

Crecimiento TUMORAL

*A propósito
de dos casos*



FRANCISCO
MUÑOZ PIQUERAS

Miembros de A.E.C.P. Fellow A.A.F.S.

INTRODUCCIÓN

En nuestra actividad diaria observamos patologías que por su alta incidencia nos predispone a un diagnóstico acertado y seguro. Sin embargo, la sospecha de variaciones que siempre nos debe acompañar nos defenderá de nuestra propia inercia hacia un trabajo rutinario.

IMAGEN 7



Estroma con linfocitos y células plasmáticas numerosas.

Diagnóstico morfológico: **Carcinoma epidermoide de tipo verrucoso**

Los márgenes profundos y laterales son en parte algo estrechos, por lo que sería conveniente una ampliación de la resección (**imagen 6**).

Esta variedad de tumor, bien diferenciado es de crecimiento muy lento, poca frecuencia de metástasis, que son tardías, por lo que el pronóstico es bueno con tratamiento quirúrgico adecuado. Son poco radiosensibles.

INVESTIGACIÓN BIBLIOGRAFICA

Con el diagnóstico obtenido realizamos un estudio bibliográfico encontrando los siguientes apuntes:

En pacientes VIH (+) hay una mayor incidencia de verrugas, poroqueratosis, nevos pigmentados, etc. que tienden a malignizarse.

El Carcinoma epidermoide es una neoformación maligna que deriva de los queratinocitos de la epidermis, puede constituir una placa eritematosa o una lesión papilomatosa o hiperqueratósica y en ocasiones es francamente verrucoso. Últimamente la investigación ha ido dirigida a aclarar el posible papel carcinogénico de algunos papilomavirus.

Las lesiones carcinomatosas pueden presentarse sobre úlceras crónicas y sobre tumores benignos que han sido irritados o irradiados. Sin tratamiento la lesión puede convertirse en una formación fungosa y malo-

liente. El carcinoma es maligno pero tiene una actividad similar a las neoformaciones benignas.

Con esta información, se le comunica al paciente el nuevo diagnóstico (**Imagen 7**) y las necesidades terapéuticas; acordando con él la necesidad de una nueva exéresis y control por parte de la unidad de seguimiento de seropositivos remitiéndolo a su especialista de área.

En Noviembre de 1.999 se le realiza una nueva cirugía en el servicio de Traumatología del Hospital de Mostoles. con el siguiente resultado:

Piel de región del pie ; úlcera libre de tumor en la actualidad.

En estos momentos el paciente no presenta ninguna sintomatología, la

úlcera ha epitelizado correctamente presentando la piel un aspecto queratinizado.

El paciente acudió a la última revisión a principios de este año, encontrándose la piel completamente cicatrizada y sin problemas para calzarse y para la deambulacion (**Imagen 8**).

BIBLIOGRAFIA

CAPORUSSO, Joseph M. «Soft-tissue and bone tumors». *Clinics in Podiatric Medicine and surgery*. Oct.93

ALOMAR, A. *Manual de Patología ungueal*. J. R. Proused.1994.

YALE, Irving. *Podología Médica*. Ed. Jims. 1978.

ROBBINS, Jeffrey M. *Podologia. Atención Primaria*.

