

# Alteraciones ungueales

Etiología — Diagnóstico — Tratamiento



Autor: Prof. Dr. Hans-Jürgen Tietz.  
Director del Instituto de Enfermedades  
Fúngicas de Berlín



Las uñas son una de nuestras cartas de presentación. Son una expresión de integridad física y belleza. Funcionalmente, forman con la piel un valiosísimo órgano de protección y relación con el medio ambiente. Convertidas en ornamento, son exhibidas con orgullo por muchas personas, pero no pocas veces también se ocultan se ocultan con un pudor equiparable debido a las enfermedades.

Las alteraciones ungueales son, sin duda, una de las competencias básicas de la dermatología. Sin embargo, la mayoría de los pacientes acuden al médico de cabecera y, sobre todo, a la farmacia.

Ojalá que la lectura de este folleto, queridos colegas, agudice su olfato diagnóstico y sirva de ayuda para detectar con seguridad las alteraciones ungueales más importantes en su labor diaria en la consulta, para asesorar acertadamente y poder tratar con éxito.

Así lo deseo

Atentamente

Prof. Dr. Hans-Jürgen Tietz

## Índice

Introducción (Prólogo)	04
Onicomycosis	06
Alteraciones ungueales asociadas a infecciones	18
Onicogriposis	24
Psoriasis ungueal	28
Eccemas de las uñas	36
Reacciones adversas a medicamentos	45
Tumores y «uñas negras»	53
Perspectiva (Epílogo)	58
Comparación directa de las tres alteraciones ungueales más frecuentes	60
Bibliografía	62

## Introducción

El diagnóstico diferencial de las enfermedades de las uñas es un campo muy amplio con muchas facetas. Cada uno de los pacientes que presentamos aquí acudió a nuestra consulta convencido de que padecía una infección fúngica. El resultado fue un variado repertorio de síntomas, diagnósticos y etiología.

Existe una gran variedad de causas que alteran el aspecto saludable de las uñas, ya sea por traumatismo, sustancias químicas tóxicas, infecciones, medicamentos sistémicos, cuyas reacciones adversas se muestran cada vez con mayor frecuencia en las uñas, o cosméticos. Los síntomas no son menos variados.

Las uñas se pueden atrofiar, quebrar, deformar, engrosar, partir, desprender

o infectar. En ocasiones son indicio y señal de alerta de una enfermedad sistémica o parte de una dermatosis. Por sus síntomas visibles, también constituyen una carga psicológica para muchos de los afectados.

La **Tabla 1** intenta clasificar los síntomas ungueales de carácter patógeno más frecuentes que también se analizan en este folleto.

Pueden ser congénitas o adquiridas, infecciosas o no infecciosas, benignas o malignas, curables o incurables, localizadas o generalizadas a todas las uñas y diferentes entre sí en cuanto a color y crecimiento. Son muchos los casos en los que se puede encontrar la causa y tratarla específicamente, pero desgraciadamente no siempre es así.

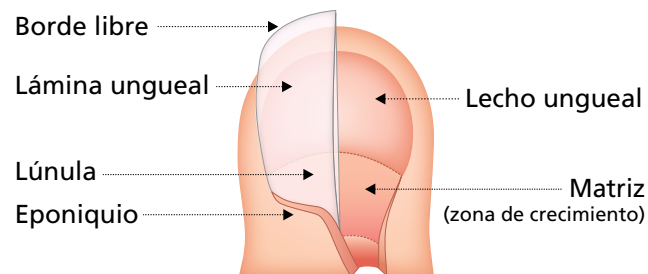


Gráfico 01: Estructura de la uña

### Alteraciones ungueales congénitas

Rayas longitudinales y transversales, motas, manchas, uñas en pinza, uñas rugosas, alteración de la queratinización, atrofia, distrofia de las 20 uñas

### Alteraciones ungueales adquiridas

#### Infecciosas

##### bacterianas

- *P. aeruginosa*

##### fúngicas

- Dermatofitos
- Levaduras
- Moho

##### víricas

- Virus de Coxsackie
- VEB
- VPH

#### No infecciosas

- Lesiones
- Pigmentación (blanco, negro, amarillo)
- Queratinización (onicogriposis)
- Desprendimientos (onicólisis)
- Atrofias (onicodistrofia)
- Uñas encarnadas (onicocriptosis)
- Intoxicaciones (endógenas, exógenas)
- Tumores

#### en enfermedades cutáneas

- Eccemas
- Psoriasis
- Liquen plano

#### en enfermedades generalizadas

- Síndrome de las uñas amarillas
- Dedos en palillo de tambor (acropaquia)

Como consecuencia de la **medicación**

Tabla 1: Clasificación de los síntomas ungueales de carácter patógeno más frecuentes



## 1. Onicomiosis (tinea unguium)

Entre las enfermedades que alteran el aspecto saludable de las uñas, la más frecuente es la onicomiosis. La etiología fúngica de la enfermedad la descubrió ya en 1853 el estudiante de medicina Georg Meissner. Un año después, el patólogo berlinés Rudolf Virchow le dio el nombre de «onicomiosis». Suele ser la secuela de una tinea pedis mal tratada. Esto se debe a que el pie de atleta y la onicomiosis son diferentes fases de la misma infección causada por el mismo patógeno. Se calcula que entre el 14 y el 18 %<sup>1</sup> de toda la población está afectada, y esto la convierte en una de las enfermedades más comunes en todo el mundo.

La onicomiosis se considera persistente, difícil de curar y marcada por frecuentes recidivas. Esto se debe, por un lado, a la falta de inmunidad frente a los hongos patógenos y, por otro, a la complejidad de los patógenos, que pueden producir en las uñas esporas muy resistentes al calor, al frío, a la luz ultravioleta e incluso al láser que provocan recaídas y, por lo tanto, deben ser eliminadas mediante tratamiento.

Las micosis de las uñas no son enfermedades de enfermos. Afectan cada vez más a jóvenes sanos. Se pueden infectar adultos y niños, deportistas y sedentarios, personas con patologías

previas pero sanas, pobres y ricos. Una enfermedad popular en el sentido más estricto de la palabra, desde la juventud a la vejez, como también muestran nuestras imágenes.

Las circunstancias para el desarrollo de una infección fúngica en las uñas son hoy más variadas que nunca, lo que también explica su incidencia y el amplio espectro de edades. Entre los jóvenes, son importantes factores como el calzado de plástico y el esfuerzo durante los juegos y el deporte. La presión sobre las uñas es enorme, en particular en el baile, el tenis o el fútbol. La humedad, al igual que del sudor, también favorece la penetración del patógeno en la uña. En las personas mayores, el riego sanguíneo es menor, los pies se enfrían más y la piel y las uñas crecen más lentamente. En definitiva, estas circunstancias, que también incluyen la presencia genéticamente condicionada de receptores (disposición) y el contagio (exposición), conducen conjuntamente a la infección.

La fuente de infección más importante es la familia, seguida de hoteles, piscinas públicas y clubes deportivos.

Suele ir acompañada de bastante sufrimiento. Porque quien tiene hongos en las uñas lo ve y es visto por otros, especialmente si es en las uñas de las manos. Pero no es solo un problema cosmético. En esencia, la onicomiosis es una enfermedad infecciosa transmisible: dentro de la familia, de padres y abuelos a los niños, de uña a uña, de uña a piel, de pies a cabeza.

Sin embargo, según las encuestas, solo el 23 %<sup>2</sup> de los consultados es consciente de que se trata de una enfermedad que se transmite entre personas. No obstante, la infección no es peligrosa. Las características biológicas de los patógenos no les permiten infectar el interior del cuerpo. Su crecimiento es demasiado lento para hacerlo y su temperatura óptima de tan solo 25 °C, demasiado baja. Así y todo, merecen un tratamiento adecuado.

