

Carta del Editor

En relación con el artículo titulado “Tratamiento funcional de los esguinces del tobillo grados I y II” del Dr. Nicolás Zarur Mina y cols, es opinión de esta redacción que conviene resaltar un aspecto capital.

No hay duda sobre la correcta interpretación del contenido del artículo, ni tampoco sobre el espíritu del mismo, cuyo mensaje central es la recuperación de la funcionalidad del tobillo como base de la reintegración de una persona a sus actividades normales. Lo anterior es objetivo universal de la ciencia médica.

Durante la lectura del artículo, sin embargo, realmente parece generarse una cierta idea de que los esguinces del tobillo en general deben tratarse conservadoramente, no obstante que recalcamos que se habla de los esguinces grado I y II.

Ocurre que se hace muy poca alusión al único caso tipo III y muy poca aclaración a la importancia de la severidad de los esguinces grado III que son incapacitantes y que requieren con frecuencia cirugía, ya sea temprana o tardía.

El tratar los esguinces grado I y II conservadoramente absorbe un lugar para su publicación en esta Revista realmente con el objetivo secundario de resaltar la importancia de los esguinces grado III del ligamento peroneo-astragalino anterior y peroneo-calcáneo puesto que revisten una notoria mayor importancia clínica.

El ligamento colateral externo del tobillo tiene tres fascículos: el peroneo-astragalino posterior, el peroneo-calcáneo y el peroneo-astragalino anterior siendo los dos últimos los que formalmente desestabilizan al tobillo cuando se rompen. De ellos, el peroneo-astragalino anterior es el principal. Su ruptura completa o esguince grado III se produce como un enorme ojal en la cápsula, de dirección dia-

gonal de adelante-atrás y de arriba-abajo, que interrumpe el LPAA y cuando se prolonga hacia atrás rompe al peroneo-calcáneo. La experiencia ha demostrado que este cuadro produce verdadera inestabilidad antero-lateral del tobillo, que pasa a la cronicidad cuando no se trata y que es muy incapacitante principalmente en atletas.

También es del dominio general la diversidad de técnicas quirúrgicas que existen para la reconstrucción de la inestabilidad del tobillo en la etapa crónica, cuyos resultados en general también son buenos.

La supuesta insistencia de algunos, término que se menciona en el resumen del artículo referido, es inexacta, puesto que no se puede insistir en operar los esguinces del tobillo por regla cuando no se tiene el diagnóstico de su severidad. Los esguinces grado I y II del trabajo requieren sin discusión tratamiento conservador, de hecho el objetivo es eliminar el proceso inflamatorio agudo (que también desaparece sin tratamiento) puesto que no hay inestabilidad formal.

El recalcar que la cirugía debe reservarse a los esguinces grado III, sin ser el objetivo del estudio de referencia, es que no se sabe cómo se estableció el diagnóstico de los casos reportados. Rigurosamente la artrografía en las etapas iniciales debe mostrar una imagen normal para asumir que no hay ruptura capsular que justifique el tratamiento conservador.

Los casos limítrofes requieren cuando menos una bota ambulatoria por cuatro a seis semanas y sigue valiendo la pena insistir en el alto valor de la reparación quirúrgica de la cápsula formalmente diagnosticada y rota, en la etapa aguda de la lesión.

