

Deformidades de los ortijos en niños

Toe deformities in children

*Patricia Chang, *Ana Cecilia Rodas.

*Dermatóloga Hospital Ángeles y Hospital General de Enfermedades IGSS, Guatemala.

**Residente Hospital Ángeles, Guatemala.

RESUMEN

ANTECEDENTE: los ortijos de los niños pueden presentar deformidades congénitas y adquiridas con y sin afección ungüea.

OBJETIVO: presentar la experiencia clínica de las deformidades de los ortijos con y sin afección ungüea en una población pediátrica.

METODOLOGÍA: se realizó estudio descriptivo para conocer la frecuencia de las deformidades de los ortijos con y sin alteración ungüea en niños que asistieron a la consulta del Hospital Ángeles y al Servicio de Pediatría del Hospital General de Enfermedades IGSS, en la ciudad de Guatemala durante el año 2010.

Se incluyeron pacientes menores de 15 años, sin importar sexo ni motivo de consulta dermatológica. A todos los pacientes se les realizó un examen dermatológico completo con énfasis en los dedos de los pies y las uñas.

RESULTADOS: se estudiaron 30 pacientes, de los cuales 16 (53.3%) fueron del sexo femenino y 14 (46.6%) del masculino; el grupo de edad afectado fue: menos de 1 año, 2 (6.66%); 1-5 años, 14 (46.6%); 5-10 años, 7 (23.3%); y de 10 a 15 años, 7 (23.3%). Los ortijos afectados sin afección ungüea fueron 22 (73.3%), y los afectados con afección ungüea 8 (26.6%). Las deformidades encontradas fueron: clinodactilia 14 pacientes (46.6%); sindactilia 6 (20%), 3 de ellos asociados a enfermedades congénitas, 2 (6.64%) a síndrome de Down, y 1 (3.33%) síndrome de Fraser; ortijos traslapados más clinodactilia 5 (16.66%), ortijos traslapados 4 (13.33%), polisindactilia 1 (3.33%). La afección ungüea encontrada fue el aplanamiento de la uña en 8 pacientes (26.66%).

CONCLUSIONES: las deformidades de los ortijos en niños pueden presentarse de manera aislada o asociadas a enfermedades congénitas.

La alteración ungüea se presentará acorde con las diferentes deformidades de los ortijos.

PALABRAS CLAVE: deformidad, ortijos, uñas, sindactilia, polidactilia, ortijos traslapados, clinodactilia, aplanamiento ungüea.

ABSTRACT

BACKGROUND: Children's toes may have congenital or acquired deformities with or without dystrophic nails.

OBJECTIVE: To present the clinical experience of toe deformities with and without dystrophic nails in a pediatric population.

METHOD: A descriptive trial was performed to determine the frequency of toe deformities with and without nail involvement in children who attended at Angeles Hospital and the pediatrics department of the Hospital General de Enfermedades IGSS, in Guatemala City, during 2010.

Patients below 15 years old were included, regardless of sex or dermatological complaint. All patients underwent a complete dermatological examination with emphasis on the toes and their nails.

RESULTS: A total of 30 patients were studied, 16 (53.3%) were female and 14 (46.6%) male; the groups affected by age were: less than one year, 2 (6.66%); 1-5 years, 14 (46.6%); 5-10 years, 7 (23.3%); and 10 to 15 years, 7 (23.3%). The affected toes without nail disease were 22 (73.3%), and with dystrophic nails disease 8 (26.6%). Toe deformities found were clinodactyly, 14 patients (46.6%); syndactyly 6 (20%), 3 of them associated with congenital disease, 2 (6.64%) with Down syndrome, and 1 (3.33%) with Fraser syndrome; overlapping toes with clinodactyly 5 (16.66%); overlapping toes 4 (13.33%); polysyndactyly 1 (3.33%). Nail flattening by itself affected 8 patients (26.66%).

CONCLUSION: Toe deformities in children can be more common when associated to congenital diseases.

KEYWORDS: Deformity, toes, nails, syndactyly, polydactyly, overlapping toes, clinodactyly, nail flattening.

CORRESPONDENCIA

Dra. Patricia Chang ■ pchang2622@gmail.com
2ª Av. 14-74 zona 1, Hospital Ángeles, 01001,
Guatemala

Introducción

Los pies son una estructura importante para el ser humano ya que sirven para sostener el cuerpo y la ambulación.

