

RESECCION SEGMENTARIA DE LA MATRIZ UNGUEAL EN EL TRATAMIENTO DE LA UÑA ENCARNADA

Iglesias, Jorge
González, José
Ibañez, R.

RESUMEN

Realizamos 21 matricectomías segmentarias laterales correspondientes a 17 pacientes con uñas encarnadas. La mayoría de los pacientes habían sido intervenidos previamente, con recurrencia en un corto período de tiempo. Después de un año ninguno de nuestros pacientes tuvo recaída con esta técnica de fácil realización en el consultorio.

Palabras Clave: Onicocriptosis, matricectomía.

INTRODUCCION

La uña encarnada u onicocriptosis es un estado patológico en el cual los bordes laterales de la lámina ungueal penetran en los tejidos blandos que la rodean, por diversos factores predisponentes: unos de tipo ortopédico, como pie plano, pie cavo, escoliosis, artrosis y pie equino y otros, relacionados directamente con la lámina ungueal, como traumatismos repetidos por uso de calzado inadecuado^{1,2}, braquioniquia, uñas en "tenazas", tumor de Köenen, exostosis subungueales, calzado profesional y, más frecuentemente en nuestra experiencia, *por corte inadecuado de las uñas*. Este fenómeno se ve favorecido si existe un mal alineamiento congénito de la lámina ungueal, por desviación lateral de su eje longitudinal³. A pesar de ser una patología que no compromete la vida del paciente, la morbilidad que produce acarrea en ocasiones problemas laborales serios, y complicaciones como erisipela y linfangitis de la extremidad inferior¹.

Siendo las uñas faneras muy accesibles a la exploración, generalmente esta resulta muy superficial, tal vez debido a su compleja semiología o, a que muchos estados nosológicos pueden comprometer la lámina ungueal directa o indirectamente. Es así como a través del tiempo, la patología ungueal (y la onicocriptosis) viene siendo manejada indiscriminadamente por el médico generalista, el traumatólogo, el ortope-

disto, el dermatólogo, y en algunos países por el podólogo y el cirujano general, convirtiendo a la uña en la cenicienta de las faneras⁴.

MATERIAL Y METODOS

Entre Abril de 1989 y Julio de 1990, practicamos en el servicio de la Primera Cátedra de Dermatología de la Universidad de Buenos Aires, en el Hospital José María Ramos Mejía, 21 cirugías correctoras de onicocriptosis, consistentes en matricectomías segmentarias laterales, correspondientes a 17 pacientes, con un período evolutivo de su cuadro que fluctuó entre 7 meses y 5 años (Fig. No. 1).

La técnica empleada fue la siguiente: Previa anestesia troncular bilateral, con lidocaína al 2% sin epinefrina, se coloca un torniquete en la base del dedo a intervenir, para trabajar en un campo completamente exangüe; se efectúa una incisión lateral correspondiente a la zona encarnada; otra pequeña incisión en el extremo proximal de la primera y perpendicular a ésta, hacia la parte lateral del dedo, que nos permite disecar en profundidad (hasta el periostio) la matriz correspondiente a la banda ungueal encarnada. El espacio resultante lo llenamos con antibiótico, preferentemente gentamicina o nitrofurazona, cerrando el pliegue ungueal proximal previamente replegado, con 2 ó 3 puntos de sutura. Aplicamos gasa furasina y terminamos la intervención con un *vendaje fijo*. El tiempo total de la intervención es de 15 minutos aproximadamente. (Fig. No. 2).

No realizamos curaciones sino hasta el 3er. día postquirúrgico, cuando personalmente cambiamos los vendajes, aplicando nuevamente gasa furasina y realizando un nuevo control del paciente en una semana, cuando se quitan los vendajes en forma definitiva.

Los puntos son retirados en 12 días, salvo en el caso en que utilizemos steri-strip en reemplazo de la sutura convencional.

