

OSTEOCONDritis DISECANTE EN UN LUGAR POCO COMÚN: DIFICULTAD DIAGNÓSTICA Y TERAPÉUTICA

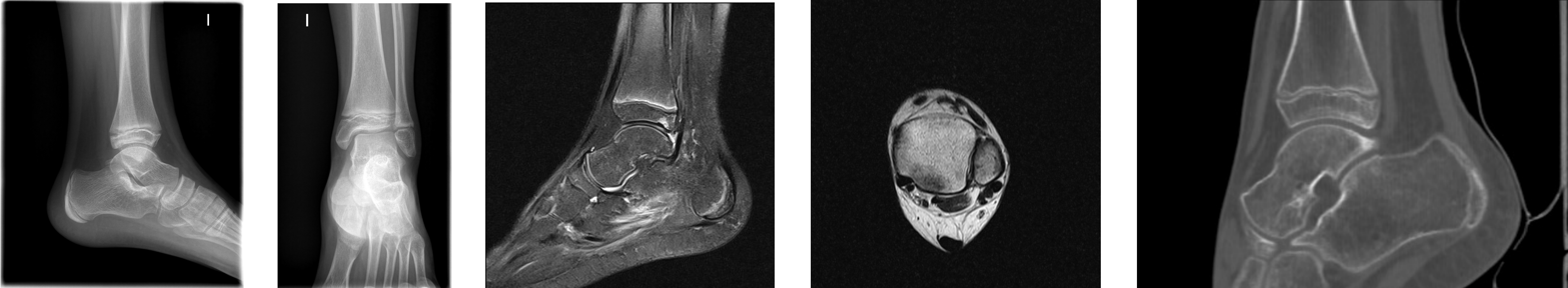
Autores: España Fernández de Valderrama, Sara; Parada Avendaño, Isabel; García Martínez, Beatriz; Gómez Palacio, Victoria Eugenia; Gil Albarova, Jorge.
Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza.

OBJETIVOS

Presentación de un caso de osteocondritis disecante en tibia distal, con 2 años de seguimiento.

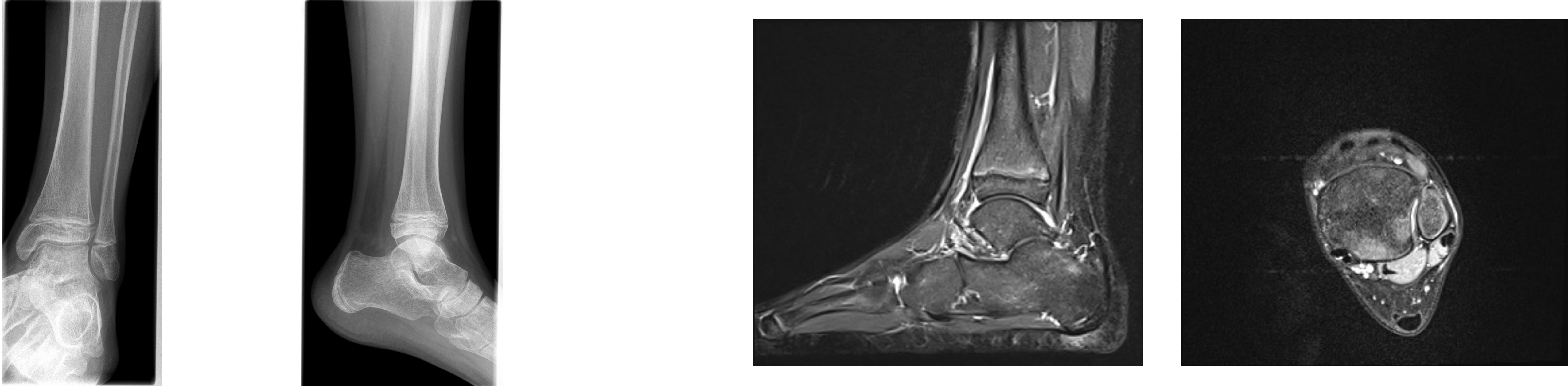
MATERIAL Y MÉTODOS

Niña. De 9 años, con dolor de 3 meses a nivel de cara anterior de tobillo izquierdo que comenzó progresivamente sin traumatismo ni sobreesfuerzo, tratado mediante reposo, inmovilización y descarga sin mejoría. Realizaba ballet. En las radiografías no se detectó lesión evidente. Se solicitó RM apreciando lesión osteocondral de 10x10mm en plataforma tibial distal en zona 7-8 según Elías et al; estadio 3 Anderson. Sin lesión en cola de astrágalo. Se realizó TC para valorar la articulación observando pequeño hundimiento de la superficie articular en margen posteromedial de 4mm junto esclerosis subcondral. Se propuso mantener tratamiento conservador mediante descarga prolongada, fracasando. Tras 4 meses, se programó para intervención quirúrgica.



RESULTADOS

Pasados 8 meses, se realizó intervención mediante artroscopia vía posterior realizando leve resección de zona astragalina y perforaciones de la lesión desde plataforma tibial y con agujas de Kirschner en zona epifisaria tibial. Se mantuvo descarga 6 semanas iniciándose progresivamente carga con ayuda de rehabilitación. La evolución fue favorable con mejoría sintomática reincorporándose a sus actividades deportivas a los 6 meses. Los controles mediante pruebas complementarias apreciaron una regeneración de la superficie articular en la zona de lesión.



CONCLUSIÓN

La mayoría de lesiones osteocondrales ocurren en el astrágalo. Solo un 2,6% ocurren en tibia distal. A nivel clínico, aparece un dolor difuso que puede no coincidir con la zona. Se desconoce por qué es menos frecuente esta localización con respecto al astrágalo, asociándolo a cartílago más rígido, siendo menos susceptible al daño y menor tensión por su forma cóncava. Se desconoce el mecanismo de lesión, presentando persistencia de dolor inespecífico y antecedentes de esguinces. En nuestro caso, el alto grado de actividad deportiva explica el esfuerzo a nivel del tobillo como con el fútbol descrito en la literatura. El diagnóstico radiográfico es difícil, requiriendo RM y/o TC para su confirmación. Existe heterogeneidad del tratamiento en función del tamaño, localización y grado de actividad optando por tratamiento conservador con descarga junto a ejercicios musculares o artroscopia terapéutica con perforaciones de la pared de la lesión.

BIBLIOGRAFÍA

1. Corso M, DeGrauw C, Hsu W. Osteochondral lesion of the distal tibial plafond in an adolescent soccer player: a case report. J Can Chiropr Assoc. 2017; Dec;61(3):261-268. PMID: 29430056; PMCID: PMC5799846.
2. Allahabadi S, Allahabadi S, Allala R, Garg K, Pandya NK, Lau BC. Osteochondral Lesions of the Distal Tibial Plafond: A Systematic Review of Lesion Locations and Treatment Outcomes. Orthop J Sports Med. 2021; Apr 15;9(4):2325967121997120. doi: 10.1177/2325967121997120. PMID: 33948443; PMCID: PMC8053772.