

# Hematomas del aparato ungueal

Hematomas of the Nail Apparatus

Patricia Chang\*, Eckart Haneke\*\*, Ana Cecilia Rodas\*\*\*

\*Dermatóloga, Hospital General de Enfermedades IGSS

\*\*Gabinete de Dermatología Dermaticum, Friburgo, Alemania; Departamento de Dermatología, Universidad de Berna, Suiza; y Hospital Académico Universitario de Gent, Bélgica

\*\*\*Electiva del Servicio de Dermatología del Hospital General de Enfermedades IGSS

## Resumen

**L**os hematomas son colecciones sanguíneas en cualquier parte del cuerpo. En el aparato ungueal, los más conocidos son de localización subungueal y causados por traumatismos. También pueden afectar pliegues y cutícula, y ser secundarios a enfermedades sistémicas, infecciones, tumores, medicamentos, congénitos o iatrogénicos. La presente revisión se enfoca a los hematomas del aparato ungueal y sus causas.

**Palabras clave:** HEMATOMAS, APARATO UNGUEAL

## Abstract

**A**n hematoma is a collection of blood at any part of the body. In the nail apparatus hematomas are usually caused by a major trauma to subungual structures such as the nail bed and matrix. Hematomas of the nail or periungual tissues also can be secondary to systemic diseases, infections, tumors, congenital or iatrogenic conditions and drugs. We review hematomas of the nail apparatus.

**Keywords:** HEMATOMA, NAIL APPARATUS

**E**l hematoma es una acumulación de sangre que aparece generalmente como respuesta corporal a una hemorragia, resultante de un golpe en cualquier parte del cuerpo; las uñas no pueden ser la excepción.<sup>1</sup> Los hematomas en las uñas y sus pliegues pueden ser traumáticos (tabla 1) o no traumáticos (tabla 2).<sup>2</sup>

El trauma en la uña puede provocar la formación de un hematoma subungueal, por lo general causado por un golpe en la falange distal, el cual genera sangrado debajo de la uña.<sup>3</sup> La mayoría de las veces, estos hematomas son consecuencia de un trauma mayor, como portazos, pelotazos, machucones o caída de cualquier objeto pesado (fotografía 1).<sup>2</sup>

En algunas ocasiones pueden aparecer hemorragias por un traumatismo menor, como sucede con la fricción con los zapatos;<sup>4</sup> los corredores y deportistas que practican futbol,

alpinismo, esquí, tenis o ballet, entre otras actividades, son quienes más comúnmente presentan este tipo de lesión. El trauma de la uña aumenta a medida que lo hace la fuerza que ejerce el pie contra el zapato.<sup>5</sup> El ortejo afectado siempre se correlaciona con el tipo de deporte que se realice: los ortejos cuarto y quinto están más afectados en los corredores y trotadores; el segundo y el tercero, en los jugadores de squash y futbol; y el primero, en los jugadores de tenis y esquiadores.<sup>6</sup> Los zapatos de tacón alto, o con punta de acero, botas de punta estrecha, apretados, o un uso excesivo, o cualquier factor microtraumático repetitivo en las uñas, también causan hematomas.<sup>2</sup>

Dichos hematomas afectan uñas de manos y pies, con predominio en los primeros ortejos, y suelen manifestarse de manera subungueal o alrededor de las uñas. Asimismo, son simples cuando la uña y sus márgenes están intactos, y graves cuando se acompañan de lesiones en el lecho ungueal, como laceraciones avulsivas por aplastamiento, asociadas a fracturas o a pérdida de la piel y el pulpejo.<sup>3</sup>

El hematoma más conocido es el agudo, provocado por un fuerte golpe en la uña, que, según su extensión y cantidad de sangre, puede necesitar drenaje.

## Correspondencia:

Dra. Patricia Chang  
Hospital Ángeles  
2<sup>a</sup> Av. 14-74 zona 1; 01001, Guatemala, CA.  
Correo electrónico: pchang2622@gmail.com

**Tabla 1***Hematomas traumáticos del aparato ungueal*

Trauma mayor	Trauma menor
Hematoma agudo	Hematoma del deportista
Golpes fuertes	Hematoma friccional
Sangrado del pliegue proximal por congelamiento	Hematoma del pliegue proximal secundario al uso del oxímetro
	Hematoma iatrogénico de la uña por uso incorrecto del oxímetro
	Manipulación arterial para colocación de catéteres
	<i>Pen push</i> púrpura
	Hemorragias en astilla

