

# Abordaje fisioterapéutico en paciente post-operado por ruptura del ligamento deltoideo y micro fractura de sindesmosis tibial con lesión condral.

Jared Díaz Castillo  
Fisioterapeuta Clínica Recovery.

## Resumen

**Antecedentes:** La ruptura de los fascículos del ligamento deltoideo es común dentro de las lesiones de tobillo, frecuentemente tiene un compromiso óseo del tercio distal tibial, su etiología es multifactorial y se da con mayor incidencia durante la práctica deportiva por componentes como la inestabilidad articular, deficiente activación neuromuscular y control motor, el cuadro clínico después del proceso quirúrgico es dolor, edema, inflamación y limitación funcional, por lo cual la fisioterapia es de suma importancia en el regreso a las actividades deportivas.

**Objetivo:** El objetivo de este reporte es presentar el programa de rehabilitación de una futbolista profesional post-operada de ligamento deltoideo y micro fractura tibial.

**Materiales y métodos:** Se presenta el caso clínico de paciente deportista femenino de 28 años que fue atendida Clínica Recovery durante 3 meses con un diagnóstico médico de "Plastia ligamento deltoideo con lesión condral y micro fractura de tercio distal tibial del pie derecho". Se realizó una revisión detallada de las diversas opciones de tratamiento fisioterapéutico basadas en la evidencia, donde se determinó el manejo con agentes físicos, terapia manual y diversas vertientes de ejercicio terapéutico como parte de la rehabilitación ortopédica encaminado hacia la vuelta en la práctica deportiva.

**Resultados:** El paciente recibió alta médica y fisioterapéutica para regresar a las actividades deportivas de alto rendimiento.

## Reporte de caso

Se trata de una paciente de 28 años de edad, futbolista profesional de posición delantera, que recibió tratamiento de rehabilitación durante 3 meses por un diagnóstico médico de post-operado de ligamento deltoideo con lesión condral y micro fractura de tercio distal tibial. Su ingreso a rehabilitación fue 2 días subsecuentes a su procedimiento quirúrgico con restricción de apoyo por 10 días. En el examen físico, se encontró disminución del movimiento articular activo, presentando una flexión dorsal de 5°, una flexión plantar de 10°, pérdida de fuerza en la musculatura de la pierna en la escala de valoración muscular "DANIELS" un 3/5 en tibial anterior, 3/5 en tríceps sural, 3/5 al movimiento de eversión con un dolor de 5/10 ENA localizado en zona maleolar derecha, 3/5 al momento de la inversión. La diferencia de inflamación entre cada pie fue de 3 cm supramaleolar, maleolar e inframaleolar con signo de fóvea Godet +++/++++, en la escala funcional para las actividades de la vida y deportivas "The Foot & Ankle Disability Index (FADI) Score", resultó con 70% de discapacidad.



Se realizaron 20 sesiones de fisioterapia 2 veces por día durante 10 días, mismas que se enfocaron en la aplicación de agentes físicos, terapia manual y cinesiterapia para tobillo derecho con los objetivos de disminuir el dolor, aumentar amplitud del movimiento, eliminar edema, y reeducar actividades neuromusculares. Durante las primeras terapias la paciente generó un cuadro clínico dolorosos, difuso y relacionado a la actividad muscular que en la valoración y palpación se asoció a un síndrome de dolor miofascial en el peroneo lateral largo y el gemelo medial del pie derecho, por lo que se implementaron técnicas de terapia manual ortopédica para el tejido blando.

Abordaje fisioterapéutico en paciente post-operado por ruptura del ligamento deltoideo y micro fractura de sindesmosis tibial con lesión condral.

Jared Díaz Castillo  
Fisioterapeuta Clínica Recovery.



Las sesiones dobles por día mostraron efectividad en el rango de movimiento completo en cadena abierta con dolor 6/10 en EVA en los últimos grados de flexión dorsal y plantar, aún con signo de Godet +/++++ y con indicaciones de apoyo progresivo por parte de su ortopedista, por lo que se prescribieron 20 sesiones con la misma frecuencia de terapia para priorizar el fortalecimiento muscular, reeducación de la marcha con apoyo parcial de extremidad afecta con ayuda de muletas, cinesiterapia activa resistida y ejercicios para reeducar marcha y equilibrio.



