

<https://doi.org/10.24245/dermatolrevmex.v69i1.10307>

Comparación de la respuesta clínica y dermatoscópica entre la terapia hidratante en dos pasos y la terapia con *Pistacia lentiscus* en pacientes con fragilidad ungueal

A comparative analysis of clinical and dermoscopic responses to two-step moisturizing therapy versus Pistacia lentiscus therapy in individuals with brittle nails.

Alejandra María Ávila Álvarez,^{1,2} María Camila Vélez Peláez,^{2,3} Libia María Rodríguez Padilla,² Valentina Sánchez Arbeláez,² Sara Montoya Cédula,² Luz Marina Gómez Vargas⁴

Resumen

OBJETIVO: Comparar la respuesta clínica de pacientes con síndrome de uña frágil que recibieron terapia hidratante dual o terapia con *Pistacia lentiscus*, atendidos en un centro de referencia de Medellín, Colombia.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio de cohorte retrospectiva, efectuado de agosto de 2021 a agosto de 2022, en el que se incluyeron pacientes mayores de 18 años que recibieron terapia hidratante dual o terapia con *Pistacia lentiscus* durante tres meses. Se evaluaron signos clínicos de fragilidad ungueal y características dermatoscópicas al iniciar y al finalizar el tratamiento respectivo.

RESULTADOS: Se incluyeron 83 uñas de 14 pacientes evaluados, de los que 13 eran mujeres. Cuatro pacientes refirieron uso de esmaltado semipermanente en los últimos seis meses. Con respecto a las variables de daño ungueal, ambos grupos mostraron alivio estadísticamente significativo en los surcos y en la división lamelar. Cinco de las 50 uñas evaluadas del grupo que recibió *Pistacia lentiscus* mostraban algún grado (leve o moderado) de onicorrexis vs 4 de 33 uñas del grupo de doble hidratación. Al finalizar el tratamiento, sólo el 2 y el 6%, respectivamente, continuaron con un grado de afectación.

CONCLUSIONES: El uso de ambos tratamientos refleja alivio en cambios superficiales y división lamelar; sin embargo, en algunas características, como la división longitudinal, no hay alivio completo, pero se evidencia mejoría según la escala de gravedad utilizada.

PALABRAS CLAVE: Enfermedades ungueales; *Pistacia*; urea; ácido láctico.

Abstract

OBJECTIVE: To compare the clinical response of patients with brittle nails syndrome undergoing dual moisturizing therapy or *Pistacia lentiscus* therapy at a reference clinic in Medellín, Colombia.

MATERIALS AND METHODS: A retrospective cohort study was conducted, from August 2021 to August 2022, including patients over 18 years old who received either dual moisturizing therapy or *Pistacia lentiscus* therapy for three months. Clinical signs of nail fragility and dermoscopic characteristics were evaluated at the beginning and end of the respective treatments.

¹ Departamento de Dermatología y Cirugía Cutánea Dr. Philip Frost, Escuela de Medicina Miller, Universidad de Miami, Miami, Estados Unidos.

² Facultad de Medicina, Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín, Colombia.

³ Clínica Universitaria Bolivariana, Medellín, Colombia.

⁴ Clínica Aurora Centro Especializado en Cáncer de Piel, Medellín, Colombia.

Recibido: febrero 2024

Aceptado: noviembre 2024

Correspondencia

Alejandra María Ávila Álvarez
alejavila1402@gmail.com

Este artículo debe citarse como: Ávila-Álvarez AM, Vélez-Peláez MC, Rodríguez-Padilla LM, Sánchez-Arbeláez V, Montoya-Cédula S, Gómez-Vargas LM. Comparación de la respuesta clínica y dermatoscópica entre la terapia hidratante en dos pasos y la terapia con *Pistacia lentiscus* en pacientes con fragilidad ungueal. Dermatol Rev Mex 2025; 69 (1): 4-14.

RESULTS: A total of 83 nails from 14 evaluated patients were included, of which 13 were women. Four patients reported the use of semi-permanent nail polish in the last six months. Regarding nail involvement variables, both groups showed a statistically significant improvement in ridges and lamellar division. Five of the 50 nails in the Pistacia lentiscus group exhibited some degree (mild or moderate) of longitudinal ridges (onychorrhaxis), compared to 4 out of 33 nails in the dual hydration group. At the end of the treatment, only 2% and 6%, respectively, continued with any degree of involvement.

CONCLUSIONS: The use of both treatments reflects relieve in the nail plate surface changes and lamellar division (onychoschizia). However, in some characteristics, such as longitudinal division, complete resolution may not occur, but an improvement is evident according to the severity scale used.

KEYWORDS: Nail diseases; Pistacia; Urea; Lactic acid.

