



I CASO CLINICO

Dolor anterolateral de tobillo: diagnóstico diferencial y abordaje terapéutico

Anterolateral ankle pain: differential diagnosis and therapeutic approach

García Renedo RJ¹, Fernández Torres JJ², Carranza Bencano A², Gómez del Álamo G¹¹ Servicio de Traumatología y Cirugía Ortopédica del Adulto. Hospital Universitario Marques de Valdecilla. Santander (Cantabria).² Servicio de Traumatología y Cirugía Ortopédica. Unidad de Cirugía de Pie y Tobillo. Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. Sevilla.**Resumen**

La patología de partes blandas del tobillo supone trastornos muy dolorosos para los pacientes que en muchas ocasiones carecen de diagnóstico preciso. El pinzamiento anterolateral de tobillo es una patología que aparece en gente joven y deportistas por mecanismo de flexión plantar-inversión. Se presenta un caso de pinzamiento anterolateral de tobillo, describiendo la técnica artroscópica y planteando el diagnóstico diferencial con otras patologías.

Palabras Claves:

Artroscopia, tobillo, pinzamiento, esguince.

Abstract

Diseases of the ankle soft tissues are very painful disorders for patients for whom many times there is no accurate diagnosis. Anterolateral ankle impingement is a condition occurring in young people and athletes for plantar-inversion flexion mechanism. We report the case of anterolateral ankle impingement with a description of the arthroscopic technique and considering the differential diagnosis with other diseases.

Key words:

Arthroscopy, knee, impingement, sprain.

I Introducción

La artroscopia de tobillo está indicada para el diagnóstico del dolor, tumefacción regional, inestabilidad, hemartros y bloqueo articular del tobillo mientras que las indicaciones terapéuticas más frecuentes son los cuerpos libres, la osteocondritis disecante, la sinovitis, fracturas, fibrosis articular o síndromes de atrapamiento [1,2]. El pinzamiento de partes blandas es una banda de tejido hialino, con apariencia de lesión meniscoide, en el receso peroneo-astragalino, como consecuencia de los esguinces de repetición [3] y suele producirse en la región anterolateral del tobillo. Las estructuras más afectadas son los ligamentos anterior y fibulotalar posterior, que al verse sometidas a sollicitaciones extremas pier-

den su firmeza convirtiéndose en laxas por lo que quedan atrapadas entre las estructuras óseas provocando dolor [4].

I Caso Clínico

Se presenta el caso clínico de un paciente varón de 36 años, tratado por una fractura no desplazada de maleolo peroneo izquierdo de forma ortopédica, con yeso suropédico durante 6 semanas (Figura 1a,b). Como secuela presentó rigidez articular y dolor en tobillo, por lo que se envió a rehabilitación. A los 6 meses, el paciente consiguió la movilidad completa con persistencia de dolor. A los 8 meses persistía la clínica de dolor y ante la sospecha de distrofia simpático refleja de Südeck, se inició tratamiento con calcitonina. A los 10 meses no mejoró la clínica, persistiendo dolor en maleolo externo. A los 11 meses el paciente fue remitido a la Unidad de Cirugía de pie y tobillo para valoración.

A la exploración existía discreta tumefacción y edema, con dolor a la palpación en la sindesmosis tibio-peronea,

Correspondencia

R. Javier García Renedo
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla s/n
39008 Santander. España
rjgarciaenedo@hotmail.com

