

Tumores subungueales

por

Ettore De Girolami* y Federico Faerron**

(Recibido para su publicación el 26 de Noviembre de 1954)

Recientemente se han presentado a la consulta de oncología algunos pacientes con tumores benignos y malignos subungueales.

Como estos casos no son muy frecuentes y exigen un diagnóstico correcto inmediato, por sus peligrosas consecuencias, nos hemos permitido hacer el presente estudio.

La literatura médica al respecto no es muy extensa. El primer caso de tumor melanótico subungueal, fue descrito en 1886 por JONATHAN HUTCHINSON (3) y fue llamado "panadizo melanótico" para diferenciarlo del común panadizo inflamatorio. Posteriormente otros A.A. describieron con los nombres de "Melanosarcoma", "Melanocarcinoma", "Melanoblastoma", lesiones pigmentadas subungueales. En 1930 JAFFÉ (4) describe unos casos y hace una primera diferenciación entre tumores benignos y malignos subungueales y entre melanoblastomas y epitelomas pigmentados. En 1943 BICKEL *et al.* (1) presentan una casuística de 155 pacientes portadores de tumores malignos melanóticos de las extremidades en un período de 24 años en la Clínica Mayo. En esta estadística prevalecen los tumores cutáneos de las extremidades. En 1948 CINTRACT (2) hace un análisis minucioso del tumor maligno melanótico subungueal, describiendo la evolución de la enfermedad. Igualmente MARTINO (5) presenta un caso de melanoma subungueal considerando su alta malignidad, su causa traumática y su escasa frecuencia. No nos fue posible, a excepción de los pocos datos que nos da JAFFÉ (4), encontrar bibliografías de tumores benignos subungueales.

* Cátedra de Histología de la Universidad de Costa Rica y Departamento de la lucha contra el cáncer en Costa Rica.

** Departamento de la lucha contra el cáncer en Costa Rica.

Los melanomas subungueales a menudo están enmascarados por síntomas insignificantes y el médico debe siempre considerar esta posibilidad cuando se encuentra delante de lesiones de las uñas, especialmente de las de los pies. Algunas veces su primer síntoma es una pequeña masa córnea, una pequeña equimosis o una manchita pigmentada subungueal. Un signo primitivo que se considera patognomónico, es la presencia de una pequeña zona hiperpigmentada parecida a una estría de carbón que aparece inicialmente en el eponiquio (Fig. 1)

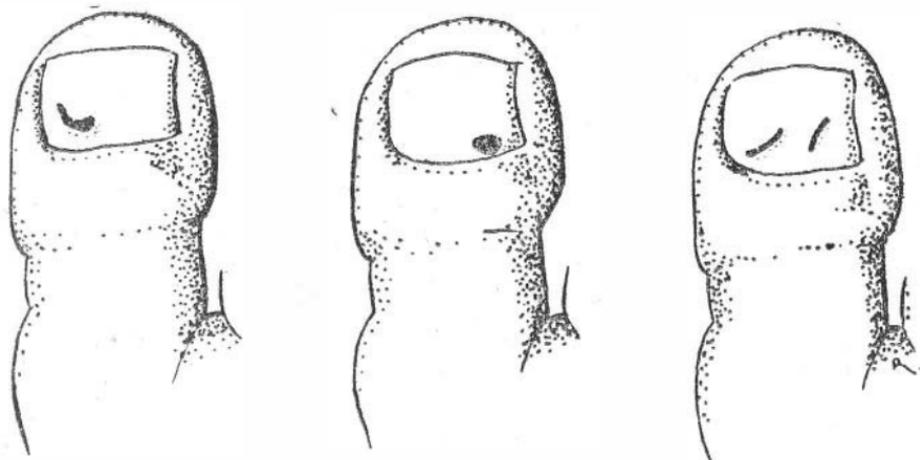


Fig. 1: Como se presentan inicialmente las áreas hiperpigmentadas (*estria de carbón*) en los tumores malignos melanóticos.

Muchas veces la lesión se localiza en el tejido suave (dermis del lecho ungueal) dándose a conocer más tarde cuando la uña se presenta ulcerada. Otras veces los melanomas subungueales aparecen como un simple tejido de granulación que elevan la uña y con una área pigmentada.

