

GUÍA CLÍNICA PARA EL TRATAMIENTO DE LAS ARTRITIS POSTRAUMÁTICAS

Comprenden distintas modalidades lesionales, importantes tanto por su elevada frecuencia como por las eventuales secuelas que pueden ocasionar sobre la articulación afecta. Aunque generalmente los traumatismos articulares curan por completo tras el tratamiento adecuado, en ocasiones conducen a una inestabilidad articular, a rigidez, anquilosis o a una degeneración artrósica de la articulación. (14)

ARTRITIS-POSTRAUMÁTICAS (contusión articular) (1,2,14)

Es un traumatismo articular cerrado producido por mecanismo directo, en el que no existen lesiones capsuloligamentosas ni del cartílago articular ni de las extremidades óseas epifisarias correspondientes a la articulación. En realidad corresponde a una *sinovitis traumática aguda* que cursa de forma variablemente intensa, pudiendo determinar un derrame articular seroso (*hidrartros*) de diversa cuantía.

1 - MECANISMO DE PRODUCCIÓN: (1,2,14)

- Agresión mecánica que incide sobre las estructuras articulares, sin producir soluciones de continuidad y desencadenando respuesta inflamatoria aguda sobre la membrana sinovial: derrame serofibrinoso con variable distensión capsuloligamentosa, dolor y contractura muscular refleja.

- Puede ser:

- Directo: sobre la misma articulación.
- Indirecto: acciones traumáticas que se transmiten a través del hueso desde la zona de impacto hasta la región articular.

2 - CLÍNICA: (1,2,10,14)

- Contusión de las partes blandas que han recibido el impacto.
- Dolor vivo articular, mas acentuado en interlinea y que aumenta con movilidad activa y pasiva.
- Impotencia funcional: relativa o absoluta, se establece de forma gradual.
- Tumefacción articular extensa y difusa, por el hidrartros con distribución uniforme.
- Espasmo muscular reflejo: que inmoviliza la articulación en semiflexión, posición funcional o de máxima capacidad articular.
- Existe estabilidad ligamentaria: no bostezos articulares.
- Otras, según la intensidad del traumatismo: - dolores y parestesias en zona articular y distal
 - atrofia muscular progresiva
 - raras veces: Südeck (algodistrofia simpaticorefleja)

3 - DIAGNÓSTICO: (1,2,14,17)

- Fundamentalmente clínico y por exclusión de otras lesiones articulares.
- Otras pruebas:
 - RX: Solo en casos de traumatismos importantes para descartar fractura.
 - ARTROCENESIS: se puede realizar si el derrame se instaura inmediatamente o con relativa prontitud (<2 h); para descartar el carácter hemático. Debe ser realizada en las debidas condiciones de asepsia.

4 - TRATAMIENTO: (1,2,10,12,13,14)

1- En las primeras 48 – 72 horas:

- **CRICER:**
 - Crioterapia.
 - Compresión.
 - Elevación: para drenaje postural
 - Reposo absoluto
- **ANALGÉSICOS Y AINES.**
- **CONTRACCIONES MUSCULARES ISOMÉTRICAS:** - Favorece reabsorción de hidrartros.
 - Disminuye atrofas musculares
 - Disminuye rigidez articular.
- **PUNCIÓN EVACUADORA:** - Muy raras ocasiones.
 - Si la hidrartros es copiosa.
 - En condiciones de asepsia, aplicando después vendaje compresivo.
- **VENDAJE COMPRESIVO.**

Condiciones de asepsia: (19)

- Desinfección del campo: primero lavándolo con agua y jabón o aplicando alcohol y después con Povidona yodada/ Clorhexidina.
- Utilización de material estéril: agujas, jeringas...
- Manipulación aséptica del material de evacuación y de la zona a evacuar: utilizar guantes estériles, paños estériles...

2- Tras 48-72 horas:

- **REEVALUAR ARTICULACIÓN:**
 - Si clínica e inflamación leve: - Inmovilizar en posición funcional (8-10 d):
 - Vendaje funcional
 - Sindactilia con dedo sano
 - Analgesia/ AINES si precisa (prolongar 8-10d)
 - Si persiste importante clínica: - Continuar con medidas anteriores.
 - Inmovilizar con yeso o férula de aluminio en posición funcional (2 a 4 semanas).
 - Reeducción funcional de la articulación y grupos musculares en domicilio
 - Valorar derivación a Consulta del Rehabilitador si limitación de movilidad articular o hipotrofia muscular importante.

