

REVISTA ACADÉMICA
seys

*Salud, Educación
y Sociedad*



Semestral / Vol. 5 / Núm. 2 / Septiembre 2026

2

ISSN: 2796-986X



Obra: Agua Imaginaria,
Técnica: acrílico sobre bastidor, 120 x 60 cm
Autora: Carla Celoria

Implicación del engrosamiento ungueal en el tratamiento de la onicomycosis del pie: revisión bibliográfica sobre su impacto en la eficacia terapéutica

Implication of Nail Thickening in the Treatment of Onychomycosis of the Foot: A Literature Review on its Impact on Therapeutic Efficacy

Autor

Francisco Javier Bustos Briones - fbustos@tesa.edu.ec -

Licenciado en Podología por la Universidad del Gran Rosario, Argentina.
Instituto Superior Tecnológico San Antonio, Ecuador.

<https://orcid.org/0009-0005-3192-1990>

RECIBIDO 23/04/2026

ACEPTADO 13/07/2026

DOI [HTTPS://DOI.ORG/10.64478/A3CS7F59](https://doi.org/10.64478/A3CS7F59)

Resumen

La onicomycosis es una infección por hongos que provoca una respuesta inflamatoria en el lecho ungueal, lo cual genera queratina de forma excesiva. La queratina se acumula y se produce el aumento del grosor de la uña. Esta revisión bibliográfica se enfoca en la búsqueda de información sobre la queratinización del lecho ungueal en onicomycosis causada por dermatofitos y la evidencia de protocolos con el uso de urea como queratolítico para tratar la queratosis subungueal. Este estudio tiene un enfoque cualitativo y corresponde a una investigación de tipo documental con un muestreo no probabilístico por criterios o intencional. Se realizó una búsqueda sistemática de artículos científicos que abordaran esta problemática y la búsqueda se efectuó por medio de motores de búsqueda como Cochrane, PubMed, ScienceDirect y Scopus. Diez estudios epidemiológicos demostraron que la onicomycosis es causada por dermatofitos en un 80% a 90%, y el *Trycophytum Rubrum* es el agente más común. Ocho estudios han comprobado la eficacia de la terbinafina como antifúngico; seis estudios mencionan la efectividad de la urea al 30% o 40% como agente queratolítico, lo que facilita la penetración de los antifúngicos tópicos; y cuatro estudios señalan las repercusiones que se presentan a nivel clínico, como el dolor; estéticas, por la deformación de la uña; y funcionales, al limitar la movilidad debido al dolor.

Palabras clave

- Onicomycosis;
- Queratosis;
- Urea;
- Terbinafina

Summary

Onychomycosis is a fungal infection, usually caused by dermatophytes, that triggers an inflammatory response in the nail bed. This leads to excessive keratin production, which accumulates and thickens the nail. This literature review focuses on information on nail bed keratinization in onychomycosis caused by dermatophytes and evidence of protocols using urea as a keratolytic to treat subungual keratosis. This study uses a qualitative approach and is a documentary – style research project using non – probability criteria or purposive sampling. A systematic search was conducted for scientific articles addressing this issue, using search engines such as Cochrane, PubMed, ScienceDirect and Scopus. Ten epidemiological studies demonstrated that onychomycosis is caused by dermatophytes in 80% to 90% of cases, with *Trichophyton rubrum* being the most common agent. Eight studies have confirmed the efficacy of terbinafine as an antifungal; six studies mention the effectiveness of 30% or 40% urea as a keratolytic agent, which facilitates the penetration of topical antifungals; and four studies indicate the clinical repercussions, such as pain, aesthetic effects due to nail deformity, and functional limitations in mobility caused by pain.

Keywords

- Onychomycosis;
- Keratosis;
- Urea;
- Terbinafine

Introducción

La onicomycosis es una infección que afecta a las uñas y es de una frecuencia alta en el mundo. Representa aproximadamente un 50% de las afectaciones ungueales que se diagnostican clínicamente, tiene una prevalencia a nivel mundial entre el 2% y el 13% de la población. A nivel Latinoamérica, la prevalencia es similar, pero hay una mayor afectación en las uñas de los pies. La prevalencia aumenta con la edad, y en la población de adultos mayores llega a un 20% (Relloso *et al.*, 2012).

López *et al.* (2015) determinan que en las formas clínicas de la onicomycosis, como ser la onicodistrofia subungueal distal y lateral (ODSL), la invasión fúngica del lecho ungueal, es el estímulo para la producción de queratina, lo que posteriormente determina una queratosis bajo la uña. Según Carbajosa y Arenas (2008), la onicomycosis distrófica total (ODE) es el estadio final de las onicomycosis por dermatofitos, en la que existe afectación de la matriz ungueal. Toda la uña se encuentra afectada y aparecen masas queratósicas friables. Estas formas clínicas presentan una queratinización del lecho ungueal y son más frecuentes en uñas de pies.

