

Hiperostosis falange distal

Joan Lozano Freixas, Noel Marin, Enric Valdespina
D. U. P.

Correspondencia:
Joan Lozano i Freixas
Montmajor, 21 bajos
08031 Barcelona

Resumen

El presente trabajo esta basado en la presentación de un caso clínico, que por el tamaño de la lesión y su manifestación clínica permite observar los pasos efectuados en la cirugía.

La elección del tratamiento quirúrgico ha estado basada en la no resolución con acciones de tipo conservador, nuestros objetivos han sido conseguidos tratando los síntomas con la exéresis de la hiperostosis con una incisión en la boca de pez.

Palabras clave: Hiperostosis. Exostosis. Cirugía podológica.

Summary

Present article shows a clinical case that due the lesion size and its clinical manifestations, allows us observe the surgery process.

The choice of the surgical threatment has been based in the non-resolution with the conservative actions, and our objectives have been aimed to treat the syptomes with an exeresis of the hyperostosis by means of a fish-mouth incision.

Key words: Hyperostosis. Exostosis. Podiatric surgery.

Definición

- *Hiperostosis:* Neoformación o hipertrofia, difusa o localizada de un hueso
- *Exostosis:* Hipertrofia parcial, circunscrita a la superficie de un hueso

Si bien ambas definiciones pueden perfectamente definirse como diagnóstico de la lesión que nos ocupa. Hemos visto más acertado el primero por la globalidad de la hipertrofia.

Etiología y patología

Al igual que la exostosis se atribuye a microtraumatismos continuados que dan lugar a una periostitis o una formación cartilaginosa por una simple acción irritativa; también por acciones mecánicas frecuentes en determinados deportes que exponen al pie a fuertes traumatismos.

Por lo general, se forman en el pie como resultado de una agresión aguda o crónica y suelen estar localizadas en aquellos puntos que bien por su estructura anatómica osteoarticular pueden dar origen a conflicto con el calzado o que por su deformidad en sí, ocasionen alteraciones en el apoyo podal con su consiguiente hiperpresión. Las zonas de inserción de tendones pueden ser candidatos a un exceso de tracción de los mismos ocasionando la consiguiente hipertrofia ósea en el lugar de inserción.

La histología sugiere una respuesta a la irritación crónica. Presentan una forma osificante de metaplasia fibrocartilaginosa, que aparece en respuesta a la estimulación crónica, son lesiones uniformemente benignas con maduración ordenada hacia hueso trabecular y con ausencia de anaplasia verdadera.

Bailar con las puntas de los pies, zapatos estrechos, caídas de objetos pesados sobre el pie, agresiones locales, procesos de degeneración

osteoarticular, personas que caminan mucho aun sin lesión específica producida por la marcha, es otra probable causa.

Clínica

En nuestra actividad podológica diaria, vamos a ver la presencia de múltiples hiperostosis que se

manifiestan; o bien con la consecuente alteración y deformidad ósea visible de forma directa (Figura 1).

O bien al realizar la deslaminación hiperqueratósica encontrando debajo de la misma la prominencia ósea fácilmente palpable y con contornos definidos (Figura 2).

Ante la sospecha clínica de la presencia de hiperostosis como la causante de la patología bas-



Figura 1.



Figura 2.



Figura 3. Hiperostosis correspondiente al caso a exponer localizada en falange distal de los 3^{os} dedos



Figura 4. Hiperostosis localizada en falange distal 3^o dedo PD

ta con solicitar Rx para confirmación diagnóstica de la misma y prueba complementaria imprescindible para la realización de la cirugía (Figura 3). Su imagen radiográfica manifiesta excrecencia de hueso trabeculado en la superficie ósea, la excrecencia está coronada por tejido fibroso o fibrocartilaginoso que es radiotransparente. El patrón trabecular de tejido esponjoso se distingue en toda su extensión. Todas las lesiones dan imagen radiológicamente benignas.

Diagnóstico

Se basará fundamentalmente en el aspecto clínico descrito anteriormente y en la imagen Rx

Diagnóstico diferencial

Quiste óseo, encondroma, condroma, queraoacantoma, inclusiones epidermoides subungueales.

Tratamiento

Hay que iniciar siempre tratamiento conservador mediante ortopodología; ya sea Tto provisional o definitivo, valoración del calzado así como estudio Rx si precisa. Según el estadio que presente debe combinarse con tratamiento dermatológico V:T; ya sea antiinflamatorios AINES (Diclofenaco, Ketoprofeno...) corticoides (Fluocinolona, Prednicarbato...) en caso de infección o exudación Tto antibiótico de elección según criterio del profesional, manteniendo a posteriori una hidratación continuada de la piel.

Si tras valoración prudencial del tratamiento conservador, la evolución no es satisfactoria y no podemos resolver la clínica del paciente se valorará la cirugía.

Si el paciente es apto se procederá a la cirugía. A continuación les paso la presentación de un caso clínico cuya resolución final fue la cirugía.

Presentación caso clínico

Paciente mujer de 76 años de edad que presenta lesión hiperqueratósica localizada en pulpejo 3º dedo PD (Figura 4).

Dx: Hiperostosis falange distal

Actuación primaria

Desbridamiento de la lesión; la cual cursaba con presencia de úlcera subhiperqueratósica con exudado e infección de la misma.

Prescripción de tratamiento antibiótico V.O. Orbenin 500 cáps. 1c/8h (1semana), curas tópicas con agua oxigenada+Neo-Bacitrin pomada 2v/día. Revisión en consulta a las 48h y posteriormente a la semana.

Curada la infección, se mantiene curas con Neo-Bacitrin pomada 1v/día hasta tener la piel sin solución de continuidad para instaurar tratamiento con silicona.

Actuación de tratamiento con silicona

La silicona de elección es de densidad blanda y su forma nos cubrirá todo el pulpejo del dedo con tal de ofrecer amortiguación e intentar aliviar sintomatología y aparición de queratosis.

Realización de tratamiento mediante ortesis de silicona en otros casos similares (Figura 5).

La paciente acude de forma regular para control y valoración del tratamiento.

Tras evaluación negativa con el tratamiento conservador, se solicita Rx en proyección D-P. para realización de cirugía.

La paciente no presenta ningún antecedente médico de interés, no presenta alergias ni contraindicación alguna para la intervención. Está al día con la



Figura 5.



Figura 6. Anestesia troncular 3º dedo PD con mepivacaina 2cc al 3%



Figura 7. Incisión en boca de pez



Figura 8. Disección y delimitación de la hiperostosis



Figura 9. Exposición de la hiperostosis



Figura 10. Abordaje de la lesión



Figura 11. Limado

vacunación antitetánica y la exploración vascular mediante la palpación de los pulsos del pie así como la oscilometría y la analítica son correctas.

Se prescribe terapia analgésica-antiinflamatoria con Nolotil cáps. c/8h y antibióticoterapia con Augmentine 500/125 c/8h iniciando la toma 24h antes de la cirugía.

Técnica Quirúrgica

Exostectomía con incisión en boca de pez (Figuras 6-15).

Comparativa postquirúrgica a los 5 meses; apréciase la normalidad en cuanto a tamaño del dedo así como el aspecto de la piel y la ausencia de presencia hiperqueratósica (Figura 16).



Figura 12. Lavado con suero fisiológico y conformidad de la extirpación



Figura 13. Lavado con povidona yodada



Figura 14. Sutura con puntos simples y stire-strip



Figura 15. Vendaje semicompresivo





Figura 16.

Conclusiones

El diagnóstico de hiperostosis o de exostosis variará en cuanto a la hipertrofia ósea que es más difusa en el primero

El tratamiento con silicona ofrece unos resultados excelentes para este tipo de patología, sin embargo hay ocasiones que por el tamaño de la hiperostosis o de la exostosis no será suficiente y es cuando se debe considerar el tratamiento quirúrgico como la mejor elección para la resolución de la patología.

Es aconsejable una vez finalizadas las curas mantener tratamiento postquirúrgico con silicona bien de forma temporal o indefinida para ofrecer un elemento de amortiguación al menos durante el periodo de cicatrización ósea.

La elección del tratamiento quirúrgico ha estado basado en la no resolución del tratamiento conservador.

La etiología de la lesión no se relaciona con un patrón de alteración biomecánica ni con deformidad digital que sugiera corrección de la misma por lo que resulta suficiente con la simple extirpación de la hiperostosis

La técnica en boca de pez es una buena elección ya que permite una buena exposición de la lesión.

Hay que tener en cuenta la presencia de tejido fibrocartilaginoso radiotransparente por lo que el tamaño real de la hiperostosis será mayor que el que nos muestra la Rx.

Bibliografía recomendada

Alvarez G, Pecker M. *Podología Deportiva*. Ed. Interamericana McGrall-Hill.

Andrews. *Tratado de Dermatología*. Ed. Masson-Salvat Medicina.

Barceló P, et al. *Manual de Enfermedades Reumáticas de la Sociedad Española de Reumatología*. Ed. S.E.R.

Berry y Kohn. *Técnicas de Quirófano*. Ed Iberoamericana McGrall-Hill.

Bycura. *Minimal Incisión Surgery*.

Butteword R, Dockery G.L. *Atlas a Color y Texto de Cirugía del Antepie*. Ed Ortocen.

Du Vivier. *Atlas de Dermatología Clínica*. Ed. Mosby.

Du Vries-Inman. *Cirugía del Pie*. Ed. Médica Panamericana.

Gernot R. *Atlas of Dermatology*. Ed. Lea and Febiger.

Gil Gayarre M. *Manual de Radiología Clínica*. Ed. Mosby/Doyma Libros.

Irving Yale. *Podología Médica*. Ed. Jims.

Mercado O.A. *Atlas de Cirugía del Pie*. Vol. I Cirugía del Antepie.

Morton. *Skin Tumors of the Foot*. Ed Futura Publishig Company.

Nieto García E. *Técnicas de Mínima Incisión*. Ed. Mileto.

Robins. *Podología Atención Primaria*. Ed. Médica Panamericana.

Diccionario Médico. Ed. Masson.

Diccionario de Medicina. Ed. Oceano/Mosby.