

Tumores ungulares benignos: una aproximación clínica

Ana María Londoño-Salinas¹; Luz Marina Gómez-Vargas²

RESUMEN

Introducción: las neoplasias benignas de la unidad ungular tienen apariencia clínica y comportamiento biológico distintivos frente a tumores similares en otra localización. Algunas son únicas del aparato ungular, como los tumores oncocíticos y el oncopapiloma, por ejemplo. En general, tienden a respetar la morfología de la uña, a diferencia de las de origen maligno.

Metodología: revisión narrativa con búsqueda en las bases de datos PubMed y Google Académico, y en el buscador de Google.

Resultados: caracterización clínica y dermatoscópica de los tumores ungulares benignos más frecuentes en la práctica clínica.

Conclusiones: los tumores ungulares benignos tienen características clínicas distintivas y únicas que permiten al dermatólogo diferenciarlos fácilmente entre sí y con tumores de origen maligno.

PALABRAS CLAVE: Enfermedades de las uñas; Exostosis; Neoplasias; Osteocondroma; Queratoacantoma; Uñas.

BENIGN UNGULAR TUMORS: A CLINICAL APPROACH

SUMMARY

Introduction: Benign neoplasms of the ungular unit have distinctive clinical appearance and biological behavior compared to similar tumors in another location. Some are unique to the nail apparatus, such as onychocytic tumors and onychopapilloma. In general, they tend to respect the morphology of the nail, unlike those of malignant origin.

Methodology: Narrative review with a search in the PubMed and Google Academic databases, and in the Google search engine.

Results: Clinical and dermoscopic characterization of the most frequent benign nail tumors in clinical practice.

Conclusions: Benign nail tumors have distinctive and unique clinical characteristics that allow the dermatologist to easily differentiate them from each other and from tumors of malignant origin.

KEY WORDS: Exostoses; Keratoacanthoma; Nail diseases; Nails; Neoplasms; Osteochondroma.

1. Dermatóloga. Universidad Pontificia Bolivariana. ORCID <https://orcid.org/0000-0002-9881-2300>
2. Dermatóloga, Profesora titular, Asesora. Universidad Pontificia Bolivariana. Clínica SOMA. ORCID <https://orcid.org/0000-0001-8641-4009>

Correspondencia: Ana María Londoño Salinas; **email:** london.33@hotmail.com

Recibido: 06/05/20; **aceptado:** 19/02/21

Cómo citar: Gómez, LM; Londoño, AM. Tumores ungulares benignos. Rev Asoc Colomb Dermatol. Vol 29(1): enero - marzo, 2021, 29-44. DOI: <https://doi.org/10.29176/2590843X.1425>

Financiación: ninguna, **conflictos de interés:** ninguno

INTRODUCCIÓN

En el abordaje de los tumores ungulares, algunas claves clínicas y semiológicas ayudan a determinar si una lesión es en realidad un tumor; entre estas, que la lesión afecte un solo dedo (monodactílica), sea de crecimiento lento y de carácter crónico y persistente, y casos de onicomiosis refractarias a un adecuado tratamiento. La alteración morfológica puede indicar el posible origen de una neoplasia, en tanto que, si causa daños en la lámina, su localización es en la matriz; si eleva la porción distal de la uña, probablemente estará en el lecho o debajo de la matriz; o si da lugar a pseudohipocratismo, estará ubicada debajo del lecho ungular.

Los tumores benignos no melanocíticos pueden clasificarse en cuatro grupos: epiteliales, de tejidos blandos, pseudotumores (**tabla 1**)⁽¹⁾. En general, los más comunes son los fibromas, como el fibroqueratoma, el tumor de Koenen y el fibromixoma acral superficial⁽²⁾. Para todos los tumores que se mencionarán a continuación, la cirugía es el tratamiento de elección, ya que es la modalidad que más evita recurrencias y permite el estudio histopatológico, que es necesario para su confirmación diagnóstica. El objetivo de esta revisión es presentar los tumores ungulares benignos no melanocíticos más frecuentes, con especial énfasis en su presentación clínica.

Tabla 1. Clasificación de los tumores benignos no melanocíticos de la unidad ungular

| | | |
|--------------------|--|---|
| Epiteliales | <ul style="list-style-type: none"> -Onicopapiloma -Queratoacantoma digital distal -Tumores onicocíticos -Quiste de inclusión epidérmica subungular | |
| De tejidos blandos | <p>Fibrosos:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Fibroqueratoma adquirido periungular o subungular -Tumor filamentosos subungular -Fibroma -Queloides <p>Vasculares:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Hemangioma capilar lobular -Tumor glómico -Hemangioma <p>De nervios periféricos:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Neuroma -Neurofibroma <p>Osteocartilaginoso:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Exostosis subungular -Osteocondroma -Endocondroma <p>Sinoviales:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Tumor de células gigantes -Ganglión <p>Lipomatosos y miomatosos:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Lipoma -Fibromixoma acral superficial | |
| | Pseudotumores | <ul style="list-style-type: none"> -Verruga -Pseudoquiste mixoide |

METODOLOGÍA

Tipo de artículo: revisión narrativa.

Estrategias de búsqueda y bases de datos: se revisaron las bases de datos, Pubmed y Google Académico, así como en el buscador de Google. Los términos de búsqueda fueron los siguientes: “*ungular tumor*”, “*ungueal tumor*”, “*tumor unguar*”, “*tumor ungueal*”, “*nail tumor*”, “*onychomatricoma*”, “*onicomatricoma*”, “*tumores onicocíticos*”, “*onychopapilloma*”, “*onicopapiloma*”, “*digital distal keratoacanthoma*”, “*queratoacantoma digital distal*”, “*glomus tumor*”, “*tumor glómico*”, “*myxoid cyst*”, “*pseudoquiste mixoide*”, “*fibrokeratoma*”, “*fibroqueratoma*”, “*lobular capillary hemangioma*”, “*hemangioma capilar lobular*”, “*pyogenic granuloma*”, “*granuloma piógeno*”, “*osteochondroma*”, “*ostecondroma*”, “*subungual exostosis*”, “*exostosis subungular*”.

Período en el cual se hizo la revisión: durante el mes de agosto de 2019 y durante los meses de marzo-abril de 2020.

A continuación, se presentarán las características clínicas y oncoscópicas de los tumores benignos más frecuentes que afectan la unidad unguar.



Figura 1. Onicopapiloma. Vista superior. Banda de eritroniquia con onicólisis distal en V.

TUMORES UNGULARES EPITELIALES

Onicopapiloma

El onicopapiloma se origina en la matriz distal y el lecho; sin embargo, su etiología es desconocida, aunque el trauma es un factor asociado. En adultos jóvenes generalmente aparece en el pulgar, aunque también puede hacerlo en cualquier dedo y usualmente es indoloro⁽³⁾.

