

## CASO CLÍNICO

# Onicocriptosis en pacientes con infección por VIH

Luz Marina Gómez Vargas, MD\*

Mauricio Villegas González\*\*

Rodrigo Restrepo Molina, MD\*\*\*

### Resumen

Se presenta un caso de onicocriptosis en un hombre de 26 años infectado por el virus de la inmunodeficiencia humana VIH en estadio C3, quien fue remitido al servicio de dermatología por un cuadro de dos meses de evolución consistente en dolor y signos de inflamación en ambos hallux. Al examen físico, presentaba onicocriptosis y granulomas telangiectásicos periungueales en ambos rayos. Se realizó manejo inicial con curetaje y aplicación de ácido tricloroacético al 35%, con

moderada respuesta y ante la persistencia de la onicocriptosis y los granulomas se decidió practicar una matricectomía parcial bilateral con resección del lecho ungueal y pliegues laterales de las uñas. La importancia de este caso radica en la posible asociación entre la onicocriptosis, la infección por el VIH y la terapia antirretroviral. **Palabras claves:** onicocriptosis, terapia antirretroviral, VIH. ☉

*Infectio 2003; 7(4): 226-229*

### Presentación del caso

Paciente de sexo masculino de 26 años, operario en una fábrica de confecciones, residente en Bello, Colombia, soltero, quien fue remitido al servicio de dermatología de la Clínica Universitaria Bolivariana y al programa de Infecciones de transmisión sexual, por encontrarse infectado por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). El paciente refería dolor, eritema, edema y calor local en ambos hallux, lo cual interfería de un modo u otro con sus actividades cotidianas y limitaba el uso de calzado.

La revisión por sistemas reveló lesiones

pruriginosas y descamativas en ambas orejas y cuero cabelludo, acompañadas de discreta caída de cabello.

**Antecedentes patológicos:** diagnóstico de infección por VIH en 1995, inició terapia antirretroviral en octubre de 1997 con zidovudina, lamivudina e indinavir, pero meses después el paciente suspendió dicha terapia por intolerancia a la misma. Sólo en marzo de 2002 inició un segundo esquema de terapia antirretroviral usando

**Recibido para evaluación: 29 de abril de 2003 - Aprobado para publicación: 21 de octubre de 2003**

\* Dermatóloga, Jefe Dermatología, Profesora de Dermatología, Universidad Pontificia Bolivariana.

\*\* Estudiante de Medicina de internado, Universidad Pontificia Bolivariana.

\*\*\* Patólogo, Profesor de Dermatología, Universidad Pontificia Bolivariana.

Correspondencia: Luz Marina Gómez Vargas. Calle 51 # 45- 93. oficina 108, Medellín, Colombia

zidovudina, lamivudina, indinavir y ritonavir. El último recuento de linfocitos CD4 informado fue de 14 células por microlitro.

Además presentó proctitis y úlcera perianal por virus herpes simplex, enfermedad diarreica por *Cryptosporidium* y herpes zoster facial.

**Antecedentes alérgicos y quirúrgicos:** negativos.

**Antecedentes familiares:** madre diabética.

Al examen físico, se encontró un paciente en aparentes buenas condiciones generales, consciente, orientado, con lesiones eritematosas, con edema, costras mielicéricas y calor local a nivel periungueal, así como onicocriptosis en pliegues medial y lateral de ambos hallux.

Además, se encontraron placas descamativas, ligeramente eritematosas, pruriginosas, localizadas en ambos pabellones auriculares.

