

ONICOCRIPTOSIS: (UÑA ENCARNADA)

Dr. José R. Sardi B. *

Sardi B. JR. **Onicocriptosis : (Uña encarnada)**. Derm Venez 1996; 34: 57-60

RESUMEN

El artículo presenta brevemente la patogenia, sintomatología, etiología y tratamiento de la onicocriptosis.

Las uñas son estructuras córneas que se originan en una zona germinal especializada en el extremo dorsal de los dedos. Tienen una función protectora, una función sensorial (aumentan las sensaciones discriminativas del tacto prensil), y una función cosmética.

La unidad anatómica ungüeval esta conformada por la matriz ungüeval, la lámina o uña, un sistema de envoltura que aísla la uña denominado cuticular (el hiponiquio y el epiniquio), los pliegues laterales o surcos laterales y el lecho ungüeval. Todas estas estructuras junto con el tejido conjuntivo subungüeval que descansa sobre el periostio de la falange y el tejido subcutáneo del pulpejo del dedo, hacen la unidad digitungüeval.

ABSTRACT

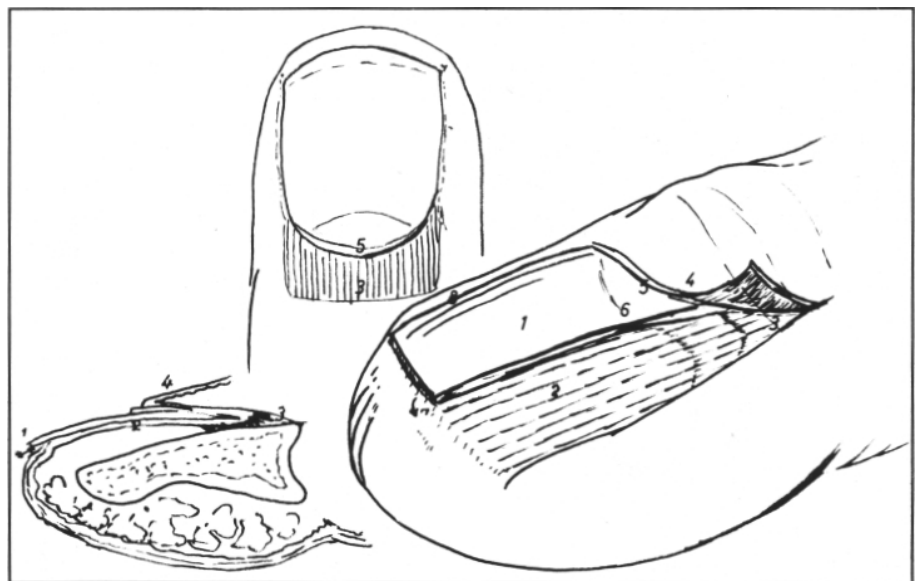
The human nails are horny structures being the nail plate the ultimate product of maturation of a specialized germinative zone present at the tip of fingers and toes. They have different functions like: Protection of the phalanges and fingertips, enhancement of fine touch and fine digital movements and a cosmetic function. The nail unit consists of six components: The nail matrix, the nail "plate, the hyponychium, the eponychium, the nailfolds and the nail bed. All these structures together with the subungueal tissue and the subcutaneous tissue of the tip of the fingers represent the digitungueal unit.

INTRODUCCION

Se debe diferenciar una enfermedad o anomalía de la lámina ungüeval propiamente dicha (onicogrifosis, onicauxis, etc.), de las afecciones del resto de la estructura digital. Estas afecciones pueden o no acarrear modificaciones del tejido periungüeval. Otras veces es lo contrario, son las alteraciones digitales las que alteran o deforman la lámina ungüeval.

La onicocriptosis (onyx, uña-kriptos, oculto) es una afección muy molesta y frecuente en la consulta der-

Figura 1.



