

Dermatosis del pliegue proximal ungueal

Dermatoses of the proximal nail fold

*Dra. Patricia Chang, **Profesor Dr. Eckart Haneke

*Dermatóloga Hospital General de Enfermedades IGSS

**Gabinete de Dermatología Dermaticum, Friburgo Alemania, Departamento de Dermatología Universidad de Bern, Suiza; Centro de Dermatología, Instituto CUF, Porto, Portugal; y Hospital Académico Universitario de Gent, Bélgica.

RESUMEN

ANTECEDENTES: el pliegue proximal es una parte importante del aparato ungueal; contribuye a la formación del plato ungueal y, a través de la cutícula, actúa como una barrera impermeable, protegiéndola.

OBJETIVO: conocer las dermatosis del pliegue proximal ungueal.

METODOLOGIA: se realizó estudio de tipo longitudinal, prospectivo, para conocer la frecuencia de las dermatosis del pliegue proximal en pacientes de los servicios de Medicina Interna y Cirugía del Hospital General de Enfermedades IGSS que se encontraban hospitalizados, sin importar edad, sexo, o motivo de la hospitalización. El estudio se llevó a cabo entre el 2 de enero y el 31 de marzo de 2009. A todos los pacientes se les realizó examen dermatológico de las uñas de manos y pies con énfasis en el pliegue proximal.

RESULTADOS: se estudiaron 255 pacientes, de los cuales solo 93 (36.47%) presentaban alteraciones en el nivel del pliegue proximal; 65 (69.89%) pacientes del sexo masculino, y 28 (30.10%) del femenino. De los servicios de medicina se estudiaron 58 (63.36%) casos, y de cirugía 35 (37.63%).

Las dermatosis predominaron en el pliegue proximal de manos. Las causas de origen traumático (micro traumatismos por arrancamiento de padrastras, onicofagia, y por la presión del oxímetro) y por distrofias secundario a traumas fueron las más frecuentes, con un total de 42 casos (45.16%). Les siguieron: las discromías, tanto racial 11 (11.82%), como por citostáticos 6 (6.45%); las causadas por enfermedades dermatológicas 7 (7.52%); las enfermedades sistémicas 2 (2.15%); y diversas 6 (6.45%) casos.

En cuando al nivel podal, también predominaron las alteraciones del pliegue proximal por micro traumatismos 14 (15.05%), y otras causas, como las discromías de tipo racial 5 (5.37%), citostáticos 1 (1.07%), asociadas a enfermedades sistémicas 3 (3.22%), tumoral e infecciosa 1 de cada uno (1.07%).

CONCLUSIONES: el pliegue proximal ungueal puede verse afectado por alteraciones del mismo o asociado a otras causas que es importante conocer para la decisión terapéutica.

PALABRAS CLAVE: pliegue proximal ungueal, dermatosis, trauma, enfermedades sistémicas, reacciones medicamentosas, discromias, enfermedades dermatológicas, infecciosas, tumorales.

ABSTRACT

BACKGROUND: The proximal fold is an important part of the nail. It contributes to the formation of the nail plate, and the cuticle forms an impermeable protecting barrier.

OBJECTIVE: To identify the proximal nail fold dermatoses

METHODOLOGY: It is a longitudinal, prospective study to know the frequency of proximal nail fold dermatoses in patients residing in the Internal Medicine and Surgery Services at the General Hospital IGSS, regardless of age, sex, or cause of hospitalization, from January 2nd to March 31, 2009. All patients underwent dermatological examination of all the fingernails and toenails with emphasis on the proximal fold.

RESULTS: We studied 255 patients. Only 93 (36.47%) had nails with abnormal proximal fold, 65 (69.89%) were male and 28 (30.10%) female. Internal Medicine cases were 58 (63.36%), and from surgery 35 (37.63%) cases.

