

Osteocondroma en falange distal del primer dedo. Resolución quirúrgica a propósito de dos casos

Osteochondroma in Distal Phalanx of the Hallux. A Surgical Resolution of Two Clinical Cases

Joan MARTÍ SERRANO ⁽¹⁾, Melcior LLADÓ VIDAL ⁽¹⁾

⁽¹⁾ Diplomado en Podología

Correspondencia:
Joan Martí Serrano
Clínica podológica
C/Ecce Homo, 5-3º
12200 Onda (Castelló).

Fecha de recepción: 30 diciembre 2009

Fecha de aceptación: 2 febrero 2010

Los autores declaran no tener ningún tipo de interés económico o comercial.

RESUMEN

El trabajo presenta dos casos clínicos donde se exponen las ventajas e inconvenientes del abordaje quirúrgico excisional del osteocondroma a través de la incisión lateral-distal del primer dedo. Este abordaje quirúrgico es diferente a la clásica incisión en boca de pez, basándonos en la vascularización colateral del primer dedo. El objetivo es disminuir las probabilidades de producir una isquemia y/o infección postoperatoria que con la técnica clásica.

Palabras clave: osteocondroma, incisión lateral-distal, isquemia, anatomía patológica.

ABSTRACT

This study presents two clinical cases where we expose the advantages and disadvantages of excisional surgical approach of osteochondroma through lateral-distal incision of the hallux. This surgical approach is based on the collateral vascularisation of hallux and is different from the classic "fish-mouth incision".

The goal is to decrease the chance of ischemia and/or postoperative infection that with the classical technique.

Key words: ischaemia, lateral-distal incision, osteochondroma, pathological anatomy.

SUMARIO: 1. Introducción. 2. Presentación de los casos. 3. Descripción de la técnica. 3. 1. Diéresis o disección. 3. 2. Exéresis o resección. 3. 3. Síntesis o sutura. 4. Discusión. 5. Conclusiones. 6. Bibliografía.

1. INTRODUCCIÓN

Es habitual en nuestras consultas el dolor subungueal producido en numerosas ocasiones por la entidad patológica que tratamos: el osteocondroma.

Este tumor de naturaleza benigna está ampliamente descrito en la literatura.

Las singularidades anatómicas propias de la uña explican porque este tumor afecta rápidamente la morfología de la misma.⁽¹⁾

Desde el punto de vista clínico, el paciente refiere dolor de tipo mecánico en el extremo dorso-distal del primer dedo. La morfología ungueal está alterada presentando una uña en teja que puede asociarse a veces con onicocriptosis. El osteocondroma puede presentarse en su forma más evolucionada con granuloma, ulceración del lecho ungueal y onicolisis asociada (Ilustración 1. Caso A), o bien sin ulceración (Ilustración 5. Caso B). Es importante establecer el diagnóstico diferencial con exóstosis subungueal, tumor glómico o encondroma.⁽²⁾ La exploración complementaria indicada es la radiología simple en proyecciones dorso-planar, perfil y oblicua del primer dedo.

La morfología ungueal está siempre alterada cuando existe un osteocondroma subyacente sintomático. El paciente refiere un cambio en la morfología ungueal en poco tiempo, hasta que se inicia un cuadro doloroso que es el motivo de la visita.

2. PRESENTACIÓN DE LOS CASOS

Caso A. Paciente varón de 24 años sin enfermedades relevantes, presenta lesión dolorosa en lecho ungueal por contusión de un mes de evolución. El rápido desarrollo de la lesión sugiere control radiológico observándose lesión ósea compatible con osteocondroma.

La resolución del problema fue mediante cirugía, realizando osteotomía del tercio distal de la falange del dedo afectado. El abordaje es latero-distal. El diseño de la osteotomía es oblicuo para facilitar el despegue del dedo durante la marcha (Ilustración 2).

El resultado de anatomía patológica fue de osteocondroma (Ilustración 3).



