

Onicocriptosis múltiple

Multiple ingrowing nail

MARTÍN MORENO*, ANA KAMINSKY**

Servicio de Dermatología, Hospital Durand, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires, Argentina.

*Dermatólogo

**Profesor Titular Consultor de Dermatología, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires, Argentina.

RESUMEN

LOS AUTORES PRESENTAN UN CASO DE ONICOCRIPTOSIS MÚLTIPLE SEVERA DISTOLATERAL JUVENIL, REFRACTARIA A LA TERAPÉUTICA CONVENCIONAL, QUE COMPROMETE NUEVE UÑAS Y AFECTA EL TEJIDO ÓSEO SUBYACENTE.

PALABRAS CLAVE: ONICOCRIPTOSIS MÚLTIPLE, UÑA ENCARNADA, RESORCIÓN ÓSEA.

ABSTRACT

THE AUTHORS REPORT A CASE OF MULTIPLE SEVERE ONICOCRIPTOSIS AFFECTING NINE NAILS AND THE UNDERLYING BONY STRUCTURES.

KEYWORDS: MULTIPLE INGROWING NAIL, BONE RESORPTION.

Introducción

La uña encarnada (UE) u onicocriptosis es una patología frecuente, dolorosa, de curso crónico y etiología multifactorial.¹ Afecta sobre todo a adolescentes y adultos jóvenes de ambos性s y por lo general compromete la uña del *hallux*, raras veces la de otros dedos del pie y casi nunca las de las manos. Existen pocos reportes de formas múltiples, algunas de las cuales se relacionan con ciertos fármacos. Hay diferentes modalidades terapéuticas, conservadoras o quirúrgicas, en función del grado y la severidad del cuadro.

Presentación de un caso

En septiembre de 2002 acudió a la consulta un hombre de 23 años con onicocriptosis severa en casi todas las uñas, acompañada de hiperhidrosis y mal olor. El paciente carecía de antecedentes patológicos de importancia, pero su madre padecía UE en ambos *hallux*.

El cuadro tenía una evolución de 11 años y, según el paciente, era refractario a toda terapéutica. Debido a su dificultad para caminar estaba obligado a usar calzado amplio.

CORRESPONDENCIA:

Prof. Dra Ana Kaminsky
Ayacucho 1570; 1112 Buenos Aires, Argentina
Correo electrónico: anakaminsky@fibertel.com.ar

El examen físico reveló la afectación de nueve uñas (figura 1) con desaparición casi completa de la lámina ungular y su reemplazo por tejido de granulación; había áreas ulceradas acompañadas de gran inflamación. El tejido de granulación (granuloma piógeno o telangiectásico) estaba cubierto por epitelio, fenómeno conocido como *epidermización*, más notorio en ambos *hallux* (figura 2). No se produjeron otros hallazgos.

Los resultados de los estudios de laboratorio estaban dentro de los parámetros de normalidad. La radiografía de



Figura 1. Uñas encarnadas múltiples (nueve dedos).



Figura 2. Uñas encarnadas de los dedos gordos.

los pies, de frente, mostraba resorción ósea distal de las falanges terminales (figura 3), lesiones osteolíticas en ambos *ballux* y osteoporosis.

Se inició un tratamiento conservador con baños de permanganato de potasio y antibióticos tópicos, hasta planificar la resolución quirúrgica; sin embargo, el paciente rehusó la cirugía y dejó de asistir a la consulta. Cabe mencionar que siempre había abandonado los tratamientos porque no advertía resultados positivos inmediatos.

Discusión

La UE es una de las afecciones más comunes y dolorosas de los dedos de los pies; es raro observarla en los de las manos. Se trata de una reacción a un cuerpo extraño entre la lámina ungular y el tejido circundante. Por presión externa la uña penetra en los tejidos blandos como una espícula —lo



Figura 3. Uña encarnada. Resorción ósea distal de las falanges terminales.

que ocasiona inflamación y erosión— y éstas, a su vez, ulceración y dolor.

