

TRABAJO DE REVISIÓN

Abordaje integral de la uña en pinza: causas, diagnóstico y estrategias terapéuticas

Comprehensive approach to pincer nail deformity: etiology, diagnosis, and therapeutic strategies

Hilayali Aguilar Molina¹ y Daniel Manzur Sandoval²

RESUMEN

La uña en pinza es una onicopatía caracterizada por la sobrecurvatura transversal de la uña, lo que provoca el pinzamiento del lecho ungueal. El primer dedo del pie es el más frecuentemente afectado. Esta condición puede asociarse a dolor, que varía de leve a severo, y a un engrosamiento

de la lámina ungueal que dificulta su corte. El tratamiento depende del grado de severidad y puede ser conservador o quirúrgico, especialmente cuando se asocia a dolor e inflamación.

Palabras clave: uña en pinza, *unguis contringens*.

Dermatol. Argent. 2026; 32(1): 46-50

ABSTRACT

Pincer nail deformity is an onychopathy characterized by the transverse overcurvature of the nail, causing clamping of the nail bed. The first toe is the most frequently affected. This condition may be associated with mild to severe pain and thickening of the nail plate, making it difficult to trim. Its

treatment depends on the degree of severity and may be either conservative or surgical, particularly when pain and inflammation are present.

Key words: pincer nail deformity, *unguis contringens*.

Dermatol. Argent. 2026; 32(1): 46-50

¹ Médica Dermatóloga

² Médico Internista

Torre Médica Tlalpan, Ciudad de México, México

Contacto del autor: Daniel Manzur Sandoval

E-mail: drdanielmanzur@gmail.com

Fecha de trabajo recibido: 1/2/2025

Fecha de trabajo aceptado: 7/10/2025

Conflicto de intereses: los autores declaran que no existe conflicto de interés.

INTRODUCCIÓN

La uña en pinza es una deformidad ungueal caracterizada por una marcada sobrecurvatura transversal que puede generar dolor, inflamación y limitaciones funcionales. Su etiología es diversa, incluyendo formas hereditarias y adquiridas; estas últimas frecuentemente se relacionan con factores mecánicos y dermatosis. A pesar de las múltiples alternativas terapéuticas descritas, no existe un consenso definitivo sobre el tratamiento ideal. En este contexto, la presente revisión aborda de manera integral las causas, el diagnóstico y las estrategias terapéuticas actualmente disponibles para esta entidad^{1,2}.

Metodología

Se realizó una revisión narrativa de la literatura científica con el objetivo de integrar la información disponible acerca de la uña en pinza. La búsqueda se realizó en las bases de datos PubMed/MEDLINE, Scopus y Google Scholar, utilizando los términos “*pincer nail deformity*”, “*pincer nail*”, “*omega nail*” y “*trumpet nail*”. El período considerado comprendió desde el año 2000 hasta diciembre de 2024, incluyendo artículos en inglés y español.

Se incluyeron artículos originales, revisiones, reportes y series de casos que abordaran la etiología, el diagnóstico o el tratamiento de la uña en pinza. Se

excluyeron publicaciones sin acceso a texto completo, duplicados y aquellas que no aportaran información clínica relevante.

La selección de la literatura se realizó de manera independiente y los datos recolectados se organizaron en tres ejes temáticos: causas, diagnóstico y estrategias terapéuticas, con el fin de sintetizar la evidencia de manera estructurada.

Asimismo, se incorporaron imágenes clínicas de casos propios del autor, provenientes de la práctica médica, con el propósito de ejemplificar las manifestaciones clínicas y los resultados terapéuticos.

Antecedentes

El término uña en pinza fue introducido por Cornelius y Shelley y se refiere a la sobrecurvatura transversal de la uña que provoca el pinzamiento del lecho ungueal¹. La curvatura aumenta conforme se extiende distalmente, dando una apariencia de trompeta. Otros nombres con los que se conoce esta entidad son uña curvada y *unguis contringens*².

Esta condición afecta principalmente a personas mayores de 40 años, con predominio en sexo femenino, probablemente relacionado con el tipo de calzado³.

Etiología

Puede ser hereditaria o adquirida. La forma hereditaria, descrita por Chapman, se caracteriza por ser generalmente simétrica y afectar a varios miembros de la misma familia. A menudo compromete el primer dedo, aunque también puede involucrar otros. Se asocia con desviación congénita del aparato ungueal⁴.

