1. OBJETIVO:

Orientar el manejo y abordaje de los pacientes con distensiones y esguinces que consultan al servicio de ortopedia.

2. DEFINICION:

Hablamos de distensiones y esguinces para referirnos a las lesiones de los músculos y los ligamentos sin luxación ni fractura. Un esguince es una lesión común en la cual algunas de las fibras de un ligamento de soporte se dañan sin afectar la continuidad del mismo. Una distensión muscular es un estiramiento o rotura de fibras musculares. La mayoría se produce porque el músculo ha sido estirado más allá de sus límites o se ha contraído de manera muy forzada.

3. CLASIFICACION:

El grado del esguince se determina en función del daño y la integridad del ligamento. La Asociación Médica Americana distingue tres grados:

- Esguince grado 1: no existe daño importante en las fibras de colágeno, por lo que no existe laxitud articular.
- Esguince grado 2: rotura parcial del ligamento con discreta laxitud articular.
- Esguince grado 3: rotura completa del ligamento con importante laxitud articular.

El grado de la lesión en una distensión muscular se clasifica según el daño de las fibras:

- Grado 1: es una distensión leve, sólo unas pocas fibras están afectadas. Aunque el músculo afectado está dolorido, su contracción es normal.
- Grado 2: es una distensión moderada con un gran número de fibras afectadas y con más dolor. Presenta hinchazón leve y notable pérdida de fuerza.
- Grado 3: se produce una rotura completa del músculo.

4. MANIFESTACIONES CLÍNICAS:

Debemos preguntar sobre:

- Cuándo y cómo ocurrió el traumatismo, así como su intensidad y dirección.
- Cuándo comenzaron los síntomas: dolor, inflamación, hematoma, impotencia funcional, calor y sensación de inestabilidad.

NO COPIAR

- Si notó un chasquido o presión en el momento del traumatismo. Puede significar la rotura de un ligamento o un hueso.
- Factores predisponentes o agravantes: epilepsia, tratamiento anticoagulante, hemofilia.
- Episodios previos, cómo fueron tratados y el resultado.

Exploración:

Prestar atención a:

- Deformidad o asimetría comparando el miembro afectado con el otro. Una distensión con una rotura completa de fibras produce un desnivel en la zona del músculo donde se han roto esas fibras, con un abultamiento a nivel de la inserción tendinosa de las fibras lesionadas.
- Zonas con calor local implica inflamación.
- Sensibilidad localizada a nivel del músculo o ligamento lesionado.
- Hinchazón y/o hematoma. Suelen aparecer tiempo después del traumatismo. Las distensiones musculares a menudo cursan con importantes hematomas que pueden ser:
    - Intramusculares: el sangrado es contenido dentro de la envoltura muscular, dando como resultado dolor e inflamación local.
    - Superficiales: el sangrado se extiende a través de los espacios intermusculares; el dolor es menor que en los hematomas intramusculares y la inflamación es más difusa.
- Impotencia funcional: empeora durante los primeros días a medida que aumenta la inflamación. Debemos observar el grado de movimiento activo y pasivo, estabilidad articular y si existe pérdida de la función muscular.
- Ausencia de dolor óseo, deformidad, hinchazón o asimetría no relacionada con un esguince o distensión muscular y déficit neurológico, sensitivo o motor.

5. AYUDAS DIAGNOSTICAS:

Los rayos X deben utilizarse cuando se sospeche una fractura o sea necesario descartarla. Las reglas de Ottawa para el tobillo y rodilla se usan como guía para realizar o no un estudio radiográfico.

Reglas de Ottawa del tobillo. Una radiografía de tobillo está indicada en un paciente con un tobillo lesionado si presenta:

- Dolor a la palpación en el borde posterior o punta de cualquiera de los maléolos peroneos (interno o externo).
- Incapacidad para mantener el peso inmediatamente tras el traumatismo y cuando lo exploramos.

NO COPIAR

Una radiografía de pie está indicada en un paciente con un tobillo lesionado si presenta dolor en dorso medio del pie y:

- Dolor a la palpación en base del quinto metatarsiano.
- Dolor a la palpación de hueso navicular (en el dorso del pie 3-4 cm distal y anterior al maléolo interno en línea con el primer dedo).
- Incapacidad para mantener el peso inmediatamente tras el traumatismo y cuando lo exploramos.

