

LESIONES DEPORTIVAS: DIAGNÓSTICO, PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO

SPORTS INJURIES: DIAGNOSTICS, PREVENTION AND TREATMENT

P-26. RADIOFRECUENCIA MONOPOLAR CAPACITIVA / RESISTIVA 448 KHZ (INDIBA® ACTIV THERAPY) EN EL TRATAMIENTO REHABILITADOR DE LESIONES DE LA MUSCULATURA ISQUIOTIBIAL DERIVADAS DE LA PRÁCTICA DEPORTIVA

Arnedo F¹, Andreu A¹, Till L¹, Sendrós S², Hellín S¹.
¹Servicio Médico Fútbol Club Barcelona (FCB). Departamento de Fisioterapia y Rehabilitación, ²Departamento Médico INDIBA S.A.

Introducción: La práctica del deporte profesional conlleva una significativa incidencia de lesiones musculares. El tratamiento conservador proporciona resultados funcionales aceptables, pero un abordaje inadecuado puede retardar la reintegración del atleta a su actividad. Por ese motivo se plantea la necesidad de disponer de protocolos de tratamiento que permitan la plena recuperación en el menor tiempo posible. La radiofrecuencia monopolar capacitiva/resistiva (RFM CAP/RES), INDIBA® *activ Therapy*, es una técnica terapéutica bien conocida y utilizada en medicina deportiva y rehabilitación. Trabajando a una frecuencia de 448 kHz se basa en la integración de una terapia manual con diatermia profunda, optimizando los resultados.

El objetivo de este trabajo es analizar la eficacia, seguridad e inocuidad de esta técnica en la recuperación de lesiones musculares de pacientes tratados en el servicio de rehabilitación del FCB durante el periodo de estudio, comparándolo con el tratamiento estándar de pacientes con idéntico diagnóstico y gravedad basal.

Material y métodos: Se seleccionaron 23 pacientes de entre 18 y 35 años de edad, deportistas en activo y con lesión de musculatura isquiotibial (distensión o rotura fibrilar grados I y II), con una antigüedad comprendida entre 2 y 7 días y un EVA basal superior a 2. Se descartó la existencia de enfermedad neurológica, enfermedad inflamatoria sistémica o metabólica y haber realizado tratamiento de rehabilitación por el mismo motivo en un intervalo de tiempo inferior a 12 meses. Se definió un grupo de tratamiento experimental y sus resultados se compararon con el protocolo habitual del Servicio.

La valoración médica incluyó los controles realizados en el momento basal, durante el tratamiento (sesiones 4, 9 y 12) y al finalizar el mismo. La exploración basal incluyó un control ecográfico con confirmación diagnóstica así como un análisis funcional de la extremidad, incluyendo exploración y valoración de la movilidad. El tratamiento consistió en un total de 12 sesiones, con un equipo INDIBA *activ ProRecovery* HCR 902. Se cuantificaron los días necesarios para la recuperación así como los de baja deportiva.

Resultados: Los resultados obtenidos se analizan según el tipo de práctica deportiva. Se registraron un 73% de resultados

buenos y un 27% de regulares. No se registró ningún resultado nulo o abandono del tratamiento. El control ecográfico reveló en general una rápida mejora de las lesiones tratadas y reducción del edema y del hematoma.

Conclusiones: La RFM CAP / RES 448 kHz (INDIBA® *activ Therapy*) ha demostrado ser un tratamiento eficaz, inocuo y seguro en el tratamiento de las lesiones musculares isquiotibiales agudas. Favorece la rápida aceleración del proceso de recuperación muscular y una incorporación más precoz a la práctica deportiva. El control ecográfico muestra una buena evolución y rápida recuperación de la lesión.

Palabras clave: Radiofrecuencia monopolar capacitiva/resistiva. 448kHz. Isquiotibiales. Rehabilitación. INDIBA® *activ Therapy*.

P-28. RADIOFRECUENCIA MONOPOLAR CAPACITIVA / RESISTIVA 448 KHZ (INDIBA® ACTIV THERAPY) EN EL TRATAMIENTO DE LESIONES MÚSCULO-TENDINOSAS

Sust F¹, Linde X¹, Sendrós S², Figueras G², Til LI¹.
¹A Departamento de Fisioterapia del CAR, Sant Cugat del Vallès, ²Departamento médico INDIBA S.A.

Introducción: Las lesiones de tejidos blandos tienen una alta prevalencia en la práctica deportiva de alta competición y demandan tratamientos de rehabilitación efectivos capaces de restituir rápidamente al deportista a su práctica habitual.

La Radiofrecuencia Monopolar Capacitiva/Resistiva (RFM CAP/RES) a 448 kHz, (método INDIBA® *activ Therapy*) es una técnica de rehabilitación ampliamente utilizada.

Su mecanismo de acción combina acciones, *atérmicas*, por acción directa de la corriente sobre los tejidos y *térmicas*, por incremento localizado de la temperatura. Se consigue una bioestimulación, vascularización e hiperactivación tisular, que acelera el propio procedimiento de recuperación fisiológica del organismo.

En el CAR, se incluye la técnica junto con otras terapias de rehabilitación desde 2009 con resultados satisfactorios. Se presenta un análisis preliminar de efectividad y seguridad en el tratamiento de rehabilitación de las lesiones musculares y tendinosas.

Material y Métodos: 37 pacientes (20 hombres y 17 mujeres) de entre 18 y 34 años de edad. Deportistas de alto rendimiento (17 disciplinas deportivas) recibieron tratamiento con un equipo de RFM CAP / RES INDIBA *activ ProRecovery* HCR 902, de 448 kHz según pautas de aplicación preconizadas y un número de sesiones ajustadas al diagnóstico lesional y su gravedad. Se per-

mitió el uso de tratamiento farmacológico en caso de necesidad. Se analizaron las variables: sexo, edad, diagnóstico, deporte practicado y número de sesiones y su relación con la efectividad valorada según escala analógica objetiva de 0 (resultado nulo) a 5 (óptimo),

Resultados: Se registró una eficacia ≥ 3 en un 83,78% de la muestra. Los mejores resultados (eficacia 5) se han obtenido en el grupo de 31-35 años (vs subgrupos 18-24 y 25-30), en varones (55%) mejor que en mujeres (29%) para la mejor valoración (eficacia 5), si bien el conjunto de resultados buenos + muy buenos (eficacias 4+5), no ofreció diferencia entre sexos (75 vs 71% respectivamente). Las patologías musculares obtienen una mejor valoración (grado 5) final (61%) frente a las tendinosas (32%), si bien, de nuevo, la valoración buena + muy buena la alcanzaron el 70% de los pacientes. El número de sesiones afecta significativamente a los resultados: eficacia media 3,7 en pacientes que recibieron 1 - 3 sesiones, frente a 3,8 y 4,2 los que recibieron 4-5 ó más de 5 respectivamente. El tratamiento fue muy bien tolerado en todos los casos.

Conclusiones: La Radiofrecuencia Monopolar Capacitiva/Resistiva a 448 kHz, (método INDIBA® *activ Therapy*) es una alternativa eficaz y segura en el tratamiento rehabilitador de las lesiones de tejidos blandos derivados de la práctica deportiva. Se registraron buenos resultados en los dos tipos de lesiones, si bien mejores en las lesiones musculares frente a las tendinosas. El número de sesiones afecta a la evolución de los resultados.

Palabras clave: Radiofrecuencia monopolar capacitiva resistiva. 448kHz. CAR. Rehabilitación.

P-29. INCIDENCIA LESIVA EN JUGADORES UNIVERSITARIOS DE VÓLEY PLAYA

Penichet-Tomás A, Cejuela-Anta R, Jiménez-Olmedo JM, Martínez-Carbonell JA, Pérez-Turpín JA, Chinchilla-Mira JJ.

