

Inestabilidad lateral de tobillo

(Dres. Daniel Niño Gómez, Alberto Macklin, Fernando Rodríguez Castells, Ricardo Aberastain y Luis Ibarra, Vol. 56, N° 4, págs. 500-506)

DISCUSION

Dr. Claudio B. Charosky: Las lesiones capsuloligamentarias del cuello del pie en la entorsis por inversión parecen haber recibido una atención de la literatura especializada que resulta inversamente proporcional a su frecuencia en la práctica diaria. Como consecuencia, existe todavía en muchos ámbitos profesionales cierta subestimación de esta patología, que lleva a prescindir de la búsqueda de sus signos diagnósticos esenciales —todo esguince de tobillo debería ser sometido a la radiología bajo estrés y con anestesia— y a la indicación quirúrgica reparadora cuando la inestabilidad articular sea confirmada.

Consideramos por lo tanto muy oportuna la presentación del Dr. Niño Gómez, ya que coincidimos con su enfoque básico de esta problemática.

Hemos solicitado efectuar nuestro aporte en este tema no porque tengamos discrepancias con lo expuesto sino para comentar un aspecto de

esta patología al que hizo referencia en su participación el Dr. Franklin Merlo.

Creo que existe coincidencia entre todos nosotros en cuanto a que los esguinces de tobillo por inversión ocurren, en su mayoría, con el pie en cierto grado de flexión plantar. Esto determina, en una primera etapa, una ruptura del fascículo anterior del ligamento lateral (peroneo-astragalino anterior) que produce un signo “del cajón” radiográficamente identificable.

Si el movimiento forzado continúa, se lesiona el fascículo medio (peroneo-calcáneo) y esto determina inestabilidades más severas que producen el clásico “bostezo lateral” clínica y radiológicamente demostrable.

Se ha puesto en evidencia en los últimos años, sin embargo, que si el esguince se produce con el pie no en flexión plantar sino en posición neutra, la primera y a veces única estructura lesionada será este componente central del ligamento, el fascículo peroneo-calcáneo, cuya ruptura aislada

no afecta la estabilidad tibioastragalina, sino que se expresa en la articulación subastragalina.

La omisión de este diagnóstico llevó al fracaso de muchas ligamentoplastias con técnica de Jones e indujo el desarrollo de la operación de Christman-Snook, con la cual los autores de esta excelente comunicación nos han mostrado su experiencia.

La mayor dificultad, tal cual lo comentara el Dr. Merlo en su participación, estriba en poner en evidencia la inestabilidad lateral de la articulación astrágalo-calcánea, cuya situación anatómica obstruye su exploración radiográfica. Se han intentado, en efecto, radiografías con indicadores metálicos, tomografías lineales y tomografías computadas, todas pruebas engorrosas, costosas y, lo que es peor, raramente accesibles en los medios de guardia y servicios de emergencia, que son, precisamente, los ámbitos donde este diagnóstico debe hacerse.

Entendemos, sin embargo, que nuestras investigaciones publicadas en 1986 y 1987¹⁻³, entre otras en la Revista de esta Asociación, han resuelto ese problema.

Diagnóstico radiológico de inestabilidad subastragalina: El mayor inconveniente para demostrar la inestabilidad subastragalina se debe, como se ha dicho, a la dificultad que ofrece la exploración radiológica de la articulación astrágalo-calcánea. Sin embargo, si aceptamos que "el pie subastragalino" se comporta como una verdadera unidad funcional y se moviliza en bloque, resulta obvio que toda alteración de la estabilidad astrágalo-calcánea deberá, necesariamente, expresarse también en la articulación astrágalo-escafoidea.

Partiendo de esta base, estudiamos los desplazamientos normales de esta articulación en radiografías dorsoplantares simples y con estrés en inversión.

Hemos encontrado que, en ausencia de patología, los movimientos de supinación forzada desplazan el escafoides sobre la cabeza astragalina hasta un punto en que el eje del cuello astragalino proyectado hacia adelante interseca al escafoides tarsiano en la unión entre sus dos cuartos externos.

En la inestabilidad subastragalina, el desplazamiento interno del escafoides durante la supinación máxima supera este límite y la prolongación del eje astragalino frecuentemente interseca sólo el extremo externo del escafoides o, incluso, pasa por fuera de este hueso.

Habida cuenta de la similitud de esta articulación astrágalo-escafoidea con una cabeza munida



Fig. 1. Desplazamiento astrágalo-escafoideo ("signo de la boina inclinada").

de un sombrero tipo boina, hemos denominado a este desplazamiento "el signo de la boina inclinada" (Figura 1).

En resumen, que con sólo cambiar la incidencia radiográfica y "apuntar" al pie en una simple radiografía dorsoplantar en supinación forzada, se logra un diagnóstico de certeza de la inestabilidad subastragalina a través de su expresión astrágalo-escafoidea, que por razones anatómicas es, necesariamente, el espejo de lo que ocurre en la articulación astrágalo-calcánea.

Debemos recordar, sin embargo, que si bien toda inestabilidad astrágalo-calcánea tiene una inestabilidad equivalente en la astrágalo-escafoidea, la inversa no es necesariamente cierta. En efecto, hemos demostrado en nuestras investigaciones que existe el que denominamos "esguince de la mediotarsiana", en el que las lesiones capsuloligamentarias afectan la articulación de Chopart, creando una inestabilidad astrágalo-escafoidea asociada a un desplazamiento anormal de la calcáneo-cuboidea *sin alteración de la estabilidad calcáneo-astragalina*.

