

# Onicocriptosis: un nuevo método terapéutico

Vicente Moreno Arroyo\*, María de la O Granados Roldán\* y Antonio M. Tejera Vaquerizo\*\*

\* Enfermero/a del Hospital Infanta Margarita en Cabra (Córdoba) Unidad de C.M.A. de Baena.

\*\* F.E.A. Dermatología del Hospital Infanta Margarita en Cabra (Córdoba) Unidad de C.M.A. de Baena.

Correspondencia: vicentepae@terra.es



Foto 1.



Foto 2.

La onicocriptosis, más conocida como uña encarnada es el trastorno más frecuente de la uña y su patología es de gran interés para la enfermería.

Ocurre como consecuencia de la penetración de la lámina ungueal en los tejidos blandos que la rodean causando inflamación, eritema, dolor, infección y la aparición en algunos casos de tejido de granulación resultante de la cicatrización que se superpone sobre la lámina. La aparición de esta clínica conlleva una gran morbilidad, con el aumento de visitas a su MAP, enfermería, derivaciones a dermatología y las ausencias al trabajo o centros de estudio, de ahí la importancia de tratar esta patología de una manera rápida y eficaz, que permita al paciente reincorporarse lo antes posible a su rutina diaria, y recuperar pronto su estado de salud.

La uña encarnada es más común en varones, y suele presentarse con mayor frecuencia en adolescentes y adultos jóvenes, suele aparecer en la uña del primer dedo del pie, generalmente en el borde externo, aunque puede afectar a los dos bordes y aparecer en otras localizaciones.

Entre las causas más frecuentes se encuentran: mecanismos anatómicos y mecánicos (al andar el peso del cuerpo se carga en el pie, y se produce una rotación medial de la uña, que se alivia al levantar el pie, este movimiento hace que la lámina se clave en el lecho ungueal), cortar la uña en redondo, zapato de pala estrecha, tacones, traumatismos y sobrecurvatura de la lámina ungueal (uña en teja), entre otros motivos.

Las opciones terapéuticas son variables, y abarcan desde métodos no invasivos (tratamiento con antibióticos, corticoides tópicos, separadores de algodón, higiene del pie, etc.) hasta métodos quirúrgicos. Éstos últimos tradicionalmente tratan la patología cortando la lámina, el lecho y la matriz ungueal evitando así su crecimiento, y quemando la matriz con fenol, con electrobisturí o simplemente legando la matriz, y eliminando el

tejido de granulación mediante escisión o electrocoagulación. En nuestro caso se trata de un varón de 22 años, fontanero, sin antecedentes de interés, y que presenta desde hace unos meses la uña del primer dedo del pie izquierdo encarnada en el borde externo con dolor intenso, eritema, edema y tejido de granulación con hipertrofia que se superpone sobre la lámina ungueal. Se propone tratamiento quirúrgico como método terapéutico <sup>(foto 1)</sup>.

## Material y método

- Quirófano o sala de curas.
- Mesa para instrumental quirúrgico.
- Material quirúrgico:
  - 1 portaagujas.
  - 1 pinza hemostática tipo mosquito.
  - 1 pinza de disección sin dientes.
  - 1 pinza de disección con dientes.
  - 1 tijera curva tipo metzembau.
  - 1 tijera recta tipo mayo.
  - 1 mango de bisturí.
- Hoja de bisturí.
- Lápiz dermatográfico.
- Guantes estériles.
- Gasas.
- Sutura monofilamento de 3/0 con aguja triangular.
- Gasa vaselinada tipo Tulgrasum®.
- Venda elástica de crepé.
- Esparadrapo.
- Campo quirúrgico fenestrado.
- Mepivacaina al 2%.
- Jeringa de 5 ml.
- Jeringa de insulina 0,5 ml y aguja de 29G.

Se coloca la paciente en decúbito supino con ambas piernas estiradas y se delimita la zona a extirpar con un lápiz dermatográfico, respetando el borde de la lámina ungueal <sup>(foto 2)</sup>.

Se aplica antiséptico y se procede a anestesiar la zona. Inoculamos el anestésico en los bordes de la zona delimitada para extirpar (empleamos este método pues requiere menos cantidad de anestésico y el efecto analgésico es inmediato frente al bloqueo troncular), para ello utilizamos la jeringa de insulina de aguja 29G y bisel corto que es menos traumática.

