

emergen DOC

documentos
clínicos
semergen

Patología ungueal
área dermatología



2026

ÍNDICE

AUTORES

CAPÍTULO

1

2

3

4

5



© De los contenidos: SEMERGEN

Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación podrá ser reproducida, almacenada, o transmitida en cualquier forma ni por cualquier procedimiento electrónico, mecánico, de fotocopia, de registro o de otro tipo sin la autorización por escrito del titular del Copyright.

© SANED 2026

Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación podrá ser reproducida, almacenada o transmitida en cualquier forma ni por cualquier procedimiento electrónico, mecánico, de fotocopia, de registro o de otro tipo, sin el permiso de los editores.

I.S.B.N.: 978-84-10312-46-3

Coordinación técnica y editorial:



Bravo Murillo 101, 9.ª planta. 28020 Madrid · Tel.: 91 749 95 00
Frederic Mompou, A4, 2º 2ª · 08960 Sant Just Desvern (Barcelona) · Tel.: 93 320 93 30

Uno de los objetivos fundamentales de una sociedad científica es facilitar la formación e investigación del colectivo profesional al que dedica sus esfuerzos y acciones. La Formación Médica Continuada, debido a su rápido avance y a su dinamismo y gran volumen de conocimientos, debe ser facilitada al profesional de una manera clara, accesible y ordenada. En Atención Primaria este hecho es aún más evidente, debido al gran espectro de áreas competenciales del médico general/ de familia.

Las sociedades científicas, basándose en la evidencia de las pruebas y los estudios, deben estructurar sus conocimientos para facilitar el acceso de la formación a los profesionales y, de esta manera, sentar las bases de las actuaciones, de forma consensuada, coordinada y basada en el rigor científico. Este es el objetivo que persiguen los Documentos Clínicos SEMERGEN (SEMERGEN DoC) que aquí presentamos. La Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN), a través de sus múltiples grupos de trabajo, ha elaborado unos documentos clínicos que, a modo de guías basadas en la evidencia, incluyen propuestas de diagnóstico, manejo y tratamiento de múltiples áreas competenciales del médico general/de familia.

La elaboración de este material no es obra fácil, ya que exige el esfuerzo coordinado de varios grupos de trabajo, además de una gran labor de síntesis, consenso y, lo que es aún más importante, de toma de posiciones de nuestra sociedad en los diversos aspectos que se tratan. En cada uno de los documentos se manifiesta la postura, de forma clara y concisa, de SEMERGEN en aquellos aspectos y controversias que necesitan del asesoramiento al profesional.

Estos documentos son una valiosa herramienta práctica para el médico general/ de familia, que de esta manera tendrá la seguridad y el respaldo de la opinión de los especialistas de Atención Primaria en las diversas áreas.

Quiero felicitar tanto a los coordinadores como a los autores por el gran esfuerzo realizado y por la enorme labor de consenso y definición que les ha llevado a la creación de una herramienta de enorme utilidad. También quisiera agradecer a Almirall su inestimable colaboración en la consecución de nuestro objetivo.

Estos documentos, que se editan en versión electrónica y en papel, son vivos y dinámicos, por lo que están abiertos a modificaciones, sugerencias y cambios en función de los continuos avances que se produzcan en las distintas áreas.

Es nuestro deseo que los Documentos Clínicos SEMERGEN (SEMERGEN DoC) se conviertan en una herramienta de uso habitual y obligado en las consultas de todos los centros de salud de España.



José Polo

Presidente Nacional de SEMERGEN

Índice

CAPÍTULO 1. Anatomía, semiología y exploración ungueal	06
1.1. Justificación	06
1.2. Anatomía	06
1.3. Semiología	08
1.4. Exploración ungueal	13
Bibliografía	17
Anexo. En la piel del dermatólogo	19
CAPÍTULO 2. Patología ungueal infecciosa	21
2.1. Infecciones ungueales fúngicas (onicomicosis)	21
2.2. Infecciones ungueales bacterianas	31
2.3. Infecciones víricas	34
Bibliografía	37
Anexo. En la piel del dermatólogo	39
CAPÍTULO 3. Patología ungueal traumática y onicocriptosis (uña encarnada)	41
3.1. Introducción	41
3.2. Epidemiología y factores de riesgo	42
3.3. Diagnóstico	43
3.4. Tratamiento	44
3.5. Complicaciones y criterios de derivación	48
3.6. Prevención y actividades preventivas	49
Bibliografía	50
Anexo. En la piel del dermatólogo	51
CAPÍTULO 4. Patología ungueal inflamatoria	53
4.1. Patología ungueal inflamatoria dermatológica	53
4.2. Patología ungueal inflamatoria debida a enfermedades sistémicas	56
4.3. Patología ungueal inflamatoria inducida por fármacos	62
Bibliografía	64
Anexo. En la piel del dermatólogo	66
CAPÍTULO 5. Patología ungueal tumoral	68
5.1. Tumores ungueales benignos	68
5.2. Tumores ungueales malignos	74
Bibliografía	82
Anexo. En la piel del dermatólogo	83

COORDINADOR CIENTÍFICO

Julio A. Heras Hitos

Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. C.L. Villamanrique de Tajo (EAP Villarejo de Salvanés, D.S. Sureste de Madrid).

Coordinador Nacional del Grupo de Trabajo en Dermatología de SEMERGEN.

Miembro del Comité Científico del Estudio REPICA (Psoriasis y Riesgo Cardiovascular en Atención Primaria).

Autor de publicaciones y cursos relacionados con dermatología y de comunicaciones/pósters presentadas en varios congresos de Atención Primaria.

AUTORES

Julio A. Heras Hitos

Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. C.L. Villamanrique de Tajo (EAP Villarejo de Salvanés, D.A. Sureste de Madrid).

Norma Alejandra Doria Carlín

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Cármenes. Madrid.

Vicepresidenta SEMERGEN Madrid.

Miembro del GTT de Dermatología de SEMERGEN.

Docente Universitaria de la Universidad Complutense de Madrid.

Miembro de Fundación para la Investigación Biomédica del Hospital Clínico San Carlos (IDISCC).

Francisco J. Esteban González

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Luis Vives I. Alcalá de Henares. DAE. Madrid.

Miembro del Grupo de Trabajo de Dermatología de SEMERGEN.

Máster en Salud Pública. ENS. ISCIII. Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades. Gobierno de España.

Tutor de Estudiantes de Medicina. CEU San Pablo.

Alma Ruiz Vela

Médica Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. UCG Axarquía Norte. Málaga.

Experto en Urgencias en Atención Primaria. Universidad San Jorge. Zaragoza.

Miembro del Grupo de Trabajo de Diabetes y Metabolismo Clínico de SEMERGEN.

Miembro del Grupo de Trabajo de Dermatología de SEMERGEN.

COMITÉ EDITORIAL

Federico Pérez Agudo

Médico de Familia. Equipo de Atención Primaria. Centro de Especialidades Madrid 5 (Madrid).

Subdirector médico de la revista online *El Médico Interactivo*.

REVISIÓN CIENTÍFICA

Román Miñano Medrano

Jefe de sección. Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Fundación Alcorcón.

Lucía Martínez Rozas

Médica residente. Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Fundación Alcorcón.

CAPÍTULO 1

Anatomía, semiología y exploración ungueal

Dr. Julio A. Heras Hitos

Dra. Norma Doria Carlín

Dr. Francisco J. Esteban González

1.1. Justificación

Las patologías o alteraciones en las uñas representan uno de los motivos más frecuentes por el que los pacientes acuden a las consultas de Atención Primaria.

Aunque los datos epidemiológicos son escasos y antiguos (los últimos fueron publicados en 2010), se estima que alrededor del 5 % de las consultas dermatológicas se deben a patología ungueal, si bien se trate probablemente de una cifra infraestimada¹, algo que podemos corroborar los que somos clínicos. Por eso, y debido a la frecuencia de las consultas y a las molestias causadas por dichas patologías o trastornos (que pueden afectar laboral y psicológicamente), presentamos esta guía, con el objetivo de que los médicos de Atención Primaria puedan conocer las patologías, sus diagnósticos diferenciales y su manejo.

1.2. Anatomía

La uña es un anejo cutáneo compuesto de queratina dura. Deriva del ectodermo, sirve de cubierta protectora de la parte distal de

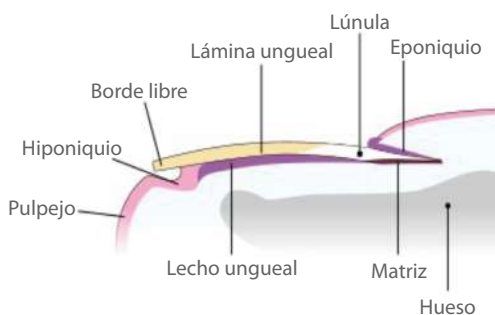
los dedos, tiene funciones estéticas y favorece la capacidad de prensión de objetos pequeños¹. Tiene, además, funciones secundarias, como el rascado.

Desde el ectodermo, las uñas comienzan a surgir en la 8.^a y 9.^o semana de gestación, y para la 13.^a semana de gestación ya están formados tanto el lecho como la matriz ungueal. A partir de la 14.^a semana, se forma la placa ungueal, o uña propiamente dicha².

El aparato ungueal está constituido por las siguientes estructuras^{1,3} (figuras 1 y 2):

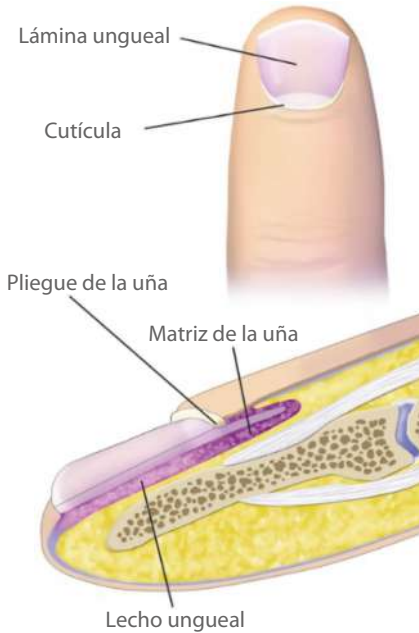
- **Placa o lámina ungueal.** Se trata de una estructura rectangular, compuesta de queratina y conocida como uña. Habitualmente es dura e incolora o traslúcida. Es producida por la matriz ungueal, que descansa bajo el pliegue ungueal proximal, creciendo distalmente sobre el lecho ungueal hasta el pliegue ungueal distal. Presenta

Figura 1. Anatomía de las uñas



FUENTE: LMALENA TRABAJO PROPIO, CC BY-SA 4.0, [HTTPS://COMMONS.WIKIMEDIA.ORG/W/INDEX.PHP?CURID=81171787](https://commons.wikimedia.org/w/index.php?curid=81171787).

Figura 2. Anatomía de las uñas



FUENTE: BRUCEBLAUS. BLAUSEN.COM STAFF (2014). "MEDICAL GALLERY OF BLAUSEN MEDICAL 2014". WIKIJOURNAL OF MEDICINE 1 (2). DOI:10.15347/WJM/2014.010. ISSN 2002-4436. DE LAS MODIFICACIONES: SENDA1234 COMMONS FILE: BLAUSEN 0406 FINGERNAILANATOMY.PNG, CC BY-SA 4.0, [HTTPS://COMMONS.WIKIMEDIA.ORG/W/INDEX.PHP?CURID=134023016](https://commons.wikimedia.org/w/index.php?curid=134023016).

una curvatura en los ejes longitudinal y transversal, y está formada por 3 capas horizontales:

- Una fina capa dorsal.
- Una lámina intermedia, más gruesa.
- Una capa ventral.
- **Lúnula.** Es la capa blanquecina, en forma de medialuna, proximal de la lámina ungueal, y que corresponde con la capa visible de la matriz ungueal.
- **Matriz ungueal.** Se trata del epitelio germinativo, donde se produce la lámina ungueal mediante la queratinización de su epitelio. Presenta 3 capas y está ubicada entre el límite proximal de la unidad ungueal y el borde de la lúnula, situándose, por tanto, bajo el pliegue ungueal proximal.

La importancia de la matriz ungueal radica en que, al ser la principal responsable del crecimiento ungueal, cualquier daño severo que afecte a la matriz conlleva trastornos del crecimiento ungueal o distrofias permanentes. Aunque la matriz tiene melanocitos, habitualmente no producen melanina, si bien, en determinados casos, pueden activarse y producir un pigmento que será transmitido a los queratinocitos, dando lugar a una lámina ungueal pigmentada.

- **Lecho ungueal.** Se trata de un epitelio delgado con una baja tasa de proliferación y una expresión de queratinas distinta a la de la piel normal y la matriz ungueal. Se extiende desde el pliegue proximal hasta el hiponiquio y sirve de soporte a la mayor parte de la lámina ungueal. Su superficie presenta surcos longitudinales que encajan con las crestas de la cara ventral de la lámina, mecanismo responsable de la fuerte adherencia entre ambas estructuras.
- **Istmo o banda onicodérmica.** Es el borde distal del lecho ungueal. Se presenta como una banda transversal de 1-1,5 mm que, dependiendo del fototipo cutáneo, tiene una coloración u otra (rosada en caucásicos y marrón en razas negras).
- **Pliegues periungueales.** Se trata de los bordes cutáneos que rodean la lámina ungueal, tanto a nivel proximal como lateral, y cuya función es la de evitar la entrada de material extraño.
- **Cutícula.** Es el borde distal del pliegue proximal, y está unido a la cara dorsal de la lámina ungueal.

- **Eponiquio.** Es la cara ventral del pliegue proximal y está implicado en la formación adecuada de la lámina ungueal.
- **Hiponiquio.** Se trata del borde distal del aparato ungueal, y marca el final del lecho ungueal. Es la zona de unión de la lámina ungueal con el pliegue ungueal distal.

1.2.1. VASCULARIZACIÓN UNGUEAL^{1,3}

La vascularización del complejo ungueal, tanto del lecho como de la matriz, es abundante y procede de arterias digitales que forman dos arcos arteriales principales, uno proximal –arco proximal dorsal, que es superficial a la altura del repliegue ungueal– y otro distal –arco dorsal distal, que es más profundo, por debajo del lecho ungueal–, desde los cuales se establecen abundantes anastomosis arteriovenosas y cuerpos glómicos.

1.2.2. DINÁMICA DE LA UÑA^{1,3}

La uña es una estructura que tiene un crecimiento diario, que supone entre 2 y 4 mm al mes en las manos y alrededor de 1 cm cada 9 meses en los pies.

Este crecimiento es inversamente proporcional a la edad, volviéndose con los años más pálidas, deslustradas y opacas.

Hay una serie de factores³ que condicionan el crecimiento ungueal, entre los que destacan:

- Sexo.
- Edad:
 - Es mayor en la infancia.
 - Es más rápido en los jóvenes.
 - Disminuye en los mayores de 50 años.
 - El pico máximo de crecimiento está ubicado entre la segunda y tercera décadas de la vida.

Este crecimiento ungueal se puede acelerar en determinadas circunstancias:

- Gestación.
- Traumatismos.
- Hipertiroidismo.
- Psoriasis.
- Con la administración de algunos fármacos, como retinoides orales o itraconazol.
- En trabajos que impliquen manipulación manual⁴.

Pero también se puede enlentecer:

- Fiebre.
- Infecciones.
- Estados de malnutrición.
- Hipotiroidismo.
- Vasculopatías.
- Neuropatías.
- Con algunos fármacos o suplementos, como quimioterápicos, calcio o L-dopa.
- Onicomycosis.
- Síndrome de uñas amarillas.

1.3. Semiología^{1,5}

A la hora de explorar las uñas, debemos prestar atención a las características de la misma, ya que las alteraciones que vamos a describir pueden ser debidas a unas determinadas patologías.

1.3.1. ALTERACIONES DE LA FORMA

- **Anoniquia:** ausencia de uñas, pudiendo ser congénita o adquirida.
- **Macroniquia:** uñas grandes.
- **Microniquia:** uñas pequeñas, de causa congénita o traumática.

- **Doliconiquia:** uñas largas, como las presentes en los síndromes de Ehlers-Danlos o Marfan.
- **Braquioniquia:** uñas cortas en raqueta, con forma plana, ancha y acortada. Suele asociarse a **platoniquia** o uña plana.
- **Polioniquia o uña doble:** puede deberse a duplicidad de la uña o a uñas supernumerarias.
- **Onicomadesis:** separación proximal por alteración de la matriz, pudiendo ser debida a liquen plano, paroniquia crónica, fármacos o radioterapia.
- **Coiloniquia:** uñas en cuchara, con curvatura en concavidad superior, como las debidas a la deficiencia de hierro o por motivos ocupacionales.
- **Onicólisis:** separación distal/lateral, de causa traumática, por químicos, micosis, o psoriasis.
- **Hiperqueratosis subungueal:** hiperplasia epidérmica bajo el borde distal, que se puede presentar en la onicomicosis o en la psoriasis.
- **Paquioniquia:** engrosamiento de la lámina (onicomicosis), que puede tener diferentes variantes: uña en garra (onicogrifosis), pico de loro o teja.
- **Mala alineación congénita del primerortejo:** presenta riesgo de onicogrifosis.
- **Hipocratismo digital:** uñas en vidrio de reloj, es decir, convexa en sentido longitudinal y transversal. Presenta un ángulo de Lovibond $> 180^\circ$, siendo este ángulo el que se forma entre el pliegue ungueal proximal y la uña en el punto de salida de esta. El hipocratismo digital está asociado

a patologías cardiopulmonares, gastrointestinales o endocrinas, y suele asentarse sobre una falange distal engrosada o acropaquía (dedo en palillo de tambor).

1.3.2. ALTERACIONES DE LA SUPERFICIE

- **Fosillas ungueales (*pits*):** se trata de defectos superficiales puntiformes, y pueden distribuirse de forma regular o irregular. Están presentes en psoriasis, eccema y alopecia areata. Si es un único *pit*, pero de gran tamaño, se denomina **elconixis**.
- **Traquioniquia:** la uña presenta un aspecto áspero, “de lija”, sin brillo y rugoso, y aparece cubierta por microescamas, como las que se observan en la alopecia areata o liquen plano.
- **Surcos/líneas de Beau:** depresiones horizontales que se manifiestan en cuadros de fiebre o por el uso de citostáticos.
- **Distrofia ungueal media canaliforme de Heller:** es una estría longitudinal abierta al borde libre y con pequeños pliegues transversales y oblicuos. También se denomina “imagen en pino invertido”.
- **Hendiduras longitudinales:** pueden ser únicas (neoplasia matriz) o múltiples (onicorrexis).
- **Onicorrexis:** estrías longitudinales múltiples, asociadas a enfermedad de Darier y a liquen plano.
- **Onicosquisis:** separación laminar distal, habitual en situaciones de humedad o por el uso de detergentes. También es normal en un 27-35 % de las mujeres jóvenes.
- **Granulación superficial de queratina (pseudoleuconiquia):** por esmaltes prolongados.

1.3.3. ALTERACIONES DE LA CONSISTENCIA

- **Hapaloniquia:** uñas blandas y frágiles.
- **Uñas frágiles:** quebradizas, como se pueden presentar en ancianos, o en pacientes con artritis. Se rompen fácilmente, como sucede al asociarse con la onicorrexis, vista en el apartado anterior.
- **Uñas duras:** en las que hay un aumento de la consistencia normal, pudiendo ser por causas profesionales.

1.3.4. ALTERACIONES PERIUNGUEALES

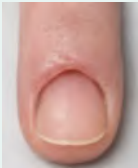
- **Pterygium dorsal:** avance del eponiquio sobre lecho, presente en el liquen plano.
- **Pterygium ventral:** defecto autosómico dominante, en el cual hay una invasión de la parte distal del lecho ungueal por la piel del hiponiquio.
- **Paroniquia:** inflamación cutícula, que se puede presentar por traumatismos, químicos o *Candida*.
- **Onicocriptosis:** uña encarnada.

1.3.5. DISCROMÍAS UNGUEALES (CROMONQUIAS)

- **Leuconiquia:** pigmentación blanquecina, que puede ser verdadera (cuando hay pérdida de la transparencia de la lámina debido a alteraciones de la queratinización de la matriz ungueal distal) o aparente (**leucopatía**). Un caso reseñable de las leuconiquias verdaderas son las **líneas de Mees**, que es una leuconiquia distal transversa debido a intoxicación por arsénico.
- **Melanoniquia:** pigmentación por melánica, de tonalidad negra, marrón o rojiza oscura, pudiendo deberse a causas raciales, fármacos, nevos, melanoma...
- **Otros:** xantoniquia (uñas amarillas), cloroniquia (uñas verdes, típica de la infección por *Pseudomonas*) y eritroniquia.

Para una mejor comprensión de estos datos semiológicos, se presenta una tabla de alteraciones ungueales (semiología) (tabla 1).

Tabla 1. Alteraciones ungueales (semiología)

Alteración	Descripción breve	Localización	Causas/Asociaciones y manejo en AP	Imagen
Anoniquia	Ausencia total de la uña	Matriz	Congénita o adquirida; derivar si existe sospecha de síndrome genético	
Macroniquia	Uñas de gran tamaño	Lámina	Gigantismo, síndrome de Proteus; valorar contexto sistémico	
Microniquia	Uñas pequeñas	Lámina	Congénita o traumática; documentar evolución	

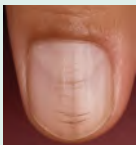
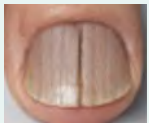
>>>

Tabla 1. Alteraciones ungueales (semiología) (continuación)

Alteración	Descripción breve	Localización	Causas/Asociaciones y manejo en AP	Imagen
Doliconiquia	Uñas largas (eje longitudinal > transversal)	Lámina	Ehlers-Danlos, Marfan; revisar antecedentes genéticos	
Braquioniquia	Uña corta/en raqueta	Lámina	Congénita; asociada a falange corta; valorar función	
Polioniquia	Uña doble/uñas supernumerarias	Lámina	Duplicidad congénita; derivar si hay alteración funcional	
Paquioniquia	Engrosamiento de la lámina	Lámina	Onicogrifosis, pico de loro, teja; valorar causa (onicomicosis, trauma)	
Onicomadesis	Separación proximal por daño de la matriz	Matriz	Liquen plano, paroniquia crónica, fármacos, radioterapia; investigar desencadenante	
Coiloniquia	Uña en cuchara (concavidad central)	Lámina	Deficiencia de hierro, ocupacional; solicitar hemograma	
Onicólisis	Separación distal/lateral de la lámina	Lecho	Trauma, químicos, micosis, psoriasis; higiene, evitar humedad; considerar cultivo/derivación	
Hiperqueratosis subungueal	Acúmulo queratósico bajo la lámina	Lecho	Onicomicosis, psoriasis; desbridamiento, tratamiento tópico, derivar si es refractario	
Hipocratismo digital (acropaquia)	Uñas en vidrio de reloj, convexas	Lámina/falange distal	Cardiopulmonares, gastrointestinales, endocrinas; valorar Lovibond > 180°	
Fosillas ungueales (pits)	Defectos puntiformes en superficie	Lámina	Psoriasis, eccema, alopecia areata; si es único y grande: elconixis	

>>>

Tabla 1. Alteraciones ungueales (semiología) (continuación)

Alteración	Descripción breve	Localización	Causas/Asociaciones y manejo en AP	Imagen
Traquioniquia	Uña áspera, sin brillo, rugosa	Lámina	Alopecia areata, liquen plano	
Surcos/Líneas de Beau	Depresiones transversales	Lámina	Fiebre, citostáticos; documentar historia clínica	
Distrofia canaliforme de Heller	Estría longitudinal abierta con pliegues oblicuos	Lámina	Imagen en pino invertido; valorar hábitos de presión	
Onicorrexis	Estrías longitudinales múltiples	Lámina	Liquen plano, enfermedad de Darier	
Onicosquisis	Separación laminar distal	Lámina	Humedad, detergentes; frecuente en mujeres jóvenes	
Granulación superficial queratínica	Manchas blancas superficiales por esmalte prolongado	Lámina	Pseudoleuconiquia; evitar esmaltes prolongados	
Hapaloniquia	Uñas blandas y frágiles	Lámina	Ancianos, artritis; asociada a onicorrexis	
Uñas duras	Aumento de consistencia	Lámina	Causas profesionales; valorar función	
Pterygium dorsal	Avance del eponiquio sobre el lecho	Pliegue proximal	Liquen plano; derivar a Dermatología si hay alteración funcional	
Pterygium ventral	Invasión del hiponiquio sobre el lecho	Pliegue distal	Defecto autosómico dominante; valorar funcionalidad	
Paroniquia	Inflamación de la cutícula	Pliegue proximal	Traumatismos, químicos, Candida; higiene, antifúngicos tópicos	

>>>

Tabla 1. Alteraciones ungueales (semiología) (continuación)

Alteración	Descripción breve	Localización	Causas/Asociaciones y manejo en AP	Imagen
Onicocriptosis	Uña encarnada	Pliegue lateral	Presión, calzado; valorar cirugía menor	
Leuconiquia	Pigmentación blanca	Lámina	Verdadera (queratinización), aparente (leucopatía); líneas de Mees por arsénico	
Melanoniquia	Pigmentación negra/marrón/rojiza	Lámina	Racial, fármacos, nevos, melanoma; valorar biopsia si existe sospecha	
Xantoniquia	Uñas amarillas	Lámina	Envejecimiento, onicomicosis, síndrome de uñas amarillas	
Cloroniquia	Uñas verdes	Lámina	Pseudomonas; cultivo y tratamiento antibiótico	
Eritroniquia	Uñas rojizas	Lámina	Neoplasias, traumatismos; valorar biopsia si es persistente	

AP: Atención Primaria.

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA, TOMANDO LOS DATOS DE LAS REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 1 Y 5. LAS IMÁGENES HAN SIDO CREADAS POR DIFERENTES PÁGINAS DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL (CHATGPT® Y COPILOT®).

1.4. Exploración ungueal

El aparato ungueal constituye una unidad anatómica y funcional compleja, íntimamente relacionada con la piel, el sistema vascular y el tejido conectivo. Al igual que en otros órganos y sistemas, su exploración clínica proporciona una valiosa información no solo sobre patología local, sino también sobre enfermedades sistémicas, especialmente de origen autoinmune, vascular, infeccioso y neoplásico⁶. En Atención Primaria, la exploración ungueal continúa infravalorada, a

pesar de su elevado rendimiento diagnóstico y su accesibilidad.

1.4.1. EXPLORACIÓN VISUAL

Cuando a nuestra consulta acude un paciente con una alteración en el aparato ungueal, debemos realizar una exploración sistemática de las uñas, tanto de las manos como de los pies, valorando cada una de las partes que conforman ese aparato ungueal y que hemos visto previamente (lámina ungueal, matriz, lecho ungueal, pliegues periungueales, hiponiquio...)⁷, así como las alteraciones

vistas previamente en el apartado de semiología (hay que revisar color, forma, grosor, superficie, curvatura, adherencia y simetría de los hallazgos).

La visión frontal distal de la uña es una técnica de exploración que consiste en observar el aparato ungueal desde el borde libre, permitiendo evaluar la cara ventral de la lámina, el hiponiquio y el pliegue ungueal distal. Esta perspectiva complementa la visión dorsal clásica y facilita la identificación de alteraciones estructurales, subungueales y pigmentarias que no son visibles desde arriba, mejorando la precisión diagnóstica en patologías inflamatorias, infecciosas, tumorales y traumáticas⁸.

1.4.1.1. ALTERACIONES DEL CONTENIDO SUBUNGUEAL

1.4.1.1.1. Hiperqueratosis subungueal

Se trata del engrosamiento del estrato córneo del hiponiquio y del lecho ungueal, con acúmulo de queratina bajo la lámina. Puede ser difusa o localizada, siendo la forma difusa característica de procesos inflamatorios (psoriasis, dermatitis), infecciosos (onicomicosis) o traumáticos.

En la onicomicosis, la descamación suele ser gruesa y amarillenta, mientras que en la psoriasis predomina una descamación fina blanco plateada, acompañada de capilares elongados en dermatoscopia.

La hiperqueratosis localizada debe hacer sospechar una lesión tumoral, como el *onicoclavus* o el onicopapiloma, este último asociado a eritroniquia longitudinal, hemorragias en astilla y onicólisis distal en "V".

1.4.1.1.2. Lesiones ocupantes de espacio

Diversos tumores pueden localizarse en el hiponiquio y manifestarse como masas

subungueales acompañadas de onicólisis. Entre ellos destacan el fibroqueratoma subungueal, la exostosis subungueal, el queratoacantoma y el carcinoma escamoso subungueal.

Estas entidades pueden simular procesos benignos, como verrugas o infecciones, por lo que la exploración frontal y la correlación clínica son fundamentales.

Las metástasis subungueales, aunque infrecuentes, deben considerarse ante lesiones dolorosas de rápida evolución.

1.4.1.1.3. 'Pterygium inversum unguis'

Se caracteriza por la adhesión anómala entre el hiponiquio y la superficie ventral de la lámina ungueal. Puede ser congénito o adquirido, asociándose este último a enfermedades del tejido conectivo, hemiparesia o procedimientos estéticos ungueales.

1.4.1.1.4. Hipertrofia del pliegue distal

La hipertrofia del pliegue ungueal distal es fisiológica en la infancia, pero su presencia en adultos suele relacionarse con onicólisis avanzada y pérdida progresiva del lecho ungueal. La exploración frontal permite valorar con precisión el grado de protrusión del pliegue y su impacto sobre el crecimiento ungueal.

1.4.1.1.5. Pigmentación y signo de Hutchinson

La pigmentación periungueal, o signo de Hutchinson, puede corresponder a procesos benignos o malignos. En adultos con melanoniquia longitudinal constituye un hallazgo de alarma para melanoma ungueal, mientras que en niños suele asociarse a *nevus* melanocíticos.

La visión frontal facilita la identificación del origen de la pigmentación, permitiendo diferenciar si procede de la matriz proximal o distal.