Así como en el adulto existen deformidades de los orfejos, con y sin alteración ungueal, los niños también pueden presentar deformidades de los dedos de los pies, mismas que pueden ser congénitas o adquiridas. Algunas de tipo congénito pueden acompañarse de otras anomalías cutáneas, extra cutáneas, o síndromes raros.

El presente trabajo es sobre 30 niños con deformidades de los orfejos, 8 de ellos con alteración ungueal.

Material y método

Se realizó un estudio descriptivo para conocer la frecuencia de las deformidades de los orfejos, con y sin alteración ungueal, en niños que asistieron a la consulta del Hospital Ángeles y General de Enfermedades IGSS en la ciudad de Guatemala, durante el año de 2010.

Se incluyeron pacientes menores de 15 años, sin importar sexo ni motivo de consulta dermatológica. A todos ellos se les realizó un examen dermatológico completo, con énfasis en los dedos de los pies y las uñas.

Resultados

Se estudiaron 30 pacientes, de los cuales 16 (53.3%) fueron del sexo femenino y 14 (46.6%) del masculino. Los grupos de edad afectados fueron los siguientes: menos de 1 año, 2 (6.66%); 1-5 años, 14 (46.6%); 5-10 años, 7 (23.3%); y de 10 a 15 años, 7 (23.3%). Los orfejos afectados sin afección ungueal fueron 22 (73.3%), y los afectados con afección ungueal 8 (26.6%). Las deformidades encontradas fueron: clinodactilia, 14 pacientes (46.6%); sindactilia 6 (20%) (fotografías 1 a 10), 3 de ellos asociados a enfermedades congénitas, de las cuales 2 (6.64%) a síndrome de Down, y 1 (3.33%) a síndrome de Fraser; orfejos traslapados más clinodactilia, 5 (16.66%); orfejos traslapados, 4 (13.33%); polisindactilia, 1 (3.33%). La afección ungueal encontrada fue el aplanamiento de la uña en 8 pacientes (26.66%).

Discusión

Las deformidades de los orfejos representan un problema común en la población pediátrica,¹ y por lo general preocupa a los padres. Es importante conocer la etiología, la historia natural, las indicaciones del tratamiento, y las opciones terapéuticas disponibles.² Estas deformidades suelen ser congénitas y uno o ambos padres pueden presentar una condición similar.^{1,3}

La mayoría de las anomalías son meramente cosméticas, asintomáticas y no requieren tratamiento.² Sin embargo, conforme el niño crece, las deformidades pue-

den progresar y pasar de ser flexibles a rígidas, y progresivamente presentan síntomas.¹

Las deformidades más frecuentes son: dedos traslapados, quinto orfejo traslapado, polidactilia, sindactilia, dedos en martillo, dedos en mazo, dedos en garra, y exostosis subungueal.²

Los dedos traslapados son una de las deformidades más frecuentes y causan mucha ansiedad en los padres.⁴ Corresponde a una deformidad del plano sagital, representa una deformidad en flexión de la articulación interfalángica proximal con rotación lateral y la alineación del dedo en varo.² Su etiología no está bien establecida.¹ El quinto, cuarto y tercer orfejo, en este orden, son los más afectados. Este trastorno suele ser bilateral, simétrico y asintomático. Eventualmente, los orfejos se pueden volver rígidos y dolorosos, o bien pueden desarrollar tilosis. Los niños que presenten esta deformidad únicamente requieren observación, ya que 25-50% de los casos resuelven a la edad de 3-4 años.^{1,2,5} Ahora bien, si el problema es sintomático, se indica la tenotomía del flexor. Es importante que el calzado del niño sea ancho de la parte frontal, para que los dedos se puedan mover.⁴

El quinto dedo traslapado es una deformidad familiar. Generalmente es bilateral, dolorosa, y genera un desgaste inadecuado del calzado. Consiste en la aducción del quinto orfejo, reemplazando al cuarto dorsalmente.⁶ Puede ser posible realinear el orfejo de manera pasiva; pero no mantendrá su posición correcta. La deformidad es sintomática en la mitad de los pacientes, por lo que su corrección es necesaria en estos casos.^{2,5}

