

**Revista del
Centro Dermatológico Pascua**

Volumen
Volume **13**

Número
Number **3**




Septiembre-Diciembre
September-December **2004**

Artículo:




**Onicocriptosis en infantes.
Reporte de 9 casos**

Derechos reservados, Copyright © 2004:
Centro Dermatológico Pascua

**Otras secciones de
este sitio:**

-  **Índice de este número**
-  **Más revistas**
-  **Búsqueda**

***Others sections in
this web site:***

-  ***Contents of this number***
-  ***More journals***
-  ***Search***

Onicocriptosis en infantes. Reporte de 9 casos

Dr. Julio Enríquez Merino,* Dra. Araceli Alvarado Delgadillo**

RESUMEN

La onicocriptosis es una patología frecuente en adultos, sin embargo también se puede encontrar en recién nacidos o durante el primer año de vida. El tratamiento de estos niños es generalmente conservador, presentando exitosa evolución.

Palabras clave: Onicocriptosis.

ABSTRACT

Ingrown toenail is a frequent condition in adults, but it can be present in infants too. Conservative treatments is the best for this children, and they've a successful evolution.

Key words: Ingrown nails, onychocryptosis.

INTRODUCCIÓN

El aparato ungueal inicia su formación en la novena semana de gestación y termina alrededor de la semana 2°. Durante la 9ª semana la parte distal de los dedos es una capa epitelial embrionaria que cubre células mesenquimatosas indiferenciadas; este epitelio sufre invaginaciones que forman el surco proximal, los dos surcos laterales y el surco distal.¹

A la semana 10 se inicia la formación de crestas epiteliales transversales que dan origen al hiponiquio, y durante la 11 una fila de células epiteliales del surco proximal se dirigen a la profundidad y hacia atrás formando así la matriz primordial que dará origen a la matriz ungueal proximal, que aproximadamente en la semana 13 inicia a producir lámina ungueal que se alarga sobre el epitelio del área ungueal que forma el lecho ungueal.

La uña se constituye de 4 estructuras epiteliales: pliegue ungueal proximal, matriz, lecho e hiponiquio; y de una placa de queratina semidura llamada lámina ungueal, dicha estructura se encuentra rodeada por los 2 surcos laterales y un surco proximal que se encuentran unidos. Presenta una zona blanca en forma de semiluna a nivel de la matriz distal, llamada lúnula; se continúa con un área rosada que descansa sobre el lecho ungueal y termina con una línea más eritematosa que precede a una más pálida llamada banda onicodérmica que

corresponde a la unión del lecho con el hiponiquio. La parte más proximal de la lámina es muy fina y se encuentra bajo el pliegue proximal. La lámina ungueal contiene 5% de azufre, zinc, hierro y otros minerales, así como 5% de lípidos como colesterol y ácidos grasos insaturados; el contenido de agua determina la elasticidad de la lámina siendo óptimo de un 16%.²

La lámina ungueal es formada por la matriz ungueal de manera continua, aproximadamente con una velocidad de una décima por milímetro por día en manos y la mitad en los pies.

La cutícula es una extensión córnea del pliegue ungueal proximal que se adhiere a la lámina y confiere protección a las estructuras profundas del aparato ungueal.³

La onicocriptosis es una patología común de las uñas de los pies, su etiología es multifactorial y es la principal causa de consulta por dolor e infección de las uñas; es causada por la penetración del borde lateral de la uña dentro de la pared del pliegue lateral, que ocasiona dolor e inflamación de los tejidos circundantes.

Afecta más frecuentemente al sexo femenino con una relación de 3:1, es más común en los primeros orfejos, y aunque la edad de presentación es principalmente en adolescentes y adultos, también se presentan casos durante el primer año de vida.

Por la localización anatómica su morbilidad es realmente significativa, ya que causa incapacidad para desarrollar actividades cotidianas escolares, deportivas o laborales.

En la vida adulta existen múltiples factores que contribuyen al desarrollo de onicocriptosis, como el corte

* Jefe de Servicio de Cirugía Dermatológica, Centro Dermatológico Pascua (CDP).

** Residente 4to año Dermatología, CDP.

incorrecto de la lámina ungueal, traumatismos repetitivos en el orjejo, hipertrofia del borde lateral de la uña, discordancia entre la lámina ungueal y el lecho ungueal, hiperhidrosis, y otras enfermedades del aparato ungueal y de los tejidos circundantes.^{4,5}

En la infancia se relaciona a 2 causas principalmente:

- Desviación congénita de la uña del primer orjejo.
- Hipertrofia congénita de los rodetes laterales.

