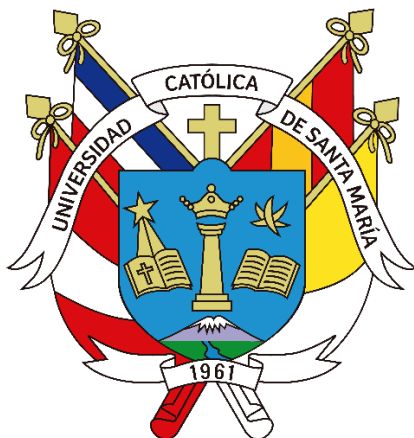


Universidad Católica de Santa María
Facultad de Medicina Humana
Escuela Profesional de Medicina Humana



**CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y CLÍNICAS EN
PACIENTES CON VITÍLIGO ATENDIDOS EN EL HOSPITAL
GOYENECHÉ ENTRE 2018 Y 2022.**

Tesis presentada por los Bachiller:

Romero Aragon, Cynthya Astrid

Silva Gutierrez, Roberto Javier

para optar el Título Profesional de
Médico Cirujano

Asesor (a):

Dr. Montanez Carazas Edgar

Arequipa- Perú

2023

UCSM-ERP

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA
MEDICINA HUMANA
TITULACIÓN CON TESIS
DICTAMEN APROBACIÓN DE BORRADOR

Arequipa, 17 de Mayo del 2023

Dictamen: 009762-C-EPMH-2023

Visto el borrador del expediente 009762, presentado por:

2013224082 - ROMERO ARAGON CYNTHYA ASTRID

2004200871 - SILVA GUTIERREZ ROBERTO JAVIER

Titulado:

**CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y CLÍNICAS EN PACIENTES CON VITÍLIGO ATENDIDOS
EN EL HOSPITAL GOYENCHE ENTRE 2018 Y 2022**

Nuestro dictamen es:

APROBADO

**29247579 - MEDINA VASQUEZ MANUEL EDWIN
DICTAMINADOR**



**29266074 - CALDERON PEREZ PERCY OSWALDO
DICTAMINADOR**



**10628021 - MOSTAJO QUIROZ FREDY ALDO
DICTAMINADOR**



DEDICATORIA

La presente tesis está dedicada a mis padres Richard y Amanda que siempre me brindaron su apoyo incondicional, porque nunca dejaron de creer en mí, por su amor infinito, por cada palabra de aliento que me impulso a seguir y no renunciar mis sueños, por hacer de mí una persona perseverante razón que me mantuvo firme pese a los obstáculos. Ha sido un privilegio ser su hija, son los mejores padres.

A mis hermanos Cristhian y Edu, que fueron parte de mi motivación.

A mis abuelos German y Antonia; tía Zoraida, tía Flora y demás familiares quienes estuvieron presentes a lo largo de este camino apoyándome y alentándome en cada momento a seguir adelante.

A mi tía Noemi, que desde el cielo ilumina mi camino.

Cynthia Astrid Romero Aragon

Le dedico el resultado de este trabajo a toda mi familia. Quienes me apoyaron y contuvieron los momentos malos. Gracias por enseñarme a afrontar las dificultades. Son ellos los que me han enseñado a ser la persona que soy hoy, mis principios, mis valores, mi perseverancia y mi empeño. Todo esto con una enorme dosis de amor y sin pedir nada a cambio.

También quiero dedicarle este trabajo especialmente a mi madre Vilma. Por su paciencia, por su comprensión, por su apoyo constante, por su fuerza, por su amor, porque sin ella nada de esto se habría podido lograr.

Roberto Silva Gutierrez

AGRADECIMIENTO

Gracias a Dios por permitir hacer realidad uno de mis sueños, porque bendice mi vida con la hermosa oportunidad de estar y disfrutar este logro al lado de las personas que sé que más me aman, y a las que yo sé que más amo en mi vida.

A mis padres por la oportunidad que me brindaron para estudiar, gracias a su paciencia y apoyo inconmensurable, por darme el ejemplo de superación, humildad y sacrificio, gracias por ser mi fuerza y motivación, los adoro desde lo más profundo de mi ser.

A mi casa de estudios la Universidad Católica de Santa María, por darme la oportunidad de crecer profesionalmente; A cada uno de mis docentes, por las enseñanzas transmitidas en todo el transcurso de mi carrera.

Agradezco a mi tutora Dra. Fiorela Suyo Prieto y a mis dictaminadores Dr. Mostajo, Dr. Medina, Dr. Calderon por su apoyo y valiosas sugerencias en el presente trabajo de investigación y finalmente agradezco al Hospital Goyeneche por permitirnos obtener sus datos para realizar dicho trabajo.

Cynthia Astrid Romero Aragon

A mis padres "En primer lugar les agradezco a mis padres que siempre me han brindado su apoyo para poder cumplir todos mis objetivos personales y académicos. Ellos me han impulsado siempre a perseguir mis metas y nunca abandonarlas".

También a mi tutor "Le agradezco muy profundamente a mi tutora la Dra. Fiorella Suyo Prieto por su dedicación y paciencia, sin sus palabras y correcciones precisas no hubiese podido lograr llegar a esta instancia tan anhelada".

A todos mis docentes "Quienes han sido parte de mi camino universitario, quiero agradecer por transmitirme los conocimientos necesarios para hoy poder estar aquí".

Además, a mis compañeros "Agradecerles a todos mis compañeros los cuales muchos de ellos se han convertido en mis amigos y hermanos. Gracias por las horas compartidas, los trabajos realizados en conjunto y las historias vividas".

Gracias a la casa de estudios "Por último agradecer a la universidad que me ha exigido tanto, pero al mismo tiempo me ha permitido obtener mi tan ansiado título".

Roberto Silva Gutierrez.

EPÍGRAFE

*“Para tener éxito tu deseo de
alcanzarlo debe ser mayor que tu miedo
al fracaso”*

Bill Cosby



RESUMEN

Ésta investigación tuvo como objetivo describir las características epidemiológicas y clínicas de los pacientes con vitíligo atendidos en el Hospital Goyeneche entre 2018 y 2022.

Por tal motivo se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, observacional, para lo cual se recogió la información en una ficha de recolección de datos de pacientes con diagnóstico de vitíligo atendidos en el consultorio externo de dermatología del Hospital Goyeneche, entre enero del 2018 y diciembre del 2022. Se incluyó a 135 pacientes con vitíligo quienes cumplieron los criterios de selección para el estudio. Posteriormente el análisis de variables se realizó por el sistema SPSS vs 28 y Excel 2019.

Se evidenció que el sexo más frecuente fue el masculino (54.8%), el vitíligo se presenta con mayor frecuencia entre los 40 y 60 años (34.8%) y entre los 15 y 24 años (22.2%); así mismo, el 67.4% tuvo un tiempo de enfermedad de 1 a 5 años, con respecto a la ocupación, el 47.4% no trabajaba y el 37% eran trabajadores independientes. El Fototipo IV fue el más frecuente (60%), seguido del fototipo III con 24.4% de frecuencia. El vitíligo no segmentario lo presentaron el 74.8% de los pacientes, mientras que el segmentario se encontró en el 25.2%. La cabeza y cuello fue la zona más afectada (57%), seguida de los miembros superiores (51.1%) e inferiores (34.1%). El 37.1% presentaba alguna comorbilidad, dentro de la cual, la más frecuentes fueron la depresión (10.4%), hipertensión arterial (8.9%) y diabetes (6.7%). Finalmente, el 16.3% reportaba antecedente familiar de vitíligo.

En conclusión, los pacientes con vitíligo presentan diferentes características, dentro de las más resaltantes se encuentran el ser varón, tener entre 40 y 60 años, presentar tiempo de enfermedad entre 1 y 5 años antes del diagnóstico, no encontrarse laborando, de fototipo de piel tipo IV, con vitíligo segmentario que abarca principalmente cabeza-cuello y extremidades, presentar alguna comorbilidad, como depresión e hipertensión arterial y tener antecedente familiar de vitíligo.

PALABRAS CLAVES: Vitíligo, características epidemiológicas, características clínicas.

ABSTRACT

This research aimed to describe the epidemiological and clinical characteristics of patients with vitiligo treated at the Hospital Goyeneche between 2018 and 2022.

For this reason, a descriptive, retrospective, observational study was carried out, for which the information was collected in a data collection form of patients with a diagnosis of vitiligo treated in the external dermatology office at the Hospital Goyeneche, between January 2018 and December 2022. 135 patients with vitiligo who met the selection criteria for the study were included. Subsequently, the analysis of variables was carried out using the SPSS vs 28 system and Excel 2019.

It was evidenced that the most frequent sex was male (54.8%), vitiligo occurs more frequently between 40 and 60 years (34.8%) and between 15 and 24 years (22.2%); likewise, 67.4% had a sick time of 1 to 5 years, with respect to occupation, 47.4% did not work and 37% were independent workers. Phototype IV was the most frequent (60%), followed by phototype III with 24.4% frequency. Non-segmental vitiligo was presented by 65.2% of the patients, while segmental vitiligo was found in 25.2%. The head and neck were the most affected area (57%), followed by the upper (51.1%) and lower (34.1%) limbs. 30.4% had some comorbidity, among which the most frequent were depression (10.4%), arterial hypertension (8.9%) and diabetes (6.7%). Finally, 16.3% reported a family history of vitiligo.

In conclusion, patients with vitiligo present different characteristics, among the most outstanding are being male, being between 40 and 60 years old, presenting disease time between 1 and 5 years before diagnosis, not working, skin phototype type IV, with segmental vitiligo that mainly covers the head-neck and extremities, presenting some comorbidity, such as depression and arterial hypertension, and having a family history of vitiligo.

KEYWORDS: Vitiligo, epidemiological characteristics, clinical characteristics.

ÍNDICE

DEDICATORIA	II
EPÍGRAFE	V
RESUMEN	VI
ABSTRACT	VII
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPITULO I PLANTEAMIENTO TEÓRICO.....	2
1. PROBLEMA DE INVESTIGACION.....	3
1.1. Determinación del problema	3
1.2. Enunciado del problema.....	3
1.3. Descripción del problema	4
1.3.1. Operacionalización de variables e indicadores	4
1.3.2. Interrogantes básicas	5
1.3.3. Tipo de investigación:	5
1.3.4. Diseño de investigación:	5
1.3.5. Nivel de investigación:.....	5
1.4. Justificación	5
1.4.1. Justificación científica.....	5
1.4.2. Justificación social	6
1.4.3. Factibilidad.....	6
1.4.4. Justificación personal	6
2. OBJETIVOS	7
2.1. Objetivo general	7
2.2. Objetivos específicos	7
3. MARCO TEÓRICO.....	8
3.1. Conceptos básicos	8
3.1.1. Vitfligo	8
3.1.2. Epidemiología	8
3.1.3. Fisiopatología.....	9
3.1.4. Factores asociados a vitfligo	9
3.1.5. Clasificación.....	11
3.1.6. Clínica	11
3.1.7. Diagnóstico	12

3.1.8. Diagnóstico diferencial	12
3.1.9. Tratamiento	13
3.2. REVISIÓN DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS	14
3.2.1. A nivel local	14
3.2.2. A nivel nacional	15
3.3.3. A nivel internacional	15
4. HIPÓTESIS	18
CAPITULO II PLANTEAMIENTO OPERACIONAL	19
1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN.....	20
1.1. Técnica.....	20
1.2. Instrumentos.....	20
1.3. Materiales.....	20
2. CAMPO DE VERIFICACION	20
2.1. Ubicación espacial	20
2.2. Ubicación temporal	20
2.3. Unidades de estudio	20
2.3.1. Universo	20
2.3.2. Tamaño de muestra: 135 pacientes con vitíligo.....	21
2.3.3. Procedimiento de muestreo: aleatorio simple	21
3. ESTRATEGIA DE RECOLECCION DE DATOS	21
3.1. Organización	21
3.2. Recursos.....	22
3.2.1. Humanos	22
3.2.2. Materiales.....	22
3.3. Estrategia para el manejo de resultados	22
3.4. Aspectos éticos.....	22
CAPITULO III RESULTADOS	23
DISCUSIÓN	41
CONCLUSIONES	47
RECOMENDACIONES	49
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	50
ANEXOS	54
ANEXO 1: HOJA DE RECOLECCION DE DATOS	55
ANEXO 2: MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN DE DATOS.....	57

INTRODUCCIÓN

El vitiligo es una patología caracterizada por la despigmentación de la piel producto de la pérdida de melanocitos o una alteración en su función normal. Aunque su prevalencia mundial es baja, ya que ronda cifras al 2%, esta enfermedad puede afectar a cualquier sexo, grupo etario, y raza.

En la actualidad aún no se ha dilucidado por completo su génesis, existiendo diferentes teorías que involucran en su mayoría a los desórdenes autoinmunitarios y genéticos, sin embargo, algunos autores afirman que existen condicionantes o desencadenantes que pueden adelantar o retrasar la enfermedad, pero son variables entre los pacientes.

Existen pocos reportes a nivel nacional que ofrezcan un panorama completo acerca de las características de estos pacientes, por ello, en esta investigación se ha pretendido abordar el tema recabando información tanto de los aspectos inherentes a la persona como la edad el sexo y antecedente familiar, así como la ocupación y las comorbilidades que puedan presentar.

Además, se ha investigado sobre el fototipo de piel y la clasificación y sus efectos en la afectación del vitiligo; finalmente, se ha considerado también incluir dos aspectos muy importantes, la prevalencia de ansiedad y depresión, todo ello en pacientes atendidos en el Hospital Goyeneche entre 2018 y 2022.



CAPITULO I PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACION

1.1. DETERMINACIÓN DEL PROBLEMA

El vitíligo es un trastorno pigmentario por destrucción autoinmune de los melanocitos epidérmicos dando como resultado una piel pálida y es la causa más común de despigmentación en todo el mundo (1). Se estima una frecuencia global del 0.1% al 2% tanto en adultos como en niños. Afecta a personas de todos los tipos de piel; sin embargo, las mujeres y las niñas consultan con más frecuencia. En general aproximadamente el 8% de los pacientes declaran tener al menos un familiar afectado (2).

En Latinoamérica, específicamente en México, este tipo de dermatosis, es la tercera a quinta enfermedad más común y su prevalencia oscila es del 4% (3). En Brasil, la prevalencia es del 0.54%, la edad media de aparición del vitíligo en pacientes brasileños para los tipos segmentario y común se determinó en 13 y 22 años, respectivamente. En Perú, se han reportado pocos casos, y representa el 1.5% de atenciones dermatológicas (4).

La causa del vitíligo hasta el momento no se conoce, por lo que se han propuesto varias teorías para explicar su génesis. Entre los factores asociados para la severidad se encuentran mecanismos muy importantes como predisposición genética, tal como la teoría neural, melanocitorraquia, bioquímica-respuesta inmunológica, daño oxidativo, mecanismos autoinmunes, siendo esta como la más reconocida (5).

Diversos estudios han encontrado asociación entre el vitíligo y diversas patologías autoinmunes; tales como alopecia areata, anemia perniciosa, diabetes mellitus, lupus eritematoso sistémico, artritis reumatoide y patologías tiroideas. Para la clasificación de la gravedad se debe diferenciar los tipos y subtipos de vitíligo: vitíligo segmentario (VS), vitíligo no segmentario (VNS) y las no clasificadas con diferencias en su curso, opciones de tratamiento y pronóstico (6).

1.2. ENUNCIADO DEL PROBLEMA

¿Cuáles son las características epidemiológicas y clínicas en pacientes con vitíligo atendidos en el Hospital Goyeneche entre 2018 y 2022?

