

Solución de los problemas ungueales frecuentes

Solving common nail problems

Antonio Rondón-Lugo,¹ Natilse Rondón-Lárez²

Las uñas, situadas en el dorso de las partes terminales de los dedos, son importantes y tienen varias funciones como la protección de partes subyacentes, la toma de ciertos objetos, el rascado e, incluso, la defensa; además, ayudan a la estética, denotan la higiene e incluso puede sugerir la clase económica y la destreza manual.

Son rectangulares, transparentes, planas, de estructura córnea. El color es debido a la rica vasculatura subyacente. En la parte proximal, se aprecia en algunas uñas una zona blanquecina en forma de semiluna que es la lúnula. Crecen a un promedio de 0,10 a 0,12 mm/d, más entre la segunda y tercera década, posteriormente, el crecimiento disminuye, al igual que en procesos infecciosos y en algunas enfermedades sistémicas. Las uñas de las manos crecen más rápidamente que las de los pies.

Generalmente, cuando se habla de la uña, se está refiriendo a la lámina ungueal, la cual tiene una coloración blanco rosada y es de superficie lisa. Pero, en realidad, el aparato ungueal tiene varios componentes, cada uno con histología distinta. Esto es necesario conocer porque algunas afecciones tienen asiento en una determinada región.

Los elementos de la uña son los siguientes:

- ▲ Lámina ungueal. Mal llamada plato ungueal.
- ▲ Lecho ungueal. Exactamente debajo de la lámina.
- ▲ Hiponiquio. Zona distal del lecho ungueal.
- ▲ Borde libre

- ▲ Lúnula. Zona blanquecina situada en la parte proximal de la lámina.
- ▲ Cutícula. Borde alrededor de la lámina, principalmente en la parte principalmente proximal de la lámina, es importante su cuidado, no debe eliminarse, pues luego pueden venir infecciones bacterianas o micóticas.¹⁻⁷

Las uñas son muy importante en el estudio del paciente, muchas enfermedades dermatológicas frecuentes presentan alteraciones ungueales, muchas veces estas aparecen antes de las lesiones en la piel, de allí que es necesario conocerlas para hacer el diagnóstico prontamente.

Las más comunes referidas son psoriasis, liquen plano, Darier, *alopecia areata*, colagenosis (lupus eritematoso, esclerodermia, dermatomiositis), enfermedades ampollares, Hansen y escabiosis.

Infección bacteriana

La infección bacteriana alrededor de la lámina se llama perionixis o paroniquia; la inflamación puede ser aguda (Figura 1) o crónica a repetición (Figura 2), debajo de la lámina, o dentro de la lámina.^{8,9}

La perionixis, como su nombre lo indica, es una inflamación alrededor de la lámina ungueal, puede ser transitoria o permanecer en el tiempo, si las condiciones que la originaron persisten. La principal causa es la humedad continua que se observa mayormente en las que realizan oficios en el hogar y no se cubren con guantes, en los que trabajan en bares y restaurantes; también puede precipitarla cuando se producen abrasiones mecánicas o por químicos. Al comienzo hay sensación de ardor, pero luego puede existir dolor importante. La inflamación a veces es muy importante que se produzca secreción purulenta.^{8,9}

1. Profesor Emeritus. Instituto de Biomedicina. Universidad Central de Venezuela. Maestro de la Dermatología Ibero-Americana CILAD 2006.

2. Dermatóloga Clínica Santa Sofía. Caracas Venezuela.



Figura 1. Perionixis aguda, nótese la inflamación periungueal.



Figura 3. Perionixis crónica. Se observa aumento del grosor periungueal, desaparición de la cutícula, trastornos en la lámina con cambios en la superficie, y cambios de color. Por los cambios en la lámina se deduce un proceso más antiguo.

Si se hace crónica se aprecia engrosamiento de la piel alrededor de la lámina, va desapareciendo la cutícula; la lámina ungueal en procesos crónicos se aprecia sin brillo, con estriaciones transversales, y no es infrecuente asociación con infecciones bacterianas y micóticas que hacen que la superficie se destruya parcialmente y tome diferentes tonalidades.^{8,9} Figura 3.

