

Efectividad de la limpieza de surcos para aumentar el ancho de la lámina ungueal en uñas involutas

Effectiveness of Groove cleaning to increase the width of nail plate in involute nails

Francisco Bustos Briones¹;

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Fecha de recepción: 12 de abril de
2024

Fecha de aceptación: 28 de mayo de
2024

¹ Pdg. Francisco Bustos Briones
<https://orcid.org/0009-0005-3192-1990>
Instituto Superior Tecnológico
San Antonio
fbustos@itsa.edu.ec

RESUMEN

La uña involuta es una onicopatía de habitual, la cual genera molestias en los surcos ungueales como dolor tipo opresivo, el cual es provocado por la acumulación de onicofosis debido a la presión que ejerce la lámina ungueal sobre los pliegues laterales. Al retirar la onicofosis de los surcos ungueales se alivia la presión y mejora el dolor. Al estar los canales libres, la lámina puede abrirse, aumentando su ancho, lo que contribuye a mejorar la curvatura de la lámina ungueal. En este trabajo se realizó una limpieza de surcos y los resultados que se obtuvieron fueron: Aumento del ancho de la lámina ungueal, eliminar el dolor, evitar un procedimiento invasivo que podría generar complicaciones como: dolor, inflamación e infección.

Palabras claves: Uña involuta, Onicofosis.

ABSTRACT

The involute nail is a common onychopathy which generates discomfort in the nail grooves such as oppressive pain, which is caused by the accumulation of onychophosis due to the pressure exerted by nail plate on the lateral folds. Removing onychophosis from the nail grooves relieves pressure and improves pain, As the channels are free, the plate can open, increasing its width, which contributes to improving the curvature of the nail plate. In this work, groove cleaning was carried out and the results obtained were: Increase in the width of the nail plate, eliminate pain, avoid an invasive procedure that could generate complications such as: pain, inflammation and infection.

Keywords: Involute nail, Onychophosis.



INTRODUCCIÓN

Las uñas involutas, también conocidas como uñas encarnadas, representan una afección podológica común que puede causar molestias, dolor e incluso infecciones en los pacientes. Uno de los enfoques terapéuticos utilizados para tratar esta condición es la limpieza adecuada de los surcos ungueales, con el objetivo de aumentar el ancho de la lámina ungueal y reducir la presión sobre los bordes de la uña.

La uña involuta es una onicopatía de origen congénito o adquirido en que la lámina ungueal aparece convexa y puede estar engrosada, mientras que el lecho ungueal se encuentra elevado. Una uña involuta genera molestias en los surcos ungueales como es el dolor tipo opresivo, el cual es provocado por la aparición de onicofosis a consecuencia de la presión que ejerce la lámina ungueal sobre los pliegues laterales. La uña involuta puede generar la aparición de onicocriptosis si no se corrige, lo que causa un problema mayor al paciente (1,4,5).

Los pliegues laterales y el pliegue proximal rodean la lámina ungueal, lo cual le da soporte y protección y a su vez actúa como una barrera cutánea de características similares a las de la piel adyacente. Los pliegues laterales cubren y protegen la mayor parte de la matriz y la superficie de la lámina ungueal recién formada; se unen en la parte superior con el pliegue proximal y distalmente con el hiponiquio (1,2,4).

La onicofosis es una queratosis que aparece en los pliegues laterales principal-

mente de los primeros ortejos (2). Las causas de aparición más frecuentes que se pueden apreciar en la consulta podológica están asociadas a infecciones fúngicas, presiones por un calzado ajustado; mal corte de las láminas ungueales con invasión de los laterales de la misma y en pacientes con alteraciones en la curvatura ungueal, como una lámina involuta, la cual es definida por una sobre curvatura de uno o ambos bordes laterales hacia el lecho ungueal, esta curvatura excesiva se aprecia más comúnmente en el primer ortejo, pero no excluye al resto.

Estas afecciones alteran la lámina ungueal y se modifica el lecho ungueal, por lo cual se provoca una hiperplasia del tejido subungueal (1,2,4). Una lámina involuta generalmente se acompaña de onicofosis por la presión que se ejerce en el pliegue lateral y esta onicofosis puede empeorar la curvatura de la lámina ungueal al invadir los surcos ungueales no dejando espacio para que la lámina pueda seguir su curso natural por el lecho ungueal, generando un dolor tipo opresivo en los pliegues laterales provocando molestias al paciente.

Es por esta razón que muchos pacientes creen tener una onicocriptosis. Además, si el profesional no hace una exploración adecuada del surco ungueal puede llegar a confundirse y valorar la molestia como una onicocriptosis grado I, y solamente guiándose por la manifestación de dolor que refiere el paciente opta por realizar una despiculización, lo que puede provocar dolor, inflamación, herida e infección. De igual manera, con el tiempo se altera la curvatura de la lámina

ungueal del paciente provocando una onicocriptosis de un grado mayor. Además, por una aplicación deficiente de la técnica se puede generar en el final del corte un ángulo que puede crear un arpon (3), lo que ocasionaría una onicocriptosis recidivante en el corto tiempo al paciente, por un mal diagnóstico lo que conlleva a un procedimiento errático.

