

# Tratamiento resolutivo de un heloma en fondo de saco

Enrique Giralt de Veciana. Profesor Titular E.U. Podología. Universitat de Barcelona.

Elena de Planell Mas. Profesora Asociada E.U. Podología. Universitat de Barcelona.

Virginia Novel Martí. Profesora Titular E.U. Podología. Universitat de Barcelona.

José M. Ogalla Rodríguez. Profesor Titular E.U. Podología. Universitat de Barcelona.

Antonio J. Zalacaín Vicuña. Profesor Titular E.U. Podología. Universitat de Barcelona.

Los helomas y durezas resultan de la hiperqueratosis, que está causada por un incremento en la actividad de los queratinocitos asociada a la estimulación de la epidermis de una presión crónica o fricción de la piel. Ejemplo de ello incluye irritación debido al uso de un calzado inadecuado o una presión anómala causada por una deformidad en el pie. La hiperqueratosis es una respuesta protectora de la piel normal, que se convierte en patológica cuando la dureza o callo se desarrolla de tal manera que produce una serie de sintomatología.

El tratamiento quirúrgico de los helomas puede dividirse en: la escisión dérmica del heloma, la corrección de la deformidad, la elevación de la cabeza metatarsal, en caso de que su localización sea plantar y la corrección de la alineación antepié/retropié.

El objetivo que se planteó en el caso clínico propuesto fue corregir la desalineación del 5º radio y la rotación en adducto-varo del 5º dedo, así como la desviación estructural del IV metatarsiano para eliminar el heloma en fondo de saco del 4º espacio interdigital.

## Caso clínico

Paciente mujer, sin antecedentes médicos de interés, acude a la Clínica Podológica Universitaria de la Universitat de Barcelona presentando heloma en fondo de saco, doloroso en pie derecho, de largo

tiempo de evolución. La paciente relata que durante la intervención del HAV, también había sido intervenida del heloma, según parece se le había realizado la escisión del mismo, sin obtención del resultado esperado. Otro motivo de la consulta era el dolor que presentaba a nivel de la zona lateral de la cabeza del V metatarsiano.

Tras llevar a cabo la valoración prequirúrgica y evaluar las placas radiográficas, se realiza el diagnóstico de heloma en fondo de saco, hipertrofia del cóndilo medial de la falange proximal del 5º dedo y juanete de sastre. También puede apreciarse el encorvamiento de la zona distal del IV metatarsiano. (Fig. 1)

Se programa intervención quirúrgica y se efectúa el protocolo prequirúrgico de la Clínica Podológica Universitaria (analítica y actualización vacunación antitetánica). A la paciente se le informa del tipo de intervención que se va a realizar, así como la posibilidad de que intraoperatoriamente se evalúe una actuación a nivel del encorvamiento del IV metatarsiano. La paciente accede a la intervención, firmando el consentimiento informado.

## Técnica quirúrgica

En primer lugar, tras realizar la preparación y asepsia de la zona, se efectúa anestesia del tobillo con Mepivacaína 1% combinada con Betametasona.



Fig. 1

Posteriormente, después de deslaminar la zona queratósica del heloma, se realiza incisión longitudinal desde el tercio distal del V metatarsiano hasta la zona media de la falange proximal del 5º dedo. Identificación de las estructuras y disección por planos. A continuación, lateralización del tendón del extensor largo del 5º dedo. Posteriormente se procede a la capsulotomía longitudinal y subluxación de la cabeza del V metatarsiano (Fig. 2). Una vez es presentada la base de la falange proximal, se realiza la condilectomía medial plantar de la falange proximal del 5º dedo. A continuación, se procede a realizar la exostectomía lateral en la cabeza del V metatarsiano y la osteotomía transversa a nivel de cuello metatarsal con desplazamiento del fragmento capital hacia el cuarto metatarsiano (Hohmann), realizando la fijación con una única aguja de Kirschner para mantener la alineación del radio.

Al realizar la palpación del borde lateral de la cabeza del IV metatarsiano, se opta por realizar la exostectomía lateral del metatarsiano.



Fig. 2

Una vez finalizada la intervención, se realiza vendaje y se pauta terapia farmacológica antiinflamatoria y antibiótica. Se programa calendario de curas siendo extraída la aguja-K a las 3 semanas. El curso postoperatorio es el adecuado. La paciente es dada de alta a las 5 semanas de la intervención.

## Resultados

La paciente ya había sido intervenida con anterioridad de la patología que presentaba (heloma en fondo de saco) si bien el resultado no había sido el deseado. Tras serle realizada la condilectomía medial plantar de la falange proximal del 5º dedo, exostectomía lateral y osteotomía de Hohmann del V metatarsiano y exostectomía lateral del IV metatarsiano, el proceso desapareció debido a que el factor intrínseco desencadenante del mismo fue eliminado.

## Conclusiones

Ante cualquier patología, a la hora de plantearse la opción quirúrgica han de evaluarse todas las posibilidades, para optimizar el resultado final.



## Bibliografía

AJIS, A. *et al.*: Tailor's bunion: A review. *Journal of Foot & Ankle Surgery* 2005; 44 (3): 236-245.

FREEMAN, D.b.: Corns and calluses Resulting from Mechanical Hyperkeratosis. (*Am Fam Physician* 2002; 65: 2277-80.

PONTIOUS J.; BROOK PONTIOUS, J.; BROOK, J.W.; HILLSTROM, H.J.: Tailor's bunion. Is fixation necessary? *JAPMA* 1996; vol 86; 2: 63-73.

TUNER, W.A.; MERRIMAN, L.M.: *Clinical Skills in treating the foot*. 2<sup>nd</sup> ed. Elsevier Churchill Livingstone 2005, 350.