

Uñas en la infancia y adolescencia

Autores:

Aniza Giacaman¹, Ángela Hernández-Martin²

Departamento de Dermatología. Hospital Universitari Son Espases. Palma de Mallorca.¹

Hospital Universitario Infantil del Niño Jesús, Madrid.²

Correspondencia:

Dra. Aniza Giacaman

Hospital Universitari Son Espases

Mallorca

E-mail: anizagiacaman@gmail.com

RESUMEN

Las alteraciones ungueales son un motivo frecuente de consulta dermatológica en niños y adolescentes. Aunque la mayoría son benignas y autolimitadas, algunas pueden ser un signo de enfermedades sistémicas subyacentes o síndromes genéticos. Comprender las características anatómicas y fisiológicas de la unidad ungueal pediátrica es fundamental para un diagnóstico preciso y un manejo adecuado. Nuestro objetivo fue realizar una revisión estructurada de las alteraciones ungueales más comunes en la edad pediátrica, incluyendo afecciones fisiológicas, congénitas, infecciosas, inflamatorias, pigmentarias y tumorales.

Palabras clave: uñas, niños, infancia, adolescente.

Introducción

Las alteraciones ungueales constituyen un motivo frecuente de consulta en la población pediátrica, especialmente durante la infancia y adolescencia. En algunos casos se limitan a una afectación local benigna, mientras que en otros pueden representar una manifestación clave de enfermedades sistémicas más complejas.

El objetivo de este artículo es revisar las principales alteraciones ungueales con un enfoque práctico. Se inicia con una descripción de la anatomía normal del aparato ungueal, seguida del análisis de los motivos más frecuentes de consulta, tanto fisiológicos como patológicos, agrupando estos últimos según su etiología. Se destacan aspectos clave de la anamnesis y la exploración física, así como la utilidad de pruebas complementarias.

El aparato ungueal

El aparato ungueal comienza a formarse durante el periodo embrionario, aproximadamente entre las semanas 9 y 20 de gestación. Está constituido por cuatro estructuras principales que son la lámina, la matriz, el lecho y los pliegues ungueales (fig. 1).^{1,2}

La *lámina ungueal* o *uña* es una estructura queratinizada localizada en el dorso de la falange distal de los dedos. Es translúcida, permitiendo visualizar el color rosado de los vasos del lecho ungueal. Las uñas facilitan la manipulación fina, protegen las extremidades, ayudan en el rascado y también tienen una función estética.³

La *matriz ungueal* se extiende desde la base de la falange distal hasta el pliegue ungueal proximal. Su función es generar la lámina mediante la proliferación de células epidérmicas. La lúnula representa la parte distal de la matriz y puede ser visible en forma de semiluna en los primeros dedos de manos y pies.⁴

Los *pliegues ungueales* rodean la uña a nivel proximal, distal y lateral. La cutícula y el hiponiquio también forman parte del sistema de defensa del aparato ungueal frente a infecciones y agresiones externas.

El *lecho ungueal*, el tejido conectivo subyacente, la falange distal y los ligamentos proporcionan las estructuras de soporte del aparato ungueal.

El crecimiento normal de las uñas en los niños es más rápido que en los adultos. En los primeros, las uñas de las manos crecen entre 0,5 y 1,2 mm por semana, y las de los pies entre 1 y 1,5 mm al mes. Durante las primeras semanas de vida y en la adolescencia, esta velocidad puede triplicarse, lo que explica la evolución particular de ciertas patologías en estas etapas del desarrollo.^{1,5}

En la tabla 1 se presenta un glosario con la terminología más utilizada en onicología.

Hallazgos fisiológicos

Uñas frágiles. Las uñas del recién nacido suelen ser finas y débiles (fig. 2a). Pueden presentar una morfología ovalada, triangular o redondeada, y ser planas o ligeramente cóncavas (coiloniquia) (fig. 2b), especialmente en los primeros dedos de los pies. Aunque la fragilidad ungueal se interpreta muy a menudo como un signo de déficit de micronutrientes, se trata de un hallazgo fisiológico en lactantes y no requiere evaluación complementaria. El grosor de la uña

aumenta progresivamente con el tiempo. Sólo en presencia de datos clínicos que sugieran patología de base (malabsorción, pérdidas crónicas, o alimentación inadecuada) se debe considerar un estudio adicional.^{3,6}

Hiperpigmentación periungueal. Es un fenómeno fisiológico, más frecuente en lactantes con fototipos altos. Afecta tanto a las manos como a los pies y suele ser más evidente entre los 2 y 6 meses de vida (fig. 2c).⁴

Hipertrofia congénita de los pliegues ungueales (pseudo uña encarnada). Es un hallazgo habitual en recién nacidos, donde uno o más pliegues pueden cubrir parcialmente la lámina ungueal (fig. 2d). Generalmente es asintomático y tiende a mejorar con el crecimiento. Si hay signos inflamatorios o molestias (fig. 2e), puede ser útil el uso de corticoides tópicos y masajes locales.^{7,8}

Uñas en “V”. También llamadas en “Chevron” o en “espina de pescado”, se observan desde los primeros meses de vida y son más evidentes en niños entre 5 y 7 años. La lámina ungueal presenta crestas lineales finas que convergen en forma de V hacia el centro distal de la uña (fig. 2f). Estos cambios, relacionados con una discrepancia en el patrón de crecimiento entre la matriz ungueal lateral y central, remiten espontáneamente con el tiempo.⁹⁻¹⁰

Líneas de Beau. Se trata de depresiones transversales de la lámina ungueal, causadas por una interrupción temporal del crecimiento en la matriz (fig. 2g). Pueden afectar una o múltiples uñas. Las lesiones únicas suelen deberse a traumatismos, mientras que la afectación múltiple sugiere causas sistémicas. Hasta un 25% de los recién nacidos sanos presentan líneas de Beau. Se hacen visibles entre las semanas 3 y 4 de vida y suelen desaparecer hacia las 14 semanas. Se consideran un cambio fisiológico secundario al estrés perinatal.^{9,10}

También pueden observarse tras infecciones virales febriles, como la enfermedad mano-pie-boca (virus Cocksackie), o ciclos de quimioterapia.⁶ A medida que la uña crece, la línea se desplaza distalmente; la distancia desde el pliegue proximal permite estimar el tiempo transcurrido desde la agresión.

