

Artículo original

Manejo conservador de los esguinces de tobilloMa. Cristina Rodríguez Gutiérrez,¹ Soledad Echegoyen Monroy¹¹ Dirección de Actividades Deportivas y Recreativas, Subdirección de Investigación y Medicina del Deporte, UNAM.**Resumen**

Los esguinces son frecuentes en el deporte, ocupan uno de los primeros lugares de incidencia. El diagnóstico oportuno y adecuado del grado, previene complicaciones. Se clasifican en: grado I, grado II y grado III de acuerdo a los datos clínicos presentes. Anteriormente el tratamiento consistía en inmovilización de la articulación. En la actualidad se prefiere la movilización temprana y rehabilitación progresiva. Un esguince mal tratado trae como consecuencia síntomas residuales como dolor persistente, edema e inestabilidad crónica. La evolución de los esguinces grado I y grado II es en promedio de 10 días y 16 días respectivamente, con un tratamiento adecuado. Se ha reportado que la frecuencia de lesiones puede disminuirse con un programa de fortalecimiento y propiocepción, así como con el uso de tobilleras especiales. Se considera que si se seleccionan apropiadamente las modalidades terapéuticas y la rehabilitación, disminuye el tiempo de recuperación. Si a las personas no deportistas se les da un tratamiento acelerado, disminuiría la incapacidad y las complicaciones, mejorando la calidad de vida.

Palabras clave: *Esguince, tobillo.*

Summary

Ankle sprain is one of the most likely and frequent causes of medical consultation, mainly is in sport. Timely and appropriate diagnosis of the grade of the sprain prevents complications. The grade is classified as: grade I, grade II or grade III according to the clinical data presented. Previously, treatment consisted of immobilization of the joint. Early mobilization and progressive rehabilitation are now preferred. A badly treated sprain can lead to residual consequences such as persistent pain, edema and chronic instability. If appropriate treatment is given, grade I and grade II sprains recovers in 10 and 16 days respectively. It has been reported that the frequency of injuries can be reduced with a program of strengthening and proprioception, as seen with the use of ankle supports. It is considered that if the appropriate therapeutic methods and rehabilitation are selected, then the time for recuperation will be reduced. For those who do not engage in sport, an accele-

rated treatment would reduce incapacity and complications, thereby improving the quality of life.

Key words: *Sprain, ankle.*

Introducción

Los esguinces de tobillo ocupan uno de los primeros lugares en frecuencia de las lesiones del deporte.¹⁻⁴ El diagnóstico se realiza principalmente en forma clínica.⁴⁻⁷ Se clasifican de acuerdo al porcentaje de ruptura ligamentaria, la pérdida de la función y la inestabilidad. Se dividen en tres grados.^{3,4,8,9}

- Grado I: Cuando la lesión es leve, con estiramiento del ligamento, microrrupturas, ligera inflamación e hipersensibilidad; la articulación se encuentra estable y no se pierde la habilidad funcional.
- Grado II: La lesión es moderada, hay ruptura parcial macroscópica e inestabilidad leve a moderada, inflamación e hipersensibilidad moderada y hay compromiso de la función.
- Grado III: La lesión es severa con ruptura completa de ligamentos, edema muy importante, equimosis, dolor, inestabilidad y compromiso de la función.

El manejo de los esguinces de tobillo ha variado a través del tiempo, en los años 40 el tratamiento generalizado era la inmovilización rígida de la articulación.¹⁰ En los últimos años se ha reportado el tratamiento de los esguinces de tobillo con: movilización temprana, uso de fisioterapia, rehabilitación con fortalecimiento y propiocepción.^{2,3,7,10-13} El tratamiento conservador con fisioterapia está encaminado a la aceleración de la resolución del proceso inflamatorio, con lo que mejora la recuperación,^{3,9,10} con esto se ha acortado el tiempo para el regreso al trabajo en un promedio de 12 semanas, comparado con inmovilización rígida en donde se veían periodos de hasta 26 semanas.¹⁰

En los equipos de fútbol del Club Universidad Nacional, los esguinces de tobillo ocupan el segundo lugar, ocupando el 21.1% del total de lesiones.¹⁴ Los futbolistas tienen que regresar lo más pronto posible y en buenas condiciones a su deporte y sin menoscabo de su integridad física; de ahí que

en el Servicio Médico se siga un protocolo de tratamiento en estas lesiones, imperando el criterio funcional.

El tratamiento consiste en:

1. Crioterapia inicial 72 h, movilización activa a las 24 h, vendaje con tela adhesiva.
2. A las 24 h se inicia fisioterapia a base de estimulaciones eléctricas.
3. A las 48 h ejercicios de propiocepción, estiramiento del tendón calcáneo y fortalecimiento con ligas.
4. Al poder realizar saltos sin molestias, se realiza trote y ejercicios en plano inclinado, de 10% de inclinación y 50 m de largo.
5. La última fase consiste en cambios de dirección y aceleración, así como saltos y ejercicios propios del deporte.

