

TECNICA QUIRURGICA DEL ENCONDROMA INTERMETATARSAL

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

DEFINICION

Condroma verdadero, compuesto de células irregularmente dispuestas y cartilago hialino o fibrilar.

ETIOPATOGENIA

Hoy en día se considera al Encondroma como una formación circunscrita debido a un microtraumatismo repetitivo, que ocasiona en principio una irritación del periosteo o cartilago articular, con posterior desprendimiento, que aprovecha la rica red capilar circundante al huso para su nutrición tisular hasta formar una tumoración encondromatosa benigna.

CASO CLINICO

Paciente de 17 años de edad y de profesión estudiante.

MOTIVO DE LA CONSULTA:

En Marzo del presente año acude a los Dispensarios de la Clínica Podológica de la Universidad de Barcelona, por presentar una separación entre el 3.º y 4.º dedos del pie izquierdo con carácter progresivo desde hace 1 año.

ANAMNESIS:

Los antecedentes médicos y quirúrgico son de escasa relevancia.

- Embarazo y parto normal.
- Calendario de vacunación obligatoria cronológicamente completo.
- Desarrollo psicossomático durante la infancia normal.
- Adenoidectomía a los 3 años por episodios repetitivos catarrales de vías respiratorias altas.
- Menarquia a los 12 años.
- Distensión ligamentosa lateral peroneal del tobillo izquierdo a los 13 años.
- No antecedentes metabólicos, vasculares, ni tumorales.

EXPLORACION CLINICA:

A la palpación se observa tumoración de forma ovoide, de bordes bien delimitados, de consistencia condroide, en repliegue dermomembranoso

del 3.º espacio interdigital izquierdo, sin adherencias importantes puesto que era posible su movilización con cierta libertad, presentando un tamaño aproximado de 1 cm. de ancho por 2,5 de largo.

Tumoración indolora, pero que rellena el espacio membranoso interdigital y provoca separación mecánica entre el 3.º y 4.º dedos provocando compresión latero-lateral con el uso del calzado.

El resto del estudio biomecánico resulta normal y sin repercusiones valorables en posición bipeda, tanto estática como dinámica. No obstante en controles posteriores al cabo de 20 y 40 días a partir del primer reconocimiento, se observa como la tumoración progresa visiblemente en volumen, conservando no obstante los bordes bien delimitados y ausentán-



* PODOLOGOS, Profesores de la Escuela de Podología de la Universidad Central de Barcelona

** Colaboradora

dose cualquier indicio expansivo hacia los tejidos vecinos.

PROTOCOLO PREQUIRURGICO

Análítica

Ante cualquier intervención debemos realizar una analítica preoperatoria que consiste en:

- Hemograma.
- Ionograma.
- V. S. G.
- Pruebas coagulación.
- Glucemia.
- Urea.
- Creatinina.
- Ac. Urico.
- Colesterol.
- Triglicéridos.
- A. L. T.
- A. S. T.
- Calcio.
- Hierro.
- HAcB.
- HAgB.

VALORACION VASCULAR

Realizamos una valoración vascular para conocer con la mayor exactitud posible elasticidad arterial mediante oscilación arterio-capilar y el estado del flujo sanguíneo mediante onda ultrasónica y realización de los índices de presión

Maleolo/Brazo - Muslo/Brazo

En el caso que nos ocupa los valores eran:

Oscilometría: 1 cm. Hg
Índice Maleolo/Brazo: 1
Índice Muslo/Brazo: 1

Lo cual indica un buen riego sanguíneo.

TERAPIA FARMACOLOGICA

Preoperatoriamente se recomendó a la paciente la administración de:

- Anatoxina antitetánica: 5 días previos.

- Antitoxina antitetánica: 24 h. antes.

TECNICA QUIRURGICA

- Aseptización del campo quirúrgico.
- Aseptización y adecuación del profesional podólogo.
- Anestesia intermetatarsal con Scandibnbs 3% sin adrenalina.
- Delimitación campo quirúrgico.



TECNICA:

- Incisión cutánea en dorso pie desde base 3º espacio interdigital hasta la zona media espacio intermetatarsal.
- Separación por planos con bisturí y pinzas de Adson sin dientes y tijeras disección punta roma, teniendo precaución de la red vasculo-nerviosa hasta llegar a la tumoración.
- Delimitación de la tumoración mediante disección.
- Al encontrarse abarcando todo el espacio intermetatarsal, sujeción de la tumoración con sutura de seda, y tracción de la misma para permitirnos con mayor facilidad la disección de la zona plantar de la misma.
- Una vez diseccionada y separada la tumoración, extracción de la misma, observación de la cavidad neoformada, teniendo especial hincapié en la red vascular.
- Colocación de la tumoración en fresco con formol y su remisión a Anatomía Patológica.
- Sutura de la piel con seda 5/0 y gran aproximación entre los puntos.

RADIOLOGIA

- Alineación digital mediante vendaje de gasa.
- Vendaje semicompresivo del pie.



RADIOLOGIA

Mediante la radiología logramos realizar un diagnóstico definitivo.

Podremos apreciar forma, tamaño y localización exacta de la tumoración, al mismo tiempo de permitirnos observar focalización ósea de la misma.

Realizamos una radiografía Dorsoplantar y Oblicua de metatarsianos, centrando el haz de rayos sobre la 4.ª cabeza metatarsal. Utilizaremos placas oclusales que nos dará una imagen más real y nítida.



ANATOMIA PATOLOGICA

A los 8 días se confirma por informe de Anatomía Patológica el diagnóstico de ENCONDROMA.

Microscópicamente al corte revela una disposición en grandes lóbulos separados por tabiques fibrosos.

CUIDADOS POSTOPERATORIOS

- Reposo absoluto durante 48 h.
- Analgesia posquirúrgica.
- Antibiótico amplio espectro durante una semana.
- Antiinflamatorio oral durante una semana.
- Cura a las 48 h. en donde se levanta apósito observando buen

estado incisión y de la zona intervenida, con ligera realineación digital.

- Mantenemos hasta retirar los puntos, alineación digital mediante vendaje de gasa.
- A los 8 días retiramos puntos alternativamente y realizamos silicona alineadora digital.

BIBLIOGRAFIA

1. «Clinical Dermatology». Denis-Crouse-Ducson-Mc Guire. Ed. Harper & Row Publishers 1919.
2. «Diagnóstico radiológico de las enfermedades de los huesos». Edelken, 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». Fook-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.

FE DE ERRATAS

Rectificación de los autores del trabajo: «EL DOPPLER EN PODOLOGIA» publicado en la REVISTA ESPAÑOLA DE PODOLOGIA N.º 11 DEL PASADO MES DE DICIEMBRE (1990).

Los autores del citado trabajo son:

- ALBIOL FERRER, José M.ª
- GIRALT VECIANA, Enric.
- HERNANDEZ GALAYO, Fco. Javier.
- MARUGAN DE LOS BUEIS, Montserrat.
- NOVEL MARTI, Virginia.
- PADROS SANCHEZ, Carolina.
- VALERO SANTIAGO, Lidia.