

# ARTROSCOPIA ANTERIOR DE TOBILLO. REVISIÓN DE LA SERIE DE UN HOSPITAL COMARCAL

**Dres. R. Seijas, M. Orduña, M.C. Castro, J. Baliarda, N. Granados, E. Alcántara**  
Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Fundació Hospital de Mollet.  
Mollet del Vallès (Barcelona)

La artroscopia de tobillo permite un mayor acceso a la cámara anterior del tobillo, pudiendo evaluar y tratar lesiones articulares y de compromiso de espacio con una mayor sencillez. Presentamos nuestra serie de 18 casos, las causas de la cirugía y los resultados con un seguimiento medio de 32 meses. Los resultados se han analizado respecto el rango de movilidad y la necesidad de nuevos actos quirúrgicos.

**PALABRAS CLAVE:** artroscopia, tobillo, osteocondral, tibiotalar

**ANTERIOR ANKLE ARTHROSCOPY. A REVIEW OF THE SERIES OF A DISTRICT HOSPITAL:** Arthroscopy of the ankle provides a better access to the anterior ankle articulation, it allows diagnoses and treatments in the articulation and in impingements.

We present a summary of 18 patients, the causes and the results with an average follow-up of 32 months. The results are analyzed in range of motion and the need for new surgeries.

**KEY WORDS:** arthroscopy, ankle, osteochondral, tibio-talar

## INTRODUCCIÓN

La artroscopia de tobillo es una técnica diagnóstica y terapéutica cada vez más utilizada en nuestro entorno. Ofrece un abordaje sencillo, rápido y reproducible de la articulación tibiotalar, lo que permite evaluar y actuar sobre la superficie articular, así como acceder a cuerpos libres y a lesiones osteocartilaginosas<sup>(1,2)</sup>.

## MATERIAL Y MÉTODO

Hemos revisado las artroscopias realizadas entre los años 2001 y 2006, y hemos registrado 18 casos. Esta serie presenta una edad media de 52,2 años (26-79), con 7 hombres y 11 mujeres, siendo de lado derecho en 11 ocasiones y de lado izquierdo en 7. El seguimiento ha sido de 32 meses (3-64).

Las causas de la cirugía han sido lesiones osteocondrales en 5 casos (**Figuras 1 y 2**) e *impingement* anterior en 13. De estos, en 10 existía un antecedente evidente de fractura previa (**Figuras 3 y 4**), y en los otros 3, síntomas de inestabilidad ligamentosa con esguinces frecuentes, con la presencia de *impingement* anterior de partes blandas (**Figura 5**).

### Correspondencia:

Dr. Roberto Seijas Vázquez  
c/ Rei Martí, 50-52, 2.º. 08014 Barcelona  
Telf.: 93 415 23 07 • Fax: 93 415 23 07  
Correo electrónico: roberto6jas@gmail.com  
**Fecha de recepción:** 24/09/07

