

Tratamiento artroscópico de la osteocondritis disecante de astrágalo en el adolescente. A propósito de 10 casos

S. Cepero Campà

R. Ullot Font

E. Planes Vall

Servicio de COT. Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona.

Correspondencia:

Rosendo Ullot Font. Servicio de COT. Hospital Sant Joan de Déu. Passeig Sant Joan de Déu, 2. 08950 Esplugues (Barcelona). E-mail: rullot@hsjdbcn.org

Presentamos el estudio retrospectivo de 10 pacientes, de edades comprendidas entre 10 y 16 años, diagnosticados de osteocondritis disecante de astrágalo y tratados mediante perforaciones vía artroscópica. El tobillo afectado fue el derecho en 7 ocasiones y el izquierdo en 3. Existía un antecedente traumático en el 70% de los casos. Se realizaron perforaciones de la lesión mediante abordaje artroscópico; los resultados fueron excelentes, practicando actividad deportiva a los 9 meses del tratamiento. Las perforaciones artroscópicas son un procedimiento válido para el tratamiento primario de las osteocondritis disecantes de astrágalo.

Palabras clave: astrágalo, osteocondritis disecante, adolescente, artroscopia del tobillo, perforaciones.

We reviewed 10 patients, ages from 10 to 16, who had been treated for an osteochondral defect of the talus by arthroscopic drilling. The indication for surgical treatment was persistent symptoms after leaving physical activity for at least six months. There were 5 boys and 5 girls. The lesion involved the right ankle in seven and the left in three. 70% of the cases were associated with a previous trauma. Arthroscopic drilling were performed and the mean follow-up was 4.9 years. The outcome was excellent, participation in sport was possible after nine months. Arthroscopic drilling is recommended for treatment of an osteochondral defect of the talus.

Key words: talus, osteochondritis dissecans, adolescent, ankle arthroscopic, drilling.



Introducción

La osteocondritis disecante de tobillo (OCD) hace referencia a una lesión osteocondral localizada a nivel de la cúpula astragalina. La definición de osteocondritis disecante fue realizada por primera vez por König en 1888⁽⁶⁾ en relación con lesiones a nivel de la rodilla. Pero hasta 1922⁽⁵⁾ no se obtuvo la descripción del primer caso de la OCD de astrágalo, considerándose ésta como la tercera localización más frecuente en la actualidad.

La etiología de la lesión es aún desconocida⁽⁷⁾. Existen diferentes hipótesis sobre su agente causal: factores endocrinos, alteraciones en el desarrollo del cartílago o predisposición genética^(1,4,9).

Las lesiones posteromediales suelen ser lesiones profundas en forma de cúpula, generalmente asintomáticas, y el paciente puede no tener antecedente traumático. Por el contrario, las lesiones anterolaterales acostumbra a acompañarse de mayor sintomatología y ser secundarias a un traumatismo por un mecanismo de inversión y dorsiflexión⁽²⁾.

La OCD de astrágalo es relativamente frecuente en la edad adulta, pero hay pocos casos descritos en niños y adolescentes⁽⁵⁾.

La distribución clásica por sexos refleja un claro predominio del masculino.

En 1982 se realizó la primera descripción del tratamiento artroscópico de estas lesiones. Desde entonces, los avances, tanto en las técnicas artroscópicas como en las diagnósticas de imagen (TAC y RMN), han permitido un mejor manejo del tratamiento quirúrgico de la OCD de astrágalo⁽⁶⁾.

En este estudio presentamos los resultados de una serie de casos de la OCD de tobillo tratados mediante artroscopia por nuestro servicio en adolescentes.

Material y método

Hemos estudiado retrospectivamente los casos de osteocondritis disecante de astrágalo, localizados en la cúpula medial, tratados en nuestro servicio mediante artroscopia durante el período correspondiente a los años 1996-2001. Se trata de 10 pacientes, 3 de los cuales presentaban afectación bilateral (30%). La distribución por sexos fue de 5 varones y 5 mujeres. Las edades de los pacientes estaban comprendidas entre los 10 y los 16 años, con un promedio de 13,9 años. El seguimiento fue 3-8 años (con un promedio de 4,9 años).

El tobillo afectado fue, en 7 ocasiones, el derecho, por 3 el izquierdo. En el 100% de los casos la

clínica del paciente fue de tobillo doloroso, localizado en la cara anteromedial. Existía antecedente de esguinces de repetición en el 70% de los tobillos. En 3 de los pacientes se diagnosticaron lesiones en el tobillo contralateral al estudiado, pero que eran asintomáticas.

Los 10 pacientes fueron diagnosticados mediante radiografías simples (**Figura 1**).

El TAC confirmó el diagnóstico, a la vez que ayudó a la localización de las lesiones (anteriores, posteriores o mediales) y a la determinación de la extensión de las mismas (**Figura 2**). La RMN (**Figura 3**) la aportaban 4 pacientes, creemos que es una técnica válida para localizar lesiones flotantes. En ningún caso hemos indicado gammagrafía ósea.

De acuerdo con la clasificación de Berndt y Harty⁽³⁾, 3 pacientes tenían una lesión de grado I, 4 pacientes sufrían una de grado II, 3 padecían grado III y ningún paciente presentó lesiones de grado IV.

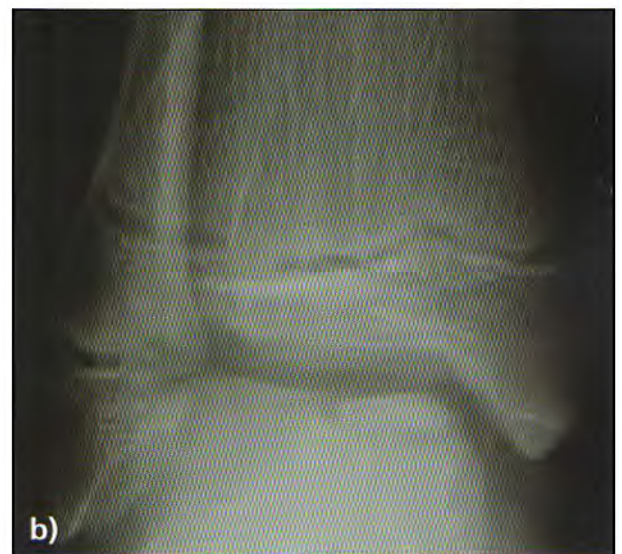


Figura 1. Imagen radiológica de una osteocondritis disecante de astrágalo localizada en la zona interna.