Área Educación Física y Deportiva. Departamento Didáctica General y Didácticas Específicas. Universidad de Alicante.

Introducción: La gran exigencia física que requiere el vóley playa y la superficie inestable donde se lleva a cabo hace que en este deporte puedan interferir posibles lesiones en los deportistas. Sí es cierto que estudios anteriores han investigado sobre los tipos de lesiones más comunes en vóley playa. La finalidad de este estudio, además de identificar los patrones lesivos más comunes en este deporte, es determinar cuándo y cómo se producen estas lesiones.

Método: El estudio se llevó a cabo con 33 sujetos, deportistas de vóley playa de ambos sexos, del Campeonato de España Universitario que se celebró en la Universidad de Alicante en el año 2010, a quienes se les pasó un cuestionario de carácter retrospectivo. Para el análisis estadístico se utilizó el programa de estadística SPSS.

Resultados: El tobillo fue la región anatómica con mayor incidencia lesiva con un 33,3% seguido de los dedos de la mano con un 18,5%, la rodilla con un 13% y el hombro con un 11,1%. El 69,7% de las lesiones se produjeron durante las competiciones mientras que el 30,3% ocurrieron durante los entrenamientos. Las lesiones más comunes fueron por impactos con un 69,7% frente a un 30,3% que eran por sobreuso. Por último, destacar que el 51,5% de las lesiones fueron nuevas y el 48,5% fueron recaídas.

Conclusiones: Estos resultados indican la necesidad de establecer nuevas metodologías de prevención en todos los aspectos, sobre todo para los tobillos y más en concreto los impactos.

Además, incitan a la reflexión de si realmente se están llevando a cabo bien los entrenamientos ya que aunque la incidencia en competición es la más alta, se plantea el interrogante de si la exigencia en los entrenamientos, donde la incidencia de lesión tampoco es baja, es suficiente para poder afrontar las competiciones.

Palabras clave: Vóley playa. Lesión. Universitario.

P-30. EL ENTRENAMIENTO AFECTA A LOS MARCADORES DE ESTRÉS OXIDATIVO Y LAS PROSTAGLANDINAS EN TRIATLETAS ÉLITE Y AMATEUR

Cejuela R², Medina S¹, Domínguez-Perles R¹, Martínez-Sanz JM², Gil P³, García-Viguera C¹, Ferreres C¹, Gil JI⁴, Gil-Izquierdo A¹.

¹Departamento de ciencia y tecnología de los alimentos. CEBAS-CSIC. Murcia, ²Área Educación Física y Deportiva. Departamento Didáctica General y Didácticas Específicas. Universidad de Alicante, ³Hospital General de Alicante, ⁴Hospital Morales Meseguer, Murcia.

Introducción: El presente estudio establece el patrón de isoprostanos (IsoPs) y prostaglandinas metabólicas (PGMs) en orina después del entrenamiento en triatletas.

Método: Quince triatletas (5 mujeres, con una carga de entrenamiento de 793 Equivalentes de Carga Objetiva de media semanal, y 10 hombre, 1603 ECOs). Respecto al tipo de búfer, las unidades de enzima hidrolítica agregó la optimización de las condiciones de hidrólisis de la orina, y el pH, lo cual permitió la cuantificación precisa de estos metabolitos por UPLC-MS/MS, evitando la subestimación de sus concentraciones que ocurrieron en estudios previos. Su rango de conjugación oscilaba entre 36% y 100%. Esto tiene bastante importancia ya que no supone la detección de algunos IsoPs y PGMs totalmente conjugados con ácido glucurónico siendo desarrollado por metodologías anteriores. Entre los 13 compuestos analizados, este test detecta y caracteriza 4 IsoPs y 3 PGMs en la orina de los triatletas.

