

MANEJO QUIRÚRGICO DE LAS ONICRIPTOSIS ASOCIADAS A GRANDES GANULOMAS CON RESECCIÓN LATERAL EN “V”

Surgical management of the onicriptomosis associated to big granulomas, with lateral resection in «V»

Octavio Small Arana

RESUMEN

La onicriptomosis o uña encarnada es una afección muy frecuente que por lo general compromete el dedo mayor del pie y en menor porcentaje otros dedos. Se caracteriza por la presencia de inflamación, exudación, edema y formación de distintos grados de granulomas reactivos en el dedo afectado, debido a la incrustación de un segmento de uña en el surco lateral ungueal, que además origina dolor, infección y molestias al caminar.

Presentando un caso clínico como ejemplo, se describe una nueva variante de técnica quirúrgica para el tratamiento de las onicriptomosis asociadas a granulomas hipertróficos, que consiste en la resección lateral del borde ungueal comprometido, matricectomía parcial y resección en V de la cara lateral del dedo donde asienta el granuloma. El objetivo de esta presentación es dar a conocer esta alternativa de tratamiento quirúrgico, con la cual se consiguen excelentes resultados anatómicos y estéticos, prácticamente sin recurrencia en los casos tratados.

¿PALABRAS CLAVE: onicriptomosis, granuloma, uña encarnada, tratamiento quirúrgico.

Dermatol Perú 2008; 18(1): 36-40

ABSTRACT

The onicriptomosis or ingrown toenail is a very common disease that usually affects the big toe and in minor proportion other toes. It is characterized by the presence of inflammation, exudation, oedema and formation of reactive granulomas of varying degrees in the affected toe, due to the embedding of a segment of nail in the lateral groove of nail; also causes pain, infection and discomfort when walking.

With the presentation of a typical case is made the description of a new variant of the surgical technique for the treatment of onicriptomosis associated with hypertrophic granulomas which involves the resection of the committed lateral edge nail, matricectomy, resection V side of the toe side where granuloma is localized. The objective of this presentation is to present this alternative of surgical treatment, which achieved excellent anatomical and aesthetic results, with virtually no recurrence in the cases treated.

Keyword: onicriptomosis, granuloma, ingrown toenail, surgical treatment.

Profesor Asociado Permanente de la Cátedra de Dermatología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

- Coordinador de Servicio de Dermatología de la Clínica Universitaria de San Marcos
- Médico Dermatólogo de las Clínicas Maison de Santé de Lima y Chorrillos.

Recibido: 04-III-2008

Aceptado: 15-III-2008

INTRODUCCIÓN

La uña encarnada u onicriptomosis es una patología muy frecuente de los pies, afecta mayormente los dedos



mayores y en menor porcentaje a los demás dedos. Se inicia con pequeñas molestias al caminar acompañada de aumento de volumen en el surco lateral ungueal afectado, al cual se van asociando en forma progresiva edema, inflamación, exudado seroso o serohemorrágico, y otras veces purulento cuando se complican con infecciones bacterianas. El cuadro suele ser crónico, y al evolucionar se desarrollan granulomas reactivos de distintos tamaños, que requieren manejo quirúrgico muy especial⁽¹⁾. Con el objeto de presentar una nueva variante quirúrgica y hacerlo de manera mucho más ilustrativa, se presenta el caso típico de un paciente con onicocriptosis con granulomas hipertróficos tratado con dicha técnica cuyos pasos quirúrgicos se describen a continuación. Es importante remarcar que este es uno de los numerosos casos en los que se ha empleado esta variante quirúrgica, habiendo sido sus resultados muy buenos en todos ellos. Este paciente fue sometido más de una vez a procedimientos quirúrgicos sin resultados curativos. La técnica consiste en eliminar el granuloma hipertrófico con resección longitudinal del pliegue ungueal lateral afectado, seguido de la extirpación del granuloma alojado en la cara lateral del dedo, matricectomía parcial, y resección en V de la piel que cubre el granuloma, suturas y vendaje final. Los resultados obtenidos son muy buenos y prácticamente sin recurrencia.

CASO CLÍNICO

Paciente de 23 años, inicia su enfermedad hace 3 años, con dolor al caminar debido a la presencia de una tumefacción inflamatoria progresiva, con secreción purulenta en el dedo mayor derecho, al que se asocia tejido de granulación; acude a un hospital donde fue tratado con antibióticos y extracción total de la uña. Visto en un hospital le practican extirpación ungueal y antibioticoterapia; luego de un año presenta recidiva del cuadro, y en esta ocasión es tratado además con electrocauterización del granuloma periungueal. A los 14 meses de este último episodio, el paciente comienza a presentar las mismas molestias, y en esta oportunidad la formación de los granulomas inflamatorios fueron más grandes, con secreción mal oliente repitiéndose la misma sintomatología, donde predomina el dolor y la dificultad para caminar.

ESTADO ACTUAL

Paciente de contextura gruesa, sin antecedentes de salud de importancia. Acude por primera vez a consulta a la Clínica Universitaria de San Marcos, por presentar uña encarnada con dos granulomas hipertróficos recurrentes en ambos surcos laterales ungueales del dedo mayor derecho, de color rojo violáceo, doloroso, sensible, edematoso, y con exudado serohemático. (Fig. 1).

Se efectuaron los exámenes previos con los siguientes resultados: Hemograma normal, glucosa 96 mg/dl, factores de coagulación normales, reacciones serológicas y VIH negativos. Cultivo y antibiograma de secreciones negativo (el paciente había tomado eritromicina 500mg c/ 8 hrs. 4 días previos al examen). Radiografía digital, sin anomalías óseas.

PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO EMPLEADO

Habiendo fracasado los procedimientos quirúrgicos anteriormente empleados y recurrido los granulomas hipertróficos, se procedió a efectuar la técnica operatoria que se describe en este trabajo, la que se efectúa sistemáticamente en estos casos con muy buenos resultados y cuyos pasos se describe a continuación:

1. Lavado y limpieza del dedo con agua y jabón, luego aplicación de antisépticos tipo alcohol yodado o similares
2. Preparación de la zona operatoria con campo fenestrado y material quirúrgico apropiado.
3. Anestesia troncular, con xylocaina al 2% sin epinefrina. Esperar 10 minutos. (Fig.2).
4. Ligadura hemostática en la base del dedo, la que se deja hasta terminado el vendaje
5. Se efectúa la resección de los bordes laterales ungueales, luego se elimina la uña. (Figs. 3 y 4)
6. Se procede cuidadosamente a la eliminación de la matriz solo en el área subyacente a la resección cutánea en el repliegue ungueal proximal, luego se hace la resección en "V" (Fig. 5).
7. Se efectúa la extirpación total del granuloma en ambas caras laterales del dedo, y debajo de la piel



FIGURA 1



FIGURA 2



FIGURA 3



FIGURA 4



FIGURA 5



FIGURA 6



FIGURA 7



FIGURA 8



FIGURA 9



FIGURA 10



en el tejido celular subcutáneo. En este paso, si el dedo es muy grueso y gordo y la uña es pequeña, se completa con una lipectomía en esa zona, para que el resultado final sea más estético.

8. Se inician las suturas para cerrar las zonas cruentas con hilo vicryl 5/0, primero en la piel que debe cubrir la zona de la matriz (**Fig. 6**).
9. Luego se completa la sutura en la resección en "V" efectuada en las caras laterales del dedo. (**Fig. 7**)
10. Limpieza de la zona operada con agua oxigenada, para eliminar los restos de sangre.
11. Aplicar ungüento antibiótico, cubrir con un apósito de gasa gruesa y efectuar vendaje compresivo fijado con esparadrapo. Soltar la ligadura y con esto se finaliza el procedimiento. (**Fig. 8**).
12. La figura 9 muestra el control post operatorio a las 48 horas.
13. La figura 10 muestra el control del paciente al año del tratamiento, con un excelente resultado tanto anatómico como estético. (**Fig. 10**)

RECOMENDACIONES POST OPERATORIAS

- ▶ Reposo en cama por lo menos por 24 horas.
- ▶ Acudir al primer control post operatorio a las 48 horas, en la figura 8 se muestra el aspecto del dedo operado en ese tiempo. Aquí se cambia el apósito, se cubre con pomada antibiótica y se cubre con gasas más delgadas.
- ▶ Los puntos de sutura se retiran a los 10 días.
- ▶ Las curaciones posteriores las hará el paciente en su domicilio y la deambulacion la efectúa utilizando calzados amplios hasta que desaparezcan las molestias. Por lo general los pacientes se reincorporan a su trabajo entre 8 a 11 días.

