

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

Facultad de Ciencias Médicas

**"LA ABLACION UNGUEAL
NUEVA TECNICA QUIRURGICA"**

T E S I S

**presentada a la Junta Directiva de la Facultad
de Ciencias Médicas de la Universidad de San
Carlos de Guatemala por**

GUILLERMO REYES DURAN

En el acto de su investidura de

MEDICO Y CIRUJANO

MARZO DE 1960

PLAN DE TESIS

CAPITULO I

HISTORIA

EMBRIOLOGIA Y ANATOMIA

CAPITULO II

TECNICAS USADAS

NUEVA TECNICA

CAPITULO III

INDICACIONES

**RESULTADOS OBTENIDOS CON LA
NUEVA TECNICA**

COMPARACION CON LAS OTRAS TECNICAS

CAPITULO IV

CONCLUSIONES

RECOMENDACIONES

BIBLIOGRAFIA

CAPITULO I

HISTORIA

Las enfermedades de las uñas como su tratamiento siguen una trayectoria paralela con la historia de la civilización humana. En la antigüedad ya se conocían las enfermedades que atacaban a las uñas y en el Papiro Everes se hace una ligera mención sobre la plaga que aparecía en las castas sociales bajas o en los esclavos y se la consideraba como un castigo de los dioses para los profanos. La incidencia de estos males era mayor en aquellas clases que por su condición social o por su esclavitud, tenían que dedicarse a quehaceres manuales indignos de las clases sociales superiores, ocupaciones que coadyuvaban al desarrollo de enfermedades de las uñas o de sus tejidos vecinos. Las enfermedades agudas, subagudas o crónicas de dichos apéndices cutáneos, llamaban la atención de los observadores no por el hecho de que fuesen enfermedades graves o fatales, sino por el dolor intenso que producían y que incapacitaban a sus esclavos o ayudantes en trabajos manuales de telares, construcciones, cuidado de animales (pastores), lavanderas, etc.

Mención semejante se encuentra entre los Griegos y Romanos, quienes en la selección de sus guerreros, cuidaban que los aspirantes tuviesen las uñas de las manos y pies sin ninguna enfermedad, pues ello era condición indispensable para dedicarse con éxito a la carrera de las armas.

Tanto en Arabia como en la China, se habían observado iguales condiciones patológicas de las uñas y la gran sensibilidad al dolor que dichos apéndices poseen, fue la base para la creación del famoso martirio de los chinos que introducían trozos de bambú por debajo de las uñas. A su vez observaron que a consecuencia de dicha práctica, las personas así castigadas permanecían sufriendo de las uñas por un largo tiempo y al final llegaban a perderlas o eran sustituidas por otras uñas nuevas.

Durante el período del obscurantismo, se pierde toda huella sobre esta fase histórica y no es sino en el último tercio del siglo XIX y principios del siglo XX, que comienzan a aparecer observaciones sobre los estados patológicos que dañan a las uñas. Durante la era Pausteriana y a medida que se van conociendo los agentes microbianos causales de las enfermedades y que se imponen las medidas aconsejadas por Pasteur y Lister, van apareciendo progresivamente informes relacionados con las enfermedades de las uñas y correlativamente, su importancia va en aumento y con ello va asociada la necesidad de conocerlas, de buscar sus agentes coadyuvantes o causales y a su vez la manera de combatirlas. Las escuelas se dividen y unas aconsejan tratamientos médicos, mientras que otras prefieren la cura radical por el método de resección.

Este último método es al principio poco favorecido por los médicos y cirujanos, y no es sino con el descubrimiento de los agentes enestésicos y por la comprobación de que muchas de las enfermedades de las uñas curan al practicar su resección, que la ablación quirúrgica de estos apéndices cutáneos entra a ocupar firmemente un sitio de honor dentro de las técnicas de la Cirugía Menor.

Estas técnicas tienden no sólo a curar la enfermedad sino que también a preservar la regeneración normal de las uñas, con el correr de los años se han ido perfeccionando y en la

actualidad forman parte del armamentarium terapéutico del médico y cirujano moderno.

El objeto de este trabajo es el de colaborar en la divulgación científica de esta técnica y en especial, el darla a conocer al cuerpo médico guatemalteco, ya que ella fue ideada en esta ciudad hace más de cuatro años por el Dr. Fernando A. Cordero C., quien ha tratado más de 200 casos con la ablación de 500 uñas de los pies y manos, logrando la creación de una Técnica Quirúrgica Nueva, sencilla y fácil, contribuyendo así a la curación de todas aquellas enfermedades en que esté indicada la ablación quirúrgica de las uñas y como prestigio a la Medicina Nacional.

