



Pediatría Atención Primaria

ISSN: 1139-7632

revistapap@pap.es

Asociación Española de Pediatría de
Atención Primaria
España

Morata Alba, Júlia; Morata Alba, Laia; Esteve Martínez, Altea; Messeger Badia, Francesc
Lesión ungueal en un escolar, ¿qué sospechar?

Pediatría Atención Primaria, vol. XIX, núm. 73, enero-marzo, 2017, pp. 57-62

Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria

Madrid, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=366650374008>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto



Lesión ungueal en un escolar, ¿qué sospechar?

Júlia Morata Alba^a, Laia Morata Alba^b, Altea Esteve Martínez^c, Francesc Messeger Badia^d

^aServicio de Pediatría. Hospital Lluís Alcanyis. Xàtiva. Valencia. España • ^bCS Enguera. Departamento de Salud Xàtiva-Ontinyent. Valencia. España • ^cServicio de Dermatología. Hospital General de Valencia. Valencia. España • ^dServicio de Dermatología. Clínica Xàtiva. Xàtiva. Valencia. España.

Publicado en Internet:
11-enero-2017

Júlia Morata Alba:
juliamorataalba@gmail.com

Palabras clave:

- Uñas
- Piqueteado
- Estrías ungueales

Resumen

Las alteraciones ungueales en los niños representan un motivo de consulta frecuente en Atención Primaria. El adecuado desarrollo de las uñas depende de varios procesos fisiológicos, tanto locales como sistémicos, por lo que un gran número de afecciones pueden generar alteraciones ungueales. Durante la infancia existen diferencias fisiológicas del aparato ungueal con los adultos. Conocer estas variaciones fisiológicas es imprescindible para un correcto manejo. Se presenta el caso clínico de una niña de siete años con lesiones ungueales con piqueteado ungueal y estriación.

Nail injury in a seven-year-old girl, what to suspect?

Key words:

- Nails
- Pitting
- Nail grooves

Abstract

The nail changes in children are a common reason for consultation in primary care. The proper development of nails depends on various physiological processes, both local and systemic, so a large number of conditions can cause nail changes. During infancy, there are physiological differences on nails with adults. Knowing these physiological variations is essential for proper management. The case of a seven-year-old girl with nail lesions with nail pitting and striations is presented.

INTRODUCCIÓN

Las alteraciones ungueales en los niños representan un motivo de consulta frecuente en Atención Primaria y Dermatología. Su prevalencia exacta se desconoce de modo certero. Algunas lesiones son idénticas a las de los adultos, pero existen otras que se observan con mayor frecuencia en niños. Algunas alteraciones ungueales aisladas pueden ser consideradas solo problema estético otras pueden ser claves diagnósticas para algunas enfermedades.

Un adecuado reconocimiento y manejo es imprescindible.

CASO CLÍNICO

Se presenta el caso clínico de una niña de siete años de edad, sin antecedentes familiares de interés, salvo un caso de liquen plano cutáneo en el padre años antes. No hay antecedentes personales de interés, salvo estreñimiento funcional y dermatitis atópica leve. Consulta por lesiones ungueales

Cómo citar este artículo: Morata Alba J, Morata Alba L, Esteve Martínez A, Messeger Badia F. Lesión ungueal en un escolar, ¿qué sospechar? Rev Pediatr Aten Primaria. 2017;19:57-62.

(piqueteado, líneas transversales, descamación y uñas quebradizas) en algunas uñas de manos y pies, de varios meses de evolución (Figs. 1, 2 y 3). Sin traumatismo referido. No tiene hábito de chupeteado de dedos. No hay otras lesiones cutáneas ni mucosas. No presenta otra clínica asociada. Refiere una dieta variada, aunque algo deficitaria en frutas.

Exploración clínica normal, salvo por las lesiones ungueales descritas; peso y talla en percentil 50-75.

Se inició tratamiento con un polivitamínico ante la sospecha de déficit vitamínico, pero tras dos meses seguían las lesiones sin cambios.

