

DOCTOR, ¿Y ESTE BULTO QUE TENGO EN EL PIE? TARSAL BOSS O GIBA TARSIANA. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Perera Fernández de Pedro, S.; De la Esperanza Rubio, J., Rapicano Rico, A.; Suárez de Andrés, C.; Bartolomé García, S.

Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del Hospital Universitario Puerta de Hierro de Majadahonda



OBJETIVOS

El tarsal boss o giba tarsiana es una patología relativamente frecuente consistente en la aparición de una prominencia en el dorso del pie y que puede suponer un desafío diagnóstico para el traumatólogo que no la conozca.

El objetivo de nuestro trabajo es dar a conocer esta entidad para incluirla en el diagnóstico diferencial de las tumoraciones en el dorso del pie.

MATERIAL Y METODOLOGÍA

Mujer de 88 años que acude derivada desde su Médico de Atención Primaria para valoración de tumoración en el dorso del pie derecho de 8 años de evolución.

Se trata de un bultoma no doloroso y que no ha sufrido cambios en el tiempo. Como única sintomatología, presenta molestias con determinado tipo de calzado.

A la exploración física se objetiva una giba en el dorso del tarso, no dolorosa a la palpación, no móvil, que parece depender de una protrusión medial del escafoides. El rango articular del tobillo es completo.

Se solicitan radiografías en las que únicamente se objetiva artrosis del tarso, por lo que es diagnosticada de tarsal boss o giba tarsiana.

RESULTADOS

Dada la edad de la paciente, la benignidad del cuadro y la ausencia de dolor, se decide no solicitar más pruebas complementarias y llevar a cabo tratamiento conservador. Medio año después, y tras haber cambiado de calzado habitual, se encuentra completamente asintomática y tranquila en lo referente a las implicaciones de su tumoración.

CONCLUSIONES

El tarsal boss o giba tarsiana es una entidad relativamente frecuente entre la población, por lo que puede representar un motivo de consulta en cualquier centro, y que puede suponer un desafío para el traumatólogo que no la conozca. Ante dicho hallazgo, se pueden solicitar pruebas complementarias como resonancia magnética, TC o ecografía, pues las proyecciones radiológicas habituales pueden no ser contributivas al diagnóstico, debido a la superposición de estructuras. En el caso de pacientes de avanzada edad, con cuadros sin signos de alarma, y que no presenten dolor, el tratamiento conservador debe ser la actitud inicial. Si el paciente no cumple alguno de estos requisitos, deberá llevarse a cabo un estudio más profundo para la caracterización adecuada de la lesión.

