

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA HIPERTROFIA DEL APARATO UNGUEAL Y FALÁNGICO TRAS YATROGENIAS QUIRÚRGICAS DE REPETICIÓN. TÉCNICA DE SYME

Ana Juana Pérez Belloso¹, Javier Alcalá Sanz², Yolanda Aranda Bolívar³, Alicia Atienza Martínez⁴, Mercedes Ortiz Romero⁵, Luís María Gordillo Fernández⁶.

1. Licenciada en Podología y Diplomada en Enfermería. Máster en Nuevas Tendencias Asistenciales en Ciencias de la Salud. Universidad de Sevilla.
2. Diplomado en Podología. Becario del Área Clínica de Podología. U.S.
3. Diplomada en Podología. Becaria del Área Clínica de Podología. U.S.
4. Diplomada en Podología y Diplomada en Enfermería.
5. Diplomada en Podología. Máster en Biomecánica y Ortopodología. U.S.
6. Licenciado en Podología. Doctor por la Universidad de Sevilla. Prof. Asociado del Departamento de Podología. U.S.

CORRESPONDENCIA

Ana Juana Pérez Belloso
C/ Polonia 6 Bloq. 4 1º C
41012 (Sevilla)
anuscapb@hotmail.com

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA
HIPERTROFIA DEL APARATO UNGUEAL
Y FALÁNGICO TRAS YATROGENIAS
QUIRÚRGICAS DE REPETICIÓN.
TÉCNICA DE SYME

RESUMEN

La exóstosis subungueal y la onicocriptosis son patologías muy demandadas clínicamente en la consulta diaria, y con mucha frecuencia nos las encontramos asociadas, ya que ambas pueden ser a su vez causa y consecuencia. En ambos casos la clínica que presentan asociada a la incapacidad de calzarse y la impotencia funcional que generan, exige que requieran un tratamiento quirúrgico eficaz y definitivo.

Por otro lado, es frecuente encontrar pacientes que han sido tratados para este mismo problema por otros profesionales, sin éxito. Esto en muchos casos da lugar a una mayor distrofia del aparato ungueal, lo que agrava la sintomatología clínica y va en detrimento de las expectativas del paciente respecto a la resolución definitiva del cuadro clínico.

En esta comunicación presentamos el caso de una paciente intervenida mediante la técnica de Syme, útil como alternativa quirúrgica en casos en los que la hipertrofia del aparato ungueal y falángico tras iatrogenias quirúrgicas de repetición que hacen inviable el uso de técnicas de cirugía ungueal más conservadoras.

PALABRAS CLAVE

Cirugía, técnica de Syme, hipertrofia ungueal, exóstosis, onicocriptosis.

ABSTRACT

The subungual exostosis and onychocryptosis are in high demand conditions in the daily clinical, and very often we find them associated, both of which may itself be a cause and consequence. In both cases the clinical manifestations associated with the inability to put on and loss of function that generate demands that require an effective and definitive surgical treatment.

On the other hand, it is common to find patients who have been treated for this same problem by other professionals, without success. This in many cases results in greater dystrophy of the nail apparatus, aggravating the clinical symptoms and is detrimental to the patient's expectations regarding the final resolution of symptoms.

In this paper we present the case of a patient who underwent surgery using the Syme's procedure, useful as a surgical alternative in cases where hypertrophy of the nail apparatus and phalanges recurrence after surgical iatrogenias that make feasible the use of nail surgery techniques more conservative.

KEY WORDS

Surgery, Syme's procedure, Ungueal hypertrophy, exostosis, onychocryptosis.

INTRODUCCIÓN

Tanto la exóstosis subungueal como la onicocriptosis son patologías que pueden aparecer en cualquier dedo del pie, si bien son mucho más frecuentes en el primer dedo. Un incorrecto abordaje de la patología ungueal, con tratamientos inadecuados, puede causar una onicocriptosis recurrente en la misma zona o en otra diferente a la de la lesión primaria.

