

# CIRUGÍA PODOLÓGICA PEDIÁTRICA

Enrique Giralt de Veciana<sup>1</sup>, Virginia Novel Martí.<sup>1</sup>

I. Profesor Titular. Universitat de Barcelona.

## CORRESPONDENCIA

Enrique Giralt de Veciana  
C/Feixa Llarga s/n  
Campus de Bellvitge  
08907 L'Hospitalet  
(Barcelona)

## RESUMEN

En Pediatría se producen algunas alteraciones o patologías a nivel del pie, cuya única resolución posible es mediante las técnicas de Cirugía Podológica Pediátrica.

De todas las alteraciones susceptibles de intervención hemos seleccionado aquellas que por su frecuencia tratamos con mayor asiduidad como son: Onocriptosis y Verruga.

Y para tratar las mismas, hemos descrito las técnicas menos agresivas y que dan mejor resultado en cuanto a menor tiempo de evolución y mejor resultado postquirúrgico y estético.

## ABSTRACT

In Pediatrics some alterations or pathologies take place at level of the foot, which only possible resolution is by means of the skills of Surgery Podologic Pediatric. Of all the alterations capable of intervention we have selected those that for his frequency we treat with major assiduity as they are: Onocriptosis and Wart. And to treat the same ones, we have described the least aggressive skills and that give better result as for minor time of evolution and better postsurgical and esthetic result.

## PALABRAS CLAVES

Cirugía Pediátrica Podológica, Onicocriptosis, Verruga

## KEY WORDS

Pediatric surgery Podologic, Onicocriptosis, Wart

## INTRODUCCIÓN

Denominamos con este nombre de Cirugía Podológica Pediátrica a las técnicas quirúrgicas encaminadas a la resolución de los problemas que presentan los niños desde el nacimiento hasta los 14 años.

Y dentro de este margen de edad podemos encontrar diversas y variadas patologías que deben resolverse mediante la cirugía.

De entre ellas podemos nombrar:

- Onocriptosis.
- Verrugas.

- Condromas subungueales.
- Tumores de Koenen.
- Quistes.
- Sindactilias
- Dedos en garra
- Y un largo etc.

Pero de entre todas ellas y con el fin de no hacer excesivamente extenso entre trabajo, vamos a hacer referencia a las que creemos que ocupan el % más elevado de las consultas de lesiones dérmicas podopediátrica, como son:

- Onicocriptosis
- Verruga.

Aunque vamos a describir técnicas quirúrgicas, nunca debemos olvidar que, y más en podopediatría, la cirugía debe ser el último recurso, y antes hay que agotar todas las posibilidades incruentas de resolver el problema.

Debiendo aclarar que en algunas ocasiones cuando llegan dichas patologías a nuestras consultas, ya son de un tiempo de evolución largo y el Podólogo observa que por el estado que presenta la lesión, es imposible otro tratamiento que no sea directamente el quirúrgico.

Debemos hacer hincapié en la importancia de realizar una técnica anestésica indolora, para ello es importante:

- No sólo elegir al técnica más correcta en cada caso, sino
- Elegir el calibre de agujas más finas e ir infiltrando el anestésico lentamente para que no se produzca una distensión de los tejidos y si una difusión por ellos.
- Calentar en la mano ligeramente el anestésico para que adquiera la temperatura corporal.
- Infiltrar la mínima cantidad necesaria para producir la anestesia de la zona.

## ONICOCRIPTOSIS

De onico y del griego *krytein*, ocultar. Hace referencia a la ocultación de la lámina ungueal en el tejido blando circundante (Figura 1)



Fig 1.

En el diccionario nos hace referencia a: "Enfermedad caracterizada por el crecimiento lateral excesivo en el pliegue ungueal y que produce una lesión inflamatoria y dolorosa".

Las causas de dicha patología son muy diversas y seguro que además de las nombradas a todos nosotros se nos ocurrirán muchas más.

- Corte incorrecto de la lámina ungueal.
- Traumatismo directo que provoca la lesión de la lámina ungueal, de su matriz o de sus anejos, con la posterior incrustación de la misma.
- Traumatismo repetitivo, a veces provocado por un calzado estrecho, un calzado deportivo inadecuado, o la fisiología del niño en la demabulación.

- La hiperhidrosis que provoca la maceración y reblandecimiento de los labios ungueales.
- La propia configuración de la lámina ungueal que favorece la incrustación de la misma en los bordes.

Es muy importante elegir al técnica correcta en cada caso y en dependencia del estado y conformación de la lámina ungueal y sus anejos decidiremos una u otra según diversas clasificaciones realizadas por diversos autores.

