Educación Médica Continuada

Sección esponsorizada por Galderma S. A.

Localizador
10-052

Pigmentaciones ungueales: diagnóstico dermatoscópico

Nail pigmentation: dermoscopic examination

C. Abellaneda[1], J. Dalmau[2], M. Gómez[1], R. Navarra[1], MªT Martín-Urda[1]

[1]Servicio de Dermatología. Hospital Municipal de Badalona. Barcelona. España.

[2]Servicio de Dermatología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. España.

Correspondencia:
Cristina Abellaneda Fernández
Avinguda de Catalunya, 62-64
08917 Badalona
Tel.: 629664038
e-mail: cabellaneda@comb.es

Resumen

Las pigmentaciones longitudinales de las uñas son un problema común en la práctica dermatológica diaria y suponen un reto diagnóstico. El diagnóstico diferencial es muy amplio abarcando desde hematomas subungueales, infecciones fúngicas, hasta lesiones melanocíticas (léntigo, nevus, melanoma) entre otros.

Las pigmentaciones de la lámina ungueal pueden ser secundarias a lesiones sobre la matriz ungueal, que es el tejido germinativo de la uña. De todas las lesiones originadas en la matriz, el melanoma ungueal es nuestra principal preocupación ya que, aunque es infrecuente, ya que supone aproximadamente el 1% de los melanomas cutáneos, es un tumor agresivo y destructor y de su diagnóstico precoz depende su pronóstico.

Los dermatólogos a menudo dudamos del diagnóstico clínico y del manejo de las pigmentaciones ungueales. Además suele haber reticencia por hacer biopsias de la matriz debido a que es un proceso doloroso que puede provocar distrofias ungueales permanentes.

La dermatoscopia indirecta a través de la lámina ungueal ofrece criterios adicionales a la clínica que facilitan el diagnóstico diferencial de las lesiones.

El objetivo de este artículo es revisar la semiología dermatoscópica para facilitar el diagnóstico diferencial y el manejo de las pigmentaciones ungueales.

(C. Abellaneda, J. Dalmau, M. Gómez, R. Navarra, MªT Martín-Urda. Pigmentaciones ungueales: diagnóstico dermatoscópico. Med Cutan Iber Lat Am 2011;39(6):247-254)

Palabras clave: Melaloníquia longitudinal. Dermatoscopia ungueal. Biopsia matriz ungueal.

Summary

Longitudinal pigmentation of the nails are a common problem in daily dermatology practice as well as a diagnostic challenge. The differential diagnosis is wide ranging from subungual hematoma, fungal infections, to melanocytic lesions (lentigo, nevus, melanoma), among others.

The pigmentation of the nail plate may be secondary to injury of the nail matrix, which is the germinative tissue of the nail. Of all the injuries caused in the matrix, the nail melanoma is our main concern that, although uncommon, is presented approximately in 1% of cutaneous melanoma. Nail melanoma is also an aggressive and destructive tumor and its prognosis depends on the early diagnosis.

Dermatologists often doubt on the clinical diagnosis and management of nail pigmentations. In addition there are often avoid to take biopsies of the matrix because it is a painful process that can cause permanent nail dystrophy. Dermoscopy through the nail plate provides additional criteria to the clinic to facilitate the differential diagnosis of lesions.

The aim of this paper is to review the dermoscopic semiology to facilitate differential diagnosis and management of nail pigmentations..

Key words: *Longitudinal melanonychia. Nail dermoscopy. Nail matrix biopsy.*

Las pigmentaciones longitudinales de las uñas son un problema común en la práctica dermatológica diaria y suponen un reto diagnóstico. El diagnóstico diferencial es muy amplio abarcando desde hematomas subungueales, infecciones fúngicas, hasta lesiones melanocíticas (léntigo, nevus, melanoma) entre otros. Los dermatólogos a menudo dudamos del diagnóstico clínico y del manejo de las pigmentaciones ungueales, además suele haber reticencia por hacer biopsias de la matriz debido a que es un proceso doloroso que puede provocar distrofias ungueales permanentes.

El objetivo de este artículo es revisar la semiología dermatoscópica ungueal para facilitar el diagnóstico y el manejo de las pigmentaciones ungueales.

