

SINDROME DE LAS UÑAS AMARILLAS. PRESENTACION DE UN CASO ASOCIADO A SINUSITIS CRONICA

F. MARCOS SANCHEZ, A. DURAN PEREZ-NAVARRO,
A. AGUIRRE DE CARCER y A. MARTINEZ VIDAL*.

Servicio de Medicina Interna. Hospital de Insalud de Talavera de la Reina. Toledo.

* Servicio de Otorrinolaringología. C.E. Ramón y Cajal. Madrid.

El síndrome de las uñas amarillas está constituido por la asociación de uñas amarillas, linfedema y derrame pleural. Habitualmente se asocia a bronquiectasias, bronquitis, sinusitis crónicas e infecciones respiratorias.

Se presenta el caso de un paciente de 46 años afecto de este síndrome asociado a sinusitis crónica junto a diversos aspectos sobre etiopatogenia, cuadros con los que se asocia, alteraciones analíticas encontradas, así como posibilidades de tratamiento y pronóstico de esta rara entidad.

Arch Bronconeumol 1986; 22:85-87

Yellow nail syndrome. One case with associated chronic sinusitis

Yellow nail syndrome consists of the association of yellow nails, lymphedema and pleural effusion. There usually is an association with bronchiectasis, bronchitis, chronic sinusitis and respiratory infections.

A 46-years-old woman with the syndrome associated with chronic sinusitis is described. The different etiopathogenetic aspects, clinical associations, laboratory findings and therapeutic possibilities for this rare entity and prognosis are discussed.

Introducción

El síndrome de las uñas amarillas fue descrito por vez primera en 1964 por Samman y White¹.

El cuadro está considerado clásicamente constituido por la asociación de uñas amarillas, linfedema y derrame pleural. Habitualmente asocia a bronquiectasias, sinusitis, bronquitis e infecciones respiratorias²⁻⁹. Se acepta de modo general que la sola presencia de las uñas amarillas unido a una patología crónica del aparato respiratorio es suficiente para definir el síndrome².

Hasta este momento han sido publicadas 64 comunicaciones de esta entidad en la literatura médica, no habiendo encontrado ningún caso publicado en España. Por todo lo anterior, pensamos que referir el caso clínico de un paciente afecto de esta enfermedad puede ser interesante.

Recibido el 11-3-1985
y aceptado el 8-6-1985.

Observación clínica

Varón de 46 años de edad que como antecedentes refiere el ser fumador de 40 cigarrillos diarios desde hace 25 años, cumpliendo criterios de bronquitis crónica desde hace tres años. En la actualidad no presenta disnea de esfuerzo.

El cuadro actual se remonta a dos años antes, momento en el cual denotó la aparición de inflamación periungueal y posteriormente y de modo lentamente progresivo refiere que le fue desapareciendo la cutícula de las uñas; asimismo refiere que el color de éstas fue cambiando, adquiriendo una coloración amarillo verdosas y presentando de modo paulatino un incremento en su grosor. No ha experimentado dolor a dicho nivel.

Ha sido sometido a múltiples aplicaciones tópicas de distintos preparados corticoideos sin encontrar mejoría.

Desde hace un año, presenta de modo ocasional dolor en región facial, sobre todo a la palpación de la pirámide nasal. Asimismo indica que de modo intermitente presenta emisión de abundante secreción blanco amarillenta por el orificio nasal derecho. No refiere haber presentado fiebre.

A la exploración: TA: 130/75, consciente. Funciones superiores conservadas. Buena coloración, hidratación y nutrición. No adenomegalias. Ligero edema palpebral bilateral (fig. 1).

Presenta dolor a la presión y percusión sobre la localización cutánea correspondiente al seno frontal derecho y ambos senos maxilares, de modo más notorio en el derecho. Auscultación cardíaca:



Fig. 1. Se aprecia el edema palpebral izquierdo.



Fig. 3. Visión lateral de la uña del dedo índice, en la que se aprecia la hipercurvatura y el aumento de grosor.

normal, auscultación pulmonar: disminución del murmullo vesicular de modo global. Abdomen: normal. No edemas meleolares. Uñas: ausencia de lúnula, aumento de su grosor, hipercurvadas, de coloración amarilla verdosas, opacas y endurecidas (figs. 2-4). Exámenes de laboratorio: Coulter, SMA-12, hemostasia y orina elemental, normales. Látex, PCR, anticuerpos antinucleares, FLE VDRL: negativos. Proteinograma e inmunolectroforesis normales. Radiología de tórax normal. Radiología horizontal de senos: ocupación total del seno maxilar derecho, opacificación parcial del seno frontal derecho con imagen de nivel hidroaéreo; resto de senos normales.

Debido a la asociación de uñas amarillas, edemas palpebrales bilaterales y sinusitis crónica, en paciente fumador con criterios de bronquitis crónica, pensamos que el paciente presenta un cuadro clínico encuadrable en el síndrome de las uñas amarillas. Tras un mes de tratamiento para su cuadro de sinusitis crónica el paciente refiere mejoría de sus cuadros dolorosos faciales e indica menor secreción nasal y cambio discreto en la coloración de sus uñas.

Comentarios

Actualmente se desconoce la causa del síndrome de las uñas amarillas. Como mecanismo patogénico para explicar la coloración amarillenta de las uñas, se refiere la incorporación a la queratina de un componente desconocido⁸.

En algún caso recientemente publicado, se ha postulado la posibilidad de la existencia de una deficiente queratinización que puede inducir la formación de gránulos de queratohialina y de este modo relacionarse con las alteraciones morfológicas observadas y con el lento crecimiento de las uñas².

