



**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

**CARRERA DE MEDICINA**

**TEMA:**

Prevalencia de hallazgos compatibles con onicopatía psoriásica  
en población general y su correlación con síntomas músculo  
esqueléticos en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo durante  
octubre del 2017 a febrero del 2018

**AUTOR (ES):**

**Ramírez Guamán Roberto Michael  
Espinoza Ramírez Rosa Andrea**

**Trabajo de titulación previo a la obtención del título de:**

**MÉDICO**

**TUTOR:**

**Zúñiga Vera Andrés Eduardo**

**Guayaquil, Ecuador**

**2 de mayo del 2018**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**  
**CARRERA DE MEDICINA**

**CERTIFICACIÓN**

Certificamos que el presente trabajo de titulación, fue realizado en su totalidad por **Ramírez Guamán Roberto Michael**, como requerimiento para la obtención del título de **MÉDICO**.

**TUTOR (A)**

f. \_\_\_\_\_  
**Andrés Eduardo Zúñiga Vera**

**DIRECTOR DE LA CARRERA**

f. \_\_\_\_\_  
**Juan Luis Aguirre Martínez**

**Guayaquil, a los 2 días del mes de mayo del año 2018**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**  
**CARRERA DE MEDICINA**

**CERTIFICACIÓN**

Certificamos que el presente trabajo de titulación, fue realizado en su totalidad por **Espinoza Ramírez Rosa Andrea**, como requerimiento para la obtención del título de **MÉDICO**.

**TUTOR (A)**

f. \_\_\_\_\_  
**Andrés Eduardo Zúñiga Vera**

**DIRECTOR DE LA CARRERA**

f. \_\_\_\_\_  
**Juan Luis Aguirre Martínez**

**Guayaquil, a los 2 días del mes de mayo del año 2018**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**  
**CARRERA DE MEDICINA**

## **DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD**

Yo, **Ramírez Guamán Roberto Michael**

### **DECLARO QUE:**

El Trabajo de Titulación, **Prevalencia de hallazgos compatibles con onicopatía psoriásica en población general y su correlación con síntomas músculo esqueléticos en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo durante octubre del 2017 a febrero del 2018** previo a la obtención del título de **MÉDICO**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

**Guayaquil, a los 2 días del mes de mayo del año 2018**

**EL (LA) AUTOR (A):**

f. \_\_\_\_\_

**Ramírez Guamán Roberto Michael**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**  
**CARRERA DE MEDICINA**

## **DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD**

Yo, **Espinoza Ramírez Rosa Andrea**

### **DECLARO QUE:**

El Trabajo de Titulación, **Prevalencia de hallazgos compatibles con onicopatía psoriásica en población general y su correlación con síntomas músculo esqueléticos en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo durante octubre del 2017 a febrero del 2018** previo a la obtención del título de **MÉDICO**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

**Guayaquil, a los 2 días del mes de mayo del año 2018**

**EL (LA) AUTOR (A):**

f. \_\_\_\_\_

**Espinoza Ramírez Rosa Andrea**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**  
**CARRERA DE MEDICINA**

## **AUTORIZACIÓN**

Yo, **Ramírez Guamán Roberto Michael**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Prevalencia de hallazgos compatibles con onicopatía psoriásica en población general y su correlación con síntomas músculo esqueléticos en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo durante octubre del 2017 a febrero del 2018**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

**Guayaquil, a los 2 días del mes de mayo del año 2018**

**EL (LA) AUTOR(A):**

f. \_\_\_\_\_  
**Ramírez Guamán Roberto Michael**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**  
**CARRERA DE MEDICINA**

## **AUTORIZACIÓN**

Yo, **Espinoza Ramírez Rosa Andrea**

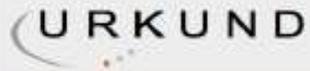
Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Prevalencia de hallazgos compatibles con onicopatía psoriásica en población general y su correlación con síntomas músculo esqueléticos en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo durante octubre del 2017 a febrero del 2018**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

**Guayaquil, a los 2 días del mes de mayo del año 2018**

**EL (LA) AUTOR(A):**

f. \_\_\_\_\_  
**Espinoza Ramírez Rosa Andrea**

AUTOR (ES):  
Ramírez Guamán Roberto Michael  
Espinoza Ramírez Rosa Andrea



### Urkund Analysis Result

Analysed Document:	ZUÑIGA ESPINOZA - RAMIREZ 2A (2).docx (D37017177)
Submitted:	3/27/2018 8:46:00 PM
Submitted By:	rosi_potr415@hotmail.com
Significance:	0 %

Sources included in the report:

Instances where selected sources appear:

0

Dr. Andrés E. Zúñiga Vera  
Docente tutor



**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
CARRERA DE MEDICINA**

**TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN**

f. \_\_\_\_\_

**Andrés Eduardo Zúñiga Vera**  
TUTOR

f. \_\_\_\_\_

**Juan Luis Aguirre Martínez**  
DIRECTOR DE CARRERA

f. \_\_\_\_\_

**Diego Vásquez Cedeño**  
COORDINADOR DEL ÁREA

# ÍNDICE

## Contenido

DEDICATORIA .....	XII
AGRADECIMIENTOS.....	XIII
RESUMEN .....	XV
ABSTRACT.....	XVI
INTRODUCCIÓN.....	2
CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	3
DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA.....	3
OBJETIVOS .....	4
OBJETIVO GENERAL.....	4
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	4
JUSTIFICACIÓN .....	5
CAPÍTULO 2 MARCO TEÓRICO .....	6
PSORIASIS.....	6
GENERALIDADES .....	6
ETIOPATOGENIA .....	6
ANATOMÍA PATOLÓGICA.....	7
PRESENTACIÓN CLÍNICA .....	7
DIAGNÓSTICO.....	9
ARTRITIS PSORIÁSICA .....	9
MANIFESTACIONES CLÍNICAS .....	9
MANIFESTACIONES ARTICULARES .....	10

MANIFESTACIONES PERIARTICULARES .....	10
MANIFESTACIONES SISTÉMICAS:.....	11
DIAGNÓSTICO.....	11
ONICOPATIA PSORIÁSICA .....	11
MANIFESTACIONES CLÍNICAS .....	12
DIAGNÓSTICO.....	13
DIAGNÓSTICO Y EVALUACIÓN DE LA PROGRESIÓN DE LA ONICOPATÍA PSORIÁSICA .....	13
CORRELACIÓN ENTRE DIFERENTES MANIFESTACIONES DE PSORIASIS.....	14
CAPÍTULO 3 METODOLOGÍA Y RESULTADOS.....	16
MATERIALES Y MÉTODOS .....	16
TIPO DE ESTUDIO .....	16
DISEÑO DEL ESTUDIO .....	16
DURACIÓN.....	16
LOCALIZACIÓN .....	17
MUESTRA .....	17
CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	17
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	17
OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.....	18
OBTENCIÓN Y RECOLECCIÓN DE DATOS .....	19
ANÁLISIS DE DATOS .....	19
RESULTADOS.....	20
INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS .....	24

CONCLUSIONES .....	26
RECOMENDACIONES.....	27
REFERENCIAS .....	28
GLOSARIO .....	30

## **DEDICATORIA**

Quiero dedicar este trabajo en primer lugar a nuestro creador, quien nos a guiado por el camino correcto dándome la fuerza y voluntad de no desmayar en el día a día de esta carrera y seguir adelante.

A mis padres, Luis Roberto y María Esperanza, quienes son el pilar de mi presente y futuro prometedor. Por quienes hago este esfuerzo para retribuir los años de apoyo incondicional a la distancia.

A mis hermanos, Mariuxi y Gabriel, los que me brindaron palabras y motivación para seguir adelante en cualquier momento de mi carrera. Especialmente a mi hermano Gabriel que fue por quién conocí y me decidí en seguir esta noble carrera.

Roberto Ramírez Guamán

A Dios, por darme sabiduría, inteligencia y valor durante estos años de estudio, quien guía mi sendero de vida.

