

# Hematoma friccional subungueal

## Podal sub ungueal frictional haematoma

Patricia Chang<sup>1</sup>, Prof. Med. Eckart Haneke<sup>2</sup>, Carlos Alfredo Borjas Leiva<sup>3</sup>, Débora Pellecer<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Dermatóloga, Hospital Ángeles y General de Enfermedades IGSS.

<sup>2</sup> Gabinete de Dermatología Dermaticum, Friburgo Alemania; Departamento de Dermatología, Inselspital, Universidad de Bern, Suiza; Centro de Dermatología Epidermis, Instituto CUF, Porto, Portugal; y Hospital Académico Universitario Gent, Bélgica.

<sup>3</sup> Electivo en Dermatología, Hospital Ángeles.

### RESUMEN

Se reportan dos casos de hematoma friccional en dos pacientes del sexo masculino y uno del femenino, favorecido por el micro trauma repetitivo del zapato. Hay que tomar en cuenta factores como: la forma del pie, tipo de calzado, edad, ocupación, actividades deportivas, y enfermedades subyacentes que pueden contribuir a esta onicopatía

**PALABRAS CLAVE:** hematoma friccional subungueal podal, micro trauma repetitivo.

### ABSTRACT

Two male and a female cases of frictional haematoma are reported. This type of haematoma is induced by repetitive shoe microtrauma. For a detailed diagnosis of this nail condition, some facts as: foot shape, footwear, occupation, sports activities, and underlying illnesses that can contribute to this onychopathy, must be considered.

**KEYWORDS:** Subungual frictional haematoma of toes, repeated microtrauma.

### Caso clínico 1

Paciente masculino, de 46 años de edad, con dermatosis en uñas de ambos primeros ortijos, constituida por onicólisis y coloración marrón negruzca (fotografía 1). Resto del examen físico: dentro de los límites normales.

Inicia su padecimiento desde hace cuatro años con cambios asintomáticos de coloración en las primeras uñas de los pies. No obstante, debido a que en los últimos seis meses la coloración se hizo más intensa, pensó que eran hongos y decidió consultar.

Antecedentes familiares negativos, y personales de importancia: colitis ulcerativa, colectomía parcial y colestectomía.

Con estos datos clínicos se hace el diagnóstico de candidosis subungueal y se le realizan: KOH y cultivo para hongos de la lesión.

El KOH es positivo para levaduras de candida y abundantes bacterias; en el cultivo se aisló *Candida albicans*, por lo que se le indicaron 3 pulsos de itraconazol 400 mg/día por 1 semana, durante tres meses.

El paciente vuelve a la consulta tres meses después de haber finalizado el tratamiento, porque sus uñas aun no se

curan. Al examen físico, se observa onicólisis y discromía, la cual puede estar provocado por un hematoma antiguo que se ha venido disolviendo (fotografía 2).

Con el cuadro actual del paciente, y debido a la simetría y bilateralidad de la lesión, se piensa que se trata de un micro traumatismo ungueal, diagnosticándosele hematoma friccional. Se vuelve a reinterrogar al paciente quien, en su trabajo, usa zapatos con punta de acero desde hace ocho años; después de su colectomía hace cuatro años ya no realiza ningún tipo de ejercicio. Anteriormente, el paciente usaba los zapatos todo el día cinco veces por semana y, a partir de su diagnóstico de hematoma friccional, solamente los ha venido usando cuando los necesita. La discromía ha disminuido (fotografía 3).

### Caso clínico 2

Paciente masculino de 98 años de edad, hospitalizado en el Servicio de Urología, pendiente de realizarle un procedimiento quirúrgico por un adenocarcinoma de la próstata. Fuimos llamados en interconsulta por presentar aftas orales. En el resto del examen físico se le encontró una onicopatía en las uñas de ambos primeros ortijos,

### CORRESPONDENCIA

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



Fotografía 1. Onicólisis, discromía marrón negruzca, bilateral y simétrica, en ambos primeros ortejos.



Fotografía 4. Discromía marrón rojizo, onicólisis, hiperqueratosis subungueal en ambas uñas de los primeros ortejos.



Fotografía 2. Onicólisis y discromía marrón claro, bilateral y simétrica, post tratamiento.



Fotografía 5. Test (T) que confirma la presencia de sangre subungueal.



Fotografía 3. Control de la onicopatía al disminuir el uso constante del zapato con punta de acero.

Lo interesante de ambos casos es la presencia de la discromía ungueal bilateral y simétrica, denominada hematoma friccional, favorecida por el micro traumatismo repetitivo de los zapatos que afecta ambos primeros ortejos.

### Caso clínico 3

Paciente femenino de 32 años de edad que consulta por presentar cambio de coloración en la primera uña del pie izquierdo. Con dermatosis localizada en la uña del primer ortejo izquierdo, constituida por onicólisis y coloración café rojiza de la misma (fotografía 6). El resto del examen físico dentro de los límites normales, y cursando con un embarazo de treinta semanas en buenas condiciones y en control prenatal.

Refiere que consulta por esa uña para descartar que se trate de un hongo. Inicia su padecimiento desde hace cuatro meses y no le gusta cómo se le ve, razón por la que consulta. No recuerda haberse golpeado la uña. Sin embargo, desde hace cuatro meses empezó a usar zapatos cerrados de la punta y de tacón bajo debido a su segundo embarazo. Antecedentes personales y familiares sin importancia.

constituida por coloración marrón rojiza, hiperqueratosis subungueal, onicólisis bilateral, simétrica, y uñas en pinza (fotografía 4). Resto del examen físico dentro de los límites normales.