Debido a que muchos pacientes han manifestado que el tratamiento a su molestia fue una intervención de los laterales de la lámina ungueal, el cual genera dolor; inflamación, herida e infección, se planteó la interrogante de realizar este estudio con la finalidad de comprobar si un procedimiento no invasivo podría o no tener más beneficios para el paciente.

La despiculización o espiculotomía innecesaria en la consulta podológica, es una práctica común, ya que la mayoría de los pacientes refieren alguna molestia en los surcos ungueales, pero sin una adecuada revisión y aplicando la técnica de la onicocriptosis no se justifica esa práctica. Es bastante común que los pacientes exijan que se retiren los laterales de las láminas ungueales sin conocer lo perjudicial que esto es para la curvatura normal de la uña, lo que genera que se produzca una lámina involuta. Es por eso que el podólogo debe realizar una adecuada revisión e informar los beneficios que trae el no practicar una técnica invasiva.

La efectividad de la limpieza de los surcos ungueales como medida terapéutica en el manejo de las uñas involutas ha sido objeto de interés y estudio en el campo de la podología. Este enfoque

busca no solo aliviar los síntomas asociados con las uñas encarnadas, sino también prevenir recurrencias y mejorar la calidad de vida de los pacientes afectados (4, 6).

En este trabajo se exploró la relevancia clínica de la limpieza de surcos como estrategia para aumentar el ancho de la lámina ungueal en pacientes con uñas involutas, revisando la evidencia disponible y destacando la importancia de esta intervención en el contexto de la práctica podológica moderna.

II. METODOLOGÍA.

Se realizó un estudio de caso con 25 pacientes atendidos por el especialista en el mes de enero de 2023 en un Centro de Podología de la ciudad de Quito. El muestreo fue consecutivo y los pacientes firmaron el consentimiento informado para ser parte de este estudio antes de ingresar al mismo. Los criterios de inclusión fueron: Hombre o mujer mayor de 18 años con dolor tipo opresivo suave a moderado en los primeros orjeos en escala de valoración EVA (1 al 6), con uña involuta. Los criterios de exclusión fueron: presencia de onicomiosis, onicocriptosis en cualquiera de sus grados, hipertrofia ungueal derivada de traumatismos previos o una avulsión de la lámina ungueal de los primeros orjeos u otra onicopatía que altere la curvatura de la lámina ungueal.

Quince pacientes fueron despiculizados en otros centros podológicos lo que corresponde a un 60% de la muestra. Los 10 restantes presentaron la molestia por primera vez, lo que corresponde al 40% de la muestra (Tabla 1). El 73% fueron muje-

edad de 44 años.

TIPO DE PROCEDIMIENTO	PACIENTES
• Sin procedimiento, Asisten por primera vez • Despiculizados	• 10 • 15
PORCENTAJE	
• 40% • 60%	

Tabla 1. Tipo de procedimiento previo. Fuente: Elaboración propia

Como primer paso, antes de la profilaxis podológica, se realizó la presión digital sobre los laterales de la lámina ungueal y sobre la lámina ungueal de manera perpendicular con los dedos pulgar e índice en los primeros orfejos de ambos pies para valorar el dolor con la escala de valoración Eva (7) como se muestra en los Gráficos 1 y 2.



Gráfico 1. Presión lateral.
Fuente elaboración propia



Gráfico 2. Presión perpendicular.
Fuente elaboración propia

Este procedimiento se realiza también para determinar qué tipo de dolor presentaban los pacientes, si un dolor tipo punzante o una presión y a que maniobra sentían más dolor, si a la presión lateral o perpendicular. En la Tabla 2 se pueden apreciar los valores que se obtuvieron.

TIPO DE DOLOR	PACIENTES
• Lateral • Perpendicular	• 15 - 10 • 10
PORCENTAJE	DOLOR SEGÚN ESCALA EVA
• 60% - 40% • 40%	• 3 a 4 - 2 a 3 • 5 a 6

Tabla 2. Tipo y grado de dolor antes de la atención. Fuente: Elaboración propia

Posterior a esto, se realizó la medición del ancho de la lámina ungueal de los primeros ortijos en su parte medial con cinta métrica en mm, antes de la profilaxis podológica, como se muestra en el Gráfico 3



Gráfico 3. Medición del ancho de láminas. Fuente: Elaboración Propia

Se optó por la cinta métrica, ya que al ser flexible se puede adaptar mejor a la curvatura de la lámina ungueal en uñas involutas. Un dispositivo más rígido de medición podría alterar la muestra al no poder adaptarse a la curvatura de la lámina en el estudio.

