

artículos seleccionados de traumatología del deporte

Dr. Vicente Paús

El síndrome del cíclope.

Autores: V. Chassaing, J. E. Arrauven - Pag. 333. Rev. Chir Orthop.

Los autores describen el síndrome del cíclope que fuera descrito por Jackson como un dolor anterior que aparece o se manifiesta en los movimientos de extensión de la rodilla, después de una cirugía intrarticular de reconstrucción del ligamento cruzado anterior. Los autores reportan una serie de 19 casos después de una intervención con tendón rotuliano-hueso-tendón-hueso bajo artroscopía. Sobre 19 casos, tuvieron un 9.6% de síndrome de cíclope. La artroscopía fue denominador común en estos casos y en la artroscopía vieron una proliferación nodular en el intercóndilo que envolvía el nuevo injerto. El origen de este síndrome podría estar ligado con una entidad de neoformación intrarticular originada al dejar una cantidad de tejidos óseo remanentes y restos ligamentarios en el lugar, a nivel del agujero tibial. Otra de las causas sería una escasa toilette a nivel del intercóndilo que favorecería a este conflicto, lo que produciría un engrosamiento a nivel del tejido produciendo este stop mecánico. Los autores insisten y hacen hincapié en el rol que juega la conservación de la vaina del tendón rotuliano que uno deja en el trasplante, por lo que aconsejan la resección o la escisión de esta vaina en el momento de la preparación del trasplante y con esto han logrado una reducción del síndrome del cíclope de 9,6% al 2.2%.

Conclusión: El origen del síndrome del cíclope no está bien determinado. Las causas probables podrían ser un túnel tibial demasiado anterior, la permanencia de restos de ligamentos cruzado anterior, una escasa toilette, ya sea a nivel tibial como nivel femoral. Los autores que argumentan como causa que puede también favorecer este síndrome, la conservación de la vaina del trasplante libre elegido, con lo cual lograron una reducción de 7.4% en esta patología.

Láser Holmium: yag - El láser holmium: yag comparado a la instrumentación convencional en la meniscectomía por vía artroscópica.

Autores: Th. Beaufils. Colaboradores: J. L. Blin, Th. Hardi, S. H. Sho. Versalles-Boulogne Nro de Código 00 67.6-4559.5-4658.0. Comunicación particular, Pag. 334. Rev. Chir Orthop. de 1979-1993 y 1994.

Este es un estudio prospectivo. Es una comparación entre 40 meniscectomías convencionales, comparadas con 40 meniscectomías con láser holmium: yag. La lectura es idéntica a la de series anteriores. El resultado de este estudio ha mostrado la inocuidad del láser, una duración quirúrgica semejante para la lesión meniscal, tanto para una técnica como para la otra. Manifiestan que es mucho más simple el seguimiento inmediato como la

disminución notable de la reacción articular de la hiartrrosis secundaria al gesto artroscópico de la meniscectomía y un menor dolor en el post operatorio. La disminución en el reposo, es decir el tiempo de reincorporación al trabajo con artroscopía convencional, es de 16 días contra 10 días con la técnica con el láser. La generalización de la utilización del láser holium: Yag, no se puede hacer en forma sistemática, debido al costo de la aparatología.

Comentarios: De todo esto se desprende que los resultados a corto plazo de un estudio comparativo de 40 meniscectomías por artroscopía por vía convencional o por láser, el resultado final es exactamente el mismo a un menor costo con los métodos actuales.

Importancia propioceptiva de la cápsula arti-cular de la articulación gleno humeral. Estudio anatómico y comparación clínica

Autores: J. Jerosch. Colaboradores: H. Clahcen, A. Grosse-Hackman, W. H. M. Castro- Departamento de Ortopedia Universidad Heinrich Heine Germany -Pag. 25- Primer Congreso Mundial de Traumatología del Deporte desarrollado del 25 al 29-5-92 en Palma de Mayorca -Abstrac. Book.

