

Tratamiento fisioterapéutico de los esguinces de segundo grado de tobillo: experiencia en 100 casos tratados mediante un protocolo de Fisioterapia

J. V. Torrella Francés. *Profesor Asociado. Departamento de Fisioterapia. Universidad de Valencia*

M. A. Ruescas Nicolau. *Licenciado en Fisioterapia*

C. Aramburu de Vega. *Profesora Titular. Departamento de Fisioterapia. Universidad de Valencia*

I. Martínez Pastor. *Clinica Omesa*

RESUMEN

Hemos desarrollado y aplicado un protocolo de Fisioterapia para tratar los esguinces de segundo grado de tobillo en 100 sujetos. Nuestro protocolo se basa en el control de la potenciación y de la resistencia de toda la musculatura del tobillo. Mediante su aplicación se consigue una buena y rápida recuperación funcional (menos de 30 días) de los individuos afectados. Esta recuperación depende de la edad y del estado físico previo de los pacientes.

Palabras clave: Esguince de tobillo, lesión deportiva, Fisioterapia.

ABSTRACT

A Physiotherapeutic protocol has been developed and turned into effect in order to treat second grade ankle sprains in 100 individuals. Our protocol is based in the power capacity and endurance control of the muscles surrounding the ankle and achieves a good and fast recovery (less than 30 days) of the affected. This recovery is dependent on the age and the previous physical fitness of the subjects.

Key words: Physiotherapy management, ankle sprain, sports lesions.

INTRODUCCIÓN

El esguince de tobillo es una patología muy frecuente que afecta, sobre todo, al ligamento lateral externo, en la que podemos diferenciar tres grados (primer grado o benigno, segundo grado y tercer grado o grave). Esta patología suele afectar a sujetos jó-

venes y deportistas [8]. Desde el punto de vista clínico, en este tipo de lesiones aparece hematoma premaleolar, dolor e impotencia funcional. Es importante tener en cuenta el mecanismo de producción y la existencia de esguinces recidivantes [10].

La integración a la actividad con los protocolos habituales de tratamiento suele tardar

unos 15 días en los de primer grado, 2 meses en los de segundo grado y unos 3 meses en los graves que, habitualmente, necesitan intervenciones quirúrgicas.

El *objetivo* del tratamiento fisioterapéutico del esguince de segundo grado va a consistir en evitar la atrofia muscular, las retracciones tendinoligamentosas, las rigideces articulares y readaptar lo antes posible al paciente a la vida activa. Con el fin de cumplir estos objetivos, hemos desarrollado un protocolo de tratamiento de Fisioterapia.

MATERIAL Y MÉTODOS

Hemos estudiado 100 sujetos diagnosticados de esguince de tobillo de segundo grado: 10 jugadores de fútbol, 10 de fútbol sala, 15 corredores de fondo, 20 adolescentes escolares, 20 amas de casa y 15 pacientes ancianos osteoporóticos.

Los sujetos fueron atendidos en los Servicios de Urgencia del Hospital Clínico o en la Clínica Omesa de Valencia. El diagnóstico de esguince de segundo grado se estableció por la apreciación de los síntomas y signos clínicos y la ausencia de lesiones radiológicas. Inicialmente se trataron con vendaje funcional, crioterapia cada 4 horas durante 15 minutos, antiinflamatorios y analgésicos habituales y deambulación en descarga. 24 horas después de producida la lesión aguda, y dependiendo del dolor, los sujetos nos fueron remitidos para aplicarles el siguiente protocolo:

Fase 1 (precoz)

- Revisión del vendaje funcional (fig. 1).
- Ejercicios de bombeo con el pie en alto (40 repeticiones 2 veces al día).



FIG. 1. Vendaje funcional.

- Caminar en descarga con dos bastones.
- Crioterapia local durante 15 minutos cada 4 horas.

Duración: primeras 48 horas.

Fase 2

- Retirar vendaje funcional y exploración de la lesión (revisión del hematoma y del edema).
- Isométricos resistidos para flexoextensión y lateralizaciones del pie (fig. 2).
- Estiramientos autopasivos del tendón de Aquiles y enseñanza de estiramientos.
- Estiramientos de los flexores y extensores de los dedos del pie (activos y pasivos).
- Ejercicios punta talón y propioceptivos.
- Masaje deplectivo (fig. 3).
- Colocación de vendaje funcional.
- Crioterapia 3 veces al día.



FIG. 2. Isométricos resistidos para la flexión del pie.



FIG. 3. Masaje deplectivo.



FIG. 4. Eversión de tobillo activa-resistida con goma de quirófano.

— Deambulación en descarga.
 Duración: 5-7 días.

Fase 3

- Retirada del vendaje funcional.
- Aplicación de láser o alta frecuencia (10 min, 50-60 w) en la zona dolorosa [6].
- Ejercicios activos resistidos de dorsiflexión y eversion-inversión del pie (fig. 4).
- Estiramientos manuales del tendón de Aquiles.
- Pedal cinético con resistencia progresiva [3].
- Potenciar tibial anterior y peroneos con zapatilla cinética.
- Ejercicios punta talón en carga (fig. 5).
- Ejercicios propioceptivos (tabla de Freedman) (fig. 6).
- Autoestiramientos del tendón de Aquiles y tríceps sural.
- Ultrasonido en maléolo externo [2].
- Deambulación con carga total y tobillera.
- Readaptación progresiva a la actividad habitual del paciente.



