

TÉCNICA SYME BILATERAL EN EL QUINTO DEDO: A PROPÓSITO DE UN CASO

Rafael Rayo Rosado¹, Antonio Jurado Polvillo².

1. Profesor colaborador del Departamento de Podología. Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología de la Universidad de Sevilla. Director del Área Clínica de Podología de la Universidad de Sevilla. Doctor por la Universidad de Sevilla. España.
2. Alumno interno del departamento de Podología de la Universidad de Sevilla. Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología. Universidad de Sevilla. España.

CORRESPONDENCIA

Rafael Rayo Rosado
E-mail: rafaelrayo@us.es

RESUMEN

La técnica Syme aplicada a nivel digital es una amputación parcial de las estructuras blandas y óseas distales de un dedo. Se considera un procedimiento radical en la cirugía ungueal, que presenta sus indicaciones y complicaciones quirúrgicas pero que puede ser una alternativa ante ciertos casos.

Conclusiones: El procedimiento Syme ofrece un buen resultado estético y funcional si se realiza en el quinto dígito. Es una buena opción en aquellos casos donde exista una deformidad ungueal combinada con una alteración de la estructura ósea subyacente, en el cuál esté indicada la resección.

PALABRAS CLAVE

Onicopatología Syme, procedimiento Syme, amputación Syme terminal.

ABSTRACT

Syme technique applied to the digital level is a partial amputation of the distal soft and bone structures of a finger. A radical surgery procedure the nail, having indications and surgical complications but may be an alternative when some cases is considered.

Conclusions: The Symes procedure offers a good aesthetic and functional result if done in the fifth digit. It is a good option in cases where nail deformity combined with an alteration of the underlying bone structure, in which there resection is indicated.

KEY WORDS

Syme's onychopathy, Syme's procedure, terminal Syme's amputation.

INTRODUCCIÓN

La técnica Syme aplicada a nivel digital, consiste en una amputación parcial del dedo y recibe dicho nombre en honor al cirujano escocés James Syme, aunque fue descrita originariamente por Hukill en 1874. En 1933, Lapidus populariza éste procedimiento y lo describe como la extracción del aparato ungueal en bloque así como aproximadamente de un tercio de la falange proximal, relacionando las deformidades ungueales con alteraciones subungueales^{1, 2, 3, 4, 5}. Aunque no es hasta 1950 cuando Thompson y Terwilliger lo describen como tratamiento radical en la onicocriptosis^{1, 6}. Por otro lado, hay que comentar que existen otras técnicas con la misma nomenclatura en cirugía podológica, que consisten en técnicas

de desarticulación que pueden realizarse a distintos niveles cuando exista por ejemplo necrosis tisular como consecuencia de una insuficiencia arterial periférica, cuando se hayan agotado tratamientos más conservadores^{1, 2, 7}. Se mantiene la misma nomenclatura debido a la similitud del procedimiento, aunque difieren en la magnitud donde destaca la técnica Syme realizada a nivel de la articulación tibio-peroneo-astragalina^{4, 7}.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

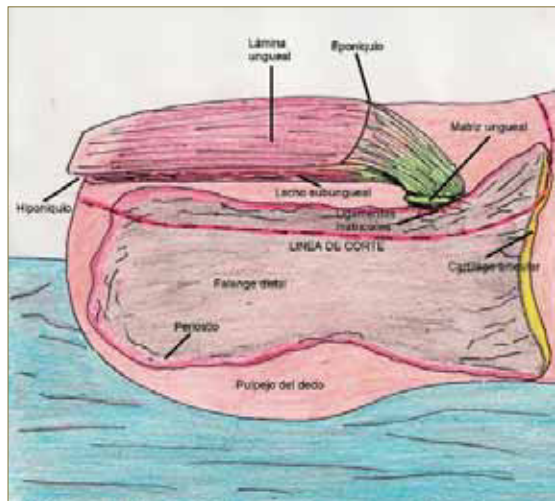
Mujer de 74 años de edad, que presenta onicodistrofia bilateral dolorosa del quinto dedo y deformidad de la falange subyacente, que impide una

correcta deambulación debido a la fricción con el calzado. Atendiendo a la búsqueda de la paciente por encontrar una solución definitiva a su problema, se le plantea realizar éste procedimiento para garantizar la remisión de su clínica, realizando ambos quintos dedos en el mismo tiempo quirúrgico, actuando a nivel ungueal y óseo. Ésta no presentaba ningún dato de relevancia que contraindique la intervención.



Ilustración 1. Imagen prequirúrgica del pie izquierdo con presencia de onicodistrofia y helomas periungueales

En primera instancia, se practica un bloqueo anestésico troncular del quinto dedo con clorhidrato de mepivacaína al 2% combinado con betametasona acetato. Tras el lavado quirúrgico, se procede a realizar la isquemia digital del quinto dedo mediante una cinta hemostática, proporcionando un campo exangüe durante la intervención.



Esquema 1. Representación de la línea de corte en una proyección lateral con alteración ósea subyacente.

Diseño y ejecución de la incisión. Con un lápiz dermatográfico se marca la zona a extirpar, que debe abarcar todo el aparato ungueal con un margen lo suficientemente amplio que garantice su correcta eliminación. El diseño presenta dos incisiones, una proximal y otra distal (ver esquema 1). La primera se realiza 1,5-2 cm proximal al eponiquio para asegurarnos de que la matriz ungueal es reseccionada, aproximadamente sobre la línea articular de la articulación interfalángica distal^{1, 4}. En nuestro caso, usamos de referencia la hoja del bisturí nº15, tomando su anchura desde el eponiquio como la distancia adecuada para realizar el primer corte. La segunda incisión tiene forma de "U" y se extiende a partir de la incisión proximal llegando hasta la zona más dorsal del pulpejo del dedo, englobando todo el aparato ungueal y dando lugar a un colgajo plantar (ver ilustración 2)^{1, 4}.



Ilustración 2. Incisión y extracción del colgajo cutáneo que incluye el aparato ungueal.

Osteotomía y remodelado óseo. Para llevar a cabo dicho corte, se debe liberar el hueso a intervenir de las adherencias. La osteotomía se puede practicar con sierra mecánica o cizalla de hueso. Dependiendo de la afectación ósea, se puede extirpar desde dos tercios de la falange distal hasta incluso parte de la falange media. Tras la extracción de la pieza ósea, se debe remodelar el hueso no retirado mediante una fresa o una lima de hueso, evitando dejar protuberancias que puedan repercutir en la aparición de complicaciones postquirúrgicas¹. Tras esto se debe realizar un lavado abundante con solución salina fisiológica, para retirar los restos de la zona.

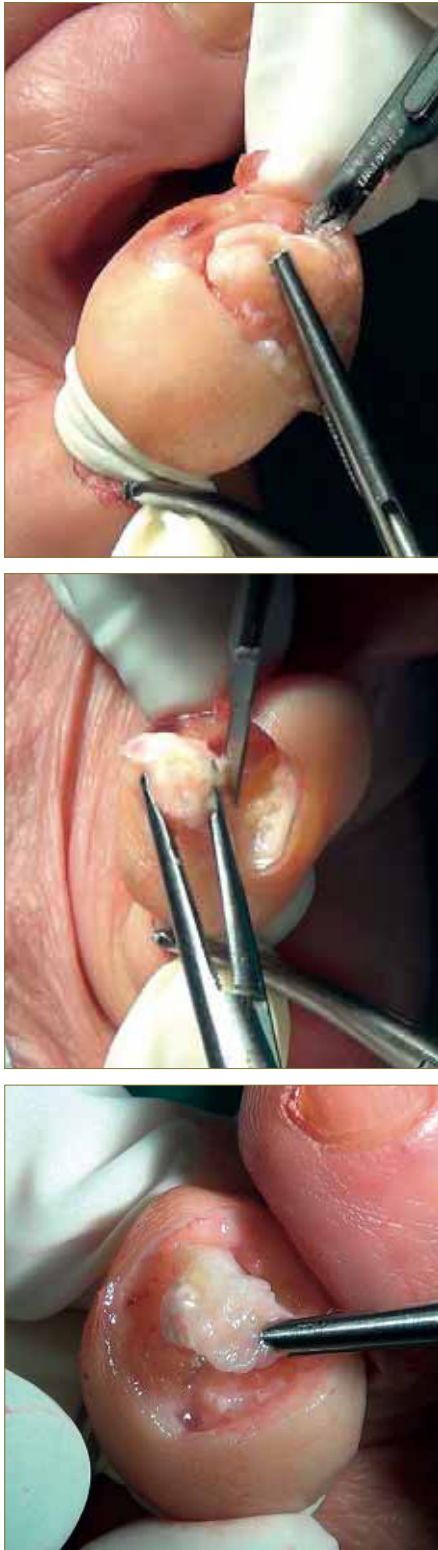


Ilustración 3. Liberación de las estructuras plantares y extracción de la pieza ósea.

Sutura. Se comprueba el adecuado cierre mediante el repliegue del colgajo plantar sobre la cara dorsal del dedo. En ocasiones, debido a los excedentes de tejido se pueden formar “orejas de perro”, que deben ser corregidas mediante una técnica plástica adecuada permitiendo una buena coaptación de los bordes, dando como resultado una mejor estética postquirúrgica. Se recomienda el empleo de sutura de seda o monofilamento de 4/0 o 5/0¹. En nuestro caso, se ha empleado nylon de 4/0 y se ha realizado un cierre por puntos simples y puntos en x en los laterales de la incisión.

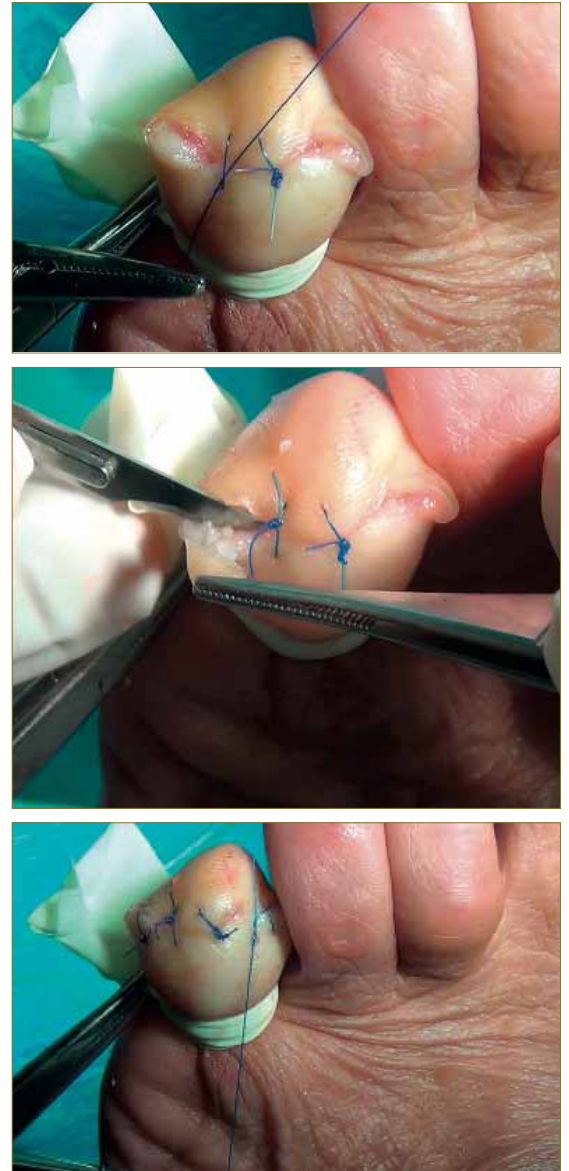


Ilustración 4. Sutura del muñón mediante puntos sueltos con nylon, retirada de la piel sobrante y aspecto final de la sutura.

Vendaje. Se aplica un apósito absorbente no adherente sobre la herida quirúrgica. Tras esto, coloca una gasa abierta longitudinalmente con la finalidad de ferulizar el quinto dedo. Finalmente, se aplican algunas gasas y se realiza un vendaje semicompresivo con una venda coadhesiva (ver ilustración 5).





Ilustración 5. Vendaje quirúrgico.



Ilustración 6. Aspecto a los 20 días y diferencias entre la radiografía con proyección A-P prequirúrgica y postquirúrgica.

CUIDADOS POSTQUIRÚRGICOS Y CURAS

Las curas postquirúrgicas se realizan cada 5-7 días, donde se procede a lavar la herida quirúrgica con suero salino fisiológico y aplicar un antiséptico en la zona intervenida. A los 15 días, se retira la sutura y a las cuatro semanas se le da el alta a la paciente.



DISCUSIÓN

INDICACIONES QUIRÚRGICAS

Aunque es un procedimiento radical en el tratamiento de la onicocriptosis, tiene su utilidad en situaciones donde se deba extirpar de forma conjunta todo el aparato ungueal (incluyendo tanto el lecho, lámina, matriz así como los tejidos periungueales) y las estructuras óseas subyacentes. Las principales indicaciones del procedimiento son: onicodistrofias con o sin helomas periungueales asociados, onicogrifosis, onicomiosis, onicocriptosis severa, encondroma, quiste epidermoide intraóseo, osteoma osteoide subungueal, onicocauxis, tumor glómico, deformidades digitales en el plano sagital, macrodactilia, epiteloma cuniculatum, melanoma maligno, melanoniquias, yatrogenias quirúrgicas, traumatismos severos y osteomielitis secundaria a onicocriptosis crónica^{1, 2, 4}, aunque en ésta última es necesario tratar previamente la infección mediante una terapia antibiótica, para no favorecer la diseminación de la misma¹. El procedimiento Syme provoca un acortamiento del dígito que debe ser valorado, teniendo un menor impacto estético en los dedos más laterales y ocasionando una menor repercusión biomecánica y funcional. En el quinto dedo son frecuentes las alteraciones dérmicas y ungueales, por lo que éste procedimiento aplicado a dicho dígito es muy eficaz pues permite evitar problemas de fricción con el calzado y no representa un gran impacto estético. Éste último punto representa la mayor contraindicación de la técnica, siendo preferible el empleo de procedimientos menos radicales cuando la alteración sea susceptible de ser resuelta mediante otras técnicas menos agresivas. Éste procedimiento debe emplearse en casos especiales y no debe usarse como tratamiento quirúrgico de rutina en casos de onicocriptosis^{1, 2, 4}. Por otro lado, el impacto estético y funcional en los dedos centrales y primer dedo es mayor, por lo que se debe evitar su uso en los mismos, ya que otras técnicas más conservadoras ofrecen un mejor resultado

estético^{1, 4}. Además hay autores que refieren que el empleo de ésta técnica en el primer dedo está limitado exclusivamente a lesiones tumorales subungueales, así como de otras patologías con afectación ósea subyacente⁴.

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS

Otros autores sugieren que las complicaciones que pueden derivar del procedimiento son la infección, así como otras complicaciones específicas de la técnica como serían un acabado estético insatisfactorio, dolor residual y la reaparición de la placa ungueal debido a una escasa resección de los tejidos¹. Otras complicaciones son la recurrencia de espículas ungueales, quistes epidermoides por inclusión o la formación de helomas dolorosos sobre la cicatriz⁴. También se puede hallar otro tipo de infección pos-

tquirúrgica, como consecuencia de la necrosis tisular del colgajo plantar debido a una excesiva tensión de la sutura.

CONCLUSIONES

El procedimiento Syme permite tratar de forma conjunta las deformidades dermatoungueales y de la estructura ósea subyacente. Se debe evitar emplearlo en los cuatro primeros dígitos, ya que presenta un resultado más favorable en el quinto, con una menor repercusión funcional y estética, permitiendo reducir la recurrencia de alteraciones dermatoungueales debido a la fricción con el calzado. Se requiere destreza para realizarlo, ya que la mayoría de las complicaciones que presenta son debidas a una mala planificación de la técnica y ejecución de la misma.

BIBLIOGRAFÍA

1. Martínez Nova A, Córdoba Fernández A, Juárez Jiménez J. M, Rayo Rosado R. Podología. Atlas de cirugía ungueal. 2ª Edición. Editorial médica panamericana, 2015; (19): 183-189.
2. Laco J. E. Nail Surgery. Textbook of Hallux Valgus & Forefoot Surgery, 2000; (33): 492-493.
3. Lapidus P. W. Complete and permanent removal of toenail in onychogryphosis and subungual osteoma. The American Journal of Surgery, 1933; (19): 92.
4. García Carmona F. J. Patología y cirugía ungueal. Mayo ediciones, 2008; (5): 44-50.
5. Santamaría L, Villalva P, Gentini D et Al. Amputación digital de Syme. Revista de la Asociación Argentina de Ortopedia y Traumatología, 2005; 70 (1): 12-15.
6. Thompson T.C, Terwilliger C. The terminal Syme operation for ingrown toenail. Surgical Clinics of North America, 1950; (31): 575-584.
7. Bouchard J. L. Basic principles and techniques of forefoot amputations. The Podiatric Institute, 1997; (45): 276-283.
8. Southerland J. T, Boberg J. S, Downey M. S, Aprajita N, Rabjohn L. V. McGlamry's comprehensive textbook of foot and ankle surgery. Fourth edition. Vol. I, 2013; III (18): 178-180.