

¿EXISTE INDICACIÓN PARA EL TRATAMIENTO CONSERVADOR?

E. Iglesias Durán¹⁻³, A. Abarquero Diezhandino⁴

¹ Hospital Monográfico ASEPEYO Coslada. Madrid

² Complejo Hospitalario Quirón Ruber Juan Bravo. Madrid

³ Universidad Europea. Madrid

⁴ Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid

Introducción

Las lesiones de la sindesmosis a menudo se asocian a fracturas de tobillo; sin embargo, pueden producirse lesiones aisladas ligamentosas por traumatismos de impacto y torsión externa del tobillo, sobre todo en relación con actividades deportivas, lo que ha recibido el nombre de “esguince alto de tobillo” o *high ankle sprain* en la literatura anglosajona⁽¹⁾. El diagnóstico de estas lesiones aisladas es difícil y puede dar lugar a inestabilidad crónica de tobillo si no se tratan adecuadamente, por lo que es importante el reconocimiento temprano de la lesión y un apropiado tratamiento y recuperación⁽²⁾. En lesiones que pasan desapercibidas son frecuentes el dolor crónico, la sensación de inestabilidad, esguinces de repetición y la presencia de osificaciones heterotópicas⁽²⁾.

Hasta el 11% de los esguinces de tobillo presentan lesión de la sindesmosis y se ha observado que en estos casos la limitación funcional es mayor y el periodo de recuperación es más largo^(2,3). Estas lesiones son más frecuentes en el mundo del deporte, en pacientes que practican deportes de contacto (fútbol americano, hockey, rugby, baloncesto, esquí...), alcanzando una incidencia del 25 al 74% del total de los esguinces de tobillo en deportistas⁽¹⁾, sin que existan estudios de este tipo de lesiones en la población general.

La presentación aguda que acompaña a una fractura quirúrgica ofrece pocas dudas generalmente; estudiando el mecanismo y el trazo de la fractura, se pueden suponer las lesiones producidas. Sin embargo, cuando la fuerza actuante no ha producido lesión ósea, el diagnóstico no es tan evidente. Lo normal es que se reduzca de forma espontánea y sea difícil su diagnóstico, pasando desapercibida con frecuencia⁽⁴⁻⁶⁾.

Existen muchas clasificaciones sobre las lesiones de la sindesmosis; una de las más utilizadas para valorar la gravedad de la lesión sindesmal es The West Point Ankle

5.1



<https://doi.org/10.24129/j.mact.1101.fs1905006>

© 2019 SEMCPT. Publicado por Imaidea Interactiva en FONDOSCIENCE® (www.fondoscience.com).

Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (www.creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

Sprain Grade System^(2,7-9), que establece 3 grados de inestabilidad tibiofibular basándose en hallazgos clínicos y de radiografía simple (**Tabla 1**); sin embargo, no queda clara la diferencia entre los grados I y II, lo que puede dar lugar a dudas en la práctica clínica⁽⁹⁾. La European Society of Sports Traumatology, Knee Surgery and Arthroscopy-Ankle and Foot Associates (ESSKA-AFAS), tras una revisión de la bibliografía, define la lesión aislada de la sindesmosis tibiofibular distal como la lesión de uno o más ligamentos de la sindesmosis, asociada o no a afectación del complejo ligamentoso deltoideo, y la clasifica en función del tiempo de evolución como aguda, cuando presenta menos de 6 semanas, subaguda entre 6 semanas y 6 meses, y crónica con una evolución de más de 6 meses, siendo estos plazos determinantes a la hora de establecer el tratamiento más adecuado en cada caso⁽⁹⁾.

Las lesiones agudas se subdividen en:

- Estables: lesión del ligamento tibiofibular anteroinferior (LTFAI), con o sin ligamento interóseo (LIO), y con un ligamento deltoideo intacto, además de ausencia de inestabilidad subjetiva.

- Inestables: incluyen lesiones del ligamento deltoideo. A su vez, pueden ser divididas en latentes y francas. En las latentes existe compromiso del LTFAI con o sin lesión del LIO y lesión del deltoideo (son lesiones que se ponen de manifiesto mediante radiografías en estrés y son visibles en resonancia magnética –RM– y con artroscopia). En las francas existe lesión de los 4 ligamentos mayores y del ligamento deltoideo (pueden ser diagnosticadas con radiografía estándar anteroposterior y de mortaja)⁽⁹⁾.

Las lesiones subagudas pueden ser divididas en reparables o no, dependiendo de la presencia o ausencia de remanente adecuado del LTFAI; y las lesiones crónicas pueden ser además subdivididas en función de la asociación o no con cambios osteoartroíticos degenerativos del tobillo⁽⁹⁾.

