

Osteonecrosi assèptica de la cua de l'astràgal

Osteonecrosis aséptica de la cola del astrágal

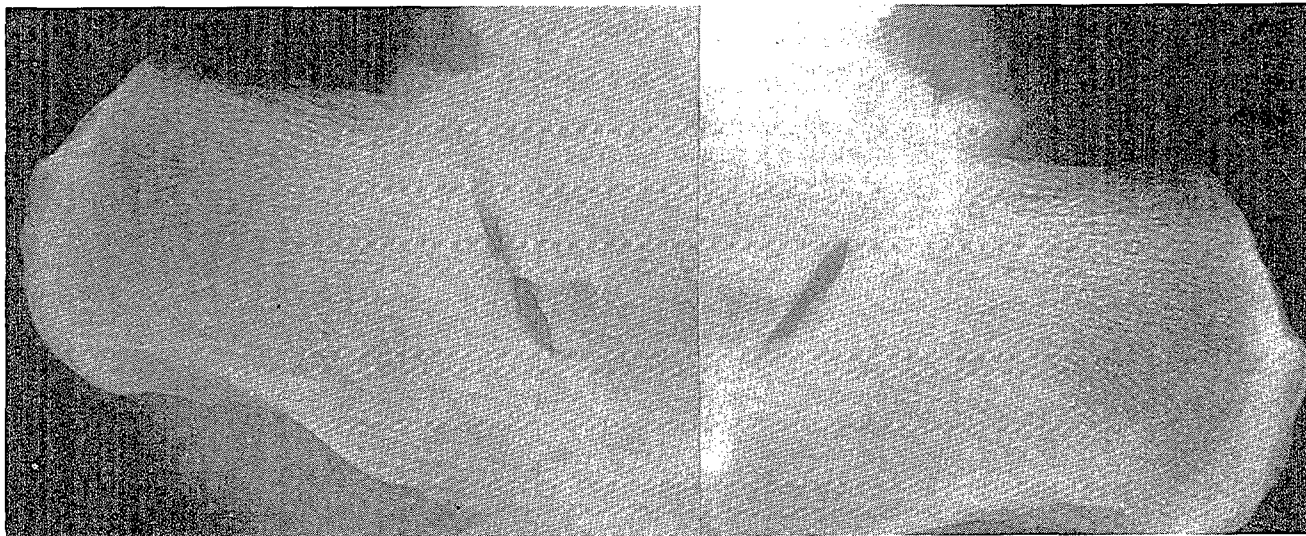
Dr. R. Balius i Matas*, Dr. J. Ardévol i Cuesta

* CEARE (Cap: Dr. Balius i Juli), Esplugues del Llobregat.

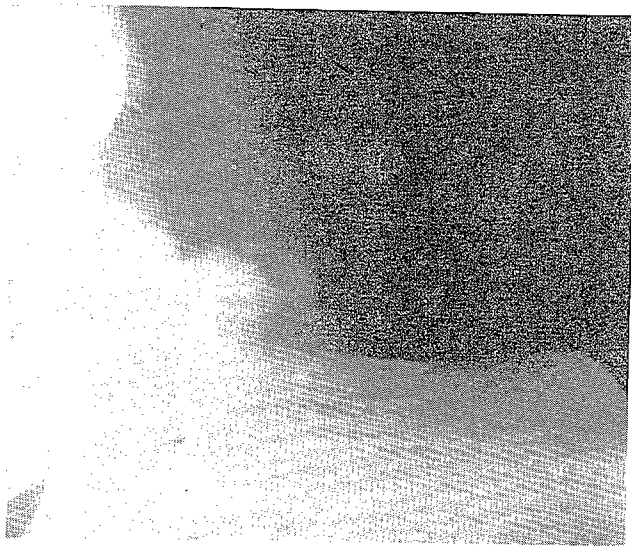
** Hospital de Sant Jaume (Cap: Dr. Auleda), Mataró.

La cua de l'astràgal forma part de dues articulacions extraordinàriament actives durant la pràctica esportiva, la tibio-astragalina i la subastragalina. Aquesta compromesa localització exposa la cua d'astràgal a repetits traumatismes –macro i microtraumatismes– durant els moviments del turmell, especialment en les hiperextensions amb o sense valguisme forçat. L'acumulació de microtraumatismes en aquest sentit, que es produeix en determinats esports –futbol, judo, carrera i salts d'entre altres– provoquen alteracions a nivell de la cua d'astràgal, que mostra modificacions morfològiques –allargament progressiu– i estructurals –necrosi assèptica– i que es manifesten clínicament

