

Síndromes friccionales del tobillo. Diagnóstico y tratamiento artroscópico

Dres. GUILLERMO ARCE, PABLO LACROZE, FERNANDO BARCLAY, SANTIAGO BUTLER*

RESUMEN

Luego de entorsis severas o fracturas del tobillo, muchos pacientes presentan dolor crónico anterolateral por síndromes de fricción sin signos de inestabilidad ligamentaria.

Desde marzo de 1989 a marzo de 1994, 47 pacientes (48 tobillos) fueron operados por síndromes de fricción de partes blandas u óseas. Se realizaron sinovectomías anteroexternas, resección de bridas, lesiones meniscoides y osteofitos.

Con un seguimiento mayor de 12 meses, se evaluaron 32 pacientes según el *score* de Bray con 88% de resultados buenos y excelentes.

Recomendamos la cirugía artroscópica como un método seguro, predecible y efectivo para el tratamiento de los síndromes friccionales del tobillo.

SUMMARY

After severe sprains or ankle fractures many patients suffer anterolateral pain due to impingement syndromes without any sign of ligament instability.

Between march 1989 and march 1994, 47 patients (48 ankles) were operated on for bone or soft tissue impingement. Anterolateral synovectomies, meniscoid lesions and osteophyte removals were performed.

Thirty two patients were followed up for at least 12 months with 88% good and excellent results in the Bray's score.

We recommend arthroscopic surgery as a safe, predictable and effective method of treatment for the ankle impingement syndrome.

INTRODUCCIÓN

Las entorsis por inversión del tobillo son de observación muy frecuente en la práctica diaria. No existen estadísticas en nuestro país; se conoce que en los Estados Unidos ocurren con un promedio de 23.000 casos por día. El 50% de estos pacientes presentan síntomas por más de 3 meses y el 15% de los mismos queda sintomático en forma permanente^{1,2}. Las fracturas de tobillo o pierna, con trastornos rota-

cionales de las mismas, producen cambios degenerativos y osteofitosis de tobillo.

El propósito de esta presentación es el estudio de los síndromes de fricción de partes blandas y óseas que causan dolor anterolateral crónico del tobillo y la descripción de una técnica artroscópica sencilla y efectiva para su tratamiento.

MATERIAL Y MÉTODO

Desde marzo de 1989 hasta marzo de 1994 realizamos 48 cirugías artroscópicas de tobillo en 47 pacientes. Se descartaron 15 pacientes en los cuales la cirugía artroscópica fue seguida de otro procedimien-

* Instituto Argentino de Diagnóstico y Tratamiento, Marcelo T. de Alvear 2346, (1425) Buenos Aires.

to a cielo abierto, o por no cumplir criterios de selección y seguimiento adecuado. Treinta y dos pacientes con más de un año de seguimiento postoperatorio son la base de esta presentación.

Veintisiete fueron hombres y 5 mujeres cuyas edades estaban entre los 19 y 46 años (promedio 32,6 años), con una incidencia de 20 tobillos izquierdos y 12 derechos. Nueve pacientes presentaron fracturas de tobillo o pierna previamente, 7 de ellos tratados con reducción y osteosíntesis. Dieciocho presentaban antecedentes de entorsis de tobillo y 5 pacientes no relataban antecedente traumático alguno.

Al examen físico todos presentaban dolor anterior difuso o en la gotera lateral. En los estudios radiológicos se evidenciaron osteofitos en la tibia o el astrágalo en 15 casos. Los pacientes con trastornos degenerativos severos o con estudios radiológicos dinámicos positivos para inestabilidad (bostezos o cajón anterior), se excluyeron de esta presentación. La resonancia magnética por imágenes se realizó en 9 casos, sugiriendo la presencia de sinovitis anteroexterna u osteofito cartilaginosa en la zona anterior de la tibia.

Los diagnósticos diferenciales son expuestos en el Cuadro 1.

La indicación quirúrgica fue el dolor anterolateral crónico, refractario al tratamiento conservador de más de 6 meses.

