

Artroscopia de tobillo: estudio prospectivo lesional y de resultados

M. Díaz, C. Ferrer, R. Romero, E. Olalla
M. Allard*, P. H. Flurin*

IMATDE (Instituto Malagueño de Traumatología y Medicina del Deporte). Málaga.
* Centro de Traumatología Deportiva Merignac. Burdeos (Francia).

Presentamos un estudio protocolizado de 87 artroscopias de tobillo, realizadas siguiendo la misma técnica quirúrgica, en pacientes con patología de tobillo susceptible de beneficiarse de un gesto artroscópico diagnóstico y, en ocasiones, quirúrgico. Se exponen los hallazgos en un grupo de 41 pacientes examinados que presentaban patología ligamentosa del tobillo, y en otro grupo de 46 pacientes, previamente dirigidos hacia la cirugía artroscópica.

Palabras clave: Artroscopia, tobillo, resultados, estudio prospectivo.

Ankle arthroscopy: injury prospective and results study. We present a protocolary study of 87 ankle arthroscopies, carried out with the same surgical technique, in patients with ankle pathology susceptible of benefiting from diagnostic arthroscopic and possibly therapeutic. We present the results in a group of 41 patients explored and with ligamentary pathology of the ankle, and of an other group of 46 patients initially directed to arthroscopic surgery.

Key words: Arthroscopy, ankle, results, prospective study.



La artroscopia de tobillo permite visualizar y tratar lesiones intraarticulares evitando la artrotomía o osteotomía maleolar, que retardan la rehabilitación y el retorno a las actividades laborales o deportivas.

TECNICA QUIRURGICA

La realizamos, de forma sistemática, con el paciente en decúbito supino, manguito de isquemia en la raíz del muslo y soporte-fijación en 1/3 medio de pierna. En tobillos «cerrados» es útil la distracción articular con fijador externo.

Dos abordajes clásicos (Figura 1):

- Anteroexterno: lateral a los tendones extensores y peroneo anterior. Precaución con el n. músculo-cutáneo.

- Anterointerno: medial al tendón tibial anterior. Cuidado con el nervio y vena safena interna.

En pocas ocasiones, hemos realizado abordajes central o transaquileo.

En nuestra opinión, los inconvenientes de la cirugía artroscópica de tobillo son idénticos a los de la cirugía abierta, pero específicamente:

1. Afectación neurovascular.
2. Rotura de instrumentos en articulación.
3. Lesión condral yatrogénica.

Respecto a las contraindicaciones que apreciamos, se dividen en:

1. Relativas: tobillo cerrado con disminución de la movilidad.
2. Absolutas: infección superficial, profunda, o artrosis severa con desaparición de la interlínea.

CASUISTICA

Revisamos una serie de 87 artroscopias de tobillo divididas en dos grupos:

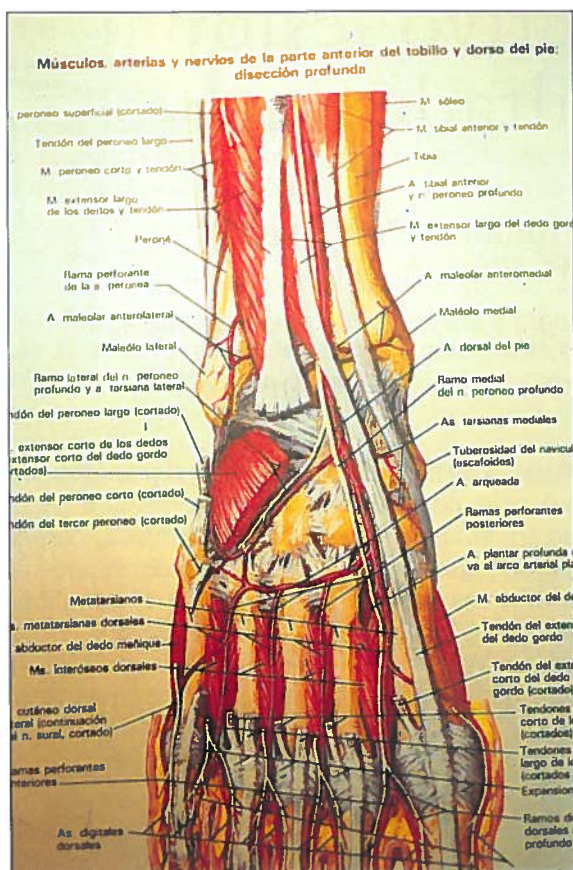


Figura 1. Anatomía de la cara anterior del tobillo.

- Grupo 1: 41 pacientes candidatos a cirugía ligamentaria.
- Grupo 2: 46 pacientes con otras patologías.

MATERIAL Y METODO

Grupo 1: formado por 41 pacientes, con una edad media de 28 años (15-40 años). Antecedentes de traumatismos deportivos o laborales con esguinces múltiples. Presentan una clínica de tobillo doloroso, laxitud anteroexterna crónica y fracaso de los tratamientos conservadores.

En 12 de estos pacientes (30%) se descubrió una lesión que justificó la actuación quirúrgica artroscópica:

- Lesiones condrales astragalinas: 5 (Figura 2).
- Afectaciones degenerativas globales tibioastragalina e hipertrofia sinovial: 2.
- Cuerpos libres articulares: 2.
- Sinovitis con hemartrosis no traumática recidivante (sinovectomía y biopsia): 1.
- Diástasis tibio-peroneas inferiores: 2.

En estos 12 pacientes, no encontramos resultados mediocres o malos al cabo de un año,



Figura 2. Lesión osteocondral en la bóveda astragalina.

aunque la valoración es difícil puesto que se siguieron de una estabilización ligamentaria.

Los parámetros valorados han sido:

- Dolor.
- Inestabilidad.
- Movilidad.
- Trastornos tróficos.
- Actividad profesional.
- Apreciación personal.

Valorados de 0-3 (de peor a mejor), los consideramos:

- Malo: 0-5.
- Regular: 6-11.
- Bueno: 12-17.
- Excelente: 18.

Grupo 2: Compuesto de 46 pacientes con patología susceptible de beneficiarse de cirugía artroscópica.

La patología encontrada fue:

- Lesiones osteocondrales: 18 (Figuras 3A y 3B), 12 internas y 6 externas.
- Sinovitis crónicas: 4.
- Osteofitosis marginal anterior *impingement*: 8.
- Con afectación degenerativa dolorosa: 12.
- Osteocondromatosis: 4 (cuerpos libres).

Los resultados encontrados han sido:

- 1. Lesiones osteocondrales: 18, al cabo de un año.
- Excelentes: 10, (60%).
- Buenos: 6, (30%).
- Mediocre: 1, (5%).
- Malo: 1, (5%).

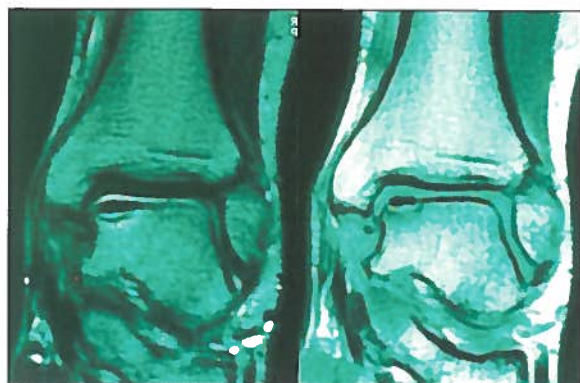


Figura 3A. R.M.N. de una lesión osteocondral. Corte frontal.



Figura 3B. R.M.N. de una lesión osteocondral. Corte sagital.

En todos los casos, realizamos ablación del fragmento o zona necrótica y curetaje de avivamiento local.

2. Sinovitis crónicas. Resultados excelentes o buenos en todos los casos.

Dichas sinovitis las hemos encontrado como:

- Lesión meniscoide: ligamento tibio-peroneo anterior.
- Bridas sinoviales.
- *Impingement* sinovial anterior.

Consideramos que todas ellas son buenas indicaciones para la cirugía artroscópica.

3. Osteofitosis marginal anterior: 8. Realizamos regularización con fresa motorizada (Figura 4) y sinovectomía perilesional.

Apreciamos:

- Buenos resultados sobre el dolor.
- La recuperación de la flexión dorsal queda, a menudo, incompleta.
- Se deben tratar las sintomáticas, no las radiográficas.

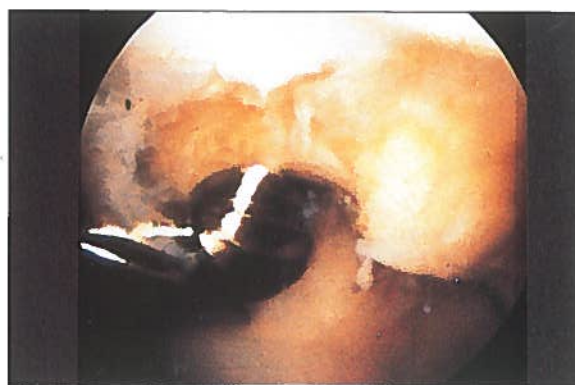


Figura 4. Fresado de un osteofito marginal anterior de la tibia.

Los resultados encontrados han sido:

- Excelentes o buenos: 5, 60%.
- Mediocres: 2 (algodistrofias severas).
- Malo: 1 (artritis séptica)

4. Afectación degenerativa dolorosa: 12.

Apreciamos los siguientes resultados:

- Excelentes o buenos: 6, 50%.
- Mediocres: 4 (2 accidentes de trabajo).
- Malos: 2 (postfracturas de tobillo).

5. Osteocondromatosis: 4 (cuerpos libres).

Todos con excelentes o buenos resultados.

COMPLICACIONES

- Infección profunda: 1 (*Stafilococcus aureus*).
- Infección superficial: 1.
- Hipoestesia anteroexterna: 1.
- Hemartrosis: 1.
- Rotura de material: 1.

CONCLUSIONES

En nuestra opinión:

- La artroscopia diagnóstica sistemática en inestabilidad crónica no es indispensable, salvo si la orientación clínica señala una lesión asociada.

- La cirugía artroscópica de estabilización ligamentaria parece abrir una nueva vía terapéutica (Lundeen y Ferkel).

- Su evolución es más terapéutica que diagnóstica, y su carácter menos invasivo que la artrotomía.

- Debe realizarse con criterios de selección bien definidos.

- Debe ser confiada a un cirujano entrenado en la cirugía artroscópica para disminuir las complicaciones de ésta.