

11212



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA 22
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
HOSPITAL GENERAL "DR. MANUEL GEA GONZALEZ" 29.

FRECUENCIA DE ONICOMICOSIS EN
PACIENTES CON PSORIASIS

T E S I S
PARA OBTENER EL TITULO DE POSGRADO EN
ESPECIALISTA EN
D E R M A T O L O G I A
P R E S E N T A:

DRA. HEIDI LARISA MUÑOZ HINK

268637

MEXICO, D. F. 1998

TESIS CON
FALLA DE COPIA



Universidad Nacional
Autónoma de México



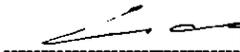
UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

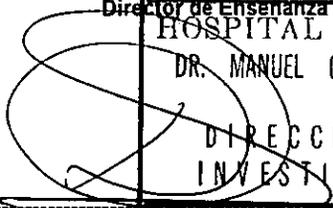
El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición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

FRECUENCIA DE ONICOMICOSIS EN PACIENTES CON PSORIASIS

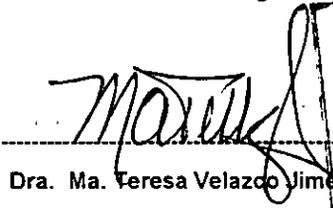


Dr. Héctor Villarreal Velarde

HOSPITAL GENERAL
"DR. MANUEL GEA GONZALEZ"
DIRECCION DE ENSEÑANZA

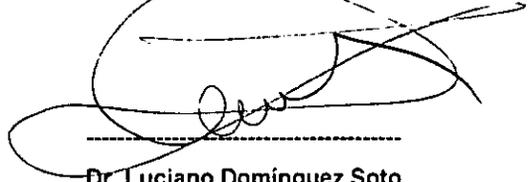
Director de Enseñanza

HOSPITAL GENERAL
DR. MANUEL GEA GONZALEZ
DIRECCION DE INVESTIGACION

Dra. Ma. de los Dolores Saavedra Ontiveros
Directora de Investigación



Dra. Ma. Teresa Velasco Jiménez

HOSPITAL GENERAL
DR. MANUEL GEA GONZALEZ
SUBDIRECCION DE ENSEÑANZA



Dr. Luciano Domínguez Soto
Jefe del Departamento de Dermatología



Dr. Roberto Arenas Guzman
Asesor de tesis.

Colaborador

Dr. Jaime Leyva Santiago

Agradezco

Dr. Manuel Camargo: sin el este trabajo no se podría haber realizado.

Gracias a todas aquellas personas de mi pasado, presente y futuro que han intervenido en mi formación como ser humano y profesionalista.

Dr. Roberto Arenas: gracias por su orientación, por ser MAESTRO y amigo.

INDICE

Antecedentes	1
Planteamiento del problema	2
Objetivo	3
Material y métodos	4
Resultados	6
Discusión	8
Conclusiones	10
Bibliografía	11
Anexos	
Gráfico 1	
Gráfico 2	
Gráfico 3	
Gráfico 4	
Gráfico 5	
Cuestionario	

ANTECEDENTES

La afección de las uñas en la psoriasis ocurre con una frecuencia que varía del 10-50%. En un estudio realizado en pacientes con psoriasis leve y psoriasis severa se reportó que la incidencia de las alteraciones ungueales era de 53 % y 67 % respectivamente.(1) Las manifestaciones clínicas son muy variables, las alteraciones ungueales son más frecuentes en las uñas de las manos que en las de los pies esto probablemente se deba a que se les pone poca atención a las uñas de los pies, es raro que la alteración ungueal sea la única manifestación de la psoriasis. (2,3) La causa más frecuente de onicopatías es la onicomycosis, aunque otras enfermedades pueden tener manifestaciones a nivel de la lámina ungueal, entre ellas la psoriasis. Los pacientes que presentan estas alteraciones refieren que los cambios están presentes por muchos años y que mientras unas uñas se tornan normales otras se afectan. Los cambios clínicos más frecuentes son depresiones puntiformes en uñas de manos, onicolisis, hiperqueratosis subungueal, alteraciones en el color, engrosamiento. Estas manifestaciones pueden alterar la susceptibilidad a infecciones fúngicas o bien confundirse con ellas siendo una importante y difícil tarea diferenciarlas entre sí. El diagnóstico se debe realizar haciendo un examen directo y cultivo de las uñas afectadas si en este se observan filamentos se puede hacer el diagnóstico de onicomycosis pero por el otro lado si este es negativo se puede justificar el diagnóstico de psoriasis. Se considera que *Candida sp.* frecuentemente invade uñas psoriáticas mientras que los dermatofitos son raros y esto podría ser secundario al recambio celular acelerado. En la uña normal no existe capa granulosa y cuando esta se encuentra es por diferentes reacciones inflamatorias o agresiones a la matriz ungueal, como en psoriasis, liquen plano, traumatismo entre otras. (4,5,6,10)

