



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**  
Facultad de Medicina  
División de Estudios de Posgrado

**Instituto Mexicano del Seguro Social**  
Centro Médico Nacional “La Raza”  
Unidad Médica de Alta Especialidad  
Hospital de Especialidades “Dr. Antonio Fraga Mouret”

**CONCORDANCIA CLÍNICO- PATOLÓGICA ENTRE LA PSORIASIS  
PALMOPLANTAR Y EL ECCEMA CRÓNICO PALMOPLANTAR**

T E S I S

Para obtener el grado de especialista en

DERMATOLOGÍA

**Presenta**

Dra. Liliana Zamora Perez

Dra. Tania Gissel Ramírez Méndez

Dra. Esbeidy Yarely Félix León

**Asesores**

Dra. Nancy Pulido Diaz

Dra. Liliana Godinez Aldrete

Dra. Marissa de Jesús Quintal Ramírez

Ciudad de México; 2021



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



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

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

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

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

## HOJA DE AUTORIZACIÓN DE TESIS

---

DRA. NANCY PULIDO DÍAZ

Profesor Titular del Curso de Dermatología UNAM

Jefe de Servicio de Dermatología U.M.A.E Hospital de Especialidades “Dr. Antonio Fraga  
Mouret”

---

DRA. LILIANA GODINEZ ALDRETE

Asesor de tesis

---

DRA. LILIANA ZAMORA PEREZ

DRA. TANIA GISSEL RAMÍREZ MÉNDEZ

DRA. ESBEIDY YARELY FÉLIX LÉON

Médicos Residentes del tercer año en la Especialidad de Dermatología

U.M.A.E Hospital de Especialidades “Dr. Antonio Fraga Mouret”

Centro Médico Nacional “La Raza” del IMSS

Número de Registro: R-2020-3501-089

## ÍNDICE

Resumen.....	4
Abstract.....	5
Antecedentes.....	6
Material y Métodos: .....	12
Resultados.....	14
Discusión .....	17
Conclusiones .....	20
Bibliografía.....	21
Anexos.....	23

## **RESUMEN:**

### **Concordancia clínico-patológica entre la psoriasis palmopalmar y el eccema crónico palmoplantar.**

**Introducción:** La afección de la piel palmoplantar es uno de los principales motivos de consulta dermatológicos, entre los principales se encuentran la psoriasis y el eccema crónico. El diagnóstico se realiza de forma clínica, en algunos casos se opta por realizar biopsias para mayor precisión diagnóstica.

**Material y métodos:** Estudio transversal, observacional, analítico y ambispectivo. En pacientes con psoriasis y dermatitis atópica del servicio de dermatología de la UMAE del Centro Médico Nacional "La Raza" del IMSS, de la Ciudad de México. Se valoró clínicamente por un dermatólogo, e histopatológicamente por un patólogo y dermatopatólogo obteniendo resultado de diagnóstico clínico e histopatológico de PPP y ECP. Análisis estadístico: estadística descriptiva, se utilizó Kappa de Cohen (k), para medir concordancia mediante SPSS V25

**Resultados:** Se incluyeron 27 pacientes. Los hallazgos clínicos significativamente estadísticos en PPP son placas eritematosas bien delimitadas y escama en 92.3% (p 0.000), hoyuelos ungueales en 30.8% (p 0.025). En ECP son placas eritematosas mal definidas 92.9% (p 0.000), erosión 14.8% (p 0.037) y síntomas asociados en 29.6% (p 0.016). La concordancia clínico-patológica fue muy baja  $k=0.18$  y moderada  $k=0.43$ , para observador 1 y 2 respectivamente, pero con  $p>0.05$ . La concordancia inter-observador fue de 0.41 con p 0.002.

**Conclusiones:** las biopsias palmoplantares no fueron útiles en el diagnóstico para PPP y ECP. No existe concordancia entre el diagnóstico clínico-patológico de estas entidades.

**Palabras clave:** Psoriasis palmar, eccema crónico

## ABSTRACT

### Clinical-pathological concordance between palmopalmar psoriasis and chronic palmoplantar eczema.

**Introduction:** The palmoplantar diseases is one of the main reasons for dermatological consultation, among the main ones are psoriasis and chronic eczema. The diagnosis is made clinically, in some cases it is chosen to perform biopsies for greater diagnostic precision.

**Material and methods:** Cross-sectional, observational, analytical and ambispective study. In patients with psoriasis and atopic dermatitis from the dermatology service of the UMAE of the National Medical Center "La Raza" of the IMSS, Mexico City. It was assessed clinically by a dermatologist, and histopathologically by a pathologist and dermatopathologist, obtaining results of the clinical and histopathological diagnosis of PPP and ECP. Statistical analysis: descriptive statistics, Cohen's Kappa (k) was used to measure concordance using SPSS V25

**Results:** 27 patients were included. Significantly statistical clinical findings in PPP are well-defined erythematous plaques and scale at 92.3% (p 0.000), nail dimples at 30.8% (p 0.025). In ECP, 92.9% (p 0.000), erosion 14.8% (p 0.037) and associated symptoms in 29.6% (p 0.016) are poorly defined erythematous plaques.

The clinical-pathological agreement was very low  $k = 0.18$  and moderate  $k = 0.43$ , for observer 1 and 2 respectively, but with  $p > 0.05$ . The inter-observer agreement was 0.41 with  $p 0.002$ .

**Conclusions:** palmoplantar biopsies have low diagnostic profitability for PPP and ECP. There is no agreement between the clinical-pathological diagnosis of these entities.

**Key words:** Palmar psoriasis, chronic eczema.

## **INTRODUCCIÓN**

La afección de la piel palmoplantar es uno de los principales motivos de consulta en dermatología en la población general<sup>1</sup>. Existen varias dermatosis que pueden afectar únicamente las palmas y plantas. Las más comunes son queratodermia palmoplantar, psoriasis, eccemas agudos y crónicos, verrugas plantares, pápulas pieogénicas, hidradenitis palmoplantar idiopática recurrente, entre otros<sup>2</sup>.

En un estudio realizado por Amrita A Hongal et al, se evaluaron 300 casos de dermatosis palmoplantares, este concluyó que la dermatosis con mayor incidencia es la psoriasis palmoplantar en un 20.7%<sup>2</sup>.

### **Psoriasis**

La psoriasis es una dermatosis caracterizada por inflamación crónica recurrente, se observa en 1.53% de la población general, produce una morbilidad significativa y afecta la calidad de vida de los pacientes<sup>3</sup>. En el mundo occidental se estima una prevalencia del 2% al 4% de la población<sup>4,5</sup>. Además, está asociada a comorbilidades como trastornos cardiovasculares, metabólicos y reumatológicos<sup>5</sup>.

Clínicamente tiene placas eritematosas nítidamente delimitada, simétricas, escamas plateadas, afección de eminencias tenar e hipotenar, nudillos de manos y dorso de pies, pits ungueales asociados con la ausencia de lesiones del pliegue ungueal, estas características orientan al diagnóstico de psoriasis palmoplantar<sup>8</sup>.

La psoriasis palmoplantar es la forma localizada de psoriasis, puede ir acompañada de lesiones típicas de psoriasis en otros sitios de la piel o no<sup>5</sup>. Esta representa el 9.6% de todos los casos de psoriasis<sup>6</sup>. Los principales diagnósticos diferenciales son con eccema y micosis<sup>7</sup>.