El paciente refiere que, desde hace más o menos dos años, esas uñas de los pies se le ponen de ese color, pero que nunca le ha dado importancia; ocasionalmente, algunos zapatos le molestan cuando camina mucho.

Con estos datos clínicos se le hace el diagnóstico clínico de hematoma friccional. Se realiza una prueba para valorar la presencia de sangre y KOH de la hiperqueratosis subungueal. Se utiliza una prueba de guayaco en heces para la detección de sangre en el material subungueal, la cual fue positiva (fotografía 5), pero el KOH fue negativo.



Fotografía 6. Discromía café rojiza con onicólisis de la primera uña del ортеjo izquierdo.

Con estos datos clínicos se hace el diagnóstico de hematoma friccional, por lo que se recomienda evitar el uso de este tipo de calzado.

Dicha entidad debe conocerse para no confundirla, erróneamente, con otras onicopatías, como la melanoniquia micótica y el melanoma subungueal.

### Discusión

La discromía ungueal, también llamada cromoniquia, se define como cualquier cambio de coloración en el nivel de las uñas o del tejido subungueal. La pueden causar enfermedades dermatológicas, sistémicas, infecciosas, o tumorales; y ser secundaria a medicamentos, cosméticos, traumas, y misceláneas.

El pigmento puede ser de origen endógeno y exógeno. Cuando es de origen endógeno, la coloración sigue la forma de la lúnula; y cuando es exógeno, sigue la forma del pliegue proximal. Según la causa de la discromía ungueal, las uñas pueden ser de color blanco, amarillo, verde, rojo/púrpura, gris/azul, negro, marrón, entre otros, y afectar una, varias, o todas las uñas de manos y/o pies.<sup>1,2</sup>

La coloración negruzca/marrón-negruzca puede deberse al depósito de melanina, también llamada melanoniquia, misma que puede ser de origen racial, o bien presentarse debido a tumores benignos, malignos, infecciones bacterianas y fúngicas, liquen plano, síndrome de Laugier-Hunzinker-Baran, medicamentos, traumatismos, o por acumulación de sangre debajo de la uña.<sup>3,4</sup>

El traumatismo es una causa importante de discromía ungueal, sobre todo en el nivel podal, generalmente secundario a golpes fuertes o a un micro trauma repetido entre el pie y el zapato, como se observa en deportistas de balompié, alpinismo, esquí, corredores, tenistas, y otros deportes; o bien al uso de tacones altos, zapatos con punta de acero, botas de punta estrecha, zapatos apretados, por uso excesivo de los mismos, y cualquier factor traumático repetitivo sobre las uñas.

La discromía ungueal puede estar asociada con onicólisis, hendiduras, y estrías.

El traumatismo puede afectar las uñas de los primeros, segundos, cuartos y quintos ортеjos. Los dos últimos pueden presentar melanoniquia friccional.<sup>4</sup>

Es importante tomar en cuenta la forma y la función del pie, los dedos de los pies, el tipo de calzado, la ocupación, las actividades deportivas, y las enfermedades subyacentes, como la diabetes mellitus y las enfermedades reumatológicas, entre otras.

El trauma en el aparato ungueal es una de las causas más comunes de onicodistrofia. Puede ser agudo, por un golpe fuerte; y crónico, por un micro trauma menor repetitivo. La forma aguda puede manifestarse como las hemorragias en astilla, los hematomas subungueales y el desprendimiento de la uña.<sup>5</sup> Dichas alteraciones no son exclusivas de los traumatismos ungueales, ya que hay otras causas que las pueden desencadenar. Sin embargo, hay que tomar en cuenta: el micro trauma repetitivo, que no suele ser advertido por el paciente, y la hemorragia crónica subungueal, que puede manifestarse como un hematoma friccional.

La hemorragia subungueal crónica es común y asintomática en los deportistas; puede ir acompañada de onicomadecis o desprendimiento ungueal, y debe distinguirse de la melanoniquia longitudinal y de los depósitos de nitrato de plata ungueal.<sup>6,7</sup>

Los deportes con arranques y paradas bruscas pueden favorecer la presencia de hematoma subungueal del primer ортеjo, llamado dedo del tenis o del deportista.<sup>8</sup>

### REFERENCIAS

1. Baran R, Dawber RPR. *Physical signs, in diseases of the nails and their management*. 2a ed. Londres, Blackwell Scientific Publications, 1994: 63-65.
2. Baran R, de Berker D, Dawber RPR. *Nails. Appearance and Therapy*. Londres, Martin Dunitz, 1993: 23-24.
3. Roberts DT, Evans EGV, Allen BR. *Fungal Infection of the Nail*. Londres, Mosby Wolfe Med Comm, 1998: 24-25.
4. Haneke E, Baran R, Bauner GJ. *Nail Surgery and traumatic abnormalities en: Diseases of the Nails and their Management*. Londres, Blackwell Scientific Publications, 1994: 39.
5. Baran R. "Trauma to the nail unit including occupational sports injuries". *Dermatol Clin* 1985; 3: 415-420.
6. Baran R, Dawber RPR, Tosti A, Haneke E. *A Text Atlas of Nail Disorders*. Londres, Martin Dunitz, 2001: 7-15, 80, 172-176.
7. Zook EG, Baran R, Haneke E, Dawber RPR. "Nail surgery and traumatic abnormalities". En: Baran R, Dawber RPR, de Berker DAR, Haneke E, Tosti A. *Diseases of the Nails and their Management*. 3a ed. Londres, Blackwell Scientific Publications, 2001: 489, 609-610.
8. Baran R, Kechijian P. "Understanding nails disorders". *Eur J Dermatol* 2001; 11: 159-162.