

CIUDAD SANITARIA VALLE DE HEBRÓN. BARCELONA.
DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA

(Jefe Dr. J. J. MADRIGAL ESCUDER)

Osteocondritis disecante de astrágalo. A propósito de un caso de localización bilateral

R. BUSQUETS NET, R. FERRER GONZÁLEZ y J. M. AMORÓS MACAU

RESUMEN

En base a la aportación de un caso de osteocondritis disecante bilateral de astrágalo, se estudian los factores etiológicos de esta afección, los elementos diagnósticos y las orientaciones terapéuticas. Se hace especial referencia a la demostración de las características de la lesión con tomografía axial computarizada en vistas a enjuiciar el tratamiento en estadios de difícil definición.

Descriptores: Osteocondritis disecante. Astrágalo. Tomografía axial computarizada.

SUMMARY

A case of bilateral osteochondritis dissecans of the Talus is reported.

A review of the aetiological factors, clinical assessment and therapeutic trends is described.

Key words: Osteochondritis Dissecans of the Talus.

Talus: Osteochondritis Dissecans.

La osteocondritis disecante del astrágalo se define como una lesión ósea subcondral, generalmente inferior a 2 cm. de diámetro que se sitúa bajo el cartílago articular intacto. El término fue acuñado por KÖNIG en 1888 (7) para describir los cuerpos libres articulares de la rodilla y que atribuía a una necrosis espontánea del hueso. KAPPIS en 1922 (6) observó la semejanza de esta lesión con la hallada en el tobillo. RENDU en 1932 (11) hizo referencia a una fractura intraarticular del astrágalo de naturaleza paralela a la osteocondritis disecante. RÖDEN en 1953 (12) aportó 55 casos de lesiones de astrá-

galo compatibles con la misma afección, llegando a la conclusión de que casi todas las lesiones que se daban en la zona externa del astrágalo eran secundarias a un traumatismo, que raramente curaban de forma espontánea y daban una sintomatología más grave que otras localizaciones, originaban artrosis precoz y requerían tratamiento quirúrgico; por el contrario, un elevado porcentaje de lesiones mediales no obedecían a una causa traumática, daban poca sintomatología y curaban espontáneamente. BREND y HARTY en 1959 aportaron la clasificación de estas lesiones en cuatro estadios según se diera

compresión simple, arrancamiento parcial del fragmento, arrancamiento total sin desplazamiento o desplazamiento del mismo (Cuadro I); estos autores demostraron que tanto las lesiones externas como las mediales eran fracturas osteocondrales secundarias a un traumatismo, reservando solamente para las últimas alguna posibilidad de producirse por etiologías atraumáticas. En lo que hace referencia a la incidencia familiar, PETRIE en 1977 (9) aporta un amplio estudio que descarta la etiología hereditaria de la afección.

El mecanismo de producción es la inversión del pie asociada a dorsiflexión en el caso de lesiones laterales y de flexión plantar más rotacional lateral de la tibia

- TIPO I: COMPRESION
- TIPO II: ARRANCAMIENTO PARCIAL
- TIPO III: ARRANCAMIENTO TOTAL SIN DESPLAZAMIENTO
- TIPO IV: DESPLAZAMIENTO DEL FRAGMENTO



CUADRO I: Clasificación de Berndt y Harty.

en las mediales; por ello estas últimas suelen localizarse en el tercio posterior y las laterales en el anterior. Morfológicamente las laterales suelen ser más superficiales y en forma de media luna, lo que explicaría la mayor facilidad para desprenderse el fragmento; las mediales suelen ser más profundas y en forma de copa. La clínica puede ser aguda y relacionada con una entorsis que se resuelve en 3 ó 4 semanas pero que va seguida de clínica crónica de dolor, derrames, sensación de inestabilidad y rigidez. En ocasiones es difícil recoger el antecedente traumático. El diagnóstico se realiza mediante proyecciones radiológicas convencionales pero recurriendo a las tomografías ante la duda o la persistencia de los síntomas como ha sido aconsejado por CANALE (4), O'FARRELL (8) y ALEXANDER(1) (Fig. 1); este método diagnóstico sin perder su vigor, ha sido desplazado con la ingerencia de la Tomografía axial computarizada que creemos delimita perfectamente a la lesión, nos informa de su profundidad y grado de arrancamiento o desprendimiento del fragmento, lo que nos permitirá con un mínimo margen de error la selección de los casos quirúrgicos. (Fig. 2).

La osteocondritis disecante de astrágalo se presenta la mayoría de veces unilateralmente; algunos autores hacen referencia a observaciones bilaterales; CANALE (4) aporta dos casos y DAVIS (5) uno, todos ellos de localización medial al igual que el que aportamos nosotros.



