

Artículo original

Trastornos de autoagresión hacia las uñas

Autoaggressive nail disorders

Eckart Haneke

RESUMEN

Antecedentes: los trastornos de autoagresión hacia las uñas cubren un amplio intervalo de cambios clínicos que con frecuencia permanecen sin diagnóstico.

Objetivo: ayudar al médico a hacer un diagnóstico correcto y a implantar un tratamiento aceptado.

Material y método: se evaluaron las historias clínicas de 1,800 pacientes tratados por el autor entre los años 2000 y 2011 en 16 diferentes países europeos, usando fotografías de las uñas de los dedos y de los pies.

Resultados: la afección más común es la onicólisis inducida por una manicura demasiado exhaustiva. El tic habitual de empujar maniáticamente hacia atrás el pliegue proximal de la uña de uno o ambos pulgares de las manos es frecuente y muchas veces se diagnostica de manera errónea. La distrofia media canaliforme de Heller también se debe, probablemente, a un mecanismo de lesión similar. La onicofagia es relativamente común y se ve en niños y en adultos. La onicotilomanía es menos frecuente y se observa casi exclusivamente en adultos. La onicotemnomanía es aún más rara. La onicoteiromanía está en algún punto entre los dos hábitos anteriores. La onicodacnomanía es excepcional y casi siempre un signo de algún trastorno psiquiátrico subyacente. No se encontró una diferencia sustancial en la prevalencia de estas condiciones entre los diferentes países que se visitaron.

Conclusiones: las lesiones autoagresivas de las uñas son comunes, pero con frecuencia son difíciles de diagnosticar. El cuidado del paciente requiere no sólo un conocimiento profundo de prácticamente todas las enfermedades de las uñas, sino también un examen y un tratamiento cauteloso y empático.

Palabras clave: trastorno autoagresivo hacia las uñas, onicólisis autoinducida, tics habituales, distrofia media canaliforme, onicofagia, onicotilomanía, onicoteiromanía, onicotemnomanía, onicodacnomanía.

ABSTRACT

Background and objective: Autoaggressive nail disorders span a wide range of clinical changes, but they often remain undiagnosed. This article is intended to help the practitioner to make the correct diagnosis and institute an accepted treatment.

Material and method: The patient charts of 1800 patients seen by the author between the years 2000-2011 in 6 different European countries were evaluated using photographs of finger and toenails.

Results: The most common condition is onycholysis induced by overzealous manicure. The habit tic of maniacally pushing back the proximal nail fold of one or both thumb nails is frequent and often misdiagnosed. Heller's median canaliform dystrophy is probably also due to a similar injury mechanism. Onychophagia is relatively common and seen both in children and adults. Onychotillomania is less frequent and almost exclusively seen in adults. Onychotemnomania is even less frequent. Onychoteiromania is somewhere between the latter two habits. Onychodaknomania is exceptional and usually a sign of an underlying psychiatric disorder. There was no substantial difference in the prevalence of these conditions among the different countries visited.

Conclusions: Auto aggressive nail injury is common, but often difficult to diagnose. Patient care requires not only an in-depth knowledge of virtually all nail diseases, but also a cautious and empathic patient examination and treatment.

Key words: autoaggressive nail disorder, self-induced onycholysis, habit tic, dystrophia mediana canaliformis, onychophagia, onychotillomania, onychoteiromania, onychotemnomania, onychodaknomania.

Departamento de Dermatología, Inselspital, Universidad Berna, Suiza. Clínica Dermatológica Dermaticum, Freiburg, Alemania. Centro Dermatológico Epidermis, Porto, Portugal. Departamento Dermatológico, Hosp Acad, Universidad Gent, Bélgica.

Correspondencia: Prof. Dr. Eckart Haneke. Schlupphof 5, 79110 Freiburg, Alemania. Correo electrónico: haneke@gmx.net

Recibido: enero, 2013.

Aceptado: abril, 2013.

Este artículo debe citarse como: Haneke E. Trastornos de autoagresión hacia las uñas. Dermatol Rev Mex 2013;57:225-234.

www.nietoeditores.com.mx

El comportamiento autoagresivo es una variante común a los artefactos y frecuentemente conduce a desagradables lesiones de la piel contra las que el paciente busca consejo médico. Sin embargo, el problema es que muchos pacientes niegan la verdadera causa de las alteraciones de la piel, pelo o uñas, y se sienten o pretenden sentirse insultados ante la suposición de que son autoinfligidas. Algunos sujetos son abiertamente psicóticos, pero esto es bastante raro en personas que sufren trastornos de las uñas. Para realizar un diagnóstico correcto de una situación autoagresiva de la piel deben conocerse con detalle todas las dermatosis similares potenciales.

La onicofagia es bien conocida para todo dermatólogo, pero existen otras lesiones autoinfligidas de las uñas menos comunes que, por tanto, frecuentemente son mal diagnosticadas y mal tratadas. En este artículo se proporciona una corta descripción de las características clínicas, de cómo hacer el diagnóstico y de cómo tratar al paciente. No se abordan los detalles psicológicos ni psiquiátricos.

