

Onicomadesis y enfermedad boca-mano-pie

P. Meseguer Yebra¹, C. Meseguer Yebra², E. Cid Fernández³

¹Pediatra de Atención Primaria. CS de Tordoia (A Coruña). ²Médico adjunto. Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de Fuenlabrada (Madrid). ³Pediatra de Atención Primaria. CS de O Rosal (Pontevedra)

Resumen

La alteración en el crecimiento ungueal puede deberse a una gran variedad de patologías locales y sistémicas o a una exposición a fármacos. Se manifiesta mediante un amplio abanico de formas clínicas, que van desde la presencia de surcos transversales en la uña (líneas de Beau) hasta su desprendimiento completo, u onicomadesis. La onicomadesis es poco frecuente en la edad pediátrica, y es causa de alarma entre los familiares y cuidadores de los niños. La asociación de onicomadesis y líneas de Beau con enfermedades infecciosas, especialmente con la enfermedad boca-mano-pie (EBMP), se ha descrito previamente en la bibliografía. La presencia de formas leves y, sobre todo, el tiempo que transcurre entre la enfermedad viral y las manifestaciones ungueales hacen sospechar un infra-diagnóstico de esta entidad. Los pediatras debemos comenzar a considerar la onicomadesis como una posible complicación en el curso de enfermedades virales tan comunes en la infancia como la EBMP. Presentamos tres casos en los que una enfermedad vírica leve parece ser el desencadenante de la onicomadesis. En todos los casos, las alteraciones de las uñas se resolvieron espontáneamente en el curso de varias semanas.

Palabras clave

Uña, onicomadesis, líneas de Beau, enfermedad boca-mano-pie, enterovirus

Abstract

Title: Onychomadesis and hand-foot-mouth disease

Nail growth disorders have been associated with a great number of local or systemic diseases and drug exposure. It may result in a wide range of nail changes, from transverse grooves on the nail plate (Beau's lines) to complete nail shedding (onychomadesis). Onychomadesis in children is a rare condition, and it may be a concern among patient's family and caregivers. The association of onychomadesis and Beau's lines and infectious diseases, particularly hand-foot-mouth disease (HFMD), has been reported previously. The presence of mild forms and specially the time that has passed from the viral disease and the nail shedding, make one suspect of an under diagnosis of this entity. Pediatricians should start to consider onychomadesis as a possible complication in the course of viral infections as common as the ones that occur during childhood as HFMD. We present three patients in whom a mild viral infection was the most probable triggering factor of onychomadesis. In each case, the nail changes resolved spontaneously in the course of some weeks.

Keywords

Nail, onychomadesis, Beau's lines, hand-foot-mouth disease, enterovirus

Introducción

La alteración en el crecimiento de la lámina ungueal puede deberse a una gran variedad de causas locales y sistémicas, y manifestarse mediante un amplio abanico de alteraciones. La onicomadesis consiste en la separación o el despegamiento indoloro y 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 la mano como a las de los pies. La mayoría de los casos se consideran idiopáticos, si exceptuamos las formas hereditarias y las que acompañan a enfermedades sistémicas graves. 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^{1,2}. La onicomadesis representa una forma extrema de líneas de Beau en la que el agente nosológico actúa

durante más tiempo, lo que afecta a todo el espesor de la placa ungueal, con la consecuente separación del lecho ungueal. Ambas son reversibles cuando cesa el agente desencadenante o se resuelve la patología causal, salvo en el caso de un daño permanente en la matriz ungueal³.

Presentamos tres casos en los que una enfermedad vírica leve, enfermedad boca-mano-pie (EBMP) en dos de ellos, parece ser el desencadenante de la onicomadesis. En todos los pacientes, las alteraciones de las uñas se resolvieron espontáneamente en el curso de varias semanas.

