



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE POSTGRADO
PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN DERMATOLOGÍA
CIUDAD HOSPITALARIA "DR. ENRIQUE TEJERA"



**HALLAZGOS ONICOSCÓPICOS EN PACIENTES CON PSORIASIS
DEL SERVICIO DE DERMATOLOGÍA, CIUDAD HOSPITALARIA
"DR. ENRIQUE TEJERA", VALENCIA, VENEZUELA 2021**

Autor: Eleine Isela Landaeta Navarro

CI. 20.385.664

Valencia, Junio de 2022



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE POSTGRADO
PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN DERMATOLOGÍA
CIUDAD HOSPITALARIA “DR. ENRIQUE TEJERA”



**HALLAZGOS ONICOSCÓPICOS EN PACIENTES CON PSORIASIS
DEL SERVICIO DE DERMATOLOGÍA, CIUDAD HOSPITALARIA
“DR. ENRIQUE TEJERA”, VALENCIA, VENEZUELA 2021**

Trabajo Especial de grado presentado ante la Comisión de Postgrado de la
Universidad de Carabobo para optar al título de especialista en Dermatología

Autor: Dra. Eleine Isela Landaeta Navarro

Tutor Especialista: Dra. Sandra Vivas Toro

Tutor Metodológico: Dr. Ángel Fernández

Valencia, Junio de 2022

REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA



ACTA DE DISCUSIÓN DE TRABAJO ESPECIAL DE GRADO

En atención a lo dispuesto en los Artículos 127, 128, 137, 138 y 139 del Reglamento de Estudios de Postgrado de la Universidad de Carabobo, quienes suscribimos como Jurado designado por el Consejo de Postgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud, de acuerdo a lo previsto en el Artículo 135 del citado Reglamento, para estudiar el Trabajo Especial de Grado titulado:

"HALLAZGOS ONICOSCÓPICOS EN PACIENTES CON PSORIASIS DEL SERVICIO DE DERMATOLOGÍA, CIUDAD HOSPITALARIA "DR. ENRIQUE TEJERA", VALENCIA, VENEZUELA 2021"

Presentado para optar al grado de **Especialista en Dermatología** por el (la) aspirante:

LANDAETA N., ELEINE I.
C.I. V – 20385664


Habiendo examinado el Trabajo presentado, bajo la tutoría del profesor(a): Sandra Vivas Toro C.I. 9633364, decidimos que el mismo está **APROBADO** .

Acta que se expide en valencia, en fecha: **23/07/2022**


Prof. Sandra Vivas Toro (Pdte)

C.I. *9633364*
Fecha *23-07-2022*


Prof. Marcia Endara
C.I. *13455213*
Fecha *23/07/2022*


Prof. Stephany Tobia
C.I. *19.218.195*
Fecha *23-7-2022*

TG:68-22

TG-CS: 68-22

ACTA DE CONSTITUCIÓN DE JURADO Y DE APROBACIÓN DEL TRABAJO

Quienes suscriben esta Acta, Jurados del Trabajo Especial de Grado titulado:

"HALLAZGOS ONICOSCÓPICOS EN PACIENTES CON PSORIASIS DEL SERVICIO DE DERMATOLOGÍA, CIUDAD HOSPITALARIA "DR. ENRIQUE TEJERA", VALENCIA, VENEZUELA 2021" Presentado por el (la) ciudadano (a): LANDAETA N., ELEINE I. titular de la cédula de identidad N° V-20385664, Nos damos como constituidos durante el día de hoy: 19/07/2022 y convenimos en citar al alumno para la discusión de su Trabajo el día: 23/07/2022.

RESOLUCIÓN

Aprobado: Fecha: 23-07-22 *Reprobado: Fecha: _____.

Observación: _____

Presidente del Jurado

Nombre: SANDRA VIVON

C.I. 9633364

Miembro del Jurado

Nombre: Macia Eubee

C.I. 13455213

Miembro del Jurado

Nombre: Stephen TOBO

C.I. 19.218.195

Nota:

1. Esta Acta debe ser consignada en la Dirección de Asuntos Estudiantiles de la Facultad de Ciencias de la Salud (Sede Carabobo), inmediatamente después de la constitución del Jurado y/o de tener un veredicto definitivo, debidamente firmada por los tres miembros, para agilizar los trámites correspondientes a la elaboración del Acta de Aprobación del Trabajo.
2. *En caso de que el Trabajo sea reprobado, se debe anexar un informe explicativo, firmado por los tres miembros del Jurado.

UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE POSTGRADO
PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN DERMATOLOGÍA
CIUDAD HOSPITALARIA “DR. ENRIQUE TEJERA”

AVAL DEL TUTOR

Dando cumplimiento a lo establecido en el Reglamento de Estudios de Postgrado de la Universidad de Carabobo en su Artículo 133, quien suscribe **Sandra Carlina Vivas Toro** titular de la cédula de identidad N° V-9.633.364, en mi carácter de Tutor Clínico del Trabajo Especial de Grado titulado:

**” HALLAZGOS ONICOSCÓPICOS EN PACIENTES CON PSORIASIS
DEL SERVICIO DE DERMATOLOGÍA, CIUDAD HOSPITALARIA
“DR. ENRIQUE TEJERA”, VALENCIA, VENEZUELA 2021”**

Presentado por la ciudadana **LANDAETA NAVARRO, ELEINE ISELA**, Titular de la cédula de identidad N° V-20.385.664, para optar al título de Especialista en: **DERMATOLOGÍA**, hago constar que dicho trabajo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la presentación pública y evaluación por parte del jurado examinador que se le designe.

En Valencia, a los 10 días del mes de enero del año 2022

Sandra Vivas Toro
C.I. N°: V -9 633 364



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE POSTGRADO
PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN DERMATOLOGÍA
CIUDAD HOSPITALARIA “DR. ENRIQUE TEJERA”



AVAL DEL TUTOR

Dando cumplimiento a lo establecido en el Reglamento de Estudios de Postgrado de la Universidad de Carabobo en su Artículo 133, quien suscribe **Ángel Fernández** titular de la cédula de identidad N° V- 16.405.869, en mi carácter de Tutor Metodológico del Trabajo Especial de Grado titulado:

**” HALLAZGOS ONICOSCÓPICOS EN PACIENTES CON PSORIASIS
DEL SERVICIO DE DERMATOLOGÍA, CIUDAD HOSPITALARIA
“DR. ENRIQUE TEJERA”, VALENCIA, VENEZUELA 2021”**

Presentado por la ciudadana **LANDAETA NAVARRO, ELEINE ISELA**, Titular de la cédula de identidad N° V-20.385.664, para optar al título de Especialista en: **DERMATOLOGÍA**, hago constar que dicho trabajo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la presentación pública y evaluación por parte del jurado examinador que se le designe.