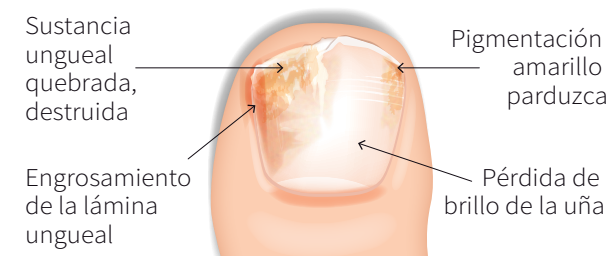


Gráfico 02: Aspecto de la onicomiosis

1. Baran R., Hay R., Hanecke E., Tosti A. *Onychomycosis. The Current Approach to Diagnosis and Therapy*. Taylor & Francis 2006, pp. 1-2.  
2. Encuesta forsa (marzo de 2020): *Wissensstand zum Thema Nagelpilzkrankungen*, n = 2019 alemanes mayores de 30 años.

## Diagnóstico

Las infecciones fúngicas de las uñas suelen ser fáciles de reconocer a simple vista. Hay algunas uñas que siempre permanecen sanas. Especialmente las que crecen más rápido que el hongo. El *digitus secundus pedis* no se suele ver afectado, aunque sea el más largo y, por lo tanto, el más expuesto, como en el tipo de pie griego (Fig. 01), pero esto no excluye que solo esta uña sea la afectada (Fig. 02).



Fig. 01: El *digitus secundus pedis* no se suele ver afectado por el hongo



Fig. 02: Infestación exclusiva del *digitus secundus pedis*

Sin embargo, el principio sigue siendo el mismo. Nunca se ven afectadas todas las uñas. El hongo penetra casi siempre desde el extremo distal de la uña, pero solo muy raramente desde el extremo opuesto (proximal). A menos que las esporas fúngicas que puedan quedar allí después de un tratamiento previo provoquen una recidiva.

Otra de las características de las micosis es que los hongos cutáneos prefieren los pies o las manos **fríos**, lo que explica que a menudo se presenten en una sola mitad del cuerpo, porque la derecha está más caliente que la izquierda y, por lo tanto, es menos susceptible. (Fig. 03).

Sin embargo, las esporas de los hongos también pueden sobrevivir a altas temperaturas, como por ejemplo, en el suelo de la sauna o en el lecho ungueal.

**Si el diagnóstico es correcto, como suele ocurrir en la mayoría de los casos si se tiene un ojo entrenado, el tratamiento también será eficiente.**

El diagnóstico clínico, debería confirmarse con un diagnóstico micrológico (examen en fresco con KOH o cultivo micológico, prueba más sensible).

## Onicomicosis: infecciones en adultos



Fig. 03: Infestación unilateral



Fig. 04



Fig. 05



Fig. 06



Fig. 07



## Onicomicosis: infecciones en niños



Fig. 08



Fig. 09



Fig. 10



Fig. 11



Fig. 12



Fig. 13

## Dermatofitoma: una forma especial de onicomicosis

El dermatofitoma concentra grandes cantidades de esporas y se puede extender por toda la uña en forma de espiga, raya amarilla o «vías de esporas».



Fig. 14



Fig. 15



Fig. 16: Dermatofitoma y espiga antes del tratamiento



Fig. 17: Dermatofitoma y espiga durante el tratamiento

## Tratamiento

La onicomicosis es la única enfermedad de las uñas que se puede curar siempre. Lo es, porque tiene una etiología específica, un patógeno del que se pueden y, debido a la falta de inmunidad, se deben eliminar todos los componentes. Si es posible hasta la última espora.

**El tratamiento tópico es preceptivo.** Es el fundamento, el elemento básico de todo tratamiento contra la onicomicosis. En la mayoría de los casos, conduce por sí sola al éxito. Esto significa que, cuanto antes se trate la infección, más sencillo será el tratamiento. El ciclopirox es un principio activo de efecto esporicida directo que cubre todos los patógenos de efecto fungicida, fungiestático y esporicida con actividad contra un amplio espectro de dermatofitos, levaduras, mohos y otros hongos.

La galénica es igualmente decisiva para el éxito terapéutico. En el caso de ciclopirox 80 mg/g hidrosoluble contra los hongos de las uñas, por ejemplo, se incluye ciclopirox en un esmalte hidrosoluble óptimo para el tratamiento que, además

del efecto capilar, también dispone de un medio de transporte (tecnología única con hidroxipropil chitosán) para que el principio activo pueda penetrar profundamente en la uña.

Si más de un tercio de la uña y/o más de tres uñas están afectadas, se añade un tratamiento muy tolerable que consiste en la toma de 200 mg a la semana de fluconazol o itraconazol. Además, también se puede aplicar un tratamiento sistémico con 250 mg de terbinafina. Sin embargo, hay sospechas de que provoca resistencias y efectos adversos y, por lo tanto, no se recomienda. En caso de uñas engrosadas y antes de la aplicación del esmalte, el paciente puede eliminar la sustancia ungueal infectada de forma atraumática e indolora con ayuda de una pomada de urea al 40 % (Figs. 18-21).

## Onicomicosis en un niño de 5 años



Fig. 18: Antes del tratamiento: infestación pronunciada en el dedo gordo



Fig. 19: Después del tratamiento: curación completa de la micosis y crecimiento saludable de la uña

**El tratamiento se prolonga hasta que la uña haya crecido completa y clínicamente sana.** Lo ideal es que se espere a un resultado negativo de la PCR, que, a diferencia de los demás métodos microbiológicos (microscopía, cultivo), también es capaz de detectar ADN de las esporas de los patógenos.

Una vez finalizado el tratamiento, se recomienda continuar la terapia profiláctica con un antimicótico tópico, para no correr riesgo de recidivas y lograr la curación duradera tan anhelada por muchos pacientes.

A partir de los 65 años, una de cada dos personas está afectada por onicomicosis.<sup>1</sup> Pero el tratamiento no tiene límite de edad. Los tratamientos antimicóticos están justificados a cualquier edad, tal como se demuestra de forma alentadora en los siguientes ejemplos de progreso terapéutico.

Cada vez es más frecuente que las personas de edad avanzada soliciten tratamiento para no avergonzarse de sus uñas en caso de necesitar cuidados. El tratamiento también es importante desde un punto de vista epidemiológico, porque sin él se sigue siendo contagioso para uno mismo y para los demás.

#### Medidas complementarias

Para conseguir un éxito terapéutico duradero, es aconsejable tratar los zapatos con un spray esporicida de farmacia. En cambio, las esporas de los textiles mueren a 60 °C, ya que todos los detergentes contienen tensioactivos tóxicos para los patógenos. Al limpiar o fregar suelos y aspirar alfombras, se produce además un gran efecto de dilución.

1. Abeck, D., et al., *Onychomykose. Aktuelle Daten zu Epidemiologie, Erregerspektrum, Risikofaktoren sowie Beeinflussung der Lebensqualität.* Dtsch Arztebl 97 (2000) 1984-1986.

Onicomicosis en una señora de 85 años.



Fig. 20: Antes del tratamiento: infestación aguda en las uñas de los pies



Fig. 21: Después del tratamiento: curación completa de la micosis y crecimiento saludable de la uña



### Evolución terapéutica en un adulto Onicomicosis sin infestación de la matriz ungueal

Paciente de 28 años con alteración ungueal existente desde hace 3 años en la uña del dedo gordo derecho. Cultivo positivo: *Trichophyton rubrum*.



Fig. 22: Inicio del tratamiento



Fig. 23: 3 meses después



Fig. 24: 6 meses después



Fig. 25: 9 meses después

#### Tratamiento en una fase:

Aplicación diaria de ciclopirox 80 mg/g hidrosoluble contra los hongos de las uñas hasta curación clínica tras 10 meses.

### Evolución terapéutica en un adulto Onicomicosis sin infestación de la matriz (dermatofitoma)

Paciente de 43 años con un dermatofitoma en la uña del dedo gordo derecho. Cultivo positivo: *Trichophyton rubrum*.



Fig. 26: Inicio del tratamiento



Fig. 27: 3 meses después



Fig. 28: 6 meses después



Fig. 29: 12 meses después

#### Tratamiento en 3 fases:

Inicialmente, apósito adhesivo durante la noche con una pomada de urea al 40 % hasta que no se desprenda más material de la uña enferma. Durante ese tiempo (en el presente caso, 12 días), una aplicación por las mañanas de ciclopirox 80 mg/g hidrosoluble contra los hongos de las uñas y después a diario por las noches hasta curación clínica después de 12 meses.