A mis padres Jane Espinoza y Fausto Ramírez por su gran esfuerzo sin ellos nada hubiera sido posible, por su apoyo incondicional, a pesar de la distancia siempre estuvieron presentes y me dieron el valor para seguir adelante, este logro es por ellos y para ellos gracias por tanto, los amo.

A Melissa, Emily, Nathaly, Faustito y Ellie siempre estuvieron para apoyarme en los momentos duros y felices de esta carrera, y fueron una inspiración.

A mi compañero de tesis y amigo incondicional Roberto por apoyarme y brindarme su lealtad por tantos años, no ha sido sencillo el camino.

Por último agradezco a quienes fueron mis docentes durante estos años de estudio por guiarme y motivarme a siempre dar lo mejor de mí.

Rosa Andrea Espinoza Ramírez

## **AGRADECIMIENTOS**

A Dios ante todas las cosas, por quien existimos en este mundo y quien tiene propósitos para cada uno de nosotros.

A mis padres Luis Roberto y María Esperanza, a quienes les dedico este trabajo y mi título ya que sin ellos no hubiera podido lograrlo, sacrificaron su trabajo y tiempo para poder ayudarme a la distancia sin pedir nada a cambio. Les debo la vida, lo que he sido y lo que soy, nunca todos los gracias del mundo podrán expresar lo que han hecho ellos por mí.

A mi hermana Mariuxi, quien cuando necesitaba ayuda sin pensarlo dos veces la prestaba a pesar de la distancia física.

A mi hermano Gabriel, médico también que fue quién me motivó a seguir esta carrera y venir a esta prestigiosa universidad, sin duda un futuro colega con quien hay mucho que compartir por aprender.

A mis amigos, quienes están conmigo a pesar de no verlos siempre, a quienes me apoyarían y los apoyaría en momentos difíciles.

A mi compañera de tesis Rosa, con quien he compartido todos estos años entre buenas y malas hemos sabido apoyarnos hasta el final.

A todos quienes de una manera u otra me han ayudado en este largo camino, muchas gracias y es a quienes me sentiré honrado de servir.

Roberto Ramírez Guamán

## AGRADECIMIENTOS

A Dios,

Por darme sabiduría, inteligencia y valor durante estos años de estudio, quien guía mi sendero de vida.

A mis padres Jane y Fausto,

Por su gran esfuerzo sin ellos nada hubiera sido posible, por su apoyo incondicional, a pesar de la distancia siempre estuvieron presentes y me dieron el valor para seguir adelante, este logro es por ellos y para ellos gracias por tanto, los amo.

Melissa, Emily, Nathaly, Faustito y Ellie siempre estuvieron para apoyarme en los momentos duros y felices de esta carrera, y fueron una inspiración.

A mi compañero de tesis y amigo incondicional Roberto por apoyarme y brindarme su lealtad por tantos años, no ha sido sencillo el camino.

Por último agradezco a quienes fueron mis docentes durante estos años de estudio por guiarme y motivarme a siempre dar lo mejor de mí.

Rosa Andrea Espinoza Ramírez

## RESUMEN

**Introducción:** la psoriasis es una enfermedad crónica inflamatoria que afecta al 2% de la población general, comprendiendo en su espectro manifestaciones cutáneas, articulares (artritis psoriásica) y ungueales (onicopatía psoriásica, psoriasis ungueal). Generalmente, hay asociación entre estos tipos como factores predictores de la artritis psoriásica que es el ente que puede llegar a afectar la calidad de vida, por lo que determinar la presencia de lesiones ungueales compatibles con onicopatía psoriásica en un medio como el nuestro donde se desconoce su prevalencia en la población general sin diagnóstico de psoriasis ni artritis, serviría como un método de tamizaje de posibles pacientes con tendencia a presentar afectación articular. **Objetivo:** determinar la prevalencia de lesiones ungueales compatibles con onicopatía psoriásica en población sin psoriasis que acuden a consulta externa del HTMC durante el periodo establecido. **Materiales y métodos:** se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal con una muestra de 350 personas en los servicios de consulta externa y hospitalización del HTMC que cumplen con los criterios de inclusión de este estudio. **Resultados:** la prevalencia de lesiones ungueales en personas sin psoriasis fue del 64.11% siendo la más frecuente las estrías en un 57.60% de los casos. Hay probabilidad que ante la presencia de estas se desarrollen síntomas músculo-esqueléticos (OR: 5.28 y 4.19) y existe correlación significativa (,349) entre su presencia y el dolor articular periférico y con el diagnóstico de artritis (,220). **Conclusiones:** las lesiones ungueales estuvieron presentes en más de la mitad de la población sin psoriasis, hay probabilidad que ante la presencia de estas se desarrollen síntomas músculo-esqueléticos y existe correlación significativa entre su presencia y estos síntomas tales como el dolor articular periférico, dolor cervical y lumbalgia en los últimos 3 meses.

**Palabras Claves:** *onicopatía psoriásica, prevalencia, artritis psoriásica, lesiones ungueales*

## ABSTRACT

**Introduction:** Psoriasis is a chronic inflammatory disease that affects 2% of the general population, comprising in its spectrum cutaneous, joint (psoriatic arthritis) and nail manifestations (nail psoriasis). Generally, there is an association between these types as predictive factors of psoriatic arthritis that is the entity that most affects quality of life, so to determine the presence of nail lesions compatible with nail psoriasis in a medium such as ours where it is unknown its prevalence in the general population without a diagnosis of psoriasis or arthritis would serve as a screening method for potential patients with a tendency to have joint involvement. **Objective:** Determinate the prevalence of nail lesions compatible with psoriatic onychopathy in a population without psoriasis who attend the outpatient clinic of the HTMC during the established period. **Materials and methods:** an observational, descriptive and cross-sectional study was carried out with a sample of 350 people in outpatient and HTMC hospitalization services that met the inclusion criteria of this study. **Results:** the prevalence of nail lesions in people without psoriasis was 64.11%, the most frequent being stretch marks in 57.60% of the cases. There is a probability that musculoskeletal symptoms develop in the presence of these symptoms (OR: 5.28 and 4.19) and there is a significant correlation ( $\chi^2$ , 349) between their presence and peripheral articular pain and with the diagnosis of arthritis ( $\chi^2$ , 220). **Conclusions:** nail lesions were present in more than half of the population without psoriasis, there is a likelihood that in the presence of these develop musculoskeletal symptoms and there is significant correlation between their presence and these symptoms such as peripheral joint pain, neck pain and low back pain in the last 3 months.

**Key Words:** *nail psoriasis, prevalence, psoriatic arthritis, nail lesions*

## INTRODUCCIÓN

La psoriasis es una enfermedad crónica inflamatoria que puede afectar tanto la piel, las uñas y las articulaciones y es multifactorial. Se caracteriza por una serie de patrones clínicos de entre los cuales el más frecuente presenta lesiones escamosas demarcadas que afectan piel y cuero cabelludo, un tercio de los pacientes presenta afectación articular y más de la mitad con compromiso ungueal, se asocia con muchas comorbilidades en las personas que la presentan (1–3). Su prevalencia es en aproximadamente el 2% de la población global (4,5). La onicopatía psoriásica (también llamada psoriasis ungueal) es un ente dentro del espectro de manifestaciones de esta enfermedad relativamente frecuente que a menudo se pasa desapercibido por su inicio asintomático dentro del resto de manifestaciones (4). Su prevalencia es de un 50% en pacientes diagnosticados de psoriasis, cerca del 70% en pacientes con artritis psoriásica y poco frecuente (10%) de manera aislada sin manifestaciones cutáneas ni articulares, en nuestro país, es desconocida su prevalencia en la población general no diagnosticada de psoriasis (1,6).

Si hay lesiones ungueales compatibles con las de la onicopatía, es probable que esas personas tengan predisposición a presentar las manifestaciones articulares (especialmente de las articulaciones interfalángicas distales) y cutáneas en el futuro (7,8), sirviendo su evaluación como un método importante de tratamiento oportuno y prevención de la afectación funcional y de calidad de vida que suele causar (1).

