

EXOSTOSIS SUBUNGUEAL

*Dra. Erika Paez**
*Dra. Margarita Oliver L.I.**
*Dra. Milagros Sosa B.***
*Dr. Alejandro de Armas B.****
*Dr. Ricardo Pérez A.**

Páez C. E., Oliver L.I. M., Sosa B. M., De Armas B. A., Pérez A. R. **Exostosis Subungueal**. *Derm Venez* 1996; 34:145-149

RESUMEN

Se presentan cinco casos de exostosis subungueal, uno en dedos de la mano y el resto en dedos del pie, dolorosa en casi todos los pacientes, cuyo diagnóstico clínico fue corroborado tanto radiológicamente como histológicamente. Además se realizó tratamiento quirúrgico, aplicando una técnica sencilla de extirpación, con restauración de la función inmediata y sin recidiva hasta después de un año de control

ABSTRACT

Five cases of subungueal exostoses are studied, one of the cases was in fingers and the rest were in toes. Pain was the outstanding characteristic of all lesions. The diagnosis was also corroborated by radiological and histological studies. Treatment was based on the surgical removal of the lesions, which allows a immediate recovery of function. Relapses were not observed after one year of follow-up.

INTRODUCCION

La Exostosis Subungueal (ES) fue descrita por primera vez en 1847 por Dypuytren por lo que también se le conoce como Exbstosis de Dupuytren.⁽¹⁾ Se trata de una tumoración benigna formada por una excrecencia ósea que aparece principalmente en la falange dista) del primer dedo del pie, aunque no es exclusiva de este, ya que puede ocurrir en los otros dedos del pie y ocasionalmente en los de la mano.^(1, 2) Cuando esto último sucede, toma de preferencia los dedos pulgar e índice.⁽³⁾ Su etiología es desconocida; algunos autores la con-

sideran como una anomalía teratogénica cuyo crecimiento comienza en la pubertad o después de ella. Para otros representa una hiperplasia metaplásica inflamatoria del hueso trabecular que se origina cuando las células osteogénicas del periostio han sido irritadas por traumatismos o infecciones a repetición. Traumatismos o infecciones previas pueden actuar como factores desencadenantes de su aparición.^(1, 6) Puede presentarse a cualquier edad, sin embargo es más frecuente en la adolescencia y adultos jóvenes.^(2-6,7) La ES es habitualmente única, alcanzando tamaños de hasta 1 cm de diámetro, de consistencia dura, inicialmente de coloración rosada y superficie lisa que puede hacerse luego queratósica. Puede desplazar o deformar el plato ungueal produciendo onicolisis, onicodistrofia, fragilidad o su desprendimiento total. El dolor es el síntoma más constante, pudiendo exacerbarse con la marcha

o la presión, lo que induce al paciente a adoptar posiciones anormales al caminar. El diagnóstico se basa en las características clínicas previamente mencionadas y en la imagen radiológica, y se corrobora con el estudio histopatológico.

El objetivo de este trabajo es señalar las características clínicas, radiológicas e histopatológicas de la ES, destacar la importancia del estudio radiológico en el diagnóstico diferencial de esta patología, y describir la técnica quirúrgica empleada en nuestros casos como modalidad terapéutica.

REPORTE DE CASOS:

En el presente estudio se describen cinco casos clínicos de ES, diagnosticados en el servicio de Dermatología del hospital Vargas de Caracas, durante el año 1993-1994 (ver cuadro NQ 1):

* Médico Adjunto del Servicio de Dermatología. Instituto de Biomedicina. Hospital Vargas de Caracas.
 ** Médico Residente del Servicio de Traumatología. Hospital Luis Salazar Domínguez. Guarenas.
 *** Médico Adjunto del Servicio de Traumatología. Hospital Vargas de Caracas.

**CUADRO 1
DESCRIPCION DE CASOS CLINICOS**

CASO	1	2	3	4	5
SEXO	M	M	F	M	F
EDAD	16	17	58	25	42
ANTECEDENTES	NO	NO	trauma	NO	NO
EVOLUCION	1 año	3 mes.	8 mes.	1 año	3 mes.
LOCALIZACION	1° dedo pie izq.	12 dedo pie der.	12 dedo pie izq.	2 dedo pie izq.	3 dedo mano izq.
SINTOMAS	Dolor a la presión	dolor al caminar	dolor al caminar	dolor al caminar	NO
SIGNOS de 5 mm, duro	nódulo de 5 mm duro	nódulo de 8 mm duro	nódulo de 4 mm duro	nódulo de 5 mm duro	nódulo

Todos los pacientes fueron tratados quirúrgicamente, aplicando la técnica de Exostectomía Subungueal con Incisión Mínima. Se realizaron controles clínicos y radiológicos, periódicos, durante un año, sin evidencia de recidiva.

DISCUSION:

La ES es una tumoración benigna de fácil diagnóstico localiza da en la falange distal, cuyo síntoma fundamental es el dolor. En los casos reportados el motivo de consulta de los pacientes fue el dolor, las características clínicas de la tumoración fueron similares en todos ellos, estando acompañadas en su mayoría por alteraciones en el plato ungueal.

A pesar de que la etiología de la ES es aún desconocida, se ha planteado el antecedente traumático, entre otros, como posible factor desencadenante;⁽⁴⁾ en nuestros casos tan sólo uno de ellos manifestó trauma previo.

En cuanto a la incidencia según la

edad, generalmente es más frecuente en adolescentes y adultos jóvenes,^(2,6,7) sin embargo nuestra casuística reportó edades variables comprendidas entre 16 y 58 años (edad promedio = 31 años), con relación al sexo, a pesar de que existe mayor incidencia en mujeres^(5,6) nosotros encontramos mayor número de casos masculinos 3/5.

Con respecto a la localización, merece destacarse que 4 de 5 casos se presentaron en el pie, de los cuales 3 afectaron al hallux.

Las características clínicas observadas en los pacientes evaluados permitieron hacer el diagnóstico presuntivo de ES, no obstante, el estudio radiológico con proyecciones anteroposterior y lateral, practicado en todos nuestros casos, confirmó dicha presunción, al evidenciar la excrecencia ósea en el dorso de la falange distal. Es importante resaltar que cuando se trata de lesiones incipientes, en donde las mismas son puramente cartilaginosas y por tanto radiolúcidas, no

es posible evidenciar alteraciones radiológicas, sin embargo, éste hecho no debe invalidar el diagnóstico.

Se debe establecer diagnóstico diferencial con una variedad de lesiones que aparecen en la región subungueal, tales como: Osteocondroma,⁽⁸⁾ Encondroma, Verruga vulgar, granuloma piógeno; tumor glómico, M Queratoacantoma, y otros menos frecuentes como: Carcinoma de células escamosas, Melanoma maligno, Condroma, Sarcoma y Angioqueratoma. El Osteocondroma se presenta con más frecuencia en edades comprendidas entre 10 y 25 años, con una prevalencia de 2:1 del sexo femenino, muestran crecimiento lento y antecedentes frecuentes de traumatismo.⁽⁸⁾ El Encondroma se observa principalmente en edades entre 20 y 40 años, con igual prevalencia en ambos sexos, asociado a crecimiento rápido e igualmente antecedentes traumáticos frecuentes. M) También se ha descrito el Síndrome de Exostosis Múltiple,^(14, 15) que consiste en un desorden hereditario, de tipo auto-

sómico dominante, que afecta el esqueleto endocranal durante el crecimiento, caracterizado por engrosamiento y deformidad del hueso en desarrollo, con la formación de numerosas exostosis cartilaginosas alrededor de las áreas de crecimiento más activo. Las lesiones iniciales pueden aparecer en los primeros cinco años de vida e inclusive, estar presentes

desde el momento del nacimiento. Las alteraciones óseas que se observan en el estudio radiológico de la ES generalmente permiten diferenciarla de otros procesos patológicos con igual localización, en los que tales signos radiológicos no se observan.

El tratamiento de elección es la extirpación quirúrgica o curetaje de la

lesión. En nuestros casos practicamos la técnica de Exostectomía Subungueal con Incisión Mínima,⁽¹⁶⁾ la cual fue realizada bajo bloqueo digital con anestesia local infiltrativa, incisión mínima a nivel de la lesión, exostectomía mediante osteotomo rotativo o levantador de periostio aplicado sucesivamente a nivel de la misma, por último, instilación de 1-2 gotas de

FIGURA 1



FIGURA 2



Rx El estudio radiológico reveló, en todos los casos, exostosis localizada en la falange dista) del dedo afectado.

FIGURA 3



BIOPSIA El estudio histológico en todos los casos fue similar.

- a nivel del epitelio: hiperqueratosis.
- a nivel de dermis profunda: tumoración, benigna, circunscrita, constituida periféricamente por cartilago y en su interior se aprecian trabeculas óseas separadas por tejido fibroconectivo, laxo, vascularizado.

Dexametasona fosfato en el área operada. No requiere sutura. En todos los casos, las lesiones extirpadas fueron estudiadas histológicamente.

Es necesario realizar estudio radiológico de control a los 15 días así como vigilancia clínica y radiológica durante los primeros tiempos.

El seguimiento de nuestros casos fue realizado durante 1 año, sin observar recurrencia de síntomas, signos clínicos o radiológicos.

Debido a lo escaso de nuestra casuística, no es posible establecer conclusiones en cuanto a incidencia según edad y sexo, antecedentes y localización.

En conclusión, la ES es especialmente importante para el Dermatólogo porque puede simular otras lesiones; por lo que toda lesión subungueal debe ser estudiada desde el punto de vista radiológico con proyecciones anteroposterior y lateral. La técnica quirúrgica practicada a nuestros pa-

cientes proporciona mayores beneficios ya que la incisión es mínima, reduce el trauma quirúrgico y permite la toma de muestra para estudio histológico.

BIBLIOGRAFIA:

1. Cohen HJ., Frank SB., Minkin W. "Subungueal exostoses". Arch. Dermatol. 1973, 107: 431-432.
2. Bendel Bj. "Subungueal exostoses". Cutis 1980; 26: 260-262.
3. Matthewson MH. "Subungueal exostoses of the finger, are the really uncommon". Br. Dermatol. 1978; 98: 187-189.
4. Evinson G., Prince CHG.: "Subungueal exostoses". Br. J. Radioj. 1966; 39:451-455.
5. Saucedo E. Laterza AM., Tamayo L., y col. Exostosis Subungueal en Pacientes Pediátricos. Dermatología 1988; 2: 15-18.
6. Da Silva Oliveira A., Da Silva Piccoto A., Fidalgo Verde S. Subungueal exostoses: treatment as an Office Procedure. J. Dermatol. Surg. Oncol. 1980; 6: 555-558.
7. Naranjo R., Dulanto F., Herrera E., et al: "Exostosis subungueales, 11 observaciones". Actas Dermosifil 1980; 71: 101-104.
8. Apfelberg DB., Druker D., Mager Mr. et al. "Subungueal osteochondroma. Differential diagnosis and treatment". Arch. Dermatol. 1970; 115: 472-473.
9. Camirand P., Giroux JM.: Subungueal glomus tumor. Arch. Dermatol. 1970 102: 677-679.
10. Shapiro L., Barf CS: Subungual epidermoid carcinoma and keratoacanthoma. Cancer 1970; 25: 141-152.
11. Nelson LM., Hamilton CR.: Primary Carcinoma of the nail bed. Arch. Dermatol. 1970; 101: 63-67.
12. Lewin K.: Subungual epidermoid inclusions. Br. J. Dermatol. 1969; 81: 671-675.
13. Yaffee HS.: Peculiar nail dystrophy caused by an enchondroma. Arch. Dermatol. 1965; 91: 361.
14. Hazen PG., Smith DE.. Hereditary multiple exostoses: report of a case presenting with proximal nail fold and nail swelling. J. Am. Acad. Dermatol. 1990; 22: 132-4.
15. Baran R., Bureau H. Multiple Exostoses Syndrome. J. Am. Acad. Dermatol. 1991; 25: 333-5.
16. Valinsky MS, Hettinger DF., Gennet PM.: Subungual Exostosis Removal Utilizing a Minimal Incision Technique. Curr Podiatr. Med. 1991; 40: 10-13.