Con la impresión diagnóstica de onicocriptosis y granulomas periungueales en los hallux, se inició manejo con curetaje y aplicación de ácido tricloroacético al 35%, obteniéndose disminución moderada del tamaño de los granulomas y desaparición de los signos de inflamación periungueal. Ante la persistencia de la incapacidad y de los granulomas, se practicó matricectomía parcial bilateral, con resección del lecho ungueal y pliegues laterales de las uñas, seis meses después. El estudio histopatológico mostró una matriz ungueal ligeramente fragmentada y traumatizada, con red de crestas elongadas oblicuamente que se introducían en un estroma fibroconectivo denso con acúmulo de mucina en la adventicia y alrededor de anexos y vasos sanguíneos. En la piel se observó tejido de granulación, con vasos sanguíneos neoformados e infiltrado inflamatorio linfoplasmocitario denso. El diagnóstico patológico fue granuloma inflamatorio periungueal.

## Discusión

La onicocriptosis ocurre cuando una porción lateral del borde ungueal penetra en los tejidos blandos adyacentes. Se presenta con mayor frecuencia sobre el hallux y generalmente se ha asociado su origen a un inapropiado corte de las uñas. Otros factores que han sido implicados en la etiología de este tipo de lesiones son: el uso de calzado estrecho, una distribución anormal del peso corporal durante la marcha, hiperhidrosis asociada al uso de zapatos



tapados, el hábito de lavarse o humedecer los pies con relativa frecuencia y trastornos estructurales de las uñas (1,2).

Con el advenimiento de la terapia antirretroviral usada para el control de los pacientes infectados por VIH, se han identificado una serie de reacciones adversas, muchas de las cuales comprometen estructuras corporales importantes como la piel y los anexos.

La onicocriptosis, en muchos casos acompañada de paroniquia y granulomas piógenos periungueales, es una de las reacciones adversas que ha sido asociada, por muchos autores, al uso de fármacos

antirretrovirales tales como indinavir, lamivudina y ritonavir.(4-7,9-11). De hecho algunos estudios sugieren que la terapia con indinavir es la principal causa de paroniquia crónica o recurrente en pacientes infectados por VIH(10). Potencialmente el aumento de la popularidad de la terapia combinada con indinavir y ritonavir, pudiera contribuir al aumento de este tipo de eventos adversos (8).

En promedio, la onicocriptosis aparece 18,4 semanas después de iniciado el manejo con la terapia que combina estos fármacos. El ritonavir actuaría potenciando los efectos retinoides del indinavir, al aumentar sus concentraciones a nivel plasmático. Con base en estos hallazgos se recomienda que a los pacientes que reciben esta terapia combinada, le sean evaluados rutinariamente las manos y los pies durante el examen físico (8).

Estos hallazgos han planteado varias hipótesis que intentan esclarecer el porque de estas reacciones adversas. Todos coinciden en afirmar que en estos casos la onicocriptosis y la paroniquia se deben al comportamiento como compuestos de tipo retinoide de algunos de estos fármacos después de metabolizarse(3-6,9). Los retinoides inducen la diferenciación epitelial y el control de la misma en los tejidos que secretan moco y queratinizados. Las concentraciones excesivas de retinoides en el organismo generan una capa gruesa de mucina, cambios de la queratinización y aparición de células caliciformes.

Por razones aún no claras, en los pacientes que reciben indinavir, que es hasta ahora el fármaco antirretroviral más claramente relacionado con estas manifestaciones, se encuentran elevados los niveles de ácido retinoico libre circulante. Algunos sugieren que esto se debe a un aumento en la síntesis del mismo, mientras otros plantean que los niveles se aumentan gracias a un bloqueo parcial en la acción de la citocromo p450 A3, relacionada con el metabolismo oxidativo de los retinoides(3).

Los retinoides y en concreto el ácido retinoico, actúan influyendo sobre la expresión de determinados genes al combinarse con receptores nucleares específicos. A su vez se han descrito múltiples genes que codifican para receptores de ácido retinoico. Hasta la fecha, sin embargo, no se han detectado receptores comparables para otros retinoides como el retinol, y es posible que estos tengan que oxidarse, a su vez, hacia ácido retinoico para producir sus efectos en las células blanco. Además, los retinoides pudieran influir sobre la

expresión de receptores para ciertas hormonas y factores de crecimiento; de este modo afectarían el crecimiento, la diferenciación y la función de células blanco mediante acciones tanto directas como indirectas.

