

COMUNICACIONES CIENTIFICAS

TRATAMIENTO QUIRURGICO DE EXOSTOSIS BILATERAL EN ESPACIO INTERDIGITAL

* TAPIAS SABE, M.^a Angeles
* BAÑOS BERNAD, Miguel Angel

INTRODUCCION

El trabajo que se presenta trata del caso clínico de una paciente afecta de exóstosis bilateral en cuarto espacio interdigital del pie izquierdo.

Tras haber sido tratada durante cierto tiempo con tratamiento quiropodológico y ortesiológico, sin resultado satisfactorio, optamos por proceder a solventar el caso mediante intervención quirúrgica.

DESCRIPCION PATOLOGICA

Definimos exóstosis digital a la hipertrofia parcial circunscrita de la superficie de la falange de cualquier dedo. Las características de la exóstosis son:

- Unilateral (sólo aparece en un pie en la mayoría de los casos).
- Radiológicamente es radiocapa sin núcleo de osificación propio y sin diferenciación de la cortical del hueso.
- La configuración de la exóstosis es de tejido osteo-cartilaginoso.

Externamente, la exóstosis provoca un heloma distal o proximal a ésta ya que entre la exóstosis y la piel no existe tejido suficiente para generar un heloma.

Dicha patología provoca una recidiva del heloma tras pocos días de su enucleación. Posterior a su enucleación persiste el dolor y las molestias, apreciándose una prominencia ósea en la zona. Cabe destacar también, la apari-

ción de un proceso inflamatorio del tejido adiposo en muchas ocasiones.

PRESENTACION DEL CASO CLINICO

Paciente cuádragenaria de profesión auxiliar administrativa que presenta un cuadro clínico de algias importantes en el cuarto espacio interdigital del pie izquierdo (en ambas caras laterales de los dedos) de varios meses de evolución.

La paciente ha seguido con anterioridad tratamiento quiropodológico y ortesiológico sin resultado efectivo.

En la historia clínica no se hallan antecedentes personales de interés (tales como reacciones alérgicas, intervenciones quirúrgicas, tratamientos farmacológicos, etc.).

En la exploración, apreciamos una zona hipertrofiada en las dos paredes del cuarto espacio interdigital contenido en ambas caras un heloma doloroso a la presión directa. En la palpación notamos una prominencia ósea bilateral a nivel del espacio interdigital.

De todo ello, optamos por realizar una radiografía en proyección dorsoplantar ya que con otras proyecciones puede dar lugar a equívocos (tales como la proyección oblicua que no da imagen real del tamaño de la exóstosis o la proyección lateral, la cual no denota la presencia de una exóstosis). Para mayor fiabilidad de la existencia o no de la exóstosis, es aconsejable utilizar una placa oclusal.

Una medida a tener en cuenta a la hora de realizar la proyección dorsoplantar es evitar la superposición de los dedos mediante una gasa o algodón en el espacio interdigital sin llegar a forzar la obertura digital.

En dicha placa radiológica detectamos una proliferación ósea del cóndilo de la falange proximal del quinto dedo por su borde tibial y de los cóndilos de la articulación interfa-

lángica proximal del cuarto dedo por su borde peroneal (Fig. 1).



Fig. 1

Una vez confirmado el diagnóstico decidimos tratar la patología mediante tratamiento quirúrgico, realizando previamente el protocolo pre-operatorio necesario.

PROTOCOLO PRE-OPERATORIO

Constará de:

1. **Valoración vascular:** mediante el uso de Doppler que mide la velocidad del flujo sanguíneo (lo cual nos indicará la presencia de posibles coágulos, insuficiencia venosa, etc.) o mediante el oscilómetro, el cual mide la capacidad de distensión de la arteria.

2. **Análisis pre-operatoria:** será imprescindible una determinación hemostática que contenga el tiempo de protrombina y cefalina, y el recuento de plaquetas. A parte de esto, se deberá cursar una analítica que contenga los parámetros siguientes: un hemograma con fórmula, VSG, creatinina, glicemia, ionograma, colesterol, ácido úrico, BUN y perfil hepático.

3. **Profilaxis farmacológica:** en caso de no seguir la profilaxis antitetánica, se procederá a vacunar a la paciente con la anatoxina antitetánica lo antes posible para que cuando llegue el día de la intervención presente una buena cobertura antitetánica. En su defecto, se recomienda como mínimo, que transcurra una semana desde la inoculación de la vacuna y el acto quirúrgico. A parte de la anatoxina mencionada, reforzaremos 24 horas antes de la intervención el sistema inmunitario con la antitoxina antitetánica, tan debatida actualmente a cerca de su efectividad, pero que a opinión nuestra, no está nunca de más como garantía.

TECNICA QUIRURGICA

El material necesario para este tipo de intervención es:

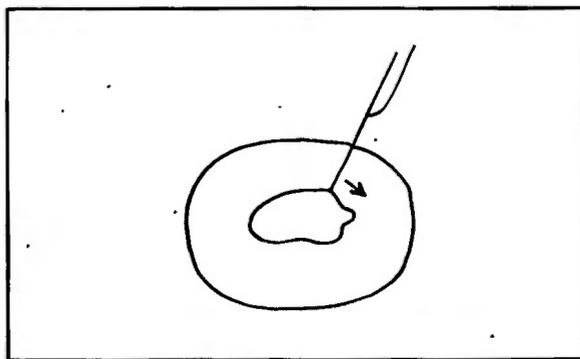
- Cangrejos.
- Kocher o mosquitos.
- Mango de bisturí (n.º 3 y n.º 4).
- Cíncel.
- Lima doble de Miller.
- Pinzas de Adson.
- Material de sutura: Porta aguja y sutura de seda 5/0 con aguja.
- Tijeras curvas y rectas.

Esta técnica quirúrgica se lleva a cabo mediante anestesia troncular y sin hemostasia (en su defecto, si queremos visualizar bien el campo quirúrgico, retiraremos la hemostasia tras el legrado de la exostosis).

Es aconsejable dar una cápsula de Metamizol Magnésico en el momento de infiltrar la anestesia (mepivacaina al 2%) ya que tiene un doble efecto. El primer efecto es el antiinflamatorio, el cual es bastante rápido (diez minutos aproximadamente) y que suele empezar a ser activo en el momento que comienza la incisión. El segundo efecto es el analgésico, tardando éste, mucho más tiempo en desaparecer (incluso tras la inactivación de la anestesia operatoria). Tras la intervención, dejaremos pautaada como analgesia el mismo fármaco en cápsulas. No recetar la ampolla parenteral de Metamizol Magnésico aunque puede ser tomada oral, debido a que la equivalencia de una ampolla de Metamizol Magnésico es de cuatro cápsulas de Metamizol Magnésico, siendo una cápsula suficiente para nuestra labor.

El protocolo a seguir tras anestesiar cuarto y quinto dedo, será proceder al tratamiento quirúrgico del quinto dedo, suturar y poner apósito provisional mientras repetimos la misma operación en el cuarto dedo. Una vez intervenido el cuarto dedo, pasaremos a la colocación de una vendaje único de antepié.

En primer lugar realizaremos en el quinto dedo una incisión transversal en la zona dorsolateral distal a 2 ó 3 mm. de la prominencia ósea. Dicha incisión debemos realizarla con bisturí del n.º 15 y perpendicular al eje de la falange hasta alcanzar el plano óseo (Dibujo A).



DIBUJO A

Debemos evitar incidir por la cara lateral del dedo ya que esto podría dañar el paquete neurovascular.

Introducimos un cincel (Fig. 2) separando el tejido óseo del tejido blando, delimitando así la prominencia ósea, la cual suele ser mayor a la observación directa que en la radiografía debido a que el tejido externo de la exóstosis, es de origen cartilaginoso y por lo tanto radiotransparente.

Legramos exhaustivamente con la lima de proximal a distal y de profundidad a superficie (sin vaivén). En las primeras capas (cápsulas articular) notamos que la lima patina y, seguidamente, percibimos el raspado óseo (cortical y periostio) (Fig. 3).

Con el pulgar de la mano pasiva presionamos de proximal a distal con el fin de drenar al exterior las partículas óseas legradas. Raspamos ampliamente ya que al producir un traumatismo óseo siempre hay una regeneración ósea por causa de la rica red capilar superficial. Si no lo hacemos así, se puede volver a regenerar el tejido óseo produciendo de nuevo y en poco tiempo la exóstosis (Fig. 4: Aspecto del campo operatorio tras el raspado óseo).



Fig. 4

Favorecemos el sangrado de la herida quirúrgica y, a continuación, lavamos abundantemente la incisión con suero fisiológico a fin de conseguir una total eliminación de partículas óseas.

Volvemos a realizar otra radiografía dorsoplantar. Esta vez intraquirúrgica y a ser posible en la misma posición prequirúrgica, para una mejor valoración del resultado deseado. Hemos de observar en la radiografía que el plano limado de la cabeza de la falange proximal, está en el mismo plano que la base de la falange media ya que si no puede producir algias post-operatorias (Dibujo B).

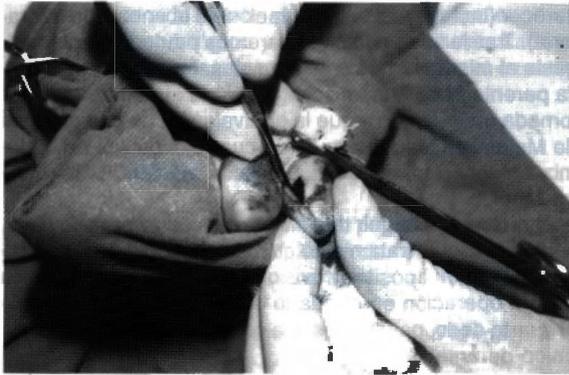


Fig. 2

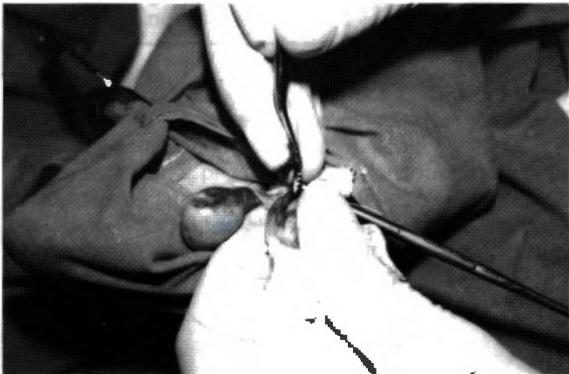
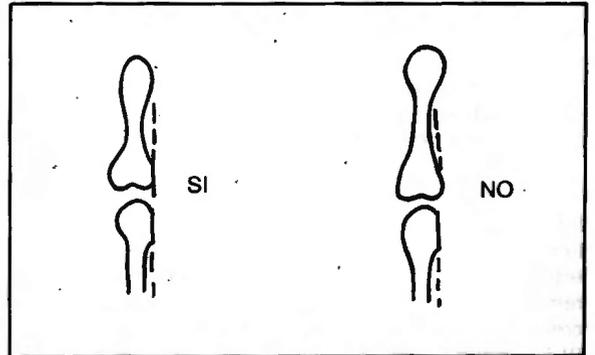


Fig. 3



DIBUJO B

En el caso de observar una nebulosa en la radiografía nos indicará la presencia de pequeñas partículas o fragmentos óseos que deberán drenarse mediante lavados ya que si no vuelven a reagruparse y regeneran la exóstosis.

Se han de hacer tantos lavados y radiografías como se precise, hasta quedar la zona totalmente limpia de fragmentos óseos.

Infiltramos anestésico y corticoide en proporción de 9 a 1. No hemos de abusar del corticoide porque al entrar en contacto con la trabécula ósea, que hemos dejado como

capa externa, puede producir problemas graves post-operatorios, como por ejemplo la osteoporosis.

A continuación suturamos con seda 5/0 mediante dos puntos simples. Colocamos el vendaje provisional como protección y pasamos a intervenir el cuarto dedo mediante la misma técnica. Los pasos a seguir en síntesis son:

1. Incisión quirúrgica para abrir el campo operatorio.
2. Delimitación de la prominencia ósea mediante cincel (Fig. 5).
3. Raspado óseo mediante lima.
4. Lavados con suero fisiológico.
5. Radiografías de control.
6. Infiltración de anestésico más corticoide.
7. Sutura de la herida (Fig. 6).

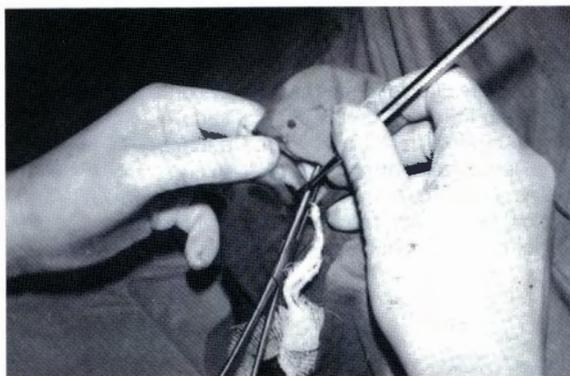


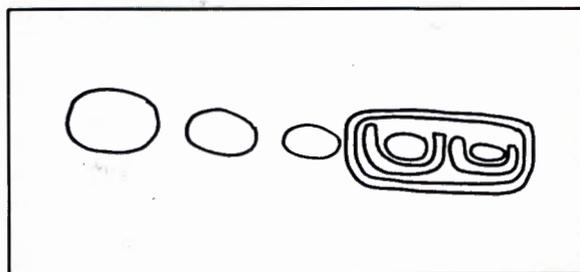
Fig. 5



Fig. 6



Fig. 7



DIBUJO C



Fig. 8

Una vez concluida la intervención del cuarto dedo procedemos a retirar el apósito provisional del quinto dedo y a asepsizar ambos dedos (Fig. 7: Obsérvese el aspecto general post-operatorio).

Ferulizamos el cuarto y quinto dedo con una gasa doblada en forma de «U» impidiendo así la movilización dorso-plantar de éstos, y para más sujeción unimos ambos dedos mediante un vendaje circular (Dibujo C y Fig. 8).

Puede impregnarse en yodo la férula en forma de «U» para darle mayor rigidez y consistencia y por lo tanto, menor movilidad a ambos dedos. A parte de esto podemos ayudarnos con un cojín de gasa colocado a nivel de cuarta y quinta cabeza metatarsal evitando así la presión sobre los dos últimos radios. El vendaje siempre debe ser semi-compresivo y alineando los dedos (Fig. 9: Técnica de vendaje). Finalmente protegemos el vendaje post-operatorio

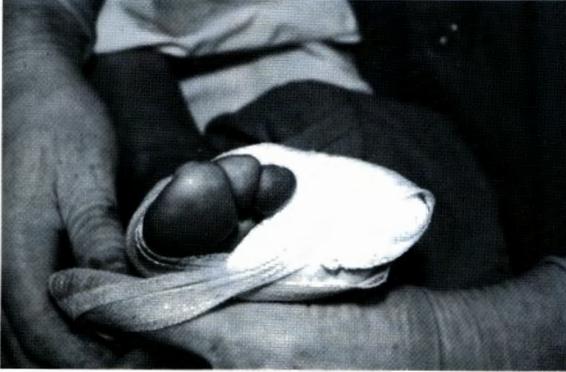


Fig. 9

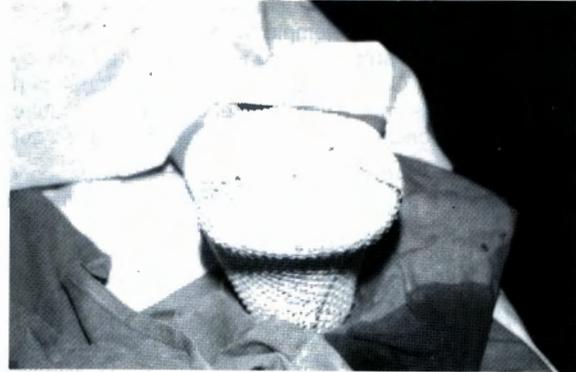


Fig. 10

mediante una malla elástica (Fig. 10: Aspecto definitivo del vendaje post-operatorio).

Aconsejamos a la paciente reposo durante 48 horas. Pautamos como analgésico Metamizol Magnésico en cápsulas cada ocho horas si precisa, tal como ya hemos explicado con anterioridad al hablar de la técnica anestésica.

Informamos a la paciente de las actuaciones que debe efectuar ante posibles anomalías que pueden aparecer una vez esté en su domicilio.

POST-OPERATORIO

Retiramos el apósito quirúrgico a las 48 horas y curamos la herida quirúrgica con yodopovidona dos veces al día (mañana y tarde). Enseñando a hacer el vendaje en forma de «U» a la paciente.

A los siete días retiramos la sutura y confeccionamos una ortésis en forma de cresta subdiafisaria, que deberá utilizarse hasta alcanzar la normalidad articular. Dicha ortésis debe ser utilizada durante un período que oscile entre seis meses a un año. A los seis meses de la intervención quirúrgica, la paciente presenta una total funcionalidad digital, por lo que procedemos a suspender el uso de la ortésis.

CONCLUSION

De todo lo expuesto, deducimos que debido al tratamiento quirúrgico efectuado a la paciente hemos conseguido una total eliminación del heloma y por lo tanto del dolor, obteniendo así nuestro principal objetivo.

BIBLIOGRAFIA

- GIRALT, Enrique; NOVEL, Virginia; OGALLA, José Manuel; ZALACAIN, Antonio: «Apuntes del curso de postgrado de Cirugía Podológica» (curso 92-93). Escuela de Podología de Barcelona.
- GIRALT, Enrique; NOVEL, Virginia: «Apuntes de Quiropodología II» (curso 91-92). Escuela de Podología de Barcelona.
- LELIEVRE: «Patología del pie». Ed. Masson. 1982.
- BYCURA, B.M.: «Bycuna on Minimal Incision Surgery». Ed. Stephen D. Weissman, 1986.
- MANN, R.A.: «Cirugía del pie». Editorial Panamericana, 5ª edición, Buenos Aires 225-246, 1987.