

Onicólisis. Reporte de 50 casos

Onycholysis. Report of 50 cases

Patricia Chang*, María Alejandra Monterroso**, María Lizette Castro**

*Dermatóloga del Hospital General de Enfermedades IGSS;

**Electivas del Servicio de Dermatología del Hospital General de Enfermedades IGSS

RESUMEN

ANTECEDENTES: La onicólisis es una onicopatía frecuente y es importante conocer sus causas.

OBJETIVOS: Presentar la experiencia clínica de la onicólisis.

METODOLOGÍA: Se realizó un estudio longitudinal de tipo transversal para conocer la frecuencia de onicólisis en pacientes de los servicios de Medicina interna y Cirugía del Hospital General de Enfermedades IGSS sin importar edad, sexo o motivo de hospitalización durante agosto de 2009. A todos los pacientes se les realizó examen dermatológico de uñas de manos y pies con énfasis en la presencia de onicólisis, sin considerar ninguna otra alteración ungual.

RESULTADOS: Se estudió a 170 pacientes hospitalizados, de los cuales 50 (29.41%) presentaron onicólisis, 32 fueron del sexo masculino (64%) y 18 (36%) del femenino. Se estudiaron 41 casos de onicólisis a nivel de pies en 32 pacientes (64%), y a nivel de manos, 18 casos (36%). La causa más frecuente de onicólisis podal fue onicomicosis, con 29 casos (58%), seguida por trauma, siete casos (14%), deformidades de ortejos, tres casos, y en manos, por trauma, 18 casos (36%).

CONCLUSIONES: La onicólisis es una onicopatía frecuente, y en 29.41 % de la población estudiada a nivel podal se relacionó con onicomicosis, 58%, que constituyó la causa más común de la patología ungual, y a nivel de manos por trauma, en 36%.

PALABRAS CLAVES: onicólisis, uñas de manos y pies, enfermedades sistémicas, infecciosas, dermatológicas, congénitas, trauma, tumores benignos y malignos, medicamentos, idiopáticos

ABSTRACT

BACKGROUND: Onycholysis is a frequent nail disease and it is important to understand its causes.

OBJECTIVES: To report onycholysis' clinical experience.

METHODS: We carried out a transversal, prospective study to find out the frequency of onycholysis in 50 patients from the Internal Medicine and Surgery Services of the Hospital General de Enfermedades IGSS. Neither age nor sex nor disease that caused hospitalization were used as criteria for the inclusion of a patient in the study, which took place during August 2009. We performed dermatological examination on finger and toenails to all patients exclusively looking for the presence of onycholysis.

RESULTS: 50 from 170 hospitalized patients were studied, 32 patients were male (64%) and 18 (36%) females. Onycholysis in toenails was predominant –it was found on 32 patients (64%) with 41 onycholysis, while fingernails appeared on 18 cases (36%). The most frequent cause of onycholysis in toenail was onychomycosis in 29 cases (58%), followed by trauma with 7 cases (14%), overriding toe, crossover toe, overlapping toe, pincer nail and drug reaction, with 1 case each (2%) respectively, and in fingernails due to trauma, with 18 cases (36%).

CONCLUSIONS: Onycholysis is a common nail disease in the population studied (29.41%) and toenail was given by the most frequent cause is onychomycosis (58%), and in fingernail due to trauma.

KEYWORDS: onycholysis, fingernails, toenails, systemic, infectious, dermatological, congenital diseases, trauma, benign and malignant tumors, drug reactions, idiopathic

CORRESPONDENCIA

Dra. Patricia Chang ■ pchang2622@gmail.com
Hospital Ángeles; 2a Av. 14-74 zona 1; 01001, Guatemala, CA

Introducción

Las uñas, anexo importante de la piel, son belleza, armas de defensa y de trabajo, barrera protectora de los dígitos. Llevan a cabo movimientos finos coordinados y de prehensión, por lo que es importante su cuidado y conocer las diferentes patologías que las afectan.