Algunos autores refieren dos variantes clínicas de psoriasis palmoplantar, la pustulosa que tiene pústulas estériles, eritema y descamación y la no pustulosa<sup>8,9</sup>.

La toma de biopsia en psoriasis palmoplantar se realiza en casos refractarios a tratamiento, duda diagnóstica con mayor frecuencia en afección solo palmoplantar<sup>9</sup>.

Las características histológicas para diagnosticar psoriasis, son paraqueratosis, microabscesos de Monro, hipogranulosis, neutrófilos en la capa espinosa, pústulas Kogoj y capilares tortuosos en la dermis papilar<sup>5</sup>. En la psoriasis palmoplantar existe predominio de espongirosis, lo cual es muy similar al eccema de manos.

La psoriasis palmar presenta menor cantidad de casos con hipogranulosis y espongirosis prominente en la mitad inferior de la epidermis, lo que la distinguen de la psoriasis que afecta otras partes de la piel<sup>3,1</sup>.

El tratamiento de primera línea es con emolientes, esteroides tópicos e inhibidores de la calcineurina. En casos severos y que no responden al tratamiento tópico se utilizan prednisona, ciclosporina, metotrexate, biológicos, entre otros<sup>8</sup>.

### **Dermatitis eczematosa**

La dermatitis eczematosa de manos tiene una prevalencia anual de 10%<sup>10</sup> en la población general, y su incidencia es 5.5-8.8 casos por 1000 personas al año<sup>11</sup>. La etiología más frecuente es la ocupacional en el 80-88% de los casos<sup>10</sup>.

La dermatitis de manos por su evolución se divide en aguda, subaguda o crónica. En la aguda existe eritema, edema, pápulas, vesículas, ardor, dolor y prurito<sup>4,5</sup>. A su vez en las subagudas hay pápulas y placas rosadas a eritematosas, con excoiación<sup>13</sup>. En dermatitis crónica de manos tenemos placas eczematosas, fisuras, liquenificación, hiperlinealidad palmar e hiperpigmentación<sup>13</sup>. La severidad es variable y puede ir desde un compromiso leve con solo afección de unos cuantos dedos hasta una dermatitis severa e incapacitante<sup>10</sup>.

El eccema de manos crónico es aquel de más de 3 meses de evolución o que ocurra 2 o más veces en un año, a pesar de un tratamiento y cumplimiento adecuados.

Clínicamente se caracteriza por prurito, rascado, abrasiones, fisuras, exudados, ulceración y liquenificación de la piel<sup>13</sup>.

El tratamiento es con emolientes, inhibidores de la calcineurina tópicos y esteroides de mediana o alta potencia tópicos<sup>10</sup>.

La toma de biopsia cutánea en el eccema de manos no se realiza de forma rutinaria para el diagnóstico. Sin embargo, está indicada en eccema crónico refractario al tratamiento, cuando la etiología no es clara y en sospecha de superposición con infecciones micóticas<sup>10</sup>.

Los hallazgos histológicos de eccema agudo son acantosis mínima o ausente, espongirosis marcada con micro o macrovesículas, infiltrado inflamatorio perivascular superficial de linfocitos, histiocitos y algunos eosinófilos, edema en dermis papilar<sup>13</sup>. Eccema subagudo presenta acantosis leve, paraqueratosis, espongirosis leve a moderada con algunas microvesículas, infiltrado inflamatorio perivascular de linfocitos, con o sin eosinófilos e histiocitos<sup>13</sup>.

En la histopatología del eccema crónico de manos (ECM) hay acantosis, hiperqueratosis, espongirosis ausente o mínima focal, exocitosis de linfocitos, infiltrado inflamatorio con predominio de linfocitos de distribución perivascular y fibrosis dérmica superficial<sup>4,13</sup>.

### **Similitudes entre psoriasis palmoplantar y eccema crónico**

Ambas entidades en su evolución pueden afectarse por la duración y gravedad de la enfermedad, cambios secundarios por excoiación, factores ambientales químicos o mecánicos, infecciosos o superposición de ambas enfermedades, lo que puede modificar sus características clínicas e histopatológicas<sup>5</sup>. Suelen desarrollar características clínicas muy similares como fisuras, liquenificación, placas eritematosas y eccematosas e hiperqueratosis. Una pista para poderlas distinguir es que en la psoriasis las placas eritematosas son bien definidas y simétricas,

mientras que las placas mal definidas, asimétricas y con exudación previa sugiere el diagnóstico de una dermatitis eccematosa de manos<sup>3</sup>.

La presencia o ausencia de todas las características histológicas típicas del eccema o psoriasis depende de la edad de la lesión, el sitio de muestreo y la presencia o ausencia de excoriación<sup>5</sup>.

Ambas enfermedades comparten características histológicas similares como la hiperplasia epidérmica, paraqueratosis y espongirosis<sup>1</sup>. A pesar de esto existen algunas diferencias y hallazgos que son útiles en el diagnóstico diferencial<sup>5</sup>.

La espongirosis no es un hallazgo exclusivo del eccema, se puede observar en la psoriasis palmoplantar y lo que complica el diagnóstico, aunque en la psoriasis esta se limita a la epidermis inferior<sup>4,3</sup>. A pesar de las características histopatológicas superpuestas, los hallazgos a favor del diagnóstico de psoriasis palmar<sup>5</sup> son focos paraqueratóticos con alternancia de orto-hiperqueratosis esto reportado por Aydin et al, considerándose importantes para diferenciarla del eccema de manos<sup>1</sup>.

El estudio de Ghasemi Basir et al y el de Mehta et al, mostraron que hallazgos consistentes como el adelgazamiento suprapapilar y la ausencia de capa granular son significativamente más comunes en pacientes con psoriasis<sup>5</sup>.

Se observaron vasos ectásicos dilatados en el 38.7% de la psoriasis palmoplantar y el 50% de las biopsias de dermatitis, lo que sugiere que este hallazgo puede no ser útil en el diagnóstico de psoriasis. Esto fue concordante con las observaciones de Cesinaro y Aydin et al.<sup>3</sup>.

En el estudio de Hesari et al, las características histopatológicas que fueron estadísticamente significativas para distinguir la psoriasis palmoplantar del eccema fueron hipogranulosis ( $P < 0.0001$ ), microabsceso de Monro ( $P < 0.0001$ ), vasos sanguíneos tortuosos en la dermis papilar ( $P < 0.0001$ ), adelgazamiento del plato

suprapapilar ( $P=0.020$ ), paraqueratosis confluyente ( $P=0.044$ ) y pústula esponjiforme de Kogoj ( $P=0.047$ ). Las costras (100%) se asociaron con eccema ( $P < 0,0001$ )<sup>4,3</sup>.

La literatura sugiere que la presencia de una capa granular casi intacta y espongirosis, que a veces evoluciona a vesiculación, hiperplasia epidérmica irregular, múltiples focos de paraqueratosis<sup>1</sup>, edema de la dermis papilar<sup>13</sup> e infiltrado con eosinófilos, son características histológicas de eccema de manos útiles para diferenciarlo de la psoriasis palmoplantar<sup>3,1</sup>. Por su parte la psoriasis tiene neutrófilos en el estrato córneo, hipogranulosis, acantosis regular y adelgazamiento suprapapilar<sup>3</sup>.

