

ONICOGRIFOSIS

Revisión del tema; manejo quirúrgico.

Gómez Vargas, Flavio
Gómez Vargas, Luz Marina

RESUMEN

La Onicogrifosis es una entidad rara que afecta principal, pero no exclusivamente, el primer artejo, y se caracteriza por una lámina ungueal engrosada, elongada y encurvada, que causa dolor espontáneo, para la marcha y con el uso del calzado. Existe una tendencia congénita, con un cambio intrínseco de la matriz, pero se relaciona con trauma frecuente, deformidad ortopédica, cambios degenerativos de la edad y mala higiene.

El corte frecuente, la ablación de la lámina con agentes químicos, resección quirúrgica o láser, son algunos de los tratamientos utilizados.

Presentamos una mujer de 68 años con compromiso de las láminas de los primeros artejos, con engrosamiento, desviación lateral y excrecencias laterales cornificadas en la base de las uñas, a quien se le practicó ablación de las láminas y resección de las matrices ungueales. Se describe la técnica quirúrgica y se muestran los buenos resultados, no sólo clínicos sino estéticos, logrados 8 meses después de la intervención.

(Palabras clave: Onicogrifosis - Ablación Ungueal - Resección Matriz Ungueal).

INTRODUCCION

La uña es la lámina traslúcida, anclada fuertemente al lecho ungueal. Sus principales funciones son la protección de la falange distal de los dedos y artejos, y ayudar en la aprehensión de pequeños objetos. Crece aproximadamente 0.10 a 0.12 mm/día, más rápidamente en manos que en pies. Está compuesta por una queratina tipo alfa. La rodean proximal y lateralmente paredes epiteliales, que forman, en la parte proximal, un recubrimiento sobre la lámina denominado Epiniquio, con una proyección de capa córnea llamada cutícula, la cual al adherirse a la lámina, impide su remoción.

En la parte proximal, cercana a la unión interfalángica, a una profundidad de 3 a 5 mm, se encuentra la matriz ungueal, que se hace aparente en la lámina como una zona semilunar blanquecina, denominada lúnula.

La uña posee tres capas: 2 derivadas de la matriz y 1 del lecho ungueal.

La Capa Dorsal: Procede de la parte dorsal de la matriz; es una queratina dura con pocas capas celulares.

La Capa Intermedia: Formada por la parte ventral de la matriz, es una queratina blanda.

Estas dos capas forman la mayor parte de la uña dura. El lecho aporta una o dos capas de células que forman la capa ventral, es una queratina blanda. (Teoría de Lewis)¹⁻²⁻³⁻⁴ Fig. N° 1.

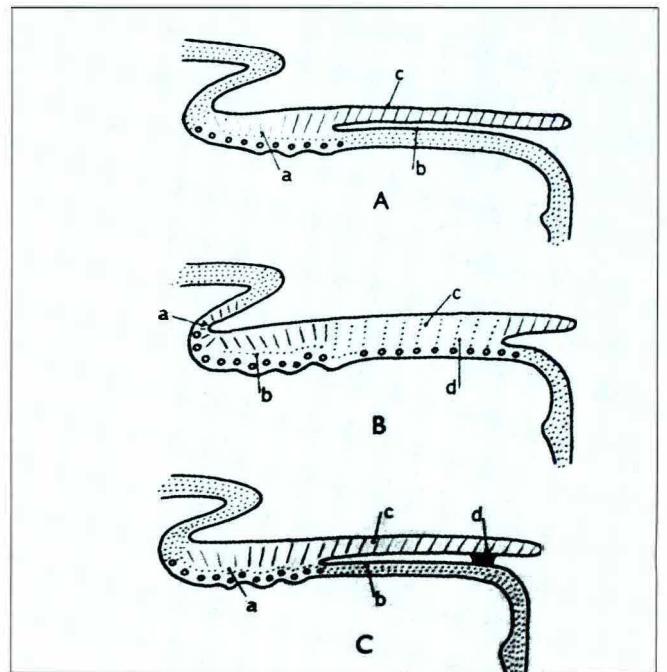


Fig. N° 1. TEORIA DE LEWIS

- A. Parte de la matriz formando la porción dorsal de la lámina.
B. Parte de la matriz formando la porción intermedia de la lámina.
C. Lámina ungueal formada por las partes, dorsal intermedia y ventral.
D. Lecho ungueal dando origen a la parte ventral de la lámina.

