

TECNICA QUIRURGICA DE LA EXOSTOSIS INTERDIGITAL

* ALBIOL FERRER, José M.^a
GIRALT DE VECIANA, Enrique
LOPEZ PENALBA, Carmen
MARUGAN DE LOS BUEIS, Montserrat
NOVEL MARTI, Virginia
OGALLA RODRIGUEZ, José
ZALACAIN VICUÑA, Antonio

DEFINICION DE EXOSTOSIS

Hipertrofia parcial, circunscrita a la superficie de un hueso.

ETIOPATOGENIA

La causa de la aparición de una exóstosis es debido a un proceso mórbido del periostio, pudiendo ser por una fisura, arrancamiento o dilatación inflamatoria del mismo.

Dicho proceso mórbido será ocasionado por un traumatismo o microtraumatismo ocasionado por la presión constante sobre la zona del dedo lateral debido a una deformidad propia del mismo o a una traslación del dedo ocasionada por un calzado inadecuado.

CLINICA

Con frecuencia se realizan exploraciones radiológicas en las cuales se pueden observar exóstosis asintomáticas.

La sintomatología más frecuente en las exóstosis es un dolor selectivo a la presión directa en la zona, dicho dolor es un dolor punzante y agudo.

En ocasiones se aprecia una deformidad externa cutánea debida a la prominencia de la exóstosis.

RADIOLOGIA

Su observación dependerá de la localización y del grado de calcificación, dándonos una imagen radio-

paca similar a la imagen ósea, debido a que la estructura interna de la exóstosis es de tejido esponjoso de hueso adulto.

Para su localización realizaremos una placa oclusal en proyección dorso-plantar y lateral.

La exóstosis nos dará una imagen bien definida sin defecto de la cortical.

ANATOMIA PATOLOGICA

El corte del plano superior de la exóstosis nos muestra una fuerte capa conjuntivo fibrosa. En su base se encuentra una ancha zona de cartílago que se halla calcificado y el mismo núcleo de la exóstosis está formado por hueso adulto esponjoso en el centro.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

EXOSTOSIS

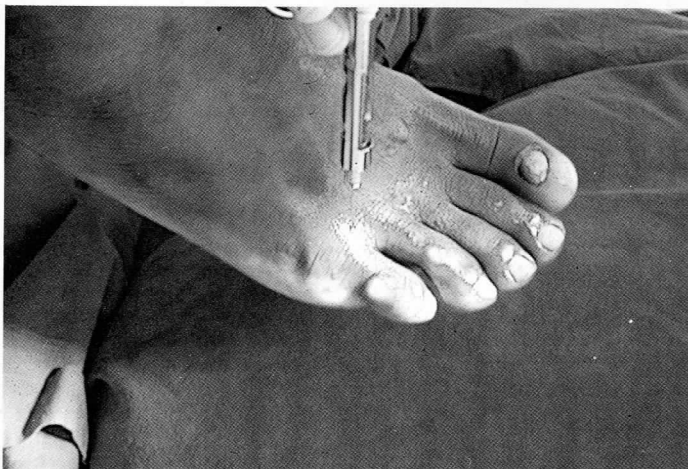
- La exóstosis presenta un desarrollo anómalo del hueso.
- Tiene una cortical común.
- Frecuentemente la exóstosis se presenta unilateralmente.

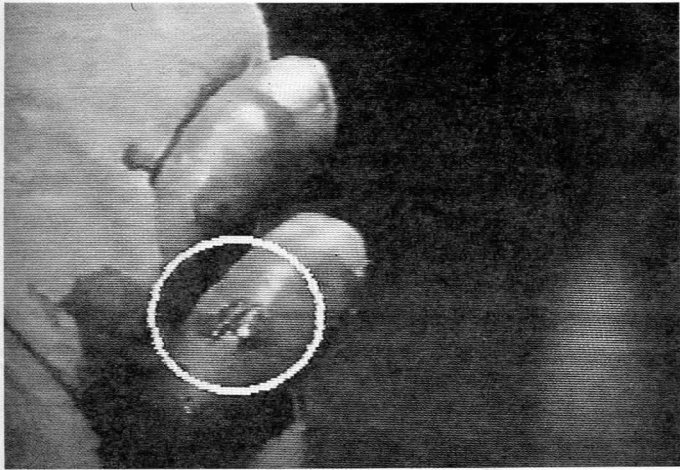
SUPERNUMERARIO

- Presenta una formación ósea con cortical propia.
- Suele presentarse de forma bilateral.

INDICACIONES DE LA TECNICA

- Cuando exista un heloma interdigital doloroso y recidivante a





los pocos días de su enucleación.

- A pesar de no existir heloma, se produce una inflamación constante del espacio interdigital, pudiéndose complicar con infecciones y úlceraciones.
- Cuando se aprecie una prominencia ósea a nivel del espacio interdigital.
- En el momento en que a pesar de haber realizado un tratamiento paliativo mediante una ortesis, se mantiene el heloma recidivante y doloroso.

PROTOCOLO PRE-QUIRURGICO

VALORACION VASCULAR

Se realizará una valoración vascular para conocer con la mayor exactitud posible la elasticidad arterial mediante oscilación arterio-capilar y el estado del flujo sanguíneo mediante onda ultrasónica y realización de los índices de presión Maleolo/Brazo y Muslo/Brazo.

TERAPIA FARMACOLOGICA

En el pre-operatorio se recomienda la administración de:

- Anatoxina Antitetánica 5 días previos.
- Antitoxina Antitetánica 24 horas antes.

Cobertura antibiótica y antiinflamatoria si procede.

TECNICA QUIRURGICA

- Aseptización del campo quirúrgico.
- Aseptización y adecuación del profesional podólogo.
- Anestesia troncular del dedo afecto con Mepivacaína al 3% sin adrenalina.
- Delimitación del campo quirúrgico.

TECNICA

- Se realiza una incisión de unos

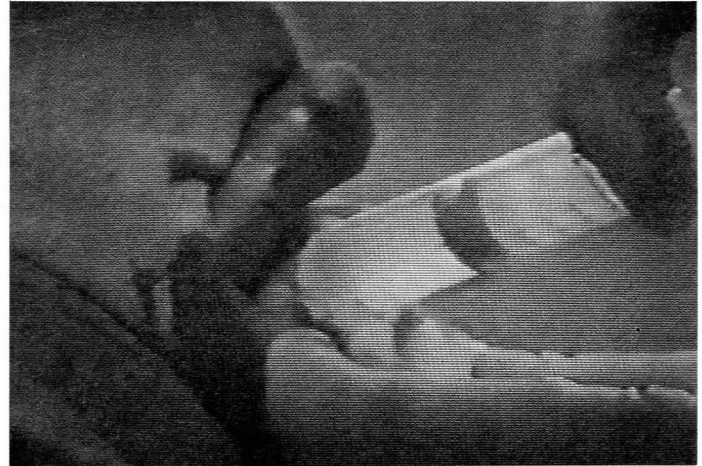
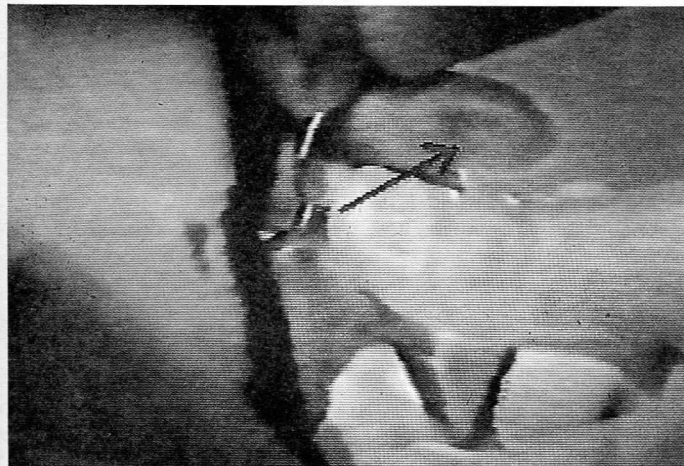
3-4 mm. en la zona dorso-lateral del dedo a unos 20 mm. de la lesión por la zona distal o proximal, dependiendo del cóndilo afecto.

- Con el bisturí o un escoplo pequeño, lo introduciremos hasta tocar la falange y descendemos a través de la misma separando al mismo tiempo el tejido blando del óseo (de esta forma nos aseguramos de no lesionar el VAN que transcurre por dicha zona) delimitando la exóstosis.
- Seguidamente y con las mismas precauciones introducimos la lima o la fresa.

La lima con movimiento de proximal a distal y de profundidad a superficie.

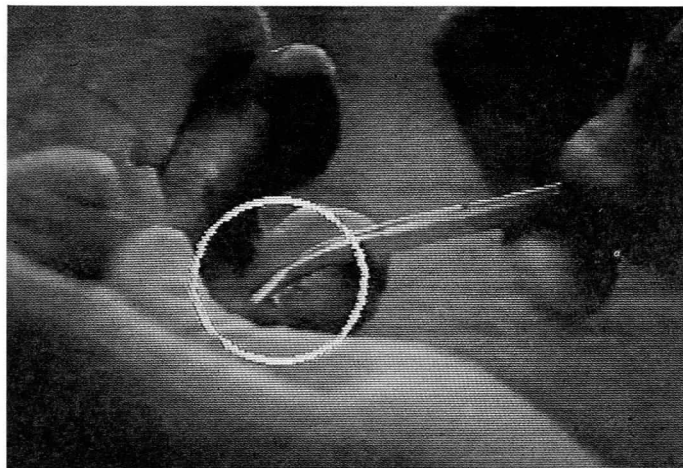
La fresa con movimiento pendulante encima de la exóstosis, hasta eliminar completamente el relieve óseo, cerciorándonos de ello palpando con el pulgar de la mano pasiva.

- Efectuaremos lavado con suero fisiológico a presión mediante jeringa.
- Se realiza RX intra-operatoria para confirmar que el limado haya sido suficiente.
- Nuevamente lavaremos con suero fisiológico.
- Se puede introducir a través de la incisión una pequeña cantidad de anestésico más corticoide.
- Pondremos tiras de aproximación para cerrar la herida.
- Colocaremos un almohadillado interdigital separador del espacio y protector de la incisión. Colocación de vendaje semi-compresivo.



PAUTA POS-OPERATORIA

- Reposo durante 48 h.
- Analgésicos si precisa.
- Primera cura a las 48 h.
- Se retiran tiras de aproximación a los 4-6 días.



BIBLIOGRAFIA

1. «*Clinical Dermatology*». Denis-Crouse-Ducson-Mc Guire. Ed. Harper & Row Publishers 1919.
2. «*Diagnóstico radiológico de las enfermedades de los huesos*». Edeiken, Jack-Hodes, P. Ed. Panamérica 1978.
3. «*Tumores y estados tumorales óseos y articulares*». Jaffe, H. L., Ed. La prensa médica Mexicana 1966.
4. «*Patología del pie*». Lelievre. Ed. Masson 1982.
5. «*Bone Tumors*». Lichtenstein, L. Ed. Mosby Company 1972.
6. «*Textbook of dermatology*». Rook-Wilkinson-Ebling. Ed. Blackwell Scientific Publications 1975.
7. «*Manual of osteopathic practice*». Stoddart, A. Ed. Hutchinson Medical Publications 1969.
8. «*Podología*». Westein, F. Ed. Salvat 1970.
9. «*Patología ungueal*». Zaun, H. Ed. Doyma 1982.