Park et al, informa como hallazgos útiles para distinguir estas enfermedades de afección palmar, la hiperplasia epidérmica psoriasiforme en psoriasis y la hiperplasia epidérmica irregular en el eccema<sup>1</sup>. Así mismo Aydin y Hesari et al, encontraron edema dérmico en el 19% de la psoriasis y en ninguna de las biopsias de dermatitis ( $P = 0,03$ )<sup>3</sup>.

Cuando entidades como el eccema y la psoriasis involucran únicamente los sitios palmo-plantares, el diagnóstico se vuelve aún más desafiante<sup>3</sup>. Esto debido a que la piel palmoplantar se considera una zona especial que presenta propiedades anatómicas distintas al resto de la piel, como la presencia de una capa córnea bastante densa, lo cual condiciona variaciones morfológicas e histológicas de la psoriasis en comparación con otras áreas de piel afectadas<sup>12</sup>.

Las palmas son de gran importancia ya que están implicadas en todas las actividades de la vida diaria tanto en el ámbito laboral y social, lo cual al estar afectadas por dermatosis crónicas condicionan incapacidad ocupacional, económica y social. Además, algunas condiciones como infecciones bacterianas o micóticas, sobreposición de ambos cuadros, mala respuesta a tratamientos tópicos

con esteroides o inhibidores de la calcineurina, pueden alterar el cuadro clínico ocasionando confusión y retrasando el diagnóstico<sup>2,3</sup>.

El pronóstico de estos pacientes es muy variable, pero la mayoría responden al tratamiento sistémico, sin embargo, las recidivas son frecuentes cuando se presentan factores que pueden exacerbar estas dermatosis.

Requena recomienda evitar la biopsia de lesiones psoriasiformes en las palmas o las plantas si existen lesiones en otras áreas corporales porque la psoriasis palmoplantar es más espongiótica y dificulta el diagnóstico diferencial con el eccema. Thorman y Heilesen realizaron 47 biopsias de pústulas palmoplantares y solamente 3 casos mostraron rasgos definitivos de psoriasis<sup>15</sup>. El estudio de Posada y García-Doval que incluyó 77 biopsias palmoplantares hiperqueratósicas o vesiculopustulosas reporta que 68 de estas fueron no concluyentes por lo que la toma de biopsia posee baja rentabilidad diagnóstica<sup>7</sup>.

Hasta donde conocemos, solo se han realizado unos pocos estudios que hagan referencia a los hallazgos histopatológicos centrados en la psoriasis y el eccema de las palmas que permitan correlacionar con los datos clínicos relevantes para su diagnóstico.

## **MATERIAL Y MÉTODOS**

Objetivo: Determinar la concordancia entre el diagnóstico clínico-patológico entre la psoriasis palmoplantar (PPP) y el eccema crónico palmoplantar (ECP).

Se realizó un estudio analítico, observacional, longitudinal y ambispectivo.

Se evaluaron los pacientes de la clínica de Psoriasis y Dermatitis atópica del Departamento de Dermatología de la UMAE Hospital de Especialidades “Dr. Antonio Fraga Mouret”, del Centro Médico Nacional La Raza Del IMSS, en la Ciudad de México, durante el periodo de Enero del 2018 a Marzo del 2020.

Se incluyeron a todos los pacientes que aceptaron participar y firmaron el consentimiento informado, mayores de 16 años de edad, con diagnóstico clínico de psoriasis palmoplantar o eccema crónico palmoplantar este último definido por persistencia de más de 3 meses o que recurre 2 o más veces en un año, los pacientes refractarios a tratamiento tópico con esteroides e inhibidores de la calcineurina y aquellos que contaban con diagnóstico histopatológico de psoriasis palmoplantar y/o eccema crónico palmoplantar. Se excluyeron aquellos pacientes con tratamiento actual de esteroides tópicos 2 semanas previos al estudio.

Estos fueron sometidos a una evaluación física completa por un dermatólogo encargado de las clínicas previamente mencionadas, valorando las lesiones palmoplantares (escama, eritema, fisuras, liquenificación, hiperqueratosis) y de acuerdo a estas se clasificaron como probable psoriasis palmoplantar o eccema crónico. En un segundo tiempo se tomó una biopsia de piel con punch de 4mm por el médico residente de dermatología en la región afectada palmar o plantar. Estas biopsias se enviaron en un frasco de formol al 10% al servicio de patología en donde se fijaron en bloque de parafina y posteriormente se realizaron cortes en laminillas las cuales se tiñeron con hematoxilina y eosina. Dichas laminillas fueron evaluadas

por un patólogo quien valoró las características histopatológicas y realizó diagnóstico histopatológico de psoriasis y eccema palmoplantar.

En los casos ambiguos se incluyen casos indeterminados en los cuales no fue posible discernir entre las dermatosis estudiadas, entidades diagnósticas diferentes como liquen plano y verruga, o debido a la mala calidad del material histopatológico valorado. Se realizó una segunda evaluación histopatológica por un dermatopatólogo para determinar la concordancia intra-observador.

En total se evaluaron 27 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión y aceptaron firmar el consentimiento informado.

Se realizó un análisis descriptivo para la variable edad (años), tiempo de evolución (meses), donde se obtuvo la media, desviación estándar o típica, los valores máximo y mínimo. A la variable género se les obtuvo su distribución por frecuencia.

Para realizar el análisis de concordancia entre los dos métodos diagnósticos clínicos y el histopatológico de psoriasis palmoplantar o eccema crónico palmoplantar, se utilizó el estadístico Kappa de Cohen (k) y se contrastó con la prueba de hipótesis de nulidad de concordancia entre dichas escalas.

Para el procesamiento de la información se elaboró una base de datos en Microsoft Excel, y el análisis estadístico se realizó con el paquete computacional Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 25, IBM.

## RESULTADOS

Se incluyeron en total 27 pacientes con diagnóstico clínico de psoriasis palmoplantar y eccema crónico palmoplantar. De estos 7 (25.9%) pertenecen al género masculino y 20 (74.1%) al femenino. Con respecto a la edad la media fue de 49.4 años  $\pm$  17.0 años comprendido entre los 17 y 81 años. En la **figura 1** se observa el histograma de frecuencias por rango de edad, donde la mayoría 10 pacientes representan el 37.04% se encuentran entre los 51-65 años.

En la **tabla 1** se observa las características clínicas más frecuentes asociadas al diagnóstico clínico de psoriasis palmoplantar y/o eccema crónico palmoplantar. Dentro de los hallazgos que fueron significativamente estadísticos para psoriasis están las placas eritematosas bien delimitadas y la escama presentes en 12 (92.3%) con  $p < 0.001$ , así como los hoyuelos ungueales en 4 (30.8%)  $p = 0.025$ .

Con respecto al diagnóstico de eccema crónico los datos relevantes incluyen placas eritematosas mal definidas en 13 (92.9%)  $p = 0.000$ , erosión 4 (14.8%)  $p = 0.037$  y síntomas asociados como dolor, ardor o prurito en 8 (29.6%)  $p = 0.016$ .