EMBRIOLOGIA

Los apéndices cutáneos de naturaleza queratínica tales como los cabellos y las uñas se derivan de la epidermis (Ectodermo).

Es durante el tercer mes de la vida embrionaria que se comienzan a apreciar las uñas bajo la forma de áreas planas, sobre la cara dorsal de las falanges de los dedos del embrión. Estas áreas son conocidas como uñas primarias y están rodeadas en su extremo proximal por un repliegue profundo del estratun germinativo.

No es sino hasta el quinto mes de vida, que el verdadero tejido ungueal se genera a expensas del repliegue proximal y cuando la epidermis profunda (Estratun Germinativo), se transforma en la futura matriz ungueal. Las células del estratun germinativo se infiltran progresivamente de fibrillas de sustancia onicogénica proceso que las transforma en células planas e íntimamente unidas entre sí. Con el progresivo crecimiento del platillo ungueal sus células se superponen en capas horizontales que se descaman y cornifican a medida que el cuerpo de la uña se separa más y más de la matriz.

ANATOMIA

La uña como hemos dicho anteriormente es una formación de la epidermis. Está situada sobre el corion, transformado en el llamado lecho ungueal y rodeado lateralmente y por detrás por un pliegue formado por la piel, el repliegue ungueal. Entre el lecho ungueal y el repliegue ungueal se encuentra un canal, llamado surco ungueal. La parte libre y visible de la uña se denomina cuerpo de la uña, en contra posición con la parte posterior, metida por debajo de la piel, llamada raíz de la uña.

La uña, situada sobre el lecho ungueal conjuntivo, consta de dos partes: una profunda, blanda, que corresponde a la capa terminal de la epidermis, y otra superficial, queratinizada, que es la uña en sentido estricto. La capa profunda consta de células espinosas que se hacen cada vez más recias hacia la parte posterior, donde se la designa con el nombre de matriz de la uña, porque a partir de aquí se verifica el crecimiento de la misma. La matriz, forma el segmento blanco de la uña visible exteriormente y es conocida con el nombre de lúnula. Esta queda separada del resto de la uña por una línea curva, de convexidad anterior. En la matriz encontramos también, a diferencia de lo que acontece en las restantes partes de la uña, un estratun granulosum bien desarrollado.

La uña propiamente dicha consta de células planas queratinizadas que contienen todavía restos evidentes de núcleo. Reuniéndose entre sí, forman las hojas de la uña, que se cubren las unas a las otras como las tejas de un tejado. Las manchas blanquecinas que se observan en la uña provienen muchas veces del acumulo de burbujas de aire entre las hojas ungueales.

La capa germinal de la uña, se continúa en el surco ungueal con la capa germinal de la piel del repliegue ungueal. Esta última está cubierta por un estratun corneum, que revis-

te también una parte de la superficie ungueal formando el eponíqueo.

El crecimiento de la uña se realiza hacia adelante a partir de la matriz cuyas células se multiplican, se queratinizan y se transforman en células ungueales. Como esta transformación se efectúa en toda la zona periférica posterior y lateral de la raíz ungueal, la uña propiamente dicha es empujada progresivamente hacia adelante mientras que la capa germinal permanece en su sitio.

CAPITULO II

TECNICAS USADAS

A continuación, haré una breve descripción sobre las diferentes técnicas clásicas y unánimemente aceptadas para la ablación quirúrgica de las uñas, no con el deseo de criticarlas sino sólo como un término de comparación con la nueva técnica que más adelante describo. A su vez deseo reconocer que si bien todas las técnicas son diferentes entre sí, no lo es su objetivo final, ya que con cualquier técnica que se siga y de acuerdo con la experiencia del operador, los resultados terapéuticos son buenos y halagadores.

Para facilitar su descripción didáctica así como la comparación posterior con la técnica del Dr. Cordero, he subdividido este capítulo en la siguiente forma:

TECNICA NUMERO I

A.—Anestesia: se usa como anestesia local la solución de Novocaína al 1 o 2 %, con adrenalina, ésta se inyecta en la base del dedo en que se va a practicar la resección de la uña. Muchas veces hay necesidad de anestesia general (Pentotal), porque con estas técnicas el dolor es de bastante consideración, durante y después de la operación, o en personas muy nerviosas.

