

**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**SISTEMA DE POSGRADO
ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN DERMATOLOGÍA**

TEMA:

**Hallazgos tricoscópicos en psoriasis versus dermatitis seborreica en
piel cabelluda. Hospital Luis Vernaza. Septiembre 2021 - enero 2022.**

AUTORA:

Paula Thalía Larco Correa

Trabajo de titulación previo a la obtención del título de

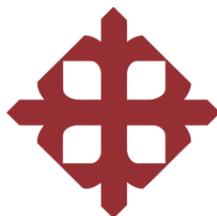
ESPECIALISTA EN DERMATOLOGIA

TUTOR:

Dr. Enrique Loayza Sánchez

Guayaquil, Ecuador

1 de agosto del 2022



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

SISTEMA DE POSGRADO

ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación fue realizado en su totalidad por **la Dra. Paula Thalía Larco Correa**, como requerimiento para la obtención del título de **Especialista en DERMATOLOGIA**.

TUTOR (A)

f. _____

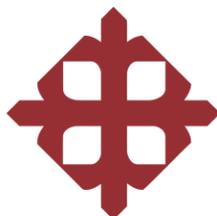
Dr. Enrique Loayza Sánchez

DIRECTOR DE LA CARRERA

f. _____

Dr. Enrique Uruga P.

Guayaquil, al 1 día del mes de agosto del año 2022



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

SISTEMA DE POSGRADO

ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **Paula Thalía Larco Correa**

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación, **HALLAZGOS TRICOSCÓPICOS EN PSORIASIS VERSUS DERMATITIS SEBORREICA EN PIEL CABELLUDA. HOSPITAL LUIS VERNAZA. SEPTIEMBRE 2021 - ENERO 2022**, previo a la obtención del título de **Especialista en Dermatología**, 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.

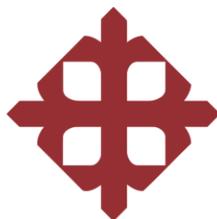
En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, al 1 del mes de agosto del año 2022

EL AUTOR

f. _____

Paula Thalía Larco Correa



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

SISTEMA DE POSGRADO

ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD

AUTORIZACIÓN

Yo, **Paula Thalía Larco Correa**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **HALLAZGOS TRICOSCÓPICOS EN PSORIASIS VERSUS DERMATITIS SEBORREICA EN PIEL CABELLUDA. HOSPITAL LUIS VERNAZA. SEPTIEMBRE 2021 - ENERO 2022**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, al 1 día del mes de agosto del año 2022

EL AUTOR:

f. _____

Paula Thalía Larco Correa

REPORTE DE URKUND

Document Information

Analyzed document HALLAZGOS TRICOSCOPICOS OK.docx (D141966834)
Submitted 2022-07-12 03:28:00
Submitted by
Submitter email paula.larco@cu.ucsg.edu.ec
Similarity 4%
Analysis address posgrados.medicina.ucsg@analysis.arkund.com

Sources included in the report

Universidad Católica de Santiago de Guayaquil / Lucero_David_Final.docx
Document Lucero_David_Final.docx (D136123595)
Submitted by: dlucero88@hotmail.com
Receiver: posgrados.medicina.ucsg@analysis.arkund.com
8
URL: <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/21404>
Fetched: 2022-07-12 03:29:58
1
URL: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumenI.cgi?IDREVISTA=323&IDARTICULO=70270&IDPUBLICACION=68366>
Fetched: 2022-07-12 03:29:00
4
Tesis final.doc
Document Tesis final.doc (D59621579)
5
URL: <https://www.medigraphic.com/pdfs/cosmetica/dcm-2014/dcm142l.pdf>
Fetched: 2019-11-25 22:17:10
1
URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33047149/14>
Fetched: 2022-07-12 03:29:00
1
Universidad Católica de Santiago de Guayaquil / TRABAJO DE TITULACIÓN MA.Luisa Silva FINAL .docx
Document TRABAJO DE TITULACIÓN MA.Luisa Silva FINAL .docx (D41326030)
Submitted by: malusilm@hotmail.com
Receiver: posgrados.medicina.ucsg@analysis.arkund.com
1
Universidad Católica de Santiago de Guayaquil / Tesis Uruga .docx
Document Tesis Uruga .docx (D41276225)
Submitted by: veronica_uruga@hotmail.com
Receiver: posgrados.medicina.ucsg@analysis.arkund.com
4
Universidad Católica de Santiago de Guayaquil / Tesis final Ma Belen Estrella Romero.docx

Document Tesis final Ma Belen Estrella Romero.docx (D41039936)

Submitted by: mb.estellar@gmail.com

Receiver: posgrados.medicina.ucsg@analysis.arkund.com

1

URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25622734/35>

Fetchd: 2022-07-12 03:29:00

2

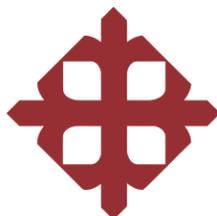
AGRADECIMIENTOS

Con el presente trabajo de titulación quiero dar las gracias en primer lugar a mi familia, porque siempre han estado motivándome a soñar y cumplir mis metas y propósitos, a mis docentes tan queridos del Hospital Luis Vernaza, y del Centro Úraga, que me han enseñado mucho no solo de la especialidad, sino también de la vida, a Edgar Emilio por ser mi soporte y compañero en este sendero pedregoso llamado medicina. Sin ustedes no hubiese podido cumplir mi sueño de ser DERMATOLOGA.

A todos Gracias.

DEDICATORIA

A Dios, a mis padres y a mi novio, quienes son el pilar, la fuerza y apoyo fundamental a lo largo de todo mi camino, a personas que de una u otra forma hicieron posible la culminación de mi carrera.



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

SISTEMA DE POSGRADO

ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

DR.

DECANO O DIRECTOR DE CARRERA

f. _____

(NOMBRES Y APELLIDOS)

COORDINADOR DEL ÁREA O DOCENTE DE LA CARRERA

f. _____

(NOMBRES Y APELLIDOS)

OPONENTE

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS.....	vii
DEDICATORIA.....	viii
ÍNDICE.....	x
ÍNDICE DE TABLAS.....	xiii
ÍNDICE DE FIGURAS.....	xiv
RESUMEN.....	xv
ABSTRACT.....	xvi
CAPÍTULO I.....	1
1 INTRODUCCIÓN.....	1
1.1 Justificación.....	2
1.2 Aplicabilidad y utilidad de los resultados del estudio.....	2
CAPÍTULO II.....	3
2 OBJETIVOS.....	3
2.1 Objetivo Específico.....	3
2.2 Objetivos Operacionales.....	3
2.3 Hipótesis.....	3
CAPÍTULO III.....	4
3 METODOLOGÍA.....	4
3.1 Tipo de investigación.....	4
3.2 Nivel de investigación.....	4
3.3 Diseño de investigación.....	4
3.4 Método de recogida de datos.....	4
3.5 Población del estudio.....	4

3.6	Método de muestreo	4
3.7	Muestra	4
3.8	Entrada y gestión informática de datos	5
3.9	Criterios de inclusión	5
3.10	Criterios de exclusión	5
3.11	Procedimiento de recolección de datos.....	5
3.12	Procedimiento para el análisis de datos.....	5
3.13	Operacionalización de variables.....	6
CAPITULO IV		7
4	MARCO TEÓRICO	7
4.1	Dermatitis Seborreica	7
4.1.1	Fisiopatología	7
4.1.2	Diagnóstico diferencial	8
4.1.3	Diagnóstico clínico.....	9
4.1.4	Tratamiento.....	10
4.2	Psoriasis	11
4.2.1	Fisiopatología	11
4.2.2	Síntomas	12
4.2.3	Diagnóstico	12
4.2.4	Tratamiento.....	12
4.3	Tricoscopia	14
4.4	Hallazgos tricoscópicos.....	15
4.4.1	Hallazgos tricoscópicos de la psoriasis.....	16
4.4.2	Hallazgos tricoscópicos de la dermatitis seborreica.....	16
CAPÍTULO V		18

5	RESULTADOS.....	18
	CAPÍTULO VI.....	22
6	DISCUSIÓN.....	22
	CAPÍTULO VII.....	26
7	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	26
	7.1 Conclusiones.....	26
	7.2 Recomendaciones.....	26
	BIBLIOGRAFÍA.....	28
	ANEXOS.....	33

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Operacionalización de variables	6
Tabla 2. Significancia estadística entre los hallazgos tricoscópicos y el diagnóstico dermatológico en los pacientes atendidos en el Hospital Luis Vernaza entre septiembre del 2021 a enero del 2022.....	20

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Distribución porcentual de la variable sexo de los pacientes con diagnóstico de psoriasis de acuerdo con los datos obtenidos de las historias clínicas, atendidos en el Hospital Luis Vernaza entre septiembre del 2021 a enero del 2022.	18
Figura 2. Histograma de la edad en pacientes que tuvieron un diagnóstico de psoriasis de acuerdo con los datos obtenidos de las historias clínicas, atendidos en el Hospital Luis Vernaza entre septiembre del 2021 a enero del 2022.	18
Figura 3. Distribución porcentual de la variable sexo de los pacientes con diagnóstico de dermatitis seborreica de acuerdo con los datos obtenidos de las historias clínicas, atendidos en el Hospital Luis Vernaza entre septiembre del 2021 a enero del 2022.	19
Figura 4. Histograma de la edad en pacientes que tuvieron un diagnóstico de dermatitis seborreica de acuerdo con los datos obtenidos de las historias clínicas, atendidos en el Hospital Luis Vernaza entre septiembre del 2021 a enero del 2022.	19

TEMA: Hallazgos tricoscópicos en psoriasis versus dermatitis seborreica en piel cabelluda. Hospital Luis Vernaza. Septiembre 2021 – Enero 2022.

Autora: Larco Correa Paula Thalía

Tutor: Loayza Sánchez Enrique

RESUMEN

Introducción: La psoriasis del cuero cabelludo y la dermatitis seborreica del cuero cabelludo comparten algunas características similares clínicas e incluso histopatológicas; recientemente existen herramientas como la tricoscopia que permiten identificar características específicas y diferenciar dichas entidades.

Objetivo: Comparar los hallazgos tricoscópicos de la psoriasis y de la dermatitis seborreica en piel cabelluda. **Materiales y métodos:** Se realizó un estudio prospectivo, transversal, observacional y analítico, donde se incluyeron 55 historias clínicas de pacientes que contaban con un diagnóstico de psoriasis en 25 de estos y de dermatitis seborreica en 30. Se identificaron los patrones tricoscópicos más frecuentes y se analizó la relación estadística con el diagnóstico de trastorno inflamatorio, mediante la prueba de chi cuadrado y correlación de Pearson.

Resultados: Los participantes de este estudio tuvieron un promedio de edad de 44.35 ± 18.89 años, con un rango de edades de entre 18 y 87 años, el 56.36% fue de sexo masculino. En la psoriasis se encontró una distribución porcentual del 92.00% de escamas blanquecinas y en la dermatitis seborreica se halló un 56.67% de escamas amarillentas, estos hallazgos presentaron asociación estadística significativa $p \leq 0.05$ y correlación fuerte positiva de Pearson. **Conclusión:** El hallazgo tricoscópico atribuible a la psoriasis fueron las escamas blanquecinas, para la dermatitis seborreica se determinó a las escamas amarillentas.

Palabras clave: DERMATITIS SEBORREICA, PSORIASIS, TRICOSCOPIA

TOPIC: Trichoscopic findings in psoriasis versus seborrheic dermatitis on the scalp.
Hospital Luis Vernaza. September 2021 – January 2022.

