

Cirugía Ungueal. Técnica de Winograf

Luis López López¹, Julia Janeiro², Francisco Alonso Tajés³, Jesús Calleja¹, M^a del Carmen Bouzas¹

¹Prof. Asociado Esc. U. de Enfermería y Podología, ²Prof. Asociado Esc. U. de Enfermería y Podología. Subdirectora, ³Prof. Asociado Esc. U. de Enfermería y Podología. Coordinador de la Clínica Podológica.

Correspondencia:

Universidade da Coruña
Escola Universitaria de Enfermería e Podoloxía.
C/ Naturista López Seoane, Esq. San Ramón.
Campus Universitario de Esteiro
15403 Ferrol

Resumen

Después de revisar todas las revistas podológicas de ámbito nacional de los últimos años, hemos notado un número insuficiente de publicaciones sobre la tan agradecida y resolutive cirugía ungueal. Por ello nos ha parecido interesante dedicarle este trabajo.

De todas las técnicas descritas, nos hemos detenido de manera especial en la Técnica de Winograf para lo cual y a través de este caso clínico pretendemos realizar un breve y descriptivo repaso de la pauta que debemos seguir.

Palabras clave: Cirugía ungueal. Técnica Winograf. Onicocriptosis.

Summary

After revision of all national podologic magazines of last years, we are detected a long number of publications about the grateful and resolutive ungueal surgery. By this we think that is intheresant dedicate this work to this type of surgery.

In all described methods we have special interest in the winograf method, by this clinical success we pretened make a short and descriptive review of the process to follow.

Key words: Ungueal Surgery. Winograf Method. Onicocriptosis.

Breve repaso histórico

Fue en 1929 cuando Winograf la describe y la propone como una alternativa a las técnicas existentes, a las que describió como innecesariamente realizadas y contraindicadas en el *“estado habitualmente inflamado y frecuentemente infectado del tejido”*.

Hoy en día, se emplea para extirpar una porción de la placa ungueal lateral involuta en la que están presentes la hipertrofia de las partes blandas bien por un exceso de tejido de granulación o por agrandamiento del labio ungueal que dificultará el crecimiento adecuado de la uña.



Figura 1.

Descripción del caso clínico

Joven varón de 28 años, deportista ocasional, de profesión escayolista, sin antecedentes médicos de interés y que desde hacía 3 años venía sufriendo de repetitivos problemas en la 1ª uña del pie derecho debido a tratamientos conservadores poco resolutivos.

La clínica que presentaba en el momento de acudir a consulta era una lesión rojiza, inflamada y supurativa (cara lateral interna y externa) con presencia de un discreto granuloma piógeno (Figura 2). La afectación se observaba en ambos canales. Realizado un estudio de las características del caso, nuestro equipo de trabajo se planteó la necesidad de aplicar un tratamiento quirúrgico adecuado a la patología y a las necesidades reales del paciente. La aplicación de dicho tratamiento no descarta la existencia de variables alternativas siempre a tener en cuenta por los profesionales.

Preoperatorio

Será necesario tomar las mismas medidas preoperatorias que ante cualquier otro acto quirúrgico: historia clínica, analítica y exploración que, en el caso concreto de la uña, debe completarse con un estudio radiológico para descartar, siempre que se sospeche, una patología ósea subyacente. Ante la existencia de un trastorno circulatorio periférico, diabetes, conectivopatía, Raynaud, etc., debe evitarse, o considerarse muy seriamente, la intervención, a menos que sea imprescindible. Si el paciente toma anticoagulantes, antiagregantes plaquetarios o presenta una infección, la intervención debe posponerse.

La autorización escrita por parte del enfermo puede evitar situaciones legales desagradables.

Anestesia

Comenzaremos previamente por un lavado quirúrgico convencional y cincelado antiséptico.

Como principio anestésico utilizamos Mepivacaina al 2% S.V.C. que tiene un periodo de latencia es de unos 10 minutos (Figura 3).

El material empleado para la anestesia es una jeringuilla de 5 cc., la cual nos permitirá realizar la aspiración de forma más satisfactoria frente a las tradicionales para carpulen. La aguja empleada será de pequeño calibre.

