

Melanoniquia longitudinal. A propósito de un caso

Dra. Myrna Rodríguez Acar,* Dra. María de la Luz Acosta Nieto**

RESUMEN

La melanoniquia longitudinal es la presencia de coloración café oscura en las uñas, ocasionada por depósito de melanina, determinar la causa es difícil, y en la mayoría de los casos se debe hacer diagnóstico diferencial clínico con melanoma maligno subungueal. Reportamos el caso de un paciente masculino de 60 años, con la presencia de melanoniquia longitudinal que afecta la uña del primer ortejo del pie izquierdo, de 7 años de evolución.

Palabras clave: Melanoniquia longitudinal, melanoniquia estriada.

ABSTRACT

Longitudinal melanonychia is characterized by tan, browns, or blacks longitudinal streak within the nail plate. It's results from increased melanin deposition in the nail plate. The causes of longitudinal melanonychia are numerous. The diagnosis of subungueal melanoma must always be included in the differential diagnosis of longitudinal melanonychia. We report the case of a 60 years old male with longitudinal melanonychia in the left great toe.

Key words: Longitudinal melanonychia, melanonychia striate.

INTRODUCCIÓN

La melanoniquia longitudinal (ML) se caracteriza por la presencia de estrías longitudinales café o negras en la lámina ungueal, resultado de un aumento en el depósito de melanina. Es más frecuente en personas de piel oscura que en personas blancas; ocurre en el 77% de los americanos de origen africano mayores de 20 años, y en el 100% de los mayores de 50 años. En los japoneses se presenta en el 10 a 20%; es también común en hispanos, aunque no se conoce la cifra con exactitud. En los niños es un hallazgo relativamente raro. La localización más frecuente es en las uñas de pulgares e índices y está relacionada con el mayor uso de estos dedos, sujetos también a mayor trauma.^{1,2,4}

La ML se origina de la matriz de la uña, y resulta de un incremento en el depósito de melanina en la lámina ungueal. Puede ser por un aumento en la cantidad de melanina producida por los melanocitos de la matriz o

por un aumento de la cantidad de los melanocitos, los cuales pueden ser de características normales o anormales.^{1,3,8}

Las causas son muy variadas por lo que su diagnóstico es un reto para el especialista. Como causas de ML de una sola estría podemos mencionar dentro de las no neoplásicas al síndrome del túnel del carpo, hematomas, hiperpigmentación posinflamatoria, traumatismos agudos o crónicos. Y dentro de las causas neoplásicas a los nevos melanocíticos congénitos o adquiridos, proliferación de melanocitos normales, proliferación de melanocitos atípicos, melanoma in situ, melanoma metastásico y melanoma subungueal, la enfermedad de Bowen, quiste mixoide, histiocitoma fibroso subungueal, y verrugas vulgares. Dentro de las causas de ML de múltiples estrías están el síndrome de Laugier- Hunziker, liquen plano y liquen estriado; la utilización de fármacos como antimaláricos, bleomicina, ciclofosfamida, 5- fluorouracilo, terapia con oro, hidroxiurea, ketoconazol, fluconazol, mercuriales, metotrexate, minociclina, fenotiazinas, fenitoína, psoralenos, sulfonamidas, tetraciclinas, y zidovudina. Dentro de las causas infecciosas están el síndrome de inmunodeficiencia adquirida, onicomicosis, bacterianas,

* Médico adscrito al Servicio de Dermatoleprología del Centro Dermatológico Pascua (CDP).

** Residente de 2º año del CDP.

blastomicetos, Candida y sífilis secundaria. Puede ser de origen racial como ya se mencionó antes, y relacionarse a enfermedades sistémicas como la enfermedad de Addison, hemosiderosis, hiperbilirrubinemia, hipertiroidismo, síndrome de Peutz-Jeghers, porfiria, embarazo, y deficiencia de vitamina B12. El diagnóstico diferencial más importante es con el melanoma subungueal. Por lo que si sus causas no son claras se justifica la toma de una biopsia.^{1,2,4,5,7,9,10}

