

TRATAMIENTO DE LA UÑA ENCARNADA EN UNA UNIDAD DE CIRUGÍA MENOR, DIEZ AÑOS DE EXPERIENCIA

Autores: Bernat de Pablo Márquez¹, Antonio Arevalo Genicio¹, Marta Serra Gallego¹, Anna Ripoll Ramos¹ y Núria Giménez Gómez²

1. Centro de trabajo: CAP Valldoreix
2. Fundació Recerca Mutua Terrassa

Correspondencia: bernatdepablo@gmail.com

Revisores: Mireia Serrano y Roger Badia

Publicado: Junio 2015

Bernat de Pablo Márquez, Antonio Arevalo Genicio, Marta Serra Gallego, Anna Ripoll Ramos y Núria Giménez Gómez (2015)

Tratamiento de la uña encarnada en una Unidad de Cirugía Menor, diez años de experiencia

Available at: <http://pub.bsalut.net/butlleti/vol33/iss2/4>

*Este es un artículo Open Access distribuido según licencia de Creative Commons
(<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.5/es/>)*

RESUMEN

Introducción

La uña encarnada o onicocriptosis es un motivo de consulta habitual en Atención Primaria y una patología frecuente en las Unidades de Cirugía Menor Ambulatoria (UCIMA). Presentamos una revisión de los procedimientos quirúrgicos de dicha patología durante los 10 años de funcionamiento de una UCIMA.

Material y métodos

Estudio descriptivo retrospectivo de los procedimientos quirúrgicos realizados durante 10 años. Recogida de datos de las hojas quirúrgicas e historias clínicas. Análisis estadístico con SPSS© 16

Resultados

Se recogieron 184 procedimientos quirúrgicos entre enero de 2003 y setiembre de 2013, de los cuáles un 51% se realizaron en varones. La edad media fue de 32 años. Se constató un aumento progresivo del número de cirugías por año, con una media de 16 procedimientos por año. La técnica quirúrgica más utilizada fue la onicoexéresis parcial con matricectomía física por curetaje y química con fenol al 88%. No existió ningún caso de complicación mayor de la cirugía, la complicación más frecuente fue la recidiva, con un 15% de incidencia en los procedimientos realizados en la UCIMA. No se encontró relación estadística entre las recidivas y la técnica quirúrgica utilizada.

Conclusiones

Los resultados del presente estudio muestran que la cirugía de la uña encarnada es un procedimiento seguro y fácilmente realizable desde el ámbito de Atención Primaria, siendo su principal complicación la recidiva.

ABSTRACT

Introduction

Ingrown toenail or onychocryptosis is a common problem in the Primary Care consultations and in Minor Surgery Units. We present a review of the surgical procedures of this condition performed during 10 year in a Primary Care Minor Surgery Unit.

Material & methods

Retrospective descriptive study about the surgical procedures performed during 10 years. Data were recovered from the surgical reports and the clinical story. Statistic analysis performed with SPSS© 16

Results

184 surgical procedures were reported, 51% performed in men. The mean age was 32 years. There was an increase of surgical procedures during the years, with an average of 16 per year. The surgical technique most commonly used was partial nail abulsion with physical and chemical (88% phenol) matricectomy. No major complication was reported in any procedure. Relapses were the most frequent complication, with an incidence of 15% among the procedures performed in our unit. There was no statistic relation between the relapses and the surgical technique.

Conclusions

Ingrown toenail surgery is a safe procedure, easily achievable in the Primary Care level, being the relapses its main complication.

INTRODUCCIÓN

La uña encarnada u onicocriptosis es una patología que afecta principalmente al primer dedo del pie y que es causada por un crecimiento anómalo de la uña, que lesiona los tejidos circundantes. Es un motivo de consulta frecuente en Atención Primaria: aproximadamente un 20% de los pacientes que consultan por problemas en los pies a su médico de Atención Primaria lo hace por una uña encarnada¹.