Casos clínicos

Caso 1

Niña de 2 años y 9 meses de edad que presentaba desde hacía 3 semanas surcos transversales en las uñas de las manos y,



Figura 1. Despegamiento de la parte proximal de la lámina ungueal del segundo dedo de la mano derecha (onicomadesis) y líneas de Beau en los dedos segundo, tercero y cuarto



Figura 2. Onicomadesis del segundo dedo de la mano derecha y línea de Beau en el tercer dedo

desde hacía pocos días, un despegamiento de la uña del segundo dedo de la mano derecha. Sus padres no referían traumatismo previo ni contacto con animales. Cinco semanas antes había presentado un cuadro febril con un exantema, consistente en lesiones vesiculosas de distribución en las nalgas, los pies y las manos con afectación palmoplantar, compatible con EBMP. El cuadro se resolvió espontáneamente con tratamiento sintomático. En la exploración se apreciaba un desprendimiento proximal de la lámina ungueal del segundo dedo de la mano derecha, y líneas de Beau que afectaban a varios dedos de ambas manos (figuras 1 y 2). A los 4 días se apreciaba el desprendimiento total de la uña del segundo dedo de la mano derecha y el despegamiento de la lámina ungueal del tercer dedo de la mano derecha (figura 3). Posteriormente se observó la afectación de las uñas de ambos pies y, finalmente, se produjo la caída de las 20 uñas.

Caso 2

Lactante de 23 meses de edad, con despegamiento de la porción proximal de la lámina ungueal de la uña del primer dedo de la mano derecha y el segundo dedo de la mano izquierda. Cinco semanas antes había presentado un exantema vesiculoso no febril en las manos y los pies, con afectación de las palmas y las plantas, clínicamente compatible con EBMP.

Caso 3

Lactante de 18 meses de edad, con despegamiento de la porción proximal de la lámina ungueal de todas las uñas de las manos. Acudió a la consulta el mismo día que el caso 2, cinco semanas después de presentar un cuadro febril sin exantema, que no precisó tratamiento.

En ninguno de los pacientes existía antecedente de traumatismo o de inflamación periungueal (paroniquia), y en todos ellos se observó una recuperación de las uñas *ad integrum* en



Figura 3. A los 4 días se observa la caída de la uña del segundo dedo y la progresión en el tercer dedo hacia la onicomadesis

un periodo similar y sin ningún tratamiento. Todos los casos tuvieron lugar entre los meses de abril y mayo del mismo año, y correspondían a una misma área geográfica. De hecho, los niños de los casos 1 y 2 asistían a la misma guardería.

En la tabla 1 se recoge un resumen de los datos clínicos de los casos presentados.

Discusión

La detención total o parcial en el crecimiento de las uñas no es un hecho frecuente en la infancia. Puede ser inducida por múltiples causas, más o menos evidentes, aunque en la mayoría de las ocasiones se considera idiopática. En cualquier caso, es un síntoma que sin duda produce alarma entre los familiares y

TABLA 1

Resumen de los datos clínicos

	Caso 1	Caso 2	Caso 3
Edad	2 años y 9 meses	23 meses	18 meses
Sexo	Mujer	Varón	Mujer
Líneas de Beau	Sí	No	Sí
Tiempo hasta la recuperación de las uñas (semanas)	10	8	10
Antecedente de EBMP	Sí	Sí	No
Clínica	Fiebre, exantema vesicular en las palmas, las plantas y las nalgas	Exantema vesicular en las manos y los pies. Afebril	Cuadro febril sin exantema
Tiempo desde la aparición de síntomas virales hasta la afectación ungueal	6 semanas	5 semanas	5 semanas

EBMP: enfermedad boca-mano-pie.

cuidadores de los niños. Las causas de la onicomadesis pueden ser locales, como la paroniquia aguda y el traumatismo local⁴, sistémicas, que ocasionan un estrés agudo (diálisis peritoneal), y consumo de fármacos, así como algunas entidades dermatológicas y no dermatológicas. Entre estas últimas se incluyen la enfermedad de Kawasaki⁵, la escarlatina, la EBMP, la trombocitopenia, las alteraciones neurológicas y el lupus eritematoso sistémico, entre otras⁴. Algunos fármacos relacionados son determinados antibióticos (penicilina, cloxacilina, azitromicina)⁶, los retinoides, el litio, los anticonvulsivos y los fármacos citotóxicos. Existen formas familiares que siguen un patrón de herencia dominante⁷ y se ha descrito la aparición de onicomadesis congénita, posiblemente en relación con el estrés del parto⁸.