ANTECEDENTES

La fragilidad ungueal, también conocida como síndrome de uña frágil, es una afección frecuente. Aproximadamente el 20% de la población mundial la padece.¹ Su manifestación clínica es amplia, se encuentra hapaloniquia, surcos y estrías longitudinales, onicosquias o división lamelar, fisuras transversales, fisuras longitudinales, entre otras. Su causa es multifactorial, pero se relaciona principalmente con factores exógenos, que incluyen contacto excesivo con el agua, manicura con limado agresivo, exposición a sustancias como solventes y álcalis² presentes en cosméticos para las uñas, enfermedades sistémicas como el hipotiroidismo,³ dermatológicas como el liquen plano,⁴ déficits nutricionales y medicamentos como los retinoides.^{5,6,7}

Su tratamiento puede ser frustrante para el paciente y para el médico, porque la respuesta puede ser limitada sólo a algunas características clínicas, pero, sobre todo, por la recaída rápida de los signos, entre dos a seis meses⁸ después de suspendidas las intervenciones tópicas (pe-

trolato, glicerina, alfa hidroxiácidos, entre otras)⁹ y orales, incluida la biotina que muestra alivio en el 63%¹⁰ de los pacientes, pero que no se sostiene en el tiempo.¹¹

Después de realizar una revisión exhaustiva de la bibliografía internacional, se ha observado que hay ensayos clínicos en curso; uno de ellos usa una suspensión oftálmica de ciclosporina tópica al 0.05% bajo oclusión en comparación con el vehículo. Sin embargo, al tratarse de un ensayo en fase II, aún no ha arrojado resultados con respecto a sus beneficios.

En nuestro entorno no se ha identificado evidencia de estudios que comparen tratamientos tópicos contra este padecimiento, aunque hay artículos que detallan las características fisiopatológicas. Motivados por la ausencia de evidencia, este estudio se propuso comparar dos tratamientos tópicos prescritos contra el síndrome de uña frágil: un producto que contiene *Pistacia lentiscus*, silanediol salicilato y ácido hialurónico (terapia comercial) y una mezcla de urea al 5%, ácido láctico al 8% y aceite de coco (terapia de hidratación dual).

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional analítico de cohorte retrospectiva en el que se incluyeron pacientes adultos con síndrome de uña frágil que recibieron dos tipos de tratamiento: terapia hidratante dual o producto comercial con *Pistacia lentiscus*, utilizados de manera rutinaria para el tratamiento de esta afección en una institución de referencia para el tratamiento de enfermedades ungueales en Medellín, Colombia, de agosto de 2021 a agosto de 2022.

Se incluyeron todos los pacientes mayores de 18 años, atendidos entre agosto de 2021 y agosto de 2022, que fueron tratados con terapia tópica hidratante dual o preparado comercial con un seguimiento de, al menos, 3 meses. Se excluyeron los pacientes con historia clínica incompleta, sin registro fotográfico de las uñas afectadas o fotografías con uñas maquilladas, pacientes sin seguimiento después de tres meses del inicio del tratamiento o con tratamiento previo durante al menos tres meses.

Los grupos comparados fueron los pacientes tratados con el producto comercial rotulado como hidratante de uñas y cutículas, cuya composición era *Pistacia lentiscus*, ácido hialurónico, queratina y silanediol salicilato,¹² y la terapia hidratante dual, definida como la aplicación de dos productos, el primero de ellos contiene urea 5% y ácido láctico 8%, y el segundo aceite de coco MCT¹³ (triglicéridos de cadena media) una vez al día por la noche.¹⁴ Se registró el estado de las uñas afectadas al momento de la cita inicial y el seguimiento se hizo al menos tres meses después de iniciado el tratamiento.

La información se obtuvo a partir de la revisión de historias clínicas y de fotografías clínicas y dermatoscópicas. Las variables recolectadas se centraron en todas las afecciones relacionadas con cambios ungueales, divididas en no dermatológicas: enfermedad vascular periférica,

neuropatía periférica, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, hipotiroidismo y anemia, y dermatológicas: psoriasis, dermatitis atópica y dermatitis de contacto alérgica. Los síntomas evaluados fueron: uñas frágiles, uñas blandas, crecimiento lento, dolor, entre otros y, por último, las variables de afectación ungueal por síndrome de uña frágil, identificadas mediante los siguientes parámetros clínicos definidos previamente en la bibliografía:¹⁵

