

COMUNICACIONES CIENTIFICAS

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LOS TUMORES QUISTICOS MAS FRECUENTES EN PODOLOGIA

- * GIRALT DE VECIANA, Enrique
- * NOVEL MARTIN, Virginia
- * OGALLA RODRIGUEZ, José Manuel
- * ZALACAIN VICUHEA, Antonio Jesús

INTRODUCCIÓN

En la actualidad debido a los avances en la cirugía podológica, cada vez son más los problemas que podemos resolver quirúrgicamente, entre los cuáles nos encontramos frecuentemente con pacientes que acuden a nuestras clínicas con problemas de partes blandas, muchos de los cuáles presentan quistes, que les son molestos sobre todo por la zona donde están o por la compresión que les provocan con el calzado.

En primer lugar tenemos que tener en cuenta que la mayoría de las lesiones tumorales que nos encontramos en el pie son de carácter benigno y generalmente se originan en las estructuras de los tejidos blandos.

DEFINICIÓN DE QUISTE:

Tumoración de contenido líquido o pastoso, no inflamatoria, que poseen una pared de estructura bien definida y son de naturaleza y origen diversos.

QUISTES MÁS FRECUENTES EN EL PIE:

- **Q. Dermoides:** Se desarrollan de restos embrionarios. Salen en cuello, ceja y sacro.
- **Q. Epidermoide:** Es de origen anexial folicular, derivados de la parte distal del folículo piloso.
- **Q. Epiteliales:** Son debidos a la introducción de cuerpos extraños, los cuáles arrastran hacia el interior pequeños segmentos de epitelio.
- **Q. Sebáceo:** Provocado por la retención del producto sebáceo de un folículo y su dilatación.
- **Q. Sinoviales:** De contenido mucoso, compuesto de Ac.hialurónico producido por las células sinoviales y cuya cápsula está compuesta de fibras compactas de colágeno.
- **Leiomioma:** Tumor quístico benigno del tejido muscular liso.

Debemos de tener en cuenta que todos estos tipos de quistes se pueden desarrollar en otras partes del organismo, es por eso que en la bibliografía no los encontramos como específicos del pie.

QUISTES EPIDERMOIDES.

Etiología:

Son quistes de origen anexial folicular, derivados de la parte distal del folículo piloso.

Clínica:

Se manifiestan como formaciones hemisféricas, a veces más palpable que visibles, de tamaño variable. A la palpación aparecen bien delimitados y su consistencia es blanda.

Anatomía patológica:

El quiste posee una pared en la que pueden reconocerse todas las capas de la epidermis normal y contiene queratina. En ocasiones drena material caseoso.

QUISTES EPITERIALES.

Son debidos a la introducción de cuerpos extraños, los cuáles arrastran hacia el interior pequeños segmentos de epitelio. Existe una determinada predisposición en determinadas profesiones, por ejemplo los cortadores o empalmadores de alambres, trabajadores de la construcción, torneros, peluqueros etc.

LEIOMIOMA.

Tumor benigno del tejido muscular liso, que puede ocurrir en distintas localizaciones como cuello uterino, epidídimo, esófago, trompa de falopio, ojo, pezón, piel, vagina, vejiga, estómago, mediastino, pulmón, riñón, etc.

Generalmente es asintomático o produce síntomas por compresión; se diferencia del Leiomioma por el número de mitosis celulares más que por el aspecto de las células en cuanto a su diferenciación.

Cuando produce síntomas y estas significan un riesgo importante para la vida del paciente o una incomodidad importante para el mismo, tiene indicación la extirpación quirúrgica.

Múltiple:

Lesiones de la piel usualmente superficiales y pequeñas que se originan en los músculos erectores del pelo.

Se presenta adherido a la piel, tiene aspecto anacarado y de contenido pastoso.

ANATOMÍA PATOLÓGICA:

Pieza de tumoración quística, constituida por un fragmento hístico blanco anacarado, polinodular, (8mm de diámetro).

QUISTES SEBÁCEOS

Definición:

Tumor que resulta de la retención del producto sebáceo de un folículo y su dilatación.

Etiología:

La secreción del producto sebáceo del folículo piloso es retenida por la inflamación del mismo y es la que produce el quiste.

Clínica:

Se trata de formaciones más o menos esféricas, bien delimitadas. Suele localizarse en el dorso del pie y en el tobillo a nivel de los maléolos. Su tamaño y periodo de crecimiento es variable no suele ser doloroso, pero si, molesto.

Anatomía patológica:

La pared del quiste está constituida por un epitelio con células grandes sin puentes de unión. La queratina que llena la cavidad es amorfa.

QUISTE SINOVIAL

Etiología:

Su etiología es controvertida, las teorías más aceptadas nos comentan que se desarrolla debido a una herniación a través de la cápsula articular (Se hacen confirmaciones mediante la infiltración de azul de metileno en el espacio articular.). No obstante no se han encontrado ninguna prueba de origen de estos quistes a partir de la cápsula articular.

Otra teoría sugiere que se pueda formar en áreas cercanas a cápsulas articulares y vainas tendinosas debida a su degeneración por la influencia del stress físico y por ser unas estructuras ricas en colágeno denso. Unos tienen comunicación articular y otros no.

Su aparición parece estar relacionada con traumatismos, con la laxitud ligamentosa y con artritis reumáticas

Clínica:

Aparecen de forma espontánea y con tamaño pequeño, creciendo lentamente y pudiendo formar diferentes lóbulos quísticos con trayectos intercomunicados entre si.

El paciente denota el bulto y acude a nuestras consultas o por cuestión estética o por las molestias que le provoca la compresión ya bien sea entre las propias estructuras o bien con el calzado. En si es un quiste no doloroso.

Su localización más frecuente en el pie es el dorso, articulación mediotarsiana, articulación interfalángica y articulación metatarsofalángica del primer segmento.

El quiste presentará unas características diferentes dependiendo de si es cutáneo o subcutáneo. Los cutáneos son brillantes lisos deprimen a la presión. Los subcutáneos la mayoría presentan un mayor tamaño que los cutáneos y presentan una mayor resistencia.

ANATOMÍA PATOLÓGICA:

El contenido del quiste es un liquido mucoso compuesto de Ac. hialurónico, producido por las células sinoviales y la bolsa del quiste está compuesta por fibras compactas de colágeno.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Se ha de realizar entre las lesiones de tipo quístico y tumoral (Tumor de células gigantes). Siempre se podrá realizar una punción previa del quiste para analizar su contenido. (T.C.G. Consistencia densa, asintomático según crecimiento y localización. Está relacionado con las vainas tendinosas).

Radiología:

Negativa. En casos dudosos se pueden realizar xerografías, resonancias magnético nucleares y ecografías.

Indicaciones de la técnica:

Tratamiento: A la hora de realizar el tratamiento deberemos de tener un cuenta, el tamaño del quiste, su localización y su sintomatología.

Si el tamaño de la tumoración es pequeño y no provoca sintomatología es aconsejable esperar y vigilar su evolución. Cuando el tamaño empieza a ser considerable nos encontramos con una sintomatología y en la mayoría de ocasiones dependiendo básicamente de la localización esta, será más o menos molesta y problemática para el paciente, ya bien sea por compresión interósea o por compresión con el calzado.

Será en estas ocasiones cuando esta indicada la técnica quirúrgica. En quistes sinoviales de tamaño intermedio, se puede realizar la aspiración de los mismos mediante punción intracapsular, pero las recidivas suelen ser entre el 60 y el 70% de los casos y aunque se puedan repetir dichas aspiraciones en varias ocasiones si se presentan recidivas cada vez se realizan con menos frecuencia, ya que para realizar las mismas también se ha de anestesiar la zona y en la actualidad se opta más por la cirugía con la cual las recidivas son casi nulas.

El tratamiento quirúrgico propiamente dicho consistirá en:

Tras una correcta preparación prequirúrgica, que nunca debemos olvidar. Se procede a la anestesia local de la zona, que solemos realizar con Mepivacaina al 2%. Seguidamente se realiza una incisión longitudinal sobre la cápsula tumoral, procediendo a la resección de la misma. En este tipo de quistes al ser los cutáneos tan superficiales y su cápsula tan fina en la mayoría de ocasiones se rompe la misma saliendo al exterior su contenido. Se ha de sujetar bien el saco capsular con pinzas y proceder a su disección siguiendo su trayecto. Siendo muy importante la extracción total del mismo y de las adherencias que lo rodean, ya que se ha demostrado, que los tejidos de la pared están formados potencialmente de nuevas masas quísticas. El tumor puede recidivar también cuando la masa presenta interconexión entre varios lóbulos separados entre varios trayectos, quedando restos en su interior.

Una vez extraída la cápsula con sus adherencias y realizada una buena limpieza y observación de la zona, se aproximan los espacios con sutura.

Posteriormente se procede con la pauta postoperatoria, analgesia si precisa y se retiran los puntos a los ocho días. Es muy importante tener en cuenta la zona donde se ha desarrollado el quiste y la posible realización si fuera necesario de algún tratamiento ortopodológico.

CONCLUSIONES

- 1.- La incidencia de las tumoraciones quísticas es una de las patologías que han aumentado considerablemente en nuestras clínicas podológicas.
- 2.- La clínica que presentan y el desarrollo de las mismas es bastante variable.
- 3.- El tratamiento de selección es el quirúrgico, siendo su resultado muy satisfactorio.
- 4.- Nunca hay que olvidar la importancia del postoperatorio, teniendo en cuenta la zona donde se ha desarrollado el quiste y la posible realización si fuera necesario de algún tratamiento ortopodológico.

BIBLIOGRAFÍA

- Andrews. "TRATADO DE DERMATOLOGÍA" Ed. Salvat, Barcelona 1985
- Armijo, M. "ATLAS DE DERMATOLOGÍA CLÍNICA" Ed.: Pharma Comsul t, Barcelona 1990.
- Balibrea Cantero, J.L. "TRATADO DE CIRUGÍA" Ed. Toray, Barcelona 1988.
- Heide-Marie Hhein. "DERMATOLOGÍA" Ed. Roche. Madrid 1986.
- James, O. - Hohneton. "CIRUGÍA DEL PIE" Ed. Pan americana, Barcelona 1986.
- Rei"erschdd, M. "CIRUGÍA" Ed. Salvat, Barcelona 1984.
- Reeves, J. - Maibach, H. "DERMATOLOGÍA CLÍNICA IL USTRADA" Ed.: Cea, madrid 1989.