



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA

11212

7

20

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES

ONICOPATIAS EN EL HOSPITAL GENERAL DE MEXICO S. S.
(Análisis morfológico de 356 casos de onicopatias
encontradas en 1000 pacts)

TESIS DE POST-GRADO
PARA OBTENER EL TITULO DE
ESPECIALISTA EN DERMATOLOGIA
P R E S E N T A
DRA. NORMA JOSEFINA FLORES SANTOS

HOSPITAL GENERAL DE MEXICO S. S.
SERVICIO DE DERMATOLOGIA

MEXICO, D. F.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1989



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I N D I C E

	Pag.
I.- Introducción	1
II.- Generalidades de las uñas	2
A.- Embriología	2
B.- Anatomía, Vascularización (Esquema1)	3
C.- Fisiología y Bioquímica	6
Crecimiento	6
Regeneración	7
Características físicas y químicas propias	8
III.- Clasificación de la patología ungueal	9
Patología ungueal en genodermatosis	10
Patología ungueal en dermatosis (Tabla II)	11
Patología ungueal en enfermedades sistémicas (Tabla III)	12
Patología ungueal medicamentosa (Tabla IV)	13
Clasificación Morfológica (Tabla V)	14
1.- Anomalías de la forma	16
A.- Anoniquias	16
B.- Onicomadesis	17
C.- Coiloniquias	18
D.- Uñas Hipocráticas o en vidrio de reloj.	20

	Pag.
E. - Paquioniquias	23
F. - Braquioniquias	24
G. - Onicolisis	25
2.- Anomalías en el color	28
A. - Leuconiquias	28
B. - Melanoniquia	33
C. - Xantoniquias	36
D. - Uñas azules	36
E. - Cloroniquias	37
F. - Eritroniquias	38
G. - Hemorragias en astillas	38
3.- Anomalías en la superficie	40
A. - Plts u hoyuelos	40
B. - Erosiones	41
C. - Fisuras	41
D. - Surcos	42
E. - Hendiduras	43
F. - Onicosquicia	43
4.- Anomalías en la consistencia	44
A. - Hapaloniquia	44
B. - Uñas quebradizas	44
5.- Anomalías en los tejidos perilungueales	45

	Pag.
A.- Pterigi6n	45
B.- Paroniquia	46
C.- Uña encarnada	47
6.- Tumores	47
A.- Benignos	48
B.- Malignos	50
SEGUNDA PARTE	
I.- Introducci6n	53
II.- Objetivos	53
III.- Material y m6todo	54
IV.- Resultados	55
A.- An6lisis global	55
B.- Anomalías en la forma	56
C.- Anomalías en el color	58
D.- Anomalías de la superficie	60
E.- Anomalías en la consistencia	61
F.- Anomalías en los tejidos perilungueales	61
G.- Tumores	62
V.- Conclusiones	81
Resumen	83
Iconografía	83'
Bibliografía	84

PRIMERA PARTE

1. INTRODUCCION

Las uñas de las manos y los pies han permanecido en su lugar a lo largo de un prolongado periodo evolutivo. Sirven de protección y contribuyen a la finura y precisión del tacto y a la capacidad prensil. Con gran frecuencia el significado funcional de la uña se ha subordinado a consideraciones cosméticas o estéticas (2), y durante mucho tiempo se ha ignorado el valor de las uñas como un reflejo del estado de salud tanto presente como pasado, de la nutrición, la personalidad, la ocupación y de trastornos sistémicos (3) .

La primera descripción de la patología ungueal fue hecha por Hipócrates en pacientes con emblema; esta alteración es conocida como uñas en cristal de reloj y representa uno de los mejores y más conocidos signos de la patología médica observable en las uñas (3) .

En 1846 Beau señala la presencia de surcos transversales en la lámina ungueal como un signo de gran valor para diagnosticar una enfermedad previa (3) .

Cada día se hace mas hincapié en el examen meticuloso de las uñas; los Dermatólogos se lo han impuesto como algo habitual . Su fácil acceso permite una observación sencilla y no —

molesta para el paciente. Sin embargo el estudio de su patología rara vez se realiza de manera correcta, debido a que enfermedades muy diversas pueden tener expresión morfológica ungueal similar y no patognomónica del proceso de base .

Pese a esto la simple inspección ocular de las uñas de un paciente puede ser de mayor ayuda diagnóstica que muchas de las mas sofisticadas técnicas exploratorias. No es raro que una onicopatía sea el primer signo de una enfermedad sistémica (3) .

II. GENERALIDADES DE LA UÑA

A. Embríología .

La embriología de la uña ha sido cuidadosamente estudiada por Zafas y Alvarez quienes han concluido que el primer signo de matriz se ve en el dorso de los dedos del embrión de 10 — semanas de edad .

En ese momento la superficie de las puntas de los dedos consiste en células epiteliales indiferenciadas y se llama campo ungueal. Una cuña de células basaloides, la matriz primordial o primitiva, se ve creciendo en sentido proximal y diagonal con respecto a los tejidos mas profundos de la falange, hasta un punto cercano a la futura articulación interfalángica terminal. Esta

cuña de células sigue desarrollándose hasta el periodo neonatal o la primera infancia. En el embrión de 13 semanas, las porciones más distales y viejas de la matriz primordial, la futura lúnula, se están diferenciando en la matriz y determinando la producción de la lámina ungueal. La lámina ungueal se forma por un proceso que implica aplanamiento de las células basales de la matriz, fragmentación de los núcleos y condensación del citoplasma, para formar células córneas planas muy adheridas entre sí. El área de fragmentación nuclear y condensación citoplásmica se llama zona queratógena. La matriz es la única responsable de la formación de la lámina ungueal (5) .

B. Anatomía .

Desde el punto de vista anatómico la uña y el tejido circundante de la falange distal constituyen una unidad funcional. - La parte principal de este apéndice es la lámina ungueal que se origina de la matriz; es de forma rectangular, dura, translúcida, de color rosado debido a la rica vascularización del lecho .

La matriz ungueal que es la parte germinativa, esta situada debajo de la parte más proximal de la lámina; desde el punto de vista funcional puede dividirse en 3 partes: la porción proximal que sintetiza la cara dorsal de la lámina; la porción -

media da origen a las capas centrales de la lámina; la porción distal donde se origina la cara ventral de la lámina .

Vista por su superficie la lámina ungueal presenta una coloración rosada, excepto en su parte más proximal, donde existe un área más blanquecina en forma de semiluna denominada lúnula . Diversas teorías han tratado de explicar la coloración de la lúnula, basándose en una mayor actividad mitótica, en la existencia de células que conservan su núcleo lo que provocaría una distinta reflexión de la luz, en una disminución del tejido conectivo o en una menor adherencia de la lámina al lecho ungueal.

En situación proximal existe otro repliegue epidérmico, que rodea el borde proximal de la lámina, denominado eponiquio. La porción superficial del eponiquio se extiende unos milímetros por la superficie de la lámina, recubriéndola y formando la denominada cutícula cuya función es proteger la matriz ungueal .

Dos repliegues epidérmicos limitan por los lados la lámina ungueal constituyendo el periniquio . Uniendo la parte distal del techo a la cara inferior de la lámina existe un repliegue de la epidermis denominado hiponiquio (4) (Esquema 1) .

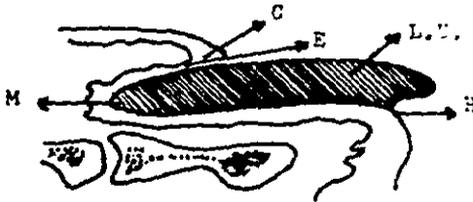


FIG. 1 Dibujo que muestra los diferentes componentes de la uña. M: matriz. L.U.: Lamina ungueal
C: cutícula. E: eponiquio. H: hiponiquio.

Vascularización. El lecho ungueal está muy bien irrigado por vasos sanguíneos de pequeño calibre, resultado de anastomosis anteroposteriores procedentes de las dos arterias digitales que discurren por las caras laterales de los dedos las cuales se ramifican a nivel de la articulación interfalángica terminal. A nivel de los pulpejos existen importantes comunicaciones arterio-venosas bajo control nervioso y de las quininas circulantes; se les denominan Glomus son importantes en la regulación de la temperatura y en mantener la circulación acral en condiciones de frío. El lecho ungueal contiene de 93 a 501 glomus por cm^2 . La fisiología de estas comunicaciones permite que la sangre circule hacia el extremo del pulpejo del dedo y regrese luego hacia

el área de la matriz ungueal .

De esta manera la base del lecho ungueal y las células de la matriz son capaces de recibir una irrigación sanguínea doble. Debido a este hecho los estudios de capilaroscopia ungueal han sido objeto de considerable interés ya que el lecho ungueal únicamente tiene capilares y cuerpos glómicos (1, 3, 4) .

C. Fisiología y Bioquímica .

Crecimiento . Las células pseudobasaloideas de la matriz pierden sus núcleos, se aplanan, se cornifican y se adhieren a la lámina ungueal sólida ya formada. El índice de crecimiento está dado por el índice de recambio de las células de la matriz; no así el espesor o grosor que está dado por la cantidad de células germinativas presentes en la matriz (2) . William Bean midió el crecimiento de la uña de su pulgar izquierdo cada día durante un periodo de 30 años, encontrando unos valores de 0.123 mm/día a los 32 años de edad y de 0.100 mm/día a los 61 años (3) . El índice promedio de crecimiento de la uña del pulgar es de 0.10 a 0.12 mm/día (3) .

Las uñas de los dedos de las manos crecen más rápidamente que las de los pies. Este ritmo de crecimiento también

es más rápido en individuos jóvenes que en ancianos, probablemente como consecuencia de una mejor vascularización de la matriz. Numerosas circunstancias, fisiológicas y patológicas, pueden modificar este ritmo de crecimiento (1) . Es probable que la temperatura ejerza algún efecto sobre el crecimiento de la uña; observaciones realizadas en el polo norte mostraron unas velocidades de crecimiento aumentadas (3) . El crecimiento es mayor en los dedos de mayor longitud. Griffiths y Reshad han confirmado que los traumatismos estimulan el crecimiento de las uñas, así como un marcado predominio en el crecimiento de las uñas de la mano dominante que lógicamente estaría sometida a mayor traumatismo. En el embarazo el crecimiento es más rápido. Algunas enfermedades en las que puede estar aumentada como en la psoriasis o disminuida como en el síndrome de las uñas amarillas etc (3) .

Regeneración . La remoción de la lámina ungueal parece acelerar el crecimiento de una nueva lámina ungueal. La avulsión de la lámina ungueal produce un área de denudación en la cual se pierde la epidermis del lecho ungueal e hiponiquio, que es restaurada por lengüetas migratorias de epidermis que salen de la epidermis normal subyacente. La matriz sufre escaso daño, - perdiendo solo sus capas más superficiales por lo que no se pier-

de tiempo en la continuación de la formación de la placa ungueal (6) .

Características Físicas y Químicas Propias. La dureza del plato ungueal es resultado de la estructura y organización de los componentes de las células completamente queratinizadas que a diferencia de lo que ocurre en la piel, la queratinización tiene lugar sin el paso previo de la formación de gránulos de queratohialina. Al final la lámina está formada por células aplanadas completamente queratinizadas y firmemente adheridas unas a otras. Estas células se orientan paralelamente a la superficie de la uña y de manera perpendicular a la dirección del crecimiento (7) .

Desde el punto de vista bioquímico, el principal componente de la lámina ungueal son las proteínas. Esta proteína fibrosa o queratina es una alfa proteína similar a la del pelo, con un alto contenido de azufre, por lo que recibe el nombre de queratina dura para diferenciarla de la queratina blanda de la epidermis. La dureza de la uña se debe a la riqueza en cistina — con sus puentes disulfuro, el bajo contenido en agua, la orientación de las células paralelas a la superficie y a la existencia de complejos de unión entre ellas (1, 3, 8) .

III. CLASIFICACIONES DE LA PATOLOGIA UNGUEAL.

La patología ungueal es muy amplia y puede clasificarse desde distintos puntos de vista .

Darier llama onicosis a todas las afecciones de las uñas y reserva el de onixis a las alteraciones de origen inflamatorio. Perionixis a la inflamación de los pliegues sub y periungueales (9) .

