

Asimismo, deben considerarse también otras entidades en su diagnóstico diferencial, tales como tofos articulares, depósitos xantomatosos o acrodactilias paraneoplásicas¹¹.

Los hallazgos histopatológicos de la PPD muestran una dermis engrosada, con aumento del número de fibras de colágena acompañado de un discreto aumento del número de fibroblastos. También se observa un ligero aumento de mucinas, sin presencia de infiltrados inflamatorios significativos. La epidermis suprayacente suele mostrar hiperqueratosis con ortoqueratosis compacta.

En cuanto al tratamiento, las infiltraciones con hexacetonido de triamcinolona y la resección del tejido fibrótico subcutáneo pueden mejorar la apariencia externa. El tratamiento con corticoides tópicos no se ha mostrado eficaz¹².

Hasta la fecha se han descrito pocos casos de PDD en la bibliografía médica, probablemente al haberse infraestimado su prevalencia dado que es asintomática y no disminuye la movilidad articular. Creemos que es necesario establecer diagnóstico diferencial con otras entidades para evitar exploraciones complementarias y tratamientos innecesarios ya que la PPD es una entidad completamente benigna y no precisa de ningún tratamiento.

Bibliografía

1. Verbov J. Pachydermodactyly. A variant of the true knuckle pad. *Arch Dermatol.* 1975;111:524.
2. Shuang Y, Shun-Le C, Yu-Qi D. Pachydermodactyly: six new cases from China. *J Clin Rheumatol.* 2005;11:72–5.
3. Rai A, Zaphirouopoulos G. An unusual case of periarticular soft tissue finger swelling in an adolescent male: pachydermodactyly or pachydermoperiostosis? *Br J Rheumatol.* 1994;3:677–9.
4. Touraine A, Solente G, Golé L. Un syndrome osteodermopathie: la pachydermie plicaturee avec pachyperiostose des extrémités. *Presse Med.* 1935;43:1820–4.
5. Santos-Durán JC, Yuste-Chaves M, Martínez-González O, Alonso-San Pablo MT, Sánchez-Estella J. Paquidermoperiostosis (sin-

- drome de Touraine-Solente-Golé). Descripción de un caso. *Actas Dermosifiliogr.* 2007;98:116–20.
6. Yanguas I, Goday JJ, Soloeta R. Pachydermodactyly: report of two cases. *Acta Derm Venereol.* 1994;74:217–8.
7. Bordel Gómez MT, Torrelo A, De Prada I, Mediero IG, Zambrano A. Fibromatosis hialina juvenil. *Actas Dermosifiliogr.* 2004;95:54–7.
8. García-Miguel J, Blanch-Rubió J, Calvo N, Iglesias M. Varón joven con paquidermodactilia: hallazgos radiológicos. *Reumatol Clin.* 2005;1:131–3.
9. Kopera D, Soyer HP, Kerl H. An update on pachydermodactyly and a report of three additional cases. *Br J Dermatol.* 1995;133:433–7.
10. Meunier L, Paillet C, Barneon G, Meynadier J. Pachydermodactyly or acquired digital fibromatosis. *Br J Dermatol.* 1994;131:744–6.
11. Sandobal C, Kuznietz A, Varizat A, Roverano S, Paira S. Pachydermodactyly: four additional cases. *Clin Rheumatol.* 2007;26:962–4.
12. Iraci S, Bianchi L, Innocenzi D, Tomassoli M, Nini G. Pachydermodactyly: a case of an unusual type of reactive digital fibromatosis. *Arch Dermatol.* 1993;129:247–8.

A.M. Morales Callaghan^{a,*}, C. Horndler Argarate^b,
F.J. García Latasa de Aranibar^c y M.L. Zubiri Ara^a

^a*Servicios de Dermatología, Hospital Miguel Servet, Zaragoza, España*

^b*Anatomía Patológica, Hospital Miguel Servet, Zaragoza, España*

^c*Servicio de Dermatología, Hospital Royo Villanova, Zaragoza, España*

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: acallaghan@aedv.es
(A.M. Morales Callaghan).

doi:10.1016/j.ad.2010.02.008

Carcinoma escamoso subungueal. Presentación de dos casos

Subungual Squamous Cell Carcinoma. Presentation of two Cases

Sr. Director:

Los tumores malignos primarios de localización subungueal son poco frecuentes, pero de todos ellos el carcinoma escamoso (CE) es el más prevalente. Su diagnóstico inicial se ve a menudo demorado por presentarse con unas características clínicas poco específicas y que fácilmente puede ser confundido con procesos inflamatorios benignos como son la paroniquia, el granuloma piogénico o una verruga vulgar. El diagnóstico de este tipo de lesiones solo es posible mediante una biopsia y el posterior estudio anatomopatológico. El tratamiento de estos tumores implica la extirpación completa que en ocasiones supone la amputación de la

falange distal del dedo afectado. Presentamos dos nuevos casos de CE subungueal de difícil diagnóstico clínico.

