



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIO DE POSGRADO  
HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO FEDERICO GÓMEZ**

**ESTUDIO PILOTO  
ESTUDIO COMPARATIVO EN EL TRATAMIENTO  
DE PITIRIASIS ALBA: PROTECTOR SOLAR VS.  
PROTECTOR SOLAR CON VIOFORMO TÓPICO**

**TESIS**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:**

**DERMATOLOGÍA PEDIÁTRICA**

**PRESENTA:**

**Dra. Ruth Amparo Morales Fuentes**

**DIRECTOR DE TESIS**

**Dra: Adriana Valencia Herrera**

**ASESOR DE TESIS**

**Dr. Carlos Mena Cedillos**



**HOSPITAL INFANTIL de MÉXICO**  
**FEDERICO GÓMEZ**  
Instituto Nacional de Salud

**MÉXICO, D. F.**

**JULIO 2007**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## DEDICATORIA:

A nuestro creador mi Dios por darme la vida y la oportunidad de trabajar en esta noble profesión, por cuidarme brindándome las fuerzas y capacidad de seguir día a día.

A mis padres adorados por ser el ejemplo de mi vida ya que gracias a su constante sacrificio, comprensión, consejo, amor y la enseñanza de saber apreciar el valor de la vida.

A mis hermanas queridas por todo su apoyo emocional.

A mis maestros Dr. Carlos Mena y la Dra Adriana Valencia por todas sus enseñanzas, su paciencia y disposición en todo momento además de la excelente calidad humana solo decirles muchas gracias.

Al Hospital Infantil de México Federico Gómez por darme la oportunidad de formarme como dermatóloga pediatra.

## INDICE

RESUMEN.....	4
INTRODUCCIÓN.....	6
ANTECEDENTES.....	7
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	11
JUSTIFICACIÓN.....	12
OBJETIVO.....	12
HIPOTESIS DE INVESTIGACIÓN.....	12
MATERIAL Y METODOS.....	13
RESULTADOS.....	15
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....	19
BIBLIOGRAFIA.....	20
ANEXOS.....	22

**RESUMEN:**

**TITULO:** Estudio piloto – Estudio comparativo en el tratamiento de pitiriasis alba con protector solar versus protector solar con vioformo tópico.

**ANTECEDENTES:** La pitiriasis alba es un padecimiento crónico, benigno y de origen desconocido frecuentemente observado en países en desarrollo que afecta exclusivamente a niños de edad preescolar y escolar.

Se acepta que a nivel mundial, más del 30 % de la población de este grupo de edad presentan pitiriasis alba como hallazgo asintomático. La importancia se limita a su elevada frecuencia y a su aspecto estético, en algunos casos de difícil manejo terapéutico.

Se localiza predominantemente en cara caracterizada por manchas hipocrómicas, múltiples de 0.5 a 2 cm. En número de 1 – 20 redondeadas con bordes difusos y descamación fina.

Los datos epidemiológicos actualmente en la literatura médica sobre pitiriasis alba son escasos debido al subregistro de ésta.

Se desconoce la frecuencia tanto en Estados Unidos como en nuestro medio, los portadores de pitiriasis alba de piel oscura consultan de manera más temprana que los pacientes de piel clara quienes presentan lesiones menos aparentes.

En relación al tratamiento se recomienda el uso de filtros solares, algunos autores recomiendan asociar un antibiótico tópico ya que probablemente se relacione a *Staphylococcus aureus* o *Streptococcus* del grupo A.

**JUSTIFICACIÓN:** La pitiriasis alba se encuentra entre las diez principales causas de consulta en dermatología pediátrica. No se conoce un tratamiento establecido para esta enfermedad. Por lo que es importante conocer cual es el tratamiento que nos brinde mejores resultados clínicos.

**PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:** Es más efectivo el uso de vioformo más protector solar vs. protector solar en el tratamiento de pitiriasis alba.

**TIPO DE ESTUDIO:** Ensayo clínico.

**DISEÑO:** Se estudiaron pacientes con el diagnóstico de pitiriasis alba que asistieron a consulta externa del servicio de dermatología del Hospital Infantil de México Federico Gómez, en el periodo comprendido de enero – junio 2007.

**PROCEDIMIENTO:** Todos los pacientes que cumplieron los criterios de inclusión, previa firma de consentimiento informado, se asignó de forma aleatoria el tratamiento en dos grupos.

Grupo A.- Tratamiento con vioformo tópico más protector solar.

Grupo B.- Protector solar.

Todos los pacientes son valorados el primer día de consulta, donde se realiza la medición del tamaño de las manchas y se toma en cuenta el número de manchas, posteriormente se vuelve a citar a los pacientes a los 30 días de tratamiento para nueva valoración, en cuyo control también se toma en cuenta el número de manchas y el tamaño de estas.

