

CASE REPORT

Os Trigonum Syndrome

Síndrome Del Hueso Trígono

Araceli Varo Muñoz¹, Aurora González-López¹, Carlota Blanco-Rubio¹, Carmen de Francisco-Montero¹, Francisco Javier González-Hernández¹, Alberto Adrada-Bautista¹, María José González-Troncoso², Manuel Ortega-Calvo³.

¹ Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Palmeritas. (DSAP Sevilla).

² Médico de Familia. Centro de Salud Las Palmeritas. (DSAP Sevilla).

³ Médico de Familia. CIBER-OBN-ISCIH. Centro de Salud Las Palmeritas. (DSAP Sevilla).

* Correspondencia: Manuel Ortega Calvo. Médico de Familia. CIBER-OBN-ISCIH. Centro de Salud Las Palmeritas. (DSAP Sevilla).

Abstract

This article describes the case of a 40-year-old man who complained of pain in the posterior region of the right ankle that was exacerbated by plantar flexion without previous trauma. After a physical examination where tendinous and ligamentous injuries were ruled out, a conventional radiology test was requested with the finding of a Trigone Bone that was responsible for the clinic. In this case more tests were not required to establish the diagnosis and symptomatic relief was achieved with conservative measures.

Key Words: Talus, Rare diseases, Ankle joint, Tarsal Bones

Resumen

En este artículo se presenta el caso de un varón de 40 años que se quejaba de dolor en la región posterior del tobillo derecho que se exacerbaba con la flexión plantar del tobillo sin traumatismo previo. Tras una exploración física donde se descartaron lesiones tendinosas y ligamentosas, se solicitó una prueba de radiología convencional con el hallazgo de un Hueso Trígono que era el responsable de la clínica. En este caso no se requirieron más pruebas para establecer el diagnóstico y se consiguió el alivio sintomático con medidas conservadoras.

Palabras Clave: Astrágalo, Enfermedades raras, Articulación del tobillo, Huesos del Tarso.

Received: 11 Nov 2017; Acept: 11 Jan 2018.

Conflictos de Interés

Ninguno Declarado.

Fuentes de Financiación

Ninguno Declarado.

Introducción

Uno de los motivos de consulta más frecuentes en Atención Primaria es la patología traumatológica y dentro de ella podemos encuadrar la talalgia.

En la patología del tobillo, queremos destacar el “Síndrome del Impacto Posterior” (1) que consiste en un disturbio agudo o crónico que cursa con dolor en la región posterior del tobillo habitualmente relacionado con movimientos forzados de flexión plantar. Este síndrome es frecuente encontrarlo en bailarinas de ballet, futbolistas y otros atletas.

Los principales factores etiológicos del Síndrome del Impacto Posterior del Tobillo son el “Os trigonum o Hueso Trígono” y el “Proceso de Stieda”. Ambos consisten en una alteración anatómica del tubérculo lateral de la cara posterior del astrágalo. En el análisis morfométrico de 80 astrágalos humanos realizado por *Vasconcellos, HA et al* (2) se pudieron observar:

- Os Trigonum: Punto de osificación secundario que no se suelda al astrágalo en el proceso de maduración ósea que ocurre entre los 7-13 años. Éste debiera unirse, en condiciones normales, al tubérculo lateral formando la corredera del tendón del flexor del primer dedo.
- Proceso de Stieda: Extensión del tubérculo lateral cuando este alcanza valores superiores a 10 mm.
- Tubérculo lateral: Tubérculo existente entre la región posterior y lateral del astrágalo que presenta una longitud de entre 5 y 10 mm.

A continuación, se presenta el caso de un varón de 40 años con un Síndrome del Impacto posterior del tobillo que resultó ser debido a la presencia de un Hueso Trígono y que se trató de forma conservadora.

Caso Clínico

Paciente varón de 40 años que acude a la consulta de su Médico de Familia por dolor y tumefacción muy ligera en la región posterior del calcáneo del pie derecho de un mes de evolución sin traumatismo previo ni movimiento brusco de la articulación del tobillo. Refiere talalgia derecha posterior que aumenta a lo largo del día y mejora con el reposo.

