

Paroniquia (infección junto a la uña)

Esta página se tradujo automáticamente y todavía no la ha revisado un médico. La **versión en inglés** es la versión oficial.

Qué está sintiendo

La paroniquia es la inflamación y, a menudo, infección del pliegue ungueal, es decir, la piel que rodea la uña. En su forma aguda, la piel junto a la uña se vuelve roja, hinchada y dolorosa; a veces se forma un absceso bajo dicha piel. El enrojecimiento se mantiene cerca de la uña y no se extiende por el dedo más allá de la última articulación antes de la punta. Las radiografías resultan normales, salvo por la hinchazón en los tejidos blandos del dorso del dedo.

En su forma crónica, los síntomas suelen estar presentes durante 6 semanas o más antes de que se haga el diagnóstico. La hinchazón y el enrojecimiento son menos intensos, pero reaparecen con frecuencia. La piel en la base de la uña puede separarse de ésta, formando una pequeña cavidad donde se acumulan humedad y gérmenes. La uña puede presentar surcos, estrías, cambios de color o adoptar una forma redondeada. En niños, a veces se puede exprimir un material espeso desde debajo del pliegue ungueal.

Esta afección afecta principalmente a adultos, especialmente a mujeres cuyas manos permanecen frecuentemente húmedas o que realizan trabajos que dañan la cutícula, esa franja de piel que sella la uña al dedo. El lavado frecuente de manos, el manicure y el contacto con agua o sustancias irritantes deterioran dicho sellado. Una vez roto, los irritantes y gérmenes penetran y provocan inflamación que interfiere con el crecimiento normal de la uña. Los episodios suelen empeorar después de que las manos hayan estado en agua o en un ambiente húmedo durante un tiempo.

En la vida cotidiana, esta condición puede hacer que cualquier movimiento que doble o cargue la punta del dedo resulte incómodo: escurrir un paño, lavar los platos, teclear, abrir frascos o abrochar botones pequeños. Si no se trata, los brotes dolorosos de inflamación aguda seguirán ocurriendo, ya que los gérmenes continúan penetrando.

¿Qué está ocurriendo realmente?

La uña se encuentra dentro de un surco en la piel, sellado en sus bordes por el pliegue ungueal. La cutícula es la franja de piel que sella la uña al dedo en su base. Imagine ese sellado como una junta alrededor de una puerta: mientras permanezca intacta, el agua y los gérmenes se mantienen fuera.

En el tipo agudo, esa junta se rompe. Una uña encarnada, una manicura o alguna otra lesión menor daña la piel junto a la uña. Los gérmenes que viven en la piel, generalmente el estafilococo, se introducen por esa abertura y provocan una infección local. El enrojecimiento, la hinchazón y el pus que se observan son consecuencia de esa infección que se acumula en el pequeño espacio entre el pliegue ungueal y la uña.

En el tipo crónico, el proceso es más lento. La exposición repetida al agua, a detergentes u otros irritantes daña la cutícula durante semanas o meses. Una vez que el sellado desaparece, el agua y los irritantes penetran bajo la piel en la base de la uña, manteniendo la zona inflamada. La piel de esa zona se redondea gradualmente y se separa de la uña, formando una pequeña cavidad que retiene humedad. Esa cavidad permite la supervivencia de diversos gérmenes, incluidas levaduras como la *Cándida*; cada brote infeccioso introduce más residuos en la piel, perpetuando la inflamación y dificultando el cierre de dicha cavidad. El aspecto surcado o el cambio de color de la uña se deben a que esta inflamación interfiere con el crecimiento normal de la uña.

Si el pus se deja propagar, puede extenderse por debajo de la uña o hacia el otro lado del dedo; por eso es fundamental iniciar el tratamiento a tiempo. La diabetes o un sistema inmunitario debilitado pueden influir en los tipos de gérmenes implicados y en la intensidad del tratamiento necesario.

Qué podemos hacer al respecto

El Dr. Kieran Hirpara, cirujano de extremidades superiores en el Mater Private Hospital Rockhampton, comienza con las opciones menos invasivas que se adapten a su condición. Por lo general, los pacientes son derivados a nuestra clínica por su médico de cabecera; si un fisioterapeuta le ha sugerido consultarnos, igualmente necesitará una derivación de su médico de cabecera para poder acceder al reembolso de Medicare. En su primera visita, tomamos su historia clínica, examinamos su dedo y solicitamos estudios de imagen o pruebas únicamente cuando estos puedan modificar nuestro plan de tratamiento.

