

Síndrome de uña verde secundario a colocación de uñas acrílicas: reporte de caso

Green nail syndrome secondary to acrylic nail placement: a case report

Norma I. Galeas-Calleja^{1*}  y Julio C. Raudales-Moncada 

¹Medicina General, Clínica de Salud Integral de la Mujer, Francisco Morazán, Tegucigalpa; ²Medicina General, Hospital Loma de Luz, Balfate, Colón. Honduras

RESUMEN: El síndrome de uña verde consiste en una decoloración verdosa de la placa ungueal, paroniquia proximal y onicólisis distal, y su agente causal más frecuente es *Pseudomonas aeruginosa*. Los factores de riesgo más evidenciados son la exposición ocupacional, algunas condiciones inmunosupresoras y traumatismos crónicos en el aparato ungueal. Su diagnóstico es clínico y el manejo no está estandarizado. Se presenta el caso de una paciente de 24 años que consulta por coloración verde amarillenta en las uñas de las manos, donde se obtuvo resolución exitosa con el tratamiento brindado. Es fundamental que los médicos de atención primaria tomen en cuenta los casos clínicos reportados de síndrome de uña verde en la literatura médica con resolución favorable para su implementación en la práctica cotidiana.

Palabras clave: Enfermedades de la uña. *Pseudomonas*. Onicólisis. Paroniquia.

ABSTRACT: Green nail syndrome consists of a greenish discoloration of the nail plate, proximal paronychia and distal onycholysis, and the most frequent causative agent is *Pseudomonas aeruginosa*. The most evident risk factors are occupational exposure, some immunosuppressive conditions and chronic trauma to the ungual apparatus. Diagnosis is clinical and management is not standardized. We present the case of a 24-year-old female patient who consulted for yellowish-green coloration of the fingernails, where successful resolution was obtained with the treatment provided. It is essential that primary care physicians take into account the clinical cases reported in the medical literature with favorable resolution of green nail syndrome for their implementation in daily practice.

Keywords: Nail diseases. *Pseudomonas*. Onycholysis. Paronychia.

***Correspondencia:**

Norma I. Galeas-Calleja
E-mail: ngaleas@unah.hn

Fecha de recepción: 02-12-2024

Fecha de aceptación: 31-01-2025

Disponible en internet: 17-03-2025

Rev Mex Med Fam. 2025;12:30-34

DOI: 10.24875/RMF.24000196

2007-9710 / © 2025 Federación Mexicana de Especialistas y Residentes en Medicina Familiar. Publicado por Permayer. Este es un artículo *open access* bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

INTRODUCCIÓN

La presentación de una decoloración verde en el aparato ungueal de las manos o de los pies se denomina síndrome de uña verde. Es una infección generada en su mayoría por bacterias oportunistas, como *Pseudomonas aeruginosa*^{1,2}. Se le conoce como una enfermedad ocupacional. Dado que su manejo es todavía un desafío para los médicos, es importante conocer las alternativas farmacológicas disponibles, al igual que las medidas preventivas recomendadas¹⁻³. En esta ocasión se presenta el caso clínico de una paciente con un cuadro de síndrome de uña verde secundario a trauma por retiro de uñas acrílicas. El objetivo de su publicación es dar a conocer a la población médica una experiencia de éxito en el manejo de una patología que no posee lineamientos claros para su tratamiento, teniendo la posibilidad de tomarlo como base en la terapia de futuros pacientes con esta afección.

PROPÓSITO

El propósito de este trabajo es documentar el manejo terapéutico efectivo en un caso clínico de síndrome de uña verde, aportando a la literatura médica una experiencia más en el abordaje de esta afección sin lineamientos claros para su tratamiento.

EPIDEMIOLOGÍA

El síndrome de uña verde es una enfermedad infrecuente y, por lo tanto, su descripción epidemiológica es escasa^{1,4}. Se han descrito como causantes diversos patógenos, pero el más frecuente es *P. aeruginosa*; su transmisión suele ser autóloga^{1,5}. Dentro de la población más susceptible se han identificado los neonatos, los ancianos, los inmunocomprometidos y los pacientes con trauma ungueal previo; además, es catalogada como enfermedad ocupacional en personal expuesto constantemente al agua. Su presentación clínica suele visualizarse en una sola uña en el primerortejo⁵.