Author: Larco Correa Paula Thalía

Tutor: Loayza Sánchez Enrique

ABSTRACT

Introduction: Psoriasis of the scalp and seborrheic dermatitis of the scalp share some similar clinical and even histopathological characteristics; There are recently tools such as trichoscopy that allow identifying specific characteristics and differentiating these entities. **Objective:** To compare trichoscopic findings of psoriasis and seborrheic dermatitis on scalp. **Materials and methods:** A prospective, cross-sectional, observational, and analytical study was carried out, including 55 medical records of patients who had a diagnosis of psoriasis in 25 of them and seborrheic dermatitis in 30. The most frequent trichoscopic patterns and the statistical relationship with the diagnosis of inflammatory disorder was analyzed using the chi-square test and Pearson's correlation. **Conclusion:** The trichoscopic finding attributable to psoriasis was whitish scales, for seborrheic dermatitis it was determined to be yellowish scales.

Keywords: SEBORRHEIC DERMATITIS, PSORIASIS, TRICHOSCOPY

CAPÍTULO I

1 INTRODUCCIÓN

La psoriasis del cuero cabelludo y la dermatitis seborreica son afecciones frecuentes que afectan el cuero cabelludo. Además, comparten algunos signos y síntomas similares, tales como la piel enrojecida y descamativa. Con mayor frecuencia, las escamas de la psoriasis son más gruesas y de aspecto algo más seco que las escamas de la dermatitis seborreica. La psoriasis suele extenderse más allá de la línea de implantación del cabello, sin embargo, este hallazgo no siempre es específico.¹

La tricoscopía es una herramienta relativamente reciente en el campo de la dermatología, que permite visualizar de mejor manera la epidermis, inicialmente fue implementado para la observación de dermatosis pigmentarias. Se ha acuñado el término tricoscopía a la observación de piel cabelluda y del pelo usando el Dermatoscopio.²

Las características tricoscópicas en ambas enfermedades nos pueden facilitar el diagnóstico correcto, sin necesidad de estudios adicionales, en donde se aprecia predominante el aspecto y textura de la escama, la forma de los vasos, alteraciones en el folículo piloso en algunos casos, y áreas eritematosas sin estructura. Las dos enfermedades pueden compartir ciertos hallazgos tricoscópicos, sin embargo, es específico en dermatitis seborreica encontrar: líneas rojas arborizantes (ARL), pelos ocultos (HH), escamas blancas perifoliculares, asas rojas retorcidas (TRL), vasos rojos atípicos (ARV), áreas rojas sin estructura (SRA), patrón de pigmento en panal y puntos marrones (BD). Mientras que en la psoriasis se puede observar: ARV, SRA, HH, puntos rojos y glóbulos (RDG), TRL, GV, SRV y PP, pigmentación perifolicular (PP), vasos en anillo de sello (SRV), vasos en coma (CV).³⁻⁵

La psoriasis y la dermatitis seborreica de piel cabelluda son patologías que comparten características clínicas muy similares, en donde existe conflicto y duda en el diagnóstico de cada una de ellas. La tricoscopía es una herramienta reciente que se viene implementando para el estudio de las patologías, sin embargo, en la actualidad, hay pocos informes que realicen la comparativa de

las dos enfermedades, y que establezcan la diferencia entre estas, en nuestro país no hay estudios de tricoscopia referentes a psoriasis y dermatitis seborreica de piel cabelluda, por lo que es necesario realizar la comparativa tricoscópica de ambas enfermedades.⁶

1.1 Justificación

El presente estudio pretende realizar un análisis bibliográfico de estas 2 patologías, debido a que clínicamente pueden llegar a ser iguales o muy similares, por lo que es necesario reconocer mediante el uso del dermatoscopio los patrones tricoscópicos que caracterizan a cada una de estas enfermedades, y que por lo tanto permitan precisar con mayor fiabilidad el diagnóstico, que aunque generalmente es clínico, el uso de esta técnica mínimamente invasiva y relativamente nueva, es un método sencillo puede ser realizado en la consulta médica regular sin que suponga incomodidad para el profesional o el paciente.⁶

1.2 Aplicabilidad y utilidad de los resultados del estudio

Los resultados del presente estudio tienen como finalidad poder establecer y diferenciar los patrones tricoscópicos en cada una de las patologías en estudio, para que además de las características clínicas de los pacientes, el uso de la dermatoscopia en la piel cabelluda, sea un método diagnóstico de rutina en la práctica dermatológica habitual, evitando de esta manera otros métodos invasivos como la biopsia de piel, para llegar al diagnóstico final y de esta manera ofrecer el tratamiento específico a cada uno de los pacientes.

CAPÍTULO II

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Específico

- Comparar los hallazgos tricoscópicos de la psoriasis y de la dermatitis seborreica en piel cabelluda.

2.2 Objetivos Operacionales

- Determinar las características clínico - epidemiológicas de la población en estudio.
- Establecer los hallazgos tricoscópicos más frecuentes en pacientes con un diagnóstico de psoriasis y de dermatitis seborreica.

2.3 Hipótesis

- El hallazgo tricoscópico que se relaciona con el diagnóstico de psoriasis es la existencia de escamas blanquecinas, mientras que para el diagnóstico de la dermatitis seborreica son las escamas amarillentas.

CAPÍTULO III

3 METODOLOGÍA

3.1 Tipo de investigación

Según la intervención del investigador: Observacional.

Según la planificación de la toma de los datos: Prospectivo.

Según las ocasiones que se mide la variable de estudio: Transversal.

Según el número de variables analíticas: Analítico.

3.2 Nivel de investigación

Aplicativo.

3.3 Diseño de investigación

Estudio comparativo.

3.4 Método de recogida de datos

La recolección de datos se realizó mediante la revisión de las historias clínicas de los pacientes. Posteriormente, se registraron los datos correspondientes a cada paciente en una hoja de Excel con su respectiva codificación.

3.5 Población del estudio

La población de estudio estuvo representada por todos las pacientes con diagnóstico de psoriasis y de dermatitis seborreica en el periodo de junio del 2021 a febrero del 2022.

3.6 Método de muestreo

No se realizó ningún tipo de muestreo.

3.7 Muestra

Ingresaron todos los pacientes atendidos en el Servicio de Dermatología del Hospital Luis Vernaza con diagnóstico clínico de psoriasis o dermatitis seborreica en el periodo entre junio del 2021 a febrero del 2022.

3.8 Entrada y gestión informática de datos

Los datos obtenidos en esta investigación fueron colocados en una plantilla de recolección en Excel. Posteriormente se utilizó el programa IBM SPSS Statistics 22 para el análisis estadístico.

3.9 Criterios de inclusión

- Pacientes con diagnóstico de psoriasis o dermatitis seborreica de piel cabelluda.
- Individuos mayores de 18 años.

3.10 Criterios de exclusión

- Pacientes que hayan usado corticoides tópicos o corticoides sistémicos.

3.11 Procedimiento de recolección de datos

Se solicitó la aprobación del proyecto al director del Posgrado, el jefe de Servicio de Dermatología y el jefe del Departamento de Investigación Médica del Hospital Luis Vernaza. La recolección de datos se realizó mediante la revisión de las historias clínicas. Por último, se registraron los datos correspondientes a cada paciente en una hoja de Excel con su respectiva codificación.

3.12 Procedimiento para el análisis de datos

Se realizó un análisis cuantitativo, para las variables cualitativas se utilizarán proporciones y frecuencias y para las variables cuantitativas, medidas de tendencia central. Como prueba estadística para la asociación se empleará la prueba de correlación de Chi cuadrado de Pearson con un intervalo de confianza del 95%. Para la presentación de los resultados se emplearán histogramas de frecuencia para la variable edad, gráfico circular para la variable sexo.

3.13 Operacionalización de variables

Tabla 1. Operacionalización de variables

Variable	Definición	Tipo/Escala	Categorías
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento	Cuantitativa discreta	Edad en años
Sexo	Características fenotípicas otorgada por los cromosomas sexuales	Cualitativa dicotómica	Masculino Femenino
Hallazgos tricoscópicos	Observación de las características del pelo y piel cabelluda mediante dermatoscopio.	Cualitativa nominal politómica	Áreas rojas sin estructura (SRA) Vasos glomerulares (GV) Puntos amarillos (YD) Pigmentación perifolicular (PP) Bucles rojos Vasos en coma (CV) Patrón de pigmento en panal y puntos marrones (BD)

Elaborado por: Larco, P (2022)

Fuente: Formulario de recolección de datos

CAPITULO IV

4 MARCO TEÓRICO

4.1 Dermatitis Seborreica

La dermatitis seborreica es una enfermedad inflamatoria, eritemato escamosa, de etiología multifactorial, que comúnmente suele tener una evolución crónica, que aparece en ciertas zonas del cuerpo, especialmente en zonas donde existe una gran densidad de glándulas sebáceas como: cuero cabelludo, cara, ingles, espalda y axilas. Suele ser común en todos los grupos etarios, contando con una prevalencia de entre el 1 al 3% en la población general. En el caso de personas inmunodeprimidas se suelen alcanzar valores de prevalencia de hasta el 80%. Es más común en los hombres, generalmente los brotes se dan en períodos de mayor estrés o cuando se está expuesto a climas fríos y secos. La dermatitis seborreica es una enfermedad multifactorial y muy compleja de tratar pues no tiene un tratamiento definitivo. Su comportamiento clínico es imprevisible, por lo que se trata de controlar a todos los factores que puedan empeorar esta enfermedad.⁷

Esta enfermedad es más común y evidente que se presente en la infancia y suele afectar distintas zonas del cuerpo, como: cuero cabelludo, cara y el área genital. Aproximadamente las dos terceras partes de los neonatos presentan dermatitis seborreica en los tres primeros meses de vida, pero generalmente desaparece al año de vida. Esta enfermedad no es común en persona de raza negra cuando llega a presentar se la asocia con un cuadro de infección por VIH.⁸

4.1.1 Fisiopatología

Existe una serie de factores diversos que pueden explicar el mecanismo fisiopatológico de esta enfermedad. Se ha demostrado que los factores genéticos pueden estar relacionados con la dermatitis seborreica, pues existe un gen de esta patología en modelos de animales que se asocia con una deficiencia medular de linfocitos T CD4. Esto podría dar una explicación sobre la herencia de la dermatitis seborreica o que se encuentre presente en el síndrome de inmunodeficiencia adquirida.⁹

También se ha determinado que pueden existir una serie de factores biológicos, donde se les atribuye la causa de la enfermedad y esto como un tipo

de respuesta inmunológica de la piel ante un agente biológico. De acuerdo con un estudio realizado por Crespo et al.¹⁰, se pudo encontrar que la *Malassezia Restricta* es la especie más frecuente en pacientes con dermatitis seborreica, sin embargo existen otras especies que pueden presentar un desarrollo notable como la *Malassezia Globosa* (siendo esta la segunda más frecuente en el estudio realizado por Crespo et al.¹⁰), *Malassezia Sympodialis* y *Malassezia Slooffiae*. En concordancia con Medina⁹ la *Malassezia* es un patógeno considerable para el desarrollo de la dermatitis seborreica. Esta teoría se apoya en que los antifúngicos tópicos y orales son eficaces en el tratamiento de esta enfermedad. El estrés ha sido considerado como otro factor importante para el desarrollo de la dermatitis seborreica. De acuerdo con Phillips et al.¹¹ esta enfermedad se precipita cuando existen episodios agudos de estrés. Mediante la utilización de diferentes instrumentos que ayudan a medir la depresión y la ansiedad, se pudo saber que la depresión se encuentra estrechamente relacionada con lesiones seborreicas de la cara y la ansiedad como un factor determinante para que se agrave la dermatitis seborreica en la piel cabelluda. Otro estudio pudo determinar que casi el 95% de los pacientes incluidos en la investigación (sujetos que contaban con una media de edad de 40 años) que sufrían de dermatitis seborreica de piel cabelluda, relacionaban este padecimiento con diferentes tipos de trastornos psicológicos como la depresión, la fatiga postraumática y la ansiedad.¹²

También se puede hacer mención de otros factores, como por ejemplo el clima o la época del año, que puede exacerbar diferentes enfermedades tales como la psoriasis, la dermatitis atópica y la dermatitis seborreica.⁹ Por ejemplo, en un estudio se propone que la nieve, la radiación ultravioleta y la altitud son factores que pueden empeorar el cuadro de dermatitis seborreica, esto producido por un efecto inmunosupresor cutáneo.¹³ En pacientes con SIDA, la disminución de la CD4 está asociada con la presencia de la *Malassezia* spp; lo que explicaría que la dermatitis seborreica puede ser un indicador cutáneo de inmunodeficiencia, esto ya sea en etapas tempranas o tardías.¹⁴

4.1.2 Diagnóstico diferencial

Para el diagnóstico diferencial, es necesario que se tome en cuenta el diagnóstico de enfermedades que suelen confundirse con la dermatitis

seborreica. Por ejemplo la dermatitis alérgica e irritativa suele estar acompañada con la dermatitis seborreica o suele confundirse totalmente, por lo que el especialista debe de indagar si es que ha existido algún antecedente importante en el uso o aplicación de sustancias exógenas que puedan provocar alergia en el cuero cabelludo. Otro caso puede ser el de confundir a la dermatitis seborreica con la dermatitis atópica; esta última se puede manifestar con liquenificación, pápulas y prurito intenso y es muy recurrente en niños. Por último se puede mencionar a la psoriasis, que puede confundirse con la dermatitis seborreica cuando existe una psoriasis de pliegues o invertida. Sin embargo, se debe de mencionar que el sebo psoriasis cuenta con síntomas muy parecidos a los de una psoriasis verdadera, donde se encuentra afectada el área facial.^{8,9}

4.1.3 Diagnóstico clínico

El diagnóstico clínico se lo realiza en base a la ubicación y apariencia de las lesiones; por ejemplo, en neonatos se puede apreciar que se presentan escamas grasosas con color blanco o amarillo en el cuero cabelludo.⁷ En adolescentes y adultos, la dermatitis seborreica se presenta en forma de parches grasientos, eritematosos y escamosos en el cuero cabelludo. Para un correcto diagnóstico de esta afección cutánea es necesario que se identifique la distribución característica de las lesiones y el curso variable de la enfermedad. En el caso de que el diagnóstico sea incierto se procederá a realizar una biopsia, donde se demostrará la existencia de paraqueratosis en la epidermis, obstrucción en los orificios foliculares y espongirosis, lo que confirmaría definitivamente la presencia de la dermatitis seborreica.¹⁵

Según Salazar et al.⁸ el diagnóstico de la dermatitis seborreica debe de ser estratificado de la siguiente manera, primero un diagnóstico temprano, donde se establece que se padece de esta enfermedad mediante la observación de las lesiones características, donde este recomienda que se revise la historia clínica y se haga una exploración física. Posteriormente, se procederá a realizar los exámenes de laboratorio respectivos, aunque estos no aporten una mayor precisión diagnóstica. Se sigue con estudios paraclínicos y por último con un diagnóstico diferencial.

4.1.4 Tratamiento

Para el tratamiento se pueden aplicar una gran variedad de medicamentos, que de forma individual o combinados, mejoran el estado de la dermatitis seborreica. Para casos leves de esta enfermedad se puede utilizar algunos medicamentos inespecíficos (alquitrán de hulla, disulfuro de selenio y succinato de litio) y medicamentos específicos (alilaminas, derivados azólicos y corticosteroides). Para casos graves se utilizan medicamentos sistémicos, como por ejemplo los esteroides y los antimicóticos.

De los tratamientos tópicos se puede utilizar a la miel, pues tiene un efecto antimicótico cuando se lo utiliza en condiciones estériles y caliente. El champú que tiene sulfuro de selenio al 2.5% es otro medicamento tópico que se puede utilizar para combatir a la dermatitis seborreica, pues este es considerado como un agente queratolítico, agente que forma puentes de hidrógeno entre los queratinocitos, lo que ayuda a mejorar el estado de la dermatitis seborreica. El alquitrán de hulla es otro agente queratolítico por excelencia, pero que no suele ser muy bien aceptado, pues tiene una eficacia clínica muy alta, pero con poca aceptación cosmética. Otro medicamento que tiene un efecto antimicótico y que reduce la propagación de los queratinocitos es el piroctinato de cinc. Además de los ya mencionados, se puede encontrar en el mercado al succinato de litio, zileutón, tacalcitol, keluamida, metronidazol y alfa-hidroxiácidos.¹⁶

En cuanto a los antimicóticos tópicos y sistémicos, se tiene al ketoconazol, itraconazol, fluconazol, terbinafina, ciclopiroxolamina, miconazol y pramiconazol. Todos estos medicamentos están disponibles en el mercado en tabletas, cápsulas, cremas, ungüentos y champús. Los corticosteroides tópicos son utilizados por su actividad antiinflamatoria de baja y de mediana potencia, como por ejemplo la hidrocortisona al 1% y betametasona al 0.05% y pueden ser utilizados de manera individual o combinada. Si existen efectos colaterales de los corticosteroides, se puede optar por utilizar inhibidores de calcineurina, pues tienen una comprobada eficacia antiinflamatoria. Medicamentos como el pimecrolimus al 1% y la crema tacrolimus de 0.01% se han utilizado con mayor frecuencia, ante la evidente tolerancia cutánea.¹⁷

Existen también terapias alternativas para esta enfermedad, como la utilización de remedios caseros, los mismos que ayudan de alguna manera a

controlar y mejorar el estado de la piel cabelluda; no obstante, es válido mencionar que la eficacia no se encuentra comprobada definitivamente, por lo que siempre será necesario realizar una valoración por un profesional antes de aplicar o tomar cualquier medicamento alternativo. Los más conocidos son el aceite de árbol de té, los suplementos de aceite de pescado y el aloe vera.⁸

4.2 Psoriasis

Al igual que la dermatitis seborreica, la psoriasis es una enfermedad crónica inflamatoria, multifactorial que afecta de manera considerable la piel y las articulaciones. La prevalencia de esta enfermedad alcanza el 2% en la población general, alrededor de todo el mundo. De este 2% se cree que la cuarta parte cursa un cuadro clínico moderado a grave. La incidencia de muerte debido a la psoriasis es muy baja, pero puede llegar a ser una enfermedad incapacitante, casi comparable con comorbilidades como la diabetes, la depresión y el cáncer.¹⁸

De acuerdo con Esquivel et al.¹⁹ la psoriasis es una enfermedad cutánea incurable que se encuentra caracterizada por la presencia de placas eritematosas y puede ser más común en lugares que tienen climas secos y fríos que en zonas ecuatoriales.

4.2.1 Fisiopatología

La psoriasis es una enfermedad que puede estar provocada por una serie de factores en pacientes genéticamente susceptibles, que presenten infecciones, traumas, y uso de fármacos como los beta bloqueadores, interferón litio o alfa. Estos agentes provocan estrés en los queratinocitos, lo que genera que se pueda producir péptidos antimicrobianos y nucleótidos. La consecuencia de esto es que se favorezca la activación de los queratinocitos, la proliferación y el daño tisular. Como resultado de esto, las lesiones psoriásicas se caracterizan por presentar un engrosamiento del estrato espinoso, de una marcada actividad mitótica y de la presencia de paraqueratosis. Todas estas manifestaciones provocan que se pierda los lípidos de membrana y moléculas de adhesión de los queratinocitos, lo que permite que se formen escamas y una superficie epidérmica frágil.²⁰

De acuerdo con Esquivel et al.¹⁹, la psoriasis es una enfermedad compleja, debido a que conlleva una interacción compleja entre las células de la piel y la

respuesta innata del sistema inmunológico. Precisamente en la actualidad se ha evidenciado que el sistema inmune tiene un papel preponderante en la psoriasis, lo que ha facilitado que se pueda comprender de mejor manera a la enfermedad. Muy a pesar de que se tenga un mayor conocimiento sobre la relación entre el sistema inmunitario y la psoriasis, la causa primaria sigue siendo un enigma, en particular por la identificación de antígenos y la interacción con las células inmunológicas y epidérmicas, en las lesiones cutáneas.

4.2.2 Síntomas

Entre los posibles síntomas se encuentran principalmente: placas en la piel, inflamación de la piel, picor, lesiones en la piel, grietas, puntos rojos, dolores de las articulaciones en caso de artritis producida por psoriasis, picor en los ojos, lagrimeo, etc.²¹

4.2.3 Diagnóstico

Para diagnosticar a la psoriasis es necesario que se realice un examen físico, en el que se puedan identificar placas eritematosas simétricas, que se encuentran muy bien delimitadas, que muy recurrentemente suelen estar acompañadas de prurito y con escamas plateadas superpuestas. A pesar de que la psoriasis se puede presentar en cualquier lugar del cuerpo al igual que la dermatitis seborreica, se presenta con mayor regularidad en los codos, las rodillas, el cuero cabelludo, el ombligo y la espalda.²²

De igual manera es necesario que en la identificación de la psoriasis, se haga un diagnóstico diferencial y un diagnóstico clínico.

4.2.4 Tratamiento

Una vez que se ha mencionado que esta enfermedad se encuentra relacionada con una diversidad de factores, no ha sido posible contar con un medicamento que pueda controlar en su totalidad, sin que existan efectos colaterales importantes; por lo que, se han desarrollado múltiples tratamientos terapéuticos, de donde se han escogido como los más importantes, a los que proveen un manejo tópico de la enfermedad. Muy a pesar de eso, hay veces que este tratamiento tópico es insuficiente, por lo que se debe recurrir a un tratamiento sistemático, de donde se puede ampliar a una gran cantidad de opciones.

Para iniciar un tratamiento sistemático se debe incluir una serie de consideraciones, como la geografía en donde vive el paciente, así como la posibilidad de asistencia al control periódico, el nivel educativo, la extensión del compromiso cutáneo, la existencia de comorbilidades preexistentes, entre otras. Por ejemplo, si se tiene un compromiso menor al 5% de la superficie cutánea, se puede optar por un tratamiento tópico monoterapia, posteriormente una terapia tópica combinada. Si esto no ha solucionado el problema, y el compromiso de la superficie cutánea es de 5 a 10%, se puede optar por la combinación de una terapia tópica con una fotoquimioterapia. La fotoquimioterapia, mediante la radiación ultravioleta ayuda a la mejoría de las lesiones provocadas por la psoriasis, pues actúa como un inmunosupresor local por sus efectos en las células de Langerhans, lo que conlleva al cambio en el fenotipo de citocinas de Th1 a Th2.²³

Si a pesar de estos esfuerzos el compromiso de la superficie cutánea es mayor al 10%, se puede optar por un tratamiento sistémico, donde se puede incluir la fototerapia con luz ultravioleta b, fototerapia UVA más psoralenos, la utilización de metotrexato, la ciclosporina A y el acitretino.²³

El uso de diferentes estrategias para el desarrollo de medicina para la psoriasis ha permitido que en los últimos años se incremente el nivel de conocimiento y entendimiento de la enfermedad. Principalmente, estos medicamentos son los que activan o bloquean la fosfodiesterasa 4, receptor de adenosina A3, fosforilasa de nucleósidos de purina, el receptor de esfingosina-1-fosfato, entre otros. La salida al mercado de nuevos productos biotecnológicos significó un verdadero objetivo cumplido en cuanto al desarrollo de nuevos fármacos, porque conscientemente se crearon estrategias directas donde los conocimientos teóricos se reflejaron en la investigación clínica, al mismo tiempo que la experiencia clínica pudo refutar o admitir hipótesis teóricas. A pesar de este precedente, la psoriasis es una enfermedad que no es curable y de la que se conoce poco, muy a pesar de todo el desarrollo tecnológico; pues hay mucho por comprender, sobre todo en la génesis de la enfermedad, así como los diferentes factores de riesgo que puedan incidir en un posible tratamiento.¹⁹

4.3 Tricoscopía

La tricoscopía es una técnica no invasiva y que se fundamenta en el análisis visual de la estructura del pelo y del cuero cabelludo, mediante la utilización de un dermatoscopio manual o un videodermatoscopio. El dermatoscopio contará con una amplificación de imágenes con una fuente luminosa, lo que ayuda a disminuir la refracción y reflexión de la capa córnea. Dicha tecnología permite visualizar las estructuras dérmicas y epidérmicas, que con un examen clínico visual serían imposibles de hacer. Esto ha permitido que se incremente considerablemente la certeza diagnóstica hasta en un 30%²⁴, en comparación con el examen clínico visual.

Si bien la aplicación fundamental es la evaluación de lesiones pigmentadas y en la detección temprana del cáncer de piel, es conocido el uso para determinar procesos infecciosos, trastornos inflamatorios, padecimientos ungueales, alopecia y diferentes tipos de trastornos capilares.

En los últimos años, han existido una serie de artículos de investigación que han podido determinar que la dermatoscopia puede ser una herramienta muy útil para dar un diagnóstico preciso sobre los diversos trastornos dermatológicos y de manera no invasiva²⁵, donde se pueden incluir las enfermedades del cuero cabelludo, las anomalías de las uñas, las infecciones o infestaciones cutáneas, dermatosis inflamatorias y pliegues ungueales.²⁶ Incluso esta técnica, puede dar información adicional que puede ayudar al dermatólogo a que pueda diferenciar las condiciones que a veces son complicadas de distinguir a simple vista. Según Lallas et al.²⁴ existen una serie de criterios que se pueden tomar en cuenta, al momento de utilizar el dermatoscopio, como por ejemplo la disposición de las estructuras vasculares, los colores existentes en la piel cabelluda, los patrones de descamación, anomalías foliculares y distintos tipos de pistas que puedan atribuirse a las características específicas de un trastorno capilar.²⁴ Estos hallazgos dermatoscópicos deben de ser interpretados en conjunto con las características del paciente, como por ejemplo los antecedentes genéticos y personales, ubicación, morfología, distribución de las lesiones, entre otras. Si se realiza de esta manera, se podrá tener una precisión diagnóstica adecuada, en cuanto a la identificación de los trastornos dermatológicos generales.²⁷ En la investigación realizada por Klosowicz et al.²⁸

se estudió las asas interfoliculares en 16 pacientes que padecían psoriasis y vasos arboriformes en 37 pacientes que padecían de dermatitis seborreica, donde se concluyó que la diascopia de cambios vasculares en pacientes con pérdida de cabello podría proporcionar pistas adicionales para un diagnóstico preciso, especialmente para la diferenciación de la dermatitis seborreica, la psoriasis y el lupus eritematoso discoide. Otro factor crucial que debe de tomarse en cuenta en el diagnóstico de algún tipo de trastorno, es que en el examen dermatoscópico se utilice un equipo adecuado.²⁹

4.4 Hallazgos tricoscópicos

Las principales estructuras que se pueden observar en el caso de la dermatitis seborreica y de la psoriasis son las características y distribución de las escamas, las características de los vasos, las fibras capilares, las aberturas foliculares o puntos, los vasos sanguíneos y la epidermis perifolicular.

Como se mencionó anteriormente, el diagnóstico en las lesiones inflamatorias no es sencillo basado únicamente en la clínica, por tal motivo, la tricoscopía ha tomado un mayor impulso en cuanto a la descripción de diversas estructuras y patrones que pueden ayudar al diagnóstico de las lesiones, a la evaluación de la progresión de la enfermedad y la respuesta al tratamiento que se haya implementado.³⁰ Para la psoriasis se ha podido describir un modelo de vascularización peculiar, basado exclusivamente en la presencia de vasos puntiformes que se encuentran distribuidos a lo largo de toda la lesión de manera uniforme. Estos vasos puntiformes significan la representación de vasos tortuosos, elongados y ectásicos que pueden identificarse en las papilas dérmicas en los cortes histopatológicos.

También se pueden identificar diferentes tipos de patrones vasculares, tales como el tipo arborizante, que son vasos de gran calibre que se ramifican en vasos secundarios más finos. También existen en forma de horquilla, que son vasos largos en forma de lazo, de ida y de vuelta, en forma de asas. En forma de coma, también suelen ser comunes en la dermatitis seborreica y en la psoriasis y son vasos gruesos lineales y curvados con una ramificación escasa. Los vasos puntiformes son puntos rojizos de pequeño calibre y se los encuentra simulando la cabeza de un alfiler. Los vasos glomerulares son puntos rojos pero de mayor calibre, formados exclusivamente por capilares enrollados que se

asemejan a un ovillo. Los vasos en sacacorchos son vasos lineales que tienen una forma de espiral e irregulares. La distribución de los vasos puede ser de forma regular, en forma de cuerda o collar de perlas, agrupados, radial, ramificados, irregular y en escalera de cuerda.³¹

En el caso de las escamas, también pueden ser caracterizadas basadas específicamente en su aspecto y en su distribución. En cuanto a su aspecto se puede diferenciar si es que existen escamas de tono blanquecino o de tono amarillento. Para la distribución de la escama se puede encontrar si es de tipo central, en forma de parches, periférica, difusa o perifocular. De la misma manera sucede si se busca caracterizar al folículo piloso, en donde se incluyen singularidades como la de si cuenta con puntos amarillos, si existe una pigmentación perifocular o en panal de abejas, si hay múltiples pelos en la unidad folicular, la existencia de puntos marrones y pelos ocultos. Por último, también se puede describir si existen áreas rojas sin ningún tipo de estructura.³²

4.4.1 Hallazgos tricoscópicos de la psoriasis

Se tiene 3 claves para el diagnóstico de la psoriasis, la primera que existan vasos puntiformes regularmente distribuidos, la segunda, que exista un fondo eritematoso rosado y la tercera, que existan escamas blancas superficiales.³¹

Según los trabajos realizados por Nikam & Mehta³³ y Xu et al.³⁴ menciona que las características dermatoscópicas asociadas a la dermatoscopia son los puntos y glóbulos rojos, vasos en anillo de sello, asas rojas, escamas blancas, hemorragias puntiformes y pelos ocultos. Otros hallazgos adicionales pueden ser las estructuras vasculares, pigmentación perifolicular, pigmentación en panal, puntos marrones, blancos y amarillos.

4.4.2 Hallazgos tricoscópicos de la dermatitis seborreica

De acuerdo con los autores Xu et al.³⁴ y Kibar et al.³⁵, los hallazgos característicos de la dermatitis seborreica en piel cabelluda son los vasos arboriformes, la descamación amarillenta, áreas rojas sin estructura, pigmentación en panal y vasos en forma de coma. Otros hallazgos adicionales que pueden ser considerados son las estructuras vasculares, pigmentaciones perifoliculares, puntos marrones, blancos y amarillentos. En el estudio retrospectivo realizado por Ruiz et al.³⁶ en el año 2019, se pudieron identificar 3

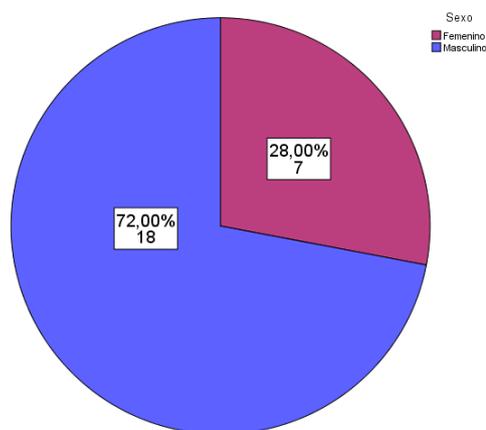
nuevos hallazgos característicos de la dermatitis seborreica en 12 pacientes preseleccionados, el primero fue el conglomerado vascular en forma de diente de león, el segundo fue el patrón vascular en forma de flor de cerezo y el tercero fue el encontrar material oleoso intrafolicular. Cabe mencionar que este estudio se lo realizó mediante una búsqueda en la base de datos de la sección de micología del Hospital General Manuel Gea González, perteneciente a la ciudad de México.

CAPÍTULO V

5 RESULTADOS

Una vez que se recolectaron los datos de las historias clínicas, se determinó para esta investigación un total de 55 pacientes que fueron atendidos en el Hospital Luis Vernaza, con un diagnóstico de dermatitis seborreica (N=30) y de psoriasis (N=25) entre el mes de septiembre 2021 a enero del 2022. De acuerdo con esto, se han obtenido los siguientes resultados.

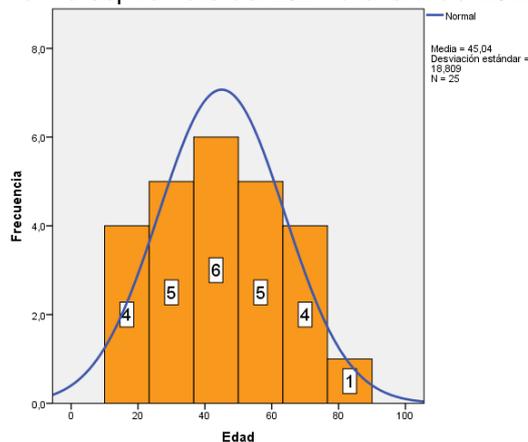
Figura 1. Distribución porcentual de la variable sexo de los pacientes con diagnóstico de psoriasis de acuerdo con los datos obtenidos de las historias clínicas, atendidos en el Hospital Luis Vernaza entre septiembre del 2021 a enero del 2022.



Elaborado por: Larco, P (2022)

Fuente: Formulario de recolección de datos

Figura 2. Histograma de la edad en pacientes que tuvieron un diagnóstico de psoriasis de acuerdo con los datos obtenidos de las historias clínicas, atendidos en el Hospital Luis Vernaza entre septiembre del 2021 a enero del 2022.



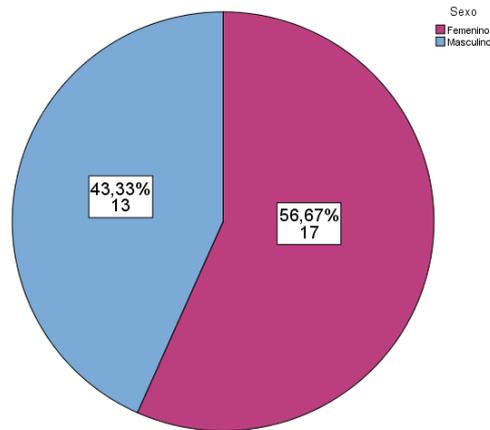
Elaborado por: Larco, P (2022)

Fuente: Formulario de recolección de datos

En los pacientes con diagnóstico de psoriasis existe una mayoría de pacientes con sexo masculino (72.00%) (Figura 1), respecto a la variable edad,

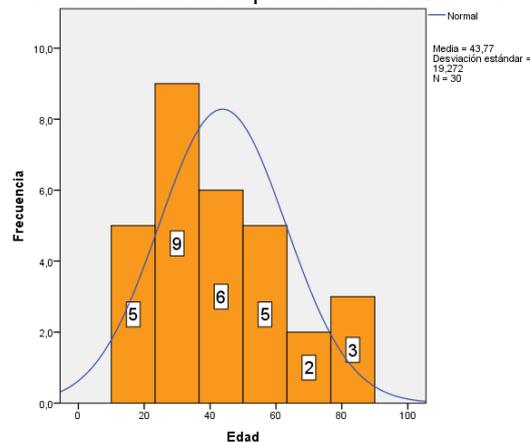
se determinó una media de 45.04 ± 18.81 años, con un rango entre 18 años y 82 años.