En el campo de la podología, una de las consultas más frecuentes es la onicomiosis, la cual es una infección que aparece en la uña, producida por hongos. Hay tres grupos de hongos que se encuentran definidos: los dermatofitos, que son causantes de la mayor parte de las infecciones, y además provocan infecciones primarias; mohos no dermatofitos; y levaduras. Estos son usualmente invasores que aparecen luego de enfermedades previas de la uña o por traumatismos (Altamirano Pérez, Acurio Pinto y Altamirano Jara, 2020).

Mendoza *et al.* (2012) describen los cambios que se generan en el lecho lecho ungüeo producto de la onicomiosis, como el aumento de la producción de queratina bajo la uña, lo que provoca cambios como engrosamiento, cambio de coloración y que las uñas se vuelven friables (se desmenuzan con facilidad) de manera progresiva a medida que avanza la infección, lo cual ocasiona una degeneración total de la uña afectada. A raíz de estos cambios, la uña se eleva y, al utilizar un calzado inadecuado, se produce una presión sostenida que genera dolor.

Dermatofitosis es el término que se usa para definir la infección causada por estos agentes: *Microsporum*, *Trichophyton* y *Epidermophyton*. Los dermatofitos son hongos filamentosos, septados e hialinos que tienen afinidad por los tejidos queratinizados y sus hifas penetran en el estrato córneo de la piel y uñas, lo que produce proteasas queratinolíticas que les permite invadir estas células. Según Zuluaga (2002), son causantes del 80 al 90% de las infecciones por hongos en las uñas del pie. Cuando los dermatofitos afectan la unidad ungüeo, producen una infección que se denomina onicomiosis (Altamirano Pérez, Acurio Pinto y Altamirano Jara, 2020).

La infección por hongos dermatofitos desencadena una respuesta inflamatoria en el lecho ungüeo, lo que genera un aumento de queratina. Esto provoca el aumento del grosor de la uña. La terbinafina presenta una alta

actividad frente a los dermatofitos, y su eficacia en la onicomiosis es de hasta un 91% (Kreijkamp-Kaspers *et al.*, 2017).

La terbinafina administrada por vía oral demuestra tasas altas de efectividad para el tratamiento de la onicomiosis por dermatofitos. En estudios comparativos y revisiones se señala que esquemas de terbinafina continua con duración de 12 a 16 semanas ofrecen mejores tasas de curación frente a otros antifúngicos como, por ejemplo, el itroconazol (Lipner y Scher, 2019). La revisión efectuada por Cerquera (2016) da respaldo a la efectividad de la terbinafina y su seguridad en mayores de 18 años. La terbinafina genera concentraciones en el lecho ungüeo y tiene un perfil de tolerancia que es adecuado para el uso continuo. Con esto se logran respuestas favorables frente a la onicomiosis. Pero esta efectividad puede verse limitada por el aumento del grosor y la acumulación de queratina bajo la uña, lo que actúa como una barrera que impide la penetración de la medicación tópica.

La infección no solo tiene un impacto estético, sino también funcional y psicológico, afectando la calidad de vida del o de la paciente. Puede generar dolor al caminar y alteraciones en la forma de la uña. Los cambios más habituales son el aumento del grosor y el cambio de coloración que afectan a su estética (López *et al.*, 2015). Esto puede llegar a afectar la autoestima y la integración social de una persona que sufre de esta patología que presente una alteración estética importante de su uña o con una onicomiosis de larga evolución sin resolución (Cobos *et al.*, 2016). Por ello, su diagnóstico y tratamiento oportuno son esenciales para evitar la progresión, la diseminación y las recidivas. En este contexto, la elección de la terapia depende de la extensión, el tipo clínico, el agente causal y las condiciones del huésped. Cuando la afectación es leve o superficial, la terapia tópica es la opción preferida por su perfil de seguridad, tolerancia

y eficacia local (Altamirano Pérez, Acurio Pinto y Altamirano Jara, 2020). La urea es un excelente queratolítico que remueve el estrato córneo y la paraquetosis. De esta manera, disminuye la cohesión entre los queratinocitos, lo que ayuda a reducir la queratosis bajo la uña. Ello facilita la penetración de la medicación tópica a nivel ungueal y la reducción del grosor de la lámina ungueal (Márquez Balbás *et al.*, 2008). La capacidad para suavizar y reducir la queratina hiperplásica facilita el manejo de la onicomycosis y mejora la eficacia de los tratamientos antifúngicos.

