

Manipulaciones del Tobillo y del Pie Yvon Lesage

Traducción: F. Colell (GBMOIM)

Tibio-Peronea Inferior
Tibio-Tarsiana
Sub-Astragalina
Medio-Tarsiana
Metatarso-Falángicas
Inter-Falángicas

Tibio - Peronea Inferior

La manipulación es similar a la de la tibio-peronea superior ya que las dos van asociadas prácticamente siempre. No obstante se debe añadir en uno y otro caso la manipulación siguiente:

Paciente en decúbito supino, pierna estirada. Una mano atrapa la pierna por debajo de la rodilla, la otra se aplica en el dorso del pie e imprime un movimiento de extensión y lateroflexión interna (Fig. 1).

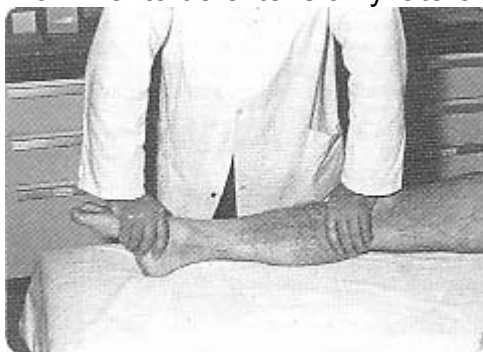


Fig. 1

Tibio-Tarsiana

Numerosos esguinces tibiotarsianos son simplemente esguinces tibioperoneos inferiores susceptibles de la misma manipulación (Fig. 1).

La casi totalidad de estas lesiones la justificarían siempre si no se hubiera añadido una elongación o una rotura del ligamento lateral externo (lo más frecuente, del fascículo medio o del anterior). El principio del no dolor contraindica entonces cualquier manipulación en lateroflexión interna. En esos casos hay que usar otra técnica, como en el miembro superior: la descompresión.

Paciente en decúbito prono, pierna vertical. El médico se coloca lateralmente, las dos manos atrapan el pie en forma de copa, una el pie, la otra el talón; se colocan así para inmovilizar la subastragalina (Fig. 2). Un movimiento alternativo a derecha e izquierda, adelante y atrás (como para descorchar una botella de champán) permite la descompresión. A menudo se precisa asociar un ligero movimiento de rotación interna y externa para lograr la manipulación.



Fig. 2



Fig. 3



Fig. 4

Sub-Astragalina

Con ella abordamos el tarso. No obstante, un esguince substragalino se asocia a menudo a la tibio-peronea; sobretodo el bloqueo astragalino es la regla tras una inmovilización con yeso por fractura o esguince (lo que explica que se provoque muy a menudo un bloqueo substragalino enyesando un esguince tibiotarsiano grave).

Paciente en decúbito prono, pierna a la vertical como en la manipulación precedente. El médico se sienta sobre el muslo pero hay que inmovilizar el calcáneo contra el pecho con un cojín pequeño. Incliniéndose hacia adelante para proyectarse progresivamente hacia atrás se asegura la puesta en tensión (Fig. 3). La manipulación se efectúa con un movimiento helicoidal de las dos manos que sujetan el antepié, en el sentido del no dolor (Fig. 4).

Medio- Tarsiana (Chopart y Lisfranc)

Clínicamente es difícil diferenciar la afectación de una u otra articulación. De hecho hay que acordarse de que la orientación oblicua de una y otra les da una vocación opuesta, la afectación de una provoca dolor en flexión plantar y la otra en flexión dorsal. Es suficiente, pues, seguir la orientación del no dolor.

Primera técnica: Flexión Plantar Libre

Sujeto en decúbito supino, pierna estirada, talón en le borde de la camilla (Fig. 5).

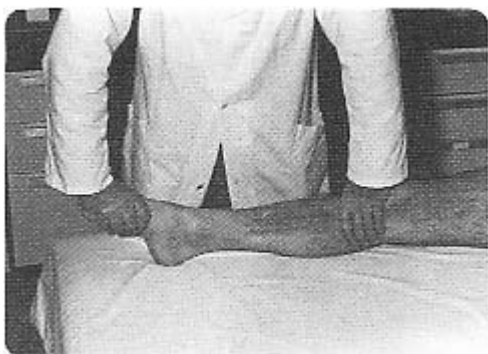


Fig. 5

El manipulador se coloca lateralmente. Como en una tibiotarsiana, inmoviliza la pierna con una mano sobre la cara anterior de la tibia, justo debajo de la rodilla. La otra mano atrapa el antepié. Luego, puesta en tensión, el peso del cuerpo repartido por igual en las dos manos, provocando una flexión plantar forzada.

Segunda técnica: Dorsiflexión Libre

Esta técnica es un poco más compleja y precisa de una buena coordinación gestual.

Sujeto colocado como en la anterior. El manipulador se coloca en el extremo de la camilla con el pie a manipular apoyado sobre su muslo. Una mano se coloca en estribo sobre el tarso, la otra se coloca encima para reforzar el apoyo (Fig. 6). La pierna en la que reposa el pie que se manipula se flexiona y se lleva hacia atrás bruscamente, de manera que el apoyo solo se realice en la arcada anterior (Fig. 7).



Fig. 6



Fig. 7

Al mismo tiempo se ejerce un apoyo con las manos activas lo más potente posible de arriba a abajo. La maniobra se ve facilitada si se solicita al paciente que apoye con fuerza el antepié sobre el muslo, y luego lo relaje bruscamente.

Descalzado

Se trata de una maniobra de descalzado de la tibia y la sub astragalinas. Paciente en decúbito supino, pie de la manipulación en el borde de la camilla (preferentemente fuera de ella. La mano homóloga del manipulador sujeta el pie con la comisura del pulgar pegada al borde interno del primer metatarsiano. La mano heteróloga sostiene el talón «en cuna»: talón en la palma de la mano, pulgar delante del maleolo externo, dedos contra el maleolo interno...

Se practican movimientos de flexión-extensión de la rodilla y la cadera haciendo subir la rodilla durante la flexión y tirando hacia sí en la extensión (bombeo). A partir de la posición flexionada de la rodilla, la tracción brusca en el eje, asegura la decoaptación.

Cuboides y Escafoides

Paciente en decúbito prono, rodilla en, o fuera de la camilla (la manipulación es más potente de esta manera) (Fig. 8).



Fig. 8

Las dos manos atrapan al antepié superponiéndose en el dorso, los dos pulgares apoyándose (según la manipulación) sobre el cuboides o el escafoides, bloqueando el antepié. De esta manera, se efectúan unas pequeñas sacudidas para distender la articulación, posteriormente un golpe seco lleva el pie en flexión plantar forzada con el eje de tracción:

- Para el cuboides, operador en el eje del miembro;
- Para el escafoides operador apartado del eje del miembro.

Cuando la rodilla está fuera de la camilla se efectúa un latigazo aprovechando la inercia de la rodilla y el muslo.

Metatarsofalángica e Interfalángica

Se manipulan como sus homólogas del miembro superior, teniendo una presa más reducida. Aquí, el uso de la interposición de un kleenex es absolutamente indispensable para evitar que los dedos resbalen, lo que siempre es doloroso. La manipulación debe combinar la tracción axial con un aligera rotación de el interior al exterior (Fig. 9).



Fig. 9
