

Enfermedades Frecuentes de las Uñas

Dr. Antonio José Rondón Lugo

Coordinador Comité de Bioética Inst. Biomedicina
Dermatólogo Clínica Santa Sofía. El Cafetal
(58212)9850523)

dermatol@cantv.net

rondonlugo@yahoo.com

www.antoniorondonlugo.com

Telefax 212 9791768

Dra. Natilse Rondón Lárez

Dermatóloga Clínica Santa Sofía

Caracas

Natty_rondon@yahoo.com

Las uñas situadas en el dorso de las partes terminales de los dedos, sirven como elemento estético, de protección a pequeños traumatismo, para coordinar finos movimientos, aprehender pequeños objetos y, en algunos animales, sirven para la locomoción y la defensa.

Son rectangulares, transparentes, planas, de estructura córnea. El color es debido a la rica vasculatura subyacente. En la parte proximal se aprecia en algunas uñas una zona blanquecina en forma de semiluna que es la lúnula. Las partes de las uñas son: lámina ungueal, hiponiquio, lecho ungueal y matriz. Crecen a un promedio de 0.10 – 0.12 mm. diariamente, que es mayor entre la segunda y tercera década, disminuyendo posteriormente el

crecimiento, igualmente sucede en procesos infecciosos y en algunas enfermedades sistémicas. Las uñas de las manos crecen más rápidamente que las de los pies.

Los elementos de las uñas son:

- Lámina ungueal
- Lecho ungueal
- Hiponiquio
- Matriz
- Cutícula
- Borde libre
- Lúnula

Las uñas pueden tener en su superficie alteraciones que reflejan enfermedades dermatológicas o sistémicas. Trataremos las más comunes.

Muchas alteraciones pueden aparecer en las uñas por injuria directa, invasión de gérmenes, traumas y alteraciones que son reflejos de enfermedades dermatológicas generalizadas u otras enfermedades sistémicas; de allí la importancia de conocer y diagnosticar estas alteraciones prontamente. Obviaremos las micosis ungueales ya que serán tratadas en capítulo aparte. Estudiaremos las alteraciones más frecuentes.

1. Perionixis o Paroniquia (fotos 1-2)

Es la inflamación del tejido alrededor de la lámina ungueal; comienza por una zona eritematosa, edematosa que puede ser de aparición brusca, produciéndose la paroniquia o perionixis aguda con gran inflamación, dolor y posteriormente puede producirse secreción purulenta. Los cuadros crónicos se originan de igual manera; pero lo hacen de forma progresiva con altibajos: la zona alrededor se aprecia engrosada, eritematosa, desaparece la cutícula. Muchas veces, si se hace presión en la zona, puede obtenerse secreción de aspecto purulento. En estos cambios crónicos, la lámina ungueal se nota opaca, con estrías transversales y cambios de color, con tintes oscuro-verdosos.

La causa desencadenante de esta afección es la humedad excesiva que mantienen algunas personas, tales como las amas de casa, las que laboran en sitios como cafeterías, bares, etc. Son frecuentes las infecciones bacterianas por gérmenes Gram. positivos, generalmente *Staphylococcus aureus* y a veces por Gram. negativos, aunque

también se presentan con frecuencia infecciones por *Cándida albicans*. Debido a lo anterior se deben hacer estudios bacteriológicos y micológicos.

El tratamiento consiste en:

Cuadros agudos

Aplicación de compresas húmedas, generalmente con ácido bórico o manzanilla por 15 minutos durante dos días, antiinflamatorios no esteroideos por vía sistémica, antibióticos sistémicos de acuerdo al Gram. y en caso de no poderse practicar estudio bacteriológico, usar aquellos antibióticos que sean efectivos contra los estafilococos: penicilinas penicilinasas resistentes, cefalosporinas, trimetoprim, sulfametoxazol, oxacilina, ciprofloxacina por vía sistémica para la candidiasis (Itraconazol, Fluconazol).

Cuadros crónicos

Recomendaciones higiénicas: evitar la humedad frecuente de los dedos, uso de guantes, aplicación de cremas de esteroides en combinación con antibióticos tópicos. A veces al inicio se puede administrar por vía sistémica:

AINES, antibióticos y tratamiento para la candidiasis que casi siempre acompaña a estos cuadros.

La cirugía es a veces necesaria para drenar el contenido purulento y hacer pequeñas resecciones en áreas muy engrosadas.

2. Infección Bacteriana de la Uña

La infección bacteriana puede observarse en casos de perionixis, pero a veces en otras condiciones se puede observar un levantamiento de la lámina ungueal y secreción purulenta de color amarillento. Casi siempre estas infecciones están localizadas en el área proximal o hacia la zona media de la lámina. Se debe abrir un pequeño orificio para drenar el pus, al cual se le debe hacer estudio bacteriológico (Gram-cultivo) e iniciar tratamiento con antibioticoterapia inmediatamente al tener el resultado del Gram. Si este no se puede realizar, es conveniente administrar antibióticos que cubran anaerobios y Gram negativos. Evitar la humedad, aplicar a través del orificio antibióticos tópicos como eritromicina, gentamicina o rifampicina, ácido fusídico. El paciente debe ser estudiado para descartar diabetes, procesos infecciosos generales, inmunodeficiencias; pero

la mayoría de las veces, son cuadros de aparición brusca, cuya causa no se logra conocer.

En las infecciones crónicas, la mayoría de las veces el paciente presenta despegamiento de la lámina de su lecho en la parte distal (onicolisis) condicionada por diversas causas: traumas, manicure excesivo, psoriasis ungueal, infecciones micóticas, etc. En pseudomonas aeruginosa, principalmente con la aparición de un color verdoso oscuro. También otros gérmenes ocasionan cambios de color. En un estudio realizado en el Hospital Vargas encontramos infección en: 59% por gérmenes Gram negativos, 40% por Gram positivos, 1% mixta.

El tratamiento consiste principalmente en evitar la humedad, y se emplean con frecuencia aplicaciones de solución de timol en cloroformo del 2 al 4% como lo sugiere Samman. Las sustancias antibióticas locales a base de gentamicina o clindamicina, son de utilidad. Yo recomiendo con frecuencia aire seco y caliente por lo menos una vez diaria, obtenido con secadores de pelo. Se emplean antibióticos por vía sistémica cuando hay secreción purulenta o cuadros reagudizados. También pueden usarse al inicio o cuando los gérmenes son muy patógenos o no mejora o por condiciones generales del paciente como diabetes, inmunodeficiencias o previo a cirugía.

3. Cambios de Color de la Lámina Ungueal (fotos 2,3 ,4,5,6,7)

El color de la lámina ungueal varía desde un color nácar-rosado que puede ser más clara o más oscura en diferentes personas; hay veces que adquieren colores distintos y puede ser por contacto con algunas sustancias o debido a cambios en su estructura por invasión de gérmenes patógenos o traumas o por algunas enfermedades sistémicas.(2)

Los pigmentos externos son comunes y se obtienen por contacto con sustancias variadas; la más común es por los esmaltes usados como cosméticos. Generalmente el tono es oscuro, a veces impresionando como cianosis periférica. También influyen sustancias que se emplean para limpieza de pisos o de objetos, o que se captan en algunos oficios. El diagnóstico clínico es relativamente fácil; generalmente no están afectadas todas las uñas y casi nunca lo están las de los pies. También se emplea una hoja de bisturí y se hace un raspado suave donde desaparece casi toda la pigmentación.

Luego es necesario precisar la sustancia que produjo el cambio de color (aquí el interrogatorio es fundamental).

Una pigmentación frecuente son las manchas blancas (**leuconiquia**), las cuales pueden ser únicas o múltiples y estar localizadas en una o en varias uñas. A los niños se les dice que es producto de “mentiras” y así se conocen popularmente; se originan por pequeños traumas.

Otras causas que producen coloraciones blancas son hipoalbuminemia, traumas (personas que se las muerden; pero también se observan en la enfermedad de Hodgkin, intoxicación por arsénico, infecciones por dermatofitos, candidiasis, infecciones bacterianas, cirrosis, hipoproteinemia.

Coloración amarilla: en algunos pacientes con psoriasis, las uñas tienen un tono amarillento, así como en las infecciones bacterianas, ingestión de tetraciclinas. Hay un síndrome descrito por P. Samman llamado el Síndrome de la uña amarilla, en el cual además del color ungueal, se observa hipoalbuminemia y bronquiectasias.

Colores oscuros: Pueden ser de configuración racial; también después de traumas que muchas veces no son referidos como sucede en algunos deportistas o cuando se usan zapatos nuevos o en pacientes con discrasias sanguíneas o que toman anticoagulantes o antiagregantes plaquetarios. El diagnóstico se hace por la clínica y se practica un pequeño orificio en la lámina ungueal y sale una pequeña cantidad de sangre o se aprecia el coágulo ya formado. Líneas oscuras longitudinales pueden ser raciales, pero también han sido descritas por deficiencia de Vitamina B12, carcinoma hepático, enfermedad de Addison. Pero lo más frecuente es debido a nevus de unión, y en algunos casos a melanomas ubicados en la matriz ungueal o en el lecho ungueal.

