



<http://www.elsevier.es/semergen>

482/1798 - PSORIASIS UNGUEAL. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EN ATENCIÓN PRIMARIA

J. Brito Trujillo¹, P. Martín Pérez², V. Hernández Medina³ y B. Benito Guerra⁴

¹Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Cruce de Arinaga. Agüimes. Las Palmas.²Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Cruce de Arinaga. Agüimes. Las Palmas.³Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Canalejas. Las Palmas de Gran Canaria. Las Palmas.⁴Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Cruce de Arinaga. Agüimes. Las Palmas.

Resumen

Descripción del caso: Paciente varón de 17 años, sin antecedentes personales ni familiares de interés en la actualidad, que acudió a nuestra consulta por presentar lesión en uña de 4º dedo de la mano izquierda de 1 mes de evolución. No refería otras lesiones cutáneas en otras partes de cuerpo. No otra sintomatología asociada. Profesión: estudiante. No presencia de mascotas en domicilio. No sintomatología previa similar.

Exploración y pruebas complementarias: En la exploración física el paciente presentaba: *pitting ungueal* (punteado múltiple e irregular), traquioniquia (superficie de la uña áspera y sin filo), leuconiquia (coloración blanquecina parcial de la placa ungueal), onicolisis (despegamiento de la placa ungueal distal) e hiperqueratosis subungueal. Se solicitó cultivo de la uña afecta. Tras resultado negativo se hizo interconsulta a Dermatología.

Orientación diagnóstica: Psoriasis ungueal.

Diagnóstico diferencial: Onicomicosis, lesiones traumáticas o por estrés, eccema, alopecia areata, liquen plano, déficits nutricionales y psoriasis.

Comentario final: En este caso presentamos un motivo frecuente de consulta: las lesiones ungueales. Siempre es importante el diagnóstico diferencial, sobre todo con la onicomicosis, cuyo diagnóstico se basará principalmente en la exploración física y en la realización del cultivo. Una vez descartado el origen infeccioso de la lesión habrá que buscar otros signos y síntomas típicos, descartando la asociación con la artritis psoriásica. Debemos recordar que la inexistencia de lesiones cutáneas y articulares de psoriasis no es suficiente para descartar la psoriasis ungueal, pues existe una forma de afectación ungueal exclusiva. El tratamiento es principalmente tópico (derivados de la vitamina D, corticoides tópicos...), aunque en algunos casos precisa tratamiento sistémico (metotrexate, ciclosporina...). Además es importante el cuidado de las uñas: evitar traumas repetidos, mantener las uñas secas y cortarlas tras el baño. En caso de cambio de color de la uña debemos descartar una infección secundaria.

Bibliografía

- Ventura A, Mazzeo M, Gaziano R, Galluzzo M, Bianchi L, Campione E. New insight into the pathogenesis of nail psoriasis and overview of treatment strategies. Drug Des Devel Ther.

2017;11:2527-35.

2. Bardazzi F, Starace M, Bruni F, Magnano M, Piraccini BM, Alessandrini A. Nail Psoriasis: An Updated Review and Expert Opinion on Available Treatments, Including Biologics. *Acta Derm Venereol*. 2019;99(6):516-23.

Palabras clave: Psoriasis. Psoriasis ungueal. Enfermedades ungueales.