

El tobillo del deportista

Y. Guillodo

En el contexto de un traumatismo del cuello del pie en deportistas, se suelen plantear dos problemas: ante un traumatismo reciente, hay que determinar si existe o no una afectación ligamentaria (esguince de tobillo) y, en caso afirmativo, se debe precisar su localización, tras lo que hay que evaluar la gravedad; en los traumatismos antiguos, hay que realizar el estudio etiológico de un tobillo crónico doloroso y/o inestable. Debido a su frecuencia y su coste, el esguince de tobillo constituye un auténtico problema de salud pública. Es el motivo de consulta más frecuente en traumatología deportiva. A pesar de todo, hay que saber descartar las otras lesiones ligamentarias (esguince de otra articulación: tibioperonea, subastragalina), así como las afectaciones tendinosas y óseas. Los criterios de Ottawa son una ayuda inestimable para descartar una fractura con una especificidad cercana al 100%. Su aplicación permite ahorrar tiempo, dinero y exposición a la radiación, sin reducir la precisión del diagnóstico de esguince. La clasificación clínica de estos esguinces (benigno, moderado, grave) es muy difícil, por lo que el tratamiento no está bien sistematizado. El esguince grave de tobillo se define por la ruptura del ligamento astragaloperoneo anterior: la ecografía es la prueba de elección para confirmar esta lesión. El tratamiento funcional, que consta de una inmovilización relativa (preferentemente con el uso de una férula semirrígida) y rehabilitación, es el más prescrito en la actualidad en países como Francia. Respecto al tobillo crónico, el esguince lateral de la articulación del tobillo deja en ocasiones secuelas, consistentes sobre todo en inestabilidades crónicas, dolor y limitaciones articulares. Estas secuelas son muy invalidantes para la práctica deportiva. El tobillo crónico se debe casi siempre a un fracaso del tratamiento inicial de un esguince agudo. Si no se repara el aparato ligamentario, persiste una laxitud, que da lugar a nuevos esguinces; esta laxitud se refleja clínicamente por el signo del cajón anterior. Además de esta secuela ligamentaria, habrá que buscar, entre otras alteraciones, lesiones condrales u osteocondrales del astrágalo, que son siempre dolorosas. La artrotomografía computarizada (artro-TC) es la mejor prueba de imagen en estas secuelas de los esguinces.

© 2012 Elsevier Masson SAS. Todos los derechos reservados.

Palabras clave: Esguince de tobillo; Traumatismo del cuello del pie; Ecografía; Tobillo doloroso crónico; Deporte

Plan

| | |
|---|---|
| ■ Introducción | 1 |
| ■ Traumatismo reciente del cuello del pie: esguince de tobillo | 1 |
| Mecanismo de la lesión ligamentaria | 2 |
| Clínica | 2 |
| Papel de las pruebas de imagen | 3 |
| Tratamiento | 3 |
| ■ Traumatismo antiguo: tobillo crónico | 3 |
| Inestabilidad como secuela | 3 |
| Otras secuelas o lesiones asociadas | 4 |
| ■ Conclusión | 4 |

■ Introducción

En el contexto de un traumatismo del cuello del pie en deportistas, se suelen plantear dos problemas:

- ante un traumatismo reciente, hay que determinar si existe o no una afectación ligamentaria y, en caso afirmativo, se debe precisar su localización, tras lo que hay que evaluar la gravedad;
- en los traumatismos antiguos, hay que realizar el estudio etiológico de un tobillo crónico doloroso y/o inestable.

■ Traumatismo reciente del cuello del pie: esguince de tobillo

Aunque el esguince de tobillo tiene una incidencia diaria estimada en 1/10.000^[1], para muchos médicos sigue siendo un accidente banal, lo que explica que su tratamiento inicial sea a veces mejorable, así como las secuelas, cuya frecuencia varía del 5% al 40% según los estudios^[2,3].

Este fracaso, todavía frecuente, es muy perjudicial en los deportistas y se debe a tres errores principales:

- la lesión inicial no era articular, sino ósea (fractura maleolar, astragalina, navicular o de la base del 5.º metatarsiano) o una lesión tendinosa (ruptura del tendón de Aquiles, luxación de los tendones peroneos);
- se trataba de una lesión ligamentaria, pero de otra articulación distinta a la del tobillo. Se pueden observar otras alteraciones capsuloligamentarias a nivel de las articulaciones tibioperonea, subastragalina y mediotarsiana. Esto es especialmente cierto para los traumatismos deportivos;
- la lesión era un esguince clásico y frecuente del tobillo pero no se realizó un estudio de gravedad, al considerar que este traumatismo es benigno, pero existía una lesión de uno o de los dos fascículos del ligamento colateral lateral.

Para evitar estos errores y orientar las pruebas de imagen, siempre debe realizarse una búsqueda del mecanismo traumático (que es fundamental en traumatología deportiva) y una exploración física.

Mecanismo de la lesión ligamentaria

Reseña anatómica

La trocleartrosis del tobillo es muy congruente gracias al ligamento colateral lateral (LCL) con sus tres fascículos (astragaloperoneos anterior y posterior, así como calcaneoperoneo) y al ligamento colateral medial (un plano profundo y uno superficial), pero también gracias a los músculos periarticulares.