- *Surcos*: definidos como estrías longitudinales paralelas que corren en la lámina de manera superficial y cubren al menos 70% de la superficie. Se evaluaron las crestas y surcos longitudinales por medio de la siguiente clasificación: 0 (ninguno, libre de cualquier signo de estrías y surcos longitudinales), 1 (leve, pocas crestas planas y surcos longitudinales), 2 (moderado, pocas crestas profundas y surcos longitudinales), 3 (grave, más del 70% de la superficie de la uña muestra profundidad en las crestas y surcos correspondientes).
- *División lamelar (onicosquiasis)*: definida como división de la lámina en capas que se manifiesta en el borde distal. Se evaluó mediante la siguiente clasificación: 0 (ninguno, libre de signos clínicos de rotura lamelar de la uña), 1 (fragmentaciones lamelares distales leves, paralelas a la superficie posterior, que no afectan todo el borde libre de la superficie de la uña), 2 (fragmentaciones lamelares paralelas distales moderadas de la lámina ungueal superficial que involucran el borde libre completo de la lámina ungueal), 3 (fragmentación lamelar distal grave del borde libre completo de la lámina ungueal, escamas lamelares que cubren al menos un tercio de la lámina ungueal).
- *División transversal*: definida como la división horizontal de la uña desde el borde libre de la superficie. La escala usada fue:

0 (ninguno, libre de signos clínicos desde el borde libre de la superficie de la uña), 1 (leve, una división horizontal superficial de la lámina ungueal distal), 2 (moderado, dos o tres divisiones horizontales de la lámina ungueal distal), 3 (múltiples divisiones horizontales graves que conducen al aflojamiento de al menos un tercio de la lámina ungueal distal).

- *División longitudinal (onicorrexis)*: definida como la separación longitudinal derivada de la matriz ungueal. Se evaluó mediante la siguiente clasificación: 0 (ninguno, libre de signos clínicos de separación longitudinal de las uñas), 1 (leve, una única hendidura longitudinal superficial de la lámina ungueal), 2 (moderado, al menos una hendidura longitudinal profunda de toda la superficie de la uña), 3 (hendiduras longitudinales graves, múltiples, superficiales y profundas de la lámina ungueal).
- *Cambios confinados a la superficie*: porcentaje afectado y la clasificación que se tomó en cuenta fue: 0 (ningún cuadrante), 1 (leve, un cuadrante), 2 (moderado, dos cuadrantes), 3 (grave, tres o más cuadrantes).

El puntaje de cada característica se obtuvo antes del tratamiento y al seguimiento mediante la evaluación de las fotografías clínicas y dermatoscópicas; se asignó un valor en número entero entre 0 y 3. Un consenso entre tres dermatólogos expertos asignó los puntajes, ninguno de ellos conocía la identidad ni el tratamiento que habían recibido los pacientes. Para evaluar los cambios, se calculó la diferencia entre los puntajes obtenidos al seguimiento y los obtenidos antes de los tratamientos; posteriormente, los resultados se interpretaron de la siguiente manera: 0: ningún cambio, los valores positivos indicaron aumento en el puntaje (deterioro) y los valores negativos indicaron disminución en el puntaje (mejoría).

Análisis estadístico

Para analizar las variables sociodemográficas y clínicas se tomó la cantidad de pacientes (n), y para las características dermatoscópicas y no dermatoscópicas se consideró la cantidad de uñas. Las variables cualitativas se expresaron mediante frecuencias absolutas y relativas, mientras que para las cuantitativas se utilizó promedio y desviación estándar (DE) o mediana con rango intercuartílico (p25-p75) según el cumplimiento o no del supuesto de normalidad.

Para comparar los cambios en la lámina de la uña entre el inicio y tres meses después del tratamiento en cada grupo evaluado se utilizó la prueba McNemar en el caso de las variables cualitativas y la prueba de Wilcoxon en las cuantitativas.

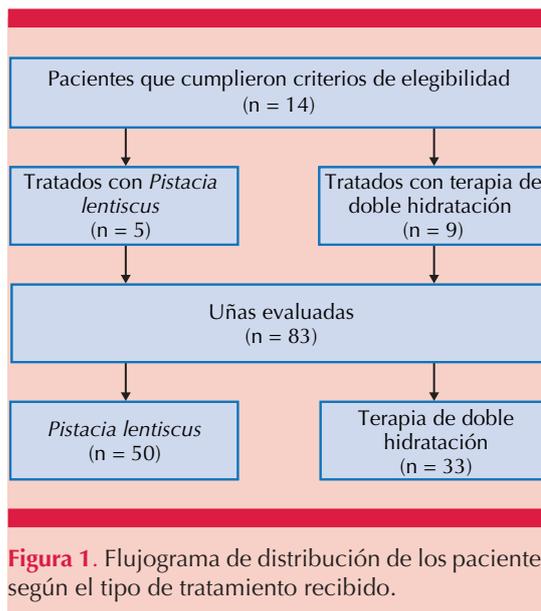
Para comparar la respuesta clínica entre los dos tratamientos se utilizó la prueba χ^2 de Pearson. Un valor de $p < 0.05$ se consideró estadísticamente significativo. Todos los análisis se hicieron en el paquete estadístico IBM SPSS versión 28.