1.4.1.2. ALTERACIONES DEL GROSOR DE LA LÁMINA UNGUEAL

1.4.1.2.1. Disminución del grosor (*hapaloniquia*)

La hapaloniquia se observa en el envejecimiento fisiológico, en el síndrome de uñas frágiles y en enfermedades inflamatorias, como psoriasis, liquen plano o traquioniquia. Cuando es focal y unilateral, debe considerarse la posibilidad de un tumor subyacente, como el onicopapiloma.

1.4.1.2.2. Aumento del grosor

El engrosamiento ungueal puede deberse a microtraumatismos repetidos, procesos inflamatorios crónicos, síndrome de uñas amarillas o retroniquia.

La paquioniquia congénita constituye un ejemplo paradigmático, con engrosamiento marcado, aumento de la curvatura transversal y dolor significativo.

El onicomatricoma, tumor fibroepitelial benigno, produce un engrosamiento longitudinal y transversal característico, con imagen en panal de abeja en el borde libre.

1.4.1.3. ALTERACIONES DE LA MORFOLOGÍA DEL BORDE LIBRE

Las variaciones en el eje transversal de la uña generan morfologías características que solo pueden evaluarse adecuadamente mediante la visión frontal. La uña en “tienda de campaña” es típica del liquen plano ungueal. La coiloniquia, con concavidad central y bordes elevados, puede ser fisiológica en la infancia o secundaria a anemia ferropénica y enfermedades inflamatorias. Las uñas en pinza presentan un aumento del ángulo transversal distal y pueden clasificarse en tres tipos (común, doblada y en teja), con etiologías

que incluyen alteraciones biomecánicas, tumores subungueales, fármacos o procesos inflamatorios.

Además de estas alteraciones que vemos *de visu* en la exploración, nos podemos apoyar en unas técnicas diagnósticas para la correcta valoración e interpretación de las alteraciones presentes.

1.4.2. ONICOSCOPIA O DERMATOSCOPIA UNGUEAL^{9,10,11,12}

La onicoscopia es una técnica diagnóstica no invasiva que permite la visualización ampliada de la lámina ungueal, el lecho, la matriz y los pliegues periungueales mediante dermatoscopios manuales o videodermatoscopia. Puede realizarse en modo polarizado o no polarizado, con o sin medio de inmersión, siendo útil el empleo de gel hidroalcohólico o aceite para reducir reflejos y mejorar la definición de estructuras profundas.

Su principal valor en Atención Primaria radica en su bajo coste, rapidez y elevada rentabilidad diagnóstica, especialmente en tres escenarios:

a) Melanoniquia longitudinal

- Líneas homogéneas, paralelas y regulares → patrón benigno.
- Irregularidad en grosor, color o paralelismo; pigmento en cutícula (signo de Hutchinson) → sospecha de melanoma y derivación preferente (figura 3).

b) Onicomicosis

- Estrías longitudinales blanquecinas.
- Borde distal dentado.
- Áreas amarillentas irregulares y detritos subungueales.

Figura 3. Signo de Hutchinson ungueal

FUENTE: IMAGEN GENERADA MEDIANTE INTELIGENCIA ARTIFICIAL (COPILOT®).

c) Psoriasis ungueal

- Manchas de aceite.
- Onicólisis con borde eritematoso.
- Alteraciones vasculares del lecho. Estos hallazgos permiten valorar actividad inflamatoria y respuesta terapéutica.

1.4.3. ECOGRAFÍA DEL APARATO UNGUEAL

La ecografía de alta frecuencia ($\geq 15-18$ MHz) es una herramienta complementaria que permite evaluar de forma detallada la lámina ungueal, la matriz, el lecho y las estructuras periungueales, así como analizar la vascularización mediante Doppler color y power-Doppler.

Aunque no forma parte de la práctica habitual en Atención Primaria, su conocimiento facilita la interpretación de informes y la coordinación con Dermatología y Reumatología.

a) Técnica:

- Transductor lineal de alta frecuencia.
- Abundante gel para evitar presión excesiva.
- Cortes longitudinales y transversales.

b) Anatomía ecográfica normal (figura 4):

- Lámina ungueal: estructura bilaminar hiperecogénica (placa dorsal y ventral)

separada por un espacio hipoeecogénico.

- Matriz: banda isoecogénica proximal (1-5,3 mm).
- Lecho ungueal: banda hipoeecogénica entre placa ventral y falange distal (0,7-6,5 mm).
- Falange distal: línea hiperecogénica profunda.
- Inserción del extensor: visible en la porción proximal de la falange.

c) Hallazgos patológicos relevantes:

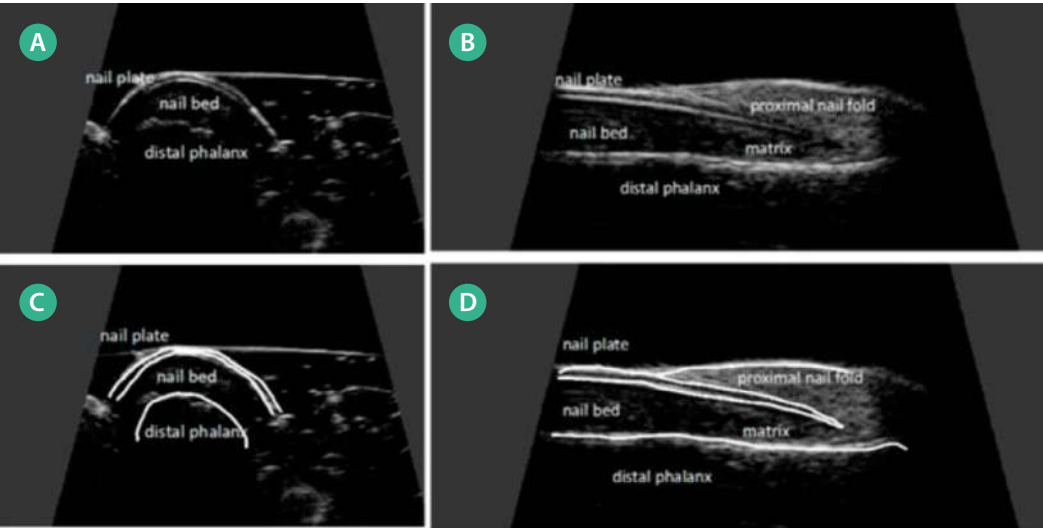
- Psoriasis: engrosamiento del lecho y matriz, aumento de vascularización.
- Onicomycosis: pérdida de definición laminar, engrosamiento irregular.
- Traumatismos: hematomas hipoeecocicos, discontinuidad de la placa.
- Tumores: masas sólidas o quísticas, alteraciones focales del contorno.

1.4.4. CAPILAROSCOPIA

La capilaroscopia es una técnica no invasiva que permite la visualización directa de los capilares del pliegue ungueal proximal mediante un microscopio óptico o un dermatoscopio con aumento. Su principal utilidad radica en la evaluación de enfermedades del tejido conectivo, especialmente en el diagnóstico diferencial del fenómeno de Raynaud.

Esta técnica se realiza aplicando una gota de aceite o gel sobre el pliegue ungueal proximal y se observa en modo no polarizado. Es un procedimiento sencillo, reproducible y de bajo coste, realizable en consulta con un dermatoscopio convencional.

Figura 4. Características ecográficas normales de la unidad ungueal sana



Corte transversal de la uña

Corte longitudinal de la uña

FUENTE: TOMADA DE LA REFERENCIA 15, BAJO LICENCIA (CC BY 4.0).

Los hallazgos más relevantes que podemos encontrar serían:

- Patrón normal: capilares finos, paralelos y homogéneos.
- Patrón esclerodermiforme: megacapilares, áreas avasculares, hemorragias.
- Patrones inespecíficos: tortuosidades, dilataciones aisladas (frecuentes en patología microvascular o traumatismos).

La utilidad, por tanto, de la capilaroscopia es que permite identificar patrones sugestivos de conectivopatía y priorizar la derivación a

Reumatología. Es especialmente útil en pacientes con fenómeno de Raynaud, úlceras digitales o sospecha de enfermedad autoinmune sistémica.

Y globalmente, aunque no son técnicas ampliamente utilizadas en Atención Primaria, el conocimiento y su utilización permitirán identificar pacientes con alto riesgo de enfermedad sistémica, optimizar la derivación a otras especialidades hospitalarias y contribuir a un diagnóstico más precoz y a una mejor estratificación pronóstica. >>>

CAPÍTULO 1 · Bibliografía

1. Delgado Florencio V. Enfermedades de las uñas. Barcelona: Elsevier, S.L.; 2010.
2. Wollina U, Nenoff P, Haroske G, Haenssle HA. The diagnosis and treatment of nail disorders. Dtsch Arztebl Int. 2016;113:509-18.
3. García Dorado J, Alonso Fraile P. Anatomía y fisiología de la piel. Pediatr Integral. 2021;XXIV(3):156.e1-156.e13.
4. Zaun H. Patología ungueal. Barcelona: Ediciones Doyma; 1983.
5. Arenas Guzmén R. Dermatología: Atlas, diagnóstico y tratamiento. 8ª ed. México: McGraw-Hill; 2023.
6. Piraccini BM, Alessandrini A. Nail abnormalities as clues to systemic diseases. Dermatol Clin. 2021;39(2):149-160
7. Baran R, Dawber RPR. Diseases of the Nails and Their Management. 4th ed. Oxford: Wiley-Blackwell; 2012.
8. Navarro Campoamor L. Visión frontal distal de la uña. Actas Dermosifiliogr. 2024;115(2):159-67.

>>>

CAPÍTULO 1 · Bibliografía *(continuación)*

9. Di Chiacchio N, et al. Nail dermoscopy (onychoscopy). *J Am Acad Dermatol* 2018;78(6).
10. Braun RP, et al. Dermoscopy of pigmented nail lesions. *Arch Dermatol*. 2007;143:1153-1160.
11. Piraccini BM, Balestri R, Starace M, Rech G. Nail digital dermoscopy (onychoscopy) in the diagnosis of onychomycosis. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2013 Apr;27(4):509-13.
12. Nakamura RC, Costa MC. Dermatoscopic patterns of nail psoriasis. *An Bras Dermatol*. 2017;92(1):104-108.
13. Wortsman X. Ultrasound in nail disorders. *J Ultrasound Med*. 2019;38(10):2751-2764. doi: 10.1002/jum.14981
14. Ashraf A, Starace M, Bruni F, Piraccini BM, Alessandrini A. High-frequency ultrasound of the nail unit. *Dermatol Clin*. 2021;39(2):189-202. doi: 10.1016/j.det.2020.12.002
15. Krajewska-Włodarczyk M, Owczarczyk-Saczonek A. Usefulness of Ultrasound Examination in the Assessment of the Nail Apparatus in Psoriasis. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(9):5611.
16. Ocampo-Garza SS, Villarreal-Alarcón MA, Villarreal-Treviño AV, Ocampo-Candiani J. Capilaroscopia: una herramienta diagnóstica valiosa. *Actas Dermosifiliogr*. 2019;110:347-52.
17. Cutolo M, Sulli A, Smith V. How to perform and interpret capillaroscopy. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2013;27:237-48.
18. Ingegnoli F, Gualtierotti R, Lubatti C, Bertolazzi C, Humila MC, Fantini F. Nailfold capillary patterns in systemic sclerosis: diagnostic and prognostic utility. *Rheumatology (Oxford)*. 2010;49(8):1464-1470.

Anexo del capítulo 1. En la piel del dermatólogo

En el presente capítulo se ofrece una aproximación inicial a los aspectos generales de la patología ungueal. En torno a un 5 % de las consultas dermatológicas están relacionadas con las alteraciones ungueales, lo cual subraya la importancia de conocer la anatomía de la uña y las condiciones que pueden producir dichas alteraciones. La uña es un anejo cutáneo de origen ectodérmico cuyo crecimiento depende primordialmente de la matriz ungueal, estructura particularmente vulnerable, y cuya afectación puede traducirse en alteraciones del crecimiento o distrofias de la lámina ungueal. La afectación de una única uña descarta una etiología tumoral, infecciosa localizada o traumática, mientras que la afectación de múltiples uñas orienta hacia procesos inflamatorios, sistémicos o infecciosos de carácter difuso.

El crecimiento ungueal es un proceso continuo, modulado por diversos factores, como son la edad (más rápido en individuos jóvenes), la gestación, los traumatismos, enfermedades inflamatorias (como la psoriasis), el estado nutricional, infecciones y diversas patologías sistémicas. Independentemente, es importante tener presente que, dado el lento crecimiento ungueal, determinadas alteraciones pueden reflejar procesos acontecidos semanas o meses antes, lo cual debe considerarse al correlacionar los hallazgos clínicos con la historia del paciente.

Las alteraciones ungueales pueden clasificarse según afecten a la morfología, la superficie, el grosor o la coloración (discromías).

1 Entre las alteraciones de la **forma** destacan la anoniquia, la doliconiquia, la

braquioniquia, la onicomadesis, la coiloniquia y, especialmente, el hipocratismo digital o uñas en vidrio de reloj, entidad que requiere de una cuidadosa anamnesis, al poder estar en relación con patologías cardiopulmonares y gastrointestinales.

2 En cuanto a las alteraciones de la **superficie**, son característicos los *pits* ungueales (típicos de la psoriasis, aunque también presentes en otras entidades), la traquioniquia (asociada a la alopecia areata o liquen plano), los surcos o líneas de Beau (relacionados con episodios febriles o el uso de citostáticos), la onicorrexis (estriaciones longitudinales vinculadas a enfermedad de Darier y al liquen plano) y la onicosquisis (frecuente en contextos de humedad o exposición a detergentes).

3 Dentro de las **discromías ungueales**, destaca la melanoniquia, cuya etiología comprende entidades como nevus, factores raciales, fármacos o melanoma. La melanoniquia longitudinal de reciente aparición constituye un signo de alarma de melanoma ungueal: debe sospecharse en melanoniquias de más de 3 mm de anchura, siendo un grosor de 6 mm especialmente específico. Asimismo, si se acompaña de pigmentación periungueal (signo de Hutchinson), el grado de sospecha debe ser aún mayor. La leuconiquia, por su parte, se manifiesta como una coloración blanquecina, y se clasifica en verdadera, cuando existe una alteración en la queratinización de la matriz distal (lo cual se traduce en una pérdida

de transparencia de la lámina), y aparente (leucopatía).

Cabe destacar que las **uñas de Terry y las de Lindsay** son dos variantes de leuconiquia aparente, originadas por alteraciones en la vascularización del lecho ungueal. En las uñas de Terry, asociadas a hepatopatía crónica, predomina un tono blanco opaco que cubre casi toda la superficie ungueal, dejando únicamente una estrecha banda distal de color rosado o marrón, que no se desplaza con el crecimiento de la uña. Por su parte, las uñas de Lindsay, también conocidas como “uñas mitad y mitad”, se relacionan con insuficiencia renal crónica y presentan una línea transversal bien definida que divide la uña en una porción proximal blanca opaca y una distal rosada, rojiza o marrón, cuya coloración se asocia a onicólisis distal.

4 Entre las **alteraciones periungueales**, la onicocriptosis (o uña encarnada) es la más frecuente. Otras entidades relevantes incluyen la paroniquia, el *pterygium* dorsal (característico del liquen plano) y el *pterygium* ventral, en el cual la piel del hiponiquio invade distalmente el lecho ungueal distal.

5 Dentro de las alteraciones del **contenido subungueal** cabe destacar la hiperqueratosis subungueal, definida por el acúmulo de queratina bajo la lámina ungueal. Las formas localizadas obligan a descartar la presencia de lesiones

tumorales subyacentes, mientras que las formas difusas suelen tener relación con procesos inflamatorios, infecciosos o traumáticos.

6 En lo que respecta a las alteraciones del **grosor ungueal**, la hapaloniquia consiste en la disminución del grosor ungueal, y puede deberse al envejecimiento fisiológico, síndrome de uñas frágiles o determinadas enfermedades inflamatorias como psoriasis, el liquen plano o traquioniquia. No obstante, si se manifiesta de forma focal y unilateral, debe considerarse la posibilidad de un tumor subyacente. Por el contrario, el engrosamiento ungueal puede ser consecuencia de microtraumatismos repetidos, de procesos inflamatorios crónicos o de retroniquia.

Para la evaluación diagnóstica ungueal existen diversas herramientas. La onicoscopia o dermatoscopia ungueal es la más accesible, y es fundamental en la evaluación de la melanoniquia longitudinal. Por su parte, la capilaroscopia permite objetivar los capilares del pliegue ungueal proximal. Los capilares normales son finos y paralelos, mientras que la presencia de megacapilares, áreas avasculares o hemorragias sugiere un patrón esclerodermiforme. Finalmente, la ecografía de alta frecuencia (≥ 15 -18 MHz) constituye una herramienta complementaria que permite una evaluación detallada de la unidad ungueal, recomendándose el uso de abundante gel para evitar artefactos por compresión. ►►

CAPÍTULO 2

Patología ungueal infecciosa

Dra. Norma A. Doria Carlín

Dr. Francisco J. Esteban González

Dra. Alma M. Ruiz Vela

2.1. Infecciones ungueales fúngicas (onicomicosis)

2.1.1. INTRODUCCIÓN Y GENERALIDADES

La onicomycosis es una infección de la unidad ungueal causada por hongos (dermatofitos, levaduras y mohos no dermatofitos) y constituye la infección ungueal más frecuente, representando alrededor de la mitad de las enfermedades de la uña en la práctica clínica¹. Su prevalencia aumenta con la edad y se asocia a factores predisponentes, como *tinea pedis*, traumatismos repetidos, hiperhidrosis, uso de calzado oclusivo, diabetes *mellitus*, enfermedad vascular periférica e inmunosupresión¹⁻⁵.

Desde un punto de vista clínico, no debe considerarse un problema exclusivamente estético. Puede provocar dolor, dificultad para la marcha, limitación funcional y un impacto negativo en la calidad de vida, además de actuar como reservorio de infección cutánea y favorecer sobreinfección bacteriana o recurrencias³.

El diagnóstico exclusivamente clínico es poco fiable, ya que múltiples onicodistrofias (psoriasis ungueal, liquen plano o traumatismos crónicos, entre otras) pueden simular una onicomycosis. Por ello, se recomienda confirmación micológica antes de iniciar tratamiento, especialmente si se plantea terapia sistémica, dada su duración prolongada y potencial de interacciones/efectos adversos²⁻⁴.

2.1.2. ETIOLOGÍA Y AGENTES CAUSALES

La etiología de la onicomycosis varía según la región geográfica, el tipo de uña afectada (mano vs. pie) y los factores del huésped. De forma práctica, se distinguen tres grandes grupos etiológicos: dermatofitos, levaduras y mohos no dermatofitos^{1,2}.

2.1.2.1. DERMATOFITOS

Los dermatofitos son responsables de la mayoría de los casos, especialmente en las uñas de los pies. Predominan especies del género *Trichophyton*, con especial relevancia clínica de *T. rubrum* y *T. interdigitale/mentagrophytes* como agentes frecuentes en series y revisiones^{1,2}.

En la práctica clínica, las infecciones por dermatofitos suelen asociarse a *tinea pedis* y a formas clínicas crónicas de progresión lenta, con tendencia a la recurrencia si no se controlan reservorios (piel plantar, calzado)^{2,3}.

2.1.2.2. LEVADURAS

Las levaduras, principalmente *Candida* spp., se observan con mayor frecuencia en uñas de las manos y en contextos de exposición repetida al agua, microtraumatismos periungueales, paroniquia crónica o comorbilidades como diabetes e inmunosupresión¹⁻⁵.

2.1.2.3. MOHOS NO DERMATOFITOS

Los mohos no dermatofitos (*Fusarium*, *Aspergillus* o *Scopulariopsis*, entre otros) pueden actuar como patógenos, especialmente en uñas dañadas o con onicodistrofia previa. Su relevancia diagnóstica exige cautela por la posibilidad de contaminación. Se recomienda correlación clínico-micológica y, si es posible, confirmación repetida o mediante técnicas complementarias según disponibilidad²⁻⁴.

2.1.3. CLASIFICACIÓN CLÍNICA

La clasificación clínica de la onicomycosis describe patrones morfológicos y topográficos de afectación ungueal, que suelen corresponderse con vías de invasión (p. ej., por el hiponiquio distal, por la superficie dorsal de la lámina o desde el pliegue proximal). Esta clasificación es útil para: (a) orientar el diagnóstico diferencial, (b) decidir el mejor sitio de toma de muestra (raspado subungueal, recorte de lámina, etc.) y (c) estimar severidad y pronóstico^{2,3}.

En la práctica, un mismo paciente puede presentar patrones mixtos (p. ej., distal + blanca superficial), especialmente en uñas con onicodistrofia previa, tratamiento parcial o coinfección por *tinea pedis*³⁻⁶.

2.1.3.1. ONICOMICOSIS SUBUNGUEAL DISTAL Y LATERAL (OSDL) (figura 1)

Es la forma más frecuente. La invasión suele comenzar a nivel del hiponiquio y/o los

surcos laterales, con progresión proximal en el lecho ungueal^{1,3,7}.

Claves clínicas:

- **Onicólisis distal** (separación de la lámina).
- **Hiperqueratosis subungueal** y detritus.
- **Discromía** amarillenta/blanquecina/gri-sácea; borde libre “deshilachado” quebradizo^{1,7}.
- Frecuente asociación con *tinea pedis*³.

Figura 1. Onicomycosis subungueal distal y lateral: discromía y onicólisis distal



FUENTE: IMAGEN GENERADA POR IA (CHATGPT) A PARTIR DE DATOS CLÍNICOS APORTADOS.

2.1.3.2. ONICOMICOSIS BLANCA SUPERFICIAL (OBS) (figura 2)

Se caracteriza por afectación primaria de la superficie dorsal de la lámina ungueal, con colonización superficial^{3,6,7}.

Claves clínicas:

- **Placas o puntos blanquecinos** de aspecto “tizoso”, con superficie rugosa y friable.
- Lesiones que **pueden rasparse** con relativa facilidad (útil para la toma de muestra)^{3,7}.
- En casos limitados, suele ser una forma con mejor respuesta a **tratamientos tópicos** (esto se desarrollará en el apartado 2.1.6)^{2,3}.

Figura 2. Onicomicosis blanca superficial: placas blancas superficiales friables



FUENTE: DERMNET.

2.1.3.3. ONICOMICOSIS SUBUNGUEAL PROXIMAL (OSP) (figura 3)

Forma menos frecuente. La invasión se relaciona con entrada desde el pliegue ungueal proximal y región de la lúnula/matriz, con extensión distal^{3,6,7}.

Claves clínicas:

- **Leuconiquia proximal** (mancha blanquecina cercana a lúnula) y/o discromía proximal.
- Puede acompañarse de **engrosamiento** y **distorsión** progresiva^{6,7}.
- Clásicamente se ha descrito asociación con **inmunosupresión** (p. ej., VIH), por lo que este patrón obliga a una valoración clínica contextual⁶.

Figura 3. Onicomicosis subungueal proximal: afectación proximal cercana a lúnula



FUENTE: DERMNET.

2.1.3.4. ONICOMICOSIS POR CANDIDA (ONICOMICOSIS CANDIDIÁSICA)

En la práctica clínica se vincula con frecuencia a paroniquia crónica, y suele afectar más a las uñas de las manos en contextos de trabajo húmedo/irritativo repetido, aunque puede también presentarse en los pies^{6,7}.

Claves clínicas:

- **Inflamación del pliegue periungueal** (eritema, tumefacción, dolor a la presión) en cuadros asociados a paroniquia crónica⁶.
- **Alteración de la lámina** cercana al pliegue (discromía variable, estriación, fragilidad) con progresión⁶.
- Es importante diferenciar de dermatitis de contacto, psoriasis ungueal y otras causas de paroniquia^{1,6}.

Figura 4. Onicomicosis candidiásica: paroniquia crónica y distrofia asociada



FUENTE: DERMNET.

2.1.3.5. ONICOMICOSIS DISTRÓFICA TOTAL (ODT) (figura 5)

Suele representar el **estadio avanzado** o final común de diversas formas (especialmente OSDL) con destrucción extensa de la unidad ungueal^{1,3,7}.

Claves clínicas:

- **Engrosamiento marcado** de la uña con **deformidad**, **friabilidad** y aspecto de “migas”.

- **Hiperqueratosis subungueal intensa** y pérdida de arquitectura normal.
- Se asocia a mayor riesgo de **complicaciones locales** (dolor, limitación funcional, fisuras) y **sobreinfección bacteriana** en contextos predisponentes (p. ej., vasculopatía periférica), aspecto a considerar en el enfoque global del capítulo⁷.

Figura 5. Onicomicosis distrófica total (ODT): destrucción y engrosamiento severo



FUENTE: IMAGEN GENERADA POR IA (CHATGPT) A PARTIR DE DATOS CLÍNICOS APORTADOS.

2.1.3.6. OTRAS FORMAS Y PATRONES

- **Endonyx:** discromía blanquecina “lechosa” de la lámina sin hiperqueratosis subungueal prominente ni onicólisis (dato orientador)^{6,7}.
- **Patrón mixto:** combinación de dos o más patrones (p. ej., distal + superficial), relativamente frecuente^{3,6}.
- **Onicomicosis secundaria:** afectación fúngica sobre una uña previamente alterada (trauma, psoriasis, etc.)^{1,6}.

En la tabla 1 se recoge un resumen de la clasificación clínica y las claves semiológicas.

2.1.4. MANIFESTACIONES CLÍNICAS Y DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

La onicomicosis puede presentarse con discromía (amarilla, blanca, gris, marrón o incluso negra), engrosamiento de la lámina, onicólisis, hiperqueratosis subungueal,

Tabla 1. Clasificación clínica de la onicomicosis y claves semiológicas

Subtipo clínico	Zona/vía predominante	Hallazgos clínicos clave	Agentes habituales (orientativo)	Comentarios prácticos
OSDL	Hiponiquio distal y bordes laterales → lecho	Onicólisis distal, hiperqueratosis subungueal, discromía amarilla/gris	Dermatofitos (<i>Trichophyton</i> spp.) ^{1,2}	Muy frecuente; suele coexistir con <i>tinea pedis</i> ³
OBS	Superficie dorsal de la lámina	Manchas/placas blancas y friables	Dermatofitos y otros	Importante: diferenciar de leuconiquia traumática ^{3,6}
OSP	Pliegue proximal/lúnula-matriz → distal	Leuconiquia proximal, engrosamiento proximal	Dermatofitos	Considerar contexto de inmunosupresión según clínica ^{6,7}
Candidiásica	Región periungueal (paroniquia) ± lámina	Paroniquia crónica, distrofia y discromía próximas al pliegue	<i>Candida</i> spp. ^{6,7}	Frecuente en manos con “trabajo húmedo”; diagnóstico diferencial con dermatitis ⁶
ODT	Estadio avanzado, extensa afectación	Engrosamiento severo, <i>crumbling</i> , destrucción de lámina	Variable	Mayor impacto funcional y riesgo de complicaciones locales ⁷
Endonyx (variante)	Lámina (intralaminar)	Discromía “lechosa” sin hiperqueratosis/onicólisis destacadas	Variable	Útil como “diagnóstico de patrón”; puede coexistir con otros ⁶

OBS: onicomicosis blanca superficial; ODT: onicomicosis distrófica total; OSDL: onicomicosis subungueal distal y lateral; OSP: onicomicosis subungueal proximal.

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA, ADAPTADA DE LA GUÍA S1 ALEMANA (NENOFF P, ET AL.)², LA REVISIÓN DE EVIDENCIA EN ATENCIÓN PRIMARIA (FRAZIER WT, ET AL.)³, NGAN V, ET AL.⁶ Y STATPEARLS⁵.

friabilidad y fragmentación del borde libre. Sin embargo, estos hallazgos son inespecíficos y se superponen con múltiples dermatosis inflamatorias, traumatismos crónicos y, en menor medida, tumores ungueales^{6,7}.

Dado que la confirmación clínica aislada puede conducir a sobrediagnóstico y tratamientos antifúngicos innecesarios, se recomienda un enfoque sistemático que integre: (a) patrón clínico (clasificación del apartado 2.1.3), (b) contexto del paciente (*tinea pedis*, “trabajo húmedo”, psoriasis cutánea, inmunosupresión, etc.) y (c) pruebas micológicas cuando esté indicado^{2,3,6}.

2.1.4.1. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL MÁS FRECUENTE (tabla 2)^{6,8-10}

En la práctica clínica, entre los imitadores de onicomicosis se incluyen:

- **Psoriasis ungueal** (figura 6): *pitting*, “mancha de aceite/salmon patch”, hemorragias en astilla, hiperqueratosis subungueal y onicólisis con un área rosada proximal típica; puede coexistir con onicomicosis⁶.

Figura 6. Psoriasis ungueal



FUENTE: IMAGEN GENERADA POR IA (CHATGPT) A PARTIR DE DATOS CLÍNICOS APORTADOS.

- **Liquen plano ungueal** (figura 7): adelgazamiento de la lámina, estriación longitudinal, fisuras/rugosidad, onicólisis y posible *pterigium* por destrucción de la cutícula (dato muy orientador)⁷.

Figura 7. Liquen plano ungueal



FUENTE: IMAGEN GENERADA POR IA (CHATGPT) A PARTIR DE DATOS CLÍNICOS APORTADOS.

- **Onicodistrofia traumática crónica/microtraumatismos**: frecuente en el primer dedo del pie (calzado oclusivo, deporte, deformidades), con cambios distróficos persistentes⁶.
- **Paroniquia crónica y dermatosis periungueales** (irritativa/eccema): pueden condicionar distrofia secundaria y facilitar colonización fúngica⁶.
- **Pigmentación ungueal**: la onicomicosis puede ser pigmentada; aun así, ante pigmentación de nueva aparición o signos de alarma, debe descartarse patología tumoral del aparato ungueal^{6,10}.

2.1.4.2. SIGNOS DE ALARMA Y NECESIDAD DE DERIVACIÓN

Aunque la mayoría de onicodistrofias son benignas, se debe extremar la precaución cuando existan datos sugerentes de lesión tumoral (p. ej., distrofia de una sola uña persistente sin explicación, masa subungueal, ulceración, dolor desproporcionado o melanoniquia con patrón sospechoso). En estos escenarios, la confirmación micológica no debe retrasar la evaluación especializada si la sospecha clínica lo justifica⁶.