La evaluación clínica permitió realizar diagnóstico clínico de eccema crónico palmoplantar en 14 (51.9%) y de psoriasis palmoplantar en 13 (48.1%) del total de 27 pacientes evaluados, como se puede observar en la **figura 2**.

En la **tabla 2** de características histológicas otorgadas por el observador 1 encontramos algunos datos estadísticamente significativos compatibles con el diagnóstico de psoriasis palmoplantar; dentro de los cuales están la paraqueratosis en parche presente en 8 (88.9%) con una  $p = 0.026$ , hipogranulosis en 7 (77.8%) con  $p = 0.000$  y el adelgazamiento de los platos suprapapilares 5 (55.6%) con  $p = 0.012$ .

## **El análisis de concordancia de los dos métodos diagnósticos del observador 1**

En los métodos diagnósticos utilizados para poder diferenciar la psoriasis palmoplantar del eccema crónico palmoplantar, encontramos los siguientes resultados obtenidos de la **tabla 3** donde se muestra la tabla de contingencia del diagnóstico clínico y del diagnóstico histológico del observador 1 de un total de 27 pacientes estudiados.

Obsérvese que los resultados del diagnóstico clínico de eccema crónico y psoriasis se obtuvieron 14 (51.9%) y 13 (48.1%), respectivamente, mientras que el diagnóstico histopatológico reportó 13 eccemas crónicos, 9 psoriasis y 5 casos clasificados como ambiguos.

Se encontró una concordancia en 8 eccemas y 6 psoriasis mediante la utilización de ambos métodos diagnósticos.

El índice de Kappa de Cohen encontrado para la concordancia del diagnóstico clínico-histológico del **Observador 1** fue de 0.18, con  $p=0.395$ .

En la **tabla 4** características histológicas otorgadas por el observador 2 encontramos algunos datos estadísticamente significativos compatibles con el diagnóstico de psoriasis palmoplantar; dentro de los cuales están la hipogranulosis en 13 (81.3%) con  $p= 0.015$ , hiperplasia psoriasiforme en 15 (93.8%) con  $p=0.048$  y el adelgazamiento de los platos suprapapilares 14 (87.5%) con  $p=0.019$ .

En el caso del eccema crónico de manos solo se encontraron dos características histológicas con  $p$  menor a 0.05 estadísticamente significativas; la presencia de vesículas espongióticas en 7 (77.8%) con  $p=0.005$  y de costra en 9 (33.3%) con  $p=0.030$ .

## **El análisis de concordancia de los dos métodos diagnósticos del observador**

### **2**

Con respecto a los métodos diagnósticos utilizados para poder diferenciar la psoriasis palmoplantar del eccema crónico palmoplantar, encontramos los siguientes resultados obtenidos de la **tabla 5** donde se muestra la tabla de contingencia del diagnóstico clínico y del diagnóstico histológico del observador 2 de un total de 27 pacientes estudiados.

Obsérvese que los resultados del diagnóstico clínico de eccema crónico y psoriasis se obtuvieron 14 (51.9%) y 13 (48.1%), respectivamente, mientras que el diagnóstico histopatológico del observador 2 reportó 9 eccemas crónicos, 16 psoriasis y 2 casos clasificados como ambiguos.

Se encontró una concordancia en 5 eccemas y 8 psoriasis mediante la utilización de ambos métodos diagnósticos.

El índice de Kappa de Cohen encontrado para la concordancia del diagnóstico clínico-histológico del **Observador 2** fue de 0.43, con  $p= 0.794$ .

## **El análisis de concordancia entre dos observadores**

En la **tabla 6** se muestra la tabla de contingencia de los resultados del diagnóstico histopatológico del observador 1 y del observador 2 obtenidos de los 27 pacientes del estudio. Nótese que en los resultados del observador 1 hay 13 eccemas crónicos, 9 psoriasis, y 5 casos ambiguos, mientras que del observador 2 obtuvo 9 eccemas crónicos, 16 psoriasis y 2 ambiguos. Ambos tuvieron una discordancia en 10 casos y coincidieron en 17 casos.

En cuanto a la concordancia de los dos observadores, obtenida por el método estadístico de índice de Kappa, a partir de la tabla de contingencia, se obtuvo un  $k=0.41$  con  $p=0.002$ , lo cual representa una concordancia moderada para ambos.

## DISCUSIÓN

La afección de la piel palmoplantar es uno de los principales motivos de consulta en dermatología en la población general, dentro de estos se encuentran la psoriasis y el eccema crónico palmoplantar, los cuales conllevan un gran impacto la calidad de vida de los pacientes.

El diagnóstico de ambas entidades generalmente se realiza de forma clínica, sin embargo, en algunos casos es difícil poder discernir entre estas entidades. Por ello se ha optado por realizar biopsias de piel para mayor orientación o precisión diagnóstica.

Los hallazgos clínicos encontrados en la evaluación clínica de psoriasis palmoplantar son placas eritematosas nítidamente delimitadas con distribución simétrica, con escamas plateadas en la superficie, afección de las eminencias tenar e hipotenar, nudillos de manos y del dorso de pies, hoyuelos ungueales regulares<sup>7,8</sup>. En nuestro estudio encontramos como rasgos clínicos estadísticamente significativos de psoriasis palmoplantar las placas eritematosas bien delimitadas y la escama.

En este estudio los datos relevantes en el diagnóstico clínico de eccema crónico palmoplantar incluyen placas eritematosas mal definidas en 13 (92.9%)  $p=0.000$ , erosión/fisuras 4 (14.8%)  $p= 0.037$  y síntomas asociados como dolor, ardor o prurito en 8 (29.6%)  $p=0.016$ . Mientras que en la literatura se mencionan las placas eccematosas, con fisuras, liquenificación, hiperlinealidad palmar, hiperpigmentación y rascado<sup>13</sup>.

Con respecto a las características histológicas nuestro estudio encontró vasos ectásicos dilatados en el 22.2% con una  $p=0.354$  en el observador 1 y en 66.7% con  $p= 0.156$  en el observador 2, por lo que no es un hallazgo relevante para el diagnóstico de psoriasis palmoplantar, esto concuerda con otros estudios realizados

como el de Cesinaro, Aydin y Rao et al este último presente en 38.7% de las psoriasis palmoplantares. Y difiere con el estudio de Hesari et al el cual reporta una  $p < 0.0001$ .

Hesari et al, concluye que el diagnóstico de psoriasis palmopantar se apoya con hipogranulosis ( $P < 0.0001$ ), microabsceso de Monro ( $P < 0.0001$ ), vasos sanguíneos tortuosos en la dermis papilar ( $P < 0.0001$ ), adelgazamiento del plato suprapapilar ( $P = 0.020$ ), paraqueratosis confluyente ( $P = 0.044$ ) y pústula espongiiforme de Kogoj ( $P = 0.047$ ).

Nuestra serie reporta como parámetros histológicos estadísticamente significativos para diagnóstico de psoriasis palmopantar por el observador 1 paraqueratosis en parche  $p = 0.026$ , hipogranulosis  $p = 0.000$  y el adelgazamiento de los platos suprapapilares  $p = 0.012$  y por el observador 2 hipogranulosis  $p = 0.015$ , hiperplasia psoriasiforme  $p = 0.048$  y el adelgazamiento de los platos suprapapilares  $p = 0.019$ .

