



Viernes 13 de febrero de 2009
Seminario:
“Dermatología: casos clínicos”

Moderadora:

Ruth García Martínez de Bartolomé
*Pediatra. CS Valle de la Oliva. Área 6.
Majadahonda, Madrid.*

Ponentes/monitores:

- **Raúl de Lucas Laguna**
*Dermatólogo. Unidad de Dermatología
Pediátrica. Servicio de Dermatología
Hospital Universitario La Paz. Madrid.*
- **Ruth García Martínez de Bartolomé**
*Pediatra. CS Valle de la Oliva. Área 6.
Majadahonda, Madrid.*

Textos disponibles en
www.aepap.org

¿Cómo citar este artículo?

De Lucas Laguna R, García Martínez de Bartolomé R. Casos clínicos en Dermatología. Patología de los anejos. En: AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría 2009. Madrid: Exlibris Ediciones; 2009. p. 379-82.



Casos clínicos en Dermatología. Patología de los anejos

Raúl de Lucas Laguna

*Dermatólogo. Unidad de Dermatología Pediátrica.
Servicio de Dermatología
Hospital Universitario La Paz. Madrid.
rauldelucas@gmail.com*

Ruth García Martínez de Bartolomé

*Pediatra. CS Valle de la Oliva. Área 6. Majadahonda, Madrid.
ruthgarciam@terra.es*

INTRODUCCIÓN

La piel es uno de los órganos más extensos del ser humano, pero esta es algo más que la suave cutícula que nos rodea y envuelve. Se extiende también en sus anejos: el pelo y las uñas. Estos dos órganos, cuya patología nos puede resultar menos conocida, forman parte importante de la imagen individual y constituyen, por tanto, fuente de preocupación y consulta. Además de presentar patología propia, pueden ser manifestación de alteraciones sistémicas. Con estas premisas nace este seminario, entre cuyos objetivos cabe destacar: diferenciar las variantes de la normalidad, definir las principales entidades patológicas, ofrecer al pediatra argumentos para poder establecer un adecuado diagnóstico diferencial y ofrecerle herramientas terapéuticas e indicaciones sobre la conveniencia de derivación de algunas entidades.

Iniciamos este seminario abordando una serie de cuadros, quizás menos conocidos por el pediatra pero que suponen una importante fuente de consultas dermatológicas en Atención Primaria. El primer punto a tratar será la estructura normal del pelo y de la uña, su aspecto, su anatomía y su patología más frecuente. Hemos seleccionado una serie de procesos que comentaremos, siempre desde un punto de vista práctico y sencillo, mediante la exposición de casos clínicos “cotidianos”, como en ediciones anteriores. A continuación, exponemos los cuadros más frecuentes.

PATOLOGÍA DE LA UÑA

La uña está constituida por la lámina ungueal, la matriz y el lecho ungueal, delimitados por el hiponiquio y el pliegue proximal con la cutícula. El crecimiento medio se estima en 0,1 cm/día.

Signos ungueales

Signos ungueales por alteración de la matriz, del lecho o de la lámina

- Líneas de Beau: surcos transversales de la matriz ungueal que indican detención de su crecimiento. Normales en niños de 4-14 meses de vida. Aparecen también en traumatismos o patología sistémica.
- Onicomadesis: desprendimiento de la placa ungueal de comienzo proximal por un acontecimiento que produce la detención del crecimiento de la matriz. Se suele reponer con una lámina nueva. Frecuente en algunas infecciones virales por coxackie.
- Piqueteado (*pitting*): depresiones puntiformes de la lámina ungueal. En psoriasis, eccema, alopecia areata o traumatismos.
- Onicorrexis: fisuración paralela de las capas más superficiales de las uñas. Frecuente en el liquen plano.
- Traquioniquia: superficie ungueal rugosa y opaca. En displasia de las 20 uñas y liquen plano, psoriasis o alopecia areata.
- Coiloniquia: inversión en la curvatura de la lámina ungueal con aspecto de cuchara. Frecuente en la infancia en el primer dedo de los pies.

Signos ungueales debidos a alteración del lecho ungueal

- Onicólisis: pérdida de continuidad entre la lámi-

na y el lecho ungueal, del que se va despegando, aunque persiste unión con la matriz.

Las uñas en las enfermedades dermatológicas

- Psoriasis: onicopatía no infecciosa más frecuente. La manifestación más común es el *pitting*, y la más típica, la mancha en aceite, por hiperqueratosis localizada en el borde de la uña. Se puede encontrar onicólisis, onicorrexis, y son más frecuentes las infecciones bacterianas y fúngicas.
- Liquen plano: se produce afectación de la matriz con uñas frágiles y delgadas con estriaciones.
- Distrofia de las 20 uñas: cuadro de etiología desconocida y de aparición en la infancia. Progresiva traquioniquia de todas las uñas de manos y pies. Sin tratamiento específico (discreta mejoría con corticoides), cura espontáneamente con la edad.
- Alopecia areata: el *pitting* suele ser más pequeño e irregular que en la psoriasis y se observa en casi todas las láminas ungueales. Pueden verse también leuconiquia, líneas de Beau, coiloniquia, onicomadesis o traquioniquia.
- Eccema: suele haber lesiones eccematosas periungueales con hiperquetatosis ungueal y piqueteado de aspecto grosero.