Los tumores benignos no siempre son fácilmente distinguibles de los malignos. JAFFÉ (4) sostiene que para distinguir los melanoblastomas de los granulomas es de gran importancia la presencia de pequeñas áreas pigmentadas preferentemente a lo largo de la raíz de la uña y sostiene que esta pigmentación a veces se hace visible sólo con un examen minucioso mediante una lupa.

CASUISTICA

CASO N° 1

J. S. T. — Paciente de sexo femenino, 17 años de edad, soltera, vecina de Curridabat. (Prov. de San José). Calzada. Fue admitida en el Hospital San Juan de Dios el día 16 de febrero de 1953.

Historia familiar: nada de particular.

Enfermedades anteriores: sarampión y tosferina.

Enfermedad actual: la paciente refiere que hace algunos meses recibió un golpe en las falanges II y III del primer dedo del pie izquierdo; desde hace dos meses se le ha formado en el mismo lugar una tumoración que sangra con facilidad y continúa creciendo sin dolor.

Descripción de la lesión: inmediatamente debajo de la uña del primer dedo del pie izquierdo se presenta una tumoración lisa, con el centro enrojecido, ulcerado y pigmentado, cubierta de grano que sangra con gran facilidad y que no es dolorosa. Esta tumoración levanta la uña completamente y mide más o menos un centímetro de diámetro.

Diagnóstico provisional: 1º Melanoma — 2º Granuloma piógeno.

Disposición: Se toma biopsia.

Tratamiento: el resultado de la Biopsia N° 32804 fue de "Osteocondrofibroma" por lo cual se procede a la desarticulación interfalangeana del dedo primero del pie izquierdo.

En los sucesivos controles post-operatorios la paciente presenta una buena cicatrización sin nuevas alteraciones locales.

CASO N° 2

S. M. V. — Paciente de sexo masculino de 24 años de edad, casado, vecino de Puriscal (Prov. de San José). Calzado. Fue admitido en el Hospital San Juan de Dios el 17 de septiembre de 1953.

Historia familiar: nada de particular.

Enfermedades anteriores: no recuerda.

Enfermedad actual: presenta desde hace un mes una tumoración en la primera falange del primer dedo del pie izquierdo. No recuerda haber recibido golpes en la región enferma.

Descripción del tumor: el dedo primero del pie izquierdo, en su tercio distal, presenta una tumoración indolora proliferante y granulosa de consistencia suave y una superficie con una área de necrosis. Esta tumoración penetra en el tejido subcutáneo hasta el hueso.

No hay adenopatía regional ni distal.

Diagnóstico provisional: granuloma piógeno; eliminar posibilidad de degeneración epiteliomatosa.

Disposición: se toma biopsia y se ordena radiografía de la falange del primer dedo del pie izquierdo.

Tratamiento: el resultado de la Biopsia N° 33591 fue de "Granuloma piógeno" la radiografía presenta: "Destrucción de tejido óseo de la cabeza de la articulación". El paciente se somete a amputación de la III falange del primer dedo del pie izquierdo. En los sucesivos controles postoperatorios la cicatrización es normal sin evidencia de nueva enfermedad local.

CASO N° 3

M. R. R. — Paciente de sexo femenino de 8 años de edad, vecina de San José Calzada. Fue admitida al Hospital San Juan de Dios el 11 de febrero de 1954.

Historia familiar: todos sanos.

Enfermedades anteriores: tosferina y sarampión.

Enfermedad actual: hace cerca de un año ha notado una tumoración dolorosa debajo de la uña del tercer dedo del pie izquierdo.

Descripción de la lesión: debajo de la uña del tercer dedo del pie izquierdo se presenta una tumoración redonda, aparentemente quística, endurecida.

Diagnóstico provisional: tumor de células gigantes.

Disposición: resección de la tumoración

Tratamiento: se practicó la desarticulación de la falangeta del III dedo del pie izquierdo. El resultado de la pieza operatoria fue de: Biopsia N° 37043 "Exostosis" En los sucesivos controles postoperatorios la paciente no presenta nuevas alteraciones locales.

CASO N° 4

M. B. C. — Paciente de sexo femenino de 36 años de edad, casada, vecina de Cartago. Calzada. Fue admitida al Hospital San Juan de Dios el 2 de Marzo de 1954.

