

HIGHLIGHTS



SINGAPORE

3-8 / july / 2023

Con el patrocinio de:



Iniciativa científica de:





Tricología y Onicología 1

Con el patrocinio de:



Dra. Claudia Bernárdez Guerra
Clínica AB dermatología, Madrid.

Iniciativa científica de:



Menopausia y alteraciones capilares

Tom Dawson (equipo investigación capilar-envejecimiento)



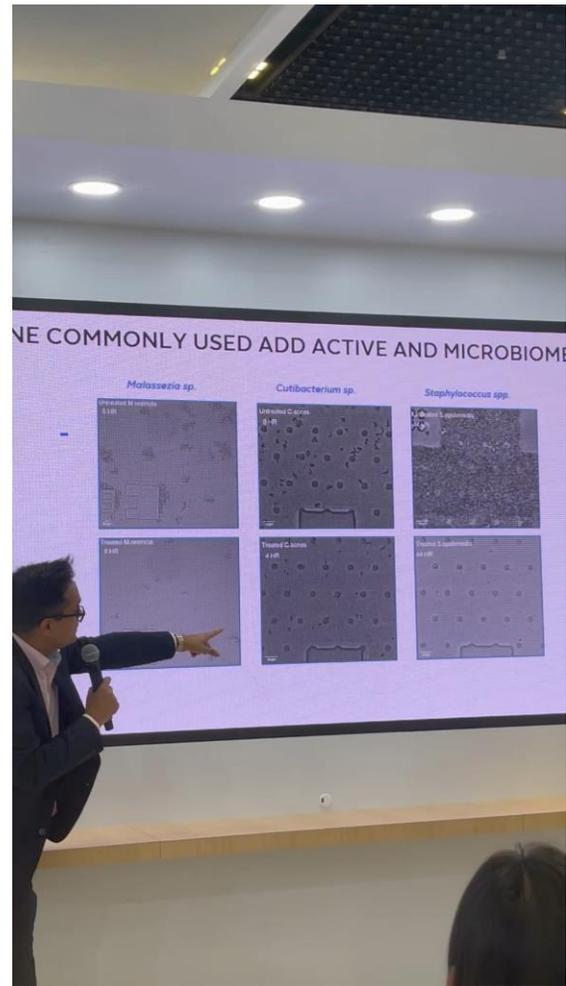
- Típico en menopausia: caída de pelo, piel seca y picor.
- Cambios se observan desde 45 años de media (perimenopausia, aún sin amenorrea)
 - Bajada de estrógenos.
 - Cambios genéticos.
- Formación energía en células foliculares no solo vía mitocondrial, también respiración anaeróbica a través de la lactato deshidrogenasa.
 - Disminución genética de esta enzima va disminuyendo la formación de energía celular
 - Altera el crecimiento capilar: más fino, menor fase anágena.

Menopausia y alteraciones capilares

Tom Dawson (equipo investigación capilar-envejecimiento)



- Exposoma
 - Cambios en el lipidoma van a cambiar la interacción con microbioma
 - Equilibrio es necesario para evitar disbiosis y mejorar crecimiento.
 - Malasezzia se ha observado importante para conseguir:
 - Regulación crecimiento: asociada con secreción PGE2.
 - Equilibrio
- Cuando se altera, no solo envejecimiento por inflamación sino de vía directa.
 - Cambio en nuestra forma de tratar exceso de grasa y sobrecrecimiento fúngico.
 - Enfocar en equilibrar pero no en eliminar.
 - Desinflamar





- Carcinoma epidermoide de la uña
 - evolución es lenta.
- Siempre tener en cuenta en pacientes mayores de 50 años.
(casi más frec que verruga- donde debemos buscar capilares necrosados).
- Si tiene hiperpigmentacion lineal , suele ser por sobreinfecc HPV y suele asociarse a una evolución más lenta.
- Siempre RX -- invasión ósea hasta 20% delos SCC invasivos
- Probablemente con la vacunación para HPV va a disminuir la frecuencia e invasividad.

