

**UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA**

TEMA:

**INCIDENCIA DE ENFERMEDADES AUTOINMUNES EN
PACIENTES CON VITILIGO DEL HOSPITAL
DR. TEODORO MALDONADO CARBO DE GUAYAQUIL.
PERIODO ENERO 2012 A DICIEMBRE 2014.**

**TRABAJO DE TITULACIÓN PRESENTADO COMO
REQUISITO PARA OPTAR POR EL GRADO DE MÉDICO
GENERAL**

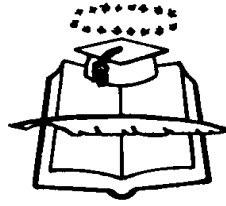
**MARÍA GABRIELA PLÚAS SAICO
AUTOR**

**DRA. BLANCA LUZ ALMEIDA JURADO
ASESORA – TUTORA**

GUAYAQUIL-ECUADOR

AÑO

2014 - 2015



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA

CERTIFICADO DE TRIBUNAL DE TESIS

Este Trabajo de Graduación cuya autoría corresponde a la **SRTA. MARÍA GABRIELA PLÚAS SAICO** con **CI # 0926635178** ha sido aprobada, luego de su defensa pública, en la forma presente por el Tribunal Examinador de Grado nominado por la Escuela de Medicina como requisito parcial para optar el grado de **MÉDICO**.

RESIDENTE DEL TRIBUNAL

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

CERTIFICADO DEL TUTOR

En mi calidad de asesor del trabajo de titulación para optar el Grado de Médico General de la Facultad De Ciencias Médicas.

Certifico que: he dirigido y revisado el Trabajo de Titulación de Grado presentado por la **Srta. María Gabriela Plúas Saico** con **CI: 0926635178**.

Cuyo tema de trabajo de titulación es:

**INCIDENCIA DE ENFERMEDADES AUTOINMUNES EN PACIENTES CON
VITILIGO DEL HOSPITAL DR. TEODORO MALDONADO CARBO DE
GUAYAQUIL.**

ESTUDIO REALIZADO EN EL PERIODO ENERO 2012 A DICIEMBRE 2014.

Revisada y corregida que fue el trabajo de titulación, se aprobó en su totalidad, lo certifico:

**DRA. BLANCA LUZ ALMEIDA JURADO
DERMATÓLOGA
ASESORA – TUTORA**

DEDICATORIA

"Que tus manos curen a los enfermos"

Anónimo.

Dedico este trabajo principalmente a Dios, por permitirme el haber llegado hasta este momento tan importante de mi formación profesional.

A mis padres; Esperanza y Henry, por ser el pilar más importante y por demostrarme siempre su cariño y apoyo incondicional sin importar nuestra diferencia de opiniones.

A mis hermanos Gustavo y Andrea, por compartir momentos significativos conmigo y por siempre estar dispuestos a escucharme y ayudarme en cualquier momento.

A mis abuelos Virginia y Julio, a pesar de nuestra distancia física, siento que están conmigo siempre y aunque nos faltaron muchas cosas por vivir juntos, sé que este momento hubiera sido tan especial para ellos como lo es para mí.

A mi abuela Delfa, que con sus palabras sembró en mi confianza, fe y espíritu para seguir adelante.

A Rodrigo, por acompañarme durante este arduo camino y compartir conmigo alegrías y fracasos.

AGRADECIMIENTO

Agradecerte a ti Dios por bendecirme para llegar hasta donde he llegado, porque hiciste realidad este sueño anhelado.

A mis Padres María Esperanza y Henry fuente de apoyo constante e incondicional en toda mi vida y más aún en mis duros años de carrera profesional. A mis hermanos Gustavo y Andrea son una bendición en mi vida.

A mi tutora la Dra. Blanca Luz Almeida Jurado, por ser esa persona que con dedicación y tiempo muestran que la vida está llena de conocimientos.

Al Departamento de Investigación del Hospital Teodoro Maldonado Carbo de Guayaquil, por aprobar el trabajo dentro de su institución. Al Dr. Omar Rivera Moreno por facilitarme el acceso al sistema de cómputo.

A mi amiga, Lucía Jaramillo, quien fue una herramienta fundamental en este trabajo de titulación.

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGIA	
FICHA DE REGISTRO DE TESIS	
TÍTULO Y SUBTÍTULO: Incidencia de Enfermedades Autoinmunes en Pacientes con Vitiligo del Hospital Dr. Teodoro Maldonado Carbo de Guayaquil. Estudio realizado en el periodo Enero 2012 a Diciembre 2014.	
AUTOR/ ES: María Gabriela Plúas Saico	REVISORES: Dr.
INSTITUCIÓN: Universidad de Guayaquil	FACULTAD: Ciencias Medicas
CARRERA: Medicina	
FECHA DE PUBLICACION:	Nº DE PÁGS:
ÁREAS TEMÁTICAS:	
PALABRAS CLAVE:	
RESUMEN: La asociación de Enfermedades Autoinmunes al Vitiligo son dos enfermedades poco frecuentes encontradas en la práctica médica pero que pueden afectar la calidad de vida de los pacientes que la padecen. Ambas condiciones frecuentemente coexisten y la prevalencia de enfermedades autoinmunes en pacientes con Vitiligo es más alta que en la población general. El Vitiligo puede esconder patologías no diagnosticadas que puede alterar su control y amplificar el riesgo de la enfermedad autoinmune existente. Objetivo: El propósito de esta investigación es establecer la incidencia de trastornos autoinmunes en pacientes con Vitiligo en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo de Guayaquil en el periodo 2012-2014. Materiales y métodos: El presente estudio fue de tipo descriptivo, retrospectivo de corte transversal. Se analizó todos los pacientes atendidos en el servicio de consulta externa de dermatología entre el 1 de enero del 2012 hasta el 31 de diciembre del 2014.	

Resultados: De la muestra de estudio (285 pacientes), el género más afectado fue el femenino, predominó con el 52% del total, el 41% estuvo en la categoría de edades de 46 – 65 años y la edad media fue de 53,79 años. La presencia de Vitiligo no segmentario en el Hospital Regional IESS Teodoro Maldonado Carbo de Guayaquil, periodo 2012 – 2014. Fue en el 95% y su localización más frecuente es el tipo local y la lesión que más se evidenciaba eran en las extremidades superiores 21%.

En nuestro estudio se encontró prevalencia de enfermedades asociadas en un 40% (114 casos) de estas los trastornos tiroideos (51 casos); se hallaron con mayor frecuencia hipotiroidismo (45 casos), tiroiditis de Hashimoto y tirotoxicosis; 11% enfermedades autoinmunes constando como las más presentadas el lupus y la artritis reumatoidea; también encontramos otras patologías como alopecia areata y psoriasis; se diagnosticaron 31 casos de diabetes mellitus tipo II y anemia perniciosa. Estos datos concuerdan con otros estudios realizados donde los trastornos tiroideos eran con mayor frecuencia y las enfermedades autoinmunes se presentaron subsecuentes al Vitiligo.

Conclusión: la incidencia de enfermedades autoinmunes asociadas al Vitiligo en nuestra población en estudio fue del 40%, estos pacientes en el momento de su diagnóstico también presentaron algún trastorno de tipo autoinmune. Como propuesta se debería realizar el pesquiasaje de trastornos autoinmunes en pacientes que se sospecharía de Vitiligo por medio del servicio de medicina interna complementario a la derivación por el servicio de dermatología.

Palabras clave: Vitiligo, enfermedades autoinmunes.

Nº DE REGISTRO (en base de datos):		Nº DE CLASIFICACIÓN:
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):		
ADJUNTO PDF:	✓ SI	NO
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: 593 42423645 593 984596215	E-mail: gabbypluas@gmail.com
CONTACTO EN LA INSTITUCIÓN:	Nombre: Universidad de Guayaquil. Escuela de Medicina.	
	Teléfono: 042288126	
	E-mail:	

RESUMEN

La asociación de Enfermedades Autoinmunes al Vitiligo son dos enfermedades poco frecuentes encontradas en la práctica médica pero que pueden afectar la calidad de vida de los pacientes que la padecen. Ambas condiciones frecuentemente coexisten y la prevalencia de enfermedades autoinmunes en pacientes con Vitiligo es más alta que en la población general. El Vitiligo puede esconder patologías no diagnosticadas que puede alterar su control y amplificar el riesgo de la enfermedad autoinmune existente

Objetivo: El propósito de esta investigación es establecer la incidencia de trastornos autoinmunes en pacientes con Vitiligo en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo de Guayaquil en el periodo 2012-2014.

Materiales y métodos: El presente estudio fue de tipo descriptivo, retrospectivo de corte transversal. Se analizó todos los pacientes atendidos en el servicio de consulta externa de dermatología entre el 1 de enero del 2012 hasta el 31 de diciembre del 2014.

Resultados: De la muestra de estudio (285 pacientes), el género más afectado fue el femenino, predominó con el 52% del total, el 41% estuvo en la categoría de edades de 46 – 65 años y la edad media fue de 53,79 años. La presencia de Vitiligo no segmentario en el Hospital Regional IESS Teodoro Maldonado Carbo de Guayaquil, periodo 2012 – 2014. Fue en el 95% y su localización más frecuente es el tipo local y la lesión que más se evidenciaba eran en las extremidades superiores 21%.

En nuestro estudio se encontró prevalencia de enfermedades asociadas en un 40% (114 casos) de estas los trastornos tiroideos (51 casos); se hallaron con mayor frecuencia hipotiroidismo (45 casos), tiroiditis de Hashimoto y tirotoxicosis; 11% enfermedades autoinmunes constando como las más presentadas el lupus y la artritis reumatoidea; también encontramos otras patologías como alopecia areata y psoriasis; se diagnosticaron 31 casos de diabetes mellitus tipo II y anemia perniciosa. Estos datos concuerdan con otros estudios realizados donde los trastornos tiroideos eran con mayor frecuencia y las enfermedades autoinmunes se presentaron subsecuentes al Vitiligo.

Conclusión: la incidencia de enfermedades autoinmunes asociadas al Vitiligo en nuestra población en estudio fue del 40%, estos pacientes en el momento de su diagnóstico también presentaron algún trastorno de tipo autoinmune. Como propuesta se debería realizar el pesquizaje de trastornos autoinmunes en pacientes que se sospecharía de Vitiligo por medio del servicio de medicina interna complementario a la derivación por el servicio de dermatología.

Palabras claves: Vitiligo, enfermedades autoinmunes.

ABSTRACT

The Association of autoimmune diseases of Vitiligo are two no common diseases associated in medical practice, but that could affect the life quality of patients who suffer it. Both conditions frequently co-exist and the prevalence of autoimmune diseases in patients with Vitiligo is higher than the general population. Vitiligo can hide no diagnosed pathologies that can disrupt its control and expand the risk of existing autoimmune disease.

Objective: The purpose of this research is to establish the incidence of autoimmune disorders in patients with Vitiligo at Hospital Teodoro Maldonado Carbo in Guayaquil 2012-2014 period.

Methods and resources: This study was descriptive and retrospective type of cross-section. All patients were attended by the outpatient Dermatology service from 1 January 2012 to 31 December 2014. Results: Sample study (285 patients), the most affected gender was the feminine, prevailed with 52% of the total, 41% was in the category of 46 - 65 years old and the average age was 53.79 years old. The presence of non-segmental Vitiligo in the Hospital Regional IESS Teodoro Maldonado Carbo in Guayaquil, 2012-2014 period, was at 95% and its most frequent location is the local type and injury that became more tangible were in upper limbs 21%.

Our study found prevalence of diseases by 40% (114 cases) of these thyroid disorders (51 cases); Hypothyroidism (45 cases), Hashimoto's disease and hyperthyroidism; were found most frequently 11% autoimmune diseases consisting like those presented lupus and rheumatoid arthritis. In addition, we find other pathologies such as alopecia areata and psoriasis; they were diagnosed 31 cases of diabetes mellitus type II and pernicious anemia. This data are consistent with other studies which the thyroid disorders were more frequently and autoimmune diseases were arisen subsequent to Vitiligo.

CONCLUSION: the incidence of autoimmune diseases associated with Vitiligo in our study population was 40%, As well these patients at the time of their diagnosis presented some type of autoimmune disorder. As a proposal should be done an inquiry for autoimmune disorders in suspected patients of Vitiligo through the internal complementary medicine service to the bypass of the dermatology service.

Keywords: Vitiligo, auto-immune diseases.

CONTENIDO

CERTIFICADO DE TRIBUNAL DE TESIS_____	I
CERTIFICADO DEL TUTOR_____	II
DEDICATORIA _____	III
AGRADECIMIENTO _____	IV
RESUMEN _____	VII
ABSTRACT _____	VIII
CONTENIDO _____	IX
_____	X
ÍNDICE DE TABLAS _____	XI
ÍNDICE DE GRÁFICOS _____	XII
INTRODUCCIÓN _____	- 1 -
CAPÍTULO I_____	- 2 -
1. EL PROBLEMA _____	- 2 -
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA _____	- 2 -
1.2 JUSTIFICACIÓN _____	- 2 -
1.3 DETERMINACIÓN DEL PROBLEMA_____	- 3 -
1.4 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA _____	- 3 -
1.5 OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS _____	- 4 -
CAPÍTULO II _____	- 5 -
2. MARCO TEÓRICO _____	- 5 -
2.1 ANTECEDENTES CIENTIFICOS DE LA ENFERMEDAD _____	- 5 -
2.2 BASES TEORICAS DE LA ENFERMEDAD _____	- 6 -
2.3 OPINIÓN DE LA AUTORA. _____	- 23 -
2.4 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN O HIPÓTESIS _____	- 23 -
2.5 VARIABLES. _____	- 23 -
CAPÍTULO III _____	- 24 -
3. MATERIALES Y MÉTODOS _____	- 24 -
3.1 CARACTERIZACIÓN DE LA ZONA DE TRABAJO _____	- 24 -
3.2 UNIVERSO _____	- 25 -

3.3 MUESTRA	- 25 -
3.4 VIABILIDAD	- 25 -
3.5 CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION	- 26 -
CRITERIOS DE INCLUSIÓN	- 26 -
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	- 26 -
3.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES DE INVESTIGACIÓN	- 27 -
3.7. OPERACIONALIZACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN	- 28 -
3.8. TIPO DE INVESTIGACIÓN	- 28 -
3.9 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	- 29 -
3.10 CONSIDERACIONES BIOÉTICAS	- 30 -
3.11. RECURSOS EMPLEADOS	- 30 -
3.11.1. RECURSOS HUMANOS	- 30 -
3.11.2. RECURSOS FÍSICOS	- 30 -
3.12. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN	- 31 -
3.13 METODOLOGÍA PARA EL ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	- 31 -
CAPITULO IV	- 32 -
4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	- 32 -
4.1 RESULTADOS	- 32 -
4.2 DISCUSIÓN	- 44 -
CAPÍTULO V	- 45 -
4. CONCLUSIONES	- 45 -
CAPÍTULO VI	- 47 -
6. RECOMENDACIONES	- 47 -
Bibliografía	- 48 -
ANEXOS	- 50 -
Anexo 1. Hoja de Recolección de datos.	- 50 -

