

Rotura del fascículo accesorio distal del ligamento tibioperoneo anteroinferior como causa de dolor crónico de tobillo

V. Sanchís Alfonso⁽¹⁾, A. Subías López⁽²⁾, A. Martínez Martínez⁽³⁾

⁽¹⁾Servicio de Traumatología y Cirugía Ortopédica. Hospital Arnau de Vilanova, Valencia.

⁽²⁾Servicio de Traumatología y Cirugía Ortopédica. Hospital Lluís Alcanyis, Játiva, Valencia.

⁽³⁾Unidad de Fisioterapia. Hospital Clínico Universitario, Valencia

Correspondencia:

Vicente Sanchís Alfonso

Av. Cardenal Benlloch n.º 36, pta. 23-B. 46021 VALENCIA

E-mail: visaal@teleline.es

Presentamos un caso de dolor crónico lateral de tobillo por una rotura del fascículo accesorio del ligamento tibioperoneo anteroinferior tras un mecanismo de inversión de tobillo. El desbridamiento artroscópico de este fascículo accesorio eliminó el dolor. El período postoperatorio cursó sin incidentes. La recuperación fue rápida y completa y el paciente volvió al desempeño de sus actividades cotidianas.

Palabras clave: artroscopia, tobillo, "impingement", ligamento tibioperoneo anteroinferior, ligamento de Bassett.

Rupture of the distal accessory fascicle of the antero-inferior tibio-fibular ligament as a cause of chronic ankle pain. A case is reported of chronic lateral ankle pain secondary to rupture of the accessory fascicle of the antero-inferior tibio-fibular ligament after ankle inversion. The arthroscopic debridement of this accessory fascicle eliminated the painful symptoms. The postoperative course was uneventful; the patient recovered promptly and completely and returned to his normal everyday activities.

Key words: arthroscopy, ankle, impingement, antero-inferior tibio-fibular ligament, ligament of Bassett.



El síndrome de "impingement" anterolateral de tobillo es una causa objetiva de dolor crónico en la cara lateral del tobillo después de un episodio único, o de varios episodios, de esguince de tobillo por un mecanismo de inversión⁽¹⁻⁷⁾. Para resaltar la importancia de este cuadro clínico cabe destacar que según las estadísticas todos los días se produce un esguince de tobillo por cada 10.000 personas⁽⁶⁾, siendo ésta la lesión que con más frecuencia se ve en los servicios de urgencias

de traumatología⁽⁸⁾. Se calcula que aproximadamente un 3% de esguinces de tobillo puede dar lugar a este cuadro clínico⁽⁹⁾. Este síndrome puede tener su origen en la denominada lesión meniscoide, en la hipertrofia del fascículo accesorio distal del ligamento tibioperoneo anteroinferior, en adherencias fibrosas o en una hiperplasia sinovial del receso anterolateral del tobillo^(1,2,4,8,10-12).

Presentamos un caso de dolor crónico lateral de tobillo por una rotura del fascículo accesorio del liga-

