

HOSPITAL GENERAL DOCENTE "MÁRTIRES DEL 9 DE ABRIL"
SAGUA LA GRANDE, VILLA CLARA

INFORME DE CASO

ENFERMEDAD DE KÖHLER. PRESENTACIÓN DE UN PACIENTE.

Por:

Dr. Lázaro M. Martínez Estupiñán¹ y Dra. Nancy Delgado Espino²

1. Especialista de I Grado en Ortopedia y Traumatología. Instructor. ISCM-VC. Filial de Sagua La Grande. VC.
2. Especialista de I Grado en Radiología. Asistente. ISCM-VC. Filial de Sagua La Grande. VC.

Descriptor DeCS:
OSTEOCONDRIITIS

Subject headings:
OSTEOCHONDRITIS

La enfermedad de Köhler, también considerada como una osteocondritis del núcleo de crecimiento del escafoides tarsiano, es una enfermedad rara que afecta a los niños y niñas entre los tres y los 12 años¹; es generalmente unilateral, muy raras veces bilateral². El niño es traído a consulta por sus padres, ya que presenta dolor en la región dorsal del pie; a menudo existe tumefacción, calor y una llamativa cojera apoyada en la cara externa del pie.

El núcleo de crecimiento del escafoides tarsiano aparece hacia los tres años de edad; inicialmente éste está constituido por tres núcleos de osificación, los que posteriormente se fusionan. La causa de esta enfermedad obedece generalmente a trastornos de la vascularidad del núcleo, debido a microtraumas repetitivos, estrés de la región del tercio medio del pie o ambos^{1,3,4}. Es muy importante recalcar que el escafoides es el vértice del arco interno del pie, por lo que es muy vulnerable a las lesiones.

Presentación del paciente:

Niño de cinco años de edad, con piel blanca y antecedentes de salud, que es traído a la consulta de Ortopedia Pediátrica del Policlínico "Mártires del 8 de Abril" en el municipio Quemado de Güines; fue tratado con anterioridad por su médico de familia con analgésicos y antibióticos, pues presentaba hace dos semanas y media dolor intenso en el dorso del pie, que se acompañaba de tumefacción y calor local; debido a que no mejora, y en estas mismas condiciones, es traído a nuestra consulta.

Al interrogar a los padres, nos refieren que el niño es muy intranquilo y travieso, pero no existen antecedentes de trauma a ese nivel; tampoco presentó fiebre. El dolor se alivia con el reposo, y estaba cojeando dos semanas antes de este cuadro agudo, pero no le dieron importancia. El niño expresa que no se ha golpeado el pie desde hace tiempo.

Al examen físico encontramos edema moderado en el dorso del pie, la marcha descalzo la realiza sobre la cara externa del pie afectado; al marchar descalzo sobre la punta de los pies el dolor aumenta, y disminuye al caminar sobre los calcañales; existe enrojecimiento discreto, y al palpar la zona del dorso del pie, manifiesta dolor.

Indicamos varios complementarios, entre ellos: hemoglobina, eritrosedimentación, leucograma, los cuales resultaron negativos; indicamos también rayos X de ambos pies, donde encontramos

anomalía del escafoides tarsiano del pie izquierdo, el cual se encuentra disminuido de tamaño, achatado y esclerótico con respecto al del lado contralateral (Figura), lo cual nos hizo pensar rápidamente en el diagnóstico de osteocondritis del escafoides tarsiano o enfermedad de Köhler.



Figura Rayos X de ambos pies donde se observa la diferencia entre ambos escafoides tarsianos: el izquierdo, achatado y esclerótico, presenta la tumefacción de partes blandas.

Se le impuso tratamiento médico, analgésico, inmovilización por seis semanas, y se le prohibió la práctica de ejercicios físicos por un período de seis meses; mejoró totalmente su cuadro en un tiempo de 20 meses, y fue seguido por consulta durante tres años, sin que presentara recidiva de la lesión.

Comentario

Las enfermedades de los niños en nuestro país son escasas, entre ellas las osteocondritis, mucho más raras las específicas del escafoides tarsiano⁵; el diagnóstico de esta enfermedad debe discutirse particularmente con osteomielitis por micosis, osteomielitis atenuadas por tuberculosis y la fiebre tifoidea; también con las tendinitis de los extensores de los dedos del pie, generalmente postraumática, o por el uso de calzado mal ajustado. La base del diagnóstico no sólo es radiológica, sino que se debe precisar bien todos los síntomas y signos clínicos.

En los casos discretos, sólo se prescribe reposo relativo y la prohibición del deporte o los juegos intensos; en los más agudos y dolorosos está indicado el uso de inmovilización con yesos por un tiempo de cuatro a seis semanas, con posterior prohibición del deporte. Es llamativa y sorprendente la curación perfecta de los pacientes que sufren este tipo de enfermedad, si llevan un tratamiento adecuado.

Los procedimientos invasivos sobre el escafoides tarsiano afectado por osteocondritis son excepcionales; consideramos que las perforaciones no son necesarias, ya que la evolución normal de la enfermedad conduce a la curación total del niño.

Referencias bibliográficas

1. Barnett Ferguson A. Afecciones del pie. En: Cirugía ortopédica en la infancia. Barcelona: Jims; 1968. p. 71-3.
2. Tirikos AI, Riddle EC, Krusse R. Bilateral Köhler's disease in identical twins. Clin Orthop 2003; (409):195-8.
3. Dotti R, Muller DM, Benini A. Clinical aspects, etiology, pathogenesis, diagnosis and therapy of aseptic bone necrosis- a current analysis of the literature. Schweiz Rundsch Med Prax 2002; 91 (5):163-76.

4. Uchio Y, Ochio M, Adachin M, Nishimuri T, Kanasaki K. Intraosseous hypertension and venous congestion in osteonecrosis of the knee. Clin Orthop 2001; (384):217-23.
5. Martínez Estupiñán LM, Morales Piñeiro S, Mata Cuevas R, Morales Piñeiro R. Consideraciones clínicas y terapéuticas de la enfermedad de Johansson- Sinding Larsen. Medicentro 2003; 7(2). URL disponible en:
<http://www.vcl.sld.cu/medicentro/v7n203/consideraciones.htm>