## RESULTADOS:

El número total de pacientes incluidos en el estudio fueron 47, de los cuales 25 pacientes corresponden al sexo femenino y 22 al sexo masculino, la edad promedio de los pacientes fue de 7 a 8 años, lo cual concuerda con la literatura. De estos pacientes 24 recibieron tratamiento con protector solar aplicándose 4 veces al día y 23 pacientes recibieron tratamiento con protector solar más vioformo (clioquinol) con una aplicación de 4 veces al día el protector solar y dos veces al día el vioformo durante un tiempo de 4 semanas. En los pacientes del grupo A el término medio del tamaño de las manchas el primer día de consulta fue de 1cm y a los 30 días de control fue de 0.6cm. En relación al número de manchas el primer día de tratamiento el promedio fue de 5-6 manchas y el control a los 30 días de tratamiento fue de 4-5 manchas. Los pacientes del grupo B el término medio del tamaño de las manchas fue de 0.77cm. y la media del tamaño de manchas a los 30 días de control fue de 0.4cm. En relación al número de manchas el primer día de tratamiento el promedio fue de 5-6 manchas y el control a los 30 días de tratamiento fue de 4-5 manchas.

## CONCLUSIONES:

En nuestro estudio de manera similar al reporte con la literatura los escolares fueron el grupo étnico más afectado y no se encontró diferencia en cuanto a sexo.

La respuesta al tratamiento de pitiriasis alba en los dos grupos de estudio fue similar.

## ESTUDIO PILOTO

### ESTUDIO COMPARATIVO EN EL TRATAMIENTO DE PITIRIASIS ALBA PROTECTOR SOLAR VERSUS PROTECTOR SOLAR CON VIOFORMO TÓPICO.

#### INTRODUCCIÓN:

La pitiriasis alba (PA) fue descrita en la literatura por primera vez por Gilbert en 1860 (1), sin embargo fue O farell en 1956 quien propuso el nombre de PA (2). Esta entidad ha merecido varias nomenclaturas en las últimas décadas tales como pitiriasis sicca fasciei, pitiriasis simples fasciei, eritema streptogenes, impétigo furfuracea, impétigo crónico, dartros volante, pitiriasis fasciei acromiante y otras, la dermatitis solar hipocromiante se considera sinónimo de pitiriasis alba (3-4-5).

En la actualidad se clasifica como una dermatosis inflamatoria benigna. A pesar de no revestir gravedad clínica, esta enfermedad toma importancia al comprometer el aspecto estético de quien la padece y en algunos casos de difícil manejo terapéutico (1-6). Además, su presentación en edad preescolar y escolar es un motivo de preocupación para los padres, principalmente por sus manifestaciones clínicas (6).

La dermatitis atópica tiene una importante relación en lo que se refiere a etiología de esta dermatosis (6-7). La hipocromía de la pitiriasis alba se debe a un bloqueo de la transferencia de los melanosomas de los melanocitos a los queratinocitos por un mecanismo poco conocido (8). La exposición solar es el principal factor desencadenante, pero también los baños prolongados y algunos tipos de jabones favorecen la resequedad en la piel (1-6).

La pitiriasis alba es una dermatosis ecematososa de bajo grado, frecuente que se caracteriza por hipopigmentación. Se considera una forma menor de dermatitis atópica. En pacientes de piel oscura, la pitiriasis alba puede suponer un problema estético significativo (19)

Las lesiones se localizan frecuentemente en cara, tronco y extremidades superiores, son asintomáticas, dentro el enfoque terapéutico es de fundamental importancia educar al paciente respecto a los factores desencadenantes de la enfermedad e igualmente sobre la utilización de un adecuado filtro solar y cremas hidratantes, los cuales contribuirán a una respuesta terapéutica satisfactoria (6-7)

#### EPIDEMIOLOGÍA:

Los datos epidemiológicos disponibles actualmente en la literatura médica sobre PA son escasos debido al subregistro de esta patología. Los datos existentes varían en cuanto a edad de presentación, sexo y fototipo. La frecuencia es desconocida tanto en USA como en nuestro medio (9-10).

La pitiriasis alba tiene su inicio generalmente en la edad preescolar y escolar entre los 6 y los 16 años de edad, se acepta a nivel mundial que más de 30 % de los niños presentan pitiriasis alba como hallazgo asintomático, los padres le confieren importancia asociándola erróneamente a avitaminosis o anemia (1-6)

La pitiriasis alba se ve más a menudo en niños y adolescentes, y sólo excepcionalmente en adultos. Es mucho más frecuente en pacientes con piel de pigmentación oscura, y es claramente el trastorno de pigmentación más común en niños, su relación con la atopía es significativa, se estima que su prevalencia en la población general es del 1 %, pero en personas atópicas es del 32 %, los datos epidemiológicos son muy variables (19 -20)

En relación al sexo, aún no hay criterios unificados al respecto, dado que algunos autores refieren que los hombres son los más afectados, mientras otros, sin embargo, afirman que son las mujeres quienes más padecen dicho trastorno o que ambos sexos son igualmente susceptibles de presentarla (6-7-10).