El piqueteado ungueal nos hacía sospechar varias enfermedades como diagnóstico diferencial (eccema, psoriasis ungueal, liquen plano ungueal y alopecia *areata*), por lo que fue remitida a Dermatología

para valoración. Fue diagnosticada inicialmente de sospecha de dermatitis de contacto o lesiones secundarias a atopía. Se descartaron alergias, inclusive a metales pesados y níquel.

Ante la ausencia de contacto con materiales o productos que le pudiesen causar dermatitis localizada en el lecho ungueal, la ausencia de lesiones de atopía en el momento de la consulta y la persistencia de las lesiones, se realizó estudio analítico para completar el estudio. Se analizó el metabolismo férrico, así como otros posibles déficits nutricionales (zinc, 1-25 hidroxicoalciferol, vitaminas B₁₂ y B₆), tirotropina (TSH) y tiroxina (T4), resultando todos normales. Se solicitaron también parámetros de autoinmunidad ante la posibilidad de psoriasis ungueal, siendo negativos el factor reumatoide y los anticuerpos antinucleares.

Ante la normalidad de los resultados analíticos y la persistencia de las lesiones, que hacían sospechar como posibilidades diagnósticas la psoriasis ungueal, sin poder descartar un liquen plano ungueal, o lesiones de eccema ungueal, se inició tratamiento con tazaroteno tópico (un derivado de vitamina A) sobre la lámina ungueal durante tres meses. Evolucionó favorablemente, normalizándose las lesiones ungueales.

Figura 1. Lesiones ungueales (mano) con piqueteado, líneas transversales, coiloniquia leve, descamación y uñas quebradizas



Figura 2. Detalle de las lesiones ungueales



DISCUSIÓN

El conocimiento de la estructura normal de la uña sana en las distintas edades de la vida es fundamental para poder identificar con rapidez cuando una uña presenta una lesión y así actuar y tratar del modo adecuado.

Hemos visto oportuno destacar las **características fisiológicas** de las uñas infantiles^{1,2}. En los primeros años de la vida es habitual observar una uña fina con coiloniquia (cóncava y con bordes evertidos) en los primeros dedos o una onicosquicia lateral (uñas quebradizas), onicopatía que consiste en la separación en capas del borde libre de la lámina ungueal. En lactantes también es fisiológico el hallazgo de una única línea transversal (Beau) en las uñas de las manos.

Figura 3. Lesiones ungueales (pies) con líneas transversales, descamación y uñas quebradizas

A continuación se hace mención de las **lesiones de las uñas** que estaban presentes en nuestro caso, como son la estriación ungueal, la coiloniquia, el piqueteado ungueal y la traquioniquia.

- **Las uñas estriadas** (longitudinales o transversales) son lesiones lineales, de distribución longitudinal o transversal, que pueden alcanzar o no toda la extensión ungueal. Sus causas pueden ser múltiples: enfermedades congénitas, sistémicas, alimentación inadecuada (carencia de vitaminas y minerales, biotina y lisina), microtraumatismos o uso de productos químicos que lesionan el lecho ungueal. En concreto las estrías, como en nuestro caso clínico, recorren toda la uña o parte de ella en sentido ascendente o descendente y de profundidad variable. Pueden aparecer en condiciones fisiológicas y agravarse con la edad o en enfermedades como el liquen plano, artritis reumatoide o vasculopatías periféricas. Las líneas de Beau son depresiones o surcos transversales en la superficie de la lámina ungueal y pueden aparecer en psoriasis, eccema y liquen plano. Una única línea transversal puede estar presente desde el nacimiento, en hasta el 92% de los neonatos, secundaria a malnutrición o estrés durante la vida intrauterina. Suele afectar a varias uñas y desaparece espontáneamente alrededor de las 14 semanas de vida.
- **La coiloniquia** son uñas delgadas de bordes evertidos y forma cóncava. Su presencia puede ser normal en los primeros años de la edad pediátrica. Pueden ser un signo de hemocromatosis o déficit de hierro, enfermedad coronaria, policitemia *vera* o trastornos endocrinos. Se pueden asociar a lúes, liquen plano, psoriasis, enfermedad de Raynaud, esclerodermia o acantosis *nigricans*.
- **El piqueteado o depresiones ungueales** deben hacernos sospechar una psoriasis ungueal, pues es el signo más frecuente hallado en la psoriasis. Destacar que en la edad pediátrica (10%) es menos frecuente que en adultos (10-78%). Las lesiones puntiformes pueden variar en tamaño

