

Lesions meniscals en porters de futbol-sala (un mecanisme lesional específic)

Lesiones meniscales en porteros de fútbol-sala (un mecanismo lesional específico)

J. Ardevol; J. Sambola; M. Albanell; F. Baños; C. Bestit (†)

RESUMEN

Durant la temporada 1991-92, els tres porters d'un equip de Futbol-Sala de Divisió d'Honor de la Lliga Nacional, van patir lesions meniscals de diferent gravetat. El mecanisme lesional es va relacionar amb la pràctica d'una nova posició defensiva per part dels guardametes, que havia introduït l'entrenador. Ni en temporades anteriors, ni amb posterioritat a l'eliminació de la posició, s'han detectat meniscopaties en els porters. La postura consisteix en col·locar les cames en genuflexió d'una d'elles i l'altre en àngul de 90°, tronc vertical i braços separats; amb això es consegueix cobrir una gran àrea de la porteria. Aquest treball pretén cridar l'atenció sobre el perill del nou moviment per els porters de Futbol-Sala. Constitueix tanmateix un exemple de que la incorporació de nous gestos tècnics, pot ser causa de lesió. Els metges i fisioterapeutes de l'esport i els preparador físics tindrien que ser capaços de reconèixer aquells gestos que poguessin constituir mecanismes lesionals, i assessorar a tècnics i esportistes per prevenir lesions específiques de l'esport.

Paraules clau

Futbol-Sala, porter, lesió meniscal de genoll.

RESUMEN

Durante la temporada 1991-92, los tres porteros de un equipo de Fútbol-Sala de División de Honor de la Liga Nacional, sufrieron lesiones meniscales de distinta gravedad. El mecanismo lesional se relacionó con la práctica de una nueva posición defensiva por parte de los guardametas, que había introducido el entrenador. Ni en temporadas anteriores, ni con posterioridad a la eliminación de la posición, se han detectado meniscopatías en los porteros. La postura consiste en colocar las piernas en genuflexión de una de ellas y la otra en ángulo de 90°, tronco vertical y brazos separados; con ello se consigue cubrir una gran área de portería. Este trabajo pretende llamar la atención sobre el peligro del nuevo movimiento para los porteros de Fútbol-Sala. Constituye asimismo un ejemplo de que la incorporación de nuevos gestos técnicos, puede ser causa de lesión. Los médicos y fisioterapeutas del deporte y los preparadores físicos deberían ser capaces de reconocer aquellos gestos que pudieran constituir mecanismos lesionales, y asesorar a técnicos y deportistas para prevenir lesiones específicas del deporte.

Palabras clave

Fútbol-Sala, portero, lesión meniscal de rodilla.

El Futbol-Sala es un deporte que se practica desde hace muchos años. No ha estado hasta hace 6 ó 7 años, con la creación de la "Liga Nacional de Fútbol-Sala", cuando ha aparecido la vertiente de alto rendimiento (Semi-profesional).

El fútbol-Sala es un deporte que se practica desde hace muchos años. Pero no ha sido hasta hace 6 ó 7 años, con la creación de la Liga Nacional de Fútbol-Sala, cuando ha aparecido la vertiente de alto rendimiento (Semiprofesional).

En tot esport en el que existeix la figura del porter, es considera que aquest ha de tenir unes característiques tècniques i tàctiques diferents a la resta del equip. Aquesta especificitat es demostra en una patologia pròpia (artritis traumàtica dels dits de la mà, bursitis als colzes...). En el Futbol-Sala el lloc del Porter es clau pel rendiment de l'equip, màxim si tenim en compte l'actual reglament.

Les dimensions del camp són de 20 x 40 m, i la porteria medeix 3 m d'ample per 2 m d'alçada. La superfície de joc és variable (parquet, linóleum, gespa artificial...). Hi ha 4 jugadors de camp i un porter. Aquestes característiques fan que el porter intervingui en el joc un gran nombre de cops, algunes d'elles en situació de "u contra u". Hi ha dos aspectes més a considerar. Primer, que quan l'equip acumula 5 faltas, el contrari pot xutar directament i sense barrera a la porteria. Segon, que el porter té penalitzar sortir de la seva àrea (limitada a 6 m), amb falta pel seu equip i, de vegades, amb tarja groga.

Totes aquestes característiques de joc obliguen al porter a cercar estratègies que li permetin cobrir la màxima àrea possible de la seva porteria. Així, doncs, ha sorgit la posició que descriurem i que sembla tenir el seu origen al Brasil.