En relación al fototipo de piel, la frecuencia de las lesiones parece ser igual, en pieles oscuras o claras pero los portadores de pitiriasis alba con pieles más oscuras, consultan de manera más temprana que los pacientes de pieles claras quienes presentan lesiones menos aparentes. (6-8-10-11).

En un estudio retrospectivo publicado en 1995, que buscaba determinar la frecuencia de las enfermedades de la piel en la población infantil del Hospital General de México, se analizaron los diagnósticos hechos en pacientes de primera vez durante el período de 1990-1994. Estas dermatosis fueron analizadas en cuanto a su predominio por edad, sexo y estacionalidad, las cinco afecciones detectadas con mayor frecuencia fueron: dermatitis atópica, verrugas, pitiriasis alba, prúrigo por ectoparásitos y vitiligo (12)

## ETIOLOGÍA:

A pesar de ser ampliamente estudiada, su etiología no ha sido completamente establecida. Los primeros estudios para encontrar un agente etiológico fueron hechos por Unna, este autor encontró *Pityrosporum ovale*, en estas lesiones y las relacionó con dermatitis seborreica, posteriormente han sido aislados de lesiones de pitiriasis alba otros agentes biológicos, como *Aspergillus* y *Streptococcus* (13).

El estudio más reciente realizado sobre la microbiología de las lesiones data de 1992 cuando Abadía demostró la presencia de *Staphylococcus aureus* como elemento importante en el desencadenamiento de manifestaciones clínicas de pitiriasis alba. Este autor encontró esta bacteria en 34 % de las lesiones y en 64 % en las fosas nasales de los mismos pacientes, en comparación con el grupo control en que el hallazgo de esta bacteria fue de 4 % en la piel y 10 % en las fosas nasales (9-11-13).

Sin embargo está comprobado actualmente que no es sólo el germen contaminante el causante de esta afección, otras situaciones tales como el estado nutricional, hábitos de higiene y factores ambientales contribuyen a la presencia de las lesiones (9- 13).

Respecto a la situación nutricional, la avitaminosis A y B o poli avitaminosis se consideran posibles factores etiológicos asociados (9-11). Gala dari, relata recientemente una diferencia significativa en los niveles séricos de cobre de pacientes



portadores de pitiriasis alba comparado con un grupo control, sin embargo esta diferencia puede estar relacionada con el nivel socio económico de los pacientes y sus hábitos de higiene, parece haber una mayor incidencia de pitiriasis alba en pacientes pobres (14). La asociación de pitiriasis alba con parasitosis intestinal parece pertenecer a creencias populares, hasta el momento no hay estudios que confirmen esta hipótesis (9)

Son muchos los factores que intervienen en la génesis de la pitiriasis alba, entre éstos, los factores ambientales son importantes desencadenantes, cambios de temperatura, de altitud y exposición solar, este último factor ha sido el más relacionado con la presencia de pitiriasis alba (1- 6).

En medios socioeconómicos bajos su excesiva frecuencia nos hace considerar que no es realista el que más de 90 % de la población pediátrica bien conocido pues al broncearse la piel sana aumenta el contraste con las placas de pitiriasis alba, que no se broncean, se cree que en ellas existe un exceso de flora microbiana normal sin evidencia clínica de infección que podría actuar induciendo descamación fina que impediría la pigmentación causada por exposición solar.

#### PATOGENIA:

La hipopigmentación de la pitiriasis alba se clasifica formalmente como postinflamatoria, pero los acontecimientos patogénicos reales no están claros. Ultraestructuralmente, el número de melanocitos es reducido, así como el de melanosomas de melanocitos y queratinocitos (21). La pitiriasis alba puede interpretarse como una dermatitis atópica, que puede estar relacionado con una alteración de la transferencia de pigmento de los melanocitos a los queratinocitos, la piel seca, una característica frecuente, se explica gracias a la menor capacidad de retención de agua por el estrato córneo (19-21).

#### CUADRO CLÍNICO.-

La pitiriasis alba se caracteriza clínicamente por placas hipopigmentadas, ligeramente descamativas, en general estas lesiones adoptan formas ovaladas algunas veces de bordes irregulares, los bordes son bien definidos, especialmente en pacientes de piel oscura, la coloración de dichas lesiones pueden iniciar con un eritema y progresar a una coloración blanquecina ( 15 ).

La pitiriasis alba se caracteriza por la presencia de múltiples manchas mal delimitadas y pequeñas (0,5-2 cm. de diámetro) que se distribuyen simétricamente en la cara, particularmente en las mejillas, con menos frecuencia, aparecen lesiones en las extremidades superiores y en los hombros y rara vez en otros sitios. Las lesiones pueden ser en un principio ligeramente eritematosas y después se hacen hipopigmentadas, con descamación pitiriasiforme, el curso es muy variable, y empeora durante el verano. La hipopigmentación puede persistir durante meses o incluso años, pero termina resolviéndose de forma espontánea (22).