La técnica que realizamos es un bloqueo digital en H (Figura 4). Muy importante recordar que los blo-



Figura 2.

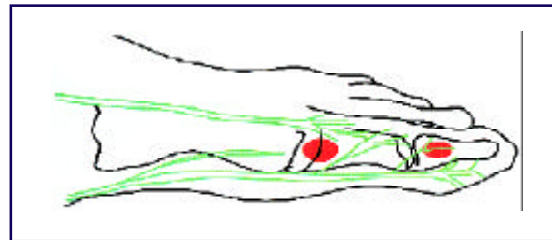


Figura 3.

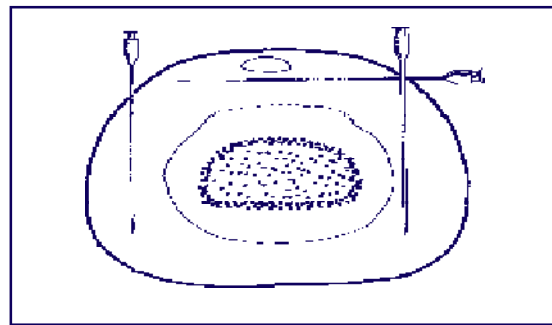


Figura 4.

queos digitales se realizan con el podólogo de espaldas al paciente y apoyado sobre la pierna de éste, en extensión para evitar cualquier movimiento súbito de flexión como respuesta a la inserción de la aguja. La inyección inicial se realiza en la base del dedo, paralelo al pliegue interdigital, teniendo cui-

dado en no profundizar demasiado para no traspasar la cara distal y llegar incluso a pinchar el dedo del propio especialista.

Una vez llegado a este punto debe retirarse la aguja ½ cm, aproximadamente, y se cambia la trayectoria de la aguja pasando a atravesar todo el dorso del dedo, una vez comprobado mediante aspiración que no estamos en el interior de un vaso, se procede a inyectar lentamente el anestésico. La inyección debe realizarse en ambas superficies laterales, para lo cual se deberá abordar previamente la zona superior, para finalmente anestésiar la superficie interdigital, no siendo necesario sobrepasar los 4 ml. en todo el proceso anestésico.

Antes del comienzo de la intervención, es aconsejable comprobar la insensibilidad de la zona y tener presente que, a pesar de la inocuidad de este tipo de anestesia, es necesario estar preparado para realizar cualquier maniobra de reanimación.

Tiempo Quirúrgico

Comenzamos realizando una correcta cobertura de todo el campo quirúrgico con tallas estériles. La mesa del instrumental deberá estar compuesta por: (Figura 5)



Figura 5.



Figura 6.

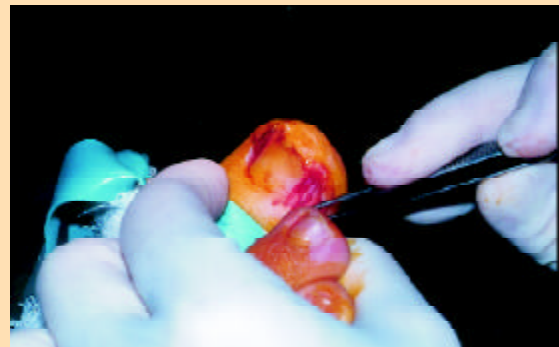


Figura 8.



Figura 7.

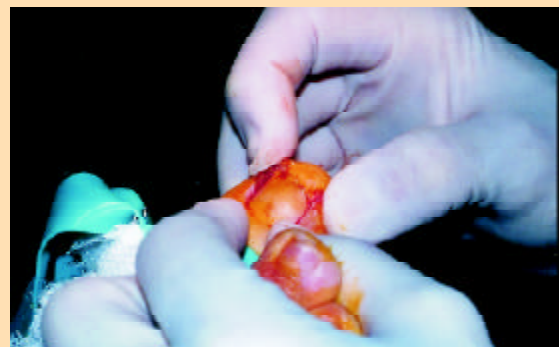


Figura 9.