Se presenta como una banda longitudinal monodactílica de eritroniquia de 4 a 8 mm de diámetro, aunque también puede ser de melanoniquia o leuconiquia, que se extiende desde la lúnula distal y se acompaña de hiperqueratosis subungular focal distal vista desde el hiponiquio⁽⁴⁾. La lámina puede adelgazarse por encima de la lesión tumoral. También puede presentarse como hemorragias en astilla largas o cortas sin cromoniquia, onicólisis distal en forma de V y fisuras en la lámina. (**figura 1 y 2**).

La onicoscopia revela el inicio de la banda desde la lúnula con un borde proximal convexo, masa subungular queratótica en el borde libre distal de la lámina (**figura 3**), vasos en hebilla, y hemorragias en astilla a nivel proximal o distal^(5,6).



Figura 2. Onicopapiloma. Vista frontal. Queratina subungular focal vista desde hiponiquio.



Figura 3. Onicopapiloma. Onicoscopia frontal. Masa de queratina compacta subungular.

El acantoma disqueratótico acantolítico subungular (SADA) es un tumor raro que se presenta clínicamente igual y es debatido si constituye la variante acantolítica disqueratótica del onicopapiloma. La histología puede ayudar a diferenciarlos ^(7,8).

Queratoacantoma digital distal

Es un tumor muy infrecuente del aparato ungular; emerge desde la porción más distal del lecho y sobresale debajo del borde libre de la lámina. Es una variante agresiva del queratoacantoma común y tiene un crecimiento rápido, gran destrucción local e invasión profunda ⁽⁹⁾. Posibles desencadenantes incluyen traumatismo, virus del papiloma humano, radiación ultravioleta, carcinógenos ambientales, inmunosupresión, infecciones crónicas y quemaduras ⁽¹⁾. El 75% de los casos ocurre en hombres en la quinta década de la vida, y aparece en los primeros tres dedos de la mano, especialmente el pulgar ^(5,10).

Tiene algunas diferencias con los queratoacantomas de otras localizaciones, como ausencia de regresión espontánea, ausencia de collarite epitelial, menos inflamación, más células disqueratóticas e invasión con destrucción ósea ⁽¹¹⁾.

Puede ser un tumor subungular o periungular. Empieza como un nódulo pequeño queratósico o verrucoso,

muy doloroso, y crece aproximadamente de 1 a 2 cm en un período de 4 a 8 semanas ⁽¹²⁾. Causa edema, eritema, onicólisis y distrofia ungular (**figura 4**) y en ocasiones, al presionarlo, se obtiene un material queratináceo no purulento. La apariencia típica en forma de cráter con tapón central de queratina no es común en lesiones subungulares y puede manifestarse como paroniquia crónica dolorosa si se localiza proximalmente ⁽¹³⁾.

En mujeres, la existencia de múltiples queratoacantomas subungulares puede representar una manifestación tardía de incontinencia pigmentaria, que ha sido denominada *tumor subungular doloroso de la incontinencia pigmentaria* (STIP) ⁽¹⁴⁾ y constituye un hallazgo tardío de la enfermedad, con pocos casos reportados. La histología muestra el estado verrucoso de la incontinencia pigmentaria bajo la arquitectura de un queratoacantoma.

Para su diagnóstico, la radiografía es útil y revela una erosión ósea bien definida en forma de copa de champaña, sin evidencia de esclerosis o reacción perióstica en los márgenes del defecto radiológico, debido a que el defecto lítico óseo se atribuye a la compresión tumoral rápida más que a la invasión ^(5,15).

El principal reto es distinguirlo del carcinoma escamocelular (CEC) bien diferenciado. Hay controversia respecto a si estos tumores hacen parte del mismo es-



Figura 4. Queratoacantoma en índice de mano izquierda. Distrofia ungular con ausencia de lámina en mitad lateral.

pectro de enfermedad. Mientras algunos lo consideran una lesión precursora o una variante de bajo grado del CEC, otros defienden que son tumores diferentes. Como hallazgos diferenciales, este tumor tiene un crecimiento muy rápido, dolor constante, aparición a edad más temprana y destrucción ósea precoz⁽¹⁶⁾. La resolución espontánea es rara⁽¹⁷⁾.

Tumores onicocíticos

Son un grupo de tumores poco frecuentes que se originan en la matriz distal. Incluyen el onicomatricoma, el matricoma onicocítico y el carcinoma matricial. Los dos primeros son benignos y el último es maligno. Según el compartimento predominante de origen se clasifican en *epiteliales*, que son el matricoma onicocítico y el carcinoma onicocítico *in situ*; y en *fibroepiteliales*, como el onicomatricoma⁽¹⁸⁾. La manifestación clínica clave para su diagnóstico es la paquixantoleuconiquia monodactílica adquirida.

Onicomatricoma

Se ha descrito más en caucásicos y afecta a los adultos con un promedio de edad de 51 años. El trauma y las anomalías genéticas como la expresión anormal de B-cadherina y catepsina-C se han asociado a su

aparición; aunque su causa es desconocida, se ha sugerido que la diferenciación alterada de las células matriciales puede originarlo⁽¹⁹⁾.

Es dos veces más frecuente en los dedos de manos, especialmente en el tercero. Usualmente es un tumor único, crece muy lentamente y es asintomático. Con frecuencia los pacientes consultan muchos años después por la preocupación cosmética o por problemas funcionales⁽²⁰⁾.

Se presenta como engrosamiento longitudinal localizado de la lámina con xantoniquia (**figura 5**). Dentro de la lámina se forman canales longitudinales que contienen protuberancias digitiformes formadas por tejido conectivo y capilares, responsables de su aspecto macroscópico estriado y de las hemorragias en astilla, ubicadas principalmente a nivel proximal⁽⁵⁾. El borde libre de la lámina que está engrosado tiene pequeños agujeros en forma de panal de abeja, que a veces contienen proyecciones tumorales y capilares permeables (**figura 6**), y si este es el caso, la uña puede sangrar durante el corte, lo que no ocurre con ningún otro tumor ungular^(21, 22). Algunas veces causa edema en la unión entre el pliegue ungular proximal y lateral⁽²³⁾.

Cuando es pigmentado, su presentación clínica puede

ser confusa, ya que puede verse como una melanoni-
quia longitudinal que oculta el tono amarillo, lo que
puede llevar a pensar erróneamente en un melanoma
(24).

Este tumor produce una estructura de queratina lige-
ramente diferente, lo que puede explicar la mayor pre-
valencia de infecciones fúngicas y colonización con
Pseudomonas aeruginosa (25). Los canales formados
por el tumor también favorecen la invasión micótica;
de hecho, no es infrecuente que coexistan ambas en-
tidades y la onicomicosis es su principal diagnóstico
diferencial, por lo que siempre se recomienda realizar
PAS de lámina para excluir o confirmar la infección por
hongos (26).