Múltiples trastornos pueden afectar el crecimiento, adhesión e integridad de la uña. Nos referiremos en este caso a la **Onicogrifosis**, una entidad poco común, caracterizada por hipertrofia de la lámina ungueal, de modo que esta toma la apariencia como de una garra o un cuerno ("uña en cuerno

de carnero"). En casos extremos, la uña llega a medir 8 - 10 cms, encurvándose, plegándose sobre la cara anterior y terminando a menudo en la cara plantar, lo que causa gran malestar, dolor, dificultad para la marcha y para el uso del calzado. Ocurre principalmente el primer artejo, pero se pueden afectar otras uñas, como en el caso de la Fig. N° 2, donde se observa la ausencia de compromiso del 1er artejo pero hay afección del 2do artejo derecho y del 5o artejo izquierdo, con láminas ungueales elongadas, en espiral.



Fig. N° 2. Nótese la ausencia de compromiso del primer artejo y las láminas ungueales elongadas en espiral en el segundo artejo derecho y en el quinto artejo izquierdo, eventualidad poco frecuente.



Fig. N° 3. Los primeros artejos muestran láminas ungueales engrosadas, elongadas, con desviación lateral y excrecencias cornificadas laterales en la base de la uña.



Fig. N° 5. Cierre quirúrgico con puntos separados; queda el lecho ungueal expuesto y cruento.

Se presenta en hombres cuidadores de caballos, de donde ha recibido el nombre de "Dedo del establero", y en individuos de edad avanzada²⁻³.

En esta entidad existe una tendencia congénita, con un cambio intrínseco de la matriz⁴, pero se relaciona con traumatismos frecuentes, deformidades ortopédicas, cambios degenerativos de la edad y mala higiene²⁻³⁻⁴. Es frecuentemente mal diagnosticada como enfermedad fúngica, siendo obviamente infructuoso su tratamiento³.

La terapia consiste en el frecuente recorte de la lámina, requiriéndose un equipo fuerte, por la gran dureza de la placa ungueal. Esto convierte a la entidad en asintomática², pero en ocasiones este procedimiento se vuelve doloroso, y es rechazado por el paciente. Si tal tratamiento no da resultado o no puede practicarse, la ablación de la uña con agentes químicos (por ejemplo Fenol)⁵⁻⁶⁻⁷, la resección quirúrgica con o sin matricectomía por medios mecánicos⁸⁻⁹⁻¹⁰ o láser¹¹ pueden dar buenos resultados.



Fig. N° 4. Acto quirúrgico. Nótese las incisiones laterales, la piel divulsionada para la observación y resección de la matriz ungueal y las láminas ungueales resecadas.



Fig. N° 6. Resultado post-quirúrgico 8 meses después. Obsérvese la ausencia de la lámina ungueal y un lecho hiperqueratósico.

HISTORIA CLINICA

Presentamos una mujer de 68 años, con lesiones en primeros artoes, con láminas ungueales engrosadas, elongadas, desviadas lateralmente, y excrecencias cornificadas laterales en la base de las uñas (Fig. N° 3), que causaban gran dolor, dificultad para la marcha e imposibilidad para usar el calzado.

En un principio se le practicaron cortes mecánicos de las láminas, tornándose muy dolorosos, lo que impidió seguir haciéndolos. Posteriormente se iniciaron queratolíticos con mejoría parcial. Se eligió el tratamiento quirúrgico bajo anestesia local con lidocaina al 2% sin epinefrina, infiltrándola lateralmente a nivel de la articulación metatarsofalángica. Previo drenaje sanguíneo del dedo y colocación de un torniquete de caucho, se practicaron incisiones laterales, que continuaban los repliegues ungueales laterales, prolongando la incisión hasta la unión interfalángica; luego se divulsionó la piel hasta visualizar la matriz ungueal, la cual se resecoó con bisturí. Se hizo después curetaje del lecho de dicha matriz, hasta el periostio.

