



medicina general y de familia

edición digital

www.mgyf.org



Clínica cotidiana

Fractura osteocondral de la cúpula astragalina

Patricia Martínez Arias*, Teresa Villa Albuger, José Antonio López Freire, Blanca Sanz Pozo

Centro de Salud Las Américas. Parla (Madrid).

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 6 de noviembre de 2015

Aceptado el 2 de junio de 2016

On-line el 20 de febrero de 2017

Palabras clave:

Astrágalo

Lesiones osteocondrales

Keywords

Talus

Osteochondral injuries

R E S U M E N

Las lesiones osteocondrales del astrágalo son infrecuentes, puesto que el mecanismo implicado en la fractura requiere alta energía. No obstante, cuando se presentan, suelen acarrear dificultades tanto para el diagnóstico en atención primaria como para su manejo y seguimiento posterior en atención especializada.

En este artículo se presenta el caso de una mujer con una fractura de la cúpula astragalina cuya sintomatología inicial fue un dolor en la cara externa del tobillo.

© 2017 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.
Publicado por Ergon Creación, S.A.

Osteochondral fracture of the talar dome

A B S T R A C T

Osteochondral injuries of the talus are uncommon, since the mechanism involved in the fracture requires high energy. However, when they do occur, they generally entail problems both for diagnosis in primary care and for their management and subsequent follow-up in specialized care.

In this article, a case is presented of a woman with a talar dome fracture whose initial symptoms was pain in the external face of the angle.

© 2017 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.
Published by Ergon Creación, S.A.

Mujer de 36 años de edad, que acude a consulta del centro de salud por un dolor en la región lateral del tobillo izquierdo, de unas semanas de evolución, que relaciona con la realización de ejercicio y sobreesfuerzo. No refiere traumatismo directo. No presenta ningún antecedente personal de interés ni fracturas óseas previas.

Según indica la paciente, el dolor ha sido continuo desde que realizó el sobreesfuerzo, sin mejoría a pesar de toma de ibuprofeno, por lo que acude a consulta.

En la exploración presenta leve aumento de volumen de partes blandas, la movilidad no está limitada, y no hay dolor en puntos óseos (maléolos externo e interno, quinto metatar-

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: patriciamartinezarias@gmail.com (P. Martínez Arias).
<http://dx.doi.org/10.24038/mgyf.2017.008>

2254-5506 / © 2017 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia

siano, falanges). Sin embargo, refiere dolor con la palpación en la región del ligamento lateral externo, correspondiente al fascículo peroneo-astragalino anterior, con dolor al forzar el varo. No hay bostezo articular, y el signo del cajón anterior es negativo.

A la vista de dicha exploración y con la sospecha de esguince de tobillo, se pauta antiinflamatorio de mayor potencia, se realiza vendaje funcional y se queda pendiente de ver la evolución.

Cuatro días después se retira el vendaje. Se recomienda a la paciente usar tobillera y realizar apoyo gradual. Sin embargo, la paciente acude de nuevo al mes siguiente por falta de mejoría, a pesar de las medidas adoptadas, por lo que se decide realizar una radiografía de pie ántero-posterior para completar el estudio; en ella no se manifiestan hallazgos patológicos reseñables.

En este momento se decide derivar al Servicio de Traumatología para valoración por su parte. Allí se coloca a la paciente un botín de yeso y se solicita RMN, en la que se evidencian varios hallazgos (Figs. 1 y 2).

Estos hallazgos se encuentran en relación con una lesión osteocondral de la cúpula del astrágalo, estadio 3. Como hallazgos secundarios, se visualizan cambios degenerativos entre el escafoides y el astrágalo, con un pequeño ganglión de 4 mm en comunicación con la articulación astrágalo-escafoidea. Además, el componente tibio-astragalino anterior del ligamento deltoideo muestra un discreto aumento intersticial de señal, sugestivo de esguince grado 1.

En siguientes revisiones, tras la retirada del botín y acudir a fisioterapia, la paciente refiere cierta mejoría. Realiza tabla de ejercicios en el domicilio, así como tratamiento con parafina junto con sesiones de laserterapia. En este momento se decide desde atención especializada seguir un abordaje conservador evitando la realización de deportes de carga o impacto. Se pautan 400 mg de condroitín sulfato (2 comprimidos en el desayuno) durante tres meses.

En la última revisión hasta la fecha, la paciente continúa con molestias ocasionales. Se realiza en este momento infiltración con ácido hialurónico. En caso de falta de mejoría o empeoramiento se planteará la posibilidad de tratamiento quirúrgico.

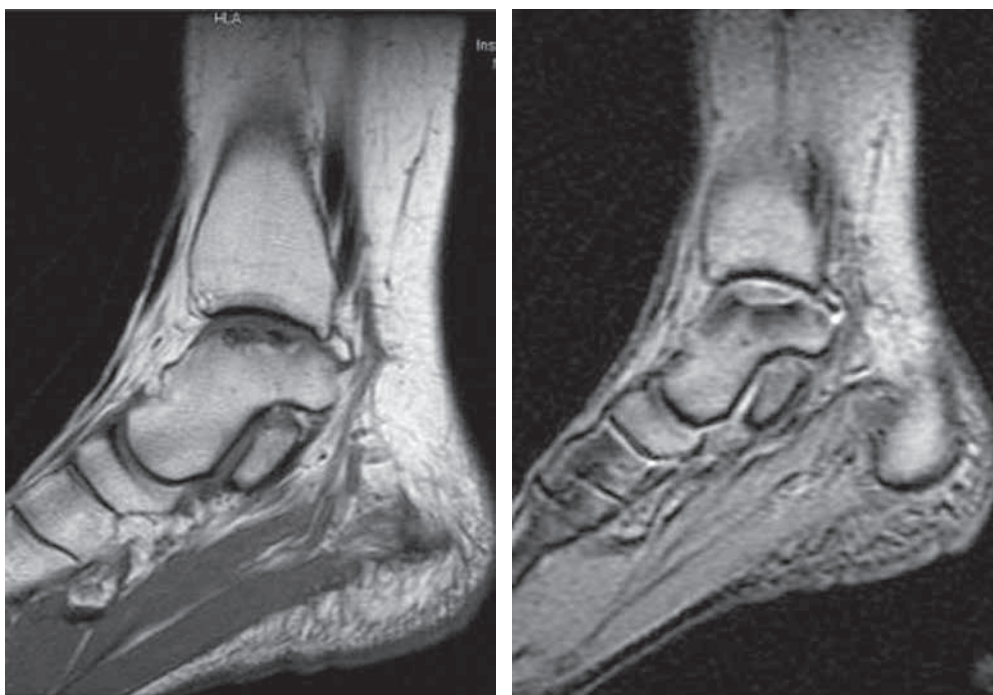
Comentario

Las fracturas del astrágalo son poco frecuentes: suponen 0,1-0,85 % de todas las fracturas¹, la mayoría como resultado de traumatismos de alta energía².

Dentro de los tipos de fracturas, se incluyen las fracturas osteocondrales, que incluyen tanto lesiones agudas como de perfil crónico. Las fracturas agudas pueden producirse por varios mecanismos, desde compresión directa de la cúpula astragalina al caer el paciente de pie desde cierta altura, como por rotación del tobillo al invertirse el pie³. Aunque pueden ocurrir de forma aislada, en muchos casos se acompañan de otras lesiones o fracturas concomitantes³ (en nuestra paciente un esguince asociado). Por otra parte, las lesiones crónicas, como osteocondritis disecante u osteonecrosis, pueden desarrollarse también en la cúpula astragalina.

Los pacientes con lesiones osteocondrales suelen referir dolor persistente de tobillo y/o sensación de rigidez. Las radiografías iniciales son normales^{3,4}. En la exploración se suele apreciar aumento de sensibilidad dolorosa en las regiones lateral o medial a la cúpula astragalina cuando se explora en flexión completa plantar; el resto de la exploración puede ser normal.

La realización de pruebas de imagen adicionales está indicada en caso de dolor persistente durante más de 6 semanas, o cuando se aprecian alteraciones en una radiografía inicial⁵, si bien la mayoría de las veces la radiografía no muestra nin-



Figuras 1 y 2 – RMN potenciada en T1 y T2 respectivamente. En el margen superior y medial de la cúpula astragalina se observa una lesión osteocondral consistente en una línea de fractura semilunar que entra y sale a través de la lámina ósea subcondral; presencia de defecto condral focal, sin asociar edema óseo pero con líquido articular que se introduce a través de la línea de fractura; no existe desplazamiento del fragmento óseo delimitado por esta fractura; no se visualizan fragmentos libres intraarticulares.

Tabla 1

Lesión estadio I	Existe un área pequeña de compresión del hueso subcondral o hay fractura, pero con cartílago intacto.
Lesión estadio II	Existe desprendimiento parcial de un fragmento osteocondral.
Lesión estadio III	Existe desprendimiento total de un fragmento osteocondral pero este permanece en su sitio.
Lesión estadio IV	Existe desprendimiento total de un fragmento osteocondral y este está desplazado dentro de la articulación.

guna anomalía. En estos casos, la prueba de imagen indicada para evaluar la integridad del cartílago articular y del hueso subcondral es la RMN³⁻⁵.

El tratamiento de las fracturas osteocondrales del astrágalo se basa en la experiencia clínica y en una pequeña serie de casos⁶, puesto que no hay estudios que muestren experiencia suficiente sobre su abordaje. El tipo de tratamiento suele ir acorde al tipo de fractura, según el sistema de Berndt-Hardy (1959) (Tabla 1)^{3,7}, que describe la fractura o compresión del hueso subcondral y la estabilidad del cartílago articular. Según dicho sistema, la paciente tiene una lesión clasificada como estadio 3, debido a que un fragmento osteocondral está libre, pero permanece en su sitio, sin desplazamiento.

Las lesiones en estadio 1 y 2, que comprenden menos de un tercio de la superficie articular, se tratan con botín de yeso durante 6 semanas, seguido de apoyo gradual durante 2-4 semanas hasta retorno a la actividad normal³. En caso de persistencia del dolor tras tratamiento conservador, se planteará tratamiento quirúrgico⁸. Por otro lado, las lesiones en estadio 3 y 4 deben remitirse siempre a Traumatología para evaluación³.

Nuestra paciente no presentaba limitación en las actividades de la vida diaria, y tuvo mejorías parciales con los diversos tratamientos de tipo conservador. Esta evolución larvada, con escasos síntomas, junto con la escasez de suficiente experiencia clínica en el tratamiento de este tipo de fracturas, hace difícil tanto su valoración como la posterior decisión a tomar en el abordaje. Por tanto, es un caso de difícil diagnóstico, tanto por la baja prevalencia de estas fracturas como por los síntomas y la exploración iniciales. Se precisó de varias pruebas de imagen, entre ellas la RMN, así como diversas consultas al

servicio de atención primaria y traumatología antes de lograr el diagnóstico final.

Agradecimientos

Agradecemos la colaboración de todos los autores y médicos implicados en la atención a nuestra paciente.

Responsabilidades éticas

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

- Villier HA. Fractures of the talus: State of the Art. *J Orthop Trauma*. 2015; 29: 385.
- Sakaki MH, Saito GH, de Oliveira RG, Ortiz RT, Silva J dos S, Fernandes TD, Dos Santos AL. Epidemiological study on talus fractures. *Rev Bras Ortop*. 2014; 49: 334.
- Schachter AK, Chen AL, Reddy PD, Tejwani NC. Osteochondral lesions of the talus. *J Am Acad Orthop Surg*. 2005; 13: 152.
- Griffith JF, Lau DT, Yeung DK, Wong MW. High-resolution MR imaging of talar osteochondral lesions with new classification. *Skeletal Radiol*. 2012; 41: 387.
- Beltran J, Shankman S. MR imaging of bone lesions of the ankle and foot. *Magn Reson Imaging Clin N Am*. 2001; 9: 553
- Loveday D, Clifton R, Robinson A. Interventions for treating osteochondral defects of the talus in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010; (8):CD008104.
- Laffenêtre O. Osteochondral lesions of the talus: Current concept. *Orthop Traumatol Surg Res*. 2010; 96: 554.
- Baumhauer JF, Manoli A 2nd. Principles of management of the severely traumatized foot and ankle. *Instr Course Lect*. 2002; 51: 159.