Onicomadesis. Consiste en la separación de la lámina del lecho y matriz ungueales, habitualmente entre 3 y 8 semanas después de una enfermedad aguda, como la enfermedad mano-pie-boca (fig. 2h).

Onicosquisis. Define la separación distal de la uña en capas (fig. 2i). A diferencia de los adultos, no suele asociarse al exceso de humedad, pero el hábito de succión del pulgar puede empeorar el cuadro.

Leuconiquia punteada. Se trata de la presencia de manchas blancas milimétricas en la lámina ungueal (fig. 2j, k), producidas por microtraumatismos que alteran la queratinización en la matriz ungueal. Se desplazan distalmente con el crecimiento ungueal hasta resolverse. No requiere tratamiento ni exploraciones complementarias.⁶

Alteraciones congénitas

Braquioniquia o uñas en raqueta. Alteración congénita en la que el diámetro transversal del lecho y la lámina ungueal son mayores que el diámetro longitudinal (fig. 3a). Afecta con mayor frecuencia al primer dedo de manos y pies, y suele asociarse a una falange distal más corta de lo normal. Puede ser una alteración aislada o formar parte de un síndrome como el de Rubinstein-Taybi, el síndrome de Larsen o el síndrome trico-rino-falángico.¹

Doble uña del quinto dedo del pie. Corresponde a una uña más amplia de lo habitual, dividida por un surco longitudinal, generando una uña accesorio más pequeña (fig. 3b). Habitualmente es asintomática y no precisa tratamiento.¹¹

Implantación vertical de la quinta uña del pie. Su tratamiento conservador consiste en cortar o limar la uña para evitar el roce (fig. 3c).

Mal alineamiento congénito de la primera uña del pie (MAC). En la mayoría de los casos afecta a la primera uña de ambos pies. La patogenia es desconocida. Se produciría por una alteración en las estructuras de soporte ungueal, alteraciones genéticas o durante el desarrollo embrionario, produciendo la desviación lateral de la primera uña del pie, favoreciendo los microtraumatismos continuos y provocando cambios distróficos en la uña, que puede adquirir un color marrón grisáceo con líneas transversales similares a una concha marina (fig. 3d). Estos cambios favorecen las sobreinfecciones fúngicas y la onicocriptosis recurrente. El MAC puede resolverse espontáneamente durante los primeros años de vida. El manejo conservador incluye el uso de un calzado adecuado, el limado de la uña y la aplicación de cremas con altas concentraciones de urea o el “tapping”. Si persiste, la necesidad de tratamiento estará dada por motivos estéticos o molestias locales. En casos graves puede ser necesario el tratamiento quirúrgico.^{1,3,4,12}

Anoniquia y microniquia. Corresponde a la ausencia total o parcial de la uña (fig. 3e). Puede ser un hallazgo aislado o formar parte de otra enfermedad hereditaria como el síndrome uña-rótula, el síndrome de Iso-Kikuchi, o ser secundario al uso de teratógenos durante el embarazo, como la fenitoína, la warfarina o el alcohol.^{3,5,6,13-15}

Paquioniquia congénita (PC). Corresponde a un grupo de enfermedades hereditarias autosómicas dominantes causadas por variantes en los genes que codifican las queratinas KRT6a, KRT6b, KRT6c, KRT16 y KRT17. Clínicamente, se caracteriza por distrofia ungueal (uñas engrosadas, con cambios en la coloración e incremento en la curvatura transversal) y queratodermia palmoplantar, esta última localizada en los puntos de apoyo de los pies, donde puede provocar un dolor significativo. Recientemente se ha propuesto una nueva clasificación que incluye la PC en el grupo de los trastornos de la diferenciación epidérmica palmoplantar (pEDDs, por sus siglas en inglés: *palmoplantar Epidermal Differentiation Disorders*).^{6,16}

Patología infecciosa

Paroniquia aguda. Suele desencadenarse por una alteración en la barrera cutánea que facilita la entrada de microorganismos.¹⁷

Paroniquia aguda bacteriana. Inflamación de la piel que rodea la lámina ungueal, caracterizada por eritema, dolor intenso y, a menudo, exudado purulento (fig. 4a). Los agentes más frecuentemente aislados son el *Staphylococcus aureus* y el *Streptococcus β -hemolítico*. Afecta típicamente a un solo dedo y, en niños, se asocia con el hábito de chuparse o morderse las uñas. Se recomienda obtener muestra para cultivo y antibiograma. El drenaje de la lesión constituye una prioridad terapéutica, siempre que las condiciones clínicas lo permitan, asociado a la antibioterapia oral.^{9,17}

Panadizo herpético. Es la infección viral causada por el virus del herpes simple, con aparición típica de vesículas a nivel periungueal. Es frecuente la autoinoculación tras la primoinfección oral. Puede acompañarse de fiebre,

adenopatías y linfangitis, y presentar recurrencias. El tratamiento de elección es aciclovir oral.⁵

Paroniquia crónica. Consiste en la inflamación persistente de los pliegues ungueales, que puede causar onicodistrofia secundaria si se compromete la matriz. Es frecuente en niños con succión digital crónica, y a menudo coexiste con la sobreinfección por *Candida spp.*

