

Caso clínico

Onicocriptosis con puente cutáneo. Manejo quirúrgico

Julio Enríquez Merino,* Silvia Julieta García Contreras**

RESUMEN

La onicocriptosis (*onyx-* uña, *kripto-* oculto) es la afección de la lámina ungueal, en la que el extremo distal de ésta interacciona anormalmente con los pliegues ungueales, incrustándose, produciendo dolor, inflamación e incluso infección, la cual se presenta de forma recurrente. En esta patología es imprescindible el tratamiento quirúrgico. En este artículo se hace mención de una serie de casos con onicocriptosis grave.

Palabras clave: Onicocriptosis, uña, tratamiento quirúrgico.

ABSTRACT

The onychocryptosis (onyx- nail, kripta- hidden) is the condition of the nail plate, in which the distal end of this abnormal interaction with the nail folds, embedded, causing pain, inflammation and even infection, which is presented in recursively. This condition is essential to surgical treatment. This article mentions a number of cases with severe onychocryptosis.

Key words: Onychocryptosis, nail, surgical treatment.

INTRODUCCIÓN

La función de la uña es proteger al dedo. Los dedos de los pies tienen una actividad dinámica en la locomoción; con la deambulación diaria ésta ejerce presión sobre las partes blandas que normalmente están equilibradas.¹

La patología ungueal es un motivo de consulta frecuente en atención primaria. Dentro de ésta, una de las más comunes es la onicocriptosis.¹ Se calcula que se producen unos 10,000 nuevos casos que necesitan tratamiento cada año en el Reino Unido, unos 20 por cada 100,000 personas vistas en la primera consulta.^{1,2} En nuestro país no existen estadísticas de esta patología.

La onicocriptosis (*onyx-* uña, *kripto-* oculto)¹ es la afección de la lámina ungueal, en la que el extremo

distal de ésta interacciona anormalmente con los pliegues ungueales, incrustándose, produciendo dolor, inflamación e incluso infección, la cual se presenta de forma recurrente.³

La onicocriptosis se da con más frecuencia en pacientes adolescentes y jóvenes hasta los 30 años con predilección al sexo masculino¹⁻³, mientras que otros autores refieren mayor frecuencia en el sexo femenino por el tipo de modas del calzado. Generalmente es unilateral aunque se puede presentar de forma bilateral.

Su etiología es multifactorial, dentro de los cuales existen extrínsecos e intrínsecos. En los primeros se incluye calzado inadecuado, de punta estrecha, obesidad o sobrepeso, microtraumatismos de repetición ya sea secundario a ejercicio físico como en bailarines, futbolistas, etcétera, y la realización de un corte inadecuado de la lámina ungueal que produce el crecimiento de una espícula que acabará incrustándose en los tejidos, formando granulomas a cuerpo extraño, hipertrofia de los pliegues laterales y originando el cuadro clínico asociado a la onicocriptosis.³ Dentro de los factores intrínsecos se encuentran las malformaciones óseas de los ortejos como *hallux abducto valgus* que producen

* Jefe del Servicio de Cirugía.

** Residente del Segundo Año de Dermatología.

aumento de presión entre el primero y el segundo dedo. Asimismo, el *hallux extensus*, que es un primer dedo hiperextendido, provoca traumatismos de repetición entre la lámina y el calzado.

Autores como Dockery y Nzuzi² señalan la incidencia de factores genéticos y hereditarios dentro de los desencadenantes etiopatogénicos, aunque refieren que no están claramente definidos. Hay pacientes que pueden tener una tendencia hereditaria a la onicocriptosis del primer dedo, la cual puede ser observada desde el nacimiento, pudiendo desencadenarse por una colocación de las extremidades en una posición favorecedora o predisponente dentro del útero.

La hiperhidrosis favorece la maceración de la capa córnea y facilita la penetración de microorganismos, dando lugar a la infección bacteriana y contribuyendo a la formación de un granuloma piógeno en onicocriptosis crónicas.³

Se conocen tres estadios clínicos, dependiendo la gravedad y la cronicidad de la patología.

