

Instantánea Clínica

Avulsión del Escafoides Accesorio (*Os Tibiale Externum*)

Luis Gerardo Domínguez-Gasca, Jorge Mora-Constantino, Luis Gerardo Domínguez-Carrillo

31 de Mayo del 2019

Autores: El Dr. Luis Gerardo Domínguez Gasca es Ortopedista en la División de Cirugía del Hospital de Alta Especialidad del Bajío en León, Guanajuato; El Dr. Jorge Mora-Constantino es Jefe de Radiología en el Departamento de Imagenología del Hospital Ángeles León en León, Guanajuato; El Dr. Luis Gerardo Domínguez Carrillo es Especialista en Medicina de Rehabilitación en la División de Medicina de Rehabilitación del Hospital Ángeles León en León, Guanajuato y profesor de la Facultad de Medicina de León, Universidad de Guanajuato, México.

Correspondencia:
Dr. Luis Gerardo Domínguez Carrillo. email: lgdominguez@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

Femenino de 24 años, sin antecedentes de importancia, acude por dolor intenso en borde medial del pie derecho a nivel de escafoides, originado 24 horas antes al apearse de caballo, golpeando pie derecho sobre terreno pedregoso. A la exploración marcha claudicante por dolor y edema en pie derecho, zona eritematosa en su borde medial desde maléolo tibial a tercio medio de primer metatarsiano, el dolor se intensifica a la eversión pasiva y a la inver-

sión activa; pulsos y llenado capilar normal, con diagnóstico de probable lesión del ligamento deltoideo; las radiografías muestran presencia de escafoides accesorio (*Os tibiale externum*) tipo II el cual presenta avulsión (Figuras 1); como hallazgo, el estudio radiográfico del pie mostró además un *Os subfibulare* asintomático. Se colocó inmovilización evitando apoyo y uso de muletas axilares. A 8 semanas se inició programa de rehabilitación por 8 semanas, dándose de alta asintomática.

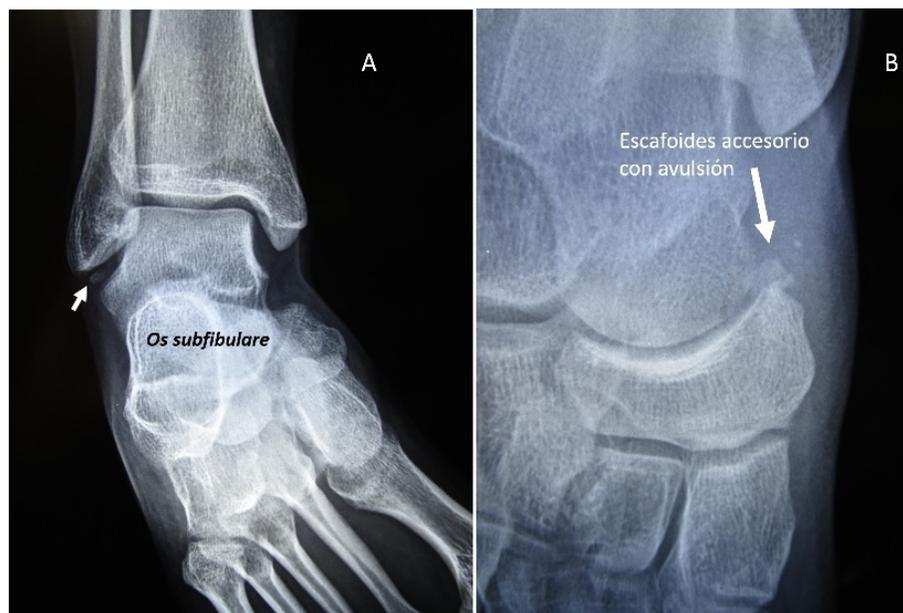


Figura 1. En A: Radiografía antero-posterior de tobillo derecho que muestra un *Os subfibulare*; en B: radiografía postero-anterior de pie derecho mostrando escafoides accesorio (*Os tibiale externum*) con avulsión, en femenino de 24 años

El escafoides accesorio descrito en 1605 por Bauhin, es uno de los huesos supernumerarios más frecuentes en el pie; se localiza posteromedial a la tuberosidad del escafoides y se desarrolla a partir de un segundo núcleo de osificación durante la segunda década de la vida. Tiene carácter hereditario autosómico dominante. Se presenta en 5 - 20 % de la población con predominancia en género femenino.¹ La clasificación de Geist² (en 1914) lo cataloga en tres tipos: el tipo 1, es un oscículo de 2 a 3 mm de diámetro, dentro de las fibras del tendón tibial posterior; el tipo 2 (más frecuente), tiene forma triangular y se une al escafoides por sincondrosis que bajo cargas de tensión, compresión o cizallamiento, puede sufrir avulsión (como en el caso presentado) desarrollando una pseudo-artrosis dolorosa; el tipo 3 se forma al crearse un puente óseo completo entre la tuberosidad posterior del escafoides y el accesorio tipo 2, resultando un escafoides grande con su tuberosidad posterior prominente.³ Habitualmente al escafoides acce-

sorio se les considera carentes de interés clínico. Sin embargo, su avulsión origina sintomatología (como en este caso). Actualmente se considera que su identificación radiográfica es insuficiente para atribuirle la sintomatología, siendo necesario otros estudios como: el ultrasonido, la gammagrafía con metilendifosfonato marcado con Tecnecio (con alta sensibilidad pero baja especificidad) y la resonancia magnética, la cual muestra disminución de señal en T1 e incremento de señal en las secuencias con supresión de la grasa.

El diagnóstico diferencial debe efectuarse con: esguince del ligamento deltoideo, fractura de estrés, tendinitis del tibial posterior, fractura de tuberosidad medial del escafoides y enfermedad de Kohler. El tratamiento en general es conservador, de persistir la sintomatología, se efectúa la resección del escafoides accesorio y del cartílago adyacente con reinserción de las fibras del tendón tibial posterior en el escafoides.

REFERENCIAS

1. Mansoor SN, Rathore FA. Symptomatic accessory navicular bone: A case series. *The Egyptian Rheumatologist* (2017), <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejr.2017.02.003>
2. Geist ES. Supernumerary bones of the foot. A roentgen study of the feet of one hundred normal individuals *Am J Orthop Surg* 1914; 12:403-414.
3. Abourazzak FE, Shimi M, Azzouzi H, Mansouri S. An unusual cause of medial foot pain: the cornuate navicular. *Eur J Rheumatol*, 2015; 2: 33-34.
4. Chong A, Ha JM, Lee JY. Clinical meaning of hot uptake on bone scan in symptomatic accessory navicular bones. *Nucl Med Mol Imaging* 2016; 50: 322-328.
5. Deng YS, Gao QM, Zhen P, Tang KL. Surgical treatment strategy for flatfoot related with accessory navicular. *Zhongguo Gu Shang*. 2015; 28:188-194.