

## Mesa Redonda: La cirugía infantil y la pediatría general. El mismo camino, un único objetivo. *In memoriam* Profesor Dr. Manuel Moreno de Orbe

---

### Apofisitis

P. GONZÁLEZ HERRANZ

Sección de Ortopedia Infantil. CHU "Juan Canalejo". Hospital Materno-Infantil Teresa Herrera. La Coruña.

#### INTRODUCCIÓN

Las osteocondrosis (OC) se definen como las condiciones idiopáticas caracterizadas por un trastorno de la osificación endocondral, tanto de la condrogénesis como de la osteogénesis. Afecta a personas en crecimiento y clásicamente han sido denominadas con más de 50 epónimos.

Inicialmente se les atribuyó una causa avascular o isquémica, debido a la semejanza radiológica (esclerosis, fragmentación, ...) con enfermedades típicas y conocidas. Se pudo comprobar que en un número considerable de estas situaciones eran simplemente alteraciones no patológicas de la osificación, siendo catalogadas como osteocondrosis únicamente cuando dichos hallazgos radiológicos se acompañaban de un cuadro clínico concordante. En la actualidad las osteocondrosis, aunque de causa idiopática, están causadas por factores variables más o menos identificados.

El término Apofisitis se refiere a aquella osteocondrosis de localización extrarticular y apofisaria y que tienen gran prevalencia en niños que practican deportes de forma habitual.

Desde un punto de vista clínico, nuestra responsabilidad es identificar y diagnosticar correctamente cada caso, conocer la historia natural de cada proceso y aplicar en cada paciente el tratamiento más adecuado en función de la edad, fase en que se encuentra el proceso, y grado de afectación con el objetivo de aliviar el dolor, disminuir la morbilidad y evitar las secuelas.

#### CLASIFICACIÓN

Se han sugerido numerosas clasificaciones según las supuestas etiologías (traumáticas, vasculares, genéticas, metabólicas...), según la localización anatómica (codo de "pitcher", rodilla del saltador), o según el núcleo de crecimiento afecto, aunque todas ellas han sido de escaso valor para el manejo práctico del paciente.

Siffert propuso una clasificación de las OC, aún vigente, basada en las áreas anatómicas donde sucede el trastorno de la osificación endocondral dividiéndolas en:

#### Osteocondrosis Articulares

- A. Afectación *primaria* del cartilago articular y epifisario y osificación endocondral subyacente (p.e. Freiberg)
- B. Afectación *secundaria* del cartilago articular y epifisario como consecuencia de una necrosis avascular del hueso subyacente (p.e. Perthes, Köhler, Osteocondritis disecante).

#### Osteocondrosis No Articulares

- A. En *inserciones tendinosas* (p.e. Osgood-Schlatter)
- B. En *inserciones ligamentosas* (p.e. anillo vertebral, epicóndilo)
- C. En *zonas de impacto* (p.e. Sever)

#### Osteocondrosis Fisarias

- A. de los *huesos largos* (p.e. Blount)
- B. de las *vértebras* (p.e. Scheuermann)

Resnick dividió las osteocondrosis según la patogenia en:

**Lesiones caracterizadas por osteonecrosis primaria o secundaria:**

- Enf. de Perthes
- Enf. de Freiberg
- Enf. de Kienboëck
- Enf. de Khöler
- Enf. de Panner
- Enf. de König
- Enf. de Thiemann

**Lesiones relacionadas con traumatismos o sollicitaciones anormales sin evidencia de osteonecrosis:**

- Enf. de Osgood-Schlatter
- Enf. de Blount
- Enf. de Scheuermann
- Enf. de Sinding-Larsen-Johansson

**Variaciones de la osificación endocondral**

- Enf. Sever
- Enf. de Van Neck

**Miscelánea**

El tema que nos ocupa en este capítulo son las **ostecondrosis no articulares** según Siffert o las **lesiones relacionadas con traumatismos o sollicitaciones anormales** según Resnick, con afectación fundamentalmente en regiones apofisarias en donde los ligamentos y tendones se insertan y ejercen una tracción que puede ser excesiva ocasionando el cuadro clínico. Por esto, estas osteocondrosis, también conocidas como apofisitis, son las que más frecuentemente vamos a ver en niños deportistas.

Deben también considerarse como lesiones que pueden anunciar una lesión más grave (fracturas o apofisiolisis, aunque no todo el mundo lo piensa así) motivo por el cual deben ponerse los medios necesarios para evitar que se llegue a ello y, por supuesto, que cure sin dejar secuelas.

**Aspectos constitucionales de las OC**

*Edad de aparición y sexo*

Es evidente que pocas osteocondrosis pueden atribuirse a un factor particular o a un determinado agente

etiológico. Por lo general algún grado de trauma es necesario para originar la esclerosis ósea, destrucción y cambios de la arquitectura que aparecen en la radiología de estas enfermedades. Según Duthie y Houghton, la evidencia sugiere que un trauma importante puede jugar un papel etiopatogénico en algunas osteocondrosis como puede suceder en las osteocondritis disecante que aparecen en el astrágalo o en el capitelum; por el contrario, en otras situaciones como la enfermedad de Perthes, el traumatismo es inexistente o es relativo. Por ello, esto nos hace pensar que estas enfermedades pueden aparecer con motivo de la aplicación de unas fuerzas normales sobre un hueso anormalmente desarrollado. Es decir, que debe existir una predisposición para que aparezcan estas enfermedades.

La presentación clínica de las O.C. suele ocurrir casi inmediatamente después de la aparición del núcleo de osificación. Durante años la epífisis está compuesta fundamentalmente por cartílago y presenta una mayor susceptibilidad a la aparición de fenómenos osteocondróticos. Una vez que el hueso epifisario aparece, este crece rápidamente entre el cartílago. Si existen presiones mecánicas sobreañadidas sobre el hueso en crecimiento, pueden presentarse cambios osteocondróticos.

La mayoría de las O.C. suceden en la primera infancia coincidiendo con el "estirón de la infancia". Otras como la enfermedad de Scheuermann o Osgood-Schlatter suceden durante el "estirón" del período puberal y excepto en la enfermedad de Freiberg, existe un predominio por el sexo masculino. Esta diferencia entre sexos se debe al retraso en la maduración de los núcleos de osificación de los varones y a que los chicos en la infancia precoz practican el deporte de una forma más vigorosa.

*Anomalías epifisarias*

En ocasiones los diferentes centros de osificación de una epífisis no llevan la misma velocidad pudiendo dar lugar a osículos accesorios, pero si esto sucede en la superficie articular ósea, pueden desprenderse de su base cartilaginosa y originar una osteocondritis disecante. Estas epífisis radiológicamente alteradas al inicio, puede evolucionar hacia la normalidad, excepto cuando esa zona se le someta a fuerzas o sobrecarga excesiva.

### Trauma

Es raro encontrar un trauma bien definido como la causa generadora de una OC, aunque traumatismos menores suceden a diario en niños en crecimiento. Por lo que es difícil aceptar que el trauma aislado por sí mismo provoque la lesión, a no ser que exista una predisposición. La OC del capitellum del codo ( enfermedad de Panner) afecta generalmente a varones y el lado dominante, lo que sugiere una etiología traumática y se ve con frecuencia en profesionales del baseball o en jóvenes que practican el lanzamiento de jabalina, tenis,....

La enfermedad de Osgood-Schlatter ha sido atribuida a un trauma que provoca micro-avulsiones desarrollando hueso en la inserción del tendón rotuliano. Algunos sugieren que un tendón rotuliano relativamente corto, aumenta la tensión en la inserción tibial favoreciendo la posibilidad de una avulsión. Otros ejemplos de avulsión apofisaria son la epitroclea del lanzador de baseball o "pitcher", el polo superior de la rótula de niños espásticos con parálisis cerebral o el osículo maleolar que aparece varias semanas después de un esguince severo de tobillo

### Alteraciones hormonales.

Se ha demostrado que los cambios hormonales son importantes en la aparición de osteocondritis disecante.

Según todo lo dicho anteriormente, Duthie y Houghton, propusieron un modelo de desarrollo de las osteocondrosis. La epifisis puede ser normal o puede tener defectos constitucionales mayores o menores. El desarrollo epifisario puede evolucionar hacia la normalidad, hacia una alteración moderada o severa.

### Clínica

Suele ser común en las diferentes presentaciones. Dolor localizado, en ocasiones a punta de dedo, en relación con la práctica de ejercicio, y tumefacción local más o menos importante.

El niño clásicamente se queja tras la práctica deportiva en las fases iniciales de la enfermedad, y solamente cuando la sintomatología es florida deja de practicar ejercicios físicos. Cuando afecta al miembro inferior, la cojera es ostensible y refiere dolor acompañado de tumefacción. Un síntoma típico es bajo rendimiento del paciente, es decir si la afectación se localiza en la rodilla, la potencia del golpeo al balón

disminuye, si es en el miembro superior, la potencia de saque de tenis es menor.

Si en esta fase no se realiza un diagnóstico certero y no se ponen los medios terapéuticos oportunos, el niño puede ser una candidato a una fractura por avulsión, pudiendo requerir incluso tratamiento quirúrgico, y con mayor probabilidad dejar secuelas.

### Radiología

Las manifestaciones radiológicas de estas lesiones son muy variables. En las fases iniciales de cualquier apofisitis la ausencia de hallazgos radiológicos suele ser lo más habitual. Incluso en algunas localizaciones la radiología en todo el curso de la enfermedad no llega a manifestarse nítidamente ( Enfermedad de Sever) o incluso se puede interpretar como variaciones de la osificación fisiológica ( Enfermedad de Van Neck).

Son hallazgos habituales la esclerosis o aumento de la densidad radiológica, las calcificaciones heterotópicas, muchas veces siguiendo o dibujando el extremo tendinoso o ligamentoso.

### Tratamiento

Por lo general, es sencillo. Si bien muchas veces nos encontramos con enormes dificultades para convencer al niño o a los padres del tratamiento que debe efectuar. Cuando el proceso es repetitivo a lo largo de los años de crecimiento son frecuentes las visitas reiteradas exigiendo métodos diagnósticos especiales o solicitando segundas consultas ante las reiteradas explicaciones del proceso.

En la fase aguda puede ser útil la aplicación de frío local para disminuir la inflamación, asociado a medias de reposo funcional o inmovilización escayolada, y AINEs por vía oral hasta la desaparición de los síntomas ( 2-3 semanas). La reanudación de la práctica deportiva debe ser progresiva ante el riesgo de recaídas.

Pero el mejor tratamiento es el profiláctico y este posiblemente esté más cerca de los preparadores físicos, médicos deportivos, médicos de clubes,... que del especialista en ortopedia infantil.

En USA, el *codo de las ligas menores o infantiles de baseball* ha disminuido notablemente cambiando algunas normas, estipulando un limitado número de lanzamientos permitidos a la semana. Si este hecho lo extrapolamos a nues-

tro medio, podríamos empezar en pensar como podríamos bajar la incidencia de *la enfermedad de Osgood-Schlatter* en la población infantil que practica *fútbol*. Además de limitar el tiempo de juego, hecho que ya sucede, habría que controlar los tiempos de entrenamientos durante la semana, así como el nº de veces que un niño puede realizar un “chut” junto con una reducción del peso y dimensiones del balón.

## FORMAS HABITUALES DE APOFISITIS

### Enfermedad de Osgood-Schlatter

Es la apofisitis más frecuente que causa molestias en relación con el deporte. Se presenta clásicamente en niños entre los 11-15 años que presentan dolor en relación con el ejercicio que se acompaña de inflamación o tumefacción a nivel de la tuberosidad anterior de la tibia, clínica que sugiere de entrada el diagnóstico. Afecta más frecuentemente a varones, aunque la incidencia en niñas está aumentando considerablemente. La afectación suele ser más precoz en niñas (11-13 años) que en niños (12-15 años).

Osgood en su artículo original ya relacionó esta enfermedad con el deporte, hecho confirmado por otros autores que encontraron una afectación de hasta el 21% de los adolescentes que practicaban deporte frente al 4.5% de los que practicaban el sillón-ball. La afectación puede ser bilateral hasta en el 20-30% de los casos.

Cuando Schlatter y Osgood describieron la enfermedad en 1908, pensaron que la causa era una trauma directo sobre la tuberosidad anterior o indirectamente por tracción del tendón rotuliano causando una avulsión parcial o completa del tubérculo. En la actualidad la teoría más aceptada es que la enfermedad es el resultado de una fuerza submáxima repetitiva que actúa sobre una tuberosidad anterior inmadura provocando una avulsión menor e intentos de reparación.

Los síntomas comienzan durante la fase de crecimiento rápido, a la vez que va madurando la tuberosidad tibial anterior. El paciente presenta dolor en la tuberosidad, suele ser intermitente y se agrava con ejercicios que requieren realizar saltos, posición de cuclillas o arrodillarse, y por supuesto con la práctica del deporte-rey en nuestro medio: el fútbol. El dolor raramente suele ser tan importante como para alterar la actividad cotidiana. Es muy clásica la hipersensi-

bilidad a la palpación, la prominencia e inflamación alrededor de la tuberosidad.

Radiológicamente, pueden observarse diferentes aspectos de la tuberosidad en función de la edad y maduración esquelética. El hallazgo más frecuente es la fragmentación de la tuberosidad, en la mitad de los casos también puede apreciarse un osículo separado del tubérculo y si la radiografía es de características “blandas” permite visualizar el edema de las partes blandas. La radiología debe confirmar la sospecha clínica y siempre debe de realizarse con el fin de evitar errores diagnósticos de los cuales luego nos lamentaríamos.

El tratamiento es conservador. El paciente y la familia deben comprender que los síntomas durarán durante 1-2 años, hasta que se produzca la epifisiodesis fisiológica de la tuberosidad. También debe ser informado que la secuela más habitual es la protusión de la tuberosidad en la edad adulta. El tratamiento consiste básicamente en aplicar métodos anti-inflamatorios locales (hielo), así como medicación vía oral asociado a un vendaje compresivo o rodillera apropiada. La actividad deportiva se reanuda en función de la desaparición de los síntomas. Cuando la sintomatología es muy acusada, la inmovilización con un cilindro de yeso tipo Böhler durante 10-15 días puede ser de gran utilidad. **Las infiltraciones a base de corticoides en la tuberosidad están contraindicadas.**

Tras el tratamiento y una vez libre de sintomatología el paciente podrá reanudar la actividad deportiva que venían realizando. Solamente aquellos pacientes con síntomas persistentes deben ser advertidos del riesgo a sufrir una fractura avulsión de la tuberosidad anterior de la tibia.

El tratamiento quirúrgico de Osgood-Schlatter es raro. Algunos autores recomiendan la extirpación del osículo, las perforaciones o la epifisiodesis quirúrgica del tubérculo.

Si existe un osículo sintomático, no es necesario esperar al cierre fisario fisiológico para su extirpación, no existe riesgo de provocar recurvatum. En edades adultas se puede extirpar para reducir el bultoma o cuando molesta al arrodillarse ( en algunas profesiones).

### Enfermedad de Sinding-Larsen-Johansson

Descrita por el noruego Sinding-Larsen y el sueco Johanson en 1920. También conocida como *rodilla del saltador*, es el resultado de una tracción persistente ejercida del polo

inferior de la rótula inmadura por el tendón rotuliano originando una calcificación y osificación características. Esta enfermedad se observa en niños deportistas entre los 10-12 años, refiriendo dolor en relación con la práctica deportiva, especialmente cuando saltan o corren. El dolor se localiza en el polo inferior de la rótula, aunque también puede suceder en el polo proximal, a nivel de la inserción cuadricipital.

La radiología suele ser normal excepto la típica alteración de la osificación en la unión tendón-rótula.

Ocasionalmente una enfermedad de Osgood-Schlatter concomitante puede observarse.

La evolución natural de esta enfermedad es a la curación espontánea sin secuelas permanentes. El tratamiento debe estar dirigido a disminuir la sollicitación mecánica mediante reposo.

### **Enfermedad de Sever**

Consiste en la aparición de dolor en la región del talón, localizado en la porción posteroinferior o inferior, y radiológicamente presenta un trastorno de la osificación de la apófisis posterior del calcáneo (fragmentación, incompleta formación o aumento de la esclerosis), que para muchos autores son variantes de la osificación normal de la apófisis posterior del calcáneo. Afecta a niños entre los 5-10 años que refieren dolor cuando están de pie y caminan de forma prolongada, cediendo al guardar reposo.

El calcáneo se desarrolla a partir del núcleo primario de osificación que aparece entre el tercer mes del feto y el primer mes de vida. La apófisis se desarrolla a partir de un núcleo secundario que aparece entre los 5-12 años y frecuentemente cursa con patrones irregulares de osificación. En esta apófisis se inserta en la porción superior una parte del tendón de Aquiles y en su porción inferior la fascia plantar y músculos cortos de la planta del pie. La carga y la actividad física importante pueden contribuir a la aparición de los síntomas ya sea por la excesiva tracción ejercida o como resultado de la presión directa.

La historia natural de este proceso es a la curación espontánea, la remodelación de la irregularidad de la apófisis y la epifisiodesis normal con el resto del calcáneo. El tratamiento debe dirigirse a aliviar las molestias y restaurar la función sin que se pueda influir en la recuperación completa y espontánea de la evolución natural.

El empleo de taloneras o alzas en forma de cuña pueden disminuir la tracción ejercida por el tendón de Aquiles, así como el empleo de vendajes funcionales o plantillas para el mantenimiento del arco longitudinal del pie. En el caso de sintomatología aguda, se deberán emplear AINEs por vía oral e inmovilizar la extremidad. El empleo de infiltraciones con corticoides no es recomendable.

Se debe distinguir esta enfermedad de los cuadros de dolor en la región posterior del calcáneo debido a bursitis aquilea, en ocasiones en relación con el calzado empleado o por la existencia de una apófisis posterosuperior muy desarrollada (enfermedad de Haglund).

### **Codo de las ligas menores o infantiles**

Este síndrome ha sido asociado con situaciones de esfuerzo máximo del codo en niños que practican baseball ("pitcher") o en otros deportes en los que se lanza un instrumento como puede ser el lanzamiento de jabalina o el movimiento de saque en el tenis, en los que pueden manifestarse diferentes patologías: 1. Fragmentación o avulsión de la epitroclea; 2. Retardo o aceleración del crecimiento de la epitroclea; 3. Osteocondritis del capitellum; 4. Deformidad de la cabeza radial; 5. Hipertrofia del cúbito; 6. Apofisitis olecraniana con o sin cierre retrasado de la fisis del olécranon. Todas estas alteraciones son producidas por las fuerzas que se ejercen alrededor del codo en el momento del lanzamiento. Fuerzas que pueden ser de tracción, de compresión o de cizallamiento localizadas en el aspecto medial, lateral o posterior del codo.

El cuadro clínico consiste en dolor a nivel epitroclear en relación con la práctica deportiva. El núcleo de osificación de la epitroclea aparece entre los 6-9 años. En la epitroclea se insertan los músculos pronador y flexores del antebrazo además del ligamento colateral cubital. La clínica va a depender en gran medida de la edad del lanzador. Durante la infancia, es decir, hasta que aparecen todos los núcleos de osificación secundarios, la sintomatología predominante es el dolor a nivel de la epitroclea y radiológicamente aparece una rarefacción en la osificación epitroclear. En estas situaciones es típica la triada de síntomas: dolor medial progresivo, pérdida de la eficacia del lanzamiento, y de la longitud del lanzamiento.

Durante la adolescencia, que termina con la osificación de todos los centros de osificación secundarios, la poten-

cia muscular es mayor y el resultado puede ser una fractura avulsión de la epitroclea. En jóvenes adultos, en los que la epitroclea está completamente fusionada, las lesiones de las partes blandas que se insertan en ella cobran mayor vigencia, desinserciones tendinosas o ligamentosas.

El dolor es el síntoma más frecuente, generalmente localizado en el lado medial, aunque también pueden referir dolor en la cara externa o posterior. Si presentan dolor antes, durante o después de lanzar se considera un síntoma de mal pronóstico. Dolor nocturno es muy raro y debe ponernos en aviso de otros procesos concomitantes que guardan relación con el deporte ( tumor, infección,...). En ocasiones el cuadro clínico se acompaña de compromiso del nervio cubital a nivel del canal epitrocleo-olecránico.

Si el dolor que refiere el paciente es agudo, tras un lanzamiento, y sin sintomatología previa debemos pensar en una fractura avulsión de la epitroclea o lesión ligamentosa o tendinosa.

La radiología es fundamental para llegar a un diagnóstico correcto. Son necesarias dos proyecciones radiológicas y del codo contralateral. Los hallazgos más frecuentes que nos podemos encontrar son ensanchamiento del codo, fragmentación, epitroclea prominente y ocasionalmente avulsión de la epitroclea. En la porción lateral puede aparecer una osteocondritis del capitellum que puede originar la formación de cuerpos libres intra-articulares. En la porción posterior del codo, el hallazgo más común es la hipertrofia del cúbito, pudiendo originar un compromiso de espacio de la punta del olécranon en la fosa olecránica del húmero.

Otros métodos de diagnóstico por imagen ( gammaografía, TAC, RNM) pueden ser de gran utilidad cuando la radiología no es concluyente.

El tratamiento consiste inicialmente en dejar de lanzar durante 4-6 semanas. Al principio el hielo local y los antiinflamatorios no-esteroides pueden ser útiles para aliviar la sintomatología. Una vez que los síntomas se han resuelto, el paciente podrá de nuevo realizar lanzamiento de forma gradual. Si la sintomatología no cede, se aconseja al niño que deje de jugar hasta la siguiente temporada.

En los casos en los que se ha producido una avulsión de la epitroclea, se tratará de forma conservadora si el desplazamiento es pequeño, y se realizará una reposición quirúrgica la fractura está desplazada.

Para finalizar, hacer hincapié en dos aspectos fundamentales: 1. Las medidas profilácticas para evitar estas lesiones, como son la limitación del nº de lanzamientos del "pitcher", del lanzador de jabalina, o el nº de saques del jugador de tenis durante los entrenamientos y 2. La importancia que tiene la detección precoz de esta patología, ya que conseguiremos una recuperación completa, en breve tiempo y sin secuelas.

### **Osteocondrosis isquio-pubiana (Enfermedad de Van Neck)**

En ocasiones los niños acuden a consulta por dolor inguinal y cojera, y tras descartar una sinovitis de cadera o una enfermedad de Perthes, el único hallazgo es la alteración o diferencia con respecto al lado contralateral de la osificación de la sincondrosis isquio-pubiana. En ocasiones ha sido diagnosticado de encondroma.

En dicha localización anatómica se insertan los músculos adductores, recto interno y el transversal profundo del periné, siendo implicados como causa de aparición de esta osteocondrosis por la tracción ejercida. Pero estudios clínicos, radiológicos e histopatológicos hacen que esta entidad no pueda considerarse una osteocondrosis.

Debemos recordar que el cierre de la sincondrosis isquio-pubiana ocurre entre los 9-11 años, y debe considerarse como un hallazgo normal que ocurre en casi todos los niños.

### **Apofisitis Isquiática**

Afecta a jóvenes deportistas y es debido a la tracción ejercida por los músculos isquio-tibiales a nivel de la apófisis isquiática. Realmente se trata de una fractura no desplazada de isquion, en la que se observa una rarefacción de la osificación y que puede plantearnos problemas de diagnóstico diferencial con tumores en esta localización.

### **Apofisitis del 5º metatarsiano ( Enfermedad de Iselin)**

Iselin, en 1912, fue el primero en describir la apofisitis por tracción de la tuberosidad del 5º metatarsiano. Inicialmente catalogada como una enfermedad rara, parece ser que es mucho más frecuente. Afecta a niños al finalizar la infancia o adolescentes en los que aparece en núcleo de osificación pequeño, con forma de concha con una orientación oblicua al eje del 5º metatarsiano y localizado en la porción plantar de la tuberosidad. Se debe distinguir de lo que es en

núcleo secundario de osificación apofisario que aparece a la edad de los 10 años en las niñas y de los 12 en niños. En estos casos la línea fisaria es paralela al eje diafisario.

Clínicamente los niños refieren dolor a la carga en el borde externo del pie y a la palpación dolor a punta de dedo en la apófisis del 5º metatarsiano, sin referir historia de antecedente traumático.

La radiología, especialmente la proyección oblicua del pie, muestra un agrandamiento de la apófisis y a menudo una fragmentación del núcleo de osificación. Si la radiología es normal pero la clínica sugiere la presencia de esta enfermedad, la realización de una gammagrafía con Tc<sup>99</sup> puede mostrar un aumento de la captación sobre la apófisis.

El tratamiento consiste en la inmovilización del tobillo durante 3-6 semanas para el alivio del dolor agudo. La situación se resuelve definitivamente con la epifisiodesis fisiológica, en los casos en los que esto no sucede puede persistir el dolor y requerir tratamiento quirúrgico.

#### **Apofisitis del Tubérculo del escafoides tarsiano (Escafoides Accesorio)**

El hueso escafoides accesorio está presente hasta en el 10% de la población. Se ha demostrado en el feto que existe un centro de osificación independiente para la tuberosidad del escafoides y que se fusiona con el resto del escafoides alrededor de la adolescencia, sin embargo en un porcentaje de casos persiste como un osículo separado. Con frecuencia es bilateral.

Este osículo se localiza en la porción más medial del escafoides, y en él se inserta el tendón tibial posterior. Por esto, el soporte dinámico del arco longitudinal del pie proporcionado por este tendón se encuentra debilitado originando un pie plano valgo. El paciente refiere dolor en el medio-pie durante largos periodos de caminar. El calzado puede ocasionar una bursitis localizada con dolor selectivo a la palpación.

Radiológicamente, el hueso accesorio es evidente en las proyecciones antero-posteriores del pie. Al finalizar la ado-

lescencia, se puede fusionar con el resto del escafoides originando un hueso más prominente en su aspecto medial, denominándose como *escafoides cornudo*, produciendo la misma sintomatología

El tratamiento inicialmente debe ser conservador. Plantilla de mantenimiento del arco longitudinal. Cuando el dolor es agudo se recomienda la inmovilización escayolada con una bota de yeso durante 3-4 semanas y la ingesta de AINEs. Si los síntomas no ceden con estas medidas, la extirpación del hueso accesorio y la reinsertación del tendón tibial posterior en una posición más plantar del hueso escafoides (Técnica de Kidner).

#### **BIBLIOGRAFÍA**

1. Canale ST, Williams KD. Iselin's Disease. J Pediatr Orthop 12:90-93, 1992.
2. Micheli LJ, Lloyd Ireland M. Prevention of calcaneal apophysitis in children: an overuse syndrome. J Pediatr Orthop 7:34-8, 1987.
3. González Herranz J, Cordero JA. Osteocondrosis. En Apuntes de Ortopedia Infantil, J. de Pablos, P. González Herranz, Editorial Ergon, Madrid, 2000.
4. Tachdjian MO. Pediatrics Orthopedics. Ed. Saunders Co. 2ª Ed. Philadelphia 1990.
5. Katz JF. Nonarticular osteochondroses. Clin Orthop 158:70-76, 1981.
6. Siffert RS. Classification of the osteochondroses. Clin Orthop 158:10-18, 1981.
7. Duthie RB, Houghton GR. Constitutional aspects of the osteochondroses. Clin Orthop 158:19-27, 1981.
8. Douglas G, Rang M. The role of trauma in the pathogenesis of the osteochondroses. Clin Orthop 158:28-32, 1981.
9. Canale ST, Beaty JH. Pelvic and hip fractures. En Fractures in Children, Rockwood Ch, Wilkins KE, Beaty JH. 4ª Ed. Lippincott-Raven Publishers, Philadelphia, 1996.
10. Staniski, DeLee, Drez. Sports Injuries in children. Ed. Saunders Co. Philadelphia, 1994.
11. Burgos J, González Herranz P, Amaya S. Lesiones traumáticas del niño. Ed. Panamericana, Madrid, 1995.