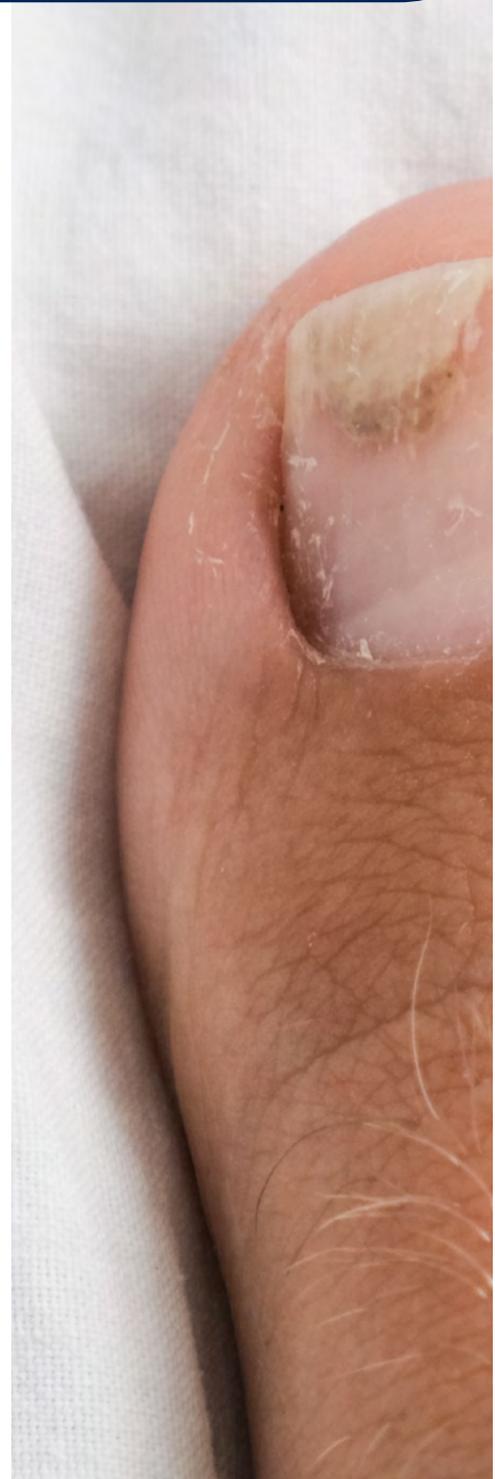


Diagnóstico diferencial de patologías dermatológicas

Psoriasis

Queratosis
actínica

Onicomycosis



Psoriasis



Tipos clínicos de psoriasis

Tipos	Presentación	Localización	Comentarios	
En placas, vulgaris o vulgar^{1,2}	Placas de menos de 1 cm a más de 10 cm de diámetro, eritematosas, bien delimitadas, cubiertas de escamas plateadas y de distribución simétrica.	Rodillas, codos, cuero cabelludo y zona lumbosacra.	<ul style="list-style-type: none"> 90 % de los casos de psoriasis. En el 75 %-90 % de los casos aparece en el cuero cabelludo. 	
En gotas, gutatta o infantil¹	Aparición abrupta de placas y pápulas psoriásicas de <1 cm.	Tronco y raíz de las extremidades.	<ul style="list-style-type: none"> Principal desencadenante: faringitis estreptocócica. 	
Pustulosa	P. pustulosa generalizada aguda o p. pustulosa generalizada de Von Zumbusch^{1,3}	Brote de placas rojas, pruriginosas, tapizadas de pústulas agrupadas cubiertas por una membrana fina. Pueden formar amplias capas de color blanco amarillento. Alteración del estado general, escalofríos, fiebre alta.	Amplias zonas cutáneas, excepto la cara y regiones palmoplantares.	<ul style="list-style-type: none"> Puede aparecer en el embarazo.
	P. pustulosa anular generalizada o p. pustulosa generalizada subaguda^{1,3}	Erupción recurrente de placas eritematosas descamativas anulares con pústulas en la periferia.	Amplias zonas cutáneas.	<ul style="list-style-type: none"> Los signos sistémicos son leves.
	Acrodermatitis de Hallopeau, p. pustulosa acral o acrodermatitis pustulosa continua^{3,4}	Pústulas que pueden coalescer y romperse, dejando un eritema brillante e hiperqueratosis.	Zona periungueal de las falanges distales de las manos o los pies.	<ul style="list-style-type: none"> Puede llevar a onicodistrofia y desaparición de las uñas.
	P. pustulosa palmoplantar³⁻⁵	<ul style="list-style-type: none"> Eritema descamación y pústulas profundas blancas o amarillo marrónáceas que, al confluir, forman una capa pustulosa. Picor, dolor y quemazón. 	Palmas y plantas.	
Eritrodérmica^{4,6,7}	<ul style="list-style-type: none"> Eritema y descamación en todo o casi todo el cuerpo. Picor y dolor. 	Casi todo el cuerpo.	<ul style="list-style-type: none"> Forma más grave de psoriasis: puede ser mortal. Afecta a ≈3 % de las personas con psoriasis. 	
Inversa o de los pliegues¹	Placas eritematosas bien delimitadas, lisas y brillantes, a menudo sin escamas.	Pliegues.		