Figura 3. Distribución porcentual de la variable sexo de los pacientes con diagnóstico de dermatitis seborreica de acuerdo con los datos obtenidos de las historias clínicas, atendidos en el Hospital Luis Vernaza entre septiembre del 2021 a enero del 2022.



Elaborado por: Larco, P (2022)
Fuente: Formulario de recolección de datos

Figura 4. Histograma de la edad en pacientes que tuvieron un diagnóstico de dermatitis seborreica de acuerdo con los datos obtenidos de las historias clínicas, atendidos en el Hospital Luis Vernaza entre septiembre del 2021 a enero del 2022.



Elaborado por: Larco, P (2022)
Fuente: Formulario de recolección de datos

En los pacientes con diagnóstico de dermatitis seborreica existe una mayoría de pacientes con sexo femenino (56.67%) (Figura 3), respecto a la variable edad, se determinó una media de 43.77 ± 19.27 años, con un rango entre 18 años y 87 años.

Tabla 2. Hallazgos tricoscópicos y el diagnóstico dermatológico en los pacientes atendidos en el Hospital Luis Vernaza entre septiembre del 2021 a enero del 2022.

Hallazgos tricoscópicos		Diagnóstico				p
		Psoriasis (n=25)		Dermatitis Seborreica (n=30)		
		No.	%	No.	%	
Característica de la escama	Blanquecinas	23	92.00	13	43.30	≤0.05*
	Amarillentas	2	17.00	17	56.70	≤0.05*
Distribución de la escama	Central	6	24.00	14	46.70	0.082
	En parches	5	20.00	3	10.00	0.446
	Periférica	6	24.00	0	0.00	≤0.05*
	Difusa	4	16.00	0	0.00	≤0.05*
	Perifocular	4	16.00	13	43.30	≤0.05*
Característica de los vasos	Arborizantes	4	16.00	12	40.00	0.075
	Atípicos	4	16.00	10	33.30	0.142
	En coma	2	8.00	2	6.70	0.850
	Puntiformes	5	20.00	1	3.30	≤0.05*
	Glomerulares	3	12.00	5	16.70	0.625
	Bucles rojos	2	8.00	0	0.00	0.115
	Vasos en anillo de sello	2	8.00	0	0.00	0.202
	Vasos en horquilla	2	8.00	0	0.00	0.202
	Vasos en sacacorcho	1	4.00	0	0.00	0.269
	Puntos amarillos	1	4.00	12	40.00	≤0.05*
Característica del folículo piloso	Pigmentación perifocular	5	20.00	4	13.30	0.506
	Pigmentación en panal de abeja	4	16.00	4	13.30	0.780
	Múltiples pelos en la unidad folicular	3	12.00	0	0.00	0.088
	Puntos marrones	2	8.00	3	10.00	0.797
	Pelos ocultos	1	4.00	0	0.00	0.269
Áreas rojas sin estructura	Ninguna	9	36.00	7	23.30	0.303
	Si	9	36.00	18	60.00	0.076
	No	16	64.00	12	40.00	0.076

*Significancia estadística $p \leq 0.05$

Elaborado por: Larco, P (2022)

Fuente: Formulario de recolección de datos

En la tabla 2 se puede evidenciar que los hallazgos tricoscópicos que presentan asociación estadística significativa $p \leq 0.05$ y correlación fuerte positiva de Pearson (0.51) fueron la coloración blanquecina de las escamas y el diagnóstico de psoriasis; la coloración amarillenta de las escamas y el diagnóstico de dermatitis seborreica. Precisamente estos hallazgos validan la hipótesis propuesta para este proyecto de investigación.

También se halló otros hallazgos tricoscópicos que tuvieron una asociación estadística significativa $p \leq 0.05$, pero con correlación moderada positiva como la distribución de la escama perifolicular (0.29) y la característica del folículo piloso tipo puntos amarillos con el diagnóstico de dermatitis seborreica (0.42). Para la característica de los vasos del tipo puntiforme y el diagnóstico de psoriasis se encontró una significancia estadística $p \leq 0.05$, pero con una correlación moderada negativa (-0.26).

Por último, se determinó dos hallazgos tricoscópicos que contaban con asociación estadística significativa $p \leq 0.05$ pero con correlación débil negativa. Estos hallazgos fueron los tipos periférica (-0.38) y difusa (-0.31) de la distribución de la escama con el diagnóstico de psoriasis.

CAPÍTULO VI

6 DISCUSIÓN

La dermatitis seborreica se presenta en toda la población general sin discriminación de edad, con una prevalencia que está entre el 1 al 3%; suele ser más común en hombres que en mujeres y existen brotes cuando se presentan períodos de estrés o si el individuo se encuentra durante una larga estancia en climas secos y fríos. Es por esto por lo que se ha catalogado a la dermatitis seborreica como una enfermedad multifactorial, compleja de tratar y que no cuenta con un tratamiento definitivo, debido seguramente a lo poco que se conoce sobre esta enfermedad.⁷ La psoriasis es una enfermedad crónica inflamatoria multifactorial, que en algunos casos llega a ser incapacitante afectando en grandes proporciones a la piel. La prevalencia de la psoriasis es del 2% en la población general, donde la cuarta parte suele presentar un cuadro clínico moderado a grave.¹⁸ Comúnmente se confunde estos dos trastornos, por lo que se debe de realizar un diagnóstico clínico y un diagnóstico diferencial, donde deben de incluirse los diferentes hallazgos tricoscópicos. La dermatoscopia ha recibido un interés de toda la comunidad científica, por los nuevos descubrimientos que se han dado en los últimos años, sobre todo al momento de identificar nuevos hallazgos dermatológicos ayudando de esta manera a dar una correcta valoración.¹⁹

En la presente investigación se incluyeron a 55 participantes que tenían un diagnóstico de dermatitis seborreica (n=30) y de psoriasis (n=25); se determinó que en las características de la escama, que la coloración blanquecina cuenta con una significancia estadística importante ($p \leq 0.05$) en relación con el tipo de diagnóstico, sobre todo con la psoriasis, porque se la encontró en el 92.00% de los pacientes que padecían este trastorno. Lo mismo se puede mencionar sobre la coloración amarillenta en la característica de la escama ($p \leq 0.05$) relacionada con el diagnóstico de la dermatitis seborreica, pues se encontró en un 56.70% de los participantes. En cuanto a la distribución de la escama, se pudo encontrar una significancia estadística importante ($p \leq 0.05$) en el tipo periférica con el diagnóstico de psoriasis, con una distribución porcentual del 24.00%; en el tipo difusa con el diagnóstico de psoriasis con un 16.00% y el tipo perifolicular con el diagnóstico de la dermatitis seborreica con un 43.30%. Cabe mencionar que en

el tipo perifolicular existe un 16.00% que fue diagnosticado con psoriasis. En la característica de los vasos, el único hallazgo tricoscópico que demostró una significancia estadística considerable ($p \leq 0.05$) fue el tipo puntiforme con el diagnóstico de psoriasis con una frecuencia porcentual del 20.00%. En la característica del folículo piloso, los puntos amarillos fue el único hallazgo con significancia estadística relevante ($p \leq 0.05$) con una frecuencia del 40.00% en el diagnóstico de dermatitis seborreica. Cabe mencionar que en la presentación o no de áreas sin estructura no se pudo determinar una asociación estadística relevante ($p > 0.05$).

En comparación con estos resultados, se encuentran los presentados por Errichetti & Stinco²⁹ en su trabajo de dermatoscopia en dermatología general, se indica que los hallazgos tricoscópicos relacionados con el diagnóstico de psoriasis son principalmente la forma puntiforme de los vasos, las escamas blanquecinas, los vasos en anillo de sello, la pigmentación perifolicular y pigmentación en panal de abeja. De igual manera, De igual manera Errichetti & Stinco²⁹ mencionan que los hallazgos más comunes presentes en la dermatitis seborreica son los vasos del tipo arborizantes, descamación amarillenta, áreas rojas sin estructura, pigmentación perifolicular y pigmentación en panal de abeja.

Kibar et al.³⁵ en su trabajo realizado en el año 2015, sobre los hallazgos dermatoscópicos en la psoriasis del cuero cabelludo y la dermatitis seborreica, encontró que los vasos rojos atípicos, los puntos rojos glomerulares, los vasos en anillo de sello, las áreas rojas sin estructura y los pelos ocultos fueron estadísticamente más comunes en el diagnóstico de psoriasis, mientras que para la dermatitis seborreica se determinó que los vasos en coma y los bucles rojos son los hallazgos más frecuentes. Kibar et al.³⁵ concluyen que la figura videodermatoscópica característica para la psoriasis fue la presencia de puntos rojos glomerulares, mientras que para la dermatitis seborreica fueron los vasos en forma de coma. Cabe mencionar que este estudio fue el primero en determinar que los pelos ocultos y los vasos en anillo de sello son hallazgos atribuibles a psoriasis y que los vasos en forma de coma se describieron por primera vez como el hallazgo específico para el diagnóstico de dermatitis seborreica. Este estudio puede ser considerado como el promotor para indicar que la tricoscopia es un método diagnóstico para diferenciar a la psoriasis y a la

dermatitis seborreica en el cuero cabelludo, tomando como base los tres hallazgos tricoscópicos determinantes, los vasos en forma de coma, los pelos ocultos y los vasos en anillo de sello. Según Kibar et al.³⁵ los vasos en anillo de sello es el resultado de las alteraciones vasculares tanto para la psoriasis como para la dermatitis seborreica.

Según Nikam & Mehta³³ en su investigación sobre los patrones de tricoscopía utilizando dermatoscopia polarizada y no polarizada en trastornos del cabello, se pudo evidenciar que el factor decisivo distintivo de la psoriasis es la presencia de escamas blanquecinas con un distribución perifolicular y vasos del tipo puntiformes. Para la dermatitis seborreica se han encontrados hallazgos como la presencia de escamas amarillentas y vasos arboriformes. Algo similar se encuentra en el estudio realizado por Ruiz et al.³⁶ donde los vasos arboriformes y los vasos glomerulares son los hallazgos tricoscópicos por excelencia de la dermatitis seborreica.

De acuerdo con Bruni et al.³⁷ en su estudio sobre los hallazgos tricoscópicos en el diagnóstico de psoriasis en el cuero cabelludo realizado en el año 2018, halló 7 patrones clínicos con correlación tricoscópica específica, donde las escamas blanquecinas y los vasos en forma de bucles rojos fueron los más comunes. Lo mismo concluyó Golinska et al.³⁸, en su revisión sistemática sobre los patrones dermatoscópicos de la psoriasis en piel, cuero cabelludo y uñas. En este trabajo se incluyeron 34 artículos científicos relacionados con los hallazgos tricoscópicos y 12 reportes de casos que describían la dermatoscopia, tricoscopía y onicoscopía en pacientes diagnosticados con psoriasis.