En nuestro medio es común que personas no diagnosticadas de psoriasis tengan algún tipo de manifestación o molestia articular que no haya sido atendida así como lesiones ungueales concomitantes que muchas veces son pasadas desapercibidas, la evaluación de las uñas donde puede haber lesiones que no han sido detectadas se convierten en una manera de determinar si existe asociación entre ambas sintomatologías y qué porcentaje de la población general estaría predispuesta a padecer psoriasis y artropatía (9).

# **CAPÍTULO I**

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

### **DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA**

Es conocido que la presencia de lesiones ungueales en la onicopatía psoriásica se presenta más en aquellos pacientes que desarrollan algún grado de artralgia o molestia músculo-esquelética llamado artritis psoriásica en el contexto clínico de la psoriasis. Además, estas lesiones muchas veces pasan desapercibidas en la población general donde además suele haber también síntomas músculo-esqueléticos concomitantes sin necesidad de tener psoriasis.

La prevalencia de psoriasis es del 2 al 5% a nivel global, pero sin distinguir entre sus formas clínicas. Luego de revisar diversas fuentes no se reconoce que porcentaje de población en nuestro medio posee psoriasis o algún tipo de sus formas clínicas así como si realmente existe relación entre estas lesiones ungueales con manifestaciones músculo-esqueléticas, es por esto que la estimación de cuantas personas sin psoriasis las poseen pueden servirnos para saber si hay relación y si puede servir como un factor predictor de que aparezca en el futuro.

El presente estudio se realizó en el servicio de consulta externa del Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo donde diariamente acuden miles de personas entre pacientes, familiares y público en general.

Es por esto que planteamos el siguiente problema a resolver.

### **FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

¿La presencia de lesiones ungueales en personas sin psoriasis se asocia a manifestaciones musculoesqueléticas en algún grado o a que estas aparezcan en el futuro?

## **OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GENERAL**

- Determinar la prevalencia de lesiones ungueales compatibles con onicopatía psoriásica en población sin psoriasis que acuden a consulta externa del HTMC durante el periodo establecido

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Establecer qué tipo de lesiones ungueales son las más frecuentes en personas sin diagnóstico de psoriasis
- Describir si el patrón de dolor articular está asociado a las lesiones ungueales muestra de estudio
- Relacionar la presencia de lesiones ungueales con los síntomas músculo-esqueléticos encuestados
- Determinar que tipo de artritis es más frecuente en la muestra y si esta tiene correlación con las lesiones ungueales

## **JUSTIFICACIÓN**

El presente estudio pretende aportar con sus resultados a la determinación de la prevalencia de lesiones ungueales en la población general y si esta tiene asociación con las molestias músculo-esqueléticas, así para tener información preliminar para diversos estudios a futuro que fortalezcan estas aseveraciones y permitan estimar porcentajes y tasas más reales.

En Ecuador no hay tasas de psoriasis ni de lesiones ungueales en la población general, así como estudios previos donde se establezca el porcentaje de personas con manifestaciones músculo-esqueléticas, se sabe que muchas personas las poseen pero no acuden en busca de un médico debido a que son intermitentes y no complican la funcionalidad de sus actividades diarias. Las lesiones ungueales en la mayor parte de los casos pasan desapercibidas en estas personas coexistiendo en los episodios de dolor articular principalmente, es por eso que examinando las uñas en las personas que refieren algún síntoma músculo-esquelético puede servir para determinar la asociación o si esta es un predisponente a que se presente en algún momento más adelante.

# **CAPÍTULO 2**

## **MARCO TEÓRICO**

### **PSORIASIS**

#### **GENERALIDADES**

La psoriasis es un desorden crónico inflamatorio multifactorial, no transmisible que afecta generalmente a regiones anatómicas como la piel, cuero cabelludo, uñas y membranas mucosas a manera de lesiones eritematosas escamosas (1). Afecta a ambos sexos con una edad de inicio posterior a la pubertad (4). Generalmente la presentación más frecuente es en la piel y cuero cabelludo; la presentación en las uñas (onicopatía psoriásica) está presente en más del 50% de los pacientes con afectación cutánea, a diferencia de los pacientes con afectación articular (artritis psoriásica) donde es más del 70%, y la presentación articular en un tercio de los pacientes (1,10). Su curso es recidivante con severidad variable que además del compromiso cutáneo tiene un impacto en la calidad de vida (4).

Diversos estudios estiman la prevalencia, los cuales coinciden que es del 0.9% al 8.5% siendo más frecuente el 2% (1), no tiene una predilección de género y su inicio tiene el mayor pico entre los 30 y 40 años (5).

#### **ETIOPATOGENIA**

La etiología de la psoriasis no se comprende del todo, pero se sabe que su patogenia implica interacción y predisposición genética, inmunológica y ambiental. Está asociado con la presencia de antígenos HLA-B57 y HLACw6 y un tercio de los pacientes tienen antecedentes familiares positivos. Los factores hereditarios influyen en el inicio, modo de presentación, progresión de los síntomas y gravedad de la enfermedad. El riesgo de penetrancia en la descendencia con ambos padres con psoriasis es del 50% versus el 10% si solo uno de ellos la tiene (2,11).

Además de los factores genéticos también se han asociado factores ambientales como infecciones, obesidad, tabaquismo, temperaturas extremas, traumatismos repetidos en una zona cutánea y ciertos fármacos.

Se cree que las manifestaciones cutáneas, articulares y ungueales comparten una etiología en común, por lo general autoinmunes pero con genes de activación diferentes que hacen que la progresión sea asincrónica y su gravedad variable.(7,11)

## **ANATOMÍA PATOLÓGICA**

Mediante muestras extraídas de biopsias cutáneas de las lesiones en forma de placa se logra apreciar cambios microscópicos clásicos como los siguientes:

- Cambios psoriasiformes en la epidermis (paraqueratosis y elongación de las crestas ungueales)
- Migración epidérmica de neutrófilos de los capilares del estrato papilar
- Pústulas espongiformes de Kogoj y microabscesos de Munro (agregados de neutrófilos entre queratinocitos degenerados y aplanados dentro de la capa superior de Malpighi de la epidermis, formando una macro-pústula subcorneal)
- Infiltrado perivascular predominante de linfocitos en la dermis superior (4,12).

## **PRESENTACIÓN CLÍNICA**

A groso modo se manifiesta a manera de pápulas y placas eritematosas descamativas bien definidas, estas lesiones suelen acompañarse de prurito y si llegan a rascarse dan lugar al signo de Auspitz (puntos sangrantes) en la piel, según el lugar afectada, forma de lesiones y patrón clínico la psoriasis se manifiesta en variedad de formas las cuales se pueden agrupar en los siguientes tipos (8,13):

- **Psoriasis en placas:** es la variante más frecuente, se manifiesta como placas cutáneas eritematosas distribuidas simétricamente afectando las superficies de extensión de codos, rodillas, tronco y hendidura glútea aunque pueden afectar exclusivamente el cuero cabelludo. Puede ser una enfermedad localizada o afectar la mayor parte de la superficie corporal. (2,9)

- **Psoriasis guttata:** muy frecuente en niños y jóvenes, se caracteriza por la aparición abrupta de múltiples pápulas y placas psoriásicas pequeñas (< 1 cm) de diámetro. El tronco y las extremidades proximales son los principales sitios de afectación.
- **Psoriasis invertida o psoriasis flexural:** involucra las áreas intertriginosas (región inguinal, perineal, genital, interglútea, axilar o inframamaria), se denomina así ya que se da al contrario de la presentación típica en superficies extensoras. Esta variante suele confundirse con infecciones bacterianas o micóticas(10,11).
- **Psoriasis del cuero cabelludo:** aislada o asociada a otras lesiones, puede asociarse a prurito, presentan placas descamativas con eritema perilesional.
- **Psoriasis ungueal (onicopatía psoriásica):** es la presentación más frecuente luego de la presentación cutánea aunque puede aparecer al mismo tiempo o antes incluso, se ha documentado casos en donde es la única forma de presentación. Al afectar la matriz o el lecho ungueal produce múltiples lesiones como el piqueteado ungueal (fosas pequeñas sobre la uña) , leuconiquia, manchas de aceite, hiperqueratosis, onicólisis y hemorragias de Splinter (hemorragias subungueales), etc (1,2,10).
- **Artritis psoriásica (APs):** es una artritis inflamatoria seronegativa, en la edad pediátrica es muy poco frecuente y puede asociarse a las lesiones cutáneas y ungueales aumentando la gravedad de esta (9,14).

