

# Aportación personal a las técnicas incisionales de la cirugía ungueal

**Ana Maestro Perdices**

Diplomada en podología

Correspondencia:

Bretón 34, Esc. 2ª, 3º b

50005 Zaragoza

E-mail: amaestro@comparagon.org

## Resumen

La aportación personal que se expone en este trabajo es la realización de un punto de sutura utilizable en las técnicas incisionales de la cirugía ungueal. Se trata de una sutura que respeta el lecho ungueal y la uña, y evita la utilización de tiras de aproximación.

**Palabras clave:** Punto de sutura. Lecho ungueal. Uña. Tiras de aproximación.

## Summary

This article exposes the personal modification of a skin closure used in some toenail surgical procedures. This suture technique does not damage the nail bed and there is not need to use paper tape strips.

**Key words:** Skin closure. Toenail surgical procedures. Nail bed. Tape Strips.

## Introducción

La onicocriptosis es uno de los motivos de consulta más frecuentes en la práctica podológica. Cuando se opta por el tratamiento quirúrgico, porque los tratamientos conservadores han fracasado<sup>1</sup> o porque el caso así lo exige<sup>2</sup>, las técnicas incisionales son la mejor opción cuando existe una clara afectación de las partes blandas<sup>3-6</sup>. Además, podemos decir que está indicado realizar procedimientos incisionales o mixtos (como la técnica de Ogalla<sup>7</sup>) cuando se busca una rápida curación de la herida o cuando es necesaria la reconstrucción del aparato periungueal.

## Discusión

Muchos podólogos, entre los que me encuentro, tenemos preferencia por estas técnicas, que además de la indicación según el tipo de patología, son de elección en determinadas circunstancias

como el tipo de paciente, enfermedades que dificultan la cicatrización<sup>8</sup>, su idiosincrasia, el tipo de trabajo, etc.

Está claro que en la onicocriptosis, las partes blandas están siempre afectadas, por cuanto el problema podría resumirse en un conflicto entre la lámina ungueal y el tejido blando adyacente. No obstante, en ocasiones se pueden considerar parte primordial de la patología, bien porque la hipertrofia del borde periungueal causa un conflicto de espacio con la uña, bien porque se encuentra afectado secundariamente en forma de fibrosis, granuloma piógeno<sup>9</sup>, excrecencia de tejido de granulación<sup>1</sup>, o hipertrofia secundaria a procesos inflamatorios de repetición<sup>10</sup>. Es por tanto importante tener en cuenta la reconstrucción del rodete periungueal si queremos conseguir un buen resultado tanto clínico como estético.

Algunas técnicas como Frost, DuVries o Lilièvre se aconsejan en casos con poca inflamación o hipertrofia, mientras que la técnica de Winograd lo

es con mamelones hipertróficos<sup>11-12</sup> excrecencias granulomatosas o granulomas piogénicos. Allevato<sup>13</sup> propone la elección de la técnica según una clasificación de las uñas incarnadas. Por su parte, Zaias<sup>14</sup> distingue tres estadios de onicocriptosis, definiendo la terapéutica recomendable en cada uno de ellos.

La mayoría de autores, al describir el procedimiento aconsejan suturar el borde reconstruido a la uña con un punto que atraviesa la lámina ungueal y el lecho<sup>8,15-17</sup>. Además de la dificultad de atravesar un tejido tan duro, siempre se ha considerado arriesgado lesionar el lecho, por la posibilidad de provocar helomas subungueales. Otros autores<sup>18</sup> prefieren realizar la sutura dando puntos en ambos rodetes y saltando la placa ungueal. Mendelsohn<sup>19</sup> describió una sutura tipo colchonero en que el hilo es anudado distalmente

después de haber sujetado el rodete lateral de la uña intervenida.

Como alternativa, se utilizan comúnmente tiras de aproximación, al menos en la zona adyacente a la uña<sup>4,11,20,21</sup> y las mismas tiras o sutura convencional en las incisiones proximal y distal.