1) Lámina ungüeval. 2) Lecho ungüeval. 3) Matrix ungüeval. 4) Pliegue proximal (Eponiquio). 5) Cutícula. 6) Lúnula. 7) Hiponiquio. 8) Pliegue o surco lateral.

* Médico dermatólogo. Profesor de la Cátedra de Dermatología. Escuela de medicina "Luis Razetti". U.C.V.

matológica, cuando es mal atendida, los pacientes inician un peregrinaje en busca de una solución definitiva de su mal.

Anteriormente dijimos que una de las funciones de la uña era proteger al dedo. Los dedos de los pies tienen una actividad dinámica en la locomoción. Se generan una serie de presiones sobre las partes blandas que normalmente están equilibradas, cuando estas presiones se modifican, la uña se puede convertir en agresora de los surcos laterales, perforando el epitelio e incrustándose en la dermis. Esta patología es casi exclusiva de los dedos gordos de los pies.

El mal tiene gradientes, en ocasiones es solo una acción traumática leve, sin provocar la perforación del pliegue lateral, y se traduce en dolor, eritema y congestión de uno de los bordes laterales de la uña, generalmente regresa espontáneamente. Pero cuando hay solución de continuidad en el canal lateral, por la penetración del borde de la uña, el proceso es severo, hay mayor dolor e inflamación, y con muchísima frecuencia infección secundaria, con formación de tejido de granulación (granuloma piogénico periungüéal), de mayor gravedad en los pacientes diabéticos y/o con vasculopatías periféricas. Fig. 2. La etiología de esta afección se debe buscar en el borde lateral de la uña, y en el canal o surco lateral.

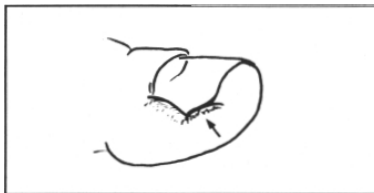
FIGURA 2



La flecha muestra la espícula ungüéal (mal corte marginal). La estrella muestra el corte oblicuo del extremo lateral.

El daño derivado de la uña está en la forma incorrecta como se corta la lámina, cuando se dejan fragmentos, espículas o salientes en el borde lateral, éstos van a lesionar el canal lateral cuando la uña crece en su trayecto normal desde matrix. Algunas veces el ángulo anterior de la uña no sobresale los límites del canal lateral, bien por la formación de un repliegue cutáneo, por mala posición del dedo, o por una exagerada incurvación de la uña, también origina la encarnación en el canal lateral, y con frecuencia los pacientes tratan de resolver el problema cortando en forma oblicua el ángulo distal de la uña, y dejan desprotegido el extremo del canal lateral, lo que provoca la formación de un callo en el canal, agravándose la situación, y crea un círculo vicioso. (Fig. 3)

FIGURA 3



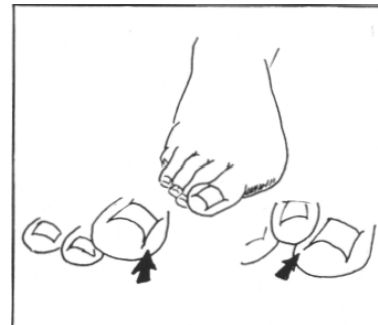
La flecha muestra el pliegue distal hipertrofiado que impide la migración del ángulo lateral de la uña.

Las uñas con convexidades muy pronunciadas pueden de igual manera generar el mismo problema, y uñas dispuestas en forma oblicua en relación con el eje del dedo, también son factibles de originar la uña encarnada.

Los problemas relacionados se van sumando, y el caso se torna crónico, el tejido periungüéal mortificado se edematiza y fibrosa, provocando hipertrofias desfigurantes de los dedos.