La cara es el sitio más frecuentemente comprometido, principalmente alrededor de la boca, mejillas y mentón, pero pueden ser vistas lesiones en otras áreas como tronco y áreas extensoras de las extremidades, los parches usualmente son múltiples entre cuatro a cinco o hasta más de veinte, su tamaño varía entre 0,5 a 2 cm. de diámetro, los parches localizados en el tronco suelen ser más grandes. El curso de esta enfermedad suele ser variable, la mayoría de los casos se presentan por varios meses pero algunos persisten hasta más de un año, es frecuente observar la recurrencia de los parches (7-15).

La hipocromía resultante de estas lesiones puede ser el resultado de la descamación de la piel, posterior a la exposición solar, igualmente la acción directa de los rayos solares sobre los melanocitos inducen a alteraciones en su función que como consecuencia llevan a modificación del color de las lesiones, la mayoría de las lesiones son asintomáticas, pero de manera ocasional pueden ser pruriginosas (4- 7- 15).

Es posible dividir la pitiriasis alba en dos formas diferentes de presentación clínica:

1.- Forma localizada.- Esta es la más común, la edad de aparición en niños con múltiples lesiones, localizada en la cara, presentación asintomática y la respuesta al tratamiento es adecuada.

2.- Forma generalizada.- Es menos común, se presenta más en adolescentes y adultos, por lo general es única placa extensa aparece en cualquier zona la clínica pruriginosa relacionada con dermatitis atópica, con mala respuesta al tratamiento.

#### ANATOMÍA PATOLÓGICA:

Las características histológicas son las de la dermatitis espongiforme subaguda, con disminución irregular de la melanina dentro de la epidermis (24)

#### DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.

Pitiriasis versicolor.- Es una infección micótica superficial y recidivante producida por *Malassezia Furfur*, afecta adolescentes y adultos jóvenes con máculas bien delimitadas con una descamación furfurácea, típicamente numulares, solitarias en tronco y dorso, el color de las escamas puede variar desde el ocre pálido hasta el marrón y si el paciente se expone a la luz, la piel afectada adquiere una coloración hipocrómica, se diferencia clínicamente de la pitiriasis alba por tener los bordes mejor definidos, así como mayor descamación y realizamos un examen micológico directo. La iluminación con la lámpara de Wood da una fluorescencia amarilla pálida (1-6- 16).

Vitiligo.- Enfermedad multifactorial que se caracteriza por la pérdida de los melanocitos de la piel, se caracteriza clínicamente por la presentación de máculas acrómicas se presenta en sitios no comunes para pitiriasis alba, los bordes de la lesión son muy bien delimitadas y pueden presentar un halo hiperocrómico. La iluminación con la lámpara de Wood muestra pérdida total de pigmento resaltando la acromía de las máculas (1- 6)

Despigmentaciones post-inflamatorias.- Su diagnóstico se realiza a través de la historia clínica, evidenciando una lesión inflamatoria previa en el área de la hipocromía (1-6).

Hipocromía debido a agentes despigmentantes.- Existe el antecedente de exposición a compuestos fenólicos presentes en insecticidas, cosméticos, detergentes. (1-6)

Lepra.- En el área hipocrómica hay alteración de la sensibilidad (1-6- 16).

Nevus anémico.- Clínicamente se presenta como una mácula hipocrómica, como resultado de una alteración local de la reactividad vascular alterada localmente, se distingue de la pitiriasis alba porque el nevus anémico desaparece con la digito presión (17-18).

#### DIAGNÓSTICO:

El diagnóstico de pitiriasis alba es fundamentalmente clínico, manchas hipocrómicas, finamente escamosas, asintomáticas en áreas expuestas al sol.

#### TRATAMIENTO:

Esta dermatosis puede presentar alteraciones estéticas bastante importantes que interfieren con la calidad de vida del paciente, lo que hace necesario la adopción de medidas preventivas. Se debe orientar a los padres de los niños que padecen de pitiriasis alba respecto a la demora en la respuesta terapéutica (1- 6- 9).

Los individuos portadores de pitiriasis alba tienen poca tolerancia a varios irritantes del medio ambiente. Se debe evitar prácticas que ocasionen resequead de la piel como el uso de sustancias abrasivas y jabones durante baños prolongados, los baños no deben demorar más de 5 minutos y no deben ser muy calientes, la aplicación de emolientes después del baño disminuye los efectos irritantes y resecentes (1-6-9).

La exposición solar excesiva contribuye el aspecto clínico de la enfermedad, por lo tanto se recomienda la utilización de filtros solares, asociado al uso de medios de barrera como sombreros, sombrillas (9).

La descamación puede controlarse con cremas emolientes, ayuda la yodohidroxiquinoleina al 1 % aplicada por las noches por seis a ocho semanas más el empleo de un filtro solar por la mañana.