Evaluación diagnóstica de las pigmentaciones ungueales

Historia clínica

Es importante saber si la pigmentación estaba presente desde el nacimiento o si es adquirida. En caso de ser adquirida hay que averiguar cuando fue detectada, si han aparecido cambios, como han sido estos cambios y si existe relación con algún posible factor etiológico. Hay que interrogar sobre actividades deportivas, largos paseos, antecedente de traumatismos, consumo de fármacos que alteran la coagulación sanguínea y provocan hematomas ante pequeños traumatismos o que puedan provocar pigmentaciones ungueales.

Exploración física

Hay que explorar todas las uñas, las de las manos y las de los pies, la piel periungueal y las mucosas. La exploración de la mucosa oral y genital en un paciente con pigmentación ungueal puede llevarnos al diagnóstico de un síndrome de Peutz-Jeghers o un síndrome de Laugier-Hunziker.

Hay que hacer una descripción clínica de la pigmentación ungueal: apariencia homogénea o heterogénea, colores presentes y medición del diámetro proximal y distal de la pigmentación.

Dermatoscopia

La dermatoscopia es un método no invasivo muy útil en el diagnóstico diferencial de las lesiones pigmentadas cutáneas y ungueales y que ayuda a diagnosticar melanomas más precozmente[1].

Aunque la prueba diagnóstica por excelencia para el diagnóstico de las pigmentaciones ungueales es el estudio histológico, la dermatoscopia proporciona criterios adicionales a los criterios clínicos útiles para el diagnóstico diferencial y para la indicación de la realización de una biopsia diagnóstica.

Cuando examinamos con el dermatoscopio una pigmentación ungueal nos podemos encontrar con diferentes patrones semiológicos[2].

Manchas hemorrágicas

Estas manchas se caracterizan por una pigmentación púrpura marrón relativamente homogénea. Las lesiones recientes son purpúricas y redondeadas, y se van oscureciendo y volviendo más marronáceas y lineales a medida que pasa el tiempo. En las lesiones más antiguas el margen proximal de la pigmentación sigue siendo ovoide mientras que el borde distal presenta elongaciones paralelas alargadas.

Banda gris

La asociación de una coloración gris de fondo y una superposición de líneas finas homogéneas grisáceas caracterizan a este patrón.

Este patrón histológicamente se corresponde con una hiperpigmentación epitelial, por activación focal de los melanocitos, sin hiperplasia melanocítica como la que se puede ver en las pigmentaciones ungueales de tipo étnico, en las producidas por fármacos y en los léntigos.

Banda marrón

Este patrón se caracteriza por una banda formada por múltiples líneas de color marrón, regulares o irregulares habitualmente superpuestas sobre un fondo marrón homogéneo.

Histológicamente se corresponde con una hiperplasia melanocítica como la que se ve en los nevus y melanomas.

Este patrón se subclasifica a su vez en dos patrones:

- Patrón regular: formado por líneas paralelas longitudinales marrones con pigmentación homogénea y amplitud y espaciado regular con ausencia de pérdida del paralelismo. Este patrón es característico de los nevus.
- Patrón irregular: formado por múltiples líneas marrones o negras con amplitud, espaciado o coloración irregular y pérdida del paralelismo. Este patrón es característico del melanoma ungueal.

Signo de "micro-Hutchinson"

Clínicamente el *signo de Hutchinson* consiste en la pigmentación de la cutícula en el área correspondiente a la pigmentación en banda de la uña y se considera un hallazgo sospechoso de melanoma[3]. Cuando con dermatoscopia se observa pigmentación de la cutícula, invisible a ojo desnudo, se habla de *signo de "micro-Hutchinson".*

Dermatoscopia del margen libre ungueal

La exploración mediante dermatoscopia del margen libre de la lámina ungueal puede ayudar a conocer el origen de la pigmentación[4]. El pigmento que se produce en la matriz

Tabla 1. Pigmentación ungueal de origen melanocítico

Por proliferación melanocítica (hiperplasia melanocítica):
- Nevus de la matriz ungueal.
- Melanoma de la matriz ungueal.

Por activación melanocítica focal:
- Léntigo de la matriz ungueal. Lentiginosis (síndrome de Laugier-Hunziker).
- Pigmentación ungueal inducida por fármacos.
- Pigmentación ungueal de origen racial.
- Pigmentación ungueal secundaria a infección por HIV.
- Secundaria a enfermedades endocrinas.
- Secundaria a enfermedades inflamatorias de la uña: liquen plano, psoriasis pustulosa.
- Secundaria a tumores no melanocíticos: enfermedad de Bowen subungueal.
- En el contexto de déficits nutricionales.
- En el contexto de conectivopatias.