La onicólisis es una onicopatía común pero desconocemos su frecuencia en nuestra población, por lo que el presente trabajo da a conocer la onicólisis estudiada en 50 pacientes hospitalizados en los servicios de Medicina interna y Cirugía del Hospital General de Enfermedades IGSS en agosto de 2009.

Material y métodos

Se realizó un estudio prospectivo de tipo longitudinal para conocer la frecuencia de onicólisis en pacientes de los servicios de Medicina interna y Cirugía del Hospital General de Enfermedades IGSS sin considerar edad, sexo o motivo de hospitalización durante agosto de 2009. A todos los pacientes se les realizó examen dermatológico de uñas de manos y pies con énfasis en la separación de la lámina ungueal a niveles distal y lateral, sin tomar en cuenta ninguna otra alteración ungueal. El diagnóstico de la onicólisis fue realizado por la primera autora del trabajo y sólo se basó en el cuadro clínico de las onicopatías, sin examen complementario.

Resultados

Se estudió a 170 pacientes hospitalizados, de los cuales 50 (29.41%) presentaron onicólisis, 32 (64%) fueron del sexo masculino y 18 (36%) del femenino. Se estudiaron 41 casos de onicólisis a nivel de pies en 32 pacientes (64%), y a nivel de manos, 18 casos (36%). La causa más frecuente de onicólisis podal fue onicomicosis, con 29 casos (58%), seguida por trauma, 7 casos (14%), deformidades de ortejos, 3 casos (5.1%), y en manos, por trauma, 18 casos (36%).

Cuadro 1. Causas de las onicólisis estudiadas

CAUSAS DE ONICÓLISIS	LOCALIZACIÓN			
	UÑAS DE MANOS		UÑAS DE PIES	
	CANTIDAD DE CASOS	%	CANTIDAD DE CASOS	%
Onicomicosis	—	—	29	58
Trauma	18	36	7	14
Ortejo montado	—	0	1	2
Ortejo traslapado	—	0	1	2
Ortejo cruzado	—	0	1	2
Uña en pinza	—	0	1	2
Medicamentos	—	0	1	2

37 pacientes (74%) pertenecían al servicio de medicina y 13 (26%) al de cirugía. Ningún caso representó al grupo etario de 0 a 20 años, pero hubo nueve de 21 a 40 años (18%), 20 (40%) de 41 a 60, 15 (30%) de 61 a 80, y seis (12%) de más de 81 años de edad. Los motivos médicos de hospitalización fueron: insuficiencia renal, seis casos (16.2%); causas hemato-oncológicas, seis (16.2%); neumonía, cinco (13.5%); diabetes mellitus, cuatro (10.8%); insuficiencia cardíaca, cirrosis y adenopatía cervical en estudio, tres pacientes (8.1%); cada dolencia: enfermedad cerebrovascular, dos (5.4%); diarrea, anemia, pancreatitis, hipertensión arterial y hemorragia gastrointestinal superior, un paciente (2.7 %), respectivamente. Las causas quirúrgicas fueron pie diabético en seis pacientes (46.1%); dehiscencia de herida en tres (23.1%); prostatectomía en dos (15.4%); colecistectomía en uno (7.7%), y extirpación de absceso en un paciente (7.7%). La onicólisis se localizó a nivel de uñas de pies en 32 casos (64%), en manos y pies en nueve (18%), y sólo en manos, en nueve (18%).

Se observaron 41 casos de onicólisis a nivel de pies en 32 pacientes (64%), y 18 (36%) a nivel de manos.

A nivel podal, la causa más frecuente de onicólisis fue onicomicosis, con 29 casos (58%); trauma, siete (14%); y deformidad de ortejos, tres (6%). En manos, se debió a trauma secundario por instrumentos cortantes, clavos, hisopos, manicura para limpieza de las uñas y martillazos (cuadro 1).

A nivel de pies, la onicólisis más frecuente fue la asociada a onicomicosis, con 29 casos (58%), la causa más común de patología ungueal.