- B.—Una vez obtenida la anestesia de la región a tratar, se procede a colocar un pequeño torniquete en la base del dedo.
- C.—A continuación se hace la antisepsia y la colocación de campos operatorios.
- D.—Primera maniobra quirúrgica: se usa una sonda acanalada, la cual se introduce por debajo de la uña, en la dirección antero-posterior, procurando llegar con la punta de la sonda hasta la raíz o base ungueal.
- E.—Segunda maniobra quirúrgica: con un bisturí, cuya hoja se desliza sobre la canal de la sonda, introducida en la maniobra anterior, se procede a cortar la uña en el sentido antero-posterior y en dos partes iguales. Luego se retira la sonda acanalada y con una pinza hemostática se toma una mitad de la uña y se separa del lecho ungueal. Una vez separada esta mitad, por tracción es arrancada de su matriz y canal ungueal. Igual maniobra se ejecuta con la otra mitad de la uña.
- F.—Terminada la operación, se retira el torniquete de la base del dedo y la superficie cruenta es recubierta con gasa vaselinada y curaciones estériles.
- G.—Es corriente durante el post-operatorio y por el dolor que puede ser muy intenso, se administra aspirina, aspirina codeína y a veces barbitúricos.

TECNICA NUMERO 2

- A.—Después de ejecutadas las maniobras A, B y C de la técnica número 1, se procede de la manera siguiente: Primera Maniobra quirúrgica: Con el bisturí se hacen respectivamente, una incisión antero-posterior a cada lado de la uña, llegando hasta la altura del surco ungueal para así no dañar la matriz de la uña.
- B.—Segunda maniobra quirúrgica: Empújase hacia atrás el repliegue ungueal con el mango del bisturí; una vez que

éste se ha levantado se le toma con pinzas y se hace tracción hacia la base del dedo, para así poder dejar visible la raíz de la uña y cortarla con tijeras. Luego se separa el cuerpo de la uña por desprendimiento.

- C.—Como curación se usa gasa vaselinada sobre la región operada.
- D.—Como medicación post-operatoria hay necesidad de aspirina codeína y barbitúricos en unos casos. El tiempo de recuperación con estas técnicas, es más prolongado y hay necesidad de que los pacientes se hospitalicen.

TECNICA NUMERO 3

- A.—Después de las condiciones generales, de anestesia, antisepsia y colocación de campos operatorios, se procede de la siguiente forma: Primera maniobra quirúrgica: Con el bisturí se hace una incisión curva en la uña y su matriz, que llegue hasta el lecho ungueal. Otra incisión análoga se hace sobre el repliegue ungueal y la cual debe unir o terminar en los extremos de la primera. Con esta incisión elíptica se extirpa aproximadamente la cuarta parte de la uña junto con su matriz y la piel del margen. Si se deja la mayor parte de la matriz, se regenera la uña.
- B.—Segunda maniobra quirúrgica: La herida se cierra parcialmente con una puntada de hilo de seda que se hace en la base, y otra poco arriba del borde libre. Generalmente se obtiene la curación de cuatro a seis semanas.
- C.—Como curación se usa gasa seca y se cubre la sutura, para después a los cinco días proceder a quitar los puntos.
- D.—Como medicación post-operatoria por las complicaciones de dolor hay necesidad de administrar barbitúricos. Quedando muchas veces como secuelas cicatrices dolorosas que dificultan el crecimiento normal de la uña así tratada.

NUEVA TECNICA

Una vez reconocida la indicación terapéutica de quitar las uñas, ya sea de las manos o de los pies, se procede de la manera siguiente:

- A.—Anestesia: si es sólo una uña la que se va a quitar, se usa de preferencia la anestesia local con solución de Novocaína al 1 o 2 % con adrenalina al 1 % o escurocaína, y se inyectan de 1 a 2 c. c. en la base del dedo, con el objeto de obtener una anestesia troncular y general de todo el dedo. Si son varias uñas de la mano las que tienen que quitarse, se usa la misma clase de anestesia pero inyectándola a nivel de la muñeca sobre los nervios radial y cubital, y uno o dos c.c. sobre la cara dorsal de la misma región. En ninguno de los cincuenta casos así operados, ha sido necesario el uso de torniquete alrededor del dedo, ya que la hemorragia durante y después de la operación es prácticamente nula con el uso de esta técnica.
- B.—Una vez obtenida la anestesia, se hace la asepsia de la región y la colocación de los campos operatorios.
- C.—Como instrumental quirúrgico, se usa exclusivamente una cucharilla de tamaño mediano o pequeña, instrumento análogo a las cucharillas pequeñas que se usan para legados óseos. Sostenida ésta entre los dedos índice y pulgar del operador, se aplica la punta de la cucharilla sobre la cara o superficie externa de la uña y en la vecindad de su borde proximal (FIGURA No. 1).

