

LESIONES DEPORTIVAS: DIAGNÓSTICO, PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO. II

SPORTS INJURIES: DIAGNOSTICS, PREVENTION AND TREATMENT. II

CO-41. TIPO Y LOCALIZACIÓN DE LAS LESIONES EN COMPETICIÓN EN LUCHA LEONESA (2005-2012)

Fernández T¹, Álvarez MJ¹, García H¹, Molina AJ¹, Martín V^{1,2}.

¹Grupo de Investigación en Salud Comunitaria. Instituto de Biomedicina (IBIOMED) Universidad de León, ²Centro de Investigación Biomédica en Red de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP).

Introducción: La Lucha Leonesa como deporte tradicional de combate, presenta una elevada incidencia de lesiones, siendo muchas de ellas prevenibles. Una de las maneras de proteger este patrimonio único de la provincia de León es conocer el tipo de lesiones que se producen, así como, los factores asociados, con el fin de disminuir la incidencia y gravedad de las mismas.

Material y Métodos: Estudio descriptivo de lesiones ocurridas en luchadores sénior masculinos en competición de Lucha Leonesa entre los años 2005 – 2012. Las lesiones fueron registradas por el equipo médico de la Federación Territorial de Castilla y León de Lucha Leonesa, contrastadas con las actas de los combates y con un cuestionario ad hoc anual. Se clasificaron las lesiones según la gravedad atendiendo al tiempo de recuperación (Graves -más de 28 días, Moderadas -entre 8 y 28 días- y Leves -menos de 8 días-), tipo y localización.

Resultados: Se registraron un total de 249 lesiones, 60 graves (20%), 90 moderadas (31%) y 144 leves (49%).

En el cómputo total, las contusiones (45%), los esguinces (38%) y las distensiones musculares (12%) representaron las principales causas de lesión; siendo la rodilla (20%), el hombro (16%) y la parrilla costal (15%) las localizaciones más afectadas.

Dentro de las lesiones graves, destacan los esguinces (47%) especialmente de rodilla (rotura de ligamentos cruzados, meniscos, etc.), las dislocaciones (20%) de hombro y las fracturas (17%) de muñeca.

En las lesiones moderadas, los esguinces fueron la principal causa de lesión (44%), destacando también las contusiones (40%), principalmente de la parrilla costal. Mientras que en las lesiones leves, las lesiones más frecuentes fueron las contusiones (61%) y los esguinces (26%).

Conclusiones: Los resultados obtenidos concuerdan con lo reportado en otros deportes de combate (Judo, Lucha Canaria, Lucha Libre, etc.), en los que las causas más frecuentes de lesión suelen ser esguinces y contusiones, siendo las articulaciones del hombro y la rodilla las más afectadas. Conocer la distribución y características de las lesiones, permitirá en futuros estudios llevar a cabo medidas preventivas.

Palabras clave: Lesiones. Lucha leonesa.

CO-42. OSTEOPENIA OCULTA EN MUJERES DEPORTISTAS

Martínez Martínez-Espejo E¹, Jiménez Díaz JF², Esparza Ros F³, Martínez Romero JL³.

¹Hospital Los Arcos del Mar Menor y Centro de Salud Torre Pacheco este. Murcia, ²Universidad de Castilla la Mancha, ³Cátedra de Traumatología del Deporte. Universidad Católica San Antonio de Murcia.

Introducción: La osteopenia es una enfermedad silenciosa y subclínica que se da cuando en una densitometría ósea el T-score (comparación con la densidad promedio mineral del hueso de la persona valorada con el de una persona sana de 30 años del mismo sexo y etnia) se encuentra entre -1 y -2,5 por debajo de la normalidad. Este valor es usado en hombres y mujeres postmenopáusicas de más de 50 años.

Se denomina osteopenia oculta a aquellos casos en que estos valores aparecen por debajo de los 50 años.