Consideraciones éticas

Este estudio se clasificó como investigación sin riesgo de acuerdo con la legislación nacional debido a que para su ejecución sólo requirió la revisión de historias clínicas. Además, se contó con el aval del Comité de Ética en Investigación en Salud de la Universidad Pontificia Bolivariana y de la institución participante; se respetó la autorización dada por los pacientes en el momento de la atención clínica para que sus datos y fotografías se utilizaran en investigaciones futuras.

RESULTADOS

Durante el periodo de estudio se evaluaron 14 pacientes que cumplieron con los criterios de elegibilidad. El tratamiento de estos pacientes se describe en la **Figura 1**. De los pacientes evaluados, 13 eran mujeres, con edad promedio



de 60 ± 16 años. La ocupación más frecuente fue trabajo de oficina ($n = 12$) y las uñas blandas fueron la manifestación clínica más común ($n = 13$). Además, 4 pacientes mencionaron haber usado la técnica de esmaltado semipermanente en los últimos seis meses. **Cuadro 1**

En cuanto a los cambios ungueales se observó que en ambos grupos (83 uñas en total) hubo alivio en los surcos y en la división lamelar, que fue estadísticamente significativo. Se evidenció que 32 de 33 uñas antes de iniciar el tratamiento de doble hidratación tenían algún grado de daño, predominantemente moderado ($n = 26$) y posterior al tratamiento en 20/33 uñas no hubo ningún hallazgo. Asimismo, en el grupo de *Pistacia lentiscus* 39 de 50 uñas mostraron algún grado de daño y, al finalizar el tratamiento, 21 no tenían este hallazgo. **Figura 2 y Cuadro 2**

Al comparar las características entre ambos grupos se evidenció una mejoría de hasta dos niveles en 25 de 33 uñas con la terapia de doble hidratación vs 15 de 50 uñas que mejoraron con el producto de *Pistacia lentiscus*. Por otro lado, en división lamelar, 20/50 uñas del

grupo de *Pistacia lentiscus* tuvieron mejoría de, incluso, tres niveles (-1, -2 y -3) vs 23/33 uñas que mejoraron hasta dos niveles en la terapia doble. En los demás aspectos evaluados no se observaron diferencias significativas entre los grupos. **Cuadro 3**

Con respecto a otras características dermatoscópicas ungueales, la onicólisis fue el hallazgo más frecuente (28 uñas, 33.7%), seguido de hemorragias en astilla e hiperqueratosis de pliegues (25 uñas, 30.1%) en ambos casos. **Figuras 3 y 4**

DISCUSIÓN

La fragilidad ungueal es una afección con numerosas manifestaciones clínicas; su tratamiento se ha centrado en la reposición de la hidratación de la uña, muchas veces sin tener en cuenta el flujo dinámico de agua en la lámina ungueal, su porosidad y sus barreras fisiológicas de absorción.^{16,17} La mayor parte de los tratamientos logra alivio parcial de la enfermedad, pero con rápida recaída. Algunos signos, como las estrías longitudinales (onicorrexis), no remiten con tratamiento tópico, como se evidenció en éste y otros estudios.^{18,19} Comprender este hallazgo como una disminución de la actividad mitótica de la matriz, ya sea como parte del proceso de envejecimiento de la unidad ungueal²⁰ o como respuesta a los microtraumas repetitivos a los que sometemos a nuestras uñas,²¹ es importante para definir las expectativas terapéuticas con el paciente porque la respuesta puede ser limitada o ausente.

En este estudio, más del 80% de las uñas evaluadas tenía algún grado de surcos longitudinales antes del inicio del tratamiento y, a pesar de éste, más de la mitad de los pacientes no tuvo cambios en la gravedad de este hallazgo. Nuestra hipótesis, en los pacientes en los que sí se observaron cambios, es que la hidratación de la lámina puede hacer que estos surcos sean temporalmente menos visibles.

Cuadro 1. Características sociodemográficas y clínicas de los pacientes con síndrome de uña frágil

Características	Total (n = 14)	Grupo <i>Pistacia lentiscus</i> (n = 5)	Grupo doble hidratación (n = 9)
Mujer	13	5	8
Edad (años)*	60 ± 16	59 ± 18	62 ± 14
Fototipos			
II	2	1	1
III	7	2	5
IV	5	2	3
Ocupación			
Trabajo en oficina	12	5	7
Ama de casa	2	0	2
Comorbilidades			
Hipertensión arterial	7	2	5
Hipotiroidismo	3	2	1
Familiares con síndrome de uña frágil	3	2	1
Otras [†]	7	2	5
Uso de semipermanente en los últimos 6 meses	4	2	2
Características de las uñas			
Uñas blandas	13	4	9
Crecimiento lento	8	3	5
Dolor	5	2	3
Hiperqueratosis del hiponiquio	1	1	0
Onicólisis	1	1	0
Paroniquia	1	1	0
Pterigion	1	0	1
Ruptura de borde libre	1	0	1
Daño de las uñas de los pies	2	1	1

* Media ± desviación estándar.

