

ARTICLE ESPECIAL

Malaltia de Müller-Weiss: a propòsit d'un cas de futbolista en etapa formativa

David Domínguez*, Joaquim Terricabras, Jordi Puigdellivol, Javier Yanguas i Ricard Pruna

Grup de Futbol, Serveis Mèdics del FC Barcelona, Barcelona, Espanya

Rebut l'1 de abril de 2016; acceptat el 2 de maig de 2016

PARAULES CLAU

Escafoide tarsià;
Osteonecrosi;
Müller-Weiss;
Futbol

KEYWORDS

Tarsal scaphoids;
Osteonecrosis;
Müller-Weiss;
Football

Resum

Malgrat que molts autors la consideren una osteonecrosi, la malaltia de Müller-Weiss és una displàsia de l'escafoide tarsià que es produeix a la infància, però que es manté asimptomàtica fins a l'edat adulta. La fisiopatologia és deguda a un retard de l'ossificació, associat a una compressió de la porció lateral de l'escafoide tarsià per l'astràgal lateralitzat i en var. El compromís sol ser bilateral i simètric.

© 2016 Consell Català de l'Esport. Generalitat de Catalunya. Publicat per Elsevier España, S.L.U. Tots els drets reservats.

Müller-Weiss disease: Presentation of a case in a football player in the training stage

Abstract

Although many authors consider Müller-Weiss syndrome as a osteonecrosis, it is a navicular dysplasia occurring in childhood that remains asymptomatic until adulthood. It is caused by a delay in the ossification of the navicular associated with the compression of the lateral portion of the tarsal navicular by the talus that is shifting laterally and in varus. There is usually bilateral and symmetrical involvement.

© 2016 Consell Català de l'Esport. Generalitat de Catalunya. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducció

Malgrat que molts autors consideren la malaltia de Müller-Weiss una osteonecrosi, és una displàsia de l'escafoide tar-

sià que es produeix a la infància, però que és manté asimptomàtica fins a l'edat adulta¹.

L'escafoide tarsià és l'os del tars que s'ossifica més tardanament, normalment durant el primer any en les nenes i al segon en els nens¹.

Està situat en el vèrtex de l'arc longitudinal intern i és una part essencial de la biomecànica de la columna interna de l'esquelet del peu. La seva vascularització depèn de

* Autor per a correspondència.

Correu electrònic: david.dominguez@fcbarcelona.cat (D. Domínguez).

branques de l'artèria plantar medial i dorsal del peu, i dona una bona irrigació a las parts medial i lateral; tanmateix, la part central queda relativament avascular².

Hi ha 2 condicions necessàries perquè es desenvolupi aquesta malaltia, que són el retard en l'ossificació de l'escafoide tarsià i la transferència lateral de càrrega, que s'esdevé quan l'articulació subastragalina es troba en var, cosa que comporta una compressió de l'aspecte lateral de l'escafoide. Un primer radi curt també afavoreix aquesta condició^{1,3,4}.

L'ossificació podria estar retardada per circumstàncies com ara els quadres de malnutrició durant el desenvolupament infantil, endocrinopaties (déficit d'hormona del creixement, hipotiroïdisme), etc.^{3,5}.

Molts pacients desenvolupen dolor insidiós en el mediopeu de característiques mecàniques. A vegades, un traumatisme pot precipitar l'aparició d'un dolor agut. La incidència és major en la quarta o cinquena dècada de la vida i és més freqüent en les dones^{1,3}.

A l'exploració física, la presència d'un peu pla amb retropeu paradoxal en var és la troballa característica^{1,3}.

Per establir el diagnòstic és indispensable realitzar un estudi radiològic d'ambdós peus i turmells en projeccions dorsoplantar i lateral en càrrega. Alguns autors proposen les projeccions obliques en rotació interna⁴.

