

TRATAMIENTO DE LAS LESIONES CRÓNICAS CAPSULOLIGAMENTOSAS DEL TOBILLO MEDIANTE RETENSADOS LIGAMENTOSOS

A. CARRANZA BENCANO
J.A. GÓMEZ ARROYO
J.J. FERNÁNDEZ TORRES

HOSPITAL UNIVERSITARIO «VIRGEN DEL ROCÍO». SEVILLA.

RESUMEN

La estabilidad del tobillo depende primaria y fundamentalmente de la integridad del ligamento peroneo-astragalino anterior. La reparación quirúrgica es necesaria cuando el desplazamiento anterior del astrágalo supera los 4 mm. y el «stress» en varo provoca una angulación tibio-astragalina superior a 18°.

Desde el punto de vista anatomopatológico se corresponde con un despegamiento capsuloligamentoso premaleolar, semejante al descrito por Hartman y Broca en la luxación recidivante de hombro, o una simple distensión de ligamentos.

La reparación quirúrgica puede consistir en el reforzamiento del ligamento peroneo-astragalino anterior con las fibras anteriores del ligamento peroneo-calcáneo y las superiores del retináculo (Gould y cols., 1980).

Palabras clave: Tobillo, estabilidad.

SUMMARY

The stability of the ankle depend primary and basically on the completeness of the anterior talo fibular ligament. The surgical repair is necessary when the fore displacement of the talus is more than 4 mm. and the stress in the varus cause an angle above 18°.

From the pathological anatomy poin of view it corresponda with a capsuloligament ante-malleolar removal, similar to the one described by Hartman and Broca in the relapsing shoulder dislocation, or in a simple ligment strain.

The surgical repair can líe in the anterior talo-fibular ligament streng thening with the fore fibre of the peroneun-calcaneo ligament and the upper ones of the retinaculum (Gould and cols., 1980).

Key words: Ankle, stability.

INTRODUCCIÓN

La lesión de los tejidos blandos capsuloligamentosos del tobillo constituye la lesión más frecuente de la actividad diaria y sobre todo de la deportiva, con una alta incidencia de asistencia en los Servicios de Urgencia de nuestros hospitales.

A pesar de esta alta incidencia no existe unanimidad en su terapéutica, con una significativa variedad de protocolos y recomendaciones de tratamiento.

Prácticamente, más del 90% de los esguinces de tobillo curan con un resultado funcional satisfactorio tras un tratamiento conservador. Alrededor del 10% de los pacientes mantienen suficiente dolor residual para limitar su actividad deportiva, después de esguinces de grado 3.

BIOMECÁNICA

La estabilidad del tobillo depende internamente del maléolo interno y del ligamento deltoideo, y

externamente del ligamento peroneo-calcáneo (PC), mientras que la estabilidad rotatoria depende del ligamento peroneo-astragalino-anterior (PAA). En esto, contrasta con la articulación de la rodilla donde la estabilidad es lateral y el elemento rotacional es medial.

Siguiendo esta analogía con la rodilla, se podría comparar el ligamento PAA con el cruzado anterior de la rodilla y el PC con el colateral interno de la rodilla, sin olvidar que el PC es además uno de los principales estabilizadores de la articulación subastragalina.

ANATOMÍA-PATOLÓGICA

El PAA se encuentra íntimamente relacionado con la cápsula articular del tobillo, por ello, la rotura del ligamento se acompaña generalmente de rotura capsular y la curación espontánea se realiza por neoformación de tejido fibroso, con la consiguiente elongación del componente capsuloligamentoso.

Desde el punto de vista anatomopatológico se corresponde con un despegamiento capsuloligamentoso premaleolar, semejante al descrito por Hartman y Broca en la luxación recidivante de hombro, o una simple distensión de ligamentos.

DIAGNÓSTICO

Una historia detallada con atención particular al mecanismo traumático y a la presencia de múltiples esguinces de los ligamentos externos del tobillo, combinada con un examen físico detenido proporciona las bases para asegurar el diagnóstico de las lesiones de los ligamentos del tobillo.

Durante la exploración clínica es especialmente importante detectar una deformidad fija en varo del retropié, que puede por sí misma ser causa de inestabilidad.

La inestabilidad del retropié puede valorarse con una maniobra de inversión forzada y mediante la estimación manual de la magnitud del desplazamiento del astrágalo. La mejor forma de desencadenar la inestabilidad del tobillo es la maniobra del cajón anterior. Esta maniobra se realiza palpando con una mano la cara lateral del tobillo y trasladando el astrágalo por delante de la tibia con el tobillo en unos 20° de flexión plantar. Este es el mejor predictor de inestabilidad del tobillo y debe ser comparado con el tobillo contralateral.