El uso extendido por otros profesionales de la ablación total de la uña para el tratamiento de la onicocriptosis simple da lugar a situaciones de distrofias ungueales dolorosas que deben ser abordadas mediante reintervenciones de cirugía ungueal, toda vez que los tratamientos conservadores difícilmente pueden ser útiles para resolver el problema de un modo eficaz y definitivo.

La suma de estas tres patologías asociadas, distrofia ungueal, onicocriptosis y exóstosis subungueal, limitan la aplicación de las técnicas quirúrgicas más empleadas en el tratamiento de la onicocriptosis (Fenol-Alcohol, Frost y Winograd) y exigen un abordaje menos conservador. La técnica de Syme nos ofrece una respuesta quirúrgica a estos casos.

En el presente artículo incluiremos una descripción detallada, paso a paso, de esta técnica y sus indicaciones exactas tomando como ejemplo el caso reciente de una paciente tratada en el Área Clínica de Podología de la Universidad de Sevilla.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Presentamos el caso de una paciente de 56 años que consulta por dolor localizado en el primer dedo del pie derecho. Como antecedentes de interés destaca la hipertensión arterial controlada con Tertensif® Retard. En cuanto a los datos exploratorios de interés, encontramos:

- Pronación patológica de articulación subastragalina.
- Hallux varus yatrogénico consecuente a una hipercorrección tras cirugía de HAV.
- Desviación medial de los dedos menores
- Helomas interdigitales en tercer y cuarto espacio del pie derecho por colisión ósea secundaria a conflicto de espacio.
- Onicocriptosis en primer dedo pie derecho.
- Onicodistrofia yatrogénica del primer dedo del pie derecho por avulsiones totales previas con afectación de la falange distal.
- Exostosis subungueal.

Ante esta situación se propone a la paciente el tratamiento quirúrgico de la onicocriptosis asociada a exóstosis subungueal planteándonos los objetivos a conseguir mediante la intervención:

- Solucionar la onicocriptosis.
- Erradicar la exostosis y la lámina ungueal
- Mejorar la estética funcional del dedo.

Tras considerar las ventajas e inconvenientes de varias técnicas decidimos que la técnica quirúrgica más adecuada y que nos ofrece mayores garantías para alcanzar estos objetivos, en este caso, es la técnica Syme. Asimismo se decide con la paciente posponer una posible intervención del hallux varus yatrogénico y se acuerda la realización de ortesis plantares una vez resuelto el problema motivo de consulta para

mejorar la funcionalidad del pie a partir de un buen control de la articulación subastragalina, evitando así manifestaciones clínicas a otros niveles del pie, como puede ser el primer dedo.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO.

TÉCNICA DE SYME

Se define la técnica de Syme como una "Matricectomía total con extirpación parcial de la falange distal". La técnica fue descrita por Hukill en 1874 si bien la revisión de la misma y su popularización se la debemos a Lapidus, en 1933. La denominación "Syme" hace referencia a las similitudes respecto al cierre con la famosa técnica de amputación de tobillo de Syme. En la actualidad su uso se aplica con mayor frecuencia a los dedos menores, especialmente al 5º, aunque Mowbray en 1935 ya describió su uso para el 1º dedo.

Es probablemente la técnica más radical para el tratamiento de la onicocriptosis asociada a una distrofia total del aparato ungueal y falángico. Consiste en una resección de todo el aparato ungueal (matriz, placa y lecho) así como la amputación del 1/3 distal de la falange distal. El cierre posterior se realiza mediante un colgajo de plantar a distal. Esta técnica presenta varias desventajas respecto a otras técnicas menos agresivas, por lo que su utilización se restringe a casos muy concretos. Según la bibliografía consultada las indicaciones exactas para la aplicación de esta técnica serían:

- Uñas hipertróficas.
- Yatrogenias quirúrgicas (avulsiones totales previas).
- Patología ósea asociada: exostosis subungueal, osteocondroma, osteomielitis secundaria a onicocriptosis crónica, etc.
- Uñas muy incurvadas, distróficas ó Uñas en pinza.
- Patologías de partes blandas asociadas: melanoniquias, melanomas malignos, etc.
- Patologías de los tres últimos dedos, sobre todo del quinto.

