



Manejo no quirúrgico de la onicocriptosis

Laura P. Suárez Durán

Residente dermatología PUJ

Onicocriptosis

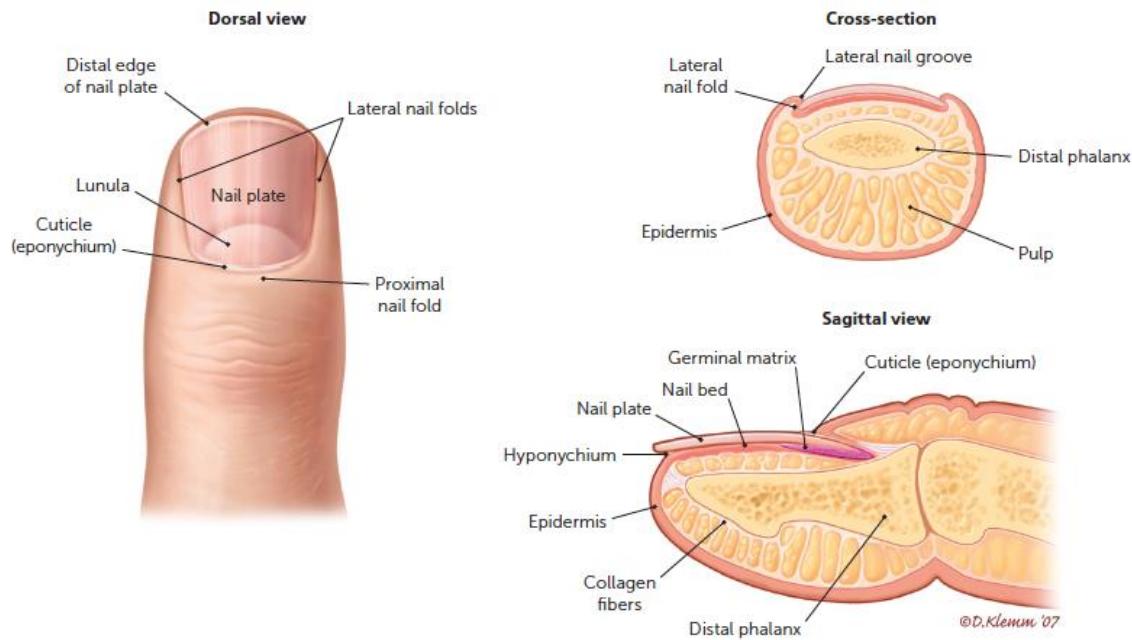
ónix - clavo y criptosis - oculto

Punción de la piel periungueal por la placa de la uña →
reacción inflamatoria → causa formación excesiva de
tejido de granulación en el pliegue

Etiología multifactorial

Limita actividades diarias

Representa aproximadamente el 20% de los problemas del pie que se presentan a los médicos de familia



Epidemiología

De los problemas de uñas más comunes

Prevalencia 2.5-5%

Incidencia general en Corea del Sur de 3075 / 100.000 personas-año

Distribución bimodal: 15 y 50 años

Proporción hombre: mujer de 2:1,5

Ocurre casi exclusivamente en la uña del hallux, (+ borde lateral)

Factores predisponentes

Mala alineación congénita de la uña del pie

Rotación medial del dedo del pie, disminución del grosor de la uña

Pie plano

Medicamentos: indinavir y ritonavir, docetaxel, ciclosporina, isotretinoína y antifúngicos orales

Neoplasia subungueal

Cabalgamiento del segundo dedo sobre el hallux.

Onicofagia.



Young individuals

Poorly fitting shoes
and tight socks

Hyperhidrosis and
increased sports activities

Trauma

Improper cutting of the
toenails, that is, too short
or rounding the nail

Obesity

Old individuals

Thick nails

Poor nail care

Wider and thicker nail fold

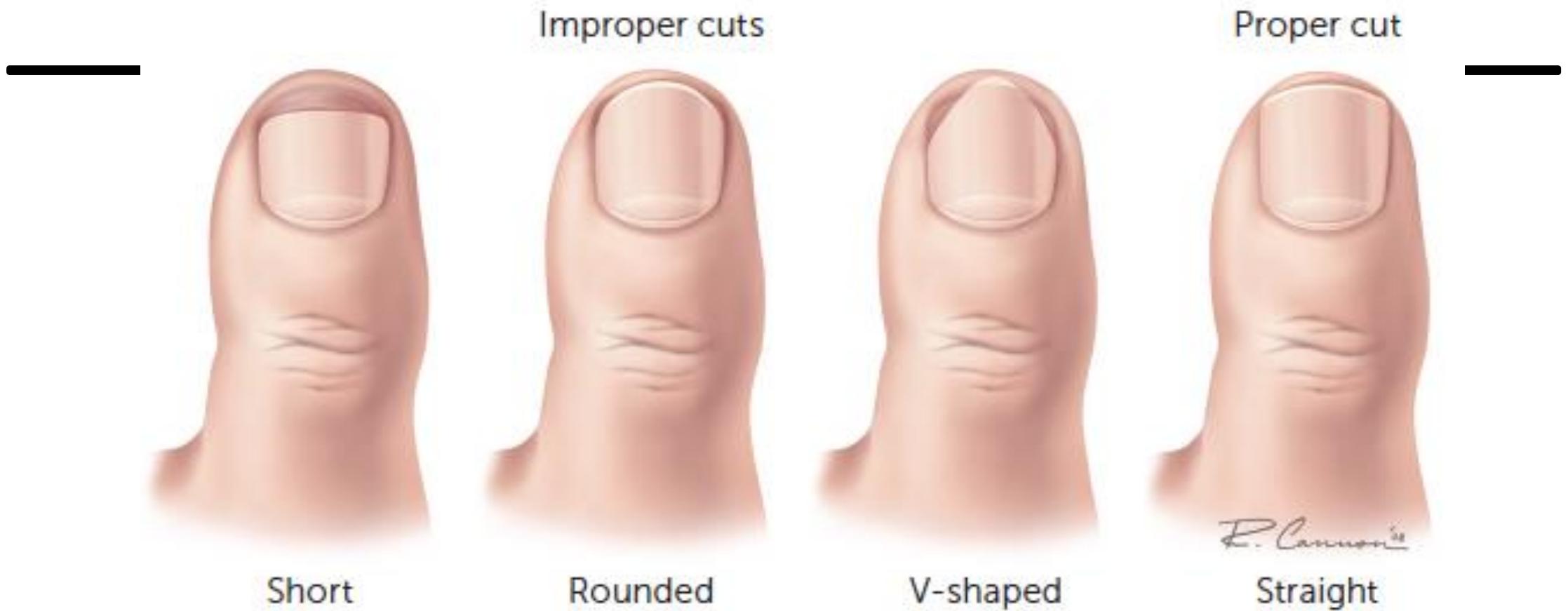
Increased curvature of
the nail plate (pincer nails)

Diabetes

Obesity

Thyroid, cardiac, and renal diseases





Patogénesis

- Varias teorías
- Existe controversia sobre si el la placa de la uña es la causa o el tejido del pliegue ungueal hipertrófico es el verdadero culpable
- Placa comprime pero no penetra en las partes blandas periungueales → eritema, edema y dolor.
- La persistencia del estímulo determina la penetración en el tejido adyacente → partes blandas reaccionan y producen un granuloma → el granuloma se recubre de tejido epitelial, existe dolor intenso a la compresión lateral e hipertrofia del pliegue
- Puede progresar a infección de tejidos blandos y casos raros de osteomielitis

Clinica

- Síntoma más común es el dolor
- Eritema y edema leve → pliegues ungulares con tejido de granulación y secreción serosanguinosa o purulenta
- A veces en etapas avanzadas, se forma tejido de granulación excesivo sobre el pliegue ungular → se afirma erróneamente como granuloma piógeno
- 6 tipos de onicocriptosis



