

Manejo de esguinces de tobillo en jugadores de fútbol

Mariana Tovar Sánchez, M.D.

Docente, Departamento de Medicina Física y Rehabilitación, Facultad de Salud, Universidad del Valle.
Médica Fisiatra, Corporación Deportiva América, Cali

Publicación original: Colombia Médica, 1995; 26: 103-105 - ISSN 1657-9534,
Reproducción autorizada por: Corporación Editora Médica del Valle, Universidad del Valle, Cali, Colombia
colombiamedica@gmail.com

- **Pacientes y métodos**
- **Resultados**
- **Discusión**
- **Conclusiones**
- **Referencias**

RESUMEN: El tratamiento de las lesiones en los deportistas de alta competencia debe ser tal, que permita al jugador regresar al campo de juego en el menor tiempo y con el mismo nivel de eficiencia que tenían antes de la lesión. Los esguinces de tobillo están entre las lesiones más frecuentes en los jugadores de fútbol. En un período de 22 meses se evaluaron y manejaron 20 atletas (jugadores de fútbol), edad promedio, 16.8 años, con lesiones ligamentosas de tobillo. Los tiempos de recuperación promedio fueron 14.8 días para esguince grado I; 44 días para esguince grado II; y 62 días para esguince grado III.

Palabras claves: Esguinces de tobillo. Tratamiento. Lesiones ligamentosas.

El deportista es, por regla general, un individuo sano con buena motivación. No obstante, una lesión que puede ser de escasa trascendencia para otro paciente, puede representar un serio deterioro para él y, por esta razón, el médico debe apreciar el valor que ocupa el deportista en el deporte.

El atleta de alta competencia se ve sometido a muchas presiones para desempeñarse en un alto nivel de eficiencia. Por tal motivo, es importante dar a sus lesiones un manejo que le permita volver a la competencia en el menor tiempo posible y en el mismo nivel o mejor del que tenía previamente.

Los esguinces de tobillo (ET) son, junto con las lesiones ligamentosas de la rodilla, las lesiones más comunes vistas en los jugadores de fútbol. El objetivo de realizar un estudio de atletas con ET, fue diseñar y aplicar un protocolo de manejo de rehabilitación, a fin de lograr su pronto regreso a la competición.

PACIENTES Y MÉTODOS

De octubre de 1992 a agosto de 1994, ingresaron al Departamento Médico de la Corporación Deportiva América, 20 jugadores de fútbol pertenecientes a las diferentes divisiones del club, quienes habían presentado durante su actividad deportiva, lesiones ligamentosas a nivel de tobillo.

La edad promedio fue 16.8 ± 4.26 desviaciones estándar (DE) (intervalo de 14 a 25 años). El tobillo derecho se lesionó en 11 jugadores, el izquierdo en 9. El grado de lesión fue: esguince grado I, 14; esguince grado II, 3; esguince grado III, 3. Los ET se clasificaron en:

Grado I. Cuando el atleta presentaba historia de torsión de tobillo, dolor en el área ligamentosa sin evidencia de edema maleolar o edema leve y pruebas de estrés negativas (cajón, inversión-eversión).

Grado II. Cuando el atleta presentaba historia de torsión del tobillo, dolor en el área ligamentosa, edema maleolar y/o equimosis perimaleolar y pruebas de estrés negativas o dudosas. Apoyo doloroso pero posible.

Grado III. Cuando el atleta presentaba historia de torsión del tobillo, dolor severo en el área ligamentosa, edema y/o equimosis bimaleolar severos, pruebas de estrés francamente positivas. Apoyo imposible.

Se tomaron radiografías en los casos de esguince grado III y en aquellos con mucha sensibilidad en el área ósea. En ningún caso se tomaron radiografías en estrés. El tratamiento de las lesiones ligamentosas de tobillo se llevó a cabo con base en los protocolos que aparecen en el Cuadro 1.

Cuadro 1 **Tratamiento de las Lesiones Ligamentosas de Tobillo**

Esguince grados I y II

Primera semana:

• Modalidades físicas

Primeras 48 horas: crioterapia, vendaje elástico, neuroestimulador láser, antiinflamatorio no esteroideo (AINE)

Siguientes 5 días: Calor húmedo, ultrasonido, neuroestimulador láser, AINE, hidroterapia

- Ejercicios activos en arco sin dolor**
- Ejercicios contra resistencia manual (no inversión)**
- Bicicleta estática**

Segunda semana:

• Modalidades físicas

• Estiramientos suaves

• Fortalecimiento: Thera-Band (resistencia progresiva), gradas, pesas

• Bicicleta estática

• Propiocepción

Tercera semana:

• Estiramientos

• Fortalecimiento

• Trote (con protección)

• Trabajo de campo

Esguince grado III. Manejo (reparo) quirúrgico. Inmovilización con férula por 3 semanas

Primera y segunda semana

• Modalidades físicas (no hidroterapia)

• Bicicleta estática una pierna

Tercera semana: Idem + hidroterapia

• Ejercicios activos en arco libre de dolor

Cuarta y quinta semanas:

• Bicicleta estática dos piernas

• Estiramientos

• Ejercicios contra resistencia manual

• Thera-band (intensidad progresiva)

Sexta semana:

• Bicicleta estática

• Fortalecimiento: pesas, gradas

• Propiocepción

Séptima semana: Idem + trote con protección

Octava semana: trabajo de campo: ochos, giros, cambios de dirección de 90°, aceleraciones y desaceleraciones.

RESULTADOS

Los ET observados, representaron 15% de todas las lesiones vistas en el Departamento Médico de la Corporación Deportiva América en el período del estudio. El aparato ligamentoso lateral estaba afectado en

100% de los casos. El mecanismo de lesión fue inversión del pie, 16 casos; inversión más trauma directo, 2; inversión al caer de un salto, 1; e inversión más plantiflexión, 1.

Las alteraciones biomecánicas observadas fueron: debilidad muscular (músculos peroneos principalmente) en todos los casos; talo varo, 8 casos; y retracción del tendón de Aquiles, 7. A los rayos X se observó sólo una fisura en el tercio distal de la fíbula en un jugador.

Los tiempos promedio de recuperación, desde el momento en que se inició la rehabilitación o en que se realizó la cirugía, hasta el retorno a la competencia, fueron:

- Esguince grado I: 14.8 días \pm 4.8 DE (intervalo de 7 a 22 días)
- Esguince grado II: 44 días \pm 18.5 DE (intervalo de 30 a 65 días)
- Esguince grado III: 62 días \pm 4.5 DE (intervalo 50 a 67 días)

El regreso a la competencia se realizó, en todos los casos, protegido con vendaje de esparadrapo, que se mantuvo aproximadamente por 2 semanas en casos de esguince grado I; 4 semanas en casos de esguince II; y por 6 semanas en esguince grado III. No se presentaron recurrencias de las lesiones.

DISCUSIÓN

Los ET comprenden, de acuerdo con algunas series, 14% de todos los problemas relacionados con los deportes¹. En otras series² representan 16%. Estos resultados son comparables con los observados en este estudio, donde los ET representaron 15% de todas las lesiones observadas.

Los ligamentos del tobillo son los más afectados de acuerdo con la literatura³, lo que también es comprable con el presente estudio, donde la totalidad de las lesiones correspondieron al aparato ligamentoso lateral. Los ligamentos laterales se dañan por inversión excesiva acompañada de flexión plantar o rotación. Un mecanismo mayor de lesión es el aterrizaje de un salto, los cambios de dirección, sobre todo si se asocian con desaceleración, también son movimientos vulnerables⁴⁻⁸. Todos estos mecanismos se vieron durante la generación de esguinces en este estudio.