3 – Heparina de bajo peso molecular:

Existe Evidencia Clínica de los beneficios del uso de la Heparina de bajo peso molecular (HBPM) en la prevención y tratamiento de procesos tromboembólicos. Se utilizará HBPM en todos aquellos casos en los que el grado de la artritis postraumática precise inmovilización con yeso y existan factores de riesgo asociados: inmovilidad/encamamiento, edad avanzada, tabaquismo, embarazo, anticonceptivos orales, cáncer, desórdenes protrombóticos de la coagulación adquiridos o heredados (43).

4- Criterios de interconsulta a urgencias:

- Si clínica importante: gran edema, impotencia funcional, sospecha de gran derrame articular.
- Si existe hemartros tras artrocentesis.
- Si existe lesión ósea en RX.

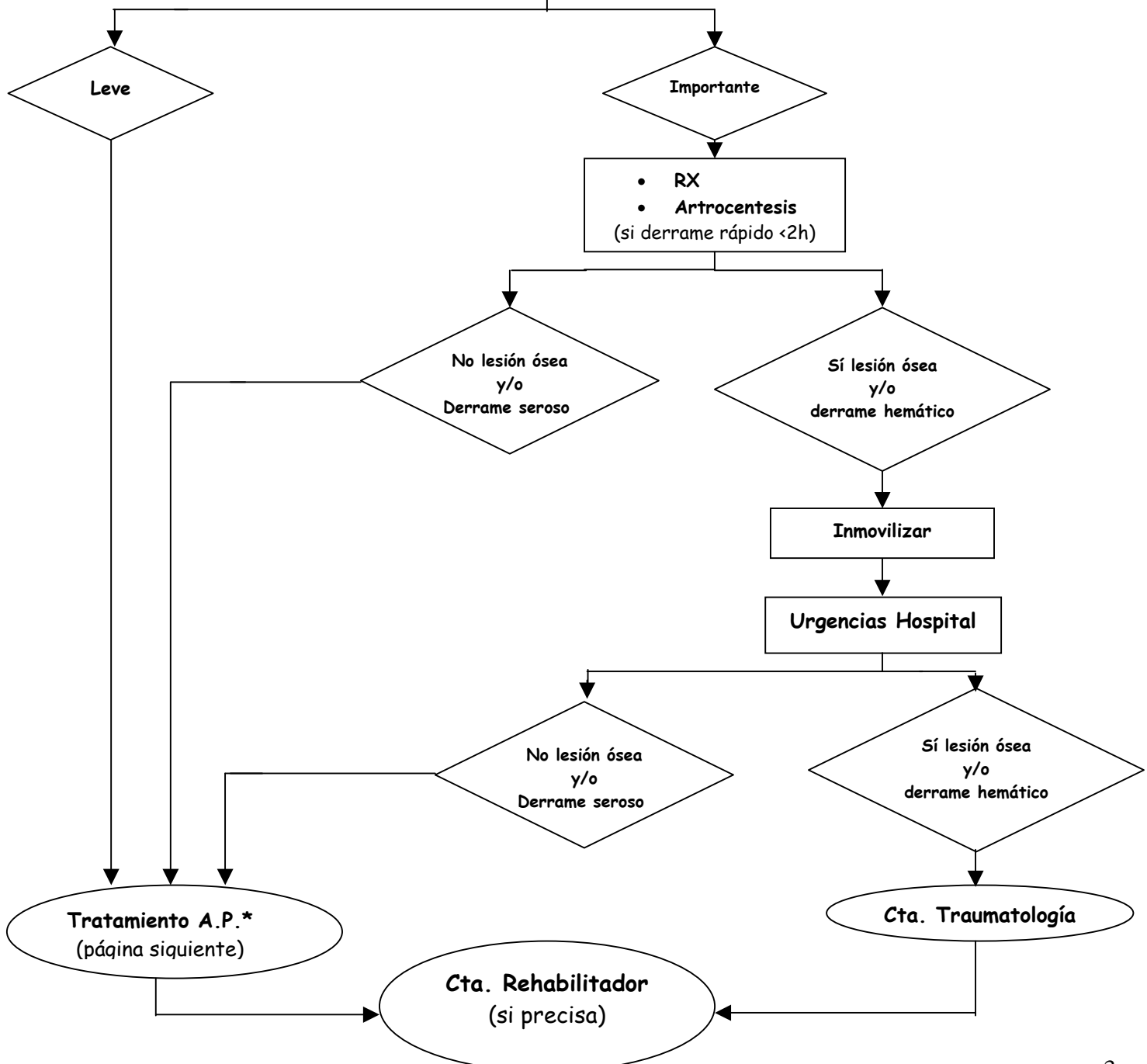
5- Si existe inestabilidad articular (bostezos), indicadora de lesión ligamentosa: Aplicar protocolo de esguince.

