

Abordaje conservador de la onicocriptosis leve

Autores:

Abián Mosquera Fernández¹, Carmen Bouza Vivero², Joan Lluch Fruns³, Mercedes Albiol Castillo⁴,
Eva Tizón Bouza⁵, María Vale Carrodegua⁵

(1) Profesor colaborador. Departamento de Ciencias de la Salud. E.U. de Enfermería y Podología. Universidad de A Coruña.,

(2) Profesora asociada. Departamento de Ciencias de la Salud. E.U. de Enfermería y Podología. Universidad de A Coruña.,

(3) Profesor asociado. Departamento de Podología. Enseñanzas de Podología. Universidad de Barcelona.,

(4) Diplomada en Podología, (5) D.U.E. Área Sanitaria de Ferrol.

Correspondencia:

Abián Mosquera Fernández. Escuela Universitaria de Enfermería y Podología.
C/ San Ramón s/n. Campus de Esteiro - 15403 Ferrol, A Coruña - E-mail: abian@udc.es

Resumen

La onicocriptosis es una afección que si bien en principio puede parecer poco relevante su inadecuado manejo conlleva complicaciones mayores como la osteomielitis de la falange distal del dedo. Se trata de exponer de forma práctica y sencilla las estrategias de manejo conservador y reeducador que con mayor frecuencia emplean en los estadios iniciales de la citada dolencia como son la extracción de la astila ungueal, el taponamiento con algodón, el uso de las lengüetas plásticas y la ortonixia metálica. Conocer las indicaciones y metodología de aplicación de las terapias expuestas para la onicocriptosis en estadios iniciales puede evitar en muchos casos la aparición de sus complicaciones y la cirugía.

PALABRAS CLAVE: onicocriptosis, reeducación ungueal, abordaje conservador.

Summary

Inside, onychocryptosis can seem trivial except when is not properly managed causing major complications like osteomyelitis of the distal phalanx of the toe. The present paper is a practical and simple way the conservative strategies and reeducative nail approach commonly used by them facing initial stages like extraction of the nail splinter, cotton application under the nail, the use of plastic tabs and metallic orthonixia. Getting to know its indications and methodology of application when the trouble shows up can prevent both onychocryptosis complications and surgery

KEY WORDS: onychocryptosis, nail reeducation, conservative approach.

Introducción

Las afecciones ungueales además de representar aproximadamente el 10% de las enfermedades de la piel⁽¹⁾, pueden ser motivo de consulta en atención primaria. Dentro de ésta, la onicocriptosis es una afección que si bien en principio puede parecer poco relevante su inadecuado manejo conlleva complicaciones mayores como la osteomielitis de la falange distal del dedo^(2,3,4). Por onicocriptosis se hace referencia al enclavamiento de la lámina ungueal en los tejidos blandos adyacentes que generalmente se produce en el primer dedo del pie (**foto 1**) aunque también de forma menos habitual puede darse en los dedos contiguos (**foto 2**). En cuanto a su epidemiología, autores como Martínez Nova⁽⁵⁾ afirman que se da con mayor frecuencia en varones que en mujeres, mientras que otros como García Carmona y Fernández Morato⁽⁶⁾ describen una mayor prevalencia en mujeres; proporción que se iguala a partir de la tercera década de la vida afectando por igual a ambos sexos⁽⁷⁾. El dolor de intensidad variable es normalmente el motivo de consulta acompañado de la presencia de eritema y edema (primer estadio de la clasificación descrita por Mozena⁽⁸⁾). A medida que el proceso avanza la sintomatología aumenta apareciendo la infección bacteriana local y el absceso piógeno (**foto 3**), cuadro que se corresponde con la segunda fase de la dolencia. A partir de este estadio si no se actúa eficazmente sobre los factores etiológicos, la onicocriptosis se cronifica y la infección de los tejidos blandos progresa pudiendo producir una osteomielitis.

