

Fracturas maleolares ocultas

DR. R. BALIUS JULI.

Las dos observaciones que a continuación describimos, constituyen a nuestro entender una rareza. Sus características y la indudable relación existente entre la lesión y la práctica deportiva, nos han inducido a presentarlas en esta «Sesión Clínica».

Caso I: A. E. P., 19 años. Corredor de medio fondo. Visitamos al atleta en marzo de 1963. Nos cuenta que a finales del año anterior, en ocasión de un entrenamiento a campo través, sufrió una entorsión del tobillo derecho, que fue tratada con procedimientos fisioterápicos durante unos pocos días; casi recuperado, acudió a un centro de entrenamiento invernal escandinavo. Desde entonces ha notado molestias dolorosas imprecisas en el tobillo lesionado, que si bien no le han impedido seguir su preparación habitual, en algunas ocasiones la han hecho francamente penosa.

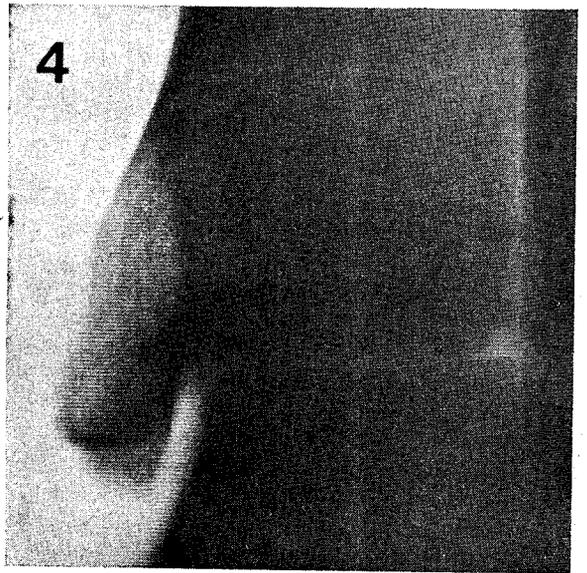
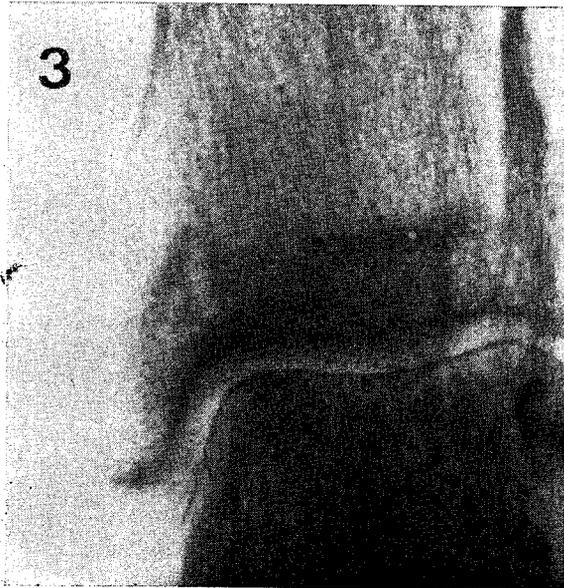
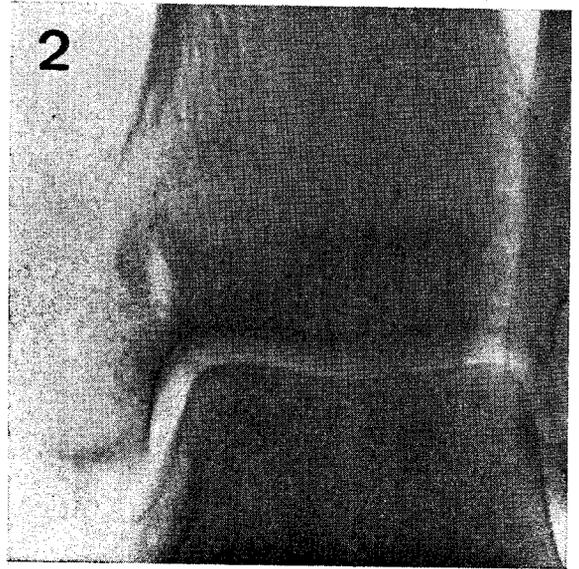
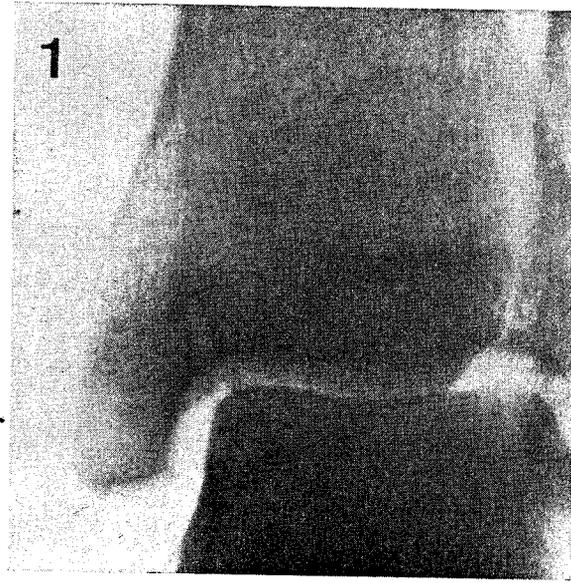
La exploración clínica únicamente descubrió un ligero dolor a la presión de ambas regiones maleolares y del antepié. Radiológicamente no se observaba ninguna imagen que permitiera sospechar la existencia de una lesión ósea. Se prescribió reposo deportivo, fisioterapia y anti-álgicos, que mejoraron rápidamente los trastornos, pudiendo reemprender los entrenamientos al cabo de un mes. A las tres semanas reaparecen las molestias y poco a poco se van agudizan-

