

Tratamiento funcional de los esguinces del tobillo grados I y II

Nicolás Zarur Mina,* Eduardo Caldelas Cuéllar,* César Dacosta Gómez Bueno*

Sports Clinic. Ciudad de México

RESUMEN. Los esguinces del ligamento colateral lateral del tobillo son muy comunes y existe controversia en cuanto a su tratamiento, algunos autores recomiendan movilización temprana del tobillo, otros recomiendan inmovilización por una a seis semanas con aparato de yeso y algunos insisten en la reparación quirúrgica de los ligamentos. Sin embargo, en nuestra experiencia hemos visto que los mejores resultados se obtienen en aquellos pacientes que se manejan con movilización temprana y con un adecuado programa de rehabilitación. Se presentan los resultados de 15 pacientes con esguinces de tobillo grados I y II los cuales fueron manejados con movilización temprana y programa de terapia física.

Palabras clave: tobillo, esguince, movilización, rehabilitación.

Introducción

Los esguinces del tobillo son una de las lesiones más comunes del sistema músculo-esquelético. El tratamiento en la actualidad sigue siendo controversial, mientras algunos médicos consideran que el tratamiento agudo es sobre la base de inmovilización con aparato de yeso, nosotros creemos que el tratamiento ideal para un esguince grados I ó II es mediante un programa individualizado de rehabilitación y movilizaciones tempranas.

Material y métodos

Se evaluó el resultado final en 11 pacientes con esguince de tobillo grados I y II que se manejaron con terapia física durante el período comprendido entre julio 1999 a diciembre 1999. Se incluyeron seis hombres y cinco mujeres con edades entre los 11 a 47 años, promedio de 30 años. El mecanismo de lesión en siete pacientes fue inversión pura y en cuatro pacientes fue de inversión con rotación interna, nueve pacientes presentaron lesión por actividad deportiva

SUMMARY. Sprains of lateral ligament of the knee are very common. Better results are obtained in degree I and II on knee sprains with conservative treatment. However, some authors insist in surgical treatment. In our experience, early rehabilitation and mobilization has been the best combination for treatment. Uniform good results were obtained in 15 patients with I and II degree of ankle sprain.

Key words: ankle, sprain, mobilization, rehabilitation.

siendo ésta fútbol en cuatro, básquetbol en uno, carrera en dos, danza un paciente y tenis en uno y dos pacientes con ambulación normal en la vía pública. El diagnóstico se realizó mediante valoración clínica y radiológica. El programa de rehabilitación consistió en:

Crioterapia los primeros tres días al inicio de la rehabilitación, hidroterapia, ejercicios de estiramiento pasivos y posteriormente pasivos asistidos, en tercer lugar arcos de movimiento activos, libres primero y posteriormente contra resistencia, equilibrio en un pie.

La marcha se inicia en relación con la tolerancia del paciente y por último se indica bicicleta, escaladora y trote; si este último no se tolera, se inicia trote en alberca. Para finalizar, y especialmente en el paciente deportista, se realiza programa de ejercicios pliométricos, el cual consiste en ejercicios explosivos encaminados a adquirir fuerza muscular y elasticidad en el menor tiempo posible, como desplantes repentinos, saltos, saltos en un pie, "dribleos", etc. Se evaluaron los resultados a las 10, 15 y 20 sesiones de terapia física siendo el seguimiento más largo de 20 sesiones (cuatro semanas). Sólo en tres pacientes se empleó terapia farmacológica coadyuvante con base en AINE's en relación con la intensidad de la sintomatología dolorosa.

Resultados

De los 11 pacientes que fueron manejados con programa de rehabilitación la totalidad de los mismos toleró el apoyo en el tercer día de tratamiento, con disminución

* Cirujanos Ortopedistas.

Dirección para correspondencia:
Dr. Nicolás Zarur Mina

Sports Clinic. Montecito 38. World Trade Center 2o piso. Col. Nápoles.
México, D.F. 03810

relevante del dolor y del edema. Siete pacientes fueron capaces de realizar sin dolor y con arcos de movilidad completos, ejercicios contra resistencia al tercer día de tratamiento; tres lo toleraron al cuarto día y uno al sexto (el cual presentaba inicialmente el daño más severo). Al octavo día de tratamiento en promedio (cinco a siete sesiones), todos los pacientes se encontraban realizando ejercicio de equilibrio en un pie y bicicleta, sin limitación en los mismos y tolerando la marcha con mínima o nula claudicación. El trote fue tolerado a las ocho sesiones en promedio (dos semanas y media). Posterior a las 12 sesiones, 10 pacientes toleraron ejercicios pliométricos y uno lo toleró hasta las 15 sesiones. El resto del tratamiento consistió básicamente en pliométricos y fortalecimiento muscular. Nueve pacientes se reintegraron totalmente a su actividad habitual a las 15 sesiones de tratamiento (tres semanas) y los dos restantes a las 20 sesiones (cuatro semanas).

