

Síndrome de las uñas amarillas

I.M. Coronel-Pérez, J.J. Domínguez-Cruz, A. Herrera-Saval y F.M. Camacho

Departamento de Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

Sr. Director:

Presentamos el caso de una mujer de 75 años con historia de hipertensión arterial, cardiopatía hipertensiva, edema agudo de pulmón, bronquitis crónica, derrames pleurales recidivantes y sinusitis crónica maxilar, que realizaba tratamiento con furosemida, espironolactona, acetilcisteína, omeprazol, budesonida y salbutamol. Ingresó por un aumento de su disnea habitual debida a un derrame pleural izquierdo y consultó en nuestro departamento por alteraciones ungueales de 15 años de evolución, que había tratado con antimicóticos orales y tópicos y complejos vitamínicos sin mejoría. En la exploración se apreció que las 20 uñas tenían un color amarillo-verdoso oscuro con engrosamiento de la curvatura transversal y longitudinal, onicolisis distal, surcos transversales y ausencia de cutícula y lúnula (fig. 1). En los miembros inferiores había linfedema sin fóvea desde hacía más de 20 años. Además, la paciente padecía diarrea crónica de 15 años de evolución no filiada. Con estos hallazgos el diagnóstico fue de síndrome de las uñas amarillas. La paciente rechazó cualquier tratamiento para su onicopatía.

El síndrome de las uñas amarillas es una enfermedad crónica caracterizada por la tríada de alteraciones ungueales, respiratorias y linfedema. Suele ser esporádica y es más frecuente en mujeres de edad media^{1,2}. Para el diagnóstico se requieren dos de los tres criterios y las manifestaciones ungueales son fundamentales.

Su patogenia no es bien conocida. Las alteraciones del drenaje en las linfografías y las alteraciones morfológicas observadas en biopsias sugieren una alteración congénita de los vasos linfáticos. En cambio, las linfo-

escintigrafías y la reversibilidad clínica plantean una alteración funcional^{3,4}. La afectación linfática explica el linfedema, los derrames pleurales y la linfangiectasia intestinal. En las uñas se favorecería la liberación de radicales libres, retrasando su crecimiento y la queratinización. Además, la lipofuscina liberada se deposita en las láminas ungueales dando nombre al síndrome.

Las alteraciones ungueales suelen ser el síntoma inicial, cursan en brotes y afectan a todas las uñas en mayor o menor grado. Se afecta la uña total o parcialmente con una tonalidad amarilla variable. Otras alteraciones son: color verdoso o gris distal, retraso del crecimiento, aumento de la curvatura transversal y longitudinal⁵, engrosamiento, surcos transversales, onicolisis, onicopostis o pseudoparonyquia.

El diagnóstico diferencial se realiza con⁶: onicomiosis, paquioniquia traumática, liquen plano, sustancias exógenas, medicamentos y enfermedades sistémicas.

La enfermedad produce afectación pulmonar, fundamentalmente derrames pleurales recidivantes bilaterales y también bronquiectasias, bronquitis crónica y sinusitis. A nivel digestivo provoca diarrea crónica o ascitis, y en los miembros inferiores linfedema crónico.

Pueden asociarse enfermedades sistémicas como artritis reumatoide, tiroiditis, disglobulinemias, síndrome de Guillain-Barré, inmunodeficiencias y síndrome nefrótico. Además, su asociación a neoplasias hace sospechar un síndrome paraneoplásico^{7,8}.

El tratamiento de las manifestaciones sistémicas y las enfermedades asociadas mejora la clínica ungueal. Existen remisiones espontáneas y el



Coloración amarillenta, acortamiento, engrosamiento y aumento de la curvatura de las láminas ungueales.

tratamiento ungueal no suele ser eficaz, pero debe realizarse si existe dolor, motivos estéticos o funcionales. La vitamina E consigue los mejores resultados con 1.200 UI diarias durante 3 a 6 meses⁹. Otros tratamientos son la vitamina E tópica, el sulfato de zinc¹⁰, los antifúngicos sistémicos en terapia pulsátil^{3,11,12} y el acetónido de triamcinolona intralesional¹³.

Bibliografía

1. Verdejo C, Marín Hernández G, Villacastín BP, Renedo G, Largacha MG, Medina ML, et al. Síndrome de las uñas amarillas: presentación de un caso y revisión de la literatura. *Rev Clin Esp.* 1992;191:152-5.
2. Christu KA, Pastaka C, Papadopoulos D, Klimi E, Gourgoulianis KI. Yellow nail syndrome or diffuse lymphatic disease. *Acta Medica (Hradec Králové).* 2002;45:181-2.
3. Bull RH, Fenton DA, Mortimer PS. Lymphatic function in the yellow nail syndrome. *Br J Dermatol.* 1996;134:307-12.

4. Bilen N, Bayramgürler D, Devge C, Başdaş F, Yıldız F, Töre G. Lymphoscintigraphy in yellow nail syndrome. *Int J Dermatol.* 1998;37:444-6.
5. Geyer AS, Onumah N, Uyttendaele, Scher RK. Modulation of linear nail growth to treat diseases of the nail. *J Am Acad Dermatol.* 2004;50:229-34.
6. Pitarch-Bort G, Roche-Gamon E. Síndrome de las uñas amarillas. *Piel.* 2005;20:530-2.
7. Ginarte M, Monteagudo B, Toribio J. Yellow nail syndrome and lung lymphoma. *Clin Exp Dermatol.* 2004;29:432-3.
8. Iqbal M, Rossoff LJ, Marzouk KA, Steinberg HN. Yellow nail syndrome resolution of yellow nails after successful treatment of breast cancer. *Chest.* 2000;117:1516-8.
9. Tosti A, Piraccini BM, Iorizzo M. Systemic itraconazole in the yellow nail syndrome. *Br J Dermatol.* 2002;146:1064-7.
10. Arroyo JF, Cohen ML. Improvement of yellow nail syndrome with oral zinc supplementation. *Clin Exp Dermatol.* 1993;18:62-4.
11. Baran, R. The new oral antifungal drugs in the treatment of the yellow nail syndrome. *Br J Dermatol.* 2002;147:180-95.
12. Luyten C, Andre J, Walraevens C, De Doncker P. Yellow nail syndrome and onychomycosis. Experience with itraconazole pulse therapy combined with vitamin E. *Dermatology.* 1996;192:406-8.
13. Abell E, Samman PD. Yellow nail syndrome treated by intralesional triamcinolone acetonide. *Br J Dermatol.* 1973;88:200-1.