

A recently published study analyzed a series of cases with hypercalcemia attended in the emergency department.⁴ They found that up to 81% of patients were symptomatic, although only 3.5% were diagnosed with hyperparathyroidism and up to 24% of patients had no follow-up plan at the time of discharge. With an estimated prevalence of 20%, we are probably dealing with an underdiagnosed disease.

Global cognitive decline in the elderly due to parathyroid adenoma it is remarkably underdiagnosed, since changes in behavioral and cognitive function are usually attributed to aging, dementia and frailty, which makes the diagnosis challenging. Nevertheless, because many of these patients could benefit from a medical or surgical treatment, as was the case in our patient, it would be advisable to integrate emergency department and care pathways and protocols, in which point-of-care ultrasound could be of great importance to standardize practice.

Conflict of interest

No potential conflicts of interest were disclosed.

Repercusión de la somnolencia sobre la calidad del equilibrio y la marcha



Sleepiness repercussion on gait and balance

La somnolencia diurna afecta de forma directa a la capacidad funcional¹ de los mayores, produciendo limitaciones tanto a las actividades físicas como a las mentales.

Algunos autores han propuesto una posible relación entre la disminución del equilibrio y el sueño², sin embargo, no ha sido analizada la posible repercusión de la somnolencia diurna con el deterioro de la marcha y el equilibrio. El objetivo de este estudio es evidenciar la asociación existente entre somnolencia diurna y alteración del equilibrio estático y dinámico en personas mayores de 70 años. Se realizó un estudio descriptivo trasversal en población mayor de 70 años de la ciudad de Granada entre los meses de enero y abril de 2015. La somnolencia diurna se evaluó con la escala de somnolencia de Epworth³ y la puntuación total oscila entre 0-24, valores mayores a 10 indican exceso de somnolencia durante el día.

El equilibrio estático y dinámico se evaluó con el Mini Balance Evaluation System Test (Mini-BESTest). El test posee diferentes pruebas que evalúan de forma sistemática el equilibrio tanto estático como dinámico. Obteniendo una puntuación máxima de 28 y una puntuación mínima de 0, siendo mayores puntuaciones mejor equilibrio y menor riesgo de caídas⁴.

La calidad del equilibrio y la marcha también se evaluó mediante la escala de Tinetti. Consiste en 2 subescalas: una de equilibrio, con una puntuación máxima de 6 puntos, y otra de marcha, con una puntuación máxima de 12 puntos⁵.

Se evaluaron un total de 108 sujetos residentes en la comunidad con una media de edad de 80,12 ± 6,413 y de los cuales el 67,6% eran mujeres. De los sujetos evaluados 44 presentaron valores de somnolencia significativa en el cuestionario Epworth y 64 presentaron valores normales.

Las variables equilibrio y calidad de la marcha analizadas por grupo de somnolencia presentaron diferencias significativas en

Bibliografía

1. Agraharkar M. Hypercalcemia. Medscape. 2015. Available from: <http://emedicine.medscape.com/article/240681> [accessed 15.05.15].
2. Coker LH, Rorie K, Cantley L, Kirkland K, Stump D, Burbank N, et al. Primary hyperparathyroidism, cognition, and health-related quality of life. *Ann Surg.* 2005;242:642-50.
3. Fuleihan EG, Silverberg SJ. Primary hyperparathyroidism: diagnosis, differential diagnosis, and evaluation. In: Post TW, editor. *UpToDate.* Waltham, MA: UpToDate; 2015.
4. Royer AM, Maclellan RA, Stanley JD, Willingham TB, Giles WH. Hypercalcemia in the emergency department: a missed opportunity. *Am Surg.* 2014;80:732-5.

Yale Tung-Chen*, Koen Jerusalem

University and Polytechnic Hospital of La Fe, Department of Internal Medicine, Calle Fernando Abril Martorell n° 106, 46026 Valencia, Spain

* Corresponding author.

E-mail address: yale.tung.chen@gmail.es (Y. Tung-Chen).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2015.07.011>

la escala Tinetti con peores valores para el grupo somnolencia ($p < 0,05$).

En cuanto a la escala Mini-BESTest se encontraron valores significativamente peores para el grupo somnolencia respecto al no somnolencia ($13,05 \pm 5,373$ y $16,059 \pm 3,26$, $p = 0,032$ respectivamente).

