

## Complicación postquirúrgica en onicocriptosis: reacción alérgica e infección

**Reyes María Carrera Costas**

Clínica Universitaria de Podología. Facultad de Medicina. Pabellón 1, 1ª Planta. Universidad  
Universidad Complutense de Madrid. Av Complutense s/n. 28040. Madrid.  
[reymacar@gmail.com](mailto:reymacar@gmail.com)

**Tutora**

**Esther García Morales**

Clínica Universitaria de Podología. Facultad de Medicina. Pabellón 1, 1ª Planta. Universidad  
Complutense de Madrid. Av Complutense s/n. 28040. Madrid.  
[esthergarciamorales@yahoo.es](mailto:esthergarciamorales@yahoo.es)

**Resumen:** La infección es una de las complicaciones más frecuentes en el ámbito de la cirugía ungueal. Las manifestaciones clínicas tienen lugar entre las 48 y las 72 horas tras la intervención. La exploración minuciosa es fundamental para identificar y actuar frente al proceso infeccioso. La aparición de reacciones alérgicas a los medicamentos se producen con menor frecuencia y en la mayoría de los casos no son previsibles. Realizar una anamnesis exhaustiva y mantener un estado de alerta con alternativas terapéuticas reducirá las complicaciones.

**Palabras clave:** Infecciones quirúrgicas. Onicocriptosis – Cirugía – Complicaciones. Uñas – Cirugía – Complicaciones.

**Abstract:** Infection is one of the most common complications in nail surgery. Clinical manifestations occur between 48 and 72 hours after surgery. The thorough examination is essential to identify and act against the infectious process. Allergic drug reactions occur less frequently and in most cases are not predictable. Perform a thorough history and maintain alertness with therapeutic alternatives reduce complications.

**KeyWords:** Surgical Wound infections. Ingrown Nails – Surgery – Complications. Nails – Surgery - Complications

### COMPLICACIONES QUIRÚRGICAS EN LA CIRUGÍA UNGUEAL

Las más frecuentes son<sup>(1)</sup>:

- Infección.

- Recidivas.
- Quiste de inclusión epidérmico.
- Periostitis.
- Lateralización de la uña.
- Necrosis.
- Onicosis (más frecuente en matricectomías químicas).

### La infección<sup>(2)</sup>

Aunque las cirugías se realizan en condiciones asépticas, la infección es una de las complicaciones más habituales. Los agentes causales proceden en la mayoría de los casos de la propia flora del paciente, donde destacan el *Staphylococcus aureus* y el *epidermidis*. La presencia de estos patógenos puede ser debida a:

- Incumplimiento de las normas de asepsia durante el procedimiento.
- Inadecuada higiene postoperatoria o incumplimiento de las indicaciones postoperatorias.
- Factores locales: contaminación de la herida, excesiva tensión en la sutura, necrosis o dehiscencias.
- Maceración por hiperhidrosis, favorece la contaminación.

Las manifestaciones clínicas comienzan a las 48 -72 horas tras la intervención, cursa con dolor, tumefacción, enrojecimiento y/o secreción purulenta.

Ante una infección postquirúrgica pueden ser necesarias las siguientes acciones:

- Retirada de la sutura afecta.
- Drenaje del exudado.
- Instauración de antibioterapia oral de amplio espectro (si no está instaurada).
- Toma de muestra para cultivo.
- Pruebas radiológicas para descartar afectación ósea.

### Reacciones Adversas a Medicamentos

Se definen como la respuesta a un fármaco que es nociva e involuntaria, que se produce a dosis utilizadas normalmente en el hombre para la profilaxis, diagnóstico o tratamiento de una enfermedad, o para la modificación de funciones fisiológicas. (OMS y Directiva 93/39 de la UE).

#### Clasificación de Rawlins & Thompson de las RAM<sup>(3)</sup>:

- Reacciones de tipo A: Predecibles y dependientes de dosis. Consecuencia directa o indirecta del efecto farmacológico (80-90%).

- Tipo B o imprevisibles: No guardan relación con el efecto farmacológico (10-15%), dependen del sujeto.
- ✓ Reacciones de intolerancia y de alergia.

Las reacciones pueden aparecer de forma temprana: Se producen desde pocos minutos a 1 hora tras la administración del fármaco. Suelen ser las más graves, pueden poner en peligro la vida del paciente. Las reacciones tardías pueden surgir desde unas horas hasta días después.

Posteriormente se incorporaron:

- Tipo C: Asociadas a tratamientos prolongados.
- Tipo D: Efectos retardados (carcinogénesis y teratogénesis).
- Tipo E: Relacionada al cese del uso, se manifiestan como rebote o reaparición.

Opciones de tratamiento antibiótico, se comenzará con  $\beta$ - Lactámicos, en caso de alergia medicamentosa se valorará la administración de quinolonas en primer lugar<sup>(4)</sup>.

