



ACTAS Derma-Sifiliográficas

Full English text available at
www.actasdermo.org



E-CASOS CLÍNICOS

Retroniquia: estudio ecográfico y tratamiento quirúrgico de un caso



M.L. Alonso-Pacheco^{a,*}, E. de Miguel-Mendieta^b, R. Maseda-Pedrero^a y M. Mayor-Arenal^a

^a Servicio de Dermatología, Hospital Universitario La Paz, Universidad Autónoma, Madrid, España

^b Servicio de Reumatología, Hospital Universitario La Paz, Universidad Autónoma, Madrid, España

PALABRAS CLAVE

Retroniquia;
Uña encarnada proximal;
Paroniquia crónica;
Ecografía;
Avulsión ungueal

Resumen La retroniquia es un proceso emergente en el que la parte proximal de la lámina ungueal se encarna en el pliegue ungueal proximal, produciendo una paroniquia crónica refractaria a terapias antimicrobianas. La ecografía se ha postulado como la prueba no invasiva de confirmación y para diagnóstico diferencial, sobre todo con afecciones tumorales y artríticas locales. La presencia de dos o más láminas ungueales superpuestas y la disminución de la distancia entre el origen de la lámina ungueal y la base de la falange distal podrían ser los criterios ecográficos distintivos de esta entidad. La avulsión quirúrgica de la lámina ungueal es la terapia de elección y curativa de la misma. Su conocimiento todavía está poco difundido entre los dermatólogos, ocasionando errores y demoras diagnósticas y terapéuticas, lo que nos ha motivado a la presentación de un nuevo caso.

© 2016 AEDV. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Retronychia;
Proximal ingrowing nail;
Chronic paronychia;
Ultrasound;
Nail ablation

Retronychia: A Case Report Including Ultrasound Imaging and Surgical Treatment

Abstract Retronychia is a recently described disorder caused by ingrowth of the proximal nail plate into the proximal nail fold. This situation provokes chronic paronychia refractory to antimicrobial therapy. Ultrasound has been proposed as the noninvasive method of choice to confirm the diagnosis and rule out other differential diagnoses, particularly local tumors and arthritic disease. The presence of 2 or more overlapping nail plates and a reduced distance between the root of the nail plate and the base of the distal phalanx could be the ultrasound hallmarks of this condition. Nail plate avulsion is the treatment of choice and is curative. Knowledge of retronychia is still limited among dermatologists, which can lead to diagnostic and therapeutic errors and delay. This has prompted us to present this new case.

© 2016 AEDV. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

El término retroniquia o uña encarnada proximal, acuñado por de Berker y Rendall en 1999¹, emergió como una entidad distintiva en 2008, tras la presentación de una serie de

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: mlalonsop@yahoo.es
(M.L. Alonso-Pacheco).



Figura 1 A) Eritema y edema en pliegue ungueal proximal, así como onicomadesis proximal con lámina ungueal gruesa y amarillenta. B) Aspecto de la nueva uña a los 12 meses, con engrosamiento y xantoniqúia distales.

casos reunidos por miembros de la Sociedad Europea de La Uña (SEU). Se refiere a un proceso que cursa con enclavamiento de la parte proximal de la lámina ungueal (LU) en el pliegue ungueal proximal (PUP), la presencia de dos o más generaciones de láminas ungueales superpuestas bajo el PUP, signos clínicos de paroniquia proximal crónica y una uña amarillenta que no crece^{2,3}.

Su patogenia no se conoce bien. Se ha postulado que se trate de una complicación rara de la onicomadesis³. Así, eventos traumáticos reiterados sobre el extremo distal de la uña iniciarían una onicolisis que rompería primero la continuidad y luego la alineación entre la matriz y la LU. Esta última, al perder su fijación proximal al lecho y bajo el efecto de pequeños traumatismos repetidos, se iría desplazando de forma retrógrada hasta enclavarse en el fondo de saco del PUP. Se generaría en este y en el lecho ungueal, un proceso inflamatorio con tejido de granulación, responsables de los signos clínicos de paroniquia. Además, la presencia de estos fenómenos inflamatorios impedirían la fijación de la nueva LU en crecimiento a la parte proximal del lecho; produciéndose de nuevo la onicomadesis, el movimiento retrógrado y su encarnamiento al PUP. Se generaría así un círculo vicioso, en el que se podrían superponer hasta cuatro generaciones de LU bajo el PUP⁴.

