

# COMUNICACIONES CIENTIFICAS

## TRATAMIENTO DE LA ONICOCRIPTOSIS MEDIANTE LA TECNICA DE «RECONSTRUCCION ESTETICA»

\* D.P. GIRALT DE VECIANA, Enrique

### INTRODUCCION

Una de las afecciones que con más frecuencia observamos en nuestras consultas es la onicocriptosis.

Esta, en la mayoría de los casos, se puede solucionar rápida y satisfactoriamente utilizando una gran variedad de técnicas, todas ellas incruentas y sobradamente conocidas por todos. No obstante, en algunos casos éstas no pueden aplicarse o no nos aseguran un buen resultado. Lo que nos obliga a recurrir a métodos más drásticos como puede ser las técnicas quirúrgicas.

Una vez elegida la cirugía disponemos de diversas técnicas para escoger. La elección de cada una de ellas irá en función del estado de la lámina ungueal y sus anejos siendo asimismo el tiempo de curación variable en función de la técnica empleada (en ocasiones excesivamente largo).

Para subsanar los mencionados problemas, hemos desarrollado una técnica que puede utilizarse en todos los casos, independientemente del estado de la lámina ungueal y rodetes ungueales y con el mínimo tiempo de curación (aproximadamente de 7 días). Y a la que por sus características denominamos RECONSTRUCCION ESTETICA.

### DEFINICION

La primera descripción de la onicocriptosis la realizó Lewis Duvlacher en 1845 definiéndola como «La uña creciendo hacia el interior de la carne». Esta definición sigue siendo válida en la actualidad.

También se la conoce como: Onixis, uña encarnada, uñero... (Figura 0).

### ETIOPATOGENIA

La causa primordial es:

- Corte incorrecto de la lámina ungueal.

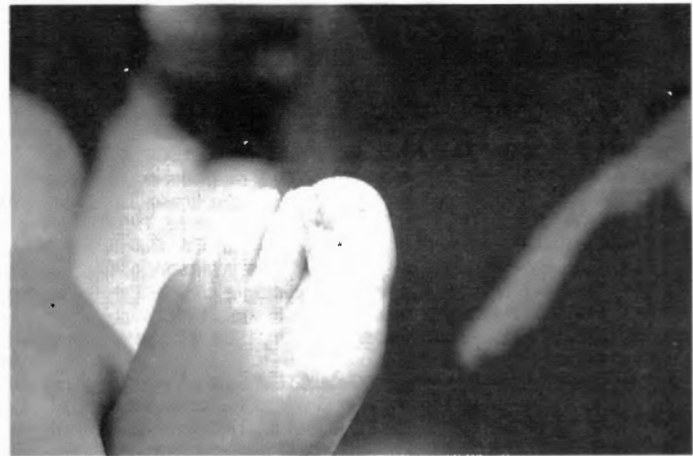


Fig. 0

Combinada con unos factores que la favorecen como son:

- Hiperhidrosis.
- Exceso de peso.
- Uso de calzado inadecuado.
- Traumatismos
- Pie plano-valgo
- Antepié pronado
- Fórmula digital egipcia
- Macroniquia
- Morfología ungueal: teja de provenza, picado vertical, espiral, etc...

Puede afirmarse que la existencia de una presión sobre el lateral del dedo que provoque un contacto entre la lámina ungueal y el labio ungueal; es imprescindible para que se produzca una onicocriptosis.

### CLINICA

Las manifestaciones clínicas características son:

- Dolor ligero e intermitente que se agudiza con la presión de la zona.

- Inflamación del labio ungueal y anejos.
- Hipertrofia del labio ungueal con crecimiento del tejido de granulación.
- Infección del canal ungueal; aparición de tejido desvitalizado presentando en ocasiones puntos de necrosis.

## TRATAMIENTO

Existen diversos y variados tratamientos incruentos que consideramos previos al tratamiento quirúrgico. Si estos fracasan es cuando se deben emplear las técnicas quirúrgicas.

Una de estas técnicas, es la que vamos a explicar a continuación. La llamamos **técnica de la reconstrucción estética**.

## PREOPERATORIO

Se ha constatado anteriormente, que dicha técnica quirúrgica, puede emplearse en todos los casos. Excepto en el caso de aquellas uñas onicomycóticas, en las que como es conocido debe procederse a un tratamiento antimicótico previo.

En los demás casos podemos emplear, la técnica quirúrgica de inmediato.

Comenzaremos con un tratamiento previo para conseguir que la zona a intervenir se encuentre en las mejores condiciones posibles.

Este tratamiento variará según el estado de la afección.

