

Tratamiento quirúrgico de la onicocriptosis. Técnica mínima

Dr. EDGARDO D. DOS SANTOS*

RESUMEN

Se presenta una experiencia de 50 casos de onicocriptosis tratados mediante una técnica quirúrgica mínima en la que se extirpa el borde lateral de la placa ungueal con su correspondiente matriz.

La intervención se realiza sin incisión cutánea, lo que permite abreviar el período postoperatorio y ofreció, en la experiencia del autor, resultados funcionales y cosméticos muy satisfactorios.

SUMMARY

A serie of fifty patients with ingrown toenails operated upon with a minimal surgical procedure, involving removal of the lateral edge of the nail plate and its corresponding matrix, is presented.

The operation requires neither a skin incision nor stitches, allowing for a shortened postoperative period and, in the author's experience, has produced very satisfactory functional and cosmetic results.

INTRODUCCIÓN

La onicocriptosis, mal llamada "uña encarnada", es una patología habitual en la práctica de nuestra especialidad, para la cual se ha diseñado una multitud de técnicas operatorias cuya mera existencia demuestra lo insatisfactorio de sus resultados y la frecuencia de las recidivas^{4, 7, 9, 13}. Sin embargo, salvo excepción⁵, el tema no sólo ha permanecido llamativamente ausente de la literatura ortopédica nacional, sino que el desinterés de los especialistas ha

motivado la creciente incursión de pedicuros y podólogos de cuestionable idoneidad en el tratamiento de estos pacientes²⁰⁻²³.

El cuadro clínico, detonado por la incarceration de una espícula de la placa ungueal en el surco lateral del mamelón digital, presenta uno o más de los siguientes componentes: paroniquia, flogosis del surco lateral, granuloma o botriomicoma del mamelón digital y supuración.

El objetivo del presente trabajo es comunicar la experiencia en el tratamiento de esta patología, mediante una intervención de escasa agresividad, que ha demostrado, a criterio del autor, resultados muy satisfactorios y una ausencia de recidivas que la hacen recomendable.

* Palenzona 891, (7540) Coronel Suárez, Provincia de Buenos Aires.

Caso	Sexo	Edad	Nombre y apellido	Ambos pies	Doble hemirr.	Complicaciones	Fecha cirugía
1	F	21	A.R.	—	—	—	1-89
2	F	30	G.C	—	—	—	3-89
3	M	33	C.C.	—	—	—	5-89
4	F	18	P.B.	—	—	—	5-89
5	M	19	N.L.	—	—	—	7-89
6	M	40	M.K.	+	—	—	1-90
7	F	17	R.S.	—	—	—	3-90
8	F	33	J.S.	—	—	—	4-90
9	F	23	F.G.	+	—	—	4-90
10	M	21	A.S.	—	—	—	9-90
11	F	18	A.H.	+	1	+	10-90
12	M	15	F.F.	—	—	—	12-90
13	F	24	R.H.	—	—	—	1-91
14	F	22	C.U.	—	—	+	2-91
15	M	26	S.C	+	1	—	6-91
16	M	30	F.K.	—	—	—	9-91
17	M	18	P.S.	—	—	—	9-91
18	F	21	R.W.	+	2	—	9-91
19	M	36	J.P.	—	—	—	12-91
20	F	24	C.O.	—	—	—	12-91
21	F	37	D.G.	—	—	—	3-92
22	F	40	V.P.	—	—	—	3-92
23	F	17	R.L.	—	1	—	7-92
24	M	23	J.S.	—	—	—	8-92
25	M	38	P.D.	—	—	—	8-92
26	F	35	R.S.	—	—	—	8-92
27	M	22	P.W.	—	—	—	11-92
28	M	41	M.L	—	—	—	12-92
29	F	27	G.A.	—	1	—	12-92
30	F	20	M.L.	—	—	—	12-92
31	M	56	Z.S.	—	—	+	2-93
32	F	47	N.B.	—	—	+	2-93
33	M	34	G.C	—	—	—	5-93
34	F	18	O.W.	+	—	—	6-93
35	F	30	D.M.	—	—	—	6-93
36	F	24	V.I.	—	—	—	8-93
37	F	27	A.S.	—	—	—	9-93
38	F	22	P.C.	—	—	—	9-93
39	M	18	O.A.	—	—	—	10-93
40	M	51	O.C	—	1	—	10-93
41	F	29	M.Z.	—	—	—	11-93
42	M	46	P.S.	+	—	—	12-93
43	F	20	L.A.	—	—	—	1-94
44	M	42	N.V.	—	1	—	1-94
45	M	24	J.S.	—	—	—	1-94
46	F	58	M.M.	—	—	+	3-94
47	M	25	D.V.	—	—	—	5-94
48	F	68	A.T.	—	—	—	5-94
49	M	19	W.S.	+	—	—	5-94
50	M	26	R.S.	—	—	—	5-94

TABLA 1

MATERIAL Y MÉTODO

En el lapso de cinco años comprendidos entre enero de 1989 y mayo de 1994 se trataron 50 pacientes, 23 hombres y 27 mujeres, cuyas edades oscilaron entre los 15 y 68 años (ver Tabla 1).

Se han excluido de esta serie los pacientes pediátricos, los enfermos diabéticos con neuropatías periféricas y todos los pacientes con isquemia arteriosclerótica de sus miembros inferiores (MMII).

En 8 casos la intervención se realizó en ambos pies y en 8 pacientes se operaron ambos bordes de la misma placa ungueal. El paciente número 18 pertenece a ambos grupos.

Todos los pacientes fueron controlados y curados a los dos días de la operación y nuevamente examinados entre una semana y un mes después del procedimiento. Este último control no pudo realizarse en los casos números 4,15,17,31,34 y 47, que no concurren a la consulta, por lo que se carece de una evaluación del resultado final en el 12% de la serie.

Técnica quirúrgica

La intervención se realiza bajo anestesia troncular con lidocaína al 2% sin epinefrina y con hemostasia mediante banda de goma (borde de guante) ajustada en la raíz del dedo.

Mediante disección con instrumento romo se descubre el borde encarcerado de la placa ungueal, extrayéndolo del mamelón digital y despegándolo del lecho ungueal. A continuación se lo secciona longitudinalmente con tijeras hasta su extremo proximal, extirpándolo mediante movimientos rotatorios (ver Figuras 1, 2, 3 y 4).

El siguiente gesto operatorio es la remoción de la matriz ungueal correspondiente al sector extirpado de la placa (Foto 1). Se despega el eponiquio mediante un instrumento romo (sonda acanalada o el contrafile de una hoja de bisturí Nº 15) y seccionamos las partes blandas proximales en línea con el corte de la placa ungueal y hasta el plano esquelético (base de la falange distal). Girando la dirección de corte se delimita el sector de matriz a resecar, el que queda adherido solamente a la falange por su cara profunda, de la que se lo extirpa mediante curetaje (Foto 2).

Después de retirar la banda hemostática y permitir el sangrado durante unos minutos, se oblitera el espacio mediante un vendaje con banda adhesiva que aproxima el mamelón lateral y cierra la brecha quirúrgica sin necesidad alguna de sutura (Foto 3).

En el postoperatorio se indica reposo con el pie en elevación durante 48 horas, al cabo de las cuales se cambia la curación y se autoriza el calzado y la marcha.

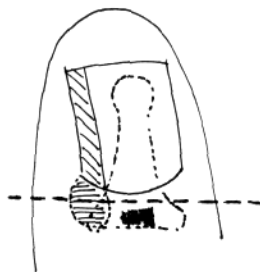


Fig. 1. Proyección en corte frontal de la matriz ungueal (en rayado horizontal) y sector de la placa ungueal a resecar (en rayado oblicuo).

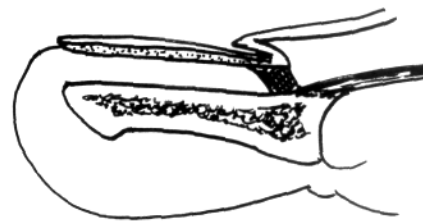


Fig. 2. Corte sagital mostrando (cuadrículado) la zona correspondiente a la matriz ungueal.



Fig. 3. Corte transversal.

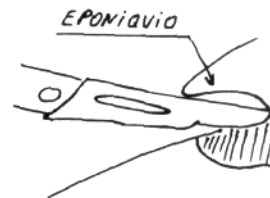


Fig. 4. Para el primer corte (longitudinal) se puede utilizar con comodidad el dorso de la hoja de bisturí para elevar el eponiquio.