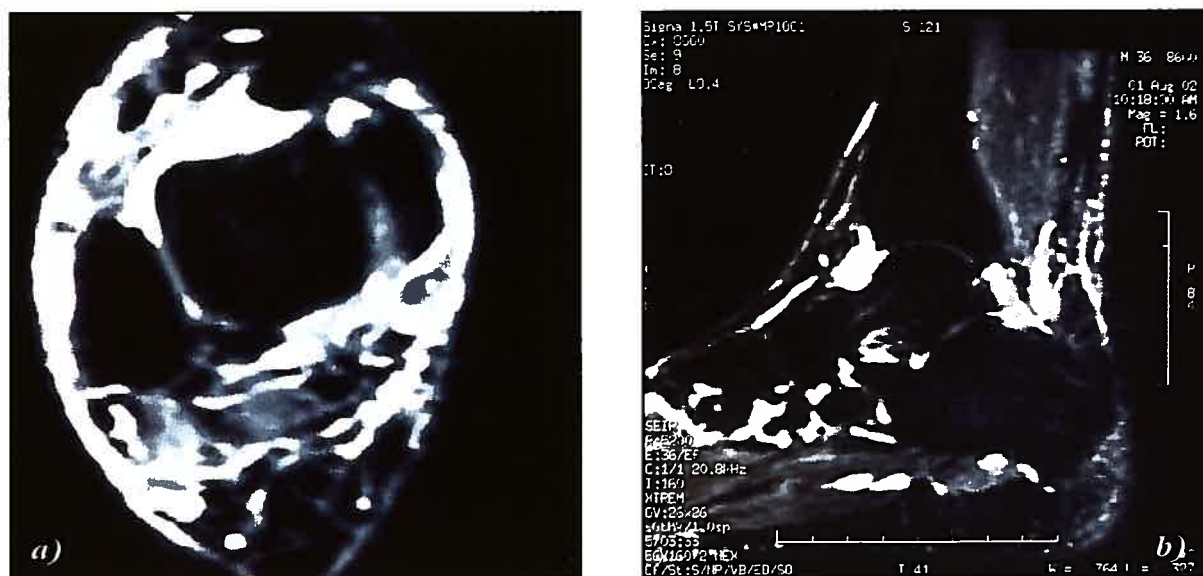


Figura 1. Imagen de R.M. a) Plano transversal. b) Plano Sagital. Obsérvese la presencia de una sinovitis patológica y una proliferación tisular a nivel del receso anterolateral.

mento tibioperoneo anteroinferior tras un mecanismo de inversión de tobillo.

CASO CLÍNICO

Paciente varón de 36 años, sin antecedentes médicos de interés, que acude a consultar por un dolor crónico localizado en la vertiente anterolateral del tobillo derecho que no respondía a un tratamiento conservador adecuado. Este tratamiento consistió en: electroterapia de baja frecuencia (iontoforesis, diadinámicas y Traebert) y alta frecuencia (ultrasonidos pulsátiles), técnicas de terapia manual, masoterapia específica (Cyriax y DLM), cinesiterapia (potenciación de la musculatura y propiocepción), crioterapia y vendajes funcionales. La duración de este tratamiento fue de tres meses. El dolor le provocaba una claudicación evidente a la marcha, que le obligaba al uso de bastones. Siguiendo la escala de valoración clínica de Weber modificada por Bray y cols., el tobillo de nuestro paciente se catalogó como malo (40 puntos)⁽¹³⁾. Presentaba como antecedente un esguince de ligamento lateral externo de tobillo derecho grado II, cinco meses antes, por un mecanismo de inversión forzada tratado de forma conservadora (vendaje funcional y fisioterapia)

La exploración clínica puso de manifiesto un tobillo estable pero con dolor y tumefacción en su vertiente anterolateral. La radiología convencional era normal. Las radiografías de estrés no objetivaron inestabilidad. Se le realizó un estudio con Resonancia Magnética (R.M.), que demostró una sinovitis y una lesión ocu-

pante de espacio en el receso anterolateral del tobillo (Figura 1). El diagnóstico de presunción fue de síndrome de "impingement" anterolateral de tobillo y se indicó una artroscopia de tobillo.

La artroscopia se realizó con un artroscopio de 4 mm a 30° y sin utilizar un distractor de tobillo. Únicamente se empleó un portal anterolateral para la introducción del gancho de exploración y el sinoviotomo motorizado y un portal anteromedial para la introducción de la óptica. El estudio artroscópico puso de manifiesto una rotura del fascículo accesorio del ligamento tibioperoneo anteroinferior (Figura 2). Se realizó una resección motorizada de dicho fascículo accesorio.

El período postoperatorio transcurrió sin complicaciones comenzando de manera inmediata la rehabilitación y la carga asistida con dos bastones ingleses según tolerancia. Tras la intervención el dolor desapareció y el paciente pudo volver a realizar sus actividades cotidianas. Al año de evolución el paciente sigue asintomático con molestias ocasionales (no llega a ser dolor) relacionadas con el sobreuso. Subjetivamente está plenamente satisfecho de la intervención. Siguiendo la escala de valoración clínica de Weber modificada por Bray *et al.*⁽¹³⁾ el tobillo de nuestro paciente se catalogó como excelente (100 puntos) al año de la intervención.

DISCUSIÓN

Presentamos un caso de dolor crónico lateral de tobillo por una rotura del fascículo accesorio del liga-

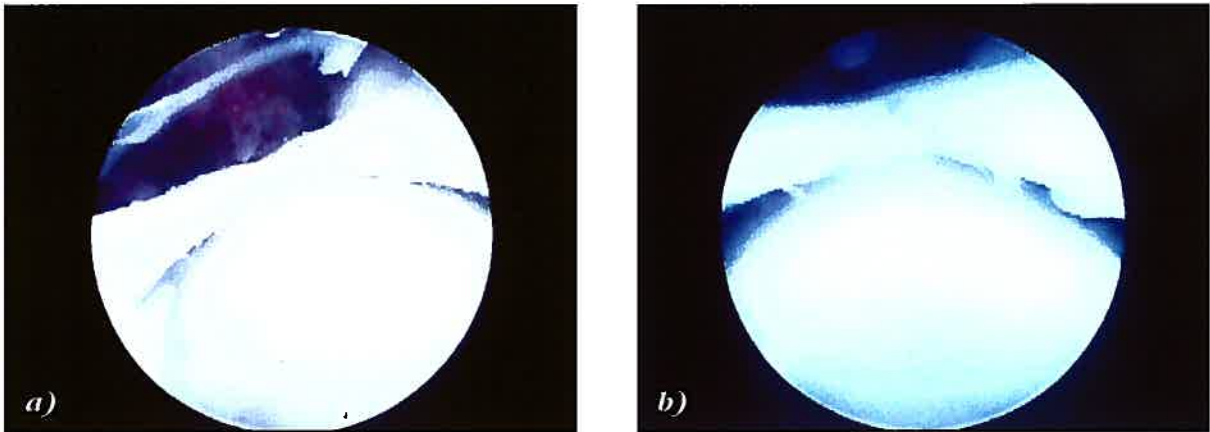


Figura 2. Imagen artroscópica. a) Visión panorámica. b) Detalle de la rotura.

mento tibioperoneo anteroinferior tras un mecanismo de inversión de tobillo. El fascículo accesorio del ligamento tibioperoneo anteroinferior es una variante anatómica frecuente descrita por primera vez por Bassett y cols. en 1990⁽¹⁾ como una banda separada e independiente del ligamento tibioperoneo anteroinferior. Esta estructura anatómica puede hipertrofiarse después de traumatismos de repetición provocando un "impingement" astragalino anterolateral, abrasión del cartílago articular y dolor en la cara anterolateral del tobillo por la alteración que provoca en la biomecánica de dicha articulación^(1,4). Si se hubiera dejado evolucionar esta rotura, es muy posible que se hubiera desarrollado una típica lesión meniscoide de tobillo⁽¹⁰⁾ y una condromalacia de la cúpula astragalina anterolateral, como han descrito otros autores^(8,11).

En nuestro caso el dolor crónico del tobillo era secundario a una rotura del fascículo accesorio del ligamento tibioperoneo anteroinferior como lo pone de manifiesto el hecho de que el desbridamiento artroscópico de esta estructura anatómica eliminó el dolor y le permitió al paciente una total recuperación del nivel previo de sus actividades laborales y deportivas. En nuestro paciente no hemos observado pérdida alguna

de la estabilidad del tobillo después de la resección de este ligamento, lo cual está en consonancia con lo publicado por otros autores^(1,4).

