

Onicomadesis tras infección por virus Coxsackie en paciente adulto: a propósito de un caso

Onychomadesis following Coxsackie virus infection in an adult patient: a case report

Elena Echarri Larrea^a y Laura Calvo Carrasco^b

^a Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Justicia. Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz

^b Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Justicia

CORREO ELECTRÓNICO:

Elena Echarri Larrea.
echarrielen@hotmail.com

Recibido el 16 de marzo de 2024.
Aceptado para su publicación el
9 de septiembre de 2024

RESUMEN

La onicomadesis es la separación de la lámina ungueal proximal de la matriz sin alterar la adherencia distal al lecho ungueal. Entre las causas más frecuentes se encuentran los traumatismos mecánicos, las enfermedades autoinmunes, los medicamentos, enfermedades idiopáticas y las infecciones, que es la causa más común. Entre las infecciones, la enfermedad mano-pie-boca (EMPB), producida por el enterovirus Coxsackie, es la más habitual.

El período de latencia de la onicomadesis tras la EMPB es de 1 o 2 meses, siendo el tercer dedo el que suele verse más afectado. Aunque en ocasiones produce complicaciones y secuelas ungueales, por lo general la onicomadesis se resuelve de forma espontánea siempre que la matriz ungueal subyacente no esté dañada permanentemente, por lo que el tratamiento de primera línea es la observación.

Palabras clave: onicolisis, enfermedad mano-pie-boca, enterovirus.

ABSTRACT

Onychomadesis is proximal nail plate detachment from the matrix without altering distal adherence to the nail bed. Among the most common causes are mechanical trauma, autoimmune diseases, infections, medications and idiopathic factors. Of these, the most common cause is infection. Hand-foot-and-mouth disease, caused by coxsackievirus, is the most common infection leading to onychomadesis.

The latency period of onychomadesis following hand-foot-and-mouth disease is one to two months, with the third finger being the most affected. Although nail complications and sequelae sometimes occur, onychomadesis generally resolves spontaneously as long as the underlying nail matrix is not permanently damaged, so first-line treatment is observation.

Keywords: enterovirus; hand, foot and mouth disease; onychomadesis.

INTRODUCCIÓN

La onicomadesis es la separación de la lámina ungueal proximal de la matriz sin alterar la adherencia distal al lecho ungueal. En la mayor parte de las ocasiones, es el resultado de una agresión grave o prolongada a la matriz ungueal, aunque se han descrito casos de causa idiopática o familiar.

CASO CLÍNICO

Hombre de 33 años, sin alergias conocidas y con antecedentes de hipertensión arterial, acude a consulta de Atención Primaria por fragilidad ungueal con despegamiento de 8 uñas de las manos. Diagnosticado en los 45 días previos de la EMPB, producida por el virus Coxsackie, tras contacto con su sobrina enferma.



El contenido de la Revista Clínica de Medicina Familiar está sujeto a las condiciones de la licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0

En la exploración física destaca fractura de las láminas ungueales del segundo, tercer y cuarto dedo de la mano izquierda, así como del primer, segundo, tercer y cuarto dedo de la mano derecha. También llama la atención leve inflamación del tejido periungueal de dichos dedos, por lo que se plantea el diagnóstico diferencial con una posible dactilitis. No presenta dolor ni supuración en dichas localizaciones (**figura 1**).

Presentaba analítica sanguínea con hemograma sin alteraciones, reactantes de fase aguda negativos y factor reumatoide también negativo.

DISCUSIÓN

La onicomadesis consiste en la separación de la placa ungueal proximal de la matriz. Es una forma grave de las líneas de Beau, las cuales están producidas por agresiones suficientemente profundas como para alterar la producción de las uñas. Entre las causas más frecuentes de la onicomadesis, se encuentran los traumatismos mecánicos, las enfermedades autoinmunes, los medicamentos, las enfermedades idiopáticas y las infecciones¹. La onicomadesis producida por infecciones es la más común (36,9%), seguida de la que originada por fármacos (14,6%)¹. Por otro lado, los microtraumatismos al practicar aficiones activas o deportes también provocan onicomadesis, así como los microtraumatismos no reconocidos, lo cual puede desempeñar una función importante en casos de onicomadesis idiopática. En estos casos, el papel del personal médico consiste en educar a sus pacientes para que modifiquen su manera de practicar las actividades responsables de las lesiones, de forma que eviten la perpetuación del daño².

Entre las infecciones, la EMPB es la más común. El virus más frecuentemente implicado en esta etiología es el enterovirus Coxsackie A10³, aunque varios autores han demostrado una alta prevalencia de la entidad en pacientes infectados por el Coxsackievirus A6⁴.

La sintomatología principal de dicha enfermedad consiste en fiebre, malestar, vesículas en manos, pies y glúteos, así como exantema maculopapular en las palmas, las plantas y el pliegue inguinal, con úlceras de la mucosa lingual, paladar blando, mucosa bucal y/o gingival. Las vesículas tienen una forma elíptica y están rodeadas de un halo eritematoso. La resolución es espontánea, por lo general dentro de los primeros 6 días de la enfermedad. Es raro que haya complicaciones. La asociación entre dicha enfermedad y la onicomadesis fue descrita inicialmente por Clementz y Mancini en 2000 con cinco casos de niños con onicomadesis posterior al diagnóstico de EMPB⁵.

El dedo afecto más frecuente es el tercer dedo, seguido del primero, aunque esta frecuencia varía en diferentes estudios, ya que algunos autores han descrito mayor afección del pulgar u otros dedos⁶⁻⁸. Generalmente, los pies no suelen verse afectados por esta entidad⁶.

El período de latencia de la onicomadesis después de la EMPB es de 1 o 2 meses (media: 40 días), sin embargo, continúa sin quedar claro el mecanismo de acción. Se han propuesto varias hipótesis que

Figura 1. Mano derecha de un hombre inmunocompetente de 33 años con onicomadesis



explican el proceso. Una de ellas sugiere que las lesiones pueden deberse al importante impacto sistémico que se produce por la enfermedad, aunque es cierto que no todas las uñas suelen verse afectadas (media de cuatro uñas); además, se ha demostrado que no hay un vínculo entre la gravedad de la infección y la aparición de la onicomadesis. Por otro lado, algunos autores afirman que la lesión de la matriz ungueal puede tener relación con la fiebre alta, sin embargo, se han reportado casos con pacientes sin fiebre, por lo tanto, puede que no se trate de una explicación razonable. Por último, otros autores apoyan la posibilidad de que lesiones cutáneas, como vesículas o pústulas, pueden ser las responsables de provocar lesiones directas de la matriz ungueal⁹.

La progresión de esta onicopatía puede provocar inflamación y tejido de granulación en la región lateral o proximal a los pliegues ungueales. Estos cambios pueden conllevar dolor, inflamación y una posible sobreinfección. En ocasiones pueden llegar a requerir tratamientos más intensivos, como pueden ser la extracción de la placa ungueal o legrados de granulomas piógenos. Además, dependiendo de la severidad del agente causal, se puede desarrollar daño permanente en la matriz ungueal, con deformidad de la uña o retroniquia. En caso de que aparezcan las complicaciones anteriores, se puede requerir la exéresis completa de las uñas¹.

Estaría indicado el uso de queratolíticos en el tratamiento de la onicomadesis, especialmente en las formas recurrentes (onicomadesis multicapa o el engrosamiento de las uñas) para promover el ablandamiento, permitir el recorte y facilitar la avulsión química de la uña cuando sea preciso.

Sin embargo, en general, la onicomadesis se resuelve espontáneamente, siempre que la matriz ungueal subyacente no esté dañada de forma permanente, por lo que la actitud inicial es la observación¹. Por lo general, el proceso sana sin complicaciones en 12 semanas⁶.

CONCLUSIÓN

La onicomadesis puede ser la expresión de una enfermedad subyacente, en ocasiones importante, así como producir complicaciones y secuelas que influyan en la calidad de vida de los pacientes. En Atención Primaria debemos hacer una correcta anamnesis e informar a los pacientes de los factores predisponentes potencialmente evitables.

AGRADECIMIENTOS

Se obtuvo el consentimiento escrito del paciente para la publicación de este artículo.

CONSIDERACIONES

Se han tenido en cuenta las recomendaciones del CARE Statement en la redacción de este caso clínico.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kim BR, Yu DA, Lee SR, Lim SS, Mun JH. Beau's Lines and Onychomadesis: A Systematic Review of Characteristics and Aetiology. *Acta Derm Venereol*. 30 de octubre de 2023;103:adv18251. doi: 10.2340/actadv.v103.18251
2. Suchonwanit P, Nitayavardhana S. Idiopathic Sporadic Onychomadesis of Toenails. *Case Rep Dermatol Med*. [Internet]. 2016;2016:6451327. doi: 10.1155/2016/6451327.
3. Davia JL, Bel PH, Ninet VZ, Bracho MA, González-Candelas F, Salazar A, et al. Onychomadesis outbreak in Valencia, Spain associated with hand, foot, and mouth disease caused by enteroviruses. *Pediatr Dermatol*. [Internet]. 2011;28(1):1-5. doi: 10.1111/j.1525-1470.2010.01161.x.
4. Chiu HH, Liu MT, Chung WH, Ko YS, Lu CF, Lan CCE, et al. The Mechanism of Onychomadesis (Nail Shedding) and Beau's Lines Following Hand-Foot-Mouth Disease. *Viruses*. [Internet]. 6 de junio de 2019;11(6):522. doi: 10.3390/v11060522.
5. Clementz GC, Mancini AJ. Nail matrix arrest following hand-foot-mouth disease: a report of five children. *Pediatr Dermatol*. [Internet]. 2000;17(1):7-11. doi: 10.1046/j.1525-1470.2000.01702.x.
6. Nag SS, Dutta A, Mandal RK. Delayed Cutaneous Findings of Hand, Foot, and Mouth Disease. *Indian Pediatr*. Enero de 2016;53(1):42-4. doi: 10.1007/s13312-016-0788-1.
7. Wei SH, Huang YP, Liu MC, Tsou TP, Lin HC, Lin TL, et al. An outbreak of coxsackievirus A6 hand, foot, and mouth disease associated with onychomadesis in Taiwan, 2010. *BMC Infect Dis*. 2011;11. doi: 10.1186/1471-2334-11-346.
8. Shin JY, Cho BK, Park HJ. A clinical study of nail changes occurring secondary to hand-foot-mouth disease: Onychomadesis and beau's lines. *Ann Dermatol*. 2014;26. doi: 10.5021/ad.2014.26.2.280.
9. Colonna C, Giacalone S, Zussino M, Monzani NA, Cambiaghi S, Cavalli R. A case of onychomadesis associated with chilblain-like lesions after COVID-19 infection. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. [Internet]. Septiembre de 2022;36(9):e668-9. doi: 10.1111/jdv.18208.