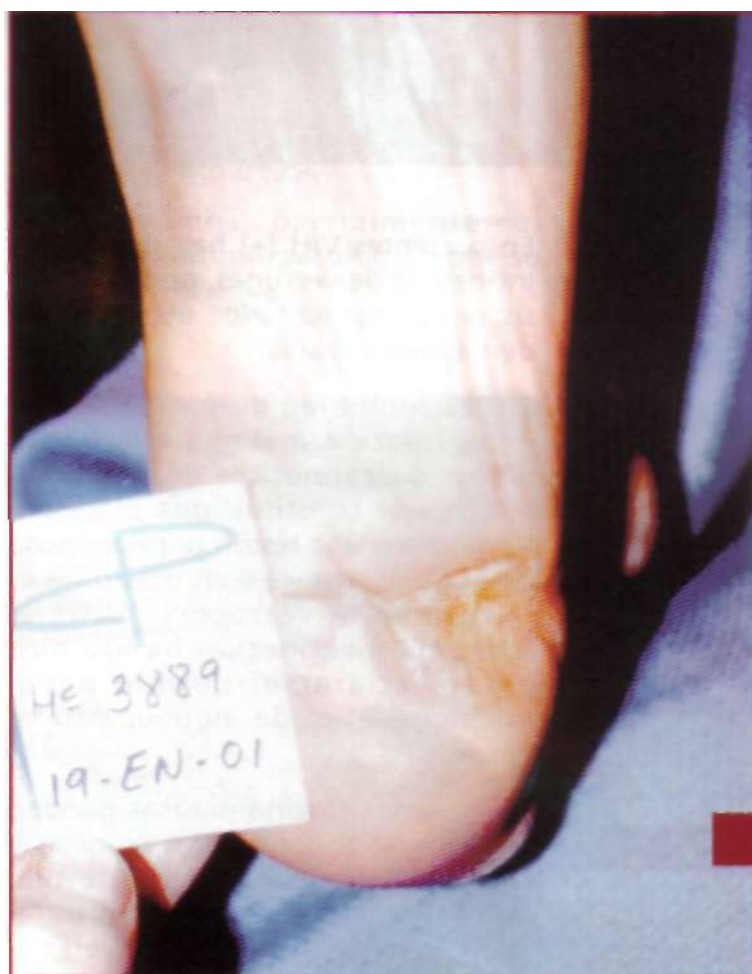


IMAGEN 8

CASO 1: NEUROMA DE MORTON

ANTECEDENTES PERSONALES

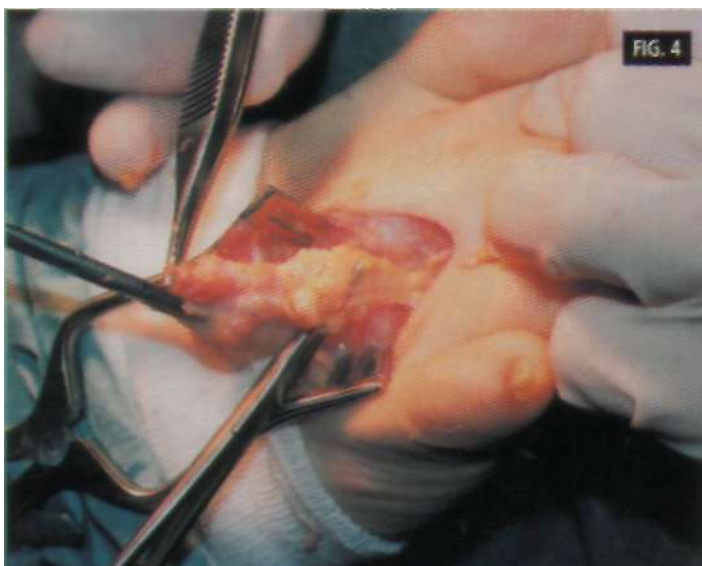
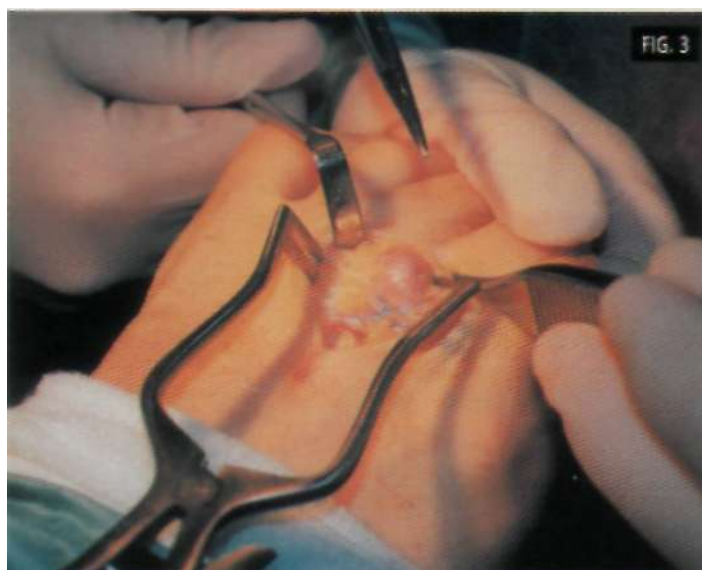
Mujer de 30 años de edad en estado de gestación con un hijo de 3 años. Resto de antecedentes personales sin interés.

MOTIVO DE CONSULTA

Sin antecedentes previos, durante el último trimestre del embarazo, comienza con un cuadro de dolor importante en el espacio intermetatarsal 3°-4°, dolor a la deambulación y al calzarse.

EXPLORACIÓN

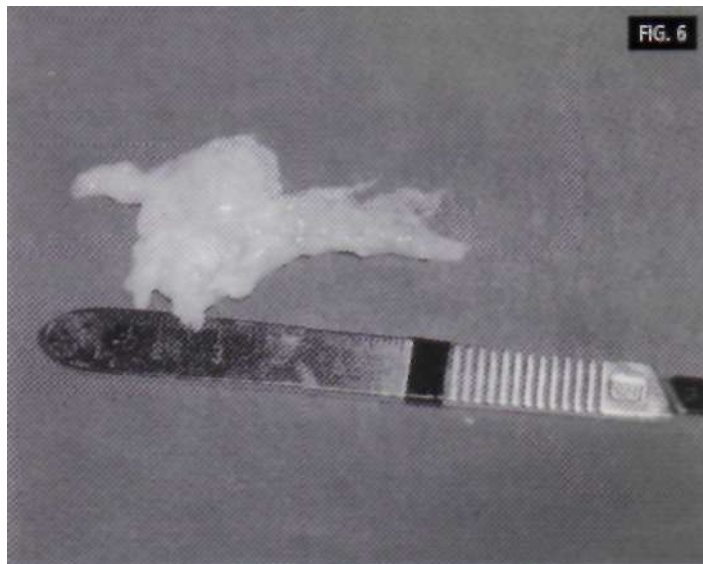
- . Pie derecho.
- . Masa prominente en dorso de espacio 3°-4° metatarsiano de consistencia elástica, depresible, dolorosa a la compresión dorso-plantar y en trayecto del nervio hasta sus ramas digitales. (Fig. 1).
- . Lesión de planos profundos no adherida a piel, móvil, y con ausencia de latido.
- . Radiográficamente no aparece afectación ósea. (Fig. 2).
- . No afectación de cadenas ganglionares.
- . Separación de dedos 3°-4°.
- . Signo de Mulder positivo. "Click" doloroso, audible y palpable a la compresión lateral de los metatarsianos.



PRESUNCIÓN DIAGNÓSTICA

Al no existir lesiones con imagen radiográfica se descarta la posibilidad de una tumoración ósea.

En función de la clínica descrita con anterioridad; ya que el dolor era el principal síntoma y en relación con la deambulación; induce a descartar que la tumoración sea de carácter maligno.



Entre el abanico de posibles tumoraciones de partes blandas de carácter benigno, se realiza el siguiente diagnóstico diferencial:

- . Xantoma: Esta tumoración es de consistencia firme y asintomática.
- . Gaglión: Se presenta en comunicación a través de un pedículo con una articulación o un tendón.
- . Lipoma: De consistencia blanda, asintomático a no ser por el roce del calzado, de crecimiento lento y superficial.
- . Neurofibroma: Suele estar adherido a piel.
- . Neuroma: En este caso la clínica se corresponde con esta lesión.

TRATAMIENTO PREVIO

Debido a su estado de gestación, se instaura tratamiento ortopodológico que alivia ligeramente el cuadro, permaneciendo en este tratamiento hasta el final del embarazo.

Ya que no evoluciona favorablemente, se programa para cirugía al finalizar el embarazo.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

Se instaura anestesia local y bajo isquemia se realiza abordaje dorsal, apareciendo a nivel subcutáneo una masa que prolapsa entre el tejido adiposo. (Fig. 3).

