

Exostosis subungueal: a propósito del manejo quirúrgico.

Subungueal exostosis: surgical management.

Octavio Small.

RESUMEN

Se presenta el caso de una mujer de 28 años de edad, con exostosis subungueal en el primer dedo de pie izquierdo, de crecimiento lento y con un tiempo de evolución de seis meses. Inicialmente la enfermedad se caracterizó por la aparición de una pequeña tumefacción que emerge cercano al borde interno de la uña, al inicio sin molestias. A partir del tercer mes, debido al aumento de tamaño aparecen las primeras manifestaciones clínicas caracterizadas por dolor a la presión y molestia al caminar, la misma que se intensificó a medida que la tumoración crecía, siendo más evidente en el quinto y sexto mes. El diagnóstico fue corroborado a partir de las manifestaciones clínicas, estudios radiológicos e histopatológicos de la lesión extirpada. El tratamiento quirúrgico consistió en la extirpación de la lesión y curetaje. Se efectuó un seguimiento post operatorio mensual los tres primeros meses, luego cada dos meses hasta el año, sin recurrencia. Se presenta este caso para incrementar la casuística, señalar los rasgos más característicos de la enfermedad y el manejo quirúrgico efectuado.

PALABRAS CLAVE: Exostosis subungueal, cirugía de uñas

Dermatol Perú 2009;19(2): 144-149

SUBUNGUEAL EXOSTOSIS: SURGICAL MANAGEMENT.

ABSTRACT

This study presents the case of a 28 year old woman, with subungual exostoses in the first finger of left, foot slow growth and time evolution of six months. Initially the disease is

characterized by the emergence of a small swelling that emerges, close to the internal edge the nail at the beginning without inconvenience; but from the third month because the increase in size, appear the first clinical manifestations characterized by pain to pressure and discomfort to walk, the same as is intensified as the lump grew still evident in the fifth and six month. The diagnosis was confirmed to part of its manifestations clinics by radiological studies and histopathology of injury removed. Surgical treatment consisted of removal of the injury, followed by and curettage. Was carried out monthly operative post track the first three months, then every two months, until the year

¹ Profesor de la Cátedra de Dermatología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

² Miembro del Instituto de Investigaciones Clínicas de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

³ Dermatólogo de las Clínicas Maison de Santé de Lima y Chorrillos

Recibido: 18-05-2009

Aceptado: 19-06-2009

without recurrence. Is this case presented to increase its casuistry, noting traits more characteristic his disease and management surgical made.

KEY WORDS: Subungual exostosis, nail surgery.

INTRODUCCIÓN

La exostosis subungueal (ES), es un tumor benigno del hueso, que se observa con más frecuencia en el primer dedo de los pies, aunque también puede presentarse en otros dedos de los pies y de las manos, se estima que su incidencia en la consulta dermatológica es de un 0.003%. La ES, se presenta como un nódulo de consistencia dura, fibrosa y ósea, que se localiza en la mayoría de los casos en el extremo distal del primer dedo de los pies. Se observa con más frecuencia en mujeres que en varones, entre los 10 y 30 años de edad ⁽¹⁾. Suelen ser de larga evolución, con sintomatología inicial nula, y a medida que la lesión va creciendo, por lo general después de los dos o tres meses, aparece como sintomatología dolor a la presión y molestias al caminar. Meses después, al aumentar de tamaño la lesión, aparece dolor y molestias al caminar que son más permanentes. El diagnóstico se basa en la clínica, el estudio radiológico y el estudio histopatológico de la pieza operatoria ⁽²⁾.

El tratamiento es quirúrgico, consiste en la extirpación de la lesión y carretaje. Requiere una evaluación post operatoria frecuente, debido a que la lesión suele ser recidivante. En el presente caso, se realizó seguimiento hasta un año después de la intervención quirúrgica, sin observarse recurrencia de la lesión ^(1,2).

CASO CLÍNICO.

