

Caso clínico

Retroniquia

Patricia Chang,¹ David Rosales²

RESUMEN

Se comunican los casos de dos pacientes del sexo femenino, de 17 y 10 años de edad, con retroniquia de ambos primeros ortejos, cuyas manifestaciones fueron: eritema, dolor, perionixis y tejido de granulación, signos característicos de esta onicopatía. En ambos casos se refirió un traumatismo ocurrido dos y seis meses antes del inicio del cuadro clínico, como se describe en la bibliografía.

Palabras clave: retroniquia, dolor, perionixis, onicocriptosis proximal, traumatismo.

ABSTRACT

We report two female patients aged 17 and 10 years; both with retronychia in the first toes. At physical examination they showed the classic hallmarks of this condition: erythema, pain, and granulation tissue perionixis. Both cases presented with a history of trauma two and six months previous the clinical manifestations, as described in the literature.

Key words: retronychia, pain, proximal ingrowing, trauma.

CASOS CLÍNICOS

Caso 1

Paciente femenina de 17 años de edad, quien acudió a consulta debido a una alteración de las uñas de los dos primeros ortejos, de dos meses de evolución.

Al examen físico se apreció una onicopatía localizada en ambos primeros ortejos, de los que afectaba el pliegue proximal, sobre todo el izquierdo, en forma de edema y eritema que simulaban perionixis (Figuras 1 y 2). El resto del examen físico no reveló más alteraciones.

La paciente refirió que su padecimiento fue causado por una machucadura de los pies, inició con dolor e hinchazón del primer ortejo del pie derecho y posteriormente con enrojecimiento e hinchazón del primer ortejo del pie izquierdo, motivo por el que recibió antibióticos que no le proporcionaron alivio, incluso, no le habían crecido las uñas. La radiografía de pies indicó edema de tejidos.

Con estos datos clínicos se estableció el diagnóstico de retroniquia bilateral y se le realizó avulsión de las uñas de ambos primeros ortejos. La paciente evolucionó favorablemente.

Caso 2

Paciente femenina de 10 años de edad enviada a consulta para diagnóstico de afección ungueal en los dos primeros ortejos de seis meses de evolución.

Al examen físico se observó onicopatía localizada en el pliegue proximal del primer ortejo derecho, constituida por edema, eritema y tejido de granulación que salía por debajo de la cutícula, y onicomadesis en la primera uña del pie izquierdo (Figuras 3 y 4). El resto del examen físico arrojó resultados normales.

El padecimiento inició seis meses antes, después de una actuación de baile en la que recibió un golpe en los pies; posteriormente, experimentó dolor, hinchazón y enrojecimiento, con salida de material rojizo de la primera uña del pie derecho y separación de la uña del pie izquierdo.

¹ Dermatóloga.

² Residente electivo en dermatología.
Hospital Ángeles, Guatemala, CA.

Correspondencia: Dra. Patricia Chang. Paseo Plaza Clinic Center Of 404; 3ª av 12-38 zona 10, Guatemala. Correo electrónico: pchang2622@gmail.com

Recibido: diciembre, 2012.

Aceptado: marzo, 2013.

Este artículo debe citarse como: Chang P, Rosales D. Retroniquia. Dermatol Rev Mex 2013;57:264-266.



Figura 1. Panorámica de las uñas de los dos primeros ortejos.



Figura 2. Acercamiento de la lesión del pliegue proximal, con eritema y edema que simulan perionixis.



Figura 3. Panorámica de las uñas de los dos primeros ortejos; la izquierda con eritema, edema y salida de tejido de granulación; la derecha con onicomadesis.

Se le administraron múltiples analgésicos y antibióticos que no le produjeron alivio.

Con estos datos clínicos, se diagnosticó retroniquia del primer ortejo del pie derecho y onicomadesis de la uña del primer ortejo izquierdo, por lo que se le realizó avulsión de la primera uña del pie derecho. La evolución fue buena.