Feuerman estudió a 120 pacientes con psoriasis de las uñas aisló en 24 % de ellos dermatofitos y *Candida albicans* en 15 %, no se incluyeron pacientes sin involucro ungueal o pacientes sanos (referido por 5). Götz aisló dermatofitos en 14 % de uñas de pacientes con psoriasis comparándolo con 33 % de pacientes sin

psoriasis aunque no realizaron examen microscópico(6). En estudios *in vitro* se ha demostrado que los dermatofitos no crecen tan rápidamente en escamas de uñas de pacientes con psoriasis comparándola con escama de uñas sanas (7). Otros estudios han informado una frecuencia elevada de diversos hongos en escamas y uñas de pacientes con psoriasis.(13) En 1979 se realizó un estudio inoculando *T. rubrum* y *T. mentagrophytes* en piel afectada y no afectada de 27 pacientes con psoriasis, encontrándose una respuesta menor en la piel no afectada, lo que sugiere que la asociación de dermatofitos y psoriasis no es tan rara.(8).

De un reporte de 111 pacientes únicamente 9 casos tuvieron infestación por dermatofitos 6 por *T. rubrum* y 3 por *T. mentagrophytes*, que corresponde al 8% y las infecciones por levaduras fueron más frecuentes ya que afectaron a 26 pacientes (23 %) según los autores esto podría explicarse por la aplicación frecuente de esteroides(6). Otro estudio realizado por Fransson y cols, reporta que la incidencia de infecciones por dermatofitos fue del 2 % (5). Götz refiere que en su clínica tiene una incidencia de psoriasis con onicomiosis concomitante hasta del 30%. (3)

Las alteraciones ungueales en la psoriasis pueden confundirse con onicomiosis ya que presentan engrosamiento subungueal, cambios en la coloración y en ocasiones onicolisis. Se ha señalado que debido al recambio celular acelerado, la infestación por dermatofitos es menos frecuente en comparación con la población general. Existen pocos estudios que reportan la frecuencia de onicomiosis y psoriasis y los resultados no han sido concluyentes. (4,5,6,7,10)

El planteamiento del problema fue el siguiente: ¿Cual es la frecuencia de las onicomiosis en pacientes con psoriasis ?

La justificación fue que la psoriasis es una enfermedad frecuente, ya que afecta 1-3% de la población general y las alteraciones ungueales se presentan en

10-67 % confundiéndose frecuentemente con onicomicosis, hasta el momento desconocemos cual es la frecuencia en nuestra población y muchas veces se hacen diagnósticos equivocados y por lo tanto el tratamiento es incorrecto. Con la realización un examen directo de las uñas se puede obtener el diagnóstico de onicomicosis; existen reportes que mencionan que la incidencia de onicomicosis en pacientes con psoriasis es menor por el recambio celular acelerado y otros que es la misma , en nuestra población no se han realizado estudios al respecto

El objetivo fué determinar la frecuencia de onicomicosis en pacientes con psoriasis en la consulta externa de dermatología y confirmado mediante estudio micológico.

MATERIAL Y MÉTODOS:

El diseño del estudio fue: descriptivo, abierto, observacional, prospectivo y transversal

El universo de estudio fueron pacientes con diagnóstico clínico de psoriasis que acudieron a la consulta externa de dermatología.

El tamaño de la muestra fue un total de 101 casos de pacientes con psoriasis. El tamaño de la muestra calculada fue de 84.540 tomando como parámetro principal la presencia del hongo esperando una frecuencia estimada de 0.150 con error 0.100 a un 99 % de potencia de la prueba.

Los criterios de selección fueron pacientes de ambos sexos, mayores de 15 años, con diagnóstico de certeza de psoriasis, sin tratamiento antimicótico 3 meses previos al estudio

Los criterios de exclusión fueron: pacientes sin psoriasis, pacientes con psoriasis que recibieron tratamiento antimicótico 3 meses previos al estudio, y aquellos que decidieron no participar en el estudio.

