

Alteraciones ungueales en paciente con edemas en miembros inferiores

C. M. Galera Martín, L. Calzado Villarreal, I. Arrue Michelena, J. Ortiz de Frutos,
S. López Gómez y F. Vanaclocha Sebastián

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Doce de Octubre. Madrid.

Caso clínico

Varón de 71 años, ex fumador desde hace dos. Cefalea de Horton desde hace 10 años. En los dos últimos años refería menor crecimiento de las uñas junto con una tonalidad amarillenta y engrosamiento que afectaban a las veinte uñas. Múltiples cultivos no habían demostrado bacterias ni hongos y había seguido tratamiento con calcipotriol tópico y corticoides tópicos durante varios meses sin mejoría.

El paciente describía rinorrea mucosa de dos años de evolución, así como edemas en piernas que habían empeorado en los últimos meses, ocasionalmente en manos. No había antecedentes familiares.

En la exploración dermatológica se apreciaba en todas las uñas de manos y pies: coloración amarillenta marronácea, engrosamiento con aumento de la convexidad longitudinal y transversal, onicólisis distal, eritema en los pliegues laterales y desaparición parcial de lúnula y cutícula. A nivel de miembros inferiores presentaba edemas bilaterales, hasta rodillas, que dejaban fovea a la palpación.

Las analíticas básicas resultaron normales. La placa de tórax mostraba un engrosamiento pleural apical, y en un escáner de alta resolución posterior se hallaron datos de bronquitis crónica y bronquiectasias. Se le realizó una placa de senos que presentaba datos de sinusitis crónica y una tomografía axial computarizada (TAC), donde se apreciaba ocupación de senos maxilares y engrosamiento de celdas etmoidales y esfenoidales. El electrocardiograma fue normal, así como los estudios inmunológicos, incluidos anticuerpos antinucleares (ANA), anticuerpos citoplasmáticos antineutrófilos (ANCA), factor reumatoide (FR) y proteína C reactiva.



Fig. 1. Xantoniquia de todas las uñas.



Fig. 2. Detalle de la afectación ungueal.

Discusión

El síndrome de las uñas amarillas es una afección poco frecuente, caracterizado por la tríada: uñas amarillas o xantoniquia, linfedema y afectación del sistema respiratorio, como es el caso que presentamos.

La primera observación de esta enfermedad se atribuye a Samman y White en 1964¹, describiendo la asociación de uñas de coloración amarillenta y crecimiento lento junto a linfedema persistente. Emerson² añadió el componente de derrame pleural y Hiller³ descubrió otras posibles manifestaciones respiratorias como sinusitis recurrente, bronquiectasias, bronquitis e infecciones pulmonares crónicas.

Las alteraciones ungueales claves son⁴: decoloración amarillenta, menor crecimiento, engrosamiento de la lámina, aumento de la convexidad, ausencia de lúnula y cutícula, eritema y edema del borde y onicólisis distal. El diagnóstico diferencial de xantoniquia es: enfermedades sistémicas (descompensación cardíaca, diabetes mellitus, amiloidosis, psoriasis), congénitas (progeria), fármacos (beta carotenos, tetraciclinas), agentes de aplicación local (insecticidas y reveladores fotográficos) y las candidas.

El cuadro clínico no suele manifestarse de forma completa, pero la presencia de cambios ungueales típicos se considera requerimiento absoluto para el diagnóstico. Pueden estar afectadas algunas o todas las uñas de manos y pies. El linfedema puede ser congénito y se presenta distalmente en extremidades y cara. El derrame pleural, alteración respiratoria más frecuente, puede ser moderado o masivo. Las alteraciones ungueales pueden presentarse antes, simultáneamente o después del resto.

En ocasiones se ha asociado a sarcoma anaplásico, melanoma y enfermedad de Hodgkin, por lo que algunos autores lo consideran un síndrome paraneoplásico⁵.



Fig. 3. Coloración amarillenta de las uñas, engrosamiento de la lámina ungueal y ausencia de cutícula.

No existe ninguna terapia instituida. Están descritas remisiones debidas al tratamiento de la enfermedad de base. La infiltración de corticoides a nivel de la matriz ungueal fue satisfactoria en dos pacientes⁶. Otros autores refieren mejoría con biotina o dietilbestrol⁷, así como con vitamina E oral o tópica y suplementos orales de zinc. A pesar de lo descrito nuestro paciente no presentó clara mejoría con estos últimos tratamientos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Samman PD, White WF. The «yellow-nail» syndrome. *Br J Dermatol*. 1964;76:153-7.
2. Emerson PA. Yellow nails, lymphoedema and pleural effusions. *Thorax*. 1996;21:247-53.
3. Hiller E, Rosenow EC, Olsen AM. Pulmonary manifestations of the yellow nail syndrome. *Chest*. 1972;61:452-8.
4. Venencie PY, Dicken CH. Yellow nail syndrome: Report of five cases. *J Am Acad Dermatol*. 1984;10:187-92.
5. Guin DJ, Elleman JH. Yellow nail syndrome: Possible association with malignancy. *Arch Dermatol*. 1979;115:734-5.
6. Abell E, Samman P. Yellow nail syndrome treated with intralesional triamcinolone acetonide. *Br J Dermatol*. 1973;88:200-1.
7. Ayres S, Mihan R. Yellow nail syndrome. *Arch Dermatol*. 1973;108:267-8.