

Amputación digital de Syme

LAURA SANTAMARTA, LIDIA LOTERZO, PABLO VILLALBA, DIEGO GENTINI, MARÍA JULIETA BIANCHI
y LICIA VÁZQUEZ ONUFRIUK

Hospital Central de San Isidro, Buenos Aires

RESUMEN

Introducción: La amputación digital de Syme fue descrita en 1874 por Hukill y dada a conocer en 1933 por Lapidus; en la bibliografía no abundan sus presentaciones y hay pocas publicaciones de su ejecución.

Materiales y métodos: Se presentan 28 cirugías efectuadas en 16 pacientes con una edad promedio de 47,5 años, efectuadas y seguidas desde 1989 hasta 2003, con una media del seguimiento de 2,5 años. La cirugía consiste en abordar la última falange de un dedo del pie, se reseca la matriz ungular en forma completa, se escinde la mitad distal de la falange distal, se rebate hacia dorsal el colgajo tallado y se lo sutura en un plano.

Resultados: Hemos obtenido buenos resultados, en cuanto a la confección de la técnica y el seguimiento de los pacientes. Describimos una prueba para la evaluación de la técnica.

No hemos tenido complicaciones de índole biomecánica ni estética.

Conclusiones: Promovemos el uso de esta técnica siempre que se haya efectuado la elección correcta del paciente de acuerdo con la patología que lo aqueja.

PALABRAS CLAVE: Onicocriptosis recalcitrantes. Onicomiosis recidivadas. Dolores microvasculares subungulares o periungulares.

SYME'S METHOD FOR THE AMPUTATION OF A PHALANX

ABSTRACT

Background: James Syme's method for the amputation of a finger phalanx was described in 1874 by Hukill and

released to the public in 1933 by Lapidus; however bibliography describing the performance of the surgery is scarce.

Methods: Information was provided on 28 surgeries performed on 16 patients aged in average 47.5 years and followed-up for 2.5 years, between 1989 and 2003.

Surgery consists in approaching the last phalanx of a toe, removing the nail matrix completely and cutting the distal half of the distal phalanx; the remaining flap is folded upwards and sutured in a single plane.

Results: Good results have been obtained regarding both technique and follow-up. We also describe a test to assess the technique.

We had no biomechanical or cosmetic complications.

Conclusions: We recommend this technique after a good patient selection according to their pathology.

KEY WORDS: Unyielding onychocryptosis. Recurrent onychomycosis. Microvascular subungular or periungular pain.

Hace aproximadamente diez años comenzamos a ocuparnos especialmente del tratamiento de la onicocriptosis recidivada y de la misma afección denominada recalcitrante.

Desde ese momento empezamos a diagnosticar un dolor crónico subungular en pacientes diabéticos vasculares que interpretamos como microvascular.

La amputación digital o terminal de Syme nos dio una buena posibilidad de curación de esa patología, cada vez más frecuente en la consulta.

El objetivo de esta comunicación es promover a través de nuestra casuística y seguimiento, un nivel de amputación distal que, aunque no nuevo, está poco difundido y ejecutado, haciendo especial hincapié en los pacientes con dolor crónico subungular, que interpretamos como microvascular, tanto en pacientes con afecciones arteriales como en personas sanas.

Recibido el 9-9-2004. Aceptado luego de la evaluación el 14-1-2005.

Correspondencia:

Dra. LAURA SANTAMARTA
Av. Santa Fe 431
(1642) San Isidro, Buenos Aires
Tel.: 4512-3718
oyt@email.com

La amputación digital de Syme, descrita por primera vez por Hukill antes de 1874, fue popularizada por Lapidus¹ en 1933 (Fig. 1A). En 1951, Campbell-Thomson y Terwilliger publicaron una secuencia fotográfica en la que se puede observar la técnica.²

Esta amputación consiste en eliminar la matriz ungular en forma completa, junto a la mitad distal de la última falange del dedo afectado, tallando un colgajo plantar y suturándolo en un solo plano a dorsal⁶ (Fig. 1B).

Nuestras indicaciones fueron: a) dolor periungular o subungular resistente al tratamiento médico. Éste consistió en calzado adecuado, baños con 750 ml de agua más 50 ml de agua oxigenada, pie sumergido, secado prolijo y cobertura del extremo distal del dedo afectado por 14 días, tras los cuales se lo considera resistente al tratamiento médico; b) método de elección, para el tratamiento de rescate de múltiples cirugías y para las onicocriptosis recalcitrantes,⁴ entendiéndose por recalcitrantes a aquellas que requirieron hemimatricectomías reiteradas o resecciones ungulares.

Materiales y métodos

Desde diciembre de 1989 hasta mayo de 2003 se trataron 16 pacientes, 11 mujeres y 5 hombres, con una edad promedio de 47,5 años. Dos pacientes mujeres requirieron la amputación, una en ocho de sus dedos y la otra en tres de ambos pies. Se ejecutaron 28 cirugías con un seguimiento máximo de 12,6 años y un mínimo de 2,2 años con un promedio de 7,91 años.

Técnica

Se realiza profilaxis antibiótica con 1 g de cefalotina por vía intravenosa una hora antes del acto quirúrgico; en caso de alergia a este fármaco se utilizan 600 mg clindamicina por la misma vía en igual tiempo.

Se realiza anestesia troncular con lidocaína sin adrenalina al 2%, si el paciente no tiene patología vascular, se coloca una

microvenda de látex de 2 cm de ancho, a la manera de Es-march.⁴ Se realizan incisiones paralelas y longitudinales⁹ de 1 cm cada una en la base proximal de los márgenes de la uña por tratar, de modo que se pueda revertir hacia el dorso el colgajo que quede entre ellos para exponer la matriz germinativa. Con sonda acanalada se separa la uña de su lecho y se la extrae. Con bisturí hoja quince se reseca toda la matriz ungular cuyo lecho se legra luego de resecar con gubia o cizalla delicada la mitad distal de la falange, para evitar crecimientos parciales ungulares no deseados. Una vez resecado ese extremo óseo, se cierra el lecho en un plano con sutura de nailon cuatro ceros y aguja curva. El vendaje, como en toda amputación, corresponde en valor a la mitad de la cirugía, ya que un hematoma sería muy doloroso. Se realiza con gasa seca y se efectúa compresión con la misma gasa. Se externa al paciente luego de dos horas de finalizada la operación, para el manejo del eventual dolor posquirúrgico. Con respecto al cuidado posoperatorio, a las 48 horas se controla al paciente en el consultorio; si el vendaje no está manchado, no existen molestias y el dolor es el esperado, no se toca y se da carga parcial (apoyo con talón), para indicar carga total a las 48 horas según la comodidad del paciente. Si existe alguna duda con respecto a lo recién indicado, se efectúa un cambio de vendaje y una nueva consulta a las 72 horas, en la que se observa la misma conducta que la vez anterior. A la semana, se reduce el vendaje y los puntos se retiran entre los 10 y los 15 días.

Resultados

Ejecutando esta técnica en 28 casos se observó:

Etiologías encontradas

Onicocriptosis dolorosas	15
Diabetes tipos 1 y 2 con dolor microvascular con onicomiosis o no	8
Lesiones verrugosas	3
Osteomielitis y diabetes tipo 2	2



Figura 1A. Colgajo clásico.



Figura 1B. Colgajo actual.

Anatomía patológica

Todas las matrices ungulares se enviaron para su estudio, con los siguientes resultados:

Arteriosclerosis	8
Fibrosis dérmica	8
Esclerosis perineural	2
Fibrosis y calcificación dérmica	2
Hueso con infiltración difusa intertrabecular	2
Material insuficiente	6

Los informes de anatomía patológica se correlacionaron con las etiologías encontradas, con los siguientes resultados:

- Onicocriptosis dolorosa:
 - 6 arteriosclerosis
 - 2 fibrosis dérmicas
 - 1 esclerosis perineural
 - 2 fibrosis y calcificación dérmica
 - 4 material insuficiente
- Diabetes tipos 1 y 2 con dolor microvascular con onicocriptosis o no:
 - 2 arteriosclerosis
 - 4 fibrosis dérmicas
 - 1 esclerosis perineural
 - 1 hueso con infiltración difusa intertrabecular
- Lesiones verrugosas:
 - 2 fibrosis dérmicas
 - 1 hueso con infiltración difusa intertrabecular
- Osteomielitis y diabetes tipo 2:
 - 2 material insuficiente

Complicaciones

Las dividimos en:

- Inmediatas
 - 1) dolor posoperatorio (3 casos)
 - 2) infección superficial (1 caso)
 - 3) ampollas por decúbito (1 caso)
- Mediatas
 - 1) hiperqueratosis marginal (6 casos)
 - 2) neuroma (1 caso)
 - 3) revisión quirúrgica (1 caso)

Tabla. Resultados de la prueba

XXX	12 pacientes
XX	2 pacientes
X	1 paciente
Revisión quirúrgica	1 paciente

La resolución de las complicaciones inmediatas fue simple, ya que con un plan analgésico reglado el dolor cesó entre las 24 y las 36 horas. La infección superficial requirió cefalexina 500 mg por vía oral cada 6 horas durante siete días; mientras que en las ampollas por decúbito se cambió el vendaje y se realizó cura plana seca.

En los casos de complicaciones mediatas, una de las hiperqueratosis requirió revisión quirúrgica. El neuroma fue tratado con 12,5 mg/día de amitriptilina por el lapso de 2 meses, lo que produjo el cese de la molestia.

Seguimiento

Para el seguimiento de los pacientes diseñamos una prueba subjetiva, ya que salvo por el ítem revisiones quirúrgicas, todos los pacientes de esta serie quedaron sin alteraciones biomecánicas ni estéticas.

La prueba se conforma de la siguiente manera:

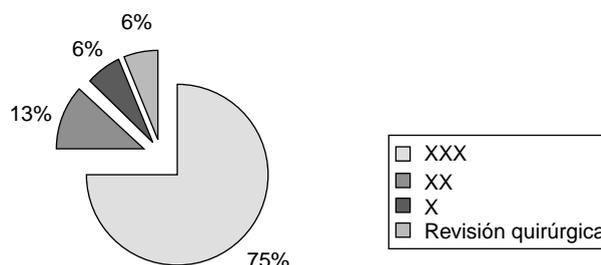
XXX: buena evolución, no necesitaron volver a la consulta porque luego del alta definitiva y control al año y medio los pacientes no referían molestias.

XX: buena evolución, no necesitaron volver a la consulta, pero al ser citados para su control a largo plazo refirieron hiperqueratosis marginal; el último control alejado se realizó al año y medio en forma programada.

X: hiperqueratosis marginal dolorosa, que debe extraer el ortopedista, en forma iterativa, debido al dolor o a la imposibilidad del uso del calzado habitual y se realiza la exéresis con el mismo procedimiento que para la hemimatrixectomía o matrixectomía parcial (Tabla).

Discusión

Considerando que, fuera de la revisión quirúrgica, que fue un solo caso de hiperqueratosis marginal que se debió reseccionar dos veces en el consultorio con anestesia local y otra en el quirófano también con anestesia local, y que hasta el momento (pasaron ya seis meses) no ha sido necesario volver a intervenir, la discusión –a nuestro entender– se centra en la aparición de hiperqueratosis marginal^{5,7,8} en forma reiterativa y sus causas poco claras en la literatura, a no ser por la resección incompleta de la matriz ungular. La anatomía patológica podría sugerir una reacción frente a un agente externo, en este caso la lesión de los márgenes ungulares. El otro elemento en la discusión es la indicación de este



método en pacientes con dolor microvascular, elemento contraindicado en la bibliografía.³ En nuestra experiencia es donde mejor resultado a largo plazo tuvo la intervención. Los pacientes diabéticos fueron los que experimentaron mayor dolor posoperatorio y también los que nunca aquejaron hiperqueratosis marginal. Una de nuestras pacientes con diabetes tipo 2, luego de la primera cirugía y ante la ausencia completa del dolor subungular que padecía hacía más de un año, solicitó que se le intervinieran los dedos de ambos pies, ya que el dolor afectaba los diez dedos. Hoy lleva ocho amputaciones de Syme con muy buena evolución.



Figura 2A. Resultado quirúrgico más estético.



Figura 2B. Radiografía posquirúrgica.

Conclusiones

La amputación digital o terminal de Syme es una buena propuesta de curación del dolor microvascular subungular, como del tratamiento de la onicocriptosis recidivada y/o recalcitrante, por su práctica sencilla y el corto aprendizaje.

Concluimos que el elemento que hay que tener en cuenta para su buena evolución debe ser la rigurosidad en la elección de los pacientes en el momento de hacer el diagnóstico (Figs. 2A y B).

Referencias bibliográficas

1. **Baruch K.** The ultimate resolution of onychopathy. The Syme's procedure. *Clin Podiatr Med Surg*;12(2):347-354;1995.
2. **Campbell T, Terwilliger C.** The Terminal Syme operation for ingrown toenail. *Surg Clin North Am*;31(2):575-584;1950.
3. **Giaccalone VF.** Phenol matricectomy in patients with diabetes. *J Foot Ankle Surg*;36(4):264-267;1997.
4. **Greer Richardson E.** Alteraciones de las uñas. En: Crenshaw AH. *Campbell Cirugía ortopédica*. 8ª ed. Bogotá: Médica Panamericana; 1994.
5. **Grieg JD, Anderson JH, Ireland AJ, et al.** The surgical treatment of ingrowing toenails. *J Bone Joint Surg Br*;73(1):131-133;1991.
6. **Jahss MH.** *Disorders of the foot and ankle*. Philadelphia: WB Saunders; 1984.
7. **Jahss MH.** *Disorders of the foot and ankle*. 2ª ed. Vol 2. New York: WB Saunders; 1991.
8. **Rees RW.** Radical surgery for embedded or deformed great toe-nails. *Proc R Soc Med*;57:355-356;1964.
9. **Townsend AC, Scott PJ.** Ingrowing toenail and onychogryposis. *J Bone Joint Surg Br*;48(2):354-358;1966.