

# Síndrome de cola de astrágalo

R. Cugat<sup>(1)</sup>, P. Álvarez<sup>(1)</sup>, X. Cuscó<sup>(1)</sup>, M. García<sup>(1)</sup>, A. Godall<sup>(1)</sup>, X. Juan<sup>(1)</sup>, N. Llorens<sup>(1)</sup>, J. C. Monllau<sup>(1)</sup>, J. Vilaró<sup>(1)</sup>, P. Golanó<sup>(2)</sup>, O. Fariñas<sup>(2)</sup>

<sup>(1)</sup>Federación Catalana de Fútbol

<sup>(2)</sup>Departamento de Anatomía y Embriología Humana Prof. D. Ruano Gil.  
Facultad de Medicina. Universidad de Barcelona.

**Correspondencia:**

Ramón Cugat  
Clínica del Pilar  
c/Balmes 271 1ª planta  
08006 Barcelona

**E**l Síndrome de Cola de Astrágalo es una de las causas de dolor posterior de tobillo. En una reciente revisión de la epidemiología de lesiones producidas en los jugadores de fútbol pertenecientes a la Federación Catalana, se constató que los traumatismos de tobillo contabilizados eran de 10.680 entre un total de 64.469 lesiones.

Esto resalta que esta articulación se ve comprometida muchas veces durante la práctica del deporte del fútbol, pues solamente en el momento del “chut” ya hay una gran demanda de compromiso de la articulación tibio-astragalina, que es una de las componentes del tobillo.

## DEFINICIÓN, DIAGNÓSTICO, DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL Y TRATAMIENTO

El tobillo está formado por 3 huesos. Tibia, peroné y astrágalo. El Síndrome de la Cola de Astrágalo se produce por un pellizcamiento entre la parte superior de la cola y la parte pósteroinferior de la tibia. Momentos en que se puede producir el Síndrome:

1. Flexión dorsal forzada del pie (“Plancha” en lenguaje futbolístico).
2. Flexión ventral forzada del pie (“Chut” al balón con el antepie) (**Figura 1**).

### Sintomatología y Diagnóstico

Dolor localizado en la cara posterior del tobillo y de intensidad variable desde moderado a in-

validante para la práctica del deporte. La presión del área retromaleolar interna provoca un dolor selectivo en ella.

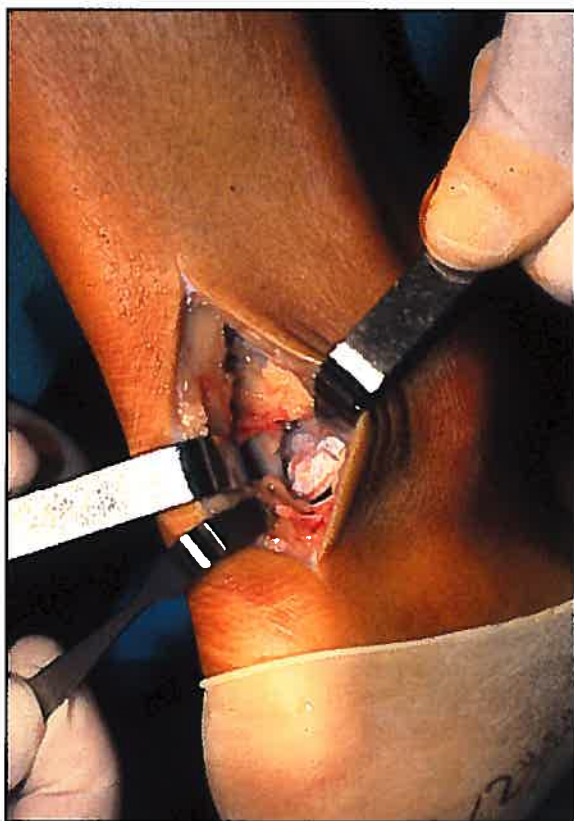
Un examen útil para el diagnóstico del Sí-



**Figura 1.** Flexión plantar forzada en el momento del “chut”.



**Figura 2.** Maniobra de García-Cugat para provocar el dolor.



**Figura 3.** Artrotomía postero-medial.



**Figura 4.** Resección de la cola del astrágalo.

drome es el siguiente: colocación del explorador: sentado sobre la camilla de exploraciones y con el talón del pie apoyado sobre el borde; el explorador golpea el antepie. Este mecanismo provoca un dolor selectivo en el área retromaleolar interna. (Maniobra García-Cugat) (**Figura 2**).

Los exámenes complementarios que ayudarán a confirmar el diagnóstico son: radiológico simple y gammagráfico de tobillo.

### Diagnóstico diferencial

Luxación Recidivante de los Peroneos. Tenosinovitis de los Peroneos. Lesión del Ligamento Peroneo-Astragalino Posterior. Fractura de Estrés. Tendinitis Aquílea. Bursitis Retrocalcánea. Flexor Propio del Primer Dedo. Fractura de Shepherd.

### Tratamiento

Conservador: reposo, fisioterapia, AINES, 1 a 3 infiltraciones con corticoide y anestésico local.

### MATERIAL Y MÉTODO

Desde 1988 a 1996 se realizaron 49 Cirugías de Síndrome de Cola de Astrágalo. Todas se efectuaron siguiendo la técnica de cirugía abierta. Todos los lesionados eran jugadores de fútbol federados.

### Técnica quirúrgica

El paciente se coloca sobre la Mesa Quirúrgica en decúbito prono. La anestesia puede ser General, epidural o loco-regional. La más frecuente es la epidural. La cirugía se realiza con torniquete y la incisión cutánea es para-aquílea externa. A continuación se realiza artrotomía posterior, medial al flexor largo del primer dedo (**Figura 3**) y se reseca la Cola de Astrágalo (**Figura 4**). A partir de enero del 2.000, la técnica quirúrgica se modificó aplicándose la Técnica Artroscópica que también se realiza con el paciente en decúbito prono con anestesia general, epidural o loco-regional y con torniquete.



**Figura 5a.** Realización de las vías de entrada.



**Figura 5b.** Introducción de la óptica por la vía para-aquílea externa.



**Figura 6.** Representación esquemática de las vías de entrada y sus relaciones anatómicas.

Las puertas de entrada son posteriores y en número de 2: para-aquílea interna y para-aquílea externa (**Figura 5 a, b**) según técnica de Van Dijk. El motivo de esta elección anatómica es el evitar lesionar el paquete vasculo-nervioso póstero-interno formado por la arteria, vena y nervio Tibiales Posteriores.

El objetivo es el mismo: reseca la Cola de Astrágalo (**Figura 6**).

## RESULTADOS

- El tiempo de recuperación medio en los casos de cirugía abierta fue de 62 días.
- El dolor postoperatorio es mayor en este tipo de cirugía.
- Los casos de cirugía artroscópica revisados fueron 6.
- El tiempo de recuperación medio fue de 51 días y la edad media de la población era de 22,4 años.
- El postoperatorio inmediato es mucho más confortable para el paciente.

## CONCLUSIONES

La Cirugía Artroscópica es una posibilidad de tratamiento del Síndrome de la Cola de Astrágalo cuando el tratamiento conservador no ha obtenido resultados.

Y es importante recordar antes de realizar la cirugía artroscópica la vecindad que hay entre el paquete vasculo-nervioso tibial posterior y el lugar donde se va a realizar la puerta para-aquílea interna.

## BIBLIOGRAFÍA

Van Dijk C N, Scholten PE & Krips R. Technical Note. A 2-portal

Endoscopic Approach for Diagnosis and Treatment of Poste-

rior Ankle Pathology. Arthroscopy. 16: 871-6. 2000.