**Tabla 2***Hematomas no traumáticos del aparato ungueal*

Enfermedades sistémicas	Medicamentos	Enfermedades congénitas	Enfermedades infecciosas	Tumorales	Otras
Enfermedad colágena	Taxanos:	Telangiectasia hemorrágica hereditaria	Malaria		Cosméticos uñas
Diabetes mellitus	docetaxel/paclitaxel		Sepsis		Crioterapia
Trombosis venosa	Warfarina		Triquinosis		
Oclusión arterial	Ácido acetilsalicílico		Endocarditis bacteriana		
Discrasias sanguíneas	Ácido bromhídrico				
Crioglobulinemias	Sulfonas				
Vasculitis	Ácido sulfihídrico				
Síndrome antifosfolípido	Agentes vasoactivos				
Prurito	Yodo				
	Inhibidores multiquinasa: sorafenib/sunitinib				
	Anticuerpos monoclonales				



Fotografía 1. Hematomas por trauma mayor.

La clínica de estos pacientes es dolor tipo punzante, yema del dedo edematizada y coloración negro-azulada debajo de la uña.<sup>3,7</sup>

Es importante considerar otros problemas que pueden semejar hematomas subungueales, como melanoma maligno subungueal, hemorragias en astilla, sarcoma de Kaposi, queratoacantoma subungueal, epiteloma subungueal, tumor glómico subungueal y onicomicosis.<sup>3,5</sup>

A pesar de que las hemorragias debajo de las uñas suelen tener un origen traumático, también se las ha visto asociadas a enfermedades sistémicas, infecciosas, congénitas, tumorales, condiciones iatrogénicas y medicamentos (fotografías 2, 3 y 4).<sup>8</sup>

Los pacientes que presentan enfermedades de la colágena, en especial esclerosis sistémica y dermatomiositis, pueden presentar sangrado de los pliegues ungueales; pero también puede presentarse en los pliegues proximales en alpinistas, como consecuencia de un congelamiento severo, o en personas que practican deportes de invierno al aire libre. Este sangrado puede deberse a que el frío afecta la circulación sanguínea periférica de los capilares

alrededor de los pliegues ungueales, lo que provoca necrosis mediante destrucción celular, edema de los tejidos y trombosis. Sin embargo, estos mecanismos no están bien definidos.<sup>9</sup>

Durante la fase migratoria de la infestación se han asociado enfermedades infecciosas parasitarias, como la triquinosis, a hemorragias ungueales dolorosas en 10 a 30% de los pacientes.<sup>10</sup> La biopsia muestra el nematodo causal, *Trichinella spiralis*, en el lecho ungueal.<sup>11</sup>

Respecto de las hemorragias ungueales iatrogénicas, se describió un caso en el que la causa de la hemorragia de las uñas fue la técnica *pen push*, utilizada por un médico al momento de hacer el examen neurológico con un lapicero para obtener respuesta al dolor en un paciente en estado de coma en la Unidad de Cuidados Intensivos. Tras varias semanas de estar en coma, se observó hemorragia subungueal en tres dedos donde se le realizó el examen.<sup>8</sup>

La manipulación arterial es otra causa de hemorragias iatrogénicas. Se han encontrado hemorragias ungueales distales a los sitios de punción de las arterias radial y braquial por catéteres arteriales. El mecanismo de esto no está aún



Fotografía 2. Lesiones vasculíticas y necróticas por LES y sx-antifosfolípido.



Fotografía 3. Vasculitis.



Fotografía 4. Émbolos sépticos periungueales y pulpejo.

del todo definido, pero se cree que la embolización fue la responsable.<sup>12,13</sup>

Otro tipo de hemorragias que pueden aparecer en las uñas son las hemorragias en astillas, las cuales aparecen como líneas longitudinales delgadas de color rojo oscuro. Su forma es causada por la orientación longitudinal de los capilares del lecho ungueal. Dichas líneas pueden indicar enfermedades sistémicas si aparecen simultáneamente en casi todas o todas las uñas y en la porción proximal de la lámina.<sup>10</sup> La mayoría de las veces se trata de las uñas de las manos.<sup>14</sup>

Las hemorragias en astilla en el nivel proximal se presentan en 7 a 13% de los casos de endocarditis bacterianas. Son dolorosas y, aunque su origen se desconoce, se piensa que pueden deberse a una embolización séptica.<sup>8,15</sup> Las que aparecen en la parte distal son producto de microtraumatismos (fotografía 5).