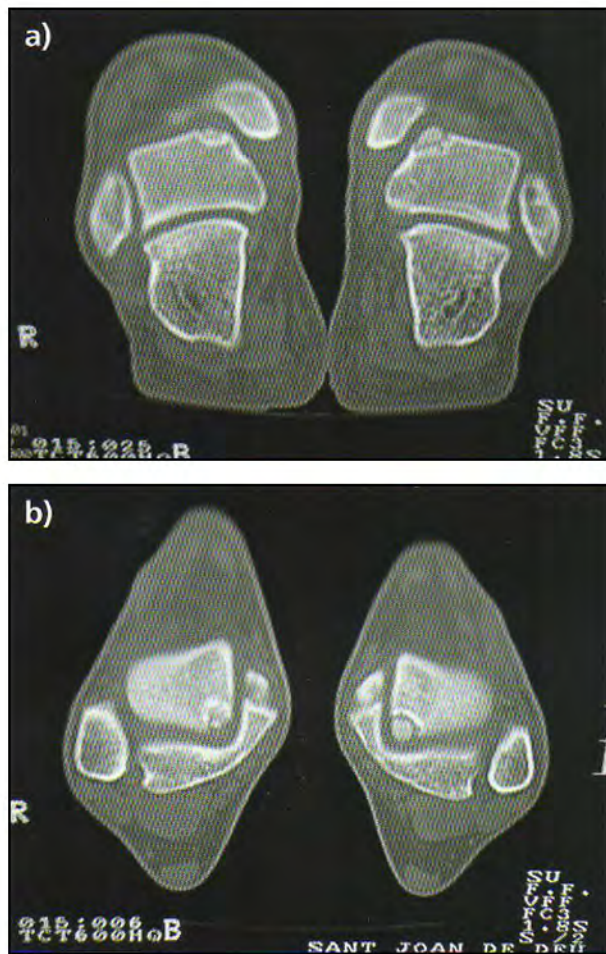


Figura 2. Imagen realizada mediante TAC, donde se aprecia la localización y la profundidad de la lesión.

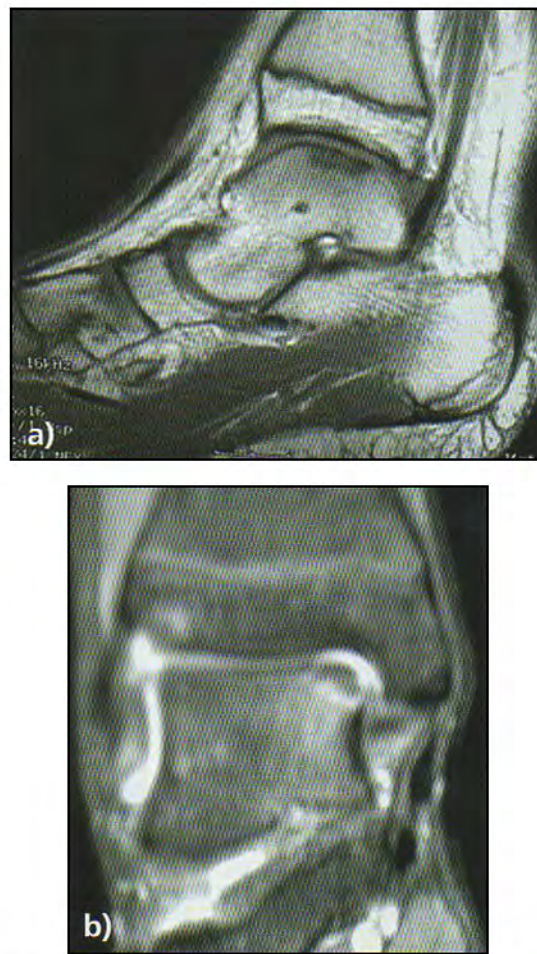


Figura 3. RMN de osteocondritis de astrágalo localizada en cúpula medial, región posteromedial.

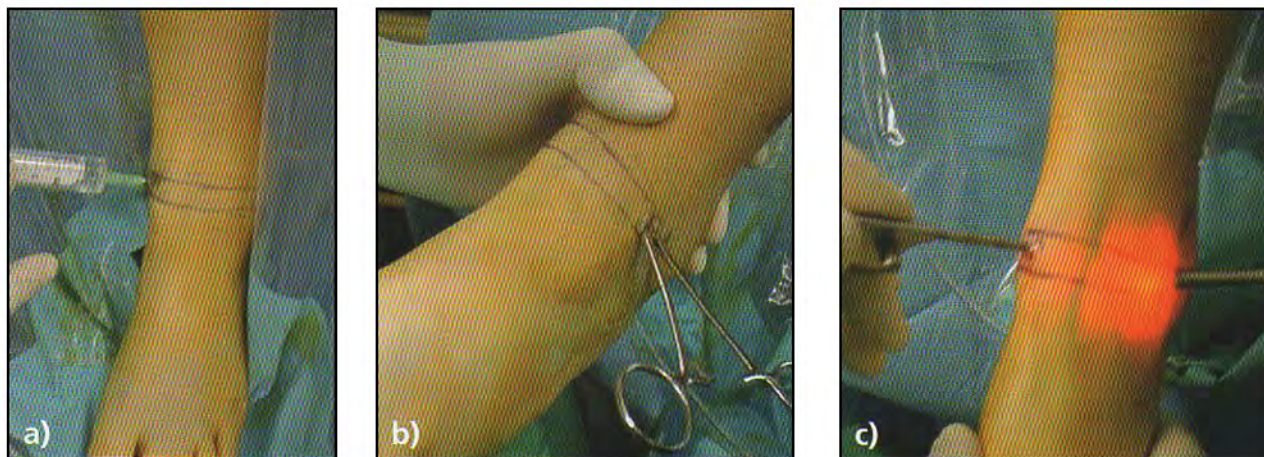


Figura 4. Realización de los portales artroscópicos.