Siempre recomendamos a nuestros pacientes 3 días de reposo con la pierna en alto, disminuyendo así considerablemente el dolor y el período de convalecencia. El tejido de granulación preexistente lo dejamos intacto ya que este generalmente desaparece a las 2 ó 3 semanas postoperatorias. En caso de sobreinfección y abundante tejido de granulación (Botriomicoma o Granuloma Piógeno) preferimos baños locales anti-sépticos y antibióticos sistémicos durante 1 semana antes de la intervención⁵.

Jorge Iglesias MD, Residente becario, 4o. año
José González MD, Residente becario 4o. año
R. Ibañez MD, Residente becario 2o. año

Cátedra de Dermatología, Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires.

Hospital General de Agudos "José María Ramos Mejía", Buenos Aires Argentina.
Profesor titular y Jefe de División: Dr. Pedro H. Magnin

Correspondencia: Jorge Iglesias Cra. 11 No. 8-54 Valledupar, Cesar, Colombia.

Trabajo presentado en el XIX Congreso Colombiano de Dermatología, San Andrés (Islas), Septiembre de 1992.

Como datos a tener en cuenta podemos destacar: edad, sexo, factores socioeconómicos, factores predisponentes, tratamientos médicos y/o quirúrgicos anteriores y número de matricectomías por pacientes realizadas, ya que estos factores inciden directa o indirectamente en los resultados finales.

RESULTADOS

Tratamos 17 pacientes, 9 mujeres y 8 hombres, a quienes se practicaron 21 resecciones segmentarias de la matriz ungüeal, logrando realizar en 4 enfermos cirugías bilaterales por igual compromiso ungüeal.

Los factores predisponentes más importantes en nuestro estudio fueron:

1. Corte inadecuado de una uña morfológicamente normal, que conduce irremediamente al desarrollo de una espícula lateral, la cual viene a ser el detonante del proceso nosológico en mención.
2. Uso de calzado inadecuado, produciendo incurvación en sentido plantar de los bordes laterales de la placa ungüeal por la compresión ejercida, actuando como agente traumático.
3. Trastornos ortopédicos, especialmente pie plano que conduce a la incrustación de los bordes laterales por apoyo inadecuado.



Fig. No. 1. Uña encarnada bilateral de 5 años de evolución. Ha sido intervenida quirúrgicamente en 3 oportunidades.



Fig. No. 2. Incisión lateral, correspondiente al sector encarnado para exponer la matriz.

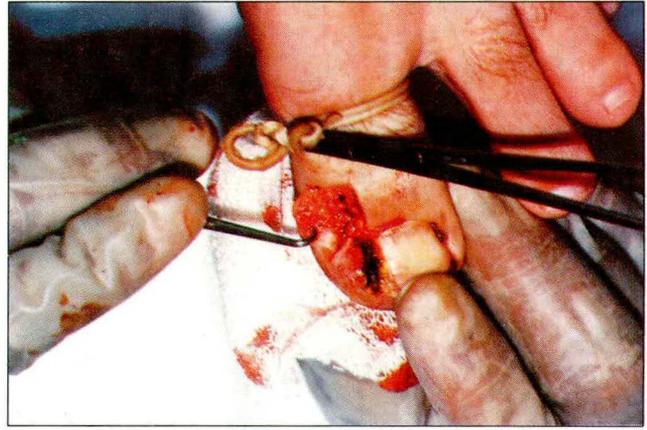


Fig. No. 3b. También puede hacerse quimiocauterio frotando la matriz expuesta con fenol líquido al 88%.



Fig. No. 3a. Expuesta la matriz procedemos a disecarla en profundidad hasta el periostio.

De los 17 pacientes, 12 (70%), habían sido intervenidos previamente, seis en una oportunidad y los otros seis en dos o más ocasiones, con posterior recaída. Los mejores resultados los obtuvimos en los pacientes que no habían sido sometidos anteriormente o tratamiento quirúrgico, pero no hubo diferencias significativas frente a los que habían sido intervenidos.

En un año desde que efectuamos la primera intervención quirúrgica, no hemos observado recaída. A un paciente fue necesario realizarle ablación total de la placa ungüeal, para poder controlar un proceso infeccioso que no respondió a medidas comunes. Es de anotar que cuando éste paciente nos

consultó el estado de su uña era deplorable. Dos pacientes se han perdido en el seguimiento.

