

# Uña en pinza

Álvaro Andrés Luque Acevedo

## RESUMEN

**L**a uña en pinza (UP) es una patología ungueal frecuente que incapacita al paciente y genera problemas personales y laborales. Puede ser hereditaria o adquirida y la causa más común es el ensanchamiento de la base de la falange distal; el uso de las imágenes diagnósticas permite visualizar la presencia de osteofitos.

Se hace una revisión del tema, con énfasis en las alternativas terapéuticas.

**Palabras clave:** uña en pinza, tratamiento quirúrgico, terapéutica.

## INTRODUCCIÓN

La uña en pinza (UP) (Figura 1) es una patología ungueal frecuente que genera malestar y dolor, altera la deambulación y por consiguiente, la calidad de vida de los pacientes. Se presenta con mayor frecuencia en las uñas de los pies y es rara en las manos. Se caracteriza por una sobrecurvatura transversa de la lámina ungueal, que progresivamente comprime el lecho distalmente y en general produce un aumento proximal a distal dando un formato de trompeta.<sup>1</sup>

La primera descripción fue realizada por Cornelius y Shelly en 1968, y desde esa época han sido descritas múltiples alternativas terapéuticas para corregir esta deformidad.

La UP ha sido también llamada uña enrollada, uña encurvada, *unguis constringens*, sobrecurvatura transversa, uña en trompeta y omega uña. Su incidencia ha sido descrita (0.9%) en las uñas de las manos en pacientes no dermatológicos, pero se estima un número considerablemente mayor debido a que las uñas de los pies son las más afectadas.

**Álvaro Andrés Luque Acevedo.** Docente Dermatología Universidad El Bosque, Hospital Simón Bolívar, Calle 134 No. 13-83. Consultorio 1021. Tels.: 520 2230/ 520 2232, Bogotá, D.C.  
E-mail: andluque@yahoo.com



Figura 1. Aspecto clínico de la uña en pinza.

## ANATOMÍA

Para entender mejor esta patología es necesario reconocer las regiones anatómicas de la uña; las más importantes son: la lámina ungueal, los pliegues proximales (se encuentra a 15 mm por delante de la articulación interfalángica distal) y laterales, cutícula (eponiquio), lúnula, hiponiquio, matriz con sus cuernos laterales, y falange (Figura 2).

Es importante tener en cuenta que el periostio de la falange distal se encuentra en contacto directo con la dermis del lecho ungueal mediante el ligamento anterior traccionándola, lo cual es válido al realizar tratamientos quirúrgicos en esta zona por la presencia de osteofitos.

## ETIOLOGÍA

La UP puede ser hereditaria y adquirida. Cuando la alteración es simétrica se considera hereditaria, y puede ha-

## Uña en pinza

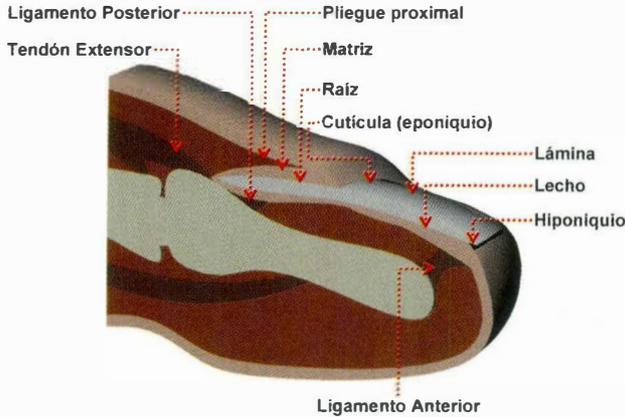


Figura 2: Anatomía de la uña.

ber varios miembros de la familia afectados. Es notorio que la epidermolisis ampollosa simple (tipo Dowling-Meara) puede estar asociada con esta patología.

