

HAGA SU DIAGNOSTICO

Dra. Ana Cecilia Lopetegui

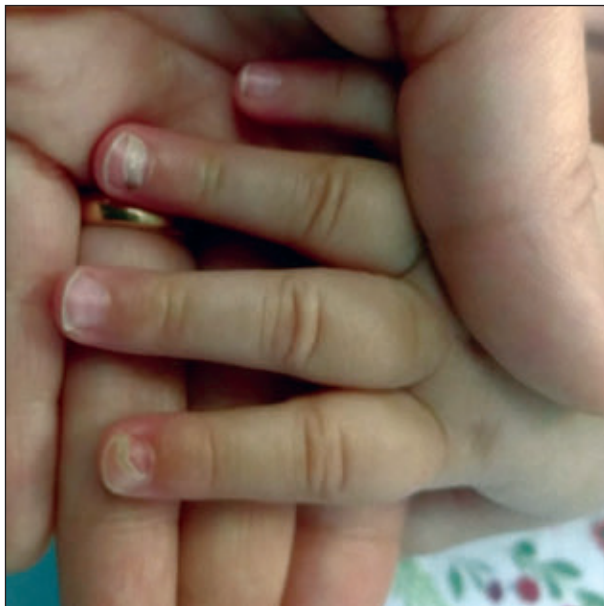
CASO CLINICO

Niña de 1 año 3 meses que consulta a servicio de Clínica Pediátrica para iniciar estudios por antecedente de ITU febril no complicada.

Al examen físico, como hallazgos positivos, se observa un muguet leve y las siguientes alteraciones en las uñas de los 4 miembros (Figuras 1 y 2).

Al interrogatorio dirigido sus cuidadores refieren no haber tenido internaciones y, salvo por el antecedente mencionado, relatan que es una niña sana. Vacunas completas para edad. No presenta alergias. Sin medicación de base. Sin antecedentes patológicos familiares de relevancia.

Hace 15 días cursó cuadro febril con rash consistente en “puntitos rojos planos” en manos, codos, pies, rodillas y nalgas y algunas llagas dolorosas en la boca.



Figuras 1 y 2: Afectación ungueal de manos y pies.

* Becaría. Clínica Pediátrica. Centro Quirúrgico.
Hospital de Pediatría Juan P. Garrahan.

¿CUAL ES SU DIAGNOSTICO?

ONICOMADESIS

Con los datos obtenidos al interrogatorio y del examen físico se interpretó el cuadro como onicomadesis secundaria a enfermedad mano - pie - boca (EMPB).

Marco teórico

La onicomadesis es el desprendimiento completo y espontáneo de la uña del lecho ungueal desde su extremo proximal, sin dolor o inflamación, consecutivo a la detención de la función de la matriz ungueal con la correspondiente inhibición de la proliferación celular. Es rara en los niños. Puede afectar las uñas de las manos o de los pies.

Las líneas de Beau son surcos/ estrías transversales en las uñas que van desde un pliegue lateral al otro, resultado de la interrupción temporal en la formación de la placa ungueal. La onicomadesis representa su forma extrema: el agente causal actúa durante más tiempo ocasionando la afectación de todo el espesor de la placa ungueal y su consecuente separación del lecho ungueal.

Etiología de la onicomadesis

Las causas se pueden resumir en:

- causas locales, como la paroniquia aguda, candidiasis y el trauma local;
- causas sistémicas que ocasionan un estrés agudo como la desnutrición, las toxicodermias o las reagudizaciones de enfermedades sistémicas graves; y algunas entidades dermatológicas (dermatitis de contacto alérgica, dermatosis ampollares) y no dermatológicas, entre estas últimas la enfermedad de Kawasaki, la escarlatina, la EMPB, la trombocitopenia, ciertas alteraciones neurológicas, la dismenorrea, la distrofia simpática refleja y el Lupus Eritomatoso Sistémico.

Algunos de los fármacos relacionados son determinados antibióticos (penicilina, penicilina, cefalosporinas, azitromicina), los retinoides, el litio, los anticonvulsivantes (como la carbamazepina) y los fármacos citotóxicos. También la radioterapia.

Puede asociarse con alopecia areata grave.

Existen formas familiares que siguen un patrón de herencia dominante con desprendimiento periódico y la onicomadesis congénita posiblemente en relación con el estrés del parto.

Desde el año 2000 la enfermedad mano - pie - boca (EMPB) se ha descrito como causa de onicomadesis y ha ocasionado brotes epidémicos en distintos países.

A pesar de la existencia de múltiples posibles factores desencadenantes, exceptuando las formas hereditarias y las que acompañan a enfermedades sistémicas graves, la mayoría de los casos se consideran idiopáticos.

La EMPB es una infección viral, altamente contagiosa, que afecta especialmente a los niños pequeños y presenta su mayor incidencia a finales de verano y principios de otoño, causada por el virus coxsackie, principalmente A 16, pero también A5, A7, A9, A10, B1, B2, B3, B5 y enterovirus 71 (el cual se asoció con brotes mortales de esta enfermedad).

Puede aparecer como un fenómeno aislado o como brotes epidémicos. Se caracteriza por estomatitis vesicular con o sin fiebre asociada a erupción palmoplantar. La incubación es de 3 a 6 días. Las vesículas orales se erosionan y originan úlceras con bordes eritematosos. Las lesiones palmoplantares son pápulas o vesículas elípticas con eritema circundante. El compromiso de la región glútea es usual, pero sin vesiculación. La erupción no es pruriginosa y se resuelve espontáneamente, sin costras, a los 5-7 días. Las complicaciones son raras e incluyen: miocarditis, neumonía, meningoencefalitis y rabiomielosis con insuficiencia renal.

Fisiopatología

La detención de la matriz ungueal puede derivar en estrías transversales (líneas de Beau) u onicomadesis. Aparece como un clivaje debajo de la porción proximal yuxtamatricial de la superficie ungueal debido a una lesión matricial proximal limitada. Como consecuencia de la inhibición completa y transitoria del crecimiento ungueal durante al menos 1 o 2 semanas. La uña continúa creciendo por algún tiempo, ya que permanece acoplada a los tejidos subyacentes y se desprende cuando pierde esta conexión. La onicomadesis es una forma extrema de las líneas de Beau.

Debe diferenciarse de la onicolisis, mucho más frecuente, que consiste en la separación de la lámina ungueal del lecho en su extremo distal o lateral.

Su mecanismo de producción en la EMPB es dudoso. Además de la detención de la función de la matriz ungular, se planteó que la actividad matricial permanecería intacta, pero la calidad de la lámina ungular diferiría, tornándose delgada y distrófica. Se propuso, asimismo, que la onicomadesis se debería a la maceración asociada a las ampollas digitales y a la higiene intensa durante los brotes de EMPB, lo que propicia un ambiente favorable a la candidiasis y a la dermatitis de contacto alérgica, ambas causas de onicomadesis. La inflamación del lecho ungular proximal en la EMPB causaría distrofia ungular. Se propuso que las onicomadesis sin erupciones cutáneas periungulares previas sugerirían una disfunción ungular específica del virus coxsackie. Los casos leves serían subestimados o relacionados con distrofia ungular traumática no reconocida que, junto con el tiempo transcurrido entre la enfermedad viral y la onicomadesis, hacen sospechar un infradiagnóstico de este trastorno.

En un estudio observacional retrospectivo realizado en Argentina por el Dr. Ferrari, Bruno et al (2013) en el que se incluyeron pacientes menores de 18 años se obtuvieron las siguientes conclusiones: el período comprendido entre la EMPB y el inicio de la onicomadesis varió entre 4 y 10 semanas, con una mediana de 6. Todos los pacientes en quienes se estudió la serología para coxsackie tuvieron resultados positivos. Todos los pacientes evolucionaron con recuperación completa y espontánea de las uñas, con una mediana de tiempo de un mes.

Diagnóstico y estudios complementarios

El diagnóstico de la onicomadesis es clínico, por lo que cobra especial importancia la realización de una anamnesis dirigida a detectar las causas antes descriptas.

Sólo se precisan pruebas complementarias en casos de que se sospeche alguna causa sistémica o un agente infeccioso local.

Tratamiento

No es necesario ningún tratamiento específico en las uñas más allá de mantener la zona limpia y evitar nuevos traumatismos.

Evolución

Se resuelve al cesar el agente desencadenante, salvo en el caso de que haya un daño permanente en la matriz ungueal, lo que ocasionará una distrofia permanente en la nueva lámina ungueal.

LECTURA RECOMENDADA

- Ferrari B, Taliercioa V, Hornosa L, et al. L. Onicomadesis asociada a la enfermedad de boca, mano y pie. Arch Argent Pediatr. 2013; 111: 148-51.
- Meseguer Yebra P, Meseguer Yebra C. Cuando las uñas se caen. La onicomadesis. Rev Pediatr Aten Primaria. 2013; 15: 67-70.
- Peyrí Rey J. Alteraciones de las uñas. Protocolos de Dermatología [en línea] [consultado el 05/02/2018]. Disponible en <http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/unas.pdf>.
- Larralde M, Aristizábal AM. Enfermedad mano-pie-boca. Arch Argent Dermatol. 2005; 55:25-9.