Les troballes precoces són alteracions de l'os subcondral amb una combinació d'àrees escleròtiques i osteopèniques. En fases avançades es produeix un col·lapse de la porció lateral de l'escafoide, comprimit entre l'astràgal i els cunys, que adopten la típica forma de «coma». En estadis més avançats, l'escafoide apareix aplanat i pot trobar-se un traç oblic de davant cap endarrere i de dalt a baix. La pèrdua de la congruència articular astragaloescafoidea i escafocuneana comporta l'aparició d'una artrosi⁴.

La tomografia computeritzada no és l'exploració d'elecció en el diagnòstic. La seva utilitat probablement radica en l'avaluació de casos no concloents o davant la sospita d'una fractura d'estrès. La ressonància magnètica és una prova sensible i específica^{3,4}.

El pronòstic d'aquesta entitat no és bo. Sense tractament presenta una evolució crònica i progressiva cap al col·lapse, amb deformitat, fragmentació i migració de l'escafoide. Finalment es desenvolupa un peu pla i artrosi astragaloescafo-cuneana precoç secundària^{1,4}.

El tractament generalment és conservador amb immobilització quan el dolor és present i l'ús de plantilles de correcció del var i descàrrega de l'arc intern^{3,4}. En estadis avançats molts autors opten pel tractament quirúrgic que va des de l'artròdesi astragaloescafo-cuneana fins a l'osteotomia valgüitzant^{1,4,6,7}.

Cas clínic

Es tracta d'un home de 13 anys d'edat, practicant de futbol des dels 5 anys, actualment a categoria infantil i amb una càrrega horària de 7 h a la setmana. Com a únic antecedent d'interès presenta un déficit d'hormona de creixement diagnosticat i tractat 5 anys enrere.

Consultà el servei mèdic per dolor al peu esquerre acompanyat d'impotència funcional en el context d'una contusió



Figura 1 Radiografia anteroposterior: alteració de la morfologia de l'escafoide tarsià en forma de «coma». Primer metatarsià curt.

durant un partit. A l'exploració física presentava una marxa antiàlgica, peus plans i retropeu paradoxal en var, dolor a la palpació a nivell de cúpula astragalina, mediopeu i tars.

Es realitzaren radiografies en projeccions anteroposterior i obliqua, que mostraren un primer radi curt i esclerosi de l'escafoide tarsià amb aplanament anteroposterior, i un encunyament de l'aspecte lateral que dona una morfologia en forma de «coma» (fig. 1). A la projecció lateral s'observà un traç de fractura de 45° d'inclinació. Amb aquestes troballes es suspengué l'activitat esportiva i es mantingué en descàrrega durant 4 setmanes. Es realitzaren una ressonància magnètica i una tomografia computeritzada. La tomografia mostrà un traç de fractura a l'escafoide esquerra i signes de lesió osteocondral (fig. 2). La ressonància mostrà un extens edema intraossi de l'escafoide tarsià, aplanament de l'aspecte lateral, una àrea amb marcada alteració del senyal suggestiu d'osteonecrosi i una imatge lineal de morfologia còncava que afectava l'aspecte dorsal i lateral de l'escafoide (fig. 3).

Amb totes aquestes dades, el diagnòstic fou compatible amb una malaltia de Müller-Weiss. Es completà l'estudi amb una gammagrafia, que fou negativa a les 2 fases estudiades.

Es valorà conjuntament amb un especialista en malalties del peu. Es prescriví ortesi plantar per corregir el var del retropeu i donar suport a l'arc plantar intern.

Una vegada asimptomàtic s'inicià de forma progressiva i controlada l'activitat física. Inicialment cursa a la cinta desgravada, posteriorment en circuits en camp, per finalment incorporar-se a la rutina de l'equip sense incidències (fig. 4).

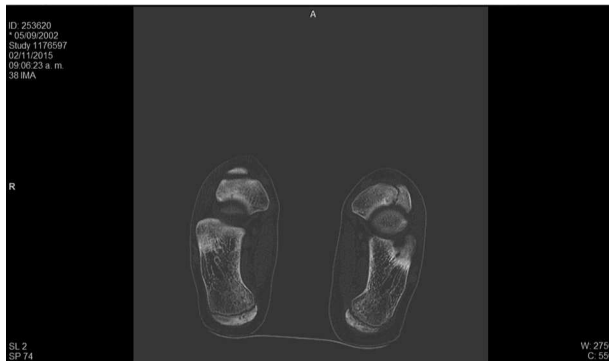


Figura 2 Tomografia computeritzada, tall coronal: alteració de la morfologia de l'escafoide tarsià. S'observa var del retropeu.



Figura 3 Ressonància magnètica: seqüència potenciada a T2 amb saturació greixosa. Alteració de la morfologia de l'escafoide tarsià, amb edema medullar a l'escafoide.



Figura 4 Ressonància magnètica: seqüència potenciada a T1. Alteració de la morfologia de l'escafoide tarsià, amb canvis artròsics astragaloescafoideus.

Discussió

La malaltia de Müller-Weiss és una entitat poc coneguda. En el nostre cas l'estudi es féu com a conseqüència de la con-

tusió i el dolor secundari, i el diagnòstic de malaltia de Müller-Weiss fou una troballa fortuïta.

Els últims anys s'han descrit casos de malaltia de Müller-Weiss en atletes professionals. Possiblement el nombre creixent d'esportistes d'edat immadura, associat a altres factors, podria també causar un retard en l'ossificació de l'escafoide tarsià. En el cas del nostre futbolista, l'historial esportiu associat al dèficit d'hormona de creixement, en el context biomecànic comentat, són els possibles factors que contribueixen a la gènesi de la malaltia.

Cal sospitar la malaltia de Müller-Weiss en pacients que es presenten amb un peu pla, retropeu paradoxal en var i dolor crònic.

Les troballes radiogràfiques són indicatives d'aquesta entitat i el seu diagnòstic no exclou altres diagnòstics, com la fractura d'estrès.

L'objectiu del tractament dut a terme fou inicialment disminuir l'edema ossi generat per la contusió, i posteriorment l'ús d'ortesi per corregir el factor biomecànic.

Conflicte d'interessos

Els autors declaren que no tenen cap conflicte d'interessos.

Agraïment

Volem agrair la col·laboració del Dr. Ramon Viladot en aquest cas.

Bibliografia

1. Carrasco Arranz J, Maceira Suárez E, Monteagudo de la Rosa M, Herráiz Hidalgo L, Gómez Herrera JJ, Recio M. Müller-Weiss disease. Greatly unknown, great pretender. Electronic Presentation Online System. 2011, <http://dx.doi.org/10.1594/ecr2011/C-1797>
2. Valencia JAM, Bermejo FT, Bravo AB. Dolor difuso del mediopié del atleta. Fractura por estrés del hueso navicular. Arch Med Deporte. 2011;137-43.
3. Maceira E, Rochera R. Müller-Weiss disease, clinical and biomechanical features. Foot Ankle Clin N Am. 2004;9:105-25.
4. Narváez J, Narváez JA. Osteonecrosis del escafoides tarsiano. Semin Fund Esp Reumatol. 2006;07:109-16.
5. Zerin JM, Hernández RJ. Approach to skeletal maturation. Hand Clin. 1991;7:53-62.
6. Galvis Ruiz G, Aluja Jaramillo F, Martínez J, Heredia Sánchez F, Upegui Jiménez D. Enfermedad de Müller-Weiss: un diagnóstico ignorado. Rev Colomb Radiol. 2014;25:4016-20.
7. Fernández de Retana P, Maceira E, Fernández-Valencia JA, Suso S. Arthrodesis of the talonavicular-cuneiform joints in Müller-Weiss disease. Foot Ankle Clin N Am. 2004;9:65-72.