

OSTEOARTRITIS SUB-ASTRAGALINA POSTERIOR

ROBERTO TEMPLE S. (*)

La circunstancia de haber encontrado un caso de osteo-artritis subastragalina posterior, —lesión cuya rareza explica las pocas referencias anotadas en la literatura— y el hecho de las derivaciones clínicas y terapéuticas que comporta su diagnóstico, nos ha llevado a hacer una revisión de su conocimiento en el momento actual, dar cuenta de la feliz evolución del caso por nosotros anotado y, en fin, discutir ciertos aspectos fisiológicos y su relación con otros procesos afines. En especial, queremos señalar la posibilidad de que, con los recursos actuales, es posible controlar la evolución de estas infecciones en sólo la porción posterior de la articulación ya dicha, evitando así su difusión a la vertiente anterior y las articulaciones mediotarsianas.

El 28 de Febrero de 1953, consultó al Servicio de Ortopedia y Traumatología del Hospital Loayza, E. R. A., de 15 años de edad, quien, desde quince días antes, acusaba dolor referido a las regiones del tobillo y pie izquierdos; dicho dolor se intensificaba a la marcha y desaparecía luego de reposo más o menos prolongado.

El examen clínico mostró un tobillo deformado en sus regiones laterales por tumoraciones que sin ningún carácter filogósico asentaban en las gotieras retromaleolares insinuándose hacia las regiones submaleolares; la movilidad del tobillo no era dolorosa, pero ese síntoma se objetivaba al realizar los movimientos del pie. Existían ganglios inguinales discretamente infartados. El examen radiográfico, comparativo de ambos pies, mostró una pequeña zona de osteolisis en la parte superior del calcáneo izquierdo, en relación con la interlínea sub-astragali-

(*) Profesor Auxiliar de Clínica Quirúrgica. Sección Ortopedia.
Catedrático Principal Asociado, Dr. Belisario Sánchez León.

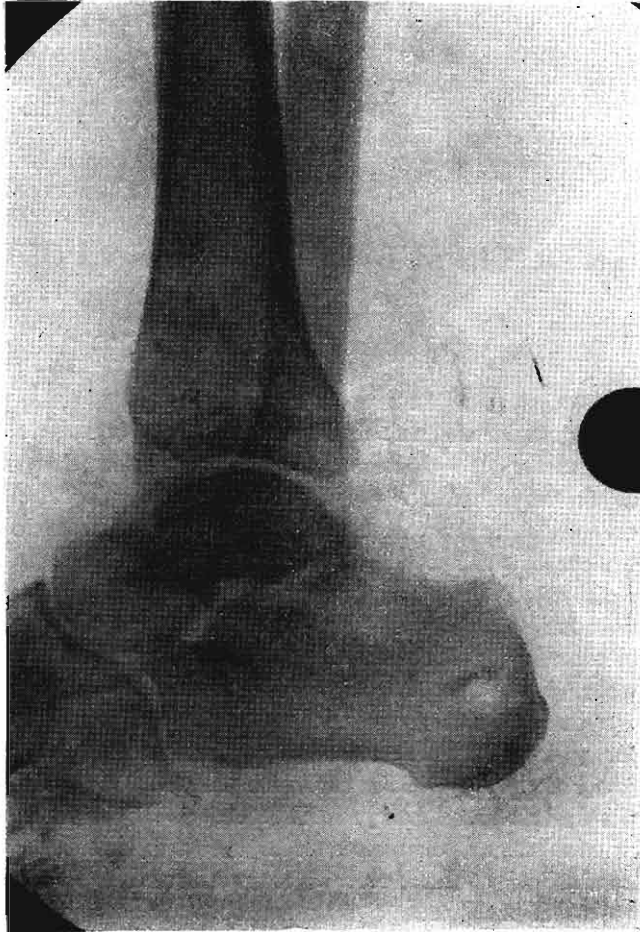


Fig. 1

na posterior la cual a su vez, se hallaba disminuída de altura y con pérdida de nitidez en su bordes. La porción anterior de la articulación se mostró como normal (Fig. 1 y 2).