La hidratación cutánea puede efectuarse con emolientes, lubricantes, los alfa-hidroxiácidos tienen cualidades hidratantes su actividad queratolítica favorece el control de la hiperqueratosis, da más flexibilidad a la piel, aumenta la unión entre queratinocitos, mejora la función de barrera de la capa córnea y disminuye la penetración de irritantes externos (10).

No hay un tratamiento eficaz para la pitiriasis alba. En general las cremas de corticoides no son más eficaces que los emolientes (23)

## JUSTIFICACIÓN:

Por su frecuencia la pitiriasis alba, está considerada entre las diez principales causas de consulta en dermatología pediátrica existe un tratamiento establecido para esta enfermedad por lo que es importante conocer el tratamiento con mejores resultados clínicos.

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

Es más efectivo el uso de vioformo más protector solar versus protector solar en el tratamiento de pitiriasis alba.

## HIPOTESIS:

El vioformo tópico con protector solar es más efectivo que el uso aislado de protector solar en el tratamiento de pitiriasis alba.

## OBJETIVO GENERAL:

Comparar la respuesta al tratamiento de pacientes con diagnóstico de pitiriasis alba utilizando protector solar con o sin vioformo.

## TIPO DE ESTUDIO:

Ensayo clínico

## LUGAR DE ESTUDIO:

Consulta externa de dermatología del Hospital Infantil de México Federico Gómez.

## POBLACIÓN:

Pacientes de 2- 18 años que cumplan criterios de inclusión.

## CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

1.- Todos los pacientes con el diagnóstico de pitiriasis alba que acudan a consulta externa de dermatología del Hospital Infantil de México Federico Gómez de enero – junio 2007.

2.- Hombres y mujeres.

3.- Firma de hoja de consentimiento informado.

## CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

1.- Pacientes que recibieron tratamiento dermatológico en el último mes.

## CRITERIOS DE ELIMINACIÓN:

- 1.- Pacientes que abandonen el tratamiento.

## PROCEDIMIENTO:

Se estudiaron 47 pacientes con el diagnóstico de pitiriasis alba que asistieron a consulta externa del servicio de dermatología del Hospital Infantil de México Federico Gómez en el período comprendido de enero – junio 2007.

A estos pacientes que cumplieron los criterios de inclusión, previa firma de consentimiento informado, firmado por los padres o el tutor del paciente se asignó de forma aleatoria con base en una hoja aleatorizada el tratamiento y se dividió en dos grupos:

El grupo A, recibió tratamiento con vioformo tópico más protector solar.

El grupo B, recibió tratamiento con protector solar.

El día cero se inicia el tratamiento, se mide el tamaño de las manchas en mm y se toma en cuenta el número de manchas, se indica el tratamiento a seguir pacientes del grupo A recibieron vioformo tópico en las lesiones hipocrómicas cada 12 horas por 4 semanas más protector solar 4 veces al día. Los pacientes del grupo B solo se les indico la aplicación de protector solar 4 veces al día. Posteriormente se realizó valoración de los pacientes a las cuatro semanas de tratamiento evaluando el número de manchas y el tamaño de las mismas.

## DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES:

Edad.- Se consignó en años para cada paciente de 2 a 18 años ya que se puede encontrar presente esta dermatosis en ese grupo de edades.

Sexo.- Femenino, masculino.

Procedencia.- Se consigno el estado de la Republica Mexicana de residencia de cada paciente.

Fototipo cutáneo.- Es la capacidad de broncearse y la facilidad de quemarse con el sol.

Tipo I.- Siempre se quema, nunca se broncea.

Tipo II.- Generalmente se quema se broncea muy poco.

Tipo III.- A veces se quema generalmente se broncea.

Tipo IV.- No suele quemarse, siempre se broncea.

Tipo V.- Bronceado constitucional moderado.

Tipo VI.- Bronceado constitucional intenso.

Vioformo.- Es el clioquinol, componente antibacteriano y antimicótico de dermatomicosis superficiales no extensas, activo contra un amplio espectro de microorganismos patógenos incluyendo hongos (Candida, Microsporum y Trichophyton) bacterias grampositivas (Estafilococo áureos – Estreptococo epidermidis)

## RESULTADOS:

TABLA 1

## PROMEDIO DE EDAD DE LOS PACIENTES

Edad promedio	Protector solar	7 años
Edad promedio	Protector solar + vioformo	8 años

TABLA 2

## DISTRIBUCIÓN POR GÉNERO DE LOS PACIENTES

n = 47

Pacientes	Protector	Protector + vioformo	total
femenino	13	12	25
masculino	11	11	22

TABLA 3

## LUGAR DE PROCEDENCIA DE LOS PACIENTES

Procedencia	#	Porcentaje
Distrito Federal	19	40.4 %
Estado México	26	55.3%
Hidalgo	2	4.3 %
n	47	100 %



TABLA 4

NÚMERO DE MANCHAS AL INICIO Y FINAL DEL ESTUDIO EN EL GRUPO DE PACIENTES CON PITIRIASIS ALBA TRATADOS CON PROTECCION SOLAR VS PROTECCION SOLAR + VIOFORMO.

