

Os Vesalianum Pedis sintomático: a propósito de un caso.

DOI: [HTTP//DX.DOI.ORG/10.37315/SOTOCav20243005990](http://dx.doi.org/10.37315/SOTOCav20243005990)

VALVERDE-VÁZQUEZ MR, GARCÍA-LAGUARTAVJ, CHIAPPE C, FERNÁNDEZ-GABARDA R, SANGÜESA-NEBOT MJ.

HOSPITAL ARNAU DE VILANOVA – HOSPITAL DE LLIRIA, VALENCIA, ESPAÑA.

Resumen

Os Vesalianum Pedis es un hueso accesorio muy poco frecuente que se ubica adyacente a la base del quinto metatarsiano del pie. De manera extraordinaria cursa con dolor lateral de pie tras un traumatismo leve y suele ser confundido con otras patologías o entidades. Por ello, debe considerarse al abordar el diagnóstico diferencial y conocer las distintas opciones de tratamiento.

Palabras clave: Os vesalianum pedis, Os vesalianum sintomático, dolor lateral de pie, huesos accesorios, sesamoideo

Summary

Os Vesalianum Pedis is a very rare accessory bone located adjacent to the base of the fifth metatarsal of the foot. In an outstanding way, it presents with lateral foot pain after a mild trauma and is usually confused with other pathologies or entities. Therefore, it should be considered in the differential diagnosis and knowing the different treatment options.

Keywords: Os vesalianum pedis, Symptomatic os vesalianum, Lateral foot pain, Accessory Ossicles, Sesamoid

Correspondencia:

María del Rocío Valverde Vázquez

rociovv1014@gmail.com

Fecha de recepción: 24 de septiembre de 2024

Fecha de aceptación: 13 diciembre de 2024

INTRODUCCIÓN

Los huesos accesorios o sesamoideos son considerados variantes anatómicas de la normalidad. Son frecuentes en el pie y rara vez causan dolor. Se teoriza que el origen de estos puede deberse a variantes de los centros de osificación de un hueso en los que ocurre un fracaso de la fusión de la fisis. En muchos casos se encuentran en contacto con un tendón, considerando algunos autores que estos huesos accesorios podrían tener una función de protección, ya que reducen la fricción hueso-tendón¹⁻⁴.

El Os Vesalianum Pedis es un hueso accesorio lateral del pie muy poco frecuente (0'1%-0'5%) que implica la inserción del tendón del músculo peroneus brevis. En la gran mayoría de los casos resulta asintomático, por lo que es probable que su presencia se encuentre subestimada; alcanzando en algunas series prevalencias de hasta el 6%^{1,2,4-8}.

Se presenta un caso clínico de un varón joven diagnosticado de manera tardía de Os Vesalianum sintomático tras torcedura de tobillo y tratado de manera conservadora con buenos resultados clínicos.

CASO CLÍNICO

Varón de 29 años que acude a urgencias por dolor y limitación a la deambulación tras mecanismo de inversión en tobillo izquierdo. A la exploración física presenta edema y dolor a punta de dedo a nivel de la base del quinto metatarsiano. Presenta además dolor a la flexión dorsal e inversión forzada del pie, sin otra sintomatología asociada.

Se solicita estudio radiológico con proyecciones anteroposterior y lateral de pie con las que es diagnosticado, en primera instancia, en el servicio de Urgencias, de fractura de la base del quinto metatarsiano del pie izquierdo. Se opta por tratamiento inmovilizador mediante férula suropédica posterior durante 3 semanas.

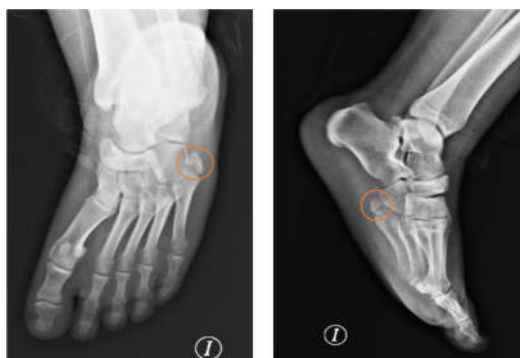


Figura 1. Radiografías AP y LAT pie izquierdo realizadas en el servicio de urgencias con diagnóstico de fractura de la base de 5 metatarsiano.

