

## Tumoración verrugosa y dolorosa subungueal

E. Roche-Gamón, I. Febrer-Boch y V. Alegre de Miquel

Servicio de Dermatología. Hospital General Universitario de Valencia. España.

### Historia clínica

Mujer de 22 años sin antecedentes personales patológicos de interés, que consultaba porque desde hacía 8 meses presentaba una lesión subungueal en el pulgar derecho. No refería ningún antecedente traumático local. La tumoración era muy dolorosa al tacto, se produjo de forma espontánea, y se había complicado en diversas ocasiones con sobreinfecciones bacterianas secundarias y con episodios de hemorragia.

### Exploración física

En la exploración se apreciaba una tumoración subungueal exofítica e hiperqueratósica, de color amarillento y con áreas hemorrágicas. Estaba localizada en el borde lateral de la uña, provocando onicolisis y estriaciones longitudinales de la misma (fig. 1).

### Exploraciones complementarias

Le practicamos una biopsia en sacabocados del borde de la lesión (figs. 2 y 3). Se solicitó posteriormente una radiografía simple de la mano que confirmó el hallazgo histológico (fig. 4).

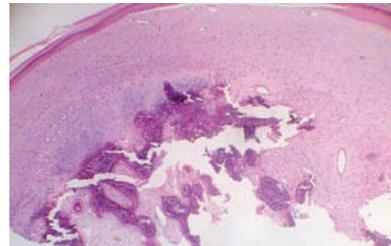
### Descripción histológica

Tumoración subcutánea que alcanzaba la dermis y que estaba rodeada por un infiltrado inflamatorio moderado (fig. 2). La lesión constaba de dos fases, la más superficial car-

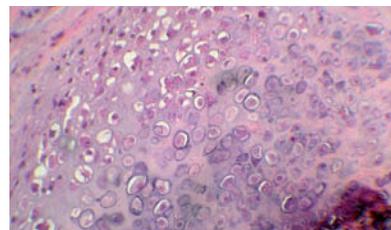
tilagínosa formada por células redondeadas, con citoplasma amplio y bien delimitado, que estaban inmersas en un estroma hialino basófilo (fig. 3). La más profunda estaba formada por espículas óseas eosinófilas, pudiéndose apreciar sistemas haversianos y líneas cementadas. La lesión estaba rodeada de un infiltrado inflamatorio linfocitario con osteoclastos.

### Descripción de la radiología

Radiográficamente la mano: excrecencia ósea en forma de copa, que mostraba continuidad con el tercio distal de la falange distal, y producía alteraciones en la superficie de las partes blandas adyacentes (fig. 4).



(Hematoxilina-eosina, x20.)



(Hematoxilina-eosina, x100.)



Correspondencia:  
Elena Roche Gamón.  
Servicio de Dermatología. Hospital General Universitario de Valencia.  
Avda. Tres Cruces, s/n. 46014 Valencia. España.  
Correo electrónico: erocheqa@yahoo.es

¿Cuál es su diagnóstico?

Exóstosis subungueal.

## Comentario

La exóstosis ungueal es una variante de osteocondroma, un tumor benigno e infrecuente, que fue descrito inicialmente por Dupuytren en 1987<sup>1</sup>. Suele tratarse de lesiones solitarias adquiridas, pero pueden ser múltiples en el contexto de un síndrome autosómico dominante denominado exóstosis múltiples hereditarias<sup>2-4</sup>.

Su patogenia es desconocida aunque lo más aceptado es su origen traumático, y en más de la mitad de los casos pueden identificarse microtraumatismos repetidos en la zona (debidos al calzado o al deporte)<sup>5</sup>.

La localización más frecuente es el primer dedo del pie (85%). Con menos frecuencia aparece en las manos, y en estos casos suele afectar a los dedos pulgar o índice<sup>6</sup>.

Puede aparecer a cualquier edad pero predomina en niños y adolescentes. Es más frecuente en mujeres que en hombres, con un ratio 2:1, excepto en la infancia en que afecta por igual a ambos sexos<sup>1</sup>.

