

Alteraciones de las uñas

J. Peyrí Rey

Introducción

La uña es una estructura queratinizante con una diferenciación particular, como el pelo, que presenta en diferentes situaciones una rica semiología, en ocasiones expresión de una infección o de una alteración concreta como un traumatismo, en otras como una alteración revelando una enfermedad sistémica o trastornos y déficits nutricionales (Tabla 1).

En la infancia la uña presenta muchos cambios que deben de considerarse antes de emitir un único diagnóstico de micosis como muchos médicos acostumbran a hacer.

Signos ungueales en el niño

La uña al ser delgada y trasparente se incurva por el extremo distal al nacimiento. Es frecuente

la *onicosquiasis* (exfoliación transversal en capas del margen distal de la uña, con decoloración de esta zona), cambio muy frecuente en uñas de los pies de los niños. Estos cambios y la presencia de crestas longitudinales de la uña disminuyen con la edad.

La *coiloniquia* es una inversión en la curvatura de la lámina ungueal que le confiere un aspecto cóncavo dorsal (cuchara). Es muy frecuente en la infancia, especialmente en el dedo gordo del pie, aunque se ve en los demás dedos. No suele ser un indicador de deficiencia de hierro y cistina como en el adulto.

Los capilares tan evidentes en el pliegue ungueal maduran hacia la forma adulta en pocos meses dependiendo del peso de niño haciéndose imperceptibles.

Las *líneas de Beau* son depresiones centrales de la lámina que llegan a verse en un 92% de

Tabla 1. Alteraciones ungueales en trastornos y déficits nutricionales

Enfermedad	Manifestaciones ungueales
Pelagra	Leuconiquia transversa, uña amte y onicolisis
Déficit de vit A	Cambios ungueales en cáscara de huevo
Déficit de vit C	Hemorragias subungueales
Déficit de vit B12	Uñas negro-azuladas. Bandas oscuras longitudinales
Déficit de zinc	Paroniquia crónica. Bandas transversales De Mees
Déficit de selenio	Debilidad de las uñas
Fetopatía alcohólica	Displasia o ausencia ungueal congénita (20%)
Déficit de hierro	Uñas quebradizas, coiloniquia y estrías longitudinales

los niños entre 4 y 14 semanas de vida y que pueden exacerbarse si ha habido sufrimiento fetal intrauterino.

Un hallazgo ocasional son *las lesiones ampollares autoinfligidas*, que se ven en el dorso de los dedos índice y pulgar al nacer, atribuyéndose a la propia succión dentro del útero.

Onicomicosis

Concepto

Uno de los tópicos que se han perpetuado sobre la patología de las uñas es de identificar cualquier cambio ungueal como infección fúngica. La infección dermatofítica de la uña es rara en niños, especialmente por debajo de los 2 años.

Diagnóstico

La forma clínica más frecuente en niños es la blanca superficial (Fig. 1), presentado unas láminas ungueales con una superficie muy blanca (parece pintada) y descamativa, que conllevan una lámina friable.

La presencia de *Candida* es frecuente en uñas traumatizadas o por inoculación debida al hábito de chuparse el dedo.

Tratamiento

El uso de tratamientos antifúngicos tópicos como imidazoles, naftifina, ciclopiroxolamina y amorolfina tienen sus limitaciones, aunque

considerando que la forma blanca superficial es la más frecuente en niños, el tratamiento tópico con lacas de ciclopiroxolamina o amorolfina son muy útiles. Por vía sistémica griseofulvina tiene sus limitaciones y se han obtenido buenos resultados con terbinafina a dosis de 62,5 mg al día en un niño de dos años con afectación de los dedos de la mano por *Trichophyton rubrum*.

Paroniquia crónica

La inflamación crónica del perioniquio (región periungueal) es muy frecuente en niños, presentándose como una reacción inflamatoria, fuertemente congestiva, de la parte proximal del perioniquio, originando pérdida de la cutícula y alteraciones de la lámina ungueal en forma de líneas transversales o alteraciones parciales o completas del crecimiento ungueal. Se presenta localizada en uno o dos dedos.

El frotis puede evidenciar la presencia de bacterias como *Streptococcus* y *Staphylococcus* o *Candida*. Aunque frecuentemente se presenta en niños atópicos o con el hábito de chuparse el dedo.

Tratamiento

La aplicación de esteroides tópicos, en ocasiones asociados a antibióticos, es suficiente para resolver la mayoría de los casos.

Paroniquia aguda

Concepto

La inflamación aguda del perioniquio es un proceso generalmente infeccioso que produce un cuadro de inflamación intensa, tumefacción y dolor del dedo. Esta infección de tejidos blandos proviene generalmente de pequeños traumatismos o padrastrós.

