

Matricectomía

Caso de la CONAMED

*María del Carmen Dubón Peniche**



Archivo

SÍNTESIS DE LA QUEJA

La paciente refirió que asistió al Servicio de Dermatología del hospital demandado, debido a que presentaba uña encarnada en el primer orjejo del pie derecho, por lo que se realizó matricectomía con fenol; sin embargo, desarrolló infección que le ocasionó daño y se vio en la necesidad de consultar otros facultativos, quienes la trataron con antibióticos.

RESUMEN CLÍNICO

El 8 de febrero de 2010, la paciente de 60 años de edad, asistió al hospital demandado por presentar onicopatía en primer dedo del pie derecho, manifestada por uña en pinza, eritema y edema; en esta consulta refirió dolor intenso, desproporcionado en comparación con la clínica. El diagnóstico fue onicocriptosis por uña en pinza y se programó matricectomía química.

En CONAMED el análisis de casos se realiza de manera colegiada, a fin de que la evaluación sea totalmente imparcial y apegada a los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica, así como a los ordenamientos jurídicos vigentes.

El 10 de febrero de 2010, la nota de Cirugía Dermatológica reportó uña del primer dedo del pie derecho mal recortada, en teja y sobrecurvada; deformidad del dedo, dolor, plato ungueal blanco. Ese día se efectuó matricectomía bilateral con fenolización, indicándose paracetamol y cita de control.

El 12 de febrero de 2010, en la nota de evolución se reportó la realización de curación, durante la cual no se apreció eritema, sólo discreto exudado, siendo normal por el procedimiento, por ello se indicó curación diaria, paracetamol, reposo relativo y cita de control en una semana.

ATENCIÓN BRINDADA POR FACULTATIVOS DISTINTOS AL DEMANDADO

La hoja de urgencias del hospital público fechada el 27 de enero de 2010, señala que la paciente asistió por dolor vesical y dolor en uña del primer

*Directora de la Sala Arbitral. Dirección General de Arbitraje. CONAMED.
correo electrónico: mdubon@conamed.gob.mx



Archivo

dedo del pie derecho, y se reportó dedo del pie sin secreciones y marcha normal. Los diagnósticos fueron: infección de vías urinarias y psoriasis abdominal; se indicó lidocaína con hidrocortisona crema cada 12 horas por 10 días, diclofenaco 100 mg cada 12 horas por 5 días, cefotaxima una tableta cada 12 horas por 10 días.

El 28 de enero de 2010, en la receta médica del citado hospital, se indicó cefotaxima de 1 gramo, intramuscular, por 7 días. Ese mismo día, el médico privado prescribió itraconazol cápsulas, cefalosporina, acetato de calcio, sulfato de aluminio, fórmula magistral de vioformo y talco boratado, para aplicar en áreas rojas de surcos mamarios, abdomen e ingles, así como mupirocina en crema 2 veces al día alrededor de la uña enferma.

En el hospital público, el 16 de febrero de 2010 se indicó: dicloxacilina, paracetamol, cefalexina y diclofenaco. Por su parte, el médico privado el 18 de febrero de 2010, solicitó radiografías anteroposterior y oblicua del pie derecho e indicó mupirocina crema y nimesulide. El reporte radiográfico fue: moderada desmineralización, sin cambios en estructuras óseas, ni tejidos blandos.

El 24 de febrero de 2010 en el área de Urgencias del hospital público, se reportó: mareo, cefalea y dolor punzante en el dedo, la paciente piensa que la herida está infectada. En la exploración física: dolor e hipersensibilidad en primer dedo del pie

La paciente asistió al Servicio de Dermatología del hospital demandado, debido a que presentaba uña encarnada en el primer orjejo del pie derecho, por lo que se realizó matricectomía con fenol; sin embargo, desarrolló infección que le ocasionó daño y se vio en la necesidad de consultar otros facultativos, quienes la trataron con antibióticos.

derecho, edema ligero, llenado capilar normal, zona de herida antigua con costra serohemática, pulsos normales. Diagnóstico: Descartar hipertensión arterial sistémica, trastorno inflamatorio del primer dedo, regenerativo, sin datos de infección. Plan: cefalexina un gramo cada 6 horas, complejo B cada 12 horas por un mes.