Clínicamente se caracteriza por un nódulo excrecente e hiperqueratósico, a menudo con la superficie papilomatosa, que levanta el borde lateral interno, o más raramente el borde libre de la uña, que adquiere una tonalidad violácea. La posible pérdida ungueal descubre una proliferación fibrosa suprayacente a la exóstosis. El nódulo puede ulcerarse o infectarse secundariamente y con frecuencia la inflamación del tejido circundante, con dolor, paroniquia, formación de un granuloma piogénico o un callo, es la primera causa de consulta médica<sup>1,5,6</sup>.

Histológicamente se asemeja a un callo óseo. En la base presenta una apariencia de hueso normal trabecular cubierto por una capa fibrocartilaginosa. Se produce una osificación encondral desde la base hasta la punta, de modo que las lesiones inmaduras poseen una gruesa capa cartilaginosa mientras que las exóstosis maduras muestran una fina capa de cartilago<sup>7</sup>.

Mediante microscopía electrónica Kato et al<sup>8</sup> observaron dos poblaciones celulares: osteocitos inactivos, en la matriz calcificada, y osteoblastos en la matriz fibrocolágena.

La sospecha diagnóstica debe confirmarse radiográficamente en dos proyecciones: anteroposterior y lateral. Se observa una protusión exofítica de hueso trabecular, en forma

de copa, localizada en el dorso de la falange distal. La capa distal fibrocartilaginosa que recubre la excrecencia ósea no puede visualizarse en la radiografía simple<sup>9</sup>. La resonancia magnética nuclear podría ser útil para identificar pequeños focos de osificación en el lecho ungueal<sup>10</sup>.

El tratamiento es la excisión quirúrgica, que es curativa en el 90% de los casos. Debe extirparse la superficie cartilaginosa en su totalidad para evitar recurrencias, refrescar y curetear el lecho tumoral<sup>11</sup>. Ni la radiación ni la simple cauterización son efectivas.

Es preferible evitar la biopsia cutánea por el riesgo de osteomielitis. El riesgo de degeneración maligna de un osteocondroma solitario es de un 1%<sup>1</sup>.

### Conflicto de intereses

Declaramos no tener ningún conflicto de intereses.

## Bibliografía

1. Ilyas W, Geskin L, Joseph AK, Seraly MP. Subungual exostosis of the third toe. *J Am Acad Dermatol*. 2001;45:S200-1.
2. Yanagi T, Akiyama M, Arita K, Shimizu H. Nail deformity associated with hereditary multiple exostoses. *J Am Acad Dermatol*. 2005;53:534-5.
3. Hazen PG, Smith DE. Hereditary multiple exostoses: report of a case presenting with proximal nail fold and nail swelling. *J Am Acad Dermatol*. 1990;22:132-4.
4. Del-Río R, Navarra E, Ferrando J, Mascaro JM. Multiple exostoses syndrome presenting as nail malalignment and longitudinal dystrophy of fingers. *Arch Dermatol*. 1992;128:1655-6.
5. Davis DA, Cohen PR. Subungueal exostosis: case report and review of the literature. *Pediatr Dermatol*. 1996;13:212-8.
6. Ortega del Olmo RM, Sánchez Hurtado G, Naranjo Sintés R. 23 observations of subungueal exostosis. *Med Cutan Ibero Lat Am*. 1988;16:11-4.
7. Miller-Breslow A, Dorfman HD. Dupuytren's (subungueal) exostosis. *Am J Surg Pathol*. 1988;12:368-78.
8. Kato H, Nakagawa K, Tsuji T, Hamada T. Subungueal exostoses: clinicopathological and ultrastructural studies of three cases. *Clin Exp Dermatol*. 1990 Nov;15(6):429-32.
9. Cohen PR, Scher RK. Geriatric nail disorders: diagnosis and treatment. *J Am Acad Dermatol*. 1992;26:521-31.
10. Goettmann S, Drape JL, Idy-Peretti I, Bittoun J, Thelen P, Arrive L, et al. Magnetic resonance imaging: a new tool in the diagnosis of tumours of the nail apparatus. *Br J Dermatol*. 1994;130:701-10.
11. Suga H, Mukouda M. Subungueal exostosis: a review of 16 cases focusing on postoperative deformity of the nail. *Ann Plast Surg*. 2005;55:272-5.