

Reacciones medicamentosas con afección del pliegue proximal ungueal

Drug reactions with involvement of the proximal nail fold

Patricia Chang,¹ Dary Gálvez²

¹ Dermatóloga. Hospital General de Enfermedades, Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS), Guatemala.

² Electiva del Servicio de Dermatología, Hospital General de Enfermedades, Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS).

Fecha de aceptación: abril 2012

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: el pliegue proximal es una estructura que puede verse afectada por las diferentes reacciones medicamentosas.

OBJETIVO: presentar la experiencia clínica de las reacciones medicamentosas con afección del pliegue proximal ungueal.

MATERIALES Y MÉTODOS: se realizó estudio de tipo transversal, prospectivo-retrospectivo, a 13 pacientes con diferentes reacciones medicamentosas en los hospitales generales de enfermedades del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) y el Hospital Los Ángeles, que presentaron, además de su afección cutánea o mucosa, alteración del pliegue proximal, sin importar edad ni sexo, entre los años 2006 y 2009. A todos los pacientes se les realizó examen dermatológico completo con hincapié en las uñas de manos y pies, sin considerar ninguna otra alteración ungueal.

RESULTADOS: de los 13 pacientes estudiados en el hospital Los Ángeles, en nueve (69.2%) pacientes del sexo masculino y cuatro (30.7%) del femenino, se encontró afección del pliegue proximal ungueal en los pies de seis pacientes (46.1%), en manos, cuatro (30.7%), y en manos y pies, tres (23.0%). Las reacciones medicamentosas que afectaron el pliegue proximal de los pacientes con síndrome de Stevens Johnson fueron cinco (38.4%); con erupción fija por drogas, cuatro (30.7%); con melanodermia por citostáticos, dos (15.3%); con eritema periungueal, uno (7.69%); y con fotosensibilidad, uno (7.69%).

CONCLUSIONES: el pliegue proximal, como el resto de aparato ungueal, también puede afectarse por las diferentes reacciones medicamentosas conocidas.

PALABRAS CLAVE: reacciones medicamentosas, pliegue proximal ungueal, erupción fija por drogas, síndrome de Stevens Johnson, melanodermia por citostáticos, fotosensibilización.

ABSTRACT

INTRODUCTION: The proximal nail fold is a structure of the nail apparatus that can also be affected by drug reactions.

OBJECTIVE: To present the clinical experience in drug reactions with involvement of the proximal nail fold.

MATERIALS AND METHODS: We carried out a transversal and prospective-retrospective study with 13 patients with a drug reactions studied at the Hospital General de Enfermedades (IGSS) and Hospital Los Angeles in Guatemala City. Besides the cutaneous or mucosae involvement, the proximal nail fold was also affected. All of them were studied from 2006 till 2009. We performed a careful dermatological examination on fingernails and toenails without reporting any other nail abnormality.

RESULTS: Thirteen patients were studied, nine males (69.2%) and four females (30.7%). Proximal toe nail fold involvement in six (46.1%), fingernail in four (30.7%), with finger and toe nails in three (23.0%). The drug reactions with affection of the proximal nail fold were Stevens Johnson syndrome five patients (38.4%), fixed drug eruption in four (30.7%), melanodermia due to cytostatic drugs, in two (15.3%), periungual erythema, and photosensitivity one case each (7.69%).

CONCLUSIONS: The proximal nail fold can be affected in drug reactions as previously reported.

KEYWORDS: drug reactions, proximal nail fold, fixed drug eruption, Stevens Johnson syndrome, melanodermia due to cytostatic drugs, photosensitization.

CORRESPONDENCIA

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

Introducción

Las reacciones medicamentosas pueden afectar cualquier órgano, y la piel y sus anexos no son la excepción. El aparato ungueal puede verse afectado en cada uno de sus componentes y presentar, además de las alteraciones ungueales ya conocidas por reacciones medicamentosas, como la erupción fija por drogas, síndrome de Stevens Johnson, síndrome de Lyell, discromías y otras.

Se presentaron las reacciones medicamentosas con afección del pliegue proximal en 13 pacientes del Hospital General de Enfermedades (IGSS) y en el Hospital Los Ángeles.