Ungueal¹⁻³	<ul style="list-style-type: none"> Piqueteado o uña en dedal: depresiones punteadas cupuliformes. Onicólisis: parte distal de la uña despegada y grisácea, con un ribete proximal amarillento o cobrizo. Hiperqueratosis subungueal. «Manchas de aceite». Hemorragias subungueales en llamarada. 	Uñas.	<ul style="list-style-type: none"> ≈50 % de los pacientes con psoriasis en el momento del diagnóstico Incidencia de por vida: 80 %-90 %. 90 % de los pacientes con artritis psoriásica. 	
Palmoplantar¹	Placas eritematosas e hiperqueratóticas, a veces con fisuras dolorosas.	Palmas o plantas.		
Cuero cabelludo³	<ul style="list-style-type: none"> Placas bien delimitadas que pueden llegar a formar un «casco escamoso» blanco grisáceo. Los cabellos atraviesan las placas escamosas secas sin quedar pegados (diferencia con la dermatitis seborreica). 	Cuero cabelludo.	<ul style="list-style-type: none"> Asociada a una forma clásica de psoriasis (>80 % de los casos) o aislada. 	
Facial³	Lesiones eritematosas con más relieve y escamas más gruesas y untuosas que en la dermatitis seborreica.	Centrofacial.	<ul style="list-style-type: none"> <5 % de los pacientes. Puede ser una extensión de la del cuero cabelludo. 	
Mucosas³	<ul style="list-style-type: none"> Aspecto de lengua geográfica o de balanopostitis eritematosa crónica. Lesiones leucoplásicas o liquenoides en la cara interna de las mejillas y encías. Queratoconjuntivitis (excepcional). 	Región genital, zona bucolingual y ocular.	<ul style="list-style-type: none"> Infrecuente. Aparece más en la psoriasis pustulosa. 	



Todos los pacientes han dado su consentimiento al uso de las imágenes

1. Feldman SR. Psoriasis. Epidemiology, clinical manifestations, and diagnosis [actualizado 26 nov 2024, citado 5 jun 2025]. En: UpToDate [Internet]. Waltham (Massachusetts, EE. UU.): UpToDate, Inc. c2025. 82 p. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/psoriasis-epidemiology-clinical-manifestations-and-diagnosis>. 2. Boehncke WH, Schön MP. Psoriasis. Lancet. 2015; 386 (9997): 983-994. 3. Du-Thanh A, Julien D, Girard C. Psoriasis. EMC-Dermatología. 2013; 47(4). 4. Kalb RE. Pustular psoriasis. Pathogenesis, clinical manifestations, and diagnosis [actualizado 17 abr 2025, citado 5 jun 2025]. En: UpToDate [Internet]. Waltham (Massachusetts, EE. UU.): UpToDate, Inc. c2025. 46 p. Disponible en: <https://bit.ly/2MoiZTz>. 5. Palmoplantar psoriasis new photo for diagnosis, por Masryyy; licencia bajo CC BY 4.0. 6. Greb JE, Goldminz AM, Elder JT, Lebwohl MG, Gladman DD, Wu JJ, et al. Psoriasis. Nat Rev Dis Primers. 2016; 2: 16082. 7. Severe onychodystrophy in our patient's toenails, por Teran CG, Teran-Escalera CN, Balderrama C; licencia bajo CC BY 2.0

