

Esguince del tobillo. Epidemiología

Drs. Eduardo Arroyo, Emilio Nahy, Carmen Teresa Peña, Sajidxa Mariño, María Virginia Orta.

Hospital "Luis Salazar Domínguez", Guarenas.

RESUMEN

Se ha estimado que ocurre, al menos, una inversión de tobillo al día por cada 10 000 personas. En base a esta consideración se realizó un estudio en el Hospital Luis Salazar Domínguez, de Guarenas, Venezuela, con el fin de establecer datos epidemiológicos de este frecuente motivo de consulta, como lo es el esguince de tobillo. Se concluye en el estudio que el 6,8% de los motivos de consulta en el mencionado hospital se deben a esguinces de tobillo, de los cuales el 56% ocurren en el sexo masculino; el lado en que predominó la lesión resultó ser el izquierdo (55%). De los tres grados de esguinces, el grado I se presentó con mayor frecuencia en el sexo femenino, mientras que, en el masculino, el primero y el segundo grado se presentaron en proporciones iguales. El grupo de edad mayormente afectado estuvo comprendido entre los 11 y 30 años de edad, en ambos sexos.

Palabras claves: Esguince. Tobillo

SUMMARY

It has been estimated that at least one ankle sprain occurs every 10 000 people. Based upon this consideration, the present study was carried out at the Hospital Luis Salazar Domínguez, Venezuela, in order to establish some epidemiological data related to the ankle sprain. This constitutes an important percentage of the patients treated at the emergency department. The results demonstrated that 6.8% of the treated patients presented an ankle sprain; 56% belonged to the masculine sex. The left ankle resulted the most commonly affected. Considering the grades of ankle sprain, the first one prevailed on females, while on males grade I and II presented similar percentages. The lesion predominated among patients between 11 and 30 years old.

Key words: Ankle sprain

INTRODUCCION

Se ha estimado que ocurre al menos una inversión de tobillo al día por cada 10 000 personas (1-3). En los departamentos de emergencia de los hospitales de Escandinavia, los pacientes con esguince de tobillo constituyen el 7-10 % de los examinados (4). En la Academia Militar de West Point, E.UA, el esguince de tobillo resultó ser la lesión más comúnmente observada entre los cadetes; al menos un tercio de ellos presentaron la lesión, alguna vez, durante sus cuatro años de estudios (5). El esguince de tobillo es la lesión más importante entre deportistas (2,6,14). En Suecia, en un hospital central del país para la atención de lesiones relacionadas con el deporte, Axelsson y col., comprobaron que el 18% de los pacientes atendidos, eran deportistas que sufrieron un esguince agudo de tobillo (7). De igual manera, en Finlandia (8) y Noruega (9) los porcentajes variaron entre 21 y 16 %, respectivamente. Entre todos los deportes, el baloncesto resultó ser el de mayor número de lesionados: 45% (6).

La clasificación de esguinces de tobillo más utilizada en la práctica clínica, quizás debido a su sencillez, es aquella que emplea tres grados de lesión (10-14). El primero (grado I) implica estiramiento del ligamento, sin que se aprecie ruptura macroscópica alguna. Por no existir impotencia funcional, el paciente, generalmente, no busca asistencia médica. Desde el punto de vista clínico, presenta un tobillo de volumen normal, o con mínimo edema y sin dolor al realizar movimientos de rangos fisiológicos. El paciente expresa sólo ligera molestia a la digitopresión del ligamento lesionado, o al ser forzada la articulación en dirección a la fuerza agravante (comúnmente la inversión del tobillo). Puede ocurrir, no obstante, que un ligero dolor se suscite horas después de ocurrida la lesión. No se observan movimientos anormales de la articulación

tibio astragalina. En el grado II existe desgarro parcial macroscópico de las fibras ligamentarias lesionadas, desgarro que puede comprender desde unas pocas fibras, hasta casi la totalidad del ligamento. El paciente suele presentarse en la emergencia con una "marcha del chalán", antálgica, evitando apoyar el miembro afectado. El examen clínico revela equimosis y edema moderado, dolor de mediana a fuerte intensidad, cuya aparición, a diferencia de lo que ocurre en el grado I, es inmediatamente posterior al traumatismo; la molestia se exagera con la palpación y los movimientos de la articulación. Por último, el grado III implica desgarro completo del ligamento. El paciente presenta severa impotencia funcional y deambula sin apoyar el miembro afectado. El edema es considerable y el tobillo, en su aspecto lateral, toma la forma de un huevo, en menos de 2 horas. El dolor es generalmente intenso, resistiéndose el paciente al más mínimo movimiento. Puede ocurrir en este grado, que el lesionado refiera mínimo o ningún dolor a la palpación o movilización del tobillo, tal ocurre cuando la afección se limita a un único ligamento y el desgarro de éste es completo. Para un diagnóstico más certero del esguince grado III, las conocidas maniobras de estrés son de gran utilidad: la inversión forzada del tobillo, y la maniobra de gaveta anterior, ambas documentables radiológicamente.

