

*Ciao a tutti! Questo terzo intervento riguarda un altro degli infortuni più comuni nella pratica della corsa: si tratta della distorsione della caviglia che viene spesso sottovalutata dagli atleti amatoriali e che se non adeguatamente trattata, può portare anche ad esiti invalidanti.*

I due meccanismi traumatici che determinano una distorsione, qualora le forze implicate siano di entità tale da ledere alcune fibre dei legamenti collaterali, sono: sollecitazione in varismo e supinazione del piede, con conseguente interessamento del compartimento esterno (distorsione laterale) o sollecitazione in valgismo e pronazione del piede, con conseguente interessamento del compartimento interno (distorsione mediale).

Decisamente più frequente è il riscontro di distorsioni laterali: negli Stati Uniti è stato calcolato che si verifica ogni giorno una distorsione di caviglia ogni 10.000 persone, che nell'85% dei casi riconosce un meccanismo di inversione.

I segni ed i sintomi clinici della distorsione sono: tumefazione precoce ed a volte imponente della regione malleolare, ecchimosi tardiva, dolore in sede premalleolare e sottomalleolare, a volte in sede retromalleolare esterna; impotenza funzionale, dolorabilità in sede di lesione provocata dai tentativi di pronazione o supinazione del piede, segno del "cassetto anteriore" in caso di rottura totale del compartimento esterno.

Il complesso legamentoso laterale della caviglia è costituito da tre elementi principali: il legamento peroneo-astragalico anteriore (PAA), il legamento peroneo-calcaneare (PC) ed il legamento peroneo-astragalico posteriore (PAP). Nella maggior parte dei casi si verifica una lesione isolata del PAA, nel 20% dei casi una lesione combinata del PAA e del PC. Tradizionalmente, nella pratica clinica, le distorsioni di caviglia sono classificate in tre gradi:

- Grado I (lieve): stiramento dei PAA senza lesione macroscopica con modesto gonfiore e scarsa limitazione funzionale.
- Grado II (moderato): parziale lesione macroscopica del legamento con moderato gonfiore e dolore. Sono presenti una limitazione del movimento ed un moderato grado di instabilità.
- Grado III (severo): lesione legamentosa completa, accompagnata da gonfiore, emorragia, impotenza funzionale assoluta ed instabilità articolare.

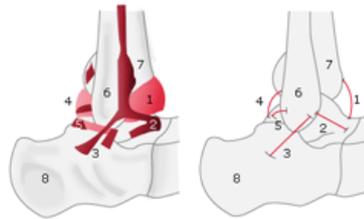
Nelle distorsioni di I e II grado negli sportivi il trattamento non va sottostimato, infatti il solo ballottamento anterolaterale di 1 cm tra tibia ed astragalo modifica del 40% il rapporto tra le superfici articolari e può provocare a lungo termine l'insorgenza di processi artrosici della caviglia. Il loro trattamento in fase acuta è tuttora dibattuto, a dimostrare la validità di tutte le soluzioni adottate: salvo casi selezionati, infatti, la prognosi di una distorsione tibio-tarsica è favorevole.

In fase acuta è comunque preferibile il trattamento di tipo incruento: riposo, borsa del ghiaccio, arto in scarico, seguito dalla confezione di uno stivaletto gessato da carico o dalla confezione di un bendaggio funzionale o dall'applicazione di un tutore dinamico.

I vantaggi del bendaggio funzionale, che evita un'immobilizzazione prolungata, sono rappresentati dal più veloce riassorbimento dell'edema, dal mantenimento del tono muscolare, dalla più rapida guarigione dei legamenti, sottoposti a sollecitazioni funzionali, inoltre non interrompe la stimolazione dei propriocettori capsulari.

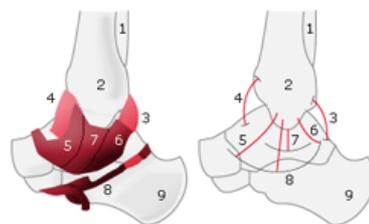
Lo svantaggio del bendaggio funzionale è costituito dalla durata dello stesso, che deve essere applicato in assenza di tumefazione e quindi rinnovato ogni 5-7 giorni fino a tre settimane, al fine di fornire un'adeguata contenzione alla caviglia.

### **Articolazione della caviglia (*vista laterale*)**



- 1 – Capsula articolare
- 2 – Legamento Peroneo-astragalico-anteriore
- 3 – Legamento Peroneo-calcaneare
- 4 – Legamento Peroneo-astragalico-posteriore
- 5 – Legamento Tibio-peroneale anteriore
- 6 – Malleolo peroneale
- 7 – Tibia
- 8 – Calcagno

### **Articolazione della caviglia (*vista mediale*)**



- 1 – Perone
- 2 – Tibia
- 3 – Legamento Tibio-astragalico (fascio posteriore)
- 4 – Legamento Tibio-astragalico-anteriore (fascio profondo)
- 5 – Legamento Tibio-scafoideo (fascio anteriore)
- 8 – Legamento Tibio-calcaneare (fascio medio)
- 9 – Calcagno

### Meccanismi distorsivi



La lesione più frequente della caviglia è causata da un movimento distorsivo di inversione forzata (v. figura), con conseguente lesione dei diversi fasci del legamento laterale. Più rara è la lesione traumatica del compartimento interno della caviglia, fisiologicamente più protetto, e più difficili sono i traumi in eversione. La maggior parte degli Autori ritiene che il trattamento di prima scelta delle lesioni di grado III debba essere conservativo; la chirurgia è limitata al 10-20% di pazienti in cui residua, al termine del trattamento conservativo, un'instabilità laterale cronica. L'instaurarsi di un'instabilità laterale cronica determina la ricomparsa di dolore e tumefazione ad ogni nuovo episodio distorsivo, ed un senso di instabilità dell'articolazione.

Le radiografie sotto stress sono fondamentali per determinare il grado di lassità. Un cassetto anteriore superiore a 5 mm è indicativo di una lesione del PAA. Il "talar tilt" è considerato normale fino a 5°; un "talar-tilt" superiore a 5° è indicativo di lesione complessa del PAA e del PC.

Chi desiderasse ricevere chiarimenti, consigli o volesse proporre le sue osservazioni, può contattarmi attraverso la redazione di [Siciliapodistica.it](http://Siciliapodistica.it).

Alla prossima,

*Oscar Tupa*