

Retroniquia: otra cara de la paroniquia crónica

Heliana Marcela Botello¹; Jennipher Andrea Blanco-Gómez²; Diana María Triana-Veca³; Ana María Hoyos-Zuluaga⁴



RESUMEN

La retroniquia es una condición poco conocida caracterizada por el compromiso de la lámina ungueal proximal con enclavamiento, inflamación del pliegue, aparición de tejido de granulación y presencia de láminas ungueales superpuestas que van engrosando su parte proximal e interrumpen su crecimiento. Es más frecuente en mujeres jóvenes, alrededor de los 25 años, y se asocia a traumatismos crónicos repetidos y al uso de calzado inadecuado. El tratamiento de elección es la avulsión total de la lámina ungueal. Incluso cuando es una causa de paroniquia crónica, su diagnóstico no se realiza siempre de forma oportuna, lo que constituye un reto en la práctica clínica.

PALABRAS CLAVE: Enfermedades de la uña; Onicocriptosis; Paroniquia; Retroniquia; Uñas.

1. Dermatóloga. Coordinadora, posgrado de Dermatología, Universidad de Caldas, Manizales, Colombia. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4199-0421>
2. Médico general, epidemióloga. Semillero de Investigación en Dermatología, Universidad de Caldas, Manizales, Colombia. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3696-4533>
3. Médico general, Semillero de Investigación en Dermatología, Universidad de Caldas, Manizales, Colombia. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3265-4602>
4. Médica dermatóloga, docente, posgrado de Dermatología, Universidad de Caldas, Manizales, Colombia. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8460-3639>

Correspondencia: Jennipher Andrea Blanco-Gómez; **email:** jennblgo@gmail.com

Recibido: 19/5/2023; **aceptado:** 8/6/2023; **publicado:** 28/10/2024

Cómo citar: Botello HM, Blanco-Gómez JA, Triana-Veca DM, Hoyos-Zuluaga AM. ¿Reconoce esta clave diagnóstica? Parte II. Rev. Asoc. Colomb. Dermatol. Cir. Dermatol. 2024;32(4):472-476.

DOI: <https://doi.org/10.29176/2590843X.1815>

Financiación: ninguna

Conflictos de interés: ninguno

ANOTHER FACE OF CHRONIC PARONYCHIA

SUMMARY

Retronychia is a poorly recognized condition characterized by the involvement of the proximal nail plate with nail embedding, inflammation of the nail fold, the appearance of granulation tissue, and the presence of overlapping nail plates that thicken the proximal part of the nail plate and interrupt its growth. It is more frequent in young women, around 25 years of age, and is associated with repeated chronic trauma and the use of improper footwear. The treatment of choice is total avulsion of the nail plate. Although it is a cause of chronic paronychia, its diagnosis is not always

KEY WORDS: Nail disease; Nails; Onychocryptosis; Paronychia; Retronychia.

GENERALIDADES

La retroniquia es un enclavamiento de la parte proximal de la lámina ungueal en el pliegue ungueal proximal. Fue descrita por primera vez en 1999 por De Berker y Rendall ⁽¹⁾. El término proviene del latín retro (*hacia atrás*) y del griego *onychia* (*uña*) ⁽²⁾. Es una patología dolorosa de las uñas que genera afectación en el crecimiento interno de la lámina ungueal. Hay factores que influyen en su desarrollo, dentro de los cuales se encuentran anomalías anatómicas, el uso de zapatos ajustados, traumatismos, compromiso isquémico o enfermedades sistémicas ⁽³⁾. Constituye una de las causas de paroniquia crónica; no obstante, solo se han reportado alrededor de 117 casos en la literatura mundial y ninguno en Colombia.

EPIDEMIOLOGÍA

Debido a las dificultades en el diagnóstico temprano, la incidencia de esta enfermedad ha sido subestimada; sin embargo, se ha reportado una predilección por el sexo femenino, principalmente en adultos jóvenes, y en más del 90% de los casos se compromete el primer dedo del pie. También se ha descrito afectación en los dedos de las manos, aunque en un menor porcentaje, y es unilateral en el 84% de los casos ⁽⁴⁻⁶⁾.

