



Universidad de Valladolid

GRADO EN MEDICINA
TRABAJO DE FIN DE GRADO
CURSO 2017-2018

ESTUDIO CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DE LA PATOLOGÍA UNGUEAL.

Autora: María Castro Martínez

Tutora: Rosa Giménez García

ÍNDICE

0. Resumen	página 1
1. Introducción.....	página 1
2. Objetivos.....	página 8
3. Material y Métodos.....	página 9
4. Resultados.....	página 11
5. Discusión.....	página 12
6. Conclusiones.....	página 15
7. Bibliografía.....	página 16

RESUMEN

La patología ungueal es un motivo relativamente frecuente de consulta en Atención Primaria y Dermatología y, a pesar de todo, muy poco conocida por los profesionales sanitarios. La ausencia de estudios epidemiológicos sobre la prevalencia de la patología ungueal en su conjunto motivó este estudio. En él se recogieron datos de interés epidemiológico y referentes a factores de riesgo conocidos de onicopatía, de todos los pacientes que acudieron por primera vez a nuestra consulta de Dermatología en un periodo de nueve meses. Previamente se llevó a cabo una revisión de la literatura disponible sobre la fisiología, semiología y patología del aparato ungueal, en base a la cual se seleccionaron las variables del estudio. Un total de 58 sujetos fueron incluidos en nuestra muestra, representando un 4,8% del total de las consultas de este periodo. La causa más frecuente de onicopatía resultó ser la mecánica (32,8%), seguida de las onicomycosis (19%) y de las alteraciones ungueales secundarias a dermatosis (15,5%). Por último, se elaboró un glosario con imágenes de términos básicos referentes a la semiología del aparato ungueal, con el fin de promover la familiarización con los mismos, así como su exploración y correcta designación por parte de los médicos.

INTRODUCCIÓN

El aparato ungueal es una estructura queratinizada desarrollada a partir de una invaginación de la epidermis en la dermis cuyo crecimiento se prolonga desde la 15ª semana de vida intrauterina y durante toda la vida. En su desarrollo mantiene una estrecha relación con el de las falanges, de forma que numerosas malformaciones óseas coexisten con alteraciones ungueales y viceversa (1–3).

Las uñas cumplen funciones relevantes y muy variadas: protegen el extremo distal de los dedos frente a daños externos; facilitan el agarre y la manipulación de objetos pequeños; contribuyen al tacto fino por un mecanismo de contrapresión; influyen en la biomecánica del pie, siendo necesarias para el desarrollo pleno de la función motora de éste; función de rascado y, por último, pero no por ello menos importante, una función estética (4).

Anatomía del aparato ungueal

La unidad ungueal tiene una estructura compleja compuesta por las siguientes estructuras: lámina ungueal, matriz ungueal, lecho ungueal, pliegues periungueales e hiponiquio, cada con unas funciones y características histológicas propias. El conocimiento de estos elementos así como de la relación entre ellos es fundamental para comprender los procesos de la patología ungueal e interpretar su semiología (5,6).

La **placa ungueal** es una estructura queratinizada compuesta por tres capas (dorsal, intermedia y ventral) y cubierta parcialmente por el pliegue ungueal proximal (raíz ungueal). Se extiende sobre la matriz (que ocupa el 15-25% de su cara ventral) y el lecho ungueal (75-85%) (3,5,7). Su cara ventral tiene unos surcos longitudinales, complementarios a unas crestas longitudinales del lecho ungueal al que está adherida. Su superficie o cara dorsal es lisa, aunque con la edad pueden aparecer estrías longitudinales sin significado patológico. En condiciones normales es translúcida y tiene un color rosado homogéneo correspondiente a los capilares del lecho ungueal, lo cual hace de ella una “ventana” desde la que podemos acceder al estudio de la microvasculatura.

La **matriz ungueal** produce toda o casi toda la placa ungueal; cubierta bajo la raíz ungueal y el pliegue ungueal proximal, excepto en su tercio distal, la **lúnula**, que en algunas uñas es visible a través de la placa ungueal (8). La diferenciación de los queratinocitos de la matriz ungueal se da en un eje diagonal y en sentido distal, a diferencia de los de la epidermis, que lo hacen en sentido vertical. Las uñas de las manos crecen más rápido, unos 2-3mm/mes que las de los pies (1mm/mes) (3). El desarrollo de una placa completa tarda, en general, 6 meses en las manos y entre 12 y 18 meses en los pies. Esta baja tasa de crecimiento hace que la

placa ungueal sea de gran valor para la identificación de eventos patológicos, locales o sistémicos, que afectan a la matriz durante los últimos meses. La matriz y, en mucha menor medida, el lecho son las únicas estructuras que tienen melanocitos, aunque puede aparecer melanina en la placa ungueal por transferencia de melanosomas desde la matriz (6,8).

El **lecho ungueal** es un epitelio delgado, ricamente vascularizado y que contribuye en cierta medida a la formación de la placa ungueal. Su superficie posee unas crestas longitudinales que se complementan con los de la la placa ungueal, a la que está fuertemente adherido.

El **hiponiquio** es una continuación del epitelio del lecho ungueal y es contiguo distalmente a la piel volar del dedo. Fija la placa ungueal distalmente y protege el aparato ungueal de infecciones y otros daños. Los **pliegues ungueales** proximal y laterales constituyen el **paroniquio**. Son unos pliegues cutáneos que protegen la placa ungueal y hacen que crezca en la orientación correcta. Con capilaroscopia se pueden observar alteraciones en la disposición longitudinal de sus capilares (colagenopatías). El estrato córneo de este pliegue forma el **eponiquio o cutícula**. En conjunto, los pliegues laterales, proximal e hiponiquio constituyen el **perioniquio**.

La dermis del lecho ungueal contiene una red de tejido conectivo con abundantes **vasos sanguíneos** de disposición longitudinal. El daño de estos capilares resulta en el signo conocido como hemorragias de splinter o “en astilla”. La presencia de cuerpos glómicos, unas anastomosis arteriovenosas que regulan el aporte sanguíneo a la red capilar de las partes acras, cumple una función de regulación de la temperatura corporal y del aporte sanguíneo a dichas partes en condiciones de bajas temperaturas (9). Alteraciones del aporte sanguíneo del aparato ungueal van a tener repercusiones, tanto por defecto (onicólisis, líneas de Beau, etc por isquemia) como por exceso (crecimiento excesivo por shunts arteriovenosos) (7).

Patología del aparato ungueal

La patología ungueal constituye el 10% del total de afecciones dermatológicas, con la patología infecciosa local como la onicopatía más frecuente (hasta el 50%) (10–13).

Las diferentes alteraciones ungueales pueden ser de gran utilidad para el diagnóstico de enfermedades subyacentes ya que, a pesar de ser poco específicas en algunos casos, pueden orientar hacia la necesidad de estudio de un proceso sistémico como causa de las mismas. (14,15).

Alteraciones en la morfología, crecimiento, pigmentación o consistencia del aparato ungueal pueden ser reflejo de patología infecciosa, inflamatoria o tumoral a nivel local, así como de entidades sistémicas somáticas, psicopatológicas (onicofagia) o exposición a fármacos.

Infecciones fúngicas. Onicomiosis.

El término **onicomiosis** hace referencia a las infecciones por hongos del aparato ungueal. Constituyen la afección más frecuente del aparato ungueal, siendo los dermatofitos la causa del 83% (2). Otros hongos no dermatofíticos y levaduras como la *Candida* son causas menos frecuentes.

