

# Lesiones de los deportistas escolares y juveniles

DR. J. NAVÉS.

DR. A. ALTISENCH.

En estos momentos en que la Delegación Nacional de Educación Física y Deportes, según se aprobó en el último Pleno, tomará contacto con el Ministerio de Educación Nacional, para coordinar el trabajo de los escolares con su formación física, creemos es interesante hablar del aspecto médico en lo que se refiere al ejercicio físico y sobre todo a la práctica de los deportes en las edades juveniles.

No vamos a insistir en los beneficios de la Educación Física y los deportes y sólo recordaremos como ejemplo la experiencia de FOURRESTIER en la ciudad francesa de Vanves, llamada del «medio tiempo pedagógico y deportivo». Trabajo intelectual por la mañana y físico-deportivo por la tarde.

En esta experiencia se han obtenido aumentos ponderables y científicos bastante apreciables, como se demuestra a continuación:

	<i>Clase Experimental</i>	<i>Clase testigo</i>
Peso	9,700 kgs.	5,100 kgs.
Talla	7 cms.	4 cms.
Perímetro torácico medio	6 »	2 »
Perímetro torácico inspiración máx.	5 »	1 »
Perímetro torácico espiración máx.	3 »	1 »
Capacidad vital	1,25 l.	0,75 l.
Perímetro abdominal (disminución)	2 cms.	nada

En los exámenes de reválida, se obtuvieron un 88,8 % de aprobados, en contra a unos por-

centajes que oscilan entre el 55 al 81 por ciento, entre los escolares de las clases testigo, en estadísticas de los ocho años últimos.

El objeto de nuestro trabajo es el de estudiar las afecciones traumáticas del aparato locomotor que se producen en los deportistas juveniles, por verdadero accidente y por tanto difícilmente evitables y las que, por un mal orientado programa de preparación deportiva en el período de crecimiento, con entrenamientos forzados y competiciones fuera de lugar, producen las llamadas lesiones de sobrecarga, en las que sí los médicos podemos hacer profilaxis.

No serán tenidas en cuenta las contusiones simples con periostitis ni las lesiones cutáneas (erosiones, heridas, etc.) ni las fisuras y fracturas que se comportan como en los adultos. Sólo nos referiremos a las lesiones que evolucionan de una manera peculiar en estas edades.

Dividiremos el tema en dos partes:

1.ª Traumatismos agudos, con especiales características en la edad del crecimiento.

2.ª Traumatismos crónicos.

La primera parte estudiará las afecciones óseas (fracturas propias de los jóvenes, en tallo verde, epifisiolisis y arrancamientos apofisarios); las musculares (rupturas fibrilares y parciales, poco frecuentes en esta edad) y las articulares (lesiones ligamentosas, menos frecuentes que en los adultos, la osteocondritis, los meniscos discoideos y los quistes sinoviales).

La segunda parte la subdividiremos en dos: A) El microtraumatismo sobre malformaciones congénitas (tramo lumbo sacro, cifosis, escoliosis,

pies planos, etc.) y B) La sobrecarga de tracción en las inserciones (SCHLATTER, A. R. S. y similares).

Las normas de prevención, el tratamiento y

Traumatología en deporte escolar y juvenil	1.º Traumas agudos	a) Oseas	}	Fracturas en tallo verde Epifisiolisis Arrancamientos apofisarios
		b) Musculares	}	Rupturas (poco frecuentes)
		c) Articulares	}	Lesiones ligamentosas Osteocondritis Meniscos (discoideos) Quistes sinoviales
	2.º Traumas crónicos	a) Microtraumatismo por sobrecarga de ejercicio sobre malformaciones.	}	(Lumbalizaciones, escoliosis, pies planos, exóstosis de crecimiento, etc.).
		b) Sobrecarga de tracción en las inserciones.	}	(SCHLATTER, A. R. S. y similares).

la rehabilitación serán expuestas en cada afección.

El siguiente cuadro sinóptico nos ayudará a seguir el desarrollo del tema:

1.º Traumas agudos

a) Lesiones óseas.

Las fracturas en tallo verde y las epifisiolisis son propias del niño y del adolescente.

Los huesos son en el niño como una caña verde, y no se rompen corrientemente con desviación de fragmentos, sólo se doblan siendo fácil su enderezamiento.

Un punto débil en el adolescente son los cartílagos de crecimiento o epifisarios. Lo que en el adulto sería una luxación, en el adolescente es casi siempre una epifisiolisis.