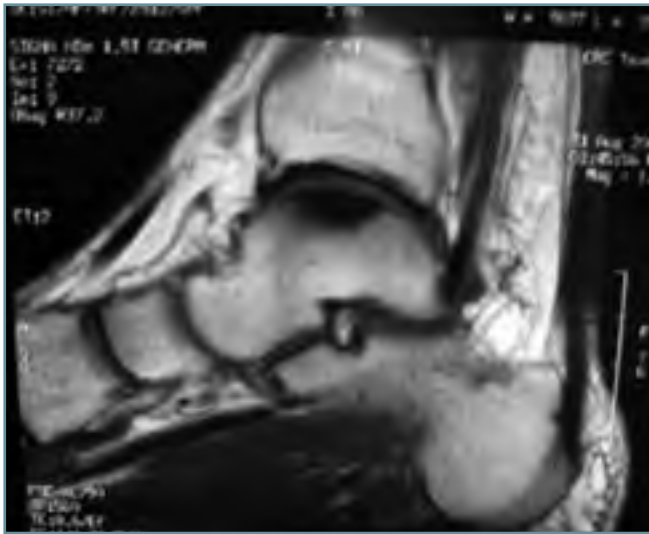
## RESULTADOS

Los balances articulares pasaron de una flexión dorsal preoperatoria de 16,8° y una flexión plantar de 23,5° a una movilidad postoperatoria de flexión dorsal de 17,5° y una flexión plantar de 24,4°. En uno de los casos se planteó de entrada una artrodesis tibiotalar que consolidó a los 3 meses y en la actualidad no presenta dolor. Existe un segundo caso que está pendiente de la artrodesis por ausencia de mejoría tras el desbridamiento articular. Este paciente había presentado una fractura de tobillo con afectación articular 2 años antes. El resto de los pacientes siguen controles clínicos y no se les ha planteado hasta la fecha de su última revisión un nuevo procedimiento quirúrgico, ya que mantienen sus actividades cotidianas.

Las complicaciones observadas fueron de 2 lesiones neurológicas por lesión en los trayectos de los portales anteroexternos, que se resolvieron en 3 y en 5 meses.

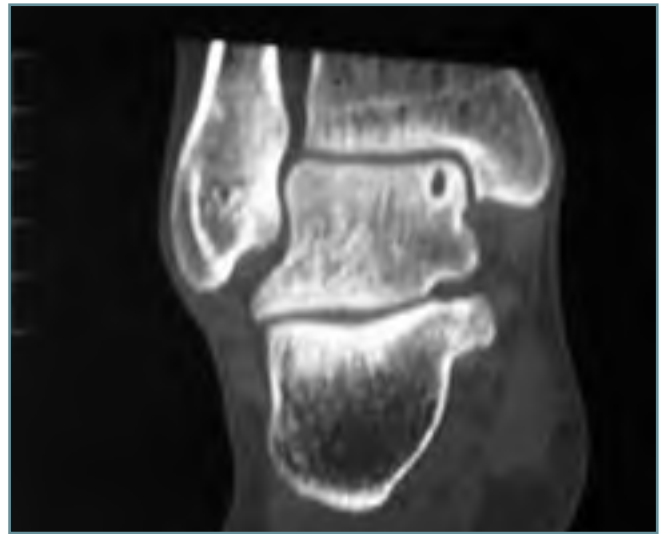
## DISCUSIÓN

Las causas más frecuentes que llevan a la realización de una artroscopia de tobillo son los síndromes de *impingement*, tanto de partes blandas como óseas, las secuelas de fracturas y las osteocondritis<sup>(3)</sup>. Cada día se produce un caso de esguince de tobillo por cada 10.000 personas de la población general<sup>(4)</sup>. Del 20 al 40% de estos esguinces pueden llevar a una inestabilidad crónica del tobillo<sup>(5)</sup>, que puede manifestarse como sinovitis<sup>(3)</sup>, o diagnosticarse de lesiones osteocartilaginosas<sup>(6)</sup>.



**Figura 1.** Imagen de RM en corte sagital que muestra una amplia lesión osteocondral que afecta a la zona de carga de la cúpula astragalina.

**Figure 1.** Sagittal section MR image showing an extensive osteochondral lesion involving the loadbearing area of the talar dome.



**Figura 2.** Imagen coronal de un foco de osteocondritis del ángulo medial que requirió desbridamiento de partes blandas y óseas, con restitución de sus actividades cotidianas.

**Figure 2.** Coronal image of an osteochondritic focus of the medial angle that required soft tissue and bone debridement, with later recovery of normal everyday activities.