Clásicamente se han diferenciado las onicopatías congénitas de las adquiridas, pero esta clasificación es poco útil en la práctica diaria. Otra forma de abordar el problema consiste en diferenciar aquella patología propiamente ungueal de la que aparece como expresión de trastornos congénitos, asociada a enfermedades de la piel, a desordenes médicos generales (2) , secundaria a medicamentos. Se enumeran en las tablas I, II, III, IV (10) .

Otra clasificación de mejor comprensión es la que se basa en el tipo de trastorno que se produce en cuanto a: la forma, el color, la superficie, la consistencia, los tejidos periungueales, para terminar con una breve enumeración de las lesiones tumorales, tanto benignas como malignas, que pueden afectar este nexo cutáneo (10) . Esta clasificación es la que se utilizó para el estudio realizado (Tabla V) .

TABLA I . Patología ungueal en genodermatosis .

Genodermatosis	Onicopatía
Disqueratosis congénita	Paquiloniquia/Onicomadesis/pteri- gium/ estrias longitudinales .
Síndrome uña-rótula	Anoniquia/microniquia/lúnulas — triangulares
Paquiloniquia congénita	Paquiloniquia/ xantoniquia .
Enfermedad de Darier	Estrías longitudinales/ leuconiquia longitudinal/ roturas en V/ hemo- rragias en astilla .
Acrodermatitis enteropé- tica	Paroniquia / Surcos transversales.
Epiermolisis ampollosa distrófica	Onicomadesis/ cicatriz fibrosa del lecho .
Síndrome DOOR	Anoniquia/ microniquia .
Síndrome de Coffin Siris	Anoniquia del quinto dedo de manos y pies/ microniquia .
Síndrome de la cara de duendecillo	Microniquia/ uñas frágiles .
Displasia condroectodé- mica	Anoniquia/ onicoatrofia/ polidac- tilia .
Displasia ectodérmica hidrótica .	Onicoatrofia/ onicodistrofia/ onico- lisis/ leuconiquia .
Leukonychia totalis	Leuconiquia/ fragilidad ungueal .
Incontinencia pigmenti	Hiperqueratosis subungueal dolo- rosa .
Poroqueratosis de Mibelli	Hendiduras longitudinales .
Paquidermopogriostosis	Dedos en patillo de tambor .
Síndrome tricorriñofa- lángico	Leuconiquia .
Anoniquia queratodes	Onicomadesis .
Ictiosis	Paquiloniquia .

TABLA II. Patología ungueal en dermatosis .

Dermatosis	Onicopatía
Psoriasis	Pits/ paquiloniquia/ onicolisis/ traquiloniquia/ leuconiquia/ xantoni- quia/ hemorragia en astilla .
Liquen ruber plano	Onicorrexia/ pterigium/ paquioni- quia/ estrias transversales/ onico- madesis/ traquiloniquia/ distrofia de las veinte uñas .
Alopecia areata	Pits/ traquiloniquia .
Eccemas	Lineas de Beau/ pits/ paquiloniquia onicolisis/ onicomadesis .
Acrodermatitis continua	Onicomadesis/ paquiloniquia/ sur- cos de Beau .
de Hallopeau	Paquiloniquia/ hiperqueratosis sub ungueal .
Sarna noruega	Onicodistrofia .
Esclerodermia/ fenóme- no de Raynaud	Onicolisis/ telangiectasias periuñ- gueales .
Lupus eritematoso sisté- mico	Telangiectasias periuñgueales .
Dermatomiositis	Onicomadesis .
Eritema exudativo multi- forme	Pústulas periuñgueales/ hiperque- ratosis subungueal .
Paraqueratosis pustulosa	Paquiloniquia/ onicolisis/ onicorre- xis .
de Hjorth	Paquiloniquia/ hiperqueratosis — subungueal/ onicolisis .
Enfermedad de Reiter	Onicomadesis/ surcos de Beau/ ci- castriz del lecho .
Eritrodermias	Surcos transversales/ paquioni- quia/ onicolisis .
Pánfigo	Uñas azules .
Pitiriasis rubra pilaris	
Exantema fijo medica- mentoso	

TABLA III. Patología ungueal en enfermedades sistémicas

Enfermedad Sistémica	Onicopatía
Anemia ferropénica	Colloniquia/ onicosquitsis .
Diabetes	Xantoniquia/ paquiloniquia/ onicomicosis/ paroniquia .
Enfermedad pulmonar obstructiva Crónica/cardiopatías congénitas/collitis ulcerosa	Uñas azuladas en vidrio de reloj .
Hepatopatías crónicas/cirrosis	Uñas despulidas/ ausencia de lúnula/ leuconiquia/ dedos en palillo de tambor .
Enfermedad de Reiter	Paquiloniquia/ onicolisis distal/ estrías longitudinales .
Paraneoplásico	Acroqueratosis de Basex/ síndrome de las uñas amarillas .
Endocarditis bacteriana subaguda	Hemorragias en astilla .
Insuficiencia cardíaca/policitemia	Lúnulas rojas .
Hemocromatosis	Colloniquia .
Enfermedad de Wilson	Lúnulas azules .
Insuficiencia renal	Uñas mitad y mitad .
Metahemoglobinemia	Uñas azuladas .
Ocronosis	Melanoniquia difusa .
Hemocistinuria/ hipertiroidismo/artritis reumatoide	Estrías longitudinales .
Enfermedades febriles agudas	Surcos de Beau .
Hipoalbuminemia/malnutricion/edemas	Xantoniquia/ leuconiquia en bandas transversales .
Síndrome de Peutz-Jeghers	Onicoatrofia/ melanoniquia/ fisuras .
Enf. de Addison/ enfermedad de Cushing/ anemia perniciosa	Melanoniquia en bandas .

TABLA IV. Patología ungueal medicamentosa

Fármaco	Onicopatía
Tetraciclinas	Fotoonicolisis .
5-fluoracilo	Paquioniquia/onicolisis/ onicodistrofia/ melanoniquia .
Ciclofosfamida	Bandas pigmentadas transversales.
Bleomicina	Bandas pigmentadas longitudinales.
Anticonceptivos orales	Onicolisis .
Adriamicina	Bandas pigmentadas transversales.
Hidroquinona	Melanoniquia anaranjada difusa .
Melfalan	Bandas pigmentadas longitudinales.
Practolol	Eritema subungueal parchado/onícorrexis .
Fenotiacinas	Uñas azuladas .
Psoralenos	Fotoonicolisis .
Hipoclorito sódico	Onicolisis .
Fenolftaleína	Melanoniquia en bandas transversales .
Plata	Lúnulas azules .
Oro	Uñas azuladas / xantoniquia .
Busulfan	Lúnulas azules .

TABLA V. Onicopatías clasificación morfológica .

- I.- Alteraciones en la forma .
- I.A. Anoniquia
 - I.B. Onicomadesis
 - I.C. Coiloniquia
 - I.D. Uñas hipocráticas o en vidrio de reloj
 - I.E. Paquioniquia
 - I.F. Braquioniquia
 - I.G. Onicolisis
- II.- Anomalías en el color .
- II.A. Leuconiquias: a) Total b) Parcial
 - II.B. Melanoniquias
 - II.C. Xantoniquias
 - II.D. Cloroniquala
 - II.E. Uñas azules
 - II.F. Eritroniquia
 - II.G. Hemorragias en astilla
- III.- Anomalías en la superficie .
- III.A. Plots u hoyuelos
 - III.B. Erosiones
 - III.C. Fisuras
 - III.D. Surcos
 - III.E. Hendiduras
 - III.F. Onicosquicia
- IV.- Anomalías en la consistencia .
- IV.A. Hapaloniquala
 - IV.B. Uñas quebradizas
- V.- Anomalías en los tejidos peringueales .
- V.A. Pterigium
 - V.B. Paroniquala
 - V.C. Uña encarnada
- VI.- TUMORES
- VI.A. Benignos :
 - Verruga vulgar
 - Quiste mixoide
 - Nevo nevocítico
 - Granuloma piógeno
 - Fibromas peringueales
 - Tumor glómico

Exostosis subungueal
Encondroma
Queratoacantoma subungueal
Quieste epidermoide

VI.B. Malignos :

Bowen
CA Epidermoide
Melanoma maligno subungueal
CA Basocelular

1.- ANOMALIAS EN LA FORMA

A.- ANONQUIAS

Es la anomalía morfológica más evidente que consiste en la ausencia de uñas o anonquia; ésta puede ser total o parcial, - de una o varias uñas. Es un fenómeno raro que puede aparecer como malformación aislada (11) o asociada a otras anomalías - (12) .

Varios casos de anonquia han sido descritos en un número de familias sugiriendo que esta entidad puede ser causada por diferentes alteraciones genéticas. En individuos que presentan ausencia de uñas en varios dedos su forma de herencia es autosómica recesiva; la sola ausencia de la uña del pulgar es autosómica dominante (12) . Timmerman et al. describen un desorden autosómico dominante en donde la anonquia se presenta con oncodistrofia (4) .

La anonquia asociada a otras anomalías es poco frecuente, en este grupo se incluye el síndrome UÑA-ROTULA caracterizado por la ausencia o hipoplasia de la rótula y anomalías ungueales (10) . El síndrome DOOR acrónimo de la lengua inglesa que cursa con sordera, oncodistrofia, osteodistrofia y retraso mental; el síndrome de Coffin-Siris que consiste en la asociación de oligofrenia, talla baja, ausencia del 5to. dedo; la displa

sía condroectodérmica caracterizada por anoniquia y un cuadro similar a la acondroplasia, otras más asociadas con otras anomalías ectodérmicas (10) .

B.- ONICOMADESIS .

Es el desprendimiento del plato ungueal, el cual es sustituido por delgadas laminillas córneas que pueden ser transitorias o permanentes dependiendo del daño de la matriz (1) .

La onicomadesis se presenta en procesos de base genética o por causas adquiridas .

En el grupo cuya causa es genética existe una forma rara caracterizada por onicomadesis periódica la cual es heredada en forma autosómica dominante que puede asociarse con alteraciones dentales por amelogénesis imperfecta. En la disqueratosis congénita, las uñas que hasta la pubertad eran normales se desprenden y son sustituidas por delgadas laminillas córneas (13) . En la Epidermolisis Ampollosa Distrófica las sucesivas pérdidas de las uñas provocan cicatrización con fibrosis de la matriz, lo que conlleva a la definitiva ausencia de la lámina ungueal (14) . Otra rara genodermatosis es la denominada Anoniquia Queratodes (1) , en la que las uñas de manos y pies son sustituidas por un epitelio queratinizado similar a la epidermis.

Las onicomadesis adquiridas generalmente son de etiología vascular o traumática. Cuando la causa es vascular es posible encontrarlas en las esclerodermias avanzadas secundarias a fenómeno de Raynaud aunque lo habitual es que la uña esté poco alterada incluso en casos con intensa afectación de pulpejos (24) sin embargo se han reportado casos que cursan con enfermedad de Raynaud severa con pérdida definitiva de las uñas de los pies (2, 4) .

También se ha encontrado en enfermedades febriles agudas, necrosis epidérmica tóxica, síndrome de Stevens-Johnson (12) , Acrodermatitis continua de Hallopeau (15) .

C.- COILONQUIAS .

Este término procede del griego " collos " que significa " cuchara ". Consiste en una deformidad cóncava de las láminas ungueales. En las fases precoces la uña sufre aplanamiento a nivel central como resultado de una deficiencia en la queratinización. La patogenia no está clara, son varias las teorías, de las cuales la más aceptada se basa en que las arteriolas de retorno del plexo del pulpejo penetran en la matriz ungueal desde cada lado por separado por lo que las deficiencias en la formación de la uña, así como su aplanamiento se observará en —

primer lugar a nivel central (3). Stone propone que la collo-
niquia no es sino un cambio en la angulación de la matriz principal
de la uña secundario a alteraciones en el tejido conectivo —
del lecho ungueal (3) .

Son varios los pasos bioquímicos para la formación de —
la uña normal un defecto genético o adquirido en cualquiera de —
éstos dará lugar a la aparición de coliloniquia. Los aminoácidos
azufrados requieren la presencia de la hormona del crecimiento
e insulina para ser empleados por las células del lecho ungueal,
en este paso bioquímico las enzimas portadoras de hierro limitan
la velocidad de reacción. Por estos hechos producirán coj
loniquia un deficit prolongado de insulina, una falta de hierro, o
una franca deficiencia proteica en la dieta en especial de los amino
ácidos cistina y metionina (3) .