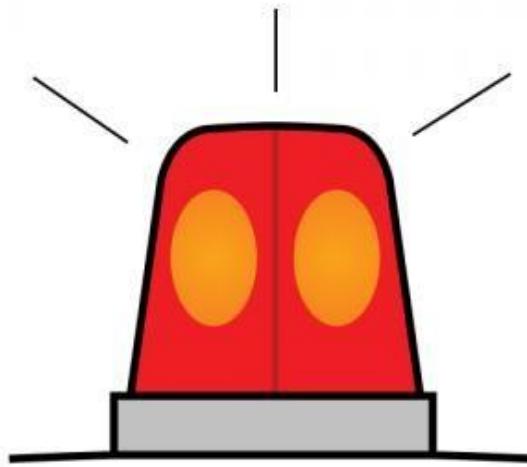
Estadios

- Sistemas de clasificación
 - 1935 → 2002 → 2007

Table 2 Martinez-Nova classification system for onychocryptosis.¹⁷

Stage	Clinical features
I	Erythema, slight edema, and pain Nail fold does not exceed the limits of the nail plate
IIa	Increased pain, edema, erythema, hyperesthesia, serous drainage, and/or infection Nail fold exceeds the nail plate <3 mm
IIb	Increased pain, edema, erythema, hyperesthesia, serous drainage, and/or infection Nail fold exceeds the nail plate >3 mm
III	Granulation tissue and chronic hypertrophy of the nail fold Granulation or hypertrophic tissue widely covers the lateral nail plate
IV	Serious chronic deformity of the toenail, both lateral nail folds and distal fold Hypertrophic tissue completely covers lateral, medial, and distal nail plate





Complicaciones

- Secreción purulenta del pliegue ungueal : común
 - Cicatrices, celulitis y osteomielitis: raras
- Puede conducir a amputación y algunas infecciones mortales en inmunosuprimidos

Diagnóstico

- Clínico
- Diferenciar de tumores óseos y cartilaginosos
 - Ecografía o la resonancia magnética
 - Radiografías

Exostosis, osteocondroma, encondroma, sarcomas condrogénicos. fibroqueratomas, CEC, melanoma, tumor glómico y Merkel