**Figura 3.** Degeneración artrósica postraumática con desbridamiento de partes blandas y alivio del dolor.

**Figure 3.** Post-traumatic osteoarthritic degeneration with soft-tissue debridement and pain improvement.

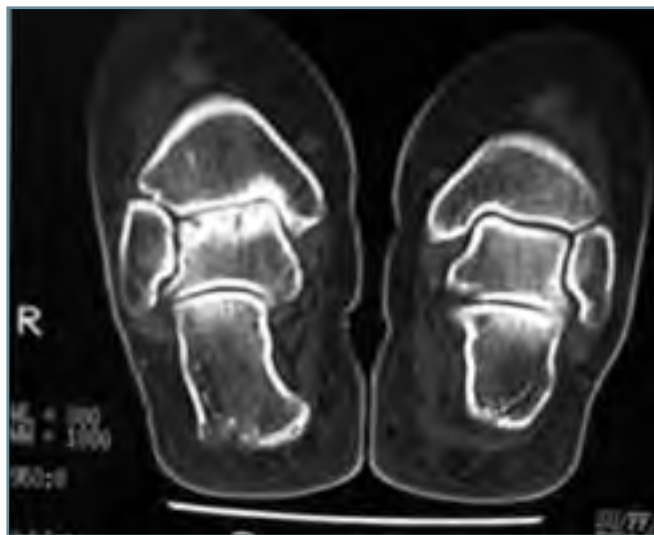


**Figura 4.** Lesión artrósica degenerativa tras una fractura de tobillo con evolución de 1 año. Tras la cirugía, la paciente tolera la deambulación hasta permitirle sus actividades cotidianas.

**Figure 4.** Degenerative osteoarthritic lesion of one year's evolution after ankle fracture. After surgery, the patient tolerates ambulation and has resumed her daily life activities.

Los *impingements* anteriores de tobillo se manifiestan como síndromes dolorosos de la línea articular del tobillo con limitación para el arco de movimiento. Se consideran

óseos si se observa la presencia de osteofitos marginales inferoanteriores del pilón tibial, planteándose su resección quirúrgica. Si no se aprecian dichas lesiones óseas ni en las



**Figura 5. Imagen coronal con degeneración artrósica y síntomas dolorosos con limitación articular leve. Se realizó limpieza del impingement de partes blandas.**

**Figure 5. Coronal image with osteoarthritic degeneration and pain symptoms, with mild articular restriction. Soft-tissue impingement clean-up was performed.**

proyecciones radiológicas frontal y de perfil ni en la antero-medial oblicua, se denomina *impingement* anterior de partes blandas. La causa se orienta como un cuadro de hiperflexión dorsal repetitivo<sup>(7,8)</sup>.

Los resultados quirúrgicos cuando las lesiones degenerativas son de grado 0/I a largo plazo (5-8 años) son en más del 80% buenos y excelentes, y bajan al 50% si las lesiones son de grado II, con artrosis degenerativa con presencia de osteofitos marginales<sup>(7,8)</sup>.

Los defectos osteocartilaginosos causan dolor, edema y limitación del balance articular<sup>(9)</sup> y pueden tener relación con traumas previos, sospechándose típicamente ante la presencia de un dolor crónico<sup>(6)</sup>. La visualización mediante RMN permite una evaluación bastante exacta, con una correlación muy alta respecto las evaluaciones artroscópicas y valores predictivos elevados<sup>(10)</sup>. El tratamiento artroscópico de este tipo de lesiones es menos agresivo que el convencional abierto<sup>(11)</sup>, y se plantea en casos con fragmentos que se muestran inestables o tras el fracaso del tratamiento conservador<sup>(6,11)</sup>.

Las complicaciones de la artroscopia de tobillo se sitúan en torno al 9%. El 49% de ellas son lesiones neurológicas, la mayoría (56%) del nervio peroneal superficial. Tienen relación con los portales de entrada, sobre todo el portal anterolateral. La mayoría de estas lesiones se resuelven sin secuelas<sup>(1,12)</sup>.