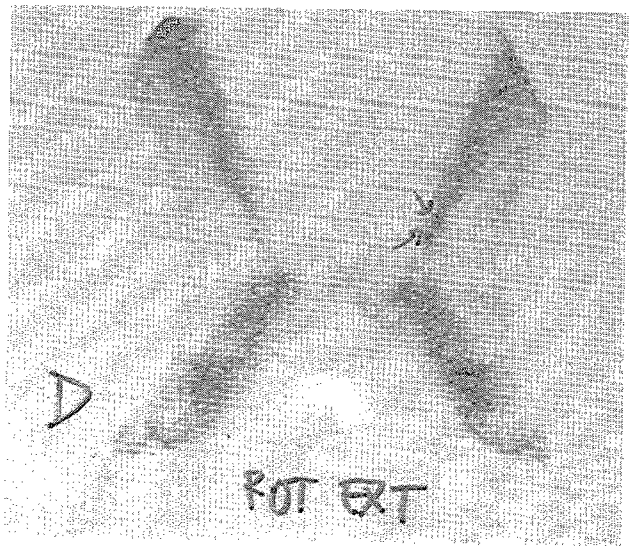
La cola del astràgal forma parte de dos articulaciones extraordinariamente activas durante la práctica deportiva, la tibioastragalina y la subastragalina. Esta comprometida localización expone dicha cola a repetidos traumatismos –macro y microtraumatismos– durante los movimientos del tobillo, especialmente en las hiperextensiones con o sin valguismo forzado. En este sentido, la acumulación de microtraumatismos que se produce en determinados deportes –futbol, judo, carrera y saltos entre otros– provoca alteraciones a nivel de la cola del astrágal, que muestra modificaciones morfológicas –alargamiento progresivo– y estructurales –necrosis aséptica– que se manifiesta clínicamente



per dolor a la hiperextensió del turmell. Aquesta patologia forma part del que el Dr. Cabot va enumerar periartropatia.



por dolor a la hiperextensión del tobillo. Esta patologia forma parte de lo que el Dr. Cabot denominó periartropatia.



El cas que presentem es refereix a un esportista amateur, corredor ocasional i practicant de tae-kwon-do. Va consultar per dolor insidiós a la part posterior del taló, una travessa de dit per davant de la inserció del tendó d'Aquilles.

En l'estudi radiològic destacava una cua d'astràgal de tamany moderat en el turmell asimptomàtic, i una cua llarga i desestructurada, d'aspecte proteiforme, en l'afectat. (Figura 1 i 2).

El dolor d'aquesta patologia pot confondre's sovint amb la de l'entesitis-tendinitis aquil·lia i amb la bursitis preaquil·lia. La prova idònia per a aquest diagnòstic diferencial és la ecografia músculo-tendinosa, que va resultar negativa.

L'estudi gammagràfic amb Tecneci-99 demostra en la fase precoç, vascular, dues petites imatges

El caso que presentamos se refiere a un deportista amateur, corredor ocasional y practicante de tae-kwon-do. Consultó por dolor insidioso en la parte posterior del talón, un través de dedo por delante de la inserción del tendón de Aquiles.

En el estudio radiológico destacaba una cola de astrágal de tamaño moderado en el tobillo asintomático, y una cola larga y desestructurada, de aspecto proteíniforme, en el afecto. (Figura 1 y 2).

A menudo el dolor de esta patologia puede confundirse con la de la entesitis-tendinitis aquilea y con la bursitis preaquilea. La prueba idónea para este diagnóstico diferencial es la ecografia músculo-tendinosa, que resultó negativa.

El estudio gammagráfico con Tecnecio-99 demostró en la fase precoz, vascular, dos pequeñas

actives d'hiperèmia en el turmell esquerre. (Figura 3). Igualment en la fase òssia, tardana, existeixen dos acúmuls anòmals de radiofàrmac en el mateix turmell coincidents amb els objectivables en la fase vascular. Aquestes hipercaptacions es localitzen al maleol tibial posterior i a la cua de l'astràgal. (Figura 4 i 5).

A la vista dels resultats obtinguts en les proves realitzades es va procedir a l'exèresi quirúrgica de la cua de l'astràgal afectada. La peça quirúrgica obtinguda era la d'un fragment de teixit de 1 x 1 x 0.8 cm, de consistència dura, aspecte heterigènic i color gris-nacarat, amb àrees blanquinoses.

L'estudi histològic de les seccions va demostrar teixit ossi medular, cartíleg, periosti i ocasionals fragments de teixit sinovial amb fenòmens de proliferació vascular reactiva, congestió hemàtica lleu i fibrosi. En conjunt, els canvis observats corresponien a un fenomen reparatiu ossi secundari a un procés osteonecròtic.

El resultat postoperatori, després d'una immobilització enguixada d'un mes i mig, ha estat excel·lent, tornant l'esportista a la pràctica esportiva als dos mesos i mig de la intervenció.

imágenes activas de hiperèmia en el tobillo izquierdo. Igualmente, en la fase ósea, tardía, existían dos acúmulos anómalos de radiofármaco en el mismo tobillo coincidentes con los objetivables en la fase vascular. Estas hipercaptaciones se localizaban en el maleolo tibial posterior y en la cola del astrágal. (Figura 4 y 5).

A la vista de los resultados obtenidos en las pruebas realizadas se procedió a la exéresis quirúrgica de la cola de astrágal afectada. La pieza quirúrgica obtenida era la de un fragmento de tejido de 1 x 1 x 0.8 cm, de consistencia dura, aspecto heterogéneo y color gris nacarado, con áreas blanquecinas.

El estudio histológico de las secciones demostró tejido óseo medular, cartilago, periostio y ocasionales fragmentos de tejido sinovial con fenómenos de proliferación vascular reactiva, congestión hemática ligera y fibrosi. En conjunto, los cambios observados correspondían a un fenómeno reparativo óseo secundario a un proceso osteonecrótico.

El resultado postoperatorio, después de una inmovilización enyesada de un mes y medio, ha sido excelente, volviendo el sujeto a la práctica deportiva a los dos meses y medio de la intervención.