La EBMP es una infección frecuente en la infancia originada por virus del género enterovirus. La mayoría de los casos se deben a Coxsackie A16 (CVA16), pero también pueden deberse a enterovirus 71, virus Coxsackie A5, 7, 9 y 10, y virus Coxsackie B2 y 5. Es altamente contagiosa y presenta una mayor incidencia a finales del verano y a principios de otoño. Puede ocurrir como un fenómeno aislado o de forma epidémica. Suele afectar a niños menores de 10 años de edad, aunque también se han comunicado casos en la edad adulta. Se diagnostica habitualmente por los síntomas clínicos, caracterizándose por un exantema vesicular en las palmas y las plantas y un exantema maculopapular, asociado a una estomatitis vesicular, con o sin fiebre. La identificación del virus causal no se realiza de forma sistemática, aunque podría aislarse de muestras de las vesículas o de la superficie de las mucosas. Se suele resol-

ver de forma espontánea pasados 5-7 días, y las complicaciones son raras. El tratamiento es sintomático. La EBMP por enterovirus 71 suele ser más grave, con una mayor tasa de afectación neurológica⁹.

En los últimos años se ha descrito la asociación de onicomadesis con procesos virales tan comunes en la infancia como la EBMP. Clementz y Mancini hicieron referencia a ello por primera vez en 2000 en 5 niños de entre 22 meses y 4 años de edad que residían en el área metropolitana de Chicago¹⁰. En 2001, Bernier et al. publicaron 4 casos de niños de entre 12 meses y 3 años de edad: dos localizados en Lieja (Bélgica), y los otros dos en Burdeos (Francia) ocurridos en la misma guardería¹¹. En nuestro país, en 2008 se presentó una epidemia de 213 casos en el área metropolitana y en la ciudad de Valencia. Los afectados tenían entre 0 y 7 años de edad (máxima incidencia: 1-3 años), y dos de los casos se dieron en adultos. Aproximadamente la mitad de los afectados habían sido diagnosticados de EBMP en los 30 días previos, y en 52 pacientes los anticuerpos IgG frente a Coxsackie fueron positivos¹². En 2009 se comunicaron 16 nuevos casos ocurridos en Valladolid, 9 de los cuales habían sido diagnosticados de EBMP entre 3 y 12 semanas antes. Once de los casos se presentaron en alumnos de dos guarderías de diferente barrio de la ciudad¹³. Ese mismo año se comunicó un brote de EBMP y onicomadesis en guarderías y colegios de Finlandia. Como agente etiológico se identificó un tipo inusual de enterovirus, el Coxsackie A6 (CVA6)¹⁴.

Las características clínicas de los casos presentados coinciden ampliamente con las de los descritos en la bibliografía: son niños de 1-3 años de edad, con una viremia previa diagnosticada unas 5 semanas antes como promedio, que compartían guardería en dos casos, pertenecían al mismo ámbito geográfico y presentaron una recuperación *ad integrum* de todas las uñas afectadas.

En ninguno de los casos se presentaron datos sugestivos de enfermedad sistémica o de toma de fármacos.

