



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



**HALLAZGOS DERMATOSCÓPICOS DE ENFERMEDADES INFLAMATORIAS
EN LOS PACIENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE DERMATOLOGÍA DE
LA CIUDAD HOSPITALARIA "DR. ENRIQUE TEJERA", VALENCIA,
VENEZUELA 2021**

Autor: Dra. Dulce María Cánchica Marchán

CI.18413517

Valencia, Junio 2022



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



**HALLAZGOS DERMATOSCÓPICOS DE ENFERMEDADES INFLAMATORIAS
EN LOS PACIENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE DERMATOLOGÍA DE
LA 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. Dulce María Cánchica Marchán

Tutor Especialista: Dra. Sandra Vivas Toro

Tutor Metodológico: Dr. Ángel Fernández

Valencia, Junio 2022



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:

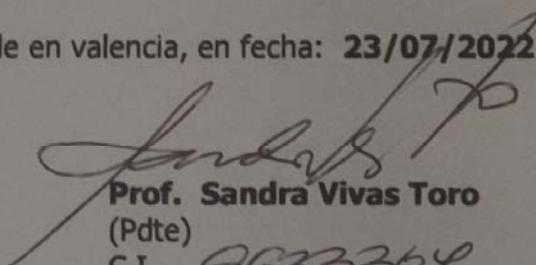
HALLAZGOS DERMATOSCÓPICOS DE ENFERMEDADES INFLAMATORIAS EN LOS PACIENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE DERMATOLOGÍA DE LA CIUDAD HOSPITALARIA DR. "ENRIQUE TEJERA". VALENCIA, VENEZUELA. 2021

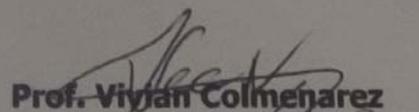
Presentado para optar al grado de **Especialista en Dermatología** por el (la) aspirante:

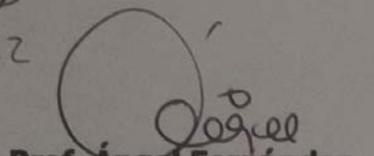
CANCHICA M., DULCE M.
C.I. V - 18413517

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. Vivian Colmenarez
C.I. 19779480
Fecha 23/07/2022


Prof. Ángel Fernández
C.I. 16405865
Fecha 23/07/2022

TG:65-22

TG-CS: 65-22

ACTA DE CONSTITUCIÓN DE JURADO Y DE APROBACIÓN DEL TRABAJO

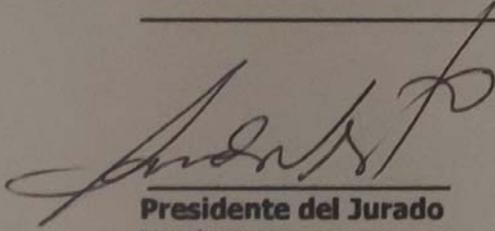
Quienes suscriben esta Acta, Jurados del Trabajo Especial de Grado titulado:

"HALLAZGOS DERMATOSCÓPICOS DE ENFERMEDADES INFLAMATORIAS EN LOS PACIENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE DERMATOLOGÍA DE LA CIUDAD HOSPITALARIA DR. "ENRIQUE TEJERA". VALENCIA, VENEZUELA.2021" Presentado por el (la) ciudadano (a): **CANCHICA M., DULCE M.** titular de la cédula de identidad N° **V-18413517**, 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

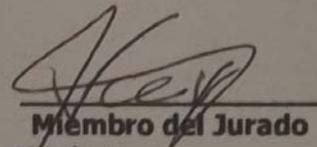
Aprobado: Fecha: 23-07-22 *Reprobado: Fecha: _____.

Observación: _____



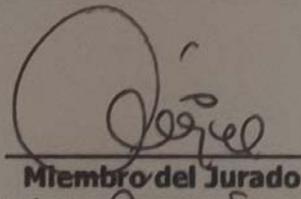
Presidente del Jurado
Nombre:

C.I. 9633364



Miembro del Jurado
Nombre:

C.I. 19779480



Miembro del Jurado,
Nombre: Angel Fernandez

C.I. 16405865

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.



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
POSTGRADO DE 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 DERMATOSCÓPICOS DE ENFERMEDADES INFLAMATORIAS EN LOS PACIENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE DERMATOLOGÍA DE LA CIUDAD HOSPITALARIA “DR. ENRIQUE TEJERA”, VALENCIA, VENEZUELA 2021”

Presentado por la ciudadana **CÁNCICA MARCHÁN, DULCE MARÍA**, Titular de la cédula de identidad N° V-18.413.517, 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 Carlina Vivas Toro

C.I: 9.633.364



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
POSTGRADO DE 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 DERMATOSCÓPICOS DE ENFERMEDADES INFLAMATORIAS EN LOS PACIENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE DERMATOLOGÍA DE LA CIUDAD HOSPITALARIA “DR. ENRIQUE TEJERA”, VALENCIA, VENEZUELA 2021”

Presentado por la ciudadana **CÁNCHICA MARCHÁN, DULCE MARÍA**, Titular de la cédula de identidad N° V-18.413.517, 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. 16.405869

ÍNDICE DE CONTENIDO

	Pág.
Resumen	07
Abstract.....	08
Introducción	09
Materiales y métodos.....	18
Resultados	20
Discusión.....	32
Conclusiones.....	36
Referencias	38
Anexos.....	41

**HALLAZGOS DERMATOSCÓPICOS DE ENFERMEDADES INFLAMATORIAS
EN LOS PACIENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE DERMATOLOGÍA DE
LA CIUDAD HOSPITALARIA “DR. ENRIQUE TEJERA”, VALENCIA,
VENEZUELA 2021**

AUTOR: Dulce María Cánchica Marchán

RESUMEN

Las enfermedades inflamatorias de piel, abarcan una amplia gama de condiciones, con variaciones clínicas que pueden ser sutiles, lo cual dificulta su diagnóstico, su estudio dermatoscópico, probablemente será el tema más prometedor en términos de desarrollo de utilidad, y considerando los diferentes desafíos en su diagnóstico diferencial.

Objetivo: Describir los hallazgos dermatoscópicos de enfermedades inflamatorias en los pacientes que acuden al servicio de dermatología de la ciudad hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”, Valencia, Venezuela 2021. **Materiales y métodos:** Se realizó un estudio observacional, descriptivo, de corte transversal, con diseño de campo, no experimental, la muestra estuvo conformada por 30 pacientes con diagnóstico de dermatosis inflamatorias, evaluados por el servicio de dermatología, de la ciudad hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”, haciendo uso de dermatoscopio de luz polarizada

Resultados: Se evaluaron cinco parámetros dermatoscópicos de enfermedades inflamatorias; vasos, escamas, hallazgos foliculares, pistas específicas y otras estructuras, tomando en cuenta doce dermatosis pertenecientes a este grupo, Seguidamente se muestran los hallazgos dermatoscópicos en la serie de estudio, con la elaboración de la representación gráfica correspondiente **Conclusiones:** En este trabajo de investigación pudimos precisar los hallazgos dermatoscópicos más comunes y específicos de las enfermedades inflamatorias de piel, coincidiendo en su mayoría con los descritos en la literatura internacional.

Palabras Clave: Dermatosis inflamatoria, dermatoscopia, parámetros dermatoscópicos, representación gráfica

**HALLAZGOS DERMATOSCÓPICOS DE ENFERMEDADES INFLAMATORIAS
EN LOS PACIENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE DERMATOLOGÍA DE
LA CIUDAD HOSPITALARIA “DR. ENRIQUE TEJERA”, VALENCIA,
VENEZUELA 2021**

AUTHOR: Dulce Maria Cánchica Marchán

ABSTRACT

Inflammatory skin diseases cover a wide range of conditions, with clinical variations that can be subtle, which makes their diagnosis difficult, their dermatoscopic study will probably be the most promising topic in terms of utility development, and considering the different challenges in its differential diagnosis. **Objective:** To describe the dermatoscopic findings of inflammatory diseases in patients who attend the dermatology service of the hospital city "Dr. Enrique Tejera", Valencia, Venezuela 2021. **Materials and methods:** An observational, descriptive, cross-sectional study was carried out, with a non-experimental field design, the sample consisted of 30 patients diagnosed with inflammatory dermatoses, evaluated by the service of dermatology of the hospital city “Dr. Enrique Tejera”, using a polarized light dermatoscope **Results:** Five dermatoscopic parameters of inflammatory diseases were evaluated; vessels, scales, follicular findings, specific tracks and other structures, taking into account twelve dermatoses belonging to this group. Next, the dermatoscopic findings in the study series are shown, with the elaboration of the corresponding graphic representation. **Conclusions:** In this research work We were able to specify the most common and specific dermatoscopic findings of inflammatory skin diseases, mostly coinciding with those described in the international literature.

Keywords: Inflammatory dermatosis, dermatoscopy, dermatoscopic parameters, graphic represent

INTRODUCCIÓN

La dermatoscopia es una técnica diagnóstica in vivo, no invasiva, desarrollada para estudiar las lesiones cutáneas (1). Es considerada un puente fascinante entre el examen clínico y el histológico, convirtiéndose en una herramienta clave para la evaluación de los tumores de piel. Debido a su capacidad para revelar hallazgos no visibles al examen clínico, está ganando reconocimiento en distintas áreas de la dermatología, especialmente en la dermatología de enfermedades inflamatorias (inflamoscopia) (2). El estudio dermatoscópico de las enfermedades inflamatorias de piel, probablemente será el tema más prometedor en términos de desarrollo de utilidad, y considerando los diferentes desafíos en su diagnóstico diferencial (3).

Las enfermedades inflamatorias de piel, abarcan una amplia gama de condiciones, con variaciones clínicas que pueden ser sutiles, lo cual dificulta su diagnóstico (2). Tienen en común la etiología multifactorial, donde la desregulación inmunitaria juega un papel importante. Alteraciones en las respuestas inmunes innatas y adaptativas son responsables del desarrollo y mantenimiento de la inflamación; las diferentes células presentadoras de antígenos (dendríticas plasmocitoides, queratinocitos, células natural killers y macrófagos) producen citoquinas proinflamatorias como interleucina 1, 4, 12, 13, 23, factor de necrosis tumoral alfa, y provocan activación celular tipo TH1, TH2, TH17, TH22; a su vez, hay liberación de mediadores inflamatorios, la cual provoca perpetuación de la inflamación (4-6). Las células dendríticas juegan un papel inicial importante en las enfermedades inflamatorias de piel, debido al reconocimiento de péptidos antimicrobianos secretados por los queratinocitos (5,6).

