



CASO CLÍNICO

Artículo bilingüe español / inglés

Rev Esp Podol. 2025;36(1):48-53

DOI: <http://dx.doi.org/10.20986/revesppod.2025.1729/2025>

Carcinoma epidermoide asociado a onicocriptosis: caso clínico

Epidermoid carcinoma associated to onychocryptosis: a case report

Antonio Javier González Fernández¹, Lucía Trincado Villa¹, Javier Pascual Huerta¹ y Alicia Gavillero Martín²

¹Clinica del Pie Elcano. Bilbao, España. ²Departamento de Podología General Universidad Católica de Valencia "San Vicente Mártir". Valencia, España

Palabras clave:

Pie, uña, onicocriptosis, carcinoma epidermoide, carcinoma escamoso, Winograd, amputación.

Resumen

Los tumores malignos primarios de localización ungüeal o subungüeal son poco frecuentes, y el carcinoma epidermoide o carcinoma escamoso es el más común de todos ellos. El presente trabajo describe la progresión de un caso clínico de una paciente con diagnóstico inicial de onicocriptosis, con una evolución tórpida de la lesión la cual, tras diversos tratamientos conservadores y quirúrgicos, acabó con un diagnóstico de carcinoma epidermoide y amputación completa del primer dedo. En el artículo, se muestra toda la progresión del cuadro clínico desde su comienzo, enfatizando en la importancia de un alto índice de sospecha por parte del clínico y de la necesidad del diagnóstico mediante anatomía patológica ante una evolución anormal de la lesión.

Keywords:

Foot, nail, onychocryptosis, epidermoid carcinoma, squamous carcinoma, Winograd, amputation.

Abstract

Primary malignant tumors located in the nail or subungual area are rare, with squamous cell carcinoma or squamous cell carcinoma being the most common of all of them. The present work describes the progression of a clinical case of a patient with initial diagnosis of onychocryptosis, with a torpid evolution of the lesion and who after various conservative and surgical treatments ended with a diagnosis of squamous cell carcinoma and complete amputation of the first finger. The article shows the entire progression of the clinical picture from its beginning, emphasizing the importance of a high index of suspicion on the part of the clinician and the need for diagnosis through pathological anatomy in the event of an abnormal evolution of the lesion.

Introducción

Los tumores malignos primarios de localización subungüeal son poco frecuentes. De ellos, el carcinoma epidermoide o carcinoma escamoso es el más prevalente en el pie^{1,2}. Los pacientes más afectados tienen entre 50 y 60 años, afectando más a los hombres que a las mujeres, en una proporción de 3:1². La presentación más común es en los pliegues de la uña proximal, lateral e hiponiquio y se caracteriza por eritema, paroniquia, ulceración, hiperqueratosis, pápulas y placas verrucosas, masa subungüeal, onicólisis y supuración. Estas características clínicas poco específicas hacen que pueda ser confundido fácilmente con procesos inflamatorios benignos como la paroniquia, el granuloma

piogénico o una verruga vulgar, por lo que su diagnóstico inicial se ve a menudo demorado. Cuando afecta la matriz de la uña, puede presentar eritroniquia longitudinal, melanoniquia y destrucción ungüeal³. El diagnóstico de este tipo de lesiones solo es posible mediante una biopsia y el posterior estudio anatomopatológico. El tratamiento de estos tumores implica la extirpación completa, que en ocasiones supone la amputación de la falange distal del dedo afectado^{1,3-7}.

El presente artículo presenta un caso clínico de una paciente con cuadro de onicocriptosis en el primer dedo del pie, con evolución tórpida en el tiempo a pesar del tratamiento conservador y quirúrgico con varias intervenciones cuyo diagnóstico final fue de carcinoma epidermoide. El objetivo es presentar este tipo de casos a la comu-

Recibido: 09-03-2025

Aceptado: 02-05-2025



0210-1238 © Los autores. 2025.
Editorial: INSPIRA NETWORK GROUP S.L.
Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC Reconocimiento 4.0 Internacional
(www.creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Correspondencia:

Antonio Javier González Fernández
antgonfer94@gmail.com

idad podológica, resaltando la importancia de realizar estudio de anatomía patológica en casos con sospecha o en los que con el tratamiento convencional la lesión evoluciona anormalmente. El artículo se ha realizado siguiendo la guía CARE (CAse REport Statement) para el reporte y desarrollo de casos clínicos en revistas científicas⁸.

