

El lenguaje de las uñas



Beatriz Pérez Suárez
Facultativo especialista
de área.
Servicio de Dermatología.
Hospital Universitario
Morales Meserguer.
Murcia.

RESUMEN

Las uñas nos hablan si aprendemos su lenguaje. Son capaces de transmitirnos mucha información importante si les prestamos atención. Hay pocos órganos de la economía que puedan alertarnos de tantas enfermedades, tanto dermatológicas como sistémicas, con una exploración rápida, sencilla y económica, al alcance de cualquiera. En este artículo, se pretenden pincelar las anomalías más frecuentes de las uñas para servir de guía útil y rápida a médicos y profanos. Así, observando las uñas de las manos, podemos, por ejemplo, sospechar que un paciente tiene problemas respiratorios, o renales, o psoriasis, o que hace 3 meses sufrió un traumatismo en un dedo.

Palabras clave: uña, exploración, enfermedades sistémicas, enfermedades dermatológicas, infecciones, tumores.

ABSTRACT

Nails speak if we learn their language. If we pay attention, they can show us important information. There are very few organs that can alert us about so many not only dermatological but also systemic illnesses, with such a fast, easy and cheap exploration, at everybody's hand. The aim of this paper is to describe the most frequent nail's anomalies, and to serve as a quick glance guide to doctors and patients. So, just by watching the nails we can suspect that a patient suffer from the lung, kidney or psoriasis, for instance, or that he had a trauma on his finger three months ago.

Keywords: nail, exploration, systemic illnesses, dermatological illnesses, infections, neoplasms.

INTRODUCCIÓN

La exploración cuidadosa de las uñas resulta de enorme utilidad. Es importante conocer cómo son las uñas normales y sus variantes fisiológicas, y saber distinguir las diferentes enfermedades que pueden presentar, que nos orientan tanto a procesos sistémicos como a trastornos fundamentalmente dermatológicos.

UÑAS NORMALES

Al igual que la piel y el pelo, las uñas constituyen un importante elemento de presentación y protección, sin olvidar su elevado valor estético.

La uña se desarrolla durante el primer trimestre de la gestación, entre las semanas 9 y 20. En la semana 36, la uña ya se ha formado por completo y ha alcanzado la punta del dedo.

El crecimiento lineal de la uña va aumentando hasta la tercera década de la vida, pero aproximadamente a los 25 años, comienza a disminuir. Además, este crecimiento es mayor en las manos que en los pies, así como en la extremidad dominante. Hasta la octava década de la vida, crecen más rápido las uñas de los hombres que las de las mujeres, pero luego esta situación se invierte.

La zona más cercana al brazo, o área proximal, es el lugar de crecimiento de la uña y se denomina matriz; la lúnula es una porción semicircular de color blanco, distal al pliegue proximal. Se continúa con la lámina ungueal, el cuerpo rosado de la uña que adopta una disposición rectangular y se adhiere al lecho subyacente, y finaliza en el borde libre¹. Durante la vida, la morfología de las uñas varía y se constatan grandes diferencias entre las uñas sanas de un lactante y las de un anciano.

Uña en la infancia

En niños pequeños, es frecuente observar una uña fina con coiloniquia en los primeros dedos u onicosquicia lateral (fig. 1).



Figura 1. Uña infantil. Se observa la coiloniquia fisiológica de la edad temprana de la vida.

En lactantes, de maneja fisiológica, puede existir una única línea transversal (Beau) en las uñas de las manos².

Uña en la vejez

Durante la tercera edad, las uñas enlentecen su crecimiento, con un cuerpo pálido, sin brillo y opa-

co, que puede llegar a adquirir una tonalidad blanquecina, similar a la que se encuentra en la cirrosis, la hipoalbuminemia y la uremia. Estos cambios son debidos a los efectos de la radiación ultravioleta y a un envejecimiento del tejido elástico vascular, que produce una dificultad en el aporte sanguíneo. En mayores de 50 años, es habitual encontrar surcos longitudinales en «ristra de salchicha» o en «cuentas y crestas»³.

LA UÑA EN LA ENFERMEDAD SISTÉMICA

Acropaquia

Así se denominan las uñas con aumento en la curvatura longitudinal y transversal que se observan en los dedos «en maza», que presentan un engrosamiento de las falanges distales. Pueden asociar una periostitis con formación de nuevo hueso perióstico, produciendo una acropaquia dolorosa.

