

Os Supranaviculare y Tenosinovitis Post-ejercicio en Femenino Adulto Joven

Istantánea Clínica

Luis Gerardo Domínguez-Carrillo¹, Luis Gerardo Domínguez-Gasca²

¹ Especialista en Medicina de Rehabilitación. Catedrático de la Facultad de Medicina de León, Universidad de Guanajuato. México.

² Ortopedista, Cirugía articular. División de Cirugía del Hospital Ángeles León, León, Guanajuato, México.

Fecha de recepción del manuscrito: 08/Junio/2020

Fecha de aceptación del manuscrito: 21/Septiembre/2020

Fecha de publicación: 17/Enero/2022

DOI: 10.5281/zenodo.5866280

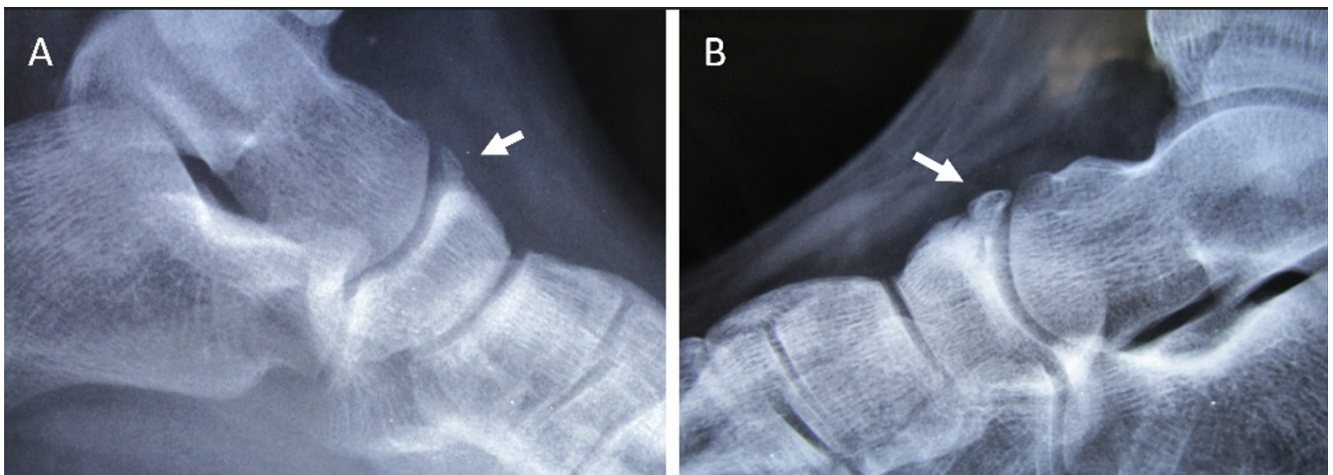


Figura 1: Radiografías laterales de ambos pies; mostrando en (A) pie izquierdo Os Supranaviculare pequeño (flecha); en pie derecho (B), osículo de mayor tamaño (flecha), además de incremento de líquido en la zona en vainas sinoviales de tendones del extensor común de los dedos, aparente muesca sobre borde anterior del astrágalo.

Femenino de 23 años, profesionista, con un mes de evolución de dolor en calificación 5/10 en dorso de medio pie derecho, coincidiendo con programa de ejercicios de salto de cuerda; en la última semana se ha incrementado a 7/10 agregándose aumento de volumen y de temperatura local. A la exploración dirigida: edema con signo de Godete en dorso de medio pie derecho, ligeramente eritematoso y aumento de temperatura local, arcos de movimiento de tobillo y dedos completos, dolor moderado a la presión del dorso, que se incrementa a la presión digital sobre mitad externa del escafoides. Con diagnóstico de tenosinovitis de extensor común de los dedos de pie derecho por exceso de ejercicio, se efectúan radiografías de ambos pies, encontrando: presencia de *Os Supranaviculare* bilateral (Figura 1, A y B) (flechas) siendo de mayor tamaño el derecho (B), además de incremento de líquido en vainas extensoras correspondientes. Se indicó suspender el ejercicio de cuerda, meloxicam 15 mgs por 20 días, se manejó con 10 sesiones alternas de ultrasonido a dosis de 1.3 watts/cm² por 7 minutos. Se dio de alta asintomática; indicando que de presentar recidiva se requeriría cirugía para retirar el osículo.

El *Os Supranaviculare*, también conocido como hueso de Pirie, se encuentra en la cara dorsal de la articulación talonavicular, cerca del punto medio; Su prevalencia ha sido reportada entre 1 y 3.5%.¹ El osículo puede fusionarse con el astrágalo o con el escafoides. Pavlov y col.² informa una serie de 23 fracturas por estrés del escafoides tarsiano, de las cuales el 22% presentaron un os supranaviculare. No debe confundirse con una fractura pues la posición típica y los bordes bien corticados favorecen el diagnóstico de un osículo accesorio.³ No obstante, son hallazgos incidentales y permanecen asintomáticos; sin embargo, pueden causar complicaciones que resultan en síndromes dolorosos o cambios degenerativos secundarios al uso excesivo (como en el caso presentado) o al trauma. También pueden provocar fracturas o simular fracturas, ante la duda, la imagenología avanzada con US, CT, MRI o Tc-99m ósea son útiles para el diagnóstico definitivo.

REFERENCIAS

- [1] Keles-Celik N, Kose O, Sekerci R, Aytac G, Turan A, Güler F. Accessory Ossicles of the Foot and Ankle: Disorders and a Review of the Literature. *Cureus*. 2017;;9(11):e1881. Doi: 10.7759/cureus.1881. PMID: 29387510; PMCID: PMC5786346.
- [2] Pavlov H, Torg JS, Freiburger RH. Tarsal navicular stress fractures: radiographic evaluation.. *Radiology*. 1983;148:641–645
- [3] Guo S, Yan YY, Lee SSY, Tan TJ. Accessory ossicles of the foot-an imaging conundrum. *Emerg Radiol*. 2019;26:465-478. doi: 10.1007/s10140-019-01688