En ambos casos es necesario practicar estudio histológico para precisar el diagnóstico. En caso de nevus de unión o nevus displásico se realiza la extirpación posteriormente biopsia, y en casos de melanoma se realiza tratamiento dependiendo del grosor histológico del tumor.

Uñas marrones: infecciones micóticas, bacterianas, contacto con mercurio y Psoriasis.

Azul Pizarra: Argiria.

Verde: infección bacteriana (*Pseudomonas*)

Bandas blancas: intoxicación por arsénico, Hodgkin.

Roja: insuficiencia cardíaca, hematomas.

Azul negro: ingestión de clororiquina – traumas.

Gris: uso de mercurio local, contacto con nitrato de plata.

Marrón-rojo: resorcina, lacas.

4. Psoriasis Ungueal (foto 8)

La psoriasis es una enfermedad crónica de la piel, de evolución y extensión imprevisible. La psoriasis produce lesiones en las uñas en el 10-40% de los pacientes. Pueden aparecer simultáneamente con las lesiones cutáneas o después, pero también pueden precederla; de allí que en esos momentos no se tiene el diagnóstico de la enfermedad, pero por las alteraciones de las uñas se puede llegar al diagnóstico. (1-3)

Los cambios más comunes son:

a) Hoyuelos o “Pits”: Generalmente son múltiples y pueden localizarse en una o varias uñas, consisten en pequeñas depresiones; pueden estar agrupados o aislados. La lesión histopatológica está en la matriz ungueal.

También pueden observarse estos hoyitos por traumas, eczema, alopecia areata.

b) Manchas en aceite: La lámina ungueal se nota como de color amarillento; aparece generalmente en las áreas de onicolisis.

c) Onicolisis es el despegamiento de la lámina ungueal en la parte distal. Aparece en otras condiciones.

d) Hemorragias en astilla: Son focos pequeños de sangramiento en el lecho ungueal a partir de vasos sanguíneos dérmicos papilares muy dilatados. Representan el signo Auspitz en la uña. Aunque son muy frecuentes en la uña psoriática, pueden verse en otros procesos ungueales como en el caso de los traumatismos, infecciones bacterianas sistémicas severas (endocarditis).

e) Hiperqueratosis y engrosamiento subungueal: La queratosis subungueal varía en cantidad y color, puede ser de color plateado como las escamas psoriáticas. Cuando hay color verdoso, generalmente existe infección bacteriana sobreagregada.

La coloración marrón oscura o verdosa generalmente se encuentra asociada a una variedad de microorganismos que son responsables

de dicha coloración. Esta lesión se ve además en otras enfermedades ungueales que afectan el hiponiquio, pudiendo ser el punto de partida para infecciones bacterianas y micóticas en la uña psoriática.

f) Anormalidades severas de la lámina ungueal. El compromiso severo de la uña psoriática no es infrecuente; podemos encontrar una lámina ungueal deformada, blanquecina, con pérdida de brillo, engrosada, con aspecto “desmoronado”, con pocos o numerosos surcos transversales, así como también nos podemos encontrar con una destrucción completa de la uña. Las infecciones bacterianas y micóticas pueden producir daño severo de la lámina ungueal.

Las manifestaciones que más se observan son:

- Hoyuelos (Pitting)
- Manchas de aceite
- Onicolisis
- Engrosamiento Subungueal
- Hemorragias en astilla
- Alteraciones severas y hasta destrucción de las uñas

Tratamiento

No existe tratamiento específico para las lesiones ungueales. En casos severos o en pacientes que tienen un compromiso cutáneo importante o que sufren de artritis psoriática severa que requieren tratamientos sistémicos con metrotexate, etretinato, ciclosporina o PUVA se aprecia mejoría de las lesiones cutáneas; pero debe quedar claro que para las lesiones ungueales sólo se emplean en casos muy seleccionados.

Se deben evitar las infecciones bacterianas, las cuales son frecuentes principalmente por la onicolisis. Se deben prevenir con el empleo de timol en cloroformo 2-4% así como disminuyendo la humedad de las zonas.

Cuando ya existe o se sospecha su aparición se deben tratar correctamente. Las infecciones por dermatofitos (tinnea unguis) o por mohos no dermatofitos (onicomicosis) no son muy frecuentes; sin embargo, ante cualquier alteración sugestiva deben realizarse exámenes micológicos (directo-cultivo) y hacer el tratamiento adecuado.

