



Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

160/1755 - DOCTOR, TENGO UÑAS DE BRUJA PIRUJA

Á. Delgado de Paz^a, M. Hernández Carrasco^b, H. Bergaz Díez^c, Y. González Silva^a, S. Peña Lozano^d, M. Rodríguez Martín^d, I.K. Campuzano Juárez^e, M.E. del Rosario del Rosario^f, T. Montero Carretero^g y M.J. Rubio González^h

^aMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Plaza del Ejército. Valladolid.

^bMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Arturo Eyrías. Zona Oeste.

Valladolid. ^cMédico Residente de 2^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Delicias II. Área

Oeste. Valladolid. ^dMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Plaza del

Ejército. Valladolid. ^eMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Plaza del Ejército.

Zona Oeste. Valladolid. ^fMédico Residente de 2^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Plaza

del Ejército. Valladolid. ^gMédico Residente de 4^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Plaza

del Ejército. Valladolid. ^hMédico Residente de 2^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Huerta del Rey. Zona Oeste. Valladolid.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 45 años sin AP de interés, únicamente en tratamiento de Sd. ansioso-depresivo con escitalopram, fumadora de 15 cigarrillos/día y trabajadora en cadena de montaje. Acude a nuestra consulta por presentar desde hace aproximadamente 10 días coloración azul-verdosa y molestias en las uñas de las manos, que relaciona con humedad por el uso continuo de doble guante en su trabajo. Niega otros datos clínicos de interés. Ante la alta sospecha de onicomicosis iniciamos tratamiento con ciclopirox en barniz de uñas; posteriormente, debido a la ausencia de mejoría, se pautan 2 ciclos de itraconazol oral. A los 2 meses la paciente acude de nuevo a la consulta con evidente empeoramiento.

Exploración y pruebas complementarias: Se aprecia coloración azul-verdosa en uñas de ambas manos que sigue la forma de la lúnula; tanto la presión sobre el dedo como la linterna comprimida contra el pulpejo, utilizados para producir palidez, no alteran la pigmentación. Onicólisis con despegamiento doloroso a la palpación y cierto grado de perionixis en el lecho ungueal. No otros signos clínicos de interés. Con el consentimiento de la paciente se toman fotografías para observar la evolución del proceso. Solicitamos raspado ungueal con examen directo, cultivo de dermatofitos y hongos, y estudio bacteriológico. Se prescribe tratamiento empírico con ciprofloxacino 500 mg/día durante 2 semanas. Posteriormente se confirma positividad para *Pseudomonas aeruginosa* y antibiograma con sensibilidad para ciprofloxacino, se completa el tratamiento con mejoría del cuadro.

Juicio clínico: Cromoniquia secundaria a infección por *Pseudomonas aeruginosa*.

Diagnóstico diferencial: Discromía ungueal secundaria a enfermedades dermatológicas o sistémicas (LES, esclerodermia...), medicamentos tópicos y sistémicos (tetraciclinas, psoralenos, cefalosporinas, citostáticos, zidoduvina, plata, cloroquinas, anticoagulantes, retinoides), cosméticos, tóxicos, tabaquismo, traumatismos, agentes físicos, tumores e infecciones.

Comentario final: Ante una discromía ungueal hay que realizar una historia clínica completa, dermoscopia, examen directo de la lámina ungueal, cultivo para hongos o bacterias así como la toma de una biopsia dependiendo de la sospecha diagnóstica. Las bacterias, como *Pseudomonas aeruginosa*, pueden colonizar la lámina ungueal en las condiciones propicias de humedad y progresar a la perionixis, seguida por el desarrollo de un cambio a color azul o verdoso de la uña debido a la producción de pigmentos por la bacteria (procianina o pioverdina) que persistirá hasta eliminación del borde libre ungueal afectado. Esta coloración se ha encontrado también en infecciones por *Candida* y *Aspergillus*, pero no siempre hay afectación micótica y se deben valorar otras opciones diagnósticas, sobre todo en los casos en los que no hay respuesta a antifúngicos tópicos y orales.

BIBLIOGRAFÍA

1. Tosti A, Piraccini BM. Biología de las Uñas Thomas B. Fitzpatrick Dermatología en Medicina General vol. I. 5ª ed. Médica Panamericana. Cap. 18. pp. 248-53.
2. Silva P, Vera C, Kolbach M, Fernández F. Sospecha de patologías sistémicas a través de alteraciones unguales. *Rev Méd Chile*. 2006;134:231-8.
3. Arenas R. Onicopatías. Guía práctica de diagnóstico, tratamiento y manejo. Mc Graw Hill. 2ª edición. 2013. 39-47.