Con la cucharilla, se empuja en dirección hacia la base del dedo, la piel que recubre la raíz de la uña (Repliegue supra-ungueal) y a su vez debe levantarse y separar dicho repliegue de la uña, hasta llegar al borde proximal o raíz de la uña. Esta maniobra debe hacerse en toda la extensión lateral de la zona donde la uña se inserta en el dedo.

- D.—Terminada esta primera maniobra y levantado el repliegue supra-ungueal (FIGURA No. 2), se introduce la cucharilla entre el borde proximal o raíz de la uña y el lecho formado por el doblez de la piel en la matriz de la uña (FIGURA No. 3), tratando a su vez de levantar y desprender dicho borde del lecho formado por la matriz ungueal. Esta maniobra es preferible iniciarla en la parte media y luego extenderla hacia ambos lados.
- E.—Una vez obtenida la separación parcial de la raíz de la uña, con la maniobra anterior, debe tenerse especial cuidado de que todo este borde quede libre de adherencias profundas y especialmente sobre los surcos laterales de la uña (FLECHAS EN LA FIGURA No. 4).
- F.—Con ello se logra superponer el borde proximal de la uña sobre la piel del repliegue supra-ungueal (FIGURA No. 4), y entonces se introduce la cucharilla por debajo del cuerpo de la uña como se ilustra en la figura No. 5, y tomando el instrumento con toda la mano se hace tracción hacia el cuerpo del operador, tratando así de arrancar la uña de su lecho. Antes de ejecutar la maniobra de tracción o arranque, debe cerciorarse de que los extremos laterales de la uña (FIGURA No. 4, Flechas) estén libres, ya que si por un descuido, uno de ellos se encuentra aún insertado dentro del surco lateral, al hacer la tracción del cuerpo de la uña, ésta se rasga longitudinalmente y una parte de la misma se queda incluida en dicho surco.
- G.—La superficie o herida operatoria es lisa y la hemorragia prácticamente nula, ya que el lecho ni la matriz de la uña han sido lesionados o traumatizados por instrumentos corto-punzantes.
- H.—De preferencia, se recomienda el uso de Telfa aplicada directamente sobre el lecho ungueal como curación, y ésta recubierta por gas estéril. La curación puede ser cambiada de 24 a 48 horas después y al cabo de 4 a 6 días dejar la zona libre de toda curación o vendaje.

I.—En caso de dolor post-operatorio y sólo durante las primeras 24 a 48 horas, se administra como analgésico aspirina y a veces aspirina codeína.