En Valencia, a los 10 días del mes de enero del año 2022

Ángel Fernández
C.I. N°: V-16.405.869

ÍNDICE DE CONTENIDO

	Pág.
Resumen.....	vi
Abstract	vii
Introducción	1
Materiales y métodos	5
Resultados.....	7
Discusión.....	12
Conclusiones	14
Referencias Bibliográficas	15
Anexo A	18
Anexo B	19

HALLAZGOS ONICOSCÓPICOS EN PACIENTES CON PSORIASIS DEL SERVICIO DE DERMATOLOGÍA, CIUDAD HOSPITALARIA “DR. ENRIQUE TEJERA”, VALENCIA, VENEZUELA 2021

Autor: Eleine Isela Landaeta Navarro

Año: 2022

RESUMEN

Introducción: La dermatología clásica reconoce la Psoriasis, como una dermatosis inflamatoria, eritematodescamativa, crónica y no transmisible, que afecta a personas de todas las edades y sin predilección geográfica. El proceso inflamatorio afecta la unidad ungueal en más del 50% de los pacientes. **Objetivo:** Reconocer los hallazgos onicoscópicos en pacientes con Psoriasis que asisten al servicio de Dermatología, de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” Valencia, Venezuela 2021. **Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio descriptivo, de corte transversal, la muestra estuvo conformada por 150 pacientes, con diagnóstico de Psoriasis, evaluados por el Servicio de Dermatología, de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” de Valencia, a quienes se les realizó Onicoscopia en el período comprendido entre enero y diciembre 2021. **Resultados:** El hallazgo onicoscópico encontrado con mayor frecuencia fue manchas salmón/aceite (84%) de los casos, seguido de capilares puntiformes y dilatados (76,66%), leuconiquia (64,66%), pittings (48,66%), hemorragias en astilla (44,66%). **Conclusión:** la unidad ungueal frecuentemente se encuentra afectada en la psoriasis, la onicoscopia es una herramienta efectiva que facilita el diagnóstico y el manejo terapéutico.

Palabras Clave: Unidad ungueal, Psoriasis, Onicoscopia

**HALLAZGOS ONICOSCÓPICOS EN PACIENTES CON PSORIASIS DEL
SERVICIO DE DERMATOLOGÍA, CIUDAD HOSPITALARIA “DR. ENRIQUE
TEJERA”, VALENCIA, VENEZUELA 2021**

Author: Eleine Isela Landaeta Navarro

Year: 2022

ABSTRACT

Background: Classic dermatology recognizes Psoriasis as an inflammatory, erythematous, non-transmissible, chronic dermatosis that affects people of all ages and without geographic predilection. The inflammatory process affects the nail unit in more than 50% of patients. **Objective:** To recognize the onychoscopic findings in patients with Psoriasis who attend at the Dermatology service of the Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” Valencia, Venezuela 2021. **Materials and Methods:** A descriptive, cross-sectional study was carried out, the sample consisted of 150 patients, diagnosed with Psoriasis, evaluated by the Dermatology Service of the Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” Hospital in Valencia, who was done Onychoscopy in the period between January and December 2021. **Results:** the onychoscopic finding most frequently found was oil spot (84%) of the cases, followed by dilated and dotted capillaries (76.66%), leukonychia (64.66%), pittings (48.66%), splinter hemorrhages (44.66%).. **Conclusion:** the nail unit is frequently affected in psoriasis, onychoscopy is an effective tool that facilitates diagnosis and therapeutic management.

Keywords: Nail Unit, Psoriasis, Onychoscopy

INTRODUCCIÓN

La uña es un elemento anatómico estético, cumple en el ser humano, importantes funciones. Primeramente, las uñas y el tejido que las rodea, constituyen una unidad funcional como órgano del tacto y de prensión (1). En términos biológicos, la unidad ungueal (UU) constituye un anexo cutáneo queratinizado, formada por tejido córneo, elástico y transparente, situado sobre el extremo distal del dorso de los dedos de las manos y de los pies. Anatómicamente, está constituida por seis partes fundamentales: la matriz ungueal, el sistema cuticular (donde se incluye el pliegue ungueal proximal, el eponiquio, la cutícula, y el hiponiquio), los pliegues o bordes de la uña, el lecho ungueal, lámina ungueal y los ligamentos especializados (2).

Hasta 1985, el comienzo de la morfogénesis ungueal estaba datado en la novena semana de vida embrionaria, no obstante, en los últimos años, con los primeros estudios de la morfogénesis ungueal con microscopía electrónica de barrido realizados por Ambrosiani J, Dorado M, se demuestra que es en la séptima semana de vida embrionaria donde se da el comienzo de formación de la uña. Éste estudio permitió dividir el desarrollo embrionario de la uña en 5 estadios: Fase de placa (7-10 semanas), Fase fibrilar (2,5-3 meses), Fase granular (3-4,5 meses), Fase escamosa (4,5-6 meses) y Fase definitiva o final (más de 6 meses). El epitelio de los pliegues ungueales está formado por piel normal con la única diferencia, con respecto al resto del tegumento, de que carece de unidades pilosebáceas (1).

Al mismo tiempo, el lecho ungueal, que se encuentra por debajo de la lámina ungueal, está formado por un epitelio fino, de 2 o 3 capas de espesor, carente de estrato granuloso en estado fisiológico, y con unas pocas capas de células paraqueratóticas en su polo superior que están fuertemente adheridas a la lámina ungueal. Éste epitelio tiene un patrón de crestas

epidérmicas más aplanado que el de la epidermis normal. Por debajo, hay tejido conectivo, periostio y hueso. (2)

Además, la matriz está compuesta por un epitelio germinativo mamelonado en su base y sin capa granulosa. Las crestas del epitelio de la matriz están orientadas oblicuamente en dirección proximal, dirigidas hacia atrás y, probablemente, sea ésta orientación lo que permite que la lámina ungueal crezca hacia fuera en ángulo y no en vertical hacia arriba. El epitelio de la matriz queratiniza por medio de un proceso conocido como onicoqueratinización, que produce la queratina dura que dará lugar a la uña. En la parte más proximal de la matriz se encuentra la llamada zona queratógena, que se encarga de producir la parte más superficial de la lámina ungueal. Esta zona puede reconocerse en las secciones histológicas al estar formada por células aplanadas de citoplasma rosa brillante que retienen el núcleo durante un tiempo (1).

Así mismo, el resto de la lámina ungueal se produce a partir de la matriz distal, se cree que el lecho ungueal también contribuye a la producción de la lámina ungueal. La matriz y el lecho ungueal, son las únicas estructuras de la unidad ungueal que en condiciones fisiológicas contienen melanocitos. Éstos son dendríticos, se localizan en las 3 o 4 capas más bajas del epitelio escamoso en número aproximado de 5-6/mm, y son más numerosos en la zona distal de la matriz (1). Solo la mitad de los melanocitos de la matriz producen melanina, y los melanocitos del lecho ungueal no son activos en condiciones normales. A veces, podemos encontrar melanina en cortes histológicos de la lámina ungueal; esta llega a esta porción del aparato ungueal por transferencia de melanosomas desde los melanocitos de la matriz, sobre todo en situaciones de hiperactividad o proliferación de los mismos (2).

Al mismo tiempo, en el lecho ungueal, la dermis se continúa con el periostio del hueso del dedo. El crecimiento de la uña tiene lugar en el epitelio engrosado de la matriz ungueal. Las células basales sufren mitosis, mientras que por encima de ellas yacen varias capas de células poligonales. En el citoplasma de todas éstas células y las basales se observan tonofilamentos. Las células aumentan de tamaño y se aplanan en su camino hacia la superficie, y se incrementa el contenido de tonofilamentos. Por el contrario, no existe uniformidad de criterios respecto a la presencia de gránulos de queratohialina (si bien, ésto se ha demostrado con certeza en la formación de uñas en la vida fetal) (2).

En éste sentido, vale la pena mencionar uno de los recursos disponibles de la semiología dermatológica y útil para el estudio a profundidad de la unidad ungueal: la Onicoscopia. Ésta técnica se basa en la transiluminación de un medio turbio (UU) mediante el cual se estudian los fenómenos biofísicos de reflexión, refracción, dispersión y absorción, generando la amplificación de la imagen mediante lentes, que mejoran la visibilidad de estructuras cutáneas profundas en la (UU). Su empleo en enfermedades crónicas inflamatorias como la Psoriasis, han permitido una evaluación objetiva en el seguimiento de ésta enfermedad (3).

La dermatología clásica reconoce la Psoriasis, como una Dermatitis inflamatoria, eritematodescamativa, crónica y no transmisible. Afecta a personas de todas las edades y sin predilección geográfica. La prevalencia mundial, oscila entre 0,09-11,43%, con una afectación de 100 millones de personas aproximadamente, según datos de la Organización Mundial de la salud. La incidencia en Sudamérica es 0,97% (3). En Venezuela, 2% de la población padece de ésta condición y alrededor de 700 pacientes son atendidos anualmente en el servicio de Dermatología de la Ciudad

Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” de Valencia, ocupando el primer motivo de consulta en los últimos 5 años (Fuente: Historias médicas CHET 2020) (3,4).

Entrando en el tema en discusión, cabe destacar que el proceso inflamatorio de la psoriasis afecta la unidad ungueal en más del 50% de los pacientes, usualmente en manos y con afectación de una o varias uñas (3,4). Estudios clínicos reportan cifras entre 1-5% de los pacientes con afectación de la unidad ungueal como única manifestación de la enfermedad, y lo han relacionado como indicador predictivo de artritis psoriática en 50 a 80% de los pacientes (4,5).

Al analizar las alteraciones ungueales en la Psoriasis pudiesen depender de la parte de la unidad ungueal afectada por la enfermedad; por ejemplo; al estar lesionada la matriz ungueal, se pudiese presentar alteraciones de la superficie de la lámina ungueal, las cuales corresponden a los “pittings” (depresiones puntuales), estrías (líneas longitudinales en esta zona), Traquioniquia (surcos transversales), Leuconiquia (coloración blanquecina) y eritema de la lúnula (enrojecimiento de la lúnula), por otro lado al comprometer el lecho ungueal, hiponiquio y pliegue proximal, se produce onicolisis (despegamiento distal de la uña del lecho ungueal), manchas salmón/aceite (manchas de color amarillo-anaranjado), hemorragias en astilla (líneas longitudinales de color café) e hiperqueratosis subungueal (crecimiento epidérmico por debajo del borde subungueal), capilares irregulares, dilatados y tortuosos (6-9).

Varios estudios informan sobre la frecuencia de éstos hallazgos onicoscópicos en las uñas afectadas por psoriasis. En un estudio con 60 pacientes con Psoriasis, en la India, informaron que los “pits” (90%) fue el hallazgo ungueal más común, seguida de leuconiquia (48,33%) (10).

Muchos autores consideran a los “pittings” como la alteración de la unidad ungueal más frecuente, destacamos otro estudio del año 2020 en la India, titulado: “*Dermoscopic Features of Nail Psoriasis: An Observational, Analytical Study*”, donde evaluaron las características onicoscópicas del aparato ungueal en pacientes con Psoriasis. Incluyeron 443/550 uñas de manos y 101/440 uñas de pies. Encontraron que 52 uñas de la mano y 64 uñas de los pies, mostraron lesiones por psoriasis. Los pits, representaron el hallazgo más común en las uñas, (60,5%) seguido de hiperqueratosis subungueal (52,8%), onicólisis (40,8%) y capilares puntiformes en hiponiquio, pliegues ungueales proximales y laterales (38,6-35,8, 35-8% respectivamente). La lúnula difusa fue un hallazgo onicoscópico novedoso observado en 33,6% uñas de manos y 4,95 uñas de pies ($p < 0,00001$) (11).

De igual forma, durante el año 2018, en la India, se realiza el trabajo titulado; “*Onychoscopy: an observational study in 237 patients from the Kashmir Valley of North India*”, cuyos hallazgos onicoscópicos más comunes fueron; patrón de picos en casos de onicomiosis, “pittings” en caso de psoriasis (85,61%), estrias longitudinales y fragmentación de uñas en casos de liquen plano, y capilares agrandados en casos de enfermedades del tejido conectivo (12). Así mismo, en el año 2017, en Turquía, en el trabajo titulado; “*Dermoscopic findings of psoriatic nail and their relationship with disease severity*”, se demostró que el hallazgo onicoscópico más frecuente fueron los “pits” (92,5%) y leuconiquia (92,5%), respectivamente (13).

En comparación con un estudio del año 2017, en Turquía, cuyos principales hallazgos onicoscópicos, fueron; hemorragia en astilla (73,1%), pits (58,2%), onicólisis distal (55,2%), capilares hiponiquiales dilatados (35,8%) y el signo de las pseudofibras (34,3%) (14).

Por otro lado, durante el año 2018 en Caracas, en el trabajo titulado; Dermatoscopia ungueal: herramienta diagnóstica complementaria en onicomycosis. Describieron en 184 pacientes con sospecha clínica de onicomycosis, cuatro patrones dermatoscópicos: patrón de estrías, sierra, terminación irregular distal, los cuales corresponden a invasión fúngica y borde neto, relacionados con lesiones traumáticas (15). De igual forma, un estudio desarrollado durante el año 2020, refleja la importancia de la Onicoscopia, al considerarla como una modalidad no invasiva para diagnosticar la psoriasis, onicomycosis y la afectación traumática del aparato ungueal mediante la demostración de patrones característicos (16).

En la práctica diaria, el uso de la Onicoscopia en éstos pacientes, puede confirmar diagnósticos clínicos, orientar en el manejo y tratamiento de alteraciones ungueales, demostrando ser una herramienta de aproximación diagnóstica en Dermatología (17-18).

OBJETIVO GENERAL

Reconocer los hallazgos onicoscópicos en pacientes con Psoriasis que asisten al servicio de Dermatología, de la Ciudad Hospitalaria "Dr. Enrique Tejera" Valencia, Venezuela 2021.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Seleccionar a los pacientes con psoriasis que acuden al Servicio de Dermatología.
2. Identificar los hallazgos onicoscópicos en los pacientes con psoriasis, previamente seleccionados.
3. Realizar una representación gráfica de los hallazgos onicoscópicos encontrados en los pacientes con psoriasis, previamente seleccionados.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo, de corte transversal, con diseño de campo, no experimental. Se aplicó el método cuantitativo y deductivo que tiene sus premisas en el conocimiento científico. La población estuvo involucrada por 2183 pacientes, de los cuales la muestra estuvo conformada por 150 pacientes con edades comprendidas entre 7-88 años, sin discriminación de sexos, con diagnóstico de Psoriasis, evaluados por el Servicio de Dermatología, en la consulta de enfermedades crónicas, de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” de Valencia, a quienes se les realizó Onicoscopia en el período comprendido entre enero y diciembre 2021.

Por su parte, para la selección de la muestra, la técnica utilizada fue el muestreo no probabilístico, tipo discrecional. Dentro de los criterios de inclusión: pacientes diagnosticados con Psoriasis, a quienes se les realizó Onicoscopia, evaluados por el servicio de Dermatología en la consulta de enfermedades crónicas, los cuales autorizaron formar parte de la investigación a través del consentimiento informado.

Técnica de recolección de datos e información.

Además, se elaboró un instrumento de recolección de datos (nombre y apellido, edad, sexo, número de historia, teléfono, dirección, características clínicas, onicoscópicas y diagnóstico dermatológico) de los pacientes, acorde a los objetivos planteados de la investigación. De esta manera, se diseñó un formato para la tabulación de datos de los pacientes con Psoriasis a quienes se les realizó Onicoscopia (evaluación de matriz ungueal, lecho/lámina ungueal, pliegue ungueal proximal e hiponiquio). Ambos, fueron previamente evaluados y validados.