En sus estadios más iniciales el tratamiento de esta patología es conservador pero en casos más evolucionados suele requerir de intervención quirúrgica. En nuestro medio el tratamiento quirúrgico puede realizarse a nivel ambulatorio, en las Unidades de Cirugía Menor Ambulatoria (UCIMA) que están formadas únicamente por personal de Atención Primaria (médicos, enfermería, auxiliar clínica)

En el presente estudio realizamos una revisión de las intervenciones de uña encarnada en una UCIMA en Sant Cugat del Vallés, localidad próxima a Barcelona, durante sus 10 años de funcionamiento. El objetivo del estudio es conocer la epidemiología de la uña encarnada en nuestro medio, las técnicas quirúrgicas utilizadas y la tasa de complicaciones, con especial énfasis a las recidivas.

RESULTADOS

Se recogieron 184 procedimientos quirúrgicos de uña encarnada en primer dedo del pie durante 10 años. Los pacientes eran derivados por los médicos de Atención Primaria o pediatras de los centros de salud del área de referencia.

La evolución del número de cirugías de uña encarnada se muestra en el **Figura 1**. Se constató una progresión ascendente a lo

largo de los años, con una media de 16 procedimientos por año. En 2013 solamente se recogieron datos hasta el mes de setiembre.

Se atendieron 93 hombres (51%) y un 91 (49%) mujeres. La edad media fue de 32 (rango 7 - 85 años). La media entre los hombres fue de 30 años y de 36 años en mujeres. La lateralidad fue derecha en 85 (46%) casos, 84 (45%) izquierda y bilateral en 15 (8%).

Las técnicas quirúrgicas utilizadas se detallan en la **Tabla 1**. Cabe destacar que todos los casos en los que se realizó matricectomía física con curetaje se realizaron antes del 2009, añadiéndose a partir de entonces la matricectomía con fenol al 88%.

No se describieron complicaciones mayores (complicaciones anestésicas, alteraciones del ritmo cardíaco, anafilaxia, hipotensión o hipertensión arterial, dolor no controlable en el postoperatorio inmediato) en ninguno de los procedimientos.

El número total de recidivas fue de 35 (19%), 11 de las cuáles habían sido intervenidas en otras unidades quirúrgicas. La incidencia de recidivas en los pacientes intervenidos en nuestra unidad fue de 15% (26 recidivas en 173 intervenciones) y el tiempo medio transcurrido entre la intervención inicial y la intervención de la recidiva fue de 8,8 meses (rango 1 - 20 meses).

En cuanto a las recidivas en relación con la técnica quirúrgica se describen en la **Tabla 2**. Se hallaron 14 recidivas en pacientes intervenidos con abulsión ungueal parcial y matricectomía física + química (incidencia de recidivas por técnica quirúrgica del 11%), 10 en pacientes intervenidos con abulsión ungueal parcial y matricectomía física (incidencia relativa a la técnica 35%). Las diferencias entre las dos técnicas

resultaron significativas, con una diferencia del 25% (intervalo confianza 95%: 6-43%) Se hallaron también recidivas en 2 pacientes intervenidos con abulsión ungueal completa sin matricetomía (incidencia relativa a la técnica de 25%).

En los casos de múltiples recidivas, se halló un paciente con 4, uno con 3 y 5 con 2 recidivas, respectivamente.

En el análisis de las recidivas no se hallaron diferencias significativas por sexo, edad o lateralidad.

Figura 1: Número de cirugías por año (enero 2003-setiembre 2013)