La sindesmosis tibioperonea distal, unida por los ligamentos tibioperoneos inferiores anterior y posterior y por el ligamento interóseo, está en tensión (separación de los maléolos) durante los movimientos de flexión plantar del pie.

Mecanismo de un esguince clásico de la articulación del tobillo

Es un movimiento en inversión forzada (varo, equino, aducción). La tensión excesiva del LCL puede causar su lesión, en primer lugar con afectación del ligamento astragaloperoneo anterior (LAPA). Si el mecanismo es más violento, también se puede romper el ligamento calcaneoperoneo (LCP) e incluso el ligamento astragaloperoneo posterior (muy infrecuente).

El astrágalo, al perder el efecto de freno del LCL, puede percutir sobre el maléolo medial y causar lesiones condrales u osteocondrales a dicho nivel.

No obstante, este mecanismo en inversión puede lesionar también la articulación suprayacente (tibioperonea inferior) y/o también la subyacente (subastragalina, ligamento interóseo) e incluso la articulación calcaneocuboidea. Estas localizaciones sobreañadidas son más frecuentes en la práctica deportiva.

Otros mecanismos^[4]

El mecanismo forzado en rotación lateral del pie causa esguinces aislados de la articulación tibioperonea (tenis, esquí, fútbol).

El mecanismo en flexión plantar forzada lesiona la cápsula anterior de la articulación tibiotarsiana y, en ocasiones, la encrucijada posterior (fútbol, gimnasia, danza).

El mecanismo en eversión forzada causa en pocas ocasiones una lesión aislada del ligamento colateral medial (la asociación con una fractura del maléolo peroneo es más habitual).

Clínica

Se deben descartar los diagnósticos diferenciales y realizar el diagnóstico de gravedad del esguince.

Anamnesis

- Consta de:
- edad: en menores de 12 años, el esguince de tobillo es infrecuente y es más habitual un despegamiento epifisario. En mayores de 55 años, la fragilidad ósea es mayor y la semiología es menos típica;

- objetivos deportivos del paciente y su estatus sociolaboral: el diagnóstico de gravedad de un esguince del tobillo en un profesor de educación física o en un deportista de alto nivel debe ser aún más preciso;
- mecanismo de la lesión (cf supra);
- antecedentes de este tobillo: un nuevo esguince en un tobillo inestable crónico no es el mismo problema que un esguince inicial;
- existencia de chasquido, que hace sospechar una lesión ligamentaria o una fractura;
- dolor inicial superior a 6 (en una escala de evaluación del dolor de 0 a 10);
- «el huevo de paloma»: aparición rápida, durante el traumatismo, de una tumefacción premaleolar lateral que refleja la ruptura de la arteriola del LAPA, proveniente de la arteria peronea anterior. Este hematoma es fugaz, porque se difunde enseguida y provoca una tumefacción global del tobillo.

Exploración física

Conviene buscar un hematoma que haga sospechar una lesión ligamentaria u ósea.

Hay que palpar el tobillo (paciente sentado, con las piernas colgando del borde de la cama): para buscar un dolor localizado en los trayectos ligamentarios y respetar las reglas de Ottawa^[5], que son una buena forma de guiar la palpación ósea.

“ Punto importante

Las reglas de Ottawa fueron propuestas en 1992 por Stiell^[5] y tienen como finalidad mejorar la exploración física ante un traumatismo del tobillo y sospechar una fractura con una sensibilidad cercana al 100%, pero con una especificidad mediocre. Su aplicación permite reducir el número de pruebas radiológicas un 20-50%.

La radiografía no está justificada si se cumplen todos los criterios siguientes:

- paciente mayor de 18 años o menor de 55 años;
- capaz de dar cuatro pasos;
- palpación no dolorosa (escafoides, base del 5.º metatarsiano, 6 cm en el borde posterior de los dos maléolos).

La búsqueda de laxitud (y, por tanto, de una insuficiencia ligamentaria) es fundamental, pero es difícil a nivel del tobillo. La búsqueda de laxitud en el plano sagital es sin duda la mejor prueba: se trata del *cajón anterior*. El esguince grave se define por la ruptura en primer lugar del LAPA. El cajón anterior indica clínicamente esta ruptura ligamentaria y, por consiguiente, la gravedad del esguince^[6]. No obstante, se debe constatar que no existe un equivalente clínico de la rodilla, es decir, una auténtica prueba de «Lachman del tobillo». La realización del cajón anterior se ha puesto en entredicho^[7] y su reproducibilidad es complicada^[8]. El cajón anterior se explora con el paciente en decúbito supino y el tercio distal de la pierna sobresaliendo de la mesa; la mano que sujeta el talón realiza una acción ascendente y la que mantiene el eje de la pierna efectúa la acción inversa (siempre hay que evaluar ambos tobillos).

Las pruebas que buscan la laxitud en el plano frontal son menos fáciles y menos reproducibles (bostezo en varo, choque astragalino).

En esta fase de la exploración hay que:

- saber si es útil o no solicitar radiografías (siguiendo los criterios de Ottawa);
- realizar la prescripción terapéutica inicial en función de los signos de gravedad: protocolo RICE (acrónimo inglés de descanso (*rest*), hielo (*ice*), compresión, elevación, con o sin descarga (muletas), con o sin analgésicos y con o sin inmovilización. Se pueden plantear dos actitudes:

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3465494>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3465494>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)