Van Dijk<sup>(2,7)</sup> mostró la necesidad de plantear una artroscopia de tobillo con un diagnóstico claro, poniendo en duda la rentabilidad de la artroscopia diagnóstica. En un estudio de 122 pacientes mostró buenos resultados quirúrgicos en más del 85% si el diagnóstico previo era de *impingement* anterior, osteocondritis o presencia de cuerpos libres, mientras que la artroscopia diagnóstica mostraba buenos resultados en tan sólo el 26% de los casos. Es, por tanto, necesario un diagnóstico claro de entrada para un mayor rendimiento quirúrgico.

El desbridamiento de las lesiones osteocondrales y la limpieza de la cámara anterior consiguen mejorar los dos síntomas principales que aportan la indicación quirúrgica: dolor y limitación del balance articular.

Al comparar nuestra serie llegamos a la conclusión de que presentamos unos índices de complicación similares (11% respecto al 9% de las series más largas), con 2 casos de lesión neurológica con relación a los portales anterolaterales, tal como indican las fuentes bibliográficas, resolviéndose ambos casos con tratamiento conservador.

Cabe destacar la poca mejoría en nuestra serie del balance articular, si bien la calidad de los pacientes ha mejorado como para no plantear nuevos procedimientos quirúrgicos.

Las principales limitaciones de nuestro estudio son el escaso número de pacientes debido a las características de nuestro entorno (hospital comarcal, no área de referencia) y la subjetiva evaluación sintomatológica de los pacientes; sin duda, el estudio prospectivo, con evaluación del dolor, escalas específicas y escalas de calidad de vida tanto preoperatorias como postoperatorias nos darían una mejor evaluación de los resultados quirúrgicos<sup>(13)</sup>.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Ferkel RD, Heath DD, Guhl JF. Neurological complications of ankle arthroscopy. *Arthroscopy* 1996; 12 (2): 200-8.
2. Van Dijk C, Scholte D. Arthroscopy of the ankle joint. *Arthroscopy* 1997; 13 (1): 90-6.
3. Katz JN, Gomoll AH. Advances in arthroscopic surgery: indications and outcomes. *Curr Opin Rheumatol* 2007; 19 (2): 106-10.
4. Seeber PW, Staschiak VJ. Diagnosis and treatment of ankle pain with the use of arthroscopy. *Clin Pediatr Med Surg* 2002; 19 (4): 509-17.
5. Valderrábano V, Leumann A, Pagenstert G, Frigg A, Ebnetter L, Hintermann B. Chronic ankle instability in sports. A review for sports physicians. *Sportverletz Sportschaden* 2006; 20 (4): 177-83.
6. Schachter AK, Chen AL, Reddy PD, Teiwani NC. Osteochondral lesions of the talus. *J Am Acad Orthop Surg* 2005; 13 (3): 152-8.

7. Niek van Dijk C. Anterior and posterior ankle impingement. *Foot Ankle Clin* 2006; 11 (3): 663-83.
8. Tol JL, van Dijk CN. Anterior ankle impingement. *Foot Ankle Clin* 2006; 11 (2): 297-310.
9. Zengerink M, Szerb I, Hangody L, Dopirak RM, Ferkel RD, van Dijk CN. Current concepts: treatment of osteochondral ankle defects. *Foot Ankle Clin* 2006; 11 (2): 331-59.
10. Mintz DN, Tashjian GS, Connell DA, Deland JT, O'Malley M, Potter HG. Osteochondral lesions of the talus: a new magnetic resonance grading system with arthroscopic correlation. *Arthroscopy* 2003; 19 (4): 353-9.
11. Barnes CJ, Ferkel RD. Arthroscopic debridement and drilling of osteochondral lesions of the talus. *Foot Ankle Clin* 2003; 8 (2): 243-57.
12. Ferkel RD, Small HN, Gittins JE. Complications in foot and ankle arthroscopy. *Clin Orthop Rel Res* 2001; 391: 89-104.
13. Hunt SA, Sherman O. Arthroscopic treatment of osteochondral lesions of the talus with correlation of outcome scoring systems. *Arthroscopy* 2003; 19 (4): 360-7.