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN QUIRÚRGICA

Como en cualquier procedimiento quirúrgico se sigue un protocolo de actuación que comienza por explicar al paciente toda la información referente a su proceso patológico, así como los posibles tratamientos y, en concreto, el tratamiento quirúrgico como solución más eficaz y definitiva en este caso. Asimismo se le informa sobre las posibles complicaciones y riesgos derivados de una intervención de estas características. Una vez que la paciente acepta ser sometida al procedimiento quirúrgico se realiza todo el estudio preoperatorio que incluye las pruebas hemodinámicas y el análisis bioquímico específico. Si todo es correcto se procede a la firma del consentimiento informado por parte de la paciente y se cita para el día de la intervención. Respecto a los pasos del procedimiento quirúrgico tenemos:

- 1) Anestesia troncular del 1º dedo con Mepivacaína sin vasoconstrictor 4,6 ml asociada a Betame-

tasona 0,4 ml y técnica hemostática de barrido distal-proximal con cinta de Smarch (Figura 1).

- 2) Diseño de la incisión con lápiz dermatográfico (Figura 2).



Figura 1. Técnica hemostática mediante cinta de Smarch y barrido distal-proximal.



Figura 2. Diseño de la incisión con lápiz dermatográfico para su posterior valoración.

- 3) Realización del corte lo más perpendicular posible a la línea de incisión evitando así que los bordes aparezcan cejados y permitiendo una correcta yuxtaposición posterior de los mismos (Figura 3).
- 4) La placa ungueal y los tejidos colindantes son resecionados totalmente. Una vez eliminada la placa ungueal procedemos a la eliminación de lecho ungueal y restos de células matriciales y germinativas de placa ungueal (Figuras 4, 5 y 6).



Figura 3. Incisión evitando cejar los bordes.



Figura 4. Resección completa de la placa ungueal.



Figura 5. Resección del lecho ungueal.



Figura 6. Limpieza del lecho ungueal y restos de células germinativas que potencialmente pueden producir la aparición de espículas posteriores.

- 5) A continuación procedemos a una correcta disección y liberación de la porción distal de la falange para exponer la exóstosis subungueal y la zona de hueso que habrá que resecionar (Figuras 7 y 8).



Figura 7. Disección de la falange distal.



Figura 8. Exposición de la exóstosis subungueal.

- 6) El siguiente paso será la resección de la porción de la falange distal mediante sierra sagital para un corte más preciso y limpio. Posteriormente fresamos las posibles irregularidades y lavamos con suero fisiológico (Figuras 9, 10 y 11).
- 7) Una vez realizado el corte óseo procedemos a extirpar el tercio distal de la falange del 1º dedo y comprobamos que no quedan restos óseos

a eliminar ni aristas indeseables que puedan complicar el posterior cierre de la herida o dar lugar a recidivas. Fresamos suavemente el contorno de la falange para no dejar irregularidades (Figuras 12 y 13).



Figura 9. Marcado de la zona a extirpar.



Figura 10. Resección ósea con sierra sagital.



Figura 11. Resección ósea completa.



Figura 12. Extirpación de la pieza ósea resecionada.



Figura 13. Fresado para evitar irregularidades.

- 8) Llegados a este punto comprobaremos la aproximación de los bordes, que no es todo lo satisfactoria que se desearía. Por este motivo, introducimos una pequeña variante a la técnica original de Syme resecionando la cara dorsal de la falange y volviendo a fresar para evitar irregularidades. (Figuras 14 y 15).



Figura 14. Aproximación de bordes y comprobación del cierre de la herida.



Figura 15. Modificación Syme. Resección dorsal de la falange distal.

- 9) Una vez se ha conseguido la aproximación de bordes deseada procedemos a la sutura de la herida. La punta del dedo se empuja dorsal y proximalmente y se mantiene con una sutura horizontal de colchonero. Se realizan triángulos de Burrow para eliminar las "orejas de perro" (Figuras 16 y 17).