El criterio de eliminación fue aquellos pacientes a los que no se les realizó estudio micológico

El procedimiento de captación fue el siguiente: Se incluyeron a 101 pacientes con diagnóstico de certeza de psoriasis(corroborado por médico adscrito) que acudieron a la consulta de primera vez de dermatología. Posteriormente se enviaron a la sección de micología donde se realizó examen directo con KOH y dimetilsulfóxido o negro de clorazol y cultivo de uñas en medios de Sabouraud con antibióticos(ciclohexamida y cloranfenicol), además se realizó un formato de entrevista.

Las variables dependientes que se tomaron en cuenta fueron: grado de afección, cambio de coloración, cambio de estructura (engrosamiento), modificación de la superficie (fosillas, depresiones), tiempo de evolución, sintomatología.Las

variables independientes fueron: sexo, edad, raza, estado socioeconómico, lugar de origen y residencia,

Los parámetros de medición que se utilizaron fueron: escala nominal, tomando en cuenta la presencia o no del hongo en base al estudio micológico

RESULTADOS:

Para la validación de los datos se realizó análisis univariado y bivariado.

El total de observaciones fue de 101 casos , 58 (57.4%) del sexo masculino y 43 (42.6%) del sexo femenino; cuya media para la edad es de 44 años, la dispersión es de 16.7 años y la moda y mediana son de 31 y 42 años respectivamente (gráfico 1). La distribución presenta 2 picos donde la frecuencia de casos se incrementó, el primero es en la década de los 30 años y el segundo para el grupo de mayores de 55 años y menores de 65 años, con proporción de 24 y 21 % respectivamente que suma un total de 45% del total de casos estudiados (gráfico 2).

El grupo estudiado manifestó en 27.7% dedicarse a las actividades del hogar , ocupando segundo término aquéllos dedicados a actividades comerciales (11.9%) y la menor proporción fue para los empleados con 5 % del total.

La gravedad de la psoriasis de acuerdo al criterio médico se clasificó cualitativamente correspondiendo el 79 (78.2%) a casos leves, 15 (14.9%) a moderados y solo 5 (5%) a severos , 2% no fueron clasificados.

Los resultados de la prueba de examen directo fueron positivos en 29 pacientes (28.7%) y negativos en 72 pacientes (71.3%). Con respecto a los resultados del cultivo se encontraron 78 negativos (77%). Los cultivos positivos fueron 22 y correspondieron 12 (12%) a levaduras y 11 (11%) dermatofitos. Las levaduras y dermatofitos fueron específicamente y con el siguiente orden en frecuencia: *T. rubrum* en 8 (8%), *Candida sp.* en 6 (6%), *C. torulopsis* en 5 (5%), *C. albicans* en 1(1%), *E. floccosum* en 1 (1%), 1 caso (1%) correspondió a *Cephalosporium*.

El tiempo de evolución de la psoriasis se clasificó de la siguiente manera:

Menores a un año	16	(15.8%)
1- 3 años	17	(16.8%)
4- 6 años	16	(15.8%)
7- 9 años	9	(8.9%)
10 y más años	28	(27.7%)
No especificado	15	(14.9%)

La media del tiempo de evolución de la enfermedad en el grupo afectado es de 4 años, con moda de 5 y mediana de 4 años respectivamente. La dispersión observada fue de 2.5 años (gráfico 4)

Las alteraciones ungueales observadas en la población estudiada fueron las siguientes (gráfico 5):

Sin alteraciones ungueales en 39 (25%), encontrándose en uñas de manos el signo del dedal en 11 pacientes (7%)

Onicodistrofia subungueal total en 3 (2%)

Onicodistrofia subungueal distal

- hiperqueratosis y engrosamiento subungueal en 51 (32%)

Onicolisis en 12 (8%)

Xantoniquia en 22 (14.%)

Manchas de aceite en 15 (9.5%)

Leuconiquia en 2 (1.2%)

Estrías longitudinales 2 (1.2%)

coexistieron varias alteraciones ungueales en un mismo paciente.

Separamos a los pacientes con psoriasis por grupos de edad, sin onicomicosis de aquéllos que si la tuvieron y fueron más en la quinta y octava década de la vida.

Se intentó buscar significancia estadística cruzando variables de sexo con examen directo y cultivo encontrándose una $p=0.046$ y $p=0.36$ respectivamente siendo no significativas; se intentó de igual manera encontrar significancia entre la severidad de la psoriasis con examen directo y cultivo encontrándose una $p=0.68$ y $p=0.44$ respectivamente, tampoco significativas.