2.1.5. DIAGNÓSTICO (CLÍNICO Y MICROBIOLÓGICO)

La confirmación del diagnóstico es un pilar clave, ya que una proporción relevante de uñas distróficas no son micóticas y el tratamiento (especialmente el sistémico) implica duración prolongada, coste e interacciones potenciales^{2,3,7,9}.

2.1.5.1. ¿CUÁNDO CONFIRMAR CON PRUEBAS?

Se recomienda confirmación micológica en la mayoría de casos, y es especialmente importante cuando:

- Se plantea **tratamiento sistémico**^{2,3,9}.
- Existen **dudas diagnósticas** o diagnóstico diferencial amplio (ver tabla 2)⁶.

- Hay afectación extensa, recidivas, fracaso terapéutico o sospecha de mohos no dermatofitos^{2,6}.

2.1.5.2. TOMA DE MUESTRA: CÓMO MAXIMIZAR EL RENDIMIENTO

El rendimiento diagnóstico depende más de una **muestra bien tomada** que del método en sí (figura 8). En general:

Deben tomarse muestras **antes de iniciar tratamiento**^{6,9}.

En formas distal-laterales, el mejor rendimiento suele estar en las **zonas más proximales del material subungueal accesible**⁶.

En onicomicosis blanca superficial, puede rasparse directamente la **superficie afectada**⁶.

Tabla 2. Diagnóstico diferencial de onicomicosis: claves clínicas y enfoque diagnóstico

Entidad	Claves clínicas orientativas	Pistas prácticas	Confirmación/pruebas recomendadas
Onicomicosis	Discromía, engrosamiento, hiperqueratosis subungueal, onicólisis; patrón distal/lateral, superficial blanca, proximal, etc.	Suele coexistir con <i>tinea pedis</i> ; progresión lenta	KOH y/o cultivo; PCR según disponibilidad; histología PAS si duda persistente
Psoriasis ungueal	<i>Pitting</i> , “oil drop/salmon patch”, hemorragias en astilla, onicólisis con halo rosado proximal	Buscar psoriasis cutánea/ artritis psoriásica; puede coexistir con hongo	Micología para descartar coexistencia antes de inmunosupresión; biopsia solo en casos seleccionados
Liquen plano ungueal	Estriación y adelgazamiento, fisuras; posible <i>pterigium</i> (cicatriz)	Puede afectar sin lesiones cutáneas; riesgo de daño permanente	Derivación si sospecha; biopsia en casos seleccionados
Trauma/ microtrauma crónico	Distrofia localizada (frecuente en <i>hallux</i>), onicólisis, engrosamiento irregular	Relación con calzado/ deporte/ deformidades	Micología si duda; corregir factor mecánico
Paroniquia crónica/ dermatitis periungueal	Eritema/tumefacción de pliegues, alteración secundaria de la lámina	“Trabajo húmedo”, irritantes, manicura agresiva	Valorar micología si sospecha de coexistencia
Onicogrifosis/ cambios por edad	Engrosamiento y curvatura progresiva, lámina opaca	Muy frecuente en mayores	Micología si clínica compatible; considerar cuidados podológicos
Tumor ungueal/ melanoma (<i>red flags</i>)	Lesión única persistente, pigmentación sospechosa, masa, ulceración, dolor	No retrasar derivación por micología	Derivación preferente; estudio específico

KOH: hidróxido de potasio; PAS: Periodic Acid-Schiff; PCR: reacción en cadena de la polimerasa.

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA, ADAPTADA DE DERMNET (ONICOMICOSIS, PSORIASIS UNGUEAL Y LIQUEN PLANO)^{6,8,9} Y PCDS (TRASTORNOS UNGUEALES)¹⁰.

Figura 8. Zonas recomendadas de donde deben obtenerse las muestras



FUENTE: IMAGEN GENERADA POR IA (CHATGPT) A PARTIR DE DATOS ADAPTADOS DE DENNING DW. ASPERGILLOSIS: DIAGNOSIS AND TREATMENT. INT J ANTIMICROB AGENTS. 1996;6(3):161-8. DOI: 10.1016/0924-8579(95)00042-9. PMID: 18611704.

En formas proximales, puede requerirse **rebajar/unificar** la lámina para acceder al foco proximal⁶.

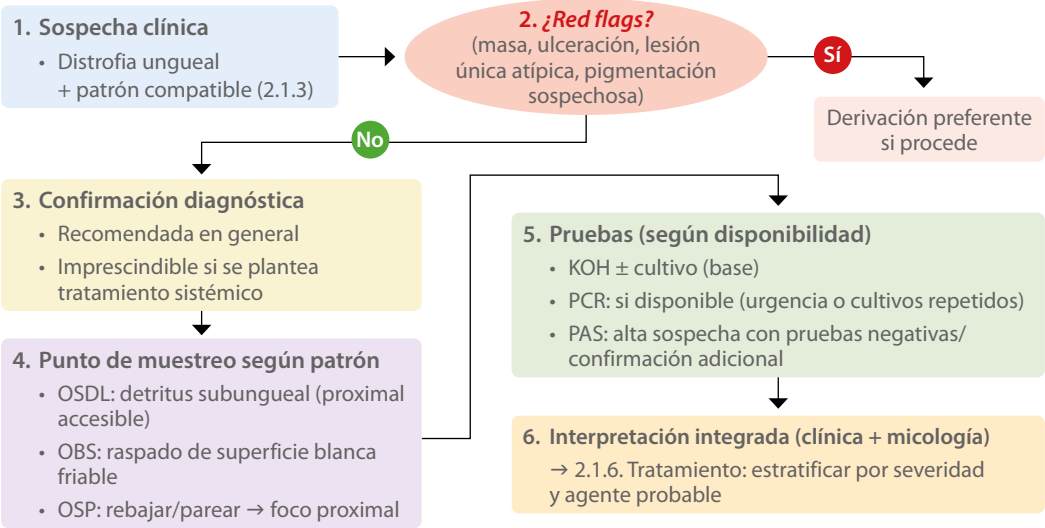
**2.1.5.3. MÉTODOS DIAGNÓSTICOS:
VENTAJAS Y LIMITACIONES (figura 9)**

- **Microscopía directa** (hidróxido de potasio –KOH–): rápida y útil para orientar, pero con sensibilidad variable y sin identificación de especie^{6,7}.
- **Cultivo fúngico**: permite identificar el agente, pero puede tardar semanas y exi-

ge muestra suficiente; es especialmente útil si se sospechan mohos no dermatofitos o en fracasos terapéuticos^{2,6}.

- **PCR u otras técnicas moleculares**: alta sensibilidad/especificidad y rapidez, con mayor coste y disponibilidad variable^{4,6}.
- **Histopatología de recortes ungueales** (p. ej., PAS): útil cuando hay alta sospecha con pruebas negativas o necesidad de mayor sensibilidad, según recursos locales^{4,6}.

Figura 9. Diagnóstico de onicomycosis



KOH: hidróxido de potasio; OBS: onicomycosis blanca superficial; ODT: onicomycosis distrófica total; OSDL: onicomycosis subungueal distal y lateral; OSP: onicomycosis subungueal proximal; PAS: Periodic Acid-Schiff; PCR: reacción en cadena de la polimerasa.

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA, ADAPTADA DE LA GUÍA S1 (NENOFF P, ET AL)², AMERICAN ACADEMY OF FAMILY PHYSICIANS (AAFP) (FRAZIER WT, ET AL)³, NGAN V, ET AL⁶ Y BPAC²⁹.

2.1.6. TRATAMIENTO

El tratamiento de la onicomycosis (tabla 3 y figura 10) debe individualizarse según:

- a) El **tipo clínico**.
- b) El **porcentaje de lámina afectada**.
- c) El **número de uñas** y afectación de la **matriz**.
- d) El **agente etiológico probable/confirmado**.
- e) Las **comorbilidades e interacciones** farmacológicas.
- f) Las **expectativas** del paciente^{2,3,12}.

En general, el objetivo terapéutico es lograr la **curación micológica** y, cuando sea posible, una **mejoría clínica** visible; sin embargo, debe explicarse que la normalización del aspecto ungueal **puede tardar meses** y no siempre es completa, incluso después de haber erradicado el hongo¹¹.

2.1.6.1. INDICACIONES DE TRATAMIENTO TÓPICO, SISTÉMICO Y COMBINADO

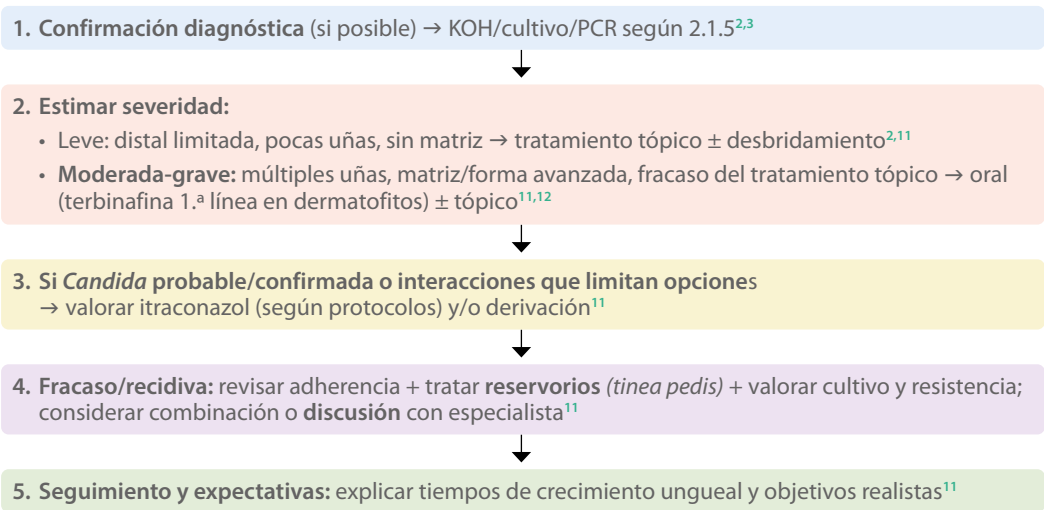
- **Tratamiento tópico:** suele considerarse en onicomycosis leve (afectación distal limitada, sin matriz, pocas uñas) o cuando el

Tabla 3. Tratamiento de la onicomycosis: opciones, pautas y consideraciones

Estrategia	Fármaco (ejemplos)	Pauta orientativa	Indicación típica	Puntos clave/seguridad
Oral (1.ª línea dermatofitos)	Terbinafina	250 mg/día: 6 semanas (manos)/ 12 semanas (pies)	Moderada-grave, múltiples uñas, matriz, fracaso tópico	Revisar interacciones; considerar pruebas hepáticas, basal y a 6 semanas según protocolos ¹⁰⁻¹²
Oral (alternativa / <i>Candida</i>)	Itraconazol*	Varias pautas (continua o pulsos (1 semana de itraconazol + intervalo de 3 semanas) según protocolos) 200 mg, dos veces al día/2 meses (uñas de las manos) o 3 meses (uñas de los pies**) Alternativamente, 200 mg, una vez al día, durante tres meses***	<i>Candida</i> confirmada/sospecha, alternativa si terbinafina no procede	Interacciones relevantes; monitorización hepática según protocolo ¹⁰⁻¹²
Tópico	Amorolfina/ciclopirox/otros	Aplicación regular durante meses (según producto)	Leve, distal limitada, sin matriz; o complemento	Requiere adherencia alta y preparación/limado; mejor si carga fúngica baja ^{2,11}
Tópico específico (si disponible)	Efinaconazol 10 %	Aplicación diaria , tratamientos prolongados	Leve-moderada (especialmente OSDL)	Evidencia reciente apoya su uso en poblaciones diversas; disponibilidad variable ⁹
Combinado	Oral + tópico	Según pautas anteriores	Moderada-grave, recidiva, maximizar respuesta	Útil para mejorar resultados y prevenir recaídas en pacientes seleccionados ^{2,11}
Adyuvante	Desbridamiento/limado	Periódico	Uñas engrosadas, hiperqueratosis	Mejora penetración de tópico y reduce carga; útil en combinación con tratamiento oral ¹²

* Tomar con alimentos o bebidas ácidas para mejorar la absorción.
** La onicomycosis candidiásica es menos común en las uñas de los pies.
*** No hay evidencia de que los regímenes continuos o intermitentes produzcan tasas de curación o efectos adversos significativamente diferentes.
FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA, ADAPTADA DE LA GUÍA S1 (NENOFF P, ET AL.)², AAFP³, BPAC^{NZ9}, REVISIÓN CLÍNICA (AXLER E, ET AL.,)¹⁰, GUPTA AK¹¹ Y GUÍA DE MONITORIZACIÓN NHS DERBYSHIRE¹².

Figura 10. Enfoque terapéutico de la onicomycosis



FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA, ADAPTADA DE NENOFF P, ET AL.², AAFP³, BPAC^{NZ9}, GUPTA AK¹¹ Y AXLER E¹⁰.

tratamiento oral está contraindicado o no es deseado^{2,11}.

- **Tratamiento sistémico:** recomendado en onicomycosis **moderada-grave** (afectación de matriz, múltiples uñas, dermatofitomas, formas distróficas avanzadas) o tras fracaso del tratamiento tópico^{2,3,12}.
- **Tratamiento combinado (oral + tópico):** puede mejorar resultados en casos moderados/graves, en recidivas o cuando se busca maximizar la respuesta^{2,11}. Se ha visto que esta combinación es superior a la monoterapia, previniendo recurrencias y resistencias. Igualmente aumenta la eficacia en infecciones mixtas y permite disminuir la duración, el coste y la toxicidad del tratamiento¹³⁻¹⁵.

2.1.6.2. MEDIDAS ADYUVANTES

Las medidas adyuvantes aumentan la eficacia y reducen recidivas:

- **Desbridamiento mecánico/limado** del material hiperqueratósico y reducción del grosor de la lámina (por podología o en

consulta) para mejorar la penetración del tópico y reducir la carga fúngica¹².

- Tratar la *tinea pedis* concomitante (reservorio) y reforzar las medidas de higiene del calzado (se detalla en el apartado 2.1.7)¹¹.

2.1.6.3. TRATAMIENTO SISTÉMICO: FÁRMACOS Y PAUTAS HABITUALES

En onicomycosis por **dermatofitos**, la **terbinafina** se considera de primera línea en múltiples guías y revisiones, con pautas habituales de **250 mg/día** durante **6 semanas** (uñas de manos) o **12 semanas** (uñas de pies)^{11,12}.

El **itraconazol** es una alternativa útil, y suele preferirse cuando se sospecha o confirma *Candida spp.*

- **Tratamiento de pulsos:** 200 mg dos veces al día durante 1 semana, y después un intervalo de 3 semanas = 1 pulso. Tres pulsos o 3 meses para la infección de las uñas de los pies. Más corto para la onicomycosis de las uñas de las manos, posiblemente solo 2 pulsos.

- *Dosificación continua*: itraconazol convencional 200 mg (2 cápsulas duras) una vez al día durante 3 meses, o menos tiempo en caso de infección de las uñas.
- *SUBA-itraconazol*: para la tiña ungueal, 2 cápsulas de 50 mg (100 mg/día) diarias durante 12 semanas² o cuando existen consideraciones individuales (p. ej., intolerancia o ineficacia previa), teniendo en cuenta su perfil de **interacciones**^{11,12}.

Nota: la selección final debe apoyarse en la **confirmación etiológica** cuando sea posible (KOH/cultivo/PCR), especialmente ante recidiva, fracaso o sospecha de mohos no dermatofitos^{2,11}.

2.1.6.4. TRATAMIENTO TÓPICO: LACAS Y SOLUCIONES

Los tratamientos tópicos (p. ej., **amorolfina**, **ciclopirox**, principalmente) se emplean en casos leves o moderados o como complemento del tratamiento oral^{2,12}.

En monoterapia se indican en las formas leves, siendo la forma galénica en hidrolaca la que permite mejor difusión y facilidad de aplicación.

Es importante conocer que la penetración de los tratamientos tópicos puede mejorarse asociando sustancias que actúan como facilitadores, tales como son la urea, el ácido salicílico o el biopolímero hidroxipropil chitosán, o bien empleando procedimientos físicos como son la iontoforesis o las microperforaciones de la lámina.

La amorolfina al 5 %, aplicada 1-2 veces por semana, y el ciclopirox al 8 % diariamente, son los más utilizados; la hidrolaca de ciclopirox al 8 % con hidroxipropil chitosan, que además actúa como fortalecedor ungueal,

filminógeno y emoliente¹⁶⁻¹⁸, permitiendo una mayor penetración del principio activo, en comparación con amorolfina, ofrecen mejores tasas de cura completa (clínica y micológica)^{19,20}.

Estos tratamientos tópicos poseen un excelente perfil de seguridad, pero tienen limitaciones de penetración y necesitan tratamientos de 12-18 meses.

El efinaconazol 10 %¹¹, aún no comercializado en España al elaborar la guía, se podría considerar una opción tópica de primera línea para onicomycosis leve-moderada, por su eficacia similar a itraconazol oral y superior a otros tratamientos tópicos^{21,23}.

2.1.6.5. SEGURIDAD, INTERACCIONES Y MONITORIZACIÓN

- Antes de tratamiento sistémico, conviene revisar **comorbilidades**, medicación concomitante y antecedentes de **hepatopatía**^{11,12}.
- Algunas guías de práctica clínica recomiendan monitorización basal de transaminasas alrededor de las 6 semanas si se mantiene el tratamiento con terbinafina o itraconazol, y suspender ante alteraciones significativas¹⁰.
- En pacientes frágiles, polimedicados o con limitaciones funcionales (p. ej., dificultad para aplicar tópicos en pies), debe reevaluarse si el tratamiento aporta beneficio clínico real frente a medidas conservadoras¹¹.

2.1.7. PREVENCIÓN, EDUCACIÓN SANITARIA Y SEGUIMIENTO

Las recidivas son frecuentes; por ello, la prevención debe integrarse desde el inicio del tratamiento y reforzarse en cada visita¹¹.

2.1.7.1. MEDIDAS PREVENTIVAS Y EDUCACIÓN SANITARIA¹¹

- **Mantener secos** los pies, cambiar calcetines, evitar calzado oclusivo prolongado y favorecer la ventilación.
- Higiene del calzado (rotación, secado completo, medidas antifúngicas si procede) y evitar compartir utensilios de pedicura.
- Tratar la *tinea pedis* y otras micosis cutáneas asociadas para evitar reinfecciones.
- En pacientes de riesgo (diabetes, vasculopatía, inmunosupresión), vigilar la integridad cutánea, maceración interdigital y puerta de entrada.

2.1.7.2. SEGUIMIENTO CLÍNICO

- Reforzar la adherencia y la técnica (especialmente en tratamientos tópicos)¹¹.
- Reevaluar a los **3-6 meses** según pauta: la mejoría clínica puede ser lenta; la curación visible depende del **crecimiento ungueal**¹¹.
- Si no hay respuesta: reconsiderar diagnóstico (tabla 2), confirmar micología, valorar resistencia o coinfección y ajustar estrategia (figura 10)^{2,11}.

2.2. Infecciones ungueales bacterianas

2.2.1. INTRODUCCIÓN Y GENERALIDADES

Las infecciones bacterianas de la unidad ungueal afectan principalmente a los **pliegues periungueales** (paroniquia) y, con menor frecuencia, al **espacio subungueal** o a zonas con onicólisis previa, donde la humedad y el detritus facilitan la colonización. La puerta de entrada habitual es la **disrupción de la barrera** entre la lámina y el pliegue ungueal

por microtraumatismos (manicura agresiva, arrancar cutículas, onicofagia), exposición repetida al agua/irritantes o patología ungueal previa²⁴.

En términos prácticos, las entidades de mayor relevancia clínica que se verán en este capítulo son:

- **Paroniquia aguda** (frecuentemente bacteriana, a veces con absceso)²⁵.
- **Paroniquia crónica** (predominantemente inflamatoria/irritativa, con posible colonización secundaria)²⁶.
- **Cloroniquia**/"uña verde" por *Pseudomonas aeruginosa*, a menudo asociada a onicólisis y ambientes húmedos^{27,28}.

En la tabla 4 se puede ver un resumen operativo del diagnóstico y el tratamiento.

2.2.2. PARONIQUIA AGUDA

2.2.2.1. DEFINICIÓN, ETIOLOGÍA Y FACTORES PREDISPONENTES

- La paroniquia aguda (figura 11) es una inflamación infecciosa de inicio brusco de los pliegues ungueales (lateral y/o proximal), generalmente de evolución inferior a 6 semanas. Suele deberse a bacterias piógenas (con frecuencia *Staphylococcus aureus*, pero también estreptococos; y en onicofagia o succión digital puede haber flora oral y anaerobios)²⁴⁻²⁶.

Los factores predisponentes típicos son:

- Manipulación de cutículas, manicura/pedicura, uñas artificiales²⁶.
- Onicofagia o traumatismos repetidos²⁴.
- Dermatitis periungueal o exposición intensa a agua/irritantes²⁶.

2.2.2.2. CLÍNICA

- Dolor, eritema y tumefacción del pliegue ungueal.
- Puede aparecer **colección purulenta/absceso** (fluctuación) y supuración²⁵.

Figura 11. Paroniquia aguda con absceso periungueal (imagen clínica)



FUENTE: IMAGEN GENERADA POR IA (CHATGPT) A PARTIR DE DATOS CLÍNICOS APORTADOS Y ADAPTADA DE DERMNET NZ.

2.2.2.3. DIAGNÓSTICO Y CUÁNDO SOLICITAR PRUEBAS

El diagnóstico es habitualmente **clínico**. El cultivo se considera en infecciones graves y recidivantes, inmunosupresión, mala respuesta al tratamiento inicial o sospecha de patógenos inusuales²⁴.

El diagnóstico diferencial clave se realiza con el **panadizo herpético** (HSV) cuando hay vesículas, dolor intenso desproporcionado o evolución atípica; en ese caso debe evitarse el drenaje y manejarse como infección vírica (ver apartado 2.3)²⁴.

2.2.2.4. TRATAMIENTO

El manejo depende de si hay absceso:

- **Sin absceso:** medidas locales (baños tibios/antisépticos) y, si procede, antibiótico tópico; vigilancia estrecha²⁵.

- **Con absceso:** el paso clave es la realización de una incisión y drenaje; los antibióticos sistémicos se reservan para celulitis extensa, signos sistémicos, inmunosupresión o alto riesgo²⁵⁻²⁹.

2.2.3. PARONQUIA CRÓNICA

2.2.3.1. CONCEPTO Y FISIOPATOLOGÍA

La paroniquia crónica (≥ 6 semanas o recurrente) se considera en gran medida una **dermatitis inflamatoria** del pliegue ungueal por irritantes/alérgenos, con pérdida de la cutícula y alteración de la barrera; sobre esa base puede existir colonización bacteriana o fúngica secundaria, pero no siempre es la causa primaria²⁶⁻²⁹.

2.2.3.2. CLÍNICA

- Afecta con frecuencia a **varios dedos**.
- Pliegues engrosados, eritematosos, dolor/hipersensibilidad variable.
- Pérdida de cutícula y distrofia ungueal secundaria (estrías, opacidad, irregularidad)²⁶.

2.2.3.3. MANEJO

Lo fundamental es **eliminar el desencadenante** (humedad, detergentes, manipulación) y restaurar la barrera. El tratamiento antiinfeccioso se individualiza si hay datos de sobreinfección²⁶.

2.2.4. CLORONQUIA ("UÑA VERDE") POR *PSEUDOMONAS AERUGINOSA* (figura 12)

Se caracteriza por discromía verde-oscura o verdosa, a menudo sobre una uña con **onícolisis** o maceración crónica, y se asocia a exposición repetida al agua/irritantes, uñas artificiales, etc.^{27,28}.

Figura 12. Uña verde por *Pseudomonas* asociada a paroniquia/ onicólisis



FUENTE: IMAGEN GENERADA POR IA (CHATGPT) A PARTIR DE DATOS CLÍNICOS APORTADOS Y ADAPTADA DE DERMAPIXEL.

El enfoque terapéutico incluye **medidas de secado**, recorte del área onicolítica y tratamiento tópico antibacteriano según su gravedad; algunos casos responden a antibióticos tópicos (p. ej., fluoroquinolona oftálmica) descritos en series/casos clínicos²⁷.

En la tabla 4 y figuras 13 y 14 se puede ver un resumen del diagnóstico y tratamiento de las infecciones ungueales bacterianas.

Tabla 4. Infecciones ungueales bacterianas: claves clínicas, pruebas y manejo

Entidad	Clínica típica	Agentes probables	Pruebas	Tratamiento inicial	Cuándo derivar
Paroniquia aguda (sin absceso)	Dolor, eritema, tumefacción	<i>Staphylococcus aureus</i> , estreptococos	Habitualmente no	Baños tibios, tópico antibiótico según guía	Falta de respuesta/ complicaciones
Paroniquia aguda (con absceso)	Fluctuación, pus	Similar	Cultivo si grave/recidiva	Drenaje + antibiótico sistémico si celulitis/ riesgo	Celulitis extensa, inmunosupresión
Paroniquia crónica	Varios dedos, pérdida de cutícula, dermatitis	Inflamatoria + colonización	Selectivo	Evitar irritantes/humedad; tratar sobreinfección si evidencia	Refractaria o distrofia marcada
Uña verde (<i>Pseudomonas</i>)	Discromía verde + onicólisis	<i>P. aeruginosa</i>	Cultivo si duda/recidiva	Secado, recorte, antibacteriano tópico	Persistente/ afectación extensa

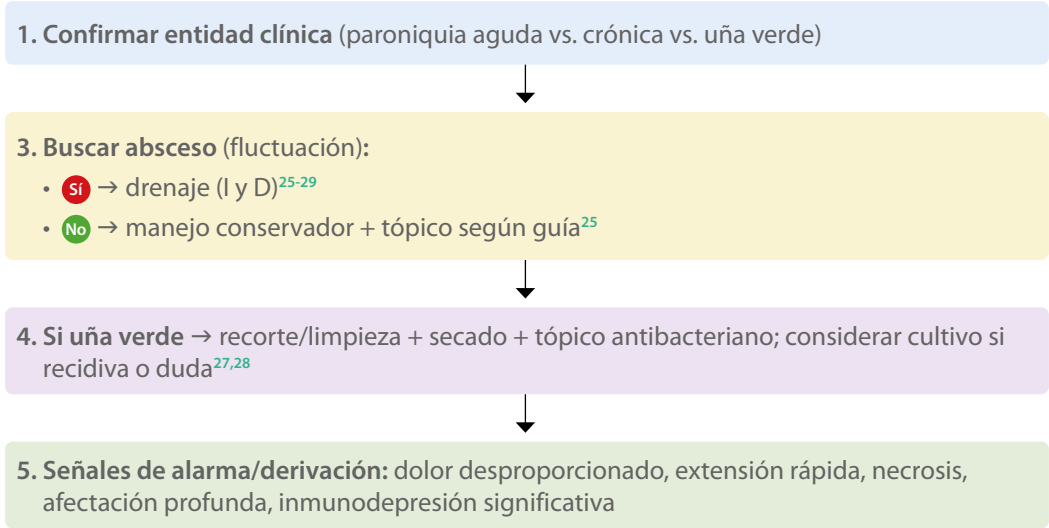
FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA, ADAPTADA DE NICE CKS (PARONQUIA AGUDA)²⁵, RELHAN V, ET AL.²⁶, DULSKI A, ET AL.²⁴ Y GUÍAS/ RECURSOS CLÍNICOS SOBRE INFECCIÓN PSEUDOMÓNICA^{27,28}.

Figura 13. Manejo práctico de paroniquia y uña verde en consulta



FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA, ADAPTADA DE DULSKI ET AL.²⁴, NICE²⁵, MACNEAL P, ET AL.²⁹, ROCKWELL ET AL.¹ Y DERMNET NEW ZEALAND³.

Figura 14. Manejo de infecciones ungueales bacterianas



FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA, ADAPTADA DE DULSKI ET AL.²⁴, NICE²⁵, MACNEAL P, ET AL.²⁹.

2.2.5. CONSIDERACIONES ESPECIALES (PACIENTES DE RIESGO)

En pacientes con **diabetes mellitus**, enfermedad vascular periférica o **inmunosupresión**, las infecciones periungueales pueden evolucionar con mayor extensión local, celulitis y peor respuesta al tratamiento. En estos casos es razonable un umbral más bajo para valorar **cultivo**, tratamiento sistémico y/o **derivación** si la evolución no es claramente favorable en 24-48 h, si hay signos sistémicos o si se sospecha afectación profunda.

Asimismo, debe considerarse el diagnóstico alternativo de infección vírica (panadizo herpético) cuando hay **vesículas agrupadas**, dolor desproporcionado o evolución atípica, evitando drenajes innecesarios (ver apartado 2.3.3).

2.2.6. PREVENCIÓN Y EDUCACIÓN SANITARIA

La prevención se basa en restaurar y proteger la barrera periungueal:

- Evitar manipulación de cutículas, manicura agresiva y onicofagia.

- Reducir exposición repetida a agua/irritantes: uso de guantes (algodón + nitrilo si procede) y secado cuidadoso.
- Mantener uñas cortas, limpias y sin traumatismos repetidos.
- En infecciones recurrentes, revisar factores laborales y hábitos de autocuidado.

Estas medidas disminuyen las recaídas y facilitan una resolución tanto en la paroniquia aguda como en la crónica.

2.3. Infecciones víricas

2.3.1. INTRODUCCIÓN Y GENERALIDADES

Las infecciones víricas que afectan a la unidad ungueal son menos frecuentes que las fúngicas o bacterianas, pero tienen un alto impacto funcional y terapéutico por dolor, recidivas y riesgo de distrofia ungueal^{30,32}. Las dos entidades principales son:

- Verrugas periungueales/subungueales** por el virus del papiloma humano (VPH).

b) **Panadizo herpético** (*herpetic whitlow*) por el virus del herpes simple (VHS).

2.3.2. VERRUGAS PERIUNGUEALES Y SUBUNGUEALES (VPH)

2.3.2.1. CLÍNICA

Las verrugas periungueales aparecen como pápulas hiperqueratósicas, rugosas, de crecimiento variable alrededor del pliegue ungueal, y pueden fisurarse o sangrar con microtrauma. Las **subungueales** pueden deformar la lámina, generar onicólisis o dolor a la presión, y son particularmente resistentes al tratamiento (figura 15).

Figura 15. **A** Verruga periungueal.
B Verruga subungueal (VPH): lesión subungueal con distorsión



FUENTE: IMAGEN GENERADA POR IA (CHATGPT) SEGÚN DATOS CLÍNICOS.

2.3.2.2. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Hiperqueratosis reactiva/trauma crónico.
- Tumores benignos ungueales (p. ej., exostosis subungueal) cuando hay dolor localizado o deformidad persistente.

- Psoriasis periungueal, si existe contexto clínico compatible.

La mayoría de verrugas se diagnostican clínicamente; si la lesión es atípica, persistente o con signos de alarma, conviene realizar una valoración especializada.

2.3.2.3. TRATAMIENTO

Las opciones incluyen:

- **Queratolíticos** (p. ej., ácido salicílico) con desbastado cuidadoso previo.
- **Crioterapia** u otras técnicas destructivas en consulta (individualizando por dolor y localización cerca de la matriz).
- Alternativas/derivación: cantaridina, inmunoterapia tópica, láser u otras técnicas según disponibilidad.

El mensaje clave es que el manejo suele requerir persistencia (semanas-meses) y que el trauma repetido aumenta la diseminación (fenómeno de Koebner).

2.3.3. PANADIZO HERPÉTICO

2.3.3.1. CLÍNICA

El panadizo herpético (figura 16) es una infección dolorosa del dedo (y ocasionalmente del pie) por VHS-1 o VHS-2. Se caracteriza por **vesículas agrupadas** sobre una base eritematosa, dolor intenso y, en ocasiones,

Figura 16. Panadizo herpético con vesículas agrupadas



FUENTE: GOEZ SANZ C, ET AL.³³.

adenopatías regionales. Puede confundirse con paroniquia bacteriana, pero el drenaje está contraindicado, salvo sospecha clara de sobreinfección.

2.3.3.2. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

- El **diagnóstico** es habitualmente **clínico**; si hay dudas, pueden emplearse técnicas virológicas según los recursos disponibles.
- **Tratamiento**: medidas de analgesia y cuidado local; en casos seleccionados (inicio precoz, formas intensas, inmunodeprimidos)

pueden considerarse **antivirales** según protocolos locales.

- **Educación**: evitar contacto directo con las lesiones, cubrir adecuadamente y tomar medidas para reducir la autoinoculación y posibles complicaciones, como sobreinfección bacteriana o recurrencias.

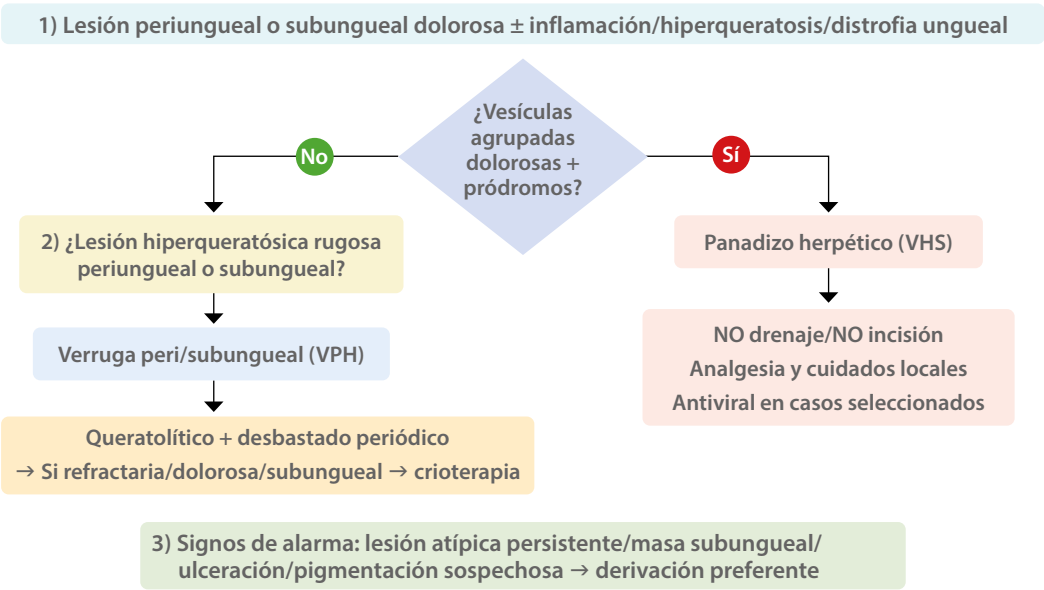
En la tabla 5 se recoge una comparativa entre las verrugas peri/subungueales y el panadizo herpético, y en la figura 17 se puede ver un algoritmo del abordaje de las infecciones víricas. ➡➡

Tabla 5. Verrugas peri/subungueales vs. panadizo herpético

Entidad	Lesión típica	Pistas orientativas	Conducta recomendada	Errores a evitar
Verruga peri/subungueal (VPH)	Pápula/placa hiperqueratósica rugosa; periungueal o subungueal	Lenta evolución, microtrauma, puede deformar lámina	Queratolíticos + técnicas destructivas según caso; educación y paciencia	Sobretrotar cerca de matriz sin experiencia; no explicar duración
Panadizo herpético (VHS)	Vesículas agrupadas dolorosas en pulpejo/pliegue distal	Dolor intenso, posibles pródromos; puede simular paroniquia	Analgesia + cuidado local; considerar antiviral en seleccionados	Drenaje/I y D innecesario; manipulación que disemine

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA, ADAPTADA DE DERMNET (VIRAL WARTS Y HERPETIC WHITLOW).

Figura 17. Manejo de verruga peri/subungueal y panadizo herpético



FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA, ADAPTADA DE DERMNET.

CAPÍTULO 2 · Bibliografía

1. Leung AKC, Lam JM, Leong KF, Hon KL, Barankin B, Leung AAM, Wong AHC. Onychomycosis: An updated review. *Recent Pat Inflamm Allergy Drug Discov.* 2020;14(1):32-45.
2. Nenoff P, Reinell D, Mayser P, Abeck D, Bezold G, Bosshard PP, et al. S1 Guideline onychomycosis. *J Dtsch Dermatol Ges.* 2023;21(6):678-92.
3. Frazier WT, Santiago-Delgado ZM, Stupka KC 2nd. Onychomycosis: Rapid Evidence Review. *Am Fam Physician.* 2021;104(4):359-67.
4. Hillan A. Fungal nail infections. *DermNet New Zealand*; 2022 [consultado 14 enero 2026].
5. Bodman MA, Syed HA, Krishnamurthy K. Onychomycosis. In: *StatPearls* [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 [citado 14 enero 2026].
6. Ngan V, Oakley A. Nail psoriasis [Internet]. *DermNet*; 2021 [consultado 14 enero 2026].
7. Chen J, Oakley A, Liu J. Lichen planus [Internet]. *DermNet*; 2023 [consultado 14 enero 2026].
8. Primary Care Dermatology Society (PCDS). Nail disorders [Internet]. 2023 [consultado 14 enero 2026].
9. Best Practice Advocacy Centre New Zealand (bpacnz). Management of fungal nail infections [Internet]. 2025 [consultado 14 enero 2026].
10. Axler E, Lipner SR. Antifungal Selection for the Treatment of Onychomycosis: Patient Considerations and Outcomes. *Infect Drug Resist.* 2024;17:819-43.
11. Gupta AK, Taylor D, Dennis D, Wang T, Cooper EA. Treating Onychomycosis with Efinaconazole: Considerations for Diverse Patient Groups. *J Fungi (Basel).* 2025;11(12):843.
12. Derbyshire Shared Care Pathology Guidelines. Onychomycosis in adults - guidelines for empiric treatment and submission of samples to the laboratory. https://www.derbyshiremedicinesmanagement.nhs.uk/assets/Clinical_Guidelines/Formulary_by_BNF_chapter_prescribing_guidelines/BNF_chapter_5/Onychomycosis-Guideline.pdf
13. Gupta AK, Versteeg SG, Shear NH, Piguet V, Tosti A, Piraccini BM. A Practical Guide to Curing Onychomycosis: How to Maximize Cure at the Patient, Organism, Treatment, and Environmental Level. *Am J Clin Dermatol.* 2019 Feb;20(1):123-33. doi: 10.1007/s40257-018-0403-4. PMID: 30456537.
14. Lipner SR, Scher RK. Onychomycosis: Treatment and prevention of recurrence. *J Am Acad Dermatol.* 2019 Apr;80(4):853-867. doi: 10.1016/j.jaad.2018.05.1260. Epub 2018 Jun 28. PMID: 29959962
15. Feng X, Xiong X, Ran Y. Efficacy and tolerability of amorolfine 5% nail lacquer in combination with systemic antifungal agents for onychomycosis: A meta-analysis and systematic review. *Dermatol Ther.* 2017 May;30(3). doi: 10.1111/dth.12457. Epub 2017 Jan 18. PMID: 28097731
16. Monti D, Saccomani L, Chetoni P, Burgalassi S, Saettone MF, Mailland F. In vitro transungual permeation of ciclopirox from a hydroxypropyl chitosan-based, water-soluble nail lacquer. *Drug Dev Ind Pharm.* 2005;31(1):11-7. doi:10.1081/DDC-200043935.
17. Sparavigna A, Setaro M, Frisenda L. Physical and microbiological properties of a new nail protective medical device. *J Plast Dermatol.* 2008;4(1):5-12.
18. Piraccini BM, Iorizzo M, Lencastre A, Nenoff P, Rigopoulos D. Ciclopirox hydroxypropyl chitosan (HPCH) nail lacquer: a review of its use in onychomycosis. *Dermatol Ther (Heidelb).* 2020;10:917-29. doi:10.1007/s13555-020-00420-9.
19. Cochrane Skin Group. Are topical and device-based treatments effective for people with fungal infections of the toenails? *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2020 Jan 23. Available from: <https://www.cochrane.org/es/evidence/CD012093>
20. Iorizzo M, Hartmane I, Derveniece A, Mikazans I. Ciclopirox 8% HPCH nail lacquer in the treatment of mild-to-moderate onychomycosis: a randomized, amorolfine controlled study using a blinded evaluator. *Skin Appendage Disord.* 2016;1(3):134-40. doi:10.1159/000441569.
21. Kim JH, Lee JH, Park J, et al. Evaluation of the efficacy and safety of efinaconazole 10% topical solution for the treatment of toenail onychomycosis: a multicenter, single-arm, open-label, phase-4 study. *J Mycol Infect.* 2021;26:35-44. doi: 10.17966/JMI.2021.26.2.35.
22. Lipner SR, Vlahovic T, Ghannoum MA, Elewski B, Joseph WS. Dermatophytomas in Onychomycosis: A Scoping Review of Prevalence, Diagnosis, and Treatment. *J Am Podiatr Med Assoc.* 2024 Mar-Apr;114(2):22-161. doi: 10.7547/22-161. PMID: 38753536.

>>>

CAPÍTULO 2 · Bibliografía *(continuación)*

23. Shah AA, Mirza R, Sattar A, Khan Y, Khan SA. Unveiling onychomycosis: Pathogenesis, diagnosis, and innovative treatment strategies. *Microb Pathog*. 2025 Jan;198:107111. doi: 10.1016/j.micpath.2024.107111. Epub 2024 Nov 8. PMID: 39522833.
24. Dulski A, Edwards CW. Paronychia. [Updated 2023 Aug 7]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 [consultado 14 enero 2026].
25. NICE. Paronychia – acute: Management. Clinical Knowledge Summaries (CKS) [Internet] [consultado 14 enero 2026].
26. Relhan V, Bansal A. Acute and Chronic Paronychia Revisited: A Narrative Review. *J Cutan Aesthet Surg*; 2022;15(1):1-16.
27. Quattlebaum T, Sonido C. Green Toenail Discoloration. *Am Fam Physician*. 2021;104(6):645-6.
28. Primary Care Dermatology Society (PCDS). Pseudomonal nail infection [Internet]. [consultado 14 enero 2026].
29. Macneal P, Milroy C. Paronychia Drainage. [Updated 2023 Jun 5]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 [consultado 14 enero 2026].
30. DermNet New Zealand. Viral wart [Internet] [consultado 14 enero 2026].
31. Primary Care Dermatology Society (PCDS). Warts [Internet]. 2022 [consultado 14 enero 2026].
32. DermNet New Zealand. Herpetic whitlow [Internet] [consultado 14 enero 2026].
33. Goez Sanz C, Rodríguez del Rosario S, Llorente Sanz B, Usín Suárez Y, Centeno Robles MT, Librán Peña A. Infecciones periungueales: no todo es panadizo bacteriano. *Rev Pediatr Aten Primaria*. Supl. 2021(30): 129-30.

Anexo del capítulo 2. En la piel del dermatólogo

En el presente capítulo se abordan las patologías infecciosas ungueales de etiología fúngica, bacteriana y vírica.

La onicomycosis es la infección más frecuente de la unidad ungueal, siendo el principal agente etiológico los dermatofitos del género *Trichophyton*, especialmente *T. rubrum*, *T. interdigitale* y *T. mentagrophytes*. Entre los factores predisponentes cabe destacar la *tiña pedis*, los traumatismos repetidos, el uso de calzado oclusivo y la inmunosupresión. Entre las levaduras, *Candida* spp. predomina en contextos de humedad, microtraumatismos periungueales o paroniquia crónica, generando estriación y fragilidad de la lámina ungueal. Aunque los mohos no dermatofitos pueden actuar como patógenos en uñas previamente alteradas, su aislamiento debe interpretarse con cautela debido a la posibilidad de contaminación.

Clínicamente, la onicomycosis puede manifestarse mediante engrosamientos de la lámina ungueal, onicólisis, hiperqueratosis subungueal y discromías con estrías longitudinales irregulares blanquecinas y amarillentas. La forma clínica más habitual es la **onicomycosis subungueal distal y lateral**, iniciada en el hiponiquio y/o los surcos laterales, con progresión proximal a lo largo del lecho ungueal. Otras formas clínicas menos habituales son la **onicomycosis blanca superficial**, con placas blanquecinas secundarias a la afectación primaria de la lámina ungueal, y la **onicomycosis subungueal proximal**, que origina una leuconiquia y/o discromía proximales y que clásicamente ha sido asociada a inmunosupresión.

Dado que múltiples patologías inflamatorias ungueales pueden simular este cuadro, se recomienda confirmar el diagnóstico

mediante estudio micológico antes de iniciar tratamiento. El hongo puede identificarse mediante microscopía directa con hidróxido de potasio, cultivo (toma varias semanas), tinción con ácido periódico de Schiff (PAS) o técnicas moleculares como PCR (disponibilidad variable). La toma de muestras debe realizarse preferentemente en las zonas más proximales accesibles del material subungueal, donde el rendimiento diagnóstico es mayor.

El tratamiento sistémico está indicado en casos moderados a graves, afectación múltiple o fracaso del tratamiento tópico, siendo imperativo valorar cuidadosamente el beneficio potencial del mismo en pacientes frágiles o con limitaciones funcionales. La terbinafina constituye el tratamiento de elección en infecciones por dermatofitos (a dosis de 250 mg/día durante 6 semanas en uñas de las manos y 12 semanas en uñas de los pies). Debe tenerse presente que la terbinafina está contraindicada en pacientes con enfermedad hepática crónica o activa. Se recomienda la monitorización analítica periódica de la función hepática antes y durante el tratamiento, especialmente en presencia de factores de riesgo. Cabe destacar que *Trichophyton indotineae* es un microorganismo emergente que presenta mutaciones específicas en el gen de la escualeno epoxidasa, lo que le confiere resistencia al tratamiento con terbinafina.

Por su parte, itraconazol constituye una alternativa útil, especialmente en infecciones por *Candida*. El tratamiento tópico con amorolfina al 5 % o ciclopirox al 8 % puede mejorar los resultados y contribuir a prevenir recurrencias y resistencias, si bien requieren tratamientos prolongados. Dado el alto

riesgo de recidivas, es fundamental adoptar igualmente medidas higiénicas y tratar simultáneamente potenciales reservorios, como la *tinea pedis*. Cabe destacar que el tratamiento antifúngico, tanto tópico como sistémico, puede negativizar el cultivo durante al menos un mes, por lo que debe iniciarse tras la confirmación micológica.

Entre las **infecciones bacterianas**, la paroniquia aguda es la más frecuente y se caracteriza por la inflamación dolorosa de uno o más pliegues ungueales como consecuencia de la ruptura de la barrera protectora ungueal, con infección polimicrobiana secundaria. Los factores predisponentes incluyen traumatismos (como manicura, pedicura u onicofagia), dermatitis periungueales y manipulación de las cutículas. El cultivo debe considerarse en casos graves o recurrentes, ante la sospecha de patógenos inusuales o en pacientes inmunodeprimidos. El tratamiento incluye baños tibios o con antisépticos, analgesia y antibioterapia tópica, pudiendo asociarse corticoides tópicos en

caso de inflamación significativa. La antibioterapia sistémica debe reservarse para casos complejos o de alto riesgo.

La infección por *Pseudomonas aeruginosa* o cloroniquia se caracteriza por una discromía verdosa. Es imperativo corregir potenciales factores asociados a la misma (exposición a humedad, detergentes...). Los baños con soluciones de ácido acético al 1-2 % constituyen una opción terapéutica clásica, pudiendo emplearse como alternativas la gentamicina tópica o, en casos refractarios, fluoroquinolonas orales.

Por último, las infecciones víricas incluyen las verrugas periungueales (potencial riesgo de deformar la lámina y causar dolor a la presión) y el panadizo herpético (causado por el virus del herpes simple tipo 1 o 2). Este último ha de sospecharse en caso de vesículas agrupadas e intenso dolor asociado, priorizando el tratamiento sintomático y considerando el tratamiento antiviral en formas intensas o en pacientes inmunodeprimidos. ►►

CAPÍTULO 3

Patología ungueal traumática y onicocriptosis (uña encarnada)

Dr. Francisco J. Esteban González

Dra. Alma M. Ruiz Vela

Dra. Norma A. Doria Carlín

Dr. Julio A. Heras Hitos

3.1. Introducción

3.1.1. CONCEPTO Y ALCANCE

La uña y su aparato periungueal (matriz, lecho, pliegues e hiponiquio) forman una unidad anatómica funcional y estética (figura 1).

Una lesión aparentemente menor puede generar dolor importante, incapacidad para la marcha o la pinza, así como distrofias persistentes si se ve comprometida la matriz. En la

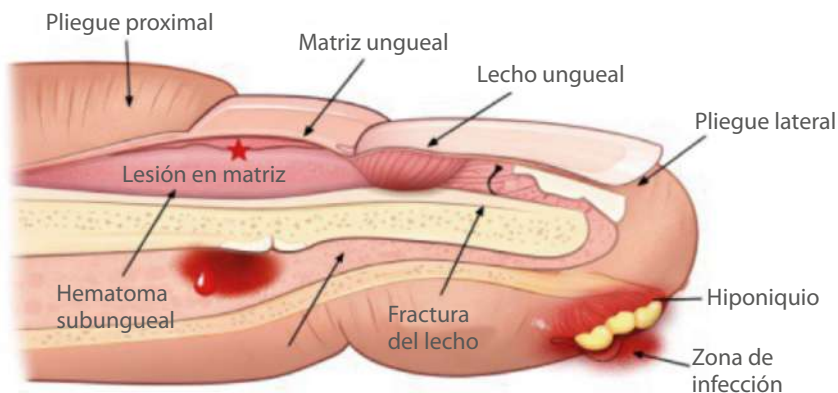
consulta diaria, el trauma (agudo o repetido) y la onicocriptosis son causas frecuentes de dolor ungueal en manos y pies, y además se relacionan: el microtrauma, el calzado y un inadecuado corte de uñas favorecen la espícula y la inflamación del pliegue lateral^{1,2}.

3.1.2. OBJETIVOS PRÁCTICOS

Este capítulo propone una aproximación sistemática:

- 1) Distinguir lesión simple versus compleja.
- 2) Tratar la causa (mecánica y/o infecciosa).
- 3) Proteger la matriz y el lecho para minimizar secuelas.

Figura 1. Anatomía funcional de la unidad ungueal (matriz, lecho, pliegues lateral y proximal, hiponiquio) y puntos de lesión relevantes



FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA.

4) Realizar prevención secundaria para reducir recidivas.

En términos clínicos, la evidencia apoya el abordaje conservador o mínimamente invasivo cuando es seguro (p. ej., trepanación en hematoma subungueal) y reserva las técnicas definitivas sobre la matriz para onicocriptosis recidivante o grave³⁻⁷.

3.2. Epidemiología y factores de riesgo (tabla 1)

3.2.1. PATOLOGÍA UNGUEAL TRAUMÁTICA

3.2.1.1. TRAUMA AGUDO

Los aplastamientos y laceraciones en las manos son frecuentes por culpa de accidentes laborales y domésticos. En los pies, el impacto y la compresión por calzado rígido son causas habituales de hematoma y dolor ungueal, con riesgo de lesión del lecho o fractura de la falange distal, según el mecanismo¹⁻⁵.

3.2.1.2. MICROTRAUMA REPETIDO (DEPORTE/CALZADO)

En las uñas de los pies, el microtrauma repetido por el calzado y la práctica del deporte explica gran parte de las onicólisis, hemorragias subungueales recurrentes y distrofias. La confusión diagnóstica con onicomiosis

es habitual; por eso, ante una distrofia persistente conviene revisar el calzado, la biomecánica y los patrones de uso antes de iniciar tratamientos antifúngicos prolongados¹. Los factores que pueden influir y que hay que revisar son los siguientes:

- **Calzado:** puntera estrecha, talla pequeña, material rígido, botas con bajadas prolongadas o calzado de seguridad mal ajustado.
- **Deporte:** *running*, fútbol, senderismo, danza; cambios bruscos de intensidad o calzado nuevo.
- **Biomecánica:** *hallux valgus*, dedos en garrá, pie cavo, alteración del apoyo y deslizamiento del pie dentro del calzado.
- **Hábitos:** uñas largas, manipulación, manicura agresiva¹.

3.2.1.3. PIE DE RIESGO (DIABETES/NEUROPATÍA/VASCULOPATÍA)

En pie de riesgo, el trauma puede pasar desapercibido y complicarse por consulta tardía, peor cicatrización y mayor susceptibilidad a infección; esto justifica un umbral de actuación y derivación más bajo⁸⁻¹⁰.

3.2.2. ONICOCRIPTOSIS

3.2.2.1. FACTORES PREDISPONENTES

La onicocriptosis afecta con mayor frecuencia al *hallux*. Se asocia a recorte curvo o

Tabla 1. Factores de riesgo y claves preventivas

Entidad	Conducta recomendada	Errores a evitar
Trauma agudo	Golpe/aplastamiento; protección insuficiente; accidente laboral/deportivo	Protección adecuada; consulta precoz si dolor intenso/deformidad; revisar vacunación antitetánica
Microtrauma repetido	Calzado estrecho; uñas largas; deformidades; deporte de impacto	Puntera amplia; talla correcta; recorte recto; calcetín técnico; valorar ortesis/derivación por deformidad
Pie de riesgo	Neuropatía/arteriopatía; peor cicatrización; riesgo de infección	Evitar autocirugía; inspección diaria; derivación precoz ante signos de infección
Onicocriptosis	Recorte curvo/corto; presión lateral; maceración/hiperhidrosis; espículas	Recorte recto; calzado amplio; control de maceración; plan de prevención secundaria

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA (BASADO EN REVISIONES RECIENTES SOBRE PATOLOGÍA UNGUEAL Y ONICOCRIPTOSIS)^{2-4,8,9}.

excesivamente corto, hiperhidrosis y maceración, presión por calzado, onicodistrofias y predisposición anatómica (curvatura ungueal, hipertrofia del pliegue, deformidades del antepié)²⁻⁴.

3.2.2.2. FACTORES DE RECIDIVA

La recidiva es clínicamente relevante; por ello, en casos moderados-graves o recurrentes se recomiendan técnicas con matricectomía (química o quirúrgica), que muestran menor recurrencia que la avulsión aislada³.

En un reciente estudio transversal en podología se describe variabilidad en la práctica clínica, reforzando la necesidad de algoritmos asistenciales claros¹³.

3.3. Diagnóstico

3.3.1. ANAMNESIS ORIENTADA

En trauma agudo, es de utilidad registrar el mecanismo (aplastamiento, corte, atrapamiento), tiempo de evolución, dolor, sangrado y limitación funcional. En relación con las uñas del pie, preguntar por la práctica

deportiva, cambios de calzado, kilometraje, senderismo con descensos y uso de botas. Para la onicocriptosis, explorar el recorte habitual, episodios previos, tratamientos realizados, exudado y repercusión en la marcha. Valorar siempre el pie de riesgo (diabetes, arteriopatía, neuropatía, inmunosupresión).

3.3.2. EXPLORACIÓN FÍSICA

Explorar: a) lámina (onicólisis, fisuras, hematoma, coloración); b) pliegues laterales y proximal (edema, dolor, maceración, absceso, tejido de granulación); c) lecho y matriz si son visibles; d) evaluación vascular y neurológica; e) estructura del pie y calzado.

Ante un trauma agudo, explorar el dolor óseo y la movilidad de la falange distal¹¹⁻¹²

3.3.3. CLASIFICACIÓN (figura 2)

3.3.3.1. ONICOCRIPTOSIS: ESTADIOS I-III

- I. Dolor leve con eritema/edema sin supuración.
- II. Inflamación marcada con signos de infección local o tejido de granulación.

Figura 2. Clasificación clínica práctica de la onicocriptosis (estadios I-III) con hallazgos principales



FUENTE: IMAGEN GENERADA POR IA (CHATGPT) A PARTIR DE DATOS CLÍNICOS APORTADOS.

III. Dolor intenso, infección importante, hipertrofia del pliegue y/o recidivas frecuentes. Orienta a elegir tratamiento conservador vs. técnicas con matricectomía²⁻⁴.

3.3.3.2. TRAUMA: LESIÓN SIMPLE VERSUS COMPLEJA

Se considera **lesión simple** cuando la lámina está íntegra y estable y no hay laceración evidente del lecho/matriz; y **lesión compleja** cuando hay avulsión, laceración del lecho/matriz, fractura desplazada, aplastamiento extenso o pérdida tisular⁷⁻¹⁵.

3.3.4. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- **Onicodistrofia traumática versus onicomicosis:** si persiste duda, confirmarlo mediante prueba micológica.
- **Pigmentación subungueal:** el hematoma suele migrar distalmente; si no migra, se ensancha o hay pigmentación periungueal, derivar.
- **Inflamación periungueal:** diferenciar absceso (paroniquia) de inflamación reactiva por espícula; el tratamiento eficaz suele requerir drenaje y/o corrección mecánica¹².

3.3.5. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

3.3.5.1. RADIOGRAFÍA: INDICACIONES

Solicitar una prueba radiográfica (anteroposterior y lateral) si presenta dolor óseo, deformidad, mecanismo de aplastamiento, sospecha de fractura del falange distal o lesión compleja¹⁰⁻¹⁵.

3.3.5.2. CUÁNDO DERIVAR PARA ESTUDIO AVANZADO

En casos de infección persistente, pie de riesgo o sospecha de afectación ósea, derivar para valoración y pruebas específicas¹⁰.

3.4. Tratamiento

3.4.1. PRINCIPIOS GENERALES

3.4.1.1. ANALGESIA

Son de uso habitual el paracetamol o los antiinflamatorios no esteroideos, según el perfil clínico. En los procedimientos, realizar un bloqueo digital con anestésico local como técnica de elección.

3.4.1.2. ASEPSIA Y CUIDADOS GENERALES

Las reglas consisten en aplicar una técnica aséptica, hemostasia cuidadosa y apósito no adherente cuando proceda, así como proporcionar instrucciones claras de curas y signos de alarma.

3.4.1.3. PROFILAXIS ANTITETÁNICA

Revisar el estado vacunal y aplicar profilaxis antitetánica según la pauta vigente en lesiones abiertas, laceraciones y heridas contaminadas.

3.4.2. PATOLOGÍA UNGUEAL TRAUMÁTICA

3.4.2.1. HEMATOMA SUBUNGUEAL

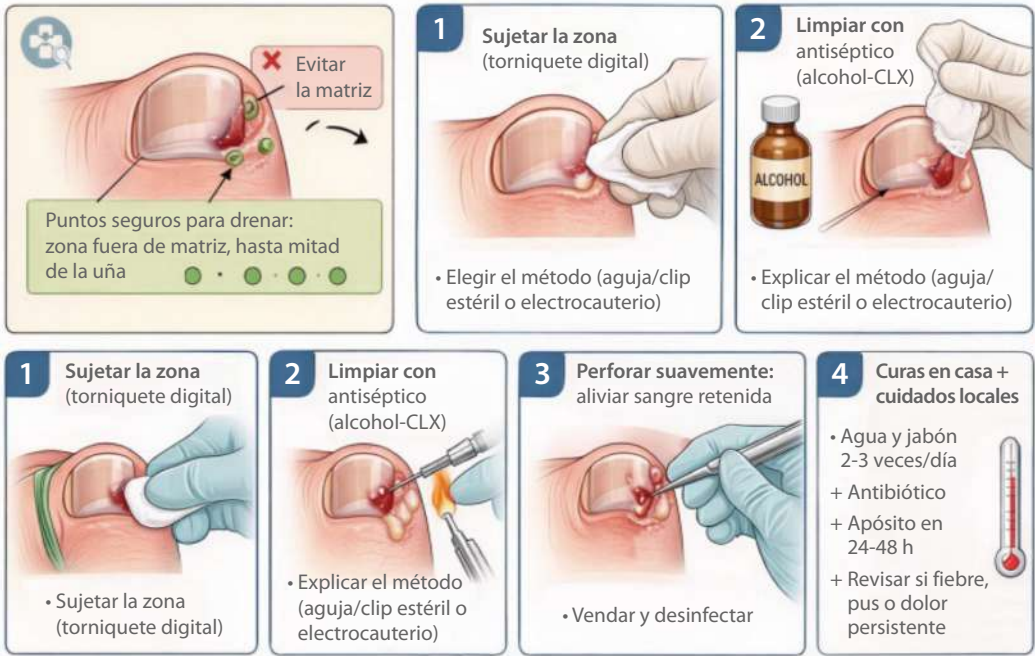
3.4.2.1.1. Indicaciones de trepanación

La trepanación es el procedimiento de primera línea en hematomas dolorosos con lámina estable. La evidencia apoya la trepanación cuando es posible, reservando la retirada de la uña y la reparación del lecho para lesiones con sospecha de laceración significativa o contusión compleja⁷.

