

Pigmentación en banda en uña del pie

J. Guerrero-Fernández^a, M.T. García-Ascaso^a y J. Guerrero Vázquez^b

^aHospital Infantil La Paz. Madrid. España. ^bHospital Punta de Europa. Algeciras. Cádiz. España.

CASO CLÍNICO

Varón de raza blanca, de 4 años de edad, que desde 9 meses antes de la consulta presenta una mancha lineal oscura en la uña del primer dedo del pie derecho, sin que se reconozcan antecedentes traumáticos sobre la zona.

Exploración. Excelente estado general, de nutrición y desarrollo. En la uña del primer dedo del pie derecho se observa una banda marrón uniforme, de 2 mm de ancho y bordes netos, que discurre longitudinalmente desde la inserción ungueal al borde libre, sin apreciarse distorsión significativa de la placa, nódulos ni alteraciones periungueales (fig. 1). La presión sobre la uña es indolora y no modifica el aspecto de la lesión. Exámenes complementarios: hemograma, bioquímica sérica y sistemática de orina, normales. Se comenta con los padres las características del proceso y, rechazándose biopsiar la lesión, se opta por vigilarla evolutivamente. Tras un seguimiento de 5 años, se aprecia una ligera atenuación del color de la banda como único dato reseñable.

PREGUNTA

¿Cuál es su diagnóstico?



Figura 1. Banda negra que discurre axialmente desde la matriz al borde libre de la uña del dedo primero del pie derecho.

Correspondencia: Dr. J. Guerrero-Fernández.
Isla Paragua, 19. 28034 Madrid. España.
Correo electrónico: jguerrero@yahoo.es

Recibido en septiembre de 2003.
Aceptado para su publicación en noviembre de 2003.

MELANONIQUIA LONGITUDINAL O ESTRIADA

El hallazgo de una pigmentación ungueal plantea un importante reto clínico, pues puede ser expresión tanto de trastornos banales como de enfermedades potencialmente letales.

La disposición en banda del pigmento se conoce con el término de melanoniquia longitudinal (ML) o estriada¹⁻⁵. El trastorno es muy infrecuente en los niños de raza blanca.

El proceso asienta con más frecuencia en las uñas de las manos y, sobre todo, en las de los dedos pulgar e índice que, siendo los más utilizados, son también los más traumatizados. En los pies el dedo más afectado es el primero por idénticas razones¹.

Se distinguen dos tipos de ML: la *ML funcional*, resultado de la simple activación de los melanocitos y que es, en sí misma, intrascendente, y la *ML por hiperplasia* o proliferación de los mismos. Esta última (congénita o adquirida) engloba tres subtipos: *nevus melanocíticos* (NM), *junturales* y *compuestos*; *lentigo simple* y *melanoma subungueal* (MSU)². Al margen de los condicionantes raciales, las causas más habituales de ML funcional incluyen procesos ungueales inflamatorios, infecciosos o traumáticos, reacciones a fármacos y enfermedades sistémicas y cutáneas.

Aproximadamente las dos terceras partes de las ML infantiles son hiperplasias melanocíticas benignas (sobre todos *nevus junturales*) y una tercera parte son ML funcionales^{2,3,5}. En ninguna de las series y revisiones citadas se recogen casos de MSU infantil. Éstos se han descrito en sólo dos ocasiones, pero ninguno se asoció a ML². Tampoco se ha observado que una ML detectada en la infancia sufra degeneración maligna durante la edad pediátrica, pero este hecho puede suceder, años más tarde, de adulto².

Calificar como benigna una pigmentación ungueal a partir de su color o evolución evanescente (como en el caso aquí descrito) es un criterio inadecuado y potencialmente peligroso, ya que el aclaramiento puede indicar simple reducción de la actividad, pero no necesariamente regresión del proceso névico⁶.