No presenta episodios de inestabilidad de la marcha. Su trabajo le obliga a estar en bípoda estación durante toda su jornada laboral.

Entre sus antecedentes personales, no refiere alergias medicamentosas conocidas, es fumador de 20 cigarros al día y bebedor social. Niega intervenciones quirúrgicas y no practica deportes.

Refiere haber presentado un esguince en tobillo derecho tres años antes, que trató con reposo, vendaje compresivo elástico y antiinflamatorios, y una fractura cerrada de diáfisis tibial izquierda cuando tenía quince años, tratada con inmovilización con férula de escayola durante 60 días.



Figura 1. Os Trigonum posterior al astrágalo derecho. Entesofito en la inserción distal del tendón de Aquiles.

Presenta buen estado general, consciente y orientado, con buena hidratación y perfusión de piel y mucosas. Destaca un IMC = 30 Kgrs./m². A la exploración física, se evidencia un pie derecho morfológicamente normal, con retropié bien alineado que variza al ponerse de puntillas. Niega dolor en ambos maléolos y en antepié. Destaca cierto grado de inflamación con dolor en torno a la inserción del tendón de Aquiles que se exagera al forzar la flexión plantar del pie. Las maniobras de bostezos laterales son negativas. Tampoco se aprecia derrame articular ni dolor a la palpación del tendón de Aquiles ni de la fascia plantar.

Se solicita estudio radiológico del tobillo derecho para la investigación etiológica. La radiografía muestra (Figura nº 1) un tobillo derecho varizado sin líneas de fractura ni signos de osteonecrosis.

Llama la atención la presencia de un hueso accesorio muy prominente posterior al astrágalo y superior a la escotadura del calcáneo que se identifica como un Os Trigonum. Además, se observa un pequeño entesofito en la inserción distal del tendón de Aquiles.

Ante el hallazgo radiográfico y la exploración física característica (dolor a la flexión plantar), se decide comenzar tratamiento conservador con reposo funcional, evitando el apoyo del pie afecto, inmovilización con férula elástica, frío local y antiinflamatorios por vía oral (naproxeno® 550mg cada 12 horas). Con esto se consiguió la desaparición de los signos inflamatorios locales y el alivio sintomático. Seis meses después de la consulta el paciente sigue asintomático desarrollando su actividad laboral normal.

Discusión

El Os Trigonum es un hueso accesorio que se desarrolla en un pequeño número de personas a consecuencia de la falta de fusión de los núcleos de osificación primarios del astrágalo en el proceso de maduración ósea.

A menudo, las personas no saben que tienen un Hueso Trígono hasta que aparece la afección dolorosa conocida como Síndrome del Hueso Trígono y englobada dentro del Síndrome del Impacto Posterior.

El Síndrome del Impacto Posterior es una condición resultante de la compresión de tejidos blandos entre la cara posterior del astrágalo y el área postero-inferior de la tibia durante el movimiento de flexión plantar del tobillo. De este modo, ante un dolor en la región posterior del tobillo que aparece a la movilización del mismo y se intensifica con la flexión plantar sin que se asocie antecedente traumático, deberemos tener presente el Síndrome del Impacto Posterior del Tobillo.

Centrándonos en el Hueso Trígono como causante del Síndrome del Impacto Posterior del Tobillo, describimos el proceso fisiopatológico por el que aparece la clínica como “Fenómeno del cascanueces”; al igual que una almendra en un cascanueces, el Hueso Trígono es aprisionado entre el astrágalo y la tibia, provocando inflamación de los tejidos blandos circundantes y dolor. Este es el fenómeno que ocurre con la flexión plantar del tobillo, por eso con esta maniobra se intensifica el dolor.

En el diagnóstico diferencial tendremos que tener en cuenta lesiones ligamentosas, tendinitis del Aquileo, bursitis retrocalcánea, artrosis, la presencia del Proceso de Stieda, una fractura ósea, que podría determinar un hueso accesorio similar al Os Trigonum, y otras patologías menos frecuentes como la enfermedad de Sever (3-5).