3.4.2.1.2. Técnica de trepanación (figura 3)

- 1) Realizar una asepsia amplia.
- 2) Valorar el bloqueo digital si el dolor es intenso.
- 3) Practicar un orificio en la zona de mayor pigmentación con una aguja estéril

Figura 3. Trepanación del hematoma subungueal: localización segura del orificio y pasos esenciales



FUENTE: IMAGEN GENERADA POR IA (CHATGPT) A PARTIR DE DATOS CLÍNICOS APORTADOS.

(movimiento rotatorio), evitando tocar la matriz proximal.

- 4) Dejar drenar sin presión excesiva.
- 5) Utilizar un apósito no adherente y compresión suave.
- 6) Pautar una revisión si el dolor persiste durante > 24-48 h o presenta signos de infección⁷).

3.4.2.2. LACERACIÓN DEL LECHO/MATRIZ Y AVULSIÓN

Las laceraciones del lecho o la matriz requieren una alineación precisa para reducir distrofias. La reparación debe realizarla personal entrenado.

En población pediátrica, el ensayo NINJA⁹ mostró que reemplazar la uña tras reparación del lecho no mejoró los resultados clínicos relevantes, por lo que un apósito no adherente bien colocado puede ser una alternativa según la lesión y el seguimiento⁹⁻¹⁵.

En caso de que haya una fractura o lesión distal asociada, la evidencia reciente cuestiona la utilidad del antibiótico profiláctico rutinario. Es más conveniente realizar irrigación, desbridamiento y curas adecuadas, e individualizar un antibiótico por contaminación, mordeduras o inmunosupresión¹⁰⁻¹⁵.

3.4.2.3. PARONQUIA TRAUMÁTICA Y ABSCESO PERIUNGUEAL

La paroniquia aguda suele seguir a un micro-trauma (manipulación, manicura, espícula). Si hay colección, el drenaje es clave. Los antibióticos sistémicos se reservan para celulitis extensa, fiebre o pacientes de alto riesgo¹².

En casos leves sin celulitis, puede emplearse un antibiótico tópico durante unos pocos días (p. ej., mupirocina o ácido fusídico) y/o corticoide tópico si predomina inflamación, pero se debe evitar prolongar el antibiótico tópico sin indicación¹².

3.4.2.4. MICROTRAUMA REPETIDO (DEPORTE/CALZADO)

El tratamiento de base consiste en eliminar el factor mecánico (calzado con puntera amplia, talla correcta, recorte recto, calcetín técnico y ajuste de cordones). Si hay dolor persistente o alguna duda diagnóstica, se debe descartar la coexistencia de onicomiosis con una prueba micológica¹.

La pigmentación por microhemorragia suele migrar distalmente. Si no migra o se ensancha, es preceptivo derivar para descartar causas no traumáticas¹².

3.4.2.5. RETRONIQUIA

La retroniquia aparece típicamente en *hallux* tras microtrauma: la lámina deja de avanzar y nuevas láminas empujan hacia el pliegue proximal, generando dolor y paroniquia proximal persistente. En casos establecidos suele requerir avulsión proximal¹¹.

3.4.3. ONICOCRIPTOSIS (UÑA ENCARNADA)

3.4.3.1. TRATAMIENTO CONSERVADOR (ESTADIOS I Y ALGUNOS II)

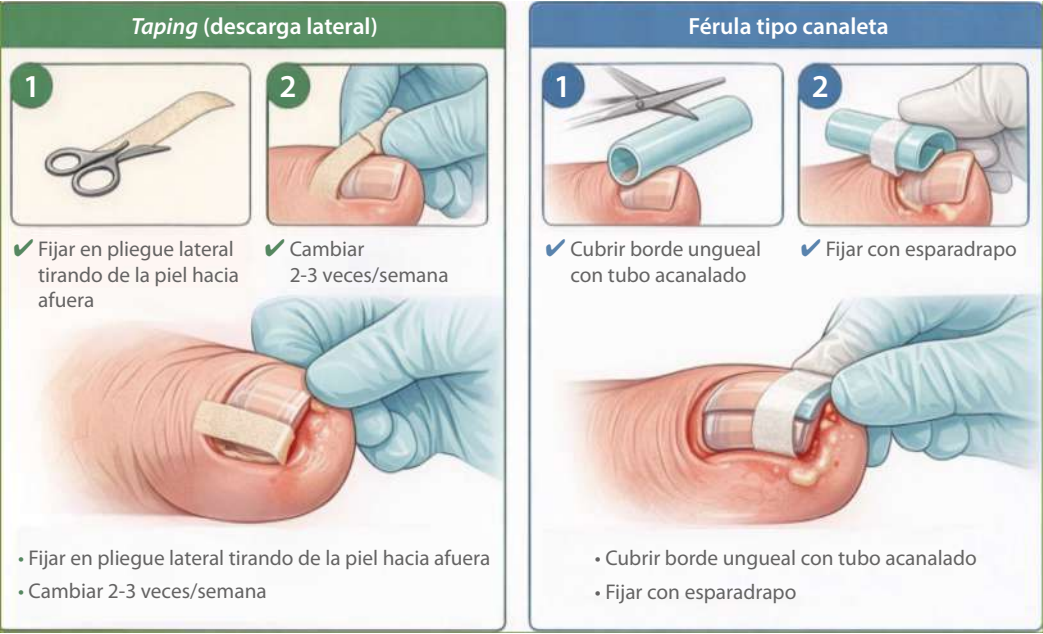
3.4.3.1.1. Técnicas de descarga (figura 4)

- **Componentes mínimos:** educación para aprender a realizar un recorte recto, reducción de la presión mecánica (calzado con puntera amplia), control de la maceración/hiperhidrosis y una técnica de descarga bien aplicada.
- **Opciones:** mecha estéril bajo el borde, *taping* (tracción del pliegue) o férula tipo canaleta. Revisar y ajustar tras 1-2 semanas⁴⁻¹⁴.

3.4.3.2. MANEJO DEL TEJIDO DE GRANULACIÓN

El tejido de granulación es reactivo al trauma repetido. La medida principal consiste en eliminar la espícula/borde encarnado. Como apoyo puntual, se puede practicar una

Figura 4. Técnicas conservadoras de descarga en onicocriptosis: *taping* del pliegue lateral y férula tipo canaleta



FUENTE: IMAGEN GENERADA POR IA (CHATGPT) A PARTIR DE DATOS CLÍNICOS APORTADOS.

cauterización con nitrato de plata para reducir el sangrado, protegiendo la piel sana⁴⁻¹⁴.

3.4.3.3. PROCEDIMIENTOS (ESTADIOS II Y III, RECIDIVA O FRACASO) (tabla 2)

3.4.3.3.1. Avulsión parcial

Cuando fracasa el tratamiento conservador o hay recidiva, la evidencia apoya el empleo de una avulsión parcial asociada a matricectomía para reducir las recurrencias. La revisión sistemática de ensayos aleatorizados muestra un menor número de recidivas al añadir fenol frente a la avulsión sola³.

3.4.3.3.2. Matricectomía química

Un metaanálisis en red que comparó ácido tricloroacético, fenol e hidróxido sódico encontró que todos ellos son efectivos, aunque con diferencias en el dolor/exudado/tiempo de curación según la técnica y el protocolo utilizados⁵.

3.4.3.3.3. Matricectomía quirúrgica

Las técnicas quirúrgicas (p. ej., Winograd y variantes) se reservan para los casos de hipertrofia del pliegue, deformidad significativa

o recidivas complejas. Revisiones recientes describen buenos resultados cuando la selección del caso es adecuada⁶.

3.4.3.4. ANTIBIÓTICOS: INDICACIONES Y PRINCIPIOS ACTIVOS

En la onicocriptosis, el antibiótico sistémico no sustituye al control de la espícula y no se indica de rutina. Es recomendable usarlo si hay celulitis extensa, fiebre, inmunosupresión, pie de riesgo o sospecha de infección profunda. Para el caso de que haya infección causada por *Staphylococcus aureus* y estreptococos, la cloxacilina o la cefalexina son opciones comunes, mientras que la amoxicilina/ácido clavulánico puede ser útil si la herida está contaminada. Si existe riesgo de infección por *Staphylococcus aureus* resistente a la meticilina (SARM), se puede considerar la clindamicina o la doxiciclina. Asimismo, es necesario ajustarse a los protocolos locales y tener en cuenta las alergias, así como realizar un cultivo si se observa una cantidad de pus relevante o se produce un fracaso terapéutico (tabla 3)¹²⁻¹⁴.

Tabla 2. Onicocriptosis: estadio y conducta recomendada

Estadio	Hallazgos típicos	Conducta sugerida
I	Dolor leve, eritema/edema, sin supuración	Conservador + descarga; educación; seguimiento
II	Inflamación marcada ± infección local/tejido de granulación	Conservador intensivo; si fracaso/recidiva: avulsión parcial + matricectomía
III	Dolor intenso, hipertrofia del pliegue, infección marcada y/o recidivas	Procedimiento con matricectomía (química/quirúrgica); seguimiento estrecho

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA¹⁻⁷.

Tabla 3. Indicaciones de antibiótico sistémico en patología periungueal

Escenario	¿Antibiótico sistémico?	Comentario práctico
Onicocriptosis sin celulitis	No, en general ^{1,2,14}	Priorizar descarga/avulsión según estadio + curas
Onicocriptosis con celulitis extensa o fiebre	Sí ^{1,2,4}	Cubrir cocos grampositivos; valorar derivación
Paroniquia con absceso localizado	No, si drenaje adecuado y sin celulitis ^{1,4,12}	Drenaje + curas. Antibiótico si hay extensión o riesgo
Pie de riesgo con infección	Sí, con umbral bajo ^{1,2,10}	Derivación precoz y vigilancia estrecha

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA^{1,2,4,10,12,14}.

3.4.3.5. CURAS Y SEGUIMIENTO
POSPROCEDIMIENTO

Tras haber realizado una avulsión o una matricectomía, se pautará el empleo de un apósito no adherente, la elevación del pie durante 24-48 horas, analgesia, uso de calzado amplio y evitar presionar la zona. Se hará una revisión a las 48-72 horas si el paciente presenta dolor, sangrado o tiene dudas, y se agendará una visita de control a las 2-4 semanas. Durante los primeros días tras el procedimiento puede aparecer un exudado seroso y una leve inflamación, especialmente tras matricectomía química⁴⁻⁶⁻¹⁴.

En las tablas 4 y 5 se pueden ver algoritmos de abordaje y manejo de lesiones ungueales y onicocriptosis.

3.5. Complicaciones y criterios
de derivación

3.5.1. COMPLICACIONES

- **Trauma:** distrofia permanente si existe una lesión de la matriz, onicólisis persistente, dolor crónico, infección secundaria y, si hay fractura con infección, osteomielitis.
- **Onicocriptosis:** recidiva, hipertrofia del pliegue, celulitis recurrente y complicaciones en pie de riesgo¹⁰⁻¹³.

3.5.2. DERIVACIÓN URGENTE

- Compromiso vascular, dolor desproporcionado o signos de isquemia.
- Celulitis extensa con fiebre o mal estado general.

Tabla 4. Abordaje de lesión ungueal traumática en Atención Primaria

Paso	Decisión/acción
1	Valorar mecanismo, dolor, perfusión/sensibilidad y signos de lesión compleja. Explorar márgenes y pliegues
2	Si existe sospecha de fractura/aplastamiento: radiografía. Si hay fractura desplazada/inestable o pérdida tisular: derivar
3	Hematoma doloroso + lámina íntegra: trepanación + cura
4	Avulsión/laceración del lecho/matriz o márgenes inestables: derivar para reparación
5	Paroniquia/absceso: drenaje si colección + curas; antibiótico sistémico solo si celulitis extensa o alto riesgo
6	Reevaluación en 48-72 h (antes si empeora) Prevención secundaria en trauma crónico (calzado/recorte)

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA (ADAPTADO DE REFERENCIAS^{1-9,15}).

Tabla 5. Manejo escalonado de la onicocriptosis

Estadio/escenario	Manejo recomendado
I (leve, sin supuración)	Conservador: recorte recto, calzado amplio, baños templados, analgesia, descarga; seguimiento
II (inflamación marcada ± infección local)	Conservador intensivo; si fracaso/recidiva: avulsión parcial + considerar matricectomía
III (dolor intenso, hipertrofia, recidiva)	Matricectomía (química/quirúrgica) ± corrección de pliegue; seguimiento estrecho
Celulitis extensa o fiebre	Antibiótico sistémico + valorar derivación; tratar causa cuando sea seguro
Pie de riesgo	Evitar autocuras; valoración precoz; bajo umbral de derivación
Sospecha de osteomielitis	Derivación urgente

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA (MODIFICACIONES SOBRE REFERENCIAS^{3,5,6,12,14}).

- Sospecha de osteomielitis.
- Pie de riesgo con infección.
- Aplastamiento con pérdida tisular o amputación parcial¹⁰⁻¹⁵.

3.5.3. DERIVACIÓN PREFERENTE

- Fractura desplazada/inestable de la falange distal.
- Laceración compleja del lecho/matriz o avulsión extensa.
- Retroniquia refractaria o recidivante.
- Onicocriptosis en estadio III o recidivada pese a haberse realizado un manejo correcto, o cuando es necesaria una técnica no disponible¹¹⁻¹⁵.

3.5.4. SEGUIMIENTO RECOMENDADO

El seguimiento ha de programarse en función de la gravedad: trepanación (si el dolor persiste o hay signos de infección), heridas abiertas (control precoz), onicocriptosis conservadora (1-2 semanas) y posmatricectomía (48-72 horas si se observan síntomas y control a las 2-4 semanas)⁴⁻¹⁴.

3.6. Prevención y actividades preventivas

3.6.1. EDUCACIÓN SANITARIA (MENSAJES CLAVE)

- Recorte recto y no demasiado corto.
- Calzado con puntera amplia.

- Control de maceración/hiperhidrosis.
- No manipular espículas.
- Consultar si hay empeoramiento, pus, fiebre o extensión del enrojecimiento.
- En pie de riesgo: inspección diaria y evitar autocirugía^{1-2,4}.

3.6.2. PREVENCIÓN SECUNDARIA EN RECIDIVAS

Cuando se produzcan recidivas, la pauta recomendada consiste en revisar y corregir la técnica de corte, comprobar el calzado (puntera/talla) y controlar la maceración, además de evaluar posibles deformidades del antepié.

Si la recidiva persiste a pesar de haber tomado las medidas adecuadas, se recomienda plantear una matricectomía como técnica definitiva³⁻⁶.

Finalmente, algunas **señales de alarma** son las siguientes:

- Dolor creciente, mal olor, pus o aumento del enrojecimiento/calor.
- Fiebre o afectación del estado general.
- Sangrado persistente que no cede con la presión.
- En casos de diabetes o mala circulación, cualquier empeoramiento local o herida que no mejora. ►►

CAPÍTULO 3 · Bibliografía

1. Löser CR, Nenoff P, Mainusch O, Dippel E, Balakirski G. Common diseases of the nail: diagnosis and therapy. *J Dtsch Dermatol Ges.* 2021; 19:1761-75.
2. Jong GM, Plusjé L, van Putten S. Richtlijn 'Ingegroeide teennagel' [Guideline 'Ingrown toenails']. *Ned Tijdschr Geneesk.* 2020 Nov 18;164:D5426. PMID:3332039.
3. Exley V, Jones K, O'Carroll G, Watson J, Backhouse M. A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials on surgical treatments for ingrown toenails part I: recurrence and relief of symptoms. *J Foot Ankle Res.* 2023;16:35.
4. Ghafoor A, Paracha H, Goldstein Z. Ingrown toenail management. *Osteopathic Family Physician.* 2021;13(3):31-34. doi:10.33181/13035.
5. Chang HC, Lin MH. Comparison of Chemical Matricectomy with Trichloroacetic Acid, Phenol, or Sodium Hydroxide for Ingrown Toenails: A Systematic Review and Network Meta-Analysis. *Acta Derm Venereol.* 2020;100(4):adv00065.
6. Hassan RE, Khan L, Shah SH, Naeem H, Noor N, Iqbal M, et al. Surgical Strategies for Ingrown Toenails: A Comprehensive Review of Techniques, Outcomes, and Advancements. *Cureus.* 2024;16(1):e52501.
7. Braga Silva J, Becker AS, Leal BLM, Busnello CV, Kist EH, Koff ND. Subungual hematoma: nail bed repair or nail trephination? A systematic review. *Eur J Plast Surg.* 2023;46:157-61.
8. Reed E, Bautista C, French M, Vitale A, Winterton C, Chen J, et al. Reevaluating Pediatric Nailbed Injuries: Are We Overtreating Simple Cases? *J Hand Surg Glob Online.* 2025;8(1):100880.
9. Jain A, Greig AVH, Jones A, Cooper C, Davies L, Greshon A, et al.; NINJA Collaborative. Effectiveness of nail bed repair in children with or without replacing the fingernail: NINJA multicentre randomized clinical trial. *Br J Surg.* 2023;110(4):432-8.
10. Schaefer E, Lawson J, Ibrahim T, Yohe G, Zhang G, Giladi AM. Antibiotic Prophylaxis in the Management of Distal Fingertip Amputation and Crush Injury. *J Hand Surg Glob Online.* 2023;5(6):763-7.
11. Lencastre A, Richert B. Classification of Retronychia: A Narrative Clinical Review. *Skin Appendage Disord.* 2024;10(4):247-53.
12. Relhan V, Bansal A. Acute and chronic paronychia revisited: A narrative review. *J Cutan Aesthet Surg.* 2022;15(1):1-16.
13. Exley VA, Jones K, Watson J, Backhouse M. A survey of the treatment and management of ingrown toenails by UK podiatrists: A cross-sectional survey. *J Foot Ankle Res.* 2024;17(2):e12017.
14. Mayeaux EJ Jr, Carter C, Murphy TE. Ingrown Toenail Management. *Am Fam Physician.* 2019;100(3):158-64.
15. Hawken JB, Giladi AM. Primary Management of Nail Bed and Fingertip Injuries in the Emergency Department. *Hand Clin.* 2021;37(1):1-10.

Anexo del capítulo 3. En la piel del dermatólogo

En el presente capítulo se analizan la onicocriptosis y las lesiones traumáticas ungueales, procesos dolorosos que, además, pueden afectar potencialmente a la matriz y generar distrofias ungueales persistentes. Ambas entidades suelen relacionarse con factores predisponentes, como microtraumatismos repetidos, uso de calzado inadecuado y un corte inadecuado o excesivo de la tabla ungueal.

En primera instancia, las **lesiones traumáticas** pueden clasificarse en simples o complejas. En las primeras, la lámina ungueal se mantiene íntegra, mientras que en las segundas puede producirse una avulsión o laceración del lecho o matriz o una fractura asociada. En lesiones complejas, así como en aquellas que asocien sospecha de fractura de falange distal o deformidad, está indicada la realización de un estudio radiográfico en proyecciones anteroposterior y lateral. La presencia de fractura requiere extremar los cuidados locales, realizando un desbridamiento cuando sea preciso e individualizando la indicación de antibioterapia sistémica.

No obstante, en la práctica clínica predominan los **microtraumatismos repetidos**, especialmente en las uñas de las extremidades inferiores a causa de un calzado inadecuado o la práctica deportiva. Pueden producir onicodistrofia, onicólisis y hemorragias subungueales, que no deben confundirse con onicomiosis.

La **onicocriptosis** afecta principalmente al primer dedo del pie. En esta entidad, la uña crece e impacta sobre el pliegue ungueal lateral, desencadenando una reacción inflamatoria.

Como factores predisponentes, cabe resaltar el recorte ungueal curvo o excesivamente corto (que favorece la formación de espículas), la maceración, un calzado inadecuado o determinadas predisposiciones anatómicas.

El tratamiento inicial es conservador, siendo fundamental no solo el abordaje de la lesión aguda, sino también la identificación y corrección de los factores predisponentes con el fin de prevenir recurrencias. En este sentido, resulta primordial la educación sanitaria sobre la técnica adecuada de recorte de la lámina ungueal y el manejo de la hiperhidrosis y la maceración, así como evitar el uso de calzado de puntera estrecha y la manipulación de espículas ungueales. La antibioterapia sistémica solo está indicada en casos graves, que asocien fiebre o en caso de inmunosupresión. En caso de iniciar antibioterapia, la cloxacilina o la cefalexina son de elección en infecciones causadas por *Staphylococcus aureus* y estreptococos, reservándose la amoxicilina/ácido clavulánico en casos de sospecha de contaminación.

En casos graves o recidivas, está indicado el tratamiento quirúrgico por medio de avulsión ungueal parcial asociada a matricectomía parcial (química o quirúrgica) para disminuir el riesgo de recurrencias.

El **hematoma subungueal** debe tratarse mediante trepanación en caso de dolor, independientemente del tamaño del mismo. No obstante, en casos complejos (disrupción de la placa ungueal, laceraciones complejas o afectación de los pliegues circundantes) deberá realizarse preferentemente una reparación del lecho previa retirada de la lámina.

La **retroniquia** es consecuencia de la incrustación proximal de la lámina ungueal en el pliegue ungueal proximal, debida al apilamiento de múltiples láminas ungueales que quedan bajo dicho pliegue proximal. Es más frecuente en el *hallux*, y el tratamiento inicial incluye corticoides tópicos, aunque puede ser precisa la avulsión quirúrgica.

Por último, la **paroniquia crónica** se considera una dermatitis inflamatoria del pliegue

ungueal con una duración igual o superior a seis semanas o de carácter recurrente. En esta entidad, la pérdida de la cutícula y de la función barrera de la misma puede asociarse a una colonización microbiana secundaria. El tratamiento de base consiste en la restauración de la barrera cutánea mediante medidas de protección y el uso de corticoides tópicos. Los tratamientos antimicrobianos han de reservarse para casos con sobreinfección manifiesta asociada. ►►

CAPÍTULO 4

Patología ungueal inflamatoria

Dra. Alma M. Ruiz Vela

Dr. Julio A. Heras Hitos

Dra. Norma Doria Carlín

4.1. Patología ungueal inflamatoria dermatológica

4.1.1. ONICOCRIPTOSIS O UÑA INCARNATA

La onicocriptosis, uña encarnada o uña *incarnata* se produce debido al crecimiento de la lámina ungueal hacia el pliegue ungueal lateral. En ocasiones, la lámina acaba impactando sobre dicho pliegue, provocándose una respuesta inflamatoria ante el cuerpo extraño.

En bebés y niños es poco frecuente, pero en adolescentes y adultos jóvenes la uña encarnada es la enfermedad ungueal más común, con claro predominio en varones, siendo hasta un 50 % más frecuente en hombres que en mujeres¹.

El factor desencadenante más habitual es el corte inadecuado de las uñas (generalmente por la realización de un corte curvo en las esquinas en el borde libre) (figura 1), pero también el uso de calzado ajustado, la hiperhidrosis y los traumatismos repetidos.

Figura 1. Corte correcto de las uñas



FUENTE: IMAGEN GENERADA CON IA (CHATGPT).

Existen 3 estadios² (figura 2):

- **Estadio 1: etapa inflamatoria (leve).** La lámina ungueal se incrusta en uno o ambos pliegues laterales, lo que produce una respuesta inflamatoria con eritema y dolor.
- **Estadio 2: etapa infectada (moderado).** El edema y eritema se complican y se acaba produciendo una infección secundaria, con secreción purulenta y formación de tejido de granulación.
- **Estadio 3: etapa crónica (grave).** Inflamación crónica, tejido de granulación epitelizado e hipertrofia grave de los pliegues ungueales.

En los estadios 1 y 2 se aboga por un manejo conservador, en el que se pauta el uso de calzado holgado, se advierte de la necesidad

Figura 2. Estadios de la onicocriptosis



FUENTE: IMAGEN GENERADA CON IA (CHATGPT).

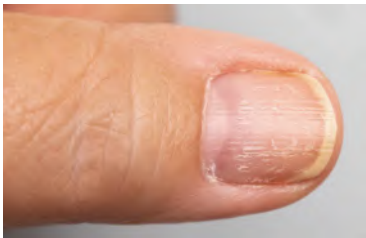
de evitar traumatismos y se aconseja la inserción de una mecha de algodón o hilo dental encerado bajo la comisura ungueal, para levantar la esquina de la lámina ungueal y desimpactarla del pliegue.

En los casos graves (estadio 3) se indica el tratamiento quirúrgico, con avulsión parcial de la uña, acompañada de matricectomía parcial quirúrgica o química¹.

4.1.2. TRAQUIONIQUIA

La traquioniquia (figura 3) es una distrofia ungueal benigna que provoca que la superficie de la lámina ungueal sea irregular, debido a una inflamación leve de la matriz ungueal, lo que se traduce en la lámina ungueal en estrías que hace que las uñas adquieran un aspecto áspero y quebradizo.

Figura 3. Traquioniquia



FUENTE: https://es.123rf.com/photo_203335902_macro-vista-superior-u%C3%B1as-secas-e-irritadas-contra-fondo-blanco-concepto-de-problemas-y-enfermedades.html.

Puede asociarse a enfermedades inflamatorias de la piel, como la alopecia areata, liquen plano, dermatitis atópica o psoriasis, pero en

niños no es infrecuente que se produzca de forma idiopática³.

Puede afectar a una, varias o todas las uñas, y en ellas se puede observar hiperqueratosis cuticular y unas estrías longitudinales regulares que opacifican la lámina ungueal, otorgándole su aspecto típico de “papel de lija”.

El diagnóstico suele ser clínico, sobre todo cuando la traquioniquia está asociada a una enfermedad inflamatoria de la piel. Cuando es idiopática, en ocasiones puede requerir de biopsia de la matriz ungueal para su confirmación diagnóstica, aunque se suele aplazar todo lo posible debido al carácter benigno y autolimitado de las lesiones.

Con respecto al tratamiento, en la mayoría de los casos no es preciso, ya que mejora espontáneamente en un plazo de entre 2 y 6 años desde su aparición. Algunas de las opciones en pacientes muy afectados pueden ser los corticosteroides de alta potencia, ya sean tópicos (clobetasol propionato o metilprednisolona aceponato, por ejemplo) o intralesionales (triamcinolona acetónido), según el grado de afectación.

4.1.3. PARAQUERATOSIS PUSTULOSA

La paraqueratosis pustulosa (figura 4) es un trastorno ungueal crónico casi exclusivamente

pediátrico. Es una entidad muy poco frecuente.

Figura 4. Paraqueratosis pustulosa



FUENTE: IMAGEN GENERADA POR IA A PARTIR DE DATOS CLÍNICOS APORTADOS (CHATGPT).

Suele limitarse a un solo dedo (más frecuente en el primer y segundo dedos), asociando cambios psoriasiformes leves, como la hiperqueratosis subungueal distal o lateral y la onicólisis.

Generalmente, los signos ungueales descritos en la lámina son precedidos de un episodio inflamatorio agudo con eritema, descamación de la piel distal y vesículas, que con el tiempo evoluciona a distrofia ungueal.

En la mayoría de los casos, la paraqueratosis remite de forma espontánea en la pubertad.

El diagnóstico es eminentemente clínico. Por ello, es importante realizar una buena anamnesis, ya que su presentación en edad pediátrica, junto con los signos que se describen, puede dar la clave del diagnóstico sin necesidad de realizar biopsia cutánea. Aun así, en ocasiones es complicado realizar un diagnóstico diferencial y distinguirla de otras patologías, como la psoriasis, la dermatitis atópica y de contacto y las micosis⁴.

Un alto porcentaje de los casos de paraqueratosis remiten de forma espontánea en la pubertad; no obstante, en la mayoría de las ocasiones existe una buena respuesta a los corticosteroides tópicos⁵.

4.1.4. LIQUEN ESTRIADO UNGUEAL

El liquen estriado ungueal (figura 5) es muy poco frecuente, y se observa de forma casi exclusiva en población pediátrica de entre 4 meses y 15 años⁶.

Afecta habitualmente a una sola uña, y suele manifestarse en forma de una cresta longitudinal que se circunscribe a la zona medial o lateral de la lámina ungueal. También se pueden observar fisuras longitudinales, onicólisis y hendidura distal. El liquen estriado cutáneo proximal a la uña afectada presenta pápulas rojas o rosáceas dispuestas en una banda a lo largo de las líneas de Blaschko.

Los cambios ungueales suelen aparecer tras varias semanas de síntomas cutáneos, pero en ocasiones dichos cambios pueden ser el único síntoma del liquen estriado.

Figura 5. Liquen estriado ungueal



FUENTE: <https://www.istockphoto.com/es/foto/ONICOFAGIA-PRIMER-PLANO-DE-LOS-DEDOS-CON-LA-U%C3%B1A-COMIDA-GM1445521786-483906324>.

El diagnóstico suele ser clínico, pero la dermatoscopia puede ayudar a confirmarlo, ya que comparte características clínicas de otras dermatosis. Las manifestaciones más

habituales son las crestas longitudinales, las fisuras y la división de la lámina ungueal, y menos frecuentemente encontramos manchas rojas en la lúnula. La biopsia no suele ser necesaria, a no ser que existan muchas dudas diagnósticas o afectación de varias uñas⁷.