La avulsión de la lámina puede ser diagnóstica ya que
expone un tumor veloso con apariencia que evoca una
anémona de mar o las vellosidades intestinales; la uña
aparece como un embudo grueso que almacena las di-
gitaciones filamentosas ajustadas a las cavidades en la
lámina. Dichas digitaciones son onicogénicas ya que
están cubiertas por epitelio matricial funcionalmente
activo y son responsables del engrosamiento de la lá-
mina (27).



Figura 5. Pauxantoleuconiquia en hallux derecho por onicomatricoma.

La medición de las cavidades en el borde de la lámina
engrosada es una herramienta diagnóstica útil para los
tumores onicocíticos, ya que orienta hacia una lesión
benigna o maligna. Las cavidades de las lesiones be-
nignas como el onicomatricoma y el matricoma onico-
cítico tienen un tamaño mayor que las del carcinoma
onicocítico. En las primeras, la dimensión es superior
a 0,15 cm y en el último es inferior a 0,1 cm (28).

TUMORES UNGULARES FIBROSOS

Fibroqueratoma adquirido

El término *fibroqueratoma adquirido* es unificador; este
comprende las lesiones informadas como fibroquera-
toma digital adquirido, fibroqueratoma periungular
adquirido, fibroma del “diente de ajo” y fibroma su-
bungular/periungular de la esclerosis tuberosa (tumor
de Koenen) (29).

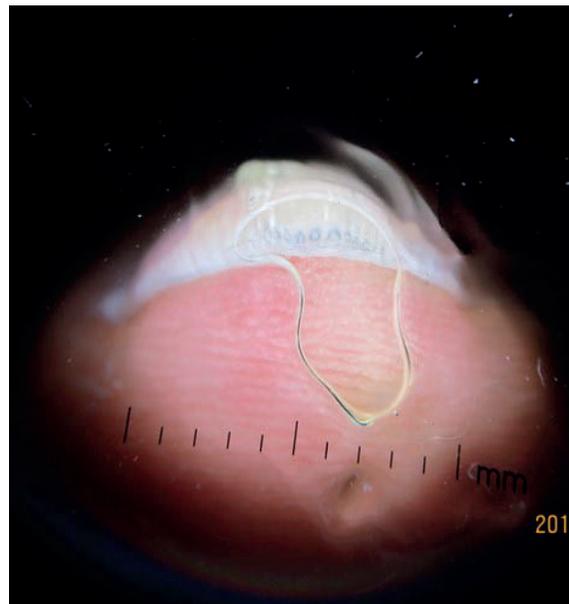


Figura 6. Onicomatricoma. Onicoscopia frontal. Imagen en panal de abeja.

Es un tumor de origen desconocido y se presume que el trauma o la irritación repetida llevan a neoformación de colágeno; sin embargo, en la mayoría de los casos, el trauma parece estar ausente, por lo que no es la única causa. Se han reportado casos después de infección por *Staphylococcus aureus* ⁽³⁰⁾ y por uso de ciclosporina. Se ha sugerido también la presencia de una matriz germinal accesoria como responsable de su formación ⁽³¹⁾.

Se presenta como una pápula o nódulo, normocrómico o eritematoso, de consistencia firme y superficie hiperqueratósica, con un tamaño menor de 1 cm. Aquellos que miden más de 1 cm se consideran gigantes. Pueden tener crecimiento botriomicroide y en general son únicos ⁽³²⁾. El 70% a 90% de estos tumores se localizan en los dedos de los pies y el principal sitio es el *hallux* derecho; sin embargo, hasta el 24% de los casos puede tener localización extradigital y se han descrito en el dorso de las manos y los pies, las palmas y plantas, los codos, los antebrazos, las muñecas, los muslos, las rodillas, la parte distal de las piernas y en los glúteos ⁽³³⁾.

En 1985, Yasuki ⁽³⁴⁾ realizó la primera y única clasificación de este tumor gracias a la cual es posible entender su morfología variada (figura 7). Los fibroqueratomas tipo I siempre afectan la lámina y los tipos II afectan

el área periungular sin comprometer, al menos inicialmente, la lámina. Ambos tipos se dividen en 5 subtipos según el sitio exacto de origen dentro de la unidad ungueal, así:

- El Ip surge del pliegue ungueal proximal y usualmente se ve emergiendo de la cara ventral de este pliegue y del eponiquio; crece de forma paralela a la lámina y cuando adquiere dimensiones importantes causa compresión mecánica de la matriz, que produce una depresión longitudinal acanalada en la lámina (figuras 8 y 9).
- El Im surge de la dermis debajo de la matriz ungueal, por lo que la afectará desde el inicio y por ello siempre causará déficit parcial o completo de la lámina.
- El Ib es un tumor subungular que surge del lecho, bien sea desde el centro o los lados. Los tumores originados del hiponiquio se incluyen en este grupo.
- El Iip se deriva de la dermis del dorso de la falange distal y del pliegue proximal, y a menudo crece de forma perpendicular a la base. Puede afectar la lámina si crece de forma importante.
- El III crece en el pliegue lateral. En general causa poca deformidad.

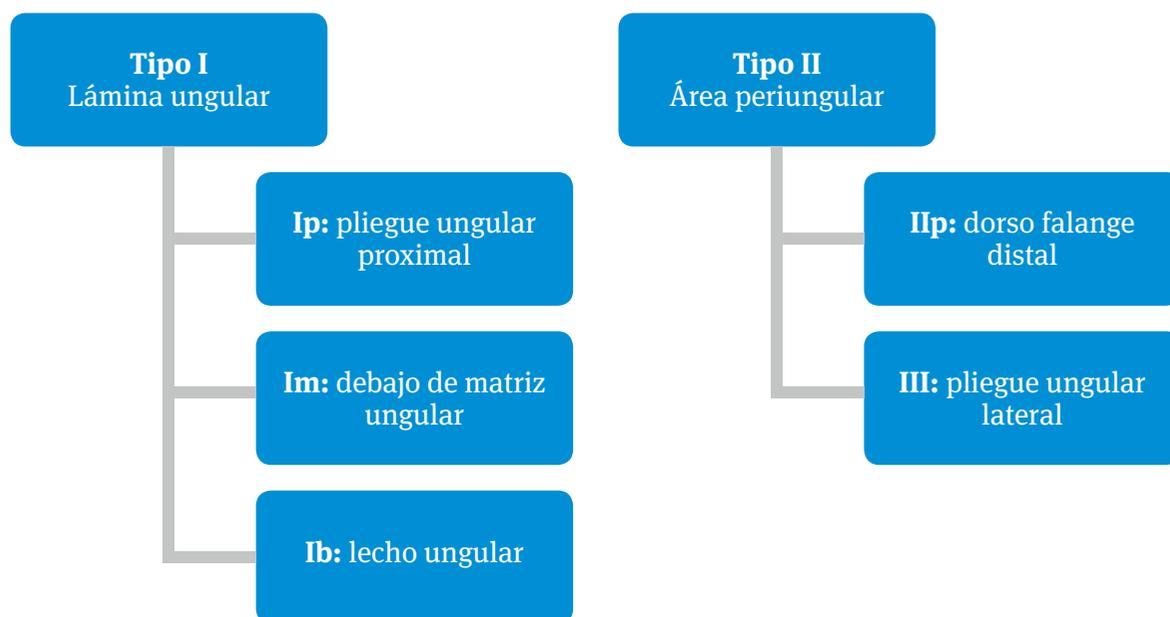


Figura 7. Clasificación del fibroqueratoma adquirido, Yasuki, 1985.



Figura 8. Fibroqueratoma Ip en *hallux* derecho. Pápula rosada de aspecto digitiforme y superficie queratósica en unión entre pliegue periungular lateral y proximal.



Figura 9. Fibroqueratoma Ip que causa distrofia canalicular en la lámina. Pápula rosada con punta queratósica que emerge a través del pliegue periungular proximal con distrofia canalicular asociada.



Figura 10. A y B) Fibroqueratoma transungular ramificado en *hallux* derecho. Tumor conformado por múltiples ramificaciones digitiformes de aspecto vascular que emergen a través del espacio virtual entre la lámina dorsal y ventral.

Existe otro tipo de fibroqueratoma adquirido no contemplado en esta clasificación, que surge directamente de la matriz y crece en el espacio virtual existente entre las láminas dorsal y ventral; se denomina *intraungular*, *transungular* o *ungular disecante* (**figura 10**)⁽³⁵⁾.

También se han descrito cuatro variantes clínicas según la morfología particular del tumor. Formas en domo o cupuliformes que son las más comunes (40%); formas ramificadas en 2 o más partes (25%)⁽³⁶⁾; formas planas y en varilla (20% y 15%, respectivamente)⁽³⁷⁾.

Algunos autores afirman que el tumor de Koenen es una entidad diferente, aunque este no difiere histológicamente del fibroqueratoma ⁽³⁸⁾.

TUMORES UNGULARES VASCULARES

Hemangioma capilar lobular

El hemangioma capilar lobular es un tumor adquirido de origen vascular. Aparece en jóvenes y tiene dos características que orientan su diagnóstico: rápido crecimiento y tendencia al sangrado ⁽³⁹⁾.

Se presenta como una pápula o nódulo de color rojo, sésil o pedunculado, a menudo con collarate descamativo en la base. Es asintomático, a menos que esté sobreinfectado, y puede presentar erosiones y costras en la superficie por necrosis de la epidermis suprayacente. Se localiza en los dedos de las manos a nivel de pliegues periungulares, pero también en el hiponiquio, en el lecho asociado a onicólisis o en la matriz después de un trauma penetrante a través de la lámina (**figura 11**) ^(12, 40).

Su principal causa es el trauma local penetrante, bien sea por manicura, onicotilomanía, onicofagia, onicocriptosis, retroniquia e incluso después de largas caminatas. La lesión de un nervio periférico es otra causa descrita, por uso de yesos ortopédicos, o por enfermedades como distrofia simpática refleja y síndrome de Guillain-Barré. En estos casos, usualmente se localizan en el pliegue ungular proximal ⁽⁵⁾. Algunos medicamentos también pueden dar origen a este tumor, como los antirretrovirales, los retinoides tópicos y sistémicos, la ciclosporina y los antineoplásicos ⁽⁴¹⁾.

El principal diagnóstico diferencial es el melanoma amelanótico, en especial si se trata de una lesión única en el lecho ungular, por lo que siempre se debe tomar biopsia en estos casos ⁽⁴²⁾. También puede confundirse con tejido de granulación en exceso asociado a onicocriptosis.

Su diagnóstico es clínico y en caso de duda se puede realizar una biopsia. La ecografía es útil, ya que son más ecogénicos que otros tumores subungulares vasculares ⁽⁴³⁾.



Figura 11. Hemangioma capilar lobular en *hallux* izquierdo. Pápula eritematoviolácea friable con collarate descamativo en pliegue periungular medial.

Tumor glómico

El tumor glómico es raro y constituye del 1% al 2% de los tumores de manos. Se deriva de los cuerpos glómicos de Masson, que corresponden a anastomosis arteriovenosas altamente especializadas constituidas por células neuromioarteriales contráctiles; están en la dermis reticular y son encargadas del proceso de termorregulación. Más de la mitad aparecen en las puntas de los dedos o a nivel subungular, que es donde se localizan principalmente los cuerpos glómicos. El 90% de los casos se presenta en mujeres de 30 a 50 años ^(5, 44).

Cuando se origina en el lecho unguar, tiene dos formas típicas de presentación: una mácula roja o azul, menor de 10 milímetros, que puede visualizarse a través de la lámina y no desaparece a la digitopresión; o como eritroniquia longitudinal acompañada por una muesca distal o por una fisura longitudinal suprayacente. La mayoría de estos tumores causan deformidades menores de la lámina, de las cuales las fisuras son las más comunes (**figura 12**) ⁽⁴⁵⁾.

De forma característica, este tumor presenta dolor, que puede aparecer espontáneamente o ser desencadenado por los cambios de temperatura (especialmente el frío) o por traumas leves. Este dolor es exquisito, puntual y a veces pulsátil, puede empeorar en la noche o irradiarse al hombro. Puede ser tan doloroso como para imposibilitar la aplicación de esmalte sobre la lámina ⁽¹²⁾.



Figura 12. Tumor glómico en *hallux* derecho. Nódulo de color rojo-azulado subungular que emerge por el hiponiquio.

Existen cuatro pruebas clínicas para su diagnóstico: la prueba de Love sirve para determinar su localización y busca desencadenar dolor mediante una aguja o instrumento puntiforme directamente sobre la zona afectada; tiene una sensibilidad del 100%. La prueba de Hildreth sirve para evidenciar la naturaleza vascular del tumor; se realiza mediante un torniquete o un manómetro insuflado a más de 300 mm Hg para luego repetir la prueba de Love; al inducir isquemia transitoria alivia el dolor, con lo cual se considera positivo; tiene una sensibilidad del 71,4% y una especificidad del 100%. La prueba de transluminación ayuda a estimar el tamaño tumoral; se realiza al proyectar una luz a través del pulpejo en un lugar oscuro, con lo que se obtiene una imagen opaca rojiza en la zona donde está el tumor. Por último, la prueba de frío es también una prueba de provocación ya que busca reproducir el dolor al aplicar agua fría, un cubo de hielo o alcohol etílico en la zona afectada. Tiene sensibilidad y especificidad del 100% ^(5, 29, 46).

