

Artículo original

Frecuencia de onicomycosis en pacientes con psoriasis y alteraciones ungueales

Álvaro Rhony Orellana Arauco,* María del Carmen Padilla Desgarenes,** María Luisa Peralta Pedrero***

RESUMEN

Antecedentes: de acuerdo con la bibliografía internacional, en 10 a 67% de los pacientes con psoriasis se observan alteraciones ungueales, sin que exista un consenso al respecto en nuestro medio.

Objetivo: determinar la frecuencia de onicomycosis en pacientes psoriásicos con alteraciones ungueales.

Material y método: estudio prospectivo, transversal, descriptivo efectuado en 50 pacientes con psoriasis y alteraciones ungueales. A todos se les realizaron: estudio clínico dermatológico, biopsia cutánea y estudio micológico ungueal.

Resultados: de los 50 pacientes con psoriasis, 32 eran mujeres (64%) y 18 hombres (36%), con una media de 54 años. La psoriasis en placas fue el tipo predominante en 84%, seguido de la palma plantar en 10% y de la piel cabelluda en 6%. Coexistieron psoriasis y alteraciones ungueales en 34%; las onicomycosis fueron más frecuentes en los pies en 30%, que en las manos, con 4%. La variedad clínica predominante fue la subungueal distal y lateral. En la onicomycosis, la hiperqueratosis subungueal fue un dato constante, con un valor de p de 0.0006 y razón de momios de 4.12. El cultivo fue positivo en 59% de los pacientes con onicomycosis; en 80% se aislaron dermatofitos y en 20% *Candida albicans*. De los dermatofitos, se aisló a *Trichophyton rubrum* en 70% y *Trichophyton mentagrophytes* en 10%.

Conclusiones: la frecuencia de onicomycosis en pacientes con psoriasis y alteraciones ungueales fue de 34%. Los dermatofitos predominaron sobre las levaduras.

Palabras clave: onicomycosis, psoriasis, alteraciones ungueales, dermatofitos.

ABSTRACT

Background: The patients with psoriasis and ungueal alterations occurs between 10 to 67% according to the world literature and the results have not been conclusive because the authors reports different percentages.

Objective: To determine the frequency of in psoriatic patients with ungueals changes.

Material and methods: prospective, transversal, descriptive trial, with 50 psoriatic patients who had ungueal alterations. We did clinical, micological examination and cutaneous biopsy.

Results: We studied 32 women (64%) and 18 men (36%) with a media of age: 54 años. The predominant psoriasis was in plaques in 84%, palm and plantar 10% and scalp psoriasis 6%. The frequency of onychomycosis in psoriatic patients with ungueal alterations was the 34%. The ungueal alterations associates with onychomycosis was more frequent in the feet than the hands: 30% vs. 4% respectively. The subungueal distal and lateral onychomycosis was the predominant clinical variety. The subungueal hiperqueratosis associates with onychomycosis was the most frequent and significant with a p -value of 0.0006 and OR of 4.12. Between the 34% of the psoriatic patients with ungueal alterations and onychomycosis, the cultivate was positive in the 59% and 80% was dermatophytes vs 20% *Candida albicans*. Between the dermatophytes, trichophyton rubrum was isolated in the 70% and trichophyton mentagrophytes in the 10%.

Conclusions: the frequency of onychomycosis in psoriatic patients with ungueal alterations was the 34%. The dermatophytes dominated over the yeasts.

Key words: Onychomycosis, psoriasis, ungueal alterations.

* Residente de cuarto año de Dermatología.

** Jefa del servicio de Micología. Centro Dermatológico Dr. Ladislao de la Pascua, SSDF.

*** Médica familiar, maestra en Ciencias. División de excelencia clínica, coordinación de unidades medicas de alta especialidad, Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS.

Recibido: enero 2012. Aceptado: febrero 2012.

Este artículo debe citarse como: Orellana-Arauco AR, Padilla-Desgarenes MC, Peralta-Pedrero ML. Frecuencia de onicomycosis en pacientes con psoriasis y alteraciones ungueales. Dermatol Rev Mex 2012;56(2):109-114.

Correspondencia: Dra. María del Carmen Padilla Desgarenes.
Correo electrónico: mcpadillad@prodigy.net.mx

www.nietoeditores.com.mx

La psoriasis ungueal es una dermatosis crónica, inflamatoria y autoinmunitaria caracteriza por la afectación de la matriz o el lecho ungueal, o ambos, con alteraciones estructurales de la uña. Puede coexistir con psoriasis cutánea. Se caracteriza por un estímulo persistente de las células T por inmunógenos epidérmicos donde participan factores genéticos, psicosomáticos, ambientales e infecciosos.¹⁻⁷ Estos eventos son responsables de los cambios inflamatorios y proliferativos característicos de las alteraciones ungueales de la psoriasis.

En muchos casos, los pacientes con evidencia clínica de psoriasis en la piel pueden manifestar cambios en las uñas. Estas alteraciones pueden aparecer en pacientes sin lesiones cutáneas en menos de 5%. Dependiendo del lugar afectado (matriz o lecho), las alteraciones ungueales varían en su aspecto. (Cuadros 1, 2, 3)

Cuadro 1. Alteraciones de la matriz ungueal en psoriasis

Lesiones de la matriz	Descripción
Hoyuelos ó pits	Depresiones puntiformes de forma y tamaño variable en la uña
Manchas rojas en la lúnula	Coloración rojiza de la lúnula
Leuconiquia	Color blanquecino de la uña
Traquioniquia	Uña de aspecto áspero o pulverulento

Cuadro 2. Alteraciones del lecho ungueal en psoriasis

Lesiones del lecho	Descripción
Onicólisis	Separación distal o lateral de la lámina ungueal
Hiperqueratosis subungueal	Hiperplasia epidérmica por debajo del borde subungueal distal y lateral
Mancha de aceite	Mancha de color amarillento o color salmón subungueal
Hemorragias en astilla	Manchas lineales de color rojizo o marrón

Cuadro 3. Otras alteraciones de la matriz

Otras manifestaciones de la matriz	Descripción
Líneas de Beau	Líneas transversales en la uña
Onicorrexis	Crestas longitudinales y fisuras en la lámina ungueal
Onicomadesis	Separación de la porción proximal de la lámina ungueal

Las alteraciones ungueales no son privativas de psoriasis; por ejemplo, algunos fármacos pueden causar cambios en las uñas; entre ellos los antineoplásicos, antirretrovirales, beta bloqueadores, la bleomicina, psoralenos, retinoides, arsénico, cloroquina, clorpromazina, minociclina y tetraciclinas, entre otros.^{1,2,3,8}

La biopsia de uña es un procedimiento valioso para el diagnóstico, en la medida que describe los rasgos histológicos que orientan el diagnóstico; sin embargo, es doloroso y ofrece dificultades técnicas con el riesgo de producir distrofia ungueal posterior.^{9,10}

Las uñas de pacientes con psoriasis pueden experimentar alteraciones inherentes a esta enfermedad y parasitarse por hongos. Debido a la similitud en su aspecto clínico, diferenciar estos cuadros no siempre es sencillo porque en ambos casos puede observarse onicólisis, paquioniquia, leuconiquia, traquioniquia, melanoiquia, xantoniquia y paroniquia.¹¹ El estudio micológico o la biopsia ungueal, o ambos, ayudan a definir el diagnóstico; sin embargo, las dificultades que la biopsia de uña ofrece limita su uso. Cuando en el examen directo se observan elementos fúngicos o se cultivan hongos se establece el diagnóstico de onicomycosis; en caso de un estudio negativo se infiere el diagnóstico de psoriasis.

