

Objetivos:

Describir y mostrar al profesional podólogo una modificación del procedimiento originario de Zadik, para el tratamiento de las diferentes onicopatías (principalmente onicocriptosis), asociadas a la presencia de exostosis subungueal.

Introducción:

La avulsión y matricectomía total mecánica de la unidad ungueal, supone una técnica radical y definitiva para el tratamiento de las diversas afecciones ungueales, la cual se deberá considerar solamente en aquellos casos en los que no se pueda solucionar la onicopatía con procedimientos menos agresivos como las avulsiones y matricectomías parciales. Una matricectomía mecánica total, estará indicada entre otros casos, en situaciones de: onicocriptosis recurrentes o recidivantes, onicopatías asociadas (onicomicosis, psoriasis, etc.), uñas muy distróficas, falanges distales prominentes, historia de traumatismos previos, yatrogenias o recidivas quirúrgicas y en el caso que nos ocupa, existencia de patología ósea subyacente (exóstosis).

Es muy posible que la existencia de alteraciones mecánicas del pie (hiperpronación) y de patologías específicas del primer radio (hallux limitus funcional o un hallux rígido), puedan favorecer el mecanismo etiopatogénico de la exóstosis, independientemente de la presencia de traumatismos directos o de microtraumatismos de repetición. Estos factores, condicionarían el desarrollo de la exóstosis subungueal como consecuencia de un proceso crónico de irritación del periostio, el cual iría produciendo la excrecencia². A medida que la prominencia vaya creciendo, se originará una distrofia de la lámina ungueal, acompañándose (no siempre) de incurvamiento de la lámina ungueal.

Originariamente, esta técnica aunque lleva el nombre de *Zadik* fue descrita por *Quenu* en 1887. Posteriormente, ha sufrido varias modificaciones.

En la modificación de la *Técnica de Zadik* que proponemos, la principal indicación clínica es la asociación entre onicocriptosis y exostosis, con lámina ungueal deformada y distrófica. El procedimiento consiste en la práctica de la resección de la unidad ungueal, la cual incluirá la totalidad de la lámina ungueal, el lecho y la matriz. Además, se efectúan dos colgajos de avance con sendos triángulos de relajación tanto a nivel del pliegue ungueal proximal como en hiponiquio.

Con posterioridad se realiza una resección de la exóstosis distal mediante abordaje dorsal. Finalmente, se practica el cierre primario de la herida aproximando el colgajo proximal al distal mediante puntos simples discontinuos, completando una herida en forma de "H", similar a la descrita originariamente por *Zadik*.

Material y Métodos:

Presentación de caso clínico, donde se muestra el procedimiento quirúrgico además de reseñar las indicaciones, los criterios de selección de la técnica en detrimento de otros

procedimientos (Zadik original, Kaplan, Syme y Fenol-alcohol asociado a avulsión total), las ventajas, desventajas y las complicaciones potenciales de la misma.

Resultados:

CASO CLÍNICO

Paciente de 46 años de sexo femenino que acude a consulta por presentar onicocriptosis en primer dedo del pie derecho de tiempo de evolución. Muestra antecedentes familiares diabéticos, antecedentes personales sin interés y antecedentes quirúrgicos ginecológicos. A la exploración se aprecia una lámina ungueal incurvada con dolor a la presión sobre los pliegues ungueales (en el plano transverso) y sobre la propia lámina (en el plano sagital). Además refiere dolor a la palpación distal al cóndilo medial de la falange distal. La paciente manifiesta incapacidad para calzarse con normalidad y dificultad para cortarse las uñas correctamente.



Fig. 1. Aspecto prequirúrgico.

Como pruebas complementarias, se realizan proyecciones radiológicas laterales y dorsoplantares del dedo. En éstas, se evidencia la presencia de una exostosis subungueal distal del primer dedo (proyección lateral) y exostosis a nivel medial de la falange distal de dicho dedo (proyección dorso-plantar).



Fig. 2 Radiografía lateral.



Fig. 3. Radiografía dorso-plantar.

Tras bloqueo anestésico y hemostático, se procede a la realización del procedimiento. A continuación, se observan distintas imágenes que recogen distintos pasos del procedimiento de

Zadik modificado. Así, en la figura 4 podemos observar la eliminación de la placa ungueal en su totalidad, y parte del lecho, mediante la ayuda de una pinza. En la figura 5, se procede a la resección de la exóstosis distal, mediante un abordaje dorsal, empleando la sierra sagital.