CORRESPONDENCIA

Dra. Patricia Chang ■ pchang2622@gmail.com

2a Av. 14-74 zona 1, Hospital Ángeles, 01001, Guatemala, CA

DERMATOSSES predominated in the proximal nail fold of the hands. Trauma (micro avulsion injuries of stepfathers, onychophagia pressure, and oximeter) were the most frequent dystrophies 42 cases (45.16%), racial dyschromias 11 (11.82%), cytostatics 6 (6.45%), dermatological diseases 7 (7.52%), systemic diseases 2 (2.15%), and different causes 6 (6.45%).

In toenails, also abnormalities due to micro-trauma of the proximal nail fold were predominant, with 14 cases (15.05%),

and other causes such as racial dyschromias 5 (5.37%), cytostatics 1 (1.07%), associated with systemic diseases in 3 (3.22%), tumor and infectious causes each one just 1 case (1.07%).

CONCLUSIONS: The proximal nail fold may be affected by trauma, or may be associated with other causes. It is therefore important to be aware in order to offer proper treatment.

KEYWORDS: proximal nail fold, dermatoses, trauma, systemic diseases, drug reactions, dyschromias, dermatological diseases, infectious, tumors.

Introducción

Para entender el aparato ungueal es necesario conocerlo, dado que es una estructura compleja. Cada una de sus partes puede verse afectada por diferentes noxas, las cuales afectan cada uno de sus componentes, sin ser el pliegue proximal la excepción, debido a que es una parte del mismo, destinado a protegerlo de: traumatismos, procesos infecciosos, lesiones secundarias a enfermedades propias del aparato ungueal, afecciones dermatológicas, sistémicas, medicamentosas, entre otras causas.

Debido a que en nuestro hospital se desconocen las diferentes dermatosis que afectan el pliegue proximal, se llevó a cabo el presente estudio, mismo que da a conocer dichas alteraciones. El trabajo se realizó en una población interna en el Hospital General de Enfermedades del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social entre el 2 de enero y el 31 de marzo de 2009.

Material y métodos

Se realizó estudio de tipo longitudinal, prospectivo, para conocer la frecuencia de las dermatosis del pliegue proximal en pacientes de los servicios de Medicina Interna y Cirugía del Hospital General de Enfermedades IGSS que se encontraban hospitalizados, sin importar edad, sexo, ni motivo de hospitalización. El estudio corrió del 2 de enero al 31 de marzo de 2009. A todos los pacientes se les realizó examen dermatológico de las uñas de manos y pies, con énfasis en el pliegue proximal. Se clasificaron las dermatosis en: discrómicas, traumáticas, enfermedades dermatológicas, sistémicas, infecciosas, tumorales, y otras.

Resultados

Se estudiaron 255 pacientes de los cuales solo 93 (36.47%) presentaban alteraciones en el nivel del pliegue proximal. De ellos, 65 (69.89%) eran del sexo masculino, y 28 (30.10%) del femenino. El grupo de edad era de 00-20: 02



Fotografía 1. Pigmentación por citostáticos.



Fotografías 2 y 3. Padrastras.



(2.15%) casos; 21-40: 17 (18.27%); 41-60: 31 (33.33%); 61-80: 30 (32.25%); y más de 80: 12 (12.90%) casos. De los servicios de medicina se estudiaron 58 (63.36%) casos, y de cirugía 35 (37.63%).

Las dermatosis predominaron en el pliegue proximal de manos, siendo las causas de origen traumático (micro traumatismos por arrancamiento de padrastras, onicofagia y por la presión del oxímetro) las más frecuentes, y distrofias secundario a traumas, haciendo un total de 42 casos (45.16%); discromías tanto racial II (11.82%), como por citostáticos 6 (6.45%); por enfermedades dermatológicas 7 (7.52%); enfermedades sistémicas 2 (2.15%); y otros 6 (6.45%) (cuadro 1).

Cuadro 1. Dermatosis del pliegue proximal en manos.