No suele ser una patología que precise tratamiento, puesto que en la mayoría de las ocasiones se autolimita en un plazo de 6 a 12 meses. En algunos casos es necesario el uso de corticoides o inhibidores de la calcineurina tópicos, una vez al día durante 2-4 semanas, y de forma anecdótica algunos pacientes necesitan infiltraciones intralesionales de corticoides^{6,8}.

4.1.5. ONICOPATÍAS INFLAMATORIAS ASOCIADAS A REACCIONES ALÉRGICAS

La onicopatía asociada a reacción alérgica de contacto (figura 6) más frecuente es la que se produce por la exposición a acrilatos de uso cosmético, lo que en la población general se conoce como uñas acrílicas.

Figura 6. Reacción alérgica a acrilatos



FUENTE: IMAGEN GENERADA POR IA A PARTIR DE DATOS CLÍNICOS APORTADOS (CHATGPT).

Estos productos provocan inflamación en el lecho ungueal y la piel de alrededor, debido a una reacción alérgica local. En los dedos se manifiesta una pulpitis, pero en la uña puede desembocar en cambios psoriasiformes, como decoloración de la uña, hiperqueratosis subungueal, onicólisis traumática, dermatitis y eccema de contacto en zona del lecho, pliegues ungueales y zona periungueal. En algunas reacciones en las que no cesa inmediatamente el contacto con los acrilatos se ha descrito *pterygium* inverso ungueal⁹.

En este apartado, además, creemos conveniente mencionar que en algunos de los artículos consultados de la bibliografía también se presentan procesos inflamatorios en la zona ungueal por traumatismos repetitivos sobre la lámina ungueal, un exceso de limado para la retirada de esmaltes, exposición prolongada a luz ultravioleta (UV) y uso de productos químicos (como las acetonas), que producen irritación en piel y anejos¹⁰.

4.2. Patología ungueal inflamatoria debida a enfermedades sistémicas

4.2.1. PSORIASIS CON AFECTACIÓN UNGUEAL

La afectación ungueal es frecuente en pacientes con psoriasis, con una prevalencia de entre un 15 y un 60 %. Dicha afectación no está relacionada con el tipo de psoriasis, y tampoco con la gravedad ni su duración. En ocasiones, la psoriasis ungueal es la única manifestación de la psoriasis que vemos en el paciente¹¹.

- **En niños pequeños:** la manifestación suele ser el engrosamiento gradual de una o varias uñas.

- **En niños mayores y adultos** se pueden observar las siguientes anomalías ungueales:
 - **Pitting:** es el signo más común y se puede ver hasta en un 90 % de los casos. En la superficie de la uña surgen depresiones, que suelen ser grandes e irregulares en forma y distribución dentro de la placa ungueal y se presentan en uno o varios dedos. Se producen por áreas focales de queratinización anormal de la matriz que generan focos de células paraqueratósicas en la placa ungueal dorsal a medida que esta crece más allá de la cutícula. (En la alopecia areata las fosas en las uñas son regulares en forma, tamaño y distribución).
 - **Onicólisis:** es el segundo signo más común en la psoriasis ungueal, y suele afectar a varias uñas. Alrededor de la zona onicolítica aparecen áreas irregulares de color amarillento o rosado (“gota de aceite”) visibles a través de la placa ungueal, resultado de la inflamación del lecho ungueal por la psoriasis. En niños y en pacientes con piel oscura apenas se pueden visualizar¹². Estas manchas circundan el área de onicólisis, que se produce por la separación distal de la placa ungueal del lecho ungueal inflamado subyacente.
 - **Hiperqueratosis subungueal:** frecuente en zonas de onicólisis.
 - **Leuconiquia.**
 - **Paroniquia.**
 - **Eritema en la lúnula.**
 - **Traquioniquia:** distrofia que produce rugosidades en la superficie ungueal que hacen que al tacto se palpen las uñas ásperas y se vean sin brillo¹².
 - **Hemorragias en astilla¹³:** frecuentes en zonas de onicólisis.

Para el diagnóstico, en ocasiones simplemente basta con una buena anamnesis e inspección macroscópica de las uñas, además de indagar si existen otras manifestaciones cutáneas de psoriasis. En casos en los que los signos clínicos son sutiles es muy útil la onicoscopia (dermatoscopia ungueal). En la onicoscopia se pueden detectar capilares agrandados, tortuosos y retorcidos en el lecho ungueal, así como eritema y puntos rojos.

En caso de ver una hiperqueratosis con distrofia que nos pueda hacer dudar de si existe una onicomycosis, sería necesario realizar un cultivo de la uña para descartarla. También se puede llegar al diagnóstico de onicomycosis con una preparación de hidróxido de potasio (KOH). Sin embargo, la onicomycosis y la psoriasis ungueal pueden coexistir en aproximadamente el 20 % de los casos.

No suelen realizarse biopsias del lecho y matriz ungueal, ya que con la historia clínica, la exploración y la onicoscopia suele ser suficiente para realizar el diagnóstico de forma correcta. Las biopsias se reservan para casos muy específicos en los que el diagnóstico es incierto^{11,12}.

4.2.1.1. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- **Onicomycosis:** es difícil de discernir, sobre todo cuando hay hiperqueratosis subungueal o desmoronamiento ungueal.
- **Liquen plano:** suele producir placas ungueales delgadas y estriadas. En algunos casos, la cicatrización de la cutícula puede producir pterigión.
- **Alopecia areata:** también presenta uñas *pitting*, pero menos profundas y de forma y distribución simétricas.

- **Pitiriasis rubra pilaris:** uñas gruesas con hemorragias en astillas en borde distal, pero la placa y la descamación cutánea son más finas que las de la psoriasis.

4.2.1.2. TRATAMIENTO

Vamos a basar el enfoque terapéutico según el grado de afectación ungueal, el número

de uñas afectadas, los síntomas asociados y el deterioro funcional. Se usa poco, pero para evaluar la terapia a usar en la psoriasis ungueal se puede usar el NAPSÍ (Índice de Gravedad de la Psoriasis Ugueal, o Nail Psoriasis Severity Index por sus siglas en inglés) (figura 7), que es la versión ungueal del PASI (Psoriasis Area Severity Index), para evaluar

Figura 7. Escala NAPSÍ



FUENTE: IMAGEN GENERADA POR IA A PARTIR DE DATOS CLÍNICOS APORTADOS (CHATGPT).

la gravedad de la psoriasis ungueal y la respuesta al tratamiento¹⁴.

En el NAPSÍ las uñas se dividen en 4 cuadrantes y se otorga una puntuación de 1 en cada cuadrante afecto, tanto en la lámina ungueal como en la matriz, siendo la máxima puntuación por uña de 8 y el total de todas las uñas de 160.

4.2.1.2.1. Medidas generales

Es muy importante realizar una adecuada educación del paciente, ya que el crecimiento de las uñas es un proceso lento que requiere que se sea muy constante a la hora de la aplicación de los fármacos. Además, es muy fácil que el paciente desespere al no producirse una mejoría completa o a causa de un retraso en el efecto que desea que produzca el tratamiento, por lo que resulta prioritario promover una adecuada adherencia terapéutica.

También es importante un cuidado básico de manos y pies¹⁵:

- Evitar traumatismos y agresiones en las uñas (manicura, onicofagia...).
- Uso de guantes si hay exposición a humedad o productos químicos.
- Secar bien las uñas tras el lavado de manos o bañarse.
- Aplicar emolientes regularmente.
- Mantenerlas cortas y rectas. En pacientes con onicólisis, esta costumbre reduce el riesgo de separación traumática de placa y lecho ungueales. Además, mantener las uñas cortas también facilita la aplicación de tratamientos tópicos en hiponiquio.

4.2.1.2.2. Tratamiento farmacológico

4.2.1.2.2.1. Psoriasis ungueal leve

En la psoriasis ungueal leve, la terapia tópica es el tratamiento de elección cuando los

síntomas no producen limitación funcional y se circunscriben a una o dos uñas.

Se utiliza la monoterapia de corticoesteroides tópicos (generalmente de alta y muy alta potencia) por su efecto antiinflamatorio, la monoterapia de análogos de la vitamina D por su efecto inmunomodulador y antiproliferativo o tratamiento combinado de corticoesteroides tópicos y análogos de la vitamina D, siendo este último y por combinación de efectos el que suele dar mejores resultados en el tratamiento inicial de la psoriasis ungueal^{15,16}.

El régimen de tratamiento será de dos aplicaciones al día en caso de usar fármacos en monoterapia y de una aplicación al día en el caso de usar una combinación. Si en 2-3 semanas no existiese respuesta al tratamiento ni se diese una reducción de la hiperqueratosis subungueal, sería preciso pasar a la segunda línea de tratamiento.

En la segunda línea se pautan tacrolimus y tazaroteno tópicos. La mejoría puede ocurrir en los primeros 3-6 meses de tratamiento.

El tacrolimus es un inhibidor no esteroideo de la calcineurina que inhibe de forma específica la actividad de las células T y la producción de citocinas proinflamatorias. Se utiliza en pomada al 0,1 % en toda la superficie de la uña, pliegues e hiponiquio, y se aplica una vez al día.

El tazaroteno es un retinoide tópico de tercera generación. Se utiliza en gel al 0,1 % todas las noches y puede aplicarse en cura oclusiva hasta 24 semanas, reduciendo las manchas de aceite y la onicólisis de las mismas¹⁷.

4.2.1.2.2.2. Psoriasis ungueal moderada/severa

Se considera psoriasis ungueal moderada/severa cuando existe onicodistrofia marcada que afecta a más de dos uñas o con síntomas

molestos y deterioro funcional. La terapia de primera línea es la terapia biológica con inhibidores del TNF-alfa, también usados para la psoriasis cutánea y la artritis psoriásica. Hay evidencia de mejoría de la psoriasis ungueal en estudios con adalimumab, etanercept e infliximab¹⁸.

Los inhibidores biológicos del TNF-alfa pueden administrarse mediante inyección subcutánea, con la excepción de infliximab, que requiere infusión intravenosa. En muchos casos es necesario un tratamiento prolongado para la remisión de los síntomas a nivel ungueal.

En caso de fracaso del tratamiento con los inhibidores del TNF-alfa, se puede utilizar ustekinumab¹⁹. Ustekinumab es un inhibidor de la subunidad p40 de la IL12/23 que ha demostrado eficacia en la mejora de los síntomas en psoriasis cutánea, artritis psoriásica y psoriasis ungueal. Al igual que los

inhibidores de TNF-alfa, también se administra mediante inyección subcutánea.

4.2.2. DERMATITIS ATÓPICA CON AFECTACIÓN UNGUEAL

La dermatitis atópica es una enfermedad inflamatoria crónica de la piel que puede afectar al dorso de las manos y a los tejidos periungueales. Cuando se produce una inflamación de la matriz periungueal, es posible que se produzcan cambios en la estructura de la uña.

Los cambios más frecuentes son surcos transversales con líneas de Beau, *pitting*, coiloniquia, traquioniquia, leuconiquia, melanoniquia, onicomadesis y onicólisis²⁰ (figura 8).

Hay una correlación en la afectación ungueal de las uñas de los pies y la severidad en la escala EASI (Eczema Area and Severity Index), la cual se usa para valorar la severidad de los síntomas en la dermatitis atópica²⁰.

Figura 8. Dermatitis atópica con afectación ungueal



FUENTE: IMAGEN GENERADA CON IA (CHATGPT).

El diagnóstico de la dermatitis atópica es clínico a través de los criterios de Hanifin y Rajka, pero en las ocasiones en las que existen dudas puede ser precisa una biopsia, ya que se hace indistinguible de otras enfermedades inflamatorias con afectación ungueal, como la psoriasis anteriormente mencionada²¹.

El tratamiento generalmente es escalonado:

- **Dermatitis atópica leve:** corticoides tópicos de alta potencia en régimen de una o dos aplicaciones al día durante 4 semanas máximo, para evitar efectos secundarios indeseables del uso prolongado de corticoesteroides en piel.
- **Dermatitis atópica moderada:** corticoides tópicos de alta potencia en régimen de una o dos aplicaciones diarias o inhibidores de la calcineurina tópicos en régimen de una aplicación al día en la noche durante 15 días, para dar paso a tratamiento proactivo con aplicación de dos veces por semana en días no consecutivos durante 2 meses.
- **Dermatitis atópica severa:**
 - Corticoides tópicos en régimen de dos aplicaciones al día durante 4 semanas.
 - Corticoides sistémicos a dosis de 0,5 mg/kg en pauta descendente durante no más de 15 días para el tratamiento de brotes agudos.
 - Inhibidores de la calcineurina en régimen de una aplicación diaria durante 15 días, seguida de un tratamiento proactivo dos veces en semana en días no consecutivos durante 2 meses más.
 - Fototerapia en régimen de dos o tres sesiones semanales en pacientes que no han respondido a los tratamientos expuestos con anterioridad.

- Inmunosupresores como ciclosporina A (4-5 mg/kg/día), metotrexato o azatioprina.
- Fármacos biológicos como el dupilumab, que actúa bloqueando las interleucinas (IL) 4 y 13 y la inflamación que estas producen. Se aplica en forma de inyecciones subcutáneas bisemanales.

El tratamiento se centra en el eccema, ya que, si se consigue mejorar el eccema y el grado de inflamación periungueal, se logrará reducir la afectación de la lámina ungueal²¹.

4.2.3. LIQUEN PLANO CON AFECTACIÓN UNGUEAL

El liquen plano es una enfermedad cutánea inflamatoria y autoinmune de etiología desconocida que afecta tanto a uñas como a piel y mucosas. Entre un 15 y un 20 % de los pacientes con liquen plano cutáneo tienen afectación ungueal. Es común que esto suceda en varias uñas, y además es más frecuente en adultos y varones²².

El liquen plano ungueal (figura 9) puede tener distintas características clínicas según la zona de la uña que esté más afectada. Suele

Figura 9. Liquen plano con afectación ungueal



FUENTE: [HTTPS://WWW.ISTOCKPHOTO.COM/ES/FOTO/GRANDES-CERCA-DEL-HONGO-INFECCI%C3%B3N-EN-LAS-U%C3%B1AS-DE-LA-MANO-DEDO-CON-ONICOMICOSIS-GM978791348-266009186](https://www.istockphoto.com/es/foto/GRANDES-CERCA-DEL-HONGO-INFECCI%C3%B3N-EN-LAS-U%C3%B1AS-DE-LA-MANO-DEDO-CON-ONICOMICOSIS-GM978791348-266009186)

discurrir con un adelgazamiento de la lámina ungueal asociado a estrías longitudinales, fisuras, división y traquioniquia. Otras presentaciones frecuentes son la onicólisis y la hiperqueratosis subungueal²².

También es frecuente encontrar hiperpigmentación postinflamatoria del pliegue ungueal proximal, melanoniquia longitudinal y pigmentación violácea en el lecho en pacientes con afectación de la matriz ungueal.

Cuando el liquen plano ungueal progresa rápidamente se puede producir una distrofia ungueal permanente en forma de anoniquia y pterigión dorsal (extensión en forma de semiluna y adherencia del pliegue ungueal proximal al lecho ungueal por cicatrización de la matriz)²².

Generalmente el diagnóstico se realiza mediante una correcta anamnesis y exploración física con onicoscopia, pero cuando existen dudas bastaría con realizar una biopsia por punción de 3 mm de matriz o de lecho ungueal.

La histología revela un infiltrado en banda de la matriz y la dermis del lecho con hiperqueratosis, hipergranulosis y acantosis²³.

El tratamiento se individualizará según el grado de afectación:

- Leve: corticoides tópicos de alta potencia en régimen de una o dos aplicaciones al día durante un máximo de 4 semanas.
- Moderado:
 - Corticoides sistémicos: si existe una rápida progresión o existe afectación de tres o más uñas, se recomienda el uso de prednisona oral en dosis de 0,5-1 mg/kg al día durante 4-6 semanas, con descenso progresivo de la dosis en otras 4-6 semanas²³.
 - Corticoides intralesionales: si existe afectación de una o dos uñas, se pautará

triamcinolona diluida 2,5-5 mg/mL infiltrada a nivel intradérmico en pliegues ungueales proximales y laterales a intervalos mensuales. Desde ahí, el corticoide difunde hacia la matriz, por lo que no es necesario inyectar directamente en ella. Las infiltraciones se prolongarán hasta que la mitad de la placa ungueal vuelva a estar sana.

- Grave: en estos casos, se usan inmunosupresores cuando existe un fracaso terapéutico de los escalones anteriores tras 5-6 meses. Se usa acitretina 0,35 mg/kg al día²⁴.

4.2.4. ALOPECIA AREATA CON AFECTACIÓN UNGUEAL

La alopecia areata es una forma de pérdida de cabello no cicatricial que puede producir afectación en las uñas. Esta última es más frecuente en niños que en adultos, y cuando existe afectación ungueal (figura 10) el grado de la alopecia suele ser moderado o grave^{25,26}.

Las manifestaciones más frecuentes son fosas ungueales, traquioniquia, fisuras longitudinales, leuconiquia geométrica y líneas de Beau con la lúnula roja.

El diagnóstico suele ser clínico, ya que coincide la afectación ungueal con áreas alopécicas.

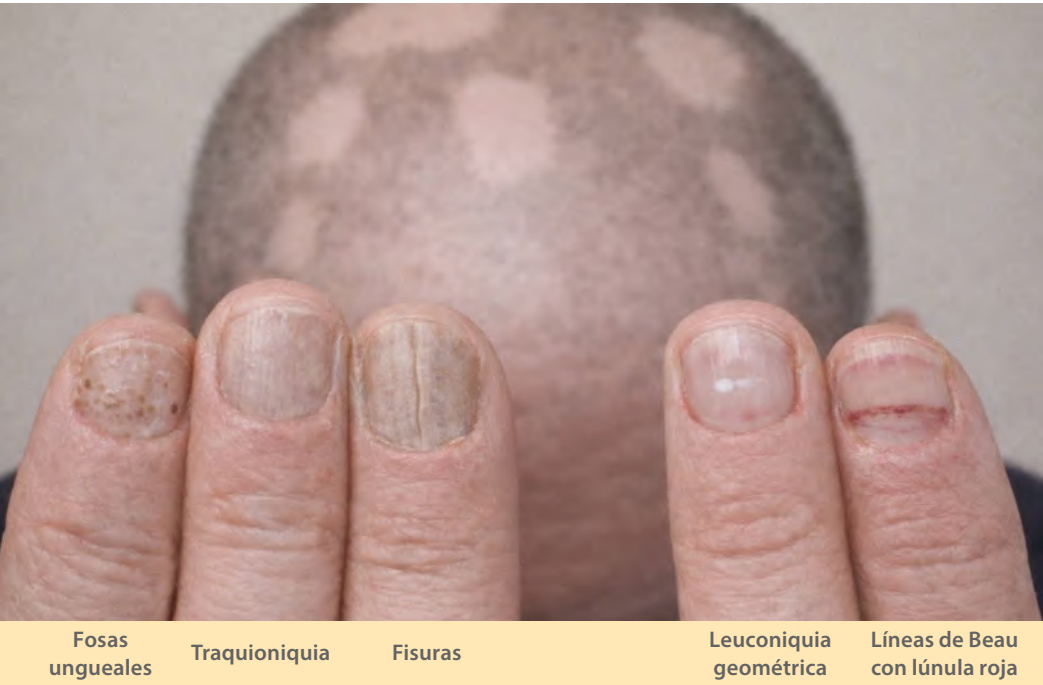
El tratamiento de elección son los corticoides, ya sean tópicos, intralesionales o sistémicos, según la gravedad de la afectación ungueal²⁶.

4.3. Patología ungueal inflamatoria inducida por fármacos

4.3.1. RETINOIDES

Los retinoides orales como la isotretinoína pueden causar sequedad, irritación y fragilidad cutáneas. Al igual que en la piel, la terapia

Figura 10. Dermatitis atópica con afectación ungueal



FUENTE: IMAGEN GENERADA CON IA (CHATGPT).

con los mismos puede inducir en las uñas fragilidad, onicólisis, inflamación de los pliegues ungueales que puede desembocar en paroniquia aguda y crónica, y distrofia ungueal²⁷.

4.3.2. ANTIINFECCIOSOS

Los fármacos con propiedades fotosensibilizantes pueden provocar que la placa ungueal se separe del lecho tras la exposición a la luz (fotoonicólisis). A menudo se asocia con otros signos de daño cutáneo solar, en particular con el eritema en el dorso de las manos. Suele afectar a las uñas de las manos (a veces el pulgar queda exento). La afectación de las uñas de los pies es poco frecuente.

Esto se ha observado en:

- Tetraciclinas como la doxiciclina. También se relacionan con decoloraciones ungueales.
- Quinolonas como la flumequina.
- Fluorquinolonas como el ofloxacino.
- Antipalúdicos como la quinina.

- Antirretrovirales como la lamivudina, que provoca inflamación en los pliegues ungueales, sola o en combinación con indinavir²⁷.

4.3.3. QUIMIOTERÁPICOS

La exposición a quimioterápicos produce cambios en la superficie ungueal debido a la inactivación de la matriz que inducen los mismos.

Los quimioterápicos citotóxicos, además, pueden producir reacciones inflamatorias que pueden dar lugar a paroniquia y abscesos subungueales. Generalmente, esta inflamación y estas complicaciones en lámina y matriz ungueal suelen circunscribirse a la exposición activa al fármaco, y cuando esta cesa la afectación ungueal suele autolimitarse.

- Placlitaxel y docetaxel se asocian a inflamación del lecho ungueal y, como consecuencia, puede producirse onicólisis. También se ha descrito con ciclofosfamida,

doxorrubicina, etopósido, fluorouracilo, hidroxiurea, capecitabina y bleomicina + vinblastina, pero menos frecuentemente²⁸.

- Etopósido, capecitabina y metotrexato se asocian a inflamación del lecho ungueal y a episodios frecuentes de paroniquia. ►►

CAPÍTULO 4 · Bibliografía

1. Alkhalifah A, Dehavay F, Richert B. Management of ingrowing nail. *Hand Surg Rehabil.* 2024;43S:101628.
2. Geizhals S, Lipner SR. Review of onychocryptosis: epidemiology, pathogenesis, risk factors, diagnosis and treatment. *Dermatol Online J.* 2019;25(9):13030/qt9985w2n0.
3. Starace M, Alessandrini A, Bruni F, Piraccini BM. Trachyonychia: a retrospective study of 122 patients in a period of 30 years. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2020;34(4):880-4.
4. Richert B, André J. Nail disorders in children: diagnosis and management. *Am J Clin Dermatol.* 2011;12(2):101-12.
5. Tornero Patricio S, Marcos Domínguez AJ. Paraqueratosis pustulosa. *Rev Pediatr Aten Primaria.* 2018;20:257-9.
6. Cheon DU, Ro YS, Kim JE. Treatment of nail lichen Striatus with Intralesional steroid injection: A case report and literature review. *Dermatol Ther.* 2018;31(6):e12713.
7. Iorizzo M, Rubin AI, Starace M. Uña, liquen estriado: ¿Es útil la dermoscopia para el diagnóstico? *Pediatr Dermatol.* noviembre de 2019; 36(6):859-63.
8. Kim M, Jung HY, Eun YS, Cho BK, Park HJ. Nail lichen striatus: report of seven cases and review of the literature. *Int J Dermatol.* 2015;54(11):1255-60.
9. Mestach L, Goossens A. Allergic contact dermatitis and nail damage mimicking psoriasis caused by nail hardeners. *Contact Dermatitis.* 2016;74(2):112-4.
10. Wu TP, Morrison BW, Tosti A. Uñas desgastadas tras la extracción de uñas acrílicas. *Dermatol Online J.* 2015;21(1):13030/QT5781m7vc.
11. Pourchot D, Bodemer C, Phan A, Bursztejn AC, Hadj-Rabia S, Boralevi F, et al.; Groupe de Recherche de la Société Française de Dermatologie Pédiatrique. Nail Psoriasis: A Systematic Evaluation in 313 Children with Psoriasis. *Pediatr Dermatol.* 2017;34(1):58-63.
12. Axler EN, Bellet JS, Lipner SR. Tackling Inflammatory and Infectious Nail Disorders in Children. *Cutis.* 2024;114(1):E9-E15.
13. Piraccini BM, Starace M. Nail psoriasis in special populations: Children, pregnant, elderly. In: Rigopoulos D, Tosti A (eds.). *Nail Psoriasis: From A to Z.* 1st ed. Springer International Publishing; 2014. p. 131.
14. Rich P, Scher RK. Nail Psoriasis Severity Index: a useful tool for evaluation of nail psoriasis. *J Am Acad Dermatol.* 2003;49(2):206-12.
15. Tan ES, Chong WS, Tey HL. Nail psoriasis: a review. *Am J Clin Dermatol.* 2012;13(6):375-88.
16. Crowley JJ, Weinberg JM, Wu JJ, Robertson AD, Van Voorhees AS; National Psoriasis Foundation. Treatment of nail psoriasis: best practice recommendations from the Medical Board of the National Psoriasis Foundation. *JAMA Dermatol.* 2015;151(1):87-94.
17. Scher RK, Stiller M, Zhu YI. Tazarotene 0.1% gel in the treatment of fingernail psoriasis: a double-blind, randomized, vehicle-controlled study. *Cutis.* 2001;68(5):355-8.
18. Sánchez-Regaña M, Sola-Ortigosa J, Alsina-Gibert M, Vidal-Fernández M, Umbert-Millet P. Nail psoriasis: a retrospective study on the effectiveness of systemic treatments (classical and biological therapy). *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2011;25(5):579-86.
19. Vitiello M, Tosti A, Abuchar A, Zaiac M, Kerdel FA. Ustekinumab for the treatment of nail psoriasis in heavily treated psoriatic patients. *Int J Dermatol.* 2013;52(3):358-62.
20. Chung BY, Choi YW, Kim HO, Park CW. Distrofia de uñas en pacientes con dermatitis atópica y su asociación con la gravedad de la enfermedad. *Ann Dermatol.* 2019;31(2):121-6.
21. Palacios Martínez D (coord.). *Dermatitis atópica.* SEMERGEN Doc. Madrid: Grupo SANED; 2022.
22. Tosti A, Piraccini BM, Cambiaghi S, Jorizzo M. Nail lichen planus in children: clinical features, response to treatment, and long-term follow-up. *Arch Dermatol.* 2001;137(8):1027-32.
23. Tosti A, Piraccini BM. Dermatological diseases. In: Scher RK, Daniel RC (eds.). *Nails: Diagnosis, Therapy, and Surgery.* Elsevier Saunders; 2005.

CAPÍTULO 4 · Bibliografía *(continuación)*

24. Goettmann S, Zaráa I, Moulouguet I. Nail lichen planus: epidemiological, clinical, pathological, therapeutic and prognosis study of 67 cases. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2012;26(10):1304-9.
25. Tosti A, Morelli R, Bardazzi F, Peluso AM. Prevalence of nail abnormalities in children with alopecia areata. *Pediatr Dermatol*. 1994;11(2):112-5.
26. Chelidze K, Lipner SR. Nail changes in alopecia areata: an update and review. *Int J Dermatol*. 2018;57(7):776-783.
27. Drug-induced nail disorders. *Prescrire Int*. 2014;23(151):180-2.
28. Payne AS, James WD, Weiss RB. Dermatologic toxicity of chemotherapeutic agents. *Semin Oncol*. 2006;33(1):86-97.

Anexo del capítulo 4. En la piel del dermatólogo

En el presente capítulo se consideran diversas patologías inflamatorias ungueales, tanto dermatológicas como inducidas por fármacos. Su conocimiento resulta esencial debido a la superposición de sus manifestaciones clínicas y a que el diagnóstico es fundamentalmente clínico, reservándose la biopsia ungueal para casos dudosos.

1. Patología inflamatoria ungueal

La **traquioniquia** es una distrofia ungueal benigna caracterizada por uñas delgadas, aplanadas, frágiles y con estriaciones longitudinales en la lámina, que llegan a adquirir un aspecto de papel de lija característico. La afectación puede ser única o múltiple, pudiendo dar lugar a la clásica *distrofia de las 20 uñas*. Existen formas idiopáticas, aunque puede estar en relación con enfermedades inflamatorias cutáneas. La **alopecia areata** es la condición más frecuentemente asociada.

En general, la evolución suele ser a la resolución espontánea, reservándose el tratamiento con corticoides tópicos en casos moderados o por razones cosméticas.

La **paraqueratosis pustulosa** es una entidad inusual, casi exclusiva de la edad pediátrica, que constituye un patrón de reacción ungueal a diversas enfermedades inflamatorias, principalmente psoriasis o dermatitis atópica. Clínicamente se manifiesta por eritema periungueal, descamación y pústulas estériles en un único dedo (típicamente el pulgar), que puede evolucionar hacia hiperqueratosis subungueal y onicodistrofia. La tendencia es a que se resuelva de forma espontánea.

El **liquen estriado ungueal** es una entidad infrecuente, normalmente asintomática y autolimitada. Más frecuente en niños y adultos jóvenes, suele afectar a la porción lateral o medial de la lámina ungueal de los miembros superiores, cursando como fisuración o estriación longitudinal con distrofia secundaria. Habitualmente asocia lesiones cutáneas pápulo-eritematosas lineales que siguen las líneas de Blaschko. Aunque el pronóstico es excelente, los corticoides o inhibidores de la calcineurina tópicos son alternativas terapéuticas reconocidas.

Por su parte, el **liquen plano ungueal** se caracteriza por la estriación longitudinal de la lámina ungueal, con adelgazamiento y fisuración de la misma, así como onicorrexis, eritema de la lúnula y traquioniquia. Potencialmente, puede evolucionar hacia una distrofia permanente con anoniquia y *pterigium* dorsal irreversibles. Puede manifestarse de forma aislada, o asociado a formas mucosas (más frecuente) o cutáneas, y su gravedad es independiente tanto de la duración de la enfermedad como de la coexistencia con otras formas de liquen plano. El tratamiento incluye corticoides tópicos, pudiendo considerarse infiltraciones intralesionales o tratamiento sistémico, e incluso inhibidores JAK en casos seleccionados.

