

Le patologie "minori" dell'apparato ungueale

Antonio Pugliese

Medico di medicina generale
Castellaneta (TA)
Responsabile Nazionale

Dipartimento di Dermatologia AIMEF

Durante la pratica quotidiana spesso si incorre in patologie "minori" dell'apparato ungueale, come l'onicofagia e la perionissi acuta o cronica, che in alcuni casi non vanno sottovalutate. Possono essere il sintomo di malattie impegnative, come il diabete, o nascondere disturbi di carattere psicologico

Nell'ambito delle patologie che riguardano l'apparato ungueale prevalgono quelle causate da infezioni, ma non bisogna dimenticare le patologie intermistiche, le malattie cutanee, le distrofie ungueali, i traumi, gli eczemi, le irritazioni da sostanze chimiche e le forme congenite.

Anche se quotidianamente l'unghia e le pliche dei tessuti periungueali (perionichio) vengono a contatto con una moltitudine di agenti traumatici, irritativi, infettivi, esse possiedono una capacità di difesa anatomica e rigenerativa tale da ridurre al minimo il danno, ma l'alterazione di questo equilibrio può rappresentare un fattore di rischio. In alcuni casi le unghie possono presentare aspetti diversi (unghie rosicchiate): siamo in presenza di onicofagia. Il "mangiarsi le unghie" non riguarda solo il bordo libero, ma anche la lamina e le cuticole, fino ad interessare tutta la piega ungueale prossimale, da cui ne deriva la facile insorgenza di paterreci e verruche periungueali. Va segnalato che il sintomo cutaneo potrebbe essere rivelatore di un conflitto psichico alla base di psicopatologie. La perionissi (figura 1) non va confusa con i granulomi periungueali. La cattiva abitudine di rosicchiarsi in continuazione le unghie o una manicure esegui-

ta in maniera troppo aggressiva, facilitano la sua comparsa. Le cuticole sono molto importanti, perché tengono ben aderente la pelle all'unghia, evitando così che gli agenti esterni possano penetrare nell'organismo. Naturalmente tutte le lesioni di questa barriera facilitano la penetrazione di noxae patogeniche. Una volta entrato nell'organismo, l'agente infettivo comincia a causare danni, la pelle diventa tesa, la zona intorno all'unghia s'infiamma, si arrossa e si gonfia: in genere, tali manifestazioni interessano solo metà perionichio (forma acuta). L'unghia può scollarsi dalla propria sede naturale, diventare bianca oppure di colore giallo-verdastro, in base al tipo di microrganismo che ha provocato l'infezione.

La perionissi comporta un dolore più o meno intenso, in particolare quando si tocca l'unghia. Se l'infezione colpisce il polpastrello la manifestazione è molto dolorosa, il polpastrello diventa particolarmente gonfio e arrossato, la persona avverte un senso di pulsazione all'interno del dito. Più la pulsazione diventa frequente, più aumenta il dolore, più il dito duole anche quando non viene toccato. Frequentemente al dolore si associa un aumento della temperatura corporea e se l'infezione è molto seria, può diffondersi prima alle articolazioni

del dito e poi ai tendini fino a interessare anche tutto il dito con gravi conseguenze.

Tra le malattie che possono favorire la comparsa della perionissi la più frequente è il diabete mellito.

Alcune categorie professionali (parucchieri, baristi e più in generale chi deve tenere le mani a lungo a contatto con l'acqua) sono molto più esposte alla perionissi di tipo cronico (figura 2). Infatti, l'acqua altera il film idrolipidico e la cuticola protettiva che fa da barriera alla pelle, ma anche lo strato corneo, che è lo scudo verso l'esterno, rendendo più vulnerabile la pelle. Senza questa protezione, le mani possono andare incontro a piccole lesioni, che diventano una pericolosa via d'ingresso per funghi, virus e batteri. Durante i lavori domestici o quelli manuali, come il giardinaggio (per la puntura di una spina o per infissione di una scheggia), può insorgere la perionissi al polpastrello delle dita.

Gli agenti eziologici più comunemente implicati sono *Streptococcus pyogenes*, *Streptococcus aureus*, *Pseudomonas aeruginosa*, mentre in percentuale minore la malattia può essere provocata dall'*Escherichia coli*. Altre volte, a causare la perionissi possono essere i miceti, come la *Candida albicans*, oppure virus, come l'*Herpes simplex*. Tutti i microrganismi

Figura 1

Perionissi



Figura 2

Perionissi cronica



Figura 3

Granuloma periungueale



presenti nell'ambiente, negli alimenti e sulla pelle possono essere implicati nei pazienti immunocompromessi.

■ Diagnosi differenziale

La diagnosi differenziale va posta con onicomicosi, pemfigo, candidiasi, dermatite allergica da contatto, dermatite da contatto con irritanti, celluliti, herpes simplex, unghia incarnita, manifestazioni cutanee di HIV, carcinoma squamocellulare.

Una diagnosi differenziale importante va posta con i granulomi periungueali (*figura 3*) dovuti alla flogosi dei tessuti periungueali, con formazione di tessuto di granulazione come reazione tissutale all'unghia, che nella zona del bordo libero taglia i tessuti. Quando il margine laterale della lamina ungueale sfonda l'epidermide del vallo ungueale laterale si ha il contatto tra lamina e derma e quindi tra lamina e cellule immunocompetenti circolanti. Si verifica così una reazione infiammatoria nei confronti della cheratina, di cui è for-

mata la lamina, che viene riconosciuta come un corpo estraneo.

Inoltre, nel momento di "sfondamento" dell'epidermide vi è il passaggio di microrganismi nel derma e ancora una volta il richiamo di nuove cellule della difesa immunitaria, in primo luogo i leucociti neutrofili. La battaglia tra cellule difensive e l'invasore, lamina ungueale e microrganismi, provoca una reazione infiammatoria violenta, che porta alla formazione del granuloma piogenico. In pratica in questa forma non si produce pus, ma tessuto di granulazione.

■ Terapia e prevenzione

La terapia varia a seconda della forma - acuta o cronica - e dall'estensione dell'infezione.

Nelle forme acute sono consigliabili impacchi alcolici o bagni con soluzioni antisettiche (clorexidina, amuchina, ecc) associati ad antibiotici sistemici. Prima di iniziare la terapia antibiotica a largo spettro sarebbe opportuno effettuare un tampono colturale del pus in modo da

potere usare, in caso di mancata risposta, la terapia mirata; se si sospetta una forma di herpes basta eseguire un esame citologico con test di Tzanck.

Il pus può essere drenato chirurgicamente, senza asportare l'unghia, con un semplice scollamento/ sollevamento della sacca o con l'incisione.

Nelle forme croniche va verificata la presenza di diabete e lo stato di immunocompromissione del paziente. Il trattamento iniziale consiste nell'evitare l'esposizione ad ambienti umidi e/o fattori irritanti la pelle. Tenere la lesione asciutta è essenziale per il recupero corretto.

Vanno forniti alcuni consigli ai pazienti: evitare manipolazioni dell'unghia (come la manicure, mordere le unghie, succhiare le dita o incidere la lesione) che possono condurre a infezioni batteriche e/o micotiche secondarie. Inoltre vanno applicate emulsioni idratanti dopo la lavatura con saponi non irritanti e va evitato il contatto diretto con i detersivi, mediante l'uso di guanti o calzini di cotone.