En cuanto a la predisposición genética de las enfermedades inflamatorias de piel, se describen alteraciones en proteínas estructurales importantes en el estrato corneo, tal como la filagrina; polimorfismos en vías de señalización de T-helper y alteraciones específicas en antígenos de histocompatibilidad humano (HLA-B27, HLA-C). La variante inmune de piel de pacientes con enfermedades inflamatorias sufre cambios en el microbioma, disminuyendo la diversidad bacteriana, asociado a un aumento de estafilococos, que puede

inducir la expansión de linfocitos T, con la consiguiente elevación de citoquinas proinflamatorias (5-7).

En la literatura mundial, no existen datos que engloben la prevalencia de las enfermedades inflamatorias de piel en la población general, pero se encuentran hallazgos específicos de aquellas que pertenecen a este grupo de dermatosis, tales como: dermatitis atópica, psoriasis, liquen plano y sus variantes, lupus cutáneo, entre otras. Según la Organización Mundial de la Salud la dermatitis atópica afecta al menos a 230 millones de personas en todo el mundo, es una de las enfermedades inflamatorias crónicas más comunes y la más común de este grupo en países desarrollados (7). En países como España, la prevalencia de psoriasis es 2,3% y 3% para dermatitis atópica (8). En Latinoamérica la psoriasis se sitúa entre 1 y 3% (9).

En cuanto a valores epidemiológicos, las cifras de prevalencia de psoriasis en Venezuela estimadas son de 2,5% (10). En Carabobo ,en el Servicio de Dermatología de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” (CHET), durante el año 2021, se atendieron un total de 2283 pacientes, de los cuales las dermatosis inflamatorias crónicas fueron la causa más frecuente de consulta, situándose la psoriasis (en placas, guttata, inversa y pustulosa), en primer lugar con un total de 205 pacientes, seguidos por dermatitis atópica, liquen en sus distintas variantes (liquen plano, nítido, pigmentado inverso, blaschkitis), pitiriasis rosada de Gibert, lupus discoide crónico y otras menos frecuentes como parapsoriasis, pitiriasis liquenoide y varioliforme aguda y síndrome Sweet (11).

Clínicamente las enfermedades inflamatorias de piel están asociadas a síntomas, entre los cuales el dolor y el prurito son para el paciente verdaderas urgencias médicas, por lo cual es necesaria la terapéutica precoz de la enfermedad, para un rápido alivio de los síntomas y prevención de complicaciones asociadas, en la que destacan los procesos infecciosos. La dermatoscopia como herramienta si bien no es una técnica que sustituye el estudio anatomopatológico, brinda aproximaciones diagnósticas, que encaminan la elección terapéutica en espera de resultados paraclínicos (12).

Durante más de una década, las primeras publicaciones sobre el uso de la dermatoscopia en las dermatosis inflamatorias, se basaron en algunos informes y estudios de series de casos. Sin embargo, en los últimos años se han publicado estudios con datos bien documentados y un gran número de pacientes (13). Es necesario resaltar que en la literatura internacional se han desarrollado varios trabajos, destacando en el año 2020 en Alemania, un estudio titulado inflamoscopia, donde se realizaron representaciones gráficas de las estructuras dermatoscópicas características como: tipo y disposición de vasos sanguíneos, colores, distribución de las escamas, estructuras foliculares, morfología, concluyendo que esta técnica se puede utilizar como método diagnóstico no invasivo, específicamente para dermatosis infecciosas e inflamatorias (14).

Paralelamente, en el año 2020, la asociación británica de dermatólogos, realizó un consenso de expertos de la sociedad internacional de dermatoscopia, que proporciona por primera vez un conjunto de parámetros dermatoscópicos básicos estandarizados a seguir en la evaluación de dermatosis inflamatorias, infiltrativas e infecciosas (15). Por otro lado, un estudio realizado en Italia, en el año 2018, titulado dermatosis en enfermedades inflamatorias (inflamoscopia), proporciona una descripción actualizada sobre el uso de la dermatoscopia en dermatosis inflamatorias comunes en base a la literatura disponible (2).

Asimismo, en el año 2018, se publicó un estudio titulado dermatoscopia en trastornos inflamatorios comunes, el cual tuvo como objetivo proporcionar una descripción actualizada de los datos existentes sobre los hallazgos dermatoscópicos en las enfermedades inflamatorias de la piel comunes (13). Por su parte, en el Servicio de Dermatología de la CHET en año 2018, se elaboró un atlas de dermatoscopia digital de lesiones no melanocíticas y melanoma, concluyendo que la dermatoscopia representa una técnica necesaria no solo para la evaluación y diagnóstico de lesiones pigmentadas benignas o malignas, si no también, para un amplio grupo de enfermedades inflamatorias e infecciosas, permitiendo observar los vasos sanguíneos, ayudando a realizar el seguimiento clínico de las lesiones y facilitando la toma de muestra para el procesamiento histopatológico, en el lugar más adecuado, mejorando el manejo de pacientes con lesiones melanocíticas o no, evitando las excéresis innecesarias de lesiones benignas (16).

Hay que resaltar que la dermatoscopia, permite visualizar estructuras epidérmicas y dérmicas, que de otra forma serían invisibles a simple vista, y ha permitido incrementar la certeza diagnóstica entre 5-30% con respecto al examen clínico visual (17). Cuando la luz atraviesa el estrato córneo, experimenta los fenómenos físicos de reflexión, refracción, dispersión y absorción, los cuales limitan la óptima visualización de las lesiones; para evitar estos fenómenos se han desarrollado diferentes dispositivos que consisten en exploración mediante dermatoscopia con medio de inmersión o con luz polarizada (1). En cuanto a la selección del equipo dermatoscópico óptimo, se debe tener en cuenta que las estructuras vasculares y las escamas son las principales características dermatoscópicas de las enfermedades inflamatorias y la dermatoscopia de luz polarizada permite mejor visualización de estas estructuras (2).

En los últimos años, la dermatoscopia ha demostrado ser una herramienta útil para ayudar tanto al diagnóstico como al seguimiento terapéutico de varias dermatosis inflamatorias (18). De allí que, se ha establecido un conjunto de cinco (5) parámetros dermatoscópicos, planteado en un documento del Consenso Internacional de la Sociedad de Dermatoscopia como guía básica, para su uso en dermatología general, que incluye: 1. Vasos (incluyendo morfología y distribución), 2. Escamas (incluido el color y la distribución), 3. Hallazgos foliculares, 4. Otras estructuras (vasos / escamas; incluyendo color y morfología), 5. Pistas específicas (características que, cuando están presentes, son fuertemente sugestivo de un solo diagnóstico debido a una estricta correlación patológica) (19).

En este consenso internacional, una de las dermatosis inflamatorias que más se beneficia del análisis dermatoscópico, es la psoriasis (2). Clínicamente se caracteriza por placas eritematosas, con escamas blancas en la superficie (13). Sus hallazgos dermatoscópicos suelen mostrar un patrón repetitivo, de vasos punteados distribuidos uniformemente en tamaño, forma y distancia entre ellos, sobre fondo rojo claro u opaco con escalas de blanco difuso, esta asociación muestra buena precisión diagnóstica para la psoriasis, con una sensibilidad del 84,9% y una especificidad del 88,0% (2). Mientras tanto, en la psoriasis inversa, las lesiones carecen de descamación, pero el patrón vascular típico de puntos rojos

distribuidos regularmente es evidente en el examen dermatoscópico, esta escasa o nula descamación, también es típica de la psoriasis guttata (14).

En ese mismo contexto, la psoriasis pustulosa muestra clásicamente glóbulos amarillos (que representan pústulas superficiales no foliculares), que pueden ser visibles incluso en las etapas iniciales, cuando las pústulas apenas son evidentes al examen clínico y regularmente presenta vasos punteados, distribuidos sobre un fondo rosado-rojizo, escamas blancas o amarillas inespecíficas o costras (19).

Por su parte la dermatitis atópica, es una enfermedad inflamatoria crónica común, con una incidencia creciente durante las últimas décadas, cuyas manifestaciones clínicas están dadas por brotes agudos de lesiones pruriginosas, eccematosas, supurativas o exudativas, sobre piel seca y lesiones crónicas con presencia de placas hiperpigmentadas, fisuras y áreas de liquenificación. Sus características dermatoscópicas son escamas amarillas y parcheadas, vasos punteados, vasos dérmicos, ectasia, hiperqueratosis y espacios interqueratinocitos prominentes (7).

Seguidamente el liquen plano es una dermatosis inflamatoria crónica, que afecta piel, pelo, uñas y membranas mucosas, cuyas lesiones se caracterizan por pápulas aplanadas, poligonales, purpúricas, pruriginosas (20). A la dermatoscopia se observan las llamadas "estrías de Wickham", típicamente blancas, pero pueden también aparecer de color amarillo o azul, respectivamente, en áreas palmoplantar y en pacientes con fototipo cutáneos V y VI (2). Anteriormente conocidas como un signo clínico de liquen plano de la mucosa, se consideran el sello dermatoscópico de la enfermedad (13). Adicionalmente los hallazgos dermatoscópicos incluyen: vasos punteados, globulares y / o lineales, principalmente detectables en la periferia de la lesión y que muestran con menos frecuencia una disposición perifolicular o difusa; puntos blancos / amarillos; y estructuras pigmentadas, puntos, glóbulos y / o áreas reticulares o similares a nubes.

No obstante algunas variantes clínicas del liquen plano pueden revelar características peculiares; los ejemplos relevantes incluyen el liquen plano anular, en el que las estrías de

Wickham aparecen como una estructura blanca anular periférica con capilares o hallazgos pigmentarios (2).

En cambio, el examen dermatoscópico del liquen nítido típicamente revela áreas blancas redondeadas, bien definidas, desprovistas de marcas fisiológicas en la piel (2). Por otro lado, el liquen plano pigmentado inverso, es una variante rara del liquen plano, que surge en áreas intertriginosas (21). Las estrías de Wickham deberían ser un hallazgo dermatoscópico infrecuente en esta variante de liquen, lo más característico son puntos-glóbulos azul grisáceos y/o marrón gris y líneas rojas (22). Mientras tanto, en la blaschkitis, descrita en la literatura como el liquen estriado del adulto, son características las estrías de Wickham, junto con puntos y glóbulos marrón-grisáceos siguiendo el trayecto de las estrías o agrupados en los centros deprimidos de las mismas en forma de ashy holes (asteriscos) (13).

Otra dermatosis inflamatoria relativamente frecuente es la pitiriasis rosada de Gibert, su inicio es repentino, con una lesión solitaria denominada medallón heráldico, que se caracteriza por placa eritematosa, ovalada, con presencia de escamas grisáceas o blanquecinas en la periferia interna de la lesión, con disposición en forma de collarite, que a los pocos días avanza en extensión (23). Sus características más resaltantes a la dermatoscopia son las escamas blancas periféricas, sobre un fondo de color rojo pálido y/o amarillento claro (13). También se pueden ver vasos punteados dentro de una lesión, que se distribuyen en un patrón irregular o focal (2).

Por su parte, la rosácea es una dermatosis inflamatoria crónica, que se caracteriza clínicamente por eritema permanente, telangectasias pronunciadas, papulopustulas y edema facial, según el subtipo de la enfermedad (2). El patrón dermatoscópico de la rosácea se considera altamente específico, porque no se han reportado hallazgos similares en ninguna otra enfermedad inflamatoria (13). En todos los subtipos de rosácea se pueden observar vasos lineales dispuestos de forma característica en redes poligonales (polígonos vasculares), también, pero poco específicos, tapones foliculares, escamas blanco-amarillentas, estructuras pigmentadas y folículos dilatados, el subtipo granulomatoso es el

menos frecuente, y a la dermatoscopia se evidencian adicionalmente áreas naranja sin estructura (2).

Asimismo, el lupus eritematoso discoide es una de las formas clínicas del lupus eritematoso cutáneo crónico, que se manifiesta clínicamente con pápulas y placas eritematosas, redondeadas, bien definidas, con escamas blancas, gruesas, adheridas a la superficie. A la dermatoscopia las lesiones tempranas se caracterizan por escamas blancas y hallazgos foliculares como puntos rojos rodeados de halos blanquecinos (patrón de fresa inversa), o tapones queratósicos blanco amarillentos, visibles a la luz polarizada como rosetas blancas, sobre un área eritematosa (patrón de fresa), los vasos son de morfología variable; punteados, lineales, irregulares o ramificados), especialmente en la periferia de las lesiones (2, 13 ,24). A medida que avanzan, los signos de fibrosis y cicatrización se vuelven prominentes, representados por vasos telangiectásicos y arborizantes, áreas blancas sin estructura e hiperpigmentación (13,24).

También conviene examinar, la parapsoriasis; una dermatosis inflamatoria crónica que se presenta como placas eritematosas o amarillentas con escamas en la superficie, de pequeño o gran tamaño. La parapsoriasis de pequeñas placas se caracteriza por hallazgos dermatoscópicos de áreas color naranja, sin estructura (fondo naranja), juntos con escamas blancas localizadas en los surcos de la piel, en la parapsoriasis de grandes placas se observan además vasos dispuestos inespecíficamente, lineales, punteados o curvos (25).

Cabe considerar por otra parte, una dermatosis inflamatoria poco frecuente, denominada pitiriasis liquenoide y varioliforme aguda, su curso clínico es variable; se presenta como pápulas eritematosas, algunas con escamas finas de aspecto micáceo en su superficie, otras con centro necrótico intensamente pruriginoso (26). A la dermatoscopia se evidencian áreas blanquecinas, sin estructura en un patrón desordenado, presencia de tapón de costra central, áreas focales grisáceas azuladas y vasos puntiformes alrededor del folículo piloso, estas estructuras vasculares aparecen como vasos dilatados y contorneados a mayor aumento, y algunos de ellos muestran un patrón glomerular o aspecto de línea (1,13,26).

Finalmente, es necesario resaltar el síndrome de Sweet, que es una dermatosis neutrofílica, clínicamente caracterizada por pápulas, placas y/o nódulos eritematosos o violáceos, cuyos hallazgos dermatoscópicos son inespecíficos, las lesiones activas suelen tener un color rosado, fondo con zonas pálidas focales o difusas, falta habitual de vasos visibles; también puede haber áreas de color púrpura azulado (19).

El diagnóstico de las enfermedades inflamatorias de piel, basado exclusivamente en las manifestaciones clínicas no es sencillo, por este motivo en años recientes la dermatoscopia ha tomado particular impulso en esta área, donde se han descrito diversas estructuras y patrones que ayudan al diagnóstico, evaluación de la progresión y respuesta al tratamiento (17). Los patrones dermatoscópicos constituyen la clave diagnóstica para discernir entre las diferentes enfermedades inflamatorias de piel, dado sus similitudes; es así como un patrón dermatoscópico repetitivo, de vasos punteados distribuidos uniformemente en tamaño, forma y distancia entre ellos, sobre fondo rojo claro u opaco nos orienta hacia el diagnóstico de psoriasis, la presencia de escamas amarillas y parcheadas, con vasos punteados, nos habla a favor de dermatitis atópica, o la presencia de estrías de Wickham son características de la dermatoscopia para el diagnóstico de liquen plano. (2, 13, 14,19).

De allí la importancia de este estudio con imágenes que permitan el reconocimiento clínico de las lesiones estudiadas, y el conocimiento dermatoscópico, ya que las enfermedades inflamatorias de piel además de causar dolor sustancial, desfiguración, morbilidad psicológica e impacto financiero, también su caracterización representa en ocasiones, la manifestación inicial de enfermedades sistémicas (2,12-13).

Objetivo general:

- Describir los hallazgos dermatoscópicos de enfermedades inflamatorias en los pacientes que acuden al servicio de dermatología de la ciudad hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”, Valencia, Venezuela 2021

Objetivos específicos:

- Seleccionar a los pacientes con dermatosis inflamatorias.
- Identificar los hallazgos dermatoscópicos en la serie de estudio.
- Realizar representación gráfica de los hallazgos dermatoscópicos de la serie de estudio

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, de corte transversal, con diseño de campo, no experimental, que involucró una población de 2183 pacientes, de los cuales la muestra estuvo conformada por 30 pacientes sin discriminación de edad y sexo con diagnóstico de dermatosis inflamatorias, evaluados por el servicio de dermatología, de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”, Valencia, Venezuela 2021, a quienes se les realizó dermatoscopia en el período comprendido entre enero y diciembre 2021.

En ese mismo contexto, la técnica utilizada para seleccionar la muestra, fue el muestreo no probabilístico de tipo discrecional, seleccionando los pacientes con diagnóstico de dermatosis inflamatorias para el estudio. Dentro de los criterios de inclusión: Pacientes con diagnóstico histopatológico de dermatosis inflamatorias, quienes autorizaron formar parte de la investigación a través del consentimiento informado.

En tal sentido, se elaboró un instrumento de recolección de datos acorde a los objetivos planteados de la investigación, con un formato para tabulación de datos.

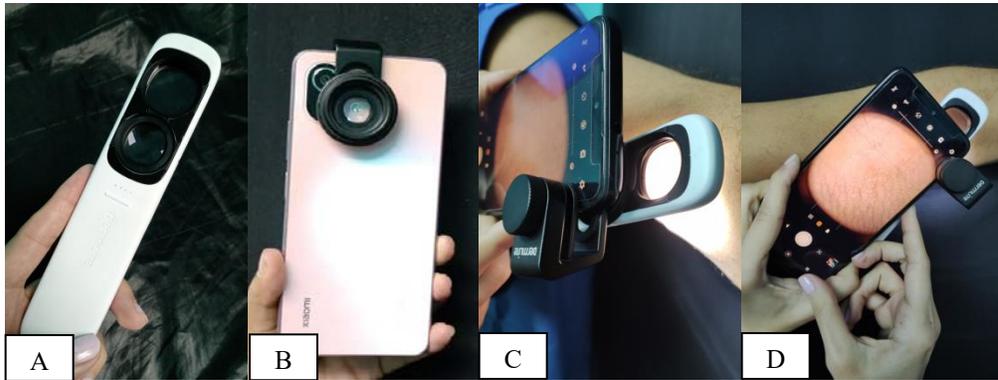
Técnica de recolección de datos:

Realización de historia clínica del paciente: evaluación de lesiones cutáneas, presencia de eritema, dolor, calor.

Técnica de recolección de información:

Se realizó evaluación clínica dermatológica al paciente, al estar ante la sospecha de enfermedad inflamatoria cutánea, se describieron los hallazgos clínicos en la hoja de tabulación de datos, se obtuvo el consentimiento informado escrito de cada uno. Se realizó iconografía al paciente, usando un teléfono celular inteligente Xiaomi Redmi note 11 lite, a través del programa photoRoom Studio, para no modificar la calidad de las imágenes, posteriormente toma de muestra de biopsia de piel para estudio histopatológico, se realizó dermatoscopia, utilizando un dermatoscopio de luz polarizada, modelo DermLite GL, 3 GEN, se incluyó el uso de un adaptador al dermatoscopio, marca DermLite GL 3 GEN. Se

aproximó el dermatoscopio a la piel, respetando una distancia entre 1-2 cm aproximadamente, las imágenes obtenidas se almacenaron en un computador modelo siragon, en una carpeta personal y los datos fueron vaciados en una base de datos Excel para ser procesados y analizados posteriormente.



Dermatoscopia. Figura 1. A. Dermoscopio DermLite GL, 3 GEN. B. celular Xiaomi Redmi note 11 lite. C. Adaptador Marca Dermlite GL, 3 GEN. D. Toma de fotografía dermatoscópica

Técnica de análisis estadístico de los datos:

Finalmente, los resultados obtenidos, se representaron en, tablas y gráficos, el procesamiento se realizó en el ambiente Office versión 2010, en idioma español, y el paquete estadístico Excel 2010. Se realizó estadística descriptiva (frecuencia absoluta y frecuencia relativa).

RESULTADOS

Se evaluaron un total de 30 pacientes con dermatosis inflamatorias, para la identificación de hallazgos dermatoscópicos, con edades comprendidas entre 6-62 años, con un promedio de edad de 38.2 años. En cuanto al sexo, predominó el femenino con 63.33% de los casos, mientras que el masculino representó 36.66% de los casos. (Ver tabla 1).

Edad	f	FR (%)	
8-19	6	20	
20-31	3	10	
32-43	4	13.3	
44-55	10	33.3	
56-62	7	23.3	
Total	30	100	
Sexo	Femenino	19	63.33
	Masculino	11	36.66
Total	30	100	

Tabla 1. Características demográficas de la muestra

Se evaluaron cinco parámetros dermatoscópicos de enfermedades inflamatorias; vasos (morfología y distribución), escamas (color y distribución), hallazgos foliculares, pistas específicas y otras estructuras, tomando en cuenta doce dermatosis pertenecientes a este grupo (tabla 2).