Ilustración 1. Caso A. Presentación de la lesión.



Ilustración 2. Caso A. Radiografía oblicua. Diseño de la osteotomía.

DESCRIPCIÓN MICROSCÓPICA

Las secciones histológicas muestran lóbulos de cartilago hialino sin atipias y con zonas de osificación.



DIAGNÓSTICO ANATOMOPATOLÓGICO

Porción distal de la falange del primero dedo :
Osteocondroma. Sin evidencia de malignidad.

The complex block contains a microscopic description, two histological images, and a final diagnosis. The images show purple-stained cartilage tissue with distinct lobules.

Ilustración 3. Caso A. Informe de anatomía patológica.

El paciente mantuvo el pie en descarga durante casi tres semanas. Entre la tercera y cuarta semana comenzó la deambulación normal y

recibió el alta cumplida la cuarta semana. Al año se le realizó el control radiológico (Ilustración 4).



Ilustración 4. Caso A. Control radiológico al año.

Caso B. Mujer de 35 años sin antecedentes patológicos ni traumáticos. La paciente fue intervenida un año atrás de exóstosis subungueal mediante legrado distal con abordaje anterior o incisión en “boca de pez”.⁽³⁾ No se le realizó estudio anatomopatológico ni seguimiento

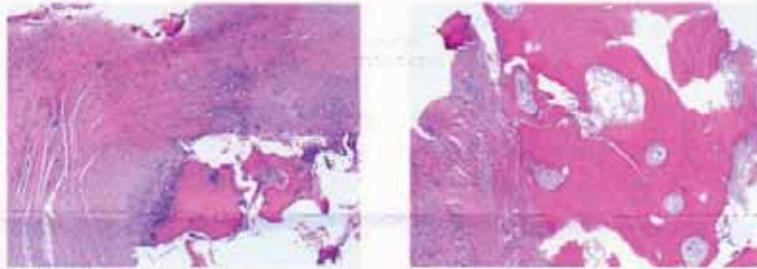
radiológico. El dolor en la zona anterior del dedo remite temporalmente pero reaparece al año con la compresión ungueal. La clínica es compatible con exóstosis, pero el diagnóstico concluyente del anatomopatólogo fue el de osteocondroma.



Ilustración 5. Caso B. Presentación de la lesión.

DESCRIPCIÓN MICROSCÓPICA

Las secciones histológicas muestran en superficie revestimiento cartilaginoso en banda constituido por cartilago hialino con matriz basofílica y condrocitos [imagen 1, 40 x] en lagunas redondeadas en transición abrupta se observan trabéculas óseas maduras adecuadamente mineralizadas [imagen 2, 40 x] que dejan entre ellas espacio medular con tejido adiposo y escaso componente hematopoyético. El ribete cartilaginoso presenta áreas degenerativas con proliferación vascular de capilares congestivos y pequeños focos de hemorragia. No hay signos de malignidad.



DIAGNÓSTICO ANATOMOPATOLÓGICO

Lesión en primero dedo:
Osteocondroma.

Ilustración 6. Caso B. Informe del anatomopatólogo.

La técnica quirúrgica fue similar al caso anterior, y el proceso de recuperación de unas cuatro semanas hasta el alta definitiva. Durante las tres primeras semanas la paciente mantuvo el pie en descarga.

Desde el punto de vista anatómo-patológico, en la ilustración 6 queda detallado.

Dos meses después de la intervención la paciente no refiere dolor (Ilustración 7). La uña permanece indemne a pesar del acto quirúrgico. Es muy importante el control radiológico al año.



Ilustración 7. Caso B. Dos meses después de la intervención.

3. DESCRIPCIÓN DE LA TÉCNICA

Cuando los métodos conservadores no resultan útiles nos vemos obligados a la intervención quirúrgica. Podemos realizar la técnica en aquellas patologías donde esta indica da la exéresis del tercio distal de la falange distal. Los casos A y B expuestos anteriormente son dos ejemplos.

Realizamos bloqueo anestésico del dedo a nivel de la base de la falange proximal del primer dedo. Para la hemostasia utilizamos un torniquete con Smarch amplio y manguito neumático en tobillo. Es muy importante una buena hemostasia puesto que una mejor visualización permite no dañar el aparato ungueal mientras se disecciona.

3. 1. Diéresis o disección

Mediante bisturí del número 10 se profundiza hasta hueso siempre bien perpendicular a la falange siendo origen de la incisión ligeramente por delante de la articulación interfalángica y punto distal de la misma la zona anterior del dedo. A continuación, alternando mosquito curvo y bisturí del número 15, iniciamos la disección de la falange por la zona plantar. Preferimos empezar por la zona plantar ya que el dorso es más complejo y la manipulación del dedo de forma prolongada podría dañar la uña. Diseccionada la zona plantar pasamos a la dorsal. Aquí, plano óseo, lecho ungueal y uña es-

tán intimadamente vinculados. Este punto es crítico por la dificultad técnica. El objetivo es separar el hueso del tejido subungueal sin dañar las demás estructuras.

Debemos asegurar una completa disección de lateral a medial y de proximal a distal para una correcta exéresis del fragmento óseo a analizar.

3. 2. Exéresis o resección

Expuestas tres cuartas partes de la falange procedemos a la osteotomía. Debemos dejar mayor cortical plantar que dorsal oblicuando el corte ya que de esta manera mantenemos la funcionalidad del dedo en la fase de despegue. Recomendamos la ejecución del corte con micromotor, pues evitamos microfracturas. **Biopsia excisional:** Extraído el hueso, lo introduciremos en el recipiente correspondiente para su posterior estudio en anatomía patológica. Esta fase también es crítica, puesto que aunque el clínico puede intuir por la sintomatología y las pruebas complementarias qué tipo de lesión trata, es el diagnóstico por anatomía patológica es el único concluyente.

3. 3. Síntesis o sutura

Puesto que se produce gran inflamación recomendamos sutura continua (Ilustración 8) y vendaje semi compresivo.

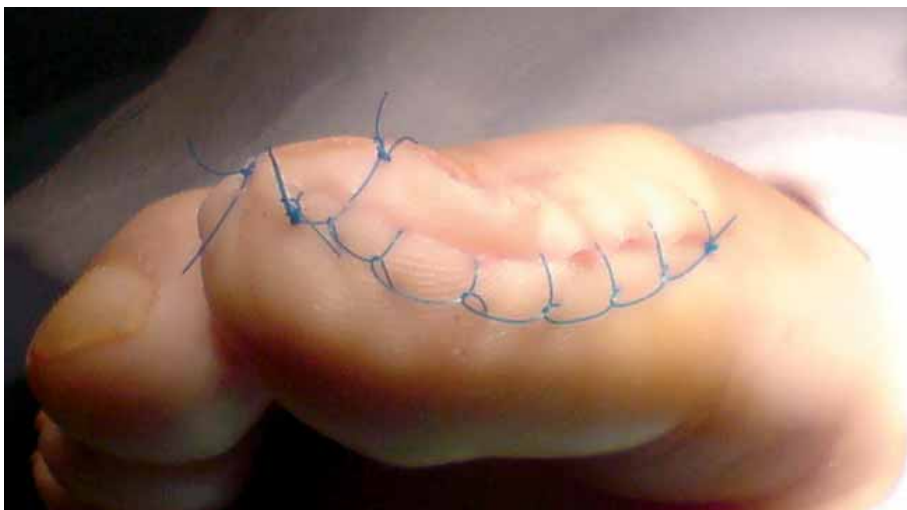


Ilustración 8. Caso A. Incisión y sutura.

4. DISCUSIÓN

Hemos realizado el abordaje quirúrgico mediante incisión lateral distal, encontrando como aspectos positivos:

1. Menor posibilidad de isquemia postquirúrgica. Debido a la distribución de los vasos en la zona distal del dedo (Ilustración 9), la incisión en “boca de pez” afecta a ambas ramas vasculares, medial y lateral, impidiendo la vascularización colateral y aumentando el riesgo de isquemia. Con la incisión lateral disminuimos notablemente el riesgo de necrosis e infección.
2. Mejor visualización del osteocondroma, lo que facilita una osteotomía amplia. Si la lesión lo permite, debemos oblicuar el



Ilustración 9. Vascularización del primer dedo⁽⁴⁾. Véase en línea continua como la incisión en “boca de pez” dificulta la vascularización del tercio distal del dedo. En línea discontinua, la incisión propuesta respeta las ramas colaterales.



Ilustración 10. Caso A. RX perfil primer dedo. Un año después de la cirugía. Obsérvese la oblicuidad del corte con cortical plantar mas larga que dorsal.

corte con respecto al eje diafisario unos 45° (Ilustración 10), dejando así una base mas amplia que favorezca el movimiento de palanca que realizan los dedos durante la marcha en fase de propulsión.

3. La integridad del fragmento amputado facilita al patólogo su labor diagnóstica.
4. Salvaguardamos en mayor medida el aparato ungueal. Si la técnica se desarrolla a la perfección podemos dejar ileso el aparato ungueal. En la practica, durante la disección dorsal, es difícil no lesionar mínimamente lecho ungueal.

Los aspectos negativos son:

1. Dificultad técnica para realizar la disección. El inconveniente principal de esta técnica es la dificultad del cirujano para diseccionar la falange distal del resto de tejido a través de la incisión lateral, sobretudo la parte medial o contra lateral a la incisión. Es importante hacer hincapié en el manejo sutil de los tejidos con el fin de no traumatizarlos y disminuir el dolor postquirúrgico.
2. Tiempo quirúrgico largo. Al ser una incisión mayor que la clásica en “boca de pez”, junto con la disección de toda la falange distal y la resección del fragmento óseo necesario, se requiere un mayor tiempo quirúrgico y de hemostasia.

6. BIBLIOGRAFIA

1. Dumontier CA, Abimelec P. Nail Unit Enchondromas and Osteochondromas: ASurgical Approach. *Dermatol Surg* 2001; 27: 274-279
2. Palma L de, Gigante A, Specchia N. Subungual exostosis of the foot. *Foot and Ankle Int.* 1996 Dec, 17(12); 758-63
3. Mercado OA. Atlas de cirugía del pie. Vol. I: Cirugía del antepié. Madrid: F.E.P.; 1995. p. 33-34
4. J. Montagne, A. Chevrot, J. M. Galimiche. Atlas de Radiología del Pie. Ed. Masson, 1999. p. 37

3. Dolor post-quirúrgico. El paciente refiere dolor intenso durante las primeras 48 horas. Durante este tiempo la pauta analgésica utilizada fue metamizol 1g/8 horas más tramadol 50 mg /12 horas. A partir del tercer día metamizol 575 mg/8h hasta la desaparición del dolor. Normalmente, éste desaparece por completo al cabo de una semana.

5. CONCLUSIONES

- Cuando tratamos osteocondromas en la falange distal del primer dedo, encontramos en muchas ocasiones alteraciones ungueales que pueden ir de mayor a menor grado. Se sabe que los tumores subungueales producen alteraciones en la morfología de la uña. En ocasiones, en donde la lesión haya evolucionado mucho tiempo, encontraremos uñas cuya avulsión pueda estar indicada. Para estos casos recomendamos otras técnicas.
- En el abordaje terapéutico de cualquier tumor, es de vital importancia diagnóstico anatomopatológico. Debemos orientar el tratamiento en este sentido.
- Esta técnica, aunque de difícil ejecución, permite una resección amplia, salvaguardar la uña y minimizar el riesgo de necrosis. Es necesario un mayor tiempo quirúrgico que en otras técnicas.