Cuando la alteración proviene del dedo, identificamos Hallus valgus, superposición patológica de los dedos, u otros trastornos en la alineación, o apoyo de los dedos de los pies. (Fig. 4)

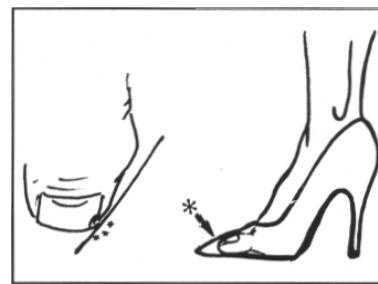
FIGURA 4



Hallus valgus y superposición de los dedos.

El otro hecho importante en la génesis del problema es el calzado, zapatos con punta estrecha, apretados, o con tacones altos, ejercen presiones laterales sobre las uñas de los dedos gordos del pie, que por sí mismo pueden desencadenar la onicocriptosis. (Fig. 5)

FIGURA 5



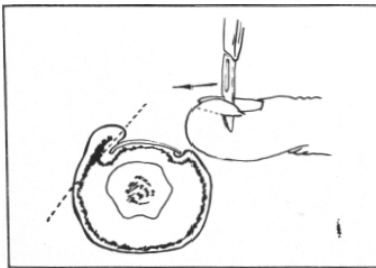
Se muestra la compresión de los dedos por los calzados femeninos.

La sintomatología inicial es, dolor en los bordes laterales del dedo, puede verse en los dos bordes laterales de un dedo o solo en uno de los bordes, o bien en los dos dedos gordos al mismo tiempo, al dolor le acompaña inflamación y secreción serosa, más adelante, esta secreción se torna serohemática, seropurulenta, o francamente purulenta. Aparece tejido de granulación en los pliegues ungüéales, que puede crecer tanto, hasta llegar a cubrir parcialmente la lámina ungüéal.

El tratamiento requiere reposo, antibioticoterapia por vía oral, lavados frecuentes con desinfectantes, tales como la yodopovidona; una vez mejorado el estado séptico local, se impone un tratamiento quirúrgico. Son varias las tendencias en cuanto a la elección del método a emplear, dependiendo de cada caso.

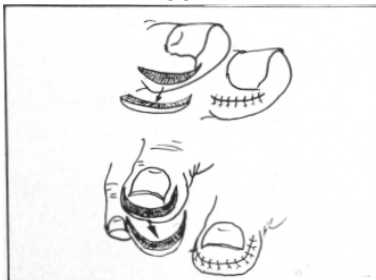
Cuando encontramos los bordes laterales del dedo hipertrofiados, consecuencia de procesos recidivantes, con "epidermización" del granuloma piogénico periungüal, se recomienda insertar paralelamente al lado interno del pliegue, un bisturí N° 15, y cortar el tejido hipertrofiado, el sangramiento se contiene con una cura compresiva, esta es la técnica de Bose. Otros recomiendan resección en cuña del tejido periungüal, y luego suturar la herida borde a borde, con el fin de aplanar el pliegue lateral o distal del dedo (técnica de Dubois). No siempre resuelve el problema. (Fig. 6 y 7)

FIGURA 6



Técnica de Bose

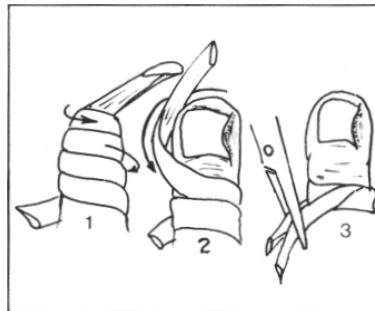
FIGURA 7



Técnica de Dubois

La onicectomía más matricectomía marginal, es la indicación adecuada en la mayoría de los casos, se realiza de la siguiente manera: luego de una adecuada anestesia troncular con lidocaina al 2% sin vasopresores, se coloca un torniquete de exanguinación, (consiste en ir enrollando el dedo con una banda de goma desde la punta, hasta la raíz del dedo, pero inmediatamente después desenrollar la banda elástica desde la punta, dejando la compresión en la raíz del dedo, mediante el uso una pinza para fijar la goma). Fig. 8, se practica una

