



AEPap

CURSO DE ACTUALIZACIÓN
PEDIATRÍA 2004

Madrid 11 al 13 de noviembre de 2004

Taller VENDAJES FUNCIONALES DE LAS EXTREMIDADES. ESGUINCE DE TOBILLO

Moderadora:

Ana I. Díaz Cirujano

Pediatra, CS Santa Mónica, Rivas-Vaciamadrid, Madrid.

Ponentes/monitores:

■ Jorge Egocheaga Rodríguez

Dpto. Morfología y Biología Celular de la Universidad de Oviedo. Escuela Profesional de Medicina del Deporte

Textos disponibles en
www.aepap.org

¿Cómo citar este artículo?

Egocheaga Rodríguez J. Vendajes funcionales de las extremidades. Esguince de tobillo. En: AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría 2004. Madrid: Exlibris Ediciones, 2004: p. 341-344.

Vendajes funcionales de las extremidades. Esguince de tobillo

Jorge Egocheaga Rodríguez

Dpto. Morfología y Biología Celular de la Universidad de Oviedo.

Escuela Profesional de Medicina del Deporte

jegocheaga@yahoo.es

INTRODUCCIÓN

Los esguinces de tobillo se constituyen en una de las patologías más frecuentes de todo el sistema músculo-esquelético, estimándose su incidencia en un caso por cada 10.000 habitantes y día^{1,2}. La pauta normal de actuación por parte del paciente pediátrico es acudir a un servicio de urgencias en donde se practica un diagnóstico clínico apoyado en numerosas ocasiones por un estudio radiológico. De forma clásica los esguinces de tobillo se clasifican en leves, moderados y graves (grados I, II y III), siendo complejo diferenciar entre los dos primeros tipos. El tratamiento más utilizado, tanto por el traumatólogo como por el pediatra, sigue siendo la aplicación de férula de yeso durante tres semanas, evitando la carga, para posteriormente colocar un vendaje elástico hasta la desaparición de la sintomatología. En caso de diagnosticarse un grado III, en ocasiones se somete al paciente a tratamiento quirúrgico, o se alarga la aplicación del vendaje más allá de las tres semanas.

La localización más frecuente de la lesión es el ligamento lateral externo y dentro de los tres haces que constituyen el mismo, el más habitualmente afectado es el anteromaleolar o ligamento peroneo-astragalino anterior. Cuando es así, el paciente denota dolor por debajo y delante del extremo más saliente del maleolo peroneo, observándose normalmente un importante edema alrededor de la zona más sensible. A pesar de tratarse de la localización más frecuente es la que presenta un mejor pronóstico. La afectación de los ligamentos peroneo-calcáneo y peroneo-astragalino posterior son menos habituales pero presentan, especialmente éste último, peor pronóstico, con dolor retromaleolar que incluso se irradia hacia tendón de Aquiles. En

muchas ocasiones, sobre todo casos leves, simplemente con la observación de los puntos más dolorosos tendremos información del pronóstico de la lesión; cuando ésta es más grave, el dolor suele ser generalizado en todo el contorno de la articulación siendo en estos casos más difícil establecerlo. Creemos importante señalar que en contra de lo que afirman algunos autores³, nosotros no encontramos relación entre el grado de edema y la gravedad de la lesión. Hemos tratado esguinces con edemas muy importantes que se han resuelto en un muy corto periodo de tiempo; por el contrario, en otros casos en los que el edema no es muy visible, la resolución del cuadro patológico ha sido más dificultosa.

La mayor afectación del ligamento lateral externo está condicionada por la tendencia supinadora en el apoyo inicial del retropie, que suele ser el momento en el que se produce la lesión. En ocasiones, el mecanismo de la propiocepción intenta compensar el movimiento lesivo, lo que conduce a la distensión ligamentosa mediante una contracción pronadora. Cuando se produce este hecho de manera violenta puede acaecer un esguince combinado del ligamento lateral interno. La lesión aislada del ligamento lateral interno es rara y solamente suele aparecer durante la práctica deportiva de intensidad.

El empleo de bota de escayola como tratamiento de estos esguinces lleva aparejada toda una serie de efectos secundarios de importante señalización como son la pérdida de propiocepción, las atrofas musculares, la rigidez articular; así como cierto grado de impotencia funcional, especialmente problemática y a señalar en niños muy activos. La pérdida de propiocepción asociada a la atrofia muscular por desuso condicionan y facilitan la aparición de hiperlaxitud ligamentosa, causa frecuente del esguince crónico que no esguinces de repetición, ya que el problema radica y se encuentra en un primer y único esguince que, a mi modo de ver, ha sido mal tratado. Por lo anterior abogo por evitar la práctica habitual de colocación de botas de yeso en estos pacientes, reservando su uso exclusivamente para esguinces graves.

PROTOCOLO

Propongo un protocolo de actuación en el que el elemento fundamental lo configura el permitir la carga precoz de la articulación.

En las primeras 48 horas al paciente se le permite el apoyo que vendrá determinado por la tolerancia al dolor; seremos "agresivos" en la recomendación permitiendo cierto grado de dolor durante la carga. En esta primera fase será muy importante el empleo de crioterapia intermitente (periodos de cinco minutos de aplicación tantas veces como se pueda a lo largo del día), que podrá realizar el paciente en su casa. Como vendaje colocaremos uno simple, compresivo y ligero que permita la aplicación de la crioterapia pero al mismo tiempo dé confianza al enfermo en el apoyo y ayude en la resolución del edema.