MATERIAL Y MÉTODO

Se evaluaron pacientes que se observaron durante cuatro años en Noruega, 18 meses en Holanda, desde hace ocho años en Alemania, desde hace seis años en Suiza y desde hace cinco años en Portugal, usando fotografías e historias clínicas, siempre que estuvieran disponibles.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Se identificaron 385 sujetos con alteraciones causadas por autoagresión a las uñas. El número de pacientes de cada país no fue significativamente diferente cuando se comparó conforme el periodo y se calculó el número de ellos en general. En particular, no hubo una diferencia real entre el norte y el sur.

Con 249 casos, la onicólisis semilunar fue la afección facticia de las uñas que se encontró con más frecuencia. Todos los pacientes, excepto dos, eran mujeres, con edad de 30 a 65 años: la más joven tenía 17 años y la mayor, 89. Clínicamente, se observó onicólisis distal con borde proximal agudo sin ningún signo de inflamación (Figura 1A), particularmente sin el margen marrón-rojo típico de la psoriasis (Figura 1B)¹ o el signo de "aurora boreal" de la onicomycosis;² sin embargo, con frecuencia la forma no

Autoaggressive behavior is a common variant of artifacts. It often leads to unsightly skin lesions, for which the patient may seek medical advice. The problem is, however, that many patients deny the true cause of their skin, hair or nail alterations. Not infrequently, they feel or pretend to feel insulted by this assumption. Some patients are overtly psychotic, but this is rather rare in subjects with nail disorders. In order to make the correct diagnosis of an autoaggressive skin condition all potentially similar dermatoses have to be known in all detail.

Whereas onychophagia is well known to every dermatologist, many physicians and even the lay public, other types of self-inflicted nail lesions are less known and therefore frequently misdiagnosed and mistreated. A short description of the clinical features, how to make the diagnosis and how to manage the patient will be given. No attempt will be made to go into psychologic and psychiatric details.

MATERIAL AND METHODS

Patients seen during 4 years in Norway, during 18 months in the Netherlands, since 8 years in Germany, since 6 years in Switzerland and since 5 years in Portugal were evaluated using clinical photographs and patient charts where available.

RESULTS AND DISCUSSION

Altogether, 385 patients with autoaggressive nail conditions were identified. The number of patients according to the various countries was not significantly different when comparing them for the period in each country and calculated for the number of nail patients in general. In particular, there was no real north-south difference.

With 249 cases, *onycholysis semilunaris* was the most common factitious nail condition seen. All patients were women except for two men. Most women were between 30 and 65 years old with the youngest being 17 and the oldest 89. Clinically, there was a distal onycholysis with a sharp proximal border without any signs of inflammation (Figure 1A), particularly without the brownish-red margin typical for psoriasis (Figure 1B)¹ or the "aurora borealis" sign seen in onychomycosis.² However, the shape was often not like a half-moon. The onycholysis frequently extended farther

correspondía a una media luna. La onicólisis se extendía proximalmente más en un lado y por ello era más irregular. En la mayor parte de los casos, ocupaba de un tercio a un medio de la uña visible. Por lo general, los pacientes tenían entre cuatro y ocho uñas afectadas. No hubo predominio claro de una u otra mano. Una de las pacientes mostraba, también, ligero daño en las uñas de los pies. La colonización bacteriana, particularmente con *Pseudomonas aeruginosa*, era común (Figura 1C). Se realizó un estudio histopatológico del recorte de la uña en cuatro casos, lo que indicó una uña normal o una uña con una película biológica bajo su superficie. La queratina ondulada adjunta a la superficie interior se raspó en dos casos. Una paciente, con más de dos tercios de las uñas de todos los dedos de la mano afectados, tenía dermatofitos en las capas profundas de una única uña. Pudo convencerse a más de la mitad de los sujetos del mecanismo anatomopatológico, a saber, lesión del hiponiquio con instrumentos afilados, uso excesivo de cepillos duros para las manos y, en algún caso, incluso, utilización de químicos para limpiar el espacio inferior al margen libre de la uña.

proximally on one side and thus had a more irregular shape. In most cases, the onycholysis occupied approximately one third to one half of the visible nail. Usually between 4 and 8 nails were affected, but sometimes only one or all finger nails showed onycholysis. There was no clear-cut predominance of the dominant or non-dominant hand. The toenails were very mildly affected in one female patient. Bacterial colonization, particularly by *Pseudomonas aeruginosa*, was common (Figure 1C). Histopathology of the nail clipping was performed in four cases and showed either a normal nail or a nail with a bacterial biofilm at its undersurface. The undulating keratin attached to the undersurface was scraped off in two cases. One patient who had more than two thirds of the nails of all her fingers affected, had dermatophytes in the deep layers of one nail only. More than one half of the patients could be convinced of the pathomechanism, i.e. injury of the hyponychium with sharp instruments, excessive use of hard hand brushes and sometimes even use of chemicals to clean the space under the free margin of the nail. Onycholysis semilunaris is generally accepted as being due to overzealous manicu-



Figura 1. Onicólisis semilunar. **A.** Onicólisis semilunar clásica con porción de la uña onicolítica blanca como porcelana, que está agudamente delimitada contra el lecho ungueal proximal; mujer de 48 años de edad. **B.** Onicólisis psoriásica en una mujer de 37 años. Note el margen proximal relativamente claro de la onicólisis y la decoloración amarilla y rojizo-marrón del proximal de la uña de la onicólisis. Además, hay algunos agujeros en la uña del dedo anular y del meñique. **C.** Onicólisis semilunar con fuerte colonización de *Pseudomonas aeruginosa* en la superficie interna de la uña; mujer de 47 años.