(1-2 mm), en disposición (regular o desestructurada) y en el número de afectación de las uñas (de una a veinte), algo más frecuente en las manos. Otros hallazgos ungueales que se pueden encontrar en la psoriasis ungueal son: decoloración amarillenta (mancha aceite), hiperqueratosis subungueal, traquioniquia (uñas en papel de lija, rugoso), hemorragias subungueales y depresiones transversales de la lámina ungueal (líneas de Beau). Ante la presencia de un piqueteado ungueal se debe sospechar una psoriasis ungueal (un hallazgo frecuente en la psoriasis, sobre todo en edad adulta) y se valorará siempre si existe afectación articular (artritis) para descartar artritis psoriásica. La artritis psoriásica es una artritis inflamatoria con factor reumatoide negativo, y ocurre solo entre el 5-7% de los pacientes con psoriasis. Otras dermatosis que pueden cursar con *pitting* ungueal son eccemas, liquen plano y la alopecia *areata*. En ocasiones es difícil distinguir la psoriasis ungueal de la onicomiosis o se solapan ambos diagnósticos, por lo que ante la duda es útil realizar cultivo de las uñas sospechosas.

- **Traquioniquia** (uñas rugosas). Se considera una reacción o patrón morfológico con gran variedad de manifestaciones clínicas y etiológicas. Puede afectar a una o las 20 uñas y puede ser manifestación de: liquen plano, psoriasis, alopecia *areata*, dermatitis atópica, deficiencia de inmunoglobulina A e ictiosis vulgar.

En nuestro caso se llegó al diagnóstico definitivo tras una valoración conjunta por varios especialistas (pediatra y dermatólogos), reflejando esto una vez más la necesidad en medicina de una atención multidisciplinar para una mejor atención. La clínica hacía sospechar varias hipótesis diagnósticas: déficits nutricionales, dermatitis de contacto, psoriasis ungueal, liquen plano ungueal, eccema ungueal o alopecia *areata*.

La anamnesis completa y una buena exploración clínica nos permitió ir descartando algunas de las posibilidades diagnósticas (Tabla 1). Descartamos la dermatitis de contacto por no referir contacto con productos lesivos ni a los que presentase alergia. La ausencia de alopecia nos descartó la alopecia *areata*. La normalidad analítica sin déficits nutricionales nos descartó esta etiología.

Quedaron tres como posibilidades diagnósticas, que eran la psoriasis ungueal, el liquen plano ungueal y el eccema ungueal.

Es sabido que la psoriasis ungueal puede verse aislada o asociada a lesiones cutáneas o a artritis psoriásica. Puede afectar a una uña o a todas las uñas de manos y pies. La posibilidad de una psoriasis ungueal en el caso descrito era posible dado la presencia de piqueteado o *pitting* ungueal, estrías o líneas y uñas quebradizas.

La inexistencia de lesiones cutáneas y articulares de psoriasis no era suficiente para descartar la psoriasis ungueal, pues existe, aunque poco frecuente en Pediatría, psoriasis ungueal sin otra clínica de psoriasis. Pero es cierto que en el momento actual

Tabla 1. Alteraciones ungueales en trastornos y déficits nutricionales

Enfermedad	Manifestaciones ungueales
Pelagra	Leuconiquia transversa, uña mate y onicólisis
Déficit de vitamina A	Cambios ungueales en cáscara de huevo
Déficit de vitamina C	Hemorragias subungueales
Déficit de vitamina B ₁₂	Uñas negro-azuladas. Bandas oscuras longitudinales
Déficit de zinc	Paroniquia crónica. Bandas transversales de Mees
Déficit de selenio	Debilidad de las uñas
Fetopatía alcohólica	Displasia o ausencia ungueal congénita (20%)
Déficit de hierro	Uñas quebradizas, coiloniquia y estrías longitudinales
Psoriasis ungueal	Piqueteado ungueal

no presentaba ninguna otra lesión ungueal característica de dicha enfermedad, como manchas de aceite, hiperqueratosis o leuconiquia, así como tampoco hemorragias en astilla.

