

España. Los resultados del estudio apoyan que la mayor parte de las infecciones suceden en la época infantil. El grupo de embarazo tiene una prevalencia un poco más baja a lo esperable en nuestro entorno, pero achacable a que la muestra es reducida.

Agradecimientos

A la Dra. M^a Ángeles Ballesteros y al Dr. Marcos López Hoyos, del Hospital Universitario Marques de Valdecilla, Avda. Valdecilla s/n, Santander, España.

Bibliografía

1. Regaya F, Oussaief L, Bejaoui M, Karoui M, Zili M, Khelifa R. Parvovirus B19 infection in Tunisian patients with sickle-cell anemia and acute erythroblastopenia. *BMC Infect Dis.* 2007;7:123.
2. Germanaud D, Sermet-Gaudelus I. Parvovirus B19: importance of diathesis in the clinical expression of a common infection. *Rev.* 2007;57:1049-55.
3. Morelli P, Bestetti G, Longhi E, Parravicini C, Corbellino M, Meroni L. Persistent parvovirus B19-induced anemia in an HIV-infected patient under HAART. Case report and review of literature. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis.* 2007;26:833-7.
4. Morel O, Chagnaud S, Laperrelle J, Clement D, Malartic C, Akerman G, et al. Parvovirus B19 in pregnancy literature review. *Gynecol Obstet Fertil.* 2007;35:1095-104.
5. Gratacós E, Torres PJ, Vidal J, Antolín E, Costa J, Jiménez de Anta MT, et al. The incidence of human parvovirus B19 infection during pregnancy and its impact on perinatal outcome. *J Infect Dis.* 1995;171:1360-3.
6. Bas A, Tórtola MT, Caballero E, Juste C. Brote por parvovirus B19 en Barcelona. *Enferm Infecc y Microbiol Clín.* 2008;26:396-7.
7. Güerri ML, Prior C, Merino R, Zapico R. Seroprevalencia de parvovirus B19 en nuestra área y su distribución por edades y sexos. *Enferm Infecc Microbiol Clín.* 2000;18:243-4.
8. De Ory A, Pachón I, Ramírez R, Echevarría JM. Anticuerpos frente al parvovirus humano B19 en la Comunidad de Madrid. *Enferm Infecc Microbiol Clín.* 1999;17:364-5.
9. Suárez González A, Otero Guerra L, De La Guerra GV, La Iglesia Martínez Pd P, Solís Sánchez G, Rodríguez Fernández A. Varicella and parvovirus B19 immunity among pregnant women in Gijón, Spain. *Med Clin (Barc).* 2002;119:171-3.

C. Ruiz de Alegría Puig*, R. Balbás García de Bustos, M.C. Herrera González y M.A. Martínez-Bernal

Servicio de Microbiología, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, España

*Autor para correspondencia.
Correo electrónico: carlosrdap@hotmail.com
(C. Ruiz de Alegría Puig).

doi:10.1016/j.anpedi.2009.07.022

Niño de 9 años con traquioniquia: buena respuesta al tratamiento con apósitos ungueales

A 9 year-old child with trachyonychia: A good response with nail plate dressings

Sr. Editor:

La traquioniquia es un trastorno de lámina ungueal que se caracteriza por un aumento de las estriaciones longitudinales que provoca un tacto áspero, depresiones y *pitting*, lo que da un aspecto final de uñas deslustradas con pérdida de brillo y distróficas. Se trata de un signo clínico que se puede observar de forma aislada o en el contexto de otras enfermedades ungueales y cutáneas. En el síndrome de las 20 uñas esta afectación se presenta en todas las uñas, aunque se han descrito algunas variantes con afectación exclusiva de las uñas de las manos. En general, comienza en la infancia o adolescencia y con similar afectación en ambos sexos, aunque puede ser aparente al nacimiento y progresar lentamente¹.

