

CASO CLINICO

DOLOR CRÓNICO INTERMITENTE EN EL TOBILLO

INTERMITTENT CHRONIC PAIN IN THE ANKLE

Rafael Martínez Roncal*, Maribel Escobar Martínez** y Abel Cabezas***

* Traumatólogo Subespecialista pie y tobillo.

** Médico cirujano, Diplomada en Gerencia y Salud Pública.

*** Abogado Caja Petrolera de Salud

Correspondencia: Dr. Abel Cabezas
Caja Petrolera de Salud Of. Central
Av. 16 de Julio N° 1616 La Paz – Bolivia
Mail: francisco_cab97@hotmail.com

RESUMEN

Se presenta el caso de un paciente de 42 años de edad sometido a osteotomía del maléolo tibial tipo Chevron para un mejor acceso al foco de la lesión condral y posterior resección del mismo con perforaciones de la superficie articular del astrágalo. La evolución postoperatoria fue favorable encontrándose asintomático al momento actual, tras 12 meses de la intervención, con una movilidad bilateral conservada.

Palabras clave.- *Chevron, astrágalo, osteonecrosis.*

SUMMARY

A case of a patient of 42 years of age under the malleolus tibial osteotomy Chevron type for better access to the site of the chondral lesion and subsequent perforations of the articular surface of the talus. The postoperative course was favorable finding currently asymptomatic after 12 months postoperatively, with preserved bilateral mobility.

Key words.- *Chevron, astragalus, osteonecrosis.*

INTRODUCCION

La articulación del tobillo está compuesta por el tercio inferior de la tibia y la parte superior del hueso astrágalo. La parte superior del astrágalo tiene forma de domo y está cubierto totalmente por cartílago –un tejido fuerte y gomoso que permite que el tobillo se mueva suavemente. Una lesión del domo talar es una lesión del cartílago y el hueso subyacente del astrágalo dentro de la articulación del tobillo. También es llamado un defecto osteocondral.

Las lesiones del domo talar son causadas habitualmente por una lesión, tal como un esguince de tobillo. Si el cartílago no se cura de manera adecuada después de la lesión, se ablanda y empieza a desprenderse. En ocasiones un pedazo del cartílago y el hueso dañados, “flotan” en el tobillo..^[1,2]

CASO CLÍNICO

Anamnesis

Se trata de un paciente varón de 42 años de edad que acude a consulta externa de Traumatología, refiriendo dolor crónico (más de 7 meses de evolución) en tobillo derecho que incrementa al estar mucho tiempo en bipedestación o cargando peso, sin antecedente traumático que recuerde.

Exploración física

Dolor a la palpación de la articulación tibio astragalina del tobillo derecho en la vertiente interna del astrágalo, sin datos de inflamación, ni deformidad en el tobillo, con movimientos de flexoextensión y pronosupinación dentro de rangos normales. Se escucha crépito a la plantiflexión forzada.

Exploración neurovascular distal normal.

Pruebas complementarias

Radiografía simple anteroposterior y lateral de ambos tobillos comparativa: El izquierdo sin imágenes patológicas y el derecho con una imagen ovalada radiolúcida en la vertiente interna del astrágalo rodeado de una zona de esclerosis.

Se solicitó Resonancia Magnética de tobillo derecho: Donde se aprecia una lesión de 1 cm en la vertiente más interna y posterior de la cúpula astragalina correspondiente a un fragmento osteonecrótico inestable rodeado de una zona de edema, compatible con una lesión condral del astrágalo (Figura N° 1).



Figura N°1

Diagnóstico

Lesión condral postero interna del astrágalo derecho.

Tratamiento

Se decide realizar intervención quirúrgica dada la clínica más manifiesta y la inestabilidad osteocondral, realizándose una osteotomía del maléolo tibial tipo Chevron para un mejor acceso al foco de la lesión condral y posterior resección del mismo con perforaciones de la superficie articular del astrágalo. Después se realizó osteosíntesis con tornillo de 4.0 esponjoso del maléolo interno tibial. (Figura N° 2)



Figura N° 2

Posteriormente se mantuvo al paciente con una férula de yeso durante ocho semanas y sin apoyo de la extremidad durante dos semanas más, con apoyo progresivo después se realizó fisioterapia rehabilitadora y magnetoterapia.⁽¹⁾

Evolución

La evolución postoperatoria fue favorable encontrándose asintomático en el momento actual tras 12 meses de la intervención, con una movilidad bilateral conservada.

DISCUSIÓN

Las lesiones del domo talar son causadas habitualmente por una lesión, tal como un esguince de tobillo. Si el cartílago no se cura de manera adecuada después de la lesión, se ablanda y empieza a desprenderse. En ocasiones un pedazo del cartílago y el hueso dañado “flotan” en el tobillo.^[1,2]

A no ser que la lesión sea extensa, puede tardarse meses, un año, o aun más para que se desarrollen los síntomas. Entre las señales y síntomas de una lesión del domo talar se incluyen:^[1,3,4,5]

- Dolor crónico en lo profundo del tobillo – por lo general es peor cuando se soporta peso sobre el pie (especialmente practicando deportes) y menos cuando se está en reposo
- Una sensación ocasional de “chasquido” o “enredo” en el tobillo al caminar
- Una sensación de que el tobillo se “traba” o “cede”
- Episodios de hinchazón del tobillo que se presentan cuando se soporta peso.