La polidactilia (fotografía 1), dedos supernumerarios de manos y pies, es otra deformidad frecuente en los niños y puede afectar todos los orfejos,⁶ con más frecuencia el quinto.⁵ Su incidencia es igual en ambos sexos,⁶ y ocurre en aproximadamente 2 de cada 1 000 nacidos vivos. Se puede clasificar en pre axial (primer orfejo), central (segundo, tercer, cuarto orfejos), y pos axial (quinto orfejo). También se puede clasificar en tipo A articulada, y tipo B rudimentaria; puede asociarse a polidactilia de las manos y suele ser un desorden aislado con herencia autosómica dominante.^{2,6} Alrededor de 30% de los pacientes tienen historia familiar. El tratamiento es quirúrgico² y se realiza a los 9 o 12 meses de edad.⁷

La sindactilia (fotografías 2 a 6) se refiere a la fusión de dos o más dedos entre sí. Es una condición relativamente frecuente de los orfejos pequeños. Ocurre en uno de 2000-2500 nacidos vivos. Puede ocurrir de manera aislada, o asociada con anomalías congénitas (5%).⁷ La mayoría de las veces es asintomática y puede existir historia familiar. Hay dos tipos de presentación: la simple y la com-



Fotografía 1. Polisindactilia aislada en un niño de 2 meses.



Fotografía 2. Sindactilia ortejos menores pies izquierdo.



Fotografía 3. Sindactilia en un paciente de 9 meses con Síndrome de Down.

binada.^{2,6} La simple es cuando solo compromete tejidos blandos, pudiendo individualizar las falanges en toda su extensión. La combinada compleja incluye la unión de los tejidos blandos y el compromiso de las falanges. El sitio más frecuente es entre el segundo y tercer ortejos.⁶ La sindactilia simple no suele requerir tratamiento, a diferencia de la combinada que sí lo requiere.²



Fotografía 4. Clinodactilia en un niño sano de 6 años.



Fotografía 5. Sindactilia bilateral en un niño de 3 años, 5 meses con Síndrome de Down.



Fotografía 6. Acercamiento de la alteración del pie derecho.

Los dedos en martillo son una deformidad del plano sagital similar a los dedos traslapados (fotografías 7 y 8), pero sin la mala rotación del ortejo. Existe una deformidad en flexión en la articulación interfalángica proximal, con o sin flexión en la articulación interfalángica distal. Suele ser bilateral, simétrica, asintomática, y afecta en su mayoría al segundo ortejo. En el infante generalmente es



Fotografía 7. Ortejos traslapados bilateral sin afección ungueal en una niña de 12 años.



Fotografía 8. Acercamiento de la lesión.

hereditaria; en niños mayores resulta por el uso de calzado inapropiado.⁷ La deformidad puede volverse rígida y se puede desarrollar tilosis dolorosa en el dorso de la articulación interfalángica proximal. En niños que presentan una deformidad severa o síntomas persistentes está indicado realizar una tenotomía abierta del flexor largo.²

Los dedos en mazo son una deformidad del plano sagital en flexión de la articulación interfalángica distal.⁷ También son secundarios al acortamiento del tendón flexor largo.² El segundo orjejo suele ser el más afectado.¹ La mayoría de casos son leves y no requieren tratamiento.⁷ Esta deformidad puede volverse sintomática en la adolescencia. La corrección se obtiene al realizar la liberación del tendón.²

Los dedos en garra se caracterizan por una dorsiflexión o una contractura en extensión de la articulación metatarso falángica, en asociación con una deformidad en flexión de la articulación interfalángica proximal; en ocasiones también de la distal. De manera general se afectan los cuatro orjejos pequeños.² Esta deformidad es una condición rara que puede ocurrir de manera idiopática, generalmente se asocia con pie cavo, presente en enfermedades neuromusculares como Charcot-Marie-Tooth o mielomeningocele.⁷

La exostosis subungueal es un tumor óseo poco frecuente, cuya etiología se desconoce. Ocurre en la falange distal de algún orjejo, principalmente el primero, por debajo o adyacente a la lámina ungueal. El tratamiento consiste en remover parcialmente la uña y la escisión de la exostosis.²

