

Lúnulas rojas en alopecia areata

Red lunulae in alopecia areata

B. Pérez Tato, B. Sánchez Albisua, S. Marinero Escobedo, C. Arsuaga Acaso, I. Polimón Olabarrieta, P. Fernández López

Servicio de Dermatología. Hospital de Móstoles.

Correspondencia:

Berta Pérez Tato
Servicio de Dermatología
Hospital de Móstoles
C/ Júcar, s/n
28935 Móstoles. Madrid. España
e-mail: berta.perez@ono.com

Resumen

Las lúnulas rojas pueden observarse de forma excepcional en la alopecia areata. Describimos el caso de una mujer de 23 años con alopecia areata en placas multifocal de un año de evolución que evoluciona a una alopecia areata total. Pocas semanas después, se pueden apreciar lúnulas rojas en todos los dedos de las manos y en el primer dedo de ambos pies. La patogénesis de las lúnulas rojas es incierta. Suelen desarrollarse poco después de la fase aguda y desaparecen lentamente dejando, en algunos casos, líneas de Beau.

(B. Pérez Tato, B. Sánchez Albisua, S. Marinero Escobedo, C. Arsuaga Acaso, I. Polimón Olabarrieta, P. Fernández López. Lúnulas rojas en alopecia areata. Med Cutan Iber Lat Am 2010;38(5):207-209)

Palabras clave: Lúnulas rojas, alopecia areata, línea de Beau.

Summary

Red lunulae have been observed exceptionally in alopecia areata. We describe a 23-year-old girl with a multifocal alopecia areata of one year evolution which progress to a totalis. Few weeks later, we can observe red lunulae in all fingernails and both great toenails. Pathogenesis of red lunulae is uncertain. They usually appear shortly after the acute onset of hair loss and disappear slowly leaving, in some cases, Beau's lines.

Key words: Red lunulae, alopecia areata, Beau's line.

Los cambios ungueales en la alopecia areata son frecuentes (entre un 7% a un 66%, según las series). La alteración ungueal más común son las depresiones puntiformes, pero se han descrito también otros cambios como traquioniquia, onicólisis, leuconiquia puntiforme, surcos transversales y longitudinales, onicomadesis, onicorrexis, paquioniquia, adelgazamiento y ruptura, lúnulas moteadas y coiloniquia. Se cree que la severidad de la onicopatía es proporcional a la severidad de la pérdida de pelo[1].

Las presencia de lúnulas rojas se pueden observar de forma excepcional en la alopecia areata.

Caso clínico

Mujer de 23 años, sin antecedentes de interés, que presentaba una alopecia areata en placas multifocal, que a pesar de iniciar tratamiento con corticoides orales con dosis 1 mg/kg/día y posteriormente ciclosporina oral (3-5 mg/kg/día), evolucionó a una alopecia areata total. Tres meses después de esta evolución, además de las depresiones puntiformes que ya presentaba desde el inicio de su alopecia, se objetivaron una completa sustitución de las lúnulas blancas por lúnulas eritematosas en todas las uñas de las manos (Figura 1) y, de morfología semicircular, en las uñas del primer dedo de ambos pies (Figura 2). El eritema desaparecía



Figura 1. Lúnulas rojas.

al presionar la lámina ungueal. La analítica, incluido estudio inmunológico y tiroideo fue normal.

La paciente comenzó tratamiento con difenciprona tópica. A las 6 semanas de iniciar el tratamiento, comenzaron a desaparecer lentamente las lúnulas rojas dejando líneas de Beau (Figura 3). Por el contrario, no se objetivó repoblación de las placas de alopecia, y a los 6 meses se decidió no continuar con el tratamiento debido a la falta de respuesta.

Comentario

Se define lúnula roja como la sustitución de la zona habitualmente blanquecina, semilunar, de la región proximal subungueal, por enrojecimiento que blanquea a la presión, en ausencia de tumor subungueal o trauma. La primera descripción de lúnula roja fue hecha por Terry en 1954 en pacientes con fallo cardíaco[2].



Figura 2. Lúnulas rojas de morfología semicircular en primer dedos ambos pies.



Figura 3. Desaparición de lúnulas rojas dejando líneas de Beau.

