



Tratamiento quirúrgico de onicocriptosis con puente cutáneo. Presentación de tres casos

Surgical treatment of onychocryptosis with cutaneous bridging. Presentation of three cases

Wendy Carolina González-Hernández,* Julio Enríquez-Merino,†
Daniel Alcalá-Pérez,§ Armando Medina-Bojórquez,¶ Sonia Torres-González,||
Virginia Martínez-Estrada,|| María Antonieta Domínguez-Gómez,**
Alberto Ramos-Garibay,‡‡ Juan Ramón José de Jesús Trejo Acuña§§

RESUMEN

En la onicocriptosis el borde distal de la lámina ungueal se incrusta en los pliegues cutáneos laterales en diferentes grados, lo que puede desarrollar cuadros con gran hipertrofia, misma que va cubriendo lentamente la superficie de la lámina ungueal, incluso puede perforar el tejido blando que la recubre, dando como resultado la formación de un pliegue cutáneo denominado «puente» sobre dicha estructura. Estos casos suelen observarse en pacientes jóvenes, con el antecedente de avulsión repetitiva de la lámina ungueal y/o traumatismos recurrentes, siendo la matricectomía parcial el tratamiento quirúrgico de elección. En este artículo se comunican tres casos de onicocriptosis grado IV con formación de puente cutáneo y se describe la técnica quirúrgica empleada para su tratamiento.

Palabras clave: onicocriptosis, puente cutáneo, uña encarnada, matricectomía.

ABSTRACT

In onychocryptosis, the distal edge of the nail plate is embedded in the lateral skin folds to different degrees, and can develop pictures with great hypertrophy of the same, which slowly cover the surface of the same, which can even perforate the soft tissue that covers it, resulting in the formation of a skin fold called a «bridge» over said structure. These cases are usually observed in young patients, with a history of repetitive avulsion of the nail plate and/or recurrent trauma, with partial matricectomy being the surgical treatment of choice. In this article, three cases of grade IV onychocryptosis with skin bridge formation are reported, and the surgical technique used for its treatment is described.

Keywords: onychocryptosis, skin bridge, ingrown toenail, matricectomy.

INTRODUCCIÓN

En la onicocriptosis la lámina ungueal distal se incrusta en los pliegues cutáneos laterales debido a la hipertro-

fia y/o debido a la sobrecurvatura transversal de dicha estructura, lo que produce dolor, inflamación e incluso infección en forma recurrente en diferentes grados de afectación.^{1,2} Se han detectado casos que se manifiestan con gran hipertrofia de los pliegues periungueales. En este artículo se comunican tres de ellos, donde la hipertrofia de tejido blando llega a cubrir casi la totalidad de la lámina ungueal.

* Residente de Dermatooncología y Cirugía Dermatológica.

† Cirujano Dermatólogo. Jefe del Servicio de Cirugía.

§ Cirujano Dermatooncólogo. Jefe de Curso de Alta Especialidad.

¶ Dermatooncólogo. Subdirector Atención Médica.

|| Dermatooncóloga.

** Encargada del Servicio de fototerapia.

‡‡ Dermatopatólogo.

§§ Dermatooncólogo.



Caso 1

Hombre de 14 años de edad, quien acude por onicocriptosis grado IV en primer orjejo de pie izquierdo y grado III en primer orjejo de pie derecho. Dos años de evolución. Al momento de la consulta se observa puente cutáneo en primer orjejo de pie izquierdo e hiperhidrosis plantar bilateral. Refiere avulsión previa de láminas ungueales en dos ocasiones realizada por podólogo, así como incorrecto corte de uñas y manipulación constante del aparato ungueal secundaria al dolor crónico (**Figura 1**).

Caso 2

Hombre de 20 años de edad acude por presentar onicocriptosis grado IV en primer orjejo de pie izquierdo. Dos años de evolución. Tratado con anterioridad por médico general, el cual practicó cinco «extracciones de uña», desarrollando posteriormente hipertrofia de tejidos blandos que cubrieron la lámina ungueal, con ulceración y formación de puente cutáneo (**Figura 2**).

Caso 3

Hombre de 18 años de edad acude por presentar onicocriptosis grado IV en primer orjejo de pie derecho. Tres años de evolución. Refiere haber sido tratado en múltiples ocasiones por podólogo, quien realiza diferentes procedimientos, entre ellos avulsión de la lámina ungueal en dos ocasiones, notando el desarrollo de gran hipertrofia de tejidos blandos de los pliegues ungueales laterales en forma paulatina durante los últimos dos años, los cuales han empeorado hasta cubrir la superficie de dicho anexo cutáneo casi por completo, refiriendo dolor punzante e imposibilidad para la deambulacion (**Figura 3**).