ÍNDICE DE TABLAS

1. Tabla 1. Número de pacientes diagnosticados con Vitiligo en el Hospital Regional IESS Teodoro Maldonado Carbo de la Guayaquil. 2012-2014, según: Año de ingreso. _____ - 33 -
2. Tabla 2. Pacientes con Vitiligo por género presentes en el Hospital Regional IESS Teodoro Maldonado Carbo de la Guayaquil. 2012-2014, según: Año de ingreso.- 34 -
3. Tabla 3. Grupo etéreo de pacientes con Vitiligo en el Hospital Regional IESS Teodoro Maldonado Carbo de la Guayaquil. 2012-2014, según: Año de ingreso y según porcentaje. _____ - 35 -
4. Tabla 4. Localización topográfica de las máculas presente en los pacientes diagnosticados con Vitiligo en el Hospital Regional IESS Teodoro Maldonado Carbo de la Guayaquil, periodo 2012 – 2014. _____ - 36 -
5. Tabla 5.Distribución de los 285 pacientes según el tipo de Vitiligo, en el Hospital Regional IESS Teodoro Maldonado Carbo de la Guayaquil, periodo 2012 – 2014. - 37 -
6. Tabla 6.Distribución de los 285 pacientes que fueron diagnosticados de Vitiligo y que en la consulta presentaron una enfermedad asociada en el Hospital Regional IESS Teodoro Maldonado Carbo de la Guayaquil, periodo 2012 – 2014. _____ - 38 -
7. Tabla 7.Enfermedades halladas en la consulta dermatológica en los pacientes con Vitiligo en el Hospital Regional IESS Teodoro Maldonado Carbo de la Guayaquil, periodo 2012 – 2014. _____ - 39 -
8. Tabla 8.Enfermedades halladas en la consulta dermatológica en los pacientes con Vitiligo por Enfermedad (Patologías Tiroideas) en el Hospital Regional IESS Teodoro Maldonado Carbo de la Guayaquil, periodo 2012 – 2014 _____ - 40 -
9. Tabla 9.Enfermedades halladas en la consulta dermatológica en los pacientes con Vitiligo por Enfermedad (Enf. Cutáneas de posible origen autoinmune) en el Hospital Regional IESS Teodoro Maldonado Carbo de la Guayaquil, periodo 2012 – 2014 _____ - 41 -
10. Tabla 10.Enfermedades halladas en la consulta dermatológica en los pacientes con Vitiligo por Enfermedad (Enf. Autoinmunes) en el Hospital Regional IESS Teodoro Maldonado Carbo de la Guayaquil, periodo 2012 – 2014. _____ - 42 -
11. Tabla 11.Enfermedades halladas en la consulta dermatológica en los pacientes con Vitiligo por Enfermedad (E. Metabólicas y Hematológicas) en el Hospital Regional IESS Teodoro Maldonado Carbo de Guayaquil, periodo 2012 – 2014.- 43 -

ÍNDICE DE GRÁFICOS

1. Ilustración 1. Número de pacientes diagnosticados con Vitiligo en el Hospital Regional IESS Teodoro Maldonado Carbo de la Guayaquil. 2012-2014, según: Año de ingreso. _____ - 33 -
2. Ilustración 2. Pacientes con Vitiligo por Género presentes que acudieron a la consulta en el Hospital Regional IESS Teodoro Maldonado Carbo de la Guayaquil. 2012-2014, según: Año de ingreso. _____ - 34 -
3. Ilustración 3. Grupo etéreo de pacientes con Vitiligo en el Hospital Regional IESS Teodoro Maldonado Carbo de la Guayaquil. 2012-2014, según: Año de ingreso y según porcentaje. _____ - 35 -
4. Ilustración 4. Localización topográfica de las máculas presente en los pacientes diagnosticados con Vitiligo en el Hospital Regional IESS Teodoro Maldonado Carbo de la Guayaquil, periodo 2012 – 2014. _____ - 36 -
5. Ilustración 5. Distribución de los 285 pacientes según el tipo de Vitiligo, en el Hospital Regional IESS Teodoro Maldonado Carbo de la Guayaquil, periodo 2012 – 2014. _____ - 37 -
6. Ilustración 6. Distribución de los 285 pacientes que fueron diagnosticados de Vitiligo y que en la consulta presentaron una enfermedad asociada en el Hospital Regional IESS Teodoro Maldonado Carbo de la Guayaquil, periodo 2012 – 2014. - 38 -
7. Ilustración 7. Enfermedades halladas en la consulta dermatológica en los pacientes con Vitiligo en el Hospital Regional IESS Teodoro Maldonado Carbo de Guayaquil, periodo 2012 – 2014. _____ - 39 -
8. Ilustración 8. Tabla 8. Enfermedades halladas en la consulta dermatológica en los pacientes con Vitiligo por enfermedad en el Hospital Regional IESS Teodoro Maldonado Carbo de la Guayaquil, periodo 2012 – 2014. _____ - 40 -
9. Ilustración 9. Enfermedades halladas en la consulta dermatológica en los pacientes con Vitiligo por Enfermedad (Enf. Cutáneas de posible origen autoinmune) en el Hospital Regional IESS Teodoro Maldonado Carbo de la Guayaquil, periodo 2012 – 2014. _____ - 41 -
10. Ilustración 10. Enfermedades halladas en la consulta dermatológica en los pacientes con Vitiligo por Enfermedad (Enf. Autoinmunes) en el Hospital Regional IESS Teodoro Maldonado Carbo de la Guayaquil, periodo 2012 – 2014. _____ - 42 -
11. Ilustración 11. Enfermedades halladas en la consulta dermatológica en los pacientes con Vitiligo por Enfermedad (E. Metabólicas y Hematológicas) en el Hospital Regional IESS Teodoro Maldonado Carbo de Guayaquil, periodo 2012 – 2014.- 43 -

INTRODUCCIÓN

El Vitiligo es un trastorno pigmentario adquirido que se remonta al 2200 a. de C. Vitiligo proviene del latín *Vitium* que significa mancha o defecto, y se reporta en textos tan antiguos como el Papiro de Ebers, la Biblia, donde se confunde con la lepra, llamándole "lepra blanca", y los libros sagrados de la India y del Budismo. (Virendra N Sehgal, 2007)

A principios de la era cristiana el ilustre escritor y médico latino Aulo Cornelio Celso le da el nombre por el que se conoce en la actualidad: Vitiligo. (Virendra N Sehgal, 2007)

Encontrar una definición que reúna las características necesarias para describir en forma breve una enfermedad tan compleja como el vitiligo, es difícil. (Wolff, 2009)

El concepto propuesto por Fitzpatrick se puede definir claramente al Vitiligo como:

”Alteración melanocitopénica adquirida, con predisposición genética, caracterizada por manchas acrómicas, bien delimitadas, que puede cursar con alteraciones oculares, con presencia de autoanticuerpos y una elevada incidencia de asociación con enfermedades de origen autoinmune, como tiroiditis y diabetes mellitus”. (Wolff, 2009)

Se considera entonces que el vitiligo tiene una amplia base autoinmune, aunque los desencadenantes específicos y la naturaleza exacta de la respuesta autoinmune no están claros. Tal vez la evidencia más fuerte de un origen autoinmune del vitiligo es su asociación con otras enfermedades autoinmunes, uno de los objetivos de este trabajo. (Gandasegui, 2012) (VenezuelaVitiligo.com , 2014) (María Cristina Trujillo Correa, Junio 2009)

Los síndromes poliendocrinos autoinmunes (SPA) se los conoce como la asociación de enfermedades endocrinas autoinmunes con otros desórdenes autoinmunes no endocrinos; el vitiligo es un componente de los SPA y numerosos estudios han demostrado asociación específica del vitiligo con patologías tiroideas, enfermedad de Addison, etc. (REVISTA MEDICA DE POSGRADOS DE MEDICINA UNAH, 2007)

CAPÍTULO I

1. EL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El Vitiligo es un desorden de la pigmentación que se caracteriza por pérdida de los melanocitos, resultando en áreas despigmentadas. Afecta entre el 1 y 2% de la población ecuatoriana y se desarrolla en la mitad de los casos antes de los 20 años, compromete a todas las razas y a los 2 sexos por igual. El Vitiligo es una enfermedad que puede incapacitar socialmente y afectar la calidad de vida de en especial a las de piel oscura.

El Hospital Teodoro Maldonado Carbo de Guayaquil por el momento no cuenta con trabajos investigativos actualizados sobre esta enfermedad que identifiquen la importancia del Vitiligo asociado a otras patologías, es necesario plantear una propuesta de investigación que nos permita en forma documentada identificar de manera precisa las enfermedades Autoinmunes más frecuentes relacionados con la misma y así disminuir la incidencia de las enfermedad y servir de base para futuros trabajos de investigación.

1.2 JUSTIFICACIÓN

Esta investigación es importante ya que proporcionará información estadística científica actualizada del tipo de lesión así como extensión del Vitiligo y su relación con las Enfermedades Autoinmunes de la población en pacientes del Hospital Dr. Teodoro Maldonado Carbo de la ciudad de Guayaquil.

Actualmente existe la necesidad de implementar formas de evaluación en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo de Guayaquil, pues la presencia de un hilo conductor que une al Vitiligo con estas enfermedades son el resultado de la tendencia hiperactiva del sistema autoinmune. No está determinado el factor que hace que el sistema reaccione contra sí mismo, pero la larga lista de trastornos autoinmunes que se encuentran interrelacionados de una manera similar expresan que un paciente que sufre alguna de ellas, corre el riesgo de padecer más de un trastorno autoinmune activo a la vez.

De esta forma se espera que ayuden a establecer si los manejos que empleamos son adecuados y cuál tiene los mejores resultados clínicos que permitan la toma de decisiones para reducir la incidencia.

La relevancia social de esta investigación está dada por el análisis prospectivo de la incidencia de Enfermedades Autoinmunes en la población de pacientes con Vitiligo en el Hospital Dr. Teodoro Maldonado Carbo, de esta manera se ofrecerá un manejo adecuado de los pacientes lo que permitirá transmitir los resultados de nuestra investigación a las autoridades del Hospital como contribución para implementación de protocolos o guías de manejos que identifiquen los grupos de riesgo más vulnerables.

En el Hospital Dr. Teodoro Maldonado Carbo hay una incidencia importante de personas con Vitiligo y tendencia a incrementarse en el transcurso del tiempo, pero no hay estudios que demuestren información estadística específica y actualizada sobre su asociación con Enfermedades autoinmunes.

1.3 DETERMINACIÓN DEL PROBLEMA

Campo: Salud pública.

Área: Dermatología

Aspecto: Vitiligo – Enfermedades autoinmunes

Tema de investigación: Incidencia de Enfermedades Autoinmunes en Pacientes con Vitiligo del Hospital Dr. Teodoro Maldonado Carbo de Guayaquil en el Periodo Enero 2012 A Diciembre 2014.

Lugar: Hospital Dr. Teodoro Maldonado Carbo de Guayaquil

1.4 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.- ¿En qué género es más frecuente el Vitiligo en la población en estudio?

2.- ¿Qué grupo étnico se presenta con mayor frecuencia el Vitiligo?

3.- ¿Cuál es el tipo de Vitiligo presente en la población en estudio?

¿Cuáles son las enfermedades autoinmunes presentes en la población en estudio?

4.- ¿Cuál es el tipo de enfermedad autoinmune más frecuente en la población en estudio?

1.5 OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS

1.5.1 OBJETIVO GENERAL

Identificar la incidencia de enfermedades autoinmunes en pacientes con Vitiligo en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo de Guayaquil en el periodo 2012-2014 a través de la observación indirecta.

1.5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Identificar los patrones y características del Vitiligo se encuentra con mayor frecuencia en la población en estudio.
2. Identificar cual es el sexo más frecuente de pacientes con enfermedades autoinmunes en la población estudiada.
3. Determinar el tipo de enfermedad autoinmune más frecuente en la población de estudio.

CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES CIENTIFICOS DE LA ENFERMEDAD

Se han encontrado estudios reportados de pacientes con Vitiligo y con la presencia de enfermedades autoinmunes que sin duda hacían referencia a su mecanismo por la teoría autoinmune; En la revista SCIELO las Dras. María Alejandra Zuluaga-Sepúlveda, Sol Beatriz Jiménez-Tamayo han descrito en su artículo publicado en Septiembre 2013 al “Síndrome poliglandular autoinmune asociado a vitiligo”

El síndrome poliglandular autoinmune (SPA) es una rara poliendocrinopatía que se caracteriza por la falla funcional de varias glándulas endocrinas, al igual que órganos no endocrinos, en los que se produce una destrucción de los tejidos mediados por inmunidad. (MARÍA ALEJANDRA ZULUAGA-SEPULVEDA¹, 2013)

Inicialmente fue clasificada en 1980 por Neufeld y Blizzard en tres grupos, posteriormente esta clasificación fue modificada por Eisenbarth, en la que se describen tres grupos:

- SPA I: candidiasis crónica, hipoparatiroidismo y enfermedad de Addison (deben estar presentes al menos dos).
- SPA-II: enfermedad de Addison más enfermedad tiroidea autoinmune o diabetes mellitus tipo 1(DM-1).
- SPA-III: enfermedad tiroidea autoinmune más otras enfermedades autoinmunes (excluyendo enfermedad de Addison e hipoparatiroidismo)
 - IIIA: tiroiditis autoinmune más DM tipo 2.
 - IIIB: tiroiditis autoinmune más anemia perniciosa y puede acompañarse de vitiligo.
 - IIIC: tiroiditis autoinmune más alopecia areata o vitiligo u otras enfermedades autoinmunes órgano-específicas

El Vitiligo es un desorden hipomelanótico adquirido que afecta en su mayoría niños y adultos jóvenes, con un pico a los 10-30 años. No hay diferencias entre sexos ni razas; sin embargo, es mucho más notorio en personas con fototipos altos, lo cual tiene un gran impacto en la autoestima, relaciones interpersonales y calidad de vida de estas personas. Se clasifica en segmentario y no segmentario el cual ha sido reportado en el SPA-I y II, pero su más frecuente asociación es con el SPA-III. (MARÍA ALEJANDRA ZULUAGA-SEPULVEDA¹, 2013)

2.2 BASES TEORICAS DE LA ENFERMEDAD

2.2.1 Definición y Epidemiología

Se conoce al Vitiligo como un desorden pigmentario cutáneo adquirido e idiopático de carácter multifactorial que ocasionan la destrucción del melanocito. (Wolff, 2009)

Clínicamente se observa la aparición progresiva de manchas hipocrómicas y acrómicas, por lo general sin alteraciones sistémicas; asintomáticas, que progresan de forma gradual durante años, distribuidas usualmente en forma bilateral y simétrica y con un curso altamente variable, causando gran impacto psicológico en la población afectada. La destrucción de células pigmentarias no se limita a la piel sino que también puede afectar melanocitos dentro de la coroides y el epitelio pigmentario de la retina. Intervienen factores genéticos, neurológicos, autoinmunitarios y psicológicos. (María Cristina Trujillo Correa, Junio 2009)

Tiene una prevalencia a nivel mundial es del 0,5% al 2%. De la población en general. (Wolff, 2009)

Su debut puede darse en cualquier momento de la vida, suele aparecer en la infancia, con un pico entre los 10 y 30 años. El 20% de los pacientes con vitiligo tienen familiares en primer grado que han desarrollado la enfermedad, lo que da una idea del carácter genético de la misma. (Wolff, 2009).

