

Retroniquia sin paroniquia: un reto diagnóstico

Heliana Marcela Botello¹; Angie Daniela Bonelo²; Julián Andrés Chamorro³; Felipe Jaramillo-Ayerbe⁴

RESUMEN

La retroniquia es el enclavamiento de la lámina ungueal en el pliegue ungueal proximal, donde se presentan dos o más generaciones de láminas ungueales superpuestas bajo dicho pliegue. Está principalmente relacionada con microtraumas locales. El diagnóstico es clínico y en casos difíciles, es útil el uso de la ecografía para la confirmación o el descarte de otras patologías. El tratamiento definitivo es la avulsión quirúrgica de la lámina ungueal. Es frecuentemente infradiagnosticada, ya que su forma de presentación más común es la paroniquia crónica que no responde a los tratamientos convencionales; sin embargo, cuando no se manifiesta de esta manera, como en nuestro caso, el enfoque clínico se dificulta, por lo cual pueden emplearse ayudas imagenológicas que permitan un mejor abordaje de la patología.

PALABRAS CLAVE: Enfermedades de la uña; Inflamación; Paroniquia; Retroniquia.

RETRONYCHIA WITHOUT PARONYCHIA: A DIAGNOSTIC CHALLENGE

SUMMARY

Retronychia is the embedding of the nail plate into the proximal nail fold, where there are two or more generations of superimposed nail plates under such fold. It is mainly related to local micro-traumas. The diagnosis is clinical and the use of ultrasound is useful for confirmation and/or ruling out other pathologies in difficult cases. The definitive treatment is surgical avulsion of the nail plate. It is frequently underdiagnosed since its most common form of presentation is chronic paronychia that does not respond to conventional treatments; however, when it does not manifest itself in this manner, as in our case, the clinical approach is difficult, which is why imaging aids can be used to allow a better approach to the pathology.

KEY WORDS: Inflammation; Nail disease; Paronychia; Retronychia.

1. Dermatóloga. Coordinadora, posgrado de Dermatología, Universidad de Caldas, Manizales, Colombia. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4199-0421>
2. Médica. Semillero de Investigación en Dermatología, Universidad Surcolombiana, Neiva, Colombia. ORCID: <https://orcid.org/0009-0007-8095-0573>
3. Médico epidemiólogo, Semillero de Investigación en Dermatología, Pontificia Universidad Javeriana. Universidad Autónoma de Bucaramanga. Cali, Colombia. ORCID: <https://orcid.org/0009-0005-2084-2031>
4. Médico dermatólogo. Profesor titular de Dermatología y Dermatopatología, Universidad de Caldas, Manizales, Colombia. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0982-4335>

Correspondencia: Heliana Marcela Botello-Mojica; **email:** heliana.botello@ucaldas.edu.co

Recibido: 5/18/2023; **aceptado:** 5/23/2023

Cómo citar: Botello HM, Bonelo AD, Chamorro JA, Jaramillo-Ayerbe F. Retroniquia sin paroniquia: un reto diagnóstico. Rev. Asoc. Colomb. Dermatol. Cir. Dermatol. 2023;31(1):65-69. **DOI:** <https://doi.org/10.29176/2590843X.1812>

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

ENFOQUE CLÍNICO

Se solicitó ecografía, que reportó engrosamiento difuso de los tejidos blandos, que alcanza los 6 milímetros en el lado derecho (lado comprometido), comparado con los 2 milímetros en el lado izquierdo. La distancia entre el origen de la placa ungueal hasta la base de la falange fue asimétrica, lo mismo que la distancia de la placa ungueal y la base del cubrimiento subungueal de la uña, con longitudes de 5,8 milímetros en el lado derecho y de 3,1 milímetros en el lado izquierdo. Estos hallazgos se relacionan con retroniquia. Al realizar la

exploración con Doppler color, no se observó aumento de la vascularización en el lecho ungueal, aunque se identificó un incremento del volumen en este nivel, lo que hacía poco probable un tumor glómico.