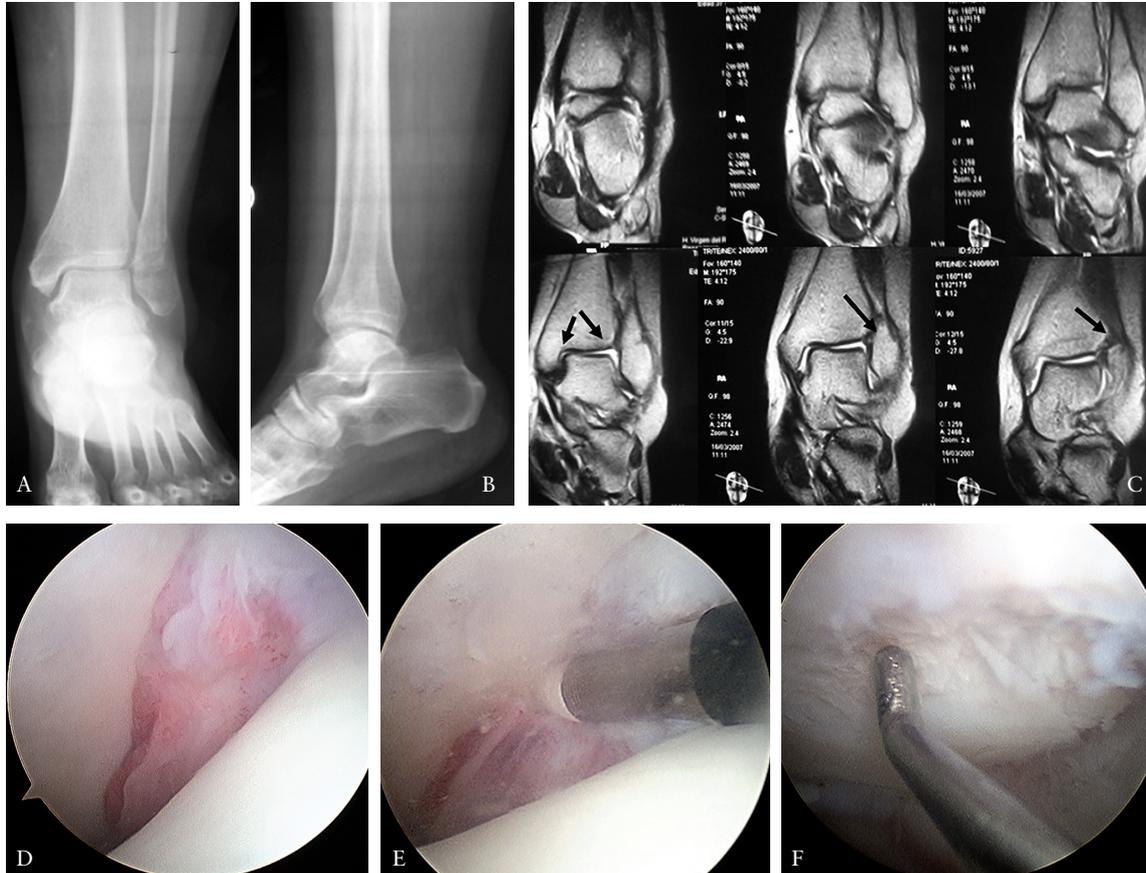


Fig. 1. a,b) Radiografía de tobillo izquierdo con una fractura no desplazada de maleolo peroneo. c) RM con aumento del espacio tibia-peroneo-astragalino en el compartimento externo, d) proliferación sinovial y fibrosis periarticular, e) liberación artroscópica y sinovectomía mediante radiofrecuencia en el receso anterolateral, f) lesión osteocondral asociada a microperforaciones.

que aumentaba con el apoyo monopodal, inversión de tobillo y dorsiflexión, empeorando con la actividad.

No se evidenció inestabilidad tibioastragalina con las radiografías funcionales. Las radiografías en carga mostraron una fractura oblicua metafiso-diafisaria distal consolidada, sin evidenciar otras causas que explicasen el dolor. En la resonancia magnética no se observó edema óseo, ni derrame articular, ni tampoco anomalías de los diferentes músculos ni tendones. No presentó alteraciones en el fascículo peroneo-astragalino anterior y ni en el fascículo peroneo-calcáneo. Encontramos una diástasis de la interlínea tibia-peroneo-astragalina en el compartimento externo (Figura 1c). Ante la sospecha clínica de pinzamiento anterolateral se indicó una artroscopia de tobillo.

Técnica Quirúrgica

Utilizamos una lente óptica de 2,7 mm para pequeñas articulaciones y bomba de irrigación automática. Se colocó al pa-

ciente en posición de decúbito supino con isquemia y se realizaron portales antero-interno y antero-externo visualizando la proliferación sinovial y fibrosis periarticular (Figura 1d). Liberamos con una sinovectomía mediante rasurador y radiofrecuencia en el receso antero-lateral, extirpación del tejido meniscoide y de los osteofitos (Figura 1e), efectuando microperforaciones en la lesión osteocondral (Figura 1f).

El periodo postoperatorio transcurrió sin complicaciones, comenzando la movilización activa y pasiva de tobillo de forma inmediata y carga progresiva a las dos semanas. A los 32 meses el paciente se encontraba asintomático, con un resultado clínico satisfactorio, desapareciendo por completo el dolor, recobrando la capacidad para realizar actividades deportivas.