En paralelo (fase 3): tratamiento sistémico adicional con itraconazol 200 mg: días 1-3, a diario, luego 1 dosis (200 mg) por semana hasta la curación después de 12 meses.

## 2. Alteraciones ungueales asociadas a infecciones

Las alteraciones de las uñas también pueden aparecer a raíz de infecciones por virus y bacterias. Algunas de ellas, como el «síndrome de las uñas verdes», se atribuyen a una infección directa (Fig. 30).



Fig. 30: Pigmentación verdosa de la uña por una infección con *P. aeruginosa*

Los virus, en cambio, suelen dañar la uña de forma indirecta debido al efecto inmunitario en la matriz ungueal. Los más destacados son el **virus de Coxsackie**, desencadenante de la fiebre aftosa humana (Fig. 31), el **virus de Epstein-Barr** (VEB), desencadenante de la mononucleosis infecciosa (Fig. 32) y, en algunos casos, también el **virus de la inmunodeficiencia humana** (VIH) (Fig. 33).

Un rasgo característico de los daños en la uña que provocan estos patógenos es la llamada onicomadesis, que, además de por los virus mencionados, también se puede presentar en el curso de una **infección por estreptococos**, por ejemplo, tras una amigdalitis (Figs. 34, 35).

Este término designa un desprendimiento de la uña, generalmente desde el extremo proximal «equivocado», que indica procesos patológicos en la zona de la matriz.

En el entorno de la uña también pueden formarse verrugas que crecen hacia el lecho ungueal y cuyo patógeno es el **virus del papiloma humano**. Los más afectados por las alteraciones ungueales asociadas a infecciones víricas son los niños.



Fig. 31: Alteración ungueal por virus de Coxsackie

## Alteraciones ungueales por infecciones víricas y fenómenos inmunitarios (respuestas) bacterianos



Fig. 32: Alteración ungueal por el patógeno de la mononucleosis infecciosa



Fig. 33: Alteración ungueal por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)



Fig. 34: Alteración ungueal debida a una infección por estreptococos



Fig. 35: Alteración ungueal debida a una infección por estreptococos

## Verrugas

Las verrugas sub- o periungueales son difíciles de tratar. No obstante, también es frecuente que se curen espontáneamente (Fig. 36). El arsenal de métodos terapéuticos para eliminar las verrugas abarca desde la queratolisis con preparados a base de ácido salicílico, corrosión con ácidos y congelación hasta la terapia sugestiva. Las opciones quirúrgicas pasan por una cirugía láser con láseres de erbio YAG o de CO<sub>2</sub>.



Fig. 36: Alteración ungueal por verrugas

## Diagnóstico

El desprendimiento repentino de una uña causa una gran preocupación a muchos padres. Podría ser algo serio, ya que parece venir del interior.

Sin embargo, ninguna otra enfermedad de las uñas tiene una explicación tan sencilla como positiva de la naturaleza de la destrucción de la uña.

- 1. La onicomadesis suele ser una secuela tardía de una infección** que se puede remontar tiempo atrás. Lo más frecuente es que se presente unas pocas semanas después de una fiebre aftosa humana. Muchos padres lo confirman: «Sí, este año ya hemos tenido dos epidemias en la guardería».
- 2. Las uñas afectadas siempre se curan espontáneamente y vuelven a estar completamente sanas.**

Normalmente, ya se puede ver la uña sucesora debajo de la dañada (Fig. 37).



Fig. 37: Infección ungueal por virus de Coxsackie con curación espontánea

Con esta información, el pánico de los padres desaparece como por arte de magia.

Las alteraciones ungueales de este tipo también se pueden presentar en adultos después de una amigdalitis estreptocócica o en el curso de la reactivación de una infección por VEB o VIH. A pesar de la inmensa atención que se les presta, este fenómeno todavía no se ha observado en los coronavirus.

## Síndrome de las «uñas verdes»

Este caso especial de enfermedad de las uñas es fácilmente reconocible por su pigmentación característica.

Las uñas verdes o verdinegras tienen casi siempre una etiología infecciosa. El patógeno es la bacteria *Pseudomonas aeruginosa*.

Aunque puede dañar la uña directamente, lo más frecuente es que ataque a uñas con traumatismos y que penetre por las fisuras. Por esa razón, no son infrecuentes las infecciones mixtas de las uñas con hongos patógenos y bacterias, en particular entre los deportistas y los trabajadores manuales.

Conocida como el germen de la humedad de los charcos, la *P. aeruginosa* también se puede encontrar en el ámbito doméstico.

Los productos abrasivos y los esmaltes cosméticos de uñas pueden allanar el ánimo a los patógenos debido a su efecto tóxico sobre los tejidos.

Los traumatismos en los futbolistas (Fig. 39) o en los obreros de la construcción (Fig. 45) son igualmente una puerta de entrada para las bacterias y, con frecuencia, en forma de infecciones mixtas junto con el hongo patógeno *T. rubrum*.



Fig. 38: Infección con *P. aeruginosa* provocada por defectos en las uñas debidos a productos abrasivos



Fig. 39: Infección mixta con *T. rubrum* en una uña del pie de un futbolista

La bacteria ***Staphylococcus (S.) aureus*** también puede dañar la uña y su entorno en caso de traumatismos, como en el caso del joven bailarín profesional de la Fig. 40.



Fig. 40: Infección mixta con *S. aureus* en una uña del pie de un bailarín

Como la infección por *Pseudomonas* puede afectar al personal médico y de enfermería, es potencialmente peligrosa para los pacientes hospitalizados desde la perspectiva del todavía poco considerado hospitalismo infeccioso.

La infección suele ser persistente y se puede prolongar durante mucho tiempo. A mayor multiplicación del patógeno, más intensa será la pigmentación.

En el diagnóstico diferencial se deben considerar las infecciones por moho negro y moho, hematomas, efectos adversos de medicamentos y un melanoma maligno.

## Tratamiento de las «uñas verdes»

El tratamiento en caso de una «uña verde» o «bacteriana» es plenamente equiparable al tratamiento tópico de la onicomiosis. Los principios activos como el ciclopirox y el bifonazol en una pomada de urea tienen un potente efecto antibacteriano y suelen ser suficientes.



Fig. 41: Infección con *P. aeruginosa* por defectos en las uñas debidos a la utilización de esmaltes cosméticos



Fig. 42: Después del tratamiento



Fig. 43: Infección mixta con *T. rubrum* en una uña de la mano de un trabajador de la construcción



Fig. 44: Después del tratamiento

El tratamiento con antibióticos solo se contempla en casos graves. Los medicamentos de elección son la ciprofloxacina (*P. aeruginosa*) y la clindamicina (*S. aureus*).



### 3. Onicogrifosis

La enfermedad que con más frecuencia se confunde con una onicomycosis debido a su aspecto es la onicogrifosis.

Ambos términos se deben al médico y político berlinés Rudolf Virchow, que, como patólogo, se ocupó en profundidad de las alteraciones ungueales. También fue él el que definió el «dermatofitoma». La onicogrifosis es una queratinización muy pronunciada de

las uñas con deformaciones anormales. También se utilizan como sinónimos uñas de madera, en cuerno, en garra o en gancho. Hay ocasiones en las que aparecen muy estratificadas. (Figs. 47-50).

Estas peculiaridades en el crecimiento de las uñas se presentan incluso en niños pequeños, lo que apuntaría a una predisposición familiar.

Uñas de glaciar en niños de entre 3 y 5 años



Fig. 45



Fig. 46



Fig. 47



Fig. 48

Uñas en garra desde el bebé hasta la abuela



Fig. 49



Fig. 51



Fig. 50



Fig. 52



Fig. 53

## Diagnóstico

El diagnóstico visual de este tipo de uñas no constituye ningún problema. El signo definitorio de una onicogrifosis es una inmensa queratinización de una o varias uñas. Con frecuencia es tan dura que apenas se pueden cortar las uñas afectadas: «*durísima, como una piedra*».

Una vez vista y correctamente interpretada esta enfermedad de las uñas, bastará para siempre con un simple diagnóstico visual.