Se ha empleado para la psoriasis ungueal la aplicación de esteroides de alta potencia alrededor de la zona que corresponde a la matriz. Pueden hacerse curas oclusivas; igualmente se han empleado

infiltraciones locales de esteroides en las áreas correspondientes a la matriz. Este método es doloroso y la mayoría de los pacientes no lo soportan. Tiene otro inconveniente: que a veces la infiltración del esteroide produce injuria en la matriz ungueal y pueden aparecer nuevos defectos ungueales. Además no siempre produce resultados satisfactorios.

El calcipotriol también se ha empleado con resultados satisfactorios en muchos casos.

5. Despegamiento de la uña de su lecho (onicolisis): Puede ser de una o varias uñas; las causas más frecuentes son: traumas, psoriasis, infección por hongos, enfermedades ampollares, hiperhidrosis.

La lesión anatómica está en el hiponiquio.

6. Hoyitos (Pitting): Son depresiones que se observan en una o varias uñas. Pueden ser únicas o múltiples, transversales o longitudinales; se aprecian en:

- Psoriasis
- Traumas
- Alopecia areata
- Perionixis
- Pitiriasis rosada

7. Liquen plano de la uña (foto 9)

La incidencia del Liquen plano de la uña varía cerca de 1-10%. Los cambios específicos del Liquen plano no son patognomónicos de la enfermedad y pueden ser debidos a traumas de la uña; sin embargo, el diagnóstico puede sospecharse cuando están comprometidas varias uñas. El Liquen plano de la uña puede presentarse bajo las siguientes modalidades:

1. Lesiones típicas en la piel y uñas.
2. Lesiones atípicas en la piel (Liquen plano ampollar) y cambios en las uñas.
3. Lesiones en cuero cabelludo (alopecia) y lesiones en uñas.
4. Lesiones bucales solamente.
5. Lesiones en uñas solamente.

La apariencia clínica varía desde la presencia de surcos longitudinales en la superficie del plato ungueal hasta la destrucción total y atrofia de la uña, y dependen de la localización, severidad y duración de la lesión.

Cuando no hay lesiones en la piel, la uña puede presentar características atróficas y son el resultado de un proceso final inflamatorio de Liquen plano, especialmente en la matriz. Si la respuesta inflamatoria es severa puede haber atrofia permanente. En los procesos inflamatorios leves, la lesión clínica puede ser temporal. Cuando hay un compromiso mínimo de la uña se pueden ver surcos longitudinales acentuados en la superficie

De la lámina ungueal, el cual puede ser un cambio reversible. Este signo es el más común. Esta lesión ocurre por el compromiso focal de las áreas próximas a la matriz, siendo de corta duración. En este caso, la matriz puede ser reparada produciéndose el crecimiento normal de la lámina ungueal.

Un pequeño foco de liquen plano en la matriz de la uña puede crear una zona apartada de cicatriz, la cual aparece clínicamente como un abultamiento que nace debajo de la aproximación de la uña.

Cuando los cambios son más severos, la capa de la uña se debilita o adelgaza, produciéndose una mayor deformación y haciéndose su recuperación más difícil.

Cuando este mismo foco local en la matriz es más severo, puede ocasionar destrucción de la misma con pérdida de la capa de la uña y adhesión de la epidermis próxima a la curvatura de la uña a la epidermis del lecho ungueal. La capa de la uña nunca vuelve a crecer y la adherencia es comúnmente llamada "uña pterigoidea".

Cuando la destrucción severa y total de la matriz envuelve el lecho ungueal, se produce una reacción inflamatoria severa sobre el área próxima a la uña y a la matriz, dando como resultado una atrofia total de la uña.

A través de la lámina ungueal pueden verse en el lecho pápulas pequeñas y violáceas. Sin embargo, si el proceso es extenso y severo, la fracción inflamatoria produce una separación localizada de la lámina ungueal (onicolisis) que puede llegar a producir un completo desprendimiento de la uña. En cualquier tipo de paciente puede verse una hiperqueratosis subungueal. En los pacientes de raza negra es común observar una hiperpigmentación subungueal residual como respuesta post-inflamatoria.

Las lesiones que se producen en el pliegue ungueal proximal y lateral son idénticas a las lesiones cutáneas típicas del liquen plano y pueden ser tratadas similarmente. Si las lesiones del pliegue son severas pueden presentarse los cambios anteriormente descritos en los componentes de la uña.

Cambios histopatológicos de Liquen Plano

1. Hiperqueratosis.
2. Hipergranulosis.
3. Degeneración de la capa basal con incontinencia del pigmento melánico.
4. Banda de infiltrado inflamatorio linfocitocitario.