2.2.2 Etiopatogenia

Para el Vitiligo no existe una única teoría que explique la pérdida de actividad y de número de melanocitos. Actualmente se manejan algunas hipótesis, así como la intervención de otros factores como la deficiencia en factores de crecimiento de los melanocitos, defectos intrínsecos en su adhesión y factores virales entre otros. (María Cristina Trujillo Correa, Junio 2009)

No se han podido determinar con exactitud cuáles son los factores desencadenantes de la enfermedad pero se barajan el estrés emocional, el consumo de medicamentos como beta bloqueantes, las infecciones y el trauma. (María Cristina Trujillo Correa, Junio 2009)

2.2.2.1 Teoría genética.

Los estudios demuestran una incidencia mayor en individuos con familiares afectados por la enfermedad, lo que se traduciría como evidencia de carácter genético de la misma. En algunos metanálisis realizados en la India se demuestra un incremento de 4,5 veces del riesgo de padecer la enfermedad en familiares de pacientes afectados por vitiligo. (VenezuelaVitiligo.com , 2014) (María Cristina Trujillo Correa, Junio 2009) (Wolff, 2009)

En otros estudios se han identificado locus susceptibles de autoinmunidad en ciertos cromosomas, aumento de la expresión de los genes que codifican el factor de necrosis tumoral alfa (FNT- α) que se encuentra aumentado alrededor de las lesiones, y disminución de la expresión del gen KIT que interviene en la supervivencia y proliferación de los melanocitos. (María Cristina Trujillo Correa, Junio 2009)

2.2.2.2 Teoría Autoinmune.

Esta teoría propone que anormalidades en el sistema inmunológico son las que provocan la destrucción de los melanocitos; hipótesis apoyada en la frecuente observación de diversos Trastornos Autoinmunes asociados al Vitiligo como: Diabetes Mellitus Tipo 1, Enfermedad de Addison, Enfermedad de Graves, Alopecia Areata, Artritis Reumatoide, Lupus Eritematoso Sistémico, Psoriasis, Miastenia Gravis, Anemia Perniciosa y Síndrome Poliendocrino Autoinmune 1 y 2; junto con la detección de anticuerpos y la aparición de lesiones inflamatorias en la piel. (VenezuelaVitiligo.com , 2014) (María Cristina Trujillo Correa, Junio 2009)

Además la presencia de linfocitos en la dermis de lesiones tempranas, la presencia de autoanticuerpos en la circulación de muchos pacientes y la respuesta al tratamiento con agentes inmunomoduladores como corticoesteroides y fototerapia apoyan esta hipótesis. (Gandasegui, 2012).

El 30% de los pacientes con vitíligo desarrollan otra enfermedad autoinmune. (Gandasegui, 2012).

La autoinmunidad puede darse de dos maneras:

- Inmunización primaria: con anticuerpos contra antígenos del sistema melanogénico.
- Inmunización secundaria: autodestrucción de melanocitos y amplificación del daño.

Se ha demostrado que hasta el 80% de los pacientes tienen anticuerpos contra antígenos de superficie celular de melanocitos humanos normales. La cantidad de estos anticuerpos puede relacionarse con la actividad y la extensión de la enfermedad de manera lineal; así, a mayor cantidad de anticuerpos mayor extensión y actividad de la enfermedad. (Gandasegui, 2012)

Como antígenos desencadenantes de la reacción autoinmune se han identificado cinco proteínas de distintos pesos moleculares producidas por los melanocitos. La tirosinasa (enzima melanogénica) también se reconoce como autoantígeno.

Como marcadores de la inmunidad celular podemos contar con un aumento de las células Natural Killer (NK), tercera población de linfocitos, diferentes a los linfocitos B y T que pertenecen al sistema inmune y eliminan de forma espontánea células tumorales y células infectadas por diferentes patógenos. Las células de Langerhans se ven aumentadas solamente en las zonas de piel con enfermedad activa, se mantienen normales en las zonas de enfermedad estable y se ven disminuidas en zonas de repigmentación. Se han identificado infiltraciones de macrófagos alrededor de la lesión, con infiltraciones en las mismas, siendo posible que su función sea la de ingerir y eliminar los melanocitos en los que se ha inducido la apoptosis por linfocitos T citotóxicos. (Gandasegui, 2012) (María Cristina Trujillo Correa, Junio 2009)

El papel de los linfocitos T ayudadores no está definido, viéndose su valor aumentado o disminuido en función de distintos estudios.

Podemos encontrar también cambios en las citocinas, viéndose aumentadas las IL6 e IL 8. La primera favorece la adhesión del melanocito al linfocito y la segunda atrae a los polimorfonucleares produciendo una amplificación de la respuesta. (Gandasegui, 2012)

El factor de crecimiento intrínseco de los melanocitos (GM-CSF) se encuentra disminuido, lo que provoca un menor crecimiento y supervivencia de los mismos. (Zúñiga-Rosales, 2014) (Gandasegui, 2012)

Se encuentran aumentados también el TNF- α y el interferón gamma (IFN- γ) que se encuentran involucrados en la reacción inflamatoria. (Tabla.1) (Gandasegui, 2012)

Tabla 1 Factores inmunológicos involucrados en el vitiligo	
Factor	Características propias
Proteínas de superficie de melanocito y tirosinasa	Reaccionan con anticuerpos específicos cuya cantidad se relaciona con la actividad y extensión de la enfermedad
Células de Langerhans	Aumentan en lesión activa Normales en lesión activa Disminuyen en lesión repigmentada
Macrófagos	Aumentados e infiltrados alrededor de la lesión para eliminar melanocitos en apoptosis
Linfocitos C citotóxicos	Inducen apoptosis de melanocitos
IL 6 e IL 8	Aumentadas: favorecen adhesión de melanocitos a linfocitos y la activación de polimorfonucleares
GM-CSF	Disminuido: menor proliferación y supervivencia de los melanocitos

TABLA 1: Factores inmunológicos involucrados en el Vitiligo. (Gandasegui, 2012)

2.2.2.3 Teoría Autodestructiva

Supone una autodestrucción del melanocito debido a un fallo en los mecanismos de eliminación de los precursores tóxicos de la melanina: análogos de tirosina.

Se observa un daño propio del melanocito que produce una respuesta inmune secundaria.

Se ha visto también que en la epidermis de pacientes con vitiligo se acumulan biopterinas con incremento de factores oxidantes (peróxido de hidrógeno entre ellos). Además se encuentran disminuidos los niveles de ubiquinona, vitamina E, glutathion peroxidasa y catalasa, siendo el estrés oxidativo de estas células muy elevado y provocando su daño. (Gandasegui, 2012)

Se ha valorado que la muerte de los melanocitos se deba a una elevada susceptibilidad de los mismos a factores ambientales o factores químicos autogenerados. (Wolff, 2009) (María Cristina Trujillo Correa, Junio 2009)

2.2.2.4 Teoría neural

Se aplica fundamentalmente al vitíligo segmentado, y se supone que los mediadores químicos liberados por las terminaciones nerviosas afectan a la producción de melanina disminuyéndola. (Wolff, 2009) (María Cristina Trujillo Correa, Junio 2009)

En muchos animales se encuentra control neural de los melanocitos por receptores alfa o beta adrenérgicos (el receptor beta-2 estimula la melanogénesis), y se cree que pueden estar involucrados el neuropéptido Y y la epinefrina. (Gandasegui, 2012) (VenezuelaVitiligo.com , 2014)

Esta teoría se ve reforzada porque el uso de beta bloqueantes sistémicos empeora el vitíligo.

2.2.2.3 Manifestaciones Clínicas y Factores Desencadenantes

➤ Manifestaciones Clínicas

El Vitiligo comienza en la forma de una o varias máculas o manchas acrómicas o hipocrómicas asintomáticas y de límites precisos, que gradualmente aumentan de tamaño, de forma y distribución variada. Puede afectar cualquier región corporal, aunque predomina en algunas áreas como superficies extensoras y salientes óseas (rodillas, nudillos y tobillos). También es frecuente en otras zonas: cara, cuello, axilas, dorso de las manos, alrededor de los orificios naturales como la boca, los ojos, nariz, el ombligo y los genitales.

Las manchas son acrómicas, en ocasiones de blancura lechosa, cuando se inician pueden verse por un tiempo hipocrómicas. Su número es variable, con límites precisos y sin actividad.

En esta enfermedad se produce el fenómeno de Koebner, (reproducción de la enfermedad en áreas de trauma) lo que condiciona la localización de las lesiones sobre prominencias óseas, áreas periorificiales, alrededor de heridas traumáticas o quirúrgicas.

Los pelos que se hallan en el interior de una lesión pueden verse afectados (Poliosis).

➤ Clasificación y tipos de Vitiligo.

Diversos esquemas de clasificación han sido propuestos en la literatura, la mayoría de ellos son basados en la distribución o localización de las lesiones despigmentadas.

La clasificación que se muestra en la tabla es la más completa y que engloba otras clasificaciones:

Vitiligo localizado	Vitiligo generalizado	Vitiligo universal
Focal Solo una o mas máculas en una sola área, pero sin distribución segmentaria o zosteriforme	Acrofacial Extremidades distales y cara	Universalis >80% despigmentación
Segmentario Una o mas maculas en un patrón cuasi-dermatomal	Vulgar Máculas dispersas en todo el cuerpo con patrón de distribución simétrico	
Mucosal Solo afecta la membrana mucosa	Mixto a acrofacial y/o vulgar y/o segmentario	

➤ Presentaciones clínicas - Tipos

Una de las más usadas es la clasificación topográfica que se divide en segmentaria y no segmentaria

Existen dos tipos de Vitiligo: presentan un mecanismo patogénico diferente.

- El tipo A, no segmentario es tres veces más frecuente
- El tipo B, segmentario con patrón clínico diferente.

Características del vitíligo tipo A (No segmentario)

- Parches no confirmados.
 - Distribución claramente simétrica.
 - En la población general es tres veces más común que el tipo B.
 - Aparición a cualquier edad.
 - Edad temprana de inicio en aquellos con historia familiar de vitíligo (en promedio 22 vs. 42 años de edad).
 - Evolución: Aparición de nuevos parches a lo largo de la vida.
 - Se evidencia fenómeno de Koebner.
 - Asociado a halo nevo.
 - Incidencia incrementada y fuerte historia familiar de desórdenes inmunológicos.
 - Riesgo pequeño, pero incrementado de otros desórdenes autoinmunes.
 - Incidencia incrementada de autoanticuerpos séricos órgano-específicos.
- Fuerte historia familiar de envejecimiento prematuro.

(Wolff, 2009)

Características del vitíligo tipo B (Segmentario)

- Parches confinados a un dermatoma definido.
- En la población general, el tipo B es menos común que el tipo A.
- Aparición en jóvenes y niños.
- El tipo B generalmente se inicia en la juventud.
- Evolución: estático.
- La aparición de nuevos parches tiende a cesar después de un año.
- No presenta fenómeno de Koebner.
- No asociado a halo nevo.
- Poliosis es común en cejas y piel cabelluda.
- Se asocia mejor a la hipótesis neuroquímica.
- Poca respuesta a PUVA terapia.

(Wolff, 2009)

El vitíligo segmentario aparece tempranamente en la niñez o juventud y se extiende rápidamente dentro de un dermatomo, se estabiliza dentro de los dos años y persiste a través de la vida. El compromiso inicial es usualmente solitario, la cara es la localización más común.

El vitíligo no segmentario aparece a cualquier edad, ópticamente aparecen nuevos parches a través de la vida del paciente, frecuente fenómeno de Koebner, fuerte historia familiar de desórdenes autoinmunes.

El vitíligo no segmentario puede ser clasificado dentro de cuatro formas clínicas basadas en la distribución del proceso: localizado, generalizado, acral y acrofacial.

Clasificación del Vitíligo
1. Localizado
- Focal
- Segmentario
- Mucoso
2. Acral
3. Acrofacial
4. Generalizado
- Diseminado
- En pequeñas máculas
- En grandes máculas
- Universal
- Mixto

LOCALIZADO

Cuando la enfermedad queda limitada a una determinada región del tegumento, pudiendo ser focal, si son lesiones aisladas o varias máculas de tamaño y número reducido, que suelen responder bien al tratamiento; segmentario, uno o más máculas en un patrón casi dermatomal, generalmente éste tiene una evolución estable y una reducida significación clínica; y mucoso cuando afecta solo membranas mucosas.

GENERALIZADO

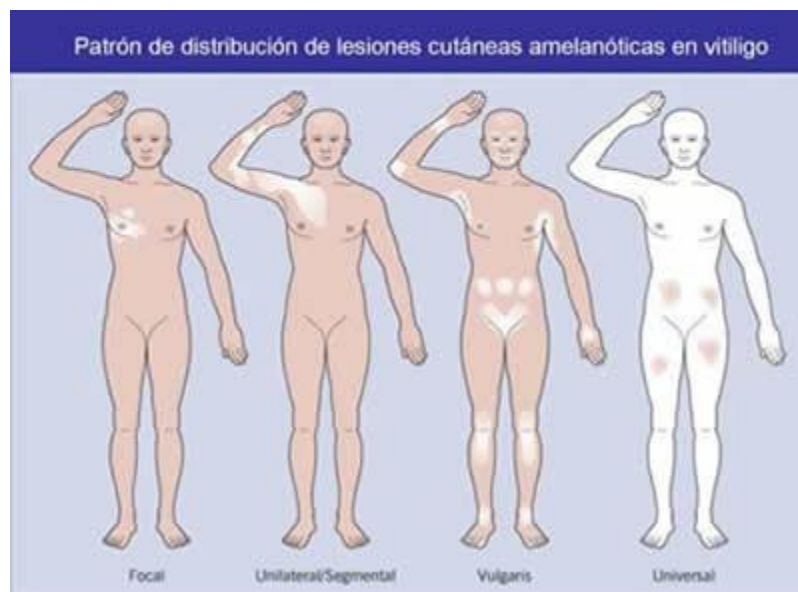
Es el tipo más común. Afecta varios territorios cutáneos y se caracteriza por máculas dispersas que se localizan a menudo en forma simétrica, afecta con frecuencia las superficies extensoras, pueden ser periorificiales. En cualquiera de las formas pueden afectarse los melanocitos del folículo pilosebáceo y dar lugar a la aparición de mechones blancos (poliosis). El compromiso palmoplantar es común. El fenómeno de Koebner es relativamente frecuente. Universal: completa o casi completa despigmentación.