Verrugas víricas periungueales y subungueales. Son la causa de infección ungueal más común (fig. 4b), y están causadas por el virus del papiloma humano (VPH). Son pápulas o placas hiperqueratósicas, habitualmente asintomáticas, salvo fisuración o sobreinfección bacteriana. Los factores predisponentes incluyen hiperhidrosis y traumatismos locales como onicofagia, onicotilomanía y manicura. La dermatoscopia muestra glóbulos o puntos rojo-negruzcos, a veces con halo blanco (capilares trombosados) (fig. 4c). En fototipos altos puede asociar melanoniquia, y en las lesiones subungueales puede observarse onicolisis distal y sobreelevación de la placa ungueal. Es necesario descartar exostosis u osteocondromas en lesiones voluminosas mediante estudios de imagen.¹⁸ El tratamiento debe individualizarse según edad, número y localización de las lesiones. Las opciones incluyen queratolíticos, cantaridina, candidina, terapia fotodinámica, 5-fluorouracilo, imiquimod, complejo nitrizinc, vacunas, cimetidina y acitretino oral. Algunos métodos útiles en otras localizaciones como la crioterapia o los láseres ablativos están desaconsejados en la región periungueal por riesgo de daño permanente en la matriz. En niños sanos, se puede optar por no tratar, dado que muchas verrugas remiten espontáneamente.^{18,19}

Onicomycosis. Menos frecuente en niños que en adultos, aunque su incidencia parece estar aumentando.²⁰ El principal agente implicado es *Trichophyton rubrum*. Se describen cinco formas clínicas. Las más frecuentes son la onicomycosis subungueal distal y lateral (fig. 4d). Además, encontramos la onicomycosis blanca superficial, subungueal proximal, endonyx, y distrófica total. Suele asociarse a tiña *pedis* y a la convivencia con personas afectas.¹⁰

La dermatoscopia es una herramienta útil (fig. 4e). Algunos de los signos encontrados con mayor frecuencia en onicomycosis son uña en ruina, estrías longitudinales, onicolisis, borde dentado con púas, cromoniquia y hemorragias en astilla. El diagnóstico de la onicomycosis se basa en la visualización al microscopio óptico de hifas en las escamas ungueales, cultivo en medio de Sabouraud, clipping y tinción PAS, PCR para hongos e inmunocromatografía.²¹ El tratamiento tópico es una buena alternativa en esta edad, dada la mayor permeabilidad ungueal. El tratamiento oral se reserva para la afectación extensa (≥ 3 uñas, $>50\%$ de lámina ungueal) o fallo del tratamiento tópico. La griseofulvina es el único tratamiento oral autorizado por la Agencia Europea del Medicamento en niños, sin embargo, debido a la superioridad de otros antifúngicos, la griseofulvina no es la primera opción de tratamiento en onicomycosis. La terbinafina y el itraconazol tienen respaldo en la literatura, mientras que el fluconazol cuenta con evidencia limitada. La monitorización analítica con terbinafina no parece necesaria a corto plazo, pero debe valorarse individualmente.^{5,7,8,22}

Alteraciones pigmentarias

Nevus de la matriz ungueal (NMU). Es la causa más frecuente de melanoniquia en niños, puede ser lineal o cubrir completamente la uña. Se caracteriza por un aumento en el número de melanocitos que se agrupan en nidos a lo largo de la matriz. El NMU puede ser congénito o desarrollarse entre los 2 y 4 años de edad. Es más frecuente en las manos. Su tamaño y color pueden cambiar con el tiempo e incluso desaparecer. En la dermatoscopia se pueden observar glóbulos marrones o negros, líneas homogéneas o irregulares, líneas en zigzag, pigmentación periungueal proximal similar al signo de Hutchinson, y pigmentación fibrilar distal en “brocha” (fig. 5).²³ A diferencia de los adultos, en la infancia estos patrones dermatoscópicos no se consideran signos de alarma.^{24,25} Por ello, en la mayoría de los casos se recomienda una actitud conservadora, con seguimiento clínico, dermatoscópico y fotográfico. La biopsia ungueal no se indica de rutina, dado que es un procedimiento doloroso que puede causar distrofia ungueal permanente. Por tanto, sólo está indicada cuando existen dudas diagnósticas fundadas o sospecha de malignidad. Afortunadamente, el melanoma ungueal en la edad pediátrica es excepcional.

3,8,10,24,26

Melanoniquia longitudinal por activación melanocítica. Pigmentación lineal de color marrón-negruzco, que puede ser fisiológica en personas con fototipos oscuros, en general adultos. También se puede observar en infecciones ungueales, principalmente fúngicas o por *Pseudomonas spp.* Otras etiologías son las enfermedades sistémicas como psoriasis, liquen plano, síndrome de Peutz-Jeghers, enfermedad de Addison y tirotoxicosis. Los traumatismos repetidos como onicotilomanía, onicofagia o roce con el calzado también pueden provocarla.¹¹ Los medicamentos como fenolftaleína, antimaláricos, minociclina,

sales de oro, zidovudina, y algunos quimioterápicos también pueden generar cambios en la coloración ungueal.¹

Patología inflamatoria

Liquen estriado. Dermatitis inflamatoria, generalmente unilateral, de causa desconocida. Se ha propuesto que un traumatismo local actúe como desencadenante sobre un área de mosaicismo postcigótico, especialmente en extremidades. Clínicamente, se observan pápulas planas del color de la piel, levemente eritematosas o máculas hipopigmentadas, que siguen las líneas de Blaschko. Si hay afectación de la matriz ungueal, puede observarse onicodistrofia, onicorrexia (fig. 6a) o adelgazamiento de la lámina, y si afecta el lecho ungueal, puede haber onicolisis o hiperqueratosis subungueal. Las lesiones cutáneas pueden preceder o seguir a las ungueales. La afectación exclusiva de las uñas es poco frecuente. El curso suele ser autolimitado en 6-12 meses, aunque las alteraciones ungueales pueden persistir más tiempo. En casos sintomáticos, puede usarse tratamiento antiinflamatorio tópico con corticoides, inhibidores de la calcineurina, o emolientes.^{5,27,28}

