

Retroniquia: reporte de un caso

Retronychia. A case report

Patricia Chang¹, Prof. Med. Eckart Haneke²

¹ Dermatóloga Hospital Ángeles y General de Enfermedades IGSS

² Gabinete de Dermatología Dermaticum, Friburgo Alemania, Departamento de Dermatología Universidad de Bern, Suiza, Centro de Dermatología, Instituto CUF, Porto, Portugal y Hospital Académico Universitario Gent Bélgica.

RESUMEN

Se reporta el caso de un paciente femenino de 37 años edad con retroniquia, lesión inusual del pliegue proximal, caracterizado por perionixis crónica dolorosa y tejido de granulación protruyendo del mismo.

PALABRAS CLAVE: retroniquia, pliegue proximal, perionixis crónica, onicocriptosis proximal, tejido de granulación.

ABSTRACT

We report a female patient of 37 years old with retronychia, an uncommon proximal nail fold disorder characterized by painful chronic perionixis and granulation tissue emerging from under the nail fold.

KEYWORDS: Retronychia, proximal nail fold, chronic perionixis, proximal ingrowing granulation tissue.

Caso clínico

Paciente femenino, de 37 años de edad, que es enviada por su médico internista para evaluación de una dermatosis localizada en el primer ortejo del pie izquierdo. Dicha dermatosis está constituida por eritema y edema en el nivel del pliegue proximal, así como protrusión de tejido de granulación por debajo del mismo (fotografías 1 y 2).

Resto del examen físico dentro de los límites normales, con presencia de un surco de Beau en la primera uña del ortejo derecho.

Inicia su padecimiento cuatro meses antes de la consulta, con inflamación del pliegue proximal izquierdo, secundario a un pedicure. La lesión presenta enrojecimiento y salida de un material seropurulento que le provocaba dolor, motivo por el cual le fueron realizados cultivos, en los que se aislaron *Pseudomonas sp*, *Acinetobacter baumanii*, *Staphylococcus aureus*. Se le recetaron múltiples antibióticos sin obtener alivio ni mejoría. Se le realiza una resonancia magnética para descartar osteomielitis, la cual es normal, por lo que se la envía para una opinión diagnóstica. No contaba con antecedentes personales ni familiares de importancia.



Fotografía 1. Aspecto panorámico de la lesión.



Fotografía 2. Acercamiento de la lesión del pliegue proximal, primer ortejo izquierdo.

CORRESPONDENCIA

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

Con los datos clínicos se hace el diagnóstico de un granuloma piógeno del pliegue proximal izquierdo, por lo que se le realiza electrocirugía de la lesión sin obtener ninguna mejoría. Es más, presenta aumento subsecuente del tejido de granulación (fotografías 3 y 4), por lo que se realiza una interconsulta de la lesión diagnosticándose retroniquia. Es entonces cuando se decide realizar avulsión de la uña afectada, obteniendo alivio del dolor.

Lo interesante del caso es la presencia de perionixis crónica dolorosa con tejido de granulación como una manifestación de retroniquia, lo cual debe ser tomado en cuenta para su diagnóstico.



Fotografías 3 y 4. Tejido de granulación debajo del pliegue proximal post electrocirugía.

Discusión

Se llama retroniquia al enterramiento o encajamiento de la uña a la altura del pliegue proximal.^{1,2} La palabra deriva del latín *retro*, que significa hacia atrás, y del griego *oniquia*, que significa uña.¹ Fue descrita por primera vez en 1999.³

La retroniquia es el resultado de la pérdida de la continuidad entre el plato y la matriz ungual como resultado de un trauma distal, aunque permanece adherida al lecho ungual. Por lo tanto, conduce al encajamiento de la uña hacia el pliegue proximal, causando inflamación del mismo e impidiendo que siga su crecimiento normal.⁴ Es una

nueva entidad del aparato ungueal que puede manifestarse como perionixis proximal.

Afecta principalmente los ortejos y, con menos frecuencia, los dedos pulgares e índices. Los frecuentes traumatismos que sufren estos dígitos pueden explicar su localización, y las lesiones recurrentes pueden ser causa de la retroniquia.⁵

La retroniquia puede ser una rara complicación de la onicomadesis, caracterizada por un encajamiento posterior de la uña. Puede aparecer a los 3 o 6 meses en el curso de una severa inflamación o de una enfermedad sistémica cuando la uña interrumpe su crecimiento. Puede resultar difícil diagnosticarla y, cuando se asocia a onicomadesis, puede simular un tumor ungueal. El empleo del ultrasónico de frecuencia variable visualiza claramente la anatomía de las estructuras de la unidad ungueal, ayudando a excluir tumores o artropatías que podrían estar asociados a la inflamación crónica del pliegue proximal, permitiendo diferenciarlos de la retroniquia.⁶

El diagnóstico de la retroniquia se basa en los siguientes datos clínicos: engrosamiento proximal del plato ungueal, perionixis crónica dolorosa, y tejido de granulación por debajo del pliegue proximal.^{1,5}

Cuando hay separación completa entre la matriz y el plato ungueal, con el tiempo empieza a crecer una nueva uña y por ello, en casos de larga evolución, se pueden hallar más de un plato ungueal.

El tratamiento de elección es la avulsión de la lámina ungueal y, a diferencia de la onicocriptosis, no hay recurrencia.^{4,5,7}

REFERENCIAS

1. De Berker D, Bertrand R, Duhard, E, Piraccini BM, André J, Baran R. "Retronychia: Proximal ingrowing of the nail plate". *J Am Acad Dermatol* 2008; 58(6): 978-983.
2. Choi SM, Kim CH, Kang SG, Tark MS. "A case of retronychia on toenail". *J Korean Soc Plast Reconstr Surg* 2010; 37(2): 178-181.
3. Berker D, Rendall JR. "Retronychia proximal ingrowing nail". *J Eur Acad*; 12(Suppl 2): S126.
4. Chibeb S, Richert B, Benchikhi H. "Ingrowing nail: A new cause of chronic Perionixis". *Ann Dermatol Venereol* 2010; 137(10): 645-647.
5. Bumgartner M, Haneke E. "Retronychia: Diagnosis and Treatment". *Dermatol Surg* 2010; 1610-1614.
6. Wortsman X, Wortsman J, Guerrero R, Soto R, Baran R. "Anatomical Changes in Retronychia and Onychomadesis Detected Using Ultrasound". *Dermatol Surg* 2010; 36(10): 1615-1620.
7. Dahdah MJ, Kibbi AG, Ghosn S. "Retronychia: report of two cases". *J Am Acad Dermatol* 2008; 58: 1051-1053.