La distribución de las lesiones depende del punto de acceso de la infección: pueden afectar a la parte distal y lateral de la lámina ungueal si acceden por el espacio subungueal (forma más frecuente), que conforme pasa el tiempo va causando opacificación, engrosamiento y agrietamiento de la misma; la onicomiosis blanca superficial se produce por invasión directa de la superficie dorsal de la lámina ungueal, que puede llegar a romperse (onicomadesis); en la afectación subungueal proximal el hongo accede a través de la cutícula, invadiendo la matriz (menos frecuente, generalmente por hongos no dermatofíticos o en situaciones de inmunodeficiencia). Por último, cuando el hongo accede a través del borde libre de la lámina ungueal y se distribuye por ésta causando una opacificación difusa se denomina endoniquia, situación muy poco frecuente (16).

La variedad de presentaciones de la onicomiosis hace que pueda asemejarse a las de otras dermatosis, por lo que es conveniente la utilización de pruebas diagnósticas que confirmen la presencia del hongo (17). Una realización adecuada de la toma de muestras es fundamental para obtener unos resultados válidos en estas pruebas. Su prevalencia es mayor y está en aumento en las sociedades occidentales, donde juegan un papel fundamental factores de riesgo como la enfermedad arterial periférica y la diabetes mellitus tipo 2. Sin embargo, su factor de riesgo principal siguen siendo los antecedentes traumáticos (deporte, calzado inapropiado...) y la exposición mantenida a condiciones de humedad (empleados del hogar, limpieza, hostelería, calzado no transpirable...) (18).

En la patología infecciosa de etiología no fúngica destacan la **paroniquia aguda** y el **síndrome de la uña verde**. La primera es una infección supurada de los tejidos periungueales cuyo agente etiológico más frecuente es el *S. aureus*, que puede extenderse a planos más profundos de la falange distal causando un panadizo. La aparición de vesículas unos días después sugiere etiología vírica (panadizo herpético). La segunda es una infección por *P.*

aeruginosa que asienta sobre uñas distróficas o con otras alteraciones predisponentes, caracterizada por el depósito de piocianina en la lámina ungueal (19).

Trastornos ungueales de causa mecánica

Muchas alteraciones ungueales son debidas directamente a daños mecánicos, así como muchas onicopatías pueden ser agravadas o favorecidas por los mismos. Se pueden distinguir dos tipos, los traumatismos mayores y, mucho más frecuentes y menos estudiados, los microtraumatismos repetidos. Estos últimos se deben a traumatismos menores repetidos que pasan desapercibidos para el paciente hasta que, tras un largo periodo de evolución, los signos de onicodistrofia se hacen evidentes. Ocurre casi exclusivamente en las uñas del pie y se debe a la interacción de las siguientes causas: alteraciones en la dinámica de la pisada, alteraciones en la forma del pie o los dedos y uso de calzado inadecuado (2).

El *hallux valgus*, el pie griego (segundo dedo del pie más largo que el primero), y los dedos en martillo, en maza y en garra son algunas de las deformidades que ocasionan traumatismos repetidos con la pisada y consecuentemente cambios distróficos en las uñas.

Los zapatos de tacón, con insuficiente sujeción o pequeños para el pie del paciente favorecen el roce constante de las uñas y el choque contra la puntera con cada paso. Algunos calzados oclusivos que impiden la transpiración favorecen las infecciones a nivel cutáneo y ungueal, como ocurre con las botas de seguridad de muchos trabajos.

Las manifestaciones de las onicopatías por microtraumatismos repetidos (hiperqueratosis, onicocriptosis o uña encarnada, hemorragias de splinter, leuconiquia punctata y otras distrofias) son poco específicas y requieren un amplio diagnóstico diferencial, mientras que los traumatismos mayores, por su forma de presentación y los antecedentes traumáticos no suponen dudas diagnósticas (20,21).

Patología tumoral del aparato ungueal

La unidad ungueal puede verse afectada por tumores de cualquier tipo, siendo los más frecuentes según una serie reciente (22) los fibromas (29,1%), los tumores osteocartilaginosos (21,9%) y los pseudoquistes mixoides (11,9%). Otros tumores menos frecuentes de carácter benigno son el granuloma piógeno, el tumor glómico, el onicomatricoma y el onicopapioma. A pesar de sus peculiaridades semiológicas, el diagnóstico de confirmación se basa en el estudio anatomopatológico y el tratamiento es quirúrgico en función de la clínica.

El carcinoma epidermoide (incluyendo la enfermedad de Bowen) es la neoplasia maligna más frecuente en el aparato ungueal, de buen pronóstico y bajo riesgo de invasión local y

metastatización. Se debe sospechar y biopsiar en cualquier masa subungueal, lesión verrucosa o hiperqueratósica periungueal persistente en el tiempo o que recurre tras el tratamiento (23).

El melanoma maligno deriva de los melanocitos de la matriz ungueal. La localización ungueal del melanoma es poco frecuente (el 1-3% de los melanomas en raza blanca, hasta el 15-30% de los melanomas en raza negra). La forma de presentación más frecuente es una lesión pigmentada de tipo melanoniquia longitudinal, por lo demás asintomática; hasta un cuarto de los casos son amelánicos. Es un cáncer de muy mal pronóstico, con unas tasas de supervivencia a los 5 años alrededor del 30% (24). La dermatoscopia puede ser muy útil en el diagnóstico diferencial de las melanoniquias longitudinales (la activación melanocítica racial, por fármacos, por embarazo... y las hiperplasias melanocíticas benignas y malignas como el nevus y el léntigo) (25).

Dermatosis con manifestaciones en el aparato ungueal

Múltiples patologías dermatológicas presentan alteraciones a nivel ungueal que, con más o menos especificidad, pueden contribuir a su diagnóstico. En otras ocasiones la afectación ungueal es el único signo presente.

Psoriasis: es la patología dermatológica que más frecuentemente afecta a las uñas. La alteración histopatológica responsable es la misma pápula inflamatoria paraqueratósica de la piel, cuyas manifestaciones clínicas dependerán de la localización de la misma.

Las lesiones psoriásicas en la matriz proximal condicionan la incorporación de células paraqueratósicas a la superficie dorsal de la uña, que se desprenden dejando unas depresiones (*pitting*) típicas, que no específicas (26). La afectación del lecho ungueal es responsable de: onicólsis (por alteración de la adhesión con la lámina ungueal), su signo más frecuente; del signo de la gota de aceite (parches color amarillo-salmón en la lámina ungueal) y de las hemorragias de splinter (por disrupción de los capilares del lecho ungueal). El diagnóstico diferencial se debe hacer fundamentalmente con onicomycosis (especialmente en psoriasis ungueales aisladas) dada la similitud de sus manifestaciones, contemplando la posibilidad de coexistencia de ambas (27–29).

Liquen plano: es una patología que afecta a piel, mucosas, folículos pilosos y uñas, de causa desconocida y potencialmente grave. La mayoría de liquen plano ungueal aparece aislado, sin lesiones a otros niveles, típicamente en la edad adulta y afectando a todas o la mayoría de las uñas. La afectación de la matriz ungueal se manifiesta por onicorrexis. También puede presentar traquioniquia, eritema de la lúnula y melanoniquia longitudinal post-inflamatoria. En

casos más graves puede destruir la matriz causando pterigium e incluso atrofia ungueal total. Requiere confirmación anatomopatológica y tratamiento con corticoides (30).

Alopecia areata: la afectación de las uñas en estos pacientes se presenta hasta en un 20% de los casos, siendo más frecuente aún en los niños. Es más frecuente en formas graves y en hombres. Los cambios en éstas no suelen manifestarse al mismo tiempo que la caída del pelo. Sus manifestaciones más frecuentes a nivel ungueal son el *pitting* fino de la placa ungueal y la **traquioniquia**. Algunas alopecias areatas universalis de instauración aguda pueden manifestar onicomadesis (26). Las características distintivas del *pitting* típico en la alopecia areata son la distribución geométrica, regular, múltiple y superficial de las depresiones, a diferencia del de la psoriasis. La afectación de la matriz se pone de manifiesto por un punteado eritematoso en la lúnula (lúnula moteada). Estas alteraciones suelen ceder tras mantenerse estables durante años, por lo que el uso de corticoides tópicos o intralesionales no siempre es necesario.

