

# Eliminación definitiva de la lámina ungueal: técnica de Zadik

**GARCÍA CARMONA, Fº JAVIER \***  
**PADÍN GALEA, JOSÉ MANUEL \*\***  
**FERNÁNDEZ MORATO, DIANA \*\*\***

\* PODÓLOGO. PROFESOR TITULAR DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA. E.U. E.F. Y PODOLOGÍA. JEFE DE SERVICIO DE CIRUGÍA. CLÍNICA UNIVERSITARIA DE PODOLOGÍA. UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID.  
\*\* PODÓLOGO INTERNO RESIDENTE. CLÍNICA UNIVERSITARIA DE PODOLOGÍA. UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID.  
\*\*\* PODÓLOGO. PROFESOR COLABORADOR. DIPLOMATURA DE PODOLOGÍA. UNIVERSIDAD SAN PABLO CEU DE MADRID.

## CORRESPONDENCIA

Fº Javier García Carmona. Clínica Universitaria de Podología. Avenida Complutense s/nº. 28040 Madrid.  
E-mail: carmona@enf.ucm.es

## RESUMEN

El presente artículo revisa las indicaciones de la Técnica de Zadik y muestra un caso clínico donde se practica dicho procedimiento para la eliminación definitiva de la lámina ungueal.

## ABSTRACT

The present paper reviews the indications of Zadik's technique and shows a clinical case where this procedure removal definitive the nail practices .

## PALABRAS CLAVE

Cirugía ungueal, Procedimiento de Zadik.

## KEYWORDS

Nail surgery, Zadik's Procedure.

---

## INTRODUCCIÓN

Los procedimientos quirúrgicos que incluyen la eliminación de la lámina ungueal, son procedimientos que deben de llevarse a cabo en situaciones clínicas específicas y bajo ningún precepto deberían ser realizados de forma y manera sistemática. La avulsión total de la uña es un método radical de tratamiento de las diferentes onicopatías y como tal, solamente deberá ser empleado, en casos concretos en los que no haya otra alternativa quirúrgica. Siempre habremos de conservar intacta la lámina ungueal en la medida de lo posible, pues la unidad ungueal cumple funciones tan importantes como, la de proteger al dedo de los posibles traumatismos, favorecer la superficie de contacto con el suelo y facilitar la deambulación, recibir los múltiples estímulos y sen-

saciones y la de ser un importante anejo estético.

Aunque originariamente esta técnica fue descrita por varios autores (Quenu en 1887 y Wilson en 1944), fue Zadik quien en 1950, publicó los resultados de 16 casos tratados mediante un procedimiento que consistió en la creación de un colgajo eponiquial, la avulsión de la lámina ungueal, la resección de la matriz y la sutura del colgajo al lecho ungueal sin tensión. Este autor, basó su procedimiento en la premisa de que la escisión del lecho ungueal, no era necesaria para prevenir la posible recidiva o crecimiento de una nueva lámina ungueal, proposición que compartimos totalmente. La técnica de Zadik tal y como la desarrollamos actualmente, incluye la avulsión total de la lámina ungueal, la realización de una matricectomía completa y la sutura del colgajo eponiquial al lecho ungueal. El propósito de la realización de esta técnica al

extirpar completamente la matriz germinal situada bajo el pliegue ungueal proximal y suturar éste posteriormente al lecho es, disminuir y acortar el periodo de cicatrización postoperatoria. Es por ello por lo que la realización de esta técnica, supone una ventaja con respecto al procedimiento descrito por Kaplan en 1960, en el que se describía la resección del lecho y matriz ungueales, lo cual dejaba la falange subyacente expuesta y aumentaba el periodo o fase de cicatrización.