Por el interrogatorio se sabrá cuáles son los factores desencadenantes, estos deben ser eliminados. Cuando

existe solo eritema, esto se corrige con aplicación de esteroides tópicos, a veces combinados con antibióticos, cuando es más pronunciado el edema y eritema se pueden aplicar compresas, antiinflamatorios no esteroideos y vía oral. Antibióticos por vía oral, si hay secreción purulenta, es importante tomar estudio bacteriológico, y en casos más graves drenar quirúrgicamente; en casos crónicos es recomendable toma de muestra para examen micológico y de una vez iniciar tratamiento con fluconazol, vía oral, 150 mg, semanal, durante cuatro semanas. Siempre investigar las causas desencadenantes, para eliminarlas.^{8,9}

Infecciones bacterianas ungueales

En la perionixis puede haber infección asociada; pero también se observa infección bacteriana subungueal, generalmente, luego de traumatismo o mala pedicura. La mayoría de veces es necesario drenar la secreción, hacer estudio bacteriológico e indicar antibióticos vía sistémica.

He visto en cuatro oportunidades la presencia de una coloración amarillenta subungueal, generalmente, en la parte media o proximal de la lámina, sin causa aparente (Figura 4). En estos casos, hacer un pequeño orificio en la lámina, sin anestesia, y con una hoja de bisturí ir rebanando lentamente; indicar antibióticos tópicos y sistémicos. Se curan y no son recidivantes. A todos les hago exámenes bacteriológicos y micológicos e investigo causas sistémicas, inmunológicas, pero siempre han sido normales, ¿qué síndrome es este?



Figura 2. Perionixis crónica, alteraciones en partes laterales de la lámina ungueal.



Figura 4. Levantamiento de la lámina con cambio de color, en la parte proximal.



Figura 6. Onicólisis más infección bacteriana.

Onicólisis más infección bacteriana

La onicólisis es el despegamiento de la lámina ungueal en la parte distal o lateral, la causa más frecuente es el traumatismo repetido por la limpieza, el uso de uñas “postizas, acrílicas”, pero también se observa en psoriasis, enfermedades ampollares, e ingestión de algunos medicamentos. La onicólisis generalmente condicione que penetren bacterias, que están en la superficie de la piel e

incluso mohos y dermatofitos; de allí que es conveniente cada cierto tiempo hacer examen bacteriológico y micológico, no debe de entrada emplear antimicóticos tópicos y/ orales sin la confirmación de la patología. Como preventivo para evitar infecciones se emplea soluciones como timol en cloroformo al 3%-5 % recomendada por Samman.⁹ La más frecuente infección bacteriana observada es por *Pseudomonas aeruginosa*. Figuras 5-7.



Figura 5. Uña de color verdoso por infección bacteriana.



Figura 7. Onicólisis lateral más infección bacteriana.



Figura 8. Lámina ungueal parcialmente destruida, presencia material subungueal.



Figura 10. Forma de aplicar la pomada.

Tiña de la uña

La mayoría de los pacientes cuando tienen alteraciones ungueales piensan que ‘tienen hongos’ y se automedican. Incluso, muchos médicos no especialistas, cuando ven lesiones ungueales, indican antimicóticos tópicos e incluso orales, por tiempo variable. Para el diagnóstico es necesario siempre tomar una muestra para el examen micológico, que no se haya aplicado antimicóticos previamente y que el material sea analizado en examen directo y cultivo.



Figura 9. Uña con cambio de color, material subungueal.

En las lesiones ungueales con sospecha de infección micótica (Figuras 8 y 9), se toma una muestra para examen, y se hace una onicectomía química con crema de urea al 40 % más ácido salicílico al 20 % (Figura 10), se cubre oclusivamente con adhesivos, que se retiran a la semana. Está contraindicada en casos de diabetes o de arteriopatía. Se le advierte al paciente que si siente dolor o pulsaciones debe retirar todos los adhesivos. Cuando viene al control, la uña es blanda y se va retirando lentamente con una hoja de bisturí. Si el resultado del examen directo es positivo, se inicia el tratamiento específico con antimicóticos tópicos y sistémicos. La onicectomía por medios químicos ahorra por lo menos seis semanas de tratamiento con antimicóticos.