Se pueden utilizar imágenes para confirmar la sospecha clínica. La radiografía simple revela erosiones en la cara dorsal de la falange o quistes óseos, especialmente si la lesión lleva más de 1 año de evolución. La ecografía Doppler falla en identificar tumores <2 mm, por lo que se ha usado la ecografía de alta frecuencia, que identifica tumores pequeños ⁽⁴⁷⁾. La imagen de elección y cuya indicación principal es este tumor dentro de las neoplasias del aparato unguar es la resonancia magnética nuclear, que permite la mejor evaluación de la localización y extensión tumoral ^(47, 48).



Figura 13. Tumor glómico extraído mediante avulsión de la lámina e incisión longitudinal del lecho. Nódulo eritematoso translúcido de superficie brillante.

El abordaje quirúrgico puede hacerse mediante avulsión de la lámina (**figura 13**), una ventana a través de la lámina o una incisión lateral. El dolor puede tardar varias semanas en desaparecer luego de la cirugía ⁽⁴⁹⁾.

TUMORES UNGULARES OSTEOCARTILAGINOSOS

Osteocondroma y exostosis subungular

Son tumores de origen osteocartilaginoso y constituyen los tumores óseos más frecuentes del aparato ungular. Distinguirlos en la evaluación clínica es muchas veces difícil y algunos autores han dudado de si verdaderamente son entidades distintas; sin embargo, la histología e imagenología aportan datos para diferenciarlos ⁽⁵⁰⁾. Por otro lado, se ha demostrado una translocación patognomónica, t (X; 6) (q22; q13-14), asociada solo a la exostosis, lo que sugiere un origen neoplásico más que reactivo para esta ⁽³⁹⁾.

Se consideran proliferaciones óseas heterotópicas secundarias al microtrauma repetido, que es su principal causa, aunque solo son reportadas por una tercera parte de los pacientes. Algunos factores asociados a su desarrollo en relación con el trauma son la práctica de deportes con posibilidades de traumatismos, el uso de calzado estrecho puntiagudo y de tacón alto, una historia de antecedentes quirúrgicos de la uña o de traumatismos directos sobre el dedo afectado, las alteraciones mecánicas del pie o anatómicas en los dedos. Otros factores etiológicos incluyen paroniquia crónica y activación de quistes cartilagosos ⁽⁵¹⁾. El 75%-80% de las lesiones afectan el *hallux* y solo el 10%-15% ocurren en otros dedos, sobre todo en el pulgar e índice. Usualmente aparecen en las primeras 2 décadas de la vida ⁽¹²⁾.

El osteocondroma ocurre por osificación endocondral. Aparece en la parte proximal de la falange distal y compromete la línea metafisaria, o también en la diáfisis. Es doloroso, de crecimiento lento y se presenta como un nódulo rosado y duro que puede extenderse más allá del borde libre de la uña, emergiendo por el hiponiquio (**figura 14**), y a veces la lámina suprayacente se desprende. A la histología se observa una capa de cartílago hialino que rodea al tumor. Puede tener transformación maligna, pero ocurre en menos del 5% de los casos ⁽⁵²⁾.

La exostosis subungular se origina por osificación fibrosa. Como se implanta más distalmente en la falange, usualmente sobresale por el hiponiquio o de forma más frecuente por el pliegue periungular medial. En estos casos, eleva y deforma la lámina y a veces la destruye. Puede o no ser dolorosa y también crece lentamente. Se presenta como un nódulo duro de color blanco, a veces con telangectasias en la superficie, hiperqueratosis o ulceración ⁽⁵³⁾. Puede sobreinfectarse o estar acompañado de onicocriptosis, debido al encorvamiento de la lámina como consecuencia del tamaño que va adquiriendo la excrecencia ósea. Cuando son lesiones ubicadas más centralmente se presentan como parches rojos vistos a través de la lámina, con o sin onicólisis. Histológicamente se observa proliferación de una capa de fibrocartilago alrededor del tumor. No hay reportes hasta el momento de degeneración maligna ⁽⁵⁴⁾.

La radiografía es útil cuando demuestra la osificación; sin embargo, en etapas tempranas puede no evidenciarse, ya que el tumor está formado principalmente de cartílago. El osteocondroma aparece como una lesión ósea bien definida, ubicada hacia el extremo proximal de la falange y en continuidad con la cortical ósea (**figura 15**) ⁽⁵⁵⁾. La exostosis se ve como un crecimiento óseo trabecular mal definido a nivel dorsal o dorsomedial distal de la falange, sin continuidad (o poco clara) con la corteza ósea ⁽⁵⁶⁾. El fibrocartilago es radiolúcido, por lo que la apariencia radiológica de este tumor subestima su tamaño ⁽⁵⁴⁾. En etapas avanzadas de la exostosis, el hueso trabecular de la base del tumor se conecta con la falange distal. Cuando no es posible evidenciar la proliferación ósea en la radiografía, se requiere realizar una resonancia magnética, que muestra alta intensidad de la señal en T2 cuando es cartílago hialino, mientras que el fibrocartilago es hipointenso en todas las secuencias.

El abordaje quirúrgico mediante una incisión en forma de boca de pescado es el más ampliamente utilizado ⁽⁵²⁾. Se realiza sobre la zona cutánea del pulpejo a 5-10 mm del borde del hiponiquio, siguiendo la forma de una semiluna desde los pliegues laterales.

PSEUDOTUMORES UNGULARES

Pseudoquiste mixoide

Es un tumor formado por la fuga de líquido sinovial desde la articulación interfalángica distal, debido a la



Figura 14. Osteocondroma en *hallux* derecho, que se extiende por fuera del borde libre de la lámina. Nódulo eritematovioláceo de superficie queratósica y centro crateriforme que emerge a través del hiponiquio.



Figura 15. Imagen radiográfica de osteocondroma: excrecencia ósea bien definida.

presencia de osteoartritis que favorece la degeneración de la cápsula articular, bien sea por la presencia de osteofitos o por la reducción del espacio articular⁽⁴⁴⁾; de hecho, en el 64% a 74% de los casos hay evidencia de osteoartritis primaria en la radiografía. Se forma una cavidad de tejido conectivo sin epitelio de recubrimiento, que está en conexión con la articulación. Cuando no se evidencia esta conexión, el pseudoquistes se desarrolla independientemente de la articulación subyacente y es el resultado de una metaplasia *in situ*⁽¹⁴⁾.

