

TORSIÓN DE TOBILLO

Las lesiones que afectan a la articulación del tobillo causan la destrucción, no sólo de la arquitectura ósea sino a menudo de los ligamentos y tejidos blandos.

Anatomía fundamental

En la cara medial del tobillo está el **ligamento deltoideo**, fuerte, plano y triangular que tiene 5 componentes. El componente fundamental es la porción profunda del mismo, que se inserta en la cara inferior del maléolo medial y en el astrágalo.

Los 3 ligamentos que estabilizan la cara lateral del tobillo son:

- a) **Ligamento peroneoastragalino anterior:** desde el borde anterior del maléolo externo al cuello del astrágalo.
- b) **Ligamento peroneocalcáneo:** Desde la punta del maléolo externo a la cara lateral del Calcáneo

c) **Ligamento Peroneoastragalino posterior:** Dede la fosa digital del peroné al tubérculo lateral posterior del astrágalo.

La tibia se une al peroné por los ligamentos tibioperoneos inferiores anterior y posterior, el transversal inferior y fundamentalmente por el ligamento interóseo que se une a las 2 superficies ásperas contiguas de tibia y peroné.

Esguince de Tobillo

Tipo I: Lesiones menores de los ligamentos

Tipo II: Lesiones incompletas de los ligamentos

Tipo III: Rotura completa del ligamento/os

La eversión y abducción del pie puede producir la rotura del ligamento deltoideo, mientras que la tensión en inversión puede causar una disrupción de los ligamentos laterales.

Diagnóstico

Muchas veces la lesión es de tal gravedad que no hay ninguna duda de la rotura de los ligamentos, sin embargo en la mayoría de las ocasiones la inestabilidad no es aparente en un tobillo que está hinchado y defendido por el dolor.

La exploración clínica debería incluir la palpación de los puntos óseos que nos orientarían hacia una posible fractura asociada, como deben ser al menos la palpación del maléolo externo, maléolo interno, base del 5º metatarsiano y el peroné proximal, de tal forma que si la deformidad o tumefacción no es importante tras la torsión del tobillo y no hay puntos óseos dolorosos, la exploración radiográfica no estaría indicada; por otro lado si la deformidad es importante o hay puntos óseos dolorosos a la palpación que nos hicieran sospechar una fractura asociada no evidente en las proyecciones radiográficas habituales (AP y Lat), estaríamos obligados a ampliar el estudio radiográfico con nuevas proyecciones (oblicuas por ejemplo).

La primera valoración debería descartar el criterio quirúrgico de la lesión del tobillo, como pudiera ser la rotura completa de los ligamentos (medial o laterales), siendo fundamentales las pruebas de eversión e inversión forzadas.

Cuando el ligamento deltoideo presenta una rotura completa con rotura de la sindesmosis o asociada a fractura del maléolo externo, el astrágalo se desplazará lateralmente con la tensión en eversión, manifestando además a menudo una sensibilidad anormal al tacto con tumefacción equimosis e incluso un defecto palpable.

Cuando los ligamentos laterales están totalmente rotos, el astrágalo se inclinará con una tensión en inversión.

Lo que puede parecer una lesión exclusivamente ligamentosa en el tobillo con un desplazamiento del astrágalo puede incluir una fractura en la región proximal del peroné. (Maisonneuve)

Tratamiento

La mayoría de los esguinces tipo I y II se pueden tratar mediante inmovilización, permitiéndose así que los ligamentos distendidos y debilitados tengan una longitud y una alineación anatómica

razonable durante el proceso de reparación y aliviándose además de forma rápida el dolor y reduciendo incluso la tumefacción. Algunos autores prefieren una movilización temprana que una inmovilización (Freeman), pero no es nuestro criterio.

El posible tratamiento quirúrgico vendría con las avulsiones óseas grandes, así como las lesiones graves recidivantes que nos indicarían una lesión grave de la articulación, siendo el objetivo del tratamiento el prevenir una inestabilidad crónica del tobillo.

Ante la presencia de una fractura asociada al esguince de tobillo, se debería remitir al especialista y ser él mismo el que establezca la indicación quirúrgica o no.

No se debe olvidar igualmente que todo tobillo inmovilizado, ya sea por vendaje o escayola principalmente va a sufrir un estasis venoso asociado que incrementa el riesgo de flebitis y procesos trombo-embólicos siendo deseable la profilaxis de éste con heparinas de bajo peso molecular.