EVOLUCIÓN

La evolución de los pacientes es buena. Luego de retirar los puntos a los 10 días, se recomienda controles posteriores, al mes, a los 6 meses y al año, tiempo en que la uña habrá crecido completamente, como el caso

que se presenta (**Fig. 10**).

DISCUSIÓN

La onicocriptosis o uña encarnada es una patología muy frecuente en los dedos de los pies. Se calcula que su localización es predominantemente en el dedo mayor (98%) y pocas veces en los demás dedos (2%). Es más frecuente en adolescentes o personas jóvenes⁽¹⁾. También se presenta en niños en un porcentaje muy bajo, y su evolución es buena⁽²⁾. En cuanto al sexo predomina más en varones 2:1.

Se inicia porque una espícula de la uña se incrusta en el borde lateral y causa irritación, inflamación y dolor a medida que ese segmento de la uña sigue creciendo e incrustándose, originando en períodos posteriores la formación de granulomas de distintos tamaños, asociados a infección y mayores molestias, que dificultan la deambulacion normal⁽¹⁻³⁾.

Existen factores predisponentes que se deben tener en cuenta para la aparición de uñas encarnadas, los más importantes son: 1- Anomalías de las uñas: muy convexas, abarquilladas. 2- Dedos muy gordos con uñas pequeñas. 3- Dedo largo en valgo que es presionado por el calzado. 4- Uso de calzado inapropiado: en punta y muy estrechos. 5- Sudoración y baños calientes que maceran y desvitalizan los pliegues laterales. 6- Alteraciones óseas y plantares que condicionan rotaciones de los dedos, sobre los que presionan el calzado. 7- En un 32% las onicocriptosis van asociadas a procesos subungueales de tipo exostosis u osteocondromas de la falange distal, por esta razón es importante efectuar una placa radiográfica para descartar patología ósea. 8- Traumatismos ungueales que alteran los surcos y la uña. 9- Cortes inadecuados de las uñas en ángulo sobre el surco lateral, en vez de ser en forma recta en su extremo distal para que la uña crezca libremente y de esta manera no se incruste⁽⁴⁾.

En la evolución de la enfermedad, podemos apreciar distintos grados de afectación, desde los que ocasionan pequeñas molestias, hasta los que producen grandes granulomas que son capaces de cubrir toda la uña, por supuesto con todo el cortejo de dolor, inflamación, infección, etc.⁽¹⁻³⁾. En cuanto al tejido granulomatoso, algunos lo clasifican como un granuloma piógeno, pero



estrictamente se trataría de un granuloma inflamatorio a cuerpo extraño, por la presencia permanente de la uña incrustada, que origina una proliferación fibrosa y vascular predominantemente de tipo reactivo⁽⁵⁾.

El manejo quirúrgico de las onicriptosis con granulomas siempre ha estado orientado a rectificar el crecimiento de la uña, impidiendo su recurrencia. Se cita que en 1887 Quenu⁽⁴⁾ fue quien realizó el primer tratamiento quirúrgico. Desde entonces los cirujanos de uñas han ideado y utilizado distintos procedimientos quirúrgicos, todos ellos básicamente para la destrucción de la matriz y los granulomas. En todas las técnicas operatorias los pasos previos son similares: la preparación de la zona operatoria. En cuanto a la anestesia, algunos incluso han utilizado anestésicos locales con un poco de epinefrina en menores de 12 a 15 años, lo que consideramos no debe hacerse pues se expone indebidamente al paciente a los efectos vasoconstrictores de la epinefrina que puede acarrear accidentes vasculares en el dedo que luego se tendría que lamentar. La anestesia más segura y sin riesgo es la que se efectúa con la xylocaina al 2% sin epinefrina, en forma troncular y en anillo para efectuar el trabajo con toda seguridad.

