



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
 NÚCLEO BOLÍVAR
 ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
 "Dr. FRANCISCO BATTISTINI CASALTA"
 COMISIÓN DE TRABAJOS DE GRADO

ACTA

TG-2024-11-17

Los abajo firmantes, Profesores: Prof. IXORA REQUENA Prof. CRUZ GONZALEZ y Prof. IVÁN AMAYA,
 Reunidos en: Salón del Consejo de Investigación.

a la hora: 11:00 am.

Constituidos en Jurado para la evaluación del Trabajo de Grado, Titulado:

PITIARISIS VERSICOLOR: CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-EPIDEMIOLOGICAS EN POBLACIÓN PEDIÁTRICA, SECTOR ANGOSTURITA II, CIUDAD BOLÍVAR- ESTADO BOLÍVAR

Del Bachiller FARRERA PINTO JOSELIN KATHERINE C.I.: 25745476, como requisito parcial para optar al Título de Médico cirujano en la Universidad de Oriente, acordamos declarar al trabajo:

VEREDICTO

REPROBADO	APROBADO	APROBADO MENCIÓN HONORIFICA	APROBADO MENCIÓN PUBLICACIÓN	<input checked="" type="checkbox"/>
-----------	----------	-----------------------------	------------------------------	-------------------------------------

En fe de lo cual, firmamos la presente Acta.

En Ciudad Bolívar, a los 17 días del mes de Julio de 2024.

Ixora Requena
 Prof. IXORA REQUENA
 Miembro Tutor

Cruz González
 Prof. CRUZ GONZALEZ
 Miembro Principal

Iván Amaya
 Prof. IVÁN AMAYA
 Miembro Principal

Iván Amaya Rodríguez
 Prof. IVÁN AMAYA RODRIGUEZ
 Coordinador comisión Trabajos de Grado



ORIGINAL DACE

DEL PUEBLO VENIMOS / HACIA EL PUEBLO VAMOS
 Avenida José Méndez c/c Columbo Silva- Sector Barrio Ajuro- Edificio de Escuela Ciencias de la Salud- Planta Baja- Ciudad Bolívar- Edo. Bolívar-Venezuela.
 EMAIL: trabajodegradoudosaludbolivar@gmail.com



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
 NÚCLEO BOLÍVAR
 ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
 "Dr. FRANCISCO BATTISTINI CASALTA"
 COMISIÓN DE TRABAJOS DE GRADO

ACTA

TG-2024-11-17

Los abajo firmantes, Profesores: Prof. IXORA REQUENA Prof. CRUZ GONZALEZ y Prof. IVÁN AMAYA, Reunidos en: Salvo del Consejo de Investigación

a la hora: 11:00 am

Constituidos en Jurado para la evaluación del Trabajo de Grado, Titulado:

PITIARISIS VERSICOLOR: CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-EPIDEMIOLOGICAS EN POBLACIÓN PEDIÁTRICA, SECTOR ANGOSTURITA II, CIUDAD BOLÍVAR- ESTADO BOLÍVAR

Del Bachiller PEÑA SOLANO RINA VICTORIA C.I.: 26455922, como requisito parcial para optar al Título de Médico cirujano en la Universidad de Oriente, acordamos declarar al trabajo:

VEREDICTO

REPROBADO	APROBADO	APROBADO MENCIÓN HONORIFICA	APROBADO MENCIÓN PUBLICACIÓN	<input checked="" type="checkbox"/>
-----------	----------	-----------------------------	------------------------------	-------------------------------------

En fe de lo cual, firmamos la presente Acta.

En Ciudad Bolívar, a los 17 días del mes de Julio de 2024

Prof. IXORA REQUENA
 Miembro Tutor

Prof. CRUZ GONZALEZ
 Miembro Principal

Prof. IVÁN AMAYA
 Miembro Principal

Prof. IVÁN AMAYA RODRIGUEZ
 Coordinador comisión de Trabajos de Grado



ORIGINAL DACE

DEL PUEBLO VENIMOS / HACIA EL PUEBLO VAMOS
 Avenida José Méndez c/c Columbo Silva- Sector Barrio Ajuro- Edificio de Escuela Ciencias de la Salud- Planta Baja- Ciudad Bolívar- Edo. Bolívar- Venezuela.
 EMAIL: trabajodegradoudosaludbolivar@gmail.com



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
“Dr. Francisco Battistini Casalta”
DEPARTAMENTO DE PARASITOLOGÍA Y MICROBIOLOGÍA

**PITIRIASIS VERSICOLOR: CARACTERÍSTICAS
CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICAS EN POBLACIÓN PEDIÁTRICA,
SECTOR ANGOSTURITA II, CIUDAD BOLIVAR- ESTADO
BOLIVAR**

Tutores:

Prof. Ixora Requena

Prof. Cruz González

Trabajo de Grado presentado por:

Farrera Pinto, Joselin Katherine

C.I: 25.745.476

Peña Solano, Rina Victoria

C.I: 26.455.922

Como requisito parcial para optar por el título de Médico Cirujano.

Ciudad Bolívar, julio de 2024

ÍNDICE

ÍNDICE.....	iv
AGRADECIMIENTOS.....	v
DEDICATORIA.....	ix
RESUMEN.....	x
INTRODUCCIÓN.....	1
JUSTIFICACIÓN.....	10
OBJETIVOS.....	11
General.....	11
Específicos.....	11
METODOLOGÍA.....	12
Tipo de investigación.....	12
Área de estudio.....	12
Universo.....	13
Muestra.....	13
Recolección de los datos.....	13
Análisis de datos.....	14
RESULTADOS.....	15
Tabla 1.....	16
Tabla 2.....	17
Tabla 3.....	18
Tabla 4.....	19
Tabla 5.....	20
Tabla 6.....	21
DISCUSIÓN.....	22
CONCLUSIONES.....	26
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	27

AGRADECIMIENTOS

A mis padres: por amarme, apoyarme e impulsarme a lograr mis sueños desde siempre. A ellos les debo todo lo que soy hoy en día, con mucho sacrificio y esfuerzo todos estos años me sacaron adelante, sin ellos nada de esto sería posible. Gracias por enseñarme a luchar por mis metas y sueños y no desistir en el proceso, siempre con humildad en mi corazón y en pro de hacer el bien sin mirar a quién. Deseo que me sigan viendo crecer como profesional y como persona y que se sientan orgullosos de todo lo que juntos hemos logrado, no me alcanzará la vida para agradecerles. A mis hermanas, Daniela y Jackniela, gracias por su apoyo y cariño. Espero que al igual que yo, nunca se limiten y luchen por sus metas, sueñen en grande, vivan y disfruten cada experiencia, que todo lo que viví sirva de ejemplo de que nada es imposible. Los amo.

A mis amigos que son la familia que yo escogí, José Gregorio Lugo y Angi López. Eternamente estaré agradecida por brindarme su cariño y apoyo incondicional, desde prestarme una computadora para que pudiera estudiar o trabajar hasta convertirse en mi refugio en los momentos que sentí que no podía más. Atesoro cada consejo, cada charla sentados afuera, las risas y chistes de nuestras vidas, cada cafecito, comida y momento especial, mis logros son también gracias a ustedes. Espero convertirme en un ejemplo para mi ahijado José Ignacio y demostrarle que nada es imposible y que podemos lograr todo lo que nos propongamos.

A mi amiga desde el primer semestre, Virginia Parra. Por brindarme su valiosa amistad desde el día 1 y abrirme las puertas de su casa y el buen corazón de su familia en donde me hicieron sentir como una hija más todos estos años. Por enseñarme que no importa el tiempo que pasamos sino la calidad del tiempo que vivimos juntas desde el día que nos volvimos a reencontrar. Gracias por tanto.

A mi amiga que se convirtió en mi hermana, Marynes González. Por siempre apoyarme, enseñarme y aconsejarme. Por todas las veces que necesité una mano amiga y sin pensarlo o siquiera pedirlo, ahí estuvo para mí. Por demostrarme el significado de “estar en las buenas y en las malas”, por todos los momentos memorables que vivimos juntas, las confesiones random y caminatas de la vergüenza que sin duda volvería a hacer. Gracias por tanto amor y cariño.

A mi team sí a todo: Ana Jaramillo, Wilfredo Márquez y Génesis Sucre, gracias por su increíble amistad, por todas las celebraciones que pudimos disfrutar juntos y por hacer que sus familias me quieran como una hija más. Orgullosa me siento de verlos convertirse en grandes profesionales y no tengo duda que lo llegaron a ser. Espero que la vida nos siga reencontrando y lo sigamos disfrutando como solo nosotros lo sabemos hacer.

