

# ENFERMEDADES PROFESIONALES

Dr. ANTONIO DIAZ PEREZ

## LA ENFERMEDAD DE KOHLER II Y LA METATARSALGIA DE MORTON COMO ENFERMEDADES DEL TRABAJO

De todos es conocido que la repetición seriada de los movimientos profesionales conduce a la producción de enfermedades del trabajo y sin entrar en discusiones bizantinas sobre las diversas definiciones que se han dado con referencia a lo que es una enfermedad profesional, una enfermedad del trabajo y un accidente de trabajo, nosotros vamos a analizar dos enfermedades que las vemos con cierta frecuencia en el mundo laboral; nos referimos a la enfermedad de Kohler II y a la metatarsalgia de Morton en carteros, vigilantes, peluqueros, etc., es decir, en personas con larga permanencia en posición de pie y prolongadas marchas que se ven obligados a realizar en muchas ocasiones.

Como veremos más adelante, se trata de dos afecciones en las que si bien el factor profesional juega un papel importante interviene en ellos otro factor, constitucional predisponente de gran importancia en su génesis y en su determinación.

### ENFERMEDAD DE KOHLER-II

Alban Kohler en 1908 describe una enfermedad caracterizada por una necrosis aséptica y espontánea del hueso escafoideas tarsiano.

En 1914 Freiberg describe un proceso similar que afecta a la cabeza del segundo metatarsiano, como consecuencia de traumatismos o microtraumatismos que actuasen a dicho nivel.

Un año después, en 1915, Kohler interpreta este proceso como similar al estudiado por él, esto es, se trataría de una necrosis aséptica del 2º metatarsiano. Por

ello se denominó segunda enfermedad de Kohler o Kohler II.

Generalmente el proceso es unilateral y a veces bilateral y aunque se observa en mujeres (dado su tipo de calzado) preferentemente, nosotros también lo hemos visto en profesionales que están tiempo de pié. A veces se lesiona la cabeza del tercer metatarsiano.

En su etiología se señalan varias causas predisponentes, aunque los autores están de acuerdo en que el factor de sobrecarga es el más importante.

- a) Insuficiencia muscular y ligamentosa del pie. De esta forma el peso gravita sobre el segundo metatarsiano y se origina una causa predisponente para la aparición de la necrosis aséptica.
- b) Pie plano o esparramado en abanico (esto es, desaparición de la bóveda transversa del antepié).
- c) Calzado anómalo. Zapato estrecho (en las mujeres que además caminan con tacón alto se produce una sobrecarga del segundo metatarsiano).
- d) Prolongada estancia de pie o prolongadas marchas.

Todos estos factores hacen que las pequeñas arterias que irrigan los metatarsianos y que penetran por sus caras laterales, quedan comprimidas entre un metatarsiano y otro originando insuficiente riego sanguíneo y por ello una necrosis aséptica. ¿Osteomielitis atenuada de Ombredanne?

Un dolorimiento en la parte anterior del pie (a nivel de la cabeza del 2º metatarsiano) que al principio no se le da ninguna importancia ni por el enfermo ni por el médico y que posteriormente al cabo de semanas o algunos meses se traducen por dolor vivo, fatiga excesiva, dolor selectivo al andar, edema en articulación metatarsofalángica del segundo dedo y dolor a la flexión forzada del pie y a la palpación o percusión sobre la cabeza del segundo metatarsiano, hace que diagnostiquemos clínicamente la enfermedad de Kohler-II.