CAPITULO III

INDICACIONES

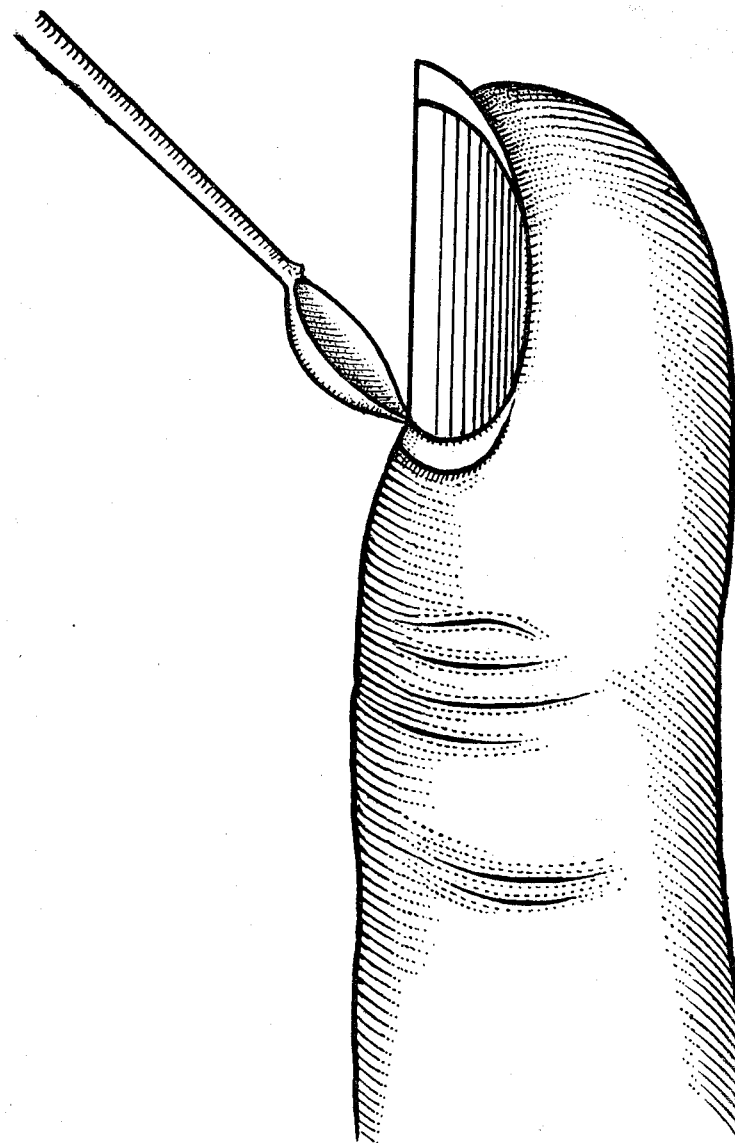
Resecar una uña, es una operación de cirugía menor que se practica en la vida diaria del médico; por su sencillez esta nueva técnica puede ser fácilmente ejecutada en la clínica y por medio de la cual se pueden quitar uno o varios de estos apéndices cutáneos. Está indicado su uso, en todos aquellos estados patológicos en que esté indicada su resección y en particular en los casos de onicomycosis que hayan sido rebeldes al tratamiento médico, en las Paroniquias (Estafilococcicas), uñas encarnadas, Panadizos (peri-ungueales), Traumatismos de los dedos en que estén complicadas las uñas, y en todas aquellas anomalías de las uñas que haya necesidad de resecarlas para obtener la curación y como consecuencia la regeneración normal.

RESULTADOS OBTENIDOS CON LA NUEVA TECNICA

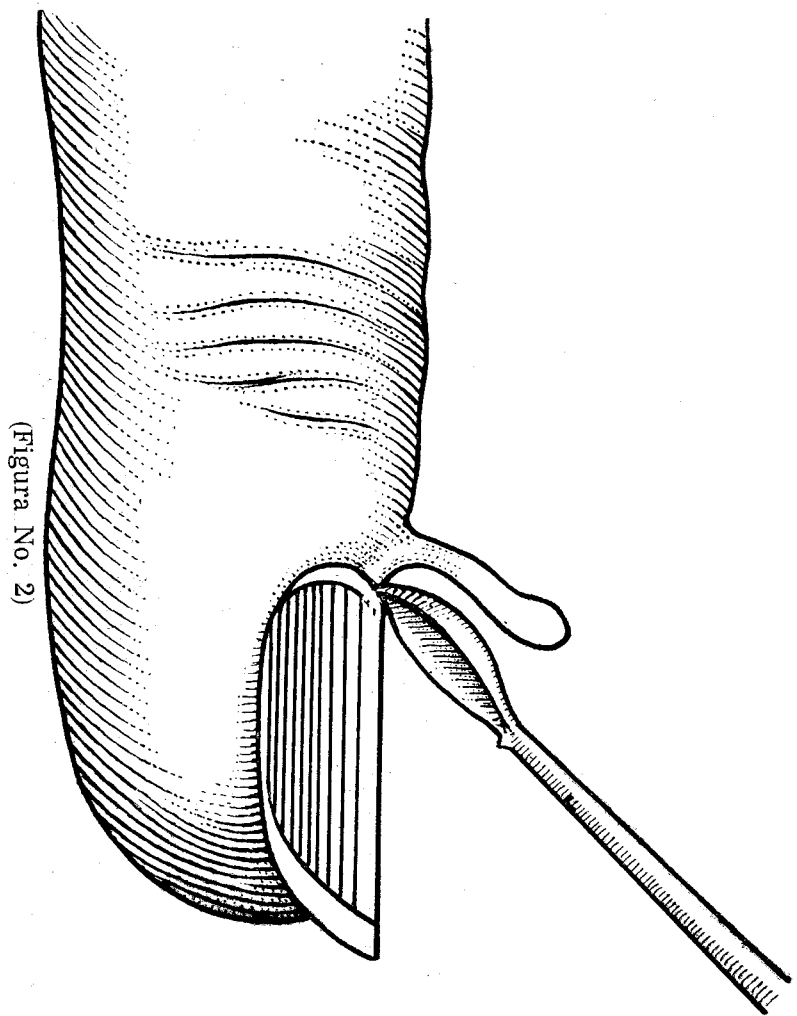
En los cincuenta casos tratados con la ablación de ciento cincuenta uñas de las manos y pies, los resultados terapéuticos han sido excelentes y halagadores, ya que se observó en un 90 % de los casos tratados, la recuperación funcional del miembro operado entre los 12 a 20 días posteriores y el crecimiento de las uñas en un período de 4 a 6 semanas. Además se tuvo un post-operatorio sin complicaciones, el dolor fue de menor intensidad y sólo hubo necesidad de aspirina para unos casos, otros tuvieron un post-operatorio sin medicación.