El 2 de marzo de 2010, la nota de Urgencias del mismo hospital, refiere que la paciente tenía miedo de infectarse, sin embargo, no terminó el tratamiento que se le había indicado; temperatura 36.5° C, primer dedo del pie derecho en fase de cicatrización, inflamación ligera, dolor a la digitopresión, resto normal. Diagnóstico: micosis plantar y fase de cicatrización de matricectomía. Indicaciones: cefalexina, diclofenaco, paracetamol, miconazol crema y complejo B. El 30 de marzo de 2010, se prescribió gentamicina intramuscular por 4 días, nitrofurantoína una cápsula cada 8 horas durante 6 días, butilhioscina una tableta cada 6 horas 3 días, metoclopramida cada 8 horas 3 días y ranitidina 150 mg cada 12 horas por 14 días.

ANÁLISIS DEL CASO

Para el estudio del caso se estiman necesarias las siguientes precisiones:

En términos de la literatura especializada, la onicocriptosis, es una enfermedad que afecta principalmente el primer dedo del pie; resulta de la penetración del borde lateral de la lámina ungueal en los tejidos blandos que la rodean, donde actúa como

cuerpo extraño, ocasionando formación de granulomas e infecciones. La evolución, en general, es crónica y recidivante.

Su origen es multifactorial y los factores predisponentes más importantes son: uso de calzado ajustado o de tacón alto, traumatismos, mala técnica de corte de uña, hiperhidrosis, osteoartrosis, alteraciones de la lámina ungueal, onicomycosis, neoplasias y obesidad, entre otros.

La elección del tratamiento depende de los factores predisponentes, así como del grado de afectación de cada paciente. La clasificación de Heifetz y Morgensen describe tres estadios: 1) edema y dolor a la presión, 2) infección con secreción, 3) signos y síntomas de los estadios anteriores intensificados, además de la formación de tejido de granulación e hipertrofia del pliegue lateral.

En los estadios 1 y 2 sin uñas distróficas, el tratamiento debe ser conservador mediante fomentos con soluciones antisépticas, antibióticos tópicos u orales, antiinflamatorios, empaquetamiento del canal lateral (debajo de las esquinas de la uña) para reducir el traumatismo y la presión, corte apropiado de las uñas y colocación de canales de plástico en los canales ungueales laterales.

Las intervenciones quirúrgicas correctivas varían en complejidad y duración (desde desbridamiento hasta matricectomía). En general, este tipo de procedimientos, se reserva para el estadio 3, o bien, para los casos que recurren pese al tratamiento conservador.

La matricectomía consiste en la destrucción o eliminación de la matriz ungueal, lo cual evita que la lámina ungueal vuelva a crecer. Puede ser total, en la cual se elimina totalmente la matriz, o parcial, en la que solamente se elimina una porción. La matricectomía puede realizarse por escisión o ablación. En la matricectomía parcial, se preserva la porción central de la lámina y tiene mejor evolución estética y funcional.

La matricectomía parcial es el método de elección para los casos en estadio 3 o recidivantes. La escisión consiste en resección en bloque con forma de huso del tejido de granulación, el pliegue ungueal hipertrófico, así como una franja de lámina y lecho ungueal subyacente. Entre las técnicas abla-

Las intervenciones quirúrgicas correctivas varían en complejidad y duración (desde desbridamiento hasta matricectomía).

tivas están: quimiocauterización con hidróxido de sodio al 10% o fenol al 88%, electrofulguración o láser de CO₂. Estas técnicas pueden utilizarse de forma aislada o como complemento de la extirpación, para disminuir la posibilidad de remanentes de la matriz o que ocurra recidiva.

El fenol o ácido carbónico, es un cristal incoloro, desinfectante y antiséptico; produce necrosis por desnaturalización de proteínas, es fácil de aplicar, tiene bajo índice de morbilidad y reduce la frecuencia de infección y recurrencia.

La secreción y el edema, son frecuentes en pacientes tratados mediante matricectomía con fenolización, lo cual también ocurre en heridas que cierran por segunda intención. Los tiempos de cicatrización varían entre 2 y 4 semanas.

En el presente caso, la paciente fue intervenida quirúrgicamente en el Hospital demandado el 10 de febrero de 2010. Atendiendo a la nota de Cirugía Dermatológica de esa fecha, la uña se encontraba mal recortada, en teja y sobrecurvada, con deformidad del dedo, dolor y plato ungueal color blanco, estableciéndose diagnóstico de onicocriptosis, por ello se realizó matricectomía bilateral con fenolización, indicándose analgésico (paracetamol).

Esto demuestra que la atención del personal médico del demandado, se ajustó a lo establecido por la *lex artis* médica, pues ante la patología que presentaba la paciente, estaba indicado el procedimiento. En efecto, la literatura especializada, refiere que la matricectomía parcial, es el método de elección para los casos en estadio 3 o recidivantes.

