

# Tratamiento más eficaz en el esguince de tobillo

**Autor:** Rivas Anquela, Lorenzo (Fisioterapeuta. Especialidad en Deporte, Fisioterapeuta).

**Público:** Fisioterapia. **Materia:** Área de Investigación en Fisioterapia. **Idioma:** Español.

**Título:** Tratamiento más eficaz en el esguince de tobillo.

## Resumen

**Objetivo:** Encontrar la evidencia científica sobre los tratamientos para el esguince agudo de tobillo. **Metodología:** Búsqueda de la definición de esguince de tobillo y revisión bibliográfica de los artículos aparecidos sobre este en PubMed, PEDro, Cochrane, SciELO y revistas de fisioterapia. **Resultados:** Algunos de los tratamientos más utilizados no tienen efecto beneficioso. La movilización precoz es mejor que la inmovilización y técnicas que tienen evidencia de que son eficaces y otras sin evidencia científica. **Conclusión:** Se necesita más investigación sobre la eficacia de algunas técnicas y si han de ser desechadas. Y la necesidad de buscar un tratamiento común y adecuado a la lesión.

**Palabras clave:** Esguince, tobillo, tratamiento.

**Title:** More effective treatment for ankle sprain.

## Abstract

**Objective:** To find the scientific evidence on treatments for acute ankle sprain. **Methodology:** Finding the definition of sprained ankle and literature review of articles published on this in PubMed, PEDro, Cochrane, SciELO and magazines of physiotherapy. **Results:** Some of the most widely used treatments have no beneficial effect. Early mobilization is better than immobilization techniques have evidence that they are effective and others without scientific evidence. **Conclusion:** More research on the effectiveness of some techniques is needed and if they are to be discarded. And the need to find a common and adequate treatment for the injury.

**Keywords:** Ankle, sprain, treatment.

Recibido 2016-11-12; Aceptado 2016-11-21; Publicado 2016-12-25; Código PD: 078045

## INTRODUCCIÓN

El tobillo es una articulación fundamental para la biomecánica correcta de todo el cuerpo por que, junto con el pie, por un lado, da una función estática de apoyo que tiene que ser lo suficientemente fuerte como para soportar el peso del cuerpo y lo bastante flexible y elástica como para absorber los golpes. Por otro lado, da una actividad dinámica de impulso (Fisioterapeutas de Instituciones Sanitarias. 2000). Por eso, cuando ocurra cualquier patología o lesión que pueda disminuir la movilidad del tobillo se debe intentar aumentar dicha movilidad disminuida y restablecer los rangos articulares normales (Luis Miguel García Hernández. 2007).

Los esguinces de tobillo ocurren por un movimiento brusco del pie hacia dentro o hacia fuera, distendiendo o rompiendo los ligamentos de la cara interna o de la cara externa.

El dolor de un esguince de tobillo es intenso y puede impedir que el individuo trabaje o practique deporte durante un tiempo (Sánchez Martín MM. 2002). Se pueden encontrar tres grados de esguinces de tobillo, del más leve al de mayor gravedad:

1. Esguince grado I (leve): distensión ligamentosa. No produce inestabilidad del tobillo.
2. Esguince grado II (medio): rotura. Produce inestabilidad moderada del tobillo.
3. Esguince grado III (grave): rotura. Provoca inestabilidad severa del tobillo (Gigante Pérez C 2008).

## INCIDENCIA DEL ESGUINCE DE TOBILLO

Se calcula que hay un esguince diario por cada 10.000 habitantes, lo que en España sería alrededor de 40.000 esguinces diarios, de estos, cerca del 85% son de personas que están en edad laboral; es decir, se pierden alrededor de 28.000 horas de trabajo al día. Otro dato es que no todos los esguinces están diagnosticados y tratados adecuadamente (Gigante Pérez C 2008).