Material y método: Se ha revisado tres grupos de 20 mujeres (60 en total) entre 35 y 50 años, sin antecedentes traumáticos previos, que cursan con una lumbalgia de esfuerzo que las lleva a la consulta, sin patología discal, ni ciática, ni malformaciones asociadas.

Se efectúa valoración de la actividad deportiva previa, estudio de RX. Lumbar, RNM y Densitometría lumbar con los siguientes resultados por grupos de edad.

Resultados:

- Grupo I de 35-40 años: Aparece una media de desviación estándar del T-score de -2,4. Con 8 casos de osteopenia (40%) y 2 de osteoporosis (10%). Se da el caso que 6 casos de osteopenia y uno de osteoporosis se dan en mujeres con antecedentes de menarquia tardía de al menos dos años en gimnasia rítmica.

- Grupo II de 40-45 años: Aparece una media de desviación estándar del T-score de -1,8. Con 4 casos de osteopenia (20%) y 1 de osteoporosis (5%). Un caso de osteoporosis con antecedentes de menarquia tardía en atletismo.

- Grupo III de 45-50 años: Aparece una media de desviación estándar de -2,2. Con 5 casos de osteopenia (25%) y 2 de osteoporosis (10%). Un caso de osteoporosis con antecedente de menarquia tardía sin antecedentes deportivos de interés.

Conclusiones: En nuestro trabajo, la osteopenia oculta se da en un porcentaje muy significativo en mujeres por debajo de los 50 años (no menopáusicas) en un 25% de los casos a nivel general, siendo de un 100% en los casos de menarquia tardía de al menos 2 años e incluso dos casos de osteoporosis por estos mismos antecedentes.

Es pues aconsejable efectuar estudios de despistaje en poblaciones de mujeres de actividad física moderada o intensa a partir de los 35 años, con el fin de prevenir la aparición de problemas óseos graves y tomar medidas de prevención en adolescentes en deportes de especialización precoz.

Palabras clave: Osteopenia oculta. Densitometría. Deporte. Mujer.

CO-43. CAMBIOS EN LOS PATRONES CLÍNICOS Y EN LAS TASAS DE EXPOSICIÓN A LESIONES EN EL CICLISMO DE RUTA A NIVEL PROFESIONAL DURANTE LA ÚLTIMA DÉCADA

Barrios C^{1,2}, de Bernardo N^{2,3}, Vera P³, Laíz C³, Hadala M¹.

¹Instituto Universitario de Investigación en Enfermedades Músculo-Esqueléticas, Universidad Católica de Valencia,

²Physical Therapy and Exercise Centre, Clínica Artes, Valencia,

³Departamento de Fisioterapia, Universidad cardenal herraera-CEU, Valencia.

Introducción: Las recientes mejoras técnicas en bicicleta y las nuevas herramientas y protocolos de entrenamiento podrían estar teniendo una importante repercusión sobre la incidencia y el patrón clínico de las lesiones en el ciclismo profesional de ruta. Este problema no ha sido aún investigado. El presente trabajo tiene como objetivo analizar los cambios en el tipo e incidencia de lesiones sufridas por un grupo de corredores de élite aún en activo y compararlos con las lesiones de un grupo histórico de corredores que compitió en los años 80 y principios de los 90.

Métodos: Estudio epidemiológico descriptivo basado en encuestas clínicas sobre todas las lesiones traumáticas y por sobrecarga ocurridas en dos series de ciclistas de elite, todos varones. El grupo histórico (GH) estaba constituido por 65 ciclistas profesionales encuestados de 1983 a 1995. La serie actual (SA) incluyó a 66 corredores de elite en activo durante los años 2003 a 2010. Todos los sujetos participaban en carreras de ruta de alto nivel del calendario internacional. Se obtuvieron diferentes tasas de exposición de lesiones traumáticas como por sobrecarga: número de lesiones por cada corredor, por año y por cada 1000 km de ciclismo, y número de lesiones por cada corredor y por día de la competición.

