

CAPÍTULO 5

Tratamiento conservador de la patología ungueal

S. Hidalgo Ruiz

INTRODUCCIÓN

En los estadios iniciales de la onicocriptosis (estadios I y IIa), los tratamientos conservadores son eficaces para reducir procesos dolorosos, solucionando gran número de casos. Por ello, se consideran tratamientos de primera elección. En caso de recurrencia de la enfermedad debe intentarse reeducar el crecimiento ungueal, con la finalidad de solucionar el proceso sin necesidad de llegar a la cirugía. Si es necesario plantear la intervención quirúrgica, estos tratamientos serán eficaces para intentar que la inflamación y la infección desaparezcan y el dedo llegue en condiciones óptimas a la cirugía¹.

En ocasiones, las actuaciones incruentas son sólo paliativas, aliviando los procesos dolorosos sin solucionar el problema por no incidir sobre los factores productores de la onicocriptosis. Para intentar actuar en este sentido, el profesional tiene a su disposición una serie de técnicas de reeducación ungueal que serán de gran ayuda para tratar y prevenir la onicocriptosis.

TRATAMIENTOS PALIATIVOS

Extracción de la espícula

La técnica consiste en la eliminación de la porción ungueal causante de la onicocriptosis con la intención de liberar las partes blandas^{2, 3}.

Previa desinfección de la zona, se procede al fresado del canal periungueal con la finalidad de debilitar la lámina y así facilitar el corte. Con el bisel del bisturí del número 15 dirigido hacia dorsal se corta la lámina oblicuamente, hasta detrás de la zona afectada (fig. 5-1). Se extrae la espícula, ayudados por unas pinzas finas. Se debe vigilar que el final del corte no forme un ángulo que pueda crear un arpón.

Aplicación de agua de Burow

En los estadios IIb y III puede ser complicado realizar la técnica incruenta de extracción de la espícula debido a la excesiva inflamación de los rodetes. Para hacer la cura puede indicarse trata-



Figura 5-1 Corte longitudinal de la espícula.

miento con agua de Burow, que actuará como antiinflamatorio y secante.

El paciente se aplicará gasa empapada con agua de Burow (alumbre 5 g, subacetato de plomo 25 g, agua destilada 500 ml), 3-4 veces al día durante 10-15 minutos². Tras 3-4 días de tratamiento se procede a revisión y se extrae la espícula.

Aplicación de alumbre calcinado y agua de Burow

En estadios avanzados de onicocriptosis (estadios IIb o III), puede potenciarse el efecto del agua de Burow con la aplicación de alumbre calcinado². El objetivo de este tratamiento es secar el rodete hipertrófico y reducir su tamaño.

Tras realizar la extracción de la espícula ungueal, se aplica alumbre de potasa calcinado y se realiza vendaje. El paciente debe empapar a menudo (7-9 veces al día) el vendaje con agua de Burow.

Estos tratamientos incruentos permiten la remisión de los síntomas inflamatorios iniciales. Tras estos tratamientos deben aplicarse técnicas de reeducación ungueal para permitir una correcta relación uña-rodete.

TÉCNICAS DE REEDUCACIÓN UNGUEAL

Las técnicas de reeducación ungueal u «ortonixias» están destinadas a la reparación y orientación de la lámina ungueal, así como a la corrección de la relación onicodactilar por medio de resinas acrílicas, láminas, alambres u otros elementos.

Se dispone de numerosas técnicas dirigidas a modificar la morfología ungueal. Unas buscan elevar los laterales ungueales, como el taponamiento con gasa, cánulas plásticas, hilo dental o uña de resina. Otras técnicas, como la ortonixia

metálica y plástica, buscan modificar la sobrecurvatura transversal de la uña.

Taponamiento con gasa

La técnica del taponamiento con gasa consiste en la aplicación de una mecha de gasa entre el canal ungueal y la lámina, con la finalidad de evitar el contacto directo de la uña con el pliegue lateral^{4,5}.

Este tratamiento se realiza en uñas no excesivamente gruesas y con escasos defectos morfológicos, una vez extraída la espícula y tratada la infección y la inflamación. También puede emplearse como tratamiento preventivo en uña con tendencia a encarnarse.

