



Revista Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología

www.elsevier.es/rot



NOTA CLÍNICA

Luxación traumática del tendón tibial posterior por avulsión del retináculo flexor. Reconstrucción con suturas con anclajes



M. Godino*, M. Vides y E. Guerado

Departamento de Cirugía Ortopédica y Traumatología, Hospital Costa del Sol, Universidad de Málaga, Marbella, Málaga, España

Recibido el 26 de enero de 2014; aceptado el 1 de abril de 2014

Disponible en Internet el 2 de junio de 2014

PALABRAS CLAVE

Tendón;
Tibial;
Posterior;
Luxación;
Avulsión;
Tratamiento
quirúrgico

Resumen

Introducción: La luxación traumática del tendón tibial posterior (TTP) es una entidad con muy baja prevalencia. Debuta con dolor y resalte retromaleolar medial tras un traumatismo en inversión del tobillo con la práctica deportiva. El diagnóstico se basa en la exploración clínica, apoyado en pruebas de imagen. El tratamiento debe ser quirúrgico.

Caso clínico: Varón de 28 años que presenta giro forzado del tobillo en inversión del pie y dorsiflexión del tobillo, mientras realizaba una carrera. Es atendido en urgencias donde se trata como esguince de tobillo con vendaje elástico. Una vez recuperado comienza la práctica deportiva notando un resalte con dolor en el tobillo. En la exploración física se reproduce el resalte del TTP con maniobras de inversión y dorsiflexión forzada. Se completa el estudio con ecografía y RMN. El paciente se interviene quirúrgicamente mediante reinserción del retináculo flexor, quedando un tobillo estable y sin resalte. A los 3 meses postoperatorios el paciente reinicia su práctica deportiva.

Conclusión: Tras el diagnóstico clínico de luxación del TTP, el tratamiento quirúrgico mediante reinserción del retináculo flexor consiguió un excelente resultado funcional.

© 2014 SECOT. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Tendon;
Tibial;
Posterior;
Dislocation;
Avulsion;
Surgical treatment

Traumatic dislocation of posterior tibial tendon by avulsion of flexor retinacular release. Reconstruction with suture anchors

Abstract

Introduction: Traumatic dislocation of the posterior tibial tendon (PTT) has a very low prevalence. It presents with pain and recurrent snapping on the posterior side of the medial malleolus after an ankle sprain while practicing sports. The diagnosis is based on clinical examination, supported by imaging techniques. The treatment must be always surgical.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: manugodino@telefonica.net (M. Godino).

Case report: A 28 year old man sprained ankle his ankle while jogging. He was treated in an emergency department with an elastic bandage. Once he recovered, he went back to running, noticing a projection with ankle pain. In the physical examination the PTT was reproduced with inversion maneuvers and forced dorsiflexion. Ultrasound and MRI were performed on the ankle. The patient was operated on, leaving a stable ankle with no projection. Three months later he had no pain and restarted his physical activities.

Conclusion: Surgical treatment of PTT dislocation by re-anchoring the flexor retinacula provides an excellent functional outcome.

© 2014 SECOT. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

La luxación traumática del tendón tibial posterior (TTP) es una entidad con muy baja prevalencia, habiendo muy pocos casos descritos en la bibliografía, desde el primer caso descrito por Martins en 1874¹. Debuta por dolor y sensación de resalte tras un traumatismo en inversión del tobillo, durante la práctica deportiva^{2,3}. El diagnóstico se basa en la exploración clínica con dolor, tumefacción y equimosis en el tobillo y se completa mediante estudio con radiografías simples de tobillo e imágenes de resonancia magnética (RM)⁴. Esta lesión a veces pasa desapercibida y su tratamiento debe ser quirúrgico⁵.

En este trabajo se presenta un caso de inestabilidad de tobillo traumática aguda, debida a luxación del TTP durante la práctica del atletismo.

Caso clínico

Paciente varón de 28 años, sin antecedentes personales de interés, que tras el curso de una carrera sufre traumatismo en inversión forzada del tobillo derecho. En la exploración clínica presenta equimosis y tumefacción, con dolor a la movilización en dicho tobillo. Se practica radiología simple anteroposterior y lateral del tobillo derecho, y se trata mediante inmovilización con vendaje funcional y carga progresiva durante 3 semanas. Al comenzar nuevamente su práctica deportiva comienza con dolor y sensación de resalte en el tobillo. A la exploración se aprecia el resalte mediante maniobras de inversión y dorsiflexión forzadas. El estudio ecográfico mostraba la luxación del TTP en dorsiflexión y su reducción en flexión plantar. En el estudio mediante RM se aprecia avulsión ósea del retináculo flexor o tibioastragalino, estando el TTP indemne (fig. 1).

