

Enfermedad de Köhler bilateral

Infantil

Hospital Universitario de Cáceres – Complejo Hospitalario de Cáceres

Juan Luis Cano Durán, Laura Muñoz Núñez, Liviu Ardelean Ardelean, María Julia Hernando Escudero, María Rubio Martínez, Fabio Alejandro Casero

Introducción al tema

La enfermedad de Köhler es una necrosis avascular idiopática que afecta al núcleo de osificación proximal del escafoides tarsiano, y se incluye entre las osteocondrosis del crecimiento. Suele aparecer entre los 3-7 años y es más frecuente en varones (5:1). En un 75%-80% de los casos la afectación es unilateral, siendo bilateral en el 25% de los casos y asintomático en el 50%. Su origen se atribuye a la oclusión vascular por el efecto compresivo entre los núcleos de osificación adyacentes (astrágalo y cuneiformes), dado que el navicular es el último de los huesos del tarso en osificarse.

Objetivos

Varón de 6 años al que traen sus padres a Urgencias por dolor bilateral de ambos pies, presentando cojera a la deambulación y dificultad para el apoyo plantígrado.



Figuras 1-4. Enfermedad de Köhler bilateral

Figura 5. Mejoría radiográfica



Material y método

A la exploración se observa deambulación en semi-puntillas, con apoyo del borde externo de ambos pies, y dificultad para el apoyo plantígrado de los mismos. Refiere dolor sobre todo en la zona dorso-medial del mediopié de forma bilateral, que aumenta con las rotaciones a dicho nivel. Además, presenta molestias en la región posterior del tobillo, tendón de Aquiles y a nivel de la unión mio-tendinosa de la musculatura sural bilateral, con contractura asociada de ésta. El test de Silfverskiöld resultó positivo bilateralmente.

Resultados

Al haber comenzado con el dolor un par de meses atrás en relación a un traumatismo previo, se deciden solicitar radiografías de ambos pies. Como único hallazgo se observa rarefacción de ambos escafoides, con aplanamiento, hiperdensidad y fragmentación de los mismos. Es así diagnosticado de enfermedad de Köhler bilateral y contractura sural secundaria al apoyo alterado. Realizamos un manejo conservador con cese de la actividad deportiva y estiramientos, y seguimiento en consultas externas. Al cabo de 6 meses se produjo el cese del dolor, siendo a los 14 meses cuando comenzó a observarse la mejoría radiográfica.

Conclusiones

A pesar de tratarse de una entidad infrecuente, su incidencia puede ser mayor debido a que en una elevada proporción de casos cursaría de manera asintomática. De cualquier modo, el tratamiento conservador tiene muy buen pronóstico a largo plazo, no existiendo casos documentados de complicaciones asociadas.