En los hallazgos histopatológicos de la literatura para apoyar el diagnóstico de eccema crónico palmopantar algunos estudios como Park et al resaltan la hiperplasia epidérmica irregular, espongiosis, vesiculación<sup>13</sup>, y en el estudio de Hesari et al, la presencia de costras en 100% de los casos con  $p < 0,0001$ . Esto concuerda en algunos datos presentados en nuestros resultados como las vesículas espongióticas en 77.8% ( $p 0.005$ ) y la costra en 33.3% ( $p 0.030$ ).

La mayoría de estos datos son contradictorios a los observados por algunos autores como Thorman y Heilesen et al, donde de 47 biopsias evaluadas solo encontraron 3 psoriasis, y Posada y García-Doval et al, en donde 68 de 77 biopsias fueron no concluyentes en sus diagnósticos.

En el análisis de concordancia para el diagnóstico clínico-histológico del observador 1 se demostró una  $k = 0.18$  ( $p 0.395$ ), lo que muestra una concordancia muy baja y en contraste con la hipótesis la  $p$  fue no significativa, por lo cual este estudio no

demonstró una concordancia entre ambos métodos diagnósticos. Los resultados obtenidos por el observador 2 son similares en donde la concordancia fue moderada con una  $k$  ligeramente superior de 0.43 ( $p$  0.794), sin embargo, el valor de  $p$  no es estadísticamente significativo por lo cual no existe una concordancia en el diagnóstico clínico-histológico.

Además, se realizó un análisis de concordancia entre los resultados del diagnóstico histopatológico de ambos observadores, en donde encontramos una  $k=0.41$  ( $p$  0.002) esto indica una concordancia moderada y es estadísticamente significativo por lo cual hace reproducible dicha evaluación.

El estudio histopatológico por sí solo no es un método el diagnóstico óptimo para diferenciar entre psoriasis y eccema crónico palmoplantar, ya que como indica Requena et al, la psoriasis palmoplantar presenta más espongirosis que la localizada en otras áreas corporales.

## CONCLUSIONES

En nuestro estudio se demostró que no existe concordancia entre el diagnóstico clínico-histológico de la psoriasis palmoplantar y el eccema crónico palmoplantar. Ya que los valores de kappa fueron de 18% y 43% con concordancias muy baja y moderada respectivamente, sin embargo, los resultados no presentan valor estadísticamente significativo lo que rechaza la hipótesis propuesta.

Con respecto a la concordancia inter-observadores esta es moderada con un (k) de 41% la cual es estadísticamente significativa. Lo cual indica que el método de diagnóstico histológico es reproducible sin embargo para discernir entre estas dermatosis no es útil.

Por lo cual se puede concluir que las biopsias palmoplantares tiene baja utilidad diagnóstica en estas dos entidades.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Park JY, Cho EB, Park EJ, et al. The histopathological differentiation between palmar psoriasis and hand eczema: A retrospective review of 96 cases. *J Am Acad Dermatol* 2017; 77(1):130-135.
2. Hongal A, Rajashekhar N, Gejje S, et al. Palmoplantar Dermatoses- A Clinical Study of 300 Cases. *Journal of Clinical and Diagnostic Research* 2016; 10(8): 04-07.
3. Rao A, Khandpur S, Kalaivani M, et al. A study of the histopathology of palmo-plantar psoriasis and hyperkeratotic palmo-plantar dermatitis. *Indian J Dermatol Venereol Leprol* 2018;84: 27-33.
4. Hesari K, Naraghi Z, Nikoo A, et al. Palmoplantar Psoriasis versus Eczema: Major Histopathologic Clues for Diagnosis. *Iranian Journal of Pathology* 2014; 9(4): 251-256.
5. Basir H, Alirezai P, Hamian Z, et al. Are quantitative histopathologic criteria capable of differentiating psoriasis from chronic dermatitis?. *Clinical Cosmetic and Investigational Dermatology* 2018;11:239–244.
6. Ortega-Hernández A, Restrepo-López N, Rosero YS, Úsuga-Úsuga F y col. Características epidemiológicas, clínicas e histopatológicas de pacientes con psoriasis y factores asociados con las formas vulgar y pustulosa. *Dermatol Rev Mex* 2018;62(3):193-205.
7. C. Posada, I. García-Doval, C. de la Torre y M.J. Cruces. Utilidad de las biopsias palmoplantares en lesiones hiperqueratósicas y vesiculopustulosas. Estudio transversal. *Actas dermosifiliográficas* 2010 ;111(1):103-105.
8. Yoon S, Park H, Lee J, et al. Histological differentiation between palmoplantar pustulosis and pompholyx. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology* 2013; 27(7): 889-893.
9. Raposo I, Torres T. Palmoplantar Psoriasis and Palmoplantar Pustulosis: Current Treatment and Future Prospects. *Am J Clin Dermatol* 2016; 17: 349–358.

10. Ramírez C, Jacob S.E. Dermatitis de manos. *Actas Dermosifiliogr* 2006;97(6):363-73.
11. De León FJ, Berbergal L, JF Silvestre. Abordaje terapéutico en el eczema crónico de manos. *Actas dermosifiliográficas* 2015;106(7):533–44.
12. Ortiz-salvador JM, Subiabre-ferrer D, Rabasco AG, et al. Eccema de manos en niños. Estudio clínico-epidemiológico de la población remitida a un hospital terciario. *An Pediatría* 2018;88(6): 309-314.
13. Steven D. Billings, Jenny Cotton. Spongiotic Dermatitis en: Barnhill R. et al. *Inflammatory Dermatopathology*, 3rd ed. Boston: Springer 2010;15-19.
14. Jiménez N, Ballester M, Pérez S. et al. Psoriasis. *Medicine* 2014;11(47):2764-73.
15. Arenas Roberto. Psoriasis en: Arenas Roberto *Dermatología. Atlas, diagnóstico y tratamiento*. 7ed. México: McGraw-Hill 2019:609-619.
16. Pieter-Jan Coenraads, M.D. Hand Eccema. *N Engl J Med* 2012; 367:1829-37.
17. Aydin O, Engin B, Oguz O, et al. Non-pustular palmoplantar psoriasis: is histologic differentiation from eczematous dermatitis possible?. *J Cutan Pathol* 2008; 35:169–173.