Diagnóstico diferencial de la psoriasis

	Dermatitis seborreica	Dermatitis de contacto	Lupus eritematoso cutáneo	Tiña corporal	Liquen plano	Dermatitis atópica	Psoriasis
Etiología	Interacción entre la flora microscópica normal de la piel (especialmente <i>Malassezia</i> spp.), la composición de lípidos en la superficie de la piel y la susceptibilidad individual ¹ .	Dermatitis de contacto irritativa: contacto con sustancias químicas o iones metálicos que ejercen efectos tóxicos sin inducir una respuesta de los linfocitos T. Dermatitis de contacto alérgica: contacto con sustancias químicas reactivas que modifican las proteínas e inducen respuestas inmunitarias innatas y adaptativas ² .	Enfermedad autoinmunitaria de etiología incierta, atribuida a la interacción entre predisposición genética y factores ambientales como la exposición a radiación ultravioleta, ciertos fármacos, pesticidas y el tabaco ^{3,4} .	Adhesión de dermatófitos (géneros <i>Trichophyton</i> , <i>Epidermophyton</i> y <i>Microsporum</i>) al tejido queratinizado de la piel. La especie que causa dermatofitosis con más frecuencia es <i>Trichophyton rubrum</i> ⁵ .	Enfermedad idiopática y autoinmunitaria mediada por linfocitos T, provocada por exposición a virus, fármacos o alérgenos que alteran los autoantígenos epidérmicos. Esta alteración activa linfocitos T citotóxicos que atacan los queratinocitos basales, causando apoptosis ⁶ .	Interacción entre factores genéticos y ambientales, que causan anomalías en la epidermis y el sistema inmunitario ⁷ .	Enfermedad autoinmunitaria en la que los linfocitos T, las células dendríticas y ciertas citocinas juegan un papel central hiperproliferación y diferenciación anormal de la epidermis, la infiltración de células inflamatorias y la dilatación vascular ⁸ .
Factores de riesgo	Edad, sexo masculino, actividad de las glándulas sebáceas aumentada, ciertas inmunodeficiencias, enfermedades neurológicas y psiquiátricas, exposición a ciertos fármacos, y ambiente con baja humedad y temperatura ¹ .	Profesión (contacto con sustancias irritantes) o antecedentes de dermatitis atópica ² .	Exposición a la luz solar, predisposición genética y tabaquismo ^{3,4} .	Predisposición genética, diabetes mellitus, linfomas, inmunodeficiencias, síndrome de Cushing, hiperhidrosis y edad avanzada ⁵ .	Sexo femenino, edad entre 30 y 60 años, antecedentes familiares, afroamericanos y personas de ascendencia india o árabe ⁶ .	Antecedentes familiares de atopia y las mutaciones con pérdida de función en el gen <i>FLG</i> ⁹ . Tabaquismo. Alergias alimentarias ⁷ .	Predisposición genética, tabaquismo, obesidad, alcohol y ciertos fármacos e infecciones ⁸ .
Presentación clínica	Dos picos de incidencia: primera infancia y adultez ¹ . Placas de color rosado-salmón y con escamas gruesas o grasientas, blancas, blanquecinas o amarillas en zonas ricas en sebo, sobre todo de la cara y el cuero cabelludo ^{10,11} . Lesiones a menudo hipopigmentadas ¹¹ . Prurito ausente o poco intenso ¹⁰ .	Placas eritematosas geométricas, bien delimitadas, cubiertas con vesículas en la fase aguda y costras xeróticas en la fase subaguda a crónica ¹⁰ . Distribución geográfica, a menudo asimétrica ¹¹ .	Diversos subtipos clínicos, pero en general las lesiones son placas eritematosas en áreas fotoexpuestas, con grados variables de descamación, atrofia, edema o vesiculación, y que pueden dejar o no cicatrices ⁴ .	Erupción roja y pruriginosa en cuello, tronco o extremidades, con lesiones anulares de centro aclarado y de borde definido y elevado, eritematoso y escamoso, a veces con vesículas. El grado de inflamación varía. Las lesiones se expanden de manera centrífuga ⁵ .	Pápulas y placas poligonales planas, pruriginosas y violáceas con líneas blancas reticuladas (estrias de Wickham) en la superficie, situadas principalmente en muñecas, tobillos y lumbares. Pueden afectar a la mucosa oral, los genitales, las uñas y el cuero cabelludo ¹² .	Prurito persistente y recurrente ¹¹ . Lactantes: pápulas y placas edematosas con vesículas o costras en cuero cabelludo, cara y extremidades extensas; rara dermatitis atópica en zona de pañal, pero posible dermatitis por <i>Candida</i> o seborreica. Niños: parches y placas menos exudativas en fosas antecubital y poplítea. Adultos: lesiones crónicas liquenificadas, especialmente en manos ⁷ .	Placas rosadas bien delimitadas con escamas plateadas adherentes, ubicadas comúnmente sobre las superficies extensoras. Además de las rodillas y los codos, la psoriasis tiene predilección por el cuero cabelludo, los pliegues retroauriculares, la hendidura glútea, la región lumbar y la zona periumbilical ¹⁰ .