El tratamiento de la onicomycosis por dermatofitos se ha transformado en la última década, gracias a la aparición de antifúngicos más selectivos y seguros. La terbinafina, que pertenece a la familia de las alilaminas, actúa como un fungicida de amplio espectro, ejerciendo su acción a través de la inhibición de la enzima escualeno epoxidasa, que bloquea la conversión del escualeno en ergosterol, componente esencial de la membrana celular del hongo. Esta inhibición conlleva una acumulación de escualeno tóxico y la pérdida de integridad de la membrana, lo que causa la muerte celular fúngica (Fernández-Chico, García-Fernández y Luelmo Aguilar, 2008). Dicha acción fungicida la diferencia de otros antifúngicos, como los azoles, que actúan de forma fungistática.

La formulación tópica de la terbinafina representa una alternativa terapéutica de especial relevancia en los casos leves a moderados de onicomycosis sin afectación de la matriz ungueal, o cuando el número de uñas comprometidas es reducido. En estas circunstancias, el uso tópico de la terbinafina ofrece ventajas importantes: menor riesgo de efectos adversos sistémicos, ausencia de interacciones medicamentosas y mejor tolerancia por parte del paciente (Fernández-Chico, García-Fernández y Luelmo Aguilar, 2008). Estas características resultan particularmente útiles en el primer nivel de atención, donde la detección temprana y la instauración

de terapias locales adecuadas pueden evitar la progresión de la enfermedad y la necesidad de tratamientos orales prolongados. En su presentación tópica, la terbinafina posee una excelente penetración en las capas córneas y la lámina ungueal, lo que mantiene concentraciones terapéuticas suficientes en el sitio de infección. La alta lipofilia del fármaco facilita su acumulación en los tejidos queratinizados, lo que permite un efecto prolongado incluso después de suspender el fármaco.

Diversos estudios han demostrado que la terbinafina tópica ejerce un efecto fungicida rápido sobre dermatofitos, lo que reduce significativamente la carga micótica en el lecho ungueal y por lo cual se mejora la apariencia clínica de la uña (Fernández-Chico, García-Fernández y Luelmo Aguilar, 2008). No obstante, su eficacia puede verse limitada en onicomycosis avanzadas o con afectación de más del 50% de la uña, donde la penetración del medicamento es insuficiente.

El dermatofitoma se define como una forma clínica y patogénica particular de la onicomycosis, la cual se caracteriza por la formación de una masa o un acumulo denso de hifas fúngicas y queratina alterada en el interior de la lámina ungueal. Este conglomerado micótico, al estar encapsulado por material queratínico, genera una lesión focal, opaca amarillenta, habitualmente lineal o puntiforme, que puede observarse a través de la lámina ungueal. Su presencia indica una infección crónica y localizada que no responde adecuadamente a los tratamientos convencionales debido a la barrera queratínica compacta que impide la difusión del antifúngico al foco infeccioso (Moreno-Coutiño y Arenas, 2009).

Ante la limitada eficacia de los tratamientos convencionales, especialmente en casos avanzados o con queratosis subungueal significativa, se ha explorado el uso de un agente queratolítico como la urea, la cual, en concentraciones altas, tiene la capacidad de disolver la queratina, lo que

facilita la penetración de medicamentos tópicos y, en algunos casos, permite la avulsión química de la uña afectada.

Objetivo

Esta revisión bibliográfica tiene como objetivo poder analizar la evidencia disponible sobre el uso de urea en el tratamiento de la queratosis subungueal asociada a onicomycosis, causada por hongos dermatofitos, evaluando su eficacia, seguridad, formas de aplicación y su papel como coadyuvante en terapias antifúngicas. Se busca proporcionar una visión actualizada y crítica que permita valorar su utilidad clínica en el campo de la podología en el manejo integral de la onicomycosis.

Metodología

Este estudio tiene un enfoque cualitativo y corresponde a una investigación de tipo documental, ya que es una revisión bibliográfica narrativa que se efectuó en el mes de marzo del año 2025. Su propósito es analizar y sintetizar la información disponible sobre la queratinización del lecho ungueal causada por hongos dermatofitos en onicomycosis. El tipo de muestreo utilizado es no probabilístico por criterios o muestreo intencional.