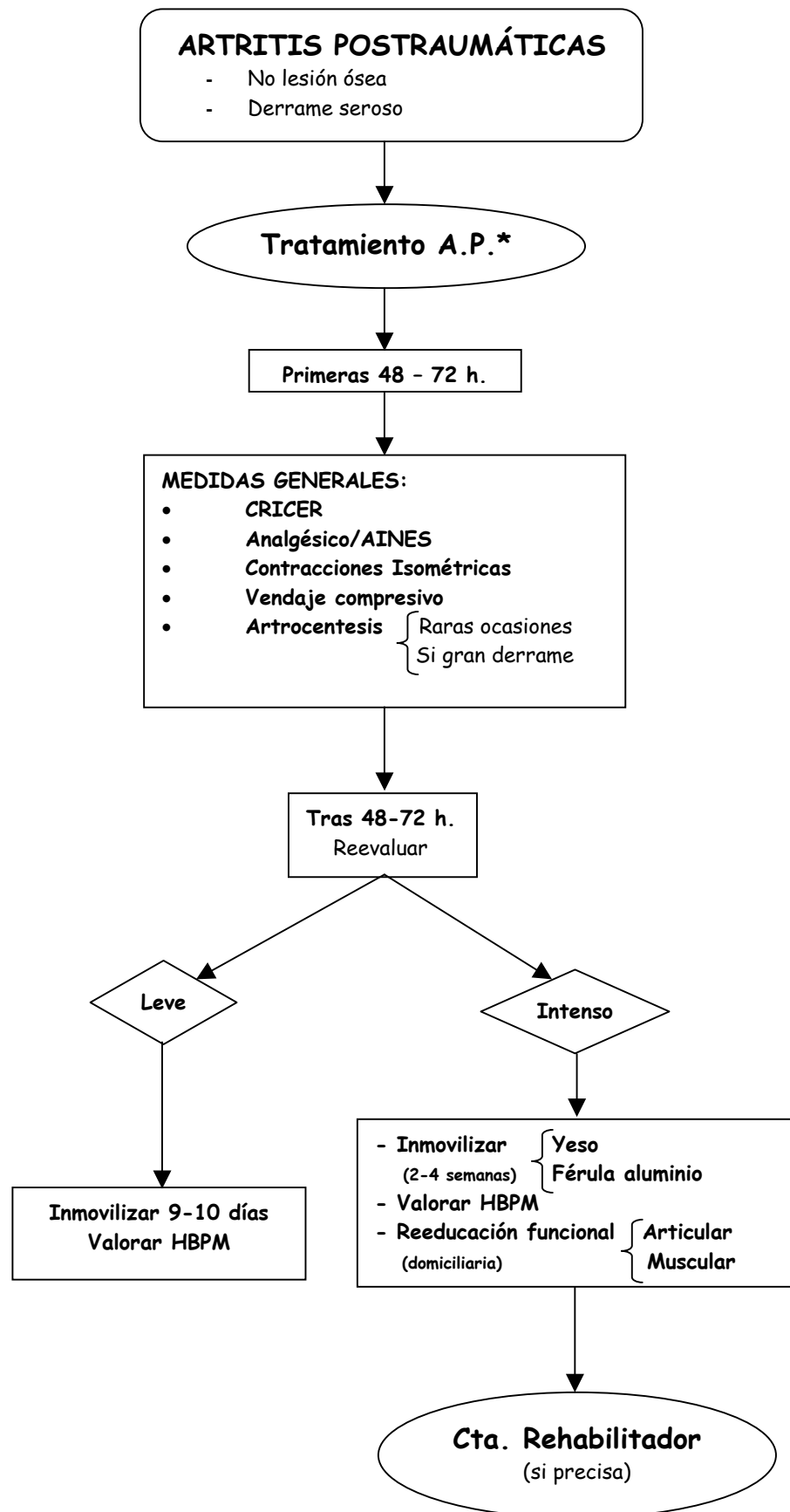
ARTRITIS POSTRAUMÁTICAS

Sinovitis traumáticas agudas
(Traumatismo articular)

