

Las exóstosis subungueales post-traumáticas del primer dedo del pie

Por el doctor **J. Trueta Raspall**

Cirujano del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo.
Servicio del Dr. Corachán.

No sólo a título de curiosidad, sino por el error diagnóstico a que pueden dar lugar (dado que toda su sintomatología radica en las alteraciones de la uña y el trastorno óseo pasa del todo inadvertido) me he determinado a publicar tres casos de exóstosis subungueales que he tenido ocasión de observar.

Se trata de individuos que a consecuencia de un trauma recibido en el extremo distal del primer dedo del pie, ven aparecer al poco tiempo en la mayoría de casos, la sintomatología molesta y persistente de la llamada uña incarnada: dolor, inflamación periungueal, inclinación de su borde interno hacia dentro, etc. En otros, es la producción de una hiperonicosis, con el engrosamiento tumultuoso de la queratina que llega, en algunos casos, a privar el uso de zapatos, lo que obliga al paciente a consultar el criterio del médico.

Indagando los antecedentes de estos sujetos, podemos constatar una causa inicial traumática, por lo que parece lógico aceptar que el trastorno de la uña es una dependencia directa del traumatismo, ya por haberse hundido uno de sus bordes dentro del cuerpo mucoso, dando lugar a la uña incarnada, ya sobrequeratinizándose como consecuencia de un desprendimiento incompleto.

Este error de diagnóstico, motiva una orientación terapéutica equivocada que dirigirá el tratamiento a la corrección del trastorno ungueal, practicando una ablación de la uña enferma y que dará lugar infaliblemente a la recidiva.

Por la cronología de la aparición de las molestias, podemos observar que existe un período de tiempo más o menos largo entre el trauma y el comienzo de las mismas, que en nuestro caso n.º II, llega a los tres meses. Este hecho ya llama la atención, por cuanto de ser cierta la dependencia directa entre la onicosis y el trauma, aparecería consecutivamente al mismo y no al cabo de un tiempo, como realmente sucede.

Sí en este momento practicamos un examen radiográfico de la segunda falange del primer dedo, aparecerá afectada de un proceso exostósico dorsal, que provoca o bien la elevación de uno de los bordes de la uña y la consecutiva penetración intradérmica del otro, o un desprendimiento de la uña de su lecho, con una reacción hiperqueratósica dependiente de la misma. Huelga decir que la terapéutica debe dirigirse contra la neoformación ósea, previa la ablación de la uña.

Podemos recurrir a dos técnicas: o bien reseca la falange inmediatamente por detrás de la exóstosis, o eliminar la nueva pro-

ducción por su base. De esta manera hemos procedido en dos de los casos objeto de esta publicación y la técnica conservadora nos ha permitido obtener dos buenos resultados, por lo que emplearemos este procedimiento siempre que se trate de exóstosis implantadas en la cara dorsal de la falange. En cambio cuando las producciones sean irregulares e implantadas en las dos caras, dorsal y plantar, encontramos preferible la resección, que en otro de nuestros pacientes permitió su completa curación.

En los tres casos, la técnica seguida fué la descrita por QUÉNU para intervenir los panadizos del pulpejo de los dedos: bajo anestesia local con novocaína en la base del dedo y después de colocar una isquemia con una lanzada de catgut y de extraer la uña, se incide ampliamente el pulpejo dividiéndolo en dos valvas mediante un corte arciforme de dirección transversal. Con un pequeño periostotomo se separa el hueso de los tejidos blandos que lo cubren por su cara dorsal, procediendo entonces a la extirpación de la exóstosis o a la resección, una vez denudada su cara palmar. Tres o cuatro puntos de sutura con erín permiten una perfecta reunión del corte.

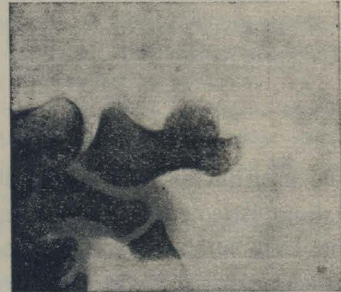
En uno de los tres casos la exóstosis contactaba directamente con las capas córneas de la uña, por haber perforado la capa mucosa del lecho de la misma, por lo que, una vez extraída ésta y reseca la neoformación ósea, quedó una superficie cruenta cuyo fondo lo constituía el propio hueso. A pesar de ello cicatrizó normalmente, hallándose cubierta hoy por una uña epidérmica que no ocasiona molestia alguna.

* * *

Las historias clínicas de los tres pacientes son las siguientes:

Caso n.º 1.

Muchacha de 16 años, sin antecedentes patológicos. El día 19 de noviembre del año 1930 acude a mi consulta por presentar una uña incarnada. Dice que tres meses antes sufrió una contusión en el primer dedo del pie derecho, por haberle caído encima un peso de dos kilos en



Radio Dr. Pinós

oportunidad de ir calzada con zapatillas; a los dos días desaparecieron las molestias, para volver nuevamente a sufrir a los tres meses, hasta llegar a privarle el uso de zapatos.

Al examen clínico se apreciaba una inclinación del borde interno de la uña que penetraba profundamente en los tejidos cutáneos y una elevación marcada del borde externo. Recomendé un examen radiológico (n.º 1), en el que se aprecia la exóstosis.

El 25 del mismo mes, practiqué una resección



Radio Dr. Pinós

de la exóstosis según la técnica descrita. Cicatrización por primam y crecimiento normal de la nueva uña. Actualmente sigue curada.

Caso n.º 2.

Mujer de 35 años, sin antecedentes patológicos de interés. El día 5 de mayo del año 30 le cayó un radiador de calefacción sobre el dedo primero del pie izquierdo, produciéndole una fractura de la segunda falange. A los dos meses se halla curada de la fractura, pero la uña



Radio Dres. Figueras y Faixat

comienza a sufrir un proceso de hiperqueratosis que, un mes más tarde, le impide andar con el zapato puesto.

Al examen de la parte afecta, aparece la uña notablemente engrosada e irregular, dolorosa a la más ligera presión. Los datos radiográficos (Rad. n.º II) permiten diagnosticar una nueva producción ósea de localización dorsal, por lo que aconsejamos una resección. Practicada ésta, da por resultado la curación en 25 días.

Caso n.º 3.

Estudiante de medicina, Interno del Hospital de San Pablo.

A consecuencia de un traumatismo recibido



Radio Dr. Vallribera

Jugando al foot-ball, algunas semanas antes, se aprecia un desprendimiento progresivo de la uña del primer dedo del pie derecho, hallándose

ocupado el espacio comprendido entre la uña y la capa mucosa, por una estratificación queratínica. Por dos veces y después de largos baños calientes, consiguió desprender la uña, volviendo a formarse con la misma estructura patológica, hallándose en pleno desarrollo cuando la examinamos nosotros. El control radiográfico puso de manifiesto una doble exóstosis, superior e inferior (Rad. n.º III).

Bajo anestesia local y previa la ablación de la uña afecta, resecamos la falange según la técnica de Quénu, inmediatamente por detrás de la implantación de la exóstosis, curando normalmente sin ninguna molestia ni deformidad del dedo.

* * *

Llama la atención, que en estos tres casos nuestros, recaiga la exóstosis en la segunda falange del primer dedo del pie con absoluta especificidad, como si fuese exclusiva la lesión en esta falange, ya que ni en su equivalente en la mano nos ha sido posible encontrar alteraciones de esta naturaleza. Quizá la mayor robustez y nutrición del hueso del pie y el estar más afecto por traumatismos que tengan por base la contusión, motiva este hecho aparentemente anómalo.

RESUM

L'observació de tres casos d'exòstosis subungueals induïx l'Autor a publicar un comentari de l'etiologia i tractament d'aquestes formacions.

De les dues tècniques aconsellades per a l'extirpació d'aquestes exòstosis, l'Autor ha emprat la descrita per QUENU per a intervenir els panadissos de la polpa dels dits.

En els casos en què es tracta d'exòstosis suplantades a la cara dorsal de la falang, l'eliminació d'aquesta nova producció per la seva fase és una tècnica conservadora que permet obtenir bons resultats i és la que fou emprada en els casos observats.

En canvi, quan les produccions són irregulars o estan implantades en ambdues cares, ha preferit la resecció de la falang en un dels casos citats.

RÉSUMÉ

L'observation de trois cas d'exostoses sous-ongueales incite l'Auteur à publier un commentaire sur l'etiologie et traitement de ces formations.

Des deux techniques conseillées pour l'extirpation de ces exostoses, l'Auteur emploie celle que décrit QUENU pour opérer les panaris de la pulpe des doigts.

Dans les cas où il s'agit d'exostoses implantées dans la face dorsale de la phalange, l'élimination de cette nouvelle production par sa base est une technique conservatrice qui permet d'obtenir de bons résultats, c'est d'ailleurs celle qui fut employée dans deux des cas observés.

Par contre, quand les productions sont irrégulières ou sont implantées dans les deux faces, il a préféré la résection de la phalange dans un des cas cités.

SUMMARY

The observation of three cases of subungueal exostosis incites the Author to publish a commentary about the etiology and treatment of said formations.

Of the two advised technics for the extirpation of those exostosis, the Author uses the describer by QUENU for the operation of fingers pulps whitlow.

In the cases of exostosis implanted in the phalange's dorsal face, the elimination by its base of this new production is a conservatrix technic which permits to obtain good results, same as the technic employed in two of the observed cases.

On the contrary, if the productions are irregular or implanted in both faces, he preferred, in one of the mentioned cases, the resection of the phalange.