A mis amigos Liliana Ferrer y Gabriel Brito por adoptarme y apoyarme en uno de los momentos más duros de la carrera y en mi vida personal. Gracias por la compañía, consejos, tardes de cafecitos, largas noches de estudio y momentos festivos que tuvimos la oportunidad de compartir. Por siempre tendrán toda mi admiración, cariño y respeto. Me siento feliz y orgullosa de verlos lograr sus sueños y metas.

A mis compañeros de internado, mis Díaz favoritos, Yeniffer y Marcos. Por su increíble amistad y compañía, si bien es cierto, solos llegamos más rápido pero juntos llegamos más lejos. Por todas las risas, peleas, bochinches y desvelos, ¡gracias!, no me imagino haberlo logrado sin ustedes. Todo mi cariño, admiración y respeto.

A quienes me adoptaron como una roomie, Pilar Cova y María Karla Díaz. Para mí son un ejemplo de constancia y lucha por la excelencia. Me quedo con todo lo

bonito que compartimos, las charlas amenas hasta tarde, los tips de estudio y cafecitos ricos. Gracias por compartir este camino conmigo y hacerlo más bonito y llevadero.

A mis compañeros que durante la carrera me brindaron su amistad y ayudaron a hacer este largo camino mucho más ligero: Francis Díaz, Jesús Delgado, Catherin Russian, Daniel Rosales y el team Llama a Trina. Son ejemplo de constancia y dedicación, gracias a todos por compartir este sueño conmigo. Por todas las risas, llantos, momentos de estrés, sacrificios y desvelos que hicieron que todo esto valiera la pena. Estoy feliz y orgullosa de que todos estemos logrando nuestros sueños.

Joselin Katherine Farrera Pinto.

AGRADECIMIENTOS

Deseo tomar esta oportunidad para agradecer y honrar primeramente a mi Padre Celestial, quien ha sido mi roca, fuente de sabiduría y guía a lo largo de este viaje académico, cada paso de esta tesis ha estado bajo su gracia, que este trabajo sea tributo a su bondad.

A mis queridos Padres, por poner su confianza y creer en mi incluso cuando yo dudaba, su paciencia, dedicación y amor me impulsaron a perseguir mis metas. Todos sus esfuerzos y sacrificios han hecho posible este sueño.

A mi amada hija, que desde su llegada ha sido mi compañera y el mayor motivo para seguir en busca de un futuro ejemplar para su vida.

A mi compañera de vida mi hermana Marlia por su paciencia y comprensión. Estar a mi lado tanto en los triunfos como en los desafíos, tu presencia sin duda alguna ha sido significativa.

Mi más profundo agradecimiento a mi tutora de Tesis, la Dra. Ixora Requena que siempre estuvo a disposición para apoyarnos y aportar su conocimiento experto, consejo crítico los cuales fueron fundamentales para la culminación de este trabajo.

A mi mejor amiga y hoy compañera de tesis Joselin por nunca dejarme sola, juntas lo hemos logrado y sé que seguiremos caminando de la mano en próximos logros.

Rina Victoria Peña Solano.

DEDICATORIA

A Dios por habernos dado la vida, salud y sabiduría para seguir firmes en cada paso que hemos dado, durante el trayecto de nuestras vidas y carrera. Por bendecirnos y hacernos coincidir en este bonito camino y por llegar hasta este punto juntas.

A nuestros padres, por apoyarnos y estar a nuestro lado en los momentos que más lo necesitamos, por ayudarnos en nuestra formación profesional y como personas.

A nuestros hermanos, por estar allí y creer en nosotras.

A nuestros maestros, profesores y casa de estudio, Universidad de Oriente-Núcleo Bolívar, quienes con su apoyo y enseñanzas constituyen la base de nuestra vida profesional.

En especial, a nuestra tutora, Dra. Ixora Requena, por habernos guiado en este proyecto, en base a su experiencia y sabiduría ha sabido direccionar nuestros conocimientos. Tiene toda nuestra admiración, respeto y agradecimiento.

Joselin Katherine Farrera Pinto y Rina Victoria Peña Solano.

**PITIRIASIS VERSICOLOR: CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-
EPIDEMIOLÓGICAS EN POBLACIÓN PEDIÁTRICA, SECTOR
ANGOSTURITA II, CIUDAD BOLIVAR- ESTADO BOLIVAR**

RESUMEN

La pitiriasis versicolor, también conocida como tinea versicolor en la bibliografía anglosajona, se trata de una micosis superficial, limitada al estrato córneo. En este estudio se determinaron las características clínicas y epidemiológicas de la población pediátrica con pitiriasis versicolor, en el Sector Angosturita II, Ciudad Bolívar, estado Bolívar, para el año 2023. Para ello se diseñó un estudio de tipo de tipo transversal. En todo paciente que presentara manchas hipo o hiperocrómicas, descamativas, se tomaron muestras mediante la técnica de la cinta adhesiva, se añadió KOH y azul de lactofenol. Se consideró positiva la muestra cuando se observaron levaduras e hifas cortas y tortuosas. La pitiriasis versicolor se identificó, por clínica y examen directo, en 24 niños en un 93,61%, con mayor frecuencia en el sexo femenino y en la edad escolar. No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre las variables. El 58,33% (n=14) de los pacientes con diagnóstico de pitiriasis versicolor presentó dos o más áreas afectadas. El 66,67% (n=16) lo presentó en la espalda, seguido de 54,17% (n=13) en los brazos, mientras que un 33,33% (n=8) lo mostró en cara. La mayoría de los pacientes evaluados cursaba con desnutrición moderada en un 62,50% (n=15) de los casos. La edad más afectada fue la escolar en un 33,33% (n=8), seguida de la edad preescolar con 25,00% (n=6). Por último, los niños afectados con pitiriasis versicolor pertenecían en su mayoría a los estratos IV con 62,5% (n=15), seguido del estrato III con 20,83% (n=5), sugiriendo así que las familias poseen un nivel de pobreza relativo o pobreza extrema. Se concluye que en la población evaluada hubo altas cifras de pitiriasis versicolor.

Palabras Claves: Pitiriasis versicolor, población pediátrica, epidemiología.

INTRODUCCIÓN

La pitiriasis versicolor (PV) es una infección micótica superficial de la piel y una de las alteraciones de la pigmentación más comunes en el mundo. Se caracteriza por cambios pigmentarios debido a la colonización del estrato córneo por un hongo dimorfo lipofílico de la flora cutánea normal conocido como *Malassezia* sp., el cual en su forma micelial produce la afección (Isa Isa et al., 2001). La PV también es conocida como tiña versicolor, dermatomycosis furfurácea, tiña flava o acromia parasítica. Actualmente se reconoce que los microorganismos causantes de pitiriasis versicolor son *Malassezia* spp. Se han colocado en el orden Malasseziales, clase Ustilaginomycetos, Basidiomycota phylum. (Gupta et al., 2002).

El género *Malassezia* incluye 17 especies, de las cuales once se han asociado como agentes causales: *M. furfur*, *M. pachydermatis*, *M. sympodialis*, *M. globosa*, *M. obtusa*, *M. restricta*, *M. slooffiae*, *M. dermatis*, *M. japonica*, *M. nana* y *M. yamatoensis*, y alcanza una prevalencia hasta del 50% en regiones tropicales. Debido a su curso crónico, más de la mitad de los enfermos tienen antecedentes de episodios previos al momento del diagnóstico. Existen factores predisponentes que favorecen la recurrencia, algunos dependen del huésped: raza, género, edad, actividad de la glándula sebácea, inmunosupresión y modificaciones en la microbiota cutánea, que favorecen la transformación morfológica de *Malassezia*, de la forma de levadura a la micelial, que es patógena. El alto contenido lipídico de la pared celular de la *Malassezia* provee estabilidad mecánica y osmo-resistencia, que favorece la adhesión a las células del huésped, evitando así la fagocitosis y la respuesta inflamatoria. Entre los factores que dependen del medioambiente (clima, ocupación, actividades recreativas) se destacan la humedad y el calor (Ortiz-Flórez, et al. 2020).