Considerando que la forma de inicio, la evolución del proceso y los caracteres radiográficos correspondían a los de una osteoartritis subastragalina posterior de etiología tuberculosa, se realizó el despistaje de lesiones pulmonares activas, con resultado negativo; asimismo, se practicó biopsia de ganglios inguinales con el resultado anatomopatológico de "adenitis crónica inespecífica" a predominio linfocitario.



Fig. 2

A pesar de nuestra convicción en el sentido de que la etiología tuberculosa de un proceso osteoarticular sólo deber ser afirmada en función de la identificación del germen o de lesiones anatomopatológicas específicas, consideramos que el cuadro presentado por esta paciente de 15 años podía ser considerado de esta etiología por su modo de comienzo, su evolución y por los hallazgos radiológicos ya descritos de osteolisis en calcáneo con pinzamiento del espacio articular y difuminación de bordes; esta presunción se vió luego reafirmada por la fistulización de la tumoración del lado interno del tobillo; por tales motivos

fué que comenzamos el tratamiento por la inmovilización del foco mediante bota enyesada que la enferma portó durante 13 meses y una terapéutica a base de Estreptomicina a la dosis de un gramo diario a partir de Marzo de 1953 hasta completar 60 gramos; continuamos luego con un gramo dos veces por semana completando así 45 gramos más; en el mes de Agosto del mismo año, cuando cumplía cinco meses de inmovilización y en plena cura Estreptomicínica, comenzó a tomar 200 miligramos diarios de hidrazida del ácido isonicotínico, administrándosele 400 tabletas de 100 miligramos.

Lo interesante del caso, estriba en que durante todo el proceso la afección quedó siempre localizada a la porción posterior de la articulación subastragalina, tal como es demostrado en las radiografías que presentamos; en ellas, puede apreciarse, cómo se organizó la anquilosis de la misma, sin comprometer la parte anterior de dicha articulación (Fig. 3).

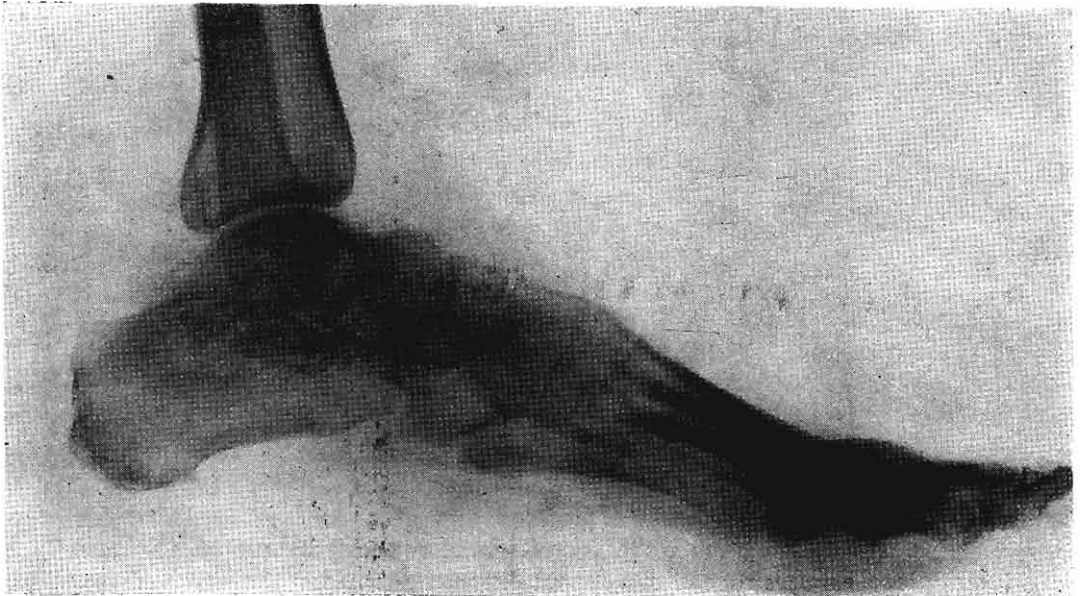


Fig. 3

En nuestra práctica, habíamos tenido ocasión de ver o tratar osteoartritis del pie que tomaban varias de sus articulaciones, pero, era la primera vez que nos hallábamos ante un caso que evolucionaba a la curación con una localización estrictamente posterior en la interlínea sub-astragalina; fué ese el motivo por el cual indagamos en la bibliografía