Resultados: El tetranor de PGMs-PGEM y 11 β -PGF₂ α e IsoOpen 8-iso-PGF₂ α , presentaron concentraciones menores después del programa de formación, mientras que aumentó de PGMs 6-ceto-PGF₁ α (metabolito de PGI₂ vascular). De hecho, su patrón en la orina de los triatletas indicaba que su variación puede haber estado relacionado con el entrenamiento. Debido a su alta variación, 6-keto PGF₁ α se destacó como un marcador útil de la vasodilatación e inhibición de la agregación plaquetaria de la PGI₂ relacionado con el entrenamiento.

Conclusiones: Los datos obtenidos proporcionan una imagen global de los cambios en la peroxidación lipídica y eventos vasculares como consecuencia del entrenamiento crónico.

Palabras clave: Isoprostanos. Estrés oxidativo. Prostaglandina. Tromboxano. Triatlón. Hidrólisis enzimática.

P-33. EFICACIA DE LAS ONDAS DE CHOQUE EN EL TRATAMIENTO DE DEPORTISTAS CON DOLOR TRAPECIO-METACARPIANO

Molés JD, Montoliu J, Molés N, Medina M.

Unidad de Medicina Deportiva. Consorcio Hospitalario Provincial de Castellón.

Introducción: El dolor trapecio-metacarpiano es un proceso de variada etiología, larga evolución, gran limitación funcional, y

difícil manejo terapéutico. En la actualidad supone el 4,2% de la patología remitida a nuestra Unidad para tratamiento con ondas de choque extracorpóreas (OChE). El presente trabajo ha sido planteado con el principal objetivo de estudiar la eficacia de dicho tratamiento en deportistas.

Material y métodos: Estudio longitudinal realizado sobre 20 deportistas [gimnasia (6), balonmano (6), básquet (2), voleibol (1), y tenis (5)], 10 varones y 10 mujeres, edad: $41,2 \pm 3,6$ años, afectos de dolor trapecio-metacarpiano de diversa etiología [rizoartrosis (8), calcificación periarticular (6), tenosinovitis (2), otros (4)], y larga evolución ($3,8 \pm 0,7$ meses), remitidos a nuestra Unidad para tratamiento con OChE (Dornier Epos Ultra®). Dicho tratamiento consistió en 3 sesiones de 2000 pulsos, a 240 ppm, y un nivel de intensidad 5/7, separadas entre sí 7 días. Se han considerado como variables dependientes: 1) respuesta al dolor (EAV: 1 – 10); y 2) actividad funcional deportiva al inicio del tratamiento y las 4, 12 y 24 semanas (0 – 1); y 3) duración de la rigidez matutina (min); 4) fuerza de prensión (kg/cm²); y 5) limitación funcional de la mano (escala funcional FIHOA: 0 – 30), al inicio del tratamiento y a las 24 semanas. No se han considerado posibles variantes intervinientes, tales como edad, sexo, causa etiológica del dolor, tiempo de evolución, y/o tratamientos previos. Se han elaborado tablas de distribución de frecuencias (n0 y n1), y se ha aplicado el test ANOVA y Chi-cuadrado (NS: No significativo; *P<0,05; ** P< 0,01; *** P<0,005).

Resultados: Al inicio y final del estudio: 1) Dolor: $6,7 \pm 0,7$ vs $2,2 \pm 0,9$ (***); 2) Actividad funcional deportiva: n1 = 8 vs n1 = 11 (NS); 3) Rigidez matutina (min): $18,1 \pm 1,5$ vs $18,2 \pm 1,2$ (NS); 4) Fuerza de prensión (kg/cm²): $27,2 \pm 5,0$ vs $30,1 \pm 6,4$ (NS); y 5) Escala funcional FIHOA: $11,2 \pm 0,7$ vs $10,3 \pm 0,7$ (**).