Pigmentación de origen no melanocítico
- Hemorragias subungueales.
- Pigmentaciones exógenas.
- Pigmentación ungueal secundaria a infecciones fúngicas o bacterianas.

proximal se incorpora a la parte superior de la lámina ungueal mientras que el que se produce en la matriz distal se incorpora en la parte inferior de la lámina. Esta información es útil para saber en que parte de la matriz habría que hacer la biopsia, en caso que esta fuera necesaria.

Diagnóstico diferencial de las pigmentaciones ungueales

Del mismo modo que se hace en el estudio de las lesiones pigmentadas cutáneas lo primero que hay que hacer es diferenciar si el pigmento es o no de origen melanocítico. En las pigmentaciones ungueales no melanocíticas, como los hematomas subungueales o las infecciones fúngicas, el pigmento tiende a distribuirse de forma homogénea. Sin embargo, en las pigmentaciones ungueales melanocíticas la melanina suele localizarse en forma de inclusiones celulares[5] que se identifican con el dermatoscopio en forma de pequeños gránulos marrones que suelen tener un diámetro inferior a 0,1 mm.

Las principales causas de pigmentación ungueal se resumen en la Tabla 1.

Pigmentación de origen melanocítico

Por proliferación melanocítica

En este caso la pigmentación ungueal se debe una hiperplasia de los melanocitos de la matriz ungueal, que viene definida por un aumento de los melanocitos de la membrana basal superior a 6,5 células/mm^3 de membrana[6]. Es importante recordar que, debido a la arquitectura de la matriz ungueal junto con la morfología dendrítica de los melanocitos y su frecuente localización suprabasal, puede ser difícil diferenciar histológicamente una hiperplasia melanocítica de un melanoma in situ. A esta dificultad anatómica se le suma el hecho habitual de tomar muestras pequeñas (tipo *puch)* para evitar una onicodistrofia secundaria, con lo cual el material remitido para estudio histológico sueles ser escaso.

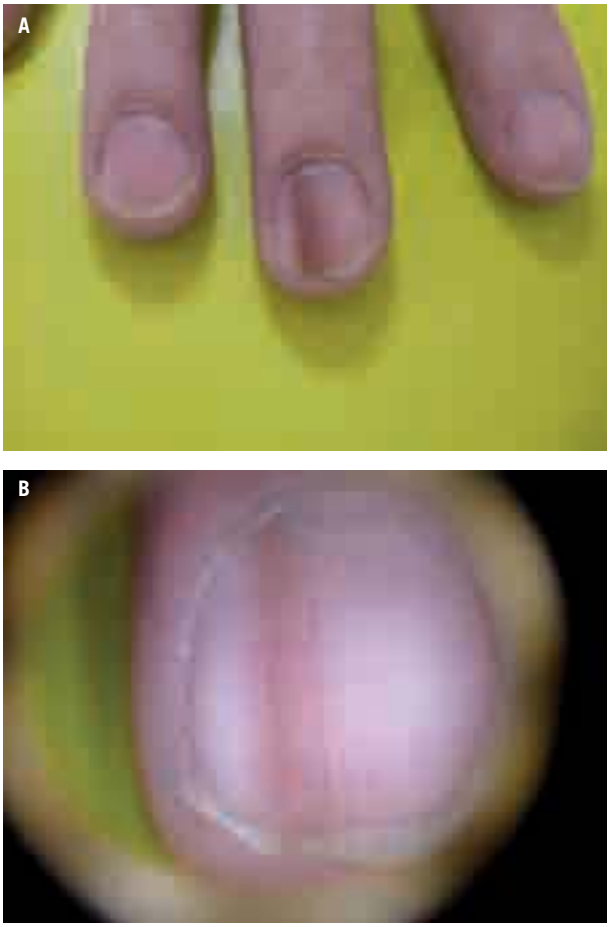

Figura 1. *Nevus de la matriz. A) Imagen clínica; B) Dermatoscopia.*

Desde un punto de vista clínico la proliferación melanocítica se manifiesta como una melanoniquia longitudinal caracterizada por una banda de pigmento marrón.

Desde un punto de vista dermatoscópico se diferencian dos patrones:

- Patrón regular: es el patrón propio del *nevus de la matriz* (Figura 1).