Durante esta fase de progresión funcional el equipo clínico asistencial brindo sesiones educativas sobre neurofisiología del dolor y mecanismos analgésicos para disminuir variables psicológicas no favorables. Al facilitar el apoyo completo, la amplitud progresiva del movimiento, desaparecer el dolor residual y no tener edema, se destinaron 10 sesiones 3 veces por semana progresando la intensidad a tolerancia del paciente, según escalas de esfuerzo percibido, velocidad y técnica de ejecución, así como variables de control postural al ejercicio en cadena cinética cerrada y abierta. Se diseñó un programa de ejercicio individualizado enfocado en la recuperación de capacidades funcionales en el campo por medio de la plataforma PhysioTec, este trabajo se realizó en trabajo colaborativo con el cuerpo médico del club deportivo. Al completar 6 semanas de fisioterapia se destinaron 20 sesiones 5 veces por semana, encaminadas al fortalecimiento muscular global con la utilización de ejercicio terapéutico como el protocolo Visa para la estructuración de cargas progresivas y entrenamiento específico de musculatura intrínseca en del pie por medio del programa neuromuscular: Core foot. Adicionalmente se intervinieron estrategias de acondicionamiento de

capacidades de resistencia por medio de protocolos de entrenamiento interválico de alta intensidad en conjunto con el readaptador físico del club.



Al terminar 10 semanas de tratamiento en Clínica Recovery se realizó una revaloración final en donde se evidenció fuerza muscular simétrica según las dinamometrías específicas, dorsiflexión en carga sin limitación, deslizamiento libre en todos los planos de la cicatriz post-quirúrgica y FADI con 0% de discapacidad; por lo que se canaliza al equipo clínico del club deportivo para fase "return to play (RTP)", con una asesoría vía remota por PhysioTec App para ejercicios de control motor de extremidades inferiores y gesto deportivo.



Actualmente el paciente se encuentra en Club deportivo compitiendo en liga profesional del fútbol, sin recidivas de lesiones en la zona y con un performance deportivo de alta calidad.

#### Referencias

- Andrew Baranowski, C. o. (01 de 05 de 2011). <https://www.iasp-pain.org/>.
- Behm, D., Young, J., & Spence,, A.-J. (2018). Roller massage decreases spinal excitability to the soleus. *Journal Applcate Physiology*, 950-959.
- CINAHL Rehabilitation Guide, EBSCO Publishing, (Ipswich, Massachusetts); 2020 Jan 03w, A., Nijs, J., & Puentedura, E. (2017).
- Clanton, T. O., Matheny, L. M., Jarvis, H. C., & Jeronimus, A. B. (2012). Return to play in athletes following ankle injuries. *Sports Health*, 4(6), 471-474.
- Dubois, B., & Esculier, J.-F. (2020). Soft-tissue injuries simply need PEACE and LOVE. *Britis Jouirnal of Sport Medicine*, 72-73.
- Greisin, S., Corona, B., & Jarrod, A. (2020). Musculoskeletal Regeneration, Rehabilitation, and Plasticity Following Traumatic Injury. *international journal of Sport Medicine*, 495-504.
- Lee, D. R., & Choi, Y. E. (2019). Effects of a 6-week intrinsic foot muscle exercise program on the functions of intrinsic foot muscle and dynamic balance in patients with chronic ankle instability. *Journal of exercise rehabilitation*, 15(5), 709.
- Louw, A., Nijs, J., & Puentedura, E. (2017). A clinical perspective on a pain neuroscience education approach to manual therapy. *journal manual and manipulative therapy*, 160-168.

Abordaje fisioterapéutico en paciente post-operado por ruptura del ligamento deltoideo y micro fractura de sindesmosis tibial con lesión condral.

Jared Díaz Castillo  
Fisioterapeuta Clínica Recovery.