	Antibiótico	Familia
1	Amoxicilina Amoxicilina/ Ácido Clavulánico Cloxacilina	$\beta$ - Lactámicos
2	Ciprofloxacino Levofloxacino Moxifloxacino	Quinolonas
3	Clindamicina	Lincosamidas
4	Eritromicina	Macrólido

**Tabla 1. Tratamiento antibiótico**

### Terapia analgésica

	Familia
Paracetamol 1/8h	
Metamizol (Nolotil®)	Pirazolonas
Ibuprofeno Naproxeno Ketoprofeno	AINE – Ác. propiónicos
Diclofenaco	AINE – Ác. arilacético

**Tabla 2. Terapia analgésica**

**Manejo del dolor<sup>(5)</sup>:**

<b>DOLOR LEVE A MODERADO</b>	PARACETAMOL 650mg/8h
<b>DOLOR MODERADO</b>	IBUPROFENO 600mg/8h METAMIZOL 1-2 cap/8h PARACETAMOL 1g/8h
<b>DOLOR MODERADO A INTENSO</b>	METAMIZOL 1150mg/6 -8h PARACETAMOL + CODEINA (500mg/30mg) 1C/6-8h*
<b>DOLOR INTENSO</b>	METAMIZOL 550-1150 mg/8h +PARACETAMOL 650 mg-1 g/8h * PARACETAMOL 650 mg-1 g/8h +IBUPROFENO 600 mg/8h * METAMIZOL 550-1150 mg/8h + IBUPROFENO 600 mg/8h*
*(Dosis intercaladas cada 4 h)	

**Tabla 2. Niveles de tratamiento del dolor.**

### CASO CLÍNICO

Varón de 20 años acude por primera vez al Servicio de Quiropodología y Cirugía el 13 de mayo de 2013 por onicocriptosis bilateral en ambos Hallux (Fig. 1).

- Antecedentes
  - ✓ Cirugías por sinus pilonidal y matricectomías químicas.
  - ✓ En un tratamiento anterior con amoxicilina / ácido clavulánico y Nolotil® presentó una reacción alérgica con erupción habonosa en palmas y plantas con sensación disneica y mareos.
- Diagnóstico
  - ✓ Oncocriptosis grado IV bilateral en ambos Hallux (Fig. 1).

#### **Tratamiento**

En la primera consulta se retiran espículas de OC en ambos bordes de los Hallux. Se realiza cura local con Betadine® y CosmoporE®. Se recomiendan curas domiciliarias con Betadine durante 7-10 días con fines preventivos.

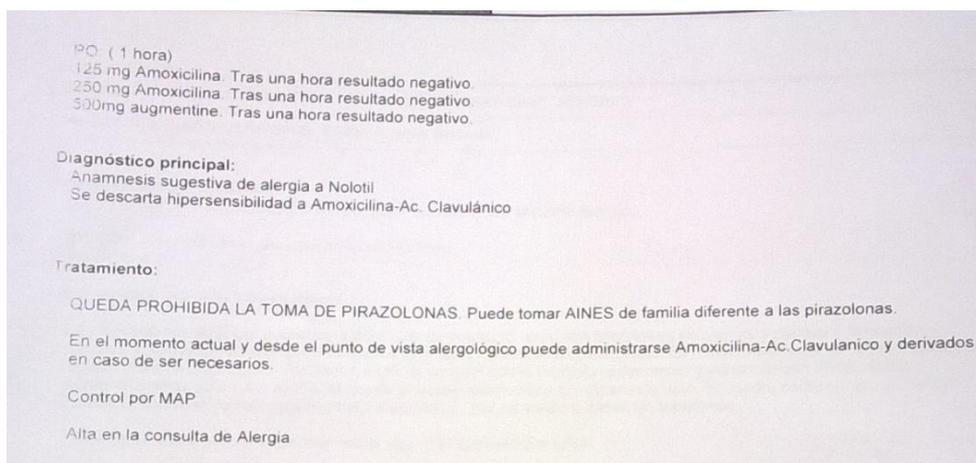
- 3 de Junio de 2013: el paciente solicita información sobre la intervención quirúrgica de OC. Se explica que es conveniente esperar para valorar el crecimiento de la uña (fue operada en febrero –marzo de este mismo año).



**Figura 1. Onicocriptosis tipo IV bilateral.**

El paciente decide realizar la intervención quirúrgica. Se entregan solicitud de analíticas y radiografías (lateral en hiperextensión y dorso plantar de ambos pies) para realizar el protocolo prequirúrgico que se lleva a cabo el 9 de Julio. El paciente está pendiente de la realización de pruebas de alergología tras presentar reacción alérgica en relación a la toma de amoxicilina-ácido clavulánico.

