

in erythropoietic protoporphyria. *Cell Mol Biol (Noisy-le-grand)*. 2009;55:84–97.

4. Biolcati G, Marchesini E, Sorge F, Barbieri L, Schneider-Yin X, Minder EI. Long-term observational study of afamelanotide in 115 patients with erythropoietic protoporphyria. *Br J Dermatol*. 2015;172:1601–12.
5. Langendonk JG, Balwani M, Anderson KE, Bonkovsky HL, Anstey AV, Bissell DM, et al. Afamelanotide for erythropoietic protoporphyria. *N Engl J Med*. 2015;373:48–59.
6. Elder G, Harper P, Badminton M, Sandberg S, Deybach J. The incidence of inherited porphyrias in Europe. *J Inher Metab Dis*. 2013;36:849–57.
7. Mykletun M, Aaesand AK, Støle E, Haugen J, Tollånes MC, Baravelli C, et al. Porphyrias in Norway. *Tidsskr Nor Lægeforen*. 2014;134:831–6.

8. Jaramillo-Calle DA, Acevedo D. Acute hepatic porphyrias in Colombia: An analysis of 101 patients. *JIMD Rep*. 2019;44:65–72.

D.A. Jaramillo-Calle

Centro de Investigación de las Porfirias en Colombia (PorfiCol), Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia
 Correo electrónico: Daniel.jaramillo2@udea.edu.co

<https://doi.org/10.1016/j.ad.2019.04.019>

0001-7310/ © 2020 AEDV. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Doble uña del quinto dedo del pie



Double Nail of the Fifth Toe

Sr. Director:

Un varón de 44 años de edad presentaba unas prominencias a ambos lados de las uñas del quinto dedo del pie, que aparecieron después de una caminata en la que llevaba un calzado ajustado. El paciente aquejaba molestias solamente con la presión en esa zona. A la exploración clínica se apreció una rotación externa del quinto dedo y un aumento de tamaño en anchura de la lámina ungueal de ambos dedos pequeños. Así mismo, cada una de estas uñas estaba cubierta por cutícula, dividida por una hendidura longitudinal y, en la parte lateral, la lámina ungueal estaba engrosada (fig. 1a y fig. 2a). La dermatoscopia confirmó que la uña constaba de 2 partes bien delimitadas (fig. 1, fig. 1b y fig. 2b). El paciente no reconocía la presencia de esta alteración en ningún familiar. Se solicitó una radiografía simple anteroposterior y lateral de ambos pies, que descartó la presencia de falanges accesorias y otras alteraciones óseas (fig. 3). No se indicó ningún tratamiento, salvo reducción del traumatismo directo.

La doble uña del quinto dedo del pie (DUQD), o uña accesoria del quinto dedo del pie, fue descrita en 1969 por Huindeker, y es una entidad aparentemente común, aunque los casos publicados son escasos^{1–4}.

La presentación clínica más frecuente es la aparición de una uña más amplia de lo habitual, que está dividida por una hendidura, surco o depresión longitudinal, y la parte que corresponde a la uña accesoria es más pequeña. En la zona proximal de la uña hay cutícula que cubre ambas láminas ungueales. La DUQD puede ser unilateral o bilateral, y cuando están afectados ambos dedos suele existir una gran simetría^{3,4}. Solo ocasionalmente produce molestias clínicas o estéticas en relación con el tamaño de la uña^{3,4}.

Es infrecuente encontrar alteraciones en las radiografías del quinto dedo del pie. En 10 radiografías realizadas en una serie solo 3 pacientes presentaban una vaga «Y» en la punta de la falange distal, y otro paciente una excrecencia ósea tipo espina⁴. En 2 pacientes se identificó la forma en «Y» de la zona distal de la última falange durante la cirugía⁴.

La DUQD fue inicialmente considerada como un proceso hereditario limitado al grupo étnico de los Han, el más nume-

roso en China³. Sin embargo, Haneke constató que no había predilección racial ni étnica⁴. Se ha propuesto una herencia autosómica dominante con expresión variable⁴. En los casos familiares no se ha constatado una clara predisposición por sexos, aunque las mujeres consulten más por esta alteración^{5,6}. La DUQD podría representar una forma inicial de hexadactilia, que incitaría una uña rudimentaria⁴. Por otro lado, un traumatismo agudo podría actuar o sobre vestigios de hueso, induciendo la aparición de uña, o sobre la onicodermis, que como mesénquima ungueal especializado generaría la formación de la uña y su crecimiento. La onico-

