

reconocer un claro patrón de mosaicismo. Nuestra paciente, con lesiones de morfea a lo largo de una extremidad siguiendo un trayecto en líneas de Blaschko «estrechas», apoya el origen de la morfea lineal en un mosaicismo cutáneo. No se conoce por qué la mayoría de los casos descritos de morfea lineal corresponden a líneas de Blaschko «anchas» y solamente algunos a líneas de Blaschko «estrechas». Puede considerarse que los mosaicismos cutáneos de origen ectodérmico tienden a seguir líneas «estrechas» y los de origen mesodérmico tienden a seguir líneas «anchas», aunque esta correlación no es total<sup>5</sup>. En cuanto a la morfea, es probable que no se trate de una única enfermedad, sino de una manifestación clínica común a diferentes procesos patogénicos cuyas etiologías serán, por tanto, diferentes.

Nuestra paciente, al igual que otros pacientes de la literatura, apoya que la morfea lineal es, al menos en un número importante de casos, la expresión de un mosaicismo genético de una enfermedad de probable origen genético poligénico. La presencia de anticuerpos circulantes<sup>6</sup> y la existencia de pacientes con múltiples lesiones de morfea, que además presentan lesiones lineales, apoyan el concepto de mosaicismo para la morfea lineal, en tanto que probablemente dichos casos representan manifestaciones segmentarias sobreimpuestas de una enfermedad poligénica. La constatación de este mismo hecho en pacientes con otras colagenopatías, como el lupus eritematoso lineal<sup>7</sup>, es otro argumento a favor de este mismo concepto.

Correspondencia:  
Antonio Torrelo.  
Servicio de Dermatología. Hospital del Niño Jesús.  
C/ Menéndez Pelayo, 65.  
28009 Madrid. España.

#### Conflicto de intereses

Declaramos no tener ningún conflicto de intereses.

#### Bibliografía

1. Soma Y, Kawakami T, Yamasaki E, Sasaki R, Mizoguchi M. Linear scleroderma along Blaschko's lines in a patient with systematized morphea. *Acta Derm Venereol.* 2003;83:362-4.
2. Mukhopadhyay AK. Linear scleroderma following Blaschko's lines. *Indian J Dermatol Venereol Leprol.* 2005;71:421-2.
3. Hauser C, Skaria A, Harms M. Morphea following Blaschko's lines. *Br J Dermatol.* 1996;134:594-5.
4. Rai R, Handa S, Gupta S, Kumar B. Bilateral en coup de sabre-a rare entity. *Pediatr Dermatol.* 2000;17:222-4.
5. Arnold WP, Steijlen PM, Happle R. Focal dermal hypoplasia (Goltz-Gorlin syndrome). *Br J Dermatol.* 1993;129:214-5.
6. El-Azhary RA, Aponte CC, Nelson M, Weaver AL, Homburger HA. Antihistone antibodies in linear scleroderma variants. *Int J Dermatol.* 2006;45:1296-9.
7. Heid E, Grosshans E, Gonda J, Pare M, Lipsker D. Eruption Blaschko linéaire avec biologie lupique. *Ann Dermatol Venereol.* 1996;123:331-3.

## Actitud de los dermatólogos ante lesiones sugestivas de onicomiosis en los pies

**B. Aranegui, I. García-Doval y M. Cruces**

Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario de Pontevedra-Hospital Provincial. Pontevedra. España.

*Sr. Director:*

La onicomiosis en los pies es un problema frecuente (más del 50% del total de onicopatías, con una prevalencia en Europa del 26,9%<sup>1</sup> y cercana al 50% en mayores de 70 años). Repercute en la calidad de vida de los afectados y supone 1,8 consultas médicas por paciente en 6 meses<sup>2</sup>. El tratamiento sistémico recomendado actualmente es seguro, siendo poco frecuentes las reacciones adversas graves<sup>3,4</sup>.

Las guías clínicas vigentes recomiendan confirmar el diagnóstico antes de iniciar un tratamiento sistémico mediante examen directo con KOH de fragmentos ungueales, cultivo o biopsia de la uña con estudio anatomopatológico<sup>5</sup>. Sin embargo, estas pruebas no tienen toda la eficacia que pudiera desearse. Las tres presentan un valor predictivo positivo de alrededor del 75%. Su valor predictivo negativo oscila entre el 67 y el 90%<sup>6,7</sup>. Guiándose únicamente por

estas pruebas, aproximadamente un 25% de los pacientes recibiría un tratamiento innecesario, mientras que quedaría sin tratar entre un 10 y un 33% de pacientes, según la prueba complementaria empleada. Por este motivo, en ocasiones el dermatólogo puede confiar más en los signos clínicos observados que en los resultados obtenidos por dichas pruebas.

Nuestro objetivo es describir la actitud de los dermatólogos ante lesiones sugestivas de onicomiosis en los pies. Para ello, el 31 de mayo de 2008 realizamos una encuesta anónima a 68 de los asistentes a la Reunión de la Sección Gallega de la Academia Española de Dermatología y Venereología (AEDV). A esta Sección pertenecen más del 95% de los dermatólogos de Galicia. Dicha encuesta fue contestada por 51 personas (44,7% de los miembros de la Sección). Su experiencia profesional, por término medio, era de

10 años (rango intercuartílico 3-23). En cada sesión de consulta ven una media de 26 pacientes (rango intercuartílico 24-30).

