

Distrofia ungueal psoriasiforme causada por uso crónico de uñas de gel: reporte de caso y revisión

Psoriasiform ungual dystrophy cause by chronic use of gel nails: a case report and review

Elizabeth Brussolo Marroquín,¹ Ana Sofía Ayala Cortés,² Diana Carolina Correa Sandoval³ y Adrián Cuéllar Barboza⁴

¹ Estudiante de Medicina, Departamento de Ciencias Clínicas, División Ciencias de la Salud, Universidad de Monterrey, San Pedro Garza García, México

² Dermatóloga

³ Pasante de Servicio Social

⁴ Dermatólogo, Universidad Autónoma de Nuevo León, Facultad de Medicina; Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González, Servicio de Dermatología, Monterrey, Mexico

RESUMEN

Los productos para uñas se han convertido en una causa común de trastornos ungueales: onicólisis traumática, onicodistrofia, dermatitis de contacto e infecciones, entre otros. El uso crónico de Shellac™ puede causar distrofia ungueal psoriasiforme. Por consiguiente, una historia clínica podría ayudar al diagnóstico oportuno y una intervención rápida. Se presenta el caso de una mujer de 29 años, con 20 días de evolución de una dermatosis asintomática con antecedente de uso crónico de Shellac™, se presentó a consulta externa de dermatología con todas las uñas afectadas por hiperqueratosis subungueal, signo de la gota de aceite, hemorragias en astilla y onicólisis. Se realizó el diagnóstico de onicodistrofia psoriasiforme inducida por la aplicación crónica de manicuras Shellac™, se indicó a la paciente suspender la aplicación de esmalte en uñas de gel y se inició tratamiento con clobetasol tópico 0.4% en crema bajo oclusión una vez al día durante 10 días. Después de tres ciclos, se logró la resolución completa de la dermatosis. Este trastorno ungueal puede ser consecuencia de los componentes del esmalte de uñas, instrumentos o productos utilizados para su retiro. La sospecha oportuna de esta afección podría ayudar a los médicos a brindar un tratamiento adecuado para prevenir daños ungueales a largo plazo.

PALABRAS CLAVE: uñas, psoriasis, onicólisis, hiperqueratosis subungueal, gel, Shellac.

Introducción

Shellac™ (CND, San Diego, CA, USA) es una mezcla de gel/esmalte de uñas creada a partir de una combinación de acrilato líquido que requiere fotocuración para endurecer sus componentes. Este tipo de manicura proporciona un esmalte de uñas con mayor duración

ABSTRACT

Nails cosmetics have become an increasing cause of nail disorders including traumatic onycholysis, onychodystrophy, contact dermatitis, and infections. The chronic use of Shellac™ can cause psoriasiform nail dystrophy. Therefore, a thorough history might help reach a timely diagnosis and give a rapid intervention. A 29-year-old female with a 20-day evolution of an asymptomatic dermatosis with a history of chronic use of Shellac™, presented all fingernails with subungual hyperkeratosis, longitudinal ridges, oil spots, splinter hemorrhages, and onycholysis. The diagnosis of psoriasiform onychodystrophy induced by chronic application of Shellac™ manicures was made, and the patient was advised to suspend gel nail manicures, and treatment with topical clobetasol 0.4% ointment under occlusion once daily was prescribed for ten days. After three cycles the patient referred complete resolution of her dermatosis. This nail disorder may be the consequence of nail polish components, instruments, or products used for its removal. Swift suspicion of this condition might help clinicians give proper education and treatment to prevent long-term nail damage.

KEYWORDS: nails, psoriasis, onycholysis, hyperkeratosis, gel, Shellac.

y resistencia.¹ Su eliminación suele implicar un pulido mecánico, uso de acetona y raspado. Recientemente, los cosméticos para las uñas son una causa frecuente de trastornos ungueales, como onicólisis traumática, distrofia ungueal, dermatitis de contacto e infecciones.^{2,3} A continuación se describe un caso de cambios un-

CORRESPONDENCIA

Dr. Adrián Cuéllar-Barboza ■ abcuellar89@gmail.com ■ Teléfono: 81 8389 1111
Av. Francisco y Madero s/n, Mitrás Centro, C.P. 64460, Monterrey, Nuevo León

gueales psoriasiformes debido a uso crónico de las uñas ShellacTM.

