

Descripción del caso presentado en el número anterior: Exostosis subungueal

Subungueal exostosis

Dra. Luciana V. Dumas^a, Dra. María M. Buján^a, Dra. Andrea B. Cervini^a y Dr. Adrián M. Pierini^a

CUADRO CLÍNICO

Paciente de sexo femenino de 15 años de edad, sin antecedentes destacables que desde hace 3 meses presenta tumoración de 1,5 x 1,5 cm en cara anterior de la falange distal del pulgar derecho, que compromete la placa ungueal desplazándola anteriormente. En el último mes la piel suprayacente presentó erosiones superficiales que evolucionaron a costras. La lesión le impedía utilizar su calzado habitual dado su tamaño y era levemente dolorosa.

Ante este cuadro clínico se realizó el diagnóstico presuntivo de exostosis subungueal (ES), un tumor óseo benigno ubicado en falanges distales, por debajo o adyacente a la uña.^{1,4} Su frecuencia es escasa, siendo los adolescentes y adultos jóvenes los más frecuentemente afectados.^{1,3,5,6} con mayor incidencia en mujeres.^{2,6} Aproximadamente el 80% comprometen el hallux^{1,6} y su patogenia no está aclarada. Se postula que puede ser una forma frustra de exostosis hereditaria múltiple, u originarse por traumatismos, anomalías teratológicas o proliferación de restos cartilagosos.^{1,3,5} Sin embargo, el factor etiológico más frecuente es la irritación aguda o crónica de la zona, que ocasionaría metaplasia cartilaginosa y mineralización ósea posterior.^{1,2,5} El roce continuo por hiperextensión de la falange distal del primer dedo (*hallux extensus*), las anomalías en la longitud del dedo, las prácticas deportivas donde la uña roza repetitivamente con el calzado, estarían involucrados.^{2,4,6}

La presentación habitual es una tumoración blanco rosada distal en el dedo, debajo del borde libre del lecho ungueal. Al crecer desplaza la uña, en ocasiones sin dañarla, adoptando la forma de un cuerno. A veces, el compromiso ungueal es importante, ocasionando onicolisis, ulceración del lecho ungueal y rara vez pérdida de la lámina ungueal.^{1-3,5} La piel suprayacente puede engrosarse o ulcerarse, simulando una hiperqueratosis localizada o verruga vulgar.¹⁻³

Habitualmente el paciente consulta por dolor en la zona, ocasionado por la presión del calzado y la morfología que adopta la uña tras la aparición de la lesión, o por infecciones asociadas.^{2,3} Las complicaciones más frecuentes son infecciones, deformidad ungueal, úlceras y la onicocriptosis ("uña encarnada").^{2,4} En ocasiones los síntomas aparecen tardíamente, motivo por el cual las tumoraciones alcanzan gran tamaño.²

a. Servicio de Dermatología. Hospital Nacional de Pediatría "Prof. Dr. Juan P. Garrahan".

Correspondencia: Dra. Luciana Dumas
lucydumas2003@yahoo.com.ar

Recibido: 6-8-09

Aceptado: 23-9-09

DIAGNÓSTICO

Siempre es necesario solicitar una radiografía con proyección dorso plantar y lateral del pie, para valorar exhaustivamente la falange distal del hallux. En lesiones incipientes, donde predomina la metaplasia cartilaginosa que es radiolúcida, puede no observarse ninguna lesión en la imagen. Si la sospecha de ES es alta, se deben reiterar las imágenes periódicamente^{1,3,5} ya que a medida que la lesión progresa, los cambios radiográficos son más evidentes. La imagen típica es una excrescencia ósea emergente de la falange distal con forma de "pico". También se observan las trabéculas óseas, con una imagen de la exostosis de menor densidad que el hueso subyacente.^{2,4} No se observa disrupción cortical, destrucción del hueso ni reacción perióstica.^{1,2,5}

Inicialmente la lesión es una metaplasia cartilaginosa con proliferación de fibroblastos contiguos al lecho ungueal. Esa proliferación contribuye al crecimiento exofítico de la lesión, mientras que más tarde el hueso maduro es el que predomina.^{1,2,6} La imagen histológica típica, consiste en una formación trabecular ósea rodeada de tejido fibrocartilaginoso.^{1,2,3,5}

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Dos son los diagnósticos que deben plantearse ante una lesión de estas características, osteocondromas^{2,3,5} y encondromas.^{1,3} Los osteocondromas son tumores óseos benignos frecuentes,² que predominan en varones³ y se localizan en la metafisis del hueso.⁴ La posibilidad de malignización es nula para la exostosis subungueal y muy baja, pero existente, para el osteocondroma.^{2,4,6} En la histología, se observa un recubrimiento a modo de cofia de cartílago hialino en los osteocondromas, mientras que la exostosis también lo tiene, pero de tejido fibrocartilaginoso.^{3,4}

El encondroma es producido por un crecimiento cartilaginoso excesivo en la cavidad medular, se adelgaza el hueso y se distiende la corteza, predisponiendo a fracturas patológicas. Puede crecer solitario en la falange distal y presentarse clínicamente como paroniquia. Su imagen de aspecto quístico radiolúcida en la radiografía es característica y muy diferente a la de la ES.^{1,3}

Otros diagnósticos diferenciales son el melanoama amelanocítico y, en la edad pediátrica, tumor de Köenen,^{2,5} tumor glómico,^{1,4} lipoma,^{3,4} fibroma,^{3,4} verruga vulgar,^{1,5} granuloma piógeno¹⁻⁵ y carcinoma espinocelular¹⁻⁴ entre otros. Las características clínicas descriptas, las imágenes radiológicas y el eventual estudio anatomopatológico de la lesión permitirán arribar al diagnóstico de ES.³

TRATAMIENTO

Consiste en la exéresis quirúrgica,^{1,2,4,5} que está indicada por dolor (compresión neurovascular o bursitis), crecimiento del tumor, dudas diagnósticas, imposibilidad de calzarse o sospecha de malignización.⁴ Debe realizarse con extracción completa de la cápsula fibrocartilaginosa para evitar posibles recidivas, que suelen ser frecuentes.^{1,4-6}

CONCLUSIÓN

La exostosis subungueal es una tumoración benigna, ubicada generalmente en el hallux, con características clínicas, radiológicas e histopatológicas bien definidas.

Es importante su reconocimiento por parte del pediatra, para la derivación oportuna al especialista. ■

REFERENCIAS

1. Dave S, Carounanidy U, Thappa DM, Jayanthi S. Subungueal exostosis of the thumb. *Dermatol Online J* 2004;10 (1):15.
2. Tüzüner T, Kavak A, Ustündağ N, Parlak AH. A painful subungueal nodule: subungueal exostosis. *Acta Orthop Traumatol Turc* 2004;38(1):71-4.
3. Moreno Collado A. Análisis clinicopatológico y terapéutico en 30 casos de exostosis subungueal. *Cir Ciruj* 2000;68:101-107.
4. Gómez Martín B, Sánchez Gómez R, Álvarez Calderón-Iglesias O. Exostosis subungueales vs. osteocondroma: importancia del diagnóstico diferencial. *Rev Int Cienc Podol* 2007;1(1)101-110.
5. Larralde M, Boggio P, Abad ME, et al. Exostosis subungueal en un adolescente de 14 años. *Arch Argent Pediatr* 2009;107(4):347-352.
6. Murphey MD, Choi JJ, Kransdorf MJ, et al. Imaging of osteochondroma: variants and complications with radiologic-pathologic correlation. *Radiographics* 2000;20(5):1407-34.

Presentación del nuevo caso clínico

En el próximo número se publicará el diagnóstico, manejo y tratamiento de este caso.

Paciente de 4 meses de edad, varón, los padres consultan porque presenta deposiciones desligadas desde una semana y vómitos los últimos dos días. Presentó dos episodios de convulsiones febriles tónico-clónicas generalizadas, de resolución espontánea; que repitió tres veces. Duraron más de un minuto.

Al ingreso se presenta pálido, reticulado, taquipneico y taquicárdico con fontanela tensa, rigidez de nuca, asimetría facial (desviación de la comisura labial derecha y disminución de la apertura palpebral del mismo lado). Perímetro cefálico por encima del percentilo 98, sin signos de otras lesiones.

La ecografía cerebral mostró aumento del líquido extraaxial, colección subdural frontoparietal bilateral de 11 mm, con engrosamiento de surcos y cisuras, sin signos de edema cerebral. Ecografía Doppler: vasos corticales desplazados hacia el parénquima confirmando colección subdural.

El análisis del LCR presentó pequeño botón hemático. cultivos en sangre y LCR: negativos. La resonancia magnética nuclear con contraste fue compatible con hemorragia subdural (Figuras 1 y 2).

El EEG fue normal. En el fondo de ojo se observó: múltiples hemorragias retinales bilaterales, que aumentaron a las 48 horas, con compromiso en la zona macular, sin edema de papila ni alteraciones de la motilidad ocular.

¿Cuál es su diagnóstico?

1. Meningitis.
2. Meningoencefalitis herpética.
3. Intoxicación por drogas.
4. Traumatismo encéfalo craneano accidental.
5. Síndrome del bebé sacudido.
6. Déficit de vitamina K.

Para poder votar ingrese a:
<http://www.sap.org.ar/archivos>

FIGURA 1. RNM en T1 donde se visualiza colecciones subdurales bilaterales



FIGURA 2. RNM en T2 donde se visualiza colecciones subdurales bilaterales