Verrugas periungueales

Hay varias formas de presentación, en una o en varias uñas, lateral, proximal o subungueal (Figura 11). Cuando es lateral o subungueal y con poca extensión, se procede a la eliminación, yo prefiero siempre electrocoagular y ‘curetear’ la lesión, a pesar de tener los equipos y quizás la experiencia no me gusta la criocirugía, aunque hay colegas que obtienen buenos resultados. No se recomienda el empleo de bleomicina intralesional, pues se ha descrito fenómeno de Raynaud permanente. Por cierto, en verrugas plantares, este método marcha muy bien.

En lesiones muy extensas y que se localicen sobre el área proximal, ser muy cautelosos con la electrocoagulación, ya que puede producirse daño a la matriz ungueal subyacente. En estos casos, preferible es rebanar la lesión con hoja



Figura 11. Lesiones periungueales por verrugas periungueales.

de bisturí, aplicar ácido tricloroacético; en la noche, aplicaciones oclusivas de pomada salicilada al 30 %, dos veces a la semana, y limar en las mañanas; aplicar las otras noches imiquimod oclusivo, control mensual. No es fácil resolver este problema, lo que se debe informar al paciente.

Cambios de color en la lámina ungueal

Ya se ha mencionado el color oscuro y el color verdoso en algunas infecciones bacterianas. El cambio de color a veces es externo, debido al contacto con sustancias, por ejemplo algunos detergentes o esmaltes de uñas. Cuando el cambio es reciente, el diagnóstico es fácil, la coloración desaparece raspando con una hoja de bisturí; no así si la pigmentación es crónica, a pesar de que sea por una causa externa.¹⁰



Figura 12. Leuconiquia.

Un cambio de coloración observado con frecuencia es el blanco, llamado leuconiquia. Puede ser único o múltiple, de diferentes tamaños, en una o varias, o en todas las uñas (Figura 12). Cuando son aisladas, la causa más frecuente son pequeños traumatismos; más generalizada y en las manos, también causadas por traumas, personas que se muerden las uñas. Las generalizadas deben hacer pensar en causas sistémicas como hipoproteïnemia, enfermedad de Hodgking, alteraciones hepáticas o renales e intoxicación por arsénico (llamadas líneas de Mees, son líneas transversales).¹⁰

Coloración amarilla

En algunos pacientes con psoriasis, pitiriasis *rubra pilaris* e infecciones bacterianas o que han ingerido tetraciclinas, las uñas tienen un tono amarillento. En el síndrome de la uña amarilla, además del color ungueal, se observa retraso de crecimiento ungueal, ausencia de cutícula y onicogriposis asociados a hipoalbuminemia o a afectación pulmonar con enfisema, bronquiectasias, sinusitis y linfedema.

Coloración oscura

Las líneas oscuras longitudinales (Figura 13) pueden ser raciales, también han sido descritas por deficiencia de vitamina B12, carcinoma hepático y enfermedad de Addison. Lo más frecuente es debido a nevus de unión, siempre hay que descartar casos de melanomas ubicados en la matriz ungueal o en el lecho ungueal.

A veces son pigmentaciones externas, otras veces son por traumatismos repetidos que producen hemorragia



Figura 13. Línea oscura longitudinal.

subungueal. Lo importante es descartar que la pigmentación no sea por células névicas.

La dermatoscopia ayuda en muchos casos a dilucidar el diagnóstico. Los siguientes son algunos patrones:

- ▲ Extravasación sanguínea: mancha de sangre de forma redondeada bien delimitada.
- ▲ Melanocitos activados: pigmentación homogénea en la lámina.
- ▲ Nevus en la matriz ungueal: líneas longitudinales de patrón regular.
- ▲ Melanoma ungueal: líneas longitudinales de patrón irregular patrón irregular.
- ▲ Melanoma amelanótico: patrón vascular atípico.

Paquioniquia congénita

Es el engrosamiento de las uñas. La paquioniquia congénita (Figura 14) es una genodermatosis, transmitida por herencia autosómica dominante, de alta penetrancia y expresividad variable, de la cual se reconocen cuatro tipos: engrosamiento de uñas y disqueratosis generalizadas; palmoplantar; folicular; de la mucosa oral (síndrome de Jadassohn-Lewandowsky).¹¹



Figura 14. A) Paquioniquia congénita. Primer caso a nivel mundial tratado con etretinato. B) Control postratamiento.



