

Conceptos básicos en cirugía de uña

Basic concepts in nail surgery

Judith Domínguez Cherit, Verónica Fonte Ávalos, Marcia Karam Orantes, Daniela Gutiérrez Mendoza

Departamento de Cirugía del Hospital General Dr. Manuel Gea González

Unidad Nacional de Referencia de Enfermedades de las Uñas

RESUMEN

La uña, al igual que la piel, presenta patología inflamatoria, tumoral, traumática, infecciosa o secundaria a enfermedades sistémicas, que en muchas ocasiones debe ser corregida con algún procedimiento quirúrgico. La cirugía de uña incluye la toma de biopsia, corrección de onicocryptosis, extirpación de tumores, y reconstrucción del aparato ungueal. Como parte de la información general del dermatólogo, es importante conocer las técnicas para realizar procedimientos quirúrgicos, diagnósticos y/o terapéuticos del aparato ungueal.

PALABRAS CLAVE: faltan las palabras clave...

Es importante que el dermatólogo sea capaz de realizar cirugías de uña, ya que, al igual que en la piel, puede encontrar patología inflamatoria, tumoral, traumática, infecciosa o secundaria a enfermedades sistémicas que requieran algún procedimiento quirúrgico, diagnóstico y/o terapéutico. La cirugía de uña abarca: toma de biopsia, corrección de onicocryptosis, extirpación de tumores y reparación del aparato ungueal.

Antes de cualquier procedimiento quirúrgico ungueal es importante realizar adecuadamente la anestesia digital, para lo cual nosotros utilizamos básicamente dos técnicas.

Bloqueo digital en ambas caras laterales del dedo, iniciando la punción en la base del mismo, e instilando 1 cc de xilocaína simple en cada lado.

Bloqueo intratendinoso, que es más efectivo en los dedos de las manos. Se punciona profundamente en la cara ventral del dedo, en la base del mismo, hasta sentir resistencia. Se aplica 2 cc de xilocaína simple.

ABSTRACT

The nail, like the skin, has inflammatory, neoplastic, traumatic, infectious and/or secondary diseases, which very often need to be corrected by a surgical procedure. Nail surgery includes biopsy, correction of onychocryptosis, tumor removal and reconstruction of the nail apparatus. It is important to be acquainted with these surgical techniques to perform therapeutic nail surgery because it is the only way to prevent dystrophies and to avoid complications.

KEYWORDS: missing keywords...

Con ambas técnicas es importante esperar entre 10 y 15 minutos para que la anestesia llegue hasta la punta del dedo.

El entumecimiento dura aproximadamente 20-30 minutos. Si deseamos que dure más tiempo, se puede combinar con bupivacaína, que es de efecto prolongado. La dilución que recomendamos es: 4 de lidocaína y 1 de bupivacaína.

Biopsia ungueal

Ayuda a realizar el diagnóstico de la patología ungueal incierta, que no puede ser establecido por medio de la historia clínica o el examen directo micológico. La biopsia no solo sirve para obtener un diagnóstico etiológico y pronóstico, sino para comprender la patogénesis de la enfermedad ungueal. Es muy útil en psoriasis,¹ liquen plano,² melanoniquia longitudinal,³ traquioniquia y tumores.⁴ Es importante conocer las diferentes técnicas

CORRESPONDENCIA

Judith Domínguez Cherit ■ judom59@hotmail.com
Calzada de Tlalpan 4800, Delegación Tlalpan, México, DF, CP 14000.
Tel: (+52) 55 40003057, Fax: (+52) 55 40003145

para seleccionar aquella que permita obtener material suficiente para el estudio histológico, sin provocar onicolisis o distrofia ungueal permanente.

Existen cinco técnicas básicas:⁵ (a) biopsia de la lámina ungueal, (b) biopsia del lecho, (c) biopsia de matriz, (d) biopsia del pliegue proximal, (e) biopsia longitudinal lateral.

Biopsia de la lámina ungueal. Se indica para descartar o confirmar el diagnóstico de onicomicosis. También ayuda, en caso de pigmentación ungueal, para diferenciar entre pigmento melánico y hemosiderina.⁶ Es la más sencilla de todas y consiste en tomar una porción del borde libre de la uña, que puede quitarse con un alicate o corta uñas.

Biopsia del lecho. Se sabe que el lecho está afectado cuando se tiene: onicolisis, deformación de la lámina ungueal, leuconiquia y/o eritroniquia e hiperqueratosis subungueal, entre otros.