Tratamiento	Promedio # de manchas al inicio	Promedio # de manchas a los 30 días de tratamiento	X 2 7.14 NS
Protector solar	7	6	
Protector solar + vioformo	7	5	

TABLA 5

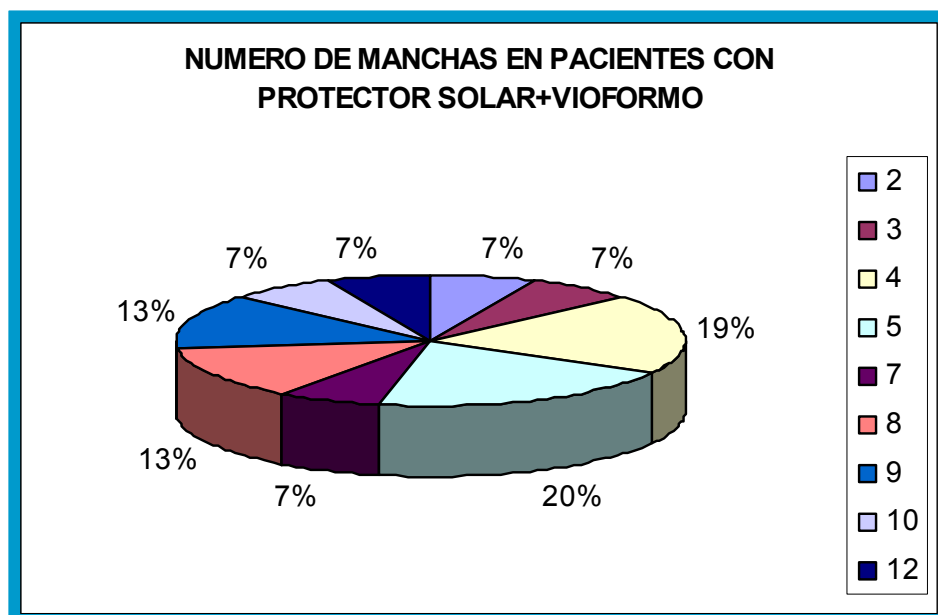
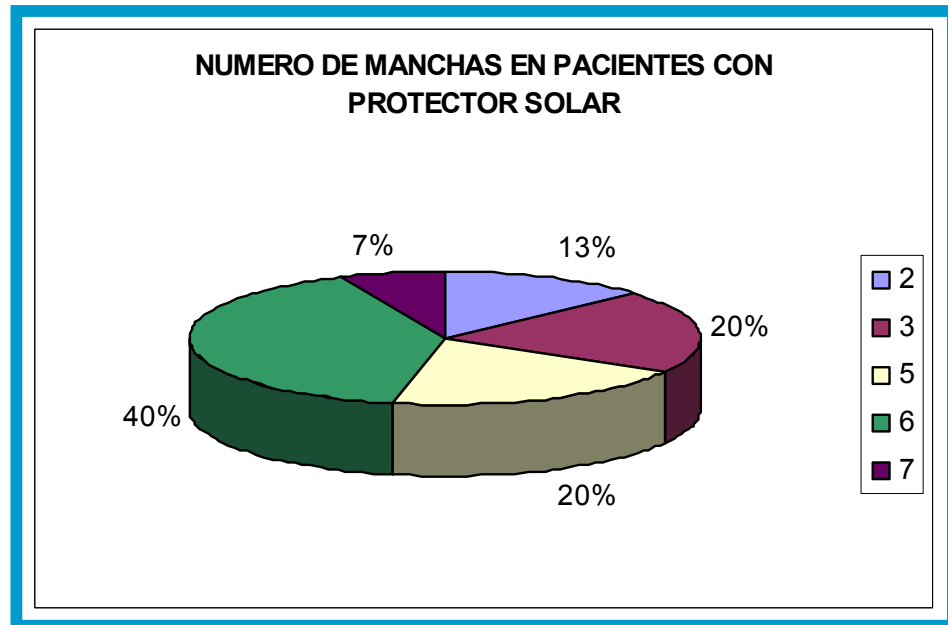
TAMAÑO DE LAS LESIONES PRIMER DÍA Y POSTERIOR A 30 DÍAS DE TRATAMIENTO EN EL GRUPO DE PACIENTES CON PITIRIASIS ALBA TRATADOS CON PROTECTOR SOLAR VS. PROTECTOR SOLAR + VIOFORMO

Tx recibido	Media primer día	Media día 30	T- student -2.2 NS
Protector solar	.77 cm	.4cm	
Protector solar + vioformo	1cm	.6cm	

P < .05 \* valor negativo.