Figura 2. *Melanoma de la matriz. A) Imagen clínica; B) Dermatoscopia.*

Los nevus de la matriz pueden ser congénitos o adquiridos, por tanto, se observan con frecuencia en la infancia y en la adolescencia.

Como se ha comentado anteriormente, está formado por líneas paralelas longitudinales marrones con pigmentación homogénea, amplitud y espaciado regular y sin pérdida de paralelismo. La coloración de fondo y de las bandas de pigmento puede variar desde marrón claro a marrón oscuro, casi negro, pero ha de ser homogénea en toda la lesión. Una pigmentación muy oscura no es sospechosa de melanoma en sí, aunque hay que examinarla con atención ya que puede ser difícil de distinguir de un melanoma.

En muchos nevus se puede observar el *signo de pseudo-Hutchinson*, que consiste en observar la pigmentación de la matriz ungueal por trasparencia de la cutícula (se diferencia del signo de "micro-Hutchinson" en que la cutícula no está pigmentada sino que su trasparencia permite observar la pigmentación subyacente).

Cuando observamos una melanoniquia con patrón regular podemos manejarla con un seguimiento clínico-dermatoscópico evitando su extirpación.

- Patrón irregular: es el patrón propio del *melanoma de la matriz* (Figura 2).

El melanoma de la matriz ungueal suele afectar adultos de mediana edad y ancianos. Un porcentaje importante de pacientes explican un traumatismo previo[7].

Se caracterizan por un patrón irregular, que como se ha comentado previamente, consiste en una coloración marrón de fondo y múltiples líneas o bandas marrones o negras con amplitud, espaciado o coloración irregular, pérdida del paralelismo y terminación abrupta de bandas. Aunque es menos frecuente, existen melanomas caracterizados por bandas finas de pigmento marrón claro. Para evitar falsos negativos en el estudio dermatoscópico de las melanoníquias longitudinales es importante valorar las lesiones en su conjunto (regularidad de las líneas en cuanto al color, espaciado, amplitud y paralelismo).

No es infrecuente observar manchas hemorrágicas asociadas a las bandas de pigmento marrón. Por tanto, este hallazgo no debe llevarnos al falso diagnóstico de hematoma subungueal.

En muchos melanomas se puede observar el *signo de Hutchinson*, en el que se observa la pigmentación de la cutícula y, en ocasiones, de la piel circundante.

En melanomas avanzados, la progresiva destrucción por el tumor de la matriz ungueal, puede originar distrofia ungueal y pérdida de la lámina ungueal.

Por activación melanocítica

En este caso la pigmentación ungueal no se debe a un aumento en el número de melanocitos de la membrana basal sino a una activación focal de los mismos que da lugar a una hiperpigmentación del epitelio.

En la dermatoscopia se observa una banda gris homogénea formada por líneas grisáceas yuxtapuestas y también se observan pequeños gránulos que corresponden a inclusiones melanocíticas.

Como se puede observar en la Tabla 1, son múltiples las causas que pueden llevar a una activación focal de los melanocitos de la matriz ungueal.

a) Léntigo de la matriz ungueal: el síndrome de Laugier-Hunziker es una enfermedad adquirida caracterizada por la presentación de melanoníquia longitudinal en banda u homogénea afectando diversas uñas, máculas pigmentadas en labios, boca y zona genital.

Tabla 2. Fármacos que pueden producir pigmentación ungueal

- Quimioterápicos (bleomicina, ciclofosfamida, fluorouracilo, hydroxiurea, melfalán, doxorubicina, metotrexato, DTIC).
- Psoralenos.
- Sales de oro.
- Antipalúdicos (cloroquina)
- Ketoconazol.
- Zidovudina.
- Fenitoina.
- Sulfamidas.
- Minociclina.
- Ibuprofeno.
- Azatioprina.

b) Pigmentación ungueal inducida por fármacos. Existen múltiples fármacos que pueden provocar pigmentación longitudinal u horizontal difusa afectando las uñas de manos y/o pies. La pigmentación suele aparecer entre 4 y 8 semanas del inicio del tratamiento y suele afectar a individuos de fototipos elevados (Tabla 2).

c) Pigmentación ungueal de origen racial o étnica. Aparece de manera fisiológica en individuos de fototipos elevados afectando una o más uñas.

d) Pigmentación ungueal secundaria a infección por HIV. Puede ser secundaria a fármacos (zidovudina) y también en el contexto de la enfermedad (de causa desconocida) afectando uñas, zona palmo-plantar y mucosas.