Aunque la psoriasis se asocia con el desarrollo de placas inflamatorias en la piel, actualmente se considera a la psoriasis como un trastorno inflamatorio crónico multisistémico con múltiples comorbilidades asociadas. Los trastornos sistémicos que se asocian a la psoriasis son los siguientes: obesidad, síndrome metabólico, enfermedad cardiovascular, malignidad, enfermedades autoinmunes, insuficiencia renal crónica, arritmia cardíaca, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, trastornos psicológicos entre otros.

## **DIAGNÓSTICO**

El diagnóstico es fundamentalmente clínico, se debe realizar un examen completo de la piel que incluya el examen del cuero cabelludo, las uñas y la región anogenital. Los hallazgos que respaldan el diagnóstico incluyen placas bien demarcadas, gruesas y escamosas. Además siempre hay que tener en cuenta antecedentes familiares, presencia de signos característicos de esta patología (Auspitz, Koebner) y la ingesta de medicamentos del paciente.

Se puede confirmar el diagnóstico en apoyo de los hallazgos clínicos o cuando estos son insuficientes por medio de biopsia cutánea del área afectada, microscopía o tinción con ácido periódico Schiff de la muestra. No existen otros exámenes o laboratorios que sean de utilidad en el diagnóstico de la psoriasis. (5,12).

## **ARTRITIS PSORIÁSICA**

La APs es una espondiloartropatía seronegativa, cuya principal característica definitoria es la inflamación que involucra las entesitis. A menudo se presenta de forma asimétrica, comúnmente involucrando las articulaciones distales de las manos y pies (10). Las estimaciones de la prevalencia de la artritis psoriásica entre los pacientes con psoriasis han variado de 4 a 30% y al 0,2% de la población general aproximadamente (2,13,15).

## **MANIFESTACIONES CLÍNICAS**

Los pacientes con APs presentan dolor y rigidez en las articulaciones afectadas. La rigidez es de carácter mecánico, se acentúa con la inmovilidad prolongada y se alivia con la actividad física. Alrededor del 15% de estos pacientes tendrán pruebas de psoriasis a pesar de que carecen de antecedentes de esta enfermedad (10,16).

Las articulaciones interfalángicas distales (DIP) y la columna vertebral se ven afectadas en un 40 a 50% y estas pueden ser menos sensibles en el examen físico que otras artritis inflamatorias pudiendo presentar deformidad articular sin un grado significativo de dolor (2). Las manifestaciones se agrupan a continuación:

**MANIFESTACIONES ARTICULARES:** la APs puede incluir articulaciones periféricas, axiales o ambas y generalmente se presenta como una poliartritis; sin embargo, tiene muchos otros patrones de afectación articular que son:

- Artritis distal: caracterizada por el compromiso de las articulaciones DIP.
- Oligoartritis asimétrica: se afectan menos de cinco articulaciones en una distribución asimétrica
- Poliartritis simétrica: más de 5 articulaciones afectadas de manera simétrica de forma similar y, a veces, indistinguible de la artritis reumatoide
- Artritis mutilante: caracterizada por artritis deformante y destructiva
- Espondiloartritis: que incluye sacroilitis y espondilitis

Algunos pacientes experimentan más de un patrón y muchos cambian el patrón de su artritis durante el desarrollo de la enfermedad aunque la presentación original es la oligoarticular asimétrica (2,14).

**MANIFESTACIONES PERIARTICULARES:** dentro de esta se considera la inflamación de los tejidos blandos que rodean a la articulación.

- Entesitis: es la inflamación en el sitio de la inserción de tendones, ligamentos y sinovia en el hueso.
- Tenosinovitis: inflamación de los tendones y capsula articular de los tendones flexores de las manos, del extensor cubital del carpo o en otros sitios.
- Dactilitis: o también llamado dedo en salchicha, es la presencia de edema difuso de un dedo o del pie entero. Se define como la inflamación de los tejidos blandos entre las articulaciones metacarpofalángicas e interfalángicas (10,12).

Los pacientes experimentan morbilidades importantes como destrucción articular progresiva e incapacidad funcional, además de mayores costos de atención de la salud. La APs está asociada con la onicopatía psoriásica con una mayor severidad de la afectación de la piel y las articulaciones, y también puede ser un indicador de la gravedad de la APs (3,9).

**MANIFESTACIONES SISTÉMICAS:** al igual que la psoriasis entre estas tenemos a uveítis, y se asocia con una serie de comorbilidades como el síndrome metabólico, hipertensión, diabetes, aterosclerosis, malignidad, trastornos hepáticos y pulmonares, y enfermedad psiquiátrica (3).

## **DIAGNÓSTICO**

Se han desarrollado varios criterios de clasificación porque el diagnóstico de PsA es desafiante. En 2006, los criterios de la clasificación de la artritis psoriásica (CASPAR). Esta clasificación es altamente específica para el diagnóstico en un (98.7%), y más fácil de usar que otras clasificaciones existentes.

El diagnóstico está apoyado por la presencia combinada de una cierta cantidad de características clínicas, tales como: (a) enfermedad establecida de inflamación articular; (b) psoriasis actual; (c) historia de psoriasis; (d) historia familiar de psoriasis; (e) dactilitis; (f) evidencia radiográfica yuxta-articular de nueva formación de hueso; (g) factor reumatoide negativo y (h) distrofia uña psoriásica típica (2).

Recientemente las imágenes por resonancia magnética (IRM) y la ecografía se han convertido herramientas útiles en la imagen de los cambios asociados con el PSA (10).

## **ONICOPATIA PSORIÁSICA**

La onicopatía psoriásica forma parte del contexto clínico de la psoriasis, es la manifestación del compromiso ungueal tanto de la matriz como del lecho ungueal (componentes de la matriz ungueal), suele pasar desapercibido ya que en las primeras etapas asintomáticas son asintomáticas (4,7). Muchas veces en el examen físico general de todo paciente se pasa por alto esta parte importante siendo detectadas las lesiones cuando la enfermedad a progresado a etapas donde el compromiso funcional y la afectación de las actividades diarias es considerable y difícil de tratar (9).

Su presentación depende de si hay o no sintomatología concomitante, se observa en el 50% de los pacientes con psoriasis cutánea aproximadamente y en un 5% de manera aislada. Si hay afectación articular la prevalencia aumenta a más del 70% aproximadamente asociándose con la articulación interfalángica distal y siendo un indicador de gravedad (13).

## **MANIFESTACIONES CLÍNICAS**

Clínicamente, la onicopatía psoriásica tiene muchas manifestaciones, que dependen de la ubicación del proceso inflamatorio. En la matriz de las uñas provoca picaduras de uñas (punteado ungueal), distrofia de las uñas y leuconiquia, mientras que la psoriasis del lecho ungueal provoca onicólisis, parches de gota de aceite, hiperqueratosis subungueal y hemorragias astilladas.

El signo más común en la psoriasis ungueal es la picadura, que ocurre en casi el 70% de los pacientes, seguido de onicólisis (5,10).

Al examinar las uñas de un paciente, es importante tener en mente una comprensión de la estructura anatómica básica de la unidad de uñas, y relacionar el proceso patológico con el correspondiente sitio anatómico (10).

Las principales lesiones se las describe a continuación:

- Picadura o pitting ungueal: son depresiones punteadas superficiales en la placa ungueal, es la afectación principal de la matriz ungueal proximal.
- Onicólisis: zonas de destrucción ungueal por afectación del lecho ungueal principalmente.
- Mancha de salmón o aceite: es una decoloración translúcida, de color rojo amarillento en el lecho ungueal que aparece como una gota de aceite debajo de la placa ungueal.
- Hiperqueratosis subungueal: es la acumulación de los queratinocitos en el estrato córneo que se observa como una placa engrosada muchas veces confundida con onicomycosis, es más prominente distalmente y se extiende proximalmente.
- Hemorragias en astillas: son hemorragias lineales que surgen de capilares frágiles dañados en las crestas dermo-epidérmicas

longitudinales. Es causado frecuentemente por los traumatismos ungueales y se observa en muchas otras patologías (1,5,13).