La cama que defensa el primer pal està amb el genoll aixecat en flexió de 90° i el peu a terra. La cama que defensa el segon pal també té el genoll amb flexió de 90°, però recolzada a terra. Les dos extremitats inferiors estan en el pla frontal, i el tronc es troba vertical, girat cap a l'atacant. Els braços

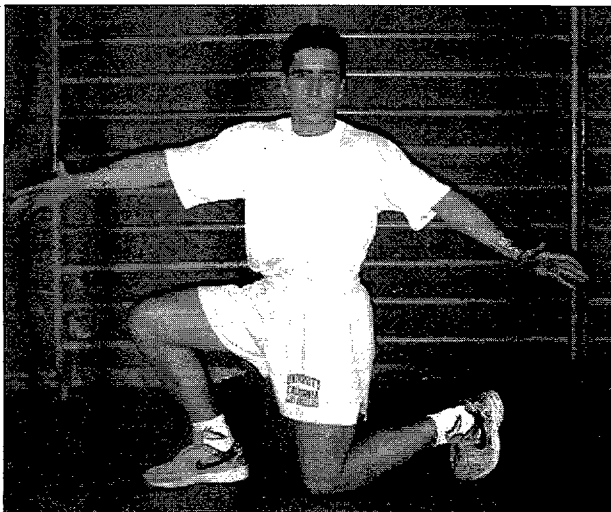


Figura 1: Posició del porter introduïda la temporada 91-92. L'objectiu de la nova posició es cobrir la màxima àrea de la porteria.

Figura 1: Posición del portero introducida la temporada 91-92. El objetivo de la nueva posición es cubrir la máxima área de la portería.

En todo deporte en el que existe la figura del portero, se considera que éste debe tener unas características técnicas y tácticas distintas al resto del equipo. Esta especificidad se demuestra en una patología propia (Vgr.: artritis traumática en dedos de las manos, bursitis en codos...). En el Fútbol-Sala el puesto de portero es clave para el rendimiento del equipo, máxime si tenemos en cuenta la reglamentación actual.

Las dimensiones del campo son de 20 x 40 m, y la porteria mide 3 m de ancho por 2 m de alto. La superficie de juego es variable (parquet, linoleum, césped artificial...). Hay 4 jugadores de campo y un portero.

Estas características hacen que el portero intervenga en el juego en gran número de ocasiones, algunas de ellas en situación de "uno contra uno". Hay dos aspectos más a considerar. Primero, que cuando el equipo acumula 5 faltas, el contrario puede chutar directamente y sin barrera a porteria. Segundo, que el portero tiene penalizado salir de su área (limitada a 6 m), con falta para su equipo y, en ocasiones, con tarjeta amarilla.

Todas estas características de juego obligan al portero a buscar estrategias que permitan cubrir la mayor área posible de su porteria. Así a surgido la posición que describiremos, cuyo origen parece ser Brasil.

La pierna que cubre el primer palo está con la rodilla elevada en flexión de 90° y pie en el suelo. La pierna que cubre el segundo palo también tiene la rodilla en flexión de 90°, pero apoyada en el suelo. Las dos extremidades inferiores están en el plano frontal, y el tronco se halla vertical, rotado hacia el atacante. Los brazos están a 90° de abducción con codo en semiflexión (Figura 1). A esta posición se llega de forma estática, para cubrir el chut de una falta directa sin barrera, o bien de forma dinámica, ante el contraataque de un contrario. La postura finaliza de forma dinámica, para intentar detener el balón dirigido a porteria (Figura 1).

Casos clínicos

Hemos revisado la casuística lesional de un equipo de Fútbol-Sala de División de Honor de la Liga Nacional desde la temporada 1989-90 hasta la 1992-93. No hemos hallado ningún tipo de patología meniscal en los porteros, excepto en la temporada 91-92, coincidiendo con la introducción de la nueva posición defensiva para los guardametas, indicada por un entrenador recién incorporado. Los tres porteros de la plantilla sufrieron lesiones relativas a los meniscos que ahora detallamos.

