

Fibromatosis plantar o enfermedad de Ledderhose, como causa de dolor plantar



JdD. Beas-Jiménez^{a,*}, R.A. Centeno-Prada^a,
C. García-Antúnez^a, M.D. Sánchez López^b,
R. Yang Lai^c

^a Centro Andaluz de Medicina del Deporte. Sevilla

^b Empresa Pública de Emergencias Sanitarias. Cádiz

^c Escuela de Medicina de la Educación Física y el Deporte. Universidad de Cádiz

Introducción. El diagnóstico diferencial del dolor plantar en deportistas incluye diferentes entidades patológicas entre las cuales, la fibromatosis plantar, es infrecuente y poco conocida.

Objetivo. Presentar un caso de Fibromatosis Plantar en un deportista.

Caso Clínico. Deportista de élite, 35 años, Atletismo 3000 m obstáculos (63 kg, 178 cm).

Antecedentes: tendinopatía flexor primer dedo pie derecho, fractura estrés tibia derecha, tendinopatía tibial anterior izquierdo, tendinopatía isquiotibial izquierdo, protusión discal L4-L5, rotura fibras gemelo izquierdo.

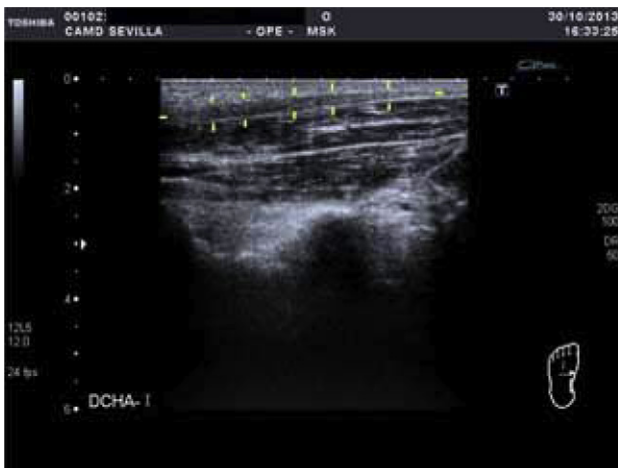
Motivo de Consulta: dolor y tumefacción tercio medio arco plantar derecho, refiere contusiones repetidas a ese nivel en competición hacía tres semanas.

Exploración: formación fusiforme dolorosa, que no se desplaza, ni aumenta el dolor, con la contracción de la musculatura plantar.



Exploraciones Complementarias:

Ecografía: a nivel de la zona dolorosa se aprecia formación fusiforme hipocogénica adyacente a la fascia plantar de 6x32 mm de dimensiones máximas. Flexor primer dedo y fascia plantar conservan ecoestructura.



Huella Estática: sobrecarga de presiones en punto doloroso con plantillas de competición.

Tratamiento:

Médico: Traumeel® comprimidos (1/8 h x 21 días).

Recuperación Funcional: Masoterapia, electroterapia, estiramientos.

Infiltración local: Traumeel® y Lymphomyosot® iny. (1/sem x 4 sem).

Otros: modificación plantillas de competición.

Evolución: desaparición del dolor y de la induración tras seis semanas de tratamiento.

Discusión. Descrita en 1897 por Ledderhose (1855-1925), como engrosamiento de fascia plantar superficial (Proliferación fibrohistiocitaria con marcada vascularización). Frecuente asociación a Fibromatosis (Dupuytren, Peyronie, Knuckle Pads). Afecta con mayor frecuencia a varones (6-10 hombres por cada mujer), rara vez a niños o adolescentes. Incidencia de 1,2 casos/10000 habitantes (Holanda).

Etiología: genética, microtraumatismos, inmovilización, tensión mantenida fascia plantar, tabaco, diabetes, alcohol, insuficiencia hepática y anticonvulsivantes.

Clínica: nódulo plantar de localización en tercio medio del arco medial del pie (Patognomónico), doloroso con la marcha, no adherencias a estructuras adyacentes

Como tratamiento se ha propuesto: infiltración con glucocorticoides, ondas de choque, pero la cirugía es el de primera elección.