Es dos veces más frecuente en mujeres, especialmente de edad avanzada. Usualmente aparece en los dedos de las manos, como una pápula o nódulo normocrómico de apariencia translúcida y superficie suave, asintomático. Puede presentar descarga intermitente de un material mucoso o gelatinoso que corresponde a ácido hialurónico o es posible obtenerlo al puncionarlo^(5, 57). El compromiso que puede causar en la matriz se manifiesta con surcos ligeros y ondulados en la lámina, lo que se ha denominado el *signo de las olas*⁽⁵⁸⁾.

De Berker propuso una clasificación del tumor según su localización en tres tipos⁽²⁹⁾:

- Tipo A: el más común se forma entre la articulación interfalángica distal y el pliegue ungular proximal; usualmente se ubica hacia los laterales y raramente excede los 10 mm (**figura 16**).
- Tipo B: se localiza debajo del pliegue ungular proximal. Puede ejercer presión sobre la matriz ungular, lo que da lugar a distrofia canalicular importante; en ocasiones puede emerger a través de dicho pliegue (**figura 17**).
- Tipo C: es de localización submatricial y siempre va a generar alteraciones en la lámina y distrofia. Es el tipo más raro y probablemente el más difícil de reconocer.

Es posible realizar la técnica de transiluminación para evidenciar su naturaleza quística, especialmente en los tipos A y B⁽⁵⁹⁾. La radiografía es útil, ya que la presencia de osteofitos en la articulación interfalángica distal es sugerente. La ecografía no es específica y la resonancia magnética es diagnóstica, aunque raramente se usa⁽⁶⁰⁾.



Figura 16. Pseudoquiste mixoide tipo A. Nódulo eritematoso subdérmico de aspecto translúcido localizado cerca de articulación interfalángica distal.

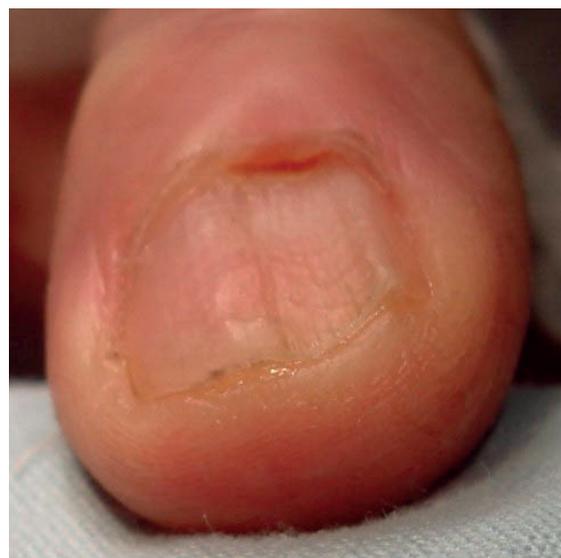


Figura 17. Pseudoquiste mixoide tipo B. Nódulo eritematoso subdérmico mal definido localizado debajo del pliegue ungular proximal causando distrofia canalicular.

Puntos clave

- Onicopapiloma: se presenta como una banda longitudinal monodactílica de eritroniquia, melanoniquia o leuconiquia, con hiperqueratosis subungular focal distal vista desde el hiponiquio.
 - Queratoacantoma digital distal: variante agresiva del queratoacantoma común; se presenta como un nódulo queratósico o verrucoso doloroso, de crecimiento muy rápido, causando gran distrofia ungular.
 - Onicomatricoma: tumor onicocítico benigno; se presenta como un engrosamiento longitudinal localizado de la lámina ungular con xantoniquia; el borde libre de la lámina que está engrosado presenta pequeños agujeros en forma de panal de abeja.
 - Fibroqueratoma adquirido: se presenta como una pápula o nódulo que puede ser normocrómico o eritematoso, con superficie hiperqueratósica. También llamado *tumor de Koenen* o *fibroqueratoma digital*.
 - Hemangioma capilar lobular: se presenta como una pápula o nódulo de color rojo, sésil o pedunculado, con collarite descamativo en su base. Crece rápidamente y tiene sangrado fácil.
 - Tumor glómico: se presenta como una mácula rojoazulada que no desaparece a la digito-presión o como eritroniquia longitudinal. Causa intenso dolor, de forma espontánea o con cambios de temperatura.
 - El osteocondroma y la exostosis subungular son tumores ungulares osteocartilaginosos; el primero se implanta proximalmente en la falange distal y está formado por cartílago hialino; el último se implanta más distalmente y está formado por fibrocartílago.
 - Pseudoquiste mixoide: se presenta como un nódulo de apariencia translúcida y superficie lisa; puede ubicarse cerca de la articulación interfalángica distal, debajo del pliegue ungular proximal o a nivel submatricial.
-

CONCLUSIÓN

Los tumores benignos que afectan la unidad ungular tienen una presentación clínica característica y en ocasiones generan cambios únicos y exclusivos que permiten al dermatólogo diferenciarlos fácilmente entre sí y con tumores de origen maligno. Todos en común tienden a conservar la anatomía ungular y su origen o localización es lo que determina su morfología clínica y los cambios específicos dentro de la unidad ungular.

