

# Ferida inciso- contusa perimal·leolar en luxació de turmell sense fractura òssia

FERNANDO SALOM PORTELLA (1)  
MARGARITA FLORIT SERRA (2)  
TOMAS VILLAPLANA AGUADO (3)

(1) Gabinet de Medicina Esportiva  
Consell Insular de Menorca  
(2) Servei d'urgències.  
Clínica Menorca  
(3) Servei de cirurgia  
ortopèdica i traumatologia.  
Clínica Menorca

CORRESPONDÈNCIA:  
Fernando Salom Portella  
C/ Sa Ravaleta, 19 3º  
07701-Maó  
Menorca

## 1. INTRODUCCIO

En esports com el bàsquet, la torçada de turmell i la posterior lesió del lligament lateral extern és una de les lesions més freqüents. La intensificació dels entrenaments, la major competència durant les competicions esportives, l'augment del nombre d'hores de pràctica i la gran quantitat de salts que es produeixen durant la pràctica d'un esport com el bàsquet, fan que la distensió del lligament lateral extern del turmell sigui una lesió molt freqüent en aquest esport.

Una lesió com l'esquinç de turmell pot trastornar significativament la capacitat de participació d'un jugador de bàsquet. En alguns casos, els esquinços de repetició poden arribar a interrompre una carrera esportiva. N'hi ha prou amb aquesta raó per comprendre la importància d'aquesta lesió en el turmell d'esportistes com els jugadors de bàsquet. Les lesions de turmell són freqüents en la pràctica esportiva i suposen entre un 10 i un 15% de totes les lesions. La culpa d'aquesta incidència rau en el paper que el turmell desenvolupa com a pivot en l'acció de córrer i en la necessitat que el turmell sigui estable per acomplir el paper de base en la qual es recolzin les extremitats inferiors per córrer i saltar.

## 2. PRESENTACIO DEL CAS

Jugador de bàsquet de sexe masculí de 33 anys d'edat, de categoria autonòmica, que durant un partit de competició fa un salt, en una entrada a cistella, amb posterior caiguda al terra i sobtada aparició de dolor agut en el turmell dret.

En el Servei d'urgències de l'hospital s'aprecia en el turmell dret una gran ferida al voltant del mal·leol peroneal, que exposa estructures òssies i lliga-

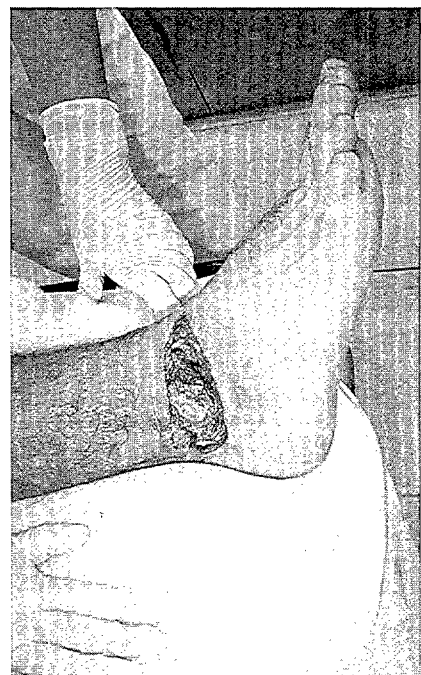
## CAS CLINIC

mentoses amb força sang (Fig. I). Polsos perifèrics presents, anestèsia del dors del peu i impossibilitat de realitzar una flexió completa i pronació.