En 1846, Eichstedt fue el primero en reconocer la naturaleza fúngica de la pitiriasis versicolor, en 1935, había descrito la presencia de levaduras en muestras de piel tomadas de personas con PV. Robin, en 1853, llamó al hongo *Microsporum furfur*, pues supuso que se trataba de un dermatofito. Malassez, en 1874, consideró al agente causal de naturaleza levaduriforme. Bizzozero (1874) después describió células gemantes esféricas y ovals semejantes a las “esporas de Malassez”. Esos microorganismos fueron denominados *Saccharomyces sphaericus* y *S. ovalis* respectivamente y para 1889, Baillon, en su honor, lo clasificó dentro del género *Malassezia* (Robin, Baillon, 1889, *Pityrosporum orbiculare*, Gordon 1951) (Morrien, 1962).

Sabouraud en 1904, sugirió el nombre *Pityrosporum malassezi* porque enfatizó la presencia de dos morfologías: la fase levaduriforme y la micelial, considerando que eran organismos distintos. Castellani y Chalmers fueron los primero, quienes cultivaron el organismo en 1913 y fue llamado *Pityrosporum ovale*. En 1951, Gordon aisló levaduras redondas y ovals tanto de piel con lesiones como de piel sana y reasignó al organismo *P. orbiculare* basado en la morfología y presumió que era un organismo distinto al *P. ovale*.

Una vez se reconoció la naturaleza lipofílica de esas levaduras y los cultivos se pudieron realizar, diferentes investigadores observaron el cambio espontáneo de un tipo morfológico a otro, lo cual llevó a la conclusión que *P. orbiculare*, *P. ovale* y *M. furfur* son sólo variantes del mismo género. Así, la primera clasificación taxonómica oficial fue la del género *Pityrosporum*, integrado por dos especies, *P. ovale* y *P. pachydermatis*. En la revisión taxonómica de Yarrow y Ahearn en 1984 *M. furfur* fue considerado el único nombre válido. Con el tiempo el género *Malassezia* ha incluido otras especies. (Padilla et al., 2004; Ramírez- Godínez, et al. 2018)

Por su parte, Simmons y Guého, en 1990, describieron una nueva especie a la que denominaron *M. sympodialis*. Guillot, et al., realizaron una revisión taxonómica del género, identificando cuatro nuevas especies, *M. globosa*, *M. slooffiae*, *M. restricta* y *M. obtusa*, con base en sus características morfológicas, fisiológicas, bioquímicas y estudios de biología molecular (Guillot, et al., 1994;1995). En la actualidad, dicho género está por siete diferentes especies: *M. globosa*, *M. obtusa*, *M. pachydermatis*, *M. restricta*, *M. slooffiae* y *M. sympodialis*. Estas especies han sido caracterizadas por cultivos, pruebas bioquímicas como catalasa, pruebas de Tween, microscopía electrónica y biología molecular (Isa Isa et al., 2001; Padilla et al., 2004).

La PV es una micosis cosmopolita, endémica en zonas tropicales. La prevalencia varía de 0.8 a 30 o 50%, principalmente en Samoa, Fiji, Centroamérica, Sudamérica, algunas regiones de África, Cuba, las Antillas y el Mediterráneo. En las costas de México ocupa el primer lugar en la consulta dermatológica. Crespo-Erchiga et al., (1999, 2000) encontraron en España que *M. globosa* es la especie predominante en PV y en segundo lugar *M. sympodialis*, y en un trabajo reciente el mismo autor señala a la primera en el 97% de los casos, como especie única en un 60%, asociada a *M. sympodialis* en el 29% y a *M. slooffiae* en el 7%, que se aislaron en porcentajes similares en la piel sana perilesional, donde *M. globosa* no fue encontrada en ningún caso. En cambio *M. furfur sensu stricto* de acuerdo con lo clásicamente publicado parece ser poco común tanto en piel sana como enferma.

Puede aparecer a cualquier edad, y afecta a ambos sexos; predomina en varones, con una proporción de 2:1; es más frecuente entre los 20 y 45 años de edad; se ha observado en lactantes, pero en general es rara durante la niñez. Hay antecedentes familiares en 19% de los afectados (Guzmán, 2019).

Las levaduras del género *Malassezia* son un grupo lipofílico con una alta dependencia de un microambiente rico en lípidos; forman parte del microbioma cutáneo. Bajo ciertas condiciones pueden convertirse en un agente patógeno y producir una gran variedad de enfermedades cutáneas, e inclusive, enfermedad sistémica. Se encuentran principalmente en el infundíbulo de las glándulas sebáceas, donde los lípidos son su principal fuente de energía y están disponibles ampliamente. Si bien *M. pachydermatis* es considerada como una especie no lípido-dependiente, se ha visto que requiere medios ricos en peptona para su crecimiento, los cuales contienen ácidos grasos de cadena corta; además, se han aislado cepas de este género lípido-dependientes. El mismo fenómeno sucede con cepas de *M. furfur*, lo cual sugiere que algunas cepas tienden a sufrir procesos adaptativos dependiendo de las características del huésped. En la patogénesis de la PV están involucrados factores de virulencia propios de estas levaduras, factores intrínsecos del huésped y factores ambientales extrínsecos (Ramírez- Godínez, et al., 2018).

Crespo-Erchiga, et al. (2008), describe que la PV suele ser asintomática, aunque algunos pacientes refieren prurito moderado, y en ocasiones severo, y aparece generalmente en individuos sanos. Se han descrito algunos factores desencadenantes o agravantes, si bien la causa del paso de la fase saprofítica de levadura a la fase parasitaria, miceliar, permanece sujeta a controversia. Los factores genéticos parecen desempeñar un cierto papel, ya que la enfermedad es más frecuente en familiares en primer grado, y hay estudios sobre el rol de otros factores, como la toma de anticoagulantes orales o la hiperhidrosis, aunque esto último no se ha confirmado en estudios recientes.

La pitiriasis versicolor se caracteriza por la aparición de máculas irregulares, descamativas al rascado (“signo de la ñada” o signo de Besnier), redondas u ovals, que pueden converger hasta cubrir grandes áreas de la superficie corporal. En lesiones de mayor tamaño la descamación puede aparecer sólo en el borde de la lesión. Las

lesiones pueden ser hipopigmentadas o hiperpigmentadas, pudiendo coexistir ambos tipos en un mismo paciente. En el caso de las lesiones hiperpigmentadas el color puede variar desde el rosa hasta el marrón o negro. En las personas de raza negra, puede haber pérdida del color de la piel o aumento del color (Juárez Jiménez, et al., 2017).

En algunos pacientes las lesiones pueden ser ligeramente pruriginosas, pero en la mayoría de los casos son asintomáticas y constituyen únicamente un problema estético. Las máculas hipopigmentadas son, a menudo, el motivo de consulta. La principal molestia suele ser la alteración estética y el prurito relacionado puede ser intenso, en especial durante los meses de verano, cuando la sudoración es abundante. En presencia de ciertos factores (calor, humedad, etc.), puede haber crecimiento excesivo del microorganismo en el folículo piloso produciéndose una inflamación y originando foliculitis por *Pityrosporum* que producen prurito y su tratamiento es similar al de la PV (Juárez Jiménez, et al. 2017).

El diagnóstico es básicamente clínico y se puede apoyar con métodos auxiliares. Se puede utilizar la luz de Wood, en la cual las lesiones aparecen a la fluorescencia color dorado o amarillo verdoso; es de utilidad para detectar lesiones subclínicas. La fluorescencia puede ser negativa hasta en el 3.6% de los casos. El estudio micológico se confirma con un examen directo con hidróxido de potasio (KOH) al 20% o examen directo con cinta Scotch. En la segunda técnica, se pega un pedazo de cinta adherente sobre una lesión con escama y, posteriormente, se coloca en un portaobjetos, donde se tiñe con tinta Parker azul, azul de metileno o la tinción de Albert; la última es superior a las anteriores, ya que facilita la observación de las estructuras que se tiñen de color púrpura. En la microscopia de luz, se observarán levaduras de 4 a 8 μm y filamentos fragmentados cortos de 2 a 4 μm en forma de «s» cursiva; se podrá ver la típica imagen en «albóndigas y espagueti». El cultivo no es necesario para el diagnóstico de rutina, pero es indispensable si se requiere identificar

la especie; esto principalmente con fines de investigación y aspectos epidemiológicos (Ramírez-Godínez, et al.,2018).

Cermeño, et al. (2002) con el objetivo de determinar la prevalencia de las micosis en el Hospital Universitario “Ruiz y Páez” (Ciudad Bolívar, Venezuela) durante el año 2002, realizaron un estudio retrospectivo de los casos con diagnóstico de micosis. Hubo 456 casos de micosis de un total de 250.956 pacientes atendidos en el período 2002 (0,2%). El 94,5% eran micosis cutáneas. Estas infecciones fueron debidas a dermatofitos, *M. furfur* y *Candida spp* en el 90,0% de las veces.