Reglas de Ottawa de la rodilla. Una radiografía de rodilla está indicada en un paciente con una rodilla lesionada y:

- Es mayor de 55 años.
- Dolor aislado a la palpación de la rótula.
- Dolor a la palpación en cabeza del peroné.
- Incapacidad para flexionar a 90 grados.
- Incapacidad para mantener el peso inmediatamente tras el traumatismo y cuando lo exploramos.

Diagnóstico diferencial

- *Fractura:* dolor a la palpación del hueso, incapacidad para sustentación.
- *Rotura de un tendón*: se palpa un salto en la estructura del tendón, impotencia funcional.
- *Daño del cartílago* (meniscos en la rodilla, por ejemplo): chasquidos, se traba la articulación.
- *Artritis aguda* (osteoartritis, artritis reumatoide): con un traumatismo mínimo aparecen signos de artritis.
- *Lesión del nervio*: alteración de la fuerza o sensibilidad, dolor referido de otras estructuras inervadas por el mismo nervio.
- *Osteomielitis*, tumor óseo: inicio subagudo, presentación atípica.
- *Tendinitis*: inflamación tendinosa, crepitación, sensibilidad local.
- *Diátesis hemorrágica*: gran hemartrosis con mínimo traumatismo.

6. MANEJO MEDICO:

Medidas generales

Tras determinar la causa, las circunstancias y el grado de la lesión debemos valorar la necesidad de tratamiento urgente u hospitalario.

NO COPIAR

Reposo y elevación: se debe estabilizar y proteger la región afectada con un vendaje elástico en las primeras 48 horas. La inmovilización completa no está indicada. La elevación ayuda a reducir la hinchazón. Es aconsejable la movilización temprana, comenzando típicamente después de dos días de reposo.

Hielo: el hielo reduce el dolor y debe aplicarse lo antes posible. Se deben aplicar objetos deformables (p.ej. una bolsa de guisantes congelados durante 10-30 minutos) con protección de la piel (p.ej. una toalla). No se deben aplicar directamente sobre la piel sin protección y se debe permitir que la región afectada recupere la temperatura normal antes de volver a aplicarlo. Se puede repetir, siguiendo estas normas, tantas veces como se quiera durante las primeras 48 horas.

Compresión: ayuda a reducir la inflamación. Se realiza con un vendaje elástico evitando comprimir el riego sanguíneo. Si las regiones distales se ponen cianóticas o con dolor intenso se debe retirar el vendaje. Precaución especial en personas con sospecha de arteriopatía periférica (ancianos, diabéticos...).

Analgesia:

El paracetamol tomado de manera regular es efectivo para reducir el dolor en lesiones menores. Se puede combinar con codeína o AINE cuando el control del dolor no sea suficiente.

Los AINE también son efectivos para el control del dolor pero sus efectos secundarios son mayores que con paracetamol. Pueden reducir el tiempo de curación de las distensiones o esguinces y debemos considerar su uso cuando el paciente necesite volver a su trabajo lo antes posible. Ibuprofeno está recomendado como el AINE de primera elección y tiene menor riesgo de complicaciones. Debemos considerar el uso de un protector gástrico en pacientes con riesgo de padecer efectos adversos gastrointestinales.

También puede estar indicado un AINE tópico. Aunque no son tan efectivos como los orales, tienen menos efectos gastrointestinales.

Seguimiento y derivación:

Seguimiento

Informar sobre el pronóstico. La incorporación al trabajo y a la actividad deportiva depende de la localización y de la gravedad de lesión, así como del tipo de actividad. Un paciente con un esguince grave tardará algunas semanas en poder volver al trabajo, pero varios meses en realizar una actividad deportiva completa.

NO COPIAR

Seguir al paciente con un esguince o una distensión grave cuando la hinchazón ha disminuido de manera importante (después de 7-10 días) para determinar si es necesario tratamiento o pruebas adicionales.

Tener en cuenta:

- Movilización temprana: en la rehabilitación lo más importante es la movilización temprana, dentro de los límites que permita el dolor. Debe aumentarse la amplitud del movimiento un poco cada día.
- Evitar el vendaje prolongado. Existe poco beneficio con el uso del vendaje compresivo después de 48 horas.
- Los tratamientos fisioterápicos como ultrasonidos, onda corta, infrarrojos y la manipulación podrían estar también indicados.

