

ONICOPATIAS

ONICOAUXIS:

Engrosamiento de la lamina ungueal que puede ser total o parcial. Se presenta como una placa gruesa, de color grisáceo, aunque a veces puede ser amarillenta o amarronada. No presenta estrías, pues se pierden en su interior. La uña no se deforma y el lecho rara vez se encuentra elevado.

ETIOLOGÍA: se debe a trastornos neuroendocrinos o circulatorios, también pueden ser origen traumático.

TRATAMIENTO: se realiza con fresones, realizando desbastado, desde la parte proximal a distal, hasta llegar a un espesor considerable.

Se utilizan fresón perita o el redondo para desbastar y se empareja y se empareja la zona cerca de la piel con fresas redondas N° 14.

ESCLERONIQUIA:

Es también una uña gruesa, muy dura, de color amarillento grisáceo, muy difícil de cortar. Sé un crecimiento retardado de las uñas y en algunas oportunidades seguidas de una detención del crecimiento del mismo. Puede aparecer como manifestación de enfermedades respiratorias y en los ancianos.

ONICOGRIFOSIS:

Algunos la consideran como la segunda etapa de la Onicoauxis. Es una hipertrofia de la lamina ungueal que se altera en su morfología (onicoanomalía) de tal manera que puede adoptar distinta forma. Por ej. Hacia arriba en forma de cuerno, hacia abajo en forma de garra o también lateralmente.

Esto va a depender muchas veces de del calzado, de la posición de los dedos y también de la permanencia del paciente en cama o por falta de atención.

Presenta estrías transversales, una coloración gris, marrón o amarillenta, también puede presentar manchas marcadas. Puede desgranarse en el tratamiento.

ETIOLOGÍA: se debe a trastornos circulatorios, diabetes, artritis, (en personas ancianas), también consecuencias de traumatismos.

TRATAMIENTO: se realiza con torno. Si esta hacia arriba cortamos atravesando con fresa fisurada, luego desbastamos con fresón. Si esta hacia abajo se trabaja con fresón y con la ayuda del alicate curvo.

ONICOLISIS:

Pérdida de continuidad entre la placa y el lecho ungueal. Desprendimiento parcial de la uña. La uña comienza a desprenderse por los bordes hasta llegar a la raíz, produciéndose el desprendimiento total (onicoptosis)

ETIOLOGÍA: se debe a infecciones cutáneas como psoriasis, dermatitis, alergias, hiperhidrosis, sífilis, golpes pinchazos bajo la uña y superposición de dedos. También puede ser consecuencia secundaria de una micosis.

TRATAMIENTO: cortar la parte dela uña desprendida y colocar si queremos una prótesis de acrílico.

ONICOMADESIS:

Desprendimiento de placa ungueal y pérdida de continuidad con la matriz subyacente, comienza a crecer una nueva uña cuando la lamina parcialmente desprendida todavía se adhiere por su segmento distal por el lecho.

ETIOLOGÍA: provocada por enfermedades febriles, septicemias, neumonías, escarlatina, también de traumatismos, psoriasis, etc.

UÑA INVOLUTA:

Adopta forma de canuto abierto hacia abajo. La lamina ungueal aparece totalmente convexa encerrada entre sus bordes al lecho ungueal que se encuentra elevado. La lámina ungueal puede encontrarse engrosada y es muy frecuente encontrar con esta afección, otra de origen traumático que es la onicofosis.

ETIOLOGÍA: se debe a problemas circulatorios, también por rotación de dedos o por superposición de los mismos. Puede ser total o parcial, es decir de ambos bordes o de uno solo.

TRATAMIENTO: se puede realizar un corte frontal haciendo un corte en el centro, en sentido antero posterior; y de ahí dos cortes hacia ambos lados. Se retira el tejido corneo que se encuentra en los canales con el explorador. Se puede hacer un corte con el alicate recto en el mismo sentido tratando de no dejar espícula. Se puede realizar tratamientos de interpuestos blandos. Se puede tratar al principio con tintura de benjuí compuesta y luego piel sintética.