Historia familiar: todos sanos.

Enfermedades anteriores: no recuerda.

Enfermedad actual: hace ocho meses tiene una tumoración bajo la uña del primer dedo del pie derecho que le ha aumentado de tamaño, le supura y le duele.

Descripción de la lesión: en el primer dedo del pie derecho y ocupando casi todo el lecho ungueal se aprecia una lesión tumoral que ha ulcerado dicha zona destruyendo también la uña, es pigmentada, ligeramente dolorosa y su contorno duro así como también su parte central (Figs. 2 y 3).

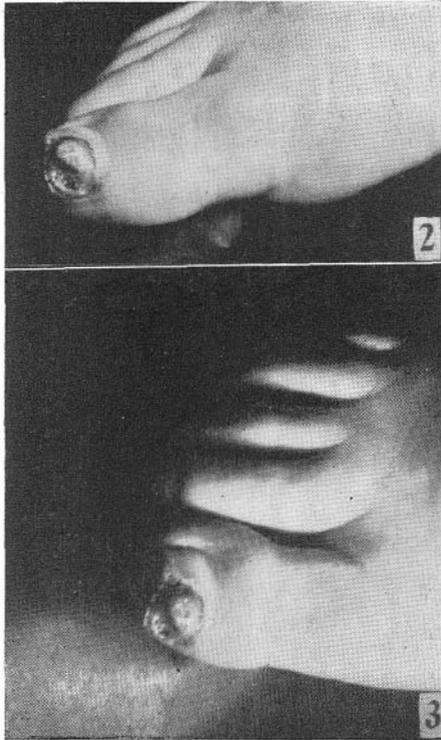


Fig. 2: Visión lateral de la lesión. Se nota en la parte inferior de la uña una área pigmentada en una zona destruida.

Fig. 3: El mismo cuadro anterior visto de arriba. Nótase la masa central protuyente.

(Fotos A. Esquivel)

Diagnóstico provisional: 1° Melanoma subungueal — 2° Osteoma.

Disposición: excisión amplia, se le ordena radiografía.

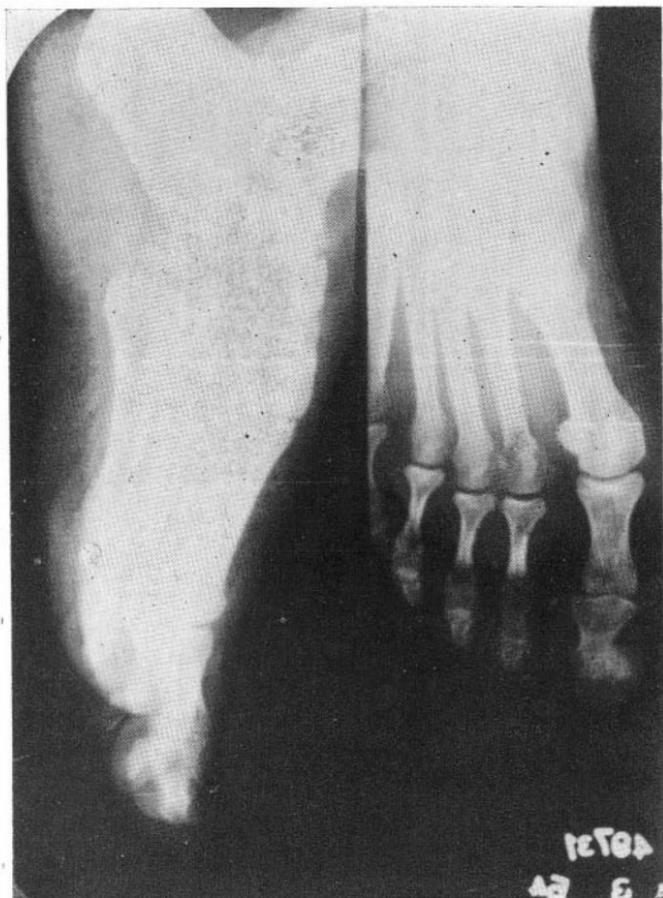


Fig. 4: Presencia en la falangeta del primer dedo de una reacción osteogénica que fue interpretada por el radiólogo como osteoma.