Tratamiento

Las lesiones de la matriz requieren tratamiento inmediato, que se basa en:

- Esteroides intralesionales: 3 mg/cc, ó
- Esteroides sistémicos: 2 mg/kg peso/día por dos (2) semanas para niños y 60 mg/día para adultos (Prednisona).

8. Enfermedad de Darier – White

La enfermedad de Darier-White o queratosis folicularis es una enfermedad pápulo escamosa que usualmente se manifiesta en la infancia tardía. Gradualmente progresiva en severidad con la edad.

Se hereda de forma autosómica

dominante afectando ambos sexos por igual. Se detectan múltiples pápulas escamosas en relación con los folículos pilosos, pero existe afectación en áreas sin folículos como lo son la mucosa oral, palmas y plantas.

Las uñas son frecuentemente afectadas en esta enfermedad pero rara vez son únicamente las afectadas.

Muchas veces, la primera manifestación de la enfermedad ocurre en las uñas.

En cuanto a su evolución, es variable, llegando a persistir por años.

La lesión básica es una pápula y puede ocurrir en cada componente de la unidad de la uña.

La triada patognomónica consiste en:

1. Queratosis subungueal distal.
2. Bandas longitudinales rojas y blancas.
3. Presencia de células gigantes multinucleadas en el lecho ungueal al examen histológico.

Las bandas longitudinales rojas se observan en estadios tempranos de la enfermedad, por el contrario las bandas blancas más tardías, en ocasiones se extienden al hiponiquio y la lúnula. También observaremos queratosis subungueales distales en forma de cuña, hemorragias en astillas, pápulas planas queratolíticas localizadas en el pliegue proximal y leuconiquia.

En ocasiones, la matriz puede no estar afectada; pero de estarlo se observa una raya longitudinal en la lámina ungueal.

Tratamiento

Cuando el paciente se trata con retinoides sistémicos mejoran las lesiones.

9 Uñas quebradizas (frágiles)

Es un motivo frecuente de consulta; principalmente son las mujeres las que acuden por este problema.

Pueden verse o no lesiones, pero el paciente refiere que su uña es frágil, quebradiza, blanda. Esta se observa con ciertas líneas de fracturas hacia el borde libre y se nota alguna aspereza en su superficie.

Las principales causas de este trastorno son: exceso de manicure, uñas artificiales, uso de pinturas, removedores de las uñas, traumas repetidos, tics, ictiosis, hipotiroidismo, etc.

El tratamiento consiste en investigar la etiología, evitar el uso frecuente de removedores y manicure. Ha sido sugerido por Pardo Castelló la aplicación de aceite de oliva frotado suavemente, así como la aplicación de la siguiente fórmula:

Cera blanca 1 gr.

Lanolina 10 gr.

Aceite de Almendra 10 gr.

También se ha usado la ingestión de gelatina (7 grs. diarios por un mes), pero son resultados dudosos. Así como la ingestión de Biotina. Nosotros indicamos urea 10 % localmente por las noches.

Cirugía básica de la Uña

La cirugía de la uña cada día se realiza con mayor frecuencia en una serie de condiciones. Es necesario conocer bien la anatomía y fisiología de ella para realizarla con éxito.

Indicaciones:

- Facilitar diagnóstico (Biopsia).
- Aliviar dolor.
- Tratar infección.
- Corregir deformidades.

- Remover tumores locales.
- Mejorar la apariencia cosmética.

Examen del paciente

Historia de enfermedades sistémicas, por ejemplo: condiciones dermatológicas, vasculares, diabetes, discrasias sanguíneas, colagenosis, pulmonares. No se recomienda en pacientes con alto riesgo.

Historia de ingestión de medicamentos, sangramientos, esteroides, alergias a los anestésicos locales. Es conveniente conocer historia de inmunización antitetánica.

Examen Cuidadoso de la lesión, anotar si hay infección.

Preparación :

Limpieza con soluciones antisépticas, guantes estériles, toallas; los instrumentos son los mismos de cirugía dermatológica.

Explicar al paciente el procedimiento y qué se espera.

Anestesia

- **Lidocaína:** sin epinefrina porque puede causar isquemia y gangrena.
- **Torniquetes:** puede emplearse, aunque algunos no lo usan.
- **Sustancias Hemostáticas.**

Post-operatorio

- Elevar el miembro
- Calmar el dolor
- Gasa
- Evitar sangramiento

Se hace cirugía en los siguientes casos:

1. Onicomicosis: Tomando muestras de uñas y raspando zonas del hiponiquio se toman muestras para examen micológico.

2. Extirpación de estrías pigmentadas: depende de su localización, ya que puede realizarse extirpación lateral o en su defecto habrá que extirpar la lesión y afrontar los bordes.

