



Localizador: 17053

Destructores de lámina ungual... ¿Malignidad?

Nail plate destruction... Malignancy?

Alejandra Ávila-Álvarez,* Gabriel Varela,* Camilo Arias-Rodríguez,* Luz Marina Gómez-Vargas*

Palabras clave:

Tumores ungueales, enfermedades de la uña, destrucción ungueal.

Key words:

Ungual tumors, nail diseases, nail destruction.

RESUMEN

La destrucción de la lámina ungual no es un signo exclusivo de patologías malignas, si bien hace pensar en éstas como diagnóstico diferencial importante. Se muestran tres casos de tumores benignos con destrucción importante de la lámina ungual, lo que rompe el paradigma de que sólo los tumores malignos se manifiestan de esta forma. Se elaboran dos hipótesis respecto al mecanismo de producción de este signo clínico, ya sea con compromiso de la matriz ungueal o sin él.

ABSTRACT

Nail plate destruction is not an exclusive sign of malignant pathologies, even though they should be included as a differential diagnosis when found. We discuss three cases of benign tumors that presented with important nail plate destruction, breaking the paradigm that just malignant tumors debut with it. We also elaborate two hypotheses about the mechanism of this clinical sign, whether or not nail matrix compromise is found.

INTRODUCCIÓN

La destrucción de la lámina ungual es un signo clínico frecuente y esperable en tumores malignos que alteran la unidad ungueal como el melanoma, el carcinoma de células escamosas (CEC)—en el que puede presentarse con una frecuencia hasta del 24%—, el carcinoma de células basales (CBC) y otros carcinomas propios de la uña.¹ Sin embargo, este hallazgo clínico no es exclusivo de entidades tumorales malignas y se puede encontrar en granulomas telangiectásicos, quistes epidérmicos, osteocondromas, tumores glómicos y fibroqueratomas, con una prevalencia hasta ahora desconocida.

de 8 x 5 mm, friable, con collar de epidermico en su base, que destruyó el 80% de la lámina ungual en su borde proximal (*Figura 1*).

Caso 2. Masculino de 27 años, deportista. Un año de evolución de una lesión asintomática de rápido crecimiento.

Examen físico: Defecto en «V» desde el tercio proximal hasta distal de la lámina ungual; porción dorsal de la lámina fragmentada; dolor leve a la palpación (*Figuras 2 y 3*).

Caso 3. Masculino de 59 años, campesino. Cuatro años de evolución de lo que refirió como «hongos en la uña»; fue tratado en múltiples ocasiones por médicos generales y dermatólogos con antimicóticos, sin presentar mejoría. Negó trauma.

Examen físico: Lámina ungual destruida en un 45%; el porcentaje restante, con cromoniquia café, marcado despulimiento y opacidad (*Figura 4*).

PRESENTACIÓN DEL CASO

Datos clínicos y examen físico

Caso 1. Femenina de 76 años, ama de casa. Siete meses de evolución de lo que describió como «callo» localizado en el hallux derecho; había recibido múltiples tratamientos por podólogos y dermatólogos. Refirió dolor intenso e intolerancia al calzado.

Examen físico: En la región proximal del hallux derecho, se observó una tumoración rojiza

Diagnóstico

Caso 1: Granuloma telangiectásico.

Tumor vascular benigno adquirido, relativamente frecuente, que muestra características histológicas similares en todas las localizaciones anatómicas; cuando se encuentra compromiso

* Servicio de Dermatología.
Clínica Universitaria Bolivariana. Medellín, Colombia.

Conflictos de intereses:
Ninguno.

Recibido:
12/Octubre/2017.
Aceptado:
11/Junio/2018.



del lecho ungular con destrucción de la lámina, como en nuestro caso, es obligatorio excluir un melanoma amelanótico.² Este tipo de tumor se presenta en el aparato ungular en cuatro escenarios:

1. Relacionado con medicamentos: son múltiples y se vinculan con la terapia antirretroviral, retinoides orales y agentes quimioterapéuticos.³
2. Trauma local: onicocriptosis, retroniquia, onicotilomanía.⁴
3. Daño neural periférico: distrofia simpática refleja, síndrome de Guillain Barré y hemiplejia.⁵



Figura 1. Tumoración rojiza de 8 x 5 mm en la región proximal del hallux derecho, friable, con collarín epidérmico en su base, que destruye el 80% de la lámina ungular en su borde proximal.

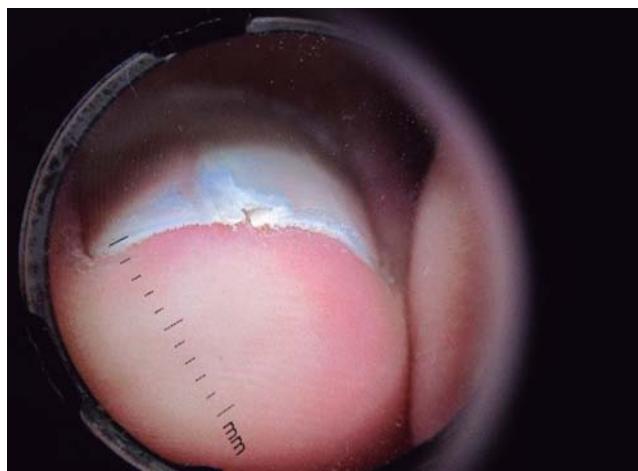


Figura 2. Vista frontal de dermatoscopia donde se aprecia onicolisis en V desde el tercio proximal hasta distal de la lámina ungular, con porción dorsal de la lámina fragmentada.

4. Enfermedades inflamatorias: sarcoidosis, psoriasis y espondiloartropatías seronegativas.⁶

Caso 2: Osteocondroma subungular.