Leonet (2003) estudió 90 pacientes que asistieron a la consulta dermatológica del Hospital Universitario “Manuel Núñez Tovar”, Maturín, estado Monagas, durante los meses de julio de 2003 a febrero de 2004, para evaluar la eficacia de los antifúngicos ketaconazol, itraconazol y sulfuro de selenio. Se encontró una prevalencia de pitiriasis versicolor en un 76,67% de la población estudiada, se determinó que el sexo femenino fue el más afectado en un 52,17%. La población etaria con mayor número de pacientes positivos correspondió al grupo de 11 a 20 años (47,83%), y de ocupación estudiantes (59,42%). Entre los factores endógenos que pudieron influir en el establecimiento de la enfermedad destacan la secreción sebácea asociada a la hiperhidrosis en un 63,77%.

Acosta y Cazorla (2004), con el objetivo de determinar la prevalencia de pitiriasis versicolor (PV) y aportar datos sobre sus características clínicas y epidemiológicas, entre Agosto de 2001 y Mayo de 2002, llevaron a cabo un estudio prospectivo y transversal en 902 individuos entre dos meses y 60 años de edad, 426 del sexo femenino y 476 del masculino, de Río Seco, puerto pesquero del Estado Falcón, ubicado en la zona semiárida del noroeste de Venezuela. Se detectó una prevalencia global del 15,5% (140/902). Los porcentajes de infección más elevados se detectaron en el sexo femenino (65,7% vs. 34,3%), en los lactantes y adolescentes

(27,9% y 32,1%, respectivamente), y en la piel morena (67,9%). Las zonas anatómicas más frecuentemente afectadas fueron la cara (57,9%) y el tórax (27,1%). Predominaron las lesiones de tipo hipocrómicas (91,4%), múltiples (73,6%), pruriginosas (92,9%), descamativas (80,7%) y con bordes irregulares (91,4%). Sobre la base de estos resultados, se hacen inferencias sobre la dinámica de transmisión de la PV en la población endémicamente afectada.

Martínez Méndez, et al (2013) realizaron una revisión sistemática de la casuística de las micosis aportadas por los GTMV en el Boletín Informativo Las Micosis en Venezuela desde su creación en 1984 hasta el año 2010. Se incluyeron también los datos obtenidos sobre micosis profundas (MP), desde 1970 hasta 1983, por el laboratorio del Instituto Nacional de Dermatología, Sección de Micología (actual Instituto de Biomedicina, Caracas). La mayoría de los casos reportados correspondieron a micosis confirmadas mediante estudio microscópico directo de muestras recolectadas a los pacientes, aislamiento del agente causal y/o detección de anticuerpos específicos mediante la técnica de inmunodifusión doble, en los casos de MP sistémicas. De todos los datos revisados durante el lapso comprendido entre 1984 y 2010, se obtuvieron 36.968 diagnósticos de micosis superficiales. La dermatofitosis fue la patología más frecuente (n = 22.351; 60,5%), seguida de PV (n = 7.015; 19,0%), candidiasis mucocutánea (n = 6.995; 18,9%), y con menor frecuencia, onicomiosis por mohos (n = 416; 1,1%), otomicosis (n = 152; 0,4%) y piedra negra/blanca (n = 39; 0,1%).

Guanipa Urbina, et al. (2013) presentaron 290 casos de micosis superficiales diagnosticados en el Laboratorio de Microbiología de la Universidad Francisco de Miranda, en el período de octubre 1984 a octubre 1985. Se estudiaron en total 508 pacientes: 269 varones (53%) Y 239 hembras (47 %). En el 55% se pudo confirmar, por examen directo y/o cultivo, el parasitismo por los agentes causales de estas afecciones. El estudio señala una mayor frecuencia de casos en los pacientes de 20-29

años (100 = 34%) Y 10-19 años (91 = 31%). Se detectaron 163 casos (56 %) de dermatofitosis; 107 casos (37%) de pitiriasis versicolor y 20 casos (7%) de candidiasis cutánea.

Marín (2013), con el objetivo de estudiar la prevalencia de PV en la población de Las Piedras del Valle del Espíritu Santo, estado Nueva Esparta, realizó su trabajo de investigación, seleccionando de forma no probabilística autoritaria a 264 individuos de todas las edades y de ambos sexos. Mediante la utilización del método de Scotch-type y el cultivo del hongo, se encontró que 160 individuos presentaron lesiones sugestivas de pitiriasis versicolor, obteniéndose resultados positivos en un 33%, correspondiente al sexo femenino y un 27% al masculino, para un total del 60%. En relación con los agentes etiológicos y el sexo, hubo predominio de *Malassezia furfur* y *Malassezia ovalis* en el sexo femenino. Con respecto a la distribución por grupos etarios y agente causal de la pitiriasis versicolor, las edades comprendidas entre 11 y 20 años presentaron mayor porcentaje de casos positivos con predominio de *M. furfur* y *M. ovalis*. La pitiriasis versicolor por *M. furfur* se observó en cara, cuello, región anterior y posterior del tórax, y *M. ovalis* en miembros superior, inferior y cara. De acuerdo a los resultados obtenidos se puede decir que las especies *M. furfur* y *M. ovalis* son agentes causales de la pitiriasis versicolor.

Lemus-Espinoza, et al. (2014) estudiaron 4257 pacientes con edades entre 7 meses y 79 años. La prevalencia general fue de micosis superficiales fue de un 30,9%. PV se presentó en un 22,4%. La incidencia de pitiriasis versicolor se relaciona con zonas geográficas húmedas y cálidas, factores climáticos son similares a los presentes en el estado Anzoátegui (30°C) y de 70% de humedad relativa media), creando un microambiente adecuado para la proliferación del hongo. La literatura asocia su coexistencia a comunidades rodeadas de áreas de máxima marginación. La infección se presentó principalmente en tronco, rostro y cuello. Similares aéreas son descritas por otros autores.

La gran mayoría de los tratamientos que existen para PV son efectivos cuando se usan de forma apropiada. Algunos producen remisiones a más largo plazo; sin embargo, la recaída y el curso clínico crónico son la regla. Los antifúngicos tópicos son el tratamiento de primera línea. Los antifúngicos sistémicos se reservan para los casos muy extensos o recalcitrantes al tratamiento tópico. La eficacia y seguridad de los agentes tópicos como lociones, champús, cremas y geles están demostradas como tratamientos efectivos para la PV. Su principal efecto adverso es irritación en la piel. Existen tratamientos tópicos queratolíticos cuya finalidad es remover el estrato córneo de forma más rápida, disminuyendo la probabilidad de colonización e infección. Una de las desventajas que tienen los tratamientos por vía tópica es que el paciente termina por abandonarlos, ya que su aplicación se vuelve tediosa para el mismo, con la consecuente recaída de la enfermedad. El ketoconazol por vía tópica es el fármaco más estudiado y el tratamiento estándar por muchos años.^{52,55} Se puede obtener curación clínica en 47 a 92% de los casos, y cura micológica en 55 a 95%, a comparación del placebo, con curación clínica de 5 a 10% (Ramírez- Godínez, et al., 2018).

Juárez Jiménez, et al. (2017) expresan que son frecuentes las recaídas por no seguir las recomendaciones para el tratamiento o por persistir los factores de riesgo. También a pesar de realizar el tratamiento correctamente, son frecuentes las recaídas; es necesario saber que las manchas más claras pueden persistir durante cierto tiempo después de finalizar el tratamiento (varios meses), sin que sea necesario iniciarlo de nuevo. Existen casos de recurrencias de la enfermedad, más frecuentes en inmunodeprimidos, que pueden prevenirse con el empleo de tratamientos tópicos u orales durante los meses calurosos.

JUSTIFICACIÓN

En el 97% de las personas el *Malassezia* se puede cultivar de la piel sin lesiones siendo más frecuente en la fase de levadura. Hay una ligera mayor prevalencia del organismo en la piel de los hombres que de las mujeres. La mayor densidad se encuentra en las áreas de mayor producción de sebo: piel cabelluda, frente, pliegues nasogenianos y tronco. La densidad de la población varía entre 104 unidades formadoras de colonia (UFC)/cm² en el tronco y 102 UFC/cm² en las extremidades. En sólo el 7% de los recién nacidos podría cultivarse *Malassezia furfur* de la piel. La prevalencia en la piel aumenta durante la niñez y la adolescencia y disminuye en la senectud de acuerdo a la cantidad de producción de sebo (Padilla et al., 2004).

