



Lesiones crónicas del aparato locomotor en el deportista

P. Rochcongar

El aumento de la cantidad de personas que practican deportes y la diversificación de las actividades deportivas conducen a la constatación de un número más elevado de traumatismos. Es esencial conocer las lesiones específicas de cada práctica, que en su mayoría se deben a sobrecarga física. Para esto hay que conocer bien los movimientos relativos al deporte del que se trate y las exigencias físicas que produce en función de la edad, del sexo y del nivel de práctica. Sólo una exploración física completa permite formular un diagnóstico, justificar posibles pruebas complementarias y, por último, adoptar una conducta práctica apropiada desde el punto de vista terapéutico y preventivo.

© 2014 Elsevier Masson SAS. Todos los derechos reservados.

Palabras clave: Deporte; Aparato locomotor; Lesión por sobrecarga; Traumatismos

Plan

■ Introducción	1
■ Generalidades	2
Frecuencia de las lesiones	2
Mecanismos lesionales	2
Factores predisponentes	2
■ Clasificación de las lesiones	4
Miembro superior	4
Columna vertebral	5
Pelvis	5
Miembro inferior	5
■ Conclusión	8

■ Introducción

En los últimos años, muchas publicaciones científicas han confirmado la influencia de la actividad física, y por tanto del deporte, como factor de prevención primaria y secundaria en numerosas afecciones^[1]. Esto atañe a las enfermedades cardiovasculares y metabólicas, pero también a los cánceres, las neuropatías y al aparato locomotor^[2]. De forma paralela, el entusiasmo por las actividades físicas en los últimos años se ha expresado en el aumento constante del número de deportistas y la diversificación de las actividades deportivas. Aunque los beneficios del deporte son ampliamente reconocidos, no es menos cierto que también produce traumatismos del aparato locomotor.

La incidencia y la prevalencia de las lesiones vinculadas al deporte no están completamente evaluadas, ya que la metodología de las encuestas debe tener en cuenta el país en el que han sido realizadas (costumbres sociales), la duración del estudio, el tipo de suelo y el material, sin olvidar el número de personas, el sexo, la edad, el nivel de práctica, el modo de recogida de datos (encuesta, estudio de documentos, etc.) y, por último, los antecedentes traumáticos^[3].

La definición misma del traumatismo es compleja. En la mayoría de los estudios se considera una lesión que haya obligado a interrumpir la práctica varios días o a quedarse fuera de una competición. Más recientemente, se ha propuesto clasificar las lesiones en tres niveles^[4]: lesión física que no conduce a la consulta médica ni a la interrupción de la práctica; lesión que necesita atención médica; lesión que exige una interrupción de las actividades físicas y deportivas.

Hay que distinguir dos tipos de lesiones principales. Las lesiones agudas, a menudo sin especificidad, que conducen o no a la atención médica en servicios de urgencia y, llegado el caso, a la hospitalización^[5,6], y las lesiones crónicas por sobrecarga, muy específicas del acto deportivo, que son auténticas tecnopatías y llevan en general a la interrupción, total o parcial, de las actividades físicas.

En el contexto de este artículo se tratarán únicamente las lesiones crónicas analizadas en numerosas publicaciones. Por eso parece útil insistir en los aspectos relativos a la exploración física, la frecuencia y los mecanismos causales, para luego centrarse en la prevención según el esquema de exploración presentado por Bahr^[7] (Fig. 1). A continuación se expondrán los distintos tipos de lesiones y se presentarán algunos ejemplos específicos de esta patología.

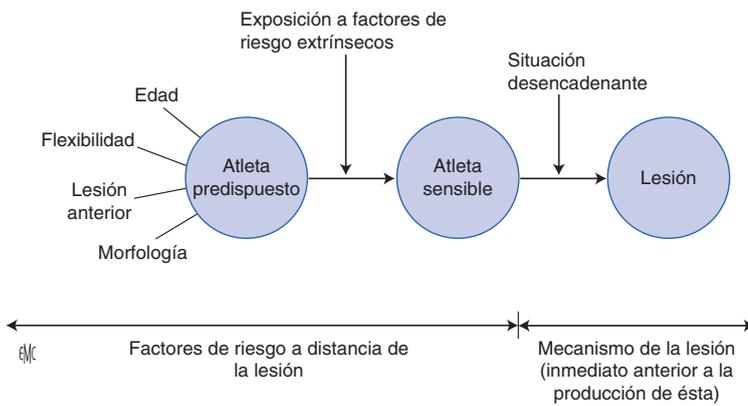


Figura 1. Conducta práctica ante una lesión vinculada al deporte según Bahr^[7].

■ Generalidades

Frecuencia de las lesiones

Las cifras varían mucho en función de los protocolos. La incidencia es muy elevada en numerosos deportes individuales como el bádminton (hombro, columna vertebral y músculos del muslo^[8]), la escalada^[9], el esquí de fondo^[10] o el ciclismo (principalmente la rodilla^[11]).