En la **dermatitis atópica**, la inflamación periungueal eccematosa puede llegar a afectar la matriz y producir alteraciones inespecíficas de la lámina, como surcos transversales, *pitting*, traquioniquia, leuconiquia u onicólisis. El tratamiento se basa en el control de la enfermedad de base mediante corticoides tópicos. Las alteraciones ungueales

relacionadas con la **dermatitis alérgica de contacto**, por su parte, incluyen pulpitis, onicólisis distal, onicorrexis e hiperqueratosis subungueal. Suele relacionarse con la exposición a acrilatos de uso cosmético, por lo que resulta imprescindible una anamnesis dirigida y una exploración física orientada a identificar afectación ectópica asociada y el posible agente causal.

La **psoriasis ungueal** afecta a casi la mitad de los pacientes con psoriasis en placas, y su importancia radica en su estrecha relación anatómica con las entesis. Es por ello que, si bien no siempre se relaciona con la severidad de la psoriasis cutánea, sí es un factor de riesgo independiente para el desarrollo de artritis psoriásica. Entre los hallazgos clínicos más relevantes destacan el *pitting* ungueal (el más frecuente), la onicólisis (segundo en frecuencia), las manchas en “gota de aceite”, la hiperqueratosis subungueal, las hemorragias en astilla y el eritema de la lúnula, siendo la dermatoscopia especialmente útil para su reconocimiento. En no pocas ocasiones, además, puede coexistir con onicomiosis. El tratamiento incluye corticoides tópicos de alta potencia y análogos de la vitamina D, en

monoterapia o en combinación, o corticosteroides intralesionales. En casos seleccionados o con repercusión funcional significativa, puede plantearse el inicio de tratamiento sistémico e incluso fármacos biológicos.

2. Patología ungueal inflamatoria inducida por fármacos

Diversos fármacos pueden inducir alteraciones inflamatorias ungueales, si bien se revisarán los más frecuentes. Estas suelen limitarse al periodo de exposición y resolverse tras la suspensión del fármaco.

Los retinoides orales pueden causar onicosis (descamación y fragilidad), y la isotretinoína aumenta la velocidad de crecimiento ungueal, pero adelgaza la lámina. Las tetraciclinas pueden producir fotoonicólisis tras la exposición a radiación UVA. Por su parte, los quimioterápicos antineoplásicos inducen cambios en la superficie ungueal, siendo los taxanos los más asociados a toxicidad ungueal grave. Los inhibidores de EGFR y MEK provocan afectación periungueal (paroniquia, granulomas piogénicos y adelgazamiento de la lámina). ►►

CAPÍTULO 5

Patología ungueal tumoral

Dra. Norma A. Doria Carlín
Dr. Francisco J. Esteban González
Dra. Alma M. Ruiz Vela

5.1. Tumores ungueales benignos

5.1.1. INTRODUCCIÓN Y ENFOQUE CLÍNICO

Los tumores benignos del aparato ungueal constituyen un grupo heterogéneo de lesiones que pueden originarse en **la matriz, el lecho, la lámina, los pliegues periungueales o los tejidos blandos subyacentes**. Aunque la mayoría son de curso indolente, pueden producir **dolor, deformidad, onicólisis, pigmentación o distrofia**, que son motivos frecuentes de consulta^{1,2}.

La clínica ungueal es limitada en su repertorio de respuestas, de modo que procesos

muy distintos (tumores, infecciosos, inflamatorios o traumáticos) pueden simularse entre sí. Por ello, el reconocimiento de **signos orientadores** y el uso de la **dermatoscopia ungueal o imagen** (ecografía/resonancia magnética [RM]) son herramientas clave antes de plantear la biopsia³.

Desde el punto de vista práctico, pueden clasificarse según su estructura predominante de origen (tabla 1):

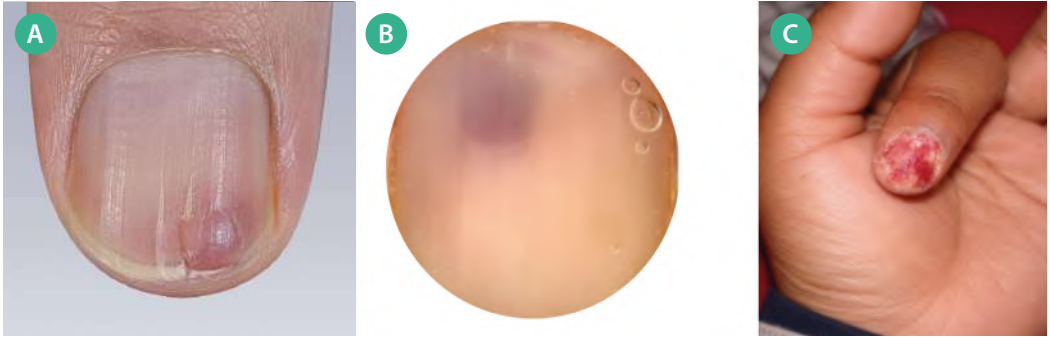
- **Epiteliales/quísticos:** quiste mixoide, quiste epidermoide, onicopapiloma.
- **Mesenquimales/fibrosos:** fibroma periungueal (tumor de Köenen), fibroqueratoma acral.
- **Vasculares/neuromiofibrosos:** tumor glómico, hemangioma.
- **De matriz ungueal:** onicomatricoma.

Tabla 1. Tumores ungueales benignos: características clínicas, dermatoscópicas y pruebas orientadoras

Tumor	Signos clínicos clave	Hallazgos dermatoscópicos	Prueba útil	Tratamiento	Pronóstico
Tumor glómico	Dolor paroxístico, azul violáceo, signo del frío	Área violácea homogénea, vasos finos	RM o eco-Doppler	Exéresis completa	Excelente
Quiste mixoide	Pápula translúcida con surco ungueal	Masa translúcida amarilla, líneas vasculares	Eco de alta frecuencia	Punción/cirugía	Muy bueno
Onicopapiloma	Eritroniquia longitudinal, pico distal	Banda rojiza + queratosis distal	Dermatoscopia	Resección local	Bueno
Onicomatricoma	Engrosamiento amarillento, orificios distales	Cavidades lineales, patrón en peine	RM/eco	Exéresis parcial	Bueno
Fibroma periungueal	Nódulo firme rosado en pliegue	Líneas blancas, vasos puntiformes	—	Escisión	Bueno

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA, ADAPTADA DE HINCHCLIFF ET AL.¹, JIN ET AL.³ Y DERMNET NZ⁴⁻⁸.

Figura 1. **A** Tumor glómico subungueal: deformidad y leve alteración de la coloración, visible a través de la lámina. **B** Tumor glómico: imagen por dermatoscopia. **C** Exéresis quirúrgica completa



FUENTE: IMAGEN A GENERADA POR IA (CHATGPT) A PARTIR DE DATOS CLÍNICOS APORTADOS Y ADAPTADA DE DERMNET NZ⁴. IMÁGENES B Y C POR CORTESÍA DE LA DRA. DORIA CARLÍN.

5.1.2. TUMORES BENIGNOS MÁS RELEVANTES EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

5.1.2.1. TUMOR GLÓMICO (figura 1)

5.1.2.1.1. Generalidades

Este tumor benigno, el **más doloroso del aparato ungueal**, deriva del cuerpo glómico, una estructura neuromioarterial encargada de la regulación térmica. Suele afectar a **adultos jóvenes o de mediana edad**, con predilección por el **pulgar y las uñas de los pies**³.

5.1.2.1.2. Clínica

Triada clásica:

1. **Dolor paroxístico intenso** (espontáneo o al mínimo contacto).
2. **Hipersensibilidad localizada** (*point tenderness*).
3. **Dolor desencadenado por el frío**.

Puede acompañarse de una **mancha azulada o rojiza** subungueal, onicólisis o distrofia focal.

El test de Love (presión con punta roma) y el signo de Hildreth (disminución del dolor al aplicar torniquete) pueden apoyar la sospecha clínica^{3,4}.

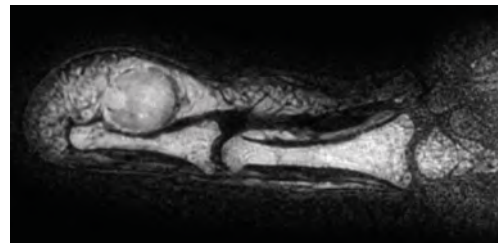
5.1.2.1.3. Dermatoscopia

Muestra un **área violácea homogénea**, con vasos lineales o ramificados finos sobre fondo rosado-azulado, y en ocasiones una “zona blanca central” por fibrosis⁴.

5.1.2.1.4. Imagen

- **Ecografía-Doppler**: masa hipoeoica bien delimitada, altamente vascularizada.
- **Resonancia magnética (RM)**: lesión hipointensa en T1 e hiperintensa en T2, con realce tras contraste⁴ (figura 2).

Figura 2. Tumor glómico subungueal (imagen por RM)



FUENTE: IMAGEN POR CORTESÍA DE LA DRA. DORIA CARLÍN.

5.1.2.1.5. Tratamiento

La **exéresis quirúrgica completa** es curativa en la mayoría. La recidiva suele deberse a resección incompleta⁴.

5.1.2.2. QUISTE MIXOIDE DIGITAL (MUCOSO) (figura 3)

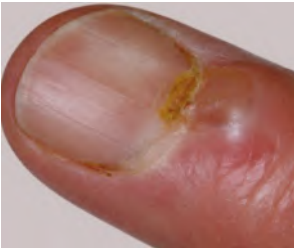
5.1.2.2.1. Definición

Lesión **quistica pseudocapsulada** llena de material gelatinoso rico en ácido hialurónico, situada entre la articulación interfalángica distal y el pliegue proximal⁵.

5.1.2.2.2. Clínica

Se presenta como una **pápula translúcida**, indolora o ligeramente dolorosa, que puede **comprimir la matriz** y originar **depresión lineal** o surco en la lámina. En ocasiones exuda material claro y viscoso.

Figura 3. Quiste mixoide digital: pápula translúcida periungueal con surco ungueal distal



FUENTE: IMAGEN GENERADA POR IA (CHATGPT) A PARTIR DE DATOS CLÍNICOS APORTADOS Y ADAPTADA DE DERMNET NZ⁵, CON SU DESCRIPCIÓN GRÁFICA, REALIZADA MEDIANTE IA SEGÚN EL TEXTO DEL CAPÍTULO.

5.1.2.2.3. Dermatoscopia

Se puede ver una estructura homogénea translúcida o amarillenta con bordes regulares y, ocasionalmente, **puntos o líneas vasculares finas**⁵.

5.1.2.2.3. Tratamiento

- La **punción-evacuación y un corticoide intralesional** pueden lograr remisión temporal.

- En recidivas: **resección quirúrgica** o abordaje combinado con **capsulorrafia articular** si hay comunicación con la articulación distal⁵.

5.1.2.3. ONICOPAPILOMA (figura 4)

5.1.2.3.1. Definición

El onicopapiloma es un tumor benigno epitelial del **lecho y la matriz distal** que origina una **eritroniquia longitudinal única** (banda rojiza), a menudo acompañada de **estriación o fisura distal**⁶.

5.1.2.3.2. Dermatoscopia

Se observa una banda longitudinal rojiza o rosada que se extiende desde la lúnula hacia el borde libre; en el extremo distal se distingue un **“pico queratósico”** (*spicule*) o “proyección” hiperqueratósica visible tras retirar el esmalte⁶.

5.1.2.3.3. Diagnóstico diferencial

El diagnóstico diferencial debe realizarse con eritroniquia longitudinal simple, enfermedad de Bowen ungueal o melanoma amelanótico. La biopsia se recomienda si la banda **aumenta, se ulcera o sangra**⁶.

5.1.2.3.4. Tratamiento

- **Resección local** de la banda o del lecho afectado.
- Pronóstico excelente, sin potencial maligno conocido⁶.

5.1.2.4. ONICOMATRICOMA (figura 5)

5.1.2.4.1. Definición

Se trata de un tumor fibroepitelial benigno de la **matriz ungueal proximal**, caracterizado por **hiperplasia del epitelio matricial** con prolongaciones digitiformes (“dedos dérmicos”)⁷.

Figura 4. Onicopapiloma: eritroniquia longitudinal única con queratosis distal



FUENTE: IMAGEN GENERADA POR IA (CHATGPT) A PARTIR DE DATOS CLÍNICOS APORTADOS Y ADAPTADA DE DERMNET NZ⁶.

Figura 5. Onicomatricoma:
engrosamiento amarillento
con orificios lineales (“dedos
dérmicos”)



FUENTE: IMAGEN GENERADA POR IA (CHATGPT) A PARTIR DE DATOS CLÍNICOS APORTADOS Y ADAPTADA DE DERMNET NZ⁷.

5.1.2.4.2. Clínica

Presenta un **engrosamiento progresivo de la lámina**, con aspecto “moteado” amarillento, hemorragias en astilla e hiperqueratosis proximal. En ocasiones causa onicólisis irregular.

5.1.2.4.3. Dermatoscopia

El patrón que se puede ver es muy característico:

- **Orificios o cavidades lineales** (“fenestraciones”) en el borde libre.

- Coloración **amarillenta-marrón**.
- Vasos finos longitudinales o en peine⁷.

5.1.2.4.4. Imagen

- **Ecografía**: masa hiperecoica con proyecciones hacia la lámina.
- **RM**: prolongaciones digitiformes de matriz hiperintensa en T2⁷.

5.1.2.4.5. Tratamiento

- **Exéresis quirúrgica conservadora** de la matriz proximal afectada.

El pronóstico es **benigno**, pero pueden aparecer recidivas locales si la resección es incompleta⁷.

5.1.2.5. FIBROMA PERIUNGUEAL (KÖENEN) Y FIBROQUERATOMA ACRAL (figura 6)

5.1.2.5.1. Definición

Se trata de lesiones **fibroepiteliales benignas**, duras, de color similar a la piel o rosado, que emergen del **pliegue ungueal** o del **borde distal**, y frecuentemente solitarias⁸.

Los **fibromas de Köenen** múltiples se asocian a **esclerosis tuberosa**; en este contexto, la presencia de lesiones periungueales fibrosas en manos o pies constituye un signo cutáneo mayor de la enfermedad⁸.

Figura 6. Fibroma periungueal (Köenen): nódulo rosado en el pliegue lateral del hallux

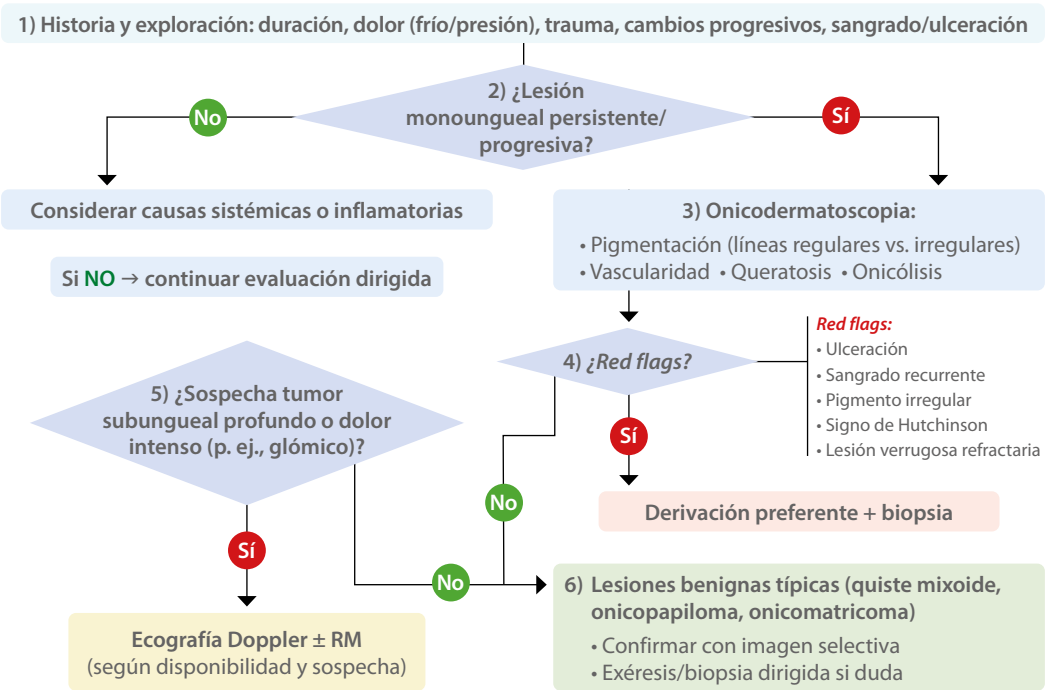


FUENTE: IMAGEN GENERADA POR IA (CHATGPT) Y ADAPTADA DE DERMNET NZ⁸.

5.1.2.5.2. Dermatoscopia

Presenta una superficie homogénea rosada con **líneas blancas brillantes** (signo de colágeno), vasos puntiformes dispersos y base ancha o pediculada⁸.

Figura 7. Masa o distrofia ungueal persistente



FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA, ADAPTADA DE STARACE ET AL.⁹, HINCHCLIFF ET AL.¹⁰ Y DERMNET¹¹.

5.1.2.5.3. Tratamiento

- Exéresis simple o afeitado quirúrgico.
- En formas múltiples asociadas a esclerosis tuberosa se ha descrito una respuesta parcial a rapamicina tópica⁸.

5.1.3. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS E INDICACIÓN DE BIOPSIA

- **Dermatoscopia ungueal:** primera herramienta no invasiva; orienta en tumores pigmentados, vasculares y estructurales.
- **Ecografía de alta resolución (≥ 18 MHz):** delimita la extensión y su relación con la matriz.
- **RM:** útil para tumores subungueales dolorosos, pigmentados o recidivantes.
- **Biopsia ungueal dirigida:** indicada ante duda diagnóstica o en casos de sospecha de malignidad (asimetría, ulceración, pigmento irregular, crecimiento rápido) (figura 7) ¹⁻³.

5.1.4. TRATAMIENTO Y PRONÓSTICO

- La **exéresis quirúrgica completa** suele ser curativa.
- Es fundamental **preservar la matriz y reconstruir el lecho** para evitar una distrofia residual.
- La **recidiva** aparece principalmente en tumores glómicos y onicomatricomas incompletamente resecados.
- En lesiones múltiples o hereditarias (fibromas de Köenen), se aconseja un estudio genético y coordinarse con Dermatología y Genética Clínica⁸.

El **pronóstico** global de los tumores benignos es excelente, con escaso potencial de transformación maligna. Sin embargo, la demora diagnóstica prolongada puede ocasionar un daño estructural irreversible o secuelas estéticas.

5.2. Tumores ungueales malignos

5.2.1. INTRODUCCIÓN Y SIGNOS DE ALARMA (RED FLAGS)

Los tumores malignos del aparato ungueal son infrecuentes, pero clínicamente relevantes por su **potencial de retraso diagnóstico**, ya que con frecuencia imitan procesos benignos (onicomicosis, verrugas, paroniquia crónica, distrofias traumáticas)¹²⁻¹⁶.

En este capítulo se priorizan las dos entidades más importantes en la práctica clínica: el **melanoma del aparato ungueal** (melanoma ungueal/subungueal)^{12,13} y el **carcinoma epidermoide** (SCC) de la unidad ungueal (incluyendo Bowen ungueal)^{15,16}.

Un enfoque práctico exige reconocer **signos de alarma** que obligan a acelerar el estudio

y, a menudo, a derivar de manera preferente (tabla 2 y figura 8)^{12,14,16-19}:

- **Lesión monougueal persistente** y progresiva (distrofia, masa, onicólisis, ulceración) sin causa mecánica clara^{15,16}.
- **Melanoniquia longitudinal** de nueva aparición en adulto con **ensanchamiento progresivo**, irregularidad y/o pigmento periungueal (signo de Hutchinson)^{12,19,20}.
- **Eritroniquia longitudinal** única con fisura/queratosis distal persistente o signos de atipia (diferencial con neoplasias epiteliales)¹⁶.
- **Hemorragias recurrentes**, dolor desproporcionado, masa subungueal, ulceración o infección “rebelde” con destrucción progresiva^{15,16}.

5.2.2. MELANOMA DEL APARATO UNGUEAL (MELANOMA UNGUEAL/SUBUNGUEAL) (figuras 9 y 10)

5.2.2.1. CONCEPTO Y RELEVANCIA CLÍNICA

El melanoma del aparato ungueal (*nail apparatus melanoma*, NAM) es un melanoma que se origina en la **matriz ungueal**, **lecho ungueal** o **pliegues**. Su diagnóstico suele retrasarse porque puede presentarse como una **banda pigmentada longitudinal** (melanoniquia longitudinal) o, menos típicamente, como lesión **amelanótica** o distrofia inespecífica^{12,13}.

5.2.2.2. PRESENTACIÓN CLÍNICA TÍPICA

La forma clásica es una **melanoniquia longitudinal** (tabla 3) **en una sola uña**, en forma de banda que puede **ensancharse** con el tiempo (sobre todo hacia el pliegue proximal), mostrar **varios tonos** (marrón, negro, gris), presentar bordes mal definidos y asociarse a distrofia, fisura o fragilidad^{9-13,20,21}.

Tabla 2. Tumores ungueales malignos: signos de alarma y conducta recomendada

Hallazgo/signo de alarma	Diagnóstico(s) a considerar	Conducta recomendada	Comentarios/prueba clave
Melanoniua longitudinal de nueva aparición en adulto	Melanoma ungueal (principal), <i>nevus</i> /léntigo (menos probable en adultos), pigmentación exógena	Derivación preferente a Dermatología/unidad ungueal; onicodermatoscopia y planificación de biopsia de matriz si criterios sospechosos	Valorar ABCDEF, cambios en el tiempo y dermatoscopia (tabla 3) ^{12,14,17}
Banda pigmentada ancha (≥3 mm) o que se ensancha (especialmente de forma proximal)	Melanoma ungueal	Derivación preferente; considerar biopsia dirigida a la matriz	La irregularidad de color y de bordes aumenta la sospecha ^{12,14,17}
Líneas dermatoscópicas irregulares (color/grosor/ espaciado) y pérdida de paralelismo	Melanoma ungueal	Biopsia de matriz (por especialista)	La onicodermatoscopia es clave para estratificar ^{12,14,18}
Signo de Hutchinson (pigmento en pliegue proximal/ lateral o hiponiquio) o micro-Hutchinson dermatoscópico	Melanoma ungueal (considerar pseudo-Hutchinson benigno)	Derivación preferente; dermatoscopia + biopsia si existe sospecha	Diferenciar pseudo-Hutchinson; contexto y patrón dermatoscópico ^{17,18}
Lesión verrugosa peri/ subungueal persistente o “verruca que no responde”	Carcinoma epidermoide ungueal/Bowen; verruga por VPH (diagnóstico diferencial)	Biopsia/exéresis diagnóstica o derivación preferente	SCCNU suele mimetizar verruga; no retrasar biopsia ^{16,19}
Onicólisis crónica con hiperqueratosis focal, erosión/ulceración o sangrado recurrente (una uña)	SCC/Bowen; tumores subungueales (incluido melanoma amelanótico)	Derivación preferente; biopsia; valorar imagen si hay sospecha de extensión	Radiografía si hay dolor/destrucción o sospecha ósea; RM para extensión ^{16,19}
Masa subungueal dolorosa y evolución rápida, destrucción progresiva	SCC invasivo; otros tumores; metástasis (raro)	Derivación preferente urgente; imagen + biopsia	Imagen (Rx/RM) según sospecha de invasión profunda ^{16,19}
Lesión amelanótica persistente (nódulo/ ulceración) con distrofia monoungueal	Melanoma amelanótico; SCC; otras neoplasias	Derivación preferente; biopsia diagnóstica	La dermatoscopia puede ser menos específica; prima la clínica y la evolución ^{12,16,17}

SCC: carcinoma epidermoide; SCCNU: carcinoma epidermoide de la unidad ungueal; RM: resonancia magnética; Rx: radiografía.

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA, ADAPTADA DE CONWAY ET AL.¹², RICARDO ET AL.¹⁴, IORIZZO ET AL.¹⁶, DERMNET^{17,18} Y VENTURI ET AL.¹⁹.

El **signo de Hutchinson** (pigmento que se extiende al pliegue proximal/lateral o hiponiquio) es un hallazgo clásico, aunque puede existir “pseudo-Hutchinson” (transparencia del pliegue) en lesiones benignas; por ello debe interpretarse con contexto clínico y dermatoscopia^{12,20}.

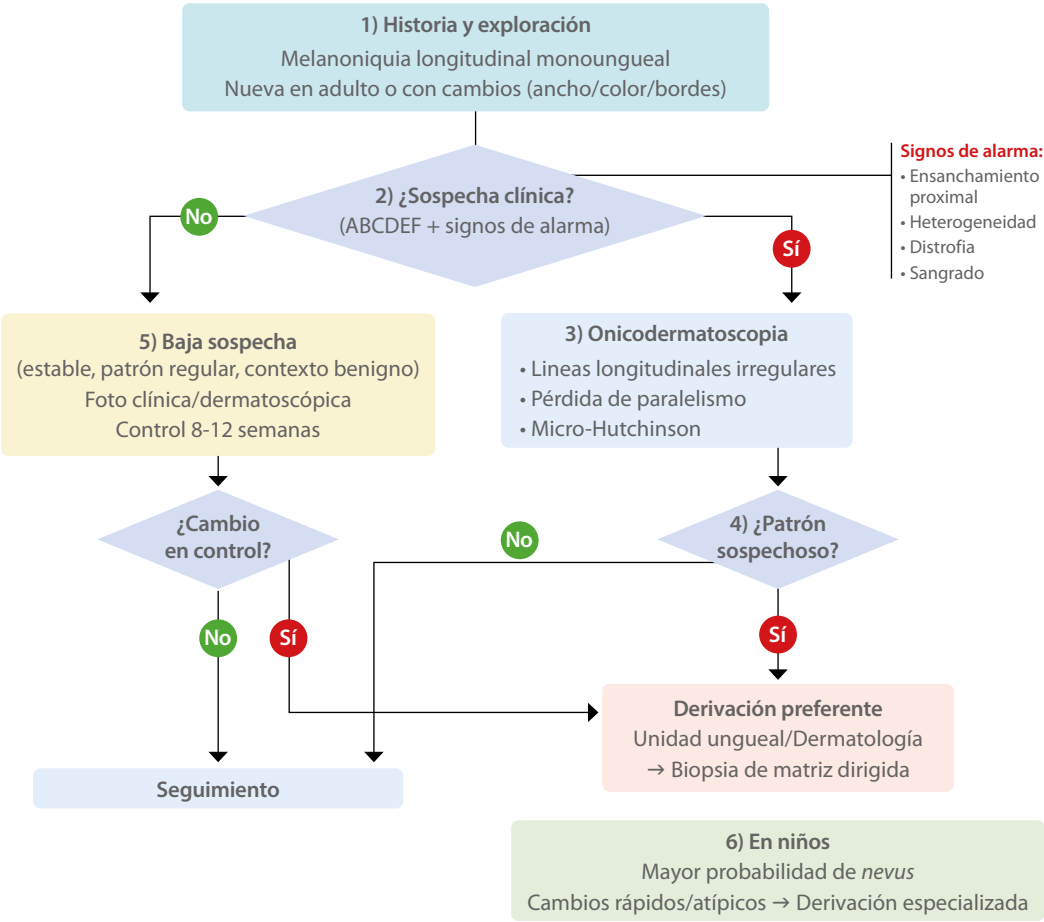
5.2.2.3. REGLA ABCDEF Y CRITERIOS PRÁCTICOS DE SOSPECHA

Para la evaluación clínica inicial, la regla ABCDEF adaptada a melanoma ungueal

ayuda a estratificar el riesgo y reforzar la indicación de biopsia cuando corresponda. Se utiliza como recordatorio clínico (no sustituye a la dermatoscopia o a la biopsia)^{9-13,20,21}.

- **A (age/ancestry):** más sospechoso en adultos (frecuente en edades medias/avanzadas; también es conveniente considerar el origen étnico y el contexto).
- **B (band):** banda **marrón/negra**, especialmente si es **ancha** o aumenta de grosor.

Figura 8. Sospecha de melanoma ungueal (melanoniquia longitudinal)



FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA A PARTIR DE LAS REFERENCIAS CONWAY ET AL.¹², RICARDO ET AL.¹⁴, DERMNET^{17,18}

Figura 9. Signo de Hutchinson



FUENTE: IMAGEN GENERADA POR IA (CHATGPT) A PARTIR DE DATOS CLÍNICOS APORTADOS.

- **C (change):** cambios en el ancho o el color, o falta de respuesta al manejo conservador.
- **D (digit):** afectación de un solo dedo; clásicamente pulgar/*hallux* como localizaciones frecuentes.

- **E (extension):** extensión del pigmento hacia la piel periungueal (Hutchinson).
- **F (family/personal history):** antecedentes personales/familiares relevantes.

5.2.2.4. DERMATOSCOPIA DE LA MELANONIQUIA LONGITUDINAL SOSPECHOSA

La dermatoscopia (onicodermatoscopia) aporta un salto diagnóstico y permite diferenciar patrones benignos de sospechosos. En el melanoma ungueal que se presenta como melanoniquia longitudinal, lo típico es un **fondo entre marrón y negro** con **líneas longitudinales** que muestran:

- **Irregularidad** en color, grosor y espaciado.

Figura 10. **A** y **B**: Melanoniquia longitudinal sospechosa: banda ancha e irregular (clínica). **C**: Dermatoscopia: líneas longitudinales irregulares y pérdida de paralelismo. **D**: Signo de Hutchinson (clínico/dermatoscópico)



FUENTE: IMAGEN GENERADA POR IA (CHATGPT) A PARTIR DE DATOS CLÍNICOS APORTADOS.