EXPLORACIÓN FÍSICA:

- Contusión partes blandas.
- Dolor vivo (↑ con movilidad activa/pasiva)
- Impotencia funcional
- Tumefacción articular
- Estabilidad articular
- Espasmo muscular





BIBLIOGRAFIA:

1. Rodríguez Alonso J. J., Valverde Román L. Manual de traumatología en Atención Primaria. Madrid: SKB, 1996.
2. Adams, J.C. Manual de fracturas y de lesiones articulares. Barcelona: TORAY. E., 1983.
3. De Felipe J. A., Tratamiento funcional del esguince de tobillo. Toledo: MAPFRE. 1999
4. Salcedo Joven, I. Sánchez González. A. ad col. Esguince de tobillo. Valoración en Atención Primaria. Medicina Integral. Madrid. IDEPSA 2000. 36(2): 15-24
5. McBride KL. Validation of the Ottawa ankle rules. Experience at a community hospital. Can Fam Physican 1997; 43: 459-465
6. Stiell IG; Greenberg GH, Mcknight et al. Decision rules for the use of radiography in acute ankle injuries: refinement and prospective validation. JAMA 1993; 269: 1127-1132.
7. Aguinaga JR, Ventura I, Tejera E, Huarte I, Cuende A, Gómez M et al. Validación de las reglas del tobillo de Ottawa en las lesiones agudas de tobillo. Atención Primaria 1999; 24: 203-208.
8. Aguinaga JR, Fernández K, Pascual N, Oyarzábal I, Argaina J, Laizaso MJ. Análisis de la implementación de unas reglas de decisión clínica: reglas del Tobillo de OttaWa. Emergencias 2000; 12: 80-89
9. P. Garcés et al. Reglas del Tobillo de Ottawa: análisis de su validez como reglas de decisión clínica en la indicación de radiografías em los traumatismos de tobillo y/o medio de pie. Atención Primaria. Vol.28. Núm. 2. 30 de junio 2001:129-135
10. Iversen Larry D., Swiontkowski Marc F. Manual de Urgencias en ortopedia y Traumatología. Barcelona: MASSON- Little, Brown, S.A. 1997
11. M. A. Gallego Sánchez, M.C. Sanz Rodrigo y F. León Vázquez. Tratamiento de las lesiones traumáticas de metacarpo y dedos en Atención Primaria. JANO 4-10 Diciembre de 1998. VOL. LV , nº 1280.
12. M^a. R. Serra Gabriel, J. Díaz Petit, M^a L. de Sande Carril. Fisioterapia en Traumatología, Ortopedia y Reumatología. Barcelona: SPRINGER-VERLAG IBERICA, S.A. 1997
13. Arturo Molina Ariño. Rehabilitación: Fundamentos, técnicas y aplicación. Valladolid: Edición Especial para Fraternidad. EDITORIAL MEDICA EUROPEA S.A. 1990
14. H. Duran Sacristán, J. Méndez Martín. Tratado de Patología y Clínica Quirúrgica. Madrid: EMALSA, INTERAMERICANA. 1988.
15. Birrer, R.B.; Cartwright T.J.; Delton, J.R.: Diagnostico inmediato del traumatismo de tobillo. Medicina y Ciencia de la Actividad Física, 1995; 1(1): 31-37
16. Fields, K. B.; Rasco, T; Kramer, J.S.; Cates, R: Rehabilitation excercises for common sports injuries, Am. Fam. Physucan, 1992; 45 (3): 1.233-1243.
17. Brendan M.; Reilly M.D.: Practical estrategiasin outpatient medicine (2^a edición). Filadelfia, Pennsylvania: W.B. Saunders Company. Editado en España por Editorial JIMS, S.A. Barcelona.1995.
18. Martín Zurro A.; Cano Perez J.F.: Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica (4^a Edición).Madrid: Editorial Harcourt Brace.
19. J. Vidal Fuentes: Terapéutica con Técnicas de Infiltración en Aparato Locomotor. Madrid: EDITORIAL MEDICA INTERNACIONAL. 1988.
20. Birrer RB, Bordelon RL, Sammarco Gj. Ankle: don't dismiss a sprain. Pacient Care 1992; 26 (4):6-28
21. Rodríguez Alonso J.J, Valverde Roman L. Manual de Traumatología en Atención Primaria. Madrid. SKB:1996
22. Alonso JM, Guillen García P. Tratamiento conservador de las lesiones músculotendinosas. Madrid. IDAEPSA.1999.
23. I Stiell, G Wells, A Laupacis et al. Multicentre trial to introduce the Ottawa ankle rules for use of radiography in acute ankle injuries. British Medical Journal 1995 311: 594-7.
24. G Nichol, IG Stiell, GA Wells et al. An economic analysis of the Ottawa knee rule. Annals of Emergency Medicine 1999; 34: 438-447.
25. Evidencia Clínica Concisa. La mejor evidencia disponible a escala internacional para una práctica clínica efectiva, edición 3, mayo de 2004, Grupo Editorial Legis Sa, Bogotá Colombia; evidenciaclinica@legis.com.co