Así mismo, para cumplimiento de los objetivos de la investigación, se examinó a cada paciente en la consulta de enfermedades crónicas, con buena iluminación, previas normas de bioseguridad, se le explicó a cada paciente en que consistía el estudio, se obtuvo el consentimiento escrito de cada uno. Se empleó un Dermatoscopio de luz polarizada (sin contacto), modelo Dermlite GL 3 GEN (Figura A). Para el registro iconográfico se utilizó un teléfono celular inteligente Motorola g8plus, con el uso del programa PhotoRoom Studio Photo Editor, para no alterar la calidad de las imágenes, con adaptador al Dermatoscopio marca Dermlite 3GEN (Figura B), a los cuales se conectó el Dermatoscopio y se evaluaron cada dedo de manos y pies, con una distancia de aproximación de 1 cm (Figuras C y D). Toda ésta información fue registrada y almacenada en modelo laptop Canaima, con sistema Windows 7, en hoja de cálculo (EXCEL), donde se colocaron todas las variables del estudio en función de la información obtenida durante la recolección. (Ver Anexo C)

Onicoscopia. Figura A. Dermatoscopio de luz polarizada. **Figura B.** Teléfono



Motorola g8plus con adaptador. **Figuras C y D.** Evaluación con Dermatoscopio.

Técnica de análisis estadístico de los datos

Finalmente, los resultados obtenidos, fueron analizados por medio de estadística descriptiva, representados en tablas y gráficos realizados a través del programa Microsoft office Excel para Windows 7 y SPSS, expresándose en el análisis de frecuencias absolutas y relativas. Posteriormente fueron correlacionados con la literatura investigada sobre el tema en discusión de dicha investigación.

RESULTADOS

Se evaluaron un total de 150 pacientes con Psoriasis, para la identificación de hallazgos onicoscopicos, con edades comprendidas entre 7-88 años, con un promedio de edad de 54.8 años, una edad mínima de 7 años, una máxima de 8 años. En cuanto al sexo, predominó el femenino con (60%) de los casos, mientras que el masculino representó (40%) de los casos. (Ver tabla 1). En lo correspondiente a la afectación ungueal, las uñas de las manos fueron las más afectadas (93,33%), mientras que las uñas de los pies representaron (6,67%) de los casos.

Tabla 1. Características demográficas de la muestra

Parámetro	Resultado
Total de pacientes	n=150
Rango de edad	7-88 años
Promedio de edad	54.8 años
Número de mujeres	90
Porcentaje de mujeres	60%
Número de hombres	60
Porcentaje de hombres	40%

Se pudieron identificar hallazgos en matriz ungueal, lecho/lámina ungueal, pliegue ungueal proximal e hiponiquio. El hallazgo onicoscopicos encontrado con mayor frecuencia fue; manchas salmón/aceite (84%) de los casos, seguido de capilares puntiformes y dilatados (76,66%), leuconiquia (64,66%), pittings (48,66%), hemorragias en astilla (44,66%), onicolisis (44,66%), hiperqueratosis subungueal (38,66%), onicomadesis (30%), escamas (26,66), líneas de beau (24,66%) traquioniquia (24%), onicorrexis

(20%), onicomiosis (9,33%), hematoma subungueal (2,66%) y pterigión ventral (2%) (Ver tabla 2).

Tabla 2. Hallazgos onicoscopicos

Hallazgos Onicoscopicos	f (n)	FR (%)
Matriz Ungueal		
Leuconiquia	97	64,66
Pittings	73	48,66
Líneas de Beau	37	24,66
Traquioniquia	36	24
Pterigión ventral	3	2
Lecho/Lámina Ungueal		
Manchas salmón/aceite	126	84
Hemorragias en astilla	67	44,66
Onicólisis	67	44,66
Onicomadesis	45	30
Onicorrexix	30	20
Onicomiosis	14	9,33
Hematoma subungueal	4	2,66
Pliegue ungueal proximal		
Capilares puntiformes y dilatados	115	76,66
Escamas	40	26,66
Hiponiquio		
Hiperqueratosis subungueal	58	38,66

A continuación, se muestran los primeros 9 hallazgos onicoscopicos con su respectiva representación gráfica elaborada;

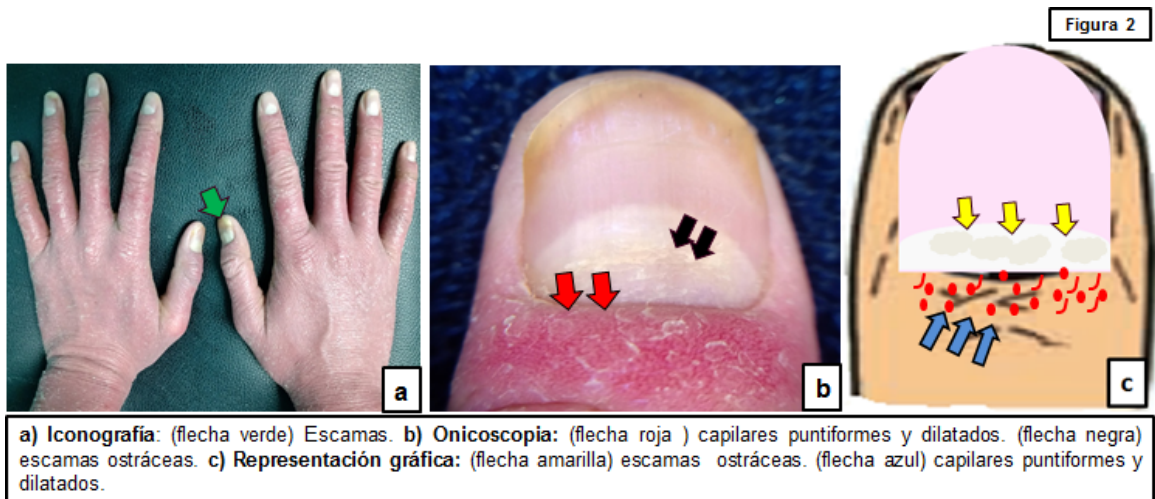
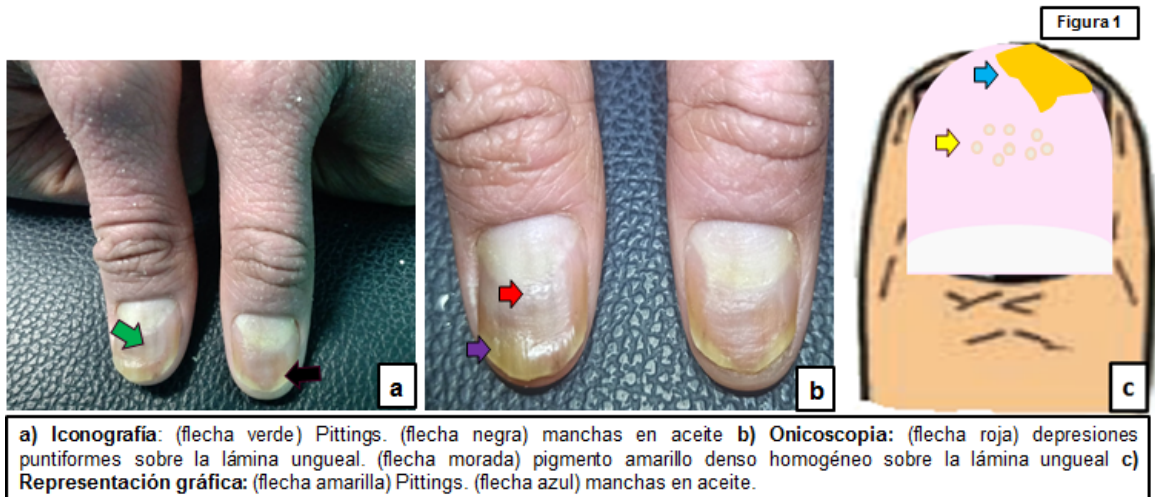
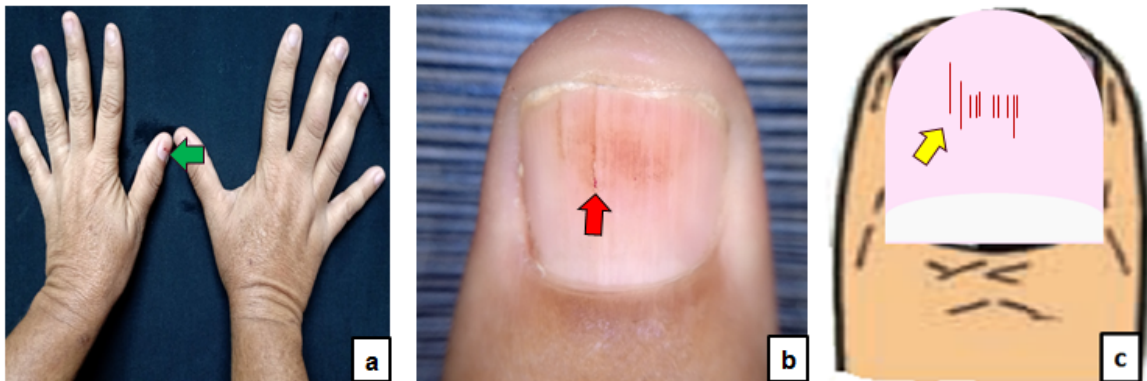
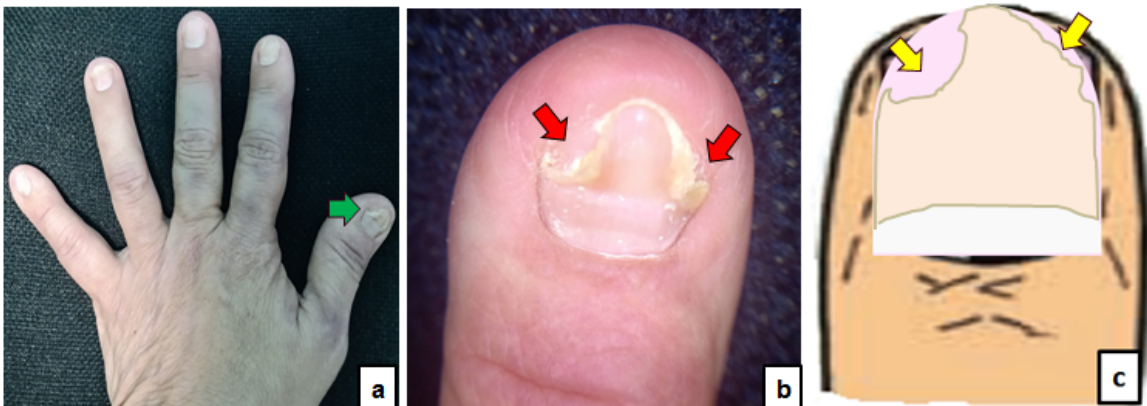