Figura 16. Sutura inicial con punto de colchonero central.



Figura 17. Triángulos de relajación o de Burrow para corregir las orejas de perro.



Figura 18. Sutura definitiva con distribución de tensiones.

A continuación se sutura con puntos simples, uno a cada lado, alternando para distribuir bien las tensiones (Figura 18).

- 10) Para finalizar el procedimiento realizamos una cura con povidona yodada y colocamos apósito absorbente no adherente, gasas y vendaje no compresivo.

POST-QUIRÚRGICO. RESULTA Y RECOMENDACIONES

Como norma general, salvo molestias excesivas o sangrado abundante, realizaremos siempre la primera cura a los 7 días, tiempo suficiente para que, en caso de infección, ésta se haya manifestado. Dicha cura consistirá exclusivamente en povidona yodada y cambio de apósito y vendaje, intentando manipular la herida lo menos posible. A los 14 días realizaremos la segunda cura y retiraremos la sutura (Figura 19). A partir de este momento, manteniendo ciertas precauciones de calzado y actividad, permitimos el baño y vida prácticamente normal, realizando una última revisión para el alta definitiva al mes de la intervención.



Figura 19. Aspecto tras la segunda cura a los 14 días. Retirada de puntos.

DATOS DE INTERÉS SOBRE EL PROCEDIMIENTO

PRECAUCIONES

- El procedimiento Syme implica una resección del tercio distal de la falange distal. Dicha resección no debe ser excesiva, aunque puede variar en función del tamaño de la lesión.
- El cierre definitivo de la herida debe ser valorado previamente a partir de la colocación de una sutura horizontal de colchonero en el centro y una correcta eliminación de las “orejas de perro” características en este procedimiento.

VARIACIONES DE LA TÉCNICA ORIGINAL SYME

Para facilitar el cierre correcto de la herida ante la importante pérdida de tejido que supone la extirpación de todo el aparato ungueal, realizamos una resección de la porción dorsal de la falange además de reseccionar el tercio distal, tal como se describe en la técnica original. No obstante, otra posibilidad consistiría en reseccionar menos de dicha cantidad, facilitando así el cierre.

POSIBLES COMPLICACIONES

Hay que informar siempre al paciente del acortamiento del dedo que se produce al realizar esta técnica. Dicho acortamiento debe ser considerado estético y funcionalmente antes de decidimos a realizar el procedimiento, ya que la amputación de parte del dedo puede implicar una serie de consecuencias biomecánicas no deseadas, además del hecho de que el dedo queda reducido a un muñón.

Otras complicaciones menos frecuentes pero potencialmente posibles son la infección por necrosis del colgajo plantar que cubre la herida, la dehiscencia de los bordes de la misma, la formación de escaras, la aparición de quistes por inclusión o la recurrencia de espículas ungueales. La mayoría de estas complicaciones dependen en gran medida del rigor con el que sea aplicado el procedimiento por parte del profesional, por lo que nos aseguraremos de realizar correctamente todos los pasos para minimizar las posibilidades de aparición de cualquiera de estas complicaciones.

BIBLIOGRAFÍA

1. Banks AS, Downey MS, Martin DE & Miller SJ. McGlamry's Comprehensive Textbook of Foot and Ankle Surgery. Vol.1 3ª Ed. Williams & Wilkins; 2001;
2. García FJ & Fernández D. Abordaje Quirúrgico de la Patología Subungueal. Madrid. Ed. Aula Médica; 2005; 3-41.
3. Izquierdo, J.O. (2006): Podología Quirúrgica. Madrid: Elsevier España. Págs. 41-53.
4. Martínez Nova, A. Podología: Atlas de cirugía ungueal. Madrid: Ed. Médica Panamericana; 2006; 27-31.
5. Mercado, O.A. Atlas de Cirugía del Pie (Volumen 1) Madrid: Federación Española de Podología; 1995; 15-35
6. Munuera PV. Exostosis-Condroma: Diagnóstico diferencial y tratamiento. REP 2000; Vol. XI (8): 515-522.