En base a las cifras antes expuestas, ajenas a nuestro medio (no encontramos ninguna referencia en la literatura venezolana), se infiere lo frecuente que resulta el esguince de tobillo como motivo de consulta. Con esta consideración se realizó un estudio en el Hospital "Luis Salazar Domínguez" de Guarenas, con el fin de comparar y verificar si entre nuestra población se presenta el mismo hallazgo.

MATERIALES Y METODOS

Se trata de un trabajo retrospectivo, basado en la información recopilada en el libro de control estadístico, utilizado en la emergencia traumatológica del Hospital Luis Salazar Domínguez.

De un total de 5 881 pacientes atendidos en la emergencia de traumatología de dicho hospital, durante el período 15-6-93 al 16-2-94, 400 pacientes

presentaron esguince de tobillo lo cual representa un 6,8% del total.

Una vez evaluados los pacientes por el médico residente de traumatología, son registrados en el libro de control, tomando en cuenta: 1. Nombre, 2. Edad, 3. Sexo, y 4. Diagnóstico. Aquellos pacientes que presentan el diagnóstico de esguince de tobillo, en cualquiera de los grados antes descritos, han sido incluidos en el estudio, siempre y cuando la edad, el sexo y el lado de la lesión hayan sido debidamente anotados.

RESULTADOS

Los resultados numéricos fueron vertidos en cuadros. De un total de 400 pacientes, 56,75% resultaron del sexo masculino y el 43,25% del femenino.

El Cuadro 1 muestra el grado del esguince, el número y porcentaje de lesiones presentadas en pacientes del sexo femenino y del masculino. Se observa que, en el sexo femenino, el esguince de primer grado es el de mayor frecuencia, 69,36%, mientras que en el masculino, tanto el esguince grado I, como en el grado II resultaron cifras equivalentes, 49,78%.

El Cuadro 2 muestra la distribución de lesiones, según edad. El grupo más numeroso fue el comprendido entre 11 y 30 años es: un total del 69%. Vale mencionar que entre los pacientes del sexo femenino, el porcentaje de lesionados con edades por encima de los 31 años, es aun comparativamente apreciable: 35,84%.

Por último, el Cuadro 3 compara la frecuencia de esguinces ocurridos en el tobillo izquierdo vs el derecho, tomando en cuenta el sexo. Llama la atención la mayor frecuencia de lesiones del lado izquierdo, en el sexo femenino: 55,49 vs 44,51% del lado derecho. En el sexo masculino este predominio persiste con una diferencia aproximada del 1%.

DISCUSION

El esguince de tobillo constituye un frecuente motivo de consulta.

Aproximadamente, 7 de cada 100 pacientes vistos en la sala de emergencias de traumatología del Hospital "Luis Salazar Domínguez", han presentado lesión ligamentaria de la articulación, cifra ésta

Cuadro 1
Resultados según el sexo y el grado de lesión

Tipo de lesión	Femenino	%	Masculino	%	Total	%
I	120	69,36	113	49,78	233	58,25
II	53	30,64	113	49,78	166	41,5
III	0	0	1	0,44	1	0,25
Total	173		227		400	

Cuadro 2
Resultados según la edad y el sexo

Edad	Femenino	%	Masculino	%	total	%
<10 años	11	6,36	9	3,96	20	5
II-20	52	30,06	89	39,21	141	35,25
31-40	33	19,08	22	9,69	55	13,75
>40	29	16,76	20	8,81	49	12,25
Total	173		227		400	

Cuadro 3
Resultados según el sexo y el lado de la lesión

Lado de la lesión	Femenino	%	Masculino	%	Total	%
Izquierdo	96	55,49	115	50,66	211	52,75
Derecho	77	44,51	112	49,34	188	47,25
Total	173		227		400	

semejante a los estudios foráneos antes presentados.

Del total de pacientes lesionados, el 56,75% fueron del sexo masculino, en el que las lesiones de primero y segundo grado se equipararon; mientras que en el femenino predominó el esguince de primer grado sobre el segundo, con cifras de 69,36% y 30,64% respectivamente. La diferencia podría explicarse por la mayor frecuencia de labores forzadas y deportes practicados por el sexo masculino. Cabe mencionar que, entre los deportes, el baloncesto es de conocida popularidad en la localidad estudiada.

