

424/892 - ALGO MÁS QUE UNAS LESIONES EN LAS UÑAS

I. Cesteros Martín¹, P. Hernández Hernández¹ y M. Toledo Marante²

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dr. Guigou Duggi Centro. Santa Cruz de Tenerife.²Médico de Familia. Centro de Salud Dr. Guigou Duggi Centro. Santa Cruz de Tenerife.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 41 años, con antecedentes personales de ex-fumador y depresión en tratamiento con vortioxetina 10 mg, que acude a control de síndrome depresivo, y refiere lesiones en uña de primer dedo de mano izquierda, y zonas interdigitales, pruriginosas. Niega fiebre y contactos de riesgo.

Exploración y pruebas complementarias: Consciente, orientado, colaborador. ACP: RsCsRs sin soplos. MVC sin sobreañadidos. Abdomen anodino. MMII sin edemas o signos de TVP. Lesiones micro-ampollosas con interior de aspecto claro en zona lateral de 3º y 4º dedos de mano izquierda. En uña de primer dedo, onicodistrofia y discromía superficial. Plan de actuación inicial: Sospecha de eczema dishidrótico: betametasona 0,1% crema/12 horas. Se solicita cultivo de uña. Evolución: acude dos meses después: Empeoramiento de uña de primer dedo, además de onicodistrofia y discromía, presenta hiperqueratosis subungueal y onicorrexis. Progresión al resto de uñas. Lesiones cutáneas eritemato-violáceas en pliegues axilares e interglúteo. Cultivo de uña: Candida albicans positivo. Plan de actuación 2: Se solicita analítica con serología. Se pauta clotrimazol 1% crema/8 horas y fluconazol 100 mg/24 horas una semana. Hemograma y bioquímica normales. Serología: AntiHBC, Anti-VHC y lúes negativo, VIH positivo. Serología de confirmación VIH: positivo. Plan de actuación 3: amorolfina 5% en solución cada 3 días, terbinafina 1% en crema y continuar con fluconazol. Se deriva a consultas específicas de VIH de Medicina Interna y Dermatología.

Orientación diagnóstica: Eczema dishidrótico resuelto. Onicomicosis con mala respuesta a tratamiento. Infección por VIH.

Diagnóstico diferencial: Psoriasis ungueal, liquen plano, distrofia ungueal secundaria a eczema o traumatismos, paroniquia crónica, onicopatía por fármacos.

Comentario final: Es importante sospechar un estado de inmunosupresión en casos en los que existe mala respuesta o elevada agresividad de una enfermedad que, en personas immunocompetentes, la consideramos como banal en Atención Primaria. Es esencial que los médicos de familia pensemos en la posibilidad de infección por VIH, ya que en España según el informe de Vigilancia Epidemiológica actualizado en 2018, el 47,8% de los diagnosticados presentaron un diagnóstico tardío.

Bibliografía

1. Área de Vigilancia de VIH y Comportamientos de Riesgo. Sistema de Información sobre Nuevos Diagnósticos de VIH y Registro Nacional de Casos de Sida. Plan Nacional sobre el Sida - D.G. de

Palabras clave: Inmunosupresión. VIH. Onicomicosis.