

Síndrome de atrapamiento capsular anterior de tobillo

C. Sampedro Curbera, R. Arriaza Loureda, J. A. Muñoz Guzmán, M. del Cerro Gutiérrez

*Servicio de Traumatología y Cirugía Ortopédica
Hospital Santa Teresa. La Coruña.*

Los dolores residuales tras entorsis o fractura de tobillo son frecuentes y últimamente han recibido una gran atención. Los autores presentan 13 casos de dolor postraumático de tobillo tratado artroscópicamente por ser debido a una hipertrofia cápsulo-sinovial. El seguimiento medio fue de 8 meses y en todos los casos se obtuvo una remisión de la sintomatología dolorosa y mejoría subjetiva de la movilidad. Este cuadro que denominamos "síndrome de atrapamiento capsular anterior" responde bien al tratamiento artroscópico y en nuestro centro se ha podido diagnosticar mediante ecografía en los 9 casos en que se utilizó esta técnica.

Palabras clave: Síndrome atrapamiento, artroscopia de tobillo.

Anterior ankle capsular trapping Syndrome. Residual pain after twisting or breaking an ankle is frequent and has lately received increased attention. The authors present 13 cases of postraumatic ankle pain treated arthroscopically since the pain was due to a hypertrophied synovial capsule. The mean follow-up was 8 months and showed remission of the painful symptomatology and subjective improvement in motility in all cases. This pattern which we call "Anterior Ankle Capsular Trapping Syndrome" responds well to arthroscopic treatment and in our centre has been diagnosed by echography in the 9 cases in which this technique was used.

Key words: Trapped Syndrome, arthroscopy ankle.

LA APARICION de dolor residual tras entorsis o fracturas del tobillo es un hallazgo frecuente, que suele aglutinarse bajo el cajón de sastre de "síndrome doloroso postraumático", o "secuela de esguince de tobillo".

El presente trabajo presenta 13 casos de pacientes afectos de dolor residual tras traumatismos, en ocasiones banales³, del tobillo. El dolor en general es de localización anterior, unas veces de predominio externo (lo más frecuente), y otras interno⁴, con el denominador común de presentar un atrapamiento capsular^{3,5}, o mejor dicho, de una cicatriz o hipertrofia

cápsulo-sinovial, que se trató artroscópicamente.

Se trata de una patología que está recibiendo una gran atención últimamente, como lo prueba la aparición de numerosos artículos en revistas especializadas, pero hasta donde nosotros conocemos, esta es la primera publicación en una revista en español.

Material y métodos

Presentamos una serie de 13 pacientes (8 hombres y 5 mujeres), con una edad media de 33,7 años (rango 14-62 años), con diferentes patologías iniciales: 9 roturas parciales del ligamento lateral externo; 3 fracturas bimalleolares de tobillo, y una artrosis postraumática. El tiempo medio de evolución preoperatoria fue de 9,3 meses, después de haber seguido diferentes métodos terapéuticos sin éxito.

Correspondencia:
Dr. Carlos Sampedro Curbera
Servicio de Traumatología y Cirugía Ortopédica
Hospital Santa Teresa.
Peñarredonda, 4. 15008. LA CORUÑA.

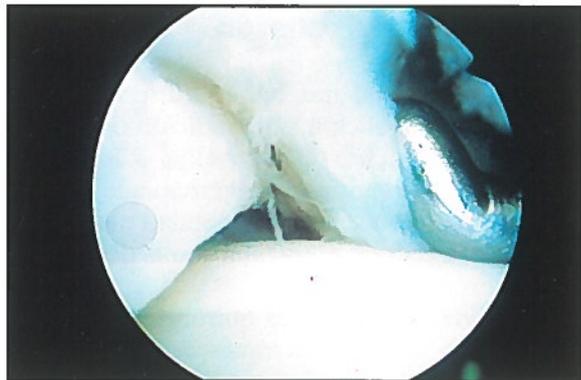


Fig. 1. Formación fibrosa en forma de banda, en compartimento antero-externo del tobillo, interfiriendo con la articulación TPA.

La exploración clínica revelaba dolor en el comportamiento anteroexterno y/o anterointerno, que aumentaba con la carga y la dorsiflexión, con sensación de rigidez y tumefacción persistente tras el ejercicio. Los dos pacientes con secuelas de fracturas y el caso de la artrosis postraumática del tobillo presentaban una limitación en la movilidad, que permanecía dentro del arco funcional, aunque con dolor en los extremos del mismo. La infiltración anestésica de la zona dolorosa aliviaba momentáneamente la sintomatología, y esta fue una de las pruebas diagnósticas utilizadas^{2,3}.

Los estudios complementarios utilizados incluyeron radiografías simples y funcionales en aquellos casos en que se podía sospechar una inestabilidad postraumática del tobillo, que no se confirmó en ningún caso; ecografía en 9 casos; resonancia magnética nuclear en 3 casos, y TAC en un caso.

En los cinco pacientes que no habían sido tratados antes de acudir a nuestra consulta, se llevó a cabo un tratamiento fisioterápico y rehabilitador, asociándole en dos casos una tanda de tres infiltraciones locales de corticoide de depósito, sin obtener un alivio duradero de la sintomatología, por lo que se decidió realizar la intervención quirúrgica por vía artroscópica.

Técnica quirúrgica

Las artroscopias se llevaron a cabo con la metódica habitual en nuestro Centro (paciente en decúbito supino, con un apoyo bajo hueso poplíteo y anestesia epidural), sin tracción esquelética^{1,2,4,5}, excepto en el caso del paciente



Fig. 2. Formación fibrosa "pseudomenisco", localizada en compartimento antero-externo, entre tibia y astrágalo.

