

A propósito de un caso: tratamiento de lesión condral astrágalo

Ubal Berlanga, M., Almirón Santa Bárbara, R., Martín Moya, MA., Ayllon Salas, C., Robles Larios, L.



Introducción y Objetivos

Las lesiones osteocondrales de astrágalo son poco frecuentes. La mayoría son de localización lateral y se les atribuye un antecedente traumático por dorsiflexión asociada a inversión, sin embargo, un 60-80% de las lesiones mediales se relacionan con un traumatismo. Son lesiones que suelen pasar desapercibidas al inicio, evolucionando a un dolor crónico de tobillo.

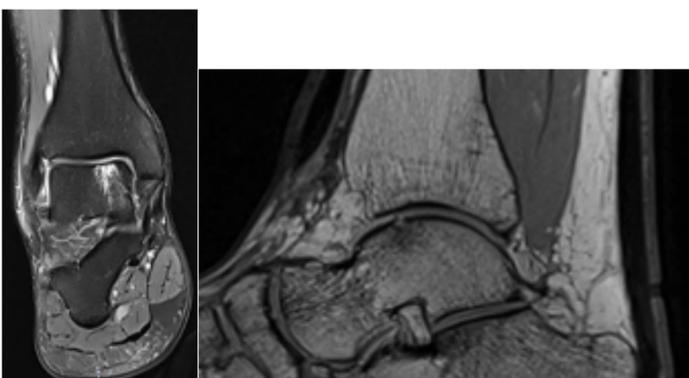
Aunque algunas lesiones pueden ser detectadas mediante radiografía simple, en la mayoría es necesario el empleo de TC o RMN. El TC es el que mejor define las dimensiones de la lesión, mientras que la RM sobredimensiona la zona involucrada por el edema óseo asociado, pero es muy útil para el diagnóstico de lesiones asociadas.

Existe una estrecha relación en la incidencia de la lesión osteocondral del astrágalo y la inestabilidad lateral crónica del tobillo, por lo que son patologías a reparar en el mismo acto quirúrgico. La microfractura de la lesión osteocondral del astrágalo ha demostrado ser el tratamiento más efectivo en lesiones osteocondrales menores de 20 milímetros.

A continuación, se describe el caso clínico de un paciente con lesión osteocondral en cúpula astragalina, los diferentes tratamientos realizados y el resultado de estos

Material y métodos

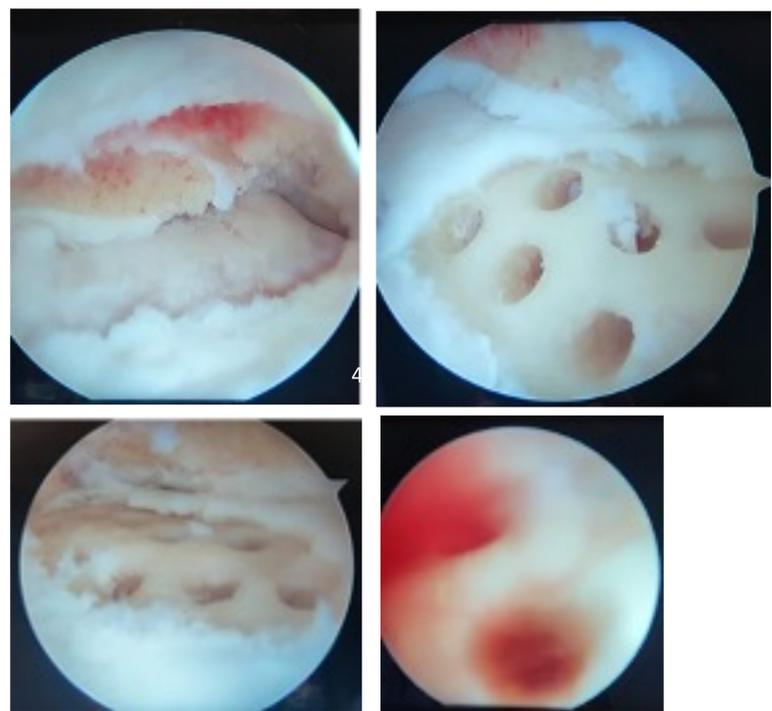
Presentamos el caso de un varón de 35 años que practicando kite-surf sufre traumatismo en tobillo derecho. Es diagnosticado y tratado en servicio de urgencias de forma conservadora como esguince de tobillo. Tras 6 meses de tratamiento fisioterapéutico y rehabilitador, sin mejoría, es intervenido de artroscopia de tobillo realizándose reparación de LPAA consiguiéndose mejoría transitoria del dolor. Tras un año de seguimiento y, ante un aumento progresivo del dolor con el tratamiento conservador efectuado mediante ortesis de descarga, rehabilitación y tratamiento analgésico, solicitamos RMN de tobillo. En la RMN se objetiva una lesión subcondral en la vertiente centro-medial de la cúpula astragalina de aproximadamente 1 cm de diámetro con edema óseo circundante, además de pequeña fisurización asociada en la cortical subcondral.



RMN corte coronal y sagital

Resultados

Tras descarga e infiltraciones con plasma rico en plaquetas, sin obtenerse mejoría clínica, es intervenido de nuevo de artroscopia de tobillo realizándose adecuado desbridamiento y resección del cartílago inestable, con curetaje de la lesión hasta definir bordes estables de la lesión. A continuación, se realizaron microfracturas impactando el fondo de la lesión con arpón, para así evitar el efecto térmico de las agujas. Dejamos un espacio de 4mm aproximadamente entre orificios, que fueron realizados perpendicularmente al área de la lesión subcondral. Con esto se pretende estimular la formación de fibrocartílago.



1. Lesión condral en zona en zona I,II, IV de Raikin
- 2 y 3. Microperforaciones realizadas en zona de lesión condral
4. Inicio de formación del coágulo

El postoperatorio consistió en inmovilización durante 24 horas con férula suropédica de yeso para proteger el coágulo inicial. Posteriormente, retiramos la férula y colocamos un vendaje compresivo para permitir la movilización libre del tobillo. El apoyo se restringió durante las 4 primeras semanas del postoperatorio, protegido por un walker, que mantuvimos hasta las 16 semanas.

Conclusiones

A los 6 meses de la intervención, el paciente no refiere dolor y presenta un balance articular completo. Conclusión: Tras un año y medio de seguimiento el paciente no refiere clínica dolorosa o complicación asociada. Es necesario evaluar y tratar si es necesario las lesiones ligamentarias concomitantes. Existen numerosos trabajos que apoyan los buenos resultados de las microfracturas y la mayoría de los autores avalan que los resultados son mejores con las perforaciones no motorizadas, ya que carecen del efecto térmico que causan las agujas de Kirschner.