

# LA CIRUGÍA ARTROSCÓPICA EN EL DOLOR CRÓNICO TRAS ESGUINCE DE TOBILLO

CLÍNICA USP LA ESPERANZA. VITORIA-GASTEIZ. ÁLAVA

M. SÁNCHEZ ÁLVAREZ

---

## RESUMEN

*El dolor residual persistente del tobillo es frecuente tras un «simple esguince» que no ha tenido un tratamiento inicial adecuado.*

*En muchas ocasiones la presencia de una sinovial hipertrófica es la responsable de este dolor, y esta situación se perpetua en los cada vez mejor conocidos síndromes de atrapamiento antero-externos del tobillo («impingement» por lesión meniscoide).*

*En este artículo se comentan las cuatro variedades de síndrome de atrapamiento (anterior, antero-externo, antero-interno y posterior), así como las indicaciones y la técnica artroscópica que actualmente utilizamos.*

*Habitualmente realizamos una toilette articular, extirpando la sinovial hipertrófica, lesiones meniscoideas, y reparando el cartilago afecto.*

*Por último se hace una breve mención a la patología tumoral como posible causa de dolor crónico de tobillo tras un esguince que no evoluciona de la manera esperada, así como de las posibilidades artroscópicas de tratamiento.*

**Palabras clave:** *Esguince de tobillo, dolor crónico, artroscopia.*

## SUMMARY

*Chronic pain following «trivial ankle sprains» is usual, even more if initial treatment has not been adequate. Frequently, pain is caused by a hypertrophic synovium, that remains in the each time better known antero-lateral soft-tissue impingement syndroms (meniscoid-type lesions).*

*In the present article, we present the different types of impingement (anterior, antero-lateral, antero-medial, and posterior) and the indications and arthroscopic intervention we carry out. Ankle arthroscopy with resection of impingement hypertrophic synovium or fibrous bands and cartilage repair is what we usually make.*

*At the end a brief note of tumoral pathology remembers another possible etiology of the chronic pain after ankle sprain, and the arthroscopic treatment possibilities.*

**Key words:** *Ankle sprain, chronic pain, arthroscopy.*

## INTRODUCCIÓN

El dolor persistente residual del tobillo puede presentarse con cierta frecuencia tras un esguince de L.L.E. (5, 21), así pues no deberíamos hablar de un «simple esguince de tobillo». Este dolor crónico puede deberse a un deficiente tratamiento inicial del esguince (26). En efecto, una rehabilitación inadecuada puede cronificar una inflamación provocando una respuesta simpática anormal. El teji-

do cicatricial resultante se acompaña de una sinovitis focal que puede pellizcarse entre el astrágalo y el maleolo externo responsable del dolor (16).

## DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Ante un dolor persistente del tobillo tras un esguince debemos pensar en los siguientes diagnósticos diferenciales (7):

- Algodistrofia (enfermedad de Südeck).
- Sinovitis inflamatorias.
- Osteocondritis disecante.
- Fracturas no diagnosticadas (quinto metatarsiano, cuboides, etc.).
- Patología tumoral.
- Dolor de origen mecánico.

### DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DEL DOLOR DE ORIGEN MECÁNICO TRAS ESGUINCE DE TOBILLO

El dolor de origen mecánico tras un esguince crónico de tobillo puede deberse a los siguientes cuadros patológicos:

- Inestabilidad por insuficiencia del L.L.E.
- Inestabilidad a nivel de sindesmosis tibio-peronea distal.
- Lesiones osteocondrales.
- Síndromes de atrapamiento («impingement» por lesión meniscoide).
- Síndrome del seno del tarso.

### SÍNDROMES DE ATRAPAMIENTO ANTERO-EXTERNO DE TOBILLO

(«impingement» por lesión meniscoide) (3, 13)

Se trata de una lesión que se ve con cierta frecuencia tras un esguince de tobillo. Se presenta en el 1,2% de los esguinces agudos de tobillo.

Suele provocarse por un tejido sinovial hipertrófico. En otros casos puede ser debido a una hipertrofia del fascículo inferior del ligamento tibio-peroneo distal anterior que roza con el cartílago del astrágalo, produciéndose una condropatía focal (1).

Podemos ver cuatro variedades diferentes de este síndrome de atrapamiento:

- Anterior.
- Antero-externo.
- Antero-interno.
- Posterior.