1.3. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

AREA DE CONOCIMIENTO

- Área general: Ciencias de la Salud
- Área Específica: Medicina Humana
- Especialidad: Dermatología
- Línea: Vitíligo

1.3.1. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES E INDICADORES

Variable	Indicador	Unidad Categoría	Tipo y Escala
Sexo	Género sexual según documento de identificación.	<ul style="list-style-type: none"> • Varón • Mujer 	Ordinal
Edad de presentación	Años cumplidos en el momento de inicio de los síntomas.	<ul style="list-style-type: none"> • 5-14 años • 15 – 24 años • 25-39 años • 40-60 años • Mayor a 60 años 	Cuantitativa de razón
Tiempo de enfermedad	Cantidad de años transcurridos desde la primera hipopigmentación hasta el diagnóstico.	<ul style="list-style-type: none"> • Años 	Nominal dicotómica
Ocupación	Tipo de labor que realiza, registrado en la historia clínica.	<ul style="list-style-type: none"> • Dependiente • Independiente • Ninguna 	Nominal politómica
Fototipo	Característica pigmentaria según Fitzpatrick	<ul style="list-style-type: none"> • Tipo I • Tipo II • Tipo III • Tipo IV • Tipo V • Tipo VI 	Nominal politómica
Tipo de vitíligo	Características clínicas del vitíligo descritos en la historia clínica..	<ul style="list-style-type: none"> • Segmentario • No segmentario 	Nominal politómica

Localización del vitíligo	Zona corporal en donde se ubica la lesión dermatológica por vitíligo, registrado en la historia clínica	<ul style="list-style-type: none"> • Cabeza-cuello • M. superior • M inferior • Tórax • Abdomen • Tronco • Genitales 	Nominal politómica
Comorbilidad	Presentar alguna patología previa que condicione el uso continuo de medicación para su control de forma crónica, como hipertensión o diabetes.	<ul style="list-style-type: none"> • No • Si 	Nominal dicotómica
Tipo de comorbilidad	Diagnóstico médico que se registra en historia clínica.	<ul style="list-style-type: none"> • Diabetes mellitus • Hipertensión arterial • Hipotiroidismo • Ansiedad • Depresión 	Nominal politómica
Antecedente familiar de vitíligo	Diagnóstico previo de vitíligo en parientes de primer y segundo grado de consanguinidad.	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No 	Nominal dicotómica

1.3.2. INTERROGANTES BÁSICAS

- ¿Cuáles son las características epidemiológicas y clínicas de los pacientes con vitíligo atendidos en el Hospital Goyeneche entre 2018 y 2022?

1.3.3. TIPO DE INVESTIGACIÓN: Descriptivo, retrospectivo.

1.3.4. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN: Observacional.

1.3.5. NIVEL DE INVESTIGACIÓN: Descriptivo.

1.4. JUSTIFICACIÓN

1.4.1. JUSTIFICACIÓN CIENTÍFICA

La presente investigación procura aportar al conocimiento de las características que presentan los pacientes con vitíligo. Debido a que esta es una enfermedad poco frecuente, pocas investigaciones hablan sobre su distribución, por lo que es necesario estudiarlo, porque tiene asociación a diversos factores. El factor

genético como mecanismo predisponente para desarrollar esta patología, del mismo modo el factor oxidativo, en la cual se produce la generación de radicales libre, que a su vez, conduce a productos de melanina intermedios tóxicos que dañan los melanocitos, además de la exposición de la piel a compuestos químicos que contengan fenol.

1.4.2. JUSTIFICACIÓN SOCIAL

El factor psicológico también juega un papel esencial en el vitíligo. Las lesiones cutáneas en sus diversas formas podrían ocasionar alteraciones en el estigma personal, disminuyendo su autoestima, incluso pueden presentar depresión o aislamiento. En tal sentido, el estudio de sus características, delimitará en quienes es más frecuente, tanto en edad, sexo, ocupación y factores clínicos, permitiendo encontrar a futuro un tratamiento y manejo específico de todas las alteraciones agregadas que podría traer según sus cualidades de edad, sexo, ocupación, entre otros.

1.4.3. FACTIBILIDAD

El proyecto es factible porque no se necesita de un elevado presupuesto para su desarrollo y a su vez contar con los recursos propios. Del mismo modo la metodología es aplicable ya que solo es necesario la revisión de historias clínicas, hecho que no demandará de mucho tiempo. Así mismo, se cumplirá con las disposiciones administrativas del hospital para realizar la ejecución del proyecto y poder lograr los objetivos planteados del trabajo de investigación.

1.4.4. JUSTIFICACIÓN PERSONAL

El vitíligo es una enfermedad poco prevalente, sin embargo, la enfermedad puede tener secuelas, en donde los pacientes se ven afectados en todas las esferas (social, psicológica, estética); lo que impacta sobre su estado funcional global. Además, en la práctica se observa que el factor psicológico es muy importante a tener en cuenta, y que muchas de las recomendaciones no son consideradas por los pacientes.

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GENERAL

Describir las características epidemiológicas y clínicas de los pacientes con vitíligo atendidos en el Hospital Goyeneche entre 2018 y 2022.

2.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Determinar la frecuencia de presentación del vitíligo según edad, sexo, ocupación en pacientes del Hospital Goyeneche atendidos entre 2018 y 2022.
- Identificar el tiempo de enfermedad del vitíligo en pacientes del Hospital Goyeneche atendidos entre 2018 y 2022.
- Determinar el fototipo en pacientes con vitíligo del Hospital Goyeneche atendidos entre 2018 y 2022
- Establecer el tipo más frecuente de vitíligo en pacientes del Hospital Goyeneche atendidos entre 2018 y 2022.
- Identificar la localización más frecuente de vitíligo en pacientes del Hospital Goyeneche atendidos entre 2018 y 2022.
- Determinar cuáles son las comorbilidades de los pacientes con vitíligo atendidos en el Hospital Goyeneche entre 2018 y 2022.
- Determinar la frecuencia de antecedentes familiares de vitíligo en pacientes con vitíligo del Hospital Goyeneche atendidos entre 2018 y 2022.

3. MARCO TEÓRICO

3.1. CONCEPTOS BÁSICOS:

3.1.1. VITÍLIGO:

Es un trastorno pigmentario por destrucción autoinmune de los melanocitos epidérmicos dando como resultado una piel pálida. El vitíligo como patología dermatológica, es compleja y progresiva, adquirida por genética o por exposición ambiental (1). Genéticamente, el vitíligo se comporta como una condición poligénica típica, con cada componente genético específico haciendo una contribución relativamente pequeña. Sin embargo, en comparación con la mayoría de otras enfermedades complejas, la poligenicidad del vitíligo es bastante baja y la heredabilidad es bastante alta(2).

3.1.2. EPIDEMIOLOGÍA:

El vitíligo es la causa más prevalente de despigmentación, con una frecuencia global del 0.1% al 2% tanto en adultos como en niños. Puede afectar cualquier tipo de piel; sin embargo, las mujeres y las niñas consultan con más frecuencia(3). En general aproximadamente el 8% de los pacientes declaran tener al menos un familiar afectado, con un patrón de recurrencia no mendeliano característico de la herencia poligénica compleja (4). Esta enfermedad puede aparecer a cualquier edad, aunque es más representativo entre 10 y 30 años en la mitad de los casos, y cerca del 95% en menores de 40 años (5).

La prevalencia del VS es del 30% y representa el 16% de todos los casos de vitíligo. El VS suele presentarse previo a los 10 años de edad en alrededor del 41%, y más del 80% antes de los 30 años. Mientras que el VNS no tiene una edad de inicio. En su gran mayoría, se presentan esporádicamente, con historia familiar de vitíligo de primer grado en el 20%. En los niños se asocia a factores emocionales estresantes, como el inicio escolar y tener padres disfuncionales (6).

En Latinoamérica, este tipo de dermatosis, es la tercera a quinta enfermedad más común y su prevalencia es del 4%. El VNS es la más representativa con un 90 %, dando como posibles resultados inseguridad, estrés, ira, decepción, frustración, ansiedad y estigmatización. En Brasil, la prevalencia es del 0.54%,

la edad media de aparición del vitíligo en pacientes brasileños para los tipos segmentario y común se determinó en 13 y 22 años, respectivamente (4,6). En Perú, se han reportado casos, y representa el 1.5% de atenciones dermatológicas de forma general (7).

3.1.3. FISIOPATOLOGÍA

Se han propuesto múltiples mecanismos en la pérdida progresiva de melanocitos; Sin embargo, ninguno de estos explica individualmente este trastorno, ya que para su incidencia se ha estipulado que la genética juega un rol importante sobre la alteración de la función melanocítica; así mismo, se reconoce un papel importante de los reactantes inflamatorios y el estado redox conocido como la “teoría bioquímica”. Otros autores han hipotetizado la “teoría neutral” que implica daño de los melanocitos ocasionado directamente por el incremento de las catecolaminas (8).

Por otro lado, la “teoría integrada”, que actualmente es la más aceptada, indica que existe una melanocitorragia por mecanismo autoinmunes y por aumento de las catecolaminas, destruyéndolos mediante la alteración de sus puentes de adhesión intercelular, generando así despigmentación cutánea(9).

3.1.4. FACTORES ASOCIADOS A VITÍLIGO:

Uno de los factores asociados, es el genético ya que se detectaron un total de siete loci potenciales de susceptibilidad al vitíligo mediante análisis de ligamiento del genoma completo, entre ellos FOXD3, NLRP1, PDGFRA, HLA y XBP1. En la actualidad, el estudio genético “GWAS” se han convertido en el estándar de oro para el descubrimiento primario de genes implicados en enfermedades complejas, proporcionando profundos conocimientos sobre la biología subyacente correspondiente (10).

Se han informado al menos cinco GWAS para el vitíligo; tres en población Europea (EUR), uno en la China (CHN), uno en Japón y uno en el subcontinente indio basado en el inmuno chip. Por razones que no están claras, el mayor rendimiento provino del GWAS de vitíligo en EUR siendo esta población con factor genético en 80% de riesgo de vitíligo (11).

El segundo factor es la respuesta de autoinmunidad, porque juega un papel crítico en la patogénesis del vitíligo. El primer paso es la activación de la inmunidad innata secundaria a las señales del estrés de los melanocitos y como consecuencia se produce la liberación de ligandos apoptóticos dependientes de factor de necrosis tumoral. Esto hace que se active las células “*natural killer*” y las dendríticas, ambas con acción proinflamatoria, que índice la lisis de los melanocitos o migran a los ganglios linfáticos adyacentes para activar la respuesta inmunitaria adaptativa y liberar otras citoquinas mediadoras de inflamación (12).

El mecanismo de apoptosis de los melanocitos por parte de estas células T CD8 + está mediado por el ligando Fas, perforinas y granzimas. Estas células producen factor de necrosis tumoral alfa e interferón- γ . Estas se unen a las Janus quinasas (JAK1 y JAK2) lo que conduce a la fosforilación y a la activación de la transcripción y la activación de genes inducibles por IFN- γ , incluidos CXCL9 y CXCL10. Estas son quimiocinas potentes y actúan sobre el receptor CXCR3 de las células T, conduciendo a un mayor reclutamiento en la piel de las células T CD8+ citotóxicas y como consecuencia mayor despigmentación (13).

El tercer factor, es el estrés oxidativo. Durante la melanogénesis, se produce la generación de radicales libres, lo que conduce al estrés oxidativo y altera la estabilidad de la proteína 1 relacionada con la tirosina. Esto, a su vez, conduce a productos de melanina intermedios tóxicos que dañan los melanocitos. Además, en individuos genéticamente susceptibles la maquinaria depuradora de radicales libres está deteriorada lo que conduce al mayor daño y al estrés de los melanocitos (9).

Entre otros factores encontramos al medio ambiente, por la exposición cutánea a compuestos químicos ambientales (14). El factor psicológico también juega un papel importante en el vitíligo. Además, los pacientes con vitíligo experimentan graves efectos psicológicos y frecuentemente presentan ansiedad, depresión, y estigma social (15). El vitíligo puede estar asociada a enfermedades autoinmunes tiroideas como tiroiditis de Hashimoto, artritis reumatoide, anemia perniciosa, alopecia areata, diabetes mellitus tipo 1, psoriasis, enfermedad de Addison (16).

3.1.5. CLASIFICACIÓN:

El VS y VNS difieren en sus cursos, opciones de tratamiento y pronóstico. Los tipos de vitíligo y subtipos son: el tipo de VNS tiene subtipos. El focal se presenta como una lesión despigmentada adquirida, pequeña y aislada, con patrón indeterminado. El subtipo de vitíligo mucoso (VM), afecta la mucosa oral y/o genital, aparece aislado o concomitante a un vitíligo generalizado. El acrofacial caracterizada como máculas despigmentadas limitadas a la cara, cabeza, manos y pies. Generalmente inicia en los dedos distales y los orificios faciales con posterior compromiso de otras zonas del cuerpo (17).

También el generalizado o común es otro subtipo. Donde se evidencia manchas bilaterales, simétricas, aleatoria de color blanco lechoso. El universal con lesiones despigmentadas de la mayor parte de la superficie corporal. Se trata de una presentación poco frecuente del vitíligo y suele aparecer en la edad adulta. El VS tiene subtipos: El unisegmentario (la forma más común de VS), de distribución unilateral al cuerpo. El bisegmentario, donde las manchas despigmentadas se superponen o abarcan áreas delimitadas por las líneas de Blaschko (18).

El tipo Mixto (VNS+VS). Es la asociación de VS de forma inicial seguida de VNS bilaterales varios meses o, años después. La leucotriquia y el halo de nevos al inicio pueden ser predictores del desarrollo de VM en pacientes con VS. En cuanto a los no clasificados, se tiene al subtipo multifocal asimétrica no segmentaria, mucoso (un sitio); focal que al inicio es puntiforme, presenta lesiones maculares puntiformes despigmentadas y bien delimitadas de 1 a 1.5mm. El vitíligo hipocrómico o menor se refiere a un defecto parcial de pigmentación y parece limitarse a individuos de piel oscura, es de distribución seborreica en la cara y el cuello, asociadas a máculas hipopigmentadas en el tronco y el cuero cabelludo. El vitíligo folicular se presenta con leucotriquia prominente y afectación cutánea limitada (17).

3.1.6. CLÍNICA:

La clínica del vitíligo, se caracteriza principalmente por la presencia de lesiones amelanóticas en la piel, tienen diversas formas ya sean ovaladas, redondeadas, irregulares o lineales; en cuanto a sus bordes generalmente son convexos, el

tamaño varía de milímetros a centímetros (20). En las personas que tienen fototipos I, II y III, suelen ser más ténues, pero en fototipos IV, V y VI son más visibles. Ésta patología generalmente es asintomática, sin embargo puede haber prurito lo cual indica que la enfermedad está activa (8).

En cuanto a su localización, varía mucho, ya que puede presentarse en cualquier zona corporal, sin embargo tiene mayor predilección en regiones parcialmente hiperpigmentadas como, cuero cabelludo, la cara (peribucal y periocular), los pezones; la zona axilar, umbilical, inguinal, genital, extremidades (codos, rodillas, dedos, muñecas, pretibial) (20).

3.1.7. DIAGNÓSTICO:

Una primera evaluación exhaustiva que incluye una anamnesis detallada y un examen completo de la piel que determinará pronóstico y severidad. El diagnóstico suele ser sencillo. Se basa en la presencia de máculas adquiridas bien definidas, adquiridas, que no son escamosas en una distribución típica (18). Las máculas de distribución simétrica generalmente son VNS. No es necesario hacer una biopsia de piel u otros estudios hasta que se descarten otras enfermedades de la piel. El uso de una lámpara de Wood puede ayudar en el diagnóstico de vitíligo. A la luz de Wood, las lesiones de vitíligo exhiben una fluorescencia blanco-azul brillante y parecen claramente delimitadas (19).

Una lámpara de banda estrecha de LED de 365 nm permite ver las lesiones de vitíligo, eliminando el tono azulado que se ve con las tradicionales lámparas de banda ancha de Wood (20). En dermatoscopia, el vitíligo se caracteriza por la persistencia de la pigmentación perifolicular y las telangiectasias, que están ausentes en otras formas de hipopigmentación. Puede ser útil para controlar la actividad y el progreso (21).

3.1.8. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:

El diagnóstico diferencial del vitíligo incluye a diversas patologías, ya sean a patologías inmunitarias como dermatológicas, entre las más frecuentes se puede mencionar a la pitiriasis alba y versicolor, síndrome de Waardenburg, liquen escleroso y atrófico, esclerosis tuberosa, leucodermias químicas, lepra,

piebaldismo, nevo anémico, hipomelanosis post inflamatoria, nevo despigmentoso, esclerosis tuberosa, hipomelanosis idiopática, etc (18,19).

3.1.9. TRATAMIENTO:

El propósito del tratamiento de ésta patología es controlar el deterioro autoinmunitario que afecta directamente a los melanocitos. El tratamiento puede clasificarse en: farmacológico, físico y quirúrgico, que a su vez pueden combinarse. En el manejo farmacológico puede darse en 2 formas tópica y/o sistémica (13).