Caso clínico

Varón de 22 años aficionado al montañismo, para el que utilizaba unas botas ajustadas, que consultó por ausencia de crecimiento de la uña del primer dedo del pie derecho, desde hacía un año, junto con episodios de paroniquia proximal exudativa. Aunque los signos inflamatorios mejoraban algo con antibióticos orales, continuaba con dolor en PUP. Durante las últimas 2 semanas había tomado ciprofloxacino, por crecimiento en un cultivo del exudado de *Escherichia coli* sensible a dicho antibiótico. Además, había apreciado a modo de un corte en la zona proximal de la LU.

La exploración mostró eritema y dolor a la palpación en PUP, así como onicomadesis proximal con LU gruesa y amarillenta (fig. 1 A). Se objetivó una ligera desviación lateral de ambos primeros dedos de los pies. Los cultivos bacteriano y fúngico, y el examen radiológico del dedo, no mostraron resultados anómalos.

El estudio ecográfico, con sonda lineal multifrecuencia 9-14MHz y equipo de alta resolución (GE Medical Systems, Wisconsin, EE. UU.), puso de manifiesto dos LU superpuestas y un espacio hipoeoico entre ellas, disminución de la distancia entre el origen de la LU y la base de la falange distal, a nivel de articulación interfalángica distal, así como sombra acústica posterior bajo la LU de localización profunda. La medición del grosor del PUP resultó ser superior en la uña afecta que en la normal contralateral. Se observó un ligero incremento de señal doppler en la parte proximal del lecho ungueal, coincidiendo con el origen de la matriz (figs. 2 y 3).

Confirmado el diagnóstico de retroniquia, se procedió a la avulsión quirúrgica de la uña con abordaje anterior, encontrando dos LU solapadas a nivel proximal, con tejido

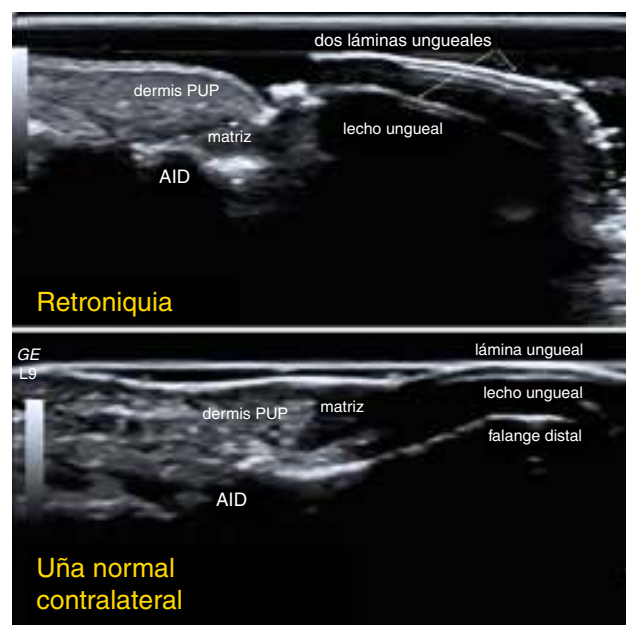


Figura 2 Estudio ecográfico: imagen longitudinal característica de retroniquia, con dos láminas ungueales superpuestas y un espacio hipoeoico entre ellas, así como sombra acústica posterior bajo la lámina ungueal de localización inferior. En la parte inferior uña normal contralateral.



Figura 3 A) y B) Comparativa ecográfica entre imágenes de los dos primeros dedos de pies, en el afecto de retroniquia A) se objetiva disminución de la distancia entre el origen de la lámina ungueal y la base de la falange distal, a nivel de articulación interfalángica distal. C) Incremento de señal doppler en la parte proximal del lecho ungueal.