El aspecto esencial en lo que respecta a la coliloniquia —
estriba en evaluar si el trastorno ha existido desde siempre. —
No se debe olvidar que la coliloniquia de los dedos de los pies es
fisiológica en el primer año de vida (1). En algunas familias
una demanda de la hormona del crecimiento en las primeras etapas
de la vida da lugar al desarrollo de un cierto grado de collo
niquia que desaparecerá tras pasar la edad escolar (1). También
se puede observar en psoriasis, fenómeno de Raynaud —

traumatismos locales y secundaria a manipulación laboral de disolventes. El 90% de los enfermos con colioniquia presentan — esta anomalía debido en primer lugar; a deficiencia de hierro; — segundo: a disminución de aminoácidos azufrados; tercero: en — diabéticos con patología de 15 a 20 años de evolución; cuarto: en — fermedad de Raynaud; quinto: anomalía del desarrollo (3) .

Clínicamente podemos detectar una colioniquia en forma precoz con el viejo método de " Prueba de la gota de agua " el — cual es muy eficaz; (3) consiste en aplicar una gota de agua so — bre la superficie del plato ungueal si ésta no se derrama signifi — ca que existe aplanamiento del plato .

D.- UÑAS HIPOCRATICAS O EN VIDRIO DE RELOJ .

Hipócrates describió por vez primera las uñas en vidrio de reloj en enfermos con empiema. Consisten en un aumento — de la convexidad de la lámina ungueal tanto en sentido longitudi — nal como transversal; ello provoca que se altere el ángulo nor — malmente existente entre la cutícula y la lámina el cual mide — 180°, denominado ángulo de Lovibond (2) . A la larga este — trastorno ungueal se acompaña de una hipertrofia de la falange — distal o acropaquia dando lugar a la osteopatía hipertrófica de — Pierre Marie-Bamberger (16) .

Aunque la patogenia permanece desconocida, la teoría - más admitida postula que este trastorno se produce como resultado de una apertura de fístulas arteriovenosas en los pulpejos ante situaciones de hipoxia, y de esta manera proporciona un - mayor aporte de oxígeno pero que a la vez origina una proliferación fibrosa (17). Debe tenerse en cuenta que existe una combinación del control nervioso vegetativo de las arteriolas de los dedos, junto a alteraciones en los niveles de quininas vasoactivas que perfunden el pulpejo de los mismos. Así en las causas de tipo pulmonar el estímulo vegetativo desempeña un papel primordial mientras que en las cardiopatías cianóticas y hepatopatías, las alteraciones de los péptidos vasoactivos serían los que desvíasen más sangre en dirección al lecho ungueal (3) .

Las uñas en cristal de reloj son con mayor frecuencia - vistas por el médico general o el Internista que por el dermatólogo. En este caso lo más valioso es detectar los signos más precoces en el curso de su formación; se ha usado por más de - 20 años con resultados fiables un método de exploración llamado de " balanceo ". Existe así mismo una forma de graduación del curso evolutivo del proceso que tiene mucha utilidad practica :

Normal: Angulo de 180° .

Grado I: Relleno del pliegue ungueal, pérdida del ángulo .

Grado II: Afilamiento en pico .

Grado III: Aumento anteroposterior del pulpejo del dedo .

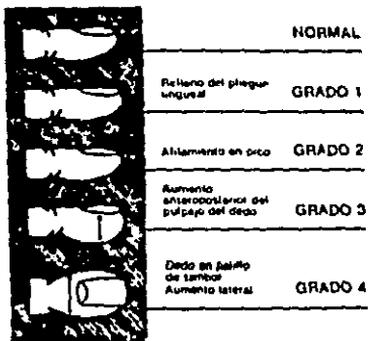
Grado IV: Dedo en palillo de tambor. Aumento lateral .

Este trastorno es más frecuente en las uñas de las manos pero puede encontrarse en los pies (3) (Esquema 2) .

El método de exploración física de " oscilación o balanceo " consiste en coger los lados de la uña con el pulgar y dedo medio de cada mano los dos índices harán entonces oscilar la uña arriba y abajo. Primero el índice izquierdo aprieta hacia abajo y se retira, mientras el índice derecho aprieta sobre el extremo más proximal de la uña por encima de la matriz y bajo el pliegue ungueal. Estos movimientos se repiten hasta notar una sensación de oscilación actuando como punto de apoyo la matriz ungueal situada por abajo de la lámina (3) .

Las causas más frecuentes son la patología pulmonar, especialmente el cancer de pulmón; cardiópatías especialmente las congénitas cianógenas también se ha descrito este trastorno con patología hepática, tiroidea e intestinal siendo más de 50 entidades en las que pueden aparecer las uñas hipocráticas (18) .

Uñas en vidrio de reloj
y dedos en palillo de tambor



Esquema 2 . Grado de desarrollo de las uñas en vidrio de reloj y los dedos en palillo de tambor. (Beaven)

E.- PAQUIONIQUIAS .

La paquioniquia es una anomalía morfológica que consiste en un engrosamiento generalizado de la lámina ungueal, que generalmente es más marcado en el borde libre de la misma .

La etiología de este trastorno es muy variada. Existen paquioniquias congénitas que pueden aparecer en varias genodermatosis. Constituye uno de los signos cardinales del Síndrome de Jadasson-Lewandowski. En todos los casos la herencia es autosómica dominante (1) .

Otra genodermatosis que puede cursar con paquioniquia es la Disqueratosis congénita aunque lo más frecuente en ésta es la anoniquia. Solo se ve en varones ya que su transmisión es ligada al cromosoma X (19) .

La paquioniquia adquirida es una manifestación frecuente de muchas dermatosis como la Psoriasis, liquen plano, enfermedad de Darier, sarna noruega y algunas ictiosis. Además la onicomicosis tanto por dermatofitos como por *Cándida* .

La onicogriposis es el grado extremo de la paquioniquia, también se le conoce como uña " en garra " producida al curvarse la uña sobre su eje longitudinal. Este trastorno es más frecuente en las uñas de los pies y generalmente es el resultado de

traumatismos crónicos o de trastornos tróficos en las extremidades inferiores sobre todo en ancianos (20). Existe una rara onicogrifosis congénita heredada como rasgo autosómico dominante (21) .

Un aumento de la curvatura longitudinal que afecta especialmente al borde libre, constituye la deformidad conocida como uñas en " pico de loro ". Cuando el aumento de la curvatura se produce siguiendo el eje transversal de la uña hablamos de uña " en terraza " o " en teja ", se ha asociado a paquiloniquia y a psoriasis, pero también puede aparecer como anomalía aislada (22) .

Los bordes laterales de la uña penetran profundamente y pueden causar intenso dolor por el simple roce. Las uñas de la onicogrifosis enormemente engrosadas y endurecidas pueden plantear importantes problemas terapéuticos .

F.- BRAQUIONIQUIAS .

Se denomina braquioniquia a las uñas cortas más anchas que largas que pueden asentar sobre falanges distales normales o bien sobre falanges también acortadas, constituyen entonces las uñas " en raqueta "; son más frecuentes en los pulgares de las mujeres y se pueden heredar en forma autosómica dominan

ta. De aspecto similar pueden verse en el hiperparatiroidismo como consecuencia de la erosión ósea de las falanges subyacentes (1) .

La causa más frecuente de braquiloniquia es la secundaria a onicofagia (1) .

G.- ONICOLISIS .

La elevación de la lámina ungueal con respecto al lecho de la uña es literalmente una lisis .

Es probablemente la onicopatía mas frecuente. Como consecuencia de este despegamiento existe una mayor facilidad para el acúmulo de detritus, bacterias y hongos entre la lámina y el lecho ungueal, que actúan a manera de palanca favoreciendo la onicolisis y originando infecciones añadidas que secundariamente deforman la lámina. Debido a la distinta refracción de la luz, el área despegada aparece más pálida que la porción de lámina adherida al lecho. En una revisión de 113 casos de onicolisis ideopática de la uña del dedo gordo del pie Baran y Baidillet en 1982, observaron que los traumatismos representaban un factor etiológico importante. En muchos de sus casos, los traumatismos se asociaban al uso de un calzado inapropiado .

Muchas veces la causa de la onicolisis es difícil de determinar y se clasifica como onicolisis idiomática. No obstante en estos casos se dan en mujeres con uñas excesivamente largas, — que por mala manicura o por el uso de cosméticos traumatizan la matriz, o bien el mojado repetido durante los trabajos domésticos (1, 3, 4) .

Son raras las onicolisis congénitas aparecen formando — parte del síndrome de las uñas amarillas o síndrome de Samman (24) .

En forma aislada se ha descrito como paraneoplásica, — asociada a síndrome nefrotico, y a tratamiento con D-Penicilamina (25, 26) . La displasia ectodérmica hidrótica es otra — de las genodermatosis en la que se ha descrito onicolisis. Pero sin duda es en la psoriasis donde se presenta con mayor frecuencia; comienza por el borde libre y progresa en sentido proximal, en este caso se debe a la lesión psoriásica del lecho ungueal que de la matriz (28) . El eccema independiente de su causa da lugar a onicolisis sobre todo cuando afecta a los pulpejos de los — dedos. Otros procesos potencialmente causantes de onicolisis son las eritrodermias, porfirias, hipertiroidismo, acrodermatitis enteropática y en la fase crónica de la enfermedad injerto contra huesped .

Por último diversos fármacos y compuestos químicos — pueden producir onicolisis, bien por efecto tóxico directo sobre la uña o por exposición a rayos ultravioleta lo que recibe el nombre de Fotoonicolisis. La lista de medicamentos sería muy — grande por lo que se citan por la frecuencia de su uso las tetraciclínas, psoralenos, 5-Fluoracilo topico, contraceptivos orales (29, 30) .

Otras sustancias capaces de producir onicolisis al contactar con las unas son ciertos esmaltes y endurecedores, y el hipoclorito sódico de las piscinas. Las uñas artificiales adheridas también pueden ser causa de onicolisis bien por efecto palanca o por sensibilización a los productos adhesivos (31) .

2.- ANOMALIAS EN EL COLOR .

La uña normal tiene una coloración rosada, con una semi luna más blanquecina a nivel de la lúnula. Esta coloración rosa da se debe a que la lámina sana transparenta la red vascular del lecho ungueal .

Numerosos factores tanto exógenos como endógenos, pueden modificar esta coloración, dando lugar a las cromoniquias (Tabla VI). En general la etiología puede orientarse basándose en la regla de que las cromoniquias de causa exógena siguen la forma de la cutícula, mientras que las debidas a procesos endógenos siguen la forma de la lunula .

Beaven y Brooks (3) proponen la clasificación anterior pero además con una finalidad didáctica, describen las cromoniquias según el color que toman las uñas, a saber: leuconiquias, melanoniquias, xantoniquias, cloroniquias, uñas azules y eritroniquias .

A.- LEUCONIQUIAS

Se denomina leuconiquia a la presencia de uñas color — blanco. Diversas teorías han tratado de explicar su patogenia basándose en microtraumatismos que impidan la completa queratinización de la lámina o que provocan el atrapamiento de aire —

en espacios huecos de la queratina de la lámina (1) (Tabla VII). En términos generales pueden ser totales y parciales .

Las leuconiquias totales pueden aparecer de manera congénita como una rara anomalía heredada de manera autosómica dominante. Aunque afecta a todas las uñas, es más marcada en las manos que en los pies, en los pulgares que en los meñiques, con tendencia a disminuir con el aumento de la edad. En estas uñas no se aprecia lúnula. Leuconiquias congénitas pueden aparecer formando parte de la displasia ectodérmica anhidrótica y del síndrome tricorniofalángico (1) .

Las leuconiquias más frecuentes son las adquiridas, en este sentido cualquier enfermedad que ocasione hipoalbuminemia como la cirrosis o el síndrome nefrótico, pueden originar las uñas en cristal opalino o uñas de Terry (32) .

Las uñas de Terry suelen tener una banda de coloración más rosada cerca del borde libre. De todas maneras, en la práctica la mayoría de las leuconiquias totales que vemos persisten como idiopáticas. Las leuconiquias parciales presentan distintos patrones, dependiendo del factor etiológico .

Una leuconiquia de la mitad proximal de la uña, con coloración normal en la mitad distal es la llamada una mitad y mitad,

se ha descrito como característica de la insuficiencia renal .

Otra forma de leuconiquia parcial es la estriada o en bandas, en las que se puede sospechar el agente etiológico atendiendo a la disposición longitudinal o transversal de las bandas blancuecinas. Existe una leuconiquia estriada congénita en bandas transversales, alternando con bandas de coloración normal, se ha descrito asociado a acné miliar eruptivo (4) .

