

Las tendinitis de inserción en el nadador

DR. J. A. MERINO.

Vocal-Médico de la Federación Española de Natación.

La natación como deporte tiene pocas lesiones y esta parquedad queda reducida a un mínimo si dejamos a un lado las afecciones oftalmo-otorrino-laringológicas.

No hay duda que las conjuntivitis, otitis y sinusitis, constituyen un capítulo muy interesante dentro de la patología acuática, pero como no deriva hacia aquí nuestro tema, lo dejamos para que sea tratado por otros más doctos en la materia.

Presentamos una lesión que vemos con relativa frecuencia en los nadadores y waterpolistas. Se trata de las «tendinitis de inserción». Afección leve pero molesta que preocupa por un lado al nadador, ya que el dolor, si bien discreto, disminuye su rendimiento y por otro al entrenador, por el temor de que se instaure como plan terapéutico el reposo y con ello pierda su pupilo el momento de forma que pueda estar atravesando.

Según el profesor La Cava, el aparato locomotor está constituido por un elemento de transmisión activa, que son los músculos y otro de transmisión pasiva que es el sistema osteo-articular, ambos unidos por un sistema intermedio que es el mio-tendinoso.

En el nadador como en cualquier atleta se produce una hipertrofia del músculo el cual aumenta su fuerza de tracción sobre el sistemas mio-tendinoso, que prácticamente no se ha modificado con el entrenamiento, haciéndolo por lo tanto más vulnerable en el deportista que en el individuo normal. Son estas contracciones musculares bruscas, potentes y repetidas las que provocan micro-roturas fibriladas desencadenando el cuadro clínico de las tendinitis de inserción. El lesionado nota un dolor más o menos difuso que le resulta difícil de localizar y que

se despierta o exacerba cuando contrae el músculo o grupo muscular cuya inserción está lesionada.

En la etiología de este dolor hay que tener muy en cuenta el que esta zona mio-tendinosa es muy rica en receptores de la sensibilidad muscular como son los husos neuro-musculares de Ruffini y los corpúsculos músculo-tendinosos de Golgi. Si la tendinitis es superficial puede apreciarse a simple vista una tumefacción que es dolorosa a la presión. No sucede lo mismo cuando se trata de una lesión profunda. La movilidad no está disminuida y el dolor no lo despierta el movimiento sino, repetimos, la contracción del músculo afectado. La radiología así como el laboratorio son negativos.

Hemos tenido ocasión de ver 30 casos de tendinitis de inserción. La mayoría las vimos la segunda quincena de junio, o sea, cuando hacía poco que habían empezado los entrenamientos fuertes de cara a los encuentros importantes de la temporada.

Según la localización anatómica las tendinitis vistas por nosotros se reparten de la siguiente forma:

En el hombro	20 casos
En el codo	6 »
En la ingle	3 »
En la rodilla	1 »

Según el estilo que en competición practican los nadadores afectos nos encontramos con el siguiente cuadro:

Crolistas	8	tendinitis de hombro
Espaldistas	8	» »
Mariposistas	1	» de rodilla
Bracistas	3	» de ingle
Waterpolistas	6	» de codo
Waterpolistas	4	» de hombro

El tipo de tendinitis concuerda en la mayoría de los casos con el estilo que el nadador habitualmente practica. Así las de hombro, que ocupan el mayor porcentaje afecta a espaldistas, crolistas y waterpolistas, gente que somete al hombro a un trabajo intenso en especial a los músculos rotadores (redondo menor, redondo mayor, suprespinoso, infraespinoso y subescapular).

No es raro encontrar dolorosa también la porción larga del bíceps a nivel de su corredera, esta tendinitis predispone a la rotura del tendón. En el hombro doloroso por tendinitis es necesario hacer el diagnóstico diferencial con varias afecciones:

Periartritis. — En ésta es doloroso el movimiento, aunque sea pasivo, no la contracción muscular como en la tendinitis. El dolor es más sordo.

Artritis. — Suele haber tumefacción y calor local. Afectación del estado general el más ligero movimiento despierta vivo dolor.

Bursitis. — Si ésta es profunda puede ser muy difícil de hacer diagnóstico diferencial. A veces al movilizar el hombro se puede percibir crepitación.

Neumitis. — En esta afección el diagnóstico es más difícil, el dolor es irradiado y existe un punto álgico muy vivo. Puede ayudarnos el antecedente de buzo o trabajador en cajones neumáticos.

El tratamiento a que se sometido a las tendinitis de hombro es el siguiente: tratamiento general con dexametasona por vía oral a razón de 4 mg. diarios durante tres días, otros tres con 3 mg. y finalmente 1 mg. al día durante dos días.

Mientras duró el tratamiento los nadadores han seguido entrenando sólo pies. Se han re-

suelto de una forma satisfactoria 5 de las 20 tendinitis de hombro con sólo este terapéutica. En las 15 restantes ante el fracaso de la corticoterapia oral les hemos sometido a onda ultracorta (radar) con un mínimo de 5 sesiones (de 15' cada uno) y un máximo de 8. Con este tratamiento fisioterápico los nadadores sometidos a él han ido entrenando de una forma suave. Los resultados han sido satisfactorios en 11 casos. Los otros 4 han sido tratados con infiltraciones locales de hidrocortisona a razón de 20 mg. dos veces por semana, en 3 casos remitió la sintomatología al llegar a la quinta infiltración, en uno persistieron las molestias aunque más atenuadas permitiéndole la competición.

En las tendinitis de ingle, todas ellas correspondientes a bracistas, el dolor se provocaba al efectuar la contracción de los abductores, encontrándose un punto selectivo a la presión a nivel de la rama isquio-pubiana, donde se insertan precisamente aquellos músculos. El tratamiento en este tipo de tendinitis ha sido desde un principio las infiltraciones locales con hidrocortisona. Se ha logrado la remisión de los síntomas antes de la cuarta infiltración en los tres casos.

Las tendinitis de codo las hemos visto sólo en waterpolistas. No se trataba de la clásica epicondilitis sino más bien de una epitrocleititis. Producidas por el giro que el waterpolista da al antebrazo (supinación muy forzada) al recoger la pelota del agua para tirar a gol o hacer un pase largo. Se han resuelto satisfactoriamente sin necesidad de sobrepasar las dos infiltraciones de hidrocortisona.

La tendinitis que observamos en una mariposista a nivel del borde externo de la rótula respondió favorablemente a las infiltraciones de córticoesteroides, después de haber fracasado el tratamiento por vía oral y la onda ultra-corta.

Es evidente que estas lesiones no tienen influencia decisiva en la vida deportiva del nadador, pero sí que son motivo suficiente, de no ser debidamente tratadas, para que éste no alcance el resultado previsto por el entrenador que lógicamente por su preparación física y clase debería haber obtenido.