Al hongo se le considera dimorfo por comportarse como levadura en los cultivos y producir filamentos en su forma parasitaria, y se encuentra como saprófito en la piel normal en forma de blastóforos esféricos y ovals. Cuando las condiciones le son favorables como la humedad, sudación, producción de sebo, aplicación de grasa en la piel, uso de ropa oclusiva de material sintético se convierte en patógeno.

Debido a esos factores de riesgo se presentan en Ciudad Bolívar, y particularmente en el sector Angosturita II, se decidió realizar esta investigación para determinar el comportamiento clínico y epidemiológico del hongo en la población infantil.

OBJETIVOS

General

Determinar las características clínicas y epidemiológicas de la población pediátrica con pitiriasis versicolor, en el Sector Angosturita II, Ciudad Bolívar, estado Bolívar.

Específicos

1. Señalar la frecuencia de pitiriasis versicolor en la población pediátrica.
2. Clasificar los pacientes con pitiriasis versicolor según edad y género.
3. Establecer la localización anatómica de las lesiones por pitiriasis versicolor según su frecuencia.
4. Señalar las características epidemiológicas más frecuentes de los pacientes con pitiriasis versicolor.

METODOLOGÍA

Tipo de investigación

Se realizó un estudio de tipo transversal en habitantes del Sector Angosturita II, Ciudad Bolívar, estado Bolívar, en el año 2023.

Área de estudio

El sector Angosturita II se encuentra ubicado en la Parroquia Vista Hermosa del Municipio Angostura del Orinoco, estado Bolívar. Situado a una cuadra de la Avenida Libertador. Su única entrada se ubica al frente del Cuerpo de Investigaciones Científicas, Penales y Criminalísticas (C.I.C.P.C.).

El sector se distribuye en 3 calles; Guaicaipuro, San José y Los Próceres. Es una zona calurosa y de mucha humedad.

La actividad económica del Sector se relaciona principalmente con el comercio informal, en las adyacencias de la comunidad o en otras zonas de la ciudad. Practican la agricultura doméstica. En su mayoría se viven de los beneficios del gobierno nacional.

La comunidad no cuenta con servicio de aseo urbano, transporte público, ni servicio de gas doméstico. La energía eléctrica es deficiente. El agua que llega a la comunidad por tubería tiene un color amarillento y turbio.

Universo

De acuerdo con la información suministrada por el Consejo Comunal, el Sector cuenta con 1145 habitantes y 269 viviendas.

Muestra

Se evaluaron a todos los menores de 12 años, cuyos padres expresaron por escrito su consentimiento para participar en la investigación, quienes presentes lesiones sospechosas clínicamente de pitiriasis versicolor.

Recolección de los datos

Se utilizó una ficha de recolección domiciliar, en la cual se recolectaran datos de identificación, clínicos y epidemiológicos de interés.

En todo menor de 12 años, en los que se observaron lesiones hipo o hiperpigmentadas, de localización en rostro, toráx y/o espalda se procedió a tomar las muestras mediante la técnica de la cinta adhesivo transparente para realizar el examen directo, aplicando la técnica habitual de KOH y tinta Parker. No se realizarán cultivos de las muestras. El diagnóstico se realizó mediante la semiología, el examen físico y el examen directo de las muestras clínicas.

El procedimiento consistió en el raspado directo de escamas con una lámina portaobjetos, preparado posteriormente en una laminilla con hidróxido de potasio (KOH) al 10% que destruye las escamas, sin afectar los elementos fúngicos. Se utilizó la solución de azul de Parker para realzar las estructuras. Se cubrió la muestra con un cubreobjetos y se procedió a observar bajo el microscopio óptico, con el objetivo de 10X y luego con el de 40X. En toda muestra en la que se observe

blastosporos globosos y pseudomicelio se consideró positiva para pitiriasis versicolor (Gay-Muñoz et al., 2022). No se realizó el cultivo porque carece de validez, porque el hongo es parte de microbiota y su aislamiento no corrobora patogenicidad (Kelly, 2012).

Análisis de datos

Con la información obtenida se elaboró una base de datos en el programa SPSS 21.0 para Windows. Los datos se presentarán en tablas y se analizarán según sus frecuencias relativas.

RESULTADOS

De los 26 pacientes evaluados (Tabla 1), se identificó pitiriasis versicolor, por clínica y examen directo, en 24 de ellos (93,61%), con mayor frecuencia en el sexo femenino (16: 66,67%) y en la edad escolar, donde se encontró al 45,83% (n=11) de la muestra, seguido de un 20,83% (n=5) perteneciente al sexo masculino en la edad preescolar. Los escolares fueron los principalmente afectados por la infección micótica (n=14; 58,33%). En este estudio no se observaron diferencias estadísticamente significativas entre las variables (Tabla 2).

Al comparar la edad y el número de áreas afectadas, se evidenció que el 58,33% (n=14) de los pacientes con diagnóstico de pitiriasis versicolor presentó dos o más áreas afectadas, mientras que, el 41,67% (n=10) sólo presentó un área anatómica afectada (Tabla 3).

Se documentó que el 66,67% (n=16) presentó pitiriasis versicolor en la espalda, seguido de 54,17% (n=13) en los brazos, mientras que un 33,33% (n=8) presentaron en cara. Las localizaciones menos frecuentes con diagnóstico de pitiriasis versicolor fueron, tórax con 12,50% (n=3) y cuello en 8,33% (n=2) respectivamente (Tabla 4).

Al relacionar la pitiriasis versicolor con la desnutrición, se encontró que la mayoría de los pacientes evaluados cursaba con desnutrición en un 62,50% (n=15) de los casos. La edad más afectada fue la escolar en un 33,33% (n=8), seguida de la edad preescolar con 25,00% (n=6) (Tabla 5). Por último, los niños afectados con pitiriasis versicolor pertenecían en su mayoría a los estratos IV con 62,5% (n=15), seguido del estrato III con 20,83% (n=5), sugiriendo así que las familias poseen un nivel de pobreza relativo o pobreza extrema (Tabla 6).

Tabla 1

**POBLACION EVALUADA SEGÚN EDAD Y SEXO. SECTOR
ANGOSTURITA II, CIUDAD BOLIVAR. ESTADO BOLIVAR**

EDAD	SEXO				Total	
	Femenino		Masculino		N°	%
	N°	%	N°	%		
Lactante menor	1	3,85	0	0,00	1	3,85
Lactante mayor	1	3,85	0	0,00	1	3,85
Preescolar	4	15,38	5	19,23	9	34,62
Escolar	11	42,31	4	15,38	15	57,69
Total	17	65,38	9	34,62	26	100

Tabla 2

POBLACIÓN CON PITIRIASIS VERSICOLOR SEGÚN EDAD Y SEXO. SECTOR ANGOSTURITA II, CIUDAD BOLIVAR- ESTADO BOLIVAR

EDAD	SEXO				Total	
	Femenino		Masculino		N°	%
	N°	%	N°	%		
Lactante menor	1	4,17	0	0,00	1	4,17
Lactante mayor	1	4,17	0	0,00	1	4,17
Preescolar	3	12,50	5	20,83	8	33,33
Escolar	11	45,83	3	12,50	14	58,33
Total	16	66,67	8	33,33	24	100

P>0.05

Tabla 3

**POBLACIÓN CON PITIRIASIS VERSICOLOR SEGÚN EDAD Y
NUMERO DE AREAS AFECTADAS. SECTOR ANGOSTURITA II, CIUDAD
BOLIVAR- ESTADO BOLIVAR**

EDAD	Áreas anatómicas afectadas				Total	
	Una		Dos y más		N°	%
	N°	%	N°	%		
Lactante menor	0	0,00	1	4,17	1	4,17
Lactante mayor	0	0,00	1	4,17	1	4,17
Preescolar	2	8,33	6	25,00	8	33,33
Escolar	8	33,33	6	25,00	14	58,33
Total	10	41,67	14	58,33	24	100

Tabla 4

**POBLACIÓN CON PITIRIASIS VERSICOLOR SEGÚN
LOCALIZACIÓN ANATÓMICA. SECTOR ANGOSTURITA II, CIUDAD
BOLIVAR- ESTADO BOLIVAR**

Localización anatómica	N°	%
Espalda	16	66,67
Brazos	13	54,17
Cara	8	33,33
Tórax	3	12,50
Cuello	2	8,33