El objetivo del trabajo fue determinar el valor propioceptivo de la cápsula de la articulación glenohumeral, en relación a la función de la articulación del hombro y su correlación clínica. En el estudio anatómico subdividieron y encontraron numerosos mecanorreceptores a nivel de la cápsula glenohumeral.

Estudio clínico: Han examinado 50 voluntarios con hombros estables a los que se les hizo un estudio randomizado comparado con otros 60 voluntarios también con hombros estables y se los dividió en 2 grupos. En el primer grupo, la edad oscilaba entre los 18 y 62 años, con una media de 35 y en el 2do grupo el rango de edad variaba entre los 20 y 64 años con un promedio de 35 años. Al 1er grupo se le hizo una inyección intrarticular de 5 cm de lidocaína con 5 cm de un contraste hidrosoluble, es decir, un anestésico más una sustancia de contraste. Al 2do grupo se le hizo una inyección de una sustancia salina y 5 cm de la misma sustancia de contraste hidrosoluble. La finalidad que tenía este estudio era comparar con test dinámicos y con radiografías, cuál era el rango de movilidad en los diferentes grupos en relación a la movilidad de la glena en relación a la cabeza humeral. Resumiendo, 2 grupos de pacientes con hombros estables voluntarios. En el 1er grupo se le colocó una sustancia anestésica mas una sustancia de contraste para poder controlar radioscópicamente y en el 2do grupo una sustancia salina más una sustancia de contraste para poder también controlarlo radioscópicamente. En el 1er grupo se pudo objetivar una traslación de  $13.2 \pm 6.3$  mm. En el grupo 2 la traslación fue sólo de  $6.8 \pm 3.2$  mm.

La diferencia entre los 2 grupos fue estadísticamente significativo con P-menor 0.05.

Conclusión: El estudio anatómico revela una gran cantidad de fibras nerviosas que inervan la cápsula articular. La inyección de un anestésico local incrementa la traslación de la

articulación glenohumeral. Una de las conclusiones sería: El valor del rol propioceptivo que juega la cápsula articular en los jugadores que darían una mayor estabilidad a la articulación. El 2º concepto a remarcar es, el valor de la inyección intrarticular en los pacientes en que uno sospecha un hombro inestable y que por el mecanismo reflejo de contracción que tiene el paciente, uno no puede objetivar esa inestabilidad.

Resumiendo: Correlación entre la inervación de la cápsula, el valor propioceptivo del mismo y la función de un bloqueo intrarticular para poder objetivar el desplazamiento, ya sea tanto anterior como posterior de la articulación glenohumeral. El valor de este test anestésico intrarticular podría ser comparable con un test anestésico para el conflicto subacromial..

Valor de la radiografía de cráneo frente a un paciente con traumatismo de cráneo en la práctica deportiva

Autores: J. Windolf, Colaboradores: R. Imglis, A. Pnnikv- Lugar: Emtaechirurg, 1992,1810-18.

Este estudio es multicéntrico, se basa en el análisis de 2926 pacientes, en los que se ha observado que el 6 % de las radiografías de cráneo no aportaron ningún dato estadísticamente significativo en pacientes con traumatismo de cráneo sin secuelas neurológicas. Este trabajo tiene como objetivo analizar a los pacientes con traumatismo de cráneo, evaluar la historia clínica y los exámenes radiológicos complementarios y poder jerarquizar el valor de los mismos. Los pacientes fueron clasificados en 2 grupos de riesgo según Bell y Loop, el 76,7 % de los pacientes, habían tenido un riesgo leve de lesión cerebral, el 15,2 % un riesgo moderado y el 8 % un riesgo elevado. Sólo el 32 % de las radiografías efectuadas en estos pacientes, tuvieron valor como repercusión terapéutica. Los autores concluyen que las Rx de cráneo, tomadas en forma sistemática en el traumatizado de cráneo, no tiene ningún valor por lo que sugieren no hacer en forma rutinaria este tipo de exámenes complementarios, ya sea por problemas de radiación y por razones de tipo económico. Los autores concluyen diciendo que el elemento decisivo para un tratamiento correcto de un paciente con un traumatismo de cráneo, es un correcto examen clínico y el seguimiento debe conducir a la práctica de una tomografía axial computada si fuese necesario. Los autores proponen la reunión de una comisión o un comité destinado a reglar el problema médico legal que significaría no hacer Rx de cráneo sistemáticamente como se viene haciendo hasta la fecha que sería el obstáculo con el cual uno se encuentra en este momento.

