

CAPÍTULO 3

Patologías del aparato ungueal

S. Hidalgo Ruiz

INTRODUCCIÓN

La patología ungueal es extensa y muy variada, habiéndose descrito más de 190 onicopatías distintas. Existen diversas clasificaciones que pretenden poner en orden las variadas formas clínicas de presentación. Con frecuencia, en un mismo paciente coexisten varias patologías, lo que dificulta aún más su clasificación.

La patología de las uñas del pie no suele ser motivo de consulta frecuente, posiblemente por encontrarse ocultas en el calzado y porque la mayoría de los procesos no son dolorosos. Por este motivo, tampoco suelen estudiarse ni tratarse correctamente. Es habitual diagnosticar onicopatías en pacientes que acuden por otros motivos de consulta.

En este capítulo se pretende dar a conocer parte de la patología ungueal mediante una sencilla clasificación, que divide las onicopatías en alteraciones estructurales de la lámina, alteraciones del color, patologías traumáticas, patologías infecciosas y alteraciones sistémicas con afectación ungueal.

ALTERACIONES ESTRUCTURALES DE LAS UÑAS

Anoniquia

Ausencia parcial o total de una o más uñas, de carácter hereditario o adquirido¹.



Figura 3-1 Anoniquia congénita del cuarto dedo.

Existen tres formas con características diferentes:

- *Anoniquia aplásica*: pérdida total de la uña desde el estado embrionario. No existe lecho ni matriz ungueal (fig. 3-1).
- *Anoniquia atrófica*: la placa está sustituida por una delgada capa córnea de color rojo azulado y deprimida en la zona central.
- *Anoniquia hiperqueratósica*: en sustitución de la placa ungueal existe una zona de hiperqueratosis.

Macroniquia

Tamaño anormalmente grande de las uñas, en comparación con las uñas de los dedos contiguos (fig. 3-2). Asociada a acromegalias y megadactilias congénitas o a enfermedades crónicas, pulmonares o cardíacas^{1,2}.



Figura 3-2 Macroniquia.

Microniquia

Uñas pequeñas, con reducción del tamaño y en ocasiones del grosor (fig. 3-3). Alteración congénita asociada a falanges distales pequeñas o de forma adquirida asociada a traumatismos, yatrogenias u onicomicosis³.



Figura 3-3 Microniquia.

Uña oblicua o lateralizada

Desviación ungueal congénita caracterizada por la lateralización de la matriz ungueal con respecto al eje longitudinal de la falange (fig. 3-4), que puede presentarse en uno o en ambos pies⁴. Producida por alteraciones en los ligamentos que sujetan la lámina.



Figura 3-4 Primera uña oblicua (cedida por J. Bravo).

Onicoheterotopia

Presencia de uñas en localizaciones anormales⁵. Pueden ser de origen congénito o postraumático.

Polioniquia

Presencia congénita de uñas supernumerarias, asociadas a polidactilias. Las uñas supernumerarias pueden estar fusionadas y presentarse como macroniquia⁶ (fig. 3-5).



Figura 3-5 Polioniquia del quinto dedo. A) Aspecto clínico. B) Radiografía.

Sinoniquia

Uñas fusionadas de carácter congénito y asociadas a sindactilia⁵.

Braquioniquia

Dimensión longitudinal acortada de la uña, lo que le confiere un aspecto ancho³. Se hereda como rasgo autosómico dominante, aunque también puede asociarse a sífilis congénita.

Coiloniquia

Aspecto cóncavo de la uña, con inversión de la curvatura en los ejes longitudinal y transversal; también denominadas uñas «en cuchara»¹. Es un hallazgo normal en los primeros meses de vida y también se relaciona con alteraciones en el metabolismo del hierro⁷.

Distrofia de Heller

Distrofia ungueal media canaliforme. La uña se encuentra partida generalmente en su línea media, con unas crestas curvadas hacia atrás que adoptan una imagen de pino invertido¹. Producida por defecto temporal en la matriz con interferencia del crecimiento ungueal. La etiología de esta alteración se relaciona con microtraumatismos autoinfligidos.

Líneas de Beau

Surcos o depresiones transversales en la lámina ungueal debidos a una interferencia o una ralentización del crecimiento de la matriz³.

Uñas en vidrio de reloj

También denominada acropaquía, acompaña a los dedos hipocráticos o en palillo de tambor (fig. 3-6 A). Consiste en un aumento de la curvatura de la uña en su eje horizontal (fig. 3-6 B), junto con una hipertrofia de la punta del dedo³. Se produce por un aumento del flujo sanguíneo de los vasos de la uña. Se asocia a enfermedades cardíacas y pulmonares¹.