Pregunta clínica, modelo PICO

P- Población: Pacientes con onicomycosis
I-Intervención: Tratamiento de la onicomycosis con el uso de urea, evaluado en ensayos clínicos controlados aleatorizados (ECA), ensayos clí-

nicos controlados no aleatorizados (NRCT) y estudios observacionales.
C-Comparación: Uso de urea como monoterapia o combinada con un antifúngico tópico u oral.
O- Resultados: Efectividad del tratamiento de la onicomycosis según el tipo de lesión ungueal y el tiempo de evolución.
Los criterios de inclusión y exclusión para esta revisión bibliográfica fueron los siguientes:

Tabla 1. Criterios de inclusión y exclusión

Inclusión	Exclusión
Artículos científicos originales que incluyan revisiones sistemáticas, ensayos clínicos controlados aleatorizados, ensayos clínicos no aleatorizados, estudios observacionales prospectivos, que estén enfocados en el tratamiento de la onicomycosis.	Artículos científicos que aborden onicomycosis causada por mohos o levaduras, aunque cumplan otros criterios de inclusión.
Estudios publicados entre 2000 y 2025.	Estudios que se enfoquen en la onicomycosis de las manos.
Idioma español o inglés.	Publicaciones que no evalúen resultados, que se limiten a la microbiología y diagnóstico sin analizar tratamientos.
Pacientes diagnosticados con onicomycosis en el pie por dermatofitos.	Artículos duplicados en bases de datos, versiones preliminares de un mismo estudio.
Estudios que evalúen tratamientos para la onicomycosis que incluyan urea, antifúngicos	

Fuente: Elaboración propia.

La búsqueda de la bibliografía que se realizó en las diferentes bases de datos tuvo como resultado 202 artículos. En la primera fase, se hizo un cribado de inicio con la lectura del título y el resumen, en que se aplicaron los criterios de inclusión que fueron establecidos para la revisión bibliográfica (estudios que estén relacionados con la onicomycosis del pie, dermatofitos, uso de urea

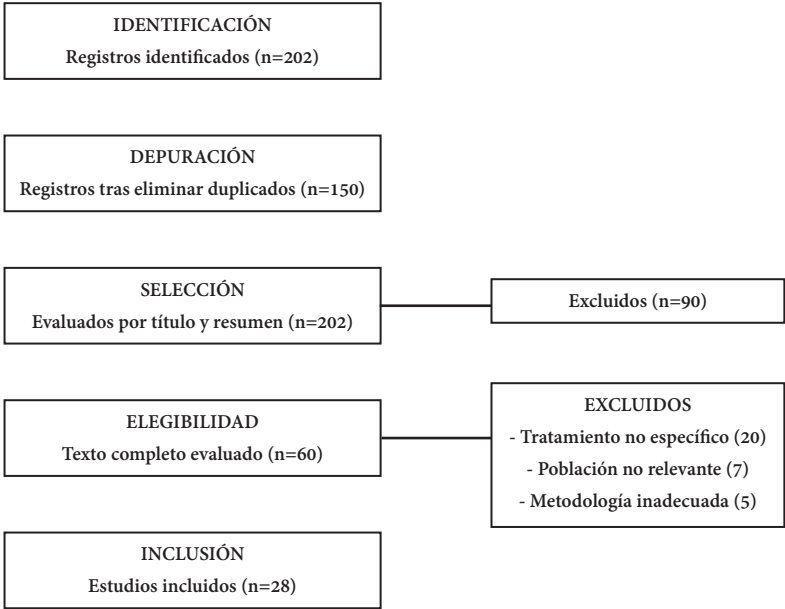
y terbinafina, resultados terapéuticos). En esta primera etapa, se excluyeron 128 artículos, ya que no se relacionaban con el objetivo del estudio. Luego, se eliminaron los estudios duplicados. Se identificaron 46 registros que estaban duplicados, lo que permitió obtener 28 artículos que potencialmente podían ser elegidos. Se hizo un cribado minucioso con la lectura completa del texto de las publicaciones, para verificar la pertinencia metodología y relevancia de los resultados. Los 28 artículos cumplieron con los criterios de inclusión y fueron seleccionados para realizar el análisis cualitativo de esta revisión. Es la bibliografía final que será utilizada.

Tabla 2. Búsqueda con operadores booleanos

Base de datos	Palabras clave	Fecha busqueda	Número de artículos encontrados
PubMed	Onychomycosis AND urea AND treatment	Marzo 2025	38
PubMed	Onychomycosis AND terbinafine	Marzo 2025	42
PubMed	Onychomycosis AND quality of life	Marzo 2025	21
ScienceDirect	Onychomycosis AND urea	Marzo 2025	26
ScienceDirect	Onychomycosis AND antifungal treatment	Marzo 2025	34
Scopus	Onychomycosis AND dermatophytes AND treatment	Marzo 2025	29
Cochrane Library	Oral antifungal medication AND Onychomycosis	Marzo 2025	12
Total			202

Fuente: Elaboración propia.