Paraqueratosis pustulosa. Entidad inflamatoria poco frecuente, que afecta sobre todo a menores de 5 años. Las lesiones comienzan como vesiculopústulas en el hiponiquio (fig. 6b) y evolucionan a placas eritematodescamativas que pueden extenderse a pliegues laterales y dorso ungueal. Suelen ser asintomáticas y remiten espontáneamente. El diagnóstico es de exclusión. Puede mejorar con corticoides tópicos.²⁹

Psoriasis ungueal. Lo más común es el piqueteado (pitting), con depresiones puntiformes irregulares en la lámina. Otros hallazgos incluyen engrosamiento

ungueal, hiperqueratosis subungueal, leuconiquia, líneas de Beau, onicosis, onicosquias, crestas longitudinales, eritema asalmonado alrededor de zonas con onicosis, manchas de aceite (color amarillo-anaranjado) y hemorragias en astilla (fig. 6 c-e).⁶ El diagnóstico diferencial incluye onicodistrofia traumática, onicomiosis y verrugas subungueales. En caso de duda con procesos infecciosos, puede realizarse un *clipping* ungueal que consiste en enviar un trozo de uña en fresco a anatomía patológica, y además obtener muestra de escamas para microbiología. Es importante explorar antecedentes familiares de psoriasis, así como buscar placas en la piel y signos de artritis. Se recomienda mantener las uñas cortas y evitar traumatismos locales como onicofagia o succión, para prevenir el fenómeno de Köebner.⁶ Las opciones terapéuticas incluyen cremas con urea, lacas con clobetasol, calcipotriol, tazaroteno, corticoides tópicos o asociados, metotrexato y, en casos graves, fármacos biológicos.^{8,31} Los corticoides intralesionales son poco usados en niños por el dolor que implica la infiltración.

Afectación ungueal en alopecia areata (AA). Hasta el 66% de los pacientes con AA pueden presentar signos ungueales. El más frecuente es el piqueteado (fig. 6f), generalmente superficial y, al contrario de lo que ocurre en la psoriasis, con distribución regular. También pueden observarse líneas de Beau, traquioniquia u onicomadesis. La afectación ungueal se asocia con mayor frecuencia a formas extensas (total o universal) y se considera factor de mal pronóstico.⁹ El tratamiento debe orientarse al control del proceso sistémico e incluye el uso de corticoides orales, aunque aún no existe consenso respecto al tipo de corticoide o la posología más adecuados.¹² Otras alternativas de tratamiento son los inmunosupresores como metotrexato, ciclosporina o

azatioprina; y recientemente, los inhibidores JAK con buenos resultados tanto en pelo como en uñas.^{13,32}

Afectación ungueal en dermatitis atópica (DA). La piel periungueal suele presentar eritema, edema y descamación. La inflamación crónica puede llevar a la pérdida de la cutícula y, si afecta la matriz, provocar piqueteado o líneas de Beau. Los pacientes con DA tienen mayor riesgo de paroniquia. El tratamiento se basa en el control de la DA y en los cuidados de la barrera cutánea.⁶

Liquen plano ungueal (LPU). Se trata de una enfermedad mucocutánea infrecuente en niños y cuya manifestación ungueal más común es la onicorrexis (fig. 6 g,h). También pueden presentarse piqueteado, traquioniquia, cromoniquia, atrofia de la lámina y pterigion dorsal. Clínicamente se pueden distinguir cuatro subtipos, el LPU clásico, la traquioniquia, el LPU atrófico y el LPU hipertrófico.

Es importante buscar lesiones de LP en piel, mucosas o cuero cabelludo para apoyar el diagnóstico de LPU. Esta entidad puede dejar secuelas permanentes. El tratamiento es complejo y dentro de las alternativas se incluyen los corticoides tópicos, intralesionales o sistémicos, retinoides, metotrexato, antipalúdicos, dapsona y terapias biológicas (adalimumab, secukinumab).^{6,7,33}

Traquioniquia. Se describen dos subtipos diferentes de traquioniquia según su presentación clínica. La traquioniquia opaca o en papel de lija, y la traquioniquia brillante. Suele iniciarse entre los 2 y 7 años, y puede afectar a una o múltiples uñas (fig. 6 i).¹⁰ Puede ser aislada o secundaria a enfermedades inflamatorias como AA, psoriasis o LP. El diagnóstico es clínico. El tratamiento incluye desde emolientes a corticoides (tópicos, intralesionales o sistémicos), queratolíticos o

retinoides orales. En muchos casos, se puede optar por la observación, ya que hasta el 50% se resuelve espontáneamente en cinco años sin secuelas.⁹

Patología tumoral

Exostosis subungueal. Tumor óseo benigno localizado en la falange distal (fig. 7a), habitualmente secundario a traumatismos. Se presenta con mayor frecuencia como un nódulo subungueal en el primer dedo del pie de adolescentes, que eleva la lámina ungueal y puede asociarse a onicolisis. El diagnóstico se confirma mediante radiografía, y el tratamiento es quirúrgico.³

Fibroma periungueal. Pápulas o tumores milimétricos del color de la piel o rosados, localizados en zonas periungueales o subungueales. Si comprimen la matriz, pueden inducir surcos en la lámina ungueal. Son más frecuentes en los pies y se relacionan con traumatismos locales. Si existen más de 3 lesiones debe descartarse el complejo esclerosis tuberosa (fig. 7b). En general son asintomáticos y no requieren tratamiento. Opciones terapéuticas incluyen electrocirugía, láser de CO₂ o resección quirúrgica.

