

JOVEN DEPORTISTA CON INESTABILIDAD DE TOBILLO CRÓNICA, OSTEOCONDritis DE ASTRÁGALO Y LUXACIÓN DE PERONEOS A PROPÓSITO DE UN CASO

Dra. Adoracion Pilar Martin Rodriguez, Tamara Fernández Ardura, Cristina Gomez Sanchez,
Jose Maria Garcia Pesquera, Victor Manuel Teruel Gonzalez
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BURGOS

OBJETIVOS

Paciente joven deportista que presenta inestabilidad de tobillo crónica con esguinces de repetición. Dolor e importancia funcional de tobillo derecho de 2 años de evolución, que le impide su actividad deportiva y en estos momentos hasta su vida diaria.

MATERIAL Y METODOS

El paciente presenta mediante diagnóstico por ecografía rotura crónica del ligamento peroneo astragalino anterior, además de luxación de peroneos, con quiste intratendinoso en peroneo lateral corto. En el estudio por resonancia magnética se aprecia una osteocondritis en el cuadrante 6 de la cúpula del astrágalo sin inestabilidad de fragmento de 1 por 1 cm.



Figura A, B, C, D: Radiografías anteroposterior lateral y oblicuas donde se aprecian el foco de osteocondritis y la subluxación del tobillo por incompetencia del Ligamento Peroneo Astragalino anterior, con osteofito anterior.

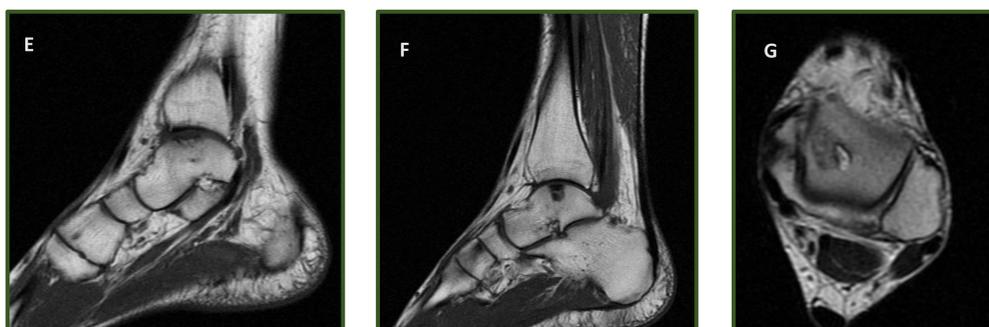
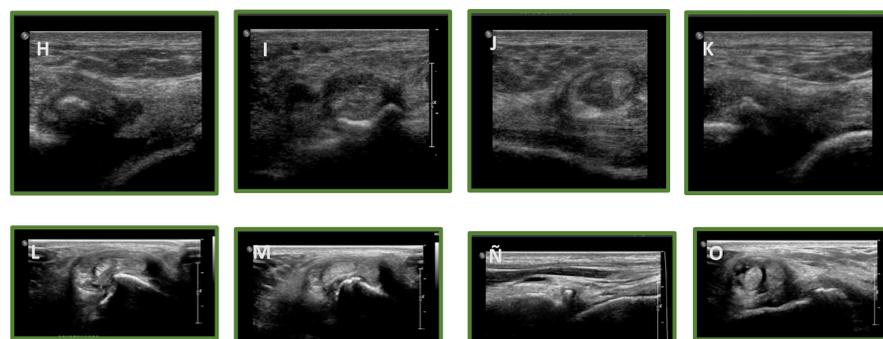


Figura E, F y G: RMN en cortes sagital y transversal, donde se aprecia osteocondritis disecante en el cuadrante astragalino.

Figura H, I, J, K, L, M, N, y O: Imágenes de ecografía en que se aprecia la rotura del ligamento peroneo astragalino anterior, con la inestabilidad. Y la rotura con luxación del tendón peroneo lateral corto sobre el peroneo lateral largo, en la realización de eversión e inversión del pie.



RESULTADOS

El paciente fue sometido a la intervención quirúrgica de sus tres patologías en la misma intervención.

1- Primer tiempo artroscópico de la cámara anterior del tobillo: perforaciones en la osteocondritis en cuadrante 6, además de comprobar la inestabilidad lateral externa por rotura del ligamento peroneo astragalino anterior.

2- Segundo tiempo se realiza abordaje externo para tratar las patologías de la inestabilidad lateral y la luxación de tendones peroneos. Se realiza técnica de Bostrom modificada para restaurar la lesión del ligamento peroneo astragalino. Y mediante una fresa se realiza profundización del canal retro maleolar, recubriendo y reforzando el canal con periostio, para encauzar los ligamentos peroneos en su surco. No sin antes realizarse un peinado y extirpación del quiste en el tendón peroneo lateral corto.

CONCLUSIONES

El paciente es revisado al mes, 6 meses y 2 años de evolución. Retomando su vida deportiva, sin inestabilidad residual de tobillo, y desapareciendo la luxación de los peroneos. Además el dolor del tobillo disminuyó considerablemente, con un rango de movilidad simétrico con el tobillo contra lateral.

BIBLIOGRAFÍA: Garrick JG. The frequency of injury, mechanism of injury, and epidemiology of ankle sprains. Am J Sports Med. 1977;5:241-2.; Hintermann B, Boss A, Schäfer D. Arthroscopic findings in patients with chronic ankle instability. Am J Sports Med. 2002;30:402-9.; Maffulli N, Ferran NA. Management of acute and chronic ankle instability. J Am Acad Orthop Surg. 2008;16:608-15.; Van Rijn RM, van Os AG, Bernsen RMD, Luijsterburg PA, Koes BW, Bierma-Zeinstra SMA. What is the clinical course of acute ankle sprains? A systematic literature review. Am J Med. 2008;121:324-6.; Pourkazemi F, Hiller CE, Raymond J, Nightingale EJ, Refshauge KM. Predictors of chronic ankle instability after an index lateral ankle sprain: a systematic review. J Sci Med Sport. 2014;17:568-73