



ORIGINAL

Artículo bilingüe español / inglés

Rev Esp Podol. 2025;36(1):17-23

DOI: <http://dx.doi.org/10.20986/revesppod.2025.1719/2024>

Ganador Premio Virginia Novel 2024

Estudio comparativo de dos tratamientos conservadores para la onicocriptosis, mechado de gasa vs. infiltración local de corticoide

Comparative study of two conservative treatments for onychocryptosis: cotton packing vs. local corticosteroid injection

Angélica María Fernández Gómez¹, Alfonso Martínez Nova¹ y María Teresa García Martínez²

¹Universidad de Extremadura. Plasencia, Cáceres, España. ²Universidad de Valencia, España

Palabras claves:

Onicocriptosis, pie, podología, espiculotomía, infiltración de corticoide, tratamiento conservador.

Resumen

Objetivos: Aunque las infiltraciones con corticoides se han empleado en dermatología para diferentes alteraciones ungueales, no se conoce la eficacia en pacientes con onicocriptosis. Por ello, el objetivo del estudio fue evaluar la evolución de la patología con este tratamiento.

Pacientes y métodos: Se llevó a cabo un ensayo clínico aleatorio con una muestra de 14 pacientes que padecían onicocriptosis, que fueron asignados al azar al grupo de control (espiculotomía y mecha de gasa) o grupo experimental (espiculotomía e infiltración de corticoide). Se valoró el estado clínico inicial, dolor, inflamación y tamaño del granuloma antes de la intervención y al menos un mes después de la misma.

Resultados: Tras un mes de tratamiento, el grupo corticoide presentó una reducción del dolor de $6,5 \pm 1,2$ y una reducción de la inflamación de $1,4 \pm 0,4$ mm, a la vez que, el grupo mechado presentó una reducción del dolor de $4,5 \pm 2,5$ y una reducción de la inflamación de $0,5 \pm 0,3$ mm, presentando diferencias significativas ($p = 0.049$ y $p = 0.012$, respectivamente).

Conclusiones: La infiltración de corticoide mostró ser más efectiva que la aplicación de mecha de gasa en la reducción del dolor y la inflamación en pacientes con onicocriptosis. Estos hallazgos respaldan la importancia clínica del tratamiento con corticoide como opción terapéutica para esta afección.

Keywords:

Onychocryptosis, foot, podiatry, spiculectomy, corticosteroid infiltration, conservative treatment.

Abstract

Objectives: Although corticosteroid infiltrations have been employed in dermatology for various nail disorders, the efficacy of corticosteroid infiltration in improving clinical outcomes for patients with onychocryptosis remains unknown. Thus, the aim of this study was to evaluate the evolution of this disease with this treatment.

Patients and methods: A randomized clinical trial was conducted with a sample of 14 patients diagnosed with onychocryptosis. Participants were randomly assigned to either a control group (treated with spicule resection and gauze packing) or an experimental group (treated with spicule resection and corticosteroid infiltration). Baseline clinical status, pain, inflammation, and granuloma size were assessed before the intervention and at least one month after the procedure.

Results: One month post-treatment, the corticosteroid group showed a pain reduction of 6.5 ± 1.2 and an inflammation reduction of 1.4 ± 0.4 mm, whereas the gauze-wick group showed a pain reduction of 4.5 ± 2.5 and an inflammation reduction of 0.5 ± 0.3 mm, with statistically significant differences observed ($p = 0.049$ and $p = 0.012$, respectively).

Conclusion: Corticosteroid infiltration proved to be more effective than gauze-wick application in reducing pain and inflammation in patients with onychocryptosis. These findings support the clinical relevance of corticosteroid treatment as a therapeutic option for this condition.