e) Secundarias a enfermedades endocrinas: enfermedad de Addison, Cushing, acromegalia, hipertiroidismo.

f) Secundarias a enfermedades inflamatorias de la uña: liquen plano, psoriasis pustulosa.

g) Secundarias a tumores no melanocíticos: En casos excepcionales tumores no melanocíticos, como la Enfermedad de Bowen subungueal[8], pueden provocar una activación de los melanocitos provocando melanoniquia longitudinal.

h) En el contexto de déficits nutricionales: déficit de vitamina B12 y ácido fólico.

i) En el contexto de conectivopatías: lupus eritematoso sistémico y esclerodermia.

Pigmentación de origen no melanocítico

En estos casos la pigmentación ungueal no suele ser lineal y, por tanto, el diagnóstico diferencial con las pigmentaciones melanocíticas no suele ser complicado.

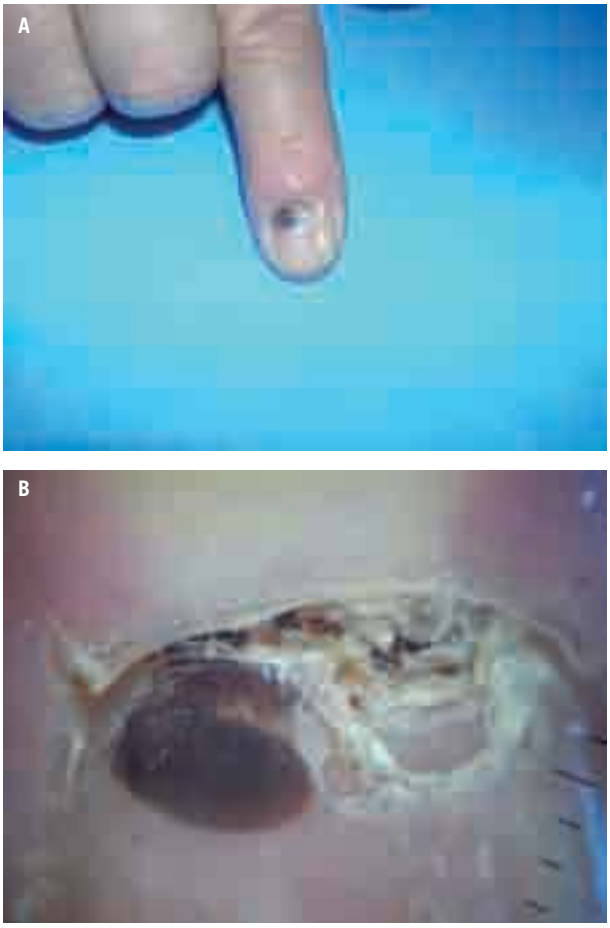

Figura 3. *Hematoma subungueal. A) Imagen clínica; B) Dermatoscopia.*

Hemorragias subungueales (Figura 3)

Se caracterizan por el patrón de manchas hemorrágicas ya descrito. Pueden ser secundarias a un traumatismo sobre el aparato ungueal y también pueden deberse a sangrado en el contexto de neovacularización de un tumor. Por este motivo el diagnóstico de hematoma subungueal sólo debe hacerse en ausencia de otras pigmentaciones ungueales. Cuando un hematoma subungueal no se desplaza con el crecimiento de la uña o recidiva en el mismo lugar hay que hacer estudios radiológicos y si éstos no son concluyentes proceder a una biopsia.

Pigmentaciones exógenas

Son muchas las causas que pueden llevar a pigmentación exógena a las uñas: sustancias químicas, sales de plata, cosméticos, tintes para el cabello, tabaco.

Pigmentación ungueal secundaria a infecciones fúngicas o bacterianas

Algunas infecciones ungueales por hongos (trycophyton rubrum) o bacterias (pseudomonas) provocan pigmentación de la uña afecta en forma de manchas blancas, negras, amarillas o verdosas.

Lesiones que deben ser biopsiadas

Cualquier lesión morfológicamente irregular bajo inspección dermatoscópica debe ser biopsiada.