También se han descrito leuconiquias en bandas transversales adquiridas como consecuencia de hipoalbuminemia, son — las denominadas Líneas de Muehrcke ; a causa de pequeños traumas de la matriz por manicura inadecuada o por intoxicaciones agudas por arsénico (34) , las denominadas líneas de Mees, así como por otros metales pesados como el talio, el antimonio, el mercurio. Uñas similares pueden aparecer tras períodos de mala nutrición (33) , y en la hipozinquemia secundaria a nutrición parenteral .

Es fácil diferenciar las leuconiquias tóxicas y traumáticas de aquellas que aparecen en la hipoalbuminemia y desnutrición ya que el primer grupo las bandas de leuconiquia están en la lámina por lo que avanzan con el crecimiento de la misma, — mientras que en el segundo grupo la leuconiquia es a nivel del le

cho ungueal por lo que permanece inmóvil durante todo el tiempo que perdure la causa (33) .

La leuconiquia estriada longitudinal ha sido descrita como anomalía aislada aunque lo más típico es que aparezca en las uñas de pacientes afectados por la enfermedad de Darier (35) . Bandas blanquecinas similares pueden aparecer en uñas expuestas a Rx o como consecuencia del envejecimiento ungueal .

La leuconiquia punctata idiópática es la más frecuente de todas, se caracteriza por adoptar un patrón maculoso o moteado, que aunque puede aparecer como consecuencia de una infección por *Trichophyton Mentagrophytes* por lo que se le denomina Leuconiquia Tricofítica de Jessner, el dermatofito sólo afecta las capas superficiales de queratina, dando lugar a pequeñas manchas blanquecinas. Lo más habitual es que la presencia de manchas blancas en la lámina ungueal aparezca en individuos sanos y su etiología sea desconocida (36) .

TABLA VI. Cromoniquias .

- I.- Cromoniquias Exógenas .
- 1.- Aplicaciones externas (nitrato de plata, violeta de genciana, sulfato de cobre) .
 - 2.- Cosméticos .
 - 3.- Cromoniquias profesionales .
 - 4.- Traumatismos .
- II.- Cromoniquias Endógenas .
- A.- Tóxicas y terapéuticas .
- 1.- Intoxicaciones (plomo, plata; arsenico) .
 - 2.- Fármacos (fenotiazinas, antimaláricos, tetraciclí-
nas) .
 - 3.- Fármacos antelmicóticos .
 - 4.- Fármacos causantes de lesiones plaquetarias y hemo-
rrágicas .
- B.- Trastornos sistémicos, infecciones y procesos pato-
lógicos del lecho ungueal .
- 1.- Colores propios de la circulación sanguínea (Bilirru-
bina, la carotenemia) .
 - 2.- Síndrome de Samman, asociado con trastornos linfá-
ticos .
 - 3.- Uñas pigmentadas en asociación con trastornos endó-
crinos .
 - 4.- Otras enfermedades congénitas, metabólicas y cardio-
vasculares (Enfermedad de Wilson, policitemia, Be-
ri beri, anemia, otras hipoalbuminemias) .
 - 5.- Infecciones. Ej. uñas de color negro y castaño obser-
vadas en las onicomicosis, las uñas de color verde en
las infecciones por pseudomona, las de color amarillo
de la Escopulariopsis, y las uñas de color blanco de-
la aspergillosis .
-

B.- MELANONIQUIA .

Se denomina melanoniquia a la pigmentación negra de las uñas, lo que deberá siempre alertarnos ante la posible existencia de un melanoma maligno subungueal, aunque lo más frecuente en la práctica médica diaria es que la presencia de una pigmentación oscura en el lecho ungueal sea debido a un hematoma secundario a un traumatismo. Este fenómeno es especialmente frecuente en las uñas de los dedos gordos de los pies (37) .

Puede aparecer como enfermedad profesional en armeros, ebanistas, criadores de vino tinto. Por aplicaciones tóxicas de permanganato potásico, nitrato de plata, contacto con sales de mercurio los que pueden impregnar de negro las láminas ungueales .

Las melanoniquias secundarias a infecciones por bacterias como *Proteus mirabilis*, por hongos como *Acrothecium Nigrum* y el *Fusarium Oxysporum* (38) .

Por último, en las melanoniquias acompañando enfermedades sistémicas como la Ocronosis o el síndrome de Peutz Jeghers, la pigmentación es difusa pero a veces la pigmentación negra adopta una disposición en bandas paralelas que alternan con franjas de color normal, estas bandas pueden orientarse de

TABLA VII. Leuconiquias .

-
- A. - Leuconiquias o uñas de color blanco .
- a) Lámina ungueal .
1. - Leuconiquia total .
 2. - Leuconiquia parcial .
 3. - Leuconiquia estriada .
 4. - Leuconiquia congénita .
- b) Leuconiquia subungueal .
1. - Uñas blancas de Terry .
 2. - Bandas blancas de Muehrcke .
 3. - Uñas Half-and-Half de la uremia .
 4. - Trastornos dermatológicos (uñas blancas psoriásicas)
-

manera longitudinal o transversal .

Lo más habitual es que la presencia de una banda longitudinal debida a un nevo nevocítico en la matriz de la uña. Otras causas de melanoniquia en bandas longitudinales son la administración de citostáticos como el melfalan, la bleomicina y exposición crónica a Rx. No debemos olvidar que la presencia de bandas longitudinales hiperpigmentadas en las uñas es un hecho constitucional bastante común en individuos de raza negra (38) .

La aparición de bandas pigmentadas de disposición transversal se han descrito después de la administración de ciclofosfamida, adriamicina y 5 fluoracilo, también como signo ungueal de desnutrición. Hecho interesante es que la separación de estas bandas corresponden cronológicamente con la periodicidad de los ciclos de citostatáticos o con la duración de los periodos de mala nutrición (1, 38) .

También se han relacionado con diversos trastornos hormonales, como la enfermedad de Addison y Síndrome de Cushing en los que se ha atribuido a alteración en los niveles de ACTH y MSH. De todas maneras sigue siendo motivo de controversia ya que no se ha podido correlacionar la pigmentación con las concentraciones séricas de ACTH y MSH (39) .

C.- XANTONQUIAS

Es la presencia de una coloración amarillenta de las uñas que puede ser congénita y adquirida .

La xantoniquia congénita caracteriza al síndrome de las uñas amarillas o de Samman el cual cursa con anomalías linfáticas (1) .

Puede aparecer también como enfermedad profesional — en trabajadores que manejan material fotográfico, pinturas, di-nitrotolueno, cigarrillos, nueces, azúcar y granos de café tostado. También se han reportado secundarias a la administración de fármacos por vía oral tales como las sales de oro y la quina-crina (14) .

D.- UÑAS AZULES

Las uñas de tonalidad azulada traducen una hipoxia del le-cho ungueal como consecuencia de cardiopatías cianógenas, me-tahemoglobinemia o insuficiencia respiratoria severa, secunda-ria a medicamentos orales como fenoltaleina, fenotiazinas (41) . Cuando son bandas de color azulado se han descrito como secun-darias a la administración oral de cloroquinas (1) .

Las lúnulas azuladas son un signo de argiria aunque no -

exclusivo ya que también se han descrito como muy características de la degeneración hepatolenticular o enfermedad de Wilson (42) .

Las uñas azules pueden verse como enfermedad ocupacional en mecánicos que contactan con ácido oxálico de los radiadores, en peluqueros por el manejo de diversos tintes y disolventes (38) .

E.- CLORONQUIAS

Se denomina cloroniquia a las uñas de color verde, su causa casi siempre es infecciosa, siendo la pseudomona aeruginosa el agente etiológico más frecuente. A veces el material obtenido de las uñas proporciona resultados negativos debido a que el pigmento persiste bastante tiempo después de curarse la infección .

Otros posibles responsables de la cloroniquia son los hongos de los géneros cándida y aspergillus, en estos casos suele existir también una deformidad de la lámina ungueal (38) .

Se presenta con mayor frecuencia en trabajadores de lavanderías, lavaplatos de restaurante, fruteros, obreros de refinerías de azúcar, empleados de industrias eléctricas y metalúrgicas) 3, 38) .

F.- ERITRONQUIAS

La eritroniquia o uñas rojizas pueden aparecer como consecuencia de la impregnación de sustancias como la eosina, crisarrobina, cioleta de genciana o antralina (38) .

Las uñas con una tonalidad rojo cereza pueden ser signo de intoxicación con monóxido de carbono o por la administración de beta bloqueadores. Una tonalidad rojiza más apagada del lecho ungueal en enfermos con policitemia, insuficiencia cardiaca congestiva (43) . La aparición de bandas rojizas transversales se presentan en el transcurso de tratamiento con heparina. Por último una lesión de forma irregular transparentando una coloración rojiza a través de la lámina ungueal, puede ser la expresión de una lesión de líquen ruber plano o de tumor vascular tanto benigno como un hemangioma tumor glómico o maligno como un angiosarcoma. La presión sobre la lámina al dejar exangüe la zona rojiza confirmará la naturaleza vascular de la lesión (44) .

G.- HEMORRAGIAS EN ASTILLA

Consisten en microhemorragias lineales de 1 a 3 mm de longitud que se disponen paralelas unas a otras y perpendicular al borde libre de la lámina pero pegadas a él. Se deben a pe-

queñas hemorragias en los vasos del plexo papilar del lecho ungual (45) .

Clásicamente se ha relacionado con enfermedades sistémicas como endocarditis bacteriana, la triquinosis, el hipertiroidismo, la estenosis mitral, la glomerulonefritis crónica, el escorbuto, vasculitis diversas y tumores malignos. También se encuentran con frecuencia en personas sanas por lo que no deberán ser consideradas como signo específico de ninguna enfermedad (45, 46) .

En personas sanas, se piensa que los microtraumatismos inadvertidos desempeñan un papel desencadenante en su producción (45, 46) .

3.- ANOMALÍAS EN LA SUPERFICIE

Estas anomalías son de mucho interés para el Dermatólogo porque casi siempre constituyen signos de diversas dermatosis. Esta patología en la superficie de la uña muchas veces es muy tenue, por lo que para explorarla se requiere una observación cuidadosa, variando la incidencia de la luz para evidenciar alteraciones poco profundas .

A.- PITS U HOYUELOS

Son una de las anomalías más frecuentes, consisten en - pequeñas pérdidas puntiformes de sustancia en la superficie de - la lámina, de morfología circular y profundidad variable. Estas fosillas ungueales suelen afectar varias uñas, aunque no a todas y su número varía desde una a varias decenas en una sola lámina; en este caso se le denomina traquioniquia .

La patología de esta anomalía reside en la presencia de focos de paraqueratosis las cuales muestran menos adherencia a las células vecinas por lo que se desprenden con facilidad dando lugar a los pits u hoyuelos que muy gráficamente se le ha de nominado como " signo del dedal " . En base a la patogenia esta anomalía es pues muy frecuente en el paciente con psoriasis; en este caso se debe a la presencia en la matriz ungueal de le-

siones psoriásicas. También pueden verse en pacientes con alopecia areata, liquen ruber plano, eccema de los pulpejos, paroniquias, onicomycosis, pero también se presentan en personas sanas, por lo tanto como signo aislado tiene poco valor diagnóstico (28) .

B. - EROSIONES

Las erosiones son también pérdidas locales de sustancia en la superficie de la lámina ungueal, pero de mayor extensión y menos profundidad que los hoyuelos, la patogenia es similar. Son lesiones inespecíficas pudiendo aparecer en psoriasis, eccemas de diversa etiología y en infecciones superficiales de la lámina ungueal (10) .

C. - FISURAS

Las fisuras son estrechas incisiones en la superficie de la lámina ungueal que penetran en profundidad, se disponen en forma horizontal o longitudinal. Las fisuras transversales casi siempre son expresión de infección, traumatismo o lesión tóxica de la matriz. La presencia de numerosas fisuras longitudinales constituye la distrofia canalicular media, la cual afecta principalmente los pulgares de las manos (61) .

Zalas sugiere una etiología traumática para esta lesión (2) .

D. - SURCOS

Son depresiones de mayor anchura y menos profundidad que las fisuras; pueden ser longitudinales y transversales .