La desviación congénita de la uña del 5to. orjejo es causa de consulta incluso desde el nacimiento. Fue descrita por Baran en 1979 y es debida a una desviación del aparato ungueal unilateral o bilateral, con conservación del eje normal de la estructura ósea subyacente.⁶ Puede presentarse en forma familiar con transmisión autosómica dominante o como caso aislado.

La principal complicación de esta desviación es la onicocriptosis y onicogriposis de repetición. Por lo gene-



Figura 1. Paciente No. 3 que presenta hipertrofia moderada de pliegues laterales y ligera desviación del eje de la uña.



Figura 2. Paciente No. 5 que presenta hipertrofia grave de pliegues laterales y mala orientación de los dedos.



Figura 3. Paciente No. 7 que presenta gran hipertrofia de pliegues laterales e intensa reacción inflamatoria.



Figura 4. Paciente No. 8 que presenta hipertrofia moderada de pliegues y ligera reacción inflamatoria.



Figura 5. Paciente No. 9 con gran hipertrofia de borde del pulpejo, obstruye completamente el crecimiento de la lámina ungueal y causa intensa reacción inflamatoria.

ral ocurre la corrección espontánea de la desviación, principalmente en casos leves, aunque también se ha visto en casos graves. Cuando no ocurre una resolución espontánea es necesario realizar la corrección de la desviación de la matriz en forma quirúrgica.

La hipertrofia congénita de los pliegues laterales se presenta principalmente durante el primer año de vida.⁷ La hipertrofia puede presentarse desde el nacimiento en forma bilateral, cubriendo parcialmente la lámina ungueal e incluso puede llegar hasta el pliegue anterior impidiendo la progresión de la lámina ungueal. En estos casos, cuando la hipertrofia es muy importante puede llegar a requerirse tratamiento quirúrgico, realizando fenolización selectiva de la matriz ungueal, o escisión del tejido hipertrofiado, ya que si no ocurre corrección espontánea y se retrasa el tratamiento, puede llegar a producirse distrofia ungueal.⁸

Ross define 3 tipos de onicocriptosis:

- Uña subcutánea, con lámina ungueal normal que al “encarnarse” o “enterrarse” en el tejido blando, produce irritación e inflamación.
- Hipertrofia del pliegue lateral de la uña, con uña normal pero los pliegues laterales presentan un gran crecimiento, ocasionando inflamación profunda.
- Deformación de la lámina ungueal que produce compresión de los tejidos blandos con efecto de “pinza” sobre éstos.

Estadios:

- 1) Eritema ligero, edema y dolor con la presión.
- 2) Mayor sintomatología con infección y presencia de secreción purulenta.

- 3) Aumento de la sintomatología de estadio anterior y presencia de tejido de granulación e hipertrofia de la pared lateral.⁹

En el estadio 1 el tratamiento puede considerarse sólo conservador, con adecuado corte de la lámina y aplicación de férula de algodón como separador entre la lámina y la pared lateral. En estadios 2 y 3 el tratamiento es básicamente quirúrgico.¹⁰

CASOS CLÍNICOS

En el cuadro I se presentan 9 casos de onicocriptosis en infantes, los cuales fueron vistos en la consulta de dermatología y cirugía dermatológica del CDP. Todos los pacientes fueron varones, con edades de 2 a 24 meses, con una evolución que varió entre 2 y 10 meses aproximadamente, algunos de ellos habían recibido tratamiento con fomentos de diversas hierbas medicinales. El cuadro clínico que presentaban era hipertrofia de pliegues laterales ungueales, eritema, formación de un borde queratósico, deformidad de la lámina ungueal, algunos dolor y escasa secreción serosa (*Cuadro I*). Por su edad no había antecedentes de uso de calzado ajustado, traumatismos, mala técnica de corte de uñas o efectos de presión por sobrepeso importante. Se encontraron datos de desviación congénita de la uña en 3 casos, presentándose en todos una mayor o menor hipertrofia de los pliegues laterales ungueales (*Figuras 1, 2 y 3*).

El manejo que se indicó a la mayoría de los pacientes fue conservador, con antiinflamatorios tópicos, fomentos de solución de Alibour, empaquetamiento con algodón entre la lámina y el pliegue lateral ungueal. Al

CUADRO I. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE ONICOCRIPTOSIS EN INFANTES.