Histología	Hiperplasia epidérmica espongiótica, a veces psoriasiforme. Estrato córneo con paraqueratosis a nivel perifolicular, con posibles neutrófilos intracorneales. Capa granulosa preservada ¹⁵ . Puede haber <i>Malassezia</i> spp. en el estrato córneo ¹ .	Eosinófilos dérmicos y la espongiosis eosinofílica. Acúmulos intraepidérmicos de células de Langerhans (DCA) ¹² .	Alteración vacuolar de la capa basal e infiltrado inflamatorio subepidérmico (generalmente linfocítico), que también puede distribuirse alrededor de vasos y estructuras anexiales; a menudo se observa una abundante cantidad de mucina en la dermis ¹⁴ .	Pueden observarse hifas septadas, ramificadas, largas y estrechas, sin constricciones ⁵ .	Infiltrado linfohistiocítico denso, continuo y en banda en la unión dermoepidérmica (a la cual oculta) y en la dermis superficial ¹⁵ .	Eosinófilos a menudo presentes en las lesiones, aunque generalmente en pequeñas cantidades, y su ausencia no excluye el diagnóstico ¹² .	Acantosis regular, paraqueratosis, adelgazamiento de la placa suprapapilar, dilatación capilar, infiltrado celular mononuclear y acúmulos de neutrófilos en la epidermis ¹⁰ .
Complicaciones	Poco frecuentes. Infecciones bacterianas secundarias en las zonas intertriginosas y párpados. Sobrecrecimiento de <i>Candida</i> spp. de en la zona del pañal. En raras ocasiones, eritrodermia en neonatos inmunodeprimidos con afectación extensa y en adultos con VIH-SIDA ¹ .	Infecciones (por ruptura de vesículas). Dermatitis difusa, en caso de que el alérgeno se consuma de forma sistémica ¹⁶ .	Deficiencia de vitamina D debido a la fotoprotección. Diseminación con afectación de grandes superficies corporales (rara vez). Progresión a lupus eritematoso sistémico, con manifestaciones sistémicas que pueden poner en riesgo órganos vitales ^{3,4} .	Poco frecuentes. Granuloma de Majocchi ⁵ .	Hiperpigmentación posinflamatoria. En la cavidad oral, lesiones erosivas dolorosas en la que pueden malignizar. En genitales, cicatrices y estenosis ⁶ .	Dermatitis de contacto, dermatografismo, pitiriasis alba, impétigo, molusco contagioso, eccema herpético, eccema vaccinatum, eccema coxsackium, ictiosis vulgar ¹¹ .	Infecciones secundarias, artritis psoriásica, problemas estéticos, riesgo de linfoma, riesgo de acontecimientos adversos cardíacos ¹⁷ .
Tratamiento	Tópico: hidratación adecuada de la piel, uso de sustitutos del jabón y tratamiento con antifúngicos, queratolíticos, antipruriginosos y antiinflamatorios. Oral: antifúngicos ¹ .	Evitación de desencadenantes y tratamiento con corticoides tópicos (a corto plazo) o inhibidores de la calcineurina tópicos ¹¹ .	Fotoprotección (junto con suplementación con vitamina D, en caso de deficiencia), cesación tabáquica, eliminación de fármacos fotosensibilizantes. Tratamiento tópico: corticoides e inhibidores de la calcineurina. Tratamiento sistémico: hidroxicloroquina, acitretina, isotretinoína y metotrexato, entre otros ⁴ .	Antifúngicos tópicos u orales ⁵ .	El tratamiento de primera línea consiste en la reducción del prurito con corticoides hasta la resolución espontánea de las lesiones ⁶ .	Tópicos: emolientes, corticoides, inhibidores de la calcineurina. Fototerapia con luz ultravioleta. Sistémicos: corticoides orales, citostáticos o inmunosupresores (ciclosporina A, azatioprina, metotrexato, micofenolato mofetilo), inhibidores de la fosfodiesterasa ⁴ (apremilast), retinoides (alitretinoína) y anticuerpos monoclonales ⁷ .	Emolientes. Corticoides y análogos de vitamina D tópicos. Fototerapia (PUVA: psoralenos y rayos ultravioleta A). Tratamientos sistémicos como metotrexato, ciclosporina, dimetilfumarato y biológicos ¹⁷ .



Todos los pacientes han dado su consentimiento al uso de las imágenes

1. Tucker D, Masood S. Seborrheic Dermatitis. [Actualizado 1 mar 2024, citado 6 jun 2025]. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island, FL (EE. UU.): StatPearls Publishing; c2025. Aprox. 12 pantallas. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK551707/>

2. Litchman G, Nair PA, Atwater AR, Bhutta BS. Contact Dermatitis. [Actualizado 4 sep 2023, citado 6 jun 2025]. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island, FL (EE. UU.): StatPearls Publishing; c2025. Aprox. 8 pantallas. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459230/>

3. Jatwani S, Hearsh Holmes MP. Subacute Cutaneous Lupus Erythematosus. [Actualizado 11 dic 2024, citado 6 jun 2025]. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island, FL (EE. UU.): StatPearls Publishing; c2025. Aprox. 5 pantallas. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK554554/>

4. Siviero do Vale EC, Campos Garcia L. Cutaneous lupus erythematosus: a review of etiopathogenic, clinical, diagnostic and therapeutic aspects. An Bras Dermatol. May-jun 2023;98(3):355-72

5. Yee G, Syed HA, Al Aboud AM. Tinea Corporis. [Actualizado 14 feb 2025, citado 6 jun 2025]. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island, FL (EE. UU.): StatPearls Publishing; c2025. Aprox. 5 pantallas. Disponible en: <https://shorturlat/dG3qs>

6. Arnold DL, Krishnamurthy K. Lichen Planus. [Actualizado 29 oct 2024, citado 6 jun 2025]. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island, FL (EE. UU.): StatPearls Publishing; c2025. Aprox. 9 pantallas. Disponible en: <https://shorturlat/nUo2N>

7. Kolb L, Ferrer-Bruker SJ. Atopic Dermatitis. [Actualizado 29 oct 2024, citado 6 jun 2025]. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island, FL (EE. UU.): StatPearls Publishing; c2025. Aprox. 6 pantallas. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK448071/>

8. Feldman RS. Psoriasis: Epidemiology, clinical manifestations, and diagnosis. [Actualizado 26 nov 2024, citado 6 jun 2025]. En: UpToDate [Internet]. Waltham (Massachusetts, EE. UU.): UpToDate, Inc. c2021. Aprox. 82 pantallas. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/psoriasis-epidemiology-clinical-manifestations-and-diagnosis>

9. Eichenfield LF, Tom WL, Chamlin SL, Feldman SR, Hanifin JM, Simpson EL, et al. Guidelines of care for the management of atopic dermatitis. J Am Acad Dermatol. Feb 2014;70(2):338-51

10. Barrett M, Luu M. Differential Diagnosis of Atopic Dermatitis. Immunol Allergy Clin North Am. Feb 2017;37(1):11-34

11. Siegfried E, Hebert A. Diagnosis of Atopic Dermatitis: Mimics, Overlaps, and Complications. J Clin Med. 6 may 2015;4(5):884-917

12. Caro-Chang LA, Fung MA. The role of eosinophils in the differential diagnosis of inflammatory skin diseases. Hum Pathol. Oct 2023;140:101-28

13. Ventura-León A, Torres-Bueno MF. Histopatología de la dermatitis seborreica. Dermatol Peru. 2021; 31(1)

14. Gisondi P, Bellinato F, Girolomoni G. Topographic Differential Diagnosis of Chronic Plaque Psoriasis: Challenges and Tricks. J Clin Med. 8 nov 2020;9(11):3594

15. Gorouhi F, Davari P, Fazel N. Cutaneous and mucosal lichen planus: a comprehensive review of clinical subtypes, risk factors, diagnosis, and prognosis. Sci World J. 30 ene 2014;2014:742826

16. Murphy PB, Atwater AR, Mueller M. Allergic Contact Dermatitis. [Actualizado 13 jul 2023, citado 6 jun 2025]. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island, FL (EE. UU.): StatPearls Publishing; c2025. Aprox. 9 pantallas. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK532866/>

17. Nair PA, Badri T. Psoriasis. [Actualizado 3 abr 2023, citado 6 jun 2025]. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island, FL (EE. UU.): StatPearls Publishing; c2025. Aprox. 9 pantallas. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK448194/>

