

DEPORTE Y OTORRINOLARINGOLOGIA

La ilusión de la juventud es el récord. —
P. Azpiazu, S. J.

*La importante en la vida no es la victoria,
sino el esfuerzo; lo esencial no es haber vencido,
sino haber luchado bien.* — Barón Pierre
de Coubertin.

DR. A. CAMPMAJÓ - TORNABELL.

La vida actual con sus exigencias y su trepidante ambiente, plantea entre otros, un problema que debe ser atendido muy especialmente cara al futuro, con el fin de legar a las generaciones venideras un panorama mucho mejor y más racional por lo que al Deporte se refiere. Ya no se pretende únicamente desarrollar en la juventud las cualidades de la inteligencia, sino dotarles de facultades físicas, tan necesarias para el desarrollo y la vitalidad del ser humano, ya que la buena salud es el complemento de una cultura física, bien encaminada, lo cual redundará en la estética armoniosa y bella de un cuerpo bien proporcionado.

De sobra conocido de todos es el efecto de los ejercicios físicos para obtener una «euontia» psico-somática. E insitimos nuevamente en que tanto el Deporte como los ejercicios físicos deben ser imprescindibles en todas las edades, incluyendo por un igual a varones y hembras, aunque como es lógico con las debidas reservas en cuanto a su práctica más o menos violenta, más o menos intensa.

Tales prácticas, desarrolladas en el campo del Deporte, mediante una programación previa, inteligente y racional, han suscitado la imperiosa necesidad de una asistencia médica eficaz y coadyuvante del rendimiento físico de atletas y deportistas con deseos de perfeccionamiento, aspecto en el cual entraremos de nuevo.

Si partimos del concepto real de que en Medicina Deportiva, lo mismo que en cualquier disciplina médica el hombre debe ser tratado como un *conjunto único* que reacciona en el terreno fisio-patológico como un ente unido, parecería ilógico fragmentar su estudio en apar-

tados o capítulos de especialidades. Sin embargo, hoy en día, no digamos por parte de la especialización, sino incluso de la superespecialización nos llevan por otros senderos en los que pueden alcanzarse grandes conquistas y victorias, siendo este el motivo del presente estudio, en el cual intentaremos observar la Educación Física y el Deporte bajo el prisma de la Otorrinolaringología, sin olvidar el principio inicial de la unidad del ser humano.

Bajo el punto de vista práctico, nos permitiremos presentar unas bases o premisas esenciales que deben ser conocidas por el Médico Deportivo General, con el objeto de que puedan orientar al preparador o educador deportivo y sólo cuando el Médico Deportivo General dude ante determinado problema otorrinolaringológico, es cuando debe remitirse el examinado al Especialista.

Al entrar ahora en el apartado de la Otolología, recordaremos que el oído consta anatómicamente de tres partes: oído externo, oído medio y oído interno. Esta división nos permitirá destacar algunos datos de interés.

Nos parece prudente advertir que el Médico Deportivo General no puede, en condiciones normales, examinar por otoscopia el estado de la membrana timpánica para poder apreciar si existe una *perforación* de la misma, dato muy importante que debe ser tenido en cuenta. Decimos esto porque incluso muchas veces al propio otorrinolaringólogo le resulta difícil su reconocimiento; no obstante es de capital interés en una EXPLORACION DE BASE, detectar un

proceso ótico, antes de afirmar si un presunto aspirante puede dedicarse a la práctica de la natación, inmersión, etc.

La exploración del oído interno, en el cual como sabemos radica el órgano del equilibrio, también debe ser objeto de especial atención, ya que su alteración puede condicionar un *minus-vértigo* que afecte el equilibrio, esencial para un aspirante al alpinismo, esquí, ciclismo —particularmente en pista— automovilismo, etcétera. En tales casos el Médico Deportivo no debe esperar que el individuo presente un síndrome vertiginoso, aunque sea fugaz y a temporadas, sino descubrir, mediante adecuada anamnesis dichos estados de «minus-vértigo». Ahora bien, pretender que dichos estados, incipientes a veces, incluso ignorados o sin valor alguno para el deportista, puedan ser detectados por el Médico Deportivo General resulta difícil, por no decir imposible. Es entonces cuando el otorrinolaringólogo debe practicar un estudio vestibular (nistagmografía, pruebas calóricas, rotatorias, etc.), con el fin de catalogar debidamente el tipo de vértigo que presenta el individuo. A este fin insertamos al final de este trabajo una ficha de estudio otorrinolaringológico que puede ser rellenada fácilmente en la exploración de base, huyendo así de la mecánica exploratoria de por sí complicada que además representa una pérdida de tiempo, por lo que en caso de surgir un sujeto con positividad O. R. L. en su anamnesis, debe ser remitido al Especialista quien, con conocimiento de causa, completará debidamente la ficha.