En el primer estadio o fase inflamatoria, presenta dolor, eritema y tumefacción, debido a la inflamación de los pliegues ungueales como respuesta a la agresión de la espícula ungueal. También puede existir hiperhidrosis de la zona afectada, sin exudado ni granuloma piógeno.^{1,4}

En un segundo estadio o fase de absceso se exacerbaban los signos y síntomas anteriores y se produce que el pliegue ungueal sobreponga o rebase la lámina ungueal pudiéndose producir un granuloma con exudado, que al principio es seroso y pegajoso, y se torna purulento con olor fétido al aumentar el número de microorganismos de la piel, con lo que sobreviene la infección. El dolor se manifiesta al deambular, impidiendo la marcha normal e incluso el calzarse con normalidad. Además, en muchos casos, el dolor se agrava con el roce de la sábana al dormir.^{1,4}

En el tercer estadio o fase de granulación, se produce una inflamación crónica. El tejido de granulación cubre el surco ungueal e impide el drenaje de la herida. La afección progresará hacia la cronicidad, relativamente asintomática, con episodios agudos recurrentes. En estos casos se puede presentar osteomielitis por infección crónica de los tejidos blandos e incluso se llegan a producir cuadros de osteomielitis, por lo que en estos casos es recomendable incluir en el estudio de los pacientes una radiografía.^{1,4}

Existe otro grupo de pacientes que no se incluye en la clasificación debido a que por el tiempo de evolución y el manejo del cuadro clínico conllevan a una gran hipertrofia de partes blandas, lo cual cubre práctica-

mente la totalidad de la lámina ungueal.⁵ Esta última, al continuar su crecimiento tiende a perforar el tejido blando que la cubre hasta la formación de un puente cutáneo sobre la estructura de la uña. Entre los factores que contribuyen a esta situación están las ablaciones repetidas de la lámina ungueal, manejos con remedios caseros que sólo disminuyen algunas molestias como el proceso inflamatorio temporalmente. El paciente cursa con períodos de estados inflamatorios exudativos y dolorosos en períodos que van de seis a veinticuatro meses de evolución.

Para realizar el diagnóstico debemos hacer una completa historia clínica señalando y describiendo con especial énfasis los posibles factores predisponentes que pueden condicionar el diagnóstico, pronóstico y tratamiento de la onicocriptosis. La evaluación física debería incluir un estudio de la extremidad inferior con especial atención a aquellos elementos que puedan tener una influencia directa en el proceso terapéutico como la morfología de la lámina ungueal y tejidos periungueales, signos de infección y su posible extensión, alteraciones musculoesqueléticas asociadas, así como patologías sistémicas asociadas (vasculares, neurológicas).⁶

Existen técnicas complementarias para el diagnóstico; sin embargo, sólo deben realizarse en ciertas condiciones específicas. Dentro de éstas se encuentran el cultivo y antibiograma (sólo en casos de infección o celulitis), datos de sepsis o enfermedad sistémica. En casos de infección crónica es necesario realizar una radiología para descartar exóstosis subungueal u otra patología ósea subyacente, presencia y evidencia de lesión subcutánea y en casos extremos osteomielitis.^{2,7}

El diagnóstico y la severidad del cuadro clínico nos indican la elección del tratamiento quirúrgico con el fin de valorar los beneficios, posibles riesgos y complicaciones potenciales.

Las indicaciones quirúrgicas para el tratamiento de la onicocriptosis se fundamentan, en primer lugar, en el diagnóstico de esta patología.² Además, si este diagnóstico se acompaña de dolor intenso que ocasiona incapacidad funcional o imposibilidad de utilizar un calzado normal, nula respuesta a los tratamientos conservadores, cronicidad de la afección, así como de la infección y pliegues ungueales hipertróficos.⁷⁻¹⁰

a) *Desbridamiento de la lámina ungueal.* Es la extirpación de un trozo de lámina ungueal, generalmente realizado mediante un corte angulado oblicuamente. El eponiquio no es abordado y queda intacto.^{9,10} Éste no se considera un procedimiento quirúrgico y generalmente no requiere anestesia. Sin embargo, la resección parcial

de únicamente la lámina ungueal no es un tratamiento definitivo de la onicocriptosis y contribuye a la presentación de recidivas.

b) *Avulsión de la lámina ungueal (total o parcial).* Este procedimiento conlleva a la extirpación parcial o total de la lámina ungueal requiriendo en la mayoría de los casos el uso de anestesia.¹⁰ La uña es extirpada a todo lo largo del lecho ungueal y por debajo del eponiquio. En la mayoría de los casos de onicocriptosis, se combina con la realización de una matricectomía.¹¹ La matricectomía es la extracción o resección del tejido responsable del crecimiento de la lámina ungueal.

c) *Matricectomía parcial lateral.* Consiste en la eliminación quirúrgica o por medios químicos del borde del lecho ungueal y el cuerno de la matriz ungueal, con el propósito de modificar la línea de crecimiento lateral del aparato ungueal; frecuentemente se combina con resección del tejido hipertrófico de los pliegues laterales ungueales.^{8,12}

Matricectomía quirúrgica. Es la extirpación, por medio de un huso, en la parte lateral de la lámina junto con la matriz (se extiende la incisión 0.5 a 1 cm por arriba del pliegue proximal) y parte del tejido blando hipertrófico de la pared lateral. En caso de no extraer completamente la matriz se puede realizar curetaje y, finalmente, se colocan puntos de sutura para cerrar.⁵ El éxito de esta técnica depende de la habilidad y experiencia del médico que la realiza.