3. Onicectomía: el empleo de este procedimiento es para cuando existan alteraciones traumáticas, o micóticas, severas y se logra extraer la lámina ungueal que posteriormente se estudia. Hay dos formas de hacerlo: el método

clásico (Postero anterior y Método antero-posterior). En pacientes de alto riesgo se emplea pomada a base de urea al 40% y se mantiene ocluida por una semana la lámina.

4. Hematoma subungueal agudo: usando aguja, con hoja de bisturí o clip caliente se drena. Debe considerarse la posibilidad de fracturas, de allí que es necesario tomar radiografías y calmar el dolor.

5. Paroniquia aguda: casos excepcionales cuando se instala una paroniquia aguda. Indicar primero compresas húmedas, antibióticos sistémicos; si no mejora a los 2 días, se realiza cirugía quitando la base de la uña con la finalidad de evitar alteración de la matriz ungueal.

6. Paroniquia crónica: a veces sobre tejido hipertrófico es necesario realizar extirpación de bordes laterales y cutícula.

7. Heridas lacerantes: si el corte es superficial, una simple banda con adhesivo plástico es suficiente. Si es más profundo, usar aproximación por planos con dexton 5-0.

8. Uña en Trompeta: debe investigarse la causa. Se ha planteado extirpación de la falange distal. Puede aplicarse un alambre de extensión.

Biopsia de la Uña

El estudio histológico de la uña cada día adquiere mayor relevancia debido al hecho de que en algunas enfermedades dermatológicas la primera manifestación es en la uña (ejemplo, Psoriasis, melanoma); de allí la importancia de practicarla.

Métodos

1. El método de "Punch" o sacabocado se emplea en algunas lesiones muy precisas; como desventaja tiene que el estudio puede provocar lesiones destructivas en la matriz.
2. Método excisional o incisional en masas, tumores, hiperqueratosis, pigmentación, dolor ungueal, ubicadas en el lecho, hiponiquio o matriz.
3. El método de Zaias, que es una biopsia longitudinal de 2-3 mm de ancho desde la matriz al hiponiquio, se emplea en algunas

enfermedades dermatológicas (psoriasis). Tiene la desventaja del poco material que se obtiene y que en la mayoría de los casos queda una marca indeleble en la lámina ungueal como una raya gruesa e incluso a veces con ranuras en la parte distal de la lámina ungueal.

4. En el año 1983 (12) publicamos el método de la biopsia longitudinal lateral para afecciones de las uñas, basados en la similitud con el tratamiento de la uña encarnada severa, donde se practica una onicectomía parcial.

Este método nos da la facilidad de obtener gran cantidad de material para el estudio histológico y permite de manera más comprensible analizar las características anatómicas.

Hay indicaciones precisas para la biopsia ungueal.

a) Tumores.

b) **Manchas oscuras** persistentes para descartar melanomas.

c) **Las manchas o rayas oscuras**, cuando se localizan en la lámina ungueal y llegan hasta cerca de la cutícula, se debe proceder a despegar la piel proximal que corresponde a la zona encima de la matriz y observar si se aprecia pigmentación y allí se toma la biopsia. A veces es necesario practicar onicectomía y seguir el trayecto de la lesión.

En los casos tumorales o cuando se sospeche melanoma, lo más importante es un diagnóstico preciso para hacer un tratamiento adecuado, lo estético es secundario.

d) **En enfermedades dermatológicas**, (por ejemplo :liquen plano), cuando no hay lesiones dermatológicas es conveniente el estudio histológico para establecer el diagnóstico y así dar un pronóstico. Es necesario explicar al paciente el procedimiento y las posibles secuelas que puedan quedar.

Uña Encarnada (Onicocriptosis): (foto 10) Se produce cuando la lámina ungueal penetra la zona lateral adyacente, ocurre más frecuentemente en los primeros dedos del pie. Las causas más comunes son: corte irregular o desgarrado de la lámina, calzado muy ajustado, sobrecurvatura de la lámina ungueal, desarrollo anormal de las uñas de origen congénito. Al establecerse la lesión en el pliegue se produce un crecimiento excesivo de tejido de granulación el cual puede o no estar cubierto de epitelio, inflamación o infección secundaria.

Se describen 3 estadios desde el punto de vista clínico.

Estadio uno: hay apenas una pequeña porción incrustada con inflamación y dolor. El tratamiento es conservador: se coloca una pequeña gasa en el extremo enfermo, intentando despegar la uña. Puede aplicarse ácido tricloroacético, 30-60% aplicación diaria de antisépticos locales. La gasa se retira semanalmente.