Figura 15. Distrofia mediana canaliforme.

Distrofia mediana canaliforme

Puede ser unilateral o bilateral. Consiste en surcos transversales, leves o muy profundos, continuos en el medio de la lámina ungueal (Figura 15). No se conoce la etiología, se piensa sea por traumatismos o por contacto con sustancias externas. La curación es espontánea, sin embargo, se pueden usar sustancias emolientes con urea.

Onicocausis

Desarrollo excesivo de la lámina ungueal se hace más gruesa por la presencia de escamas. Se presenta en procesos crónicos eccematosos, a veces son de aspecto brillante en pacientes con prurito importante.

Líneas de Beau

Depresiones transversales en la lámina ungueal provocadas por una interrupción de la actividad mitótica de la matriz proximal. La profundidad de las depresiones indica la gravedad del daño en la matriz, y la anchura, la duración del proceso. Así también puede calcularse cuándo fue el evento, según el promedio de crecimiento ungueal. Puede originarse por traumas, procesos sistémicos, medicamentos, etc.

Signo de Hutchinson

Pigmentación oscura que puede aparecer en el pliegue proximal o en el hiponiquio en pacientes con melanoma. La dermatoscopia y el estudio histológico son requeridos.

Coiloniquia

Se conoce también como uña en forma de cuchara. La lámina es más delgada. Puede ser normal en niños, pero siempre es necesario hacer exámenes para descartar hipoproteinemias y anemia. Puede estar asociado a algunos síndromes.

Onicorrexis

Es la presencia de estrías longitudinales y fisuras en la lámina ungueal. Entre las enfermedades que se asocian con más frecuencia a la onicorrexis se encuentran el liquen plano, un deterioro del aporte vascular, los traumatismos y los tumores que afectan a la matriz ungueal. Las estrías longitudinales leves son una característica normal del envejecimiento.

Psoriasis ungueal

La psoriasis es una enfermedad crónica de la piel, que puede afectar articulaciones y uñas, de evolución y extensión imprevisible. En las uñas pueden aparecer lesiones previas, simultáneamente o después de las lesiones cutáneas; de allí que a veces, en esos momentos, no se tiene el diagnóstico de la enfermedad, pero por las alteraciones de las uñas se puede llegar al diagnóstico.^{12,13} Figura 16.

Cambios más comunes

- ▲ Hoyuelos o *pits*. Generalmente, son múltiples y pueden localizarse en una o varias uñas, consisten en pequeñas depresiones; pueden estar agrupados o aislados (Figura 17). La lesión histopatológica está en la matriz ungueal y consiste en paraqueratosis. También pueden observarse estos hoyitos por traumas, eccema, *alopecia areata*.
- ▲ Manchas en aceite. La lámina ungueal se nota como de color amarillento; generalmente, aparece en las áreas de onicólisis.
- ▲ Onicólisis. Despegamiento de la lámina ungueal en la parte distal. La exposición a la luz ultravioleta, sola o asociada a medicamentos como la tetraciclina, puede dar lugar a fotoonicólisis.
Traumas, generalmente por el cuidado excesivo de las uñas, tiña, enfermedades ampollares, infecciones bacterianas, hiperhidrosis, enfermedades tiroideas, endurecedores para las uñas.
- ▲ Hemorragias en astilla. Focos pequeños de sangramiento en el lecho ungueal a partir de vasos sanguíneos dérmicos papilares muy dilatados. Representan el signo Auspitz en la uña. Aunque son muy frecuentes en la uña psoriática, pueden verse en otros procesos ungueales como en el caso de los traumatismos, infecciones bacterianas sistémicas graves como la endocarditis.
- ▲ Hiperqueratosis y engrosamiento subungueal. La queratosis subungueal varía en cantidad y color, puede ser de color plateado como las escamas psoriáticas. Figura 18.
- ▲ Anormalidades graves de la lámina ungueal. El compromiso grave de la uña psoriática no es infrecuente;

se puede encontrar una lámina ungueal deformada, blanquecina, con pérdida de brillo, engrosada, con aspecto “desmoronado”, con pocos o numerosos surcos transversales, así como también se puede encontrar una destrucción completa de la uña. Las infecciones bacterianas y micóticas pueden producir daño grave de la lámina ungueal.