Un aspecto controvertido actualmente es el valor real de la R.M. en el diagnóstico del síndrome de "impingement" anterolateral de tobillo. La mayoría de los autores piensan que la evaluación del receso anterolateral del tobillo mediante R.M. convencional sólo es exacta cuando hay una sinovitis evidente⁽⁷⁾, como ocurre en el caso que presentamos. Además, la resonancia nos permite descartar otras posibles causas de dolor en la cara lateral del tobillo como el síndrome del seno del tarso, lesiones de los tendones peroneos, osteocondritis de astrágalo, etc. Finalmente, la R.M. junto con la exploración clínica es de utilidad para evitar cirugías innecesarias y en determinados casos dirigir el examen artroscópico y el ulterior desbridamiento⁽⁸⁾.

Pensamos que se debería abandonar el diagnóstico clásico de "esguince crónico de tobillo" en aquellos pacientes que presentan dolor crónico de tobillo tras un esguince. En este sentido la artroscopia de tobillo supone un método diagnóstico y terapéutico de primer orden con una baja morbilidad siempre que la técnica quirúrgica sea meticulosa y tengamos una idea clara de la anatomía del tobillo^(2-4,6,12,14).

BIBLIOGRAFÍA

1. Bassett FH, Gates HS, Billys JB, Morris HB, Nikolaou PK. Talar impingement by the anteroinferior tibiofibular ligament. A cause of chronic pain in the ankle after inversion sprain. *J Bone Joint Surg* 1990; 72-A: 55-59.
2. De Berardino TM, Arciero RA, Taylor DC. Arthroscopic treatment of soft-tissue impingement of the ankle in athletes. *Arthroscopy* 1997; 13: 492-498.
3. Ogilvie-Harris DJ, Gilbert MK, Chorney K. Chronic pain following ankle sprains in athletes: the role of arthroscopic surgery. *Arthroscopy* 1997; 13: 564-574.
4. Akseki D, Pinar H, Bozkurt M, Yaldiz K, Arac S. The distal fascicle of the anterior inferior tibio-fibular ligament as a cause of anterolateral ankle impingement: results of arthroscopic

- resection. *Acta Orthop Scand* 1999; 70: 478-482.
5. Kim SH, Ha KI. Arthroscopic treatment for impingement of the anterolateral soft tissues of the ankle. *J Bone Joint Surg* 2000; 82-B: 1019-1021.
6. Seeber PW, Staschiak VJ. Diagnosis and treatment of ankle pain with the use of arthroscopy. *Clin Podiatr Med Surg* 2002; 19: 509-517.
7. Cerezal L, Abascal F, Canga A, Pereda T, Garcia-Valtuille R, Perez-Carro L, Cruz A. MR imaging of ankle impingement syndromes. *AJR* 2003; 181: 551-559.
8. Jordan LK, Helms CA, Cooperman AE, Speer KP. Magnetic resonance imaging findings in anterolateral impingement of the ankle. *Skeletal Radiol* 2000; 29: 34-39.
9. Umans H. Ankle impingement syndromes. *Semin Musculoskelet Rad* 2002 ; 6: 133-139.
10. Wolin I, Glassman F, Sideman S. Internal derangement of the talofibular component of the ankle. *Surg Gynecol Obstet* 1950; 91: 193-200.
11. Ferkel RD, Karzel RP, DelPizzo W, Friedman MJ, Fisher SP. Arthroscopic treatment of anterolateral impingement of the ankle. *Am J Sports Med* 1991; 19: 440-446.
12. Gastaldi E, Gastaldi P, Vila V. Impingement anterolateral de tobillo. Diagnóstico y tratamiento artroscópico. *Cuader. Artroscopia* 1998; 5: 35-42.
13. Bray TJ, Endicott M, Capra SE. Treatment of open ankle fractures. Immediate internal fixation versus closed immobilization and delayed fixation. *Clin Orthop* 1989; 240: 47-52.
14. Achalandabaso J, Estany E, Puig-Adell R, Golano P. La artroscopia de tobillo. *Cuader. Artroscopia* 2003; 10: 44-51.