Es importante mencionar que los casos de onicólisis a nivel de manos se relacionaron con los diversos instrumentos para limpiar las uñas, pues esta enfermedad pasa inadvertida por los pacientes a menos que provoque alguna molestia o piensen que se trata de alguna infección fúngica.

De los 50 pacientes estudiados, sólo un caso (2%) de onicólisis se asoció a reacción medicamentosa por adriamicina; las causas del resto no mostraron relación con su enfermedad de base o motivo de hospitalización.

Discusión

La onicólisis es una palabra derivada del griego *onico*: uña, y *lisis*: destrucción. Es un término médico usado ampliamente en dermatología.¹

Por onicólisis se entiende la separación de la uña del lecho ungual a nivel distal y/o lateral.^{2,3} Puede presentar debajo de la uña depósitos de glicoproteínas, comunes en enfermedades inflamatorias y eccematosas que afectan el lecho subungueal.² Inicia en el hiponiquio y se extiende proximalmente; pierde su adhesión al lecho subungueal, así como su transparencia, lo cual favorece el cambio de coloración, que puede ir del amarillo al café, según la etiología. Se presenta con hiperqueratosis subungueal o sin ella, y las causas más comunes son inflamaciones agudas y crónicas, paraqueratosis y trauma. Es un fenómeno común que ocurre en casi todos los pacientes con hiperqueratosis subungueal.³

La onicólisis puede afectar una o varias uñas de manos y/o pies. Forma un espacio subungueal que favorece la acumulación de suciedad y presencia de material queratinoso. Algunas veces hay mal olor; la forma lateral aislada es menos común.^{2,3} Es un trastorno común con diferentes causas, como enfermedades sistémicas, infecciosas, dermatológicas, congénitas y tumorales (benignas y malignas), traumas, reacciones medicamentosas, puvaterapia y dolencias idiopáticas, entre otras.

La onicólisis puede ser primaria o secundaria. Se llama primaria cuando hay desintegración de la queratina, que suele tener adherida la lámina al lecho ungual y secundaria como resultado a las enfermedades que afectan el lecho y a cualquier alteración que afecte la relación normal que existe entre la lámina y el lecho ungual.

La onicólisis primaria aparece con más frecuencia en uñas de manos y predomina en mujeres. La onicólisis secundaria afecta manos y pies, ambos sexos, en todas las etapas de la vida.

En la onicólisis secundaria, el espacio onicolítico suele ser colonizado por microorganismos, en especial bacterias como *Pseudomonas aeruginosa*, mohos y levaduras, que dan un color verde-marrón a la uña. También es frecuente el depósito de materiales extraños con los que los pacientes entran en contacto, como pelos, en el caso de los peluqueros, o grasa, en el de los mecánicos.

Entre las causas de onicólisis primaria tenemos hiperhidrosis —contacto constante con agua y detergente—,

manicura profesional, alteraciones de pies, y contacto con productos químicos como disolventes, pesticidas y cosméticos para uñas, por citar algunos.

Entre las causas secundarias se encuentran las relacionadas con dermatosis vesículo-ampollosas, dermatitis por contacto agudo, dermatitis atópica, epidermolisis bulosa, herpes simple y a porfirias. La presencia de hiperqueratosis del lecho ungual, se puede relacionar con onicomiosis, psoriasis, dermatitis de contacto crónica, tumores benignos y malignos, traumas y enfermedades sistémicas⁵ (cuadro 2).

