

<http://dx.doi.org/10.17979/ejpod.2020.6.1.3800>

EJPOD

CASE REPORT

A new surgical technique for the treatment of retronychia: proximal partial nail avulsion

Nueva técnica quirúrgica para el tratamiento de la retroniquia: avulsión ungueal parcial proximal

Antonio Córdoba Fernández ¹; Adrián Lobo Martín².

¹ Profesor Titular del Departamento de Podología (Universidad de Sevilla), Director del Máster propio en Cirugía Podológica (Universidad de Sevilla).

² Departamento de Podología, Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología, Departamento de Podología, Universidad de Sevilla (España).

* Correspondence: Dr. Antonio Córdoba Fernández. Departamento de Podología, Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología, Departamento de Podología, Universidad de Sevilla (España). acordoba@us.es

Abstract

Retronychia or proximal onychocryptosis is a relatively frequent reason for consultation in podiatric offices. The complete nail avulsion has been the treatment of choice described in the literature for the approach of the pathology. Although this is an effective technic, it is not without drawbacks associated with the loss of the mechanical function that the nail plate has entrusted to the first toe. To avoid or lessen the appearance of these problems, we propose a simple alternative consisting in partial non-incisional proximal avulsion of the nail plate leaving intact the distal nail portion adhered to the bed until it is displaced by the new nail plate.

Key Words: retroniquia, onychocriptosis, paronychia, proximal nail avulsion.

Resumen

La retroniquia u onicocriptosis proximal es una patología que se presenta con relativa frecuencia en las consultas de podología. La avulsión ungueal completa ha sido el tratamiento de elección descrito en la literatura para el abordaje de la patología. A pesar de ser efectiva, no está exenta de inconvenientes asociados a la pérdida de la función mecánica que la lámina ungueal tiene encomendada en el primer dedo de los pies. Para evitar o aminorar la aparición de estos inconvenientes, proponemos una alternativa sencilla consistente en la avulsión parcial proximal no incisional de la lámina ungueal dejando intacta la porción distal adherida al lecho hasta que la nueva lámina ungueal termine por desplazarla.

Palabras Clave: retroniquia, onicocriptosis, paroniquia, avulsión ungueal proximal.

Received: 7 August 2018; Acept: 3 October 2018.

Conflictos de Interés

Ninguno Declarado.

Fuentes de Financiación

Ninguno Declarado.

Introducción

El cuadro actualmente conocido como retroniquia u onicocriptosis proximal se ha confundido durante décadas con una paroniquia infecciosa refractaria a tratamiento antimicrobiano y no ha sido hasta 2008 cuando se ha identificado como entidad clínica independiente que incluso a día se considera infradiagnosticada (1,2).

La retroniquia comparte similitudes con una paroniquia en el pliegue proximal, sin embargo a diferencia de esta última, en la retroniquia el proceso infeccioso es secundario al conflicto originado a nivel del hiponiquio como consecuencia de la generación de dos o más láminas ungueales superpuestas (3-5).

Suele ser más prevalente en mujeres jóvenes en una relación aproximada de 3:1. Más de dos terceras partes de los casos que se han descrito se localizaron en los primeros dedos de los pies habitualmente de forma unilateral y por lo general asociados a traumatismo agudos o microtraumatismos de repetición relacionados con el empleo de calzado estrecho o actividades deportivas intensas (5).

El daño vascular junto con la isquemia que se produce en el área termina por originar onicomadesis que da lugar inicialmente a la detención y posterior despegamiento de la lámina ungueal a nivel de la matriz. Cuando la nueva lámina comienza a crecer por debajo de la antigua esta la empuja hacia el pliegue proximal, generando conflicto con este (3-6). La clínica que acompaña al cuadro se caracteriza por elevación proximal con sobrecurvatura longitudinal de la lámina, onicomadesis, xantoniquia. En los estadios más evolucionados (estadio II) puede acompañarse de paroniquia con exudado y presencia de tejido de granulación a nivel del pliegue proximal (5).

