

Identifique el caso

Avulsión de escafoides accesorio (*Os tibiale externum*)

Scaphoid Avulsion Accessory (*Os tibiale externum*)

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



En A: radiografía anteroposterior de tobillo derecho que muestra un *Os subfibulare*; en B: radiografía posteroanterior de pie derecho mostrando escafoides accesorio (*Os tibiale externum*) con avulsión, en mujer de 24 años.

Paciente femenina de 24 años, sin antecedentes de importancia, acude por dolor intenso en borde medial del pie derecho a nivel de escafoides, que se originó 24 horas antes al apearse del caballo golpeando el pie derecho sobre el terreno pedregoso. A la exploración muestra marcha claudicante por dolor y edema en el 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 inversión activa; pulsos y llenado capilar normal, con diagnóstico de probable lesión del ligamento deltoideo. Se solicita radiografía las cuales muestran presencia de escafoides accesorio (*Os tibiale externum*) tipo II el cual presenta avulsión, ver fotos; como hallazgo, el estudio radiográfico del pie mostró además un *Os subfibulare* asintomático. Se le colocó inmovilización evitando apoyo y se le indicó uso de muletas axilares. A las ocho semanas se inició un programa de rehabilitación por ocho semanas, dándose de alta asintomática.

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 el género femenino.¹ La clasificación de Geist² (en 1914) lo cataloga en tres tipos: el tipo 1 es un oscículo de dos a tres 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 pos-

*Especialista en Traumatología y Ortopedia. Hospital de Alta Especialidad del Bajío, León, Guanajuato.

**Radiólogo. Jefe del departamento de Imagenología del Hospital Ángeles León.

***Especialista en Medicina de Rehabilitación. División de Medicina del Hospital Ángeles León. León, Guanajuato. México.

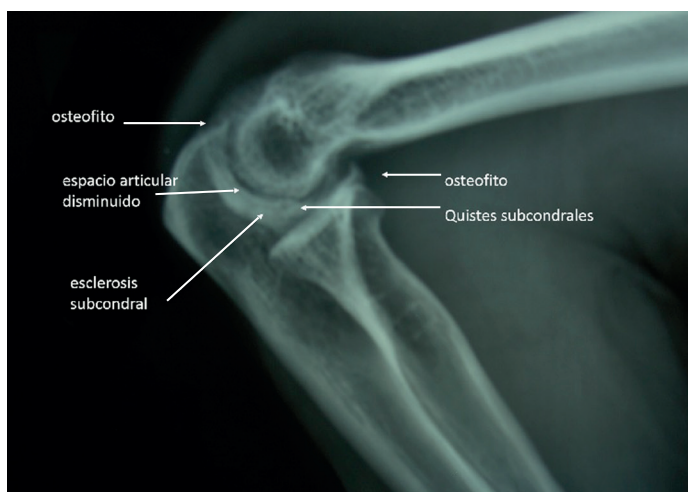
Correspondencia:
Luis Gerardo Domínguez Carrillo
lgdominguez@hotmail.com

Sugerencia de citación: Domínguez Gasca LG, Mora Constantino J, Domínguez Carrillo LG. Avulsión de escafoides accesorio (*Os tibiale externum*). Aten Fam. 2019;26(3):118-119. <http://dx.doi.org/10.22201/facmed.14058871p.2019.3.70041>

terior prominente.³ Habitualmente al escafoides accesorio se le considera carente de interés clínico. Sin embargo, puede ser responsable de la sintomatología que refieren los pacientes (como en este caso). Actualmente se considera que su identificación radiográfica es insuficiente para atribuirle la sintomatología, y son necesarios 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; Si persiste 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. [Internet] 2017; [citado 2018 Oct 19] Disponible en: <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.

Nuevo caso

Osteoartritis de codo en adulto joven

Figura. Radiografía lateral de codo izquierdo que muestra: osteofitos en apófisis coronoides y apófisis olecranena, disminución del espacio articular, esclerosis subcondral y presencia de quistes subcondrales, que corresponden al grado III de osteoartrosis de codo de la clasificación radiológica de Kellgren y Lawrence

**Respuesta a este caso en el siguiente número
Aten. Fam. 2019;26(4).**