

Caso clínico

Onicodistrofia traumática. Presentación de dos casos

Miguel Ángel Cardona Hernández,* Estela Cristina Lazo García**

RESUMEN

La onicodistrofia se refiere a toda alteración en la superficie ungueal, excluyendo el cambio de color. Son alteraciones frecuentes, y algunas de sus causas más comunes son los traumatismos, ya sean autoinducidos, accidentales o por causas laborales. Frecuentemente son subdiagnosticados y mal tratados. En este artículo presentamos dos casos de distinta etiología con buena respuesta al tratamiento.

Palabras clave: Onicopatías, onicodistrofia, onicólisis.

ABSTRACT

Onychodystrophy refers to any change in the nail surface, excluding its color. Nail diseases are common, and one of their most frequent causes is trauma, either self-induced, accidental or occupational. They are often underdiagnosed and poorly treated. We present two cases of different etiology with good response to treatment.

Key words: Nail diseases, onychodystrophy, onycholysis.

CASO 1

Paciente masculino de 19 años de edad; acudió a consulta en febrero de 2014 refiriendo «cambio en las uñas de las manos desde hace 20 días»; trabajaba en una marisquería pelando camarones, negó antecedentes personales patológicos de importancia. En la exploración física, se encontró una dermatosis diseminada a las extremidades superiores en todas las láminas ungueales, bilateral y simétrica, constituida por coiloniquia, traquioniquia y onicodistrofia. Crónica y asintomática (**Figuras 1, 1A y 1B**). En el resto de piel y anexos: los de las extremidades infe-

riores, con paquioniquia y xantoniquia. Previamente a la consulta en nuestro centro, recibió tratamiento con itraconazol cápsulas por tiempo no especificado. Realizamos diagnóstico de onicomycosis de manos y pies, a descartar psoriasis ungueal o liquen plano, por lo que se solicitó un estudio micológico; se confirmó la presencia y aislamiento de *T. rubrum* solamente en los miembros superiores. Por los antecedentes, se hizo diagnóstico de onicodistrofia traumática laboral en manos. Se sugirió cambio de ocupación, medidas generales, y se inició tratamiento con tazaroteno gel al 0.05% durante siete meses, con excelente respuesta (**Figura 2**).

En los pies fue tratado con terbinafina tabletas 250 mg durante cuatro meses, con adecuada respuesta.

CASO 2

Paciente femenina de 29 años de edad; acudió a consulta en mayo de 2014, refiriendo «uña blanca»

* Dermatooncólogo.

** Médica Residente del cuarto año de Dermatología.



Figura 1. Panorámica de ambas manos en la primera consulta. **1A.** Acercamiento a las uñas de la mano izquierda; se aprecian los cambios en la lámina ungueal. **1B.** Dermatoscopia; se observa traquioniquia, coiloniquia y onicodistrofia.



Figura 2. Mejoría a los siete meses de tratamiento.



Figura 3 y 3A. Uñas de la mano izquierda en la primera consulta. Dermatoscopia de la uña afectada, en la que se aprecia onicólisis y eritroniquia.

de cinco meses de evolución. Su ocupación era enfermera; negó patologías. En la exploración física se encontró dermatosis localizada a extremidad superior izquierda en el tercer dedo, afectando lámina ungueal en su porción distal, constituida por onicólisis y eritroniquia (**Figuras 3 y 3A**). Se realizó diagnóstico de probable onicomycosis y se inició tratamiento con terbinafina tabletas 250 mg por dos meses, sin presentar mejoría (**Figuras 4, 4A y 4B**). Se suspendió el medicamento y se solicitó estudio micológico, el cual fue negativo. Ante la probable psoriasis ungueal, se hizo biopsia, en la que se encontró inflamación inespecífica, por lo que se descartó la enfermedad. Al reinterrogatorio, la paciente refirió haberse «picado» con una grapa, iniciando la dermatosis, por lo que se dictaminó onicólisis traumática y se prescribió tazaroteno crema al 1%, con mejoría a los tres meses (**Figura 5**).

