

# APORTACION AL CURSO DE CIRUGIA PODOLOGICA

Por Enrique Giralt Veciana y José Concustel  
Escuela de Podología  
Universidad Central de Barcelona

Antes de entrar en el estudio y desarrollo de una serie de técnicas quirúrgicas mediante la Mínima Incisión, el equipo de la Escuela de Podología de Barcelona, al cual representamos, quisiéramos hacer unas observaciones sobre la Cirugía de la Mínima Incisión.

Son técnicas espectaculares en cuanto a su realización y que parecen de una ejecución fácil, pero antes debemos:

– Tener un conocimiento anátomo-fisiológico de las estructuras del pie a fin de valorar detenidamente la posterior funcionalidad biomecánica de la zona o segmento intervenido.

– Es conveniente iniciarse en técnicas sencillas (el programa desarrollado por la Asociación Madrileña para este curso sigue dicha norma) para progresivamente ir introduciéndonos en técnicas más complejas.

– Para la eliminación de los salientes y rugosidades óseas (exostosis y condilos) podemos valernos de dos instrumentos: Lima y Fresa. Nosotros aconsejamos iniciarse con la lima (por ser manual y presentar menos problemas y adquirir mayor habilidad manual) y posteriormente cuando la experiencia lo aconseje pasar al uso del micromotor con la fresa.

– Las técnicas de la Mínima Incisión deben ser el último recurso de tratamiento y se deben aplicar cuando hayan sido agotados todas las perspectivas de tratamientos incruentos, ortopodológicos en sus variantes correctoras y/o protectoras.

Al mismo tiempo, nos parece interesante hacer una reflexión sobre la parte legal:

– Nuestro Decreto en algunas partes es algo ambiguo, y no especifica claramente que NO podemos realizar dichas intervenciones, pero para estar seguros a nivel legal, debemos realizar:

– Una Historia Clínica adecuada: Actualmente la Generalitat de Catalunya, está elaborando la historia clínica única, en la cual colaboran todos los profesionales de la Salud y está encaminada a la unificación de criterios y actuaciones.

La Escuela de Podología está en constante contacto con la Cátedra de Medicina Legal de la Facultad de Medicina de la Universidad Central, para poder

realizar los pasos adecuados, para poder estar cubiertos legalmente en todo momento.

Así debemos hacer:

- Anamnesis:
  - Endocrino
  - Circulatorio
  - Dermatológico etc.
- Antecedentes anestésicos
- Doppler
- Analítica adecuada
- Radiología:
  - Pre-opert.
  - Durante interv.
  - Post-interv.
- Descripción completa de la técnica empleada
- Evolución del proceso
- Cierre de la H.<sup>a</sup>

El forense en caso de acción legal, siempre mira los pasos seguidos en cada proceso.

## EXOSTOSIS SUBUNGUEAL

### Definición:

Hipertrofia parcial circunscrita a la superficie de la falange distal de cualquier dedo, pero principalmente en el 1.º

### Indicaciones de la técnica:

Dicha técnica se realizará:

- Cuando la exostosis ocasione helomas subungueales.
- En caso de provocar enrojecimiento del lecho.
- En caso de ligera proliferación del lecho ungueal con mínima elevación de la lámina.

En los casos en que exista una gran proliferación e hipertrofia del lecho ungueal y/o infecciones subungueales recidivantes, es aconsejable realizar la intervención a campo abierto.

### Radiología:

- Dorso-plantar y perfil del dedo afecto (preferentemente con placas oclusales), para poder comprobar

forma, tamaño y localización exacta de la exóstosis.

Al mismo tiempo, podremos comprobar el grado de afectación del lecho y lámina ungueales.

Dichas radiografías las tendremos al alcance de la vista mientras dure la intervención quirúrgica.

#### **Instrumental:**

El material es común a todas las técnicas, por lo cual y para no hacernos reiterativos y pesados, permitánnos que sólo lo nombremos en este caso.

- Bisturí y Hojas precisas para la mínima incisión.
- Escoplo pequeño.
- Cangrejo.
- Lima O.R.L. y/o Fresas (micromotor).
- Jeringas: 20 cc.
- Aguja: 30/8 sin bisel.
- Suero Fisiológico.
- Preparación anestésico + corticoide en proporción 9/1.
- Tiras aproximación a seda 4/0.
- Gasas, vendas, tallas, guantes, etc.

#### **Técnica:**

Con el bisturí realizaremos una incisión de unos 3-4 mm. y la podemos hacer:

- En el lateral del dedo, zona de la lámina ungueal a la altura de la exostosis.
- En la zona media del pulpejo del dedo. (Siempre buscando puntos donde después no haya roce ni presión alguna).