El examen directo mostró tener un valor predictivo negativo del 78%, con una sensibilidad del 78%.

El cultivo mostró tener un valor predictivo negativo 96% y una sensibilidad del 95% con una especificidad del 34%.

Al cruzar cultivo contra examen directo encontramos que tiene una especificidad del 83% con un valor predictivo negativo del 89%, este último mostró tener una $p=0.000016$ por corrección de Yates siendo significativa.

DISCUSIÓN

La psoriasis es un padecimiento que puede presentarse a cualquier edad pero se ha reportado que hay dos picos de inicio el primero en la tercera a cuarta década de la vida y el segundo entre la sexta y séptima década de la vida (11), lo cual se observó en la población estudiada.

La forma leve de la enfermedad se encontró en el 78.2% de los pacientes, el resto correspondió a formas moderadas y severas; la literatura reporta formas leves de la enfermedad en el 77 %(12) , el resto son formas moderadas a severas. Las alteraciones ungueales se presentan en 10 al 50% y pueden llegar a ser hasta del 67 % en psoriasis severa (1), presentaron alteraciones ungueales el 61.4% de los pacientes a pesar de que la mayoría padecían una psoriasis leve, sin correlacionar la severidad de la psoriasis con las alteraciones ungueales ya que no se encontró significancia estadística. Antes se pensaba que las alteraciones de las uñas de los pies era menos frecuente que la de uñas de manos, pero actualmente éstas han incrementado y probablemente es que se están buscando intencionadamente(1) y esto podría explicar que se encontró una frecuencia elevada de alteraciones ungueales en uñas de pies mientras que en solo 11 (7%) paciente encontramos alteraciones en uñas de manos .

La onicomicosis fue comprobada en el 28.7% según examen directo y los hongos involucrados fueron dermatofitos en 11% y *Candida* en 12%; esto es igual que en la literatura mundial (3,5,6)

Las alteraciones ungueales que coexistieron juntas más frecuentemente fueron hiperqueratosis subungueal y xantoniquia relacionadas con onicomicosis en 17 pacientes (17.5%) , sin alteraciones ungueales ni onicomicosis en 23 (22.7%). Por grupos de edad se encontró una frecuencia mayor de onicomicosis en la quinta y octava década de la vida (bimodal).

Es necesario realizar examen micológico, ya que si el examen directo es negativo tiene un valor predictivo del 78%, pero al realizar el cultivo este aumenta hasta el 96%.

El cultivo mostró tener una especificidad del 83% comparada con el examen directo y ambos son necesarias para establecer el diagnóstico correcto, ya que es necesario para iniciar en caso de ser necesario un antimicótico.

CONCLUSIONES:

La frecuencia de onicomicosis en pacientes con psoriasis fué del 28.7%.

BIBLIOGRAFIA:

1. Farber EM, Jacobs PH, Nail ML: Relationship of mild to severe psoriasis. *Cutis* 1974; 13: 774-777.
2. Zaias N. Psoriasis of the nails. *Arch Dermatol* 1969; 99: 567- 579
3. Farber EM, Nail L. Nail Psoriasis. *Cutis* 1990; 174-178.
4. %), *T. mentagrophytes* var. interdigital en 1(1%).
El tiempo de evolución del Götz H. Onychomycosis: Its differentiation against psoriasis of the nails by means of capillary microscopy. *A. Brasileiros dermatol* 1968; 43: 1-14.
5. Staberg B, Gammeltoft M, Onsberg P. Onychomycoses in patients with psoriasis. *Acta Derm Venereol (Stockh)* 1983; 63: 436-43
6. Szepes E. Mykotische Infektionen psoriatischer Nägel. *Mykosen* 1985; 29: 82-84
7. Götz H, Patiri C, Hantschke d. Das Wachstum von Dermatophyten auf normalem und psoriatischem Nagelkeratin. *Mykosen* 1974; 54: 381- 858.
8. Arieli G, Alteras Y, Feuerman E, Experimental inoculation of dermatophytes on psoriatic skin. *J Invest Dermatol* 1979; 72: 33-34
9. Frasson J, Storgards K, Hammar H, Palmoplantar lesions in psoriatic patients and their relation to
inverse psoriasis, tinea infections and contact allergy. *Acta Derm Venereol (Stockh)* 1985; 65:218-223
10. Fanti P, Tosti A, Cameli N, Varitti C, Nail matrix hypergranulosis. *Am J Dermatopathol.* 1994; 16: 607-610
11. Henseler T, Christophers E. Psoriasis of early and late onset: Characterization of two types of psoriasis vulgaris. *J Am Acad Dermatol* 1985; 13:450.
12. Arenas R. *Dermatología: Atlas diagnóstico y tratamiento*. Segunda edición Mc Graw-Hill Interamericana. 1996.415- 419
13. Pohler H. In vitro Untersuchungen über Pilzwachstum auf Psoriaticerschuppen. *Dermtol Wochenscher* 1980; 156:486-88