26. Kerkhoffs GMMJ, Rowe BH, Assendelft WJJ, et al. Immobilisation and functional treatment for acute lateral ankle ligament injuries in adults (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 2, 2003. Oxford: Update Software. Search date 2000; primary sources Cochrane Musculoskeletal Injuries Group specialised register, Cochrane Controlled Trials Register, Medline, Embase, hand searches of reference lists of articles, and personal Contact with organisations (Medical Departments of the Dutch Defence Forces and the Royal Dutch Football Association) and researcher in the field.
27. Ardevol J, Bolibar I, Belda V, et al. Treatment of complete rupture of the lateral ligaments of the ankle: a randomised clinical trial comparing cast immobilization with functional treatment. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc* 2002; 10: 371-377
28. Kerkhoffs GMMJ, Handoll HHG, de Bie, et al. Surgical versus conservative treatment for acute injuries of the lateral ligament complex of the ankle in adults (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, ankle ligament injuries in adults (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 2, 2003. Oxford: Update Software. Search date 2000; primary sources Cochrane Musculoskeletal Injuries Group specialised register, Cochrane Controlled Trials Register, Medline, Embase, Biosis, Current Contents, hand searches of reference lists of articles, and personal contact with organisations and researcher in the field.
29. Korkala O, Rusanen M, Jokipii P, et al. A prospective study of the treatment of severe tears of the lateral ligament of the ankle. *Int Orthop* 1987; 11: 13-17
30. Pijnenburg AC, Van Dijk CN, Bossuyt PM, et al. Treatment of ruptures of the lateral ankle ligaments: a meta-analysis. *J Bone Joint Surg Am* 2000; 82: 761-773. Search date 1998; primary sources Cochrane, Medline, Embase, hand searches of references from the published reviews, and personal contact with authors.
31. Pellow JE, Brantingham JW. The efficacy of adjusting the ankle in the treatment of subacute and chronic grade I and grade II ankle inversion sprains. *J Manipulative Physiol Ther* 2001; 24: 17-24.
32. Pijnenburg ACM, Bogaard K, Krips R, et al. Operative and functional treatment of rupture of the lateral ligament of the ankle. A randomised, prospective trial. *J Bone Joint Surg Br* 2003; 85: 525-530
33. Kerkhoffs GMMJ; Struijs PAA, Marti RK, et al. Different functional treatment strategies for acute lateral ankle ligament injuries in adults (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, ankle ligament injuries in adults (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 2, 2003. Oxford: Update Software. Search date 2000; primary sources Cochrane Musculoskeletal Injuries Group specialised register, Cochrane Controlled Trials Register, Medline, Embase, Biosis, Current Contents, hand searches of reference lists of articles, and personal contact with organisations (Medical Departments of the Dutch Defence Forces and the Royal Dutch Football Association) and researcher in the field.
34. Johannes EJ, Sukul DM, Spruit PJ, et al. Controlled trial of a semi-rigid bandage ('Scotchrap') in patients with ankle ligament lesions. *Curr Med Res Opin* 1993; 13: 154-162
35. Wester JU, Jespersen SM, Nielsen KD, et al. Wobble board training after partial sprains of the lateral ligaments of the ankle: a prospective randomized study. *J Orthop Sports Phys Ther* 1996; 23: 332-336.
36. Vijakka T, Rokkanen P. The treatment of ankle sprain by bandaging and antiphlogistic drugs. *Ann Chir Gynaecol* 1983; 72: 66-70.
37. Bachmann et al. Accuracy of Ottawa ankle rules to exclude fractures of the ankle and mid-foot: a systematic review. *BMJ* 2003; 326: 417-423.
38. Hazañas Ruiz S; Galvez Alzaraz L, Cepas Soler JA. <Estabilización funcional frente a inmovilización ortopédica en esguince de tobillo grado I-II (leve). Atención Primaria. 1999. 23(7): 425-438.
39. Jay Hertel, PhD, ATC. Functional Anatomy, Pathomechanics, and pathophysiology of Lateral Ankle Instability. *Journal of Athletic Training*. 2002 December; 37 (4): 364-375
40. Collins N, Teys P, Vicenzino B. The initial effects of a Mulligan's mobilization with movement technique on dorsiflexion and pain in subacute ankle sprains. *Man Ther*. 2004 May; 9(2): 77-82.
41. Eiff MP. Early mobilization versus immobilization in the treatment of lateral sprains. *Am J Sports Med* 1994; 22: 83-88.
42. Karlsson J. Early functional treatment for acute ligament injuries of the ankle joint. *Scand J Med Sci Sports* 1996; 6: 341-345.
43. Evidencia Clínica. La fuente internacional de la mejor evidencia disponible para una atención efectiva de salud, edición 1, mayo 2002, Grupo editorial Legis S.A. Bogotá. Colombia.