Una lesión del domo talar puede ser difícil de diagnosticar porque puede dificultarse identificar con precisión el sitio exacto del dolor. Para diagnosticar esta lesión, el cirujano de pie y tobillo le preguntará al paciente sobre lesiones recientes o anteriores y examinará el pie y el tobillo, moviendo la articulación del tobillo para ayudar a determinar si hay dolor, chasquido o limitación del movimiento dentro de esa articulación.^[5,6,7]

Se toman radiografías y a menudo se ordenan imágenes de resonancia magnética u otros exámenes avanzados de imágenes para evaluar la lesión en mayor detalle y determinar el grado de la lesión.^[1,4]

El tratamiento depende de la gravedad de la lesión del domo talar. Si la lesión está estable (sin pedazos sueltos de cartílago o de hueso), una o más de las siguientes opciones de tratamiento no quirúrgico pueden ser contempladas:^[3,4]

Inmovilización. Dependiendo del tipo de lesión, la pierna puede ser enyesada o se le puede poner una bota de yeso para proteger el astrágalo. Durante este período de inmovilización, pueden ser recomendados ejercicios de rango de movimiento sin soportar pesos.

Medicamentos orales. Los medicamentos anti-inflamatorios no esteroides tales como el Ibuprofeno, pueden ser útiles para reducir el dolor y la inflamación.

Fisioterapia. Los ejercicios de rango de movimiento y de fortalecimiento son benéficos una vez que la lesión se ha curado de manera adecuada. La fisioterapia puede incluir también técnicas para reducir el dolor y la hinchazón.

Tobillera. El uso de una tobillera puede ayudar a proteger al paciente contra una reincidencia de la lesión si el tobillo está inestable.

Si el tratamiento no quirúrgico no puede aliviar los síntomas de las lesiones del domo talar, puede ser necesario recurrir a la cirugía. La cirugía puede involucrar la remoción de los fragmentos sueltos de hueso y de cartílago dentro de la articulación y el establecimiento de un ambiente propicio para la curación. Hay una variedad de técnicas quirúrgicas disponibles para lograrlo. El cirujano seleccionará el mejor procedimiento con base en el caso específico., puede indicarse la cirugía, prefiriéndose actualmente escisión, curetaje y perforaciones.

La mayoría de las lesiones requieren curetaje e injertos de hueso; pero si la lesión es más amplia y afecta al cartílago se precisa un tratamiento combinado del defecto óseo y cartilaginoso. Cuando el cirujano tenga experiencia artroscópica en el tobillo y la lesión lo permita se puede realizar por esta vía. Si el daño articular es importante y el paciente no va a tener una gran demanda se prefiere la artrodesis del tobillo. ^[3,4,7]

Dependiendo de la cantidad del daño del cartílago en la articulación del tobillo, puede desarrollarse artritis en la articulación, lo que produce dolor e hinchazón crónica y movimiento limitado de la articulación. El tratamiento para estas complicaciones debe ser recomendado por un cirujano de pie y tobillo y puede incluir uno o más de los siguientes: ^[5,7]

- Medicamentos anti-inflamatorios no esteroides o esteróides.
- Fisioterapia.
- Soporte o inmovilización.
- Intervención quirúrgica.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Herrera AJ. Artropastía de tobillo. Revista Colombiana de Ortopedia y Traumatología 2009;23(1).

2. Fernandez PF. Actualizaciones en cirugía ortopedia y traumatología. Soc Esp Ortop Trauma. Ed. Masson. 2006.
3. Devesa F, Yubero J, No L, et al. Lesiones osteocondrales del astrágalo. Rev Ortop Traum. 1989; 331(B): 67-72.
4. Koulalis D, Schultz W. Massive intraosseous Ganglion of the Talus: Reconstruction of the Articular Surface of the Ankle Joint. The Journal of Arthroscopic and Related Surgery. 2000; 16: E14.
5. Therman H.: Microfracture technique for treatment of osteochondral and degenerative chondral lesions of the talus. 2 year results of a prospective study. Unfallchirug. 2004; 107 (1): 27- 35
6. Schuman L. Arthroscopic treatment for osteochondral defects of the talus. Results at follow-up at 2 to 11 years. J. Bone Joint Surg 2002; 84-B (3): 364-368.
7. Verhagen RA. Systematic review of treatment strategies for osteochondral defects of the talar dome. Foot Ankle Clin 2003; 8 (2): 233-242.
8. Giannini S.: Operative treatment of osteochondral lesions of the talar dome: currents concepts review. Foot Ankle Int 2004; 25 (3): 168-175.
9. Robinson D.E.: Arthroscopic treatment of osteochondral lesions of the talus. J. Bone Joint Surg 2003; 85-B (7): 989- 994.