

## Complicaciones en la cirugía ungueal

**Mercedes Marruecos Ruiz. Cristina Dragón Olivera.**

Pza. Ramón y Cajal, s/n Ciudad Universitaria 28040 – MADRID. Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología (Universidad Complutense de Madrid). Grado de podología.

[Meer.23@hotmail.com](mailto:Meer.23@hotmail.com)

### Tutor

**Francisco Javier García Carmona**

Pza. Ramón y Cajal, s/n Ciudad Universitaria 28040 – MADRID. Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología (Universidad Complutense de Madrid). Grado de podología.

[Carmona@ucm.es](mailto:Carmona@ucm.es)

**Resumen:** la cirugía ungueal es un tratamiento de elección en la mayoría de las patologías de la uña cuando no da resultado el tratamiento conservador. En ocasiones la cirugía puede tener diversas complicaciones: infección, periostitis, quemadura por fenol, onicolisis, necrosis, lateralización de la uña, recurrencia, quiste de inclusión, recidivas... Esta serie de complicaciones pueden aparecer si no se realiza correctamente la técnica quirúrgica o si no se lleva a cabo un buen seguimiento postquirúrgico tanto por parte del paciente como del profesional sanitario. No todos los pacientes son candidatos a la cirugía ungueal, por lo que previamente se realiza un estudio preoperatorio en el que se valora el estado general del paciente.

**Palabras clave:** Cirugía. Ugueal. Complicaciones.

## INTRODUCCIÓN

La uña es una placa de células queratinizadas, duras y densamente empaquetadas, que se encuentra en el extremo distal de los dedos de las manos y pies a los cuales protege frente a traumatismos, facilita la regulación de la circulación periférica y favorece la sensación propioceptiva a través de la contrapresión.

Los elementos observables de la uña en el individuo adulto son los siguientes (Figs. 1 y 2): matriz ungueal (está formada por el epitelio germinativo del que procede la uña), (en este sistema se incluye la cutícula, el eponiquio, el hiponiquio y el pliegue ungueal proximal), pliegues o bordes de la uña (pliegues cutáneos que conforman los márgenes laterales de las uñas), lecho ungueal (porción que empieza donde termina la lúnula y se extiende hasta el hiponiquio), cuerpo de la uña o lámina ungueal y ligamentos especializados.



Figura 1. Elementos ungueales en plano dorsoplantar. Figura 2. Elementos ungueales en plano lateral.

Existen diferentes técnicas de cirugía ungueal, entre otras: Técnica de Winograd, Técnica de DuVries, Técnica de Frost, Técnica de mini-Kaplan, Técnica de Syme, Técnica de Zadik, etc.

La posibilidad de sufrir alguna complicación, con la cirugía ungueal, viene determinada por diferentes factores dependientes del paciente o debido a una inadecuada intervención quirúrgica. Las complicaciones postquirúrgicas son inherentes a todos los procedimientos quirúrgicos. Pueden ser las propias de cualquier acto quirúrgico o derivadas de un mal procedimiento. Es importante conocer la etiología de estas complicaciones para evitar su aparición, en la medida de lo posible, o para tratarlas si no ha podido impedirse su desarrollo.

## MATERIALES Y MÉTODOS

Se ha efectuado una revisión bibliográfica en las bases de datos Enfispo, Pubmed y Reduca, además de en una serie de libros sobre la cirugía ungueal, obtenidos de la biblioteca de Enfermería, Fisioterapia y Podología de la Universidad Complutense de Madrid. El objetivo de este estudio es analizar las complicaciones de la cirugía ungueal más frecuentes, la forma de diagnosticarlas, tratarlas y prevenirlas.

## RESULTADOS

Los factores dependientes del paciente son la malnutrición, la hiperhidrosis, la edad avanzada, la diabetes, la obesidad, la enfermedad vascular o la inmunodepresión. En los casos en los que las complicaciones son debidas a una inadecuada praxis quirúrgica, a una transgresión de las normas de asepsia durante el procedimiento, a un incumplimiento de las recomendaciones postquirúrgicas por parte del paciente, a unos inadecuados hábitos higiénicos postoperatorios o a una negligencia por parte del profesional al no reconocer, diagnosticar y tratar la posible aparición de la

complicación. A continuación desarrollamos las complicaciones más frecuentes de la cirugía ungueal:

**Infección:** la infección es una de las complicaciones más frecuentes. Se trata del desarrollo de microorganismos patógenos en el dedo intervenido. Tiene una relación directa con el grado de contaminación microbiana existente durante la intervención. Los microorganismos más frecuentes son el *Staphylococcus aureus* y *S. epidermidis*. El hecho de que estos patógenos se presenten en la zona intervenida puede ser, entre otros factores, por el profesional (si no ha llevado a cabo las normas de asepsia adecuadas), por el paciente (si tras la cirugía no ha mantenido la higiene correcta), por autocontaminación, maceración... Las manifestaciones generales (Fig. 3) que se producen en la infección son fiebre, malestar, etc. Hay dos tipos de infecciones: superficiales (las más frecuentes en cirugía ungueal) y las profundas. En las infecciones superficiales los signos más característicos son la tumefacción, el dolor y la secreción purulenta, mientras que en las infecciones profundas, la dehiscencia de la sutura por secreción purulenta suele ser sugestiva de la severidad del cuadro clínico. Las manifestaciones producidas por la infección comienzan 48-72 horas tras la intervención quirúrgica.