Tratamiento. El resultado de la radiografía fue de "Osteoma de la última falange del primer dedo del pie derecho" (Fig. 4) por lo cual se procedió a la excisión del tumor. El resultado histológico de la pieza operatoria fue de "Queratosis" Biopsia N° 37660.

En los sucesivos controles postoperatorios la paciente sigue en buenas condiciones locales y generales.

CASO N° 5

M. G. L. — Paciente de sexo femenino de 15 años de edad, vecina de San José. Calzada. Admitida en el Hospital San Juan de Dios el 25 de febrero de 1954.

Historia familiar: todos sanos.

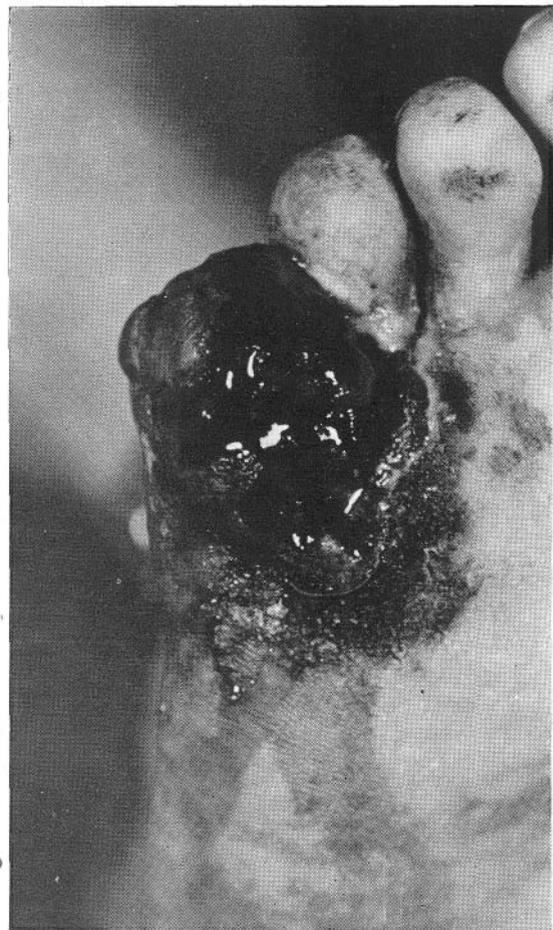
Enfermedades anteriores: no recuerda.

Enfermedad actual: hace un año le salió en la región de la falange distal del primer dedo del pie derecho una tumoración que le va aumentando de tamaño, dolorosa y sangrante.

Fig. 5: La uña del quinto dedo ha caído y su tamaño ha aumentado dos veces (*abajo*).

Fig. 6: El mismo caso de la figura anterior visto desde la planta del pie. Se nota una masa vegetante ulcerada y melanótica (*derecha*).

(Fotos A. Esquivel)



Descripción de la lesión: en el dedo primero del pie derecho se aprecia una masa tumoral que ha levantado la uña y ha ulcerado la piel, sangra con facilidad.

Diagnóstico provisional: 1º Osteoma — 2º Granuloma piógeno.

Disposición: Radiografía y excisión.

Tratamiento: El resultado radiológico fue de "Pequeña exostosis osteogénetica en el cuello de la última falange del primer dedo".

Se procedió a la excisión de la falange distal. El resultado de la pieza operatoria fue de "Osteofibroma" Biopsia N° 37943.

El paciente ha estado en control econtrándose en buenas condiciones.

CASO N° 6

A. V. V. — Paciente de sexo femenino, 45 años de edad, casada, vecina de Puriscal, (Prov. de San José). Calzada a veces. Fue admitida en el Hospital San Juan de Dios el día 5 de agosto de 1954.

Historia familiar: nada de particular.

Enfermedades anteriores: sarampión.

Enfermedad actual: Hace seis meses la paciente recibió un golpe en la falange distal del quinto dedo del pie derecho. A la semana se le formó una manchita oscura bajo la uña y después una tumoración que le ha ido aumentando de tamaño hasta el presente.

