

BIBLIOGRAFÍA

1. Olivares Sánchez L, Pareja Grande J. Hidronefrosis aguda e insuficiencia renal obstructiva en adolescente sano. *An Pediatr (Barc)*. 2006;64:285-6.
2. Van der Horst HJ. Asymptomatic dilatation of the pyelocaliceal system in young children detected by echography: Altered insights and current management. *Ned Tijdschr Geneesk*. 2000;144:312-6.
3. Dewan PA, Ng KP, Ashwood PJ. The relationship of age to pathology in pelviureteric junction obstruction. *J Paediatr Child Health*. 1998;34:384-6.
4. Rooks VJ, Lebowitz RL. Extrinsic ureteropelvic junction obstruction from a crossing renal vessel: Demography and imaging. *Pediatr Radiol*. 2001;31:120-4.
5. Rigas A, Karamanolakis D, Bogdanos I, Stefanidis A, Androulakakis PA. Pelvi-ureteric junction obstruction by crossing renal vessels: Clinical and imaging features. *BJU International*. 2003; 92:101-3.
6. Preece JM, Beverley DW. Lesson of the month: Acute urinary retention: an unusual presentation of acute appendicitis in a 3 year old boy. *Arch Dis Child*. 2001;84:269-doi:10.1136/adc.84.3.269.
7. Blanco Jiménez E, Bocardo Fajardo G. Historia natural de la hidronefrosis congénita. *Clín Urológicas Complutense*. 2002; 9:29.
8. Santos Ruiz MI, Hidalgo-Barquero del Rosal E, García Blanco JM. Urolitiasis en la infancia: revisión clínica y epidemiológica de los últimos años en nuestro medio. *Vox Paediatrica*. 2004; 12:13-9.
9. Sorkhi H. Causes of hydronephrosis in pyelonephritic children. *Indian J Pediatr*. 2005;72:1058-9.
10. Gómez Fraile A, Aransay Bramtot A, Miralles M, López Vázquez F, García Luzón A, Jiménez Isabel A. Diagnostic comparison of diuretic isotopic renogram and diuretic Doppler ultrasonography in pediatric hydronephrosis. *Cir Pediatr*. 1999; 12:51-5.

Desviación ungueal congénita del primer dedo del pie

Sr. Editor:

Las enfermedades ungueales comunes en la infancia son las mismas que en los adultos: psoriasis, eccema, onicomicosis y liquen plano¹. Otro proceso frecuente aunque infradiagnosticado es la desviación ungueal congénita (DUC) del primer dedo del pie. Samman² fue el primero en describirlo en 1978 y, un año más tarde, Baran et al³ establecieron la denominación actual. Se caracteriza por el crecimiento, desde el nacimiento, de la lámina ungueal del primer dedo de ambos pies en sentido lateral externo con relación a la falange distal⁴⁻⁶. Su tratamiento es controvertido y una actitud conservadora puede llevar tanto a la recuperación espontánea como a complicaciones permanentes^{7,8}. Describimos un nuevo caso de DUC visto recientemente en nuestro servicio, dada la importancia de conocer esta entidad y sus posibles complicaciones para evitar diagnósticos y tratamientos erróneos.

Niña de 1 año de edad sin antecedentes personales de interés, remitida por la presencia desde el nacimiento de mal alineamiento de la uña del dedo gordo de los pies, que con el tiempo se asoció a cambios tanto en coloración como en grosor de la lámina ungueal. Estas alteraciones eran asintomáticas, por lo que no se trataron antes. Los padres no referían traumatismos en la zona ni historia familiar de una afectación similar.

En la exploración física se apreció engrosamiento, coloración amarillo-marronácea en su tercio distal y desviación lateral externa de la uña del primer dedo de ambos pies con respecto al eje longitudinal de la falange distal (fig. 1). No se observó afectación en el resto de las uñas, en la superficie cutánea, ni alteraciones en el pelo, óseas ni dentales.

Se recogió una muestra ungueal mediante raspado con bisturí del borde distal. Tanto el examen directo con hidróxido de potasio al 20% como el cultivo micológico resultaron negativos. Se estableció el diagnóstico de DUC del primer dedo del pie. Dado que el cuadro era asintomático establecimos una actitud conservadora con control evolutivo semestral.

La etiopatogenia de la DUC no está clara. Se especuló con una adquisición intrauterina por presiones debidas a posiciones fetales inapropiadas o por insuficiencia vascular. Aunque puede aparecer de forma esporádica, se implican factores genéticos y hay casos familiares que sugieren una herencia autosómica dominante con penetrancia variable; incluso se ha descrito afectación concomitante de gemelos monocigotos o dicigotos⁸⁻¹⁰. Se han publicado casos en un paciente con el síndrome de Rubinstein-Taybi, en cuatro con el de Naegeli-Franceschetti-Jadassohn y asociado a banda de constricción de dedo. Se sugiere que la DUC representa una malformación hereditaria, pero no sólo de la matriz, sino de todo el aparato ungueal⁹.

Clínicamente, se caracteriza por una desviación en sentido lateral externo, raras veces medial, de la uña con respecto al eje longitudinal de la falange distal causada por una mala alineación de la matriz ungueal, que origina cambios morfológicos en la lámina ungueal, como oscurecimiento, mayor grosor, estriaciones en forma de líneas de Beau y onicólisis distal. Es una entidad visible normalmente al nacimiento o en los primeros años vida. Suele afectar sólo a la uña del primer dedo de ambos pies, pero hay casos unilaterales (más frecuente en el lado derecho), de otras uñas de los pies o incluso alteración de las uñas de manos⁴⁻⁶.