La primera línea de tratamiento de vitíligo es tópica, lo cual incluye la terapia por corticoesteroides que tienen una acción directa en la inhibición de la síntesis de colágeno, frecuentemente se usa en zonas afectadas por la patología como: la cara, en zonas de flexión, codos y rodillas, en cuanto a la dosis del tratamiento va depender del especialista, ya que todavía hay ciertas divergencias, por lo tanto pueden ser de alta o baja potencia (13). En caso de usarse de alta potencia, se recomienda entre 2 a 4 meses, en caso no haya un resultado clínico con el tratamiento tópico, se debe suspender. Por otro lado los corticoesteroides tópicos se utilizan bastante por el hecho de que no tienen efectos secundarios sistémicos (6).

Entre los fármacos más conocidos, se tienen al tacrolimus y pimecrolimus. El tacrolimus su mecanismo es de inhibir la calcineurina, lo cual controla la actividad linfocitaria, mediante la inhibición de citoquinas pro-inflamatorias, evitando la transcripción genética IL-2, que son relevantes en cuanto a la proliferación linfocitaria citotóxica, y la producción de interleucinas (16). El tratamiento sistémico con corticoesteroides, generalmente se usan en lesiones que se extienden rápidamente. El mecanismo se debe a la reducción de la citotoxicidad y de anticuerpos que van en contra de las células de melanina. Se recomienda que a una dosis de prednisolona 0.3 mg/kg/día entre 2 a 5 meses logra controlar el desarrollo del vitíligo (12).

El manejo adecuado de corticosteroides sistémicos se basa en minipulsos, para disminuir efectos adversos que tienen inherencia al tratamiento. Respecto al tratamiento físico, que si bien no se tiene bien claro sobre su efecto, pero se

podría explicar por una posible inhibición en cuanto a la destrucción de melanina, o en la estimulación respecto al incremento numerario de melanina (16). El tratamiento más conocido es la radiación ultravioleta tanto A y B, la fotoquimioterapia, luz monocromática excimer. Fianlmente, el tratamiento quirúrgico es otra opción, especialmente para los que no tuvieron resultados en los anteriores tipos de tratamiento, la técnica más usada es el injerto punch (6).

3.2 REVISIÓN DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

3.2.1 A NIVEL LOCAL

- **Autor:** Luque Guevara Jéssica Jennifer.

Título: “Características epidemiológicas clínicas y terapéuticas de los pacientes con vitíligo atendidos en el servicio de dermatología del Hospital Regional Honorio Delgado Arequipa 2019 y 2020.”

Resumen: “El estudio buscó caracterizar al vitíligo en cuanto a factores clínicos y epidemiológicos”. El estudio fue descriptivo, retrospectivo, transversal, para lo cual incluyeron a 59 pacientes. Encontraron que el 52.5% predominaba en el varón, el 49.1% laboraba de forma dependiente o independiente, el 50.8% era soltero, la presentación más habitual de ésta patología fue entre los 10 y 19 años (25.4%) y entre los 50 a 59 años (18.6%), la duración de la patología fue entre 1 a 5 años (37.3%), el VNS subtipo generalizado fue más frecuente (64.4%) y subtipo focal en un 6.7%. Además, el 37.2% tenían familiares con vitíligo, del mismo modo el 32.2% tenían diversas comorbilidades especialmente por patologías endocrinológicas. Concluyen, que predominó en el sexo masculino, en su mayoría eran solteros, que inició entre los 10 y 19 años o de 50 a 59 años; y el VNS subtipo generalizado fue el más prevalente (22).

3.2.2 A NIVEL NACIONAL

- **Autor:** Limache Pacori Marylu.
Título: “Perfil epidemiológico y manifestaciones clínicas de pacientes con vitíligo Hospital III Juliaca Essalud 2014-2015.”
Resumen: Ésta investigación se desarrolló para describir el perfil del vitíligo. El estudio fue descriptivo, retrospectivo, para lo cual incluyeron 120 pacientes. En donde, el 64% fueron varones, el 80% tuvieron una edad de inicio de la patología entre los 30 años a más, el 85% eran procedentes de Juliaca, el 74% laboraban de forma independiente, el 48% tenían educación superior, el 93% no tenían antecedentes de familiares con vitíligo el tiempo medio de duración del vitíligo fue de 6 años, el tipo más frecuente fue el generalizado en un 65% y localizado en un 34%. Concluye, que el vitíligo es más predominante en los varones y con mayor procedencia de Juliaca (23).
- **Autor:** Yengle María.
Título: “Características clínicas y perfil epidemiológico del vitíligo en el Hospital Nacional Dos de Mayo Enero a junio 2013”.
Resumen: La investigación se ejecutó, para determinar las características clínicas y aspectos epidemiológicos del vitíligo. El estudio fue descriptivo, observacional, transversal, para lo cual incluyeron a 150 pacientes con vitíligo. Encontraron que el 54.6% fueron mujeres, el 62.7% eran solteros, el 10% tenían familiares con diagnóstico de vitíligo, el 11% tenían alguna patología autoinmune. Además, encontró que el 45.3% comenzaron con dicha patología entre los 20 y 30 años de edad, el tipo más frecuente de vitíligo fue el vulgar en un 46% con la localización más común fue en la cara en un 43.3%. “Concluye, que el vitíligo es una patología multifactorial, con mayor tendencia en personas adultas jóvenes” (24).

3.2.3 A NIVEL INTERNACIONAL

- **Autores:** Afewerki T, Goitom L, Desilu D, Brhane A, Hailekiros K, Meles Gidey Jordi Gratacós.
Título: “Clinico-epidemiological profile and treatment pattern of vitiligo in selected dermatological clinics of mekelle city northern Ethiopia 2020”

Resumen: Se desarrolló el estudio, para investigar el perfil clínico-epidemiológico del vitíligo. El estudio fue descriptivo, transversal, para lo cual incluyeron 403 pacientes con patología dermatológica. En donde 79 de ellos fueron diagnosticados de vitíligo, encontrando que el 63% eran hombres, el 55% tenían una edad entre los 20 y 59 años, el 53% eran solteros, el 64% pertenecían a la religión ortodoxa, el 76% vive en zona urbana, el 14% tenían la ocupación de profesionales, el 39% tenían un nivel de educación superior y el 28% primario, el 59% tenían el hábito de consumo de alcohol, el 68% no tenía historia familiar de vitíligo, el 39% tenía la forma clínica de vitíligo vulgaris, el 27% focal, 20% segmental y menos del 5% acrofacial, universal y mucosal. Concluyen que la prevalencia de vitíligo era alta, además que el perfil clínico-epidemiológico fue similar a nivel mundial(25).

- **Autores:** Ihab A, Osama H, Amany A.

Título: “Epidemiological Study of Vitiligo in Damanhour Teaching Hospital 2020”.

Resumen: El estudio se publicó, para evaluar la epidemiología y las presentaciones clínicas del vitíligo. El estudio fue descriptivo, transversal, para lo cual incluyeron a 1000 pacientes con atendidos en dermatología durante 6 meses. En donde, 86 fueron casos de vitíligo, de los cuales el 63% fueron del sexo femenino, el 28% tenían edades entre 10 y 19 años, el 88% vivían en zonas rurales, los factores agravantes de ésta patología fueron el 20% de traumatismos, el 23% por estrés. Además que el 12% tenían historia familiar de vitíligo, el 5% tenía antecedente de psoriasis, el 9% diabetes mellitus e hipertensión. Concluyeron que la prevalencia de vitíligo es del 0.86%, es más frecuente en mujeres, en zonas rurales y el estrés es un factor exacerbante de dicha patología (26).

- **Autores:** Omar Nadia, Arebi Halima, Ben-Roween Aisha.

Título: “Clinico-epidemiological features of vitíligo patients attending outpatient dermatology department in Tripoli central hospital 2020”.

Resumen: El objetivo del estudio fue explorar las características clínico-epidemiológicas del vitíligo. El estudio fue descriptivo, observacional,

retrospectivo, para lo cual incluyeron a 170 pacientes con vitíligo. Encontraron que el 41% tenían el tipo sacrofacial y el 38% vitíligo vulgaris, el 69% tuvieron un inicio de la enfermedad en las primeras tres décadas, las presentaciones más frecuentes fueron en las extremidades del 43%, los factores desencadenantes de dicha patología fueron el malestar emocional en un 57% y el trauma físico en un 31%. Además, el 49% tenían antecedentes familiares de vitíligo, el 27% presentaban patologías atópicas y tiroideas. Concluyen, que las características clínico-epidemiológico del vitíligo son más frecuentes en las primeras tres décadas y el tipo de vitíligo más común fue el acrofacial(27).

- **Autores:** Martins C, Hertz A, Luzio P, Paludo P.
Título: “Clinical and epidemiological characteristics of childhood vitiligo a study of 701 patients from Brazil 2020”.
Resumen: El estudio se desarrolló, para evaluar las características clínicas y epidemiológicas del vitíligo. El estudio fue descriptivo, transversal, para lo cual incluyeron a 701 pacientes con vitíligo. En donde, encontraron que la edad promedio de aparición de la patología fue de 5.9 años, además, el 62% eran mujeres, el tipo de vitíligo más frecuente fue generalizado en un 54%, el sitio más afectado fue la cabeza y cuello en un 44% y el 7% tenían una enfermedad autoinmune como psoriasis y colagenopatías. Concluyeron, que el vitíligo tiene sus propias características, predominando más en mujeres y la zona afectada más común es la cabeza y cuello (28).
- **Autores:** Mahajan V”, “Vashist S”, “Chauhan P.
Título: “Clinico epidemiological profile of patients with vitiligo a retrospective study from a tertiary care center of north India 2019”.
Resumen: El estudio se realizó, para delimitar aspectos epidemiológicos y clínicos del vitíligo. El estudio fue descriptivo, observacional, retrospectivo, para lo cual incluyeron a 945 pacientes con vitíligo. Encontraron que el 51% pacientes tenían una edad ≤ 20 años, de los cuales el 26.2% eran niños ≤ 12 años de edad, el 71% tenían de los pacientes tenían una edad menor a 25 años, el 16%

tenían antecedentes familiares de vitíligo, vitíligo vulgar en el 60% y el vitíligo focal en el 19%, asimismo el 13% de pacientes anomalías tiroideas y diabetes mellitus. Concluyeron que no existieron diferencias relevantes en las características clínico-epidemiológicas del vitíligo (29).

- **Autores:** Anaba E, George A, Ogunbiyi A.

Título: “Epidemiology and clinical profile of vitiligo in Ibadan Nigeria 2018”.

Resumen: Realizaron una investigación, para documentar las características clínicas y sociodemográficas de pacientes con vitíligo. El estudio fue descriptivo, retrospectivo, para lo cual incluyeron a 130 pacientes. Encontraron que el 29% tuvo la aparición de ésta patología entre los 18 y 29 años de edad, el 15% entre los 6 y 10 años de edad. El 59% presentó el tipo de vitíligo acrofacial específicamente en la cara y cuero cabelludo, el 26% vitíligo vulgaris, el 66% presentó repigmentación, el 59% tenía lesiones activas, el 84% tenía ésta patología en partes expuestas de cuerpo. Concluyeron que el perfil clínico del vitíligo en cuanto al tipo de ésta patología es el acrofacial, además de presentar repigmentación (30).

4 HIPÓTESIS

No se plantea una hipótesis específica ya que se trata de un estudio descriptivo.

CAPITULO II

PLANTEAMIENTO OPERACIONAL



1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN

1.1. TÉCNICA

El análisis documental de fuentes secundarias (historias clínicas), fue la técnica, debido a que se pretende describir la información inmersa en dichas fuentes que corresponden a los pacientes con vitíligo atendidos entre 2018 y 2022 en el Hospital Goyeneche.

1.2. INSTRUMENTOS

Se empleara la “hoja de recolección de datos” (ANEXO 1) de propia autoría, la cual recoge todas las variables del cuadro 1.2.2, la misma que no busca diagnosticar ni aplicar ninguna escala, por lo que no se necesitó de su validación, además de no contener interrogantes, ya que lo que se revisó fueron las historias clínicas de pacientes ya atendidos previamente, es decir que la información fue recolectada de forma pasiva.

1.3. MATERIALES

- Computador portátil.
- Útiles de escritorio (papelería en general).

2. CAMPO DE VERIFICACION

2.1. UBICACIÓN ESPACIAL

Hospital Goyeneche, hospital de nivel III de atención, ubicado en la “Av. Goyeneche 100, del distrito, provincia y departamento de Arequipa”.

2.2. UBICACIÓN TEMPORAL

Se realizará entre abril y mayo del presente año 2023.

2.3. UNIDADES DE ESTUDIO

2.3.1. UNIVERSO

- **Población:** pacientes con diagnóstico de vitíligo atendidos en el consultorio externo de dermatología del Hospital Goyeneche, entre enero del 2018 y diciembre del 2022, la cual asciende a 210 pacientes en total.
 - **Criterios de inclusión**
 - Pacientes de cualquier edad, varones o mujeres, en donde se evidencia el diagnóstico de vitíligo en consulta

dermatológica, detallando las características clínicas de la patología.

- **Criterios de exclusión**
 - Pacientes con historia clínica incompleta.

2.3.2. TAMAÑO DE MUESTRA: 135 pacientes con vitíligo

Se calculó con la ayuda de la “fórmula para tamaños muestrales para estimar una proporción con población finita” dado que entre el 2018 y 2022 se diagnosticaron un total de 210 pacientes con vitíligo, según:

$$n = \frac{Z_{\alpha/2}^2 * p(1-p)}{\delta^2} \left(1 - \frac{n}{N}\right)$$

Ninguna investigación previa pudo aportar el valor de “p” que representa la prevalencia de la enfermedad, pues todos consideraron muestra censal dada la pequeña casuística, para esta investigación “p” toma el valor de 0.5 por ser desconocido. En cuanto a “Z $\alpha/2$ ”, toma el valor de 1.96 dado que se ha calculado la muestra con una confianza del 95%. Como se mencionó, la población “N” es igual a 210; y “ σ ” o precisión tomó un valor de 0.05.

Realizado el cálculo, la muestra “n” calculada, fue de 135.

2.3.3. PROCEDIMIENTO DE MUESTREO: Aleatorio simple

3. ESTRATEGIA DE RECOLECCION DE DATOS

3.1. ORGANIZACIÓN

- El proyecto de investigación fue enviado para aprobación por parte de la UCSM en cuanto a metodología y ética.
- Con la aprobación del protocolo, se solicitó aprobación al director del hospital y autorización de la revisión de historias clínicas.
- Con la documentación adecuada, se solicitó todos los registros médicos con el diagnóstico de vitíligo entre el 2018 y 2022, a los que se les aplicó al azar los criterios de inclusión y exclusión.

- Finalmente, con la muestra final, se recaudaron los datos necesarios según versa la hoja de recolección, considerando que la información corresponda a pacientes con dicho diagnóstico.
- Esta información pasó de las hojas de recolección a una base de datos virtual en Excel 2019.

3.2. RECURSOS

3.2.1. HUMANOS

- Autores: Cynthia Astrid Romero Aragon, Roberto Javier Silva Gutiérrez

3.2.2. MATERIALES

- Computador portátil de cada autor.
- Material de escritorio (lapicero, resaltador, hojas bond).
- Ficha de recolección de datos

3.3. ESTRATEGIA PARA EL MANEJO DE RESULTADOS

- Los datos obtenidos fueron procesados en el programa SPSS vs.28.
- Se procedió a calcular las frecuencias absolutas y relativas (porcentajes) en cada variable, y se presentó en tablas, gráficos de barra y gráficos circulares, según corresponda.

3.4. ASPECTOS ÉTICOS

Además de contar con la aprobación de las autoridades competentes pertenecientes al comité de ética tanto de la universidad como del hospital Goyeneche para la realización del estudio, y considerando que al ser un estudio no experimental y cuya técnica es la revisión de historias clínicas, no involucra la participación directa de los pacientes; no obstante, sigue la normatividad plasmada en la Declaración de Helsinki (art. 11-23) (31), y los decretos supremos 017-2006 y 006-2007 de la Ley General de Salud (32) que especifican la confidencialidad de la información obtenida para estos estudios.