Melanoma ungueal



- Siempre confirmar que el pigmento es por melanina:
 - Otras cuasas frecuentes: sangre. Satellite blood spots es una característica muy diferencial.
 - Puede existir pigmento melanocítico granular, pero debe estar dentro de la banda de pigmento y no separada (lo más importante es el contacto de la distribución con la zona de pigmentación)



- No podemos usar mismos criterios en niños
- Monitorizar pero ser más conservador: no hacer biopsias

Sana Mokni 9:49

Dermoscopic features of nail matrix nevus (NMN) in adults and children: A comparative analysis

Jungyoon Ohn, MD,^a Yun Seon Choe, MD,^a and Je-Ho Mun, MD, PhD^{a,b}
Seoul, Korea JAAD, Mai 2016

- Der
- ✓ dar
- ✓ Tria ➤ **Dermoscopy has poor diagnosis value in children**
- ✓ Dot
- ✓ Hut.....
- ✓ irregular pattern
- ✓ nail plate dystrophy
- ✓ evolutive



Melanoma ungueal



- TIPS:
- Siempre hacer dermatoscopia intraquirúrgica para ver como y donde biopsiar.
 - (Para poder evitar biopsias agresivas que alteren la uña a posterior si en el nail matrix vemos que la lesión no es tan sospechosa como parecía en la piel)
- NUNCA biopsiar signo de hutchinson

Melanoma ungueal



- Previously a type of ALM (\cong 0,7-3,5% of all MM)¹⁻²
 - Molecular features: KIT, KRAS, CDK4/CCND1 amp, RICTOR amp & TSC1 K587R
(ALM: BRAF, NRAS, CDKN2A/B loss, PTEN loss % AKT1)

- Se ha considerado un tipo de melanoma acrolentiginoso
- Es un 3% de los melanomas
- Se diferencia en cuanto a las alteraciones genéticas, con lo cual debemos considerarlo una entidad separada.
- Presenta asociación familiar, no tanto con sol pero si presenta asociación con traumatismos. (Dedos gordos- matriz más grande? Más traumatismos?)
- *En ocasiones puede parecer como erosión o LP en una solo uña

Onicoscopia

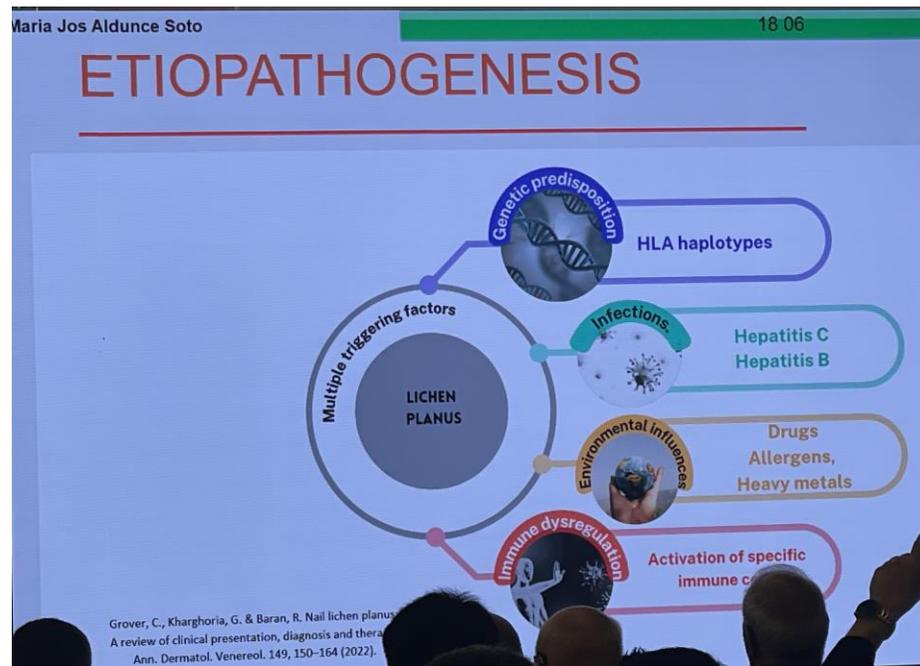


- Cuidado con apretar en exceso: podemos perder información y se blanquea todo.
- Onicolisis en “roller coaster”:
 - Si vemos líneas rectas es más frecuente traumático (frecuente con la moda de arreglar uñas)
- Cuidado con combinación de patologías: trauma con sobreinfección
- PsO: hiponiquio: capilares con mucho enrollamiento (recuerdan al de las lesiones cutáneas y del pelo!)-
 - Nos sirve para diferenciar de onicomycosis (tb en esta última hay más escamas amarillentas, mientras en psoriasis ungueal no hay tantas)