Tabla 5

**POBLACIÓN CON PITIRIASIS VERSICOLOR SEGÚN
DESNUTRICIÓN. SECTOR ANGOSTURITA II, CIUDAD BOLIVAR-
ESTADO BOLIVAR**

EDAD	DESNUTRICIÓN				Total	
	Si		No		N°	%
	N°	%	N°	%		
Lactante menor	0	0,00	1	4,17	1	4,17
Lactante mayor	1	4,17	0	0,00	1	4,17
Preescolar	6	25,00	2	8,33	8	33,33
Escolar	8	33,33	6	25,00	14	58,33
Total	15	62,50	9	37,50	24	100

Tabla 6

**POBLACIÓN CON PITIRIASIS VERSICOLOR SEGÚN ESCALA DE
GRAFFAR. SECTOR ANGOSTURITA II, CIUDAD BOLÍVAR-ESTADO
BOLÍVAR.**

Escala de Graffar	N°	%
Estrato I	0	0
Estrato II	1	4,17
Estrato III	5	20,83
Estrato IV	15	62,5
Estrato V	3	12,5
Total	24	100

DISCUSIÓN

La pitiriasis versicolor es la micosis superficial más común en todo el mundo. Existen factores predisponentes que favorecen la recurrencia, algunos dependen del huésped: raza, género, edad, actividad de la glándula sebácea, inmunosupresión y modificaciones en la microbiota cutánea, que favorecen la transformación morfológica de *Malassezia*, de la forma de levadura a la micelial, que es patógena. El alto contenido lipídico de la pared celular de la *Malassezia* provee estabilidad mecánica y osmoresistencia, que favorece la adhesión a las células del huésped, evitando así la fagocitosis y la respuesta inflamatoria. Entre los factores que dependen del medioambiente (clima, ocupación, actividades recreativas) se destacan la humedad y el calor (Ortiz-Flórez, et al., 2020).

En esta investigación, al examen directo se identificaron levaduras y filamentos cortos y tortuosos en el 93,61% de los casos (24/26), la mayoría de los pacientes afectados fueron del género femenino en un 70,83% de los casos. Marín (2013) en el estado Nueva Esparta, Venezuela, señaló una frecuencia del 33% en el sexo femenino y un 27% al masculino, baja con relación a los resultados de este estudio. Por el contrario, Martínez Méndez, et al. (2012) en Venezuela y Ortiz-Flórez, et al. (2020) en Colombia, señalaron que la pitiriasis versicolor fue más frecuente en el género masculino en un 62% de los casos.

Acosta Quintero y Cazorla Perfetti, (2004) señalaron que los porcentajes de infección más elevados se detectaron en el sexo femenino (65,7% vs. 34,3%), en los lactantes y adolescentes (27,9% y 32,1%, respectivamente), datos que resultan similares a los obtenidos en nuestro estudio, pudimos observar mayor prevalencia en el sexo femenino en la edad escolar, donde se encontró al 45,83% (n=11) de la muestra, seguido de un 20,83% (n=5) perteneciente al sexo masculino en la edad

preescolar. Por otra parte, Ramírez-Godínez (2018) indica que la pitiriasis versicolor se puede presentar a cualquier edad; sin embargo, es más frecuente en adolescentes y adultos jóvenes, que, en la mayoría de las series, los géneros se afectan con igual frecuencia, aunque puede haber un ligero predominio en el masculino dependiendo de la serie estudiada.

La afección es de distribución mundial, sin distinción de raza, ni edad. Ocurre con mayor frecuencia en trópicos y subtrópicos; sin embargo, cuando está presente en zonas templadas es más frecuente en adultos jóvenes y aunque tiene una distribución similar por sexo, se observa un ligero predominio en el masculino, quizás explicado por el aumento en la actividad sebácea (Gay-Muñoz et al., 2021), lo que se distingue de los resultados de esta investigación.

Otro hecho a destacar es que Cullen (1983) cita que es una enfermedad poco prevalente en menores de 9 años (1% aproximadamente). En Europa se ha encontrado una incidencia mayor, en algunos países como Polonia de hasta el 11%. Estos resultados suelen ser contradictorios porque el primer estudio fue realizado en una región cálida (Florida) y el segundo en una zona más templada. Terragani et al., (1991) realizaron un estudio observacional y retrospectivo (Italia) en el que buscaron intencionalmente pacientes entre 1979 y 1989, de 5 meses a 13 años, con adecuado estado de nutrición y salud, con diagnóstico clínico y micológico de pitiriasis versicolor, todos asintomáticos. Identificaron un total de 57 (4,9%) casos pediátricos (en comparación con 1170 casos en adultos), por lo que en definitiva la frecuencia de pitiriasis versicolor es multifactorial.

En 2002, Gupta et al., citaron que mientras que la pitiriasis versicolor se trata fácilmente, los factores endógenos del huésped y los factores ambientales incontrolables juegan un papel significativo en la aparición de la enfermedad en relación con la recaída, especialmente en individuos predispuestos. Puesto que la

remisión espontánea no es habitual. La duración de la enfermedad suele variar entre 3 meses y 20 años. Los cambios pigmentarios pueden tardar meses a años en desaparecer y las recurrencias son frecuentes hasta en el 60% en el primer año después del tratamiento, lo que es importante educar al paciente en este punto. La recaída se ha asociado con diversos factores, como la sudoración excesiva (ejercicio físico, viajes a la playa), altas temperaturas (verano), esteroides tópicos de larga duración o aplicación de productos grasos en el cuerpo (cremas hidratantes, aceites), por lo que deben evitarse estos agentes (Maymone et al., 2019).

En un estudio realizado en 30 pacientes en la India se encontró la variedad hipocromiante con mayor frecuencia. Con alteración del pigmento en el 100% de los casos, seguida de escama en el 83% de todos los casos, en aspecto de reja metálica que rodea los bordes de piel sana, en un trasfondo de piel con pigmento alterado (Thomas y Malakar, 2019)

Con relación al número de áreas afectadas, existió un predominio por los pacientes que presentaron dos o más áreas afectadas. No obstante, a pesar de haber realizado una búsqueda exhaustiva en revistas y artículos indexados tanto nacionales como internacionales, no se encontraron trabajos que hicieran referencia a la cantidad de áreas afectadas que puede llegar a presentar un paciente.

Malassezia spp son levaduras dimorfas (dimórficas) y lipofílicas, componentes de microbiota normal, que requieren lípidos específicos para su crecimiento. Esta propiedad influye en su distribución en las zonas de la piel ricas en sebo, como la piel cabelluda, la cara y el tronco. Con menos frecuencia, pueden encontrarse en otras áreas del cuerpo, incluidos los brazos, las piernas, las ingles y los genitales (Prohic et al., 2016). En este estudio, la localización más común fue la espalda en un 65%, coincidiendo con lo señalado por los autores. Este resultado también coincide con el estudio realizado por Ortíz-Flórez, et al. (2020).

Para Acosta Quintero y Cazorla Perfetti, D. (2004) determinaron que las zonas anatómicas más frecuentemente afectadas fueron la cara (57,9%) y el tórax (27,1%), siendo estos últimos resultados discrepantes con el encontrado en el presente estudio, al igual que para Ramírez-Godínez (2018), determina que la topografía más frecuente es el cuello, el tronco en su porción anterior y posterior, y las extremidades superiores.

Los pacientes afectados en su mayoría tenían lesiones hipocrómicas, con patrones de escamas y pigmentación irregular y algunas en parches. Coincidiendo con lo señalado con Kaur et al., (2019), quienes demostraron que en los menores de 3 años las lesiones son de hipocrómicas y descamativas, aunque predominante en la cara.

Gran parte de nuestra muestra en estudio, en la edad tanto escolar como preescolar con diagnóstico de pitiriasis versicolor presentaron desnutrición, en la mayoría de los casos resultó ser moderada. En el estudio realizado por Acosta Quintero y Cazorla Perfetti, D. (2004) y Gómez Ayala, A. (2009), determinaron que entre los factores extrínsecos que favorecen el parasitismo por *Malassezia*, además de las condiciones climáticas, se encuentran la malnutrición, lo que quizás explique la alta frecuencia de la infección en la población evaluada.