Independientemente de la morfología existen distintas situaciones clínicas que nos deben alertar de la posibilidad de malignidad de la lesión[9, 10] y, por tanto, ante ellas se recomienda la realización de una biopsia diagnóstica:

- Paciente mayor de 30 años.
- Pigmentación ungueal de aparición brusca.
- Cambios recientes de una pigmentación previa.
- Pigmentación adquirida que afecte al pulgar o índice o al primer dedo del pie.
- Pigmentación asociada a distrofia ungueal.
- Antecedente personal de melanoma o nevus displásico.
- Pigmentación ungueal que aparece en el contexto de un traumatismo después de curarse un hematoma subungueal.
- Hematoma subungueal que no progresa distalmente.
- Presencia de pigmentación de la piel periungueal (cutícula y/o hiponiquio).

Técnicas de biopsia ungueal

La elección de una técnica para biopsiar la matriz ungueal depende básicamente de la localización de la pigmentación y del tamaño de la misma[11]. Destacamos las indicaciones realizadas en una revisión de Braun et al.[12].

- Si la melanoníquia es lateral recomiendan realizar una escisión longitudinal lateral.
- Si la melanoníquia es central, y atendiendo al elevado riesgo de distrofia de la lámina ungueal, escogen distintas técnicas en función del diámetro de la pigmentación y de si su origen está en la matriz proximal o distal:
  - Si el diámetro es < 3 mm (independientemente de su origen en la matriz) recomiendan realizar la técnica del doble punch. Primero se realiza un punch mayor (generalmente de 6 mm) para eliminar la lámina ungueal y posteriormente se realiza un punch menor (de 3-4 mm) para tomar una muestra circular de la matriz ungueal.
  - Si el diámetro es superior a 3 mm localizan el origen de la pigmentación en la matriz. Si el origen está en la matriz distal recomiendan realizar una escisión transversal en huso. Si el origen está en la matriz proximal recomiendan realizar una escisión longitudinal medial en bloque con posterior reconstrucción con colgajo en U.

La tendencia actual está en realizar técnicas más conservadoras en forma de escisiones tangenciales tipo shave[13] y reconstrucciones ungueales con diferentes colgajos para conseguir resultados más cosméticos[14, 15].

Conclusiones

En nuestra práctica médica diaria todos los dermatólogos nos encontramos con bastante frecuencia pacientes que nos consultan por presentar pigmentaciones de la lámina ungueal. Como hemos visto, el diagnóstico diferencial es bastante amplio y cada causa tiene un manejo distinto. Creemos que de todas las causas estudiadas las más problemáticas por su diagnóstico diferencial y manejo son las melanoníquias longitudinales por hiperplasia (nevus y melanoma). En estos casos la dermatoscopia es una técnica de exploración complementaria que aporta información adicional a la clínica suficiente para decidir con más precisión el manejo de cada lesión. En los casos dudosos en los que se tenga que proceder a una biopsia de la matriz ungueal será necesario escoger el método que aporte más información para su estudio histológico y que provoque la menor distrofia ungueal secundaria.

Bibliografía

1. Braun RP, Rabinovitz HS, Oliveiro M, Kopf AW, Surta JH. Dermoscopy of pimented skin lesions. *J Am Acad Dermatol* 2005; 52: 109-21.
2. Ronger S, Touzet S, Ligeron C, Balme B, Viallard AM, Barrut D, Colin C, Thomas L. Dermoscopic examination of nail pigmentation. *Arch Dermatol* 2002; 138: 1327-33.
3. Kawabata Y, Ohara K, Hino H, Tamaki K. Two kinds of Hutchinson´s sign, benign and malignant. *J Am Acad Dermatol* 2001; 44: 305-7.
4. Braun RP, Baran R, Saurat JH, Thomas L. Surgical Pearl: Dermoscopy of the free edge of the nail to determine the level of nail plate pigmentacion and the location of its probable origin in the proximal or distal nail matrix. *J Am Acad Dermatol* 2006; 55: 512-3.
5. Marghoob AA, Braun RP, Kopf AW. Atlas of Dermoscopy. New York: Taylor Francis eds.; 2005.