El signo de Hutchinson es la salida del pigmento de la uña a región periungueal ya sea lateral o proximal, y se considera uno de los indicadores más importantes para pensar en la presencia de melanoma subungueal. Algunas otras ocasiones puede observarse el llamado signo seudo Hutchinson esto es cuando la cutícula o el área periungueal proximal son transparentes y dejan ver el pigmento por debajo de ellas. Se puede ver este signo en el síndrome de Laugier-Hunziker, ML e hiperpigmentación después del uso de rayos X, malnutrición, asociado a terapia con minociclina, y en síndrome de Peutz-Jeghers. Por lo tanto la salida del pigmento de la uña no siempre es específica para melanoma subungueal, y a su vez la ausencia de este síndrome no implica benignidad.^{1,5, 6}

Otros datos que pueden hacer pensar en melanoma subungueal al especialista cuando se encuentra ante una ML son la afectación de un solo dedo, presentarse en la sexta década de la vida o posterior, la presencia relativamente rápido de ML en una uña previamente sana, la afectación del pulgar, índice, o del primer ortejo, los bordes laterales de la uña despullidos, antecedentes de melanoma, presencia de nevos displásicos, y distrofia ungueal.^{1,5}

El estudio histopatológico de la biopsia es importante, y será necesaria una historia completa y descripción clínica precisa, que serán referidas al patólogo, para una mejor interpretación de la misma. Desde este punto de vista se distinguen las siguientes causas de ML: nevos melanocíticos congénitos y adquiridos, proliferación de melanocitos normales, recurrente o persistente melanocitosis con características histológicas que pueden simular un melanoma subungueal, melanoma in situ, melanoma subungueal, y melanoma metastásico.¹

CASO CLÍNICO

Se trata de paciente masculino de 60 años, originario y residente del Distrito Federal, actualmente jubilado, pensionado, escolaridad primaria, sin antecedentes heredofamiliares, ni patológicos de importancia, sin ingesta crónica de medicamentos. Con una dermatosis localizada a

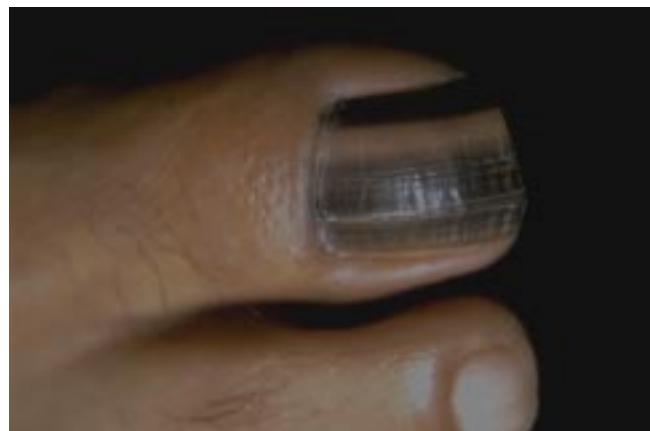


Figura 1. Presencia de estrías hipercrómicas que afectaban la uña del primer ortejo.

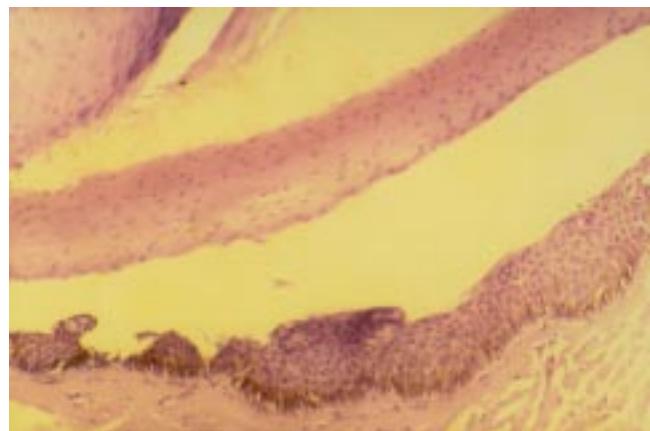


Figura 2. Histología de la lesión, que muestra aumento en el número de melanocitos.

la extremidad inferior izquierda, de la que afecta el pie y de éste la uña del primer ortejo, está constituida por pigmentación café oscuro, distribuida en numerosas estrías longitudinales, que cubrían casi en su totalidad toda la uña, los límites del pigmento bien circunscritos, la superficie de la uña lisa y brillante (Figura 1). El tiempo de evolución era de aproximadamente 7 años, y asintomática.