Clínica

La inflamación se desarrolla en una zona periungueal donde aparecen, vesículas, ampollas o pústulas que conducen frecuentemente a una lesión flemonosa, muy sensible al tacto y



Figura 1. Onicomicosis en su forma clínica blanca superficial.

puediendo acompañarse de una necrosis que origina distrofia ungueal.

Una forma clínica especial de infección bacteriana es la *dactilitis ampollosa*, con amplias ampollas sobre el pulpejo del dedo y afectando áreas periungueales.

En ocasiones una vesiculación periungueal puede ser producida por la infección del virus herpes simple, habiendo recibido el nombre de panadizo herpético.

Tratamiento

En los casos más característicos de *Staphylococcus* o *Streptococcus* se administrarán antibióticos orales penicilasa resistentes acompañando a los antimicrobianos tópicos. La clínica indicará la necesidad de una incisión directa para drenar el contenido purulento, o la avulsión proximal parcial.

En algunos casos la infección es superficial, únicamente epidérmica y con una clínica superponible al impétigo, tanto la forma costrosa como la ampollosa. En estos casos los antimicrobianos tópicos son suficientes.

Uña encarnada

Concepto

Penetración de la uña, generalmente del pie, en los tejidos blandos adyacentes como parte del crecimiento y originando inflamación de tejidos blandos y, en ocasiones, infección bacteriana secundaria y formación de tejido de granulación (Botriomicoma).

Clínica

Según el mecanismo de formación observaremos diferentes tipos clínicos.

Hay una forma de presentación con hipertrofia del pliegue periungueal medio en ambos dedos gordos del pie. El pliegue es eritematoso, doloroso y puede extenderse gradualmente hasta abarcar un tercio de la placa ungueal. Aunque los síntomas pueden acentuarse al caminar el niño, suelen resolverse espontáneamente sin necesidad de tratamiento.

La uña encarnada distal se localiza, evidentemente, en el borde distal de la uña y suele desarrollarse durante el gateo o al inicio de la deambulación, agravándose por el calzado estrecho y que puede acompañarse de una hipertrofia de los pliegues periungueales laterales. Generalmente se va controlando con aplicaciones periódicas de cremas de corticoides y/o antibióticos sin necesidad de intervención quirúrgica, puesto que con la edad va desapareciendo.

El deslineamiento congénito del dedo gordo del pie, respecto al eje de la falange distal correspondiente, hace que la lámina se clave en el pliegue lateral periungueal, que se inflama y se vuelve doloroso. Es causa de hematomas de repetición, distrofia ungueal e infecciones continuas, tanto dermatofíticas como por *Pseudomonas*. Aunque puede haber resolución espontánea, mi experiencia personal es la de un proceso que suele causar muchas molestias a los niños y que una cirugía a tiempo puede evitar muchos problemas.

Distrofia ungueal canaliforme

Es una estría que recorre longitudinalmente la uña, pudiendo abarcar el grosor de la uña, generalmente de los pulgares. La uña acaba hendida en la parte media y de la cual salen unas crestas curvadas hacia atrás formando una imagen en «pino invertido» (Fig.2).

Acostumbra deberse a traumatismos autoinfligidos como consecuencia de tics que curiosamente los padres no han relacionado con los cambios ungueales.

Distrofia de las veinte uñas

Aunque generalmente se presenta en todas las uñas, hay casos de afectación parcial. Es una afectación de la lámina en forma de estriaciones longitudinales desde el nacimiento y que acostumbra a mejorar con la edad. A menudo el proceso inflamatorio que lo origina es una dermatitis atópica, liquen plano, psoriasis o alopecia areata.

Ocasionalmente el tratamiento con corticoides



Figura 2. Distrofia media canaliforme en ambos pulgares por manipulación traumática con los pulpejos de los respectivos índices.

tópicos o intralesionales consiguen mejorías clínicas.

Alteraciones congénitas de las uñas

Los cambios hereditarios y congénitos de las uñas suelen asociarse a hallazgos en otros órganos, por lo que debemos de apurar la exploración de piel, diente, huesos y sistema nervioso central. Las alteraciones anteriores a la vigésima semana de gestación son hereditarias o inducidas por fármacos. Las alteraciones que aparecen posteriormente suelen ser debidas a mecanismos vasculares o mecánicos entre el feto y útero.

Son innumerables los síndromes dermatológi-

cos congénitos en los que participan las uñas, por eso sólo mencionaremos los más frecuentes y conocidos.

Desviación congénita de las uñas

Es una desviación congénita de las uñas de los dedos de los pies, especialmente del dedo gordo, debida a un mal alineamiento de la matriz respecto al eje de la falange.

Normalmente se hace visible poco después del nacimiento, durante el segundo o tercer mes de vida, presentado al inicio una desviación de la uña respecto al eje de la falange, lo que origina cambios morfológicos en la lámina, que con el tiempo se acaba engrosando y originando una deformación hacia arriba (coiloniquia). Es frecuente la formación continua de hemorragias en forma de manchas oscuras amplias o filiformes.