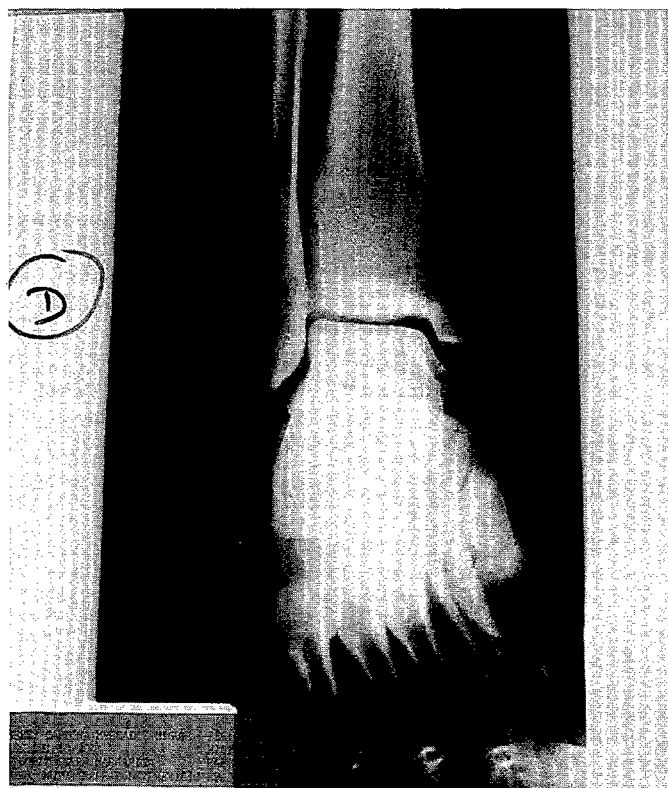
Analítica de sèrie vermella, blanca, plaquetària, bioquímica i proves de coagulació van ser normals. Cultiu de mostres positiu per a *Pseudomona Spp*, amb màxima sensibilitat a ciprofloxací.

Radiologia amb estudi AP i L del turmell sense alteracions òssies d'interès (Fig. II i III). Es procedeix amb anestèsia epidural i sedació a la revisió quirúrgica de la ferida i s'aprecia una destrucció total del complex lligamentós lateral (en els tres fascicles: anterior, mig i posterior) que inclou la pell, la càpsula articular i sinovial, la fascia superficialis, el retinacle d'extensors, el tendó extensor accessori del 5è dit, diverses venes dorsals del peu i el nervi peroneal superficial. Despreniment d'un

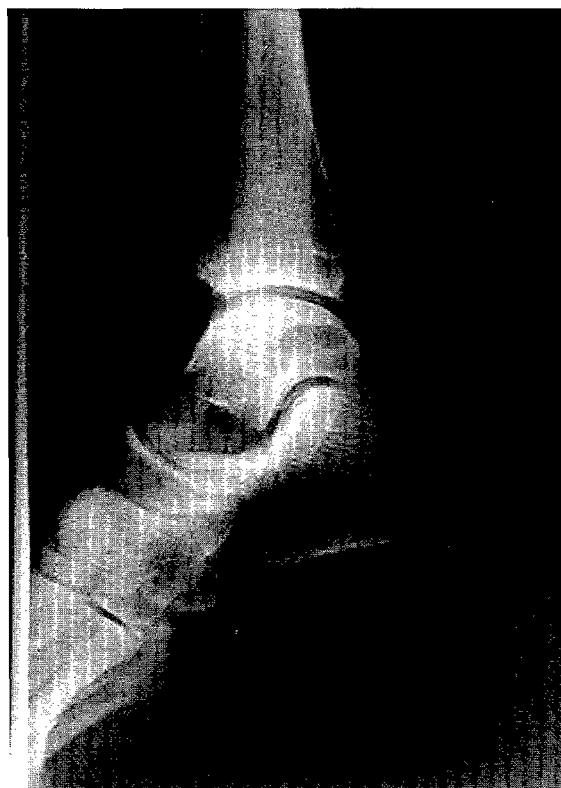
**Figura I** Imatge del turmell en la qual s'observa la ferida inciso-contusa perimal·leolar.



**Figura II** Imatge de radiografia simple de turmell antero-posterior.



**Figura III** Imatge de radiografia simple de turmell lateral.



rodet postero-lateral del cartílag corresponent a la cúpula astragalina; inexistència de cartílag en la zona interna del mal·lèol peroneal.

Es sutura anatómicament i per plans les estructures lesionades. S'instaura tractament antibiòtic segons antibiograma del germen indicat anteriorment, minvant la febre que presentava el pacient als pocs dies d'iniciat el tractament.