Tratamiento conservador de las lesiones aisladas de la sindesmosis

El tratamiento conservador de las lesiones aisladas de la sindesmosis, al igual que en otros esguinces articulares, se basa en la combinación de descarga y analgesia, seguida de un periodo de rehabilitación, más o menos intenso según las necesidades del paciente^(1,2,10). Este protocolo de tratamiento se puede dividir en 3 fases: una fase inicial de elevación, compresión, hielo y analgesia con descarga articular durante 2 semanas; una segunda fase de carga protegida progresiva con recuperación de la movilidad articular y ganancia progresiva de la fuerza; y una tercera fase de rehabilitación neuromuscular y de propiocepción^(11,12).

La estabilidad tibioperonea distal es la clave a la hora de establecer el mejor tratamiento. Clásicamente, las lesiones de grado I (The West Point Ankle Sprain Grade System) presentan una buena evolución con tratamiento conservador, mientras que las de grado III son indicación de estabilización quirúrgica de la sindesmosis. Las lesiones de grado II resultan más difíciles de clasificar y no hay consenso a la hora de decidir cuál es el mejor tratamiento en este caso^(2,9,10). Algunos autores recom

comiendan un tratamiento conservador más prolongado en este tipo de lesiones, con una descarga de entre 6 y 8 semanas en lugar de las 2 habituales en caso de lesiones de grado I^(2,11).

Las recomendaciones de la ESSKA-AFAS establecen que las lesiones de la sindesmosis que asocian incompetencia del ligamento deltoideo son inestables y requieren tratamiento quirúrgico en todos los casos. Por otro lado, las lesiones estables deben tratarse de

Tabla 1. THE WEST POINT ANKLE SPRAIN GRADE SYSTEM

	Lesión	Clínica	Inestabilidad	Radiografía (AP y mortaja)
Grado I	LTFAI	<ul style="list-style-type: none"> • Edema y equimosis local • Tolera carga 	• No inestabilidad	No diástasis
Grado II	LTFAI + LIO (parcial)	<ul style="list-style-type: none"> • Edema y equimosis moderada • Cojera 	<ul style="list-style-type: none"> • Inestabilidad en RE • Squeeze test positivo 	No diástasis
Grado III	LTFAI + LIO + LTFPI	<ul style="list-style-type: none"> • Tumefacción importante • No tolera carga 	• Inestabilidad franca del tobillo	Diástasis

Gravedad de la lesión de la sindesmosis según la clasificación The West Point Ankle Sprain Grade System, que tiene en cuenta criterios clínicos y radiológicos. LIO: ligamento interóseo; LTFAI: ligamento tibiofibular anteroinferior; LTFPI: ligamento tibiofibular posteroinferior; RE: rotación externa.

forma conservadora con descarga articular completa durante un periodo de 3 semanas, seguido de 3 semanas de carga protegida con bota de tipo Walker e inicio de la rehabilitación progresiva con ejercicios de propiocepción⁽¹⁰⁾.

Estudios realizados sobre pacientes deportistas han publicado buenos resultados con el tratamiento conservador^(3,12,13). El tiempo medio de reincorporación a la actividad deportiva oscila entre 7 y 47 días⁽¹⁰⁾, aunque el periodo de recuperación es mayor con respecto al esguince clásico de tobillo⁽³⁾. No existe un protocolo de rehabilitación universalmente aceptado, pero la recuperación se basa fundamentalmente en la protección articular. Son de gran utilidad las ortesis de tobillo que limitan la rotación externa y la máxima flexión tanto dorsal como plantar. El uso de vendajes de tipo *taping* que limitan la hiperpronación, la rotación externa y la hiperdorsiflexión en la vuelta a la práctica deportiva puede ser beneficioso⁽¹⁴⁾.

El tratamiento conservador, no obstante, no está exento de complicaciones; encontramos tasas de hasta el 68%, entre las cuales las más frecuentes son rigidez, dolor y cojera con el ejercicio, hinchazón, esguinces de repetición, osificación heterotópica e inestabilidad⁽¹⁰⁾.

Tratamiento conservador de las lesiones de la sindesmosis en fracturas de tobillo

Las fracturas de tobillo que asocian una inestabilidad de la sindesmosis son indicación clara de tratamiento quirúrgico, independientemente del tipo de fractura⁽¹⁵⁾. Fracturas aisladas del peroné presentan peores resultados funcionales si asocian inestabilidad de la sindesmosis^(16,17). La indicación quirúrgica de las fracturas bi- o trimaleolares no genera dudas, pero en fracturas aisladas del peroné, si se sospecha una lesión de la sindesmosis, habrá que realizar estudios de imagen en estrés o radiografías de control en carga tras un periodo de carga de 7-10 días que puedan ponerla de manifiesto, ya que esto marca la diferencia entre la indicación de tratamiento conservador o quirúrgico⁽¹⁵⁾.