6. Perrín C, Michiels JF, Pisani A, Ortonne JP. Anatomic distribution of melanocytes in normal nail unit: an immunohistochemical investigation. *Am J Dermatopathol* 1997; 19: 462-7.
7. Mohrle M, Hafner HM. Is subungual melanoma related to trauma? *Dermatology* 2002; 204: 259-61.
8. Lambiase MC, Gardner TL, Altman CE, Albertini JG. Bowen disease of the nail bed presenting as a longitudinal melanonychia: detection of human papillomavirus type 56 DNA. *Cutis* 2003; 72: 305-9.
9. Baran R, Perrin C, Braun RP, Thomas L. The melanocyte system of the nails and its disorders. En: Nourdlund JJ, Boissy RE, Hearing R, King R et al. editors. The pigmentary system. 2nd ed. New York: Oxford University Press, 2005.
10. Husain S, Scher RK, Silvers DN, Ackerman AB. Melanocitic macule of nail unit and its clinicopathologic spectrum. *J Am Acad Dermatol* 2006; 54: 664-7.
11. Haneke E, Baran R. Longitudinal melanonychia. *Dermatol Surg* 2001; 27: 580-4.
12. Braun RP, Baran R, Le Gal FA, Dalle S, Ronger S, Pandolfi R et al..Diagnosis and management of nail pigmentactions. J Am Acad Dermatol 2007;56:835-47.
13. Jellinek N. Nail Matrix biopsy of longitudinal melanonychia: Diagnosis algorithm including the matrix shave biopsy. *J Am Acad Dematol* 2007; 56: 803-10.
14. Collins SC, Cordova KB, Jellinek NJ. Midline/paramedian longitudinal matrix excision with flap reconstruction: Alternative surgical techniques for evaluation of longitudinal melanonychia. *J Am Acad Dermatol* 2010; 62: 627-36.
15. Barrera MV, Tejera M, Mendiola M, Cid J, Cabra B, Herrera E. La biopsia ungueal: un método de gran utilidad. Estudio de 15 casos. *Actas Dermosifiliogr* 2008; 99: 621-7.

Cuestionario de autoevaluación

1. Cuando al realizar el estudio dermatoscópico de una melanoniquia longitudinal observamos una lesión caracterizada por líneas paralelas longitudinales marrones homogéneas tanto en amplitud como en espaciado debemos pensar que estamos ante un paciente:
   a) Con pigmentación racial.
   b) Que toma algún fármaco que le ocasiona la pigmentación ungueal.
   c) Con un nevus subungueal.
   d) Con un melanoma subungueal.
   e) Con un hematoma subungueal.

2. Si al realizar el estudio dermatoscópico de una pigmentación subungueal observamos una pigmentación marronácea purpúrica relativamente homogénea de base proximal redondeada y extremo distal más lineal deberemos preguntar sobre los siguientes antecedentes excepto uno:
   a) Toma de fármacos que alteran la coagulación sanguínea.
   b) Antecedente de traumatismo reciente.
   c) Realización de actividades deportivas.
   d) No hace falta averiguar los antecedentes ya que al tratarse de un hematoma subungueal se descartan otras lesiones.
   e) Ninguna es correcta.

3. Cuando al explorar con el dermatoscopio la cutícula observamos una pigmentación marronácea de la misma:
   a) Se denomina signo de Hutchinson.
   b) Es un signo que se observa frecuentemente en los nevus congénitos de la matriz.
   c) Se denomina signo de pseudo-Hutchinson.
   d) No será necesario realizar una biopsia de la matriz.
   e) Se denomina signo de micro-Hutchinson.

4. La dermatoscopia del margen libre ungueal:
   a) Sirve para localizar el origen de la pigmentación ungueal en la matriz.
   b) Cuando el pigmento se origina en la matriz distal éste es detectado en la parte inferior de la lámina.
   c) Al poder localizar el origen del pigmento se escoge una técnica de biopsia u otra.
   d) Cuando se detecta el pigmento en la parte superior es que éste se origina en la matriz proximal.
   e) Todas son ciertas.

5. ¿Cuál de los siguientes fármacos no provoca pigmentación en banda gris homogénea en la lámina ungueal?
   a) Cumarínicos.
   b) Ciclofosfamida.
   c) AZT.
   d) cloroquina.
   e) Ibuprofeno.

6. ¿Cuál de las siguientes causas provoca pigmentación ungueal mayormente por un proceso de activación o hiperplasia melanocítica?
   a) Enfermedad de Cushing.
   b) Onicomicosis.
   c) Hematoma subungueal por traumatismo.
   d) Uso frecuente de tintes para el cabello.
   e) Infección ungueal por pseudomonas aeruginosa.

7. Señale la relación incorrecta:
   a) Enfermedad de Bowen-Activación melanocítica focal.
   b) Nevus ungueal-Hiperplasia melanocítica.
   c) Uso frecuente de lacas de uñas-Pigmentación exógena.
   d) Pigmentación de origen racial- Hiperplasia melanocítica.
   e) Infecciones fúngicas-Pigmentación de origen no melanocítico.