El tratamiento depende también del grado de lesión, si no se trata adecuadamente un esguince, se pueden tener síntomas residuales como dolor persistente, edema e inestabilidad crónica.^{15,16}

Los esguinces grado I en promedio tardan 10 días en regresar a su actividad deportiva y los esguinces grado II en promedio tardan 16 días de recuperación para reintegrarse al deporte, según la experiencia en el Club Universidad en un periodo de 11 años.

En el grado III se prefiere la reparación quirúrgica por la inestabilidad existente.

Creemos que el número de lesiones se podría disminuir con un programa de fortalecimiento y propiocepción,^{1,3,13} así como con el uso de tobilleras especiales como se ha reportado.^{15,17,18}

Si se seleccionan apropiadamente las modalidades terapéuticas y la rehabilitación, se disminuye el tiempo de recuperación.¹⁹ Consideramos que las personas no deportistas requieren también de un tratamiento acelerado, que disminuya la incapacidad y las complicaciones, encaminadas a mejorar la calidad de vida.

Referencias

1. Bahr R, Karlsen R, Lian O, Ourrbo RV. Incidence and mechanisms of acute ankle inversion injuries in volleyball. *Am J Sports Med* 1994; 22(5): 595-600.
2. Karlsson J, Lansinger O. Chronic lateral instability of the ankle in athletes. *Sports Med* 1993; 16(5): 355-365.
3. Litt JCB. The sprained ankle. Diagnosis and management of lateral ligament injuries. *Aus Family Phys*. 1992; 21(4): 447-456.
4. Trevino SG, Davis P, Hecht PJ. Management of acute and chronic lateral ligament injuries of the ankle. *Orthop Clinics North Am* 1994; 25(1): 1-15.
5. Garrick JG. When can I.....? A practical approach to rehabilitation illustrated by treatment of an ankle injury. *Am J Sports Med* 1981; 9(1): 67-68.
6. Baumhauer JF, Acosa DM, Renström FH, Trevino S, Beynnon B. A prospective study of ankle injury risk factors. *Am J Sports Med* 1995; 23(5): 564-570.
7. VanDijk CN, Lim LSL, Bossuyt PMM, Marti RK. Physical examination is sufficient for the diagnosis of sprained ankles. *J Bone Joint Surg (Br)* 1996; 78B: 958-62.
8. DeLee JC, Drez D, Renstrom AF, Kannus P. *Orthopaedic Sport Medicine. Principles and practice. Injuries of the foot and ankle.* Saunders Company, 1994: 1705-1766.
9. Ogilvie-Harris DJ, Gilbert M. Treatment modalities for sports tissue injuries of the ankle: A critical review. *Clin J Sports Med* 1995; 5(3): 175-86.
10. Shrier I. Treatment of lateral collateral ligament sprains of the ankle: a critical appraisal of the literature. *Clin J Sports Med* 1995; 5(3): 187-95.
11. Kannus P, Renström P, Vermont B. Treatment for acute tears of the lateral ligaments of the ankle. *Bone and Joint Surg* 1991; 73^a(2): 305-311.
12. Mann G, Eliashuv O, Perry C, Finsterbush A, Frankl U, Nyska M, Mattan Y. Recurrent ankle sprain literature review. *Israel J Sports Med* 1994; 104-113.
13. Sheth P, Yu B, Laskowski ER, An KN. Ankle disk training influences reaction times of selected muscles in a simulated ankle sprain. *Am J Sports Med*, 1997; 25(4): 538-43.
14. Miguel A, Rodríguez C, Echegoyen S, Gaxiola R, Estrella B. Frecuencia de lesiones en jugadores del Club Universidad Nacional. Lesiones en los niveles profesional y fuerzas básicas. *Rev Mex Ortop Traum* 1998; 12(5): 406-409.
15. Gross MT, Clemence LM, Cox BD, McMillan HP, Meadows AF, Piland CS, Powers WS. Effect of ankle orthoses on functional performance for individuals with recurrent lateral ankle sprains. *J Orthop Sports Phys Ther*, 1997; 25(4): 245-252.
16. Rijke AM, Barrington J, Vierhout PA. Injury to the lateral ankle ligaments of athletes. *Am J Sports Med* 1988; 16(3): 256-259.
17. Guskiewicz KM, Perrin DH. Effect of orthotics on postural sway following inversion ankle sprain. *J Orthop Sports Phys Ther* 1996; 23(5): 326-331.
18. Surve I, Schwellnus PM, Noakes T, Lombard C. A fivefold reduction in the incidence of recurrent ankle sprains in soccer players using the sport-stirrup orthosis. *Am J Sports Med*, 1994; 22(5): 601-6.
19. Mascaró TB, Swanson LE. Rehabilitation of the foot and ankle. *Orthop Clin North Am*, 1994; 25(1): 147-160.