El antecedente de haber padecido un proceso vírico (EBMP al menos en dos de ellos) unas 4-5 semanas antes es el que se relaciona con mayor probabilidad con la alteración ungueal, y permite descartar las otras posibles causas de onicomadesis. Epidemiológicamente, la aparición de estos casos sugiere la infección por un mismo virus. La replicación viral podría dañar la matriz ungueal y producir una distrofia ungueal transitoria¹⁴. El tiempo que transcurre entre la infección y las alteraciones ungueales dificulta no sólo el diagnóstico clínico, sino también la correlación con una determinada cepa viral. Además, resalta la importancia que tiene en estos casos la realización de una anamnesis retrospectiva.

No es necesario efectuar ninguna maniobra terapéutica en las uñas, salvo mantener las zona limpias y evitar nuevos traumatismos.

Se debería empezar a considerar la onicomadesis como una posible complicación en el curso de infecciones virales que

clínicamente son compatibles con EBMP. El conocimiento de este cuadro clínico por parte de los profesionales y el establecimiento de los oportunos protocolos de recogida de datos en caso de brote nos permitirían definir mejor este cuadro clínico y su incidencia. En este sentido, Osterback et al. demuestran en su estudio que CVA6, además de CVA16 y enterovirus 71, pueden estar emergiendo como causas principales de la EBMP¹⁴.

Es fundamental establecer un diagnóstico correcto, lo que nos permitirá proporcionar una información adecuada, y así disminuir la comprensible alarma que se produce en las familias y personas del entorno de los niños ante una caída epidémica de las uñas. ■

Bibliografía

- Hernández A. La piel del recién nacido. En: Torrel A, ed. *Dermatología en pediatría general*. Madrid: Grupo Aula Médica, 2007; 15-38.
- Barán R, Tosti A. Nails. En: Freedberg IM, Eisen AZ, Wolff K, eds. *Fitzpatrick's dermatology in general medicine*, 5.ª ed. Nueva York: McGraw-Hill, 1999; 572-578.
- DeBerker D. What do Beau's lines mean? *Int J Dermatol*. 1994; 33: 545-546.
- Bodman MA. Nail dystrophies. *Clin Pediatr Med Surg*. 2004; 21: 663-687.
- Allen R, Ciastko. Onicomadesis and Kawasaki disease. *CMAJ*. 2002; 166: 1.069.
- Aksoy B, Aksoy HM, Civas E, Atakan N. Azithromycin-induced onychomadesis. *Eur J Dermatol*. 2008; 18: 362-363.
- Parmar B, Lyon C. Neonatal onychomadesis. *Pediatr Dermatol*. 2010; 27(1): 115 [erratum in: *Pediatr Dermatol*. 2010; 27(2): 221].
- Mehra A, Murphy RJ, Wilson BB. Idiopathic familial onychomadesis. *J Am Acad Dermatol*. 2000; 43(2Pt2): 349-350.
- Abzug MJ. Enterovirus no polio. En: Behrman RE, Kliegman RM, Jonson HB, eds. *Nelson. Tratado de pediatría*, 17.ª ed. Barcelona: Elsevier, 2006; 1.044-1.045.
- Clementz GC, Mancini AJ. Nail matrix arrest following hand-foot-mouth disease: a report of five children. *Pediatr Dermatol*. 2000; 17: 7-11.
- Bernier V, Labréze C, Bury F, Taïeb A. Nail matrix arrest in the course of hand, foot and mouth disease. *Eur J Pediatr*. 2001; 160: 640-651.
- Salazar A, Febrer I, Guiral S, Gobernado M, Pujol C, Roig J. Onychomadesis outbreak in Valencia, Spain, June, 2008. *Euro Surveillance*. 2008; 13. Disponible en: <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=18917>
- Redondo Granado MJ, Torres Hinojal MC, Izquierdo López B. Brote de onicomadesis posviral en Valladolid. *An Pediatr (Barc)*. 2009; 71(5): 436-439.
- Osterback R, Vuorinen T, Linna M, Susi P, Hyypiä T, Waris M. Coxsackie A6 and hand, foot, and mouth disease, Finland. *Emerg Infect Dis*. 2009; 15(9): 1.485-1.488.