El liquen plano ungueal era otra posibilidad diagnóstica, apoyada además por la presencia del antecedente familiar en el padre de liquen plano cutáneo, aunque hacía años.

El liquen plano es una dermatosis de origen desconocido, tal vez relacionada con factores genéticos e inmunitarios. La incidencia es mayor entre los 30 y 60 años de edad. Puede afectar la piel, las mucosas, el pelo y las uñas en 10% de los casos³. El liquen plano ungueal es más frecuente en ausencia de afectación cutánea y mucosa. Además, en niños, la prevalencia del liquen plano ungueal es mayor que la del liquen plano con afectación cutánea. Los hallazgos clínicos característicos incluyen: adelgazamiento de la uña, estrías longitudinales y fisuras con o sin pterigón. También pueden observarse surcos, onicomadesis, atrofia, hiperqueratosis subungueal y traquioniquia. El liquen plano ungueal típico se diagnostica en niños de entre 6 y 12 años. El diagnóstico del liquen plano ungueal puede ser difícil y requiere un estudio histológico en el que se encuentra un infiltrado linfocitario en banda de la matriz ungueal y degeneración vacuolar de la basal, queratinocitos, hiperqueratosis, hipergranulosis y acantosis del epitelio de la matriz ungueal^{4,5}.

Remarcar que el concepto de liquen plano ungueal en niños está subestimado por dos razones. Primero, la falta de lesiones en mucosas, que hace difícil el diagnóstico. Y segundo, la falta de consentimiento para realizar biopsias de la matriz ungueal en niños, pues es una técnica dolorosa y que puede causar una distrofia permanente.

Finalmente, las lesiones eccematosas ungueales no se podían descartar en nuestro caso dado que

podrían asociarse a la dermatitis atópica que presentaba la paciente. Las lesiones típicas son alteraciones leves y superficiales de la lámina ungueal, depresiones irregulares y líneas de Beau⁵.

En nuestra paciente no se realizó estudio histológico de la lesión ungueal por no obtener el consentimiento de los padres. Este estudio histológico podría haber confirmado el diagnóstico etiológico.

A pesar de no poder realizar un diagnóstico etiológico certero entre las tres hipótesis diagnósticas referidas, estas tres entidades pueden ser tratadas con tazaroteno tópico o corticoides tópicos, por lo que se inició tratamiento con el primero de ellos con resultado satisfactorio.

Además, como medidas generales en el tratamiento, se recomendó evitar microtraumatismos, mantener las uñas cortas y realizar un correcto secado de manos, todo ello con la finalidad de evitar lesionar más la estructura ungueal.

CONCLUSIONES

El conocimiento de la uña sana y de sus variables fisiológicas es imprescindible para el médico. La exploración de las lesiones ungueales es una herramienta útil y barata que nos puede evitar exploraciones innecesarias.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no presentar conflictos de intereses en relación con la preparación y publicación de este artículo.

ABREVIATURAS

T4: tiroxina • **TSH:** tirotropina.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pérez Suárez B. El lenguaje de las uñas. *Más Dermatol.* 2011;15:4-12.
2. Richert B, Andre J. Nail disorders in children. Diagnosis and management. *Am J Clin Dermatology.* 2011;12:101-2.
3. Vera Izaguirre DS, Vega Memije E, Domínguez Cherit J. Traquioniquia como hallazgo de liquen plano ungueal. Reporte de un caso. *Dermatología Rev Mex.* 2005;49:174-7.
4. Scheinfeld NS. Trachyonychia: a case report and review of manifestations, associations and treatments. *Cutis.* 2003;71:299-302.
5. Kutz AM, Aranibar L. Patología ungueal no micótica en Pediatría. *Rev Chil Pediatr.* 2012;83:383-91.