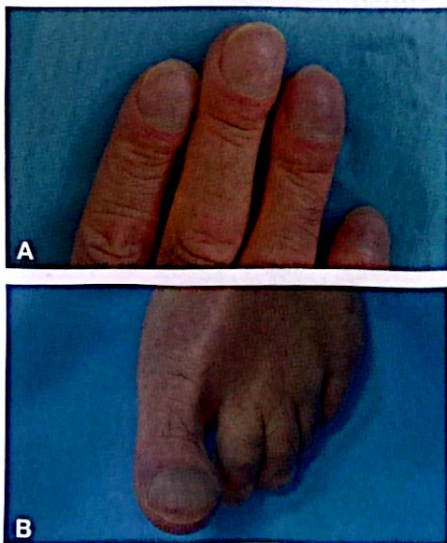


Figura 3-6 Uñas en vidrio de reloj de la mano (A) y del pie (B).

Onicoatrofia

Reducción del tamaño y del grosor de la lámina ungueal, a menudo acompañada de fragmentación y hendiduras (fig. 3-7). Debida en raras ocasiones a deformidades congénitas, comúnmente está causada por onicodistrofias traumáticas⁸. Se encuentra asociada a diversas enfermedades dermatológicas y vasculares.

Se distinguen la onicoatrofia congénita y la adquirida, denominadas, respectivamente, onicoatrofia y onicotrofia.



Figura 3-7 Onicoatrofia.

Pits ungueales

También denominados oniquia puntiforme, depresiones cupuliformes o depresiones de Roneosau¹. Se trata de pequeñas depresiones puntiformes producidas por defecto incompleto e intermitente de la formación de la uña, que con frecuencia aparece asociado a enfermedades como tuberculosis, psoriasis, artritis reumatoide o sífilis⁸.

Traquioniquia

Rugosidad que afecta a toda la superficie ungueal, en ocasiones incluso a las 20 uñas⁹. La lámina es irregular, grisácea, mate y presenta descamación del borde libre. Se relaciona con el contacto con agentes químicos, alopecia areata, psoriasis, liquen plano y síndrome de distrofia de las veinte uñas.

Uña involuta

Incurvación congénita o adquirida de los laterales de la uña, con una convexidad excesiva de la lámina por tracción del lecho ungueal⁵. Cuando sólo afecta a un lateral recibe el nombre de uña convoluta (fig. 3-8).



Figura 3-8 Uña convoluta.

Uña «en teja de Provenza»

Aumento de la curvatura transversal de la lámina (fig. 3-9), que confiere a la uña una forma tubular⁵.



Figura 3-9 Uña «en teja de Provenza».

Uña en pinza o en trompeta

Sobrecurvatura transversal exagerada de la lámina ungueal a lo largo del eje longitudinal. Se hace más marcada distalmente y puede llegar a abarcar un cono de tejido del lecho ungueal (fig. 3-10). Es la fase avanzada de la uña en teja^{1,3}.

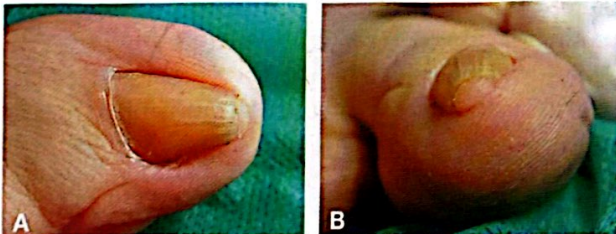


Figura 3-10 Uña en pinza. A) Vista dorsal. B) Vista frontal (cedidas por J. Bravo).

Uña en picado o plegada

Lámina aplanada dorsalmente, con laterales de ángulos afilados que crecen hacia el lecho ungueal (fig. 3-11)¹.



Figura 3-11 Uña en picado.

Onicogrifosis

Lámina ungueal hiperqueratósica, engrosada e hipertrófica³. La uña adquiere un color amarillento de aspecto sucio y rugoso (fig. 3-12). En ocasiones, la onicogrifosis puede ocasionar queratopatía en espejo en el dedo contiguo (fig. 3-13).

Se asocia a trastornos circulatorios, microtraumatismos repetidos, micosis, psoriasis y, sobre todo, al envejecimiento.



Figura 3-12 Onicogrifosis.



Figura 3-13 Onicogrifosis y heloma interdigital del segundo dedo.

Uña epidérmica

Uña de textura blanda, débil y deforme. Es frecuente en el quinto dedo debido a la acción mecánica del calzado⁵.

Onicorrexis

Sucesiones de surcos o estriaciones longitudinales, estrechas y superficiales, que producen un borde libre dentado (fig. 3-14) que puede llegar a partir la uña por la mitad^{5,8}.

Relacionadas con la psoriasis, onicomycosis, liquen plano, déficit vitamínicos y disfunciones metabólicas.



Figura 3-14 Onicorrexis (cedida por J. Bravo).

Onicosquicia

Desprendimiento de la lámina de su lecho con exfoliación de la zona distal, sin que existan alteraciones del color, forma o densidad ungueal⁵. Generalmente se debe al contacto continuo con agua y detergentes.

Onicólisis

Desprendimiento o separación de la lámina del lecho ungueal subyacente. La uña se vuelve más débil y puede romperse (fig. 3-15). La lámina se separa por el extremo distal de la uña, mostrando un aspecto blanquecino. Se asocia a psoriasis, onicomycosis, dermatitis, determinados fármacos y trastornos endocrinos³.