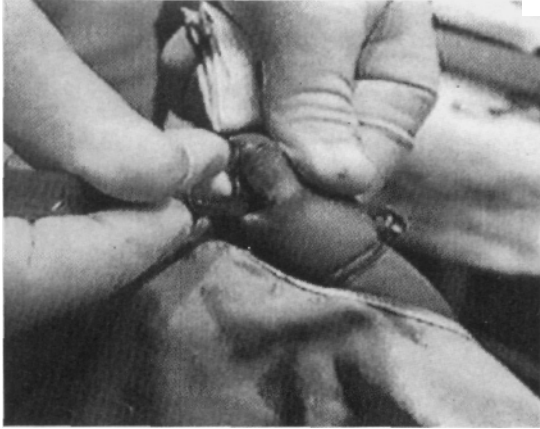


Foto 1. Sección perimetral de matriz sin incidir eponiquio.

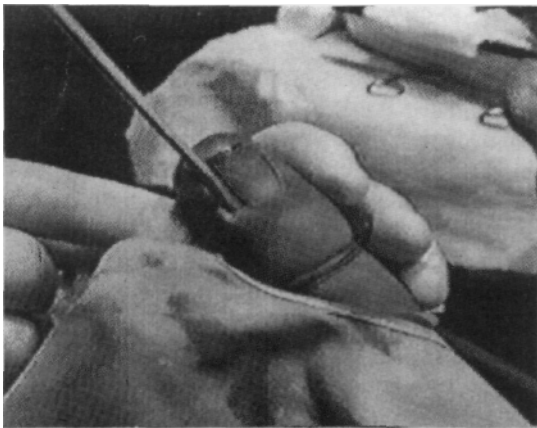


Foto 2. Curetaje para desprender la base.

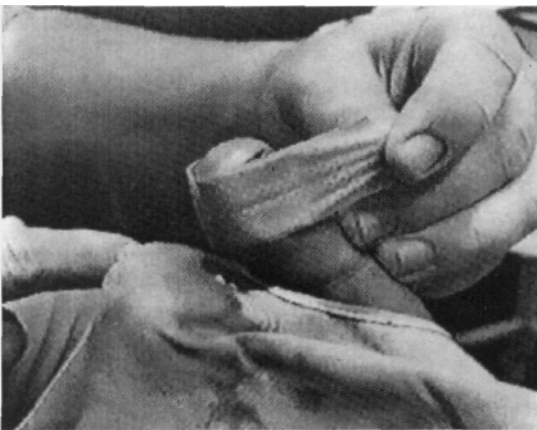


Foto 3. Vendaje mínimo con banda adhesiva.

RESULTADOS

Habiéndose extirpado el borde lateral de la placa y obliterado el surco ungueal, el conflicto de "contenido y continente" entre estos dos componentes es materialmente imposible, de manera que no hemos observado recidivas.

Se observaron 3 casos de dolor postoperatorio que interfirió con la marcha durante algunas semanas y que puede ser atribuido a inflamación residual por falta del reposo inicial apropiado. Un enfermo presentó secreción purulenta atribuible a una contaminación secundaria de la herida (concurrió a un natatorio al quinto día de operado), y otro presentó una hemorragia probablemente relacionada con un traumatismo involuntario y una coagulopatía que no se pudo investigar.

Como en otros procedimientos de resección parcial o total de la matriz ungueal, se observaron algunos casos de neoformación de la placa ungueal por extirpación insuficiente, pero esto no produjo dolor ni alteraciones funcionales.

DISCUSIÓN

Las técnicas contemporáneas de cirugía pedológica aplicables en las onicocriptosis incipientes o no complicadas se basan en la extirpación exangüe de la espícula ofensora y en la subsecuente aplicación de procedimientos de "empaque" u ocupación del surco lateral con diversas sustancias (grasa, acrílico, resinas, etc.) para evitar la obliteración cicatrizal del surco hasta que el crecimiento de la nueva placa ungueal le permita actuar como ocupante fisiológico de ese espacio^{5,12,13,18,21}.