En la presencia de onicolisis, lo más sencillo es realizar avulsión parcial de la porción del plato desprendido (fotografía 1) y tomar la biopsia del lecho, de preferencia en la parte proximal de la onicólisis, que es donde se tendrá mayor información.

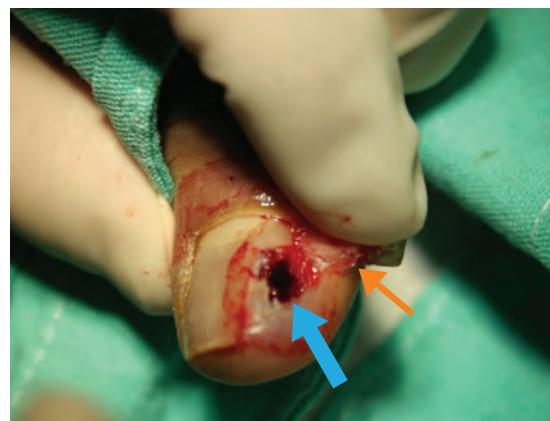
La toma del tejido puede hacerse con un sacabocados de 3mm o en huso, el cual debe orientarse paralelo al eje longitudinal del dedo y no ser mayor a 4 mm de ancho para evitar onicolisis secundaria permanente. En caso de que el defecto sea >4 mm, deberá suturarse con Vicryl 7/0.

En los casos donde el plato ungueal no esté desprendido puede tomarse un doble sacabocado. El primero, para quitar la lámina ungueal por encima del área sospechosa y, el segundo, del lecho propiamente. Se recomienda que el primer sacabocado sea de mayor diámetro (6 mm) que el segundo, para tener mejor visibilidad. Es muy importante volver a colocar la porción de la lámina retirada al terminar la biopsia, para evitar herniación del lecho.

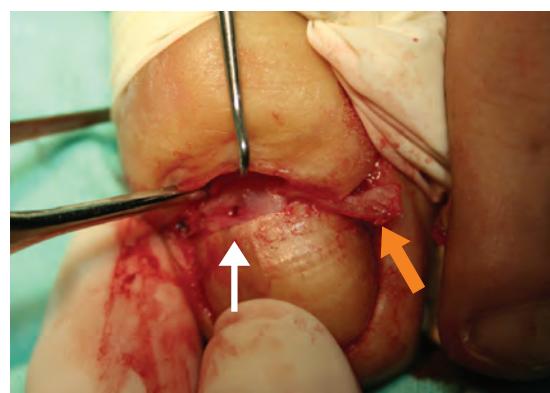
En tumores, sobre todo malignos, se recomienda la avulsión total del plato ungueal para realizar una resección adecuada y completa.⁷

La principal complicación de la biopsia de lecho es la onicolisis permanente, que se produce al tomar muestras mayores a 4 mm de ancho.

Biopsia de matriz. La presencia de melanoniquia longitudinal es una indicación para esta biopsia, aunque también se realiza cuando hay patología inflamatoria que afecta la matriz, como el liquen plano y la psoriasis.



Fotografía 1. Toma de biopsia de lecho (flecha azul); plato ungueal recordado pero permanece adherido al pliegue lateral (flecha naranja).



Fotografía 2. Toma de biopsia de matriz proximal (flecha blanca); plato ungueal levantado y adherido (flecha naranja).

Es importante considerar en qué porción de la matriz está la afección ya que, si se toca la matriz distal, sin duda quedará distrofia permanente⁸ o pterigium ungueal.

Para realizar la biopsia de matriz en huso deberán realizarse dos incisiones de 45° a cada lado del pliegue proximal. De esta manera se podrá levantarla y exponer el plato ungueal. La lámina ungueal se corta siempre con el filo del bisturí hacia arriba (para evitar lesionar la matriz) y se retrae en forma de libro abierto para exponer la matriz. La muestra puede tomarse con sacabocado o con bisturí. Si se decide realizar un huso, deberá ser siempre perpendicular al eje longitudinal y no medir más de 3mm de ancho para no dejar distrofia permanente. De igual manera, si se practica un sacabocado no deberá exceder los 3mm. El defecto puede no suturarse y, en caso de hacerlo, será con sutura absorbible 7/0 y las incisiones cutáneas con nylon 5/0 después de reposicionar el plato ungueal. Este último es un paso muy importante para evitar adherencia entre el pliegue proximal y la matriz, evitando así un pterigium secundario (fotografía 2).



Fotografía 3. Biopsia longitudinal de aparato ungueal.



