

# Avulsión parcial de lámina ungueal asociada a matricectomía con fenol

## Partial nail avulsion associated to phenol matricectomy

María Serra,<sup>1</sup> Magdalena Hernández,<sup>1</sup> María Emilia Vélchez,<sup>1</sup> Claudio Mainardi<sup>2</sup> y Alejandro Ruiz Lascano<sup>3</sup>

### RESUMEN

La onicocriptosis se produce cuando la piel periungueal es penetrada por la lámina ungueal correspondiente. Afecta generalmente a adultos jóvenes y resulta en una morbilidad significativa. Se han sugerido muchas causas, tanto hereditarias como adquiridas. Dentro de las opciones terapéuticas se encuentran medidas conservadoras y tratamientos quirúrgicos. En este último grupo se incluye la laminectomía parcial asociada a matricectomía con fenol, la cual se asocia a índices más bajos de recurrencia, dolor posoperatorio y tiempo de recuperación que otros métodos.

Presentamos el caso de una paciente a quien realizamos laminectomía parcial seguida de matricectomía con fenol en hallux (*Dermatol. Argent.* 2012, 18(4): 325-328).

### Palabras clave:

*onicocriptosis, matricectomía, matricectomía química.*

### ABSTRACT

Onychocryptosis occurs when the periungual skin is punctured by its corresponding nail plate. It generally affects young adults and results in significant morbidity. Several causes both hereditary and acquired have been suggested. A number of different methods have been described for its treatment, from conservative approaches to surgical procedures. The latter group includes partial nail avulsion followed by phenol matricectomy which is associated with lower rates of recurrence, postoperative pain and recovery time than other methods.

We report the case of a patient to whom we performed partial nail avulsion followed by phenol matricectomy of the hallux (*Dermatol. Argent.* 2012, 18(4): 325-328).

### Keywords:

*onychocryptosis, matricectomy, chemical matricectomy.*

Fecha de recepción: 07/01/2012 | Fecha de aprobación: 30/05/2012

<sup>1</sup> Médica residente del Servicio de Dermatología del Hospital Privado, Córdoba, y alumna de la carrera de posgrado de Dermatología de la Universidad Católica de Córdoba

<sup>2</sup> Médico asociado del Servicio de Dermatología del Hospital Privado, Córdoba, y docente de la carrera de posgrado de Dermatología de la Universidad Católica de Córdoba

<sup>3</sup> Jefe del Servicio de Dermatología del Hospital Privado, Córdoba, y director de la carrera de posgrado de Dermatología de la Universidad Católica de Córdoba

Hospital Privado - Centro Médico de Córdoba, Naciones Unidas 346, provincia de Córdoba, República Argentina

Correspondencia: María Serra, Hipólito Yrigoyen 592, 1° C, Torre B, CP 5000, Córdoba. mariaserra-21@hotmail.com



Foto 1. Paciente con onicocriptosis de hallux previo a tratamiento.



Foto 2. Corte con tijera de segmento lateral de lámina ungueal.

## Introducción

La onicocriptosis es un problema de salud común, afecta generalmente a adultos jóvenes y resulta en una morbilidad significativa, que dificulta la marcha y la práctica deportiva.<sup>1-3</sup> Las uñas de los hallux son las que se afectan con mayor frecuencia<sup>2,4,5</sup> (foto 1).

Se han sugerido muchas causas para explicar esta patología, como predisposición genética, anomalías anatómicas y mal recorte de uñas, entre otras.<sup>2,5</sup> La onicocriptosis se clasifica en 3 grados de acuerdo con la presencia de dolor, eritema, infección y tejido de granulación.<sup>1,2,5</sup>

Grado 1: eritema, ligero edema y dolor con presión.

Grado 2: mayor severidad de los síntomas, la herida puede presentar signos de infección local.

Grado 3: todos los signos y síntomas se encuentran amplificadas y se asocia a tejido de granulación e hipertrofia del borde lateral de la uña.<sup>2</sup>

El grado 3 siempre, y el grado 2 la mayoría de las veces, necesitan tratamiento quirúrgico.<sup>1</sup>

La avulsión parcial de la uña seguida de matricectomía con fenol es una técnica exitosa y ampliamente utilizada en todo el mundo.<sup>1,2</sup> El tiempo quirúrgico es más corto, las complicaciones posoperatorias son menos frecuentes y la recuperación, más rápida.<sup>1,2,4,6</sup> La desventaja es que la extracción de la matriz no puede ser controlada visualmente, por lo cual puede ser incompleta.

Se ha comunicado que el uso de antibióticos previos y posteriores a la práctica no mejoran los resultados.<sup>7,8</sup> No existe comunicación de efectos adversos sistémicos luego del uso tópico de fenol.<sup>1</sup> La técnica, duración y concentración de la aplicación son importantes para determinar el éxito del tratamiento; sin embargo, no están estandarizados ninguno de estos puntos. Fueron utilizadas concentraciones de fenol entre el 80% y el 89%, y se ha comunicado que para lograr daño completo de la matriz se debe aplicar por al menos un minuto y que un minuto de aplicación es el tiempo más efectivo.<sup>1</sup>

## Descripción de la técnica quirúrgica

Realizar el campo quirúrgico de todo el pie con solución de iodopovidona.

Aplicar anestesia troncular con lidocaína al 2% sin epinefrina y esperar 15 minutos.

