

SD. TÚNEL DEL TARSO SECUNDARIO A GANGLIÓN

A propósito de un caso

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El síndrome del túnel del tarso es una **neuropatía** relativamente poco frecuente que implica al **nervio tibial posterior** o alguna de sus ramas a nivel del **retináculo flexor**, en la cara medial del tobillo. Suele producirse por causa compresiva.

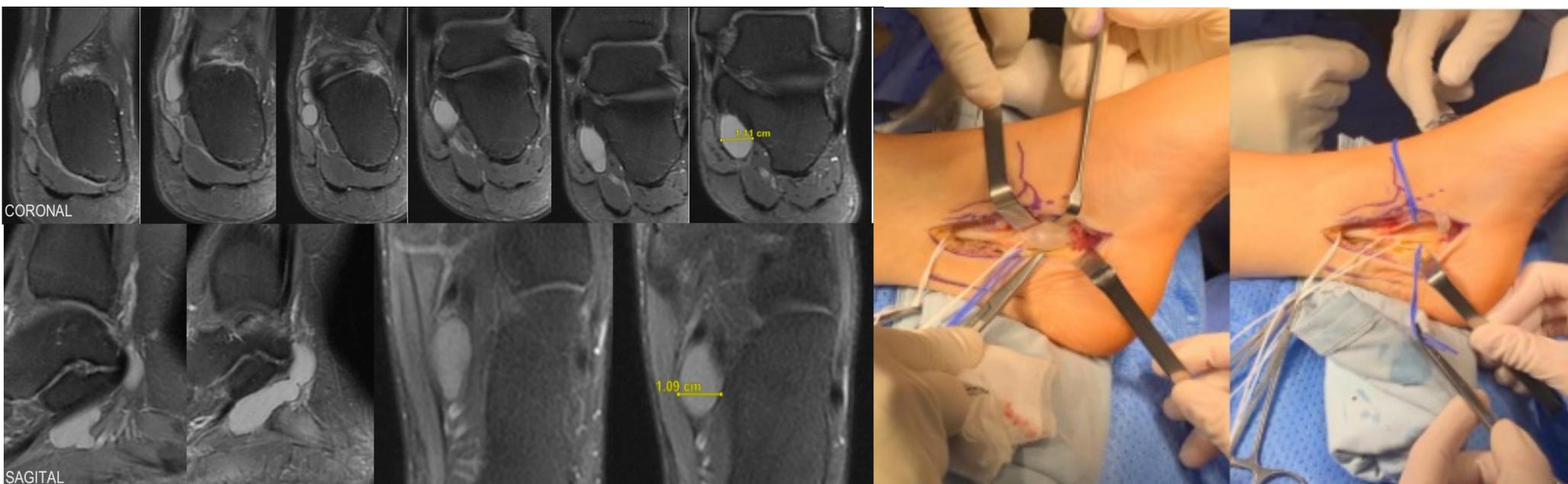
Los **quistes ganglionares** son lesiones benignas llenas de líquido con una pared fina. La localización en el **pie y el tobillo** es poco frecuente (11%) y son la causa del síndrome del túnel del tarso hasta en el **8% de los casos**.

El objetivo de este trabajo es describir una forma inusual de presentación del síndrome del túnel del tarso, a propósito de un caso diagnosticado en nuestro centro.

MATERIAL Y MÉTODOS

Mujer de 19 años sin antecedentes de interés, con dolor en región medial del tobillo izquierdo progresiva. Realiza **atletismo** como deporte habitual.

A la exploración presenta parestesias en el primer dedo del pie al presionar el retináculo flexor, signo de Tinnel positivo, test de provocación positivo y reproducción de la clínica al flexionar el primer dedo.



RESULTADOS

- **EMG:** compromiso axonal del nervio tibial posterior y denervación del abductor hallucis.
- **RMN:** **ganglión** en el recorrido del tendón del **flexor largo del primer dedo** por el **túnel tarsiano** de 4,4cm y 11x11mm.

Diagnóstico: síndrome del túnel tarsiano secundario a ganglión del tendón del flexor largo del primer dedo.

Tratamiento: quirúrgico mediante **exéresis de la lesión**, liberando el túnel tarsiano. El análisis anatomopatológico muestra una lesión quística mucoide, compatible con un ganglión. La evolución posterior es buena, la paciente no presenta ninguna sintomatología y camina sin dolor.

CONCLUSIONES

Tanto el **retináculo flexor**, como la fascia del abductor del hallux son áreas estenóticas que pueden generar esta patología. Algunas causas relacionadas con la aparición de estos gangliones son: contusiones directas, calzado inadecuado y **deportes con hiperdorsiflexión** del pie.

El tratamiento de inicio es conservador. La escisión quirúrgica se recomienda especialmente cuando existen síntomas importantes o no mejora. Consiste en una descompresión quirúrgica abierta del retináculo flexor. La tasa de recidiva es de en torno al **5%**.