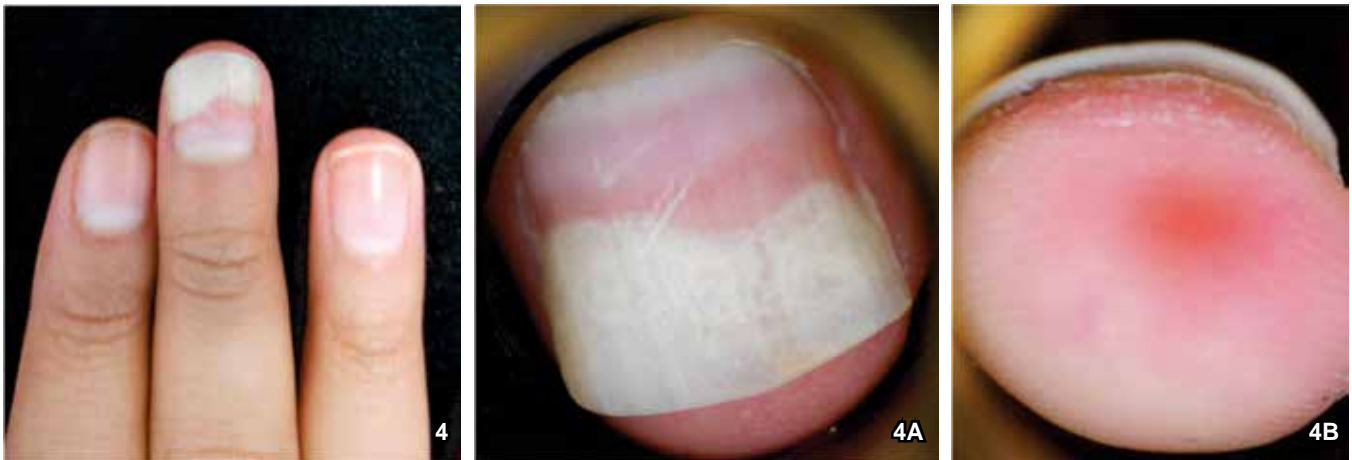


Figura 4. Incremento de la onicólisis a los dos meses de tratamiento antimicótico. **4A** y **4B.** Dermatoscopia. Onicólisis desde la parte superior del pulpejo.

REVISIÓN DEL TEMA

INTRODUCCIÓN

La onicodistrofia se refiere a toda alteración en la superficie ungueal, excluyendo el cambio de color.¹

Los trastornos traumáticos y laborales son frecuentemente subdiagnosticados o confundidos con otras patologías de origen sistémico. Además, son difíciles de tratar, ya que implican la realización de cambio de hábitos o de labores e, incluso, tratamiento psiquiátrico.²

Clasificación

Por su mecanismo de producción, podemos dividir la onicodistrofia en física, química o causada por agentes infecciosos (**Cuadros I y II**).³ Otra forma de clasificación es distrofias autoinfligidas y de causa laboral.² Dentro de las primeras, se encuentran las que son por autoagresión, como onicólisis inducida por manicura, tics de empujar la cutícula, canaliforme de Heller, onicofagia (hábito compulsivo de masticar o morder el borde libre de las uñas, común en niños), onicotilomanía (hábito de arrancárselas, casi exclusivo de adultos), onicotemnomanía (trastorno facticio), onicoteiromanía (limado excesivo) y onicodacnomanía (hábito de morderlas fuertemente para sentir dolor), entre otros.^{2,4}

Las onicopatías profesionales son raras, excepto la paroniquia crónica. El diagnóstico se establece por la sintomatología, apoyándose en el interrogatorio y



Figura 5. Mejoría de la onicólisis a los tres meses de la biopsia.

una exploración física minuciosa, con estudio de los gestos efectuados y de los productos manipulados.⁵ Las estructuras mayormente dañadas son el pliegue ungueal proximal (perionixis), el lecho (onicólisis), el hiponiquio; eventualmente, hiperqueratosis subungueal y pulpitis. La afección de la matriz es menos frecuente. La lámina ungueal puede padecerse por agresión directa, como coiloniquia, discromía, fragilidad, atrofia,

CUADRO I. ETIOLOGÍA DE LAS ONICÓLISIS.