[†] Otras: enfermedad vascular periférica, anemia, tabaquismo, cáncer de mama, dislipidemia, enfermedad cerebrovascular, túnel del carpo.

En cuanto a los síntomas referidos por los pacientes, este estudio encontró que la queja más común es la sensación de uñas blandas, seguida por el crecimiento lento, lo que es consistente con lo descrito previamente en la bibliografía.²² De forma interesante, un tercio de nuestros pacientes refería dolor; este síntoma se ha descrito en asociación con rupturas profundas de la lámina ungueal²³ en pacientes con síndrome de uña frágil, pero no se había cuantificado su frecuencia en esta población.⁵

El uso de esmaltado semipermanente, que estuvo presente casi en el 30% de esta cohorte, puede

asociarse también con parestesias y dolor, secundario al daño de las fibras nerviosas sensitivas,²⁴ por toxicidad con los monómeros de acrilatos usados. El advenimiento de estas técnicas y la preparación de la uña, mediante el limado con utensilios abrasivos o *drills* implica que la mayoría de estos pacientes tenga uñas con un grosor disminuido y una consecuente fragilidad.²⁵

Entre los hallazgos objetivos del síndrome de uña frágil se han descrito principalmente la onicorrexia y onicosquiasis en grados variables.²⁵ En un esfuerzo por homogeneizar el estudio del síndrome de uña frágil, se han propuesto varias escalas.



Figura 2. Mejoría clínica con tratamientos. Antes (A) y después (B) del tratamiento con terapia de doble hidratación. Antes (C) y después (D) del tratamiento con terapia comercial.

En 2005 Van de Kerkhof y colaboradores propusieron un sistema semicuantitativo que buscaba hacer objetiva la gravedad de esta afección teniendo en cuenta cinco variables clínicas:¹⁵ división lamelar (onicosquisis), crestas y surcos longitudinales, desviación del grosor normal de la uña, división transversal y horizontal. Otros autores han propuesto la escala de evaluación global del investigador de 4 puntos,^{12,26} en la que el investigador califica la gravedad del síndrome de uña frágil del 0 al 4 según su tendencia a la ruptura y teniendo en cuenta de forma conjunta si hay divisiones lamelares, el grosor de la lámina, la presencia y profundidad de los surcos, las crestas y las fisuras longitudinales.

Los criterios de evaluación descritos comparten las mismas variables clínicas; sin embargo, durante la revisión fotográfica encontramos otros hallazgos que pueden estar presentes en una proporción importante de los pacientes, éstos fueron: onicólisis, alteración de la cutícula, hiperqueratosis de los pliegues y hemorragias en astilla; lo anterior nos recuerda que los pacientes con síndrome de uña frágil no tienen daño limitado a la lámina, sino que el hiponiquio, los pliegues ungueales y el lecho también se ven afectados, por lo que deben evaluarse y su alivio es esencial para el adecuado funcionamiento de la unidad ungueal.

A pesar de no formar parte de las escalas de evaluación usadas en el estudio, una publicación de eficacia de Sinails® describe el alivio de la descamación de la piel periungueal y la cutícula en todos los pacientes evaluados con el uso de este producto; los autores atribuyen esta mejoría a su contenido de ácido hialurónico y silicio.²⁶ En este estudio hubo una mejoría estadísticamente significativa de la hiperqueratosis de la cutícula en los pacientes del grupo de *Pistacia lentiscus*. Debido a la poca cantidad de pacientes con este hallazgo en el grupo de terapia de doble hidratación, no fue estimable el valor de *p*.

La importancia de estos hallazgos adicionales radica no sólo en su coexistencia, sino también en que son características que pueden mejorar con el tratamiento y, en ocasiones, se subestiman en la valoración clínica, lo que ocasiona una disociación entre el puntaje obtenido de las escalas de evaluación, que suele no variar mucho en las comparaciones antes y después, y la apariencia y salud general de la uña. En este estudio hubo cambios estadísticamente significativos en la hiperqueratosis de los pliegues y al comparar los grupos se obtuvo mejor respuesta con el tratamiento doble.

