

## ESTUDIO EVOLUTIVO SOBRE EL PERIODO POSQUIRÚRGICO EN LA TÉCNICA DE OGALLA

## EVOLUTIONARY STUDY ON POSTOPERATIVE PERIOD IN THE ART OF OGALLA

LLUIS CASTILLO SÀNCHEZ

Màster Oficial en Cirugía Podológica  
Miembro Fellow de la AAFAS

Correspondencia:  
Paseo de la Montaña 17 Local 08402 Granollers  
www.pododent.es

### RESUMEN

**Introducción:** La onicocriptosis es una afección frecuente de la lámina ungueal, que cursa con dolor e inflamación del canal lateral de la uña, en la que el extremo distal de ésta interacciona de una forma anormal con el surco ungueal lateral o medial, o con ambos, clavándose y en ocasiones produciendo infección. Existen numerosas técnicas quirúrgicas para solucionar la onicocriptosis, aunque nos vamos a centrar en las técnicas de las matricectomías químicas modificación por Ogalla, siendo el objetivo realizar una descripción del periodo posquirúrgico en pacientes operados de onicocriptosis para valorar su buena evolución clínica en este periodo postoperatorio.

• **Material y método:** Se realizó un estudio de observación, descriptivo y prospectivo sobre una serie de 32 casos clínicos operados de onicocriptosis en un canal ungueal, sin coexistencia de exóstosis subungueal en el quirófano de nuestra clínica, donde se analizó el número de días de postoperatorio, el número de curas, el número de recidivas y quistes posquirúrgicos, y el número de infecciones en este periodo. Se obtuvieron los resultados mediante una hoja de recogida de datos durante un periodo posquirúrgico de dos meses.

• **Resultados:** Al finalizar los dos meses de seguimiento mostraron una excelente evolución clínica en el periodo posquirúrgico de todas las variables analizadas en la técnica de cirugía ungueal de Ogalla para solucionar la patología de onicocriptosis.

• **Conclusiones:** El análisis de los resultados obtenidos sobre las diferentes variables a estudio avala la hipótesis de que el periodo posquirúrgico en la técnica de la matricectomía química modificada por Ogalla ofrece una evolución clínica más satisfactoria.

**Palabras clave:** Onicocriptosis, surco ungueal, recidivas y quistes posquirúrgicos.

El tutor del presente estudio ha sido el Profesor de la Universitat de Barcelona D. José Manuel Ogalla Rodríguez.

### SUMMARY

**Introduction:** Onychocryptosis is a common form of a nail disease that can result in pain and/or inflammation of the lateral edge of the toenail, where its distal edge interacts in an abnormal way with the medial or lateral nail groove, or both, digging into the skin and causing infection.

There exist different surgical techniques in order to solve this condition; however, we are going to focus on the Ogalla's technique. The objective is to describe the postoperative course on those patients who underwent this operation, in order to assess their clinical evolution over that period.

• **Material and methods:** We conducted a prospective descriptive observational study in our clinic, with 32 clinical cases that underwent ingrown toenail surgery of one nailfold without presenting subungual exostoses. The postoperative days, the number of cures, the number of recurrences, the postoperative cysts and the number of infections during this period of time were analysed. Data was obtained during the 2 months of the postoperative period.

• **Results:** After a follow-up period of 3 months, all the analysed variables showed an excellent clinical evolution of the postoperative course using Ogalla's technique.

• **Conclusions:** The results of the studied variables support the hypothesis that Ogalla's technique offers a very satisfactory postoperative clinical evolution.

**Keywords:** Onychocryptosis, nail groove, recurrence, postoperative cysts.

## INTRODUCCIÓN

La onicocriptosis es una patología ungueal en la que la lámina esta se introduce en el canal periungueal y lesiona el rodete periungueal, debido al continuo traumatismo que provoca durante su crecimiento. Es una afección bastante frecuente que cursa con dolor, inflamación, infección, y limitación funcional. Se localiza principalmente en el primer dedo del pie aunque también puede afectar a los dedos menores (1).

La onicocriptosis tiene una prevalencia en pacientes de todas las edades, aunque es más habitual en pacientes jóvenes (8 y 21 años). En este periodo de edad, su incidencia es mayor en hombres que en mujeres, con una proporción de 2:1(2). Siendo el canal más afectado el peroneal con una proporción igualmente de 2:1 respecto al canal tibial, aunque la afectación se puede dar en ambos canales a la vez (1).

La etiología de la onicocriptosis es variada aunque el factor mecánico desempeña el papel principal. Berthet, en 1902, describió la causa de la onicocriptosis como el resultado de una hiperpresión variable en dirección sobre la uña.