REFERENCIAS

1. Peña Romero AG, Domínguez Cherit J. Nonmelanocytic Nail Tumors. En: Tosti A (autor). Nail Disorders. Elsevier; 2019. p. 97-111. <http://dx.doi.org/10.1016/C2016-0-04563-1>
2. Sánchez LI, Ávila AM, Gómez LM, Flórez HA. Fibromixoma acral superficial. *Rev Asoc Colomb Dermatol.* 2019;27(1(enero-marzo));63-67.
3. Halteh P, Magro C, Scher RK, Lipner SR. Onychopapilloma Presenting as Leukonychia: Case Report and Review of the Literature. *Skin Appendage Disord.* 2017;2(3-4):89-91. <http://dx.doi.org/10.1159/000448105>
4. Ito T, Uchi H, Yamada Y, Oda Y, Furue M. Onychopapilloma manifesting longitudinal melanonychia: A mimic of subungual malignancy. *J Dermatol.* 2015;42(12):1199-201. <http://dx.doi.org/10.1111/1346-8138.13097>
5. Gómez Vargas LM, Ávila Álvarez AM. Tumores benignos. En: Gómez Vargas LM, Ávila A. La uña: de lo superficial a lo profundo. Medellín, Colombia: Health Books; 2019. p. 467-94.
6. Tosti A, Schneider SL, Ramirez-Quizon MN, Zaiac M, Miteva M. Clinical, dermoscopic, and pathologic features of onychopapilloma: A review of 47 cases. *J Am Acad Dermatol.* 2016;74(3):521-6. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaad.2015.08.053>
7. Goldenberg A, Lee RA, Cohen PR. Acantholytic dyskeratotic acanthoma: case report and review of the literature. *Dermatol Pract Concept.* 2014;4(3):25-30. <http://dx.doi.org/10.5826/dpc.0403a03>
8. Haneke E. Important malignant and new nail tumors. *J Dtsch Dermatol Ges.* 2017;15(4):367-86. <http://dx.doi.org/10.1111/ddg.13223>
9. Baran R, Mikhail G, Costini B, Tosti A, Goettmann-Bonvallot S. Distal digital keratoacanthoma: two cases with a review of the literature. *Dermatol Surg.* 2001;27(6):575-9. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1524-4725.2001.01915.x>
10. Baran R, Goettmann S. Distal digital keratoacanthoma: a report of 12 cases and a review of the literature. *Br J Dermatol.* 1998;139(3):512-5. <http://dx.doi.org/10.1046/j.1365-2133.1998.02421.x>
11. Paulson N, Gibson J, Glusac E. Perianal and perineal keratoacanthoma: Two cases demonstrating histologic similarity to subungual keratoacanthoma. *J Cutan Pathol.* 2019;46(10):794-97. <http://dx.doi.org/10.1111/cup.13518>
12. Baran R, Richert B. Common nail tumors. *Dermatol Clin.* 2006;24(3):297-311. <http://dx.doi.org/10.1016/j.det.2006.03.002>
13. Perelló-Alzamora MR, González-de Arriba M, Fernández-López E. Painful, rapidly growing tumor in the subungual area of the first digit of the right hand. *Actas Dermosifiliogr.* 2013;104(4):347-8. <http://dx.doi.org/10.1016/j.adengl.2012.09.021>
14. Willard KJ, Cappel MA, Kozin SH, Abzug JM. Benign subungual tumors. *J Hand Surg Am.* 2012;37(6):1276-86; quiz 1286. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jhsa.2012.04.001>
15. Choi JH, Shin DH, Shin DS, Cho KH. Subungual keratoacanthoma: ultrasound and magnetic resonance imaging findings. *Skeletal Radiol.* 2007;36(8):769-72. <http://dx.doi.org/10.1007/s00256-007-0274-x>
16. González-Rodríguez AJ, Gutiérrez-Paredes EM, Montesinos-Villaescusa E, Burgués Gasió O, Jordá-Cuevas E. Queratoacantoma digital distal: importancia del diagnóstico diferencial con el carcinoma escamoso subungueal. *Actas Dermosifiliogr.* 2012;103(6):549-51. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2011.08.012>
17. Cecchi R, Troiano M, Buralli L, Innocenti S. Recurrent distal digital keratoacanthoma of the periungual region treated with Mohs micrographic surgery. *Australas J Dermatol.* 2012;53(1):e5-7. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1440-0960.2010.00692.x>
18. Perrin C, Cannata GE, Langbein L, Ambrosetti D, Coutts M, Balaguer T, Garzon JM, Michiels JF. Acquired Localized Longitudinal Pachyonychia and Onychomatric Tumors: A Comparative Study to Onychomatricomas (5 Cases) and Onychocytic Matricomas (4 Cases). *Am J Dermatopathol.* 2016;38(9):664-71. <http://dx.doi.org/10.1097/DAD.0000000000000511>
19. Wang L, Gao T, Wang G. Nail bed onychomatricoma. *J Cutan Pathol.* 2014;41(10):783-6. <http://dx.doi.org/10.1111/cup.12373>
20. Durrant MN, Palla BA, Binder SW. Onychomatricoma: a case report with literature review. *Foot Ankle Spec.* 2012;5(1):41-4. <http://dx.doi.org/10.1177/1938640011422593>

21. Perrin C, Baran R, Balaguer T, Chignon-Sicard B, Cannata GE, Petrella T, Michiels JF. Onychomatricoma: new clinical and histological features. A review of 19 tumors. *Am J Dermatopathol.* 2010;32(1):1-8. <http://dx.doi.org/10.1097/DAD.0b013e3181af8516>
22. Rushing CJ, Ivankiv R, Bullock NM, Rogers DE, Spinner SM. Onychomatricoma: A Rare and Potentially Underreported Tumor of the Nail Matrix. *J Foot Ankle Surg.* 2017;56(5):1095-8. <http://dx.doi.org/10.1053/j.jfas.2017.04.008>
23. Holahan HM, Farah RS, Quinby GE, Stone MS. Periungual swelling and nail dystrophy in a healthy male. *Onychomatricoma. Acta Derm Venereol.* 2014;94(6):747-8. <http://dx.doi.org/10.2340/00015555-1798>
24. Ocampo-Garza J, Di Chiacchio NG, Di Chiacchio N. Pigmented onychomatricoma: Four cases. *Australas J Dermatol.* 2018;59(1):e66-e69. <http://dx.doi.org/10.1111/ajd.12638>
25. Oztürk Durmaz E, Sezer E, Dikicioğlu Çetin E, Sahin S. Onychomatricoma masquerading as candidal onychomycosis and paronychia. *Acta Dermatovenerol Croat.* 2013;21(3):198-201.
26. Gómez LM, Massaro M, Tabares ÁM, Zuluaga A, Vélez JD, Vélez A, et al. Utilidad de la muestra de la lámina unguilar en el diagnóstico de onicomicosis. *Rev Asoc Col Dermatol.* 2011;19(3):194-200.
27. Sanchez M, Hu S, Miteva M, Tosti A. Onychomatricoma has channel-like structures on in vivo reflectance confocal microscopy. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2014;28(11):1560-2. <http://dx.doi.org/10.1111/jdv.12269>
28. Lesort C, Debarbieux S, Duru G, Dalle S, Poulhalon N, Thomas L. Dermoscopic Features of Onychomatricoma: A Study of 34 Cases. *Dermatology.* 2015;231(2):177-83. <http://dx.doi.org/10.1159/000431315>
29. Richert B, Lecerf P, Caucanas M, André J. Nail tumors. *Clin Dermatol.* 2013;31(5):602-17. <http://dx.doi.org/10.1016/j.clindermatol.2013.06.014>
30. Sezer E, Bridges AG, Koseoglu D, Yuksek J. Acquired periungual fibrokeratoma developing after acute staphylococcal paronychia. *Eur J Dermatol.* 2009;19(6):636-7. <http://dx.doi.org/10.1684/ejd.2009.0771>
31. Saito S, Ishikawa K. Acquired periungual fibrokeratoma with accessory germinal matrix. *J Hand Surg Br.* 2002;27(6):549-55. <http://dx.doi.org/10.1054/jhsb.2002.0837>
32. Baykal C, Buyukbabani N, Yazganoglu KD, Sarglik E. Acquired digital fibrokeratoma. *Cutis.* 2007;79(2):129-32.
33. Shih S, Khachemoune A. Acquired digital fibrokeratoma: review of its clinical and dermoscopic features and differential diagnosis. *Int J Dermatol.* 2019;58(2):151-8. <http://dx.doi.org/10.1111/ijd.14046>
34. Yasuki Y. Acquired periungual fibrokeratoma--a proposal for classification of periungual fibrous lesions. *J Dermatol.* 1985;12(4):349-56. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1346-8138.1985.tb02853.x>
35. Ehara Y, Yoshida Y, Ishizu S, Shiomi T, Yamamoto O. Reply to "Transungual fibrokeratoma". *J Dermatol.* 2017;44(12):e372. <http://dx.doi.org/10.1111/1346-8138.14023>
36. Moriue T, Yoneda K, Moriue J, Nakai K, Kubota Y. Multibranching acquired periungual fibrokeratoma. *JAMA Dermatol.* 2014;150(4):456-7. <http://dx.doi.org/10.1001/jamadermatol.2013.6631>
37. Hwang S, Kim M, Cho BK, Park HJ. Clinical characteristics of acquired ungual fibrokeratoma. *Indian J Dermatol Venereol Leprol.* 2017;83(3):337-43. <http://dx.doi.org/10.4103/0378-6323.193611>
38. Kint A, Baran R. Histopathologic study of Koenen tumors. Are they different from acquired digital fibrokeratoma? *J Am Acad Dermatol.* 1988;18(2 Pt 1):369-72. [http://dx.doi.org/10.1016/s0190-9622\(88\)70054-7](http://dx.doi.org/10.1016/s0190-9622(88)70054-7)
39. Hinchcliff KM, Pereira C. Subungual Tumors: An Algorithmic Approach. *J Hand Surg Am.* 2019;44(7):588-598. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jhsa.2018.12.015>
40. Rana R, Ramachandra SS, Prasad UC, Aggarwal P, Dayakara JK. Recurrent pyogenic granuloma with a satellite lesion. *Cutis.* 2015;96(2):E27-30.
41. Wollina U, Langner D, França K, Gianfaldoni S, Lotti T, Tchernev G. Pyogenic Granuloma - A Common Benign Vascular Tumor with Variable Clinical Presentation: New Findings and Treatment Options. *Open Access Maced J Med Sci.* 2017;5(4):423-6. <http://dx.doi.org/10.3889/oamjms.2017.111>
42. Moshe M, Levi A, Ad-El D, Ben-Amitai D, Mimouni D, Didkovsky E, et al. Malignant melanoma clinically mimicking pyogenic granuloma: comparison of clinical evaluation and histopathology. *Melanoma Res.* 2018;28(4):363-7. <http://dx.doi.org/10.1097/CMR.0000000000000451>
43. Vidal D, Echeverria B, García-Gavín J, Pérez-Pérez LC. Ecografía aplicada al manejo de la patología de la uña. *Actas Dermosifiliogr.* 2015;106(Supl1):60-6. [http://dx.doi.org/10.1016/S0001-7310\(16\)30008-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0001-7310(16)30008-4)