En las ML monoungueales resulta complicado distinguir entre un NM y un MSU, pues ningún criterio clínico aislado ni ninguna combinación de síntomas pueden diferenciarlos con seguridad^{4,7}. Se consideran índices de benignidad el inicio durante la infancia, la afectación polidactilar, la pigmentación homogénea y circunscrita, los antecedentes de enfermedades inflamatorias, infecciosas o micóticas, y el consumo de fármacos inductores de pigmentación⁷. Por el contrario, son lesiones sugerentes de MSU las que se establecen en la edad adulta, afectan exclusivamente a una uña, muestran pigmentación intensa o irregular, se agrandan progresivamente o muestran un área pigmentada que se extiende desde el lecho o la ma-

triz ungueal hasta la cutícula y los repliegues laterales o proximales de la uña (signo de Hutchinson)⁸.

Atendiendo a todo lo indicado, se comprende la disparidad de propuestas para el manejo de la ML. Así pues, mientras algunos autores recomiendan la biopsia sistemática de la lesión argumentando, incluso, razones medicolegales⁹, otros la restringen a los casos sospechosos^{5,10}. En el paciente pediátrico resolver la duda diagnóstica mediante biopsia supone llevar a cabo una técnica dolorosa que exige anestesia general y que, a menudo, deja cicatrices distróficas definitivas por daño de la matriz ungueal⁷, y todo ello para evitar fallos o retrasos en el diagnóstico de una enfermedad (el MSU) que, aunque con un especial grado de malignidad, es absolutamente excepcional en la infancia^{2,3,5}.

El desarrollo de técnicas no agresivas, como la dermoscopia ungueal bajo inmersión en aceite, resulta muy prometedora aunque no debe sustituir a la biopsia^{4,7}.

Puede concluirse que ante toda ML detectada en la infancia, la decisión acerca de su manejo debe consensuarse con los familiares y, en su caso, con el propio paciente, tras informarles de las ventajas e inconvenientes de las distintas opciones diagnósticas. Es imprescindible una vigilancia periódica y la "autoexploración" durante la edad adulta dada la reconocida posibilidad de que, a largo plazo, puede producirse la degeneración maligna de una ML diagnosticada en los primeros años de vida².

BIBLIOGRAFÍA

1. Baran R, Kechijian P. Longitudinal melanonychia (*melanonychia striata*): Diagnosis and management. *J Am Acad Dermatol* 1989;21:1165-75.
2. Goettmann-Bonvallet S, André J, Belaich S. Longitudinal melanonychia in children: A clinical and histopathologic study of 40 cases. *J Am Acad Dermatol* 1999;41:17-22.
3. Buka R, Friedman KA, Phelps RG, Silver L, Calero F, Rudikoff D. Childhood longitudinal melanonychia: Case reports and review of the literature. *Mt Sinai J Med* 2001;68:331-5.
4. Tosti A, Argenziano G. Dermoscopy allows better management of nail pigmentation. *Arch Dermatol* 2002;138:1369-70.
5. Bali D, Casanova D, Aharoni C, Mutaftschiev N, Ciliric K, Legre R. Bandes mélaniques longitudinales unguéales (mélanonychies): Conduit à tener à propos de 22 cas. *Chir Main* 2002;21:225-34.
6. Tosti A, Baran R, Morelli R, Peserico A. Progressive fading of longitudinal melanonychia due to a nail matrix melanocytic nevus in a child. *Arch Dermatol* 1994;130:1076-7.
7. Ronger S, Touze S, Ligeron C, Balme B, Viillard AM, Barrut D, et al. Dermoscopic examination of nail pigmentation. *Arch Dermatol* 2002;138:1327-33.
8. Baran R, Kechijian P. Hutchinson's sign: A reappraisal. *J Am Acad Dermatol* 1996;34:87-90.
9. Kikuchi I, Inoue S, Sakaguchi E, Ono T. Regressing nevoid nail melanosis in childhood. *Dermatology* 1993;186:88-93.
10. Usman A, Silvers DN, Scher RK. Longitudinal melanonychia in children. *J Am Acad Dermatol* 2001;44:547-8.