Conclusiones

El tratamiento conservador está indicado en lesiones aisladas estables, es decir, aquellas le-

siones con integridad del complejo ligamentoso medial.

Un detalle importante a tener en cuenta cuando nos referimos a lesiones aisladas de la sindesmosis es que habitualmente pasan desapercibidas en la población general, dada su similitud con esguinces “clásicos” de tobillo. En la bibliografía las únicas referencias al protocolo de tratamiento de estas lesiones agudas están descritas en pacientes deportistas, con alta demanda funcional, donde prima la pronta recuperación del paciente, por lo que hay que tener cautela a la hora de extrapolar los datos al resto de la población.

Respondiendo a la pregunta que nos ocupa, podemos decir que sí existe indicación para el tratamiento conservador de las lesiones de la sindesmosis, siempre y cuando estemos seguros de que se trata de una lesión aguda estable. La fijación quirúrgica está indicada siempre que se observe una inestabilidad de esta, ya sea por lesión aislada ligamentosa como después de osteosíntesis adecuada de una fractura de tobillo.

Bibliografía

1. Hunt KJ, Phisitkul P, Pirolo J, Amendola A. High Ankle Sprains and Syndesmotic Injuries in Athletes. *J Am Acad Orthop Surg*. 2015;23(11):661-73.
2. Błasiak A, Sadlik B, Brzóska R. Injuries of the distal tibio-fibular syndesmosis. *Pol Orthop Traumatol*. 2013;78:139-50.
3. Sman, AD, Hiller, CE, Rae, K, Linklater, J, Black, DA, Refshauge KM. Prognosis of ankle syndesmosis injury. *Med Sci Sports Exerc*. 2014;46(4):671-7.
4. Michelson J, Solocoff D, Waldman B, Kendell K, Ahn U. Ankle fractures. The Lauge-Hansen classification revisited. *Clin Orthop*. 1997;(345):198-205.
5. Hopkinson WJ, St Pierre P, Ryan JB, Wheeler JH. Syndesmosis sprains of the ankle. *Foot Ankle*. 1990;10(6):325-30.
6. Hermans JJ, Beumer A, de Jong TAW, Kleinrensink GJ. Anatomy of the distal tibiofibular syndesmosis in adults: a pictorial essay with a multimodality approach. *J Anat*. 2010;217(6):633-45.
7. Gerber JP, Williams GN, Scoville CR, Arciero RA, Taylor DC. Persistent disability associated with ankle sprains: a prospective examination of an athletic population. *Foot Ankle Int*. 1998;19(10):653-60.
8. Mulligan EP. Evaluation and management of ankle syndesmosis injuries. *Phys Ther Sport Off J Assoc Chart Physiother Sports Med*. 2011;12(2):57-69.

9. Van Dijk CN, Longo UG, Loppini M, Florio P, Maltese L, Ciuffreda M, et al. Classification and diagnosis of acute isolated syndesmotric injuries: ESSKA-AFAS consensus and guidelines. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc Off J ESSKA*. 2016;24(4):1200-16.
10. Van Dijk CN, Longo UG, Loppini M, Florio P, Maltese L, Ciuffreda M, et al. Conservative and surgical management of acute isolated syndesmotric injuries: ESSKA-AFAS consensus and guidelines. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc Off J ESSKA*. 2016;24(4):1217-27.
11. Press CM, Gupta A, Hutchinson MR. Management of ankle syndesmosis injuries in the athlete. *Curr Sports Med Rep*. 2009;8(5):228-33.
12. Nussbaum ED, Hosea TM, Sieler SD, Incremona BR, Kessler DE. Prospective evaluation of syndesmotric ankle sprains without diastasis. *Am J Sports Med*. 2001;29(1):31-5.
13. Fort NM, Aiyer AA, Kaplan JR, Smyth NA, Kadakia AR. Management of acute injuries of the tibiofibular syndesmosis. *Eur J Orthop Surg Traumatol Orthop Traumatol*. 2017;27(4):449-59.
14. Kaminski TW, Hertel J, Amendola N, Docherty CL, Dolan MG, Hopkins JT, et al. National Athletic Trainers' Association position statement: conservative management and prevention of ankle sprains in athletes. *J Athl Train*. 2013;48(4):528-45.
15. Swords M, Brilhault J, Sands A. Acute and Chronic Syndesmotric Injury: The Authors' Approach to Treatment. *Foot Ankle Clin*. 2018;23(4):625-37.
16. Egol KA, Pahk B, Walsh M, Tejawani NC, Davidovitch RI, Koval KJ. Outcome after unstable ankle fracture: effect of syndesmotric stabilization. *J Orthop Trauma*. 2010;24(1):7-11.
17. Sagi HC, Shah AR, Sanders RW. The functional consequence of syndesmotric joint malreduction at a minimum 2-year follow-up. *J Orthop Trauma*. 2012;26(7):439-43.