Indicamos el tratamiento artroscópico en los casos de tobillo doloroso, con radiografías y TAC positivos y que no habían experimentado mejoría clínica tras un tratamiento conservador con restricción de actividad física deportiva durante un período de 4 a 9 meses (promedio: 5,9 meses).

En cuanto a la técnica artroscópica, realizamos 2 portales: uno anteroexterno y otro anterointerno, procurando siempre no lesionar el nervio musculocutáneo y la vena safena interna, respectivamente (Figura 4).

Se llevaron a cabo perforaciones osteocondrales con una aguja de Kirschner, procediéndose posterior-

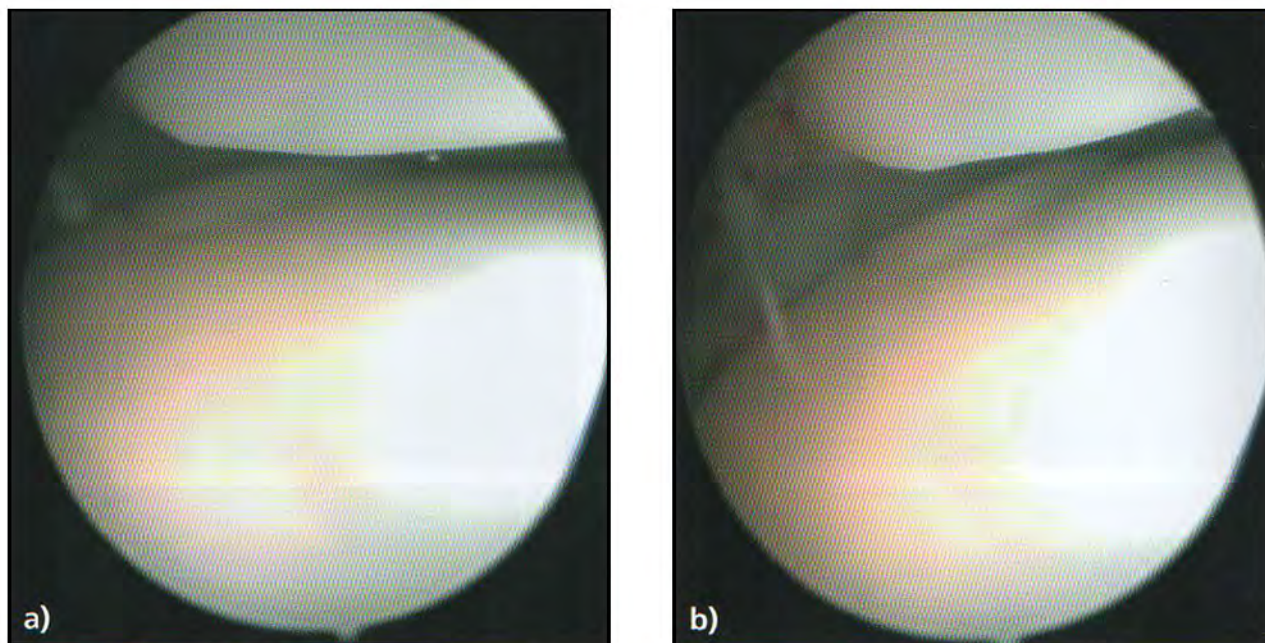


Figura 5. Visualización de la osteocondritis mediante artroscopia.

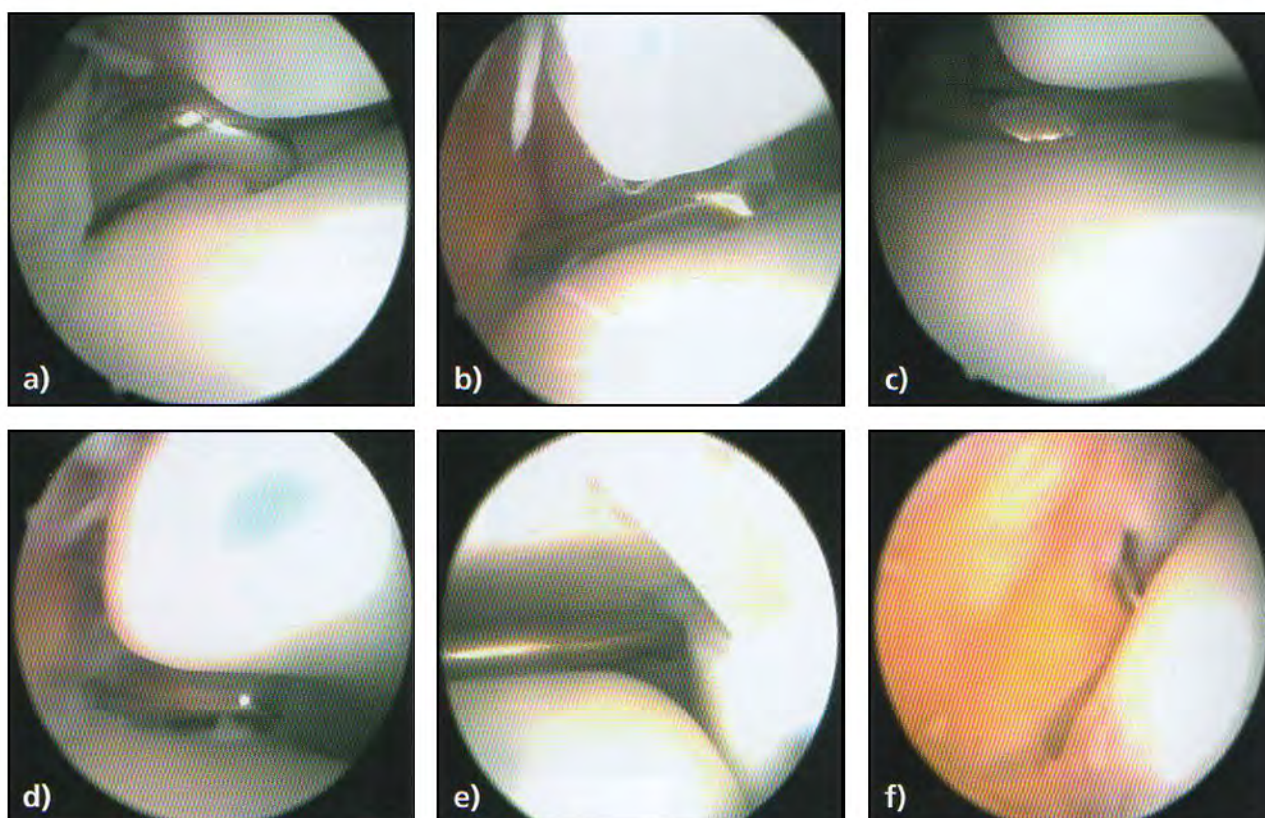


Figura 6. Secuencia quirúrgica artroscópica.

mente, si era necesario, a una regularización de las mismas con motor.

En ningún caso se recurrió a la artrotomía (Figuras 5 y 6).

Durante el período 1996-2001 se realizaron en nuestro servicio 15 artroscopias de tobillo, que supusieron un 5% del total de procedimientos artroscópicos. De estas artroscopias, 10 fueron por osteocondri-



tis de tobillo (representando un 3,33% del total), 4 por artropatía hemofílica y tuvimos un caso de *impingement* sinovial.

Tras la intervención, se colocó un vendaje compresivo durante 8-15 días, promedio de 10,11 días.

Durante 2-3 meses se mantuvo la extremidad en descarga (promedio de 2,62 meses) y la carga total se autorizó a los 3-4 meses tras la intervención, con un promedio de 3,75 meses. El retorno a la actividad deportiva se produjo a los 6 meses, excepto en el caso de deportes con pivotaje, en los cuales la reincorporación se retrasó hasta los 9 meses.

Resultados

El seguimiento fue de 3 a 8 años.

Se evaluaron aspectos clínicos, radiológicos y de TAC (practicada al año). Nuestros 10 pacientes obtuvieron un resultado final excelente, de acuerdo con la escala de evaluación propuesta por Ogilvie-Harris⁽⁸⁾: ausencia de dolor, de tumefacción, de rigideces, de cojera y manteniéndose una movilidad completa final.

Todos los pacientes volvieron a su actividad física habitual a los 9 meses de la intervención.

Se ha observado curación de la osteocondritis mediante estudio TAC en todos los casos al año de la intervención.

En cuanto a complicaciones, tuvimos un caso de osteoporosis postquirúrgica que se resolvió posteriormente al iniciar carga de la extremidad. No encontramos casos de infecciones, hipoestesis, hemartrosis, rotura de material o problemas vasculares, complicaciones éstas descritas en otras series.

Discusión

La osteocondritis disecante del astrágalo es poco frecuente en niños. Existen pocas revisiones en la literatura médica. Aunque la radiología es importante para el diagnóstico inicial de osteocondritis disecante del astrágalo y su seguimiento, la TAC nos ofrece una mejor topografía de la lesión, y es realmente útil para determinar la cantidad de superficie afectada y la profundidad de ésta.

Destacamos el papel de la artroscopia como tratamiento quirúrgico; ésta permite una adecuada visualización de toda la articulación y evita las complicaciones propias de una artrotomía, además de ser un método que puede aplicarse de forma ambulatoria y la rehabilitación es mucho más rápida.

Conclusiones

Aunque la osteocondritis disecante del astrágalo es rara en adolescentes, es importante considerarla como una posibilidad dentro del diagnóstico diferencial en pacientes con dolor crónico en el tobillo.

Consideramos que se deben tratar las osteocondritis disecantes del astrágalo dolorosas. Indicamos restricción de la actividad física en primer lugar, y optamos por la cirugía en aquellos casos en los que no exista mejoría.

La artroscopia de tobillo es un método válido para el tratamiento de la osteocondritis disecante del adolescente. En nuestra serie, los resultados han sido excelentes.

Bibliografía

1. Anderson AH, Lyne ED. Osteochondritis dissecans of the talus: case report on. *J Pediatr Orthop* 1984; 4: 356-7.
2. Anderson IF, Crichton KJ. Osteochondral lesions of the dome of the talus. *J Bone and Joint Surg (Am)* 1989; 71-A: 1143-52.
3. Berndt AL, Harty Mh. Transchondral fractures (osteochondritis dissecans) of the talus. *J Bone Joint Surg (Am)* 1959; 41-A: 998-1020.
4. Canale ST, Beldin RH. Osteochondral lesions of the talus. *J Bone Joint Surgery (Am)* 1991. p. 148-53.
5. Kappis M. Weitese Beitrage zur Traumatisch- mechanischen Entstehung der «spontanen» Knospelablosungen. *Dtsch Z Chir* 1922; 171: 13-29.
6. Konig A. Uber Freie Korper in den Gelenken. *Dtsch Z Chir* 1888; 27: 90-103.
7. Merv Letts. Osteochondritis Dissecans of the talus in children. *Journal of Pediatric Orthopaedics* 2003; 23: 617-23.
8. Ogilvie-Harris DJ, Mahomed N, Deamziere A. Anterior impingement of the ankle treated by arthroscopic removal of bony spurs.
9. Pappas AM. Osteochondritis dissecans. *Clin Orthop* 1981; 158: 59-69.