Se procede al fresado del lateral de la uña y se limpia el canal de hiperqueratosis o helomas. Con gasa estéril se elabora una mecha, que se introduce bajo la lámina con ayuda de una guíja (fig. 5-2 A), cortando el sobrante de gasa (fig. 5-2 B). Se aplica povidona yodada, que al secarse se endurece y facilita la corrección (fig. 5-2 C). El paciente debe aplicar povidona yodada a menudo, manteniendo la gasa hasta que la lámina haya crecido y sobresalga de las partes blandas; momento en el cual puede retirarse⁶.

Cánulas plásticas

La técnica consiste en la introducción entre la lámina y el canal periungueal de un hemitubo plástico. El objetivo es que la lámina se deslice por la superficie plástica y no lesione los tejidos periungueales.

Se procede a la limpieza y al fresado del canal afecto. Con ayuda de pinzas finas se introduce el tubo lentamente por debajo de la lámina, entre el canal y el lateral hasta que la morfología ungueal lo permita (fig. 5-3 A). Se corta el sobrante de cánula, a nivel de la zona distal de la lámina ungueal.



Figura 5-2 A) Mecha de gasa en el canal. B) Corte del sobrante de gasa. C) Aplicación de povidona yodada.

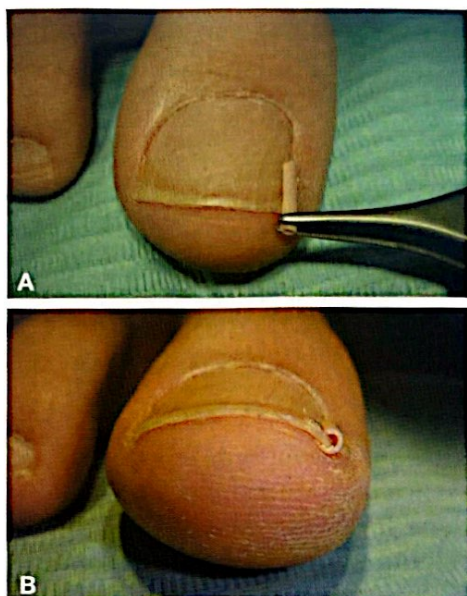


Figura 5-3 A) Introducción de la cánula plástica. B) Cánula plástica. Vista frontal.

El efecto de las cánulas plásticas es aumentar el espacio entre la uña y el canal (fig. 5-3 B). Es de fácil colocación y ejerce más presión que la gasa, deprimiendo el canal y evitando la onico-criptosis.

Hilo dental

La técnica consiste en la separación del lateral de la uña mediante el uso de hilo dental. Puede emplearse en los estadios iniciales de la onico-criptosis¹. Se introduce un trozo de hilo dental oblicuamente debajo de la porción de lámina que se clava (fig. 5-4) y se sube proximalmente con movimiento de sierra, hasta que la morfología ungueal lo permita. El movimiento en dirección proximal separa la uña del canal y ayuda a que la espícula crezca sin lesionar el pliegue ungueal.

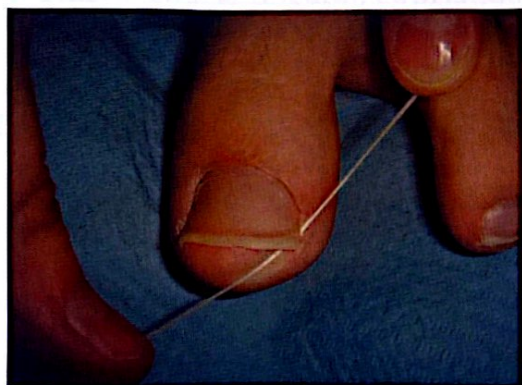


Figura 5-4 Hilo dental en el canal afecto.

Es una técnica sencilla que permite la auto-aplicación por parte del paciente. Debe realizarse diariamente.

Uña de resina

Consiste en la confección de uñas artificiales con resinas acrílicas como tratamiento preventivo, reeducador y estético. Se emplea en casos de onicoatrofias, uña epidérmica y onicofagia para sustituir una zona ausente de la lámina ungueal, evitando así deformidades del tejido blando. En casos de onicocriptosis, la resina actúa separando el borde de la uña del canal periungueal, para evitar lesionarlo⁷.