Manejo

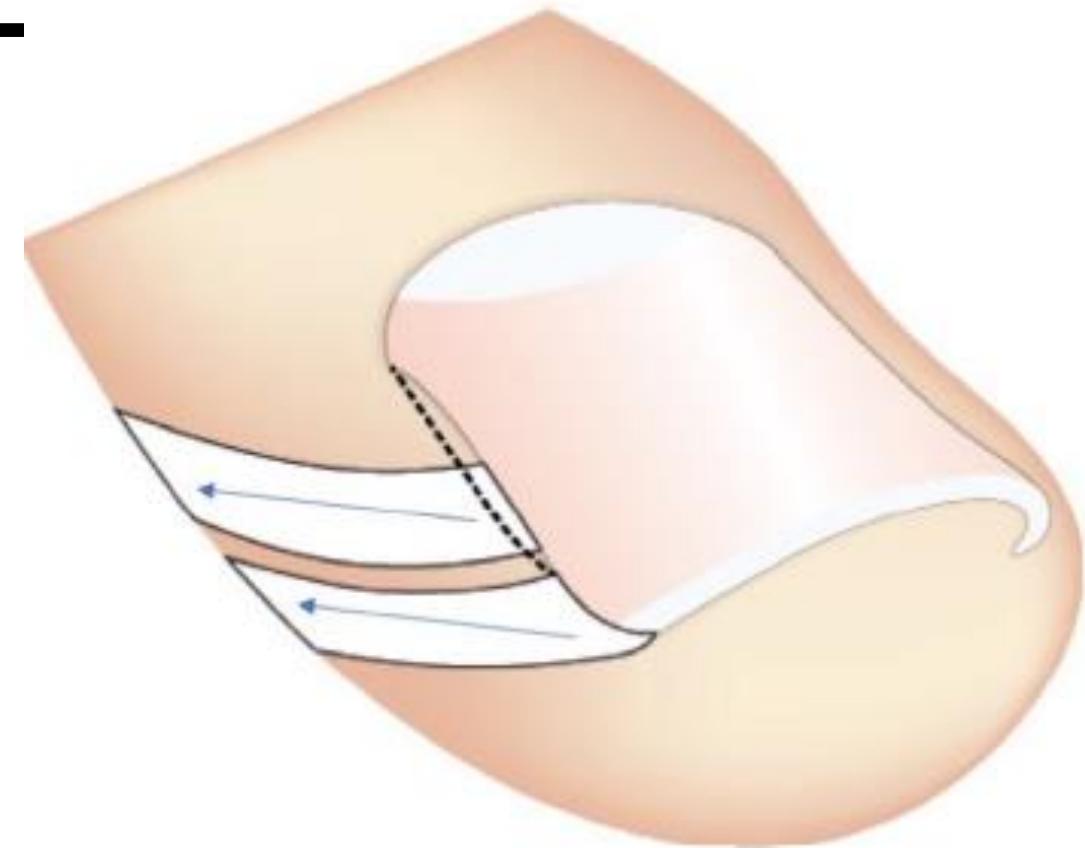
- Depende del estadio de la enfermedad y de la experiencia del especialista
- Indicaciones de tratamiento
 - Dolor, infección secundaria, onicogrifosis y paroniquia crónica o recurrente.
- Posibles contraindicaciones para el tratamiento quirúrgico
 - Alergia a los anestésicos locales u otra sustancia química utilizada en el procedimiento, enfermedad vascular periférica
- No hay consenso disponible sobre la mejor técnica de tratamiento
- El objetivo es aliviar los síntomas, prevenir progresión, promover la resolución y prevenir la recurrencia

Conservador

- En onicocriptosis etapa I y IIa , en pacientes que temen a la cirugía, y aquellos con comorbilidades como compromiso vascular o diabetes
- El objetivo es proteger la uña, el pliegue y evitar la necesidad de cirugía
- 1. Adecuada exploración y anamnesis que identifique de forma clara la etiología
- 2. Remojar el pie o dedo afectado en agua tibia x 15 a 20 minutos → aplicación de antisépticos tópicos puede ayudar a disminuir la inflamación e infección secundaria si la hubiera

1. Cinta adhesiva

- Objetivo: extraer el pliegue ungueal lateral
- Cinta adhesiva elástica de aproximadamente 15-20 mm de ancho → dirección oblicua y proximal sin dañar
- Se coloca una segunda cinta para ejercer más presión.
- Limitación:
 - Complejidad del procedimiento
 - Disminución de la adhesividad con el tiempo debido a la sudoración y al tejido de granulación húmedo



Cinta de kinesiología

- Ventaja: más adherente y mayor elasticidad
 - Requiere aplicaciones menos frecuentes



A



B

2. Ortonixia con uñas artificiales acrílicas

- uña artificial se pega al extremo distal de la uña →
ayuda a la uña distal en recuperar una forma fisiológica