Una de las manifestaciones más severas de la onicogrifosis es la llamada **anomalía del crecimiento de las uñas en forma de concha de ostra**. Aunque está determinada genéticamente, no suele aparecer hasta la adolescencia, a menudo como resultado del aumento de actividades deportivas, como el baile o el fútbol, que llevan a una des-

alineación del lecho ungueal en forma de grandes terrones que se asemejan al aspecto de la concha de una ostra. (Fig. 54).

Lo habitual en la mayoría de las queratinizaciones, aparte de la dureza de la uña, es el cambio hacia fuera de la dirección del crecimiento, penetrando a menudo en el tejido circundante y casi siempre asociadas a dolor. Como la mayor parte de las queratinizaciones tiene un origen genético —«nuestra abuela también la tiene», (Fig. 55)—, pueden aparecer ya en niños pequeños. Sin embargo, la onicomicosis tiene su primer pico entre los 7 y los 12 años.

Aunque las uñas infectadas por hongos también pueden sufrir grandes deformaciones, siempre son porosas y se desintegran en lugar de endurecerse.



Fig. 54: Anomalía del crecimiento en forma de concha de ostra en una mujer joven



Fig. 55: «Uñas de madera» en una señora de 80 años

## Tratamiento de la onicogrifosis

Lo común a todas las queratinizaciones es que se deben tratar podológicamente y se deben cuidar con regularidad. El tratamiento de elección consiste en el fresado de las uñas y, a partir de cierto grado de severidad, en la colocación de correctores ortopédicos (Fig. 56).

Los esmaltes ricos en urea pueden contribuir a flexibilizar las uñas para que, al menos, se puedan cortar mejor.

Entre las desviaciones ungueales más relevantes también se encuentran las uñas en pinza («pincer nails») (Fig. 57), al igual que el problema de las uñas que crecen penetrando en el tejido, las uñas encarnadas, que pueden llegar a ser muy dolorosas (Fig. 58, 59). En este caso, solo suelen ser efectivas las medidas quirúrgicas.



Fig. 56: Colocación de un corrector de uñas



Fig. 57: Uñas en pinza



Fig. 58: Uña encarnada en el dedo gordo del pie



Fig. 59: Uña encarnada en el dedo gordo del pie

## 4. Psoriasis ungueal

La psoriasis ungueal es la segunda alteración más frecuente de las uñas. La incidencia de la psoriasis de la piel es de un 2 o 3 % de la población.<sup>1</sup> A su vez, la alteración de las uñas afecta por término medio a la mitad de los pacientes. Un valor que va aumentando en el transcurso de la vida hasta aproximadamente el 80 %.<sup>2</sup> Por lo tanto, a partir de cierta edad es un compañero constante de estos pacientes. Se trata de una enfermedad radicalmente distinta de la micosis.

La psoriasis es una dermatosis sin relación con patógenos, mientras que la onicomicosis es una enfermedad infecciosa. Por lo tanto, no tiene una etiología específica ni un patógeno al que poder tratar específicamente. En consecuencia, tampoco es contagiosa. Un diagnóstico visible en una uña puede ser psicológicamente muy estresante. Así pues, el nivel de sufrimiento es igualmente alto para ambas alteraciones ungueales. Además, el dolor, las limitaciones funcionales y las superinfecciones purulentas pueden perjudicar la calidad de vida en caso de una psoriasis.

Es menos conocido que la psoriasis ungueal también se puede presentar sin síntomas cutáneos. Sin embargo, no existen datos fiables sobre la incidencia de la psoriasis ungueal aislada. La cifra de casos no declarados es elevada, en

especial porque no se suele sospechar de una psoriasis y sus consecuencias en caso de toma de medicamentos. El riesgo de enfermar es particularmente elevado con los antihipertensivos, sin distinción de principios activos. La terbinafina también puede desencadenar una psoriasis ungueal.

En caso de antecedentes familiares (psoriasis), la utilización de terbinafina en el tratamiento de la onicomicosis es una mala práctica, como muestra el ejemplo de un colega médico tras dos años de autoterapia (Fig. 60). Como resultado, todas las uñas acabaron afectadas por la psoriasis sin ningún tipo de síntomas cutáneos.



Fig. 60: Psoriasis ungueal tras 2 años de tratamiento antionicomicótico con terbinafina

Otra diferencia en la naturaleza de ambas enfermedades de las uñas es que el hongo patógeno ataca directamente la lámina ungueal desde el exterior, mientras que la psoriasis suele originarse en la piel, la matriz y el lecho ungueal, y puede provocar síntomas muy diferentes que varían según la localización y la intensidad.

Como ya se ha señalado, la psoriasis ungueal no tiene una etiología específica, sino tantos factores desencadenan-

tes como variedad de manifestaciones clínicas: químicos como el formaldehído de los endurecedores de uñas (Figs. 61, 62), medicamentos como el ramipril (Fig. 63) o la levotiroxina (Fig. 64), físicos como los traumatismos o el láser, y el estrés personal y laboral. También tiene un trasfondo genético y por eso es tan importante una buena anamnesis familiar. Los dermatofitos también son un factor que puede provocar una psoriasis ungueal.



Fig. 61: Onicólisis y pequeñas picaduras



Fig. 62: Onicólisis y pequeñas hemorragias en astilla



Fig. 63: Destrucción severa por ramipril



Fig. 64: Uñas desmenuzadas por levotiroxina

1. Parisi R., Symmons D. P., Griffiths C. E., Ashcroft D. M., *Identification, Management of P, et al. Global epidemiology of psoriasis: a systematic review of incidence and prevalence.* J Invest Dermatol. 2013;133(2):377-85.

2. Kahl C., Hansen B., Reich K., *Nail psoriasis - An ignored disorder. Pathogenesis, diagnosis and therapy.* Hautarzt. 2012;63(3):184-91.



## Diagnóstico

La afectación de las uñas de las manos es más frecuente que en las de los pies, de forma inversamente proporcional a la de la onicomiosis, que suele ir precedida por un pie de atleta. En el caso de la psoriasis, la piel también se ve afectada con bastante frecuencia, lo cual es útil para el diagnóstico. Son bastante reveladoras la descamaciones plateadas en el nacimiento del cabello, en las rodillas o en los codos. Por lo tanto, lo aconsejable es inspeccionar siempre la piel o preguntar por las típicas alteraciones cutáneas.



Fig. 65: Psoriasis en las uñas de las manos



Fig. 66: Psoriasis en las uñas de los pies



Fig. 67: Síntomas en el nacimiento del cabello



Fig. 68: Síntomas en el codo

También es importante preguntar si hay dolor en las articulaciones (artritis psoriásica), circunstancia que no se presenta en una micosis a menos que la infestación fúngica sea tan grande que provoque dolor al caminar.

En la psoriasis se pueden ver afectadas todas las uñas, algo muy poco frecuente en la onicomiosis. La psoriasis suele ser simétrica, mientras que las micosis se caracterizan por la unilateralidad. Además, una psoriasis ungueal se desarrolla con relativa rapidez, a veces de la noche a la mañana. Los hongos, por el contrario, penetran en la uña lentamente y tienen un período de incubación relativamente largo.

Con respecto a un posible desencadenante de la psoriasis, puede ser útil que los pacientes recuerden un acontecimiento específico: «desde que tomo ramipril», «desde que uso endurecedor de uñas con formaldehído». Cuando la piel también está afectada, el diagnóstico es fácil de establecer. Sin embargo, muchos de los síntomas en las uñas son tan característicos que no cabe duda alguna de que se trata de psoriasis, desde la fase inicial hasta la destrucción total de la uña, tanto en adultos como en niños.



Fig. 69: Onicólisis



Fig. 70: Piqueteado e hiperqueratosis con manchas de aceite



Fig. 71: Manchas de aceite, piqueteado



**Múltiple sintomatología**

Los síntomas habituales de una psoriasis ungueal son: pigmentación incipiente en la zona de la lúnula, la mancha de aceite psoriásica, depresiones puntiformes en la lámina ungueal (piqueteado), hemorragias negras en astilla, desprendimiento de las uñas (onicólisis) acentuado en los bordes, hiperqueratosis («uñas desmenuzadas») o pigmentaciones blancas (leuconiquia) dependiendo de dónde se encuentre el foco de psoriasis debajo de la uña.

