

Descripción de pacientes que por sus características clínicas, de diagnóstico, forma de presentación infrecuente, imágenes radiológicas o estudios histopatológicos demostrativos puedan resultar de interés para nuestros lectores. www.siicsalud.com/tit/casiic.php

Leuconiquia transversal (líneas de Mees) asociada con espondilitis anquilosante

Transverse leukonychia (Mee's lines) associated with ankylosing spondylitis

Alejandro Molina Leyva

Servicio de Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología, Hospital Universitario San Cecilio, Granada, España

Acceda a este artículo en siicsalud



Código Respuesta Rápida
(Quick Response Code, QR)



Especialidades médicas relacionadas,
producción bibliográfica y referencias
profesionales del autor.

www.siicsalud.com/dato/casiic.php/142130

Introducción

Las alteraciones ungueales pueden ser indicativas de la presencia de una enfermedad sistémica subyacente.^{1,2} Las acropaquias sugieren la presencia de enfermedad pulmonar o enfermedad inflamatoria intestinal. Ante la presencia de coiloniquia es conveniente descartar la presencia de anemia o hemocromatosis. En ausencia de trauma o psoriasis, la onicolisis debe motivar la búsqueda de síntomas o signos de hipertiroidismo. Las líneas de Beau pueden indicar la presencia de enfermedad grave previa o alteraciones locales a nivel ungueal. En pacientes con líneas de Muehrcke es conveniente determinar los niveles de albúmina. En ausencia de tratamiento quimioterápico o indicios de intoxicación por metales pesados, las líneas de Mees deben motivar la búsqueda de enfermedad sistémica oculta.

Caso clínico

Paciente varón de 57 años de edad, con historia de espondilitis anquilosante HLA B27 positiva de 20 años de evolución, que presentó exacerbación de la enfermedad hace tres meses con puntaje de 7.4 de acuerdo con el *Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index*, controlado en el momento actual. Como antecedentes personales de interés se destaca la presencia de uveítis de repetición en ambos ojos, fibrilación auricular, intestino irritable e hipertensión arterial. Sin hábitos tóxicos. Realiza tratamiento con adalimumab, lansoprazol, etoricoxib y acenocumarol. Refiere la presencia de lesiones ungueales desde hace dos meses que avanzan distalmente con el crecimiento de la uña. A la exploración física observamos la presencia de líneas de color blanco de disposición paralela a la lúnula que se extienden en toda la extensión de la lámina ungueal, que no palidecen a la vitropresión, sin cambios tróficos ungueales asociados (Figura 1). El resto de la exploración física, la capilaroscopia, las determinaciones de laboratorio y la tomografía axial computarizada no mostraron alteraciones significativas. Sobre la base de estos hallazgos se realizó el diagnóstico de líneas de Mees, también conocidas como líneas de Aldrich o



Figura 1. Bandas blancas transversales que afectan la lámina ungueal en su totalidad, sin cambio tróficos asociados.

Reynolds secundarias a exacerbación inflamatoria de espondilitis anquilosante. Las alteraciones ungueales desaparecieron con el crecimiento progresivo de la lámina ungueal, y dejaron de ser manifiestamente visibles a los seis meses de seguimiento.

Discusión

Las líneas de Mees, o leuconiquia transversal, son consecuencia de trastornos transitorios a nivel de la matriz ungueal distal que ocasionan paraqueratosis en la lámina ungueal, que se torna blanca y opaca.³ En los pacientes con líneas de Mees el lecho ungueal es normal; sin embargo, la lámina ungueal está fragmentada debido a la alteración del crecimiento ungueal normal a nivel de la matriz durante el episodio.⁴ Se presentan en forma de bandas transversales blancas únicas o múltiples que se disponen en todas las uñas afectadas al mismo nivel y se desplazan distalmente con el crecimiento ungueal. El ancho de las líneas se correlaciona con la gravedad y duración del proceso causal: una uña normal crece 1 mm cada 6 a 10 días.^{5,6} Nuestro caso presenta todas las características clínicas típicas en forma de leuconiquia fija, sin cambios tróficos asociados y cuya migración es acorde con el crecimiento ungueal.

