

Rehabilitación de Rigidez de Tobillo en Equino Extremo: Un Caso Problema

Instantánea Clínica

Luis Gerardo Domínguez-Carrillo¹, Edgar Turrubiates-Lucero²

¹ Especialista en rehabilitación y catedrático de la Facultad de Medicina de León de la Universidad de Guanajuato

² Especialista en traumatología y ortopedia, Jefe del servicio de Traumatología y ortopedia, Hospital General de León, León, Guanajuato

Fecha de recepción del manuscrito: 03/Octubre/2019

Fecha de aceptación del manuscrito: 14/Enero/2019

Fecha de publicación: 31/Enero/2020

DOI: 10.5281/zenodo.3635073

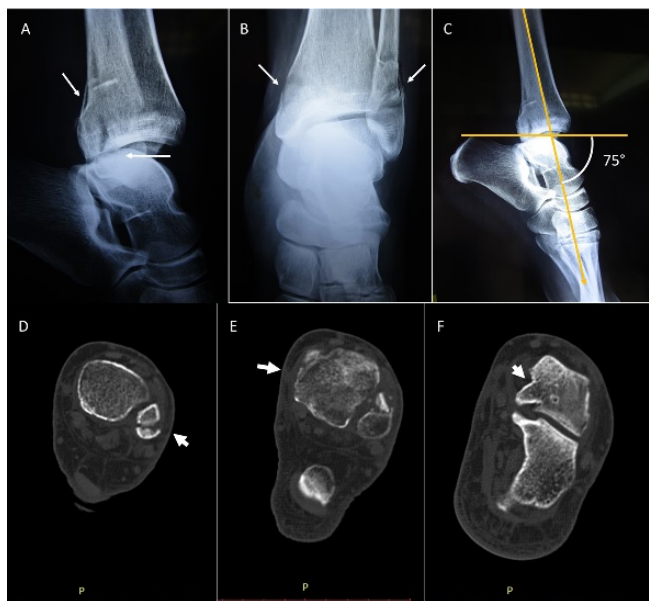


Figura 1: Radiografías simples antero-posterior y lateral de tobillo en (A y B) mostrando fracturas trimaleolar de tobillo de tipo 44 B3.2 de la clasificación AO; en (C) se observa equino extremo de tobillo (75), y área de presión en cuerpo del astrágalo. Las imágenes (D, E y F) corresponden a tomografía computarizada en corte axial mostrando las zonas de fractura mencionadas (flechas), en (F) se aprecia fractura no desplazada y en consolidación del cuerpo del astrágalo en su vertiente medial.

Femenino de 40 años, quien 3 meses atrás, presentó, posterior a salto de 1 metro de altura, dolor e imposibi-

lidad para la función en pie y tobillo izquierdo, así como edema importante abarcando desde tercio medio de pierna hasta dedos; fue atendida por empírico, quien le aplicó unguento no especificado, vendaje y colocación de órtesis tipo Walker inmovilizando tobillo; indicándole que mantuviera la extremidad con elevación por 60 días y no lo retirase por ningún motivo. Al retirar la órtesis, la paciente se percató que al disminuir el edema, su pie deslizó dentro del inmovilizador adoptando la posición de equino por lo que acudió con traumatólogo, quien a la exploración, corroboró equino no reductible a maniobras de movilización y estiramiento, solicitó radiografías de tobillo, las cuales mostraron fractura trimaleolar de tipo 44 B3.2 asociada a fractura no desplazada del cuerpo del astrágalo tipo C1, ambas de la clasificación AO, corroboradas por tomografía computarizada en proceso de remodelación (Figuras 1, 2 y 3) derivando a la paciente a Rehabilitación.

A la exploración en Rehabilitación, se encontró rigidez de tobillo, permanentemente en equino 75, secundario a inmovilización inadecuada de 2 meses de evolución. El examen clínico muscular mostró: tríceps sural, tibial anterior, peroneos, tibia posterior, extensor común de los dedos y flexor común de los dedos en calificación 1/5 por desuso, reflejo aquileo izquierdo disminuido, sensibilidad y llenado capilar normales.