En países como Estados Unidos existen comunicaciones en relación con la invasión de las uñas psoriásicas por *Candida* sp, favorecido por el tratamiento con corticosteroides de esta enfermedad.¹² También existen otros agentes implicados, como los dermatofitos y mohos no dermatofitos.^{13,14,15}

La onicomycosis secundaria puede empeorar la evolución clínica de la psoriasis, igual que las alteraciones ungueales psoriásicas pueden ser un factor predisponente para onicomycosis. Esto hace que la coexistencia de ambos padecimientos sea relativamente frecuente. Los dermatofitos parasitan uñas dañadas más fácilmente; sin embargo, algunos autores proponen que debido al recambio celular acelerado que existe en la psoriasis, la parasitación por hongos debería ser menos frecuente, en comparación con la población general.¹⁶

La psoriasis afecta de 1 a 3% de la población, y en ella, las alteraciones ungueales varían entre 10 a 67%; en el Centro Pascua es de 10%. La prevalencia de onicomycosis en pacientes con psoriasis es de 13-47%.^{12,16,17,18}

En Venezuela, Cedeño y su grupo diagnosticaron a 27 pacientes con psoriasis y alteraciones ungueales, en quienes encontraron onicomycosis en 43%, donde *Candida* sp

predominó con 25.9% sobre los dermatofitos (11.1%) y mohos no dermatofitos 7.4%.¹⁹

En Polonia, Solomon y su grupo estudiaron a 106 paciente con psoriasis y alteraciones ungueales y diagnosticaron onicomicosis en 18% de los casos.¹⁸

En Israel, Leibovici y colaboradores comunicaron 47% de onicomicosis en pacientes con psoriasis y alteraciones ungueales¹⁶ y en la serie de Shemer y su grupo se estudió a 312 pacientes con psoriasis y alteraciones ungueales, con diagnóstico de onicomicosis en 47%.²⁰

En Turquía, Kacar y su grupo comunicaron una prevalencia de onicomicosis de 13.1% en pacientes con psoriasis y alteraciones ungueales.²¹

En Canadá, Gupta y colaboradores comunicaron la prevalencia de onicomicosis en 27% de pacientes con psoriasis y alteraciones ungueales (n=561).¹⁷

En México, Muñoz y sus coautores estudiaron a 101 pacientes con psoriasis, de los que 32% tuvieron distrofia ungueal de los pies. De los pacientes con alteraciones ungueales se confirmó onicomicosis en 28.7%, en el cultivo se aislaron levaduras del género *Candida* en 12% y en 11% dermatofitos: *T. rubrum* 8%, *E. floccosum* 1%, y en un caso se aisló *Cephalosporium* sp.¹²

La causa más frecuente de onicopatía son las onicomicosis^{22,23,24} y después de ésta, psoriasis y líquen plano. La psoriasis ungueal puede ser indistinguible clínicamente de la onicomicosis, por lo que es importante el diagnóstico diferencial o, bien, considerar la asociación de ambas. La onicomicosis puede modificar el curso clínico de la psoriasis, y entorpecer el tratamiento, con repercusión en la calidad de vida social y económica del paciente.

El conocimiento de la frecuencia de esta asociación y el aislamiento en su caso de los agentes causales, permite implantar medidas preventivas y tratamiento eficaz, para evitar complicaciones e influir en la repercusión económica y social. El sobrediagnóstico de onicomicosis en pacientes con alteraciones psoriásicas de las uñas, sin onicomicosis, lleva a tratamientos prolongados e innecesarios; por eso debe practicarse el estudio micológico o biopsia, o ambos, para descartar o confirmar el diagnóstico.

Este es el primer trabajo realizado en México, en donde el estudio del paciente incluye el diagnóstico clínico e histopatológico de psoriasis, así como la confirmación de onicomicosis por estudio micológico.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio prospectivo, transversal y descriptivo realizado en pacientes de la consulta externa y laboratorio de Micología del Centro Dermatológico Dr. Ladislao de la Pascua, entre enero y junio de 2011.