Por último, al valorar las características sociales y el aspecto de la zona donde habitan los pacientes de este estudio, determinamos que la mayoría se encuentra en situación de pobreza relativa o extrema, dadas las condiciones de las viviendas y el entorno en general. Lemus-Espinoza, D., et al. (2014) ratifica que la literatura asocia la coexistencia de pitiriasis versicolor en comunidades rodeadas de áreas de máxima marginación, expuesta a los rayos solares sin la protección adecuada e inmunológicamente afectados.

CONCLUSIONES

La pitiriasis versicolor se identificó, por clínica y examen directo, en 24 niños en un 93,61%, con mayor frecuencia en el sexo femenino y en la edad escolar. No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre las variables.

El 58,33% (n=14) de los pacientes con diagnóstico de pitiriasis versicolor presentó dos o más áreas afectadas.

El 66,67% (n=16) presentó pitiriasis versicolor en la espalda, seguido de 54,17% (n=13) en los brazos, mientras que un 33,33% (n=8) presentaron en cara. Las localizaciones menos frecuentes con diagnóstico de pitiriasis versicolor fueron, tórax con 12,50% (n=3) y cuello en 8,33% (n=2) respectivamente.

La mayoría de los pacientes evaluados cursaba con desnutrición moderada en un 62,50% (n=15) de los casos. La edad más afectada fue la escolar en un 33,33% (n=8), seguida de la edad preescolar con 25,00% (n=6).

Por último, los niños afectados con pitiriasis versicolor pertenecían en su mayoría a los estratos IV con 62,5% (n=15), seguido del estrato III con 20,83% (n=5), sugiriendo así que las familias poseen un nivel de pobreza relativo o pobreza extrema.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acosta Quintero, M., Cazorla Perfetti, D. 2004. Aspectos clínico-epidemiológicos de la pitiriasis versicolor (PV) en una comunidad pesquera de la región semiárida del Estado Falcón, Venezuela. *Rev Iberoam de Micol.* 21: 191-194. Disponible en: <http://www.reviberoammicol.com/2004-21/191194.pdf>
- Bizzorero, G. 1884. Uber die Mikrophyten der normalen Oberhaut des Menschen. *Arch. Path. Anat. Phys. (Virchow's)*. 98: 447-459.
- Castellani, A., Chalmers, A.J. 1913. *Pityrosporum ovale*. En: Castellani, A., Chalmers, A.J., edits. *Manual of Tropical Medicine*. London, Baillere Tindall and Cox.
- Cermeño, J., Hernández, I., Godoy, G., Cabello, I., Cermeño, J., Orellán, Y., et al. 2005. Casuística de las Micosis en el Hospital Universitario "Ruiz y Páez". Ciudad Bolívar, Venezuela, 2002. *Invest Clín.* 46(1): 37-42. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S053551332005000100005&lng=es&tlng=es.
- Crespo-Erchiga, V., Ojeda-Martos, A., Vera-Casaño, A. 1999. Mycology of pityriasis versicolor. *J Mycol Med.* 9: 143-148.
- Crespo-Erchiga, V., Ojeda-Martos, A., Vera-Casaño, A. 2000. *Malassezia globosa* as the causative agent of pityriasis versicolor. *Br J Dermatol.* 143: 799-803.

- Crespo-Erchiga, V., Gómez-Moyano, E., Crespo, M. 2008. La pitiriasis versicolor y las levaduras del género *Malassezia*. *Actas Dermosifiliográficas*. 99:764-7. Disponible en: <https://www.actasdermo.org/es-la-pitiriasis-versicolor-las-levaduras-articulo-0001731008749561>
- Cullen SI. 1983. Age of patients with tinea versicolor. *J Am Acad Dermatol*. 9(3): 464-465. doi:10.1016/s0190-9622(83)80212-6
- Gay-Muñoz, P.M., Araiza-Atanacio, I., Araiza-Santibáñez, J., Bonifaz, A. 2022. Pitiriasis versicolor en niños y adolescentes. Actualización. *Dermatol Rev Mex*. 66 (1): 75-88. <https://doi.org/10.24245/dermatolrevmex.v66i1.7435>
- Guanipa Urbina, O., Pérez Blanco, M., Yegres, N.R. 2013. Dermatofitosis, pitiriasis versicolor y candidiasis cutánea: 290 casos registrados entre octubre 1984 y octubre 1985/en Coro, Falcon (Venezuela). *Invest Clín*. 27(4). Disponible en: <http://produccioncientificaluz.org/index.php/investigacion/article/view/28099>
- Gordon, M.A. 1951. The lipophilic mycoflora of the skin. In vitro culture of *Pityrosporum orbiculare*. *Mycologia*. 43: 524-35.
- Guillot, J., Chermette, R., Guého, E. 1994. Prevalence du genre *Malassezia* chez les mammifères. *J. Mycol. Méd*. 4: 72-79.
- Guillot, J., Guého, E., Chermette, R. 1995. Confirmation of the nomenclatural status of *Malassezia pachydermatis*. *Antonie van Leeuwenhoek*. 67: 173-176.

- Gupta, A.K., Bluhm, R., Summerbel, R. 2002. Pityriasis versicolor. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 16: 19-33.
- Guzmán R(Ed.), (2019). Pityriasis versicolor. *Dermatología. Atlas, diagnóstico y tratamiento*, 7e. McGraw Hill. Disponible en: <https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=2775§ionid=233051046>
- Kaur, I., Jakhar, D., Singal, A. 2019. Dermoscopy in the evaluation of pityriasis versicolor: A cross sectional study. *Indian Dermatol Online J*. 10(6): 682-685. doi:10.4103/idoj.IDOJ_502_18
- Kelly, B.P. 2012. Superficial fungal infections. *Pediatr Rev*. 33(4): e22-37. doi: 0.1542/pir.33-4-e22.
- Isa Isa, R., Cruz, A., Arenas, R., Duarte, Y., Linares, C., et al.2001. Pityriasis versicolor en lactantes. Estudio de 92 casos. *Rev Iberoam Micol*. 18: 109-112.
- Juárez Jiménez, M., De La Cruz Villamayor, J., Baena Bravo, A. 2017. Pityriasis versicolor en Atención Primaria. *Med fam Andal*. 2: 162-167. Disponible en: https://www.samfyc.es/wp-content/uploads/2018/10/v18n2_06_repasandoAP.pdf
- Lemus-Espinoza, D., Maniscalchi, M., Villarroel, O., Bónoli, S., Wahab, F., et al. 2014. Micosis superficiales en pacientes del estado Anzoátegui, Venezuela, periodo 2002-2012. *Invest Clín*. 55(4): 311-320. Disponible en :

http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S053551332014000400003&lng=es&tlng=es.

Leonet, K. 2013. Pitiriasis versicolor: estudio de la eficacia vía oral y tópica de los antifúngicos ketaconazol, itraconazol y sulfuro de selenio en el hospital “Manuel Núñez Tovar”, estado Monagas Universidad de Oriente Núcleo de Sucre, 2013. Disponible en: <http://repositorioslatinoamericanos.uchile.cl/handle/2250/228117>

Malassez, L. 1874. Note sur le champignon de la Pityriasis simple. Arch. Physiol. Norm. Path. 1: 451-464.

Maymone, M.B.C., Watchmaker, J.D., Dubiel, M., Wirya, S.A. 2019. Common skin disorders in pediatric skin of color. J Pediatr Health Care. 33 (6): 727-737. doi:10.1016/j.pedhc.2019.04.019

Marín R., H. (2013). Prevalencia de pitiriasis versicolor en la población de las piedras del valle del espíritu santo del Estado Nueva Esparta. Disponible en: <https://repositorioslatinoamericanos.uchile.cl/handle/2250/228117>

Martínez Méndez, D., Hernández Valles, R., Alvarado, P. Mendoza, M. 2012. Las micosis en Venezuela: casuística de los Grupos de Trabajo en Micología (1984-2010). Rev Iberoam Micol 30(1): 39-46. Disponible en: <http://www.reviberoammicol.com/2013-30/039046.pdf>

- Morrien, J.J. 1962. The morphology of *Malassezia furfur* (Robin) (Baillon, 1889). *Ned Tijdschr Geneeskd.* 106: 1049-1050.
- Ortiz-Florez, A., Sandoval-Clavijo, A., Morales-Cardonal, C., Alvarado-Álvarez, Z., Colmenares-Mejía, C. 2020. Características clínico-epidemiológicas de los pacientes con pitiriasis versicolor en un centro de referencia de Colombia. *Infectio.* 25(1): 11-15. Disponible en: <http://0123-9392-inf-25-01-11.pdf>
- Padilla, C., Rodríguez Acar, M., Medina Castillo, D., Gutiérrez Zambrano, S., Mendoza Espada, L., et al. 2004. Pitiriasis versicolor. Presentación de tres casos. *Rev Cent Dermatol Pascua.* 13(1): 49-55.
- Prohic, A., Jovovic, T., Krupalija-Fazlic, M., Kuskunovic Vlahovljak, S. 2016. *Malassezia* species in healthy skin and in dermatological conditions. *Int J Dermatol.* 55(5): 494-504. doi:10.1111/ijd.13116.
- Ramírez-Godínez, J., Carreño-Gayosso, E., Soto-Ortiz, J., Tarango-Martínez, V., Mayorga-Rodríguez, J. 2018. Pitiriasis versicolor: una actualización. *Med Cutan Iber Lat Am.* 46(3): 166-175. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdf/cutanea/mc-2018/mc183b>
- Sabouraud, R. 1904. *Maladies du cuir chevelu. II. Les Maladies Desquamatives.* Masson. París.
- Simmons, R., Gueho, E. 1990. A new species of *Malassezia*. *Mycolog Resear.* 94(8): 1146-1149.