## ANEXOS

**Tabla 1 Características clínicas**

Variable		Diagnóstico clínico		P
		Eccema	Psoriasis	
No. Pacientes	27 (100%)	14 (51.85%)	13 (48.14%)	
Sexo-N (%)				0.037
• Hombre	7 (25.9%)	6 (42.9%)	1 (7.7%)	
• Mujer	20 (74.1%)	8 (57.1%)	12 (92.3%)	
Tratamiento				0.108
• Emoliente	9 (33.3%)	7 (50%)	2 (15.4%)	
• Queratolítico	3 (11.1%)	0 (0%)	3 (23.1%)	
• Azol	3 (11.1%)	1 (7.1%)	2 (15.4%)	
• Esteroides	12 (44.4%)	6 (42.9%)	6 (46.6%)	
Placa eritematosa bien delimitada –N (%)				0.000
• Ausente	13 (48.1%)	12 (85.7%)	1 (7.7%)	
• Presente	14 (51.9%)	2 (14.3%)	12 (92.3%)	
Escama –N (%)				0.000
• Ausente	12 (44.4%)	11 (78.6%)	1 (7.7%)	
• Presente	15 (55.6%)	3 (21.4%)	12 (92.3%)	
Afección eminencia tenar, hipotenar y nudillos- N (%)				0.496
• Ausente	24 (88.9%)	13 (92.9%)	11 (84.6%)	
• Presente	3 (11.1%)	1 (7.1%)	2 (15.4%)	
Hoyuelos ungueales-N (%)				0.025
• Ausente	23 (85.2%)	14 (100%)	9 (69.2%)	
• Presente	4 (14.8%)	0 (0.0%)	4 (30.8%)	
Hiperqueratosis- N (%)				0.001
• Ausente	17 (63%)	13 (92.9%)	4 (30.8%)	
• Presente	10 (37%)	1 (7.1%)	9 (69.2%)	
Onicolisis-N (%)				0.326
• Ausente	26 (96.3%)	13 (92.9%)	13 (100%)	

• Presente	1 (3.7%)	1 (7.1%)	0 (0.0%)	
Placa eritematosa mal definida-N (%)				0.000
• Ausente	13 (48.1%)	1 (7.1%)	12 (92.3%)	
• Presente	14 (51.9%)	13 (92.9%)	1 (7.7%)	
Fisura-N (%)				0.025
• Ausente	17 (63%)	6 (42.9%)	11 (84.6%)	
• Presente	10 (37%)	8 (57.1)	2 (15.4%)	
Liquenificación-N(%)				0.168
• Ausente	15 (55.6%)	6 (42.9%)	9 (69.2%)	
• Presente	12 (44.4%)	8 (57.1%)	4 (30.8%)	
Hiperpigmentación-N(%)				0.957
• Ausente	25 (92.6%)	13 (92.9%)	12 (92.3%)	
• Presente	2 (7.4%)	1 (7.1%)	1 (7.7%)	
Erosión-N(%)				0.037
• Ausente	23 (85.2%)	10 (71.4%)	13 (100%)	
• Presente	4 (14.8%)	4 (28.6%)	0 (0.0%)	
Vesícula-N(%)				0.586
• Ausente	24 (88.9%)	12 (85.7%)	12 (92.3%)	
• Presente	3 (11.1%)	2 (14.39)	1 (7.7%)	
Ardor, dolor y prurito-N(%)				0.016
• Ausente	19 (70.8%)	7 (50%)	12 (93.2%)	
• Presente	8 (29.6%)	7 (50%)	1 (7.7%)	
Otros				0.313
Verrugoso	1 (7.7%)	0 (0.0%)	1 (7.7%)	
Pustuloso	1 (7.7%)	0 (0.0)	1 (7.7%)	

**Tabla 2 Características histológicas del observador 1**

Variable		Diagnóstico histológico observador 1			P
		Eccema	Psoriasis	Ambigua	
No. Pacientes	27 (100%)	11	11	5	
Sexo-N (%)					0.817
• Hombre	7 (25.9%)	3 (23.1%)	3 (33.3%)	1 (20%)	
• Mujer	20 (74.1%)	10 (76.9%)	6 (66.7%)	4 (80%)	
Paraqueratosis confluente-N (%)					0.133
Ausente	21 (77.8%)	9 (69.2%)	9 (100%)	3 (60%)	
Presente	6 (2.2%)	4 (30.8%)	0 (0.0%)	2 (40%)	
Paraqueratosis en parche –N (%)					0.026
• Ausente	12 (44.9%)	9 (69.2%)	1 (11.1%)	2 (40%)	
• Presente	15 (55.6%)	4 (30.8%)	8 (88.9%)	3 (60%)	
Hiperqueratosis –N (%)					0.748
• Ausente	2 (7.4%)	1 (7.7%)	1 (11.1%)	0 (0.0%)	
• Presente	25 (92.6%)	12 (92.3%)	8 (88.9%)	5 (100%)	
Hipogranulosis-N (%)					0.000
• Ausente	19 (70.4%)	13 (100%)	2 (22.2%)	4 (80%)	
• Presente	8 (29.6%)	0 (0.0%)	7 (77.8%)	1 (20%)	
Microabscesos de Munro-N (%)					0.354
• Ausente	26 (96.3%)	13 (100%)	8 (88.9%)	5 (100%)	
• Presente	1 (3.7%)	0 (0.0%)	1 (11.1%)	0 (0.0%)	
Pústulas de Kogoj- N (%)					0.354
• Ausente	26 (96.3%)	13 (100%)	8 (88.9%)	5 (100%)	
• Presente	1 (3.7%)	0 (0.0%)	1 (11.1%)	0 (0.0%)	

Hiperplasia psoriasiforme-N (%)					
• Ausente	8 (29.6%)	3 (23.1%)	2 (22.2%)	3 (60%)	0.257
• Presente	19 (70.4%)	10 (76.9%)	7 (77.8%)	3 (40%)	
Espongiosis leve-N (%)					
• Ausente	14 (51.9%)	8 (61.5%)	3 (33.3%)	3 (60%)	0.395
• Presente	13 (48.1%)	5 (38.5%)	6 (66.7%)	2 (40%)	
Espongiosis moderada-N (%)					
• Ausente	17 (63%)	6 (46.2%)	7 (77.8%)	4 (80%)	0.218
• Presente	10 (37%)	7 (53.5%)	2 (22.2%)	1 (20%)	
Espongiosis severa- N(%)					
• Ausente	26 (96.3%)	12 (92.3%)	9 (100%)	5 (100%)	0.572
• Presente	1 (3.7%)	1 (7.7%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	
Vasos papilares dilatados-N(%)					
• Ausente	21 (77.8%)	10 (76.9%)	6 (66.7%)	5 (100%)	0.354
• Presente	6 (22.2%)	3 (21.3%)	3 (33.3%)	0 (0.0%)	
Adelgazamiento de platos suprapapilares-N(%)					
• Ausente	21 (77.8%)	12 (92.3%)	4 (44.4%)	5 (100%)	0.012
• Presente	6 (22.2%)	1 (7.7%)	5 (55.6%)	0 (0.0%)	
Infiltrado Inflamatorio de Linfocitos-N(%)					
• Ausente	1 (3.7%)	0 (0.0%)	1 (11.1%)	0 (0.0%)	0.354
• Presente	26 (96.3%)	13 (100%)	8 (88.9%)	5 (100%)	
Infiltrado Inflamatorio de Neutrófilos-N(%)					
• Ausente	18 (66.7%)	10 (76.9%)	5 (55.6%)	3 (60%)	0.545
• Presente	9 (33.9%)	3 (23.1%)	4 (44.4%)	2 (40%)	