## **DIAGNÓSTICO**

Al igual que la psoriasis, el diagnóstico generalmente se establece mediante la revisión de la historia clínica del paciente y la realización de un examen físico adecuado de las manos especialmente de las uñas. La biopsia está descrita en la literatura pero cada vez es menos frecuente su aplicación debido a que en la mayoría de casos no es necesaria (6).

## **DIAGNÓSTICO Y EVALUACIÓN DE LA PROGRESIÓN DE LA ONICOPATÍA PSORIÁSICA**

La psoriasis de las uñas es tan característica que en la gran mayoría de los casos puede diagnosticarse solo por las características clínicas.

Sin embargo, debe diferenciarse de otras enfermedades de las uñas deben diferenciarse, ya que solo el signo de gota de aceite se considera patognomónico de las uñas psoriásicas.

En el diagnóstico diferencial, se debe tener en cuenta especialmente la onicomycosis. Las lesiones fúngicas de las uñas pueden parecerse a las de la psoriasis, pero ambas enfermedades pueden ser concomitantes. La placa anómala, distrófica de la uña en la psoriasis proporciona un excelente sitio para dermatofitos, mucor y cándida.

Se recomienda un examen micológico en ambos casos: cada onicomycosis debe tratarse adecuadamente. Además, un resultado negativo de esta prueba es crucial para diagnosticar un tipo raro de psoriasis: la psoriasis aislada de las uñas.

Los cambios onicolíticos aislados de las partes distales o marginales de la placa ungueal pueden traer algunos problemas de diferenciación (2).

Solo la observación a largo plazo durante varios meses o años puede conducir a un diagnóstico adecuado.

Se han desarrollado varias escalas para evaluar el grado de progresión psoriásica en las uñas, incluido el Índice de Gravedad de la Psoriasis de Uñas (NAPSI), el Índice de Severidad de la Psoriasis de Uñas Modificada (mNAPSI) y el Puntaje de Severidad de Uñas de Psoriasis (PNSS).

En la escala PNSS se proporciona un punto para la presencia de cada cambio de la siguiente lista: picaduras, hiperqueratosis subungueal, onicólisis y deformación avanzada de ambos extremos de las uñas. El puntaje máximo es 4 por uña.

La escala NAPSI clasifica los cambios psoriásicos de las uñas de manera diferente: la uña se divide con líneas imaginarias horizontales y longitudinales en cuadrantes. A cada uña se le da un puntaje por lesiones de uñas malas (0-4 puntos) y matrices de uñas (0-4 puntos) dependiendo de la presencia de cualquiera de las características en ese cuadrante (2,10).

## **CORRELACIÓN ENTRE DIFERENTES MANIFESTACIONES DE PSORIASIS**

La artritis psoriásica (PsA) se desarrolla en el 7-26% de las personas con psoriasis vulgar. La presencia de lesiones cutáneas precede a los síntomas articulares típicos de la PsA (4) entre el 75 y el 80% de los pacientes con un retraso medio estimado de 10 años de inicio de la artropatía. Sin embargo, los cambios en las uñas se observan en el 40% de los pacientes con psoriasis y hasta en el 80% de aquellos con PsA. Este hecho se convirtió en la base de numerosos estudios que exploran la relación de la psoriasis en las uñas y los cambios inflamatorios en las articulaciones. La conexión anatómica entre la matriz de la uña y la entesis de la articulación interfalángica distal (DIP). Toda la estructura se denomina un aparato articular enteseal uña. Como las articulaciones DIP son las más afectadas en PsA, la participación de este complejo óseo ungueal en la fisiopatología de la psoriasis y su posterior manifestación puede ser una posible explicación de una asociación considerablemente mayor de cambios en las uñas en esos pacientes.(9,17)

Se confirmó en los estudios mediante imágenes como la ecografía y la resonancia magnética de la articulación inflamación temprana o avanzada en las articulaciones DIP y las entesis en pacientes con psoriasis.

Las entesis, al igual que la piel, están expuestas tanto a las fuerzas de cizallamiento como a las de compresión, lo que provoca la dispersión de la lesión de acuerdo con el fenómeno de Koebner: estrés mecánico y microdiamante en la articulación DIP pueden provocar uñas psoriásicas.(7,14)

Algunos informes indican que la psoriasis de las uñas está asociada con algunos factores predisponentes. Se comprobó que los cambios en las uñas se observan con mayor frecuencia en pacientes con un largo historial de psoriasis vulgar, inicio temprano de psoriasis, mayor puntuación de área de Psoriasis y Índice de Severidad (PASI) y con PsA concomitante (2).

# **CAPÍTULO 3**

## **METODOLOGÍA Y RESULTADOS**

### **MATERIALES Y MÉTODOS**

Se solicitó la autorización debida al área de docencia del Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo en el mes de junio del 2017 para poder realizar el estudio en el área de consulta externa desde octubre del 2017 a febrero del 2018. Una vez aprobada esta se procedió a diseñar las encuestas en Google formularios junto al docente tutor de este trabajo, la cual constaba de 10 preguntas que contemplaba las variables que consideramos necesarias.

Las encuestas se realizaron a las personas que acudieron al servicio de consulta externa por medio de dispositivos electrónicos con acceso a internet (Tablet, Smartphone) donde esté el formulario, se obtuvo el tamaño muestral según la formula muestral donde el resultado fue de 287 pacientes.

Una vez culminado el periodo de encuesta, se descargó la información recabada en una base de datos de Microsoft Excel 2016 y se procedió a categorizar las variables, clasificar y sacar rangos en determinadas para poder analizar estos datos en el programa IBM SPSS Statistic 23.

#### **TIPO DE ESTUDIO**

No experimental

#### **DISEÑO DEL ESTUDIO**

Estudio de Prevalencia o de Corte Transversal (observacional, descriptivo)

#### **DURACIÓN**

Octubre del 2017 a febrero del 2018 (5 meses)

## LOCALIZACIÓN

Edificio de consulta externa del HTMC, ubicado en Ernesto Morán Valverde y Av. 25 de Julio

## MUESTRA

Una muestra aleatoria de 287 individuos fue suficiente para estimar, con una confianza del 95% y una precisión de +/- 5 unidades porcentuales, un porcentaje poblacional que previsiblemente se estimó podría ser de alrededor del 50%. En porcentaje de reposiciones necesaria se ha previsto en un 0%.

CALCULO DE LA MUESTRA	
Universo	1100
Nivel de confianza	95% (1.96)
Error muestral	5%
Precisión	+/- 5 unidades porcentuales
TOTAL	287

Tabla 1. Cálculo de tamaño muestral  
FUENTE: AUTORES

## CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Personas que acudan a consulta externa durante el periodo de estudio

## CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Personas donde no se posibilite ver las uñas (prótesis, esmalte, etc.)
- Personas que no desearon colaborar en la encuesta
- Personas con diagnóstico de psoriasis

## OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE	INDICADOR	VALOR	TIPO	ESCALA
Sexo	Género	Masculino Femenino	Cualitativa	Nominal
Edad	Años cumplidos	Años	Cuantitativo	Escala
Dolor articular en últimas 6 semanas	Presencia de artralgia en el último mes y medio	Sí Sí, con tumefacción No	Cualitativo	Nominal
Patrón periférico de dolor articular	Número y patrón de articulaciones afectadas	Ninguna Monoarticular Oligoarticular Poliarticular	Cualitativa	Nominal
Dolor cervical en últimos 3 meses	Presencia de dolor cervical en los últimos 3 meses	Sí No	Cualitativa	Nominal
Lumbalgia en los últimos 3 meses	Patrón de lumbalgia en los últimos 3 meses	No Mecánico Inflamatorio Inespecífico	Cualitativo	Nominal
Presencia de lesión ungueal y que tipo	Presencia y tipo de lesión ungueal	No Pitting Manchas aceite Hiperqueratosis Onicólisis Otros	Cualitativo	Nominal
Diagnóstico de artritis	Diagnóstico artritis hecho por un médico	Sí No	Cualitativo	Nominal
Diagnóstico de artrosis	Diagnóstico artrosis hecho por un médico	Sí No	Cualitativo	Nominal
Diagnóstico de psoriasis	Diagnóstico psoriasis hecho por un médico	Sí No	Cualitativo	Nominal

Tabla 2. Operacionalización de las variables  
FUENTE: AUTORES

## **OBTENCIÓN Y RECOLECCIÓN DE DATOS**

Se solicitó a departamento de docencia del HTMC y a la Unidad de Dermatología y Reumatología autorización para acceder a los diferentes servicios de consulta externa durante el periodo de estudio.