Etiología

La etiología descrita como responsable de la afección es diversa. En este sentido, la experiencia clínica nos permite constatar que entre los agentes más habituales se encuentran el inadecuado corte de las uñas (**foto 4**), los pequeños traumas debidos al uso de tacón alto y a un calzado de punta estrecha (**foto 5**), la morfología ungueal (**foto 6**), la presencia de hiperhidrosis que

reblandece y macera los tejidos blandos, las infecciones fúngicas ungueales, la existencia de patología tumoral en la falange distal y las alteraciones de la marcha. De esta manera a medida que el proceso avanza gradualmente se forma un tejido de granulación como reacción al enclavamiento^(1,4,5,6) especialmente doloroso al tacto, que sangra al manipularlo y que cubre parte de la uña (foto 7) alcanzándose de esta forma el estadio III cuyo abordaje será esencialmente quirúrgico.



Foto 1: aspecto que presenta una onicocriptosis leve en el primer dedo del pie.



Foto 2: afectación en dedos menores.



Foto 3: infección secundaria a onicocriptosis.

Terapia conservadora

En primer lugar se debe realizar una adecuada exploración y anamnesis que identifique de forma clara la etiología. Sólo así se podrá planificar una adecuada terapéutica que aborde cada uno de los agentes que la originan. Conjuntamente debe valorarse la presencia de infección local (y tratarse en caso de existir), enfermedad vascular periférica o enfermedades como la diabetes mellitus que actúan como factores agravantes y condicionan el tratamiento a seguir. Una vez definida la etiología y siempre que la onicocriptosis se encuentre en fases iniciales (estadios I y II) se optará como primera elección por un tratamiento conservador paliativo como es lograr la extracción de la porción de uña clavada o por un tratamiento incruento de reeducación ungueal.

La extracción de la astilla ungueal que a menudo permanece oculta bajo las partes blandas periungueales puede realizarse, previa aplicación de un antiséptico de amplio espectro, con la ayuda de unas pinzas Adson y una hoja de bisturí. Con el bisel de la hoja de bisturí hacia dorsal se procede en sentido disto-proximal de forma paralela al rodete ungueal eliminando por completo el lateral de uña enterrada (fotos 8-9) que queda de esta forma libre de la espícula (foto 10). Como ya se ha comentado, la terapia conservadora será eficaz en fases iniciales, pues alcanzado el estadio III será preciso recurrir a las diferentes alternativas descritas en cirugía ungueal.

Con respecto a las técnicas incruentas de reeducación nombraremos las tres opciones más empleadas:

- La utilización de algodón⁽⁹⁾ bajo los laterales ungueales en ausencia de infección (fotos 11-12) evita el contacto de la uña clavada con los tejidos blandos aliviando la sintomatología dolorosa si bien por sí misma no constituye una opción válida para su resolución definitiva. Puede aplicarse en uñas con tendencia al enclavamiento que no son excesivamente gruesas.
- De igual forma, la aplicación de lengüetas plásticas sobre la uña constituye un sencillo procedimiento mediante el que se adhiere una lámina de plástico a la superficie ungueal con un adhesivo de cianoacrilato. Estos dispositivos poseen propiedades elásticas hacia la horizontalidad que ayudan a levantar y modificar la trayectoria de la uña. Primeramente se selecciona el tamaño acorde a la uña sobre la que se va a colocar (foto 13), se aplica una pequeña cantidad de adhesivo sobre su cara rugosa y se coloca transversalmente de un lateral al otro de la uña manteniendo la presión durante unos segundos hasta que ésta queda bien sujeta (foto 14). Con el tiempo, será el propio crecimiento ungueal el que se encargue de eliminarla.

- Ya por último, la ortonixia metálica (alambre metálico) se coloca de manera específica sobre la uña con el objetivo de ayudar a corregir y modificar su trayectoria (foto 15), y aunque algo más complicada que la anterior esta técnica resulta indolora para el paciente. Su confección es manual y consiste básicamente en moldear con la ayuda de un alicate de punta redondeada un alambre acerado de 0,5 mm de diámetro para ajustarlo correctamente sobre la uña afectada y de esta forma elevar sus bordes laterales impidiendo que éstos vuelvan a clavarse (foto 16).

Como contraindicación se evitará en presencia de onicomycosis, infección local, herida abierta o alergia al metal. Una de las esquinas del alambre se sujeta en uno de los bordes laterales de la uña. A continuación y de forma paralela a la lámina ungueal se diseña una omega (Ω) procurando que ésta quede centrada sobre la superficie de la uña. Se corta la cantidad de alambre sobrante y se sujeta la otra esquina del mismo en el correspondiente borde lateral.