Enfermedad de Darier-White (queratosis folicular): es una genodermatosis autosómica dominante que consiste en un trastorno de la queratinización en la piel, las mucosas y las uñas. Como manifestaciones cutáneas podemos encontrar pápulas queratósicas, de aspecto grasiento, de color carne o marrón amarillento y queratosis punteada en palmas y plantas (31). La afectación ungueal es prácticamente constante, con uñas distróficas, débiles y quebradizas. Las bandas longitudinales blancas y rojas alternas y las muescas en forma de “V” en el borde libre de la uña se consideran signos patognomónicos (32–34).

Alteraciones ungueales en la infancia

El aparato ungueal del niño tiene una serie de particularidades, entre ellas, unas láminas ungueales más delgadas, blandas y transparentes. Esto condiciona un cierto grado de **coiloniquia**, que desaparece a medida que la placa ungueal se va engrosando con la edad. Otro hallazgo son unas **estriaciones fisiológicas**, que se dirigen oblicuamente desde los pliegues ungueales laterales hacia la línea media de la lámina ungueal (en espiga). Podemos encontrar también **líneas de Beau** incluso a partir de las 4 semanas de vida, que suele involucrar varias uñas y desaparecer en aproximadamente 14 semanas. El estrés intrauterino, las alteraciones fisiológicas sufridas durante el parto o procesos febriles posteriores son las causas más probables. La onicosquiasis es frecuente, especialmente en el primer dedo de la mano y del pie, agravada por la succión de los mismos (35–37).

Cambios ungueales asociados a la edad

El paso de los años asocia, en mayor o menor medida, alteraciones en el crecimiento, coloración, morfología, grosor, textura, etc. de la lámina ungueal. El mecanismo es poco conocido, pero se atribuye al deterioro del aporte vascular y a la exposición a radiación ultravioleta. La tasa de crecimiento de la uña cae un 0.5% anual a partir de los 25 años (38). La lámina ungueal se vuelve más opaca, pierde brillo y puede adquirir una coloración amarillenta-grisácea. La superficie lisa se vuelve rugosa al ser surcada por estriaciones longitudinales, visibles en la mayoría de personas a partir de los 50 años (39). Muchas onicopatías incrementan su incidencia con la edad, así como el riesgo de complicaciones asociadas a las mismas. Las patologías malignas más frecuentes tienen también una incidencia más alta en edades avanzadas (39,40).

Signos de enfermedades sistémicas en las uñas

Las alteraciones ungueales pueden ser consecuencia de procesos patológicos sistémicos o inducidos por fármacos. A pesar de que ninguno de estos hallazgos se considera patognomónico, su detección debe promover la realización de las pruebas pertinentes para descartar un proceso sistémico subyacente.

Entre las **alteraciones del crecimiento** del aparato ungueal secundario a patologías sistémicas destacan las acropaquias, las líneas de Beau, la coiloniquia, la onicolisis, las uñas en pinza y en pico de loro. Existen formas congénitas y familiares de estas alteraciones, por lo que nos interesan las adquiridas. Las acropaquias adquiridas suelen vincularse a enfermedades que condicionan hipoxia, siendo en un 80% de los casos de causa pulmonar (enfermedad pulmonar crónica y cáncer de pulmón) seguida por las enfermedades cardiovasculares cianóticas, gastrointestinales y endocrinológicas (14). La aparición de líneas de Beau en todas las uñas refleja la acción de un agente lesivo sistémico lo suficientemente intenso para interrumpir la proliferación de células de la matriz ungueal, causando un surco transversal en el espesor de la lámina ungueal cuya anchura nos permite conocer la duración de la exposición a dicho daño y cuya distancia con respecto al pliegue ungueal proximal nos permite conocer cuándo tuvo lugar. La quimioterapia es una causa frecuente de este signo, causando un número de líneas de Beau correspondiente al de ciclos de quimioterapia (41).

Las **alteraciones en la coloración** de la lámina ungueal pueden deberse a causas endógenas o exógenas. Serán signos de hiperpigmentación endógena (por enfermedades o fármacos sistémicos) aquella pigmentación que sigue la forma de la lúnula, se extiende desde

ésta más o menos distalmente y afecta a todas las uñas, secundaria a fármacos y algunas enfermedades sistémicas (argiria, hemocromatosis, enfermedad de Wilson, alcaptonuria).

Entre las diferentes formas de leuconiquia (queratinización ungueal anómala resultante en una coloración blanca total o parcial de la lámina ungueal) un subtipo de leuconiquia estriada, las líneas de Mees, se asocian a daño sistémico agudo (intoxicación por As y Ta, disección aórtica, infarto de miocardio, fracaso renal agudo. Las líneas de Muehrcke, asociadas a hipoalbuminemia (síndrome nefrótico) y a inmunodeficiencias (VIH, tratamiento inmunosupresor) y las uñas “mitad y mitad”, presentes en el 28-40% de los pacientes con insuficiencia renal crónica y en el 14% de pacientes sometidos a hemodiálisis, son pseuoleuconiquias, ya que la coloración blanca ocurre en el lecho, sin alteraciones en la queratinización de la lámina ungueal (15,41,42).

OBJETIVOS

1. Estudio epidemiológico descriptivo de las patologías del aparato ungueal que son derivadas a una consulta de Dermatología en nuestro Área de Salud.
2. Revisión de la bibliografía disponible referente al aparato ungueal: aspectos anatómicos e histológicos, semiología, cambios fisiológicos de las distintas edades, principales patologías y manifestaciones de enfermedades sistémicas.
3. Estudiar posibles factores favorecedores de patología ungueal en general y de los diferentes grupos diagnósticos en particular.
4. Conocer la proporción de pacientes atendidos en Dermatología que han recibido tratamiento antimicrobiano para su afección ungueal y qué porcentaje de dichos tratamientos son innecesarios.
5. Elaborar un glosario de términos referentes a la semiología del aparato ungueal orientado a su uso en Atención Primaria que, asociado a las imágenes correspondientes, pueda servir para impulsar la familiarización con estas patologías y su valor en el diagnóstico de otras.

MATERIAL Y MÉTODOS

Ámbito de realización:

El estudio se ha realizado mediante la observación de los pacientes atendidos en una consulta externa de Dermatología, entre el día 1 de agosto de 2017 hasta el día 20 de abril de 2018, en la que han sido atendidos pacientes tanto en el Hospital Universitario del Río Hortega como

en el Centro de Especialidades Arturo Eyries, todos ellos pertenecientes al Área Oeste de Valladolid, remitidos desde las consultas de Atención primaria según los criterios de derivación que sus Médicos de Atención Primaria hayan considerado. La población estimada de esta área es de unos 257.940 habitantes, e incluye población tanto del medio urbano como del rural.

Población de estudio:

La muestra estudiada la conformaron todas aquellas personas que acudieron por primera vez a una consulta externa de Dermatología en el periodo de tiempo comprendido entre el 1 de agosto de 2017 y el 20 de abril de 2018 por motivo de una afección a nivel ungueal o periungueal.

Los criterios de inclusión fueron los siguientes:

- i. Pertenecer al Área Oeste de Salud de Valladolid.
- ii. Acudir a una primera consulta de Dermatología derivado desde su Médico de Atención Primaria.
- iii. Valoración por parte del dermatólogo correspondiente y diagnóstico de patología del aparato ungueal.
- iv. Consentimiento informado verbal para la participación en el estudio, respuesta a cuestionario y en algunos casos para la obtención de imágenes.

Los criterios de exclusión fueron:

- i. Acudir por segunda vez o a revisión de cualquier problema dermatológico.
- ii. Acudir por un motivo de consulta diferente a patología ungueal.