Los factores predisponentes de la onicocriptosis son multifactorial como el corte incorrecto de las uñas, calzado inadecuado, traumatismos directos, maceración de los tejidos por hiperhidrosis, hábitos higiénicos inadecuados, alteraciones biomecánicas (como por ejemplo el exceso de pronación), curvaturas patológicas de la uña o de uno de sus laterales, iatrogenias quirúrgicas, patología ósea subyacente, fórmula digital egipcia. Aunque de todas las causas antes citadas, el factor mecánico, que es la presión que recibe la lámina ungueal y es transmitida a las partes blandas, y el corte incorrecto de la lámina ungueal en el niño-adolescente son las causas más frecuentes de onicocriptosis (1,3).

La onicocriptosis, según su clínica se divide en 4 estadios descritos por Mozena (4). El Estadio 1 o inflamatorio se caracteriza por eritema, edema y dolor leve a la presión sobre el rodete lateral, el cual no sobrepasa los límites de la lámina. El Estadio 2 se divide en dos subgrupos. El primero se caracteriza por un aumento de los síntomas del primer estadio con la posible aparición de drenaje seroso e infección sin que el rodete periun-

gueal sobrepase la lámina en 3 mm, y el segundo subgrupo por un mayor aumento de los síntomas anteriormente descritos con el rodete hipertrófico superior a 3mm sobre la lámina ungueal y posible infección piógena. El Estadio 3 se caracteriza por un aumento de los síntomas y aparición de tejido de granulación cubriendo más la uña y el Estadio 4 sería una evolución del estadio 3 con deformidad grave y crónica de la lámina ungueal, de ambos rodetes periungueales y rodete distal (1,3).

El tratamiento quirúrgico para la onicocriptosis está indicado en el caso de patología recurrente, cuando produce dolor e incapacidad funcional, fracaso de los tratamientos conservadores, iatrogenias o recidivas quirúrgicas y distrofias dolorosas de la lámina ungueal.

Existen multitud de técnicas quirúrgicas para la cirugía de la onicocriptosis y aunque no hay evidencia científica de la técnica ideal, la técnica del fenol-alcohol ha sido ampliamente estudiada y demuestra una mayor efectividad respecto a otras técnicas (5,6). Según varios estudios este índice de efectividad es del (80-95%) y un índice de recurrencia en torno al (2-5%). Aunque tiene el inconveniente de un periodo postquirúrgico de 2 a 5 semanas (7). De los estudios analizados, casi todos son retrospectivos y solo dos de ellos son prospectivos de ensayos clínicos aleatorios y controlados entre dos técnicas (fenol y resección mecánica de la matriz mediante legrado o bisturí) uno aboga por la técnica del fenol (5) y otro por la resección mecánica de la matriz (7). Un estudio estadístico realizado en la Universidad de Barcelona comparando diferentes técnicas durante un periodo de dos años, nos dice que la técnica más empleada cuando solo hay afectación de la lámina ungueal es la técnica de Ogalla y la de Suppan, siendo la técnica de Ogalla la que presenta el índice de recidivas menor (8).

La técnica de Ogalla es una matricectomía química parcial con fenol-alcohol que surge como una modificación de la técnica de Boll. El fenol es un compuesto cristalino e incoloro obtenido de la destilación de la brea de la hulla. Al mezclarlo con un 10% de agua, se convierte en un líquido rosado de olor peculiar. Se guarda en botellas de color opaco pues la luz solar lo altera. El alcohol lo diluye y empieza a perder su efectividad a partir de

los 6 meses. Es tóxico, cáustico, anestésico local y antiséptico y se utiliza para la avulsión parcial o total de la matriz ungueal en aplicación pura líquida a partir del 89% (9,10,11).

La técnica de Ogalla está indicada en recidivas posquirúrgicas, pacientes jóvenes con gran poder de regeneración, pacientes con diabetes tipo 2 controlada y onicocriptosis con o sin rodete hipertrófico, siendo sus contraindicaciones la presencia patología ósea subyacente y paroniquias graves (12,1).

Ogalla aplica la técnica en 1995, con una concentración de fenol (85%-98%). Se realiza mediante hemostasia por barrido con una venda Esmarch sujeta en la raíz del dedo con un pinza de mosquito. Mediante gubia se despegla la parte lateral de la uña que se desea extraer. A continuación, con unas cizallas se corta dicha parte lateral de la uña hasta llegar a eponiquio, donde se continua el corte con un bisturí por debajo de la matriz ungueal. Este lateral de la lámina lo pinzamos con una pinza de mosquito curvo y realizamos una rotación hacia medial y lateral seguido de elevación dorsal y tracción para liberar este fragmento de uña (13). A continuación se realizan dos aplicaciones de fenol con posterior lavado de alcohol y secado para la dilución de éste y eliminar su poder cáustico de los tejidos (14). Se realiza una extirpación quirúrgica del tejido cauterizado, lavado con suero fisiológico de la herida y aplicación de sutura de aproximación para que esta herida cicatrice por primera intención mediante curas secas (15,16). Esta es la modificación introducida por Ogalla en la técnica quirúrgica.

Las complicaciones de esta técnica son la hipersensibilidad a los agentes químicos, lateralización y onicolisis total o parcial de la uña, lesiones por quemaduras de los tejidos circundantes, periostitis y/o infecciones, quistes epidermoides y aparición de espículas o recidivas (14,15,16).

Como hemos dicho anteriormente no hay evidencia científica de cual es la mejor técnica para solucionar la onicocriptosis en todos los casos, pero si se acepta debido a los múltiples estudios realizados sobre la técnica del fenol-alcohol, como una de las técnicas más efectivas y con menor índice de recurrencia (17,18), aunque con el inconveniente de un periodo posquirúrgico demasiado largo, así pues, la técnica de Ogalla se origina

# FORMACIÓN CONTINUADA

como una modificación de la técnica de Boll con el objetivo de mejorar su periodo posquirúrgico acortándolo y mejorándolo en lo posible. Nuestro estudio va a analizar este periodo posquirúrgico en la técnica de Ogalla mediante un estudio prospectivo de casos clínicos con el fin de obtener parámetros científicos demostrables para dirigirnos hacia una podología basada en la evidencia.

## OBJETIVOS

### Principal:

Realizar una descripción de la evolución posquirúrgica en pacientes operados de onicocriptosis mediante la técnica de cirugía ungueal de Ogalla.

### Específicos:

- Estimar la media del número de días de postoperatorio.
- Estimar la media del número de curas postquirúrgicas.
- Determinar la frecuencia de recidivas postquirúrgicas.
- Determinar la frecuencia de quistes postquirúrgicos.
- Determinar la frecuencia de infecciones postoperatorias.

## HIPÓTESIS

La técnica de Ogalla ofrece una excelente evolución clínica en el periodo postquirúrgico en cuanto al número de días de postoperatorio, número de curas, recidivas postquirúrgicas, quistes postquirúrgicos y aparición de infección postquirúrgica.

## METODOLOGÍA

### Tipo de estudio:

Estudio observacional descriptivo longitudinal prospectivo de una serie de casos clínicos.

### Ámbito del estudio:

Clínica podológica Pododent de Granollers.

### Población diana:

Se incluirán en el estudio todos aquellos pacientes afectados de onicocriptosis de un canal ungueal de primer dedo del pie que vengan a la clínica podológica y que sean intervenidos mediante la técnica de

cirugía ungueal de Ogalla entre abril y junio de 2011.

### Criterios de exclusión:

- Pacientes afectados de exóstosis subungueal de primer dedo.
- Pacientes afectados de onicocriptosis en ambos canales de primer dedo.

### Método de muestreo:

El muestreo será simple por orden de llegada a la clínica podológica.

### Tamaño muestral:

Se ha estimado que la amplitud estandarizada del intervalo de confianza para la media de días de postoperatorio es de 0.70 aceptando un nivel de confianza del 95%, el número mínimo de pacientes a estudiar es de 32.

### Instrumentalización:

La intervención quirúrgica se realiza mediante anestesia troncular del primer dedo con mepivacaína al 3%. Una vez anestesiado el dedo y el campo quirúrgico preparado se procede a la realización de la técnica de cirugía ungueal de Ogalla. Se hace hemostasia con cinta de Esmarch por barrido y se procede a la exéresis de la espícula ungueal, a continuación se realizan 2 aplicaciones de 30" de la solución de fenol (85%-98%) y posterior lavado con alcohol en la zona matricial. Se efectúa la extirpación del tejido cauterizado, lavado con suero fisiológico y aplicación de sutura de aproximación. Se realizan curas secas para una cicatrización por primera intención el seguimiento del paciente a las 48h, 7 días, 2 semanas y 1 mes.

### Variables:

Variables relacionadas con la evolución postquirúrgica:

- Número de días de postoperatorio: Cuantitativa. Se valora el número de días de postoperatorio hasta la completa cicatrización y alta del paciente.
- Número de curas: Cuantitativa. Se valora el número de curas realizadas hasta dar el alta al paciente.
- Número de recidivas postquirúrgicas: Cuantitativa. Se valora si ha habido alguna recidiva desde la cirugía hasta el momento actual de la revisión del paciente.
- Número de quistes postquirúrgicos: Cuantitativa. Se valora si se ha desarro-

llado algún quiste en la zona de eponiquio a consecuencia del acto quirúrgico desde la cirugía hasta el momento actual de la revisión del paciente.

- Número de infecciones postquirúrgica: Cuantitativa. Se valora si ha habido alguna infección tras la cirugía.

### Método de recogida de la información:

La obtención de datos se realizará mediante una hoja de recogida de datos por el investigador, donde se anotarán la filiación y se apuntarán los datos respectivos de cada variable durante las diferentes curas a realizar.

Todos los pacientes serán sometidos a rx convencional o fluoroscopia para descartar la presencia de exóstosis subungueal. A todos los pacientes se les pedirá un consentimiento informado, anexo al final de este proyecto.

### Métodos estadísticos:

Una vez obtenidas las variables de estudio en la hoja de recogida de datos se guardarán en un archivo de Excel para posterior introducción en el paquete SPSS donde se realizará un estudio descriptivo. Respecto a las variables cuantitativas se calculará la media, la mediana, la desviación típica y los percentiles (25,50 y 75). Se realizará una estimación de medias poblacionales con un intervalo de confianza del 95%. La representación gráfica se realizará mediante histogramas. Respecto a las variables cualitativas se realizará una tabla de proporciones y una estimación de las mismas con un intervalo de confianza del 95%. La representación gráfica se realizará mediante diagrama de barras.

### Aspectos éticos:

Los pacientes que se incluyen en el estudio firmarán la hoja de consentimiento de su inclusión en el estudio y el consentimiento informado sobre la técnica quirúrgica que se les va a realizar.

### Limitaciones del estudio:

La limitación en nuestro estudio será el abandono de los pacientes del seguimiento del plan de curas, y el corto tiempo disponible de seguimiento del periodo postquirúrgico en los pacientes de la

muestra para obtener unos resultados más definitivos en las variables de recidivas postquirúrgicas y quistes postquirúrgicos.

#### PLAN DE TRABAJO

##### Calendario:

Se pretende obtener el total de la muestra definida para el estudio en un periodo de 2 meses entre Mayo y Julio de 2011 con el posterior seguimiento de los mismos.

En Septiembre se realizará el análisis de los datos obtenidos.

Entre Octubre y Noviembre se pretende realizar la interpretación de los datos, la discusión y la obtención de conclusiones.

#### RESULTADOS

Variables relacionadas con la Evolución Postquirúrgica

Número de días de postoperatorio: Se valora el número de días de postoperatorio hasta la completa cicatrización y alta del paciente.

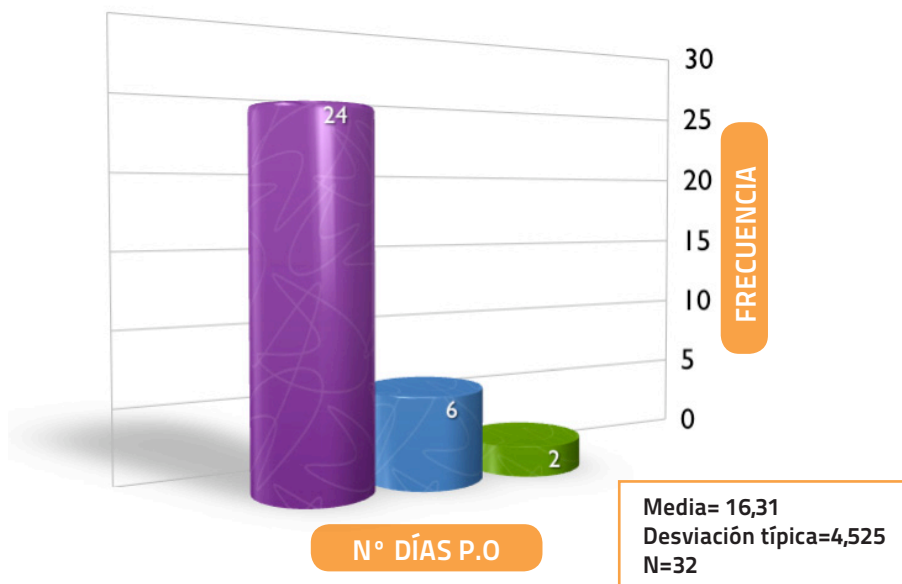
- Los estadísticos descriptivos calculados para esta variable son:

N	Válidos	32
	Perdidos	0
Media		16,3125
Mediana		14,0000
Desv. típ.		4,52547
Percentiles	25	14,0000
	50	14,0000
	75	19,2500

A partir de los valores calculados, se observa que la media de días de postoperatorio es de 16,3125 días, con una desviación típica de 4,52547.

Así mismo, el 25% y 50% de los pacientes, necesitan un número inferior o igual a 14 días de postoperatorio hasta la completa cicatrización y alta, y el 75% de los pacientes necesitan un número inferior o igual a 19,25 días.

## La representación gráfica mediante el histograma es la siguiente:



Analizando el histograma, se observa como la mayoría de los pacientes, necesitan un número de días de postoperatorio cercano a 15.

- Estimación de la media poblacional utilizando un nivel de confianza del 95%:

Utilizando el programa SPSS, los resultados que nos calcula son:

#### Estadísticos para la muestra

	N	Media	Desviación Tip.	Error Tip. de la media
Nº Días P.O	32	16.3125	4.52547	.80000

#### Prueba para una muestra

	t	Gl	Sig. (Bilateral)	Diferencia de medidas	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
			Inferior	Superior	Inferior	Superior
Nº Días P.O	20,391	31	,000	16.31250	14.6809	17.9441

# FORMACIÓN CONTINUADA

El intervalo de confianza al 95% de nivel de confianza que se obtiene para la estimación de la media poblacional, es igual a [14,6809 ; 17,9441].

Esto significa que, podemos estimar que la media poblacional referente al número de días de postoperatorio, estará comprendida entre 14,6809 y 17,9441 días.

**Número de curas:** Se valora el número de curas realizadas hasta dar el alta al paciente.

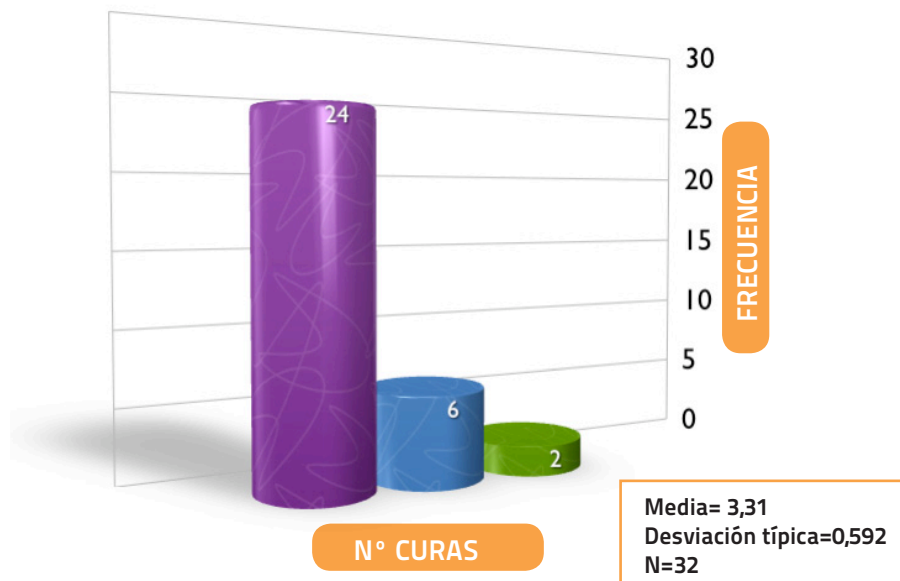
Los estadísticos descriptivos calculados para esta variable son:

N	Válidos	32
	Perdidos	0
Media		3,3125
Mediana		3,0000
Desv. típ.		,59229
Percentiles	25	3,0000
	50	3,0000
	75	3,7500

A partir de los valores calculados, se observa que la media del número de curas es de 3,3125 curas, con una desviación típica de 0,59229.

Así mismo, el 25% y 50% de los pacientes, necesitan un máximo de 3 curas hasta ser dados de alta, y el 75% de los pacientes necesitan un máximo de 3,75 curas.

La representación gráfica mediante el histograma es la siguiente:



Analizando el histograma, se observa como la mayoría de los pacientes, necesitan un número de curas comprendido entre 2,5 y 3,5.

Estimación de la media poblacional utilizando un nivel de confianza del 95%:

Utilizando el programa SPSS, los resultados que nos calcula son:

## Estadísticos para una muestra

	N	Media	Desviación Tip.	Error Tip. de la media
N° Curas	32	3,3125	,59229	,10470

## Prueba para una muestra

	t	Gl	Sig. (Bilateral)	95% Intervalo de confianza para la diferencia			
				Diferencia de medidas			
			Inferior	Superior	Inferior	Superior	
N° Curas	31,637	31	,000	3,3125		3,0990	3,5260

El intervalo de confianza al 95% de nivel de confianza que se obtiene para la estimación de la media poblacional, es igual a [3,0990 ; 3,5260].

Esto significa que, podemos estimar que la media poblacional referente al número de curas realizadas hasta dar el alta al paciente, estará comprendida entre 3,0990 y 3,5260 curas.

**Recidivas posquirúrgicas:** Se valora si ha habido alguna recidiva desde la cirugía hasta el momento actual de la revisión del paciente.

- La tabla de proporciones calculadas para esta variable es:

		Recuento	% del N de la tabla
Recidiva	NO	32	100%

A partir de la tabla de proporciones anterior, se observa que no se han producido recidivas posquirúrgicas en el 100% de los pacientes.

- La representación gráfica mediante el diagrama de barras es la siguiente:



Analizando el diagrama de barras, se observa que ninguno de los 32 pacientes tuvo recidivas.

- Estimación de la proporción poblacional utilizando un nivel de confianza del 95%:

En este caso, el intervalo de confianza para la proporción poblacional de No recidivas, calculado al 95% de nivel de confianza, sería [100% ; 100%], dado que la proporción muestral es del 100%.

Esto significa que la estimación de la proporción poblacional de No recidivas es del 100%.

**Quistes posquirúrgicos:** Se valora si se ha desarrollado algún quiste en la zona de eponiquio a consecuencia del acto quirúrgico desde la cirugía hasta el momento actual de la revisión del paciente.

- La tabla de proporciones calculadas para esta variable es:

		Recuento	% del N de la tabla
Quistes	NO	32	100%

A partir de la tabla de proporciones anterior, se observa que la proporción de no desarrollarse ningún quiste en la zona de eponiquio, a consecuencia del acto quirúrgico, desde la cirugía hasta el momento actual de la revisión, es del 100% de los pacientes.

- La representación gráfica mediante el diagrama de barras es la siguiente:



Analizando el diagrama de barras, se observa que el 100% de los pacientes no han desarrollado ningún quiste en la zona de eponiquio a consecuencia del acto quirúrgico desde la cirugía, hasta el momento actual de la revisión.

- Estimación de la proporción poblacional utilizando un nivel de confianza del 95%:

En este caso, el intervalo de confianza para la proporción poblacional de No quistes, calculado al 95% de nivel de confianza, sería [100% ; 100%], dado que la proporción muestral es del 100%.

Esto significa que la estimación de la proporción poblacional de No quistes es del 100%.

**Infecciones posquirúrgica:** Se valora si ha habido alguna infección tras la cirugía.

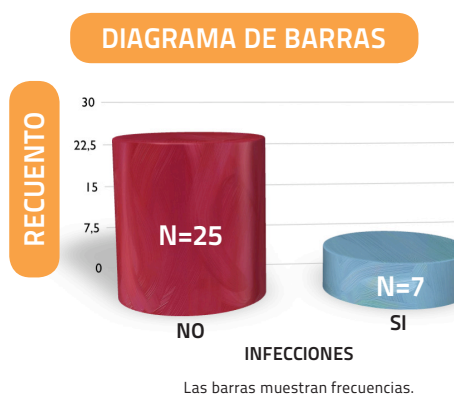
- La tabla de proporciones calculadas para

esta variable es:

		Recuento	% del N de la tabla
Infección	NO	25	78,1%
	SI	7	21,9%

A partir de la tabla de proporciones anterior, se observa que, el 78,1% de los pacientes no tuvieron ninguna infección tras la cirugía, y el 21,9% sí la tuvieron.

- La representación gráfica mediante el diagrama de barras es la siguiente:



Analizando el diagrama de barras, se observa que, 25 pacientes no tuvieron ninguna infección tras la cirugía, y 7 sí la tuvieron.

- Estimación de la proporción poblacional utilizando un nivel de confianza del 95%:

- Intervalo de confianza para la proporción 78,1%, referente a los pacientes que no tuvieron infección:

En este caso, el intervalo de confianza para la proporción poblacional, calculado al 95% de nivel de confianza, sería [0,638017 ; 0,924483].

Esto significa que la estimación de la proporción poblacional referente a los pacientes que no tendrían infección estaría comprendida entre 63,8017% y 92,4483%.

- Intervalo de confianza para la proporción 21,9%, referente a los pacientes que sí tuvieron infección:



# FORMACIÓN CONTINUADA

En este caso, el intervalo de confianza para la proporción poblacional, calculado al 95% de nivel de confianza, sería [0,075517; 0,361983]

Esto significa que la estimación de la proporción poblacional referente a los pacientes que sí tendrían infección estaría comprendida entre 7,5517% y 36,1983%.



## DISCUSIÓN

Variable número de días de postoperatorio. Interesa valorar la media junto a su desviación típica porque éste es un parámetro que nos valora lo agrupado o dispersos que están todos los valores obtenidos en relación a la media. De manera que una desviación típica pequeña va a indicar que todos los valores se acercan más al valor de la media y hay poca dispersión de los datos.

Con la técnica de Ogalla hemos obtenido una media de días de postoperatorio de 16,3125 de días hasta el alta del paciente. Además la desviación típica que se asocia a la media es pequeña, lo que significa que en los pacientes estudiados no hemos encontrado grandes variaciones en cuanto al número de días de postoperatorio, estando casi todos los casos en torno a estos 16 días de alta. Obtenemos además los siguientes datos mediante el cálculo de los percentiles, pues entre el 25% y el 50% de los pacientes necesitan un número igual o inferior a 14 días de postoperatorio hasta la completa cicatrización y alta, y el 75% de los pacientes igual o inferior a 19 días.

Mediante el análisis del histograma observamos como la mayoría de los pacientes necesitan un número de días de postoperatorio cercano a 15.

Mediante el cálculo de la estimación de la media poblacional utilizando un nivel de confianza del 95% podemos estimar que la media poblacional referente al número de días de postoperatorio estará comprendida entre 14,6809 y 17,9441 días.

### Variable número de curas

Este parámetro va muy relacionado con el anterior, puesto que a mayor número de días que se precisan de postoperatorio mayor número de curas se realizarán, y a la inversa.

En la técnica de Ogalla hemos obtenido una media del número de curas de 3,3125 con una desviación típica pequeña de 0,59229. Necesitando entre el 25% y el 50% de los pacientes un máximo de 3 curas hasta ser dados de alta, y un 75% un máximo de 3,75 curas. Analizando el histograma observamos como la mayoría de los pacientes necesitan un número de curas que oscila entre 2,5 y 3,5.

Al realizar la estimación de la media poblacional con un nivel de confianza del 95% podemos estimar que la media poblacional para el número de curas realizadas hasta dar el alta al paciente, estará comprendida entre 3,0990 y 3,5260.

### Variable recidivas postquirúrgicas

En la técnica de Ogalla se observa que no se ha producido ninguna recidiva postquirúrgica hasta el momento actual de revisión de los pacientes, siendo igualmente la estimación de la proporción poblacional de no recidivas del 100%.

Dicho resultado es parcial ya que comprende hasta la revisión actual de los pacientes, o sea, 1 mes. Así pues se realizará un seguimiento de los pacientes durante varios meses para completar el estudio de esta variable y poder presentar los resultados definitivos en próximos artículos. Al contrastar con otras fuentes bibliográficas vemos que en otros estudios que han utilizado el mismo parámetro estadístico y en una muestra de niños, se han obtenido diferencias significativas afirmando que la utilización del fenol reduce el índice de recurrencias (8).

### Variable quistes postquirúrgicos

No se observa la aparición de ningún

quiste postquirúrgico en la zona de epónimo como consecuencia de la cirugía en el 100% de los casos hasta la revisión actual de los pacientes, siendo esta variable al igual que la anterior, objeto de seguimiento en los pacientes para completar el estudio y obtener unos resultados más definitivos.

### Variable infecciones postquirúrgicas

En el periodo postquirúrgico de la técnica de cirugía ungueal de Ogalla el 78.1% de los pacientes no tuvieron infección postquirúrgica y el 21.9% si la tuvieron. Es decir, de los 32 pacientes que incluye la muestra 25 no tuvieron infección tras la cirugía y 7 sí.

La estimación de la proporción poblacional referente a los pacientes que no tendrían infección oscilaría entre el 63,8017% y 92,4483, y del 7,5517% al 36,1983% referente a los pacientes que si tendrían infección.

Se incide en que la mayoría de los casos de infección tras la cirugía son pacientes diabéticos, o pacientes que ya tenían la infección instaurada anterior a la cirugía. Esto contrasta con otro estudio en el que se comprueba en una muestra de pacientes que con la técnica del Fenol-alcohol se aumenta el número de infecciones postquirúrgicas (6).

## CONCLUSIONES

Revisando los objetivos que nos planteamos al inicio se pueden llegar a las siguientes conclusiones.

- 1.-La muestra objeto del estudio, estuvo formada por 32 pacientes, residentes en su mayoría en Granollers, de edad media 44 años, en su mayoría mujeres, con una ocupación mayoritaria de ama de casa, y con un nivel de estudios diverso
- 2.-De su historial clínico, se ha observado que el tiempo que hacía desde que el paciente sufría de la onicocriptosis era en media de 1,04 años, tan solo el 28,1% presentaba infección previa a la cirugía, así como únicamente el 12,5% presentaba diabetes mellitus, y el 3,1% tomaba anti-coagulantes
- 3.-Los resultados del análisis estadís-

tico de las variables postoperatorio, nos muestran que el número medio de días de postoperatorio fue de 16,3125 días, el número medio de curas hasta ser dado de alta el paciente fueron de 3,3125, no se produjeron recidivas ni quistes en el postoperatorio en el 100% de los pacientes, y tan solo el 21,9% presentaron alguna infección posquirúrgica. 4.-Podemos afirmar y concluir que la técnica de Ogalla ofrece un periodo postoperatorio excelente en todas las variables estudiadas.

#### AGRADECIMIENTOS

Agradecimientos a la Dra. Gavaldá por todo su apoyo y dedicación. A Elena De Planell por su incansable ayuda y especialmente a José Manuel Ogalla mi profesor y amigo por su inestimable guía y ayuda en la confección de este estudio.

#### BIBLIOGRAFÍA:

- 1.Martínez Nova. Podología Atlas de cirugía ungueal. Ed. Médica Panamericana , Buenos Aires, Madrid 2006.
- 2.García Carmona FJ, Fernández Morato D. Tratamiento quirúrgico de la onicriptosis. Madrid: Aula Médica, 2003; 3.
- 3.García Carmona F.J dermatología Podológica. Guía Práctica Avanzada. Ed. Mayo, Madrid, 2009.
- 4.Mozena JD. The Mozena classification system and treatment algorithm for ingrown hallux nails. J Am Pod Med Assoc 2002; 92: 131-135.
- 5.Herold N, Houshian S, Riegels-Nielsen P. A prospective comparison of wedge matrix resection with nail matrix phenolization for the treatment of ingrown toenail. J Foot Ankle Surg. 2001; 40: 390-395.
- 6.Rounding C, Hulm S. Surgical treatments for ingrowing toenails. Cochrane Database Syst Rev 2000; (2): CD001541.
- 7.Bostanci S, Ekmekci P, Gurgey E. Chemical matricectomy with phenol for treatment of ingrowing toenail: a review of the literature and follow-up of 172 treated patients. Acta Derm. Venereol 2001; 81: 181-183.
- 8.Gavillero A, Arxé D, Giralt de Veciana E y cols. Estudio estadístico en cirugía ungueal. El Peu 2005; 25: 20-30.
- 9.Eric H. Espensen, Brent P. Nixon, David G. Armstrong. Chemical Matricectomies for Ingrown Toenails. Is there an evidence basis to guide therapy? J. Am Podiatr Med. Assoc. 2002 92: 287-295.
- 10.Mukai T, Mera K, Nishida K, Nakashima M, Sasaki H, Nakamura J. Pharmacokinetics of phenol red in rat models of liver damage prepared by liver targeting of carbon tetrachloride. Biol Pharm Bull 2004; 27: 595-597.
- 11.Kuru I, Sualp T, Gunduz T. Factors affecting recurrence rate of ingrown toenail treated with marginal toenail ablation. Foot and ankle Int 2004; 25: 410-413.
- 12.Valero Salas J. Modificación personal de la técnica del fenol-alcohol. Rev Esp Podol 1984; 94: 21-31.
- 13.Ogalla Rodríguez JM, Novel Martí V, Giralt de Veciana E, Zalacaín Vicuña AJ. Matricectomías químicas. El Peu 1998; 72: 421-423.
- 14.Martínez Nova A, Alonso Peña D, Alonso Peña J, García Blázquez FM, Sánchez Rodríguez R, Hidalgo Ruiz S. Efecto de la irrigación con alcohol en la técnica quirúrgica del fenol. Rev Esp Podol 2004; 15: 166-170.
- 15.Vaccari S, Dika E, Balestri R, Rech G, Piraccini BM, Fanti PA. 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 Aug; 36(8): 1288-93.
- 16.Hassel JC, Hassel AJ, Loser C. Phenol chemical matricectomy is less painful, with shorter recovery times but higher recurrence rates, than surgical matricectomy: a patient´s view. Dermatol Surg. 2010 Aug; 36(8): 1294-9.