La matricectomía con electrofulguración fue descrita por Vernon en 1938, se utiliza el Hyfrecator en modalidad baja, con intensidad de 50, que destruye la matriz lateral expuesta. El tejido que se electrofulgura debe estar seco, y por tanto, es obligatorio la aplicación correcta del torniquete. El sangrado y el dolor postoperatorios son mínimos. La desventaja es la destrucción excesiva del tejido, lo cual puede dañar la falange y originar osteítis.^{9,10}

Matricectomía química

Técnica de fenol-alcohol: Es uno de los procedimientos más populares y con mayor índice de resultados satisfactorios. Fue descrito en 1945 por Bolb,^{11,14} la cual era realizada mediante curetaje de la matriz ungueal y posteriormente se aplicaba el fenol. Ha sufrido múltiples modificaciones. El fenol tiene diferente acción como cáustica sobre la piel y mucosas, germicida; es un agente antiséptico activo contra microorganismos Gram+ y Gram-, hasta para hongos y virus con menor eficacia, anestésico y antipruriginoso. Ya una vez que se retira la lámina ungueal y se observa la matriz ungueal,

se debe realizar la fenolización. Es obligatorio que la zona que queramos cauterizar se encuentre seca y libre de sangre. Se aplica el fenol al 100% puro, licuado previamente a «baño María», mediante hisopos estériles, durante 45 segundos en la matriz, lecho y surcos ungueales; es conveniente eliminar el exceso del mismo empapándolo con una gasa. Después colocamos varios apóstitos absorbentes no adhesivos, con la finalidad de absorber la hemorragia.¹³⁻¹⁵

Técnica del hidróxido sódico. Es similar a la técnica del fenol-alcohol. En este caso, en vez de aplicar un ácido como agente cáustico, se utiliza el hidróxido sódico, neutralizado a su vez con un ácido, el cual es el ácido acético. Esta técnica fue descrita recientemente por Travers y Ammon (1980),¹⁵ como una modificación del procedimiento de fenol-alcohol. El procedimiento se realiza en tres fases diferentes, que incluyen la avulsión ungueal, el legrado y la matricectomía química con hidróxido sódico. La matricectomía deberá realizarse en la zona que se quiera cauterizar; es necesario que ésta se encuentre seca y sin presencia de sangre, posteriormente se aplica la solución de hidróxido sódico al 10%, mediante hisopos estériles, durante 15 segundos en la matriz, lecho y surcos ungueales. Una vez aplicado el hidróxido sódico inicia la coagulación de los capilares del lecho ungueal.

CUADRO CLÍNICO

Se trata de paciente masculino de 17 años de edad, que inició con su padecimiento tres años previos de la consulta, con múltiples ablaciones de la uña con podólogos (*Figuras 1 y 2*).

Técnica quirúrgica

El manejo quirúrgico empleado en este paciente se describe a continuación: previa asepsia y antisepsia de la extremidad afectada, se coloca campo estéril hendido aislando el ortejo, se aplica anestesia local mediante bloque troncular digital con 4 mL de lidocaína 1-2% sin epinefrina. Se da un tiempo de cinco minutos de latencia para obtener el efecto anestésico y se coloca ligadura para reducir el sangrado durante el procedimiento. Se hace diseño a manera de husos en torno a tejido hipertrófico en pliegues laterales ungueales, se inicia la resección en uno de los mismos levantando en sentido contrario para completar la extirpación del tejido hipertrófico, lo que permite dejar al descubierto la estructura de la lámina ungueal. Se marca una línea de corte a 3 ó 4 mm de los bordes laterales de la lámina ungueal.



Figura 1. Hipertrofia de pliegues laterales con la formación de puente cutáneo sobre la lámina ungueal.



Figura 2. Vista frontal del ortejo, los ángulos del borde libre de la lámina ungueal se encuentran incrustados.