Está asociada a enfermedad pulmonar (bronquiectasias y neoplasias), cardíaca, cirrosis y enfermedad inflamatoria intestinal.

Bandas de Muehrcke

Son bandas rosadas entre dos blancas, paralelas a la lúnula. Se asocian a hipoalbuminemia.

Coiloniquia

Son uñas delgadas de bordes evertidos (hacia fuera) y forma cóncava. Se encuentran en la hemocromatosis y en procesos con déficit de hierro. También se han observado con menor frecuencia en la enfermedad coronaria, la policitemia vera y los trastornos endocrinos. En cuanto a asociaciones dermatológicas, las podemos encontrar en lúes, psoriasis, liquen plano, enfermedad de Raynaud, esclerodermia o acantosis nigricans.

Leuconiquia

Se denomina así a la decoloración blanca de la uña. Puede ser *total* (en una forma rara heredita-

ria autosómica dominante), *transversal* (línea de Mee) cuando es debida a una intoxicación o a fármacos (quimioterápicos), *punteada* si es secundaria a traumatismos leves de la matriz o en la alopecia areata (fig. 2), y también es frecuente en personas sanas en forma de variante de la normalidad, o *longitudinal* en algunos tumores de la uña o en la enfermedad de Darier.



Figura 2. Leuconiquia transversal distal.

Melanoniquia

Es una pigmentación negra o parda en la placa ungueal. Puede observarse de manera fisiológica en pacientes con fototipo alto o secundaria a traumatismo, inflamación, exposición a fármacos o enfermedades sistémicas.

Onicolisis

Así se denomina a la separación espontánea de la placa ungueal. Comienza en el borde libre y/o lateral de la lámina y avanza hacia la zona proximal, generalmente. Debajo de la uña, puede producirse un cambio de color secundario al acúmulo de bacterias u hongos. Puede observarse tanto en enfermedades dermatológicas, como psoriasis, eccema, sífilis, liquen plano o tras traumatismos (más frecuente en mujeres), como en procesos sistémicos: embarazo, quimioterapia, infecciones, hiper o hipotiroidismo, pelagra, vasculopatías periféricas e hiperhidrosis, entre otras. El tratamiento

pasa por evitar los traumatismos, mantener seco el lecho ungueal e ir recortando la porción afectada de la uña.

Pterigion

Es una banda fibrótica central que divide la uña en dos mitades longitudinales, como resultado de un proceso inflamatorio destructivo. Es típica del liquen, aunque también se observa en la lepra, la sarcoidosis y la enfermedad de injerto contra huésped.

Pterigion ventral

La banda fibrótica aparece en la superficie distal de la uña. Puede ser inducida por traumatismos, esclerosis sistémica, lepra, lupus eritematoso sistémico y enfermedad de Raynaud.

Síndrome de las uñas amarillas

Son unas uñas engrosadas de color amarillento, con pérdida de la cutícula y aumento de la curvatura longitudinal y transversal, cuyo crecimiento se ha visto enlentecido. A menudo sufren onicosis y pierden tanto las cutículas como la lúnula. Puede asociarse a enfermedades tan diversas como el linfedema, las enfermedades pulmonares o de los senos paranasales, así como a procesos malignos, síndrome nefrótico, hipotiroidismo o sida (fig. 3). Aunque no existe un tratamiento definitivo, se han observado respuestas a la administra-



Figura 3. Onicosis con afectación de todas las uñas de las manos.

ción de D-alfa-tocoferol y vitamina E tópica asociada a itraconazol y suplementos orales de zinc.

Surcos longitudinales

Pueden ser fisiológicos y verse acentuados por la edad, la artritis, las vasculopatías periféricas, la enfermedad de Darier y el liquen plano (fig. 4).

Una forma típica, generalmente asociada a hábitos compulsivos o tics de frotamiento, es la «distrofia canaliforme media de Heller», en la cual aparece una deformidad central en forma de «abeto».

Además, los tumores benignos o malignos que asienten en la matriz ungueal pueden producir también un surco longitudinal correspondiente a la zona que comprimen.



Figura 4. Estriación longitudinal de la uña.

Surcos transversales o líneas de Beau

Su profundidad es variable, pueden ocupar la totalidad o sólo parte del grosor de la uña. Se inician en la matriz y van avanzando distalmente conforme crece la uña. Cuando están aislados, orientan hacia una causa traumática, inflamatoria o neurológica. En cambio, cuando son múltiples, hay que descartar enfermedades sistémicas, como viriasis (sarampión o parotiditis), infecciones bacterianas (como neumonías) o enfermedades coronarias.

La distancia entre el surco y la matriz ungueal guarda relación temporal con el inicio del trastorno (más cercano cuanto más próximo a la matriz), y la profundidad y la anchura se relacionan con la gravedad y la duración del proceso respectivamente.

Uña de Terry

Es una uña blanca en la zona proximal y rosada en su extremo distal, que se observa en los pacientes muy ancianos o con diabetes mellitus de tipo 2, cirrosis o insuficiencia cardíaca congestiva.

Uñas mitad y mitad

Estas uñas muestran una coloración blanca proximal, separada bruscamente por un color pardo distal. Se producen tras quimioterapia y en la insuficiencia renal crónica.

INFECCIONES UNGUEALES

Fúngicas

A) Dermatofitosis: los patógenos más frecuentemente aislados son *T. rubrum*, *T. mentagrophytes* y *E. floccosum*. Pueden adoptar diversas formas clínicas⁴:

- *Onicomycosis subungueal laterodistal*: es la forma más frecuente; las lesiones se inician en el borde libre lateral de la uña en forma de decoloración inicialmente blanco-amarilla, para tornarse más oscura conforme avanza proximalmente (fig. 5).
- *Onicomycosis blanca superficial*: aquí el dorso de la uña aparece moteado de blanco.
- *Onicomycosis subungueal proximal*: se inicia en el borde proximal y se encuentra asociada a la infección por el VIH⁵.

B) Otros mohos: *Scopularopsis*, *Aspergillus*, *Fusarium*, *Acremonium* o *Candida*. Predisponen el síndrome de Cushing o el de Raynaud, así como el tener las manos húmedas (ej. ama de casa)⁶ (fig. 6).



Figura 5. Onicomycosis por *Trichophyton rubrum*.



Figura 6. Candidosis ungueal con paroniquia crónica del ama de casa.

Bacterianas

La paroniquia es la inflamación intensamente dolorosa del pliegue posterior de la uña. Puede ser secundaria a traumatismos, férulas u onicofagia. Cuando es aguda, suele ser debida a infección por *Staphylococcus*. Su manejo requiere drenaje y antibioterapia.

La paroniquia crónica se presenta en procesos de maceración crónica y es más frecuente si las manos están frías y/o húmedas, además de verse favorecida por la diabetes. Suele aparecer con frecuencia en el 2º y 3º dedos de la mano dominante, en forma de una inflamación leve en la base de la uña, que produce secundariamente líneas de Beau. La infección por *Pseudomonas* es una complicación de la paroniquia crónica, en la que la uña afectada adquiere un color verde-azulado y un olor característico⁴.

Víricas

La primoinfección herpética puede presentarse en un dedo, con formación de vesículas dolorosas periungueales. Las lesiones inicialmente contienen un líquido claro, que luego se enturbia para posteriormente romperse y formar costras. Es más frecuente en personal sanitario de unidades de cuidados intensivos y neurocirugía. Se trata con fomentos de sulfato de zinc al 0,1% o de permanganato potásico y aciclovir tópico u oral, aunque la respuesta es pobre.

LA UÑA EN PATOLOGÍA DERMATOLÓGICA INFLAMATORIA

Eccema

Pueden encontrarse alteraciones ungueales tanto en eccemas endógenos (atópicos) como en exógenos (ej. irritativos). La afectación en el eccema periungueal generalmente se manifiesta de manera distrófica, como onicolisis o como depresiones transversales de Beau, aunque también se han descrito los pits, la hiperqueratosis subungueal, la onicolisis y las uñas lisas y brillantes secundarias al rascado (fig. 7).

El tratamiento es similar al del eccema del resto del cuerpo: evitar desencadenantes, usar emolientes y corticoides tópicos en períodos breves.



Figura 7. Eccema ungueal. Paciente con eccema agudo en las manos que presenta alteración secundaria de las uñas.

Enfermedad de Darier

Los pacientes con enfermedad de Darier casi siempre muestran alteraciones en las uñas. Los cambios más típicos son una estriación longitudinal blanca o roja, con unas muescas en «V» en el borde libre de la lámina ungueal. De manera menos frecuente, también se puede encontrar una leuconiquia total o un engrosamiento de la lámina ungueal.