Como se ve en las imágenes, también

se pueden dar combinaciones de estos síntomas.

En caso de duda, se puede practicar una biopsia ungueal. Sin embargo, con clínica inequívoca (motas y manchas de aceite), inspección positiva de la piel y correcta anamnesis familiar y de medicación, el paciente se la puede ahorrar. Desde un punto de vista psicológico, para los afectados no es baladí el hecho de entender que la psoriasis, a diferencia de una micosis, no es contagiosa. Por eso siempre debería mencionarse en la consulta con el paciente.

**Manchas de aceite: alteración psoriásica de las uñas**

Fig. 72



Fig. 73



Fig. 74



Fig. 75

## Tratamiento

No es posible un tratamiento causal, pero sí un tratamiento inmunomodulador.

Si además se puede encontrar el factor que la provoca, el tratamiento suele ser tan sencillo como evitar el desencadenante. Sin embargo, resultaría difícil con un medicamento antihipertensivo, por ejemplo, a menos que sea posible cambiar a otro principio activo o a una versión más tolerable del original.

En este sentido, la sospecha es importante porque suele ser el único punto de referencia de la etiología y de un enfoque terapéutico. No hay que ser reacio a informar de la sospecha, aunque no siempre sea bien recibido por el internista tratante.



Fig. 76: Síntomas psoriásicos de la uña antes del tratamiento



Fig. 77: Después del tratamiento antiinflamatorio

**El tratamiento antiinflamatorio** de la psoriasis ungueal puede ser tópico. Para los intentos de curación local hay que considerar el uso de esmaltes con urea, preparados antiinflamatorios con ciclosporina A, corticoesteroides, tacrolimus o incluso fórmulas con clobetasol de esmalte regenerador de uñas.

También se pueden poner inyecciones de cortisona bajo anestesia en la estructura ungueal afectada o en su entorno. En última instancia, no hay ningún tratamiento tópico oficialmente aprobado.

**En caso de psoriasis severa** de la piel y de las uñas, será necesario un **tratamiento sistémico** con preparados clásicos como metotrexato, ciclosporina A o los modernos productos biológicos (anticuerpos monoclonales) con los que se ha podido conseguir una mayor tasa de curación en casos de infestación aguda de las uñas.

Dado que los dermatofitos también pueden ser un factor desencadenante y aunque la psoriasis sea básicamente una enfermedad rebelde a los hongos debido al rápido crecimiento de las uñas, el tratamiento antifúngico podría coadyuvar a la curación de la psoriasis ungueal en algunos pacientes.

## Tratamiento antifúngico en caso de alteraciones psoriásicas de las uñas



Fig. 78: Síntomas psoriásicos de la uña antes del tratamiento



Fig. 79: Después del tratamiento con un esmalte antifúngico

## 5. Eccemas de las uñas

Los eccemas son, con diferencia, la enfermedad cutánea más común. En los países industrializados está afectado hasta el 20 % de las personas. Casi todo el mundo los padece una vez en la vida. Los signos clínicos son el prurito, el enrojecimiento y las ampollas que supuran líquido al estallar y forman costras y escamas. El término general «eccema» también incluye diferentes síntomas ungueales.

Se presentan de forma aislada o como síntoma de una enfermedad subyacente: la dermatitis atópica. También se la conoce con los términos neurodermatitis y dermatitis pruriginosa. El vocablo «atopos» procede del griego y significa «fuera de lugar», es decir, el lugar en el que algo no debería estar, por ejemplo, en la uña. La atopía es una disposición genéticamente condicionada, también de la piel bajo las uñas, a reaccionar a influjos endógenos y exógenos con una respuesta inmunitaria excesiva. Está afectado un 25 % de los niños y el 90 % de ellos enferma antes de los cinco años.<sup>1</sup>

La predisposición genética desempeña un papel importante. Si uno de los

progenitores la padece, el riesgo de contraerla se triplica en comparación con los niños no afectados genéticamente y se quintuplica si ambos padres están afectados. Las recidivas son muy frecuentes.

El **eccema ungueal** es la segunda alteración ungueal no infecciosa más frecuente después de la psoriasis. Ambas enfermedades tienen elementos comunes: no son transmisibles, no tienen una etiología específica y, por lo tanto, no se pueden curar de forma específica o con un enfoque monocausal. Su distribución epidemiológica también es diferente.

Mientras que la psoriasis ungueal alcanza su apogeo en la segunda mitad de la vida, los eccemas son más frecuentes en niños, adolescentes y personas activas, y, por lo tanto, también en las amas de casa. Van disminuyendo con la edad. La psoriasis ungueal también se desencadena con más frecuencia por la medicación. Por el contrario, un eccema ungueal aislado suele ser el resultado de una causa exógena.

### Eccemas ungueales por sustancias tóxicas domésticas (Uñas del «ama de casa»)



Fig. 80



Fig. 81



Fig. 82

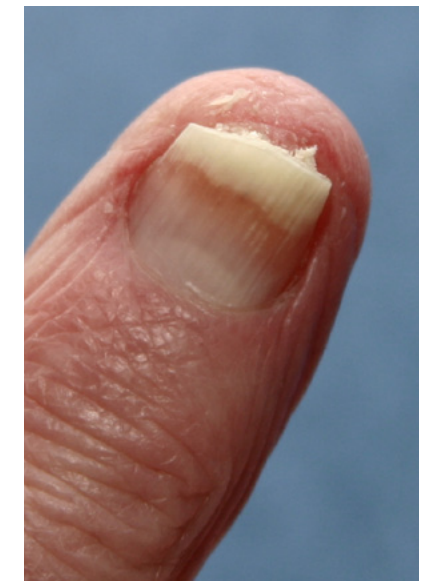


Fig. 83

1. Bauer-Delto A. *Atopisches Ekzem – Krankheitslast und therapeutisches Management*. Zertifizierende Fortbildung Landesärztekammer Hessen; 15.10.2020 - 14.10.2021

**Eccema ungueal exógeno**

Las sustancias tóxicas o los alérgenos son de gran importancia. El ejemplo palmario son las toxinas de los esmaltes cosméticos. Entre ellas encontramos el formaldehído, especialmente en los endurecedores de uñas, la tosilamida, la resina epoxi o colorantes como la tartracina que se suelen encontrar en los esmaltes con purpurina que también utilizan los niños.

Por norma general, ningún esmalte cosmético es saludable. Los esmaltes «bío» también incluyen combinaciones de diferentes sustancias que dañan la uña. También se observan con frecuencia reacciones tóxicas o alérgicas a las uñas postizas (Fig. 84), que se pueden confundir con una infección fúngica contagiada hipotéticamente en el salón de belleza.



Fig. 84: Uñas dañadas por esmalte cosmético de uñas

En el hogar también se encuentran productos químicos tóxicos para las uñas. Un ejemplo de ello lo encontramos en la benzisotiazolinona de los productos de limpieza. El resultado es lo que se conoce como «uñas del ama de casa», un síndrome muy extendido. Además, hay productos curtientes de cromato en los zapatos de trabajo (Fig. 85) y es grande la variedad de productos químicos a los que están expuestos los trabajadores de la construcción y los artesanos («uñas de artesano»).



Fig. 85: Alteración ungueal por curtientes en zapatos de trabajo

Averiguar todo esto suele ser bastante complicado. Entre los desencadenantes de los eccemas también encontramos estímulos biológicos, como los mohos, los ácaros del polvo o los «hongos intestinales». También existen factores bacterianos significativos, como la bacteria cutánea *Staphylococcus aureus*, que a menudo se asienta en el eccema como germen indicador.

## Eccemas ungueales por sustancias tóxicas profesionales (Uñas de «artesano»)



Fig. 86



Fig. 87



Fig. 88



Fig. 89



## Eccemas en usuarias de esmaltes cosméticos de uñas



Fig. 90



Fig. 91



Fig. 92

## Diagnóstico (anamnesis)

Los eccemas suelen aparecer ocasionalmente en las uñas de las manos de una forma similar a como lo hacen los hongos, ya que las toxinas también necesitan un punto de entrada. Sin embargo, casi siempre se presentan de forma repentina. Por consiguiente, es importante realizar una buena anamnesis con preguntas sobre antecedentes familiares y el contacto personal y profesional con sustancias tóxicas o alérgenos. La exploración de la piel también es una herramienta de probada eficacia. Son típicos los eccemas acompañantes en sangraduras y corvas (**eccemas de los pliegues**) (Fig. 93).