Esta patología se expresa en un "bostezo calcáneo-cuboideo" durante los movimientos de inversión forzada, cuya demostración radiológica presentamos ante esta Asociación en nuestras publicaciones ya mencionadas. Propusimos en aquella ocasión, además, una intervención quirúrgica destinada a corregir esta patología, pero entendemos que extendernos sobre este otro tipo de lesiones no corresponde al motivo del presente aporte. (ver Figura 2).

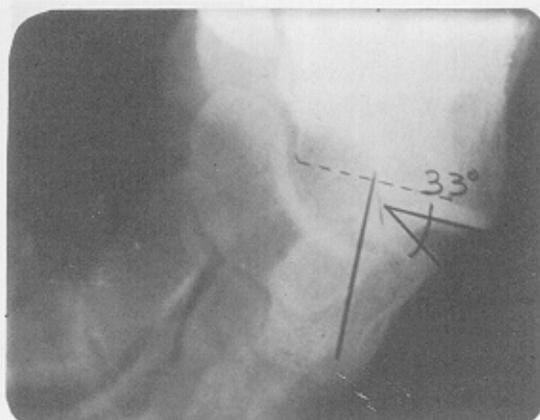


Fig. 2. Bostezo calcaneocuboideo en el esguince mediotarsiano.

Deseo felicitar una vez más a los autores de la comunicación en discusión, por traer a este foro un tema que, ciertamente, merece mayor dedicación que la que se le ha dado hasta el presente.

Bibliografía

1. Charosky CB: Diagnóstico de inestabilidad mediotarsiana y su corrección quirúrgica con una nueva operación. *Rev AAOT* 4: 459, 1986.
2. Charosky CB, Silberman A: Investigación anatomoclínica de la inestabilidad subastragalina y mediotarsiana. *Rev Asoc Riopl Anat* XV: 78, 1986.
3. Charosky CB, Silberman A: Inestabilidades tarsianas. *Actas y Trab Soc Arg Med y Cir Pie*, 58, 1987.

CIERRE DE DISCUSION

Dr. Daniel Niño Gómez: A nuestro comentarista, Dr. Ricardo Amor, queremos reconocerlo especialmente, ya que, en cierta manera, fue el verdadero motor de este trabajo al interesarnos en el estudio del tema a través de múltiples charlas informales en el Hospital Fernández.

El haber encontrado en la literatura resultados erráticos con la tenodesis de Watson-Jones y sus modificaciones (66% de inestabilidad e inseguridad en un seguimiento de 22 años, según Van der Rij en *JBJS* 66-B, 1984, y Riegler en *JBJS* 66-A, 1984), nos alejó de esta técnica.

Asimismo leemos a Kjaersgaard-Anderson en *Acta Orto Scand*, 60, 1989: "Las articulaciones del tobillo tienen una cinemática anormal luego de la tenodesis de Watson-Jones".

Respecto del comentario del Dr. Héctor Girardi, y coincidiendo ampliamente con el Dr. Cánave, hemos encontrado en la bibliografía a nuestro alcance que la secuencia de rotura del ligamento lateral es siempre: primero el haz peroneo-astragalino anterior, luego la cápsula articular lateral y por último el peroneo-calcáneo, siendo la rotura aislada de este último sumamente rara (Restron: *Foot and Ankle*, 9, 1988; Kannus: *JBJS* 73-A, 1991, y Wesley Peters: *Foot and Ankle*, 12, 1991).

Al Dr. Franklin Merlo le respondemos que no tenemos experiencia alguna sobre el estudio de la inestabilidad subastragalina por medio de la tomografía axial computarizada ni la hemos encontrado en la literatura. Sobre el uso de la tomografía lineal para este diagnóstico (método de Rubin y Witten), cuya utilidad fuera publicada por Brantigan en *JBJS* 59-A, 1977, dice Clanton en *Clínicas Ortopédicas de Norte América*, 20, 1989: que es caro, inconveniente para el paciente y tiene muy pequeño beneficio sobre otros métodos.

Agradecemos el aporte del Dr. Charosky y conocemos su publicación en los boletines de nuestra Sociedad. La inestabilidad subastragalina es un tema de actualidad y de presencia obligada en todas las reuniones específicas de la especialidad. Nosotros lo estamos desarrollando en este momento, y será motivo de una próxima publicación.

En relación con las preguntas del Dr. Fernando Silberman respondemos que hemos operado dos pacientes con inestabilidad lateral (ambas mujeres en la segunda década de la vida), que no tuvieron antecedentes traumáticos, pero que hubo que tratarlas por su importante sintomatología.

Es de destacar la trascendencia de la sensación de inestabilidad que depende de desórdenes propioceptivos, debilidad muscular o inestabilidad subastragalina, según refiere Wesley Peters en el trabajo ya citado. De todas formas, correspondería a la denominada inestabilidad funcional (Freeman, *JBJS* 47-B, 1965). Hemos visto pacientes con 10 ó 15 grados de apertura articular bilateral y con sólo uno de los tobillos sintomático.

No hemos observado hasta el presente repercusión clínica o radiográfica sobre la articulación tibioperonea inferior, es decir, dolor, inseguridad, calcificaciones ni alteración de las relaciones articulares normales.