El primer caso es un varón de 73 años de edad, con antecedentes de cardiopatía isquémico-hipertensiva, que consulta por una lesión excrecente localizada en la zona subungueal del primer dedo de la mano derecha de más de 4 años de evolución (fig. 1). El paciente no hacía referencia a posibles desencadenantes, como traumatismos repetidos o verrugas víricas en esa localización. Fue operado en dos ocasiones de la lesión, con diagnóstico anatomopatológico de fibroqueratoma digital. En este tiempo había recibido diferentes tratamientos con antifúngicos y antibióticos tópicos con escasa respuesta clínica. En la exploración se objetivaba una lesión tumoral adherida a la lámina ungueal del 1.º dedo de la mano derecha, supurativa y productora de una onicodistrofia dolorosa. Ante la sospecha de una uña encarnada con exceso de tejido de granulación se realizó una biopsia y posterior extirpación de la lesión confirmándose el diagnóstico de un CE subungueal. En el estudio radiológico del 1.º dedo de la mano no se observaba afectación ósea, ni tampoco afectación ganglionar axilar en



Figura 1 Lesión excrecente en lateral externo de la uña con superficie mínimamente erosiva.

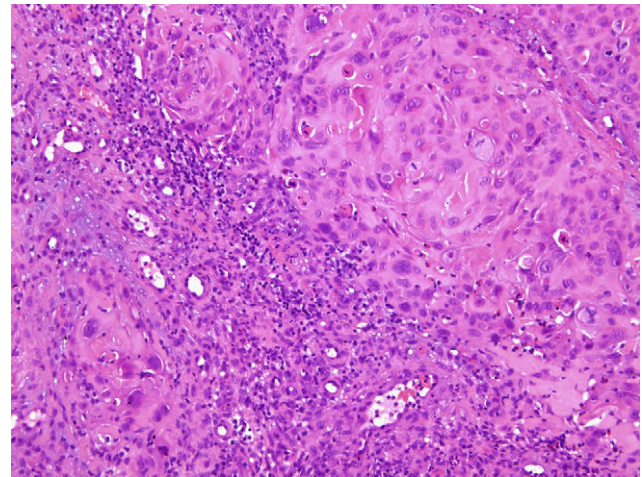


Figura 3 HE x 100. Proliferación de células escamosas con marcada atipia que infiltran dermis. Destacan frecuentes figuras de mitosis y abundantes células disqueratóticas.



Figura 2 Lesión tumoral excrecente subungueal de aspecto carnososo y erosivo.

la exploración médica. En la extirpación quirúrgica se vieron afectados los márgenes de resección, por lo que nos planteamos una cirugía más amplia. El paciente rehusó cualquier posibilidad de nueva cirugía así como de otras opciones terapéuticas, a pesar del riesgo de recidiva y extensión del carcinoma.

El segundo caso es también un varón de 83 años de edad, con antecedentes de diabetes mellitus tipo II e insuficiencia renal crónica, que consulta por una lesión muy dolorosa en el 3.^{er} dedo de la mano izquierda de más de dos años de evolución. Había sido tratado en diferentes ocasiones con antifúngicos tópicos y orales y derivado a dermatología en última instancia ante la sospecha de un granuloma piogénico subungueal (fig. 2). Se realizó una biopsia para descartar un proceso neoplásico, confirmándose un CE subungueal infiltrante (fig. 3). El estudio radiológico mostraba la erosión ósea de la falange distal por lo que fue derivado al Servicio

de Traumatología para amputación de dicha falange con un buen resultado médico y funcional.

Los tumores malignos de localización ungueal pueden ser primarios o metastáticos. Las metástasis procedentes de tumores internos son muy raras y suelen tener origen en neoplasias localizadas en pulmón, tracto genitourinario, sobre todo riñón y mama. La presencia de estas metástasis indica mal pronóstico al estar en relación con enfermedad diseminada¹.

El CE subungueal fue descrito por primera vez por Velpeu en 1850²; se trata de una neoplasia con escaso potencial agresivo, siendo raros los casos de diseminación linfática axilar o metastáticos. La afectación ósea ha sido descrita entre un 17 y un 66 % de los casos y esta diferencia se justifica por el retraso en el diagnóstico^{3,4}.

Aparecen generalmente afectando a varones mayores de 50 años y con predilección por la falange distal de los dos primeros dedos de las manos, aunque también se han descrito en dedos de los pies³⁻⁶.

