

Quiz / Onicomatricoma

Quiz / Onychomatricoma

Karina Elizabeth Bravo Cañar,¹ Ilse Yolanda Osorio Aragón,² Sonia Toussaint Caire,³ Anahí Castañeda Zárraga⁴ y María Elisa Vega Memije³

¹ Residente de segundo año de Dermatopatología

² Médico pasante del servicio social, UNAM

³ Dermatóloga adscrita al Departamento de Dermatopatología, División de Dermatología

⁴ Residente de primer año de Cirugía Dermatológica

Hospital General Dr. Manuel Gea González, Secretaría de Salud, Ciudad de México

Revisión

El onicomatricoma (OM) fue descrito por primera vez en 1992 por Baran, es un tumor fibroepitelial poco frecuente, benigno, de la matriz ungueal.¹ Desde su primera descripción se han reportado aproximadamente 200 casos en la literatura, donde se indican sus características clínicas, quirúrgicas e histológicas.² En cuanto a la etiología de este tumor, datos recientes consideran que se trata del resultado de una alteración en la diferenciación celular de la matriz ungueal, pero aún no se sabe con certeza.³ Perrin y Baran⁴ propusieron un fenómeno de metaplasia como la posible patogenia de la enfermedad. La metaplasia se considera un tipo de transdiferenciación que genera un cambio en el fenotipo celular, éste puede ser reversible y usualmente ocurre como resultado de una lesión o inflamación crónica de ciertos tejidos.⁴

La incidencia del OM es mayor en personas caucásicas, en la quinta década de la vida y tiene mayor predilección por el sexo femenino. Suele afectar con mayor frecuencia las uñas de las manos que las de los pies, con una prevalencia de 63 y 36%, respectivamente.⁵

Clínicamente, este tumor se presenta como un engrosamiento importante de la lámina ungueal, xantoniquia, curvatura excesiva longitudinal o transversal, hemorragias en astilla en la porción proximal y múltiples cavitaciones, también llamadas “gusanos de madera” o “en panal de abejas”, las cuales se hacen evidentes al observar el borde libre de la lámina ungueal. La lesión también se puede presentar como una distrofia total de la uña con melanoniquia longitudinal, como un hematoma subungueal o bien como un pterigión dorsal y nodular.^{2,6}

La combinación de engrosamiento ungueal, hemorragias en astilla y xantoniquia es la presentación clínica más frecuente, se observa en más de 50% de los casos.⁷

Los diagnósticos diferenciales clínicos del OM son queratoacantoma subungueal, carcinoma epidermoide

subungueal, onicopapiloma y onicomicosis, y cuando se presenta con melanoniquia es importante hacer el diferencial con melanoma subungueal.^{6,8}

Cuando se realiza la avulsión de la lámina ungueal, típicamente se observa en la porción ventral un tumor con múltiples proyecciones filiformes prominentes que nacen de la matriz ungueal y se proyectan hacia la lámina ungueal, consideradas como características clásicas de onicomatricoma.^{1,7}

La dermatoscopia es un auxiliar para el diagnóstico de onicomatricoma, se observan líneas blancas longitudinales, hemorragias en astilla, los bordes de la lesión se encuentran dispuestos en paralelo¹² y característicamente encontramos múltiples cavidades en la porción distal de la lámina ungueal, este último hallazgo dermatoscópico es patognomónico de onicomatricoma,¹¹ sin embargo, el estándar de oro es la imagen histopatológica.⁵

En la histopatología del borde proximal de la lámina ungueal se revelan múltiples proyecciones fibroepiteliales cubiertas por un epitelio matricial papilomatoso, también llamado “digitaciones en dedo de guante” (*gloved finger digitations*), suprayacente a un estroma fibroso y celular. El estroma fibroso se separa en dos capas, una superficial delgada, compuesta por fibroblastos, y una capa profunda que contiene gruesos haces de colágeno dispuestos en paralelo. La lámina ungueal distal se muestra engrosada con lagunas rodeadas por epitelio matricial y rellenas de material seroso. Se cree que estas lagunas corresponden a las proliferaciones digitales que se observan macroscópicamente en la lámina ungueal y que el fluido seroso proviene del estroma fibrovascular.^{8,9}