TABLA N° 1:

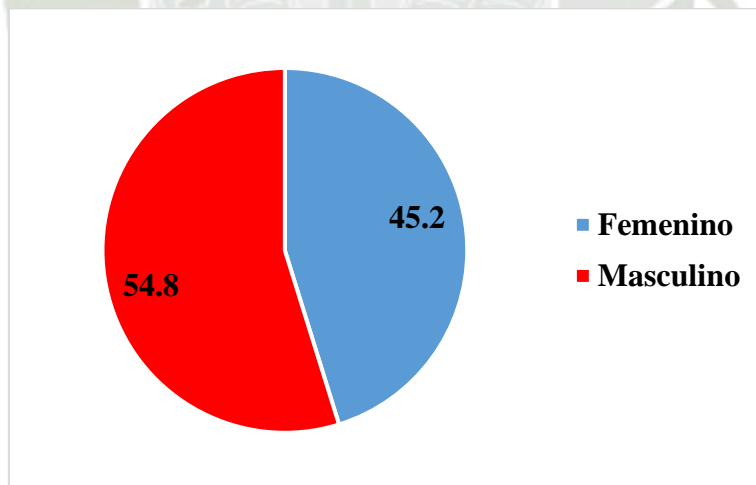
Distribución de vitíligo según el sexo en pacientes atendidos en el Hospital Goyeneche entre 2018 y 2022.

	N°	%
Sexo		
Femenino	61	45.2
Masculino	74	54.8
TOTAL	135	100

Fuente: Elaboración propia.

GRÁFICO N° 1:

Distribución de vitíligo según el sexo en pacientes atendidos en el Hospital Goyeneche entre 2018 y 2022.



Fuente: Elaboración propia.

Como se observa en la tabla y gráfico No. 1, el 54.8% de los pacientes con vitíligo incluidos en la presente investigación eran hombres, mientras que el 45.2% era del sexo femenino.

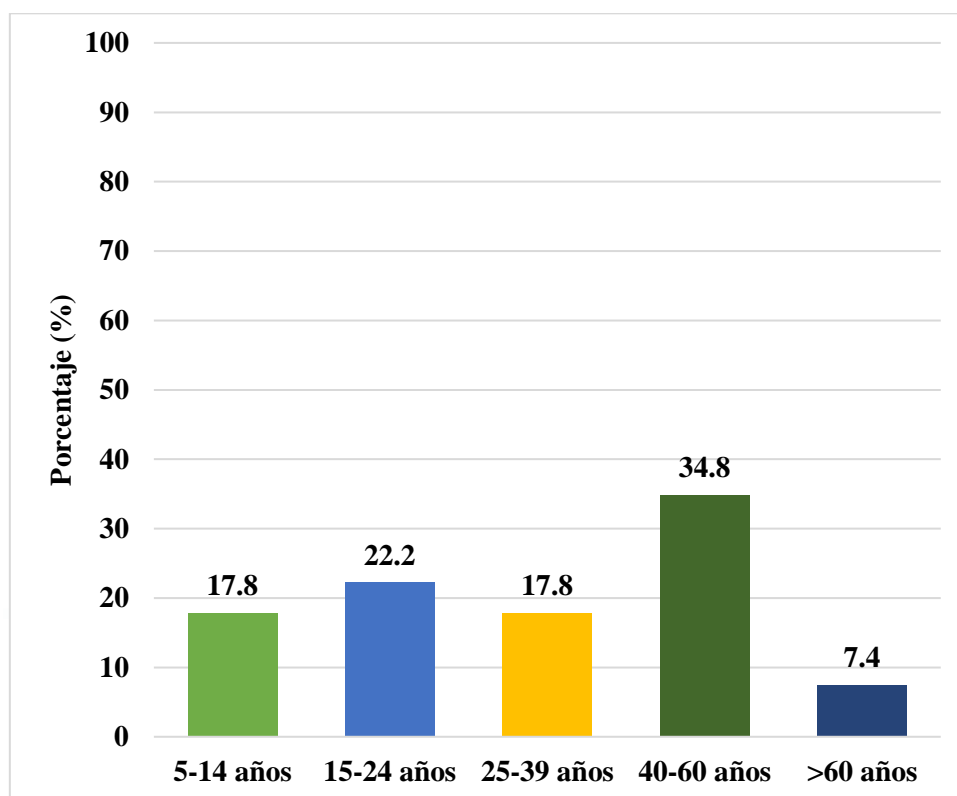
TABLA N° 2:
**Distribución de vitíligo según el grupo etario en pacientes atendidos en el
Hospital Goyeneche entre 2018 y 2022.**

	N°	%
Grupo etario		
De 5 a 14 años	24	17.8
De 15 a 24 años	30	22.2
De 25 a 39 años	24	17.8
De 40 a 60 años	47	34.8
Mayor de 60 años	10	7.4
TOTAL	135	100

Fuente: Elaboración propia.

GRÁFICO N° 2:

Distribución de vitíligo según el grupo etario en pacientes atendidos en el Hospital Goyeneche entre 2018 y 2022.



Fuente: Elaboración propia.

Con respecto a la edad, la tabla 2 y gráfico N° 2 muestran que el grupo etario más frecuente en los pacientes con vitíligo tenía entre 40 y 60 años, seguidos de un 22.2% de pacientes entre 15 y 24 años de edad. Un mismo porcentaje (17.8%) alcanzaron las edades de 5 a 14 años y de 25 a 39 años. Finalmente, con menor frecuencia se encontraron a pacientes mayores de 60 años con vitíligo (7.4%).

TABLA N° 3:

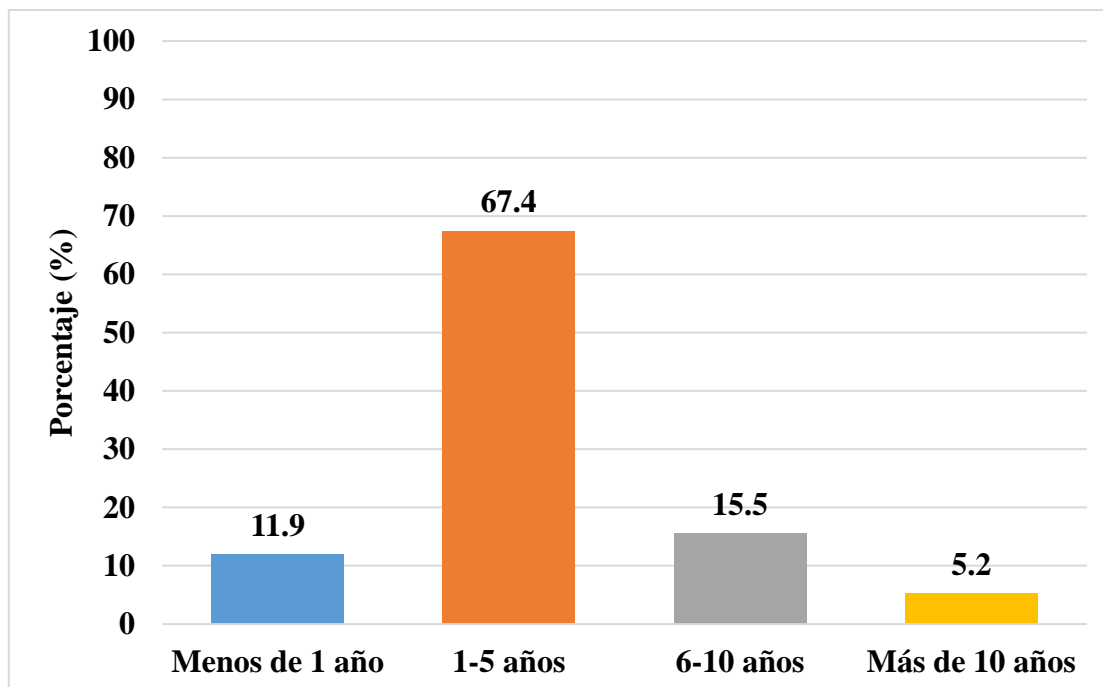
Distribución de vitíligo según el tiempo de enfermedad en pacientes atendidos en el Hospital Goyeneche entre 2018 y 2022.

	N°	%
Tiempo de enfermedad		
Menos de 1 año	16	11.9
1-5 años	91	67.4
6-10 años	21	15.5
Más de 10 años	7	5.2
TOTAL	135	100

Fuente: Elaboración propia.

GRÁFICO N° 3:

Distribución de vitiligo según el tiempo de enfermedad en pacientes atendidos en el Hospital Goyeneche entre 2018 y 2022.



Fuente: Elaboración propia.

En la revisión de las historias clínicas de los pacientes con vitiligo incluidos para la presente investigación, se observó que el 11.9% de ellos tenía menos de 1 año de enfermedad (antes del diagnóstico). La mayoría de ellos presentaba tiempo de enfermedad entre 1 y 5 años (67.4%), seguido de un tiempo de entre 6 y 10 años, que representó el 15.5% del total (Tabla 3 y gráfico N° 3).

TABLA N° 4:

Distribución de vitíligo según la ocupación en pacientes atendidos en el Hospital Goyeneche entre 2018 y 2022.

	N°	%
Ocupación		
Ninguna	64	47.4
Dependiente	21	15.6
Independiente	50	37.0
TOTAL	135	100

Fuente: Elaboración propia

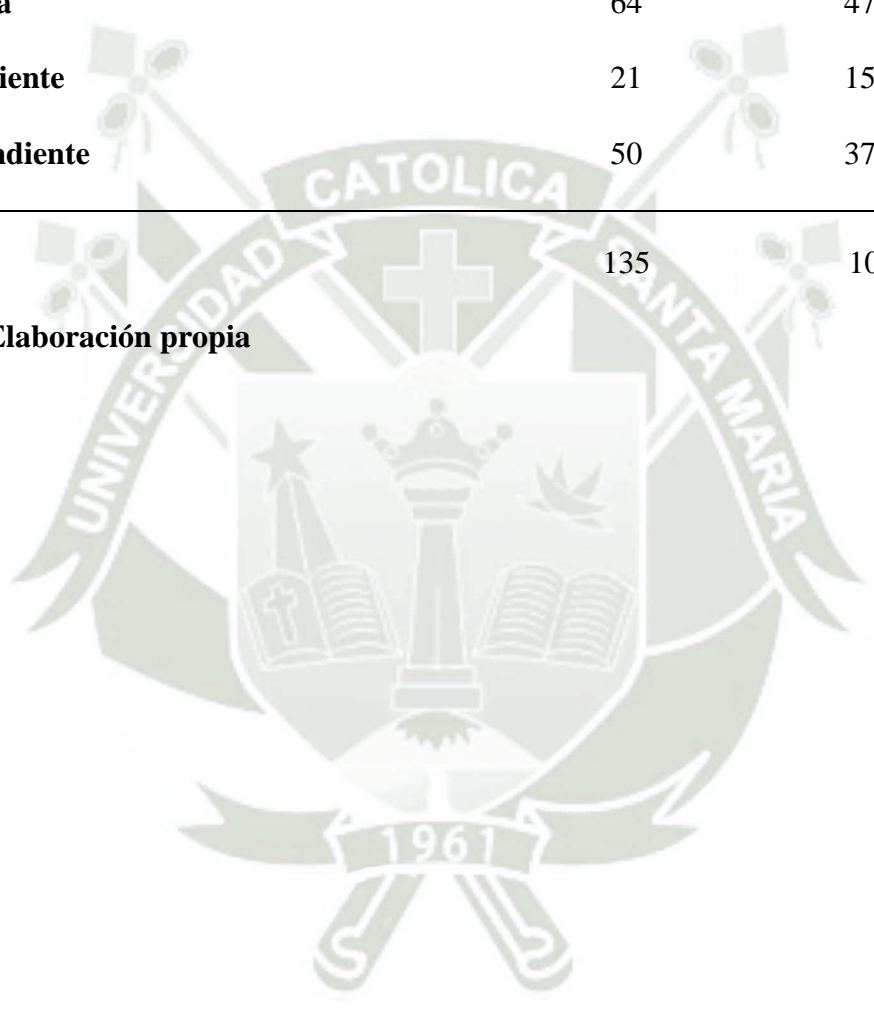
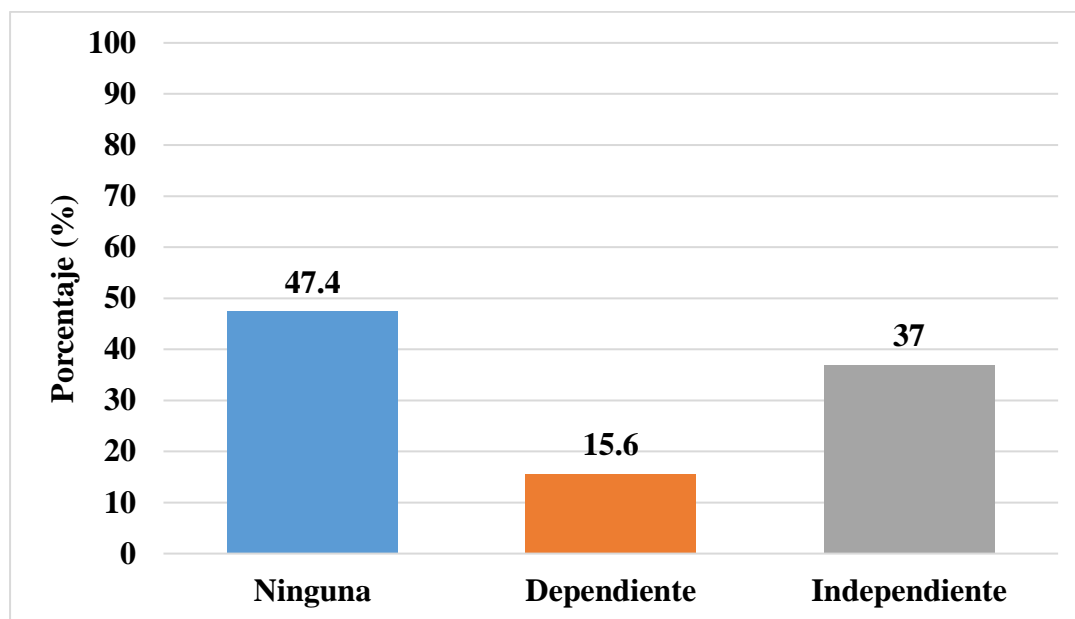


GRAFICO N° 4:

Distribución de vitíligo según la ocupación en pacientes atendidos en el Hospital Goyeneche entre 2018 y 2022.



Fuente: Elaboración propia.

La tabla 4 y gráfico N° 4 resumen lo siguiente: Al identificar el tipo de ocupación de los pacientes incluidos en la investigación, se pudo observar que el 47.4% no tenía trabajo alguno, y entre quienes laboraban, el trabajo como independiente fue más frecuente (37%) que el trabajar como dependiente (15.6%).

TABLA N° 5:

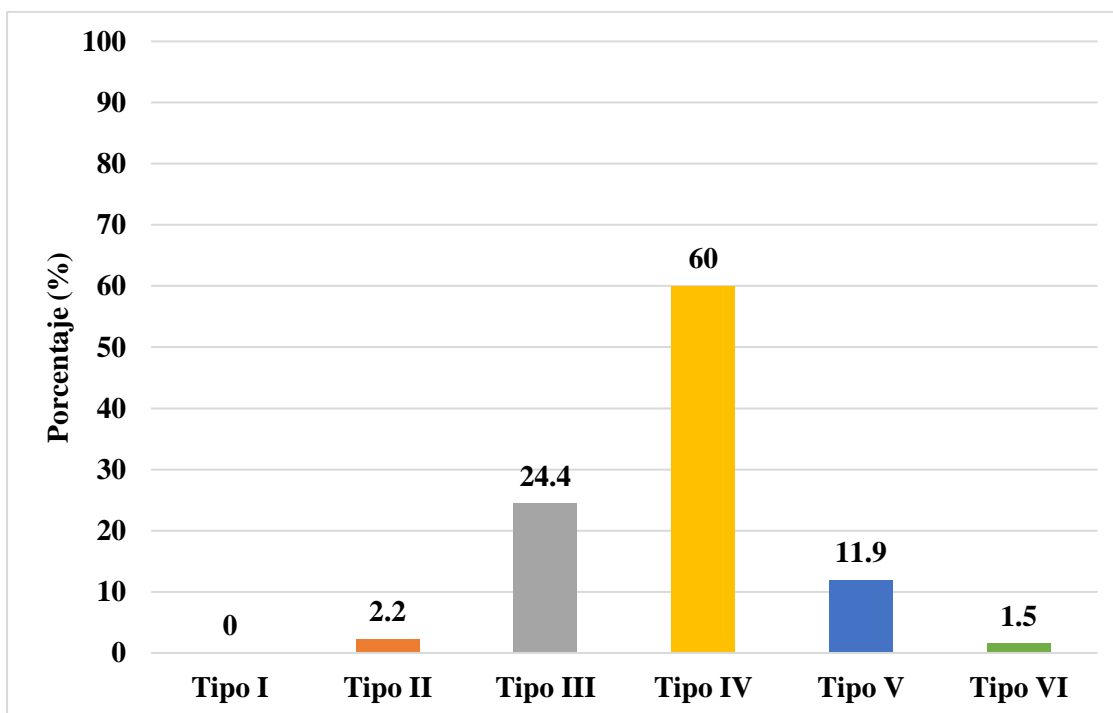
Distribución del fototipo de vitíligo pacientes atendidos en el Hospital Goyeneche entre 2018 y 2022.