ACRAL

Distribuido en las extremidades, manos y pies.

ACROFACIAL

Afecta extremidades distales y cara.



2.2.2.4 Diagnóstico

Lámpara de Wood.- (intensifica el blanco) en casos de pieles muy claras o zonas no expuestas a la luz. (Wolff, 2009)

A pacientes diagnosticados de vitiligo se les debería hacer un screening de detección de enfermedades metabólicas de carácter autoinmune.

Recomendaciones de exámenes de laboratorio para el screening de enfermedades metabólicas de carácter autoinmune:

Enfermedad tiroidea: Solicitar anticuerpos antitiroideos y TSH iniciales

Niños: solicitar TSH anual

Adultos:

- Ac antitiroideos positivos: solicitar TSH anual (aproximadamente 5% desarrolla una disfunción tiroidea cada año).
- Ac antitiroideos negativos: solicitar TSH cada 3-5 años.

Diabetes:

- Interrogar periódicamente sobre síntomas y signos de diabetes (poliuria, polidipsia, polifagia, pérdida de peso).
- Solicitar glucemia anualmente.

Anemia perniciosa:

- Evaluar sintomatología de anemia megaloblástica
- Solicitar periódicamente hemograma

Ojos: Se recomienda un examen oftalmológico periódico

El resto de las enfermedades autoinmunes asociadas no tiene una prevalencia elevada, por lo que no se justifica un screening de rutina. Si se debe mantener un alto grado de sospecha clínica para detectar estas asociaciones, las cuales pueden desarrollarse varios años o aún décadas después de la aparición del Vitiligo

Debemos poder diferenciarlos de la pitiriasis versicolor (aparece cuando el paciente toma el sol y las zonas afectadas carentes de melanina quedan sin pigmentar), piebaldismo (trastorno autosómico dominante en el que hay áreas que carecen de melanocitos, aparece al nacer) e hypomelanosia guttata (aparecen muchas máculas hipopigmentadas en el tronco o zonas expuestas al sol de las extremidades).

Cuando el vitiligo afecta a zonas genitales hay que hacer diagnóstico diferencial con el liquen escleroso, aunque en muchas ocasiones coexisten.

El pronóstico del vitiligo segmentario es mejor, al ser más estable.

Se da repigmentación espontánea entre el 6% y el 44% de los casos que se inicia como pigmentación macular marginal o perifolicular, sobre todo en zonas expuestas a la luz.

Las lesiones situadas en zonas de fricción, con leucotriquia y que se asocian con lesiones en mucosas tienen peor pronóstico.

2.2.2.5 Tratamiento farmacológico

Existen una gran cantidad de tratamientos disponibles, con ventajas y desventajas, pero ninguno de ellos es 100% efectivo en todos los pacientes. (Verónica del Carmen Guardado Díaz, 2011)

Puede ser de dos tipos: médico o quirúrgico.

Médico: incluye esteroides tópicos y sistémicos, fototerapia, inhibidores de la calcineurina y otros.

Quirúrgico: consiste en injertos de piel o de melanocitos, tatuajes, etc.

a. Esteroides tópicos:

Están indicados para cualquier Vitiligo, evitando los efectos secundarios sistémicos. Pueden usarse en menores de diez años con despigmentación limitada. (Verónica del Carmen Guardado Díaz, 2011)

Los más usados son el valerato de betametasona al 0,1% y el propionato de clobetasol al 0,05%, una vez al día por varios meses (en la cara y las axilas, esteroides de baja potencia). (Verónica del Carmen Guardado Díaz, 2011) (María Cristina Trujillo Correa, Junio 2009)

Aproximadamente, 50% de los pacientes nota repigmentación del área tratada. Si ésta no se consigue en tres meses, se debe discontinuar e intentar de nuevo a los seis meses o cambiar a otro tratamiento. (Verónica del Carmen Guardado Díaz, 2011)
Es importante la vigilancia de la atrofia cada dos meses y la aparición de estrías.

La base de datos Cochrane, en su revisión sobre el uso de esteroides en Vitiligo, evidencia que existen muchos estudios que muestran su eficacia, pero que pocos han reportado los efectos adversos a largo plazo. (María Cristina Trujillo Correa, Junio 2009)

Los resultados muestran que el propionato de clobetasol es mejor que la PUVA sol, que el valerato de betametasona es mejor que el placebo y que no hay diferencias entre el uso de tacrolimus y clobetasol. Además, la fluticasona fue más efectiva cuando se administró en combinación con luz ultravioleta A que cuando se administró sola. (Verónica del Carmen Guardado Díaz, 2011).

b. Esteroides sistémicos

Disminuyen la citotoxicidad mediada por anticuerpos contra los melanocitos y, por lo tanto, es útil en pacientes con enfermedad activa. Se recomienda una dosis diaria de prednisona de 0,3 mg/kg, la cual tiene mínimos efectos secundarios. Debe continuarse por dos meses y realizarse un desmonte progresivo. También es útil en niños y adultos que no son candidatos a esteroides tópicos ni a PUVA. (María Cristina Trujillo Correa, Junio 2009) (Verónica del Carmen Guardado Díaz, 2011)

Soo Min Kim et al. reportaron una detención de la progresión del vitiligo en 87% de los pacientes, con un porcentaje de repigmentación de 70%, luego de cuatro meses de tratamiento. En este estudio, presentaron una mejor respuesta los jóvenes con lesiones localizadas, principalmente en la cara. Los efectos adversos, aunque en muy baja proporción, fueron el edema facial, la ganancia de peso y el acné.^{41,42} Sin embargo, los estudios de medicina basada en la evidencia que evalúan los esteroides orales y en la lesión, no han encontrado resultados significativos. (Verónica del Carmen Guardado Díaz, 2011)

c. Fototerapia.

Históricamente, la fotoquimioterapia con luz ultravioleta A más psoralen tópico y sistémico (PUVA) se ha considerado la terapia de elección para el tratamiento de los pacientes con Vitiligo. Sin embargo, se sabe que la repigmentación inducida por PUVA varía considerablemente. (Verónica del Carmen Guardado Díaz, 2011)

Además, los efectos adversos son sustanciales, e incluyen fototoxicidad, cáncer de piel, aparición de cataratas y efectos gastrointestinales, entre otros. (Verónica del Carmen Guardado Díaz, 2011)

Dada la eficacia comparable de la PUVA con luz ultravioleta B de banda estrecha y la ausencia de efectos adversos, se considera el método de elección en

pacientes con vitiligo grave a moderado (compromiso de más de 10% del área de superficie corporal). (Gandasegui, 2012)

La luz ultravioleta B utiliza una longitud de onda de 311 nm que provee alta fluencia y menos eritema. Induce inmunosupresión local, promueve la producción de melanotropina, su proliferación y la melanogénesis. Es más efectiva que la PUVA tópica e igual de eficaz que la PUVA oral, siendo la terapia con luz ultravioleta B más segura, aun en niños. Además, no requiere protección ocular después del tratamiento. El uso de kelina tópica combinada con luz ultravioleta A no mostró diferencias comparada con la de luz ultravioleta B como terapia única. (Verónica del Carmen Guardado Díaz, 2011)

d. Inhibidores de la Calcineurina

Según los estudios, el tacrolimus y el pimecrolimus son igual de eficaces al clobetasol en el tratamiento de los pacientes. Son inmunomoduladores tópicos que afectan la función de las células T y los mastocitos por la unión de inmunofilinas citoplasmáticas y la inactivación de la calcineurina, que inhiben la síntesis y la liberación de citocinas proinflamatorias y de mediadores vasoactivos. (María Cristina Trujillo Correa, Junio 2009)

Tienen algunas ventajas, pues son bien tolerados y pueden utilizarse por largos periodos sin evidencia de atrofia y telangiectasias. Sin embargo, su principal desventaja es que no existen estudios a largo plazo que confirmen su verdadera eficacia. Hasta el momento, los estudios concluyen que 89% de los pacientes alcanza un grado de repigmentación hasta de 75%, principalmente en la cara y el cuello. Además, hasta el momento no se ha comprobado que el uso de inmunomoduladores tópicos esté relacionado con inmunosupresión sistémica y con aumento del riesgo de cáncer de piel y otras malignidades. (María Cristina Trujillo Correa, Junio 2009) (Gandasegui, 2012)

e. Calcipotriol

Es un análogo sintético de la vitamina D3 que se une a los receptores de vitamina D de la piel, estimulan la melanogénesis e inhiben la activación de células T. Algunos estudios han mostrado eficacia cuando se combina con luz ultravioleta, pero en otros se ha observado una repigmentación mínima. Su efectividad es mayor si se asocia

a clobetasol. (Wolff, 2009) (Gandasegui, 2012) (Verónica del Carmen Guardado Díaz, 2011)

Una terapia promisorio parece ser el uso de calcipotriol asociado a fotoquimioterapia con 8-metoxipsoraleno; sin embargo, se requieren más estudios para confirmar su eficacia.

f. Fenilalanina y helioterapia

Se usa especialmente para menores de diez años en quienes la terapia con PUVA está contraindicada. Se emplea fenilalanina a dosis de 50 mg a 100 mg por vía oral o en aplicación tópica más exposición al sol, con repigmentación en 50% o más de los individuos tratados. (Verónica del Carmen Guardado Díaz, 2011)

El mecanismo de acción se desconoce, ya que no hay evidencia de disminución de la fenilalanina o la tirosina en la piel de los pacientes con Vitiligo. Se plantea la posibilidad de la estimulación de la fenilalanina al melanocito folicular para proliferar o migrar, pero este efecto puede ser producido también por el sol en forma independiente.

Su gran ventaja es el uso en forma segura en individuos de todas las edades.

g. Levamisol

Se ha planteado esta alternativa terapéutica para pacientes con vitiligo limitado o de lenta progresión, y se obtiene mayor beneficio cuando se aplica concomitantemente un esteroide tópico. Se emplean dosis de 150 mg, dos veces por semanas por 4 a 48 meses. Sin embargo, se necesitan más estudios para comprobar su verdadera eficacia. (Verónica del Carmen Guardado Díaz, 2011)

h. Antioxidantes

La efectividad de los agentes antioxidantes en el tratamiento del vitiligo todavía está en discusión. El extracto de ginkgo biloba evaluado en un periodo de seis meses en pacientes con Vitiligo localizado y de progresión lenta, mostró una repigmentación de 75% o más en 40% de los pacientes, con una muy buena tolerancia, a una dosis de 40 mg, tres veces al día; puede ser una terapia efectiva para evitar la progresión del vitiligo. (Verónica del Carmen Guardado Díaz, 2011)

i. Prostaglandinas

Se ha demostrado que las prostaglandinas juegan un papel en la proliferación de los melanocitos y la melanogénesis.

Un estudio evaluó la aplicación de prostaglandina E2 tópica en vitiligo localizado durante seis meses y mostró que 15 de 24 pacientes presentaron repigmentación acentuada. Estos resultados no han sido confirmados. (Gandasegui, 2012)

j. Terapia de despigmentación

Está indicada cuando el compromiso por la enfermedad es de más de 50% del área de la superficie corporal. Se aplica monobencil éter de hidroquinona (monobenzona), dos veces al día, hasta lograr que el pigmento residual desaparezca; produce muy buenos resultados con una apariencia de piel tipo I. Esto requiere consentimiento informado del paciente, ya que es permanente y el paciente será fotosensible de por vida. La posible toxicidad es dermatitis leve (14%), la cual es tratada con esteroides tópicos, y en 50% eritema, sequedad y prurito. Ocasionalmente, puede encontrarse un paciente alérgico a la monobenzona. En 90% a 95% de los casos, se toman dos a tres meses para iniciar la respuesta y, nueve meses a un año, para completarla. Se debe evitar la exposición al sol, para disminuir los riesgos de repigmentación. Esta despigmentación también puede lograrse mediante el uso de láser de rubí, en pacientes con fenómeno de Koebner positivo. (Verónica del Carmen Guardado Díaz, 2011)

k. Melagenina.

Es un extracto de placenta humana, producido en Cuba en 1976. Está compuesta por ácidos grasos libres, aminoácidos, fosfolípidos, minerales y, al parecer, una alfa lipoproteína que estimula la síntesis de melanina y la proliferación de melanocitos. No tiene efectos tóxicos.

Se reporta una repigmentación parcial o total en 3 a 11 meses, en 84% de los casos. Sin embargo, estos resultados no han sido corroborados por otros investigadores, lo cual pone en duda el beneficio de la medicación, más aun si se tiene en cuenta que en 10% a 44% de los pacientes con la enfermedad ocurre repigmentación espontánea.

En estudios realizados en China sobre Vitiligo estable del cuero cabelludo, reportan mejoría en 36% de los pacientes, pero son series muy pequeñas y se requiere mayor investigación al respecto. En un metanálisis, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas con el placebo.

Existe poca información sobre otras intervenciones en los pacientes con Vitiligo, como terapias alternativas, camuflaje cosmético y terapia psicológica, y ningún estudio ha sido capaz de demostrar beneficios a largo plazo.

Varios estudios de distribución aleatoria y controlados reportes de casos han demostrado que los esteroides tópicos y la luz ultravioleta B son las terapias más efectivas y seguras para el tratamiento del Vitiligo localizado y generalizado, respectivamente. (Zurita, 2014) (María Cristina Trujillo Correa, Junio 2009)

l. Polypodium leucotomos

Es una sustancia derivada de un helecho de América Central, con propiedades inmunomoduladoras. En los estudios preliminares de Polypodium leucotomos asociada a luz ultravioleta B, se ha mostrado una mayor tasa de repigmentación al compararlos con fototerapia como terapia única. (María Cristina Trujillo Correa, Junio 2009)

m. Tratamientos quirúrgicos.

Están indicados para pequeñas áreas de Vitiligo, con mala respuesta al tratamiento médico, piel con vellos blancos, con muy pocas posibilidades de repigmentación y enfermedad estable. (Verónica del Carmen Guardado Díaz, 2011)

a. Injertos con sacabocado.

Se toman especímenes de biopsia con sacabocados de un área donante pigmentada. La repigmentación comienza 4 a 6 semanas luego del procedimiento.

b. Miniinjertos.

Se usan para el Vitiligo segmentario resistente al tratamiento. Es una variante del anterior, en el que se utilizan incisiones de 2 a 3 mm.