Conclusión: De este artículo se objetiviza que sólo en un estudio randomizado multicéntrico de 2926 pacientes, solamente en 30 pacientes, 10 % de las Rx efectuadas, tuvieron un valor en la repercusión terapéutica, por lo cual los autores desaconsejan hacer en forma sistemática radiografía de cráneo, como venimos preconizando hasta la fecha en todos los centros asistenciales. El tema que queda por resolver es emitir una comunicación destinada a reglar el tema médico legal que podría suscitar la no indicación de esta Rx.

Síndrome fricción de la fascia lata -Estudio clínico y terapéutico a propósito de 15 casos operados

Autor: G. Saillalt (Paris-Francia) Anual de la Sociedad Francesa de Cirugía, ortopedia y Traumatología- Suplemento Na 1 del 1-78-1992.

El síndrome de fricción de la bandeleta iliotibial de la fascia lata es de etiología poco frecuente, muy a menudo desconocido, se manifiesta por dolor en el compartimiento externo de la rodilla. Se debe la patología a una fricción entre el tensor de la fascia lata y la inserción condilea del ligamento lateral externo de la rodilla. El diagnóstico se basa tanto en la clínica como en el interrogatorio. Los test específicos de la clínica son los test de Noble y de Renne, se basan también en la localización precisa del dolor a nivel del cóndilo externo de la rodilla. El test de infiltración permite confirmar el diagnóstico cuándo este negativiza la sintomatología. Los exámenes complementarios clásicos (artrografía-artroscopía) no tienen demasiado valor para dictar el diagnóstico. Solamente la resonancia nuclear magnética nos permitiría objetivizar la lesión de bolsa serosa entre el cóndilo externo y la bandeleta de fascia lata. La clínica y el test anestésico siguen siendo los elementos de más exactitud. Un tratamiento para esta patología es de preferencia médico, frente al fracaso de un tratamiento médico bien dirigido, luego de 6 meses y ante la imposibilidad del deportista de reintegrarse a sus actividades, se propone un tratamiento quirúrgico que consiste en el alargamiento en Z de la fascia lata. Al alargamiento en Z de la fascia lata le asocian una escisión o una exéresis de la bursitis. Los resultados aportados revelan un seguimiento de 4 años. El dolor ha desaparecido en todos los pacientes operados a partir de la 3ra. semana del post operatorio. La vuelta al deporte fue efectuada en un 70% de los casos, antes de los 2 meses del post operatorio y al mismo nivel competitivo, en el 75% de los casos. Ninguna recidiva ha sido observada hasta la fecha.

Comentarios: Patología poco frecuente agrupada entre dolores antero externo y postero externo de la rodilla y debe ser tenida en cuenta frente a pacientes con dolor en ese compartimiento al cual se asocia un morfotipo de rodilla en varo como elemento desencadenante y generalmente se asocia a un interrogatorio en el cual se ponen de manifiesto en deportistas ocasionales que empiezan a hacer trabajos de resistencia aeróbica, trabajos de ascenso descenso. Y aparece el dolor sobre T. F. L.

Tratamiento artroscópico del síndrome de la bandeleta ilio-tibial o del síndrome de fricción de la fascia lata.

Autor: David L. Holden, N. D. Oklahoma (USA) Pag. 157 - 1er. Congreso Mundial de Traumatología del Deporte -5to.Congreso de la Sociedad Europea de rodilla y artroscopía realizado entre el 25 y el 29-5 de 1992. Palma de Mayorca - Abstract Book.