do, con los mismos caracteres de imprecisión y de escasez de signos locales de exploración. En junio se repitió la investigación radiográfica, descubriéndose una imagen fisuraria en el ángulo tibiomaleolar interno (fig. 1).

Se instauró un *tratamiento* con inmovilización enyesada y anabolizantes. Al mes y medio la radiografía de control demostró que existía una evidente tendencia reparativa, habiéndose cerrado la fisura en su porción articular, mientras que más proximalmente se había ensanchado, adoptando una disposición quística (fig. 2). Se prosiguió la inmovilización durante un mes y medio, durante el cual se inició la carga; después de este lapso de tiempo, la radiografía mostró una casi absoluta desaparición de la imagen patológica (fig. 3).

El atleta reemprendió su actividad deportiva de forma lenta y progresiva, sin notar molestias dolorosas, alcanzando en pocos meses sus marcas habituales. A los siete años la radiografía del tobillo indica una total normalidad (fig. 4).

Caso II: J. E. R., 19 años. Lanzador de peso. En agosto de 1969, durante un entrenamiento con pesas, sufrió la distorsión del tobillo izquier-



Figuras 1, 2, 3 y 4
Radiografías correspondientes al caso I.

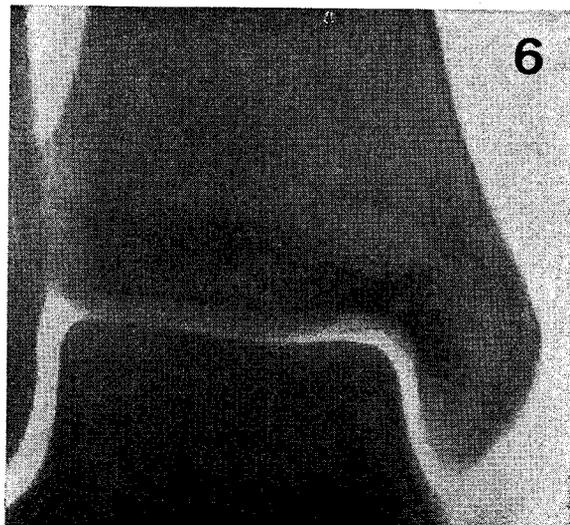
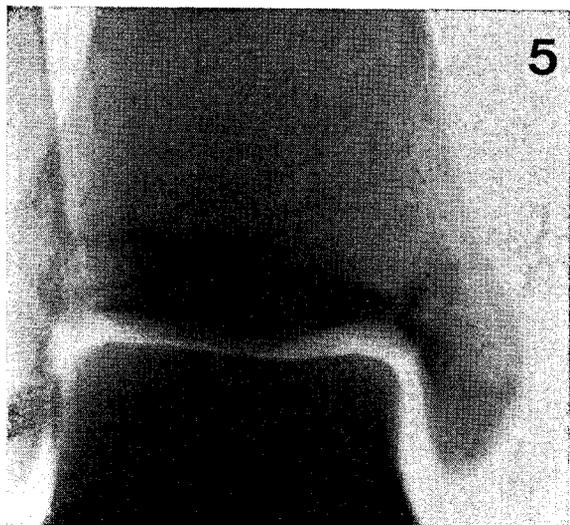
do, no dando mayor importancia a la lesión. Después de unas tres semanas de reposo volvió de nuevo a emprender su actividad deportiva, aunque aquejando molestias que progresivamente aumentaban de intensidad. Acudió a nosotros en octubre, pues desde hacía diez días se había visto obligado a abandonar toda clase de ejercicios.