Figura 4



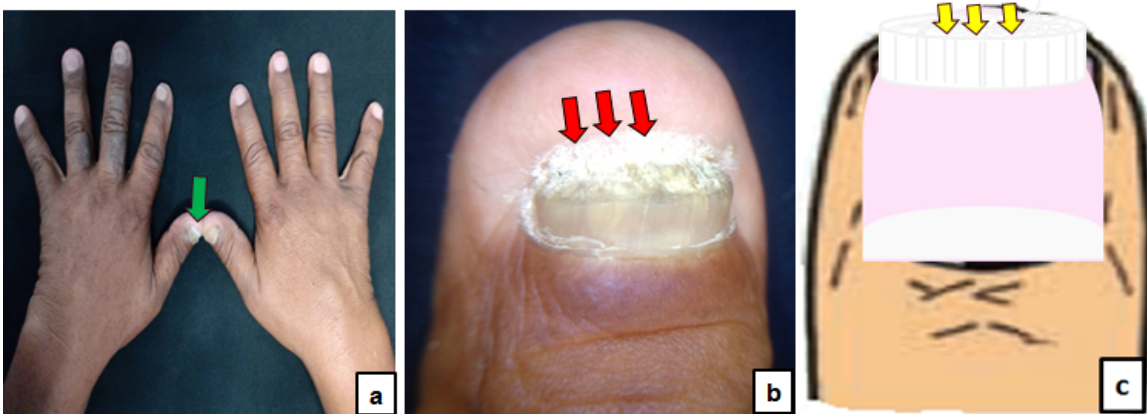
a) Iconografía: (flecha verde) Hemorragias en astilla. b) Onicoscopia: (flecha roja) líneas longitudinales delgadas café rojizas c) Representación gráfica: (flecha amarilla) Hemorragias en astilla.

Figura 5



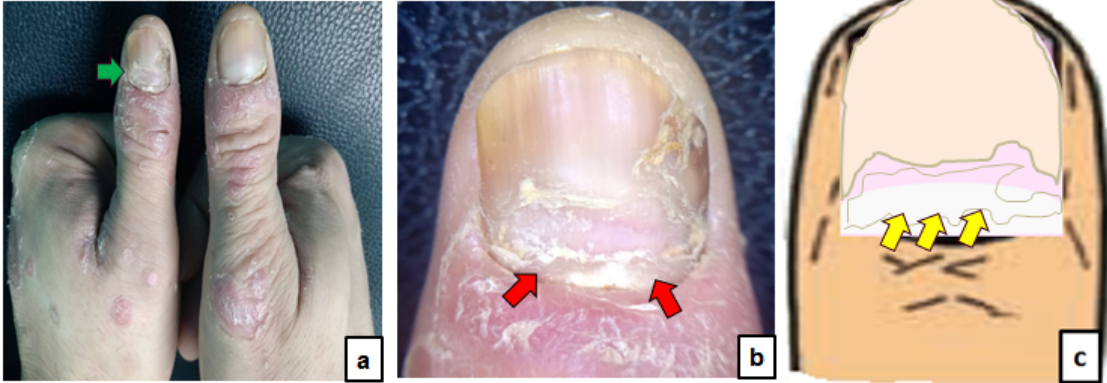
a) Iconografía: (flecha verde) Onicólisis. b) Onicoscopia: (flecha roja) despegamiento distal de la uña del lecho ungueal c) Representación gráfica: (flecha amarilla) Onicólisis.

Figura 6



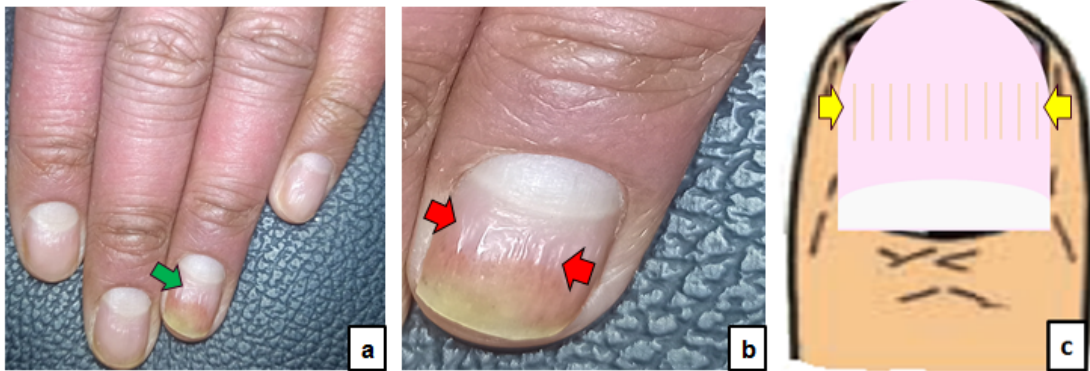
a) Iconografía: (flecha verde) Hiperqueratosis subungueal. b) Onicoscopia: (flecha roja) engrosado blanquecino, grisáceo de queratina. c) Representación gráfica: (flecha amarilla) Hiperqueratosis subungueal. Bandas longitudinales desordenadas engrosadas de queratina.

