

ESGUINCE DE TOBILLO

¿QUÉ ES UN ESGUINCE DE TOBILLO?

En general hablamos de esguince de tobillo de una forma genérica para referirnos a la rotura parcial o total del ligamento peroneo-astragalino anterior. Ante una torcedura de tobillo sobre su canto externo (movimiento en inversión) este ligamento es el que mas frecuentemente se lesiona y es el motivo por el que se asocia la palabra esguince a este ligamento, pero cualquier ligamento del pie puede lesionarse, tanto por su cara externa como interna.

Así pues sería mas correcto, desde el punto de vista técnico, referirnos al esguince de este o aquel ligamento: peroneo-calcáneo, peroneo-astragalino anterior, deltoideo,.....

¿CUÁL ES SU SINTOMATOLOGÍA?

Independientemente del ligamento lesionado, en relación al alcance de la lesión se establecen tres grados:

- Grado I: Rotura leve, generalmente dentro del ligamento. Casi no genera hinchazón de la zona ni derrame. El paciente puede precisar con mucha exactitud el sitio de la lesión.
- Grado II: Rotura parcial del ligamento. Genera mayor hinchazón del tobillo y la zona dolorosa es más amplia. El paciente no puede precisar la lesión.
- Grado III: Rotura completa del ligamento. Provoca una gran hinchazón del tobillo, de forma prácticamente instantánea, con gran dolor que puede acompañarse de hematoma.

Hinchazón característica del esguince de tobillo



¿CUÁL ES SU TRATAMIENTO?

Con un adecuado tratamiento el ligamento experimentará un proceso de cicatrización similar al de un corte de la piel por lo que generalmente no quedarán secuelas.

Se diferencian dos fases del tratamiento

1. Lesión aguda. Tratamiento inicial

El tratamiento va encaminado a combatir la inflamación debiendo instaurarse lo antes posible medidas básicas, como:

- Reposo del tobillo.
- Hielo local sin aplicación directa sobre piel.
- Compresión de la zona lesionada mediante vendaje, tobillera o similar.
- Elevación del pie.

2. Lesión aguda. Valoración facultativa

El facultativo realizará una inspección que determinará si es necesaria la realización de radiografías. Para un correcto diagnóstico, en la inmensa mayoría de las veces, es suficiente con una exploración realizada por un profesional experimentado y deben evitarse radiografías innecesarias.

En función del alcance de la lesión el facultativo ampliará las medidas para evitar la inflamación mediante:

- Medicación anti-inflamatoria en forma de cremas locales o comprimidos.
- Inmovilización transitoria con vendajes enyesados.

3. Evolución de la lesión

En un periodo breve de unas semanas los dolores mejoran sensiblemente y las medidas irán encaminadas a limitar las secuelas para lo cual se aplicarán:

- Medidas anti-edema (Hinchazón): tobilleras, baños de contraste calor/frío, medicación.
- Mejora de la propiocepción: ejercicios de tobillo en todos los planos del espacio (sobre una pelota).
- Potenciación muscular: ejercicios de fortalecimiento de la musculatura peronea (cara lateral del tobillo).

En un relativo gran porcentaje pueden persistir, durante meses, lesiones mínimas que provocan molestias, en la cara externa del tobillo, que precisan de infiltraciones para su total recuperación.

Durante los meses posteriores es recomendable proteger el tobillo mediante tobilleras ortopédicas para las actividades deportivas.

¿CUÁNDO SE DEBE OPERAR?

Es excepcional intervenir de urgencia un esguince de tobillo, salvo en deportistas de alta sollicitación.

De un modo general, se aconseja la cirugía cuando la lesión se cronifica y los esguinces se repiten y son cada vez mas frecuentes provocando un tobillo inestable que limita al paciente para las actividades diarias y deportivas.

Para un adecuado diagnóstico y enfoque debe ser valorado por un especialista con experiencia que determinará las pruebas de imagen (Radiografías en estrés y Resonancia Magnética) necesarias para planificar la cirugía y elegir la técnica quirúrgica mas adecuada.

¿CÓMO SE DEBE OPERAR?

La cirugía irá encaminada a la reparación del ligamento lesionado mediante puntos directos. Como el proceso de cicatrización no genera suficiente resistencia para las actividades deportivas y diarias la mayoría de cirujanos prefieren reforzar la sutura con el transplante de algún tendón vecino que sustituya la función del ligamento lesionado. Son cirugías con un proceso de recuperación lento y sacrificado para el enfermo que se deben reservar para pacientes deportistas o muy limitados para su actividad diaria.