Figure 1. Onycholysis semilunaris. **A.** Classical onycholysis semilunaris with porcelain-white onycholytic nail portion which is sharply delimited against the proximal nail bed, 48-year-old woman. **B.** Psoriatic onycholysis in a 37-year-old psoriatic female. Note the relatively clear proximal margin of the onycholysis and the yellow and reddish-brown discoloration of the nail proximal of the onycholysis. In addition, there are some pits in the ring and little finger nail. **C.** Onycholysis semilunaris with heavy *Pseudomonas aeruginosa* colonization of the nail's undersurface; 47-year-old woman.

Por lo general se acepta que la onicólisis semilunar se debe a manicuras demasiado entusiastas. Los pacientes que admitieron ejercer este comportamiento tuvieron mejores resultados con el tratamiento. El tratamiento es difícil, porque la mayoría de los pacientes se preocupa mucho de la apariencia de las uñas y les enorgullece mostrarlas bellas, largas y limpias. Una vez que la onicólisis aparece, se acumula más suciedad debajo de las uñas, lo que induce a intentos de limpieza más vigorosos que, a su vez, exacerba el padecimiento. El ciclo vicioso de limpiar más las uñas –que complica la onicólisis– y en consecuencia tener más suciedad debajo de ellas –limpieza aún más intensa, etc.– debe interrumpirse; sin embargo, cuando hay una película biológica bacteriana en la superficie interior de la placa de la uña, ésta no puede pegarse de nuevo al lecho ungueal y tiene que ser cortada radicalmente hasta la línea de unión. Las yemas de los dedos deben mantenerse secas y limpias; el trabajo en el que deban mojarse las uñas está prohibido; es necesario aplicarse crema o solución antimicrobiana por lo menos dos veces al día. Cada mes, la parte recién crecida de la uña que no se haya pegado debe volver a cortarse. Si esto se hace de manera constante, la mayoría de los pacientes volverá a tener uñas normales a los seis o nueve meses. Debe informarse a los sujetos que sus uñas probablemente permanecerán susceptibles de padecer onicólisis semilunar de nuevo cuando enfrenten tensión mecánica. Un cierto porcentaje de mujeres se rehúsa a aceptar la patogénesis y a llevar a cabo este “drástico” tratamiento.

La onicólisis semilunar debe diferenciarse de la psoriasis del lecho ungueal, que también puede ocurrir junto con ésta y actuar como el fenómeno de Köbner (Figura 1B).

En 41 pacientes se observó una depresión longitudinal central en el (los) pulgar (es) con muchas líneas transversales similares a las de una tabla de lavar, una lúnula inusualmente larga, pérdidas de la cutícula y un ángulo de casi 90° de margen libre del pliegue proximal de la uña (Figura 2A). Hombres y mujeres tuvieron aproximadamente la misma prevalencia. Esta deformidad de la uña es la marca distintiva de un tic nervioso, y también se le llama deformidad por un tic habitual.³ Cuando los dos pulgares están afectados es porque se hace generalmente con la uña del pulgar contralateral, mientras que el daño en una sola uña es causado por el dedo medio o, con menor frecuencia, por otra uña de la misma mano o la uña del otro pulgar. En casos avanzados, el extremo

re. Those who admitted this behavior had better treatment outcomes. Treatment is usually difficult as most patients are very concerned with the appearance of their nails and take great pride in beautiful, long and clean nails. Once onycholysis has developed more dirt accumulates under the nail inducing more vigorous cleaning attempts, which exacerbates the condition. The vicious cycle of cleaning the nail – aggravating the onycholysis – gathering more dirt under the nail – even more intensely cleaning etc. must be interrupted. However, when there is a bacterial biofilm at the undersurface of the nail plate this will prevent re-attachment of the nail to the nail bed and the nail has to be radically cut back to the attachment line. The finger tips have to be kept dry and clean, wet work is forbidden, application of an antimicrobial cream or solution at least twice a day necessary. Each month the re-grown part of the nail that has not re-attached has to be cut again. When this is consistently done most patients will have normal nails again after 6 to 9 months. The patients have to be informed that their nails will probably remain susceptible to develop onycholysis semilunaris again when challenged with mechanical stress. However, a certain percentage of women refuses to accept either the pathogenesis or to carry out this “drastic” treatment.

Onycholysis semilunaris has to be differentiated from nail bed psoriasis, which may occur also together with it and may act as a Köbner phenomenon (Figure 1B).

Forty-one patients were seen with a central longitudinal depression in the thumb nail(s) with many transverse lines similar to a washboard, an unusually long lunula, loss of the cuticle and an angle of almost 90° of the proximal nailfold's free margin (Figure 2A). Men and women had approximately the same prevalence. This nail deformity is the hallmark of a nervous tic, also called *habit tic deformity*.³ When both thumb nails are involved this is usually done with the nail of the contralateral thumb whereas single nail involvement is either due to the middle finger, less frequently another nail of the same hand or the other thumb nail. In advanced cases, the proximal end of the matrix is free and there is no more a nail pocket in the median area. This causes damage to the so-called dorsal matrix, which is responsible for the nail shine. The result is a nail that is dull all along its median third. The nail may become concave (koilonychia) or the free end, particularly in women who like long nails, is bent volarly giving the aspect of a claw. More than three

proximal de la matriz está libre y ya no hay saco ungueal en el área media. Esto ocasiona daño en la matriz dorsal, que es la responsable del brillo de la uña. El resultado es una uña opaca a lo largo de su tercio mediano. La uña puede volverse cóncava (coiloniquia) o el extremo libre; particularmente en mujeres que gustan de las uñas largas, se dobla dorsalmente, lo que le da un aspecto de garra. Más de tres cuartos de los pacientes acudieron a consulta motivados por los cambios en las uñas y sospechaban que una deficiencia vitamínica o nutricional era la causa. Muchos de ellos no creían que esto era autoinfligido, y algunos aparentemente se sintieron insultados por esta suposición; por tanto, se adoptó una línea de interrogación más cautelosa que se iniciaba explicando que ninguna deficiencia puede producir una afección que se observa sólo en una o dos uñas. El tratamiento consiste en evitar completamente el hábito. Un masaje con un ungüento suave, siempre en dirección proximal a distal, tres veces al día, es efectivo en casi dos tercios de los casos (Figuras 2B y 2C). La terapia de reversión del hábito puede ser una alternativa.⁴

La distrofia ungueal media de Heller⁵ es, en la mayoría de los casos, el resultado de un traumatismo autoinfligido (Figura 2B),⁶ aunque el mecanismo es menos claro.^{7,8} Se observaron ocho casos. Hay una quebradura longitudinal mediana profunda en el dedo pulgar (Figura 3), de la que surcos orientados oblicuamente corren hacia afuera y proximalmente. La lúnula aparece agrandada en algunos casos,⁹ lo que puede verse como un signo de traumatismo. Otros dedos y la uña del dedo grande del pie rara vez se ven

quarters of the patients came for their nail changes and usually suspected a vitamin or nutritional deficiency as the cause. Many of them did not believe that this was self-inflicted and some apparently felt insulted by the question. Therefore, a more cautious questioning was adopted starting with counseling that no deficiency can produce a condition hitting only one or two nails. Treatment is by complete avoidance of the habit. Gentle massage with a bland ointment, always from proximal to distal, three times a day has shown to be effective in about two thirds of the cases (Figures 2B, 2C). Habit reversal therapy may be an alternative.⁴

Median nail dystrophy of Heller⁵ is in most cases also the result of self-inflicted trauma (Figure 2B)⁶ although the mechanism is less clear.^{7,8} Eight cases were observed. There is a deep median longitudinal break in the thumb nail (Figure 3) from which obliquely oriented furrows run outwards and proximally. The lunula is enlarged in some,⁹ but not all cases, which can also be seen as a sign of trauma. Other fingers and the big toenail are very rarely affected. Involvement of all finger nails is exceptional.¹⁰ There are different clinical conditions that have been described as median canaliform dystrophy^{11,12} underlining that a correct diagnosis is required. Patient counseling and avoidance of trauma led to completely normal nails in five of the eight patients who could be convinced about the traumatic nature of their condition.

Onychophagia is a common oral compulsive habit¹³ characterized by chewing or biting the free margin of the



Figura 2. A. El tic habitual de empujar maniáticamente el pliegue proximal de la uña condujo a deformidad como tabla de lavar en la porción central de la uña. Note la falta de cutícula y la lúnula excesivamente grande, así como los signos de pellizcado en la piel periungueal. **B.** Deformación por un tic habitual de las uñas de ambos pulgares, con una incipiente distrofia mediana canaliforme del pulgar derecho. **C.** El mismo paciente después de seis meses de no empujar la cutícula hacia atrás. La hendidura central ha desaparecido y sólo hay remanentes distales de las alteraciones de la superficie de la uña.

Figure 2. A. Habit tic of maniacally pushing back the proximal nail fold led to a wash-board like deformity in the central nail portion. Note the lack of the cuticle and the excessively large lunula as well as signs of picking of the periungual skin. **B.** Habit tic deformation of both thumb nails with a beginning median canaliform dystrophy of the right thumb. **C.** Same patient after 6 months of avoiding pushing back the cuticle. The central split has disappeared and there are only distal remnants of the nail surface alterations.

