

¿Cómo diferenciar las patologías ungueales más frecuentes?



Onicomycosis

Psoriasis

Onicólisis mecánica

	Onicomycosis	Psoriasis	Onicólisis mecánica
Causa más frecuente	Dermatofitos ¹ .	Enfermedad sistémica multifactorial en la que intervienen factores genéticos y ambientales ² .	La lámina se separa del lecho, por traumatismos del calzado ³ .
Localización	Pies ^{3,4} .	Manos ⁵ .	Pies ³ .
Distribución	<ul style="list-style-type: none"> Suele ser unilateral y no se afectan todas las uñas⁶. Subungueal distal lateral¹. Frecuente afectación del primer dedo del pie⁴. Frecuente que se afecten varias uñas⁴. 	<ul style="list-style-type: none"> Suele ser simétrica⁶. Varias uñas⁵ (pueden afectarse todas)⁶. 	<p>Bilateral y simétrica (primer dedo de ambos pies)^{1,5}:</p> <ul style="list-style-type: none"> Zona lateral, por roce con el segundo dedo o con el zapato. Zona central: golpes con el zapato.
Aspecto/ dermatoscopia	<ul style="list-style-type: none"> Onicólisis con borde dentado, con picos o «espigas»^{2,5}. Interior con estrías longitudinales^{2,3}. Varios colores (patrón de aurora boreal)⁷: blanco, amarillo, marrón, naranja, negro^{1,4}. Hiperqueratosis subungueal «en ruinas»: desorganizada, con huecos en el interior y borde aserrado⁷. 	<ul style="list-style-type: none"> Onicólisis con borde lineal, ondulado, eritematoso^{2,5,7}. Un color: blanco nacarado⁷. Hiperqueratosis subungueal compacta⁷, de color blanco nacarado². 	<ul style="list-style-type: none"> Onicólisis con borde lineal y ondulado (en «montaña rusa»)^{5,7}. Un color: blanco o amarillo⁸. No hay hiperqueratosis⁵.
Otros signos	<ul style="list-style-type: none"> Dermatofitoma: banda lineal única o múltiple, de color blanco, amarillo, naranja o marrón, en la lámina ungueal⁴. 	<ul style="list-style-type: none"> Piqueteado: depresiones puntiformes en la lámina². Hemorragias en astilla: áreas lineales de hemorragia visibles a través de la lámina². Manchas de aceite: áreas irregulares de coloración amarillenta o asalmonada². <i>Crumbling</i>: lámina frágil y desintegrada². 	<ul style="list-style-type: none"> Otros signos de traumatismos, como hemorragias ungueales⁹.
Otras características	<ul style="list-style-type: none"> Asociación con tiña del pie⁴. 	<ul style="list-style-type: none"> Asociación con psoriasis cutánea, aunque el 6% presenta onicopatía sin psoriasis cutánea². Más frecuente en pacientes con artritis psoriásica^{2,5}. Antecedentes familiares². 	

Onicomicosis



- Borde dentado
- Varios colores
- Estrías longitudinales
- Hiperqueratosis subungueal «en ruinas»



- Dermatófitoma



- Estrías longitudinales
- Borde dentado

Dermatoscopia.

Psoriasis



- Onicólisis con borde ondulado eritematoso.
- Piqueteado.



- Piqueteado
- Hiperqueratosis
- Manchas de aceite



- *Crumbing* (desintegración de la lámina ungueal)

Onicólisis mecánica



- Simétrico, en zona lateral
- Onicólisis homogénea, con borde bien delimitado
- No hiperqueratosis



- Homogénea, con borde ondulado
- No hiperqueratosis

Pistas para no fallar el diagnóstico



Pueden coexistir dos patologías:

Tanto la psoriasis² como la onicólisis mecánica¹ aumentan el riesgo de onicomicosis.



La onicomicosis y la psoriasis de las uñas de los pies son clínicamente muy similares⁵.



El patrón «en ruinas» de la hiperqueratosis es típico de la onicomicosis⁷.



La onicólisis de las uñas del pie casi siempre se debe a onicomicosis o a un traumatismo (onicólisis mecánica)³.



Si no tiene borde dentado, es poco probable que sea onicomicosis^{5,7}.



Buscar siempre alteraciones cutáneas asociadas:

La psoriasis cutánea orienta a psoriasis ungueal; la tiña del pie orienta a onicomicosis; y los signos de traumatismos orientan a onicólisis traumática^{4,6,9}.



La onicólisis de las uñas de las manos suele deberse a psoriasis o al contacto frecuente con agua, detergentes o irritantes³.



Si solo hay afectación de las uñas de los pies, es excepcional que sea psoriasis¹⁰.



Si hay afectación de varias uñas, es más probable que sea psoriasis u onicomicosis^{4,5}.

Referencias

1. Fouilloux B. Enfermedades ungueales. Tratado de medicina. 2017;21(2):1-6.
2. Canal-García E, Bosch-Amate X, Belinchón I, Puig L. Psoriasis ungueal. Actas Dermosifiliogr. 2022;113:481-90.
3. Tosti A. Enfermedades del pelo y las uñas. En: Goldman-Cecil. Tratado de medicina interna. 26.ª ed. Barcelona: Elsevier; 2021. p. 2657-66.
4. Leung AKC, Lam JM, Leong KF, Hon KL, Barankin B, Leung AAM, et al. Onychomycosis: An Updated Review. Inflamm Allergy Drug Targets. 2020;14(1):32.
5. Tosti A, Piraccini BM. Trastornos ungueales. En: Bologna JL, Schaffer J v, Cerroni L, editores. Dermatología. 4.a ed. Barcelona: Elsevier; 2019. p. 1203-15.
6. Tietz. Alteraciones ungueales. Almirall. 2022.
7. Ankad BS, Gupta A, Alekhya R, Saipriya M. Dermoscopy of Onycholysis Due to Nail Psoriasis, Onychomycosis and Trauma: A Cross Sectional Study in Skin of Color. Indian Dermatol Online J. 2020;11(5):777-783.
8. Soyeon Lim S, Chamberlain A, Hur K, Ohn J, Han B, Mar V, et al. Dermoscopic Evaluation of nflammatory Nail Disorders and Their Mimics. Acta Derm Venereol. 2021;101(9):adv00548.
9. Yorulmaz A, Yalcin B. A novel dermoscopic feature in traumatic onycholysis. Our Dermatol Online. 2018;9(3):307-309.
10. Goettmann-Bonvallot S, Richert B, André J, Duhard E, Baran R. Patología ungueal. EMC-Dermatología. 2017;51(4):1-27.