«IMPINGEMENT ANTERIOR»: Se debe a una ostetofitosis tibio-astragalina que impacta en los movimientos de flexión dorsal del tobillo (12). Se ve con cierta frecuencia en el mundo deportivo. El diagnóstico es fundamentalmente radiológico (9, 22), apreciándose los osteofitos en la proyección lateral del tobillo. Asimismo, dicho dolor anterior, desaparecerá con una infiltración anestésico-local en la cámara anterior del tobillo.

«IMPINGEMENT ANTERO-EXTERNO»: Representa el 96% de todos los síndromes de atrapamiento del tobillo. El diagnóstico es fundamentalmente clínico localizando el dolor por debajo del ligamento tibio-peroneo distal, el dolor aumenta en flexión plantar (11). La radiología simple no aporta ningún dato de interés.

La primera publicación de este síndrome data de 1950 (25) en la que se describió una hipertrofia de tejido cicatricial que parte del ligamento tibio-astragalino anterior, en algún caso puede deberse también al fascículo más inferior del ligamento tibio-peroneo distal (2).

«IMPINGEMENT ANTERO-INTERNO»: Se trata de una patología rara y se debe a una lesión meniscoide interna formada a partir de un tejido cicatricial tras una rotura del ligamento deltoideo.

«IMPINGEMENT POSTERIOR»: Suele presentarse en combinación con lesiones anteriores descritas, aunque rara vez puede presentarse aislada.

Se debe a una sinovial hipertrófica que se produce a partir del ligamento tibio-peroneo distal posterior (10).

### INDICACIONES Y TÉCNICA DE LA ARTROSCOPIA EN EL SÍNDROME DE ATRAPAMIENTO DEL TOBILLO

Se utilizan los abordajes artroscópicos habituales anteriores. Utilizamos sólo la distracción articular en caso de localización posterior de la lesión meniscoide. Si precisamos la distracción, la realizamos con un fijador externo tipo LC. Utilizamos el instrumental óptico y motorizado habitualmente empleado en la artroscopia de rodilla, precisando sólo en contadas ocasiones una óptica de diámetro inferior.

La técnica artroscópica consiste en realizar una toilette articular con extirpación de la sinovial hipertrófica (23), extirpación de las lesiones meniscoides cicatriciales, extirpación del cartílago patológico y espongiolización de las lesiones osteocondrales en espejo si es que las hubiera (4, 6, 19).

Desde hace año y medio nos ha servido de gran ayuda la utilización del Laser Holmium Yag para la inestabilidad lateral por insuficiencia del L.L.E.

En 1983 (8) se describió la primera técnica artroscópica utilizando una grapa similar a las utili-

zadas para la cirugía de la lesión de Bankart del hombro. Posteriormente en los años 90 se han ido desarrollando nuevas técnicas (14, 15, 17) con nuevos anclajes artroscópicos que tienen como finalidad la reparación del ligamento peroneo-astragalino anterior. Para esta técnica se necesitan cuatro abordajes artroscópicos. Comenzamos por una lim-

pieza y fresado de la zona elegida en la cara lateral del astrágalo donde anclaremos el ligamento peroneo-astragalino anterior. Seguidamente se colocan uno o dos anclajes artroscópicos fijando sobre ellos los hilos que suturan el ligamento lesionado.

### PATOLOGÍA TUMORAL

Finalmente no hay que olvidar la posibilidad de una patología tumoral ante un dolor crónico de tobillo tras un esguince que no evoluciona de la forma esperada (18). La sospecha se da por la sintomatología clínica ante la presencia de un dolor de incremento nocturno que cede con aspirina. Hay que pensar en la existencia de un osteoma-osteoides que puede localizarse a nivel de astrágalo, calcáneo o a nivel de la tibia (20, 24).

El diagnóstico se confirmará mediante radiología, escaner y gammagrafía ósea. Hay que tener en cuenta que la localización de dicho osteo-

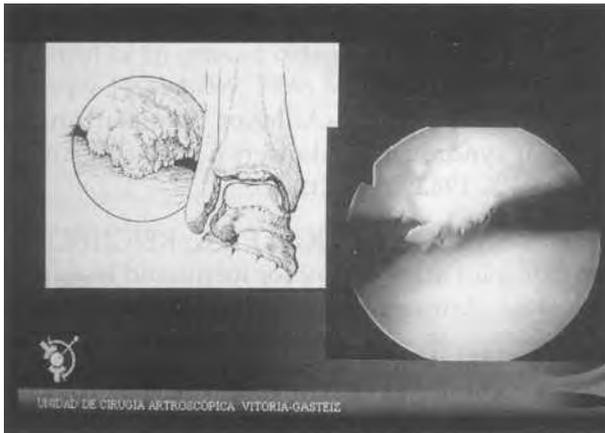


Fig. 1. Hipertrofia sinovial por Sdr. Impingement anterior.