Los datos fueron obtenidos por medio de encuestas realizadas en google formularios para obtener los datos relativos a las variantes a utilizar.

## **ANÁLISIS DE DATOS**

Una vez culminado el periodo de encuesta, se descargó la información recabada en una base de datos de Microsoft Excel 2016 y se procedió a categorizar las variables, clasificar y sacar rangos en determinadas para poder analizar estos datos en el programa IBM SPSS Statistic 23.

## RESULTADOS

Se incluyeron un total de 308 encuestados, los cuales corresponden a pacientes que asistieron a la consulta externa en el hospital Teodoro Maldonado Carbo durante el periodo de este estudio. La selección de la muestra real en base al diagnóstico de psoriasis se resume a continuación:

VARIABLE		N: 308	%
Diagnóstico de psoriasis	Si	21	6.82
	No	287	93.18

Tabla 3. Personas con diagnóstico de psoriasis en este estudio  
FUENTE: AUTORES

Como podemos apreciar, de la muestra total 21 personas tienen psoriasis por lo que se excluyeron dándonos una muestra real de 287 pacientes, las variables aplicadas a este grupo se sintetizan en la siguiente tabla.

VARIABLES		N: 287	%
Sexo	Masculino	103	35.89
	Femenino	184	64.11
Edad	10 a 25	24	8.36
	26 a 40	66	23.00
	41 a 55	76	26.48
	56 a 70	94	32.75
	>70	27	9.41
Dolor articular en últimas 6 semanas	No	80	27.87
	Si	144	50.17
	Si, con tumefacción	63	21.95
Patrón periférico de dolor articular	Ninguno	78	27.18
	Monoarticular	66	23.00
	Oligoarticular	107	37.28
	Poliarticular	36	12.54
Dolor cervical últimos 3 meses	Si	170	59.23
	No	117	40.77

Lumbalgia en últimos 3 meses	No	99	34.49
	Mecánico	113	39.37
	Inflamatorio	29	10.10
	Inespecífico	46	16.03
Diagnóstico de artrosis	No	229	79.79
	Si	58	20.21
Diagnóstico de artritis	No	229	79.79
	Si	58	20.21
Presencia de algún tipo de artritis	Ninguna	229	79.79
	Artritis reumatoide	31	10.80
	Espondilitis anquilosante	3	1.05
	LES	8	2.79
	Gota	4	1.39
	No sabe cuál tipo es	12	4.18
Presencia de lesiones ungueales	No	103	35.89
	Si	184	64.11
Tipo de lesión ungueal	Ninguna	103	35.19
	Hiperqueratosis	33	11.50
	Onicólisis	30	10.45
	Estrías	106	36.93
	Pitting	15	5.23
	Manchas de aceite	2	0.70

Tabla 4. Resultados generales de la muestra real  
FUENTE AUTORES

Para determinar la prevalencia de lesiones ungueales compatibles con onicopatía psoriásica en la población sin psoriasis se usó la fórmula para obtener la prevalencia puntual de las lesiones ungueales en el momento determinado de estudio:

$$\text{Prevalencia de periodo: } 184/287 * 100 = 64.11\%$$

La prevalencia de lesiones ungueales en personas sin psoriasis durante el periodo de octubre de 2017 a febrero del 2018 fue del 64.11%.

Por medio de un gráfico de barras se estableció qué tipo de lesiones ungueales son las más frecuentes en personas sin psoriasis, siendo la más frecuente las estrías (36.93%), seguido de la hiperqueratosis subungueal (11.50%).

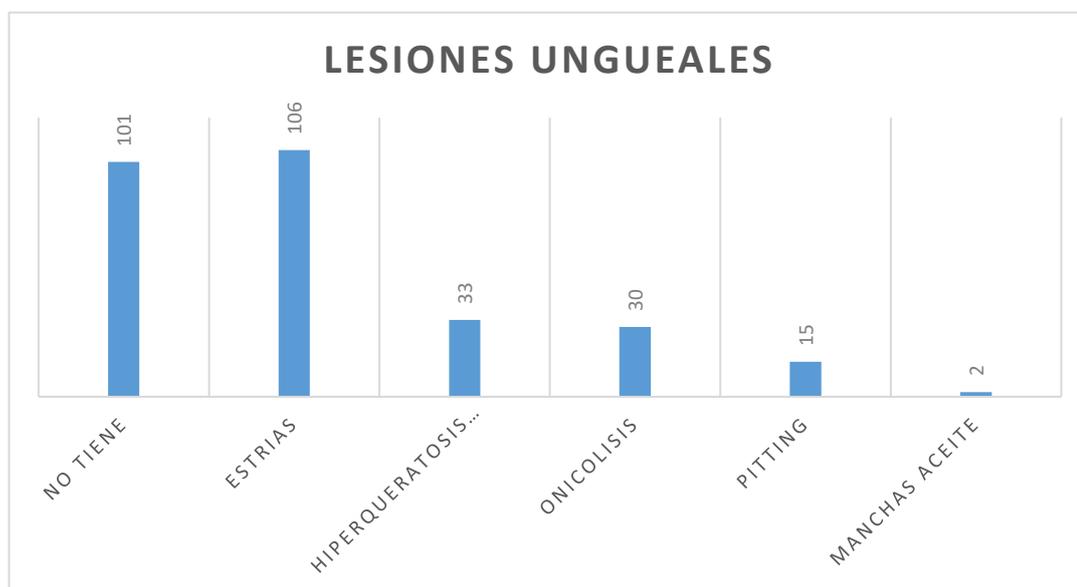


Gráfico 1. Frecuencia de lesiones ungueales en población sin psoriasis  
FUENTE: AUTORES

Para si el patrón de dolor articular está asociado a las lesiones ungueales se utilizó la correlación de Spearman. Se obtuvo una correlación significativa de 0.349 en el nivel 0.01 bilateral, el resultado se muestra a continuación:

VARIABLE		Presencia de lesiones ungueales
Patrón periférico de dolor articular	Coef. de correlación Sig. Bilateral N	,349 ,000 287

Tabla 5. Correlación de Spearman entre la presencia de lesiones ungueales y el patrón periférico de dolor articular  
FUENTE: AUTORES

Para determinar si existe una relación de riesgo entre la presencia de lesiones ungueales con los síntomas músculo-esqueléticos encuestados (dolor cervical y lumbalgia) se usó el Odds Ratio.