LP en unidad ungueal



- Se debe considerar una urgencia ungueal (igual que en capilar!)
- 10% pacientes con LP lo pueden presentar
- Mayoría leve, pero puede generar un cuadro agresivo con mala evolución



LPP en unidad ungueal

HIGHLIGHTS

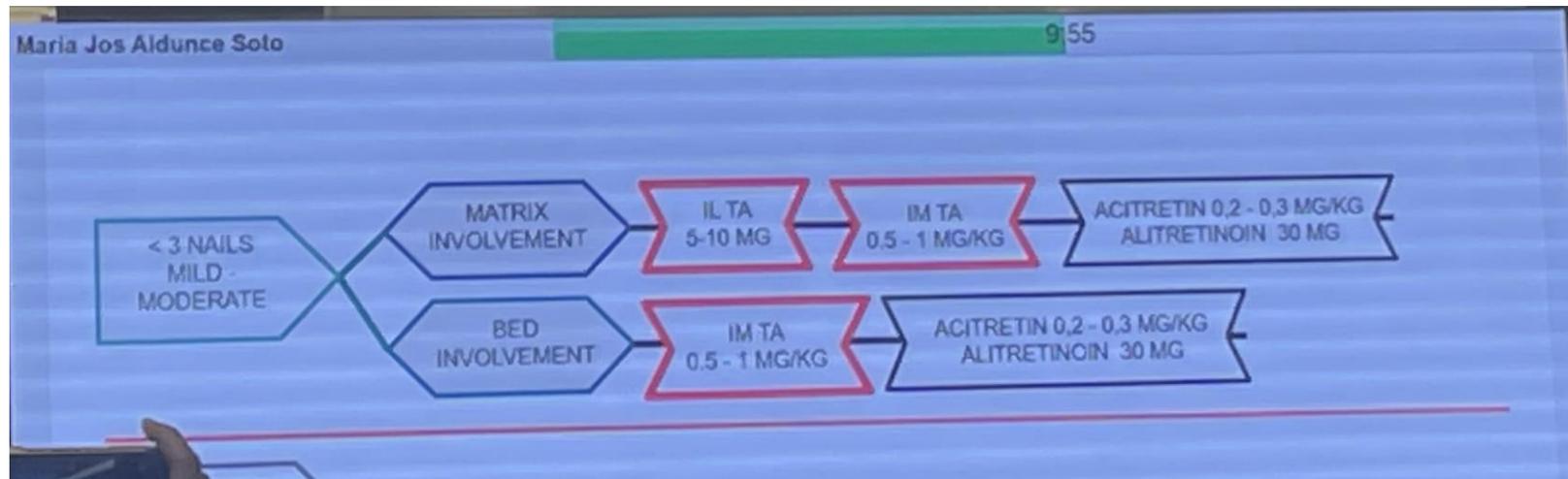


SINGAPORE

3-8 / july / 2023

- Etiopatogenia aun desconocida pero se está estudiando y será la base de los tratamientos del futuro.
- Vías inflamatorias: Th1 y Il17. IFN gamma- biológicos
- Diagnostico sigue siendo clínico e histológico. Por ahora nuevas técnicas como OCT no se han mostrado protocolos útiles

Tratamiento necesario pero a día de hoy: baja eficacia, muchas recurrencias (50% no curados)



Inyecciones en la uña de Corticoides



- Muchas técnicas según profesional.
- En matriz es más tolerable. Vibración o frío y se inyecta.
- Pero si es en la base de la uña, mejor hacer bloqueo anestésico de zona distal del dedo pues es mucho más doloroso.
- *Otra opción es intramuscular. Más riesgo de alteración sistémica pero mayor adhesión al tratamiento por comodidad, especialmente si hay varias uñas afectas.

Cuidados ungueales



- Siempre evitar manicuras agresivas
- Potenciar nutrición ungueal (hidratantes)
- Cosmético: peeling ungueales y uñas de gel.
 - Hay conocerlo y ofrecerlo. (Cuidado con Koebner)

Futuro de tratamientos-LPP



- Vía del JAK
- Se han probado varios (case reports y series), varias moléculas.