Pero en este trabajo vamos a describir una técnica que siendo de fácil realización, se puede realizar independientemente del estado de la patología.

Dicha técnica es la: **Reconstrucción estética:**

- Realizaremos hemostasia directa.
- Con un escoplo separaremos la zona de eponiquio correspondiente a la porción de lámina ungueal a extirpar. (Figura 2)



Fig 2.

- Con el mismo escoplo lo introduciremos entre lámina ungueal y lecho para separar dichas estructuras y facilitar el deslizamiento del bisturí. (Figura 3)

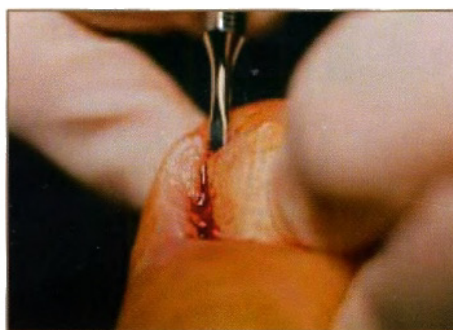


Fig 3.

- Con un bisturí del Nº 15 y siguiendo el canal realizado anteriormente cortaremos longitudinalmente la lámina ungueal en toda su longitud incluyendo la zona de matriz, al llegar a eponiquio realizaremos un movimiento del bisturí en sentido plantar y dorsal, para colocarlo por debajo del mismo sin lesionarlo y si cortando la matriz ungueal. (Figura 4)
- Con el escoplo lo colocaremos en la zona proximal de la lámina ungueal en sentido oblicuo de medial a lateral y realizando un movimiento de palanca extirparemos la zona de lámina ungueal adecuada. (Figura 5)

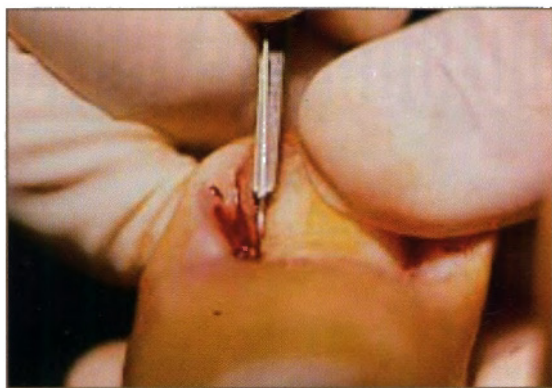


Fig 4.



Fig 5.

- Con una cucharilla de Wolkman o Jantzen, realizamos legrado de la matriz ungueal ( por debajo de eponiquio, nunca en el surco ungueal ) en tres sentidos, plantar, lateral externo y dorsal ( de esta forma independientemente de la forma de la matriz ungueal, seguro que la legramos). (Figura 6)

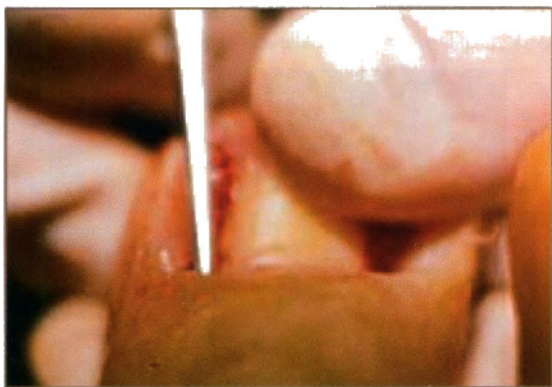


Fig 6.

- Con un bisturí nº 10 realizamos una incisión en la zona de lecho proximal a lámina ungueal abarcando toda su longitud incluso debajo de eponiquio. (Figura 7)



Fig 7.

- Seguidamente colocamos el filo del bisturí oblicuamente al labio ungueal y procedemos a realizar una incisión oblicua sobre el mismo, vaciandolo y yendo a buscar la base de la primera incisión, con esta maniobra y con un solo movimiento del bisturí realizamos el vaciado del labio ungueal, mayor o menor dicho vaciado en relación a la hipertrofia del mismo. (Figura 8-9-10)



Fig 8.



Fig 9.