El OR de prevalencia de lesiones ungueales en personas que han presentado dolor cervical en los últimos 3 meses versus los que no es de 5.28. Esto significa que la razón entre personas con lesiones versus sin lesiones es 5.28 veces mayor en personas con dolor cervical en comparación a quienes no lo presentaron. Esta asociación es estadísticamente significativa.

$$\text{OR: } \frac{129 / 41}{55 / 62} = 5.28$$

Presencia de dolor cervical últimos 3 meses	Lesiones ungueales		TOTAL
	Presente	Ausente	
Si	129	41	117
No	55	62	170
TOTAL	103	184	287

*Tabla 6. Relación entre presencia y ausencia de lesiones ungueales en personas con dolor cervical en comparación a quienes no presentaron.*

FUENTE: AUTORES

En cuanto al OR de prevalencia de lesiones ungueales en personas con lumbalgia frente a las sin lumbalgia en los últimos 3 meses, se resumió la presencia de lumbalgia en sí y no. El resultado fue de 4.19 lo que significa que la razón entre personas con lesiones versus sin lesiones es 4.19 veces mayor en personas con lumbalgia en comparación a quienes no lo presentaron. Esta asociación es estadísticamente significativa.

$$\text{OR: } \frac{142 / 46}{42 / 57} = 4.19$$

	Lesiones ungueales		
Lumbalgia en los últimos 3 meses	Presente	Ausente	TOTAL
Si	142	46	188
No	42	57	99
TOTAL	184	103	287

Tabla 7. Relación entre la presencia o ausencia de lesiones ungueales en personas con lumbalgia en comparación a quienes no tuvieron lumbalgia en los últimos 3 meses  
FUENTE: AUTORES

De la muestra real 229 personas (79.79%) no tuvieron algún tipo de artritis, de entre las que tuvieron la más frecuente fue la artritis reumatoidea con 31 casos (10.80%), la frecuencia y porcentaje de los diversos tipos de artritis encontrados en el estudio se encuentra en la Tabla 1. Para correlacionar la presencia de artritis con las lesiones ungueales se simplificó a todos los que tenían en “sí” y a los que no se dejó como tal para mayor facilidad y se usó la correlación de Spearman, el resultado fue significativo en el nivel 0.01 con ,220.

VARIABLE		Presencia de lesiones ungueales
Diagnóstico de artritis	Coef. de correlación Sig. Bilateral N	,220 ,000 287

Tabla 8. Correlación de Spearman entre presencia de lesiones ungueales y diagnóstico de artritis en la muestra  
FUENTE: AUTORES

## INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

Según los resultados globales podemos decir que si hay una correlación de riesgo entre las lesiones ungueales y los síntomas músculo-esqueléticos, tanto la presencia de dolor cervical (5.28) y de lumbalgia (4.19) en los últimos 3 meses. La prevalencia de lesiones ungueales en población sin psoriasis fue más de la mitad (64.11%) del total y la lesión más frecuente fueron las estrías transversales o verticales (57.60% del total de lesiones).

La presencia de artritis diagnosticada estuvo presente en 58 casos (20.21%) y el tipo más frecuente fue el de artritis reumatoidea con 31 personas (10.80 %)

## CONCLUSIONES

- La presencia de lesiones ungueales es un signo que pasa desapercibido en muchas personas, donde muchas veces coexiste con algún síntoma músculo-esquelético siendo un factor de riesgo o predictor de la severidad de este, en nuestro caso estuvo presente en más de la mitad de la población estudiada.
- Las lesiones ungueales asociadas más frecuentemente a algún síntoma musculoesquelético descritas en la literatura son el pitting ungueal y las manchas de aceite, en nuestro caso las más frecuentes fueron las estrías en más del 50% del total de personas.
- Si hay correlación significativa entre el patrón de dolor articular (más frecuente el oligoarticular) con la presencia de lesiones ungueales
- Existe la probabilidad de que ante la presencia de lesiones ungueales se desarrollen síntomas musculoesqueléticos en mayor proporción que a los que no las posean.
- El tipo de artritis más frecuente la muestra de estudio que no posee psoriasis fue la artritis reumatoide, y su diagnóstico mostró correlación significativa con la presencia de lesiones ungueales.

## RECOMENDACIONES

- Desarrollar estudios más adelante con mayor desarrollo de variables, considerando si hay patrón simétrico, asimétrico, entre otros. Así como confirmar los hallazgos encontrados y antecedentes de cada paciente en registros de sus historias clínicas.
- Llevar a cabo estudios de mayor magnitud con población en otro lugar de estudio que refleje valores más fidedignos y no en un centro hospitalario así como un seguimiento adecuado.
- Contemplar más variables en cuanto a síntomas musculoesqueléticos y dermatológicos.
- Ante todo paciente dermatológico y reumatológico es importante realizar un examen físico completo considerando todas las regiones anatómicas

## REFERENCIAS

1. Manhart R, Rich P. Nail psoriasis. *Clin Exp Rheumatol*. 2015 Oct;33(5 Suppl 93):S7-13.
2. Sobolewski P, Walecka I, Dopytalska K. Nail involvement in psoriatic arthritis. *Reumatologia*. 2017;55(3):131–5.
3. Schons KRR, Beber AAC, Beck M de O, Monticielo OA. Nail involvement in adult patients with plaque-type psoriasis: prevalence and clinical features. *An Bras Dermatol*. 2015 Jun;90(3):314–9.
4. Tan EST, Chong W-S, Tey HL. Nail psoriasis: a review. *Am J Clin Dermatol*. 2012 Dec 1;13(6):375–88.
5. Brazzelli V, Carugno A, Alborghetti A, Grasso V, Cananzi R, Fornara L, et al. Prevalence, severity and clinical features of psoriasis in fingernails and toenails in adult patients: Italian experience. *J Eur Acad Dermatol Venereol JEADV*. 2012 Nov;26(11):1354–9.
6. Kahl C, Hansen B, Reich K. Nail psoriasis-an ignored disorder. Pathogenesis, diagnosis and therapy. *Hautarzt Z Dermatol Venerol Verwandte Geb*. 2012 Mar;63(3):184–91.
7. Nieradko-Iwanicka B. Nail psoriasis - what a rheumatologist should know about. *Reumatologia*. 2017;55(1):44–7.
8. Garbers LEF de M, Slongo H, Fabricio LHZ, Schmitt JV, Bonalumi AF. Incidence, clinical manifestations and clipping of nail psoriasis in the dermatology center of the Hospital Universitario Evangelico de Curitiba. *An Bras Dermatol*. 2016 Jun;91(3):300–5.
9. Sandre MK, Rohekar S, Guenther L. Psoriatic Nail Changes Are Associated With Clinical Outcomes in Psoriatic Arthritis. *J Cutan Med Surg*. 2015 Aug;19(4):367–76.
10. Wittkowski KM, Leonardi C, Gottlieb A, Menter A, Krueger GG, Tebbey PW, et al. Clinical symptoms of skin, nails, and joints manifest independently in patients with concomitant psoriasis and psoriatic arthritis. *PLoS One*. 2011;6(6):e20279.
11. Ventura A, Mazzeo M, Gaziano R, Galluzzo M, Bianchi L, Campione E. New insight into the pathogenesis of nail psoriasis and overview of treatment strategies. *Drug Des Devel Ther*. 2017;11:2527–35.

12. Gerdes S, Mrowietz U, Wagner U. Differential diagnostic spectrum of psoriasis vs. psoriatic arthritis in skin and joints. *Z Rheumatol*. 2017 Jun 29;
13. Raposo I, Torres T. Nail psoriasis as a predictor of the development of psoriatic arthritis. *Actas Dermosifiliogr*. 2015 Aug;106(6):452–7.
14. Choi JW, Kim BR, Seo E, Youn SW. Could Psoriatic Arthritis Be Easily Diagnosed from Current Suspicious Physical Findings in the Dermatology Clinic? *Ann Dermatol*. 2017 Feb;29(1):48–54.
15. McGonagle D. Enthesitis: an autoinflammatory lesion linking nail and joint involvement in psoriatic disease. *J Eur Acad Dermatol Venereol JEADV*. 2009 Sep;23 Suppl 1:9–13.
16. Maejima H, Taniguchi T, Watarai A, Katsuoka K. Evaluation of nail disease in psoriatic arthritis by using a modified nail psoriasis severity score index. *Int J Dermatol*. 2010 Aug;49(8):901–6.
17. Caso F, Costa L, Atteno M, Del Puente A, Cantarini L, Lubrano E, et al. Simple clinical indicators for early psoriatic arthritis detection. *SpringerPlus*. 2014;3:759.

## GLOSARIO

Ácido peryodico de Schiff: o leucofucsina, es un colorante incoloro pero que se torna rojo estable al contacto con los grupos aldehídos en la reacción colorimétrica conocida como la técnica de Schiff.

APs: artritis psoriásica, trastorno importante de las articulaciones que produce artralgia y limitación funcional que aparece con más frecuencia en las personas afectadas con psoriasis.

