



## CARTA CIENTÍFICA

### Exostosis subungueal del pie en la infancia. Consideraciones sobre una serie de 32 pacientes

#### Subungual exostosis in childhood. Considerations on a series of 32 patients

Sra. Editora,

La exostosis subungueal es una tumoración ósea benigna que aparece en edad pediátrica y en adultos jóvenes. El crecimiento lento del hueso esponjoso de la falange distal del dedo protruye bajo la uña y genera alteraciones en su crecimiento. Clínicamente se presenta como una tumoración hiperqueratósica subungueal, dolorosa o no, con inflamación o sobreinfección en su periferia. Se presenta a nivel de los dedos del pie, generalmente en zonas de traumatismo repetido, como la falange distal del hallux o del quinto dedo<sup>1</sup>.

Su diagnóstico diferencial comprende un abanico de opciones relacionadas con la oncodistrofia, como la oncomicosis, la verruga plantar o la uña incarnata. La simple sospecha de una tumoración como origen de las alteraciones

a nivel ungueal permite agilizar el diagnóstico y su tratamiento. Una radiografía simple en dos proyecciones ortogonales, donde se aprecia el sobrecrecimiento óseo, da el diagnóstico (fig. 1).

El tratamiento común consiste en una resección bajo anestesia locorregional de la extremidad distal de la falange afecta en bloque junto con la exostosis y onicoplastia de la matriz ungueal. Se permite la deambulación desde la cirugía con reposo deportivo. Los problemas postoperatorios pueden ser la infección de la herida o la necesidad de un calzado amplio hasta retirar la sutura por confort.

Se recoge nuestra experiencia con el objetivo de proponer al pediatra un plan de actuación, reconociendo el cuadro clínico típico, las pruebas diagnósticas requeridas y la derivación terapéutica correcta. Revisamos una cohorte retrospectiva de pacientes tratados en nuestro centro entre 2000 y 2022, mediante el estudio de su historia clínica, recopilando datos sobre la localización, el tiempo hasta el diagnóstico, el número de especialistas visitados, los diagnósticos previos erróneos y el resultado anatomopatológico de la lesión. Se incluyó la puntuación obtenida tras someter a un test anónimo de satisfacción y funcionalidad posquirúrgica (escala de la *American Orthopaedic Foot And Ankle Society*) mediante llamada telefónica, donde el paciente



Figura 1 Aspecto clínico y radiográfico en dos proyecciones de una exostosis subungueal típica.

<https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2024.04.006>

1695-4033/© 2024 Asociación Española de Pediatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Cómo citar este artículo: J. Miguel Bielsa, L. Lerena Perez-Arardros, V.E. Gómez Palacio et al., Exostosis subungueal del pie en la infancia. Consideraciones sobre una serie de 32 pacientes, Anales de Pediatría, <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2024.04.006>