Resultados: la relación lesiones/ciclista fue de 1,32 en el GH y 2,13 en el SA. Las lesiones traumáticas se incrementaron de 39,5% (GH) a 53,9% (SA) ($p < 0,05$). Este aumento no significó mayor severidad. De hecho, las lesiones traumáticas graves (AIS-4,5) disminuyeron del 49,9% en el GH al 10,5% en el SA. Las tendinopatías alrededor de la rodilla (32,6%) y en el tendón de Aquiles (15,4%) fueron las lesiones por sobrecarga más frecuentes en el GH. El dolor femoropatelar por sobrecarga disminuyó de 28,8% (GH) a 6,1% (SA). Las lesiones musculares que condicionaron ausencia de la competición sólo se observaron en la zona lumbar (13,4%) en el GH. Al contrario, el 50,7% de las lesiones por sobrecarga se debían a lesiones musculares en el grupo SA: 29,2% en la zona lumbar y el 21,5% en los músculos de la extremidad inferior. En los corredores del GH, los índices de riesgo de lesión traumática eran 0,104 por año/ciclista, y 0,003 por cada 1000 kilómetros de entrenamiento y competición. Esta cifra aumentó a 0,287 y 0,009, respectivamente, en el grupo SA. Las tasas de lesiones por sobrecarga mostraron un incremento menor.

Conclusión: Los ciclistas profesionales hoy en activo están expuestos a un doble riesgo de sufrir lesiones traumáticas que los que competían en los años 80-90. Sin embargo, estas lesiones tienen menos severidad. Las lesiones por sobrecarga presentan actualmente un patrón clínico diferente con muchas más lesiones musculares y menos lesiones tendinosas que en el grupo histórico. Estos datos pueden ser de utilidad para diseñar protocolos de prevención de lesiones en este deporte.

Palabras clave: Ciclismo de ruta. Lesiones traumáticas. Lesiones por sobrecarga. Epidemiología.

CO-44. PATRÓN DE DISTRIBUCIÓN DE PRESIONES PLANTARES DURANTE EL PEDALEO EN CICLISTAS DE ÉLITE CON SÍNDROME DE CINTILLA ILIOTIBIAL. DIFERENCIAS CON CICLISTAS ASINTOMÁTICOS

De Bernardo N^{1,2}, Vera P², Barrios C^{2,3}, Laíz C², Hadala M³.

¹Departamento de Fisioterapia, Universidad Cardenal Herrera-

CEU, Valencia; ²Physical Therapy and Exercise Centre, Clínica

Artes, Valencia; ³Instituto Universitario de Investigación en

Enfermedades Músculo-Esqueléticas, Universidad Católica de Valencia.

Introducción: Una leve variación biomecánica puede condicionar la transmisión de las fuerzas sobre el pedal y por tanto el trabajo cinético de la extremidad inferior en el ciclista. Hasta la fecha no existen estudios que relacionen la distribución de presiones plantares durante el ciclo del pedaleo y el Síndrome de la Cintilla Iliotibial (SCIT) en ciclismo profesional, entidad clínica de marcada incidencia en este deporte. Este trabajo tiene como objetivo determinar el patrón baropodométrico de los ciclistas con historial previo de SCIT en un grupo de ciclistas profesionales de ruta comparándolo con aquellos libres de lesión por sobrecarga.

Métodos: El grupo del estudio estuvo formado por 50 ciclistas varones pertenecientes a un equipo Pro-Tour y 2 equipos UCI Pro-Continental. La edad media del grupo fue de $25,7 \pm 4,5$ años (rango, 20-36), la altura media $178,5 \pm 7,2$ cm, el peso medio $68,8 \pm 7,6$ kg y la media de horas de entrenamiento y competición fue de $27,90 \pm 2,5$ horas/semana. El análisis de la distribución de presiones plantares se realizó con el sistema de plantillas instrumentadas Biofoot® 6.0, colocadas como interfase entre el calzado del ciclista y el pie. Se registraron las presiones plantares de ambos pies durante el ciclo del pedaleo a diferentes valores de cadencia y potencia.