Infiltrado Inflamatorio de Eosinófilos • Ausente • Presente	27 (100%) 0 (0.0%)	13 (100%) 0 (0.0%)	9 (100%) 0 (0.0%)	5 (100%) 0 (0.0%)	
Hiperplasia irregular • Ausente • Presente	13 (48.1%) 14 (51.9%)	6 (46.2%) 7 (53.8%)	6 (66.7%) 3 (33.3%)	1 (20%) 4 (80%)	0.241
Vesícula espongiótica • Ausente • Presente	19 (70.4%) 8 (29.6%)	7 (53.8%) 6 (46.2%)	8 (88.9%) 1 (11.1%)	4 (80%) 1 (20%)	0.182
Exocitosis de Linfocitos • Ausente • Presente	3 (11.1%) 24 (88.9%)	0 (0.0%) 13 (100%)	1 (11.1%) 8 (88.9%)	2 (40%) 3 (60%)	0.054
Exocitosis de Neutrófilos • Ausente • Presente	14 (51.9%) 13 (48.1%)	7 (53.8%) 6 (46.2%)	5 (55.6%) 4 (44.4%)	2 (40%) 3 (60%)	0.839
Exocitosis de Linfocitos • Ausente • Presente	27 (100%) 0 (0.0%)	13 (100%) 0 (0.0%)	9 (100%) 0 (0.0%)	5 (100%) 0 (0.0%)	
Edema de Dermis • Ausente • Presente	12 (44.4%) 15 (55.6%)	8 (61.5%) 5 (38.5%)	2 (22.2%) 7 (77.8%)	2 (40%) 3 (60%)	0.185
Costra • Ausente • Presente	18 (66.7%) 9 (33.3%)	7 (53.8) 6 (46.2%)	6 (66.7%) 3 (33.3%)	5 (100%) 0 (0.0%)	0.177
Bacterias • Ausente • Presente	21 (77.8%) 6 (22.2%)	10 (76.9%) 3 (23.1%)	8 (88.9%) 1 (11.1%)	3 (60%) 2 (40%)	0.458

Disqueratinocitos <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ausente</li> <li>• Presente</li> </ul>	26 (96.3%) 1 (3.7%)	12 (92.3%) 1 (7.7%)	9 (100%) 0 (0.0%)	5 (100%) 0 (0.0%)	0.572
Papilomatosis <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ausente</li> <li>• Presente</li> </ul>	24 (88.9%) 3 (11.1%)	11 (84.6%) 2 (15.4%)	9 (100%) 0 (0.0%)	4 (80%) 1 (20%)	0.414
Dermatitis de Interfaz liquenoide <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ausente</li> <li>• Presente</li> </ul>	26 (96.3%) 1 (3.7%)	13 (100%) 0 (0.0%)	9 (100%) 0 (0.0%)	4 (80%) 1 (20%)	0.102
Diagnóstico Clínico <ul style="list-style-type: none"> <li>• Eccema crónico</li> <li>• Psoriasis</li> </ul>	14 (51.9%) 13 (48.1%)	8 (61.5%) 5 (38.5%)	3 (33.3%) 6 (66.7%)	3 (60%) 2 (40%)	0.395

**Tabla 3 Contingencia del diagnóstico clínico /histológico Observador 1**

		Diagnóstico clínico/Diagnóstico histológico Observador 1			Total	
		Diagnóstico histológico Eccema crónico	Psoriasis	Ambiguo		
Diagnóstico clínico	Eccema crónico	Recuento	8	3	3	14
		% dentro de Diagnóstico histológico	61,5%	33,3%	60,0%	51,9%
	Psoriasis	Recuento	5	6	2	13
		% dentro de Diagnóstico histológico	38,5%	66,7%	40,0%	48,1%
Total	Recuento	13	9	5	27	
	% dentro de Diagnóstico histológico	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

**Tabla 4 Características histológicas observador 2**

Variable		Diagnóstico histológico observador 2			P
		Eccema	Psoriasis	Ambigua	
No. Pacientes	27 (100%)	9 (33.3%)	16 (59.3%)	2 (7.4%)	
Sexo-N (%)					0.606
• Hombre	7 (25.9%)	2 (22.2%)	5 (31.3%)	0 (0.0%)	
• Mujer	20 (74.1%)	7 (77.8%)	11 (68.8%)	2 (100%)	
Paraqueratosis confluyente-N (%)					0.721
Ausente	19 (70.4%)	7 (77.8%)	11 (68.8%)	1 (50%)	
Presente	8 (29.6%)	2 (22.2%)	5 (31.3%)	1 (50%)	
Paraqueratosis en parche -N (%)					0.312
• Ausente	14 (51.9%)	5 (55.6%)	7 (43.8%)	2 (100%)	
• Presente	13 (48.1%)	4 (44.4%)	9 (56.3%)	0 (0.0%)	
Hiperqueratosis -N (%)					0.831
• Ausente	2 (7.4%)	1 (11.1%)	1 (6.3%)	0 (0.0%)	
• Presente	25 (92.6%)	8 (88.9%)	15 (93.8%)	2 (100%)	
Hipogranulosis-N (%)					0.015
• Ausente	11 (40.7%)	7 (77.8%)	3 (18.8%)	1 (50%)	
• Presente	16 (59.3%)	2 (22.2%)	13 (81.3%)	1 (50%)	
Microabscesos de Munro-N (%)					0.313
• Ausente	24 (88.9%)	9(100%)	13 (81.3%)	2 (100%)	
• Presente	3 (11.1%)	0 (0.0%)	3 (18.8%)	0 (0.0%)	
Pústulas de Kogoj- N (%)					0.121
• Ausente		9 (100%)	11 (68.8%)	2 (100%)	

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Presente</li> </ul>	22 (81.5%) 5 (18.5%)	0 (0.0%)	5 (31.3%)	0 (0.0%)	
Hiperplasia psoriasiforme-N (%)					
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ausente</li> <li>• Presente</li> </ul>	5 (18.5%) 22 (81.5%)	4 (44.4%) 5 (55.6%)	1 (6.3%) 15 (93.8%)	0 (0.0%) 2 (0.0%)	0.048
Espongiosis leve-N (%)					
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ausente</li> <li>• Presente</li> </ul>	14 (51.9%) 13 (48.1%)	5 (55.6%) 4 (44.4%)	9 (56.3%) 7 (43.8%)	0 (0.0%) 2 (100%)	0.312
Espongiosis moderada-N (%)					
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ausente</li> <li>• Presente</li> </ul>	19 (70.4%) 8 (29.6%)	4 (44.4%) 5 (55.6%)	13 (81.3%) 3 (18.8%)	2 (100%) 0 (0.0%)	0.098
Espongiosis severa- N(%)					
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ausente</li> <li>• Presente</li> </ul>	27 (100%) 0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	
Vasos papilares dilatados-N(%)					
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ausente</li> <li>• Presente</li> </ul>	7 (25.9%) 20 (74.1%)	4 (44.4%) 5 (55.6%)	2 (12.5%) 14 (87.5)	1 (50%) 1 (50%)	0.156
Adelgazamiento de platos suprapapilares-N(%)					
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ausente</li> <li>• Presente</li> </ul>	9 (33.3%) 18 (66.7%)	6 (66.7%) 3 (33.3%)	2 (12.5%) 14 (87.5%)	1 (50%) 1(50%)	0.019
Infiltrado Inflamatorio de Linfocitos-N(%)					
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ausente</li> <li>• Presente</li> </ul>	1 (3.7%) 26 (96.3%)	0 (0.0%) 9 (100%)	1 (6.3%) 15 (93.8%)	0 (0.0%) 2 (100%)	0.700
Infiltrado Inflamatorio de Neutrófilos-N(%)					