ETIOLOGÍA

El microtrauma ungueal constituye el detonante fundamental de la retroniquia, que provoca la pérdida de la unión de la lámina ungueal a la matriz, lo cual induce una nueva producción de matriz y crecimiento de una

nueva lámina bajo la anterior. Esta condición se ve favorecida por traumatismos agudos, como aplastamientos, quemaduras o cirugías ungueales previas, seguido por traumatismos recurrentes que se generan en prácticas deportivas como atletismo, montañismo, alpinismo, fútbol, entre otras, y en actividades como marchas y baile; además, por el uso de tacones, calzado ajustado o tener las uñas largas ^(1, 2, 4, 5). Las patologías que producen hipoxia de la matriz ungueal, como artritis reumatoidea, síndrome compartimental, tromboflebitis y trastornos congénitos de la uña, pueden desencadenar esta onicopatía ⁽⁴⁾.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

La tríada clínica clásica de la retroniquia incluye detención del crecimiento ungueal, paroniquia proximal subaguda y xantoniquia; sin embargo, se han descrito otros signos y síntomas que incluyen onicólisis, hiperqueratosis subungueal, leuconiquia superficial, hemorragia subungueal, supuración con presencia de tejido de granulación, onicomadesis, líneas de Beau, dolor intenso y alteración de la marcha (**Figura 1**) ^(4, 5).

Existen dos estadios de la enfermedad: el temprano, en el que se encuentra coloración amarillenta de la lámina ungueal, afectación de su crecimiento y exudado proveniente de la placa proximal; y el tardío, que tiene todos los síntomas de la primera etapa asociados a paroniquia intensa con elevación de la lámina ungueal proximal, que conduce a un dolor incapacitante con alteración de la marcha ^(4, 7).



Figura 1. Perionixis bilateral, hematoma subungueal en el tercio proximal de la lámina ungueal izquierda y tercio medio de la lámina ungueal derecha, xantoniquia y onicólisis distal de ambas láminas ungueales.

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico es clínico. En la mayoría de los casos, puede observarse inflamación con tejido de granulación a nivel del pliegue ungueal proximal y engrosamiento de la lámina ungueal en dicho nivel ⁽⁸⁾.

Se ha evaluado el papel de la ecografía como una prueba no invasiva para sustentar el diagnóstico, en la cual se reporta la presencia de dos o más láminas ungueales superpuestas, disminución de la distancia entre el origen de la lámina y la base de la falange distal, disminución de la ecogenicidad en la dermis del pliegue proximal y en la parte proximal del lecho ungueal y la ausencia de señal por debajo de la lámina, que puede explicarse por la presencia de sombreado acústico posterior ^(1,9).

No son necesarios los estudios histológicos para el diagnóstico, aunque pueden ser útiles para excluir otras enfermedades como neoplasias ⁽⁸⁾.

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

En cuanto a las patologías que deben tenerse en cuenta en los diagnósticos diferenciales, se incluyen aquellas con apariencia de paroniquia crónica, como infecciones candidiásicas o bacterianas, quistes o tumores subungueales (carcinoma escamocelular, melanoma, tumor

glómico o encondroma), artropatía psoriásica y el uso de medicamentos (retinoides, ciclosporina, inhibidores de las proteasas, antirreceptor del factor de crecimiento epidérmico, entre otros) ⁽¹⁾.

TRATAMIENTO

Se han recomendado manejos conservadores o quirúrgicos según la severidad del cuadro, pues algunos casos moderados de retroniquia pueden resolverse de manera espontánea, o los estadios intermedios o tempranos pueden ser tratados con la aplicación de corticosteroides intralesionales de tipo triamcinolona a nivel del pliegue ungueal proximal, con una de tasa curación mayor del 96%; sin embargo, las recurrencias son frecuentes. No hay evidencia que apoye su uso en casos severos ^(5,9).

La avulsión química de la uña con queratolítico puede realizarse en cuadros de severidad intermedia, con una menor tasa de curación en comparación con la opción quirúrgica, aunque con un mejor perfil de seguridad ⁽⁹⁾.

El tratamiento con menores tasas de recurrencia lo constituye la cirugía, sobre todo en casos avanzados con paroniquia crónica y tejido de granulación ⁽⁹⁾. La resección quirúrgica, con abordaje proximal de la vieja lámina ungueal y de las eventuales láminas subyacentes retenidas, corrobora el diagnóstico, produce un rápido

alivio del dolor y es la terapia de elección y curativa de este proceso (**Figura 3**)⁽⁴⁾. Es importante la protección de los lechos unguales con prótesis posterior al procedimiento e incluir el manejo de los factores predisponentes para prevenir recidivas. Además, debe informarse al paciente sobre el riesgo de distrofia ungueal permanente posquirúrgica, que tiene una frecuencia variable entre el 13% y el 33%⁽⁹⁾.