Con el reporte anterior, se realizó onicectomía total sin matricectomía y se encontró lámina ungueal muy corta, con múltiples repliegues proximales, y se confirmó el diagnóstico de retroniquia sin paranoquia (**Figura 2**).



Figura 2. A. Lámina ungueal donde se observan repliegues a nivel proximal. B. Vista transversal de la lámina donde se evidencia repliegues proximales por el trauma repetido a nivel distal.

Se aconsejó a la paciente mantener cubierta la falange distal con adhesivo para realizar presión constante y favorecer el crecimiento adecuado de la lámina ungueal.

GENERALIDADES

El término *retroniquia* fue descrito inicialmente en el año de 1999 por De Berker y Renall; sin embargo, fue hasta el año 2008 que se reconoció como una entidad distintiva tras la presentación de una serie de casos en la Sociedad Europea de la Uña. Hace referencia al crecimiento interno o enclavamiento de la placa ungueal en el pliegue ungueal proximal, que genera múltiples laminillas de placa ungueal superpuestas bajo dicho pliegue, lo que resulta en paroniquia crónica y aspecto de uña amarillenta que no crece. Los eventos

desencadenantes más comunes son los traumatismos locales y las enfermedades sistémicas, que provocan la interrupción del crecimiento longitudinal del lecho ungueal y el crecimiento vertical de la nueva placa en el pliegue proximal⁽¹⁻⁴⁾.

EPIDEMIOLOGÍA

La retroniquia se ha descrito como enfermedad de la edad adulta, predominante en mujeres entre la cuarta y quinta década de la vida; sin embargo, también se han reportado casos en niños y ancianos. Afecta principal-

mente los dedos de los pies, con mayor compromiso de los dedos gordos (*hallux*) debido a su exposición a traumatismos frecuentes y, con menor frecuencia, las uñas de las manos, donde los índices y los pulgares son los más comprometidos; además, se ha informado la afectación bilateral y retroniquia en múltiples dedos ^(1,2,5,6).

FISIOPATOLOGÍA

Una lesión aguda física o sistémica marcaría el inicio de la patogenia y generaría la separación de la lámina ungueal vieja de la matriz y el lecho ungueal, con crecimiento vertical de la lámina nueva hacia el pliegue ungueal proximal. Primero, la uña ya no está adherida al lecho ungueal y es empujada permanentemente contra el pliegue ungueal proximal, lo que causa inflamación y explica los signos clínicos de dolor, paroniquia y tejido de granulación. La interrupción repetitiva del crecimiento de la matriz ungueal provoca el apilamiento de las láminas ungueales y los traumatismos repetidos impiden que la lámina nueva se adhiera al lecho ungueal, lo que perpetúa el ciclo (Figura 3) ⁽²⁾.

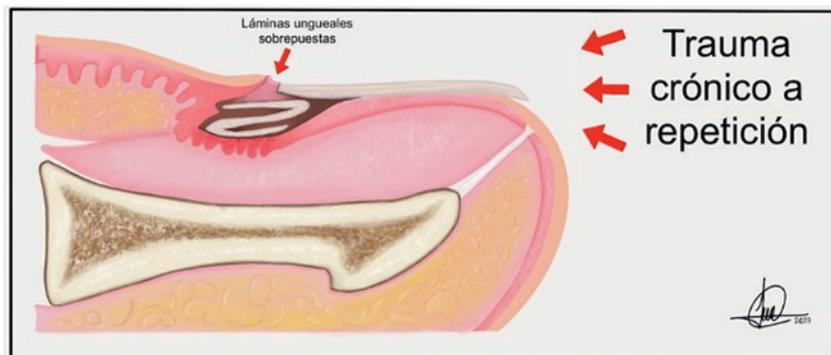


Figura 3. Ilustración de las fuerzas ejercidas sobre la uña por traumatismo a repetición, lo que lleva a plegamiento o crecimiento de nuevas placas ungueales que generan paroniquia. Fuente: imagen elaborada por el Dr. Julián Chamorro.