El hallux valgus es una deformidad común y la mayoría de las veces existen antecedentes familiares. Por lo general ocurre de forma bilateral y se observa con mayor predominio en las niñas.² En un niño con hallux valgus el primer orjejo se desvía lateralmente para solaparse al se-

gundo orjejo, y el primer metatarsiano se desvía medialmente, causando una prominencia en la articulación metatarso falángica.⁷ Existen causas tanto intrínsecas como extrínsecas. Las causas intrínsecas incluyen metatarso primo varo, longitud del primer metatarsiano, laxitud articular generalizada, hipermovilidad de la primera articulación metatarso-cuneiforme. Los factores extrínsecos que pueden contribuir son: el uso persistente de zapatos de tacón con punta estrecha y los trastornos neurológicos como parálisis cerebral.² La mayoría de los casos son asintomáticos y no requieren tratamiento, pero se debe indicar al paciente modificar el calzado.⁷ Si hay laxitud articular generalizada y pie plano, un aparato ortopédico para restaurar el arco longitudinal medial puede ser de utilidad. Las indicaciones para el tratamiento quirúrgico incluyen síntomas persistentes y la progresión de la deformidad.²

En los adultos se han observado ciertas alteraciones ungueales asociadas a las deformidades de los orjejos, como el aplanamiento de la uña, la onicólisis, la onicodistrofia y la coiloniquia.⁸

El presente trabajo da a conocer las deformidades de los orjejos en una población pediátrica, las cuales pueden ser aisladas o estar asociadas a otras enfermedades; en ocasiones pueden acompañarse de alteraciones ungueales acordes a la deformidad presentada, lo cual debe ser tomado en cuenta para seleccionar el uso de un calzado adecuado y evitar mayor deformidad a largo plazo.

Las dos deformidades más frecuentes fueron la clinodactilia (fotografías 9 a 12), con 14 casos (46.6%), y la sindactilia, con 6 casos (20%) y la afección ungueal encontrada fue el aplanamiento de la uña se encontró en 8 pacientes (26.66%) (fotografías 13 a 15). Junto con otras deformidades (fotografía 16) que pueden pasar desapercibidas si no se efectúa un examen médico completo.



Fotografía 9. Clinodactilia cuarto orjejo derecho.



Fotografía 10. Clinodactilia bilateral ambos cuartos orjejos en una niña de 12 años.



Fotografía 11. Acercamiento de la clinodactilia orjejos menores.



Fotografía 12. Clinodactilia bilateral en un niño de 13 años.



Fotografías 13. Clinodactilia bilateral con aplanamiento ungueal.



Fotografías 14. Clinodactilia bilateral con aplanamiento ungueal.



Fotografía 15. Clinodactilia del cuarto ortejo derecho con aplanamiento ungueal del quinto ortejo.



Fotografía 16. Ortejos en forma de peine.

REFERENCIAS

1. Koepsel KA. "Pediatric and childhood abnormalities". 2010. Disponible en http://www.podiatrynetwork.com/document_disorders.cfm?id=194. Consultado en febrero 2011.
2. Thompson GH. "Bunions and deformities of the toes in children and adolescents". *J Bone Joint Surg Am* 1995; 77: 1924-1936.
3. Thomas JL, Blitch EL, Chaney M, et al. "Diagnosis and treatment of forefoot disorders. Section 1: Digital deformities". *The Journal of Foot & Ankle Surgery* 2009; 49 (2): 230-272.
4. Fixsen JA. "Problem feet in children". *Journal of the Royal Society of Medicine* 1998; 91: 18-22.
5. Knott L. "Orthopaedic problems in childhood". 2009. Disponible en <http://www.patient.co.uk/doctor/Orthopaedic-Problems-in-Childhood.htm>. Consultado en febrero 2011.
6. Gore AJ, Spencer JP. "The Newborn Foot". *Am Fam Physician* 2004; 69: 865-872.
7. Hoekelman RA, Chianese MJ. "Toe deformities in children". 2008. Disponible en http://www.pediatriccareonline.org/pco/ub/view/AAP-Textbook-of-Pediatric-Care/394183/3.2/chapter_183_foot_and_leg_problems. Consultado en febrero 2011.
8. Chang P, Pinzon Porres P. "Deformidades de los ortejos y alteraciones ungueales". *DCMQ* 2008; 6 (4): 232-240.