Estadio dos: dolor de mayor intensidad, hiperhidrosis, formación de tejido de granulación alrededor del pliegue ungueal lateral, puede haber exudado seropurulento. El tratamiento en este caso depende de la cuantía del tejido de granulación. Cuando es exuberante se practica electrocoagulación y curetaje de la zona, intentando producir un despegamiento de la uña en el área vecina; luego se aplica una gasa en el extremo operado, la cual se retira cada 7 días. Puede aplicarse ácido tricloroacético cada 7 días y antisépticos locales diariamente, así como administrar antibióticos sistémicos (SOS).

Estadio tres: se agrega a los estadios anteriores una mayor cantidad de tejido de granulación con epitelio, mayor inflamación y dolor.

La solución es quirúrgica, con onicectomía parcial de la zona enferma que se prolonga hasta la zona proximal, es decir, se realiza matricectomía parcial, se retira todo el tejido exuberante, se curetea y luego se afrontan bordes con puntos de sutura. Se administran antibióticos sistémicos y aines; la primera cura se realiza a las 24-48 horas y luego semanalmente. Recordar no usar anestésicos con vasoconstrictores en cirugía ungueal.

Glosario de Trastornos Ungueales

ANONQUIA: Ausencia de uña. Puede ser total o parcial, de una o varias. A veces se observa un pequeño vestigio de ellas. Generalmente está asociado a otras anomalías congénitas.

DISTROPHIA UNGUIM MEDIANA CANALIFORMIS: Es una depresión longitudinal de la uña, aunque puede estar en la parte lateral. Es temporal. De causa desconocida y a veces traumática.

FRAGILITA UNGIUM: Fragilidad ungueal, uñas quebradizas. Es un síntoma común. Generalmente el borde libre se hace quebradizo. Es más frecuente en mujeres. Causa desconocida, aunque

deben ser investigados factores endocrinos, anemias, traumas.

HANG NAILS: Se observan las uñas como con erosiones, despegadas en partes. Vista en enfermedades ampollares.

HAPALONICHIA: Adelgazamiento con ablandamiento de la uña; resultado: la ruptura del borde libre longitudinal. Se le observa en trastornos endocrinos o nutricionales.

KOILONIQUIA: Concavidad del plato ungueal, conocida como uña de cuchara. Vista en trastornos genéticos y en anemias severas.

LEUCONIQUIA: Uñas blancas; pueden verse en varias formas: en puntos, líneas transversas, únicas o múltiples. Causada por traumas a la matriz (por alteración de la queratinización), infecciones por dermatofitos.

LINEA DE BEAU: Se produce una depresión transversal de la uña debido a trastornos del pliegue ungueal. Las causas son: traumas, enfermedades infecciosas, perionixis.

MACRONIQUIA: Es un crecimiento inusual de la uña.

MICRONIQUIA: La uña es pequeña.

ONICOCRIPTOSIS: Uña oculta en la carne.

ONICHATROPHIA: Disminución del desarrollo normal de la uña en tamaño, grosor, consistencia. Debido a traumas, infección con destrucción de la matriz, hipertiroidismo, de origen familiar, etc.

ONICHAUSIS: Engrosamiento del plato ungueal. Causa desconocida; se ve en la paquioniquia congénita y acompaña a la onicogriposis.

ONICHOSCHIZIA: Acodaduras vistas en el borde libre de la uña, con laminaciones. Se presenta en eccema y por exceso de manicure.

ONICODISTROFIAS: Trastornos sólo en las uñas, o también de los tejidos vecinos.

ONICOFAGIA: Costumbre de comerse las uñas.

ONICOFIMA: Excrecencia callosa de las uñas.

ONICOGENIA: Formación de la uñas.

ONICOGRAFIA: Examen gráfico de la presión de los vasos en las últimas falanges de los dedos junto a las uñas.

ONICOGRAFO: Aparato parecido al esfigmógrafo, utilizado para medir la presión de los vasos ungueales.

ONICOGRIFOSIS: Engrosamiento y encorvadura de la uña, generalmente en el pie. Su causa es desconocida o por traumas

más común en personas de edad.

ONICOHETEROTOPIA: Uñas anormalmente situadas.

ONICOIDEO: Semejante a una uña.

ONICOLISIS: Separación del plato ungueal de su lecho en la parte distal. Existen muchas causas capaces de producirla, a saber: Psoriasis, traumas, micosis, infección bacteriana, porfiria, fotoalergia, causas químicas, enfermedades tiroideas, y por causas aún no establecidas.