UÑAS ESTRIADAS:

Podemos encontrarlas longitudinales como transversales. Las longitudinales podemos encontrar desde la raíz al borde libre dando el aspecto de sombrero de Napoleón. Cuando presentan varias estrias longitudinales se llama distrofia ungueal de Heller y cuando se acompaña de fragilidad estamos ante una onicorrexis. Las estrias transversales son las de los surcos de Beau; se extienden desde la raíz al borde libre en forma de alas se generan como consecuencias como un retraso pasajero del crecimiento ungueal provocado por un trastorno organico. Se debe por problemas provocado por la piel por ejemplo eccemas, psoriasis, también micro traumatismos.

TRATAMIENTO: se corta y depende de la uña, se puede pulir con disco fino o desgastado, realizar un desbastado suave con un fresón.

LEUCONQUIA:

Se trata de uñas blancas que se manifiestan de maneras.

Leuconiquia verdadera: la lamina es lisa, de color blanco. Puede ser congénita o adquirida. Puede aparecer en pacientes que trabajan con sal, conchal, con intoxicación con arsénico y también puede haber origen traumático.

Leuconiquia parcial: la uña puede aparecer con estrias o puntos, con manchas blancas con diversos orígenes, como cirrosis, lepra, uremia, psoriasis.

PIGMENTACION OSCURAS EN BANDAS:

Consecuencia inclusión de melanina en las células de placa ungueal. Se encuentran con frecuencia en individuos de raza negra y a veces progresa con la edad.

ETIOLOGÍA: es a consecuencia de la actividad en un aumento de los melanocitos. Las personas blancas, nunca presentan listas pigmentarias ungueales en condiciones normales. Cuando aparecen se trata de un nevus del área de la lúnula también hay que pensar en la posibilidad de un melanoma en la matriz ungueal así también como los tumores benignos pigmentarios de larga duración, pueden malignizarse en el lecho ungueal. Podemos derivar al paciente al médico dermatólogo.

UÑAS EN VIDRIO DE RELOJ O HIPOCRÁTICAS:

Son redondeadas, convexas, en todo sentido. Se presentan en dedos hipocráticos o en palillo de tambor con cianosis local.

ETIOLOGÍA: es característicos en enfermedades respiratorias o pueden ser congénitas por una malformación cardíaca (valvulopatías congénitas, esclerosis pulmonar, enfermedades tiroideas, tumores malignos del hígado y pulmonares).

UÑAS TRAUMÁTICAS:

Hematomas subungueales. En una comezón sanguínea enquistada luego de un traumatismo por aplastamiento, pisada o caída de un objeto o pisada sobre una uña. Es muy dolorosa, ya sea que la colección de sangre que se forma no podría expandirse hacia la superficie. Este hematoma generalmente provoca el desprendimiento de la uña (onicolisis) o la caída total de la lámina (onicoptosis). Si la matriz no ha sufrido con el traumatismo dará origen a una nueva uña normal. A medida que crece la uña el hematoma se irá corriendo hacia el borde libre.

TRATAMIENTO: se debe retirar todo el tejido y sangre coagulada con el explorador. Se recorta la parte afectada y se realiza una prótesis de acrílico. Si el derrame reciente se puede practicar dos orificios con las fresas fisuradas (la más chica). Inyectamos luego agua oxigenada y de esta forma salen gotas de sangre. Después se pasa la fresa redonda, se practica vendaje y se recomienda que se siga colocando agua oxigenada con bolsa de hielo.

ONICOCRIPTOSIS:(uña encarnada)

La definimos como una acción traumática del borde del borde de la uña sobre los tejidos blandos con presencia o no de espícula pudiendo ser unilateral o bilateral, dándose con frecuencia en el 1º dedo, tanto en sexo femenino como masculino y a cualquier edad.

Los factores que pueden provocar una onicocriptosis pueden ser dos tipos = Predisponentes

o Determinantes.

Factores Predisponentes: dentro de ellos podemos nombrar los siguientes.

- 1) Un rodete ungueal demasiado elevado facilita el enclavamiento de la uña.
- 2) El calzado inadecuado, corto, en punta fina, ejerce una presión lateral sobre el rodete ungueal o un taco muy alto que provoca una sobrecarga en el antepié y por ende en el 1º dedo.
- 3) Alteraciones estructurales de los dedos: por ej. Hallux Valgus en el que se produce la rotación longitudinal y la desviación en abducción en 1º dedo, lo que va a provocar una mayor presión por el apoyo en uno de sus bordes.
- 4) Morfología de la lámina ungueal: normalmente la uña se presenta suavemente convexa, pero en algunos

casos adopta la forma de techo de teja enclavándose casi perpendicularmente en los tejidos y en otros casos la lamina aparece totalmente convexa enclavándose entre sus bordes el lecho ungueal, como es el caso de la uña involuta total o parcial.

En muchos casos este tipo de presión anormal puede provocar onicofosis confundiendo por sus síntomas con la onicocriptosis, ya que el paciente siente dolor , lo que nos lleva al factor determinante.

Factor Determinante: es el mal corte de uña efectuado por el propio paciente o con un técnico poco cuidadoso clínicamente se presenta con los síntomas como calor, dolor, rubor, tumor (Tétrada de Celsius) pudiéndose complicar con la infección tan peligrosa en pacientes diabéticos, así como también con la formación de un granuloma en el rodete ungueal, que es un pequeño tumor inflamatorio, saliente, redondeado, del tamaño de un quiste que sangra fácilmente y muestra una clara estrangulación en una base, con un surco que lo separa de la piel sana circundante.

LA ONICOCRIPTOSIS ES CONSIDERADA COMO UN PROBLEMA ONICODACTILAR.

De acuerdo a la evolución de este proceso surgen tres grados de onicocriptosis:

1º Grado: cuando es un proceso banal en el que existe una presión dolorosa de la uña en los tejidos blandos, con signos inflamatorios cuando presenta una espícula que puede visualizarse perfectamente y que no ha lesionado los tejidos del rodete ungueal.

Clínicamente se presenta con dolor y signos inflamatorios.

Su tratamiento se realiza cortando el elemento injuriante con el alicate recto o gubia recta o curva, colocándose interpuestos blandos embebidos en Titura de Benjuí compuesta o Efatracina Ungüento.

En posterior consulta se puede realizar interpuestos de piel sintética o acrílico o cemento para evitar que el rodete se eleve sobre la uña.

Si se deja evolucionar sin una atención correcta llega a una onicocriptosis de 2º Grado.

2º Grado: en ella el elemento injuriante ha producido una solución de continuidad en los tejidos blandos circundante. Luego de realizar el corte de uña, se puede colocar interpuestos con antibióticos. En posterior consulta, piel sintética y/o acrílico y cemento.

3º Grado: aquí la onicocriptosis es la mas complicada ya que estamos en presencia de una perionixis (inflamación del perioniquio de la uña). Esto también es llamado paroniquia.

Clínicamente el rodete se presenta muy inflamado dando una tumefacción dolorosa, que aumenta considerablemente de tamaño llegando a cubrir parcialmente la uña con separación y acompañado en muchas oportunidades de granuloma.

El paciente debe seguir las medidas higiénicas indicadas y concurrir a la consulta cuando le indiquen. Trataremos de separar la uña y el rodete para visualizar la espícula y efectuar el corte y posterior curación de la zona.

Esto se consigue mediante la técnica del cemento.

Para ello los materiales necesarios son: portapunte, espátula, interpuesto de algodón, gasa o cono de papel estéril, roseta de vidrio y cemento.

Los conos de papel son de uso odontológico y el cemento también. Se debe realizar previamente una limpieza del canal, previa limpieza del pie y en especial la zona a tratar. Lo realizamos con interpuestos de algodón estéril colocando en el canal ungueal con la ayuda del potrapuente, vertiendo sobre el agua oxigenada y retirando luego en forma de arrastre. Esta operación se repite varias veces. Por último utilizamos interpuestos con butimerín, solución que tiene las propiedades de antiséptico, bactericida y cicatrizante. Este trabajo nos permite ir separando el rodete de la uña y una perfecta desinfección del canal. Se seca bien con perita de aire.

