



CARPO GIBOSO

A PROPÓSITO DE UN CASO

Orenga Montoliu, S; Hurtado Oliver, V; Moreno García, Ml.
HOSPITAL FRANCESC DE BORJA, GANDIA

INTRODUCCIÓN

El carpo giboso es una entidad poco frecuente, se trata de una protuberancia ósea localizada en el dorso de la mano, en la articulación carpo-metacarpiana del 2º y 3er metacarpianos, hueso grande y trapezoide, habitualmente asintomática.



CASO CLÍNICO



Presentamos un paciente varón de 23 años, profesor de gimnasia, remitido para valoración de una tumoración de consistencia indurada en el dorso de la mano derecha. Refiere un aumento de tamaño de la misma, con dolor progresivo de 4 semanas de evolución.

EXPLORACIÓN FÍSICA

Se aprecia una tumoración fija a nivel de la articulación carpo metacarpiana, dolorosa a la palpación, en contacto directo con los tendones extensores del 2º dedo. Test de estrés positivo.



PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

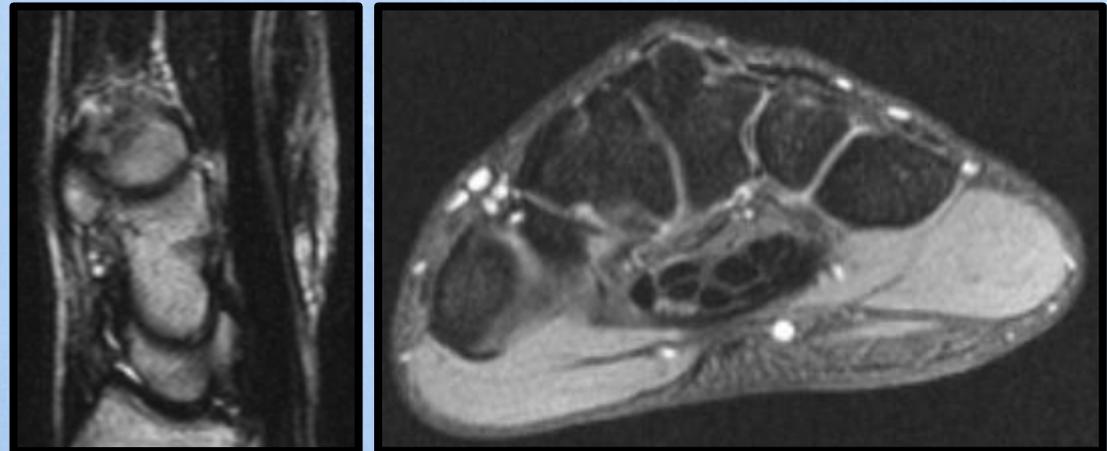
RX

En el estudio radiográfico, se aprecia una tumoración ósea entre las bases de 2º y 3er MTC.



RMN

Vemos una imagen de hueso supernumerario del dorso de la mano, situado entre el hueso grande y la base de los metacarpianos segundo y tercero. La imagen corresponde a un hueso estiloideo, que produce una pequeña protuberancia en el dorso de la mano de 13x7mm.





TRATAMIENTO

El paciente es intervenido, procediéndose a la realización de una periostotomía y regularización de la protuberancia, dando lugar a una desaparición de la deformidad y mejoría sintomática del enfermo.





DISCUSIÓN

El carpo giboso presenta una incidencia del 2%, más frecuente entre 2º y 3º metacarpianos en un 94%. Encontramos una mayor incidencia entre los 25-30 años, en la mano dominante y predominantemente varones. Siendo asintomáticos de un 0,3 a un 3% de los casos.

El dolor aparece tras sufrir un traumatismo en la zona, o debido al estrés mecánico por causas laborales o deportivas. El dolor es variable, aumenta con la flexión palmar de la muñeca y suele estar asociado a tumefacción dorsal, impotencia funcional o una sensación de resorte tendinoso del ERC.

Para confirmar el diagnóstico es fundamental la proyección lateral oblicua, mediante supinación de 30º y desviación cubital de 20º. Se recomienda la realización de una RMN para confirmar fenómenos inflamatorios y valorar las lesiones.

En caso de ser sintomáticos, se recomienda una primera fase de tratamiento conservador mediante AINEs, inmovilización y rehabilitación. En casos de dolor persistente, el tratamiento de elección es la resección de la exóstosis con buenos resultados funcionales.

BIBLIOGRAFÍA

1. Clarke AM, Wheen DJ, Visvanathan S, Herbert TJ, Conolly WB. The symptomatic carpal boss. Is simple excision enough? J Hand Surg Br. 1999; 24(5): 591-5
2. Maquirriain J, Ghisi J. Acute os styloideum injury in an elite athlete. Skeletal Radiol. 2006; 35: 394-396
3. Mayayo E, Soriano AP, Martínez G. Carpo gibosos sintomático debido a hueso estiloideo: diagnóstico por imagen. Rev esp cir ortop traumatol. 2009; 53: 405-409
4. Park MJ, Namdari S, Weiss AP. The carpal boss: Review of Diagnosis and Treatment. J Hand Surg (AM). 2008; 33:446-9
5. Tielliu IFJ, Van Wellen PAJ. Carpal boss caused by an accessory capitate. Case report. Acta Orthop Belg. 1998; 64: 107-108.