En una segunda fase que durará entre 3 y 5 días, al paciente se le coloca un vendaje funcional sencillo (ver descripción y fotos) (el vendaje propuesto es más sencillo que los habituales pero igual de efectivo). Con el mismo se permite una acción de carga total así como incluso práctica deportiva, si ésta no resulta muy dolorosa, por medio de ejercicios controlados en terreno homogéneo. Como medidas físicas se emplea la crioterapia postejercicio y la termoterapia, que se podrá aplicar por encima del vendaje, de manera intermitente (5 minutos, varias veces al día) y con una intensidad de calor que debe resultar agradable a la persona lesionada. Se abandona el empleo de fármacos y, si es posible, se aplica otro tipo de terapia física como los ultrasonidos, la microonda, la onda corta, el láser; etc.

En una tercera fase quitaremos el vendaje para realizar vida normal. Si el niño quiere hacer deporte, se le colocará el vendaje sólo durante el tiempo de práctica deportiva. Ante problemas frecuentes de esguinces, la pauta es la rehabilitación, la hipertrofia muscular así como el empleo de ejercicios de propiocepción, estando contraindicado el uso habitual de vendajes. En el caso de que el paciente acuda por dolor crónico posterior a un tratamiento clásico de inmovilización prolongada, se aconseja-

rá la realización de ejercicios con control de la pronosupinación, incluso con dolor. Hemos de tener en cuenta que en la mayoría de las ocasiones los dolores de tipo crónico hay que achacarlos a fibrosis de tejidos blandos perilesionales, secundarias a una inmovilización excesiva; las tracciones sobre el ligamento afectado producidas por los ejercicios de rehabilitación pueden generar dolor pero liberan al mismo tiempo los procesos fibróticos, observándose una clara mejoría de la sintomatología en un corto periodo de tiempo.

Como vendaje funcional del tobillo recomendamos una técnica muy sencilla (es una queja habitual del pediatra de Atención Primaria las complicadas técnicas de aplicación de los vendajes funcionales) que pasamos a describir a continuación:

1. Se colocan dos tiras de anclaje (Figura 1); una se dispone cuatro traveses de dedo por encima de los maleolos (A) mientras que la otra se coloca sobre la parte media de la planta del pie (B).
2. Disponemos el tobillo en una posición de 90° que se ha de mantener durante todo el vendaje.
3. Colocamos de dos a tres tiras de estribos superpuestas en un 50% de manera que cubran

totalmente la zona ocupada por ambos maleolos (C).

4. Partiendo del lado contrario al que se encuentra la lesión (parte interna normalmente, al ser el esguince más frecuente el del ligamento lateral externo), iniciamos una tira en estribo (D) que en vez de acabar como tal, se finaliza en el mismo sitio de inicio (Figura 2). El número de tiras así colocadas dependerá del grado de inmovilización que queramos aplicar. Éste será mayor cuanto mayor sea el número de tiras empleadas.
5. El vendaje se termina cerrando las ventanas para evitar edemas (E). La zona del talón queda libre de vendaje.

El tipo de protocolo propuesto puede en principio parecer excesivamente "agresivo" en relación con los tratamientos clásicos más utilizados. Sin embargo, nuestra propia experiencia en su utilización aboga por unos mejores resultados de recuperación con su empleo. Son varios los trabajos que han estudiado este tema y se acercan a las posturas por nosotros propuestas. Así, comprueban cómo la carga total y precoz acorta el tiempo de rehabilitación en cuanto a varios parámetros

Figura 1. Pasos 1, 2 y 3



Figura 2. Pasos 4 y 5



como la higiene personal, la deambulaci3n, la necesidad de reposo y por ende la "baja laboral"¹⁴⁻⁸.

Creemos importante resaltar que este tipo de actuaci3n puede ser perfectamente desempe~ada por el m3-

dico de Atenci3n Primaria. Las pautas de seguimiento son algo m3s "inc3modas" que las realizadas con el tratamiento cl3sico, pero teniendo en cuenta los resultados obtenidos, tanto en tiempo de recuperaci3n como en secuelas, consideramos que merece la pena la "molestia".

Bibliograf3a

1. Kannus P, Renstrom P. Current concept review: treatment for acute tears of the lateral ligaments of the ankle. *J Bone Joint Surg* 1991; 73: 305-312.
2. Ruth C. The surgical treatment of injuries of the fibular collateral ligaments of the ankle. *J Bone Joint Surg* 1961; 43: 229-239.
3. Balduini F, Tetzaff J. Historical perspectives on injuries of the ligament of the ankle. *Clin Sports Med* 1982; 1: 3-12.
4. Karlsson J, Eriksson B, Sward L. Early functional treatment for acute ligament injuries of the ankle joint. *Scand J Med Sports* 1996; 6: 341-345.
5. Shrier I. Treatment of the lateral collateral ligament sprains of the ankle: a critical appraisal of the literature. *Clin J Sport Med* 1995; 5: 187-195.
6. Haza~as S, G3lvez L, Cepas J. Estabilizaci3n funcional frente a inmovilizaci3n ortop3dica en el esguince de tobillo grado I-II. *Aten Primaria* 1999; 23: 425-428.
7. Eiff M, Smith A, Smith G. Early mobilization versus immobilization in the treatment of lateral ankle sprains. *Am J Sports Med* 1994; 22: 83-88.
8. Lynch S, Renstrom P. Treatment of acute lateral ankle ligament rupture in the athlete. Conservative versus surgical treatment. *Sports Med* 1999; 27: 61-71.