

Caso clínico

Distrofia ungueal media canaliforme de HellerLeonel Fierro Arias,¹ Valerie Alcántara Ramírez,² Alexandro Bonifaz,³ Rosa María Ponce Olivera⁴**RESUMEN**

La distrofia media canaliforme de Heller es una alteración ungueal poco frecuente con aspecto clínico característico. Su origen, aunque desconocido, se vincula comúnmente con traumatismos repetidos. Se comunican dos casos de este padecimiento y una breve revisión de la bibliografía.

Palabras clave: uña, onicodistrofia media canaliforme, Heller.

ABSTRACT

Heller's canaliform medial dystrophy is a rare nail disorder with a singular clinical appearance. Etiology is unknown but it is often associated with repeated trauma. We report two cases of this condition and a brief review of the literature.

Key words: nail, median canaliform onicodystrophy, Heller.

La distrofia unguis mediana canaliforme de Heller, también llamada solenoniquia y recientemente distrofia ungueal media canalicular, la describió por primera vez el doctor Julius Heller en 1928.¹⁻³ Es un trastorno poco frecuente que predomina en adultos, hombres y mujeres por igual, y que forma parte de un grupo amplio de deformidades ungueales en su mayor parte secundarias a traumatismos.

Se comunican dos casos de distrofia ungueal canaliforme de Heller y se revisa brevemente la bibliografía.

CASOS CLÍNICOS**Caso 1**

Paciente femenina de 48 años de edad, originaria y residente de la Ciudad de México, que trabajaba como mesera, acudió a la consulta de dermatología debido a una dermatosis diseminada bilateralmente a las extremidades superiores, en especial a la uña de ambos pulgares, en las que se encontró distrofia lineal longitudinal que corría de la lúnula al borde distal, generando un surco de escasa profundidad del que partían algunas estrías en forma discreta que tendían a disponerse en dirección oblicua y que predominaban del lado derecho, dando un aspecto de “rama” o “pluma”.

La paciente refirió que su padecimiento inició de manera espontánea un año antes; negó cualquier traumatismo repetido sobre el pliegue proximal, la cutícula o la matriz. Se describió asintomática. Aplicó soluciones “reforzadoras” de la uña, sin especificar la formulación, que no produjeron mejoría; por el contrario, el padecimiento empeoró hasta llegar a la morfología actual desde el primer mes (Figura 1). No tenía antecedentes de relevancia ni enfermedades concomitantes. Con examen directo y cultivo se descartó infección micológica. Se decidió, entonces, iniciar tratamiento tópico, al que respondió bien desde el primer mes.

Caso 2

Paciente femenina de 67 años de edad, originaria y residente del Distrito Federal, dedicada al hogar, acudió a

¹ Cirujano dermatólogo y dermatooncólogo.

² Residente de cuarto año.

³ Jefe del Laboratorio de Micología.

⁴ Jefa del Servicio de Dermatología.
Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga, Secretaría de Salud.

Correspondencia: Dr. Leonel Fierro Arias. Zacatecas 44-506, colonia Roma Norte, CP 06700, México, DF. Correo electrónico: leofierro@yahoo.com

Recibido: febrero, 2013.

Aceptado: abril, 2013.

Este artículo debe citarse como: Fierro-Arias L, Alcántara-Ramírez V, Bonifaz A, Ponce-Olivera RM. Distrofia ungueal media canaliforme de Heller. Dermatol Rev Mex 2013;57:267-270.

www.nietoeditores.com.mx

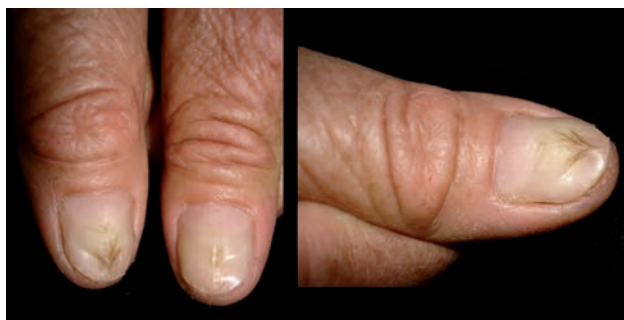


Figura 1. Cuadro bilateral asimétrico, de intensidad leve a moderada.