La presencia de paroniquia remeda a la uña encarnada.

Aunque hay autores que describen la mejoría espontánea, en la mitad de los casos las complicaciones repetidas con una uña dolorosa obligan a plantearse una intervención quirúrgica con una trasposición del lecho y matriz ungueal.

Alteraciones secundarias a fármacos

La alteración embriológica de la uña puede ser debida a agentes exógenos que van desde los anticonvulsivantes (fenitoina, hidantoína), ácido valproico, warfarina o el alcohol y originan diferentes alteraciones ungueales.

Anoniquia

Es la ausencia completa de una o más uñas, asociándose ocasionalmente a hiponiquia en otros dedos. Es de herencia dominante, recesiva o esporádica. Se suele asociar a anomalías óseas de las manos (sindactilia, acortamiento o pérdida de falanges, atrofiás, etc.) y anomalías de los otros órganos como hemos mencionado.



Figura 3. Engrosamiento ungüeal en la paquioniquia congénita.

Paquioniquia congénita

Es una displasia ectodérmica, con formas dominantes y recesivas, que se presenta con un engrosamiento exagerado de las uñas y del lecho subungüeal (Fig.3). Esta hiperqueratosis se produce también en piel y mucosa oral. Suele asociarse a sordera, cataratas y disqueratosis corneal. La permanente presencia de estas uñas en forma de cuernos condiciona la calidad de vida de los enfermos y obliga a una excisión de la matriz para detener su crecimiento.

Displasia ectodérmica hereditaria

Es un grupo heterogéneo de genodermatosis con formas dominantes y recesivas ligadas al sexo presentando alteraciones ectodérmicas que suponen la presencia de hipotricosis, hipodoncia, anhidrosis, junto a alteraciones del sistema nervioso central, hipofísicas, oculares y del oído. Los cambios ungüeaes son muy variados, desde hipoplasia, leuconiquia, y variedad de distrofias.

Tricotiodistrofia

Forma clínica de cabellos cortos y distróficos producidos por una deficiencia de contenido de cisteína y metionina de la cutícula del pelo. Se acompañan frecuentemente de unas uñas distróficas, con adelgazamiento de la lámina y ocasionalmente coloniquia, posiblemente por la misma deficiencia de aminoácidos. Se ha

asociado a ictiosis, fotosensibilidad, fertilidad disminuida, caries dental, estatura baja, neutropenia y espasticidad.

Síndrome uña-rótula

Es un síndrome hereditario autosómico dominante con una localización en el brazo largo del cromosoma nueve. Hay una distrofia de la uña del pulgar (uñas frágiles en cuchara) con reducción de su prominencia respecto a los dedos cubitales. En un 90% de los casos se asocia a aplasia o luxación de la rótula. En un 42 % hay también afectación renal.

Tumores ungüeaes

Es innumerable la variedad de tumores que se pueden presentar en la región distal de los dedos afectando las uñas, tanto de las manos como de los pies. Sólo revisaremos los más frecuentes y que van a presentar problemas en la práctica diaria.

Verrugas víricas

Son lesiones papilomatosas causadas por el papiloma virus, mucho más frecuentes en la infancia en sus localizaciones de manos y pies. Sobre todo en las manos tienen una gran tendencia a localizarse en los repliegues ungüeaes y en tejidos subungüeaes debido al hábito de comerse las uñas y las cutículas. Ello hace que pasen en muchas ocasiones indagnosticadas al ser consideradas como «pieles» o callosidades.

La afectación de la uña produce cambios ungüeaes como depresiones longitudinales de la lámina, debidas a la afectación de la matriz y distrofias como consecuencia de la ubicación en el lecho subungüeal, en estos casos llega a haber incluso afectación ósea.

El diagnóstico diferencial es fácil cuando las verrugas son fácilmente visualizables, y en caso de duda el raspado de la hiperqueratosis deja una superficie con un sangrado capilar

muy característico de la papilomatosis. En la localización sublaminal es más difícil y el diagnóstico diferencial con el cuerno subungueal, exóstosis subungueal, nevus verrugoso, quiste epidermoide, tumores vasculares, etc; sólo puede efectuarse con biopsia previo levantamiento de la lámina ungueal.

El tratamiento de las verrugas víricas en su intermediación ungueal es realmente difícil y muchas de las alternativas terapéuticas en otras localizaciones no son factibles, como la electrodesecación bajo anestesia local. Posiblemente el tratamiento de elección es la criocirugía, controlando bien la técnica y dosificando el nitrógeno a aplicar, casi siempre asociando la aplicación previa o posterior de queratolíticos (ácido salicílico o ácido láctico en colodion) para facilitar la criocirugía. Es una técnica que como todas es dolorosa, pero es la que menos posibilidad tiene de dejar secuelas.