Figura 3-15 Onicólisis.

ALTERACIONES DEL COLOR

Leuconiquia

Coloración blanquecina de la uña atribuible a una disfunción de la matriz y a microtraumatismos cercanos al pliegue ungueal proximal, con formación de células paraqueratósicas en la lámina. La decoloración puede ser completa (fig. 3-16), parcial, con manchas o en bandas, de carácter congénito o adquirido^{3, 9, 10}.



Figura 3-16 Leuconiquia estriada.

Uñas de Terry

Alteración caracterizada por una coloración blanquecina de la placa ungueal exceptuando 1 o 2 mm distales, que muestran una coloración rosada normal. Se debe a un cambio en el lecho

ungueal y se asocia a pacientes cirróticos con hipalbuminemia⁵.

Síndrome de las uñas amarillas

Se caracteriza por una tríada clínica:

- Uñas amarillas opacas y distróficas.
- Anormalidades linfáticas.
- Enfermedad sistémica, casi siempre pulmonar.

Los cambios ungueales consisten en un color amarillo verdoso difuso en las uñas de los pies y las manos, engrosamiento de las uñas, crecimiento lento y curvatura transversal excesiva¹¹.

Cianosis del lecho ungueal

Coloración azulada del lecho ungueal por hipoxia⁵.

Líneas de Muehrcke

Bandas blancas horizontales separadas por fragmentos de color normal y que permanecen inmóviles a medida que la uña crece. Se observan a menudo en pacientes con hipalbuminemia¹¹.

Melanoniquia

Coloración oscura de las uñas. Puede ser difusa, parcial o presentar la forma de franjas parduscas longitudinales en la lámina ungueal (fig. 3-17). La causa más importante es el melanoma, pero también puede ser producida por fármacos, como la hidroxiurea (fig. 3-18), por deficiencia de vitamina B₁₂ o síndrome de Laugier-Huntziger^{3, 6}.



Figura 3-17 Melanoniquia estriada.



Figura 3-18 Melanoniquia por consumo de hidroxiurea.

Uñas verdes

Uñas pigmentadas de color verdoso asociadas a *Pseudomonas* y que puede afectar toda la superficie ungueal o parte de ella⁶.

PATOLOGÍA TRAUMÁTICA

Heloma e hiperqueratosis subungueal y periungueal

Queratosis localizadas bajo la uña (fig. 3-19) o en el surco periungueal (fig. 3-20). Son el fruto de la convergencia de la presión entre la lámina ungueal y el hueso subyacente a causa de una uña invertida o engrosada o, simplemente, de una presión debida a cortedad, estrechez o poca altura del extremo del calzado, unido a una hiperextensión de la falange distal del dedo.



Figura 3-19 Heloma subungueal.



Figura 3-20 Hiperqueratosis periungueal.

Aparecen con mayor frecuencia en el primero o segundo dedo cuando éste es más largo que el primero. Se localizan casi siempre por debajo de la uña, con preferencia en el sector medio y anterior del borde libre por la mayor flexibilidad de dicha zona. En el caso del heloma periungueal se aloja en los canales ungueales, preferentemente en el extremo distal de la uña⁵.

Hemorragia y hematoma subungueal

La hemorragia es la extravasación difusa de sangre bajo la uña como consecuencia de un escape en las arteriolas provocado por un traumatismo. El

hematoma es la consecuencia de la hemorragia: es la acumulación de sangre bajo la lámina ungueal. Si el traumatismo es reciente se observa una coloración azul-violácea (fig. 3-21). El drenaje inmediato mediante trépano ungueal permite la salida del contenido hemático y evita el posterior desprendimiento de la uña del lecho ungueal (fig. 3-22).



Figura 3-21 Hematoma subungueal reciente.



Figura 3-22 Trépano ungueal y vaciado de sangre.

Si el traumatismo tiene más de 2 o 3 días de evolución, la uña tendrá un color negro pardusco provocado por la coagulación de la sangre. El hematoma puede estar localizado en una pequeña zona de la uña (fig. 3-23) o afectarla toda (fig. 3-24). Si el hematoma cubre una amplia de la lámina puede provocar la pérdida total (fig. 3-25) o parcial (fig. 3-26) de la uña.



Figura 3-23 Hematoma central de 35 días de evolución.



Figura 3-24 Amplio hematoma de 12 días de evolución.



Figura 3-25 Pérdida total de la uña.

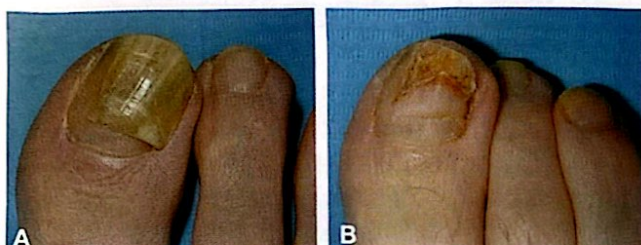


Figura 3-26 Pérdida parcial de la uña. A) Aspecto inicial. B) Tratamiento.