La zona ungular está constituida por la lámina ungular que cubre la parte distal de los dedos, el lecho en el que ésta se apoya, sobre el que se desliza, y los tejidos blandos que rodean y enmarcan la uña.²

Las características del área más la falta de higiene y la hiperhidrosis producen edema e infección. Esto favorece la formación de tejido de granulación (granuloma piógeno) que agrava la afección, con lo que se crea un círculo vicioso.^{3,4}

Si bien la etiología de la UE se sigue discutiendo, en la actualidad se le considera multifactorial. Intervienen factores internos constitucionales, así como factores externos relacionados con los hábitos del paciente (cuadro 1). Entre estos últimos el principal es la compresión del dedo del pie, por lo general por el uso de calzado estrecho, a lo que se suma, fundamentalmente, el recorte inadecuado de la uña. En algunos casos las alteraciones anatómicas de la lámina y los pliegues laterales pueden estar relacionados, como también la obesidad y los problemas ortopédicos.^{3,4}

Uñas encarnadas múltiples

Hay muy pocos trabajos conocidos de UE múltiple. Weaver y Jespersen informaron un caso de cuatro uñas (del *ballux* y el segundo dedo de ambos pies) como una complicación rara del tratamiento oral con terbinafina en un paciente con onicomicosis subungular distal. Al producirse el crecimiento de las uñas sanas, la parte distal se encarnó y ello produjo la inflamación periungular.⁵

CUADRO 1

Factores predisponentes a UE¹

Externos

- Calzado inadecuado (ajustado, tacones altos)
- Traumatismos reiterados (deporte, danza, ciclismo, entre otros)
- Onicotilomanía
- Higiene inadecuada
- Medicamentos (retinoides, entre otros)
- Mal corte de la uña.

Internos

- Predisposición genética
- Alteraciones ortopédicas
- Alteraciones de la uña
- Congénitas: forma, consistencia, entre otros
- Adquiridas: onicomicosis, onicodistrofias varias
- Características anatómicas: uña-lecho
- Hiperhidrosis.

Las formas de UE asociadas con fármacos suelen afectar varias uñas; por lo general son asintomáticas y pueden remitir al suspenderse la medicación. Los fármacos más citados son los retinoides y el indinavir.⁶

Las escasas publicaciones acerca de UE e inmunodepresión se refieren a pacientes VIH positivos en tratamiento antirretroviral que recibían indinavir. Heim y Schapiro relacionan el problema con el fármaco y no con la inmunodeficiencia.⁷

Bouscarat *et al.* consideran que hay homología entre la secuencia de aminoácidos del complejo “ácido retinico-proteína ligadora” y el sitio catalítico de la proteasa del VIH 1. La inhibición de las proteasas endógenas, debida a ese complejo y al indinavir (inhibidor de la proteasa del VIH 1), explicaría la hipertrofia inicial del pliegue ungular y el subsiguiente desarrollo de granuloma piógeno.⁸

En época reciente, Mahe, Morelon *et al.* relataron anormalidades periungulares,—principalmente granuloma piógeno— en pacientes con trasplante renal tratados con sirolimus. El mecanismo sugerido es la inhibición del factor de crecimiento epidérmico (EGF) por el fármaco.⁹

Matsui *et al.* también describieron en neonatos una variedad de UE múltiple infantil, inducida por el reflejo prensor propio de esta edad y el consiguiente aumento de presión en los tejidos blandos subyacentes. Kanitakis y Clady observaron onicocriptosis múltiple de ambos *hallux* en el síndrome de Rubinstein-Taybi, que asocia pulgares y dedos gordos grandes, facies característica y retraso mental.^{10,11}

Las deformidades ungulares por daño autoinfligido pueden aparecer ser dermatosis comunes, como psoriasis, líquen plano, onicomicosis o daño ocupacional.¹² Gilarski y Graham dieron a conocer un caso de una adolescente operada de UE que se producía a sí misma lesiones y aparentaba sufrir una infección posoperatoria para prolongar el cuidado médico (dermatosis facticia).¹³

En los atletas, el traumatismo ungular repetido suele ocasionar osteomielitis o efectos secundarios de artritis, como el desarrollo de quistes mucosos y la infección de la uña encarnada.¹⁴

El paciente del caso que comentamos antes presentaba una forma de onicocriptosis severa que afectaba nueve uñas, con compromiso óseo subyacente. Los resultados de los estudios no permitieron demostrar causas sistémicas, inmunitarias o vinculadas con fármacos. El paciente no era deportista; por el contrario, se quejaba de que no podía realizar ningún ejercicio físico, hecho que lo alteraba y deprimía. El interrogatorio no brindó indicios de lesiones autoprocuradas; sin

embargo, no las descartamos dadas las características psíquicas del paciente, su falta de continuidad con cualquier tratamiento que emprendía y su tendencia a cambiar constantemente de médico.

El compromiso óseo subyacente se puede explicar por la cronicidad del cuadro, las infecciones repetidas y la falta de respuesta al tratamiento.