Fotografía 4. Onicocriptosis infantil.



Fotografía 5. Uña mal recortada (redondeada) y la reacción inflamatoria en el pliegue periungueal.

Biopsia del pliegue proximal. Existen dos técnicas: a) en lesiones exofíticas, la biopsia por rasurado está indicada, al igual que en la piel, realizando la hemostasia con cloruro de aluminio; b) cuando la lesión afecta el pliegue proximal y la cutícula, se puede practicar una escisión de 2-3 mm de ancho, de un lado al otro de la uña, en forma de semiluna. Hay que recordar que la matriz ungueal se encuentra por debajo, por lo que se sugiere protegerla con un elevador de la uña para evitar la distrofia ungueal.

Una vez tomada la muestra, puede dejarse a que cierre por segunda intención. Suele cicatrizar en 4 semanas, aproximadamente, con excelentes resultados.

Biopsia lateral longitudinal. Es el tipo de biopsia ideal, abarca gran parte de la uña, incluyendo tejidos blandos. Permite el análisis de todo el aparato ungueal: pliegue proximal, matriz, lecho, lámina e hiponiquio o pliegue distal.

Es el tipo de biopsia que suelen preferir los patólogos. Vale la pena recalcar que para llevar a cabo esta biopsia es necesario que la afección esté en el tercio lateral del aparato ungueal.

La incisión se inicia en un punto medio entre la articulación interfalángica distal y la cutícula, y se extiende hasta el hiponiquio. De igual modo, se hace una incisión paralela en el pliegue lateral y se unen los cortes en la punta del dedo. En el pliegue proximal, el corte debe curvarse aproximadamente 5mm para remover el cuerno de la matriz ungueal (fotografía 3).^{9,10}

Antes del procedimiento hay que informar al paciente que quedará con una reducción permanente de la uña. Es importante no realizar el huso mayor a 3mm de ancho para evitar la desviación del aparato ungueal.

Manejo quirúrgico de la onicocriptosis

Saber manejar la onicocriptosis es indispensable, pues sin duda es la patología ungueal más frecuente en la consulta dermatológica. El tratamiento puede ser médico o quirúrgico, según el tipo y la severidad del caso, y el paciente.

La onicocriptosis es un padecimiento con origen en múltiples factores, en el que básicamente hay desproporción entre el plato ungueal, el lecho y los tejidos blandos periungueales. Esto puede ocurrir porque: a) la uña es muy ancha o tiene alteraciones en la curvatura (uña en pinza); b) hay exceso de tejidos blandos; c) una combinación ambas razones. Por lo tanto, es importante saber cuál es la alteración para definir qué se requiere corregir: el plato, los tejidos, o ambos.

Onicocriptosis infantil. Se da, principalmente, porque el pie del niño es regordete, la uña es muy delgada y con coiloniquia fisiológica (fotografía 4). El manejo es conservador, con masaje de los pliegues laterales y el distal hacia fuera, y la colocación de cintas adhesivas (Hypafix®) que retrajan los tejidos blandos. Se aplica antibiótico o antiséptico tópico en caso de infección agregada. Por el contrario, cuando hay mal alineamiento ungueal, con o sin hipertrofia congénita de pliegues laterales, el tratamiento debe ser quirúrgico, con realineamiento del aparato ungueal (y corrección de la hipertrofia de pliegues si la hay). La intervención debe realizarse antes de los dos años de edad para obtener buenos resultados y prevenir onicocriptosis recidivantes en el futuro.



Fotografía 6. Matricectomía con fenol (minicono de fenol con palillo de dientes).



Fotografía 7. Uña en teja o sobrecurvada.

Onicocryptosis del adolescente. Es la forma más común de onicocryptosis. Suele iniciar cuando el plato ungueal es ancho y lo recortan mal, dejando una espícula que se entierra por debajo del pliegue lateral, produciendo dolor, irritación e inflamación (fotografía 5). En casos leves, el tratamiento conservador –únicamente recortando la espícula y haciendo tracción de los pliegues hacia abajo con cintas adhesivas– da buenos resultados. Sin embargo, en la mayoría de los casos hay recidiva, pues no corrige la desproporción entre el plato y los tejidos.