La causa más común es el traumatismo directo o los microtraumatismos repetitivos (largas caminatas, calzado ajustado, etc.). Si se origina con cierta facilidad y sin afectación traumática, puede ser indicativo de alteraciones como endocarditis bacteriana, plaquetopenia, hemofilia, fragilidad capilar o alteraciones de los factores de coagulación^{5,9}.

Hemorragia en astilla

Hemorragia longitudinal producida en el lecho ungüeal siguiendo el patrón de los vasos subungueales. Suele ser de color negro o pardo oscuro, de aspecto largo y fino similar a una astilla¹.

Se relaciona con diversos procesos sistémicos, como alteraciones cardiovasculares, pulmonares, diabetes mellitus y afecciones renales¹⁰.

Onicocriptosis

Afección producida por la interacción del borde libre de la lámina ungüeal con el rodete periungüeal, que penetra en los tejidos blandos circundantes¹². Se desarrolla ampliamente en el capítulo 4.

Onicofagia

Hábito compulsivo de morderse las uñas². En el caso del pie, por su localización anatómica, la incidencia de esta patología disminuye con la edad. Habitualmente, la mordedura se produce por el extremo distal de la uña, careciendo ésta de borde libre. En los casos más extremos, las uñas están

reducidas a un muñón, por delante del cual el pulpejo del dedo forma un reborde, siendo las onicocriptosis y las paroniquias las complicaciones más comunes⁵.

PATOLOGÍA INFECCIOSA

Onicomycosis

Las onicomycosis son infecciones de la uña causadas por hongos. Representan entre el 18 y el 40 % de los trastornos ungueales. En España se calcula que el 2,6 % de la población está afectada, aunque sólo el 38 % consulta por ello^{1, 2, 6}. Diversos factores predisponen a la onicomycosis:

- Edad: son comunes en adultos jóvenes y muy comunes en ancianos (incidencia < 18 años, 2,6 %; 40-60 años, 15-20 %; > 60 años, 25-40 %).
- Ocupación: contacto con agua, agricultura.
- Microtraumatismos y traumatismos.
- Alteraciones sistémicas: vasculares, neuropáticas, inmunológicas, endocrinas y metabólicas.
- Alteraciones ortopédicas.
- Predisposición genética.
- Anomalías propias de la uña.
- Crecimiento ungüeal enlentecido: a este hecho se relaciona la mayor incidencia en las uñas de los pies.
- Antecedentes familiares de onicomycosis.
- Infecciones previas.
- Tiña del pie.
- Condiciones de calor y humedad.

□ Etiología

- Hongos dermatófitos: los más frecuentes son *Trichophyton rubrum*, *Trichophyton mentagrophytes* var. *interdigitale*, *Epidermophyton floccosum*^{1-3, 5, 6}.
- Levaduras: la más frecuente es *Candida albicans*^{1-3, 5, 6}.
- Hongos filamentosos no dermatófitos: los más frecuentes son *Scopulariopsis brevicaulis*, *Aspergillus niger*, *Scytalidium dimidiatum*, *Scytalidium haylinum*³.

□ Cuadro clínico

Existen cuatro tipos básicos de onicomycosis que representan las diferentes formas de invasión³: subungüeal distal y lateral, subungüeal proximal, blanca superficial y distrófica total.

ONICOMICOSIS SUBUNGUEAL DISTAL Y LATERAL. Es el patrón más frecuente en el pie. La invasión comienza por el estrato córneo del hiponiquio para posteriormente afectar el lecho y la lámina ungueal, propagándose de distal a proximal.

Produce un engrosamiento de la capa córnea, elevando el extremo libre de la lámina, con alteración de la relación lámina-lecho. Progresivamente, la lámina se despegga (onicólisis), aumenta el grosor y se decolora hasta adquirir un aspecto de madera apolillada con una coloración gris-pardusca o amarillenta. La invasión comienza en una pequeña porción de uña (fig. 3-27 A) y, si evoluciona, puede destruir una porción extensa de la lámina (fig. 3-27 B). Si no se trata, puede destruir toda la uña y producirse una onicomiosis distrófica total.

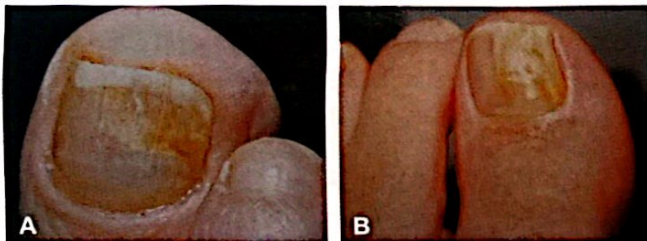


Figura 3-27 Onicomiosis subungueal distal y lateral. A) Invasión inicial. B) Infección extensa de la lámina.

Los hongos causantes son principalmente los dermatófitos (*tinea unguium*) *T. rubrum* (el más común), *T. mentagrophytes* var. *interdigitale* (menos común) y *E. floccosum* (raro). También pueden encontrarse *C. albicans* (unida a onicólisis) y *S. brevicaulis*.