Se puede aplicar butimerin en polvo o esfetracina en polvo y comenzamos con la preparación del cemento. Se coloca a un lado de la roseta de vidrio dos o tres gotas de liquido y del otro lado el polvo. Se va incorporando liquido de a poco.

Se espátula con movimientos redondeados hasta obtener una masa semisólida (esto es cuando es fosfato de zinc).

Se aplica el cemento en el canal con la ayuda del puertapuente se introduce el interpuesto lo mas profundamente posible con un solo movimiento.

Cubrimos con más cemento y se practica un vendaje que se deja 24 o 48 horas aconsejando al paciente no humedecer la zona.

Luego se retira el cemento con la ayuda del explorador. Se va a visualizar la parte de la uña injuriante (la espícula) con más facilidad.

Se procede al corte con el alicate recto o la gubia y en caso necesario se repite la operación.

Una vez realizado el corte se efectúa la desinfección con butimerin solución y se seca bien la zona con una perita de aire, y se coloca un interpuesto de algodón o gasa. También se puede utilizar implante de colágeno, gasa de propóleo o polvo de esfetracina o polvo de butimerin.

El granuloma se va reduciendo y se va formando una costra amarilla, lo cual esfoliamos con una hoja N° 15.

De esta forma se elimina el elemento injuriante que provoco este proceso. Se obtiene resultado satisfactorio sin mayor dolor para el paciente y permitiendo la deambulacion.

En posteriores consultas siempre y cuando la piel esta sana se puede aplicar interpuestos con piel sintética y por ultimo si es necesario se realiza una prótesis de acrílico para el cauce normal de la uña.

ONICOMICOSIS:

La más frecuentes son las infecciones por hongos trichophyton y candida albicans.

TRATAMIENTO: es necesario hacer estudio de laboratorio para detectar el tipo de hongo a tratar, para ello se realiza el cultivo de los mismos. Es de competencia médica. Clínicamente se presenta:

- onicomicosis subungueal distal: comienza la invasión a partir del borde libre atacando en primer lugar la queratina hiponiquial y desde allí penetra a las partes más blandas de la región intermedia de la uña, se va desplazando hacia la parte proximal. La uña pierde su transparencia, cambia su coloración que puede ser amarilla, amarilla maíz, marrón verde, según la flora asociada. En curso ulterior la lámina aumenta su espesor, se forman láminas como de madera seca que se desmenuzan y se desprenden con un tejido húmedo y seco. El lecho puede encontrarse elevado, la lámina queda tatuada en bandas que van del borde libre hacia la lunula. Al llegar aquí se ensancha y abarca el resto de la uña, llegando afectarla totalmente, a lo que se denomina onicodistrofia total.

- Leucomicosis superficial: aparece como pequeñas manchas opacas cuyos límites se van uniendo hasta cubrir toda la superficie de la lámina ungueal. En lugar de aparecer con bordes lo hacen con bandas.
- Onicomicosis subungueal proximal: es muy rara, la lesión asienta en las capas profundas de la uña. Comienza con la aparición de manchas en la zona de la lunula que puede extenderse hacia el borde libre.

TRATAMIENTO: no se puede atender una onicomicosis sin realizarse el cultivo que indique el tratamiento médico adecuado. Es un tratamiento de larga duración y debe seguir las indicaciones terapéuticas e higiénicas indicadas.

Previamente el podólogo realizará la preparación previa de la uña. Se realizará un arrastre de los tejidos afectados.

Se procederá al corte de la uña afectada o el desbastado con un fresón.

Se recomienda a el paciente la desinfección del calzado y media ya que debido a la tierra que se deposita en el puede ser medida de cultivo de los hongos.

Diariamente deben cepillarse la uña debajo del chorro de agua para eliminar por arrastre las partículas infectadas.

Secar la zona con secador y aplicar el funguicida adecuado.