Figura 7



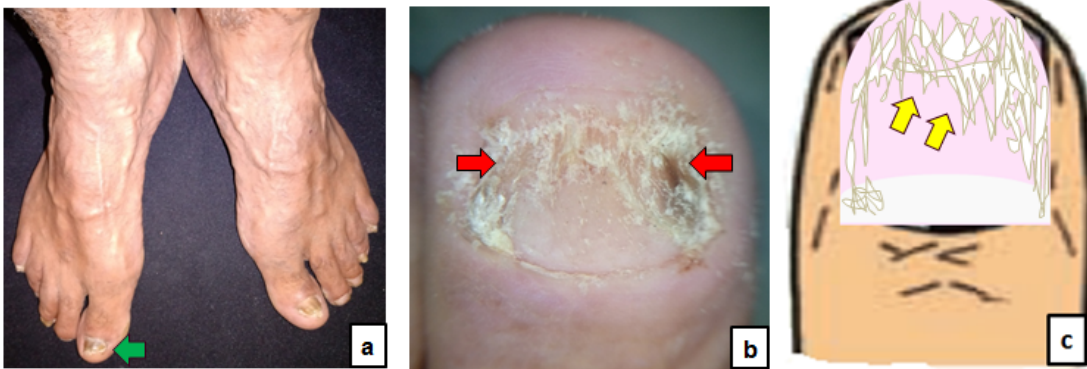
a) Iconografía: (flecha verde) Onicomadesis. b) Onicoscopia: (flecha roja) lámina proximal despegada del lecho ungueal c) Representación gráfica: (flecha amarilla) Onicomadesis.

Figura 8



a) Iconografía: (flecha verde) Líneas de Beau. b) Onicoscopia: (flecha roja) finas depresiones transversales sobre la lámina ungueal. c) Representación gráfica: (flecha amarilla) Líneas de Beau.

Figura 9



a) Iconografía: (flecha verde) Traquioniquia. b) Onicoscopia: (flecha roja) descamación y fisuras blancas a lo largo de la lámina ungueal "uñas en papel de lija" c) Representación gráfica: (flecha amarilla) Traquioniquia.

DISCUSIÓN

La dermatoscopia es considerada una herramienta no invasiva de aproximación diagnóstica, útil en el diagnóstico de lesiones ungueales, en donde recibe el nombre de Onicoscopia. La Psoriasis es reconocida como dermatosis inflamatoria, clásica, crónica y eritematodescamativa, que con frecuencia afecta a la unidad ungueal (18).

En relación con los resultados de nuestro estudio, se involucraron un total de 150 pacientes con psoriasis con alteraciones ungueales, donde predominó, el sexo femenino (60%), en similitud con un estudio internacional, en China, durante el año 2021, quienes involucraron un total de 135 pacientes, predominando el sexo femenino (68,48%) (19). Por otro lado, el presente estudio estuvo constituido por pacientes con edades comprendidas entre 7-88 años, con un promedio de edad de 54.8 años, una edad mínima de 7 años, una máxima de 8 años. En contraste, con otro estudio, en donde el promedio de edad fue 38,6, con una edad mínima de 10 años y una máxima de 76 años (20). Cuando revisamos las literaturas, la Psoriasis tiene una distribución universal y afecta al 1-2 % de la población general. En un 10 - 15% se inicia antes de los 10 años de edad, siendo el promedio de edad de presentación los 27 años y la distribución por sexo es homogénea (4).

En relación con la edad pediátrica, la psoriasis es la enfermedad eritemato-escamosa más frecuente. Ésta dermatosis afecta al 2% de la población general y representa el 4% de las dermatosis en los pacientes menores de 16 años. Se pueden observar alteraciones ungueales, pero menos frecuentes que en adultos (7-40%). El «pitting ungueal» o punteado ungueal con depresiones mínimas afectado una o varias uñas es la lesión más frecuente. Otros cambios descritos incluyen: estrías longitudinales, hiperqueratosis subungueal, onicólisis y leuconiquia (18). En el estudio, la

muestra estuvo conformada por 2 pacientes de edades pediátricas, en los cuales predominaron los pittings, como hallazgo onicoscópico.

Por otro lado, en nuestro estudio observamos que las uñas más afectadas, fueron las de las manos (93,33%), en concordancia con un estudio realizado en China, en el 2021, donde identificaron un (93,3%) de los pacientes con afectación de las uñas de las manos (19). Todas las uñas pueden estar afectadas por psoriasis, pero existe una probabilidad con mayor afectación por las uñas de las manos (19).

En relación con los hallazgos onicoscópicos, pudimos identificar como hallazgo más común de la muestra, manchas salmón/aceite (84%) de los casos, seguido de capilares puntiformes y dilatados (76,66%), leuconiquia (64,66%), pittings (48,66%) y hemorragias en astilla (44,66%). Las manchas de aceite, son lesiones exclusivas de la psoriasis ungueal, en ella se observan áreas redondas u ovals en el centro de la lámina de coloración anaranjadas (20). En un reciente estudio americano, se mostraron; pitting (58.8%), onicolisis (46.6%), líneas de beau (46.6%), hemorragias en astillas (46.6%), manchas de aceite (33.3%) e hiperqueratosis subungueal (33.3%), como los hallazgos onicoscópicos más comunes (19). En discordancia, con un estudio de la India, que demuestra, que leuconiquia (14.5%) y manchas de aceite (10.4%), fueron hallazgos onicoscópicos menos frecuentes (20)

En un reciente análisis onicoscópico en pacientes con Psoriasis, en Corea, durante el año 2021, se identificó “traquioniquia” (30 casos), como principal hallazgo onicoscópico (21). Al comparar con otras literaturas internacionales, encontramos estudios asiáticos, que nos demuestran como principales hallazgos onicoscópicos en pacientes con psoriasis los “pits” (90%, 60,5%, 85,61% y 92,5%), respectivamente (10-13). Por otro lado, un estudio europeo, realizado en el año 2017, determina como principales

hallazgos onicoscopicos; hemorragias en astilla (73,1%) seguido de pits (58,2%) (14).

También, otros hallazgos encontrados fueron; onicolisis (44,66%), hiperqueratosis subungueal (38,66%), onicomadesis (30%), escamas (26,66), líneas de beau (24,66%) traquioniquia (24%), onicorrexis (20%). Por el contrario, con estudios internacionales, en los cuales se observaron; Capilares dilatados (90,48%), Onicorrexis (85,71%), Onicolisis (80,95%), Hiperqueratosis subungueal (42,86) y Manchas en aceite (42,86%)(12). Con respecto a los hallazgos menos comunes encontrados, identificamos; onicomicosis (9,33%), hematoma subungueal (2,66%) y pterigión ventral (2%), en comparación con un estudio asiático, en donde se demuestra “pústulas” como hallazgo menos común (1,58%)(12).