Por estas razones, y para no llegar al período de las secuelas (interlinea articular metatarsofalángica rígida y dolorosa, cabeza del metatarsiano hipertrofiada; artrosis del antepie, etc.) creemos justificado llamar la atención sobre esta enfermedad en el mundo laboral pensamos que se impone, una vez más una correcta medicina preventiva en empresas o entidades que tengan a su cargo a profesionales que vayan a realizar trabajos de pie o estén mucho tiempo caminando. Por ello creemos aconsejable:

- 1) Exámen físico completo del pie: partes blandas y óseas, observando si existe o no un pie plano, un pie griego (segundo metatarsiano más largo), un pie esparramado, etc. Exploración periódica del pie para ver si existe dolorimiento, edema, insuficiencia muscular, etc.
- 2) Exámen radiológico: contorno irregular de la cabeza y epifisis del 2º metatarsiano, cabeza aplanada, cabeza en cúpula de cóncavidad anterior, base de la falange a veces ensanchada y aplanada.
- 3) Examinar tipo de calzado: estrecho, blando, muy rígido y ver si éste ha producido callosidades, durezas, etc.
- 4) Tratamiento correcto: si la enfermedad se diagnostica en sus comienzos es recomendable disminuir horas de marcha o estancia en pie, empleo de calzado cómodo o bien uso de una plantilla blanda (nunca rígida) que eleve la bóveda transversa anterior del pie con apoyo retrocapital.



En formas más avanzadas, cuando ya existen lesiones radiográficas está indicado tratamiento ortopédico: botín de yeso 2-3 semanas bien moldeado por detrás de las cabezas de los metatarsianos y posteriormente vendaje adhesivo con una barra o apoyo retrocapital (detrás de las cabezas).

### **METATARSALGIA DE MORTON**

Es esta otra entidad que también observamos en profesionales que requieren estar de pie o andar largo tiempo, lo cual ocasiona crisis de dolor tras una marcha.

Más que una enfermedad se trata de un amplio síndrome al soportar las cabezas de los metatarsianos

presiones considerables que el calzado reparte mal.

Dudley Morton describe en 1927 un tipo de pie denominado pie ancestral, esto es, una reliquia del pie del hombre de las cavernas en el que el dedo gordo era prehensil. Este pie atávico se encuentra como hecho anatómico en gran número de individuos, que origina el síndrome de insuficiencia del primer radio del pie, al ser el primer metatarsiano más corto que los demás.

Si además de este factor constitucional anatómico añadimos la presión excesiva en marchas prolongadas sobre la segunda rama digital del nervio plantar a su paso entre el 1º y 2º metatarsiano, con un neuroma plantar que existe algunas veces, estaremos ante el diagnóstico de pie ancestral o metatarsalgia de Morton cuyo tratamiento consistirá en calzado adecuado con plantillas de apoyo retrocapital y que eleven las cabezas de los metatarsianos, o bien tratamiento quirúrgico si las molestias persistieran (alargamiento del primer metatarsiano mediante injertos o alineación articular).

Digamos brevemente que la metatarsalgia de Dudley Morton ha de diferenciarse del neuroma plantar o enfermedad de Thomas Morton, entidad clínica descrita por dicho autor en 1876, que consiste en crisis paroxísticas de dolor muy vivo tras una marcha prolongada, con alivio inmediato al quitar el calzado. Su causa es un neuroma plantar o enfermedad de Thomas Morton, entidad clínica sobre el nervio plantar digital del tercer espacio cuyo origen puede ser mecánico, vascular, traumático o anatómico.

Los tratamientos que se han propuesto son:

- Infiltraciones con cortisona o con cortisona-anestesia.
- Plantilla ortopédica con apoyo retrocapital.
- Quirúrgico: extirpación del neuroma, cuya vía de abordaje es plantar o dorsal; nosotros preferimos la dorsal pues permite el apoyo inmediato. La realizamos bajo isquemia preventiva explorando cuidadosamente espacios interdigitales. En el postoperatorio inmediato colocamos férula posterior de yeso y vendaje compresivo que reiramos a los 8 días.

Las infiltraciones con cortisona (o con anestésicos) quitan el dolor pasajera pero no eliminan la causa predisponente; por ello su eficacia es relativa y preferimos el tratamiento quirúrgico una vez diagnósticada la enfermedad.

### **BIBLIOGRAFIA**

VARA THORBECK.  
**Patología Quirúrgica.**  
1971 - 3a. Edición.

PACHECO OLIVARES.  
**Lesiones Profesionales.**  
1964 - 1a. Edición.

J. LELIEVRE.  
**Patología del pie.**  
1974 - 2a. Edición.