Discusión

Las lesiones por torsión de los ligamentos laterales del tobillo a veces desarrollan una sintomatología y semiología cróni-



ca no específica que dificultan el diagnóstico clínico, evolucionando a un síndrome de pinzamiento anterolateral tras la formación de un tejido meniscoide capsulo-ligamentario [5]. De las múltiples causas que provocan dolor en la zona antero-lateral de tobillo se planteó como diagnóstico diferencial: inestabilidad crónica de tobillo, lesión osteocondral de astrágalo, edema óseo, subluxación o rotura de tendones perineos, barra tarsiana, síndrome del seno del tarso, artrosis degenerativa, fractura oculta de astrágalo o calcáneo y distrofia simpática refleja. El diagnóstico de estas patologías resulta a veces difícil, por lo que es fundamental realizar una correcta historia clínica y exploración física, que son la base fundamental para el diagnóstico del pinzamiento de tobillo. Los síntomas pueden comenzar tras un traumatismo o enfermedad sistémica inflamatoria. La RM ha demostrado utilidad en el diagnóstico diferencial de otras patologías, descartando lesiones osteocondrales [6].

La artroscopia de tobillo ha permitido aumentar el conocimiento de lesiones de las partes blandas del tobillo diagnosticadas como esguinces crónicos o sinovitis inespecíficas sin tratamiento específico adecuado [7]. Es un procedimiento mínimamente invasivo, que permite visualizar toda la superficie articular, efectuar procedimientos específicos como la resección del tejido meniscoide con la ventaja de dos pequeñas heridas quirúrgicas y con menor tasa de complicaciones en comparación con la cirugía abierta.

En nuestro caso, decidimos realizar una artroscopia de tobillo diagnóstica y a la vez terapéutica como punto de partida antes de realizar otros procedimientos quirúrgicos más agresivos. A pesar de que se menciona [8][9] que la tracción puede provocar mayores lesiones al exponer a los tejidos blandos a tensiones importantes y estrechar el espacio capsular tibio-astragalino, pensamos que mediante la tracción del tobillo se disminuye el riesgo de lesión iatrogénica del cartílago y de rotura del instrumental, facilita la visión de estructuras posteriores y la instrumentación sobre la cúpula astragalina. Por otro lado, se trata de una distracción no invasiva por gravedad, manual o mediante distractor.

Consideramos que el diagnóstico del pinzamiento anterolateral de tobillo es fundamentalmente clínico, las pruebas complementarias nos permiten hacer el diagnóstico diferencial con otras patologías, y que la técnica artroscópica es una buena opción ya que nos permite una visión directa y resección de las estructuras involucradas. ■

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hassan AH. Treatment of anterolateral impingements of the ankle joint by arthroscopy. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc* 2007; 26:14-20.
2. Biedert R. Anterior ankle pain in sports medicine, aetiology and indications for arthroscopy. *Arch Orthop Trauma Surg* 1991; 110:293-7.
3. Wolin I, Glassman F, Sideman S, Levinthal DH. Internal derangement of the talofibular component of the ankle. *Surg Gynecol Obstet* 1950; 91:193-200.
4. Urgüden M, Söyüncü Y, Ozdemir H, Sekburn H, Akyildiz FF, Aydin AT. Arthroscopic treatment of the ankle; evaluation of factors affecting outcome. *Arthroscopy* 2005; 21:317-22.
5. Molloy S, Solan MC, Bendall SP. Synovial impingement in the ankle. A new physical sign. *J Bone Joint Surg (Br)* 2003; 85-B:330-3.
6. Linklater J. MR imaging of ankle impingement lesions. *Magn Reson Imaging Clin N Am* 2009; 17:775-800.
7. Koczy B, Pyda M, Stożtyn T, Mielnik M, Pajak J, Hermanson J, et al. Arthroscopy for anterolateral soft tissue impingement of the ankle joint. *Ortop Traumatol Rehabil*. 2009; 11:339-45.
8. Sartoretti C, Sartoretti-Schefer S, Duff C, Buchmann P. Angioplasty balloon catheters used for distraction of the ankle joint. *Arthroscopy* 1996; 12:82-6.
9. Cameron SE. Noninvasive distraction for ankle arthroscopy, technical note. *Arthroscopy* 1997; 13:366-9.

Conflicto de intereses

Los autores no hemos recibido ayuda económica alguna para la realización de este trabajo. Tampoco hemos firmado ningún acuerdo por el que vayamos a recibir beneficios u honorarios por parte de alguna entidad comercial. Ninguna entidad comercial ha pagado, ni pagará, a fundaciones, instituciones educativas u otras organizaciones sin ánimo de lucro a las que estamos afiliados.