consulta externa por una dermatosis localizada en la extremidad superior derecha que afectaba la uña del primer dedo. Estaba constituida por onicodistrofia con fractura central que formaba un canal longitudinal que iba desde la cutícula hasta el borde libre de la uña, y del que partían líneas oblicuas hacia los bordes laterales, dando aspecto de “árbol de navidad”, además de xantoniquia (coloración amarillenta) y perionixis. Mediante dermatoscopia, se observó desprendimiento lamelar con distribución diagonal y microhemorragia (Figura 2).

La paciente mencionó que su padecimiento inició de manera espontánea cuatro meses previos a la consulta con “fisuras” en la uña, que se rompieron con el tiempo hasta adquirir la morfología actual. Manifestó que tuvo dolor punzante y ocasional que no le causó discapacidad. Respecto al tratamiento previo, indicó haberse aplicado óxido de cinc en crema y aceite de caléndula. No tenía otros antecedentes de importancia y los exámenes micológicos (exámenes directos y cultivos) fueron negativos. Se estableció el diagnóstico y se comenzó el tratamiento en este servicio, al que respondió bien.

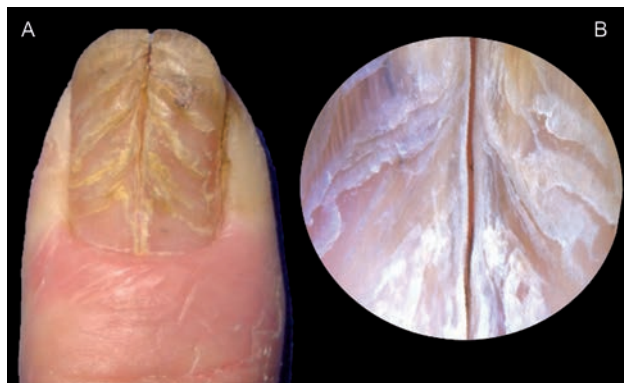


Figura 2. A. Cuadro unilateral, severo y con fractura longitudinal. B. Imagen dermatoscópica.

DISCUSIÓN

La distrofia ungueal media canicular se manifiesta clínicamente como un surco central longitudinal que se extiende desde la cutícula hasta el borde libre de la uña;⁴ puede llegar a una franca depresión canalicular medial de mayor profundidad e, incluso, a fractura. De manera constante forma fisuras oblicuas milimétricas e intermitentes que se extienden a partir del defecto central, dando un aspecto de abeto, pluma o árbol de navidad.^{1,2,5,6}

La evolución, que es progresiva, puede ser concomitante o no con perionixis. Puede afectar una o varias uñas de los dedos de las manos, pero con frecuencia afecta de forma bilateral y simétrica a los pulgares; hay casos en que están afectados los primeros artejos.² A medida que el cuadro empeora, la lámina ungueal puede tornar su coloración hacia el amarillo o marrón claro.⁷ Suele no provocar síntomas; sin embargo, en ocasiones el paciente refiere dolor pulsátil en el pliegue proximal o, en caso de paroniquia, ardor perilaminar.

Aunque se desconoce la etiopatogenia de esta alteración, se han propuesto teorías de un origen endógeno o exógeno; de éstas, la más aceptada se relaciona con traumatismo repetido sobre la matriz ungueal y esto sucede por dos mecanismos:^{1,8,9} 1) por la compulsión de manipular la lámina y 2) por empujar la cutícula hacia atrás, que se manifiesta clínicamente con incremento de la lúnula y ausencia de cutícula; de ahí que algunos autores consideren a esta alteración una psicodermatosis deformante vinculada con un tic nervioso.^{7,9}