Granuloma piógeno. Tumor vascular benigno y friable, que sangra con facilidad. A menudo secundario a traumatismos como onicofagia u onicocriptosis (fig. 7c), o inducido por fármacos (retinoides, inhibidores del EGFR, VEGFR, taxanos, antirretrovirales, ravulizumab, capecitabina, rituximab, inhibidores TKI, MEK, ERK y BRAF).³⁴ Aunque pueden resolverse espontáneamente, en la mayoría de los casos requieren tratamiento con curetaje, cirugía, láser, crioterapia, fenolización, corticoides, betabloqueantes tópicos e incluso sal de mesa.^{35,36}

Patología traumática

Onicocriptosis o “uñas encarnadas”. Incrustación de la uña en el pliegue lateral, que puede estar asociada a un mal alineamiento del primer dedo del pie, hiperhidrosis, la hipertrofia de los pliegues ungueales, el corte inadecuado de la uña y los microtraumatismos repetidos. Es más frecuente en adolescentes y en varones. En general los pacientes consultan por dolor que interfiere con la deambulaci3n. Se puede observar edema, eritema, exudado seropurulento, tejido de granulaci3n e hipertrofia de los pliegues periungueales. Alternativas de tratamiento los corticoides y antibi3ticos t3picos, la elevaci3n del borde afecto de la uña con algod3n, vendajes o hilo dental, la fenolizaci3n de la matriz o la matricectomía.³⁷

Retroniquia. Es más frecuente en mujeres j3venes. Los microtraumatismos repetidos a nivel de la unidad ungueal producen el cese del crecimiento de la lámina. Una consecuencia de esto es la superposici3n de dos o más láminas ungueales, lo que facilita el desplazamiento de la lámina superior hacia el pliegue ungueal proximal, favoreciendo su enclavamiento subcutáneo. A menudo asocia paroniquia y puede llevar al engrosamiento de la lámina ungueal en su zona proximal, otorgándole un aspecto amarillento (xantoniquia) con surcos transversales (fig. 7d,e). Los pacientes suelen consultar por dolor y a menudo refieren que las uñas “no les crecen”.^{38,39} La ecografía es una herramienta útil en el diagn3stico diferencial y permite diferenciar la retroniquia de tumores o artritis. Algunos de los criterios ecográficos utilizados en el diagn3stico de retroniquia incluyen la presencia de un halo hipoecoico rodeando el origen de la lámina ungueal y la distancia entre el origen de la lámina y la base de la falange distal menor o igual a 5.1 mm en el primer dedo de manos o pies.⁴⁰ El tratamiento en

casos leves consiste en el uso de corticoides tópicos e intralesionales, mientras que en casos más graves será necesario la avulsión quirúrgica de la uña.^{6,41}

Hematoma subungueal. El depósito de la sangre bajo la uña está provocado por traumatismos o microtraumatismos, por ejemplo, tras el roce repetitivo de la lámina ungueal con el calzado. Es frecuente en adolescentes, en la primera uña de uno o ambos pies. En la dermatoscopia se puede observar el color rojo violáceo con el extremo distal filamentoso, glóbulos eritematovioláceos que van avanzando a medida que crece la uña (fig. 7f), y el desvanecimiento de ese color en la periferia de la lesión. No requiere tratamiento. En caso de dolor se puede realizar drenaje mediante perforación de la lámina ungueal.⁴²

Patología psiquiátrica con manifestaciones ungueales

Onicofagia y onicotilomanía. El hábito de manipular, morder y comerse las uñas está incluido dentro del grupo de trastornos obsesivo-compulsivo (TOC) en el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5).^{6,7} Típicamente existe una imposibilidad para frenar la conducta (compulsión). En ocasiones puede existir otra patología psiquiátrica concomitante. La onicofagia y la onicotilomanía son más frecuentes en escolares y adolescentes.

En la onicofagia la lámina ungueal es muy corta, con bordes irregulares, y suele haber un aumento en el pliegue distal de la uña (fig. 7g).

En la onicotilomanía podemos observar surcos horizontales, dando una imagen en “tabla de lavar” (fig. 7h) y macrolúnula. La deformidad ungueal por hábito (habit-tic deformity) es una entidad afín pero diferente a la onicotilomanía (conducta compulsiva más amplia y lesiva). La dermatoscopia es útil en casos dudosos. Se pueden observar hemorragias en los pliegues periungueales y en

la lúnula. En el lecho ungueal encontraremos además hiperpigmentación.⁴³ Estos hábitos predisponen a complicaciones como paroniquia, contagio de verrugas víricas, y desarrollo de alteraciones dentales como malposición y fracturas dentales, así como infecciones orales.⁴³ El diagnóstico diferencial incluye onicomycosis, psoriasis, liquen plano, paroniquia crónica y síndrome uña rótula, entre otros.⁴⁴ El tratamiento de los TOC puede ser un verdadero reto y debe incluir un abordaje multidisciplinar. Alternativas terapéuticas son el uso de lacas, terapia cognitivo conductual y algunos antidepresivos. La N-acetilcisteína, al modular la vía del glutamato implicada en el descontrol de impulsos, podría ser de utilidad.⁴⁴⁻⁴⁶

Alteraciones ungueales relacionadas con la cosmética

El uso de los esmaltes de uñas tradicionales, semipermanentes o permanentes (“uñas de gel o acrílicas”), es una tendencia en aumento en la población pediátrica. Un limado excesivo de la lámina ungueal puede producir una pérdida de brillo y aumento de la fragilidad de las uñas. La eliminación de las cutículas favorece las infecciones. Las técnicas inadecuadas de corte pueden provocar onicocriptosis. El uso repetido de los esmaltes de uñas puede provocar la granulación de la queratina ungueal, producir una pseudoleuconiquia y simular una onicomycosis blanca.⁴⁷ Algunas técnicas de esmaltado no tradicional requieren el uso de lámparas con luz ultravioleta, que pueden favorecer las reacciones fototóxicas, fotoalérgicas y la onicolisis, en pacientes que estén tomando medicamentos fotosensibilizantes. El incremento en el riesgo de cáncer de piel asociado a la exposición a estas lámparas es aún controvertido. Un estudio reciente publicado por Aguilera *et al.*, concluyó que el potencial

carcinogénico de las lámparas es bajo comparado con la exposición solar habitual. Las medidas de fotoprotección reducirían los posibles riesgos a esta exposición.⁴⁷⁻⁴⁹

