

Traumatismo agudo de tobillo. ¿Qué hay de nuevo?

2011

Dr. Vicente Paús

La incidencia de entorsis de tobillo en la práctica deportiva ha sido bien demostrado y los problemas que presentan tanto en el plano deportivo como en el plano económico. Se dice que son entre el 38 al 45 % del total de las lesiones en el deporte. El 85% de las lesiones del tobillo son por entorsis. De este total el 85% son por mecanismo de inversión del tobillo con lesión del ligamento lateral externo (L.L.E.).

Debida a esta alta frecuencia trataremos de aportar que hay de nuevo en tobillo agudo.

Nuestra OBLIGACION es conocer la gravedad de la lesión, ya que sin un diagnóstico de certeza no podremos lograr nuestro OBJETIVO: -rápido retorno deportivo – calidad de la curación- ausencia de secuelas.

Cuatro PREGUNTAS nos deberemos hacer: 1-¿las radiografías estándar deben ser hechas sistemáticamente? 2. ¿se deben hacer radiografías con estrés en posición forzada? 3. ¿los exámenes sofisticados ecografía, T.A.C o R.N.M son necesarios? 4. ¿se deben operar los entorsis graves de tobillo?

Se debe decir que el diagnóstico se basa en el interrogatorio (mecanismo, crujido, inflamación inmediata) y el examen clínico (importancia y localización de signos locales y de puntos dolorosos).

Los criterios de Ottawa (Stiell, 1992) se basan en reglas que se definen a partir de zonas: Zona 1 tobillo, Zona 2 medio pie y de Puntos: A: Punta de los maleolos interno y externos y bordes posteriores sobre una altura de 6 cm.; B: Simetría sobre el lado medial; C: Base del quinto metatarsiano y el D: Escafoide tarsiano.

En base a estos criterios dicen que las radiografías de tobillo SOLAMENTE se justifican si existe dolor en la zona 1 y con la condición de que se acompañe de dolor en los puntos A o B y si el paciente es incapaz de hacer dos pasos sobre cada pie sin ayuda en las horas siguientes al traumatismo y a la urgencia. La validez de estos criterios ha sido avalada por un reporte de la Delegación de Evaluación Médica de la AP-HP en 1996 donde lograron un valor predictivo negativo de 0% con una disminución del 28 % en pedido de radiografías. El valor de esta regla es real salvo con una reserva: no es seguro que las fracturas osteocondrales puedan responder a este criterio.

Aunque los criterios de Ottawa tengan un margen de error de casi el 0 % y en base a esto se logre disminuir el costo en el pedido de radiografías, mi respuesta a la primer



pregunta es que Si se deben pedir Rx frente a un traumatismo agudo de tobillo y que el par radiográfico no es suficiente. Se sugiere Rx de frente en neutro y rotación interna de 10 grados, perfil clásico y Rx oblicua para ver la base del 5 metatarsiano.

Con respecto a las radiografías forzadas a numerosos autores que nos dicen que no ya que debido al dolor y a la reacción de defensa del paciente hace perder valor predictivo. Discrepo y mi respuesta es Sí: deben pedir RX con estrés con bostezo en el frente y cajón en el perfil, esto debe ser siempre en forma comparativa.

En relación a la tercera pregunta, nos deberemos preguntar si ¿Son indispensables para definir la actitud terapéutica? La respuesta es NO, en la mayoría de los casos no se deben utilizar Jamás en forma sistemática.

Diferentes y variados diagnósticos diferenciales se deberán hacer con la patología macro y microtraumática del tobillo. Retener que el 50 % de las lesiones osteocondrales del astrágalo inicialmente fueron diagnosticadas y tratadas como entorsis de tobillo y que entre el 20-30% de las lesiones inveteradas del tendón de Aquiles fueron diagnosticadas como entorsis grave de tobillo.

En relación a la pregunta si se deben operar los entorsis graves, en mi experiencia personal y en series de estudios prospectivos realizados por Kamnus estoy autorizado a decir que un tratamiento funcional bien conducido da resultados iguales a los quirúrgicos, una retoma al deporte más rápido y con un costo menos elevado. La indicación de elección para nosotros es cuando a la lesión capsulo ligamentaria se asocia una fractura osteocondral del astrágalo.

De la evaluación de la gravedad de la lesión inicial dependerá cumplir con los objetivos propuestos inicialmente de rápido retorno deportivo, calidad de la curación y ausencia de secuela.

Antes de definir un tobillo como que tiene un entorsis traumático agudo tener presente todos los diagnósticos diferenciales que acabamos de ver para lograr disminuir el alto porcentaje de secuelas y no se debe minimizar el riesgo tardío de artrosis tibio-astragalina.