	N°	%
Fototipo		
Tipo I	0	0
Tipo II	3	2.2
Tipo III	33	24.4
Tipo IV	81	60
Tipo V	16	11.9
Tipo VI	2	1.5
TOTAL	135	100

Fuente: Elaboración propia.

GRAFICO N° 5:

Distribución del fototipo de vitíligo pacientes atendidos en el Hospital Goyeneche entre 2018 y 2022.



Fuente: Elaboración propia.

La tabla 5 y gráfico N° 5, caracteriza a la muestra según el fenotipo de vitíligo encontrado, el tipo más frecuente reportado fue el Fototipo IV con 60% de prevalencia, seguido del tipo III que se presentó en el 24.4% de todos los casos con vitíligo. En tercer lugar, el Fototipo V con 11.9%, y con menos frecuencia se encontró un 2.2% de tipo II y 1.5% de tipo VI.

TABLA N° 6:

Tipo vitíligo en pacientes atendidos en el Hospital Goyeneche entre 2018 y 2022.

	N°	%
Tipo de vitíligo		
No segmentaria	101	74.8
Segmentaria	34	25.2
TOTAL	135	100

Fuente: Elaboración propia.

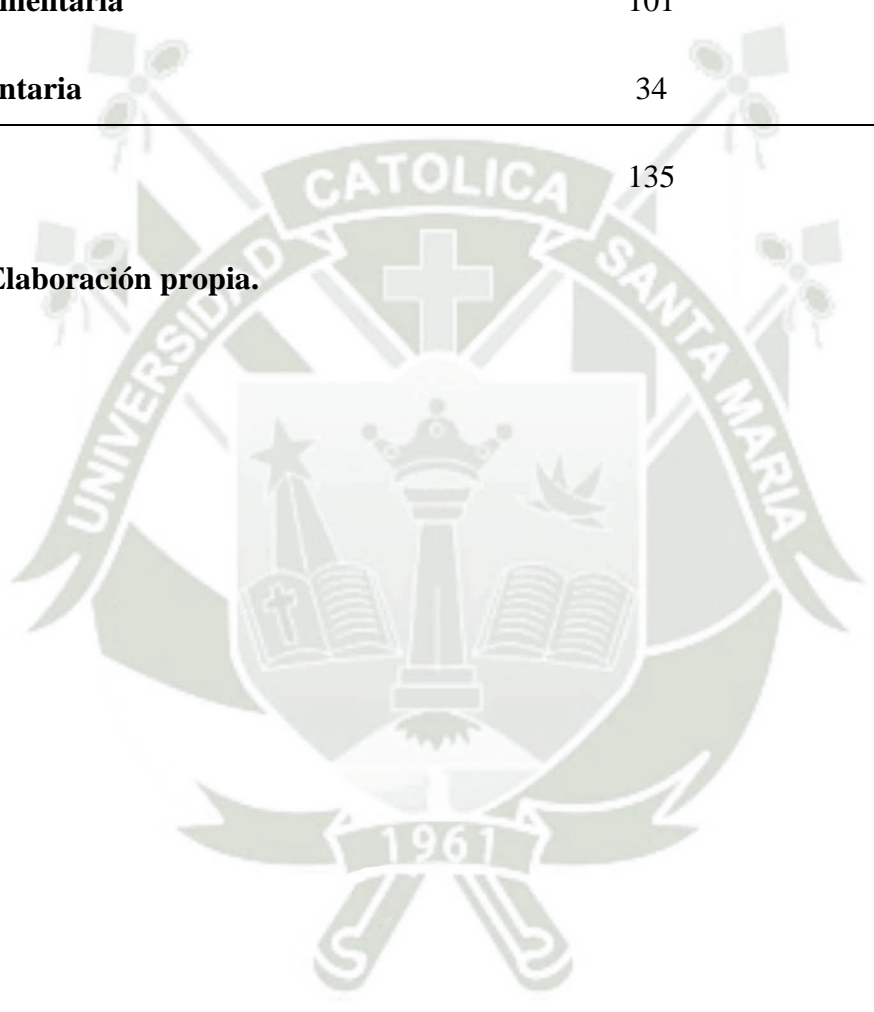
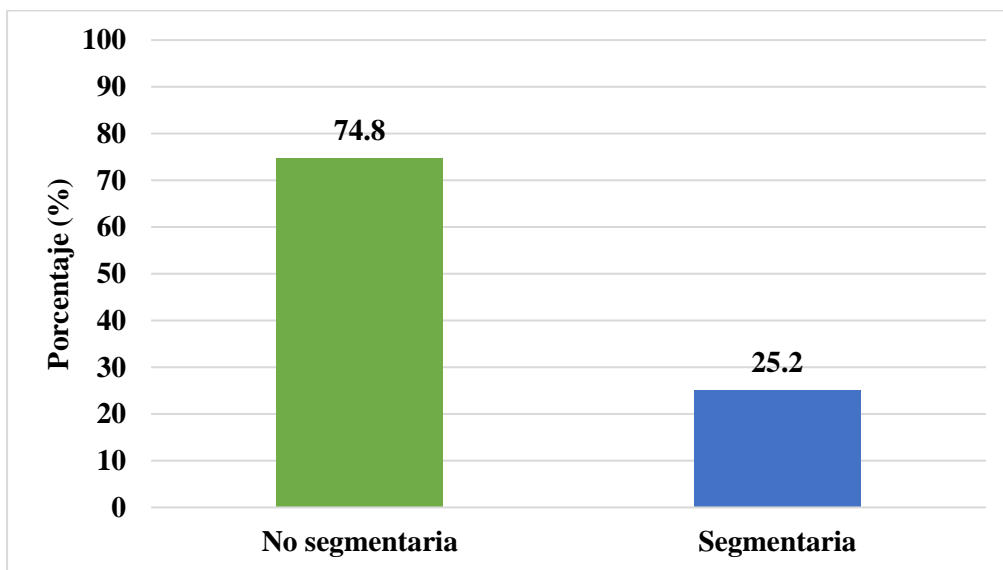


GRAFICO N° 6:

Tipo vitíligo en pacientes atendidos en el Hospital Goyeneche entre 2018 y 2022.



Fuente: Elaboración propia.

La tabla 6 y gráfico N° 6 presentan la distribución del tipo de vitíligo en los pacientes incluidos, donde se observa que el tipo no segmentario es el más frecuente, afectando a un 74.8% de pacientes, seguido del tipo segmentario con 25.2%.

TABLA N° 7:

Localización del vitíligo en pacientes atendidos en el Hospital Goyeneche entre 2018 y 2022.

Tamaño de muestra: 135 pacientes

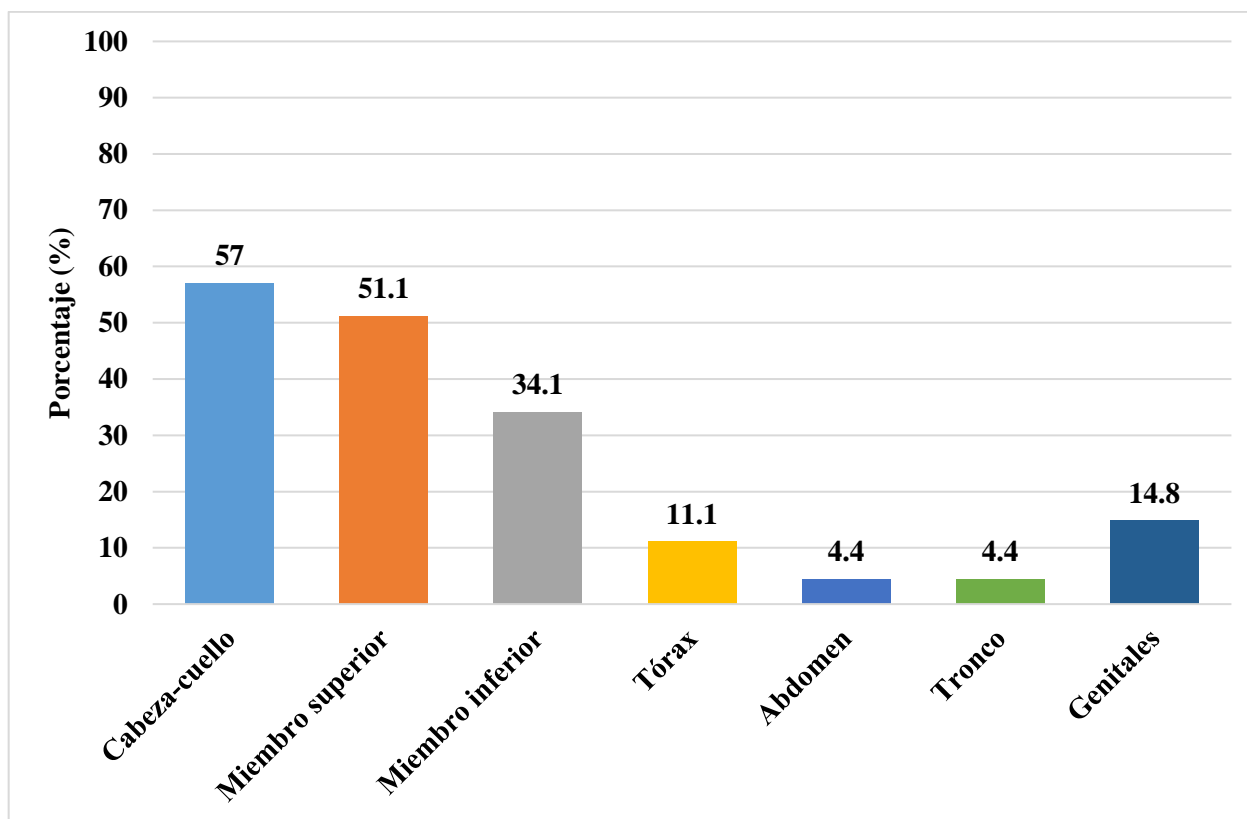
	N°	%
Localización del vitíligo		
Cabeza-cuello	77	57
Miembro superior	69	51.1
Miembro inferior	46	34.1
Tórax	15	11.1
Abdomen	6	4.4
Tronco	6	4.4
Genitales	20	14.8

*Algunos pacientes presentaron vitíligo en más de 1 segmento.

Fuente: Elaboración propia.

GRAFICO N° 7:

Localización del vitíligo en pacientes atendidos en el Hospital Goyeneche entre 2018 y 2022.



Fuente: Elaboración propia.

Según la localización de afectación, 57% de los pacientes referían presentar vitíligo en la región de cabeza-cuello, otra región frecuente fueron los miembros superiores, referido en el 51.1% y seguido del miembro inferior con 34.1%. El vitíligo en genitales se presentó en el 14.8% de los pacientes y en tórax fue reportado en el 11.1%. Con menor e igual frecuencia, el abdomen y tronco afectó al 4.4% de pacientes, respectivamente (Tabla 7 y gráfico N° 7).

TABLA N° 8:

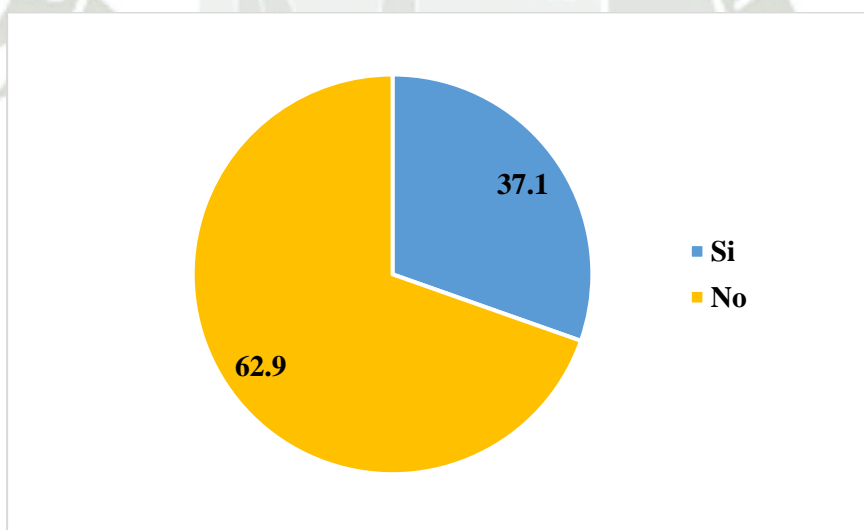
Prevalencia de comorbilidad en pacientes con vitíligo atendidos en el Hospital Goyeneche entre 2018 y 2022.

	N°	%
Comorbilidad		
Si	50	37.1
No	85	62.9
TOTAL	135	100

Fuente: Elaboración propia.

GRAFICO N° 8:

Prevalencia de comorbilidad en pacientes con vitíligo atendidos en el Hospital Goyeneche entre 2018 y 2022.



Fuente: Elaboración propia.

De todos los pacientes con vitíligo, 50 de ellos presentaban alguna enfermedad además del vitíligo, esto representó una prevalencia de comorbilidad del 37.1%, que se puede observar tanto en la tabla y gráfico N° 8.

TABLA N° 9:

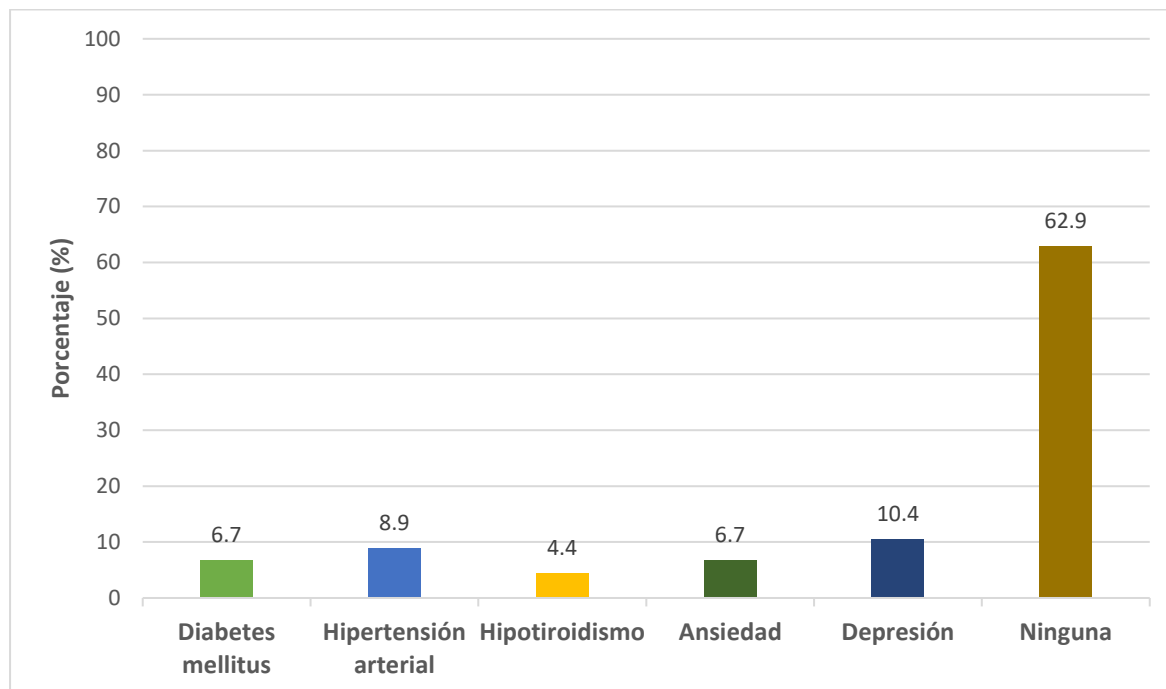
Tipo de comorbilidad en pacientes con vértigo atendidos en el Hospital Goyeneche entre 2018 y 2022.