Se procede a un fresado ungueal para facilitar la adherencia de la uña acrílica. Se prepara la mezcla del monómero y el polímero y se aplica la pasta resultante sobre la lámina ungueal. No debe haber un grosor excesivo en la zona del eponiquio y de los canales, ya que puede producir molestias al realizar la dorsiflexión del dedo. Se alisa la superficie con film plástico durante el fraguado. Terminado el proceso, se procede al corte y fresado del material sobrante, dando forma a la uña de resina (fig. 5-5).



Figura 5-5 Uña de resina.

Ortonixia metálica

También denominada abrazadera correctora o grapa⁸, consiste en la aplicación de una abrazadera en forma de omega con hilo de acero inoxidable. El diámetro empleado es de 0,04-0,07 mm. Se utiliza en uñas «en teja de Provenza», convolutas o involutas y su finalidad es disminuir la curvatura y normalizar la morfología del borde ungueal.

Se modela el hilo de acero con tenazas consiguiendo la forma de grapa. La ortonixia consta de un anillo central, dos ramas laterales y dos anclajes que resultan de la prolongación de cada una de las ramas y son los que ejercen la fuerza para disminuir la curvatura ungueal.

Tras el fresado de la lámina ungueal, se procede a la aplicación de la grapa y se aplica cianoacrilato para fijar el anillo (fig. 5-6). La fijación debe ser reemplazada cada 3 meses, durante los 9 meses aproximadamente que dura el tratamiento^{5,9}.



Figura 5-6 Ortonixia metálica (cedida por S. Sacristán).

Los inconvenientes que presenta esta técnica son la posible sensación de cuerpo extraño, las molestias con el calcetín y el calzado, y el dolor por la tensión ejercida en la lámina.

Ortonixia plástica

Consiste en la aplicación de láminas de plástico con memoria elástica hacia la horizontalidad¹⁰. Al estar pegadas a la uña, tienden a levantar o modificar su trayectoria. Está indicada en los estadios I o IIa de la onicocriptosis.

Se debe elegir correctamente el tamaño de la lámina plástica, para adaptarla a la morfología ungueal.

Se procede al fresado y la limpieza del canal afectado y se aplica adhesivo de cianoacrilato en la zona rugosa de la lámina plástica⁵. Se coloca la lámina plástica de lado a lado, presionándola para adherirla a la uña (fig. 5-7).

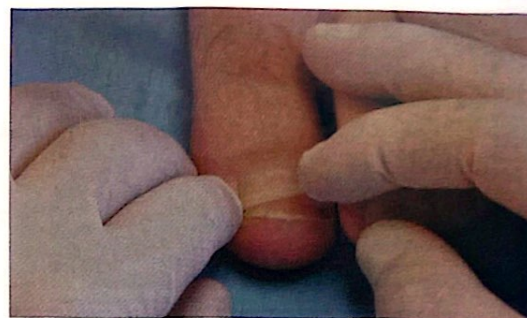


Figura 5-7 Ortonixia plástica.

Se realiza un biselado de los bordes mediante fresa metálica o de tungsteno. La lámina plástica se mantiene hasta que la uña la elimine con su propio crecimiento.

Bibliografía

1. Sang-Hyuk W, Il-Hwan K. Surgical pearl: nail edge separation with dental floss for ingrown toenails. *J Am Acad Dermatol* 2004; 50: 939-940.
2. Rodríguez E. Tratamiento de la onicocriptosis con formación de mamelón carnosos y/o fibrosados. *Rev Esp Podol* 1992; 3: 71-76.
3. Hidalgo S. Clasificación de las patologías ungueales. Estadística de la clínica podológica de la UB. *Rev Esp Podol* 1999; 15: 349-408.
4. Arribas JM, Rodríguez N, Luna R. Patología quirúrgica de la uña. *Jano* 2001; 51: 42-47.
5. Blatière V, Nabères A. Uña encarnada u onicocriptosis. Paris: Encyclopédie Médico-Chirurgicale, 2003.
6. Viladot A. Patología del antepié. Barcelona: Masson, 2001.
7. Hidalgo S, Martínez A, Sánchez R, Cuevas JC, García FM, Rosende C. Uña de resina. Tratamiento preventivo y reeducador. *Rev Esp Podol* 2004; 15: 72-75.
8. Goldcher A. Podología. Barcelona: Masson, 1992.
9. Autrusson MC. Ortoplastia. Ortonixia. Paris: Encyclopédie Médico-Chirurgicale, 2003.
10. Baumgartner R, Stinus H. Tratamiento ortésico-protésico del pie. Barcelona: Masson, 1997.