En resto de piel y anexos corresponde a un fototipo cutáneo IV-V, no se encontraron otros datos patológicos.

Se solicitaron exámenes de laboratorio de los cuales la biometría hemática, la glucemia, urea y creatinina séricos, transaminasas glutámico oxalacética y pirúvica, y la fosfatasa alcalina fueron normales. La radiografía del pie izquierdo con foco en primer ortejo, mostraba tejidos blandos y estructuras óseas sin alteraciones.

Se realizó una biopsia longitudinal de la uña, que incluía la lámina ungueal, el lecho, y la matriz proximal y distal. De la que el estudio histopatológico reportó la presencia de material córneo con numerosas zonas de pigmento melánico, que asientan sobre un epitelio poliestratificado con zonas de acantosis moderada, a nivel de la matriz ungueal se observa aumento de los melanocitos algunos de los cuales son de mayor tamaño así como hiperpigmentación irregular. Con estos datos se corroboró el diagnóstico de melanoniquia estriada (Figura 2).

DISCUSIÓN

Dentro de los diagnósticos diferenciales de importancia de la ML está el melanoma subungueal, ya que puede subdiagnosticarse con consecuencias fatales para el paciente. La ML y el melanoma subungueal tienen algunas características que pueden confundir al especialista. Cuando se presentan en las manos afectan principalmente a los pulgares e índices o a ambos, la ML se ha reportado como precedente al inicio de melanoma subungueal pudiéndose ser un signo temprano, y ambos ocurren más frecuentemente en personas de piel oscura. El melanoma subungueal es ligeramente más frecuente en las manos que en los pies (45- 60%), en los pies afecta principalmente el primer ortejo; este aumento de la frecuencia en estos dedos probablemente se debe a que están expuestos a más traumatismos, a que la ML es más frecuente también en ellos. El melanoma subungueal ocurre más frecuente en personas mayores (sexta o séptima década de la vida), sin encontrar diferencias en cuanto el sexo.¹

No hay un signo o un dato que nos confirme clínicamente la presencia de melanoma subungueal, el signo de Hutchinson se llegó a considerar patognomónico, más

no siempre es así, por lo que hay que tomarse con reservas tanto su presencia como la ausencia del mismo.⁶

El caso clínico que nosotros reportamos se trata de una ML, en el que se descartó la presencia de melanoma, sin embargo cuenta con algunos datos clínicos que podrían hacer sospechar malignidad por lo que la biopsia fue definitiva para su diagnóstico, es conveniente que el paciente continúe en vigilancia y alertarlo para identificar en un momento dado cambios que pudieran indicar un melanoma subungueal, ya que como se ha mencionado previamente la ML puede anteceder a un melanoma en algunos casos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Baran R, Kechijian P. Longitudinal melanonychia (melanonychia striata): diagnosis and management. *J Am Acad Dermatol* 1989; 21: 1165- 1175.
2. Léauté-Labrézé Ch, Bioulac-Sage P, et al. Longitudinal melanonychia in children. *Arch Dermatol* 1996; 132: 167-169.
3. Molina D, Sánchez JL. Pigmented longitudinal bands of the nail. *Am J Dermatopathol.* 1995; 17: 539-541.
4. Tosti A, Baran R, et al. Progressive fading of longitudinal melanonychia due to a nail matrix melanocytic nevus in a child. *Arch Dermatol* 1994; 130: 1076-1077.
5. Ishihara Y, Matsumoto K, et al. Detection of early lesions of "ungueal" malignant melanoma. *Int J Dermatol* 1993; 32: 44-47.
6. Baran R, Kechijian P. Hutchinson's sign: a reappraisal. *J Am Acad Dermatol* 1996; 34: 87-90.
7. Tosti A, Baran R, et al. Nail matriz nevi: a clinical and histopathologic study of twenty-two patients. *J Am Acad Dermatol* 1996; 34: 765-71.
8. Perrin Ch, Michiels JF, et al. Anatomic distribution of melanocytes in normal nail unit. *Am J Dermatopathol* 1997; 19: 462-467.
9. Kar HK. Longitudinal melanonychia associated with fluconazole therapy. *Int J Dermatol* 1998; 37: 719-720.
10. Perrin C, Baran R. Longitudinal melanonychia caused by *Trichophyton rubrum*. *J Am Acad Dermatol* 1994; 31: 311-316.