Es indispensable identificar y proteger el tendón extensor del primer artoe y lograr una buena hemostasia (Fig. N° 4). Se procedió finalmente al cierre con puntos separados, quedando el hecho ungueal expuesto y cruento (Fig. N° 5), que se cubrió con gasa vaselinada y vendaje compresivo.

El resultado en nuestra paciente, fue bastante satisfactorio, logrando no solo la mejoría sintomática (ausencia de dolor espontáneo, en la marcha y con el uso del calzado), sino también en su aspecto estético. En la Fig. N° 6, puede observarse, 8 meses después de la intervención quirúrgica, un lecho hiperqueratósico y, como consecuencia de la ablación completa de la matriz ungueal, la lámina no volverá a crecer.

COMENTARIOS

Creemos que el método de elección, para el tratamiento de la **Onicogriposis**, es el quirúrgico, con ablación completa de la matriz ungueal, pues es preciso para el médico, por la facilidad de llegar al tejido deseado, identificarlo, resecarlo completamente y con seguridad, y por sus buenos resultados clínicos y estéticos.

En cambio, otros métodos como la electrocoagulación, crioterapia, fenolización, láser etc., no garantizan el límite de la resección y pueden dar como complicaciones indeseables periostitis, osteolisis, etc., que aumentan la morbilidad para el paciente.

SUMMARY

Onychogryphosis is a rare condition that involve mainly, but not exclusively, the big toenails and is characterized by a thickened, elongated, curved and tender nail plate that causes pain while wearing shoes.

Onychogryphosis has a congenital predisposition because there is an intrinsic change, but it develops in relation with frequent trauma, orthopedic deformity, degenerative age changes and bad hygiene.

Frequent cutting of the nail, chemical ablation of the nail plates, surgical resection and laser have been the most commonly approaches used to treat this condition.

We present the clinical case of 48 year old lady who had a bilateral involvement of the big toenails with thickened, curved nail plates with cornified lateral projections arising from the base of the nails.

In this lady we performed a nail ablation with surgical resection of the nail matrix. We describe the surgical technique and show the excellent clinical and esthetic results, 8 months after the operation.

(Key words: Onychogryphosis - Nail ablation - Nail matrix resection).

BIBLIOGRAFIA

1. Runne U, Orfanos CE. The human nail structure, growth and Pathological changes. *Curr Prob Derm* 1981; 9: 102-149.
2. Seibert JS, Mann RA. *Dermatología y trastornos de las uñas del pie*. ST Louis, Toronto. 1986 pp 468-498.
3. Lawrence AN. Disorders of the nails. In: Moschella and Hurley. *Dermatology Saunders U.S.A.* 1985 pp 1398-1421.
4. Zaias N, Baden HP. Nail in: Fitzpatrick Thomas B. *Dermatology in general medicine*. McGraw Hill U.S.A. 1979 pp 418-437.
5. Gem MA, Sykes PA. Ingrowing toenails studies of segmental chemical ablation. *Br J Clin Pract* 1990; 44(12): 562-563.
6. Maeda N, Mizuno N, Ichikawak. Nail ablation: a new treatment for ingrown toenails. *J Dermatol* 1990; 17(12): 746-749.
7. Vander Ham AC, Hackeng CA, Yuti. The treatment of ingrowing toenails. A randomized comparison of wedge excision and phenol cauterization. *J Bone Joint Surg* 1990; 72(3): 507-509.
8. Greig JD, Anderson JH, Ireland AJ, et al. Surgical treatment of ingrowing toenails. *J Bone Joint Surg* 1991; 73(1): 131-133.
9. Leahy AL, Timon CI, Craig A, et al. Ingrowing toenails: Improving treatment surgery. 1990; 107(5): 566-567.
10. Caprioli R, Bilotti MA. Surgical nail procedures. *Clin Podiatr Med Surg* 1989; 6(2): 431-451.
11. Wright G. Laser matricectomy in the toes. *Foot - Ankle*. 1989; 9(5): 246- 247.