Variables de estudio

La recogida de datos se realizó a partir de la historia clínica y exploración y de una entrevista en la que los pacientes son interrogados de forma protocolizada y cerrada por una serie de variables. La entrevista era directa al paciente y, en caso de deterioro cognitivo, con la asistencia del familiar o cuidador que le acompañaba. Se llevaron a cabo estudios microbiológicos específicos cuando se consideraron necesarios.

Variables epidemiológicas.

- i. Código de identificación de los casos: número de historia clínica. Dicho número se enmascaró anonimizándole en listado aparte.

- ii. Sexo: varón/mujer
- iii. Edad: número de años.
- iv. Residencia: medio urbano/rural

Variables dermatológicas.

- i. Diagnóstico principal de la patología ungueal específica.
- ii. Categoría diagnóstica en la que ha sido incluido.
- iii. Diagnósticos secundarios relevantes, dermatológicos y no dermatológicos
- iv. Realización de pruebas complementarias (estudios microbiológicos: examen directo de la muestra, *clipping* y/o cultivo de hongos y bacterias).
- v. Resultado de pruebas complementarias
- vi. Tratamiento previo en Atención Primaria con antifúngicos tópicos u orales.

Variables de factores predisponentes de patologías ungueales

- i. Presencia de alteraciones morfológicas musculoesqueléticas en manos y/o pies (dedo en garra, *hallux valgus*, pie griego...).
- ii. Uso diario de calzado inadecuado (tacones, botas de seguridad...) y/o deportivo.
- iii. Diabetes mellitus
- iv. Enfermedad arterial periférica

Asimismo, se llevó a cabo una búsqueda en las principales fuentes y bases de datos biomédicas (Pubmed, Medline, Google Scholar) de la literatura más reciente en lo que respecta a la anatomía, semiología y patología del aparato ungueal.

Los datos de las variables de cada paciente fueron volcados en una hoja de cálculo de *Excel*. El análisis estadístico posterior se llevó a cabo con el programa *SPSS*.

El trabajo fue aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica del Área de Salud Valladolid Oeste.

RESULTADOS

El número de pacientes atendidos en nuestra consulta de Dermatología en el periodo entre el 01/08/2017 y el 20/04/2018 ascendió a 1.217. De todos ellos, 58 pacientes (el 4,8% del total) acudían por primera vez a consulta por alteraciones ungueales y cumplieron los criterios de inclusión contemplados en nuestro estudio.

El 63,8% (37 pacientes) fueron mujeres y el 36,2% restante (21 pacientes) varones. La edad media fue de 55,8 años con una mediana de 56 años y un único paciente pediátrico de 9 años. El 62,1% habitan en medio urbano y el 37,9% proceden del medio rural.

Las frecuencias relativas de los diferentes grupos diagnósticos se distribuyeron de la siguiente manera: cambios ungueales de causa mecánica 32,8%, siendo el grupo diagnóstico más frecuente; en segundo lugar, las onicomycosis (19%). Las alteraciones ungueales secundarias a dermatosis supusieron un 15,5%, incluyendo casos de afectación ungueal por psoriasis, alopecia areata, liquen plano y enfermedad de Darier. Un 10,3% se diagnosticaron de cambios degenerativos asociados a la edad. La patología tumoral (quistes mucoides, tumor glómico y tumores de Koenen) representó un 6,9%. No se presentó ningún caso de tumor maligno en este periodo. La patología periungueal (perionixis agudas y crónicas) supuso el 5,2%. El 10,3% restante lo conformaron las siguientes entidades, englobadas en el grupo diagnóstico "otros": cambios secundarios a patologías sistémicas (uñas "half-and-half" por uremia en paciente con IRC), a fármacos (hiperpigmentación endógena por minociclina) y tres casos de distrofia ungueal de etiología no filiada.

Del total de pacientes, 40 de ellos fueron sometidos a estudio microscópico directo y cultivo de hongos en muestras ungueales. El 27,5% resultaron positivos para hongos, frente a un 72,5% que fueron negativos en ambas pruebas. De estos resultados positivos todos fueron dermatofitos (*Trichophyton rubrum*) excepto un caso positivo para hongos no dermatofitos (*Fusarium spp*).

El 25,9% de los pacientes con onicopatías de cualquier tipo presentaba alguna alteración ortopédica de base y el 22,4% utilizaba de forma diaria calzado inadecuado: zapatos de tacón, botas de seguridad) o deportivo.

Dentro de los pacientes con diagnóstico confirmado de onicomycosis el porcentaje de calzado inadecuado fue de 36,4% y el de alteraciones ortopédicas de base de 27,3%. Dentro de los pacientes con trastornos ungueales de causa traumática el 100% presentaba alguna o varias de las siguientes características: antecedentes de traumatismo, alteraciones ortopédicas de base o uso diario de calzado inadecuado. El 31,6% usaba calzado inadecuado y el 47,7% presentaba alteraciones ortopédicas de base.

El 34,5% del total de los pacientes incluidos en el estudio habían recibido previamente un tratamiento antifúngico local y/o sistémico (oral) previamente a acudir a nuestra consulta. Dentro de éstos, sólo en el 20% se confirmó el diagnóstico de infección fúngica, mientras que el 80% fueron innecesariamente tratados ya que su onicopatía obtuvo un diagnóstico diferente al de infección fúngica.

		DIAGNÓSTICO DEFINITIVO		
		Onicomycosis	No onicomycosis	
TRATAMIENTO PREVIÓ	SÍ	4 (20,0%)	16 (80,0%)	20 (100%)
	NO	7 (18,4%)	31 (81,6%)	38 (100%)
Total		11	47	58

Además, se identificó una frecuencia relativa llamativamente alta de tratamiento antifúngico innecesario en el grupo de onicodistrofia mecánica en comparación con la del resto de grupos con diagnóstico distinto a onicomycosis: el 52,6% frente al 25,6% respectivamente.

Un 12,1% presentaba diabetes mellitus y un 29,3% enfermedad arterial periférica. En los pacientes con onicopatía traumática estos porcentajes ascendían hasta el 15,8% y 36,8% respectivamente.

Se elaboraron tablas de contingencia y se aplicó el test estadístico Chi-cuadrado con los dos grupos diagnósticos más frecuentes (onicopatía mecánica y onicomycosis) y las diferentes variables, sin encontrar ninguna asociación estadísticamente significativa (p valor < 0,05).

DISCUSIÓN

Las estructuras del aparato ungueal se alteran por multitud de procesos (infecciosos, inflamatorios, metabólicos, tumorales, traumáticos, malformativos...) que pueden llegar a repercutir seriamente en la salud y/o calidad de vida del paciente. Por un lado, las alteraciones locales de las uñas pueden resultar en una disfunción importante de los dedos, o incluso responder a procesos potencialmente letales. Por otro pueden, con mayor o menor especificidad, poner de manifiesto patologías sistémicas subyacentes llegando a tener gran valor semiológico. Asimismo, no se debe menospreciar la repercusión estética y psicológica de estas patologías, siendo éste uno de los motivos más comunes que llevan al paciente a consultar con su médico. La inclusión de las uñas en la exploración física rutinaria (y especialmente en la dermatológica) y el empleo de la terminología apropiada para designar los diferentes hallazgos en la misma es fundamental para orientar adecuadamente el diagnóstico

Excepto en el caso concreto de las onicomycosis y otras onicopatías concretas, los estudios disponibles sobre este ámbito de la dermatología son muy limitados y no hemos podido

encontrar ningún estudio de prevalencia global de las onicopatías, por lo que este estudio se puede considerar innovador en cuanto a la temática.

Con el fin de promover la familiarización con la semiología ungueal y su terminología, hemos elaborado un glosario que recoge los signos de afectación ungueal más frecuentes vinculados a imágenes de los mismos, obtenidas de nuestra muestra de paciente previo consentimiento verbal informado (Anexo 1).