Conclusiones. La Enfermedad de Ledderhose debe considerarse en el diagnóstico diferencial del dolor plantar del deportista, tratamientos como la infiltración con medicamentos inmunomoduladores deben ser considerados en su tratamiento.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ramd.2015.01.010>

Valores encontrados en electrocardiogramas en niños futbolistas de una escuela de fútbol



R.M. Yang Lai^a, R.A. Centeno-Prada^b,
JdD. Beas-Jiménez^b, C. García-Antúnez^b

^a Escuela de Medicina de la Educación Física y el Deporte. Universidad de Cádiz

^b Centro Andaluz de Medicina del Deporte. Sevilla

Introducción. El electrocardiograma (ECG) es el método de elección para el diagnóstico no invasivo de las patologías cardíacas, siendo una prueba fácil de realizar, rápida, barata y de fácil acceso para el personal médico deportivo. No existen en nuestro medio valores normales de los datos electrocardiográficos realizados en niños futbolistas.

Objetivo. Describir los hallazgos electrocardiográficos encontrados en una población de niños futbolistas.

Método. Durante la temporada 2013-14, fueron realizados reconocimientos médicos a los niños de la Escuela de Fútbol "Antonio Puerta" del "Sevilla F.C." A todos se les realizó un reconocimiento completo médico deportivo consistente en una anamnesis completa familiar e individual, una exploración de todos los sistemas incluido el aparato locomotor y un ECG de reposo de 12 derivaciones, que fue realizado en reposo, en las mismas condiciones basales a todos los niños.

Resultados. Fueron analizados 51 futbolistas, varones, con una edad media de 8.02 ± 2.10 años, peso medio de 31.83 ± 10.20 kgs y una talla de 130.93 ± 12.53 cms.

Los resultados del ECG se muestran en la siguiente tabla:

	Frecuencia cardíaca (lpm)	Onda P (ms)	PR (ms)	Eje QRS	QRS (ms)	Q (mm)	T (mm)	QT (ms)	QTc (ms)	Sokolov (mm)
Media	79,94	76,73	0,12	59,00	93,38	3,52	7,62	349,15	399,60	36,86
Desv. Stand	12,17	8,27	0,02	22,29	10,15	2,70	2,23	25,20	20,25	9,48

Además, el 64% de los sujetos mostraron criterios de bloqueo auriculoventricular de primer grado, un 48% de bloqueo incompleto de rama derecha, y el 28% el índice de Sokolow fue ≥ 35 mm siendo normal la duración del QRS. Estos hallazgos se relacionan con inmadurez del corazón y no con patologías, lo que hace necesario un seguimiento evolutivo del ECG del joven deportista.

Conclusiones. Son frecuentes signos de inmadurez en el ECG del niño deportista, por lo que se hace necesario un seguimiento del mismo.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ramd.2015.01.011>

Pie doloroso infantil. Posibilidad de una osteocondrosis



J.C. Moscoso-Prieto^a, M.A. Mesa-Alcocer^b

^a Servicio de Medicina Física y Rehabilitación. Hospital Virgen Macarena. Sevilla

^b Complejo Hospitalario Ciudad de Huelva

Introducción. La osteocondrosis del pie hace referencia a un conjunto de patologías cuya causa común es la afectación isquémica del hueso joven, en crecimiento, en su centro de osificación. Es autolimitada y afecta a las apófisis, epífisis y huesos cortos del hueso inmaduro. El hueso en crecimiento tiene menor capacidad de respuesta para soportar microtraumatismos reiterados que comprometen la circulación y secundariamente ocasionan la lesión isquémica. Tienen evolución benigna. Aparecen entre los 3 y 18 años de edad. En función de la localización, las enfermedades por osteocondrosis de los huesos del pie, reciben diferentes denominaciones (Astrágalo: Mouchet, calcáneo: Sever, escafoides: Köhler, 1.ª cuña: Buschke, base del 5º MTT: Iselin, Cabeza 2º y 3.º MTT: Freiberg, Sesamoideos: Renander, epífisis falanges: Thiemann).

Objetivo. Describir el caso de un varón de 7 años con cojera de 3 meses de evolución con dolor e inflamación en la región dorsal del mediopié derecho. Entrena 3 veces por semana al fútbol más el partido del fin de semana.

Método. Al sujeto se le realizó una anamnesis familiar y personal, una exploración física detallada y una RX dorso-plantar AP y lateral junto con una RMN como prueba complementaria.

Resultados.

- Anamnesis: Varón de 7 años, derivado desde atención primaria por su pediatra por pies cavos y cojera. La madre refiere dolor e inflamación en el pie derecho desde hace 3 meses.
- Antecedentes familiares y personales: sin interés.
- Exploración física: Presenta una huella plantar que obedece a pies cavos grado I-II bilateral. No zonas de hiperqueratosis. Retropié valgo. Signos inflamatorios en mediopié. Edema y dolor en escafoides tarsal y cuña medial del pie derecho. Marcha sin claudicación. Exploración del raquis y resto de miembros inferiores sin hallazgos de interés.
- Pruebas complementarias: Rx Dorsoplantar y lateral de ambos pies en descarga: aplanamiento antero-posterior, aumentos parcheados de densidad y zonas de fragmentación en escafoides tarsal derecho. Impresiona la forma de "moneda" con aumento de densidad del escafoides derecho. Distancia entre el astrágalo y la cuña se mantiene constante.
- Diagnóstico: Osteocondritis escafoides tarsal (Enfermedad de Köler).

- Plan de tratamiento. Consistió en: 1. Observación evolutiva con reposo moderado según la clínica, y 2. RNM: si no cede a los 4-5 meses de evolución.

Conclusiones. En la práctica médica habitual, debemos realizar siempre una exploración clínica adecuada para así poder efectuar una orientación diagnóstica correcta.

En niños y adultos jóvenes con cojera y discreto dolor en pie, el diagnóstico diferencial del dolor óseo, que produce impotencia funcional o no, incluye las osteocondritis, dado que pueden ser confundidas con fracturas, osteomielitis subaguda, artritis aséptica o tumores.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ramd.2015.01.012>

Estrés oxidativo en judokas de élite tras realizar un test específico



C. Casals, R. Escobar-Molina, Y. Barranco-Ruiz, E. Franchini, V. Carratalá, J.R. Huertas

Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos. Centro de Investigaciones Biomédicas. Facultad de Ciencias del Deporte. Universidad de Granada

Introducción. El judo es un deporte de combate con categorías de peso, por lo que el sistema antioxidante de los judokas puede verse comprometido debido a las disminuciones bruscas de peso antes de la competición. Por ello, la evaluación del estrés oxidativo, en respuesta a esfuerzos máximos, puede ser útil para detectar alteraciones en el sistema antioxidante que afecten tanto a la salud como al rendimiento del judoka.

Objetivo. Determinar el estrés oxidativo frente a una prueba de esfuerzo máxima específica de judo en deportistas mujeres de élite.

Método. Diez mujeres seniors de la Selección Española de Judo realizaron el Special Judo Fitness Test (SJFT) en el periodo competitivo. El SJFT tiene 3 fases (15-30-30 s, con 10 s de recuperación) donde el judoka debe realizar el máximo número de derribos, aplicando ippon-seoi-nage, a dos compañeros separados por 6 m. Para el análisis de hidroperóxidos y alfa-tocoferol plasmáticos, se extrajeron muestras de sangre en reposo y 15 min tras finalizar el test. Las diferencias entre ambos momentos se contrastaron con una t de Student para muestras apareadas tras comprobar la normalidad con el test de Shapiro-Wilk (SPSS para Windows). Los resultados se expresan como media \pm error estándar de la media.

Resultados. Las concentraciones de hidroperóxidos fueron similares en reposo y tras el test ($-0,61 \pm 0,35$ nmol/mol, (IC 95%: $-1,42$; $0,19$, $p=0,12$). El alfa-tocoferol disminuyó $3,20 \pm 3,02$ nmol/ml tras realizar el test sin diferencias significativas (IC 95%: $-3,62$; $10,03$, $p=0,32$).

Conclusiones. Las judokas de élite realizaron el SJFT sin un incremento de la peroxidación lipídica, por lo que su sistema antioxidante parece capaz de prevenir el estrés oxidativo inducido por un esfuerzo intermitente de alta intensidad, y no parece necesario ajustar su ingesta vitamínica. La rápida movilización de antioxidantes plasmáticos frente al esfuerzo máximo posiblemente sea consecuencia de las adaptaciones producidas por el entrenamiento prolongado de judo.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ramd.2015.01.013>