Se interviene quirúrgicamente a los 4 meses de la lesión, dado que la lesión pasó desapercibida en urgencias, resecando el pequeño fragmento óseo y reinserción del retináculo con 2 anclajes de 3 mm de titanio Stryker® Titanium Wedge Anchor (Kalamazoo, Michigan, EE. UU.), y refuerzo con suturas no absorbibles. Se le inmovilizó el tobillo durante 4 semanas con una férula de yeso y tras su retirada comenzó un periodo de fisioterapia durante 2 meses (figs. 2 y 3).

A los 3 meses del alta médica la función del tobillo es completa con flexión plantar, flexión dorsal, inversión y

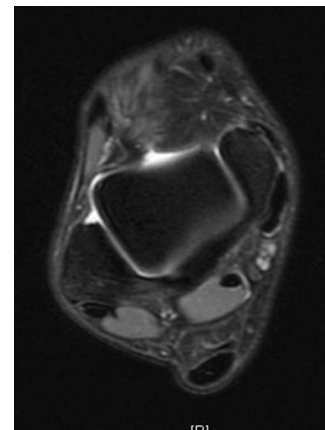


Figura 1 Imagen axial de RMN en T2 donde se aprecia la avulsión ósea en maléolo tibial.

eversión completas, y asintomáticas. La fuerza del tobillo es normal. A los 2 años de la lesión no ha habido evidencia de nueva luxación, estando el paciente asintomático y practicando deportes con normalidad (fig. 4).

Discusión

La luxación del TTP es una lesión extraordinariamente infrecuente. Sobre ella Lohrer y Nauck⁶ publicaron en 2010 una

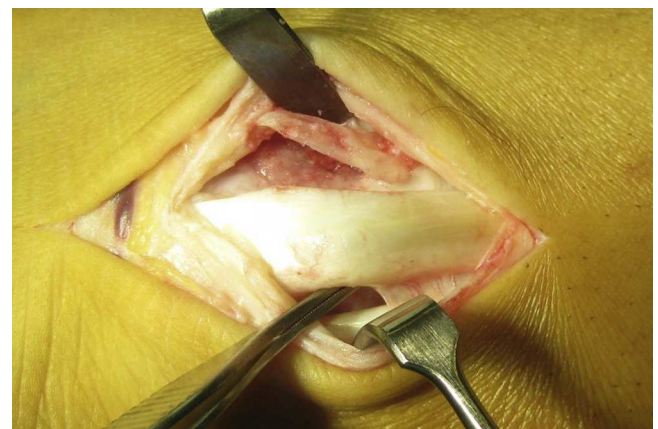


Figura 2 Fractura avulsión del retináculo, se libera del retináculo flexor el fragmento óseo.

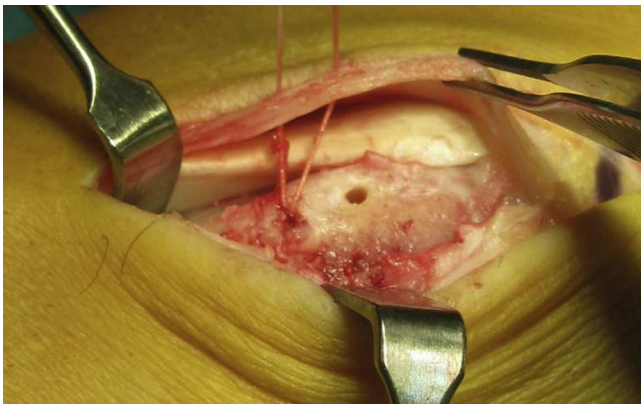


Figura 3 Se reinserta retináculo con sutura no reabsorbible apoyada en anclajes de 3 mm de titanio.



Figura 4 Imagen del tobillo en flexión dorsal e inversión a los 2 años de la cirugía. Muestra la integridad del retináculo flexor.

revisión bibliográfica con 61 casos recopilados de la literatura hasta ese momento; solo el 14% de los casos, es decir 8 casos, presentaban una fractura avulsión, como en el aquí presentado. La mayor serie de 7 casos, fue publicada en 1992 por Ouzounian y Myerson⁷, los cuales publicaron una serie de 7 casos.

El TTP es fundamental como estabilizador dinámico del pie, la pérdida de su función condiciona una deformidad de pie plano. El mecanismo de la lesión no está completamente definido, pero en la mayoría de los casos se ha asociado a dorsiflexión forzada y rotación interna tibial del tobillo.

Anatomopatológicamente se han descrito 3 tipos de lesiones:

- Tipo 1: luxación subcutánea debido a la rotura del retináculo flexor anterior⁸.
- Tipo 2: luxación subperióstica debido a desinserción del retináculo anterior quedando un colgajo perióstico por donde se desplaza el TTP^{9,10}.
- Tipo 3: fractura avulsión del retináculo flexor, como el caso que aquí se describe⁶.

El diagnóstico es principalmente clínico, tras un traumatismo en inversión del tobillo, aparece una gran inflamación de la zona del maléolo medial, que dificulta el diagnóstico agudo. Una vez resuelta la inflamación en la región perimaleolar tibial es necesario reevaluar al paciente. A veces, debido a la rareza, el paciente no es diagnosticado quedando una inestabilidad crónica del TTP.

La radiología simple no suele aportar información excepto cuando se asocia a fractura, mientras la ecografía puede mostrar la luxación del tendón al practicar la flexoextensión del tobillo con ligera inversión del pie. La RM identifica lesiones asociadas tales como colección de líquido peritendinoso, fractura avulsión o lesión propiamente dicha del retináculo⁴.

Una vez realizado el diagnóstico la indicación es el tratamiento quirúrgico^{5,6,9,11} con reconstrucción del retináculo mediante colgajo del tendón de Aquiles, o bien re inserción y colgajo perióstico, entre otras técnicas¹⁰. En este caso se optó por la extirpación del pequeño fragmento óseo debido a que el fragmento era pequeño para una osteosíntesis con tornillo, y re inserción del retináculo una vez reducido el TTP, se utilizaron suturas no reabsorbibles apoyadas en 2 anclajes de 3 mm de titanio en maléolo tibial por ser una técnica fácil y proveer solidez.

Nivel de evidencia

Nivel de evidencia V.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Bibliografía

1. Martins CH. Notes sur un cas de luxation du muscle tibial postérieur. *Med Acad Chir.* 1874;23:14-5.
2. Pérez-Caballer AJ, Sanz-Hospital J, Delgado P. Tratamiento quirúrgico de la inestabilidad lateral crónica de tobillo. *Rev Ortop Traumatol.* 2004;48 Supl 3:S53-9.
3. Olivé R, Redón N, Pino S. Traumatic dislocation of tibialis posterior tendon: A case report in a Tae-Kwon-do athlete. *Clin J Sport Med.* 2009;19:68-9.
4. Bencardino J, Rosenberg ZS, Beltran J, Broke MR, Cheung Y, Rosenberg LA, et al. MR Imaging of dislocation of posterior tibial tendon. *AJR.* 1997;169:1109-12.
5. Rolf P, Gutne I, Ekenman T. Dislocation of the tibialis posterior tendon: Diagnosis and treatment. *J Foot Ankle Surg.* 1997;36:63-5.

6. Lohrer H, Nauck T. Posterior tibial tendon dislocation. A systematic review of the literature and presentation of a case. *Br J Sports Med.* 2010;44:398–406.
7. Ouzounian TJ, Myerson MS. Dislocation posterior tibial tendon. *Foot Ankle.* 1992;13:215–9.
8. Nava BE. Traumatic dislocations of the tibialis posterior tendon at the ankle. Report of a case. *J Bone Joint Surg Br.* 1968;50:150–1.
9. Nucción SL, Hunter DM, Difiori J. Dislocation of the posterior tibial tendon without disruption of the flexor retinaculum. A case report and review of the literature. *Am J Sports Med.* 2001;29:656–9.
10. Wong YS. Recurrent dislocation of the posterior tibial tendon secondary to detachment of a retinacular-periosteal sleeve: A case report. *Foot Ankle Int.* 2004;25:602–4.
11. Ballesteros R, Chacón M, Cimarra A, Ramos I, Gómez-Barrena E. Traumatic dislocation of the tiibialis posterior tendon: A new surgical procedure to obtain a strong reconstruction. *J Trauma.* 1995;39:1198–200.