

Casos clínicos

Tratamiento osteopático de esguince de tobillo con influencia visceral

Silvia Vidarte García-Torres^a

^a a Fisioterapia, Departamento RHB neuro HUN-D, Hospital Universitario de Navarra, Pamplona, España

Recibido el 2 de octubre de 2025. Aceptado el 16 de octubre de 2025.

Disponible en Internet el 21 de octubre de 2025.

Resumen

Introducción: el esguince lateral de tobillo es una lesión frecuente con riesgo de recidiva y de inestabilidad crónica. El manejo funcional con ejercicio es el estándar. La evidencia sobre el valor añadido de la terapia manual es heterogénea, por lo que resultan útiles descripciones de casos con medidas objetivas. **Objetivos:** describir un caso de esguince lateral tratado con un protocolo manual escalonado, cuantificar cambios en dolor y rango articular, y situar el abordaje en la práctica recomendada. **Método:** varón de 47 años con esguince por inversión, grado 1 a 2 del ligamento peroneo astragalino anterior. Tres sesiones separadas dos semanas. Intervención con técnicas locales de tobillo y pie, abordaje segmentario L4 a S1 y técnicas viscerales selectivas guiadas por palpación. Resultados primarios, dolor mediante escala visual analógica de 0 a 10 en reposo, en movimiento y en cucullas. Resultados secundarios, goniometría de dorsiflexión y flexión plantar. **Resultados:** Evolución favorable sin eventos adversos. Dolor en reposo de 5 a 0, en movimiento de 5 a 0, en cucullas de 6 a 0. Dorsiflexión de 15° a 25°, flexión plantar de 36° a 46° al finalizar la tercera sesión. **Conclusiones:** la recuperación coincidió con un enfoque integrador. Dado el diseño de caso único, no es posible inferir causalidad. La prioridad asistencial debe centrarse en manejo funcional y ejercicio neuromuscular, considerando la terapia manual como complemento individualizado con monitorización de resultados.

Palabras clave: esguince de tobillo; inestabilidad lateral; terapia manual; ejercicio neuromuscular; rehabilitación.

Abstract

Introduction: Lateral ankle sprain is common and prone to recurrence and chronic instability. Functional management with exercise is standard care. Evidence for additional benefit of manual therapy is heterogeneous, so case reports with objective measures are informative. **Objectives:** To describe a lateral ankle sprain managed with a stepwise manual protocol, quantify changes in pain and range of motion, and align the approach with recommended practice. **Methods:** A 47-year-old man sustained an inversion injury consistent with a grade 1 to 2 anterior talofibular ligament sprain. He received three sessions two weeks apart. The intervention combined local ankle-foot techniques, segmental treatment from L4 to S1, and selective visceral procedures guided by palpation. Primary outcomes were pain using a 0–10 visual analogue scale at rest, during movement, and during deep squat. Secondary outcomes were ankle dorsiflexion and plantarflexion goniometry. **Results:** Favourable progression with no adverse events. Pain at rest decreased from 5 to 0, during movement from 5 to 0, and during deep squat from 6 to 0. Dorsiflexion improved from 15° to 25°, plantarflexion from 36° to 46° by the third session. **Conclusions:** Recovery coincided with an integrative approach. Causality cannot be inferred from a single case. Clinical priorities should emphasise functional management and neuromuscular exercise, considering manual therapy as an individualised adjunct with outcome monitoring.

Keywords: Ankle sprain; Lateral instability; Manual therapy; Neuromuscular exercise; Rehabilitation.

El esguince lateral de tobillo es una lesión muy prevalente y con riesgo de cronificación e inestabilidad, con impacto funcional y socioeconómico^{1,2}. Las guías recomiendan un abordaje funcional con inmovilización relativa, sujeciones externas cuando proceda y programas de ejercicio progresivo que incluyan control neuromuscular, además de técnicas manuales orientadas a mejorar el rango de movimiento y el equilibrio dinámico a corto plazo³⁻⁵.

En consulta, algunos casos muestran persistencia de dolor y limitación pese al manejo local, lo que motiva explorar enfoques complementarios basados en relaciones segmentarias y, de forma selectiva, viscerales. Según Chusid⁶, el tobillo guarda una correlación con el dermatoma, esclerotoma, miotoma y viscerotoma.

El primero, denominado dermatoma, está asociado con los niveles medulares de L4, L5 y S1. El esclerotoma está vinculado con los segmentos anteromediales de la tibia y el maléolo medial, L5 (tibia), S1 (maléolo externo y la parte posterolateral de la pierna) y S2 (astrágalo y calcáneo). La vejiga y la próstata, en el caso masculino, son los viscerotomas asociados⁶.

Adicionalmente, existen otras relaciones que pueden establecerse más distantes, como la del riñón con el tobillo a través de la charnela toracolumbar: el riñón mantiene una relación directa, tanto en el plano fascial como anatómico, con las últimas costillas y vértebras de la charnela, y su metámera es T12. Además, en el nivel T12 de las vértebras de la charnela, se localiza la primera neurona de las extremidades inferiores (sensibilidad y motora), y el angiotoma de las extremidades inferiores es T9-L2, lo que coincide con el viscerotoma del riñón⁷.

