

# RESUMENES DE TRABAJOS

## TRATAMIENTO ARTROSCÓPICO DE LAS LESIONES OSTEOCONDRALES DEL ASTRÁGALO

*Departamento de Cirugía Ortopédica  
A, Chaim Sheba Medical Center - Hashomer. Israel  
The Journal of Bone and Joint Surgery  
Vol. 68 - A. N.º 6, July 1986*

M. PRISCH, D. M.  
H. HOROSHOVSKI, M. D.  
I. FARINE, M. D.

Kappis, en 1982, fue el primero en utilizar el término «ostecondritis del astrágalo». Bernt y Harty establecieron la relación de esta lesión con un traumatismo, en 1959, recopilando los resultados de cerca de 200 pacientes registrados en la literatura médica y añadiendo personalmente 24: concluían que la lesión era realmente una fractura transcondral, causada por un traumatismo. Estos autores describieron y establecieron una clasificación radiológica de la lesión en base a 4 estadios de evolución de la misma. Estadio I: compresión del borde del astrágalo; estadio II: separación parcial de un fragmento de hueso; estadio III: separación completa del fragmento, sin desplazamiento; estadio IV: desplazamiento del fragmento en el interior de la articulación del tobillo.

### Material y método

24 pacientes: 19 hombres y 5 mujeres, con una edad media de 28 años (entre 18 y 47). Los síntomas eran dolor en el tobillo durante la marcha, con sensación de rozamiento y episodios de derrame en la articulación del tobillo; 18 pacientes tenían en su historia un antecedente traumático, que la mayoría describía como una torcedura de tobillo. Se clasificaron las radiografías de los tobillos según los

estadios de Bernat y Harty: 8 tobillos se hallaban en el estadio II, 8 en el III y 8 en el 4.

También se clasificaron las lesiones por la apariencia del cartílago superior, según se veía en la artroscopia. Grado I: cartílago intacto, firme y brillante; grado II: cartílago intacto, pero blando; grado III: cartílago desgastado. El grado I (4 pacientes) fue tratado simplemente mediante la restricción de actividades deportivas; el grado II (6 pacientes) se trató perforando el área afectada mediante la artroscopia; el grado III (14 pacientes), mediante curetaje artroscópico.

El examen y tratamiento artroscópico se realizaron mediante anestesia general, utilizando un torniquete neumático. Se empleó un artroscopio de 3,8 milímetros con un telescopio de 30°. Se utilizó una vía medial o lateral, dependiendo de la localización de la lesión. El aspecto posterior de la polea astragalina fue alcanzado mediante la tracción de la articulación del tobillo y colocando el pie en flexión plantar. La cánula se insertó a través de la herida abierta. En el momento indicado se insertó el taladro a través de la misma abertura.

En el postoperatorio, el miembro se mantuvo elevado durante 24 horas, a par-

tir de las cuáles se permitió la carga de peso y se iniciaron los ejercicios de movilidad progresiva. Los pacientes fueron examinados dos semanas después de la operación y luego cada tres meses. También se realizaron radiografías anteroposteriores y laterales de los tobillos, con intervalos de 6 meses, después de la operación.

### **Resultados:**

- Lesiones de grado I: 4 pacientes, todos ellos en un estadio IV radiográfico. 3 resultados buenos y 1 pobre.
- Lesiones de grado II: 6 pacientes; 1 en estadio II, 3 en estadio III y 2 en estadio IV radiológicos. 3 resultados buenos, 2 pobres y 1 regular.
- Lesiones de grado III: 14 pacientes; 7 en estadio II; 5 en estadio III y 2 en estadio IV radiológicos. 13 resultados buenos y 1 regular.

### **Discusión:**

Aunque la mayoría de las lesiones pueden tener un origen traumático, existen algunas en que no ha existido este antecedente.

La falta de correlación entre el aspecto radiológico de las lesiones y del cartílago que las recubre, visualizado en la artroscopia, demuestra el valor de ésta a la hora de escoger un tratamiento adecuado; es el aspecto artroscópico de la lesión, y no el radiológico, el que debe determinar el tratamiento. Cuando el cartílago es firme y su aspecto normal, la lesión puede ser tratada simplemente mediante la restricción de la actividad deportiva; si el cartílago está desgastado, la lesión debe ser tratada mediante curetaje. La opinión de los autores es que las perforaciones no son el tratamiento óptimo para las lesiones de grado II, siendo preferible en ellas el curetaje inicial.

El alivio de los síntomas ocurrido en algunos pacientes inmediatamente después de la cirugía artroscópica puede ser engañoso; probablemente se debe al lavado de la articulación; aunque algunos pacientes prosiguieron la mejoría, en otros hubo una recidiva de los síntomas, seguida de una mejoría gradual. La mejoría se puede esperar hasta un tiempo de 18 meses después de la operación, hecho que también ha sido señalado por Alexander y Lichtman.

El éxito a largo plazo de este procedimiento, como prevención de una ulterior artrosis, ha de ser determinado aún.