ONICOMICOSIS BLANCA SUPERFICIAL. También denominada leuconiquia tricofítica, representa el 2 % de los casos y es la forma de presentación menos común de la onicomiosis.

Afecta a las capas externas de la lámina ungueal, donde aparecen pequeñas manchas blancas que se van juntando y pueden ir cubriendo toda la uña. La superficie blanca tiene aspecto de tiza, se vuelve áspera y de textura más blanda de lo normal (fig. 3-28).

El principal agente causal es *T. mentagrophytes* var. *interdigitale* y, en menor medida, *C. albicans*, y mohos como *Aspergillus terreus*, *Acremonium* y *Fusarium*.

ONICOMICOSIS SUBUNGUEAL PROXIMAL. La invasión se produce por vía subcuticular a partir del pliegue ungueal proximal, afectando a la zona proximal de la lámina ungueal.



Figura 3-28 Onicomiosis blanca superficial (cedida por J. Bravo).

Aparecen manchas blanco-amarillentas en el área de la lúnula (fig. 3-29 A), que pueden extenderse al resto de la uña (fig. 3-29 B). El principal agente causal es *T. rubrum*, seguido por mohos como *Cephalosporium*, *Aspergillus* o *Fusarium*.

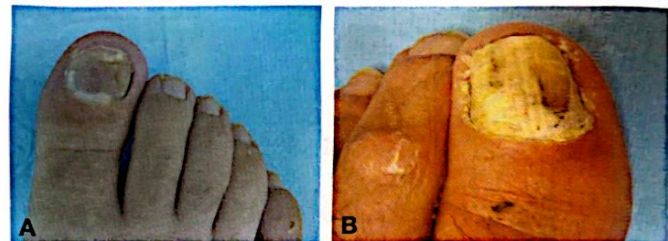


Figura 3-29 Onicomiosis subungueal proximal. A) Invasión inicial. B) Invasión extensa de la lámina.

Existe una variedad de onicomiosis subungueal proximal secundaria a paroniquia que afecta fundamentalmente las uñas de las manos, con predominio en el sexo femenino (por manicuras mal realizadas).

Se manifiesta clínicamente por inflamación dolorosa de los tejidos periungueales, con alteración ungueal en forma de pigmentación verde-marrón-amarillenta de la uña.

El agente causal suele ser *C. albicans*, y es frecuente la sobreinfección por *Pseudomonas aeruginosa*.

ONICOMICOSIS DISTRÓFICA TOTAL. Es el estadio final, al que se puede llegar a partir de las formas anteriormente descritas, por lo general tras años de afectación, sobre todo tras onicomiosis subungueal distal y lateral y en pacientes inmunodeprimidos.

Toda la lámina ungueal se encuentra afectada y se ha perdido toda la estructura ungueal (fig. 3-30 A). La uña presenta una hiperqueratosis masiva (fig. 3-30 B) y es muy friable en su porción distal.

En otras ocasiones desaparece por completo, quedando un lecho ungueal más o menos alte-

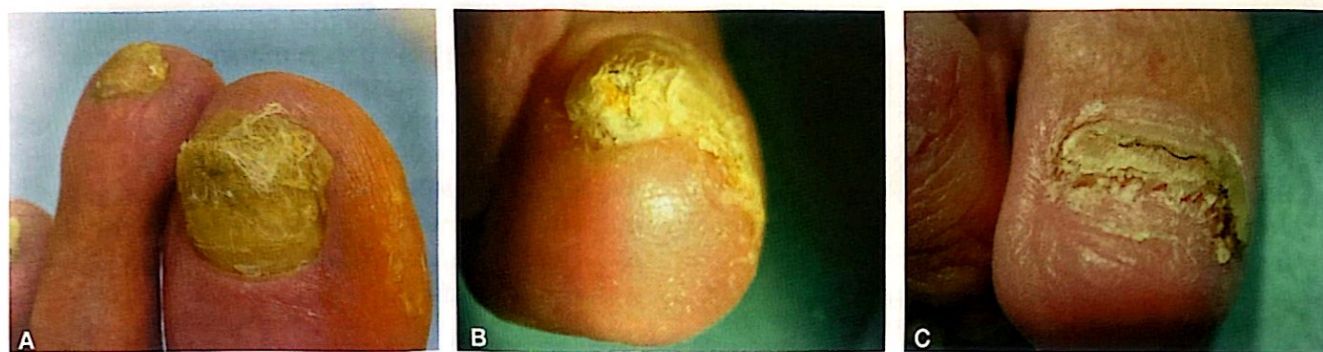


Figura 3-30 Onicomicosis distrófica total. A) Afectación completa. B) Hiperqueratosis subungueal. C) Pérdida de la estructura ungueal.

rado con fragmentos de lámina ungueal (fig. 3-30 C). Hay afectación de las células germinativas y la regeneración es muy difícil.