Los surcos longitudinales constituyen la llamada " uña — senil ", en casos muy intensos se le llama onicorrexis . Pueden presentarse como consecuencia de trastornos circulatorios periféricos, el liquen plano, en la enfermedad de Darier, en la artritis reumatoide, en la gota. La disposición transversal se le denomina surcos de Beau, aparecen como consecuencia de — una interrupción pasajera en el crecimiento de la lámina por un daño agudo a la matriz. Generalmente asienta en todas las uñas a niveles similares. Su distancia con respecto al borde libre — de la cutícula orienta retrospectivamente sobre la fecha de la po sible causa y la anchura la duración del proceso. Si la activi— dad de la matriz se detiene durante una o dos semanas, los surcos de Beau alcanzan su máxima intensidad, al quedar interrumpida la formación de la lámina, el fragmento distal de ésta queda sujeta temporalmente por los pliegues laterales y se denomina onicomadesis latente. Estos surcos se han descrito en numerosos procesos, pudiendo presentarse de manera fisiológica coincidiendo con los ciclos menstruales en la mujer, en el recién na cido a las 4 o 5 semanas de vida secundarias al trauma del parto,

con el estrés, en intoxicaciones por talio, arsénico, barbitúricos, por déficit de zinc y en enfermos oncológicos .

Los surcos de Beau que sólo afecten una uña, suelen ser la expresión de una alteración local, como una manicura excesiva o el resultado del tic que lleva a empujar repetidamente la cutícula hacia atrás (1) .

E.- HENDIDURAS

Son anomalías de la lámina ungueal que se disponen en forma longitudinal cuya causa es la presencia de lesiones que ocupan la matriz ungueal de manera que se presentan cuando en ésta existen por ej. fibromas, verrugas, quistes mucoides, tumor glómico (1, 4) .

F.- ONICOSQUICIA

Afecta únicamente el borde libre de la lámina. Consiste en el desprendimiento laminar de queratina paralelas al borde libre, es frecuente en amas de casa .

Se presenta en forma característica en la enfermedad de Darier en donde la pérdida de sustancia es en forma de V de abertura anterior en el borde libre .

La denominada distrofia de las 20 uñas consiste en la -

aparición de uñas opalescentes con estrías longitudinales y el — borde libre hendido y desflecado. Son mas evidentes en la infancia y se atenúan con la edad (47) .

También se presenta en liquen ruber plano, psoriasis, alopecia areata .

4.- ANOMALIAS EN LA CONSISTENCIA

A.- HAPALONIQUIA

Se denomina hapaloniquia a las uñas blandas que se curvan fácilmente ante la mínima presión y cualquier pequeño traumatismo fragmenta su borde libre. Suelen aparecer en pacientes con procesos crónicos debilitantes como la artritis crónica, lepra, hemiplejia, caquexia (1, 48) .

B.- UÑAS QUEBRADIZAS

Esta alteración se debe a la ruptura de los puentes disulfuro de la queratina, cualquier causa que disminuya la cantidad de agua en las láminas ungueales aumenta su fragilidad .

Las causas generales de fragilidad ungueal son la anemia, los deficit vitamínicos, la osteomalacia y las infecciones sistémicas graves. Los disolventes alcalinos y los agentes oxidantes, como los tioglicatos que se usan para ondular el pelo, algunos —

esmaltes cosméticos y soluciones quitaesmaltes también lesionan las capas superficiales de las láminas. Las uñas quebradizas muchas veces persisten sin que pueda establecerse la causa (48) .

5.- ANOMALIAS EN LOS TEJIDOS PERIUNGUEALES

A.- PTERIGION

Es una anomalía derivada del avance del eponiquio cuando se destruye la matriz. La mayor parte tienen su origen en pequeños traumatismos o en trastornos en el extremo proximal del lecho ungueal ocasionados por la lesión en la matriz en una área localizada. La presencia de fibromas observados en la Epilola, en los que se ve con frecuencia (1, 4) , pterigium en asociación con muchos fibromas del pliegue ungueal de pequeño tamaño .

Siempre que tenga lugar la destrucción de la matriz se producirá un avance del eponiquio el cual crece invadiendo la lámina ungueal. Esta alteración es especialmente frecuente en el liquen plano de las uñas. También se considera una secuela de onicomadesis definitiva (1) .

B.- PARONQUIAS

La paroniquia o perlonixis es la inflamación dolorosa de los pliegues perlungueales y casi siempre su etiología es infecciosa .

Su aparición es más frecuente en mujeres en una proporción 5:1, sobre todo a una edad comprendida entre los 30 y 60 — particularmente afecta a amas de casa, lavanderas, cocineras, etc. Por su evolución pueden ser agudas y crónicas (49) .

Las paroniquias agudas se deben generalmente a infecciones bacterianas por estafilococos, estreptococos, pseudomonas, proteus y coliformes; también su causa puede ser viral particularmente el herpes simple .

Las paroniquias crónicas son las más frecuentes especialmente en personas que se mojan mucho las manos, diabéticos, niños que se chupan el dedo, con mayor frecuencia los dedos afectados son el índice y medio de la mano derecha. Casi siempre la etiología de esta paroniquia crónica es la cándida albicans. Baran efectuó una revisión de las diversas hipótesis de formación de las paroniquias en 1979 señalando el papel complementario de la cándida junto a otras infecciones bacterianas, en la producción de paroniquias de evolución prolongada es deter

minante (3) .

C.- UÑA ENCARNADA

Es un proceso casi exclusivo de las uñas de los dedos gordos de los pies. La causa principal es el traumatismo crónico debida a un calzado inadecuado, que determina una penetración del borde lateral de la uña en los tejidos blandos periungueales, también influye el mal hábito de cortar la uña dejando el borde libre en semicírculo en lugar de recto. La paquiloniquia es una anomalía que favorece la formación de uña encarnada (1) .

Una uña encarnada es una puerta de entrada de gérmenes que dan lugar a erisipela y linfangitis en la extremidad inferior .

6.- TUMORES

Diversas neoplasias tanto benignas como malignas pueden originarse en la matriz y en el lecho ungueal así como en los tejidos periungueales alterando secundariamente la morfología de la uña. Los tumores pueden ser benignos y malignos (1, 2, 4) .

Los tumores benignos más frecuentes son las verrugas - los fibromas periungueales de pequeño tamaño, los quistes mucoides y las exostosis. Los nevos pigmentados, los tumores -

glómicos son raros y precisan de extirpación quirúrgica (4) .

En pacientes de edad avanzada, muy ocasionalmente podrá verse un cáncer del lecho ungueal .

A.- TUMORES BENIGNOS

Verruga vulgar, es la mas frecuente, habitualmente son perlungueales. Cuando crecen en profundidad pueden deformar la lámina por compresion de la matriz .

Quieste mixoide, es en realidad un pseudoquiste que aparecen en la cara dorsal de las falanges distales. Ocasionalmente comprimen la matriz y originan deformidad de la lámina .

Los nevos nevocíticos localizados en la matriz ungueal dan lugar a una banda pigmentada longitudinal en la lámina. El riesgo de malignidad es igual al de los nevos de otras localizaciones, aunque ante la menor duda diagnóstica debe realizarse la extirpación biopsia (50) .

El granuloma pilógeno generalmente es secundario a la existencia de una uña encarnada. Raras veces es de localización perlungueal .

Los fibromas perlungueales pueden aparecer como lesión

aislada o formando parte del cuadro de esclerosis tuberosa. Su localización es perlungueal y subungueal (1, 2, 4) .

El tumor glómico es particularmente frecuente a este nivel. La presencia de una mancha roja o azulada en el lecho ungueal, que al ser comprimida provoca dolor es clínicamente un tumor glómico .

La exostosis subungueal consiste en una expansión ósea de la porción distal de la última falange, que puede deformar la lámina ungueal . El estudio radiográfico confirma la naturaleza ósea de la lesión .

Encondroma, es un tumor cartilaginoso de crecimiento rápido. Aparece en las falanges distales. A veces se manifiesta como una paroniquia (1, 3, 4) .

Queratoacantoma subungueal, aparece como una tumoración de crecimiento rápido, que deforma la placa ungueal. Muestra menos tendencia a la regresión espontánea que los queratoacantomas de otras localizaciones. Debera hacerse el diagnóstico diferencial con el epiteloma espinocelular (51) .

Quista epidermoide, su desarrollo es secuela de un traumatismo en el lecho ungueal .

B.- TUMORES MALIGNOS

Los tumores malignos de localización subungueal son poco frecuentes, pero pueden aparecer en el lecho ungueal; ésto — parece indicar que la lámina ungueal proporciona escasa protección al daño solar (52) .

Enfermedad de Bowen.— Puede aparecer en localización subungueal. El aspecto clínico de la lesión es poco característico, puede simular una onicomicosis o una distrofia, por lo que el diagnóstico generalmente es histológico. Puede iniciarse en los pliegues laterales del periniquio y por extensión medial penetra al lecho ungueal (53) .

CA Espinocelular.— Puede ser que se origine de una enfermedad de Bowen o aparecer " de novo ". El CA epidermoide subungueal muestra menor tendencia a invadir el hueso subyacente .

Melanoma maligno subungueal.— Constituye por su gravedad el tumor ungueal más importante. La localización más frecuente es en los pulgares y primeros ortijos, lo que parece indicar que la irritación traumática puede tener importancia en su génesis. Siempre deberá hacerse el diagnóstico diferencial con el hematoma subungueal y nevo nevocítico (1) .

Se han reportado pocos casos de CA Basocelular en los cuales ha sido un hallazgo histológico (54) .

S E G U N D A P A R T E

Onicopatías en el Hospital General de
México, S. S.

(Incidencia y tipos más frecuentes)

I.- INTRODUCCION

Durante mucho tiempo se ha ignorado el valor de las uñas como un reflejo del estado de salud tanto presente como pasado, de la nutrición, la personalidad, la ocupación y de trastornos sistémicos .

Para el dermatólogo, particularmente es de mucha importancia el saber reconocer e interpretar las alteraciones ungueales. La fácil obtención de los datos, más una adecuada correlación clínica puede ser de mayor ayuda diagnóstica que muchas de las más sofisticadas técnicas exploratorias y de laboratorio. Sin embargo también se debe tener en cuenta que enfermedades diversas pueden tener una expresión morfológica ungueal similar y no constituir un signo patognómico del proceso base .

La realización del presente trabajo fue motivada porque hasta la fecha no se conocían datos sobre la frecuencia y tipo de alteraciones ungueales en los pacientes que acuden al Hospital General de México, particularmente al servicio de Dermatología .

II.- OBJETIVOS

1.- Conocer la frecuencia de las onicopatías en pacientes derma

tológicos que acuden al Hospital General de México, de la secretaría de salud .

2.- Efectuar la clasificación morfológica de los casos de onicopatías encontrados .

3.- Destacar la importancia que un examen rápido y fácil de las uñas puede tener en la orientación diagnóstica .

4.- Realizar Iconografía de los casos más representativos .

III.- MATERIAL Y METODO

En el periodo comprendido entre el 1° de agosto y 30 de octubre de 1988, se realizó examen de las uñas a pacientes que acudieron a la consulta externa del Servicio de Dermatología del Hospital General de México S.S. , así como a pacientes hospitalizados en los pabellones de Medicina Interna, Cirugía General, Gastroenterología, Hematología, Neumología, Urología e Infec-tología .

De todos los pacientes examinados se registró nombre, edad, sexo, ocupación, padecimiento de base o motivo de la con-sulta . Los pacientes que presentaron onicopatía se les regis-tró en una hoja hecha exprofeso (Anexo 1) . En los casos ne-cesarios se realizaron los siguientes exámenes complementarios

tológicos que acuden al Hospital General de México, de la secretaría de salud .

2.- Efectuar la clasificación morfológica de los casos de oncopatías encontrados .

3.- Destacar la importancia que un examen rápido y fácil de las uñas puede tener en la orientación diagnóstica .

4.- Realizar Iconografía de los casos más representativos .

III.- MATERIAL Y METODO

En el periodo comprendido entre el 1° de agosto y 30 de octubre de 1988, se realizó examen de las uñas a pacientes que acudieron a la consulta externa del Servicio de Dermatología del Hospital General de México S.S., así como a pacientes hospitalizados en los pabellones de Medicina Interna, Cirugía General, Gastroenterología, Hematología, Neumología, Urología e infectología .

De todos los pacientes examinados se registró nombre, edad, sexo, ocupación, padecimiento de base o motivo de la consulta. Los pacientes que presentaron oncopatía se les registró en una hoja hecha expresamente (Anexo 1). En los casos necesarios se realizaron los siguientes exámenes complementarios

Examen directo, biopsia de uñas. Se tomaron fotografías clínicas de los casos más representativos .

