



# Procedimiento para corregir la deformidad ungueal en forma de "pico de loro"

Drs. C. Giugliano V., P. Wisnia C., S. Benítez S., E. Testart T.

Servicio de Cirugía Plástica Infantil Hospital Roberto del Río y Servicio de Cirugía Plástica Clínica Alemana, Santiago de Chile

## Introducción

Las deformidades de la uña pueden traducirse en un problema funcional y estético que a menudo requieren de una corrección quirúrgica (1).

La deformidad en forma de "pico de loro" o en forma de gancho corresponde a una secuela secundaria a la amputación traumática del pulpejo en sentido oblicuo palmar, con pérdida parcial de la falange distal. Esta pérdida provoca que el lecho se haga insostenible resultando en una curvatura de la lámina ungueal que lleva a un crecimiento anormal de esta (2).

Esta deformidad también puede ocurrir secundariamente a otras causas como: infecciones, quemaduras o fracturas desplazadas de la falange distal.

Varios procedimientos se han descrito para la corrección de las deformidades de la uña algunos más complejos que otros, como la transferencia de un colgajo libre vascularizado desde otro dígito, descrito por Endo et al. (1997) (3) o el colgajo compuesto de un dedo del pie descrito por Bubak et al. (1992) (4). También se ha usado injerto osteocutáneo para el soporte distal, pero con problemas de reabsorción, descrito por Dumontier et al (1989,1995) (5). Atasoy et al (1983) (6) describen el procedimiento de la antena para corregir el defecto en gancho de la uña, que en conjunto a la liberación del pulpejo y elevación del lecho ungueal se realiza entablillamiento con alambres de Kirschner colocados en la punta y que para la cobertura se utiliza un colgajo digital cruzado. Diferentes técnicas se han descrito para corregir esta deformidad, algunas solo llevan tejidos blandos al defecto, algunos autores asocian un injerto óseo y otros realizan transferencias parciales de dedos. Nuestro objetivo es mostrar una técnica de corrección para esta deformidad que utiliza un injerto óseo, tomado de la cortical y esponjosa de la cresta ilíaca asociado a colgajo a distancia como cobertura de partes blandas.

## Pacientes y métodos

Se describe el procedimiento utilizado en dos pacientes que fueron sometidos a la misma técnica en cuanto a la utilización de injerto óseo y que se diferencian en cuanto al colgajo utilizado. El mecanismo de lesión fue por amputación traumática del extremo distal de sus dedos (índice y meñique respectivamente) y habían sido sometidos a cierre primario, en consulta de urgencia. La indicación de la corrección de la deformidad ungueal fue por discomfort, cosmética y secuela funcional. Ambos pacientes fueron operados bajo anestesia general, con isquemia sin vaciamiento y antibiótico profilaxis (3 dosis de Cefazolina).

### Caso 1

Paciente sexo femenino 13 años con antecedente de atrición y amputación del extremo distal del dedo índice de mano derecha. Consulta tres años después por secuela ungueal en forma de pico de loro (foto caso 1).

### Caso 2

Paciente sexo masculino 5 años con antecedente de atrición y amputación del extremo distal del dedo meñique de mano izquierda. Consulta dos años y medio después del accidente con la misma secuela. (foto caso 2)

## Técnica quirúrgica

Primer tiempo quirúrgico:

Por región palmar se realiza una incisión semilunar de partes blandas del pulpejo incluyendo en el colgajo dorsal la uña, con lo que se logra una elevación y nivelación del lecho ungueal, cambiando la orientación de la uña desde una posición anómala vertical a una posición normal horizontal. Con esto se hace evidente el defecto óseo a nivel de la falange distal y de tejidos blandos del pulpejo. Paralelamente se toma del injerto óseo a nivel



de la cresta iliaca contralateral con diseño en forma de H. Obteniéndose injerto de 5 x 4 mm que incluye cortical y esponjosa. Cierre primario de zona dadora. Colocación del injerto óseo y fijación con una aguja de Kirshner (1 mm en caso 1 y de 0.5 mm en caso 2). Para la cobertura de partes blandas en el caso 1 se utilizó colgajo palmar de la eminencia tenar y en el caso 2 se utilizó un colgajo cruzado desde el dedo anular.

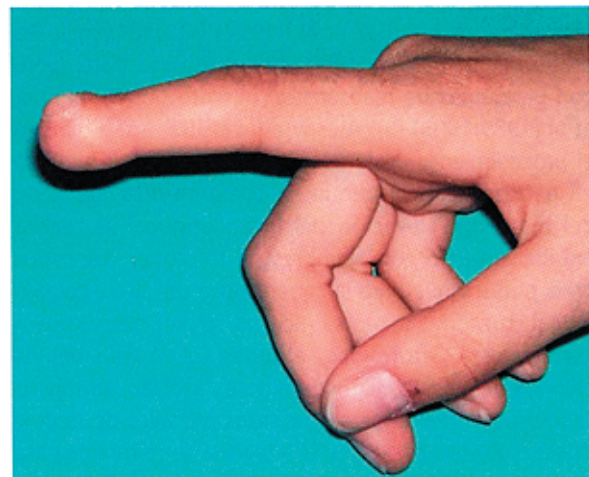
#### Segundo tiempo quirúrgico:

Tres semanas después se realiza la liberación de los colgajos y toma de injerto de piel total inguino-femoral para cubrir el defecto de la zona dadora. El retiro de las agujas de Kirshner se realiza a las 6 semanas, previo control radiológico.