Parámetros Patología	Vasos		Escamas		Hallazgos foliculares	Pistas específicas	Otras estructuras
	Morfología	Distribución	Color	Distribución			
Psoriasis	Puntiformes	Regular	Blancas	Regular			Fondo rojo claro
Dermatitis atópica	Puntiformes	Irregular	amarillas	Irregular			Fondo rojo claro
Liquen plano	Punteados y lineales	Irregular	Blancas			Estrías de Wickam	
Liquen nítido						Áreas blancas redondeadas	
Liquen pigmentado inverso	Lineal	Irregular	Blancas	Irregular		Fondo purpura	Puntos/ glóbulos azul grisáceo
Blaschkitis			Blancas			Estrías de Wickham	Puntos/ glóbulos azul grisáceo
Pitiriasis rosada de Gibert	Puntiformes	Irregular	Blancas	Periferia interna		Collarete de escamas	
Lupus discoide crónico	Puntiformes	Irregular				Puntos rojos rodeados de halo blanquecino	
Rosácea granulomatosa	Lineales/poligonales	Irregular	Blanco/amarillentas			Colas de demódex	
Parapsoriasis	Curvos/lineales	Irregular	Blancas			Fondo rosado claro	
Pitiriasis liquenoide	Puntiformes	Perifoliculares			Vasos Perifoliculares	Áreas grisáceas azuladas	Áreas blancas sin estructura
Síndrome Sweet						Ilusión de vesiculación	Fondo rojo claro

Tabla 2. Hallazgos dermatoscópicos en la muestra

Seguidamente se muestran los hallazgos dermatoscópicos en la serie de estudio, con la elaboración de la representación gráfica correspondiente:

Figura 2

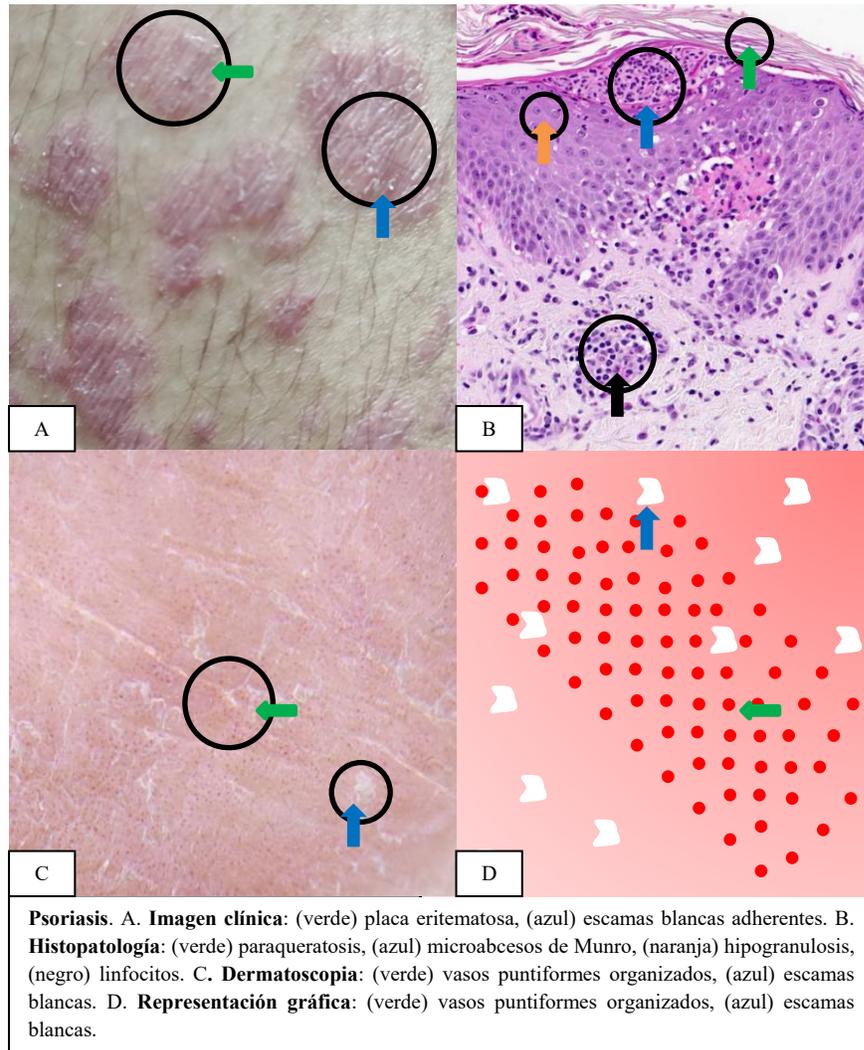


Figura 3

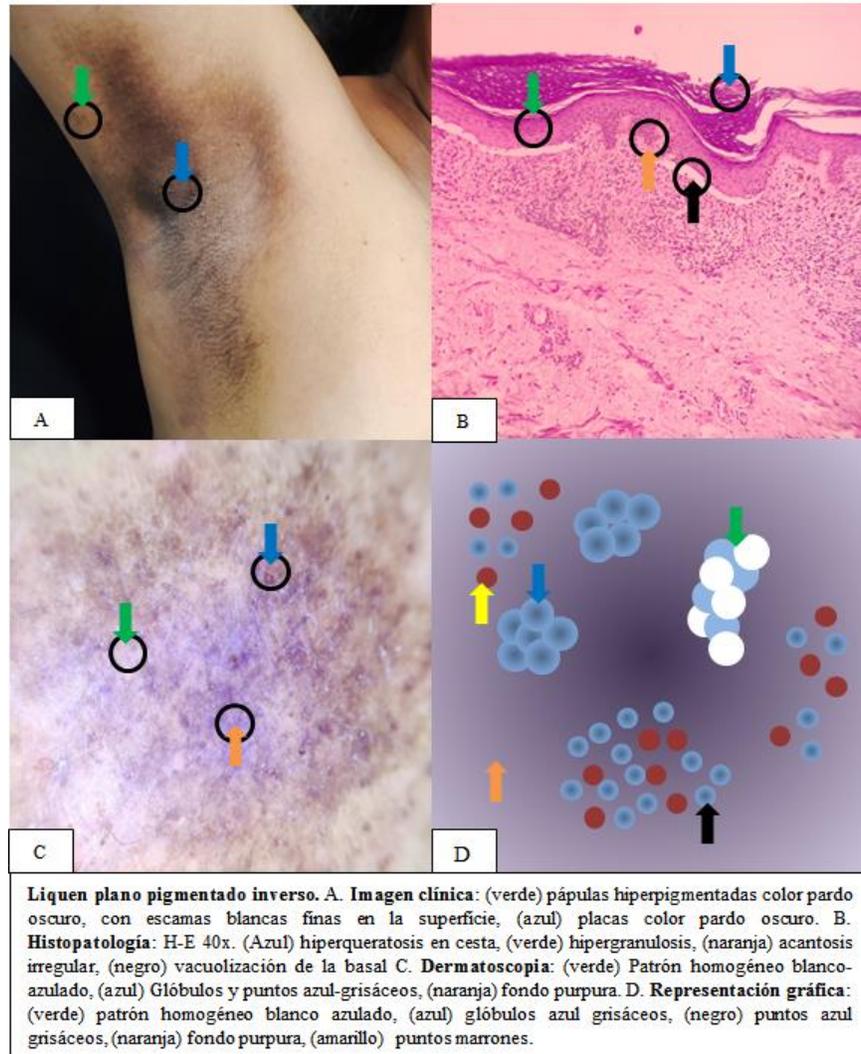


Figura 4

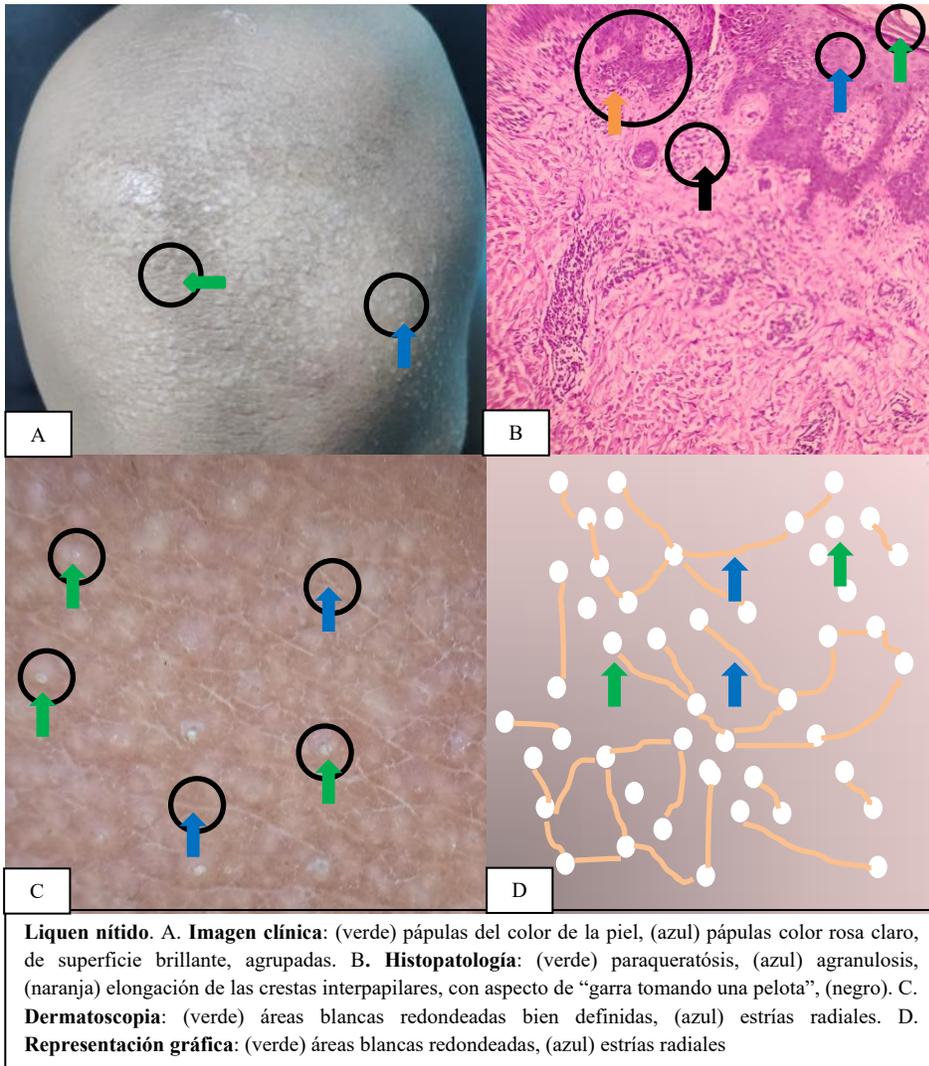
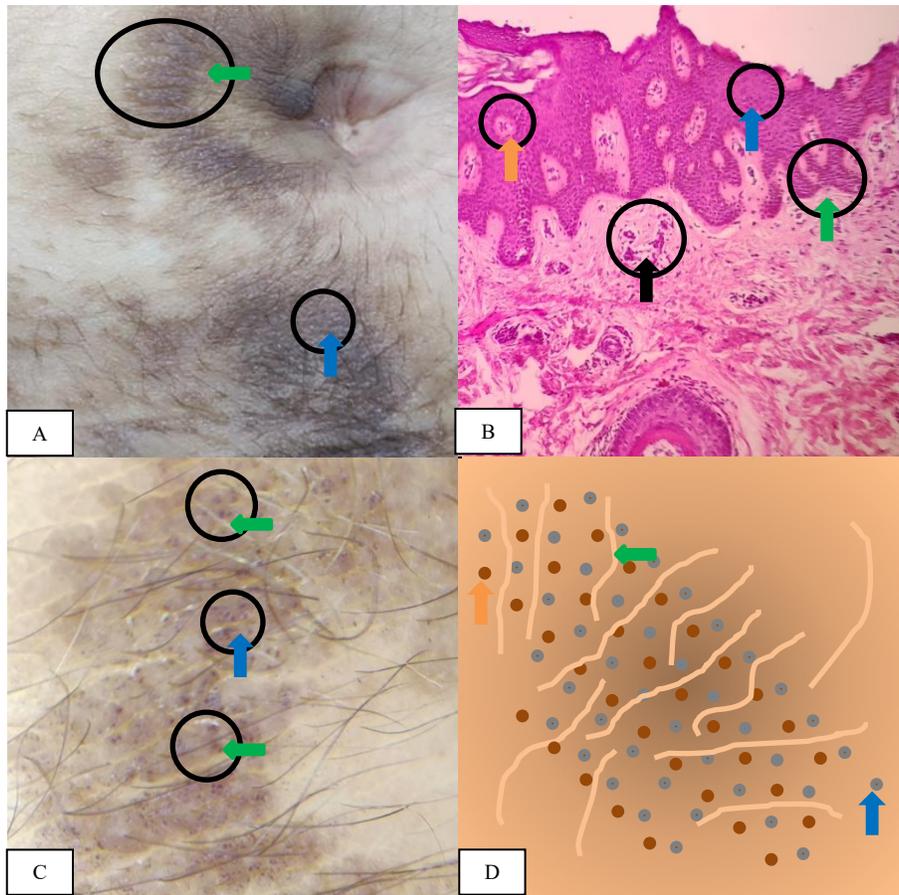
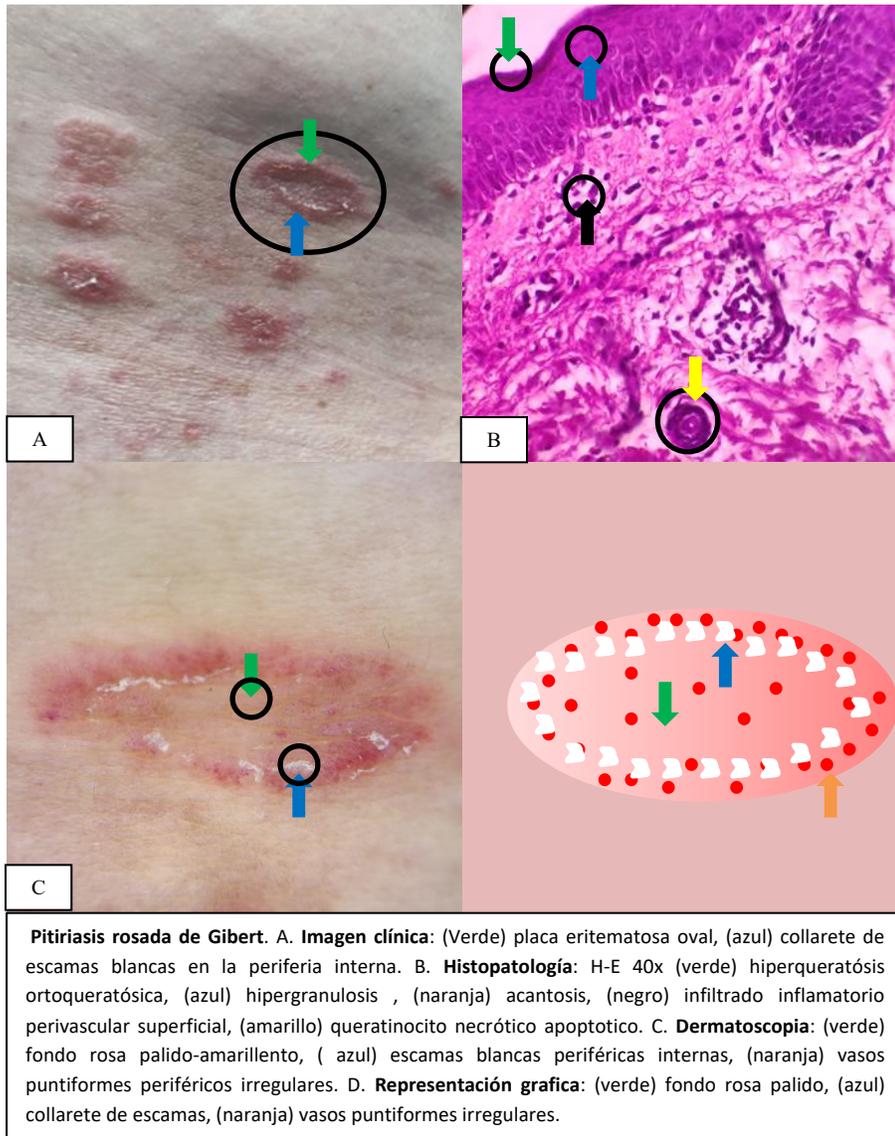


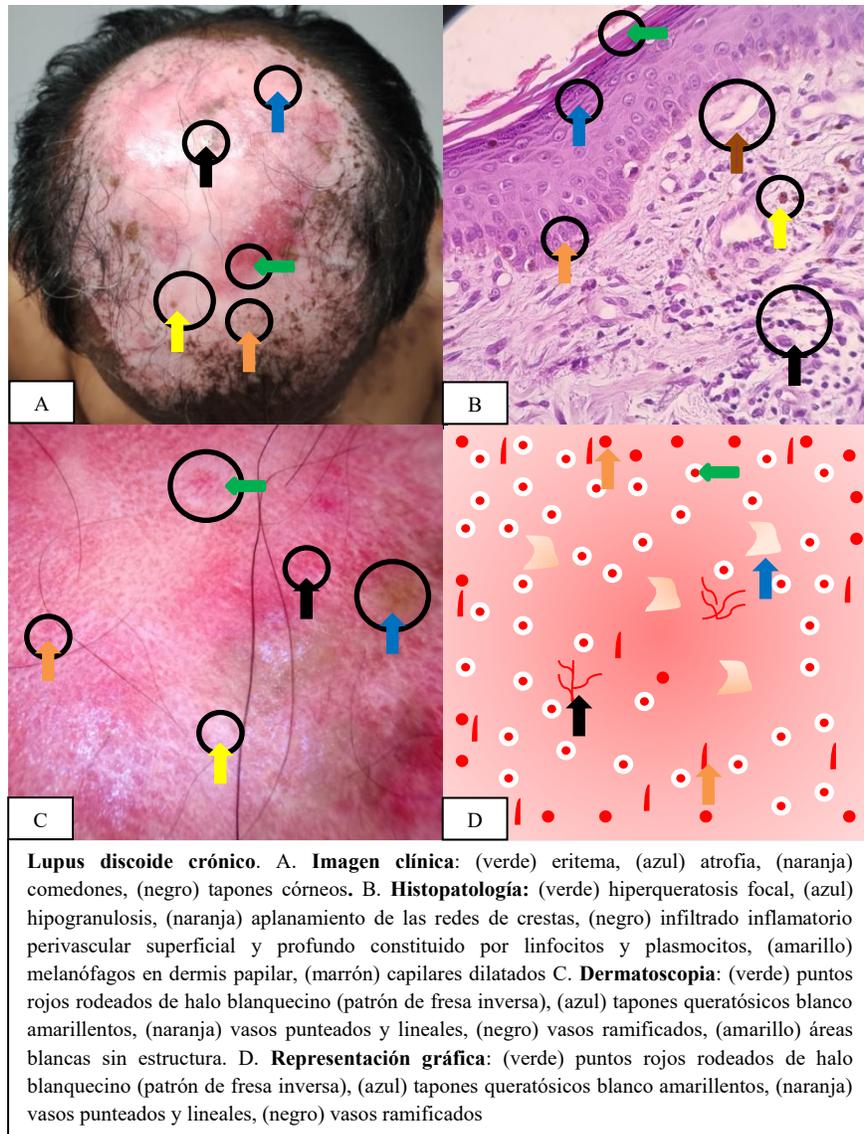
Figura 5



Blaschkitis. A. **Imagen clínica:** (verde) dermatosis lineal que sigue las líneas de Blaschko, (azul) pápulas purpúricas. B. **Histopatología:** (azul) hipergranulosis, (verde) dientes de sierra, (naranja) espongirosis, (negro) infiltrado inflamatorio de linfocitos y eosinófilos. C. **Dermoscopia:** (verde) estrías de Wickham, (azul) puntos grises y marrones. D. **Representación gráfica:** (verde) estrías de Wickham, (azul) puntos grises, (naranja) puntos marrones.

Figura 6





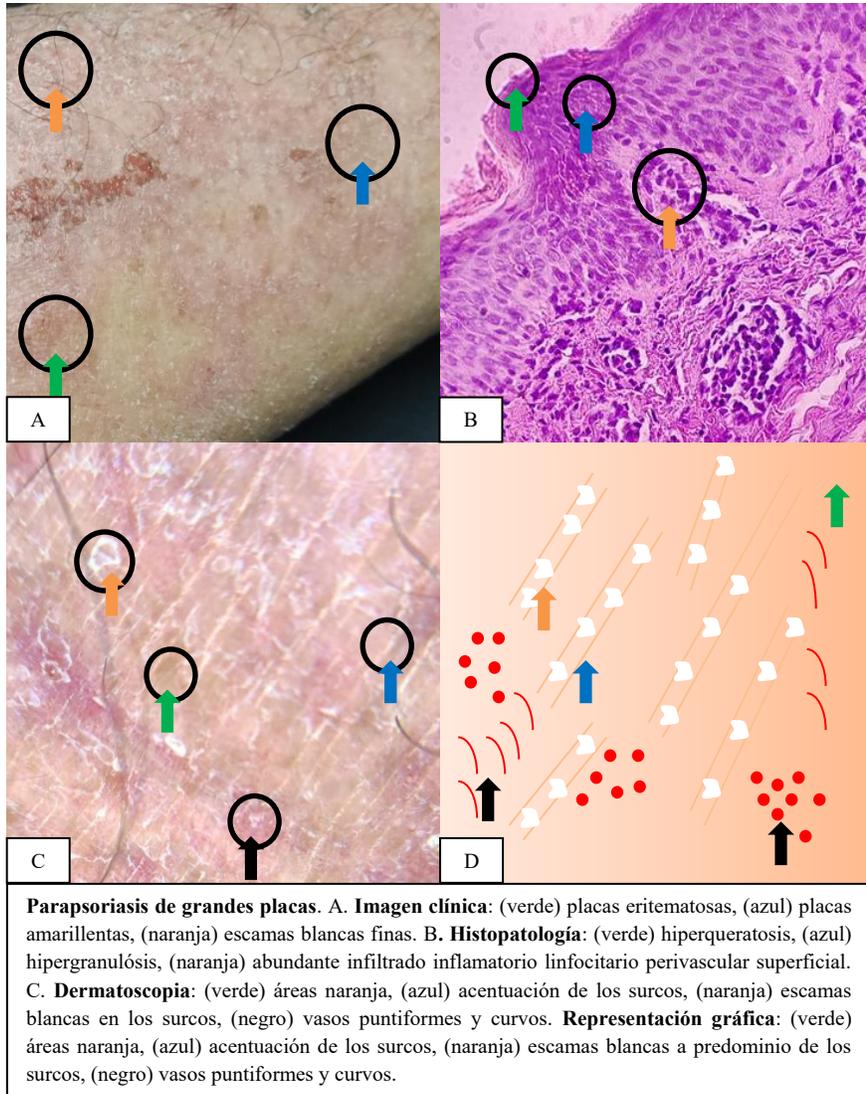


Figura 8

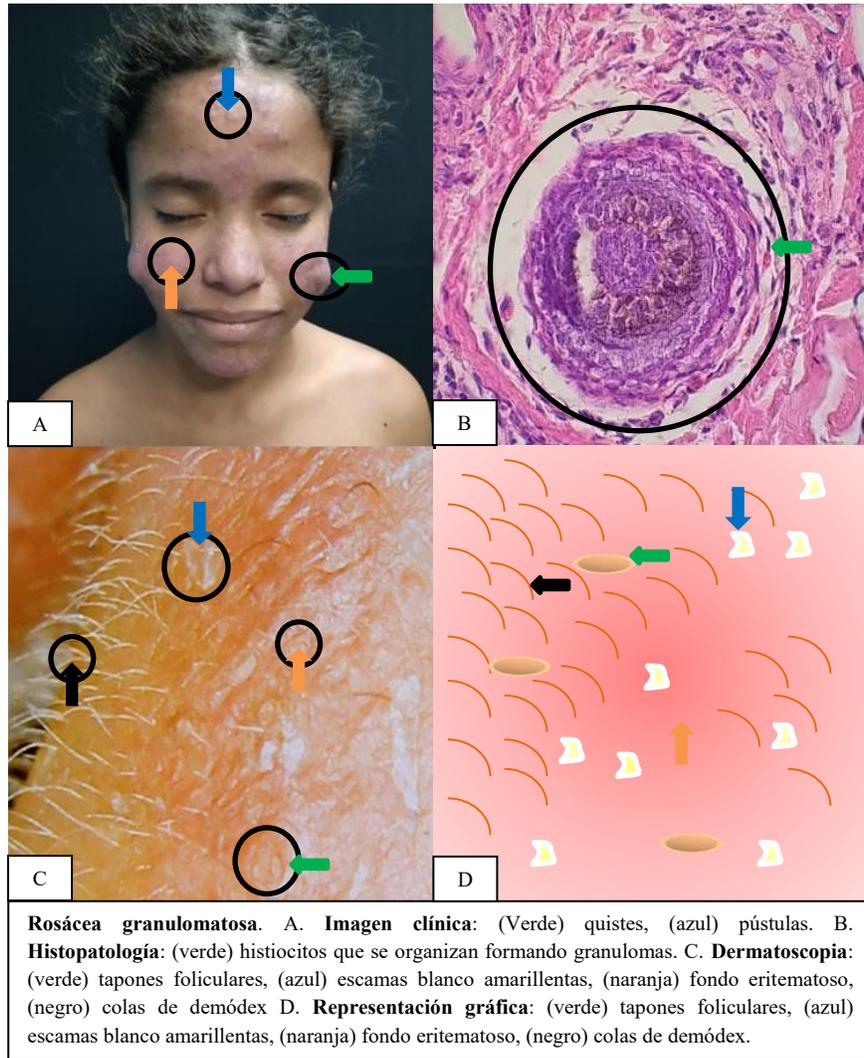
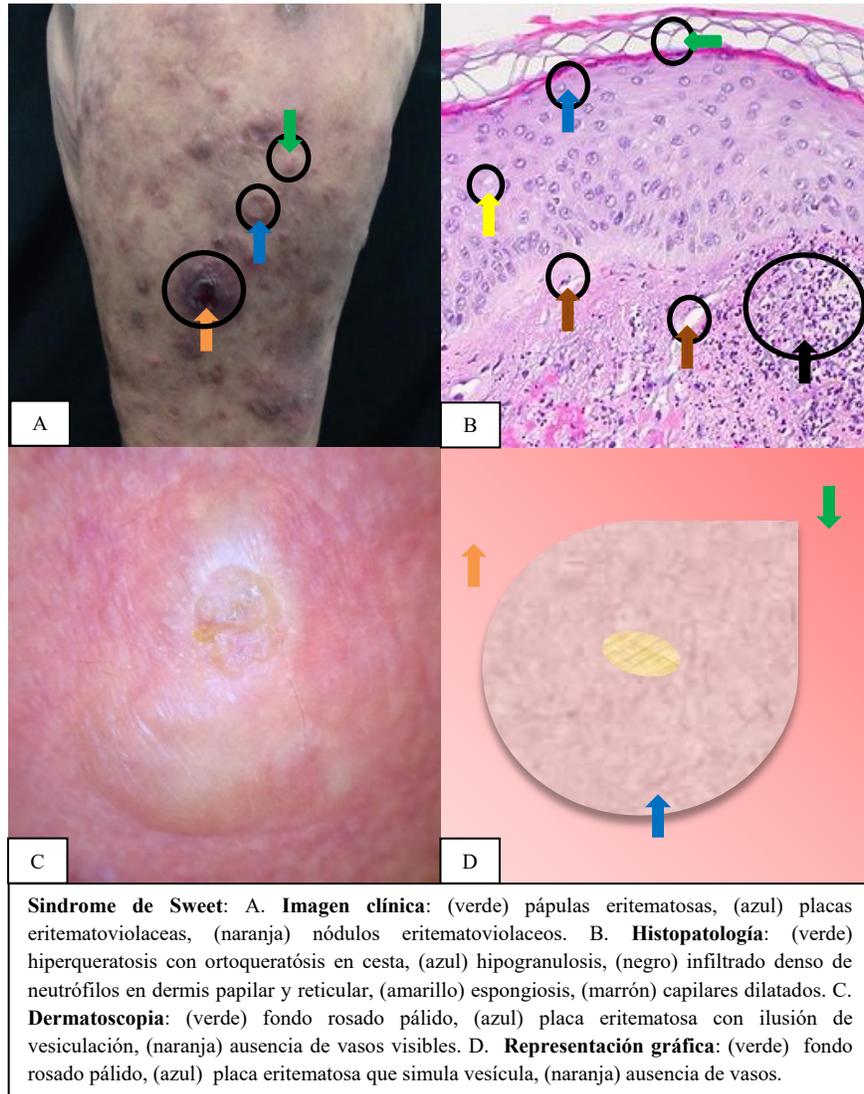


Figura 9



En la muestra de estudio, las características dermatoscópicas predominantes en la **psoriasis** en placas fueron las escamas blancas y los vasos puntiformes de distribución regular, sobre un fondo eritematoso.

Mientras en la **dermatitis atópica** los hallazgos están representados por escamas amarillas, áreas de liquenificación y fisuras.

En el **liquen plano** las estrías de Wickham aparecen como el signo dermatoscópico de la enfermedad, asociado a vasos puntiformes y lineales de predominio periférico; en la variante **pigmentada inversa** se evidenciaron puntos y glóbulos azul grisáceos, puntos marrones sobre un fondo purpura.

Por otra parte en el **liquen nítido** se evidenciaron áreas blancas redondeadas, con estrías radiales y en la **blaschkitis** también se evidenciaron las estrías de Wickham, asociadas a puntos y glóbulos azul grisáceos.

En la **pitiriasis rosada de Gibert** a la dermatoscopia se evidenciaron escamas blancas en la periferia interna de la lesión, con vasos punteados irregulares.

Seguidamente en el **lupus eritematoso discoide crónico**, se observaron puntos rojos con halo blanquecino, tapones queratósicos blanco amarillentos y vasos de morfología variable (punteados, lineales y ramificados).

La **parapsoriasis** mostró áreas naranjas con escamas blancas, de predominio en los surcos que se encuentran acentuados.

La **pitiriasis liquenoide y varioliforme aguda** demostró a la dermatoscopia; áreas blancas sin estructura, áreas grisáceas azuladas, vasos puntiformes alrededor del folículo.

A la dermatoscopia de la **rosácea granulomatosa** se observaron tapones foliculares, escamas blanco amarillentas, fondo eritematoso y colas de demódex.

Finalmente en el **síndrome de Sweet** se evidencio fondo rosa pálido, en ausencia de vasos, con ilusión de vesiculación.

DISCUSIÓN

Las características dermatoscópicas pueden ser específicas de una enfermedad en particular o pueden verse en más de una entidad y en consecuencia, se consideran inespecíficas. Una característica inespecífica junto con otros criterios dermatoscópicos clínicos a menudo conduce a un diagnóstico definitivo preciso o una lista reducida de diagnósticos diferenciales (3). El presente estudio apuntó características significativas en los patrones dermatoscópicos de múltiples enfermedades inflamatorias de piel.