El OM se ha colocado dentro de un espectro morfológico que va desde un tumor predominantemente epitelial, hasta un tumor con un estroma celular importante ya sea con o sin pleomorfismo nuclear, esto lo ha llevado a nuevas denominaciones: unguiblastoma, fibroma un-

guiblastico y fibroma unguiblastico atípico. Esta terminología expande el diagnóstico diferencial del OM empalmándolo con fibromixoma superficial acral (FSA), fibroma celular digital y fibroma pleomórfico.¹⁰

En el año 2010 Perrin y colaboradores³ describieron tres variantes histológicas: OM pleomórfico, OM con estroma colagenoso predominante y el OM parecido al fibromixoma acral superficial.

La inmunohistoquímica puede ayudar en el diagnóstico al resaltar el peculiar inmunofenotipo del OM, el cual expresa CD34 pero no CD99, S-100, desmina o actina.³

El tratamiento de elección es la avulsión ungueal con una escisión quirúrgica completa de la matriz proximal, con el objetivo de evitar recurrencias del tumor.¹

BIBLIOGRAFÍA

1. Kamath P, Wu T, Villada G, Zaiac M, Elgart G y Tosti A, Onychomatricoma: a rare nail tumor with an unusual clinical presentation, *Skin Appendage Disorders* 2017; 4(3):171-3.
2. Tavares GT, Chiacchio NG, Chiacchio ND y Souza MV, Onychomatricoma: a tumor unknown to dermatologists, *An Bras Dermatol* 2015; 90:265-7.
3. Perrin C, Baran R, Balaguer T, Chignon-Sicard B, Cannata GE, Petrella T *et al*, Onychomatricoma: new clinical and histological features. A review of 19 tumors, *Am J Dermatopathol* 2010; 32(1):1-8.
4. Perrin C y Baran R, Onychomatricoma with dorsal pterygium: pathogenic mechanisms in 3 cases, *J Am Acad Dermatol* 2008; 59(6):990-4.
5. Di Chiacchio N, Tavares GT, Tosti A, Gioia di Chiacchio N, Di Santis E, Alvarenga L *et al*, Onychomatricoma: epidemiological and clinical findings in a large series of 30 cases, *Br J Dermatol* 2015; 173(5):1305-7.
6. Altman K y Hinshaw M, Onychomatricoma: clinical presentation and management, *J Am Acad Dermatol* 2015; AB115:1908.
7. Borges Figueira de Mello C, Noriega L, Gioia di Chiacchio N, Ocampo-Garza J y Di Chiacchio N, Onychomatricoma of the nail bed, *Skin Appendage Disorders* 2018; 5(3):165-8.
8. Isales M, Haugh A, Bubley J, Zarkhin S, Bertler D, Hanson E *et al*, Pigmented onychomatricoma: a rare mimic of subungual melanoma, *Clinical and Experimental Dermatology* 2018; 43(5):623-6.
9. Durrant MN, Palla BA y Binder SW, Onychomatricoma: a case report with literature review, *Foot Ankle Spec* 2012; 5:41-4.
10. Ko CJ, Shi L, Barr RJ *et al*, Unguioblastoma and unguiblastic fibroma: an expanded spectrum of onychomatricoma, *J Cutan Pathol* 2004; 31:307-11.
11. Lee DY y Lee JH, Use of dermoscopy to identify nail plate cavities as a clinical diagnostic clue for onychomatricoma, *Int J Dermatol* 2016; 55:e108-e10.
12. Lesort C, Debarbieux S, Duru G *et al*, Dermoscopic features of onychomatricoma: a study of 34 cases, *Dermatology* 2015; 231:177-83.



ÚNETE A NUESTRA FAMILIA DE DERMATOLOGOS

Más de 30 años de experiencia en Dermatología general y cosmética
Planta física y equipo de vanguardia.

¡Siendo parte de nuestro gran equipo
te puedes concentrar en el cuidado de tus pacientes, nosotros hacemos el resto !

Envíanos tu CV a:
gerencia@medipiel.com

Atención a
Lic. Marisa Pamanes