La onicólisis en una o varias uñas de mujeres adultas puede deberse al microtraumatismo provocado por la manicura. En la foto-onicólisis es importante considerar tres factores: fotosensibilización, onicólisis y discromía. A nivel podal, las dos causas principales de onicólisis son onicomiosis y traumas.² Asimismo, las uñas acrílicas favorecen la dermatitis de contacto, que puede generar onicólisis por el cianoacrilato con que se adhieren. En ocasiones, la onicólisis se acompaña de paroniquia.⁶

En amas de casa, la onicólisis se relaciona con actividades propias del quehacer del hogar, como exposición prolongada al agua y detergentes, y aparatos mecánicos o físicos, por lo que es importante tomar medidas de prevención con guantes.⁷ En lactantes, puede deberse a la succión de los dedos.⁸

Los endurecedores de uñas a base de formaldehído provocan onicólisis inflamatoria o no inflamatoria, que puede acompañarse de dolor pulsátil.⁹

La foto-onicólisis es una forma poco frecuente de onicólisis en la que el desprendimiento de la lámina ungual sigue a la exposición a radiación ultravioleta. Algunos medicamentos, como tetraciclinas y psoraleños, son capaces de producirla por un mecanismo fototóxico o fotoalérgico.⁵ Los medicamentos como olanzapina y aripiprazol son causantes poco frecuentes de foto-onicólisis.¹⁰

Los antineoplásicos como docetaxel (5%) y paclitaxel (2%) pueden causar onicólisis, la cual se presenta durante o después del tratamiento.¹¹

Es posible determinar la causa de la onicólisis por el color de la uña. La onicólisis blanca puede ser de origen mecánico, y la onicólisis amarilla, de origen micótico o psoriásico.¹¹

La onicólisis primaria por *Candida* es casi exclusiva de las uñas de las manos, y en psoriasis, la onicólisis puede acompañarse de mancha de aceite o salmón.¹²

El diagnóstico de onicólisis es clínico, y deben investigarse las posibles causas. Esta enfermedad es asintomática, y es su aspecto lo que motiva la consulta.²

Cuadro 2. Causas de onicólisis.

ENFERMEDADES DERMATOLÓGICAS	ENFERMEDADES INFECCIOSAS	ENFERMEDADES SISTÉMICAS	ENFERMEDADES CONGÉNITAS
- Psoriasis - Síndrome de Reiter - Dermatitis atópica - Líquen plano - Paquioniquia congénita - Linfoma cutáneo, células T - Enfermedades bulosas - Dermatitis de contacto	- Infecciones bacterianas - Infecciones virales - Infecciones fúngicas	- Deficiencia ferrosa - Embarazo - Enfermedad de Raynaud - Síndrome de uñas amarillas - Enfermedades endocrinas - Acroqueratosis paraneoplásica - Hipertiroidismo	- Epidermolisis bulosa - Onicólisis parcial hereditaria
CAUSAS FÍSICAS	SUSTANCIAS QUÍMICAS	REACCIONES MEDICAMENTOSAS	
- Deportes - Ocupacional: lavanderas, cocineras, pasteleros, tortilleras, carpinteros, trabajadores en limpieza, personas con prolongada inmersión en agua - Manicura - Microtraumas repetidos - Quemaduras - Deformidad ortejos: ortejo traslapado, cruzado, montado - Traumas	- Detergentes - Solventes - Cosméticos - Álcalis - Ácido fluorhídrico - Hipoclorito de sodio - Aceite mineral - Cuerpo extraño - Gasolina	<p>- Derivados de la vitamina A: isotretinoína, acitretino, etretinato, tretinoína.</p> <p>- Citostáticos: bleomicina, docetaxel, paclitaxel, fluorouracilo, mitoxantrone, capecitabina, etopósido, doxorubicina, metotrexato</p> <p>- Drogas que inducen foto-onicólisis: tetraciclínas, dimetilclortetraciclina, doxiciclina, minociclina, clorpromazina, cloranfenicol, cloxacilina, tiazidas, diuréticos, flumequine, quinina, captoril, psoralenos, indometacina, alopurinol</p>	

Para tratar este trastorno de forma adecuada, debe abordarse de manera ordenada. La causa debe determinarse y eliminarse.¹³

El tratamiento debe basarse en la localización de la onicólisis, así como es recomendable evitar humedad constante, sustancias irritantes, traumas e instrumentos de limpieza. Conviene emplear guantes, zapatos de punta de acero, calzado adecuado en general y corregir deformidades de ortejos. La foto-onicólisis resuelve espontáneamente, sin interrupción de los fármacos responsables.⁶

En ocasiones, la onicólisis en manos se relaciona con la ocupación de los pacientes, como cocineros, pasteleros, lavanderas, y por cualquier ocupación en la que las uñas sean instrumento, como despatadoras de fresas y otros oficios semejantes.