Además, este tipo de hemorragias no son exclusivas de la endocarditis bacteriana, pues se presentan en otras enfermedades, como la amiloidosis, enfermedad de Berger (nefropatía por IgA), enfermedades cardíacas congénitas cianóticas, escorbuto, enfermedad de Osler, poliarteritis nodosa, trombocitopenia, vasculitis,<sup>14</sup> lupus eritematoso sistémico, artritis reumatoide, síndrome de anticuerpos antifosfolípido, úlcera péptica, psoriasis,<sup>16</sup> insuficiencia renal crónica, diabetes mellitus (fotografía 6) y prurito (fotografía 7).

Las enfermedades que producen oclusión vascular, como la diabetes mellitus, pueden llegar a producir necrosis en el nivel acral.

Los medicamentos relacionados con la aparición de hemorragias en astilla son los agentes antitrombóticos y anticoagulantes, como aspirina y warfarina, así como tetraciclina, ganciclovir (análogo nucleótido),<sup>10,14</sup> anticonceptivos orales<sup>16</sup> y agentes quimioterapéuticos, en particular taxanos, como docetaxel paclitaxel.<sup>17</sup> En estos últimos, la causa de la hemorragia se relaciona con las dosis y se detiene al suspender el medicamento (fotografía 8).<sup>18</sup>

También se han descrito hemorragias en astilla indoloras con dos de los inhibidores multiquinasa: sorafenib (recientemente aprobado para el tratamiento de carcinoma de células renales avanzado y carcinoma hepatocelular) y sunitinib (aprobado para el tratamiento de tumores estromales gastrointestinales y carcinoma de células renales



Fotografía 5. Hemorragias en astilla en el nivel distal.



Fotografía 6. Múltiples hemorragias en astilla en diabetes mellitus.



Fotografía 7. Hematoma del pliegue proximal secundario rascado.

avanzado). Con otros medicamentos inhibidores de quinasa no ha habido este efecto adverso.

Se han observado hemorragias en astilla con el sunitinib (30%) y con el sorafenib (60%) en las primeras dos a cuatro semanas de uso. Ocurre más en las uñas de las manos que en las de los pies. Aparentemente, el efecto no se relaciona con la dosis del medicamento ni con efectos trombóticos. Su aparición no necesita tratamiento ni es necesario modificar las dosis de los medicamentos, pues resuelven espontáneamente.<sup>19</sup>

Todas las entidades descritas también pueden provocar hematomas subungueales en el nivel del pliegue proximal y cutícula.

Hay otro tipo de hematomas que pueden pasar inadvertidos, como los provocados por la fricción constante y continua

en los pacientes, por ejemplo, el hematoma friccional secundario al uso de zapatos con punta de acero o cualquier otro factor que mantenga este microtrauma repetido. Puede manifestarse en forma bilateral, simétrica o unilateral (fotografía 9). Otra clase son los casos estudiados por Chang y Haneke de hematomas del pliegue proximal ungueal secundario al uso del oxímetro, que presentaron tres pacientes con ventilación mecánica en la Unidad de Terapia Intensiva (fotografía 10),<sup>20</sup> así como los de tipo iatrogénico de la uña por el uso incorrecto del oxímetro (fotografía 11).<sup>21</sup>

El hematoma del pliegue proximal ungueal afecta su borde libre dejando libre la cutícula. Al inicio se pensó que su aparición se debía al tiempo prolongado del uso del oxímetro (30 días), pero hemos visto casos después de uno a tres días de usarlo en los que se afecta uno o varios pliegues,



Fotografía 8. Hematoma secundario a docetaxel y warfarina.



Fotografía 9. Hematoma friccional. Prueba de sangre oculta positiva.



Fotografía 10. Hematoma del pliegue proximal secundario al oxímetro.



Fotografía 11. Hematoma iatrogénico de la uña por uso incorrecto del oxímetro.

según dónde se coloque el oxímetro.<sup>16</sup> Actualmente tenemos 11 casos de este hematoma.

Los hematomas del pliegue proximal e iatrogénico pueden cursar sin ningún otro cambio del aparato ungueal más que la discromía provocada por ellos, a diferencia de los secundarios de un trauma mayor, que pueden cursar con onicomadesis, onicólisis, deformidad o pérdida de la uña, y en ocasiones con onicodistrofia. Los pacientes pueden tener fracturas asociadas de la falange distal, por lo que siempre es recomendable obtener radiografías.<sup>3</sup>

