

OSTEOCONDritis DE LA CABEZA FEMORAL (ENFERMEDAD DE PANNER)

E. ALONSO MARTÍN, S. LÓPEZ MARTÍN, J.F. BAYONA LEÓN,
S. FORCANO SANJUÁN, F. DE LA GUÍA-GALAPIENSO
Y B. PÉREZ VILLACASTÍN

SERVICIO DE RADIODIAGNÓSTICO. FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ Y
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA. MADRID.



Figura 1. Radiografía lateral de codo derecho. Puede observarse una pequeña erosión e interrupción de la cortical en el borde inferior del epicóndilo del húmero.



Figura 2. A. Resonancia magnética de codo derecho. Proyección sagital potenciada en T2: erosiones subcondrales con señal hiperintensa en epicóndilo lateral. Derrame articular.



Figura 2. B. Proyección axial en secuencia STIR; se confirman las imágenes hiperintensas y el derrame articular mencionados anteriormente.

Se trata de un varón de 13 años de edad, que consulta por dolor en codo derecho de carácter insidioso y progresivo, de dos meses de evolución y sin antecedentes personales de interés, aunque sin poder descartar traumatismo menor que pasara desapercibido durante la práctica de fútbol, deporte al que es aficionado nuestro paciente.

El dolor es de características mecánicas, sin acompañarse en ningún momento de signos de inflamación importante ni fiebre, y sin afectar a otras articulaciones. A la exploración física destacaba dolor a la movilización activa y pasiva del codo derecho, con impotencia funcional, aunque manteniendo movilidad completa. Los datos de laboratorio no revelaron ningún hallazgo de interés.

Se le realiza una radiografía anteroposterior y lateral de codo derecho (codo dominante) observándose, en esta última, a nivel del borde inferior del epicóndilo del húmero, afectación cortical con pequeñas erosiones subcondrales, sin observarse signos radiológicos sugerentes de fractura antigua a ningún nivel (fig. 1).

Dado este hallazgo se decide realizar resonancia magnética (RM) (fig. 2), en la que se observan imágenes de erosiones subcondrales en la cabeza humeral con señal hipointensa en T1 e hiperintensa en T2, jun-

to con signos de escaso derrame articular, imágenes compatibles con enfermedad de Panner, también denominada osteocondritis de la cabeza humeral.

COMENTARIO

La enfermedad de Panner u osteonecrosis del *capitulum* fue descrita por primera vez por Panner en 1927 y se ha definido como una osteocondritis aislada del *capitulum* del húmero, en el codo generalmente dominante, que aparece en niños entre los 2 y 15 años, frecuentemente relacionada con traumatismos menores de repetición, por lo que se ha asociado con la realización de deportes tales como el béisbol, balonmano o en gimnastas de competición.

En 1965, Adams proporcionó una descripción más precisa de lo que él llamó osteonecrosis capitular en «pitchers» (lanzadores de béisbol). Esto ocurría en 5 de cada 80 niños estudiados que de forma rutinaria practicaban este deporte.

Se ha considerado hasta la fecha como una enfermedad infrecuente, aunque probablemente su escasa incidencia se deba más a una infravaloración diagnóstica debido a que el diagnóstico se retrasa normalmente por su inicio insidioso y por la progresión lenta de los síntomas.

La clínica típicamente incluye dolor, sobre todo a la movilización y localizado sobre la cara lateral del codo afecto, junto con discreta disminución del arco de movimiento. Los datos de laboratorio no suelen aportar nada significativo y son los hallazgos radiológicos los que normalmente proporcionan la evidencia para el diagnóstico preciso. Adams describió los hallazgos radiológicos en la fase aguda de la osteocondritis capitular, consistentes en osteonecrosis, generalmente en la región articular de contacto entre el *capitulum* humeral y la cabeza del radio, junto con la mineralización irregular, fragmentación y pobre definición de los márgenes corticales. La esclerosis, fisuras y fragmentos de la cabeza del *capitulum* son también frecuentes. A medida que la enfermedad va avanzando sin diagnóstico y tratamiento preciso, los hallazgos radiológicos pueden ser más alarmantes, incluyendo incluso cuerpos articulares libres y colapso del *capitulum*.

La RM se usa en la detección temprana de la enfermedad y es más sensible para visualizar cambios precoces que la radiografía convencional.

La etiología se cree que puede ser doble, por un lado secundaria a estrés lateral repetido por microtraumas y por otro por pobre vascularización de la zona.

Las decisiones terapéuticas no son, por lo general, difíciles. El médico suele ofrecer las opciones de manejo médico conservador, frente al desbridamiento quirúrgico o la resección de la cabeza del radio cuando existen fragmentos osteocondrales libres. En la pieza quirúrgica se observa «exfoliación del cartílago en las superficies enfrentadas del *capitulum* y cabeza del radio con fragmentos desprendidos en el interior de la articulación».

En cuanto al pronóstico, la inmensa mayoría de pacientes que desarrollan la enfermedad de Panner aguda se recuperan sin secuelas, siendo poco frecuentes los problemas clínicos y las deformidades persistentes. Aquellos con presentación más tardía de la enfermedad presentan con mayor probabilidad retraso del crecimiento y colapso del *capitulum* por necrosis, acom-

pañado de sobrecrecimiento de la cabeza radial, debido a una respuesta hiperémica asociada durante la fase de reparación. La pérdida de la congruencia articular predispone también a osteoartritis secundaria de forma eventual, lo que explica la importancia de realizar un diagnóstico temprano.

Otras alteraciones a considerar en el diagnóstico de la enfermedad de Panner incluyen cualesquiera que puedan predisponer a osteocondritis secundaria, debido a la pérdida de la congruencia articular, tales como historia de artritis crónica juvenil monoarticular o una fractura antigua. La relación entre la osteonecrosis capitular difusa de la enfermedad de Panner y la osteocondritis disecante focal permanece en debate. Pudiera ser que ambas representasen diferentes grados de una misma enfermedad.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- Daniel WW. Panner's disease. *Arthritis and Rheumatism* 1989; 32: 341-342.
- Jawish R, Rigault P. Osteochondritis dissecans of the humeral capitellum in children. *Eur J Pediatr Surg* 1993; 3: 97-100.
- Stoane JM, Poplauskys MR, Haller JO, Berdon WE. Panner's disease: X-ray, MR imaging findings and review of the literature. *Comput Med Imaging Graph* 1995; 19: 473-476.
- Suman RK, Miller JH. Panner's disease: Osteochondritis of the capitellum of the humerus. *JR Coll Surg Edinb* 1982; 27: 62-63.
- Takahara M, Shundo M. Early detection of osteochondritis dissecans of the capitellum in young baseball players. Report of three cases. *J Bone Joint Surg Am* 1998; 80: 892-897.

NOTICIAS

LA FUNDACIÓN HISPANA DE OSTEOPOROSIS Y ENFERMEDADES METABÓLICAS ÓSEAS (FHOEMO)

Convoca las
VI BECAS FHOEMO
PARA JÓVENES INVESTIGADORES 2000
de acuerdo con las siguientes

BASES

1. La Beca permitirá la realización de un período de aprendizaje y formación, sobre aspectos experimentales y/o clínicos en el campo de la Osteoporosis y Enfermedades Metabólicas Óseas, en un centro clínico especializado de ámbito nacional.
2. Las Becas estarán dotadas con 400.000 pesetas.
3. Los candidatos serán posgraduados, menores de 40 años, interesados en el estudio de estas enfermedades.
4. La fecha límite de recepción será el 1 de julio del 2000.
5. La propuesta consistirá en una concisa explicación sobre el proyecto, el Curriculum Vitae del solicitante y la aceptación del jefe de Servicio donde vaya a desarrollar su labor.
6. La Beca será concedida por un Jurado que estará compuesto por cuatro miembros del Comité Científico de la FHOEMO, actuando como secretaria del Jurado, con voz pero sin voto, la Secretaria de la Fundación.
7. La decisión del Jurado será inapelable y las Becas podrán ser declaradas desiertas si, a juicio del jurado, se estimase que los proyectos presentados no reúnen los méritos suficientes.
8. Los aspirantes aceptarán las presentes bases por el mero hecho de concurrir a esta convocatoria.
9. La documentación se remitirá a:

VI BECAS JÓVENES INVESTIGADORES - FHOEMO

Gil de Santivañes, 6-2.º D

28001 Madrid

Tel./Fax: 91 578 35 10