Esta se comporta como una fractura con desviación de sus fragmentos, muchas veces de difícil reducción, teniendo que llegarse a la intervención quirúrgica en muchas ocasiones.

La dureza de ciertos deportes los hace no recomendables en estas edades. Tomamos como ejemplo el fútbol y el rugby. En el fútbol ha de ser adaptado y suavizado: Campo y porterías más pequeñas, balón menos pesado, tiempos de duración del partido disminuidos, siempre proporcionalmente a la edad. En lo concerniente al rugby, jugarán según las normas establecidas para el rugby educativo y juvenil, que impide todo contacto violento con el adversario.

Nos quedan por ver pues, dentro de las lesiones óseas, los arrancamientos apofisarios.

Estos los hemos observado en escolares y juveniles con las siguientes localizaciones: tuberosidad anterior de la tibia, espinas ilíacas an-

tero-superior e inferior, y espina tibial anterior.

Una tracción excesiva por contracción violenta del cuádriceps y del sartorio sobre estos puntos en período de evolución, produce con frecuencia el arrancamiento (GRASHEY).

A veces constatamos la existencia de síntomas de apofisitis (tipo OSGOOD-SCHLATTER) anteriores al arrancamiento.

El tratamiento consiste en la reinserción quirúrgica, que nosotros practicamos con clavos y tornillos.

Si el desplazamiento es mínimo el escayolado de cinco semanas será suficiente.

La rehabilitación debe ser gradual y vigilada para evitar recidivas o nuevas lesiones similares.

La profilaxis es posible, cuando existiendo molestias apofisarias en estos puntos, recomendamos no practicar deportes y tratamos adecuadamente la afección.

b) Las lesiones de músculos y tendones son raras en la edad que nos ocupa.

Hemos podido observar un caso de ruptura parcial del recto anterior en un futbolista de 16 años producida por el doble mecanismo de la contusión y contracción violenta.

La curación con el simple reposo fue total y pudo seguir la práctica del fútbol sin más secuela que la típica tumoración (falsa hernia) que no da molestias.

c) En cuanto a las lesiones articulares son mucho menos frecuentes que en el adulto.

Es curiosa la estadística de IOHANSEN, de Noruega, del porcentaje de las lesiones ligamentosas según las edades:

Menos de 10 años	Fracturas	35 %
	Ligamentos	7,4 %
Hasta los 24 años	Fracturas	20 %
	Ligamentos	30 %
Hasta los 40 años	Fracturas	36 %
	Ligamentos	21 %
Mas de 50 años	Fracturas	57 %
	Ligamentos	15 %

Nosotros hemos observado también que entre los 12 y 16 años siguen predominando las lesiones óseas a las ligamentosas.

En general los huesos son más débiles que los ligamentos en estas edades; pero no dejan de producirse esguinces y rupturas ligamentosas, que por regla general curan con rapidez por medio de vendajes compresivos y adecuada fisioterapia.

Las vemos en los ligamentos del tobillo y rodilla, y en los deportes de mano como el baloncesto, balonmano, balón volea, etc., en muñeca, codo y hombro; y en ambas extremidades en deportes como el rugby.

La osteocondritis por traumatismo directo, o como enfermedad, de KÖNIG, es un problema interesante sólo por el hecho de que en estas edades suelen resolverse incruentamente, cosa imposible en el adulto (SMILLIE).

Hemos podido observar algunos casos en tobillo y rodilla que daban muy poco sintomatología (permitían la práctica de los deportes) y los hemos visto resolver sólo con la descarga durante dos meses.

Los meniscos resisten en general a las torsiones en estas edades, pero hay un tipo de meniscos, los discoidales, que presentan problemas de incapacidad para el deportista en las primeras fases de formación y en los que no hay más remedio que actuar quirúrgicamente con la extirpación del menisco discoidal.

También hemos observado, en estas edades, algunos gangliones y quistes sinoviales, como el de BAKER en el hueco poplíteo.

## 2.º *Traumatismos crónicos.*

a) *Microtraumatismos sobre malformaciones congénitas.*

El tramo lumbo sacro es lugar frecuente de asiento de molestias en los juveniles.

Efectuadas radiografías en estos casos hemos visto que se trataba de malformaciones congé-

nitas (lumbarización, sacralización, espina bífida, etc.) sobre las que la sobrecarga del ejercicio produce una descompensación.