fía a nuestro alcance sobre este tipo de proceso, no sólo en el afán de conocer sobre su frecuencia, sino también para conocer de algún método terapéutico que, respetando la anquilosis ya producida, ayudara al bloqueo total astragalo-calcáneo sin valernos de las intervenciones clásicas de artrodesis subastragalinas y medio tarsianas, articulaciones éstas indemnes en nuestra enferma.

Discusión.— Pocas referencias hemos hallado al respecto; Cauchoix y Petit (1), hablan de que "la invasión de esta articulación (la subastragalina) es lesión constante en las osteoartritis difusas del tarso posterior. En ese caso, los signos propios de esta localización se pierden dentro del conjunto común de la osteoartritis difusa".

Al referirse luego a las osteítis del calcáneo, dicen: "las articulaciones subastragalinas y calcáneo cuboideas son rápidamente invadidas". En ambos casos, pues, hablan de lesiones difusas, en forma alguna localizadas a la vertiente posterior de la subastragalina. Lelièvre (2), afirma también que la lesión de la articulación es consecuencia siempre de una osteítis del calcáneo o del astrágalo, pero que el ataque a la articulación en sólo su porción posterior lo considera una rareza citando a tal efecto a Richard (3); éste último cita a su vez la obra de Sorrell sobre Tuberculosis esquelética en relación a esa posible localización.

En nuestro medio, el Prof. Carlos Villarán G., a propósito de una lección sobre Tuberculosis del tobillo (4), luego de establecer el concepto de la independencia de la sinovial de esa articulación y de que... "la gran destrucción del astrágalo hasta su cara inferior compromete las articulaciones subastragalinas", decía que: "las otras articulaciones del pie se comunican entre ellas, lo que hace muy corriente la propagación de los procesos patológicos de unas a otras".

Sin embargo, no creemos que lo interesante de nuestro caso radique en su rareza, sino en las derivaciones de orden práctico —clínicas y terapéuticas— que de su análisis podemos obtener.

En el orden clínico, queremos dejar establecida la significación de las tumefacciones de naturaleza inflamatoria que asientan en las gotieras retromaleolares; por ellas corren, de un lado, el tibial posterior con su vaina, y del otro, los peroneos laterales, haciendo de esta manera imposible el acceso directo, por palpación, de las caras laterales del calcáneo y de la porción posterior de la subastragalina. Los procesos infecciosos primarios de las vainas sinoviales o de los tendones de los músculos ya citados, son raros, y lo frecuente es más bien su contaminación a partir de una osteítis del calcáneo o de una osteoartritis sub-

astragalina posterior; ante tales tumefacciones, son éstos, pues, los diagnósticos a establecer, y no los de sinovitis o tenosinovitis del tibial posterior o de los peroneos laterales.

La significación práctica de este hecho en el momento actual alcanza su máxima importancia, si consideramos la evolución del pensamiento médico en relación al pronóstico que hoy podemos establecer ante un proceso de índole tuberculosa osteoarticular diagnosticado en forma precoz; nuestro caso constituye un claro ejemplo: la limitación y curación de un foco tuberculoso del tarso posterior con sólo el compromiso de una parte de una articulación; y esto precisamente en una región de la cual se decía . . . "las otras articulaciones comunican entre ellas lo cual hace muy corriente la propagación de los procesos patológicos de unas a otras". Se aducirá que precisamente en esta interlínea subastragalina existe un ligamento que puede limitar por sí un proceso, pero la clínica nos ha demostrado siempre que ese ligamento en Y, fué siempre insuficiente para limitar procesos de orden tuberculoso que rápidamente invadían dos o más articulaciones del pie.