Figura 4 Avulsión quirúrgica. A) Aspecto preoperatorio de ambas uñas. B) Uña afectada más elevada a nivel proximal que distal. C) Despegamiento proximal con el elevador de Freer. D) Extracción de las láminas ungueales con pinza Radolf de uñas. E) Aspecto del lecho ungueal tras la avulsión. F) Láminas ungueales superpuestas, a modo de sandwich, con tejido de granulación entre ellas en zona proximal.

de granulación y material queratósico entre ellas (fig. 4). El estudio histológico confirmó dichos hallazgos. En los 12 meses siguientes presentó progresivo crecimiento de una nueva LU, con ligero engrosamiento y xantoniquia distales (fig. 1 B).

Discusión

Se han descrito unos 64 casos de retroniquia, la mayoría incluidos en estudios multicéntricos llevados a cabo por expertos de la SEU^{2,4-15}. Aunque se ha referido en un amplio

abanico de edades (10-71), la media se sitúa en los 25 años y con un predominio femenino (81%).

La retroniquia afecta de forma unilateral a los primeros dedos de los pies, aunque se han comunicado al menos 7 casos bilaterales^{1,2,4,10,13} y otros 9 de localización en manos^{1,2,7,8}.

Los desencadenantes más frecuentes implicados son traumatismos menores recurrentes, como los que se pueden producir haciendo footing, marchas, baile, y/o por llevar las uñas largas o tacones o calzado incómodo, si bien la mayoría de los enfermos no relaciona su proceso con los mismos. Existen al menos 10 casos en los que no se encontró desencadenante^{2,4,11,12,14} y otros 8 en que este fue un traumatismo agudo como aplastamiento, quemadura o cirugía ungueal previa^{2,4,5,7,8,10}. Una minoría de pacientes desarrolló el proceso en el contexto de una enfermedad sistémica como artritis, anorexia nerviosa² o ingreso en UVI⁷. La desviación lateral de los primeros dedos de los pies se ha señalado como un posible factor predisponente^{4,6}.

Su clínica se manifiesta con dolor local y dificultad para la deambulaci3n, en caso de afectar uñas de pies, eritema, edema y exudaci3n en el PUP y una LU amarillenta, deslustrada, gruesa y que no crece. Es adem3s característico de esta entidad el hallazgo de una uña más elevada a nivel proximal que distal^{2,4,6,12,14}. En algunos casos, puede apreciarse tejido de granulaci3n bajo la cutícula y la emergencia del borde proximal afilado de la LU^{4,10,11,13,14}, situaci3n esta en la que consultó el enfermo presentado. También se ha referido un caso de paroniquia con cultivo positivo para Gram negativos, pero refractaria a tratamientos antibióticos, como forma de presentaci3n de la retroniquia⁴.

El diagnóstico de la retroniquia es clínico, si bien la ecografía puede consolidarse como la prueba no invasiva de confirmaci3n y para diagnóstico diferencial prequirúrgico. Los criterios ecográficos en los que se sustenta son: presencia de dos o más LU superpuestas, disminuci3n de la distancia entre el origen de la LU y la base de la falange distal, a nivel de articulaci3n interfalángica distal, reflejo del desplazamiento posterior de la uña; así como una disminuci3n de la ecogenicidad en dermis del PUP y en la parte proximal del lecho ungueal, por la presencia de inflamaci3n y onicólisis^{7,8}. En el paciente presentado se observó adem3s, ausencia de ecos bajo la LU de localizaci3n más profunda, que se atribuyó a sombra acústica posterior. El estudio doppler ha demostrado en un caso, un leve incremento del flujo sanguíneo en el lecho ungueal proximal⁷.