El objetivo de este estudio es describir un caso de esguince lateral manejado con protocolo osteopático escalonado local, metamérica y visceral, evaluando la evolución de dolor y movilidad y comprobando y tratando la afectación visceral concomitante a un esguince de tobillo y que influye en su clínica.

Métodos

Diseño y escenario

Estudio de caso único, ámbito ambulatorio. Tres sesiones separadas dos semanas.

Descripción del caso

Varón de 47 años, esguince por inversión del tobillo izquierdo, grado 1–2 del ligamento peroneo-astragalino anterior. Antecedentes: esguinces previos bilaterales, dolor aquileo previo y lumbalgia episódica. RM posterior al esguince sin hallazgos agudos, con *os trigonum* y pequeños osteofitos. Consentimiento informado firmado.

Criterios de inclusión y exclusión

Inclusión: varones 25–60 años con esguince lateral grado 1–2. Exclusión: mujeres, niños, ancianos, otras patologías activas físicas, viscerales o mentales.

Evaluación clínica

EVA en reposo, movimiento y cuclillas; goniometría de flexión plantar y dorsal en decúbito supino con referencia al maléolo lateral; análisis de movilidad específica del complejo articular del tobillo y del pie; exploración de puntos gatillo miofasciales, pruebas cutáneas segmentarias y palpación de puntos viscerales relevantes.

Intervención

Sesión 1, técnicas locales: decoaptación tibioastragalina, corrección de epífisis tibial distal en anterioridad, manipulación del astrágalo para esguince interno, articulación del calcáneo y corrección de epífisis del peroné en anterioridad. Desactivación de PGM con presión sostenida y técnicas de energía muscular.

Sesión 2, enfoque metamérica L4–S1: creeping fascial para dermatomas, movilizaciones selectivas del complejo tobillo-pie, tratamiento miofascial y, cuando indicados, procedimientos conservadores de punción. Viscerotoma: técnicas externas de vejiga y próstata.

Sesión 3, revisión local, metámera y ampliación visceral: normalización funcional del astrágalo en rotación externa y tratamiento del riñón izquierdo, incluyendo corrección de ptosis y equilibración funcional en bipedestación.

Aspectos éticos y calidad

Atención estándar de seguridad, registro pre-pos intervención en cada sesión y anonimización de datos.

Resultados

La evolución fue favorable tras cada sesión, con mantenimiento de las ganancias entre visitas. La flexión plantar pasó de 36° a 46° y la flexión dorsal de 15° a 25° entre el inicio y el final de la tercera sesión. La EVA descendió de 5 a 0 en reposo, de 5 a 0 en movimiento y de 6 a 0 en cuclillas. La movilidad específica de las articulaciones tibio-astragalina y subastragalina mostró hipomovilidad inicial con normalización al final. No se registraron eventos adversos.

Discusión

La evolución observada, con resolución del dolor y normalización del rango articular tras tres sesiones, es coherente con el curso habitual de los esguinces grado 1–2 y con el efecto combinado de manejo funcional, ejercicio y terapia manual que recomiendan las guías clínicas y revisiones recientes^{1,3,5}. En particular, las guías JOSPT 2021 priorizan el control del dolor, la restauración progresiva de la dorsiflexión y la integración temprana de tareas neuromusculares y de equilibrio, lo que se alinea con la mejora secuencial documentada en este caso y con la ausencia de eventos adversos⁸.

La reducción del dolor y el incremento de la dorsiflexión concuerdan con la evidencia de que la terapia manual dirigida al complejo tibioperoneo astragalino puede producir ganancias a corto plazo en movilidad y función,

facilitando el paso a fases de carga y tareas propioceptivas⁸. Estudios y síntesis señalan además que los programas de ejercicio neuromuscular disminuyen el riesgo de recidiva y favorecen el retorno seguro a la actividad, por lo que deberían incorporarse de manera estructurada para consolidar los resultados clínicos^{3,4}. En este caso no se implementó un plan domiciliario monitorizado, lo que introduce incertidumbre sobre la durabilidad del efecto, pese a la evolución positiva inmediata.

El componente segmentario empleado, centrado en metámeras L4–S1 y tejido miofascial relacionado, se apoya en la racionalidad biomecánica de la inestabilidad lateral crónica y en la patomecánica del tobillo, que describen alteraciones de control y cargas en el retropié y mediopié². Aunque la literatura biomecánica y manual apoya la normalización articular periférica, la cuantificación del efecto adicional de abordajes segmentarios sobre los desenlaces clínicos del esguince agudo es todavía limitada, por lo que su uso debe considerarse complementario y orientado por respuesta clínica^{2,9}.

Respecto al tratamiento de puntos gatillo miofasciales, la evidencia en dolor músculo esquelético sugiere que técnicas de presión isquémica y energía muscular pueden elevar el umbral de dolor y mejorar la función local, con calidad de evidencia moderada a baja según región anatómica y protocolo^{10,11}. En el esguince agudo, su papel puede ser adjunto para controlar dolor reactivo y facilitar el ejercicio, aunque faltan ensayos que definan dosis y oportunidad óptimas frente a modalidades estándar^{3,8}.