La UP adquirida generalmente es asimétrica y existen diferentes entidades que deben tenerse en cuenta, como patologías inflamatorias (psoriasis, la más frecuente), tumorales (quistes, exostosis, pseudoquistes mixoides), micóticas (*Trichophyton rubrum*), fístulas arteriovenosas (pacientes en hemodiálisis), medicamentos (betabloqueadores tipo practolol y acebutolol) y puede ser marcador de malignidad gastrointestinal (adenocarcinoma de colon sigmoide metastásico).

En los niños puede ser encontrada en la enfermedad de Kawasaki, principalmente en las uñas de las manos, y presenta mejoría espontánea.

La causa más frecuente es la deformidad de los pies con desviación de las falanges, debido probablemente al uso incorrecto de los zapatos, sea por el tamaño o la forma. De otra parte, la osteoartritis degenerativa también está relacionada con la UP.<sup>1</sup>

### FISIOPATOLOGÍA

La sobrecurvatura probablemente se debe a un aumento de la base de la falange distal, puesto que la matriz se encuentra fuertemente adherida a fibras colágenas-like. Debido a que las uñas están encurvadas, la curvatura proximal disminuye y, por consiguiente, la curvatura distal se aumenta. Esto se entiende mejor al realizar un rollo con una hoja

de papel e introduciendo los dedos en uno de los extremos; al ir abriendo los dedos se ensancha un extremo y el otro se vuelve angosto.

Los rayos X y la resonancia nuclear magnética (RNM) muestran un ensanchamiento de la base de la falange distal y frecuentemente osteofitos laterales distalmente. La sobrecurvatura distal ejerce tracción sobre el lecho ungueal que se traduce en el hueso por fibras tipo ligamentarias, fijando el lecho ungueal a la punta de la falange terminal. De esta manera aparecen los osteofitos de tracción que se observan en los Rx y en RNM (Figuras 3, 4).

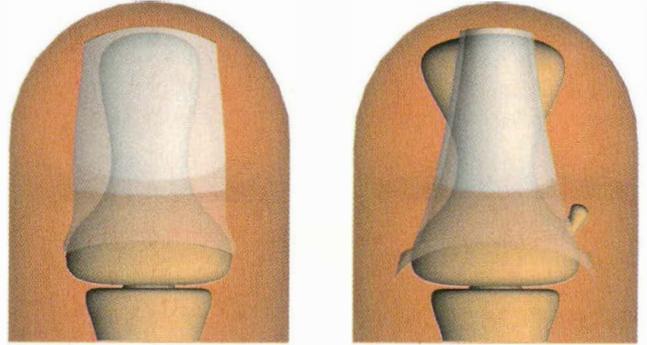


Figura 3. Esquema que muestra ensanchamiento de la falange distal y osteofito.

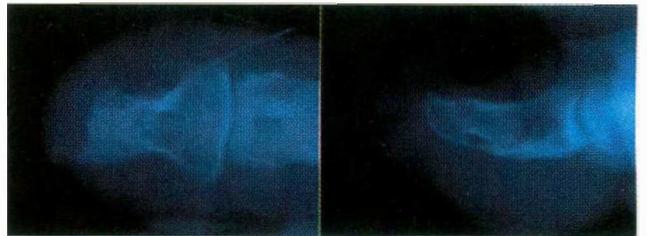


Figura 4. Rx simple: presencia de ensanchamiento de falange y osteofitos.

### CLÍNICA

Por presentar una curvatura exagerada las porciones laterales de la lámina ungueal se hunden dentro de los surcos laterales, llevando al pinzamiento del lecho ungueal. En algunas ocasiones el tejido blando desaparece, acompañando de reabsorción ósea.

Es importante diferenciar morfológicamente los tres tipos de sobrecurvatura transversa que existen:<sup>1,2</sup> la más co-

## Uña en pinza

mún es la uña en pinza, en la que se presenta un incremento a lo largo del eje, de proximal a distal, como si fuera un cono, y que ocasiona dolor. Los bordes laterales de la uña ejercen presión constante, aprisionando permanentemente la lámina ungueal deformada. La porción lateral de la lámina puede eventualmente salir de la epidermis y producir un tejido de granulación que semeja una uña encarnada. El corte de la uña cada vez va a ser más difícil y doloroso con el incremento de la sobrecurvatura, lo que se asocia frecuentemente con engrosamiento de la lámina ungueal. El dolor no es un síntoma constante en la UP; algunos casos son asintomáticos, mientras otros leves pueden ser muy dolorosos.