Recibido: 14-11-2024

Aceptado: 30-12-2024



0210-1238 © Los autores. 2025.
Editorial: INSPIRA NETWORK GROUP S.L.
Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC Reconocimiento 4.0 Internacional
(www.creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Correspondencia:

Alfonso Martínez Nova
podofalf@unex.es

Introducción

La onicocriptosis (ONC) o uña incarnada es una patología del aparato ungueal, provocada por una compresión de la lámina ungueal sobre el lecho y/o rodete periungueal, que ocasiona inflamación, hipersensibilidad, rubor y dolor de intensidad variable^{1,2}. La severidad de la lesión se determina por el tamaño e hipertrofia de los rodetes periungueales, siendo importante esto porque determina el tipo de tratamiento^{1,3}. Los tratamientos conservadores se utilizan en estadios iniciales de la lesión (I y IIa), mientras que el quirúrgico, que es la eliminación de la espícula afectada y de la porción de matriz asociada, se plantea a partir del estadio IIb ante el fracaso de la vía conservadora^{3,4}.

La finalidad de los métodos conservadores es reeducar el crecimiento ungueal, existiendo diversas técnicas, como la espiculotomía, mechado de gasa, uñas acrílicas, ortonixia plástica o metálica, entre otros⁵. De estos métodos conservadores, uno de los más empleados entre los profesionales es la eliminación de la espícula ungueal afectada, o espiculotomía, que consiste en la exéresis de la porción de lámina causante del dolor, para liberar al rodete de su presión continua. Sin embargo, esta técnica, aunque es liberadora del dolor de manera temporal, no soluciona el problema, pues reporta tasas de recidiva de hasta un 91,67 %⁶. A esta eliminación de la espícula se puede añadir la aplicación o no de una desfila de gasa, que tendría como objetivo separar el crecimiento ungueal de su zona de interacción con el rodete. Sin embargo, esta técnica también presenta tasas de recidiva elevadas, entre un 40-64 % según el estadio de la lesión⁶. Otros tratamientos conservadores, como las ortonixias (plásticas o metálicas) o la aplicación de uñas acrílica, parecen más eficaces para solucionar la onicocriptosis, aunque precisan de una buena adhesión al tratamiento por parte de los pacientes^{4,6}.

En los últimos años, ha surgido una nueva alternativa de tratamiento conservador, la infiltración intralesional del canal hipertrófico afectado con corticoide de depósito. Esto provoca la reducción de la inflamación del rodete periungueal y un correcto crecimiento de la lámina. Este tratamiento se ha probado en 5 casos con grados de lesión moderado⁷. En todos los casos se realizó inyección intralesional de triamcinolona en el borde inflamado sin realizar el corte de la espícula, en 4 pacientes fue suficiente una única infiltración para evitar la cirugía, en un paciente se realizaron un total de 3 infiltraciones, evitando también la intervención quirúrgica. Los resultados fueron en su totalidad positivos y evitaron la intervención quirúrgica⁷.

Sin embargo, este trabajo solo consistió en un estudio de 5 casos, siendo insuficiente para determinar la eficacia, pues no fue comparado con un grupo control. Por ello, el objetivo principal de este estudio de investigación es comprobar si el tratamiento no invasivo de espiculotomía con infiltración de corticoides tiene mayor eficacia clínica que la realización de espiculotomía y aplicación de mechado de gasa en la patología de uña incarnada, y así evitar el tratamiento quirúrgico.

Pacientes y métodos

Se trató de un estudio piloto comparativo. La muestra se compuso de 14 pacientes, 9 mujeres y 5 hombres, con edades compren-

didas entre los 14 y 61 años de edad, que acudieron a la clínica Podológica Universitaria de la UEX (Plasencia, Cáceres) para tratarse la onicocriptosis.

Criterios de inclusión y exclusión

Se incluyeron para el estudio pacientes que padecían onicocriptosis en el primer dedo, que cursaron con inflamación en estadio IIa, IIb o III, que demandaran tratamiento de su patología en la Clínica Podológica Universitaria de Plasencia y aceptaron participar en el estudio, firmando consentimiento informado. Se excluyeron del estudio aquellos pacientes que: 1) estuvieran en tratamiento farmacológico que interactuara con la anestesia o corticoides, 2) presentaran tripanofobia, 3) fueran alérgicos a la anestesia o corticoides, 4) presentaran paroniquia o 5) presentaran onicocriptosis causada por aumento de curvatura en la lámina ungueal y sin inflamación en rodete periungueal.

Procedimiento

Tras la exploración inicial y confirmación de diagnóstico, los participantes fueron asignados aleatoriamente a uno de dos grupos: el grupo control, que recibió mechado de gasa + espiculotomía (n = 7); o el grupo corticoide que recibió infiltración de corticoide + espiculotomía (n = 7). Esta asignación se realizó al azar por el tutor del trabajo antes de comenzar a tratar y recoger los datos, otorgando previamente un número aleatorio (generado por la aplicación *Random Number Generator*) a cada una de las hojas de registro de los pacientes.

Se implementó una hoja de recopilación de datos que fue elaborada específicamente para el estudio, incluyendo la siguiente información: el número de paciente, datos personales, peso, altura, índice de masa corporal, tipo de técnica empleada (mechado de gasa o corticoide), género, pie afectado, número del dedo afectado y el canal ungueal implicado.

La valoración del dolor se llevó a cabo mediante el uso de la Escala Visual Analógica (EVA), utilizando la aplicación *Visual Scale App*. En este método, el paciente describió la intensidad de su dolor utilizando una gama de colores dispuesta en una escala graduada. Desde un tono verde, que indica un dolor leve, pasando por el amarillo, que representa un dolor moderado, hasta el rojo, que denota un dolor severo. El paciente selecciona el color que mejor refleje su experiencia dolorosa, haciendo clic en la zona correspondiente de la escala. Este proceso se realizó dos veces, para tener una media que cuantificara la intensidad del dolor asociado a la lesión (Figura 1).

La evaluación de la inflamación se llevó a cabo mediante un pie de rey digital y una espátula metálica recta. Se introdujo cuidadosamente la espátula entre el rodete periungueal y la lámina ungueal, midiendo con precisión la distancia desde el borde de la espátula hasta donde se encontrara cubierta por el rodete periungueal, obteniendo así una medida exacta de los milímetros de inflamación del rodete periungueal que penetraron en la lámina ungueal (Figura 2).

Aplicación del tratamiento:

- Al grupo 1 (control) se le realizó espiculotomía y se aplicó mecha de gasa.

Tras desinfectar la zona con povidona yodada, se procedió a la eliminación de la espícula, cortando el segmento de la lámi-

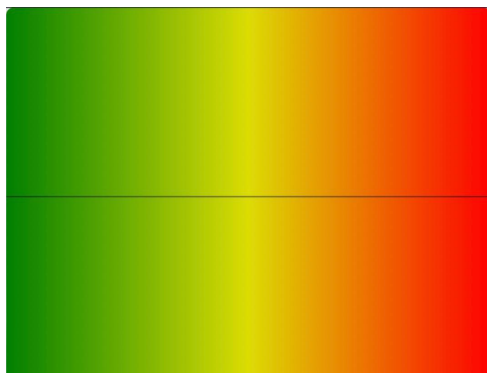


Figura 1. Captura de imagen de *Visual Scale App* para ilustrar el proceso.

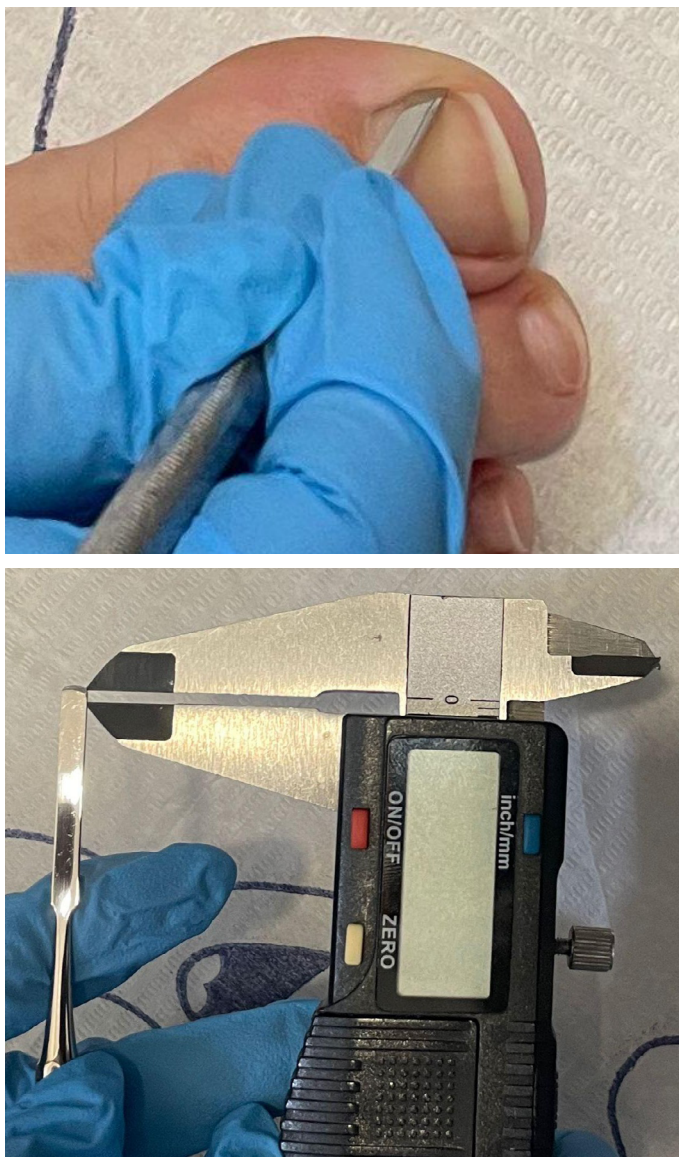


Figura 2. Representación visual del procedimiento de medición del rodete que afecta la lámina ungüal.

na ungüal que estaba incrustado en el pliegue periungüal. Este procedimiento se llevó a cabo con la ayuda de un alicate, pinzas Adson y bisturí con hoja número 15. A continuación, se colocó un pequeño trozo de mecha de gasa impregnada en povidona yodada o suero salino debajo de la uña, utilizando una gubia y pinza. Si fue necesario, se aplicó crioadestesia tópica antes del corte de la espícula para aliviar posibles molestias. Finalmente, se cubrió la zona con gasa e hypafix después de aplicar povidona yodada (Figura 3).

- Al grupo 2 (experimental), se le realizó espiculotomía e infiltración de corticoide.

Para este tratamiento se empleó betametasona (fostato y acetato), ya que es un medicamento fácil de administrar de manera intralesional, y además está indicado en lesiones dermatológicas, trastornos inflamatorios y quísticos del pie. Una vez se desinfectó la zona, se procedió a anestesiarse el canal afectado con mepivacaína al 2 % (1 cc), evitando el dolor del proceso. Una vez pasado el tiempo de espera para que se produjera el efecto de la anestesia, se realizó la eliminación del segmento ungüal que estaba incrustado en el rodete periungüal, utilizando un alicate, pinzas Adson y bisturí con hoja del 15. Seguidamente, sobre la zona de máxima inflamación se realizó la inyección intralesional del corticoide que, llevó entre 0.3 cc y 0.5 cc de betametasona (según el tamaño del primer dedo) combinado con mepivacaína al 2 %, (0.2 cc aproximadamente) (Figura 4). Este proceso se realizó con una aguja de insulina, con una única punción y se fue depositando el corticoide junto

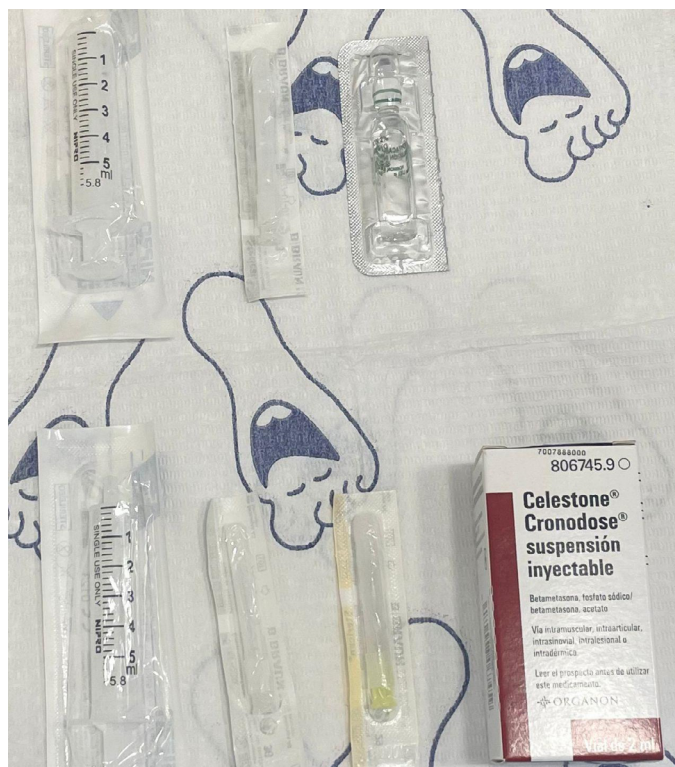


Figura 3. Representación visual de los materiales empleados en el procedimiento de inyección de corticoide.



Figura 4. Procedimiento de infiltración del corticoide.

con la anestesia a lo largo de todo el canal inflamado a medida que se iba retirando la aguja. Por último, se aplicó povidona yodada y se cerró la zona con gasa e hypafix.

Revisión y seguimiento: la primera revisión se llevó a cabo aproximadamente una semana después del tratamiento inicial. Durante esta revisión, se realizó una evaluación visual de la lesión para observar su evolución. La revisión final se llevó a cabo aproximadamente un mes después del tratamiento inicial, durante la cual se recopilaban los mismos datos que en la evaluación inicial (dolor, inflamación, etc.) para evaluar la efectividad del tratamiento.

Estudio estadístico

Se crearon dos nuevas variables, para comparar entre los grupos, que fueron la Delta Dolor (dolor pre-post) y la Delta inflamación (inflamación inicial-final). Estas variables nos indican la reducción tanto del dolor como de la inflamación del rodete debidas al tratamiento (indica cuánto ha reducido la inflamación en la lesión). Para el análisis estadístico se realizó una descriptiva de las variables (media $\pm$ DE). Para comparar variables entre grupos (género o grupo) se aplicó un test de contraste de hipótesis utilizando la prueba *t* de Student para muestras independientes. Para comparar las proporciones estimadas entre variables y sus diferencias, se realizó una tabla de contingencia con la prueba de Chi cuadrado. Los análisis estadísticos de los resultados se realizaron mediante el programa SPSS versión 29.0 (licencia campus UEX). Se estableció un nivel de significación del 5 %.

Resultados

La muestra final del estudio fue de 14 pacientes con un peso medio de $65,4 \pm 9,2$ kg, una altura media de $1,7 \pm 0,1$ m, con un índice de masa muscular medio de $23,5 \pm 3,2$ kg, y una media de edad de $35,3 \pm 19,8$ años. Los resultados mínimos y máximos de estas variables se exponen en la Tabla I. De los 14 pacientes, 6 presentaron la ONC en el pie derecho y 8 en el izquierdo. Nueve de ellos tenían el canal peroneal afectado y 5 con afección en el canal tibial. Los estadios que cursan inicialmente fueron 7 en estadio IIa y otros 7 IIb.

La media del dolor juntando ambos grupos fue de 6.6 ± 1.8 , con un mínimo de 2.1 y un máximo de 8.9. El dolor analizado según el sexo obtuvo en hombres una media de 6.9 ± 1.6 y en mujeres con una media de 6.6 ± 2.0 . No existiendo diferencias significativas ($p = 0.691$) (Tabla II).

En la comparación inicial del dolor por grupo, en el grupo mechado había una media de 6.1 ± 2.4 y en el grupo corticoide una media de 7.2 ± 1.0 , sin diferencias significativas ($p = 0.055$). Con respecto a la comparación de la inflamación por grupos, el mechado de gasa tuvo una media de 2.3 ± 0.7 mm y el corticoide con una media de 2.7 ± 0.6 mm, no presentando diferencias significativas ($p = 0.312$) (Tabla III).

De las 7 personas que presentaron un estadio inicial IIa, fueron asignados 4 en el grupo de mechado y 3 en el grupo corticoide. De los 7 restantes que presentaban estadio inicial IIb, fueron asignados 3 al grupo mechado y 4 al grupo corticoide. Los resultados del estadio inicial por grupo no obtuvieron diferencias significativas ($p = 0.286$) (Tabla IV).

El granuloma inicial fue leve en la zona de la espícula en 3 casos del grupo mechado y en 1 caso del grupo corticoide. El granuloma inicial fue moderado en proximal y distal apareció en 2 casos del grupo mechado y en 4 casos del grupo corticoide. Los resultados

Tabla I. Estadísticos descriptivos de las características antropométricas.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Est.
Peso	14	50	79	65.4	9.3
Altura	14	1.5	1.9	1.7	0.1
IMC	14	18.8	30.2	23.5	3.2
Edad	14	14	61	35.3	19.8

Tabla II. Estadística de grupo. Dolor según el sexo.

	Sexo	N	Media	Desv. Est.	p
Dolor	Hombre	5	6.9	1.6	0.691
	Mujer	9	6.6	2.0	

t de Student para muestras independientes.

Tabla III. Estadística de grupo. Dolor e inflamación por grupo.					
	Grupo	N	Media	Desv. Est.	p
Dolor	Mechado	7	6.1	2.4	0.055
	Corticoide	7	7.2	1.0	
Inflamación	Mechado	7	2.3	0.7	0.312
	Corticoide	7	2.7	0.6	

t de Student para muestras independientes.

Tabla IV. Tabla cruzada. Estadío inicial por grupo.			
	Grupo		
Estadio inicial	Mechado	Corticoide	Total
Ila	4	3	7
IIb	3	4	7
p	0.286		

Chi-cuadrado (χ^2).

Tabla V. Tabla cruzada. Granuloma inicial por grupo.			
	Grupo		
Granuloma inicial	Mechado	Corticoide	Total
Sin	0	1	1
Leve, zona espícula	3	1	4
Leve, zona distal	1	1	2
Moderado, prox/distal	2	4	6
Todo el rodete	1	0	1
p	0.453		

Chi-cuadrado (χ^2).

del tamaño del granuloma inicial no presentaron diferencias significativas entre grupos ($p = 0.453$) (Tabla V).

Evaluación de la eficacia clínica: dolor, inflamación y granuloma

La variable Delta Dolor (dolor pre-post) en el grupo mechado fue de 4.5 ± 2.5 , y en el grupo corticoide de 6.5 ± 1.2 , siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($p = 0.049$). La variable Delta Inflamación también presentó una media de 1.4 ± 0.4 mm en el grupo corticoide por un valor de 0.5 ± 0.3 mm en el grupo mechado, presentando diferencias estadísticamente significativas ($p = 0.012$) (Tabla VI).

Los resultados del granuloma final en ambos grupos fueron nulo o leve en la zona de la espícula. No hubo granuloma final en 6 casos del grupo corticoide y en 3 casos del grupo mechado, con un total de 9 casos. El granuloma final fue leve en la zona de espícula en 4 casos del grupo mechado y 1 caso del grupo corticoide, con un total de 5 casos. Los resultados del granuloma final por grupos no tuvieron diferencias significativas ($p = 0.094$) (Tabla VII).

Tabla VI. Estadísticos descriptivos de la variable Delta Dolor y Delta Inflamación por grupo.					
	Grupo	N	Media	Desv. Est.	p
Delta Dolor	Mechado	7	4.5	2.5	0.049
	Corticoide	7	6.5	1.2	
Delta Inflamación	Mechado	7	0.5	0.3	0.012
	Corticoide	7	1.4	0.4	

t de Student para muestras independientes.

Tabla VII. Tabla cruzada. Granuloma-Grupo.			
	Grupo		
Granuloma final	Mechado	Corticoide	Total
Sin	3	6	9
Leve, zona espícula	4	1	5
p	0.094		

Chi-cuadrado (χ^2).

Tabla VIII. Estadísticos descriptivos de satisfacción por grupo.				
Satisfacción	N	Media	Desv. Est.	p
Mechado	7	9.14	0,9	0.158
Corticoide	7	9.57	0,5	

t de Student para muestras independientes.

Tabla IX. Tabla de contingencia. Recidiva-Grupo.			
	Grupo		
Recidiva	Mechado	Corticoide	Total
No	6	6	12
Si	1	1	2
p	0.786		

Chi-cuadrado (χ^2).

Satisfacción y recidiva

En los resultados de satisfacción por grupo, hubo una media en el grupo mechado de 9.14 ± 0.90 , y una media en el grupo corticoide de 9.58 ± 0.54 , sin presentar diferencias significativas ($p = 0.158$) (Tabla VIII).

Los resultados de recidiva por grupo fueron: 6 casos sin recidiva del grupo mechado y 6 casos del grupo corticoide, 1 caso con recidiva positiva en el grupo mechado y 1 caso en el grupo corticoide. Hubo un total de 12 pacientes que no recidivaron y un total 2 pacientes que sí recidivaron. Los resultados de recidiva no presentaron diferencias significativas ($p = 0.786$) (Tabla IX).

Discusión

Tras el análisis de los resultados, observamos que el estado clínico del que partían nuestros pacientes era muy similar en ambos grupos. Aunque se obtuvieron mejoras en el estado clínico del total de los pacientes, el grupo que recibió la infiltración de corticoide mostró una mayor reducción tanto del dolor como de la inflamación en comparación con el grupo que recibió mechado de gasa.

La mejora sintomática del grupo mechado puede deberse a que la espiculotomía y la colocación de la desfila de gasa ayudan a separar la uña del tejido periungueal, pudiendo proporcionar cierto alivio mecánico del dolor y la inflamación, pero este tratamiento no tiene las propiedades farmacológicas activas para reducir la inflamación y el dolor que sí tiene el corticoide. La vía de administración intralesional de inyección del corticoide también puede dar explicación a las diferencias en los resultados, ya que la concentración del medicamento está directamente inyectada en la zona lesionada del rodete periungueal, lo cual ayudaría a producir un efecto más intenso y rápido.

Sin embargo, es importante detallar que los pacientes del grupo de corticoide no presentaron una tasa significativamente menor de recidiva en comparación con el grupo control. Esto sugiere que una única infiltración no parece ser útil para prevenir las onicocriptosis recurrentes. Los resultados de nuestro estudio no alcanzaron el mismo nivel de éxito que los del estudio previamente publicado con 5 casos, donde la tasa de recidiva fue nula⁷. Es importante destacar que, a diferencia de nuestro enfoque, Vilchez⁷ empleó, según la necesidad, múltiples punciones y prolongó el periodo de seguimiento más allá del que nosotros tuvimos disponible. Así, Vilchez⁷ solo precisó una infiltración en 4 casos, mientras que en uno realizó infiltraciones consecutivas cada 3 semanas. Su periodo de seguimiento fue de entre 6 meses y 3 años, mientras que en nuestro estudio fue a corto plazo.

Una diferencia notable a favor de nuestro estudio radica en la inclusión de un grupo control que recibió un tratamiento estándar (espiculotomía y mecha de gasa), en contraste con el grupo experimental que recibió la infiltración de corticoide junto con la espiculotomía. Esta estrategia nos permitió realizar una comparación directa entre los efectos del tratamiento experimental y el tratamiento convencional, otorgando así mayor valor a los hallazgos de nuestra investigación y proporcionando una perspectiva más completa sobre la eficacia de la intervención.

Algunos de nuestros pacientes presentaron una gran mejoría clínica, que en opinión de los autores fue razonablemente mejor en el grupo corticoide, aunque no se plasmó en los resultados de recidiva (Figura 5). Además, puesto que el corticoide reduce significativamente el dolor, creemos que es una ventaja terapéutica para algunos pacientes, especialmente aquellos que presentan un dolor agudo e intenso, y necesitan un alivio rápido.

Este estudio tiene algunas limitaciones y los resultados deben interpretarse con cautela. La muestra fue pequeña por las limitaciones de tiempo de realización del estudio. Además, la recidiva fue definida como aquel paciente que debía volver a consulta, aunque su estado clínico fuera mejor que al inicio del tratamiento. También hay que destacar que solo fue realizada una infiltración por canal afectado por tratarse de un estudio a corto plazo. Sería esperable que, si una única infiltración con revisión a un mes tratado ha reducido el dolor y la inflamación, continuar con ellas, y con un periodo de revisión a largo plazo, se acabara con la sintomatología y hubiera



Figura 5. Ejemplo de caso clínico de grupo corticoides.

una mejora en la tasa de recurrencias. La bibliografía referenciada también es escasa por los pocos artículos encontrados hasta la fecha que tratan este tema.

Para futuras investigaciones, sería beneficioso realizar un seguimiento a largo plazo para evaluar la durabilidad de los resultados y considerar la inclusión de un grupo más amplio para validar aún más los hallazgos. Además, explorar otros aspectos del tratamiento, como la incidencia de efectos secundarios o la comparación con otros tratamientos, podría proporcionar una visión más completa de las opciones terapéuticas disponibles para pacientes con onicocriptosis.

En conclusión, los pacientes tratados en este estudio partieron de una situación clínica similar en ambos grupos. La infiltración de corticoide fue más eficaz para reducir el dolor y la inflamación del rodete asociada a la onicocriptosis y aunque no consigue mejorar la tasa de recidiva, emerge como opción terapéutica válida.

Declaración ética

Los pacientes otorgaron permiso oral y escrito para participar en el estudio, que fue aprobado por la comisión de bioética y bioseguridad de la Universidad de Extremadura con el código 184/2023.

Contribución de los autores

Concepción y diseño del estudio: AMN, MTGM.
Recogida de datos: AMFG.
Análisis e interpretación de los resultados: AMN.
Creación, redacción y preparación del boceto: AMFG.
Revisión final: AMN, MTGM.

Financiación

Ninguna.

Conflicto de intereses

Los autores no reportan ningún conflicto de interés relacionado con la realización del estudio.

Bibliografía

1. González-Hernández WC, Enríquez-Merino J, Alcalá-Pérez D, Medina-Bojórquez A, Torres-González S, Martínez-Estrada V, et al. Tratamiento quirúrgico de onicocriptosis con puente cutáneo. Presentación de tres casos. *Rev Cent Dermatol Pascua*. 2022;31(1-2):43-7. DOI: 10.35366/107801002E
2. Sánchez Hernández S, Giralte de Veciana E. Vista do Bloqueo digital anestésico con técnica V versus técnica H en onicocriptosis infectadas del primer dedo del pie. *Rev Iberoam Pod*. 2020;2(2):190-5. DOI: 10.36271/iajp.v2i2.31. DOI: 10.36271/iajp.v2i2.31.
3. López-Llunell C, Leal Canosa L, Garbayo-Salmons P, Gamissans-Cañada M, Ribera Pibernat M. La onicocriptosis y su tratamiento. *Piel (Barc)*. 2022;37(1):47-55. DOI: 10.1016/j.piel.2021.04.023.
4. Martínez MTG, Gómez-Gabriel B, Martínez-Nova A, Gil PN. Comparative study between nail retraining with gauze bandaging and the nail remodeling with acrylics as a conservative treatment for stage I and IIa onychocryptosis. *J Cosmet Dermatol*. 2023;22(3):916-20. DOI: 10.1111/jocd.15512.
5. Chabchoub I, Litaïem N. Ingrown Toenails. StatPearls Publishing (Island); 2022.
6. Márquez Reina S, Lafuente Sotillos G, Domínguez Maldonado G. Estudios conservadores de la onicocriptosis. Revisión bibliográfica. *Rev Esp Podol*. 2018;29(1):34-42. DOI: 10.20986/revesspod.2018.1504/2018. DOI: 10.20986/revesspod.2018.1504/2018.
7. Vilchez-Márquez F, Morales-Larios E, del Río de la Torre E. Tratamiento no quirúrgico de las uñas encarnadas con infiltración local de triamcinolona. *Actas Dermosifiliogr*. 2019;110(9):772-3. DOI: 10.1016/j.ad.2018.02.042.