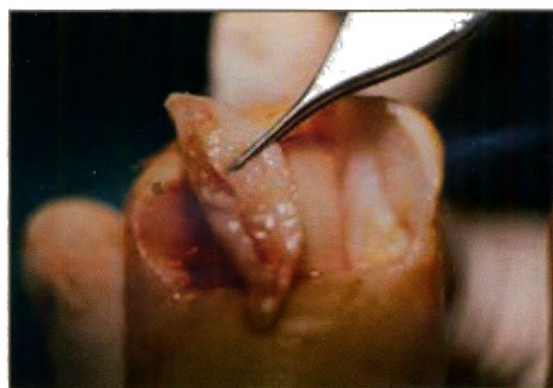


Fig 10.

- Una vez vaciado el labio ungueal, lo aproximamos a la zona lateral de la lámina ungueal y con una incisión extirpamos la zona sobrante de labio, hasta dejar el extremo del mismo coaptado al borde ungueal. (Figura 11)
- Si con esta maniobra se puede observar una ligera elevación de la zona de eponiquio, procederemos a realizar una extirpación en forma de V del tejido sobrelevado, para permitir la estética de la zona.
- Unimos ambas estructuras manteniendolas en contacto con tiras de aproximación, sin tensión. (Figura 12)

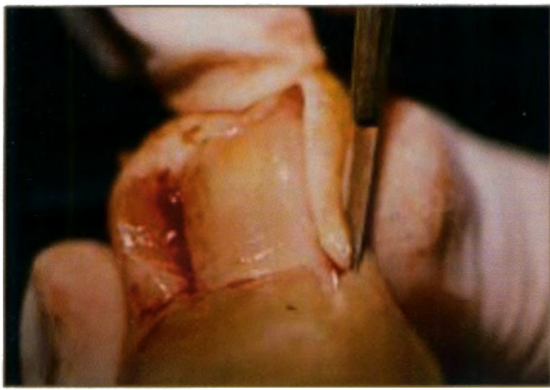


Fig 11.

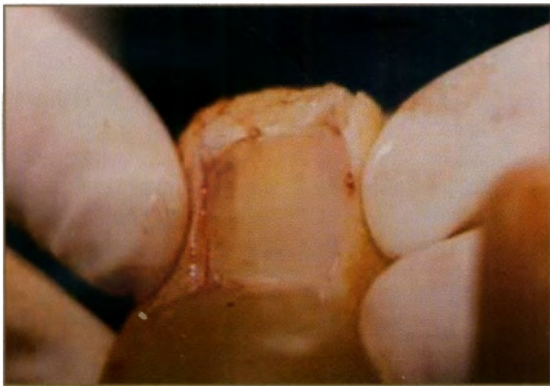


Fig 12.

- Retiramos hemostasia.
- Realizamos vendaje semicompresivo.
- La pauta postquirúrgica será:
  - Reposo de la zona intervenida.
  - Analgésico si hay dolor.
  - Antiinflamatorio si se cree conveniente.
  - A las 48 horas levantamos apósito.
  - Retiramos tiras de aproximación.
  - Aplicamos pomada antibiótica-antiinflamatoria c/ 12 horas durante unos 4 días.
  - Posteriormente povidona yodada c/ 12 horas hasta el alta que suele ser a los 10 días de la intervención.

## VERRUGA

Del latín *verruca*. En el diccionario encontramos: "Excrecencia cornea de la piel, única o múltiple de forma y tamaño variables, constituida por la hipertrofia circunscrita y benigna de la piel".

Sabemos que es ocasionado por la inoculación, anidación y reproducción del Papova virus el cual invade una célula, reproduciéndose rápidamente e invadiendo células vecinas hasta conformar una lesión dolorosa, debido a la inclusión en su estructura de vasos sanguíneos y ramas nerviosas periféricas, como es la verruga. ( Figura 13 )

La causa de la aparición de las verrugas puede ser solamente la inoculación del Papova virus en el interior del tejido dérmico.

En la mayoría de los casos el contagio se produce en los vestuarios o instalaciones de los centros deportivos, por una inadecuada higiene de los mismos. Y la inoculación y crecimiento se produce en el pie.



Fig 13.

Pero en otros casos la inoculación se produce en zonas distantes del pie y el virus inicia un recorrido por el sistema linfático hasta la zona del pie en las mejores condiciones para anidar y crecer.

Como ya hemos comentado anteriormente, se deben realizar los tratamientos incruentos adecuados antes de plantear la intervención quirúrgica.

Esta consistirá en:

- Hemostasia mecánica por compresión de los vasos circundantes.
- Con bisturí nº 15, realizamos una incisión circundante a la verruga, a unos 3 milímetros de su periferia, con una oblicuidad externa para evitar de lesionar la cápsula de la verruga. (Figura 14)

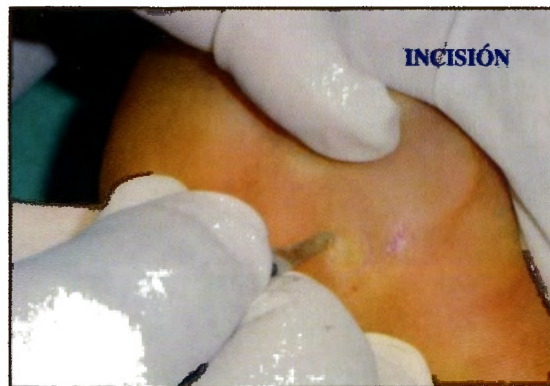


Fig 14.

- Una vez separado tejido dérmico, con unas pinzas de Adson sin dientes y una cucharilla de Wolkman, procedemos a sujetar un extremo de la lesión, realizar una tracción externa de la lesión y entre el espacio virtual existente entre tejido dérmico y cápsula verrugosa, introducimos con cuidado de no lesionar la cápsula de la verruga y vamos separando y extirpando la verruga de su asentamiento, hasta extirparla totalmente. (Figura 15- 16- 17)
- Con otra cucharilla realizaremos un legrado de la zona de asentamiento de distal a proximal, eliminando cualquier porción de tejido que pueda permanecer en la zona. (Figura 18)
- Lavado exhaustivo con Suero fisiológico de distal a proximal. ( Figura 19 )
- Siempre que sea posible, es decir que exista una elasticidad adecuada de la piel, se procederá a la sutura, internamente con reabsorbible 4/0 y externamente con puntos simples de seda o reabsorbible de 5/0.

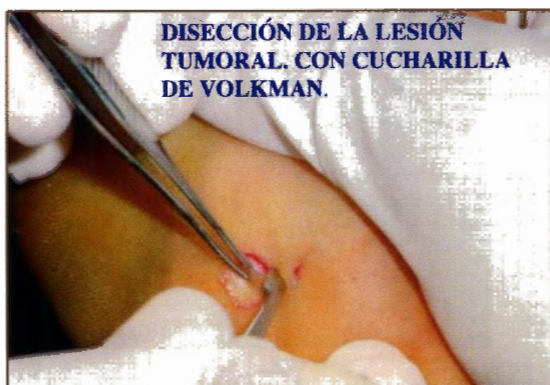


Fig 15.



Fig 16.



Fig 17.



Fig 18.



Fig 19.

- Si no es posible la cicatrización por primera intención, se realizara en tiempo quirúrgico aplicación de pomada enzimática.
- En caso de sangrado de la zona se procedera a la aplicación de una gasa hemostática, tipo Spongostan. ( Figura 20 )
- Vendaje semicompresivo. ( Figura 21 )
- La pauta postquirúrgica será:
  - Reposo de la zona intervenida.
  - Analgésico adecuado a la edad.
  - A las 48 levantamos apósito.

Si se ha realizado cicatrización por primera intención: Curas con povidona yodada c/24 h. Y a los diez dias retiramos puntos externos.

Si se ha realizado cicatrización por segunda intención: Retiramos esfacelos y realizamos tratamiento tópico con pomadas enzimáticas c/12 horas hasta la total normalización de la zona. ( Figura 22 )

Una vez normalizado el tejido dérmico se realiza soporte plantar de descarga durante dos años, tiempo que tarda en normalizarse la funcionalidad fisiológica de las celulas del tejido afecto.



Fig 20.



Fig 21.

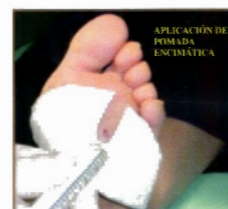


Fig 22.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Giral de Veciana, E. Tratamiento de la onicocriptosis mediante la técnica de Reconstrucción estética. Revista Española de Podología 1993; IV pagins: 398-406.
2. Persichetti P, Simone P, Li Vecchi G, Di Lella F, Cagli B, Marangi GF. Wwedge excision of the nail fold in the treatment of ingrown toenail. Ann Plast Surg 2004; 52: 617.620
3. Giannestras NJ, Transtornos del pie: Tratamiento médico y quirúrgico. Barcelona Salvat 1979
4. Ferrándiz C, Dermatología, 10 años de progreso Barcelona Doyma 1985
5. Lelièvre J, Lelièvre JF. Patología del pie: Fisiología- clínica tratamientos médico, ortopédicos y quirúrgicos. 4ª ed. Barcelona Masson 1993