

6. Roepke SK, Ancoli-Israel S. Sleep disorders in the elderly. *Indian J Med Res.* 2010;131:302–10.
7. Teo JS, Briffa NK, Devine A, Dhaliwal SS, Prince RL. Do sleep problems or urinary incontinence predict falls in elderly women? *Aust J Physiother.* 2006;52:19–24.
8. Stone KL, Ensrud KE, Ancoli-Israel S. Sleep, insomnia and falls in elderly patients. *Sleep Med.* 2008;9:18–22.
9. St George RJ, Delbaere K, Williams P, Lord SR. Sleep quality and falls in older people living in self- and assisted-care villages. *Gerontology.* 2009;55:162–8.
10. Fung CH, Martin JL, Chung C, Fiorentino L, Mitchell M, Josephson KR, et al. Sleep disturbance among older adults in assisted living facilities. *Am J Geriatr Psychiatry.* 2012;20:485–93.

M Paz Moreno Morales *

Departamento de Fisioterapia, Universidad de Granada, Granada, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: cvalenza@ugr.es

<http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2015.09.010>

Onicomadesis: un signo de alarma inusual en el anciano



Onychomadesis: An unusual sign of alarm in the elderly

Las alteraciones de las uñas son frecuentes entre la población geriátrica. Esto es debido a cambios ungueales propios de la edad, alteraciones circulatorias y, en particular, a la susceptibilidad de la uña senil a infecciones, principalmente por hongos, y a su afectación en el contexto de enfermedades dermatológicas o sistémicas concurrentes, o por tratamientos relacionados¹. Así, por ejemplo, hasta un 20% de los ancianos pueden presentar datos de onicomiasis².

No obstante, los problemas ungueales en los ancianos a menudo se pasan por alto y no se ponen en conocimiento de los médicos responsables de su cuidado o incluso son ignorados a la hora de realizar una exploración clínica del paciente, a pesar de que, en ocasiones, esos cambios en las uñas pueden ser síntoma de una enfermedad grave subyacente¹.

Presentamos un caso que ilustra claramente la importancia de una adecuada valoración de la enfermedad ungueal en el anciano.

Mujer de 81 años, con antecedentes de hipertensión y fibrilación auricular crónica, que consultó por un cuadro de dolor abdominal y diarrea de varios meses de evolución. La enferma también estaba preocupada porque refería que en las últimas semanas había comenzado con la caída de las uñas de ambas manos. A la exploración llamaba la atención la presencia de onicomadesis en 6 dedos de las manos (fig. 1), sin aparición de alteraciones en el tejido periungueal ni hallazgos en los dedos de los pies. En el estudio analítico presentaba un hemograma normal, destacando en la bioquímica unas proteínas totales de 4,9 g/dl, con una albúmina de 1,7 g/dl y un calcio total de 6,76 mg/dl. La radiografía de tórax fue anodina. La paciente fue sometida a una colonoscopia con toma de biopsia que confirmó la presencia de una pancolitis ulcerosa.

La onicomadesis es un signo ungueal poco conocido que consiste en la separación o el despegamiento (parcial o completo) indoloro y sin inflamación de la lámina del lecho ungueal en la zona proximal, y que refleja la detención súbita en el crecimiento de las uñas³. En ocasiones pueden aparecer junto a formas menores, las llamadas líneas de Beau (surcos o estrías transversales en la uña), que reflejan interrupciones leves en el crecimiento de la lámina y que pueden darse simultáneamente en el mismo paciente como resultado de la misma enfermedad³. De forma que, cuando la noxa es más intensa y prolongada e inhibe la matriz ungueal durante 2 o más semanas puede dar origen a una depresión transversal que provoca la división total del plato ungueal apareciendo la onicomadesis⁴.

La presencia de onicomadesis en varias uñas de manos y/o pies nos debe alertar siempre de la presencia de una afección sistémica, como enfermedades inflamatorias graves (como el lupus), situaciones de gran estrés, malnutrición severa, infecciones (como fiebre tifoidea, sepsis, enfermedad mano-pie-boca)



Figura 1. Lecho ungueal con ausencia de lámina (onicomadesis) del 2.º y 4.º dedo.

o como reacción a medicamentos (como antibióticos —penicilina, cloxacilina, azitromicina—, retinoides, litio, anticomieles y fármacos citotóxicos)^{3–6}. En nuestro caso, la onicomadesis era reflejo de un proceso inflamatorio sistémico grave (enfermedad inflamatoria intestinal), que además conllevaba una malnutrición severa.

Aunque la onicomadesis se resuelve espontáneamente al cesar la noxa, sin embargo, dependiendo de la cantidad de uñas afectadas y su localización (manos, pies o ambos) el desprendimiento puede alterar temporalmente la función de los pacientes debido a limitar la capacidad para coger objetos y a la protección requerida para los dedos^{3,4}.

Es importante que los médicos y otros profesionales en contacto con la población mayor estén bien informados y familiarizados con los problemas ungueales del anciano y sus causas subyacentes, a fin de llegar a un diagnóstico preciso, y proporcionar una mejor atención sanitaria. De esta forma, identificar la aparición de onicomadesis en varios dedos de manos o pies como signo de alerta de una enfermedad sistémica grave nos permitirá realizar una adecuada y temprana intervención terapéutica en nuestro paciente.

Bibliografía

1. Abdullah L, Abbas O. Common nail changes and disorders in older people Diagnosis and management. *Can Fam Physician.* 2011;57:173–81.
2. Loo DS. Onychomycosis in the elderly: Drug treatment options. *Drugs Aging.* 2007;24:293–302.
3. Hardin J, Haber RM. Onychomadesis: Literature review. *Br J Dermatol.* 2015;172:592–6.
4. Chang P, Escalante K. Onicomadesis: descripción de 12 pacientes. *Dermatología CMQ.* 2013;11:89–93.
5. Piraccini BM, Iorizzo M, Antonucci A, Tosti A. Drug-induced nail abnormalities. *Expert Opin Drug Saf.* 2004;3:57–65.
6. Hardin J, Haber RM. Idiopathic sporadic onychomadesis: Case report and literature review. *Arch Dermatol.* 2012;148:769–70.

Luis Castilla-Guerra^{a,*}, Isabel María Coronel-Pérez^b
y Elena Margarita Rodríguez-Rey^b

^a Servicio de Medicina Interna, Hospital de la Merced, Osuna, Sevilla,
España

^b Servicio de Dermatología, Hospital de la Merced, Osuna, Sevilla,
España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: castillafernandez@hotmail.com
(L. Castilla-Guerra).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2015.09.015>