Para corregir la uña ancha, una opción sencilla, y que da buenos resultados con pocas recidivas, es la destrucción parcial de la matriz con fenol a 88% (matricectomía química), o resección parcial con bisturí y sutura, o bien con electrocirugía (matricetomía quirúrgica). En cualquiera de los casos se recortan los bordes laterales del plato ungueal, teniendo precaución de desprender el plato con los cuernos matriciales para evitar recidivas.^{11,12}

Los autores prefieren la matricectomía con fenol, ya que tiene un índice de curación de 95% y una morbilidad muy baja. Esto permite que el paciente se reincorpore a sus actividades de manera casi normal dos semanas después del procedimiento.¹³

Para hacer la matricectomía con fenol, una vez cortado el excedente del plato ungueal y habiéndose asegurado de que el lecho y la matriz no tengan sangre (inactiva al fenol), se debe aplicar vaselina sobre los pliegues laterales y proximal para proteger la piel, y aplicar el fenol a 88% durante 3 min, con un “mini hisopo” (fotografía 6). Este se hace con un palillo de dientes, al que se le aplica una capa delgada de algodón en la punta. Este “mini hisopo” permite la aplicación precisa del líquido y evita la quemadura de los pliegues por escurrimiento. El Dr. Neumann utiliza colodión elástico en lugar de vaselina (comunicación personal). Algunos autores sugieren que se neutralice el fenol con alcohol. Sin embargo, de acuerdo con nuestra

experiencia no es necesario. Una de las ventajas del fenol es que es un antiséptico natural, por lo que el índice de infecciones es muy bajo. Un estudio retrospectivo a 7 años, en nuestro servicio, reporta una incidencia de infecciones menor a 3%. El fenol también es anestésico local durante las primeras horas del postoperatorio, lo que permite manejar al paciente ambulatoriamente. La principal complicación es el edema postoperatorio transitorio. La técnica es sencilla, pero si no se realiza adecuadamente, las recidivas son frecuentes.

Si hay formación de tejido de granulación “pseudo granuloma piógeno”, o están fibrosos los pliegues laterales, hay que legarlos hasta observar tejido sano. La cicatrización también es por segunda intención y generalmente se completa 10 y 15 días después de la cirugía.

Onicocryptosis del adulto. La forma más frecuente se debe a la uña en teja, que se ve más en mujeres por el uso de calzado puntiagudo y con tacón, y/o en personas con sobrepeso. En la uña en teja hay sobrecurvatura transversal de la uña, principalmente en la porción distal. Esto hace que los bordes del plato se encajen en los pliegues laterales y se pellizquen el lecho y los tejidos blandos subyacentes, produciendo dolor (fotografía 7).

Para este tipo de padecimiento existen varias opciones de tratamiento. Se puede hacer matricectomía, cortando la porción del plato que está demasiado curva, lo cual reduce el ancho de la uña a la mitad, e incluso un tercio de su tamaño original. Sin embargo, en la mayoría de los casos los pacientes quedan satisfechos pues el dolor desaparece. Cuando la uña en pinza se presenta en mujeres jóvenes que usan calzado abierto, y para las que es importante el resultado cosmético, se puede realizar la lechoplastía (con implantes dérmicos, con o sin recorte de osteofitos)¹⁴ para que, al extender el lecho, la uña crezca sin sobrecurvatura.



Fotografía 8. Onicocryptosis por hipertrofia de tejidos y mal alineamiento ungueal. Paroniquia secundaria.



Fotografía 9. Corte en boca de pescado.



Fotografía 10. Sutura de hiponiquio.



Fotografía 11. Laceración de lecho ungueal después de drenar hematoma subungueal.



Fotografía 12. Hematoma total.



Fotografía 13. Uña reimplantada (mismo dedo que en fotografía 11).

Onicocryptosis con hipertrofia de tejidos periungueales. Es el resultado de un proceso crónico en el que hay pliegues redundantes secundarios a la inflamación persistente, ocasionada por la onicocryptosis de larga evolución (fotografía 8). Aquí deberá, inicialmente, removese todo el tejido hipertrófico con la técnica de Dubois. Ésta consiste en realizar una incisión en "U" o en boca de pescado que debe llegar hasta el hueso, e iniciar siempre 3 mm por debajo del tejido inflamado. El ancho de la incisión se determina por la hipertrofia de tejido a remover (fotografía 9). Si, además, hay tejido de granulación en pliegues laterales, deberá legrarse. Y si se observa que el plato ungueal es muy ancho, entonces existe la opción de reducir su tamaño con una matricectomía. Nosotros sugerimos realizar primero la fenolización y, después, la sutura (fotografía 10) para evitar dehiscencia por escurrimiento del químico.