En cuanto a las limitaciones del estudio resalta el tamaño de la muestra y que, por su diseño

Cuadro 2. Características de las uñas antes y después de los tratamientos

Características	Grupo <i>Pistacia lentiscus</i> (n = 50)			Grupo doble hidratación (n = 33)		
	Antes n	Después n	Valor p	Antes n	Después n	Valor p
Cutícula íntegra	37	47	0.002*	28	29	1.0*
Surcos, mediana (p25-p75)	1 (1-2)	1 (1-1.3)	0.007 [†]	1 (1-2)	1 (0.5-1.0)	0.001 [†]
Surcos						
0: ninguno	11	10		5	8	
1: leve	19	28		18	19	
2: moderado	15	12		3	4	
3: grave	5	0		7	2	
División lamelar, mediana (p25-p75)	1 (1-1)	1 (0-1)	0.001 [†]	1 (1-2)	0 (0-1)	< 0.0001 [†]
División lamelar						
0: ninguno	11	22		3	19	
1: leve	28	23		17	9	
2: moderado	3	3		8	5	
3: grave	8	2		5	0	
División transversal						
0: ninguno	49	49		32	33	
1: leve	1	1		1	0	
División longitudinal						
0: ninguno	45	49		29	31	
1: leve	4	1		4	2	
2: moderado	1	0				
Cambios confinados a la superficie, mediana (p25-p75)	1 (1-2)	1 (0 -1.3)	0.001 [†]	2 (2-2)	0 (0-1)	< 0.0001 [†]
0: ninguno	11	21		1	19	
1: leve	19	17		5	7	
2: moderado	12	9		25	1	
3: grave	8	3		1	5	

* Prueba de McNemar. [†] Prueba Wilcoxon.

observacional, no se controlaron variables que pudieran tener un efecto en el síndrome de uña frágil, ni los efectos adversos de las terapias. No hubo un grupo control en el que sólo se modificaran los factores relacionados con la persistencia del síndrome de uña frágil. A pesar de ello, ambos grupos recibieron por escrito las mismas indicaciones generales de cuidado, la misma vigilancia y cuidado médico.

CONCLUSIONES

Las escalas clásicas pueden no reflejar adecuadamente el alivio de los pacientes porque excluyen muchos signos y síntomas que repercuten en la integridad de la unidad ungueal y la calidad de vida del paciente. Los cambios superficiales y la división lamelar son los signos que mejor responden a los tratamientos. La gravedad oni-

Cuadro 3. Comparación de los cambios en las uñas entre tratamientos (*Pistacia lentiscus* vs doble hidratación)

Cambios	Grupo <i>Pistacia lentiscus</i> (n = 50)	Grupo doble (n = 33)	Valor p*
Cutícula			
Mejóro	10	2	0.077
Igual	40	30	
Empeoró	0	1	
Surcos[†]			
-2	2	1	0.389
-1	10	10	
0	36	22	
1	2	0	
División lamelar[†]			
-3	1	0	0.002
-2	4	10	
-1	15	13	
0	28	6	
1	1	4	
2	1	0	
Cambios confinados a la superficie[†]			
-3	2	0	< 0.0001
-2	5	14	
-1	10	11	
0	30	2	
1	3	5	

* Prueba χ^2 . † Interpretación de cambios: 0: ningún cambio; valores positivos: aumento o deterioro; valores negativos: disminución o mejoría.