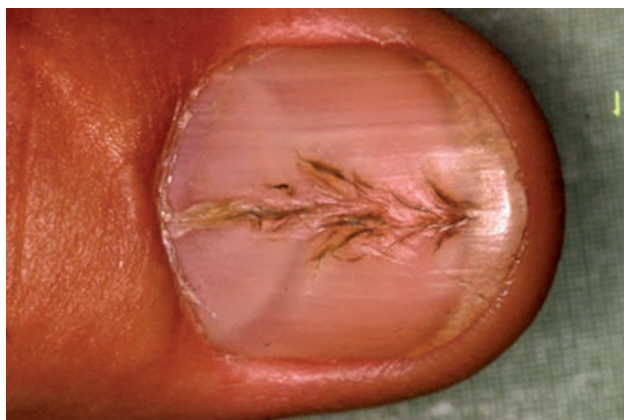


Figura 3. Distrofia media canaliforme con la hendidura central típica y los defectos superficiales de la uña parecidos a un abeto emergiendo de la misma.

Figure 3. Dystrophia mediana canaliformis with the typical central split and the fir-tree like superficial nail defects emerging from it.

dañados. La afectación de todas las uñas de las manos es excepcional.¹⁰ Hay diferentes alteraciones clínicas que se han descrito, como la distrofia media canaliforme,^{11,12} por lo que se requiere un diagnóstico correcto. Buscar asesoría y evitar los traumatismos ayudó a que cinco de los ocho pacientes que pudieron ser convencidos de la naturaleza traumática de su condición con el tiempo tuvieran uñas completamente normales.

La onicofagia es un hábito compulsivo oral común¹³ que se distingue por masticar o morder el margen libre de la uña. De los 34 pacientes con esta alteración, sólo ocho eran niños que fueron traídos a consulta por sus padres, generalmente por la madre. Los otros 26 eran adultos que estaban conscientes de su hábito o deseaban tener uñas más bonitas. Las uñas de las manos eran muy cortas; el hiponiquio estaba dorsalmente distorsionado y formaba un ligero pliegue distal; el lecho ungueal era corto (Figura 4). Morderse las uñas comúnmente se vinculaba con pellizcarse la cutícula y los pliegues laterales de éstas, lo que ocasionaba padrastrós en exceso. A la acción de pellizcarse y morderse los pliegues de la uña se le llama también perionicofagia, y algunas veces se agrupa entre los trastornos de pellizcarse la piel o dermatilomanía. Incluso 60% de los niños y 45% de los adolescentes podrían estar afectados,¹⁴ aunque en otros estudios se encontraron tasas más bajas: 35% en niños preescolares¹⁵ y 24% en escolares;¹⁶ en el último estudio se observó también un componente familiar fuerte. Se

nail. Among our 34 patients, only eight were children who were brought for consultation by their parents, usually the mother. The other 26 were adults who were either aware of their habit or wanted more beautiful nails. The finger nails were very short, the hyponychium was distorted dorsally forming a mild distal nail fold, and often the nail bed was short (Figure 4). Nail biting was frequently associated with picking of the cuticle and lateral nail folds leading to excessive hang nails. Picking and biting of the nail folds is also called perionychophagia and is sometimes grouped into the skin picking disorders or dermatotillomania. Estimates were published that up to 60% of children and 45% of adolescents may be affected,¹⁴ although other studies found lower rates: 35% in preschool children,¹⁵ and 24% in school children;¹⁶ the latter study also found a strong familiar component. It was speculated that it might evolve from prolonged finger sucking.¹⁷ Our relatively small patient number reveals that most parents and patients do not consult a dermatologist either because they are aware of the harmless nature of the condition or feel ashamed of it. Social problems may play a role, particularly in children (15 Rajchanovska D, Zafirova-Ivanovska B).¹⁵ Complications of nail chewing are a receding nail bed with disgtal nail fold formation, longitudinal melanonychia due to melanocyte activation by the repeated trauma,^{18,19} osteomyelitis,²⁰ and epidermal inclusion cysts.²¹ Many treatments have been proposed, from painting the fingers with a bitter solution such as quinine, a staining solution



Figura 4. Onicofagia en un niño de seis años, quien mordió sus uñas hasta dejarlas cortas y con muchos padrastrós.

Figure 4. Onychophagia in a 6-year-old boy. The nails are chewed short and there are many hangnails.

especulaba que podría ser una evolución de la acción de chuparse los dedos durante un periodo prolongado.¹⁷ El número relativamente pequeño de sujetos que se atendieron revela que la mayoría de los padres y pacientes no consulta al dermatólogo porque estén conscientes de la naturaleza dañina de la condición o porque se sientan avergonzados de la misma. Los problemas sociales pueden jugar un papel, particularmente en niños.¹⁵ Las complicaciones de morderse las uñas son: un lecho ungual que retrocede, con formación de pliegue distal de la uña, melanoniquia longitudinal debida a activación de los melanocitos por la repetición del traumatismo,^{18,19} osteomielitis²⁰ y quistes de inclusión epidérmica.²¹ Se han propuesto muchos tratamientos, desde pintar los dedos con una solución amarga, como la quinina, o colorante, como la violeta de genciana, que mancharía la boca de azul si el paciente se mordiera las uñas, hasta técnicas de modificación conductual basada en aversión o recordatorios no removibles.²² Los niños y los adolescentes que se muerden las uñas no exhiben signos de trastornos psicológicos o psiquiátricos, mientras que éste puede ser el caso en los adultos. Se dice que la onicofagia en adultos tiene un pronóstico menos alentador en relación con dejar este hábito. Recientemente se describió el efecto positivo de la N-acetilcisteína en pacientes bipolares,²³ que se atribuyó a su acción reguladora del sistema glutamatergico que influía en la recompensa y el refuerzo.²⁴