Gráfico 1.
Distribución por sexo del grupo de pacientes con
Psoriasis y Onicomicosis

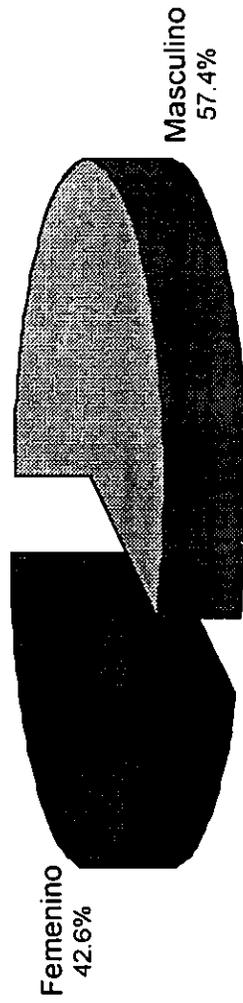
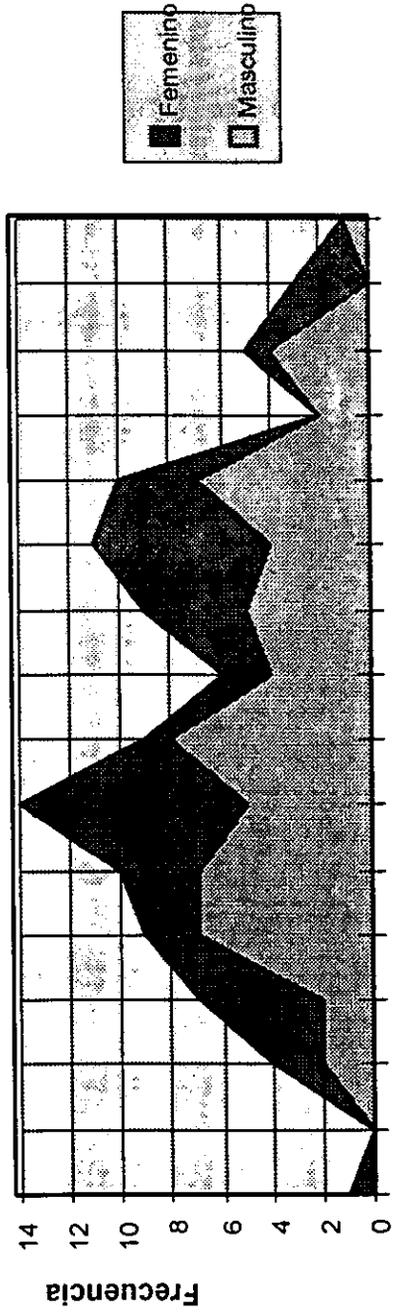


Gráfico 2.
Grupos de edad y sexo del estudio de Psoriasis
y Onicomicosis



5-9 10-14 15-19 20-24 25-29 30-34 35-39 40-44 45-49 50-54 55-59 60-64 65-69 70-74 75-79 80-84