Tabla 3. Melanoniquia longitudinal: benignidad vs. sospecha de melanoma ungueal

Característica	Más compatible con benignidad	Más sugestiva de melanoma ungueal	Conducta recomendada
Edad y contexto	Niños/adolescentes (nevus de matriz más probable); melanoniquia racial/múltiples uñas en fototipos altos	Adulto con melanoniquia nueva en una uña; antecedentes de cambio progresivo	En adulto con lesión nueva o cambiante: derivación preferente ^{12,14,17}
Número de uñas afectadas	Varias uñas con bandas similares	Una sola uña (monodactílica) con progresión	Monoungueal progresiva: onicodermatoscopia y valorar biopsia ^{12,14}
Ancho de la banda	Banda fina y estable	Banda ancha (≥ 3 mm) o que se ensancha (sobre todo de manera proximal)	Derivación preferente; evaluar matriz y plan de biopsia si existe sospecha ^{12,14,17}
Color y homogeneidad	Color uniforme (marrón claro) con escasa variación	Múltiples tonos (marrón oscuro/negro/gris), heterogeneidad marcada	Sospecha elevada si heterogéneo + cambio: biopsia ^{12,14,17}
Bordes de la banda	Bordes nítidos y paralelos	Bordes borrosos/irregulares, asimetría	Derivación preferente ^{12,14}
Dermatoscopia: líneas longitudinales	Líneas paralelas regulares (color/grosor/espaciado uniformes)	Líneas irregulares, pérdida de paralelismo, variación de grosor/espaciado, asimetría	Criterios dermatoscópicos sospechosos → biopsia de matriz ^{12,14,18}
Hutchinson/micro-Hutchinson	Ausente; o pseudo-Hutchinson sin patrón sospechoso	Pigmento periungueal verdadero o micro-Hutchinson dermatoscópico	Derivación preferente; diferenciar pseudo-Hutchinson ^{17,22}
Cambios asociados en la lámina	Sin distrofia significativa	Fisuras, fragilidad, distrofia localizada, ulceración o sangrado	Derivación preferente/urgente si hay ulceración/sangrado ^{12,17}

Nota: La regla ABCDEF puede utilizarse como recordatorio clínico, integrada con dermatoscopia y evolución. Micro-Hutchinson: pigmento periungueal solo visible con dermatoscopia.

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA, ADAPTADA DE CONWAY ET AL.¹², RICARDO ET AL.¹⁴, DERMNET^{17,18} Y BANG ET AL.²².

- Pérdida de paralelismo.
- Asimetría del patrón.
- Posible pigmento periungueal (Hutchinson dermatoscópico)¹².

En contraste, las lesiones melanocíticas benignas suelen mantener las **líneas más paralelas**, uniformes y con menor variabilidad cromática (siempre interpretando por edad, localización y evolución)¹²⁻¹⁴.

5.2.2.5. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

El diagnóstico diferencial de una melanoniquia longitudinal incluye:

- *Nevus* de matriz (más habitual en niños/jóvenes).
- Lentigo.
- Pigmentación exógena, hemorragia subungueal.
- Fármacos o melanoniquia racial (según contexto).
- Otros tumores (p. ej., carcinoma *in situ* pigmentado), además de distrofias^{12,14,21}.

5.2.2.6. BIOPSIA: INDICACIÓN Y TÉCNICA ORIENTATIVA (figura 11)

La confirmación diagnóstica es **histológica**. En los casos de melanoniquia sospechosa, la biopsia debe dirigirse al **origen del pigmento**, que con frecuencia es la **matriz** (a menudo la matriz proximal)¹²⁻¹⁴.

Revisiones recientes recalcan que la **biopsia de matriz** (tangencial/excisional según el caso) es el estándar para confirmar o descartar el melanoma ungueal, seleccionando la técnica más adecuada para maximizar el rendimiento y minimizar la distrofia¹²⁻¹⁴.

5.2.2.7. MANEJO Y TRATAMIENTO

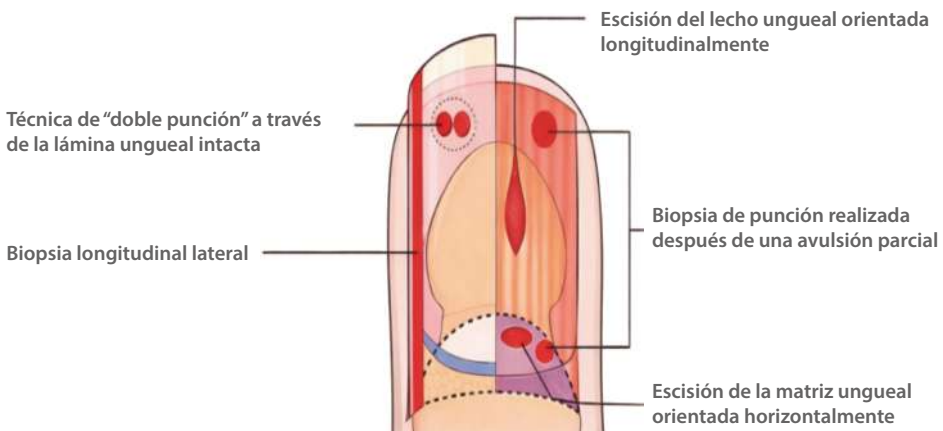
El tratamiento del melanoma ungueal se rige por los mismos principios que el del melanoma cutáneo, con las particularidades anatómicas propias de cada uno. Algunas revisiones actuales describen la tendencia hacia la cirugía funcional/conservadora cuando es posible, frente a las históricas amputaciones más extensas, siempre en función de la **estadificación**, invasión y márgenes requeridos¹³.

En enfermedad avanzada, se considerará el uso de terapias sistémicas (inmunoterapia y terapias dirigidas según las mutaciones presentes), aunque la evidencia específica de melanoma ungueal es más limitada por su baja frecuencia¹³.

5.2.2.8. PRONÓSTICO Y SEGUIMIENTO

El pronóstico depende fundamentalmente del **grosor tumoral**, la ulceración, el ganglio centinela y el estadio, como en otros melanomas. El reto clínico principal es el **diagnóstico precoz**, razón por la que la educación sobre signos de alarma (ABCDE, Hutchinson, cambios progresivos) y el uso de la dermatoscopia adquieren un papel central^{12-16,20,21}.

Figura 11. Tipos de biopsias y escisiones de la unidad ungueal



FUENTE: IMAGEN GENERADA POR IA (CHATGPT) A PARTIR DE DATOS CLÍNICOS APORTADOS.

5.2.3. CARCINOMA EPIDERMÓIDE DE LA UNIDAD UNGUEAL Y ENFERMEDAD DE BOWEN UNGUEAL

5.2.3.1. EPIDEMIOLOGÍA Y FACTORES DE RIESGO

El carcinoma epidermoide de la unidad ungueal (SCCNU) (figura 12) es el **tumor maligno más frecuente** del aparato ungueal; su forma *in situ* (enfermedad de Bowen ungueal) puede ser incluso más frecuente que la invasiva^{15,16}.

Afecta típicamente a varones de más de 50 años, y tiene predilección por los dedos de la mano (especialmente el pulgar), aunque también puede aparecer en los pies¹⁵.

Entre los factores de riesgo descritos se incluyen los **traumatismos repetidos**, la exposición a **radiación ionizante** (p. ej., radioterapia antigua, exposición laboral), arsénico o pesticidas y estados predisponentes (p. ej., disqueratosis congénita)^{15,16}.

Un aspecto clave en la unidad ungueal es la asociación con el **virus del papiloma humano (VPH) de alto riesgo**. Revisiones recientes sitúan la detección de VPH en un rango aproximado del **60-80 %** de SCCNU, siendo **VPH-16** el tipo más implicado. Se considera que la transmisión es genitodigital, y se describe con cierta frecuencia el antecedente personal o en la pareja de enfermedad anogenital asociada a VPH^{15,16}.

5.2.3.2. PRESENTACIÓN CLÍNICA: POR QUÉ SE RETRASA EL DIAGNÓSTICO

La clínica es muy variable y con frecuencia aparece “camuflada” como patología benigna: verruga peri/subungueal, onicomicosis, paroniquia crónica, onicólisis traumática, granuloma piógeno, etc.^{16,19,23}. Las formas clínicas más útiles para “sospechar” SCCNU en consulta son:

- **Lesión verrugosa** periungueal/subungueal persistente o recurrente (“verruga que no responde”)^{15,19,23}.
- **Onicólisis crónica** con hiperqueratosis subungueal focal, detritus, fisuras o erosiones persistentes¹⁹.
- **Eritroniquia longitudinal localizada** (una sola uña) con queratosis distal/fisura, que obliga a descartar neoplasia epitelial (incluida Bowen)²⁴.
- **Melanoniquia o pigmentación irregular** (SCCNU pigmentado), menos frecuente, pero descrita en la literatura¹⁶.
- **Úlcera, sangrado, dolor progresivo** o signos de invasión local.

5.2.3.3. DERMATOSCOPIA (ONICODERMATOSCOPIA) EN SCCNU/BOWEN UNGUEAL

La onicodermatoscopia **no reemplaza a la biopsia**, pero ayuda a reconocer patrones sospechosos y a delimitar el área de muestreo.

Figura 12. SCCNU con aspecto verrugoso/subungueal y onicólisis persistente



FUENTE: IMAGEN GENERADA POR IA (CHATGPT) A PARTIR DE DATOS CLÍNICOS APORTADOS.

En el SCCNU, revisiones recientes destacan que la dermatoscopia puede mostrar **onicolísis**, cambios vasculares (patrón vascular irregular) y alteraciones longitudinales blanquecinas/amarillentas, además de costras o queratina, según la morfología clínica^{15,16,19}.

En lesiones no pigmentadas del aparato ungueal (incluyendo SCCNU *in situ* y melanoma amelanótico), DermNet subraya el valor de evaluar dermatoscópicamente las estructuras ungueales y la posibilidad de retrasar el diagnóstico si se basa solo en una visión macroscópica¹¹ (figuras 13 y 14).

Figura 13. SCCNU con masa erosionada debajo de la uña, caracterizado por área onicolítica con supuración de la uña en etapa tardía debido a erosión subungueal



FUENTE: STARACE M 2018²⁵.

Figura 14. Onicoscopia de un carcinoma escamocelular de aspecto verrugoso: onicolísis, vascularidad irregular y hemorragia, superficie verrugosa del lecho ungueal



FUENTE: STARACE M 2018²⁵.

5.2.3.4. EVALUACIÓN COMPLEMENTARIA E IMAGEN (INCLUIDA SOSPECHA DE INVASIÓN ÓSEA)

La **biopsia** es imprescindible para confirmar SCCNU y distinguir si es *in situ* o invasivo^{15,16,19,23}.

Respecto a la técnica de imagen:

- **Radiografía simple:** útil como cribado si se sospecha que hay **invasión ósea** (osteólisis/erosión), aunque puede ser normal en ausencia de invasión²³.
- **RM:** particularmente valiosa para delimitarla extensión, evaluar el estado de la matriz, el lecho y los pliegues y detectar si existe infiltración medular o perineural¹⁹.

En la práctica, se considera razonable solicitar un diagnóstico por imagen (al menos radiografía) cuando hay lesión de larga evolución, dolor, destrucción importante o sospecha clínica de extensión profunda, y especialmente antes de proceder a una cirugía extensa²³.

5.2.3.5. TRATAMIENTO

El tratamiento es quirúrgico en la mayoría de los casos, con el objetivo de conseguir una **exéresis completa**, preservando la función cuando sea posible. La evidencia reciente apoya estrategias conservadoras basadas en el control de los márgenes (p. ej., cirugía de Mohs) en centros con experiencia, reservando los procedimientos más radicales para cuando exista invasión ósea o enfermedad extensa¹⁶.

Estudios recientes informan de **bajas tasas de recidiva local** con Mohs micrográfica en SCCNU²⁶.

En el contexto de SCC asociado a VPH, revisiones recientes discuten el interés creciente

por el papel de la **vacunación contra el VPH** como estrategia preventiva y potencial apoyo terapéutico en escenarios seleccionados, aunque no sustituye al manejo estándar¹⁵.

5.2.3.6. PRONÓSTICO Y SEGUIMIENTO

El SCCNU suele crecer de forma relativamente lenta y presentan una baja tasa de metástasis en comparación con el SCC cutáneo de otras localizaciones; no obstante, el riesgo aumenta con la invasión, el retraso en confirmar el diagnóstico y la afectación ósea. Por ello, el seguimiento debe individualizarse según el estadio, los márgenes y los factores de riesgo (incluida la inmunosupresión)^{15,16,19,23}.

En la tabla 4 se recoge un resumen de las características y el manejo del SCCNU.

5.2.4. OTROS TUMORES UNGUEALES MALIGNOS

Además de melanoma y SCC, existen otros tumores malignos raros del aparato ungueal. Por su baja frecuencia, el objetivo aquí es “reconocer”, más que memorizar:

- **Carcinoma verrugoso del lecho:** puede simular verruga crónica y requiere biopsia amplia o dirigida¹⁶.
- **Porocarcinoma ecrino, carcinoma onicolemalemaligno, carcinoma oncocítico y carcinoma basocelular periungueal:** presentaciones variables (masa, ulceración, distrofia), manejo quirúrgico y confirmación histológica¹⁶.
- **Metástasis subungueales** (rarísimas): dolor, masa, destrucción rápida; sospechar

Tabla 4. SCCNU: clínica, dermatoscopia, imagen y manejo

Aspecto	Hallazgos característicos	Comentarios prácticos/claves clínicas
Clínica	Lesión monoungueal persistente; onicólisis crónica; masa subungueal o periungueal; hiperqueratosis focal; lesión verrugosa o ulcerada; sangrado recurrente; dolor variable	A menudo simula verruga periungueal o paroniquia crónica. Retrasos diagnósticos frecuentes. Sospechar ante lesiones refractarias al tratamiento
Factores asociados	Traumatismo crónico; infección por VPH (especialmente subtipos oncogénicos); inmunosupresión; radiación ionizante	El VPH se asocia con mayor frecuencia en SCCNU que en otras localizaciones
Dermatoscopia ungueal	Onicólisis irregular; áreas blanquecinas o amarillentas; queratina subungueal; erosiones; vascularización irregular; hemorragias; ausencia de patrón melanocítico	Hallazgos no específicos, pero útiles para orientar la biopsia y diferenciar de verruga o melanoma amelanótico
Diagnóstico diferencial	Verruga peri/subungueal; paroniquia crónica; onicomycosis; melanoma amelanótico; tumor glómico (si dolor intenso)	“Verruga que no responde” = biopsia obligatoria
Pruebas de imagen	Radiografía simple de falange distal; resonancia magnética en sospecha de invasión profunda	La Rx valora la afectación ósea; la RM delimita la extensión en partes blandas
Confirmación diagnóstica	Histología (biopsia incisional o exéresis completa)	La biopsia debe incluir matriz/lecho ungueal según localización
Tratamiento	Exéresis quirúrgica completa; cirugía de Mohs en centros especializados	El objetivo es márgenes libres, preservando la función cuando sea posible
Pronóstico	Generalmente favorable si hay diagnóstico precoz; riesgo de invasión ósea si el diagnóstico es tardío	La afectación ósea condiciona tratamientos más agresivos (amputación parcial)
Seguimiento	Controles periódicos clínicos	Mayor vigilancia en pacientes inmunodeprimidos

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA, ADAPTADA DE BRAY ET AL.¹⁵, IORIZZO ET AL.¹⁶, VENTURI ET AL.¹⁹ Y CURTIS ET AL.²³.

en pacientes con cáncer conocido y lesión ungueal agresiva.

5.2.5. ESTRATEGIA DIAGNÓSTICA Y CRITERIOS DE DERIVACIÓN (figura 15)

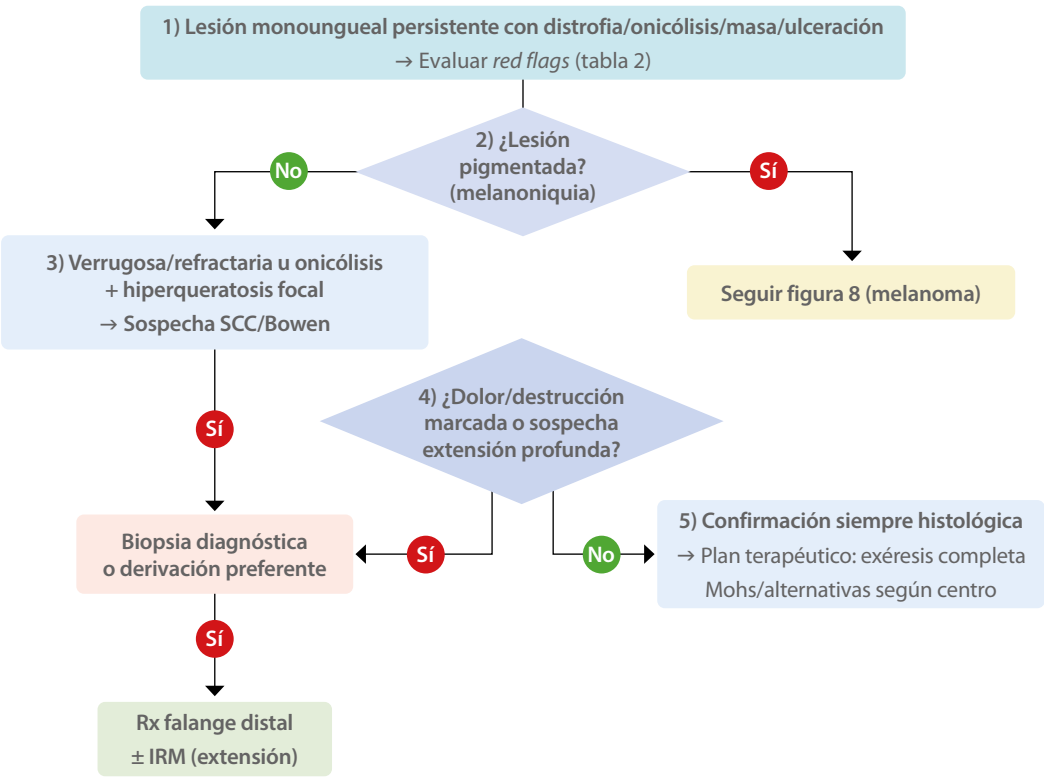
En la práctica clínica, lo más útil es disponer de un “circuito” que evite retrasos:

- **Lesión monoungueal persistente** con distrofia progresiva, masa, ulceración, sangra-

do o pigmentación irregular → **derivación preferente** para evaluación ungueal especializada y biopsia^{15,16,19,23}.

- **Melanoniquia sospechosa** (ABCDEF, Hutchinson, dermatoscopia irregular) → algoritmo específico de melanoma (figura 8)^{12-16,20,21}.
- **Lesión verrugosa resistente o paroni-quia/onicólisis “rebeldes”** → considerar SCCNU y biopsiar o derivar^{15,16}. ►►

Figura 15. Sospecha de tumor maligno ungueal: enfoque diagnóstico y derivación



FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA, ADAPTADA DE CONWAY ET AL.¹², ITO ET AL.¹³, RICARDO ET AL.¹⁴, BANG ET AL.²² Y DERMNET^{27,28}.

CAPÍTULO 5 · Bibliografía

1. Hinchcliff KM, Pereira FA. Subungual Tumors: An Algorithmic Approach. *Clin Plast Surg*. 2019;46(3):367-83.
2. Piraccini BM, Starace M, Rubin AI, Di Chiacchio NG, Dika E, Fanti PA. Diagnosis and surgical treatment of benign nail unit tumors. *J Dtsch Dermatol Ges*. 2023;21(2):116-29.
3. Rodriguez-Takeuchi SY, Villota V, Renjifo M. Anatomy and pathology of the nail and subungual space: Imaging evaluation of benign lesions. *Clin Imaging*. 2018 Nov-Dec;52:356-64. doi:10.1016/j.clinimag.2018.09.002.
4. Rademaker M. Glomus tumour [Internet]. *DermNet*. 2008 [consultado 14 enero 2026].
5. Oakley A. Digital mucous cyst (myxoid cyst) [Internet]. *DermNet*. 2016 [consultado 14 enero 2026].
6. Purvis D. Onychopapilloma [Internet]. Auckland: *DermNet NZ*; 2016 [cited 2026 Jan 14]. Available from: *DermNet NZ – Onychopapilloma*.
7. Lee S, Howard A. Onychomatricoma [Internet]. *DermNet*. 2019 [consultado 14 enero 2026].
8. *DermNet NZ*. Koenen tumours and periungual fibromas [Internet]. 2024 [consultado 14 enero 2026].
9. Starace M, Rubin AI, Di Chiacchio NG, Pampaloni F, Alessandrini A, Piraccini BM, Iorizzo M. Diagnosis and surgical treatment of benign nail unit tumors. *J Dtsch Dermatol Ges*. 2023;21(2):116-29.
10. Hinchcliff KM, Pereira C. Subungual tumors: an algorithmic approach. *J Hand Surg Am*. 2019;44(7):588-98.
11. *DermNet New Zealand*. Dermoscopy of the nail [Internet] [consultado 14 enero 2026].
12. Conway J, Bellet JS, Rubin AI, Lipner SR. Adult and Pediatric Nail Unit Melanoma: Epidemiology, Diagnosis, and Treatment. *Cells*. 2023 Mar 22;12(6):964. doi: 10.3390/cells12060964
13. Ito T, Hashimoto H, Kaku-Ito Y, Tanaka Y, Nakahara T. Nail Apparatus Melanoma: Current Management and Future Perspectives. *J Clin Med*. 2023;12(6):2203.
14. Ricardo JW, Bellet JS, Jellinek N, Lee D, Miller CJ, Piraccini BM, et al. Evaluation and diagnosis of longitudinal melanonychia: A clinical review by a nail expert group. *J Am Acad Dermatol*. 2025;93(1):176-87.
15. Bray ER, Tosti A, Morrison BW. Update on Squamous Cell Carcinoma of the Nail Unit: An Human Papillomavirus-Associated Condition. *Skin Appendage Disord*. 2024;10(3):199-206.
16. Iorizzo M, Vollono L, Richert B. Diagnosis and Management of Malignant Epithelial Nail Unit Tumors. *Diagnostics (Basel)*. 2024;14(21):2379.
17. *DermNet New Zealand*. Melanoma of the nail unit: a complete overview [Internet] [consultado 14 enero 2026].
18. *DermNet New Zealand*. Dermoscopy of the nail. [Internet] [consultado 14 enero 2026].
19. Venturi F, Magnaterra E, Scotti B, Alessandrini A, Veneziano L, Vaccari S, et al. Squamous Cell Carcinoma of the Nail Unit: A Comprehensive Review of Clinical Features, Diagnostic Workflow, Management Strategies and Therapeutic Options. *Diagnostics (Basel)*. 2025;15(18):2378.
20. Catalán V, Yagnam M, Morales C, Villagra M. Is Hutchinson's Sign Pathognomonic of Subungual Melanoma? *Actas Dermosifiliogr*. 2019;109(6).
21. Puckett Y, MacKenzie DN. Subungual Melanoma [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Aug 9 [cited 2026 Jan 14]. Available from: Subungual Melanoma - StatPearls - NCBI Bookshelf.
22. Bang JS, Kim JY. Clinical differences between Hutchinson's sign in subungual melanoma and pseudo-Hutchinson's sign in benign longitudinal melanonychia. *J Am Acad Dermatol*. 2026 Feb;94(2):478-84. doi: 10.1016/j.jaad.2025.10.089. Epub 2025 Oct 25. PMID: 41396573.
23. Curtis KL, Amin SP, Jellinek NJ, Knackstedt TJ, Miller CJ, Piraccini BM, et al. Diagnosis and management of nail unit squamous cell carcinoma. *JAAD Reviews*. 2025;4:187-94.
24. Curtis KL, Ho B, Jellinek NJ, Rubin AI, Tosti A, Lipner SR. Diagnosis and management of longitudinal erythronychia: A clinical review by an expert panel. *J Am Acad Dermatol*. 2024;91(3):480-9.
25. Starace M, Alessandrini A, Dika E, Piraccini BM. Squamous cell carcinoma of the nail unit. *Dermatol Pract Concept*. 2018;8(3):238-44.
26. Veerabagu SA, Zhang J, Krausz AE, Fix WC, Cheng B, Sobanko JF, et al. Low local recurrence rates after Mohs micrographic surgery for cutaneous squamous cell carcinoma of the nail unit. *J Am Acad Dermatol*. 2024 Apr;90(4):832-3.
27. Seebacher NA. Melanoma of the nail unit: a complete overview [Internet]. *DermNet*. 2022 [consultado 14 enero 2026].
28. *DermNet*. Dermatoscopy of nail matrix melanoma (image) [Internet] [consultado 14 enero 2026].

Anexo del capítulo 5. En la piel del dermatólogo

En el presente capítulo se estudian los tumores benignos y malignos que afectan al aparato ungueal.

Los **tumores benignos del aparato ungueal** constituyen un grupo heterogéneo de lesiones de excelente pronóstico, en las que la exéresis completa suele ser curativa. No obstante, pueden producir dolor, deformidad o distrofia ungueal. Entre los principales tumores benignos destacan:

- 1 El tumor glómico, derivado del glomus, afecta típicamente a adultos jóvenes o de mediana edad, y tiene predilección por el pulgar y las uñas de los pies. Se caracteriza por la tríada clínica clásica de dolor paroxístico intenso, hipersensibilidad localizada y dolor desencadenado por el frío. Puede manifestarse como una mácula subungueal azulada o rojiza, asociando onicólisis o distrofia focal.
- 2 El quiste mixoide o mucoso digital es una lesión quística pseudocapsulada que se manifiesta como una pápula translúcida, generalmente indolora, aunque puede comprometer la matriz y originar una depresión en la lámina ungueal. El tratamiento del mismo incluye la punción-evacuación asociada a infiltración de corticoides, reservándose el abordaje quirúrgico (como la capsulorrafia) para casos recidivantes con comunicación articular.
- 3 El onicopapiloma es un tumor epitelial del lecho ungueal y la matriz distal, caracterizado por la aparición de una eritroniquia longitudinal única, habitualmente asociada a estriación distal.

- 4 El onicotricoma es un tumor fibroepitelial de la matriz ungueal proximal, caracterizado por hiperplasia del epitelio matricial con prolongaciones digitiformes. Clínicamente produce un engrosamiento progresivo de la lámina, con aspecto amarillento-marrónáceo, hiperqueratosis proximal, fenestraciones en el borde libre y vasos finos longitudinales o en patrón en peine.
- 5 Los fibromas periungueales y el fibroqueratoma acral son lesiones fibroepiteliales firmes, que surgen del pliegue ungueal o del borde distal. Generalmente de forma solitaria, la presencia de múltiples fibromas de Köenen constituye un criterio mayor de esclerosis tuberosa.
- 6 El granuloma piógeno es una lesión vascular friable de crecimiento rápido, que se manifiesta como una pápula o nódulo amarillento, rojizo o violáceo, con tendencia al sangrado fácil y a la ulceración.
- 7 La exostosis subungueal es una proliferación ósea benigna de la falange distal localizada bajo la uña, con mayor frecuencia en el *hallux*, que se presenta como una masa dolorosa capaz de elevar y deformar la lámina ungueal.

Los **tumores malignos del aparato ungueal** son infrecuentes, pero su relevancia clínica radica en su capacidad para simular procesos benignos, lo que puede conllevar retrasos diagnósticos. Ante la sospecha, debe remitirse al paciente para biopsia de la matriz ungueal, seleccionando la técnica que maximice el rendimiento diagnóstico y minimice la distrofia.

1 El **melanoma ungueal** puede originarse en la matriz, el lecho o los pliegues ungueales. Clínicamente suele iniciarse como una melanoniquia longitudinal de ensanchamiento progresivo, con irregularidades en su forma y color. El signo de Hutchinson, consistente en la extensión del pigmento hacia el pliegue ungueal o el hiponiquio, a veces solo es evidente mediante dermatoscopia. En ocasiones, puede presentarse como una lesión amelanótica. El tratamiento sigue los principios del melanoma cutáneo, con adaptaciones a las particularidades anatómicas de la unidad ungueal.

2 El **carcinoma epidermoide** de la unidad ungueal es el tumor maligno más frecuente en esta localización, siendo habitual su presentación *in situ* (enfermedad de Bowen ungueal). Afecta predominantemente a varones mayores de 50 años y tiene predilección por los dedos de la mano. Se ha relacionado con traumatismos repetidos y exposición a radiación ionizante, arsénico o pesticidas. Una proporción significativa se asocia a la infección por virus del papiloma humano de alto riesgo, especialmente el tipo 16, con posible transmisión genitodigital. La presentación clínica es variable e incluye lesiones verrugosas, onicólisis crónica con hiperqueratosis subungueal focal o eritroniquia longitudinal localizada con queratosis o fisuración distal. Puede asociar ulceración, sangrado o dolor. En casos de larga evolución, dolor o destrucción significativa, o ante sospecha de extensión profunda, pueden ser necesarias pruebas de imagen. Aunque

el tratamiento es eminentemente quirúrgico, en casos asociados al virus del papiloma se ha propuesto la vacunación frente a este virus como estrategia preventiva y potencial complemento terapéutico en casos seleccionados.

3 Otros tumores malignos del aparato ungueal menos frecuentes incluyen el carcinoma verrugoso del lecho ungueal, el porocarcinoma ecrino, el carcinoma basocelular periungueal y las metástasis subungueales (excepcionales).

Como consideración final, resulta esencial realizar una evaluación clínica minuciosa de toda lesión ungueal persistente o progresiva para evitar retrasos diagnósticos. De este modo, se recomienda la derivación del paciente ante:

1. Eritroniquia longitudinal persistente en una tabla ungueal aislada.
2. Melanoniquia longitudinal de nueva aparición en el adulto (especialmente si presenta irregularidad).
3. Lesiones verrugosas, paroniquia u onicólisis persistentes o refractarias al tratamiento convencional.
4. Distrofias ungueales de etiología no filiada o refractarias al tratamiento convencional.
5. Presencia de dolor desproporcionado.
6. Sangrado espontáneo o recurrente o ulceración.
7. Masa subungueal de etiología no filiada.
8. Destrucción progresiva de la lámina ungueal de causa no filiada. ►►



Con el patrocinio de:



ÍNDICE

AUTORES

CAPÍTULO

1

2

3

4

5