Los abordajes artroscópicos se marcaron antes de realizar la anestesia general o peridural, para que la movilidad activa del paciente ayude a visualizar los tendones y el paquete vasculonervioso anterior. El nervio peroneo superficial debe ser individualizado con una maniobra de máxima inversión de tobillo para evitar su lesión por los abordajes. Se accedió a la articulación mediante dos vías: el abordaje anteromedial (por dentro del tendón del tibial anterior) y el abordaje anteroexterno (lateral al tendón extensor común de los dedos)^{3,5}. Sólo en dos casos se realizaron abordajes posteroexternos para descartar síndromes friccionales posteriores y la

búsqueda de cuerpos libres intraarticulares. Los abordajes posterointernos deben ser proscritos por el riesgo de lesión del paquete neurovascular. En todos los casos se utilizó un artroscopio convencional de 4,5 mm de diámetro e instrumental motorizado de 3,5 mm de diámetro. En caso de necesitar tracción y apertura de la articulación realizamos tracción manual o de partes blandas, que nos han resultado de gran utilidad. Con movimientos de dorsiflexión de la articulación tibioastragalina se produce la distensión de la cámara anterior del tobillo facilitando la cirugía artroscópica del compartimiento anterior.

Se operaron 8 casos de síndromes friccionales óseos puros y 14 de partes blandas. En otros 10 casos, la sintomatología del paciente se atribuyó a causas mixtas con bridas, síndromes meniscoides y osteofitosis. Los hallazgos artroscópicos pueden verse en el Cuadro 2.

La resección de osteofitos y bandas fibrosas se realizó con instrumental motorizado para completar el procedimiento con sinovectomías parciales, logrando al final del mismo una visualización del astrágalo con una excursión libre de fricciones o adherencias (ver Figuras 1, 2, 3 y 4).

Los estudios anatomopatológicos realizados informaron sinovitis o tejido conectivo hialinizado sin caracteres específicos.

En el postoperatorio los pacientes deambularon con muletas y un vendaje elástico por una semana, para luego comenzar un agresivo plan de rehabilitación, con ejercicios de rango de movilidad, fortalecimiento y propiocepción.

RESULTADOS

Se evaluaron 32 pacientes con un seguimien-

CUADRO 1
DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES DE LOS
SÍNDROMES FRICCIONALES DE TOBILLO

1. Lesión osteocondral. Fracturas
2. Osteocondritis disecante
3. Luxación tendones peroneos
4. Síndrome del seno del tarso
5. Fracturas por estrés
6. Artrosis
7. Síndrome de atrapamiento neurológico
8. Distrofia refleja simpática

CUADRO 2
HALLAZGOS ARTROSCÓPICOS

Síndromes de fricción ósea	Casos
-Osteofitosis tibia	15
-Osteofitosis astrágalo	5
-Osteofitos peroné	2
Síndromes de fricción de partes blandas	
-Lesión meniscoide (banda fibrosa única)	8
-Sinovitis tibioperonea inferior	9
-Tejido cicatrizal bandas múltiples	10
-Sinovitis anteroexterna inespecífica	6
-Condromalacia anteroexterna de astrágalo	6

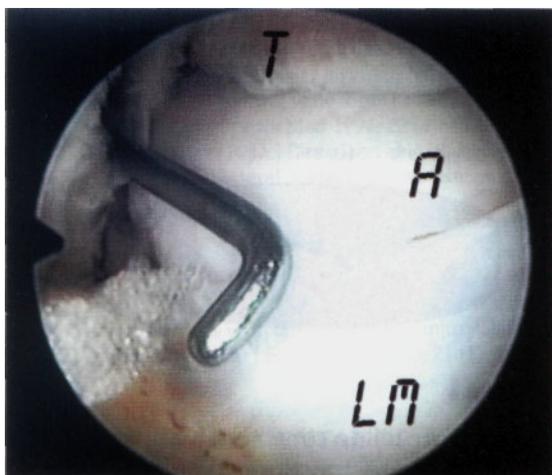


Fig. 1. Tobillo izquierdo. T: tibia; A: astrágalo; LM: lesión meniscoide. Banda fibrosa anterolateral (lesión meniscoide). Fricción en astrágalo.