Raro en esta ubicación. Tumor exofítico firme, en ocasiones doloroso, que produce onicólisis. Por lo general, parece más proximal que la exostosis subungular y puede alcanzar un tamaño mayor. Se observan con mayor frecuencia en adolescentes y adultos jóvenes, con una razón hombre:mujer de 2:1, mientras que la exóstosis subungular es frecuentemente identificada en pacientes de 20 a 40 años de edad, con una relación mujer:hombre de 2:1.¹ En ambas condiciones, las masas subungulares se desarrollan de manera progresiva a lo largo de varios meses, y a medida que aumentan de tamaño, producen la deformidad ungular y dolor. También comprimen la lámina ungular y la falange distal. El diagnóstico definitivo



Figura 3. Defecto en «V» desde el tercio proximal hasta distal de la lámina ungular; porción dorsal de la lámina fragmentada.



Figura 4. Lámina ungular destruida en un 45%; porcentaje restante con cromoniquia café, marcado despulimiento y opacidad.

depende de la histología, pero los rayos X y la resonancia magnética pueden ser de gran utilidad.⁷

Caso 3: Microquistes foliculares del lecho ungular.

Descritos por primera vez por Lewin como inclusiones epidermoides subungulares, corresponden a las proliferaciones bulbosas de las puntas de las crestas epiteliales, a veces con la formación de microquistes. En raras ocasiones, estos microquistes pierden su conexión con el epitelio del lecho ungular y llegan a estar dentro de la dermis superficial. La queratinización de esta inclusión epitelial superficial se caracteriza por la formación de queratina homogénea sin una capa granular. Clínicamente, se distinguen por destrucción de la lámina y onicodistrofia; su diagnóstico es tardío dada su confusión con otras entidades como la onicomicosis.⁸

DISCUSIÓN

La interpretación de la destrucción de la lámina ungular en el contexto de la sospecha de una enfermedad tumoral debe hacerse a la luz de la anatomía y fisiología del aparato ungular. Se sabe que la lámina ungular refleja el estado de la matriz, y la región subungular, el estado del lecho.⁹

Consideramos que la destrucción de la lámina puede darse en dos contextos: con y sin compromiso de la matriz.

Con compromiso de la matriz, planteamos dos posibilidades:

1. Invasión del tejido matricial por células tumorales que alteran el patrón de queratinización de la lámina; esta disqueratosis puede llevar a una falta de adhesión entre

los queratinocitos, que a su vez podría ocasionar una disminución de la fuerza tensil de la lámina, haciendo más fácil que ésta se fragmente.

2. Compresión mecánica del tumor sobre la matriz ungular, interrumpiendo su actividad mitótica.

Sin compromiso de matriz ungular:

Falta de adhesión de la lámina al lecho. La adherencia de la lámina al lecho está dada por la complementariedad existente entre las crestas epidérmicas del lecho ungular y las de la porción ventral o inferior de la lámina.¹⁰

Un cambio en este patrón microscópico de adhesión en carriles longitudinales por la presencia de una lesión en el espacio subungular puede alterar la forma y configuración de la lámina, haciéndola más susceptible a la fragmentación.

CONCLUSIONES

La destrucción de la lámina ungular es un signo frecuentemente hallado en los tumores malignos; sin embargo, no es exclusiva de este tipo de patologías, tal como se evidencia en los casos clínicos presentados. La producción de este signo clínico se puede acompañar de compromiso de la matriz ungular o no, lo que se explica por las hipótesis expuestas en la discusión.

Correspondencia:

Alejandra Ávila Álvarez

Carrera 34 Núm. 18AA Sur-142,
Medellín, Antioquia, Colombia.

E-mail: alejavila1402@gmail.com

BIBLIOGRAFÍA

1. Lecerf P, Richert B, Theunis A, André J. A retrospective study of squamous cell carcinoma of the nail unit diagnosed in a Belgian general hospital over a 15-year period. *J Am Acad Dermatol*. 2013; 69 (2): 253-261.
2. Richert B, Lecerf P, Caucanas M, André J. Nail tumors. *Clin Dermatol*. 2013; 31 (5): 602-617.
3. Teknetzis A, Ioannides D, Vakali G, Lefaki I, Minas A. Pyogenic granulomas following topical application of tretinoin. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2004; 18 (3): 337-339.
4. Richert B. Frictional pyogenic granuloma of the nail bed. *Dermatology*. 2001; 202 (1): 80-81.
5. Mazereeuw-Hautier J, Bonafé JL. Bilateral Beau's lines and pyogenic granulomas following Guillain-Barré syndrome. *Dermatology*. 2004; 209 (3): 237-238.
6. Piraccini BM, Bellavista S, Misciali C, Tosti A, de Berker D, Richert B. Periungual and subungual pyogenic granuloma. *Br J Dermatol*. 2010; 163 (5): 941-53.
7. Lee SK, Jung MS, Lee YH, Gong HS, Kim JK, Baek GH. Two distinctive subungual pathologies: subungual exostosis and subungual osteochondroma. *Foot Ankle Int*. 2007; 28 (5): 595-601.
8. Perrin C. Tumors of the nail unit. A review. Part II: acquired localized longitudinal pachyonychia and masked nail tumors. *Am J Dermopathol*. 2013; 35 (7): 693-709; quiz 710-712.
9. Baran R. The nail in the elderly. *Clin Dermatol*. 2011; 29 (1): 54-60.
10. Rauch C, Cherkaoui-Rbati M. Physics of nail conditions: why do ingrown nails always happen in the big toes? *Phys Biol*. 2014; 11 (6): 066004.