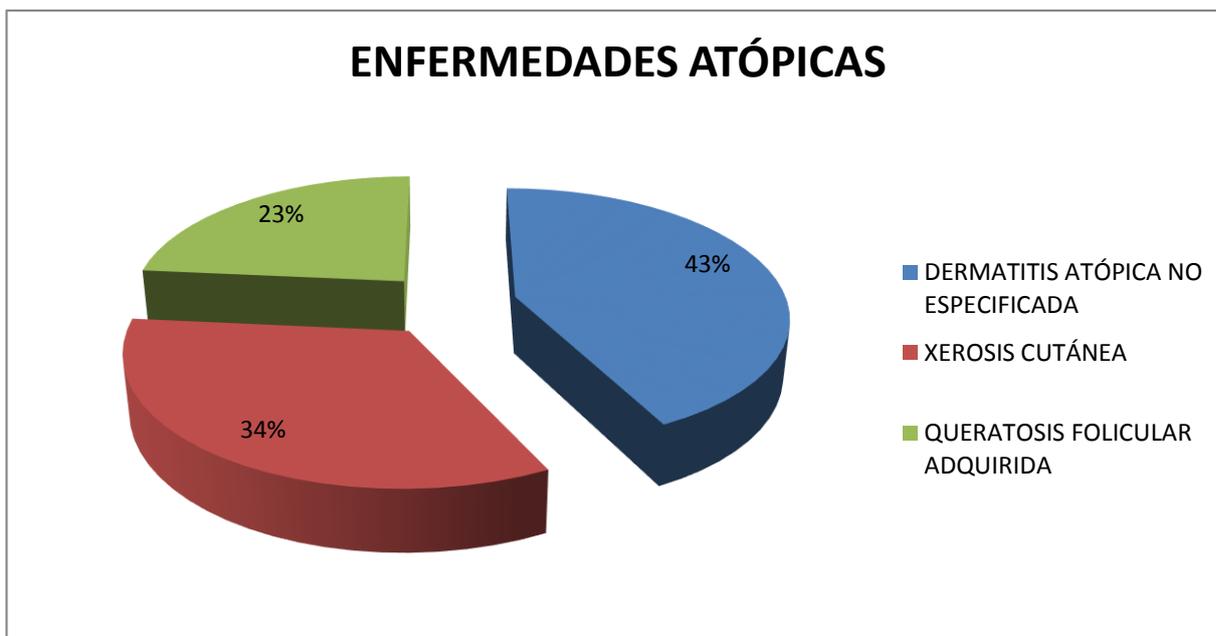


Figura 5 DISTRIBUCIÓN POR ENFERMEDADES ATÓPICAS

Elaborado por: Egresados René Marín Ferrín y Darwin Carrasco Armas

Análisis: De los pacientes atendidos por Queratosis Pilaris con Dermatitis Atópica en el Servicio de Consulta Externa del Hospital Universitario de Guayaquil se tiene que los pacientes tratados con Dermatitis Atópica no

especificada tienen el 42,64% y los de Queratosis Folicular adquirida representa el 23,52%.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

- ❖ La prevalencia de QP en los pacientes con historia de consulta por dermatitis atópica es elevada, pues alcanzó el 42,64% de los 50 pacientes objeto de estudio, este dato que podremos utilizarlo en el futuro para valoración de pacientes que presenten dicha entidad.
- ❖ Si bien la xerosis cutánea asociada a dermatitis atópica es un factor determinante para que se presente la queratosis pilaris no es el único como se comprobó en la investigación.
- ❖ El sobrepeso si tiene relevancia para el desarrollo de Queratosis Pilaris.
- ❖ El porcentaje de reclutamiento de pacientes contactados de la base de datos del Servicio de Consulta Externa del Hospital Universitario de Guayaquil es relativamente baja, por lo tanto resulta mayores dificultades a este tipo de estudios.

5.2 Recomendaciones

- ❖ La investigación aquí realizada es válida puesto que existe moderada información a nivel mundial sobre Queratosis Pilaris y su prevalencia siendo poco diagnosticada y que en la práctica clínica la observamos con frecuencia, además reviste importancia porque suele confundir con otras patologías comunes y de tratamiento y se relaciona con una patología bastante común en nuestro medio que es la dermatitis atópica.