– M.A., 24 años. El 9/10/91 sufre una entorsis de rodilla derecha al practicar la postura defensiva, presentando dolor selectivo en la interlínea femorotibial externa. Posteriormente aparecen derrames sinoviales de repetición. En la artroscopia se apre-

estan a 90° d'abducció amb els colzes en semiflexió (Figura 1). A aquesta posició s'arriba de forma estàtica, per aturar el xut d'una falta directa sense barrera, o bé de forma dinàmica davant del contratac d'un contrari. La postura finaliza de forma dinàmica a l'intentar aturar la pilota dirigida cap a la porteria (Figura 2). L'objectiu d'aquesta posició es cubrir la màxima àrea possible de la porteria.

Casos clínics

Hem revisat la casuística lesional d'un equip de Futbol-Sala de la Divisió d'Honor de la Lliga Nacional des de la temporada 1989-90 fins a la 1992-93. No hem trobat cap tipus de patologia meniscal en els porters, tret de la temporada 91-92, coincidint amb l'introducció de la nova postura defensiva pels porters, que va ser indicada per un entrenador recentment incorporat. Els tres porters de la plantilla varen patir lesions meniscals que seguidament detallarem.

– M.A., 24 anys. El 9/10/91 pateix una entorsi del genoll dret al practicar la postura defensiva, presentant dolor selectiu a l'interlínia femorotibial externa. Posteriorment apareixen embassaments sinovials de repetició. A l'artroscòpia s'aprecia ruptura del menisc extern, practicant-se meniscectomia parcial artroscòpica.

– O.F., 21 anys. El 30/9/91 efectua una entorsi del genoll dret seguit de bloqueig articular i dolor a l'exploració del menisc intern. En l'artroscòpia s'aprecia ruptura en nansa de galleda del menisc intern. Es va practicar meniscectomia parcial artroscòpica.

– A.C. 21 anys. El 5/2/92 fa una sortida defensiva amb entorsi del genoll esquerra. Apareix dolor a l'exploració del menisc extern. El tractament antiinflamatori es segueix de rehabilitació i electroteràpia, evolucionant correctament i essent donat d'alta en tres setmanes.

Discussió

L'eficàcia de la nova posició defensiva del porter de Futbol-Sala ve determinada per la major àrea de cobertura de la porteria que proporciona (Figura 1). Des de que va ser introduïda en el equip, es repeteix en un gran nombre d'ocasions per aconseguir l'automatització. En aquesta fase de l'aprenentatge es varen produir dues de les lesions: la tercera va passar en la fase de competició.

El mecanisme de producció de les lesions meniscals pot ésser doble, segons es tracti d'arribar o de sortir de la posició defensiva (Figura 2). Per arribar a la posició, la cama que defensa el primer pal efectua un varus i rotació externa del genoll, i la que cobreix el segon pal efectua un valgus i rotació interna. La sortida de la posició implica valgus i rotació interna del genoll del primer pal, i varus amb rotació externa del genoll del segon pal.

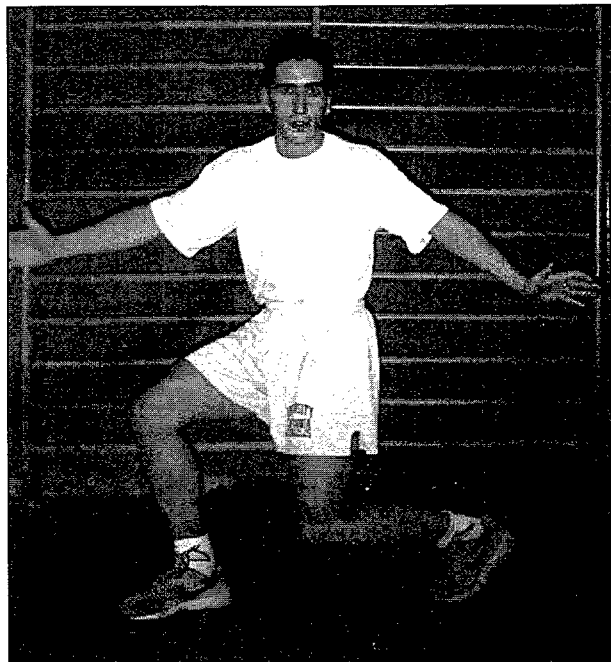


Figura 2: Situació intermedia en l'arribada o sortida dinàmica de la posició.

Figura 2: Situación intermedia en la llegada o salida dinámica de la posición.

cia ruptura del menisco externo, practicándose meniscectomia parcial artroscòpica.

– O.F., 21 años. El 30/9/91 efectúa entorsis de la rodilla derecha seguida de bloqueo articular y dolor a la exploración del menisco interno. En la artroscopia se aprecia ruptura en asa de cubo del menisco interno. Se practicó meniscectomia parcial artroscòpica.