También es importante examinar la movilidad de la articulación subastragalina; si esta movilidad se encuentra disminuida, deben considerarse otros diagnósticos como la coalición tarsiana.

Debe realizarse un estudio radiográfico para tener la certeza de que no hay alteraciones como fracturas osteocondrales, fracturas de la apófisis anterior del calcáneo u otras anomalías óseas. Se realizan complementariamente radiografías forzadas en varo y cajón anterior, considerando como patológico un cajón anterior superior a 4 mm. y un bostezo en varo superior a 18° (Fig. 1).

TRATAMIENTO

Las múltiples técnicas de corrección quirúrgica de las inestabilidades del tobillo pueden dividirse en técnicas de reparación anatómica y de reconstrucción no anatómica. La reparación anatómica supone el retensado ligamentoso, mientras que la reconstrucción no anatómica equivale a la sustitución de los ligamentos mecánicamente insuficientes por tendones endógenos o material inerte.

La reparación anatómica tiene la ventaja de mantener la estabilidad estática de los ligamentos, preservando la estabilidad dinámica de los tendones peroneos, con lo que retorna la tensión normal a los ligamentos, sin alterar la sensibilidad propioceptiva ni la movilidad normal del tobillo.

Esta reparación anatómica fue originalmente diseñada por Bröstrom (1) que en 1966 publicó resultados satisfactorios en 58 de 60 pacientes diagnosticados de inestabilidad crónica del tobillo, utilizando una nueva técnica quirúrgica.

La técnica inicial consistía en el retensado de los ligamentos desgarrados para restablecer su anatomía normal, sin utilizar otros tejidos suplementarios ni plastias sobre la anatomía externa del tobillo. Se basaba en la constatación anatómica de que el ligamento PAA se encuentra dentro de la cápsula anteroexterna del tobillo, y cuando se produce un esguince cicatriza dentro de dicha cápsula quedando elongado. La operación consistía en acortar los ligamentos elongados restableciendo su anatomía normal y suturarlos en posición anatómica.

En 1980, Gould y cols. (2) publicaron su modificación de la técnica de Bröstrom, consistente en añadir una movilización de la parte externa del retináculo extensor (Fig. 2) suturándolo al maléolo peroneo sobre la reparación ligamentosa. De

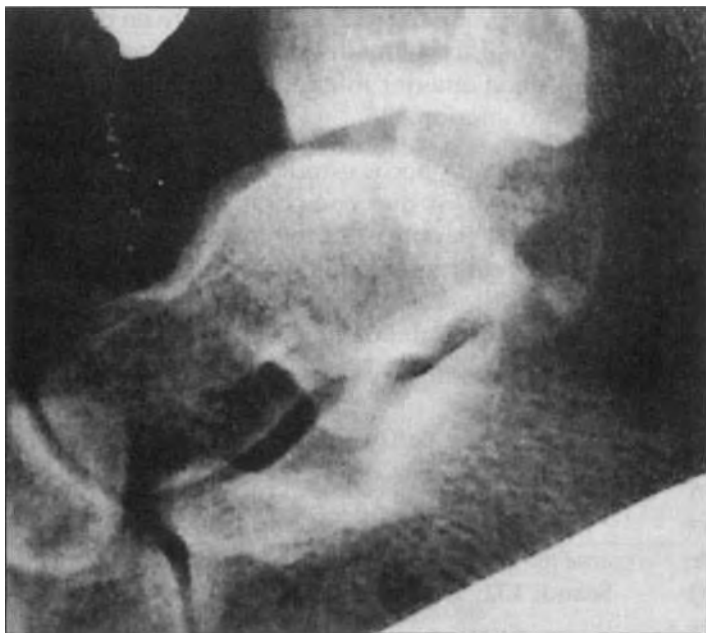


Fig. 1-a. Radiografía forzada en cajón anterior superior a 4 mm.



Fig. 1-b. Radiografías forzadas en varo con bostezo superior a 18°.

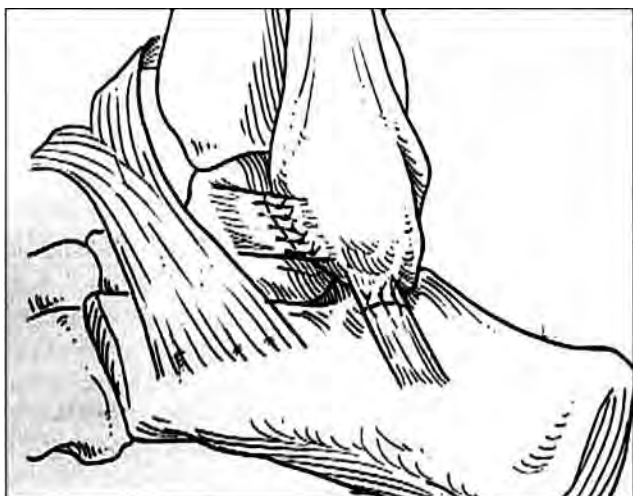


Fig. 2-a. Sutura de los ligamentos peroneo-as traga lino anterior y peroneo-calcáneo.