Als 6 dies es retira la bena i es realitza una cura de la ferida que mostra un bon aspecte tot i tenir alguns vorells necròtics. Es dona l'alta hospitalària per continuar amb tractament ambulatori amb la prescripció de tractament antibiòtic, aines orals, cama aixecada i deambulació amb descàrrega.

Continuar amb controls per traumatologia i, més endavant, segons evo-

lució, iniciar el tractament de fisioteràpia i rehabilitació adient.

## 2 DISCUSSIO

L'anatomia òssia del turmell està formada per l'extrem distal del peroné, el mal·lèol peroneal. La punta de l'extrem distal de la tibia forma el mal·lèol tibial. L'extrem distal de la tibia forma la plataforma de la tibia, que, juntament amb els mal·lèols, s'articula amb el cap de l'astràlag. El mal·lèol lateral és llarg i rectangular, mentre que el mal·lèol medial és curt i ample. Aquesta anatomia òssia facilita la flexió plantar i la laxitud d'inversió, mentre que el turmell actua com a estabilitzador de l'eversió i la dorsiflexió.

Existeixen tres complexos lligamentosos principals que contribueixen a l'estabilitat del turmell: a) lligaments

laterals (peroneal astragalí anterior, peroneal calcani i peroneal astragalí posterior); b) lligament deltoïdal medial (amb un component profund i un superficial); c) sindesmosi tìbio-peronea.

El mecanisme responsable de la lesió del lligament lateral extern està representat en gairebé tots els casos per un traumatisme en varo, pràcticament sempre en equí, capaç de lesionar segons la importància de l'accident un cert nombre d'elements anatòmics, la lesió dels quals es propaga de davant a darrere: fascicle anterior peroneal astragalí, càpsula anterior de la articulació tibiotarsiana, fascicle mig peroneal calcani, càpsula i lligament de l'articulació subastragalina, beina dels peronés laterals i fascicle posterior del lligament lateral extern o peroneal astragalí posterior.

S'han proposat diverses classificacions d'aquests esquinços de turmell, grau I, II i III o lleuger, moderat i greu, segons el nombre i importància de les estructures anatòmiques lesionades, però, en la bibliografia consultada, no s'han trobat referències a lesions dels teixits tous que afectin a la pell produint una ferida inciso-contusa, com el

cas presentat, que arriba a exposar fins i rot capes òssies.

La interpretació del mecanisme lesional efectuada en aquest cas, podria ser que l'esportista al realitzar el salt i amb la posterior caiguda, contactés amb el terra amb el turmell en posició de varo produint una luxació de l'articulació tibio-peroneal-astragalina i que

el mal·lèol peroneal actués com una guillotina sobre els teixits tous al xocar amb un pla dur com el terra de la pista de joc, sense produir cap fractura mal·leolar, però produint la incisió en tots els teixits tous des de la pell fins a les estructures òssies.

## Bibliografia

1. Serra Fernandez, R. Lesiones ligamentosas del tobillo en la practica del baloncesto. Medicina y baloncesto. Revista de la Asociación Española de Médicos de Baloncesto. 1997; 2: 7-12.
2. Johnson A.K y Teadsdall R.D. El esquinçe de tobillo y su relación con el jugador de baloncesto. Lesiones producidas por la practica del baloncesto. En Steingard, Paul M. Clinicas de Medicina Deportiva. Interamericana-Mc Graw Hill. Madrid. 1993; 365-374.
3. Danowski R. y Chanussot J.C. Traumatologia del deporte. Masson. Barcelona. 1992; 233-239.
4. Grana W.A. Lesiones agudas del tobillo. En Renström P.A.F.H. Prácticas clínicas sobre asistencia y prevención de lesiones deportivas. Editorial Paidotribo. Barcelona; 247-259.
5. Peterson L. y Renström P. Lesiones de la articulacion del tobillo. En Lesiones deportivas. Prevención y tratamiento. JIMS. Barcelona. 1988; 341-347.
6. Kulund D. Tobillo. En Lesiones del deportista. Salvat. Barcelona. 1986; 418-427.