A la *exploración* se observaba un tobillo ligeramente adematoso, sin limitación en los movimientos activos o pasivos y con un punto de dolor electivo, provocado a la presión, en la región maleolar interna. La radiografía demostró la existencia de una imagen fisuraria de dirección hacia arriba y adentro, situada en el ángulo tibiomaleolar interno (fig. 5).

Se realizó *tratamiento* mediante inmovilización enyesada, durante un mes y medio, comprobando en diciembre que la solución de continuidad había desaparecido casi totalmente a nivel de la línea articular, aunque persistía proximalmente (fig. 6). Se prosiguió la inmovilización con carga y una nueva exploración radiográfica, efectuada en enero de 1970, no mostró

todavía la cicatrización completa de la lesión. En febrero, después de cuatro meses de tratamiento, se obtuvo la normalización clínico-radiológica (fig. 7).

El atleta, que por su especialidad pudo seguir en parte su entrenamiento específico, durante el tiempo en que se encontraba lesionado, se recuperó rápidamente en unos dos meses.



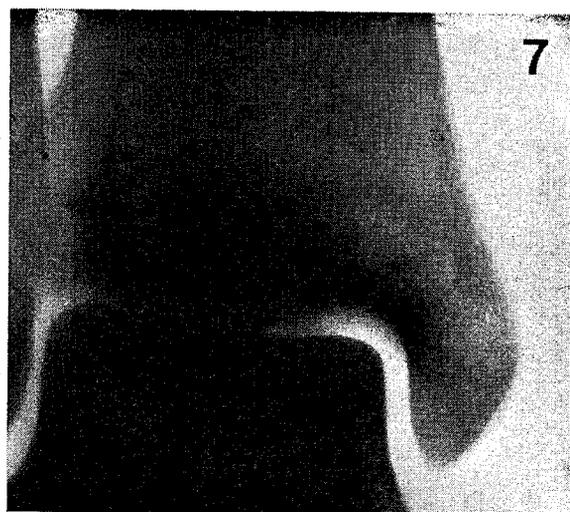
Figuras 5, 6 y 7
Radiografías correspondientes al caso II.

COMENTARIO

Aunque radiológicamente ambas observaciones podrían encasillarse entre las fracturas por sobrecarga, creemos que teniendo en cuenta la existencia de un traumatismo evidente en el inicio del proceso, es mejor considerarlas como *fracturas ocultas* (HAMMOND y O'CONNOR) o *fracturas fisurarias ocultas* (WATSON JONES).

Para HAMMOND y O'CONNOR, la fractura oculta es «aquella que da signos clínicos de su presencia, aunque no se demuestre radiológicamente hasta cuando no se produzcan fenómenos reparativos». WATSON JONES, insiste en que esta traducción radiológica no se hace patente hasta «que la fisura no se ensancha en virtud de la osteoporosis o hasta que se deposite hueso debajo el periostio edematoso y ligeramente elevado».