Causas infecciosas	Causas dermatológicas	Causas locales	Causas sistémicas	Causas medicamentosas
Micótica <i>Candida sp.</i> Dermatofitos Mohos no dermatofitos	Psoriasis Tumores (verrugas) Alopecia areata Liquen plano Hiperhidrosis Pénfigo Porfirias	Agua, humedad Químicas Detergentes Solventes Antioxidantes (ácido fluorhídrico) Aceites de motor Paraquat, diquat Azúcar 5 fluorouracilo tópico	Insuficiencia circulatoria Isquemia Síndrome de Raynaud Lupus eritematoso Esclerodermia Diabetes Hipertiroidismo (uñas de Plummer) Hipotiroidismo Neuropatía periférica Anemia ferropénica Amiloidosis Pelagra Cáncer de pulmón Embarazo	Fotoonicólisis Tetraciclinas Psoralenos Cloranfenicol Fenotiacinas Flumequina Tiazidas Fluoroquinolonas Captopril No actínicas Indometacina Bleomicina 5 Fluorouracilo Doxorrubicina Retinoides
Bacteriana <i>Pseudomona sp.</i> Estafilococo <i>Proteus mirabilis</i>	Liquen estriado Histiocitosis X Eritrodermia Enfermedad de Darier Paquioniquia congénita	Físicas Quemaduras térmicas Radiodermatitis Traumáticas (limado de uñas) Contusión Cuerpo extraño subungueal Retropulsión ungueal repetida Microtraumatismos repetidos		
Vírica Herpes simple Papiloma	Mala alineación ungueal congénita Displasias ectodérmicas			

Adaptado de Goettmann S. Enfermedades del aparato ungueal. Enciclopedia Médico-Quirúrgica –E–98-805-A-10.

o puede afectarse por alguna manifestación sistémica como el hipocratismo digital.⁵

Las onicopatías son muy diversas debido a factores mecánicos y traumáticos, químicos o por cuerpos extraños.⁵ Las primeras son autoagresiones repetidas, fricción, presión, vibración, cuerpos extraños (cabellos, fibras de vidrio, espinas, cristales, etcétera).⁵ Como prevención de éstas, se deben utilizar guantes en el área de trabajo.⁵

Algunas alteraciones ungueales ya se encuentran reconocidas como enfermedades laborales; entre ellas tenemos las perionixis y onixis micóticas de los lavaplatos, mineros y trabajadores de la construcción, así como las radiodermatitis.⁵

Las segundas causas específicas son la onicólisis por diversos químicos (detergentes, solventes, aceites), alteraciones en el color por arsénico, talio, sal, frío, resinas, colorantes, formaldehído, nitrato de plata, mercurio, etcétera (**Cuadros I y II**).^{2,3}

A continuación nos enfocaremos en las patologías de los casos descritos.

TRAQUIONIQUIA

Es el aspecto rugoso de la lámina ungueal. Al daño de todas las uñas sin afección extraungueal se le llama «síndrome de las veinte uñas». Fue descrito por Hazelrigg, quien en un inicio lo consideró idiopático. Actualmente se sabe que puede ser causado por otras patologías como la alopecia areata, psoriasis, liquen plano, displasias ectodérmicas e ictiosis. Puede afectar sólo las manos, siendo un signo aislado, preceder o coincidir con éstas.⁵

Otras causas pueden ser la hidratación y deshidratación repetida –como en los trabajos domésticos que implican contacto con agua–, el uso de removedores de lacas, disminución de la ingesta de líquidos o alimento, sobre todo en pacientes ancianos.⁶

CUADRO II. ENFERMEDADES UNGUEALES DE ORIGEN PROFESIONAL.

Profesión	Agente etiológico	Trastorno ungueal
Deportista	Traumatismo violento	Hematoma subungueal
Bailarín	Traumatismos repetidos	Exostosis
Alfarero, tornero	Traumatismo, frotamiento	Desgaste de las láminas
Cosechador, recogedor, cargador de bolsas pesadas	Traumatismo, tracción de las láminas ungueales	Onicólisis, coiloniquia
Despedazador	Traumatismos repetidos	Onicólisis medioungueal dolorosa
Peluquero	Cuerpo extraño, cabellos	Onicólisis, paroniquia
Jardinero	Cristales de oxalato de calcio, narcisos, jacintos y tulipanes	Onicólisis
	Espinas de cactus	Lecho hiperqueratósico, pulpitis
Cirujano, dentista, manicuro	Sensibilización a monómeros, acrílicos	Paroniquia Onicólisis Lecho hiperqueratósico Pulpitis, paroniquia
Trabajador de la industria aeronáutica	Sensibilización a resinas epóxicas	Onicólisis, pulpitis y lesiones periungueales
Trabajador de la industria agroalimentaria	Sensibilización a frutas, hortalizas, carnes	Onicólisis
Carnicero, pescadero	VPH	Pulpitis
Mecánico	Irritación por aceites de motores y solventes	Verrugas
Albañil, trabajador de la construcción	Cemento (cromo)	Onicólisis e hiperqueratosis subungueal
Granjero	Orf	Coiloniquia
Minero	Silicosis	Hiperqueratosis subungueal
Refinerías de plata	Argiria	Nódulo periungueal
Trabajadores de limpieza, lavaplatos, personal de tintorería	Humedad Maceración	Hipocratismo digital
		Cromoniquia azul
		Micosis