Grupos de edad

grafico 3
Total de pacientes y casos de onicomicosis y psoriasis

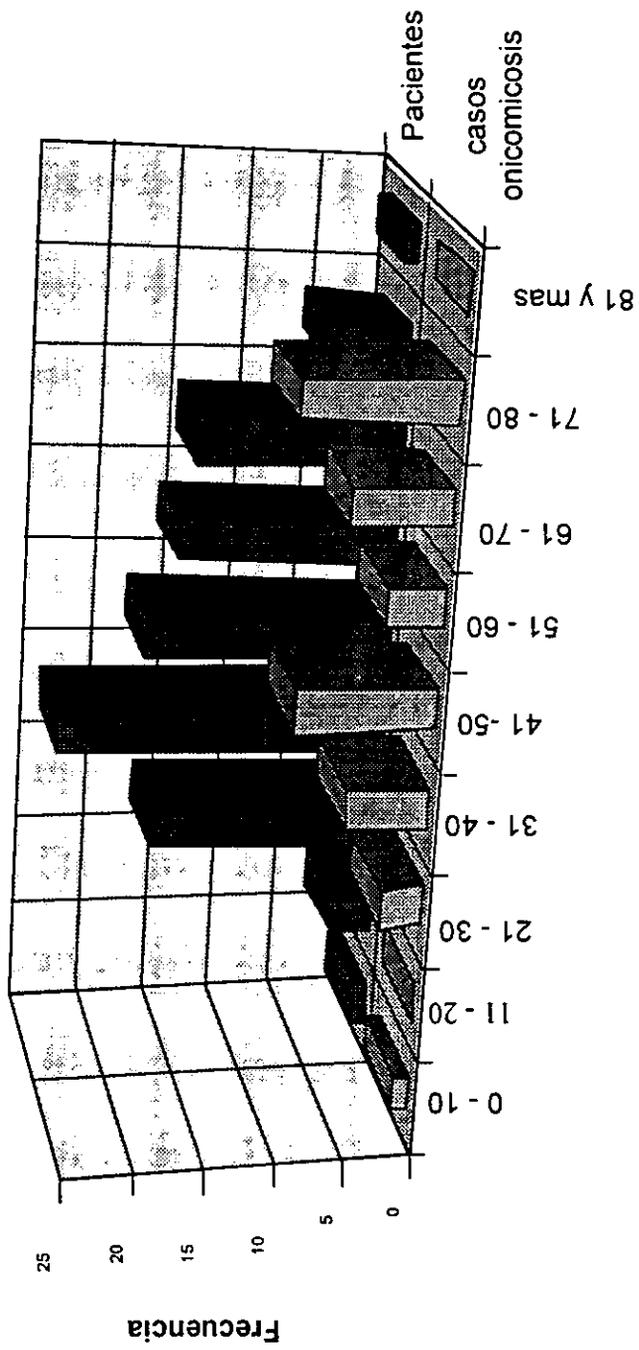