Nevus epidérmico verrugoso

Son lesiones verrugosas generalmente de disposición lineal, afectando piel y su prolongación ungueal, zona proximal, originando fisuración y onicolisis. La diferenciación con los papilomas víricos es histopatológica, donde se aprecian los cambios citopáticos propios de los virus. Como el proceso puede evolucionar hasta antes del final de la adolescencia cualquier tratamiento debería posponerse hasta entonces, habiendo casos de resolución espontánea.

Quiste epidérmico de implantación

No muy frecuentemente se presentan estas lesiones que aparecen como engrosamientos de los dedos, como si fuese una acropaquia con uñas de cangrejo y dolor acompañante por afectación ósea demostrable radiológicamente.

La exéresis quirúrgica es resolutive.

Tumores fibrosos

Hay varios tipos de lesiones tumorales con un componente fibrocitario e una histología

caracterizada por la presencia de cambios en el colágeno. Los más frecuentes son los tumores de Koenen, fibroqueratomas periungueales adquiridos y dermatofibromas.

Los *tumores de Koenen* son fibromas periungueales, generalmente múltiples, que aparecen a partir de la pubertad en pacientes afectados de esclerosis tuberosa.

El *fibroqueratoma* es una lesión tumoral adquirida, asintomática, benigna, que aparece especialmente en las proximidades de la matriz como una lesión hiperqueratósica, produciendo una fisura longitudinal de la uña.

El *dermatofibroma* es principalmente periungueal, muy semejante al fibroqueratoma pero, evidentemente, sin la punta hiperqueratósica, ni el collar de piel sobreelevada de éste.

Tumores vasculares

Las *malformaciones venosas* producen un lecho ungueal azulado que no precisan tratamiento y que esporádicamente originan cambios de color negro por trombosis.

Las *malformaciones arteriovenosas* presentan más clínica, con unos dedos púrpura, con encogimiento y sobrecurvatura gradual de la placa ungueal. En niños puede formarse un crecimiento rápido con dedos turgentes y dolorosos. El diagnóstico se confirma con la imagen ósea radiológica y el tratamiento quirúrgico es efectivo.

El *granuloma piógeno* es una lesión relativamente frecuente en la infancia, afectando los pliegues ungueales o localizándose subunguealmente, produciendo una lesión tumoral carnosa que sangra con facilidad. Aunque responde a la corticoterapia local, la cirugía, especialmente la electroterapia y curetaje bien practicada es en mi experiencia la mejor alternativa.

El *tumor glómico* es un tumor característicamente doloroso que origina cambios de la lámina ungueal dependiendo de la localización. A pesar de encontrarse frecuentemente en la matriz su tratamiento quirúrgico no produce cicatrices permanentes puesto que suele ser un tumor muy bien delimitado y de tamaño discreto.

Exóstosis subungueal

No es infrecuente este tipo de proliferación ósea que se detecta radiológicamente cuando uno la sospecha. Hay datos clínicos que deben de orientarnos a este diagnóstico en la infancia como la onicogрифosis (engrosamiento) (Fig.4), o la uña en pinza.

La *uña en pinza* es una distrofia de múltiples causas, muchas de ellas desconocidas, que se caracteriza por el aspecto en pinza de la lámina ungueal, dolor y, frecuentemente, una exóstosis en la falange subyacente. La uña tiene un aumento de la curvatura transversal a lo largo del eje longitudinal de la lámina ungueal lo que origina un pinzamiento de los bordes periungueales (pinzas de cangrejo).

Debemos de hacer el diagnóstico diferencial con tumores subungueales.

Al ser unos cambios no únicamente estéticos, puesto que originan mucho dolor, es obligado el tratamiento quirúrgico, debiendo de efectuarse una buena limpieza de la falange para evitar las recidivas.



Figura 4. Cambios ungueales en exóstosis subungueal comprobada radiológicamente.

Bibliografía

1. Berker DAR., Baran R. Dawber RPR. Manual de Enfermedades de las uñas y su tratamiento. Edimsa. Barcelona. 1998.
2. Camacho MF. Onicología. En Armijo M. Camacho F. Tratado de Dermatología. Aula Médica Edit. Madrid, 1998.
3. Samman PO. The nail in disease. Hienemann, London, 1984.
4. Savall R. Ferrandiz, C. Peyrí J. Exóstosis subungueal de la mano. Actas Dermosifiliográficas. 71:101-104, 1980.
5. Stone OJ, Mullins JF. Chronic paronychia in children. Clin. Pediatr., 7:104-106, 1968
6. Ungpakorn R. Reangchainam, Kullavanijaya P. onychomycosis in a 2 year old child successfully treated with oral terbinafine. J am Acad Dermatol 1998,39.654-5.