CAUSA	DERMATOSIS	NÚM. CASOS	%
Discromias	Negruzca racial	11	11.82
	Negruzca por citostáticos	06	6.45
	Vitílico	02	2.15
Trauma	Padrastros	20	21.50
	Micro trauma (onicofagia, arrancamiento, pequeños golpes)	12	12.88
	Distrofia	05	5.37
	Hematoma del pliegue proximal por oxímetro	03	3.22
	Hemorragia cuticular	01	1.07
	Quemadura	01	1.07
Dermatológica	Perionixis	03	3.22
	Eccema	02	2.15
	Penfigoide buloso	01	1.07
	Eritrodermia psoriásica	01	1.07
E. Viral	Verruga periungueal	01	1.07
E. Sistémica	Gota	01	1.07
	Sepsis	01	1.07
Otros	Acumulación de tierra, pigmento de litografía, papel de china y carbón, pseudoacantosis nigricans y fibroma	06	6.45

Cuadro 2. Dermatosis del pliegue proximal en pies.

CAUSA	DERMATOSIS	NÚM. CASOS	%
Discromias	Negruzca racial	05	5.37
	Negruzca por citostáticos	01	1.07
Trauma	Hematoma	14	15.05
	Discromía cutícula por melanoniqua friccional	01	1.07
Dermatológica	Eritrodermia psoriásica	01	1.07
	Eccema	02	2.15
E. Sistémica	Gota	02	2.15
	Oclusión arterial	01	1.07
	Diabetes M y Pseudoacantosis nigricans	01	1.07
Tumoral	Sarcoma de Kaposi	01	1.07
E. Infecciosa	Celulitis	01	1.07



Fotografías 4-6. Micro traumatismos por onicofagia.



Fotografía 7. Micro traumatismos por arrancamiento de padraños.



Fotografía 8. Acercamiento de la lesión.



Fotografías 9-11. Distrofia del pliegue proximal por trauma.



Fotografía 12. Quemadura.



Fotografía 13. Eccema.



Fotografía 14. Eritrodermia psoriásica.



Fotografía 15. Penfigoide buloso.



Fotografías 16 y 17. Tofos en el nivel del pliegue proximal de manos y pies.



Fotografía 18. Equimosis por sepsis.



Fotografías 19 y 20. Hematomas por diferentes traumatismos del pliegue proximal podal.



Fotografía 21. Sarcoma de Kaposi.



Fotografía 22. Pseudoacantosis nigricans en el nivel podal, asociado a diabetes mellitus.



Fotografía 23. Celulitis.

En los pies también predominaron las alteraciones del pliegue proximal por micro traumatismos 14 (15.05%), así como otras causas, como las discromías de tipo racial 5 (5.37%), citostáticos 1 (1.07%), asociadas a enfermedades sistémicas 3 (3.22%), tumoral e infecciosa 1 de cada uno (1.07%) (cuadro 2).

Las dermatosis del pliegue proximal en manos y pies fueron condicionadas por diferentes traumatismos. En las manos, debido a la accesibilidad de las mismas, sobre todo en pacientes que tienen la costumbre de comerse las uñas y arrancarse los padrastrillos, provocándose alteraciones en ese nivel, mismas que pueden llegar a ser puerta

de entrada de infecciones secundarias, deformidad de los dígitos y de las uñas. En los pies, también predominaron las de origen micro traumático, como golpes con la silla de ruedas, caída de instrumentos cortantes, y otros traumas mayores y menores. Esta pequeña revisión nos dio la oportunidad de observar, aparte de las lesiones micro traumáticas del pliegue proximal, otras lesiones asociadas a enfermedades dermatológicas, sistémicas, tumorales, medicamentosas que, en menor grado, pueden afectar el pliegue proximal y deben ser tomadas en cuenta dentro de la patología del aparato ungueal.

El pliegue proximal, también llamado *vallum unguis* o pared de la uña¹ es una continuación de la parte dorsal de la piel de los dígitos y da origen a dos superficies epiteliales: la dorsal y la ventral. Tiene una estructura similar a la piel adyacente, sin dermatoglifos ni glándulas sebáceas. Presenta 3 partes: la piel glabra, la cutícula, y la porción ventral de ésta, que se le llama eponiquio. Una de las funciones importantes del pliegue proximal es la formación del plato ungueal a través de la matriz dorsal en el segmento bajo de su porción ventral. Influye en la dirección del crecimiento del mismo, en forma oblicua sobre el lecho ungueal, y la micro circulación que provee información útil sobre algunas condiciones patológicas.²

Aunque algunos autores afirman que la llamada matriz dorsal produce la uña, si observamos la histopatología, muy rara vez se ve el epitelio de la matriz debajo de la superficie del pliegue proximal a la uña. Por lo tanto, se cree que esto solo ocurre en raros casos de hipertrofia, si es que sucede.