Pese a la implantación reciente de criterios ecográficos válidos para diagnóstico de la patología, la avulsión ungueal sigue siendo en la actualidad un gesto habitual para tratar eficazmente el problema y la par obtener un diagnóstico de confirmación ⁷. Aunque la avulsión parcial proximal de la lámina se ha descrito como técnica menos invasiva para el diagnóstico y tratamiento de la patología ungueal especialmente de la mano, a la fecha no se ha descrito para el tratamiento de la retroniquia en las uñas de los pies (8-10).

Presentamos una serie de casos clínicos de retroniquia en primeros dedos del pie resueltos con una técnica personal de avulsión parcial proximal no incisional que no ha sido previamente descrita para el tratamiento de la retroniquia y que consideramos puede ser una alternativa para evitar o aminorar los inconvenientes asociados a la avulsión ungueal total.

Descripción de la Técnica

Se realiza bloqueo digital con 4cc de anestésico local en la raíz del dedo afectado, tras el lavado quirúrgico, aseptización y preparación del área quirúrgica, delimitamos la zona de la lámina ungueal proximal afectada de onicomadesis. Para ello podemos presionar con un instrumento romo sobre la lámina en la zona próxima al hiponiquio para identificar la porción de lámina no adherida al lecho y con un rotulador dermatográfico marcamos el límite correspondiente a la porción de lámina a eliminar. Ayudados de un elevador ungueal exploramos el pliegue proximal y despegamos si fuera necesario, la lámina de las posibles adherencias dorsales especialmente a nivel del cuerno de la matriz. Con una fresa cónica de estría cruzada o microfresa de bola y convenientemente con técnica húmeda para refrigerar el área, realizamos un corte de la lámina de medial a lateral en el límite marcado.

Seguidamente en la zona central del corte, ayudándonos de un alicate o cizalla de punta aguda realizamos un corte central de distal a proximal hasta dividir la lámina en dos mitades por debajo del hiponiquio (Fig. 1).



Ayudándonos de un hemostato curvo sin dientes clampamos las dos porciones realizando un giro de medial a lateral y de lateral a medial para completar la exéresis de las dos porciones. Si existe tejido de granulación, es retirado mediante curetaje suave o bisturí (Fig.2).



En aquellos casos de retroniquia en estadio II con presencia de onicosis extensa y abundante tejido de granulación, recomendamos la avulsión completa. Si una vez realizada la placa observamos a nivel de la lúnula una segunda lámina no adherida completamente al lecho, podemos proceder en un mismo tiempo quirúrgico a la avulsión ungueal completa para descartar la presencia de una tercera lámina o en su caso, esperar a su retirada en un segundo tiempo si no se produce remisión del cuadro en un intervalo máximo de dos semana ya que es probable que la retroniquia esté asociada a la presencia de una tercera uña. La técnica puede realizarse con o sin isquemia dado que el sangrado del área si no se daña el lecho, es mínimo.

Recomendamos curas locales con un antiséptico y por lo general, si la técnica ha resultado eficaz, la remisión total de los signos y síntomas se produce entre las 48-72 horas. Rara vez es necesario el empleo de antibióticos sistémicos o tópicos salvo que radiológicamente se sospeche la presencia de osteítis u osteomielitis. Recomendamos al paciente mantener la porción preservada de uña el máximo tiempo posible ayudándose si fuera necesario de una tira adhesiva hasta que al menos la nueva lámina haya completado su crecimiento en un 50%.

Discusión

La avulsión ungueal total es en la actualidad el tratamiento comúnmente empleado para el tratamiento de la retroniquia dado que es una opción diagnóstica confirmatoria a la par que resolutoria. La literatura muestra que en torno al 80% de los casos de retroniquia descritos en la literatura afectaron a los primeros dedos del pie y como en los restantes casos, la avulsión ungueal total fue el tratamiento habitualmente empleado (1,5,7).

No obstante, la avulsión total de la lámina ungueal, especialmente en el primer dedo del pie, puede tener consecuencias asociadas a la pérdida de la contrapresión ejercida dorsalmente por la lámina ungueal que actúa como elemento capaz de oponerse a la fuerza reactiva del suelo especialmente en la fase propulsiva (11). Teniendo en cuenta además que el crecimiento de la lámina ungueal en los pies es de aproximadamente 1.5 mm/mes, su renovación completa puede tardar en completarse entre 8 - 11 meses con el consiguiente riesgo de que en este plazo de tiempo, pueda desarrollarse hipertrofia de partes blandas de la unidad ungueal con el consiguiente riesgo de onicocriptosis lateral o incluso del pliegue distal (12).

Por otro lado, la inadmisibles tasa de recurrencia de onicocriptosis reportada en la literatura tras avulsión total de la lámina ungueal nos plantea la necesidad de considerar alternativas menos traumáticas y con menor tasa de complicaciones que la avulsión total (13).

Recientemente la avulsión parcial para el diagnóstico y tratamiento de la patología ungueal ha ganado popularidad debido a su simplicidad, menor traumatismo y escasas complicaciones postoperatorias (8,9). Sin embargo, esta no ha sido descrita como alternativa para el tratamiento resolutorio de la retroniquia en los primeros dedos de los pies. Algunos autores consideran que la avulsión parcial proximal puede incrementar el crecimiento de la lámina y la cicatrización del área a expensas de la capa de queratinocitos existente en la porción ventral del lecho como continuación de la matriz (10). A diferencia de la paroniquia primaria frecuente en los dedos de las manos, en los dedos de los pies esta suele ser secundaria a una retroniquia y el proceso infeccioso inicialmente refractario a tratamiento antibiótico suele resolverse espontáneamente con la avulsión.

A la fecha en el escaso número de pacientes tratados con la técnica, han resultado definitivos por lo que consideramos que esta puede ser una buena alternativa en aquellos casos de retroniquia donde el área de onicolisis no se extienda más allá del 50% de la lámina. Como prospectiva nos planteamos la realización en un futuro próximo de un estudio retrospectivo que permita constatar objetivamente las ventajas de la técnica.

References

1. De Berker DA, Richert B, Duhard E, Piraccini BM, Andre J, Baran R. Retronychia: proximal ingrowing of the nail plate. *J Am Acad Dermatol*. 2008;58(6):978–83.
2. Robledo A, Godoy E, Manrique E, Manchado P. Retronychia: an underdiagnosed disease. *Dermatol Online J*. 2017;15: 23(7).
3. Ventura F, Correia O, Duarte AF, Barros AM, Haneke E. “Retronychia--clinical and pathophysiological aspects”. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2016; 30(1):16–9.
4. Baumgartner M, Haneke E. Retronychia: diagnosis and treatment. *Dermatol Surg*. 2010;36(10):1610–4.
5. Gerard E, Prevezas C, Doutre M-S, Beylot-Barry M, Cogrel O. Risk factors, clinical variants and therapeutic outcome of retronychia: a retrospective study of 18 patients. *Eur J Dermatol*. 2016;26(4):377–81.
6. Braswell MA, Daniel CR 3rd, Brodell RT. Beau lines, onychomadesis, and retronychia: A unifying hypothesis. *J Am Acad Dermatol*. 2015;73(5):849–55.
7. Fernández J, Reyes-Baraona F, Wortsman X. Ultrasonographic Criteria for Diagnosing Unilateral and Bilateral Retronychia. *J Ultrasound Med*. 2018 ;37(5):1201-9.
8. Collins SC, Cordova K, Jellinek NJ. Alternatives to complete nail plate avulsion. *J Am Acad Dermatol*. 2008;59(4):619–26.
9. Pandhi D, Verma P. Nail avulsion: indications and methods (surgical nail avulsion). *Indian J Dermatol Venereol Leprol*. 2012;78(3):299–308.
10. Mazuecos J, Pérez Bernal A, Camacho FM. Skin bridge on a nail plate caused by distal onychocriptomosis. *Eur J Dermatol*. 2015;25(2):185-6.
11. Zook EG, Baran R, Haneke E, Dawber RPR. Nail surgery and traumatic abnormalities. In: Baran R, Dawber RPR, de Berker DAR, Haneke E, Tosti A, editors. *Baran and Dawber’s diseases of the nails and their management*. 3rd ed. Malden, MA: Blackwell Science; 2001. pp. 425-514.
12. Grieg JD, Anderson JH, Ireland AJ, Anderson JR. The surgical treatment of ingrowing toenails. *J Bone Joint Surg Br*. 1991;73(1):131-3.