

# ***Oniquias y paroniquias producidas por bacterias pseudomona aeruginosa***

Por los Dres.:

JOSÉ DÍAZ DE LA ROCHA,<17> ELEUTERIO  
MEDEROS(\*) CARLOS D. ARGUELLES(18)  
Y GARLOS CASTAÑEDO(\*\*)

El motivo de la presente comunicación es la presentación de varios casos de infección ungueal por *Pseudomona Aeruginosa*, tres de ellos comprobados bacteriológicamente y los otros dos con características clínicas tan similares que se adscriben al mismo grupo sin comprobación bacteriológica.

Entre las alteraciones ungueales producidas por agentes externos, se encuentran, aunque con relativa poca frecuencia, las producidas por bacterias. De estas, las más conocidas hasta hoy, son las producidas por la *Pseudomona aeruginosa*, cuya bizarra coloración las hace espectaculares y fácilmente reconocibles clínicamente.

Esta alteración no es tan rara como piensan algunos, en la experiencia de uno de nosotros (C. C.) hay tres casos; y en menos de 6 meses, en la Consulta Externa del Hospital Clínico Quirúrgico, en el Departamento de Dermatología, hemos encontrado ya dos.

En los casos en que hemos realizado examen micológico y bacteriológico, hemos encontrado *Pseudomona* sola en dos de ellos, y asociación de *Pseudomona* con *Cándida Albicans* en uno. Si en este caso la *Cándida*



Fig. 1. Obsérvese color negruzco de mitad de la uña.

se encontraba presente como coagente de la lesión, o como simple parásito de una zona inflamada y ligeramente exudativa, no fue posible determinarlo.

Recientemente, Chernosky y Dulces<sup>1</sup> publican un magnífico estudio clínico y bacteriológico de esta afección en ADS 88:548, señalando también las referencias anteriores <sup>2, 3, 4, 5</sup>.

No hemos encontrado la franca coloración verde en ninguno de estos casos; todos han sido del grupo de coloración negro-verdusca, o pardo oscuro verdusca, señalado por Chernosky y Dukes.

17 Departamento de Dermatología. Hospital Docente Clínico Quirúrgico "Joaquín Albarrán". La Habana, Cuba.



Fig. 2. Onicosis en cúpula.

Los trastornos de las uñas han sido de dos tipos: Uno, la onicosis muy pronunciada del borde libre de la uña sin presencia alguna de los materiales queratósicos o caseosos que indican Chernosky y Dukes, estando el lecho ungueal limpio y como barnizado, ligeramente eritematoso. La onicosis es producida por el ataque de la Ps. aeru-



Fig. 3. Fractura de la onicosis.

ginosa en la unión de la uña con el lecho, a nivel del borde libre. Fundamentalmente se produce separación de la uña y lecho, con eupulización de la uña, y pigmentación. En este caso, no hay trastornos estructurales ni distróficos. El otro tipo de trastorno ha sido la paroniquia con trastornos distróficos de la tabla ungueal. Es producido por el ataque de Ps. al reborde peri-un- gual, con producción de pigmento *in situ* y distrofia de la tabla ungueal. Nunca hemos encontrado trastornos estructurales de la lámina ungueal, al igual que Chernosky y Dukes.



Fig. 4. Infección periungueal.

*Tratamiento:* No creemos en la necesidad de prohibir el contacto con agua, jabón y detergentes para el tratamiento de estos casos. Cuatro de ellos han curado con solamente el tratamiento impuesto.

Entendemos que es conveniente, *sobre todo en los casos en que hay paroniquia*, la administración por un tiempo corto de un antibiótico sistémico efectivo contra la Ps. Aeruginosa, como es la Estreptomina. Los cinco casos a que hicimos referencia fueron tratados por vía sistémica con una combinación de Estreptomina y Diliidroestreptomici-

na por vía parenteral, a razón de medio gramo diario por una semana; volviendo a repetir este tratamiento un mes después si es necesario, lo que no ha sido en ninguno de los cinco casos. Esta administración parenteral, acompañada y unida de tratamiento local con pomada de Polimixina, habiendo usado en los varios casos, la pomada de Neopolycin en 3, en uno la de Polysporin y en el otro la de Terramicina, que contiene un 5% de Polimixina.

También consideramos que es preciso,

para evitar recidivas, el prolongar el tratamiento local enérgico, con fricción y masaje con una de las pomadas referidas, durante por lo menos 5 o 6 meses, para dar tiempo a que se elimine mecánicamente toda la parte de la uña que pueda contener la *Ps. aeruginosa*.

Véanse fotografías de los casos a que hacemos mención en el texto de este trabajo, observados en Cuba.

#### BIBLIOGRAFIA

1. —*Chernosky, M. E. y Dukes, C. D.*: ADS 88:548. Nov. 1963.
2. —*Goldman, L. y Fox, H.*: ADS 49:136. 1944.
3. —*Moore, M. y Morrín, M. D.*: ADS. 64-499 1951.
4. —*fiauer, F. y Cohén, H.*: ADS 75:394. 1957.
1. —*Forkner, C. E.*: *Pseudomonas Aeruginosa* Infection. Gruns and Stratton. New York 1960.
2. —*Castañedo, C.; Diuz-Rocha, Mederos, E. y Arguelles, C. D.*, Rev. Cubana de Medicina 3:194. Abril, 1964.