Fig. 4. Excisión de la lámina ungueal.

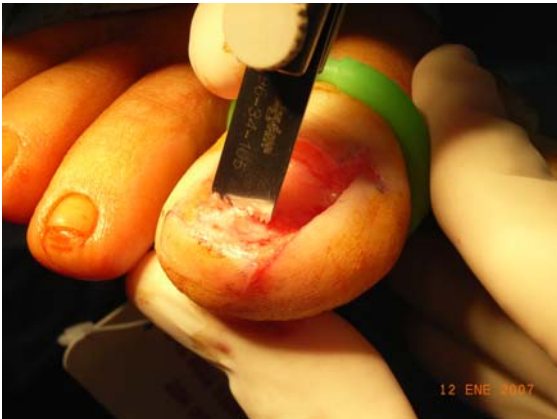


Fig. 5. Exostectomía distal.

En las siguientes imágenes se puede observar el tipo de sutura realizada en el procedimiento, así como el aspecto que presenta el dedo a los 3 meses de la cirugía.



Fig. 6. Sutura en "H".



Fig. 7. A los 3 meses de la cirugía.

Esta modificación presenta una serie de ventajas sobre otros procedimientos, tales como: visualización completa de la matriz ungueal, control de la calidad de tejido escindido, utilidad en el tratamiento de onicopatías asociadas a onicocriptosis, disminución del tiempo de cicatrización respecto a matricectomías químicas o técnicas como la de *Kaplan*, procedimiento definitivo para tratar onicocriptosis, menores índices de recidiva y posibilidad de abordaje dorsal de la exostosis distal. Como inconvenientes podemos destacar: la existencia de un muñón en el dedo implicado (con la importancia estética, que esto pueda conllevar para el paciente), el requerimiento de un equipamiento específico, un postoperatorio más doloroso, el cierre por primera intención y finalmente una más difícil ejecución con respecto a otros procedimientos.

Como potenciales complicaciones de esta técnica, reseñamos: una posible infección de la herida ya que hay una mayor exposición ósea aunque se realice en condiciones asépticas, posibilidad de crecimiento de espículas ungueales (aunque es difícil si la matriz se erradica completamente), aparición de quistes de inclusión en el eponiquio o en los pliegues ungueales, necrosis de los colgajos por sutura a tensión de los mismos y dehiscencia de la

herida quirúrgica (es conveniente mantener los puntos al menos 14 días, hasta que la herida esté cicatrizada), entre otras.

Conclusiones:

La modificación de la técnica de Zadik que proponemos, es una alternativa válida, a pesar de ser un tratamiento radical, para el tratamiento de las onicopatías asociadas a exostosis, principalmente por la disminución del periodo postoperatorio, la rápida incorporación a la actividad diaria, las escasas complicaciones y los buenos resultados estéticos y funcionales.

La modificación de la técnica de Zadik que supone la resección de la matriz y la sutura del colgajo eponiquial al lecho, no garantiza en todos los casos la ausencia de crecimiento posterior de la lámina ungueal. En ocasiones se aprecia la aparición de una "pseudouña" o uña hiperqueratósica cubriendo el espacio dejado por la lámina ungueal extirpada. Esto a veces puede ser motivo de discomfort postoperatorio y de pobre resultado estético.

Referencias Bibliográficas:

- 1-GARCÍA CARMONA FJ, FERNÁNDEZ MORATO D. Tratamiento quirúrgico de la onicocriptosis. Madrid: Aula Médica; 2003.
- 2-GARCÍA CARMONA FJ, FERNÁNDEZ MORATO D. Abordaje quirúrgico de la patología subungueal. Madrid: Aula Médica; 2005.
- 3-GARCÍA CARMONA FJ, PADÍN GALEA JM, FERNANDEZ MORATO D. Eliminación definitiva de la lámina ungueal: Técnica de Zadik. Podol Clin. 2004; 5(4): 130-33.
- 4-MORILLAS SUÁREZ C, MARTOS MEDINA D. Matricectomía total ungueal. Modificación de la técnica Zadik. Rev Esp Podol. 2001; XII (3): 155-58.
- 5-NEBAL SHAATH, SHEA J. A prospective randomized comparison of the Zadik procedure and chemical ablation in the treatment of ingrown toenails. Foot Ankle Int. 2005; 26: 401-5.
- 6-MARTÍNEZ NOVA A. Atlas de cirugía ungueal. Madrid: Médica Panamericana; 2006.