En consecuencia, creemos que es una ventaja indudable el considerar a priori la posibilidad diagnóstica de osteítis de calcáneo ú osteoartritis subastragalina posterior ante tumefacciones que asientan en las regiones retro y submaleolares, ante las cuales se hacían los diagnósticos de tenosinovitis que diferían los exámenes radiográficos, el diagnóstico definitivo y la terapéutica apropiada; ésta, en nuestro caso se refería al problema de solidarizar por completo el astrágalo al calcáneo, solidarización que ya se había realizado en parte por la evolución del proceso mismo.

Para conseguir el resultado deseado, nos valimos del método recomendado por Richard (3) que nos pareció lógico y simple; se trataba de perforar a mano la cara superior del astrágalo para caer en el seno del tarso y atacar luego la cara superior del calcáneo; en el túnel así creado se introducía luego un pequeño injerto tomado de tibia, quedando de esa manera, sólidamente fijados ambos huesos, y completando la anquilosis ya establecida en la zona posterior de la articulación subastragalina.

El resultado inmediato conseguido, es el presentado en la Fig. 4, y el resultado funcional, luego de tres meses de inmovilización, fué enteramente satisfactorio, habiendo la enferma viajado fuera de Lima, deambulando y sin yeso.

Conclusión.— Hemos relatado un caso de compromiso de sólo la parte posterior de la articulación subastragalina, hemos señalado que

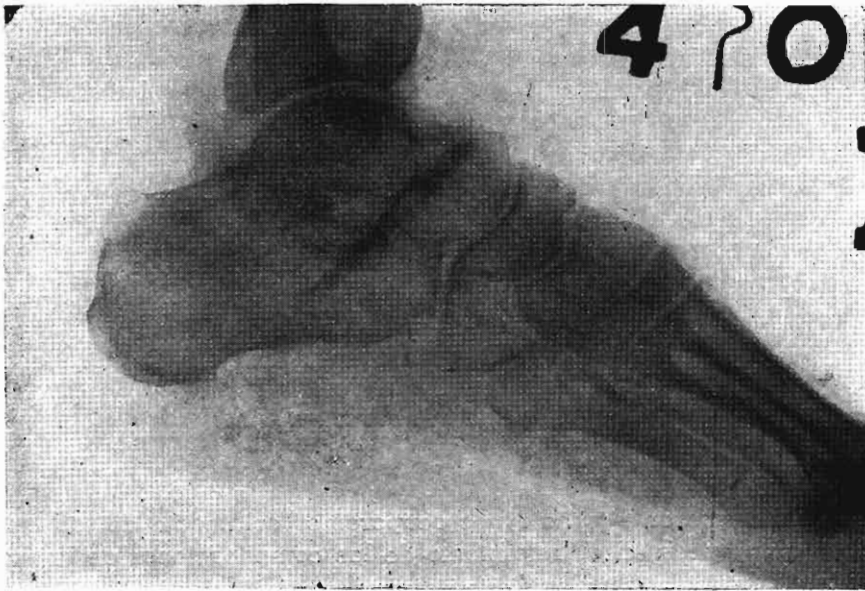


Fig. 4

esta lesión no es frecuente como lesión aislada y recomendamos que ante toda tumefacción retromaleolar se establezca siempre el diagnóstico de osteítis del calcáneo o de osteoartritis subastragalina posterior. Asimismo, planteamos la ejecución del tipo de operación extra articular propugnado por Richard para el bloqueo completo de las subastragalinas, cuando ya la evolución de la artritis ha establecido el bloqueo de la interlínea posterior.

BIBLIOGRAFIA Y OBRAS CONSULTADAS

- 1.— CAUCHOIX y PETIT.— Nouveau Precis de Pathologie Chirurgicale. Tome II. 1949.
- 2.— LELIEVRE J.— Phatologie du Pied. 1952.
- 3.— RICHARD A.— L'osteoarthrite sous-astragalieene posterieure. Revue d' Orthopedie. Tome 36. N° 3-4. pag. 124. 1950.
- 4.— VILLARAN C.— Clínica Quirúrgica de Mujeres 1923.
SHINZ.— Roentgen Diagnóstico. 1953.
LEWIN.— The foot and ankle. 1949.
HOHMANN.— Pie i Pierna. 1949.