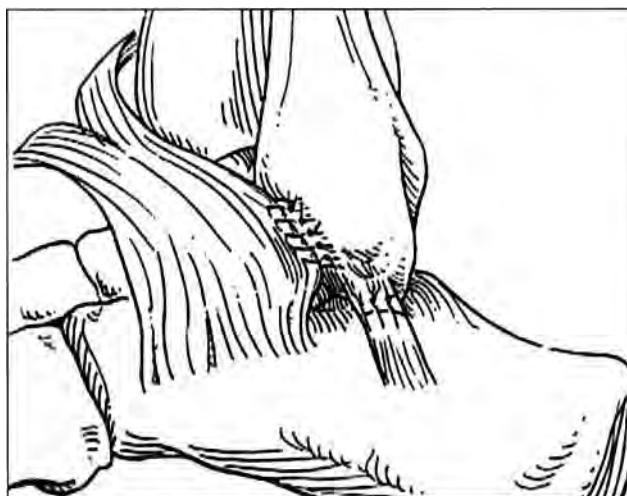


Fig. 2-b. Sutura del retináculo extensor inferior al borde anterior del peroné.

este modo, se consigue reforzar la reparación, limitar la inversión (posición que favorece la recidiva de la lesión) y ayudar a corregir el componente subastragalino de la inestabilidad sin limitar la movilidad del tobillo. Este último factor es especialmente importante, debido a que el ligamento PC es uno de los principales estabilizadores de la articulación subastragalina. Cuando se lesiona, como ocurre en los esguinces laterales del tobillo de tercer grado, generalmente se produce una inestabilidad combinada en las articulaciones tibioastragalina y subastragalina. El refuerzo retinacular ayuda a corregir esta inestabilidad com-

binada porque tiene un trayecto paralelo al ligamento PC y se inserta en la cara lateral del calcáneo.

La técnica de Bröstrom, modificada por Gould, supone ciertas ventajas: es un procedimiento fácil, utiliza una incisión pequeña y muy estética, no se pone en peligro el nervio sural, no requiere la utilización del tendón peroneo, es anatómica, mantiene una movilidad completa de las articulaciones del tobillo y subastragalina y a diferencia de los procedimientos reconstructivos extraarticulares, no hace una reparación tan fuerte que bloquee la articulación subastragalina en eversion.

Las indicaciones de esta técnica incluyen la inestabilidad crónica sintomática de los ligamentos laterales del tobillo que no responde al tratamiento conservador y casos seleccionados de esguinces agudos de tobillo de tercer grado.

Es el procedimiento ideal para atletas que necesitan un tobillo estable con movilidad completa y sin disminución de la función de los peroneos, como es el caso de los bailarines de ballet, los gimnastas, los patinadores sobre hielo, etc.

No se recomienda en esguinces crónicos con una antigüedad superior a 10 años. Está contraindicado en pacientes con deformidad fija en varo de talón, en cuyo caso debe asociarse a una osteotomía de valguización del calcáneo. Tampoco se recomienda en pacientes con peso corporal elevado, esto es, atletas con peso superior a los 100 kg. Otras contraindicaciones relativas son la debilidad, parálisis y disfunción de los peroneos.

RESULTADO

En 1980, Gould y cols. (2) valoraron 50 casos que obtuvieron una puntuación entre 8 y 10 en una

escala de valoración (1 a 10) que tuvo en cuenta la estabilidad, movilidad, dolor y tumefacción junto a un cajón anterior inferior a 2 mm. y un bostezo en varo inferior a 12°.

Uno de los pocos estudios prospectivos y randomizados (3) que comparan la reconstrucción anatómica con otros procedimientos revela que la técnica de reconstrucción de Bröstrom, modificada por Gould, produce un resultado funcional equivalente a la estabilidad mecánica, con menos complicaciones.

BIBLIOGRAFÍA

(1) BRÖSTROM, L. *Sparined ankles. Surgical treatment of "chronic" ligament ruptures.* Acta Chir Scand, 132: 551-65, 1966.

(2) GOULD, N; SELIGSON, D; GASSMAN, J. *Early and late repair of lateral ligament of the ankle.* Foot Ankle, 1: 84-9, 1980.

(3) KARLSSON, J; ERIKSSON, B; BERGSTEN, T; RUDHOLM, O; SWARD, L. *Comparison of two anatomic reconstructions for chronic lateral instability of the ankle joint.* J Sports Med, 25: 48-53, 1997.