Traumatismos de las uñas

- Hematomas: acúmulo de sangre bajo la lámina ungueal. Antecedente traumático. Si causan dolor pueden ser drenados en Atención Primaria.
- Uña encarnada: penetración de la primera uña generalmente del pie en los tejidos blandos adyacentes, produciendo inflamación, dolor y ocasionalmente infección. En estadios leves puede controlarse con el levantamiento mecánico de

la uña y pomadas de antibióticos y/o corticoides. Los casos severos con aparición de granuloma paraungueal pueden requerir cirugía.

Tumores ungueales

- Granuloma piogénico: tumoración benigna, rojiza, friable, excrecente y con tendencia al sangrado. Originado por traumatismos o medicamentos (retinoides). Tratamiento quirúrgico, tendencia a la recidiva.
- Exóstosis subungueal: excrecencia del hueso subyacente que eleva la lámina ungueal. Produce dolor al caminar y a la presión. Su diagnóstico se confirma por radiología y su tratamiento es la extirpación quirúrgica.
- Nevos melanocíticos.
- Tumores malignos: melanoma.

Infecciones de la uñas

- Onicomycosis: son raras en la infancia. Se produce un cambio de coloración, generalmente blanquecino o amarillento en la uña, en sentido proximal. Para su diagnóstico es imprescindible el cultivo. Su tratamiento requiere tratamiento sistémico con griseofulvina o terbinafina.
- Paroniquia: infección del perioniquio con inflamación y dolor. Etiología bacteriana (estafilococo, estreptococo). Puede requerir drenaje. Tratamiento antibiótico sistémico con penicilinas, resistente a betalactamasas y tópicos con mupirocina.

PATOLOGÍA DEL FOLÍCULO PILOSO

Crecimiento y caída fisiológica del pelo

El pelo está constituido por el tallo, folículo y bulbo pilosos, papila, glándula sebácea y músculo erector del

pelo.

El crecimiento del pelo es cíclico, con una fase de crecimiento activo o anagen (80% de los cabellos), que dura aproximadamente 3 años; una de regresión o catagén (1%), que dura 2-3 semanas; y otra de reposo o telogén (20% de los pelos), de 3 meses de duración aproximada, tras la cual el pelo se cae.

Patología

Alopecias

- Alopecia areata: placa única o múltiple de alopecia con superficie lisa, sin descamación, signo de tracción positiva y pelos en admiración. De etiología desconocida, tiene componente autoinmune. Se asocia a atopia, patología tiroidea y síndrome de Down. Suele acompañarse de alteraciones ungueales. Su evolución es variable, aunque en la infancia tiende a la repoblación. Pueden tratarse con corticoides, inmunomoduladores y minoxidil.
- Alopecias cicatriciales: producen atrofia dérmica y esclerosis con ausencia de folículos pilosos. Son alopecias permanentes. En quemaduras, traumatismos, algunas tiñas y enfermedades inflamatorias: liquen plano, morfea, lupus eritematoso.

Alteraciones del tallo piloso

Múltiples procesos con alteraciones eminentemente dermatológicas y con menor interés práctico para el pediatra de Atención Primaria, como: tricorrexis invaginada, pili torti, tricorrexis nudosa, tricotiodistrofia, cabello lanoso, síndrome de los cabellos impenables, síndrome del cabello suelto en anagen.

Tricotilomanía

Caída del pelo por tracción: bien del cuero cabelludo, cejas o pestañas. Dos picos de frecuencia: de 2-6 años y de 11-16 años. Placas de patología irregular con cabellos rotos de diferentes longitudes. Puede haber altera-

ciones psiquiátricas. El diagnóstico suele ser clínico.

Tinea capitis

Parasitación del cuero cabelludo por dermatófitos. Se puede distinguir:

- Tiñas no inflamatorias, con pérdida de cabello y descamación. Pueden ser: microspóricas: las más frecuentes en nuestro medio. Lesión alopecía centrífuga con escamas grisáceas y tricofíticas o tiñas de puntos negros.
- Tiñas inflamatorias: con pápulas, pústulas y costras. Hay dos variedades: querión de Celso y fá-

vica.

Pediculosis

Infestación por *pediculis capitis*, de enorme frecuencia y tratamiento complejo en ocasiones, dadas las crecientes resistencias a permetrina.

El asistente al curso no debe asustarse ante el gran número de cuadros enumerados, ya que nuestro objetivo no será el repasarlos de una manera somera y tediosa, sino dar las claves para poder manejar, tratar y, en su caso, derivar al paciente que presenta patología del cabello y de las uñas. Nuestro objetivo es compartir con vosotros nuestra pasión e interés por la dermato-

Bibliografía

1. Vázquez Doval FJ. Atlas de enfermedades de las uñas. Esmopharma; 2008.
2. Peyrí J. Patología ungueal. En: Protocolos diagnósticos y terapéuticos en dermatología pediátrica. Volumen II. Esmon; 2001. p. 185-92.
3. Azaña JM. Alteraciones del pelo y las uñas. En: Torrelo A. Dermatología en pediatría general. Aula Médica; 2007. p. 383-406.
4. Dawber RPR. Disorders of hair. En: Champion RH, Brton JL, Burns DA. Textbook of dermatology. 6.ª ed. Blackwell Science Ltd; 1998. p. 2869-973.