Área intertriginosa: área compuesta por dos zonas de la piel que pueden tocar o frotar juntos, se encuentra en las zonas de flexura (axila, ingle, zona inframamaria, etc).

Cándida: hongo del grupo de las levaduras que vive en casi todas partes, incluso dentro del organismo y puede ser causante de infecciones conocidas como candidiasis.

Criterios de Caspar: conjunto de características que permiten diagnosticar artritis psoriásica en ausencia de psoriasis cutánea, además permite clasificar a un paciente con artritis psoriásica aún con factor reumatoide positivo.

Dactilitis: o dedos en salchicha, es la inflamación de un dedo de la mano o del pie.

DIP: articulación interfalángica distal

Distrofia: trastorno que se debe a una alteración en la nutrición y que se caracteriza por pérdida de volumen o de las capacidades funcionales de un órgano o de un tejido.

Entesitis: proceso inflamatorio de la entesis, que es como llamamos a la zona de inserción en el hueso de un músculo, un tendón o un ligamento

Espondiloartropatía: sinónimo de artropatía seronegativa, es decir, son enfermedades que tienen en común el tener el tener el factor reumatoide negativo.

Etiopatogenia: causas y mecanismos por los que se produce una enfermedad determinada.

Factor reumatoide: Globulina anormal presente en el suero de las personas que padecen ciertas enfermedades reumáticas e infecciones crónicas.

Fenómeno de Koebner: se refiere al hecho de que personas con ciertas enfermedades dermatológicas como psoriasis y vitiligo, pueden manifestar lesiones propias de la enfermedad en otras lesiones que se produzcan sobre piel sana.

Hiperqueratosis subungueal: trastorno congénito o adquirido que se manifiesta como hiperplasia del hiponiquio y lecho de la uña;1 es decir, un crecimiento por debajo de la lámina que corresponde al engrosamiento del lecho ungueal o hiponiquio

Leuconiquia: uñas con zonas blancas o en toda su totalidad de ese color

Mucor: género de hongos de la familia Mucoraceae, orden Mucorales, que forman delicados filamentos tubulares blancos y esporangios negros esféricos

Musculoesquelético: adjetivo que significa de la musculatura esquelética o relacionado con ella.

Oligoartritis: tumefacción articular de 2 a 4 áreas articulares.

Onicolisis: término médico que consiste en la separación de la uña del lecho ungueal.

Onicomycosis: infección superficial en las uñas, que dejan como apariencia el grosor, y el color de manera anormal, tanto de las manos como de los pies, causadas por tres tipos de hongos: dermatofitos, levaduras y mohos no dermatofitos

Poliartritis: tumefacción articular de 4 o más áreas articulares.

Psoriasis: enfermedad inflamatoria crónica de la piel de origen autoinmune, que produce lesiones escamosas engrosadas e inflamadas, con una amplia variabilidad clínica y evolutiva.

Prevalencia: proporción de individuos de un grupo o una población que presentan una característica o evento determinado en un momento o en un período determinado.

Sacroileítis: cualquier inflamación en la articulación sacroiliaca, ubicada en ambos lados del sacro (parte inferior de la columna vertebral) que conecta con el hueso iliaco en la cadera.

Signo de Auspitz: signo que se produce al raspar una placa de psoriasis y aparece debajo de una fina membrana una superficie roja con gotas de sangre.

Yuxtaarticular: zona próxima a una articulación.



## **DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN**

Nosotros, **Ramírez Guamán Roberto Michael**, con C.C: **0706583135** y **Espinoza Ramírez Rosa Andrea**, con C.C: **0706331030** autores del trabajo de titulación: **Prevalencia de hallazgos compatibles con onicopatía psoriásica en población general y su correlación con síntomas músculo esqueléticos en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo durante octubre del 2017 a febrero del 2018** previo a la obtención del título de **MÉDICO** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

**Guayaquil, a los 2 días del mes de mayo del año 2018**

f. \_\_\_\_\_  
**Ramírez Guamán Roberto Michael**  
C.C: **0706583135**

f. \_\_\_\_\_  
**Espinoza Ramírez Rosa Andrea**  
C.C: **0706331030**



<b>REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA</b>			
<b>FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN</b>			
<b>TEMA Y SUBTEMA:</b>	Prevalencia de hallazgos compatibles con onicopatía psoriásica en población general y su correlación con síntomas músculo esqueléticos en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo durante octubre del 2017 a febrero del 2018		
<b>AUTOR(ES)</b>	Roberto Michael Ramírez Guamán Rosa Andrea Espinoza Ramírez		
<b>REVISOR(ES)/TUTOR(ES)</b>	Andrés E. Zúñiga Vera		
<b>INSTITUCIÓN:</b>	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
<b>FACULTAD:</b>	Facultad de Ciencias Médicas		
<b>CARRERA:</b>	Carrera de Medicina		
<b>TITULO OBTENIDO:</b>	MÉDICO		
<b>FECHA DE PUBLICACIÓN:</b>	<b>2 de mayo de 2018</b>	<b>No. DE PÁGINAS:</b>	<b>48</b>
<b>ÁREAS TEMÁTICAS:</b>	<b>Reumatología, Dermatología, Artrología</b>		
<b>PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:</b>	onicopatía psoriásica, prevalencia, artritis psoriásica, lesiones ungueales, compatible		
<b>RESUMEN/ABSTRACT:</b>	<p>La psoriasis es una enfermedad crónica inflamatoria que afecta al 2% de la población general, comprendiendo en su espectro manifestaciones cutáneas, articulares (artritis psoriásica) y ungueales (onicopatía psoriásica). Generalmente, hay asociación entre estos tipos como factores predictores de la artritis psoriásica que es el ente que más llega a afectar la calidad de vida, por lo que determinar la presencia de lesiones ungueales compatibles con onicopatía psoriásica en un medio como el nuestro donde se desconoce su prevalencia en la población general sin diagnóstico de psoriasis ni artritis serviría como un método de screening de posibles pacientes con tendencia a presentar afectación articular. <b>Objetivo:</b> determinar la prevalencia de lesiones ungueales compatibles con onicopatía psoriásica en población sin psoriasis que acuden a consulta externa del HTMC durante el periodo establecido. <b>Materiales y métodos:</b> se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal con una muestra de 287 personas en los servicios de consulta externa y hospitalización del HTMC que cumplen con los criterios de inclusión de este estudio. <b>Resultados:</b> la prevalencia de lesiones ungueales en personas sin psoriasis fue del 64.11% siendo la más frecuente las estrías en un 57.60% de los casos. Hay probabilidad que ante la presencia de estas se desarrollen síntomas músculo-esqueléticos (OR: 5.28 y 4.19) y existe correlación significativa (,349) entre su presencia y el dolor articular periférico y con el diagnóstico de artritis (,220). <b>Conclusiones:</b> las lesiones ungueales estuvieron presentes en más de la mitad de la población sin psoriasis, hay probabilidad que ante la presencia de estas se desarrollen síntomas músculo-esqueléticos y existe correlación significativa entre su presencia y estos síntomas tales como el dolor articular periférico, dolor cervical y lumbalgia en los últimos 3 meses.</p>		
<b>ADJUNTO PDF:</b>	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
<b>CONTACTO CON AUTOR/ES:</b>	<b>Teléfono:</b> +593 0981513989	<b>E-mail:</b> roberto_rg92@hotmail.com	



Presidencia  
de la República  
del Ecuador



Plan Nacional  
de Ciencia, Tecnología,  
Innovación y Saberes



SENESCYT

Secretaría Nacional de Educación Superior,  
Ciencia, Tecnología e Innovación

	0989189029	rosi_potr415@hotmail.com
<b>CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::</b>	<b>Nombre:</b> Vásquez Cedeño, Diego Antonio	
	<b>Teléfono:</b> +593-982742221	
	<b>E-mail:</b> diego.vasquez@cu.ucsg.edu.ec	
<b>SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA</b>		
<b>Nº. DE REGISTRO (en base a datos):</b>		
<b>Nº. DE CLASIFICACIÓN:</b>		
<b>DIRECCIÓN URL (tesis en la web):</b>		