El grupo de edad que predominó fue aquél

comprendido entre los 11 y los 30 años; sin embargo, aproximadamente el 36% de los pacientes del sexo femenino, vs 18% del masculino presentaron lesiones por encima de los 31 años.

Entre los del sexo masculino no tuvo mayor relevancia la diferencia de porcentajes entre el lado derecho y el izquierdo. No así los del femenino, donde predominó el izquierdo (55,49%) con respecto al derecho (44,51%). Sería para estudios ulteriores, el definir sobre si la diferencia, se deba acaso, a un mayor desarrollo músculo-tendinoso del lado predominante, o a un simple hallazgo del azar.

REFERENCIA

1. Brooks SC, Potter BT, Rainey JB. Treatment for parcial tears of the lateral ligament of the ankle: a prospectic trial. *Br Med J* 1981;282:606-607.
2. McCulloch P, Holden P, Robson DJ, Rowley D, Norris SH. The value of movilisation and non steroidal antinflammatory analgesia in the management of inversion injuries of the ankle. *Br J Clin Pract* 1985;39:69-72.
3. Ruth CJ. The surgical treatment of injuries of the fibular collateral ligaments of the ankle. *J Bone and Joint Surg* 1961;43-A:229-239.
4. Vilkjaka T, Rokkanem P. The treatment of ankle sprain by bandaging and antiphlogistic drugs. *Ann Chir Gynaecol* 1983; 72:66-70
5. Jackson DW, Ashley RL, Powel JW. Ankle sprain in young athletes. Relation of severity and disability. *Clin Orthop* 1974;101:201-215.
6. Garrick JM. The frequency of injury, mechanism of injury, and epidemiology of ankle sprain. *Am J Sports Med* 1977;5:241-242.
7. Axelsson R, Renstrom P, Svensson HO. Akutta idrottsskador pa ett centrallasarett. *Lakartidningen* 1980;77:3615-3617.
8. Sandelin J. Acute sports injuries. A clinical and epidemiological study. Dissertation, pp 1-69. University of Helsinki, Finland, Helsinki, Yliopistopaino, 1988.
9. Maehlum S, Daljord OA. Acute sports injuries in Oslo: A one year study. *Br J Sports Med* 1984;18:181-185.
10. Balduini FC, Tetzlaff J. Historical perspectives on injuries of the ligament to the ankle. *Sports Med* 1982;1:3-12.
11. Balduini FC, Vegso JJ, Torg E. Management and rehabilitation of ligamentous injuries of the ankle. *Sports Med* 1987;4:364-380.
12. Chapman MW. Part II. Sprains of ankles. En: Instructional course lectures, The American Academy of Orthopaedic Surgeons. Vol 24 St Louis CV: Mosby, 1975:294-308
13. Diamond JE. Reahablitation of ankle sprain. *Clin Sports Med* 1989;8:877-891.
14. Lassiter TE Jr, Malone TR, Garrett WE. Injury to the lateral ligament of the ankle. *Orthop Clin North Am* 1989;20:629-640.

“Atención a la salud, práctica médica y ética médica en Rusia hoy”

“Pobre atención médica, dieta inadecuada, polución ambiental y ausencia de esfuerzos en salud pública, contribuyen a que la expectativa de la vida en Rusia haya declinado de manera sostenida desde fines de los años 80, y que sean menores que las de todos los países grandes, industrializados. El promedio de expectativa de vida es ahora, 59 años para los hombres y 72 para las mujeres. De acuerdo a los datos recogidos por el Comité de Estadística Estatal de la antigua Unión Soviética, la mortalidad en Rusia fue atribuible a enfermedad cardio-vascular (57%), cáncer (18%) y trauma (10%). El trauma incluye agresiones, accidentes de tráfico, homicidios,

suicidios y el síndrome fatal de intoxicación alcohólica. Se reportó que aproximadamente 17 000 personas murieron por alcoholismo agudo en 1988.

Las altas ratas de mortalidad y las abreviadas expectativas de vida contribuyen a la declinación de la población rusa, así como la baja rata de nacimientos. En 1992, los partos excedieron a las muertes por 184 000. En 1993, las muertes sobrepasaron a los nacimientos casi 800 000. El aborto es la forma más común de control de la natalidad usada hoy por las mujeres rusas” (Cassileth BR, Vlassov VV, Chapman CC. *JAMA* 1995;273:1569-1573).