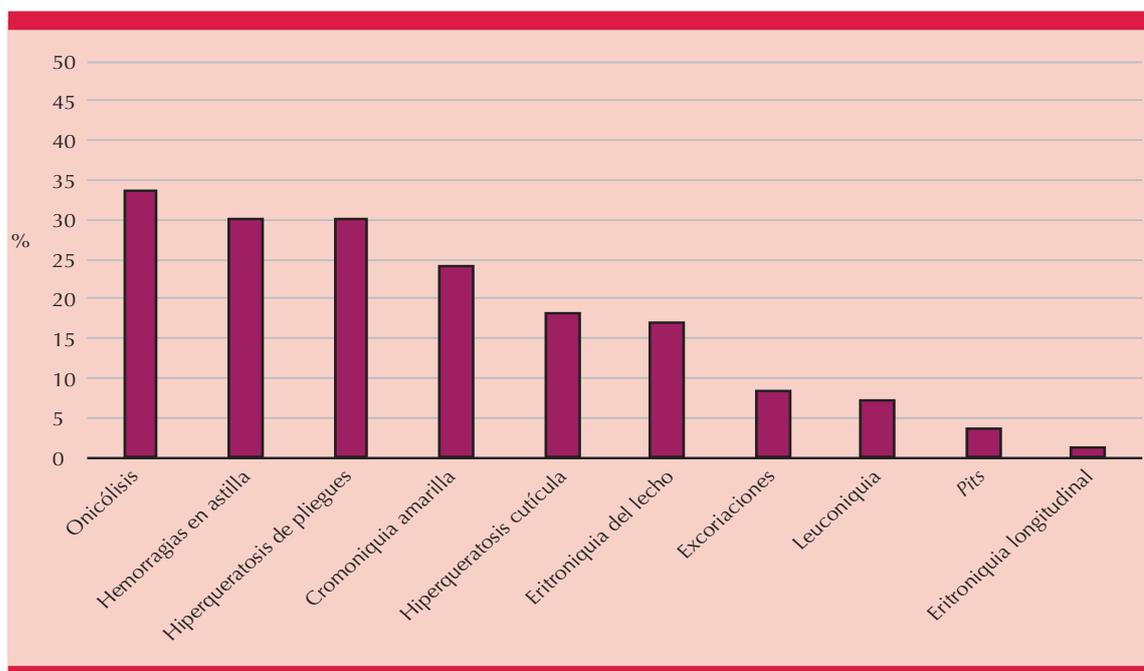


Figura 3. Otras características dermatoscópicas en uñas de pacientes con síndrome de uña frágil.

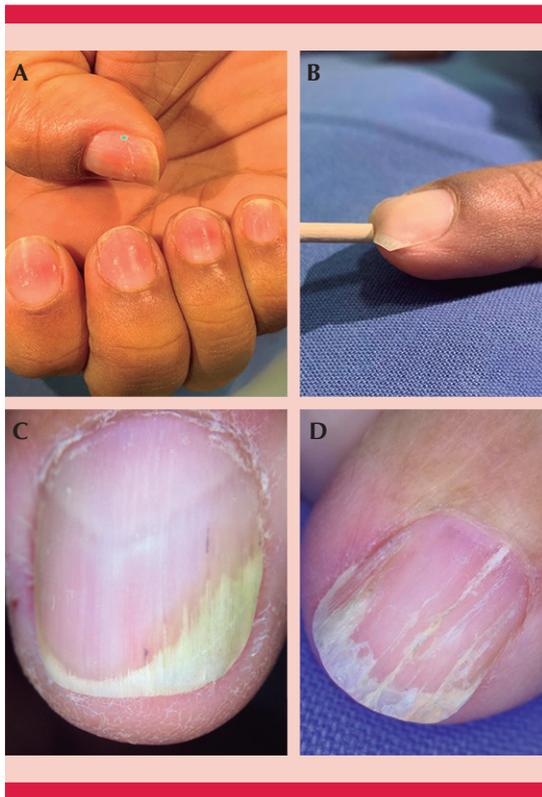


Figura 4. Espectro clínico del síndrome de uña frágil. **A.** Cromoniquia exógena, onicosquisis. **B.** Hapaloni- quia. **C.** Hemorragias en astilla y onicólisis. Nótese el daño del eponiquio, los pliegues unguales y el pulpejo. **D.** Predomina la onicorrexis y la onicosquisis.

correxis puede disminuir, de grave a moderada o de moderada a leve, pero rara vez hay una remisión completa de esta característica.