No existe tratamiento específico para las lesiones ungueales. En casos graves o en pacientes que tienen un compromiso cutáneo importante o que sufren de artritis psoriática grave que requieren tratamientos sistémicos con metotrexato, etretinato, ciclosporina o PUVA se aprecia mejoría de las lesiones cutáneas; pero debe quedar claro que para las lesiones ungueales solo se emplean en casos muy seleccionados.

Se deben evitar las infecciones bacterianas, que son frecuentes principalmente por la onicólisis. Prevenir las con el empleo de timol en cloroformo al 2 %-4 % y con la disminución de la humedad de la zona.

Cuando ya existe o se sospecha su aparición se deben tratar correctamente. Las infecciones por dermatofitos o por mohos, no son muy frecuentes; sin embargo, ante cualquier alteración sugestiva deben realizarse exámenes micológicos (directo-cultivo) y hacer el tratamiento adecuado.

Se ha empleado para la psoriasis ungueal la aplicación de esteroides de alta potencia alrededor de la zona que corresponde a la matriz. Pueden hacerse curas oclusivas. También se han empleado infiltraciones locales de esteroides en las áreas correspondientes a la matriz, que son dolorosas, la mayoría de los pacientes no las soportan y no siempre producen resultados satisfactorios. Otro inconveniente es que, a veces, la infiltración del esteroide produce injuria en la matriz ungueal y pueden aparecer nuevos defectos ungueales. El calcipotriol también se ha empleado con resultados satisfactorios en algunos casos.

Liquen plano ungueal

La incidencia del liquen plano de la uña varía de 1 % a 10 %. Los cambios no son específicos y pueden ser debidos a traumas de la uña; sin embargo, se sospecha el diagnóstico cuando están comprometidas varias uñas. El liquen plano de la uña puede presentarse con presencia de surcos longitudinales en la superficie del plato ungueal hasta la destrucción total o con atrofia de la uña; estas dependen de la localización, gravedad y duración de la lesión.¹⁴

Se pueden ver surcos longitudinales acentuados en la superficie de la lámina ungueal, el cual puede ser un cambio reversible. Este signo es el más común e, incluso, lleva a



Figura 16. Lesiones de psoriasis en área periungueal, se nota eritema y descamación. En la parte distal de la lámina, despegamiento (onicólisis), en la lámina se aprecian múltiples depresiones (hoyitos o pits).



Figura 18. Hiperqueratosis subungueal.

la atrofia total. En cualquier paciente, puede verse una hiperqueratosis subungueal; en los pacientes de raza negra, es común la hiperpigmentación subungueal residual como respuesta postinflamatoria.

Los cambios histopatológicos de liquen plano son la hiperqueratosis, la hipergranulosis, la degeneración de la capa basal con incontinencia del pigmento melánico y la banda de infiltrado inflamatorio linfocitario.¹⁴

Se emplean esteroides intralesionales o sistémicos. Prednisona, 1-2 mg/kg/d, en niños, y 60 mg/d, en adultos, por dos semanas. Se ha reportado tratamiento exitoso con etretinato.¹⁴

Onicogriposis

Engrosamiento de la placa ungueal, que al crecer en longitud le confiere un aspecto de garra. Por lo general, aparece en personas de la tercera edad y en el primer dedo, debido a presión del calzado. Puede existir infección bacteriana o micótica sobreagregada. Figura 19.

El tratamiento inicial es la limpieza y el corte de la lámina, para evitar la onicocriptosis. En casos muy graves, plantear radiografía del dedo, ecosonograma, y hacer onicectomía con matricectomía. Siempre valorar el riesgo vs. el beneficio.



Figura 17. Presencia de hoyitos y, además, en la uña derecha, onicólisis.



Figura 19. Onicogriposis.



Figura 20. Fibroma periungueal.

Fibromas periungueales

También conocidos como tumores de Köenen. Son lesiones periungueales pedunculadas, de color carne, con un extremo apuntado hiperqueratósico, que se desarrollan en el pliegue (Figura 20). Se observan en aproximadamente 50 % de los pacientes con esclerosis tuberosa.¹⁵

Hematoma subungueal

Lesión relativamente frecuente que aparece por traumatismo directo sobre la uña o, más raro, por calzado mal ajustado o carreras de larga distancia (Figura 21). Provoca intenso dolor y separación de la lámina. Para tratarlo, se hace un orificio en la lámina. A veces es conveniente realizar una radiografía para descartar lesión ósea.



Figura 21. Hematoma subungueal.



Figura 22. Quiste mucinoso o mixoide distal.

Quiste mixoide distal o mucinoso

Se produce principalmente en pacientes de 40 a 70 años, más frecuente en mujeres, es solitario, generalmente pequeño (menos de 15 mm de diámetro), redondo u ovalado, suave, de superficie lisa o nodular, se encuentra en el dorso de los dedos de manos y pies.¹⁵ Figura 22.

Es el resultado de la hernia de la cubierta del tendón o recubrimientos articulares, lo que semeja un ganglión. Puede producir deformidad ungueal con el tiempo. Tratamientos para este tipo de lesión, por ejemplo, los siguientes: inyección de hialuronidasa, corticoides o alcohol diluido; incisión y drenaje; sustancias esclerosantes en repetidas punciones y aspiración con aguja o drenaje; electrocoagulación o destechamiento por electrodissección, con el uso de fenol como quimiocaústico; congelación con dióxido de carbono; crioterapia; radioterapia y cirugía.¹⁵

Onicocriptosis

Es la introducción de parte de la lámina ungueal en la piel del tejido subungueal e hiponiquio, generalmente es en parte lateral, unilateral o bilateral y más frecuente en los primeros dedos del pie.

La principal causa es el mal corte de la lámina ungueal, o sea mala pedicura; las personas quieren sus lámina en forma convexa igual que las uñas de las manos. Otras causas pueden ser congénitas o por defectos ortopédicos.

Hay varios grados de presentación, desde casos iniciales, muy discretos, que se solucionan aplicando ácido tricloacético (ATC), y tratar de despegar la lámina del lecho y dejar un algodón con pomada antibiótica. Figura 23.



Figura 23. Forma de aplicación subungueal del algodón o de la gasa.



Figura 25. Tejido inflamatorio lateral, más proceso inflamatorio purulento en región proximal.

En casos donde ya se observa un tejido granulomatoso, es necesario anestesiarse la zona, para eliminar el tejido inflamado (Figuras 24-26). Despegar la lámina del lecho, luego dejar una pequeña gasa impregnada de antibióticos por varios días. El control semanal cada 15 días, aplicar ATC.

En casos más pronunciados o recidivantes muchas veces es necesario practicar extirpación y matricectomía lateral, para evitar recidivas.

Cirugía de la uña

Muchas veces se debe hacer cirugía por lesiones ungueales. Servirá para diagnóstico; muchas veces para terapia, como en la remoción de tumores; como ayuda ortopédica, para corregir deformidades; también mejora algunos aspectos cosméticos.

Se debe explicar al paciente tanto el procedimiento a efectuar como los resultados esperados. La anamnesis es importante, para conocer otras enfermedades previas y tratamientos, como por ejemplo ácido acetilsalicílico y otros antiagregantes plaquetarios.

El examen clínico incluirá el pulso arterial y el llenado capilar en los dedos. Si es necesario, considerar Doppler.

Para la adecuada orientación diagnóstica, considerar una radiografía del dedo y, en las lesiones tumorales, el ecosonograma.

Es importante una anestesia una hemostasia adecuadas. La anestesia debe ser sin epinefrina.

En las cirugías no muy extensas, para lograr una óptima hemostasia, no es necesario aplicar un torniquete, basta la



Figura 24. Tejido inflamatorio periungueal.



Figura 26. Proceso inflamatorio grave bilateral.



Figura 27. Muestra del material obtenido.