Es un procedimiento tedioso, consume mucho tiempo y se realizan, aproximadamente, 50 a 100 injertos por sesión. El resultado cosmético es excelente, con repigmentación en 4 a 6 semanas. (Verónica del Carmen Guardado Díaz, 2011)

c. Injerto con ampolla de succión.

Son injertos epidérmicos obtenidos por succión al vacío, con una presión aproximada de 150 mm Hg. El techo de la ampolla se remueve y se utiliza como injerto. El sitio receptor se prepara con succión, congelamiento o dermoabrasión, 24 horas antes. La repigmentación tiende a ser moteada. (Verónica del Carmen Guardado Díaz, 2011)

d. Cultivos autólogos de queratinocitos y melanocitos.

En esta técnica se utiliza piel normal como fuente de células que se llevan a cultivo. El sitio receptor se prepara mediante criabrasión, dermoabrasión, succión o láser, quitando la epidermis. Puede combinarse con luz ultravioleta A para acelerar el proceso de repigmentación, que puede ser moteada. Tiene como problema que su costo es elevado. Su principal ventaja es que sólo se requieren pequeñas cantidades de piel donante para su realización. (Verónica del Carmen Guardado Díaz, 2011)

e. Injerto de melanocitos autólogos.

Con esta técnica sólo se cultivan melanocitos que, luego, se inyectan en la piel receptora previamente preparada con criabrasión o dermoabrasión superficial. Su principal problema es el costo y la utilización de mitógenos artificiales con efectos desconocidos en humanos. Actualmente, se ensayan nuevos métodos que usan factor de crecimiento de fibroblastos, factor de crecimiento de hepatocitos o ambos. (Verónica del Carmen Guardado Díaz, 2011)

2.3 OPINIÓN DE LA AUTORA.

Conocer la incidencia de enfermedades autoinmunes en pacientes con Vitiligo, nos dará información acerca de la realidad de nuestra población con respecto a una de las enfermedades que afecta al 2% de la población ecuatoriana y nos permitirá realizar acciones o reforzar las existentes para reducir la incidencia.

El Vitiligo es una de las 10 dermatosis frecuentes en la consulta externa en el servicio de Dermatología. Las enfermedades autoinmunes no reconocidas puede afectar negativamente el control puesto que la importancia radica en el diagnóstico de una patología tratable.

La detección de las enfermedades autoinmunes entre los pacientes con Vitiligo debe ser realizada rutinariamente teniendo en cuenta la prevalencia de nuevos casos diagnosticados. En nuestro estudio pretendemos establecer la incidencia de enfermedades autoinmunes en pacientes con Vitiligo en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo de Guayaquil en el periodo 2012-2014.

2.4 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN O HIPÓTESIS

La incidencia de enfermedades autoinmunes en pacientes con diagnóstico de Vitiligo es debido a la larga lista de trastornos autoinmunes que se encuentran interrelacionados razón por la que un paciente que sufre alguna de ellas, corre el riesgo de padecer más de un trastorno autoinmune activo a la vez.

2.5 VARIABLES.

2.5.1 VARIABLE INDEPENDIENTE

Vitiligo

2.5.2 VARIABLE DEPENDIENTE

Incidencia de enfermedades autoinmunes

CAPÍTULO III

3. MATERIALES Y MÉTODOS

3.1 CARACTERIZACIÓN DE LA ZONA DE TRABAJO

La ciudad de Guayaquil se encuentra en la región litoral o costa de Ecuador, cercana al Océano Pacífico por medio del Golfo de Guayaquil. Se localiza en la margen derecho del río Guayas, bordea al oeste con el Estero Salado y los cerros Azul y Blanco. Por el sur con el estuario de la Puntilla de Guayaquil que llega hasta la isla Puná (Alcaldía de Guayaquil, 2012)

El Hospital Regional de Guayaquil El Hospital Teodoro Maldonado Carbo es un hospital de tercer nivel, es decir con subespecialidades, es la unidad médica de mayor complejidad, de referencia zonal, que presta atención médica de hospitalización y ambulatoria de tercer nivel, en cirugía, clínica y cuidado materno infantil, medicina crítica, y auxiliares de diagnóstico y tratamiento. Atiende afiliados a la seguridad social, por lo tanto el primer objeto de estudio es la dinámica poblacional de los afiliados al IESS.

Está constituido por un edificio vertical de hormigón armado y cemento que consta de un pabellón de 120 m de longitud, consta de 5 pisos, en el ala norte se encuentra los servicios de consulta externa.

En la década de los sesenta se inició la planificación de estos centros en Quito, Guayaquil y Cuenca, y se erigieron sus hospitales regionales: el Carlos Andrade Marín en la capital, el Hospital Regional en Guayaquil, hoy Dr. Teodoro Maldonado Carbo, y el Teodoro Carrasco en Cuenca. Por razones de financiamiento, equipamiento y tiempo dedicado a preparar y seleccionar debidamente al personal técnico y administrativo, el Hospital Regional de Guayaquil se inauguró el 7 de octubre de 1970, cuando ejercía la Presidencia de la República el Dr. José María Velasco Ibarra y la cartera de Previsión Social el licenciado Luis Eduardo Robles Plaza, quienes estuvieron presentes en las nuevas instalaciones aquel recordado día.

La política institucional es el mejoramiento del nivel de vida de los afiliados, proporcionando servicios y prestaciones, incrementando la cobertura y ampliando constantemente el número de afiliados en beneficio de la población .

Su misión es ser una Unidad de Salud del III Nivel, que preste servicios integrales y especializados, enmarcados en la calidez humana y el sentido social de la Seguridad Social. Ofrecer servicios de calidad en función de la satisfacción de nuestros usuarios de la Red.

Contribuir a garantizar la excelencia académica en la formación de profesionales en el área de la salud, y fomentar la investigación científica.

Tiene como visión ser una Unidad Médica Líder del Seguro de Salud del IESS, cumpliendo con la responsabilidad social en materia de prestación de servicios de salud oportunos, con calidez y eficiencia .

El Hospital IESS otorga servicios médicos de alta calidad a través del desarrollo de nuestro talento humano. Impulsando la Investigación científica y el desarrollo tecnológico dentro de las políticas de Mejoramiento continuo.

Presta servicios en todas las especialidades tanto en consulta externa como de hospitalización. (Social, 2015)

3.2 UNIVERSO

Todos los pacientes con diagnóstico de Vitiligo atendidos en la Consulta Externa del servicio de Dermatología en el Hospital Dr. Teodoro Maldonado Carbo de Guayaquil periodo 2012 -2014.

3.3 MUESTRA

De tipo probabilística no cuantitativa, incluyó a 285 pacientes con diagnóstico de Vitiligo, que cumplan con los criterios de inclusión de la investigación.

3.4 VIABILIDAD

El presente estudio es viable pues consta con la aprobación del departamento de Docencia e Investigación del Hospital IESS Dr. Teodoro Maldonado Carbo, que permitió el acceso a las historias clínicas.

Es de interés de la institución que existan datos estadísticos que demuestren la incidencia de enfermedades autoinmunes en pacientes con Vitiligo. Además se cuenta con el apoyo de los representantes de la Universidad de Guayaquil y existen las correspondientes autorizaciones para su ejecución.

3.5 CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Pacientes con diagnóstico de L80 Vitiligo.
- Atención entre 1 de enero del 2012 hasta el 31 de enero del 2014
- Adultos desde los 18 años de edad atendidos en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo de Guayaquil.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Pacientes con datos incompletos en sus historias clínicas
- Pacientes con antecedentes patológicos personales y familiares de enfermedades autoinmunes o sistémicas.
- Pacientes menores de 18 años.

3.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES DE INVESTIGACIÓN

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN
Incidencia	Número de casos nuevos, de la enfermedad que estudiamos, que aparecen en un período de tiempo previamente determinado.	Se obtendrá la totalidad de pacientes con Vitiligo que en su consulta se obtuvo como hallazgo una enfermedad autoinmune.	Nominal Masculino Femenino
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento de su evaluación diagnóstica	Todas las personas evaluadas y tratadas se clasificaran por edades obteniéndolas de los expedientes médicos.	Intervalos de edad (años):
			18 – 30 años
			31 - 45 años
			46- 65 años
			Mayor de 66 años
Sexo	Diferencia física entre hombre y mujer	Se determinará el sexo en que más se presenta la enfermedad.	Nominal Masculino Femenino
Topografía	Localización de la lesión	Localización anatómica de la dermatosis: 1. Cara 2. Cuello 3. Tronco 4. Ext. Superior 5. Ext. Inferior 6. Genitales	Nominal
Tipo de Vitiligo	Basado en la distribución de las lesiones despigmentadas	Segmentario	Nominal
		No segmentario	
		Acral	
		Acrofacial	
		Local	
		General	a. Enfermedades Metabólicas b. Patologías tiroideas c. Enfermedades autoinmunes d. Enfermedades cutáneas
Enfermedades asociadas	Enfermedades causadas por su propio sistema inmunológico	Enfermedades halladas en la consulta dermatológica en los pacientes con Vitiligo	

3.7. OPERACIONALIZACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN

Los instrumentos utilizados son las historias clínicas de los pacientes del Servicio de Dermatología, donde se anotará: Número de Historia Clínica, sexo, edad, la clasificación, tipo de lesión, diagnóstico, y resultados de las pruebas analíticas que se obtuvieron del sistema informático del Hospital IESS Dr. Teodoro Maldonado Carbo. Se elaboró una hoja de recolección de datos, la cual se aplicó en la unidad hospitalaria por medio del acceso al sistema AS 400.

3.8. TIPO DE INVESTIGACIÓN

Es un estudio descriptivo, observacional y estadístico de corte transversal. Se analizó todos los pacientes con Vitiligo con enfermedades autoinmunes atendidos por el Servicio de Dermatología en el Hospital IESS Dr. Teodoro Maldonado Carbo. Se analizó la incidencia y sus enfermedades autoinmunes más frecuentes.

3.9 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

	2014							2015						
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	JUN	JUL	AG	SEP	OCT	NOV	DIC	EN	FEB	MA	AB	MA	JUN	RESPONSABLE
Elaboración de hoja recolección datos														Investigador
Análisis bibliográfico														Investigador
Identificación de requerimientos														Investigador
Elaboración de marco teórico referencial														Investigador
Recolección de datos estadísticos														Investigador
Análisis de datos estadísticos														Investigador
Revisión de borrador de anteproyecto														Tutor
Correcciones														Investigador
Revisión de anteproyecto														Tutor
Borrador de tesis														Investigador
Redacción tesis														Investigador
Presentación del trabajo de investigación														Investigador

3.10 CONSIDERACIONES BIOÉTICAS

Este estudio se clasifica como una investigación sin riesgo, y se llevó a cabo mediante la revisión de historias clínicas virtuales de la base de datos en el Hospital del sistema AS-400.

El proyecto se mantiene dentro de términos éticos, morales y legales ya que para su realización no es necesario divulgar los datos personales de los pacientes que se incluyen para este estudio, además cabe recalcar que es auténtica, sin fines de lucro y sin conflictos de interés.

Con la aprobación del tema; se procedió a solicitar la autorización a los diferentes departamentos del Hospital IESS Dr. Teodoro Maldonado Carbo, solicitando acceso al sistema computacional y al departamento de Estadística, para poder revisar las historias clínicas.

3.11. RECURSOS EMPLEADOS

3.11.1. RECURSOS HUMANOS

- Autor de trabajo.
- Personal de informática y estadística del Hospital.
- Personal de dirección técnica y docencia del Hospital.

3.11.2. RECURSOS FÍSICOS

- Sistema AS400 – Base de Datos del HTMC
- Laptop, Impresora, Papel Bond, Bolígrafos.
- Hoja de recolección de datos

3.12. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

La información requerida se obtuvo mediante del departamento de archivo clínico y estadística del Hospital IESS Dr. Teodoro Maldonado Carbo que proporcionó el número de historia clínica de todos los pacientes que fueron atendidos por el Servicio de dermatología con diagnóstico de Vitiligo y que durante el transcurso de la misma presento una enfermedad autoinmune. Se recabo la información necesaria en una hoja de recolección de datos (ver anexos). Con la información se conformó una base de datos de los pacientes en una hoja de cálculo de Microsoft Excel.

3.13 METODOLOGÍA PARA EL ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Para el análisis de los resultados se realizó en hojas de cálculo del programa de Microsoft Excel, donde todos los datos se expresaron como frecuencia absoluta y porcentaje. Posteriormente la información fue analizada en el programa estadístico SPSS 19.0 (Statistical Product and Service Solutions para Window) para la confección de tablas y gráficos.

CAPITULO IV

4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 RESULTADOS

La investigación ha sido planteada con el objetivo de establecer la incidencia de Enfermedades Autoinmunes en pacientes con Vitiligo en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo de Guayaquil en el periodo 2012-2014, por medio de la recolección de datos a través de la información obtenida de las historias clínicas.

Receptada la información se procedió a contar, clasificar, tabular y realizar la representación gráfica, lo cual permitió conocer los resultados de la investigación de campo. La información recopilada hemos resumido en tablas y gráficos. En función de los objetivos y de la hipótesis se procedió al análisis e interpretación de resultados.

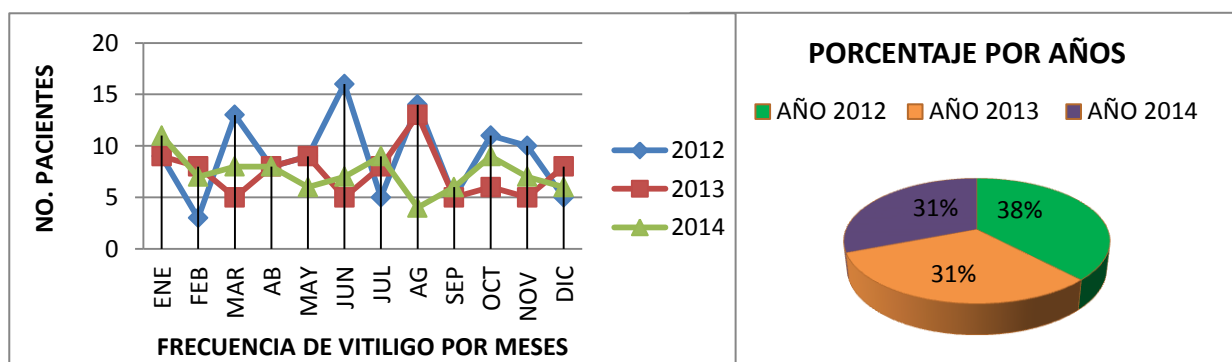
Tabla 1. Número de pacientes diagnosticados con Vitiligo en el Hospital Regional IESS Teodoro Maldonado Carbo de la Guayaquil. 2012-2014, según: Año de ingreso.