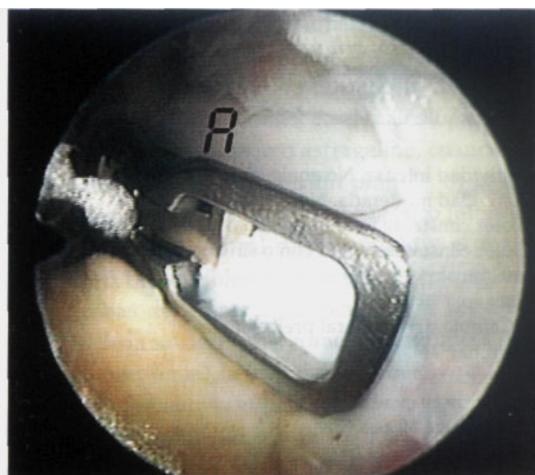


Figura 2. A: astrágalo. Resección lesión meniscoide.

to mayor de 12 meses (rango 12-60 meses, promedio 21 meses) según el *score* de Weber modificado por Bray, teniendo en cuenta parámetros objetivos y subjetivos^{6,7} (ver Cuadro 3). En 15 pacientes el resultado se consideró excelente, bueno en 13 casos, regular en 3 casos y malo en uno de ellos (ver Cuadro 4).

Los 3 pacientes con resultado regular no mejoraron con respecto al preoperatorio, presentando un tobillo doloroso al ejercicio con efusiones articulares periódicas. Un paciente continuó con dolor permanente que no cedió

con analgésicos convencionales y su resultado fue malo por un desbalance reflejo simpático agregado.

Como complicaciones del procedimiento un paciente presentó hipoestesia en la zona externa del pie y otro un drenaje persistente por los abordajes artroscópicos, que cedió espontáneamente al mes de la operación.

Un 88% de los pacientes presentó resultados buenos y excelentes sin limitaciones en la vida diaria y deportiva.

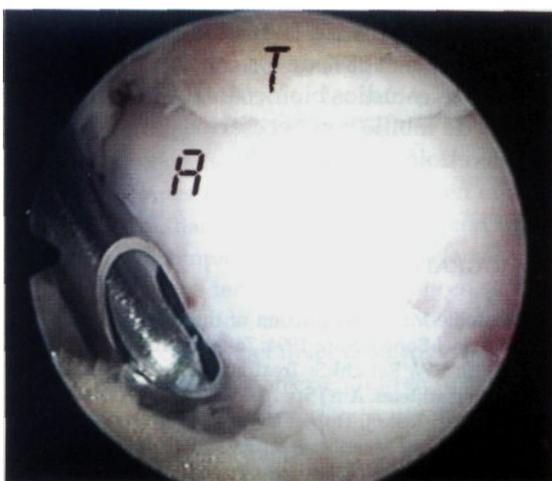


Fig. 3. A: astrágalo; T: tibia. Afeitado de lesión meniscoide y sinovitis.

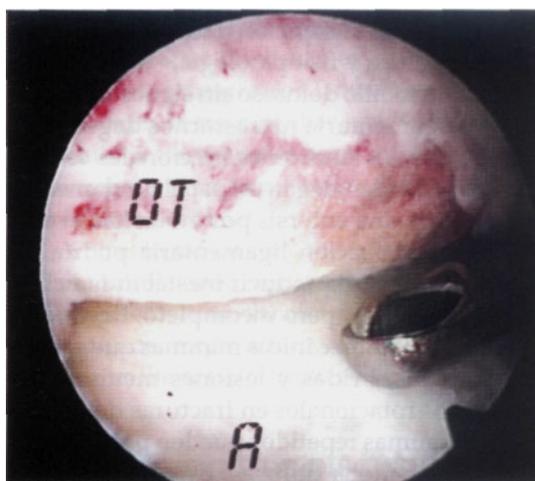


Fig.4. OT: osteofito tibial; A: astrágalo. Debridamiento con instrumental motorizado del osteofito tibial anterior (síndrome de fricción ósea).

CUADRO 3
ESCALA DE EVALUACIÓN DEL TOBILLO*

Variable	Puntaje
Dolor	
Actividad intensa. No analgésicos	10
Actividad moderada. No analgésicos	20
Dolor constante moderado con o sin analgésicos	30
Dolor constante severo con o sin analgésicos	50
Función	
Trabajo:	
Cambio nivel laboral prelesional	5
Caminar:	
Ilimitado	0
Más de 10 cuadras	5
Menos de 10 cuadras	10
Deporte:	
Ilimitado	0
Limitado	5
Ayuda	
Bastón o muleta	5
Andador	10
Rango movilidad ⁶	
(comparado con contralateral normal)	
75% o mejor	0
25%-75%	5
< 25%	10
Inflamación	
Nada	0
< 2,5 cm	5
> 2,5 cm	10

Total restado de 100 puntos: 90-100 = excelente; 75-89 = bueno; 50-75 = regular; menos de 50 = malo. * Tomado de Bray y colaboradores⁶.