Abuso de antifúngicos en onicopatías

Las infecciones por hongos constituyen la patología ungueal más frecuente, cuya prevalencia global podría llegar al 10-30% según la literatura publicada en los últimos años (10,13,18,43,44). Sin embargo, los escasos estudios poblacionales, que ofrecen una mejor estimación de aquella, apuntan a cifras menores (3.6%) (45). El desconocimiento de la semiología ungueal lleva al diagnóstico erróneo de onicomycosis con mucha frecuencia, lo que conlleva tratamientos antimicóticos sin beneficios, con costes económicos y efectos adversos evitables. Con este trabajo se ha pretendido, entre otros objetivos, evaluar el alcance de este problema.

La dermatoscopia puede ayudar a distinguir algunas distrofias sugestivas de onicomycosis de otras onicopatías (traumáticas, melanoniquias verdaderas...), pero el diagnóstico definitivo requiere confirmación microbiológica (45). Las técnicas utilizadas en nuestro centro son la observación microscópica directa con KOH, y el cultivo de hongos, cuya sensibilidad depende en gran medida de una correcta técnica de obtención de muestras, que varía según el tipo y la localización de la micosis (raspado de la superficie de la lámina ungueal, de lecho ungueal o de los bordes laterales o proximales de la lámina). También se usó en algunos casos de afectación distal la biopsia (clipping). Los avances en biología molecular han permitido el desarrollo de múltiples técnicas diagnósticas de onicomycosis que permiten confirmar la infección e identificar la especie en muy poco tiempo con alta sensibilidad y especificidad, permitiendo además la detección de aquellos hongos de difícil crecimiento en el cultivo. Estas pruebas, basadas en la PCR o en citometría de flujo, aun no son rentables y no se encuentran disponibles en la práctica clínica, pero de serlo en un futuro supondrían un cambio radical en el manejo de las onicomycosis.

La proporción de casos de onicomycosis relativamente baja en nuestra serie puede explicarse porque la mayoría de casos se manejan en Atención Primaria, pero cabe la posibilidad de que

factores como una técnica inadecuada de la recogida de muestras esté causando un número más elevado de falsos negativos.

Diferencias entre sexos en la presentación de onicopatías.

Coincidiendo con el único estudio encontrado sobre incidencia de patologías ungueales en su conjunto en una consulta de dermatología (46) el sexo femenino es claramente predominante, lo cual se puede atribuir a los siguientes factores:

- Uso de calzado inadecuado: no sólo los zapatos de tacón, sino el calzado en general de mujeres se ajusta peor a la anatomía del pie, siendo más estrecho o corto de lo necesario o con sistemas de sujeción insuficientes.
- Mayor frecuencia de exposición mantenida a humedad, especialmente en amas de casa o empleadas de la limpieza.
- Uso de productos cosméticos y procedimientos traumáticos con fines estéticos que alteran los elementos protectores de la uña (cutículas).
- Mayor preocupación (y por tanto, más probable que consulten) por la repercusión estética de estas patologías.

En cambio, patologías concretas como las onicomycosis afectan con más frecuencia a hombres según la bibliografía disponible (10,45,47) aunque en nuestro estudio esto no ocurra (sólo el 45,5% de los casos de onicomycosis eran varones).

Patología ungueal mecánica y calzado

La prevalencia de las alteraciones del aparato ungueal por microtraumatismos no se conoce pero se presupone alta, especialmente en poblaciones envejecidas como la nuestra. La importancia de su conocimiento radica en que se trata de una condición fácilmente prevenible con medidas higiénicas y ortopédicas sencillas (45):

- Utilización de calzado que se ajuste adecuadamente al pie, preferiblemente con cordones, con suficiente anchura y altura en la puntera y de material transpirable, evitando siempre tacones altos.
- Empleo de calcetines de algodón 100%.
- Mantener las uñas limpias, secas y cortas, evitando procedimientos estéticos agresivos y esmaltes.
- Utilización de dispositivos ortopédicos adaptados a cada paciente si es preciso para la corrección de alteraciones en la dinámica del pie (plantillas, calzado ortopédico)

El alto porcentaje de casos de onicopatía traumática que había recibido antifúngicos en Atención Primaria refleja la dificultad que existe para distinguir estas entidades y la necesidad de hacer uso de los test confirmatorios disponibles.

Debido al limitado tamaño muestral obtenido no se ha podido detectar ninguna asociación estadísticamente significativa entre los grupos diagnósticos onicomycosis y onicopatía traumática y las variables estudiadas en ellos, muchas de ellas factores de riesgo bien conocidos de las mismas. Sin embargo, cabe destacar los siguientes resultados: el 80% de los antifúngicos usados empíricamente en Atención Primaria resultaron innecesarios y el 52,6% de los casos de onicopatía traumática recibieron algún tipo de antifúngico.

Un estudio de mayor envergadura de estas características, así como a nivel de Atención Primaria serían necesarios para sacar conclusiones acerca del uso inadecuado de antifúngicos, pero los resultados obtenidos a este respecto apuntan en esa dirección.

CONCLUSIONES

1. Una exploración física no se puede considerar completa sin el examen minucioso de las veinte uñas.
2. Es importante promover la formación de los profesionales sanitarios y su familiarización con la semiología de los trastornos ungueales más frecuentes, así como la distinción de aquellos trastornos potencialmente graves o indicativos de una causa subyacente que precisan estudios adicionales.
3. La patología del aparato ungueal supuso un 4,8% de los motivos de primeras consultas durante el periodo de estudio.
4. En nuestra serie, la patología ungueal más frecuente fue la de causa mecánica (32,8%), seguida por las onicomycosis (19%) y de las alteraciones ungueales de dermatosis (15,5%).
5. El 80% de los tratamientos con antifúngicos prescritos en Atención Primaria eran innecesarios. El tratamiento de las onicomycosis debería limitarse al de primera línea y previa confirmación microbiológica.
6. Necesidad de preguntar de forma sistemática por el tipo de calzado y de transmitir las recomendaciones higiénicas y ortopédicas pertinentes para la prevención y eficacia del tratamiento de las onicopatías más frecuentes.
7. Es necesario llevar a cabo estudios epidemiológicos de enfermedades del aparato ungueal de mayor envergadura en nuestro medio.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gupta AK, Tosti A. Nails and the clinician. *Clin Dermatol.* octubre de 2013;31(5):507-8.
2. Baran R, Dawber RP. Onychomycosis and its treatment. En: *A Text Atlas of Nail Disorders Techniques in investigation and diagnosis.* 3rd ed. London: Martin Dunitz; 2003. p. 197-220.
3. Tosti A, Piraccini BM. Nail disorders. En: Bologna JL, Jorizzo JL, Rapini RP *Dermatology.* 1st ed. Mosby; 2003. p. 1061-79.
4. Stewart CL, Rubin AI. Update: nail unit dermatopathology. *Dermatol Ther.* 2012 Nov;25(6):551-68.
5. Tosti A, Piraccini BM. Biología de las uñas y trastornos ungueales. In: *Dermatología en Medicina General de Fitzpatrick.* 7ª edición. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana, S.A.; 2009. p. 778-94.
6. Martin B. Histopatología de la uña. *Actas Dermo-Sifiliográficas.* 2013 Sep;104(7):564-78.
7. de Berker D. Nail anatomy. *Clin Dermatol.* 2013 Oct;31(5):509-15.
8. Lencastre A, Lamas A, Sá D, Tosti A. Onychoscopy. *Clin Dermatol.* 2013 Oct;31(5):587-93
9. Merino N. Dermatoscopia y otras herramientas útiles para el estudio del aparato ungueal. *Piel Form Contin En Dermatol.* 2017;(32):356-62.
10. Zamani S, Sadeghi G, Yazdinia F, Moosa H, Pazooki A, Ghafarinia Z, et al. Epidemiological trends of dermatophytosis in Tehran, Iran: A five-year retrospective study. *J Mycol Medicales.* diciembre de 2016;26(4):351-8.
11. Alessandrini A, Starace M, Piraccini BM. Dermoscopy in the Evaluation of Nail Disorders. *Skin Appendage Disord.* 2017 May;3(2):70-82.
12. Baran R. Sémiologie unguéale. *Presse Médicale.* 2014 Nov;43(11):1208-15.

