

Reumatología clínica en imágenes

## Artritis y onicofagia: un factor de confusión

### Arthritis and onychophagia: A confounding factor

Lucía Pantoja Zarza<sup>a,\*</sup>, Carolina Díez Morrondo<sup>a</sup> y José Antonio Manjón Haces<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Unidad de Reumatología, Hospital El Bierzo, Ponferrada, León, España

<sup>b</sup> Servicio de Dermatología, Hospital El Bierzo, Ponferrada, León, España

#### Introducción

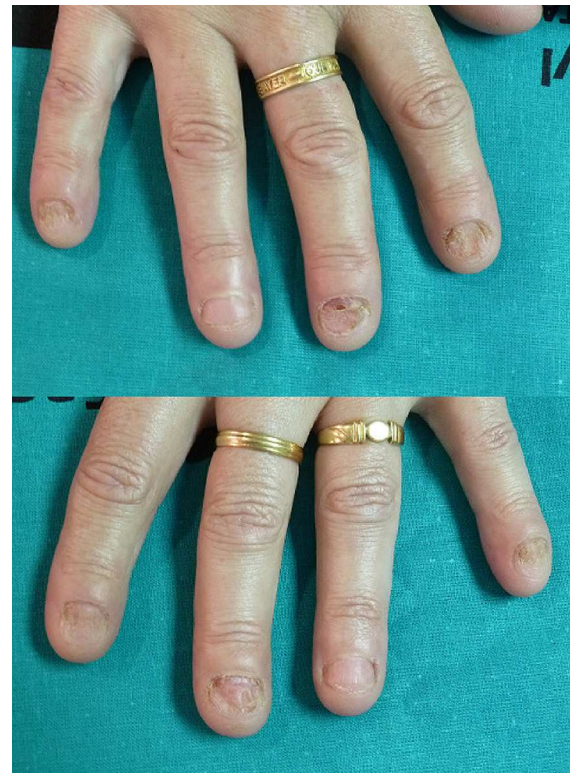
El diagnóstico de las deformidades ungueales puede no ser sencillo. Aun siendo la psoriasis ungueal una de las onicodistrofias más comunes, es importante reconocer otras causas frecuentes, como la onicofagia, de origen traumático autoinducido<sup>1</sup>.

#### Caso clínico

Mujer de 48 años, fumadora de 20 paquetes/año, con antecedentes familiares de madre y hermano con psoriasis. Presentaba artritis de carpos de 9 meses de evolución sin historia de lumbalgia inflamatoria, junto a importante onicodistrofia en las manos y exploración cutánea normal (fig. 1). Los estudios analíticos eran normales o negativos, incluyendo reactantes fase aguda, factor reumatoide, anti-PCC, anticuerpos antinucleares y HLAB27. Las radiografías de manos y pelvis no presentaban alteraciones. Se inició tratamiento con metotrexato y se solicitó interconsulta a Dermatología ante sospecha de afectación ungueal por psoriasis en una artropatía psoriásica. El diagnóstico fue de «distrofia traumática por onicofagia». La paciente dejó de morderse las uñas durante 6 meses (fig. 2). La respuesta al metotrexato ha sido buena y no ha vuelto a presentar artritis. Por ahora, tras 4 años de seguimiento, es una artritis indiferenciada, pues atendiendo a los criterios CASPAR no presenta criterios de artropatía psoriásica.

#### Discusión

El 12% de los pacientes con psoriasis tienen afectación ungueal, aunque la prevalencia descrita es variable, siendo mayor si hay afectación articular<sup>2</sup>. Las manifestaciones de la psoriasis ungueal son múltiples<sup>3</sup>. La forma más frecuente es la hiperqueratosis subungueal; el pitting ungueal es el signo característico, aunque no es patognomónico, pero sí se pueden considerar muy específicas las llamadas manchas de aceite bajo la placa ungueal<sup>4</sup>. Puede ser clínicamente indistinguible de la onicomycosis y se plantea el



**Figura 1.** Alteraciones de las uñas por onicofagia: ausencia del extremo distal de las uñas, equimosis subungueal, lesiones mecánicas tipo callosidad en periniquio y la característica deformidad en surcos en el lecho ungueal, indicativa de traumatismo crónico.

diagnóstico diferencial además con otros procesos, entre los que se encuentran las distrofias ungueales autoinducidas (tabla 1).

La onicofagia puede ser explicada como un hábito compulsivo que llega a causar la destrucción de las uñas. Es un comportamiento frecuente entre niños y adultos jóvenes, aunque infravalorado, que ha recibido escasa atención en la literatura psiquiátrica y dermatológica, pero se considera que puede estar relacionado

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: lpantojazarza@gmail.com (L. Pantoja Zarza).

**Tabla 1**  
Diagnóstico diferencial entre las 4 enfermedades más frecuentes de las uñas

	Color	Onicólisis	Depresiones puntiformes	Surcos transversales
Infecciones fúngicas	A menudo amarillo o pardo: parte de la uña o toda la uña	Frecuente	Raras	Ausentes
Psoriasis	Normal o amarillo o pardo	Frecuente	Presentes y finas	Raros
Paroniquia crónica	El borde de la uña decoloración parda o negra	Suelen estar ausentes	Poco frecuentes	Frecuentes
Onicofagia	Normal con hemorragias subungueales	En la punta	Ausentes	Presentes



**Figura 2.** Uñas de las manos sin alteraciones 6 meses después.

con los desórdenes obsesivo-compulsivos<sup>5</sup>. Las complicaciones de morderse las uñas incluyen sobreinfección, paroniquia y problemas dentales, siendo excepcional la osteomielitis de falanges<sup>6</sup>. La mayoría de los pacientes admiten la onicofagia, por lo que ante deformidades ungueales es la primera pregunta directa que deberíamos hacer para excluir dicho diagnóstico.

En nuestra paciente, era muy importante para el diagnóstico articular la causa de la onicopatía. Si el origen hubiese sido la

psoriasis, hubiese podido ser diagnosticada de artropatía psoriásica atendiendo a los criterios CASPAR<sup>7</sup>. Sin embargo, nos demostró que con fuerza de voluntad podía dejar de morderse las uñas durante 6 meses. Se confirma, una vez más, lo importante de la anamnesis y de la colaboración multidisciplinar.

### Responsabilidades éticas

**Protección de personas y animales.** Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

**Confidencialidad de los datos.** Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes y que todos los pacientes incluidos en el estudio han recibido información suficiente y han dado su consentimiento informado por escrito para participar en dicho estudio.

**Derecho a la privacidad y consentimiento informado.** Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

### Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

### Bibliografía

1. Norton LA. Self-induced trauma to the nails. *Cutis*. 1987;40:223-7.
2. Schön MP, Boehncke WH. Psoriasis. *N Engl J Med*. 2005;352:1899-1912.
3. Holzberg M. Common nail disorders. *Dermatol Clin*. 2006;24:349-54.
4. Fernández-Guarino M, Harto A, Jaén P. Psoriasis ungueal. *Piel*. 2007;22:346-51.
5. Przemyslaw P, Grzesiak M, Reich A, Szepietowski JC. Onychophagia as a spectrum of obsessive-compulsive disorder. *Acta Derm Venerol*. 2009;89:278-80.
6. Jabr FI. Severe nail deformity. *Postgrad Med*. 2005;118:37-8.
7. Taylor W, Gladman D, Helliwell P, Marchesoni A, Mease P, Mielants H and the CASPAR Study Group Classification Criteria for Psoriatic Arthritis. *Arthritis Rheum*. 2006;54:2665-73.