CELONQUIA:

Alteración de las uñas, caracterizada por presentar una concavidad de la parte media a manera de escudilla. Las uñas pueden presentar alteraciones por modificaciones del tejido o su forma. Hay casos en que la uña modifica de tal manera su morfología que se constituye en un elemento agresivo para el dedo. En otras el tejido ungueal sufre alteraciones estructurales que terminan alterando también su morfología por concavidad exagerada sin que ello signifique modificaciones del tejido ungueal. Es común observarlas en las uñas de las manos, rara vez en los pies. Las lavanderas u obreros que trabajan durante horas con las manos mojadas pueden presentar este tipo de uñas, por reembrandensimiento de la lámina ungueal. La celoniquia puede aparecer en los casos de anemia.

MACRONIQUIA:

Uñas gigantes consecuentes a macrodactilia. Son uñas gigantes que acompañan a dedos gigantes, como en los casos de acromegalia y gigantismo, por trastornos de la hipófisis.

MICRONIQUIA:

Uñas pequeñas, pueden observarse en los casos de cretinismo congénito, por trastornos de la tiroides. Aunque se puede denominar de esta forma la uña epidérmica por su reducido tamaño.

ONICOATROFIA:

Desarrollo deficiente de las uñas. Las uñas pueden presentar alteraciones o trastornos carenciales, o insuficiencia de factores nutricios, lo cual determina diversas anomalías. La onipatrofia que tiene lugar en las uñas de los pies se manifiesta con una lámina ungueal desvitalizada, empobrecida con crecimiento lento de tal manera que se han comprobado en la clínica casos en que solamente era necesario cortarlas tres o cuatro veces al año. La uña es blanquecina, rodeada de un tejido pulverulento, el borde libre es dentado e irregular. La onicoatrofia bien puede ser clasificada dentro del grupo de las afecciones propias de las uñas. No obstante hay casos en que el tejido ungueal no presenta alteración alguna y solamente presenta una reducción de la

lámina que puede afectar al dedo.

SURCO DE BEAU:

La uña presenta surcos transversales.

Es una deformación ungueal; se atribuye su etiología a trastornos circulatorios, cuadros reumáticos, traumatismos, enfermedades febriles, infecciones, etc. Generalmente la uña presenta surcos en sentido transversal pero el tejido ungueal no se encuentra alterado.

UÑA ANGULAR:

Es un tipo de uña que presenta la lámina ungueal formando un ángulo dorsal.

Es característica del segundo dedo aunque puede formarse también en el tercero y cuarto. La uña se levanta en la parte media a lo largo del eje longitudinal constituyendo una giba o ángulo dorsal, como efecto de los dedos vecinos que se apoyan sobre la lámina ungueal. Este tipo de uña es el resultado de superposición de dedos tal como ocurre en el halus valvus en que el primer dedo suele cabalgar sobre el segundo, o el tercero sobre el segundo, en dedos de martillo, etc. La uña angular presenta en su borde libre una prolongación del lecho que muchas veces se confunde con la arista de este, de ahí la necesidad en estos casos de explorar previamente el borde de la uña para evitar lesionar el lecho prolongado cuando se corta la uña.

UÑA EN GARRA:

Es la uña que adopta una forma encorvada hacia el pulpejo.

Recibe esta denominación por la forma en que adopta, pero en realidad se trata de uñas no cortadas en tiempo que al crecer exageradamente se encorvan siguiendo la forma del pulpejo. Es frecuente observar este tipo de uña en los ancianos postrados, con las alteraciones ungueales seniles consecuentes.

ONICOFIMA:

Engrosamiento de las uñas.

El engrosamiento de las uñas puede responder a distintas causas, adoptando las más variadas formas. El engrosamiento de la uña puede tener origen en un traumatismo que muchas veces pasa inadvertido, o en un trastorno trófico, puede ser la expresión de enfermedades de distinta etiología. El engrosamiento de la lámina ungueal puede encontrarse en diversas formas clínicas, pudiendo ser:

- engrosamiento virtual: es la uña que aparenta un engrosamiento, pero es solamente a nivel del borde libre por acumulación de tejido corneo, manteniendo el resto de la lámina su espesor normal.
- Engrosamiento real: es el que compromete a toda la lámina, a excepción de la zona correspondiente a la lunula.