FIGURA 8



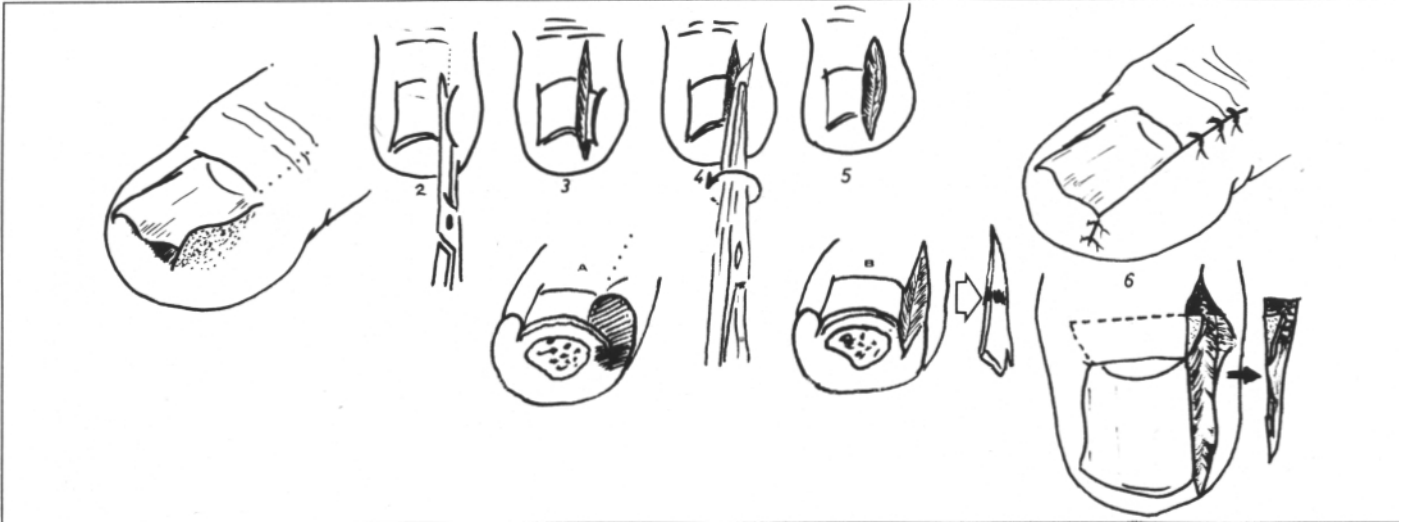
Método de exanguinación

incisión sobre el ángulo proximal del dorso del dedo, con el fin de facilitar el acceso a la matriz ungüal, luego se corta la lámina con un tijera de punta recta, que se introduce por debajo del borde lateral de la uña, a unos dos milímetros del pliegue lateral, una vez hecho esto, tomamos una pinza recta, y con ella sujetamos el borde seccionado de la uña, y rotamos el instrumento en dirección al corte, de esta manera desprendemos el borde marginal de la lámina, a continuación con el bisturí, se separa el lecho ungüal, y la matriz ungüal, profundizando hasta contactar con la superficie superior de la falange, con el mismo bisturí, o bien con una tijera curva roma (preferiblemente la tijera de tenotomía), se termina de separar el borde

del lecho y la matrix, es muy importante tener la certeza de haber retirado completamente la matrix seccionada, por que si quedan restos de ella, ocurrirá lo que se muestra en la foto A, o recidiva de la onicocriptosis. Después se realiza la síntesis de la herida, colocando dos o tres puntos de sutura con nylon 4/0, en el dorso del dedo y otros tantos en la parte inferior del pulpejo, no es necesario suturar la uña, ya que la curva compresiva se dejará por cinco o siete días y permite la aproximación de esa zona; a los diez días se retiran los puntos. Fig. 9. La limitación post operatoria generalmente es de 24 ó 48 horas, se prescribe analgésicos, y un relativo reposo, en términos generales el procedimiento es bien aceptado por el paciente. La complicación que con frecuencia se presenta, es el sangramiento postoperatorio inmediato, y se debe a una deficiente compresión o por deambulación del enfermo. En estos casos se debe retirar la cura y colocarla nuevamente, más apretada, si el sangramiento es escaso, la colocación de nuevos adhesivos, más apretados, yugulan la efusión. Otra complicación que se observamos, (no nuestra), es necrosis de la piel del dedo, en dos casos por uso exagerado de anestesia con vasoconstrictores, y otro caso donde el médico tratante olvido retirar el manguito hemostático.