Hay factores predisponentes que pueden precipitar un ET: talo varo significativo, musculatura débil (los músculos peroneos son los principales estabilizadores dinámicos del tobillo⁵), retracción del tendón de Aquiles y coalición tarsal^{4,5}. En este estudio, la totalidad de los casos presentaba debilidad de los músculos peroneos, había talo varo en 8 de los 20 casos (40%) y retracción del tendón de Aquiles en 7 de los 20 casos (35%). No se estudió la coalición tarsal.

Las pruebas de estrés siempre se deben realizar para evaluar la integridad ligamentosa. Las pruebas de cajón anterior y de inversión-eversión (bostezo) son esenciales para examinar la estabilidad del tobillo^{6,7}. Si ambas son positivas generalmente están rotos los ligamentos talofibular anterior y calcenofibular⁹. En los 3 casos de esguince grado III del presente estudio, las pruebas fueron francamente positivas y en los 3 estaban rotos ambos ligamentos.

Se debe considerar la posibilidad de tomar radiografías cuando:

- a. La sensibilidad es mayor sobre el hueso (maléolo) que sobre el ligamento.
- b. Hay una deformidad severa.
- c. El atleta es incapaz de soportar su peso después de un breve reposo.

Las radiografías en estrés tienen poca o ninguna utilidad en la lesión aguda de tobillo¹⁰. En este estudio sólo hubo un hallazgo de fisura en el tercio distal de la fíbula en un atleta que tuvo un esguince de grado III y, de acuerdo con la literatura, no se necesitó el empleo de rayos X en estrés.

Es difícil encontrar en la literatura datos exactos acerca del tiempo promedio de recuperación para cada grupo de ET en atletas. Según Reid⁵, la recuperación en ET grado I es en promedio de 8 días (intervalo de 2 a 10); en ET grado II es de 40 días (intervalo de 10 a 30) y en ET grado III es de 40 días (intervalo de 30 a

90). Al comparar estos datos con el presente estudio, se encuentra que el tiempo promedio de recuperación en ET grado I es similar, pero hay desfases significativos en los tiempos promedio en ET grados II y III, probablemente debido al tamaño reducido de la muestra del estudio actual para estos dos grados de lesión.

La literatura muestra seguimientos en el esguince grado III mediante manejo conservador con buenos resultados, pero se enfatiza la necesidad de dar un período de 20 semanas para permitir una curación adecuada antes de regresar el atleta al campo¹¹. Si se tiene en cuenta que el jugador desea regresar la antes posible al campo de juego y que en jugadores de fútbol altamente competitivos es requerimiento absoluto un tobillo estable^{7,12}, se recomienda el reparo quirúrgico inmediato de la lesión, e iniciar la rehabilitación en el menor tiempo, donde se incluye la movilización temprana, manejo con el que se obtuvo el regreso del jugador a la competición en 8 semanas más o menos. Este tratamiento lo apoyan estudios recientes que demuestran buenos resultados con movilización precoz con y sin cirugía¹³.

Cuando el atleta regresa a la actividad competitiva, se recomienda el uso de protección en forma de una ortesis o de un vendaje de esparadrapo, para evitar las recurrencias, pues los ligamentos toman varios meses para volver a ganar su fuerza tensil máxima¹⁴. En este estudio se usó como protección el vendaje de esparadrapo con el método de aplicación clásico de Gibney, de acuerdo con el texto de O'Donoghue¹⁵.

Según Reid⁵, en los ET se pueden presentar lesiones al nervio peroneo y al nervio tibial; grado II: nervio peroneo, 17%; nervio tibial, 10%; grado III: nervio peroneo, 86%; nervio tibial, 83%. En el presente estudio sólo se presentó una lesión del nervio peroneo profundo, evidenciada por estudios electrodiagnóstico, en un jugador con esguince grado II que sufrió un síndrome de compartimiento anterior de la pierna. Este jugador regresó a la competición a los 65 días.