Realizar torniquete de látex o de gasa del dedo a tratar para evitar sangrado y conseguir un campo quirúrgico más limpio.

Remover la hipertrofia del pliegue ungueal lateral y/o del tejido de granulación periungueal con radiofrecuencia, electrocaugulador o bisturí.

Cortar con tijera longitudinalmente un segmento lateral de lámina ungueal de 2-3 mm desde borde libre distal hasta



**Foto 3.** Remoción de lámina ungueal con pinza de asa.

borde proximal, extendiéndose unos milímetros por debajo del eponiquio<sup>2</sup> (foto 2).

Despegar la lámina a extirpar del lecho ungueal, sujetarla con una pinza de asa desde el segmento proximal y realizar movimientos laterales suaves para lograr desprenderla en forma completa y removerla (foto 3). Es importante liberar bien todas las adherencias de la uña antes de practicar la avulsión, con el objeto de que no se rompa.<sup>2</sup>

Curetear con cureta metálica la zona de la matriz, el lecho y surcos ungueales para que no queden espículas de la uña.<sup>2</sup> Aplicar un hisopo con fenol al 88% en la matriz; hay que evitar el contacto con los tejidos sanos periungueales; realizar movimiento de rotación y dejar actuar durante un minuto (foto 4).

Neutralizar con alcohol al 70% (foto 5).

Sacar torniquete y limpiar con iodo povidona y agua oxigenada y cubrir con gasa estéril.

### Cuidados posquirúrgicos

Mantener cubierto 72 horas y luego cambiar el vendaje; hay que realizar curas diarias con iodopovidona y/o agua oxigenada hasta la completa cicatrización.<sup>2,4</sup>

Utilizar antiinflamatorios no esteroideos para controlar dolor en caso de ser necesario y no tener contraindicaciones.



**Foto 4.** Aplicación de fenol al 88% con hisopo durante un minuto.



Foto 5. Lecho ungueal posterior a fenolización.



Foto 6. Control a los 15 días postratamiento.

Elevar el pie siempre que sea posible.<sup>4,6</sup>

Control semanal durante el primer mes (foto 6).

Luego de las primeras 24 horas, es posible volver a las actividades diarias normales.<sup>4</sup>

## Comentarios

La matricectomía parcial con fenol es un procedimiento excelente para el tratamiento de la onicocriptosis por ser relativamente fácil de realizar, de bajo costo y por tener bajo índice de recurrencias.<sup>7-9</sup> Además, puede ser fácilmente aplicado en pacientes ambulatorios

Un metaanálisis realizado en 2003 reveló que la avulsión parcial de la lámina ungueal asociada a matricectomía con fenol es más efectiva, menos invasiva y tiene menos recurrencias sintomáticas que la matricectomía quirúrgica.<sup>2,4,6</sup>

La técnica es el factor más importante en el éxito del método; la remoción de un ancho suficiente de lamina ungueal (aproximadamente 3 mm) y un adecuado curetaje luego de la matricectomía son aspectos importantes para evitar dejar espículas y así prevenir complicaciones posquirúrgicas.

## Bibliografía

1. Tallican S., Yamangokturk B., Eren C., Eskioglu F. *et ál.* Comparison of phenol applications of different durations for the cauterization of the germinal matrix: an efficacy and safety study, *Acta Orthop. Traumatol. Turc.*, 2009, 43: 298-302.
2. Vaccari S., Dika E., Balestri R., Rech G. *et ál.* Partial Excision of Matrix and Phenolic Ablation for the Treatment of Ingrowing Toenail: A 36 Month Follow-Up of 197 Treated Patients, *Dermatol. Surg.*, 2010, 36: 1288-1293.
3. Gerritsma-Bleeker C.L., Klaase J.M., Geelkerken R.H., Hermans J. *et ál.* Partial matrix excision or segmental phenolization for ingrowing toenails, *Arch. Surg.*, 2002, 137: 320-325.
4. Becerro de Bengoa Vallejo R., Losa Iglesias M.E., Sánchez Gómez R., Jules K.T. *et ál.* Gauze application of phenol for matrixectomy, *J. Am. Podiatr. Med. Assoc.*, 2008, 98: 418-421.
5. Cevdet Altinyazar H., Bekir Demirel C., Koca R., Hosnuter M. *et ál.* Digital Block With and Without Epinephrine During Chemical Matrixectomy with Phenol, *Dermatol. Surg.*, 2010, 36: 1568-1572.
6. Hassel J.C., Hassel A.J., Priv-Doz, Löser C. Phenol Chemical Matrixectomy Is Less Painful, with Shorter Recovery Times but Higher Recurrence Rates, Than Surgical Matrixectomy: A Patient's View, *Dermatol. Surg.*, 2010, 36: 1294-1299.
7. Heidelbaugh J.J., Lee H. Management of the ingrown toenail, *Am. Fam. Physician.*, 2009, Feb. 15, 79: 303-308.
8. Bos A.M., Van Tilburg M.W., Van Sorge A.A., Klinkenbijn J.H. Randomized clinical trial of surgical technique and local antibiotics for ingrowing toenail, *Br. J. Surg.*, 2007, 94: 292-296.
9. Andreassi A., Grimaldi L., D'Aniello C., Pianigiani E. *et ál.* Segmental phenolization for the treatment of ingrowing toenails: a review of 6 years experience, *J. Dermatolog. Treat.*, 2004, 15: 179-181.