FIG. 5. Ejercicios punta-talón en carga.

RESULTADOS

La edad media de cada grupo de sujetos que participaron en el estudio y su rango de edad fue de $19,5 \pm 3,2$ (16-25 años), $27,4 \pm 6,85$ (19-45 años), $21,33 \pm 5,02$ (17-27 años), $15,04 \pm 2,02$ (12-17 años), $30,06 \pm 8,5$ (26-56 años) y $45,5 \pm 9,3$ (55-80 años), respectivamente.



FIG. 6. Ejercicios propioceptivos en tabla de Freedman.

La tolerancia del protocolo por parte de los sujetos fue en general muy buena, no apareciendo efectos secundarios y sin que se produjera abandono alguno por parte de los sujetos.

Tras el tratamiento completo aplicamos una escala de valoración de la recuperación funcional, basada en la rapidez de la adaptación a la vida activa, el tiempo transcurrido hasta el entrenamiento y el retraso producido en conseguir el máximo rendimiento. Así, se consideró respuesta excelente cuando la recuperación funcional fue completa antes de las 2 semanas, buena cuando lo fue entre las 2 y 3 semanas, regular si se consiguió después de las 3 semanas y mala cuando fue parcial después de las 3 semanas o se produjeron recidivas antes de los 6 meses. Los resultados se exponen en la tabla 1.

El tiempo máximo de retraso en la reincorporación a las actividades de la vida diaria y/o a la actividad deportiva de todos los grupos fue de 30 días.

DISCUSIÓN

Los esguinces de tobillo constituyen una patología muy frecuente que debe ser tratada adecuadamente para evitar recidivas y retrasos en la incorporación a la vida diaria, o,

TABLA. 1. Recuperación funcional tras protocolo de tratamiento

Rf	Excelente	Buena	Regular	Mala/ recidiva
Fútbol sala	10	0	0	0
Fútbol	10	0	0	0
Fondo	8	2	0	0
Escolares	13	3	4	0
Amas de casa	8	5	7	0
Ancianos	3	5	7	0

en los deportistas, a la actividad competitiva [1, 10]. Por ello el tratamiento fisioterapéutico debe tener como objetivos la curación rápida y completa del sujeto y evitar en lo posible las recidivas [5]. Nuestro grupo ha desarrollado un protocolo de tratamiento precoz de esta patología que, en general, como se observa en la tabla 1, consigue una buena recuperación funcional de los pacientes y una rápida adaptación a la vida activa diaria y sin secuelas [9]. Como se aprecia, la recuperación funcional fue excelente en el 100 % de los sujetos deportistas jóvenes, disminuyendo el grado de eficacia en los grupos de mayor edad; así, el grado de excelente sólo se alcanzó en el 40 % de las amas de casa y en el 20 % de los ancianos osteoporóticos. Esta circunstancia se debe a la condición física previa de los sujetos y a su edad. En las amas de casa la actividad física previa es muy baja, lo que condiciona retrasos en la recuperación funcional. En los ancianos osteoporóticos la condición patológica añadida es un hándicap para obtener una recuperación funcional buena.

Además, para conseguir una buena y rápida recuperación funcional es necesario iniciar nuestro protocolo de forma precoz, por lo que debe existir una buena coordinación entre los servicios de urgencias de hospitales y clínicas con los fisioterapeutas, de forma que la instauración de este protocolo no se demore más de 48 horas tras la lesión [9].

En conclusión, mediante el protocolo de Fisioterapia aplicado en los 100 sujetos estudiados se consigue una rápida y buena recuperación funcional, sobre todo en sujetos jóvenes y deportistas. Pensamos que con este protocolo se evita la atrofia muscular y la retracción tendinosa que aparece con los tratamientos clásicos basados en la inmovilización

con yeso, lo que condiciona un evidente retraso en la incorporación de los pacientes a sus actividades de la vida diaria, y en el caso de deportistas, en su entrenamiento y competición [6, 10].

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos la colaboración de los Servicios de Urgencia del Hospital Clínico y de la Clínica Omesa de Valencia, ya que es fundamental recibir precozmente a los sujetos lesionados para la aplicación de nuestro protocolo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Alexander, I. J.: *El pie. Exploración y diagnóstico*. JIMS. Barcelona, 1992.
2. Barsotti, J., y Dujardin, C.: *Guía práctica de traumatología*. Masson. Barcelona, 1988.
3. Belloch, V.; Caballé, C., y Zaragoza, R.: *Fisioterapia. Teoría y técnica*. Saber, 1970.
4. Belloch, V.; Caballé, C., y Zaragoza, R.: *Manual de terapéutica física y radiología*. Saber, 1972.
5. Krusen, S.: *Medicina física y rehabilitación*. Panamericana. Buenos Aires, 1990.
6. Rioja Toro, J.: *Electroterapia y electrodiagnóstico*. Secretariado de Publicaciones. Valladolid, 1993.
7. Schmid, F.: *Aplicación de corrientes estimulantes*. JIMS. Barcelona, 1987.
8. Vázquez Gallego, J., y González Pérez, J.: *Medicina física en el fútbol*. Real Federación de Fútbol. Publicaciones de los Servicios Médicos, 1990.
9. Watson, J.: *Fracturas y heridas articulares*. Salvat. Barcelona, 1980.
10. Williams, J. G. P.: *Lesiones en el deporte*. Interamericana, 1988.