Los pasos siguientes están orientados a la eliminación del surco lateral de la uña, extirpación total o parcial de ella, destrucción del granuloma, matricectomía con destrucción de la parte germinativa de la uña ya sea con fenol, electrofulguración o la resección quirúrgica con bisturí; finalmente las suturas diversas en los surcos laterales algunas veces fijados a la misma uña.

Cuando los granulomas son pequeños y han habido recurrencias se puede extirpar un huso de la piel en la cara lateral de la uña a 3 mm del borde lateral seguido de sutura, con esto se abre el espacio del canal lateral y una vez cicatrizado el canal lateral, la uña que crece discurre sin problemas. La electrocirugía es y ha sido usada ampliamente desde muchísimo tiempo en las lesiones con granulomas, por lo general con extirpación de la uñas parcial o total y algunas veces sin suturar la zona de la matriz⁽⁵⁻⁷⁾. Vernon en 1938 usó la electrodesecación para destruir la matriz⁽⁸⁾. El uso del laser de CO2 para las uñas encarnadas también ha sido utilizado, pero por requerir de un equipo costoso, no tiene relevancia en este tema⁽⁹⁾. La radiocirugía, utiliza-

da desde 1988, sirve para la eliminación de los granulomas, la matriz y evitar el lecho sangrante de los canales laterales^(10,11). La criocirugía puede ser útil para eliminar los granulomas pequeños, siempre asociado a la extirpación parcial de uña incrustada y cuando no se cuenta con un electrofulgurador. Las preferencias por las técnicas a emplear finalmente dependen de la experiencia del dermatólogo para elegir una u otra técnica, con la cual a su criterio la operación tendrá mayor éxito, pero nunca será mejor que las técnicas quirúrgicas con bisturí. En los casos revisados no se efectúa en los granulomas grandes una plastia en la cara lateral de los dedos afectados como en la técnica que se describe, con la finalidad de tener un resultado más estético y disminuir el volumen lateral, que también es otro condicionante para las recidivas. En este sentido, la presentación de este caso servirá como una alternativa de tratamiento muy eficaz en las uñas encarnadas asociadas a granulomas grandes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- Paul Kechijian. Cirugía de Uñas. En: Fitzpatrick. Dermatología en Medicina General. Quinta Edición. Buenos Aires: Editorial Panamericana. 2001:3191-92
- 2.- Enriquez MJ, Alvarado DA. Onicriptosis en Infantes. Reporte de 9 casos. Rev Cent Dermatol Pasqua. 2004; 13 (3):168-71.
- 3.- Norton L. Disorders of the Nails. J Am Acad Dermatol. 1980; 2:6-12
- 4.- Lanford DT, Burke C, Robertson K. Risk of factors in onichocryptosis. Br J Surg. 1989;76:45-8
- 5.- Mercado O. Atlas de Cirugía del Pie. Vol I. Madrid:Ed.Española. 1995:19-23
- 6.- Carbajosa J. Onicriptosis. Estudio Clínico y tratamiento quirúrgico de 108 Casos. Piel 1992;7:19-38
- 7.- Polokoff M. Ingrown toe nail and hypertrophied nail lip surgery by electrolysis. JAMA. 1961; 51:805-11
- 8.- Vernon S. Ingrown toenail operation by electrosurgery. Am J Surg. 1938;42:396-400
- 9.- Kaplan I, Labander H. Onichocriptosis treated with CO2 surgical laser. Br J Plast Surg. 1976; 29:102-7
- 10.- Calandria L, García N. Matricectomía radioquirúrgica como tratamiento de onicriptosis. Criomedicina Argentina 1996:361.
- 11.- Kendall MW. Radiosurgery, an advanced technique for performing nail matricectomies. Podiatry Prod Rep. 1986; 3:16-9