Grafico 4
Evolución de la psoriasis

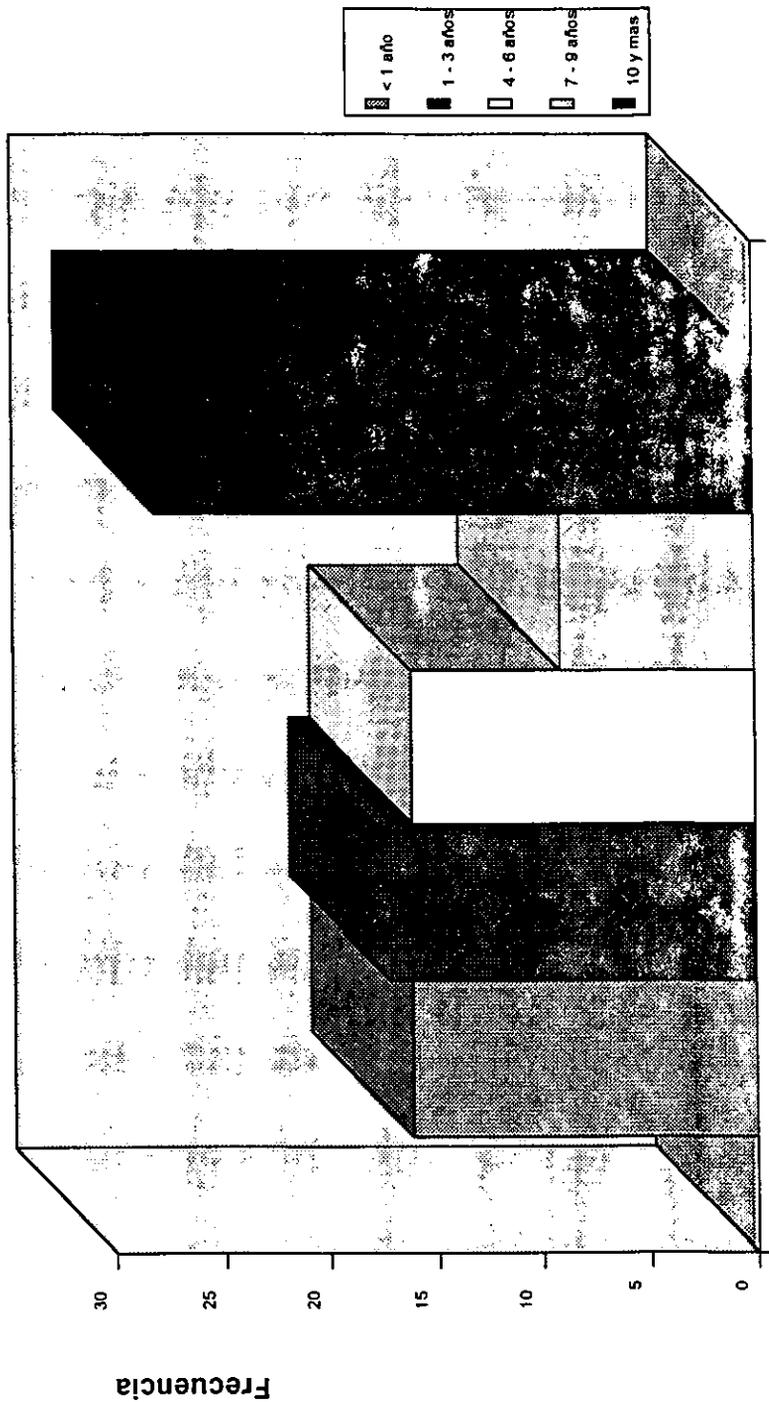
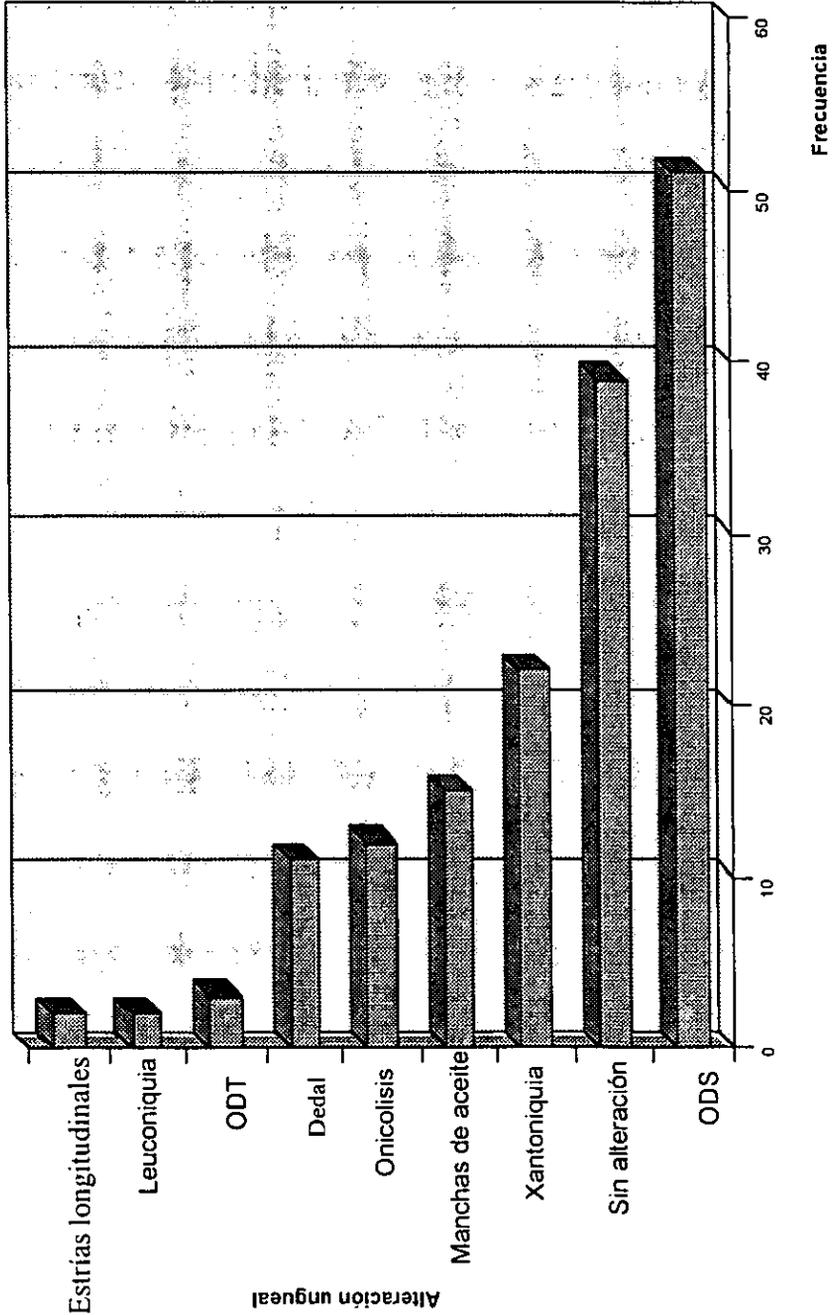