En el caso de la forma aguda, si no hay pus debajo de la uña ni en el pliegue ungueal, normalmente iniciamos con antibióticos orales dirigidos a los gérmenes que habitan en la piel, junto con baños de agua tibia con sal que usted puede realizar en casa. Si se trata a tiempo, la infección puede resolverse en pocos días sin necesidad de ningún procedimiento. En ocasiones levantamos suavemente la cutícula y colocamos una pequeña cinta de goma estéril debajo para permitir el drenaje de la infección manteniendo la uña en su sitio. Este simple paso merece ser probado primero en casi todos los casos, pues muchas personas se recuperan sin necesidad de extraer la uña.

En el caso de la forma crónica, lo primordial es proteger el pliegue ungueal. Lo más importante es mantener esa zona seca: una barrera impermeable sobre el pliegue ungueal es más efectiva que cualquier crema o comprimido que pudiéramos aplicar. Podemos recetar una crema o ungüento con esteroides para aplicar en el pliegue ungueal, lo cual reduce la inflamación. También se pueden usar comprimidos antifúngicos como el fluconazol,

en una dosis diaria baja de 50 mg. Sea cual sea el tratamiento elegido, debe mantenerlo durante varias semanas; en promedio, un ciclo de terapia láser suave requiere unos 20 días para lograr la mejoría, y las cremas y comprimidos actúan en un plazo similar.

Si existe un absceso, es decir, una acumulación de pus bajo la piel, realizamos una pequeña incisión junto a la uña para drenarlo, o bien extraemos parte de la lámina ungueal, es decir, la propia uña dura. Este procedimiento se realiza bajo anestesia local, que adormece únicamente el dedo. En los casos crónicos que no mejoran a pesar de los tratamientos mencionados, la cirugía permite extirpar el tejido inflamado y favorecer el crecimiento de piel sana. Antes de decidir cualquier cosa, conversaremos con usted sobre los detalles del procedimiento y si resulta adecuado para su caso.

Qué esperar

El pronóstico depende del tipo de paroniquia que se tenga. El tipo agudo suele mejorar rápidamente una vez que se drena o trata la infección; muchas personas se recuperan sin necesidad de extraer la uña. En un caso reportado de paroniquia grave, se hicieron agujeros en la uña con un alambre caliente para drenar el pus; esto proporcionó alivio inmediato y la persona volvió a sus actividades normales al quinto día por la mañana.

El tipo crónico evoluciona más lentamente: puede tomar varias semanas o meses responder al tratamiento. En este caso, el cuidado constante del pliegue ungueal es más importante que cualquier crema o medicamento. Incluso así, se observará una mejora gradual y no una solución inmediata. La separación entre el pliegue ungueal y la uña puede cerrarse y rellenarse en 6-8 semanas tras el uso de un pegamento especial, lo cual alivia la inflamación persistente.

Si no se trata, el tipo crónico tiende a presentar brotes continuos. Los episodios dolorosos de inflamación aguda se repiten, ya que los gérmenes siguen penetrando a través de la barrera dañada en la base de la uña. Con el tiempo, la combinación de inflamación continua, mala circulación sanguínea, higiene deficiente de la mano y cicatrización lenta puede hacer que la infección avance hacia capas más profundas, incluso hasta la articulación del dedo. La mayoría de las infecciones de la mano comienzan como heridas menores que no se trataron; por eso es fundamental iniciar el tratamiento a tiempo en lugar de esperar.

En general, las infecciones de la mano conllevan un riesgo de complicaciones difíciles de manejar; por ello, si sus síntomas no mejoran como se espera, no dude en consultarnos. Con un cuidado constante del pliegue ungueal y un tratamiento adecuado para su tipo de paroniquia, la mayoría de las personas notan que los brotes se vuelven menos frecuentes y que la piel se normaliza en las semanas y meses siguientes.

¿Cuándo consultar a un médico?

Acuda a su médico de cabecera si la piel junto a la uña permanece roja, hinchada y dolorosa durante varios días, o si observa o siente la presencia de pus. Solicite una evaluación especializada si los síntomas persisten durante 6 semanas o más, si el pliegue ungueal sigue separándose de la uña, o si los brotes se repiten tras exponer las manos al agua. Diríjase a urgencias si el enrojecimiento se extiende más allá de la última articulación antes de la punta del dedo, si el dedo se vuelve rápidamente más doloroso, caliente o rígido, o si se siente malestar general

acompañado de fiebre. Estos signos indican que la infección podría estar propagándose más allá del pliegue ungueal y requiere evaluación inmediata.