- En caso de coexistir infección:
  - Lavado con productos antisépticos c/12 horas
  - Pomada antibiótica-corticoides »
- En caso de coexistir inflamación:
  - Lavado con productos antisépticos c/12 horas
  - Pomada corticoide »

Manteniendo el tratamiento hasta el momento de la intervención.

Asimismo realizaremos la terapia antitetánica más adecuada en cada caso:

- Antitoxina antitetánica 24 h. antes de la intervención.
- Anatoxal antitetánica en la pauta habitual.

## PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Como toda intervención quirúrgica debe ir precedida de una analítica previa, para conocer el estado general del paciente.

- Hemograma completo
- Ionograma completo
- V.S.G.
- Plaquetas
- Pruebas de coagulación
- Glucemia

Además de todas las que consideramos oportunas, de-

pendiendo de los datos obtenidos en la anamnesis del paciente.

En caso de sospecha de afectación ósea sobreañadida, conviene disponer de una radiografía.

- Dorso-plantar (del dedo afecto, en placa oclusal)
- Perfil

## MATERIAL NECESARIO

Tanto el material necesario como el instrumental es idéntico al que se precisa en cualquier técnica de onicocriptosis. Destacando:

- Gasas, guantes, batas, mascarilla, tallas..., todo estéril.
- Escoplo.
- Cizalla quirúrgica.
- Gubia.
- Cucharilla de Jantzen.
- Mango de bisturí
- Hoja de bisturí del n.º 10
- Pinzas Adsón s.d.
- Puntos de aproximación
- Cinta hemostática

## PREPARACION PREQUIRURGICA

Se adecuará el campo quirúrgico y delimitará mediante:

- Rasurado amplio de la zona.
- Lavado con jabón antiséptico
- Enjuagado con alcohol de 70 °
- Pincelaciones con antiséptico yodado.
- Delimitación del campo con tallas estériles.

Adecuación del profesional:

- Lavado quirúrgico de manos.
- Colocación de polainas.
- Colocación de gorro y mascarilla.
- Bata y guantas estériles.

## ANESTESIA

La anestesia más adecuada es la realizada con una anestésico del grupo amida como, por ejemplo, la mepivacaína o la lidocaína al 1%, 2% ó 3% siempre sin vasoconstrictor (como la adrenalina) al tratarse de una zona acra, con bajo riego sanguíneo (Figura 1).

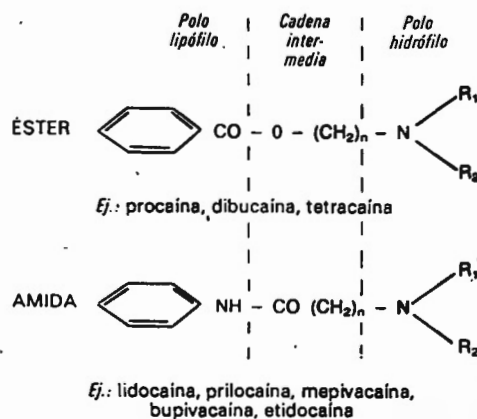


Fig. 1

Procederemos a la anestesia troncular del dedo, según se explica a continuación:

- a) Punción mediante golpe seco en el borde interno de la raíz del dedo, justo donde se inicia el suelo del espacio interdigital y enclavando la aguja en profundidad. (Figura 2)



Fig. 2

- b) Con la mano pasiva sujetaremos la aguja colocando el pulgar en la zona plantar del dedo y sostendremos con los dedos índice y corazón la unión aguja-jeringa.
- c) Sin olvidar una aspiración previa, introduciremos una pequeña cantidad de anestésico hasta comprobar con el pulgar pasivo la formación de un pequeño havón en la zona plantar. En dicho momento iniciamos la retirada de la aguja al mismo tiempo que infiltramos (siempre aspirando antes de infiltrar).
- d) Al llegar a la zona dorsal y sin retirar la aguja, producimos un giro externo de 90 ° provocando con ello su lateralización. Con la mano pasiva realizamos una hiperextensión del dedo, para tensar el extensor propio del 1<sup>er</sup> dedo y al mismo tiempo, vamos introduciendo la aguja por su zona dorsal, pasando por debajo de dicho extensor mientras infiltramos (siempre previa aspiración). Una vez llegados a la zona externa del dedo, retiraremos la aguja (Figuras 3 y 4).



Fig. 3



Fig. 4

- e) Puncionaremos su zona externa dorsal en superficie (en el havón previo) al mismo tiempo introduciremos la aguja e infiltraremos anestésico, (previa aspiración) hasta llegar a la zona plantar de forma que se realice la anestesia de todo el dedo (Figura 5).



Fig. 5

## HEMOSTASIA

Se realiza hemostasia troncular en la raíz del dedo utilizando la técnica de «Barrido» o «Directa», dependiendo de las preferencias de cada profesional (Figura 6).