Tomando en consideración los resultados de nuestro estudio, se incluyeron 30 pacientes con diagnóstico de enfermedades inflamatorias de piel, donde predominó el sexo femenino (63.33%) y las edades comprendidas entre 44-55 años de edad representaron la mayor incidencia (33.3%), en el último consenso de psoriasis de la sociedad Venezolana de dermatología reportan para esta enfermedad inflamatoria de piel que no existe predisposición por sexo y reportan la edad promedio de aparición a los 35 años (10). Mostrando nuestro estudio ciertas diferencias, sin embargo cabe destacar que se incluyen doce dermatosis inflamatorias y no existe en la literatura mundial datos epidemiológicos globales para este grupo de dermatosis. En Portugal en el año 2019, una revisión sobre dermatitis atópica refleja que el 48% de los casos se presentaron antes de los 35 años (7). En una revisión sistemática de psoriasis en Latinoamérica y el caribe, realizada en el año 2017, reportó que la psoriasis se manifiesta de 0.91-8.8% en adultos y de 0-21% en niños (9).

Al mismo tiempo, observamos en este estudio que en psoriasis el patrón dermatoscópico predominante se caracterizó por vasos rojos puntiformes de distribución regular, con presencia de escamas blancas, sobre un fondo eritematoso; en contraste con el consenso nacional de expertos de la sociedad internacional de dermatoscopia realizado en el año 2019 donde los vasos punteados, de distribución homogénea en toda la superficie de la lesión representan la morfología más frecuente encontrada en la psoriasis, así como la presencia de escamas blancas (15). Igualmente en el año 2019 otro estudio de enfermedades inflamatorias de piel reportó que la asociación de vasos puntiformes, sobre fondo rojo y escamas blancas, muestra una buena precisión diagnóstica para la psoriasis (2). Este

modelo de vascularización peculiar es la representación de los vasos tortuosos, ectásicos, elongados, que se pueden apreciar en los cortes histológicos en las papilas dérmicas, que acompañados de los hallazgos clínicos permiten el diagnóstico de esta entidad con 88% de especificidad y 84.9% de sensibilidad (17).

En la muestra de estudio, en el liquen plano, las estrías de Wickham se presentan como el signo característico de la enfermedad, evidenciándose vasos puntiformes y lineales de predominio periférico. Las estrías de Wickham, descritas en 1.895 por primera vez por un dermatólogo del cual llevan su nombre, se consideran el sello dermatoscópico de esta entidad (13,27). Consisten en estructuras polimórficas blanquecinas que corresponden histológicamente a zonas de ortoqueratosis e hipergranulosis; de forma categórica desaparecen posterior al tratamiento, por lo que se pueden emplear como un marcador de actividad de las lesiones de liquen plano (17).

En la variante pigmentada inversa del liquen, las lesiones se localizan principalmente en áreas intertriginosas (22). A la dermatoscopia en nuestro estudio se observó fondo purpura con puntos marrones y puntos y glóbulos azul grisáceos, de la misma manera en el año 2019, un estudio japonés describe para esta dermatosis un patrón homogéneo blanco azulado, glóbulos, puntos azul grisáceos y marrón grisáceos, no obstante revela líneas rojas de predominio periférico no encontrado en la muestra (21). Los puntos y glóbulos azul- gris o marrón-gris, son compatibles con la presencia de melanófagos en dermis y las líneas rojas se corresponden con capilares horizontales ectásicos en la dermis superficial, los puntos azul-gris y marrón-gris pueden asociarse con una mayor persistencia de las lesiones, una mayor resistencia al tratamiento y peor pronóstico (22).

En el liquen nítido, del latín nitidus, “brillante”, a la dermatoscopia se evidenciaron áreas blancas redondeadas con estrías radiales; lo cual típicamente describe la literatura (2). Las pápulas rosadas o color piel características de esta dermatosis, corresponden histológicamente a una lesión bien circunscrita, que ocupa el espacio de 4 o 5 papilas dérmicas (2).

La blaschkitis, se caracteriza por papulo-vesículas, agrupadas en múltiples bandas blaschkoides ipsilaterales, en forma de “S” itálica (28). A la dermatoscopia se observan

estrias de Wickham, asociados a puntos y glóbulos azul grisáceos; hallazgos cónsonos con los encontrados en la muestra (2). En la histopatología la importante espongirosis orienta al diagnóstico (28).

Las escamas blancas que respetan el centro y se distribuyen principalmente en la periferia, son un signo dermatoscópico clásico de pitiriasis rosada, así lo revela el consenso internacional de expertos de dermatoscopia del año 2019, del mismo modo lo revelan los hallazgos dermatoscópicos de este estudio para esta entidad, con presencia de vasos punteados de distribución parcheada (15). El diagnóstico se confirma a través del estudio anatomopatológico, el cual consiste en una dermatitis espongiótica con exocitosis discreta de linfocitos, y con focos de paraqueratosis, coincidiendo con estas áreas de epidermis alterada (13).

En Polonia en el año 2020 un estudio denominado dermatoscopia en lupus eritematoso discoide reveló que los hallazgos más comunes en orden de frecuencia fueron: áreas blancas sin estructura, seguidos de vasos arborizantes, escamas blancas, tapones queratósicos foliculares, ausencia de aperturas foliculares, descamación perifolicular, fondo rosa blanco, pigmentación marrón moteada y puntos blancos fibróticos (24). La fibrosis dérmica bajo el dermatoscopio se evidencia como zonas blancas desestructuradas que corresponden a la destrucción folicular, derivada del proceso inflamatorio extenso (17). De estas características constatamos 4 de estos hallazgos en nuestra muestra que fueron áreas blancas sin estructura, puntos rojos con halo blanquecino (patrón de fresa inversa), tapones queratósicos blanco amarillentos y vasos de morfología variable (punteados, lineales y ramificados).

En la parapsoriasis de grandes placas se evidenció a la dermatoscopia; áreas naranjas sin estructura, acentuación de los surcos de la piel, con presencia de escamas blancas dentro de estos, además vasos puntiformes y curvos; coincidiendo en igual forma con un estudio morfológico comparativo titulado dermatoscopia de dermatosis descamativas crónicas, publicado en Italia en el año 2020, que describe como la principal característica dermatoscópica de esta entidad; escamas blancas distribuidas en la piel de los surcos, seguido de áreas naranja sin estructura, que corresponde a acantosis irregular a expensas de

los procesos interpapilares alternando con áreas de atrofia y en menos frecuencia vasos punteados y lineales en patrón inespecífico (25).

Otra entidad descrita en nuestros pacientes es la pitiriasis liquenoide y varioliforme aguda, donde encontramos áreas blancas sin estructura y vasos puntiformes alrededor del folículo piloso. En la literatura se describen características dermatoscópicas para las lesiones tempranas que muestran aspecto purpurico, mientras que las maduras muestran costra parduzca amorfa central, que histológicamente se corresponde a necrosis epidérmica y lesiones en curación que a menudo presentan áreas blancas sin estructura, que se corresponden a fibrosis dérmica y vasos puntiformes alrededor del folículo piloso (2).

Con respecto a la rosácea granulomatosa, en la muestra de estudio evidenciamos; tapones foliculares, escamas amarillentas, fondo eritematoso y colas de demódex. El patrón dermatoscópico de la rosácea se considera altamente específico, en el estudio titulado dermatoscopia en trastornos inflamatorios comunes, así como el titulado inflamoscopia publicado en el año 2019, se reflejan hallazgos similares a los de nuestros pacientes, coincidiendo con tapones foliculares, escamas blanco-amarillentas y áreas naranja sin estructura(2, 13). Los granulomas se corresponden a histiocitos que se distribuyen de forma organizada en dermis (2).

En el año 2019 se realizó un estudio en Italia titulado; dermatoscopia en erupciones agudas en casos graves y potencialmente mortales, donde se describen distintas dermatosis dentro de ellas el síndrome de Sweet, revelan como hallazgos principales fondo color rosado, con zonas pálidas focales o difusas, falta habitual de vasos visibles; también pueden haber áreas de color púrpura azulado (19). En nuestro estudio encontramos a la dermatoscopia fondo color rosado, con áreas focales pálidas, ausencia de vasos visibles, e ilusión de vesiculación. No están ampliamente descritos en la literatura los hallazgos dermatoscópicos de esta dermatosis.

CONCLUSIONES

La dermatoscopia es una técnica no invasiva, que permite el examen in vivo de microestructuras de la piel que no son visibles a simple vista, mejorando la precisión diagnóstica (1,17). En este trabajo de investigación pudimos precisar los hallazgos dermatoscópicos más comunes y específicos de las enfermedades inflamatorias de piel, coincidiendo en su mayoría con los descritos en la literatura internacional. Es así como la dermatoscopia ha tomado particular impulso en el área de la dermatología inflamatoria, donde se han descrito patrones que ayudan al diagnóstico, evaluación de la progresión y respuesta al tratamiento (12,17).

En psoriasis el patrón dermatoscópico predominante se caracterizó por vasos rojos puntiformes de distribución regular, con presencia de escamas blancas, sobre un fondo eritematoso. En el liquen plano, las estrías de Wickham se presentan como el signo característico de la enfermedad, evidenciándose vasos puntiformes y lineales de predominio periférico. En la variante pigmentada inversa del liquen se observó fondo purpura con puntos marrones y puntos y glóbulos azul grisáceos. En el liquen nítido se evidenciaron áreas blancas redondeadas con estrías radiales. Las escamas blancas que respetan el centro y se distribuyen principalmente en la periferia, son un signo clásico de pitiriasis rosada. En el lupus discoide crónico evidenciamos áreas blancas sin estructura, puntos rojos con halo blanquecino (patrón de fresa inversa), tapones queratósicos blanco amarillentos y vasos de morfología variable (punteados, lineales y ramificados).

A la dermatoscopia de la parapsoriasis encontramos áreas naranjas sin estructura, acentuación de los surcos de la piel, con presencia de escamas blancas dentro de estos, además vasos puntiformes y curvos. En los pacientes con pitiriasis liquenoide y varioliforme aguda; se observaron áreas blancas sin estructura y vasos puntiformes alrededor del folículo piloso. En la rosácea granulomatosa, se evidenciaron tapones foliculares, escamas amarillentas, fondo eritematoso y colas de demódex. En el síndrome de Sweet se observó fondo color rosado, con áreas focales pálidas y ausencia de vasos visibles, lo cual se corresponde con lo descrito en la literatura.