Cirugía ungueal de urgencia

La cirugía ungueal de urgencia está indicada para traumatismos agudos y severos que ocasionan hematomas subungueales; avulsión traumática del plato ungueal, con o sin laceración del lecho; y abscesos subungueales.

El mecanismo más frecuente de lesión es el aplastamiento del dedo con una puerta, seguido por aplastamiento entre dos objetos romos y, finalmente, laceraciones por objetos punzocortantes. Es más común entre los 4 y los 30 años de edad, siendo el dedo medio el más afectado, seguido del anular, el meñique y el pulgar. De las lesiones del lecho, 50% se acompañan de fractura de la falange distal¹⁵ (fotografía 11).

Siempre, ante la presencia de un traumatismo agudo es necesario tomar medidas inmediatas para evitar distrofias permanentes.

Hematoma subungueal. El lecho ungueal es una estructura muy vascularizada. Por lo tanto, cualquier lesión causa sangrado y hematoma subungueal que produce dolor punzante intenso por distensión. Existen dos tipos de hematomas: el parcial, que ocupa menos de 50% de la superficie ungueal; y el total, que puede afectar hasta tejidos periungueales (fotografía 12).¹⁵

Si el hematoma es reciente (algunas horas) y parcial, con los pliegues periungueales intactos, el hematoma debe drenarse, haciendo un trepano en la lámina ungueal. Este puede realizarse con la punta de un clip caliente, o bien



Fotografía 14. Drenaje de absceso subungueal.



Fotografía 15. Pseudoquiste mucoide. Nótese el surco del plato ungueal.

con un sacabocado de 2-3 mm. Cuando el hematoma es reciente y total, o afecta los tejidos periungueales, es necesario levantar la lámina para explorar el lecho ungueal y reparar si hay laceración con Vycril® 7/0. De no hacerlo, el sangrado continuará. En estos casos, y sobre todo cuando la avulsión de la lámina ungueal es proximal o hay paroniquia, habrá que sospechar fractura de la falange distal. En nuestra experiencia, un hematoma mal tratado, en el que el contenido hemático se queda por mucho tiempo en el espacio subungueal, ocasiona onicolisis permanente por cicatrización secundaria del lecho ungueal.

Cuando la lámina ungueal se desprendió, pero está disponible, es muy importante reimplantarla (fotografía 13).

Lo anterior por varios motivos: 1) porque la lámina, en su parte ventral, lleva adherida parte del epitelio del lecho, lo que evitará onicolisis permanente por ausencia del mismo; 2) porque funciona como férula, dando mayor estabilidad a la falange distal; y 3) porque guía el crecimiento de la nueva uña, evitando que los tejidos blandos “invadan” el lecho.

Si la lámina no está disponible, se puede aplicar una gasa no adherente (Telfa®), que se debe fijar con un punto a los pliegues. La sutura se remueve a las 2-3 semanas, momento en el que se usa una uña postiza (misma que debe fijarse únicamente con Micropore), que guiará a la nueva uña.

Absceso subungueal. Es otra urgencia muy frecuente, intensamente dolorosa. Siempre existe el antecedente de solución de continuidad, por un “padrastro” arrancado, el corte accidental con cuchillo o una tijera (durante el manicure), o bien algún trauma.

En estos casos, al igual que en los abscesos cutáneos, se deberá drenar, puncionando en la zona más renitente.

Si el absceso es lateral, o está por debajo del pliegue proximal, se desprende parte de la lámina ungueal de la porción adyacente al pliegue afectado (fotografía 14). Pero si lesión está en el centro, al igual que con los hematomas

se deberá realizar un trepano y reinstalar el plato ungueal removido con el sacabocado, dejando, además, un antibiótico tópico como la mupirocina o la quinolona, y fijándolo con cinta adhesiva tipo Transpore®.¹⁶

Cirugía de tumores ungueales

Se debe pensar que una onicopatía es secundaria a un tumor cuando hay afección crónica y persistente de un solo dedo, y se tiene el antecedente común de haber recibido tratamiento para micosis (a dosis adecuadas) sin mejoría.^{16,17}

Para poder decidir de qué manera abordar un tumor tenemos que saber dónde está localizado. ¿Cómo saberlo?