El autor hace una mención al síndrome de fricción de la fascia lata en una serie de casos vistos desde 1984 a 1990 y hace una evaluación de 12 casos de este síndrome que requirieron intervención quirúrgica y hace hincapié en que esos 12 pacientes habían sido

sólo tratados con un tratamiento artroscópico. De los 12 pacientes, 8 del sexo masculino y 4 del sexo femenino, el rango de edad es entre 16 y 41 años con una edad media de 27 años. La duración de la sintomatología, entre 4 semanas y 4 años con una media de 7 meses. Los deportes practicados, 9 pacientes se dedicaban a correr, 1 aeróbico, 1 fútbol y 1 práctica recreativa y hallazgos artroscópicos mostraron en todos los casos, una banda fibrosa y/o una inflamación en el cóndilo externo en 11 de los 12 casos. En 11 de los 12 casos mejoró en forma completa la sintomatología. Hubo 2 fracasos y estos fueron debidos a un diagnóstico incorrecto. El tiempo completo de recuperación fue de 17 a 27 días y una media de 19 días. El rango de seguimiento de los pacientes es de 16 meses a 5 años y una media de 1.8 meses. No hubo ninguna complicación. Sugieren que la artroscopía es un método efectivo para el tratamiento del síndrome de fricción de la fascia lata crónico y el tiempo de recuperación es mucho más corto que en aquellos que hemos realizado tratamiento quirúrgico a cielo abierto.

Comentarios: Sería una nueva alternativa de tratamiento quirúrgico del síndrome de fricción de la fascia lata con un método menos invasivo que el alargamiento en Z que postulan otros autores. El artículo no menciona, desde el punto de vista técnico, ni las vías de abordaje ni el gesto artroscópico terapéutico asociado, ni de qué manera hacen la resección del tejido fibroso por vía artroscópica.

#### Avulsión del tendón poplíteo - Tratamiento operatorio

Autores: W. T. Garth -Colaboradores: M. N. Tomtherey, K. T. Merry J. B. J. S. (A)  
1992.74 130-132

Los autores describen 2 casos de avulsión del músculo poplíteo en su origen sobre el cóndilo externo en jóvenes de 12 y 14 años, en la realización de ejercicio físico de fútbol y lucha. Clínicamente la manifestación fue dolor externo en rodilla hemartrosis pero sin signos de inestabilidad de la rodilla. La Rx standard mostró un fragmento óseo externo en la parte baja del cóndilo, la artroscopía permitió ver ese fragmento mucho más voluminoso que lo que aparecía en la Rx. Este fragmento fue reinsertado por artrotomía o con vía artroscópica en el lugar de origen y fijado con un tornillo o un anclaje haciendo transfixión a nivel del cóndilo. Los autores hacen mención a 5 observaciones que han sido ya publicadas en las cuales en esos casos no fue reparada esta lesión sin consecuencia a corto plazo. Sugieren en base al rol del músculo poplíteo en el control de la rotación interna de la tibia sobre el fémur y en la estabilidad que aporta secundariamente al menisco externo en movimiento de rotación y de flexión, recomiendan la reparación y la reinsertación en el sitio anatómico del tendón poplíteo. Se debe pensar en esta lesión frente a una rodilla traumática agudo en la cual uno objetiva una hemartrosis, dolor en el compartimiento externo, dolor en los movimientos contra resistencia activa contrariada a la rotación interna y después de esto se asocia un fragmento óseo visible en la Rx en el surco externo del cóndilo. Este fragmento puede no ser visto si el paciente tiene epífisis abierta, si el tendón en vez de haber sido desinsertado se ha roto, que es otra de las posibilidades que hay que tener en cuenta.

Conclusión: Los autores sugieren que la artroscopía permite hacer el diagnóstico y en los casos en que la reparación quirúrgica fue realizada, los resultados han sido muy buenos.

Comentario: Patología poco frecuente que debe ser tenida en cuenta dentro de los dolores del compartimiento externo y postero externo de la rodilla.