## INDICACIONES QUIRÚRGICAS

Las indicaciones a la hora de plantear un procedimiento consistente en una avulsión más matricectomía total, vienen recogidas en la siguiente tabla, la cual no está limitada a estos criterios, pudiendo sumarse más:

### Indicaciones quirúrgicas de la Técnica de Zadik

- Onicocriptosis recurrentes o recidivantes
- Yatrogenias quirúrgicas tras avulsiones parciales de la lámina ungueal
- Yatrogenias quirúrgicas tras avulsiones totales de la lámina ungueal
- Onicopatías asociadas a la Onicocriptosis (Onicomiosis, Onicogriposis, Onicocauxis, etc.)

Según nuestro criterio, a veces la decisión de realizar un procedimiento de Zadik o Kaplan, es decir resecar únicamente la matriz o lecho y matriz conjuntamente, se lleva a cabo intraoperatoriamente y dependerá de la calidad o viabilidad del lecho ungueal. Es por ello por lo que en uñas severamente deformadas y distróficas, si el lecho ungueal no es viable, no es un lecho sano o está ulcerado, preferimos resecarlo conjuntamente con la matriz y dejar la falange expuesta por lo que cicatrizará por segunda intención (Técnica de Kaplan). Si el lecho ungueal es viable, está sano y no presenta ulceración, una vez que practicamos la avulsión de la lámina ungueal, preferimos resecar solamente la matriz, para así poder suturar el colgajo eponiquial al lecho (Técnica de Zadik). En los casos en los que además de presencia de onicopatías distróficas, encontremos patología ósea subyacente o estemos ante uñas “en pinza o en tenaza”, preferimos realizar la técnica de Kaplan, ya que es más fácil el abordaje dorsal de la patología subyacente una vez que reseamos completamente el lecho ungueal.

## CASO CLÍNICO

Paciente de 75 años de edad y sexo femenino que acude a consulta por presentar dolor en el primer dedo del pie derecho, motivado por la interacción entre la lámina ungueal y los tejidos periungueales.

Entre los antecedentes podológicos, cabe destacar la realización de dos avulsiones totales previas de la lámina ungueal sin matricectomía y la existencia de una onicomiosis subungueal distal y lateral.

A la observación se aprecia una lámina ungueal distrófica y traumatizada secundaria a una yatrogenia quirúrgica, debida a la extirpación total de la lámina ungueal, llevada a cabo según refiere la paciente, por una onicocriptosis ocurrenente. No hay signos de inflamación ni infección [Figura 1].

Como pruebas complementarias se realizan radiografías dorsoplantar y lateral en carga del primer dedo del pie derecho, siendo éstas compatibles con la normalidad.

Se diagnostica a la paciente de onicocriptosis adquirida asociada a onicodistrofia de la lámina ungueal del primer dedo del pie derecho.

Como tratamiento, se propone el abordaje quirúrgico de la uña del primer dedo del pie derecho, mediante la realización de la técnica de Zadik, consistente en la avulsión total de la lámina ungueal, matricectomía completa y sutura del colgajo eponiquial al lecho ungueal.

Se practica procedimiento ambulatorio con anestesia local

Figura 1:  
Aspecto preoperatorio de la onicopatía.



Figura 2:  
Diseño del procedimiento con el rotulador dermatográfico.



(clorhidrato de mepivacaína al 2%), mediante bloqueo en H de Frost e isquemia con manguito neumático a nivel de pantorrilla, previa exanguinación del miembro con cinta de Esmarch.

En primer lugar diseñamos el procedimiento con lápiz dermatográfico y procedemos al despegamiento de la lámina ungueal del lecho con un avulsor o despegador, separando o incidiendo el eponiquio de la uña a través de la cutícula. [Figura 2] Realizamos dos incisiones a 1 cm del eponiquio de proximal a distal las cuales se continúan a través de los pliegues o surcos ungueales.

Se disecciona el colgajo eponiquial hacia proximal con el fin de visualizar y exponer la matriz subyacente. Una vez que la lámina ungueal está libre de adherencias, realizamos la avulsión total con una pinza de Stieglitz. [Figura 3] Posteriormente se realiza una tercera incisión transversal a las dos anteriores, justamente en la línea de diferenciación entre el lecho (estriado) y la matriz (lisa y más blanquecina), hasta notar la falange subyacente, completando de esta forma un diseño en forma de "H", originario de Zadik.

Figura 3: Avulsión total de la lámina ungueal realizada con la pinza de Stieglitz.



Figura 4: Extirpación de la matriz ungueal, completando el trazo transverso de la "H" diseñada originariamente por Zadik.



Figura 5: Limado de la falange subyacente.



Figura 6: Aspecto intraoperatorio una vez reseca la matriz ungueal.



Figura 7: Cierre de la herida mediante sutura sin tensión, aproximando el pliegue ungueal proximal al lecho ungueal.

[Figura 4] A continuación procedemos a la resección de la matriz ungueal para posteriormente legrar la zona con lima de hueso. [Figura 5] Lavamos con abundante suero fisiológico y secamos la zona. [Figura 6]

Finalmente se procede al cierre de la misma mediante sutura de Poliéster, no absorbible, monofilar, aplicándose puntos simples discontinuos, aproximando el colgajo eponiqual al extremo proximal del lecho ungueal. [Figura 7]

Transcurridos 10 días, se retiran los puntos de sutura sin presentarse ninguna complicación postoperatoria, dándole de alta al paciente. [Figura 8]

## CONCLUSIONES

La realización de la Técnica de Zadik es un procedimiento válido y plenamente adecuado al caso clínico que presentamos. Como referíamos en el apartado de indicaciones clínicas, en aquellos casos en los que previamente se habían realizado avulsiones totales previas sin matricectomía, se justificaba la realización de esta técnica. Son muchas las ocasiones en las que nos encontramos yatrogenias quirúrgicas consecutivas a extracciones totales de la uña, practicadas sin evidencia aparente y a veces con el convencimiento de que quien las practica, elimina también la matriz germinativa. La matriz ungueal no envuelve a la lámina ungueal y por lo tanto no la extirpamos con la avulsión. Tan solo evidenciaremos el recubrimiento matricial que envuelve a la uña a nivel proximal. Si deseamos que la lámina ungueal no vuelva a crecer, deberemos disecar cuidadosamente la matriz ungueal y resecarla o bien someterla a una matricectomía química. Si no extirpamos la matriz, la uña volverá a crecer (tardará de 9 a 12 meses), con la probabilidad de que vuelva a desarrollar la afección que presentaba antes de ser eliminada, agravada y atrofiada por el traumatismo que supone la avulsión de la misma. Es por ello por lo que el Podólogo, deberá conocer perfectamente la anatomía y patología ungueal con la finalidad de aplicar en cada caso concreto, el tratamiento que más se adapte a las necesidades clínicas y a las demandas del propio paciente. No olvidemos que las uñas cumplen una importante función y que el componente estético tras eliminar la uña, puede ser un condicionante y una negativa



Figura 8: Aspecto postoperatorio al mes de la intervención.

por parte del paciente a someterse a dicha intervención, cuestión que deberemos tener en cuenta y respetar en todo momento.

## Bibliografía

1. CAPRIOLI R, BILOTTI MA. Surgical nails procedures. En: NZUZI SM, POSITANO RG, DELAURO TM. Editores. Nails disorders. Philadelphia: WB Saunders Company; 1989. p. 431-451. Clinics in
2. DOCKERY GL. Nails. En: BANKS AS, DOWNEY MS, MARTIN DE, MILLER SJ. McGlamry's Comprehensive Textbook of Foot and Ankle Surgery. 3rd Ed. Vol I. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2001. p. 203-229
3. GARCÍA CARMONA FJ, FERNÁNDEZ MORATO D. Tratamiento quirúrgico de la Onicocriptosis. Madrid: Aula Médica; 2003.
4. LACO JE. Operative care of nails disorders. En: LEVY LA, HETHERINGTON VJ. Editores. Principles and Practice of Podiatric Medicine. New York: Churchill Livingstone; 1990. p. 499-522.
5. MERCADO OA. Atlas de Cirugía del Pie. Vol. 1. Madrid: Federación Española de Podólogos; 1995. p. 15-32.