Figura 1. Diagrama de flujo del proceso de selección de artículos



Nota. Se muestra el proceso de identificación, depuración, selección, elegibilidad e inclusión.

Discusión

Relloso *et al.* (2012) observaron que la prevalencia de hongos filamentosos y dermatofitos es mayor a la de hongos no filamentosos en uñas de pies (82,8%) y las infecciones por dermatofitos son mayores en uñas de pies que en manos.

Martínez *et al.* (2010) mencionan que el dermatofitoma está más asociado a dermatofitos y al agente causal Tricophyton, lo que genera una masa fúngica que no permite que la medicación penetre en esa zona. Se propone como

medida terapéutica la avulsión quirúrgica del dermatofitoma y la eliminación de la queratosis subungueal.

Sánchez-Schmidt, Giménez-Jovani y Peyrí-Rey (2005), en el estudio SET-TA, evaluaron la eficacia de la terbinafina en el tratamiento de la onicomiosis, la cual fue administrada por vía oral y tópica. Si bien la satisfacción de los y las pacientes en tiña pedís y umguium fue favorable al tratamiento, la terbinafina fue suministrada por vía oral para la tiña umguium, lo que no arroja datos sobre la efectividad de la terbinafina tópica para la anicomiosis, algo que es de relevancia para la opción de un tratamiento tópico en pacientes que no pueden tolerar medicación por vía oral. En este estudio se determinó que la tiña unguium es más común en mujeres que en hombres. Kreijkamp-Kaspers *et al.* (2017) mencionan la efectividad de la terbinafina oral en onicomiosis. Esta revisión demuestra algo que ya se ha publicado en diferentes artículos sobre la efectividad del grupo de medicamentos alilaminas por sobre los azoles en dermatofitos y que generan menos complicaciones gastrointestinales.

Cerquera (2016) expone que la terbinafina de uso intermitente tiene menor éxito en las infecciones micóticas que la continua, algo que se debe considerar al decidir el tipo de terapia oral que se le suministrará al o la paciente.

Jiménez-Faraj *et al.* (2018) exponen que la terapia de bifonazol más urea tiene altas tasas de curación, pero no se explica en detalle el procedimiento. Hay otros estudios en los cuales se evalúa la efectividad de la urea más bifonazol para la avulsión de la lámina ungueal infectada. La terbinafina es el medicamento de elección para hongos dermatofitos, aunque falta información del uso de urea en combinación con terbinafina.

Sánchez-Schmidt, Giménez-Jovani y Peyrí-Rey (2005) mencionan que la escala de OSI, índice de severidad de onicomiosis, es una escala muy útil para determinar el grado de afección de la lámina ungueal. Lo que llama la atención

es que el valor de puntuación más alto corresponde a la presencia de queratosis subungueal o dermatofitoma, (tiene una puntuación de 10). Esto nos reafirma la falta de bibliografía sobre el tratamiento de la queratosis subungueal en onicomiosis (Sánchez-Schmidt, Giménez-Jovani y Peyrí-Rey, 2005).

Fernández-Chico, García-Fernández y Luelmo Aguilar (2008) hacen referencia a que, desde una perspectiva terapéutica, los procesos de queratinización alterada no solo representan un reto clínico, sino también un elemento que condiciona la elección farmacológica. Las formulaciones tópicas, como las lacas y cremas antifúngicas, deben atravesar la barrera queratínica para alcanzar concentraciones fungicidas en el lecho ungueal. En este contexto, la terbinafina, tanto en su forma tópica como oral, ha mostrado eficacia frente a dermatofitos. Esto se debe a su capacidad lipofílica y su acumulación en tejidos queratinizados, lo que permite mantener concentraciones terapéuticas prolongadas. Esta característica resulta crucial en un tejido como la uña, donde la queratina actúa como reservorio y, a su vez, como obstáculo.

Martínez *et al.* (2010) en su estudio analizan de manera detallada la frecuencia y características del dermatofitoma subungueal, un fenómeno micológico poco documentado, pero clínicamente relevante. Este trabajo destaca que la masa compacta de hifas y conidias que forma el dermatofitoma actúa como una barrera física que impide la adecuada penetración de los antifúngicos, reduciendo así su eficacia terapéutica.

Mendoza *et al.* (2012) hablan de la utilización de la urea al 40% para la avulsión química de la lámina ungueal, pero no está detallado el proceso de aplicación del producto y se deja de lado la utilización de un vendaje oclusivo que ayuda a preservar la urea en el área afectada.

