

## ARTROSCOPIA DE TOBILLO. TÉCNICA BÁSICA

SERVICIO DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA.

UNIDAD DE ARTROSCOPIA. HOSPITAL «SAGRAT COR», BARCELONA

C. JUSTRIBÓ BERLANGA

### RESUMEN

*Siendo la artroscopia de tobillo una técnica útil para el tratamiento de casi toda la patología de la articulación tibioastragalina, se explica su técnica, ventajas, inconvenientes y sus contraindicaciones.*

*Los portales básicos son 3: el Antero interno.  
Antero externo.  
Postero externo.*

*Se explica cómo realizarlos, sus relaciones anatómicas y los peligros de lesión al efectuarlos.*

*Se describe asimismo la colocación del paciente y el instrumental usado.*

**Palabras clave:** Artroscopia, tobillo, portales.

### SUMMARY

*Being ankle arthroscopy an useful technique for almost all the ankle joint pathology treatment, its technique is explained as well as advantages, disadvantages, and contra indications.*

*The basic portals are: Anteromedial.  
Anterolateral.  
Posterolateral.*

*It is explained how to do them, their anatomical relationship and the risk of lesion in the realization.*

*It is also described the patient position, and the used instrumental.*

**Key words:** Arthroscopy, ankle, portals.

La artroscopia de tobillo es una técnica útil en el tratamiento de casi toda la patología de la articulación tibio-astragalina, dependiendo tan solo de la habilidad del cirujano artroscópico, y permitiendo tratar desde un síndrome de atrapamiento capsular anterior de tobillo a una grave lesión que requiera artrodesis tibio-astragalina.

Permite visualizar y tratar lesiones intra-articulares evitando la artrotomía o la osteotomía maleolar.

Tiene como ventajas, con respecto a la cirugía abierta: menor dolor, menor estancia hospitalaria, más rápida rehabilitación y retorno a las actividades laborales o deportivas, y ventajas estéticas.

### COLOCACIÓN DEL PACIENTE (Fig. 1)

La realizamos, de forma sistemática, con el paciente en decúbito supino y con la extremidad a



Fig. 1. Colocación del paciente.

operar, colgando. Empleamos manguito de isquemia en la raíz del muslo y soporte-fijación en 1/3 medio del muslo.

Usamos distracción articular por medio de clavo de Steinmann transcalcáneo, un estribo y pesas.

### MATERIAL EMPLEADO (Fig. 2)

Empleamos el material convencional de artroscopia de rodilla:

- Óptica de 4,5 mm y 30°.
- Material manual convencional.
- Material motorizado convencional (terminales pequeños).

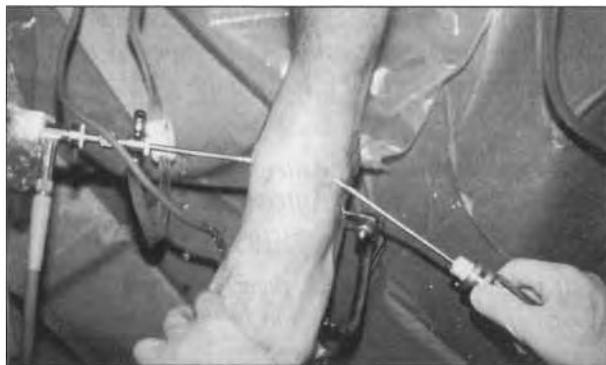


Fig. 2. Vista del campo operatorio en la que se aprecia parte del material empleado.

### PUERTAS DE ENTRADA

Es importante conocer la anatomía extra-articular del tobillo para evitar lesiones de las estructuras nobles del mismo.

Al llevar a cabo los portales debe recordarse que: el maléolo peroneal es 2 cm. más distal y posterior que el tibial, que la interlínea articular anterior está situada 2 cm. por encima de la punta del maléolo tibial, y que el margen posterior del pilón tibial es 1/2 cm. más distal que el anterior.

Antes de empezar, es útil pintar con un rotulador las relaciones anatómicas de las puertas de entrada.

Existen tres puertas de entrada clásicas: dos en la región anterior y otra en la región posterior.

#### Antero-externa (Fig. 3):

Es la primera que realizamos, incidiendo con punta de bisturí y disecando minuciosamente con la punta de un mosquito. La incisión será vertical



Fig. 3. Puertas de entrada externas.

para todos los portales. Por ella introducimos la óptica.

Se lleva a cabo lateral a los tendones extensores y peroneo anterior, e interna al maléolo peroneal. Se realiza a nivel de la interlínea articular. Hay que tener cuidado con el nervio peroneal superficial.

#### Antero-interna (Fig. 4):

Es la segunda que realizamos y lo hacemos buscando el punto ideal, observando mediante el artroscopio una aguja intramuscular que atraviesa la piel en el punto deseado. Por ella introducimos el material de trabajo tanto manual como motorizado, aunque estas dos puertas pueden intercambiarse.

Se encuentra medial al tendón tibial anterior y externa a la vena y nervios safenos. Está situada 5 mm. por debajo de la interlínea articular. Deben cuidarse el nervio y la vena safena interna.

#### Puertas accesorias:

Existen los portales accesorios anteromedial y anterolateral, que se realizan 1,5 cm. distalmente a sus respectivos portales. Pueden ser útiles para trabajar desde ellos.



Fig. 4. Puerta de entrada interna.

#### **Postero-externa (Fig. 3):**

Puede ser necesaria para lesiones situadas en el compartimento posterior o para aportar mayor flujo.

Se localiza externa al tendón de Aquiles e interna y posterior a los tendones peroneos. Se penetra rozando el Aquiles para evitar la lesión del nervio sural.

#### **INCONVENIENTES DE LA ARTROSCOPIA DE TOBILLO**

Tiene los mismos que la cirugía abierta y, dependiendo principalmente de la habilidad del cirujano, podemos distinguir:

- Afectación neuro-vascular.
- Rotura de instrumentos dentro de la articulación.
- Lesión condral yatrogénica.

#### **CONTRAINDICACIONES DE LA ARTROSCOPIA DE TOBILLO**

Absolutas: Infección superficial, profunda, o artrosis severa con desaparición de interlínea.

Relativas: Tobillo cerrado con disminución de la movilidad.

#### **BIBLIOGRAFÍA**

- (1) GUHL, JF. *Portals an Techniques-meehanjcal distraction*. In: Guhl, IF, ed. *Ankle Arthroscopy-Patology and surgical Technique*. Thorofare, NJ. Slack, 49-62, 1987.
- (2) GUHL, JE *Arthroscopie advances: new Techniques for arthroscopic surgery of the ankle*. *Orthopedics*, 9:261-269, 1986.
- (3) MC GUINTY. «Operative Arthroscopy».