Ante signos de infección, la pauta de actuación sería: Retirada de los puntos de sutura, drenaje del absceso y toma de muestra para el cultivo. A continuación, antibioterapia de amplio espectro hasta confirmar el resultado del cultivo y lavado con abundante suero fisiológico y aplicación de curas locales con los elementos que creamos convenientes, dejando que la herida cierre por segunda intención. Si la infección continúa y el cuadro clínico no mejora, plantear la realización de pruebas complementarias y descartar la afectación ósea.



Figura 3. Secreción purulenta causada por infección.



Figura 4. Aparición de espículas.

Para prevenir la infección hay que mantener la integridad del campo estéril en todo momento, insistir e instruir al paciente en la importancia de las medidas higiénicas y del cuidado postoperatorio. Además, si existe hiperhidrosis asociada, hay que instaurar tratamiento previo a la cirugía.

**Recidivas o espículas:** se trata del crecimiento de la porción de lámina ungueal intervenida. Este crecimiento puede ser parcial, en forma de pequeñas espículas o total, en cuyo caso origina el crecimiento de toda la porción de lámina ungueal reseca en la intervención.

En las matricectomías químicas, el problema más frecuente es la aparición de espículas (Fig. 4). Esta complicación aparece a los 2 o 3 meses tras la intervención y se debe a la mala praxis.

Una de las desventajas de las técnicas no incisionales es la dificultad para controlar el tejido destruido, ya que resulta complicado evaluar el efecto del agente químico empleado una vez que éste ha sido aplicado. Esta inconveniencia en el conocimiento de la extensión de la zona químicamente lesionada puede provocar una matricectomía insuficiente y dar lugar al crecimiento de espículas. Del mismo modo en las técnicas incisionales, la recidiva puede ser debida a una exigua resección de la matriz o de los “cuernos” de ésta. En las técnicas no incisionales, las espículas se producirán también por fragmentos no extraídos completamente en el momento de la avulsión. En otras ocasiones, la espícula estará producida por un legrado insuficiente o por una falta de limpieza de los restos tisulares tras el legrado. En la mayoría de los casos, la presencia de espículas no produce sintomatología dolorosa. Únicamente presentan incomodidad y discomfort al paciente a la hora de calzarse.

**Quistes de inclusión epidérmicos:** los quistes de inclusión son lesiones sobreelevadas y fluctuantes sobre las estructuras subyacentes que forman una cavidad recubierta de epitelio poliestratificado. Son benignos y tienen un tamaño variable. Su contenido puede ser viscoso o seroso. El motivo principal por el que se producen se debe a la práctica de una matricectomía incompleta o una extirpación incompleta de los “cuernos” de la matriz. Estas lesiones aparecen 6-8 semanas tras la intervención.

El quiste, en algunos casos, puede presentarse como una vesícula sobreelevada (Fig. 5) que al ser drenada libera un exudado bien consolidado y de consistencia viscosa, sin signos de infección aparentes. El tratamiento en este caso sería el drenaje del absceso y la posterior cicatrización por segunda intención.



Figura 5. El quiste se manifiesta como una vesícula sobreelevada.

En otros casos, aparece un nódulo sobreelevado y circunscrito, del color de la piel y doloroso a la palpación. El tratamiento en éste será quirúrgico.

**Periostitis:** se considera periostitis cuando se produce una inflamación del tejido perióstico de la falange distal. Puede ser debido al legrado agresivo de la matriz ungueal. Esta complicación se advierte a pacientes que se vayan a realizar matricectomías químicas, ya que es debido a un traumatismo del periostio durante la avulsión ungueal. La periostitis puede aparecer también como una complicación de la cirugía ungueal debido al uso del fenol, cuando se realiza un legrado enérgico del canal ungueal y el agente químico penetra hasta el hueso.

Para evitar esta complicación se debe recordar que el legrado es el desbridamiento de restos tisular y no el raspado de hueso. Del mismo modo se debe proteger tejidos circundantes, procurando que el fenol solo entre en el pliegue ungueal y respetando los tiempos de aplicación.

La periostitis puede dar lugar a una infección de los tejidos circundantes y causar un cuadro agudo con drenaje de exudado purulento.