DISCUSION

La onicocriptosis o uña encarnada, es una de las patologías ungüales más frecuentes; se localiza fundamentalmente en el dedo gordo del pie y afecta especialmente a adultos jóvenes⁸. Nuestra casuística coincide con otras publicaciones, donde la frecuencia en los jóvenes puede alcanzar el 70% o más. Se han implicado muchos factores predisponentes en los diferentes estudios y en algunos casos se combinan varios de ellos. En nuestro estudio, el factor predisponente más destacado

sigue siendo hasta la fecha el corte inadecuado de las uñas o autopedicuria. El segundo factor en importancia resultó ser el uso de calzado deportivo (zapatillas), utilizado frecuentemente por los jóvenes, acompañado de traumatismo repetido que genera la actividad deportiva.

Consideremos que la resección segmentaria de la matriz ungual para el tratamiento de la onicocriptosis, es una técnica de sencilla realización en el consultorio, con una duración aproximada de 15 minutos, dependiendo los resultados de la habilidad y experiencia del cirujano y teniendo en cuenta que no deben quedar restos de matriz que conducen inexorablemente a recaídas. Esto lo comparten autores como Haneke en Alemania, Siegle en los Estados Unidos de Norte América, y Camacho-Martínez en España,^{4,5,9}

Otro método para realizar la resección segmentaria de la matriz ungual, es el quimiocauterio con fenol líquido al 88%^{4,6} friccionándolo directamente sobre la matriz a reseñar; debe mantenerse una hemostasia total ya que la sangre y otras proteínas inactivan el fenol. El fenol que pase al exterior se neutraliza con isopropanol a 70%.

Con ésta técnica el dolor postoperatorio se reduce de manera importante. En casos de onicocriptosis incipiente, preferimos medidas conservadoras encaminadas a eliminar la espícula responsable, proteger las partes blandas y suprimir infecciones⁷.

Recalamos la importancia del reposo postoperatorio que no debe ser inferior a 3 días y con la pierna en alto; esto alivia de manera considerable el dolor y es un factor decisivo para el resultado final. Las pérdidas laborales fluctúan entre 3 y 10 días, dependiendo fundamentalmente de la actividad del paciente.

Cuando hablamos de la onicocriptosis podríamos modificar el viejo aforismo: "no hay temas agotados sino hombres agotados en los temas".

SUMMARY

We realized twenty one lateral segmentary matricectomies corresponding to seventeen patients with ingrown nails. Most of the patients had been operated previously with recurrence in a short period of time.

After a year of follow-up none of our patients have relapsed with this easy technique which can be done in the external consultations.

BIBLIOGRAFIA

1. Requena-Caballero L, Lopez Correcher B, García Pérez A. Patología Ungueal. Piel 1988 3: 165-182.
2. Lloyd-Davies RW. Nail-bed ablation. Histological grounds for radical operation. *Br J Surg* 1963; 50: 44.
3. Baran R, Bureau H. Congenital malignement as a cause of ingrowing toenail in infancy. *Clin Exp Dermatol* 1983; 8: 619-623.
4. Charosky C, Ridnguez C. Onicocriptosis y ortoniquias. *Soc Arg de Medicina y Cirugia del pie Adas y Trabajos* 1989, 106: 119-5.
5. Haneke E. Escisión segmentaria de la matriz ungual para el tratamiento de la uña encarnada. *Medicina Alemana* 1989, 30: 3: 164-167.
6. Siegle RJ, Harness J, Swason NA. Phenol alcohol technique for permanent matricedomy. *Arch Derm* 1984; 120: 348-350.
7. Baran R. Longie Incarné. *Ann Derm Venereol* 1987; 114: 1597-1604.
8. Perez Bernal AM, Sánchez-Pedreno JC, y Camacho Martínez F. Cirugía correctora de la onicocriptosis. Experiencia de 5 años. Valoración de resultados. *Acta DermoSif* 1989; 8(3): 157-160.
9. Murray WR, Robb JE. Soft-tissue resection for ingrowing toenails. *J Derm Surg-Oncol* 1981; 7: 157-158.