ONICOMADESIS: Separación del plato ungueal de su lecho en su parte proximal, observada en fiebres prolongadas, alopecias, sífilis, micosis, infección bacteriana

ONICOMANCIA: Adivinación por las uñas.

ONICOMICOSIS: Infección de la uña por dermatofitos.

ONICOPTORIA: Alteración de las uñas por enfermedad.

ONICOPTORIA: Alteración de las uñas por la enfermedad.

ONICOPTOSIS: Caída de las uñas.

ONICOMA: Tumor de las uñas.

ONICORREXIS: Rayas o estriaciones longitudinales. Causa desconocida. Más frecuentemente vista en personas de edad.

ONICOSIS: Inflamación de las bases de las uñas.

ONICOTILOMANIA: Se observan como arañosos en la uña.

ONIQUIA: Enfermedad del plato ungueal, antes, casi siempre, se da una perionixis. Obedece a diversas causas como son la citada perionixis, traumas, micosis, etc.

PAQUIONIQUIA: Engrosamiento de todas las uñas- Congénita y acompaña a la onicogriposis.

PARONIQUIA (PERIONIXIS): Inflamación de las partes proximales y laterales de la uña. Causada comúnmente por infección bacteriana de levadura.

PLATONIQUIA: Es la convexidad exagerada del plato ungueal.

POLIONIQUIA: Múltiples uñas en un mismo dedo, separadas entre sí.

PTERIGIUM UNGUIS (PTERIGIUM): Especie de carnosidades que se forma generalmente en las partes laterales de las uñas, a causa de la pérdida focal de la matriz. Se asocia a otros defectos congénitos. Se observa también en neuritis (hanseniana), en la atrofia por diferentes causas y en la onicofagia.

UNGUIS INCARNATUS (UÑA ENCARNADA): Penetración del plato ungueal a los tejidos laterales. Causas: herencia.

Uso de zapatos apretados y mal pedicure.

UÑAS DE MUEHRKES: Son bandas paralelas blancas, vista es pacientes con hipoalbuminemia.

UÑAS DE TERRY: En casos de cirrosis se notan manchas blancas en la parte proximal.

UÑAS EN RAQUETA: Defecto congénito donde la uña se ve corta plana.

UÑAS EN VIDRIO DE RELOJ: Pueden ser idiopáticas o en casos de enfermedades pulmonares. El ángulo entre la raíz proximal y la uña pasa de 180°.

UÑAS HIPOCRATICAS: Uñas con mayor curvatura en todos los sentidos; gruesas, lustrosas. Acompañadas de engrosamiento de la falange distal. Se ve en enfermedades cardíacas y pulmonares.

UÑERA: Inflamación de la raíz de la uña (Paroniquia).

UÑOSO: Que tiene las uñas largas.

UÑUELA: Relativo a la uña.

USURE DES ONGLES: Término francés para describir las uñas de los arañadores.

Referencias Bibliográficas

1. Rondón Lugo, A. J. Temas Dermatológicos 1979: 36-64. , Edit. Refolit . Caracas Venezuela
2. Rondón Lugo, A. J. Trastornos Ungueales más frecuentes. Boletín 1987, XXI: 21-26.
3. Olivier, M., Arosemena, Fermín, Y., Rondón Lugo, A. J. Patología Ungueal Med Priv. 1989; 4: 79-82.
4. Zaias, N. Psoriasis of the Nails: Clinical Pathologic Study. Alch Derm. 1969; 99: 567-79.
5. Rondón Lugo, A. J., Sánchez de Revello, B. Liquen Plano a la Uña. Derm Ven 1986, 24: 39-41.
6. Pardo Castelló Y, Pardo, O. Diseases of the Nails. Charles C. Thomas 7. Samman P. The Nails in Disease. Heineman, London 1965.
7. Zaias, N. The Nails in Darier-White disease. Arch Derm 1973, 107: 193-9.
8. Zaias, N. The longitudinal Nail Blopsy, J. Invest Derm. 1967, 49: 406-408.

9. Rondón Lugo, A. J., Sánchez de Revello, B., Cabello de Brito, I. Nuevo Método de Biopsia Ungueal. Med. Cut. 1983, XI: 47-50.
10. Zaias, N. The Nails in Health and disease-spectrum publications 1980.
11. Sher and Daniel. Nails: Therapeutic Diagnosis Surgery. WB: Saunder 1990.
12. Rondón Lugo, A.J. Infección Bacteriana en la uña. Arch Hosp. Vargas 1977, XIX, 29-32.
13. Rondón Lugo A.J., Enfermedades frecuentes de las uñas en "Dermatología Rondón Lugo" – 1995; I: 229-241. Editorial Reynaldo Godoy Editor Caracas.