

CARTA CLÍNICA

Onicomadesis en paciente adulto inmunocompetente



Onychomadesis in an immunocompetent adult patient

Paciente varón de 41 años, autónomo, sin historial clínico de importancia, acude a consulta de atención primaria por presentar cuadro de desprendimiento espontáneo de 4 uñas de ambas manos. No alergias medicamentosas ni tratamiento medicamentoso al momento de consulta. Los exámenes auxiliares como hemograma, PCR, pruebas de función hepática/renal y otros marcadores inmunológicos fueron todos normales.

A la exploración física se evidencia lesiones descamativas en la palma de la mano con presencia aparente de onicolisis en varias uñas de ambas manos (2, 3 y 4 dedos de ambas manos). Al continuar con la historia clínica y revisión del historial del paciente se descubre que aproximadamente un mes antes había acudido a consulta presentando fiebre, cansancio y lesiones máculo-papulares eritematosas en región perioral y perinasal, cavidad oral, palmas de manos y miembros inferiores desde pies hasta rodillas. Se catalogó como una viriasis pero el paciente realizó una consulta privada a un dermatólogo donde se le diagnosticó de enfermedad boca-mano-pie (EBMP) basado en las manifestaciones clínicas y resultados positivos al análisis de PCR e IgG para *Coxsackie virus A6*, cuadro probablemente contagiado por su hijo menor que presentaba las mismas manifestaciones clínicas (Figura 1).

Se realiza interconsulta con dermatología que describe el caso como onicomadesis, complicación relativamente habitual en pacientes menores a la infección por EBMP causada por *Coxsackie* en sus diversas presentaciones. El tratamiento fue mediante control evolutivo.

La onicomadesis es una separación aguda, espontánea, no inflamatoria e indolora de la parte proximal de la uña de su matriz ungueal^{1,2}. Viene a ser una forma extrema de las líneas de Beau y debe diferenciarse de la onicolisis, que es más frecuente y que se caracteriza por la separación de la lámina ungueal del lecho en su extremo distal o lateral².

Se han descrito diversas causas como se evidencian en la tabla 1. Se ha establecido también la relación entre la onicomadesis y la EBMP, esta fue descrita por primera vez por Clementz y Mancini en el año 2000 al presentar los casos

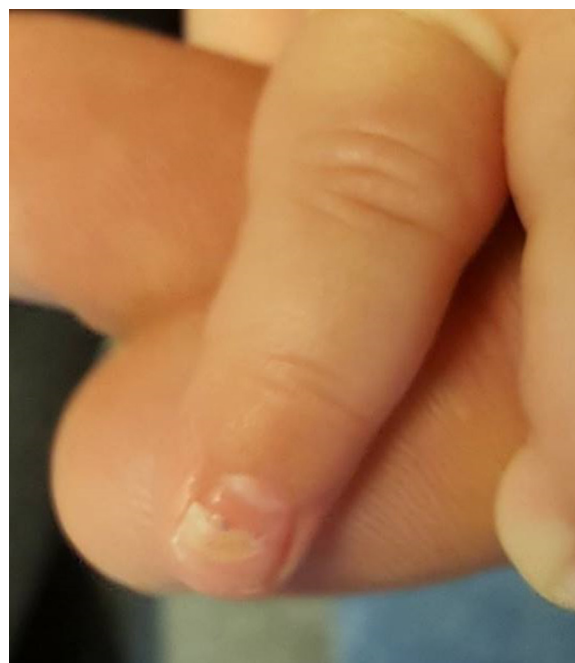


Figura 1 Niño con lesión ungueal tras enfermedad boca-mano-pie (hijo de nuestro paciente).

Tabla 1 Causas probables de onicomadesis

Etiología	Causas probables
Infecciosa	EBMP, varicela, escarlatina e infecciones fúngicas
Sistémica/dermatológica	Dermatitis periungueales, síndrome de Stevens-Johnson, necrólisis tóxica epidérmica, liquen plano y enfermedad de Kawasaki
Relacionada a fármacos	Agentes quimioterápicos, ácido valproico, carbamazepina, litio, azitromicina, penicilina, cefalosporinas y retinoides
Otras	Trauma ungueal, desórdenes familiares, deficiencias nutricionales y causas idiopáticas

EBMP: enfermedad boca-mano-pie.