Resultados: Aquellos ciclistas que presentaban historial previo de Síndrome de Cintilla Iliotibial (SCIT) mostraron diferencias significativas en relación a aquellos que no habían sufrido esta entidad clínica. Se observó un incremento de la Presión máxima registrada en el área C3 (metatarsianos IV y V) del pie izquierdo en el grupo de SCIT tanto en la Prueba 2 (ciclo de pedaleo sentado a 100 rpm de cadencia y 100 watt de potencia) (137 kPa en grupo SCIT frente a 57,5 kPa en sujetos sin patología) ($p=0,003$) como en la Prueba 3 (ciclo de pedaleo sentado a 100 rpm de cadencia y 200 watt de potencia) (233 kPa en grupo SCIT frente a 59 kPa en grupo Normal) ($p=0,001$). El aumento de la Potencia durante el ciclo de pedaleo se tradujo en un incremento de más del triple en los valores de Presión máxima registrados en la zona plantar metatarsal más externa de aquellos ciclistas con SCIT.

Conclusión: El patrón baropodométrico del ciclo de pedaleo en los ciclistas de élite con historial de síndrome de Cintilla Iliotibial presenta una distribución específica con un aumento significativo de presiones máximas en la parte externa del pie (área C3) en relación a los sujetos libres de lesión por sobrecarga. El estudio de la distribución de presiones plantares en los ciclistas profesionales debe ser tenido en cuenta, a la hora de establecer programas de prevención de lesiones por sobrecarga, ya que son marcadores de alteraciones biomecánicas.

Palabras clave: Síndrome de la cintilla iliotibial. Baropodometría. Ciclismo en ruta.

CO-46. LA PERIOSTITIS TIBIAL EN EL CORREDOR: DIAGNÓSTICO Y PREVENCIÓN

Bretones Garcia JM^{1,2}, Arroyo Ruiz V³, Sanchez-Osorio E¹, Perea Venzala A^{1,2}.

¹Ergodinamica, ²ILAB, ³INSS

Introducción: La periostitis tibial se trata de una lesión muy prevalente, en especial en el deportista/corredor aficionado. En este estudio se realiza un recorrido que abarca desde la clínica al diagnóstico, pasando por el tratamiento y su prevención.

Material y métodos: Se trata de un estudio prospectivo de 50 pacientes con periostitis tibial que practican deportes de fondo, siendo el deporte más frecuente el atletismo.

Tras un diagnóstico fundamentalmente clínico, confirmado en muchos de los casos con pruebas de imagen, se realiza un estudio biomecánico y baropodográfico para determinar su etiología y tratamiento.

Tras la aplicación del tratamiento y nueva valoración al mes, seis meses y al año, los pacientes presentaban un EVA (escala

visual analógica) menor de 2, en comparación con la previa, con un valor medio de 7.5, por lo que en casi su totalidad se habían reincorporado a la actividad física sin recaída.

Resultados y conclusiones: En nuestro estudio observamos una corrección de las autocompensaciones tras la modificación del patrón de apoyo.

En un 77% de los pacientes estudiados, no requirió tratamiento adicional. El 23% restante fue tratado con bioreguladores de la inflamación y plasma rico en plaquetas, no encontrando diferencias significativas entre ambos tratamientos respecto a esta afección. De los 50 pacientes se diagnosticaron 2 fracturas por estrés.

Estamos ante una lesión que por la introducción progresiva de aficionados al mundo del atletismo, ve aumentada su prevalencia, por lo que se hace necesaria un correcto abordaje para su diagnóstico, tratamiento y prevención.

Palabras clave: Periostitis tibial. Lesiones repetitivas. Lesión típica corredor.