#### Síndrome compartimental crónico en ambos pies

Autor: F. Lokiec- Colaboradores: I. Siev-Ner, M. Triesch -J. B. J. S. (Br) 1991- 73 178-179.

Describen el síndrome compartimental crónico que compromete los pies de una joven bailarina profesional de 18 años que aparece con un dolor al esfuerzo a los 10 minutos de una práctica intensiva y persiste después de 10 minutos de reposo. En la R.N.M. se pone de manifiesto una hipertrofia de los músculos del compartimiento plantar y este diagnóstico fue confirmado gracias a la implantación en el compartimiento plantar, de un catéter conectado a un registro de presión continua. Esto ha permitido observar cómo se modificaba la presión de reposo que fue evaluada en 10 mm de Hg (mercurio) en decúbito dorsal a 80 mm de Hg de mercurio en el compartimiento medio y a 35 Hg mm de mercurio en el compartimiento interno en el esfuerzo mecánico. Este aumento de presión y frente al fracaso del tratamiento médico, justificó la realización de una fasciotomía de la parte media del borde interno del pie, con una sección de la expansión interna de la aponeurosis plantar media. La recuperación fue completa y el paciente pudo retomar a sus actividades a la 8ª semana del post operatorio sin ninguna molestia. Los autores hacen una revisión de la literatura y concluyen diciendo que es el único caso descrito fuera de todo contexto traumático agudo. Para los autores, esta patología no debe ser excepcional en los atletas y en los pacientes que realizan danzas y merece ser discutida en presencia de un síndrome doloroso crónico a nivel del borde interno del pie.

#### Luxación traumática aguda de hombro en los niños

Autor: H. J. Marans, Colaboradores: K. R. Ángel, E. H. Schzmiesch, J. H. Wedge- J. B. J. S. (A) 1992,74 1242-1244.

Artículo sobre el futuro de las luxaciones traumáticas de hombro en los niños. 21 pacientes que presentaron una luxación traumática de hombro y que fueron seguidos varios meses después del 1er episodio. Se trata de 15 varones y 6 mujeres. Ningún antecedente personal, familiar, hereditario ni de laxitud congénita. Son todos casos de luxación traumática aguda en su 1er episodio. Dos grupos han sido tratados en forma diferente, 1er grupo, 9 jóvenes que no habían sido jamás inmovilizados después de la reducción y 12 jóvenes que han sido inmovilizados 6 semanas (10 casos) y 4 semanas (2 casos) restantes. Todos fueron tratados por una reducción ortopédica bajo anestesia general. El seguimiento medio fue de 6,5 años. Todos los jóvenes recidivaron. La fecha de la 1ra. recidiva es aproximadamente en el 8vo.

mes del episodio inicial y una media aproximada de 5 recidivas por cada caso, 13 casos fueron operados aproximadamente al mes 25,8 pacientes están en lista de espera para ser operados. El resultado ha sido bueno en los pacientes operados, 10 pacientes sobre 13 han retornado a su actividad deportiva inicial, 12 del grupo de 13 conservan una limitación de la rotación externa de 10 a 15°. Un solo caso de recidiva de la luxación. Los 8 pacientes no operados, guardan una disminución de su actividad pero conservan una movilidad normal.

Resumen: El 100 % de los jóvenes, presentaron una luxación recidivante. La inmovilización o no del accidente inicial, no interviene como factor en el resultado a largo tiempo en la recidiva. Posiblemente la fisioterapia permitiría evitar un cierto número de recidiva. Los autores estiman que una artroscopía en la fase aguda con una reparación de esta lesión, podría evitar esas recidivas.

Comentario: Tema de gran actualidad y debate cotidiano entre el valor de la artroscopía en el 1er episodio de una luxación aguda traumática del hombro. A la luz del conocimiento actual se podría decir que una de las indicaciones de la artroscopía a nivel luxación aguda de hombro, sería en jóvenes de menos de 15 años.

Tratamiento por vía endoscópica del síndrome del túnel carpiano -Estudio multicéntrico a propósito de 2000 casos.