En el estudio realizado por Sar-Pormian et al.³⁹ en el año 2020, se encontró que los puntos rojos globulares, bucles rojos y escamas blanquecinas en patrón difuso y de parches fueron los hallazgos que más frecuentemente se encuentran para el diagnóstico de psoriasis. Estos hallazgos han sido los mismos que determinó Rudnicka et al.⁴⁰ en el año 2021 en su revisión sistemática sobre la precisión diagnóstica de la tricoscopía en enfermedades inflamatorias del cuero cabelludo. Pero a diferencia de Sar Pormian et al. también se incluyó a la dermatitis seborreica con los vasos atípicos, los vasos arborizantes y las áreas rojas sin estructura, como los hallazgos característicos.

Las fortalezas de este estudio radican en que es una de las pocas investigaciones nacionales que busca una asociación estadística entre los patrones dermatoscópico y el tipo de diagnóstico de trastornos inflamatorios del cuero cabelludo, incluyendo a la psoriasis y a la dermatitis seborreica.

La principal limitación de este estudio es el tamaño de muestra con la que se trabajó para realizar en análisis estadístico cuantitativo. Para validar estos resultados, sería importante que se haga un estudio a nivel nacional sobre los patrones tricoscópicos específicos encontrados, tanto en psoriasis como en dermatitis seborreica.

CAPÍTULO VII

7 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

7.1 Conclusiones

El hallazgo tricoscópico característico en la psoriasis, encontrado en este estudio, fue la coloración blanquecina de las escamas. En comparación a esa correlación, el hallazgo tricoscópico atribuible a la dermatitis seborreica fue la coloración amarillenta de las escamas.

En los pacientes con diagnóstico de psoriasis existe una mayoría de pacientes de sexo masculino (72.00%); respecto a la variable edad se determinó una media de 45.04 ± 18.81 años, con un rango entre 18 años y 82 años, la mayoría de los participantes con psoriasis tenía una edad comprendida entre 18 a 40 años con un 44.00%. En los pacientes con diagnóstico de dermatitis seborreica existe una mayoría de pacientes de sexo femenino (56.67%); respecto a la variable edad se halló una media de 43.77 ± 19.27 años, con un rango entre 18 años y 87 años, la mayoría de los participantes con dermatitis seborreica tenía una edad comprendida entre 18 a 40 años con 50.00%.

El hallazgo tricoscópico más común en la psoriasis fue las escamas blanquecinas encontradas en 23 participantes con un 92.00%. En la dermatitis seborreica fueron las áreas rojas sin estructura en 18 participantes con un 60.00% y las escamas amarillentas en 17 pacientes con un 56.70%.

Los hallazgos tricoscópicos que presentan asociación estadística significativa $p \leq 0.05$ y correlación fuerte positiva de Pearson fueron la coloración blanquecina de las escamas y la coloración amarillenta de las escamas con el diagnóstico de psoriasis y dermatitis seborreica, respectivamente.

7.2 Recomendaciones

Para futuras investigaciones es necesario contar con un mayor número de participantes, para que exista una verdadera validación de la asociación estadística entre el patrón dermatoscópico y el diagnóstico del trastorno inflamatorio.

Se debe de realizar un proyecto de investigación comparativo entre los diferentes niveles de fiabilidad que se tendría entre el estudio profundo de la tricoscopía con los patrones incluidos y las pruebas clínicas, para de esta manera conocer si la utilización de la tricoscopía podría ser utilizada como un mecanismo de diagnóstico fiable e inmediato.

Se recomienda que se haga la socialización de los resultados obtenidos a los estudiantes, docentes y autoridades, con el fin de que se hagan más trabajos investigativos de los patrones tricoscópicos característicos de la psoriasis y de la dermatitis seborreica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Crocker B. Dermatoscopia de tiña de la cabeza. *livemed.in* [Internet]. 2012;56(3):117–79. Available from: <https://www.livemed.in/documents/152553/9125447/dermatoscopiaTinaCabeza.pdf>
2. Belén M, Mauret P. Prevalencia de variaciones morfológicas del cuero cabelludo en dermatitis seborreica, aplicando tricoscopia en relación a manifestaciones clínicas. 2020; Available from: <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/21404>
3. Guerra A. Tricoscopia en cuero cabelludo. *Dermatol Venez* [Internet]. 2015;53(1):7–15. Available from: <http://revista.svderma.org/index.php/ojs/article/download/1340/1316>
4. Carmena R. Queratosis actínica: nuevo concepto y actualización terapéutica. 2017; Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656717301440>
5. Roldan R. Usus and applications of the dermatoscope in general dermatology. A review. 2016; Available from: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumenl.cgi?IDREVISTA=323&IDARTICULO=70270&IDPUBLICACION=6836>
6. Arrazola J. Tiña de la cabeza: Descripción de los hallazgos dermatoscópicos en 37 pacientes. 2015; Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130140614001107>
7. Gary C, Sara P, Khalid J. Diagnosis and Treatment of Seborrheic Dermatitis. *Am Fam Physician* [Internet]. 2015; Available from: <https://www.aafp.org/afp/2015/0201/p185.html#afp20150201p185-b2>
8. Salazar J, Nieto E, Morales V, Fierro A. Dermatitis seborreica. Diagnóstico y tratamiento. *Rev Científica Mundo la Investig y el Conoc* [Internet]. 2019;3(3):77–93. Available from: <https://recimundo.com/index.php/es/article/view/589/798>
9. Medina D. Dermatitis seborreica: una revisión. *Dermatología C* [Internet].

- 2014;12. Available from:
<https://www.medigraphic.com/pdfs/cosmetica/dcm-2014/dcm142l.pdf>
10. Crespo V, Gómez E, Crespo M. Pitiriasis versicolor y las levaduras del género *Malassezia*. *Actas dermo - sifiliográficas*. 2018;99.
 11. Phillips T, Slomiany W, Allison R. Hair Loss: Common Causes and Treatment. *Am Fam Physician* [Internet]. 2017; Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28925637/>
 12. Elgash M, Dlova N, Ogunleye T, Taylor S. Seborrheic Dermatitis in Skin of Color: Clinical Considerations. *Drugs Dermatol* [Internet]. 2019;18. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30681789/>
 13. Lancar R, Missy P, Dupuy A, Beaulieu P, Fardet L, Costagliola D, et al. Risk Factors for Seborrheic Dermatitis Flares: Case-control and Case-crossover Study. *Acta Derma Venereol* [Internet]. 2020;100. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33047149/>
 14. Navarrete C, Ortega R, Fich F, Concha M. Dermatologic manifestations associated with HIV / AIDS. *Rev Chil Infectol* [Internet]. 2015; Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25860154/>
 15. C V, Lejeune O, Turlier V, Cathepsin S. A new pruritus biomarker in clinical dandruff / seborrheic dermatitis evaluation. *Exp Dermatol*. 2014;
 16. Baumert C, Melo M, Vincent C. Topical Medications for Seborrheic Dermatitis. *Am Fam Physician* [Internet]. 2017;95. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28290646/>
 17. Borda L, Perper M, Keri J. Treatment of seborrheic dermatitis: a comprehensive review. *J Dermatolog Treat* [Internet]. 2018;30. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29737895/>
 18. Luna E, Flores A, Bonilla R, Vichi L, Gómez A. Diagnostic Approach and Management of Psoriasis in Primary Care. 2021; Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/atefam/af-2021/af211i.pdf>
 19. Esquivel R, Estévez G, Rodríguez A, Ochoa A, García M. La psoriasis: de la investigación básica y clínica al desarrollo de nuevos tratamientos. 2018;

- Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2018/gm184o.pdf>
20. Cai Y, Fleming C, Yan J. New insights of T cells in the pathogenesis of psoriasis. *Cell Mol Immunol*. 2018;
 21. Halmai O, Chirinos M, Weiss E. Psoriasis del cuero cabelludo, algunos aspectos del tratamiento. *SvDerma*. 2021;
 22. Alfaro K. Generalidades sobre la evaluación de la psoriasis. *Rev médica Costa Rica y Centroamérica LXXI* [Internet]. 2016;616. Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2015/rmc153zb.pdf>
 23. Arango F, Franco M, Hoyos A. Psoriasis: conceptos actuales en el tratamiento sistémico. Agentes sistémicos tradicionales. *Rev Asoc Colomb Dermatol*. 2018;
 24. Lallas A, Giacomel J, Argenziano G. Dermoscopy in general dermatology: practical tips for the clinician. *Br J Dermatol* [Internet]. 2014;170:514–26. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24266695/>
 25. Errichetti E, Stinco G. The practical usefulness of dermoscopy in general dermatology. *Ital Dermatol Venereol* [Internet]. 2015;150:533–46. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26086412/>
 26. Miteva M, Tosti A. Hair and scalp dermatoscopy. *J Am Acad Dermatol* [Internet]. 2012;1040–8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22405573/>
 27. Zalaudek I, Lallas A, Moscarella E, Longo C, Soyer H, Argenziano G. Dermoscopy in general dermatology. *Dermatology* [Internet]. 2013;3:67–71. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16319467/>
 28. Klosowicz A, Alsalhi W, Tosti A. How to optimize trichoscopy for evaluation of scalp vessels. *Ski Appendage Discord* [Internet]. 2020;6(4):216–9. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7445543/>
 29. Errichetti E, Stinco G. Dermoscopy in General Dermatology: A Practical Overview. *Dermatol Ther* [Internet]. 2016;6(4):471–507. Available from:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5120630/>

30. Lacarruba F, Pellacani G, Gurgone S. Advances in non-invasive techniques as aids to the diagnosis and monitoring of therapeutic response in plaque psoriasis: a review. *Int J Dermatol*. 2015;54.
31. Díaz P, América J, Arroyo S, Barragán Z, Gutiérrez S, Martínez A, et al. Aplicaciones y uso dermatoscópico en la dermatología general. Una revisión. 2016; Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/cosmetica/dcm-2016/dcm164g.pdf>
32. Lallas A, Apalla Z, Argenziano G. Dermatoscopic pattern of psoriatic lesions on specific body sites. *Dermatology*. 2014;228.
33. Nikam V, Mehta H. A nonrandomized study of trichoscopy patterns using nonpolarized (contact) and polarized (noncontact) dermatoscopy in hair and shaft disorders. *Int J Trchol [Internet]*. 2014;6:54–62. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4154151/>
34. Xu C, Chen D, Liu J, Liu Y, Sun Q. Roles of dermoscopy in the diagnosis and differential diagnosis of scalp psoriasis and seborrheic dermatitis. *Zhonghua Yi Xue Za Zhi [Internet]*. 2014;94:3467–70. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25622734/>
35. Kibar M, Aktan S, Bilgin M. Dermoscopic findings in scalp psoriasis and seborrheic dermatitis; two new signs; signet ring vessel and hidden hair. *Indian J Dermatol [Internet]*. 2015;60:41–5. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4318061/>
36. Ruiz L, Arenas R, Vega D, Asz D, Martínez M. Seborrheic Dermatitis: Three Novel Trichoscopic Signs and Its Correlation to *Malassezia* sp. Colonization. *Ski Appendage Discord [Internet]*. 2019;5(5):288–92. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6751444/>
37. Bruni F, Alessandrini A, Starace M, Orlando G, Piraccini B. Clinical and trichoscopic features in various forms of scalp psoriasis. *Dermatology*. 2018;
38. Golinska J, Sar-Pomian M, Rudnicka L. Dermoscopic features of psoriasis

- of the skin, scalp and nails – a systematic review. *JEADV*. 2019;33:648–60.
39. Sar-Pomian M, Rudnicka L, Golinska J. Dermoscopy of plaque psoriasis differs with plaque location, its duration, and patient's sex. *Ski Res Technol*. 2020;1:1–10.
 40. Rudnicka L, Sar-Pomian M, Golinska J. Diagnostic Accuracy of Trichoscopy in Inflammatory Scalp Diseases: A Systematic Review. *Dermatology*. 2021;

