

ESGUINCE DE TOBILLO



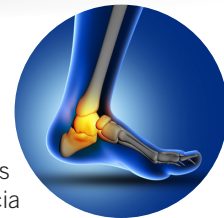
Descripción

Anatomía

La articulación del tobillo o talocrural está formada desde el punto de vista óseo, por los extremos distales de tibia y peroné y por el astrágalo, por lo que también se denomina articulación tibioperoneoastragalina. Entre los ligamentos que la conforman los más interesantes desde el punto de vista de la frecuencia de las lesiones son el externo o LLE, formado a su vez por tres paquetes ligamentosos (peroneo astragalino anterior o LPAA, peroneo astragalino posterior o LPAP y peroneo calcáneo o LPC) y el deltoideo o lateral interno (LLI). A todo ello se suman otros ligamentos y los tendones que anclan los músculos a las zonas óseas. Su conjunto da lugar a una estructura que permite gran cantidad de movimientos para adaptar nuestra marcha al terreno. Así, podemos hacer movimientos de flexo- extensión, laterales y también de rotación.

Patología

El esguince de tobillo es una de las lesiones ligamentosas más frecuente y presenta un alto grado de evolución hacia problemas crónicos y recidivas. Aunque un movimiento de eversión (hacia el exterior) puede lesionar el ligamento lateral interno, lo más frecuente (85%) son los esguinces por inversión que afectan al ligamento lateral externo y su haz peroneo astragalino anterior. En función de la gravedad de la lesión tenemos 3 grados de Esguince:



CLASIFICACIÓN	Tipo de lesión	Síntoma	Síntoma
GRADO I	Distensión sin rotura de fibras o con rotura de menos del 5% de las fibras	Dolor	Paciente puede caminar
GRADO II	Rotura parcial	Dolor, hinchazón e inestabilidad articular leve	El paciente camina en posición antiálgica (de puntillas)
GRADO III	Rotura total que puede afectar también a las zonas de inserción óseas	Dolor e inflamación evidentes y laxitud articular. En ocasiones puede no existir dolor debido a la rotura de las terminaciones nerviosas	El paciente no puede apoyar



Consejo Farmacéutico

Es importante respetar el reposo y la vuelta paulatina a la actividad física con el fin de evitar recidivas e inestabilidades posteriores.

Uso de calzado apropiado, que se ajuste bien en tobillo. El calzado de tacón alto está desaconsejado.

En la práctica deportiva el uso de calzado adecuado a la actividad, el calentamiento, los estiramientos y el entrenamiento ayudarán en la prevención de la lesión y las recidivas.



Tratamiento Farmacológico

El tratamiento farmacológico **será el indicado por el médico prescriptor**, con el fin de disminuir la inflamación y el dolor **por vía sistémica, tópica o ambas según la intensidad y el pronóstico del esguince (generalmente AINES)**.

No farmacológico

- **RICE: Reposo + Hielo** (sesiones cortas de unos 20 min cada 2-3 horas salvo durante el sueño) + **Compresión + Elevación**.
- **En grados I y II** el reposo debe hacerse las primeras 72 horas y después debe comenzarse la movilización de la zona con ejercicios sin carga. Deben realizarse también ejercicios de fortalecimiento de la musculatura de la pantorrilla y de propiocepción. **En grado III** es el especialista el que pautará el tiempo de inmovilización y si requiere cirugía o tratamiento conservador.
- **Kinesiotape**: se utiliza en grado I y II y deberá ser prescrito por el especialista.



Tratamiento Ortoprotésico

TOBILLERAS, QUE VARIARÁN EN FUNCIÓN DEL GRADO

- Grado I:** tobillera elástica que puede llevar bandas compresivas, o vendaje compresivo.
- Grado II:** tras la fase de inmovilización es frecuente el uso de tobilleras tipo bivalvas o con estabilizadores laterales.
- Grado III:** a determinar por el especialista.

MEJORA DE LA CALIDAD DE VIDA (PRODUCTOS DE APOYO)

- Bastones ingleses** durante la convalecencia para evitar el apoyo o disminuir la carga. Según lo pautado por el médico.
- En casos de inmovilizaciones largas** puede requerirse el uso de silla de ruedas, a ser posible con reposapiés elevables.



Derivación al Especialista

Si la lesión se ha producido por un traumatismo (caída, golpe con otro jugador en la práctica deportiva,...), con el fin de descartar fracturas.

La articulación está fuera de su posición.

Incapacidad para la deambulaci3n o inestabilidad de la articulación.

Más de 2 días con dolor o inflamaci3n.

Fiebre, sospecha de flebitis por el reposo.



Caso Práctico



Paciente que entra en la farmacia refiriendo que ha dado un traspies hace un par de horas. Ha seguido caminando con ligeras molestias y presenta ligera inflamaci3n. Viene con zapato de tac3n.

CONSEJO Y TRATAMIENTO: **RICE** (reposo relativo, hielo 20min cada 2-3 horas, tobillera elástica y elevaci3n) + ibuprofeno 2-3 veces al día (si no hay contraindicaciones)

Se aconseja **no utilizar** zapatos de tac3n

Si **no mejora en 48-72 horas** debe derivarse al médico especialista.

Paciente diagnosticada de Esguince de tobillo

Grado II. Viene a la farmacia con vendaje compresivo colocado el día anterior en servicio de urgencias y muletas, sin apoyar el pie.



Refiere más inflamaci3n que el día anterior y dedos del pie amoratados. No tiene fiebre ni calor excesivo en la zona, ni antecedentes de problemas de retorno venoso.

Se le pregunta sobre el reposo. No lo ha respetado. Ha estado caminando aunque sin apoyar.

CONSEJO FARMACÉUTICO: reposo con elevaci3n y hielo. Si **no mejora en 2-3 horas** que acuda a Urgencias o MAP para evaluar retirada del vendaje y colocaci3n de uno nuevo o tobillera. Se le hace ver que la inflamaci3n no mejorará sin elevaci3n.