El diagnóstico se debe al dolor agudo que sufre el paciente en el roce y la palpación, y a un aumento del tiempo de cicatrización de la herida quirúrgica. Además se observa eritema y tumefacción del pliegue ungueal proximal (Figura 6). El tratamiento consistirá en la administración de fármacos antiinflamatorios, y si se desarrolla la infección anteriormente descrita, se administrarán también antibióticos sistémicos. Para evitar la periostitis se debe realizar un legrado exhaustivo de la zona matricial para evitar la aparición de recidivas, pero sin dañar el periostio de la falange.



**Figura 6.** La periostitis se acompaña de dolor, eritema y tumefacción.

**Onicolisis:** la onicolisis puede ser total o parcial teniendo en cuenta la afectación de la lámina ungueal. Se puede decir que es un problema más bien estético que sintomatológico. La onicolisis parcial se produce en las matricectomías químicas y es causada por un despegamiento excesivo de la uña antes de su extracción, por la realización de un corte irregular de la lámina ungueal o por la acción de un agente

químico sobre la lámina ungueal o el lecho. La onicolisis total se produce en los casos en los que tras la avulsión parcial, la uña restante es demasiado estrecha. Por lo tanto es importante que resecar solo como máximo 1/8 de la anchura de la lámina en cada borde. El desprendimiento total también puede ser debido por la reincorporación, antes del tiempo citado, a sus actividades diarias. Esto produce un contratiempo estético de la uña.

**Necrosis tisular:** Se define necrosis como la muerte celular por falta de oxigenación en los tejidos. Está producido por diferentes causas (Fig. 7): excesiva tensión de la sutura, realización de la incisión en ángulo recto realizada en la técnica de Frost, la ejecución de una incisión muy dorsal en el pulpejo o por el hematoma que no drena hacia el exterior. El tratamiento consiste en la retirada de los puntos junto con el desbridamiento de la zona necrosada y el cierre por segunda intención de la herida quirúrgica. Si se produjera infección se administraría antibioterapia sistémica y se podría administrar terapia antibiótica oral para evitar posibles infecciones. Como precaución sería no aplicar presión sobre la sutura y permitir el sangrado tras la cirugía y no traccionar demasiado las tiras de aproximación. Durante la cirugía aplicar una correcta hemostasia. Dejar al menos 1mm entre las tiras de aproximación para permitir el sangrado.



Figura 7. Necrosis.

**Lateralización de la uña:** Suele aparecer cuando el procedimiento quirúrgico se ha efectuado en un único borde, y es debido al daño de los ligamentos matriciofalángicos (son responsables de anclar la base de la uña y la matriz a la falange). (Fig. 8).

Para evitar que ocurra la lateralización de la uña, se debe realizar la intervención quirúrgica en ambos bordes ungueales.



Figura 8. Lateralización de la uña.

## DISCUSIÓN

En ocasiones la cirugía puede tener diversas complicaciones: infección, periostitis, quemadura por fenol, onicolisis, necrosis, lateralización de la uña, recurrencia, quiste de inclusión, recidivas, etc.

Las complicaciones ungueales pueden aparecer si no se lleva a cabo un buen seguimiento postquirúrgico tanto por parte del paciente como del profesional sanitario, o si no se realiza correctamente el procedimiento quirúrgico.

La complicación más frecuente en cirugía ungueal es la infección.

## BIBLIOGRAFIA

- F.J. García Carmona., Diana Fernández Morato., Natalia Fernández Ospia., Alicia Fidalgo Rodríguez., Petra Gómez Díaz., Javier Hernández Toledo., Samuel Martínez Martín., Sandra Morales Merino., Esther Moreno Pérez., Gema Piña Delgado., Lorena Ramos Collado., Beatriz Toledo de la Torre. Patología y Cirugía Ungueal. Madrid: Ediciones Mayo, S.L. 2008.
- Elvira Zorzo G. Complicaciones quirúrgicas en el postoperatorio: la herida quirúrgica. *Podoscopio* 2001; 1(13): 9-12.
- Alfonso Martínez Nova. Podología: Atlas de cirugía ungueal. Madrid: Médica Panamericana. 2006.
- Gema Piña Delgado., Francisco Javier García Carmona. Complicaciones en cirugía ungueal. *Podología clínica*. 2007. [Fecha de acceso de 17 de Septiembre de 2007]; NO.5. Disponible en:  
[http://www.clinicadelpieembajadores.com/complicaciones\\_cirugia\\_ungueal.pdf](http://www.clinicadelpieembajadores.com/complicaciones_cirugia_ungueal.pdf)
- Becerro de Bengoa Vallejo R., Losa Iglesias Gentil García I. Complicaciones infecciosas en cirugía del pie. *Rev Esp Podol* 2004; XV (2): 76-83.
- F.J. García Carmona., D. Fernández Morato. Tratamiento quirúrgico de la onicocriptosis. Madrid: Aula Médica; 2003.

Recibido: 17 marzo 2014.

Aceptado: 26 abril 2014.