– A.C., 21 años. El 5/2/92 efectúa una salida defensiva con entorsis de rodilla izquierda. Aparece dolor en la exploración del menisco externo. El tratamiento antiinflamatorio se sigue de rehabilitación y electroteràpia, evolucionando correctamente y siendo dado de alta en tres semanas.

Discusión

La eficacia de la nueva posición defensiva del portero de Fútbol-Sala viene determinada por la mayor área de cobertura de porteria que proporciona (Figura 1). Desde que fue introducida en el equipo, se repitió gran número de veces para conseguir la automatización. En esta fase de aprendizaje se produjeron dos de las lesiones; la tercera ocurrió durante la fase de competición.

El mecanismo de producción de las lesiones meniscals puede ser doble, según se trate de lle-

Aquests mecanismes de torsió poden afavorir tant l'afectació meniscal interna com l'externa.

Conclusions

1. Des de l'introducció de la nova posició defensiva per a els porters, tots els jugadors d'aquesta demarcació de l'equip esmentat han patit lesions meniscals. Això ha influït molt negativament en el rendiment de l'equip, a més del patiment personal que implica qualsevol tipus de lesió.

2. La biomecànica del mecanisme de torsió pot afectar tant el menisc extern com a l'intern, provocant en ells hipersol·licitacions a l'executar la nova postura.

3. Abans de la temporada 91-92, en la que es va introduir la nova posició, no s'havia produït cap tipus de lesió meniscal en els porters. En la temporada 92-93 es va eliminar la pràctica de la posició, no detectant-se cap altre meniscopatia.

4. El metge d'equip, el fisioterapeuta esportiu i el preparador físic, han de conèixer i descobrir aquells moviments que efectuats repetidament, puguin ser causa de lesió, valorant les estructures anatòmiques no preparades per a patir sol·licitacions mecàniques inadequades. Aquests professionals haurien d'assessorar als entrenadors i esportistes sobre els mètodes que permetin contrarestar els efectes nocius dels gestos potencialment perillosos i, si cal, aconsellar d'eliminar la pràctica d'aquests gestos, malgrat l'eficiència esportiva dels mateixos.

REFERENCIES DE TEXTE

Revisades les bases de dades mèdiques de l'Index Medicus i Medline, no hem trobat cap referència d'aquests tipus de lesions en porters de Fútbol-Sala.

gar o de sortir de la posició defensiva (Figura 2). Para llegar a la posición, la pierna que cubre el primer palo efectúa un varo y rotación externa de la rodilla, y la que cubre el segundo palo efectúa un valgo y rotación interna. La salida de la posición implica valgo y rotación interna de la rodilla del primer palo, y varo y rotación externa de la rodilla del segundo palo.

Estos mecanismos torsionales pueden favorecer tanto la afectación meniscal interna como la externa.

Conclusiones

1. Desde la introducción de la nueva posición defensiva para los porteros, todos los jugadores de esta demarcación del equipo mencionado han sufrido lesiones meniscales. Ello ha influenciado muy negativamente el rendimiento del equipo, además del padecimiento personal que implica cualquier tipo de lesión.

2. La biomecánica del mecanismo torsional puede afectar tanto al menisco externo como al interno, ejerciendo sobre ellos hipersolicitaciones al ejecutar la nueva postura.

3. Antes de la temporada 91-92, en la que se introdujo la nueva posición, no se había producido ningún tipo de lesión meniscal en los porteros. En la temporada 92-93 se eliminó la práctica de la posición, no detectándose ninguna meniscopatia.

4. El médico del equipo, el fisioterapeuta deportivo y el preparador físico, deben conocer y descubrir aquellos movimientos que, efectuados repetidamente, pueden ser causa de lesión, valorando las estructures anatómicas no preparadas para sufrir sollicitaciones mecánicas inadequadas. Estos profesionales deberían asesorar a entrenadores y deportistas sobre los métodos que permitan contrarestar los efectos nocivos de los gestos potencialmente peligrosos, y, en su caso, aconsejar la eliminación de la práctica de dichos gestos, a pesar de la eficiencia deportiva de los mismos.

REFERENCIAS DE TEXTO

Revisadas las bases de datos médicos del Index Medicus i Medline, no se ha encontrado ninguna referencia sobre este tipo de lesiones en porteros de Fútbol-Sala.