Discusión

El papel de la rehabilitación es restaurar la función normal de la articulación del tobillo y de sus tejidos circundantes. Generalmente los músculos peroneos tienden a presentar un desgarrar durante un episodio de esguince de tobillo debido a que tratan de prevenir la inversión al contraerse excéntricamente. Además de los efectos secundarios de un esguince de tobillo que contribuyen a la sintomatología e inestabilidad de la articulación, la inflamación que provoca el esguince disminuye la oxigenación de los tejidos y el tejido de cicatrización puede limitar los arcos de movimiento.

Se ha descrito un programa completo de rehabilitación activo, el cual tiene tres fundamentos: crioterapia, hidroterapia y ejercicios (isométricos, isotónicos y pliométricos), todos con la finalidad de disminuir la inflamación, el dolor y favorecer la cicatrización, así como también lograr un arco de movilidad normal y fortalecer la musculatura relacionada con la articulación para evitar lesiones subsecuentes. Por lo tanto, un programa de rehabilitación debe incluir estiramientos, fortalecimientos y ejercicios de propiocepción. Más importante aún es recordar el trabajo muscular alrededor del tobillo, en especial los evertores del pie, los cuales deben ser fortalecidos primordialmente.

Estudios que apoyan la movilización temprana. En 1965, Freeman realizó un estudio de 45 pacientes con es-

guince de tobillo comparando tres diferentes manejos: terapia física, inmovilización con yeso y tratamiento quirúrgico + inmovilización con yeso, observando que el grupo que fue manejado con terapia física tuvo mejores resultados, ya que se reintegraron totalmente a las actividades de la vida diaria a las 12 semanas en comparación con los otros grupos que se integraron a la actividad cotidiana entre las 22 a las 26 semanas de manejo.

En 1978, Prins realizó un estudio comparativo de manejo de esguince de tobillo de movilización temprana contra inmovilización con yeso por tres semanas observando mejores resultados en pacientes que se manejaron con terapia física, los cuales regresaron a su actividad normal en un promedio de 3.9 semanas.

En conclusión, una revisión de la literatura indica que el tratamiento preferido para las lesiones agudas del ligamento colateral lateral del tobillo es mediante movilización temprana y rehabilitación, observando que este tipo de manejo lleva un período muy corto de incapacidad, y disminuye el tiempo prolongado de sintomatología como el dolor y la limitación funcional. Finalmente podemos concluir que el grado de lesión no cambia el tipo de manejo en los esguinces de tobillo.

Bibliografía

1. Caro D, Howels JB, Craft IL, Shaw PC: Diagnosis and treatment of injury of lateral ligaments of the ankle joints. *Lancet* 1964; 2: 720-3.
2. Eifff MP, Smith AT, Smith GE: Early mobilization versus immobilization in the treatment of lateral ankle sprain. *Am J Sports Med* 1994; 22: 83-8.
3. Evans GA, Hartcastle P, Frenyo AD: Acute rupture of the lateral ligament of the ankle. *J Bone Joint Surg (Br)* 1984; 66: 209-12.
4. Freeman: Treatment of ruptures of the lateral ligament of the ankle. *J Bone Joint Surg (Br)* 1965; 47: 661-8.
5. Gronmark T, Johnsen O, Kogstead O: Rupture of the lateral ligaments of the ankle: A control clinical trial. *Injury* 1980; 11: 215-8.
6. Konradsen L, Holmer P, Sondergaard L: Early mobilizing treatment for grade III ankle ligament injuries. *Foot and Ankle* 1991; 12: 69-73.
7. Kristiansen B. Surgical treatment of ankle instability in athletes. *J Sports Med* 1982; 16: 40-5.
8. Shrier I: Treatment of lateral collateral ligament sprains of the ankle: A critical appraisal of the literature. *J Sports Med* 1995; 5: 187-95.
9. Sommer HM, Arza D: Functional treatment of recent ruptures of the fibular ligaments of the ankle. *Int Orthop* 1989; 13: 157-60.
10. Vegso JJ, Harmon LE: Non-operative management of athletic ankle injuries. *Clin Sports Med* 1982; 1: 85-98.
11. Zwipp H, Hoffman R, Thermann H, Wippermann BW: Rupture of the ankle ligaments. *Int Orthop* 1991; 15: 245-9.