Tratamiento

El tratamiento consiste en separar la lámina ungular de la piel adyacente. En estadios iniciales, con poca inflamación, son suficientes las medidas conservadoras como la aplicación tópica de antisépticos y antibióticos. Para separar el contacto uña-piel se utilizan trozos de algodón, tiras de gasa, guías de polietileno, ortoniquia con alambre de acero, broches metálicos y laminectomía parcial, con elevación del borde libre de la lámina con gasa o algodón.¹⁵

Si las recidivas son frecuentes o se forma tejido de granulación reactivo en el pliegue ungular, la solución deberá ser quirúrgica (figura 4).¹⁶ Además de destruir el granuloma y resecar la parte de la lámina implicada, de ser necesario habrá que actuar sobre los tejidos blandos —se los resecará para corregir pliegues— o sobre la matriz, la cual deberá destruirse en la zona que corresponda, o sea, del lado que se encarna. Esto último también se puede hacer con fenol al 88%.¹⁷

Conclusiones

Esta forma clínica de onicocriptosis múltiple severa, con compromiso óseo subyacente, es muy infrecuente en la literatura médica. El paciente no era obeso, no estaba expuesto



Figura 4. Uña encarnada. Tratamiento algoritmo

a traumatismos —como los atletas— ni presentaba grado alguno de inmunosupresión, tampoco había realizado tratamiento farmacológico con retinoides, antimicóticos o anti-rretrovirales. Por otra parte, el cuadro no nos indujo a pensar en algo autoprovocado, aunque no se puede descartar dada la falta de adhesión a los tratamientos y a que el paciente se negó a la evaluación psicológica.

Aunque es un proceso de escasa gravedad, puede causar grandes padecimientos y afectar la calidad de vida.

REFERENCIAS

1. Allevato M, Donatti L, "Uña encarnada", en F Camacho (dir.), *Monografías de Dermatología. Patología de la uña* 1991; 4(6): 374-387.
2. Bragadini L, Jiménez Villaruel H, "La uña encarnada. Metodología actualizada para su estudio y tratamiento", *Revista de la Asociación Médica Argentina* 1994; 107(2): 16-23.
3. Zook EG, Baran R, Haneke E et al., "Nail surgery and traumatic abnormalities. Ingrowing toenails", en Baran R, Dawber R, Berker D et al. (eds) *Diseases of nails and their management*, 3^a ed., Blackwell Science, Oxford, 2001, 492-502.
4. Dawber R, Baran R y Berker D, "Disorders of Nails", en Rook, Wilkison y Elbling (eds.), *Textbook of Dermatology*, vol. 4, 6^a ed., Blackwell Science, Oxford, 1998: 2865.
5. Weaver TD, Jespersen DL, "Multiple onychocryptosis following treatment of onychomycosis with oral terbinafine", *Cutis* 2000; 66(3): 211-212.
6. Piraccini BM, Iorizzo M, Tosti A, "Drug-induced nail abnormalities", *Am J Clin Dermatol* 2003; 4(1): 31-37.
7. Heim M, Schapiro J et al., "Drug-induced and traumatic nail problems in the haemophilias", *Haemophilia* 2000; 6(3): 191-194.
8. Bouscarat F, Bouchard C, Bouhour D, "Paronychia and pyogenic granuloma of the great toes in patient treated with indinavir", *N Engl J Med* 1998; 338(24): 1776-1777.
9. Mahe E, Morelon E et al., "Sirolimus-induced onychopathy in renal transplant recipients", *Ann Dermatol Venerol* 2006; 133(6-7): 531-535.
10. Matsui T, Kidou M, Ono T, "Infantile multiple ingrowing nails of the fingers induced by the graspreflex-a new entity", *Dermatology* 2002; 205(1): 25-27.
11. Kanitakis J, Clady A, "Clinical quiz. Rubinstein-Taybi syndrome", *Eur J Dermatol* 2002; 12(1): 107-109.
12. Norton LA, "Self-induced trauma to the nails", *Cutis* 1987; 40(3): 223-227.
13. Gilarski CK, Graham JL, "Factitious illness following toenail surgery", *J Foot Ankle Surg* 1995; 34(2): 228-233.
14. Eisele SA, "Conditions of the toenails", *Orthop Clin North Am* 1994; 25(1): 183-188.
15. Jiménez Reyes J, Gómez Barrio MI, González Herrada CM, "Matri-sectomía química en la cirugía ungular", *Actas Dermosifiligr* 1996; 87: 439-443.
16. Alam M, Sher RK, "Current Topics in Nail Surgery", *J Cut Med Surg* 1999; 3(6): 324-335.
17. Pérez Bernal AM et al., "Cirugía correctora de la onicocriptosis Experiencia de 5 años. Valoración de resultados", *Actas Dermosifiligr* 1989; 80(3): 157-160.