Diagnóstico diferencial dermatitis atópica vs. psoriasis

	Dermatitis atópica	Psoriasis
Etiología	Interacción entre factores genéticos y ambientales, que causan anomalías en la epidermis y el sistema inmunitario ¹ .	Enfermedad autoinmunitaria en la que los linfocitos T, las células dendríticas y ciertas citocinas juegan un papel central hiperproliferación y diferenciación anormal de la epidermis, la infiltración de células inflamatorias y la dilatación vascular ² .
Factores de riesgo	Antecedentes familiares de atopia y las mutaciones con pérdida de función en el gen <i>FLG</i> ³ . Tabaquismo. Alergias alimentarias ¹ .	Predisposición genética, tabaquismo, obesidad, alcohol y ciertos fármacos e infecciones ² .
Presentación clínica	Prurito persistente y recurrente ⁴ . Lactantes: pápulas y placas edematosas con vesículas o costras en cuero cabelludo, cara y extremidades extensas; rara dermatitis atópica en zona de pañal, pero posible dermatitis por <i>Candida</i> o seborreica. Niños: parches y placas menos exudativas en fosas antecubital y poplítea. Adultos: lesiones crónicas liquenificadas, especialmente en manos ¹ .	Placas rosadas bien delimitadas con escamas plateadas adherentes, ubicadas comúnmente sobre las superficies extensoras. Además de las rodillas y los codos, la psoriasis tiene predilección por el cuero cabelludo, los pliegues retroauriculares, la hendidura glútea, la región lumbar y la zona periumbilical ⁵ .
Histología	Eosinófilos a menudo presentes en las lesiones, aunque generalmente en pequeñas cantidades, y su ausencia no excluye el diagnóstico ⁶ .	Acantosis regular, paraqueratosis, adelgazamiento de la placa suprapapilar, dilatación capilar, infiltrado celular mononuclear y acúmulos de neutrófilos en la epidermis ⁵ .
Complicaciones	Dermatitis de contacto, dermatografismo, pitiriasis alba, impétigo, molusco contagioso, eccema herpético, eccema vaccinatum, eccema coxsackium, ictiosis vulgar ⁴ .	Infecciones secundarias, artritis psoriásica, problemas estéticos, riesgo de linfoma, riesgo de acontecimientos adversos cardíacos ⁷ .
Tratamiento	Tópicos: emolientes, corticoides, inhibidores de la calcineurina. Fototerapia con luz ultravioleta. Sistémicos: corticoides orales, citostáticos o inmunosupresores (ciclosporina A, azatioprina, metotrexato, micofenolato mofetilo), inhibidores de la fosfodiesterasa ⁴ (apremilast), retinoides (alitretinoína) y anticuerpos monoclonales ¹ .	Tópicos: emolientes, corticoides y análogos de vitamina D. Fototerapia con psoralenos y rayos ultravioleta A (PUVA). Sistémicos: metotrexato, ciclosporina, dimetilfumarato y biológicos ⁷ , entre otros.
		

Todos los pacientes han dado su consentimiento al uso de las imágenes

1. Kolb L, Ferrer-Bruker SJ. Atopic Dermatitis. [Actualizado 29 oct 2024; citado 6 jun 2025]. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island, FL (EE. UU.): StatPearls Publishing; c2025. Aprox. 6 pantallas. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK448071/>. 2. Feldman RS. Psoriasis: Epidemiology, clinical manifestations, and diagnosis. [Actualizado 26 nov 2024; citado 6 jun 2025]. En: UpToDate [Internet]. Waltham (Massachusetts, EE. UU.): UpToDate, Inc. c2021. Aprox. 82 pantallas. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/psoriasis-epidemiology-clinical-manifestations-and-diagnosis>. 3. Eichenfield LF, Tom WL, Chamlin SL, Feldman SR, Hanifin JM, Simpson EL, et al. Guidelines of care for the management of atopic dermatitis. J Am Acad Dermatol. Feb 2014;70(2):338-51. 4. Siegfried E, Hebert A. Diagnosis of Atopic Dermatitis: Mimics, Overlaps, and Complications. J Clin Med. 6 may 2015;4(5):884-917. 5. Barrett M, Luu M. Differential Diagnosis of Atopic Dermatitis. Immunol Allergy Clin North Am. Feb 2017;37(1):11-34. 6. Caro-Chang LA, Fung MA. The role of eosinophils in the differential diagnosis of inflammatory skin diseases. Hum Pathol. Oct 2023;140:101-28. 7. Nair PA, Badri T. Psoriasis. [Actualizado 3 abr 2023; citado 6 jun 2025]. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island, FL (EE. UU.): StatPearls Publishing; c2025. Aprox. 9 pantallas. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK448194/>.