- 2 Cangrejos Schadel
- 1 Kocher
- 1 Escoplo o cincel curvo
- 1 Gubia
- 1 Alicate inglés
- 2 Mangos de bisturí
- 1 Mosquito Curvo
- 1 Cucharilla Volkmann
- 1 Pinza gubia Friedman
- 1 Pinza de disección
- 1 Porta agujas
- Suturas
- Gasas
- Tallas
- Compresor o torniquete quirúrgico

Una vez realizada la hemostasia por barrido, el primer paso y ayudados por un escoplo curvo, será separar de su asentamiento la porción de lámina ungueal que vamos a retirar y que previamente deberemos referenciar visualmente para que en el momento de dar el corte nos quede lo más perpendicular al borde libre de la uña. El corte se realizará con el alicate inglés.

Para el segundo paso se empleará el bisturí. Con el filo hacia abajo, procederemos a continuar el corte iniciado con el alicate inglés, sobre el hiponiquio de la uña. Una vez realizados los cortes desprenderemos la porción de placa ungueal con la gubia y por último para extraerla emplearemos el mosquito curvo.

A partir de este momento nos plantearemos que porción de tejido afectado procederemos a extraer. Comenzaremos por el hiponiquio para posteriormente y de forma semielíptica llevarse todo el tejido fibrosado del granuloma. (Figuras 6 y 7)

En cuanto a la profundidad debemos reseñar que ha de ser hasta la falange subyacente y se extenderá hacia delante hasta alcanzar el hiponiquio (Figura 8).

Ahora, y ayudados por unas pinzas visualizaremos el estado del interior que a continuación procederemos a legar. Finalizado el legrado comprobaremos la correcta coaptación de ambos extremos ayudados por nuestro dedo pulgar e índice como muestra la Figura 9.

Si la aproximación es normal y no se observa tensión de los tejidos procederemos a suturar la incisión con un punto proximal y otro distal a la uña, colocando también unas tiras de sutura cutánea sobre la propia placa ungueal.



Figura 10.



Figura 11. Aspecto del dedo intervenido a los 20 días

Cuidados postoperatorios

Una vez terminada la intervención y quitado el torniquete se produce un sangrado, a veces llamativo, por ello es aconsejable realizar un vendaje compresivo y aconsejar al enfermo mantener el pie elevado, esto será suficiente para cohibir la hemorragia. Mantendremos el apósito durante 48 horas, momento en que lo renovaremos. Las curas se seguirán realizando con la misma frecuencia durante al menos una semana. Si se emplean puntos de seda deberán retirarse entre los 7 y 10 días. (Figura 10).

Bibliografía recomendada

- Ateca Quero R. Actuación quirúrgica sobre onicocriptosis. *El Peu* 1999;76.
- Butterworth R, Dockery GL. Atlas a color y texto de Cirugía del antepié. *Ortocen* 1992.
- Fonseca Capdevilla E. *Patología Ungueal*. Jarpo Editores, S.A., 1994.
- Giralt de Veciana, E. Tratamiento de la Onicocriptosis mediante la técnica de reconstrucción estética. *R.E.P 2ª Epoca*, 1993;4(8).
- Hidalgo Ruiz S. Clasificación de las patologías ungueales. Estadísticas de la Clínica Podológica de la Universidad de Barcelona. *R.E.P 2ª Epoca* 1999;10(7).
- Jahss. Disorders of the Foot & Ankle. *Medical and Surgical Management* Vol. Y 1991.
- Novel V, Giralt E. *Apuntes de quiropodología II*. Escuela Universitaria de Podología. Universidad de Barcelona, 1993-1994.
- Ogalla M, Novel V, Giralt E, Zalacaín A. Matriceptomías químicas. *El Peu* 1998;72.
- Sancho Martínez A. Enfermedades y deformidades ungueales. *El Peu* 1996;66.
- Teatino Peña J. Eliminación definitiva de la lámina ungueal. *R.E.P 2ª Epoca* 1996;7(3).