Se pueden clasificar en tres tipos: una forma completa, en la que toda la lúnula es eritematosa, una forma incompleta, donde la zona más proximal es roja y, en la zona más distal de la lúnula, se aprecia una estrecha banda blanca y, por último, la forma moteada, que se caracteriza por una lúnula roja con zonas moteadas blanquecinas, que pueden observarse en la artritis reumatoide[3]. Pueden afectarse todas las uñas o sólo algunas, siendo las más frecuentes las primeras uñas de los dedos de los pies y de las manos[1].

Las lúnulas rojas pueden observarse más frecuentemente en artritis reumatoide[4], lupus eritematoso sistémico[5, 6], dermatomiositis, fallo cardíaco[2], cirrosis hepática, linfogranuloma venéreo, psoriasis, intoxicación por dióxido de carbono, reticulosarcoma y enfermedad pulmonar obstructiva crónica. También pueden ser idiopáticas[1].

Su presencia en la alopecia areata es muy poco frecuente. En 1955 y 1957[7, 8], se describieron los dos primeros casos de lúnulas rojas asociados a alopecia areata. Posteriormente, se ha descrito algún caso también asociado a alopecia areata total[9, 10] por lo que se cree que es más frecuente en los casos severos[10]. Suelen desarrollarse poco después de la fase aguda. Tienden a desaparecer lentamente incluso sin tratamiento[1] y, en algún caso descrito, como en el nuestro[10], tienen la peculiaridad de desaparecer dejando una línea de Beau.

Se desconoce la patogénesis de las lúnulas rojas. En un primer momento se pensó que era secundario al tratamiento con corticoides orales[7], pero posteriormente, la mayoría de los autores consideran que existe una relación primaria entre la alopecia areata y las lúnulas rojas y, apoyan el concepto de "reactividad ectodérmica generalizada" en la alopecia areata[10, 11].

Se postula que las lúnulas rojas pueden ser secundarias a un aumento del flujo sanguíneo arteriolar, o a un aumento de la adhesión de la lámina ungueal al lecho, o por vasodilatación venosa de origen incierto o cambios en las propiedades ópticas ungueales suprayacentes, que

hacen que vasos normales sean más aparentes. Los estudios histológicos efectuados descartan que sean secundarias a un aumento del tamaño o del número de capilares[12]. La apariencia de líneas de Beau sugieren inflamación de la matriz ungueal[5].

Bibliografía

1. Baran R, Dawber RPR, editors. Disease of the nails and their management, 2nd ed. Oxford: Blackwell Scientific Pub; 1994; pp. 79-80, 165-7.
2. Terry R. Red half-moons in cardiac failure. *Lancet* 1954; 2: 842-4.
3. Cohen PR. Red lunulae: case report and literature review. *J Am Acad Dermatol* 1992; 26(2 Pt 2): 292-4.
4. Jorizzo JL, González EB. Red lunulae in a patient with rheumatoid arthritis. *J Am Acad Dermatol* 1983; 8: 711-4.
5. García-Patos V., Bartralot R, Ordi J, Baselga E, de Moragas JM, Castells A. Systemic lupus erythematosus presenting with red lunulae. *J Am Acad Dermatol* 1997; 36: 834-7.
6. Wollina U, Barta U. Lupus erythematosus-associated red lunula. *J Am Acad Dermatol* 1999; 41: 419-21.
7. Leider MI. Progression of alopecia areata through alopecia totalis to alopecia generalizada. II. Peculiar nail changes (obliteration of the lunulae by erythema) while under cortisone therapy. III. Allergic eczematous contact dermatitis from the binding of a toupee or the adhesive used to hold it in position. *Arch Dermatol* 1955; 71: 648-9.
8. Ringrose EJ, Bahcall CR: Alopecia symptomatic with nail base changes. *Arch* 1957; 76: 263-4.
9. Misch KJ. Red nails associated with alopecia areata. *Clin Exp Dermatol* 1981; 6: 561-3.
10. Bergner T, Donhauser G. & Ruzicka T. Red lunulae in severe alopecia areata. *Acta Derm Venereol (Stockh)* 1992; 72: 203-5.
11. Mitchell AJ, Krull EA. Alopecia areata: pathogenesis and treatment. *J Am Acad Dermatol* 1984; 11: 763-75.
12. Wilkerson MG, Wilkin JK. Red lunulae revisited: a clinical and histopathological examination. *J Am Acad Dermatol* 1989; 20: 453-7.