Se presenta el caso de un varón de 9 años que consultaba por distrofia de las uñas de ambas manos de 6 meses de evolución. No refería molestias locales, pero sus padres insistían en el aspecto estético. No había presentado ninguna otra lesión cutánea y no tenía antecedentes familiares o personales de interés. Las uñas de los pies no estaban afectadas. A la exploración, se observaba en todas las uñas

de las manos aumento de las estriaciones longitudinales, con pérdida del brillo, depresiones cupuliformes, deslustramiento de la lámina ungueal más acentuado en los 3 primeros dedos de ambas manos y coiloniquia en los dedos pulgares (fig. 1). No mostraba ninguna otra lesión cutánea ni mucosa. Se realizó un

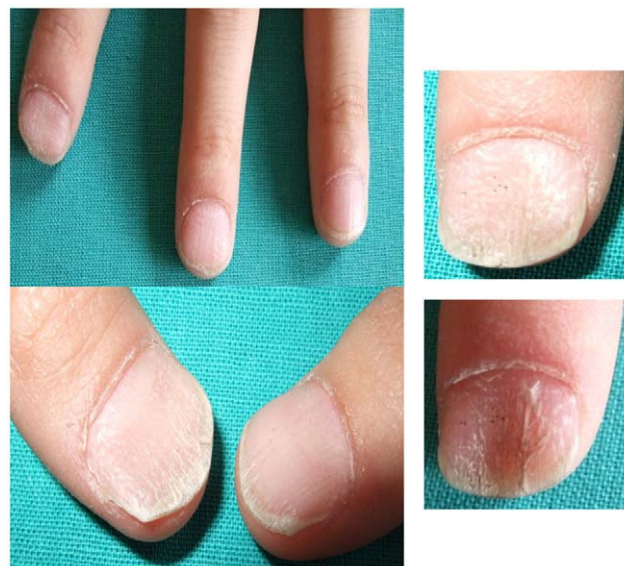


Figura 1 Aspecto clínico de las lesiones ungueales al diagnóstico, donde se observan estriaciones longitudinales, con pérdida del brillo, *pitting* y deslustramiento de la lámina ungueal que permitió el diagnóstico de traquioniquia.



Figura 2 Aspecto clínico de las uñas tras 6 meses con tratamiento con apósitos ungueales con importante mejoría de las lesiones.

estudio analítico completo que incluyó hemograma, bioquímica, serología para virus de la hepatitis y autoanticuerpos, sin que se revelaran anomalías significativas.

Con el diagnóstico clínico de traquioniquia se inició tratamiento con biotina (20 mg/día) durante 2 meses, sin respuesta adecuada. Se pautó entonces tratamiento con apósitos ungueales (lámina ultradelgada con capa adhesiva con ácido láctico, dióxido de silicio, acetilacetato de aluminio y copolímero ácido acrílicoacetato de vinilo, Finevin® uno por semana, con mejoría apreciable a partir de los 3 meses y más evidente a partir de los 6 meses (fig. 2).

La distrofia de las 20 uñas se caracteriza por ser un proceso asintomático, de causa desconocida, que suele comenzar en la infancia, afecta a niños y niñas con una frecuencia similar y es menos habitual en adultos. Suele ser bilateral y simétrica, y afecta a todas las uñas de manos y pies en la mayor parte de las ocasiones. Se han publicado algunos casos familiares con herencia autosómica dominante. Apenas se han descrito unos 50 casos en la literatura médica²; sin embargo, es posible que su frecuencia esté infraestimada porque en muchas ocasiones no se asocia con otras lesiones cutáneas y puede pasar desapercibida para padres y pediatras no acostumbrados a valorar enfermedad ungueal en niños.