Liquen plano

Cuando se afecta la matriz ungueal por el liquen, aparecen pterigión, onicorrexis, surcos longitudinales, coloración violácea y leuco/melanoniquia y, en casos de inflamación importante, se puede llegar a producir la caída de las uñas¹¹.

El tratamiento del liquen ungueal se basa en el uso de corticoides tópicos durante los períodos de actividad de la enfermedad. En los últimos tiempos, también se ha tratado con agentes biológicos anti-TNF con buenos resultados¹².

Psoriasis

La afectación ungueal en la psoriasis es frecuente, con tasas de incidencia que oscilan entre el 10 y el 50%. El signo patognomónico de la uña psoriásica es la mancha de aceite, resultado de la onicolisis. En cambio, el signo más frecuente hallado en la psoriasis son los pits o pequeñas depresiones puntiformes, que pueden variar en tamaño (1-2 mm), disposición (regular o desestructurada) y afectación de las uñas (de una a las veinte); también podemos encontrar decoloración amarillenta, hiperqueratosis, traquioniquia, paroniquia crónica, hemorragias subungueales y depresiones transversales de la lámina ungueal. Generalmente, se ven afectadas varias uñas, sobre todo de las manos. Cuando esto ocurre, es importante indagar acerca de problemas articulares, porque estos pacientes tienen una mayor predisposición a la artritis psoriásica (figs. 8 y 9). Así, más del 85% de los pacientes con artropatía psoriásica presentan onicopatía.



Figura 8. Psoriasis ungueal. Afectación de dos uñas de la mano derecha, con paroniquia crónica, mancha de aceite y pits.



Figura 9. Psoriasis ungueal. Mancha de aceite en una uña y pitting en otras.

En ocasiones resulta difícil distinguir clínicamente una psoriasis ungueal de una onicomycosis y, además, las uñas con psoriasis pueden estar sobreinfectadas por hongos, por lo que resulta adecuado solicitar un cultivo en uñas sospechosas⁷.

La acropustulosis es una variante agresiva que puede producir lesiones óseas subyacentes con pérdida de tejido. Son pústulas estériles con base eritematosa en el lecho ungueal y la matriz, intensamente dolorosas, que pueden producir una anoniquia permanente (fig. 10).

En cuanto al tratamiento, siempre es recomendable evitar los traumatismos y mantener las uñas hidratadas mediante emolientes. Como terapia específica, se pueden utilizar los corticoides tópi-



Figura 10. Psoriasis ungüeal. Onicólisis, mancha de aceite y paroniquia crónica. El paciente evolucionó a una acrodermatitis continua de Hallopeau.

cos en solución para uñas, aunque su eficacia es limitada, o las inyecciones perimatriciales de triamcinolona, así como los retinoides orales y los inmunosupresores (ciclosporina A y metotrexato), según la gravedad del caso. Así mismo, en los últimos años estamos asistiendo a la respuesta espectacular que también los agentes biológicos consiguen en pacientes seleccionados^{8,9,10}.

TUMORES UNGUEALES

Carcinoma epidermoide

Además de tratarse de un proceso poco frecuente, su aspecto clínico es muy variable, lo que dificulta el diagnóstico precoz, y puede confundirse con otros procesos benignos tales como verrugas, micosis, paroniquia, botriomicomas o exostosis. Las radiografías pueden revelar cambios líticos en la falange distal del dedo afecto y las metástasis a distancia son raras. El tratamiento de elección es la cirugía de Mohs y el pronóstico suele ser bueno.

Enfermedad de Bowen

Se trata de un carcinoma epidermoide *in situ* y puede afectar simultáneamente a más de un dedo. Es más frecuente en varones y está en relación con una infección por el VPH-16. El tratamiento es quirúrgico (fig. 11).



Figura 11. Enfermedad de Bowen de la uña. Se observan lesiones inespecíficas en el lecho, con destrucción de la lámina ungüeal. La biopsia confirmó el diagnóstico.

Exostosis subungüeal

Es un tumor óseo que produce una lesión nodular fibrosa en el borde libre de la lámina ungüeal. Su tratamiento es la cirugía.

Fibromas periungueales

Aparecen como lesiones digitiformes de color rosado y consistencia fibrosa a nivel periungüeal. El tratamiento quirúrgico es de elección.