CASO CLÍNICO

Mujer hondureña de 24 años que trabaja en el área de comunicaciones, sin antecedentes personales patológicos de interés. Acude a la consulta refiriendo que, tras retirar las uñas acrílicas utilizadas durante 2 semanas, se ha evidenciado una tinción verde-amarillenta en las uñas de los dedos pulgar y meñique de la mano izquierda, así como en las uñas de los dedos pulgar e índice de la mano derecha. Además, menciona lavado de manos frecuente y niega cualquier otra sintomatología adicional.

En la exploración se observa cloroniquia en las zonas mediales y laterales de las uñas mencionadas (Fig. 1), y en las placas ungueales de la totalidad de las uñas en ambas manos se aprecia trauma secundario al retiro de las uñas acrílicas; el resto de la exploración física es normal. No se realizaron estudios complementarios debido a la clara presentación clínica del síndrome de uña verde. Se inició tratamiento tópico con bacitracina, neomicina y polimixina B, aplicado dos veces al día. La paciente fue evaluada nuevamente después de 1 mes de tratamiento, encontrando una resolución exitosa de su padecimiento.

El síndrome de uña verde fue descrito en 1944 por Goldman y Fox, haciendo referencia a la decoloración verdosa que adquiere el lecho ungueal como resultado de la infección por *P. aeruginosa*, que es el agente causal más frecuente. Este microorganismo es un cocobacilo gramnegativo, aerobio oportunista, cuyo reservorio se encuentra en el suelo húmedo y el agua. Asimismo, esta bacteria es catalasa positiva, oxidasa positiva y productora de los pigmentos pioverdina (verde amarillento), piorrubina (rojo) y piocianina (azul verdoso), los cuales son los causantes de la tinción adquirida en la uña característica del síndrome⁴⁻⁷.

La localización más frecuente es en una única uña en el primerortejo. Se presenta como una tríada que consiste en una decoloración verdosa de la placa ungueal, paroniquia proximal y onicólisis distal; sin