Cuando el tumor está ocupando el espacio que se encuentra entre la articulación interfalángica distal y la matriz, lo primero que se observa es un aumento del ángulo de Lovibond (> de 180°). Si proviene de tejidos alrededor o por debajo de la matriz, y crece por arriba de la lámina, al comprimirla produce un surco longitudinal en la misma, como sucede en los tumores de Koenen, o con algunos pseudoquistes mucoides (fotografía 15). Si, por el contrario, crece por debajo de la lámina, lo que produce es un elevación longitudinal, como con los fibromas subungueales, e incluso puede llegar a producir fisuración del plato. Si el tumor afecta la matriz distal, lo que se observa es una alteración en el color o en la forma de la lunula. Cuando hablamos del onicomatricoma, que es el tumor propio de la matriz ungueal, la uña se observa gruesa, distrófica, y es difícil de desprender, porque el tumor forma la uña al mismo tiempo que crece dentro de ella.

Si el tumor está en el lecho, se suele observar eritroniquia y onicolisis distal o lateral, y puede haber una hendidura longitudinal o en “V”, o bien elevación del plato, sobre todo cuando el tumor proviene de una falange distal, como en el caso de los tumores osteocartilaginosos.

No debemos olvidar que también existen tumores melanocíticos. El signo característico es la melanoniquia, por lo que, ante la sospecha de melanoma, el sitio adecuado



Fotografía 16. Toma de biopsia de melanoniquia.



Fotografía 17. Incisión en "boca de pescado".

de abordaje es la matriz, ya que es el único lugar en el que se localizan los melanocitos. ¿Cómo abordarlo?

Cuando el tumor ungueal está en la matriz y crece por debajo del plato ungueal, la cirugía ideal consiste en levantar un colgajo del pliegue proximal (haciendo dos incisiones a 45° de este pliegue), cortar el plato para levantar en forma de libro la porción proximal, y exponer la matriz distal y proximal para hacer una exploración adecuada. Si la lesión está por encima del plato, como en el caso de los fibromas, se deberá levantar un colgajo de pliegue proximal, localizar la base del tumor y cortarlo (fotografía 16). Si el tumor está por debajo de la matriz, como el tumor glómico, lo mejor es hacer una incisión transversal (horizontal), disecando y despegando la matriz, hasta exponer el tumor y removerlo.

Cuando la lesión está por debajo del lecho (como en el caso de la exostosis subungueal) y no lo destruye, se aconseja abordarlo por el hiponiquio, o bien por las caras laterales del dedo y realizar una incisión en U, o en boca de pescado (fotografía 17), disecar con cuidado entre la parte ventral del lecho ungueal y el periostio, o hasta llegar al tumor. Si la exostosis eleva el plato y destruye el lecho, lo ideal es retirar la uña (guardarla), incidir a través del mismo, remover la exostosis, restaurar el lecho lo mejor posible, y reinsertar la uña a modo de férula.¹⁸

En caso de que el tumor esté en el lecho, lo conveniente es levantar la uña de un extremo lateral como pasta de libro, o solo levantar la porción del plato afectada para poder remover el tumor.

Cuando el tumor está en el pliegue proximal y mide menos de 3 mm de diámetro, lo más indicado es una biopsia en semiluna con cierre por segunda intención.

Cuidados postoperatorios en cirugía de uña

1. Se debe considerar, a pesar de su tamaño, que la cirugía de uña es una cirugía especializada.
2. El paciente siempre deberá guardar reposo absoluto las primeras 48 horas, y relativo hasta completar 10 días. En ocasiones, se requerirá más tiempo.
3. Si la cirugía fue de la mano, es conveniente el uso de cabestrillo durante la primera semana.
4. Si fue en el pie, se recomienda el uso de calzado abierto al menos durante tres semanas.
5. El analgésico debe indicarse con horario las primeras 48 horas.
6. El vendaje nunca es compresivo y no deberá cambiarse antes de 48 horas, a pesar de que se sature de sangre pues, además de ser esperado, ayuda a la compresión de la herida cuando la sangre se deshidrata y endurece la gasa.
7. En general, no es necesario administrar antibiótico después de la cirugía. Solo en caso de diabetes descontrolada, en pacientes con valvulopatía, o cuando haya datos de infección y no se pueda diferir la cirugía.

Complicaciones en la cirugía de uña

Si se ha hecho un examen adecuado del paciente para detectar si es o no de alto riesgo, y la cirugía se realiza adecuadamente, se pueden evitar las complicaciones más frecuentes.

Distrofia. El paciente debe saber que en toda cirugía de uña existe el riesgo de distrofia, pero que bajo manos expertas, y cuando se opera con precaución, la cicatriz es mínima.