Nuestros resultados confirman investigaciones previas^{6,7} en las que se han propuesto factores adicionales a los musculoesqueléticos como los psicológicos y cognitivos sobre el riesgo de caídas.

La asociación entre las alteraciones del sueño y el riesgo de caídas han sido investigadas anteriormente⁸. Stone et al. llevaron a cabo un estudio que evidenció una asociación directa entre el insomnio y el riesgo de caídas.

Otros estudios que han analizado la relación entre somnolencia y alteraciones del equilibrio y marcha en personas mayores institucionalizadas presentan resultados controvertidos^{9,10}. En nuestro caso la población estudiada mostró diferencias significativas entre grupos de somnolencia, esto puede explicarse por la evaluación pormenorizada y presencial desarrollada en nuestro estudio respecto a otros anteriores cuya exploración ha sido de carácter genérico.

Como limitación en nuestro estudio hay que incluir el método de evaluación de la somnolencia utilizado, que en otros casos ha sido el test de latencias múltiples, sin embargo, este presenta un elevado coste frente a la gran validez de la escala Epworth.

Como conclusión, podemos decir que las personas con más de 70 años que presentan somnolencia diurna significativa poseen alteraciones del equilibrio estático, dinámico, y de la calidad de la marcha comparadas con las que no presentan somnolencia.

Bibliografía

1. Avidan AY. Sleep disorders in the older patient. *Prim Care.* 2005;32:563-86.
2. Latimer Hill E, Cumming RG, Lewis R, Carrington S, le Couteur DG. Sleep disturbances and falls in older people. *J Gerontol A BiolSci Med Sci.* 2007;62:62-6.
3. Johns MW. A new method for measuring daytime sleepiness: The Epworth sleepiness scale. *Sleep.* 1991;14:540-5.
4. Bergström M, Lenholm E, Franzén E. Translation and validation of the Swedish version of the mini-BESTest in subjects with Parkinson's disease or stroke: A pilot study. *Phys Theory Pract.* 2012;28:509-14.
5. Tinetti ME, Baker DI, Gottschalk M, Garrett P, McGeary S, Pollack D, et al. Home-based multicomponent rehabilitation program for older persons after hip fracture: A randomized trial. *Arch Phys Med Rehabil.* 1999;80:916-22.

6. Roepke SK, Ancoli-Israel S. Sleep disorders in the elderly. *Indian J Med Res.* 2010;131:302-10.
7. Teo JS, Briffa NK, Devine A, Dhaliwal SS, Prince RL. Do sleep problems or urinary incontinence predict falls in elderly women? *Aust J Physiother.* 2006;52:19-24.
8. Stone KL, Ensrud KE, Ancoli-Israel S. Sleep, insomnia and falls in elderly patients. *Sleep Med.* 2008;9:18-22.
9. St George RJ, Delbaere K, Williams P, Lord SR. Sleep quality and falls in older people living in self- and assisted-care villages. *Gerontology.* 2009;55:162-8.
10. Fung CH, Martin JL, Chung C, Fiorentino L, Mitchell M, Josephson KR, et al. Sleep disturbance among older adults in assisted living facilities. *Am J Geriatr Psychiatry.* 2012;20:485-93.

M Paz Moreno Morales*

Departamento de Fisioterapia, Universidad de Granada, Granada, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: cvalenza@ugr.es

<http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2015.09.010>

Onicomadesis: un signo de alarma inusual en el anciano



Onychomadesis: An unusual sign of alarm in the elderly

Las alteraciones de las uñas son frecuentes entre la población geriátrica. Esto es debido a cambios ungueales propios de la edad, alteraciones circulatorias y, en particular, a la susceptibilidad de la uña senil a infecciones, principalmente por hongos, y a su afectación en el contexto de enfermedades dermatológicas o sistémicas concurrentes, o por tratamientos relacionados¹. Así, por ejemplo, hasta un 20% de los ancianos pueden presentar datos de onicomadesis².

No obstante, los problemas ungueales en los ancianos a menudo se pasan por alto y no se ponen en conocimiento de los médicos responsables de su cuidado o incluso son ignorados a la hora de realizar una exploración clínica del paciente, a pesar de que, en ocasiones, esos cambios en las uñas pueden ser síntoma de una enfermedad grave subyacente¹.