Sin embargo, en los casos rebeldes al tratamiento, o que se presentan en estadios más avanzados, siguen teniendo vigencia procedimientos operatorios de mayor envergadura que se pueden clasificar en dos grandes grupos:

- a) Operaciones sobre "el continente" (resecciones del granuloma y mamelón lateral, aplanamiento y obliteración del surco, etc.) tales como la de Bartlett², la de Du Vries⁶, la de Ney¹⁶, la de Mongensen¹⁴, etc.
- b) Operaciones sobre "el contenido" (resecciones del borde de la placa ungueal

con o sin su matriz) tales como las propuestas por Graham⁷, Winograd²⁴, Jansey¹⁰ o Scott¹⁹.

Las operaciones mutilantes como la matricectomía total de Whitney²³ o la obliteración del lecho de Zadik²⁵ o de Antrum¹, han sido virtualmente abandonadas por ser demasiado cruentas y dejar secuelas cosméticas inaceptables para las exigencias de hoy en día.

La técnica propuesta se inscribe, desde este punto de vista, en el grupo de operaciones "sobre el contenido". Sin embargo, a diferencia de la operación de Winograd, no extirpa el lecho subungueal, y aunque se asemeja a la técnica de Scott, se diferencia de ella en el tratamiento del eponiquio, que no se incide, sino que se lo despega y reclina.

BIBLIOGRAFÍA

1. Antrum RM: Radical excision of the nailfold for ingrowing toenail. *J Bone Jt Surg* 1984; 66-B: 63-65.
2. Bartlett R: A conservative operation for the cure of the so-called ingrowing toenail. *JAMA* 1937; 108:1257.
3. Bose B: A technique for excision of nail fold or ingrowing toe nail. *Surg Gynecol Obstet* 1971; 132:511.
4. Caprioli R, Bailotti MA: Surgical Nail procedures, *Clin Podiatr Med Surg (United States)* 1989; 6 (2): 431-451.
5. Charosky CB: Onicocriptosis y ortoniquia. *Act y Trab Soc Arg Med y Cir Pie* 1989; 106.
6. Du Vries HL: Ingrown nail. *Chiropod Rec* 1944; 27: 155.
7. Graham HF: Ingrown toe nail. *Am J Surg* 1929; 6:411.
8. Hayder N: Brief report. *J Bone Jt Surg* 1994; 76-B: 501.
9. Issa MM, Tener WA: Approach to ingrowing toenails: the wedge resection/segmental phenolization combination treatment. *Br J Surg* 1988; 75 (2): 181-183.
10. Jansey F: Etiologic therapy of ingrowing toenails: Q. *Bull Northwest Univ Med School* 1955; 29:358.
11. Keyes EL: The surgical treatment of ingrowing toenails. *JAMA* 1934; 102:1458.
12. Lloyd-Davies RW, Brill GC: The etiology and out patients management of ingrown toenails. *Brit J Surg* 1963; 50:592.
13. Mascaro R: Patología ungueal. *En: Viladot Pence A: Diez lecciones sobre patología del pie.* Ed Toray, Barcelona, 1984; p 204.
14. Mongensen P: Ingrowing toenail. *Acta Orthop Scand* 1971; 42: 94.
15. Murray WR: Onychocryptosis: principles of non-operative and operative care. *Clin Orthop* 1979; 142: 96.
16. Ney GC: An operation for ingrowing toenails. *JAMA* 1923; 80:374.
17. Pettine KA, Cofield RH: Ingrowing toenails: Results of surgical treatment. *Foot Ankle (United States)* 1988; 9 (3): 130-134.
18. Sanders SC: Acrylic nail groove protector by Brush technique. *J Am Pod Ass* 1955; 45: 23.
19. Scott P: Ingrowing toenails. *Med J Aust* 1968; 1: 48.
20. Sherman LH: Complicated onychocryptosis. *J Nati Ass Chirop* 1939; 29:11.
21. Sivitz SC: Acrylic resins. *J Nati Ass Chirop* 1953; 43: 34.
22. Steimberg MD: A simplified technique for surgery of ingrowing toenails. *Surg* 1954; 36:1132.
23. Whitney AK: Total matricectomy procedure. *J Am Pod Ass* 1968; 58:157.
24. Winograd AM: A modification in the technique of operation for ingrown toe-nail. *JAMA* 1929; 92:229.
25. Zadik FR: Obliteration of the nail bed of the great toe. *J Bone Jt Surg* 1950; 32-B: 66.