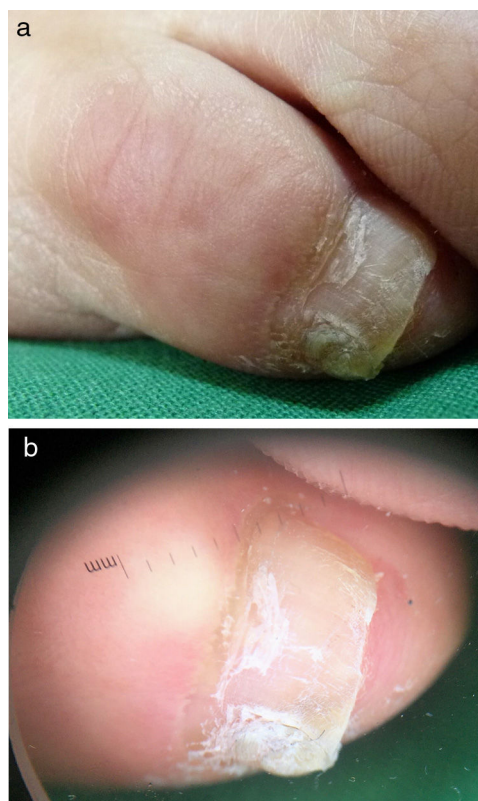


Figura 1 Imagen clínica del quinto de dedo del pie: a) dedo derecho, b) dedo izquierdo que presenta una rotación externa y aumento de tamaño de la uña con una fisura longitudinal que divide la lámina ungueal.

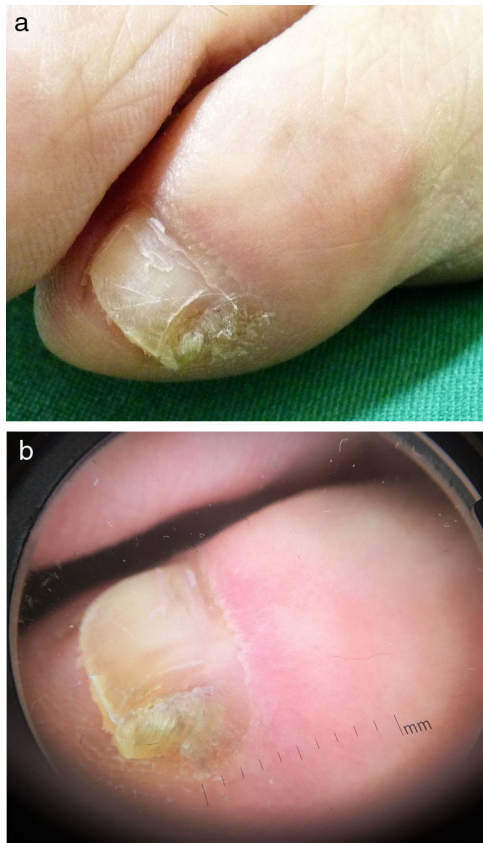


Figura 2 Dermatoscopia del quinto dedo de pie: a) dedo derecho; b) dedo izquierdo.



Figura 3 Radiografía simple anteroposterior sin hallazgos de alteraciones óseas.

dermis está constituida por onicofibroblastos, participa en el crecimiento y la formación de la uña⁷.

La histología de la uña accesoria extirpada varía desde una depresión como un saco de la piel con una hiperqueratosis a modo de placa ungueal, hasta una pequeña uña con matriz, pliegue proximal, lecho ungueal e hiponiquio^{5,6}.

El diagnóstico diferencial se establece con la uña ectópica, la espícula poscirugía ungueal, la onicofosis, o con callo del quinto dedo. La uña ectópica u onicoheterotopia se refiere al crecimiento de uña fuera del lecho ungueal. Puede ser congénita, estar asociada a otras enfermeda-

des, y es más frecuente en la zona palmar de los dedos de las manos. La forma adquirida se localiza en el área dorsal de los dedos de las manos y de los pies. La uña ectópica debe tener matriz y lámina ungueal, pero no precisa presentar lecho ungueal⁸. La onicofosis es una hiperqueratosis de los pliegues laterales de la uña desencadenados por traumatismos frecuentes en dicha zona, que provocan una hipertrofia y engrosamiento de la piel que rodea a la uña. Los callos o clavos del lateral externo del quinto dedo del pie consisten en hiperqueratosis producidas por el roce repetido del calzado, y habitualmente se acompañan de intenso dolor.

La DUQD no suele requerir tratamiento. Si se desea puede realizarse una fenolización de la matriz accesoria, o la extirpación quirúrgica de la uña auxiliar. La extirpación de la DUQD permite una mejor visualización y escisión de la matriz, facilita la reparación del defecto que queda al eliminar la uña accesoria y la recuperación es más rápida que con los otros tratamientos. No se recomienda el curetaje y la electrocoagulación por el prolongado proceso de cicatrización y por el intenso dolor postintervención³.

En conclusión, se presenta el caso de doble uña del quinto dedo del pie bilateral que se desarrolló después de un traumatismo agudo. Se considera que es una entidad habitual, no rara, y que suele pasar desapercibida. Para conocer su etiopatogenia se necesitan más estudios.

Conflicto de intereses

El autor declara no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

Al Dr. Eckart Haneke por la valoración clínica del caso expuesto.