13. Faergemann J, Baran R. Epidemiology, clinical presentation and diagnosis of onychomycosis. *Br J Dermatol*. 2003 Sep;149 Suppl 65:1-4.
14. Herzberg AJ. Nail manifestations of systemic diseases. *Clin Podiatr Med Surg*. 1995 Apr; 12(2):309-18.
15. Singal A, Arora R. Nail as a window of systemic diseases. *Indian Dermatol Online J*. 2015;6(2):67-74.
16. Eisman S, Sinclair R. Fungal nail infection: diagnosis and management. *BMJ [Internet]*. 2014 Mar;348. Available from: <http://www.bmj.com/content/348/bmj.g1800>
17. Gupta AK, Simpson FC. Diagnosing onychomycosis. *Clin Dermatol*. 2013 Sep;31(5):540-3.
18. Oz Y, Qoraan I, Oz A, Balta I. Prevalence and epidemiology of tinea pedis and toenail onychomycosis and antifungal susceptibility of the causative agents in patients with type 2 diabetes in Turkey. *Int J Dermatol*. 2017 Jan;56(1):68-74.
19. Lawry M, Daniel CR. Nonfungal Infections and Acute Paronychia. In: *Nails: Diagnosis, Therapy, and Surgery*. Oxford: Elsevier Saunders; 2005. p. 141.
20. Baran R, Perrin C. Transverse leukonychia of toenails due to repeated microtrauma. *Br J Dermatol*. 1995 Aug;133(2):267-9.
21. Wilkinson DS. Dermatitis from repeated trauma to the skin. *Am J Ind Med*. 1985;8(4-5):307-17.
22. Domínguez-cherit J, Chanussot-deprez C, Maria-sarti H, Fonte-avalos V, Vega-memije E, Luis-montoya P. Nail Unit Tumors: A Study of 234 Patients in the Dermatology Department of the “dr Manuel Gea González” General Hospital in Mexico City. *Dermatol Surg*. 2008 Oct;34(10):1363-71.
23. Tang N, Maloney ME, Clark AH, Jellinek NJ. A Retrospective Study of Nail Squamous Cell Carcinoma at 2 Institutions. *Dermatol Surg Off Publ Am Soc Dermatol Surg Al*. 2016 Jan;42 Suppl 1:S8-17.
24. Thai KE, Young R, Sinclair RD. Nail apparatus melanoma. *Australas J Dermatol*. 2001 May;42(2):71-81; quiz 82-3.

25. Ruben BS. Pigmented lesions of the nail unit: clinical and histopathologic features. *Semin Cutan Med Surg.* 2010 Sep;29(3):148-58.
26. Holzberg M. Common nail disorders. *Dermatol Clin.* julio de 2006;24(3):349-54.
27. Fonseca GP, Werner B, Seidel G, Staub HL. Comparative microscopic analysis of nail clippings from patients with cutaneous psoriasis and psoriatic arthritis. *An Bras Dermatol.* 2017;92(1):21-5.
28. Augustin M, Reich K, Blome C, Schäfer I, Laass A, Radtke MA. Nail psoriasis in Germany: epidemiology and burden of disease. *Br J Dermatol.* 2010 Sep;163(3):580-5.
29. Raposo I, Torres T. Nail psoriasis as a predictor of the development of psoriatic arthritis. *Actas Dermo-Sifiliográficas Engl Ed.* 2015 Jul;106(6):452-7.
30. Lemes LR, Verde RBV, Durães SMB, Araripe A de A, Pantaleão L. Coexistence of nail lichen planus and lichen planus pigmentosus. *An Bras Dermatol.* 2016 Oct;91(5 suppl 1):20-2.
31. Halteh P, Jorizzo JL, Lipner SR. Darier disease: candy-cane nails and hyperkeratotic papules. *Postgrad Med J.* 2016 Jul;92(1089):425-6.
32. Burge SM, Wilkinson JD. Darier-White disease: a review of the clinical features in 163 patients. *J Am Acad Dermatol.* 1992 Jul;27(1):40-50.
33. Engin B, Kutlubay Z, Erkan E, Tüzün Y. Darier disease: A fold (intertriginous) dermatosis. *Clin Dermatol.* 2015 Aug;33(4):448-51.
34. Zeglaoui F, Zaraa I, Fazaa B, Houimli S, El Fekih N, Ezzine N, et al. Dyskeratosis follicularis disease: case reports and review of the literature. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2005 Jan;19(1):114-7.
35. Richert B, André J. Nail Disorders in Children. *Am J Clin Dermatol.* 2011 Apr;12(2):101-12.
36. Piraccini BM, Starace M. Nail disorders in infants and children. *Curr Opin Pediatr.* 2014 Aug;26(4):440-5.

37. Shah KN, Rubin AI. Nail Disorders as Signs of Pediatric Systemic Disease. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care*. 2012 Sep;42(8):204-11.
38. Cohen PR, Scher RK. Geriatric nail disorders: Diagnosis and treatment. *J Am Acad Dermatol*. 1992 Sep;26(4):521-31.
39. Rao S, Banerjee S, Ghosh SK, Gangopadhyay DN, Jana S, Mridha K. Study of nail changes and nail disorders in the elderly. *Indian J Dermatol*. 2011;56(5):603-6.
40. Abdullah L, Abbas O. Common nail changes and disorders in older people: Diagnosis and management. *Can Fam Physician*. 2011 Feb;57(2):173-81.
41. Zaiac MN, Walker A. Nail abnormalities associated with systemic pathologies. *Clin Dermatol*. 2013 Oct;31(5):627-49.
42. Asz-Sigall D, Tosti A, Arenas R. Tinea Unguium: Diagnosis and Treatment in Practice. *Mycopathologia*. 2017 Feb;182(1-2):95-100.
43. Scher RK, Rich P, Pariser D, Elewski B. The epidemiology, etiology, and pathophysiology of onychomycosis. *Semin Cutan Med Surg*. 2013 Jun;32(2 Suppl 1):S2-4.
44. Gupta AK, Skinner AR. Onychomycosis in Children: A Brief Overview with Treatment Strategies. *Pediatr Dermatol*. 2004 Jan;21(1):74-9.
45. Sigurgeirsson B, Baran R. The prevalence of onychomycosis in the global population: a literature study. *J Eur Acad Dermatol Venereol JEADV*. 2014 Nov;28(11):1480-91.
46. Dr. S. Nageswaramma. A clinico-epidemiological study of nail changes in various dermatoses. *IOSR-JDMS*. 2016;15.
47. Oz Y, Qoraan I, Oz A, Balta I. Prevalence and epidemiology of tinea pedis and toenail onychomycosis and antifungal susceptibility of the causative agents in patients with type 2 diabetes in Turkey. *Int J Dermatol*. 2017 Jan;56(1):68-74.