Ahora bien, la paciente acudió a revisión el 12 de febrero de 2010, la nota de evolución de esta fecha señala que no había eritema, sólo discreto exudado, lo cual era normal por la cirugía, indicándose curación diaria, paracetamol y reposo relativo. En ese sentido, no se observan elementos de mala

práctica, atribuibles al personal médico, en razón a que conforme a la literatura de la especialidad, la secreción y el edema son frecuentes en pacientes tratados mediante matricectomía con fenolización, por lo tanto, en el presente caso, los datos clínicos reportados el 12 de febrero, indican que la evolución coincidía con el procedimiento efectuado; es decir, no existían datos sugestivos de alguna complicación.

La paciente argumentó que comenzó a sentir punzadas y dolor muy fuerte a los 2 días, solicitando a los médicos del hospital demandado que le recetaran antibiótico y le contestaron que no. Al respecto, el demandado manifestó que revisó y curó a la paciente a las 48 horas y había, como en todos los casos de matricectomía con fenolización, edema, eritema leve y exudado seroso, sin datos de infección; sin embargo la paciente insistió en que se le recetara antibiótico, lo cual no estaba indicado por lo que no se le prescribió, además de que no existían datos clínicos de infección. Sobre este rubro, la literatura de la especialidad señala, que el fenol o ácido carbónico es un potente desinfectante y antiséptico, fácil de aplicar y que reduce la frecuencia de infección y recurrencia.

Así, está demostrado que la actuación del personal médico del demandado se ajustó a lo establecido por la literatura médica generalmente aceptada.

Cabe mencionar, que en este caso, se ofreció la pericial en Dermatología, la cual fue concluyente al establecer, que la atención brindada a la paciente fue correcta. Dicha prueba, señaló que al ser el fenol un ácido que produce necrosis de los tejidos, ocasiona exudado sero-sanguinolento, edema y eritema de la zona, acompañado de dolor; datos que presentaba la paciente en la revisión del 12 de febrero de 2010, sin que se encontraran signos de infección. Abundando sobre este rubro, la nota médica de la citada atención, demostró que se otorgó cita para seguimiento; sin embargo, la propia paciente en su queja, reconoció que asistió con otros facultativos.

Esto demuestra, que de manera voluntaria, sin que existiera mora, negligencia o negativa de servicio, la paciente consultó a otros médicos, inhibiendo al demandado para continuar su atención.

La paciente en su queja, manifestó que tenía infección; sin embargo, no acreditó tal aseveración. Al respecto, si bien es cierto que entre las probanzas ofrecidas, exhibió recetas médicas del Servicio de Urgencias del hospital público, en las cuales se indicó antibiótico y antiinflamatorio, también es cierto, que dichas probanzas por sí mismas, no acreditan que la paciente presentara infección en el dedo afectado, pues ni siquiera se señaló diagnóstico alguno, ni se aportó nota médica que sustentara la prescripción.

Más aún, antes de la matricectomía, en el hospital público ya se habían indicado antibióticos, pero debido a infección de vías urinarias, tal y como lo acreditó la hoja de urgencias del 27 de enero de 2010.

De igual forma, las constancias aportadas para el estudio del caso, demostraron que un médico privado solicitó radiografías de pie derecho, reportándose moderada desmineralización, sin cambios en estructuras óseas ni tejidos blandos, como lo acreditó el resultado radiográfico. Dichas probanzas, demostraron que la paciente no presenta afectación de estructuras óseas ni tejidos blandos en el primer dedo del pie derecho.

El 24 de febrero de 2010, la paciente acudió al hospital público, la hoja de urgencias establece que presentaba dolor e hipersensibilidad en el primer dedo del pie derecho, edema ligero, llenado capilar normal, zona de herida antigua con secreción serohemática, siendo el diagnóstico: trastorno inflamatorio del primer dedo, regenerativo, sin datos de infección. De igual forma, el 2 de marzo de 2010, la hoja de urgencias de dicho hospital, establece que el dedo se encontraba en fase de cicatrización, con inflamación ligera y dolor a la digitopresión, siendo el diagnóstico: micosis plantar, matricectomía en fase de cicatrización.

En ese sentido, las citadas hojas del Servicio de Urgencias, demuestran que la evolución fue satisfactoria, incluso al señalarse en la más reciente, que estaba en fase de cicatrización.