Las uñas se van afectando de modo progresivo, se tornan débiles y quebradizas. Lentamente se va cambiando su coloración normal hasta tornarse de una coloración amarillenta e incluso verde oscuro y pueden tornarse tan opacas que no se vean las lúnulas. En ocasiones desaparecen las cutículas y habitualmente presentan eritema y edema periungueal². Todos los cambios referidos se presentan de modo homogéneo en las uñas de manos y pies. El síndrome se encuentra en muy diversas situaciones clínicas. Así se cita asociado a enfermedades malignas, como melanoma, sarcoma, enfermedad de Hodgkin, macroglobulinemia, etc.⁹. En otras ocasiones se ha encontrado asociado a estados de déficit inmunológico⁶. Se refieren casos asociados a enfermedades de base autoinmune como tiroiditis, artritis reumatoidea, síndrome nefrótico, enfermedad de Raynaud^{2,3}. In-

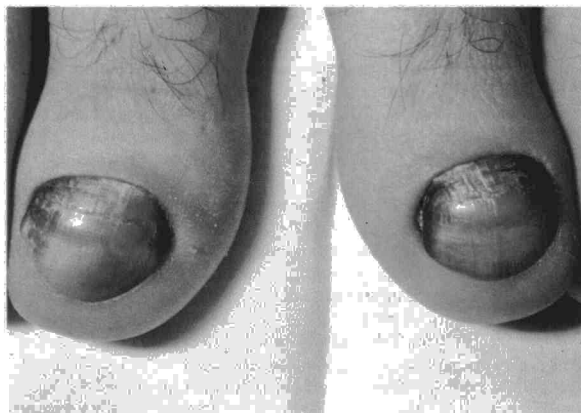
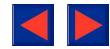


Fig. 2. Visión cercana de la uña del primer dedo, en la que se aprecia el engrosamiento y la coloración amarillo verdosa.



Fig. 4. Se aprecian las uñas de las manos y de los pies afectas de este síndrome.



cluso se han descrito casos asociados a diabetes y tuberculosis pulmonar^{5, 8, 10}. Pero en la inmensa mayoría de los ocasiones son la sinusitis, bronquitis y pleuritis las situaciones en las que se encuentra^{3, 4, 7, 8}.

Hemos de puntualizar que el cambio de coloración de las uñas puede ser la única manifestación del síndrome durante años². Con cierta frecuencia se ha encontrado asociado a linfedema. Incluso se citan casos de aplasia y displasia linfática. Generalmente se han encontrado anomalías en el tejido linfático de drenaje de las extremidades. Todo esto sería el mecanismo invocado en la producción del edema palpebral, maleolar y del derrame pleural, en los casos en que se encontraran estas alteraciones^{2, 4, 8, 9}. Debido a su defectuosa red de linfáticos los pacientes están predispuestos a presentar ataques recurrentes de celulitis⁸. En nuestra revisión de la literatura hemos encontrado linfedema en 45 pacientes y derrame pleural en 24 enfermos, pero la asociación de ambos sólo ha sido reportada en 17 ocasiones². Analíticamente son escasas las alteraciones encontradas, se han descrito casos de hipogammaglobulinemia, linfopenias y déficit de IgA e IgM^{2, 3, 6}.

El síndrome se ha encontrado asociado a sinusitis crónica en 11 casos; esta sería el caso del paciente que presentamos. Los resultados del tratamiento son imprevisibles. Se ha notificado que incluso el 30 % de los enfermos pueden curar de modo espontáneo¹. Entre los fármacos utilizados para el tratamiento de esta entidad, se citan la vitamina E, biotina, dietilbestrol, tetraciclinas y diversos preparados corticoides^{2, 9}. En ocasiones se ha precisado de pleurodesis e incluso pleurotomías para corregir derrames pleurales asociados⁴.

Es fundamental el tratamiento de la enfermedad acompañante, en el caso en que esta se detecte. Así el control de la diabetes, el tratamiento de la bronquitis, sinusitis y tuberculosis, así como en el caso en que esto fuera posible, la extirpación o tratamiento quimioterápico de las diversas neoplasias, han significado notables mejorías en las alteraciones ungueales^{2, 9, 10}.

En los casos en que no encontremos alteraciones acompañantes, hemos de recordar que el cuadro ungueal puede preceder incluso en años a otras enfermedades. Por todo ello, es importante seguir controlando y revisando periódicamente a estos pacientes durante años.

BIBLIOGRAFIA

1. Samman PD, White WF. The yellow nail syndrome. *Br J Dermatol* 1964; 76:153-157.
2. Pavlidakey GP, Hashimoto K, Blum D. Yellow nail syndrome. *J Acad Dermatol* 1984; 11:509-512.
3. Nakielna EM, Wilson J, Ballon HS. Yellow nail syndrome. Report of three cases. *Can Med Assoc J* 1976; 115:46-48.
4. Emerson PA. Yellow nails, lymphoedema and pleural effusions. *Thorax* 1966; 21:247-253.
5. Prasad TR. Yellow nail syndrome. *Chest* 1980; 77:580.
6. Siegelman SS, Heckman BH, Hanson J. Lymphedema, pleural effusion and yellow nails: associated immunologic deficiency. *Chest* 1969; 56:114-117.
7. Ayres S Jr, Mihan R. Yellow nail syndrome. Response to vitamin E. *Arch Dermatol* 1973; 108:267-268.
8. Nelson LM. Yellow nail syndrome. *Arch Dermatol* 1969; 100:499-500.
9. Guin JD, Ellerman JH. Yellow nail syndrome. Possible association with malignancy. *Arch Dermatol* 1979; 115:734-735.
10. Lithner F. Purpura, pigmentation and yellow nails of the lower extremities in diabetics. *Acta Med Scand* 1976; 199:203-208.