Otros factores que posiblemente desencadenan el problema son: 1) factores congénitos con defectos en la estructura del aparato ungueal, especialmente en la matriz; además, existen algunos reportes con casos de orden familiar;^{1,10,11} 2) fármacos sistémicos, como los retinoides orales (principalmente etretinato e isotretinoína), que pueden causar también otras manifestaciones en las uñas, como paroniquia, onicólisis, hapaloniquia y líneas de Beau.^{12,13} Algunos medicamentos producen alteraciones histológicas en individuos predispuestos, en específico una reacción disqueratósica localizada en la matriz de la uña, hipótesis que se sostiene por el hecho de que los cambios clínicos desaparecen al mes de que se suspenden las sustancias mencionadas;^{9,10,13} 3) antecedentes infecciosos, procesos inflamatorios de repetición, o ambos;⁹ y 4) se ha planteado que la distrofia con este aspecto es secundaria a un

tumor subungueal, como el glómico, el quiste mucoide, la exostosis subungueal o un papiloma en la matriz, lo que genera un canal en forma de tubo (soleno) que avanza con el crecimiento.^{1,4,6}

El diagnóstico de esta enfermedad se realiza con la exploración física, además de la historia clínica detallada y un interrogatorio bien dirigido. Hay que efectuar un examen directo micológico para descartar onicomycosis, que es uno de los diagnósticos diferenciales. Otros son: el liquen plano, el eccema, los surcos fisiológicos, la psoriasis ungueal, una gran variedad de tumores y diversas onico-distrofias, como la inducida por un tic traumático puro que causa estrías transversales, llamada “uña en lavadero”, el liquen estriado, el pterigión ungueal, etcétera.^{14,15}

El tratamiento se basa en la aplicación de lubricantes externos sobre la lámina ungueal. Deben evitarse los traumatismos y, en caso de existir algún proceso infeccioso asociado, se indican antibióticos tópicos; asimismo, se ha propuesto la prescripción de medicamentos que actúen como antiinflamatorios locales, como los esteroides. En 1962, Gerstein¹⁶ fue el primero en demostrar el beneficio de la infiltración de acetato de triamcinolona en la matriz ungueal para el tratamiento de las distrofias vinculadas con la psoriasis y el liquen plano. Años más tarde, Abell y Samman¹⁷ lo propusieron como parte del tratamiento de distrofias ungueales de otros orígenes; sin embargo, solamente se han observado resultados parciales, con los inconvenientes de ser poco tolerado, doloroso y de inducir efectos secundarios transitorios, como hemorragias y atrofia, por lo que se limita su prescripción.^{17,18}

Es común la prescripción de esteroides tópicos con efecto oclusivo o sin él. En publicaciones más recientes, se propuso la administración de inhibidores de la calcineurina, por ejemplo, tacrolimus al 0.1% en ungüento aplicado una vez al día de forma oclusiva, con lo que se obtuvo mejoría significativa después de cuatro meses de tratamiento sin efectos adversos.¹⁹

Los suplementos dietéticos y complementos vitamínicos a base de biotina, vitamina B₆, vitamina E y riboflavina son otra opción terapéutica; se sugiere la dosis de una tableta al día, que disminuye la distrofia ungueal en un periodo de cuatro a seis meses, pero se han identificado recidivas frecuentes alrededor de medio año después de suspender el tratamiento.²⁰

En caso de que el origen de la distrofia sean los traumatismos repetidos en el perímetro del pliegue ungueal

proximal, se aconseja colocar un adhesivo de cianoacrilato en la base de la uña, que simula de manera artificial la cutícula y actúa como barrera aislante; debe aplicarse una o dos veces por semana, y la normalización de la uña se logra en un lapso de tres a seis meses.⁹ Si se sospecha que existe relación del evento con un posible rasgo o trastorno obsesivo-compulsivo que se esté manifestando mediante el traumatismo ungueal de repetición, entonces se propone un manejo interdisciplinario con especialistas en el área de salud mental y la administración de inhibidores orales de la recaptura de serotonina.²¹

Finalmente, se han reportado casos de distrofia que aun sin tratamiento involucionan espontáneamente en periodos de meses o años, pero también se ha observado que son frecuentes las recidivas.⁹