Tabla 1 Principales datos de los pacientes

Caso	Año del diagnóstico	Sexo	Edad (años)	Localización	Tiempo hasta el diagnóstico (meses)	Número de especialistas	Diagnóstico inicial	IQ	Complicaciones	Recidiva	Escala AOFAS
1	2022	M	7	FD V Dcho	6	3	Lesión indeterminada ungueal	EX	No	—	—
2	2022	H	9	FD I Dcho	2	3	Hiperqueratosis	EX	No	—	—
3	2022	M	14	FD I Dcho	24	4	Uña encarnada	EX	Infección HQ	—	100
4	2022	H	13	FD I Izdo	3	3	Onicodistrofia	EX	No	No	100
5	2020	H	9	FD I Dcho	12	3	Absceso	EX	No	Sí (al año)	100
6	2020	H	10	FD I Dcho	12	3	Verrugas vulgares	EX	No	No	100
7	2018	H	10	FD V Dcho	1	3	Onicodistrofia	EX	Infección HQ	No	100
8	2018	H	10	FD I Izdo	12	3	Papiloma	EX	No	No	100
9	2018	H	10	FD IV Dcho	12	3	Papiloma subungueal	EX	No	No	100
10	2018	H	9	FD I Izdo	108	2	Exostosis	EX	No	No	100
11	2017	M	10	FD V Dcho	12	3	Espolón subungueal (osificación heterotópica)	EX	No	No	100
12	2017	M	14	FD V Dcho	36	3	Verruga vulgar	EX	No	No	100
13	2017	H	7	FD I Izdo	12	2	Contusión de mala evolución	EX	Sí (distrofia ungueal)	No	100
14	2016	H	9	FD III Izdo	3	2	Exostosis	EX	No	No	100
15	2016	H	9	FD I Dcho	12	2	Exostosis	EX	No	No	98
16	2014	H	7	FD I Izdo	8	3	Verruga vulgar	EX		No	93
17	2014	M	13	FD I Dcho	6	2	Contusión de mala evolución	EX	No	No	91
18	2014	H	8	FD II Izdo	1	2	Exostosis	EX	No	No	98
19	2014	H	10	FD III Dcho	6	2	Bultoma	EX	No	No	100
20	2014	H	11	FD I Dcho	5	2	Absceso/Quiste	EX	No	No	100
21	2014	H	12	FD I Dcho	7	4	Uña encarnada	EX	Sí (uña encarnata)	No	—
22	2013	H	8	FD I Izdo	ND	—	No datos	EX	—	—	100
23	2013	M	9	FD I Dcho	3	2	Absceso	EX	No	No	NR
24	2013	H	8	FD V Izdo	12	2	Espolón subungueal (osificación heterotópica)	EX	No	Sí (al año)	100
25	2011	H	7	FD I Izdo	6	2	Papiloma subungueal	EX	No	No	93
26	2010	H	10	FD I Izdo	24	3	Papiloma subungueal	EX	No	Sí (al año)	88
27	2010	M	12	FD II Izdo	18	3	Papiloma subungueal	EX	Sí (3 meses)	No	100
28	2008	M	10	FD I Dcho	3	1	Exostosis (en seguimiento por otro diagnóstico)	EX	No	No	NR
29	2007	H	8	FD I Dcho	12	2	Verruga plantar	EX	No	Sí (2 años)	100
30	2006	M	14	FD I Dcho	6	3	Diagnóstico inicial	EX	No	Sí (2 años)	100
31	2006	M	8	FD II Dcho	12	Número especialistas	Lesión indeterminada ungueal	EX	No	No	100
32	2005	H	11	FD I Izdo	8	3	Hiperqueratosis	EX	No	No	100

EX: exéresis-onicoplastia; FD: falange distal, y en números romanos, dedo afecto; HQ: herida quirúrgica; —: sin datos.

(o padres en menores de edad) consintieron de forma verbal a participar en el estudio.

En una tabla anonimizada se recogieron los datos de 32 pacientes estudiados (tabla 1). Predominó el sexo masculino, el lado derecho y el primer dedo, con una edad media en el momento de la intervención de 9,88 años. Se observó una demora media de 13,02 meses hasta la derivación a Traumatología y el diagnóstico definitivo.

En la encuesta realizada de manera telefónica se obtuvieron 27 respuestas, que representan el 84,37% de los pacientes registrados. El resultado medio fue de 98,55 (sobre 100), reflejando la correcta evolución clínica en la gran mayoría de los pacientes. Ningún paciente presentaba dolor. Cinco reflejaron alteraciones estéticas del posterior desarrollo ungueal que no alteró la funcionalidad ni la satisfacción tras la cirugía. Todas las piezas resecaadas se diagnosticaron como un osteocondroma compuesto por un tejido de proliferación osteocondromatosa parostal bizarra<sup>2</sup>.

El osteocondroma representa el 33,4% de los tumores benignos del esqueleto y el 10,1% de todos los tumores óseos. Cuando se afecta la falange distal los osteocondromas se localizan con más frecuencia a nivel de los dedos del pie<sup>3</sup> y la afectación subungueal es más frecuente, generalmente en niños y en adolescentes, con una ratio varón mujer de 2:1. Aparecen con más frecuencia a nivel del primer dedo, le sigue en frecuencia el quinto dedo, y generalmente son lesiones únicas<sup>4</sup>. Se ha considerado como un tumor congénito, de muy pequeñas dimensiones en el momento del nacimiento<sup>5</sup> y que su desarrollo condicione el hacerse evidente en la edad pediátrica. Las exostosis subungueales son principalmente distales y su cortical se continúa con la de la propia falange<sup>6</sup>. A pesar de un diagnóstico y tratamiento final correctos, el tiempo desde la primera asistencia en atención primaria hasta la visita con el traumatólogo fue prolongado, con una media de más de un año.

La exostosis subungueal es una patología a tener en cuenta en las consultas de atención primaria de Pediatría. Por las alteraciones ungueales que conlleva, por sus características morfológicas o por el simple desconocimiento de la patología en sí, puede condicionar una demora diagnóstica, con implicación de varios especialistas, si no existe una adecuada sospecha diagnóstica inicial. Ante su conocimiento y sospecha, basta con realizar una radiografía simple del dedo lesionado en dos proyecciones para confirmar el diagnóstico. Una vez diagnosticado, su derivación a Traumatología facilita el tratamiento temprano, con resultados clínicos y estéticos satisfactorios. Las características benignas de la lesión hacen que el seguimiento de esta patología sea relativamente corto (un mes aproximadamente hasta recuperar la actividad habitual, con recomendación de acudir a revisión posterior si precisa), logrando de manera precoz una resolución del cuadro clínico.

## Financiación

Ninguna financiación que declarar.

## Conflicto de intereses

No se declara ningún conflicto de intereses relevante para el desarrollo de este estudio.

## Agradecimientos

A la sección de Traumatología Infantil del Hospital Universitario Miguel Servet y a su buen hacer en la contribución con el servicio de Pediatría del Hospital Materno Infantil de Zaragoza.

## Bibliografía

1. Yousefian F, Davis B, Browning JC. Pediatric subungual exostosis. *Cutis*. 2021;108:256-7 [consultado 2 Dic 2022]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35100532/>
2. Rana P, Duhan A, Verma S, Siwach R. Bizarre parosteal osteochondromatous proliferation of phalanx. *Indian J Pathol Microbiol*. 2013;56:71-2 [consultado 2 Dic 2022]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23924570/>
3. Tritto M, Mirkin G, Hao X. Subungual exostosis on the right hallux. *J Am Podiatr Med Assoc*. 2021;111 [consultado 2 Dic 2022]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35294159/>
4. Chiheb S, Slimani Y, Karam R, Marnissi F, Hali F. Subungual exostosis: A case series of 48 patients. *Skin Appendage Disord*. 2021;7:475-9 [consultado 2 Dic 2022]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34901179/>
5. Ricardo JW, Chikeka I, Umans H, Lipner SR. Subungual osteochondroma in a pediatric patient. *Dermatol Surg*. 2021;47:886-7 [consultado 2 Dic 2022]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34029259/>
6. Lee SK, Jung MS, Lee YH, Gong HS, Kim JK, Baek GH. Two distinctive subungual pathologies: Subungual exostosis and subungual osteochondroma. *Foot Ankle Int*. 2007;28:595-601, <http://dx.doi.org/10.3113/FAI.2007.0595>.

Javier Miguel Bielsa<sup>a,\*</sup>, Luis Lerena Perez-Arardros<sup>a</sup>, Victoria Eugenia Gómez Palacio<sup>a</sup>, Isabel Parada Avendaño<sup>a</sup> y Jorge Gil Albarova<sup>a,b</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología, Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, España

<sup>b</sup> Facultad de Medicina, Universidad de Zaragoza, Zaragoza, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [jdemiguelbielsa@gmail.com](mailto:jdemiguelbielsa@gmail.com) (J. Miguel Bielsa).