

## "Alteración ungueal"

Patricia Meseguer Yebra<sup>1</sup>, Sagrario Abad Rodríguez<sup>2</sup>, Elena Cid Fernández<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Pediatra de Atención Primaria. CS de Tordoia (A Coruña). España

<sup>2</sup>Pediatra de Atención Primaria. CS de Meicende (A Coruña). España

<sup>3</sup>Pediatra de Atención Primaria. CS de O Rosal (Pontevedra). España

Cad Aten Primaria  
Año 2013  
Volume 19  
Páx. 131-131

### PALABRAS CLAVE

Uña, onicomadesis, paroniquia, líneas de Beau.

### INTRODUCCIÓN

Paciente de 10 años, sana, que consulta por presentar alteraciones en primera uña del pie izquierdo de varias semanas de evolución.

En la exploración se apreció una lámina ungueal distal engrosada y de coloración amarillenta, que parecía estar siendo reemplazada en su parte proximal por una nueva lámina ungueal de aspecto normal. En la anamnesis los padres refirieron que unas semanas antes la niña había presentado inflamación periungueal (paroniquia) de etiología no filiada, que se había resuelto con tratamiento antibiótico tópico.



FIGURA 1



FIGURA 1

### PREGUNTAS

¿CUÁL ES SU DIAGNÓSTICO?

1. Onicólisis
2. Onicomicosis
3. Onicorrexis
4. Coiloniquia
5. Onicomadesis

¿QUÉ TRATAMIENTO ES EL MÁS ADECUADO EN ESTE CASO?

### Correspondencia

Patricia Meseguer Yebra  
CS de Tordoia (A Coruña)  
Rúa Pontepedra s/n 1683 Tordoia (A Coruña)  
Teléfono 981 690023 - Fax 981 683009  
Correo electrónico: patricia.meseguer.yebra@sergas.es

## RESPUESTA AL CASO CLÍNICO VARÓN DE 80 AÑOS CON AUMENTO DE PERÍMETRO DE CUELLO

### RESOLUCIÓN DE CASO CLINICO

En primera instancia se solicita analítica de rutina con hemograma, bioquímica y coagulación sin objetivarse alteración alguna. Posteriormente se solicita ECO de partes blandas en donde se eviencia nódulo en LI tiroideo y adenopatías cervicales así como vasos prominentes sugestivos de circulación colateral.

Tras el resultado de la ecografía se deriva a radiología para solicitar TAC cervical apreciándose masa en mediastino superior y paratraqueal derecha, indicándose realización de radiografía de tórax (imagen 3)

### EXPLICACIÓN DEL CASO

En la imagen 1 y 2 se aprecia un aumento del perímetro del cuello que nos podría llevar a pensar en varios diagnósticos diferenciales de los anteriormente mencionados, sin embargo en la imagen 2 se aprecia una clara ingurgitación yugular que nos orienta hacia un Síndrome de vena Cava.

En este caso la prueba inicial de elección sería una radiografía simple de tórax, en donde se aprecia claramente una masa en mediastino superior.

Se trataría pues de un SÍNDROME DE VENA CAVA SUPERIOR en probable relación con Carcinoma de pulmón.

### SÍNDROME DE VENA CAVA

Se denomina así al conjunto de síntomas que se producen como consecuencia de una obstrucción al flujo sanguíneo de la vena cava superior, que dificulta el retorno venoso de la cabeza y el cuello.

La patología neoplásica es la causante en el 80% de los casos, generalmente por carcinomas microcíticos de pulmón y linfomas.

### CLÍNICA

- Sensación de tirantez en cuello (signo de Stokes)
- Disnea que empeora con el decúbito

- Edema y sensación de plenitud faciales e hinchazón de miembros superiores (edema en esclavina)
- Si se comprimen estructuras vecinas: tos, **disfagia**, disfonía, dolor torácico...

### EXPLORACIÓN FÍSICA

- Edema y plétora faciales
- Edema de miembros superiores
- Taquipnea y cianosis
- En estadios muy evolucionados circulación colateral con **ingurgitación venosa del cuello**

### PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

- Analítica: hemograma, bioquímica y coagulación
- Radiografía de tórax: puede observarse **ensanchamiento o masa en mediastino antero-superior**; derrame pleural, masa hilar derecha...
- TAC torácico

### CRITERIOS DE INGRESO

- Todos los pacientes deben ser derivados a hospital e ingresar.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Caballero Perea M, Lozano Martín E, Sánchez-Muñoz A, Sánchez Saugar E. Urgencias oncológicas. Blanco-Echevarría A, Cea-Calvo L, García-Gil M, Menassa A, Moreno-Cuerda V, Muñoz-Delgado G et al. Manual de Diagnóstico y Terapéutica Médica. 5ª ed. Madrid: MSD; 2003. p.858-61.
2. Gucalp R, Dutcher J. Urgencias oncológicas. Kasper D, Fauci A, Longo D, Braunwald E, Hauser S, Jameson L. Principios de medicina interna. 16ª ed. México: Mc Graw Hill; 2008. p.646-55.
3. Ostler PJ, Clarke DP, Watkinson AF, Gaze MN. Superior vena cava obstruction: a modern management strategy. Review. Clin Oncol (R Coll Radiol) 1997; 9: 83-89.
4. Domínguez MA. Obstrucción maligna del la vena cava superior. An Sist Sanit Navar 2004 Vol 27, Suplemento 3: 99-107.

## RESPUESTA AL CASO CLÍNICO "ALTERACIÓN UNGUEAL"

### DIAGNÓSTICO

Onicomadesis

### DISCUSIÓN

La onicolísis se debe a una alteración en el lecho ungueal consistente en un despegamiento de la lámina ungueal distal que adquiere una coloración blanquecina. Las causas más frecuentes son los microtraumatismos, la psoriasis y las oncomicosis.