8. Cuando nos encontramos ante una pigmentación ungueal, ¿en qué supuesto no nos plantearemos realizar una biopsia?
   a) Cuando la pigmentación está asociada a distrofia ungueal.
   b) En pacientes jóvenes con una pigmentación ungueal única.
   c) En pigmentaciones ungueales de larga evolución que presentan cambios recientes.
   d) Cuando observemos el signo de Hutchinson y/o micro-Hutchinson.
   e) Cuando la pigmentación afecte al dedo pulgar o índice.

9. En el estudio dermatoscópico de una pigmentación ungueal observamos un patrón un patrón de manchas hemorrágicas:
   a) En las lesiones más antiguas el margen proximal suele ser ovoide.
   b) Cuando el hematoma no se desplaza distalmente es un signo de alarma.
   c) Cuando el hematoma recidiva en el mismo lugar hay que hacer un estudio radiológico.
   d) La presencia de este patrón no descarta un melanoma subungueal.
   e) Todas son ciertas.

10. Señale la aseveración correcta sobre las técnicas de biopsia ungueal en caso de melanoniquia:
    a) Si la melanoniquia es lateral y superior a 3 mm hay que hacer una biopsia tipo shave.
    b) Si la melanoniquia es central y su diámetro es inferior a 3 mm se realiza la técnica del doble punch, independientemente de su origen en la matriz.
    c) Si la melanoniquia es central y su diámetro es superior a 3 mm se realiza la técnica del doble punch.
    d) Si la melanoniquia es central y su diámetro es superior a 3 mm se realiza la técnica de escisión longitudinal medial si la pigmentación se origina en la matriz distal.
    e) Todas son ciertas.

11. Cuando se decide realizar biopsia de una lesión pigmentada subungueal hay que tener en cuenta que según el origen de la misma hay que escoger una técnica u otra. Diga que opción es incorrecta:
    a) En caso de melanoniquia central hay que medir el grosor de la banda.
    b) Si la banda es superior a 3 mm hay que explorar el borde libre.
    c) Si a l explorar el borde libre se observa que la pigmentación se origina en la matriz distal se recomienda realizar una escisión transversal en huso.
    d) Si a l explorar el borde libre se observa que la pigmentación se origina en la matriz proximal se recomienda realizar una escisión longitudinal medial en bloque.
    e) Todas son correctas.

12. El signo de pseudo-Hutchinson consiste en:
    a) La observación clínica de pigmentación en la cutícula.
    b) La observación bajo dermatoscopia de pigmentación en la cutícula.
    c) La observación de pigmentación en la matriz ungueal por trasparencia de la cutícula.
    d) La observación clínica de pigmentación en la piel del hiponiquio.
    e) Ninguna es correcta.

13. El síndrome de Laugier Hunziquer es un trastorno adquirido del sistema pigmentario, que se caracteriza por todo lo siguiente, excepto:
    a) Pigmentación longitudinal afectando varias uñas de manos y/o pies.
    b) Máculas pigmentadas afectando área periumbilical.
    c) Máculas pigmentadas afectando área perianal.
    d) Máculas pigmentadas afectando labios y boca.
    e) Todas son ciertas.

14. Señala la respuesta correcta:
    a) La enfermedad de Addison suele provocar hiperpigmentación de varias uñas.
    b) El hipotiroidismo es una causa frecuente de hiperpigmentación ungueal.
    c) En la hiperpigmentación de causa endocrina aunque se corrija la disfunción persiste la hiperpigmentación ungueal.
    d) Nunca se han evidenciado alteraciones ungueales en el contexto del síndrome de Cushing.
    e) En las hiperpigmentaciones farmacológicas suele afectarse el pulgar exclusivamente.

15. ¿En cuál de los siguientes contextos patológicos puede observarse hiperpigmentación ungueal?
    a) Síndrome de Peutz-Jeghers.
    b) Liquen plano.
    c) Radiodermitis crónica.
    d) Psoriasis.
    e) Todas son ciertas.

Respuestas del cuestionario: Aparecerán en esta página en el número 2 de 2012.

Respuestas del cuestionario del número 4 de 2011: 1b, 2d, 3d, 4a, 5c, 6a, 7c, 8c, 9d, 10a, 11e, 12b, 13e, 14c, 15d, 16a, 17b, 18b, 19d, 20e