

Enfermedad de Sever bilateral: reporte de un caso y revisión de la literatura

Bilateral Sever disease: a case report and literature review

Manuel José Brito Velásquez*

RESUMEN

La apofisitis del calcáneo o “Enfermedad de Sever” es la inflamación dolorosa de la apófisis del calcáneo. Es un problema común en los niños en crecimiento del hemisferio occidental. Fue descrita por primera vez en 1912. Se caracteriza por presentarse con dolor en la cara posterior y plantar del talón. El diagnóstico es clínico y complementariamente se pueden realizar estudios radiográficos. Con respecto al tratamiento, lo más importante es aliviar el dolor y prevenir las complicaciones para que el niño se pueda incorporar nuevamente a sus actividades. Se presenta el caso de paciente masculino, de 10 años de edad, con diagnóstico de osteocondrosis del calcáneo o “Enfermedad de Sever”.

Palabras clave: Enfermedad de Sever, Apofisitis del Calcáneo, Osteocondrosis, Tendón de Aquiles, Talón.

ABSTRACT

The calcaneal apofisitis or “Sever’s Disease” is the painful inflammation of the calcaneal apophysis. It’s a common problem in growing children in the Western Hemisphere. It was first described in 1912. It features presented with pain in the posterior and plantar aspects of the heel. The diagnosis is clinical and can be complementary with radiographic studies. The most important in treatment is to relieve the pain and prevent complications, so that the child can be incorporated back into their activities. We present the case of male patient, 10 years old, diagnosed with osteochondrosis of the calcaneus or “Sever’s Disease”.

Key words: Sever’s Disease, Calcaneal Apofisitis, Osteochondrosis, Achilles Tendon, Heel.

INTRODUCCIÓN

La apofisitis del calcáneo o “Enfermedad de Sever” es la inflamación dolorosa de la apófisis del calcáneo. Es un problema común en los niños en crecimiento del hemisferio occidental, no hay reportes de su incidencia a nivel mundial y no se ha reportado ningún caso en el continente africano^(1, 2).

Fue descrita por primera vez en 1912, por James Warren Sever⁽³⁾, como una lesión inflamatoria de la apófisis del calcáneo asociado a esguinces musculares en el esqueleto inmaduro.

La etiología es controversial, sin embargo, es ampliamente aceptado que es ocasionada por microtraumas repetitivos, producidos por la “tirantez” del tendón de Aquiles sobre la apófisis sin osificar⁽¹⁾. El proceso inflamatorio ocasionado por estos microtraumas se atribuye a la disminución de la resistencia para soportar el estrés en la interface placa de crecimiento – hueso, debido a que esta zona, no se encuentra adaptada completamente a los cambios biológicos y biomecánicos del crecimiento y a las demandas del niño en desarrollo atléticamente activo^(1, 2, 4).

Suele afectar con mayor frecuencia a niños de 10 a 13 años y su incidencia es mayor en el sexo masculino^(1-2, 4, 5). Se ha relacionado con la realización de deportes o actividad física

* Cirujano ortopedista y traumatólogo. Servicio de Traumatología. Centro Clínico La Grita, La Grita, Estado Táchira, Venezuela.

excesiva y el compromiso puede ser bilateral hasta en el 60% de los casos^(1, 2, 6, 7).

Clínicamente se caracteriza por cursar con dolor insidioso y molesto en la cara posterior y plantar del talón^(1-2, 4, 5). Su evaluación se puede complementar con estudios radiográficos⁽¹⁾.

Presentamos el caso de un paciente masculino de 10 años, que fue diagnosticado con una Enfermedad de Sever bilateral.

CASO CLINICO

Paciente masculino de 10 años, natural y procedente de una localidad rural del Estado Táchira, Venezuela. Quien inicia su enfermedad seis meses antes de su consulta, al presentar dolor crónico, insidioso, en el talón derecho e izquierdo simultáneamente, el cual no mejoraba con la administración de analgésicos y se exacerbaba durante la práctica de deportes.

El paciente es deportista activo, practicante de distintas disciplinas, especial y regularmente el fútbol.

Al examen físico no se observan signos de inflamación o cambios tróficos en el retropie. Se evidencia dolor a la palpación de la cara posterior y plantar del talón derecho e izquierdo. No se encontraron otras alteraciones anatómicas o constitucionales del pie y tobillo.

Se solicita radiografía simple de ambos talones (ver Figura N° 1), donde se evidencian imágenes de esclerosis con cierta fragmentación en ambos calcáneos. La valoración es complementada con estudios de laboratorio como hematólogía completa, velocidad de sedimentación globular, proteína C reactiva y fosfatasa alcalina, los cuales resultaron normales.

Se establece el diagnóstico de osteocondrosis bilateral del calcáneo.

Se indica tratamiento con analgésicos anti inflamatorios no esteroideos, ejercicios de estiramiento del tobillo y el uso

de plantillas con talonera de gel. Se restringe parcialmente la práctica deportiva y se observa la desaparición del dolor a los tres meses de iniciado el tratamiento, sin complicaciones o secuelas, y se indica el retorno a sus actividades deportivas. A 6 meses del seguimiento, no se observa sintomatología.

Figura N°1.



Radiografía bilateral de calcáneo en proyección lateral comparativa. Se observa la fragmentación y esclerosis a nivel de ambos núcleos de crecimiento.

DISCUSIÓN

El diagnóstico de la osteocondrosis de calcáneo o “Enfermedad de Sever” es clínico; se debe realizar un adecuado interrogatorio para evaluar las actividades físicas que realiza el niño, si son practicadas de la manera adecuada, con el calzado adecuado y bajo supervisión o no. La localización del dolor es fundamental para diferenciar a la enfermedad de Sever de otras patologías dolorosas del retropie^(1, 6, 7).

En la Tabla N° 1, se mencionan los factores de riesgo más importantes, mencionados en la literatura mundial⁽¹⁻¹²⁾.

Tabla N° 1.

Factores de riesgo para la Enfermedad de Sever

- Alto nivel de actividad
- Calzado inadecuado
- Correr sobre superficies rígidas
 - Sobrepeso
- Presión plantar elevada en el talón
 - Deformidades biomecánicas
 - Acortamiento de Aquiles

Complementariamente se pueden realizar estudios radiográficos para descartar la presencia de otras causas de dolor, pero no con fines diagnósticos, tal y como lo han sugerido distintos estudios^(1, 2, 4-9). Rachel y col⁽⁸⁾, en una evaluación radiográfica de 98 pacientes (134 pies), encontró cambios radiográficos anormales en sólo el 5,1% de los casos. Sin embargo, a pesar de eso, destaca que la realización de radiografías laterales como parte de la evaluación rutinaria es necesaria para descartar lesiones que puedan requerir tratamientos más agresivos.

Ahora bien, con respecto al tratamiento, es bien aceptado que es una condición auto-limitante y que la sintomatología desaparece una vez que ocurre la fusión de la apófisis del calcáneo, que en niños es alrededor de los 14 años y en las niñas a los 16^(1, 10-12).

Lo más importante es aliviar el dolor y prevenir las complicaciones, para que el niño pueda regresar normalmente a sus actividades cotidianas, escolares y recreativas⁽¹⁰⁾.

Actualmente se acepta que el mejor tratamiento debe incluir el reposo de las actividades deportivas, uso de taloneras de gel, colocación de hielo local y el uso de anti-inflamatorios no esteroideos^(1, 4-7, 10-12). Típicamente los síntomas desaparecen entre 2 semanas a 2 meses de iniciado el tratamiento^(1, 2, 10-12).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hendrix C. Calcaneal apophysitis (Sever disease). *Clin. Pediatr. Med. Surg.* 2005;22(1):55-62.
2. Sitati F, Kingori J. Chronic bilateral heel pain in a child with Sever disease: case report and literatura report. *Cases J.* 2009;2:9365.
3. Sever J. Apophysitis of the os calcis. *NY Med. J.* 1912;95:1025.
4. Ogden J, Ganey T, Hill J, Jaakkola J. Sever's injury: a stress fracture of the immature calcaneal metaphysis. *J. Pediatr. Orthop.* 2004;24(5):488-92.
5. Gillespie H. Osteochondroses and apophyseal injuries of the foot in the young athlete. *Curr Sports Med. Rep.* 2010 sep-oct. 9(5):265-8.
6. Scharfbillig R, Jones S, Scutter S. Sever's disease: what does the literature really tell us? *J Am Podiatr Med Assoc.* 2008;98(3):212-223.
7. Toomey E. Plantar Heel Pain. *Foot Ankle Clin.* 2009; 14(2):229-45.
8. Rachel J, Williams J, Sawyer J, Warner W, Kelly D. Is radiographic evaluation necessary in children with a clinical diagnosis of calcaneal apophysitis (Sever disease)? *J. Pediatr Orthop.* 2011;31(5):548-50.
9. Kose O. Do we really need radiographic assessment for the diagnosis of non-specific heel pain (calcaneal apophysitis) in children? *Skeletal Radiol.* 2010;39(4):359-61.
10. Leeb H, Stickel E. Literature Review of Sever's Disease: Radiographic Diagnosis and Treatment. *NYCPM Podiatric Medical Review* 2011-2012;20:4-9.
11. Thomas JL, Christensen JC, Kravitz SR, et al. The diagnosis and treatment of heel pain: a clinical practice guideline revision 2010. *J Foot Ankle Surg.* 2010;49(3) (suppl 3):S1-19.
12. Becerro de Bengoa Vallejo R, Losa Iglesias ME, Rodríguez Sanz D, et al. Plantar pressures in children with and without sever's disease. *J Am Podiatr Med Assoc.* 2011;101(1):17-24.