Terragni, L., Lasagni, A., Oriani, A., Gelmetti, C. 1991. Pityriasis versicolor in the pediatric age. *Pediatr Dermatol.* 8 (1): 9-12. doi:10.1111/j.1525-1470.1991.tb00831.x

Thomas, N., Malakar, S. 2019. Dermoscopy: An easy way to solve the diagnostic puzzle in pityriasis versicolor. *Indian J Dermatol Venereol Leprol.* 85(6):664-665.

HOJAS DE METADATOS

Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 1/6

Título	PITIRIASIS VERSICOLOR: CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICAS EN POBLACIÓN PEDIÁTRICA, SECTOR ANGOSTURITA II, CIUDAD BOLIVAR- ESTADO BOLIVAR
Subtítulo	

Autor(es)

Apellidos y Nombres	Código ORCID / e-mail	
Farrera Pinto, Joselin Katherine	ORCID	
	e-mail:	joselifarrera@gmail.com
Peña Solano, Rina Victoria	ORCID	
	e-mail:	rinapena20@gmail.com

Palabras o frases claves:

Pitiriasis versicolor
Población Pediátrica
Epidemiología

Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 2/6

Área o Línea de investigación:

Área	Subáreas
Dpto. de Parasitología y Microbiología	Micología
Línea de Investigación:	

Resumen (abstract):

La pitiriasis versicolor, también conocida como tinea versicolor en la bibliografía anglosajona, se trata de una micosis superficial, limitada al estrato córneo. En este estudio se determinaron las características clínicas y epidemiológicas de la población pediátrica con pitiriasis versicolor, en el Sector Angosturita II, Ciudad Bolívar, estado Bolívar, para el año 2023. Para ello se diseñó un estudio de tipo transversal. En todo paciente que presentara manchas hipo o hiperocrómicas, descamativas, se tomaron muestras mediante la técnica de la cinta adhesiva, se añadió KOH y azul de lactofenol. Se consideró positiva la muestra cuando se observaron levaduras e hifas cortas y tortuosas. La pitiriasis versicolor se identificó, por clínica y examen directo, en 24 niños en un 93,61%, con mayor frecuencia en el sexo femenino y en la edad escolar. No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre las variables. El 58,33% (n=14) de los pacientes con diagnóstico de pitiriasis versicolor presentó dos o más áreas afectadas. El 66,67% (n=16) lo presentó en la espalda, seguido de 54,17% (n=13) en los brazos, mientras que un 33,33% (n=8) lo mostró en cara. La mayoría de los pacientes evaluados cursaba con desnutrición moderada en un 62,50% (n=15) de los casos. La edad más afectada fue la escolar en un 33,33% (n=8), seguida de la edad preescolar con 25,00% (n=6). Por último, los niños afectados con pitiriasis versicolor pertenecían en su mayoría a los estratos IV con 62,5% (n=15), seguido del estrato III con 20,83% (n=5), sugiriendo así que las familias poseen un nivel de pobreza relativo o pobreza extrema. Se concluye que en la población evaluada hubo altas cifras de pitiriasis versicolor.

Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 3/6

Contribuidores:

Apellidos y Nombres	ROL / Código ORCID / e-mail				
	ROL	CA	AS	TU(x)	JU
Dra. Ixora Requena	ORCID				
	e-mail	ixorarequena@gmail.com			
	e-mail				
Lcdo. Cruz Gonzalez	ROL	CA	AS	TU	JU(x)
	ORCID				
	e-mail	g7cruz@gmail.com			
	e-mail				
Msc. Iván Amaya	ROL	CA	AS	TU	JU(x)
	ORCID				
	e-mail	iamaya@udo.edu.ve			
	e-mail				

Fecha de discusión y aprobación:

2024	07	17
Año	Mes	Día

Lenguaje: español

Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 4/6

Archivo(s):

Nombre de archivo
Pitiriasis Versicolor Características Clínico Epidemiológicas en Población Pediátrica Sector Angosturita II Ciudad Bolívar Estado Bolívar

Alcance:

Espacial:

El sector Angosturita II se encuentra ubicado en la Parroquia Vista Hermosa del Municipio Angostura del Orinoco, estado Bolívar

Temporal:

Julio 2023

Título o Grado asociado con el trabajo:

Médico Cirujano

Nivel Asociado con el Trabajo:

Pregrado

Área de Estudio:

Dpto. de Medicina

Institución(es) que garantiza(n) el Título o grado:

Universidad de Oriente

Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 5/6



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
CONSEJO UNIVERSITARIO
RECTORADO

CU N° 0975

Cumaná, 04 AGO 2009

Ciudadano
Prof. JESÚS MARTÍNEZ YÉPEZ
Vicerrector Académico
Universidad de Oriente
Su Despacho

Estimado Profesor Martínez:

Cumplo en notificarle que el Consejo Universitario, en Reunión Ordinaria celebrada en Centro de Convenciones de Cantaura, los días 28 y 29 de julio de 2009, conoció el punto de agenda **"SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA PUBLICAR TODA LA PRODUCCIÓN INTELECTUAL DE LA UNIVERSIDAD DE ORIENTE EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL DE LA UDO, SEGÚN VRAC N° 696/2009"**.

Leído el oficio SIBI – 139/2009 de fecha 09-07-2009, suscrita por el Dr. Abul K. Bashirullah, Director de Bibliotecas, este Cuerpo Colegiado decidió, por unanimidad, autorizar la publicación de toda la producción intelectual de la Universidad de Oriente en el Repositorio en cuestión.



Comunicación que hago a usted a los fines consiguientes.

Cordialmente,

[Signature]
JUAN A. BOLAÑOS CUNVELO
Secretario



C.C.: Rectora, Vicerrectora Administrativa, Decanos de los Núcleos, Coordinador General de Administración, Director de Personal, Dirección de Finanzas, Dirección de Presupuesto, Contraloría Interna, Consultoría Jurídica, Director de Bibliotecas, Dirección de Publicaciones, Dirección de Computación, Coordinación de Teleinformática, Coordinación General de Postgrado.

JABC/YGC/maruja

Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 6/6

De acuerdo al artículo 41 del reglamento de trabajos de grado (Vigente a partir del II Semestre 2009, según comunicación CU-034-2009)
“Los Trabajos de grado son exclusiva propiedad de la Universidad de Oriente y solo podrán ser utilizadas a otros fines con el consentimiento del consejo de núcleo respectivo, quien lo participará al Consejo Universitario” para su autorización.

AUTOR(ES)


Br.FARRERA PINTO JOSELIN KATHERINE
C.I.25745476
AUTOR


Br.PEÑA SOLANO RINA VICTORIA
C.I.26455922
AUTOR

JURADOS


TUTOR: P. EXORA REQUENA
C.I.N. 10.062.328
EMAIL: ixorarequena@gmail.com


JURADO Prof. CRUZ GONZALEZ
C.I.N. 15.467.933
EMAIL: Gcruz@gmail.com


JURADO Prof. IVAN AMAYA
C.I.N. 12420647
EMAIL: IAMAYA@vco.edu.ve



DEL PUEBLO VENIMOS / HACIA EL PUEBLO VAMOS
Avenida José Méndez c/c Columbo Silva- Sector Barrio Ajuro- Edificio de Escuela Ciencias de la Salud- Planta Baja- Ciudad Bolívar- Edo. Bolívar-Venezuela.
EMAIL: trabajodegradoudosaludbolivar@gmail.com