44. Ronal McRae. FRCS (Eng, Glas) AIMBI. Ortopedia y Fracturas. Exploración y tratamiento. Marban Libros S.L. Madrid: 2000.
45. Guiro Cano L, Pleguezuela Cobo E, Pérez Mesquida M.A. Tratamiento funcional de esguince de tobillo. Rev. Rehabilitación, Madrid 2004, art. 38 (4):182-7.

- ESGUINCE DE TOBILLO

<http://www.zonamedica.com.ar/categorias/medicinailustrada/esguincedetobi/definision.htm>

- EJERCICIOS PARA LA TORCEDURA DE TOBILLO

<http://www.buenasalud.com/lib/ShowDoc.cfm?LibDocID=2281&ReturnCatID=21>

COMPONENTES GRUPO DE TRABAJO.

D. Miguel A. Abad Hernández.- Reumatólogo.- HOSP. "VIRGEN DEL PUERTO"
D. Roberto López Ortiz.- Traumatólogo.- HOSP. "VIRGEN DEL PUERTO"
D^a Soledad Vega Venancio.- Fisioterapeuta.- HOSP. "VIRGEN DEL PUERTO"
D^a Sonia Sánchez Martín.- Enfermera.- E.A.P. CABEZUELA DEL VALLE
D. Ángel Fernández Mateos.- Médico.- E.A.P. PLASENCIA II
D. Ignacio Araujo Ramos.- Médico.- E.A.P. JARAIZ DE LA VERA
D. Casimiro Montes López.- Médico.- E.A.P. ALDEANUEVA DEL CAMINO
D. José Antonio Fernández Merchán.- Pediatra.- E.A.P. PLASENCIA I
D. Gabriel Hernández Solís.- M.I.R.- HOSP. "VIRGEN DEL PUERTO"
D. Manuel Garlito Vázquez.- Aux. Enfermería Fisioterapia.- E.A.P. MOHEDAS DE GRANADILLA
D. Carlos Hernández Romero.- Enfermero.- E.A.P. PLASENCIA III
D^a M^a José Gabriel Aragón.- Fisioterapeuta.- E.A.P. MONTEHERMOSO
D^a M^a del Mar Palomero Plata.- Fisioterapeuta.- E.A.P. MOHEDAS DE GRANADILLA
D. Ignacio Escudero Sánchez.- Director Médico A.P.- G.A.S. PLASENCIA
D^a Camino Mateos Villayandre.- Técnico de Salud.- G.A.S. PLASENCIA
D^a Lidia Peral Baena.- Directora Enfermería A.P.- G.A.S. PLASENCIA
D^a Belén Sánchez Montero.- Coordinadora Médico E.A.P.- G.A.S. PLASENCIA
D^a Teresa Fabregat Domínguez.- Resp. Enfermería de E.A.P. 's.- G.A.S. PLASENCIA

* Coordinador del Grupo: Ignacio ARAUJO RAMOS

* Nuestro agradecimiento a la Secretaria de Dirección de Atención Primaria de la Gerencia del Área, que ha llevado a cabo el trabajo administrativo: Consuelo SIMÓN GARCÍA y a D^a Elvira LÓPEZ NIETO por su colaboración.