La hemorragia durante y después de la operación fue casi nula. Los pacientes no tuvieron necesidad de hospitalización.

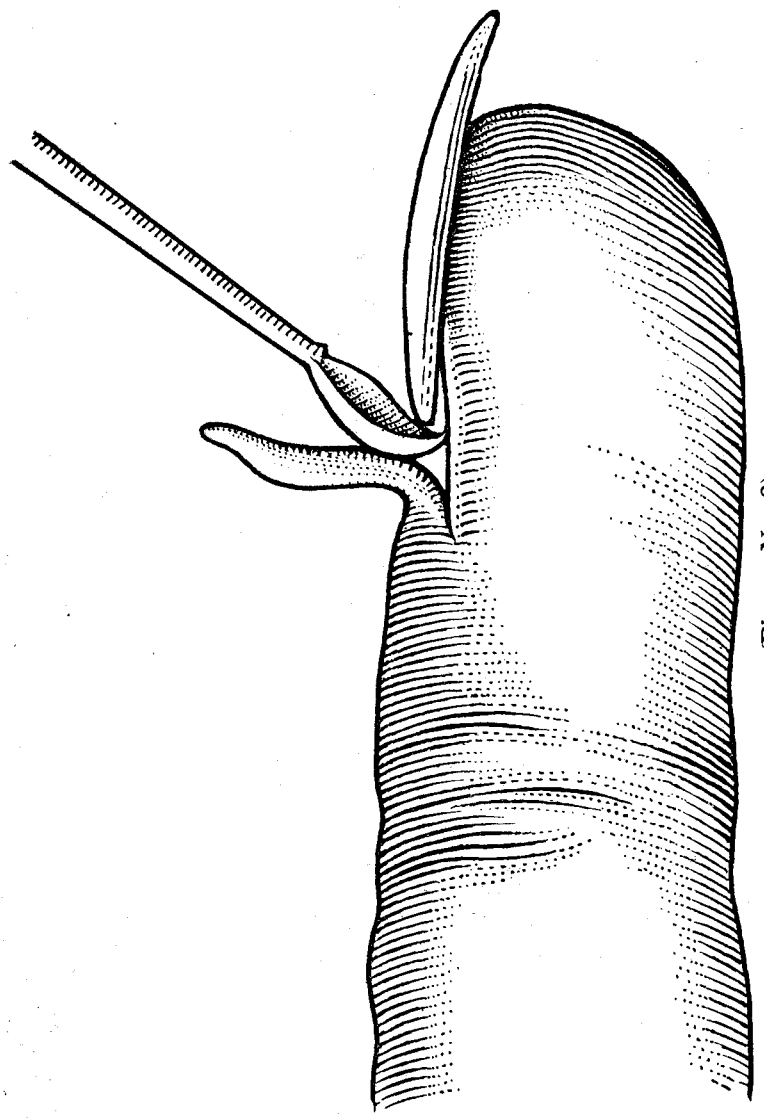
El tiempo que se necesitó para verificar la ablación ungueal de estos pacientes con esta nueva técnica quirúrgica,



(Figura No. 1)