### Procedimiento

La aportación personal que ofrezco consiste en un tipo de sutura que aproxime el borde reconstruido sin la utilización de tiras de aproximación y sin la necesidad de perforar uña y lecho. Es utilizable en cualquier tipo de técnica incisional y en la técnica mixta de Ogalla, consistiendo en la realización de un punto colchonero horizontal que va del borde ungueal al tejido subungueal por de-



Figura 1. La hipertrofia del rodete periungueal, el granuloma piogénico o la excrecencia de tejido de granulación aconsejan realizar procedimientos incisionales en el tratamiento quirúrgico de la onicocriptosis

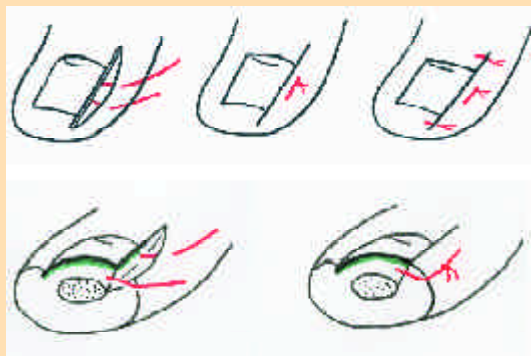


Figura 2. Procedimiento de la sutura. El hilo atraviesa el borde de tejido blando periungueal para dirigirse al aspecto inferior del aparato ungueal respetando el lecho, para volver a salir por el rodete, donde se anuda



Figura 3. Hay que tener cuidado de no enganchar el punto en el rodete, en la parte más superficial, ya que al ser aproximadas las partes, la uña sobresaldría por encima



Figura 4. Tampoco debe suturarse tomando un exceso de tejido del rodete para no provocar una protusión del tejido blando por encima de la lámina, lo que ocasiona la aparición de tejido de granulación excesivo

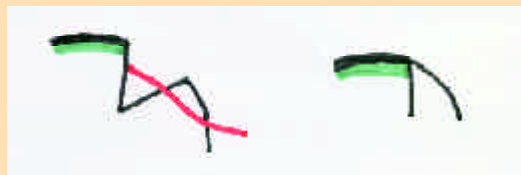


Figura 5. Forma correcta de aproximar los bordes

bajo el lecho, y sale de nuevo por el borde ungueal, para ser anudado.

En la Figura 2 se puede observar cómo el lecho ungueal es totalmente respetado. También se apre-

cia la trayectoria del hilo. De la Figura 6 a la 10 se muestra el aspecto in vivo del procedimiento.

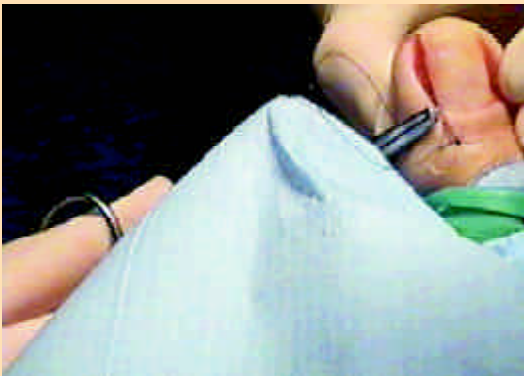
Hay que tener la precaución de realizar la sutura de tal forma que los bordes queden bien alinea-



*Figura 6. Fotografía del primer paso del punto. La aguja atraviesa el rodete reconstruido*



*Figura 9. El hilo es anudado de forma convencional*



*Figura 7. Fotografía del momento en que la aguja penetra en el tejido subungueal. No ha de forzarse la maniobra para no romper la aguja. Se debe empujar suavemente la misma para que la propia curvatura trace el camino*



*Figura 10. Aspecto del dedo tras la sutura tras realizar procedimiento de Winograd bilateral*



*Figura 8. Se vuelve a atravesar el rodete periungueal*

dos, ya que si se punciona sobre el extremo demasiado distalmente, además de la posibilidad de necrosis del borde de la sutura, provocaremos un escalón con la uña. Si, por el contrario, el punto es realizado demasiado plantarmente, será el borde ungueal el que sobresaldrá por encima de la lámina, provocando la aparición de excesivo tejido de granulación.

La forma más correcta es dirigir la aguja dorsalmente después de haber atravesado la piel. De esta forma no sólo la aproximación es la correcta, sino que la reconstrucción del borde ungueal es muy estética.

Otra precaución es la de no forzar la aguja al atravesar el tejido subungueal para evitar que se deforme. Hay que empujar con suavidad para que la propia curvatura de la aguja dirija la trayectoria de la misma.