Sangrado. En la cirugía de uña hay mucho sangrado. Por lo tanto, idealmente se debe aplicar un torniquete (para evitar gangrena) que no debe permanecer más de 15 minutos. Si la cirugía dura más, se sugiere aflojarlo cada 15 minutos. Al retirar el torniquete es común que el sangrado sea abundante, pero se controla con compresión, pues los vasos son pequeños. Es normal y esperado que se moje la gasa. Sin embargo, se controla con la elevación del miembro y un reposo absoluto durante el postoperatorio inmediato.¹⁵

Dolor. El dolor es subjetivo y tiene diferentes umbrales. Para muchos autores, sedar al paciente antes de la cirugía suele ayudar, aunque nosotros no lo hacemos. Si hay dolor en el periodo perioperatorio se debe a la mala aplicación de la anestesia. Para evitar el dolor postoperatorio hay que usar un apósito adecuado, no compresivo, que se fija en sentido longitudinal; mantener reposo relativo; y elevar la extremidad para disminuir el edema, que es muy frecuente. Durante el postoperatorio debemos alternar analgésicos que tengan diferente mecanismo de acción.¹⁵

Infección. Según nuestra experiencia, la tasa de infecciones es muy baja. Generalmente, solo realizamos asepsia con alcohol antes de la cirugía, excepto en los casos en los que se va a exponer hueso. En estos, es necesario realizar una técnica de asepsia estricta y lavado quirúrgico con isodine. El uso de fenol evita las infecciones en cirugía por onicocriptosis. Cualquier infección en el postoperatorio debe tratarse de inmediato para evitar síndrome compartamental, celulitis, linfangitis, y osteomielitis.¹⁵

REFERENCIAS

1. Grammer West NY, Corvette DM, Giandoni MB, Fitzpatrick JE. "Clinical pearl: nail plate biopsy in the diagnosis of psoriasis". *J Am Acad Dermatol* 1998; 38(2 Pt 1): 260-262.
2. Tosti A, Peluso AM, Fanti PA y Piraccini BM. "Nail lichen planus: a clinical and pathological study of 24 patients". *J Am Acad Dermatol* 1993; 28(5 Pt 1): 724-730.
3. Berker DA, Dahl MS, Comaish JS, Lawrence CM. "Nail surgery: an assessment of indications and outcome". *Acta Dermatol Venereol* 1996; 76(6): 484-487.
4. Hale LR, Dawber RPR. "Subungual squamous cell carcinoma presenting with minimal nail changes: a factor in delayed diagnosis". *Australas J Dermatol* 1998; 39: 868-870.
5. Bertrand R. "Basic Nail Surgery". *Dermatol Clin* 2006; 24: 313-322.
6. André J, Achten G. "Techniques de biopsie de l'ongle". *Ann Dermatol Venereol* 1987; 114: 889-892.
7. Jellinek NJ. "Primary malignant tumors of the nail unit". *Adv Dermatol* 2005; 21: 33-64.
8. Baran R, Kechijian P. "Longitudinal melanonychia (melanonychia striata): diagnosis and treatment". *J Am Acad Dermatol* 1989; 21: 1165-1175.
9. Krull E. "Biopsy techniques". En: Krull EA, Zook EG, Baran R, editors. *Nail surgery: a text and atlas*. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, 2001: 55-81.
10. Berker DAR. "Lateral longitudinal biopsy". *Australas J Dermatol* 2001; 42: 142-144.
11. Cameron PF. "Ingrowing toenails: an evaluation of two treatments". *BMJ* 1981; 283: 821-822.
12. Bostancı S, Ekmekci P, Gurgey E. "Chemical matricectomy with phenol for the treatment of ingrown toenails: a review of 6 years experience". *J Dermatolog Treat* 2004; 15(3): 179-181.
13. González Sánchez Pablo César. (2006) Índice de recurrencia de onicocriptosis en pacientes sometidos a matricectomía química con fenol. Experiencia de 7 años en el Hospital General Dr. Manuel Gea González. (Tesis de posgrado en dermatología, Universidad Autónoma de México) [Impresión] Disponible en Biblioteca de la Universidad Autónoma de México.
14. Haneke E. "Ingrown and pincer nails: Evaluation and treatment". *Dermatol Ther* 2002; 15: 148-158.
15. Zook EG, Baran R, Haneke E, Dawber RPR. "Nail surgery and traumatic abnormalities". En: Baran R, Dawber RPR, Berker DAR, Haneke E, Tosti A, editores. *Baran and Dawber's Diseases of the Nails and their Management*. Williston, Blackwell Science, 2001: 503-504.
16. Domínguez Cherit J, Pichardo Velázquez P, Cortés Franco R. "Evaluation and treatment of nail disorders utilizing practical nail surgical techniques". *Dermatol Ther* 2002; 15: 142-147.
17. Domínguez Cherit J, Chanussot Deprez C, Sarti HM, Fonte Avalos V, Vega Memije E, Luis Montoya P. "Nail unit tumors: A study of 234 patients in the Dermatology Department of the Dr Manuel Gea González General Hospital in Mexico City". *Dermatol Surg* 2008; 34(10): 1363-1371.
18. Vázquez Flores H, Domínguez Cherit J, Vega Memije M, Saez de Ocariz M. "Subungual osteochondroma: Clinical and radiologic features and treatment". *Dermatol Surg* 2004; 30(7): 1031-34.