DESCRIPCIÓN DE LA TÉCNICA QUIRÚRGICA

En los tres casos se realizó matricectomía parcial con la siguiente técnica quirúrgica:

Previa asepsia y antisepsia de la extremidad afectada, colocación de campo estéril hendido aislando el



Figura 1:

Caso 1. **A)** Hipertrofia de pliegues laterales con formación de puente cutáneo sobre lámina ungueal. **B)** Diseño de incisión. **C)** Resección de puente cutáneo y exposición de lámina ungueal. **D)** Matricectomía parcial bilateral. **E)** Sutura distal y proximal de husos laterales resecaos.

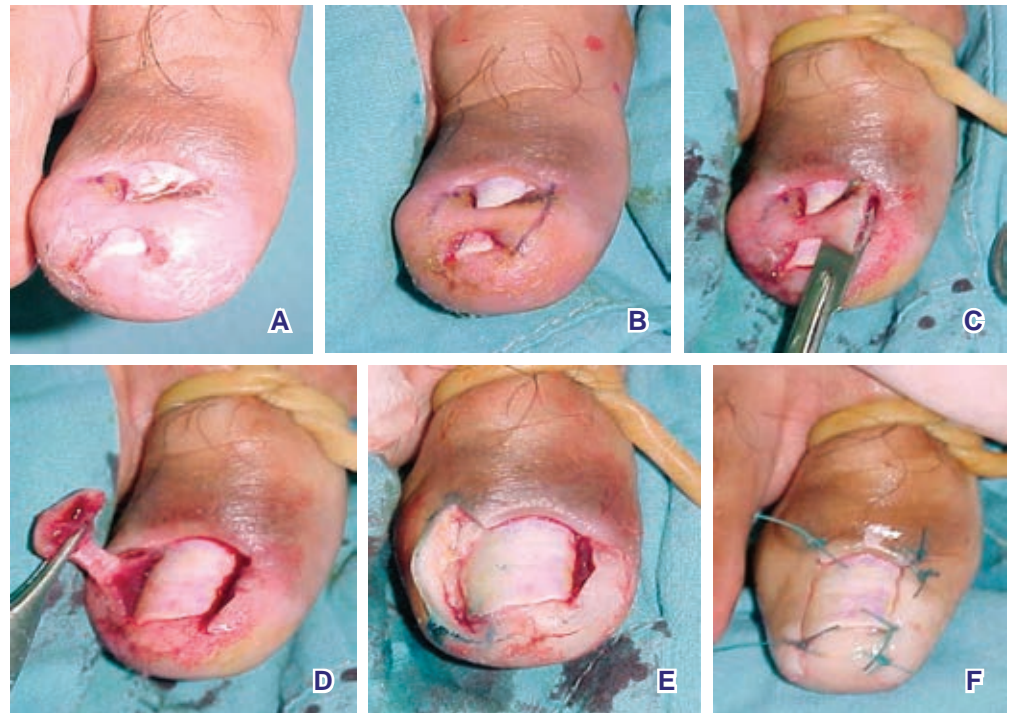


Figura 2:

Caso 2. **A)** Puente cutáneo sobre lámina ungueal. **B)** Diseño de incisión. **C)** Resección de tejido hipertrófico. **D)** Exposición de lámina ungueal. **E)** Vista de tejido resecado. **F)** Sutura y aspecto final.

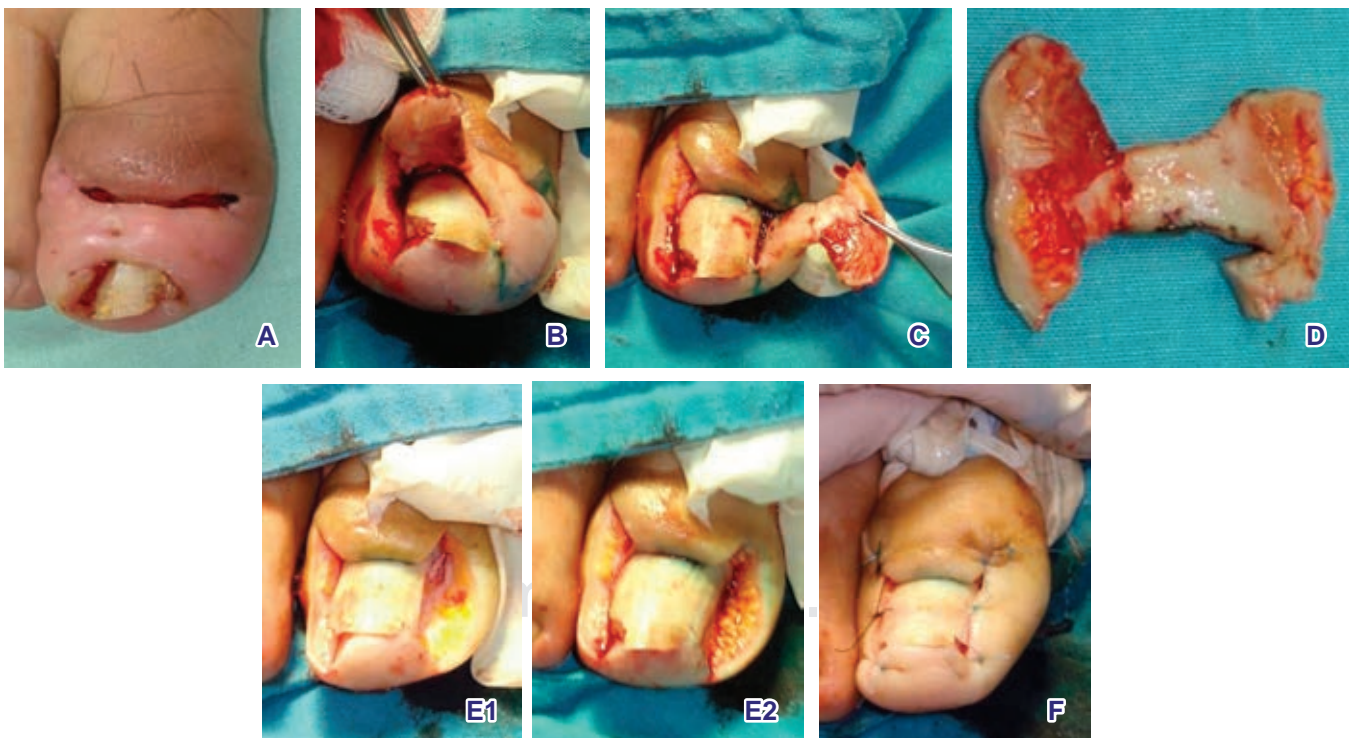


Figura 3: Caso 3. **A)** Onicocriptosis grado IV con puente cutáneo. **B)** Lámina ungueal expuesta al levantar puente cutáneo. **C)** Puente cutáneo parcialmente resecado que permanece unido a un borde ungueal lateral. **D)** Puente cutáneo totalmente resecado. **E)** Husos diseñados en forma bilateral para realizar matricectomía parcial. **F)** Bordes ungueales laterales suturados proximal y distalmente.

ortejo. Se realiza bloqueo troncular digital con 4 mL de lidocaína simple al 2%. Una vez corroborada la anestesia, se coloca ligadura en la base del dedo para reducir el sangrado durante el procedimiento.

Se realiza una incisión medial en el puente cutáneo y se levantan colgajos hacia sus bordes laterales, posteriormente se cortan en el límite del borde ungueal.

Se diseña huso en torno al tejido hipertrófico de los pliegues ungueales laterales, eliminando todo el tejido hipertrófico posible hasta dejar al descubierto la superficie de la lámina ungueal.

Se marca una línea de corte a 3 o 4 mm en los bordes laterales de la lámina ungueal, y a través de esta línea se hace resección en bloque de lámina-lecho y cuerpo de la matriz. Se verifica la eliminación completa de las estructuras mencionadas para evitar la posible formación de una espícula en el postoperatorio.

Se sutura con puntos simples utilizando hilo nylon 3-0 en los extremos proximal y distal de los husos diseñados en los pliegues laterales. Se libera la ligadura colocada en la base del orjejo.

Al finalizar el procedimiento se cubren las heridas con antibiótico en ungüento y se realiza vendaje firme con gasas para evitar sangrado postoperatorio.

DISCUSIÓN

Se conocen diversos factores intrínsecos y extrínsecos que predisponen a padecer onicocriptosis. Entre los intrínsecos se encuentra el *hallux abductus valgus* y el *hallux extensus*, que son los más frecuentes en nuestro medio. El primero se produce por aumento de presión entre el primero y el segundo orjejo, y el segundo por hiperextensión del primer orjejo, provocando traumatismos de repetición entre la lámina ungueal y el calzado. Otros factores intrínsecos descritos con menor frecuencia son los antecedentes familiares de onicocriptosis y la hiperhidrosis. Dentro de los factores extrínsecos son comunes la obesidad, el antecedente de traumatismos, el uso de calzado inadecuado, realizar mala técnica en el recorte de uñas, entre otros.³⁻⁵

Existen cuatro grados de severidad, predominando en todos un estado inflamatorio que puede ser agudo o crónico, dependiendo del tiempo de evolución.

Grado I: eritema, edema leve y dolor que aparece palpando los pliegues ungueales laterales.

Grado II: dolor y secreción serosanguínea o purulenta.

Grado III: dolor, secreción, hipertrofia crónica y crecimiento de tejido de granulación del pliegue lateral comprometido.

Grado IV: formación de un granuloma o tejido hipertrófico que abarca gran parte de la superficie ungueal, la que, si no es tratada adecuadamente, progresa hasta producir una deformación crónica grave.^{4,6}

Existen casos en los que la hipertrofia del tejido periungueal es tan severa que cubre lentamente la totalidad de la lámina ungueal y al crecer, ésta puede perforar el tejido blando que la cubre hasta formar un puente cutáneo sobre ella.⁷⁻⁹ El principal factor que contribuye a esta situación es la ablación repetida de la lámina ungueal y los diversos manejos empíricos que sólo mejoran temporalmente la sintomatología de la onicocriptosis.¹

Los tratamientos quirúrgicos pueden dividirse en dos: 1) los que intentan reducir la lámina ungueal, y 2) los que disminuyen el tamaño de los tejidos blandos del *hallux*. En ambos casos se procura optimizar la relación uña-tejidos blandos mediante una matricectomía parcial, ya sea empleando sustancias químicas o mediante la realización de alguna técnica quirúrgica.¹⁰

Es poco frecuente observar casos de onicocriptosis con formación de puente cutáneo; sin embargo, cuando esto ocurre, es común en pacientes jóvenes con antecedente de avulsión repetitiva de la lámina ungueal, así como de traumatismos recurrentes; siendo el tratamiento quirúrgico el de elección en estos casos. Los autores de este artículo preferimos la matricectomía quirúrgica por sus excelentes y rápidos resultados, que mejoran la calidad de vida del paciente al devolverle su funcionalidad con bajo riesgo de recidiva.¹¹

COMENTARIO

Consideramos que es de gran relevancia la descripción de la técnica quirúrgica empleada en esta institución para el tratamiento de la onicocriptosis grado IV con formación de puente cutáneo, ya que a pesar de que no existe un consenso en la literatura sobre la técnica de elección para el tratamiento de esta patología, la técnica mencionada en este artículo ha dado excelentes resultados al mejorar considerablemente la calidad de vida de los pacientes, además de presentar un muy bajo porcentaje de recidiva si se realiza de manera adecuada y se controlan los factores predisponentes de onicocriptosis.

REFERENCIAS

1. Palacios-López C, Fernández-de-Lara A. Onicocriptosis en niños. *Acta Pediatr Mex*. 2019; 40: 166-169.
2. García Carmona FJ, Padín JM, Fernández D. Onicocriptosis crónica. *Piel*. 2005; 20: 53-55.
3. Refkalesky-Loureiro W, Gioia-Di Chiacchio N, Di Chiacchio N. Cirugía de uñas. *Rev Soc Peruana de Dermatología*. 2011; 21: 167-183.
4. Geizhals S, Lipner SR. Review of onychocryptosis: epidemiology, pathogenesis, risk factors, diagnosis and treatment. *Dermatol Online J*. 2019; 25: 13030/qt9985w2n0.
5. Arica IE, Bostanci S, Kocyigit P, Arica DA. Clinical and sociodemographic characteristics of ingrown nails in children. *J Am Podiatr Med Assoc*. 2019; 109: 272-276.
6. Correa J, Magliano J, Agorio C, Bazzano C. Exéresis en U para la onicocriptosis. *Acta Dermosifiliogr*. 2017; 108: 438-444.
7. Exton R, Smith G. Surgical intervention for congenital nail fold hypertrophy. *J Foot Ankle Surg*. 2012; 51: 69-70.
8. Enríquez MJ, García CSJ. Onicocriptosis con puente cutáneo. Manejo quirúrgico. *Rev Cent Dermatol Pascua*. 2012; 21: 69-73.
9. Mazuecos J, Pérez-Bernal A, Camacho FM. Skin bridge on a nail plate caused by distal onychocryptosis. *Eur J Dermatol*. 2015; 25: 185-186.
10. Vidal Flores A, Enríquez Merino J. Matricectomía parcial quirúrgica vs matricectomía parcial con electrofulguración en el tratamiento de la onicocriptosis. *Dermatología Rev Mex*. 2006; 50: 54-59.
11. Becerro de Bengoa Vallejo R, López López D, Palomo López P, Soriano Medrano A, Morales Ponce Á, Losa Iglesias ME. Quality of life improvement in aged patients after toenail surgery. *Z Gerontol Geriatr*. 2019; 52: 789-794.

Correspondencia:

Dr. Julio Enríquez-Merino

Dr. Vértiz Núm. 464, esq. Eje 3 Sur,
Col. Buenos Aires, 06780,
Alcaldía Cuauhtémoc, CDMX.
Tel: 55 5519-6351

E-mail: enriquez_drqx@yahoo.com