Las formas adquiridas no son simétricas y pueden ser secundarias a diversas dermatosis, siendo más frecuente su asociación con psoriasis, tumores ungueales (como exostosis subungueal o quistes de inclusión) y onicomiosis (Foto 1), así como después de la colocación de fístulas arteriovenosas para hemodiálisis, en cuyo caso se limita a la mano. También se ha asociado al uso de fármacos, como los betabloqueadores y el pamidronato, que desaparecen al suspender el medicamento^{5,6}.

Otras formas adquiridas se relacionan a la deformidad en el pie con desviación de las falanges, probablemente secundaria al uso de calzado apretado. Las fuerzas mecánicas pueden afectar la configuración ungueal y están involucradas en la etiología de la uña en pinza^{7,8}.

Fisiopatología

La sobrecurvatura se debe inicialmente a que la base de la falange distal es ancha; la matriz ungueal,

firmemente adherida a ella por fibras de colágeno, disminuye la curvatura ungueal normal en la base y la incrementa de forma distal. Esta sobrecurvatura distal ejerce tracción y atrapamiento del lecho ungueal, lo que provoca la elevación dorsal. Al estar adherida a la falange distal, se genera la formación de un osteofito, un fenómeno que puede considerarse una deformidad secundaria debido a la alteración primaria de la uña. La presencia de osteofitos es prácticamente del 100% en los casos de uña en pinza⁹.

Además, se ha estudiado la relación entre la falange distal y la convexidad de la lámina ungueal, y se encontró que la falange no determina la forma de la lámina, de este modo, el osteofito resulta de la sobrecurvatura ungueal¹⁰.

Otra teoría sobre su etiología es el trauma repetido, que contribuye a la formación de un osteofito en la falange distal y favorece la sobrecurvatura de la lámina ungueal¹¹.

Cuadro clínico

Existen tres tipos clínicos: uña en trompeta (la más frecuente), uña en teja y uña en grapa (Foto 2)³.

El primer aparato ungueal de los pies es el más afectado. Clínicamente, se observa una sobrecurvatura transversal que lleva los bordes laterales de la lámina ungueal a pinzar el lecho. Esta curvatura puede ser tan severa que forma un tubo, conocido como uña en taco. Generalmente, se acompaña de queratosis subungueal^{1,2}.

En algunos casos, los bordes de la lámina ungueal pueden romper el epitelio del lecho y provocar tejido de granulación y onicocriptosis.

El corte de las uñas se torna difícil y doloroso; sin embargo, algunos casos no presentan molestias⁴.

Tratamientos

La principal indicación para el tratamiento de la uña en pinza es el dolor y la inflamación, aunque también puede justificarse por la imposibilidad de usar calzado adecuado o por motivos estéticos².

La elección terapéutica dependerá de la severidad, el tipo de sobrecurvatura, los factores de riesgo y los tratamientos previos. Para valorar la respuesta y objetivar la deformidad se emplean los índices de curvatura ungueal⁹:

- Índice de ancho ($B/A \times 100$): valores cercanos al 100% indican una uña más angosta, mientras que valores cercanos al 0% reflejan una uña más plana.

- Índice de elevación ($C/B \times 100$): valores próximos al 0% sugieren una uña plana, y cercanos al 100% una uña más protrusa⁹⁻¹².

Conservador

En casos leves, se indican medidas no invasivas como emolientes y queratolíticos (urea al 40%; Fotos 3 y 4) bajo oclusión, además del adelgazamiento mecánico de la lámina¹³. Cuando la deformidad es incipiente, pueden aplicarse dispositivos plásticos transversales que amplían progresivamente el lecho ungueal¹⁴.

En los últimos años han cobrado relevancia los dispositivos de aleación con memoria de forma (níquel-titanio) aplicados sobre la lámina ungueal; estos corrigen la curvatura en pocas semanas, son sencillos de colocar, indolores y con baja tasa de recurrencia¹⁵⁻¹⁷.

De forma similar, se ha descrito el uso de alambres ortodónticos superelásticos fijados en la parte distal de la uña, con resultados satisfactorios y mínimamente invasivos¹⁸⁻¹⁹.

Quirúrgico

El tratamiento quirúrgico de la uña en pinza es amplio y diverso; no obstante, hasta la fecha no existe un procedimiento que logre de manera consistente una mejoría rápida, con baja tasa de recurrencia y resultados cosméticos óptimos⁹. Por este motivo, las técnicas quirúrgicas deben reservarse para pacientes con sintomatología importante, deformidad severa o en quienes las medidas conservadoras han fracasado².