ANEXO 1. GLOSARIO DE TÉRMINOS DE SEMIOLOGÍA DEL APARATO UNGUEAL

<p>Braquioniquia: uñas cortas o en raqueta, cuyo eje transversal es mayor que el longitudinal. A veces se asocia a una falange corta. Congénita (AD) o adquirida</p>		<p>Onicoatrofia: detención del crecimiento de la uña. Se puede diferenciar entre anoniquia (defecto congénito) y onicoatrofia propiamente dicha (disminución en grosor y tamaño de la uña 2º a daños externos).</p>	
<p>Coiloniquia (uña en forma de cuchara): lámina ungueal adelgazada, aplanada y con los laterales evertidos hacia arriba, de forma que su superficie se vuelve cóncava.</p>		<p>Onicocriptosis (uña encarnada): introducción, en mayor o menor grado, de los bordes laterales de la placa ungueal en el tejido periungueal.</p>	
<p>Dedos hipocráticos (acropaquias o dedos en “palillo de tambor”): aumento de las curvaturas de la uña en los ejes transversal y longitudinal, hipertrofia de las partes blandas periungueales y, en ocasiones, desmineralización de la falange distal.</p>		<p>Onicogrifosis: aumento excesivo del grosor de la uña, que puede adoptar una forma curvada o retorcida y una coloración marrón amarillenta.</p>	
<p>Depresiones o “pitting” de la lámina ungueal: depresiones puntiformes en la cara dorsal de la uña. Por focos de queratinización alterada que forman puntos paraqueratósicos en la lámina.</p>		<p>Onicolisis: separación de la lámina ungueal del lecho distalmente, quedando de color blanco por la falta de contacto con el mismo</p>	
<p>Distrofia ungueal (onicodistrofia): término que engloba las alteraciones en la formación y crecimiento ungueal debidas al daño de la matriz.</p>		<p>Onicosquisis: separación laminar de la placa ungueal en su borde libre. Frecuentemente se asocia a exposición mantenida de las manos a humedad.</p>	
<p>Eritroniquia longitudinal: es una línea color rosa o rojizo en la placa ungueal debido a una alteración puntual en la matriz, que produce una lámina adelgazada y más transparente. El lecho subungueal subyacente ocasiona esta coloración.</p>		<p>Pigmentación ungueal: cambios en la coloración por depósito en la lámina ungueal de pigmentos: exógenos (desde la parte distal de la uña) o endógenos (desde la parte proximal se extiende más o menos distalmente).</p>	
<p>Hemorragias en astilla (“de Splinter”): pequeñas manchas longitudinales en la lámina ungueal por roturas capilares del lecho ungueal. Etiología múltiple.</p>		<p>Surcos transversales (Líneas de Beau): detención temporal de la proliferación de la matriz. Se desplazan con el crecimiento de la uña (aprox. 1 mes cada mm), permitiendo determinar cuándo se produjo el daño</p>	
<p>Hiperqueratosis subungueal: lecho ungueal engrosado por queratinización anormal y acumulación de escamas de epitelio (onicomicosis, traumatismos, eczema, psoriasis...).</p>		<p>Traquioniquia: uñas de superficie áspera y adelgazada en la que se combinan: exceso de estriaciones longitudinales, pitting, engrosamiento de cutículas y/o aspecto deslustrado.</p>	
<p>Leuconiquia: defecto de queratinización que provoca una opacidad blanca de la placa ungueal. La leuconiquia punteada es frecuente en niños y la leuconiquia transversa o estriada en adultos.</p>		<p>Uñas en pico de loro: sobrecurvatura del borde libre de la uña. Se asocia frecuentemente con acroesclerosis, en la que el borde libre de la uña se dobla sobre la falange distal acortada.</p>	
<p>Melanoniquia longitudinal: banda pigmentada negra o marrón fisiológica en individuos de piel oscura. Por depósito de melanina a consecuencia de activación o hiperplasia (benigna o maligna) de los melanocitos de la matriz ungueal.</p>		<p>Uñas en pinza: aumento excesivo de la curvatura transversal ungueal, que se cierra progresivamente más distalmente, adquiriendo una forma casi cónica</p>	



ESTUDIO CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DE LA PATOLOGÍA UNGUEAL.

TRABAJO DE FIN DE GRADO – Curso 2017-2018

Universidad de Valladolid
Cursos de Español



AUTORA: MARÍA CASTRO MARTÍNEZ
(mariacastromar9@Gmail.com)
TUTORA: ROSA GIMÉNEZ GARCÍA

0. RESUMEN

La patología ungueal es un motivo relativamente frecuente de consulta en Atención Primaria y Dermatología y, a pesar de todo, muy poco conocida por los profesionales sanitarios. La ausencia de estudios epidemiológicos sobre la prevalencia de la patología ungueal en su conjunto motivó este estudio. Previamente se llevó a cabo una revisión de la literatura disponible sobre la fisiología, semiología y patología del aparato ungueal, en base a la cual se seleccionaron las variables del estudio. Por último, se elaboró un glosario con imágenes de términos básicos referentes a la semiología del aparato ungueal, con el fin de promover la familiarización con los mismos, así como su exploración y correcta designación por parte de los médicos.

1. INTRODUCCIÓN

La unidad ungueal tiene una estructura compleja cuyo conocimiento es fundamental para comprender los procesos de la patología ungueal e interpretar su semiología.

Funciones de las uñas:

Las alteraciones en la morfología, crecimiento, pigmentación o consistencia del aparato ungueal pueden responder a patología infecciosa, inflamatoria o tumoral a nivel local, así como a entidades sistémicas somáticas, psicopatológicas (onicofagia) y exposición a determinadas sustancias. El conocimiento de las mismas permite orientar hacia la necesidad de estudio de una causa subyacente.

2. OBJETIVOS

1. Estudio epidemiológico descriptivo de las onicopatías derivadas a una consulta de Dermatología.
2. Revisión de la bibliografía disponible más reciente referente al aparato ungueal
3. Estudiar posibles factores favorecedores de patología ungueal en general y de los diferentes grupos diagnósticos
4. Conocer la proporción de pacientes tratados con antifúngicos para su afección ungueal y qué porcentaje son innecesarios.
5. Elaborar un glosario de semiología del aparato ungueal orientado a su uso en Atención Primaria