CONCLUSIONES

- Es importante hacer un diagnóstico adecuado de la lesión, para darle a ésta el tratamiento indicado.
- No es necesario realizar estudios radiográficos en todas las lesiones ligamentosas agudas de tobillo, pues el examen clínico brinda la información requerida.
- La movilización temprana, incluso un esguince de grado III, es vital para permitir la reorganización en paralelo de las fibras de colágeno y elastina en el ligamento y para evitar la formación de cicatriz redundante¹⁶. Por esta razón no se recomienda el empleo de inmovilización rígida.
- En esguince grado II se aconseja el reparo quirúrgico temprano.
- Es importante el trabajo propioceptivo para evitar recurrencias.
- A pesar de que en este trabajo sólo se presentó una lesión nerviosa, es importante tenerlas en cuenta para iniciar cuanto antes la intervención sobre ellas y evitar el deterioro del pronóstico.
- Se debe reiniciar el trabajo de campo con protección, sea con vendaje de esparadrapo, sea con una ortesis funcional y mantenerla durante el tiempo que sea necesario, para evitar las recurrencias.

SUMMARY: The treatment of the sport's injuries should be directed to the athlete's return to the game field as soon as possible. Ankle sprains are among the injuries commonly seen at soccer players. During a period of 22 months, 20 athletes (soccer players) with ankles sprains were evaluated and treated. The mean age was 16.8 years. The diagnosis and classification was supported by clinic examination more than by radiographic evaluation. Average recoveries were 14.8 days for ankle sprain grade I; 44 days for ankle sprain grade II; and 62 days for ankle sprain grade III. There were no relapses.

REFERENCIAS

1. Mack RP. Ankle injuries in athletes. *Athletic Training* 1975; 10: 94-8.
2. Maehlum S, Daljord OA. Acute sports injuries in Oslo. A one-year study. *Br J Sports Med* 1984; 18: 181-84.

3. Stormont DM, Morrey B, An K. Stability of the loaded ankle. *Am J Sports Med* 1985; 13: 295-97.
4. Windsor RE, Dreyer SJ, Lester JP. Overuse injuries of the leg, ankle and foot. *Clin North Am Phy Med Rehab* 1994; 5: 203-07.
5. Reid DC. *Sports injury assessment and rehabilitation*. New York, Churchill Livingstone, 1992.
6. Gersther J. *Manual de semiología del aparato locomotor*. Cali, Aspromédica, 1993.
7. Ruda SC. Common ankle injuries in the athlete. *Sports Nursing* 1991; 26: 167-79.
8. Cawley PW, France EP. Biomechanics of the lateral ligaments of the ankle: an evaluation of the effects of axial load and single plane motions on ligament strain patterns. *Foot Ankle* 1991; 12: 92-9.
9. Roy SP. Evaluation and treatment of the stable ankle sprain. *Physician Sportsmed* 1997; 5: 60-5.
10. Cockshott WP, Jenkin JK, Pui M. Limiting the use of routine radiography for acute ankle injuries. *Can Med Assoc J* 1983; 129: 129-32.
11. Brostrom L. Sprained ankles V. Treatment and prognosis in recent ligament ruptures. *Acta Chir Scand* 1996; 132: 537-43.
12. Karlsson J, Lansinger O. Chronic lateral instability of the ankle in athletes. *Sports Med* 1993; 16: 355-65.
13. Konradsen L, Holmer P, Sondergaard L. Early mobilizing treatment for grade III ankle ligament injuries. *Foot-Ankle* 1991; 12: 69-73.
14. Johannes EJ, Sukul DM, Spruit PJ, Putters JL. Controlled trial of a semi-rigid bandage ("Scotchrap") in patients with ankle ligament lesions. *Curr Med Res Opin* 1993; 13: 154-62.
15. O'Donoghue D. *Treatment of injuries to athletes*. Philadelphia, Saunders, 1961.
16. DeLisa J. *Rehabilitation medicine. Principles and practice*. Philadelphia, JB Lippincott, 1992.

Mariana Tovar Sánchez, M.D.

Docente, Departamento de Medicina Física y Rehabilitación, Facultad de Salud, Universidad del Valle.
Médica Fisiatra, Corporación Deportiva América, Cali

colombiamedica@gmail.com