Realizado el desbridamiento, no se observa el ligamento intermetatarsal, ya que la masa ocupa todo el espacio y en profundidad hasta la piel en su porción plantar.

Se secciona la rama proximal sin problemas. La rama digital a 4º dedo se observa claramente, siguiéndola hasta realizar su sección. No así la rama digital a 3º dedo que se confunde con una fibrosis adherida a estructuras vecinas y al diseccionarla no se localiza. (Fig. 4).

- La pieza extraída es de forma triangular, de grosor variables, de 5 x 3 x 2 cm. de grosor.
- Sutura por planos con S.S.A. 2/0.
- Sutura subcuticular con S.A.A. 5/0.
- Vendaje compresivo.

ANATOMÍA PATOLÓGICA

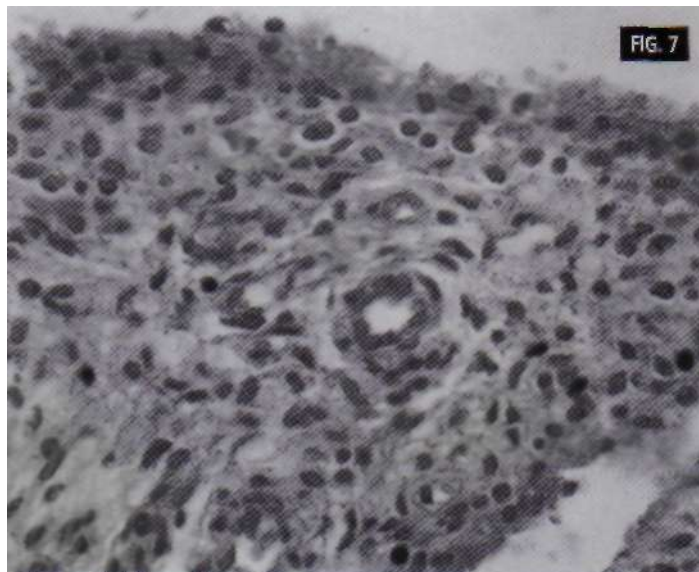
Diagnóstico morfológico: Neuroma de Morton, con fibrosis abundante secundaria. (Fig. 7).

EVOLUCIÓN

La paciente refiere un post-operatorio favorable con molestias mínimas y la desaparición de la sintomatología.

COMENTARIO

Aún cuando la sintomatología indicaba el diagnóstico de Neuroma de Morton, estaban presentes dos datos que hacían particular a este caso: En primer lugar la rápida aparición del cuadro y en segun-



do lugar el crecimiento exagerado de la tumoración.

La coincidencia de su estado gestacional, justificaba los dos datos anteriores, pero fuimos nosotros los más sorprendidos al ver las dimensiones de la formación que estábamos extirpando.

Consultando la bibliografía al respecto, no hemos podido encontrar datos relativos a un caso similar, ya que las tumoraciones descritas hablan de un tamaño que en ningún caso supera la mitad del hallado. (Fig. 5 y 6).

BIBLIOGRAFÍA

- MARCUS, S.A.: Complications in Foot Surgery.
MERCADO, O.A.: An Atlas of Foot Surgery. Vol. I
CAPORUSO, J.M.: Clinics in Podiatric Medicine and Surgery.
Oct. 93.
HETHERINGTON, V.J.: Forefoot Surgery.
DICKSON, F.: Functional Disorders of the Foot.
ROBBINS, J.M.: Podología. Atención Primaria.
YALE, I.: Podología Médica •



Crecimiento tumoral

a propósito de dos casos.

D. FRANCISCO MUÑOZ PIQUERAS

Profesor Un. San Pablo - CEU

Presentamos a continuación la segunda parte de este artículo, siguiendo con los mismos objetivos, no pasar por alto las posibles variaciones que encontramos en patologías cotidianas en nuestras consultas.

MOTIVO DE CONSULTA

Varón de 36 años que acude a la consulta con una lesión en talón del pie izquierdo, diagnosticado de papiloma plantar resistente al tratamiento.

Refiere el inicio de la lesión hace 17 años, durante el servicio militar.

Desde entonces ha recibido tratamiento en numerosas ocasiones, tra-

tamientos que han consistido en queratolíticos, crioterapia, infiltraciones siempre con resultado negativo.

Acude después de tratamiento reciente indicado por su Dermatóloga de área que ante el fracaso del tratamiento instaurado y pensando que ningún otro tratamiento será eficaz recomienda utilizar vaselina salicílica y exfoliación periódica para evitar su progresión (**Imagen 1**).



IMAGEN 1

Radiográficamente no aparecen alteraciones en el calcáneo.

ANTECEDENTES PERSONALES

VIH (+). Sin desarrollo de la enfermedad, sin tratamiento farmacológico de la misma.

Alergias: Sulfamidas. Lactosa

EXPLORACIÓN

Lesión en borde lateral-plantar de talón del pie izquierdo, de unos 3 cm. de diámetro.

Las características que la lesión presentaba eran: lesión de forma circular, elevada, circunscrita, de crecimiento exofítico; que al deslaminar sangra con facilidad. Inflamación perilesional abundante; se abre en pequeños ramilletes (haces) y desprende un olor similar al producido en las infecciones bacterianas (**Imagen 2**).

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA

Dados sus antecedentes personales, los signos y síntomas que presentaba, y el número de profesionales que le habían diagnosticado de "Papiloma plantar" fue éste también nuestra valoración diagnóstica, aunque existiesen ya motivos para considerarlo con el máximo interés, iniciándose el tratamiento.

TRATAMIENTO

Se inicia tratamiento el 14 de Abril de 1.999 consistente en curas oclusivas de periodicidad semanal con vaselina salicilica al 40%, ácido tricloracético, alternándolas con ácido nítrico con el fin de ver evolucionar la lesión.



⌘
Hº 3889
31-AGCS-99

IMAGEN 2



IMAGEN 3

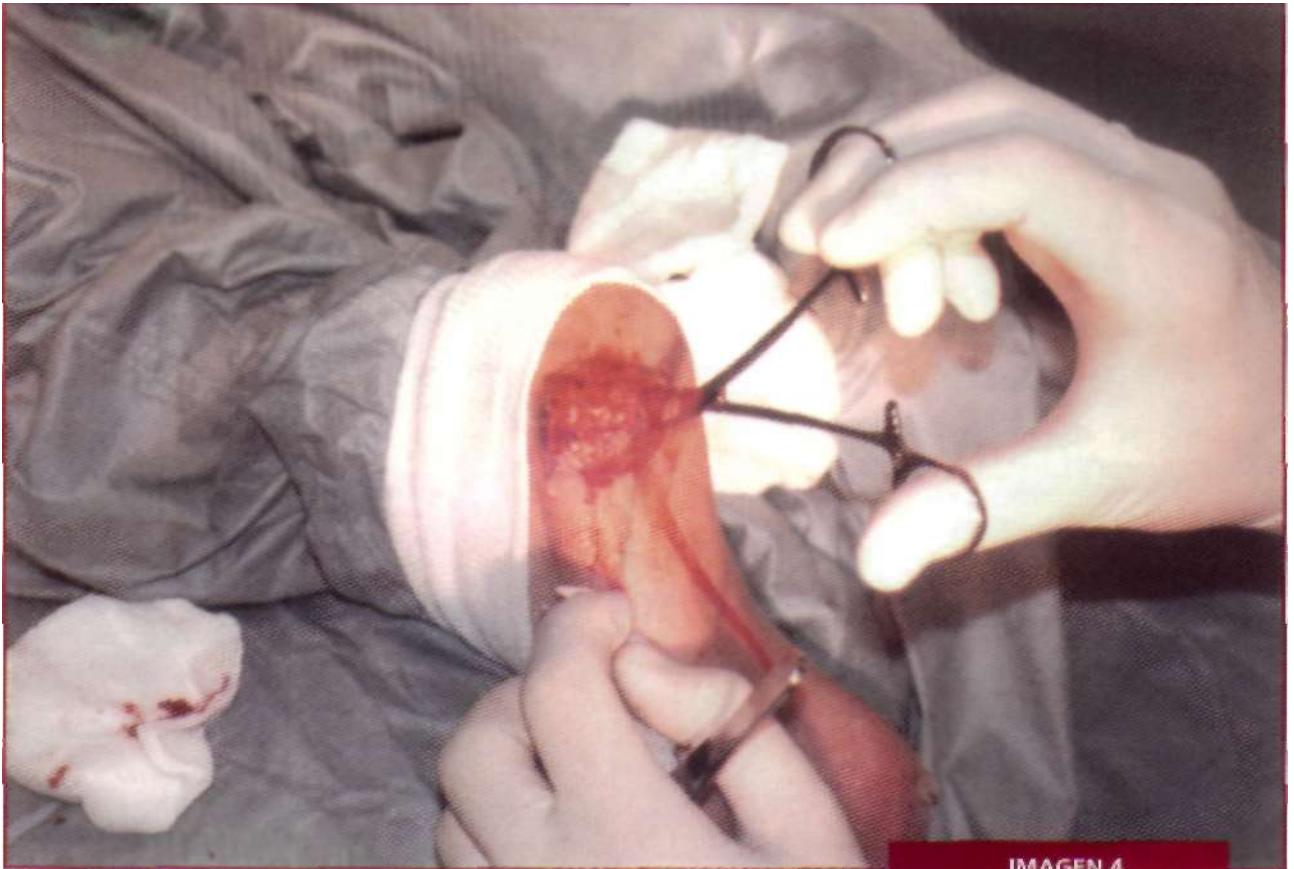


IMAGEN 4

Durante mes y medio la lesión remite ligeramente pero ya que el avance no es satisfactorio y persiste el olor sin signos de infección local ni general se realiza biopsia.

Con fecha 26 de Mayo de 1999 el estudio anatomopatológico diagnóstica:

Queratosis simple hiperqueratósica, parcialmente necrosada con proceso inflamatorio agudo secundario.

En la descripción microscópica de la pieza se encuentra; neoformación epidérmica, constituida por un epitelio pavimentoso muy grueso, con gran papilomatosis, acantosis e hiperqueratosis.

Ante el fracaso del tratamiento y bajo el diagnóstico anatomopatológico se plantea al paciente la extirpación quirúrgica de la lesión.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO (1 DE SEPTIEMBRE DE 1999)

Se instaura profilaxis antibiótica con Cefuroxima axetilo 500 mgr. cada 12 horas, 24 horas previas a la cirugía.

Bajo anestesia local troncular se realiza el desbridamiento de la lesión, que como cabría esperar con el diagnóstico de " Papiloma" de la biopsia, se separa perfectamente del fondo, observándose íntegra la capa basal de la dermis, la cual se cauteriza con bisturí eléctrico (**Imagen 3 y 4**).

Curas oclusivas con pomada enzimática y vendaje compresivo (**Imagen 5**).

Se prosigue tratamiento antibiótico con cefuroxima axetilo 500mgr. cada 12 horas durante 5 días más después de la cirugía.

La evolución postoperatoria es indolora produciéndose la granulación de la herida con normalidad.



IMAGEN 5

No se palpan ganglios inguinales.

Anatomía Patológica.

Reproducimos parcialmente el informe anatomopatológico por su interés:

Descripción microscópica:

Una parte menor es un epitelio pavimentoso muy grueso, con gran acantosis y numerosas crestas largas y gruesas y una espesa capa paraqueratósica. Sus células tienen núcleos y nucléolos algo grandes e hipercromáticos.

En el resto del material se ve un epitelio similar, de grosor variable, del que nacen, penetrando en profundidad numerosas crestas largas, gruesas, de forma variable, frecuentemente irregular, subdivididas. Muchas penetran profundamente alcanzando el plano profundo de sección y otras dejando una capa libre de tejidos blandos.

Entre ellas se ven numerosas formaciones redondeadas, ovales e irregulares. Las células son atípicas de núcleos dismórficos, hipercromáticos, grandes, de nucléolos prominentes.

Hay mitosis aumentadas en número.



IMAGEN 6