El segundo tipo es la uña en teja, en la que se presenta un incremento en la curvatura con los pliegues laterales paralelos, es menos severa, no causa síntomas importantes y es vista frecuentemente en personas jóvenes altas.

El último tipo es la uña plicada, donde hay una convexidad leve y se encuentran uno o los dos pliegues laterales doblados, que producen láminas verticales y aprisionan los surcos laterales; es decir, paralelos. El compromiso simétrico es principalmente visto en las manos, y en los pies es frecuente la presentación unilateral.

## DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

Se deben tener en cuenta los siguientes diagnósticos diferenciales:

- Paquioniquia congénita: usualmente es asintomática y compromete las uñas de las manos y los pies.
- Onicogriposis.
- Microniquia.
- Síndrome de las uñas amarillas.
- Artritis psoriática.

## TRATAMIENTO

Antes de decidir el tipo de tratamiento se deben tener en cuenta los siguientes aspectos: el dolor, la inflamación, el malestar con el uso de calzado y las implicaciones estéticas. Así mismo, se debe evaluar la severidad y el tipo de UP, los factores de riesgo como la diabetes (mala cicatrización y posibilidad de infección) y la insuficiencia vascular, los tratamientos previos sin éxito y las preferencias médicas y del paciente.

## TRATAMIENTO CONSERVADOR

- Ablandar mediante el uso de queratolíticos tipo urea al 40%, cortar y retirar el borde lateral encurvado.
- Incisiones en la lámina ungueal para relajación de la misma.
- Corrección mecánica llamada orthonyx (soportes metálicos similares a los brackets)<sup>1</sup> y placas plásticas o metálicas.<sup>3</sup> El principio de éstos es ejercer tensión sobre la curvatura transversa de la uña para ir aplanando la lámina gradualmente. En caso del uso de orthonyx, se deben realizar ajustes periódicos con lo cual se consigue un aplanamiento gradual en un período de seis meses o más.

Los tratamientos conservadores son una buena alternativa para los pacientes; sin embargo, la mejoría que producen es temporal debido a que no logran corregir el componente óseo.

## TRATAMIENTOS QUIRÚRGICOS

La avulsión ungueal<sup>4</sup> a repetición fue la primera alternativa terapéutica propuesta desde 1968. Se consideraba que producía un aplanamiento espontáneo de la lámina ungueal durante el período de recrecimiento. Sin embargo, muchos pacientes experimentaban un empeoramiento y rara vez era benéfico realizar este procedimiento; adicionalmente se sabe que la avulsión incrementa la curvatura fisiológica transversa de las uñas normales en el hallux.

Posteriormente se realizó la cauterización de los cuernos laterales de la matriz (1974), y Suzuki (1979) propuso la incisión longitudinal mediana del lecho ungueal y disección de los tejidos blandos de la falange distal, creando un defecto triangular corregido con un injerto total. El inconveniente de esta técnica fue el desarrollo de un área de onicolisis del tamaño del área del injerto. Adicionalmente, el problema de estas técnicas quirúrgicas era no tener en cuenta las alteraciones óseas, por lo cual las recaídas eran frecuentes.