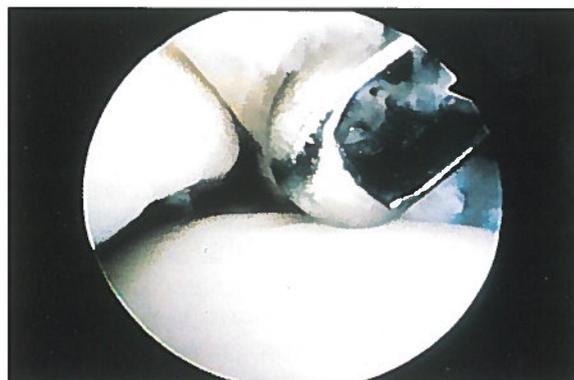


Fig. 3. Sección con "basket" convencional de la banda fibrosa de la figura 1.



Fig. 4. Sección con instrumental motorizado de interposición mamelonada en compartimento antero-externo, a nivel tibio-astragalino.

afecto de la artrosis postraumática del tobillo, en cuyo caso sí empleamos la tracción por medio de un clavo de Steinmann transcalcáneo. Empleamos una óptica de 4 mm y 30°.

La lesión se visualiza como una formación fibrosa, bien en bandas, o con aspecto mamelo-

nado, que se interpone en el recorrido de la articulación tibioastragalina o peroneoastragalina durante el movimiento de flexoextensión, o bien como una banda fibrosa tensa que puede llegar a erosionar el margen anteroexterno de la tibia, al desplazarse durante los movimientos del tobillo^{5,6} (Figuras 1 y 2). Se procedió en todos los casos a la resección del tejido, con instrumental manual y motorizado (Figuras 3 y 4), así como al fresado de los osteofitos marginales en borde anterior de la tibia que se encontraron en 5 de los casos, con fresa motorizada de 4 mm de diámetro.

Se completa el acto quirúrgico dejando un drenaje de Redon y suturando las dos vías de abordaje. El drenaje se retira a las 24 horas habitualmente, iniciando la movilización precoz de la articulación tan pronto como desaparece el efecto de la anestesia. El apoyo se inicia tras retirar el drenaje, con ayuda de uno o dos bastones ingleses, en descarga parcial, según tolere el paciente.

Resultados

En todos los casos se obtuvo la remisión de la sintomatología dolorosa y la sensación de inestabilidad, con una mejoría subjetiva de la movilidad en los pacientes que la tenían limitada previamente. Los puntos fueron retirados a los 10 días de media, momento en el cual todos los pacientes caminaban sin claudicación y sin precisar ayudas externas.

El tiempo medio hasta el alta clínica ha sido de 64 días (rango: 34 y 120 días), sin que exista correlación entre el tipo de patología tratada (atrapamiento capsular simple o lesión ósea asociada) y el tiempo de curación. El seguimiento medio es de 8 meses, sin que existan por el momento recidivas de la patología, y la satisfacción subjetiva es muy buena en todos los pacientes.

Discusión

El dolor residual tras haber sufrido entorsis agudas o de repetición, sin aparición de inestabilidad ligamentaria y la rebeldía a los tratamientos conservadores convencionales, es el denominador común de esta entidad patológica que denominamos aquí "síndrome de atrapamiento capsular anterior"^{5,6}.

La facilidad de la técnica quirúrgica y el buen abordaje de la lesión a través de los portales anteriores, el tiempo de recuperación y los resultados favorables obtenidos hacen de la artroscopia el método de elección para el tratamiento de este síndrome.

En cuanto a los estudios complementarios realizados la TAC no aportó datos significativos en el único caso en que se realizó; en los 3 casos en que se realizó RMN el estudio fue negativo^{1,2,3}, en uno de ellos en quien solo se apreciaba la alteración del fascículo peroneo astragalino anterior (los 3 casos eran secuelas de roturas parciales del ligamento lateral externo del tobillo). En los otros 2 casos se informó de probable atrapamiento capsular anterior. Hay que tener en cuenta, que a pesar de la amplia experiencia de nuestra radióloga en patología osteoarticular, los estudios fueron realizados en un aparato con un campo magnético de 0,5 tesla, incapaz de realizar cortes suficientemente finos. Probablemente un aparato con campo magnético de 1,5 tesla permita definir correctamente en todos los casos la lesión.

En 9 casos, se realizó una ecografía preoperatoria del tobillo, que en todos los casos permitió visualizar un tejido fibroso, hiperecogénico, adyacente a la superficie articular en la zona dolorosa, y que no existía en los tobillos contralaterales. Debido a su alta fiabilidad y su bajo coste económico, hemos optado por este tipo de estudio como el de elección en los pacientes en los que sospechamos esta patología.

BIBLIOGRAFIA

1. Arthroscopy treatment of synovial impingement of the ankle. R.J. Meislin, D.J. Rose, J.S. Parisien, S. Springer. American Journal of Sport Medicine. 1993, vol 21, p 186-189.
2. Arthroscopy treatment of anterolateral impingement of the ankle. R.D. Ferkel, R.P. Karzel, W. Del Pizzo, M.J. Friedman. American Journal of Sport Medicine. 1991, vol 19, p 440-446.
3. Meniscoid lesion of the ankle. J. W. Stone, J.F. Guhl. Clinics in Sport Medicine. 1991, vol 10, p 661-676.
4. Arthroscopy treatment of sports-related synovitis of the ankle. A.R. Thein, M. Eichenblat. American Journal of Sport Medicine. 1992, vol 20, p 496-498.
5. Anterior impingement of the ankle treated by arthroscopic removal of bony-spurs. D.J. Ogilvie-Harris, M. Mahomed, A. Demaziere. JBJS British vol, 1993, vol 75-B. p 437-440.
6. Ankle Arthroscopy. Pathology and surgical techniques. James F. Guhl. (1988).