

HELOMA POR INCLUSION

* GIRALT DE VECIANA, Enrique
* NOVEL MARTI, Virginia
* OGALLA RODRIGUEZ, José M.
* ZALACAIN VICUÑA, Antonio J.

INTRODUCCION

Es cada vez más frecuente encontrarnos con pacientes afectados de helomas rebeldes al tratamiento quiropodológico, a los cuales etiquetamos como helomas por inclusión; siendo a su vez muy discutible la existencia de los mismos.

Por lo cual cabe plantearse una serie de interrogantes:

- ¿ Qué es un heloma por inclusión ?.
- ¿ Existe realmente dicha patología ?.
- ¿Cuál es el tratamiento más idóneo ?.

en este trabajo trataremos de desvelar dichas incógnitas.

DEFINICION

Heloma por inclusión sería Tumoración de tejidos fibrosos subyacentes a un heloma e incluido es su estructura.

CONFIGURACION

Como hemos enunciado en la definición, la configuración del heloma por inclusión sería: Masa de hiperqueratosis con dos núcleos superpuestos, uno superficial de constitución queratósica, correspondiendo al núcleo o clavo del heloma y otro profundo de tejido fibrosado, de configuración esférica, existiendo entre ambos una correlación, pero no una interrelación. (Fig. 1, 2 y 3).



Fig. 1



Fig. 2



Fig. 3

ETIOLOGIA

La etiología es desconocida, aunque por la observación y análisis de los casos tratados nos aventuramos a describir como etiología:

La presión puntual y continuada de un heloma sobre una articulación, provocando la micro-rotura de la cápsula articular, cuyo fragmento se localiza subyacente al heloma y aprovechando la rica red vascular de la zona articular inicia una proliferación propia.

CLINICA

- Heloma doloroso a la presión que aparece en puntos de presión de la planta del pie.
- A la presión lateral se palpa una tumoración de consistencia dura subyacente al heloma.
- Una vez enucleado el heloma persiste el dolor a la presión por lo cual explorandolo se observa en su interior una masa de color blanco anacarado de consistencia fibrosa y muy doloroso a la presión directa.

Sujetandolo con unas pinzas Adson y traccionandolo hacia el exterior, nos aparece a través del heloma como una esfera anacarada de consistencia fibrosa, cuya extracción y extirpación es muy dolorosa (en algunos casos puede provocar lipotimias en los pacientes).

- Una vez extirpada dicha masa desaparecen las algias, siendo recidivante en un breve periodo de tiempo.

ANATOMOPATOLOGIA

El analisis anatomopatologico de la lesión no nos aporta ningún dato aclaratorio sobre dicha patología, pues los estudios solicitados nos revelan como:

FRAGMENTO QUERATOSICO CON CAMBIOS INFLAMATORIOS INESPECIFICOS MODERADOS.

TRATAMIENTO

Se ha podido constatar que el tratamiento incruento mediante la enucleación y extirpación de la masa tumoral con posterior aplicación de soportes plantares es inefectivo en el 95% de los casos, por lo cual nosotros aconsejamos el tratamiento quirúrgico que a continuación vamos a describir.

Siempre previo a cualquier intervención quirúrgica debemos realizar el protocolo prequirúrgico consistente en:

- Perfil analítico adecuado.
- Pauta antitetánica.
- Valoración vascular mediante Oscilometría y gradientes de presión.

Una vez en la sala de intervención debemos:

- Acomodar al paciente en el sillón quirúrgico.
- Lavar y desinfectar el campo quirúrgico.
- Delimitar asepticamente el campo quirúrgico.
- Preparación y adecuación aseptica del podólogo.
- Preparación del material e instrumental necesario.

Iniciar la intervención quirúrgica consistente en:

- Anestesia regional de la zona mediante Mepivacaina al 2 ó 3 % sin vasoconstrictor. (Fig. 4).
- Hemostasia por barrido o directa.
- Enucleación del heloma y observación de la masa tumoral subyacente.

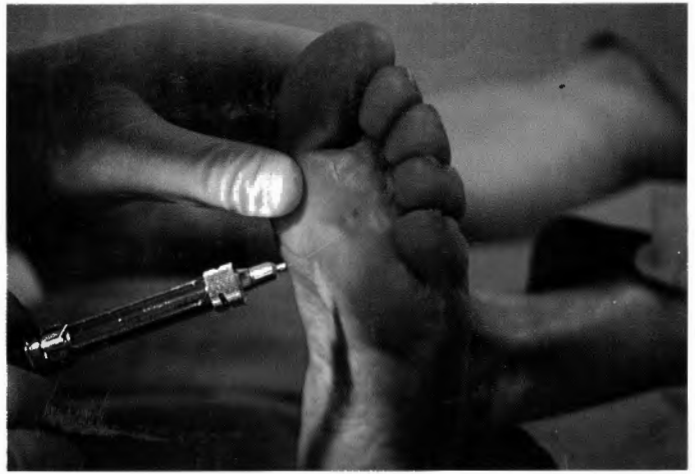


Fig. 4

- Extirpación del tejido dérmico circundante al heloma, con el fin de mayor campo de visión y actuación.

- Con pinzas de Adson sujetamos la tumoración, realizando una tracción suave externa al mismo tiempo que la extirpamos mediante separación cruenta del tejido circundante. En algunas ocasiones podemos observar la existencia de pequeñas ramificaciones que incluso pueden llegar hasta cápsula articular, debiendo realizar la extirpación total de las mismas (Fig. 5).



Fig. 5

- Debemos de asegurarnos de extirpar completamente la capsula tumoral, pues en caso contrario en breve periodo de tiempo volvera a recidivar la patología (Fig. 6).

- Lavado exhaustivo mediante arrastre con Suero fisiológico de la zona (Fig. 7).

- Podemos realizar un nuevo lavado con Anestésico + Corticoide.

- Retiramos la hemostasia y sino sangra, aplicación de pomada enzimática, en caso contrario, aplicación de gasa hemostática (Fig. 8).



Fig. 6



Fig. 9



Fig. 7



Fig. 10



Fig. 8

- Vendaje semicompresivo (Fig. 9).

La terapia posquirúrgica vendrá determinada por:

- 1ª cura a las 48 horas realizando levantamiento del apósito, lavado con suero fisiológico, aplicación de pomada enzimática y descarga amplia de la zona con fieltros adecuados educando al paciente para que realice en su domicilio dicha pauta cada 12 horas (Fig. 10).

Cada cierto periodo de tiempo realizaremos la terapia en nuestra consulta eliminando todo tejido desvitalizado que prolifere en la zona, hasta la total normalización y reestructuración del tejido.

- Una vez normalizada la zona realizaremos moldes de ambos pies para la confección de soportes plantares tales como: (Fig 11).



Fig. 11

- Plantilla de ortolen de 2 mm. que sobrepase la zona de la lesión practicando una oquedad en dicha zona y rellenandola de tejido gelatinoso (con el fin de mantener sujeta la zona sin existir presión en la misma), recubriendola toda con tepefoam o globus de baja densidad. Adaptando el soporte plantar al calzado fisiológico habitual del paciente (Fig. 12).

En visitas posteriores mediante la aplicación del SOAP hemos podido constatar la desaparición de cualquier algia en zona y normalización dérmica de la misma.

CONCLUSIONES

- Se ha podido constatar la existencia del Heloma por Inclusión, tan discutido en algunas ocasiones.

- El tratamiento incruento por si sólo, no soluciona la problemática de una forma definitiva.

- Para la total solución del problema se debe combinar el tratamiento quirúrgico con el ortopodológico.



Fig. 12