Como síntomas y signos que el Médico Deportivo General puede detectar y que serán indicación de una otopatía, podemos señalar:

- La otorrea
- La otorragia
- La sordera
- Los zumbidos de oído
- El «minus vértigo» o inestabilidad
- Antecedentes de intervenciones óticas.

No es aquí lugar adecuado para comentar cada uno de los anteriores apartados ya que basta solamente con su enunciado, pero sí queremos destacar el que hace referencia a la alusión de intervenciones óticas, en el sentido de que el Médico Deportivo puede confundir algunas veces el efecto de la «intervención» sobre el oído, significando para él dicha operación la antigua trepanación o radical practicada en los procesos infecciosos del oído medio y mastoides, de determinados casos. Hoy en día las intervenciones de oído pueden dividirse en dos grandes grupos: Las Timpanoplastias y las Estapedectomías. Profundizar sobre las mismas resultaría un contrasentido en un estudio del pre-

sente tipo, por lo que sólo deseamos aclarar que las primeras, o sea las timpanoplastias representan las antiguas radicales de oído (es decir con un fondo infeccioso) y las segundas, o sea las estapedectomías, tienen por finalidad corregir la sordera otoesclerosa. En otras palabras, diremos en términos generales que si el individuo ha sido intervenido por un proceso infeccioso-supurativo, *no* puede practicar natación ni inmersión. En cambio si el sujeto ha sido intervenido por *sordera*, sin signos de otorrea, *puede* practicar tanto la natación como la inmersión.

La hipoacusia puede detectarse mediante una simple conversación mantenida con el sujeto y en caso de duda recurrir al uso de los clásicos diapasones o bien remitirlo al especialista para proceder a la práctica de un audiograma (ver ficha).

Precindimos aquí de la verdadera patología otológica o *Ludipatias* que pueden surgir o aparecer en el individuo durante la práctica de un determinado deporte, como ocurre a veces en la afectación del oído externo: Pueden presentarse los otohematomas del pabellón auditivo y en especial en la práctica del boxeo la llamada «oreja en coliflor» por los repetidos traumatismos que abocan en otohematomas e incluso pericondritis, que acaban por fin en la referida oreja en coliflor. También son corrientes las otitis externas llamadas vulgarmente «otitis de piscina», que pueden compararse a las conjuntivitis de dicho nombre y al pie de atleta, aunque de distinta etiopatogenia, pero cada día afortunadamente más en tránsito de desaparición por el control riguroso en el aspecto higiénico sanitario de piscinas y dependencias anejas, así como de la buena educación y formación de los deportistas. Asimismo se presentan las otitis medias agudas en la práctica de la natación (la mayoría de las veces por mal funcionalismo de la trompa de Eustaquio) y los barotraumatismos óticos provocados por la inmersión submarina. Frente a estos cuadros de otitis media o externa queremos indicar un camino a seguir: Ante todo *abstenerse* de toda manipulación en el conducto auditivo externo, así como la aplicación de las tan socorridas «gotas», en general siempre poco indicadas por no decir contraproducentes, aconsejamos únicamente en estos casos la aplicación de antibióticos, analgésicos y en ocasiones corticoides.

En nuestro afán de aclarar conceptos, haremos unas breves consideraciones sobre el llamado barotraumatismo por inmersión, tanto ótico como sinusal.

La patología de las cavidades aéreas de nuestro organismo, viene regida por la Ley de Ma-

riotte que dice: «El volumen ocupado por un gas es inversamente proporcional a la presión del medio envolvente».

Sabemos que las cavidades anatómicamente adaptables por su flexibilidad no presentan problema pues se deforman sin consecuencias —es-tómago, pulmones, etc.—. No así las cavidades rígidas por su envoltura ósea, como son el oído medio y los senos faciales.

Toda la patogenia de los fenómenos barotraumáticos viene determinada por la patología de los orificios que ponen en comunicación las cavidades rígidas (oído medio y senos) con la rinofaringe, digamos trompa de Eustaquio y «ostiums» de desagüe sinusal.