Figura 28. Resultado biopsia método Rondón-Lugo.

presión con una mano. Esto permite que, luego de finalizado el procedimiento, se espere pocos minutos para observar si aparece un sangrado. Cuando las lesiones son pequeñas, aplicar la anestesia en la zona perilesional y lesional, la aguja se introduce de manera proximal a distal. En casos más extensos, se practica anestesia troncular; y en otros, el procedimiento debe realizarse en sala de operaciones, con anestesiólogo, y considerar el trabajo conjunto con un traumatólogo.

La antibioticoterapia preoperatoria, normalmente, no se indica; en los casos extensos, se indica peroperatoriamente.

Biopsia ungueal

Sirve para confirmar el diagnóstico de dermatosis o tumor. Se debe explicar el procedimiento y cuál será el pronóstico.

Cada paciente debe ser evaluado de manera individual. Se toma biopsia solo de la zona que necesita clarificación diagnóstica. Tener en cuenta las siguientes recomendaciones: evitar cicatrices; suturar cuando sea posible; evaluar riesgo-beneficio; realizar exámenes de laboratorio previos; emplear anestesia sin epinefrina

La biopsia puede ser en sacabocados, cuando se observa la lesión, o incisional, para una extirpación.

Cuando es necesario hacer biopsia en enfermedades inflamatorias, como psoriasis o liquen plano por ejemplo, hay dos métodos, el central y el lateral.

La biopsia central (método de Zaias)¹⁶ es longitudinal, a través de toda la lámina ungueal y partes subyacentes. Siempre deja una cicatriz indeleble, de mal aspecto cosmético.

La biopsia lateral (método de Rondón-Lugo)¹⁷ se hace en la parte lateral y comprende todas las partes de la uña; es más fácil, muestra más material y el resultado es más estético. Figuras 27 y 28.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rondón Lugo A.J. Temas Dermatológicos. Caracas: Edit. Refolit; 1979. p. 36-64.
2. Pardo Castelló Y, Pardo O. Diseases of the nails. Charles C. Thomas
3. Rondón Lugo AJ. Enfermedades frecuentes de las uñas. En: Rondón Lugo AJ (editor). Dermatología. Caracas: Editorial Reynaldo Godoy; 1995. p. 229-241.
4. Rondón Lugo A, Rondon Lárez N. Enfermedades frecuentes de las uñas. En: Dermatología Ibero Americana Capítulo 39. www.antoniorondonlugo.com, www.cilad.org, www.piel I
5. Zaias N. The nails in health and disease-spectrum publications 1980.
6. Pierre M. The nail. Churchill Livingstone; 1981
7. Baran R, Drawber RPR, Tosti A, Haneke E. A text atlas of nail disorders -diagnosis and treatment. Oxford: Martin Dunitz; 1996.
8. Rondón Lugo AJ. Infección bacteriana en la uña. Arch Hosp Vargas. 1977;XIX:29-32.
9. Samman P. The nails in disease. London: Heineman; 1965.
10. López-Barcenas A, Chang P, Arenas R. Discromias ungueales. En Dematología Ibero Americana. Capítulo 197 www.antoniorondonlugo.com, www.cilad.org, www.piel I
11. Rondón Lugo A Somoza B Paquioniquia tratada con retinoides por vía oral. Med Cut. 1982;X:395-398.
12. Zaias, N. Psoriasis of the nails: clinical pathology study. Arch Derm. 1969;99: 567-79.
13. Scher R, Daniel R. Nails: Therapy, diagnosis, surgery. WB: Saunder; 1997.
14. Rondón Lugo AJ, Sánchez de Revello B. Liquen plano ungueal. Derm Ven. 1986;24:39-41.
15. Luque-Acevedo AA, Rojas-Ramírez AP. Tumores benignos de las uñas Dermatología Iberoamericana on line Capítulo 163, www.cilad.org, www.piel L, www.antoniorondonlugo.com
16. Zaias N. The longitudinal nail biopsy. J Invest Derm. 1967;49:406-408.
17. Rondón Lugo AJ, Sánchez de Revello B, Cabello de Brito I. Nuevo método de biopsia ungueal. Medicina Cutánea. 1983;XI:47-50.

CORRESPONDENCIA: Dr. Antonio José Rondón Lugo
rondonlugo@hotmail.com / rondonlugo@yahoo.com

Fecha de recepción: 10 de junio de 2014
Fecha de aceptación: 18 de junio de 2014