Paroniquia aguda

Inflamación dolorosa de los pliegues ungueales causada por infección aguda, generalmente por estafilococos (fig. 3-31).

Se produce tras pequeños traumatismos locales, manicuras, pedicuras, onicofagia, accidentes laborales, uña encarnada, cuerpos extraños, etc. Las manifestaciones clínicas consisten en dolor, inflamación y turgencia del pliegue ungueal y la cara dorsal de la falange distal^{2, 3, 5, 6}.



Figura 3-31 Paroniquia del canal peroneo.

Paroniquia crónica

Inflamación dolorosa de los pliegues ungueales mantenida en el tiempo y producida generalmente por *C. albicans*.

En el pie suele asociarse a enfermedades metabólicas, vasculares o nerviosas, psoriasis, onicofagias y microtraumatismos repetidos por el calzado.

Es menos dolorosa que la paroniquia aguda, pero a medida que avanza puede producir grietas y surcos transversales en la lámina¹⁻³.

Panadizo herpético

Infección por virus herpes localizada en la falange distal, caracterizada por la aparición de vesículas en forma de racimo. El proceso es muy doloroso y en ocasiones se acompaña de linfangitis².

Verrugas

Infección producida por el papilomavirus humano que se localiza en la zona periungueal o subungueal (fig. 3-32).

Las verrugas periungueales se presentan como proliferaciones exofíticas, redondeadas, hiperqueratósicas y de superficie seca y rugosa.

En la localización subungueal afectan al hiponiquio y crecen hacia el lecho, causando dolor. A medida que se van desarrollando levantan la lámina ungueal⁵.



Figura 3-32 Verrugas periungueales.

PROCESOS SISTÉMICOS QUE AFECTAN A LA UÑA

La uña puede resultar afectada de muy diversas maneras según la enfermedad sistémica concomitante. Las alteraciones pueden variar desde pigmentaciones ungueales, estrías, líneas de Beau hasta onicólisis, onicoatrofia o desprendimiento ungueal, pasando por hemorragias en astilla, puntiformes o lineales.

Entre las numerosas enfermedades sistémicas que pueden producir alteraciones en las uñas destacan las siguientes⁵:

- *Alteraciones cardíacas*: endocarditis o estenosis mitral.
- *Trastornos circulatorios*: arteriosclerosis, enfermedad de Buerger o gangrena.
- *Trastornos congénitos*: distrofia de las veinte uñas o síndromes de Down y Apert.
- *Deficiencias nutricionales*: avitaminosis, hipoalbuminemias, hipoproteinemias y malnutrición.
- *Enfermedades dermatológicas*: ictiosis, acantosis nigricans, alopecia areata, enfermedad de Darier, eccema, esclerodermia, lepra, liquen plano, lupus eritematoso, pénfigo, poroqueratosis de Mibelli, psoriasis o queratodermia palmoplantar.
- *Alteraciones endocrinas*: enfermedad de Addison, hipertiroidismo, hipocalcemia, hipoparatiroidismo, hiperparatiroidismo o mixedema.
- *Enfermedades gastrointestinales*: colitis ulcerosa o síndrome de Plummer-Winson.
- *Alteraciones hematológicas*: anemia, hemocromatosis o enfermedad de Hodgkin.
- *Alteraciones hepáticas*: cirrosis, ictericia o enfermedad de Wilson.
- *Enfermedades infecciosas*: paludismo, sarampión, escarlatina, sarna noruega o SIDA.
- *Alteraciones inmunológicas*: enfermedad del injerto contra el huésped, deficiencias de IgA o síndrome de Job.
- *Alteraciones metabólicas*: acromegalia, amiloidosis, diabetes, gota o porfiria.
- *Alteraciones nerviosas*: accidentes cerebrovasculares, síndrome de compresión cervical, esclerosis tuberosa, epilepsia, hemiplejía, parálisis cerebral o enfermedad de Parkinson.
- *Alteraciones renales*: en pacientes dializados.
- *Enfermedades respiratorias*: asma bronquial, carcinoma bronquial o sarcoidosis.
- *Enfermedades del tejido conectivo*: artritis reumatoide o dermatomiositis.

Para no extendernos demasiado con las enfermedades sistémicas y sus alteraciones en la uña, de los grandes grupos citados se describirán las enfermedades sistémicas que por sus características o incidencia tienen más repercusión.

Ictiosis

La ictiosis engloba un grupo de trastornos que se caracterizan por la afectación generalizada y crónica de la piel, con alteración de la

queratinización^{13,14}. La piel está seca, escamosa y con hiperqueratosis más o menos extensa.

El pie suele presentarse con pliegues muy marcados, hiperqueratosis y grietas, por lo que en ocasiones localmente puede parecer una simple xerosis. La uña presenta hiperqueratosis subungueal con estrías gruesas, onicodistrofia con paroniquia, traquioniquia, alteraciones del color y engrosamiento^{1,3}.