FRECUENCIA DE VITILIGO POR AÑOS														
	ENE	FEB	MAR	AB	MAY	JUN	JUL	AG	SEP	OCT	NOV	DIC	TOTAL	%
2012	9	3	13	8	9	16	5	14	5	11	10	5	108	38%
2013	9	8	5	8	9	5	8	13	5	6	5	8	89	31%
2014	11	7	8	8	6	7	9	4	6	9	7	6	88	31%
TOTAL CASOS	29	7	26	24	24	28	22	31	16	26	22		285	100%

Fuente: Hospital Regional IESS Dr. Teodoro Maldonado Carbo de Guayaquil.

Autor: María Gabriela Plúas Saico.

Ilustración 1. Número de pacientes diagnosticados con Vitiligo en el Hospital Regional IESS Teodoro Maldonado Carbo de la Guayaquil. 2012-2014, según: Año de ingreso.



Fuente: Hospital Regional IESS Dr. Teodoro Maldonado Carbo de Guayaquil.

Autor: María Gabriela Plúas Saico.

Interpretación: Del total de la muestra (285 pacientes), fueron diagnosticados 108 casos de Vitiligo durante el año 2012 (38%), 89 casos en el 2013 (31%) y 88 casos en el 2014 (31%); se observó un aumento de los caso en los meses de Junio y Agosto Del año 2012.

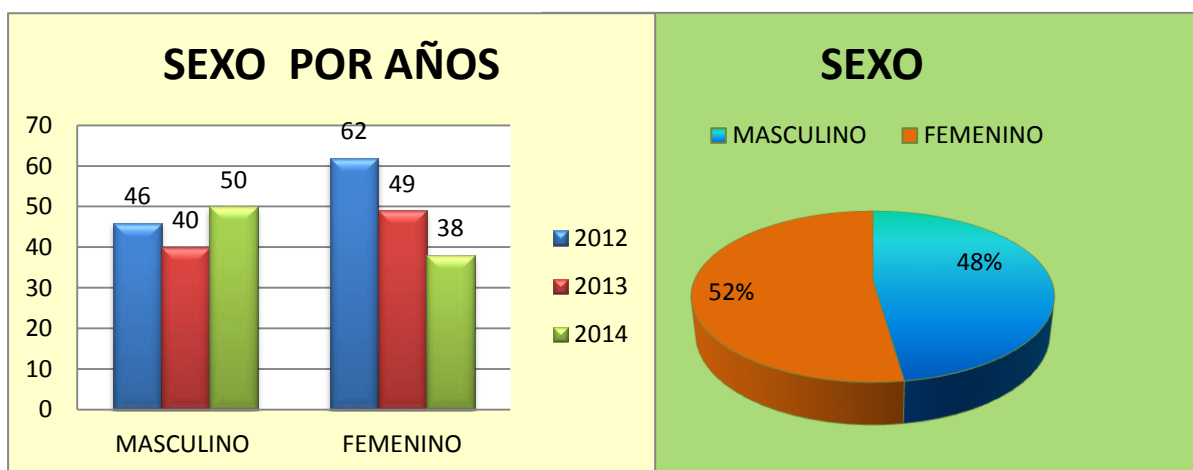
Tabla 2. Pacientes con Vitiligo por género presentes en el Hospital Regional IESS Teodoro Maldonado Carbo de la Guayaquil. 2012-2014, según: Año de ingreso.

SEXO POR AÑOS					
SEXO	2012	2013	2014	TOTAL	%
MASCULINO	46	40	50	136	48%
FEMENINO	62	49	38	149	52%
TOTAL	108	89	88	285	100%

Fuente: Hospital Regional IESS Dr. Teodoro Maldonado Carbo de Guayaquil.

Autor: María Gabriela Plúas Saico.

Ilustración 2. Pacientes con Vitiligo por Género presentes que acudieron a la consulta en el Hospital Regional IESS Teodoro Maldonado Carbo de la Guayaquil. 2012-2014, según: Año de ingreso.



Fuente: Hospital Regional IESS Dr. Teodoro Maldonado Carbo de Guayaquil.

Autor: María Gabriela Plúas Saico.

Interpretación: Del total de la muestra (285 pacientes), diagnosticados de Vitiligo 52% pertenecían al sexo femenino y 48 % al sexo masculino.

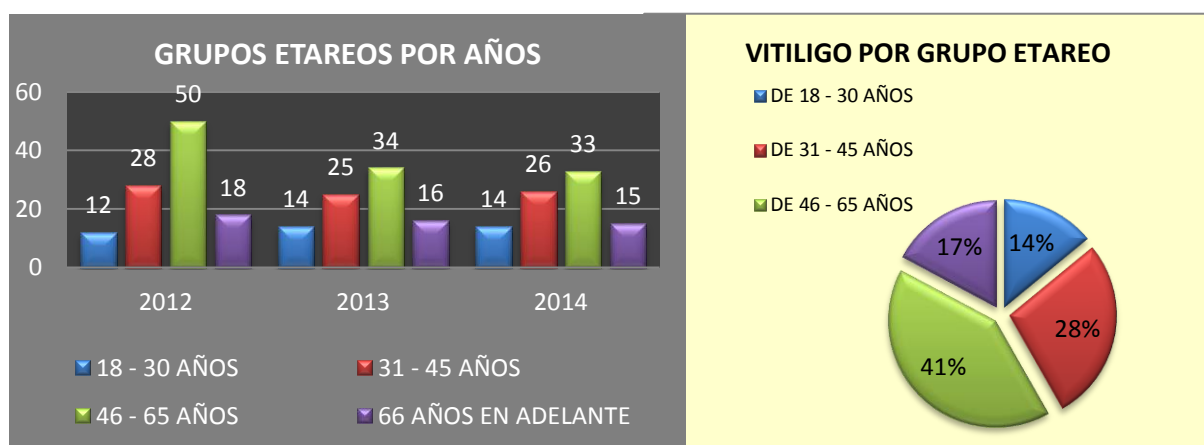
Tabla 3. Grupo etáreo de pacientes con Vitiligo en el Hospital Regional IESS Teodoro Maldonado Carbo de la Guayaquil. 2012-2014, según: Año de ingreso y según porcentaje.

FRECUENCIA DE VITILIGO POR GRUPO ETAREO POR AÑOS					
	DE 18 - 30 AÑOS	DE 31 - 45 AÑOS	DE 46 - 65 AÑOS	DE 66 AÑOS EN ADELANTE	TOTAL
2012	12	28	50	18	108
2013	14	25	34	16	89
2014	14	26	33	15	88
TOTAL	40	79	117	49	285

GRUPO ETAREO	CANTIDAD	%
DE 18 - 30 AÑOS	40	14%
DE 31 - 45 AÑOS	79	28%
DE 46 - 65 AÑOS	117	41%
DE 66 AÑOS EN ADELANTE	49	17%
TOTAL	285	100%

Fuente: Hospital Regional IESS Dr. Teodoro Maldonado Carbo de Guayaquil.
Autor: María Gabriela Plúas Saico

Ilustración 3. Grupo etáreo de pacientes con Vitiligo en el Hospital Regional IESS Teodoro Maldonado Carbo de la Guayaquil. 2012-2014, según: Año de ingreso y según porcentaje.



Fuente: Hospital Regional IESS Dr. Teodoro Maldonado Carbo de Guayaquil.
Autor: María Gabriela Plúas Saico

Interpretación: Del total de la muestra (285 pacientes), diagnosticados de Vitiligo el grupo etáreo en el que más casos se observó fue de edades 46 – 65 años con 117 pacientes (41 %) y con menor frecuencia en las edades de 18 – 30 años (14%)

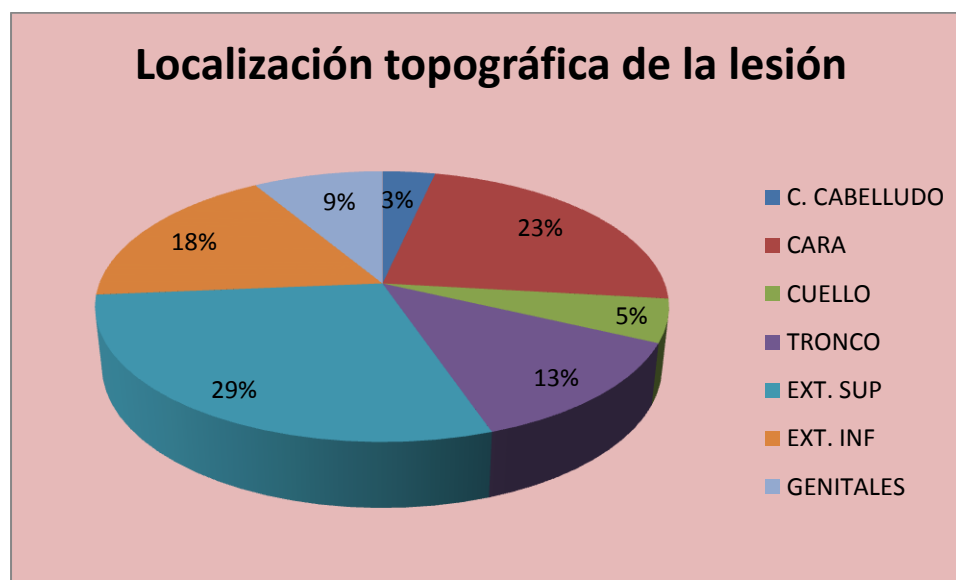
Tabla 4. Localización topográfica de las máculas presente en los pacientes diagnosticados con Vitiligo en el Hospital Regional IESS Teodoro Maldonado Carbo de la Guayaquil, periodo 2012 – 2014.

LOCALIZACIÓN DE LA LESION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
C. CABELLUDO	15	3%
CARA	100	23%
CUELLO	22	5%
TRONCO	55	13%
EXT. SUP	124	29%
EXT. INF	76	18%
GENITALES	37	9%
		100%

Fuente: Hospital Regional IESS Dr. Teodoro Maldonado Carbo de Guayaquil.

Autor: María Gabriela Plúas Saico

Ilustración 4. Localización topográfica de las máculas presente en los pacientes diagnosticados con Vitiligo en el Hospital Regional IESS Teodoro Maldonado Carbo de la Guayaquil, periodo 2012 – 2014.



Fuente: Hospital Regional IESS Dr. Teodoro Maldonado Carbo de Guayaquil.

Autor: María Gabriela Plúas Saico

Interpretación: Del total de la muestra (285 pacientes), la localización más frecuente fue en la extremidad superior con el 29%, seguido de la cara con el 23%. Y en una menor cifra en región genital con un 3%.

Tabla 5. Distribución de los 285 pacientes según el tipo de Vitiligo, en el Hospital Regional IESS Teodoro Maldonado Carbo de la Guayaquil, periodo 2012 – 2014.

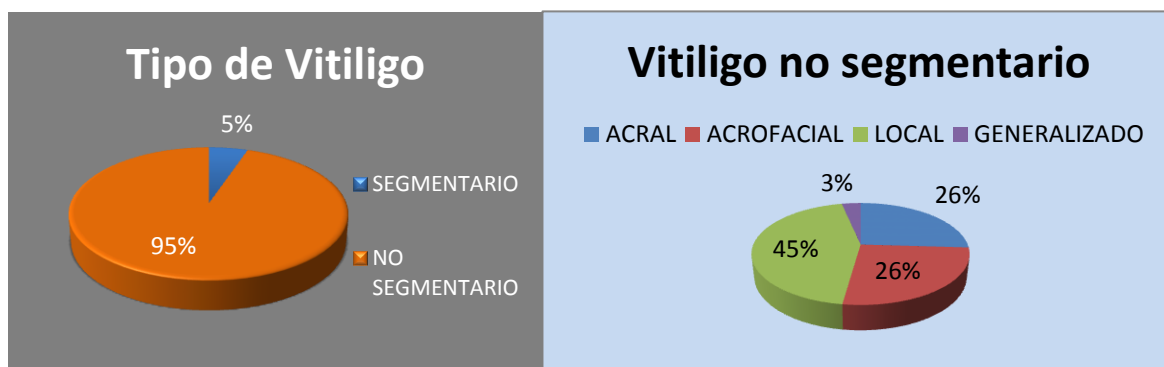
TIPO DE VITILIGO	No. PACIENTES	%
SEGMENTARIO	15	5%
NO SEGMENTARIO	270	95%
TOTAL	285	100%

NO SEGMENTARIO	FREC	%
ACRAL	70	26%
ACROFACIAL	71	26%
LOCAL	120	45%
GENERALIZADO	9	3%
TOTAL	270	100%

Fuente: Hospital Regional IESS Dr. Teodoro Maldonado Carbo de Guayaquil.

Autor: María Gabriela Plúas Saico

Ilustración 5. Distribución de los 285 pacientes según el tipo de Vitiligo, en el Hospital Regional IESS Teodoro Maldonado Carbo de la Guayaquil, periodo 2012 – 2014



Fuente: Hospital Regional IESS Dr. Teodoro Maldonado Carbo de Guayaquil.

Autor: María Gabriela Plúas Saico.

Interpretación: Del total de la muestra (285 pacientes), el tipo de Vitiligo que se manifestó con más frecuencia fue el no segmentario con un 95% (270 pacientes), y de estas las afecciones locales fueron las que ocuparon un 45% de la población en estudio.

Tabla 6. Distribución de los 285 pacientes que fueron diagnosticados de Vitiligo y que en la consulta presentaron una enfermedad asociada en el Hospital Regional IESS Teodoro Maldonado Carbo de la Guayaquil, periodo 2012 – 2014.

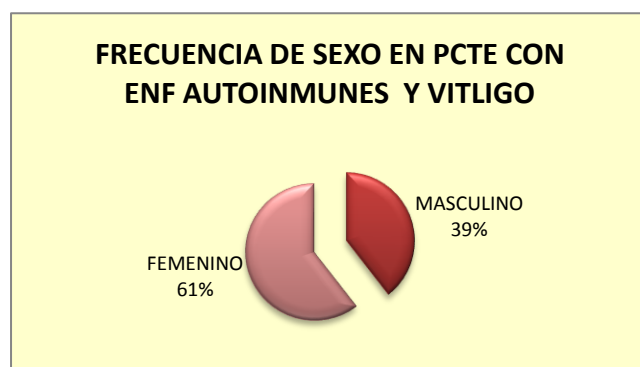
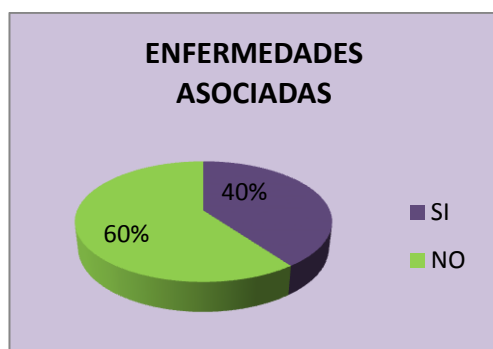
ENF. ASOCIADAS		
SI	114	40%
NO	171	60%
TOTAL	285	100%

GENERO	CANTIDAD	PORCENTAJE
MASCULINO	45	39%
FEMENINO	69	61%
TOTAL	114	100%

Fuente: Hospital Regional IESS Dr. Teodoro Maldonado Carbo de Guayaquil.