TRATAMIENTO: reducir por fresado el espesor que resulte agresivo para el dedo. Se logra mejor reducción del tejido con la rueda fisurada lisa.

UÑA EN DEDAL:

Es una uña de constitución fibrosa, semejante a un dedal por su forma. Algunas formas de dermatosis pueden incluirla dentro de su sintomatología. Es de tratamiento especializado.

ESCLERONIQUIA:

Lesión de la uña que consiste en una induración o engrosamiento, que puede ser empleado para señalar los estados patológicos de la uña con esta sintomatología, o para identificar cierta cantidad de casos en que la uña presenta esta característica sin que ello signifique que se encuentra afectada.

ETIOLOGÍA: Cuando se observa en la clínica uñas de notable dureza y espesor sin evidenciar signos patológicos, siendo además de característica ungueal de esos pacientes sin cambios en el transcurso de los años. De modo que podemos identificar: uñas gruesas y duras sin alteraciones en la constitución del tejido; y uñas gruesas y duras con alteraciones en el tejido. En general las uñas gruesas pueden plantear conflictos mecánicos al dedo por la acción del calzado constituyendo se en un cuerpo agresivo para el propio dedo.

En el anciano se observan uñas duras y gruesas principalmente en el primer dedo por lo difícil que le resulta cortarla con elementos comunes, se dejan crecer en muchos casos de manera tal (onicogrifosis, onicoausis) que son la causa de lesiones al dedo por la compresión del calzado sobre la uña que se ha transformado en un cuerpo de consistencia que injuria las partes blandas del dedo. Este tipo de uña es rara en el joven y excepcional en el niño.

UÑA EPIDÉRMICA:

Esta formada por queratina blanda constituyendo una lámina ungueal deformada, de textura débil y blanda. El quinto dedo del pie es el principal exponente de este tipo de uña.

ETIOLOGÍA: la encontramos en la acción mecánica del calzado actuando sobre una uña de hecho pequeña y débil para oponer la resistencia. El calzado predispone los factores causales de la uña epidérmica, asociándose a estados predisponentes debido a cortes defectuosos, exfoliación y descamación de la lámina ungueal, fisuras, pérdida de consistencia en los casos de hiperhidrosis, etc. La distrofia puede comprometer la lámina ungueal en forma total o parcial, complicando la lesión, núcleos queratósicos secundarios localizados en pliegues. La uña epidérmica parcial y las consecuentes alteraciones del tejido ungueal, tienen lugar en casi todos los casos, sobre la mitad externa de la uña y la zona del lecho correspondiente. Dos formas son las más frecuentes, las que aparecen en el quinto dedo particularmente en el quinto dedo varo.

Uña epidérmica parcial, compromete a una parte de la lámina ungueal, generalmente a la mitad externa. La porción afectada se presenta con un tejido blando estriado, confundido con una hiperqueratosis marginal, que terminará formando un núcleo queratósico cuya localización preferencial será el ángulo posterior externo de los pliegues peri ungueales. El quinto dedo varo se superpone al cuarto dedo quedando la uña expuesta a la acción mecánica del calzado, lo cual determina la alteración del tejido por compresión. Entre la posición sana de la uña y la modificada queda un desnivel que favorece el desarrollo de hiperqueratosis determinando la depresión del lecho a medida que aumenta el espesor de la misma.

Uña epidérmica total: se presenta como una uña atrófica, blanda, en algunos casos es de dimensiones tan reducidas que el lecho se retrae quedando solamente una ranura o surco transversal. En condiciones normales la uña del quinto dedo ofrece una relativa protección, pues en la mayoría de los casos principalmente en la mujer es una uña mal desarrollada debido a la constante presión y roce del calzado, y en el caso del uso del tacón alto más aún, puesto que el apoyo del dedo se supina quedando comprimida entre el dedo y la puntera.

ONICORESIS: Uñas quebradizas y débiles.

La uña puede perder consistencia por modificaciones de su tejido en las siguientes situaciones

- reblandecimiento de la uña.
- exfoliación o descamación del tejido ungueal

- separación del tejido debido a surcos, fisuras, estrias, etc...