Las líneas de Mees fueron inicialmente descritas en la intoxicación por arsénico; sin embargo, en la actualidad, los tratamientos quimioterapéuticos (ciclofosfamida, vincristina, doxorubicina o doxetacel, entre otros), representan la causa más frecuente.^{7,8} En ausencia de tratamiento quimioterápico o indicios de intoxicación por metales pesados (arsénico, talio, flúor), la presencia de las líneas de Mees pueden ser una importante clave diagnóstica como marcador de enfermedad sistémica.¹ Se han descrito casos

en relación con intoxicación por monóxido de carbono, lupus eritematoso sistémico, insuficiencia cardíaca congestiva, linfoma de Hodgkin, tumor carcinoide, lepra, algunas parasitosis, paludismo, otras infecciones graves o enfermedad renal.^{1,2} En nuestro caso, las exploraciones complementarias no encontraron ninguna condición subyacente que pudiera motivar la aparición de las líneas de Mees, distinta de la exacerbación de la espondilitis anquilosante, que además es cronológicamente compatible.

El diagnóstico diferencial de las líneas de Mees debe realizarse con las líneas de Beau, que son depresiones transversas por cese de la actividad mitótica de la matriz ungueal. Clínicamente son palpables y más estrechas que las líneas de Mees, con frecuencia responden a procesos limitados a la unidad ungueal, como traumatismos, infecciones, fenómeno de Raynaud o son consecuencia del tratamiento con quimioterápicos del grupo de los taxanos. Las líneas de Muehrcke, también de color blanco y de

disposición transversal, no migran con el crecimiento ungueal y desaparecen con la vitropresión, ya que responden a alteraciones de la vascularización del lecho ungueal.⁹ Las líneas de Muehrcke son frecuentes en pacientes con enfermedad hepática, síndrome nefrótico y otras causas de hipoalbuminemia grave (valor inferior a 20 g/l).¹⁰ Las características clínicas de las alteraciones ungueales de nuestro paciente no fueron compatibles con las de las líneas de Beau, ausencia de depresiones palpables, o con las líneas de Muehrcke, sin desvanecimiento ante la vitropresión y migración con el crecimiento ungueal.

Tras realizar una minuciosa revisión bibliográfica no hemos encontrado hasta la fecha ningún caso de líneas de Mees asociado con una exacerbación de espondilitis anquilosante. Por lo tanto, presentamos lo que hasta la fecha es el primer caso de líneas de Mees vinculadas con una exacerbación inflamatoria de espondilitis anquilosante.

Copyright © Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC), 2014
www.sicisalud.com

Los autores no manifiestan conflictos de interés.

Cómo citar este artículo

Molina Leyva A, Ruiz Carrascosa JC. Leuconiquia transversal (líneas de Mees) asociada con espondilitis anquilosante. *Salud i Ciencia* 20(6):646-7, Jun 2014.

How to cite this article

Molina Leyva A, Ruiz Carrascosa JC. Transverse leukonychia (Mee's lines) associated with ankylosing spondylitis. *Salud i Ciencia* 20(6):646-7, Jun 2014.

Bibliografía

- Patel LM, Lambert PJ, Gagna CE, Maghari A, Lambert WC. Cutaneous signs of systemic disease. *Clinics in Dermatology* 29(5):511-22, 2011.
- Fawcett RS, Linford S, Stulberg DL. Nail abnormalities: clues to systemic disease. *American Family Physician* 69(6):1417-24, 2004.
- Podjasek JO, Cook-Norris RH. Mees' lines. *Clinical Toxicology (Philadelphia, Pa)* 48(9):958, 2010.
- Fujita Y, Sato-Matsumura KC, Doi I, Takaoka K. Transverse leukonychia (Mees' lines) associated with pleural empyema. *Clinical and Experimental Dermatology* 32(1):127-8, 2007.
- Piraccini BM, Iorizzo M. Drug reactions affecting the nail unit: diagnosis and management. *Dermatologic Clinics* 25(2):215-21, vii, 2007.
- Wu YY, Chao TY. Mees' lines. *Internal Medicine Journal* 41(7):578, 2011.
- Huang TC, Chao TY. Mees lines and Beau lines after chemotherapy. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal = Journal de l'Association Médicale Canadienne* 182(3):E149, 2010.
- Seavolt MB, Sarro RA, Levin K, Camisa C. Mees' lines in a patient following acute arsenic intoxication. *International Journal of Dermatology* 41(7):399-401, 2002.
- Chauhan S, D'Cruz S, Singh R, Sachdev A. Mees' lines. *Lancet* 372(9647):1410, 2008.
- Chavez-Lopez MA, Arce-Martinez FJ, Tello-Esparza A. Muehrcke lines associated to active rheumatoid arthritis. *Journal of Clinical Rheumatology: Practical Reports on Rheumatic & Musculoskeletal Diseases* 19(1):30-1, 2013.