REFERENCIAS

- Lubach D, Cohrs W, Wurzing R. Incidence of brittle nails. *Dermatologica* 1986; 172 (3): 144-7. doi:10.1159/000249319
- Draelos ZD. Nail Cosmetics and Adornment. *Dermatol Clin* 2021; 39 (2): 351-359. doi:10.1016/j.det.2021.01.001
- Rosenberg A, Lipner SR. Nail changes associated with thyroid disease. *Cutis* 2022; 110 (2): E8-e12. doi:10.12788/cutis.0593
- Gordon KA, Vega JM, Tosti A. Trachyonychia: a comprehensive review. *Indian J Dermatol Venereol Leprol* 2011; 77 (6): 640-5. doi:10.4103/0378-6323.86470
- Chessa MA, Iorizzo M, Richert B, et al. Pathogenesis, clinical signs and treatment recommendations in brittle nails: A review. *Dermatol Ther (Heidelb)* 2020; 10 (1): 15-27. doi:10.1007/s13555-019-00338-x
- Gaviria BME GV, Cuesta CDP. Caracterización clínica y dermatoscópica de los pacientes con diagnóstico de síndrome de uña frágil no secundario a enfermedades dermatológicas. *Med Cutan Iber Lat Am* 2018; 46 (2): 98-103.
- Baran R, Schoon D. Nail fragility syndrome and its treatment. *J Cosmet Dermatol* 2004; 3 (3): 131-7. doi:10.1111/j.1473-2130.2004.00076.x
- Lipner SR, Scher RK. Biotin for the treatment of nail disease: what is the evidence? *J Dermatolog Treat* 2018; 29 (4): 411-414. doi:10.1080/09546634.2017.1395799
- Dimitris R, Ralph D. Management of simple brittle nails. *Dermatol Ther* 2012; 25 (6): 569-73. doi:10.1111/j.1529-8019.2012.01518.x
- Hochman LG, Scher RK, Meyerson MS. Brittle nails: response to daily biotin supplementation. *Cutis* 1993; 51 (4): 303-305.
- Scheinfeld N, Dahdah MJ, Scher R. Vitamins and minerals: their role in nail health and disease. *J Drugs Dermatol* 2007; 6 (8): 782-7.
- Piraccini BM, Granger C, Alessandrini A, et al. Clinical and instrumental objective evidence of the efficacy of a new water-based nail-strengthening solution containing *Pistacia lentiscus* and hyaluronic acid applied for up to 6 months to improve the appearance of weak, brittle nails. *Dermatol Ther (Heidelb)* 2020; 10 (1): 119-131. doi:10.1007/s13555-019-00343-0
- Nimbkar S, Leena MM, Moses JA, Anandharamakrishnan C. Medium chain triglycerides (MCT): State-of-the-art on chemistry, synthesis, health benefits and applications in food industry. *Compr Rev Food Sci Food Saf* 2022; 21 (2): 843-867. doi:10.1111/1541-4337.12926
- Lin TK, Zhong L, Santiago JL. Anti-inflammatory and skin barrier repair effects of topical application of some plant oils. *Int J Mol Sci* 2017; 19 (1). doi:10.3390/ijms19010070
- van de Kerkhof PC, Pasch MC, Scher RK, et al. Brittle nail syndrome: a pathogenesis-based approach with a proposed grading system. *J Am Acad Dermatol* 2005; 53 (4): 644-51. doi:10.1016/j.jaad.2004.09.002
- Walters KA, Abdalghafor HM, Lane ME. The human nail--barrier characterisation and permeation enhancement. *Int J Pharm* 2012; 435 (1): 10-21. doi:10.1016/j.ijpharm.2012.04.024
- Murdan S. Enhancing the nail permeability of topically applied drugs. *Expert Opin Drug Deliv* 2008; 5 (11): 1267-82. doi:10.1517/17425240802497218
- Colombo VE, Gerber F, Bronhofer M, Floersheim GL. Treatment of brittle fingernails and onychoschizia with biotin: scanning electron microscopy. *J Am Acad Dermatol* 1990; 23 (6 Pt 1): 1127-32. doi:10.1016/0190-9622(90)70345-i

19. Lee DK, Lipner SR. Optimal diagnosis and management of common nail disorders. *Ann Med* 2022; 54 (1): 694-712. doi:10.1080/07853890.2022.2044511
20. Maddy AJ, Tosti A. Hair and nail diseases in the mature patient. *Clin Dermatol* 2018; 36 (2): 159-166. doi:10.1016/j.clindermatol.2017.10.007
21. Baran R, Perrin C. Transverse leukonychia of toenails due to repeated microtrauma. *Br J Dermatol* 1995; 133 (2): 267-9. doi:10.1111/j.1365-2133.1995.tb02627.x
22. Gequelim GC, Kubota CY, Sanches S, et al. Perception of brittle nails in dermatologic patients: a cross-sectional study. *An Bras Dermatol* 2013; 88 (6): 1022-5. doi:10.1590/abd1806-4841.20132327
23. Olvera-Rodríguez V, Gatica-Torres M, Carrillo-Córdova DM, Barrera-Godínez A, Domínguez-Cherit J. Painful nails: A practical approach to the diagnosis and management of painful nail conditions. *Int J Dermatol* 2021; 60 (11): 1318-1333. doi:https://doi.org/10.1111/ijd.15496
24. Voller LM, Warshaw EM. Acrylates: new sources and new allergens. *Clin Exp Dermatol* 2020; 45 (3): 277-283. doi:10.1111/ced.14093
25. Iorizzo M, Pazzaglia M, B MP, Tullo S, Tosti A. Brittle nails. *J Cosmet Dermatol* 2004; 3 (3): 138-44. doi:10.1111/j.1473-2130.2004.00084.x
26. Granger C, Starace M, Alessandrini A, et al. Efficacy and acceptability of a new water-soluble nail strengthener containing *Pistacia lentiscus* and hyaluronic acid to improve the appearance of brittle nails versus untreated nails: in vitro and clinical evidence. *Skin Appendage Disord* 2020; 6 (2): 108-114. doi:10.1159/000505217

AVISO IMPORTANTE

Ahora puede descargar la aplicación de **Dermatología Revista Mexicana**.

Para consultar el texto completo de los artículos deberá registrarse una sola vez con su correo electrónico, crear una contraseña, indicar su nombre completo y especialidad. Esta información es indispensable para saber qué consulta y cuáles son sus intereses y poder en el futuro inmediato satisfacer sus necesidades de información.

La aplicación está disponible para Android o iPhone.