Materiales y métodos

Se estudiaron 13 pacientes con diferentes reacciones medicamentosas de los hospitales generales de enfermedades del IGSS y Los Ángeles, que presentaron, además de afección cutánea o mucosa, alteración del pliegue proximal, sin importar la edad ni el sexo, entre los años 2006 y 2009.

Resultados

Se estudiaron 13 pacientes, nueve del sexo masculino (69.2%) y cuatro del sexo femenino (30.7%), con edades

de <20 años, uno (7.69%); de 21 a 40 años, siete (53.8%); de 41 a 60 años, cinco (38.4%); de 61 a 80 años, ninguno.

Las causas que originaron la ingesta de medicamentos fueron: cáncer, tres (23.0%); hiperuricemia, tres (23.0%); infección urinaria, dos (15.3%); amigdalitis, dos (15.3%); lumbago, uno (7.69%); dolor articular, uno (7.69%); dolor de cintura, uno (7.69%).

Los siguientes medicamentos fueron indicados: citostáticos, tres (23.0%); alopurinol, tres (23.0%); trimetoprim y sulfametoxazol, dos (15.3%); piroxicam, dos (15.3%); metocarbamol, uno (7.69%); quinolonas, uno (7.69%); cefixime, uno (7.69%).

Las diferentes reacciones medicamentosas afectaron el pliegue proximal de los pies de seis pacientes (46.1%); de manos, cuatro (30.7%); y de manos y pies, tres (23.0%).

Las reacciones medicamentosas con síndrome de Stevens Johnson fueron cinco (38.4%) (figuras 1-10); con erupción fija por drogas, cuatro (30.7%) (figuras 11-13); con melanodermia, dos (15.3%); (figura 14) con fotosensibilidad, uno (7.69%), (figura 15), y con eritema periungueal, uno (7.69%) (figura 16) (cuadro 1).

Las lesiones cutáneas del pliegue proximal estudiadas fueron eritema periungueal, edema, lesiones vesículo-ampollosas, exfoliación epidérmica y melanodermia.



Figura 1. Panorámica de la afección del pliegue proximal. Síndrome de Stevens Johnson causado por sulfas.



Figura 2. Acercamiento de la lesión en los pulgares.



Figura 3. Placas eritematosas del pliegue proximal de las manos, secundarias a síndrome de Stevens Johnson por sulfas.



Figuras 4. Panorámica de la afección del pliegue proximal de las manos. Síndrome de Stevens Johnson por quinolonas.



Figuras 5. Panorámica de la afección del pliegue proximal de las manos. Síndrome de Stevens Johnson por quinolonas.



Figura 8. Lesiones vesículo-bulosas del pliegue proximal de la mano por cefixime.



Figura 6. Acercamiento de las lesiones de placas con eritema y edema.



Figuras 9. Lesiones vesículo-bulosas del pliegue proximal de los pies por cefixime.



Figura 7. Placas eritematosas del pliegue proximal podal, secundarias a síndrome de Stevens Johnson por alopurinol.



Figuras 10. Lesiones vesículo-bulosas del pliegue proximal de los pies por cefixime.



Figura 11. Erupción fija por drogas del pliegue proximal por metocarbamol.



Figura 14. Melanodermia del pliegue proximal por adriamicina.



Figuras 12. Erupción fija por drogas del pliegue proximal por alopurinol.



Figuras 13. Erupción fija por drogas del pliegue proximal por alopurinol.



Figura 15. Lesiones vesículo-bulosas por piroxicam.



Figura 16. Eritema periungueal por docetaxel, tratamiento para cáncer de mama.

