

Caso clínico

Dolor anterolateral de tobillo, diagnóstico diferencial y abordaje. Presentación de un caso

García-Renedo RJ,* Pérez-Carro L,* Fernández-Torres JJ,** Carranza-Bencano A,*** Gómez-del Álamo G****

Hospital Marqués de Valdecilla. Santander (Cantabria)

RESUMEN. La patología de partes blandas del tobillo supone trastornos muy dolorosos para los pacientes, que, en muchas ocasiones, carecen de un diagnóstico preciso. El pinzamiento anterolateral de tobillo es una enfermedad que aparece en gente joven y deportistas por un 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 enfermedades.

Palabras clave: artroscopia, tobillo, dolor, síndrome del túnel tarsiano.

ABSTRACT. The ankle soft tissue pathology represents a very painful disorder for patients who, often times, are not precisely diagnosed. Anterolateral ankle impingement is a condition that occurs in young people and athletes due to a plantar flexion-inversion mechanism. We report a case of anterolateral ankle impingement describing the arthroscopic technique and making the differential diagnosis considering other conditions.

Key words: arthroscopy, ankle, pain, tarsal tunnel syndrome.

Introducción

La artroscopia de tobillo es una técnica mínimamente invasiva para el diagnóstico y tratamiento de la patología en esta localización. Actualmente entre las indicaciones diagnósticas de artroscopia de tobillo se incluye la presencia de dolor, tumefacción regional, inestabilidad, hemartros y bloqueo articular, mientras que las indicaciones terapéuticas más frecuentes son la existencia de ratones articulares, osteocondritis disecante, sinovitis, fractura, fibrosis articular y síndromes de atrapamiento o impingement.^{1,2}

Nivel de evidencia: IV (Act Ortop Mex, 2011)

* Facultativos de Traumatología y Cirugía Ortopédica del Adulto. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander (Cantabria).

** Facultativo de Traumatología y Cirugía Ortopédica. Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. Sevilla.

*** Jefe Sección Unidad de Cirugía de Pie y Tobillo. Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. Sevilla.

**** Jefe de Servicio de Traumatología y Cirugía Ortopédica. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander (Cantabria).

Dirección para correspondencia:

Raúl Javier García Renedo

San Lorenzo Núm. 16 5º B 47001 Valladolid, España

E-mail: rjgarciairedo@hotmail.com

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

El pinzamiento de partes blandas fue descrito por Wolin y cols³ en 1950 como una banda de tejido hialino con apariencia de lesión meniscoide en el receso peroneo-astragalino, como consecuencia de esguinces de repetición. Tiene como característica principal el atrapamiento de partes blandas en la zona anterolateral del tobillo. Las estructuras más afectadas son los ligamentos anterior y fibulotalar posterior, estructuras que al verse sometidas a sollicitaciones extremas pierden su firmeza convirtiéndose en laxas, por lo que quedan atrapadas entre las estructuras óseas provocando dolor.⁴

Caso clínico

Se presenta el caso clínico de un paciente varón de 36 años, tratado en nuestro centro por fractura no desplazada de maléolo peroneo izquierdo de forma ortopédica con yeso suropodálico durante 6 semanas (*Figura 1*). Como secuela presentó rigidez articular y dolor en tobillo, por lo que se envió a rehabilitación. A los 6 meses, el paciente consigue movilidad completa con persistencia de dolor. A los 8 meses persistía el dolor y ante la sospecha de distrofia simpático refleja (Sudeck) se inició tratamiento con calcitonina. A los 10 meses no mejoró el cuadro clínico, persistiendo dolor en maléolo lateral. A los 11 meses el paciente es remitido a la Unidad de Cirugía de Pie y Tobillo para valoración.

A la exploración física existía discreta tumefacción y edema, con dolor a la palpación en la sindesmosis, que aumen-

taba con el apoyo monopodal, inversión de tobillo y flexión, empeorando con la actividad. No se evidenció inestabilidad tibioastragalina con las radiografías de estrés. Las radiografías en carga muestran fractura oblicua metafisodiafisaria distal consolidada, no evidenciando otras causas de dolor (Figura 2). En la resonancia magnética no se observa edema óseo, ni derrame articular, ni anomalías de los diferentes músculos ni tendones. No presenta alteraciones a nivel del fascículo peroneo-astragalino anterior y peroneo-calcáneo. Existe diastasis de la interlínea tibia-peroneo-astragalina en compartimento lateral (Figura 3). Ante la sospecha de pinzamiento anterolateral se indica artroscopia de tobillo.



Figura 1. Radiografía de tobillo izquierdo. Se observa fractura no desplazada de maléolo peroneo.



Figura 2. Radiografía comparativa ambos tobillos en carga. Se aprecia fractura oblicua metafisodiafisaria distal consolidada.