Para su diagnóstico, es necesario, además de la historia clínica y una buena exploración física, una prueba de imagen donde se observe el Os Trigonum.

En muchas ocasiones, la radiología convencional es suficiente para establecer el diagnóstico, como en nuestro caso clínico, pero otras veces se requieren pruebas más específicas como la resonancia magnética (RMN), la tomografía computerizada (TAC) y la tomografía computerizada de emisión monofotónica (SPECT). La prueba de primera elección, tras la radiología convencional, es la RMN.

Con respecto a su tratamiento, debemos comenzar con actitudes conservadoras asociando el reposo funcional valorando individualmente la inmovilización mediante férula del tobillo, frío local mientras exista inflamación y el uso de antiinflamatorios no esteroideos (AINES) (3). Si el dolor no remite a las medidas anteriores, se puede recurrir a la infiltración de corticoides y anestésico a nivel local. También se puede optar por sesiones de fisioterapia donde se combina la movilización manual junto con otras técnicas más complejas como los ultrasonidos y la estimulación eléctrica nerviosa transcutánea (TENS) (6-7).

La mayoría de los pacientes mejoran con la terapia no quirúrgica (3). En cambio, en los casos refractarios o en pacientes con profesiones de riesgo y cuadros repetidos, se puede recurrir a la cirugía que consiste en la extirpación del Hueso Trígono, dado que no es necesario para el normal funcionamiento del pie (7). En la actualidad, la cirugía se lleva a cabo mediante la artroscopia del tobillo, la cual conlleva menor morbilidad y una recuperación más rápida que la cirugía abierta. Creemos que este caso es una nueva muestra de la capacidad del médico de familia en el diagnóstico y control de entidades nosológicas raras (8-9).

Queremos reseñar finalmente que nuestro paciente no necesitó de zapatos ortopédicos ni de tratamiento rehabilitador (10).

Referencias

1. <https://www.foothealthfacts.org/conditions/os-trigonum-syndrome?lang=es-MX> → American College of Foot and Ankle Surgeons. Visitada el 31 de Octubre de 2017.
2. Vasconcellos HA, Cavalcante MLTMH, Fortes MMP, Neves PP, Rocha ACK. “Os Trigonum” y “Proceso de Stieda” en el Síndrome del Impacto Posterior del Tobillo. *Int J Morphol.* 2013; 31 (4): 1223-6.
3. Senécal I, Richer N. Conservative management of posterior ankle impingement: a case report. *J Can Chiropr Assoc.* 2016; 60: 164-74.
4. Martins N, Seixas MI, Couto M, Monteiro P. Posterior Ankle Impingement Syndrome. *Reumatol Clin.* 2017 Aug; pii: S1699-258X (17)30184-5. doi: 10.1016/j.reuma.2017.07.008. [Epub ahead of print].
5. Sánchez N, Sánchez P, Martín A, Martín O, Martín V. Valoración del dolor del tobillo: Síndrome del Impacto Posterior del Tobillo secundario al Proceso de Stieda. *J Semerg.* 2016; 42: 146-8.
6. Chokkappan K, Sivasubramanian S, Manickam S, Anbalagan K. Os Trigonum – Sheer Incidental or Quite Significant? Single photon emission computed tomography/computed tomography’ s role in a case of ankle impingement. *World J Nucl Med.* 2015; 14: 205-8.
7. Moati JC: Patología regional: Síndrome friccional posterior del tobillo. *EMC.* 2017; 50: 1-10.
8. Ortega-Calvo M, Gómez-Chaparro Moreno JL, González-Meneses López A, Guillén Enríquez J, Varo Baena A, Fernández de la Mota E: Mapas conceptuales para el diagnóstico de enfermedades raras en atención primaria. *Aten Primaria.* 2012; 44:43-50.
9. Karasick D, Schweitzer ME: The os trigonum syndrome: imaging features. *AJR Am J Roentgenol.* 1996 ;166 :125-9.
10. Lavery KP, McHale KJ, Rossy WH, Theodore G: Ankle impingement. *J Orthop Surg Res.* 2016; 11:97.