Etiología: pueden ser a causa de problemas de orden general.

Ej.

En la insuficiencia paratoidea, alteración prolongada del metabolismo del calcio y fosforo , provocan síntomas tróficos, como pueden ser una lamina ungueal quebradiza.

En las enfermedades vasculares del M.M.I.I, uno de los síntomas es debido a la isquemia de tejidos superficiales es la alteración dela lamina ungueal, que crece debil y despacio.

ANONIQUIA: Falta congenita de uña, pude ser unilateral o bilateral, en un dedo o en varios. Puede existir una anoniquia postraumática o posquirúrgica.

TRATAMIENTO: existen dos formas.

- Cuando el heloma esta situado en la parte anterior dela uña , cerca del borde libre, se procura despegar el espacio que rodea el núcleo; luego, con una cureta o cucharilla cortante, se hace el resecado del núcleo.
- Resecado infraungueal: si el heloma esta en el centro de la uña , se realiza el abordaje con torno y fresa; se reseca el núcleo con bisturí. Si el heloma esta cerca del borde libre se puede cortar la uña en V y se reseca el núcleo con bisturí.

En ambos casos después se aplica una pomada antiséptica sobre la zona de enucleación y se cubre con una cubierta o lamina.

CELONIQUIA O COLONIQUIA: Alteración de las uñas caracterizadas por una concavidad en la parte media a manera de escudilla

ONICAMALACIA: remblandensimiento de las uñas.

ONICOSQUISIS: división de las uñas con fisuras.

ONICOSQUIZIA: estado fisurado de las uñas y separación del lecho.

ONICOATROFIA: desarrollo deficiente de las uñas.

INDICE

Tema Pag.

ONICOAUXIS 1

ESCLERONIQUIA 1

ONICOGRIFOSIS 1

ONICOLISIS 1

ONICOMADESIS 2

UÑA INVOLUTA 2

UÑAS ESTRIADAS 2	
LEUCONQUIA 3	
PIGMENTACION OSCURAS EN BANDAS 3	
UÑAS EN VIDRIOS DE RELOJ O HIPOCRATICAS 3	
UÑAS TRAUMATICAS 3	
ONICOCRIPTOSIS 3	
ONICOMICOSIS 6	
CELONQUIA 6	
MACRONQUIA 7	
MICRONQUIA 7	
ONICOATROFIA 7	
SURCO DE BEAU 7	
UÑA ANGULAR 7	
UÑA EN GARRA 7	
ONICOFIMA 8	
UÑA EN DEDAL 8	
ESCLERONQUIA 8	
UÑA EPIDÉRMICA 8	
ONICORESIS 9	
ANONQUIA 9	
CELONQUIA O COLONQUIA 10	
ONICOMALACIA 10	
ONICOSQUISIS.....	10
ONICOQUIZIA.....	10
ONICOATROFIA.....	10

BIBLIOGRAFÍA:

- * Estudio del pie y clínica podológica (Nelson C. Pierre)
- * El pie diabético (Dr. Ariel Roca Villalba – Dr. Daniel Machin Torres)
- * Dr: Eusebio Baeza .cap.XVI del libro curso de podologia
- * M.L: Guillén Alvarez y P.D. Mugüerza Pecker

PODOLOGIA DEPORTIVA

- * Revistas Podologicas Argentinas.

1º Parte LESIONES A NIVEL DEL PIE

◆ Micro traumático

- Factores intrínsecos e factores extrínsecos.

◆ Macro traumáticas

- Causas.

◆ LESIONES EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

Lesiones en zonas de cartílago de crecimiento.

◆ LESIONES EN PIE

- **HONGOS**

- **FACTORES PREDISPONENTES(causantes de los hongos)**

- **SÍNTOMAS**

2º PARTE CALZADO DEPORTIVO

◆ TIPOS PARA DISTINTOS DEPORTES.

◆ LESIONES RELACIONADAS AL CALSADO.

◆ MATERIALES CON EL CUAL SON CONFESIONADOS.

◆ ESTUDIO REALIZADO EN EL URUGUAY.

◆ PASOS PARA UN PIE SANO.