Descripción de la lesión: ocupando todo el dedo pequeño del pie derecho y la base del cuarto dedo del mismo pie se aprecia una lesión tumoral de aspecto vegetante que ha aumentado el volumen del dedo dos veces de su tamaño normal, muy dolorosa y de coloración negrusca; la uña del V dedo se desprendió (Figs. 5 y 6).

Diagnóstico provisional: 1º Melanoma — 2º Eitelioma pigmentado.

Disposición: Se toma biopsia.

Tratamiento: el resultado de la Biopsia N° 39582 fue de: "Melano-epitelioma". (Fig. 7). Se efectuó una hemitarsectomía del tercero, cuarto y quinto dedo del pie izquierdo con injerto de piel del abdomen, con buen resultado postoperatorio. La paciente continúa en control.

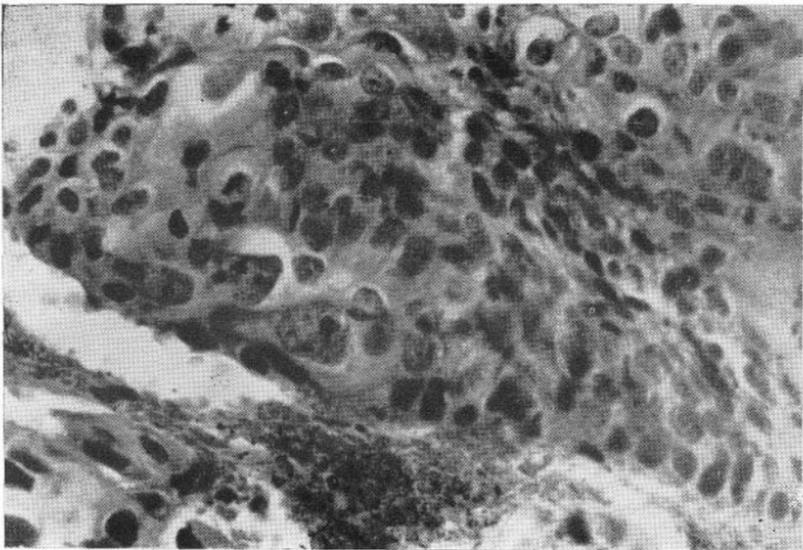
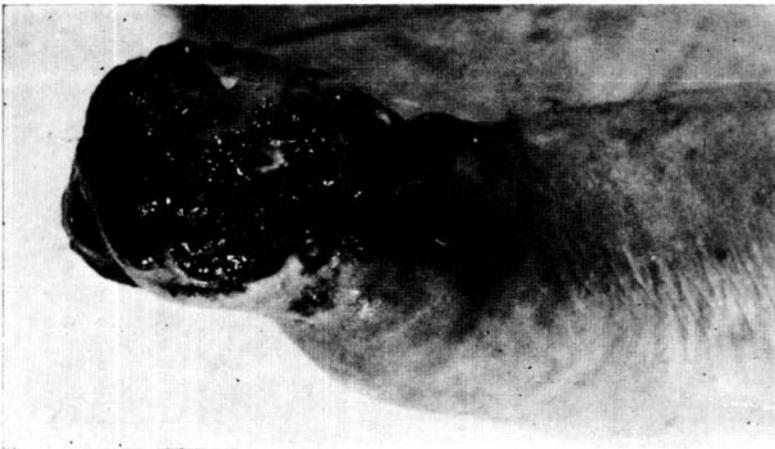


Fig. 7: Presencia de atipia celular. Muchos elementos son gigantes con más de dos núcleos. En la parte inferior se nota una acumulación de pigmento. 450 X



Fig. 8: Masa acroliflorada que ocupa todo el primer dedo y que se extiende hasta la base del mismo (*arriba*).

Fig. 9: Visión lateral del mismo dedo de la figura anterior en la cual se nota la presencia del pigmento melánico que va infiltrando el tejido sano (*abajo*).



(Fotos A. Esquivel)

CASO N° 7

J. V.S.—Paciente de sexo masculino de 67 años de edad, casado, vecino de Alajuelita (Prov. de San José). Descalzo. Fue admitido al Hospital San Juan de Dios el día 14 de setiembre de 1954.

Historia familiar: nada de particular.

Enfermedades anteriores: tosferina, sarampión.

