
Tratamiento Artroscópico de las lesiones osteocondrales del astrágalo

Seguimiento a distancia (*)

*Dr. Alberto Pienovi (**); Dr. Sergio Massetti (**); Dr. Eduardo Ottolenghi (**)*

RESUMEN: Este es un estudio retrospectivo, sobre los resultados de tratamiento artroscópico de las lesiones condrales del tobillo, en 19 pacientes, con un seguimiento a 5 años. El promedio de edad fue de 28 años (17 a 52). La mayoría de los pacientes fueron deportistas aficionados.

El tratamiento fue artroscópico, y realizado por dos Equipos Quirúrgicos, con técnicas similares. Se resecó el fragmento necrótico cuentando el fondo. El post - operatorio fue realizado con descarga del peso por 4 - 6 semanas, restituyendo la movilidad en forma inmediata de acuerdo al confort.

Se encontraron 7 lesiones en la cara tibial del astrágalo y 12 en la cara peronea del astrágalo.

Se utilizó el criterio de evolución de la escala de UCLA. Encontrando un 86% de excelentes y buenos resultados.

En nuestra impresión el tratamiento artroscópico en las lesiones de la osteocondritis del tobillo es una alternativa de elección, y los resultados en los deportistas es aceptable.

SUMMARY: This is a retrospective study about the results of arthroscopy treatment of chondral lesion of the ankle, performed in 19 patients, with a follow - up of 5 years. The mean age was 28 years (17 - 52). Most of the patients played amateur sports. The treatment was arthroscopic, and performed by two surgical teams. The necrotic fragments were resected, and deep down the lesions was cured. No weight bearing was indicated during 4 - 6 weeks post - up allowing full range of motion depending on confort.

Seven lesions were on the tibial side of the talus and 12 on the fibular side of the talus.

They were evaluated using the UCLA score, resulting in 86% of excellent or good results.

We believe that the arthroscopic treatment is an alternative of choice in ankle osteochondritis and the results in sportmen are acceptables.

INTRODUCCION

La patología fue descrita como tal por Kappis en

(*) Centro de Traumatología y Ortopedia.
Departamento de Artroscopia y Sports Medicine.
Slsidro. Argentina.

(**) Departamento de Artroscopia y Medicina del Deporte.

1922, haciendo referencia a la osteocondritis disecante descrita por Konig en 1868.

Berndt y Harry presentaron 200 casos en 1959, relacionando la patología con procesos traumáticos. En ese trabajo se describieron los 4 estadios clásicos, y se relacionaron con fracturas osteocondrales. La división fue utilizada en general para clasificar estas lesiones :

Estadio I: compresión del borde del astrágalo

Estadio II: separación parcial del fragmento óseo

Estadio III: separación completa del fragmento, sin desplazamiento

Estadio IV: desplazamiento del fragmento en la articulación del tobillo (1 - 3 - 6).

Las publicaciones coinciden en que el tratamiento quirúrgico precoz, obtiene buenos resultados y previenen procesos degenerativos posteriores.

Los beneficios del tratamiento artroscópico de las lesiones de tobillo han sido ya demostrados por la experiencia generalizada de los artroscopistas.

Este trabajo consiste en la presentación de 19 casos tratados artroscópicamente y con el propósito de proveer un seguimiento a distancia más prolongado.

El diagnóstico es difícil a veces en el primer momento del trauma debiéndolo tener en mente; así y todo en nuestra serie, en 2 casos se sospechó la lesión con el traumatismo, pero ésta sólo pudo ser demostrada a los 3 y 6 meses de producido el trauma (Fig. 1)



Fig. 1: Tomografía Computada donde se visualiza la lesión sobre el astrágalo.

Esta lesión es relativamente común, sobre todo en la población deportiva y debe tenerse en cuenta que generalmente se combinan con lesiones ligamentarias, que por dolor y flogosis enmascaran el cuadro, por lo que no es raro que pase desapercibida.

MATERIAL Y METODOS

Diecinueve pacientes tratados artroscópicamente por "ostecondritis del astrágalo" fueron evaluados

en este estudio.

Los síntomas hallados preoperatoriamente fueron dolor variable con la actividad diaria o deportiva y episodios periódicos de inflamación.

La duración de los síntomas varió de semanas a meses, y en dos casos más de un año.