Igualmente reveladora es la cuestión de la correlación temporal, sobre todo tras contacto con sustancias sospechosas. Estas se suelen encontrar en el ámbito

doméstico, como lavavajillas y productos de limpieza, en el ámbito laboral (zapatos, tableros de aglomerado, material de trabajo) o en el de la cosmética, como los esmaltes y las uñas postizas. Una de las preguntas clave es: «¿Se le ocurre algo que lo haya podido provocar?». Por otro lado, los análisis histológicos son poco concluyentes.



Fig. 93: Eccema acompañante de pliegue en el paciente de la Fig. 96

## Sintomatología

A diferencia de la psoriasis, las alteraciones ungueales son menos variadas. Se produce casi siempre una reacción inflamatoria de la piel circundante (paroniquia). También son típicas las ampollas que revientan provocando ulceraciones y costras.

Las uñas suelen ser quebradizas, de un vago color blanquecino y están atravesadas por líneas definidas, a diferencia de un hongo que infesta la uña de forma difusa. Característico de muchas uñas «domésticas» o «pintadas» es el desprendimiento en forma de media

luna de la lámina ungueal periférica con una amplia franja blanquecina claramente visible (onicólisis semilunar).

También pueden aparecer muescas o rayas transversales tubulares que apunten a un eccema en la matriz de larga duración que puede ser de etiología profesional o congénita. Las esquirlas, fisuras, surcos y desprendimientos de las uñas son tan dolorosos como psicológicamente estresantes. La descripción de los síntomas muestra que no hay una definición uniforme del eccema ungueal.

## Eccemas ungueales con infestación de la piel circundante



Fig. 94



Fig. 95



Fig. 96



Fig. 97

## Tratamiento

Dependiendo del grado de severidad, el tratamiento se hace en fases. La búsqueda de los factores desencadenantes (alérgenos y sustancias tóxicas) y evitarlos sistemáticamente constituye una gran ayuda.

Una vez determinada la etiología tóxico-alérgica y tras la necesaria abstinencia y un tratamiento regenerador de las uñas, la piel y la uña se curan espontáneamente como confirma fehacientemente la siguiente casuística.



Fig. 98: Desencadenante: formaldehído en el esmalte de uñas



Fig. 99: Uña recuperada



Fig. 100: Desencadenante: tosilamida y resina epoxi en el esmalte de uñas



Fig. 101: Uña casi completamente recuperada



Fig. 102: Desencadenante: producto limpiador cremoso



Fig. 103: Uñas completamente recuperadas



Fig. 104: Desencadenante: tartracina en el esmalte de uñas



Fig. 105: Uña recuperada

Eccema ungueal en una niña de 4 años

**Una niña de cuatro años que utilizaba 7 (!) esmaltes de uñas diferentes.**

Las fotografías de la niña proceden de su preocupada madre, que nos envió muestras para el diagnóstico de hongos. Tras renunciar al esmalte, las uñas se han mantenido sanas hasta el momento.



Fig. 106: Defectos en una uña de una niña de 4 años por utilización de esmalte de uñas



Fig. 107: Uña recuperada tras renunciar al esmalte de uñas

## Medidas antiinflamatorias

El tratamiento antiinflamatorio **tópico** se realiza con glucocorticoides y sustitutos de la cortisona como tacrolimus y pimecrolimus.

Los eccemas ungueales severos son una indicación para los tratamientos **sistémicos** con inmunosupresores (metotrexato, ciclosporina A) o con los productos biológicos aprobados desde 2017, englobados en un concepto holís-

tico de la neurodermatitis con rehabilitación, asesoramiento nutricional y análisis ambientales que también incluyen la depuración de los hongos intestinales.

Si se trata con éxito la enfermedad subyacente, los eccemas de las uñas también retroceden, al igual que ocurre con la psoriasis.

## 6. Alteraciones ungueales como reacción adversa a medicamentos y en caso de enfermedades sistémicas

Las alteraciones de las uñas provocadas por medicamentos son un serio problema que ha proliferado considerablemente en los últimos años. Los preparados que con más frecuencia perturban el crecimiento de las uñas son los antihipertensivos, algunos antibióticos (penicilina, tetraciclina), los quimioterápicos, los medicamentos para el tiroides, los anticoagulantes, las sustancias antiinflamatorias, así como las vitaminas y el antimicótico terbinafina.

Asimismo, los genéricos contribuyen según nuestras observaciones al aumento de las enfermedades ungueales. Por su especial gravedad, este tema merece un capítulo aparte. En

este sentido, también ocupa un lugar muy especial, ya que hay un gran número de medicamentos que dañan las uñas y que pueden provocar muy diferentes alteraciones ungueales. Desde la clásica psoriasis ungueal (Fig. 108) hasta el síndrome de las «uñas blancas» (Fig. 109).

En particular, los antihipertensivos de todo tipo, inhibidores de la ECA, betabloqueantes y antagonistas de los receptores AT1 entrañan un alto riesgo de activación de dermatosis «latentes», como la psoriasis o el liquen plano, la tercera enfermedad subyacente en importancia que se presenta en este folleto (Figs. 110-112).



Fig. 108: Psoriasis ungueal clásica



Fig. 109: «Uñas blancas»



## Liquen plano

La etiología de liquen plano no suele estar clara, con excepción de un efecto farmacológico sobre las uñas. A menudo están completamente afectadas por una estría alargada y astillada de aspecto muy llamativo. Un indicio diagnóstico del liquen plano, que en ocasiones aparece concomitantemente, es la infestación de la piel con pápulas que se pueden presentar agrupadas en el lado flexor de las muñecas y los antebrazos o en el lado extensor de las piernas y los tobillos. También es muy característico un patrón de vetas blanquecinas en la boca y en la zona genital.

### Liquen plano por terbinafina



Fig. 110



Fig. 111



Fig. 112

## Síndrome de las «uñas blancas»

En este caso se trata de la más llamativa alteración ungueal provocada por medicamentos con una intensa pigmentación blanca de gran extensión que suele comenzar en la matriz. La afectación predomina en las uñas grandes de los pies. Este síndrome es sorprendentemente similar a una micosis y, por lo tanto, se puede confundir fácilmente con ella. Se adscribe al grupo de las psoriasis.

Para excluir una micosis, la PCR también es un gran apoyo. Al igual que nuestros pacientes, podríamos creer

que se trata de una micosis. La PCR no solo es rápida, precisa y muy sensible. Un resultado negativo también es el argumento microbiológico más sólido contra una micosis, que muchos pacientes también confunden con los eccemas, a la onicogrifosis o una psoriasis ungueal. El principio de la PCR es muy sencillo. Como cualquier otro responsable, los hongos patógenos también dejan un rastro genético, su ADN, en el lugar de la infección. Esto jamás ocurriría en caso de una reacción adversa a un medicamento.

## Síndrome de las «uñas blancas» por antihipertensivos



Fig. 113

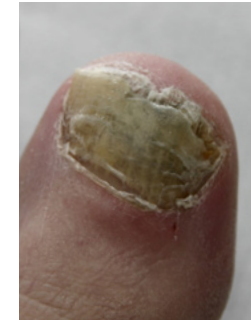


Fig. 114



Fig. 115



Fig. 116



Fig. 117



Fig. 118: La uña vuelve a crecer sana después de cambiar el antihipertensivo



Fig. 119: La uña vuelve a crecer sana después de cambiar el antihipertensivo



## Levotiroxina

Sospechamos que este preparado puede causar varias formas de leuconiquia. Pueden ser difusas, punteadas, estriadas y de diferente intensidad. También se observan uñas quebradizas y atrofiadas.

Aunque estos efectos adversos son, en principio, poco frecuentes, se han vuelto mucho más comunes ante el aumento de la ingesta de preparados para el

tiroides. También pueden presentarse sin motivo aparente, como por ejemplo, por desnutrición o estilos de vida modernos como la dieta vegana.

Las vitaminas (A, D o B12) y el betacaroteno también se consideran desencadenantes. El mecanismo todavía no está muy claro. Es de suponer que, al igual que en algunos genéricos, influyen de algún modo ciertos aditivos.



Fig. 120: Leuconiquia estriada por consumo de vitamina B12



Fig. 121: Leuconiquia estriada en el caso de un vegano



Fig. 122: Leuconiquia estriada por consumo de betacaroteno

## Leuconiquia difusa por levotiroxina



Fig. 123



Fig. 124



Fig. 125



Fig. 126

## Leuconiquia punteada por levotiroxina



Fig. 127



Fig. 128

## Leuconiquia punteada por levotiroxina



Fig. 129



Fig. 130

## Diagnóstico

La anamnesis tiene un valor inestimable a la hora de identificar una reacción adversa. Son importantes las siguientes preguntas: ¿Cuánto hace que apareció la alteración en las uñas? ¿Está tomando medicación? ¿Se presentó de repente y aproximadamente al mismo tiempo que el inicio de la toma? La solución al problema puede ser el cambio a otra clase de sustancia, a una original que pueda ser mejor tolerada o abstenerse de tomar la medicación. Pero esto solo es posible y solo tiene éxito en unos pocos casos. Como mínimo habría que manifestar una sospecha. En especial con respecto a la alternativa curativa que pudiese resultar.

Si todas las uñas están afectadas, lo que puede ocurrir con los efectos adversos de un medicamento, se habla de un «**síndrome de las 20 uñas**».

Sin embargo, el nombre solo remite a la afectación de todas las uñas, y no a su etiología. Puede tratarse tanto de una malformación congénita como de otra adquirida por el uso de la medicación, la mayoría de las veces en relación con afecciones del corazón, los pulmones, el hígado o la piel. La afectación de todas las uñas también es posible durante la quimioterapia. Las tres formas más destacadas son:

- Traquioniquia
- Acropaquia
- Síndrome de las uñas amarillas

## Traquioniquia (uñas rugosas)

Esta alteración ungueal ya se suele presentar en la infancia sin motivo aparente (Figs. 131-134). La superficie de la uña está cubierta por multitud de pequeñas depresiones. Por eso también se habla de uñas «ásperas» o de «papel de lija».

Sin embargo, la traquioniquia también puede ir asociada a una enfermedad cutánea (psoriasis, liquen plano). En ausencia de síntomas en la piel, lo más probable es que sea de etiología genética. Las opciones terapéuticas, a excepción de aceites regeneradores, tinturas, lápices o esmaltes con azufre y silicio, son limitadas. Esta anomalía ungueal no es curable, a no ser que se produzca de forma espontánea.

## Traquioniquia como síntoma concomitante en afecciones cutáneas



Fig. 131

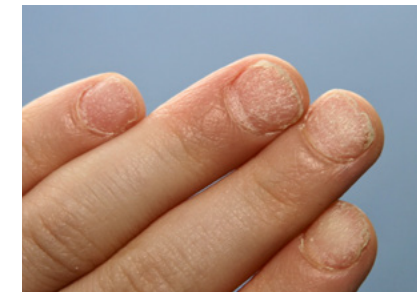


Fig. 132



**Acropaquia (dedos en palillo de tambor)**

Esta generalizada alteración ungueal ya era conocida en la antigüedad. Hipócrates la describe en un paciente afectado de enfisema (dedos hipocráticos). También puede ser congénita. Las falanges terminales de los dedos de las manos y de los pies aparecen claramente engrosadas y recuerdan a unas baquetas de tambor.



Fig. 135: Acropaquia



Fig. 136: Abombamiento pronunciado de las uñas

No hay tratamiento. Sin embargo, los afectados deben ser explorados exhaustivamente por un internista ya que puede haber concomitancia con afecciones cardíacas, tumores pulmonares y afecciones hepáticas. En cualquier caso, no se ha demostrado que haya una causalidad.

**Síndrome de las uñas amarillas**

La pigmentación varía en intensidad y suele ir acompañada de una atrofia ungueal. En algunos pacientes es indicio de una afección pulmonar. Si la causa es la quimioterapia, la alteración ungueal se cura espontáneamente una vez concluida. No existe ningún tipo de tratamiento causal.



Fig. 137: Síndrome de las uñas amarillas

**7. Tumores y «uñas negras»**

En el órgano ungueal también se pueden formar tumores como en cualquier otra parte del cuerpo. Se distingue entre neoplasias benignas y malignas. Debido a su localización, las primeras tienen un diagnóstico visual sencillo y son fáciles de clasificar por el dolor que llevan asociado.

**Entre los tumores ungueales benignos se incluyen:**

- Tumor glómico o glomus
- Nevus epidérmico o lunar
- Granuloma por cuerpo extraño
- Exostosis o tumor óseo benigno
- Quistes

Todas las **neoplasias benignas** están muy bien delimitadas y son fáciles de diagnosticar debido a su presión asociada al dolor sobre los órganos ungueales. La mayoría de las pigmentaciones negras también son inofensivas, aunque haya que tener precaución por el riesgo de aparición de un melanoma maligno bajo la uña, como en los siguientes ejemplos. Afortunadamente, en este caso se trataba de una **hemorragia subungueal en astilla** (Fig. 138) y de un comparativamente **benigno nevus epidérmico** (Fig. 139).



Fig. 138: Hemorragia subungueal en astilla

Sin embargo, ante una sospecha de melanoma, la actuación inmediata (análisis histológico y tratamiento adecuado) puede salvar vidas. En estos casos, es mucho mejor hacer un diagnóstico por exceso que un solo caso de diagnóstico por defecto.

## Nevus epidérmico

El **nevus epidérmico** es un **lunar** bajo la uña. Puede estar latente desde el nacimiento y manifestarse más tarde. Los lunares de este tipo suelen crecer en franjas a lo largo de la uña.

Estos tumores tienen un buen pronóstico. Sin embargo, dada su similitud con el melanoma maligno, deben ser revisados con regularidad por el dermatólogo.



Fig. 139: Nevus epidérmico

## Tumor glómico

El **tumor glómico** es un tipo de proliferación vascular fácilmente visible a simple vista debido a su ubicación generalmente abierta. Las exostosis, en cambio, son excrecencias óseas de las falanges terminales y, por lo tanto, muy dolorosas. Los granulomas suelen ser el resultado de una inflamación alrededor de una astilla o de otro cuerpo extraño. En el caso de los quistes, se trata de ampollas cubiertas por la piel que están vacías o llenas de un líquido gelatinoso.



Fig. 140: Tumor glómico

Lo común a todos los **tumores benignos** es que siempre se pueden curar quirúrgicamente.

## Melanoma maligno

El **melanoma maligno** es un **cáncer de piel de alto grado de malignidad**. En caso de zonas de color sospechoso bajo la uña, siempre hay que pensar en un tumor y acudir al dermatólogo.

Dependiendo de la zona de la matriz ungueal o del lecho ungueal en la que se haya formado, aparece como una pigmentación rayada o plana con límites irregulares.

Lo típico de un **melanoma subungueal** es una pigmentación heterogénea que es más ancha en la raíz que en el extremo distal.

Este tumor se puede confundir con los **hematomas**. Sin embargo, estos suelen ser extensos por regla general, suelen aparecer a raíz de un traumatismo y van creciendo con la uña, que acaba por desprenderse ante el empuje de su sucesora.

Más difíciles de clasificar son las hemorragias de límite difuso sin traumatismo previo, como la **hemorragia subungueal en astilla** de la Fig. 138.

También son difíciles de interpretar las pigmentaciones difusas en el curso de una quimioterapia. (Figs. 145, 146).

## Tratamiento

El tratamiento de elección es la extirpación quirúrgica del tumor en función de la profundidad de infiltración y del estadio mediante la resección del órgano ungueal con un margen de seguridad suficiente. Por el contrario, la amputación solo se contempla en contadas ocasiones. Existen otros tumores menos comunes cuyo diagnóstico y tratamiento también están reservados a los especialistas.



## «Uñas negras» provocadas por hematoma



Fig. 141: Uña negra provocada por antihipertensivos y quimioterapia



Fig. 142: Uña negra provocada por antihipertensivos y quimioterapia

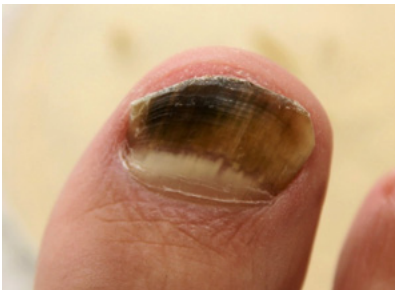


Fig. 143: Uña negra provocada por antihipertensivos y quimioterapia



Fig. 144: Curación tras finalizar la ingesta de medicamentos

## «Uñas negras» provocadas por quimioterapia



Fig. 145



Fig. 146

## Uñas negras por moho

Las uñas negras también pueden presentarse como consecuencia de una **una infección por mohos** como *Aspergillus niger* o *P. aeruginosa* (Figs. 149, 150). Lo específico en la alteración ungueal de esta paciente era un liquen plano provocado por la terbinafina y que en sus uñas quebradizas había penetrado el *Pseudomonas*. En definitiva, una mezcla de diferentes factores dañinos para las uñas con la que cerramos nuestra modesta aproximación a las uñas.

Fig. 147: Uñas negras por *P. aeruginosa*Fig. 148: Uñas negras por *Aspergillus niger*

## Perspectiva

Las enfermedades de las uñas son un campo tan complejo como extenso. Por esa razón, el presente documento no pretende ser exhaustivo.

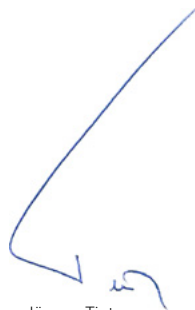
Antes bien, aspira a orientar y prestar aliento con un gran número de diagnósticos visuales fáciles de retener para ayudar al mayor número posible de pacientes. Ya sea mediante diagnósticos exactos, recomendaciones útiles o, en el mejor de los casos, un tratamiento eficaz.

En este extenso campo, que es también el origen de este documento, cada día se va aprendiendo un poco más.

### No puedo estar más seguro:

Su dedicación, su compromiso y su experiencia darán sus frutos, aunque solo se trate de una pequeña parte del cuerpo: las uñas.

Dicho esto, ¡arriba los pulgares y buena suerte!



Hans-Jürgen Tietz

El agradecimiento y la felicidad de muchos pacientes y de sus familiares al recuperar la salud de sus uñas se muestra en este último ejemplo motivador:

**«Es maravilloso que David ya no tenga que sufrir por su pulgar "aveñado"».**

Onicomiosis en un escolar de ocho años antes y después del tratamiento con itraconazol 100 mg, días 1 a 3, a diario, más tratamiento tópico. Basado en un diagnóstico genético inicial (EU-ROArray) con detección de *T. rubrum* y una prueba PCR negativa después de 4 meses. (Figs. 149-152).



Fig. 149: Antes del tratamiento



Fig. 150: Después del tratamiento

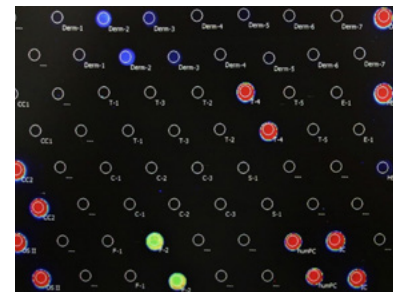


Fig. 151: Primera prueba PCR positiva a *T. rubrum*

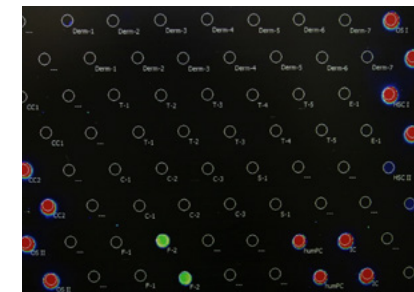


Fig. 152: Prueba PCR negativa después de 4 meses a *T. rubrum*

## Perfil esquemático de las tres alteraciones ungueales más comunes en comparación directa

	Onicomycosis	Psoriasis ungueal	Eccema ungueal
Incidencia*	del 10 al 20 %	del 2 al 3 %	< 1 %
Enfermedad	enfermedad infecciosa	dermatosis no infecciosa	
Grupos de riesgo	niños, deportistas, diabéticos, ancianos, fumadores	individuos genéticamente predispuestos y los provocados por factores tanto endógenos como exógenos	niños, adolescentes, trabajadores manuales, «amas de casa»
Factores de riesgo	patógenos, traumatismos, edad, diabetes, pies fríos	predisposición hereditaria, estrés, sobrepeso, alcoholismo, traumatismos, productos químicos, medicamentos	atopia, toxinas, alérgenos, profesión, medicamentos
Picos de edad	5 a 12, > 65	creciente con la edad	menguante con la edad
Crecimiento de la uña	se reduce	se acelera por regla general	
Afectación de la piel	«pie de atleta»	placas típicas en rodillas, codos, nacimiento del cabello	paroniquias, eccemas en manos y pliegues
Distribución	más frecuente en las uñas de los pies	más frecuente en las uñas de las manos	
Disposición	normalmente unilateral	normalmente simétrica	
Síntomas principales	pérdida de transparencia, pigmentación, engrosamiento, destrucción atrófica	manchas de aceite, piqueteado, hemorragias en astilla, desmenuzamiento	onicólisis, fisuras, esquirlas, inflamaciones periungueales, dolor
Epidemiología	transmisible	no transmisible	
Microbiología	positivo	negativo	
Tratamiento	antimicóticos	tratamientos antiinflamatorios, inmunomodulación, evitar factores y sustancias desencadenantes	
Éxito terapéutico	100 %	sin posibilidad de curación definitiva, prometedor si se evitan los desencadenantes	falta de respuesta al tratamiento de hasta el 100 %

\* en lo que respecta a la población, la incidencia varía según el grupo de referencia, notificación no obligatoria

## Bibliografía

**Haneke E (2010): Differentialdiagnose der Nagelpsoriasis.**  
Ligatur Verlag Stuttgart, ISBN 978-3-940407-26-9.

**Haneke E (2017): Wichtige maligne und neue Nageltumoren.**  
JDDG, 15: 367-385.

**Mainusch OM (2019): Operationen am Nagelorgan.**  
Der Deutsche Dermatologe :108-118

**Plewig, G, Ruzicka Th., Kaufmann R , Hertl, M (2018):  
Braun-Falco's Dermatologie, Venerologie und Allergologie.**  
7. Auflage. Springer-Verlag Berlin Heidelberg. ISBN 978-3-662-49544-5.

**Tietz HJ, Gunkel U (2021): Mykosen bei Kindern und Erwachsenen.**  
2. Auflage. ISSN 2365-7618.

**Tietz HJ, Gunkel U (2020): Gentechnik revolutioniert Diagnostik.**  
Der Deutsche Dermatologe 68: 689-695.

**Zabel M (2009): Nagelatlas.**  
Via Vital Verlag GmbH Köln, ISBN 978-3-934371-42-2.

**Zaun H, Dill D (2013): Krankhafte Veränderungen des Nagels.**  
Spitta Verlag GmbH Balingen, 10. Auflage, ISBN 978-3-938509-20-3.

**Raab W (2012): Nagelerkrankungen in der dermatologischen Praxis.**  
Springer-Verlag Berlin Heidelberg, SPIN: 80084729.

Altmeyer

## Reglas generales

- Las alteraciones ungueales son variadas y la mitad están provocadas por hongos
- El autodiagnóstico de los pacientes puede ser engañoso
- Las infecciones fúngicas son contagiosas y, normalmente, solo unilaterales
- Algunas uñas son resistentes a las micosis
- Las dermatosis no infecciosas, como la psoriasis y los eccemas, suelen presentarse con simetría y, simultáneamente, suelen tener síntomas cutáneos característicos
- Las dermatosis no infecciosas no son transmisibles
- Las reacciones adversas de los medicamentos en las uñas están creciendo: por lo tanto, preguntar siempre por la medicación
- Las uñas duras son queratinizaciones patológicas: no son micosis
- Las micosis son curables, las dermatosis también una vez detectado el factor desencadenante