- Valores vasculares compatibles con la normalidad:
  - ✓ Pulsos permeables.
  - ✓ ITB de 1.4 en pie izquierdo y 1.09 en pie derecho.
- Valores analítico compatibles con la normalidad.
- EN RX dorso-plantar se observa exóstosis medial en ambos Hallux.
- RX lateral sin hallazgos de interés.
- Presenta hiperhidrosis, inflamación y eritema en ambos hallux.
- En una escala del 1 al 10 el paciente valora en 6 la intensidad del dolor.
- 9 de Septiembre: El paciente aporta los resultados de las pruebas de la alergia (Fig. 2.) donde se prohíbe la toma de Pirazolonas (Metamizol, Nolotil®) y se descarta la hipersensibilidad a Amoxicilina Ác. Clavulánico (Fig. 2).
- 11 de Septiembre de 2013: Se realiza intervención quirúrgica mediante técnica Winograd.
- 1ª Cura, 13 de Septiembre de 2013: presenta buena evolución. No hay dehiscencias, drenajes ni signos clínicos de infección local. Hematoma en Hallux PI (Fig.3). Continúa con medicación. Cura local con Betadine®, Melolin®, venda cohesiva y zapato postquirúrgico.



**Figura 2. Resultados de las pruebas de alergología.**



**Figura 3. 1ª cura postquirúrgica.**

- 2ª Cura, 16 de Septiembre de 2013: Presenta signos clínicos de infección local (inflamación, eritema, dolor y aumento de la temperatura.) También se observa hematoma lateral en Hallux PI.
- Presenta reacción alérgica con erupción habonosa en palmas y plantas de similares características a la acontecida en Febrero del presente año. Se cambia antibioterapia oral a Ciprofloxacino 750 mg 1/12h, se realiza cura con Actisorb plus 25®, vendaje cohesivo y zapato postquirúrgico.
- 4ª Cura, (Fig. 4) 19 de Septiembre de 2013: presenta buena evolución, pero mantiene signos clínicos de infección local (inflamación y eritema) en ambos Hallux. Se mantiene pauta de cura local y medicación.



**Figura 4. 4ª cura postquirúrgica.**

- 5ª cura, 23 de Septiembre de 2013: Se retira sutura, presenta pequeña dehiscencia en borde medial del Hallux PD. Remiten signos clínicos de infección local. Se mantiene pauta de curas y medicación.
- 8ª cura, (Fig. 5) 30 de Septiembre de 2013: Episodio de hematuria dos días antes, tras acudir a urgencias lo relacionan con el ATB, se retira dicho tratamiento. Buena evolución en ambos hallux, misma pauta de cura local.



**Fig. 5. 8ª cura postquirúrgica**

- 10ª cura, 7 de Octubre de 2013 (Fig. 6): Muy buena evolución, se retiran zonas costrosas. Se realiza cura local con Betadine® y CosmoporE®. Se pautas curas domiciliarias diarias con Betadine.



Figura 6. 10ª cura postquirúrgica.

### CONCLUSIONES

- La infección es una de las complicaciones más frecuentes en cirugía ungueal.
- Es necesario realizar una anamnesis exhaustiva. Un paciente con una historia clínica de alergias medicamentosas previas tiene mayor riesgo de desarrollar nuevos episodios frente a otros fármacos.
- Ante la sospecha de una reacción alérgica a un fármaco, este debe ser retirado, pautar un tratamiento alternativo y derivar el paciente para estudio.

### BIBLIOGRAFÍA

1. García FJ, Fernández D. Tratamiento quirúrgico de la onicocriptosis. Madrid: Aula Médica; 2003.
2. Piña Delgado G, García Carmona FJ. Complicaciones en cirugía ungueal. Podología clínica [Internet]. 2007 [citado 21 nov 2013]8(5):150-163. Disponible en: [http://clinicadelpieembajadores.com/complicaciones\\_cirugia\\_ungueal.pdf](http://clinicadelpieembajadores.com/complicaciones_cirugia_ungueal.pdf)
3. Edwards IR, Aronson JK. Adverse drug reactions: definitions, diagnosis, and management. Lancet [Internet]. 2000 [cited 2013 nov 21];356:1255-1259. Disponible en: [http://www.researchgate.net/publication/12254624\\_Adverse\\_drug\\_reactions\\_definitions\\_diagnosis\\_and\\_management/file/9c9605268e3949390d.pdf](http://www.researchgate.net/publication/12254624_Adverse_drug_reactions_definitions_diagnosis_and_management/file/9c9605268e3949390d.pdf)
4. Lázaro Martínez J, García Morales E, Cecilia Matilla A, García Álvarez Y, Allas Aguado S, Álvaro Afonso FJ, et al. Protocolo de primeras consultas Unidad de Pie

Diabético. REDUCA (Enfermería, Fisioterapia y Podología) [Internet]. 2011 [citado 21 nov 2013];3(5):1-46. Disponible en:  
<http://www.revistareduca.es/index.php/reduca-enfermeria/article/viewFile/869/892>

5. Gómez Ortiz s, Santiago Gómez Facundo S. Guía de utilización en Podología. Barcelona: Nexos Médica; 2010

Recibido: 24 julio 2015.

Aceptado: 15 octubre 2016.