Boll, en 1945, publicó una técnica de matricectomía, usando fenol al 88%, logrando destruir la matrix por cauterización, igual resultado se obtiene con hidróxido de sodio al 10%. Más recientemente se ha recomendado el uso de un electrodo especial (electrocirugía), que fabrica la casa Ellman International, Inc.

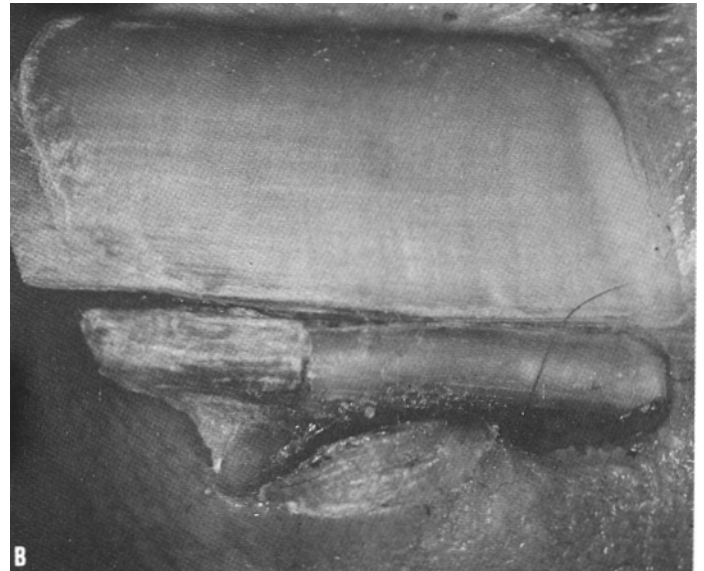
Se ofrecen otras formas de trata



Secuencia del procedimiento de la oniceptomía y matricectomía.



Muestra una onicocriptosis bilateral recidivante, debida a uñas oblicuas.



Muestra Aproximación del borde interno del dedo derecho, donde se aprecia un espolón ungueal. En el procedimiento quirúrgico realizado previamente, se cortó la matrix, pero no se extirpó, (defecto en la técnica operatoria).

miento, tales como la colocación de materiales blandos, o semiduros entre la uña y el canal lateral, así como técnicas de ortonixia, pero no tengo experiencia al respecto.

Debemos luego, instruir al paciente en el cuidado de las uñas, porque es muy común reincidir en los errores que ocasionaron la onicocriptosis.

BIBLIOGRAFIA

1. Scher, R.K.: The Nail en Roenigk, R.K., Roenigk, H.H.: Dermatologic Surgery Principles and Prectice. Marcel Dekker, Inc. New York. 1989. pp. 509-526.
2. Peyre, N.C.: Podología. Estudio de pie y clínica podológica. Paraninfo, Madrid, 1977.
3. Raskin, B.I.: Nails en Lask, G.P., Moy, R.L.: Principles and Tecchniques of Cutaneous Surgery Mac Graw Hill. New York. 1996. pp. 265-281.
4. Baran, R., Dawber, R. P. R.: Diseases of the Nails and their Management. Blackwell Scientific Publications. Oxford. 1984.
5. Ceilley, R.L, Cillison, D.W.: Matricectomy J. Dermatol. Surg. Oncol. 1992, 18: 728 734.