Fig. 2. Lesión meniscoide.

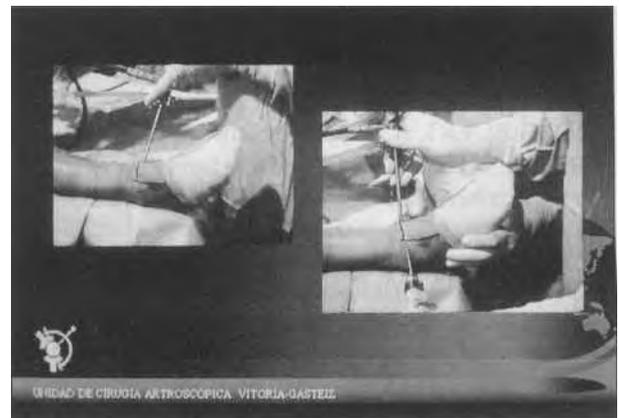


Fig. 4. Vias de abordaje.

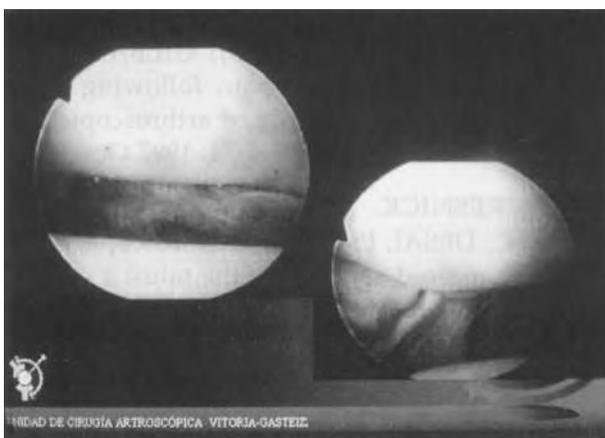


Fig. 3. Tratamiento artroscópico con Laser Holmium Yag.

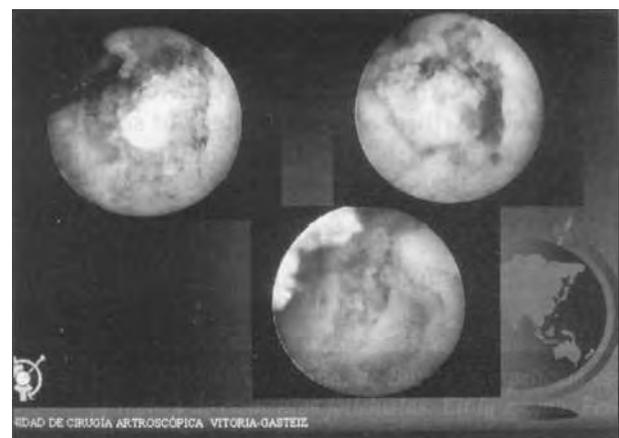


Fig. 5. Colocación del paciente, con tracción.

ma puede situarse a distancia de la articulación presentando un dolor irradiado por la membrana interósea hacia la sindesmosis tibio-peronea distal por lo que puede confundir el cuadro, ya que no se verá en la radiología estandar de tobillo.

El papel de la artroscopia en esta patología es limitado ya que sólo podremos utilizarla si el osteoma-osteoides se encuentra en una localización accesible a dicha técnica quirúrgica como puede ser a nivel del cuerpo o cuello del astrágalo.