Se realizó un muestreo aleatorio simple en pacientes adultos con psoriasis y alteraciones ungueales; se utilizó la fórmula para el cálculo de una población finita. El diagnóstico de psoriasis se confirmó mediante biopsia de piel y el de onicomicosis mediante examen directo, con hidróxido de potasio al 30% y cultivo en medio de Sabouraud simple y Mycoceel. Se consideró onicomicosis cuando ambos o al menos uno de los estudios se reportó positivo.

Como criterios de inclusión se tomaron: diagnóstico clínico e histopatológico de psoriasis en piel, pacientes con alteraciones ungueales (onicólisis, paroniquia, hiperqueratosis subungueal, onicorrexis, leuconiquia, melanoniquia, xantoniquia, mancha de aceite, lúnula roja, líneas de Beau, hoyuelos, hemorragia en astilla), coexistentes luego del inicio de la psoriasis cutánea. Población mexicana, sexo indistinto, edad de 18 a 85 años.

Los criterios de exclusión fueron: pacientes en tratamiento con antineoplásicos, antirretrovirales, bleomicina, _eta-bloqueadores, psoralenos (8-metoxipsoraleno), retinoides, arsénico, cloroquina, clorpromacina, tetraciclinas y sus derivados, que modifiquen la morfología ungueal. Pacientes con enfermedades que puedan alterar la morfología ungueal, tales como líquen plano, enfermedad de Darier, alopecia areata, pénfigo, penfigoide y lupus eritematoso sistémico. Pacientes con tratamiento antimicótico un mes previo al estudio. Pacientes que no aceptaron participar en el estudio. Limitaciones del estudio. No se realizó biopsia de uña por la dificultad operacional y por el riesgo de producir distrofia secundaria.

Para el análisis de datos se utilizaron medidas de tendencia central y de dispersión de acuerdo con la naturaleza de la variable y el tipo de distribución. Para establecer la frecuencia se calculó el intervalo de confianza al 95%. Se realizó análisis bivariado para determinar la razón de momios con sus intervalos de confianza y el valor de P para determinar las alteraciones ungueales que se asocian con la onicomicosis.

RESULTADOS

De los 50 pacientes con psoriasis, 32 eran mujeres (64%) y 18 hombres (36%) con una media de 54 años. La psoriasis en placas fue la variedad predominante en 84%, seguido de la palmo plantar en 10% y de la piel cabelluda en 6%. La psoriasis y las alteraciones ungueales coexistieron en 34%; las onicomicosis fueron más frecuentes en las uñas de los pies (30%) y en las manos sólo en 4%. La variedad clínica predominante fue la subungueal distal y lateral. La paquioniquia en la onicomicosis fue un dato constante, con un valor de p de 0.0006 y OR de 4.12. El examen directo mostró estructura fúngica en 17 pacientes (34%) y de estos el cultivo fue positivo en 59% donde se aislaron dermatofitos en 80% y *Candida albicans* en 20%. De los dermatofitos se aisló *Trichophyton rubrum* en 70% y *Trichophyton mentagrophytes* en 10%. (Figuras 1, 2, 3)



Figura 1. Cambios ungueales en paciente con psoriasis y onicomicosis.