Los esmaltes de uñas pueden contener acrilatos, metacrilatos e isotiazolinonas, que pueden producir una dermatitis de contacto irritativa (DCI). Además, algo muy importante es el problema de la sensibilización a los acrilatos y lo que podrá deparar en el futuro de estos niños frente al riesgo de desarrollo de dermatitis de contacto alérgicas (DCA) ⁵⁰⁻⁵⁴ Por otra parte, los pegamentos utilizados en cosmética ungueal contienen cianoacrilato, un potente adhesivo que puede provocar paroniquia, onicolisis y DCI. Una reacción poco frecuente, pero que puede provocar lesiones graves son las quemaduras químicas, que se caracterizan por no producir dolor inmediatamente, sino tras un tiempo de exposición. En caso de entrar en contacto de manera accidental con estos agentes es fundamental retirar la ropa e irrigar la zona afectada con abundante agua.⁵⁵ Se debe educar a la población respecto a almacenar estos pegamentos en un lugar seguro y alejado de los niños.

Conclusiones

Las alteraciones ungueales en edad pediátrica son frecuentes. El conocimiento de las particularidades de las uñas en los niños, su fisiología y los motivos más frecuentes de consulta, permiten al dermatólogo realizar una valoración adecuada, evitando exploraciones innecesarias y tranquilizando a las familias.

Agradecimientos: A la Dra. Ana Martín-Santiago, por su colaboración durante la elaboración de este manuscrito y la cesión de imágenes.

Referencias:

- 1.Paller A, Mancini A. Disorders of hair and nails. Hurwitz Clinical Pediatric Dermatology, 5th ed: Elsevier; 2016. p. 136–174.
- 2.Martin B. Nail histopathology. Actas Dermosifiliogr 2013;104:564–578.
- 3.Tosti A, Piraccini BM. Nail disorders. In: Hoeger P, Kinsler V, Yan A, editors. Harper's Textbook of Pediatric Dermatology. 4th ed.; 2020. p. 2147–2157.
- 4.Chinazzo M, Lorette G, Baran R, Finon A, Saliba E, Maruani A. Nail features in healthy term newborns: a single-centre observational study of 52 cases. J Eur Acad Dermatol Venereol 2017;31:371–375.
- 5.Hernández Martín A. Patología ungueal en la edad pediátrica. AEPap (ed.) Congreso de actualización en pediatría 2020. Madrid. Lúa Ediciones 3.0; 2020 :189–194.
- 6.Bellet JS. Pediatric Nail Disorders. Dermatol Clin 2021;39:231–243.
- 7.Smith RJ, Rubin AI. Pediatric nail disorders: a review. Curr Opin Pediatr 2020;32:506–515.
- 8.Oberlin KE. Pediatric nail diseases: clinical pearls. Cutis 2017;99:E19–E21.
- 9.Alcalá García R, Vicente Villa A. Patología ungueal en pediatría. In: Salleras Redonnet M, editor. Manual de patología ungueal. Ed Grupo Aula Médica España; 2018. p. 53–67.

- 10.Starace M, Alessandrini A, Piraccini BM. Nail Disorders in Children. *Skin Appendage Disord* 2018;4:217–229.
- 11.Navarro Campoamor L. Double Nail of the Fifth Toe. *Actas Dermosifiliogr* 2021;112:188–190.
- 12.Dominguez-Cherit J, Lima-Galindo AA. Congenital malalignment of the great toenail: Conservative and definitive treatment. *Pediatr Dermatol* 2021;38:555–560.
- 13.Tirelli LL, Luna PC, Cano R, Giraldo JP, Larralde M. Iso-Kikuchi Syndrome: Report of 3 Pediatric Cases. *Actas Dermosifiliogr* 2018;109:e33–e36.
- 14.Karbhari Pawar M, Zawar V. Congenital Absence of Nails and Digital-Type Thumb due to Prenatal Phenytoin Exposure. *Actas Dermosifiliogr* 2019;110:778–780.
- 15.Sweeney E, Fryer A, Mountford R, Green A, McIntosh I. Nail patella syndrome: a review of the phenotype aided by developmental biology. *J Med Genet* 2003;40:153–162.
- 16.Sprecher E, Ishida-Yamamoto A, Schwartz J, Akiyama M, Aldwin-Easton M, Choate K, et al. Palmoplantar epidermal differentiation disorders: a new classification towards pathogenesis-based therapy. *Br J Dermatol* 2025 March 19. Epub ahead of print.
- 17.Osmani S, Schairer DO. Acute paronychia in a neonate secondary to clindamycin-resistant *Staphylococcus aureus*. *Pediatr Dermatol* 2022;39:985–986.

18.Curtis KL, Davis JC, Di Chiacchio N, Di Chiacchio NG, Grover C, Iorizzo M, et al. Diagnosis and management of subungual and periungual verruca: A clinical review. *J Am Acad Dermatol* 2024. doi: 10.1016/j.jaad.2024.10.081. Epub 2024 Nov 15.

19.Giacaman A, Granger C, Aladren S, Bauza A, Alomar Torrens B, Riutort Mercant M, et al. Use of Topical Nitric-Zinc Complex Solution to Treat Palmoplantar and Periungual Warts in a Pediatric Population. *Dermatol Ther* 2019;9:755–760.

20.Gupta AK, Taylor D. Pediatric dermatophyte onychomycosis: a review. *Int J Dermatol* 2024. doi: 10.1111/ijd.17495. Epub 2024.

21.Fernandez-Fuente L, Herrero-Ruiz S, Echeverria-Garcia B, Garcia-Martinez J, Borbujo J. Translated article] Diagnosis of Onychomycosis: Utility of an Immunochromatography Strip Test Compared with Conventional Culture. *Actas Dermosifiliogr* 2025;116:T15–T20.

22.Brockman R, Funk T. Laboratory monitoring during treatment of onychomycosis in pediatric patients: A survey of provider perspectives and practices. *Pediatr Dermatol* 2021;38:764–767.