A través de dicha incisión y con el mismo bisturí o un escoplo pequeño nos introducimos separando tejido blando de la zona ósea (teniendo precaución de no lesionar lámina ungueal, ni matriz ungueal, ni canales ungueales).

Una vez bien delimitada la exostosis, introducimos la lima O.R.L. o Fresa realizando:

- Lima: Limado de la exostosis con movimiento de proximal a distal y de profundidad a superficie.
- Fresa: Fresado realizando movimientos pendulante de la fresa sobre la exostosis (barriendo la zona).

Al mismo tiempo, con una gasa en la mano pasiva realizamos drenaje mediante arrastre de hueso limado y sangre (pasta serosa).

En el momento en que creemos haber eliminado la exostosis, realizamos radiografía de perfil de la zona como control, en caso necesario repetir el limado.

Limpieza con Suero fisiológico a presión mediante jeringa y aguja troquelada, hasta que salga completamente limpio.

Introduciremos por la incisión una pequeña cantidad de la preparación anestésico + corticoide (como actuación frente a la reacción perióstica).

Colocación de vendaje semicompresivo.

## **HELOMA INTERDIGITAL**

### **Definición:**

Formación de heloma en el espacio interdigital como consecuencia de la existencia de una hipertrofia ósea del cóndilo de la falange.

### **Indicaciones de la técnica:**

- Cuando exista un heloma interdigital doloroso y recidivante a los pocos días de enuclearlo.
- A pesar de no existir heloma, se produce una inflamación constante del espacio interdigital, pudiéndose complicar con infecciones y/o ulceraciones.
- 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.

### **Radiología:**

- Dorso-plantar: En la cual podremos observar tamaño, forma de la exostosis. Para mayor nitidez y evitar la superposición de imágenes, colocaremos un trozo de algodón o gasa en dicho espacio, a fin de separar los dedos.

Asimismo, nos podemos valer de un "testigo" o "tutor" metálico radiopaco, con el fin de comprobar si efectivamente el heloma es ocasionado por dicho saliente óseo.

### **Técnica:**

Unos días antes de la intervención, realizaremos una ortesis separadora, como terapia antiinflamatoria.

Con el bisturí realizaremos una incisión de unos 3-4 mm. y puede ser:

- En la zona dorso-plantar dedo a unos 18 mm de la lesión por la zona distal o proximal, dependiendo del condilo afecto (en caso de que el heloma se halle en una de las paredes del espacio).
- En el dorso, por la zona correspondiente al lateral de la base del espacio interdigital, en caso de que el heloma se halle en la base del espacio.

En ambos casos, con el mismo bisturí o con un escoplo pequeño, lo introduciremos hasta tocar falange y descenderemos a través de la misma al tiempo que

separamos tejido blando de óseo (de esta forma nos aseguramos de no lesionar el VAN que transcurre por dicha zona) y delimitamos la exostosis.

Seguidamente y con las mismas precauciones introducimos la lima o fresa:

- Lima con movimiento de proximal a distal y de profundidad a superficie.

- Fresa con movimiento pendulantes encima de la exostosis.

hasta eliminar completamente el relieve óseo, cosa que palparemos con el pulgar de la mano pasiva.

Realizamos con una gasa, drenaje del conjunto limado óseo-sangre (pasta serosa).

En el momento que creamos oportuno realizaremos radiografía de control dorso-plantar, separando el espacio con una gasa.

En todos los casos debemos dejar en la zona una pequeña oquedad, para evitar posteriores recidivas, con la ligera proliferación ósea que se produce a partir del periostio en su regeneración.

Realizamos lavado con Suero fisiológico a presión mediante jeringa y aguja sin bisel, hasta que salga totalmente limpio.

Introduciremos a través de la incisión una pequeña cantidad de anestesia + corticoide.

Colocación de un almohadillado interdigital separador del espacio y protector de la incisión y vendaje semicompresivo.

## HELOMA EN DORSO DE LOS DEDOS

En este caso nos podemos hacer referencia a dos técnicas diferentes según el dedo en que se localiza el heloma:

- En caso de localizarse en dorso 5.º dedo, se procederá a su eliminación mediante la técnica del heloma interdigital descrita con anterioridad, pues en casi todos los casos no habrá afectación tendinosa.

- En caso de localizarse en cualquiera de los dedos centrales (2.º-3.º-4.º) en cuyo caso en la mayoría de los casos será producido por un dedo en garra, con la consiguiente afectación tendinosa.

### Definición:

Formación de un heloma en el dorso de un dedo como consecuencia de la alteración de los componentes articulares, ya sea en su forma o en su posición debido a la colocación del dedo en garra.

### Indicaciones de la técnica:

- Cuando exista un heloma doloroso, recidivante a los pocos días en el dorso del dedo, en la zona correspondiente a la articulación interfalángica.

- Cuando se produzca un dedo en garra.

### Radiología:

- Perfil del dedo: En dicha radiografía observaremos la garra del dedo que provoca una subluxación articular interfalángica ocasionando que una de las caras articulares actúe a modo de exostosis provocando el heloma.

### Técnica:

Realizamos con el bisturí una incisión en la cara lateral zona plantar del dedo donde se halla la articulación interfalángica afecta.

A través de dicha incisión introducimos el bisturí paralelo al plano de la piel y colocándolo entre la cápsula articular y el tendón del flexor; seguidamente giramos el bisturí 90° en sentido dorsal y presionamos sobre la cápsula, realizando Capsulotomía, posteriormente giramos de nuevo el bisturí 180°, colocándolo en sentido plantar y presionamos con el mismo sobre el tendón del Flexor, realizando Tenotomía total o parcial según nos interese y la presión que hayamos ejercido.

Seguidamente, realizamos una pequeña incisión en la zona de la articulación metatarso falángica por la cara dorsal del dedo, a través de la misma introducimos el bisturí en sentido horizontal, colocándolo debajo del tendón del Extensor, giramos el bisturí 90° con el filo hacia el dorso y presionamos ligeramente realizando el Tenotomía del Extensor de forma total o parcial.

Con posterioridad, traccionamos del dedo en sentido distal, al mismo tiempo que presionamos sobre la articulación interfalángica correspondiente, provocando la alineación del dedo.

A continuación, realizamos una incisión con el bisturí en sentido perpendicular a la piel y a unos 18 mm. de la articulación interfalángica en sentido distal.

Introducimos por la misma el bisturí hasta localizar la cápsula articular en la cual realizamos una nueva incisión, introduciendo con posterioridad la lima o fresa:

- Lima, movimientos de proximal a distal y de profundidad a superficie.

- Fresa, con movimiento de la barrido sobre la zona.

y actuando sobre la parte ósea hipertrofiada (en algunas ocasiones sólo es una de las carillas articulares).

Realizamos drenaje de la zona con una gasa en la mano pasiva, extrayendo la pasta serosa formado por el limado óseo-sangre.

Realizamos radiografía de perfil como control de que hemos eliminado la hipertrofia y al mismo tiempo podremos comprobar el grado de reducción que hemos producido de la garra.

Lavado exhaustivo con Suero fisiológico mediante jeringa y aguja sin bisel, realizándolo intra y extraarticular hasta que salga totalmente limpio.

Introducimos a través de la incisión y dentro de la cavidad articular una pequeña cantidad de anestesia + corticoide.

Colocamos vendaje corrector que nos mantenga el dedo alineado y vendaje semicompresivo.

### **Si coexisten lateralizaciones:**

En algunos casos el dedo en garra va acompañado de una lateralización y/o rotación de la falange proximal, en dicho caso:

Con anterioridad y para el limado de la exostosis habremos efectuado la incisión en sentido proximal en vez de distal, y a través de la misma introduciremos una fresa muy fina y la colocamos sobre el 1/3 distal de la falange proximal fresándola hasta seccionarla por completo, provocando Osteotomía.

Drenamos el material seroso (partículas óseas + sangre) con mano pasiva.

Lavamos la zona con Suero fisiológico mediante jeringa y aguja troquelada hasta que salga limpio.

Introducimos el anestésico + corticoide correspondiente, el cual nos servirá para la exostosis y la osteotomía.

Procedemos a la alineación correcta del dedo y ferulización del mismo, para lo cual nos valdremos de los dedos laterales o mediante una ferula standard.

Dicha ferulización se deberá mantener hasta que radiográficamente podamos comprobar la formación del callo de fractura y total consolidación de la misma.

## **5.º VARUS**

### **Definición:**

Desviación del 5.º dedo en rotación interna y en posición de supraductus de éste respecto al 4.º.

Generalmente se observa una disminución de la longitud de dicho segmento con respecto a los demás.

Ortopodológicamente es bastante difícil la alineación y corrección de esta deformidad.

Anatómicamente se observa retracción interna de la cápsula articular metatarso-falángica y un acortamiento del Tendón Extensor del dedo.

### **Radiología:**

Dorso-plantar del 5.º segmento dígito-metatarsal, en la cual podremos observar el grado de desviación del dedo en varo.

### **Técnica:**

Se realiza una incisión en el 4.º espacio sobre la articulación metatarso-falángica del 5.º, introducimos el bisturí en dirección a la cápsula articular del 5.º segmento, hasta llegar lateral-superiormente a la misma, momento en el cual realizaremos una incisión en ella, produciendo una Capsulotomía, retiramos ligeramente el bisturí y los introducimos de nuevo hasta llegar debajo del tendón del Extensor, realizaremos un giro del bisturí hasta colocar el filo en sentido dorsal y en contacto con el tendón, producimos una presión sobre el mismo realizando la Tenotomía del mismo.

Seguidamente, procedemos a la alineación del dedo, manteniéndolo con un vendaje correctivo hasta que cicatrice totalmente la herida.

Posteriormente, procederemos a la confección de una ortesis que fije y mantenga la alineación del 5.º segmento.

## **HELOMA EN PULPEJO DEDO**

### **Definición:**

Hipertrofia de la zona distal de la falange distal de un dedo como consecuencia del microtraumatismo constante que sufre dicha zona al producirse una dinámica con agarrotamiento del dedo.

### **Indicaciones de la técnica:**

Dicha técnica se realizará:

– Cuando exista un heloma en pulpejo del dedo recidivante a los pocos días de la quiropodia.

– Cuando a pesar de haber solucionado por diversos medios (ortesis, cirugía), la garra del dedo persiste el dolor y/o heloma como consecuencia de la presión interna que ejerce la exostosis.

### **Radiología:**

- Dorso-plantar del dedo afecto: Debemos realizarla previa alineación del dedo, para evitar superposiciones de imágenes, de esta forma podremos visualizar forma y tamaño de la hipertrofia.
- Perfil con placa dental para poder observar dicha falange sola.

### **Técnica:**

Previa anestesia de la zona.

Incisión con bisturí en la zona lateral distal del dedo, con el mismo bisturí separaremos tejido blando de óseo, delimitando perfectamente la exostosis, e introduciremos seguidamente la Lima o Fresa realizando:

- Con la lima, movimientos sobre la exostosis en sentido de profundidad a superficie y de medial a lateral.
- Con la fresa, movimientos pendulantes (barrido) encima de la exostosis.

Con el pulgar de la mano pasiva, realizaremos drenaje del conjunto sangre-partículas óseas limadas; una vez creemos que hemos eliminado toda la exostosis, realizaremos lavado con suero fisiológico a presión, mediante jeringa con aguja sin bisel, hasta que salga totalmente limpio.

Posteriormente, realizamos RX de control y en caso necesario repetimos de nuevo la operación, hasta haber eliminado la hipertrofia y dejemos completamente lisa la parte distal de la falange.

Introducimos por la herida una pequeña cantidad de anestésico + corticoide.

Realizamos vendaje semicompresivo, previa realización de la alineación del dedo.

## **JUANETE DE SASTRE**

### **Definición:**

Es la manifestación prominente de la cabeza del 5.º metatarsiano, ya sea por crecimiento de la exostosis o modificación del ángulo metatarso-falángico.

### **Indicaciones de la técnica:**

Dicha técnica se realizará:

- Cuando representen una problemática de cara a la utilización de un calzado estético.

- Cuando exista un heloma doloroso y recidivante a los pocos días de haber realizado la quiropodia.

- Cuando exista procesos recidivantes de higosmas, bursitis con o sin infección.

- Cuando hayan fracasado todos los medios incruentados (ortesis) para solucionar la problemática.

### **Radiología:**

Dorso-plantar del 5.º radio en carga: En la cual podremos observar el grado de deformidad de la cabeza metatarsal y en caso de coexistir, la angulación de la metatarso-falángica.

### **Técnica:**

Incisión con el bisturí en el borde externo del 5.º radio a nivel de la diafisis falange proximal 5.º dedo.

Se introduce el bisturí hasta encontrar la falange y en el mismo plano, descenderemos por la misma hasta la cápsula, la cual incidimos e introducimos hasta la articulación, se retira bisturí y se introduce por la incisión periostática sin corte y romo para no traumatizar y con el cual separaremos la cápsula del tejido óseo, una vez separado totalmente, se introduce la Lima o Fresa dentro de cápsula articular y procedemos a la resección de la hipertrofia de la cabeza 5.º metatarsiano, realizando:

- Con la Lima de profundidad a superficie y de proximal a distal, de esta forma al mismo tiempo realizamos un barrido de las partículas óseas limadas.

- Con la fresa con movimientos pendulantes (barrido),

al mismo tiempo con el pulgar de la mano pasiva realizamos movimientos de drenaje del conjunto sangre + partículas óseas limadas.

Una vez creemos que hemos reducido la hipertrofia, realizamos con jeringa y aguja sin bisel un lavado exhaustivo de la zona limada con suero fisiológico, hasta que salga totalmente limpio.

Realizamos RX de control y en caso necesario repetimos la acción hasta la total eliminación de la hipertrofia de la cabeza metatarsal.

Colocamos intralesionalmente una pequeña cantidad de anestésico + corticoide. Vendaje abductor del 5.º dedo (en aspa sobre la zona externa del 5.º radio) y vendaje semicompresivo.