A través de esta línea se hace resección en bloque de lámina-lecho y cuerno de la matriz (*Figura 3*). Se verifica la eliminación completa de las estructuras mencionadas para evitar la posible formación de una espícula en el postoperatorio. Se aplican suturas simples con Nylon 4-0 en los extremos proximal y distal de los husos diseñados en los pliegues laterales (*Figura 4*). De forma regular no aplicamos suturas a la lámina ungueal. Al final del procedimiento se cubren las heridas con ungüento de antibiótico (ácido fusídico o mupirocina), y se protege el ortejo con organdí, vendaje de gasas y se fija todo con cinta de tela adhesiva, obteniendo una compresión firme para reducir las posibilidades de sangrado. Esta cubierta se mantiene por 24 horas y posteriormente se cambiará, de igual manera, cada 24 horas. Al séptimo día se retiran las suturas y se revisa al paciente a los 14 y 30 días nuevamente. La evolución regularmente



Figura 3. Puente cutáneo resecado parcialmente, obsérvese la fijación al pliegue lateral del lado contrario.



Figura 4. Eliminación de hipertrofia del tejido blando, con presencia de suturas.

es bien tolerada ya que puede presentarse dolor que se controla con los analgésicos. Al paciente se le indica el aseo y curación diaria para mejorar las condiciones del ortejo tratado.

COMENTARIO

La onicocriptosis es un padecimiento inflamatorio de los pliegues laterales ungueales de los bordes de la lámina ungueal, afecta preferentemente a los primeros ortejos de los pies en adultos jóvenes; frecuentemente los pacientes reciben tratamientos inadecuados como la resección de los bordes laterales de la lámina sin corrección de la hipertrofia de los tejidos blandos; en situaciones más críticas son sometidos a la ablación

de la lámina ungueal en situaciones más graves, ya que este método permite un crecimiento más rápido de un tejido inflamatorio en el pliegue lateral; este procedimiento repetido en múltiples ocasiones es uno de los factores que condicionan el cuadro clínico del caso presentado. La hipertrofia del tejido blando puede ser tan importante que llega a cubrir la totalidad de la lámina ungueal, la cual al continuar creciendo perfora el tejido blando dando origen al puente cutáneo ubicado por encima de la lámina. El manejo quirúrgico consideramos que es la opción más adecuada para la corrección del cuadro clínico descrito. La resección del tejido blando debe acompañarse con matricectomía lateral parcial, asegurando que la lámina al crecer no tenga nuevamente obstrucción con el tejido blando del pliegue lateral.

La técnica descrita para estos casos da buenos resultados con un proceso evolutivo muy aceptable.

BIBLIOGRAFÍA

1. García F et al. Onicocriptosis crónica. Piel 2005; 20(1): 53-55.
2. Nzuzi SM et al. Common nail disorders. In: Nzuzi SM, Positano RG, Delauro TM, Editors. Nails disorders. Philadelphia: WB Saunders Company; 1989: 431-469. Clinics in Pediatric Medicine and Surgery; 6(2).
3. Arribas BJM et al. Patología quirúrgica de la uña, 2001; 61(1366): 42-48.
4. Fernández EA. Uña encarnada. Rev Esp Podol 1975; 45: 7-10.
5. Guillamón JA. Resección total de la matriz ungueal. Rev Esp Podol 1980; 73: 9-21.
6. De Lauro T. Onychocryptosis. Clin Podiatr Med Surg 1995; 12: 201-213.
7. Burday MJ. Nail disorders. In: The clinics atlas of office procedures. Philadelphia, PA: WB Saunders Company; 2001: 85-94.
8. Nesbitt L. How to easily treat acute ingrown nails. Patient Care Can 1998; 9: 22.
9. Pérez B, Sánchez P. Cirugía correctora de onicocriptosis, experiencia de 5 años. Valoración de resultados. Actas Dermo-Sif 1989; 80: 157-60.
10. Vidal A, Enríquez J. Matricectomía parcial quirúrgica vs matricectomía parcial con electrofulguración en el tratamiento de la onicocriptosis. Dermatología Rev Mex 2006; 50: 54-59.
11. Leahy A. Ingrowing toenails, improvement treatment. Surgery 1990; 107: 566-567.
12. Carabajosa J. Onicocriptosis. Estudio clínico y tratamiento quirúrgico de 108 casos. Piel 1992; 7: 438-440.
13. Meada N. Nail abrasion. A new treatment for ingrowing toenail. J Dermatol 1990; 17: 746-749.
14. Aycart L. Técnica operatoria de rodetes ungueales por medio de galvanoterapia negativa. Rev Esp Podol 1979; 67: 17-26.
15. Espensen EH, Nixon BP, Armstrong DG. Chemical matrixectomy for ingrown toenails. Is there an evidence basis to guide therapy? J Am Pod Med Assoc 2002; 92(5): 287-294.

Correspondencia:

Dr. Julio Enríquez Merino
Dr. Vértiz núm. 464, Esq. Eje 3 Sur, Col. Buenos Aires, Del. Cuauhtémoc, 06780, México, D.F.
Tel. 5519 6351
E-mail: enriquez_dermqx@yahoo.com