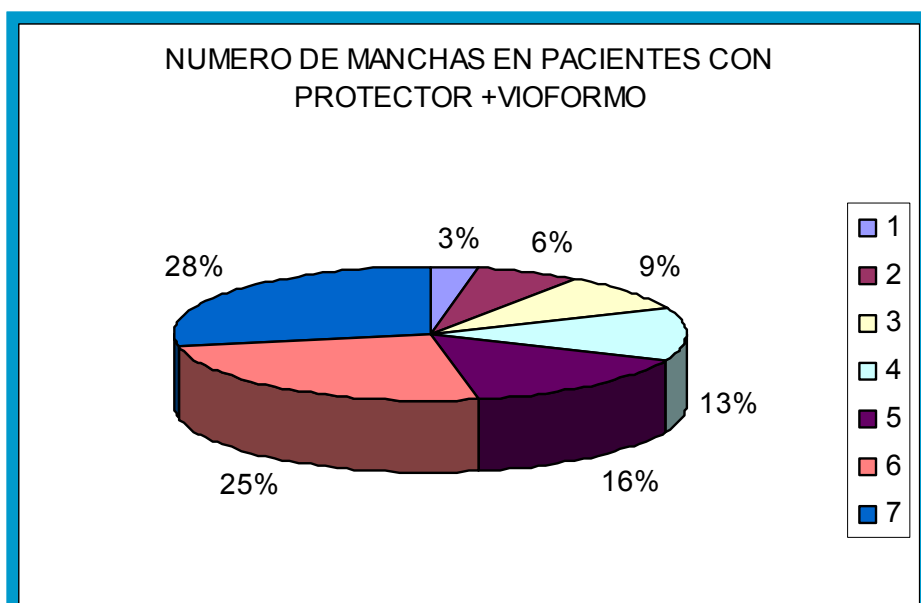
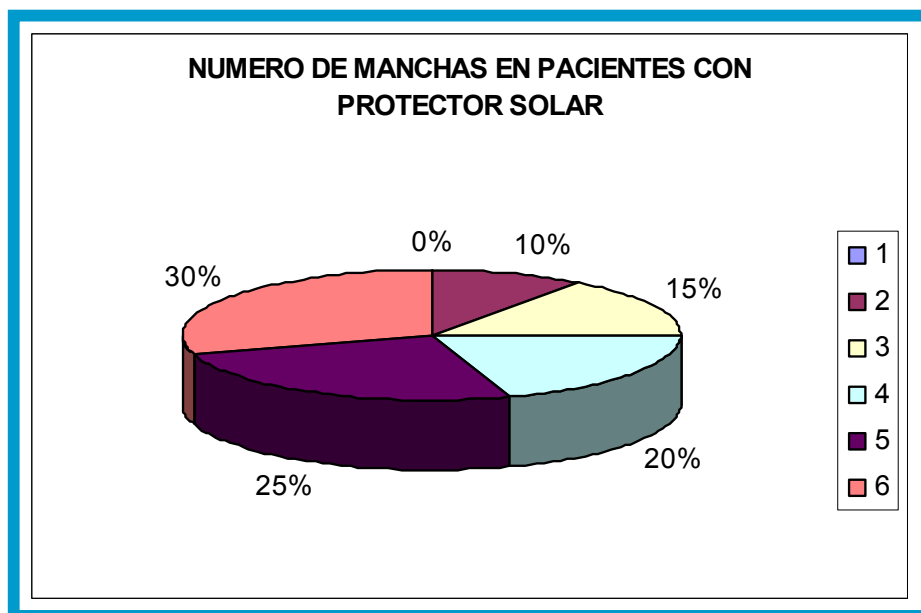
# GRAFICOS

## PRIMER DIA DE CONSULTA



# GRAFICOS

## CONTROL A LOS 30 DIAS DE TRATAMIENTO



## CONCLUSIONES:

En nuestro estudio de manera similar al reporte con la literatura los escolares fueron el grupo atareo más afectado y no se encontró diferencia en cuanto a sexo.

La respuesta al tratamiento de pitiriasis alba en el grupo de pacientes que se aplicaron protector solar más vioformo vs solo protector solar fue similar, sin existir diferencia estadísticamente significativa entre éstos, por lo tanto, nos es posible concluir que el principal factor relacionado con la etiopatogenia de esta entidad es la radiación solar y no los agentes infecciosos bacterianos que se han postulado.

Aún cuando este es un estudio piloto nos permite recomendar como tratamiento de primera elección para pitiriasis alba el uso de protectores solares c/4 horas y medios físicos de protección solar (gorra, sombrero, manga larga, sombrilla, etc).