Los hallazgos dermatoscópicos nunca deben ser interpretados de forma aislada, sino siempre dentro del contexto clínico de un paciente y la información histopatológica (13). Tiene sentido utilizar las dermatosis inflamatorias frecuentes para seguir desarrollando esta apasionante área (14). Es importante realizar estudios futuros que engloben múltiples dermatosis inflamatorias y no solo desarrollarlas de forma aislada, ya que comparten vínculos en su etiopatogenia, manifestaciones clínicas, hallazgos dermatoscópicos, histopatológicos y respuesta al tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA

1. Palacios-Martínez D, Díaz-Alonso RA. Dermatoscopia para principiantes (II): estructuras dermatoscópicas y métodos diagnósticos. *Semergen*. 2017;43(4):312–317. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.semarg.2015.11.010>
2. Errichetti E. Dermoscopy of Inflammatory Dermatoses (Inflammoscopy): An Up-to-Date Overview. *Dermatol Pract Concept*. 2019;9(3):169–180. DOI: 10.5826/dpc.0903a01.
3. Abdel-Azim NE, Ismail SA, Fathy E. Differentiation of pityriasisrubrapilaris from plaque psoriasis by dermoscopy. *Arch Dermatol Res*. 2017; 309(4):311-314. DOI: 10.1007/s00403-017-1727-2.
4. De Alcántara. C, Vissoci.E, Colado. A. Cytokines in psoriasis. *Adv. Clin Chem*. 2021; 100:171-204. DOI: 10.1016/bs.acc.2020.04.004
5. Kim. J, Kim. B, Donald. Y, Leung. M. Pathophysiology of atopic dermatitis: Clinical implications. *Allergy Asthma Proc*. 2019; 40(2):84-92. DOI: 10.2500/aap.2019.40.4202
6. Armstrong. Aw, Read. C. Pathophysiology, Clinical Presentation, and Treatment of Psoriasis: A Review. *JAMA*2020; 323(19):1945-1960. DOI: 10.1001/jama.2020.4006
7. Torres. T, Ferreira. E, Gonzalo. M, Mendes-Bastos. P, Selores. M, Filipe. P. Update on Atopic Dermatitis. *Acta Med Port*. 2019; 32(9):606-613. DOI: 10.20344/amp.11963
8. Ribera M, Ros S, Madrid B, Ruiz-Villaverde R, Rebollo F, Gómez S, et al.Consensus Statement on the Psychological Needs of Patients With Chronic Inflammatory Skin Diseases. *Actas Dermosifiliogr*. 2019; 110 (2):102-114. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ad.2018.10.007>
9. Hernández-Vazquez A, Molinari L, Larrea N, Ciapponi A. Psoriasis in Latin America and the Caribbean: a systematic review. *J EurAcadDermatolVenereol*. 2017; 31(12):1991-1998. DOI: 10.1111/jdv.14393.
10. Páez. E, Aular. L, Cabello. I, Lucibel.C, Chassaigne. J, Chirinos. M, et al. Consenso venezolano de psoriasis. *Dermatol venez* .2015; 53(2):1-29.
11. Registros Médicos Ciudad Hospitalaria Dr. “Enrique Tejera”. Servicio de dermatología, 2021.

12. Armario-Hita. J, Galan-Gutierrez.M, Carrascosa-Carrillo.M. Dermatitis atópica. *Masdermatol.* 2021;34:5-13. DOI: 10.5538/1887-5181.2021.34.5
13. Sgouros D, Apalla Z, Ioannides D, Katoulis A, Rigopoulos D, Sotiriou E, et al. Dermoscopy of Common Inflammatory Disorders. *Dermatol Clin.* 2018;36(4):359–368. DOI: 10.1016/j.det.2018.05.003
14. Blum. A, Fink. C, Haenssle. H, Bosch. S, Kittler. H, Lallas. A, et al. Dermatoskopie bei entzündlichen, infiltrierenden und infektiösen Dermatosen :Indikation und standardisierte dermatoskopische Terminologie [Inflammoscopy: dermatoscopy for inflammatory, infiltrating and infectious dermatoses : Indication and standardization of dermatoscopic terminology]. *Der Hautarzt.* 2020; 71(8):627-646. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00105-020-04590-7>
15. Errichetti. E, Zalaudek. I, Kittler. H, Apalla. Z, Argenziano. G, Bakos R, et al. Standardization of dermoscopic terminology and basic dermoscopic parameters to evaluate in general dermatology (non-neoplastic dermatoses): an expert consensus on behalf of the International Dermoscopy Society. *Br J Dermatol.* 202; 182(2):454-467. DOI: 10.1111/bjd.18125.
16. Vivas S, Camacho M, Lugo S. Atlas de dermatoscopia digital de lesiones melanocíticas y no melanocíticas. Valencia, Estado Carabobo;2018.10-14
17. Simón-Díaz. P, Jesús-Silva. A, Arroyo-Camarena. S, Barragán-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.
18. Errichetti E, Stinco G. Clinical and dermoscopic response predictors in psoriatic patients undergoing narrowband ultraviolet B phototherapy: results from a prospective study. *Int J Dermatol.* 2018;57(6):681–686. DOI: 10.1111 / ijd.13983
19. Errichetti. E, Stinco. G. Dermoscopy in life-threatening and severe acute rashes. *Clin Dermatol.* 2020; 38(1):113-121. DOI: 10.1016/j.clindermatol.2019.10.013.
20. Sanchez-Saldaña. L. Liquen plano. Estrategia de manejo. *Dermatol Perú.* 2019;29(1):31-34.
21. Nakazato S, Anan T. Lichen planus pigmentosus inversus with epidermal melanin granules. *ClinExpDermatol:* 2019; 44(4):e157–e158. DOI: 10.1111 / ced.13951

22. Imbernón-Moya A, Churruca-Grijelmo M, Martínez-Pérez M, Lobato-Berezo A. Dermoscopic Features of Lichen Planus Pigmentosus Inversus. *Actas Dermosifiliogr.* 2015; 106(10):857-9. DOI: 10.1016/j.ad.2015.06.007.
23. Urbina F, Das A, Sudy E. Clinical variants of pityriasis rosea. *World J Clin Cases.* 2017; 165(6):203-211. DOI: 10.12998/wjcc.v5.i6.203.
24. Zychowska. M, Zychowska M. Dermoscopy of discoid lupus erythematosus - a systematic review of the literature. *Int J Dermatol.* 2021; 60(7):818-828. DOI: 10.1111/ijd.15365.
25. Errichetti. E, Lallas. A, Apalla. Z, Stinco. G. Dermoscopy of chronic superficial scaly dermatitis (small-plaque parapsoriasis): a controlled comparative morphological study. *Int J Dermatol.* 2021; 60(3):e94-e96. DOI: 10.1111/ijd.15214
26. Romero. M, Navarrete- Franco. G, Aquino-Pérez .C, Figueroa-Benitez. E. Pityriasis liquenoide y varioliforme aguda. *Rev Cent Dermatol Pascua.* 2017; 26(3):104-108;06
27. Bauza. A, Gil.P. El concepto” liquen” y sus diferentes manifestaciones. En: Torres.V / Camacho.F/ Mihm.M. *Dermatología práctica ibero-latinoamericana.* 2da ed. Mexico: Encuentros científicos académicos S.C; 2012. 106.1-106.33
28. Clavellina.M, Martinez. E, Toussaint.C, Diaz.J. Blaschkitis o liquen estriado, un desafío diagnóstico. *Dermatología CMQ.* 2014;12(1):29-32

ANEXO A



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: _____

Nombre y Apellido:

Edad: Sexo: Nro de Historia: Teléfono:

Dirección de habitación:

• **Hallazgos dermatoscópicos**

• **Diagnóstico Dermatológico**

ANEXO B



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



Personal Responsable: Vivas, Sandra; Cánchica, Dulce

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

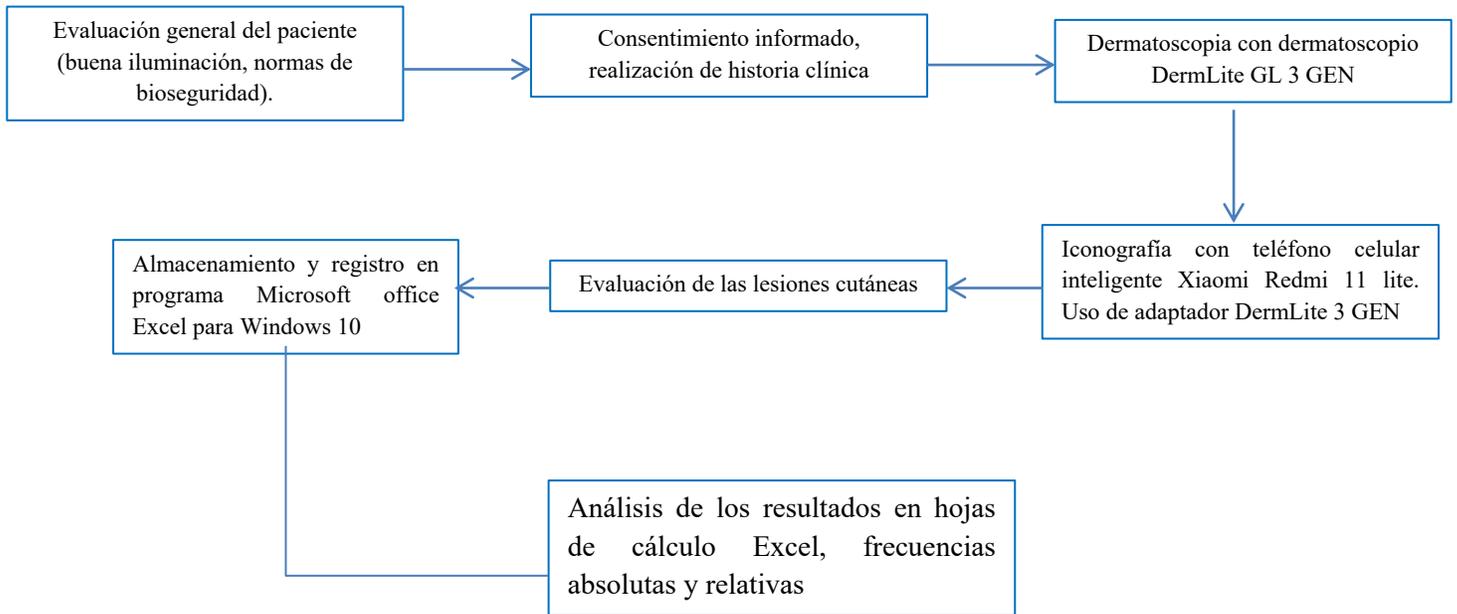
1. He acudido a la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera, por mi propia voluntad y convicción con motivo de: _____; y acepto me realicen procedimientos diagnósticos e indiquen tratamientos.
2. He sido ampliamente informado de participar en un estudio
3. Acepto me tomen fotos para fines académicos.
4. 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.
6. 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 legal

ANEXO C



Flujograma. Técnica de recolección de datos e información