Doce pacientes fueron hombres y siete mujeres. La edad promedio fue de 28 años, con un rango de 17 a 52 años. Todos los pacientes presentaban antecedentes de traumatismos previos, variables en intensidad, tratamiento y antigüedad.

El diagnóstico en 5 casos fue exclusivamente radiográfico, y en 14 casos se les efectuó T. C., clasificándose las lesiones de acuerdo a la clasificación de Berndt y Harry. Fueron hallados 14 casos Grado II, y 5 casos G III. No se encontraron grados I y IV en esta serie. En los casos de sospecha de la patología con radiografía negativa se les realizó centellograma (4 casos) siendo hipercaptante en todos los casos.

Las lesiones fueron clasificadas artroscópicamente según la clasificación de Pritch (1) de acuerdo a la lesión de cartilago.

Grado I: cartilago firme e intacto

Grado II: intacto pero reblandecido

Grado III: cartilago vellosos y/o erosionado

La indicación del tratamiento quirúrgico se realizó siempre en el momento de diagnosticarse la lesión, (4 - 5 - 7).

La artroscopías se realizaron con anestesia peridural, con manguito hemostático, con los abordajes clásicos anteriores, con óptica de 25°. No se efectuaron osteotomías de los maleolos en ningún caso. En nuestra casuística no fue necesaria la tracción mecánica ni la osteotomía de los maleolos para el abordaje, aunque en las lesiones que están localizadas en la región posterior del astrágalo pueden llegar a ser necesarias. El procedimiento consistió en la remoción del fragmento y el curetaje del fondo hasta hueso subcondral sangrante, en 4 casos se efectuaron perforaciones del lecho. Se realizó sinovectomía en los casos con sinovitis hipertrófica.

Los fragmentos resecados fueron enviados a estudio anatomopatológico en forma rutinaria (Fig. 2) (Fig. 3)

En el post - operatorio se descargó el peso por 4 - semanas, la movilidad se comenzó en el post - operatorio inmediato, según confort, siguiendo los

Osteocondritis de Tobillo

Perforaciones
del fondo



Fig. 2: Perforaciones en el fondo luego de curetear la lesión

Osteocondritis de Tobillo

Lecho
sanguinolento



*Fig. 3: Lecho sangrante donde se visualiza la perforación**

conceptos biológicos pregonado por los autores. La fisioterapia se efectuó al menos por tres meses P. O. Los deportes se realizaron a los 4 meses, comenzando los entrenamientos a los 3 meses como promedio (7).

RESULTADOS

Los resultados obtenidos fueron evaluados en forma personal, telefónicamente o por correo y por los autores en forma subjetiva y objetiva.