- ❖ Se recomienda mejorar el reclutamiento de los pacientes debido a la dificultad para lograr la asistencia de los encuestados en parte porque lo que afecta no es grave; fueron investigados 50 pacientes del Servicio de Consulta Externa del Hospital Universitario de Guayaquil en el período de Abril a Septiembre del 2015.

- ❖ Los datos presentados tienen relevancia porque a la escasa estadística que existe en nuestro país sobre Queratosis Pilaris, además servirá de referencia tomar en cuenta en el momento de investigar una entidad frecuente, aunque no compromete la salud del paciente lo afecta estética y emocionalmente.

Bibliografía

- American Academy of Family Physicians. (2016). Retrieved from <https://es.familydoctor.org/condicion/queratosis-pilaris/>
- Arnold AW, B. S. (2006). Keratosis pilaris and keratosis pilaris atrophicans faciei. *J Dtsch* .
- Arnold AW, B. S. (2006). Keratosis pilaris and keratosis pilaris atrophicans faciei.
- Boza JC, T. E. (2012). Skin manifestations of obesity: a comparative study. In E. A. Venereol..
- Breithaupt AD, A. A. (2011). A comparative trial comparing the efficacy of tacrolimus 0.1% ointment with Aquaphor ointment for the treatment of keratosis pilaris. . In *P. Dermatol*.
- Brito Mde F, S. I. (2010). Evaluation of clinical adverse effects and laboratory alterations in patients with acne vulgaris treated with oral isotretinoin. In *A. B. Dermatol*..
- Castela E, C. C. (2012). Papular, profuse, and precocious keratosis pilaris. In *Pediatr Dermatol*. (pp. 29(3):285-8.).
- Chen H, Ho JC, Sandilands A, Chan YC, & Giam YC. (2008). In *Unique and recurrent mutations in the filaggrin gene in Singaporean Chinese patients with ichthyosis vulgaris* (p. 128). USA.
- Dogra S, K. B. (2003). Epidemiology of skin diseases in school children: a study from northern India. In *P. Dermatol*.. India.
- Hallai N, T. I. (.2006.). Folliculitis spinulosa decalvans: failure to respond to oral isotretinoin. . In *Acad Dermatol Venereol* (pp. 223-4.). Netherlands.
- J, R. A. (2010). A retrospective review of 1743 patients started on isotretinoin. In *Dermatol., M. Adverse effects of isotretinoin:* (pp. 51(4):248-53.).

- Jackson JB, T. S. (2004). Keratosis pilaris in pregnancy: an unrecognized dematosis of pregnancy? *W V Med.*
- Kim. (2011). Treatment of pigmented keratosis pilaris in Asian patients with a novel Q-switched Nd:YAG laser. *J Cosmet Laser Ther.*
- Kootiratrakarn T, K. K. (2015). Epidermal permeability barrier in the treatment of keratosis pilaris. In *D. R. Pract.*
- Lateef A, S. R. (1999). Keratosis pilaris.
- Lee SJ, C. W. (2012). Combination of 595-nm pulsed dye laser, long-pulsed 755-nm alexandrite laser and microdermabrasion treatment for keratosis pilaris. In *J. Dermatol.*
- Li K, A. T. (2013). Ulerythema ophryogenes, a rarely reported cutaneous manifestation of noonan syndrome: case report and review of the literature.
- Lucker GP, S. P. (2007). Flow-cytometric investigation of epidermal cell characteristics in monogenic disorders of keratinization and their modulation by topical calcipotriol treatment. In .. A. Ve.
- Panchaprateep R, T. A. (2015). dermoscopic, and histopathologic features of body hair disorders.
- Poskitt L, W. J. (1994). Natural history of keratosis pilaris. . In *Br J Dermatol.* (pp. 130(6):711-3.).
- Richard G, H. W. (1993). Keratosis follicularis spinulosa decalvans. Therapy with isotretinoin and etretinate in the inflammatory stage. In *Hautarzt.*
- Rinderknecht JD, G. S. (2013). RASopathic skin eruptions during vemurafenib therapy. *PLoS One.* .
- Sardana K, G. V.-d. (2009). In *j Eur Acad Dermatol* (pp. 556-60.). *Venereol.*
- Schmitt JV, d. L. (2014). Keratosis pilaris and prevalence of acne vulgaris: a cross-sectional study. *An Bras Dermatol.* . In d. L. Schmitt JV. Miot HA. .

- Simpson RC, G. D. (2011). What's new in acne? An analysis of systematic reviews and clinically significant trials published in 2010-11. In C. E. Dermatol.
- Thomas M, , & Khopkar. (2012 , Abril). *Keratosis pilaris revisited: is it more than just a follicular keratosis? Int J Trichology.* . Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23766609>
- Thyssen JP, G.-G. E. (2013). Ichthyosis vulgaris: the filaggrin mutation disease. In *Br J Dermatol.* (pp. 168(6):1155-66.).
- Yosipovitch G, D. A. (2007). In *Obesity and the skin: skin physiology and skin manifestations of obesity. J Am Acad Dermatol.* (pp. 56(6):901-16; quiz 17-20.).
- Yosipovitch G, H. E. (1998). The prevalence of cutaneous manifestations in IDDM patients and their association with diabetes risk factors and microvascular complications. In D. Care..
- Yosipovitch G, M. B. (2000). High body mass index, dry scaly leg skin and atopic conditions are highly associated with keratosis pilaris. *Dermatology.* .
- Zhu JW, L. Z. (2014). Unilateral generalized keratosis pilaris following pregnancy.



DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Carrasco Armas Darwin Jesús**, con C.C: # 0930401773 y **René Eduardo Marín Ferrín** CC 0803009703 # autor/a del trabajo de titulación: **PREVALENCIA DE LA QUERATOSIS PILARIS EN PACIENTES CON DERMATITIS ATÓPICA EN LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUAYAQUIL DURANTE EL PERÍODO ABRIL – SEPTIEMBRE 2015**, previo a la obtención del título de médico en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro 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.- Autorizo 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, **28** de abril del 2017

f. _____

Nombre: **Darwin Carrasco Armas**

C.C: **0930401773**

f. _____

Nombre: **René Marín Ferrín**

C.C: **0803009703**



REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TEMA Y SUBTEMA:	PREVALENCIA DE LA QUERATOSIS PILARIS EN PACIENTES CON DERMATITIS ATÓPICA EN LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUAYAQUIL DURANTE EL PERÍODO ABRIL – SEPTIEMBRE 2015		
AUTOR(ES)	Darwin Carrasco Armas, René Marín Ferrín		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	DIEGO ANTONIO VÁSQUEZ CEDEÑO		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Facultad ciencias médicas		
CARRERA:	Medicina		
TÍTULO OBTENIDO:	Médico		
FECHA PUBLICACIÓN:	DE (28) de (04) de (2017)	No. DE PÁGINAS:	36
ÁREAS TEMÁTICAS:	Dermatología , consulta externa		
PALABRAS CLAVES/KEYWORDS:	Queratosis, Prevalencia, Dermatitis		
RESUMEN/ABSTRACT:	<p>La Queratosis Pilaris es un trastorno de la queratinización caracterizado por pápulas queratósicas foliculares acompañadas de eritema perifolicular. Las áreas de predilección son el tercio proximal de las extremidades superiores, muslos y glúteos además espalda y región submandibular. Sobre su patogenia se han sugerido mutaciones en el gen que codifica la filagrina, así como delecciones en cromosoma 18p. Es autosómica dominante. Comorbilidades de las QP son la xerosis, ictiosis, dermatitis atópica, sobrepeso, diabetes mellitus, trastornos hormonales del embarazo y acné, etc. Su tratamiento incluye diversos métodos con resultados variables. El método de estudio empleado fue observacional, descriptivo de corte transversal y de prevalencia. De un total de 100 pacientes atendidos en la Consulta Externa de Dermatología del Hospital Universitario de Guayaquil en el período comprendido desde el mes de Abril hasta Septiembre del año 2015 con diagnóstico de dermatitis atópica participaron en la encuesta 50 pacientes.</p>		
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTORES:	CON	Teléfono: 0958772058 - 0999068714	E-mail: darjesus@outlook.com - renemarinferrin@hotmail.com
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::	LA	Nombre: Dr. Diego Vasquez	
	DEL	Teléfono: 0982742221	
		E-mail:	
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			