IV.- RESULTADOS

Se estudiaron 1000 pacientes de los cuales 700 correspondieron a los que por primera vez consultaron al Servicio de Dermatología; los 300 restantes fueron pacientes hospitalizados en los pabellones de Medicina Interna, Cirugía General, Urología, Gastroenterología, Neumología e Infectología (Cuadro 1) .

De este total de 1000 pacientes 57.6% (576/1000) fueron del sexo femenino y 42.4% (424/1000) del sexo masculino; para ambos grupos hubo un predominio en la 2a, 3a y 4ta décadas de la vida. La edad promedio registrada fue de 41.3 años para el sexo masculino, y de 45.5 años para el sexo femenino .

La frecuencia de onicopatías en los 1000 pacientes fue — de 35.6% correspondiendo 282 casos al grupo de 700 pacientes dermatológicos y 74 casos al grupo de 300 pacientes hospitalizados; así la frecuencia de onicopatías en el grupo dermatológico fue de 40.2% y en los pacientes hospitalizados de 24.6%, siendo más afectado el sexo masculino 2:1 (66.2/33.7), con respecto al femenino, no así en el grupo dermatológico en el que predominó el sexo femenino 1.2:1 (56.4/43.6%) .

En los pacientes dermatológicos las onicopatías más frecuentes fueron en orden sucesivo (Cuadro 2) : paquioniquias — 29.4% (83/282) , melanoniquias 12% (34/282) , surcos transversales 7.8% (22/282) , onicolisis 6.3% (18/282) . Aunque cabe señalar que la onicopatía sólo fue el motivo de consulta en 13.1% de estos casos, en los pacientes hospitalizados también ocuparon el primer lugar las paquioniquias 18.9% (14/74) y las onicorrexis en 13.5% (10/74) (Cuadro 3) . Obviamente en estos casos la onicopatía fue un hallazgo exploratorio intensionado .

B.- Anomalías en la forma .

1.- Paquioniquias (Cuadro 4) .

De los 356 pacientes con onicopatía las paquioniquias — ocuparon el primer lugar en los dos grupos, representando un — 27.5% (97/356) , siendo más afectada la cuarta década. Se registró una edad promedio para el sexo masculino de 41.3 años y para el sexo femenino de 45.5 años. Fue más frecuente en el — sexo femenino 57.7% (56/97) . Motivó la consulta del 46.3% de los pacientes (45/97) . Se comprobó la presencia de hongos en 46.3% (45) mediante examen directo .

2.- Onicolisis (Cuadro 5) .

Entre los 356 casos de onicopatías las onicolisis ocupa—

ron el séptimo lugar representando un 6.25% (22/356), afectando, más a la segunda década de la vida, fueron motivo de consulta en 13.6% (3/22). Se encontró asociación en un 18% con psoriasis y en un 9% con liquen plano. En un caso de un maestro de natación en quien fue motivo de consulta se asoció con el contacto con hipoclorito de sodio, que se utiliza para el mantenimiento de piscinas .

3.- Braquioniquias (Cuadro 6) .

Su frecuencia fue de 3.9% (14/356), predominando en la segunda década de la vida, y más frecuente en el sexo masculino 57.1% (8/14). El 57.1% de los casos presentaron onicofagia por lo que se considerará una braquioniquia adquirida con deformidad en " uñas de raqueta " .

4.- Colloniquias (Cuadro 7) .

Representaron un 3.1%, en (11/356) casos de onicopatías. Más frecuentes en la tercera y quinta décadas de la vida y no fue significativa la asociación con el padecimiento de base. En un solo paciente, de ocupación laboratorista, fue motivo de consulta.

5.- Uñas en cristal de reloj (Cuadro 8) .

Su frecuencia fue de 3.1% (11/356), afectando más la cuarta década de la vida. Se registró una edad promedio para-

el sexo masculino de 48.6 años y para el sexo femenino de 47.1 años. El 81.8% (9/11) de los pacientes cursaban con enfermedad pulmonar como era de esperarse .

6.- Onicomadesis .

Unicamente se presentó un caso de onicomadesis en un paciente masculino el cual refirió antecedente de trauma .

C.- Anomalías en el color .

1.- Melanoniquias (Cuadro 9) .

Fue la onicopatía que ocupó el segundo lugar en frecuencia, 11.6% (41/356). Más afectada la tercera década de la vida, la edad promedio en masculinos fue de 33.5 años y en mujeres de 44.6 años. Afectaron más al sexo masculino en una proporción 2:1. En el 46.3% fueron de etiología traumática (presencia de hematoma subungueal). En uno de los casos que presentó melanoniquia de bandas longitudinales se diagnosticó por biopsia nevo nevocítico de unión. También se pudo observar un caso de melanoniquia de bandas longitudinales en un paciente con SIDA .

2.- Leuconiquias (Cuadro 10) .

Ocuparon el cuarto lugar. Su frecuencia fue de 7.10% (25/356) en el total de 1000 pacientes, pero en el grupo de hos

hospitalizados ocuparon el segundo lugar en un 17.56% (13/74). - Las edades promedio fueron de 27.5 años para los masculinos y de 40.2 años para el grupo femenino. En el grupo dermatológico predominó con las leuconiquias parciales en un 83.3% (10/12) en la forma denominada " líneas de Mess ". Los casos restantes (2) se presentaron en pacientes cuyo padecimiento de base fue diabetes mellitus y lupus eritematoso sistémico; ambas presentaban compromiso en la función renal. En los casos del grupo de hospitalizados, las leuconiquias fueron en todos totales, encontrándose una asociación con estados de hipoproteíne^mia de diversas causas .

3.- Ausencia de lúnula (Cuadro 11) .

La frecuencia de esta onicopatía fue de 3.4%, afectando por igual los dos grupos de sexo. La edad promedio fue para el sexo masculino de 60.5 años, para el sexo femenino 58.5 años; no se encontró ninguna relación significativa con el padecimiento de base .

4.- Hemorragias en astillas .

Únicamente se encontraron dos casos, uno del grupo dermatológico cuyo padecimiento de base era dermatomiositis y el otro caso fue del grupo de hospitalizados cuyo padecimiento de base fué CA de prostata .

D. - Anomalías de la superficie .

1. - Surcos transversales (Cuadro 12) .

Fué una de las onicopatías más frecuentes, ocupando el tercer lugar con un 7.6% (27/356) . Afectaron más a la tercera década, y predominaron en el sexo femenino en una proporción 3:1 (74 % / 25,9 %) . La edad promedio en el grupo masculino fue de 42,8 años y en el grupo femenino de 26.6 años. Únicamente un caso presentó los surcos de Beau en las 20 uñas y se trató de un paciente hospitalizado cuyo padecimiento de base era un absceso hepático amibiano abierto a pleura .

2. - Onicorrexis (Cuadro 13) .

Esta onicopatía se encontró con una frecuencia de 6.8%, más frecuente en la sexta, séptima y octava década de la vida. La edad promedio para el sexo masculino fue de 54.5 años y para el sexo femenino de 59 años. En el grupo hospitalizado representó el 13.5% en pacientes cuyo padecimiento de base era neoplásico. Sin embargo en el grupo dermatológico su frecuencia fue menor ha 4.96%, sin existir ningún proceso maligno como padecimiento de base .

3. - Pits u hoyuelos (Cuadro 14) .

Su frecuencia fue de 2.8% con mayor afectación a la tercer década y predominio en el sexo femenino de un 80% (8/10) .

La edad promedio para el sexo masculino fue de 32.5 años y para el sexo femenino de 22.6 años. En el 80% se encontró asociada a dermatitis por contacto de las manos .

4.- Hendiduras y fisuras .

De hendiduras únicamente se encontraron 4 casos de los cuales 3 fueron masculinos; en todos se reportó el antecedente de trauma. Se encontraron 3 casos de fisura longitudinal y también se registró antecedente de trauma constante por la ocupación (relojero, albañil y zapatero) .

E.- Anomalías en la consistencia .

1.- Haloniquia .

Se registraron 6 casos que representan el 1.7%, en el 100% se presentó el hábito de onicofagia .

2.- Uñas quebradizas .

Se encontraron 2 casos en pacientes femeninas cuya ocupación fue de secretarías .

F.- Anomalías en los tejidos periungueales .

1.- Paroniquias (Cuadro 15) .

La frecuencia fue de 2.8% (10/356) . Únicamente se presentaron en el sexo femenino. La edad promedio fue de —

33.3 años, prevaleciendo en la segunda y tercera décadas. En el 50% de los casos fue motivo de la consulta. Clínicamente se clasificaron como paroniquias agudas. En 60% de los casos se encontró por examen directo la presencia de candida. La ocupación en el 80% de los casos fue de amas de casa .

2.- Uña encarnada (Cuadro 16) .

Su frecuencia fue de 2.5% (9/356) , con un predominio de 88.8% (8/9) del sexo femenino. La edad promedio en el se xo femenino fue de 42.1 años. En el 100% de los casos fue motivo de consulta. La frecuencia en el sexo femenino se puede asociar con el tipo de calzado y al afán casi compulsivo de reco tar las uñas en una forma inadecuada .

3.- Pteriglón (Cuadro 17) .

La frecuencia fue de 2.2% (8/356) . Más frecuente en hombres 2:1, con edad promedio del sexo masculino de 45.4 años y del femenino de 54 años. Se registró un caso asociado a psoriasis. En el 80% existió traumatismo ungueal severo .

G.- Tumores .

La frecuencia de tumores ungueales fue de 3.4% (12/356) con distribución igual para los dos grupos de sexo, se registró una edad promedio de 35 años para los masculinos y 29.6 años -

para el grupo femenino. De los 12 casos encontrados el 83.3% fueron tumores benignos (10/12); las verrugas vulgares periungueales ocupan el primer lugar y representan el 40% (4/10), el segundo lugar fue la exostosis 20% (2/10). Se encontró un caso de cada uno de los siguientes tumores: angiofibroma cuya enfermedad base fue Enfermedad de Pringle, tumor glómico subungueal, y un granuloma telangiectásico secundario a uña encarnada.

También se encontraron dos tumores malignos, uno correspondió a melanoma maligno subungueal en el pulgar de la mano izquierda. El otro caso fue un Carcinoma epidermoide en dedo índice de mano derecha en un paciente masculino de 78 años de edad .

CUADRO 1
DISTRIBUCION POR EDAD Y SEXO DE 1.000 CASOS REVISADOS

Decada	Masculino %		Femenino %		Total %	
1° Década 0-10	8	1.9	9	1.6	17	1.7
2° Década 11-20	124	29.2	171	29.7	295	29.5
3° Década 21-30	115	27.1	155	27.0	270	27.0
4° Década 31-40	56	13.2	87	15.1	143	14.3
5° Década 41-50	32	7.6	46	8.0	78	7.8
6° Década 51-60	33	7.8	42	7.3	75	7.5
7° Década 61-70	37	8.8	41	7.1	78	7.8
8° Década 71-80	17	4.0	12	2.1	36	3.6
9° Década 81-90	2	0.4	6	1.1	8	0.8
Total	424	42.4%	576	57.6%	1000	
Edad Promedio	41.3		45.5			

CUADRO 2

Frecuencia y tipos de onicopatías por sexo encontradas en 700 -
pacientes de la consulta externa de Dermatología .