Figura 3. Imágenes de resonancia magnética donde se observa aumento del espacio tibia-peroneo-astragalino en el compartimento lateral.



Figura 4. Posición del paciente en decúbito supino y portales anteromedial y anterolateral.

tobillo de forma inmediata y carga progresiva a las 2 semanas. A los 32 meses el paciente se encuentra asintomático, con un resultado clínico satisfactorio, desapareciendo por completo el dolor y plena capacidad para realizar actividades deportivas.

Discusión

Las lesiones por torsión de los ligamentos laterales del tobillo a veces desarrollan una sintomatología y semiología crónica no específica que dificultan el diagnóstico clínico, evolucionando a un síndrome de pinzamiento anterolateral tras la formación de un tejido meniscoide capsuloligamentario.⁵

De las múltiples causas que provocan dolor en la zona anterolateral del tobillo se planteó como diagnóstico diferencial: inestabilidad crónica de tobillo, lesión osteocondral de astrágalo, edema óseo, luxación o rotura de tendones peroneos, barra tarsiana, síndrome del seno del



Figura 5. Imagen de proliferación sinovial y fibrosis periarticular.



Figura 7. Imagen de lesión osteocondral con microperforaciones.

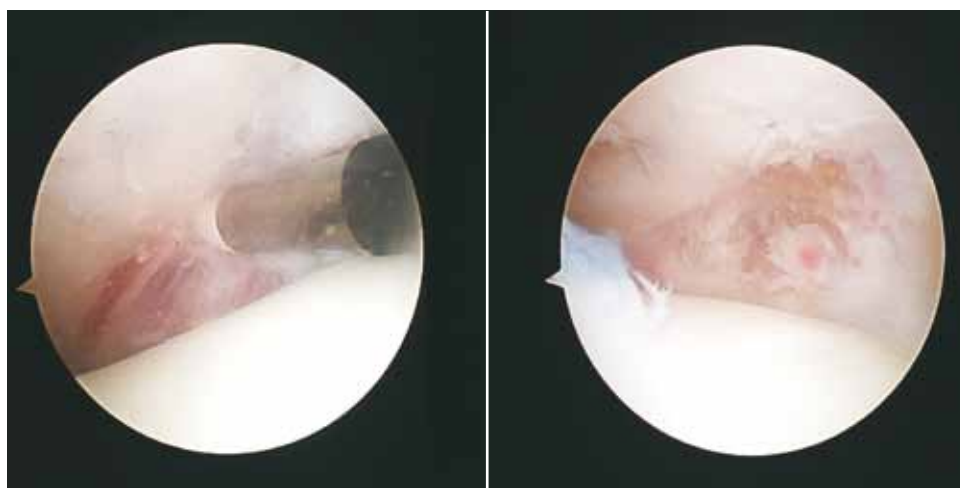


Figura 6. Liberación artroscópica y sinovectomía mediante radiofrecuencia en el receso anterolateral.

tarso, artrosis degenerativa, fractura oculta de astrágalo o calcáneo y distrofia simpático 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 artroscopía de tobillo ha permitido aumentar el conocimiento en lesiones de las partes blandas del tobillo diagnosticadas como esguinces crónicos o sinovitis inespecíficas sin tratamiento específico adecuado.^{7,8} 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 artroscopía de tobillo diagnóstica y terapéutica como punto de partida antes de realizar otros procedimientos quirúrgicos más agresivos. A pesar de que algunos autores mencionan que la tracción puede provocar mayores lesiones al exponer a los tejidos blandos a tensiones importantes y estrechar el espacio capsular tibio-astragalino,^{9,10} 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, decir que 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.

Bibliografía

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(6): 293-7.
3. Wolin I, Glassman F, Sideman F, et al: Internal derangement of the talofibular component of the ankle. *Surg Gynecol Obstet* 1950; 91(2): 193-200.
4. Urgüden M, Söyüncü Y, Özdemir H, Sekburn H, Akyildiz FF, Aydın AT: Arthroscopic treatment of the ankle; evaluation of factors affecting outcome. *Arthroscopy* 2005; 21(3): 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(3): 330-3.
6. Linklater J: MR imaging of ankle impingement lesions. *Magn Reson Imaging Clin N Am* 2009; 17(4): 775-800.
7. Koczy B, Pyda M, Stoltny T, Mielnik M, Pajak J, Hermanson J, Pasek J, Widuchowski J: Arthroscopy for anterolateral soft tissue impingement of the ankle joint. *Ortop Traumatol Rehabil* 2009; 11(4): 339-45.
9. Sartoretti C, Sartoretti-Schefer S, Duff C, Buchmann P: Angioplasty balloon catheters used for distraction of the ankle joint. *Arthroscopy* 1996; 12: 82-6.
10. Cameron SE: Noninvasive distraction for ankle arthroscopy, technical note. *Arthroscopy* 1997; 13: 366-9.