El tobillo es la localización más frecuente de las lesiones deportivas (Garrido Chamorro R P Enero 2004). Dentro de las cuales, supone hasta el 20-30%, sobre todo si la actividad deportiva, supone el uso del tren inferior (Carlavilla 1 Julio 2000) (Nielsen AB 1980) (JM Garrick. 1977) (Schmidt 1991). Así se ve que en el baloncesto masculino el 53.7% (Mckay G D 1996) de las lesiones deportivas corresponden al tobillo, 16-23% de las lesiones de fútbol, y 20% de las lesiones del atletismo. Además de tratarse de la lesión por la que más comúnmente se acude a los servicios de urgencias hospitalarios (Carlavilla 1 Julio 2000) (C. Cuello-García 2004) (P Garcés a 2001) llegando a suponer el 12% de todas las lesiones atendidas en los Servicios de Urgencias.

Según diversos autores, el esguince es la lesión más frecuente (Garrido Chamorro R P Enero 2004) (Santonja F 1996) (Olivera G 2001) (D Stasinopoulos. 2004), mientras que las fracturas por trauma representan entre un 12 a un 15% (Vargish T 1983). Otros datos que hacen reflexionar sobre la importancia de ésta patología son los citados a continuación:

- El 38 % de las lesiones del aparato locomotor son lesiones de esguince de tobillo.
- El 85% de los esguinces de tobillo son del ligamento lateral externo y dentro de él, un 70% de las lesiones se producen en la parte anterior del ligamento peroneo-astragalino.
- El 5% de los esguinces de tobillo serían en el ligamento Deltoideo, y el 10% en la Sindesmosis (Delêtre 2012).

Dada la escasez de evidencia científica existente sobre el tratamiento de esguince de tobillo y siendo una lesión tan común, habría que preguntarse, cuáles de las técnicas fisioterapéuticas, son más efectivas en el tratamiento de los esguinces de tobillo en fase aguda (N. Romero-Franco 2009).

#### **TRATAMIENTO MÁS COMÚNMENTE UTILIZADO**

El tratamiento manual en las lesiones del tobillo permite ajustar, equilibrar, y aumentar la movilidad de la articulación, lo que proporciona una rápida y mejor recuperación funcional del tobillo, de tal forma que el paciente recuperará mucho antes la función óptima de este, evitando o previniendo un posible síndrome por inmovilización (Luis Miguel García Hernández. 2007).

El riesgo de sufrir un nuevo esguince es mayor en los 12 meses siguientes al esguince inicial, de ahí la importancia del tratamiento curativo y preventivo en este periodo de tiempo (Verhagen E 2004).

Como dice Klaus Buckup (Buckup K 2002) la edad, el sexo, la profesión y las actividades lúdicas son factores adicionales que deben considerarse específicamente en cada paciente por su riesgo de provocar lesión en el tobillo.

Los ligamentos y músculos hipermóviles no protegen adecuadamente las articulaciones. Sin esta estabilidad, no se puede evitar que se produzcan lesiones por sobreuso o por fatiga, que podría desencadenar en una sobrecarga muscular. Janda (1984) señala que las razas en las que la hipermovilidad es frecuente, prevalecen los dolores musculares y tendinosos (Buckup K 2002).

El trabajo excesivo de los músculos que están trabajando como pseudoligamentos sobrecarga a los tendones y altera la función muscular correcta, aumentando el tono de los antagonistas debilitados y produciendo desequilibrios que se ya se establecieron como los patrones de movimiento anómalos (Beighton y Cods. 1983) (Buckup K 2002).

Algunas técnicas de manipulación consisten en alcanzar la barrera patológica antes de realizar técnicas para aumentar el arco de movimiento o de hacer retroceder la barrera. Puede utilizarse la técnica de energía muscular o puede consistir en el ajuste o manipulación activa del tratamiento quiropráctico u osteopático. Otra opción es la movilización mediante brazos de palanca largos o utilizar técnicas de movilidad articular (Buckup K 2002).