Signos de alarma ante los que se debe considerar una derivación

- Debilidad o laxitud no explicada por traumatismo.
- Debilidad no explicada por el dolor.
- Fiebre.
- Déficit neurológico no explicado.
- Compromiso vascular.
- Sospecha de malignidad o diátesis hemorrágica.

7. PRONÓSTICO:

El pronóstico del esguince de tobillo es bueno. El tiempo de recuperación completa depende, lógicamente, de la gravedad de la lesión. Los pacientes con un esguince moderado recuperan su actividad normal en una o dos semanas.

Entre los pacientes con un esguince grado 3 que han inmovilizado la extremidad tras la lesión, el 50% vuelve al trabajo después de 3 semanas y el 90% en 6; entre el 60-90% vuelven a hacer actividad deportiva al mismo nivel tras 12 semanas; entre el 20-40% se quejan de dolor, hinchazón y sensación de inestabilidad, aunque éstas no deterioran de forma apreciable la funcionalidad.

Debemos estar pendientes de la aparición de complicaciones: prolongación de los síntomas, pérdida de movilidad en la articulación afectada, retraso en la recuperación de una actividad normal y pérdida de fuerza muscular secundaria al reposo.

8. REFERENCIAS:

NO COPIAR

- Bachmann LM, Haberzeth S, Steurer J, ter Riet G. The accuracy of the Ottawa knee rule to rule out knee fractures: a systematic review. Ann Intern Med. 2004;140(2):121-4. PubMed PMID: 14734335
- Bachmann LM, Kolb E, Koller MT, Steurer J, ter Riet G. Accuracy of Ottawa ankle rules to exclude fractures of the ankle and mid-foot: systematic review. BMJ. 2003;326(7386):417. PubMed PMID: 12595378 Texto completo
- Bleakley CM, McDonough SM, MacAuley DC. Some conservative strategies are effective when added to controlled mobilisation with external support after acute ankle sprain: a systematic review. Aust J Physiother. 2008;54(1):7-20. PubMed PMID: 18298355 Texto completo
- Can U, Ruckert R, Held U, Buchmann P, Platz A, Bachmann LM. Safety and efficiency of the Ottawa Ankle Rule in a Swiss population with ankle sprains. Swiss Med Wkly. 2008;138(19-20):292-6. PubMed PMID: 18491243 Texto completo
- Dutch College of General Practitioners (NHG) Practice Guideline. NHG Practice Guideline 'Ankle sprains' [Internet]. Dutch College of General Practitioners; 2000 [acceso 13/1/2012]. Disponible en: http://www.hovumc.nl/docs/int/guidelines/Ankle Sprain.pdf
- Heiderscheit BC, Sherry MA, Silder A, Chumanov ES, Thelen DG. Hamstring strain injuries: recommendations for diagnosis, rehabilitation, and injury prevention. J Orthop Sports Phys Ther. 2010;40(2):67-81. PubMed PMID: 20118524 Texto completo
- Henry D, Lim LL, Garcia Rodriguez LA, Perez Gutthann S, Carson JL, Griffin M, et al. Variability in risk of gastrointestinal complications with individual non-steroidal anti-inflammatory drugs: results of a collaborative meta-analysis. BMJ. 1996;312(7046):1563-6. PubMed PMID: 8664664 Texto completo
- Mason L, Moore RA, Edwards JE, McQuay HJ, Derry S, Wiffen PJ. Systematic review of efficacy of topical rubefacients containing salicylates for the treatment of acute and chronic pain. BMJ. 2004;328(7446):995. PubMed PMID: 15033879 Texto completo
- Mason L, Moore RA, Edwards JE, Derry S, McQuay HJ. Topical NSAIDs for acute pain: a meta-analysis. BMC Fam Pract. 2004;5:10. PubMed PMID: 15147585 Texto completo
- O'Connor G, Martin AJ. Acute ankle sprain: is there a best support? Eur J Emerg Med. 2011;18(4):225-30. PubMed PMID: 21422934
- Prodigy. Sprains and strains [Internet]. NHS; 2008 [acceso 13/1/2012]. Disponible en: http://www.cks.nhs.uk/sprains_and_strains

9. CONTROL DE CAMBIOS:

Versión	Fecha	Descripción	Elaboró	Revisó	Aprobó
001	Junio 2012	Elaboración del documento	Natasha Molina	Grupo de ortopedistas	Comité Tecnicocientífico

NO COPIAR