

Las pruebas complementarias (anatomía patológica y radiología simple) como clave diagnóstica de lesiones subungueales del pie

Sr. Director:

Las afecciones relacionadas con los dedos de los pies son frecuentes en consulta de atención primaria y entre éstas destacan las que se refieren al lecho subungueal. Varias de estas alteraciones ungueales y/o subungueales se deben a una patología ósea de base en la falange distal.

Clínicamente, el paciente demanda la valoración de la uña de algún dedo, habitualmente del primer dedo del pie. Manifiesta dolor, edema e incapacidad para poder calzarse y caminar con normalidad.

La anamnesis es fundamental para poder orientar el origen de dicha dolencia. Debido a la variedad de enfermedades que pueden afectar a los dedos de los pies, es conveniente establecer un diagnóstico diferencial ante cualquier sospecha clínica.

Principalmente, las neoformaciones o tumores benignos que se localizan en la región subungueal, sobre todo de los pies, son: condroma, osteocondroma, exostosis subungueal, quiste mixoide, tumor de células gigantes, granuloma piógeno, tumor glómico, verruga vírica, melano ma subungueal y fibroma ungueal.

Tanto el osteocondroma como la exostosis subungueal son los más prevalentes en consulta, aunque no tienen una incidencia elevada en la población. Suelen ser casos muy avanzados cuando acuden a consulta por iniciativa del paciente, sobre todo por presentar dolor, deformidad ungueal e incapacidad para calzarse(1). Existen elementos clínicos, radiológicos e histopatológicos para diferenciarlos a pesar de su similitud,

por ello es importante realizar un diagnóstico diferencial ante la sospecha de alguno de ellos(2).

La exostosis subungueal es un nódulo fibroso y óseo que se observa bajo el extremo distal de la uña, más comúnmente del primer dedo del pie(3). La exostosis subungueal fue descrita por primera vez por Dupuytren en el año 1817. Manifiesta una mayor prevalencia entre los 10 y 30 años de edad y predomina en el sexo femenino(4). Etiológicamente está relacionada con los traumatismos, microtraumatismos de repetición, infecciones, etc. Cuando se sospecha clínicamente, el diagnóstico se confirma con los estudios radiológicos. Radiológicamente presenta una forma de pico, sin diferenciación perióstica, con crecimiento dorsal y excéntrico al hueso, centrado respecto al eje medio de la falange y sin posibilidad de malignizar. La imagen histológica revela una formación ósea trabecular cubierta por una reacción fibrocartilaginosa (5).

El osteocondroma se considera el tumor óseo benigno más frecuente del esqueleto y se reconoce por la presencia de hallazgos histopatológicos y radiológicos característicos. Se trata de un tumor de desarrollo lento, además de presentar un crecimiento anormal del cartílago y hueso. Se caracteriza por la aparición de una lesión con una base ósea y un casquete o cubierta cartilaginosa, producida por una placa de cartílago epifisario aberrante, que se desarrolla en la metafisis de crecimiento de los huesos. Pueden afectar a cualquier hueso con osificación endcondral. Su etiología puede vincularse con un componente genético, traumático, trastorno del desarrollo óseo, etc. Morfológicamente, el osteocondroma se compone de una parte central de hueso esponjoso, e incluso cavidad medular, rodeada por

una capa cortical y con un casquete de cartilago hialino en su parte más superficial. El hueso esponjoso, en la mayoría de las ocasiones (en lesiones pediculadas), tiene continuidad con la medular de la falange. Durante el período de crecimiento, la cubierta cartilaginosa presenta una estructura similar a la del cartilago de conjunción. Con la maduración esquelética se transforma en cartilago hialino, y entonces cesa el crecimiento del osteocondroma(6).

El tratamiento en casos de osteocondroma como en los de exóstosis subungueal, consiste en la extirpación quirúrgica, pudiendo optar por diferentes técnicas de abordaje para ejecutar el curetaje (ablación de la lámina ungueal en su totalidad

Figura. Pie derecho con fórmula digital cuadrada. Index minus. 5º dedo rotado internamente. Uña del primer y segundo dedo involuta. Eritema en región lateral derecha lamina ungueal primer dedo. Hiperqueratosis en zona lateral y distal de 5º dedo



y exéresis dorsal de la falange o incisión apical semielíptica doble para extraer una porción de tejido, exponerla falange distal y limar después de retirar la neoformación, suturando finalmente dicha incisión). La técnica quirúrgica elegida dependerá del profesional que la lleve a cabo y del grado de afectación o deformidad de la uña.

Una paciente que acude a consulta programada de enfermería, dentro del Plan Integral de Diabetes de Andalucía, para evaluar el riesgo de neuropatía diabética; le comenta al enfermero que lleva unos meses con un dolor leve, con molestias al calzarse y le genera un enrojecimiento del pulpejo y de la uña del primer dedo del pie derecho.

Se observa la uña del dedo con morfología convexa, los laterales involucionados y con riesgo de onicocriptosis, eritema local y un lecho subungueal engrosado sin apariencia de colección de líquido o signos infecciosos aparentes (Figura). Refiere buena movilidad y fuerza a la flexión y extensión del dedo, aunque muestra dolor a la presión de la placa ungueal. Se deriva a su médico de familia para valorar dicha situación.

El facultativo realiza una anamnesis completando datos referentes a la ausencia de traumatismos, calzados ajustados u otros motivos que pudieran relacionar dicha alteración. Se solicitan pruebas complementarias de imagen del pie (radiografía anteroposterior y lateral).

Se evidencia una proliferación compatible con tejido óseo en la zona apical de la falange distal del primer dedo, con crecimiento en sentido craneal. A su vez, implica una presión lenta y progresiva sobre el lecho subungueal, influyendo sobre la placa de la uña, deformándola en su zona media.

Se explica a la paciente la patología que padece y se deriva al servicio de atención especializada de cirugía traumatológica y ortopédica para la posible intervención quirúrgica.

Es importante conocer los aspectos diferenciales de las afecciones que alteran el lecho subungueal, para evitar un error diagnóstico en patologías con un cuadro clínico semejante. Son fundamentales las pruebas complementarias, como la radiología simple y la anatomía patológica, para concluir en un diagnóstico correcto; y éste es esencial para poder hacer un óptimo manejo terapéutico.

Bibliografía

1. Sanchis-Sánchez C, Mateu-Puchades A, Soriano-Sarrió P. Tumoración subungueal dolorosa de rápido crecimiento. Diagnóstico y comentario. *Piel*. 2014; 29(5):317-8.
2. Nova AM. Podología: atlas de cirugía ungueal. Ed. Médica Panamericana; 2006. p. 202.
3. Carmona García FJ, Rodríguez Fidalgo A. Tratamiento quirúrgico de la onicocriptosis asociada a exostosis. *Piel*. 2008; 23(2):96-8.
4. Messeguer F, Agusti-Mejias A, Pedrón Marzal G, Febrer I, Alegre V. Exóstosis subungueal, una entidad a considerar ante un nódulo en el primer dedo del pie. *Piel*. 2012; 27(4):224-5.
5. Martínez Moretón C, Arbona Jiménez C, Castro Prieto SR. Exostosis subungueal. A propósito de un caso en estadio avanzado. FMC - Form Médica Contin en Aten Primaria. 2016; 23(3):195-6.
6. Whittle C, Sánchez N, Schiappacasse G, Schonstedt V, Baldassare G. Ultrasonido en tumores óseos como hallazgo inesperado: Elementos de sospecha y caracterización. *Rev ChilRadiol*. 2015; 21(3):100-7.

Juárez Jiménez M^aV¹,
De La Cruz Villamayor JA²,
Baena Bravo AJ³

¹Médico de familia. Centro de Salud Mancha Real (Jaén)

²Enfermero Atención Primaria. Centro de Salud Alcaudete (Jaén). Graduado en Podología

³Enfermero de Área de Urgencias. Hospital Infanta Margarita de Cabra (Córdoba). Graduado en Podología

mariavillajuarezjimenez@gmail.com