El diagnóstico de los hematomas de las uñas suele ser sencillo, pues la mayoría de las veces hay historia de traumatismo. Sin embargo, cuando existe duda diagnóstica sobre los diferentes hematomas subungueales se puede utilizar un dermatoscopio, o indicar al paciente que observe si el pigmento migra de manera distal con el crecimiento de la uña, como sería de esperar en los hematomas subungueales. Algunos autores proponen el método simple y rápido de colocar fragmentos de uña en una tira de orina, luego añadir una gota de agua y después de 60 segundos observar una coloración verde, lo cual es una reacción positiva. Si el resultado es negativo se deben realizar procedimientos diagnósticos más invasivos, como biopsias o avulsiones ungueales.<sup>4</sup> La capilaroscopía es otra técnica sencilla para detectar anormalidades en los capilares de los pliegues proximales, sobre todo en pacientes con enfermedades autoinmunes del tejido conectivo.<sup>10</sup>

Chang y Haneke diagnosticaron el hematoma friccional con la prueba de sangre oculta en heces, la cual confirma la presencia de sangre. Este método es fácil, sencillo y

accesible para el diagnóstico de este tipo de hematoma; también se puede realizar con cualquier método que detecte sangre.<sup>21</sup>

El tratamiento de los hematomas depende de la causa desencadenante.

### Referencias

1. "Hematoma". Disponible en <http://www.wikipedia.org>. Consultado el 15 de mayo de 2008.
2. Mortimer PS, Dawber RP. "Trauma to the nail unit including occupational sports injuries". *Dermatol Clin*, 1985; 3: 415-420.
3. Fastle RK, Bothner J. "Subungual hematoma". Disponible en <http://www.utdol.com/online/content/topic>. Consultado el 19 de mayo de 2008.
4. Huang YH, Ohara K. "Medical pearl: Subungual hematoma: A simple and quick method for diagnosis". *J Am Acad Dermatol*, 2006; 54: 877-878.
5. Mailler-Savage EA, Adams BB. "Skin manifestations of running". *J Am Acad Dermatol*, 2006; 55: 290-301.
6. Cohen PR, Schulze KE, Nelson BR. "Subungual hematoma". *Dermatol Nurs*, 2007; 19(1): 83-84.
7. Wang QC, Johnson BA. "Fingertip Injuries". *American Family Physician*, 2001; 63: 1961-1966.
8. Pierson JC, Lawlor KB, Steck WD. "Pen push purpura: Iatrogenic nail bed hemorrhages in the intensive care unit". *Cutis*, 1993; 51: 422-423.
9. Maeda M, Yamazaki T, Tawada, C. "Nail fold bleeding of fingers in a mountaineer with severe frostbite". *J Dermatol*, 2007; 34: 219-220.
10. Tosti A, Iorizzo M, Piraccini BM, Starace M. "The nail in systemic disease". *Dermatol Clin*, 2006; 24: 341-347.
11. Groff JW. "Organisms and associated disease". *J Ass Mil Dermatol* 1983; 9: 72-75.
12. Mathews JI, Gibbons RB. "Embolization complication radial artery puncture". *Ann Inter Med*, 1971; 75: 87-88.
13. Tobi M, Kobil I. "Splinter hemorrhages associated with and indwelling brachial artery canula (Letter)". *Chest* 80 1981; 6: 767.
14. Piraccini BM, Iorizzo M. "Drug reactions affecting the nail unit: Diagnosis and management". *Dermatol Clin* 2007; 25: 215-221.
15. Pelletier LL, Petersdorf RG. "Infective endocarditis: A review of 125 cases from The University of Washington Hospital 1963-1972". *Medicine (Baltimore)* 1977; 56: 287.
16. Fawcett RS, Linford S, Stulberg DL. "Nail abnormalities: Clues to systemic disease". *American Family Physician* 2004; 69: 1417-1424.
17. Hinds G, Thomas VD. "Malignancy and cancer treatment-related hair and nail changes". *Dermatol Clin*, 2008; 26: 59-68.
18. Piraccini BM, Iorizzo M, Starace M, Tosti A. "Drug-induced nail disease". *Dermatol Clin* 2006; 24: 387-391.
19. Hammond-Thelin LA. "Cutaneous reactions related to systemic Immunomodulators and targeted therapeutics". *Dermatol Clin*, 2008; 26: 121-159.
20. Chang P, Haneke E. "Hematomas del pliegue proximal. Reporte de 3 casos." *Dermatología Cosmética, Médica y Quirúrgica* 2008; 6(3): 189-191.
21. Chang P, Haneke E. "Hematoma iatrogénico de la uña. Comunicación verbal." Sesión Mensual. Asociación Guatemalteca de Dermatología. Caso Clínico, 17 de mayo de 2008.