Reporte de caso

Se trata de una paciente de 29 años, quien acudió a consulta externa de dermatología con 20 días de evolución de una dermatosis asintomática que afectaba todas las uñas de las manos. Inicialmente, la paciente negó cualquier antecedente relevante de trauma, medicamentos, infecciones recientes, enfermedad sistémica u otras manifestaciones cutáneas. Despues de un interrogatorio intencional, mencionó un historial de un año de manicuras rutinarias de ShellacTM con reaplicación cada dos a cuatro semanas. En su última aplicación, la paciente identificó una distrofia ungueal grave después del último retiro, razón por la cual fue la consulta de dermatología.

Por medio de dermatoscopia se identificó hiperqueratosis subungueal, fisuras longitudinales, signo de la gota de aceite, hemorragias en astillas y onicólisis (figura 1). No se encontraron otros signos cutáneos relevantes ni manifestaciones clínicas de artritis psoriásica. No se realizó biopsia ungueal porque la paciente se negó al procedimiento.

Se hizo el diagnóstico de onicodistrofia psoriasiforme inducida por aplicación crónica de manicura con ShellacTM.

Se aconsejó a la paciente suspender indefinidamente las manicuras de uñas de gel. Se inició tratamiento con clobetasol tópico 0.4% en crema bajo oclusión una vez al día durante 10 días. Adicionalmente, se prescribió un fortalecedor de uñas (ISDIN Si-NailsTM, Barcelona, España) durante los siguientes 20 días. Luego de un seguimiento de 30 días, la paciente mostró una evidente mejoría clínica (figura 2). Se indicó un segundo ciclo del tratamiento anterior y tras cuatro meses de seguimiento, la dermatosis mejoró significativamente.

Discusión

El daño ungueal inducido por la manicura con esmalte en gel puede causar diversas presentaciones clínicas, como dermatitis de contacto, paroniquia y onicodistrofia, las cuales pueden ser consecuencia de los componentes del esmalte, los instrumentos o los productos utilizados para retirarlos.⁴ La distrofia ungueal psoriasiforme rara vez se ha relacionado con el uso de esmalte de gel y uñas acrílicas.^{5,6}



Figura 1. Hallazgos iniciales. **A:** Hiperqueratosis subungueal; **B:** onicólisis, signo de la gota en aceite, hemorragias en astillas y surcos transversales; **C:** hemorragias en astilla y surcos transversales.



Figura 2. Hallazgos ungueales después de cuatro meses de tratamiento.

En nuestro caso, la paciente presentaba anomalías ungueales que sugerían psoriasis ungueal, incluyendo hiperqueratosis subungueal, signo de la gota de aceite y onicólisis. Sin embargo, las aplicaciones crónicas de Shellac™ y la rápida mejoría después de la suspensión de las aplicaciones sugirieron el uso regular de esmalte en gel como el principal causante de los hallazgos clínicos. Por otro lado, en esta paciente, la ausencia de otros síntomas o signos relacionados con la psoriasis como lesiones cutáneas, artralgias y hoyuelos ungueales ayudaron a descartar el diagnóstico.⁷

La onicólisis observada en esta paciente es el resultado de una lesión directa en el lecho ungueal después de un traumatismo mecánico durante la extracción o aplicación de alérgenos/irritantes presentes en el esmalte de uñas.⁸ Las hemorragias en astilla son causadas por la rotura de capilares del lecho ungueal secundario a microtraumatismos continuos. Nuestra hipótesis es que la hiperqueratosis subungueal es inducida por un estrés severo en el lecho ungueal, principalmente durante el retiro del esmalte de uñas, lo que provoca deposición de células descamadas y un exceso de queratina debajo del lecho ungueal.^{8,9}