La cutícula es el producto córneo final del pliegue proximal que se adhiere a la superficie dorsal del plato de la uña, actuando como una barrera impermeable que la proteje de cualquier lesión.²⁻⁴

A este pliegue lo pueden afectar las enfermedades dermatológicas, sistémicas, infecciosas (virus, bacterias, hongos, parásitos), tumorales benignas y malignas, reaccionales, medicamentosas, traumáticas, entre otras.

La peronixis o paroniquia es una de las lesiones más frecuentes del pliegue proximal.²⁻⁴ Sin embargo, existen algunas otras dermatosis, como el eritema, los micro hematomas, hemorragias y discromías, que pueden ser manifestaciones de enfermedades de la colágena, sepsis, pequeños traumas por oxímetro, golpes menores y mayores, onicofagia, procesos reaccionales, medicamentosos, y VIH;²⁻⁵ o bien de infecciones fúngicas, como la blanca superficial, en la que el hongo puede diseminarse a través

del pliegue proximal dando origen a la onicomicosis blanca proximal, blanca superficial profunda, blanca superficial por debajo del pliegue proximal, y la clásica blanca proximal subungueal, cuyas formas están asociadas al VIH y a factores de inmunosupresión.⁶ El enterramiento de la uña en el nivel del pliegue proximal da origen a la retroniquia y es favorecido por la peronixis.⁷ Los traumatismos pueden condicionar la aparición de una leuconiquia transversa.⁸

De todo el aparato ungueal, el pliegue proximal es el más afectado por las colagenopatías (eritema, telangiectasias, hemorragias y necrosis).⁹

Cualquier tumor benigno o maligno frecuente y no frecuente puede afectar el pliegue proximal; de los benignos más comunes, están los tumores de Koenen y el quiste mucoide.

El diagnóstico se basará en el cuadro clínico de los pacientes, acorde con su etiología se utilizarán los diferentes métodos de diagnóstico y tratamiento,

El pliegue proximal está a la vista de todos, pero es desconocido por el médico; mientras que el paciente, al darle poca o ninguna importancia, puede pasar desapercibida alguna afección asociada con las causas previamente descritas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Disponible en: http://www.biology-online.org/dictionary/Nail_fold. Visitado 28-5-09.
2. Dawber RPR, Berker D, Baran R. "Science of the nail apparatus". En: *Diseases of the nails and their management*. Blackwell Scientific Publications, London, 1994: 1, 15, 17, 18.
3. Roberts DT, Evans EGV, Allen BR. *Fungal infection of the nail*. Mosby-Wolfe Medical Communications, Scotland, 1998: 4, 32.
4. Tosti A, Piraccini BM, Peluso AM. "Le unghie" - *Guida pratica alle più comuni affezioni biochimici*. 1996: 10, 41.
5. Itin PH, Courvoisier S, Battegay M. "Erythema of the proximal nail fold in HIV-infected patients: Frequency, relation to hepatitis C virus and HIV Viral load". *Int Conf AIDS* 1998; 12: 574.
6. Baran R, Faegermann J, Hay RJ. "Superficial-white onychomycosis – a syndrome with different fungal causes and paths of infection". *J Am Acad Dermatol* 2007; 57: 879-882.
7. Berker DA, Richert B, Duhard E, Piraccini BM, André J, Baran R. "Retronychia: proximal in growing of the nail plate". *J Am Acad Dermatol* 2008; 58: 978-983.
8. Bowling JC, McIntosh S, Agnew KL. "Transverse leukonychia of the fingernail following proximal nail fold trauma". *Clin Exp Dermatol* 2004; 29: 96.
9. Tosti A. "The nail apparatus in collagen disorders". *Semin Dermatol* 1991; 10: 71-76.