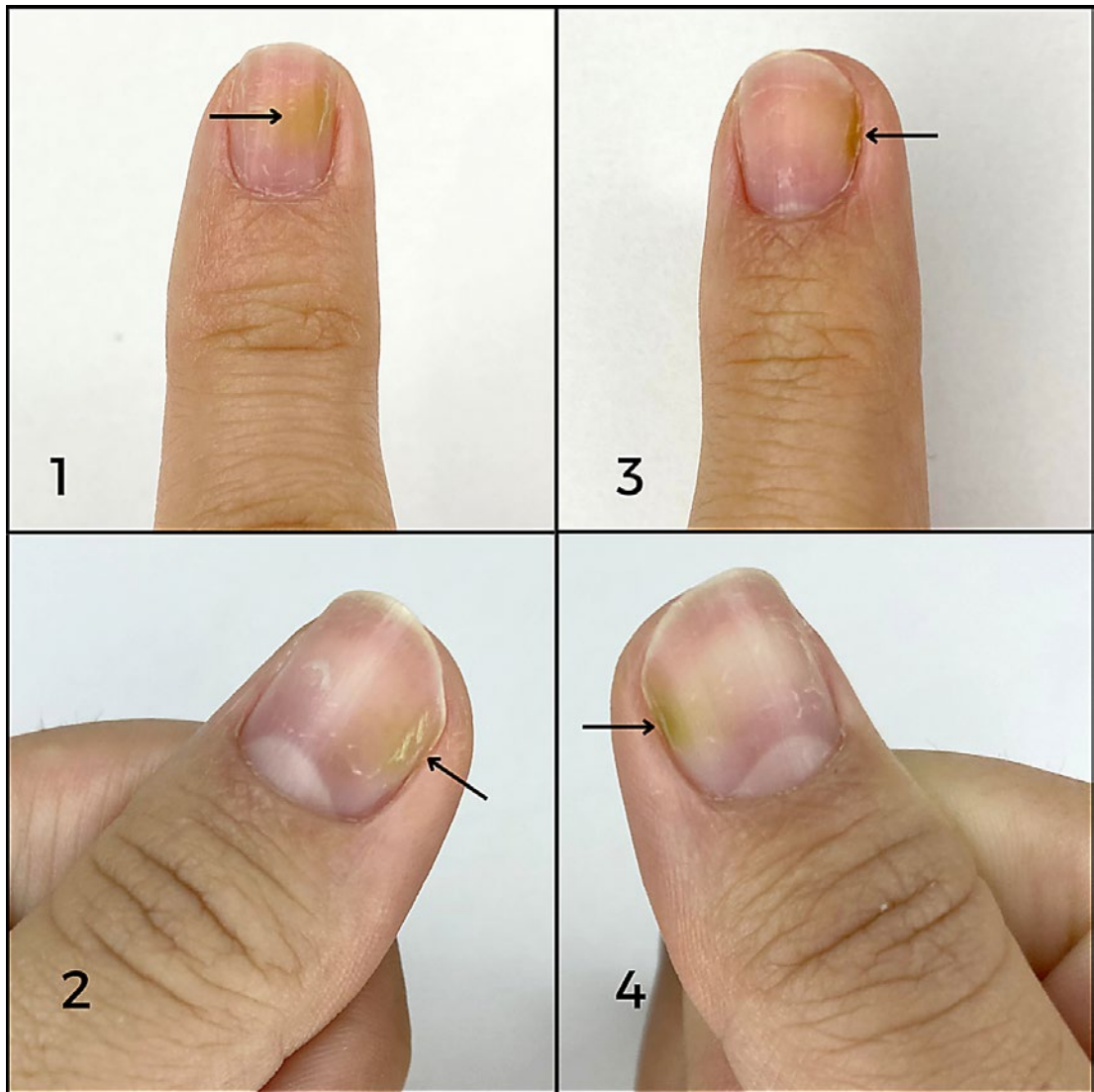


Figura 1. Se visualiza una zona de decoloración verde amarillenta en la placa ungueal (flecha) en las uñas del meñique de la mano izquierda (1), del pulgar de la mano izquierda (2), del índice de la mano derecha (3) y del pulgar de la mano derecha.

embargo, a veces no se presenta de forma completa. Suele ser indolora y estar asociada con otras onicopatías, como psoriasis y onicomycosis, ya que las lesiones en el aparato ungueal predisponen a un ambiente idóneo para que se desarrolle una coinfección^{2,4,5,8,9}. El caso clínico descrito involucra el compromiso de cuatro uñas en las manos, con decoloración amarillo-verdosa sin otros síntomas ni enfermedades concomitantes.

Entre los factores de riesgo destacan la exposición constante al agua por el lavado de manos riguroso o la exposición ocupacional (lavavajillas, panaderos, personal

sanitario, etc.), las condiciones inmunosupresoras, los traumatismos crónicos (como manicura o pedicura constante) y la colocación de uñas acrílicas por tiempo prolongado (al menos 2-3 semanas)^{5,9-11}. En este caso, la paciente menciona lavado de manos vigoroso y uso de uñas acrílicas por 14 días, siendo estos los únicos factores de riesgo identificados, ya que no presentaba riesgo ocupacional, onicopatías previas ni compromiso inmunitario.

El conocimiento de este síndrome es imprescindible, ya que la literatura describe que su diagnóstico depende de su identificación en la anamnesis y el examen físico.

Entre los diagnósticos diferenciales a considerar se encuentran:

- Melanoma maligno: este suele presentarse como melanoniquia longitudinal de evolución > 15 meses junto con signo de Hutchinson en más de la mitad de los casos.
- Exposición química a soluciones que contienen piocianina o pioverdina: estos pigmentos se utilizan en la agricultura y la industria textil; se precisa el antecedente de contacto con estas sustancias para tomarlas en cuenta.
- Hematoma subungueal: su coloración es violácea, suele tener un antecedente claro de trauma y presentar dolor intenso en el área afectada.
- Infecciones causadas por otros patógenos, como *Aspergillus*, *Candida* o *Proteus*: estos agentes representan un pequeño porcentaje dentro de las causas de cloroniquia, y además es importante destacar que no toda lesión ungueal es micosis.