Onicopatía	M	%	F	%	Total	%
Paquiloniquia	31	25.2	52	32.2	83	29.4
Melanoniquia	24	19.5	10	6.2	34	12.0
Surcos trans versales	4	3.25	18	11.1	22	7.8
Onicosis	10	8.13	8	4.9	18	6.3
Onicorrexis	7	5.69	7	4.3	14	4.92
Leuconiquias	7	5.69	5	3.1	12	4.25
Ausencia de lúnula	6	4.87	6	3.7	12	4.25
Tumores	6	4.87	6	3.7	12	4.25
Braquiloniquia	5	4.06	5	3.1	10	3.5
Plts u Hoyuelos	2	1.62	8	4.9	10	3.5
Colloniquia	5	4.06	4	2.4	9	3.19
Uña encarnada	1	0.81	8	4.9	9	3.19
Hapaloniqúia	4	1.81	2	1.2	6	2.12
Pterigi6n	3	1.06	3	1.8	6	2.12
Uñas en cristal de reloj	2	1.62	3	1.8	5	1.77
Hendiduras	3	2.23	1	1.0	4	1.41
Fisuras	3	1.06	0	0.0	3	1.06
Uñas quebradizas	0	0.0	2	1.2	2	0.70
Hemorragia en astillas	0	0.0	1	1.8	1	0.35
Paroniquia	0	0.0	10	6.2	10	3.5
Total	123	43.6	159	56.4	282	

Frecuencia 40.2%

Motivo de consulta 13.1%

CUADRO 3

Frecuencia y tipos de Onicopatías por sexo encontradas en 300 pacientes hospitalizados

Onicopatía	M	%	F	%	Total	%
Paquioniquia	10	20.4	4	16	14	18.9
Leuconiquia	5	10.2	8	32	13	18
Onicorrexia	6	12.2	4	16	10	13.5
Melanoniquia	5	10.2	2	8	7	9.4
Uñas en cristal de reloj	3	6.1	3	12	6	8.1
Surcos de Beau	3	6.1	2	8	5	6.7
Onicolisis	4	8.16	0	0	4	5.4
Fisuras	4	8.16	0	0	4	5.4
Braquioniquia	3	6.1	1	4	4	5.4
Colloniquia	1	2.0	1	4	2	2.7
Pterigión	2	4.0	0	0	2	2.7
Uñas azules	1	2.0	0	0	1	1.35
Hemorragia en astilla	0	0.0	1	4	1	1.35
Onicomadesis	1	2.0	0	0	1	1.35
Total	49	66.2	25	33.7	74	

Frecuencia 24.6%

CUADRO 4

Paquiloniquias por edad y sexo en 356 pacientes con onicopatías

Edad	M	%	F	%	Total	%
0-10 años	1	2.4	0	0	1	1.03
11-20 años	4	10.0	5	9	9	9.2
21-30 años	10	24.0	8	14	18	18.5
31-40 años	7	17.0	16	29	23	23.7
41-50 años	4	10.0	8	14	12	12.3
51-60 años	8	19.0	5	9	13	13.4
61-70 años	5	12.0	11	20	16	16.4
71-80 años	2	5.0	3	5	5	5.15
Total	41	42.2	56	57.7	97	

Edad Promedio 41.3 años 45.5 años

Frecuencia 27.5% Motivo de consulta 46.3%

Examen directo positivo a Hongos 46.3%

CUADRO 5

Oncolisis por edad y sexo en 356 pacientes con oncopatía

Edad	M	%	F	%	Total	%
0-10 años	0	0	0	0	0	0
11-20 años	5	36	1	12	6	28
21-30 años	2	14	0	0	2	9
31-40 años	3	22	1	12	4	18
41-50 años	1	7	3	38	4	18
51-60 años	0	0	2	25	2	9
61-70 años	2	14	1	12	3	14
71-80 años	1	7	0	0	1	4
Total	14	63.6	8	36.3	22	

Edad Promedio 34 años

44,5 años

Frecuencia 6.25%

Motivo de consulta 13.6%

CUADRO 6

Braquioniquias. Uñas en raqueta por edad y sexo en 356 pacientes con onicopatías

EDAD	M	%	F	%	Total	%
0-10 años	0	0	0	0	0	0
11-20 años	2	25	3	50	5	35
21-30 años	2	25	1	16,6	3	21,4
31-40 años	1	12,5	1	16,6	2	14,2
41-50 años	0	0	1	16,6	1	7,1
51-60 años	1	12,5	0	0	1	7,1
61-70 años	2	25	0	0	2	14,2
Total	8	57,1	6	42,8	14	

Edad Promedio 39,5 27 años

Frecuencia 3,9%

Motivo de consulta 0

Adquiridas 57,1%

CUADRO 7

Colloniquitas por edad y sexo en 356 pacientes con onicopatías

Edad	M	%	F	%	Total	%
0-10 años	0	0	0	0	0	0
11-20 años	2	33	0	0	2	18
21-30 años	2	33	1	20	3	27
31-40 años	0	0	2	40	2	18
41-50 años	1	17	2	40	3	27
51-60 años	1	17	0	0	1	9
61-70 años	0	0	0	0	0	0
71-80 años	0	0	0	0	0	0
Total	6	54.5	5	45.4	11	

Edad Promedio

32 años

39.4 años

Frecuencia 3.1%

Motivo de consulta 9%

CUADRO 8

Uñas en Cristal de Reloj por edad y sexo en 356 pacientes con onicopatías

Edad	M	%	F	%	Total	%
0-10 años	0	0	0	0	0	0
11-20 años	0	0	1	1	1	9
21-30 años	1	20	0	0	1	9
31-40 años	1	20	3	50	4	37
41-50 años	1	20	0	0	1	9
51-60 años	0	0	0	0	0	0
61-70 años	2	40	0	0	2	18
71-80 años	0	0	2	33	2	18
Total	5	45.4	6	54.5	11	

Edad Promedio 48.6 años 47.1 años

Frecuencia 3.1% Motivo de consulta 0

Asociación a enfermedad Pulmonar 81.8%

CUADRO 9

Melanoniqulas por edad y sexo en 356 pacientes con onicopatías

Edad	M	%	F	%	Total	%
0-10 años	0	0	1	8.3	1	2.4
11-20 años	6	20.6	1	8.3	7	17.0
21-30 años	10	34.4	2	16.6	12	29.2
31-40 años	6	20.6	2	16.6	8	19.5
41-50 años	1	3.4	1	8.3	2	4.8
51-60 años	4	13.7	2	16.6	6	14.6
61-70 años	1	3.4	0	0	1	2.4
71-80 años	1	3.4	3	25	4	9.7
Total	29	70	12	29.2	41	

Edad Promedio 33.5 años

44.6 años

Frecuencia 11.6%

Motivo de consulta 0

Hematoma subungueal 48.3%

CUADRO 10

Leuconiquitas por edad y sexo en 356 pacientes con onicopatías

Edad	M	%	F	%	Total	%
0-10 años	1	8.3	0	0	1	4
11-20 años	5	41.6	2	15.3	7	28
21-30 años	1	8.3	2	15.3	3	12
31-40 años	2	16.6	3	23	5	20
41-50 años	2	16.6	1	7.6	3	12
51-60 años	1	8.3	4	30.7	5	20
61-70 años	0	0	1	7.6	1	4
Total	12	48	13	52	25	

Edad Promedio 27.5 años 40.2 años

Frecuencia 7.10% Motivo de consulta 0

Asociación con Hipoproteinemia 60%

CUADRO 11

Ausencia de lúnula por edad y sexo en 356 pacientes con onicopatía

Edad	M	%	F	%	Total	%
0-10 años	0	0	0	0	0	0
11-20 años	2	33,3	2	33,3	4	33,3
21-30 años	2	33,3	1	16,6	3	25
31-40 años	0	0	1	16,6	1	8,3
41-50 años	0	0	0	0	0	0
51-60 años	0	0	2	33,3	2	16,6
61-70 años	2	33,3	0	0	2	16,6
Total	6	50	6	50	12	
Edad Promedio	60,8 años		58,5 años			
Frecuencia	3,4 %		Motivo de consulta 0			

CUADRO 12

Surcos transversales por edad y sexo en 356 pacientes con onicopatía

Edad	M	%	F	%	Total	%
0-10 años	0	0	0	0	0	0
11-20 años	1	14.2	5	25	6	22.2
21-30 años	1	14.2	12	60	13	48.1
31-40 años	1	14.2	3	15	4	14.8
41-50 años	0	0	0	0	0	0
51-60 años	2	28.5	0	0	2	7.4
61-70 años	2	28.5	0	0	2	7.4
Total	7	25.9	20	74	27	
Edad Promedio	42.8 años		25.6 años			
Frecuencia 7.6%	Motivo de consulta 0					

CUADRO 13

Onicorraxis por edad y sexo en 358 pacientes con onicopatía

Edad	M	%	F	%	Total	%
0-10 años	0	0	0	0	0	0
11-20 años	0	0	1	9	1	4.16
21-30 años	0	0	1	9	1	4.16
31-40 años	3	23	0	0	3	12.5
41-50 años	2	15.3	0	0	2	8.3
51-60 años	1	7.6	4	36.3	5	20.8
61-70 años	6	46.1	1	9	7	29.1
71-80 años	1	7.6	4	36.3	5	20.8
Total	13	54	11	45.8	24	
Edad promedio	54,5 años		59 años			
Frecuencia	6.8%		Motivo de consulta 0			

CUADRO 14

Pits u hoyuelos por edad y sexo en 358 pacientes con onicopatía

Edad	M	%	F	%	Total	%
0-10 años	0	0	0	0	0	0
11-20 años	1	50	1	12.5	2	20
21-30 años	0	0	7	87.5	7	70
31-40 años	0	0	0	0	0	0
41-50 años	1	50	0	0	1	10
Total	2	20	8	80	10	

Edad promedio 32.5 años 22.6 años

Frecuencia 2.8% Motivo de consulta 0

Asociación con Dermatitis por contacto en manos 80%

CUADRO 15

Paroniquias por edad y sexo en 356 pacientes con onicopatía

Edad	Numero	%
0-10 años	0	0
11-20 años	4	40
21-30 años	2	20
31-40 años	0	0
41-50 años	2	20
51-60 años	1	10
61-70 años	0	0
71-80 años	1	10
Total	10	

Edad promedio 33.3 años

Frecuencia 2.8%

Motivo de consulta 50%

Asociación con candida 60%

CUADRO 16

Uña encarnada por edad y sexo en 356 pacientes con onicopatía

Edad	M	%	F	%	Total	%
0-10 años	0	0	0	0	0	0
11-20 años	0	0	2	25	2	22.2
21-30 años	0	0	0	0	0	0
31-40 años	0	0	2	25	2	22.2
41-50 años	1	100	1	12.5	2	22.2
51-60 años	0	0	1	12.5	1	11.1
61-70 años	0	0	2	25	2	22.2
71-80 años	0	0	0	0	0	0
Total	1	11.1	8	88.8	9	
Edad promedio	40 años		42.1 años			
Frecuencia	2.5%		Motivo de consulta		100%	

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

CUADRO 17

Pterigión por edad y sexo en 356 pacientes con onicopatía

Edad	M	%	F	%	Total	%
0-10 años	0	0	0	0	0	0
11-20 años	1	20	0	0	1	12.5
21-30 años	1	20	1	33.3	2	25
31-40 años	1	20	0	0	1	12.5
41-50 años	0	0	0	0	0	0
51-60 años	1	10	0	0	1	12.5
61-70 años	0	0	2	66.6	2	25
71-80 años	1	20	0	0	1	12.5
Total	5	62.5	3	37.5	8	
Edad promedio	45.4 años		54 años			
Frecuencia	2.2%		Motivo de consulta		0	

CONCLUSIONES

- 1.- La frecuencia de onicopatías en 1000 pacientes (57,6% - femeninos, 42,4% masculinos predominantemente entre la 2da y 4ta decadas) fué de 35,6% .
- 2.- La onicopatía sólo fué motivo de consulta en 13,1% de los casos .
- 3.- La frecuencia de onicopatías en pacientes dermatológicos fue mayor 40,2% que en los pacientes hospitalizados en - los que se encontró en un 24,6% .
- 4.- La alteración morfológica más frecuentemente encontrada fué la paquioniquia en un 27,5%. El 46,3% de los casos se encontraron asociadas a micosis de la uña .
- 5.- En los casos dermatológicos después de las paquioniquias siguieron en frecuencia las melanoniquias (12%), surcos transversales (7,8%), onicolisis (6,3%) y onicorraxis en 4,9% .
- 6.- En los casos hospitalizados después de las paquioniquias siguieron en frecuencia las leuconiquias (18%), las onicorraxis (13,5%), las melanoniquias (9,4%), y uñas en cristal de reloj (8,1%) .
- 7.- Las onicopatías en el grupo dermatológico se encontraron por igual en ambos sexos a diferencia del grupo hospitalizado se encontraron con una frecuencia mayor 2:1 para-

el sexo masculino .

- 8.- El examen clínico de las uñas debe ser efectuada por el -
Dermatólogo en forma rutinaria y metódica. Es recomend
dable con la finalidad de unificar criterios y lograr un mej
jor entendimiento de las onicopatías, el emplear en forma
inicial la clasificación morfológica, ya que ésta facilitará
el análisis de la posible etiología .

RESUMEN

Se incluye una revisión de los principales aspectos normales de la uña así como de sus patologías .