Se puede asociar a otras enfermedades³⁻⁶ cutáneas y hematológicas, como alopecia areata, liquen plano, pénfigo vulgar, psoriasis, incontinencia pigmenti, vitiligo, ictiosis, coiloniquia, eccema, púrpura trombocitopénica, anemias hemolíticas, síndromes con poliendocrinopatías, o bien ser idiopática. Algunos autores la consideran una forma de liquen plano ungueal, y es necesario distinguirla de la forma clásica y de la atrofia idiopática de las uñas⁷.

Se caracteriza por un aspecto deslustrado de la lámina ungueal, que se vuelve más opaca y rugosa y da la impresión de que se han lijado longitudinalmente. La biopsia longitudinal⁸ de la lámina ungueal puede mostrar signos histológicos de liquen plano, psoriasis o eccema pero en general no se suele hacer por tratarse de un proceso benigno, y por el riesgo que conlleva una distrofia ungueal permanente.

No existe ningún protocolo terapéutico establecido: en casos en los que se demuestran signos histológicos de liquen plano se han publicado buenos resultados con acetónido de triamcinolona (0,5–1 mg/kg intramuscular cada 30 días durante 3–6 meses)⁷. En otras ocasiones, se han tratado con biotina a dosis de 20 mg/día, PUVA⁹, corticoides tópicos o griseofulvina¹⁰. En nuestro caso decidimos iniciar tratamiento local con apósitos ungueales con muy buena respuesta a los 6 meses.

Presentamos un nuevo caso de traquioniquia idiopática en la infancia con afectación de las 10 uñas de las manos asociada a coiloniquia de los pulgares y con excelente respuesta al tratamiento. A pesar de la resolución espontánea (de 4 a 6 años) en el transcurso del seguimiento⁸, creemos que se debería iniciar tratamiento cuando los padres/pacientes estén muy preocupados por el aspecto estético. En estos casos, los apósitos oclusivos son una buena alternativa exenta de efectos secundarios, si bien serían necesarios estudios controlados y aleatorizados para demostrar si realmente son eficaces.

Bibliografía

- Balci S, Kanra G, Aypar E, Son YA. Clin Dysmorphol. 2002;11:171–3.
- Sehgal VN. Twenty nail dystrophy trachyonychia: An overview. J Dermatol. 2007;34:361–6.
- Nieves DS, Phipps RP, Pollock SJ, Ochs HD, Zhu Q, Scott GA, et al. Dermatologic and immunologic findings in the immune dysregulation, polyendocrinopathy, enteropathy, X-linked syndrome. Arch Dermatol. 2004;140:466–72.
- Scheinfeld NS. Trachyonychia: A case report and review of manifestations, associations, and treatments. Cutis. 2003;71:299–302.
- Kanwar AJ, Ghosh S, Thami GP, Kaur S. Twenty-nail dystrophy due to lichen planus in a patient with alopecia areata. Clin Exp Dermatol. 1993;18:293–4.
- Khandpur S, Reddy BS. An association of twenty-nail dystrophy with vitiligo. J Dermatol. 2001;28:38–42.
- Tosti A, Piraccini BM, Cambiaghi S, Jorizzo M. Nail lichen planus in children: Clinical features, response to treatment, and long-term follow-up. Arch Dermatol. 2001;137:1027–32.
- Grover C, Khandpur S, Reddy BS, Chaturvedi KU. Longitudinal nail biopsy: Utility in 20-nail dystrophy. Dermatol Surg. 2003;29:1125–9.
- Halkier-Sorensen L, Cramers M, Kragballe K. Twenty-nail dystrophy treated with topical PUVA. Acta Derm Venereol. 1990;70:510–1.
- Sehgal VN, Sharma S, Khandpur S. Twenty-nail dystrophy originating from lichen planus. Skinmed. 2005;4:58–9.

S. Arias-Santiago*, M.A. Fernández-Pugnaire, H. Husein El-Ahmed, M.S. Girón-Prieto y R. Naranjo Sintés

Servicio de Dermatología, Hospital Clínico San Cecilio, Granada, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: salvadorarias@hotmail.es (S. Arias-Santiago).