Caso clínico

Paciente mujer de 50 años de edad, acude a consulta con dolor y deformidad en el primer dedo del pie izquierdo de varios meses de evolución, en el contexto de varias intervenciones realizadas en el primer dedo por onicocriptosis del borde medial. Entre los antecedentes médicos relevantes destaca: no alergias medicamentosas conocidas, fumadora de 30 cigarros/día, hipercolesterolemia, diarrea crónica secundaria a colitis-colagenasa, endometriosis y síndrome depresivo en seguimiento por psiquiatría. Está en tratamiento actual con: budesonida 3 mg (2-0-0), escitalopram 20 mg (1-0-0) y lormetazepam 2 mg (0-0-1), medroxiprogesterona 5 mg (1-0-0), calcio/vitamina D 1,5 g/400 UI (1-0-0) y progesterona 100 mg (2-2-0).

La paciente refiere proceso de inicial de onicocriptosis de 7 meses de evolución (septiembre de 2022), en el borde medial del primer dedo del pie izquierdo, con la presencia de tejido de granulación ungueal en dicho borde, el cual le produce dolor e inflamación digital (Figura 1). La paciente recibe tratamiento por su podólogo que consiste en quiropodia y limpieza del canal; se pautan posteriormente curas diarias con mupirocina para la lesión. Existe mala evolución de la lesión en los días siguientes con aumento de dolor y sensibilidad al tacto. Se modifica el tratamiento pautando amoxicilina/ácido clavulánico 875/125 mg, 1/8 h junto con el uso de analgésicos orales (Figura 2). La paciente continúa con mala evolución sintomatológica y acude a su centro de salud donde se realiza radiografía con la cual se descarta la presencia de infección profunda (osteomielitis).

Tras empeoramiento del cuadro clínico, el 14 de noviembre de 2022 se realiza en su centro de salud la retirada parcial de la placa ungueal lateral del pie izquierdo junto con raspado, retirando tejido hiperqueratósico y de granulación. El procedimiento es repetido 48 h más tarde (16 de noviembre de 2022) por no haber retirado toda la

lesión (Figura 3), cambiando el tratamiento antibiótico a anaclosil 500 mg 1/6 h y posteriormente a ciprofloxacino 500 mg 1/12 h durante las siguientes semanas.

La paciente presenta inicialmente mejoría del dolor, aunque nunca termina de ceder completamente (Figura 4). Refiere recurrencia de la lesión ungueal lo que le lleva a consultar una segunda opinión a las 6 semanas de la intervención con otro podólogo. Este último con fecha 27 de diciembre (Figura 5) realiza cultivo bacteriano de la lesión, resultando negativo, y también valoración de la lesión mediante ecografía (sin informe). El 13 de enero la paciente es intervenida quirúrgicamente mediante técnica fenol-alcohol en el borde lateral del primer dedo del pie izquierdo (Figura 6).

En el transcurso de 3 semanas después de la tercera intervención, la paciente refiere recidiva de la lesión y de la sintomatología dolorosa (Figura 7). La paciente decide acudir a servicio de traumatología (febrero de 2023) donde se solicita la realización de resonancia magnética nuclear (T2FS y DPFATSAT). En ella, se aprecia masa ocupante en el tercio lateral del primer dedo con bordes bien definidos y afectación ósea (Figura 8) con el siguiente informe: "A nivel de la falange distal del primer dedo en la región ungueal impresiona solución de continuidad cutánea con colección heterogénea, densa de 15 mm x 14 mm que se ubica en la región lateral de partes blandas parafalángicas, remodela el hueso y se pone en contacto con el ten-



Figura 3. Semana 8. Resección parcial de tejido hiperplásico realizado en su centro de salud.



Figura 4. Semanas 9-14. Recurrencia progresiva de la lesión tras resección parcial.



Figura 1. Proceso inicial de onicocriptosis y granuloma reactivo.



Figura 2. Progresión clínica tras tratamiento ATB y analgésico.



Figura 5. Semana 16. Cultivo bacteriano negativo y valoración por ecografía (no disponible).

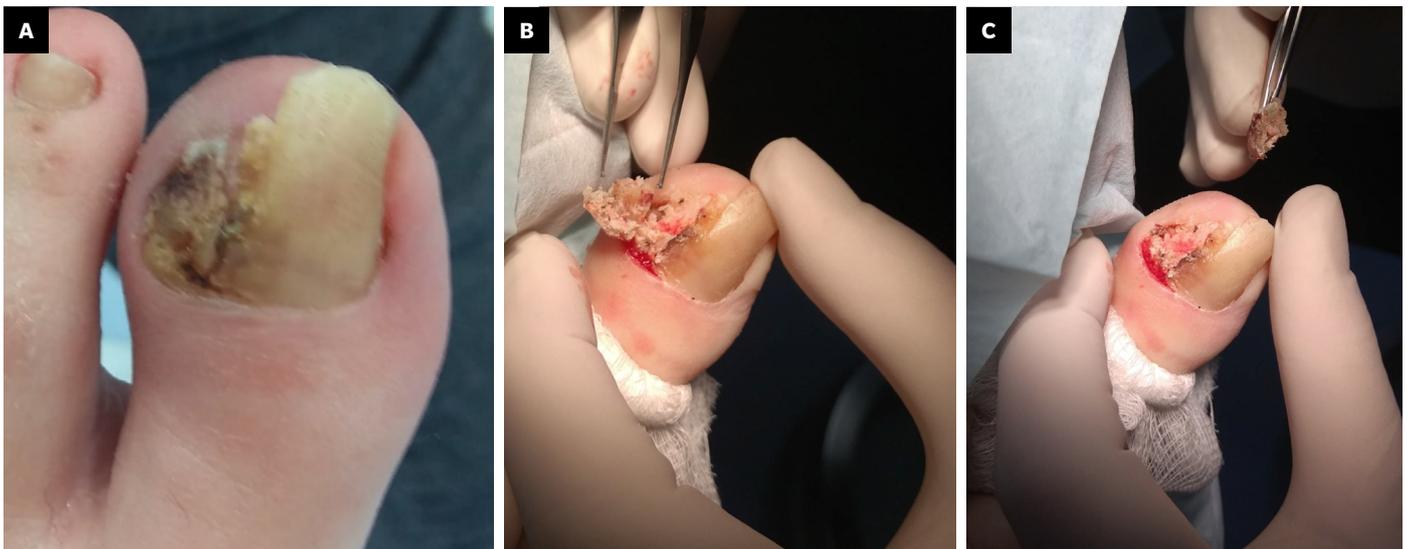


Figura 6. Semana 18. Segunda intervención mediante matricectomía parcial con técnica fenol-alcohol.



Figura 7. Semana 21. Recidiva de la lesión tras fenolización.

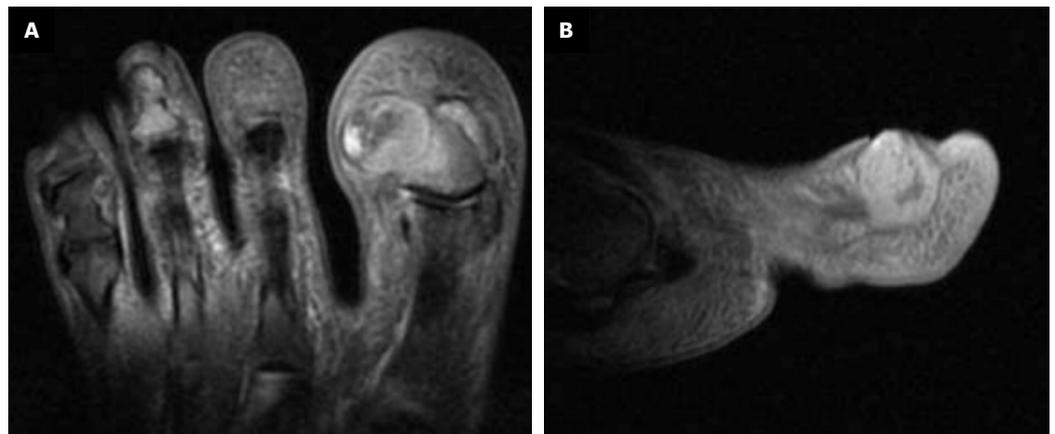


Figura 8. Masa ocupante con afectación ósea; A: plano transverso; B: plano sagital.