Enfermedad actual: hace dos años ha tenido un pequeño lunar bajo la uña del dedo primero del pie derecho. Después de un tiempo no precisado al paciente se le cayó la uña y le ha ido creciendo una masa carnosa acoliflorada pigmentada con ulceraciones.

Descripción de la lesión: el primer dedo del pie derecho se aprecia actualmente aumentado de un tamaño triple, de aspecto coliflorado, con múltiples ulceraciones que dan salida a un líquido seroso. La lesión se extiende hasta la articulación metacarpofalangea del mismo dedo hasta el primer espacio interdigital donde toma un aspecto circinado y de coloración negrusca, actualmente no es dolorosa (Figs. 8 y 9); se observan también ganglios inguinales muy marcados.

Diagnóstico provisional: Melano-epitelioma del primer dedo del pie derecho.

Disposición: se toma biopsia.

Tratamiento: el resultado de la Biopsia N° 40.060 fue de "Melanocarcinoma". Se le practicó una desarticulación de los dedos 1, 2, 3, con sección de los metatarsianos con injerto de piel de la región abdominal izquierda, con buen resultado postoperatorio. El paciente sigue en control.

COMENTARIO

Los casos en estudio son siete de los cuales cinco son benignos y dos malignos; haremos las consideraciones de los mismos por separado.

TUMORES BENIGNOS

Todos los pacientes son de poca edad; se encuentran cuatro mujeres (3 solteras, 1 casada) y un varón casado. Las historias familiares y las enfermedades anteriores parecen no tener ninguna relación con la enfermedad en discusión. Todos los pacientes son calzados. Del estudio de la anamnesis presente resulta que sólo el caso primero tiene una historia traumática. La localización de la lesión es en cuatro casos en la uña del primer dedo del pie y en un solo caso en la uña del tercer dedo izquierdo (Cuadro I).

En el primer caso la paciente tuvo un trauma y en el breve período de dos meses se presentó donde el médico el cual notó: tumoración ulcerada bajo la uña, ausencia de dolor y presencia de pigmento. Todos estos datos son los característicos para un diagnóstico de melanoma; además se sospechó un granuloma piógeno como consecuencia infecciosa del trauma, siendo la lesión indolora. El diagnóstico histopatológico de osteocondrofibroma nos hace pensar que probablemente el trauma ha accionado como un factor estimulante de una lesión oculta ya existente. En el caso segundo no se presentó trauma, dolor ni pigmento, la evolución fue muy breve, la consistencia del tumor es suave, el diagnóstico clínico corresponde al histopatológico. Queremos únicamente hacer notar la importancia en todos estos casos de la radiografía porque no sólo nos facilita el diagnóstico sino que también sugiere el tratamiento a seguir.

En el caso tercero la paciente desde hace un año tiene una tumoración dolorosa subungueal; no hubo trauma, ni pigmento. En este caso se pensó en un tumor de células gigantes (*borderline giant cells tumor*) por presentarse la tumoración redonda y aparentemente como un quiste con paredes endurecidas. Sin embargo una radiografía (que no se hizo) nos hubiera podido corregir el diagnóstico y además el período de un año de evolución tal vez era excesivo para el tamaño de la tumoración al tiempo de la consulta médica. El diagnóstico histopatológico de "exostosis" confirma la importancia de la radiografía en todos estos casos.

En el caso cuarto la presencia de pigmento en una área ulcerada periférica de la uña (Figs. 2 y 3) nos hizo dudar se tratara de un melanoma, sin embargo la presencia del dolor, la dureza del tumor y sobre todo el largo período de evolución (8 meses) para una lesión tan pequeña nos hizo sospechar también en un osteoma. La radiografía (Fig. 4) confirmó nuestro segundo diagnóstico. El resultado histopatológico fue de queratosis.

En el quinto caso el período de evolución de la enfermedad fue de un año, no se presentó trauma ni pigmento, pero sí dolor. Se hizo diagnóstico de osteoma, confirmado por la biopsia que reveló osteofibroma.