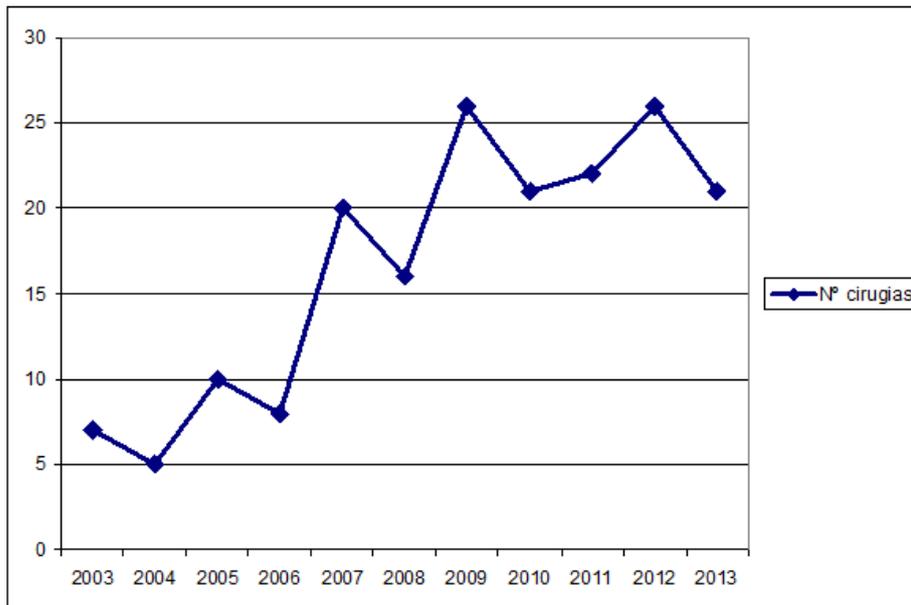


Figura 2: De izquierda a derecha: Uña encarnada grado I, grado II y grado III



Tabla 1: Técnicas quirúrgicas utilizadas

Abulsión ungueal parcial	
- Matricectomía física (curetaje) + química (fenol 88%)	127
- Matricectomía física (curetaje)	28
- Sin matricectomía	11
Abulsión ungueal completa	
- Matricectomía física (curetaje) + química (fenol 88%)	8
- Sin matricectomía	9

Tabla 2: Recidivas por técnica quirúrgica

	Recidivas	Incidencia recidivas
Abulsión ungueal parcial		
- Matricectomía física + química (fenol 88%)	14	14/127 (11%)
- Matricectomía física (curetaje)	10	10/28 (35%)
Abulsión ungueal completa		
- Sin matricectomía	2	2/9 (22%)

DISCUSIÓN

La uña encarnada o onicocriptosis es un motivo de consulta habitual en Atención Primaria y una patología frecuente en las UCIMA. Es más frecuente en el sexo masculino (3:1) y es más común en la segunda y tercera décadas de la vida¹. Los datos recogidos en nuestro estudio muestran una ligera predisposición en el sexo masculino y una edad media de 32 años, lo que se asemeja a los datos reflejados en la literatura.

Se trata de una patología dolorosa e invalidante en la que la uña crece hacia uno o ambos lechos ungueales provocando inicialmente eritema, edema y dolor (Estadio I) En casos más graves puede aparecer supuración (Estadio II) y en caso de un insulto crónico del tejido periungueal puede aparecer hipertrofia laminar y granuloma (Estadio III)². (Figura 2).

En la literatura se citan varios factores etiológicos que predisponen a la aparición de la uña encarnada siendo el calzado apretado (se ha demostrado que se trata de una patología que sólo aparece en culturas que usan zapatos³) y los traumatismos repetidos los más comúnmente aceptados. Otros factores predisponentes son el inadecuado cortado de uñas, plato ungueal grande o engrosado, hallux valgus, hallux rigidus, mala higiene en pies, neoplasia subungueal, obesidad, diabetes, hiperhidrosis, ancho de la falange distal de 1er dedo aumentada⁴. En nuestro estudio se puede constatar que existe una predisposición individual ya que se halló un paciente con 4 recidivas, un paciente con 3 y 5 pacientes con 2.

En la primera atención a un paciente con uña encarnada se recomienda realizar un tratamiento conservador, que consiste en

baños de agua caliente con sal con el fin de disminuir el edema, curas tópicas con antisépticos y la colocación de una gasa o algodón en el extremo ungueal afecto.

La infección en los casos de uña encarnada suele ser secundaria a la colonización por *S.aureus* y menos frecuentemente por Gram negativos (*Pseudomonas*) y estreptococos. Pese a ello, y aunque el uso de antibióticos es una práctica común en los casos en estadio II, se ha demostrado que tras el tratamiento quirúrgico el proceso inflamatorio-infeccioso se resuelve sin la necesidad de tratamiento antibiótico⁵.

Las indicaciones de tratamiento quirúrgico son: cuadros de infección de repetición, deformidad de la uña o aparición de hipertrofia del lecho ungueal o granuloma. Las contraindicaciones del tratamiento quirúrgico son: alergia a anestésicos locales, alteración de la coagulación y embarazo (en el caso de uso de fenol). En nuestra experiencia, se realizaba también una valoración de los pulsos pedios en pacientes con factores de riesgo de ateriopatía previo a la indicación quirúrgica. Se le deben presentar al paciente los riesgos, beneficios y alternativas de las diferentes opciones terapéuticas¹.