ANEXOS

1. PATRON VASCULAR EN LA TRICOSCOPIA EN PACIENTES EN ESTUDIO (figura 1)

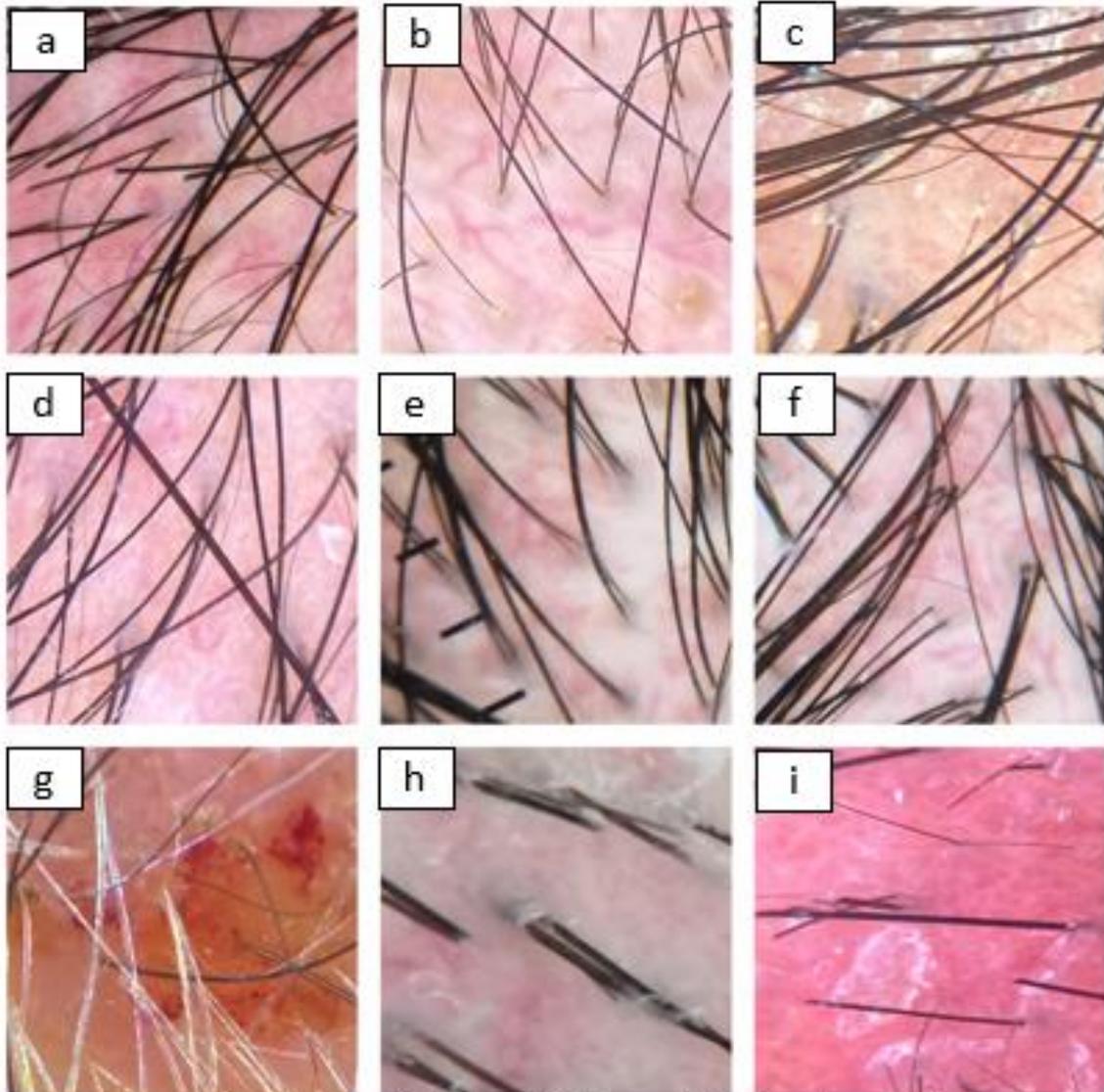


Figura 1. a) Vasos Atípicos b) Vasos Arborizantes c) Vasos Glomerulares d) Vasos en Coma e) Vasos en sacacorchos f) Vasos en horquilla g) Vasos en anillo de sello h) Bucles rojos i) Vasos puntiformes

2. CARACTERÍSTICAS DEL FOLICULO PILOSO EN LA TRICOSCOPIA EN PACIENTES EN ESTUDIO (figura 2)

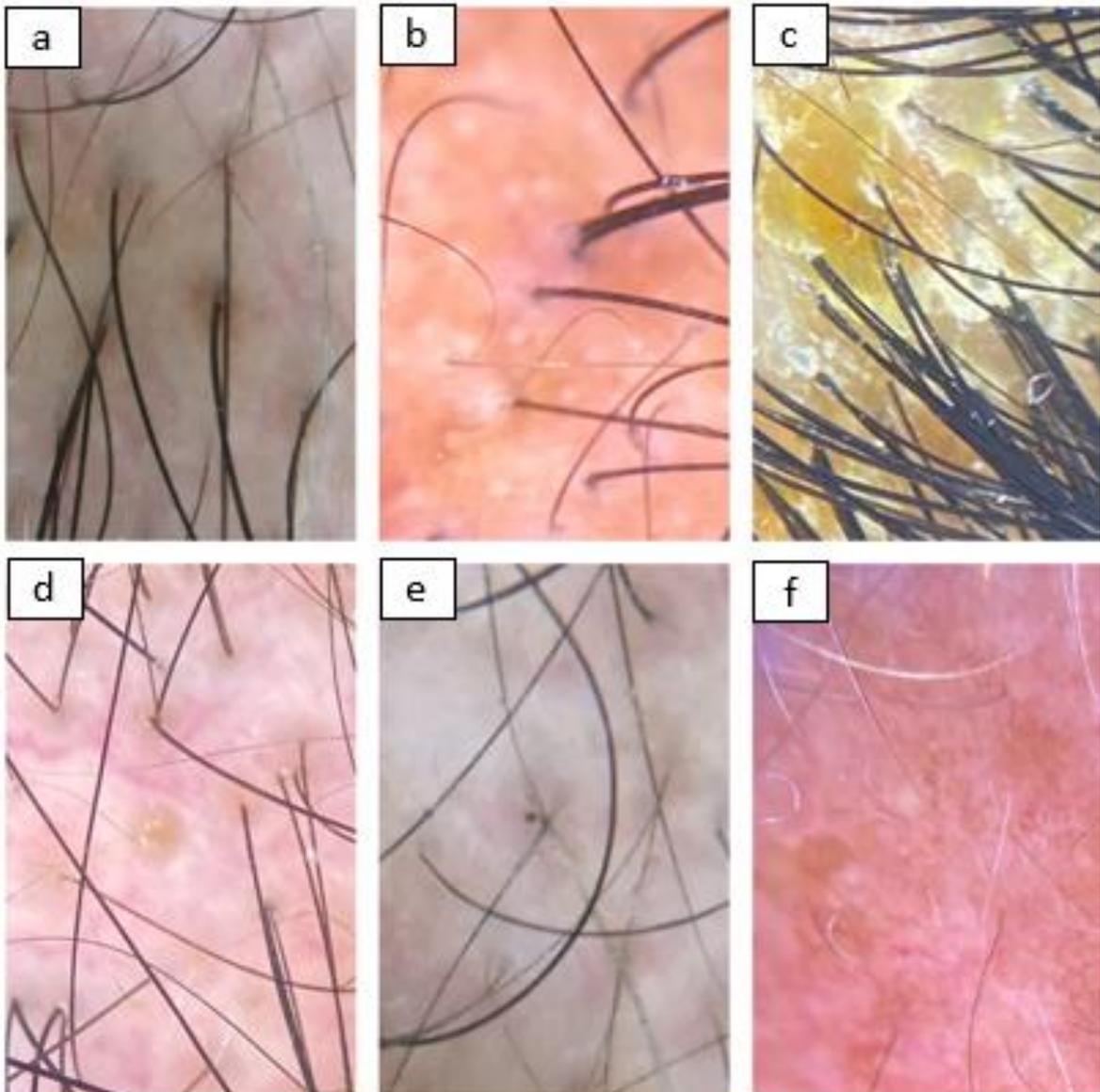


Figura 2. a) Pigmentación perifolicular b) Pigmentación en panal de abeja c) Múltiples pelos en unidad folicular d) Puntos amarillos e) Pelos ocultos f) Puntos marrones

3. PATRON TRICOSCOPICO DE DISTRIBUCION DE LA ESCAMA

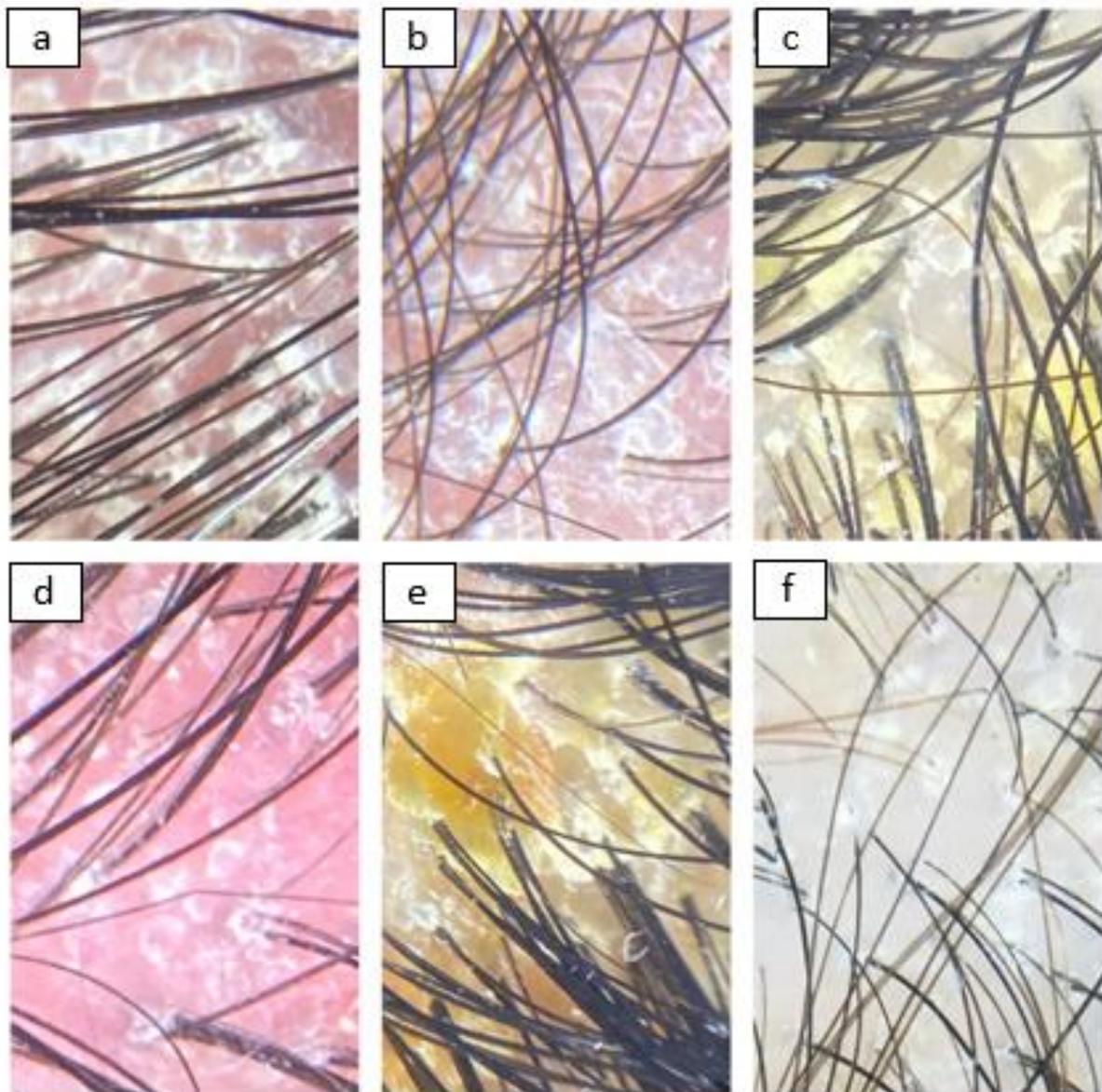


Figura 3. a y b) Escama periférica c) Escama en parches d) Escama Difusa e) Escama Central f) Escama perifolicular