44. Park JH, Lee DY, Kim N. Nail neoplasms. *J Dermatol*. 2017;44(3):279-87. <http://dx.doi.org/10.1111/1346-8138.13702>
45. McDermott EM, Weiss AP. Glomus tumors. *J Hand Surg Am*. 2006;31(8):1397-400. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jhsa.2006.05.018>
46. Mravic M, LaChaud G, Nguyen A, Scott MA, Dry SM, James AW. Clinical and histopathological diagnosis of glomus tumor: an institutional experience of 138 cases. *Int J Surg Pathol*. 2015;23(3):181-8. <http://dx.doi.org/10.1177/1066896914567330>
47. Ávila A, Restrepo J. *Imaginología de la uña*. En: Gómez Vargas LM, Ávila Álvarez AM. *La uña: de lo superficial a lo profundo*. Medellín, Colombia: Health Books; 2019. p. 513-22.
48. Ham KW, Yun IS, Tark KC. Glomus tumors: symptom variations and magnetic resonance imaging for diagnosis. *Arch Plast Surg*. 2013;40(4):392-6. <http://dx.doi.org/10.5999/aps.2013.40.4.392>
49. Tomak Y, Akcay I, Dabak N, Eroglu L. Subungual glomus tumours of the hand: diagnosis and treatment of 14 cases. *Scand J Plast Reconstr Surg Hand Surg*. 2003;37(2):121-4. <http://dx.doi.org/10.1080/02844310310005676>
50. Lee SK, Jung MS, Lee YH, Gong HS, Kim JK, Baek GH. Two distinctive subungual pathologies: subungual exostosis and subungual osteochondroma. *Foot Ankle Int*. 2007;28(5):595-601. <http://dx.doi.org/10.3113/FAI.2007.0595>
51. Göktay F, Atış G, Güneş P, Macit B, Çelik NS, Gürdal Kösem E. Subungual exostosis and subungual osteochondromas: a description of 25 cases. *Int J Dermatol*. 2018;57(7):872-81. <http://dx.doi.org/10.1111/ijd.14003>
52. Aguirre LM, Mendoza N, Gómez LM, Cuartas F. Osteocondroma subungular: reporte de caso y técnica quirúrgica utilizada. *Rev Asoc Colomb Dermatol*. 2014;22:4 (octubre-diciembre);336-9.
53. Thomas JG, Henninger CA. Subungual exostosis. *Cutis*. 2012;90(5):241-3.
54. Turan H, Uslu M, Erdem H. A case of subungual exostosis. *Indian J Dermatol Venereol Leprol*. 2012;78(2):186. <http://dx.doi.org/10.4103/03786323.93638>
55. Vázquez-Flores H, Domínguez-Cherit J, Vega-Memije ME, Sáez-De-Ocariz M. Subungual osteochondroma: clinical and radiologic features and treatment. *Dermatol Surg*. 2004;30(7):1031-4. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1524-4725.2004.30309.x>
56. Montes-Palacio M, Gómez LM, Cuartas F. Exostosis subungular tratada como onicomycosis. *Rev Asoc Colomb Dermatol*. 2017;25:1(enero-marzo);59-66.
57. Lin YC, Wu YH, Scher RK. Nail changes and association of osteoarthritis in digital myxoid cyst. *Dermatol Surg*. 2008;34(3):364-9. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1524-4725.2007.34070.x>
58. Ferreli C, Caravano M, Fumo G, Rongioletti F. Digital myxoid cysts: 12-year experience from two Italian Dermatology Units. *G Ital Dermatol Venereol*. 2018;153(6):847-54. <http://dx.doi.org/10.23736/S0392-0488.18.06101-1>
59. Kim EJ, Huh JW, Park HJ. Digital Mucous Cyst: A Clinical-Surgical Study. *Ann Dermatol*. 2017;29(1):69-73. <http://dx.doi.org/10.5021/ad.2017.29.1.69>
60. Li K, Barankin B. Digital mucous cysts. *J Cutan Med Surg*. 2010;14(5):199-206. <http://dx.doi.org/10.2310/7750.2010.09058>