Donostia Unibertsitate Ospitalea

LARREA ZABALO, M. LIZEAGA LOPEZ DE GUEREÑU,S
Donostia Ospitalea

ORKATILAKO BIHURRITZEAK

Sarrera / Objektiboak:

Orkatilako bihurritzeak oso ohikoak dira kirolarien artean, horregatik hauen tratamenduaren inguruan dagoen eztabaida argitu nahi dugu.

Fisiopatologia:
Oina flexio plantarrean dagoela, addukzioa eta inbertsioa konbinatzen direlarik[2] lesionatzen dira lotailuak. Mugimendu honetan lehen lesionatzen den lotailua atzealdeko astragaloperoneoa da eta bihurritze gehienetan, hau da lesionatzen den bakarra.
Eragiten den indarra handiagoa denean, beste lotailu batzuk ere lesionatu daitezke.

Sailkapena:
Lehen mailako bihurritzea:
Mikroskopio bidez bakarrik ikus dezakegun lesioa.

Bigarren mailako bihurritzea:
Ezegonkortasun moderatua. Lotailuek haustura partziala dute.

Hirugarren mailako bihurritzea:
Lotailuek guztiz hautsita, era bateko ezegonkortasuna gertatuz.

Metodoak:

Dauden tratamendu ezberdinak eta hauek duten eraginkortasuna ezagutzeko, gaiari buruzko hainbat meta-analisi berrikusi ditugu eta hauen emaitzak “Clinical evidence” eta “uptodate” baliabideen bidez kontrastatu ditugu.

Tratamendua: RICE bihurritze maila guztientzat:
Rest: Gorputzeko pisua oin gainean jarri gabe, makuluen bidez lagunduz.
Ice: Orkatilako hantura gutxitzen du plazeboarekin konparatuta, nahiz eta hau soilik erabiltzea ez den komenigarria. [8]
Compression: konpresioak hantura gutxitzen du.
Elevation: Gorputz adarraren goratzea.

Neurri hauez gain Antiinflamatorio ez esteroideoak ere erabili behar dira, bai ahoz edo azalaren bidez; hauen artean ez dago efikazia maila handiagorik aurkeztu duen farmakorik [9].

Emaitzak:

Lehen eta Bigarren mailako bihurritzeak:
- Ortesi elementu ezberdinez lagundutako **tratamendu kontserbadore funtzionalak** (Hesgailu elastikoak, Taping-a, Ferula eta ortesiak..) hobeak dira immobilizazio luzeak baino[1].
- Badirudi soka bidezko ortesiak eraginkorragoak direla hesgailu elastikoak baino; hantura lehenago gutxitzen dute [4] eta bai lanera baita kirola egitera bueltatzeko denboran ere ia erdira murrizten dute[10].

Hirugarren mailako bihurdurak:
Ez dago adostasunik hartu beharreko neurriekin.
- **Belaun azpiko immobilizazio laburrak** (brace edo igeltsu bidez) **tratamendu funtzional goiztiarrarekin** batera, benda tubular eta igeltsu bidezko 6 asteko inmobilizazioak baino emaitza hobea du[4].
- **Kirurgiak** badirudi zeregina duela lesio kronikoetan eta ezegonkortasun kasuetan, non tratamendu funtzionalarekin soilik, ondoriozko lesio eta sintoma kroniko gehiago gertatzen diren[3] .

Ondorioak:

Mobilizazioa eta ariketak goizik hasteak lanera eta ariketa fisikora buelta bizkortzen dituela erakutsi da[4]. Gainera, egonkortasun mekanikoan inongo ondoriorik izan gabe, errekuperazio azkarrena eskaintzen duen aukera da, emaitzak are eta hobeagoak izanez pisu altxatze ariketekin eta lan neuromuskularrarekin konbinatzen badira[4,10,11]

Bibliografia

1.Seah R, Mani-Babu S. Managing ankle sprains in primary care: what is best practice? A systematic review of the last 10 years of evidence. Br Med Bull 2011;97:105-35
2.Synch SA, Renström PA. Treatment of acute lateral ankle ligament rupture in the athlete. Conservative versus surgical treatment. Sports Med. 1999 Jan;27(1):61-71. Review. PubMed PMID: 10028133
3.Pihlajamäki H, Hietaniemi K, Paavola M, Visuri T, Mattila VM. Surgical versus functional treatment for acute ruptures of the lateral ligament complex of the ankle in young men: a randomized controlled trial. J Bone Joint Surg Am. 2010 Oct 20;92(14):2367-74
4.Pijnenburg AC, Van Dijk CN, Bossuyt PM, Marti RK. Treatment of ruptures of the lateral ankle ligaments: a meta-analysis. J Bone Joint Surg Am. 2000 Jun;82(6):761-73
5.Anandacoomarasamy A, Barnsley L. Long term outcomes of inversion ankle injuries. Br J Sports Med. 2005 Mar;39(3):e14
6.Trojian TH, McKeag DB. Ankle sprains: expedient assessment and management. Physician and Sportsmedicine 1998; 26:10. www.physsportsmed.com/issues/1998/10Oct/mckeag.htm (Accessed on June 10, 2005).
7.Van Dijk CN, Lim LS, Bossuyt PM, Marti RKSO J Bone Joint Surg Br. 1996;78(6):958
8.Sloan JP, Hain R, Pownall R. Clinical benefits of early cold therapy in accident and emergency following ankle sprain. Arch Emerg Med. 1989;6(1):1.
9.Morán M. Double-blind comparison of diclofenac potassium, ibuprofen and placebo in the treatment of ankle sprains. J Int Med Res. 1991;19(2):121.
10.Kerkhoffs GM, Rowe BH, Assendelft WJ, Kelly K, Struijs PA, van Dijk CN Immobilisation and functional treatment for acute lateral ankle ligament injuries in adults. Cochrane Database Syst Rev. 2002;
11.Jones MH, Amendola AS. Acute treatment of inversion ankle sprains: immobilization versus functional treatment. Clin Orthop Relat Res. 2007;455:169.
12.Karlsson J, Eriksson BI, Sward L, et al. Early functional treatment for acute ligament injuries of the ankle joint. Scand J Med Sci Sports 1996;6:341–345
13.Beynnon BD, Renstrom PA, Haugh L, et al. A prospective, randomized clinical investigation of the treatment of first-time ankle sprains. Am J Sports Med 2006;34:1401–1412.