Adaptado de Goettmann S. Enfermedades del aparato ungueal. Enciclopedia Médico-Quirúrgica –E–98-805-A-10.

En 1978 Baran definió dos variedades clínicas:

Primera: la lámina ungueal se encuentra recorrida por finas estrías longitudinales que le dan un aspecto mate deslustrado; el borde distal presenta grietas y melladuras.⁵

Segunda: hiperestriación longitudinal que da a la uña un aspecto brillante; el borde se encuentra menos afectado.⁵

En ambas pueden observarse depresiones puntiformes en la red de estrías.⁵

ONICÓLISIS

Es una anomalía de la adhesión y consiste en una separación distal y/o lateral de la lámina del lecho ungueal que progresa hasta la porción proximal, lo que permite la acumulación de microorganismos por

debajo de ésta. Las áreas de separación aparecen de color blanquecino o amarillento debido a la presencia de aire bajo las uñas, detritus, descamación y exudado de glicoproteínas. Este signo es poco específico, ya que cualquier proceso patológico subungueal puede romper las fijaciones del área y sus causas son múltiples (**Cuadro I**).^{3,5}

La «onicólisis por manicura» u «onicólisis semi-lunar» es causada por traumatismo al hiponiquio producido al asear con instrumentos afilados, cepillos especiales o químicos. El tratamiento es difícil, ya que los pacientes deben acostumbrarse a no realizar limpieza vigorosa de la zona o eliminar el tic. Se deben mantener las yemas de los dedos secas y limpias, evitar mojarse las uñas para eludir la formación de películas bacterianas y administrarse antibióticos en crema o solución una a dos veces al día. La parte que

no se pegue al lecho debe recortarse mensualmente; con ello, se espera mejoría de seis a nueve meses. Debe hacerse énfasis a los afectados acerca de la susceptibilidad que tienen a padecer nuevamente onicólisis. El diagnóstico diferencial se debe hacer con psoriasis ungueal.²

TRATAMIENTO

Se han utilizado varios métodos tanto tópicos como sistémicos para la onicodistrofia; entre ellos tenemos a la biotina vía oral, con buenos resultados, y la cianocobalamina intramuscular.¹ Entre los tratamientos tópicos tenemos a los esteroides intralesionales (triamcinolona), que tienen la desventaja de provocar dolor intenso al momento de la aplicación y pueden causar onicodistrofia; su aplicación se recomienda mensualmente y su uso no puede ser por tiempo prolongado.⁷ Otra opción es el esteroide tópico con técnica oclusiva, el cual es de especial utilidad cuando se asocia la onicodistrofia a dermatitis atópica. En pacientes con psoriasis, el calcipotriol es una terapia eficaz y segura, al igual que la urea y el propilenglicol;¹ para casos graves o resistentes, se han utilizado fármacos sistémicos como el metotrexato o el acitretín con resultados efectivos.⁷

Para los de etiología laboral, se requiere la implementación de guantes protectores e, incluso, cambio en la actividad para evitar el traumatismo; así mismo, se debe explicar al paciente que las alteraciones cicatriciales ungueales son permanentes. Para la onicólisis temporal, se usa timol (4 mL) con cloroformo (20 mL) por las noches; en los casos persistentes se puede realizar cirugía.^{1,7}