Presentamos un caso que ilustra claramente la importancia de una adecuada valoración de la enfermedad ungueal en el anciano.

Mujer de 81 años, con antecedentes de hipertensión y fibrilación auricular crónica, que consultó por un cuadro de dolor abdominal y diarrea de varios meses de evolución. La enferma también estaba preocupada porque refería que en las últimas semanas había comenzado con la caída de las uñas de ambas manos. A la exploración llamaba la atención la presencia de onicomadesis en 6 dedos de las manos (fig. 1), sin aparición de alteraciones en el tejido periungueal ni hallazgos en los dedos de los pies. En el estudio analítico presentaba un hemograma normal, destacando en la bioquímica unas proteínas totales de 4,9 g/dl, con una albúmina de 1,7 g/dl y un calcio total de 6,76 mg/dl. La radiografía de tórax fue anodina. La paciente fue sometida a una colonoscopia con toma de biopsia que confirmó la presencia de una pancolitis ulcerosa.

La onicomadesis es un signo ungueal poco conocido que consiste en la separación o el despegamiento (parcial o completo) indoloro y sin inflamación de la lámina del lecho ungueal en la zona proximal, y que refleja la detención súbita en el crecimiento de las uñas³. En ocasiones pueden aparecer junto a formas menores, las llamadas líneas de Beau (surcos o estrías transversales en la uña), que reflejan interrupciones leves en el crecimiento de la lámina y que pueden darse simultáneamente en el mismo paciente como resultado de la misma enfermedad³. De forma que, cuando la noxa es más intensa y prolongada e inhibe la matriz ungueal durante 2 o más semanas puede dar origen a una depresión transversal que provoca la división total del plato ungueal apareciendo la onicomadesis⁴.

La presencia de onicomadesis en varias uñas de manos y/o pies nos debe alertar siempre de la presencia de una afección sistémica, como enfermedades inflamatorias graves (como el lupus), situaciones de gran estrés, malnutrición severa, infecciones (como fiebre tifoidea, sepsis, enfermedad mano-pie-boca)



Figura 1. Lecho ungueal con ausencia de lámina (onicomadesis) del 2.º y 4.º dedo.

o como reacción a medicamentos (como antibióticos —penicilina, cloxacilina, azitromicina—, retinoides, litio, anticomiciales y fármacos citotóxicos)³⁻⁶. En nuestro caso, la onicomadesis era reflejo de un proceso inflamatorio sistémico grave (enfermedad inflamatoria intestinal), que además conllevaba una malnutrición severa.

Aunque la onicomadesis se resuelve espontáneamente al cesar la noxa, sin embargo, dependiendo de la cantidad de uñas afectadas y su localización (manos, pies o ambos) el desprendimiento puede alterar temporalmente la función de los pacientes debido a limitar la capacidad para coger objetos y a la protección requerida para los dedos^{3,4}.

Es importante que los médicos y otros profesionales en contacto con la población mayor estén bien informados y familiarizados con los problemas ungueales del anciano y sus causas subyacentes, a fin de llegar a un diagnóstico preciso, y proporcionar una mejor atención sanitaria. De esta forma, identificar la aparición de onicomadesis en varios dedos de manos o pies como signo de alerta de una enfermedad sistémica grave nos permitirá realizar una adecuada y temprana intervención terapéutica en nuestro paciente.

Bibliografía

1. Abdullah L, Abbas O. Common nail changes and disorders in older people. *Diagnosis and management.* *Can Fam Physician.* 2011;57:173-81.
2. Loo DS. Onychomycosis in the elderly: Drug treatment options. *Drugs Aging.* 2007;24:293-302.
3. Hardin J, Haber RM. Onychomadesis: Literature review. *Br J Dermatol.* 2015;172:592-6.
4. Chang P, Escalante K. Onychomadesis: descripción de 12 pacientes. *Dermatología CMQ.* 2013;11:89-93.
5. Piraccini BM, Iorizzo M, Antonucci A, Tosti A. Drug-induced nail abnormalities. *Expert Opin Drug Saf.* 2004;3:57-65.
6. Hardin J, Haber RM. Idiopathic sporadic onychomadesis: Case report and literature review. *Arch Dermatol.* 2012;148:769-70.