La retroniquia plantea diagnóstico diferencial con patologías con apariencia de paroniquia crónica, tal es el caso de infecciones candidiásicas o bacterianas, quistes o tumores subungueales (carcinoma epidermoide, melanoma, tumor glómico, encondroma), procesos artríticos, como el psoriásico, y en relaci3n con ciertos medicamentos (retinoides, ciclosporina, inhibidores de proteasas, fármacos antirreceptor del factor de crecimiento epidérmico)^{5,6,9,11,12}.

La avulsi3n quirúrgica, con abordaje proximal, de la vieja LU y de la o las eventuales láminas encarnadas subyacentes corrobora el diagnóstico, produce un alivio rápido del dolor, y es el tratamiento de elecci3n y curativo de este proceso^{2,4,6}. La avulsi3n solo de la LU más superficial no es suficiente y conduce a recidivas^{5,11,14}. Son raras estas últimas no obstante, así como la distrofia ungueal permanente

posquirúrgica. Pero se ha descrito, hasta en un 33% de una serie de pacientes jóvenes y adolescentes, que la nueva uña era gruesa, amarillenta y crecía muy despacio, tras una correcta avulsi3n quirúrgica. El tratamiento médico, con corticoides tópicos potentes se asoció, en esta serie, a una alta tasa de recaídas¹².

En conclusi3n se presenta un nuevo caso de retroniquia, probablemente desencadenada durante la práctica de montañismo, reiteradamente confundida con una paroniquia infecciosa, que tardó más de un año en diagnosticarse y tratarse adecuadamente, hecho habitual en los enfermos con retroniquia descritos en la literatura^{4,9,11,13}. Adem3s, aunque puede que la retroniquia no sea tan infrecuente¹², solo se ha referido un paciente en la bibliografía española¹⁵.

Responsabilidades éticas

Protecci3n de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigaci3n no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicaci3n de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. De Berker DA, Rendall JR. Retronychia-proximal ingrowing nail. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 1999;12 2Suppl:126S.
2. De Berker DA, Richert B, Duhard E, Piraccini B, André J, Baran R. Retronychia: proximal ingrowing of the nail plate. *J Am Acad Dermatol.* 2008;58:978-83.
3. Richert B, Caucanas M, André J. Retronychia *Ann Dermatol Venereol.* 2014;141:799-804.
4. Baumgartner M, Haneke E. Retronychia: diagnosis and treatment. *Dermatol Surg.* 2010;36:1610-4.
5. Dahdah MJ, Kibbi AG. Retronychia: report of two cases. *J Am Acad Dermatol.* 2008;58:1051-3.
6. Chiheb S, Richert B, Belyamani S, Benchikhi H. Ingrown nail: a new cause of chronic perionyxis. *Ann Dermatol Venereol.* 2010;137:645-7.
7. Wortsman X, Wortsman J, Guerrero R, Soto R, Baran R. Anatomical changes in retronychia and onychomadesis detected using ultrasound. *Dermatol Surg.* 2010;36:1615-20.
8. Wortsman X, Calderon P, Baran R. Finger retronychias detected early by 3D ultrasound examination. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2012;26:254-6.
9. Zaara I, Kort R, Mokni M, Osman AB. Retronychia: a rare cause of chronic paronychia. *Dermatol Online J.* 2012;18:9.
10. Chang P, Rosales D. Retronychia. *Dermatol Rev Mex.* 2013;57:264-6.
11. Reigneau M, Pouaha J, Truchetet F. Retronychia: four new cases. *Eur J Dermatol.* 2013;23:882-4.

12. Piraccini BM, Richert B, de Berker DA, Tengattini V, Sgubbi P, Patrizi A, et al. Retronychia in children, adolescents, and young adults: A case series. *J Am Acad Dermatol.* 2014;70:388–9.
13. Cabete J, Lencastre A. Recognizing and treating retronychia. *Int J Dermatol.* 2015;54:e51–2.
14. Fouilloux B. Retronychias. *Presse Med.* 2014;43:1223–9.
15. Izquierdo M, Rosell MP, Miralles S. Onicocriptosis proximal. *Retroniquia. Revista Española de Podología.* 2013;24:170–1.