Conclusiones: Las OChE son eficaces en el tratamiento del dolor trapecio-metacarpiano de larga evolución en deportistas y en la disminución de la limitación funcional de la mano; sin embargo, no mejoran de forma significativa la actividad funcional deportiva, ni tampoco la rigidez matutina ni la fuerza de prensión. Creemos conveniente, sin embargo, la realización de nuevos estudios con muestras de mayor tamaño, así como el estudio de la influencia de las variables intervinientes para una mejor evaluación de la eficacia del tratamiento de esta patología con OChE.

Palabras clave: Ondas de choque extracorpóreas. Dolor trapecio-metacarpiano. Deporte.

P-39. TOBILLO DOLOROSO POSTRAUMÁTICO. DIAGNÓSTICO. PROBLEMÁTICA EN EL DEPORTE

Melero Romero C¹, Martín Fernández MC².

¹C.V.O. Granada, ²Clínica Carmar (Puertollano-Ciudad Real).

La patología del tobillo es una de las más frecuentes del sistema músculo-esquelético, no solo en la vida cotidiana sino también en el deporte. La situación se complica si dicha patología persiste en el tiempo y se cronifica. En ocasiones, el diagnóstico de estas lesiones puede realizarse con la historia clínica y exploración física. Sin embargo, con frecuencia se apoya en los estudios de imagen, muchos de ellos utilizados de forma imprudente, sin rigor y sin criterio clínico. Un diagnóstico y tratamiento incorrecto causan una morbilidad considerable en el deportista, con la repercusión que eso conlleva.

Después de una revisión exhaustiva y sobre todo siguiendo las directrices del *American College of Radiology* en su publicación

sobre los criterios más apropiados en el diagnóstico por imagen en el dolor crónico de tobillo podemos concluir actualmente que: La Radiografía convencional sigue siendo el método de valoración inicial, con una especial relevancia en el diagnóstico sobre todo de fracturas y tumores óseos. La Ecografía juega un papel cada vez más importante en el diagnóstico de la patología tendinosa y de tejidos blandos del tobillo, equivalente a la RNM si es realizada por un técnico experimentado. El papel principal de la Tomografía Computerizada (TC) es la evaluación de fracturas complejas. La Resonancia Magnética (RNM) es la técnica de imagen de mayor utilidad en el diagnóstico de las diferentes patologías del tobillo, con frecuencia ocultas o no valoradas adecuadamente con otros métodos de imagen. En relación con algunos procesos intraarticulares, cómo pueden ser la patología osteocondral o el impingement de tobillo, es la RNM con contraste el procedimiento más eficaz.

Palabras clave: Tobillo. Diagnóstico. Deporte.

P-43. EFICACIA DE DIFERENTES MODALIDADES DE EJERCICIOS EN LA RECUPERACIÓN POSTOPERATORIA DE LA RUPTURA DEL LCA: REVISIÓN SISTEMÁTICA

Nishishinya MB¹, Ramon S2, Martín M², Enguita M², Morales E², García M¹, Alvarez P¹, Cugat R¹.

¹Instituto Traumatólogico Hospital Quirón Barcelona, ²Servicio de Rehabilitación Hospital Quirón Barcelona.

Introducción: Las lesiones de rodilla, son frecuentes y las rupturas del ligamento cruzado anterior (LCA) ocurren generalmente en el contexto de las actividades deportivas en jóvenes. Se observa en la literatura una falta de consenso en la recuperación posterior de la reconstrucción del LCA. El objetivo de esta revisión es evaluar la eficacia y seguridad de diferentes programas de ejercicios (ejercicios domiciliarios vs supervisados; ejercicios propioceptivos vs de fortalecimiento) en estos pacientes.

Material y métodos: Se efectuó una búsqueda electrónica en las siguientes bases de datos, MEDLINE, CENTRAL y EMBASE (1980-mayo 2012). Idiomas inglés y español. Se incluyeron estudios clínicos aleatorizados (ECA).