La etiología de estos tumores es desconocida estableciéndose que los traumatismos repetidos, las infecciones crónicas, la radiación ionizante o no, los arsenicales y el alquitrán y sobre todo la infección por el virus del papiloma humano (VPH) pueden ser considerados factores predisponentes⁶⁻⁸. Las formas de presentación son muy variables y van desde la uña encarnada, granuloma piogénico, formación verrucosa, melanoniquia... lo que implica en múltiples ocasiones un diagnóstico incorrecto o tardío y una demora en el tratamiento adecuado.

En los últimos años se viene apuntando un origen vírico a muchas neoplasias cutáneas entre ellas el CE subungueal. El serotipo de VPH más relacionado con esta patología es el 16, el cual a su vez es típico de las verrugas genitales y su transmisión sería por el rascado de la zona genital⁸⁻¹⁰. Seguramente hay más factores que afecten a la malignización, en tanto que, las verrugas víricas en manos son muy frecuentes pero el desarrollo de los CE subungueales sigue siendo escaso.

La elección terapéutica depende de la extensión del tumor. En las lesiones no invasivas, en las que no hay

afectación ósea, la cirugía micrográfica del Mohs obtiene buenos resultados. En los tumores con afectación ósea la amputación es el tratamiento de elección. En estos casos y dependiendo de la extensión del tumor se amputará la falange distal o media¹¹⁻¹³. Algunos autores sugieren la realización de la biopsia del ganglio centinela al permitir la detección de metástasis subclínicas linfáticas con una baja morbilidad¹⁴.

En conclusión lo más importante es la realización de una biopsia adecuada y precoz ante un cuadro subungueal de evolución tórpida, con el fin de un diagnóstico precoz evitando, en lo posible, lo traumático de la amputación por un retraso en el diagnóstico.

Bibliografía

1. Cohen PR. Metastatic tumors to the nail unit: subungueal metastases. *Dermatol Surg.* 2001;27:280-93.
 2. Velpeau M. Tumeur cancéreuse de la phalange unguéale de l'indicateur ayant débuté par la matrice de l'ongle. Amputation. Guérison. *Gazette des Hôpitaux de Paris* 1850;2:314.
 3. Wong TC, Ip FK, Wu WC. Squamous cell carcinoma of the nail bed: three case reports. *Journal of Orthopaedic Surgery.* 2004;12:248-52.
 4. Miknail GR. Subungueal epidermoid carcinoma. *J Am Acad Dermatol.* 1984;11:291-8.
 5. Connil C, Verger E, Vilata A, Palou J. Case report: squamous cell carcinoma of the nail bed. *Br J Radiol.* 1993;66:163-4.
 6. Cogrel O, Beylot-Barry M, Doutre MS. Subungueal cell carcinoma revealed by longitudinal erythronychia. *Ann Dermatol Venereol.* 2008;135:883-5.
 7. Youssef S, Sfia M, Jaber K, Dhaoui MR, Bouziani A, Doss N. Squamous cell carcinoma of the nail bed. *Ann Dermatol Venereol.* 2007;134:302-4.
 8. Corbalán-Vélez R, Ruiz-Maciá JA, Brufau A, Carapeto FJ. Carcinoma espinocelular cutáneo y papilomavirus (VPH). *Actas Dermosifiliogr.* 2007;98:583-93.
 9. Turowski CB, Ross AS, Cusack CA. Human papillomavirus-associated squamous cell carcinoma of the nail bed in Africa-American patients. *Int J Dermatol.* 2009;48:117-20.
 10. La Placa M, Venturoli S, Dika E, Sacconi E, Rech G, Fanti PA. Human Papillomavirus type 16 detected in four periungual squamous cell carcinomas from the same patient. *G Ital Dermatol Venereol.* 2009;144:212-3.
 11. Peterson RS, Layton EG, Joseph AK. Squamous cell carcinoma of the nail unit with evidence of bony involvement: A multidisciplinary approach to resection and reconstruction. *Dermatol Surg.* 2004;30:218-21.
 12. Goldminz D, Bennett RG. Mohs micrographic surgery of the nail unit. *J Dermatol Surg Oncol.* 1992;18:721-6.
 13. De Berker DA, Dahl MG, Malcom AJ, Lawrence CM. Micrographic surgery for subungual squamous cell carcinoma. *Br J Plast Surg.* 1996;49:414-9.
 14. Ross AS, Schmults CD. Human papillomavirus-associated squamous cell carcinoma of the nail bed in Africa-American patients. *Dermatol Surg.* 2006;32:1309-21.
- M. Gómez Vázquez^{a,*}, R. Navarra Amayuelas^a,
M.T. Martín-Urda^a, C. Abellaneda Fernández^a y G. Tapia^{b,c}

^aServicio de Dermatología, Hospital Municipal de Badalona, Barcelona, España

^bServicio de Anatomía Patológica, Hospital Municipal de Badalona, Barcelona, España

^cServicio de Anatomía Patológica, Hospital German Trias y Pujol de Badalona, Barcelona, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mergova@terra.es (M. Gómez Vázquez).