En caso de tener dudas diagnósticas o una evolución insatisfactoria se pueden realizar estudios complementarios, como la dermatoscopia y cultivos para corroborar la causa^{4,11-15}. En nuestra paciente, los hallazgos clínicos fueron suficientemente claros para identificar el síndrome de uña verde, ya que sus antecedentes y síntomas eran típicos.

Como el síndrome de uña verde es poco frecuente no existe una clasificación oficial internacional basada en la gravedad que integre criterios como la extensión de la localización anatómica, su evolución o el impacto funcional en la vida del paciente. Esto dificulta la creación de guías estandarizadas basadas en estudios controlados y aleatorizados, por lo que el profesional de salud no posee lineamientos claros para el tratamiento de esta condición. Solo se cuenta en la literatura con una escasa cantidad de casos clínicos reportados para orientar a los médicos que se enfrentan ante este reto terapéutico^{4,12}. Para su manejo se recomienda individualizar cada caso y establecer

medidas preventivas para evitar la exposición constante a la humedad, el retiro quirúrgico de la uña afectada o la utilización de antisépticos^{5,12,16}.

Los tratamientos mecánicos tipo desbridamiento, raspado o extracción de la uña no son métodos de gran utilidad como monoterapia, debido a que no tratan la infección de forma directa, pero son beneficiosos cuando la afección es recurrente^{1,17,18}.

Los antisépticos utilizados son hipoclorito de sodio, clorhexidina, ácido acético al 1% y solución de octenidina diclorhidrato al 0.1%. Estos productos, aunque muestran una actividad antimicrobiana eficaz, con su aplicación de forma reiterada pueden provocar efectos nocivos en la piel adyacente^{2,12,16}.

Los antibióticos con mayor eficacia contra *P. aeruginosa* incluyen la familia de los aminoglucósidos (como gentamicina y amikacina), las quinolonas (como ciprofloxacino y levofloxacino), los carbapenémicos (como imipenem y meropenem), las penicilinas antipseudomonales y algunas cefalosporinas^{5,12,16}. El manejo tópico logra una resolución favorable en la mayoría de los casos, a pesar de que el aparato ungueal tiene una baja permeabilidad a los fármacos^{12,16}. No obstante, el tratamiento oral e incluso intravenoso permite concentraciones más altas del medicamento y puede ser de gran utilidad cuando el tratamiento tópico fracasa, como por ejemplo en los pacientes inmunocomprometidos^{11,16}. Luego de evaluar a la paciente, considerando sus características clínicas singulares, se le prescribió un manejo tópico que consistió en bacitracina, neomicina y polimixina B, aplicándolo dos veces al día por 1 mes, y se logró una resolución exitosa, siendo un caso clínico de ejemplo para otros colegas que se enfrenten con el síndrome de uña verde en el futuro.

CONCLUSIONES

El síndrome de uña verde es una afección poco frecuente. El diagnóstico es mediante la anamnesis sugerente y la exploración

física. Su tratamiento no se encuentra estandarizado. Es fundamental que los médicos de atención primaria que se enfrentan ante un reto terapéutico sin lineamientos claros a seguir tengan presentes todas las prácticas favorables registradas en la literatura médica, con el fin de brindar a su paciente atención de calidad seleccionando la mejor alternativa en el manejo según sus características individuales. Este caso clínico reporta una resolución favorable, contribuyendo a la ampliación del conocimiento sobre la terapia de esta rara enfermedad.

AGRADECIMIENTOS

Los autores quieren agradecer a la paciente por su colaboración y consentimiento para la publicación de este caso clínico de relevancia para la literatura médica.

FINANCIAMIENTO

Los autores declaran que este trabajo se realizó con recursos propios.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad, consentimiento informado y aprobación ética. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes y han obtenido el consentimiento informado de los pacientes.