de 5 niños de Chicago con onicomadesis luego de EBMP³. La EBMP es una infección viral causada por el virus *Coxsackie* (especialmente el A16, en menor relación *Coxsackie* A6 y A10) aunque también se conoce su relación con los *Echovirus* y *Enterovirus* (enterovirus 71)⁴, que suele afectar a niños menores de 10 años⁵, principalmente en verano y otoño³, y su periodo de incubación es de 3 a 6 días. En ella se evidencia la aparición de vesículas orales y periorales, así como lesiones palmoplantares (pápulas o vesículas), suele no ser pruriginosa y de resolución espontánea en promedio de 6 días². En nuestro caso clínico se evidencia onicomadesis en un paciente adulto inmunocompetente, es interesante comentar que luego de una revisión en las historias clínicas bajo el diagnóstico de «onicolisis» se encontraron 3 pacientes menores de 5 años que el mes anterior (en promedio) habían sufrido la EBMP por lo que el diagnóstico correcto debería ser onicomadesis.

La onicomadesis suele aparecer entre los 30-45 días después de la aparición de la EBMP², aunque existen datos diversos que hablan de periodos de incluso más de 2 meses. Existen reportes sobre onicomadesis asociada a EBMP en diversos países del mundo como la epidemia en junio de 2008 en Valencia, España y en 2009 en Valladolid, España; Finlandia en 2008, Taiwán en 2010, Japón en 2011, Turquía en 2016, India en 2015 y Korea en 2014.

La onicomadesis se presenta más frecuentemente en las uñas del 3.º dedo, seguido por el 1.º dedo y 4.º dedo, es muy infrecuente encontrarla en dedos del pie⁵. Su mecanismo de aparición es desconocido, pero Haneke⁶ postula que se puede deber a la presencia de vesículas localizadas en tejido periungueal, Bettoli et al.⁷ sugieren que se da debido a una inflamación secundaria a la infección viral alrededor de la matriz ungueal y que puede ser inducida directamente por el virus o de manera indirecta por los inmunocomplejos víricos con un embolismo distal consecuente. Pero la causa más probable parece ser el efecto indirecto de la infección viral sobre la matriz ungueal⁸.

La onicomadesis suele ser leve y autolimitada, no tiene un tratamiento específico, pero se puede realizar cuidado de soporte para protección del lecho ungueal, como también aplicación de vendajes para prevenir el desprendimiento de la uña que se encuentra parcialmente unida¹. En algunos casos se ha tratado con aplicación tópica de crema con urea al 40% bajo oclusión o crema halcinonide

al 0,1% bajo oclusión por 5 a 6 días¹. Las uñas suelen crecer nuevamente en 12 semanas o antes en niños¹, aunque en algunos casos pueden ser distróficas o tener problemas de crecimiento sobre todo si hay mala circulación periférica o daño permanente de la matriz. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Bibliografía

1. Salgado F, Handler MZ, Schwartz RA. Shedding light on onychomadesis. *Cutis*. 2017;99:33-6.
2. Ferrari B, Taliencio V, Hornos L, Luna P, Abad ME, Larralde M. Onychomadesis associated with mouth, hand and foot disease. *Arch Argent Pediatr*. 2013;111:e148-51 [Article in Spanish].
3. Clementz AGC, Mancini AJ. Nail matrix arrest following hand-foot-mouth disease: A report of 5 children. *Pediatr Dermatol*. 2000;17:7-11.
4. Kaminska K, Martinetti G, Lucchini R, Kaya G, Mainetti C. Coxsackievirus A6 and Hand, Foot and Mouth Disease: Three Case Reports of Familial Child-to-Immunocompetent Adult Transmission and a Literature Review. *Case Rep Dermatol*. 2013;5:203-9.
5. Nag SS, Dutta A, Mandal RK. Delayed Cutaneous Findings of Hand Foot, and Mouth Disease. *Indian Pediatr*. 2016;53:42-4.
6. Haneke E. Onychomadesis and hand, foot and mouth disease-is there a connection? *Euro Surveill*. 2010;15:pii: 19664.
7. Bettoli EV, Zauli S, Toni G, Virgili A. Onychomadesis following hand, foot, and mouth disease: A case report from Italy and review of the literature. *Int J Dermatol*. 2013;52:728-30.
8. Kim EJ, Park HS, Yoon HS, Cho S. Four cases of onychomadesis after hand-foot-mouth disease. *Ann Dermatol*. 2014;26:777-8.

H.A. Eguía Angeles^{a,*}, C.O. Sotelo García^b, J. Vadæle^a, H. Rasmussen^a y E.A. Eguía Angeles^c

^a *Lægehuset Rudkøbing, Rudkøbing, Dinamarca*

^b *Centro de Salud Cangas del Narcea, Cangas del Narcea, Asturias, España*

^c *Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, Asturias, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: heguia@galenoscopio.org (H.A. Eguía Angeles).