Dejando aparte un buen funcionalismo de la trompa de Eustaquio, es preciso tener en cuenta otros factores, como son:

Velocidad de compresión elevada

Falta de entrenamiento, y

estados de *Ludiponosis*, es decir la fatiga que aparece por el trabajo deportivo. Esos traumatismos a que nos referimos son mucho más frecuentes en la zona auditiva que en la sinusal. La profilaxis o prevención de los mismos bajo el punto de vista médico y del preparador físico obedecerá a tres premisas:

Selección

Entrenamiento

Precauciones.

La Selección del individuo incumbe por completo al Médico. El entrenamiento consistirá en aconsejar dos proceder: La conocida manobra de Valsalva y la deglución, con movimientos de diducción de las mandíbulas. Por fin en la sección de Precauciones, citaremos: Las rinitis y rinofaringitis agudas, antecedentes de barotraumatismos, así como la proscripción en el uso de tapones protectores del oído de cualquier especie, puesto que en semejantes circunstancias se forma una cámara de aire entre el tímpano y dicho tapón, es decir una colección aérea extratimpánica que no puede equilibrarse al descender el sujeto, quedando éste en depresión con el mundo exterior. Es entonces cuando la equilibración de los oídos es muy difícil de efectuar, abombándose la membrana timpánica pudiendo llegar a romperse, con lo cual se ocasiona la perforación timpánica con todas sus consecuencias.

Unas palabras solamente referidas al uso de fármacos vasoconstrictores, basadas en la creencia de que una buena permeabilidad nasal asegura la profilaxis del barotrauma ótico. En la práctica se observa que los sujetos refriados hacen uso de unos «sprays» con el fin de evitar el referido barotrauma ótico, pero con ello no puede lograrse; el «spray» viene únicamente indicado para mejorar la ventilación de los se-

nos y nada más. A este respecto conviene controlar el uso de inhaladores a base de amfetamina, con el objeto de evitar un posible *ludifraude* (doping).

Pasando al terreno rinológico cuya denominación es mejor como rino-sinusal, ya que hoy en día no se comprende ni bajo el punto de vista anatómico-fisiológico y casi podríamos decir terapéutico, la división o separación de ambos órganos, interesa conocer aquellos trastornos que pueden afectar en ocasiones dicho conjunto en la práctica de un determinado deporte.

Sabemos todos que la verdadera respiración bucal debe considerarse como anómala y anti-fisiológica. Sin embargo personalmente no comprendemos y así se lo hemos comunicado a nuestros compañeros neumólogos, como en el estudio del funcionalismo pulmonar (capacidad vital, etc.) la espirometría se practica a través de la boca y no por las fosas nasales, como debería ser.

No olvidemos que una premisa fundamental para el deporte y muy especialmente en la mayoría de ellos es la de una perfecta respiración, que aparte el debido entrenamiento, requiere la supresión de todos aquellos obstáculos que se opongan a la entrada fisiológica del aire a nivel de las fosas nasales. Por eso la práctica de la espirometría realizada por vía bucal, suscita en nosotros una duda que siempre nos ha asaltado y que muy bien podría ser motivo de reflexión y estudio en el campo de la Medicina Deportiva.

Otro examen rutinario en la práctica común de un presunto deportista es el de averiguar el estado de su respiración a través de las fosas nasales, sólo con la prueba del llamado espejo de Glatzel y aceptar una buena permeabilidad de dichas fosas por la condensación del aire espirado sobre la superficie brillante de la lámina metálica y subrayamos *espirado*, porque en dicha prueba sólo se obtiene la respiración en su tiempo espiratorio y no en el inspiratorio, que resulta ser el más importante, puesto que al existir un obstáculo o resistencia nasal al paso del aire (por una desviación del tabique, una hipertrofia de cornetas, o unas vegetaciones adenoides, etc.), dicha resistencia sólo se presenta en el momento inspiratorio y no a la salida del aire; por ello, aunque el examen sea positivo en el sentido de que aparezca el empañamiento de la lámina, no significa que la ventilación nasal sea perfecta. Todas estas dudas nos llevan de la mano al conocimiento de la llamada Rinomanometría eléctrica, mediante la cual se obtiene un trazado gráfico de la respiración con la representación de los volúmenes inspiratorios y espiratorios.