Se realiza la incisión en forma de elipse amplia incluyendo el tejido fibrótico y de granulación y respetando el borde lateral de la lámina ungueal, se tuvo especial cuidado de no dañar el lecho y la matriz ungueal. La incisión fue lo suficientemente profunda para reseca un considerable volumen de tejido adyacente haciendo especial hincapié en el tejido celular subcutáneo <sup>(foto 3)</sup>. No se realizó ablusión ungueal y el defecto se cerró con sutura de monofilamento de 3/0 <sup>(foto 4)</sup>. A continuación se realizó una limpieza de la zona para retirar los restos hemáticos y de antiséptico y se aplicó povidona yodada, colocando un apósito con gasa vaselinada y vendaje compresivo. Se prescribió analgesia con metamizol 575 mg cada 8 horas durante los dos primeros días tras la intervención, no precisando analgesia adicional.

Se procedió a retirar el apósito compresivo a los dos días, realizando desde ese momento curas diarias con povidona, retirando los puntos de sutura a los 8 días de la intervención. No presentó complicaciones como sangrado ni infección.

Se revisó al mes y a los seis meses no habiendo presentado recidivas <sup>(foto 5)</sup>.

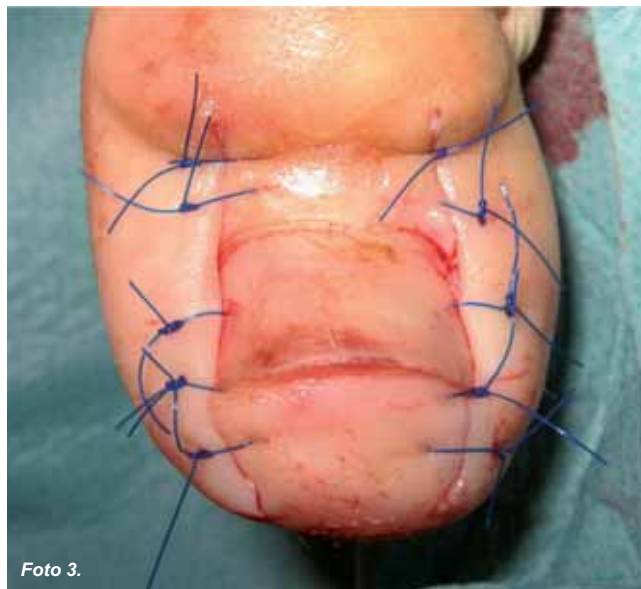
## Discusión

En la actualidad existen varios métodos quirúrgicos para el tratamiento de la uña encarnada sin una clara evidencia de cual es el mejor método para resolver este problema de salud. La ablusión de la lámina ungueal parcial o completa sólo es efectiva en un 30% de los pacientes; la plastia modificada de Emmer que consiste en la escisión amplia longitudinal y elíptica de la lámina, el lecho ungueal lateral, matriz ungueal y tejido granulomatoso se asocia con un índice de recurrencia entre el 5-20%; y la matricectomía química con fenol al 89% presenta unas recidivas entorno al 5%.

La principal desventaja común de los tres métodos anteriores es el resultado estético con un efecto cosmético peor, y el riesgo de aparición de distrofia ungueal o formación de espículas, frente al resultado estético de ésta técnica donde se respeta la integridad de la uña.

Clásicamente se ha considerado que la matricectomía es necesaria para mejorar el resultado del tratamiento y reducir el riesgo de recurrencia, sin embargo un estudio reciente ha puesto de manifiesto unos altos índices de curación con un resultado estético mejor y además preservando la matriz.

Esta técnica se basa en que la onicocriptosis se produce principalmente por una presión excesiva en los tejidos blandos laterales de la uña, por tanto la descompresión de la uña extirpando los tejidos blandos que rodean la lámina ungueal producen la resolución del problema sin necesidad de realizar resección de la matriz o lámina ungueal. Al ser una técnica menos agresiva y respetar la matriz no es necesario realizar isquemia y aplicar torniquete para mantenerla, puesto que el sangrado es mínimo durante la realización de la técnica. En conclusión, esta novedosa técnica demuestra que la onicocriptosis puede ser tratada quirúrgicamente sin necesidad de matricectomía con unos resultados cosméticos excelentes. La principal ventaja es la completa preservación de la anatomía de la uña, sin embargo la limitación en el número de trabajos existentes hacen necesarios estudios futuros que apoyen el resultado de este nuevo procedimiento para el tratamiento de la uña.



## Bibliografía

- 1 Noel, B., Surgical Treatment of Ingrown without Matricectomy. *Dermatol Surg* 2008; 34: 79-83.
- 2 Fernandez Jorge, B., Peña Penabad, C., García Silva, J.. Tratamiento de la onicocriptosis con matricectomía química con fenol. *Piel* 2009; 24: 46-51.