Declaración sobre el uso de inteligencia artificial. Los autores declaran que no utilizaron ningún tipo de inteligencia artificial generativa para la redacción de este manuscrito.

BIBLIOGRAFÍA

1. Jiménez B, Rivero-Bermúdez MD, Marte-Colina IJ, Vivas-Toro SC. Síndrome Goldman-Fox asociado a levadura. *Rev Asoc Colomb Dermatol Cir Dermatol*. 2024;32:64-9.
2. Schwartz RA, Kapila R. The Goldman-Fox syndrome: treating and preventing green pseudomonas nails in the era of COVID-19. *Dermatol Ther*. 2021;34:e14624.
3. Qian Y, Yu Q, Hu S, Hu S, Li W, Yang L. Case report: Green nail syndrome in an epidemic prevention volunteer during the outbreak of the Omicron in Shanghai. *Front Public Health*. 2022;10:1009517.
4. Sierra-Maeda KY, Segundo-López LD, Vega DC, Juárez Durán ER, Arenas R. Síndrome de las uñas verdes: una revisión. *Dermatol Cosm Med Quir*. 2022;20:78-85.
5. Schwartz RA, Reynoso-Vasquez N, Kapila R. Chloronychia: the Goldman-Fox syndrome — implications for patients and healthcare workers. *Indian J Dermatol*. 2020;65:1-4.
6. Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo. *Pseudomonas aeruginosa*. 2022. (Consultado el 03-07-2024.) Disponible en: <https://www.insst.es/agentes-biologicos-base-bio/bacterias/pseudomonas-aeruginosa>
7. Naharro-Rodríguez J, Recio-Monescillo M. Goldman-Fox syndrome as presentation of onychomycosis superinfection. *Semergen*. 2023;49:101980.
8. Lee H, Mun JH, Cho S, Park H. Clinical analysis of *Pseudomonas aeruginosa*-positive and -negative green nail syndrome cases: a single center retrospective analysis. *J Dermatol*. 2021;48:1073-6.
9. Ohn J, Yu DA, Park H, Cho S, Mun JH. Green nail syndrome: analysis of the association with onychomycosis. *J Am Acad Dermatol*. 2020;83:940-2.
10. Parada-Jiménez JJ, Alvarado-Dinorin E, Gómez-Pluma MA. Chloronychia: Goldman-Fox Syndrome — case report. *Ann Intern Med Clin Cases*. 2023;2:e230014.
11. Perz C, Swink S, Khurana M. Green nail syndrome in a teenager. *J Osteopath Med*. 2024;124:137-8.
12. Geizhals S, Lipner SR. Retrospective case series on risk factors, diagnosis and treatment of *Pseudomonas aeruginosa* nail infections. *Am J Clin Dermatol*. 2020;21:297-302.
13. García GS, Cárdenas CS, Ibarra TM, Martínez CP, Castillo RG, Díaz NP. Características clínicas e histopatológicas de melanoma subungueal en 57 pacientes mexicanos: una cohorte de 5 años. *Actas Dermosifiliogr*. 2024;115:293-7.
14. Palacios-López C, Morales-Olvera D. Hematoma subungueal. *Acta Pediatr Mex*. 2020;41:43-4.
15. DeBritto S, Gajbar TD, Satapute P, Sundaram L, Yarappa Lakshmikantha R, Jogaiah S, et al. Isolation and characterization of nutrient dependent pyocyanin from *Pseudomonas aeruginosa* and its dye and agrochemical properties. *Sci Rep*. 2020;10:1542.
16. Bae Y, Lee GM, Sim JH, Lee S, Lee SY, Park YL. Green nail syndrome treated with the application of tobramycin eye drop. *Ann Dermatol*. 2014;26:514-6.
17. Carhart P, Espinosa J, Lucerna A. A case of green nail syndrome diagnosed in the emergency department. *Cureus*. 2024;16:e57032.
18. Mendoza N, Palacios C, Cardona N, Gómez LM. Onicomycosis: afección común de difícil tratamiento. *Rev Asoc Colomb Dermatol Cir Dermatol*. 2012;20:149-58.