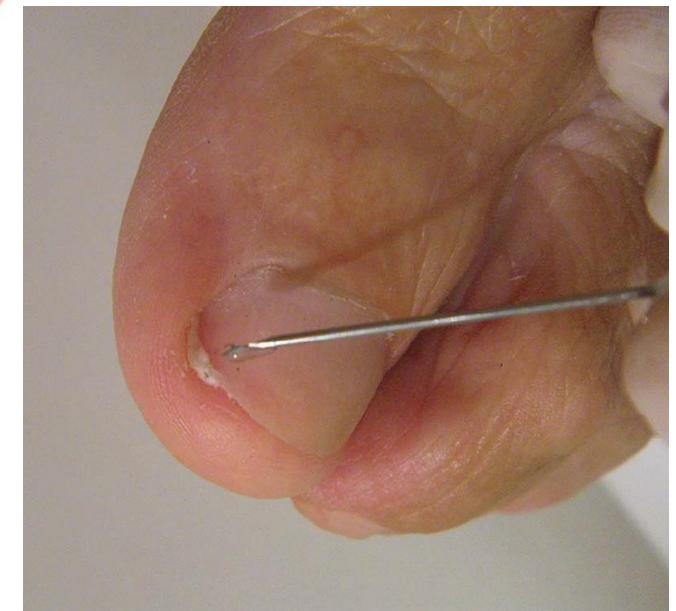
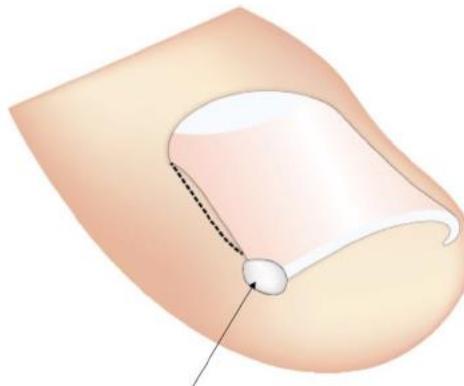
3. Ortonixia metálica

- Consiste 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
- Contraindicación
 - Onicomicosis, infección local, herida abierta o alergia al metal
- El periodo de renovación esta condicionado por la velocidad de crecimiento ungueal y por su localización sobre la misma, aunque por norma general deberá renovarse cada dos meses.
- El tratamiento se mantiene por término medio de 12 a 18 meses



4. Acolchado de algodón

- Debe repetirse diariamente con más algodón
- Inicialmente, el procedimiento es doloroso, → rápidamente de auto-alivio
- Antiséptico asociado
- Se puede fijar con pegamento durante 1 semana
- Este procedimiento se repite hasta el crecimiento completo de la lámina.



5. Hilo dental

- Se inserta hilo de nailon en ambos ángulos (formando un puente debajo del borde libre de la placa de la uña), los extremos se entrelazan y se lleva al frente, donde se pone un trozo de cinta adhesiva
- Hilo dental → cambio diario
- Hilo de multifilamento → varios días



6. Tubo ungueal

- anestesia local → se eleva el borde distal de la uña con unas pinzas mosquito y se separa el pliegue ungueal lateral → se feruliza el borde lateral libre con un tubo de plástico cortado a lo largo, que se fija con adhesivo
- Se deja durante algunas semanas o meses
- Requiere un recorte regular para mantenerlo en el nivel de la placa y eventualmente se caerá



R. Cannon '08

7. Infiltraciones de triamcinolona

- Se inyectaron a lo largo de todo el borde lateral inflamado un volumen de 0,5-1 cc de triamcinolona 40 mg/ml diluida al 50% en solución anestésica de mepivacaína 2%.
- 5 casos como terapia adyuvante o reductora previa a la intervención quirúrgica.
- Intervalo de 3 semanas

Edad (años)	Sexo	Grado de severidad	Número de infiltraciones
15	H	II	1
60	M	III	3
10	M	II	1
13	H	III	1
47	M	II	1



8. Laser

- Laser de CO₂, Erbio-YAG
- Destrucción de los cuernos de matriz o para una escisión en cuña modificada
- El cuerno de matriz se vaporiza con el láser de CO₂ después de retirar la placa de la uña lateral
- Ventajas → menos dolor, operación corta y tiempo de curación con mínima discapacidad y menos sangrado
- Tasas de recurrencia con ablación láser más altas que conmatricectomía química.
- Radiofrecuencia y láser de CO₂ son igualmente efectivos y dañinos para los tejidos, pero el costo de radiofrecuencia es mucho menor
- Costos elevados y una tasa de éxito menor en comparación con la cauterización con fenol

9. Espiculotomía



Gracias.