En resumen, se puede afirmar que cuando se conozca la causa, debe tratarse así. Además, debe cortarse la uña hasta el sitio de la onicólisis, si es posible, y aplicar timol al 4% en cloroformo.²

Conclusiones

La onicólisis es una de las lesiones de manejo más difícil. Nuestros casos a nivel de manos se debieron a diversos

microtraumatismos y predominaron en mujeres, como se reporta en la bibliografía, en tanto que a nivel podal es la onicopatía más frecuente.

Onicólisis en manos



Onicólisis en dedos índice derecho y pulgar izquierdo por microtraumatismos.

Onicólisis en manos

Onicólisis en manos sin hiperqueratosis subungueal con acumulación de tierra y hemorragia en astilla.



Onicólisis en uña pulgar izquierda de causa ocupacional en cocinera.

Onicólisis en pies

Onicólisis en primer ortejo por segundo ortejo derecho montado.



Onicólisis por onicomicosis distal e hiperqueratosis subungueal.



Onicólisis en primer ortejo por segundo ortejo derecho cruzado y hemorragia subungueal.

Onicólisis en pies



Onicólisis con hiperqueratosis subungueal en primer ortejo por segundo ortejo derecho traslapado.



Onicólisis por uña de primer ortejo izquierdo en pinza.



Onicólisis traumática.



Onicólisis por adriamicina durante tratamiento de un hepatocarcinoma.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Consultado en <http://es.wikipedia.org/wiki/Onicólisis>, el 14 de septiembre de 2009.
2. Baran R, Dawber R, Haneke E, Tosti A. "A text atlas of nail disorders", *Diagnosis and treatment*. Londres, Martin Dunitz, 2001; 67-71, 202.
3. Baran R, Haneke E. "The nail in differential diagnosis". *Informa Healthcare* 2007: 61-72.
4. Baran R, Hay R, Haneke E, Tosti A. *Onychomycosis. The current approach to diagnosis and therapy*. Taylor & Francis Group, Oxon, 2006, 43.
5. Tosti A, Piraccini BM, Peluso AM. *Le unghie. Guida pratica alle più comune affezioni*. Bolonia, Deile Rose, 1996, 62-65.
6. Kanerva L, Estlander T. "Allergic onycholysis and paronychia caused by cyanoacrylate nail glue, but not by photobonder methacrylate nails". *Eur J Dermatol* 2000; (10)3: 223-225.
7. Sharquie IK, Al-Faham M, Karhoot JM, Sharquie KE, Al-Waiz MM, Al Douri WS. "Housewife onycholysis". *Saudi Med J* 2005; 26(9): 1439-1441.
8. Wu E, Viegas SF. "Finger sucking and onycholysis in an infant". *J Hand Surg Am* 2005; 30(3): 620-622.
9. Helsing P, Austad J, Talberg HJ. "Onycholysis induced by nail hardeners". *Contact Dermatitis* 2007; 57(4): 280-281.
10. Helsing P, Austad J, Talberg HJ. "Photonycholysis caused by olanzapine and aripiprazole". *J Clin Psychopharmacol* 2008; 28(2): 219-220.
11. Consultado en http://www.dermatofigital.com/dermatopatias_una.html, el 20 de septiembre de 2009.
12. Dawber RPR, De Berker D, Baran R. "Science of the nail apparatus". En *Diseases of the nails and their management*, Blackwell Scientific, Oxford, 1994, 58.
13. Daniel CR. "Onycholysis: An overview". *Semin Dermatol* 1991; 10(1): 34-40.