Frecuentemente, la uña incarnata va asociada a procesos subungueales de tipo de exóstosis u osteocondromas de la falange distal. Según se ha publicado 22 más de un 32% de los casos de

onicriptosis van unidas a este tipo de formaciones. La vía de acceso para la eliminación de dichas tumoraciones puede ser la misma utilizada en la eliminación del lateral de la uña, pudiendo llegar hasta el hueso a través de los tejidos blandos subungueales. El resultado estético es excelente. En este caso, se puede usar la sutura descrita si bien resulta difícil dar la puntada en el tejido que ha sido despegado y el efecto de la misma disminuye, siendo aconsejable reforzar, al menos unos días, con tiras de aproximación.

## Indicaciones

Resulta especialmente indicado en niños y personas jóvenes, que suelen tener tendencia a un excesivo exudado de la herida quirúrgica, que provoca maceración de bordes y obliga al cambio de las tiras con la consiguiente manipulación de la herida. No obstante, la principal indicación sería la alergia a adhesivos.

## Bibliografía

1. Baran R. L'ongle incarné. *Ann de Dermatologie Vénérologie* 1987;1597-64.
2. Salasche S. Nail surgery. En: Scher RK, Daniel CR. *Nails: Therapy, Diagnosis, Surgery*. Philadelphia 1990;258-80.
3. Bureau H, Baran R, Hanake E. Nail Surgery and traumatic abnormalities. En: Baran R, Dawber Y. *Diseases of the Nails and their Management*. Oxford: Blackwell, 1984;347-402.
4. Butterworth R, Dockery GL. *Cirugía del Antepié*. Madrid: Ed. Española Ortocen, 1992;78-83.
5. Giralt De Veciana E. Tratamiento de la onicriptosis mediante la técnica de reconstrucción estética. *Rev Española de Podología* 1993; 4(8):399.
6. Mc Glamry ED, Banks AS, Downey MS. *Comprehensive Textbook of Foot Surgery*. Baltimore 1992;292-5.
7. Ogalla JM, Novel i Martí V, Giralt de Veciana E, Zalacaín Vicuña AJ. Matricectomías químicas. *Revista El Peu* 1998;18(72):421.
8. Dawber RP, Baran R, Berker D. *Enfermedades de las uñas*. Madrid: Edición española Edimsa, 2000; 57-61
9. Dockery GL. Cutaneous disorders of the Lower Extremity. Philadelphia: Saunders Company, 1997;19-28.
10. Haneke E. Cirugía de la región ungueal. *Monografías de Dermatología* 1991;4(6):412
11. Mercado O. *Atlas de Cirugía del Pie*. Vol I. Madrid: Ed. Española, 1995;19-23.
12. Winograd AMA. Modification in the technique of operation for ingrown toe-nail. *J Am Med Assoc* 1929;(92):229-230
13. Allevato, MAJ, Donatti LB. Onicriptosis o Uña encarnada. *Monografías de Dermatología* 1991;4(6): 383-6.
14. Zaias N. *The nail in health and disease*. 2ª ed. Norwalk: Appleton and Lange. Connecticut, 1990.
15. Berker DAR, Baran R, Dawber RPR. *Manual de Enfermedades de las uñas y su tratamiento*. Edición española. Madrid: Edimsa, 1999;143.
16. Frost LA. Root Resection for incurvated nail. *J Natl Ass Chiropodist* 1950;(35):19-28.
17. Smith, RA. A variation of the Frost nail procedure. *J Foot Surg* 1973;(12):89.
18. Catena Toledano M, Serrano M, Moreno JL. Exóstosis subungueales. *Rev Podoscopio* 1999; 3ª época 1(8):12.
19. Mendelsohn, SA. A modification of suture technique in inverted nail surgery complicated by hypertrophied unguis. *Mich Podiatr* 1964;1: 6-7.

20. Lepird, RN. Skin closures adaptable to onychoplasty. *J Foot Surg* 1966;5:42-3.
21. Siegle, RJ. Nail surgery: a review. *J Dermatol Surg Oncol* 1982;8:659-66.
22. Yagüe De Paz J. Onicocriptosis y exóstosis subungueales. Relaciones e incidencias entre ambas patologías. *Revista Española de Podología* 1991;2ª Época 2(1):12.