Otra técnica diferente sería desplazarse en dirección opuesta a la restricción, alejándose de la barrera, como en las técnicas funcionales de la osteopatía como la tensión-contra tensión (Buckup K 2002).

Kaltenborn afirma que la capacidad para ver y sentir el movimiento es muy importante en el tratamiento manual, ya que cualquier mínima alteración de la normalidad es a menudo la única pista para un diagnóstico correcto (Kaltenborn F 1985).

Pero como dicen Kutzner-Kozinska (1978), además de ese ajuste de equilibrio articular imprescindible en el tobillo, es necesario resaltar la importancia del equilibrio entre el tibial posterior y el peroneo lateral largo, que estabilizan el pie.

Si queremos ir más lejos, como dice Rolf (1963), en la evaluación debemos contar con el diagnóstico diferencial, que nos permite distinguir los problemas de origen miofascial de los problemas de disfunción articular. Las limitaciones de la elasticidad de la fascia plantar se observan por un mecanismo deficiente de los isquiotibiales, cambios en la lordosis lumbar, y en una posición de hiperextensión de las vértebras cervicales superiores (A. Pilat 2003).

Y para otros autores que prefieren la cirugía, como Santiago Zabala de Ferrer, ante un paciente con esguinces crónicos, con el ligamento lateral estable, hay que buscar si tiene una deformidad y corregirla mediante una osteotomía valguizante (Llanos L.F 2000).

## CONCLUSIONES DEL ESTUDIO

Después de haber definido que es un esguince, los grados que puede haber de esta lesión por culpa de la distensión, micro-rotura o rotura de uno o varios de los ligamentos; de la incidencia en la población y en diversas prácticas deportivas, llegamos por fin al objetivo que es buscar la evidencia de algunos de los tratamientos más comúnmente utilizados en la práctica diaria en las clínicas de fisioterapia.

Se comienza observando estudios para ver cuáles son los que se usan más comúnmente, pudiendo hablar desde tratamientos para músculos espasmados que dificultaran la recuperación de la lesión, de tratamientos fasciales yendo en contra o a favor de la lesión según interese, hasta de cómo algunos autores afirman que hay que tener muy en cuenta el diagnóstico diferencial y como otros prefieren en vez de tratar dicho esguince con terapia manual someter al paciente a una operación con el riesgo que esto conlleva.

Los primeros estudios observados demuestran la eficacia de la movilización precoz respecto a la inmovilización que antaño solía ser el tratamiento más utilizado y observándose como algunos especialistas aún prefieren la utilización de esta técnica a pesar de la evidencia mostrada, ya que argumentan que sería muy difícil poder controlar a toda la población debido a la alta epidemiología de esta patología.

Después las técnicas manipulativas muestran una gran eficacia no solo en el tratamiento fisioterapéutico si no también en el tratamiento osteopático.

Otro sería el protocolo RICE que se pone en entredicho comparándolo con el protocolo de tratamiento MEAT, llegando a la conclusión de que falta bastante evidencia sobre estos tratamientos, pero observando que el protocolo RICE se podría utilizar y se sigue utilizando en el momento de producción de una lesión muscular y utilizar el protocolo MEAT cuando se observe que es la lesión resulta ser un esguince. A pesar de esto se seguirá utilizando el protocolo RICE para disminuir el dolor en esguinces de tobillo y también reducir los tiempos de recuperación como nos muestra la evidencia encontrada en otro estudio.

Posteriormente al hablar del Cyriax, que es utilizado muy a menudo en la práctica diaria, se muestra que no es eficiente su uso en el tratamiento de esguinces de tobillo y que solo existe evidencia del tiempo de aplicación de este tratamiento. Pero a pesar de ello y que de muchos profesionales conocen su falta de evidencia y que la poca que hay no la considere una buena técnica para el tratamiento de esguinces de tobillo se sigue utilizando debido a que muestra un buen resultado en la práctica diaria.