Para el completo estudio del caso, se realizó reconocimiento médico de la paciente, encontrándose en la exploración física: deambulación no claudicante, sin ayuda de muletas, bastón o andadera, ambos pies

sin alteraciones; resequedad en el dorso de ambos pies y todas las regiones interdigitales; aumento de volumen focalizado, de aproximadamente 3 mm de diámetro, no rojo, no caliente. A la palpación de los bordes medial, lateral, dorsal y plantar de ambos pies, sin alteraciones (exostosis ni hundimientos). Engrosamiento y ruptura focalizada del borde lateral de la uña del primer dedo del pie derecho. Palpación del trayecto de todos los tendones (flexores y extensores) de los dedos de ambos pies. Movilidad: dorsiflexión de ambos tobillos en 20°, flexión plantar de ambos tobillos en 20°, inversión y evasión de ambos tobillos en 5°, aducción del segmento anterior de los pies en 20° y abducción del mismo segmento de ambos pies en 10°, extensión pasiva de la primera articulación metatarso-falángica del pie izquierdo en 80° y flexión pasiva de la misma articulación en 40°; extensión pasiva de la primera articulación metatarso-falángica del pie derecho en 50° y flexión pasiva de la misma articulación en 40°.

En esos términos, se acreditó que la evolución de la paciente fue satisfactoria, ya que el aspecto clínico del dedo operado está en parámetros normales y la funcionalidad del pie en todas sus articulaciones es correcta.

APRECIACIONES FINALES

Fue demostrado que la atención brindada a la paciente por el personal médico del hospital demandado, se ajustó a lo establecido por la *lex artis* especializada, tal y como se razonó en el análisis del caso.

No se acreditó daño por causa directa e inmediata del incumplimiento de obligaciones, como lo refiere el artículo 2110 del Código Civil Federal.

No se realizaron pronunciamientos de la atención brindada por facultativos distintos al demandado, al no ser parte en la controversia.

RECOMENDACIONES

La interpretación de los derechos y obligaciones del prestador del servicio y el paciente, supone el surgimiento de puntos de vista en intereses discordantes, por ello, el propio desarrollo del proceso de atención, necesita procedimientos específicamente diseñados para la resolución de controversias.

Para analizar la actuación médica, es necesaria la revisión de los parámetros publicados en la literatura especializada. Así mismo, deben valorarse las argumentaciones, defensas y pruebas de las partes, a fin actuar con total imparcialidad en la resolución de la controversia planteada.

Para analizar la actuación médica, es necesaria la revisión de los parámetros publicados en la literatura especializada. Así mismo, deben valorarse las argumentaciones, defensas y pruebas de las partes, a fin actuar con total imparcialidad en la resolución de la controversia planteada. ●

BIBLIOGRAFÍA

- Becerro BV, Losa ME. Total nail ablation for onychodystrophy with optimized gauze-phenol application. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2010;24(8):936-42.
- Chang T. Técnicas en Cirugía Ortopédica. Pie y Tobillo. Madrid, España: Marban libros, S. L; 2006.
- Espensen EH, et al. Chemical Matrixectomy for Ingrown Toenails. *J Am Podiatr Med Assoc*. 2002;92(5):287-295.
- Fernández Arista G, Enríquez Merino J. Onicocriptosis: Estudio comparativo del periodo postoperatorio de una matricectomía parcial lateral con el de una matricectomía parcial lateral con fenolización. *Revista Mexicana de Dermatología*. Volumen 50. Número 3. Mayo-junio. 2006. 87-93.
- Fulton GJ, et al. Wedge resection alone or combined with segmental phenolization for the treatment of ingrowing toenail. *Br J Surg*. 1994;81(7):1074-5.
- Kruijff S, et al. Partial Matrix Excision or Orthonyxia for Ingrowing Toenails. *J Am Coll Surg* 2008;206(1):148-53.
- Shaikh FM, et al. Efficacy of Wedge Resection with Phenolization in the Treatment of Ingrowing Toenails. *J Am Pod Med Assoc*. 2008;98(2):118-22.
- Tamayo T (coord.) Medicina Asertiva, acto médico y derecho sanitario. México: Alfíl-CONAMED; 2006. p. 211.
- Vaccari S, et al. Partial Excision of Matrix and Phenolic Ablation for the Treatment of Ingrowing Toenail: A 36-Month Follow-Up of 197 Treated Patients. *Dermatol Surg*. 2010;36(8):1288-93.
- Yabe T, Takahashi M. A minimally invasive surgical approach for ingrown toenails: partial germinal matrix excision using operative microscope. *J Plast Reconstr Aesthet Surg*. 2010;63(1):170-3.