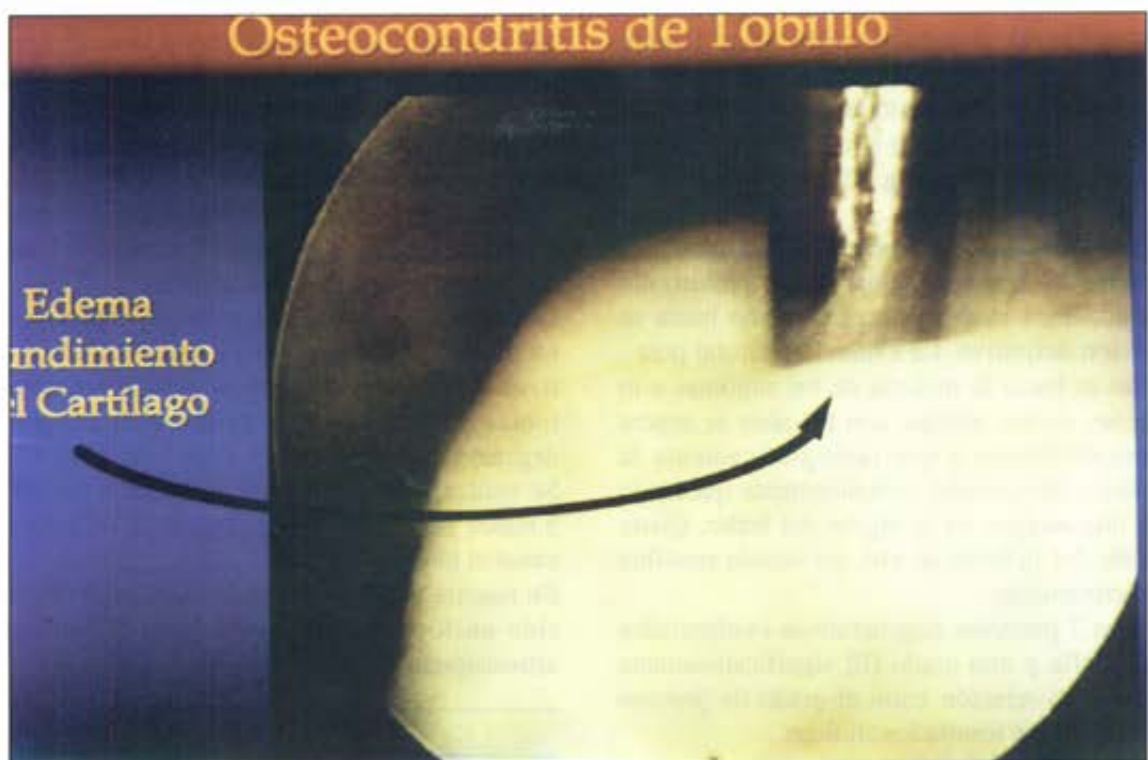


Fig. 4: Resultados obtenidos con tratamiento artroscópico. Follow - up a 5 años

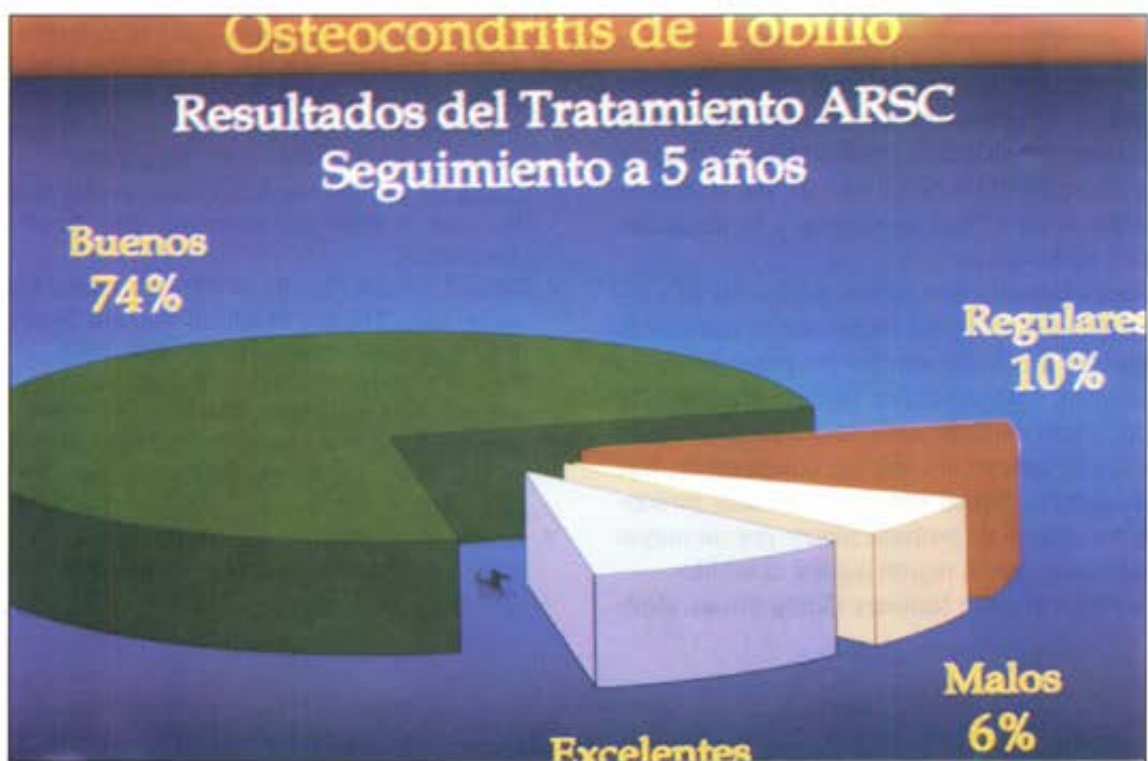


Fig. 5: Aspecto del cartilago en una lesión Grado II, bajo visión artroscópica

Se consideró resultado bueno cuando se encontraban absolutamente libres de síntomas o con leves síntomas a la actividad máxima. Se consideró regular cuando los síntomas mejoraron respecto al pre-

operatorio pero aparecen entre una actividad física moderada y malos cuando los síntomas se agravaron luego de la artroscopía.

Se obtuvieron: 2 excelentes (10%), 14 buenos

resultados (74%), 2 regulares (10%), y 1 malo (6%). No se encontraron diferencias significativas por la ubicación. No se encontraron diferencias significativas por la edad, pero sí con el nivel de exigencia física o deportiva. (fig. 4)

La mejoría clínica post - operatoria fue inmediata en 11 de los buenos resultados, siendo prolongado en el resto. En 1 caso se necesitó 1 año hasta su desaparición definitiva. La evolución natural post - operatorio es hacia la mejoría de los síntomas a lo largo de los meses, aunque con los años se espera un deterioro debido a que radiográficamente la lesión nunca desapareció completamente quedando siempre una imagen en la región del lecho. Cierta reparación del defecto se vió, no siendo medible sino subjetivamente.

Se hallaron 7 procesos degenerativos evidenciados por radiografía y uno grado III; significativamente no se encontró relación entre el grado de proceso degenerativo y los resultados clínicos.

No hubo complicaciones post - operatorias.

DISCUSION

Los pacientes de nuestro estudio presentan una alta incidencia de antecedentes traumáticos, en relación a los reportes consultados, considerando al trauma como la causa de la lesión (1 - 5 - 7). No se encontró relación entre el tipo de trauma y la ubicación anatómica sobre el astrágalo.

Las lesiones laterales son menos profundas (4 - 5 - 7), con forma achatada del fragmento lo que podría corresponder a un mecanismo de producción de cizallamiento. Las mediales son en general más profundas y con un lecho del crater más eburneo, lo que indicaría un mecanismo de compresión. Las lesiones laterales tienen una remisión más prolongada de los síntomas, probablemente por un mayor stress mecánico que la región medial el tobillo.

La poca relación entre lesiones radiográficas, clíni-

cas y artroscópicas demuestran a nuestro entender el valor de la artroscopía y la rapidez del tratamiento en cuanto se diagnostica. Aparentemente los resultados son superiores a los obtenidos en los reportes pre - artroscópicos.

No encontramos relación entre la osteocondritis de rodilla y las lesiones osteocondrales del tobillo, clínicas, quirúrgicas o histológicas.

La remisión de los síntomas puede esperarse hasta un prolongado tiempo post - operatorio. Los objetivos de la operación son la remisión de los síntomas y la de evitar la progresión del proceso degenerativo artroscópico.

Se realizaron controles radiográficos a los 10 días, 3 meses y 6 meses, Sólo se repitió la TC en algunos casos al término de 1 año.

En nuestra serie, los resultados a largo plazo, han sido uniformemente buenos con el tratamiento artroscópico.

BIBLIOGRAFIA

1. Alexander AH and Litchman DM: surgical treatment of Transchondral Talar-Dome Fractures (Osteochondritis Disicans). Long term Follow - up. J. Bone and Joint Surg. 62 - A. 646 -652, June 1980.
2. Berndt AL and Harty M: Transchondral Fractures (Osteochondritis DDisicans) of the talus. J Bone and Joint Surg 41 0 A: 988 - 1020, Sept. 1959.
3. Canale ST and Belding RH: Osteochondral lesions of the talus. J. Bone and Joint Surg, 62 - A: 97 - 102, Jan 1980.
4. O'Farrel TA and Costello BG: Osteochondritis Disicans of the talus. The late Results of Surgical Treatment J. bone and Joint Surg. 64 - B: 494 - 497, 1982.
5. Pritch M, Horoshovski, H and Farine: Ankle arthroscopy Clin Orthop, 184: 137 - 140, 1984.
6. Parisien S and Vangsness T: Operative Arthroscopy of the Ankle Am Sports Med. May - jun 1986, 14: 211 - 217.
7. Kristensen G, Lind T, Lavard P: Fracture of lateral talar trated arthroscopically. Arthroscopy, 1990, 6: 242 - 244.