23.Pham F, Boespflug A, Duru G, Phan A, Poulalhon N, Weiler L, et al. Dermatoscopic and clinical features of congenital or congenital-type nail matrix nevi: A multicenter prospective cohort study by the International Dermoscopy Society. *J Am Acad Dermatol* 2022;87:551–558.

- 24.Stefanaki C, Soura E, Sgouros D, Leotsakos G, Rigopoulos D, Stratigos A, et al. Nail matrix naevi in children: a prospective study. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2020;34:e203–e205.
- 25.Sahin S, Aydingoz IE, Ersoy Evans S, Demircioglu Duman D, Di Chiacchio NG, Haneke E. Zigzag longitudinal melanonychia: a peculiar dermoscopic pattern. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2020;34:1855–1858.
- 26.Rios-Vinuela E, Najera-Botello L, Requena L, Nagore E, Requena C. Subungual Melanocytic Lesions: Key Clinical and Pathologic Concepts and Biopsy Techniques. *Actas Dermosifiliogr* 2021. Epub ahead of print.
- 27.Iorizzo M, Rubin AI, Starace M. Nail lichen striatus: Is dermoscopy useful for the diagnosis? *Pediatr Dermatol* 2019;36:859–863.
- 28.Mendiratta V, Meena AK. Clinical and epidemiological profile of lichen striatus in children-Experience from a tertiary care hospital. *Pediatr Dermatol* 2023;40:642–643.
- 29.Gaurav V, Grover C-GC, Singh P. A Case of Pustules on the Fingertip in a Child. *Skin Appendage Disord* 2022;8:435–440.
- 30.Uber M, Carvalho VO, Abagge KT, Robl Imoto R, Werner B. Clinical features and nail clippings in 52 children with psoriasis. *Pediatr Dermatol* 2018;35:202–207.
- 31.Plachouri K, Mulita F, Georgiou S. Management of Pediatric Nail Psoriasis. *Cutis* 2021;108:292–294.

32. Bansal P, Agarwal A, Panda M. Trachyonychia secondary to pediatric alopecia areata responding to oral tofacitinib therapy: a case report and review of literature. *Int J Dermatol* 2025. doi: 10.1111/ijd.17640. Epub ahead of print.
33. Singal A. Unusual occurrence of nail lichen planus in a child and response to treatment. *Dermatol Ther* 2022;35:e15319.
34. Iznardo H, Lopez-Torija I, Mateu-Arrom L, Escribano-Sanz P, Puig L, Roe E. Periungual pyogenic granulomas after ravulizumab therapy in a child with acute myelomonocytic leukemia treated with hematopoietic stem cell transplant. *Pediatr Dermatol* 2024;41:940–941.
35. Yenyuwadee I, Yenyuwadee S, Rujitharanawong C, Leeyaphan C, Eimpunth S, Ithimakin S, et al. Efficacy and safety of nail gutter therapy and topical timolol for treating epidermal growth factor receptor inhibitor-induced nail changes: A randomized, single-blind, intraindividual study. *J Am Acad Dermatol* 2024; 92:617-619.
36. Cascardo CA, Mansour MR, Mervak JE. Efficacy of available treatments for periungual and subungual pyogenic granulomas: A systematic review. *JAAD Int* 2023;12:142–146.
37. Ezekian B, Englum BR, Gilmore BF, Kim J, Leraas HJ, Rice HE. Onychocryptosis in the Pediatric Patient. *Clin Pediatr* 2017;56:109–114.
38. 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;70:388–390.

39. Diaz MS, Boggio P, Calvano R, Scacchi MF, Giachetti A. Retronychia in children: A case series. *Pediatr Dermatol* 2024;41:428–432.
40. Fernandez J, Reyes-Baraona F, Wortsman X. Ultrasonographic Criteria for Diagnosing Unilateral and Bilateral Retronychia. *J Ultrasound Med* 2018;37:1201–1209.
41. Alonso-Pacheco ML, de Miguel-Mendieta E, Maseda-Pedrero R, Mayor-Arenal M. Retronychia: A Case Report Including Ultrasound Imaging and Surgical Treatment. *Actas Dermosifiliogr* 2016;107:33.
42. De Villeneuve Bargemon J, Niddam S, Morand A, Mattei J, Jaloux C. A simple painless technique to drain subungual hematoma. *J Am Acad Dermatol* 2021;85:e283–e285.
43. Starace M, Cedirian S, Alessandrini A, Bruni F, Piraccini BM, Iorizzo M. Self-induced nail disorders (SINDs): What do we know so far? *Ann Dermatol Venereol* 2023;150:253–259.
44. Mosca M, Martin K, Hong J, Haderler E, Brownstone N, Koo J. A review of the diagnosis and management of pediatric psychodermatologic conditions: Part II. *Pediatr Dermatol* 2022;39:12–16.
45. Lee DK, Lipner SR. Update on Diagnosis and Management of Onychophagia and Onychotillomania. *Int J Environ Res Public Health* 2022;19:3392.
46. Zarowin DH, Buros Stein A, Sheppard SE, Treat JR. A Retrospective Review of Oral N-Acetylcysteine for Habit-Driven Cutaneous Disorders. *Pediatr Dermatol* 2025;42:560-563.

47.Dinani N, George S. Nail cosmetics: a dermatological perspective. Clin Exp Dermatol 2019;44:599–605.

48.Schwartz CT, Ezaldein HH, Merati M. Ultraviolet Light Gel Manicures: Is There a Risk of Skin Cancer on the Hands and Nails of Young Adults? J Clin Aesthet Dermatol 2020;13:45–46.

49.Aguilera J, Bosch RJ, de Galvez MV. Discussion Abounds on the Potential Carcinogenic Risks Associated With the Use of UV Curing Lamps for Permanent Nail Polish. Actas Dermosifiliogr 2024;115:T533–T538.

