

Cirugía en la Exostosis Periungueal. A propósito de un caso clínico

Laura Pérez Palma

Diplomada en Podología por UB. Licenciada en Podología por CESPU (Portugal). Master en Cirugía podológica por la UB. Profesora asociada en UB

Correspondencia:

Laura Pérez Palma

Diplomada en podología. Profesora asociada en la escuela Universitaria de podología de la Universidad de Barcelona

C/ Tres torres, 4-8 local. 08017 Barcelona

Resumen

Las exostosis suelen aparecer en cualquier hueso de origen cartilaginoso. Por lo general las exostosis digitales se manifiestan en forma de lesiones subungueales, pero no exclusivamente así. El término de sobra conocido como exostosis subungueal puede modificarse en virtud de la naturaleza de la lesión. En algunos casos, la tumoración no es subungueal; no se encuentra bajo la uña ni crea alteración de la misma. Las lesiones pueden aparecer en la región periungueal sin gran alteración de la uña en sí. Es precisamente a este grupo, en el que se basa este artículo. Aunque en un principio el tema podría parecer demasiado abordado, creo que al visualizar el alcance que puede llegar a tener esta lesión (en particular este caso clínico) puede llamar la atención.

Palabras clave: Exostosis. Aspecto. Localización y diagnóstico diferencial.

Definición, etiología y manifestaciones clínicas (Figura 1)

Sobrecrecimiento benigno de la falange distal, generalmente en el primer dedo del pie y ocasionalmente a nivel de los dedos de las manos. Aunque su manifestación es generalmente subungueal, pueden aparecer en ambos bordes incluido el plantar. Se presenta como una lesión solitaria, unilateral (99%) en el borde tibial del primer dedo (88%). Afecta más a mujeres que a hombres en una proporción 3:2 y aparece mas frecuentemente durante la segunda o tercera décadas de la vida (72%). Estos valores

Summary

Exostosis usually appear in any bone of cartilage origin. The digital exostosis generally become apparent in the form of subungual lesions, but not exclusively so. The well known term exostosis subungual can be modified in virtue of the nature of the lesion. In some cases the tumoration is not subungual; it is not found under the nail nor does it cause it any alteration. The lesions can appear in the periungual region without any great change in the nail. It is precisely this group on which this article is based. Although at first glance the subject might seem over treated, I believe that by visualizing the extension that this lesion can reach (this clinical case in particular) it is worth the attention.

Key words: Exostosis. Appearance. Location and differentiated diagnostic

estadísticos varían considerablemente en dependencia principalmente de los factores etiológicos valorados de forma individual.

La causa mas probable de formación de estas lesiones es la Irritación perióstica, lo que ocasionaría la mineralización de la matriz ósea subyacente. Si parecería en un principio tan clara la asociación del factor etiológico a la formación de la lesión, la verdad es que la gran variabilidad de la naturaleza de la irritación, puede dificultar en sobremanera la naturaleza de la causa. Considero que podríamos diferenciar dos grandes causas: un antecedente traumático (incidencia relativamente baja) o el



Figura 1.



Figura 2.

microtraumatismo continuado (debido a: dorsiflexión del dedo por inestabilidad del arco longitudinal del pie, onicocriptosis repetitivas, bailar con la punta del pie, calzado estrecho ...)

Las manifestaciones clínicas dependerán principalmente del tamaño y localización de la lesión. Se describe que las lesiones subungueales cursarán con dolor, alteraciones de la lámina (elevación), formación de Helomas subungueales o periungueales ...

Diagnóstico diferencial

Debido en parte a la gran variabilidad etiológica y clínica se hace obligatorio diferenciar la Exostosis periungueal de otras lesiones. Para ello en la mayoría de los casos nos ayudaremos de la petición de RX (obligatoria en el protocolo de actuación quirúrgica) Aunque una vez valorada la bibliografía casi todos los autores refieren las mismas patologías a descartar, creo que sería importante realizar un inciso. He podido constatar en mas de una ocasión que en especialidades como Traumatología, Reumatología o Dermatología no diferencian entre Condroma y Exostosis periungueal. Patologías que sin lugar a dudas en Podología son diferenciadas claramente. Este echo aumenta enormemente el número de patologías a realizar el diagnóstico diferencial, así algunas de las lesiones a descartar son la verruga subungueal, el granuloma piogénico, el tumor glómico, osteoma osteoide y sarcoma.

Tratamiento

Aunque durante un tiempo se pueden intentar tratamientos podológicos paliativos o la modificación

de los hábitos de calzado, el único tratamiento verdaderamente satisfactorio es la exéresis quirúrgica. La variabilidad a nivel de las técnicas empleadas también es extensa, pudiendo ir desde la simple extirpación de la exostosis (Mercado, Landon, Campbell...) hasta la amputación de la mitad distal de la falange (Lapidus). Según nuestra experiencia como podólogos consideramos necesaria la protección de la unidad ungueal, así como intentar lesionar en lo mínimo de lo posible el resto de estructuras circundantes. Aunque podríamos realizar un abordaje con técnica mínima invasiva, en este artículo voy únicamente a referir técnicas de campo abierto, mucho mas relacionadas con el caso clínico presentado. Dos técnicas parecen destacar:

- Abordaje mediante incisión en "boca de pez" de Mercado: Se realiza una incisión en el hiponiquio, por debajo del surco ungueal, extendiéndose paralelo a él y en su misma longitud, lo que permite la exposición de la falange y de la totalidad de la exostosis. Resección hasta quedar un asuperficie cóncava en el lugar de la exostosis a fin de reducir el riesgo de recidivas
- Abordaje de la uña tipo incisión modificado: Engloba los métodos de Frost y de Winograd para retirar el borde lateral de la unidad ungueal y extirpación de la exostosis dejando la misma concavidad.

Caso clínico (Figura 2)

Anamnesis

Paciente de 47 años de edad y de profesión industrial que acudió a nuestra consulta por la imposibilidad de calzar zapatos desde hace 4 años, por pre-

sentar una tumoración en el borde tibial del primer dedo del pie izquierdo, de 15 años de evolución y que él sospechaba de etiología postraumática (caída de un objeto pesado en el dedo). Deformación de la lámina ungueal.

Diagnóstico (Figura 3)

Para poder determinar con exactitud el tipo de patología y su carácter de benignidad, fueron realizadas radiografías dorsoplantar y oblicua del pie y una macroradiografía para determinar su contorno exacto. Era principalmente necesario el diagnóstico diferencial con:

- Osteoma osteoide: El gran tamaño podría hacer pensar en un primer momento en esta lesión. Varias son las razones por las que fue descartado: Este tipo de tumores aparece principalmente (80%) en la franja de edad de 5-24 años y el estudio radiológico pormenorizado. Una vez valorada principalmente la macroradiografía no se observa rarefacción ósea, ni entramado de trabéculas óseas con diferente grado de mineralización, definido en este tipo de tumores como "nidus". En la radiografía de este paciente se observa una continuación de la propia estructura de la falange, con continuación del entramado trabecular de la misma.
- Condroma: Las principales diferencias entre una exostosis y el condroma son: el dolor de la exostosis es en reposo y aumenta en dinámica. El condroma solo duele en la presión. En el condroma existe proliferación dérmica alrededor. Aunque en apariencia nuestro paciente presenta abultamiento del lateral del dedo no existe diferenciación de la masa tumoral, sino distensión de los

tejidos por el propio crecimiento de la masa ósea. Radiológicamente en la exostosis existe continuación de tejido óseo de la falange (con cortical y periostio común). El condroma tiene cortical, periostio y núcleo de osificación propio.

- Condrosarcoma: este tipo de tumores aunque puede aparecer "denovo" en un hueso normal, presenta principalmente un crecimiento muy rápido, destrucción de la cortical e invasión de las partes blandas. Ninguno de estos parámetros se cumplía en nuestro paciente.

Tratamiento

Una vez determinada la lesión y decidido el tratamiento quirúrgico fue seguido un protocolo prequirúrgico estándar:

- Análítica completa: Hemograma completo, Ionograma, Velocidad de sedimentación, Proteína C reactiva, Tiempo de la cefalina y protombina, Glicosil y ácido úrico. El paciente presenta todos los valores dentro de los parámetros de normalidad.
- Terapia antitetánica: El paciente estaba en día al nivel de la vacunación.

Técnica quirúrgica

- Aseptización de la zona mediante lavado quirúrgico
- Anestesia troncular del dedo por dos punciones y lateralización: consideramos que esta técnica es la menos dolorosa a nivel de bloqueo del dedo (Figura 4)
- Aseptización con solución iodada



Figura 3.



Figura 4.



Figura 5.

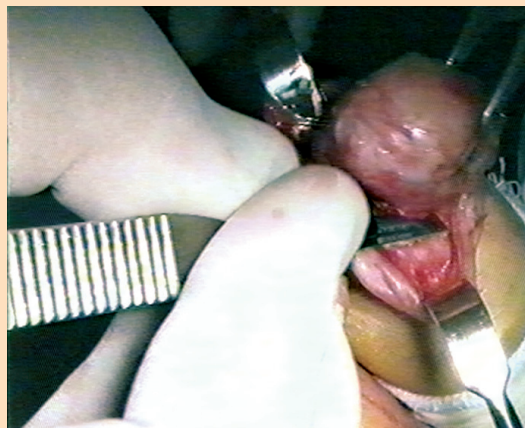


Figura 7.

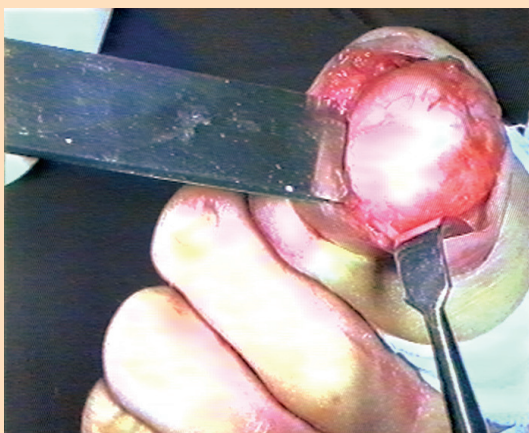


Figura 6.

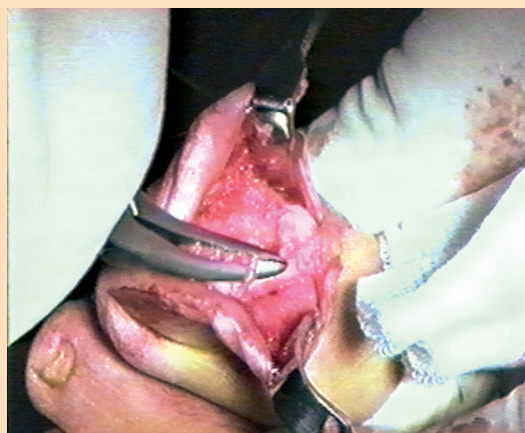


Figura 8.

- No fue utilizada hemostasia en una primera fase debido a la superficialidad de la tumoración y para una mejor visualización de las estructuras vasculares, necesarias para la reconstrucción del dedo. Una vez valorado aplicación de ésta de forma directa.
- Incisión longitudinal en el centro de la lesión y abarcando toda su extensión (Figura 5).
- Delimitación de la misma. Este paso debería realizarse con el máximo cuidado para no lesionar el tejido dérmico, ya que pretendíamos reconstruir el dedo, por lo que utilizamos separadores no traumáticos (Figura 6).
- Con ayuda de mosquito curvo diseccionamos los tejidos que rodean la tumoración. En este proceso pudieron apreciarse un gran número de adherencias, lo que dificultó un poco el proceso.
- Exéresis completa de la exostosis con osteotomo y martillo (acabamos ayudándonos de bisturí) (Figura 7).
- Limado reconstructivo de la falange y utilizamos pinza sacabocados para acabar de reconstruir la zona. Se tuvo especial atención a la hora de intentar dejar una ligera oquedad para evitar recidivas posteriores, intentando en todo momento evitar pequeñas aristas (Figura 8).
- Lavado con suero fisiológico a presión
- Reconstrucción del tejido dérmico. Debido al gran tamaño de la exostosis recortamos parte del exceso de tejido dérmico, intentando preservar la estética final del dedo (Figura 9).
- Sutura con 3/0 debido a la necesidad de realizar tensión y a la resistencia de los tejidos. Mantener presionada la lámina para ayudar a su

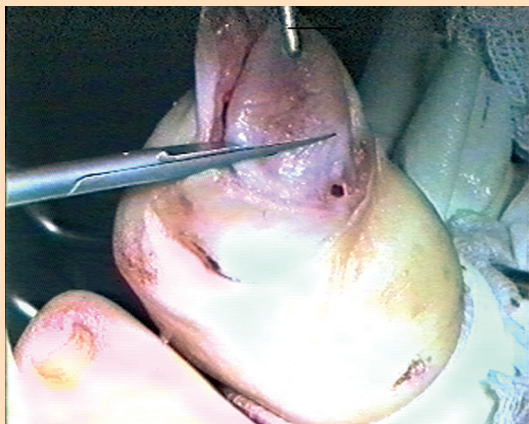


Figura 9.



Figura 10.

recolocación. Incluso fue necesario suturar la lámina (Figura 10).

- Vendaje semicompresivo

Fue indicada terapia antiinflamatoria, antibiótica y analgésica (esta última solo en caso de precisar). Así mismo fue recomendado reposo relativo y realización del primer curativo a las 48 horas.

Resultados

En el primer curativo el estado del dedo era perfecto, sin signos de inflamación o infección. A los 8 días aparece una pequeña zona de infección, debida a un mal seguimiento del paciente de la pauta posquirúrgica. El paciente refirió que estuvo trabajando en el huerto de su casa, por lo que la zona presentaba restos de tierra. Una vez solucionado el proceso puntual fue dada alta al paciente 3 semanas des-

pués de realizada la cirugía. Después de 4 años no existe recidiva de la lesión.

Conclusiones

Cualquier patología, por muy trivial o simple que parezca, dejada evolucionar puede limitar enormemente la vida de nuestros pacientes. Creo que este caso puede ser una buena muestra de ello. Llegado a ese punto, muchos de nuestros conocimientos en referencia a los tratamientos deberán ser adaptados para las necesidades reales de esa lesión. Una técnica quirúrgica, bien diseñada desde el primer momento puede facilitar enormemente la realización intra-operatoria, evitando sorpresas no deseadas. Aunque el seguimiento de protocolos quirúrgicos evitarán en gran medida posibles infecciones pos-quirúrgicas, deberemos contar en todo momento con la colaboración de nuestros pacientes para conseguir perfectos resultados.

Bibliografía recomendada

- Becker DAR, Baranr, Dawber RPR. *Manual de enfermedades de las uñas y su tratamiento*. Barcelona: Ed. Edimsa, 1999;148-69
- Butterworth R, Dockery GL. *Atlas a color y texto de cirugía del antepié*. Madrid: Ed. Ortocen S.A, 1992;85-91.
- Chevrot A. Diagnóstico por imagen de las afecciones del pie. Barcelona: Ed Masson, 2000;309-11, 320-2.
- Goldsmith LA, Lazarus GS, Tharp MD. *Dermatología de adultos e Pediátrica*. Loures: Ed Lusociência, 2000;511-38.
- Mcglamry ED, Banks AS, Downey MS. *Comprehensive textbook of Foot Surgery. 2nd Edition Volume two*. Baltimore: Ed Williams & Wilkins, 1992; 1136-90.
- Mercado OA. *Atlas de Cirugía del Pie. Volumen I Cirugía del antepié*. Ed reproducciones Garval, SL. Madrid: Federación Española de Podólogos, 1995;16-34.
- Núñez-Samper M, Llanos LF. *Biomecánica, medicina y cirugía del pie*. Barcelona: Ed Masson, 2000;256,453-7.
- Prado M, Ripio PL, Golano P. *Cirugía percutánea del pie*. Barcelona: Ed Masson, 2003;31-36,227-30.
- Rich P, Scherr. *Atlas de enfermedades de la uña*. Cleveland: Partenón Publishing, 2004;83-7.
- Roizen MF, Fleisher LA. *La práctica de la anestesia*. Méjico: Ed McGraw-Hill Interamericana, 1999.
- Apuntes Cirugía I. Curso 91-94, Profesores: Novel V, Giralt E.
- Apuntes Cirugía II. Curso 91-94, Profesores: Novel V, Giralt E.
- Apuntes Cirugía ungueal. Master en Podología quirúrgica. Curso 2001-2002. Profesores: Ogalla M, Zalacain A.
- Documentación facilitada por los profesores de la UB Novel V y Giralt E.