La onicotilomanía se observó en 12 adultos, todos ellos mayores de 30 años. Las uñas habían sido prácticamente arrancadas por el paciente hasta eliminar todas las capas de queratina (Figura 5A). Se vincula habitualmente con un pellizcado excesivo de los pliegues de la uña, al que también se le llama perionicotilomanía. Esta condición es menos común, y el trasfondo obsesivo compulsivo es más fuerte.^{25,26} Dos mujeres también se rasgaron las uñas de los pies y se pellizcaron la piel de los pliegues de las uñas de las manos y los pies (Figura 5B); sin embargo, ninguna de ellas era claramente psicótica.

La onychotemnomanía es una variante más grave de un trastorno facticio de las uñas. Por lo general, una o algunas uñas se cortan con tijeras, una hoja de afeitar o un cuchillo con filo. Se observaron ocho pacientes con esta alteración (Figura 6). Rara vez se realiza un limado excesivo de las uñas, incluidos los pliegues, lo que conduce a uñas delgadas como papel que se agrietan y parten; este hábito se encuentra en algún lugar entre la onicotilomanía

such as gentian violet which then would stain the mouth blue when the patient chews again, an aversion-based behavioral modification technique or nonremovable reminders.²² Children and adolescents chewing their nails do not exhibit signs of psychologic or psychiatric disorders whereas this may be the case in adults. Onychophagia in adults is said to have a poorer prognosis concerning stopping this habit. Recently a positive effect of N-acetyl cysteine was described in bipolar patients,²³ which was ascribed to its regulating action on the glutamatergic system influencing reward and reinforcement.²⁴

Onychotillomania was seen in 12 adults, and all were over 30 years of age. The nails were virtually torn out by the patient until all keratin flakes were removed (Figure 5A). It was also commonly associated with excessive picking at the nail folds, which is sometimes called perionychotillomania. This condition is less common and the obsessive compulsive background is stronger.^{25,26} Two female patients also tore the toenails apart and picked their nail fold skin on fingers and toes (Figure 5B). However, none of our patients was overtly psychotic.

Onychotemnomania is a more severe variant of a factitious nail disorder. Usually one or few nails are cut with scissors, a razor blade or sharp knife. Eight patients were seen with onychotemnomania (Figure 6). Rarely, excessive filing of the nails including the nail folds is performed leading to paper-thin nails that develop cracks and splits; this habit is somewhere between onychotillomania and onychotemnomania. One male patient used to file his nails completely down to the nail bed epithelium (Figure 7), which may in analogy to compulsive rubbing of the hair, be called **onychoteiromania**.²⁷ This is different from the rubbing of itchy skin with the dorsal aspect of the distal phalanges in atopsics who try to avoid using the free margins of the nails to scratch and which leads to the well-known shiny nails of atopy.

Onychodaknomania is a frankly psychotic behavior where the patient puts the finger between the jaws, usually between the premolars or the canines, and bites strongly in order to cause pain. This results in irregular deep depressions of the nail (Fig. 8), often in conjunction with punctate and striate leukonychia. This habit may even lead to loss of the terminal phalanx.²⁸ One 14-year-old boy was seen with this habit and finally admitted it. He had a deprivation syndrome after having been left by his parents and living with his grandmother.



Figura 5. A. Onicotilomanía en un hombre de 49 años que dice ser incapaz de trabajar en su profesión de panadero por una supuesta alergia a la harina de trigo; los cambios en las uñas fueron tratados como “eccema” durante años y junto con un leve eccema de la mano lo llevaron a invalidez. **B.** Perionicotilomanía en una mujer africana de 48 años de edad con síndrome de privación severo.

Figure 5. A. Onychotillomania in a 49-year-old man who claims to be incapable of working in his profession as a baker because of presumed allergy to wheat flower, the nail changes had been treated as “eczema” for years and together with a mild hand eczema led to invalidization. **B.** Perionychotillomania in a 48-year-old African woman with severe deprivation syndrome.

y la onicotemnomanía. Un paciente solía limarse las uñas completamente hasta llegar al epitelio del lecho ungüal (Figura 7) que, en analogía con el hábito de frotarse el pelo compulsivamente, podría llamarse onicoteiromanía.²⁷ Esto es diferente a frotarse una piel con comezón con el aspecto dorsal de las falanges distales en pacientes atópicos que tratan de evitar el uso de los márgenes libres de las uñas para rascarse, y que lleva a las bien conocidas uñas brillantes de la atopia.