## Técnica

Una vez realizado todo el protocolo preoperatorio, iniciamos la técnica anteriormente mencionada.

Utilizando un escoplo, despegaremos la zona del leponiquio que cubre la lámina ungueal, justo en el lugar por donde realizaremos la exeresis (Figura 7).

Se introduce una gubia entre la lámina ungueal y el lecho ungueal, por la zona donde posteriormente introduciremos la cizalla, para realizar el corte de la lámina ungueal (Figura 8).



Fig. 6



Fig. 7



Fig. 8

Este corte de la lámina ungueal se realiza siempre sujetando el resto de la misma con el pulgar de la mano pasiva, para evitar su despegamiento.

Al introducir la gubia notaremos una cierta resistencia debido a la unión lámina-lecho. El momento en que esta resistencia ceda, nos indica que hemos llegado a la matriz y es cuando retiraremos la gubia.

Seguiremos manteniendo la presión sobre la lámina ungueal con el pulgar de la mano pasiva y a través del camino abierto por la gubia introducimos la cizalla quirúrgica hasta la matriz de la uña, pasando por debajo del leponiquio ya despegado. Una vez la cizalla esté introducida hasta la matriz de la lámina ungueal realizaremos el corte de la misma de una sola vez y siempre con un corte recto (Figura 9).



Fig. 9

Seguidamente introducimos la gubia, por debajo de la zona lateral de la lámina ungueal, la que debemos extraer, en sentido oblicuo de distal a proximal y realizando con la gubia un movimiento de rotación interna; de esta manera extraeremos la zona de la lámina ungueal que hemos cortado anteriormente de una pieza y sin esfuerzo, procediendo a la exeresis parcial de la lámina ungueal (Figura 10).



Fig. 10

A continuación con la cucharilla de Jantzen, procedemos al legrado de la zona de matriz ungueal correspondiente introduciéndola por debajo del leponiquio. Como la matriz ungueal puede adquirir diversas formas, para asegurarnos que su legrado sea lo más exacto posible, realizaremos movimientos de proximal a distal (nunca en vaivén, pues introduciríamos zona de matriz hacia base del dedo) en la zona plantar, lateral externa y zona dorsal del fondo de saco existente; de esta forma sea cual sea la forma de la matriz ungueal, conseguimos en un por ciento muy elevado su legrado total (Figuras 11, 12, 13 y 14).



Fig. 11

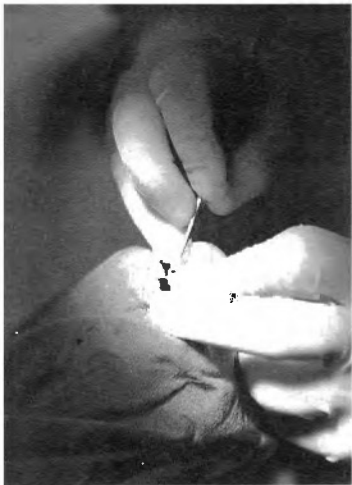


Fig. 12



Fig. 13



Fig. 14

Después con bisturí del n.º 3 y hoja del n.º 10 procedemos a realizar una incisión oblicua externa en la zona del lecho ungueal correspondiente, tratando de no lesionar el tejido óseo adyacente (Figura 15).



Fig. 15

Siguientemente colocamos la hoja de bisturí perpendicular al labio ungueal, con el labio tocándolo, realizamos un vaciado de dicho labio ungueal yendo a buscar la base o extremo plantar de la incisión oblicua practicada en lecho, extirpando de esta forma toda la zona interna del labio ungueal y teniendo en cuenta que dicha extirpación será mayor cuanto mayor sea la hipertrofia del labio (Figura 16, 17 y 18).

Aproximamos la zona superficial del labio a la zona media del dedo comprobando la perfecta coadaptación y unión de ambos, en caso de superposición de la zona del labio ungueal sobre la lámina ungueal procederemos a la eliminación de la zona superpuesta, mediante su resección con bisturí. Tomando como referencia el nuevo borde ungueal (Figura 19).



Fig. 16



Fig. 19



Fig. 17



Fig. 18

A continuación, comprobamos que en los extremos del nuevo canal (la zona correspondiente a leponiquio y pulpejo del dedo) no se halle ningún abultamiento o superposición de tejidos que nos daría una elevación de la piel de la zona; en caso de existir, procederemos a su extirpación mediante la realización de una V, con el vértice distal a la herida, de esta forma se habrá eliminado todo tejido sobrante y al mismo tiempo obtendremos una perfecta coaptación y unión de ambos bordes de la herida, permaneciendo un labio ungueal normalizado (Figura 20).



Fig. 20

Se debe realizar una buena limpieza de la herida eliminando totalmente todo tejido desvitalizado (Figura 21).