Autor: María Gabriela Plúas Saico.

Ilustración 6. Distribución de los 285 pacientes que fueron diagnosticados de Vitiligo y que en la consulta presentaron una enfermedad asociada en el Hospital Regional IESS Teodoro Maldonado Carbo de la Guayaquil, periodo 2012 – 2014.



Fuente: Hospital Regional IESS Dr. Teodoro Maldonado Carbo de Guayaquil.

Autor: María Gabriela Plúas Saico.

Interpretación: Del total de la muestra (285 pacientes), el 40% (114 pacientes) presentaron enfermedades asociadas; cabe decir que nuestra población en estudio fue diagnosticada de Vitiligo y de su enfermedades asociadas (con pruebas analíticas y de manera presuntiva) por el servicio de dermatología y luego derivados a sus distintas especialidades donde fueron confirmados.

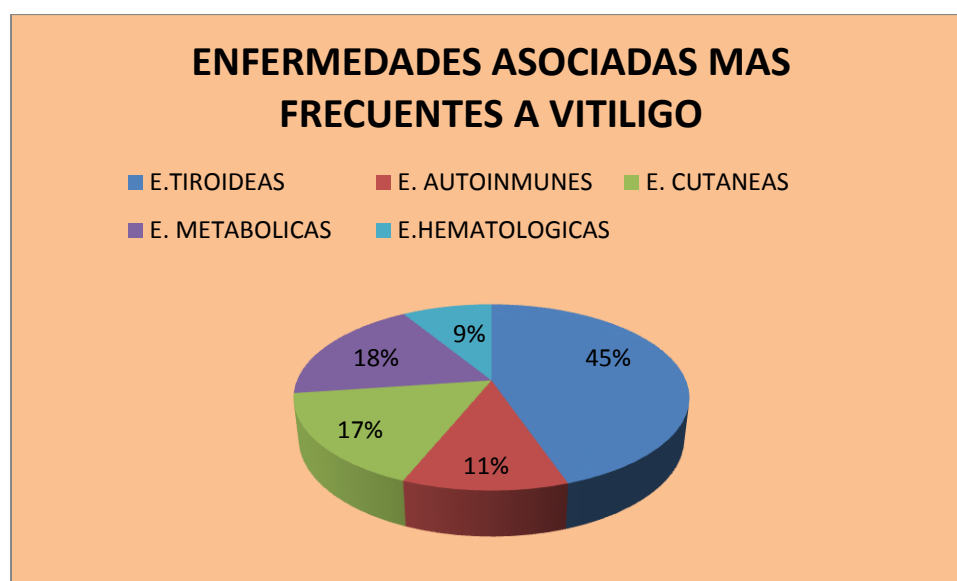
De esta población el género que más presentó enfermedades asociadas fue el femenino 61%.

Tabla 7. Enfermedades halladas en la consulta dermatológica en los pacientes con Vitiligo en el Hospital Regional IESS Teodoro Maldonado Carbo de la Guayaquil, periodo 2012 – 2014.

ENFERMEDAD	CANTIDAD	PORCENTAJE
E.TIROIDEAS	51	45%
E. AUTOINMUNES	13	11%
E. CUTANEAS	19	17%
E. METABOLICAS	21	18%
E.HEMATOLOGICAS	10	9%
TOTAL	114	100%

Fuente: Hospital Regional IESS Dr. Teodoro Maldonado Carbo de Guayaquil.
Autor: María Gabriela Plúas Saico.

Ilustración 7. Enfermedades halladas en la consulta dermatológica en los pacientes con Vitiligo en el Hospital Regional IESS Teodoro Maldonado Carbo de Guayaquil, periodo 2012 – 2014.



Fuente: Hospital Regional IESS Dr. Teodoro Maldonado Carbo de Guayaquil.
Autor: María Gabriela Plúas Saico.

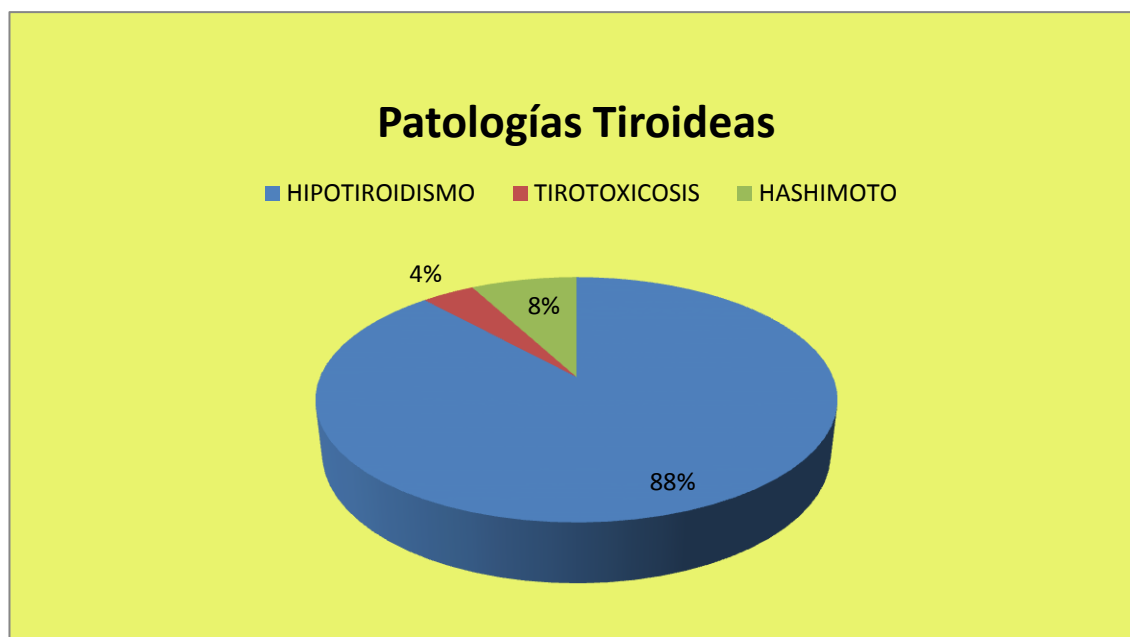
Interpretación: Del total de pacientes con enfermedades asociadas (114 pacientes), el 45% (51 pacientes) presentaron enfermedades tiroideas siendo el hipotiroidismo la más frecuente; 11% enfermedades autoinmunes constando como las más presentadas el lupus y la artritis reumatoidea.

Tabla 8. Enfermedades halladas en la consulta dermatológica en los pacientes con Vitiligo por Enfermedad (Patologías Tiroideas) en el Hospital Regional IESS Teodoro Maldonado Carbo de la Guayaquil, periodo 2012 – 2014

ENF. TIROIDEAS	TSH	T3	T4	AC ANTI -PO	AC- ANTI TO	PCTES	%
HIPOTIROIDISMO	↑	N	N/↓		+	45	88%
TIROIDITIS DE HASHIMOTO	↑	N	↓	+	+	4	8%
TIROTOXICOSIS	↓	↑			+	2	4%
TOTAL						51	100%

Fuente: Hospital Regional IESS Dr. Teodoro Maldonado Carbo de Guayaquil.
Autor: María Gabriela Plúas Saico.

Ilustración 8. Tabla 8. Enfermedades halladas en la consulta dermatológica en los pacientes con Vitiligo por enfermedad en el Hospital Regional IESS Teodoro Maldonado Carbo de la Guayaquil, periodo 2012 – 2014



Fuente: Hospital Regional IESS Dr. Teodoro Maldonado Carbo de Guayaquil.
Autor: María Gabriela Plúas Saico.

Interpretación: Del total de pacientes con enfermedades asociadas (114 pacientes), el 45% (51 pacientes) presentaron enfermedades tiroideas siendo el hipotiroidismo la más frecuente con un 88% (45 casos) se adiciona en la tabla los resultados de la analítica que constaban de THS, T3, T4 AC-ANTIPO lo que indica que estos pacientes presentaban una enfermedad tiroidea en el momento del diagnóstico de Vitiligo.

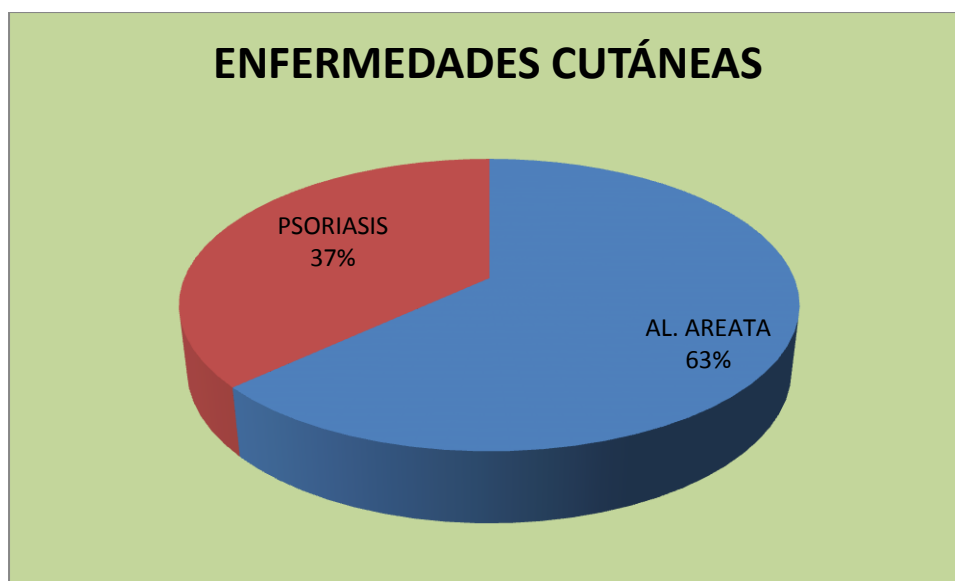
Tabla 9. Enfermedades halladas en la consulta dermatológica en los pacientes con Vitiligo por Enfermedad (Enf. Cutáneas de posible origen autoinmune) en el Hospital Regional IESS Teodoro Maldonado Carbo de la Guayaquil, periodo 2012 – 2014

ENFERMEDADES CUTÁNEAS	CANTIDAD	PORCENTAJE
AL. AREATA	12	63%
PSORIASIS	7	37%
TOTAL	19	100%

Fuente: Hospital Regional IESS Dr. Teodoro Maldonado Carbo de Guayaquil.

Autor: María Gabriela Plúas Saico.

Ilustración 9. Enfermedades halladas en la consulta dermatológica en los pacientes con Vitiligo por Enfermedad (Enf. Cutáneas de posible origen autoinmune) en el Hospital Regional IESS Teodoro Maldonado Carbo de la Guayaquil, periodo 2012 – 2014.



Fuente: Hospital Regional IESS Dr. Teodoro Maldonado Carbo de Guayaquil.

Autor: María Gabriela Plúas Saico.

Interpretación: Del total de pacientes con enfermedades asociadas (114 pacientes), el 17% (19 pacientes) presentaron enfermedades cutáneas; siendo la alopecia areata la más frecuente con un 63% (12 casos) lo que indica que estos pacientes presentaban una enfermedad cutánea de posible origen autoinmune en el momento del diagnóstico de Vitiligo.

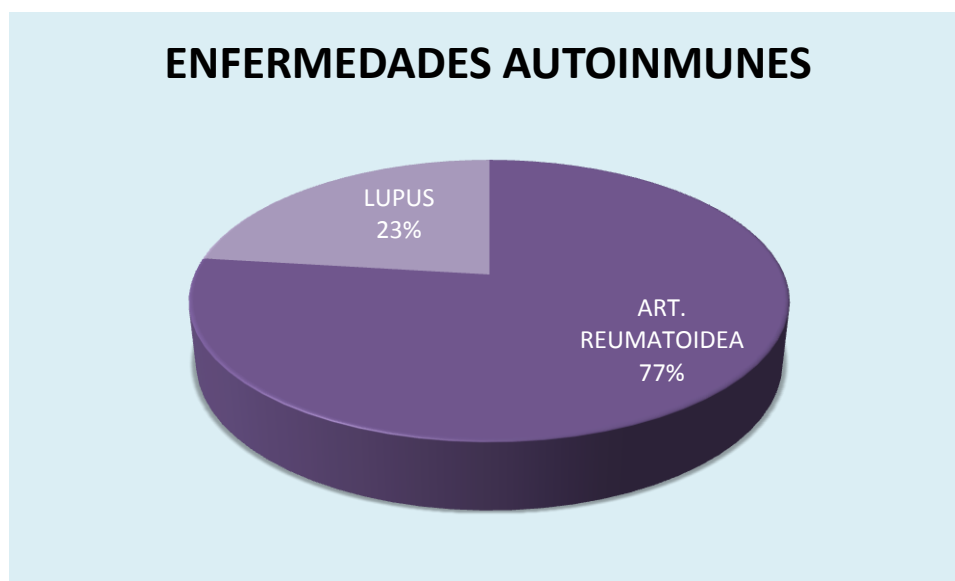
Tabla 10. Enfermedades halladas en la consulta dermatológica en los pacientes con Vitiligo por Enfermedad (Enf. Autoinmunes) en el Hospital Regional IESS Teodoro Maldonado Carbo de la Guayaquil, periodo 2012 – 2014.

ENF. AUTOINMUNES	CANTIDAD	PORCENTAJE
ART. REUMATOIDEA	10	77%
LUPUS	3	23%
TOTAL	13	100%

Fuente: Hospital Regional IESS Dr. Teodoro Maldonado Carbo de Guayaquil.

Autor: María Gabriela Plúas Saico.

Ilustración 10. Enfermedades halladas en la consulta dermatológica en los pacientes con Vitiligo por Enfermedad (Enf. Autoinmunes) en el Hospital Regional IESS Teodoro Maldonado Carbo de la Guayaquil, periodo 2012 – 2014.



Fuente: Hospital Regional IESS Dr. Teodoro Maldonado Carbo de Guayaquil.