Conteste correctamente todos los cuestionarios que se publicarán en DCMQ y obtendrá 2 puntos de validez para la recertificación del Consejo Mexicano de Dermatología. Envíe todas sus respuestas juntas antes del **31 de enero del 2012** a la dirección de la revista: Medipiel Servicios Administrativos, SA DE CV; Aniceto Ortega 822, Col. Del Valle, Delegación Benito Juárez, CP 03100, México DF, Tel. 5659-9416, Tel/Fax 5575-5171.

Incluya su correo electrónico para recibir la constancia.

Conceptos básicos en cirugía de uña

1. ¿Qué tipo de anestesia se utiliza para la cirugía de uña?

- a) Troncular
- b) General
- c) Local en la punta del dedo
- d) Bloque digital en la base del dedo o intratendinoso
- e) Todas las anteriores

2. ¿Para qué está indicada la biopsia de lámina ungual?

- a) Para tratamiento de onicomicosis
- b) Para diagnóstico de onicomicosis
- c) Para diagnóstico de melanoma
- d) Para tratamiento de melanoma
- e) Ninguna de las anteriores

3. Describa cómo toma la biopsia de lecho

- a) Paralelo al eje longitudinal del dedo, y no más de 3 mm de ancho
- b) Transversal al eje longitudinal del dedo y más de 3 mm de ancho
- c) Tangencial al eje longitudinal del dedo y menos de 3 mm de ancho
- d) Por rasurado

4. La biopsia de matriz debe evitarse en:

- a) Matriz proximal
- b) Matriz distal
- c) Hacerla en huso
- d) Hacerla con sacabocado
- e) Hacerla por rasurado

5. ¿Cuál es la biopsia de uña ideal porque toma muestra de todo el aparato ungual?

- a) La biopsia de matriz distal
- b) La biopsia de matriz proximal y distal
- c) La biopsia de lecho
- d) La biopsia de hiponiquio
- e) Biopsia lateral longitudinal

6. El tratamiento de primera elección de la onicocriptosis infantil es:

- a) Matricectomía con electrocauterio

- b) Matricectomía con fenol

- c) Ortonixis
- d) Masaje de los pliegues laterales, cintas adhesivas que retraigan los tejidos hacia fuera y en caso necesario antisépticos.

7. En el hematoma subungueal total reciente es necesario:

- a) Dejarlo a su libre evolución
- b) Solo indicar analgésico y reposo del miembro afectado
- c) Levantar el plato ungual para buscar laceración del lecho ungual y repararlo
- d) Hacer un trepano ungual
- e) Hacer una radiografía y dejar a su libre evolución

8. El manejo del absceso subungueal es:

- a) Antibiótico sistémico tipo amoxicilina
- b) Antibiótico tópico tipo ácido fusídico y antibiótico sistémico tipo amoxicilina
- c) Antiséptico tópico tipo sulfadiazina de plata y reposo del miembro afectado
- d) Con drenaje a través de un trepano, o elevación del plato ungual y antibiótico tópico y/o sistémico
- e) Elevación de la uña y dejar el lecho descubierto

9. Los datos clínicos más orientadores para pensar en tumor ungual son:

- a) Leuconiquia mitad y mitad
- b) Dolor intenso en un solo dedo
- c) Onicomicosis resistente de un solo dedo
- d) Cromoniquia de dos o mas dedos
- e) Distrofia ungual y persistente de un solo dedo

10. ¿Qué signos clínicos encontramos cuando el tumor afecta la matriz ungual?

- a) Surcos, elevaciones, o fisuras, o alteraciones de la lúnula.
- b) Pits ungueales
- c) Pnicólisis distal y lateral
- d) Paquioniquia
- e) Hiperqueratosis subungueal