En profundidad

Esta sección va más allá de lo necesario para que usted tome decisiones sobre su propio tratamiento. La paroniquia merece una lectura adicional, ya que un solo término engloba dos afecciones que se comportan de manera distinta, responden a tratamientos opuestos y suelen confundirse. Además, la solución quirúrgica para la forma crónica es más antigua, sencilla y cuenta con mayor respaldo científico de lo que la mayoría de las personas piensan.

DOS AFECCIONES, UN MISMO NOMBRE

La **paroniquia aguda** es una infección bacteriana del pliegue ungueal, generalmente causada por *Staphylococcus aureus*, que se desarrolla en un plazo de 24 a 48 horas tras la ruptura del sellado entre la uña y la piel [1]. Se caracteriza por enrojecimiento, calor, tensión y un dolor desproporcionado; además, se forma pus.

La **paroniquia crónica**, definida convencionalmente como aquella que persiste más de seis semanas, en realidad no es una infección en sí. Se trata de una dermatitis inflamatoria del pliegue ungueal provocada por exposición repetida al agua y a irritantes; la pérdida del sellado cuticular permite la entrada de más irritantes, generando un ciclo que se perpetúa [2]. En estos pliegues suele aislarse *Candida*, motivo por el cual durante mucho tiempo se consideró una infección fúngica; sin embargo, actualmente se entiende mejor como una colonización de un pliegue ya dañado, y no como su causa.

EL ENSAYO QUE REDEFINIÓ LA FORMA CRÓNICA DE LA ENFERMEDAD

La evidencia definitiva proviene de un ensayo aleatorizado, doble ciego y con doble simulacro, en el que se comparó un **esteroide tópico** (aceponato de metilprednisolona) con **dos antifúngicos sistémicos**. De los 48 uñas tratadas con el esteroide tópico, **41 presentaron mejoría o curación**, frente a **30 de 57** en el grupo tratado con terbinafina y **29 de 64** en el grupo tratado con itraconazol; esto representa una ventaja estadísticamente significativa para el esteroide [3].

Ese mismo ensayo aporta una observación aún más decisiva: la presencia de *Candida* **no guarda una relación estricta con la actividad de la enfermedad**, y la erradicación de dicha levadura solo se asoció con curación clínica en **2 de los 18** pacientes que la tenían al inicio del estudio [3].

Esto resulta difícil de conciliar con una etiología fúngica, pero fácil de explicar desde un punto de vista inflamatorio: la levadura actúa simplemente como un “pasajero” en un pliegue cutáneo dañado, no como la causa principal de la enfermedad. Esto lleva a redefinir la patología como un problema de barrera cutánea: la cutícula funciona como un sello protector; el contacto continuo con agua la deteriora, el pliegue se hincha y, al hincharse, pierde su capacidad de sellarse, permitiendo así la colonización por microorganismos. Tratar dichos colonizadores no corrige, sin embargo, el mecanismo subyacente.

La consecuencia práctica de esto es poco atractiva y, precisamente, la parte que los pacientes suelen omitir: la intervención más eficaz consiste en mantener las manos secas y alejadas de sustancias irritantes. En este sentido, el uso de guantes resulta más efectivo que cualquier medicación recetada.

PARONQUIA AGUDA: DRENAJE Y CUÁNTO SE DEBE ALTERAR LA ZONA

Una vez que se forma pus, los antibióticos por sí solos no logran resolver el problema; es necesario drenar el acúmulo de pus [1].

El método tradicional consiste en separar el pliegue ungueal de la lámina ungueal para descomprimir el absceso, extirpando además parte de la uña donde el pus se ha acumulado debajo.

Una alternativa que preserva la uña es la **técnica del “rollo suizo”**: en ella se eleva el pliegue ungueal y se enrolla sobre un punto de sutura, en lugar de realizar una incisión o resección; este rollo se mantiene durante unos días y luego se desenrolla [4]. Su ventaja radica en que permite drenar el pus que se ha extendido por todo el pliegue sin dañar ni la lámina ungueal ni el pliegue mismo, algo crucial cuando la alternativa sería realizar una incisión más amplia.

En ambos métodos, el principio general es que la incisión debe descomprimir el pliegue ungueal sin penetrar en la pulpa digital, ya que esta constituye un compartimento independiente; abrirla convertiría una paroniquia sencilla en una herida mucho más compleja de tratar.