De los cinco tumores benignos subungueales de distinto tipo que hemos presentado, se desprende que para hacer un diagnóstico correcto (no siempre fácil), hay que tener presentes las siguientes consideraciones:

- a) si el período de evolución es largo y la tumoración no se ha desarrollado aún, pero sí se presenta pigmentada, difícilmente se trata de lesión maligna; sin embargo hay que tener presente las fases prodromicas de los melanomas y es preferible un tratamiento radical inmediato.
- b) si hay dolor y falta la pigmentación, con una tumoración pequeña, dura, casi seguramente se trata de lesiones benignas.
- c) si no hay dolor ni pigmentación, y la lesión es suave con una evolución de poco tiempo, es lo más probable que se trate de un granuloma piógeno o de otras lesiones benignas subcrónicas.
- d) el auxilio de la radiografía es indispensable.

TUMORES MALIGNOS

Se trata de una mujer de 45 años y de un varón de 67 años; ambos de edad avanzada, de acuerdo con lo publicado por CINTRACT (2). Las historias familiares no tienen importancia. Ambos pacientes son descalzos mientras que en los casos benignos todos los pacientes son calzados. Este factor es de gran importancia porque el paciente puede recibir pequeños traumatismos que pueden pasar desapercibidos.

La localización de la lesión es en un caso en la uña del quinto dedo del pie derecho y en el otro en la uña del primer dedo del pie derecho (Cuadro I).

liares no tienen importancia. Ambos pacientes son descalzos mientras que en los

CUADRO I

Relación de los diferentes datos clínicos entre sí y con el resultado histopatológico

Nº casos	Edad		DATOS CLINICOS						Diagnóstico Histopatológico	Nº Biopsia
	Varón	Mujer	Localización	Evolución	Trauma	Dolor	Pigmt.	Diagnóstico		
BENIGNOS										
1	—	17	I dedo pie Izq.	2 meses	Si	No	Si	1º Melanoma - 2º Granuloma piógeno	Osteocondrofibroma	32804
2	24	—	I dedo pie Izq.	1 mes	No	No	No	Granuloma piógeno	Granuloma piógeno	33591
3	—	8	III dedo pie Izq.	1 año	No	Si	No	Tumor células gigantes	Exostosis	37043
4	—	36	I dedo pie Der.	3 meses	No	Si	Si	1º Melanoma - 2º Osteoma	Queratosis	37660
5	—	15	I dedo pie Der.	1 año	No	Si	No	1º Osteoma - 2º Granuloma piógeno	Osteofibroma	37943
MALIGNOS										
6	—	45	V dedo pie Der.	6 meses	Si	No	Si	1º Melanoma - 2º Epitelioma pigmentado	Melanoepitelioma	39582
7	67	—	I dedo pie Der.	2 años	?	No	Si	Melanoepitelioma	Melanocarcinoma	40060

En el caso sexto la paciente hace seis meses tuvo un trauma, se le formó la mancha clásica bajo la uña y después de seis meses se presentó donde el médico con una gran tumoración pigmentada e indolora (Figs. 5 y 6). El diagnóstico clínico fue confirmado por el histopatológico.

En el caso sétimo el paciente no recuerda haber recibido un traumatismo pero sí haber tenido un pequeño lunar bajo la uña del primer dedo del pie derecho desde más o menos dos años. Desde entonces la masa fue aumentando lentamente, actualmente es el triple del normal (Figs. 8 y 9). El diagnóstico clínico fue confirmado por el histopatológico.

Hacemos notar que para el diagnóstico exacto es muy importante::

- a. la presencia de un traumatismo en la enfermedad actual del paciente traumatismo que en nuestros casos parece haber existido en uno seguramente y en el otro posiblemente (paciente descalzo).
- b. la falta del dolor.
- c. la presencia de pigmento.

Además es interesante notar el tamaño de estas tumoraciones en relación con las de los casos benignos. En efecto a pesar del largo período de evolución de la enfermedad, excepción hecha por el caso primero, todos los pacientes de tumores benignos no presentaron tumoraciones tan grandes como en los malignos.

En nuestros dos casos se omitió el examen radiológico por ser las lesiones macroscópicas muy típicas; sin embargo es preferible hacer la radiografía de rutina siendo la falta de alteración ósea otro factor coadyuvante en el diagnóstico diferencial.

Queda ahora en discusión el diagnóstico histopatológico de estos tumores y su tratamiento.