Psoriasis

Entidad dermatológica crónica determinada genéticamente, que se caracteriza por la presencia de placas eritematoescamosas cubiertas por escamas plateadas o encarnadas, de localización preferente en los codos y las rodillas¹⁵. Las uñas se afectan en fases avanzadas, aunque en ocasiones constituyen el primer síntoma.

El 15-25 % de los pacientes psoriásicos tienen alteraciones ungueales; suelen afectarse varias uñas a la vez y no necesariamente con la misma intensidad (fig. 3-33).



Figura 3-33 Primera uña psoriásica.

Son características las lesiones que se describen a continuación.

- *Depresiones cupuliformes (pits o piqueteado ungueal)*

Los pits son depresiones ungueales de pequeño tamaño, similar al de una cabeza de alfiler (menos de 1 mm), aunque en ocasiones se aprecian depresiones más grandes.

El número de pits puede ser variable, desde unos pocos de pequeño tamaño, irregularmente distribuidos por la superficie de una o más uñas, hasta un piqueteado regular y uniforme en todas las uñas (uñas «en dedal de coser»). Aparecen por debajo de la cutícula y se desplazan hacia adelante con el crecimiento ungueal.

En la psoriasis se ven pits incluso en la lúnula. Las células de superficie son más pequeñas y no se superponen como en otras patologías.

□ *Manchas de aceite*

Producidas por el depósito de material seroso dentro y debajo de la uña, causan la separación entre el lecho ungueal y la placa, que se manifiesta por una placa amarillo-pardusca, generalmente en la zona media ungueal. Al ir progresando puede provocar onicólisis, que suele iniciarse por el borde distal y progresar por el lecho.

□ *Lesiones ungueales generalizadas*

Engrosamiento ungueal con ausencia de deformidad (hipertrofia simple u onicauxis). La lámina se muestra opaca, con pérdida de brillo y leuconiquia debida a la afectación primaria de la matriz o al depósito de material paraqueratósico en el lecho ungueal, que deforma la uña hacia arriba.

También se vuelve más rugosa (traquioniquia) y blanca. Puede haber discreto o gran engrosamiento ungueal, con estrías transversales (líneas de Beau) y longitudinales, hemorragias en astilla, aspecto irregular y desprendimiento laminar con exfoliación de la zona distal (onicosquicia).

En las variedades pustulosa y artropática se ven trastornos como la formación de pústulas subungueales, artrosis de las articulaciones interfalángicas y paroniquia con braquioniquia.

Queratodermia palmoplantar

Grupo de dermatosis que cursan con engrosamiento difuso o localizado del estrato córneo, que puede afectar principalmente a las manos y los pies o formar parte de un trastorno más generalizado. En el pie se observa hiperqueratosis difusa, en bandas o punteada acompañada de descamación, grietas y fisuras.

En las uñas puede haber hiperqueratosis subungueal y periungueal (fig. 3-34), pits ungueales, onicogrifosis, arrugas longitudinales, leuconiquia, coiloniquia o rotura del borde libre¹.

Gota

Enfermedad asociada con un error congénito del metabolismo del ácido úrico que se caracteriza por un aumento de su producción o una disminución de su excreción. El exceso de ácido úrico se convierte en cristales de urato sódico que precipitan y se depositan en las articulaciones y otros tejidos. Esta enfermedad puede producir una hinchazón articular extraordinariamente dolorosa que se acompaña de escalofríos y fiebre. Los síntomas son recidivantes y los episodios son cada vez más prolongados.



Figura 3-34 Hiperqueratosis periungueal en un paciente con queratodermia palmoplantar.

Son característicos en la gota aguda los ataques que se presentan súbitamente y las crisis que se inician por la noche, con un intenso dolor localizado en el dedo gordo del pie, que se inflama y se vuelve rojizo, por lo que puede confundirse con una onicocriptosis aguda¹⁶.

Las alteraciones ungueales en la gota consisten en estriaciones y bandas blancas longitudinales que comienzan en la cutícula y recorren toda la longitud de la uña. Cuanto mayor sea la duración de la gota, más acusado será el aspecto del junco⁶.

En ocasiones, el aparato ungueal se encuentra distorsionado por grandes tofos, que pueden causar onicólisis, onicodistrofia y fistulización bajo la lámina ungueal.

Los bordes de las uñas son quebradizos, frágiles y descamativos. Las alteraciones de las uñas se hacen más pronunciadas con la persistencia de la hiperuricemia^{5,6}.

Síndrome de inmunodeficiencia adquirida

El SIDA es una enfermedad en muchas ocasiones ocultada o ignorada por los pacientes, y el hecho de conocer su manifestaciones ungueales puede ser útil para identificar la enfermedad. El SIDA es una epidemia infecciosa producida por el VIH.

Las alteraciones ungueales se producen por tres causas fundamentales¹⁷: psoriasis, infección por *T. rubrum* e infección por *C. albicans*.

Aparte de estas afecciones, en los pacientes VIH-positivos se han descrito escopulariasis, síndrome de las uñas amarillas, líneas de Beau y onicólisis de etiología desconocida. En ocasiones se observan infecciones bacterianas de la uña y pliegues ungueales.