	N°	%
Tipo de comorbilidad		
Diabetes mellitus	9	6.7
Hipertensión arterial	12	8.9
Hipotiroidismo	6	4.4
Ansiedad	9	6.7
Depresión	14	10.4
Ninguna	85	62.9
TOTAL	135	100

Fuente: Elaboración propia.

GRAFICO N° 9:

Tipo de comorbilidad en pacientes con vitíligo atendidos en el Hospital Goyeneche entre 2018 y 2022.



Fuente: Elaboración propia.

En la tabla y gráfico N° 9, muestran el tipo de comorbilidad que presentaron los pacientes con vitíligo, se reporta que de los 135 pacientes incluidos para esta investigación, la depresión se encontraba en el 10.4%, seguido de la hipertensión arterial que afectaba al 8.9%. La diabetes mellitus la presentó un 6.7% de pacientes. La ansiedad fue reportada por un 6.7% de pacientes, finalmente, menos frecuente fue el hipotiroidismo que se encontró en el 4.4%.

TABLA N° 10:

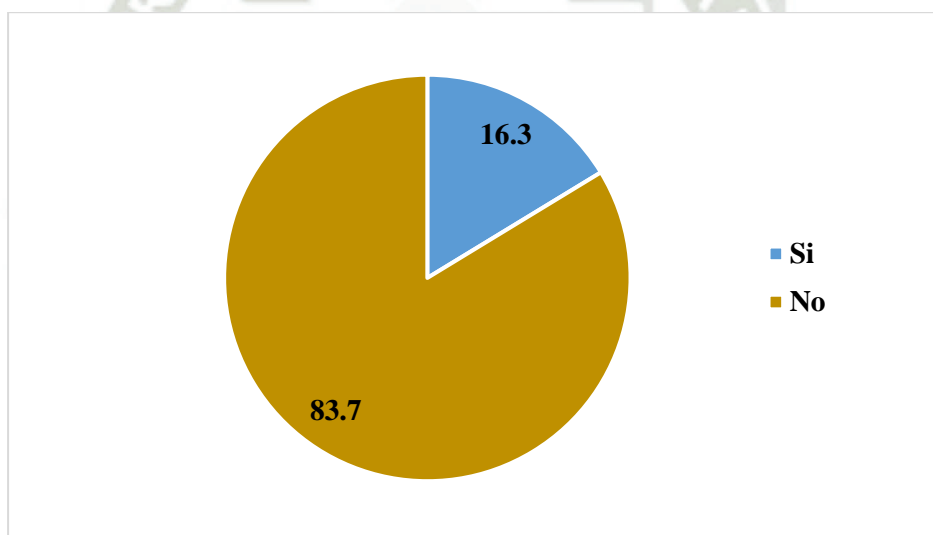
Antecedentes familiares en pacientes con vitíligo atendidos en el Hospital Goyeneche entre 2018 y 2022.

	N°	%
Antecedente familiar		
Si	22	16.3
No	113	83.7
TOTAL	135	100

Fuente: Elaboración propia.

GRAFICO N° 10:

Antecedentes familiares en pacientes con vitíligo atendidos en el Hospital Goyeneche entre 2018 y 2022.



Fuente: Elaboración propia.

De todos los pacientes con vitíligo, 22 de ellos reportaron tener antecedente familiar de dicha enfermedad, esto representó un 16.3% de prevalencia de antecedente familiar en los pacientes con vitíligo (Tabla 10 y gráfico 10).

DISCUSIÓN

El vitíligo es una enfermedad autoinmune inflamatoria crónica que provoca la despigmentación de la piel debido a la pérdida de melanocitos (1). Las lesiones pueden aparecer a cualquier edad, pero el inicio suele ocurrir antes de los 30 años (5). La prevalencia mundial es de aproximadamente 0.5 al 2% y varía geográficamente (3). Se han informado tasas de prevalencia diferentes para poblaciones adultas, así como para niños y adolescentes, entre otras características tanto demográficas como clínicas. En nuestro medio, se ha investigado poco acerca de la caracterización del vitíligo, por lo tanto, el presente estudio se propuso como objetivo describir las características epidemiológicas y clínicas de los pacientes con vitíligo atendidos en el Hospital Goyeneche entre 2018 y 2022.

En cuanto al sexo, se encontró mayor frecuencia de pacientes del sexo masculino, en total fueron 61 hombres que representaron el 54.8% de la muestra estudiada (**Tabla N° 1 y gráfico N° 1**). Al respecto, Mahajan V, et al (29), se observaron que el vitíligo predominó en el 52.5% del sexo femenino en la población de la India. De manera similar en los estudios de Martins C, et al (28), aplicado en la población brasileña encontraron que el sexo más frecuente era el femenino del 62.6%. También, en el estudio de Abdallah I (26), que desarrolló en Egipto evidenció que el vitíligo era más frecuente en mujeres en un 62.8%. Sin embargo, un estudio peruano, liderado por Limache M (23) desarrollado en Juliaca, encontró mayor frecuencia en el sexo masculino 64.2%; así mismo, Luque J (22), a nivel local, coincide que el sexo más prevalente fue el masculino en un 52.5%.

Como se observa, diferentes estudios pueden indicar que el vitíligo es más frecuente en mujeres (26,28,29), mientras otros pueden indicar que es más frecuente en varones (22 y 23), concretamente en esta investigación la mayor frecuencia eran varones. Aún no se ha podido establecer una asociación concreta entre el género y el vitíligo, y se menciona que estas diferencias pueden estar determinadas por otros condicionantes, pudiendo darse el caso que cuando un varón presenta un vitíligo más extenso acude a consulta, en cambio en el sexo femenino la consulta se puede dar con menor tiempo de enfermedad. El tipo de trabajo o el estrés, también podrían influenciar sobre la diferencia entre el sexo, sin embargo, los análisis no muestran datos significativos (33,34).

Como se ha mostrado en la **tabla N° 2 y gráfico N° 2**, el vitíligo se presentó de manera más frecuente entre los 40 y 60 años (34.8%), seguido de entre los 15 y 24 años de edad (22.2%). En el estudio de Anaba E (30), que ejecutó en Nigeria, difiere en este resultado ya que evidenció que la edad principal de presentación de vitíligo era de 18 a 29 años en 28.8% y 15.3% en las edades de 6 y 10 años. A nivel local, Luque J (22), encontró que la edad más frecuente de presentación de dicha patología era de 20 a 29 años en un 22.1% y el 18.6% en edades de 50 a 59 años. También, en el estudio de Limache M (23), que desarrolló en Juliaca, evidenció que la principal edad era de 31 años a más que se presentó el vitíligo en 74.2% y 10.8% en menores de 12 años.

Al respecto, se puede mencionar que existen dos picos de aparición del vitíligo, en una edad adulta (de 40 a 60 años) predominante, y entre los 15 a 24 años, es decir, en la transición de la adolescencia hacia la adultez. Al comparar con el estudio de Luque J (22), quien basó sus resultados en una población similar de Arequipa, encontró un mayor pico en los adultos de 20 a 29 años, seguido de adultos próximos a los 60 años. Se puede afirmar entonces que la edad de inicio de síntomas es alrededor de los 20 años y 50 años, aunque esta presentación podría modificarse por otros factores como el tipo de vitíligo en los más jóvenes o la memoria de los pacientes cuando se les consulta por el inicio de los primeros síntomas en el caso de los ancianos (35).

El tiempo de enfermedad, se consideró al tiempo en que el paciente tarda desde el inicio de síntomas hasta la consulta diagnóstica. Se pudo observar que el 67.4% de los pacientes tardó entre 1 a 5 años para consultar. Un grupo menor (11.9%) demoró menos de un año en acudir a consulta médica (**Tabla N° 3 y gráfico N° 3**). Estos resultados concuerdan con Mahajan V, et al (29) que evidenciaron que el tiempo de enfermedad era entre 1 a 5 años en el 30.2% y el 20.6% entre 6 meses y 1 año. Asimismo, el estudio de Luque J (22) encontró que el tiempo de enfermedad fue de 1 a 5 años que se presentó vitíligo en un 37.3%. Al igual que Afewerki T, et al (25), presentaron que el tiempo de enfermedad del vitíligo fue mayor a 1 año en el 60.8% y menor igual a 1 año en el 39.2%.

Por lo tanto, se observa que los pacientes con vitíligo, en su mayoría, tardan más de 1 año en acudir a consulta posterior a la aparición de la primera hipopigmentación. Este resultado puede ser debido a la forma en como se concibe el vitíligo o cuanto se conoce de la misma, además, el acceso al sistema de salud, la demora de la consulta con un

especialista, puede generar cierto retraso en la atención. Incluso, quienes iniciaron con síntomas durante la pandemia por COVID-19 se vieron afectados en el retraso de su diagnóstico y tratamiento (36). De cualquier forma, el retraso en el tratamiento puede ser perjudicial en la resolución o control del vitíligo, por ende, esta característica debe ser considerada y estudiada más a fondo (37).

La ocupación se ha dividido en dependiente, independiente o ninguna, esta última fue la más frecuente entre los pacientes incluidos en la investigación (47.4%), seguido del trabajo independiente en un 37%, según se muestra en la **Tabla N° 4 y gráfico N° 4**. Abdallah I (26) manifiesta que la principal ocupación era de empleados dependientes que se presentó en el 34.9%, seguido del 23.3% quienes estaban desempleados. De manera similar, el estudio de Afewerki T, et al (25), encontraron que el tipo de ocupación más frecuente era de profesionales en un 13.8% y en un 12.5% de trabajadores artesanales y afines. Por otro lado, en el estudio de Luque J (22) refiere que el tipo de ocupación más frecuente fue dependiente en un 37.2%, seguido del 32.2% en estudiantes.

El trabajo dependiente ha sido reportado como el de menos frecuencia (15.6%), aunque el vitíligo puede ser originado por factores laborales, conocido como “vitíligo de contacto/ocupacional”, por contacto con ciertas sustancias químicas, este vitíligo puede revertir cuando el paciente deja dicho contacto (38). En esta investigación, no fue posible precisar el tipo específico de trabajo que estos realizaban, así mismo, cabe recalcar que se estima que casi todos los pacientes con ninguna ocupación eran niños, adolescentes o adultos mayores, que como se ha mostrado en **la tabla N° 2**, entre todos ellos representan alrededor del 47.4%. Otra razón, por la cual se sospecha que existió menor cantidad de pacientes con trabajo dependiente, es el poco tiempo que se tiene para realizar una consulta médica en un centro hospitalario, ya que es conocido que la mayoría de jornales son de 8 horas al día durante toda la semana.

La tabla N° 5 y gráfico N° 5, muestra como el Fototipo de Fitzpatrick más frecuente fue el tipo IV, que predominó en el 60%, seguido del tipo III. Aunque Limache M (23), fue el tipo III en el 53.3% y 44.2% fue el fototipo clase II, mientras que Luque J (22), que trabajó con población de Arequipa, reportó resultados muy similares al nuestro al indicar que más frecuente fue la clase IV en un 64.4% y 27.1% el fototipo clase III. Aunque Limache M, trabajó con población peruana, el estudio de Luque J, describe

mejor la característica propia de esta población arequipeña en donde se observa que predomina más el color de piel moderada o mínimamente pigmentada (fototipo IV), seguido de una piel clara, es decir, el fototipo III (39).

El 74.8% de los pacientes presentó vitíligo no segmentario, y el segmentario ocupó el segundo lugar con un 25.2% de prevalencia (**Tabla 6 y gráfico N° 6**). Estos resultados son concordantes con Mahajan V, et al (29), quienes describieron que el tipo de vitíligo más frecuente era el no segmentario en un 97%. Del mismo modo, Luque J (22) encontró que en mayor proporción fue el no segmentario en un 89.83%, seguido del no especificado en un 6.7% y en menor proporción el segmentario en un 3.3%. También, en el estudio de Anaba E (30), evidenció que el tipo más frecuente de vitíligo fue el no segmentario en un 70%.

Al respecto, esta clasificación realizada hace una década, sigue siendo la más aceptada, y algunos autores de diferentes países han indicado que la no segmentaria es la más frecuente (40), aunque con cierta diferencia porcentual en relación con el vitíligo segmentario, por lo tanto, se puede mencionar que los resultados concuerdan con lo estudiado a nivel internacional.

En cuanto a la localización del vitíligo, se reportó que el 57% presenta afectación en la región de la cabeza y cuello, el 51.1% tenía vitíligo en el miembro superior y el 34.1% en el miembro inferior (**Tabla N° 7**). Anaba E (30) concuerda con estos resultados, evidenció que es más frecuente en la cabeza y cuello en un 59.2%, aunque reporta un porcentaje menor en los miembros inferiores (14.6%). Martins C, et al (28) indican que la localización predominante es la cabeza en un 44.2%, seguido del 15.8% en los miembros inferiores y 8.3% en miembros superiores. En otro escenario Mahajan V, et al (29), muestra que la localización más frecuente de vitíligo fue en los miembros inferiores en un 27.2%, seguido del 26.3% en la cabeza.

En Perú, Limache M (23), indica que el vitíligo predomina con mayor frecuencia en la cabeza y cuello (34.2%), aunque en segundo lugar se encuentra la región genital (23.3%), a la cual le sigue la extremidad superior (21.7%). Estos resultados podrían estar en relación con el grupo etario aquí reportado, ya que se ha investigado que las lesiones en región cabeza-cuello son más frecuentes en niños, adolescentes y ancianos, que en esta investigación representa alrededor del 47%, mientras que, la afectación en

manos es característica en los adultos (41), esto explicaría porque predominó en primer lugar la cabeza y cuello, seguido del miembro superior.

Un 37.1% de pacientes, presentó alguna comorbilidad (**Tabla 8 y gráfico N° 8**). Al evaluar el tipo de comorbilidad, se encontró que el 8.9% tiene hipertensión arterial (HTA) y un 6.7% diabetes mellitus (**Tabla 9**). Luque J (22), en cuanto a la presencia de comorbilidades en personas con vitíligo, evidenció algo similar puesto que el 32.2% tenía alguna comorbilidad; así mismo, un 8.5% presentó HTA y un 3.4% tenía diabetes mellitus. En contraste, Afewerki T, et al (25), evidenció que el 67% de pacientes con vitiligo tenían alguna comorbilidad, reportando también mayor frecuencia de HTA y diabetes mellitus (22.6 y 18.9%, respectivamente).

La hipertensión arterial podría explicarse puesto que se ha investigado que al inicio de la enfermedad y durante la fase activa del vitiligo, existe un incremento en el nivel de catecolaminas, relacionado al estrés oxidativo y emocional. Este aumento de los niveles de catecolaminas en pacientes con vitíligo puede conducir a una mayor predisposición a la hipertensión en estos pacientes, sobre todo si el incremento es sostenido (42). En cuanto a la diabetes tipo 2, la patogenia puede variar, se ha hipotetizado que debido a la neuropatía diabética, el daño neuronal puede causar despigmentación, además de la apoptosis de los melanocitos por los productos del estrés oxidativo y radicales libres que se generan en la diabetes (43).

La frecuencia de hipotiroidismo no fue tan alta, solo un 4.4% de pacientes con vitiligo presentaron esta comorbilidad (**Tabla 9**). Este resultado es compartido por Luque J (22), quien informó de un 3.4% de enfermedad tiroidea; Limache M (23), reportó una prevalencia de 10.8% de hipotiroidismo. A nivel internacional, Abdallah I (26) y Omar N (27), indicaron frecuencias de hipotiroidismo en el 4.7% y 5.9% de los casos con vitiligo, reforzando el hallazgo que la afectación tiroidea es baja, pero es constante.

En este grupo de comorbilidades también se han considerado a las enfermedades psiquiátricas, como la depresión y la ansiedad, estas se observaron en el 10.4% y 6.7%, respectivamente (**Tabla 9**). Luque J (22), identificó una menor frecuencia, en su investigación categorizaron a ambas condiciones como “enfermedades psiquiátricas”, reportando un total de 5.1%. En contraste, Nasser M, et al (44), evidenció una prevalencia de ansiedad del 22% y depresión del 20%, sin embargo, hay que considerar

que en dicho estudio los autores entrevistaron a los pacientes, aplicándoles test específicos para estos trastornos, en cambio en la presente investigación, se trabajó con historias clínicas, por lo que se dependía de que este diagnóstico se encuentre registrado.