Figura 6. Onicotemnomanía del pulgar derecho que probablemente se inició con el autotratamiento de una verruga periungueal.

Figure 6. Onychotemnomania of the right thumb that probably started with the self treatment of a periungual wart.

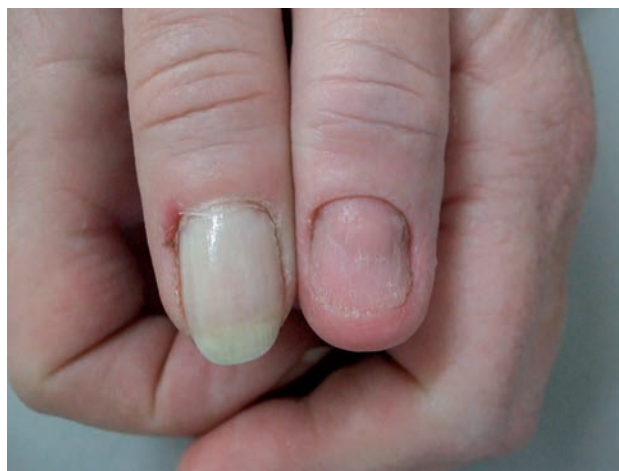


Figura 7. Onicoteiromanía en una mujer de 58 años que inició su hábito después de padecer una infección subungueal derivada de uñas artificiales.

Figure 7. Onychoteiromanía in a 58-year-old woman who had started her habit after she had developed a subungual infection from artificial nails.

CONCLUSION

Factitious disorders of the nail are relatively common, however, their diagnosis is often not made. This is due to insufficient knowledge of the many nail disorders with their varied clinical features, but also the unconscious fear of the dermatologist to make a diagnosis that eventually requires a psychological or even psychiatric therapy. Further, most patients are not frankly psychotic when they present

La onicodacnomanía es un comportamiento francamente psicótico en el que el paciente coloca uno de sus dedos entre sus mandíbulas, generalmente entre los premolares o los caninos, y se muerde con fuerza para sentir dolor. Esto resulta en depresiones profundas e irregulares de la uña (Figura 8), frecuentemente junto con leuconiquia punteada y estriada. Este hábito puede conducir, incluso, a la pérdida de la falange terminal.²⁸ Un adolescente de 14 años tenía este hábito y finalmente lo admitió; padecía un síndrome de privación después de haber sido dejado por sus padres y estar viviendo con su abuela.

CONCLUSIÓN

Los trastornos facticios de las uñas son relativamente comunes; sin embargo, con frecuencia no se diagnostican. Esto se debe a un conocimiento insuficiente de los muchos trastornos de las uñas y de sus variadas características clínicas, pero también al miedo inconsciente del dermatólogo de hacer un diagnóstico que a la larga requiera terapia psicológica e, incluso, psiquiátrica. Además, muchos pacientes no son francamente psicóticos cuando acuden a la consulta dermatológica. Los pacientes fronterizos comúnmente “escogen” una condición de la piel o las uñas para poder mostrar que no están psiquiátricamente enfermos y se rehúsan a recibir la ayuda adecuada. La parte del cuerpo que estos pacientes eligen depende, hasta cierto grado, del género, la edad, la sociedad y muchos otros factores.²⁹ Las uñas antiestéticas continúan siendo un problema y pueden disminuir la autoestima.³⁰ El dermatólogo seguirá siendo el primero a quien estos pacientes irán a consultar.



Figura 8. Onicodacnomanía en un adolescente cuya abuela lo trajo a consulta por una supuesta deficiencia vitamínica. Note los defectos superficiales severos de las uñas de ambos pulgares debidos a mordidas vigorosas en la porción suave de la uña justo antes de que ésta emerja de debajo del pliegue proximal de la uña. Esto es muy doloroso, pero hace que el sujeto se sienta mejor después.

Figure 8. Onychodaknomania in a young man whose grandmother presented him because of presumed vitamin deficiency. Note the severe surface defects of both thumb nails due to vigorously biting on the soft nail portion just before it emerges from under the proximal nail fold. This is very painful but makes the subject feel better afterwards.

for a dermatological consultation. Borderline patients often “choose” a skin or nail condition to be able to show that they are not psychiatrically ill and refuse adequate help. Which part of the body such a patient chooses depends, to a certain degree, on gender, age, society and many other factors.²⁹ Unsightly nails continue to be a problem and may diminish self-esteem.³⁰ The dermatologist will remain the first to be consulted by these patients.

