

Respuestas para el caso clínico de pie y tobillo en el deportista

Publicado en *Ortho-tips AMOT*; 2016; 12(1): 57-58.

Xavier Martin Oliva,* Elsa Viridiana Sánchez Hernández,** Marco Zamperetti***

1. Con los hallazgos clínicos, descripción del padecimiento e imagen radiográfica el diagnóstico propuesto es inestabilidad lateral crónica del tobillo.^{1,2}
2. Se presenta con mayor frecuencia en mujeres, IMC alto; el deporte de mayor riesgo practicado es el rugby, seguido por el soccer; otras causas son: laxitud, pie cavo, desequilibrio muscular, déficit de propiocepción, grado y tratamiento de la primera lesión, calzado y protecciones.^{2,3}
3. Hoy en día está indicada la práctica de una resonancia magnética, con la que podemos apreciar la existencia de lesiones asociadas osteocondrales, la situación articular (*impingement*) y el estado de los tendones; asimismo, en algunos casos nos permitirá visualizar los ligamentos.²
4. Bonning y colaboradores observaron que la inclinación del astrágalo hasta 15 grados indica ruptura del ligamento talofibular anterior solamente, que la inclinación a partir de 15 a 30 grados marca la ruptura de los ligamentos peroneo-calcáneo y peroneo-astragalino anterior y que la inclinación de más de 30 grados muestra que los tres ligamentos laterales se encuentran rotos.⁴
5. Se pueden realizar técnicas anatómicas en donde se reparan directamente los ligamentos afectados mediante sutura directa; en casos en los que el mal estado de las fibras hace que la reparación sea difícil se realizan reinsertiones transóseas del periostio y retináculo extensor (Bröstrom-Gould). También son útiles aquellas descritas como no anatómicas (Watson-Jones, Evans),³ y las descritas hace poco por el Dr. Jordi Vega con técnica artroscópica «todo dentro».⁵

Hennrikus y cols. compararon dos grupos de 20 pacientes cada uno, empleando en unos Chrisman-Snook y en otros la técnica de Bröstrom. Todos los

* Traumatólogo y Ortopedista, Profesor del Departamento de Anatomía, Universidad de Barcelona. Responsable del Servicio de Traumatología de Urgencias de la «Clínica del Remei», Barcelona, España.

** Cirujana Ortopedista, Coordinador médico, «Clínica Esportiva», Guadalajara, Jalisco. Profesor adjunto del Postgrado en Fisioterapia Deportiva en la Universidad del Valle de México, campus Zapopan, Jalisco.

*** Médico Residente 4º año de Traumatología y Ortopedia, Clínica de Ortopédica Padua, Italia.

Dirección para correspondencia:

Dr. Xavier Martin Oliva

Clínica Nostra Senyora del Remei.

Calle Escorial No. 148, C.P. 08024, Barcelona, España.

Correo electrónico: xmoliva@inbox.com

Este artículo puede ser consultado en versión completa en <http://www.medigraphic.com/orthotips>

pacientes tenían seis meses de inestabilidad y en los cuales habían fracasado los intentos de tratamiento conservador. La mejor estabilidad la dio la técnica de Bröstrom,⁶ sin encontrar diferencias entre las dos técnicas no anatómicas (Chrisman-Snook y Watson-Jones) señalando que ninguna técnica iguala al ligamento intacto.^{7,8}

BIBLIOGRAFÍA

1. Linens SW, Ross SE, Arnold BL, Gayle R, Pidcoe P. Postural-stability tests that identify individuals with chronic ankle instability. *J Athl Train.* 2014; 49 (1): 15-23.
2. Viladot A, Viladot R. 20 lecciones sobre patología del pie. Barcelona: Ed. Mayo; 2011.
3. McCriskin BJ, Cameron KL, Orr JD, Waterman BR. Management and prevention of acute and chronic lateral ankle instability in athletic patient populations. *World J Orthop.* 2015; 6 (2): 161-171.
4. Karlsson J, Bergsten T, Lansinger O, Peterson L. Reconstruction of the lateral ligaments of the ankle for chronic lateral instability. *J Bone Joint Surg Am.* 1988; 70 (4): 581-588.
5. Vega J, Golanó P, Pellegrino A, Rabat E, Peña F. All-inside arthroscopic lateral collateral ligament repair for ankle instability with a knotless suture anchor technique. *Foot Ankle Int.* 2013; 34 (12): 1701-1709.
6. Hennrikus WL, Mapes RC, Lyons PM, Lapoint JM. Outcomes of the Chrisman-Snook and modified-Broström procedures for chronic lateral ankle instability. A prospective, randomized comparison. *Am J Sports Med.* 1996; 24 (4): 400-404.
7. Liu SH, Baker CL. Comparison of lateral ankle ligamentous reconstruction procedures. *Am J Sports Med.* 1994; 22 (3): 313-317.
8. Cass JR, Morrey BF, Katoh Y, Chao EY. Ankle instability: comparison of primary repair and delayed reconstruction after long-term follow-up study. *Clin Orthop Relat Res.* 1985; (198): 110-117.