Fracturas de Tobillo

Vamos a realizar un repaso a los distintos tipos de fractura que nos podemos encontrar ante el traumatismo en el tobillo, así como a los distintos mecanismos lesionales y criterios de tratamiento, pero una recomendación general para todo médico no especialista es remitir al traumatólogo cualquier tobillo con lesión ósea radiográfica evidente, puesto que es labor de dicho especialista el establecer el posible criterio quirúrgico de la lesión y planteando incluso en facultativos de la misma especialidad distintas actitudes a tomar según tipo de fractura, actividad cotidiana, edad y calidad ósea del paciente, etc.

Fracturas Aisladas de los Maléolos Medial y Lateral

Maléolo Medial

Las fracturas aisladas del maléolo medial no desplazadas pueden ser tratadas con inmovilización con escayola, sin embargo en individuos con altos requerimientos funcionales pueden ser operadas para acelerar su recuperación. Las fracturas desplazadas deben ser operadas, puesto que de no ser así llevarían a una desviación en varo del astrágalo. Debemos recordar que en una única proyección radiográfica es del todo imposible conocer el grado de desplazamiento de cualquier fractura.

Las fracturas por avulsión que afectan sólo a la punta del maléolo medial no son tan inestables y no requieren fijación interna salvo gran desplazamiento.

Maléolo Lateral

Aunque las lesiones del maléolo lateral sin lesión interna significativa asociada son frecuentes, todavía son controvertidas las indicaciones de tratamiento quirúrgico, dependiendo del grado de estabilidad y del desplazamiento de la fractura, de tal forma que si la estabilidad es incierta se podrían obtener radiografías forzadas con el tobillo en supinación y rotación externa detectando posibles desplazamientos del astrágalo que nos indicaría lesión interna.

Fracturas Bimaleolares

Las fracturas bimaleolares del tobillo afectan a las estructuras de estabilización internas y externas de la articulación y su desplazamiento reduce la superficie de contacto tibioastragalina y modifica la dinámica de la articulación.

Aunque se pueda conseguir una reducción cerrada satisfactoria, más dudoso es que dicha reducción se mantenga con el paso del tiempo y a medida que disminuye la tumefacción; mi recomendación sería tratamiento quirúrgico.

Lesión de la Sindesmosis

Aunque se ha publicado mucho sobre la indicación o no de reconstrucción de la sindesmosis según la asociación de lesión ligamentosa o nivel de fractura del peroné, existe un acuerdo general en que la fijación de la sindesmosis está indicada en: 1) Las lesiones de la sindesmosis que se extienden a más de 3 cm de la cara articular inferior de la tibia en las que la lesión medial no se recupere y 2) en las lesiones de la sindesmosis asociadas a fracturas proximales de peroné que no van a ser fijadas y que se acompañan de una lesión medial que no puede ser reparada.

Rotura del Ligamento Deltoideo y Fractura del Maléolo Lateral

La rotura del ligamento deltoideo asociada a fractura del maléolo lateral se produce por el mismo mecanismo que las fracturas bimaleolares, con la salvedad de que en lugar de romperse el maléolo interno se rompe el ligamento deltoideo, permitiendo con ello el desplazamiento lateral del astrágalo. Muy importante para su diagnóstico es la valoración clínica del tobillo en su cara medial (hematoma, dolor, tumefacción, etc).

Nuestra recomendación es el tratamiento quirúrgico con salvedades en cuanto a la revisión del ligamento si no está interpuesto.

Fractura Trimaleolar

Exige una reducción abierta más frecuentemente que cualquier otra fractura de tobillo. Además de la fractura del maléolo medial y del peroné, se produce una fractura desplazada del margen posterior de la superficie articular de la tibia, permitiendo el desplazamiento posterolateral y en rotación externa con supinación del pie. También puede ocurrir que el maléolo medial quede íntegro produciéndose una rotura del ligamento deltoideo

Fractura del Reborde anterior de la tibia a nivel del tobillo

Suelen ser provocadas por una caída de altura que produce la dorsiflexión forzada del tobillo y el hundimiento de la superficie articular puede ser importante, debiéndose realizar tratamiento quirúrgico en dependencia del grado de afectación articular.

Fractura del pilón tibial (o de la cara articular inferior de la tibia)

Son fracturas intraarticulares de la tibia distal. Pueden deberse a mecanismos de baja o alta energía, con menor o mayor grado de conminución, deformidad y afectación de partes blandas.

En este tipo de fracturas el tratamiento dependerá mucho del grado de afectación articular, hundimiento, conminución, estado de partes blandas, edad del paciente, etc, pudiendo variar desde tratamiento con yeso hasta reducción abierta y fijación interna, osteotaxis, ligamentotaxis, etc