Durante el seguimiento, continúa con dolor y edema. El paciente comenta antecedente de fractura de cola de quinto metatarsiano a los 14 años y desde entonces, dolor a temporadas, sobre todo con mínimos traumatismos. Debido a los antecedentes y a la ausencia de signos de consolidación en las radiografías, se realiza el diagnóstico de pseudoartrosis.

Año y medio después consulta de nuevo por persistencia del dolor que limita su actividad laboral y deportiva. Se solicitan nuevas radiografías de pie y una resonancia magnética para diagnóstico diferencial y valoración de opciones terapéuticas.

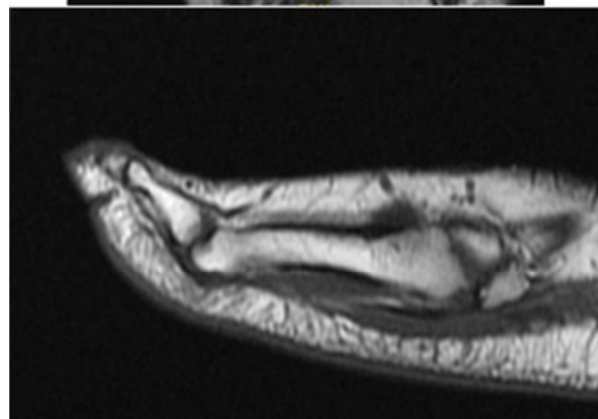
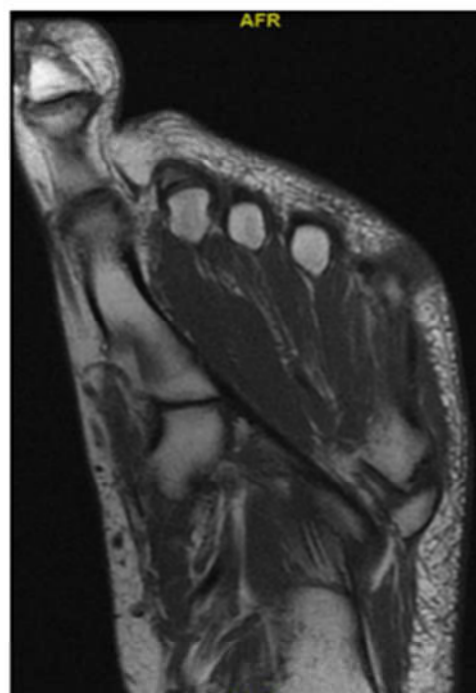


Figura 2. Cortes coronal y sagital en T1. Presencia de os vesalianum de tamaño considerable como variante de la normalidad.

En la resonancia magnética se observa pequeña lesión osteocondral en la vertiente superior y posterior del hueso navicular de 7mm. Deformidad en varo de la 1ª articulación tarso-metatarsiana y de todas las falanges proximales. La más llamativa en articulación metatarso-falángica de 5º dedo, donde condiciona una impronta sobre el tejido celular subcutáneo y produce edema del mismo. Presencia de Os Vesalianum de tamaño considerable como variante de la normalidad. No se observa derrame articular ni signos de sinovitis. Tendones flexores y extensores de normal morfología e intensidad de señal. Estructuras óseas de antepié sin fracturas ocultas.

Tras descartar la presencia de fractura de la base de 5 metatarsiano y confirmar el diagnóstico de Os Vesalianum, se decide tratamiento no quirúrgico en primera instancia. Se recomienda al paciente la utilización de zapato ortopédico de suela plana y rígida para la deambulación durante al menos 6-8 semanas. Posteriormente el paciente ha obtenido buenos resultados clínicos, con ausencia de dolor y de inflamación de la zona.

DISCUSIÓN

A pesar de que en la mayoría de casos la presencia de Os Vesalianum Pedis resulta asintomática, puede ser una causa poco frecuente de dolor lateral de pie localizado en la base del 5 metatarsiano. El Os Vesalianum Pedis sintomático suele asociarse a mecanismos de inversión de tobillo o a microtraumatismos^{1,5-8}. En consecuencia, en contexto de traumatismo, la presencia de este hueso accesorio es comúnmente confundida con otras patologías como la enfermedad de Iselin, fractura de Jones, fractura-avulsión o fractura de estrés de quinto metatarsiano, así como con la simple presencia de cartílago de crecimiento en edad infantil u otros huesos accesorios como el Os peroneum^{1,3-8}.

La enfermedad de Iselin supone una causa de dolor lateral de pie en niños o adolescentes jóvenes, asociado generalmente a microtraumatismos repetitivos durante la práctica de deportes de impacto, sin un antecedente traumático claro. Se produce por una tracción continua y repetitiva del tendón peroneo lateral corto sobre la fisis no fusionada. Una vez fusionada la fisis (entre los 12-14 años) es frecuente que el dolor desaparezca, lo que permite diferenciar esta patología de la presencia del Os Vesalianum Pedis, ya que el dolor persistiría más allá de la edad adulta⁵.

Las fracturas-avulsión y fracturas de Jones se asocian a un traumatismo agudo y clínica florida, en general con imposibilidad de apoyo y gran tumefacción a nivel de base del quinto metatarsiano. En cambio una fractura de estrés se desarrolla por sobreuso debido a una

fuerza repetitiva sin que el paciente lo asocie a ningún gesto ni traumatismo claro^{1,5-7}.

Es importante identificar en las imágenes radiográficas distintos hallazgos que nos ayudarán a realizar el diagnóstico diferencial.

Una imagen redondeada o triangular, con bordes lisos y cuyas corticales se presentan de manera oblicua y paralela al trayecto del eje largo del quinto metatarsiano es característica de la presencia de Os Vesalianum Pedis. En ocasiones este se articula con el hueso cuboides adyacente, obligando a diferenciar este hueso accesorio de otro sesamoideo con una prevalencia bastante más alta en la población adulta (22%), Os Peroneum, que se ubica a nivel de la articulación calcaneocuboidea^{1-3,5,7}.

En la población pediátrica una fisis no fusionada puede resultar compleja de distinguir, con una orientación también oblicua y paralela al eje del quinto metatarsiano, aunque suelen presentar una forma más ovoide. En cambio, la enfermedad de Iselin demuestra fragmentación e irregularidad apofisaria^{3,5}.

Radiográficamente, las fracturas de Jones y las fracturas de estrés son transversales al eje del quinto metatarsiano, encontrando típicamente las primeras a nivel de la unión metafisodiáfisaria y las segundas a nivel del tercio distal de la diáfisis. En cambio, las fracturas-avulsión de la base del quinto metatarsiano se localizan en el polo proximal, con bordes irregulares y agudos, lo que nos permitiría diferenciarlas de huesos accesorios o de la fisis⁵⁻⁷.

La realización de radiografías de pie contralaterales con imagen especulares también nos puede ayudar en el diagnóstico diferencial, al igual que la realización de técnicas complementarias de imagen como la tomografía computarizada o la resonancia magnética, donde encontramos corticales lisas con una médula ósea de aspecto normal. En los casos de Os Vesalianum Pedis sintomático podemos encontrar edema óseo en la RM^{1,3,5,8}.

El tratamiento inicial del Os Vesalianum Pedis sintomático es conservador y consiste en reposo relativo con el miembro en descarga o carga parcial asociado a antiinflamatorios no esteroideos durante al menos 6-8 semanas. Encontramos descrito en la literatura la utilización tanto de ortesis plantares que permiten una modificación en la biomecánica del pie como zapato ortopédico de suela plana, así como ortesis tipo Cam-Walker en aquellos pacientes con menor tolerancia a la marcha por el dolor. La mayoría de pacientes sintomáticos obtienen buenos resultados clínicos con el tratamiento conservador, como en nuestro caso clínico presentado. Es por ello que en la

literatura actual encontramos pocos casos descritos que hayan precisado tratamiento quirúrgico^{1,2,5-8}.

Algunas de las opciones quirúrgicas descritas consisten en la escisión del hueso accesorio o la fijación del Os Vesalianum Pedis al quinto metatarsiano con el objetivo de obtener su fusión. Hay que tener en cuenta que a este huesecillo accesorio se encuentran asociadas las fibras del tendón del peroneo corto; como consecuencia, si se opta por la escisión quirúrgica, será preciso la realización de una tenodesis. Además, se ha descrito la utilización de injerto óseo para favorecer la consolidación en los casos de osteosíntesis^{1,5-8}.

CONCLUSIÓN

A pesar de los pocos casos descritos en la bibliografía, es posible que la incidencia de Os Vesalianum Pedis sintomática se encuentre subestimada debido a la dificultad en su diagnóstico, sobre todo cuando se asocia a un mecanismo de inversión de pie. Sin embargo, un correcto conocimiento de las posibles variantes de la anatomía podría ayudar a un diagnóstico y manejo temprano, evitando una cronificación del proceso sintomático y evitando la necesidad de intervención quirúrgica. Si bien parece que hay un consenso en la literatura sobre la utilización de tratamiento conservador en el momento inicial, no hay evidencia de superioridad de un tratamiento respecto a otro (conservador vs quirúrgico).

BIBLIOGRAFÍA

1. **Aykanat F, Vincenten C, Cankus MC, Kose O, Sindel M.** Lateral foot pain due to os vesalianum pedis in a young football player; a case report and review of the current literature. *Skeletal Radiol* [Internet]. 2019; 48(11):1821-8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s00256-019-03190-4>
2. **Kalbouneh H, Alajoulin O, Shawaqfeh J, Abu-Hassan D, Al-Juboori S, Jaber S, et al.** The anatomical variations of the lateral sesamoid bones of the foot: a retrospective radiographic analysis. *Folia Morphol (Warsz)* [Internet]. 2021; 81(4):983-90. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5603/FM.a2021.0100>
3. **Chan BY, Markhardt BK, Williams KL, Kanarek AA, Ross AB.** Os conundrum: Identifying symptomatic sesamoids and accessory ossicles of the foot. *AJR Am J Roentgenol* [Internet]. 2019; 213(2):417-26. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.2214/AJR.18.20761>
4. **Candan B, Torun E, Dikici R.** The prevalence of accessory ossicles, sesamoid bones, and biphalangism of the foot and ankle: A radiographic study. *Foot Ankle Orthop* [Internet]. 2022;7(1):24730114211068792. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1177/24730114211068792>
5. **Mousafeiris VK, Papaioannou I, Kalyva N, Arachoviti C, Repantis T.** Os vesalianum pedis in a young adult: A case report and literature review. *Cureus* [Internet]. 2021; 13(5):e14896. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.7759/cureus.14896>
6. **De Castro Correia M, Rodrigues Lopes T.** Knowing your accessory foot ossicles and avoiding misdiagnoses: A case report of painful Os vesalianum pedis. *Cureus* [Internet]. 2022; 14(7):e27380. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.7759/cureus.27380>
7. **Beil FT, Burghardt RD, Strahl A, Ruether W, Niemeier A.** Symptomatic Os vesalianum(A case report and review of the literature). *J Am Podiatr Med Assoc* [Internet]. 2017; 107(2):162-5. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.7547/15-160>
8. **Jover Llopis A, Aranda Santos B, Romero Perera JJ, Serrano Arias JM.** Os vesalianum: factor de confusión infrecuente en el diagnóstico de la fractura del quinto metatarsiano. *Rehabil (Madr, Internet)* [Internet]. 2018; 52(4):277-9. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0048712018300987>