Granuloma piogénico

Es una lesión vascular benigna excrecente rodeada por un collarite, con tendencia al sangrado prurioso espontáneamente o ante mínimos traumatismos. Suele aparecer tras traumatismos o secundario a fármacos (isotretinoína o indinavir). Cuando se localiza preungüealmente, puede producir depresiones transversales. El tratamiento de elección es la cirugía con estudio histológico, dado que puede confundirse con un melanoma amelanótico.

Melanoma maligno

El melanoma del aparato ungüeal puede presentarse como una coloración irregular de color pardo negruzco en la matriz (signo de Hutchinson), y la banda longitudinal suele estar formada por trazos irregulares de varios colores con un patrón heterogéneo. Por desgracia, el diagnóstico suele ser tardío, dado que simula inicialmente una hemorragia subungüeal, verrugas, paroniquia crónica, hiperqueratosis subungüeal, tumores glómicos,

sarcoma de Kaposi u onicomicosis. Además, si el melanoma es amelanótico, puede confundirse con un granuloma piogénico. El primer dedo tanto de pies como de manos es el que se afecta con mayor frecuencia. En dermatoscopia, se observa como una pigmentación marrón de fondo y líneas irregulares tanto en grosor como en color y en distribución; pueden aparecer así mismo hemorragias. El tratamiento es la cirugía agresiva, con amputación del dedo afecto^{16,17}.

Nevus subungueal

Aparece como una banda marrón homogénea longitudinal en la lámina ungueal, que debe distinguirse de las bandas pigmentadas que aparecen racialmente en personas con fototipos altos, sin significación clínica. En dermatoscopia, se observa una coloración marrón de fondo y líneas gruesas longitudinales pigmentadas regularmente espaciadas. Se recomienda biopsiar cualquier lesión pigmentada longitudinal solitaria que aparezca en la uña de un adulto para descartar un melanoma; en cambio, dado que el melanoma ungueal es excepcional en niños, no se recomienda la biopsia rutinaria infantil.

Queratoacantoma

Cuando el queratoacantoma asienta en la uña, produce una lisis del hueso subyacente que, tras la extirpación del tumor, suele rellenarse. Clínicamente se observa una inflamación dolorosa en el pulpejo, con formación posterior de un nódulo que separa el borde libre del lecho ungueal. El tratamiento consiste en la extirpación amplia de la lesión, sin que sea necesaria la amputación digital.

Quiste mucoide

Son falsos quistes que contienen un líquido viscoso transparente procedente de la articulación interfalángica adyacente. Aparecen de manera preferente en el surco proximal y, secundariamente a la presión que ejercen, se produce una depresión en la lámina ungueal. En ocasiones, da lugar a una hemorragia intraquistica y se torna de color violáceo. El tra-

tamiento quirúrgico definitivo pasa por detectar y solucionar el problema articular que lo produce¹⁵.

Tumor glómico

Es un tumor vascular que típicamente produce un dolor exquisito a la presión o a los cambios de temperatura. Se trata quirúrgicamente.

Verrugas

Es el tumor benigno que con mayor frecuencia afecta a la uña. Son lesiones queratósicas de color gris, con fino punteado, que suelen aparecer en los surcos laterales y/o el borde libre de la uña, y pueden progresar hacia el lecho, con formación de surcos longitudinales u onicolisis (fig. 12). El tratamiento se realiza con nitrógeno líquido, ácido salicílico, cantaridina, bleomicina, láser de CO₂ o interferón^{13,14}.



Figura 12. Verruga periungueal.

DISTROFIAS UNGUEALES

Anoniquia

Es la ausencia de uñas. Puede ser congénita, en algunos trastornos ectodérmicos, o adquirida tras infección, Raynaud, liquen plano o Stevens-Johnson.

Onicocauxis

Es un engrosamiento de las uñas sin que se asocie otra deformidad. Puede ser secundaria a trauma-

tismos, Darier, psoriasis, pitiriasis rubra pilar o acromegalia. Su tratamiento consiste en desbridaciones periódicas de la lámina ungueal a fin de disminuir su grosor, mediante procedimientos mecánicos (limado) o químicos (urea al 40%).

Onicocriptosis

Así se denomina a la uña encarnada. Consiste en el crecimiento excesivo de los pliegues laterales de la uña hacia el interior, que produce una inflamación muy dolorosa. Es muy frecuente en el primer dedo del pie. Suele ser debida al uso de calzado apretado o por el corte inapropiado de los bordes laterales de la uña. El tratamiento quirúrgico mediante avulsión lateral ungueal y matrectomía lateral es muy eficaz; como tratamiento paliativo, se puede probar a introducir algodón en los pliegues laterales para evitar que la uña siga clavándose.