Leung (2023) Hace referencia a la utilización del ácido salicílico más urea como queratolítico, pero la información es escasa en base a que no hay un protocolo de aplicación.

Robres *et al.* (2015) mencionan la urea en un porcentaje de 40% como una terapia previa a la terapia fotodinámica (TFD) para reducir la queratosis subungueal y, de esta manera, favorecer la acción del fotosensibilizante en tratamientos con uso de láser. Pero no hay información clara sobre la acción que cumple la urea, por lo que podemos suponer, por la evidencia, que se usó como un queratolítico, aunque el artículo no lo nombra y no describe la función de la urea.

Trullàs Cabanes *et al.* (2008) exponen la capacidad queratolítica en concentración altas de la urea (20% al 40%) y sus propiedades en las infecciones por dermatofitos. La urea ayuda a facilitar la penetración del fármaco y se menciona que ejerce una actividad inhibitoria, lo que se debe estudiar con más detalle para verificar si la acción inhibitoria es real.

Carbajosa y Arenas (2008) plantean como alternativa a la terapia combinada el curetaje de la lámina afectada con una avulsión quirúrgica. Es lo que se propone para que la medicación tópica tenga una mejor penetración sobre el lecho ungueal afectado, pero en otros estudios no está indicada la avulsión quirúrgica de la lámina ungueal. Esto lleva a una contradicción e incertidumbre acerca de si esta terapia es factible o no de realizar. Por otro lado, no se menciona la urea como un producto que en un porcentaje del 40% pueda realizar una avulsión química sin necesidad de generar un trauma.

El vendaje oclusivo permite dejar la lámina afectada bajo una protección contra el medio externo, el cual al entrar en contacto con la uña tratada puede eliminar la medicación tópica usada. También cumple la función de ser un aislante para que la medicación tópica permanezca por mayor tiempo en el área, y así obtener una mejor absorción, pero también carece de información que avale su utilización.

La queratinización de lecho ungueal es una consecuencia común de la infección por hongos dermatofitos en onicomycosis, la cual se caracteriza por el en-

grosamiento de la lámina ungueal. Esta acumulación de queratina bajo la uña dificulta la penetración de la medicación tópica y, por ende, reduce su eficacia.

Resultados

De todos los estudios que se han revisado, diez investigaciones se refieren a aspectos epidemiológicos y etiológicos de la onicomycosis, y se confirma que los dermatofitos son los responsables del 80% al 90% de los casos que se presentan. El microorganismo que se ha aislado con mayor frecuencia es el *Trichophyton Rubrum*. En estos trabajos, se evidencia que la infección afecta de preferencia las uñas de los pies y que la prevalencia se ve aumentada con la edad, el tiempo de evolución que ha tenido la afección y la existencia de factores predisponentes locales o de forma sistémica (Zuluaga, 2002; Llambrich y Lecha, 2002; Mendoza *et al.*, 2012; Relloso *et al.*, 2012). Con respecto al tratamiento antifúngico de forma sistémica, ocho de los estudios evaluaron la eficacia de la terbinafina de administración oral, la cual ha mostrado tasas altas de curación clínica y micológica, en especial en onicomycosis causadas por dermatofitos. En estos estudios, se concluye que la terbinafina presenta mejores resultados terapéuticos si se compara con otros antifúngicos sistémicos, ya sea en pautas continuas como en las intermitentes, y presenta un perfil de seguridad adecuado (Cerquera, 2016; Sánchez-Schmidt, Giménez-Jovani y Peyrí-Rey, 2005; Lipner y Scher, 2019; Tosti, Elewski y Hay, 2015).

En relación con la urea, seis estudios analizan su uso en porcentajes altos (30% a 40%) como agente queratolítico y coadyuvante. Estos resultados evidencian que la urea permite facilitar la remoción del tejido ungueal

afectado y facilita la penetración de los antifúngicos de uso tópico. Muestra una mayor efectividad cuando se combina con un antifúngico si se compara con la monoterapia (Márquez Balbás *et al.*, 2008; Trullàs Cabanes *et al.*, 2008; Bonifaz e Ibarra, 2000; Dars, Banwell y Matricciani, 2019; Jiménez-Faraj *et al.*, 2018).

Las repercusiones que se presentan –ya sean clínicas, funcionales o estéticas– por la onicomycosis se abordan en cuatro estudios. Señalan que las onicomycosis pueden generar dolor, dificultad en la marcha, alteraciones de la lámina ungueal que son visibles y limitaciones en la vida diaria. Esto repercute de manera negativa en el bienestar del o de la paciente y recalca la importancia de una terapéutica que sea integral desde la práctica en podología (Carbajosa y Arenas, 2008; López *et al.*, 2015; Lipner y Scher, 2019).