Debido a que no se ha encontrado un tratamiento curativo para todos los casos de onicodistrofia, se han empleado otros medicamentos como los retinoides tópicos, que tienen la ventaja de poder manejarse por más tiempo que los esteroides intralesionales y no tienen los efectos adversos de éstos.⁷ Su mecanismo de acción es mediante la inhibición de la proliferación celular, modulan la diferenciación de las mismas y disminuyen los marcadores de la inflamación. Con respecto al tazaroteno, es un retinoide de aplicación tópica que se hidroliza rápidamente en la piel por las esterasas a su metabolito activo, el ácido tazaroténico, que se une selectivamente a los receptores nucleares específicos RAR beta y gamma, pero es inactivo frente a los receptores X (RXR). Actúa sobre la inflamación, proliferación, diferenciación celular e hipercornificación regulando la expresión de citocinas

y genes. Su modo de acción en la psoriasis ungueal puede ser atribuido a las propiedades que tiene sobre la matriz y el lecho, ya que normaliza la diferenciación epidérmica y tiene un efecto antiproliferativo potente. Los efectos adversos que presenta consisten en eritema, ardor, prurito, sin consecuencias sistémicas reportadas. Aunque no se han encontrado alteraciones en la fertilidad o malformaciones fetales, no se recomienda su uso durante el embarazo y la lactancia.⁸⁻¹⁰

DISCUSIÓN

Las onicodistrofias traumáticas, ya sean por motivos laborales, accidentales o autoinfligidas, son padecimientos de difícil diagnóstico, ya que los pacientes no aceptan que se provocan las lesiones, como en el caso de las mujeres que se realizan manicura o por tics. En el caso laboral, es difícil que cambien de trabajo o utilicen protección, y en las accidentales, muchas veces no recuerdan el objeto que causó la lesión o no lo asocian como agente. Por ello, es importante considerar estas evaluaciones y realizar un interrogatorio dirigido y detallado, así como una exploración física minuciosa y, de ser necesario, estudios de extensión. Se debe brindar tratamiento y hacer conciencia acerca de los malos hábitos que tienen con sus uñas. Entre los tratamientos utilizados encontramos los esteroides tópicos, intralesionales, la urea y los retinoides tópicos; estos últimos proporcionan ciertas ventajas, ya que no tienen los efectos adversos de los esteroides, se pueden aplicar por tiempo prolongado, regular la proliferación y diferenciación celular, así como la hipocornificación.

BIBLIOGRAFÍA

1. Oppel T, Kortling H. Onychodystrophy and its management. *German Medical Science*. 2003; 1: 1-7.
2. Haneke E. Trastornos de autoagresión hacia las uñas. *Dermatol Rev Mex*. 2013; 57 (4): 225-234.
3. Guzmán VCK, Baldeón SMC, Rodríguez BAR, Conde-Salazar GL. Afectación ungueal de origen ocupacional. *Med Segur Trab (Internet)*. 2012; 58 (229): 321-326.
4. Pérez CS, Vásquez RM. Onicodistrofia por tic. *Rev Cent Dermatol Pascua*. 2010; 19 (1): 27-29.
5. Goettmann S. Enfermedades del aparato ungueal. *Enciclopedia Médico-Quirúrgica*. –E–: 98-805-A-10.

6. Cashman MW, Sloan SB. Nutrition and nail disease. *Clin Dermatol.* 2010; 28: 420-425.
7. Domínguez Cherit J, Fonte Ávalos V, Gutiérrez Mendoza D. *Uñas.* México: Elsevier; 2012. pp. 85, 86, 91, 95, 171-174.
8. Guerra TA. Tazaroteno: un nuevo retinoide de uso tópico. *Actas Dermosifiliogr.* 1999; 90: 71-78.
9. Rigopoulos D, Gregoriou S, Katsambas A. Letters to the editor. Treatment of psoriatic nails with tazarotene cream 0.1% vs. clobetasol propionate 0.05% cream: a double-blind study. *Acta Derm Venereol.* 2007; 87: 167-189.
10. Hagman J, Ginebri A, Mordenti C, De Simoni I, Chimenti S. Treatment of occupational koilonychia with tazarotene gel. Letters to the editor. *Acta Derm Venereol.* 2013; 83: 296-297.

Correspondencia:

Dr. Miguel Ángel Cardona Hernández
Dr. Vértiz Núm. 464, esq. Eje 3 Sur,
Col. Buenos Aires,
Del. Cuauhtémoc, 06780, México, D.F.
Tel. 5519 6351
E-mail: drmiguelcardona08@gmail.com