Paciente de sexo femenino, de 28 años de edad y raza blanca que acude a consulta externa, refiriendo una enfermedad

aproximadamente de seis meses, caracterizada por la aparición de una tumoración nodular de consistencia dura localizada en el extremo distal del primer dedo del pie izquierdo, de crecimiento progresivo. Su sintomatología fue escasa o nula hasta los tres primeros meses, luego aparece dolor a la presión sobre la lesión y posteriormente después del cuarto mes presenta molestias y dolor casi permanente al caminar asociado al mayor aumento de la tumoración.

Al examen preferencial (figura 1), se aprecia una lesión nodular de consistencia dura, fibrosa de 0.5 x 0.6 cm de tamaño, localizada en el dedo mayor del pie izquierdo, en su tercio interno y en parte del canal lateral interno. La superficie es de aspecto



Figura 1

mamelonado hendido donde se aprecian pequeñas placas costrosas de tipo ungueal, debido a que el tumor al crecer hizo prácticamente estallar la lámina ungueal; la presión digital en la tumoración produce dolor. El resto del examen, no presenta particularidades.

Los exámenes hematológicos, bioquímicos, factores de coagulación y serológicos fueron normales. Se tomaron dos placas radiográficas, la primera (Figura 2) tomada desde la cara ventral muestra una formación

exofítica ósea en el borde lateral interno del dedo mayor izquierdo, que en la imagen tiene un tamaño de 1x 0.8 cm, y en la que se observa claramente que esta formación tiene las mismas características de la arquitectura ósea de la falange distal del dedo.

En la placa tomada lateralmente (Figura 3), se observa una zona redondeada de mayor densidad ósea que corresponde a la superposición de las imágenes de la zona exofítica de la exostosis, que se suma a la densidad misma del tejido óseo donde se asienta. En tamaño, la lesión ocupa el tercio medio lateral interno. El tejido óseo que rodea a la zona de crecimiento de la tumoración, tiene características similares a la estructura del hueso.

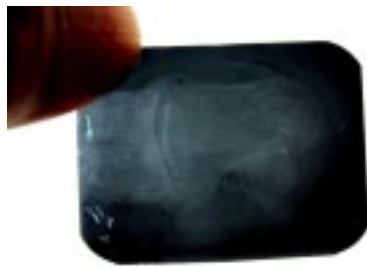


Figura 2

Figura 3



Con estas características radiológicas típicas el diagnóstico de exostosis ungueal fue evidente. Como paso siguiente se efectuó el procedimiento quirúrgico que pasamos a detallar (figura 4).

TÉCNICA QUIRÚRGICA

1. Limpieza meticulosa del dedo con agua y jabón, luego aplicación de solución antiséptica yodada.

2. Preparación de la zona operatoria con campo fenestrado y material quirúrgico apropiado.
3. Anestesia troncular, en ambas caras laterales del dedo, con lidocaína al 2% sin epinefrina. Se espera 10 minutos.
4. Ligadura hemostática en la base del dedo, que se retira al final de la operación.
5. En vista de que la uña en la zona afectada, había sido adelgazada, desplazada y en parte erosionada se efectuó la extirpación parcial de la uña.
6. Se continuó con la extirpación de la exostosis que se encontraba visible, con corte paralelo al cuerpo de la falange distal, seguido de legrado del hueso afectado utilizando una cureta de bordes cortantes. También se puede utilizar gubia u osteótomo.
7. Se efectuó electrocauterización leve de los capilares sangrantes y de la superficie cureteada.



Figura 4

8. Limpieza de la zona con agua oxigenada para eliminar restos de sangre y materiales del legrado.
9. Aplicación de ungüento antibiótico y apósito con vendaje compresivo y luego se suelta la ligadura hemostática.

El tejido extirpado de consistencia dura, semejante al hueso, se remitió a patología para el estudio correspondiente. El informe histopatológico fue de exostosis ungueal,

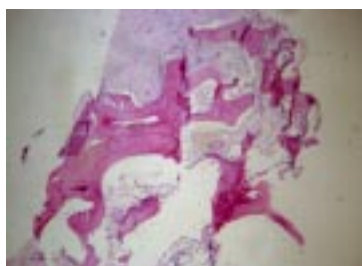


Figura 5

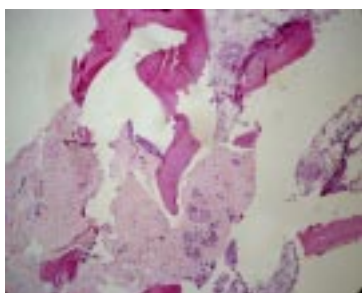


Figura 6

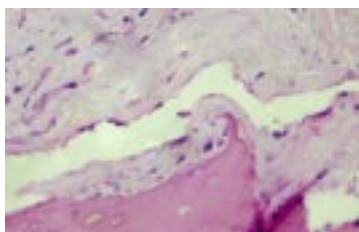


Figura 7

cuyas láminas en las figuras 5 y 6 en vista panorámica (a menor aumento) muestran proliferación de tejido fibroso, áreas de metaplasia cartilaginosa, imagen de hueso trabecular en rojo con osificación endcondral, vasos sanguíneos y capilares.

La figura 7 a mayor aumento muestra matriz de colágeno, tejido fibroso, tejido óseo y fibroblastos.

RECOMENDACIONES POST OPERATORIAS.

- ¹ Reposo en cama por lo menos 24 horas.
- ¹ Antibióticos orales y antiinflamatorios.
- ¹ Efectuar el primer control post operatorio

a las 48 horas, para cambiar el apósito. Los días siguientes el paciente seguirá efectuando las curaciones y cambio de apósitos en su domicilio.

- ¹ La deambulaci3n se efectuará utilizando calzados amplios.
- ¹ Se recomienda que los demás controles se efectúen a los siete días, treinta días y luego cada dos o tres meses hasta el ańo, para evitar las recidivas.



Figura 8

En el caso de esta paciente los controles después del mes, se efectuaron al cuarto mes y finalmente al ańo (figura 8) apreciándose que el crecimiento de la uña es bastante aceptable desde el punto de vista estético, ya que en la mayoría de los casos descritos en esta localizaci3n, la uña crece siempre con deformidades más notables debido a que la tumoraci3n rompe el lecho ungueal, produciendo cicatrizaci3n de la zona de emergencia.

DISCUSIÓN

La ES, es una tumoraci3n benigna, de fácil diagnóstico localizada en la falange distal. Fue descrita por primera vez por Guillardme Dupuytren, en 1817, en base a 30 observaciones, en donde el autor hace notar la predominancia de la afecci3n en el primer dedo de pies. Otros Autores posteriormente como James Pager y Jonathan Hutchinson, pudieron describir estas mismas lesiones en otros dedos tanto de pies y de manos⁽¹⁾.

Se presenta como un nódulo duro fibroso, en el extremo distal de los dedos que deforma y desplaza a la uña, produciendo a veces ulceraciones. El tamaño es variable, desde 3 mm hasta el mayor reportado de 20 mm. Comúnmente asientan en el extremo distal del primer dedo de los pies, pero lo pueden hacer en otros dedos de pies y manos con una frecuencia mucho menor. La edad de aparición se encuentra entre los 10 y 30 años, siendo más frecuente en adolescentes y adultos jóvenes^(1,2). En cuanto al sexo, hay predominio en mujeres^(3,4). Por lo general la lesión es única. La aparición de varias lesiones debe hacer sospechar de una exostosis múltiple familiar, padecimiento genéticamente determinado, autosómico y dominante, caracterizado por múltiples crecimientos óseos de la epífisis de los huesos largos^(3,5).

La causa no es bien clara, pero la mayoría de los autores coinciden en que los traumatismos que ocurren en dicha zona serían responsables por lo menos en algunas de ellas y la mayor frecuencia de aparición en las mujeres, podría deberse al uso de calzados ajustados y puntiagudos que causaría irritación y presión mecánica del dedo afectado⁽⁶⁾. Otros afirman que se trata de una hiperplasia inflamatoria del hueso travecular, que se origina cuando las células osteogénicas del periostio han sido irritadas por infecciones y/o traumatismos a repetición^(7,8).

Las manifestaciones clínicas, son escasas en los primeros meses, pero a medida que la tumoración se desarrolla, los pacientes notan distintos grados de molestias dolorosas, que se hacen más evidentes después del segundo o tercer mes, para hacerse constantes en los meses posteriores, donde sienten dolor con los menores roces y con la de ambulación⁽¹⁻⁹⁾.

El diagnóstico se basa en un buen examen clínico, estudios radiográficos, donde se observa una tumoración exofítica con las mismas características del hueso de la falange distal⁽¹⁰⁻¹²⁾. En el estudio histopatológico, se encuentra como características saltantes: epidermis engrosada, hiperqueratósica, osificación condral, hueso travecular, colágeno, proliferación de tejido fibroso. El diagnóstico diferencial debe efectuarse con una variedad de lesiones que aparecen en la región ungueal. Entre éstos se puede confundir sobre todo con los osteocondromas, que se diferencian, por poseer la cubierta de tipo hialino y en la ES es de tipo fibroso⁽¹³⁾. Otras lesiones a tener en cuenta son los: encondromas, verruga vulgar, granuloma piógeno, tumor glómico, queratoacantoma, y otros menos frecuentes como el carcinoma de células escamosas, melanoma amelanótico, Enfermedad de Bowen, angioqueratoma, etc⁽¹⁴⁻¹⁶⁾.

El tratamiento en todos los casos, consiste en la extirpación quirúrgica, seguida de curetaje. En los casos iniciales y pequeños sin deformación ni alteración de la uña, luego del bloqueo anestésico se levanta la lámina ungueal, se reseca la tumoración, se curetea el lecho afectado y se termina la operación aplicando un apósito compresivo, analgésicos y antibióticos (17). Se debe vigilar el post operatorio y efectuar controles posteriores por lo menos cada dos meses hasta el año, debido a que las recurrencias son frecuentes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cohen HJ, Frank SB, Minkin W. et al. Subungueal exostoses. Arch Dermatol 1973; 431-2
2. Zimmerman EH. Subungueal Exostosis. Arch Cutis 1977; 19: 185-8.
3. Baran R, Bureau H. Multiple exostosis Syndrome. J Am Acad Dermatol 1991;25: 333-5.
4. Bendel BJ. Subungueal exostoses. Cutis 1980;26:260-2.

5. Shaffer LW. Subungueal exostosis. Arch Dermatol Syph 1931;23:203-7.
6. Senff H, Kuhlwein A, Janner M. Subungueale exostose. Z Hantk 1987;62:1401-4.
7. Ortega del Olmo RM, Sánchez HG, Naranjo SR. Veintitrés observaciones de exostosis sub-ungueal. Med Cut ILA 1988;16:11-4.
8. Nogita T, Nakagawa H, Ishibashi Y. Digital exostosis arising on the second toe. J Am Acad Dermatol 1991;24:1019-20.
9. London GC, Johnson KA, Dahlin DC. Subungueal exostoses. J Bone Joint Surg 1979;61:256-9.
10. Evinson G, Prince CHG. Subungueal exostosis. BR Radiolog 1966; 38 :451-5.
11. Davis DA, Cohen PR. Subungueal exostosis: case report and review of the literatura. Pediatr Dermatol 1996;13:212-8.
12. Carroll RE, Chance JT. Subungueal exostosis in than hand. J Hand Surgical B 1992;17:569-74.
13. Afelberg DB, Druker D, Maser MR, Lash H. Subungueal osteocondroma. Differential diagnosis and treatment. Arch Dermatol 1970; 115: 472-473.
14. Camirand P, Giros JM. Subungueal Glomus Tumor. Arch Dermatol 1970; 102:141-52.
15. Keeney GL, Banks PM, Linsherd RL. Subungueal keratoacantoma. Arch Dermatol 1988;124:1074-5.
16. Shapiro L, Borf CS. Subungueal epidermoid carcinoma and keratoacantoma. Cancer 1970;25:141-52. REVISAR REFERENCIA
17. Moreno Collado CA. Analisis Clínico y Terapéutico en 30 casos de de Exostosis Subungueal Cir Ciruj 2000;68:101-7.

CORRESPONDENCIA:

Dr. Octavio Small Arana,¹ Profesor de la Cátedra de Dermatología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
 Dirección: Jr. Gregorio Paredes 386, Lima 01 - Perú
 E-mail: octaviosmall@hotmail.com