Durante la última década se han publicado varias técnicas quirúrgicas con resultados prometedores:

- Matricectomía química con ácido tricloroacético (*trichloroacetic acid*, TCA) al 100% y fijación con barra de aluminio. Chi et al.²⁰ reportaron esta técnica en siete pacientes (12 uñas), con un seguimiento de 3 a 32 meses. Los autores observaron ausencia de recurrencias y complicaciones, lo que posiciona al TCA como una alternativa eficaz y de bajo riesgo frente al fenol tradicional. La fijación con barra de aluminio proporciona estabilidad al lecho y favorece el crecimiento de una lámina ungueal más plana.

- Colgajo de lecho en zigzag. Kosaka et al.²¹ aplicaron este método en 90 uñas afectadas. El procedimiento consiste en diseñar un colgajo en zigzag sobre el lecho ungueal, que permite expandir su superficie transversal y reducir la curvatura excesiva. Durante un

año de seguimiento, no se reportaron complicaciones posquirúrgicas (dolor, infección, cicatrización anómala) ni recidivas. Se considera una técnica eficaz en casos severos y refractarios.

- Plastia del lecho ungueal con cortes longitudinales. Ghaffarpour et al.²² describieron la realización de incisiones longitudinales en el lecho ungueal con el objetivo de ampliar su longitud transversal y modificar las fuerzas de curvatura. En su serie de 11 pacientes, todos presentaron mejoría clínica significativa y ausencia de recidivas a los 15 meses de seguimiento. Este procedimiento se caracteriza por ser relativamente sencillo, reproducible y con resultados funcionales satisfactorios (Fotos 5 y 6).

- Corrección mediante doble Z-plastia vertical. Son et al.²³ publicaron una técnica basada en la realización de una Z-plastia orientada verticalmente en el borde distal y lateral del dedo. En una serie de cinco pacientes, con un año de seguimiento, se reportó resolución completa de la deformidad sin recurrencias. La ventaja principal de este procedimiento es la redistribución de tensiones mecánicas en la región distal, lo que permite mantener una superficie ungueal plana y estable.

- Plastia del lecho ungueal (denominada lechoplastia) con doble Z-plastia del hiponiquio. Cho et al.²⁴ propusieron esta modificación en 20 uñas afectadas. El diseño de doble Z en la región del hiponiquio facilita la expansión del lecho y mejora el alineamiento de la lámina ungueal. Los resultados fueron excelentes, tanto desde el punto de vista cosmético como funcional, con ausencia de recidivas a largo plazo. Esta técnica se considera actualmente una de las más efectivas para casos avanzados y deformidades complejas.

En conjunto, estas técnicas reflejan la tendencia de la última década hacia procedimientos más anatómicos, enfocados en la expansión del lecho ungueal y la redistribución de las fuerzas mecánicas responsables de la sobrecurvatura. Si bien los reportes muestran tasas de éxito elevadas y baja recurrencia, la mayoría corresponde a series pequeñas de pacientes, por lo que aún se requieren estudios comparativos y de seguimiento prolongado para establecer un estándar quirúrgico definitivo.



FOTO 1: Uña en grapa con onicocriptosis lateral y dolor.



FOTO 2: Uña en pinza secundaria a onicomicosis.



FOTO 3: Uña en pinza con sobrecurvatura y queratosis subungueal previo al tratamiento con queratolíticos.



FOTO 4: Mismo caso de la Foto 3: control al mes del tratamiento conservador con urea al 40%, con mejoría clínica evidente.



FOTO 5: Uña en pinza que ocasiona dolor con el uso del calzado.



FOTO 6: Mismo caso de la Foto 5: control posquirúrgico a los 5 meses.

CONCLUSIONES

El abordaje terapéutico de la uña en pinza aún es un reto dado que ninguna estrategia demostró resultados definitivos ni ausencia de recurrencia. Los tratamientos conservadores pueden ofrecer alivio sintomático en casos leves, pero su eficacia suele ser transitoria. Las técnicas quirúrgicas, aunque más resolutivas, no están exentas de complicaciones y recidivas, lo que obliga a individualizar la elección del procedimiento según

la severidad de la deformidad, el grado de dolor y las expectativas del paciente. Se requieren investigaciones comparativas y de seguimiento a largo plazo que permitan establecer protocolos terapéuticos más efectivos y duraderos.