La lesión se ha producido según el mecanis-



mo que nosotros denominamos de «traumatismo óseo mínimo y sobrecarga». El accidente inicial, a juzgar por la dirección de la línea fisuraria, consistió en un movimiento brusco de

supinación del tobillo con aducción del astrágalo, por caída sobre el borde externo del pie (fig. 8). En efecto, la imagen fisusaria se

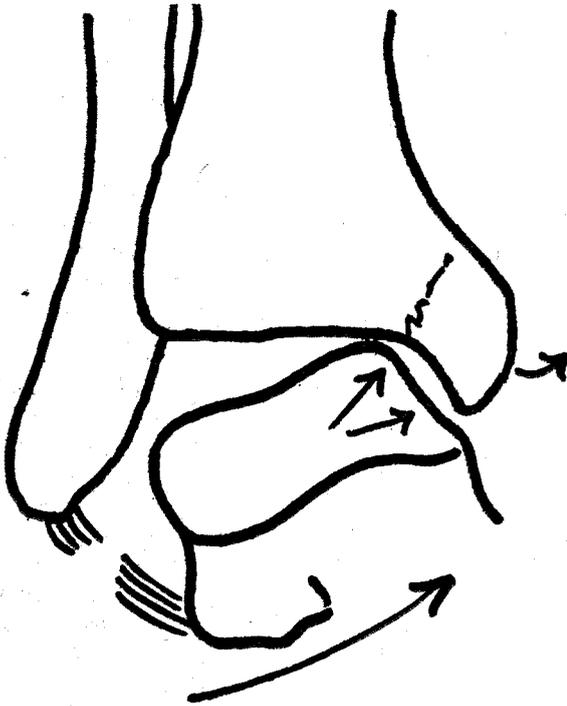


Figura 8
Mecanismo de producción de la lesión.

inicia en el ángulo interno de la mortaja tibio-astragalina y se dirige oblicuamente hacia arriba y adentro, siguiendo una dirección en todo superponible a la línea de fractura de las lesiónes

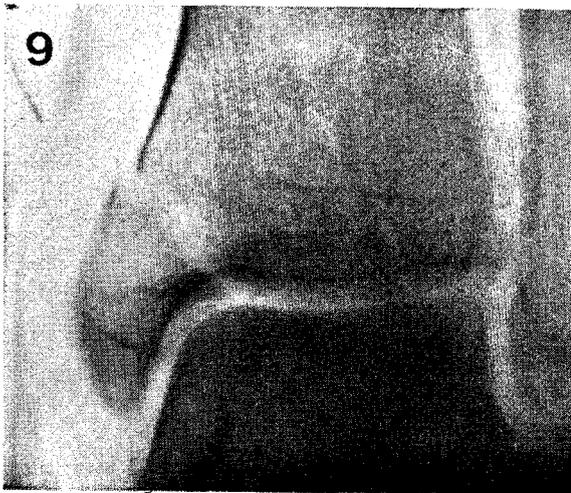


Figura 9
Ejemplo de fractura maleolar por supinación.

nes maleolares por supinación (ASHURST y BROMER) o por supinación-aducción (LAUGE-HANSEN) (fig. 9). No parece que esta distorsión originaria tuviera demasiada intensidad, ya que la lesión del ligamento lateral externo, necesariamente existente, revistió escasa trascendencia, curando casi totalmente con rapidez, a pesar de la falta de tratamiento; recordemos que ambos atletas reemprendieron tempranamente su actividad deportiva.

Este traumatismo inicial mínimo, produce una alteración en la estructura del hueso a nivel de la región de máxima distensión (tal es la acción, que sobre el ángulo maleolo-tibial interno, provoca la aducción brusca del astrágalo al actuar contra el maelolo correspondiente) y en esta zona de debilidad ósea, es donde actúa la sobrecarga inherente a la actividad deportiva intensa. El hueso no es un material inerte, sino que contiene elementos vivos y éstos reaccionan frente a la sobrecarga, en forma de trastornos vasomotores, que se manifiestan por una osteoporosis que ensancha y hace evidente la fisura, hasta entonces oculta.