Cuadro 1. Reacciones medicamentosas con afección del pliegue proximal

| SEXO/EDAD | | ENFERMEDAD | MEDICAMENTO | REACCIÓN MEDICAMENTOSA | LOCALIZACIÓN |
|-----------|----|--------------------|------------------------------|-----------------------------------|--------------|
| M | F | | | | |
| 18 | | Amigdalitis | Trimetoprim y sulfametoxazol | Síndrome de Stevens Johnson | manos |
| 33 | | Infección urinaria | Trimetoprim y sulfametoxazol | Síndrome de Stevens Johnson | manos |
| | 30 | Infección urinaria | Quinolonas | Síndrome de Stevens Johnson | manos y pies |
| 30 | | Hiperuricemia | Alopurinol | Síndrome de Stevens Johnson | pies |
| 49 | | Hiperuricemia | Alopurinol | Erupción fija por drogas bulosa | manos y pies |
| 33 | | Lumbago | Metocarbamol | Erupción fija por drogas maculosa | pies |
| | 33 | Dolor articular | Alopurinol | Erupción fija por drogas bulosa | pies |
| 55 | | Dolor articular | Piroxicam | Erupción fija por drogas bulosa | pies |
| 32 | | Dolor de cintura | Piroxicam | Fotosensibilidad | manos |
| | 45 | Cáncer de mama | Docetaxel | Eritema periungueal | manos |
| 50 | | Cáncer | Bleomicina | Melanodermia periungueal | pies |
| 55 | | Cáncer | Adriamicina | Melanodermia periungueal | pies |
| | 33 | Amigdalitis | Cefixime | Síndrome de Stevens Johnson | manos y pies |

Discusión

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la reacción medicamentosa como “el efecto que no es intencionado y que ocurre a las dosis normalmente usadas en el hombre, para la profilaxis, el diagnóstico o el tratamiento de sus enfermedades”.¹ Las reacciones medicamentosas pueden comprometer varios órganos o sistemas. Cuando existe afección cutánea se llama farmacodermia, denominada también erupciones por fármacos, reacciones cutáneas por medicamentos, toxicodermias o dermatosis medicamentosas.² La piel es el órgano involucrado con más frecuencia, acompañado, a veces, de afección de sus anexos y mucosas.^{3,4,5}

La incidencia de las reacciones medicamentosas es de 2 a 3% de los pacientes hospitalizados.^{5,6} Son causadas por medicamentos que penetran en el organismo por diversas vías, excepto la cutánea, que está determinada por factores constitucionales, adquiridos y del huésped.⁷

Los mecanismos desencadenantes pueden ser inmunológicos y no inmunológicos.

Los inmunológicos son: tipo I o IgE dependientes (urticaria); tipo II o citotóxica (púrpura trombocitopénica); tipo III o por complejos inmunes (vasculitis); tipo IV o mediados por células, con las subclasificaciones, IVa (eccema), IVb (exantema maculopapular y buloso), IVc (exantema maculopapular y buloso y necrólisis epidérmica tóxica), IVd (pustulosis aguda generalizada exantemática) y los de autoinmunidad. Los no inmunológicos: dosis excesivas, intolerancia, toxicidad acumulativa, reacción de Jarish Herxheimer.¹³

Las manifestaciones clínicas resultan de la interacción del sistema inmunológico y la piel. Las más frecuentes son las mediadas por linfocitos T.⁸

Clínicamente, las farmacodermias pueden manifestarse como exantemas, urticaria, angioedema, erupciones acneiformes, ampollares, eritema fijo pigmentado, erupciones liquenoides, vasculitis, enfermedad del suero, con el síndrome de Stevens Johnson/necrólisis epidérmica tóxica o síndrome de Lyell, síndrome de hipersensibilidad, reacciones de fotosensibilidad, eritrodermia, pigmentaciones y discromías, atrofia tipo lupus, y eritema nodoso.^{1,7,9,10} Las menos frecuentes pueden manifestarse como pustulosis exantemática aguda generalizada, alteraciones ungueales, alopecia, hipertrichosis, mucositis e hiperplasia gingival, granulomas y eritema anular, lipodistrofias, pseudolentiginosis cutánea, estados ictiosiformes y reacciones queratósicas.^{1,10}

El aparato ungueal también puede presentar reacciones medicamentosas en cada uno de sus componentes. En el nivel del pliegue proximal se manifiestan como eritema, hemorragia, necrosis, descamación dolorosa y edema.^{11,12} En el plano ungueal se describen como líneas de Beau, onicólisis, onicomadesis, dolor, engrosamiento o adelgazamiento, melanoniquia, bandas de Muehrcke, leuconiquia, hemorragia, supuración subungueal, paroniquia, granuloma piogénico, uñas mitad-mitad, onicodistrofia, onicocriptosis, fragilidad ungueal y pigmentación de la cutícula.¹³