REFERENCIAS

1. James W, Berger T, Elston D. *Andrew's diseases of the skin: clinical dermatology*. 10th ed. Philadelphia: Saunders Elsevier, 2000;788.
2. Hoy N, Leung A, Metelitsa A, Adams S. New concepts in median nail dystrophy, onychomycosis, and hand, foot, and mouth disease nail pathology. *ISRN Dermatol* 2012;1-5.
3. Heller J. Dystrophia unguium mediana canaliformis. *Dermatol Z* 1928;51:416-417.
4. Arenas R. Onicopatías. Guía práctica de diagnóstico, tratamiento y manejo. México: McGraw-Hill, 2012;16,28.
5. Ali A. *Dermatology a pictorial review*. New York: McGraw-Hill, 2007.
6. Baran R, Dawber RPR, Richert B. Physical signs. In: Baran R, Dawber RPR, editors. *Diseases of the nails and their management*. Oxford: Blackwell Science, 2001;48-49.
7. Ring D. Inexpensive solution for habit-tic deformity. *Arch Dermatol* 2010;146:1222-1223.
8. Bolognia J, Jorizzo J, Rapini R. *Dermatology*. St. Louis: Mosby, 2003.
9. Griego R, Orengo I, Scher R. Median nail dystrophy and habit tic deformity: are they different forms of the same disorder? *Int J Dermatol* 1995;34:799-800.
10. Bottomley W, Cunliffe W. Median canaliform nail associated with isotretinoin therapy. *Br J Dermatol* 1992;127:447-448.
11. Sweeney S, Cohen P, Schulze K, Nelson B. Familial median canaliform nail dystrophy. *Cutis* 2005;75:161-165.
12. Bodman M. Nail dystrophies. *Clin Podiatr Med Surg* 2004;21:663-687.
13. Dharmagunawardena B, Charles-Holmes R. Median canaliform dystrophy following isotretinoin therapy. *Br J Dermatol* 1997;137:646-663.
14. Beker DA, Baran R. Disorders of the nails. In: Burns T, Breathnach S, Cox N, Griffiths C, editors. *Rook's textbook of dermatology*. 8th ed. London: Wiley-Blackwell, 2010;3336.
15. Jackson N, Nesbitt L. *Differential diagnosis for the dermatologist*. Berlin: Springer, 2008;844.

16. Gerstein W. Psoriasis and lichen planus of nails. Treatment with triamcinolone. Arch Dermatol 1962;86:419-421.
17. Abell E, Samman P. Intradermal triamcinolone treatment of nail dystrophies. Br J Dermatol 1973;89:191-197.
18. Grover C, Bansal S, Nanda S, Reddy S. Efficacy of triamcinolone acetonide in various acquired nail dystrophies. J Dermatol 2005;32:963-968.
19. Kim B, Jin S, Won C, Cho S. Treatment of median canaliform nail dystrophy with topical 0.1% tacrolimus ointment. J Dermatol 2010;37:573-574.
20. Gloster H, Kindred C. Habit-tic-like and median nail-like dystrophies treated with multivitamins. J Am Acad Dermatol 2005;53:543-544.
21. Vittorio C, Phillips K. Treatment of habit-tic deformity with fluoxetine. Arch Dermatol 1997;133:1203-1204.



LA ASOCIACIÓN MEXICANA DE MICOLOGÍA MÉDICA A.C.
y la
BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA



Invitan a participar en el
VII Congreso Nacional de Micología Médica
Dr. Rubén López Martínez
Que se realizará en la Ciudad de Puebla, Puebla
del 17 al 19 octubre de 2013

INFORMES

ammm_ac@yahoo.com.mx
www.asociacionmexicanademicologiamedica.com.mx

COSTOS

Inscripción al congreso

Asociados al corriente de sus cuotas:
\$800.00 hasta el 30 de mayo de 2013;
\$ 1,000.00 a partir del 1 de junio de 2013

Estudiantes con comprobante escolar:
\$500.00 hasta el 30 de mayo de 2013;
\$800.00 a partir del 1 de junio de 2013

CURSOS PRECONGRESO (cupo máximo de 30 alumnos)

- Diagnóstico de micosis superficiales y subcutáneas: \$1,500.00
- Biología molecular aplicada a la Micología Médica: \$2,000.00