



PATOLOGÍA DEL TOBILLO DEL DEPORTISTA.
LESIONES OSTEOCONDRALES DEL ASTRAGALO

2011

Dr. Vicente Paús

OBJETIVOS:

1. Diferenciar tres tipos de lesiones osteocondrales del astrágalo en base a la localización, edad, antecedente traumático o no de los mismos.
2. Hacer hincapié en el valor de la tomografía axial computada con contraste en el diagnóstico de estas lesiones.
3. Establecer los diferentes diagnósticos diferenciales.

INTRODUCCION:

Representan el 1,5 por mil de las lesiones del tobillo. Más del 50% de estas lesiones fueron inicialmente diagnosticadas y tratadas como esguince de tobillo. En las publicaciones que tratan esta patología se emplean, muchas veces, diferentes términos para definir una misma lesión: -osteocondritis. -osteocondritis disecante.-osteocondrosis. -osteonecrosis. -fractura osteocondral. -fractura transcondral.

RESEÑA HISTORICA:

La primera referencia de una lesión osteocondral secundaria a un traumatismo fue realizada en 1856 por Alexander Monro. La principal referencia sobre este tema es un trabajo publicado por Berndt y Harty en 1959 en el que partiendo de estudios biomecánicos sobre miembros amputados, buscaron una explicación traumática para el origen de estas lesiones. Así mismo establecieron una clasificación de las imágenes radiológicas observadas. Con posterioridad diferentes autores han estudiado la etiopatogenia de estas lesiones estableciéndose una concepción dualista sobre las mismas, que aún continúa discutiéndose.



TEORIAS ETIOPATOGENICAS:

Diferentes teorías son postuladas. Teoría traumática.-Vasculares.-Microtraumática.-De la osteocondritis.-Del quiste sinovial intraóseo.-Del aumento de la pinza maleolar.

Hasta la fecha ninguna de estas teorías ha sido confirmada, pero se acepta la posibilidad de la sumatoria de los factores vasculares y traumáticos como lo más posible.

GRUPOS LESIONALES:

Basándonos en el trabajo de Gerard y en nuestras observaciones personales dividiremos esta patología en tres grupos según la edad, localización de la lesión, existencia o no de antecedentes traumáticos y evolución lesional.

GRUPO 1:

Osteocondritis, en pacientes con cartílago abierto y localización en el ángulo supero-interno: los pacientes son menores de 20, con cartílago abierto, sin antecedentes traumático evidente. La lesión se localiza en el ángulo interno del astrágalo más frecuentemente. En general son lesiones de buena evolución y curan sin ser diagnosticadas precozmente. Pueden ser bilaterales tratamiento es conservador en base a inmovilización y descarga.

GRUPO 2:

Fracturas osteocondrales, de localización en el ángulo supero-externo y con antecedente traumático preciso reciente o alejado: Se da en tobillo traumático agudo. Son de diagnóstico generalmente en el momento lesional y se acompañan frecuentemente de lesiones del ligamento lateral externo. Se trata de pacientes con cartílago cerrado. Son lesiones casi siempre externas y en la radiografía aparece claramente el trazo de fractura. El tratamiento va a depender del trazo, del tamaño del fragmento y del desplazamiento del mismo. En ausencia de tratamiento (casos no diagnosticados) evolucionan en un 33% hacia la artrosis.

GRUPO 3:

Lesiones osteocondrales con necrosis ósea, de localización en ángulo supero-externo o interno (crónica o envejecida): Este tipo de lesiones muchas veces son sintomáticas y suelen ser un hallazgo radiológico. Las lesiones osteocondrales crónicas de la polea astragalina, se



caracteriza por una necrosis ósea del hueso subcondral, con un cartílago articular secuestrado o en vías de serlo, pero sin lesión histológica. Jamás se ha encontrado condrolisis ni condronecrosis.

EXAMENES COMPLEMENTARIOS:

Las radiografías de base deben ser: Rx de tobillo neutro, en rotación interna, perfil y oblicua de pie. Tomografía lineal: debe realizarse ante la menor duda. Artrografía : de poco valor y de difícil interpretación. T.A.C. con contraste: es el examen complementario de elección. El corte frontal valora la profundidad de la lesión y el estado de cobertura cartilaginosa. El corte horizontal valora la localización, la extensión y el porcentaje de superficie comprometida.

R.N.M: hasta la fecha no ha demostrado ser superior a la T.A.C.

Artroscopía: nos parece un gesto exagerado con la sola finalidad diagnóstica ya que no puede evaluar el hueso subcondral. Pensamos que puede aportar elementos decisivos a la elección de un gesto terapéutico.

DIAGNOSTICOS DIFERENCIALES:

Hay que diferenciar claramente un tobillo traumático agudo de uno crónico, debiendo hacer hincapié en la patología deportiva que produce dolor, edema o hinchazón y sensación de inestabilidad en el tobillo.

TRATAMIENTO:

Al abordar el tema tratamiento hay que insistir sobre dos hechos: un alto número de lesiones son asintomáticas.-Ausencia de evolutividad de estas lesiones y de degeneración artrósica.

Visto lo anterior se puede afirmar que solo deben ser tratadas las lesiones sintomáticas.

GRUPO 1:

La mayoría de los autores se inclinan por un tratamiento conservador mediante no apoyo o inmovilización. También hay quien indica perforaciones a lo Pridie. GRUPO 2: Si el fragmento es pequeño y se mantiene en su lugar indicamos tratamiento conservador. Si es pequeño y está desplazado parcial o totalmente hay que realizar la ablación del mismo por vía artroscópica. Si el fragmento es grande y está desplazado de debe efectuar la reducción y osteosíntesis. GRUPO 3: Cabe recordar que la característica diferencial de este grupo es la existencia de la necrosis ósea subcondral. La excisión simple del secuestro no nos parece lógica porque es difícil que se constituya un fibrocartilago de reemplazo, además que el hueso necrótico queda subyacente. El curetaje lleva consigo consigo la formación de una gran cavidad en plena zona de carga, que difícilmente se rellenará espontáneamente. Todo lo anterior explica que el tratamiento de elección sea la secuestrectomía, el curetaje y el relleno con injerto esponjoso. En el postquirúrgico se promueve la movilización inmediata con apoyo tardío.

CONCLUSIONES:

- 1-Patología poco frecuente 1,5% de las lesiones del tobillo.
- 2-De diagnóstico tardío. Más del 50% fueron tratados inicialmente como entorsis de tobillo.
- 3-La T.A.C. con contraste es el examen complementario de elección hasta la fecha.
- 4-En base a la edad, la localización y a la existencia o no de antecedente traumático se diferencian tres grupos de lesiones osteocondrales de astrágalo.
- 5-El tratamiento será diferente para cada grupo.
- 6-Diferentes diagnósticos diferenciales deben ser evaluados frente a un tobillo traumático agudo