La onicomicosis es la infección de la uñas por hongos, infrecuente en la edad pediátrica. La forma clínica más común es la onicomicosis subungueal distal y lateral. La uña comienza a afectarse por su extremo libre distal (o hiponiquio) y los bordes laterales, apareciendo manchas amarillas o blanquecinas que van progresando en sentido proximal. Se acompaña de hiperqueratosis subungueal, que puede causar onicólisis. La lámina se engrosa, con pérdida de brillo, y se torna frágil y quebradiza. El examen directo al microscopio de escamas ungueales con una preparación de KOH al 10-20% confirma la presencia de hongos.

La onicorrexis hace referencia a la rotura o fisuración múltiple de la uña en sentido longitudinal, de una forma aparentemente espontánea y que origina el desprendimiento de fragmentos ungueales, dando al borde libre una apariencia astillada o en sierra. Muy a menudo existen estrías, fisuras o acanalamientos múltiples a lo largo de toda la lámina ungueal.

La coiloniquia es una inversión en la curvatura de la lámina ungueal que le confiere un aspecto cóncavo dorsal (cuchara). Es muy frecuente en la infancia, especialmente en el primer dedo del pie, aunque se puede ver en los demás dedos. No suele ser un indicador de deficiencia de hierro y cistina como en el adulto, en el que además se puede asociar a anemia por déficit de cobre, síndrome de Plummer-Vinson, hemocromatosis, enfermedad de Raynaud, lupus eritematoso sistémico, traumatismo, síndrome uña-rótula y o bien ser de causa ocupacional.

La onicomadesis consiste en el despegamiento indoloro sin inflamación de la lámina del lecho ungueal en la zona proximal, apareciendo por debajo una uña nueva. Puede afectar tanto a las uñas de los dedos de las manos como a las de los pies. La naturaleza es similar a la de las líneas de Beau, que consisten en surcos transversales que van desde un pliegue ungueal lateral al otro, y ocurre como resultado de la interrupción temporal en el crecimiento de la lámina ungueal. La onicomadesis representa una forma extrema de líneas de Beau en la que el agente nosológico actúa durante más tiempo, ocasionando afectación de todo el espesor de la placa ungueal con su consecuente separación del lecho ungueal. Ambas son reversibles cuando cesa el agente desencadenante. Un daño permanente en la matriz ungueal ocasionaría la pérdida definitiva de la uña.

Entre las posibles causas se incluye el estrés agudo, los fármacos, algunas enfermedades sistémicas y dermatológicas graves (que en estos casos afectan a las 20 uñas) y causas locales que suelen afectar a una o pocas uñas. Los agentes locales más frecuentes son el trauma local y la paroniquia aguda, como ocurre en el caso presentado.

En los últimos años, se ha descrito la asociación de onicomadesis con procesos virales, algunos tan comunes en la infancia como la

enfermedad boca- mano- pie. Así, en el caso de un brote de esta enfermedad podemos asistir a una epidemia de onicomadesis en las semanas siguientes, con la consiguiente alarma de familiares y personas en el entorno de los menores.

No es necesaria ninguna maniobra terapéutica en las uñas afectadas, salvo mantener las zona limpia y evitar nuevos traumatismos. La uñas se recuperan ad integrum al cabo de varias semanas.

## CONCLUSIÓN

La detención total o parcial en el crecimiento de las uñas es un síntoma que sin duda produce alarma entre los familiares y cuidadores de los niños ya que no es un hecho frecuente. La anamnesis retrospectiva tiene un especial interés en esta entidad. Un diagnóstico correcto es fundamental, pues nos va a permitir dar una información adecuada al mismo tiempo que disminuimos la natural preocupación de padres y del resto de personas del entorno del niño.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Cabeza Martínez R, Leis Dosil V, Suárez Fernández R. Uñas y enfermedades sistémicas. *Piel*. 2006;21(9):430-4.
2. Romano C, Papini M, Ghilardi A, Gianni C. Onychomycosis in children: a survey of 46 cases. *Mycoses*. 2005; 48: 430-437.
3. Goettmann-Bonvallet S. Clinical types of onychomycosis. *Ann Dermatol Venereol*. 2003; 130(Pt12): 1.237-1.243.
4. Fonseca E. Uñas frágiles y quebradizas. Formación Médica Continuada en Atención Primaria [Internet]. 2005 [consultado el 07 de Julio de 2012]. Disponible en <http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/1/1v60n1381a12003413pdf001.pdf>
5. Peyrí Rey J. Alteraciones de las uñas. *Protocolos de Dermatología* 2007. [consultado 07/08/2012]. Disponible en: <http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/unas.pdf>
6. Hernández A. La piel del recién nacido. En: Torrelo A, editor. *Dermatología en Pediatría General*. Madrid: Grupo aula médica SL; 2007.p.15–38.
7. Barán R, Tosti A, Nails. Fitzpatrick's dermatology in general medicine, En: Freedberg I.M., Eisen A.Z., editores., Wolff K, 5 ed, 1999, McGraw-Hill, NuevaYork, p. 572-578.
8. DeBerker D. What do Beau's lines mean? *Int J Dermatol* 1994;33:545–546.
9. Bodman MA. Nail dystrophies. *Clin Podiatr Med Surg* 2004; 21: 663-87.
- 10.- Meseguer Yebra P, Meseguer Yebra C, Cid Fernández E. Onicomadesis y enfermedad boca-mano-pie. *Acta Pediatr Esp*. 2011; 69(6): 304-307