Onicogrifosis

Es un engrosamiento en forma de garra o cuerno, frecuente en los pies de ancianos que descuidan la pedicura. Más raramente puede verse en trastornos vasculares o traumatismos. El tratamiento puede incluir la avulsión quirúrgica con matrectomía.

Onicomadesis

Es un desprendimiento periódico de la uña que se inicia en el extremo proximal. Puede ser debida a una alergia a la penicilina, trastornos neurológicos, diálisis peritoneal o micosis fungoide.

Uñas en pinza

Es un trastorno frecuente en el que los bordes laterales de la uña se aproximan entre sí, comprimiendo el lecho ungueal y la dermis. El tratamiento consiste en utilizar urea al 40% o abrazaderas de plástico.

CONCLUSIÓN

El conocimiento de la uña sana y de sus variantes fisiológicas resulta imprescindible para el médico, así podrá transmitir tranquilidad al paciente y evi-

tar tanto exploraciones como tratamientos innecesarios y generalmente costosos. Además, la exploración de las lesiones ungueales constituye una herramienta útil y universal, que aporta información de manera rápida, barata y fiable, tanto para orientar diagnósticos de enfermedades sistémicas como para la enfermedad dermatológica pura. Así pues, el lenguaje universal de las uñas es fiable, rápido, barato y desafortunadamente, poco conocido por muchos. La rentabilidad de su aprendizaje está garantizada.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

1. Dawber RPR, Baran R, de Berker D. Enfermedades de las uñas. Madrid: Edimsa; 2000.
2. De Berker D. Childhood nail diseases. *Dermatol Clin*. 2006; 24(3):355-63.
3. Baran R. The nail in the elderly. *Clin Dermatol*. 2011;29(1):54-60.
4. Migdley G, Moore MK. Nail infections. *Dermatol Clin*. 1996; 14:41-9.
5. Dompmmartin D, Dompmmartin A, Deluol AM, Grosshans E, Coulaud JP. Onychomycosis and AIDS. Clinical and laboratory findings in 62 patients. *Int J Dermatol*. 1990;29:337-9.
6. Migdley G, Moore MK, Cook C, Phan QG. Mycology of nail disorders. *J Am Acad Dermatol*. 1994;31:568-74.
7. Natarajan V, Nath AK, Thappa DM, Singh R, Verma SK. Coexistence of onychomycosis in psoriatic nails: a descriptive study. *Indian J Dermatol Venereol Leprol*. 2010;76(6):723.
8. Saricalougou H, Oz A, Turan H. Nail psoriasis treated with intralesional methotrexate: case report. *Dermatology*. 2011 (publicación electrónica previa a la edición impresa).
9. Sánchez-Regaña M, Solá-Ortigosa J, Alsina-Gibert M, Vidal-Fernández M, Umbert-Millet P. Nail psoriasis: a retrospective study on the effectiveness of systemic treatments (classical and biological therapy). *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2010 (publicación electrónica previa a la edición impresa).
10. Langley RG, Dauden E. Treatment and management of psoriasis with nail involvement: a focus on biologic therapy. *Dermatology*. 2010;221 Suppl 1:29-42.
11. Samman PD. The nails in lichen planus. *Br J Dermatol*. 1961; 73:288-92.
12. Irla N, Schneider E, Haneke E, Yawalkar N. Nail lichen planus: successful treatment with Etanercept. *Case Rep Dermatol*. 2010;2(3):173-6.
13. Kuflik E. Cryosurgical treatment of periungueal warts. *J Dermatol Surg Oncol*. 1984;10:673-6.
14. Munn SE, Higgings E, Marshall M, Clement M. A new method of intralesional bleomycin therapy in the treatment of recalcitrant warts. *Br J Dermatol*. 1996;135:969-72.
15. De Becker DA. Treatment of myxoid cysts. *J Dermatol Treat*. 1995;6:55-7.
16. Blessing K, Kernohan NM, Park KGM. Subungueal malignant melanoma: clinicopathological features of 100 cases. *Histopathology*. 1991;19:425-9.
17. Baran R, Kechijian P. Hutchinson's sign: a reappraisal. *J Am Acad Dermatol*. 1996;34:87-90.