CONCLUSIÓN

Se presenta el caso de una paciente joven, deportista, con un cuadro de seis meses de evolución de paroniquia proximal de grandes artejos, acompañada de interrupción del crecimiento longitudinal de las láminas

ungulares, que corresponde a un caso de retroniquia bilateral probablemente generada por el trauma repetitivo ocasionado durante sus prácticas deportivas. Su diagnóstico es clínico, aunque la ecografía puede apoyar la sospecha inicial. En algunos casos, el tratamiento se retrasa debido a que esta patología es una entidad recientemente descrita, poco conocida y reportada. La terapia más eficaz es la avulsión total de las láminas unguales a través de un abordaje proximal; sin embargo, se requiere la realización de ensayos clínicos que evalúen la eficacia del enfoque quirúrgico y conservador, teniendo en cuenta las tasas de curación, recurrencias y secuelas.

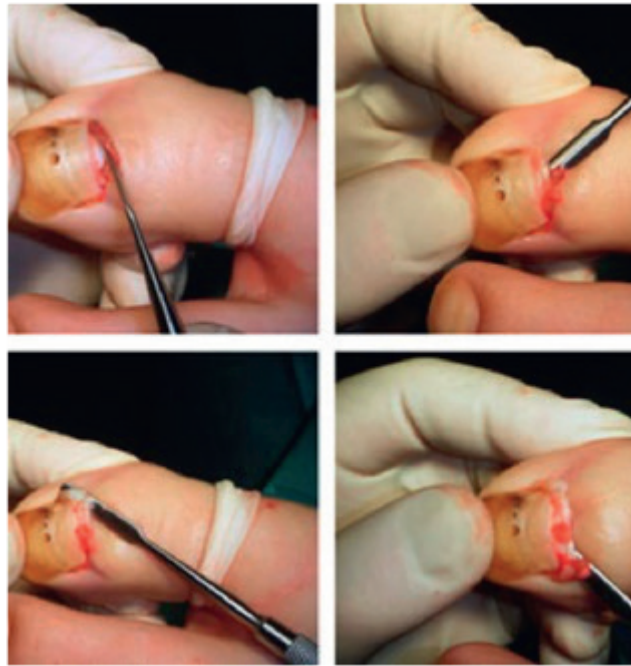


Figura 3. Avulsión total de la placa unguar, abordaje proximal.

Puntos clave

- La retroniquia es un enclavamiento de la parte proximal de la lámina ungueal en el pliegue proximal.
 - Constituye una causa cada vez más conocida de paroniquia crónica, que se asocia de manera importante al antecedente de traumas repetitivos.
 - Es infradiagnosticada y suele confundirse con otras paroniquias infecciosas.
 - El diagnóstico es clínico; sin embargo, la ecografía de la lámina ungueal puede emplearse como ayuda en su abordaje.
 - El tratamiento de elección es la onicectomía.
-

REFERENCIAS

1. 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):e33-7. <https://doi.org/10.1111/jdv.13342>
2. Ferreira IG, Giacomet L, Dornelles AC, Minotto R. Surgical approach to retronychia refractory to clinical treatments. *Surg Cosmet Dermatol.* 2022;14:1-6. <http://www.dx.doi.org/10.5935/scd1984-8773.2022140064>
3. Nagrani N, Castillo DE, Al-Mohanna H, Tosti A. Occupational Retronychia: A Report of a Case in a UPS Employee. *Ski Appendage Disord.* 2019;5(3):169-71. <https://doi.org/10.1159/000494729>
4. Elizalde-Jiménez I, Vázquez J, Galván I, García M. Retroniquia, una onicopatía poco reconocida. Reporte de dos casos. *Dermatol Cosmet Med Quirúrgica.* 2021;19(4):348-52
5. Sechi A, Zengarini C, Piraccini B, Alessandrini A, Bruni F, Patrizi A, et al. Treatment of retronychia: A systematic review and suggested treatment algorithm. *Dermatol Ther.* 2022;35(2). <https://doi.org/10.1111/dth.15251>
6. Navarro Campoamor L. Una mujer con alteración de las uñas (retroniquia). *Más Dermatología.* 2020;(32):19-22.
7. Wollina U. Retronychia—an uncommon cause of chronic proximal nail fold inflammation. *Wien Med Wochenschr.* 2021;171(3-4):53-6. <https://doi.org/10.1007/s10354-020-00781-y>
8. Ventura F, Correia O, Duarte A, Barros A, Haneke E. Retronychia – Clinical and pathophysiological aspects. *J Eur Acad Dermatol Venerol.* 2016;30(1):16-9. <https://doi.org/10.1111/jdv.13342>
9. Litaïem N, Drissi H, Zeglaoui F, Khachemoune A. Retronychia of the toenails: a review with emphasis on pathogenesis, new diagnostic and management trends. *Arch Dermatol Res.* 2019;311 (7):505-12. <https://doi.org/10.1007/s00403-019-01925-w>