3. MATERIAL Y MÉTODOS

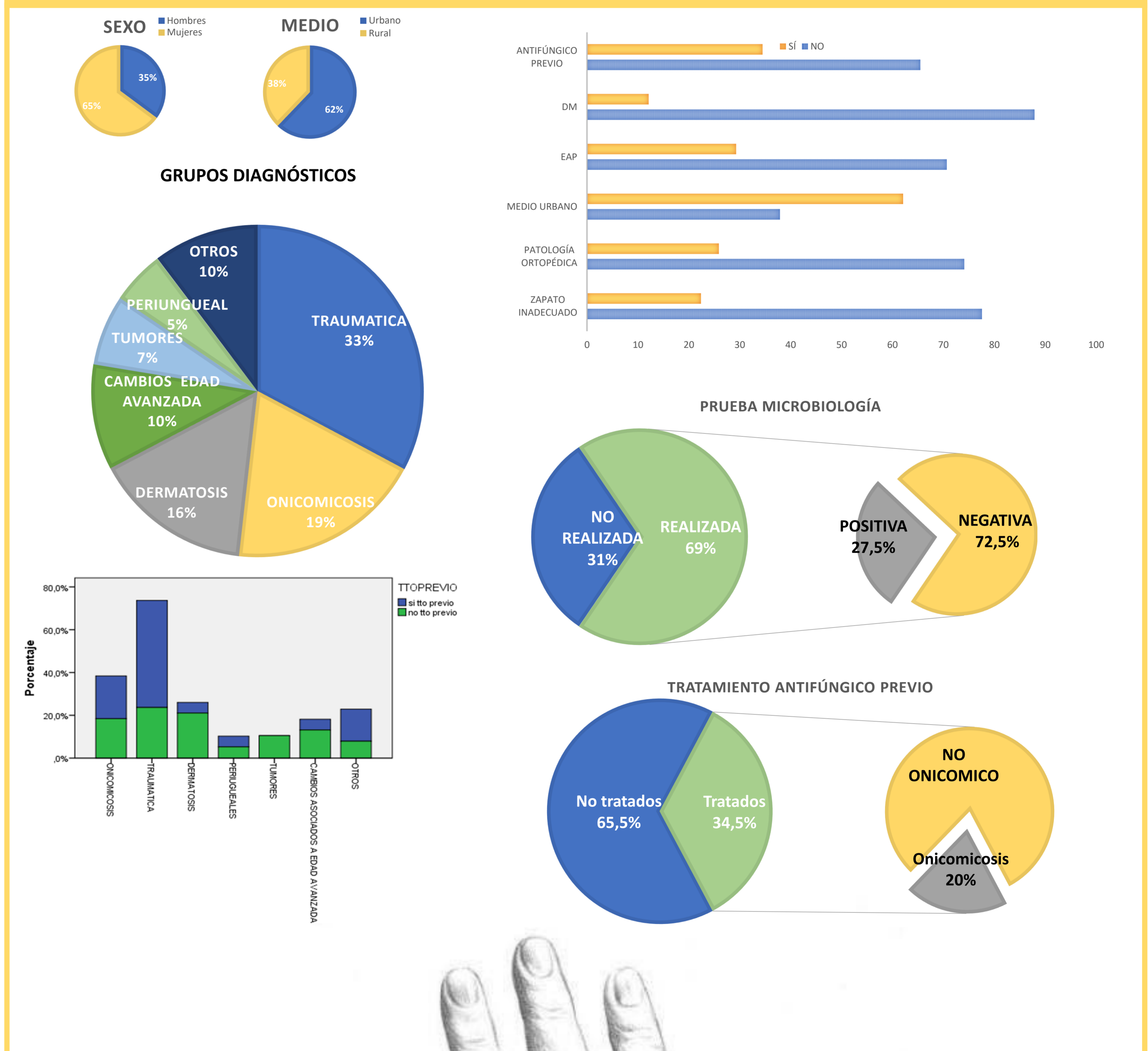
Se llevó a cabo una búsqueda en las principales fuentes y bases de datos biomédicas (Pubmed, Medline, Google Scholar) de la literatura más reciente relativa al aparato ungueal.

Se obtuvo una muestra de aquellos pacientes atendidos en nuestra consulta por primera vez por motivo de una afección ungueal/periuñeal a lo largo de nueve meses, de quienes se recogieron una serie de variables.

Finalmente se hizo un análisis de la base de datos con el programa SPSS.

Braquioniquia: uñas cortas o en raqueta, cuyo eje transversal es mayor que el longitudinal. A veces se asocia a una falange corta. Congénita (AD) o adquirida		Onicoatrofia: detención del crecimiento de la uña. Se puede diferenciar entre anoniquia (defecto congénito) y onicoatrofia propiamente dicha (disminución en grosor y tamaño de la uña 2º a daños externos).	
Coiloniquia (uña en forma de cuchara): lámina ungueal adelgazada, aplanada y con los laterales evertidos hacia arriba, de forma que su superficie se vuelve cóncava.		Onicocriptosis (uña encarnada): introducción, en mayor o menor grado, de los bordes laterales de la placa ungueal en el tejido periungueal.	
Dedos hipocráticos (acropaquias o dedos en "palillo de tambor"): aumento de las curvaturas de la uña en los ejes transversal y longitudinal, hipertrofia de las partes blandas periungueales y, en ocasiones, desmineralización de la falange distal.		Onicogriposis: aumento excesivo del grosor de la uña, que puede adoptar una forma curvada o retorcida y una coloración marrón amarillenta.	
Depresiones o "pitting" de la lámina ungueal: depresiones puntiformes en la cara dorsal de la uña. Por focos de queratinización alterada que forman puntos paraqueratósicos en la lámina.		Onicolisis: separación de la lámina ungueal del lecho distalmente, quedando de color blanco por la falta de contacto con el mismo	
Distrofia ungueal (onicodistrofia): término que engloba las alteraciones en el la formación y crecimiento ungueal debidas al daño de la matriz.		Onicosquisis: separación laminar de la placa ungueal en su borde libre. Frecuentemente se asocia a exposición mantenida de las manos a humedad.	
Eritroniquia longitudinal: es una línea color rosa o rojizo en la placa ungueal debido a una alteración puntual en la matriz, que produce una lámina adelgazada y más transparente. El lecho subungueal subyacente ocasiona esta coloración.		Pigmentación ungueal: cambios en la coloración por depósito en la lámina ungueal de pigmentos: exógenos (desde la parte distal de la uña) o endógenos (desde la parte proximal se extiende más o menos distalmente).	
Hemorragias en astilla ("de Splinter"): pequeñas manchas longitudinales en la lámina ungueal por roturas capilares del lecho ungueal. Etiología múltiple.		Surcos transversales (Líneas de Beau): detención temporal de la proliferación de la matriz. Se desplazan con el crecimiento de la uña (aprox. 1 mes cada mm), permitiendo determinar cuándo se produjo el daño	
Hiperqueratosis subungueal: lecho ungueal engrosado por queratinización anormal y acumulación de escamas de epitelio (onicomicosis, traumatismos, eccema, psoriasis...).		Traquioniquia: uñas de superficie áspera y adelgazada en la que se combinan: exceso de estriaciones longitudinales, pitting, engrosamiento de cutículas y/o aspecto deslustrado.	
Leuconiquia: defecto de queratinización que provoca una opacidad blanca de la placa ungueal. La leuconiquia punteada es frecuente en niños y la leuconiquia transversa o estriada en adultos.		Uñas en pico de loro: sobrecurvatura del borde libre de la uña. Se asocia frecuentemente con acroesclerosis, en la que el borde libre de la uña se dobla sobre la falange distal acortada.	
Melanoniquia longitudinal: banda pigmentada negra o marrón fisiológica en individuos de piel oscura. Por depósito de melanina a consecuencia de activación o hiperplasia (benigna o maligna) de los melanocitos de la matriz ungueal.		Uñas en pinza: aumento excesivo de la curvatura transversal ungueal, que se cierra progresivamente más distalmente, adquiriendo una forma casi cónica	

4. RESULTADOS



5. CONCLUSIONES

- ✓ La patología ungueal supuso el 4,8% del las primeras consultas. Las patologías más frecuentes fueron: mecánica (32,8%), onicomicosis (19%) y dermatosis (15,5%).
- ✓ Una exploración física no se puede considerar completa sin un examen minucioso de las veinte uñas.
- ✓ Es necesario promover el conocimiento de la fisiología y patología del aparato ungueal, así como la familiarización con su semiología y los términos que la designan
- ✓ Uso excesivo de antifúngicos de forma empírica. Necesidad de formación en onicomicosis y sus alternativas diagnósticas, y de apoyarse en pruebas de confirmación a la hora de prescribirlos.
- ✓ Es importante conocer y transmitir las recomendaciones higiénicas y ortopédicas y de calzado para la prevención o eficacia del tratamiento de las principales onicopatías
- ✓ Es necesario desarrollar estudios epidemiológicos de mayor envergadura sobre las patologías ungueales en nuestro medio y el uso y los costes del tratamiento antimicótico.

6. BIBLIOGRAFÍA

1. Sigurgeirsson B, Baran R. The prevalence of onychomycosis in the global population: a literature study. J Eur Acad Dermatol Venereol JEADV. 2014 Nov;28(11):1480-91.
2. Gupta AK, Tosti A. Nails and the clinician. Clin Dermatol. 2013 Oct;31(5):507-8.
3. Zaiac MN, Walker A. Nail abnormalities associated with systemic pathologies. Clin Dermatol. 2013 Oct;31(5):627-49.
4. Scher RK, Rich P, Pariser D, Elewski B. The epidemiology, etiology, and pathophysiology of onychomycosis. Semin Cutan Med Surg. 2013 Jun;32(2 Suppl 1):S2-4.