Los medicamentos que con más frecuencia producen reacciones medicamentosas en el nivel del aparato ungueal

son los citostáticos, y en general antibióticos, anticonvulsivantes, antiarrítmicos, anticoagulantes, antifúngicos, alopurinol, inhibidores de la bomba de protones, antiinflamatorios no esteroideos, inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina, diuréticos, antirretrovirales y beta bloqueadores.^{2,5,6,10}

El presente trabajo nos da a conocer las afecciones del pliegue proximal por las diversas reacciones medicamentosas estudiadas (síndrome de Stevens Johnson, erupción fija por drogas, melanodermia, fotosensibilidad y eritema periungueal).

Se presentan estos casos por lo poco frecuente o poca atención que se le da a las afecciones del pliegue proximal, algunas lesiones de éste se presentaron asociadas a los otros cambios ya conocidos en piel por las reacciones medicamentosas estudiadas en nueve casos (69.2%) y en cuatro (30.7%) solo afección del pliegue proximal.

REFERENCIAS

1. Alonzo L, López L. "Diagnóstico diferencial de reacciones medicamentosas adversas". *Rev Cent Dermatol Pascua*. 2000; 9(2): 120-124.
2. Aldama A, Gorostiaga G, Rivelli V, Mendoza G. "Formas graves y mortales de las farmacodermias. A propósito de 53 casos". www.redaccionmedica.com/formacion/farmacodermias_2.pdf, consultado el 7 de noviembre de 2009.
3. Mayorga C, Torres M, Fernández J, Sánchez Sabate E, Álvarez J, Mayorga C, Fernández J. "Cutaneous symptoms in drug allergy: What have we learnt?". *Current Opinion in Allergy and Clinical Immunology*. 2009; 9: 431-436.
4. Gruchalla R. "Understanding drug allergies". *J Allergy Clin Immunol*. 2000; 105(6) S1: 637-644.
5. Martín R, Marcano M, Sardi J, Ball, Giansante E. "Síndrome de hipersensibilidad inducido por fármacos. Revisión de 3 años en el Servicio de Dermatología del Hospital Universitario de Caracas, Venezuela". *Dermatología Venezolana*. 2008; 46(1): 18-23.
6. Gerson D, Sriganeshan V, Alexis J. "Cutaneous drug eruptions: A 5-year experience". *J Am Acad Dermatol*. 2008; 59(6): 995-999.
7. Shear N, Knowles S, Sullivan J, Shapiro L. "Cutaneous reactions to drugs". En: K Wolff, L Goldsmith, S Katz et al. *Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine*, Nueva York, McGraw-Hill, 2008: 355-361.
8. Rozières A, Vocanson M, Ben B et al. "Role of T cells in non immediate allergic drug reactions". *Current Opinion in Allergy and Clinical Immunology*. 2009; 9: 305-310.
9. García Patos Briones V, García D. "Toxicodermias" www.aeped.es/protocolos/dermatologia/tres/toxicodermias.pdf consultado el 27 de noviembre de 2009.
10. Roujeau J. "Clinical heterogeneity of drug hypersensitivity". *Toxicology*. 2005; 209: 123-129.
11. Dawber RPR, Berker D, Baran R. "Science of the nail apparatus". En: R Baran, RPR Dawber, D de Berker et al. *Diseases of the Nails and their Management*, Londres, Blackwell Science Publications, 2001: 11-21.
12. Tosti A, Baran R, Dawber R. "The nail in systemic diseases and drug-induced changes". En: R Baran, RPR Dawber, D de Berker et al. *Diseases of the Nails and their Management*, Londres. Blackwell Science Publications, 2001: 302-329.
13. Chang P, Borjas C. "Onicopatía por capecitabina". *Dermatología Cosmética, Médica y Quirúrgica*. 2009; 7(2): 141-144.