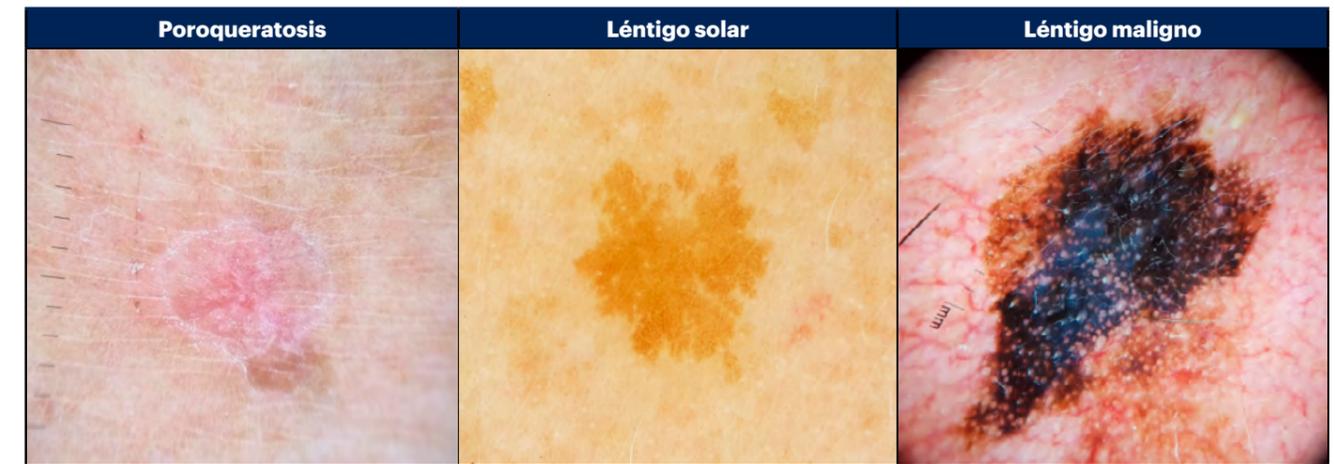
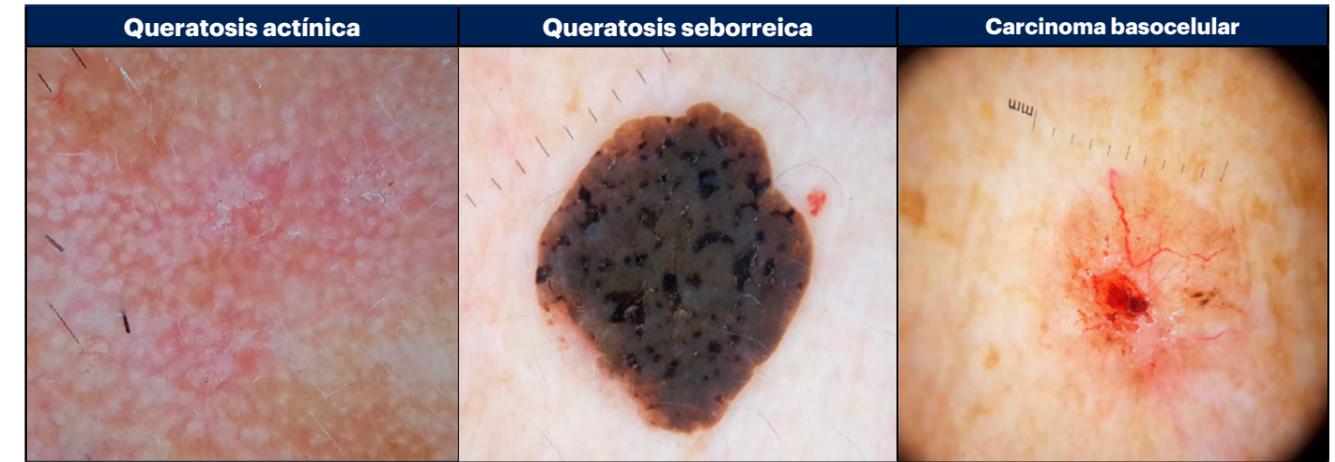
Queratosis actínica



Diagnóstico diferencial de la queratosis actínica

Patología	Epidemiología	Clínica	Sintomatología	Dermatoscopia	Tratamiento
Queratosis actínica	Prevalencia 31,4 %.	Mácula eritematosa rasposa, pápula hiperqueratósica.	Prurito si crecimiento.	Patrón en fresa, masas queratósicas amarillas.	Crioterapia, Tirbanibulina, 5-FU, Imiquimod, diclofenaco sódico gel, terapia fotodinámica.
Queratosis seborreica	Prevalencia 20 %.	Mácula/pápula marrón bien delimitada.	Asintomática.	Pseudoquistes de milio, fisuras, crestas.	No precisa.
Carcinoma basocelular	Incidencia 253/100 000 hab/año.	Mácula eritematosa, bordes perlados.	Asintomática.	Telangiectasias, estructuras brillantes.	Extirpación quirúrgica, terapia fotodinámica, Imiquimod.
Poroqueratosis	Prevalencia desconocida, frecuente en actínica.	Placa marrón de bordes elevados, centro atrófico.	Prurito ocasional.	Laminilla cornoide, telangiectasias.	Terapia fotodinámica, queratolíticos, lovastatina/colesterol tópico.
Léntigo solar	Prevalencia 90 %.	Mácula marrón de bordes regulares.	Asintomática.	Área marrón sin estructura.	Protección solar.
Léntigo maligno	Incidencia 1-37/100 000 hab/año.	Mácula policroma, bordes irregulares, posible ulceración.	Asintomática.	Pigmentación asimétrica, policromía.	Extirpación quirúrgica.
Carcinoma espinocelular	Incidencia 38/100 000 hab/año.	Pápula/placa hiperqueratósica, eritematosa.	Prurito o dolor ocasional.	Ulceración, tapones queratósicos.	Extirpación quirúrgica.
Hiperplasia sebácea	Prevalencia 1 %, frecuente en adultos mayores.	Pápula amarilla con depresión central.	Asintomática.	Lóbulos amarillo-blanco, vasos en corona.	No precisa.
Verruga viral	Prevalencia alta en niños.	Pápula hiperqueratósica de color piel.	Prurito ocasional.	Puntos negros (vasos trombosados).	Crioterapia, queratolíticos tópicos, 5-Fu.