Una escoliosis, una cifosis o una lordosis pueden aumentar con la práctica desordenada de algunos deportes.

Estos casos deben ser mandados a gimnasia correctiva.

También pueden producirse la descompensación de unos pies planos. Cuando una lesión ligamentosa en el tobillo o en el pie dura más de lo previsto, debe pensarse en esta eventualidad.

El adolescente nos sorprende a veces con las exóstosis llamadas de crecimiento, unas veces como hallazo radiológico, sin sintomatología y otras con molestias causadas por el microtraumatismo repetido sobre un tendón que roza con la formación ósea anómala. En este caso aconsejamos extirpar estas exóstosis.

b) Por último nos quedan por describir las lesiones por sobrecarga de tracción en las inserciones, llamadas por LA CAVA, entesitis.

Nosotros incluimos en este capítulo las llamadas enfermedad de OSGOOD-SCHLATTER y de LARSEN-JOHANSON, la primera considerada como una lesión apofisaria por tracción del ligamento rotuliano sobre el tubérculo tibial durante el crecimiento, y la segunda como una osteocondritis de los polos rotulianos sobre todo el inferior, debida a sobrecarga de tracción durante el crecimiento del tendón o del ligamento rotuliano. FRITZCHE, dice que la sobrecarga produce en el adulto lesiones degenerativas y en el adolescente neoformación de tejidos de calidad inferior que hacen débiles los puntos de inserción de los grandes tendones.

El tratamiento con infiltraciones locales de novocaína, con o sin hidrocortisona nos han dado buen resultado en todos los casos. En algún caso muy rebelde estará indicada la epifisiodesis.

Descrito como complejo A. R. S. (Aductores, recto anterior y sínfisis del pubis), por BANKOW, de Bulgaria, es característica del fútbol en todas las edades, pero más frecuente en la edad del crecimiento, la lesión de aductores, recto anterior y sínfisis del pubis, que creemos obedece a la misma etiología y debe ser tratada y prevenida como las afecciones por sobrecarga de tracción ya citadas.

Finalmente y con menos frecuencia, hemos visto estas lesiones en la inserción del tibial anterior en el antepie del futbolista, también hallada por JESCHKE en la inserción del Aquiles (apofisitis calcánea) y en el epicóndilo y epitroclea del codo (tenis y golf).

## RESUMEN

Los AA. estudian las afecciones traumáticas del aparato locomotor en los deportistas juveniles y escolares. No se tienen en cuenta las contusiones simples ni las lesiones cutáneas, ni las fisuras y fracturas que se comportan como en los adultos.

Dividen el tema en dos partes: 1.º Traumatismos agudos, con especiales características en la edad del crecimiento y 2.º El microtraumatismo, por sobrecarga deportiva en los juveniles. En la primera parte se estudian las afecciones óseas (fracturas propias de los jóvenes, en tallo verde y epifisiolisis y los arrancamientos epifisarios; las afecciones musculares (rupturas fibrilares y parciales, poco frecuentes en esta edad) y las articulares (lesiones ligamentosas, menos frecuentes que en los adultos, la osteocondritis, los meniscos discoideos y los quistes sinoviales).

La segunda parte se subdivide en dos: *a*) El microtraumatismo sobre malformaciones congénitas (tramo lumbo sacro, cifosis, escoliosis, pies planos, etc.) y *b*) La sobrecarga de tracción en las inserciones (SCHLATTER, A. R. S., y similares).

En los traumatismos agudos, se explica el mecanismo de producción de las lesiones óseas, musculares y articulares, así como la prevención, tratamiento y rehabilitación de las mismas, citando una curiosa estadística de IOHANSEN, de Noruega, sobre el porcentaje de las lesiones ligamentosas según las edades.

En los traumatismos crónicos, se citan los microtraumatismos sobre malformaciones congénitas (lumbarización, sacralización, espina bífida, etc) y las lesiones por sobrecarga de tracción en las inserciones, llamadas entesitis por LA CAVA.

En este apartado incluyen los AA. las llamadas enfermedad de OSGOOD-SCHLATTER y de LARSEN-JOHANSON. Comentan el complejo A. R. S. (aductores, recto anterior y sínfisis del pubis), descrita por BANKOW, de Bulgaria y lesiones en la inserción del Aquiles (apofisitis calcánea) en el tibial anterior y en el epicóndilo y epitroclea del codo halladas por JESCHKE.

En todos los casos se exponen normas de prevención, tratamiento y rehabilitación.