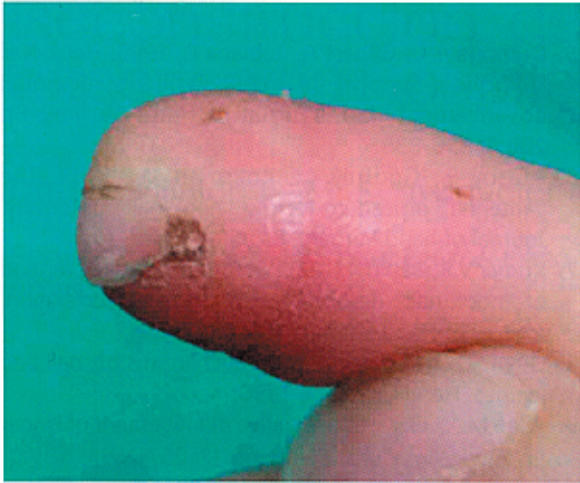
## Resultados

En el post operatorio inmediato se logró una buena posición y proyección de la uña que se ha mantenido a lo largo del tiempo de seguimiento.

En el primer caso el tiempo de seguimiento hasta la fecha es de 32 meses (fotos control caso 1) y en segundo caso es de 8 meses (fotos control caso 2). Durante este período no se ha observado recidiva de la curvatura patológica del lecho ungueal ni reabsorción del injerto óseo en el caso 1, por lo que se considera un prendimiento de 100% de este, en el caso 2 si bien la forma se ha mantenido radiológicamente se observa una pequeña reabsorción ósea sin repercusión clínica.



Fotos Caso 1 del defecto y control.



*Fotos Caso 2 del defecto y control.*

## Discusión

La deformidad en "pico de loro" o en forma de "gancho" se produce por la pérdida del soporte óseo del lecho ungüal a nivel distal (7,8). Si no hay pérdida ósea y solo se amputan tejidos blandos no se produciría esta deformidad, con lo que solo obtendríamos acortamiento o angostamiento de la uña sin una curvatura anómala (4). Si se asocian pérdida ósea y de partes blandas un 50% de los pacientes desarrollan distopia de la uña y la mitad de ellos desarrollan la deformidad ("hook nail" deformity) (9). Pensando en el mecanismo de producción de este defecto, parece lógico pensar, que aportar soporte óseo y relleno de partes blandas pudiera ser una muy buena alternativa para la corrección de este defecto. Es así como

los colgajos compuestos (obtenidos del 2º dedo del pie) que aportan soporte óseo como un adecuado relleno de la punta, mejoran tanto el resultado estético como funcional (4). Existen cinco grandes grupos de técnicas quirúrgicas para el tratamiento de la deformidad en "pico de loro": extracción de la uña (Verdan 1978), reconstrucción de tejidos blandos (Shepard 1990, Dumontier 1995, Atasoy et al 1983), injerto óseo (Tubiana 1986, Verdan 1978, Shepard 1990, Dumontier et al 1989), resección de la uña y la transferencia microquirúrgica (Koshima et al 1992). Nosotros creemos que nuestra técnica es un buen procedimiento como alternativa para la corrección de esta deformidad y que a diferencia de otras publicaciones el resultado buscado se logra y mantiene en el tiempo.



## Bibliografía

- 1.- Anuja K. Anthony, B.S, Damon P. Anagnos, MD 2002. Matrix-Periosteal Flap for Reconstruction of Nail Deformity. *Plastic and Reconstruction Surgery* Vol. 109:1663-1666.
- 2.- Strick MJ, Bremner-Smith AT, Tonkin MA (2004). Antenna Procedure for the Correction of the Hook Nail Deformity. *Journal of Hand Surgery Br.* 29B: 1: 3-7.
- 3.- Endo T, Nakayama Y, Soeda S 1997. Nail transfer: Evolution of the Reconstructive Procedure. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 100: 907-913.
- 4.- Bubak PJ, Richey MD, Engrav LH 1992. Hook Nail Deformity Repaired Using a Composite Toe Graft. *Plastic and Reconstructive Surgery* Vol.90: 1079-1082.
- 5.- Dumontier C, Gilbert A, Tubiana R. 1995. Hook-Nail Deformity. Surgical treatment with a homodigital advancement flap. *Journal of Hand Surgery Br.* 20B 6: 830-835.
- 6.- Atasoy E., Godfrey A., Kolisman M., 1983. The "antenna" procedure for the "hook-nail" deformity. *Journal of hand Surgery*, 8A: 55-58.
- 7.- Kumar V.P., Satku K., 1993. Treatment and prevention of "hook nail" deformity with anatomic correlation. *Journal of Hand Surgery* 18A: 617-620.
- 8.- Guy R J. The etiologies and mechanisms of nail bed injuries. *Hand Clin.* 6: 9, 1990.
- 9.- Allen M.J., 1980. Conservative management of Finger tip injuries in adults. *The Hand* 12: 257-265.