Hay informes de pacientes en los cuales la uña vieja permanece firmemente adherida al lecho ungueal y a los pliegues ungueales, y no puede ser empujada hacia afuera por la nueva lámina, lo que sugiere que donde dicha adherencia es más firme, el proceso de desprendimiento procede de manera anormal ⁽³⁾.

ETIOLOGÍA

Los desencadenantes más comunes son las lesiones menores repetidas (por ejemplo, zapatos que no calzan bien, prácticas deportivas como trotar o caminar) y traumatismos locales que generan presión contra el borde libre, aunque, en algunos casos, no se identifican desencadenantes. Se han descrito también como causas de esta entidad condiciones sistémicas (artritis,

tromboflebitis y posparto), que incluyen episodios de estrés severo que afectan la región de la matriz, generalmente muy sensible a la hipoxia. Entre los factores anatómicos predisponentes, se encuentran la desviación lateral del primer dedo del pie y la hiperextensión del dedo gordo ^(1,2,7).

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

La sospecha clínica de retroniquia se basa en una paroniquia proximal crónica que no mejora asociada al crecimiento interrumpido de la uña y múltiples generaciones de lámina ungueal. Otros síntomas generalmente presentes en el momento del diagnóstico son xantoniquia, dolor, dificultad para caminar (cuando las uñas de los pies están afectadas), supuración y oni-

cólisis. Es común la presencia de tejido de granulación entre los pliegues ungueales proximales laterales y debajo de este ⁽³⁾.

En la etapa temprana de la retroniquia, frecuentemente infradiagnosticada, se observa decoloración amarilla de la lámina producida por acumulación de exudado inflamatorio y múltiples generaciones de uñas debajo de la uña superior, pero con paroniquia discreta; en la etapa tardía se encuentra paroniquia, particularmente intensa, y ligera elevación del pliegue ungueal proximal ⁽²⁾.

DIAGNÓSTICO

El abordaje de la retroniquia es clínico; sin embargo, esta patología continúa siendo un reto para los médicos. Se han planteado criterios diagnósticos, como la disrupción del crecimiento longitudinal de la uña, la elevación del pliegue ungueal, la paroniquia aguda, la paroniquia crónica a repetición y la discromía; no obstante, la sintomatología puede presentarse en diferentes momentos a lo largo del curso clínico, por lo cual, los pacientes suelen no consultar de forma temprana ⁽⁷⁾. Es por esto por lo que los médicos deben pensar en esta patología cuando existan casos de paroniquia intermitente asociada a actividades traumáticas repetitivas ⁽²⁾.

En cuanto a las ayudas diagnósticas, se considera que el ultrasonido Doppler color con alta frecuencia ≥ 15 MHz ^(8, 9) es la herramienta más utilizada a nivel mundial en casos de difícil diagnóstico, aunque no se encuentra estandarizada para el abordaje de esta enfermedad, dado que es dependiente del operador y se describen múltiples hallazgos, tales como dos placas ungueales superpuestas, disminución de la ecogenicidad, aumento del flujo de la dermis proximal, entre otros ⁽²⁾.

Diagnóstico diferencial

Como causa de paroniquia debe pensarse inicialmente en infecciones tales como virus del herpes, infecciones bacterianas por *Pseudomonas*, *Staphylococcus*, *Streptococcus* o infecciones micóticas por *Candida* ⁽⁵⁾.

Además, hay que considerar enfermedades inflamatorias, como la artritis y la psoriasis, y también tumores subungueales, enfermedad de Bowen, queratoacantomas, melanoma amelanótico, quistes, carcinoma escamocelular y tumores glómicos ^(2, 4). De igual manera

debe tenerse en cuenta el uso de medicamentos, como retinoides, ciclosporina, inhibidores de la proteasa e inhibidores del receptor del factor de crecimiento epidérmico ⁽⁷⁾.