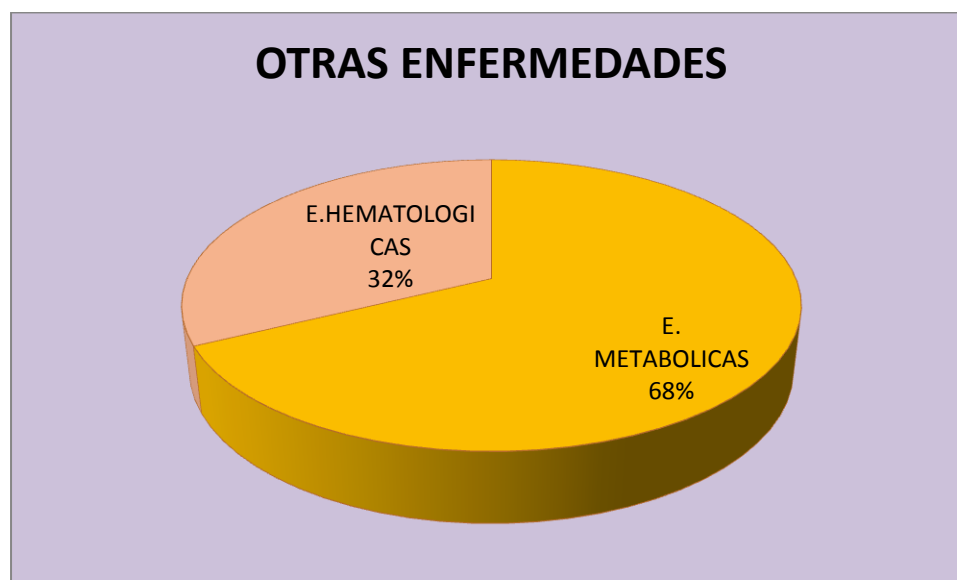
Autor: María Gabriela Plúas Saico.

Interpretación: Del total de pacientes con enfermedades asociadas (114 pacientes), el 11% (13 pacientes) presentaron enfermedades autoinmunes; siendo la artritis reumatoidea la más frecuente con un 77% (10 casos) lo que indica que estos pacientes presentaban una enfermedad autoinmunes en el momento del diagnóstico de Vitiligo.

Tabla 11. Enfermedades halladas en la consulta dermatológica en los pacientes con Vitiligo por Enfermedad (E. Metabólicas y Hematológicas) en el Hospital Regional IESS Teodoro Maldonado Carbo de Guayaquil, periodo 2012 – 2014.

ENFERMEDAD	CANTIDAD	PORCENTAJE
E. METABOLICAS	21	68%
E. HEMATOLOGICAS	10	32%
TOTAL	31	100%

Ilustración 11. Enfermedades halladas en la consulta dermatológica en los pacientes con Vitiligo por Enfermedad (E. Metabólicas y Hematológicas) en el Hospital Regional IESS Teodoro Maldonado Carbo de Guayaquil, periodo 2012 – 2014.



Interpretación: Del total de pacientes con enfermedades asociadas (114 pacientes), el 68% (21 pacientes) fueron diagnosticados de diabetes mellitus tipo II con analítica sanguínea de glicemias $\uparrow$ 120 mg/dl; contrario a lo que la literatura indica los casos frecuentes de diabetes en Vitiligo se debe más a la diabetes tipo I existe la incidencia de esta patología en nuestra población.

Con respecto al 32% (10 casos) presentaron anemia en la revisión de su analítica y deficiencia de vitaminas por lo que se diagnosticó anemia macrocítica; lo que nos indica que estos pacientes presentaban una enfermedad en el momento del diagnóstico de Vitiligo.

4.2 DISCUSIÓN

Nuestra investigación reporta la incidencia de enfermedades autoinmunes en pacientes con Vitiligo en el Hospital Regional IESS Teodoro Maldonado Carbo. En la actualidad dicha asociación está en aumento, con el consiguiente aumento del número de casos nuevos convirtiéndose en un verdadero reto para el medico controlar de estos trastornos.

En estudios multicéntricos realizados reportan como genero de mayor frecuencia el sexo femenino y como promedio de edad de inicio del Vitiligo a los 30 años, comparando con los datos de nuestros 285pctes se determinó una incidencia en el sexo femenino 52% (149 casos) y con edad el grupo de 46 – 65 años (41%) con una media de 53, 79 años.

En varias investigaciones actualizadas se encontró pacientes que tras su diagnóstico dermatológico de Vitiligo presentaron enfermedades autoinmunes en aumento, especialmente hacia pacientes con Vitiligo no segmentario; parece ser que las lesiones en este tipo de Vitiligo son de evolución progresiva en comparación con el Vitiligo segmentario que es más estable. **(Elena Noemi Chaparro, 2011)**. Se corroboran estos datos ya que la presencia de Vitiligo no segmentario en el Hospital Regional IESS Teodoro Maldonado Carbo de Guayaquil, periodo 2012 – 2014. Fue en el 95% y su localización más frecuente es el tipo local y la lesión que más se evidenciaba eran en las extremidades superiores 21%.

En nuestro estudio se encontró prevalencia de enfermedades asociadas en un 40% (114 casos) de estas los trastornos tiroideos (51 casos); se hallaron con mayor frecuencia hipotiroidismo (45 casos), tiroiditis de Hashimoto y tirotoxicosis; 11% enfermedades autoinmunes constando como las más presentadas el lupus y la artritis reumatoidea; también encontramos otras patologías como alopecia areata y psoriasis; se diagnosticaron 31 casos de diabetes mellitus tipo II y anemia perniciosa. Estos datos concuerdan con otros estudios realizados donde los trastornos tiroideos eran con mayor frecuencia y las enfermedades autoinmunes se presentaron subsecuentes al Vitiligo. **(Elena Noemi Chaparro, 2011)**

CAPÍTULO V

4. CONCLUSIONES

- Del total de la muestra (285 pacientes), fueron diagnosticados 108 casos de Vitiligo durante el año 2012 (38%), 89 casos en el 2013 (31%) y 88 casos en el 2014 (31%); se observó un aumento de los caso en los meses de Junio y Agosto Del año 2012; 52% pertenecían al sexo femenino y 48 % al sexo masculino.
- El grupo etáreo en el que más casos se observo fue de edades 46 – 65 años con 117 pacientes (41 %) y con menor frecuencia en las edades de 18 – 30 años (14%)
- La localización más frecuente fue en la extremidad superior con el 29%, seguido de la cara con el 23%. Y en una menor cifra en región genital con un 3%; el tipo de Vitiligo que se manifestó con más frecuencia fue el no segmentario con un 95% (270 pacientes), y de estas las afecciones locales fueron las que ocuparon un 45% de la población en estudio.
- El 40% (114 pacientes) presentaron enfermedades asociadas; cabe decir que nuestra población en estudio fue diagnosticada de Vitiligo y de su enfermedades asociadas (con pruebas analíticas y de manera presuntiva) por el servicio de dermatología y luego derivados a sus distintas especialidades donde fueron confirmados.
- De esta población el género que más presento enfermedades asociadas fue el femenino 61%.
- De pacientes con enfermedades asociadas (114 pacientes), el 45% (51 pacientes) presentaron enfermedades tiroideas siendo el hipotiroidismo la más frecuente; 11% enfermedades autoinmunes constando como las más presentadas el lupus y la artritis reumatoidea
- Del total de pacientes con enfermedades asociadas (114 pacientes), el 45% (51 pacientes) presentaron enfermedades tiroideas siendo el hipotiroidismo la más frecuente con un 88% (45 casos) se adiciona en la tabla los resultados de la analítica que constaban de THS, T3, T4 AC-ANTIPO lo que indica que estos pacientes presentaban una enfermedad tiroidea en el momento del diagnóstico de Vitiligo.

- el 17% (19 pacientes) presentaron enfermedades cutáneas; siendo la alopecia areata la más frecuente con un 63% (12 casos) lo que indica que estos pacientes presentaban una enfermedad cutánea de posible origen autoinmune en el momento del diagnóstico de Vitiligo.
- Del total de pacientes con enfermedades asociadas (114 pacientes), el 11% (13 pacientes) presentaron enfermedades autoinmunes; siendo la artritis reumatoidea la más frecuente con un 77% (10 casos) lo que indica que estos pacientes presentaban una enfermedad autoinmunes en el momento del diagnóstico de Vitiligo.
- Del total de pacientes con enfermedades asociadas (114 pacientes), el 68% (21 pacientes) fueron diagnosticados de diabetes mellitus tipo II con analítica sanguínea de glicemias $\uparrow$ 120 mg/dl; contrario a lo que la literatura indica los casos frecuentes de diabetes en Vitiligo se debe más a la diabetes tipo I existe la incidencia de esta patología en nuestra población.
- Con respecto al 32% (10 casos) presentaron anemia en la revisión de su analítica y deficiencia de vitaminas por lo que se diagnosticó anemia macrocítica; lo que nos indica que estos pacientes presentaban una enfermedad en el momento del diagnóstico de Vitiligo.

CAPÍTULO VI

6. RECOMENDACIONES

- Realizar pesquiasaje de enfermedad autoinmunes en todos los pacientes con diagnóstico de Vitiligo.
- Clasificar a las pacientes en grupos de riesgo a través de la identificación del tipo de Vitiligo que se manifiesta con más frecuencia con patologías asociadas.
- Se debe realizar seguimiento de los pacientes por un lapso mayor de tiempo por el servicio de medicina interna para la evaluación de las posibles asociaciones en pacientes con diagnostico presuntivo de Vitiligo para así trabajar en conjunto con el equipo multidisciplinario según su patología asociada lo requiera (dermatólogo, endocrinólogo, reumatólogo y hematólogo).
- Recomendando además la continuidad del presente trabajo de investigación a los médicos residentes de medicina interna e internos de medicina.

Bibliografía

- 1) Alcaldía de Guayaquil. (11 de Jan de 2012). *Geografía de Guayaquil*. Recuperado el 17 de Oct de 2014, de <http://www.guayaquil.gov.ec/guayaquil/la-ciudad/geografia>
- 2) Alcaldía de Guayaquil. M.I Municipalidad de Guayaquil. (2013). *Ciudad-Geografía de Guayaquil*. Recuperado el 20 de Aug de 2014, de <http://www.guayaquil.gob.ec/la-ciudad/geografia>
- 3) Argente T, A. H. (2008). *Semiología Médica: Fisiopatología, semiotecnia y propedéutica. Enseñanza basada en el paciente* (2ª ed.). Colombia: Panamericana.
- 4) Elena Noemi Chaparro, O. R. (11 de 05 de 2011). Vitiligo. *Servicio de Dermatología. Hospital J. M. Ramos Mejía*.
- 5) Gandasegui, A. I. (Marzo - Septiembre de 2012). Vitiligo. Pitiriasis alba. Melasma. Cloasma. *Farmacéutica comunitaria en Madrid*.
- 6) Leonardo Sánchez Saldaña*, M. Q. (2007). Vitiligo. *Revista Dermatología Peruana*, 12(1). Obtenido de http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/dermatologia/v12_n1/vitiligo.htm
- 7) Mallea Gil M.S.*, B. M. (2010). *Possible association of Type II Autoimmune Polyendocrine Syndrome with HLA DRB1*-DQB*, Digital. Recuperado el 2015, de REVISTA ARGENTINA DE ENDOCRINOLOGIA Y METABOLISMO: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1851-30342010000400007&script=sci_arttext
- 8) MARÍA ALEJANDRA ZULUAGA-SEPULVEDA1, S. B.-T. (SEPTIEMBRE de 2013). Síndrome poliglandular autoinmune asociado a vitiligo. (P. WEB, Ed.) *SCIELO*, 27(2).
- 9) María Cristina Trujillo Correa, 1. L. (20 de junio de Junio 2009). *VITILIGO*. Obtenido de Rev Asoc Col Dermatol Volumen 17, Número 2, junio de 2009, pág. 76, 86.: <http://revistasocolderma.org/files/Articulo%20de%20revision%20-%20vitiligo.pdf>
- 10) REVISTA MEDICA DE POSGRADOS DE MEDICINA UNAH. (MAYO - AGOSTO de 2007). *Epidemiología del Vitiligo y Asociación con otras Patologías*. (online, Ed.) Recuperado el 20 de MAYO de 2015
- 11) s. roviado, F. (s.f.). *revista panamericana de salud publica* . Obtenido de 6) http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892007001100007
- 12) S. san Juan, S. (febrero de 2013). *scielo*. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S102930192014000400008&script=sci_arttext

- 13) Salud, O. M. (2013). *Organización Mundial de la Salud* . Obtenido de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/87679/1/WHO_DCO_WHD_2013.2_spa.pdf?ua=1
- 14) Social, I. E. (2015). *Pagina oficial Hospital Dr- Teodoro Maldonado Carbo de Guayaquil*. Obtenido de <http://www.htmc.gob.ec/quienessomos.php>
- 15) Surg., J. C. (16 de JULIO de 2010). *Vitiligo and associated autoimmune disease: retrospective review of 300 patients*. Obtenido de PUBMED: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22784519>
- 16) *VenezuelaVitiligo.com* . (2014). Obtenido de Pagina Web: <http://www.vitiligo.com.ve/etiopatogenia/>
- 17) Verónica del Carmen Guardado Díaz, *. M. (2011). *GUIA DE PRACTICA CLÍNICA PARA EL TRATAMIENTO CON EL VITILIGO*. Obtenido de Dermatología Rev Mex 2011;55(5):267-276: <http://www.medigraphic.com/pdfs/derrevmex/rmd-2011/rmd115c.pdf>
- 18) Virendra N Sehgal, G. S. (2007). *INDIAN JOURNAL DERMATOLOGY, VENEREOLOGY AND LEPROLOGY*. Recuperado el 2007, de <http://www.ijdvl.com/article.asp?issn=0378-6323;year=2007;volume=73;issue=3;spage=149;epage=156;aulast=Sehgal>
- 19) Wolff, G. K. (Nov de 2009). *Fitzpatrick. Dermatología en Medicina General* (7ma ed.). Panamericana S.A.
- 20) Zúñiga-Rosales, Y. (2014). VITILIGO HIPOTESIS AUTOINMUNE. *Rev Biomed*, 25, 145 - 155. Recuperado el 20 de Mayo de 2015, de <http://www.revbiomed.uady.mx/pdf/rb142535.pdf>
- 21) Zurita, D. G. (Nov de 2014). *Investigación Médica Vitiligo*. Obtenido de <http://www.dragildazurita.com/espanol/investigacion.htm>

ANEXOS

Anexo 1. Hoja de Recolección de datos.

I. DATOS FILIACIÓN.

Numero HC:

Fecha de nacimiento:

Nombres:

Sexo:

Edad:

II. Comportamiento clínico. (Datos obtenidos de la historia clínica)

1. Localización topográfica de las máculas:

- a) Cara
- b) Cuello
- c) Tronco
- d) Extremidades Superiores
- e) Extremidades Inferiores
- f) Región Genital

2. Tipo de Vitiligo presenta actualmente:

- a) Segmentario
- b) No Segmentario
 - a. Acral
 - b. Acrofacial
 - c. Local
 - d. General

3. Enfermedades halladas en la consulta dermatológica en los pacientes con Vitiligo:

- a) Enfermedades Metabólicas
- b) Patologías tiroideas
- c) Enfermedades autoinmunes
- d) Enfermedades cutáneas