Al analizar las alteraciones ungueales en la Psoriasis, podemos encontrar afectación en toda la unidad ungueal; por ejemplo; al estar lesionada la matriz ungueal, se pueden presentar alteraciones de la superficie de la lámina ungueal, las cuales corresponden a los “pittings”, estrías longitudinales u onicorrexis, traquioniquia, leuconiquia y eritema de la lúnula, por otro lado al comprometer el lecho ungueal, hiponiquio y pliegue proximal, se produce onicolisis, manchas salmón/aceite, hemorragias en astilla e hiperqueratosis subungueal, capilares irregulares, dilatados y tortuosos (6-9).

CONCLUSIONES

La Onicoscopia es considerada una herramienta no invasiva de interfaz diagnóstica entre la clínica y el examen histopatológico, que puede permitirnos la identificación temprana de alteraciones ungueales en Psoriasis, sirviendo como un marcador temprano de la actividad de la enfermedad. Reconocer e identificar tales alteraciones o hallazgos onicoscopicos tiene el potencial de mejorar el estándar de atención, optimizando la precisión diagnóstica y el manejo terapéutico (22,23).

Nuestro estudio logró identificar exhaustivamente la mayoría de las características y hallazgos onicoscópicos más comunes y específicos de las diferentes partes de la unidad ungueal de pacientes con Psoriasis. Nosotros observamos como hallazgo más común “manchas de aceite”, al comparar con la mayoría de estudios internacionales, “pits” era el hallazgo más común en pacientes con Psoriasis. Además, pudimos identificar hallazgos, menos comunes o con menor reporte en las literaturas, tales como; “líneas de beau”, “traquioniquia” y “onicorrexis”. También, se describieron, otros hallazgos, que no han sido identificados previamente en las literaturas, tales como; “pterigión ventral”, “onicomicosis” y “hematoma subungueal”.

Es posible considerar que se requieran otros estudios comparativos, con un tamaño de muestra más significativo para determinar la especificidad y sensibilidad de cada característica onicoscópica, para estandarizar la utilidad diagnóstica de cada una, como también estudios que determinen correlación con la severidad de la Psoriasis. Finalmente, el dermatologo necesita tener un conocimiento profundo de la anatomía de la uña y de sus diferentes trastornos o alteraciones, y tener en cuenta que la onicoscopia no debe usarse como el único método o herramienta para confirmar el diagnóstico en dermatología (24,25).

REFERENCIAS

1. Palacios D, Díaz R. Dermatoscopia para principiantes (I): características generales. SEMERGEN. 2017;43(3):216-221. DOI:10.1016/j.semerg.2015.11.009
2. Rosendahl C, Cameron A, Tschandl P. Dermatoscopy. 2nd ed. Austria: Facultas; 2016. 41-55.
3. Sánchez-Regaña M, Umbert P. Aspectos diagnósticos y terapéuticos de la psoriasis ungueal. Actas Dermosifiliogr [Internet] 2008 [consultado 2021 Nov 24];99:34-43. Disponible en: <https://www.actasdermo.org/es-aspectos-diagnosticos-terapeuticos-psoriasis-ungueal-articulo-S0001731008746131> DOI: 10.1016/S0001-7310(08)74613-1
4. World Health Organization. Global report on PSORIASIS [Internet] Suiza; 2016. [consultado 2021 Mar 14]. Disponible en: <https://www.who.int/home/>
5. Paéz E, Aular LM, Cabello I, Crespo L, Chassaigne J, Chirinos ME et al. Consenso venezolano de psoriasis. Dermatol Venez [Internet] 2015 [consultado 2021 Dic 14];53(2):1-36. Disponible en: <http://revista.svderma.org/index.php/ojs/article/view/1355/1332>
6. Vivas S, Núñez Z, González L, Acosta D, Puerta L, Ochoa F. Psoriasis: perfil clínico epidemiológico de la consulta. Servicio de dermatología, Ciudad Hospitalaria "Dr. Enrique Tejera". 2002-2012. Comunidad y Salud [Internet] 2014 [consultado 2021 Dic 01];12(1):20-27. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1690-32932014000100004
7. Langman S. Embriología Médica. 13th ed. Buenos Aires: Langman; 2018.
8. Baran R. Advances in nail disease and management. Suiza: Springer; 2021.84-91.
9. Franco MD, González C, Rolón M, Giraldo-Parra M. Reporte de caso: psoriasis ungueal como única manifestación cutánea, un reto diagnóstico. Rev Asoc Colomb Dermatol [Internet] 2021 [consultado 2021 Nov 24];29(2):134-139. Disponible en: <https://revista.asocolderma.org.co/index.php/asocolderma/article/view/1627>
10. Bindagi A, Doshi B, Pandit A, Manjunathswamy A. Nail Changes in Psoriasis: Correlation between Onychoscopy and NAPSI Scoring Journal of Psoriasis and Psoriatic Arthritis [Internet] 2021 [consultado 2021 Nov 24];6(3):136-142. Disponible en:

<https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/24755303211011477>
DOI: 10.1177/24755303211011477.

11. Chauhan A, Singal A, Grove C. Dermoscopic Features of Nail Psoriasis: An Observational, Analytical Study. *Skin Appendage Disord* [Internet] 2020 [consultado 2021 Nov 21];6:207–215. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32903967/>
12. Bhat Y, Mir M, Keen A, Hassan I. Onychoscopy: an observational study in 237 patients from the Kashmir Valley of North India. *Dermatol Pract Concept* [Internet] 2018 [consultado 2021 Nov 21];8(4):283-291. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30479856/> DOI: 10.5826/dpc.0804a06
13. Polat A, Kapıcıoğlu Y. Dermoscopic findings of psoriatic nail and their relationship with disease severity. *Turk Arch Dermatol Venereology* [Internet] 2017 [consultado 2021 Nov 21];51:119-23. Disponible en: https://www.journalagent.com/turkderm/pdfs/TURKDERM_51_4_119_123.pdf. DOI: 10.4274/turkderm.54289
14. Yorulmaz A, Artuz F. A study of dermoscopic features of nail psoriasis. *Adv Dermatol Allergol* [Internet] 2017 [consultado 2021 Nov 23];34(1):28–35. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28286468/> DOI:10.5114/ada.2017.65618
15. Figueroa N, Cavallera E, Alvarado P. Dermatoscopia ungueal: herramienta diagnóstica complementaria en onicomycosis. *Dermatol Venez.* 2018;56(1): 37-44.
16. Balachandra S, Aakash G, Rallapalli A, Saipriya M. Dermoscopy of Onycholysis Due to Nail Psoriasis, Onychomycosis and Trauma: A Cross Sectional Study in Skin of Color. *Indian Dermatol Online J* [Internet] 2020 [consultado 2021 Nov 21];11(5): 777–783. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7678536/> DOI: 10.4103/idoj.IDOJ_475_19
17. Palacios-Martínez D, Díaz-Alonso R. Dermatoscopia para principiantes (II): estructuras dermatoscópicas y métodos diagnósticos. *SEMERGEN.* 2016;43(4):1-6.
18. Grover C, Jakhar D. Onychoscopy: A practical guide. *Indian J Dermatol Venereol Leprol* [Internet] 2017 [consultado 2021 Nov 24];83(5):536-49. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28485306/>
19. Long F, Zhang Z, He F, Tu J, Yin, Z, Xia, J et al. Dermoscopic features of nail psoriasis: Positive correlation with the severity of psoriasis. *J Dermatol* [Internet] 2021[consultado 2021 Nov 24];48(6):1–8. Disponible en: <https://sci-hub.se/10.1111/1346-8138.15908> DOI: 10.1111/1346-8138.15908
20. Varma K, Kumar U, Jain P. Dermoscopic evaluation of nail psoriasis: a cross-sectional study. *Int J Res Dermatol* [Internet] 2021[consultado