En una palabra, para el Médico Deportivo

general, el espejo de Glatzel puede aceptarse, pero no sin ciertas reservas y cuando un preparador físico encuentre dificultades en relación al progreso deportivo de un sujeto, que pueden ser atribuidas a un déficit respiratorio, se impone la revisión por el especialista en O. R. L., al objeto de practicar una Rinomanometría eléctrica, o cuando menos examinarle por medio de otro mecanismo menos complicado que pasaremos a describir, el cual resulta de fácil ejecución y de poco coste. El aparato a que nos referimos consiste en un simple tubo de vidrio en forma de U cuyo interior contiene un líquido coloreado que sigue los movimientos tanto inspiratorios como *espiratorios* del sujeto, a quien se coloca a la entrada de la fosa nasal una oliva que comunica con un tubo de goma y éste a su vez al tubo de vidrio en forma de U, el cual está adscrito a una determinada graduación del tablero que los sostiene entre cuyos límites normales o de anormalidad oscilará el líquido contenido en el tubo (Ver figura 1).



Figura 1

También en el apartado de Rinología que nos ocupa, queremos dar una breve pauta o norma para destacar aquellos indicios que puedan poner en guardia al Médico Deportivo general y que sean susceptibles de anotar en la ficha O. R. L. Dichos datos pueden ser:

- Deformaciones nasales externas
- Antecedentes de traumatismos nasales
- Dificultad respiratoria nasal
- Rinorrea
- Hidrorrea (¿alergia?)
- Tendencia a epistaxis
- Algias cráneo-faciales (¿sinusitis?).

Algunos de los datos que anteceden pueden orientar o sospechar la presencia de una rinosinusopatía y debe ser cuando puede remitirse el sujeto al O. R. L. para que éste pueda despistar una posible desviación del tabique nasal, una hipertrofia de cornetes, una rinitis de tipo alérgico, una sinusitis, etc., etc., por medio del examen rinoscópico, radiográfico, rinomanométrico, etc. En este apartado rinológico y en el capítulo de las *Ludipatias* pueden ocasionarse fracturas nasales (motivo de mala respiración nasal), epistaxis debidas a cambios bruscos de presión o traumas y los llamados barotraumatismos de los senos faciales por inmersión submarina, ya citados.

En cuanto a las fracturas nasales, si se trata simplemente de los huesos de la nariz, diremos que como cosa primordial ha de tenerse muy en cuenta la reducción precoz, *cuanto antes mejor*, a ser posible que no hayan transcurrido 48 horas, ya que pasado dicho período la reducción se hace más difícil y complicada y caso de ser abandonada será uno de los motivos de mala respiración nasal ocasionando a su vez un bajo rendimiento físico de quien las padece e imponiéndose por fin para subsanarlas, prácticas quirúrgicas más complicadas del tipo de resección del tabique nasal, septoplastias y rinoplastia (Ver figura 2).

Las epistaxis deben ser tratadas según su intensidad, ya por medio de taponamiento nasal anterior, en general suficiente si se adicionan fármacos vasoconstrictores tipo adrenalina, y caso de no remitir el cuadro debe procederse a un taponamiento antero-posterior, merced a la colocación de una turunda de gasa atada a una seda fuerte que se coloca en la coana sangrante, cuya seda emerge por la ventana nasal anterior y procediendo a renglón seguido con un taponamiento anterior. El referido taponamiento debe mantenerse por espacio de 3 - 4 - 5 días, según los casos, y siempre bajo la protección de antibióticos. Personalmente no confiamos por

entero en estos caso con los coagulantes (Ver figura 3).

Los barotraumatismos sinusales, sólo precisan de tratamiento antibiótico y corticosteroides.