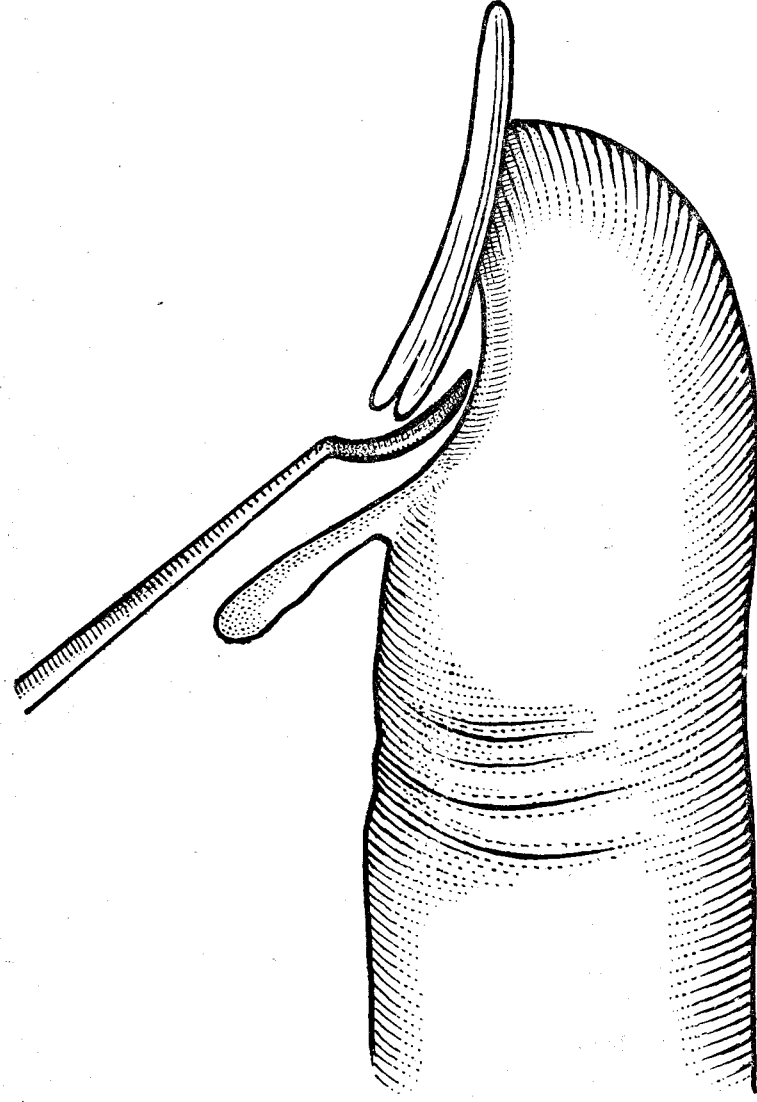
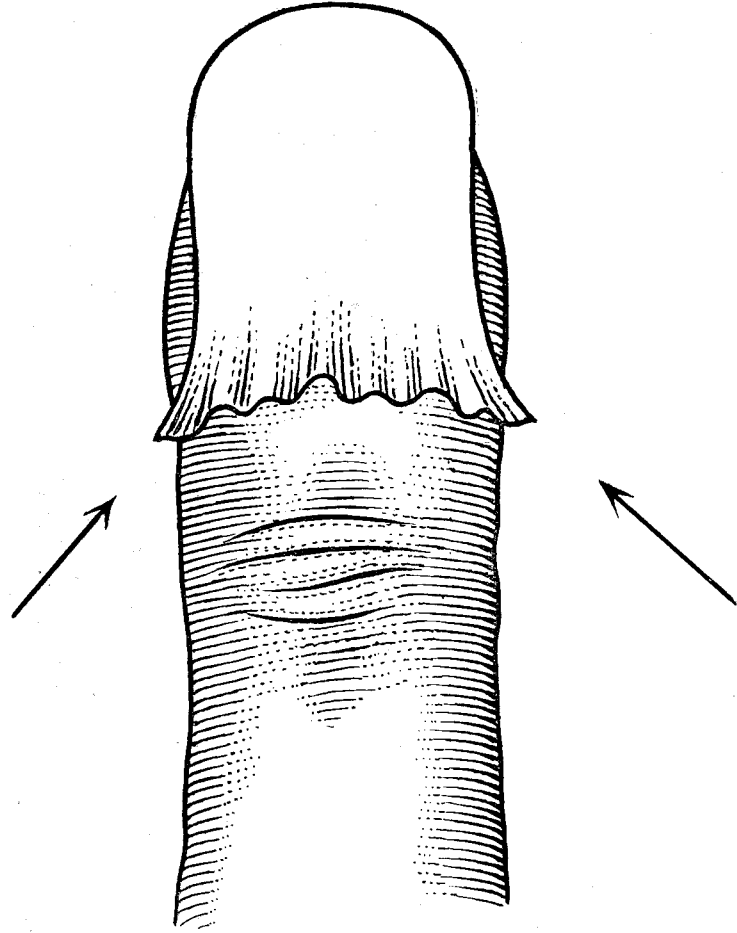


(Figura No. 2)



(Figura No. 3)

(Figura No. 4)



(Figura No. 5)

fue relativamente corta, debido a que al hacer la ablación se sigue más o menos al trayecto normal del crecimiento de la uña.