Haneke (1984) introdujo una técnica quirúrgica usando un bloqueo regional, torniquete, avulsión de la lámina, cauterización de los cuernos laterales de la matriz con fenol al 90% durante tres minutos, seguido de una incisión mediana longitudinal en el lecho ungueal desde el borde de la lúnula hasta 2 mm después del hiponiquio, exponiendo el hueso. Durante la incisión, el osteofito de tracción es sentido con el bisturí, así no se haya hecho obvio en la radiografía. Poste-



Figura 5. Procedimiento de Haneke.

riormente se realiza disección de la falange distal, el osteofito se remueve con una gubia y el lecho ungueal se sutura con hilo no absorbible 6/0, luego se expande el lecho con suturas puestas en los pliegues, protegidas por tubos plásticos pequeños para evitar el corte de los pliegues y suturando en la región plantar del dedo. Estas suturas se dejan tres semanas y se retiran junto con los tubos (Figura 5). La efectividad de este procedimiento es mayor del 80%.<sup>1</sup>

Brown y Zook (2000) introdujeron otro procedimiento que no solamente aplanar la matriz (lecho ungueal) sino también las porciones laterales de la matriz germinal. En esta técnica se realiza la avulsión de la uña, se incide en la punta del dedo en uno o en ambos extremos, elevando el lecho ungueal, desde el hiponiquio hasta por debajo de la matriz germinal. Se crea un trayecto para la colocación de un injerto dérmico que es retirado de la región inguinal y cortada en tiras de mínimo 1 cm de ancho, retirando el exceso y suturándolo, al igual que los orificios de entrada. Esto crea un túnel por debajo del lecho ungueal que aumenta el espacio entre el hueso y éste. Se pone una placa de silicona y se asegura con suturas.<sup>5</sup>

Múltiples variaciones se han hecho con base en la técnica de Haneke, como la matricectomía con la reparación quirúrgica del lecho ungueal por Burhan (2001), quien no tiene en cuenta la alteración ósea, por lo que no se considera apropiada.<sup>6</sup>

Dentro de estas modificaciones está la descrita por Plusjé (2001), interesante propuesta porque amplía el campo quirúrgico, permite un mejor acceso a la falange distal y hace más fácil la remoción del osteofito; además, la completa remoción del periostio puede reducir la fibrosis del lecho ungueal hacia el hueso, disminuyendo así el porcentaje de recurrencias. Por otro lado, al tener un mejor acceso se preserva el aparato ungueal y la irrigación se ve levemente alterada. La incisión proximal en ambos surcos laterales y la resección de la parte distal de la pared lateral de la uña no interfieren con la formación de la uña ni con la adhesión al lecho ungueal, por lo que no son necesarias suturas de tracción. Considero que esta técnica quirúrgica tiene ventajas sobre las otras, su ejecución es menos compleja y los resultados que se obtienen son buenos y de larga duración.<sup>7</sup>

La técnica se realiza con anestesia local, con bloqueo y un campo exangüe. La lámina ungueal es avulsionada usando un elevador de uña, posteriormente se cauterizan los cuernos laterales de la matriz por medio de la aplicación de fenol al 88% durante un minuto, con reaplicación cada minuto (tres aplicaciones), reforzando el efecto del fenol, que luego se neutraliza con una solución de etanol al 70%. Se hace una incisión en la punta del dedo con hoja de bisturí No. 15, paralela al hiponiquio, extendiéndose proximalmente hasta los pliegues laterales de la uña; el lecho ungueal es

levantado desde la falange distal hasta la lúnula, con la seguridad de estar cerca del hueso. El lecho ungueal debe ser elevado, dando una visión clara del dorso de la falange distal; tanto las superficies irregulares como los osteofitos de tracción, al igual que el periostio, son removidos usando una gubia o una cureta y posteriormente los dos tercios distales de la pared lateral de la uña se retiran. El ancho de la incisión es determinado por el ancho necesario para mantener el lecho ungueal en un plano horizontal después de la sutura. Los bordes distales laterales del lecho ungueal son suturados usando hilos no absorbibles 5/0, verificando que se haya producido una leve tracción lateral del lecho ungueal. Finalmente, la incisión de la punta del dedo es suturada de la misma forma (Figura 6). Se deben poner gasas impregnadas de vaselina en el pliegue proximal para prevenir la formación de pterigium ungueales, la sutura se debe cubrir con un vendaje seco y los puntos se retiran a las dos semanas. Se recomienda analgesia posoperatoria con acetaminofén durante las primeras 48 horas.