La rareza de estas observaciones, de las que no hemos hallado otras referencias bibliográficas, en contraste con la abundancia de las distorsiones del tobillo, parece confirmar la importancia patogénica de la sobrecarga deportiva sobre el traumatismo óseo mínimo. Es de suponer que en individuos no sometidos a un régimen intenso de entrenamiento, la alteración inicial puede curar espontánea y asintómicamente.

En los dos casos, el proceso de reparación comenzó por el extremo articular de la fisura, iniciándose al poco tiempo de instaurarse la inmovilización. Asimismo en ambos pacientes, simultáneamente al cierre distal de la hendidura, se desarrolló en el extremo proximal una pequeña formación quística, última localización en cicatrizar. Esta evolución demuestra la eficacia del tratamiento instaurado, pues la curación de la lesión siguió sorprendentemente, el mismo sentido que su formación. Con la inmovilización evitamos los movimientos de la articulación tibio-peroneo-astragalina, que son precisamente los que microtraumatizan de forma repetida, y por tanto sobrecargan, la región primitivamente lesionada; por la especial forma de la polea astragalina, más ancha por delante que por detrás, creemos que son los movimientos de flexión dorsal los más perniciosos, pues tienden a separar los maleolos. Por estos motivos, no hemos dudado en permitir a nuestros pacientes la carga, en la segunda mitad del tratamiento.

CONSIDERACIONES PRACTICAS

En los deportistas es necesario no menospreciar las lesiones mínimas, especialmente si éstas no siguen el curso evolutivo previsible. En el tobillo son muy frecuentes las dislocaciones y es asimismo frecuente que sea el propio deportista quien trate su lesión de forma inadecuada e insuficiente.

Consideramos imprescindible la exploración radiográfica de las regiones maleolares, no sólo de aquellos deportistas que han sufrido una aparatosa distorsión del tobillo, sino también de los que habiéndola padecido de apariencia leve, presentan molestias anormalmente persistentes. Es importante la realización de radiografías en proyección de perfil y muy especialmente de frente, con 10-15° de rotación interna.

En los casos radiológicamente negativos, si persisten los trastornos y especialmente si aparecen edema y dolor provocado, es obligado reiterar las exploraciones radiográficas. En tanto no se logra aclarar el diagnóstico, es indispensable contraindicar toda actividad deportiva y no es excesivo ni inadecuado, realizar una correcta inmovilización enyesada con carácter provisional.

En nuestros dos pacientes resolvimos la lesión mediante una inmovilización, prolongada durante un período de tres a cuatro meses. La

situación articular de la fractura, la ausencia de desviaciones y singularmente la edad de los lesionados, cuya juventud no hacía temer rigideces articulares, son los elementos que decidieron el tratamiento conservador. Los resultados han apoyado nuestra conducta terapéutica.

BIBLIOGRAFÍA

ASHURST, A. P. C. y BROMER, R. S. — «Classification and Mechanism of Fractures of the Leg Bones Involving the Ankle. Based on a Study of Three Hundred Cases from the Episcopal Hospital». — «Arch. Surg.», 4, 51, 1922.

BALIUS JULI, R. — «Traumatismo óseo mínimo y sobrecarga». — Comunicación al IV Congreso Internacional de Medicina Deportiva del Grupo Latino. Barcelona, 1963.

HAMMOND, R. y O'CONNOR, D. J. — «Occult Fractures». — «J. A. M. A.», 117, 500, 1941.

KLEIGER, B. — «The mechanism of ankle injuries». — «Jour. Bone Jt. Surg.», 38 A, 59, 1956.

LAUGE-HANSEN, N. — «Fractures of the ankle». — «Arch. Surg.», 56, 259, 1948; 60, 957, 1950; 64, 488, 1952.

REICH, R. S. y ROSENBERG, N. J. — «Occult Fractures». — «J. A. M. A.», 166, 563, 1958.

WATSON JONES. — «Fracturas y traumatismos articulares». — «Salvat Edit.». — Barcelona, 1945.