MARSUPIALIZACIÓN DE LA EPONIQUIA

En casos de paroniquia crónica que no mejora, se emplea una técnica descrita en 1976 y que prácticamente no ha variado desde entonces.

El procedimiento de Keyser y Eaton consiste en extirpar una porción en forma de media luna del pliegue ungueal proximal engrosado, eliminando el tejido inflamado pero sin afectar la matriz germinativa; luego se deja la herida abierta para que cicatrice por contracción. Esta contracción hace que el pliegue vuelva a situarse sobre la lámina ungueal, restaurando el sellado que la enfermedad había roto [5].

La anatomía es lo que hace crítica la preservación de dicha zona. Debajo de la cutícula se encuentra un **espacio ciego de dos a tres milímetros de profundidad que contiene la matriz germinativa**, responsable de la formación de la lámina ungueal; la capa subcutánea que lo cubre determina la superficie de la uña. Si esta capa se altera por infección, presión o traumatismo, la producción de la uña se ve afectada en proporción: episodios breves generan surcos transversales, mientras que una enfermedad prolongada provoca los surcos longitudinales y el engrosamiento característicos de la paroniquia crónica [5].

Por ello, preservar la matriz germinativa evita deformidades ungueales permanentes; además, dejar la herida abierta permite esa contracción que vuelve a sellar el pliegue; cerrarla, en cambio, anularía el objetivo del procedimiento.

LA MEJORA QUE ELIMINÓ LAS RECURRENCIAS

El dato de resultado más útil es una serie pequeña de casos con una comparación interna clara. Como se ha reportado, los dedos **con irregularidades ungueales** tratados únicamente mediante marsupialización presentaron recurrencias en una minoría de casos; en cambio, otro grupo de dedos con irregularidades

ungueales tratados mediante marsupialización **sumada a la extracción de la lámina ungueal** no presentaron recurrencias. Los dedos **sin** irregularidades ungueales sanaron con marsupialización sola [6].

Dicha serie es pequeña y los casos se trataron de forma secuencial, no aleatorizada; por lo tanto, esto constituye más bien una indicación que una prueba concluyente. Además, no tuvimos acceso al texto completo, de modo que las cifras mencionadas provienen de resúmenes en literatura secundaria y no del artículo original. No obstante, esto aporta una regla quirúrgica concreta: una uña irregular o con surcos indica que la enfermedad ya ha afectado a la matriz ungueal; en esos dedos, también debe extraerse la lámina ungueal. En cambio, si la uña tiene aspecto normal, puede dejarse intacta.

Se trata de un hallazgo excepcionalmente útil para una patología tan frecuente; por ello, antes de decidir sobre la intervención, merece la pena examinar el estado de la lámina ungueal, no solo el pliegue cutáneo.

REFERENCIAS

- [1] Ritting AW, O'Malley MP, Rodner CM. Paroniquia aguda. J Hand Surg Am. 2012;37(5):1068-70. <https://doi.org/10.1016/j.jhsa.2011.11.021>
- [2] Shafritz AB, Coppage JM. Paroniquia aguda y crónica de la mano. J Am Acad Orthop Surg. 2014;22(3):165-74. <https://doi.org/10.5435/JAAOS-22-03-165>
- [3] Tosti A, Piraccini BM, Ghetti E, Colombo MD. Corticosteroides tópicos frente a antifúngicos sistémicos en el tratamiento de la paroniquia crónica: estudio abierto, aleatorizado, doble ciego y doble simulacro. J Am Acad Dermatol. 2002;47(1):73-6. <https://doi.org/10.1067/mjd.2002.122191>
- [4] Pabari A, Iyer S, Khoo CTK. Técnica del “rollo suizo” para el tratamiento de la paroniquia. Tech Hand Up Extrem Surg. 2011;15(2):75-7. <https://doi.org/10.1097/BTH.0b013e3181ec089e>
- [5] Keyser JJ, Eaton RG. Curación quirúrgica de la paroniquia crónica mediante marsupialización de la eponiquia. Plast Reconstr Surg. 1976;58(1):66-70. <https://doi.org/10.1097/00006534-197607000-00011>
- [6] Bednar MS, Lane LB. Marsupialización de la eponiquia y extracción de la uña como tratamiento quirúrgico de la paroniquia crónica. J Hand Surg Am. 1991;16(2):314-7. [https://doi.org/10.1016/S0363-5023\(10\)80118-2](https://doi.org/10.1016/S0363-5023(10)80118-2)