Paciente	Edad meses	Sexo	H P L*	Desviación	Inflamación	Grado de obstrucción	Evolución (Meses)	Dolor
1	12	Masc	++	No	No	II	6	No
2	8	Masc	++	No	++	III	4	No
3	6	Masc	++	No	++	III	4	Sí
4	7	Masc	+++	No	+++	III	3	Sí
5	6	Masc	+++	Mala orientación de los dedos	No	II	3	No
6	24	Masc	+++	Desviación de la uña	I	II	12	Sí
7	6	Masc	++++	No	III	IV	4	Sí
8	10	Masc	+	Desviación uña	No	II	5	No
9	2	Masc	+++	No	III	IV	2	Sí

*HPL Hipertrofia de pliegues laterales.

cabo de unos días al disminuir la inflamación, con el crecimiento de la lámina ungueal, rebasando el borde del pulpejo la sintomatología disminuyó. El aspecto hipertrófico de los pliegues laterales persistió durante más tiempo.

En un paciente de 2 meses de edad, (paciente 7, *Figura 3*) con gran hipertrofia del pliegue lateral ungueal, a pesar del manejo indicado persistió con dolor, por lo que se le realizó resección de las zonas hipertróficas, con adecuada evolución.

DISCUSIÓN

La onicocriptosis en niños de menos de 1-2 años es un cuadro relativamente frecuente, en muchos casos tal vez no se haga ningún tratamiento. En los casos que se observaron había una notoria hipertrofia de partes blandas, condicionando obstrucción al libre crecimiento de la lámina ungueal, por consiguiente se produjo irritación cutánea y desarrollo de un proceso inflamatorio.

Aunque se ha reportado que la desviación congénita de la uña es una de las causas más frecuentes de onicocriptosis en infantes, en los casos reportados no fue un dato que se pudiera correlacionar. En estos casos el tratamiento preferentemente debe ser conservador, disminuyendo el proceso inflamatorio y facilitando el crecimiento de la lámina ungueal. Un tratamiento quirúrgico, como la matricectomía parcial, resulta agresivo y podría ser mutilante, ya que por el tamaño de los dedos del paciente, cualquier resección de las estructuras afectadas reducirá de forma importante el tamaño de la uña. Sin embargo en uno de los casos se decidió por reducir quirúrgicamente el tamaño de los pliegues laterales,

debido a la hipertrofia importante que presentaba y a pesar de que el tratamiento médico no disminuía el volumen y dolor del paciente, con este manejo se produjo una evolución adecuada.

Durante el año se observaron 70 pacientes con onicocriptosis de un total de 868 cirugías realizadas en el Servicio de Cirugía Dermatológica, tomando en cuenta los datos anteriores, el número de casos de onicocriptosis en infantes corresponde al 1% de las cirugías realizadas en dicho servicio. Probablemente exista un mayor número de casos que no son diagnosticados o son vistos en otros servicios.

BIBLIOGRAFÍA

1. Zaias N. Embryology of the human nail. *Arch Dermatol* 1963; 87: 37-53.
2. Baran R. Fragilité des ongles. *Cutis* 1978; 2: 457-466.
3. Goettmann S. Enfermedades del aparato ungueal. Enciclopedia Médico-Quirúrgica. *Dermatología* 2003 44p; 98-805-A-10.
4. Langford DT, Burke C, Robertson K. Risk factors in onychocryptosis. *Br Surg* 1989; 76: 45-8.
5. Baran R. Significance and management of congenital malalignment of the big toenail. *Cutis* 1996; 58: 181-184.
6. Hammerton MD, Shrank AB. Congenital hypertrophy of the lateral nail folds of the hallux. *Pediatr Dermatol* 1988; 5: 243-245.
7. Ruffli T, von Schultheiss A, Itin P. Congenital hypertrophy of the lateral nail folds of the hallux. *Dermatology* 1992; 184: 296-297.
8. Haneke E. Ingrown and pincer nails: evaluation and treatment. *Dermatologic Therapy* 2002; 15(2): 148-158.
9. Siegle RJ, Stewart R. Recalcitrant ingrowing nails. *J Dermatol Surg Oncol* 1992; 18: 744-52.
10. Ozdemir E, Bostanci S, Ekmekci P. Chemical matricectomy with 10% sodium hydroxide for the treatment of ingrowing toenails. *Dermatol Surg* 2004; 30: 26-31.