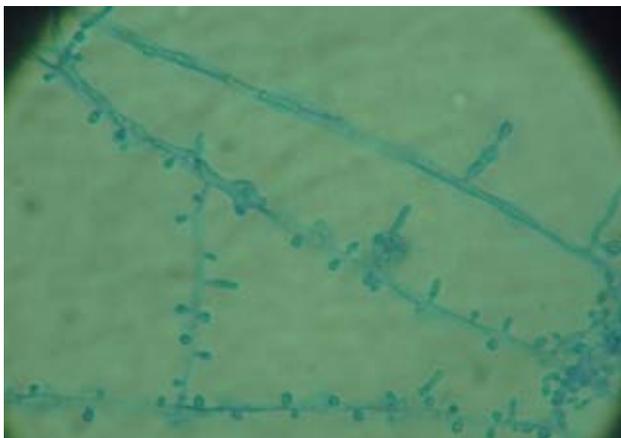


Figura 2. Aspecto microscópico de *Trichophyton rubrum*. 40x

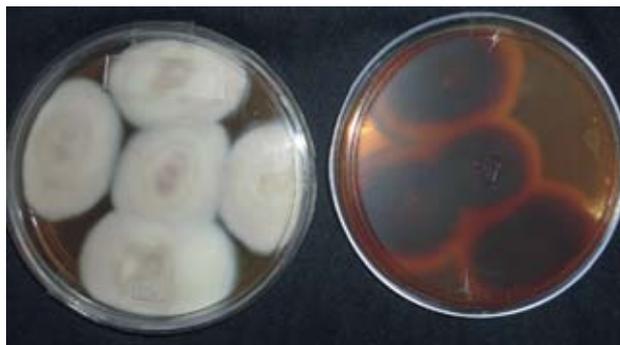


Figura 3. Cultivo de *Trichophyton rubrum*.

CONCLUSIONES

La frecuencia de la coexistencia de psoriasis y onicomicosis en nuestro estudio, no difiere de lo comunicado en la bibliografía internacional, así como la distribución por edad. La topografía, variedad clínica y agentes causales en la onicomicosis tampoco difieren de lo publicado en la población general sin psoriasis; sin embargo, nosotros encontramos mayor frecuencia de esta asociación en mujeres. Como dato sobresaliente en nuestra casuística se encontró paquioniquia como alteración ungueal con significación estadística en los pacientes con psoriasis y onicomicosis. El índice de cultivos positivos, en onicomicosis fue discretamente mayor de lo comunicado en la bibliografía.

DISCUSIÓN

La razón por la que en este estudio hubo predominio en mujeres, se debe a que la mayoría de la población que acude al Centro Pascua es de mujeres. En diversas publicaciones predomina la onicomicosis en las manos, sobre todo ante levaduras, en pacientes con trabajo en condiciones de humedad y uso frecuente de esteroides.²¹ En los dos casos en los que se encontró *Candida albicans*, la topografía fue en las manos y ninguno de estos tuvo paroniquia, lo que contrasta con lo descrito en la bibliografía. La asociación de enfermedades autoinmunitarias, como el vitiligo y diabetes con la psoriasis, coexistió en 14% de manera similar a lo citado en la bibliografía.^{27,28}

Las alteraciones ungueales observadas con mayor frecuencia fueron: hiperqueratosis subungueal, onicólisis, melanoniquia y xantoniquia relacionadas con onicomico-

sis, en donde la única alteración que obtuvo significación estadística para una asociación con psoriasis fue la hiperqueratosis subungueal.

Las alteraciones ungueales en pacientes con psoriasis son frecuentes pero pueden confundirse con onicomicosis, sobre todo cuando existe paquioniquia, cambios en la coloración y onicólisis. (Figuras 4 a 7) Para establecer un adecuado diagnóstico y tratamiento debe realizarse examen directo, cultivo micológico y biopsia de uña; sin embargo, el estudio micológico efectuado por personal capacitado, constituye un recurso suficiente, que al mismo tiempo es accesible y poco invasor.²⁹



Figura 4. Cambios ungueales en paciente con psoriasis y onicomicosis.



Figura 5. Cambios ungueales en paciente con psoriasis, sin onicomicosis.



Figura 6. Psoriasis y onicomicosis.



Figura 7. Psoriasis sin onicomicosis.