En la última década, el interés acerca de la afectación psicosocial de los pacientes con vitíligo han aumentado enormemente, destacando la carga de la calidad de vida en el vitíligo. La ansiedad puede ser resultado de una fobia social, sentimientos de estigmatización, trastornos de adaptación, trastornos del sueño, comportamiento de evitación y restricción, timidez, deterioro emocional y dificultades en las relaciones interpersonales. En consecuencia, estos pacientes pueden desarrollar depresión, aunque es frecuente encontrar ambas coexistiendo (45).

Finalmente, el 16.3% de los pacientes con vitíligo tenían un antecedente familiar con dicha enfermedad (**Tabla 10 y gráfico N° 10**). Concuerdan con estos resultados, Abdallah I (26) que encontró que el 11.6% tenían antecedente familiar de vitíligo. Al igual que Mahajan V, et al (29), también evidenció una frecuencia similar, de 15.9%. Sin embargo, el estudio local de Luque J (22) encontró una frecuencia de antecedente familiar de 37.3%, es decir, más del doble. Por otro lado, Limache M (23), encontraron una frecuencia menor, igual a 6.7% de antecedente familiar. Esto muestra la importancia de realizar la presente investigación, ya que, aunque se ha encontrado similares resultados con estudios internacionales, los estudios nacionales, reportan un comportamiento distinto de esta variable.

Se deben reconocer algunas limitaciones, en principio, dada que la investigación sigue un diseño retrospectivo y no se pudo entrevistar al paciente, no fue posible evaluar a profundidad los trastornos psiquiátricos, grado de instrucción, severidad del vitíligo, tipo de trabajo o los determinantes que incrementaron el tiempo de enfermedad. Así mismo, dentro de la recolección de los datos, se pudo observar que cerca de la mitad de los pacientes solo habían acudido a una consulta médica, es decir, no presentaban un seguimiento adecuado, en donde pudo haber pasado por diversos tamizajes de otras comorbilidades o en salud mental; sin embargo, se intentó recabar toda la información medible y confiable con el propósito de realizar una adecuada caracterización.

CONCLUSIONES

PRIMERA. El sexo masculino fue más frecuente entre los pacientes con vitiligo incluidos en la investigación, con un 54.8% de frecuencia.

SEGUNDA. La edad de presentación del vitiligo fue más frecuente en quienes tienen entre 40 y 60 años, en segundo lugar, de frecuencia se encontró a la edad entre 15 y 24 años con 22.2%. La edad de 5 a 14 años y de 25 a 39 años se presentaron en el 17.8% de los pacientes, y menos prevalente se encontraron a los pacientes con más de 60 años, que representaron un 7.4% de todos los casos de vitiligo.

TERCERA. El tiempo de enfermedad más frecuente fue de 1 a 5 años, con 67.4%, seguido de la edad de 6 a 10 años con 15.5%. El 11.9% de los pacientes con vitiligo tuvieron menos de 1 año de enfermedad antes de la consulta diagnóstica, y en menor porcentaje se encontraron quienes esperaron más de 10 años.

CUARTA. La mayoría de los pacientes no trabajaban, por otro lado, de todos los pacientes con vitiligo, el 37% tenía un trabajo independiente y el 15.6% era trabajador dependiente.

QUINTA. El fototipo de piel más frecuente en los pacientes con vitiligo fue el tipo IV con 60% de presentación, seguido del tipo III con 24.4% y del tipo V con 11.9%.

SEXTA. En cuanto al tipo de vitiligo, el tipo no segmentario es el más frecuente, que se presentó en el 65.2% de pacientes, en segundo lugar el tipo segmentario con una frecuencia del 25.2%.

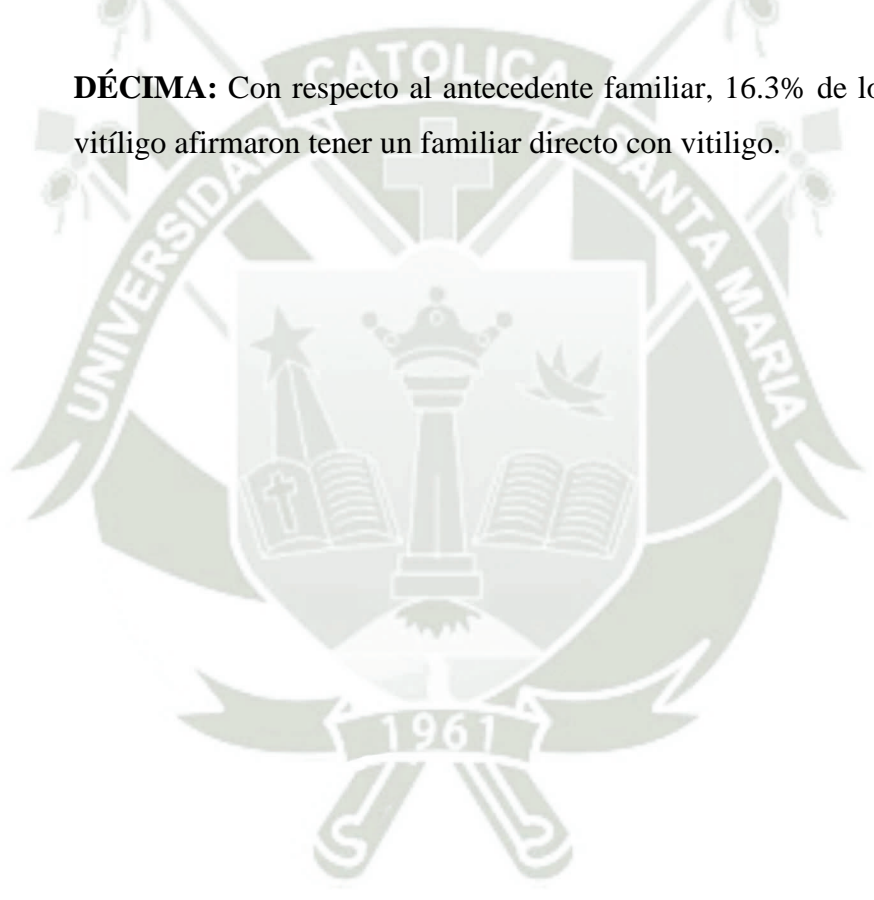
SEPTIMA. Las localizaciones corporales del vitiligo más frecuentes fueron en primer lugar región de cabeza-cuello, presente en el 57% de los pacientes, seguido de los miembros superiores, referido en el 51.1% y de la afectación de

los miembros inferiores con 34.1%. En la región genital, la presentaron el 14.8% de los pacientes.

OCTAVA. La frecuencia de comorbilidad en los pacientes con vitiligo fue del 37.1%.

NOVENA. En cuanto a los tipos de comorbilidades, la más frecuente fue la depresión con 10.4%, seguido de la hipertensión arterial en un 8.9%, en tanto la ansiedad y la diabetes, ambas se presentaron en el 6.7% de los pacientes, y con menor frecuencia el hipotiroidismo que fue reportado en el 4.4%.

DÉCIMA: Con respecto al antecedente familiar, 16.3% de los pacientes con vitiligo afirmaron tener un familiar directo con vitiligo.



RECOMENDACIONES

PRIMERO: Se recomienda ampliar la investigación hacia un diseño relacional en el cual se pueda estratificar las características del vitiligo según el sexo, edad, antecedente familiar y tipo de vitiligo.

SEGUNDO: Se sugiere considerar realizar un estudio de caracterización que involucre una entrevista directa con posterior revisión de historia clínica para cruce de datos, a fin de poder recolectar información sobre detalles del tipo de trabajo, cuidados de la piel, causas de retraso en la atención, entre otros.

TERCERO: Se sugiere tamizar específicamente los trastornos psiquiátricos en los pacientes con vitiligo, dado que existe un incremento de casos de ansiedad y depresión, lo cual permitirá ofrecer un tratamiento dirigido también a estos problemas que podrían estar ocultando en la consulta médica cotidiana.

CUARTO. Finalmente, se sugiere que se difunda mediante campañas de concientización y conocimiento del vitiligo a fin de animar a las personas que están iniciando los síntomas o conocen a alguien a acercarse a recibir un tratamiento adecuado y no acuda luego de uno o 5 años para su primera consulta.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Spritz R, Stephanie S. La base genética del vitíligo. *J. Investigative Dermatology*. 2020; 141(2): 265 - 273.
2. Roberts G, Santorico S, Spritz R. La arquitectura genética del vitíligo. *Res. de melanoma de células pigmentarias*. 2020; 33(1): 8-15.
3. Bergqvist C, Ezzedine K. Vitíligo: una revisión. *J. dermatología*. 2020; 236: 571-592.
4. Mohr N, Petersen J, Kirsten N, Augustin M. Epidemiology of Vitiligo - A Dual Population-Based Approach. *Clin Epidemiol*. 2021; 13: 373-382.
5. Bergqvist C, Ezzedine K. Vitiligo: A focus on pathogenesis and its therapeutic implications. *J. Dermatol*. 2021; 48: 252-270.
6. Della G, Pereira D, Buense R, Ferreira T, Folador I, Gontijo D. Consenso sobre el tratamiento del vitíligo - Sociedad Brasileña de Dermatología. *An Bras Dermatol*. 2020: 70-82.
7. Bae J, Lee S, Kim T, Yeom S, Shin J, Lee W, et al. Factors affecting quality of life in patients with vitiligo: a nationwide study. *Br J Dermatol*. 2018; 178(1):238-244.
8. MINSA. servicio de medicina y especialidad de dermatología. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento del vitíligo. 2023
9. Vishal T, Anuradha B. Vitíligo: Investigación traslacional y estrategias terapéuticas efectivas. *Pigment Cell & Melanoma Research*. 2021; 34 (4): 814 – 826.
10. Nika H, Tina Z, Marija K, Ines B, Larisa M. Current concepts of vitiligo immunopathogenesis. *J. biomedicines*. 2022; 10(7).
11. Said S, Sanchez C, Salinas M, Martinez H, Kubelis D, Zapata N, et al. Novel immunological and genetic factors associated with vitiligo: A review. *Exp Ther Med*. 2021; 21(4): 312.
12. Khaitan K, Sindhuja T. Autoimmunity in vitiligo: Therapeutic implications and opportunities. *Autoimmun Rev*. 2022; 21(1): 102932.
13. De Baat C, Phoa K, Zweers P, Bolling M, Rozema F, Vissink A. Medicaments and oral healthcare. Hyperpigmentation of oral soft tissues due to afamelanotide. *Ned Tijdschr Tandheelkd*. 2020;127(4):237-243.
14. Júnior D. Environmental and individual factors associated with protection and predisposition to autoimmune diseases. *Int J Health Sci (Qassim)*. 2020; 14(6): 13-23.

15. Ezzedine K, Eleftheriadou V, Jones H, Bibeau K, Kuo F, Sturm D, et al. Psychosocial Effects of Vitiligo. A Systematic Literature Review. *Am J Clin Dermatol.* 2021; 22(6): 757-774.
16. Chang W, Lee W, Kuo Y, Huang Y. Vitiligo: An Autoimmune Skin Disease and its Immunomodulatory Therapeutic Intervention. *Front Cell Dev Biol.* 2021; 9.
17. Department of Dermatology, Cutaneous Biology Research Institute. Classification and diagnosis of vitiligo. *J Korean Med Assoc.* 2020; 63(12): 731-740
18. Lei T, Xu A, Gao T, Li Gu. Consenso sobre el diagnóstico y tratamiento del vitíligo en China. *J. Internacional de Dermatología y Venereología.* 2021; 4(1): 10-15.
19. Böhm M, Schunter J, Fritz K, Salavastru C, Dargatz S, Augustin M, et al. Guideline: Diagnosis and therapy of vitiligo. *J Dtsch Dermatol Ges.* 2022; 20(3): 365-378.
20. Bae J, Lee R. 365-nm narrowband Wood's lamp for vitiligo and hypopigmentation disorders. *J Am Acad Dermatol.* 2020; 83(4): 283-284.
21. Abdel Z, Jordan C, Ho T, Upadhyay P, Fleischer A, Hamzavi I. The enigma and challenges of vitiligo pathophysiology and treatment. *Pigment Cell Melanoma Res.* 2020; 33(6):778-787.
22. Luque J. Características epidemiológicas, clínicas y terapéuticas de los pacientes con vitiligo atendidos en el servicio de dermatología del Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa 2019-2020. [Tesis para optar el Título de Médico Cirujano]. Piura. Universidad Católica de Santa María. 2021. Disponible en: <https://repositorio.ucsm.edu.pe/handle/20.500.12920/10774>
23. Limache M. Perfil epidemiológico y manifestaciones clínicas de pacientes con vitíligo Hospital III Juliaca-Essalud 2014-2015. [Tesis para optar el Título de Especialista en Dermatología]. Lima. Universidad San Martín de Porres. 2015. Disponible en: https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/1304/Limache_m.pdf?sequence=1&isAllowed=y
24. Yengle M. Características clínicas y perfil epidemiológico del vitíligo en el Hospital Nacional Dos de Mayo. Enero-junio 2013”. [Tesis para optar el Título de Especialista en Dermatología]. Lima. Universidad Nacional Mayor De San Marcos. 2014. Disponible en: https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/9919/Yengle_cm%20-%20Resumen.pdf?sequence=3&isAllowed=y

25. Afewerki T, Goitom L, Desilu D, Brhane A, Hailekiros K, Meles G. "Clinico-Epidemiological Profile and Treatment Pattern of Vitiligo in Selected Dermatological Clinics of Mekelle City, Northern Ethiopia ", *Dermatology Research and Practice*. 2020; 1(6): 3625753.
26. Abdallah I, Hussein, O, Abdelmagid, A. Epidemiological Study of Vitiligo in Damanhour Teaching Hospital. *Rev méd Benha*. 2020; 37(1): 297-304.
27. Omar N, Arebi H, Ben-Roween A .Clinico-epidemiological features of vitiligo patients attending outpatient dermatology department in Tripoli central hospital. *IOSR-JDMS*. 2021; 20(7): 34-39.
28. Martins C, Hertz A, Luzio P, Paludo P, Azulay L. Clinical and epidemiological characteristics of childhood vitiligo: a study of 701 patients from Brazil. *Int J Dermatol*. 2020; 59(2):236-244.
29. Mahajan V, Vashist S, Chauhan P, Mehta K, Sharma V, Sharma A. Clinicoepidemiological profile of patients with vitiligo: A retrospective study from a tertiary care center of North India. *Indian dermatology online journal*. 2019; 10(1):38.
30. Anaba E, George A, Ogunbiyi A. Epidemiology and clinical profile of vitiligo in Ibadan, Nigeria. *International Journal of Research in Medical Sciences*. 2018; 6(12), 3801-3806.
31. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Ginebra, 2008.
32. Ley que establece los Derechos de las personas usuarias de los servicios de la salud Ley N° 29414. Perú 2009.
33. Mohr N, Petersen J, Kirsten N, Augustin M. Epidemiology of Vitiligo - A Dual Population-Based Approach. *Clin Epidemiol*. 2021; 13:373-382.
34. Henning S, Jaishankar D, Barse L, Dellacecca E, Lancki N, Webb K, et al. The relationship between stress and vitiligo: Evaluating perceived stress and electronic medical record data. *PLoS One*. 2020; 15(1):e0227909.
35. Gandhi K, Ezzedine K, Anastassopoulos K, Patel R, Sikirica V, Daniel S, et al. Prevalence of Vitiligo Among Adults in the United States. *JAMA Dermatol*. 2022; 158(1):43-50.
36. Xu X, Zhang C, Jiang M, Xiang L. Impact of treatment delays on vitiligo during the COVID-19 pandemic: A retrospective study. *Dermatol Ther*. 2021; 34(4):e15014.