Diabetes

Alteración metabólica que cursa con un aumento de la glucosa en la sangre de etiología

diversa, relacionada principalmente con un defecto en la secreción de insulina o en la acción de ésta sobre los tejidos.

En los pacientes diabéticos puede afectarse la estructura ungueal por diversos motivos relacionados con las alteraciones sistémicas que padecen.

Los diabéticos tienen una mayor incidencia de infecciones fúngicas en las uñas y de paroniquias candidiásicas. Estas infecciones pueden dar lugar a líneas de Beau, onicólisis y cambios de coloración^{18, 19}.

Con frecuencia se observan uñas amarillas que destacan sobre eritemas periungueales y telangiectasias (fig. 3-35). Hay también dilatación venosa, hemorragias y áreas isquémicas en el pliegue proximal¹. Estas alteraciones vasculares pueden producir además líneas de Beau e hipertrofia de la lámina ungueal.



Figura 3-35 Primera uña de pie diabético.

Debido a las alteraciones neurológicas pueden aparecer incurvaciones, estriaciones longitudinales y transversales, onicólisis, paquioniquia (engrosamiento de la uña), onicomadesis (caída periódica de la uña), braquioniquia, fragilidad ungueal, onicorrexia, acropaquias, paroniquias y ulceraciones⁶.

Otras afecciones que cabe destacar por su incidencia en diabéticos son onicocriptosis y leuconiquias.

Artritis reumatoide

Enfermedad crónica del colágeno, destructiva y a veces deformante, en cuya génesis interviene un componente autoinmune. Se caracteriza por una inflamación simétrica de las cápsulas sinoviales y un aumento del exudado sinovial, que conducen a engrosamiento de cápsulas e hinchazón articular. Suele aparecer a los 36-50 años

de edad y es más frecuente en las mujeres⁵.

Las anomalías ungueales más frecuentes son piqueteado, estriaciones y acanalamientos longitudinales, hemorragias en astilla, engrosamiento o atrofia ungueal, uñas blandas de color mate y lúnulas rojas⁶. La tasa de crecimiento ungueal puede estar reducida en la artritis reumatoide grave generalizada.

En los pliegues ungueales son frecuentes los puntos hemorrágicos. Las áreas isquémicas alrededor del pliegue ungueal, a causa de una obliteración de los vasos periféricos en la vasculitis reumatoidea, producen ampollas y cicatrices sobre las puntas de los dedos⁵.

Bibliografía

1. De Berker DAR, Baran R, Dawber RPR. Manual de enfermedades de las uñas y su tratamiento. Barcelona: Editores Médicos, 1999.
2. Alomar A, Alegre M, Romaní J. Manual de patología ungueal. Barcelona: J.R. Prous, 1994.
3. Rich P, Scher RK. Atlas de enfermedades de las uñas. Sedgfield-Cleveland: The Parthenon Publishing Group, 2004.
4. Rosende C, Alonso F, Janeiro JM, González MC, Gil P, Martínez A. Desviación ungueal congénita del primer dedo del pie. Rev Esp Podol 2003; 14: 72-75.
5. Hidalgo S. Clasificación de las patologías ungueales. Estadística de la clínica podológica de la UB. Rev Esp Podol 1999; 15: 349-408.
6. Fonseca A, Moreno JC. Patología ungueal. Madrid: Jarpyo, 1993.
7. Laurence L. Pediatric nail disorders. Clin Pod Med Surg 2004; 21: 641-650.
8. Bodman MA. Nail dystrophies. Clin Pod Med Surg 2004; 2: 663-687.
9. Dawber RPR, Baran R, De Berker DAR. Enfermedades de las uñas. Barcelona: Editores Médicos, 2000.
10. Herzberg AJ. Nail manifestations of systemic diseases. Clin Pod Med Surg 2004; 21: 631-640.
11. Baden HP, Kvedar, JC. Biology of nails. En: Fitzpatrick TB, Eisen AZ, Wolff K, Austin KF, eds. Dermatology in general medicine. New York: McGraw Hill, 1993; vol. 1, 294-297.
12. Oller A. Onicoanomalías. Rev Esp Podol 1992; 3: 295-307.
13. Guillen C, Botella R, Sanmartín O. Manual Janssen de enfermedades de la piel. Barcelona: Masson, 1996.
14. Rycroft RJG, Robertson SJ. Manual en color de dermatología. Barcelona: Masson, 2001.
15. Hidalgo S, Martínez A, Alonso F, Lissen MA, Bonilla E, Sánchez R. Lesiones psoriásicas en el pie. Salud Pie 2002; 29: 24-26.
16. Diccionario de medicina. Barcelona: RBA Larousse, 2003.
17. Del Ojo D, Calap J, Rodríguez JA, Valenzano L. Sida y piel. Barcelona: Doyma, 1989.
18. Camp A. Cuidados en el pie diabético. Barcelona: Smith and Nephew, 2002.
19. Lecha M. Micosis y diabetes: infecciones micóticas en el pie diabético. Barcelona: Nexus Médica, 2004.