Para finalizar, se coloca sobre el alambre una uña artificial de resina acrílica (foto 17) encargada de fijar la ortonixia y proteger la uña de una tracción excesiva⁽¹⁰⁾. Se obtiene mezclando una pequeña cantidad de monómero y otra de copolímero acrílico para conseguir una textura pastosa de un color homogéneo que aplicamos y moldeamos sobre la uña original hasta que solidifica. El periodo de renovación de la ortonixia vendrá condicionado por la velocidad de crecimiento ungueal y por su localización sobre la misma (a más proximal se encuentre mayor tiempo), aunque por norma general deberá renovarse cada dos meses. El tratamiento se mantiene por término medio de 12 a 18 meses, tiempo que tarda en renovarse en su totalidad la placa ungueal⁽⁴⁾.

Conclusiones

Los profesionales encargados del abordaje de la onicocriptosis deben conocer las posibilidades que para los casos leves ofrecen las alternativas de manejo conservador y reeducador.

En nuestra práctica clínica hemos venido utilizando las estrategias conservadoras descritas cuando la afección se encuentra en fases iniciales con resultados satisfactorios consiguiendo reducir en la mayoría de casos la sintomatología dolorosa, evitar la progresión de la dolencia, la aparición de complicaciones mayores o la recidiva aunque no con un 100% de efectividad. Por este motivo coincidimos con Hidalgo Ruiz⁽⁹⁾ afirmando que deben ser consideradas terapias de primera elección discrepando del criterio de Domingo Herranz y Ribera Pibernat⁽¹⁾ quienes reservan la terapia conservadora únicamente para aquellos casos en los que hay poca inflamación.



Foto 4: onicocriptosis secundaria a un inadecuado corte ungueal.



Foto 5: calzado de punta estrecha.



Foto 6: morfología ungueal predisponente a la onicocriptosis.



Foto 7: onicocriptosis en estadio III.



Foto 8: maniobra de extracción de la espícula ungueal con bisturí y pinza.



Foto 9: maniobra de extracción de la espícula ungueal con bisturí y pinza.



Foto 10: astilla ungueal.



Foto 11: técnica de taponamiento con algodón bajo un lateral.



Foto 12: técnica de taponamiento con algodón bajo un lateral.



Foto 13: elección de la lengüeta plástica.



Foto 14: aspecto una vez adherida a la uña.



Foto 15: aspecto previo a la aplicación de la ortonixia metálica.



Foto 16: aspecto tras dos meses de iniciado el tratamiento de reeducación ungueal.



Foto 17: uña artificial de resina acrílica.

Bibliografía

1. Domingo Herranz H, Ribera Pibernat M. Onicopatías más frecuentes en atención primaria. *Jano. Med Humanid.* 2005; 69: 49-59.
2. Fernández Ospina N, García Carmona FJ. Osteomielitis asociada a onicocriptosis. En: García Carmona FJ. *Patología y cirugía ungueal.* Madrid. Mayo Ed. 2008. p. 18-32.
3. Cox HA, Jones RO. Direct extension osteomyelitis secondary to chronic onychocryptosis. Three case reports. *J Am Podiatr Med Assoc.* 1995; 85(6):321-324.
4. García Carmona FJ, Padín Galea JM, Fernández Morato D. Onicocriptosis crónica. *Piel.* 2005; 20(1): 53-55.
5. Martínez Nova A. *Podología: Atlas de cirugía ungueal.* Madrid. Ed. Panamericana. 2006.
6. García Carmona FJ, Fernández Morato D. *Tratamiento quirúrgico de la onicocriptosis.* Madrid. Aula Médica. 2003.
7. Ikard RW. Onychocryptosis. *J Am Coll Surg.* 1998; 187 (1):96-102.
8. Mozena JD. The Mozena classification system and treatment algorithm for ingrown hallux nails. *J Am Podiatr Med Assoc.* 2002; 92 (3):131-135.
9. Hidalgo Ruiz S. *Tratamiento conservador de la patología ungueal.* En: Martínez Nova A. *Podología: Atlas de cirugía ungueal.* Madrid. Ed. Panamericana. 2006
10. Hidalgo Ruiz S, Martínez Nova A, Sánchez Rodríguez R, Cuevas García JC, García Blázquez FM, Rosende Bautista C. Uña de resina: Tratamiento preventivo y reeducador. *Peu.* 2004;15 (2):72-75.