## BIBLIOGRAFIA:

- 1.- Sampaio S, Rivitti E. Dermatología. 1 Edición. 1998: 517- 34.
- 2.- O Farrel NM . Pytiriasis alba. Arch Dermatol 1956; 73: 373- 7.
- 3.- Yamamoto K. Pityriasis alba. In Harper J. Oranje A, Prose N. textbook of pediatric dermatology. Blackwel Science Ltd. London, 2000 vol I : p 260-1
- 4.- Blessman M , Sponchiado L, Ferreira T. pitiríase alba; Aspectos epidemiológicos clínicos e terapêuticos . Na Brás Dermatol, Rio de Janeiro, 2000;75 (3): 359-67.
- 5.- Arenas R. pitiriasis alba. En : Dermatología, atlas, diagnóstico y tratamiento. Mc Graw – Hill. Interamericana México; 1997. p 75, 76.
- 6.- Andrews D. Diseases of the skin. Clinical dermatology. 9 edición, 2000: 258.
- 7.- Mohsin A, Bossam Z . Pityriasis alba. In : [www. E\\_ medicine. Com/derm / Tepic 333. htm](http://www.E_medicine.Com/derm / Tepic 333. htm) .
- 8.- Urano S , Tagami H. Funcional and morphological análisis of the hony layer of pityriasis alba . Acta Dermat Venereal 1985; 65 : 164-7.
- 9.- Blessman M , Sponchiado L . Pitiríase alba . Anais Brasil Dermatol 2000 ; 75 : 359-67.
- 10.- Galan EB . Pityriase alba. Cutis 1998 ; 61 : 11-2.
- 11.- Wells BT, White HJ. Pityriasis alba : ten year survey and review of the literatura . Arch Dermatol . 1960 ; 82 : 183-9 .
- 12.- Magaña GM . Vázquez R, Gonzáles CN. Dermatología pediátrica en el hospital general. Frecuencia de las enfermedades de la piel del niño en 10.000 consultas, 1990-1994. Rev Med Hosp. Gen Méx 1995 : 58 : 124-30.
- 13.- Unna PG, Abadía C. Pitiríase Alba : Estudio clínico e microbiológico, tesis de mostrado. Universidad Federal de Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1992; 168.

- 14.- Galadari E, Helmy M. trace elements in serum of pytiriasis alba patients. *Int J Dermatol* 1992; 31 : 525- 6 .
- 15.- Champion RH, Burton JL, Ebling F . Eczema, lichenification, prurigo and erythroderma . In : text book of Dermatology . 5 ed , 1992 ; I 570.
- 16.- Sarralde M . Dermatología neonatal y pediátrica . Buenos Aires, Ediciones Médicas 1 ed , 1995 : 35 .
- 17.- Ruiz Ávila P , Tercedor J . Técnicas de diagnóstico . Utilidad de la luz de wood em dermatología . *piel* 1994 ; 9 : 408- 12.
- 18.- Azulay RD. Dermatología . Rio de Janeiro, Editora Guanabara, 2 edition, 1997.
- 19.- Otras erupciones eczematosas. Peter O. Fritsch y Norbert Reidor *Dermatología*. Jean L. Bologna. Vol I , pág 215-226.
- 20.- Diepgen TL, Fartasch M . Hornstein OP. Evaluation and relevance of atopic Basic and minor features in patients with atopic dermatitis and in the general population. *Acta Dermatol Venereal* . 1989; 144: 50- 4.
- 21.- Zaynoun ST, Aftimos BG, Tenekjian KK, et al. Extensive pityriasis alba: a histological, histochemical and ultrastructural study. *Br J. Dermatol.* 1983;108:83-90.
- 22.- Watkins DB. Pityriasis alba: a form of atopic dermatitis. A preliminary report. *Arch Dermatol.* 1961; 83 ; 915-19.
- 23.- Mackie RM, Husain SL. Juvenile plantar dermatosis; a new entily. *Clin Exp. Dermatol.* 1976; 1 : 253 – 60.
- 24.- Vargas- Ocampo F . Pityriasis alba: a histologic study. *Int J Dermatol.* 1993;32:870-3.

## Anexos

## CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO FEDERICO GOMEZ

DEPARTAMENTO DE DERMATOLOGIA PEDIATRICA

México D.F. a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 2007-07-25

Por medio de la presente yo ( Nombre del padre o tutor) \_\_\_\_\_  
Autorizo que mi hijo (a) \_\_\_\_\_ participe en el  
Protocolo de investigación titulado ESTUDIO COMPARATIVO EN EL  
TRATAMIENTO DE PITIRIASIS ALBA: PROTECTOR SOLAR VS. PROTECTOR  
SOLAR CON VIOFORMO TÓPICO.

Se me ha informado que el objetivo del estudio es comparar la respuesta al tratamiento de pacientes con diagnostico de pitiriasis alba , utilizando protector solar con o sin vioformo. También se se me informo que toda la información obtenida será confidencial Entiendo que conservo el derecho de retirar a mi hijo del estudio en el momento que yo decida, sin que esto afecte la atención médica que recibe en este hospital.

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma de la Madre  
Padre o tutor.

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del testigo

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del Investigador  
Dra. Ruth Morales Fuentes.