La carrera a pie ha sido ampliamente estudiada y las cifras no han variado desde hace una década. La incidencia anual se extiende del 24% a más del 50% del índice de lesionados. Un tercio de los corredores de fondo tiene una lesión microtraumática al cabo de 1 año de entrenamiento^[12]. La lesión está básicamente representada por las tendinopatías y los síndromes femorrotulianos, pero también por las fracturas de esfuerzo^[13].

Algunos deportes considerados poco traumatizantes, como la natación, causan sin embargo tecnopatías del hombro en los competidores^[14], pero también en los aficionados, que tienen un índice elevado de lesiones por uso excesivo (el 21% en las mujeres y el 6,5% en los varones), superior al de otros deportes como el baloncesto, el waterpolo y el tenis^[15].

Mecanismos lesionales

Hay que relacionarlos con el movimiento en sí, por aumento de las tensiones (lo que explica, por ejemplo, las fracturas de esfuerzo), compresión excesiva (lesiones cartilaginosas, síndromes de compresión nerviosa, enfermedad vascular), tracción (tendinopatía, osteocondrosis), fricciones de repetición (tendinopatía, lesión cartilaginosa, lesión nerviosa troncular)^[16].

Factores predisponentes

Hay que buscarlos de forma sistemática en la exploración física, sin olvidar que las causas siempre son multifactoriales.

Factores intrínsecos

Edad

En numerosos estudios se ha confirmado el aumento de las lesiones crónicas con la edad^[17].

Las lesiones en el adolescente se presentan sobre todo a modo de osteocondrosis^[18]. Muy rara vez afectan a los músculos, los tendones y los ligamentos. Esto indica la importancia a esta edad de las radiografías o de la ecografía como complemento de la exploración física. También explica que los traumatismos descritos en los adolescentes se produzcan con más frecuencia en el entrenamiento, sobre todo en el caso del fútbol^[19], la gimnasia, el béisbol, el bádminton y el balonvolea^[20].

En las personas de mayor edad, el punto clave es la lesión del cartílago y el riesgo de descompensación artroscópica. Parece que la práctica deportiva intensa, fuera de una secuela de traumatismo agudo, sería responsable de la aparición más rápida de signos radiológicos de lesión cartilaginosa; sin embargo, esto no siempre provoca manifestaciones clínicas más serias, según los niveles^[21]. El inconveniente principal, una vez producida la lesión, es la dificultad para respetar los períodos de cicatrización. En cambio, en los futbolistas, sobre todo de alto nivel, se ha demostrado que el riesgo de recidiva para una lesión idéntica se duplica o triplica en el año siguiente^[22, 23].

Sexo

En la mujer está bien establecido que el entrenamiento intensivo en algunas disciplinas (danza, gimnasia deportiva, carrera a pie) conduce a perturbaciones hormonales frecuentes, no observadas en otros deportes^[24]. Así se ha demostrado que la amenorrea se asocia a un aumento del número de fracturas de estrés^[13].

Otras disciplinas, sobre todo los deportes colectivos, revelan en la mujer un número más alto de lesiones ligamentosas del tobillo y del ligamento cruzado anteroexterno (LCAE) de la rodilla. Esto ha conducido a proponer programas específicos de prevención que han resultado eficaces^[25].

Anomalías del morfotipo

Se las menciona a menudo y representan un factor predisponente^[12]. En algunas situaciones, la relación lesión-morfotipo casi no se discute. Es el caso de la asociación genu varum o torsión femoral interna y tendinopatía del tensor de la fascia lata, periostitis tibial y retropié en pronación. Sin embargo, muy a menudo los datos de las publicaciones son contradictorios^[26]. En la medida de lo posible, la exploración estática debe completarse con una exploración dinámica. Así, se ha podido demostrar una buena correlación entre la hiperpronación dinámica y la periostitis tibial, el aumento de la dorsiflexión del tobillo y la fascitis plantar de los corredores a pie. Asimismo, la filmación de algunos movimientos puede ser de gran ayuda para la comprensión de los mecanismos responsables de la lesión^[27].

Flexibilidad

La flexibilidad, o más precisamente la pérdida de ésta, ha sido incriminada con frecuencia. Durante el empuje del crecimiento, es desde luego uno de los factores que inducen la agravación de las osteocondrosis por tracción. Asimismo, la rigidez del cuádriceps o de los isquiosurales puede explicar en parte una lesión del aparato extensor de la rodilla. Sin embargo, no puede ser el único factor responsable. Algunas disciplinas deportivas, como la danza, requieren una mayor flexibilidad musculotendinosa y articular y, por tanto, producen lesiones musculares^[28].

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3349150>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3349150>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)