

PRESENTACION DE ENFERMOS

Tarso giboso

Por el Dr. A. D. Maisonnave

Este soldado de caballería, de 22 años, de edad ingresa el 3 de Setiembre de 1942 al Hospital Militar Central por una tumoración del dorso del pie izquierdo colocada a la altura de la unión de primera cuña con el 1er. metatarsiano, que la nota hace aproximadamente 45 días. Comenzó a sentir que le molestaba en especial cuando estaba mucho tiempo parado o sentado, encontrando alivio durante la marcha. La equitación no le molestaba. Sentía además dolor y sensación de quemadura, teniendo que quitarse la bota para calmarse.

La tumoración fué aumentando paulatinamente de tamaño y además la piel que se encontraba sobre ella fué espesándose, como si "fuera un callo".

Ultimamente las molestias fueron más marcadas y tuvo que cortar la parte superior de la zapatilla para poder usarla.

Niega el enfermo todo traumatismo en esa región, así como sífilis y blenorragia. No hay antecedente familiar al respecto.

El examen general no indica ninguna anormalidad. A la inspección del *pie izquierdo* se encuentra como Vds. ven, una tumoración colocada en la cara dorsal, borde interno, a la altura de unión de 1ª cuña con el 1er. metatarsiano del tamaño de una aceituna de forma ovoide alargada en el sentido ántero-posterior. La piel que la recubre presenta una coloración tirando a violácea de aspecto queratósico. No hay valgus ni otras deformaciones del pie.

A la palpación no hay cambio de temperatura local. La tumoración es dura, de dureza igual al tejido óseo, haciendo cuerpo con el hueso. La piel rueda por encima, como si entre ella y la tumoración existiera una bolsa serosa; es gruesa y dura.

No hay adenopatía regional ni inguinal.

En el *pie derecho* se encuentra a la misma altura que en el lado izquierdo una prominencia, que el enfermo nunca había notado, indolora, con cambio de color de la piel, sin aumento de temperatura local, de dureza ósea, haciendo cuerpo con el hueso profundo, siendo su tamaño mucho más reducido que la del pie izquierdo.

La radiografía de perfil del pie enfermo nos muestra en el dorso de la 1ª cuña y en la extremidad proximal del 1er. metatarsiano una prominencia pequeña, dividida en dos por el interlíneo articular, que esboza un pico de loro semejante a los que se ven habitualmente en los cuerpos vertebrales, en la espondilosis.

Llama la atención que la imagen radiográfica parece discordante en tamaño con la lesión que da la clínica; quiero decir: que lo que se ve y se palpa es mucho más grande que lo que da la imagen radiográfica.

Estamos pues frente al caso de una dolencia que hoy en día se considera con el nombre de "tarso giboso", afección que ha tomado derecho de ciudadanía de entidad patológica desde hace poco más de diez años, englobada hasta entonces en el conglomerado difuso de la exóstosis.

El primero que la describió como tal fué Nilo Silfverskiöld en 1930, en el Acta Quir. Escandinávica, denominándola "Pseudo exóstosis dorsal de la circulación metatarso-cuneana". La localiza en la parte dorsal de la articulación de la 1ª cuña con el 1er. metatarsiano, y que generalmente va acompañada de cierto grado de valgus del pie. Considera que es más frecuente de lo que parece.

Después se ocupan de ella extensamente los alemanes (Schlutze-Gocht, Høglund, Mandry, etc.).

En la Argentina el Profesor P. Chutro describe un caso en su libro póstumo "Lecciones de Clínica Quirúrgica" con el nombre de "Corcova del tarso", pues considera que el término giba debe reservarse para denominar la cifosis pótica.

Los Drs. Marcelo J. Fitte y Orlando Natiello, en la sesión del 29 de abril de 1942 de la Academia Argentina de Cirugía hacen una comunicación con tres casos de estas exóstosis que denominan "tarso giboso" por extensión al pie del nombre dado por M. J. Fiolle a la deformación homóloga de la mano.

Se describe clínicamente como tarso giboso a una prominencia ósea formada a expensas de la 1ª cuña y del 1er. metatarsiano que tiene generalmente la piel que la recubre espesada y endurecida, vale decir, queratósica, habiendo frecuentemente subyacente a élla una bolsa serosa que permite su fácil deslizamiento sobre la eminencia ósea, y que es capaz de inflamarse y producir dolor a su nivel.

Como se ve es un proceso localizado muy semejante al hallus

valgus, lo que ha hecho que Chutro también la denominara con el exacto y gráfico nombre "juanete del dorso del pie".

Esta afección tiene su homóloga en el carpo, estudiada por los franceses a partir del autocasos presentado por M. J. Fiolle a la Sociedad Nacional de Cirugía de Francia, que consta de una eminencia ósea localizada siempre en un mismo sitio, en la encrucijada del trapecoides, hueso grande y II y III metacarpiano, a la que Fiolle denominó con el nombre de "carpo giboso".

Como causa predisponente a esta afección se encuentra generalmente un dorso del pie elevado, lo que es conocido por los zapateros con el nombre de "empeine alto"; esto, agregado al roce del cuero del zapato o de la bota, hacen que esta irritación continua determine una proliferación e hiperproducción osteoperióstica.

Como Vds. ven, el dorso del otro pie es muy alto y presenta un esbozo de prominencia, que es indolora a la misma altura que la del pie enfermo, no habiendo sido notada por este soldado.

Se ha querido invocar también como causa determinante a un traumatismo actuando por tironamiento brusco de los ligamentos dorsales y del tendón tibial anterior, tironamiento que produciría arrancamiento de pequeñas partículas osteoperiósticas que se pondrían a proliferar, produciendo así la exóstosis que caracteriza esta enfermedad.

Como tratamiento de este caso diremos que dado el tamaño de la exóstosis, la existencia segura de una bolsa serosa factible de inflamarse frecuentemente y dada la índole de la profesión de este enfermo, no cabe más que la resección de la exóstosis a escoplo y a martillo.

En otros casos que estas razones no pesan, el uso de calzado especial: sandalias, zapato escotado, acompañado de reposo, calor, diatermia, etc., quizá fuera suficiente para dar una curación clínica.