Conclusiones

El análisis de los 28 artículos seleccionados evidencia que la onicomycosis que afecta al pie es una afección prevalente y su etiología es de predominancia dermatofítica. El agente causal más frecuente es el *Tricophyton rubrum*. Hay una mayor incidencia en los adultos y adultas mayores y se asocia a factores que son predisponentes. Demuestran la necesidad de implementar medidas preventivas y de diagnóstico precoz en el ámbito de la podología. La terbinafina se posiciona como el tratamiento sistémico de primera elección, dada su alta eficacia clínica y micológica, también por su perfil de seguridad sobre otros antifúngicos.

La utilización de urea en concentraciones del 30% al 40% ha demostrado ser un coadyuvante eficaz. Esto se debe a que, por medio de su acción queratolí-

tica, elimina el tejido queratósico de la lámina ungueal. Ello facilita una mejor penetración de los antifúngicos tópicos, lo que genera una optimización de los resultados en tratamientos combinados.

Una evolución prolongada o la falta de un tratamiento adecuado puede provocar repercusiones funcionales, dolor y cambios en la estética de la uña, lo que impacta de manera negativa en la calidad de vida del o de la paciente.

Estos resultados recalcan la importancia de un abordaje de forma integral en el ámbito podológico, que contemple un diagnóstico oportuno, la selección adecuada del tratamiento y el seguimiento clínico, para mejorar los resultados terapéuticos y la calidad de vida de los y las pacientes.

Bibliografía

Altamirano Pérez, K. L.; Acurio Pinto, T. G. y Altamirano Jara, J. B. (2020). Onicomycosis: diagnóstico y tratamiento. *RECIAMUC*, 4(4), 24-31. [https://doi.org/10.26820/reciamuc/4.\(4\).noviembre.2020.24-31](https://doi.org/10.26820/reciamuc/4.(4).noviembre.2020.24-31)

Bonifaz, A. y Ibarra, G. (2000). Onychomycosis in children: Treatment with bifonazole-urea. *Pediatric Dermatology*, 17(4), 285-288. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1470.2000.01761.x>

Carbajosa, J. y Arenas, R. (2008). Onicomycosis: Evaluación de la utilidad del curetaje quirúrgico en el tratamiento combinado oral y tópico. *Dermatología Cosmética, Médica y Quirúrgica*, 6(3), 173-178. <https://www.medigraphic.com/pdfs/cosmetica/dcm-2008/dcm083c.pdf>

Cerquera, E. (2016). Eficacia y seguridad de la terbinafina oral en pauta intermitente o continua para el tratamiento de la onicomycosis en mayores de 18 años. *Revista de la Facultad de Medicina*, 64(1), 51-58. <https://doi.org/10.15446/revfacmed.v64n1.47890>

Cobos-Lladó, D.; Fierro-Arias, L.; Arellano-Mendoza, M. I. y Bonifaz, A. (2016). La onicomycosis y su influencia en la calidad de vida. *Dermatología Cosmética, Médica y Quirúrgica*, 14(4), 318-327. <https://dcmq.com.mx/articulo/la-onicomycosis-y-su-influencia-en-la-calidad-de-vida-onychomycosis-and-its-influence-on-quality-of-life-815567>

Dars, S.; Banwell, H. A. y Matricciani, L. (2019). The use of urea for the treatment of onychomycosis: A systematic review. *Journal of Foot and*

Ankle Research, 12, 35. <https://doi.org/10.1186/s13047-019-0332-3>

Fernández-Chico, N.; García-Fernández, D. y Luelmo Aguilar, J. (2008). Estrategias terapéuticas en las onicomycosis. *Piel*, 23(5), 268-272. <https://www.elsevier.es/es-revista-piel-formacion-continuada-dermatologia-21-pdf-13120498>

Jiménez-Faraj, J. E.; Torres-Oviedo, J. N.; Flores-Acosta, M. E.; Castillo-Moreno, C. G.; Argueta-Cruz, A. K.; Portillo-Varela, E. C.; Maturate-Barahona, I. E.; Alas-Pineda, C.; Zúniga-Moya, J. C. y Martínez-Herrera, E. (2018). Comparación del tratamiento combinado con bifonazol al 1% más urea al 40% versus monoterapia con urea al 40% en pacientes con onicomycosis. *Dermatología Revista Mexicana*, 62(3), 197-204. <https://www.researchgate.net/publication/350894640>

Kreijkamp-Kaspers, S.; Hawke, K.; Guo, L.; Kerin, G.; Bell-Syer, S. E. M.; Magin, P.; Bell-Syer, S. V. y van Driel, M. L. (2017). Oral antifungal medication for toenail onychomycosis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (7), CD010031. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010031.pub2>

Leung, A. K. C.; Barankin, B.; Lam, J. M.; Leong, K. F. y Hon, K. L. (2023). Tinea pedis: An updated review. *Drugs in Context*, 12, 1-16, 2023-5-1. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10321471/>

Lipner, S. R. y Scher, R. K. (2019). Onychomycosis: Treatment and prevention of recurrence. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 80(4), 853-867. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2018.06.069>

López, D.; Rodríguez Sanz, D.; Morales Ponce, A. y Soriano Medrano, A. (2015). Aproximación al manejo de la patología micótica

ca en el pie. *Revista Internacional de Ciencias Podológicas*, 9(2), 57-66. <https://revistas.ucm.es/index.php/RICP/article/view/47314>

Llambrich, A. y Lecha, M. (2002). Tratamiento actual de las onicomycosis. *Revista Iberoamericana de Micología*, 19(1), 1-6. <https://www.researchgate.net/publication/239603566>

Márquez Balbás, G.; Galvany Rossell, L.; Sánchez Regaña, M. y Umbert Millet, P. (2008). Urea a altas concentraciones: Empleo en dermatología. *Piel*, 23(9), 451-456. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213925108710165>

Martínez, E.; Alas, R.; Escalante, K.; Miller, K. y Arenas, R. (2010). Dermatoftoma subungueal: Estudio epidemiológico de 100 casos. *Revista Chilena de Dermatología*, 26(1), 22-24. https://www.sochiderm.org/web/revista/26_1/2.pdf

Mendoza, N.; Palacios, C.; Cardona, N. y Gómez, L. M. (2012). Onicomycosis: Afección común de difícil tratamiento. *Revista Asociación Colombiana de Dermatología*, 20(3), 143-150. <https://revista.asocolderma.org.co/index.php/asocolderma/article/view/224>

Moreno-Coutiño, G. y Arenas, R. (2009). Dermatoftoma extraungueal. *Revista Iberoamericana de Micología*, 26(4), 249-252. <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-iberoamericana-micologia-290-pdf-13139642>

Relloso, S.; Arechavala, A.; Guelfand, L.; Maldonado, I; Walker, L.; Agorio, I.; Reyes, S.; Giusiano, G.; Rojas, F.; Flores, V.; Capece, P.; Posse, G.; Nicola, F.; Tutzer, S. y Bianchi, M. (2012). Onicomycosis: Estudio multicéntrico clínico, epidemiológico y micológico. *Revista Iberoamericana de Micología*, 29(4), 199-205.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130140611001082>

Robres, P.; Aspiroz, C.; Rezusta, A. y Gilaberte, Y. (2015). Utilidad de la terapia fotodinámica en el manejo de la onicomycosis. *Actas Dermo-Sifiliográficas*, 106(7), 567-573. <https://doi.org/10.1016/j.ad.2015.04.007>

Sánchez-Schmidt, J. M.; Giménez-Jovani, S. y Peyrí-Rey J. (2005). Estudio de satisfacción con el tratamiento de las micosis en extremidades con terbinafina (SETTA). *Actas Dermo-Sifiliográficas*, 96(5), 297-303. <https://www.actasdermo.org/es-pdf-13076097>

Tosti, A.; Elewski, B. E. y Hay, R. (2015). Management of difficult-to-treat toenail onychomycosis. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 72(5), 913-921. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2015.01.017>

Trullàs Cabanes, C.; Mirada Ferré, A.; Salomon Neira, M. (2008). El valor de la urea en el cuidado y tratamiento de la piel. *Dermatología Peruana*, 18(1), 45-52. https://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/dermatologia/v18_n1/pdf/a07v18n1.pdf

Zuluaga, A. (2002). Desafíos terapéuticos en onicomycosis. *Revista Asociación Colombiana de Dermatología & Cirugía Dermatológica*, 10(2), 865-872. <https://www.revista.asocolderma.org.co/index.php/asocolderma/article/view/686>

Francisco Javier Bustos Briones. "Implicación del engrosamiento ungueal en el tratamiento de la onicomycosis del pie: revisión bibliográfica sobre su impacto en la eficacia terapéutica". *Revista Salud, Educación y Sociedad*, vol. 5, núm. 2, septiembre 2026, pp. 23-33. <https://doi.org/110.64478/a3cs7f59>





**Universidad
del Gran Rosario**