El término de melanoma, comúnmente usado para definir un tumor maligno pigmentado, no es, según nuestro punto de vista, muy exacto. En primer lugar hay que tener presente que todo tumor pigmentado es un melanoma y que entonces hay que hacer una primera diferenciación entre melanomas benignos y melanomas malignos. En segundo lugar los malignos deben subdividirse en epiteliales y conjuntivales. Hablaremos entonces de melanoma maligno epitelial o melanoepitelioma (melanocarcinomas) y de melanomas malignos conjuntivales o melanosarcomas (fuso- o redondocelular). Esto está en relación con la presencia de melanoblastos o melanogenocitos en la capa basal de la epidermis y en la dermis (Abtropfung) como también refiere PIÑERO (6).

En realidad leyendo la literatura de los tumores subungueales hemos encontrado una terminología poco definida. Nosotros, repetimos, consideramos por separado los melanoepiteliomas de los melanosarcomas.

Los dos casos sexto y sétimo de tumores malignos pigmentados subungueales que presentamos son ambos melanoepiteliomas. Se trata entonces de un melanoma maligno que se caracteriza por la presencia de melanoblastos o melanogenocitos en la capa basal de la epidermis y en la dermis.

clásico epiteloma con presencia de grandes células melánicas y de pigmento melanótico extracelular que difiere totalmente del melanosarcoma el cual tiene generalmente el aspecto de un sarcoma fibroblástico con pigmento específico.

Por cuanto se refiere al tratamiento, nosotros en los casos benignos nos hemos limitado a la resección de la falangeta. En los casos malignos, por ser las lesiones locales bastante avanzadas, hemos efectuado hemitarsectomías con injerto de piel del abdomen. En el momento no se procedió al vaciamiento ganglionar y hemos preferido tener a los pacientes en observación por algunas semanas para efectuarlo después. Nosotros pensamos que el único tratamiento efectivo en estos casos es el quirúrgico y desaconsejamos la radioterapia que, como refieren otros AA., puede favorecer las metástasis. Al mismo tiempo creemos que la intervención quirúrgica debe realizarse en dos tiempos. Primero intervenir sobre la lesión primaria; esperar un tiempo de dos o tres semanas de observación durante las cuales si ha habido migración de células metastásicas por vía linfática pueden ser bloqueadas por los ganglios inguinales, y por último proceder al vaciamiento ganglionar.

RESUMEN

Los autores presentan siete casos de tumores subungueales de los cuales cinco benignos y dos malignos. Se considera muy importante para el diagnóstico de los tumores benignos la falta del desarrollo de la tumoración en relación con el período de evolución y la presencia del dolor, sobre todo cuando hay pigmentación subungueal. En los tumores malignos la presencia de traumatismo en la historia del paciente, la falta del dolor y la presencia de pigmento son factores indispensables para el diagnóstico. Se hacen algunas consideraciones referentes a la terminología correcta que se debe usar en los tumores pigmentados y se indica el tratamiento a seguir en todos estos casos.

SUMMARY

Seven cases of subungual tumors are described, five of which were benign and two malignant. For diagnosis of benign tumors, a relatively slow development and the presence of pain are considered significant, especially when there is subungual pigmentation. In malignant tumors, the existence of traumatism in the case history, the absence of pain, and the presence of pigmentation are indispensable factors in diagnosis.

Some considerations are presented with regard the correct terminology to be used in pigmented tumors. The treatment to be followed is indicated in each case.

BIBLIOGRAFIA

1. BICKEL, W. H. *et al.*
1943. Melanoepitelioma (melanosarcoma, melanocarcinoma, malignant melanoma) of the extremities. *Surg. Gynec. & Obst.*, 76(5):570-576.
2. CINTRACT, J. M.
1948. Tumeur mélanique sous-unguéale. *Presse Méd.*, 19:247-248.
3. HUTCHINSON, J. (cit en MARTINO 5).
4. JAFFÉ, R. H.
1930. Malignant tumors of the nail bed. *Surg. Gynec. & Obst.*, 50(5):847-850
5. MARTINO, J. M.
1950. Melanoma sottoungueale. *Tumori*. XXIV(4):215-222.
6. PIÑEYRO, R.
1953. Melanoma y nevos pigmentados: concepto actual. *Bol. Liga Cáncer*, XXVIII: 137-145.