La utilización selectiva de técnicas viscerales respondió a hallazgos palpatorios y a una hipótesis de interacción somatovisceral. La plausibilidad de cadenas fasciales y reflejos viscerosomáticos ha sido descrita en marcos teóricos de medicina manual, pero la evidencia clínica específica en esguince de tobillo es escasa y heterogénea. Por ello, tales procedimientos deben plantearse como adiciones individualizadas, con expectativas prudentes y siempre subordinadas al programa funcional y de ejercicio que constituye la base del manejo^{4,9}. La mejora documentada en este caso no permite aislar el peso relativo de cada componente, ni concluir eficacia propia del abordaje visceral, dado el diseño de caso único y la concurrencia de técnicas locales y segmentarias.

Este informe presenta fortalezas como la medición sistemática de dolor con EVA en reposo, movimiento y cuclillas, y la goniometría de dorsiflexión y flexión plantar en cada sesión, que permiten observar una trayectoria de cambio clínica y funcionalmente significativa. También presenta limitaciones: diseño sin control ni cegamiento, intervalos relativamente largos entre sesiones, ausencia de un programa domiciliario estructurado y falta de seguimiento a medio plazo. Además, la mejoría puede estar influida por la evolución natural del esguince grado 1–2 y por efectos inespecíficos del contacto terapéutico.

Conclusiones

En este caso, un protocolo manual escalonado, que integró componentes locales, segmentarios y viscerales, se asoció a resolución completa del dolor y normalización del rango articular en tres sesiones. La prioridad clínica debe centrarse en manejo funcional y ejercicio neuromuscular, reservando intervenciones complementarias para casos seleccionados y siempre con monitorización objetiva. Se precisan estudios controlados que definan la contribución de cada componente, su dosificación y perfiles de candidatos.

Financiación

La autora no ha recibido financiación o ayuda económica para la realización del estudio.

Conflictos de intereses

No existen conflictos de intereses.

Referencias

1. Herzog MM, Kerr ZY, Marshall SW, Wikstrom EA. Epidemiology of Ankle Sprains and Chronic Ankle Instability. *J Athl Train*. 2019 Jun;54(6):603-610. doi: 10.4085/1062-6050-447-17. Epub 2019 May 28. PMID: 31135209; PMCID: PMC6602402.
2. Bonnel F, Toullec E, Mabit C, Tourné Y; Sofcot. Chronic ankle instability: biomechanics and pathomechanics of ligaments injury and associated lesions. *Orthop Traumatol Surg Res*. 2010 Jun;96(4):424-32. doi: 10.1016/j.otsr.2010.04.003. Epub 2010 May 20. PMID: 20493797.
3. Wagemans J, Bleakley C, Taeymans J, Schurz AP, Kuppens K, Baur H, et al. Exercise-based rehabilitation reduces reinjury following acute lateral ankle sprain: A systematic review update with meta-analysis. *PLoS One*. 2022 Feb 8;17(2):e0262023. doi: 10.1371/journal.pone.0262023. PMID: 35134061; PMCID: PMC8824326.
4. de Vries JS, Krips R, Sierevelt IN, Blankevoort L, van Dijk CN. Interventions for treating chronic ankle instability. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011 Aug 10;(8):CD004124. doi: 10.1002/14651858.CD004124.pub3. PMID: 21833947.
5. Altomare D, Fusco G, Bertolino E, Ranieri R, Sconza C, Lipina M, et al. Evidence-based treatment choices for acute lateral ankle sprain: a comprehensive systematic review. *Eur Rev Med Pharmacol Sci*. 2022 Mar;26(6):1876-1884. doi: 10.26355/eurev_202203_28333. PMID: 35363336.
6. Chusid J. Correlative neuro-anatomy and functional neurology. 16.^a ed. Los Angeles: Lange Medical Publications; 1985.
7. Ricard F. Tratado de osteopatía visceral y medicina interna. Sistema cardiorrespiratorio. Tomo I. 2.^a. España: Medos Edición S.L.; 2015.
8. Martin RL, Davenport TE, Fraser JJ, Sawdon-Bea J, Carcia CR, Carroll LA, Kivlan BR, Carreira D. Ankle Stability and Movement Coordination Impairments: Lateral Ankle Ligament Sprains Revision 2021. *J Orthop Sports Phys Ther*. 2021 Apr;51(4):CPG1-CPG80. doi: 10.2519/jospt.2021.0302. PMID: 33789434.
9. Hengeveld E, Banks K, eds. Maitland's Peripheral Manipulation. 4th ed. Elsevier; 2005.
10. Mayoral del Moral O, Romay Barrero H. Fisioterapia conservadora del síndrome de dolor miofascial. *Rev Iberoam Fisioter Kinesiol*. 2005;8(1):11-6.
11. Zuñil Escobar JC, García del Pozo M, González Propin M. Modificaciones del umbral de dolor en un punto gatillo miofascial tras técnica de energía muscular. *Rev Soc Esp Dolor*. 2010;17(7):313-9.