50.Alves F, Morgado F, Ramos L, Goncalo M. Hand eczema from nail (meth)acrylates in an 11-year-old child. Contact Dermatitis 2020;82:315–316.

51.Romita P, Foti e, Barlusconi C, Hansel K, Tramontana M, Stingeni L. Contact allergy to (meth)acrylates in gel nail polish in a child: An emerging risk for children. Contact Dermatitis 2020 July 01;83:39–40.

52.Coco-Viloin M, Giordano F. Severe bullous hand eczema from nail (meth)acrylates in an 8-year-old child. Contact Dermatitis 2024;91:240–243.

53.Kullberg SA, Gupta R, Warshaw EM. Methylisothiazolinone in children's nail polish. Pediatr Dermatol 2020;37:745–747.

54.Lim SS, Chamberlain A, Hur K, Ohn J, Han B, Mar V, et al. Dermoscopic Evaluation of Inflammatory Nail Disorders and Their Mimics. Acta Derm Venereol 2021;101:adv00548–3917.

55.Coles C, Javed MU, Hemington Gorse S, Nguyen D. Paediatric burns secondary to nail adhesives: a case series. Burns Trauma 2016;4:17–6.

Pies de figura

Figura 1: Esquema del aparato ungueal normal.

Figura 2: Hallazgos ungueales fisiológicos.

A) Uña frágil en un lactante. B) Coiloniquia en un lactante. C) Hiperpigmentación periungueal. D) Hipertrofia congénita de los pliegues ungueales. E) Eritema y edema en el pliegue ungueal lateral de un lactante con hipertrofia congénita de los pliegues ungueales. F) Uñas Chevron o en espina de pescado. G) Líneas de Beau. H) Onicomadesis. I) Onicolisis. J) Leuconiquia. K) Imagen dermatoscópica del paciente anterior.

Figura 3: Alteraciones ungueales congénitas. A) Braquioniquia aislada. B) Uña doble. C) Uña de implantación vertical. D) Mal alineamiento congénito de la primera uña de ambos pies y uña en pinza. E) Microniquia.

Figura 4: Infecciones ungueales. A) Paroniquia bacteriana. B) Verruga vírica periungueal. C) Imagen dermatoscópica del paciente anterior, en donde se observa hiperqueratosis y glóbulos que corresponden a vasos trombosados. D) Onicomycosis. E) Imagen dermatoscópica del paciente anterior, en la que se observan distintos colores de la lámina ungueal o “aurora boreal”. F) Imagen frontal del mismo paciente con onicomycosis en donde se observa hiperqueratosis subungueal y la imagen en “ruina”.

Figura 5: Nevus congénitos de la matriz ungueal (melanoniquia). A) Melanoniquia longitudinal en un niño. B) imagen dermatoscópica en donde se observa un patrón homogéneo. C) Melanoniquia de cobre por completo la lámina ungueal de un lactante. D) En la dermatoscopia se observan líneas longitudinales irregulares, glóbulos, pigmentación periungueal y signo de “la brocha” en el hiponiquio.

Figura 6: Patología ungueal inflamatoria. A) Liqueen estriado en un niño, se observan pápulas planas del color de la piel y distribución lineal en el dorso del primer dedo de la mano, asociado a onicorrexis de la lámina ungueal. B) Pústulas e hiperqueratosis en un paciente con paraqueratosis pustulosa en un dedo de la mano. C) Piqueteado ungueal en un paciente con psoriasis. D) Mancha de aceite, onicolisis distal e hiperqueratosis subungueal en un paciente con psoriasis. E) Onicodistrofia y hemorragias en astilla en un paciente con psoriasis ungueal. F) Piqueteado superficial en un paciente con alopecia areata. G) Melanoniquia, onicodistrofia y eritema en el lecho ungueal de un niño con liquen plano ungueal. H) Con la dermatoscopia podemos ver con mejor detalle el eritema del lecho ungueal y de la lúnula, así como las hemorragias en astilla y la melanoniquia en el paciente anterior. I) Traquioniquia.

Figura 7: a) Exostosis subungueal, b) fibroma periungueal en un paciente con esclerosis tuberosa, c) granuloma piógeno secundario a onicocriptosis en una adolescente, d) visión frontal de un granuloma piogénico en un paciente con onicocriptosis, e) retroniquia, f) imagen dermatoscópica de un hematoma subungueal, g) uña con disminución del diámetro longitudinal en un paciente con onicofagia, h) uña en “tabla de lavar” en un paciente con onicotilomanía.

Término	Descripción
Acropaquia	Incremento en el estroma de soporte fibrovascular de la falange distal.
Beau, líneas	Depresiones transversales de la lámina ungueal
Coiloniquia	“Uña en cuchara”. Uña aplanada o cóncava, con pérdida de la convexidad habitual.
Cromoniquia	Cambio en el color de la lámina ungueal (blanca, amarilla, marrón, verde, etc.)
Eritroniquia	Uña de color rojo (total o parcial)
Leuconiquia	Uña de color blanco (total o parcial)
Melanoniquia	Uña de color marrón (total o parcial)
Onicocriptosis	Uña encarnada
Onicogrifosis	Engrosamiento, cromoniquia e incremento de la curvatura de la uña
Onicolisis	Despegamiento de la lámina del lecho a nivel distal
Onicomadesis	Despegamiento de la uña a nivel proximal
Onicomicosis	Infección fúngica de la uña
Onicorrexis	Fisura longitudinal de la lámina (única o múltiple)
Onicosquisis	Despegamiento o descamación en el borde distal de la lámina
Paquioniquia	Engrosamiento de la lámina con hiperqueratosis subungueal
Paroniquia y perionixis	Inflamación de la piel periungueal

Pits	Depresión puntiforme en la superficie de la lámina
Retroniquia	Onicocriptosis proximal
Traquioniquia	Uñas rugosas y mates, “en papel de lija”

Tabla 1. Glosario de terminología ungueal.

Modificado de Hernández-Martín A.⁵