La retroniquia es la incrustación de la uña en el pliegue proximal. Es una onicopatía rara, de la que se han reportado muy pocos casos. Afecta principalmente a pacientes



Figura 4. Acercamiento de la lesión característica de la retroniquia.

adultos del sexo femenino,¹⁻⁶ sobre todo en los primeros ortejos, en el cuerno proximal lateral, aunque se han reportado casos de daño en los dedos.²

Se describen dos causas básicas: enfermedad sistémica y traumatismo; este último es el más común, y en él influye predominantemente el tipo de calzado.^{1,2} En circunstancias normales, después de un periodo de latencia se forman líneas de Beau u onicomadesis; en esas condiciones, la lámina antigua y la nueva se mantienen alineadas sobre su eje horizontal, gracias al pliegue proximal que evita la elevación de la lámina antigua en respuesta a la presión que ejerce la nueva lámina.¹⁻³ Existen varias teorías de la aparición de la enfermedad. La primera, descrita por Berker y colaboradores,² sostiene que la lámina vieja permanece fija en su parte distal al lecho ungueal. A medida que la nueva lámina se crea un movimiento retrógrado hacia la cara ventral del pliegue proximal, que ocasiona que la lámina vieja se encarne en ese pliegue.^{1,3,5-7} La segunda la plantearon Baumgartner y Haneke;² en ésta, el daño

primario origina onicólisis, que es el evento patogénico mayor en esta afección. Esto genera dos consecuencias: la lámina ya no está fija al lecho ungueal, lo que permite un movimiento posterior de la misma que produce la lesión al pliegue proximal, y la segunda es que el lecho ya no puede facilitar el crecimiento longitudinal de la lámina. Debido al traumatismo constante, la nueva lámina logrará adherirse al lecho ungueal y se entrará en un ciclo vicioso.⁴⁻⁶ La tercera teoría, descrita por Wortsman y colaboradores,^{6,7} postula que el fragmento encarnado es resultado de un desplazamiento posterior completo de la unidad ungueal, debido a la fuerza de tracción generada por la inflamación y el tejido de granulación.⁷

En la bibliografía se reporta que los pacientes, por lo general, tienen antecedente de dolor progresivo junto con eritema y edema del pliegue proximal, así como aumento de la sensibilidad del mismo. La evolución es de tres a seis meses, sin respuesta al tratamiento convencional con antibióticos o esteroides. La afección tiende a empeorar después de usar calzado cerrado o realizar actividad física.¹⁻⁴ Se observa engrosamiento de la lámina ungueal y, según la cronicidad, discromía (xantoniquia). La clínica es esencial para el diagnóstico; se describe una tríada clásica de dolor, inflamación y formación de tejido de granulación.¹⁻⁷

El ultrasonido de frecuencia variable bidimensional y tridimensional es un método no invasivo para evaluar la lesión de manera preoperatoria, permite identificar alteraciones del aparato ungueal y excluir tumores, quistes o artropatías.^{5,6} Algunos de los hallazgos ultrasonográficos son:

1. Disminución de la distancia entre la base de la falange distal y el punto de origen de la lámina ungueal.
 2. Engrosamiento marcado del pliegue ungueal proximal.
 3. Aumento del flujo sanguíneo al pliegue proximal y al lecho ungueal (esto se aprecia por medio de ultrasonido Doppler).
 4. Anecogenia o hipoeogenicidad hiperintensa en la dermis.
- Se cree que mediante el ultrasonido puede determinarse la cronología de la lesión al correlacionar la longitud de la lámina con la tasa normal de crecimiento ungueal, lo que podría ser útil para identificar el agente causal más probable en cada caso.⁶
- El tratamiento definitivo es la avulsión de la lesión. No se han reportado recurrencias. Durante el procedimiento podrían observarse dos a cuatro láminas superpuestas, que deben ser tratadas.¹⁻⁷

REFERENCIAS

1. Dahdah M, Kibbi AG, Ghosn S. Retronychia: report of two cases. *J Am Acad Dermatol* 2008;58:1051-1053.
2. Berker D, Richert B, Duhard E, Piraccini B, et al. Retronychia: proximal ingrowing of the nail plate. *J Am Acad Dermatol* 2008;58:978-983.
3. Zaraa I, Kort R, Mokni M, Osman A. Retronychia: A rare cause of chronic paronychia. *Dermatol Online J* 2012;18:9.
4. Baumgartner M, Haneke E. Retronychia: diagnosis and treatment. *Dermatol Surg* 2010;36:1610-1614.
5. Wortsman X, Calderon P, Baran R. Finger retronychia detected early by 3D ultrasound examination. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2012;26:254-256.
6. Wortsman X, Wortsman J, Guerrero R, Soto R, Baran R. Anatomical changes in retronychia and onychomadesis detected using ultrasound. *Dermatol Surg* 2010;36:1615-1620.
7. Chang P, Haneke E. Retroniquia: reporte de un caso. *Dermatología CMQ* 2012;10:46-47.