COMPARACION CON LAS OTRAS TECNICAS

Este nuevo procedimiento debido a que se verifica con sencillez en corto tiempo, y con un instrumento como es una cucharilla tiene ventajas indiscutibles si se le compara con las otras técnicas que se han descrito hasta la fecha.

Con esta técnica no hay necesidad de un torniquete en la base del dedo, ya que la cucharilla es un instrumento de bordes romos que no traumatiza la piel y por consecuencia la hemorragia es casi nula. Con las otras técnicas sí hay necesidad en muchos casos de usar un torniquete sobre el dedo donde se va a verificar la resección de la uña, debido a que los instrumentos que se utilizan son punzo-cortantes, traumatizan la piel periungueal y la hemorragia es considerable; con el uso de dichos instrumentos es posible y fácil lesionar la matriz ungueal y tener como resultado la falta del crecimiento o el crecimiento anormal de las uñas así tratadas.

El post-operatorio de técnicas que traumatizan tremendamente el lecho y la piel periungueal tiene que ser doloroso y de recuperación tardía, habiendo muchas veces hasta necesidad de que pacientes así tratados se hospitalicen; mientras que si se sigue una técnica que respete el lecho, la matriz y la piel periungueal, tiene que ser menos dolorosa y la recuperación en menor tiempo.

El tiempo necesario para ejecutar esta nueva técnica quirúrgica es corto, debido a que se usa únicamente un instrumento sencillo y práctico.

Además no hay necesidad de hospitalizar al enfermo o de usar anestesia general y así se evitan los accidentes que con una anestesia de esta naturaleza pudiesen ocurrir.

CAPITULO IV

CONCLUSIONES .

- 1.—Se presenta una nueva modalidad quirúrgica para la ablación de las uñas.
- 2.—Esta operación de cirugía menor puede aplicarse para la resección de las uñas de los pies y manos.
- 3.—Con esta técnica, se respeta la zona regeneradora o matriz de las uñas.
- 4.—El instrumento usado, es exclusivamente una cucharilla de bordes romos y no perforada.
- 5.—La vía quirúrgica que se sigue con este método, es más o menos el camino fisiológico del crecimiento de las uñas, sin herir o lesionar los tejidos peri o sub-ungueales de los dedos.
- 6.—Es de fácil ejecución y no es necesario hospitalizar al enfermo.
- 7.—La ausencia de lesiones en los tejidos peri-ungueales y la casi nula hemorragia, contribuyen a un post-operatorio corto y feliz.
- 8.—Los resultados terapéuticos obtenidos, son buenos y halagadores.

RECOMENDACIONES

Con la experiencia obtenida en los cuatro años de uso de esta técnica y la observada en los enfermos en que la apliqué, y reconociendo sus ventajas sobre las técnicas clásicas, es que me permito recomendarla como una técnica superior.

Vo. Bo.:

Dr. Fernando A. Cordero C.

Vo. Bo.:

Dr. Ernesto Alarcón
DECANO

Br. Guillermo Reyes Durán

BIBLIOGRAFIA:

- 1.—Maisonnet, J.: *Petite Chirurgie*. G. Doin y Cie. 1945.
- 2.—Andrews, G. C.: *Diseases of the Skin*, W. B. Saunders, 1947.
- 3.—*Surgery of Repair*: 427, Lipincott, J. B., 1949.
- 4.—Darier J.: *Compendio de Dermatologie*. Salvat, S. A. 484, 1945.
- 5.—Pardo-Castello, B. *Diseases of Nails*. C. C. Thomas 1941.
- 6.—Sutton, R. L., *Diseases of the Skin*. C. V. Mosby, 1926.
- 7.—Taylor, K. P. A. *Permanente extirpation of Nails in chronic Onichomycosis*.
- 8.—Layus, P. *Tratamiento de la Perionixix*. Rev. Argentina.
- 9.—Bartlet R. W. *A conservative Operation for the cure of so-called Ingrown Toe Nail*.
- 10.—Keyes, *The Surgical Treatment of Ingrown Toe Nails*.