En caso de duda diagnóstica, se debe realizar una biopsia ungueal y correlacionar la clínica con los hallazgos histopatológicos. Los hallazgos histológicos que se pueden observar en la distrofia ungueal psoarisiforme son la presencia de hiperqueratosis subungueal, infiltrado neutrófilico en el lecho ungueal y ausencia de signos de infección u onicomicosis.⁶

El uso de corticosteroides de alta potencia son una opción de tratamiento eficaz y segura para la distrofia ungueal inducida por gel. Asimismo, usarlos bajo oclusión podría aumentar la eficacia del tratamiento.¹⁰ En la hiperqueratosis subungueal, el uso de crema de ácido salicílico o calcipotriol es una alternativa terapéutica para reducir el grosor de la uña.¹¹ También se pueden agregar cremas con urea al 40% para disminuir el engrosamiento del plato ungueal y mejorar la penetrancia del corticosteroide tópico.¹² Aunque la opción más adecuada sería suspender todo tipo de productos cosméticos en las uñas, los esmaltes de uñas estándar podrían sustituir a Shellac™ en pacientes que deseen una alternativa.¹

Los dermatólogos pueden utilizar signos clínicos como el grosor de las uñas, la hiperqueratosis subungueal, las

hemorragias en astilla y la onicólisis como parámetros de mejoría en el seguimiento. La detección temprana con el tratamiento adecuado y oportuno podría resultar en una resolución completa en cuatro a seis meses.

Conclusión

Debido al uso universal de los esmaltes de uñas cosméticos, el daño ungueal causado por los mismos se ha vuelto común. En este caso, demostramos que el uso crónico de Shellac™ puede imitar la psoriasis ungueal. Por lo tanto, identificar signos específicos de psoriasis en las uñas podría auxiliar a los médicos a establecer el diagnóstico adecuado. La intervención adecuada con corticosteroides tópicos bajo oclusión y la suspensión de este cosmético puede mostrar mejoría significativa a corto plazo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Dinani N y George S, Nail cosmetics: a dermatological perspective, *Clin Exp Dermatol* 2019; 44(6):599-605.
2. Rieder EA y Tosti A, Cosmetically induced disorders of the nail with update on contemporary nail manicures, *J Clin Aesthet Dermatol* 2016; 9(4):39-44.
3. Madnani NA y Khan KJ, Nail cosmetics, *Indian J Dermatol Venereol Leprol* 2012; 78(3):309-17.
4. Chen AF, Chimento SM, Hu S, Sánchez M, Zaiac M y Tosti A, Nail damage from gel polish manicure, *J Cosmet Dermatol* 2012; 11(1):27-9.
5. Tosti A, Nail cosmetics: benefits and side effects. En *Nail disorders*, 1^a ed., Londres, Elsevier, 2019, pp. 69-73.
6. Adigun CG y Shoaf H, Psoriasisiform onychodystrophy induced by photobonded acrylic nails, *J Clin Aesthet Dermatol* 2020; 13(12):18-20.
7. Mattos Simoes Mendonca SM, LaSenna C y Tosti A, Severe onychodystrophy due to allergic contact dermatitis from acrylic nails, *Skin Appendage Disord* 2015; 1(2):91-4.
8. Haneke E, Nail psoriasis: clinical features, pathogenesis, differential diagnoses, and management, *Psoriasis* (Auckland) 2017; (7):51-63.
9. Rigopoulos D y Gregorius S, Psoriasis. En *Nail disorders*, 1^a ed., Londres, Elsevier, 2019, pp. 13-26.
10. Oppel T y Korting HC, Onychodystrophy and its management, *Ger Med Sci* 2003; 1:Doc02.
11. Tosti A, Piraccini BM, Cameli N, Kokely F, Plozzer C, Cannata GE et al., Calcipotriol ointment in nail psoriasis: a controlled double-blind comparison with betamethasone dipropionate and salicylic acid, *Br J Dermatol* 1998; 139(4):655-9.
12. Chessa MA, Iorizzo M, Richert B, López-Estebaranz JL, Rigopoulos D, Tosti A et al., Pathogenesis, clinical signs and treatment recommendations in brittle nails: a review, *Dermatol Ther* (Heidelberg) 2020; 10(1):15-27.