- 2021 Feb 24];7(1):53-57. Disponible en: <http://www.ijord.com> DOI: <https://dx.doi.org/10.18203/issn.2455-4529.IntJResDermatol20205595>
21. Long F, Zhang Z, He F, Tu J, Yin, Z, Xia, J et al. Dermoscopic features of nail psoriasis: Positive correlation with the severity of psoriasis. *J Dermatol [Internet]* 2021[consultado 2021 Nov 24];48(6):1-8. Disponible en: <https://sci-hub.se/10.1111/1346-8138.15908> DOI: 10.1111/1346-8138.15908
 22. Starace M, Alessandrini A, Bruni F, Piraccini BM. Trachyonychia: a retrospective study of 122 patients in a period of 30 years. *J Eur Acad Dermatol Venereol [Internet]* 2020 [consultado 2021 Feb 24] ; 34: 880-884. Disponible en: <https://www.medicaljournals.se/acta/content/html/10.2340/00015555-3917> DOI: <https://doi.org/10.1111/jdv.16186>
 23. Díaz P, Silva A, Arroyo S, Estudillo Z, Gutiérrez S, Martínez-Velasco A, et al. Aplicaciones y uso del dermatoscopio en la dermatología general. Una revisión. *Dermatología CMQ*. 2016;14(4):299-317.
 24. Starace M, Alessandrini A, Piraccini B. Dermoscopy of the Nail Unit. *Dermatol Clin [Internet]* 2021 [consultado 2021 Nov 24]; 39(2): 293-304. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33745641/> DOI:10.1016/j.det.2020.12.008
 25. Cadore D, Di Chiacchio N, Tosti A . Aspectos dermatoscópicos na psoríase ungueal. *An Bras Dermatol [Internet]* 2010 [consultado 2021 Nov 24];85(1):101-103. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/abd/a/vH3sVkJCyy9Pfp69HGdYGcBp/?format=pdf&lang=pt> DOI: 10.1590/s0365-05962010000100017

ANEXO A



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
POSTGRADO DE DERMATOLOGÍA
CIUDAD HOSPITALARIA “DR. ENRIQUE TEJERA”
CONSENTIMIENTO INFORMADO



Personal Responsable: Vivas, Sandra; Landaeta, Eleine

Yo _____, mayor de edad, de este domicilio, titular de la cédula de identidad N°: _____, edad: ____; sexo: ____; declaro:

1. He acudido a la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera, por mi propia voluntad y convicción con motivo de: _____; y acepto me realicen procedimientos diagnósticos e indiquen tratamientos.
2. He sido ampliamente informado de participar en un estudio
3. Acepto me tomen fotos para fines académicos.
4. Con base en la información previamente recibida doy mi consentimiento, amplio, válido y legítimamente manifestado, para que el médico tratante aplique los procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos señalados.
5. Comprendo que puedo salir del estudio en cualquier momento que exprese mi voluntad de hacerlo. Certifico que he leído y comprendido el consentimiento expresado y los espacios en blanco fueron llenados antes de firmar. Y yo: _____ certifico en este mismo acto que he explicado la naturaleza, propósito, beneficios, alternativas y riesgos del procedimiento propuesto al paciente. Me he ofrecido a contestar las preguntas y de hecho he contestado íntegramente las preguntas formuladas.

Firma del Médico

Firma del paciente

Representante lega

ANEXO B



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
POSTGRADO DE DERMATOLOGÍA
CIUDAD HOSPITALARIA "DR. ENRIQUE TEJERA"



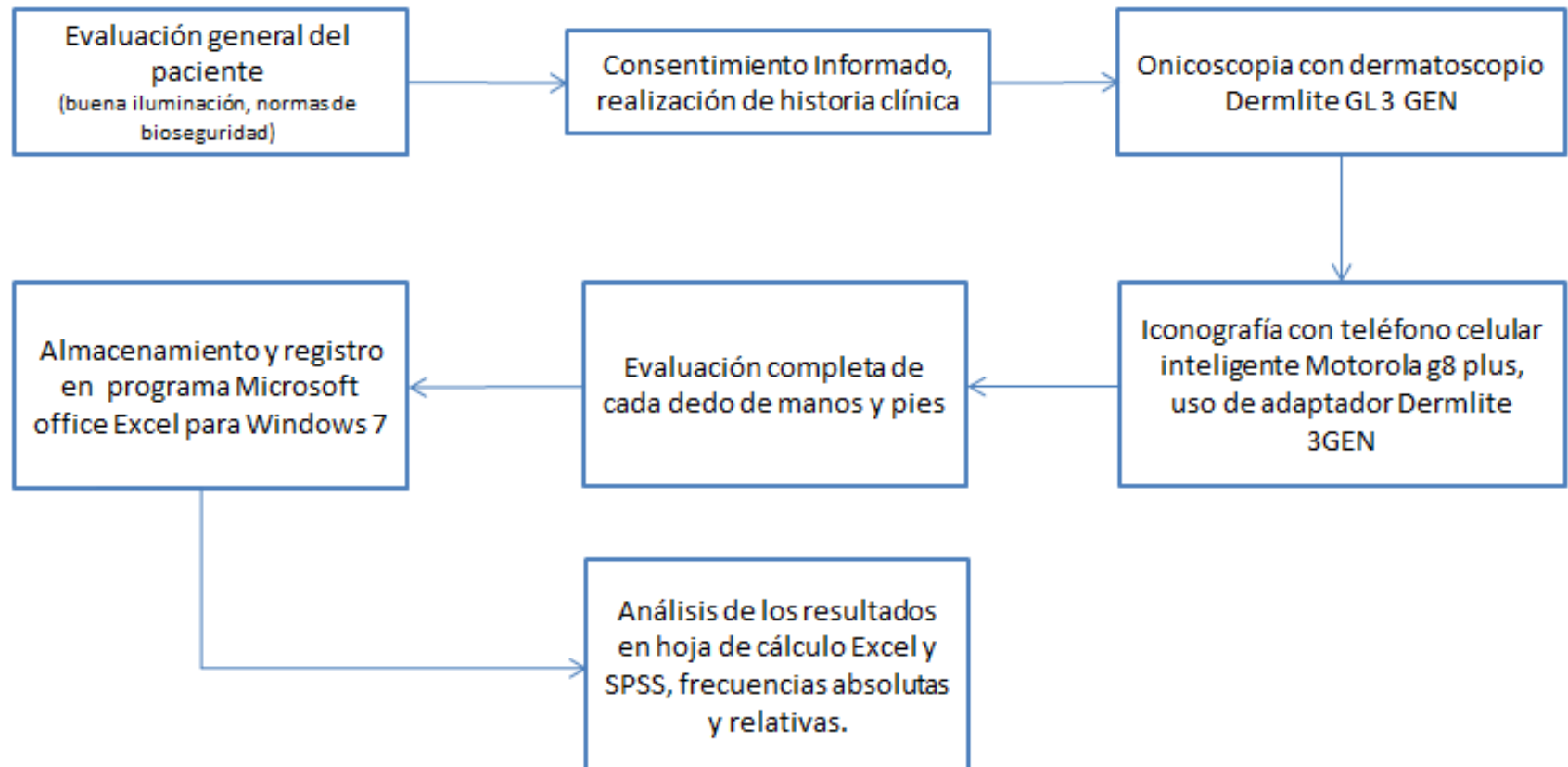
FICHA DE RECOLECCION DE DATOS.

FECHA: _____

• Datos Filiación
Nombre y Apellido:
Edad: Sexo: Nro de Historia: Teléfono:
Dirección de habitación:

• Características Clínicas
• Hallazgos Onicoscopicos
• Diagnóstico Dermatológico

ANEXO C



Flujograma. Técnica de recolección de datos e información