Existen diferentes técnicas quirúrgicas, realizadas generalmente bajo anestesia troncular. Según la afectación de los tejidos y la deformidad de la uña se puede optar por una abulsión parcial o total de la misma. En nuestra unidad la técnica utilizada más frecuentemente es la abulsión ungueal parcial (70% de los procedimientos) lo cuál concuerda con la literatura⁶, pues es la técnica menos agresiva para los tejidos circundantes y la que deja menos tejido subungueal expuesto.

La destrucción de la matriz ungueal (matricectomía) es una técnica comple-

mentaria a la abulsión ungueal que permite una corrección del crecimiento anómalo de la uña. La matricectomía se puede realizar de forma física (curetaje de la matriz ungueal) y/o química (con fenol al 80 o 88%). Una revisión Cochrane del año 20056 demostró que la matricetomía con fenol disminuía la tasa de recidivas respecto a la matricectomía física. Es por ello que en nuestra UCIMA a partir del año 2009 se instauró el tratamiento combinado de matricectomía física y química. Existe también la matricectomía con láser, que al tener un elevado coste es poco utilizada y la matricectomía con electrocoagulación que también ha demostrando buenos resultados⁷.

La principal complicación secundaria a la cirugía de la uña encarnada son las recidivas⁸ ya sea por persistencia de los factores etiológicos como por una predisposición individual (en nuestro estudio se encontró un paciente con hasta 4 recidivas). En las recidivas cuantificadas en nuestro estudio podemos ver que la incidencia de resultó mayor en pacientes en los que se realizó matricectomía física (35%) en comparación con los pacientes en los que se realizó matricectomía física + química (11%) con una diferencia significativa del 25% (IC 95%: 6-43%). En diversas series publicadas la tasa de recidivas de la matricectomía con fenol oscila entre el 0 y el 11%⁶.

Las UCIMA se están potenciando a nivel de Atención Primaria otorgando a los médicos de Atención Primaria más capacidad resolutive y disminuyendo así la lista de espera a nivel hospitalario. Las patologías más habitualmente atendidas a nivel de las UCIMA son quistes epidérmicos, lipomas, nevus, verrugas y uñas encarnadas⁹.

CONCLUSIONES

La uña encarnada es un motivo de consulta habitual en el ámbito de Atención Primaria y en las UCIMA. Los resultados del presente estudio muestran que la cirugía de dicha patología es un procedimiento seguro y fácilmente realizable des de nuestro ámbito, siendo la principal complicación las recidivas. Igualmente, destaca la progresión ascendente en las cirugías de uña encarnada realizadas anualmente, en relación con el mayor manejo de la técnica por parte de los médicos responsables de la Unidad

Las UCIMA dotan a los médicos de Atención Primaria de mayor capacidad resolutive, pudiendo reducir la lista de espera a nivel hospitalario de muchos procedimientos.

6. Rounding C, Bloomfield S. Surgical treatments for ingrowing toenails. *Cochrane Database Syst Rev*. 2005;(2):CD001541.

7. Zuber T. Ingrown townail Removal. *American Family Physician*. 2002; 65: 2547-50

8. Weaver TD, Ton MV, Pham TV. Ingrowing toenails: management practices and research outcomes. *Int J Low Extrem Wounds* 2004;3:22–34

9. Serra M, Arevalo A, Ortega C, Ripoll A, Gimenez N. Minor surgery activity in Primary Care. *JRSM Sh Rp*. 2010; 1: 36

BIBLIOGRAFÍA

1. Heidelbaugh JJ, Lee H. Management of the ingrown toenail. *Am Fam Physician*. 2009. Feb 14; 79 (4): 303-8

2. Goldstein B, Goldstein A. Paronychia and ingrown toenail. En: Rose BD, editor. *Waltham, MA Uptodate*; 2010.

3. Shulman P, Samuel B. Survey in China and India of Feet that have never worn shoes. *The Journal of the Natoional Association of Chiropodist*. 49, 1949, pp. 26-30

4. Langford DT, Burke C, Robertson K. Risk factors in onychocryptosis. *Br J Surg*. 1989;76(1):45–48

5. Reyzelman AM, Trombello KA, Vayser DJ, Armstrong DG, Harkless LB. Are antibiotics necessary in the treatment of locally infected ingrown toenails? *Arch Fam Med*. 2000;9(9):930-932.