TRATAMIENTO

Hasta el momento, el tratamiento de elección continúa siendo la avulsión quirúrgica de la uña afectada ⁽¹⁾; sin embargo, hay que tener en cuenta que este procedimiento debe ser realizado por personal médico idóneo. También debe explicársele al paciente las posibles consecuencias, como la distrofia ungueal crónica (*pincer nail*, microniquia) y la xantoniquia.

En los últimos años, se ha planteado el manejo conservador para casos leves a moderados, y en las opciones terapéuticas se encuentra la ortesis y el uso de esteroides tópicos o intralesionales, estos últimos los más estudiados dado que logran la disminución del dolor y la inflamación, aunque deben considerarse según el criterio médico o en caso de que el paciente rechace el manejo quirúrgico ⁽²⁾.

CONCLUSIÓN

Se presenta un caso de retroniquia en el servicio de consulta externa, donde a la exploración física se evidenció edema e hiperpigmentación; sin embargo, no hubo signos claros de paroniquia. Por este motivo, fue primordial el apoyo de la ecografía de tejidos blandos para descartar otras alteraciones y reforzar la sospecha diagnóstica. Con este caso, se busca en los lectores recordar que esta patología debe ser tenida en cuenta en pacientes con traumatismos a repetición derivados del uso de calzado o de sus actividades diarias asociado a la presencia de paroniquia crónica intermitente. En casos de difícil enfoque clínico, es útil el uso de la ecografía Doppler color para la aproximación diagnóstica. Finalmente, el tratamiento de elección es la avulsión quirúrgica de la uña; sin embargo, puede el manejo conservador ser efectivo en casos seleccionados.

REFERENCIAS

1. Pessoa E Costa T, João AL, Lencastre A. Retronychia: A Paradigm Shift? Skin Appendage Disord. 2020;6(5):268-71. <https://doi.org/10.1159/000509370>
2. de Mello CDBF, E Souza MDR, Noriega LF, Di Chiacchio N. Retronychia. An Bras Dermatol.

- 2018;93(5):707-11. <https://doi.org/10.1590/abd1806-4841.20187908>
3. Ventura F, Correia O, Duarte AF, Barros AM, Haneke E. Retronychia - Clinical and pathophysiological aspects. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2016;16-9. <https://doi.org/10.1111/jdv.13342>
 4. Alonso-Pacheco ML, De Miguel-Mendieta E, Maseda-Pedrero R, Mayor-Arenal M. Retroniquia: estudio ecográfico y tratamiento quirúrgico de un caso. *Actas Dermosifiliogr.* 2016;107(5):33-7. <https://doi.org/10.1016/j.ad.2015.06.018>
 5. Wollina U. Retronychia—an uncommon cause of chronic proximal nail fold inflammation. *Wiener Medizinische Wochenschrift.* 2021;171(3-4):53-6. <https://doi.org/10.1007/s10354-020-00781-y>
 6. Haneke E, Manola I, Smiljan Benko I, Jozić M, Hursa AM. Chronic Retronychia: Nonsurgical Treatment. *Skin Appendage Disord.* 2022;8(4):291-4. <https://doi.org/10.1159/000521496>
 7. Nakouri I, Litaïem N, Jones M, Zeglaoui F. Retronychia Clinical Features and Surgical Treatment. *J Am Podiatr Med Assoc.* 2018;108(1):74-6. <https://doi.org/10.7547/16-152>
 8. Pizarro M, Pieressa N, Wortsman X. Posttraumatic Retronychia of the Foot with Clinical and Ultrasound Correlation. *J Am Podiatr Med Assoc.* 2017;107(3):253-6. <https://doi.org/10.7547/16-076>
 9. Aluja F, Quiasúa D, Martínez H, González C. El ultrasonido del aparato ungular y su utilidad para el dermatólogo. *Rev Asoc Colomb Dermatol.* 2016;24(4):290-8.