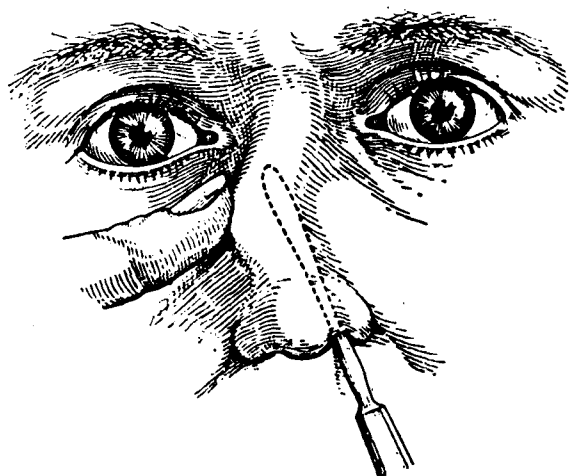


Figura 2

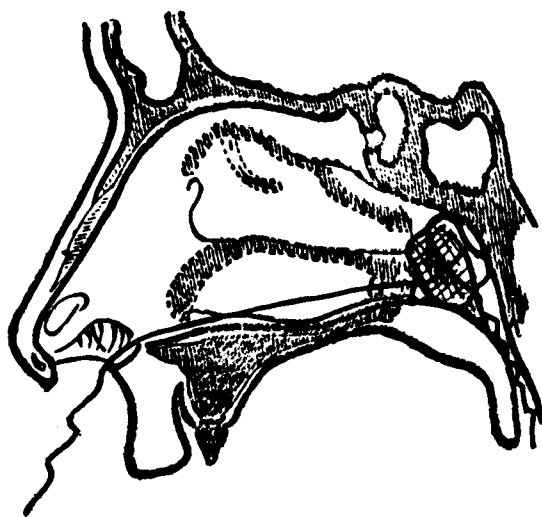


Figura 3

Por fin en el campo faringo-laríngeo, casi podríamos decir que el único interés de su patología puede estar cifrado en el estado de las amígdalas palatinas, con su intrincado y difícil concepto de tipo «focal», en la eclosión de una serie de procesos morbosos que no son de tratar en el presente estudio.

Los traumas de la región faringo-laríngea pueden manifestarse con fracturas del hueso hioides y del cartílago tiroides, afortunadamente muy raros, frente a los cuales debe actuarse con una rápida traqueotomía de urgencia si el caso lo requiere y si por el contrario el caudro no compromete la respiración del paciente, administrar antibióticos y corticoides ingresándolo en clínica dispuestos en cualquier momento a una eventual traqueotomía.

Sin embargo hallándonos dentro del campo de la Medicina Deportiva, donde la rehabilitación tiene el máximo interés, nos parece curioso destacar una faceta algo descuidada en España, cual es el problema que presentan los laringectomizados totales por neoplasias malignas, quienes en países extranjeros se agrupan en clubs, donde practican actos de convivencia social, rehabilitación laboral e incluso algunos deportes como son el billar, el tenis de mesa, el ajedrez, la pesca, el tiro, todo ello favoreciendo de forma directa la discapacidad que sufren dichos operados.

A título informativo o de orientación y caso de intentar el proyecto de un Servicio de Otorrinolaringología con miras prácticas y de auténtica formación Médico-Deportiva, consideramos que puede incluirse el siguiente utillaje, siempre sobre una base de «alto nivel» profesional:

Instrumental corriente y normal de exploración O. R. L.

Rinomanometría eléctrica

Audiometría

Nistagmografía

Sillón pendular

Estimulador calórico transistorizado

Olfatometría cuantitativa y cualitativa

Microscopio exploratorio

Radiodiagnóstico

Estroboscopia.

OTORRINOLARINGOLOGIA GENERAL

Apellidos:
 Nombre:
 Edad: Deporte:

Fecha de examen:

OTOLOGIA

OTORREA
 OTORRAGIA
 SORDERA
 ZUMBIDOS DE OIDO
 «MINUS VERTIGO» O INESTABILIDAD
 INTERVENCIONES OTICAS.

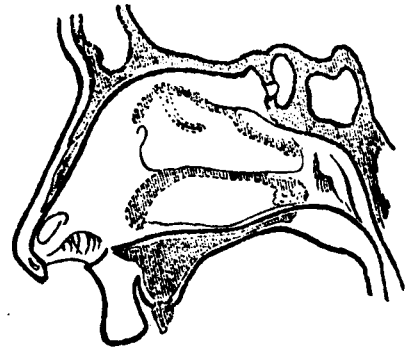
RINOLOGIA

DEFORMIDADES NASALES EXTERNAS
 TRAUMATISMOS NASALES
 DIFICULTAD RESPIRATORIA NASAL
 EPISTAXIS
 RINORREA
 HIDRORREA
 ALGIAS CRANEO-FACIALES.

FARINGO-LARINGOLOGIA

AMIGDALITIS DE REPETICION
 AMIGDALECTOMIZADO
 DISFONIA O RONQUERA.

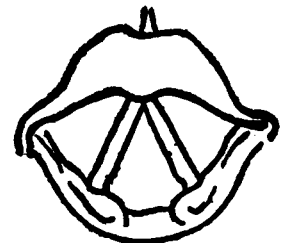
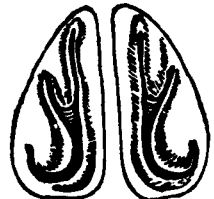
OTORRINOLARINGOLOGIA ESPECIAL.



FREC.

	128	256	512	1024	2048	4096	6144	8192	12288
10									
0									
10									
20									
30									
40									
50									
60									
70									
80									
90									
100									

Obs.



DIAGNOSTICO:
PLAN TERAPEUTICO:
CONTRAINDICACIONES:
OBSERVACIONES: