

DOCTOR, ¿Y ESTE BULTO QUE TENGO EN LA MANO? CARPAL BOSS O GIBA CARPIANA. A PROPÓSITO DE UN CASO.

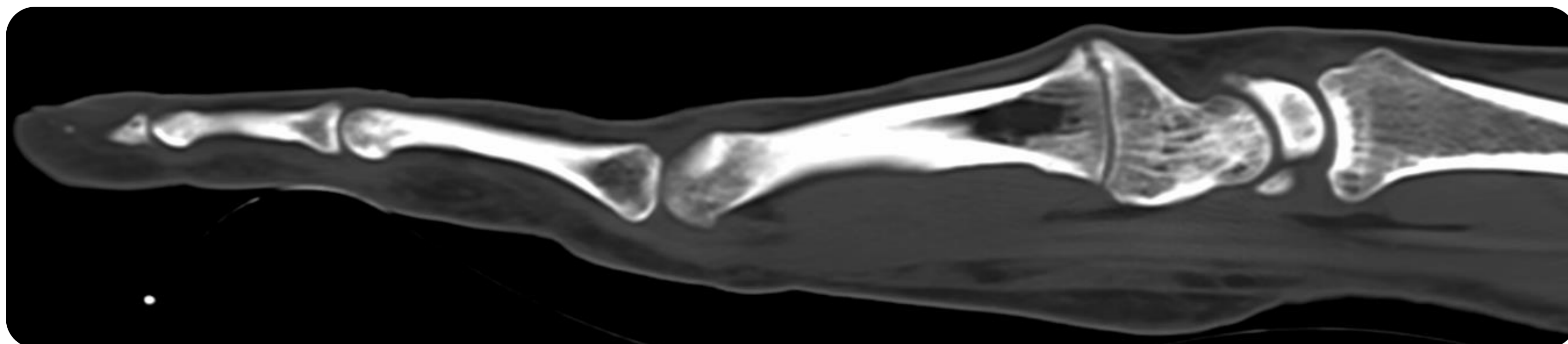
Perera Fernández de Pedro, S.; De la Esperanza Rubio, J.; García Cantarero, M.; Frascella Bracho, N. C.; Bartolomé García S.

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

OBJETIVOS

El carpal boss o giba carpiana es una patología poco frecuente consistente en una prominencia ósea en la región dorsal del carpo localizada en la segunda o tercera articulación carpometacarpiana y que puede suponer un desafío diagnóstico para el traumatólogo que no la conozca.

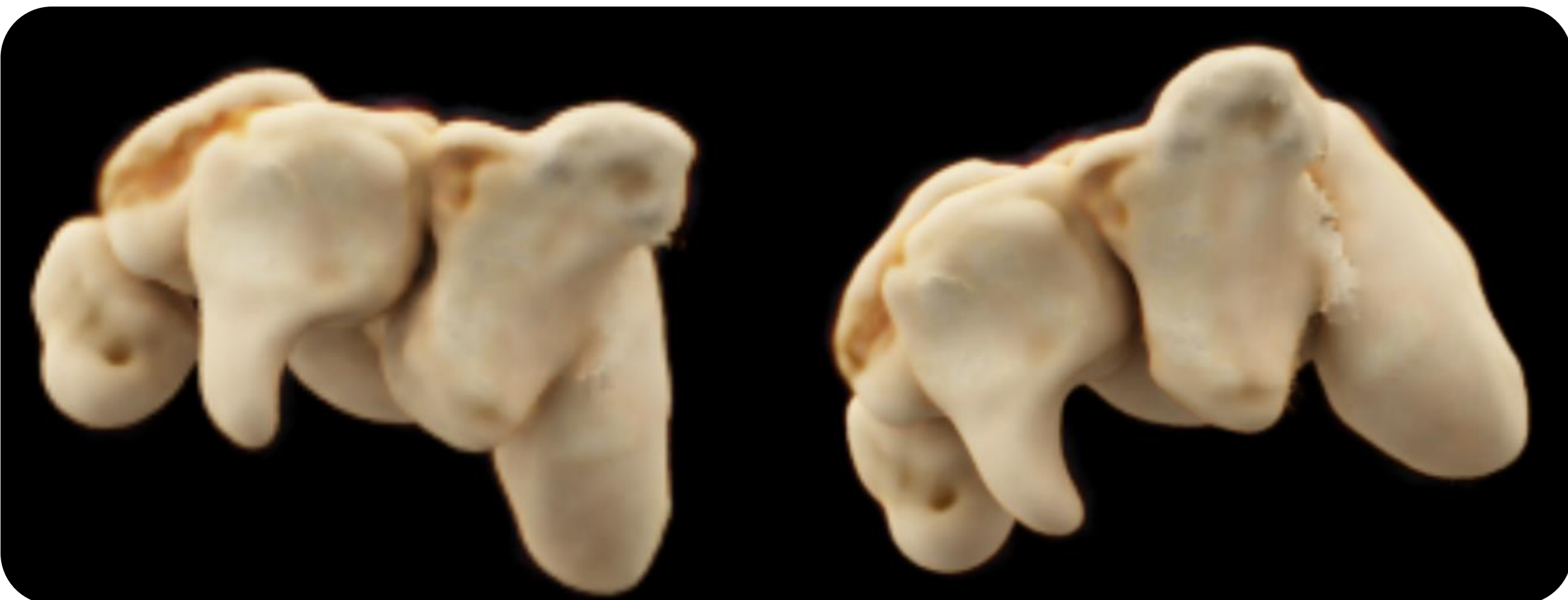
El objetivo de nuestro trabajo es destacar la importancia de incluir el carpal boss en el diagnóstico diferencial de las tumoraciones dorsales de la mano y su abordaje diagnóstico y terapéutico.



MATERIAL Y METODOLOGÍA

Varón de 36 años que derivado desde Atención Primaria para valoración de una tumoración dorsal indolora en la mano derecha de 14 años de evolución. A la exploración física se palpa una giba en el dorso de la mano, no dolorosa y de consistencia ósea. El rango articular de la muñeca es completo.

Las radiografías y la tomografía computerizada (TC) muestran una exóstosis ósea en la base del tercer metacarpiano, fusionada con el margen dorsal del hueso grande en su polo distal, por lo que se confirma el diagnóstico de carpal boss o giba carpiana.



RESULTADOS

Dados el carácter benigno de la lesión y la ausencia de dolor, se opta por mantener actitud conservadora.

Tres años después, el paciente continúa completamente asintomático y lleva a cabo sus actividades de la vida diaria sin ningún tipo de repercusión funcional.

CONCLUSIONES

El carpal boss o giba carpiana es una entidad poco frecuente, pero que debe ser considerado en el diagnóstico diferencial de las tumoraciones dorsales de la mano.

La radiografía es clave para su identificación y el TC puede ser útil para completar el estudio. El diagnóstico diferencial debe incluir gangliones, osteofitos dorsales generados por patología degenerativa, avulsiones tendinosas, patología inflamatoria o tumores óseos o de partes blandas.

En los casos de pacientes con esta patología y que no presenten sintomatología ni signos de alarma, el tratamiento conservador debe ser la actitud inicial, dejando las infiltraciones con corticoides o la cirugía para los casos refractarios.



CONGRESO
SECOT 62
MADRID

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA