

## Mujer de 59 años con lesiones ungueales características

A. Montis Suau<sup>1</sup>, J. Gutiérrez de la Peña

<sup>1</sup>- Académico numerario †  
Especialistas en dermatología

*Palabras clave:* Psoriasis ungueal, artritis psoriásica, onicolisis

*Key words:* Psoriatic nails, psoriatic arthritis, onicholysis

Acude a consulta una mujer de 59 años de edad, que refiere alteraciones de las uñas de manos y pies desde hace unos 20 años, que empeoran en periodos de estrés. Ha recibido diversos tratamientos, sobre todo preparados antifúngicos, con escasa mejoría. A la exploración dermatológica se aprecia afectación de todas las uñas de las manos y de los pies, con onicolisis, manchas amarillentas; la superficie ungueal se encuentra cubierta por leves y diminutas depresiones (figs.1 y 2). No presenta ninguna otra lesión cutánea. Se practica cultivo microbiológico que resulta negativo para hongos y bacterias.



Fig. 1. Onicolisis ungueal

### Diagnóstico: **Psoriasis ungueal**

La psoriasis es una enfermedad cutánea caracterizada por la presencia de pápulas y placas eritemato-escamosas, recubiertas de típicas escamas plateadas. Las lesiones se localizan preferentemente en el cuero cabelludo, en el tronco y en las regiones de extensión de las extremidades superiores e inferiores. Con frecuencia (20%) se afectan las uñas. Generalmente la enfermedad es de fácil diagnóstico. No sucede lo mismo si se localiza exclusivamente en las uñas, dónde son típicos los “pits” o piqueteados ungueales como pequeñas depresiones puntiformes conocidas como el signo del dedal, coloraciones amarillentas subungueales o manchas de aceite, la hiperqueratosis subungueal o acúmulo de gruesas escamas por deba-

jo de las uñas y la onicolisis o despegamiento subungueal proximal.

Se diagnostica por las características clínicas y se confirma por medio del cultivo microbiológico que descarta infecciones bacterianas o fúngicas. No obstante la sobreinfección secundaria por dermatofitos o por candidas puede asociarse a la psoriasis.

La biopsia no resulta sencilla y muestra las características histopatológicas del psoriasis con hiper y paraqueratosis, papilomatosis, dilatación capilar e infiltrados mononucleares perivasculares. La biopsia no es práctica y puede ocasionar una distrofia ungueal permanente.

El diagnóstico diferencial más importantes es con las onicomycosis y el liquen plano ungueal. El aspecto clínico de la onicomycosis es variable según el agente patógeno. Las candidas suelen afectar a la uña y al tejido periungueal. Siempre que exista onixis con perionixis, hay que pensar en infecciones por candidas. Si es por dermatofitos, las formas pueden ser distales, laterales y proximales; son asimétricas y se inician en el borde libre, con cambios en la coloración y engrosamiento de la lámina ungueal. El liquen es más agresivo con estriaciones longitudinales, queratosis subungueales y atrofia progresiva con adelgazamiento y finalmente pérdida total de la uña a la que acaba destruyendo (onicoatrofia). El tratamiento de la psoriasis ungueal es problemático.



Fig. 2. Piqueteado característico de la superficie de las uñas

En el caso presente se prescribieron biotina y cistina orales, y aplicación tópica de corticoides, con escasa mejoría a los tres meses. En los casos graves de psoriasis con gran extensión de las lesiones, más del 25% de afectación corporal, y con implicación de las uñas, éstas mejoran con tratamientos sistémicos, principalmente con los agentes biológicos como el Infliximab, etanercept y efalizumad.

Los tratamientos tópicos más efectivos son las infiltraciones de corticoides en la matriz ungueal, aunque por ser dolorosos en la práctica han caído en desuso. La laca ungueal con 8% de clobetasol, es un remedio medianamente eficaz con el que se obtienen mejores resultados.

Medicina Balear 2010; 25 (1); 38-40

Imatge diagnòstica

## Mujer joven con disminución de agudeza visual y cambios refractivos progresivos

A. Urdiales, J. J. Berenguer

Servicio de Oftalmología. Hospital Son Dureta. Palma de Mallorca

### Caso clínico

Mujer saharauí de 21 años que acude a un centro de cirugía refractiva para corrección de su ametropía mediante láser excimer (LASIK). La paciente refiere pérdida progresiva de agudeza visual con sus gafas y aumento de su graduación óptica en el último año.

Tras la valoración oftalmológica en dicho centro se desaconseja la cirugía LASIK por lo que es remitida a la sección de córnea del servicio de oftalmología del hospital para valoración y tratamiento.

### Exploración

- Agudeza visual sin corrección: ojo derecho 0.05 // ojo izquierdo cuenta dedos a 50 centímetros.

- Agudeza visual mejor corregida: ojo derecho 0.4 // ojo izquierdo 0.1

#### - Refracción:

-Ojo derecho: -1 dioptrías de esfera y -7 dioptrías de cilindro a 40°

-Ojo izquierdo: -10 dioptrías de esfera y -7 dioptrías de cilindro a 165°

#### - Biomicroscopía:

-Ojo derecho córnea transparente, presión intraocular y fondo de ojo sin alteraciones patológicas.

-Ojo izquierdo presencia de estrías de Vogt en córnea

sin cicatrización asociada (figura 1). Presión intraocular y fondo de ojo sin alteraciones.

#### - Queratometría media (media de la potencia corneal en dioptrías):

-Ojo derecho 44.25 D con un cilindro queratométrico de -7.25 a 20°.

Ojo izquierdo 50 D con cilindro queratométrico de -8.75 a 170°.

- Topografía corneal (Orbscan II) diagnóstica de queratocono en ambos ojos (figuras 2 y 3).

Tras el diagnóstico de *queratocono clínico bilateral*, se decide cirugía mediante implante de anillos corneales intraestromales (modelo INTACS SK).

La técnica de implante de anillos intracorneales se realizó bajo anestesia tópica, implantándose un solo anillo de 400 micras de grosor en ojo derecho y dos anillos de 450 micras en ojo izquierdo.



Fig. 1 Roturas en la membrana de Descemet (Estrías de Vogt).