Los estudios sobre electroterapia muestran que los TENS no son una buena técnica de tratamiento si se utilizan como único tratamiento, pero que otras corrientes para el tratamiento de partes blandas si pueden ser beneficiosas, aunque siempre se señala que no hay suficiente evidencia valida debida a los múltiples sesgos que se cometen en los estudios.

El ultrasonido, que es otra de las técnicas que más se utilizan en las clínicas de fisioterapia a diario, no tiene evidencia de que funcione en la rehabilitación de los esguinces de tobillo. Se observaron varios estudios y se llegó a la conclusión de que el ultrasonido no tiene efecto ninguno, quizá el masaje que se produce con el cabezal de la máquina, pero nada más que esto. Es otra técnica que a pesar del conocimiento de que no produce ningún efecto se sigue utilizando muy a menudo.

Hablando del estiramiento de la musculatura afectada en una lesión de esguince de tobillo no se encontró evidencia que muestre su eficacia, diciéndose que su uso en la rehabilitación no era un factor que acelerase la recuperación. A pesar de esto muchos médicos y fisioterapeutas siguen utilizando esta técnica ya que en la clínica diaria se ve que da bastante buenos resultados.

Respecto al drenaje, observando estudios se concluye que es una buena técnica de elección para rehabilitar un esguince de tobillo debido a su eficacia, aunque se recomienda realizar más estudios debido a que existen muy pocos estudios sobre esta técnica y serían necesarios más estudios para comprobar su eficacia.

La propiocepción se ha demostrado según diferentes estudios que es necesaria para la buena recuperación tras una lesión sea cual sea, pero más aun tratándose de un esguince de tobillo. Se muestra además que no solo hay que tener en cuenta la parte voluntaria a la hora de realizar los ejercicios, sino que hay que tener en cuenta y prestarle más atención incluso a la parte involuntaria ya que esta es la parte que nos dirá cuándo debe zanjar el tratamiento de la lesión. En el caso de un esguince de tobillo sería entre 3 y 6 meses para dar el alta completamente en contraposición de los tiempos de recuperación que se suele predecir tras producirse una lesión.

Otro estudio analizado encargado de mostrar que era más beneficioso si el tratamiento osteopático o el tratamiento fisioterapéutico nos muestra que el osteopático tiene la ventaja de ser más holístico pudiendo centrarse también en lesiones secundarias que puedan producir dicha lesión, pero que el tratamiento fisioterapéutico es mucho más específico y curara la lesión del tobillo de una manera más temprana.

Y por el último el tratamiento de los nervios, que no muestran evidencia sobre su beneficio, pero sí se observa, según los estudios analizados, que es necesario el tratamiento de los nervios ya que es muy frecuente su lesión en un esguince de tobillo y si no este no se trata podría producir recaídas.

Todo esto nos lleva a concluir que, aunque haya mucha evidencia en contra del uso de tratamientos por su falta de eficacia, o mucha evidencia apoyando el uso de otros tratamientos porque se demuestra que son los que mejor eficacia tienen, cada fisioterapeuta utilizará el tratamiento que mejor resultados le dé en la práctica diaria. Por ello sería conveniente crear un estudio sobre cuál sería el tratamiento óptimo para el esguince de tobillo y llegar a un consenso común para que todos apliquen las mismas técnicas y todos los pacientes se beneficien, aunque esto sería una utopía por lo comentado antes sobre el tema de que cada fisioterapeuta utilizará el tratamiento que vea que mejor resultado le proporciona en la rehabilitación de su paciente.