Autor: B. Travers, Colaboradores: J. N. Friols, E. Gaisne, M. Merle, A. Gilbert, R. Gomis (Lyon) Ns Código 3837.0- Pag. 336 -Comunicaciones particulares-Vol. 79 -1993 N° 4.

Estudios multicéntricos que se hacen en un número importante de casos, mostrando las precauciones técnicas necesarias para evitar las complicaciones vasculonerviosas (visualizar correctamente el ligamento anular del carpo de artroscopía, visualizar la arcada Palmar). Muestran en 2000 casos, 2 complicaciones arteriales y ninguna complicación nerviosa es marcada en esta serie. Los resultados sobre las parestesias son equivalentes a las de la cirugía convencional. Hacen mención o remarcan el mayor índice de hipoestésias transitorias en el 3er nervio digital, debido a la entrada del trocar. Los autores insisten sobre la ventaja de esta técnica que permite una recuperación funcional más rápida: post operatorias, ausencia de cicatriz fibrosa dolorosa, disminución del edema, reducción de la tasa de secuelas post operatorias (0,25 % para un método artroscópico contra 15 % para el método a cielo abierto).

Ruptura ligamento colateral medial de la rodilla -Resultado comparativo- Tratamiento conservador vs. tratamiento operatorio

Autor: M. Bernard- Colaboradores: Hertd, A. Freyburg, Unfallchirurgische, Martin Lueher-Krankenhaus -Pag. 273 Abstract Book- 1er Congreso de Traumatología del Deporte, Mayo 1992.

Los autores analizan una relación de 40 pacientes que fueron tratados con una ruptura aislada del ligamento colateral medial de la rodilla entre diciembre de 1981 a 1989. Es un estudio retrospectivo, el 68 % de los accidentes, fueron causados por deporte. El diagnóstico fue verificado por artroscopía. 16 pacientes (40 %) fue tratado quirúrgicamente y 24 pacientes (60 %) fueron tratados en forma incruenta. La media entre el tratamiento y el follow up fue de 6 años para el tratamiento operatorio y de 4 años para el tratamiento conservador. El seguimiento de los pacientes fue hecho por la clínica y por Rx de control y el resultado fue evaluado estadísticamente.

Resultados: Buenos y muy buenos en el 83 % de los pacientes según el score de Lisholm y en el 93% score de Marshall. No existe diferencia significativa de los resultados en tratamiento conservador y quirúrgico. Este artículo confirma la tendencia actual de no operar las inestabilidades agudas uniplantares mediales de la rodilla.

Aporte de la resonancia magnética nuclear en la pseudoartrosis del escafoide: A propósito de 27 casos

Autores: I. Pigeau y colaboradores. Lugar de realización: Hospital Doucicat, París-Francia  
Nº de Código 25- Extraído del 1er Congreso de Ortopedia realizado entre el 21 y el 23 de Abril de 1993 en París.

Los autores plantean 2 problemas que quedan por resolver en el estudio de la pseudoartrosis del escafoide. Por un lado el diagnóstico, el cual no siempre es evidente radiológicamente y 2do la apreciación de la vascularización del polo proximal en una fractura en pseudoartrosis. Utilizan la R. N. M. después de la inyección intravenosa de gadolinium, para poder tener un panorama de la vascularización normal. La resonancia se realiza en diferentes planos del espacio, frontal, sagital, oblicuo, paralelo, perpendicular al eje del escafoide. El estudio se basa en 27 pacientes que fueron sometidos a una R. N. M. pre y post operatoria, a 1 año de la cirugía. La comparación de los resultados clínicos con el aspecto de la R. N. M. pre y post operatoria y la correlación con el aspecto intra operatorio los ha conducido a los autores a proponer una estrategia terapéutica, basada en el aspecto de la R. N. M. del polo proximal y de la pseudoartrosis. Generalmente señalan que la R. N. M. contrastada sirve también para evaluar el estado del cartílago radioescafoide y de los ligamentos del carpo, que son elementos que también influyen en la decisión quirúrgica.