Se han planteado hipótesis para relacionar este aumento de los niveles de ácido retinoico con la aparición de la onicocriptosis. Una de ellas sugiere que las células de la lámina ungueal, proliferan a una velocidad superior a las células del lecho ungueal ante la acción del ácido retinoico, de modo que en algún momento, dicho lecho ungueal es insuficiente para contener los bordes laterales de la lámina, permitiendo su inserción en los tejidos blandos adyacentes. Otra hipótesis sugiere que la lipodistrofia inducida por los retinoides afectaría también a los tejidos blandos periungueales, lo cual podría favorecer de algún modo la inserción de los bordes laterales ungueales sobre ellos.

Típicamente, el curso de la onicocriptosis en estos pacientes es agudo, con compromiso de varios dedos, y requiere manejo quirúrgico, ya que a pesar de que puede ser suficiente con discontinuar la terapia con indinavir para obtener mejoría y aun la resolución del cuadro, se requieren aproximadamente 16 semanas para que esto suceda(5,6,10,11). ☼

We present a case of onychocryptosis in a 26 years old man with HIV infection, in stadio C3, who was remitted to the dermatology service with pain and inflammation signs for about 2 months in both, right and left toenails. At physical examination, we founded onychocryptosis and granulomas around nails in both hallux. We realized initial therapy with trichloroacetic acid ( TCA) at 35% getting moderate results and later we practiced a bilateral partial matricectomy with nail bed resection. The possible association between onychocryptosis, HIV infection and antiretroviral therapy, points the importance of this case. **Key words:** onychocryptosis, antiretroviral therapy, HIV.

## Referencias

1. **R. Baran, R.P.R. Dawber, et al.** Diseases of the nails and their management, 3<sup>o</sup>. ed. Italia: Blackwell scientific, 2001;10:492-503.
2. **R.P.R. Dawber, R. Baran,** Disorders of nails. En: Textbook of Dermatology, 6<sup>o</sup>. ed. Italia: Blackwell scientific, 1998;65:2815-2868.



3. **Brinkman K, Ter Hofstede HJM, Burger DM, et al.** Adverse effects of reverse transcriptase inhibitors: Mitochondrial toxicity as common pathway. *AIDS* 12: 1735, 1998.
4. **Bousscarat F, Bouchard C, Bouhour D.** Paronychia and pyogenic granuloma of the great toes in patients treated with indinavir [letter]. *N Engl J Med* 338: 1776, 1998.
5. **Bourezane Y, Thalamy B, Viel JF, et al.** Ingrown toenails and indinavir: Case-control study demonstrates strong relationship [681]. *In Program and Abstracts of the 6th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections*, Chicago, 1999, p 196.
6. **Bourezane Y, Thalamy B, Viel JF, et al.** Ingrown toenails and indinavir: Case-control study demonstrates strong relationship. *AIDS*, 1999; 13(15): 2181-2182.
7. **García-Silva J.** Protease inhibitor-related paronychia, ingrown toenails, desquamative cheilitis and cutaneous xerosis. *AIDS*, 2000; 14(9): 1289-1291.
8. **James CW, McNelis KC, Cohen DM, et al.** Recurrent ingrown toenails secondary to indinavir/ritonavir combination therapy. *Dermatology*, 2000; 200(1): 40-42.
9. **Sass JO, Jakob-Solder B, Heitger A, et al.** Paronychia with pyogenic granuloma in a child treated with indinavir: the retinoid-mediated side effect theory revisited. *AIDS*, 2001; 15(15): 1979-1984.
10. **Alam M, Scher RK.** Indinavir-related recurrent paronychia and ingrown toenails. *Rev. Clin. Esp*, 2001; 201(8):455-458.
11. **Stenzel MS, Carpenter CCJ.** HIV/AIDS 2000: the management of antiretroviral therapy. *Inf. Dis. Clin. of NA*, 2000; 14(4).