1. Tratamiento 6 días de la semana a base de termoterapia con compresas químicas por 30 minutos abarcando desde tercio inferior de cara posterior del muslo hasta el talón, al unísono con estiramiento del tríceps sural con banda elástica.¹

Datos de contacto: Luis Gerardo Domínguez-Carrillo, Facultad de Medicina de la Universidad de Guanajuato, León, Guanajuato, Mex., Tel: 47 7267 4900, lgdominguez@hotmail.com



Figura 2: Imágenes de tomografía computarizada de tobillo, mostrando equino extremo, fractura consolidada de maléolo posterior y datos de lesión entre cuerpo y cuello del astrágalo (flechas).

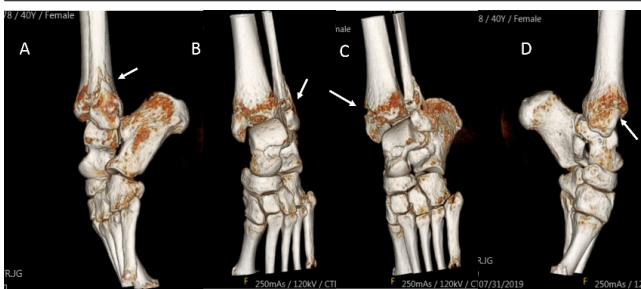


Figura 3: Imágenes de tomografía computarizada en 3D, mostrando equino extremo y áreas de lesión. (A, B, C, y D).

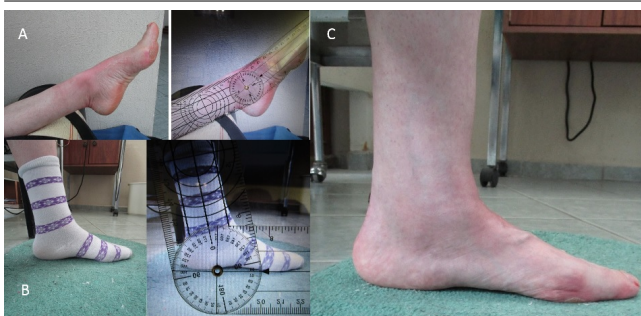


Figura 4: Fotografías de tobillo mostrando la evolución de contractura en equino; en (A) medición inicial con equino de 75; en B a la cuarta semana con equino de 15; en (C) a la 5ta semana alcanzando posición neutra.

modificándolo cada semana con cortes en cuña de 15, sacando la cuña de la parte anterior y colocándola en el corte posterior del yeso a nivel de tobillo (en total se utilizaron 4 yesos);^{3,4} en la quinta semana su utilizó de forma nocturna el inmovilizador con que contaba la paciente.

- Desde la 4ta. semana de tratamiento se realizó reeducación de la marcha con zapato de tacón de 4 cm, disminuyéndolo paulatinamente en la 6ta. semana a zapato sin tacón y ayuda de bastón contralateral por 3 semanas. llegando a posición neutra. (Figura 4) requiriéndose 5 semanas en total, con fuerza muscular de tibial anterior en 4/5.

REFERENCIAS

- Hidalgo B, Hall T, Berwart M, Biernaux E, et al. The immediate effects of two manual therapy techniques on ankle musculoarticular stiffness and dorsiflexion range of motion in people with chronic ankle rigidity: A randomized clinical trial. *J Back Musculoskelet Rehabil.* 2018;31:515-524.
- Furia JP, Willis FB, Shanmugam R. (2013). Systemic Review of Contracture Reduction in the Lower Extremity w/Dynamic Splinting. *Advances in Therapy* 2013; 30: 763-770.
- Maas CJ, Dallmeijer JA, Huijing AP, Brunstrom HJ, et al. Splint: the efficacy of orthotic management in rest to prevent equinus in children with cerebral palsy, a randomised controlled trial. *BMC Pediatr.* 2012; 12: 38. doi: 10.1186/1471-2431-12-38.
- Veltman ES, Doornberg JN, Eygendaal D. Static Progressive versus Dynamic Splinting for Posttraumatic Elbow Stiffness: A Systematic Review of 232 Patients. *Arch Orthop Trauma Surgery* 2015; 135: 613-617.

- Aplicación de Electroestimulaciones a tibial anterior y extensor común de los dedos 200 electroestímulos no dolorosos con corriente farádica suficiente para obtener contracción muscular visible de tibial anterior.²
- Fortalecimiento de músculos flexores, extensores, aductores y abductores de cadera, así como de cuádriceps y reeducación muscular de tibiales anterior y posterior, peroneos y flexor y extensor común de los dedos.
- Al término de cada sesión, se colocó aparato de yeso circular bivalvado, manteniendo los ángulos ganados, y