NdR: el presente trabajo fue elaborado íntegramente por los autores, sin empleo de sistemas de inteligencia artificial para su redacción ni análisis.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cornelius CE, Shelley WB. Pincer nail syndrome. *Arch Surg.* 1968;96:321-322.
2. Baran R, Haneke E, Richert B. Pincer nails: definition and surgical treatment. *Dermatol Surg.* 2001;27:261-266.
3. Lee JI, Lee YB, Oh ST, Park HJ, et al. A clinical study of 35 cases of pincer nails. *Ann Dermatol.* 2011;23:417-423.
4. Chapman RS. Overcurvature of the nails: an inherited disorder. *Br J Dermatol.* 1973;89:317-318.
5. Greiner D, Schofer H, Milbradt R. Reversible transverse overcurvature of the nails (pincer nails) after treatment with β -blocker. *J Am Acad Dermatol.* 1998;39:486-487.
6. Failla V, Richert BJS, Nikkels AF. Pincer nails associated with pamidronate. *Clin Exp Dermatol.* 2011;36:305-306.
7. Sano H, Ichioka S. Influence of mechanical forces as a part of nail configuration. *Dermatology.* 2012;225:210-214.
8. Sano H, Ogawa R. Clinical evidence for the relationship between nail configuration and mechanical forces. *Plast Reconstr Surg Glob Open.* 2014;2:e115.
9. Kosaka M, Kusuhara H, Mochizuki Y, Mori H, et al. Morphologic study of normal, ingrown, and pincer nails. *Dermatol Surg.* 2010;36:31-38.
10. Parinello JF, Japour CJ, Dykyj D. Incurvated nail: does the phalanx determine nail plate shape? *J Am Podiatr Med Assoc.* 1995;85:696-698.
11. Mahon DJ, Holland DM. The hallucal distal phalanx and transverse convexity of the nail plate: the relationship. *Foot.* 2000;10:59-65.
12. Jung DJ, Kim JH, Lee HY, Kim DC, et al. Anatomical characteristics and surgical treatments of pincer nail deformity. *Arch Plast Surg.* 2015;42:207-213.
13. Sano H, Ogawa R. A novel nonsurgical treatment for pincer nail that involves mechanical force control. *Plast Reconstr Surg Glob Open.* 2015;3.
14. Di Chiacchio M, Kadunc BV, Trindade de Almeida AR, Madeira CL. Treatment of transverse overcurvature of the nail with a plastic device: measurement of response. *J Am Acad Dermatol.* 2006;55:1081-1084.
15. Kim KD, Sim WY. Surgical pearl: nail plate separation and splint fixation. A new noninvasive treatment for pincer nails. *J Am Acad Dermatol.* 2003;48:791-792.
16. Kim JY, Park SY, Jin SP, Yoon HS, et al. Quick and easy correction of a symptomatic pincer nail using a shape memory alloy device. *Dermatol Surg.* 2013;39:1520-1526.
17. Yang BH, Bang CY, Byun JW, Han SH, et al. A case of pincer nail treated using a shape-memory alloy. *Dermatol Surg.* 2011;37:1536-1538.
18. Moriue T, Yoneda K, Moriue J, Matsouka Y. A simple therapeutic strategy with super elastic wire for ingrown toenails. *Dermatol Surg.* 2008;34:1729-1732.
19. Tseng JTP, Ho WT, Hsu CH, Lin MH, et al. A simple therapeutic approach to pincer nail deformity using a memory alloy: measurement of response. *Dermatol Surg.* 2013;39:398-405.
20. Chi SG, Song GH, Lee WJ, Lee SJ, et al. Trichloroacetic acid matrixectomy and aluminium splint fixation for the treatment of pincer nails. *Dermatol Surg.* 2010;36:1493-1498.
21. Kosaka M, Asamura S, Wada Y, Kusada A, et al. Pincer nails treated using zigzag nail bed flap method: results of 71 toenails. *Dermatol Surg.* 2010;36:506-511.
22. Ghaffarpour G, Tabaie SM, Ghaffarpour G. A new surgical technique for the correction of pincer-nail deformity: combination of splint and nail bed cutting. *Dermatol Surg.* 2010;36:2037-2041.
23. Son ET, Tak MS, Song WJ. Correction of pincer nail deformity: using a vertical Z-plasty (abstract). *Plast Surg.* 2013;158.
24. Cho YJ, Lee JH, Shin DJ, Sim WY. Correction of pincer nail deformities using a modified double Z-plasty. *Dermatol Surg.* 2015;41:736-740.