dón flexor, pudiera corresponderse con absceso/colección flemonosa postquirúrgica. Impresiona algo de edema óseo en falange distal sin descartar completamente incipiente osteomielitis. A confrontar con antecedentes y protocolo quirúrgico realizado”.

El servicio de Traumatología nos remite a la paciente, que acude a nuestro centro el 27 de febrero de 2023. Con fecha 1 de marzo de 2023, se decide realizar cirugía con biopsia excisional de la lesión, con bordes de seguridad de 5 mm sobre el contorno de la misma. La lesión se extirpa en su totalidad y, dada la afectación ósea de la lesión, se realiza resección parcial del borde lateral de la falange distal del primer dedo. Ambas muestras (tejido blando y hueso) son enviadas a anatomía patológica de forma separada. En último lugar, se cierra con sutura de aproximación (Nylon 4/0) en la zona proximal y distal de la incisión; ya que el defecto primario era demasiado grande se dejó la zona central de la incisión abierta para cerrar por segunda intención con el uso de hidrofibra (Figura 9).

El estudio de anatomía patológica de las muestras enviadas describe para la primera muestra: “Piel con una tumoración hiper-

queratósica constituida por células escamosas con discreta atipia que forma un borde expansivo con algunos cordones y nidos que infiltran la dermis. Bordes quirúrgicos laterales libres y borde profundo afectado. **DIAGNÓSTICO:** carcinoma epidermoide infiltrante bien diferenciado que afecta al borde profundo.”. Y para la segunda muestra: “Tejido óseo con trabéculas óseas y tejido adiposo entre las mismas sin alteraciones. Focalmente se observan dos pequeños nidos de carcinoma epidermoide bien diferenciado. **DIAGNÓSTICO:** tejido óseo con infiltración focal por carcinoma epidermoide bien diferenciado”.

A los 5 días postoperatorios se realizó la primera cura a la paciente, que cursó con buen aspecto y sin infección local. Se explicó el resultado de la anatomía patológica a la paciente y se derivó al servicio de Oncología de su centro hospitalario, y de ahí al servicio de Dermatología y Cirugía plástica donde se realizó la amputación digital (Figura 10). El seguimiento posterior fue llevado por el servicio de Oncología durante los siguientes 6 meses. Después de diferentes pruebas, se determinó que no precisaba otro tratamiento. La Figura 11 muestra la línea de tiempo del caso clínico.



Figura 9. A: semana 26, aspecto clínico de la lesión; B-F: secuencia de exéresis tumoral con márgenes y resección parcial de falange distal.



Figura 10. Semana 30. Amputación digital.

Discusión

Este artículo presenta un caso atípico de onicocriptosis, que finalmente acabó con diagnóstico de carcinoma epidermoide y que llevó a la amputación completa del primer dedo. El objetivo es introducir esta patología, aunque poco frecuente, a la comunidad podológica. El carcinoma epidermoide o carcinoma escamoso subungueal fue descrito por primera vez por Velpeu en 1850. Es una neoplasia con escaso potencial agresivo. Tiene tendencia a afectar al hueso (se describe que hasta en un 66 % de los casos) como en el caso que hemos presentado. Sin embargo, raramente metastatiza^{1,2}. Se presenta frecuentemente en varones de entre 50 a 70 años. Es más frecuente en los dedos de las manos, pero también se puede manifestar en los dedos de los pies⁴. Hasta el 75 % de los casos se asocia al virus del papiloma humano, especialmente los serotipos 16, 18, 35, 56. En los pies, se piensa que los factores de riesgo son: úlceras, granulomas crónicos, el traumatismo y la inflamación crónica, exposición al humo del tabaco o radiación solar²⁻⁵.

La clínica depende de la localización del proceso patológico en la unidad ungueal. Cuando afecta al pliegue ungueal proximal, lateral o hiponiquio, puede presentarse como eritema, pápulas verrucosas, onicólisis o supuración. Si afecta a la matriz ungueal, se presenta con eritroniquia longitudinal y frecuentemente hay destrucción de la uña. Si afecta al lecho ungueal, puede presentar onicólisis y supuración, junto con pápulas rojas y nódulos^{2,3}.

Es un tumor progresivo e invasivo, que típicamente se presenta con un retraso en el diagnóstico de años^{1,2}. Las lesiones pueden doler. Dado que la presentación clínica es similar a otras condiciones de la uña benignas tales como paroniquia, verruga, onicomiosis, distrofia ungueal, granuloma piogénico, onicocriptosis y onicólisis

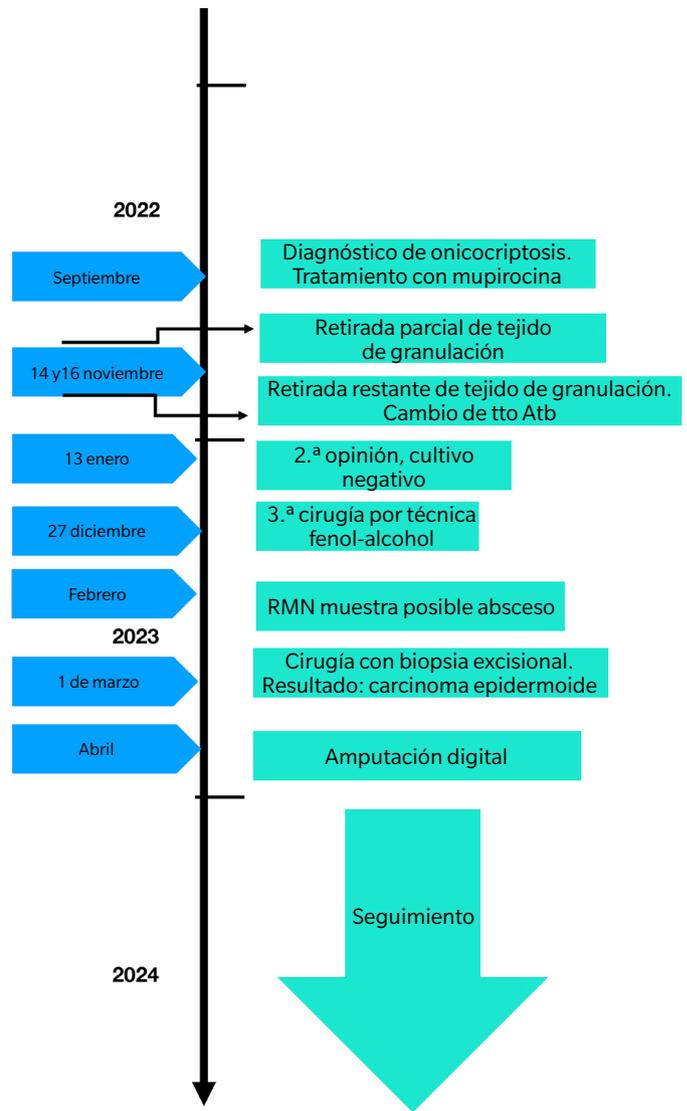


Figura 11. Línea de tiempo del caso clínico.

con infección, se ha de tener una alta sospecha y biopsiar todas estas condiciones que no respondan a la terapia pautada²⁻⁷. Este es el caso del artículo que presentamos en el que el cuadro de la paciente mostró una evolución anormalmente extraña y que no correspondía con la historia natural de la enfermedad. Mantener un alto índice de sospecha junto con el análisis de anatomía patológica es clave en este tipo de condiciones con evolución atípica. Si la lesión se localiza en el pliegue ungueal, es preferible una biopsia longitudinal amplia. La dermatoscopia es una herramienta que puede ayudar en el diagnóstico de estas lesiones^{2,3}. Finalmente, las pruebas de imagen como radiografía simple o resonancia magnética nuclear son necesarias para valorar la afectación ósea^{2,4}.

El tratamiento de elección es la cirugía, preferiblemente tipo Mohs, para extirpar el tumor con un análisis de la totalidad de los márgenes, y la cobertura del defecto cutáneo posterior^{4,7}. En el presente caso se realizó cirugía para retirar la totalidad de la tumoración,

respetando márgenes de seguridad de 5 mm alrededor de la lesión y realizando extirpación del borde lateral de la falange distal (en contacto directo con la tumoración) con objeto de intentar salvar la falange distal del primer dedo. Las muestras que se enviaron de forma separada a anatomía patológica mostraron la presencia de afectación en la falange distal no extirpada (no había sido extirpada en su totalidad). En las lesiones invasivas con afectación ósea, se recomienda extirpar la unidad ungueal completa junto a la desarticulación del dedo y amputación de la falange²⁻⁶.

En conclusión, el carcinoma epidermoide o escamoso, aunque son entidades poco frecuentes, deben de ser consideradas, ya que su presentación inespecífica retrasa su diagnóstico y tratamiento, requiriendo por ende procedimientos más radicales con resultados funcionales más comprometidos para nuestros pacientes. La biopsia temprana y estudio anatomopatológico son clave para permitir un diagnóstico precoz, mejorando el pronóstico y secuelas de nuestros pacientes.

Contribución de los autores

Creación, redacción y preparación del boceto: AJGF, LTV, JPH, AGM.
Revisión final: AJGF, LTV, JPH, AGM.

Declaración ética

La paciente del caso clínico ha dado su consentimiento explícito para la realización del presente artículo facilitando toda la documentación gráfica del caso que tenía, observando el seguimiento de todo el proceso.

Fuentes de financiación

Ninguna.

Conflictos de intereses

Ninguno.

Bibliografía

1. Gómez Vázquez M, Navarra Amayuelas R, Martín-Urda MT, Abellaneda Fernández C, Tapia G. Subungual squamous cell carcinoma. Presentation of two cases. *Actas Dermosifiliogr*. 2010;101(7):654-56. DOI: 10.1016/j.ad.2010.02.009.
2. Knackfuss IG, Giordano V, Godoy-Santos AL, Fernandes NC, Camargo OP. Squamous cell carcinoma in the foot: Case series and literature review. *Acta Ortop Bras*. 2018;26(2):108-11. DOI: 10.1590/1413-785220182602187183.
3. Hare AQ, Rich P. Nail tumors. *Dermatol Clin*. 2021;39(2):281-92. DOI: 10.1016/j.det.2020.12.007.
4. Dijksterhuis A, Friedeman E, van der Heijden B. Squamous cell carcinoma of the nail unit: Review of the literature. *J Hand Surg Am*. 2018;43(4):374-9. e2. DOI: 10.1016/j.jhsa.2018.01.010.
5. Padilha CB, Balassiano LK, Pinto JC, Souza FC, Kac BK, Treu CM. Subungual squamous cell carcinoma. *An Bras Dermatol*. 2016;91(6):817-9. DOI: 10.1590/abd1806-4841.20165084.
6. Wong KY, Ching DL, Gateley D. Subungual squamous cell carcinoma. *BMJ Case Rep*. 2015;2015:bcr2014207565. DOI: 10.1136/bcr-2014-207565. DOI: 10.1136/bcr-2014-207565.
7. García-Zamora E, Miñano Medrano R, Vicente-Martín FJ, Pinedo Moraleta F, García-García E, López-Esteban JL. Mohs micrographic surgery in squamous cell carcinoma of the nail unit *Actas Dermosifiliogr*. 2022;113:T526-8. DOI: 10.1016/j.ad.2020.08.039.
8. Gagnier JJ, Kienle G, Altman DG, Moher D, Sox H, Riley D; CARE Group. The CARE guidelines: Consensus-based clinical case reporting guideline development. *Glob Adv Health Med*. 2013;2(5):38-43. DOI: 10.7453/gah-mj.2013.008.