Bibliografía

1. Hundeiker M. Hereditäre Nageldysplasie der 5 Zehe. *Hautarzt*. 1969;20:281–2.
2. Haneke E. Therapie von Nagelfehlbildungen. En: Landthaler M, Hohenleutner U, editors. *Fortschritte der operativen Dermatologie*, 12. Berlin/Wien: Blackwell Wissenschafts-Verlag; 1997. p. 180–7.
3. Chi CC, Wang SH. Inherited accessory nail of the fifth toe cured by surgical matricectomy. *Dermatol Surg*. 2004;30:1177–9, <http://dx.doi.org/10.1111/j.1524-4725.2004.30351.x>.
4. Haneke E. Double nail of the little toe. *Skin Appendage Disord*. 2015;1:163–7, <http://dx.doi.org/10.1159/000443378>.
5. Haneke E. *Histopathology of the nail*. 1st ed India: Taylor & Francis Group; 2017. p. 156–7.
6. Baran R. Nail contour variations. En: Baran R, Hadj-Rabia S, Silverman R, editores. *Pediatric nail disorders*. 1st ed. India: Taylor & Francis Group; 2017. p. 27–8.
7. Park JH, Lee DY, Ha SY, Jang KT, Kwon GY, Lee KH, et al. The concept of onychodermis (specialized nail mesenchyme) is applicable in normal adult nail unit. *Ann Dermatol*. 2017;29:2346, <http://dx.doi.org/10.5021/ad.2017.29.2.234>.

8. Riaz F, Rashid RM, Khachemoune A. Onychoheterotopia: Pathogenesis, presentation, and management of ectopic nail. *J Am Acad Dermatol.* 2011;64:161–6, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaad.2009.11.018>.

L. Navarro Campoamor

Servicio de Dermatología, Hospital Beata María Ana, Madrid, España

Correo electrónico: lournacam@gmail.com

<https://doi.org/10.1016/j.ad.2019.04.017>

0001-7310/ © 2020 AEDV. Publicado por Elsevier España, S.L.U.

Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND

(<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Granuloma anular fotoinducido demostrado experimentalmente mediante fotoprovocación UVA



Photoinduced Granuloma Annulare Confirmed by Experimental Exposure to UVA Light

Sr. Director:

Un varón de 59 años, con historia personal de infarto de miocardio 2 años antes y diabetes mellitus tipo 2, fue valorado en nuestra unidad por presentar unas lesiones cutáneas generalizadas asintomáticas con una cierta fotodistribución, de un año de evolución, no respondedoras a corticoides tópicos. No refería hábito tabáquico. El paciente tomaba diariamente fenofibrato, aspirina, acenocumarol, metformina, pantoprazol, ácido fólico y bisoprolol. Negaba relación de la dermatosis con el contexto laboral debido a que las lesiones permanecieron tras abandonar su trabajo como escayolista.

En la exploración dermatológica se observaban unas pápulas eritematovioláceas anulares, con los bordes sobre-elevados, que se agrupaban formando placas en el dorso de las manos (fig. 1A).

En ambos brazos se observaban algunas lesiones anulares aisladas más pequeñas (aproximadamente de 3-4 mm), de una coloración discretamente rosada (fig. 1B).

Se le realizó el fototest con lectura inmediata para la determinación de la dosis urticariforme mínima, y a las 24 h para la determinación de la dosis eritemática mínima, y con diferentes fuentes de iluminación. Además, se realizó fotoprovocación y fotoparches. En el fototest inmediato la lectura fue normal tanto en UVA como en UVB. A las 24 h la dosis eritemática mínima obtuvo valores normales para el fototipo (31 mJ/cm²), así como para la respuesta a UVA. En la doble lectura de los fotoparches de la batería estándar, junto con los fármacos que el paciente tomaba habitualmente (enfrentando parches irradiados con UVA 13,32 J/cm² frente a parches no irradiados), no se observó ninguna reacción indicativa de fotosensibilidad cutánea de origen exógeno a las 24 y a las 48 h de la irradiación lumínica (fig. 2A).

Además, se le realizó una prueba de fotoprovocación de las lesiones irradiando en espalda y hombro, tanto con UVB (no se obtuvo respuesta) como con UVA (fig. 2B), empezando a visualizar unas micropápulas y eritema a las 48 h según la pauta propia de fotoprovocación (a una dosis de 24,42 J/cm²). Las lesiones se fueron reproduciendo los siguientes días de la fotoprovocación hasta el sexto, con una dosis acumulada de 97,71 J/cm². Ante este hallazgo,



Figura 1 Presentación clínica del paciente. A) Placas eritematoparduzcas arciformes con tendencia a la coalescencia en dorso de manos y cara dorsal de antebrazos. Las lesiones tenían leve infiltración al tacto y carecían de componente epidérmico apreciable. B) Las lesiones se extendían a cara volar de los antebrazos con menor coalescencia y afectación.