REFERENCIAS

1. Wolf K, Goldsmith L, Katz S. Fitzpatrick's dermatology in general medicine. 7a ed. México: McGraw-Hill 2008;169-193.
2. Bologna JL, Jorizzo JL, Rapini RP. Dermatology. 2ª ed. London: Mosby, 2003;125-149.
3. Arenas R. Dermatología. Atlas, diagnóstico y tratamiento. 4a ed. México: McGraw-Hill, 2009;594-605.
4. Kaur I, Sarawat A, Kumar B. Nail changes in psoriasis: a study of 167 patients. International Journal of Dermatology 2001;40:597-604.
5. Jiaravuthisan M, Sasseville D, Vender R, et al. Psoriasis of the nail: Anatomy, pathology, clinical presentation, and a review of the literature on therapy. J Am Acad Dermatol 2007;57:1-27.
6. Mehlis S, Gordon K. The immunology of psoriasis and biologic immunotherapy. J Am Acad Dermatol 2003;49:44-50.
7. Guenther L, Ortonne J. Pathophysiology of psoriasis: science behind therapy. J Cutan Med Surg 2002;6:2-7.

8. Holzberg M. Common Nail Disorders. *Dermatol Clin* 2006;24:349-354
9. Lebwohl M. Psoriasis. *Lancet* 2003;361:1197-1204.
10. Lever W. *Histopatología de la piel*. 7a ed. México: Intermédica, 1991;148-156.
11. Sánchez M, Umbert P. Aspectos diagnósticos y terapéuticos de la psoriasis ungueal. *Actas Dermosifiliogr* 2008;99:34-43.
12. Muñoz H, Leyva J, Arenas R. Onicomycosis. Su frecuencia en pacientes con psoriasis. *Dermatología Rev Mex* 1999;43:41-44.
13. Manzano P. Candidosis. En: Méndez L, López R, Hernandez F. *Actualidades en Micología Médica*. México: Facultad de Medicina UNAM, 2008;249-256.
14. Ballesté R, Mousque N, Gezuele E. Onicomycosis. Revisión del tema. *Rev Med Uruguay* 2003;19:93-95.
15. Hay R. Literature review. Onychomycosis. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2005;1:1-7.
16. Leibovici V, Hershko K, Ingber A, et al. Increased prevalence of onychomycosis among psoriatic patients in Israel. *Acta Derm Venereol* 2008;88:31-33.
17. Gupta A, Lynde C, Jain H, et al. A higher prevalence of onychomycosis in psoriatics compared with non-psoriatics: a multicentre study. *Br J Dermatol* 1997;136:786-789.
18. Solomón J, Szepietowski J, Proniewicz A. Psoriatic nails: a prospective clinical study. *J Cutan Med Surg* 2003;7:317-321.
19. Cedeño E, Anidjar E, Castellón R y col. Psoriasis: estudio micológico en uñas. *Dermatología Venezolana* 1994;32:17-22.
20. Shemer A, Nathansohn N, Trau H, et al. Ciclopirox nail lacquer for the treatment of onychomycosis, an open non-comparative study. *J Dermatol* 2010;37:137-139.
21. Kacar N, Ergin S, Ergin C, et al. The prevalence, aetiological agents and therapy of onychomycosis in patients with psoriasis: a prospective controlled trial. *Clin Exp Dermatol* 2007;32:1-5.
22. Arenas R. *Micología Médica Ilustrada*. 3ª ed. México: Interamericana-McGraw-Hill, 2008;61-94.
23. Bonifaz A. *Micología Médica básica*. 3a ed. México: McGraw-Hill, 2010;59-99.
24. Arenas R, Bonifaz A, Padilla MC, y col. *Micosis superficiales. Cuarta Revisión del Consenso Nacional de Prevención, Diagnóstico y Tratamiento*. México, 2008.
25. Juárez L. Psoriasis en placas de moderada a severa. *Actualidades en psoriasis México* 2010;1:5-10.
26. Jurado F. La otra cara de la psoriasis. *Actualidades en psoriasis México* 2010;1:3-4.
27. Moreno M, Moreno L. Coexistencia de psoriasis y vitiligo. *Colomb Med* 2008;39:378-380.
28. Berger T, Klesewetter F. Psoriasis confines strictly to vitiligo areas. A koebner like phenomenon? *J Eur Acad Dermatol* 2006;20:178-183.
29. Welsh O, Vera L, Welsh E. Onychomycosis. *Clin Dermatol* 2010;28:151-159.