FIG. 1.- Imagen tomográfica de las lesiones.

Caso clínico

Paciente de 12 años de sexo femenino que practica ballet clásico; consulta por presentar dolor en ambos tobillos que le obligaron a abandonar esta actividad. Se practica estudio tomográfico y TAC evidenciándose la existencia de una osteocondritis disecante bilateral medial de ambos astrágalos grado III. (Figs. 1 y 2).

Tratamiento

Los criterios para tratar estas lesiones no son los mismos para todos los autores, si bien la mayoría apoya el tratamiento conservador para los grados I y II reservando el quirúrgico para el III y IV, re-

calcando la necesidad de un diagnóstico precoz para impedir en lo posible el paso de un grado a otro. Según CANALE (4) en el grado III, si la lesión es medial procede el tratamiento conservador y pasar al quirúrgico caso de persistir la sintomatología o variar la imagen radiológica, momento en que practica excisión y curetaje; si la lesión es de grado III y localización lateral y en todo caso en el estadio IV cualquiera que sea la localización opta por la terapéutica quirúrgica. Los mismos criterios aplican PETTINE y MORREY (10) y ALEXANDER y LICHTMAN (1).

En lo que hace referencia a la técnica quirúrgica procede realizar una artrotomía antero-lateral en los casos de lesión lateral y una osteotomía de maleolo in-

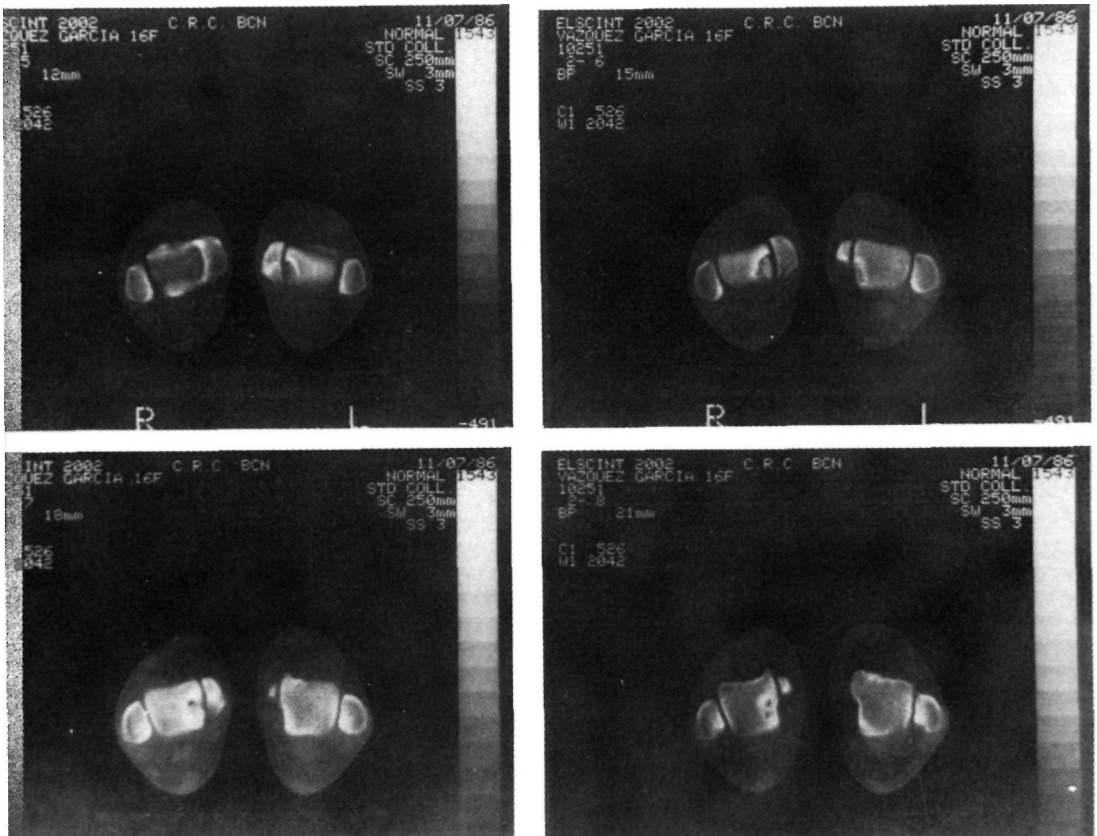


FIG. 2.— Imagen de las lesiones con tomografía axial computarizada.

terno si la localización es medial; este procedimiento si bien da un buen acceso a la lesión y permite una buena revisión de la articulación y extirpación de cuerpos libres en su caso, no es inocua, requiere una osteosíntesis e inmovilización prolongada, motivos por los que THOMPSON (13) propone un abordaje sin osteotomía consistente en practicar una incisión retromaleolar interna de 10 cm. curva convexa hacia atrás para exponer la cápsula medial, visualizando la mitad o los dos tercios anterointernos del astrágallo al colocar el pie en flexión plantar forzada y la región posterior al situarlo en flexión dorsal.

El pronóstico de las lesiones grado I y II es favorable si se han diagnosticado precozmente y el paciente ha seguido un período suficiente de descarga; las opiniones son dispares en los casos tratados quirúrgicamente ya que mientras CANALE (4), ALEXANDER (1), BERNDT (3) O'FARRRELL (8) y PETTINE (10) hablan de buenos resultados, BAUER (2) en un estudio practicado en pacientes con largo seguimiento llega a la conclusión de que los tratados conservadoramente no presentaron cambios artrósicos ni molestias a largo plazo; no obstante hay que destacar de este estudio que la mayoría de lesiones eran medievales, generalmente de etiología no traumática y con mejor pronóstico que los laterales. La mayoría de autores están de acuerdo en que el pronóstico es mejor en aquellos casos operados dentro del primer año, a excepción de ALEXANDER (1), que concluyen en su serie en el sentido de que ello no es relevante.

En el caso que nosotros presentamos, debido a que se trata de una lesión medial de grado III hemos optado por el tratamiento conservador y conducta expectante; la presentación bilateral impide la descarga, motivo por el que únicamente se ha restringido la práctica deportiva,

la marcha y bipedestación prolongados y cualquier ejercicio que suponga sobrecarga funcional de la zona afecta.

Discusión

La osteocondritis disecante de astrágallo es una entidad conocida y tratada en la literatura si bien existen pocas referencias de localización bilateral. La clasificación de Berndt y Harty está adoptada por la mayoría de autores así como la etiología traumática de las lesiones externas mientras que hay disparidad conceptual en relación al origen de las mediales. La radiología convencional con la práctica sistemática de tomografías ha aportado la mayoría de elementos suficientes para el diagnóstico, si bien nosotros hemos utilizado la TAC que da una mejor información en lo que se refiere a la profundidad de la lesión y desprendimiento osteocondral que en determinado momento es el elemento de juicio que puede decantar la actitud terapéutica en el estadio II-III.

BIBLIOGRAFIA

1. ALEXANDER, A. H., LICHTMAN, D. M. (1980): Surgical treatment of Transchondral talar-dome fractures (osteocondritis disecans). *J. Bone Joint Surg.*, 62-A: 646-652.
2. BAUER, M., JONSSON, K., BJARNE LINDEN (1987). Osteochondritis dissecans of ankle. *J. Bone Joint Surg.*, 69-B: 93-96.
3. BERNDT, A. L., HARTY, M. (1959): Transchondral Fractures (Osteochondritis Dissecans) of the Talus. *J. Bone Joint Surg.*, 41-A: 988-1.020.
4. CANALE, S. T., BELDING, R. H. (1980): Osteochondral Lesions of the Talus. *J. Bone Joint Surg.*, 62-A: 97-102.
5. DAVIS, M. W. (1970): Bilateral Talar Osteochondritis Dissecans with Lax Ankle Ligaments. *J. Bone Joint Surg.*, 52-A: 168-170.
6. KAPPIS, M. (1922): Weitere Beiträge zur traumatisch-mechanischen Entstehung der «spontanen Knorpelablösungen» (sogen. Osteochondritis Dissecans). *Deutsche Zeitschr. Chir.*, 171: 13-29.

7. KÖNIG, F. (1888): Ueber freie Körper in den Gelenken. *Deutsche Zeitschr. Chir.*, 27: 90-109.
8. O'FARRELL, T. A., COSTELLO, B. G. (1982): Osteochondritis Dissecans of the talus. *J. Bone Joint Surg.*, 64-B: 494-497.
9. PETRIE, P. W. R. (1977): Aetiology of osteochondritis dissecans. *J. Bone Joint Surg.*, 59-B: 366-367.
10. PETTINE, K. A., MORREY, B. F. (1987): Osteochondral fractures of the Talus. *J. Bone Joint Surg.*, 69-B: 89-92.
11. RENDU, A. (1932): Fracture intra-articulaire parcellaire de la poulie astragalienne. *Lyon méd.*, 150: 220-222.
12. RÖDEN, S., TILLEGARD, P., UNANDER-SCHARIN, L. (1953): Osteochondritis Dissecans ans Similar Lesions of the Talus. *Acta Orthop. Scand.*, 23: 56-61.
13. THOMPSON, J. P., LOOMER, R. L. (1984): Osteochondral lesions of the talus in a sports medicine clinic. *Am. J. Sports Med.*, 12: 460-463.