Al valorar una uña del pie con clínica sugestiva de onicomicosis (estimando clínicamente una probabilidad de onicomicosis del 80%), el 25% de los encuestados confirma siempre su diagnóstico clínico con técnicas complementarias. Otro 25% lo confirma en la mitad de los casos. El 18% lo confirma en menos del 33% de los casos. Por término medio, en una situación como ésta, los dermatólogos confirman el diagnóstico en el 73% de los casos. Estos porcentajes no se relacionan ni con los años de experiencia (divididos en terciles y prueba de tendencia,  $p = 0,29$ ), ni con el número de pacientes consultados en cada sesión (divididos en terciles y prueba de tendencia,  $p = 0,46$ ).

El 62% realiza tratamiento antifúngico empírico (intervalo de confianza [IC] al 95%: 49-76%) ante una uña del pie muy sugestiva de onicomicosis y con resultados negativos en las pruebas. Este porcentaje tampoco se relaciona con los años de experiencia (divididos en terciles y prueba de tendencia,  $p = 0,82$ ) ni con el número de pacientes consultados (divididos en terciles y prueba de tendencia,  $p = 0,67$ ).

Los factores de riesgo que los encuestados consideran como indicativos de probable onicomicosis son, por orden de frecuencia: presencia de tiña de los pies (52,9%), historia previa de micosis (35,2%), diabetes mellitus (31%), inmunodepresión (29,4%), presencia de lesiones en las uñas de las manos (19,6%), uso de vestuarios públicos (15%) y edad avanzada (13,7%).

Según nuestros resultados, tan solo una cuarta parte de los dermatólogos confirma siempre el diagnóstico de onicomicosis mediante pruebas complementarias. Ante lesiones sugestivas y resultados negativos en las pruebas, el 62% inicia tratamiento sistémico. Esta forma de actuar difiere de lo recomendado por las guías clínicas y los textos habituales. Probablemente responda a que su experiencia les indica que las pruebas diagnósticas existentes no son lo suficientemente sensibles y específicas, encarecen el diagnóstico, obligando a nuevas consultas, y pueden inducir a tratamientos innecesarios. Por otra parte, los tratamientos sistémicos son cada vez más seguros y asequibles. Este problema clínico ha motivado diversos estudios. Effendy et al, al analizar los resultados preliminares del estudio EUROO, destacan que solo el 39,6% de los dermatólogos envía muestras a analizar, obteniendo un resultado positivo en un 78,1% de los casos<sup>1</sup>. Mehregan y Gee consideraron la posibilidad de tratar empíricamente a todos los pacientes, pero no parece ser una alternativa coste-eficaz<sup>8</sup>. Fletcher et al han intentado elaborar una regla diagnóstica clínica, identificando 4 variables clínicas con valor diagnóstico<sup>9,10</sup>.

Como limitaciones a nuestro estudio, la muestra podría presentar un pequeño sesgo porque los dermatólogos asistentes a las reuniones podrían no ser representativos de la

totalidad de los dermatólogos. Otro posible sesgo podría ser el de aceptabilidad social (se tiende a contestar lo que se considera más ortodoxo), por lo que en realidad el porcentaje de onicomicosis que se confirma podría ser aun menor. Este sesgo se minimiza por el anonimato de las encuestas.

El hecho de que los dermatólogos se resistan a confirmar en todos los casos el diagnóstico de onicomicosis sugiere que existe un problema de toma de decisiones clínicas, que debe ser estudiado.

---

Correspondencia:  
Beatriz Aranegui Arteaga.  
Servicio de Dermatología.  
Complejo Hospitalario de Pontevedra-Hospital Provincial.  
C/ Loureiro Crespo, 2.  
36001 Pontevedra. España.  
Beatriz.aranegui.arteaga@ sergas.es

#### Conflicto de intereses

Declaramos no tener ningún conflicto de intereses.

#### Bibliografía

1. Effendy L, Lecha M, Feuilhade de Chauvin M, Di Chiacchio N, Baran R; European Onychomycosis Observatory. Epidemiology and clinical classification of onychomycosis. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2005;19 Suppl 1:8-12.
2. Drake LA, Scher RK, Smith EB, Faich GA, Smith SL, Hong JJ, et al. Effect of onychomycosis on quality of life. *J Am Acad Dermatol.* 1998;38:702-4.
3. Crawford F, Young P, Godfrey C, Bell-Syer SEM, Hart R, Brunt E, et al. Oral treatments for toenail onychomycosis: a systematic review. *Arch Dermatol.* 2002;138:811-6.
4. Chang CH, Young-Xu Y, Kurth T, Orav JE, Chan AK. The safety of oral antifungal treatments for superficial dermatophytosis and onychomycosis: a meta-analysis. *Am J Med.* 2007;120:791-8.
5. Roberts DT, Taylor WD, Boile J. Guidelines of treatment of onychomycosis. *Br J Dermatol.* 2003;148:402-10.
6. Weinberg JM, Koestenblatt EK, Tutrone WD, Tishler HR, Najarian L. Comparison of diagnostic methods in the evaluation of onychomycosis. *J Am Acad Dermatol.* 2003;49:193-7.
7. Lawry MA, Haneke E, Strobeck K, Martin S, Zimmer B, Romano PS. Methods for diagnosing onychomycosis: a comparative study and review of the literature. *Arch Dermatol.* 2000;136:1112-6.
8. Mehregan DR, Gee SL. The cost effectiveness of testing for onychomycosis versus empiric treatment of onychodystrophies with oral antifungal agents. *Cutis.* 1999;64:407-10.
9. Fletcher CL, Hay RJ, Smeeton NC. Observer agreement in recording the clinical signs of nail disease and the accuracy of a clinical diagnosis of fungal and non-fungal nail disease. *Br J Dermatol.* 2003;148:558-62.
10. Fletcher CL, Hay RJ, Smeeton NC. Onychomycosis: the development of a clinical diagnostic aid for toenail disease. Part I. Establishing discriminating historical and clinical features. *Br J Dermatol.* 2004;150:701-5.