Psoriasis

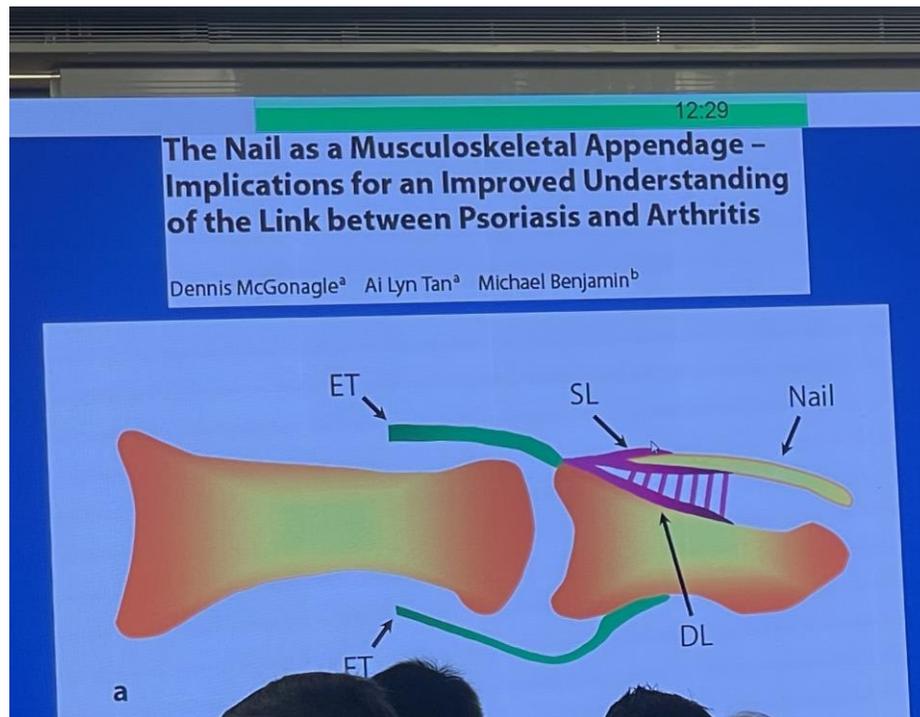


- Hiperqueratosis está bajo la lámina.
- Como se altera la estructura cutánea es mucho más fácil el sobrecrecimiento fúngico.
- Onicolisis es mu característico, no podemos ignorarlo y solo buscar la hiperqueratosis
- Biopsias del tejido blanco subungueal: levantar y biopsiar

Entesitis



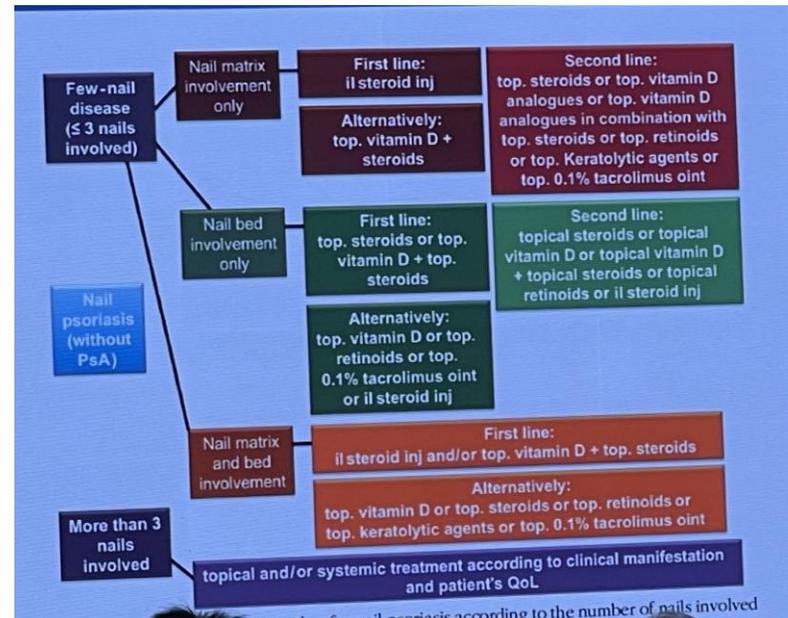
- Inflamación se continúa anatómicamente.



Tratamiento psoriasis ungueal



- Cuidado ungueal es básico (evitar traumatismos, manicuras cuidadosas...)
- Inyecciones metotrexato intralesional
- Biológicos tienen muchos estudios, todos eficaces pero no más del 50% curación completa (tofacitinib y sobretodo ixekizumab parecen los más útiles)



Singapur