Grafico 5.
Frecuencia de tipo de alteración ungueal



CUESTIONARIO

Fecha _____ Registro _____
Nombre _____ Sexo _____
Edad _____ Ocupación _____ Tipo de piel _____
No Bx _____ Teléfono _____

ANTECEDENTES

Heredo-familiares

Abuelos afectados No Si A) AaM C) AaP
B) AoM D) AoP
Padres afectados No Si A) Madre B) Padre
Hermanos afectados No Si Cuantos _____ / _____
Familiares en 2° grado afectados No Si Quien _____

Personales

Otras enfermedades No Si Cuales _____

Alcoholismo: *Previo a la enfermedad
No Si-----Tipo de bebida _____
Cantidad promedio _____

*Durante la enfermedad
Ha aumentado No Si Tipo de bebida _____
Cantidad promedio _____
Ha disminuido No Si
Conoce la asociación con hepatopatía Si No

Tabaquismo *Previo la enfermedad
No Si Cigarrillos/día _____

*Durante la enfermedad
No Si-----Cigarrillos/día _____

*Conoce que puede precipitar la enfermedad Si No

PADECIMIENTO ACTUAL

Edad de inicio del padecimiento _____

Tiempo de evolución _____

Tratamiento actual _____

Topografía

- 1.-Cabeza A) Piel cabelluda
 B) Cara
 C) Región retroauricular
- 2.-Cuello A) Cara anterior
 B) Cara posterior
- 3.-Tronco A) Tórax
 * Cara anterior
 * Cara posterior
 B) Abdomen
 * Cara anterior
 * Cara posterior
- 4.-Región sacra
- 5.-Gluteos
- 6.-Genitales *Región perianal *Cuerpo del pene
 *Monte de venus *Glande
 *Labios mayores
- 7.- Miembros superiores
- A) Axilas
- B) Brazos *Cara anterior
 *Cara posterior
- C) Codos
- D) Fosa cubital
- E) Antebrazos *Cara anterior
 *Cara posterior
- F) Manos *Palmas
 *Dorso
- G) Uñas Cuales _____
 * Dedal * Máculas * Distrofia * Otra _____
- 8.- Miembros inferiores
- A) Región inguinal
- B) Muslos *Cara anterior
 *Cara posterior
- C) Rodillas
- D) Huecos popliteos
- E) Piernas *Cara anterior
 *Cara posterior
- F) Pies *Dorso
 *Plantas
- G) Uñas Cuales _____
 * Dedal * Máculas * Distrofia * Otra _____

PASI _____

0.1 (E+G+Es) x área cabeza + 0.3 (E+G+Es) x área tronco +
0.2 (E+G+Es) x área MsSp + 0.4 (E+G+Es) x área MsInf

Área	10-29%=2	30-49%=3	50-69%=4	70-89%=5	90-100%=6
1-9%=1					
0.- ausente	1.-leve	2.-moderado	3.-severo	4.-muy severo	

Morfología

A) No pustular

- | | |
|-----------------|--------------|
| 1.-Vulgar | *Folicular |
| • En placas | *Geográfica |
| • En gotas | *Inversa |
| • Anular | *Serpiginosa |
| • Circinada | |
| 2.-Eritrodermia | |

B) Pustular

- | | |
|---------------------------|-----------------------------|
| 1.- von Zumbusch | 2.- Palmo-plantar |
| 3.-Anular | 4.- Acrodermatitis continua |
| 5.- Impétigo herpetiforme | |

SINTOMAS

- 1.- Ninguno 2.- Prurito 3.- Dolor 4.- Ardor

FACTORES DESENCADENANTES O EXACERBANTES

Exacerbación con:

Infecciones agudas	Si	
	No	
Medicamentos	No	
	Si	*Beta bloqueadores
		*Lilio
		*Esteroides
		*Antipalúdicos
		*Otros _____
Embarazo	No	
	Si	
Estres	No	
	Si	
Trauma local	No	
	Si	
Otro _____		

EST. REPE. NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA