

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN SIMON
FACULTAD DE MEDICINA
QUINTO AÑO

MED
tesis
G 9920
2002

OSTEOCONDROITIS



MATERIA: TRAUMATOLOGÍA
DOCENTE: DR. ZABALA.
ALUMNOS:
CHARLES GUZMÁN P.
HERNAN HILASACA A.

COCHABAMBA ----- BOLIVIA

ENFERMEDAD DE KÖHLER I (OSTEOCONDROITIS DEL ESCAFOIDES TARSIANO)

Se describe la enfermedad de Köhler como la necrosis avascular del escafoides tarsiano.

Se piensa que la acción repetida de fuerzas compresivas sobre el núcleo de osificación inmaduro determina su fragmentación y la pérdida de la irrigación sanguínea. El escafoides es el último hueso del tarso en osificarse y ocupa una posición en el vértice del arco longitudinal del pie en donde actúan fuerzas constantes durante el soporte del peso corporal. Esta teoría es apoyada por el hecho de que la enfermedad de Köhler es más común cuando la osificación del escafoides se retrasa más de lo normal. Este proceso es también más común en varones, pues el escafoides se osifica más tardíamente en los varones que en las niñas. William y Cowell indican que el diagnóstico de enfermedad de Köhler puede hacerse solamente si el paciente presenta síntomas, pues los signos radiográficos de mayor densidad y fragmentación del escafoides en el individuo asintomático representan una variante normal de la osificación. También se ha descrito el escafoides tarsiano bipartito, que no debe confundirse con la enfermedad de Köhler; en ese caso no se observa aumento de la densidad ni colapso.

Clínicamente, el niño presenta dolor y tumefacción en la región del escafoides. La edad promedio de comienzo es en las niñas a los cuatro años y en los varones a los seis años. En comienzo de los síntomas puede ser precipitado por un episodio traumático menor tras el cual el niño presenta cojera y dolor. Puede apreciarse dos variaciones radiológicas. Puede observarse una delgada oblea de hueso con incremento de densidad en parches, con aspecto de colapso. En otros casos, el escafoides parece de forma normal, el grado de fragmentación es mínimo y el aumento de densidad es uniforme.

El curso es siempre benigno y autolimitado. Waugh demostró que el escafoides recibe su aporte sanguíneo desde la periferia a partir de una red circunferencial de vasos. La revascularización ocurre rápidamente y el tejido reactivo circundante y el cartílago evitan la deformación.

La aplicación de una bota corta de yeso durante un período de ocho semanas o más permite aliviar el dolor en el menor tiempo posible.

ENFERMEDAD DE FREIBERG O ENFERMEDAD DE KÖHLER II

Freiberg presentó una amplia descripción de esta entidad en 1913. Describió una forma anterior de metatarsalgia en la que el dolor estaba limitado a la cabeza del segundo metatarsiano y se asociaba con un aspecto radiográfico de "aplastamiento" de la cabeza metatarsiana.

La lesión se debe a necrosis avascular de la cabeza metatarsiana. Generalmente está afectada la cabeza del segundo metatarsiano, pero en ocasiones está afectando uno de los dedos laterales. Puede deberse al traumatismo repetitivo asociado con el soporte del peso corporal.

El infarto de Freiberg se ven más comúnmente en personas en quienes el primer metatarsiano es más corto que el segundo. La incidencia máxima es en la segunda década de la vida, habitualmente en adolescentes.

El paciente se presenta con dolor localizado debajo de la cabeza del segundo metatarsiano. Habitualmente existe tumefacción local y limitación del movimiento en la segunda articulación metatarsofalángica. Las radiografías muestran irregularidad y aplastamiento de la cabeza metatarsiana. Tempranamente en la enfermedad, la lesión es que aspecto esclerótico. Luego, la lesión es osteolítica con hipertrofia de la cabeza metatarsiana.

El tratamiento inicial consiste en el uso de un zapato de taco bajo con una barra o almohadilla metatarsiana. Si el dolor es intenso o persistente, el pie debe ser inmovilizado en una bota corta de yeso, de marcha, durante tres a cuatro semanas. Si el tratamiento conservador fracasa, debe recurrirse a alguno de los procedimientos quirúrgicos propugnados, como la resección de la cabeza metatarsiana, la extirpación de los cuerpos libres y la aplicación de material protésico de silicona.

ENFERMEDAD DE SEVER (APÓFISIS CALCÁNEA)

el síndrome de Sever es una apófisis autolimitada del calcáneo en la inserción del tendón de Aquiles. Se asocia con dolor espontáneo y a la palpación sobre la parte posterior del calcáneo. La situación se agrava con la actividad. Radiográficamente puede detectarse aumento de la densidad y fragmentación parcial de la apófisis calcánea, pero esto no representa una necrosis avascular. El talón del otro pie, asintomático, puede tener un aspecto radiológico similar.

La enfermedad es más común en varones de entre 6 y 10 años y el tratamiento es sintomático. Generalmente, una leve restricción de las actividades, la elevación del taco del zapato o la aplicación de un soporte del arco proporciona pronto alivio. Para prevenir la recurrencia deben instituirse ejercicios de estiramiento del tendón de Aquiles. En los casos graves puede estar indicada una bota corta de yeso para deambular durante ocho semanas.

ENFERMEDAD DE CALVÉ

conocida también como osteocondritis vertebral juvenil o vertebral plana, fue observada por primera vez en 1924 por B.Hansen, pero su exacta descripción se debe a Jacques Calvé en 1925, a raíz de la presentación de dos casos. La afección es propia de la primera infancia, con un máximo de frecuencia entre los dos y siete años de edad. Es afectada una sola vértebra (aunque existen raras observaciones con localización en dos vértebras). Las vértebras que se encuentran por encima y por debajo de la lesionada se presentan completamente normales. El cuerpo vertebral pasa por una fase de necrosis, luego por otra de reabsorción y finalmente por una es regeneración ósea.

Cuadro clínico. Dolor a nivel de la columna vertebral, espontáneo y a la palpación. Aparición gradual de una gibosidad angular en el sitio del dolor. Limitación discreta de los movimientos de la columna y exacerbación del dolor por los mismos. Son todos síntomas que obligan a pensar en el mal de Pott(diagnóstico diferencial importante).

Cuadro radiológico. Hay aplastamiento de una sola vértebra, generalmente de la región dorsal. Las vértebras superior e inferior no presentan ninguna alteración. El cuerpo vertebral lesionado está aplastado en su totalidad (forma de galleta). Los discos intervertebrales se presentan de tamaño normal. El aumento de densidad es inicialmente

uniforme, y luego, en exámenes sucesivos, podrá observarse la reconstitución de la vértebra. Recordar que en el mal de Pott el cuerpo vertebral presenta forma de cuña y que los discos intervertebrales vecinos se hallan disminuidos de altura.

Muchas observaciones de vértebra plana de Calvé se asocian con granulomas eosinófilos de otras regiones del cuerpo; tanto es así que, en la actualidad, muchos autores consideran a esta afección no como una osteocondritis, sino como la evolución de un granuloma eosinófilo.

Tratamiento. Reposo y descarga de la columna vertebral con corrección de la giba, que se hará inmovilizando con corsé de yeso o mejor aún con corsé de Milwaukee.

ENFERMEDAD DE KIENBOECK (OSTEOCONDritis DEL SEMILUNAR)

Kienboeck, en 1910, describe, como radiólogo, la alteración de forma y estructura de hueso semilunar, y considera a esta lesión como una osteitis postraumática.

Axhausen, posteriormente demostró que se tratan de una verdadera necrosis parcial o total del hueso. Hoy se tiende a considerar esta afección como una forma de osteocondritis. Debe hacerse notar que la edad en que se observa no corresponde habitualmente a la juventud, sino que suele verse en los primeros años de la edad adulta, siendo rara por debajo de los quince años. El antecedente traumático único o múltiple (microtrauma iterativo) se halla en gran número de observaciones. Es más común en el sexo masculino y predomina en el lado derecho.

Clínicamente los primeros síntomas consisten en dolor localizado en la muñeca, que se acentúa al utilizar la mano. La presión en la región dorsal de la muñeca, sobre la proyección del semilunar, despierta dolor.

Las radiografías, según el período de enfermedad en que han sido tomadas, mostrarán la alteración estructural del semilunar. Las primeras alteraciones observadas son zonas de densidad aumentada alternando con zonas de rarefacción ósea y posteriormente se verá la deformidad de hueso, que disminuye de altura y se ensancha, adquiriendo a menudo un aspecto cuneiforme y de contornos irregulares.

Tratamiento. Inmovilización de la muñeca de que en discreta flexión dorsal, mediante aparato enyesado. El calor y la diatermia están indicados en los casos leves, iniciales.