National Health Service. Management of actinic keratosis in primary care [Internet]. Chelmsford (Reino Unido): NHS; 2015 [citado 6 jun 2025].



Todos los pacientes han dado su consentimiento al uso de las imágenes

Onychomycosis



Diagnóstico diferencial de la onicomiosis

Característica	Onicomiosis	Psoriasis Ungueal	Onicopatía microtraumática
Etiología	Infección fúngica por dermatofitos, levaduras o mohos.	Enfermedad inflamatoria crónica autoinmunitaria.	Trauma repetitivo o agudo en la uña.
Factores de Riesgo	Diabetes, inmunosupresión, edad avanzada, humedad excesiva, uso prolongado de calzado cerrado.	Historia familiar de psoriasis, estrés, infecciones, traumatismos.	Deportes o actividades que generen microtraumas repetitivos, calzado inadecuado.
Presentación clínica	Uñas engrosadas, decoloradas (amarillo, marrón), onicólisis, hiperqueratosis.	Pitting ungueal, manchas de aceite, onicólisis, hiperqueratosis subungueal.	Uñas engrosadas, decoloración (blanco, amarillo), onicólisis, hematomas subungueales.
Dermatoscopia	Bordes proximales irregulares con espigas, estrías longitudinales.	Pitting, manchas de aceite, onicólisis con borde eritematoso, hemorragias en astilla.	Bordes lineales sin espigas, patrón homogéneo parcial o total.
Histopatología	Hifas fúngicas visibles con PAS, cultivo positivo para hongos.	Hiperqueratosis con parakeratosis, infiltración neutrofílica, PAS negativo.	Ausencia de hifas fúngicas, cambios traumáticos en la matriz ungueal.
Complicaciones	Infecciones bacterianas secundarias, distrofia ungueal permanente, dolor.	Deformidades ungueales crónicas, afectación funcional y estética de las uñas.	Distrofia ungueal permanente, hematomas recurrentes, infecciones secundarias.
Tratamiento	Antifúngicos tópicos (ciclopirox) y orales (terbinafina, itraconazol).	Corticoides tópicos, calcipotriol, tratamientos sistémicos (metotrexato, biológicos).	Protección de la uña, evitar trauma, tratamiento de infecciones secundarias.
			

Todos los pacientes han dado su consentimiento al uso de las imágenes

Ejemplos de dermatoscopia

Onicomycosis	Psoriasis ungueal	Onicopatía microtraumática
		
<ul style="list-style-type: none"> • Borde dentado, con «espigas». • Interior con estrías longitudinales. • Varios colores: blanco, amarillo, marrón. • Hiperqueratosis subungueal «en ruinas». • Unilateral o bilateral asimétrico. 	<ul style="list-style-type: none"> • Borde lineal, ondulado, asalmonado. • Interior homogéneo. • Un color: blanco-plateado. • Hiperqueratosis compacta, plateada. • Asimétrico. Más frecuente en mano. 	<ul style="list-style-type: none"> • Borde lineal, ondulado. • Sin espigas. • Interior homogéneo . • Un color: blanco-amarillento. • Frecuente bilateral y simétrico.

Todos los pacientes han dado su consentimiento al uso de las imágenes

Líneas blancas y amarillas con dermatoscopia ⇒ sensibilidad 90,4 %.

Wollina U, Nenoff P, Haroske G, Haenssle HA. The Diagnosis and Treatment of Nail Disorders. Dtsch Arztebl Int. 2016;113(29-30):509-518

Otros diagnósticos diferenciales

Además de la psoriasis ungueal y la onicopatía microtraumática, otras condiciones que deben considerarse en el diagnóstico diferencial de la onicomycosis incluyen^{1,2}:

1. Liquen plano
2. Onicogrifosis
3. Eccema crónico de manos
4. Onicofagia y onicotilomanía
5. Melanoma subungueal
6. Infecciones bacterianas
7. Onicodistrofia idiopática