**COMPLICACIONES**

Dentro de las posibles complicaciones se deben tener en cuenta:

- Infección: osteomielitis, tenosinovitis aguda purulenta, artritis séptica.
- Distrofias ungueales, por lo cual no se debe desgarrar la matriz.

- Espículas óseas: por retención de tejido-matriz.
- Hematomas.
- Granulomas telangiectásicos.
- Dolor persistente.

**CONCLUSIONES**

Ante un paciente con UP se debe evaluar la clínica y es importante apoyarse en estudios radiológicos. Además, se debe escoger el tratamiento adecuado para cada caso en particular, teniendo en cuenta que los casos leves se pueden beneficiar de tratamientos conservadores y que cuando se decida el tratamiento quirúrgico se debe realizar con una técnica adecuada, por un profesional capacitado y según sus preferencias.

**SUMMARY**

Pincer nail is a frequent nail pathology that incapacitates the patient, generating him/her problems at work and in the personal life. This disorder may be hereditary or may be acquired. Distal phalange base widening is the commonest cause. The use of diagnostic images allows to visualize the presence of osteophytes.

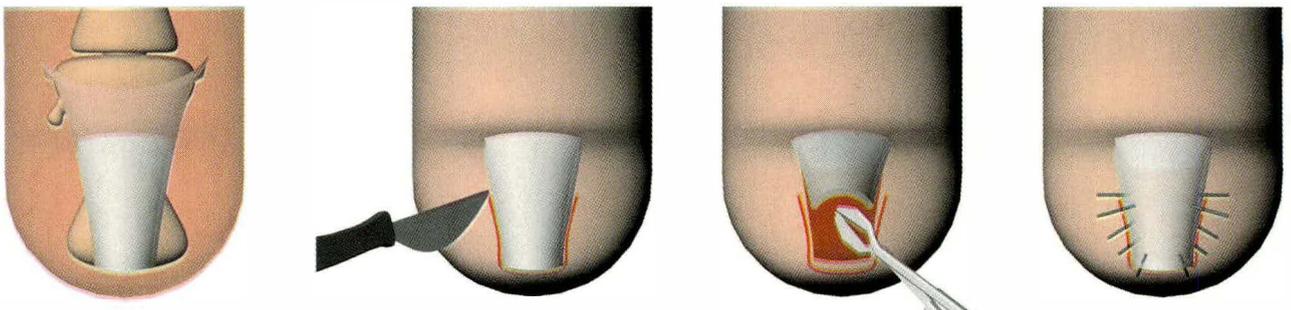


Figura 6. Procedimiento de Plusié.

## **BIBLIOGRAFÍA**

A theme's review is done here, doing special emphasis in the therapeutic alternatives.

**Key words:** Pincer nail, surgical treatment, therapeutic.

1. Baran R, Haneke E, Richert B. Pincer nails: definition and surgical treatment. *Dermatol Surg* 2001; 27:261-266.
2. Baran R, Dawber R, et al. Nail configuration abnormalities. En *A Text Atlas of Nail Disorders Diagnosis and Treatment*. London, Martin Dunitz, 1996:17-47.
3. Kim KD, Sim WY. Surgical Pearl: Nail plate separation and splint fixation - a new noninvasive treatment for pincer nails. *JADD* 2003; 48:791-792.
4. Boyce S, Huang CC. Surgical Pearl: hemostat-assisted nail avulsion revisited. *JAAD* 2001; 45: 943-944.
5. Aksakal AB, Akar A, Erbilh, et al. A new surgical therapeutic approach to pincer nail deformity. *Dermatol Surg* 2001; 27:55-57.
6. Brown RE, Zook E, Williams J. Correction of pincer-nail deformity using dermal grafting. *Plast Reconstr Surg*. 2000; 105:1658-1661.
7. Plusjé L. Pincer nails: a new surgical treatment. *Dermatol Surg* 2001; 27:41-43.