•

## Bibliografía

- A. Pilat. *Terapias miofasciales: inducción miofascial*. McGraw-Hill, 2003.
- Buckup K, . *Pruebas clínicas para patología ósea, articular y muscular*. Masson, 2002.
- C. Cuello-García, A. Ruiz-Flores, L. Ramos-Gómez, M.aE. Medina-López. «Los criterios de Ottawa para tobillo: valoración en un servicio de urgencias en México.» 60 (2004): 454-458.
- Carlavilla, Salcedo Joven A. Sanchez González B. Carretero M. Herrero C. Mascías F.J. Panadero. «Esguince de tobillo. Valoración en Atención Primaria Medicina Íntegra.» 36, nº 2 (1 Julio 2000).
- D Stasinopoulos. «Comparasion of three preventive methods in order to reduce the incidence of ankle inversion sprains among female volleyballs players.» *Br. J. Sports Med*, nº 38 (2004): 182-185.
- Delêtre, Philippe M. «EFISIOTERAPIA.» *EFISIOTERAPIA*. 08 de Noviembre de 2012.  
<http://www.efisioterapia.net/articulos/tratamiento-esguince-tobillo> (último acceso: 25 de Abril de 2014).
- Fisioterapeutas de Instituciones Sanitarias. *Temario General*. MAD, 2000.
- Garrido Chamorro R P, Llorens Soriano P, González Lorenzo M, Pérez San Roque J. «Lesiones deportivas en futbolistas alicantinos.» *Traumatología del deporte* 1, nº 3 (Enero 2004): 43-46.
- Gigante Pérez C, Gómez García P, Parra Moro M,. «Los vendajes funcionales en el esguince de tobillo.» *Universidadde Alcalá de Henares*, 2008.
- JM Garrick. «The frequency of injury, and epidemiology of ankle sprains.» *Am J Sports Med* 5, nº 241 (1977).
- Kaltenborn F. *Mobilization of the extremity joints*. Oslo: Olaf Norlis Bokhandel, 1985.
- Llanos L.F, Viladot R, Martínez J, Miralles R.C,. *Progresos en medicina y cirugía del pie. Pasado, presente y futuro*. Salamanca: Espinar Salom, 2000.
- Luis Miguel García Hernández. «Terapia manual para aumentar la movilidad en el tobillo.» *Fisioterapia y calidad de vida*, 2007: 11-18.

- Mckay G D, Payne W R, Goldie P A. «A comparison of the injuries sustained by female basketball and netball players.» *Aus J Sci Med Sport*, nº 28 (1996): 12-17.
- N. Romero-Franco, J.A. Quirós-Blanco, R. Sánchez-Rico, T. Ruiz-Checa,. «Efficiency of the physiotherapy sessions in the acute sprain of ankle. A review of clinical trial.» *Cuestiones de Fisioterapia*, 2009: 47-55.
- Nielsen AB, Yde J. «Epidemiology and traumatology of injuries in soccer.» *Am J Sports Med* 8, nº 235 (1980).
- Olivera G, Holgado M S, Cabello J. «Lesiones deportivas en atención primaria.» *FMC* 8, nº 5 (2001): 378-389.
- P Garcés a, S Gurucharri b, C Ibiricu c, ME Izuel c, JA Mozo d, P Buil b, J Díez c. «Reglas del tobillo de Ottawa: análisis de su validez como reglas de decisión clínica en la indicación de radiografías en los traumatismos de tobillo y/o medio pie.» 28, nº 02 (2001): 129-135.
- Sánchez Martín MM. *Traumatología y ortopedia*. Valladolid: Universidad de Valladolid, 2002.
- Santonja F, Ferrer V, Rasines J, Pastor A, Gárces G, Meseguer L. «Epidemiología de las lesiones deportivas.» *Fundación Mapfre Medicina: lesiones deportivas*, 1996: 25-62.
- Schmidt, Olsen S, Jorgensen U, Kaalund S, Sorensen J. « Injuries among young soccer players.» *Am J Sports Med* 19, nº 237 (1991).
- Vargish T, Clarke W R, Ypung R A, Jensen A. «The Ankle injury: Indications For the selective use of x-ray.» nº 14 (1983): 507-12.
- Verhagen E, van der Beek A, Twisk J, Bouter L, Bahr R, van Mechelen W. «The Effect of a Proprioceptive Balance Board Training Program for the Prevention of Ankle Sprains: A Prospective Controlled Trial.» *Am J Sports Med*, 2004: 1385-1393.