DISCUSIÓN

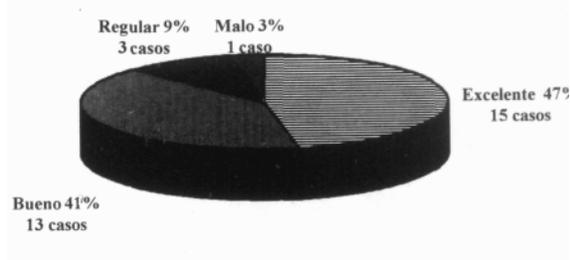
En la patología deportiva argentina, el tobillo es una articulación frecuentemente involucrada y poca es la atención que se ha puesto en su biomecánica y fisiopatología.

Ante un tobillo doloroso sin signos de inestabilidad ligamentaria ni trastornos degenerativos severos, los síndromes friccionales óseos o de partes blandas juegan un papel fundamental.

Luego de una entorsis por inversión, el proceso de cicatrización ligamentaria podría ser suficiente para no producir inestabilidad clínica ni radiológica, pero incompleto, llevando a alteraciones biomecánicas mínimas que producen sinovitis, bridas y lesiones meniscoides. Trastornos rotacionales en fracturas del tobillo y microtraumas repetidos pueden producir adherencias, bandas fibrosas, osteofitos tibiales y astragalinos que llevan a los síndromes friccionales.

Wolin, en 1950, fue el primero en descubrir

CUADRO 4
RESULTADOS



una masa de tejido conectivo hialinizado que friccionando el astrágalo, era causa de dolor y lo denominó "lesión meniscoide". Waller describió las lesiones cartilaginosas y la condromalacia astragalina externa. Meislin categorizó los síndromes friccionales de partes blandas y óseas, pero fue Richard Ferkel quien popularizó el tratamiento artroscópico de las mismas^{8,10}. El debridamiento artroscópico de los síndromes friccionales de tobillo fue de gran utilidad para nuestros pacientes. Nuevos estudios biomecánicos son necesarios para comprender mejor la fisiopatología del tobillo y lograr un tratamiento etiológico adecuado.

CONCLUSIONES

La cirugía artroscópica de tobillo es una técnica sencilla, segura y efectiva para el tratamiento de síndromes friccionales óseos y de partes blandas.

Los resultados de la misma son buenos y excelentes en el 88% de los casos.

Nuevos estudios biomecánicos y de fisiopatología de tobillo son necesarios para un tratamiento etiológico adecuado.

BIBLIOGRAFÍA

1. Colville M: Reconstruction of the lateral ankle ligaments. *J Bone Jt Surg* 1994; 76-A (7): 1092-1102.
2. Smith RW, Reischl S: Treatment of ankle sprains in young athletes. *Am J Sports Med* 1986; 14 (6): 465-471.
3. Ewing J, Tasto J, Tippet J: Ankle Arthroscopy. AAOS 62nd Annual Meeting. Instructional Course Lecture.
4. Ferkel R, Fischer S: Progress in ankle arthroscopy. *Clin Orthop* 1989; 240: 210-219.
5. Meislin R, Rose D, Parisién JS, Springer S: Arthroscopic treatment of synovial impingement of the ankle. *Am J Sports Med* 1993; 21 (2): 186-189.

6. Bray T, Endicott M, Capra E: Treatment of open ankle fractures. *Clin Orthop* 1988; 240: 47-52.
7. Kaikkonen A, Kannos P, Jarvinen M: A performance test proto and scoring scale for the evaluation of ankle injuries. *Am J Sports Med* 1994; 22 (4): 462-469.
8. Ferkel R, Karze R, Del Pizzo W et al: Arthroscopic treatment of anterolateral impingement of the ankle. *Am J Sports Med* 1991; 19 (5): 440-446.
9. Me Carroll J, Schrader J, Shelbourne DK et al: Meniscoid lesions of the angle in soccer players. *Am J Sports Med* 1987; 15 (3): 255-257.
10. Taga Y, Shino K, Inove M et al: Articular cartilage lesions in ankles with lateral ligament injury. An arthroscopic study. *Am J Sports Med* 1993; 21 (1): 120-126.