Se revisaron 1000 pacientes del Hospital General de México de la Secretaría de Salud, que consultaron al Servicio de Dermatología y hospitalizados en diversos servicios .

En estos pacientes se detectaron 356 casos de onicopatías que fueron estudiadas por separado. Se realiza un análisis de estos casos que fueron 48% del sexo masculino, 52% del sexo femenino, predominando la 2da. 3ra. y 4ta. décadas .

La onicopatía más frecuente fué la paquioniquia en un 27.7%, asociada a micosis de la uña en 46.3% de los casos .

En los casos dermatológicos después de las paquioniquias siguieron en frecuencia las melanoniquias (12 %), surcos transversales (7.8%), onicolisis (6.3%) y onicorrexis en 4.9% .

En los casos hospitalizados después de las paquioniquias siguieron en frecuencia las leuconiquias (18%), las onicorrexis (13.5%), las melanoniquias (9.4%), y uñas en cristal de reloj (8.1%) .

I C O N O G R A F I A

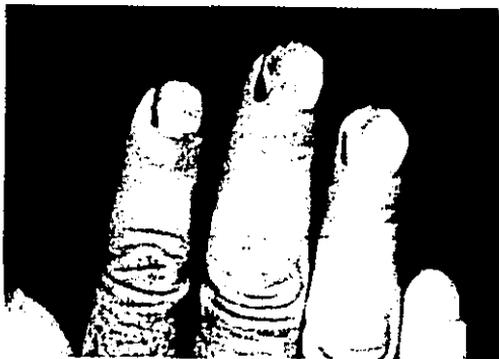
Alteraciones en la forma



PAQUIONIQUIA Alteración
ungueal más frecuente



ONICOGRIFOSIS



COILONIQUIA



UÑAS EN VIDRIO DE
RELOJ

Alteraciones en la forma



ONICOMADESIS Post-traumatica

Alteraciones de la forma

Liquen Plano Ungueal

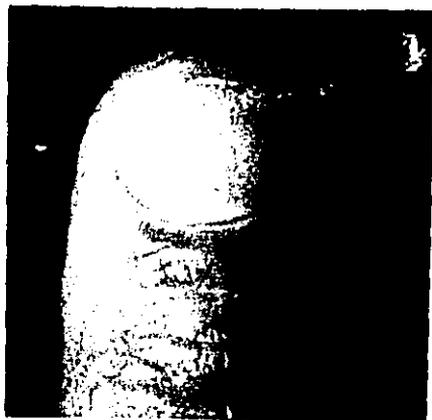


Se observó en 2 casos la onicodistrofia que presentaban en las 20 uñas



HISTOPATOLOGIA
Acanthosis irregular con hipergranulosis, denso infiltrado inflamatorio en contacto con la epidermis.

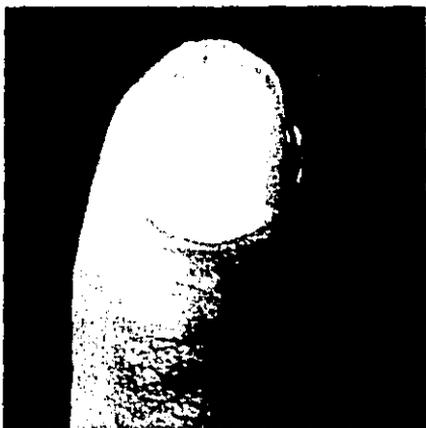
Alteraciones en la Superficie



ONICORREXIS



SURCOS TRANSVERSALES
traumáticos



ONICOSQUICIA (acom-
pañando una colitiquia)



EROSION

Alteraciones de la superficie

SURCOS DE BEAU



Presentación en las 20 uñas en un paciente que 3 meses atrás cursó con absceso hepático amibiano — abierto a pleura .

Alteraciones en el color



LEUCONIQUIA TOTAL
Paciente con Hepatitis Crónica Activa



UÑAS MITAD Y MITAD
Paciente diabética con nefropatía

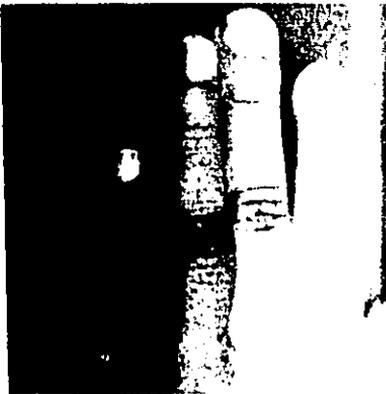
Alteraciones en el color



Melanoniquia en Bandas



Melanoniquia por Hematoma subungueal



Melanoniquia en banda.
Nevo de unión



Melanoniquia total
Melanoma maligno

VARIOS



Angiofibroma Paciente
con Epitola



Carcinoma Epidermoide



Pterigión Postraumatico



Exostosis subungueal

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Rook, A.: Textbook of Dermatology. Blackwell scientific Publications Oxford, London, Edinburg, 4th. Ed. Vol. - III 1986 Pag. 2039-73 .
- 2.- Fitzpatrick, T.B.: Dermatología en Medicina General, - 4ta. Ed. Edit. Panamericana, Buenos Aires Argentina , 1979, pag. 485-501 .
- 3.- Beaven, D.W.: Atlas a color de las uñas en el diagnóstico clínico .
- 4.- Baden, H.P. Diseases of the hair and nails year Book - Medical Publishers, Inc. Chicago London 1a. ed. 1987 - Pag. 3-102 .
- 5.- Zaias N. Embriology of the human nail arch Dermatol. 1963; 87: 37-42 .
- 6.- Zaias N. Alvarez J. The formation of the primate nail - plate an autoradiographic study in squirrel monkey. J. - Invest Dermatol 1968, 51: 120-136 .
- 7.- Lever W.R.: Histopatología de la piel Intermedica Ed. - Buenos Aires, Argentina 5ta. Ed. 1979 Pag. 27
- 8.- Pnuzanski W. Almon R. Cystine and other aminoacids in fingernails of cystinuria patients and list of normaes. Lancet 1965; 2: 60-61 .

- 9.- Darler J. et al.: *Practique Dermatologique*. Editeurs -
Libraries de L'academic de medicine Saint German. Pa
ris 1936 Pag. 275-324 .
- 10.- Requena Caballero L. Lopez B.: *Patología ungueal*. *Piel*
3: 165-182, 1988 .
- 11.- Hopsu-Hann UK. Jansen CT: *anonychia congenita*. *Arch*
Dermatol 107: 752-753, 1979 .
- 12.- Wenscher B Thorman J. *Permanent anonychia after ste*
vens-Johnson sindrome. *Arch Dermatol* 113:970, 1977 .
- 13.- Tchon PK, Kohnt. *Dysqueratosis congénita au autosomal*
dominant disorders. *J. AM. Acad. Dermatol.* 1982; 6: 1034
-1039 .
- 14.- Scynider U W, Anton-Lamprecht I *Zur Klinik der Epider*
molyse mit Junktionalen Blasenbildung Dermatológica
1979; 159: 402-408 .
- 15.- Baran R. *Hollopean's acrodermatitis* *Arch Dermatol* —
1979; 115: 815 .
- 16.- Anonimo *Finger clubbing and hipertrophia pulmonary os*
tearthropathy. *Br. Med. J.* 1977; 2 : 785 .
- 17.- Hall GH *The cause of digital clubbing testing a new hypo*
thesis *Lancet* 1959; 1 : 750-753 .
- 18.- Ronchese F. *The enigma of many nails* *Dermatológica* —
1965; 131: 161-168 .

- 19.- Gutman A, Frunkin A, Bloch-Shtache N, X-Linked dyskeratosis congenita with pancitopenia. Arch Dermatol - 1978; 114: 1, 667-1671 .
- 20.- Lubach D. Erbliche onychogryphosis Hantarzt 1982, 33 331-334 .
- 21.- Baran R, Bureau H. Congenital malalignment of the big toe-nail as a cause of ingrowing toe-nail in infancy Pathology and treatment (a study of thyrtly cases) Clin Exp. Dermatol 1983; 8: 619: 623 .
- 22.- Baran R. Pincer and trumpet nails Arch Dermatol 1974; 110: 639-640 .
- 23.- Dawber RPR, Samman PD, Dottoms E. Finger Nail - growth in Idiopathic and psoriatic onycholysis. Br. U. - Dermatol 1971; 85; 558-550 .
- 24.- Samman PD, white WK. The Yellow nail Sindrome Br. U. Dermatol 1984; 76: 153-157 .
- 25.- Quin UD, Elieman UH, Yellow nail syndrome Arch Dermatol 1979; 115; 734-735 .
- 26.- Cockram CS, Richard P. Yellow nails and nephrotic Syndrome. Br. U. Dermatol 1979; 101: 707-709 .
- 27.- Pierard G E, Van Nerte D, Le tot B. Hidrotic ectodermal dysplasia. Dermatológica 1979, 158: 168-174 .

- 28.- Zalas N.: Psoriasis of the nail. A clinical pathologic study. Arch Dermatol 1969; 99: 567-579 .
- 29.- Baker H. Phot. Onycholysis caused by Tetracyclines. - Br. Med. U. 1977; 2: 519-520 .
- 30.- Warin AP. Photo-onycholysis secondary to psoralen use. Arch Dermatol 1979; 115-235 .
- 31.- Coskey RJ. Onycholysis from sodium hypochlorite Arch Dermatol 1974; 109; 96 .
- 32.- Terry RB. White nails in hepatic cirrhosis Lancet 1954; 1: 757-759 .
- 33.- Muescke RC. The finger nails in chronic hypoalbuminemia. Br. Med. U. 1956; 1: 1327-1338 .
- 34.- Simons RD. Beginning, duration and course of action of arsenic on nails. Uama 1937, 109-94 .
- 35.- Zalas N. Ackerman AB Thenall In Darier-white disease, Arch Dermatol 1973; 107: 193-199 .
- 36.- Zalas N. Onychomycosis. Arch Dermatol 1972; 105: 263-274 .
- 37.- Pack GT, Oropeza R. Subungueal Melanoma. Surg. Gynecol. Obstet 1967; 124: 571-582 .
- 38.- Baran R. Pigmentations of the nails (chromonychia) J. Dermatol Surg. Oncol 1978; 4: 250-254 .

- 39.- Leyden J.J. Spotted, Diffuse and banded melanin pigmentation in nails. Arch Dermatol 1972; 105: 548-550 .
- 40.- Tuffanelli D. Abraham RK, Dubois E.J. Pigmentation — from antimalarial therapy: its possible relation to ocular lesions. Arch Dermatol 1963; 88: 419-426 .
- 41.- Satanove A. Pigmentation due to phenothiazines in high prolonged dosage. JAMA 1965; 191: 263-268 .
- 42.- Bearn AG, Mekusick UA. Azure lunulae: an unusual change in the finger nails in two patients with hepatolenticular degeneration (Wilson's disease) JAMA 1958; 166: 904-906 .
- 43.- Terry R. Red half-moons in cardiac failure. Lancet — 1954; 2: 842 .
- 44.- Zaun H. Patologia ungueal. Barcelona. Dogma, 1983; 51.
- 45.- Monk BW The prevalence of splinter haemorrhages Br. J Dermatol 1980; 103: 183-190 .
- 46.- Gross N.U, Tall R. Clinical significance of splinter haemorrhages. Br. Med. J. 1963; 2: 1496-1498 .
- 47.- Person JR. Twenty nail dystrophy: A hypothesis Arch - Dermatol 1984; 120: 437-438 .
- 48.- Baran R. Fragilité des angles. Cutis Francia 1978; 2 : 457-468 .

- 49.- Estevens J. Pathogenesis and treatment of chronic paronychia. *Dermatologica* 1959; 119: 229-238 .
- 50.- Coskey RU, Moguel TD, Belna ck; EG : Congenital Ju—
bungueal naevus. *U. am. Acad. Dermatol.* 1983; 9: 747-
751 .
- 51.- Ellison Y, price CH. Subungueal exostosis. *Br. J. Ra-
dial* 1966; 39: 451-454 .
- 52.- Vel U, Jensen BE.: Expedition nails. *Br. Med. U.* 1975
2: 140 .
- 53.- Mikhail G R. Bowen disease and squamous cell carcinoma
of the nail bed. *Arch Dermatol* 1974; 110: 187-270 .
- 54.- Rudolph R.: Subunqueal basal cell carcinoma presenting
as longitudinal melanonychia. *U. of the American Acad.
of Dermatology* 1987; 16: 229-232 .