Después de registrar los datos obtenidos en primera instancia en la ficha clínica se comienza con el procedimiento de profilaxis podológica. Este procedimiento se inicia con la asepsia inicial del pie con “Germidal” (clorhexidina más cetrimida) en solución acuosa 1:100 y torundas de algodón. Se toman con pinza Kelly recta y pinza anatómica sin dientes y se realiza un arrastre mecánico de proximal a distal por el dorso y planta del pie, como se muestra en el Gráfico 4



Gráfico 4. Asepsia inicial. Fuente: Elaboración Propia

Luego, con la pinza Kelly recta se toman pequeñas bolitas de algodón y se limpian los espacios interdigitales, comenzando por el cuarto espacio hasta llegar al primero. Se realiza un arrastre mecánico (en sentido de las manecillas del reloj o en contra, pero siguiendo sólo una dirección), como se muestra en el Gráfico 5.



Gráfico 5. Asepsia interdigital. Fuente: Elaboración propia

Posteriormente se realiza la fomentación de las láminas ungueales con torunda de algodón y “Germidal” en solución acuosa, la cual se aplica sobre las láminas con el objetivo de ablandar la onicofosis en los surcos ungueales, como se muestra en el Gráfico 6.



Gráfico 6. Fomentación. Fuente: Elaboración Propia

Se procede a la limpieza de surcos para retirar onicofosis con gubia número 1 o 2 y la onicotomía (corte recto de la lámina ungueal sin intervenir laterales con alicate de media luna), Gráfico 7. Se detallan los materiales en el Gráfico 7.



Gráfico 7. Gubia, alicate, fresa piedra. Fuente: Elaboración Propia

A continuación, se muestran los restos de onicofosis en los Gráficos 8 y 9.



Gráfico 8. Restos de onicofosis.
Fuente: Elaboración Propia

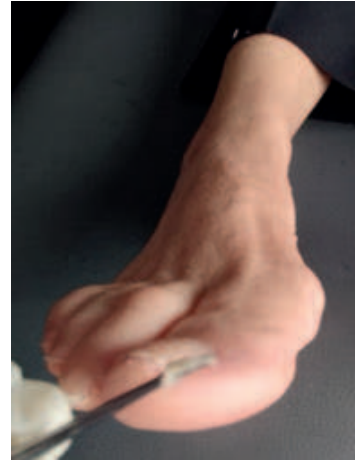


Gráfico 9. Gubia con onicofosis
Fuente: Elaboración Propia

Luego de la limpieza, se realiza el pulido de surcos y margen libre de la lámina ungueal con fresa piedra de desgaste tipo cono invertido en todos los orfejos como se muestra en el Gráfico 10.



Gráfico 10. Pulido de surcos y margen libre. Fuente: Elaboración Propia

Por último, se realiza la asepsia final en la cual se repite el mismo procedimiento de la asepsia inicial para terminar la atención. En el Gráfico 11 se muestra como quedan las láminas del primer orjejo después de la atención.



Gráfico 11. Después de la atención. Elaboración Propia

Al finalizar la atención nuevamente se vuelve a realizar la presión digital sobre los laterales de la lámina ungueal y sobre la lámina ungueal de manera perpendicular con los dedos pulgar e índice en los primeros orjejos de ambos pies para valorar el dolor con la escala de valoración Eva y cerciorarnos que este ya ha desaparecido con la intervención.

Luego se vuelve a medir el ancho de la lámina ungueal de los primeros orjejos en su parte medial en mm con cinta métrica para determinar si el valor que obtuvimos en la primera medición sigue siendo igual o ha cambiado. Estos nuevos datos se registran en la ficha clínica para poder comparar con los datos que se obtuvieron antes de la atención.

III. ANÁLISIS DE RESULTADOS.

En todos los pacientes el dolor fue aliviado con la remoción de la onicofosis como se muestra en la Tabla 3.

TIPO DE DOLOR	PACIENTES
• Lateral • Perpendicular	• 25 • 25
PORCENTAJE	DOLOR SEGÚN ESCALA EVA
• 100% • 100%	• 0 • 0

Tabla 3. Dolor después de la atención: Fuente: Elaboración Propia

Después del tratamiento, se evidencio un aumento de la anchura de las láminas ungueales de los primeros ortijos en 1mm después de la atención en todos los pacientes. La lámina ungueal derecha es más ancha que la izquierda en un 80% de los pacientes y en 20% la medida fue igual antes y después de la atención.

En el Gráfico 12 se detallan los valores en promedio del ancho de lámina de los primeros ortijos derecho e izquierdo, que se obtuvieron al medir antes y después de la atención, y la diferencia en mm que hay entre la lámina derecha e izquierda antes y después de la atención. También se grafica el promedio de láminas con igual medida entre derecha e izquierda antes y después de la atención.