En general, es un proceso asintomático, por lo que no se suele consultar hasta la aparición de complicaciones; la más frecuente es el enclavamiento de la uña en el pliegue ungueal externo (uña encarnada), con inflamación de los tejidos blandos,



Figura 1. Engrosamiento, coloración amarillo-marronácea distal y desviación lateral externa de la uña del primer dedo de ambos pies.

dolor, predisposición a infecciones bacterianas secundarias (paroniquia) y a la formación de tejido de granulación^{1,4,7}.

Se debe considerar entre las causas de uña encarnada, así como en el diagnóstico diferencial con diferentes alteraciones ungueales¹ como onicomycosis, alteraciones secundarias a fármacos, traumatismos (en ocasiones originan una desviación lateral de la lámina), déficits vitamínicos, dermatosis que afectan a las uñas (liquen plano, psoriasis, alopecia areata, enfermedad de Darier y eccema), manifestación de enfermedades sistémicas, procesos fisiológicos o algunos síndromes complejos (síndrome uña-rótula, displasia ectodérmica hereditaria y tricotiodistrofia).

Basándose en que muchos casos de DUC son asintomáticos, y que casi el 50% de los casos mejora o incluso se resuelven espontáneamente antes de los 10 años, algunos autores recomiendan una actitud conservadora en las formas leves, sin tratamiento, sólo con control evolutivo, medidas preventivas y antisépticos. Cuando existen complicaciones repetidas o formas graves, es preciso una corrección quirúrgica mediante la rotación medial de la matriz para conseguir realinear la matriz y la lámina ungueal. Aunque esta cirugía tiene un postoperatorio con una gran morbilidad, muchos autores consideran que como no hay signos o síntomas indicativos de la evolución en un determinado paciente, es necesaria una intervención precoz. Aplazarla puede causar complicaciones como una distrofia ungueal permanente incluso en niños menores de 2 años^{1,4,7}.

**B. Monteagudo Sánchez^a, E. León Muñoz^b,
M. Cabanillas González^a, J. Labandeira García^c
y A.I. Novo Rodríguez^d**

Servicios de ^aDermatología y ^bPediatría. Complejo Hospitalario Arquitecto Marcide-Novoa Santos. Ferrol. La Coruña. ^cServicio de Dermatología.

Complejo Hospitalario Universitario.

Facultad de Medicina. Santiago de Compostela.

^dCentro de Salud de Cedeira. La Coruña. España.

Correspondencia: Dr. B. Monteagudo Sánchez. Alegre, 83-85, 3^aA.

15403 Ferrol. A Coruña. España.

Correo electrónico: benims@hotmail.com

BIBLIOGRAFÍA

1. Iglesias A, Tamayo L, Sosa de Martínez C, Duran McKinster C, Orozco Covarrubias L, Ruiz Maldonado R. Prevalence and nature of nail alterations in pediatric patients. *Pediatr Dermatol.* 2001;18:107-9.
2. Samman PD. Great toe nail dystrophy. *Clin Exp Dermatol.* 1978;3:81-2.
3. Baran R, Bureau H, Sayag J. Congenital malalignment of the big toe nail. *Clin Exp Dermatol.* 1979;4:359-60.
4. Iglesias Zamora ME, Casado Redondo MF. Desviación ungueal congénita del primer dedo del pie. Presentación de dos casos. *Actas Dermosifiliogr.* 1999;90:439-42.
5. Cohen PR. Congenital malalignment of the great toenails: Case report and literature review. *Pediatr Dermatol.* 1991;8:43-5.
6. Del Río E. Desviación ungueal congénita del primer dedo del pie. *Piel.* 1997;12:362-4.
7. Baran R, Haneke E. Etiology and treatment of nail malalignment. *Dermatol Surg.* 1998;24:719-21.

8. Ozdemir E, Bostanci S, Akyol A, Ekmekci P, Gurgey E. Congenital malalignment of the great toenails in a pair of monozygotic twins. *J Am Pediatr Med Assoc.* 2005;95:398-400.

9. Chaniotakis I, Bonitsis N, Stergiopoulou C, Kiorpelidou D, Bassukas ID. Dizygotic twins with congenital malalignment of the great toenails: Reappraisal of the pathogenesis. *J Am Acad Dermatol.* 2007;57:711-5.

10. Kus S, Tahmaz E, Gurunluoglu R, Candan I, Uygur T. Congenital malalignment of the great toenails in dizygotic twins. *Pediatr Dermatol.* 2005;22:434-5.

Hematoma intramural duodenal posbiopsia

Sr. Editor:

La formación de un hematoma intramural duodenal en niños se debe en la mayoría de los casos a traumatismos abdominales¹. Una causa mucho menos frecuente es la presentación de esta entidad como complicación de las biopsias intestinales, procedimiento realizado mediante la cápsula de Watson-Crosby o por endoscopia digestiva. Ambas técnicas se consideran muy seguras y las complicaciones más frecuentemente descritas son la perforación y hemorragia intraluminal². El hematoma duodenal intramural es una complicación muy poco frecuente^{3,4}. Se comunican 2 casos de hematoma duodenal que fueron remitidos a nuestro hospital tras la realización de una biopsia intestinal por endoscopia en otro centro.

Paciente 1. Niño de 12 años, con sospecha clínica de enfermedad celíaca y sin antecedentes de trastornos de la coagulación. Se realiza biopsia intestinal mediante endoscopia y transcurridas 24 h inicia cuadro de dolor abdominal intenso con defensa y vómitos que evolucionan a biliosos. Se realiza una ecografía y una tomografía computarizada (TC) abdominal en los que se objetiva un hematoma in-



Figura 1. TC abdominal sin contraste intravenoso: afectación de la pared duodenal con extensión desde la segunda porción duodenal hasta el ángulo de Treitz.