REFERENCIAS

- Haneke E. Nail psoriasis. In: Soung J, Koo B, editors. Psoriasis. Intech, Rijeka, 2011.
- Piraccini BM, Balestri R, Starace M, Rech G. Nail digital dermoscopy (onychoscopy) in the diagnosis of onychomycosis. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2011. Doi: 10.1111/j.1468-3083.2011.04323.x.
- Samman P. A traumatic nail dystrophy produced by habit tic. *Arch Dermatol* 1963;88:895-899.
- Bate KS, Malouff JM, Thorsteinsson ET, Bhullar N. The efficacy of habit reversal therapy for tics, habit disorders, and stuttering: a meta-analytic review. *Clin Psychol Rev* 2011;31:865-871.
- Heller J. Dystrophia unguium mediana canaliformis. *Dermatol Zschr* 1928;51:416-419.
- Zaias N. The nail in health and disease. Norwalk CT: Appleton & Lange, 1990.
- Griego RD, Orenge IF, Scher RK. Median nail dystrophy and habit tic deformity: are they different forms of the same disorder? *Int J Dermatol* 1995;34:799-800.
- Kim BY, Jin SP, Won CH, Cho S. Treatment of median canaliform nail dystrophy with topical 0.1% tacrolimus ointment. *J Dermatol* 2010;37:573-574.
- Zelger J, Wohlfahrt B, Putz R. Dystrophia unguium mediana canaliformis Heller. *Hautarzt* 1974;25:629-631.
- Sawhney MP. Dystrophia mediana canaliformis affecting all ten finger nails. *Indian J Dermatol Venereol Leprol* 1995;61:58.
- van Dijk E. Dystrophia unguium mediana canaliformis. *Dermatologica* 1978;156:358-366.
- Verma SB. Glomus tumor-induced longitudinal splitting of nail mimicking median canaliform dystrophy. *Indian J Dermatol Venereol Leprol* 2008;74:257-259.
- Pacan P, Grzesiek M, Reich A, Szepietowski JC. Onychophagia as a spectrum of obsessive-compulsive disorder. *Acta Derm Venereol* 2009;89:278-280.

14. Odenrick L, Brattstrom V. Nailbiting frequency and association with root resorption during orthodontic treatment. *Br J Orthodont* 1985;12:78-81.
15. Rajchanovska D, Zafirova-Ivanovska B. Oral habits among pre-elementary children in Bitola. *Prilozi* 2012;33:147-156.
16. Ghanizadeh A, Shekoohi H. Prevalence of nail biting and its association with mental health in a community sample of children. *BMC Res Notes* 2011;4:116.
17. Jabr FI. Severe nail deformity: nail biting may cause multiple adverse conditions. *Postgrad Med* 2005;118:37-38.
18. Baran R. Nail biting and picking as a possible cause of longitudinal melanonychia. *Dermatologica* 1990;181:126-128.
19. Anolik RB, Shah K, Rubin AI. Onychophagia-induced longitudinal melanonychia. *Pediatr Dermatol* 2012;29:488-489.
20. Waldman BA, Frieden IJ. Osteomyelitis caused by nail biting. *Pediatr Dermatol* 1990;7:189-190.
21. van Tongel A, de Paepe P, Berghs B. Epidermoid cyst of the phalanx of the finger caused by nail biting. *J Plast Surg Hand Surg* 2012 Oct 23. [Publicación en la red antes de la impresión.]
22. Koritzky G, Yechiam E. On the value of nonremovable reminders for behavior modification: an application to nail-biting (onychophagia). *Behav Modif* 2011;35:511-530.
23. Berk M, Jeavons S, Dean OM, Dodd S, et al. Nail-biting stuff? The effect of N-acetyl cysteine on nail-biting. *CNS Spectr* 2009;14:357-360.
24. Sansone RA, Sansone LA. Getting a knack for NAC: N-acetylcysteine. *Innov Clin Neurosci* 2011;8:10-14.
25. Inglese M, Haley HR, Elewski BE. Onychotillomania: 2 case reports. *Cutis* 2004;73:171-174.
26. Lin YC, Lin YC. Onychotillomania, major depressive disorder and suicide. *Clin Exp Dermatol* 2006;31:597-599.
27. Freyschmidt-Paul P, Hoffmann R, Happle R. Tricoteiromania. *Eur J Dermatol* 2001;11:369-371.
28. Michopoulos I, Gournellis R, Papadopoulou M, Plachouras D, et al. A case of autophagia: a man who was mutilating his fingers by biting them. *J Nerv Ment Dis* 2012;200:183-185.
29. Haneke E. Psychische Aspekte der Glossodynie. *Dtsch Med Wochenschr* 1978;103:1302-1305.
30. van de Kerkhof PC, Pasch MC, Scher RK, Kerscher M, et al. Brittle nail syndrome: a pathogenesis-based approach with a proposed grading system. *J Am Acad Dermatol* 2005;53:644-651.

XIX Seminario Internacional Clínico-Patológico de Dermatopatología

Fecha: sábado 10 de agosto de 2013
de las 08:00 a las 16:00 horas

Sede: Auditorio Dr. Abraham Ayala González, Hospital General de México.

Informes: Sociedad Médica: Tel. 5578-5222. Tel.-fax: 5578-0505
Dra. Patricia Mercadillo: Tel.-fax: 5004-3845

Profesor invitado: Prof. Dr. Eckart Haneke.
Departamento de Dermatología, Klinikk Bunass, Noruega

Dirigir correspondencia: Sociedad Médica del Hospital General, Auditorio Dr. Abraham Ayala González, Hospital General de México. Dr. Balmis 148, colonia Doctores, CP 06726, México, DF.