37. Patel K, Lopes F, Sebastian K, Jambusaria A, Ahmed A. Assessing Treatment Delays for Vitiligo Patients: A Retrospective Chart Review. *Cutis*. 2022; 109(6):327-329.
38. Chiarella, P. Vitiligo susceptibility at workplace and in daily life: the contribution of oxidative stress gene polymorphisms. *biomed dermatol*. 20193; 3(5): 1-12.
39. Gupta V, Sharma V. Skin typing: Fitzpatrick grading and others. *Clin Dermatol*. 2019; 37(5):430-436.
40. Bergqvist C, Ezzedine K. Vitiligo: A Review. *Dermatology*. 2020;236(6):571-592.
41. De Barros J, Machado C, Abreu L, de Barros J, Paschoal F, Nomura M, et al. A study of clinical profiles of vitiligo in different ages: an analysis of 669 outpatients. *Int J Dermatol*. 2014; 53(7):842-8.
42. Namazi M, Rouhani S, Moarref A, Kiani M, Tabei S, Hadibarhaghtalab M. Vitiligo and Rise in Blood Pressure - a Case-Control Study in a Referral Dermatology Clinic in Southern Iran. *Clin Cosmet Investig Dermatol*. 2020; 13:425-430.
43. Raveendra L, Hemavathi R, Rajgopal S. A Study of Vitiligo in Type 2 Diabetic Patients. *Indian J Dermatol*. 2017; 62(2):168-170.
44. Nasser M, Raggi S, Abdelfatah Z. Stress, anxiety, and depression in patients with vitiligo. *Middle East Curr Psychiatry*. 2021; 28 (63): 1-10.
45. Ezzedine K, Eleftheriadou V, Jones H, Bibeau K, Kuo FI, Sturm D, et al. Psychosocial Effects of Vitiligo: A Systematic Literature Review. *Am J Clin Dermatol*. 2021; 22(6):757-774.



ANEXOS



ANEXO 1: HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

**Título: “Características epidemiológicas y clínicas en pacientes con vitíligo
atendidos en el Hospital Goyeneche entre 2018 y 2022”**

Historia clínica: _____

Fecha: ___/___/2023

Edad de presentación _____ años	5-14 años 15 – 24 años 25-39 años 40-60 años Mayor a 60 años
Sexo	Varón () Mujer ()
Ocupación	Dependiente () Independiente () Ninguno ()
Tipo de vitíligo	Segmentario () No segmentario()
Localización de vitíligo	Cabeza-cuello () M. superior () M inferior () Tórax () Abdomen () Tronco () Genitales ()
Comorbilidad	Si () No ()
Tipo de comorbilidad	Diabetes mellitus () Hipertensión arterial () Hipotiroidismo () Ansiedad () Depresión ()
Tiempo de enfermedad	_____ años
Antecedentes familiares de vitíligo	Si () No ()
Fototipo	I () V () II () VI () III () IV ()



ANEXO 2: MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN DE DATOS

ID	Edad	Edad_cuali	Sexo	Ocupación	Tipo_vitil	FOTOTIPO	Localización	Comorb	Tiempo_Enf	Antec_fam	tipo comorb	ansiedad	depression
1	53	4	0	1	1	4	TORAX	0	1	1	1	1	0
2	78	5	1	0	4	3	ROSTRO, CUELLO	0	1	1	2	1	0
3	50	4	0	0	3	4	ROSTRO, BRAZO	0	1	1	4	1	0
4	54	4	0	2	4	4	PIES	0	1	1	4	1	0
5	66	5	0	0	4	4	MANOS	0	1	1	4	1	0
6	47	4	0	2	4	4	ROSTRO	0	1	1	1	0	1
7	47	4	0	2	4	4	ROSTRO	0	1	1	1	0	1
8	53	4	1	0	4	6	ROSTRO	0	1	1	3	0	1
9	50	4	0	0	3	3	ROSTRO, BRAZO	0	1	1	4	0	1
10	53	4	0	1	1	5	TORAX	0	1	1	1	1	1
11	47	4	1	1	4	3	MANOS	0	1	1	3	1	1
12	47	4	1	1	4	4	MANOS	0	1	1	3	1	1
13	53	4	1	0	4	4	ROSTRO	0	1	1	3	1	1
14	21	2	0	2	3	5	ROSTRO, CUELLO, MUSLO, PIERNA	0	1	1	4	1	1
15	21	2	0	2	3	4	ROSTRO, CUELLO, MUSLO, PIERNA	0	1	1	4	1	1
16	43	4	0	0	4	4	GENITALES	0	1	1	4	1	1
17	43	4	0	0	4	4	GENITALES	0	2	1	4	1	1
18	36	3	0	0	1	3	ROSTRO	1	2	1	4	1	1
19	36	3	0	0	1	4	ROSTRO	1	2	1	4	1	1
20	8	1	1	0	2	4	ROSTRO,MUSLO,PIERN A,BRAZO	1	2	1	4	1	1
21	8	1	1	0	2	5	ROSTRO,MUSLO,PIERN A,BRAZO	1	2	1	4	1	1
22	67	5	1	1	2	2	GENITALES,MUSLO,PIE RNA	1	2	1	4	1	1
23	15	2	0	0	3	4	ROSTRO, TORAX	1	2	1	4	1	1
24	15	2	0	0	3	4	ROSTRO, TORAX	1	2	1	4	1	1
25	18	2	0	0	3	4	ROSTROS, MANOS	1	2	1	4	1	1
26	18	2	0	0	3	4	ROSTROS, MANOS	1	2	1	4	1	1
27	7	1	1	0	3	4	MANOS, PIERNA, ROSTRO	1	2	1	4	1	1
28	7	1	1	0	3	3	MANOS, PIERNA, ROSTRO	1	2	1	4	1	1
29	12	1	1	0	3	4	ROSTRO, CUELLO, MUSLO	1	2	0	4	1	1
30	12	1	1	0	3	5	ROSTRO, CUELLO, MUSLO	1	2	0	4	1	1
31	26	3	0	2	3	5	MANOS, GENITALES	1	2	1	4	1	1
32	26	3	0	2	3	4	MANOS, GENITALES	1	2	1	4	1	1
33	65	5	0	0	3	3	MUSLO, PIERNA, REGION COLUMNAR	1	2	1	4	1	1
34	21	2	1	0	3	4	ROSTRO, MANOS, MUSLO	1	2	1	4	1	1
35	21	2	1	0	3	4	ROSTRO, MANOS, MUSLO	1	2	1	4	1	1
36	6	1	0	0	4	3	BRAZO, ANTEBRAZO	1	2	1	4	1	1
37	6	1	0	0	4	4	BRAZO, ANTEBRAZO	1	2	1	4	1	1
38	8	1	0	0	4	4	GENITALES	1	2	1	4	1	1
39	8	1	0	0	4	4	GENITALES	1	2	1	4	1	1
40	9	1	0	0	4	5	ROSTRO, CUELLO	1	2	1	4	1	1
41	9	1	0	0	4	3	ROSTRO, CUELLO	1	2	1	4	1	1
42	17	2	0	0	4	3	GENITALES	1	2	1	4	1	1
43	17	2	0	0	4	4	GENITALES	1	2	1	4	1	1
44	20	2	0	0	4	3	ROSTRO	1	2	1	4	1	1
45	6	1	1	0	4	4	GENITALES	1	2	0	4	1	1
46	6	1	1	0	4	4	GENITALES	1	2	0	4	1	1
47	13	1	1	0	4	4	BRAZO, ANTEBRAZO	1	2	1	4	1	1
48	13	1	1	0	4	4	BRAZO, ANTEBRAZO	1	2	1	4	1	1
49	15	2	1	0	4	4	ROSTRO, CUELLO	1	2	1	4	1	1
50	15	2	1	0	4	3	ROSTRO, CUELLO	1	2	1	4	1	1

51	20	2	0	1	4	4	BRAZO, ANTEBRAZO, ,MANOS	1	2	1	4	1	1
52	20	2	0	1	4	4	BRAZO, ANTEBRAZO, ,MANOS	1	2	1	4	1	1
53	46	4	0	2	4	4	TORAX	1	2	1	4	1	1
54	46	4	0	2	4	3	TORAX	1	2	1	4	1	1
55	54	4	0	2	4	2	PIES	1	2	1	4	1	1
56	56	4	0	2	4	4	REGION COLUMNAR	1	2	1	4	1	1
57	24	2	1	2	4	3	ROSTRO, CUELLO	1	2	1	4	1	1
58	24	2	1	2	4	4	ROSTRO, CUELLO	1	2	1	4	1	1
59	26	3	1	2	4	4	GENITALES	1	2	1	4	1	1
60	26	3	1	2	4	4	GENITALES	1	2	1	4	1	1
61	32	3	1	2	4	4	GENITALES	1	2	1	4	1	1
62	32	3	1	2	4	5	GENITALES	1	2	1	4	1	1
63	20	2	0	0	4	2	ROSTRO	1	2	1	4	1	1
64	40	4	0	0	4	4	BRAZO	1	2	0	4	1	1
65	40	4	0	0	4	4	BRAZO	1	2	0	4	1	1
66	22	2	1	0	4	3	ROSTRO	1	2	1	4	1	1
67	22	2	1	0	4	4	ROSTRO	1	2	1	4	1	1
68	52	4	0	0	4	3	ROSTRO	0	2	1	4	1	0
69	51	4	1	0	3	4	ROSTRO, MANOS	0	2	1	2	0	1
70	51	4	1	0	3	4	ROSTRO, MANOS	0	2	1	2	0	1
71	28	3	0	2	4	5	ROSTRO, CUELLO	0	2	1	1	1	1
72	28	3	0	2	4	4	ROSTRO, CUELLO	0	2	1	1	1	1
73	59	4	1	2	4	3	ROSTRO	0	2	1	2	1	1
74	30	3	0	1	2	3	ROSTRO, CUELLO, BRAZO	1	2	1	4	1	1
75	30	3	0	1	2	4	ROSTRO, CUELLO, BRAZO	1	2	1	4	1	1
76	42	4	1	2	2	3	BRAZO, ANTEBRAZO, MANOS, TORAX, GENITALES	1	2	1	4	1	1
77	42	4	1	2	2	4	BRAZO, ANTEBRAZO, MANOS, TORAX, GENITALES	1	2	1	4	1	1
78	24	2	1	0	3	2	BRAZO, AXILAS	1	2	1	4	1	1
79	24	2	1	0	3	3	BRAZO, AXILAS	1	2	1	4	1	1
80	5	1	1	0	4	4	ROSTRO, CUELLO	1	2	1	4	1	1
81	5	1	1	0	4	4	ROSTRO, CUELLO	1	2	1	4	1	1
82	43	4	1	1	4	6	ROSTRO	1	2	1	4	1	1
83	43	4	1	1	4	3	ROSTRO	1	2	1	4	1	1
84	45	4	1	1	4	4	GENITALES	1	2	1	4	1	1
85	45	4	1	1	4	4	GENITALES	1	2	1	4	1	1
86	21	2	0	2	4	5	BRAZO, ANTEBRAZO	1	2	1	4	1	1
87	21	2	0	2	4	4	BRAZO, ANTEBRAZO	1	2	1	4	1	1
88	52	4	0	0	4	5	ROSTRO	1	2	1	4	1	1
89	47	4	0	2	3	4	ROSTRO, CUELLO, GENITALES	0	2	1	4	1	0
90	47	4	0	2	3	4	ROSTRO, CUELLO, GENITALES	1	2	1	4	1	1
91	37	3	1	2	3	4	BRAZO, AMTEBRAZO, MUSOLO, PIERNA, PIES	1	2	1	4	1	1
92	37	3	1	2	3	5	BRAZO, AMTEBRAZO, MUSOLO, PIERNA, PIES	1	2	1	4	1	1
93	8	1	0	0	4	4	MANOS	1	2	1	4	1	1
94	8	1	0	0	4	4	MANOS	1	2	1	4	1	1
95	13	1	1	0	4	3	ABDOMEN ANTERIOR	1	2	0	4	1	1
96	13	1	1	0	4	4	ABDOMEN ANTERIOR	1	2	0	4	1	1
97	13	1	1	0	4	4	ROSTRO, CUELLO	1	2	1	4	1	1

98	13	1	1	0	4	3	ROSTRO, CUELLO	1	2	1	4	1	1
99	21	2	0	1	4	4	ROSTRO, CUELLO	1	2	1	4	1	1
100	21	2	0	1	4	3	ROSTRO, CUELLO	1	2	1	4	1	1
101	31	3	0	2	4	5	ROSTRO, CUELLO	1	2	1	4	1	1
102	31	3	0	2	4	1	ROSTRO, CUELLO	1	2	1	4	1	1
103	59	4	1	2	4	4	ROSTRO, CUELLO	0	2	1	1	1	0
104	28	3	1	2	4	4	BRAZO, ANTEBRAZO	1	2	1	4	1	1
105	28	3	1	2	4	6	BRAZO, ANTEBRAZO	1	2	1	4	1	1
106	28	3	0	2	4	4	MANOS	1	2	1	4	1	1
107	28	3	0	2	4	3	MANOS	1	2	1	4	1	1
108	72	5	0	0	2	6	ROSTRO, MANOS, MUSLO, PIERNA	0	3	1	4	1	0
109	52	4	0	2	3	3	TORAX, ABDOMEN ANTERIOR	0	3	1	4	1	0
110	52	4	0	2	3	6	TORAX, ABDOMEN ANTERIOR	0	3	1	4	0	1
111	70	5	0	0	3	4	ROSTRO, CUELLO, MANOS	0	3	1	2	1	0
112	24	2	0	0	1	4	TORAX	1	3	1	4	1	1
113	24	2	0	0	1	4	TORAX	1	3	1	4	1	1
114	48	4	0	2	4	4	BRAZO	0	3	1	4	0	1
115	31	3	1	2	3	3	ROSTRO, BRAZO, PIES, REGION COLUMNAR	1	3	1	4	1	1
116	31	3	1	2	3	3	ROSTRO, BRAZO, PIES, REGION COLUMNAR	1	3	1	4	1	1
117	48	4	0	2	4	4	BRAZO	1	3	1	4	1	1
118	50	4	0	2	3	4	ROSTRO, CUELLO, TORAX	0	3	0	1	1	0
119	50	4	0	2	3	5	ROSTRO, CUELLO, TORAX	0	3	0	1	1	1
120	62	5	0	2	4	4	MANOS	1	3	1	4	1	1
121	66	5	1	1	3	4	ROSTRO, MANOS	0	3	1	2	1	0
122	44	4	1	2	3	4	ROSTRO, BRAZO, PIERNA	0	3	1	2	1	1
123	44	4	1	2	3	4	ROSTRO, BRAZO, PIERNA	0	3	1	2	1	1
124	66	5	1	1	3	3	ROSTRO, MANOS	0	3	1	2	1	1
125	18	2	0	0	4	4	MUSLO, PIERNA	0	3	1	3	1	1
126	18	2	0	0	4	5	MUSLO, PIERNA	0	3	1	3	1	1
127	32	3	1	1	3	4	BRAZO, ANTEBRAZO, MUSLO, PIERNA, ABDOMENINFERIOR	1	3	1	4	1	1
128	32	3	1	1	3	4	BRAZO, ANTEBRAZO, MUSLO, PIERNA, ABDOMENINFERIOR	1	3	1	4	1	1
129	46	4	0	2	3	3	ROSTRO,CUELLO	1	3	1	4	1	1
130	46	4	0	2	3	4	ROSTRO,CUELLO	1	3	1	4	1	1
131	46	4	0	2	4	4	ROSTRO, CUELLO	1	3	1	4	1	1
132	46	4	0	2	4	4	ROSTRO, CUELLO	1	3	1	4	1	1
133	65	5	0	0	2	3	ROSTRO, CUELLO, MANOS, MUSLO, PIERNA, TORAX	0	3	1	2	0	0
134	44	4	0	1	4	3	ROSTRO, CUELLO	0	3	1	2	1	1
135	44	4	0	1	4	4	ROSTRO, CUELLO	0	3	1	2	1	1



CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y CLÍNICAS EN PACIENTES CON VITÍLIGO ATENDIDOS EN EL HOSPITAL GOYENCHE ENTRE 2018 Y 2022

INFORME DE ORIGINALIDAD

5%

INDICE DE SIMILITUD

5%

FUENTES DE INTERNET

3%

PUBLICACIONES

7%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	Submitted to Universidad Católica de Santa María Trabajo del estudiante	4%
2	repositorio.ucv.edu.pe Fuente de Internet	1%
3	tesisymasters.com.co Fuente de Internet	1%

Excluir citas

Apagado

Excluir coincidencias < 1%

Excluir bibliografía

Apagado