



## 160/2645 - ENFERMEDAD DE RENANDER. UN GRAN DOLOR PARA UN PEQUEÑO HUESO

A. García García<sup>a</sup>, S. Duce Tello<sup>b</sup> y N. Sánchez Prida<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Orcasitas. Madrid. <sup>b</sup>Centro de Salud Orcasitas. Madrid. <sup>c</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Orcasitas. Madrid.

### Resumen

**Descripción del caso:** Paciente de 32 años que acude por dolor plantar lateral de inicio silente y progresivo, atraumático y de intensidad grave, alcanzando pico de dolor al final de cada día, limitando la actividad diaria y laboral. Refiere realizar ejercicio físico de poca intensidad pero de forma habitual. De profesión es peluquera, y refiere no soportar la bipedestación que requiere su trabajo, por lo que ha consultado en dos ocasiones por dolor durante esta misma semana, a pesar de correcto tratamiento con AINES. Refiere que es el primer episodio de características similares.

**Exploración y pruebas complementarias:** A la inspección se objetiva postura antiálgica y no se observan signos de inflamación local, sin hematoma ni edema. Curvatura del pie ligeramente cavo. Gran dolor a la palpación en la base del primer meta. A la movilidad pasiva aparece dolor con la flexión dorsal forzada y con la flexión plantar contraresistencia del primer dedo. Observando la marcha de la paciente se objetiva postura en apoyo y cojera antiálgicas y gran dolor al arrancar el paso principalmente y en el apoyo plantar de forma más moderada. En cuanto a las pruebas complementarias, en fases iniciales, la radiografía es completamente normal, siendo únicamente visible en fases avanzadas de la enfermedad en forma de fragmentación y aplanamiento del sesamoideo con cambios indistintamente radiopacos y/o radiolúcidos. La resonancia magnética es la prueba diagnóstica más sensible en la fase inicial. El hallazgo que se objetiva en T1 es la disminución de la intensidad de señal en el hueso afectado. Otras pruebas útiles aunque menos específicas para esta patología son la gammagrafía ósea y el TAC.

**Juicio clínico:** Enfermedad de Renander (osteocondrosis de los sesamoideos).

**Diagnóstico diferencial:** Es importante el diagnóstico diferencial con otras algias del antepié como pueden ser; fracturas de los metatarsos o de los propios sesamoideos, artrosis metatarso-falángicas, sesamoideo bipartito, tendinitis de los músculos flexores. El diagnóstico diferencial más complejo se produce con una sesamoiditis y debemos sospechar una enfermedad de Renander en una sesamoiditis crónica de mala evolución y con los antecedentes personales que se detallan en el siguiente epígrafe.

**Comentario final:** La necrosis avascular de los sesamoideos fue descrita en 1924 por Renander. Es infrecuente y puede afectar a cualquier sesamoideo, aunque en un 70% afecta al medial del primer

dedo. Generalmente se presenta en mujeres deportistas jóvenes, de etiología secundaria a microtraumatismos repetidos e hiperpresión en la cabeza del primer metatarsiano. Esta enfermedad se asocia también a pie cavo y a uso de zapatos de tacón alto. El tratamiento inicial se lleva a cabo con reposo y antiinflamatorios, así como medidas ortopédicas si fueran necesarias, pudiendo recurrir también a la infiltración local. En caso de fracaso tras 6-12 meses de tratamiento conservador, la resección quirúrgica es la opción terapéutica más efectiva.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Kalweit M, Frank D: Aseptic necrosis of the first metatarsal sesamoid (Morbus Renander) FussSprungg. 2003;1:148-51.
2. Leventen E. Sesamoid disorders and treatment. Clin Orthop Rel Res. 1991;269:236-40.
3. Brandser EA, Buckwalter JA: Imaging studies for diagnosing stress and insufficiency fractures. Iowa Orthop J. 1996;16:70-8.