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ausente</li> <li>• Presente</li> </ul>	18 (66.7%) 9 (33.3%)	8 (88.9%) 1 (11.1%)	9 (56.3%) 7 (43.8%)	1 (50%) 1 (50%)	0.220
Infiltrado Inflamatorio de Eosinófilos <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ausente</li> <li>• Presente</li> </ul>	27 (100%) 0 (0.0%)	9 (100%) 0 (0.0%)	16 (100%) 0 (0.0%)	2 (100%) 0 (0.0%)	
Hiperplasia irregular <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ausente</li> <li>• Presente</li> </ul>	4 (14.8%) 23 (25.8%)	2 (22.2%) 7 (77.8%)	2 (12.5%) 14 (87.5%)	0 (0.0%) 2 (100%)	0.668
Vesícula espongiótica <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ausente</li> <li>• Presente</li> </ul>	17 (63%) 10 (37%)	2 (22.2%) 7 (77.8%)	14 (87.5%) 2 (12.5%)	1 (50%) 1 (50%)	0.005
Exocitosis de Linfocitos <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ausente</li> <li>• Presente</li> </ul>	2 (7.4%) 25 (92.6%)	0 (0.0%) 9 (100%)	2 (12.5%) 14 (87.5%)	0 (0.0%) 2 (100%)	0.476
Exocitosis de Neutrófilos <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ausente</li> <li>• Presente</li> </ul>	21 (77.8%) 6 (22.2%)	8 (88.9%) 1 (11.1%)	11 (68.8%) 5 (31.3%)	2 (100%) 0 (0.0%)	0.374
Exocitosis de Linfocitos <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ausente</li> <li>• Presente</li> </ul>	27 (100%) 0 (0.0%)	9 (100%) 0 (0.0%)	16 (100%) 0 (0.0%)	2 (100%) 0 (0.0%)	
Edema de Dermis <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ausente</li> <li>• Presente</li> </ul>	11 (40.7%) 16 (59.3%)	4 (44.4%) 5 (55.6%)	6 (37.5%) 10 (62.5%)	1 (50%) 1 (50%)	0.909
Costra <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ausente</li> <li>• Presente</li> </ul>	18 (66.7%) 9 (33.3%)	3 (33.3%) 6 (66.7%)	13 (81.3%) 3 (18.8%)	2 (100%) 0 (0.0%)	0.030
Bacterias <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ausente</li> </ul>		7 (77.8%)	13 (81.3%)	2 (100%)	0.765

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Presente</li> </ul>	22 (81.5%) 5 (18.5%)	2 (22.2%)	3 (18.8%)	0 (0.0%)	
Disqueratinocitos <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ausente</li> <li>• Presente</li> </ul>	23 (85.2%) 4 (14.8%)	9 (100%) 0 (0.0%)	13 (81.3%) 3 (18.3%)	1 (50%) 1 (50%)	0.155
Papilomatosis <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ausente</li> <li>• Presente</li> </ul>	25 (92.6%) 2 (7.4%)	8 (88.9%) 1 (11.1%)	15 (93.8%) 1 (6.3%)	2 (100%) 0 (0.0%)	0.831
Dermatitis de Interfaz liquenoide <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ausente</li> <li>• Presente</li> </ul>	26 (96.3%) 1 (3.7%)	9 (100%) 0 (0.0%)	16 (100%) 0 (0.0%)	1 (50%) 1 (50%)	0.002
Diagnóstico Clínico <ul style="list-style-type: none"> <li>• Eccema crónico</li> <li>• Psoriasis</li> </ul>	14 (51.9%) 13 (48.1%)	5 (18.5%) 4 (14.8%)	8 (29.6%) 8 (29.6%)	1 (3.7%) 1 (3.7%)	0.964

**Tabla 5 Contingencia diagnóstico clínico/ diagnóstico histológico**

**Observador 2**

**Diagnóstico clínico/Diagnóstico histológico Observador 2**

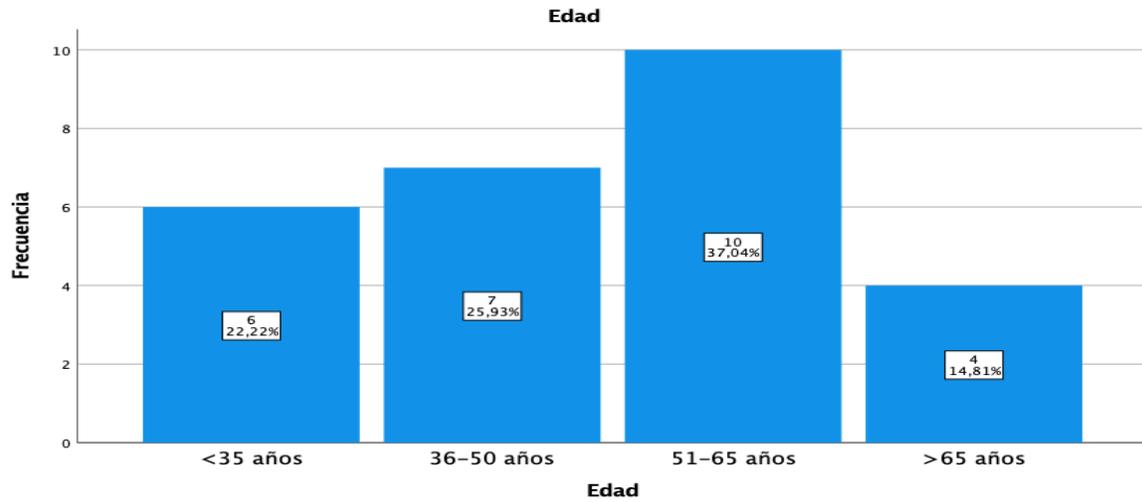
		Diagnóstico histológico			Total	
		Eccema crónico	Psoriasis	Ambiguo		
Diagnóstico clínico	Eccema crónico	Recuento	5	8	1	14
		% dentro de Diagnóstico histológico	55,6%	50,0%	50,0%	51,9%
	Psoriasis	Recuento	4	8	1	13
		% dentro de Diagnóstico histológico	44,4%	50,0%	50,0%	48,1%
Total		Recuento	9	16	2	27
		% dentro de Diagnóstico histológico	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

**Tabla 6 Contingencia diagnóstico histológico de Observador 1 y 2**

**Diagnóstico histológico observador 1 /Diagnóstico histológico observador 2**

		Diagnóstico histológico 2			Total	
		Eccema crónico	Psoriasis	Ambiguo		
Diagnóstico histológico 1	Eccema crónico	Recuento	8	5	0	13
		% dentro de Diagnóstico histológico	88,9%	31,3%	0,0%	48,1%
	Psoriasis	Recuento	0	8	1	9
		% dentro de Diagnóstico histológico	0,0%	50,0%	50,0%	33,3%
	Ambiguo	Recuento	1	3	1	5
		% dentro de Diagnóstico histológico	11,1%	18,8%	50,0%	18,5%
Total	Recuento	9	16	2	27	
	% dentro de Diagnóstico histológico	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

**Figura 1 Edad en rangos**



**Figura 2 Diagnóstico clínico**