## BIBLIOGRAFÍA

- (1) 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* 70(5): 478-82, 1999 Oct.
- (2) BASETT, FH; GATES, HS; BILLYS, JB, et al: «Talar impingement by the anteroinferior tibiofibular ligament. A cause of chronic pain in the ankle after inversion sprain». *J Bone J Surg*, 72A:55, 1990.
- (3) BIEDERT, R. «Anterior ankle pain in sports medicine: etiology and indications for arthroscopy». *Archives of Orthopaedic and Trauma Surgery*. 110(6): 293-7, 1991.
- (4) BONNIN, M; BOUYSSSET, M. «Arthroscopy of the ankle: analysis of results and indications on a serie of 75 cases». *Foot and Ankle International*. 20(11): 744-51.
- (5) BROOKS, SC; POTTER, BT; RAINEY, JB. «Treatment for partial tears of the lateral ligament of the ankle: a prospective trial». *Br Med j Clin Research Ed*. 282 (6264): 606-7, 1981 Feb 21.
- (6) DEBERARDINO, TM; ARCIERO, RA; TAYLOR, DC. «Arthroscopic treatment of soft-tissue impingement of the ankle in athletes». *Arthroscopy* 13(4): 492-8, 1997 Aug.
- (7) FERKEL, RD. «The foot and the ankle: arthroscopic surgery». Chapter 7. Ed Lippincott-Raven 1996.
- (8) FERKEL, RD; KARZEL, RP; DEL PIZZO, W, et al.: «Arthroscopic treatment of anterolateral impingement of the ankle». *Am J Sports Med*, 19:440, 1991.
- (9) FERKEL, RD; FLANNIGAN, D; ELKINS, B. «MRI of the foot and ankle: normal anatomy with clinical correlation». *Foot Ankle*, 11:289, 1991.
- (10) HAMILTON, WG. «Foot and ankle injuries in dancers». *Clin Sports Med*, 7:160, 1988.
- (11) KAPANDJI, IA. «The physiology of the joints». Edinburg: Churchill Livingstone, 164, 1987.
- (12) KLEIGER, B. «Anterior tibiotalar impingement syndromes in dancers». *Foot and Ankle*. 3(2):69-73, 1982 Sep-Oct.
- (13) LAHM, A; ERGGELET, C; REICHEL, A. «Ankle joint arthroscopy for meniscoid lesions in athletes». *Arthroscopy* 14 (6):572-5, 1998 Sep.
- (14) LIU, SH; RASKIN, BS; OSTI, L, et al. «Arthroscopic treatment of anterolateral ankle impingement». *Arthroscopy*, 10:215, 1994.
- (15) MARTIN, DF; BAKER, CL; CURL, WW, et al.: «Operative ankle arthroscopy: long-term follow-up». *Am J Sports Med*, 17:16, 1989.
- (16) MC CARROLL, JR; SCHRADER, JW; SHELBOURNE, KD; RETTIG, AC; BISESI, MA. «Meniscoid lesions of the ankle in soccer players». *Am J Sports Med* 15(3):255-7, 1987 May-Jun.
- (17) MEISLIN, RJ; ROSE, DJ; PARISENIEN, S; SPRINGER, S. «Arthroscopic treatment of synovial impingement of the ankle». *Am J Sports Med.*, 21:186, 1993.
- (18) MONROE, MT; MANOLI, A, 2nd. «Osteoid osteoma of the lateral talar process presenting as a chronic sprained ankle». *Foot and Ankle International*. 20 (7):461-3, 1999 Jul.
- (19) OGILVIE-HARRIS, DJ; GILBART, MK; CHORNEY, K. «Chronic pain following ankle sprains in athletes: the role of arthroscopic surgery». *Arthroscopy* 13(5):564-74, 1997 Oct.
- (20) RESNICK, RB; JAROLEM, KL; SHESKIER, SC; DESAI, P; CISAJ. «Arthroscopic removal of an osteoid osteoma of the talus: a case report». *Foot and Ankle International* 16(4):212-5, 1995 Apr.
- (21) SMITH, RW; REISCHL, SF. «Treatment of ankle sprains in young athletes». *Am J Sports Med*. 14(6):465-71, 1986 Nov-Dec.

(22) SOLOMON, MA; GILULA, LA; OLOFF, LM; OLOFF, J; COMPTON, T. «CT scanning of the foot and the ankle: 1. Normal anatomy». AJR 146(6):1192-203, 1986 Jun.

(23) THEIN, R; EICHNBLAT, M. «Arthroscopic treatment of sports-related synovitis of the ankle». AM J Sports Med. 20(5):496-8, 1992 Sep-Oct.

(24) TUZUNER, S; AYDIN, AT. «Arthroscopic removal of an osteoid osteoma at the talar». Arthroscopy 14(4):405-9, 1998 May-Jun.

(25) WOLIN, I; GLASSMAN, F; SIDEMAN, S. «Internal derangement of the talofibular component of the ankle». Surg. Gynecol Obstet, 91:193, 1950.

(26) YEUNG, MS; CHAN, KM; SO, CH; YUAN, WY. «An epidemiological survey on ankle sprain». Br J Sports Med. 28(2):112-6, 1994 Jun.