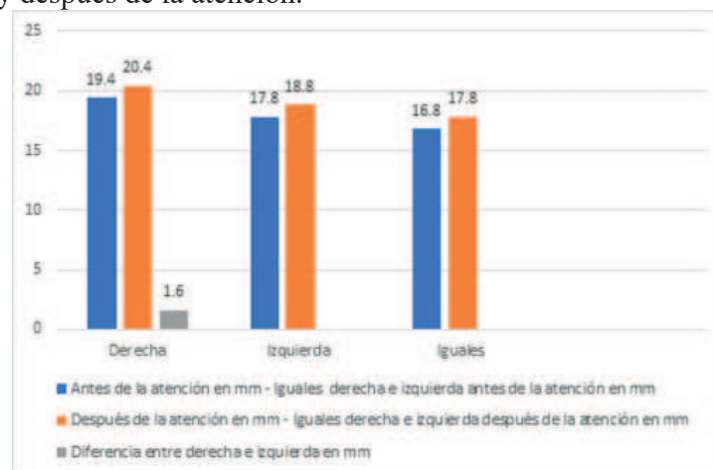


Gráfico 12. Promedio de mediciones en mm. Fuente Elaboración Propia

En el caso de los pacientes que fueron tratados con una despiculización anteriormente, los cuales corresponden al 60% de la muestra; comprendieron que no fue necesaria una intervención invasiva para solucionar su caso, y, manifestaron que el procedimiento fue mucho menos doloroso y más efectivo.

IV. CONCLUSIONES

La limpieza de surcos ungueales resulta ser una intervención efectiva en el manejo de uñas involutas. Los resultados obtenidos demuestran una mejoría significativa en el ancho de la lámina ungueal al retirar la onicofosis y despegar el surco ungueal. Una reducción de los síntomas asociados con las onicocriptosis.

Los pacientes que reciben un adecuado tratamiento de limpieza de surcos experimentan una disminución en el dolor, la inflamación y la presión en los bordes de las uñas, lo que contribuye a una mejor calidad de vida y bienestar general.

Se evidencio que la presión perpendicular de la lámina genera más dolor al paciente que la lateral en uñas involutas.

Es fundamental que los podólogos y profesionales de la salud del pie consideren la limpieza de surcos como parte integral del enfoque terapéutico para las uñas involutas. Esta intervención, cuando se realiza de manera correcta y periódica, puede prevenir recurrencias y complicaciones a largo plazo.

Además de la limpieza de surcos, es importante educar a los pacientes sobre

prácticas adecuadas de cuidado de las uñas, como el corte adecuado, el uso de calzado adecuado y la prevención de traumatismos que puedan predisponer a la formación de onicocriptosis

V. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Avayú E, Urbina F, Soto R. Glosario semiológico en Dermatología (XIX). Rev. Chilena Dermatol. 2015; 31 (4): 399 – 400. Disponible en: <https://www.rcderm.org/index.php/rcderm/article/view/20/20>
2. Chang P. Dermatitis de los pliegues ungueales laterales. Rev. Dermatología Cosmética, Médica y Quirúrgica. DCMQ Volumen 11 / Número 4 octubre-diciembre 2013. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/cosmetica/dcm-2013/dcm134c.pdf>
3. Márquez S, Lafuente G, Domínguez G. Estudios conservadores de la onicocriptosis. Rev Esp Podol. 2018;29(1):34-42. Disponible en: https://www.revesppod.com/Documentos/ArticulosNew/06_REV_podologia_vol29_n1_marquez.pdf
4. Ruiz M & Morales J. Técnicas quirúrgica “Ruiz”. Innovación para corregir la uña involuta y la onicocriptosis. Rev Esp Podol. 2020;31(1):10-15. Disponible en: https://www.revesppod.com/Ficheros/255/4/04_1550-2019%20OR%20Ruiz%20Te%E2%95%A0%C3%BCcnica_esp.pdf
5. Chang P, Monterroso M, Castro M. Onicólisis. Reporte de 50 casos. Dermatología cosmética, médica y quirúrgica. 2010;8(2):91-96. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/cosmetica/dcm-2010/dcm102c.pdf>
6. Totosa, H & Regaña, M. Distrofias Ungueales. Etiología Y Novedades Terapéuticas. Revista Española De Podología. 2011; XXII (3): 116 – 121. Disponible en: <https://www.revesppod.com/Documentos/ArticulosNew/X0210123811501138.pdf>
7. Herrero, V. et al. Valoración del dolor. Revisión comparativa de escalas y cuestionarios Rev Soc Esp Dolor 2018; 25(4): 228-23. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/dolor/v25n4/1134-8046-dolor-25-04-00228.pdf>