4. PATRON TRICOSCOPICO DE CARACTERÍSTICA DE LA ESCAMA

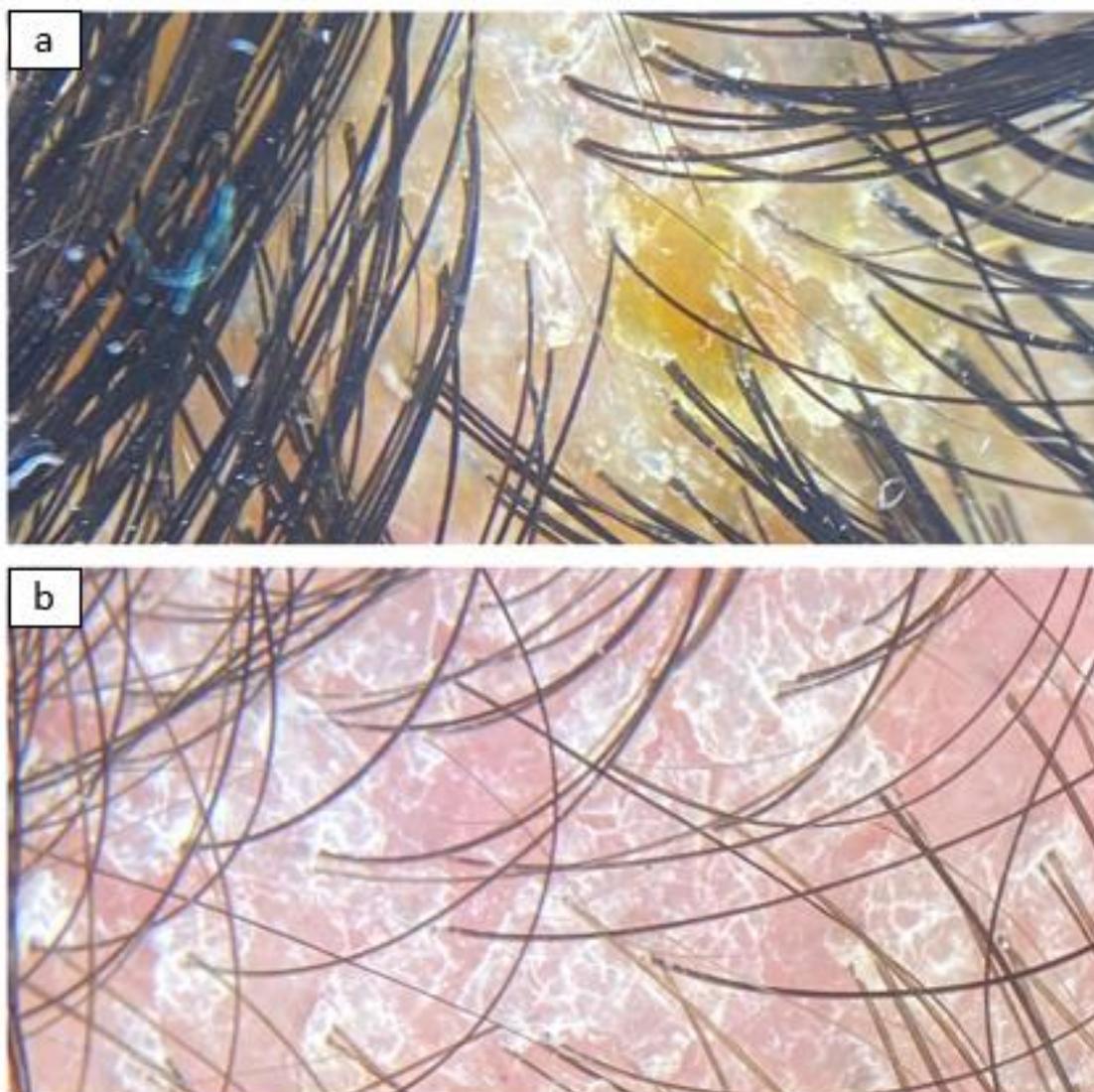


Figura 4. a) Escama Amarillenta b) Escama blanquecina

5. PATRON TRICOSCOPICO DE AREAS ROJAS SIN ESTRUCTURA

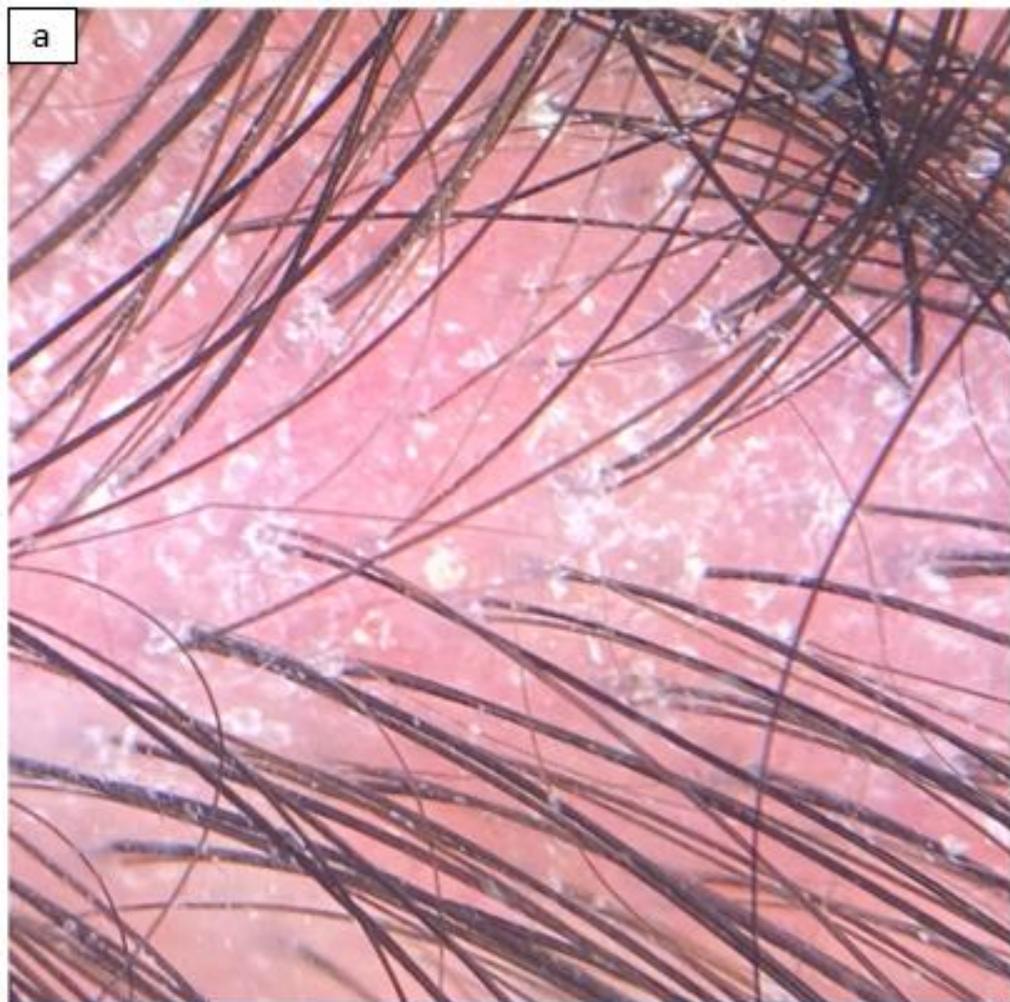


Figura 5. a) Áreas rojas sin estructura

DECLARACIÓN Y AUTORÍA

Yo, **PAULA THALÍA LARCO CORREA** con C.C: # **1313353821** autor del trabajo de titulación: HALLAZGOS TRICOSCÓPICOS EN PSORIASIS VERSUS DERMATITIS SEBORREICA EN PIEL CABELLUDA. HOSPITAL LUIS VERNAZA. SEPTIEMBRE 2021 - ENERO 2022, previo a la obtención del título de **Dermatología** 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, 1 de **agosto** de **2022**

f. _____

Nombre: **PAULA THALÍA LARCO CORREA**

C.C: **1313353821**

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TEMA Y SUBTEMA:	HALLAZGOS TRICOSCÓPICOS EN PSORIASIS VERSUS DERMATITIS SEBORREICA EN PIEL CABELLUDA. HOSPITAL LUIS VERNAZA. SEPTIEMBRE 2021 - ENERO 2022		
AUTOR(ES)	PAULA THALÍA LARCO CORREA		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	ENRIQUE LOAYZA SANCHEZ		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Escuela de Graduados en Ciencias de la Salud		
CARRERA:	Especialización en Dermatología		
TÍTULO OBTENIDO:	Dermatóloga		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	1 de agosto de 2022	No. DE PÁGINAS:	55
ÁREAS TEMÁTICAS:	Dermatoscopía, Tricoscopia, Psoriasis y Dermatitis Seborreica en piel cabelluda		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	DERMATITIS SEBORREICA, PSORIASIS, TRICOSCOPIA		
<p>Introducción: La psoriasis del cuero cabelludo y la dermatitis seborreica del cuero cabelludo comparten algunas características similares clínicas e incluso histopatológicas; recientemente existen herramientas como la tricoscopia que permiten identificar características específicas y diferenciar dichas entidades. Objetivo: Comparar los hallazgos tricoscópicos de la psoriasis y de la dermatitis seborreica en piel cabelluda. Materiales y métodos: Se realizó un estudio prospectivo, transversal, observacional y analítico, donde se incluyeron 55 historias clínicas de pacientes que contaban con un diagnóstico de psoriasis en 25 de estos y de dermatitis seborreica en 30. Se identificaron los patrones tricoscópicos más frecuentes y se analizó la relación estadística con el diagnóstico de trastorno inflamatorio, mediante la prueba de chi cuadrado y correlación de Pearson. Resultados: Los participantes de este estudio tuvieron un promedio de edad de 44.35 ± 18.89 años, con un rango de edades de entre 18 y 87 años, el 56.36% fue de sexo masculino. En la psoriasis se encontró una distribución porcentual del 92.00% de escamas blanquecinas y en la dermatitis seborreica se halló un 56.67% de escamas amarillentas, estos hallazgos presentaron asociación estadística significativa $p \leq 0.05$ y correlación fuerte positiva de Pearson. Conclusión: El hallazgo tricoscópico atribuible a la psoriasis fueron las escamas blanquecinas, para la dermatitis seborreica se determinó a las escamas amarillentas.</p>			
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono:+593-988197520	E-mail: paularco.md@gmail.com	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::	Nombre: Dr. Enrique Úraga Pazmiño		
	Teléfono: 0997195999		
	E-mail: : druraga@hotmail.com		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			