- Se realiza la unión de ambos bordes mediante tiras de aproximación, colocándolas entrelazadamente y con pequeños espacios entre ellas para permitir un posible drenaje (Figura 22).
- Vendaje semicompresivo, comprobando siempre que en el momento de retirar la hemostasia se reanude una buena circulación sanguínea.



Fig. 21

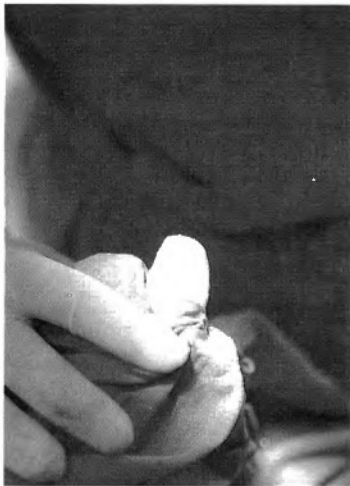


Fig. 22

## POSTOPERATORIO

- El paciente debe guardar reposo en su domicilio, manteniendo el miembro elevado el mayor tiempo posible.
- Recomendaremos un analgésico para atenuar las molestias en el momento en que ceda la acción de la anestesia, pudiendo repetirse cada cierto tiempo si es preciso (aunque este tipo de intervenciones son indoloras y sólo precisan de un solo analgésico).
- A las 48 horas el paciente acude a la consulta, realizándose el levantamiento del apósito, y retirada de las tiras de aproximación.
- Una vez comprobada la perfecta coadaptación de los bordes y de no precisar que se produzca proliferación del tejido de granulación, procederemos a informar al paciente para que en su domicilio practique curas mediante pincelaciones con antiséptico yodado 3 veces al día con control en consulta a los 5 y 7 días de la intervención; momento en el que observaremos un perfecto estado de toda la lámina ungueal; demostrando la experiencia que en el 95% de los casos se puede dar el alta del proceso, mientras que en el otro 4% dicha alta a los 10 días y sólo en el 1% restante se ha producido alguna pequeña complicación que ha retrasado el alta hasta un máximo de 18 días.

## COMPLICACIONES

- Durante el periodo de tiempo en que realizamos dicha técnica (aproximadamente 6 años) se ha constatado algún contratiempo que ha retrasado el periodo de curación de 7 hasta los mencionados 18 días en algún caso.

Dichas complicaciones han sido:

- Periostitis, debido al excesivo legrado de matriz ungueal, con afectación del periosteo de la falange distal, dicho proceso se observa ya en la 1.<sup>a</sup> cura y se ha resolucionado con la aplicación c/12 h. de pomada antibiótica-corticoides, durante unos 4 días, pasando a continuación a solución yodada.
- Inflamación de la zona de matriz ungueal, debido al excesivo legrado de la zona en los planos lateral externo y dorsal, observado ya en la 1.<sup>a</sup> cura y resolucionándose espontáneamente.
- Crecimiento una pequeña zona granulosa, al no haber sido eliminado totalmente el tejido desvitalizado existente en la zona observado en la 2.<sup>a</sup> cura a los 5 días procediendo a su extirpación (siendo ésta indolora), manteniendo las pincelaciones con solución yodada.

## CONCLUSIONES

Una vez realizado un número, creemos suficiente, de casos y transcurrido el tiempo prudencial para la aparición de secuelas o afectaciones que pudieran concluir con el fracaso de la técnica llegamos a las conclusiones:

- 1.º Técnica quirúrgica que se puede realizar en cualquier caso, sea cual sea el estado de la zona afectada, excepto en caso de onicomiosis añadida.
- 2.º El paciente puede reanudar su actividad laboral a las 48 horas de la intervención, sin ningún contratiempo, con lo cual se reduce el absentismo laboral.
- 3.º El alta total en la mayoría de los casos se da a los 7 días de la intervención, por lo que se acorta dicho tiempo con respecto a otras técnicas quirúrgicas, con el lógico beneficio para el paciente.
- 4.º Al realizar el legrado de la matriz en los tres sentidos (plantar, lateral externo y dorsal) se ha reducido casi en un 0,01% los casos de recidiva.
- 5.º Pasado un cierto tiempo de la realización de la técnica y debido a que en ésta no extirpamos labio ungueal, sino que lo vaciamos, logramos una total normalización de la zona, con difícil identificación del proceso quirúrgico, lo que conlleva el poner el nombre de RECONSTRUCCION ESTETICA.

## BIBLIOGRAFIA

- DICCIONARIO DE MEDICINA. Ed. Marín, 1986.  
 LELIEVRE. J. *Patología del Pie*. Ed. Toray-Masson, 1976.  
 WEINSTEIN, F. *Podología* Salvat Editores, 1970.