Resultados: Inicialmente se identificaron 2020 estudios, de los cuales, se incluyeron 6 ECA (n=444) sobre ejercicios domiciliarios vs supervisados y 4 ECA (n=102) sobre ejercicios propioceptivos vs fortalecimiento. La calidad metodológica (Jadad), fue baja (<3) en los 10 estudios. Las medidas de resultados fueron heterogéneas.

Ejercicios domiciliarios vs supervisados: la escala de *Lysholm* fue favorable al grupo domiciliario en dos estudios (n=101). No hubo diferencias entre los grupos en las demás variables (Tegner, IKDC, KT1000, fuerza muscular y en el hop test).

Ejercicios propioceptivos vs ejercicios de fortalecimiento o convencional: hubo una mejoría significativa a favor de los ejercicios propioceptivos en los índices de estabilidad en tres estudios (n=73), al igual que en la escala de *Lysholm* en un estudio (n=43). No hubo diferencias entre los grupos en las demás variables (Tegner, KT1000, rango de movilidad y en el hop test). En un estudio (n=29) la escala *Cincinnati Knee Rating System*, fue favorable significativamente al grupo de fortalecimiento muscular. No hay datos sobre efectos adversos de las intervenciones.

Conclusiones: La evidencia sobre la eficacia de las diferentes modalidades de ejercicios (domiciliaria vs supervisada, propioceptivos vs fortalecimiento) en la rehabilitación tras la ligamen-

toplastia de LCA es limitada. Faltan estudios prospectivos de buena calidad, dado que los estudios son poco robustos.

El ejercicio es el estándar oro en la recuperación funcional del paciente afecto de ruptura LCA intervenida, y forma parte de todos los programas de rehabilitación postoperatoria. Consideramos que sería de gran importancia consensuar esquemas o programas de ejercicios estandarizados para este tipo de pacientes.

Palabras clave: Ejercicios. Cirugía LCA. Rehabilitación.

P-52. INCIDENCIA DE LESIONES EN LAS COMPETICIONES DE 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 de contacto, presenta una elevada incidencia de lesiones, muchas de ellas evitables. Conocer la frecuencia de las mismas es imprescindible para valorar la efectividad de las medidas de prevención y control que se pongan en marcha.

Material y métodos: Estudio de cohortes prospectivo en el que participaron todos los luchadores sénior masculinos que compitieron en 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 calcularon las incidencias según la gravedad de la lesión en función del número de combates disputados, la categoría de peso, el tipo de competición, la habitualidad y la calidad técnica.

Resultados: Se registraron un total de 249 lesiones, encontrándose una incidencia de 12 lesiones por cada 1000 combates. En función de la severidad de la lesión, la incidencia de lesiones graves, moderadas y leves fue respectivamente de 3, 4 y 6 lesiones por cada 1000 combates.

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas al analizar el tipo de competición, el año o la categoría. En relación al promedio de caídas, se encontró una mayor incidencia de lesiones en los luchadores de calidad técnica inferior que reciben un mayor número de caídas en contra ($p=0,01$).

Se encontró una mayor incidencia de lesiones en aquellos luchadores de habitualidad baja o intermedia ($RR=2,23$; $RR=2,12$; $p<0,001$), destacando los riesgos encontrados en el caso de lesiones graves en luchadores de asiduidad baja ($RR=11,35$) y media ($RR=6,40$).

Conclusiones: Los resultados de este trabajo muestran una incidencia de lesiones en Lucha Leonesa similar a la encontrada en otros deportes de combate (Judo, Lucha Greco-romana, etc). Las características en cuanto a habitualidad y promedio de caídas están relacionadas a su vez, con la condición física, la técnica y el tipo de acciones biomecánicas que se llevan a cabo en el combate.

Palabras clave: Lesiones. Lucha leonesa.

P-53. RUPTURA TOTAL DEL TENDÓN DE AQUILES EN DEPORTISTA AFICIONADO

Guillén Alfaro M, Díez Tafur R, Fernández Valencia Kettunen C, Fernández Arroyo J.

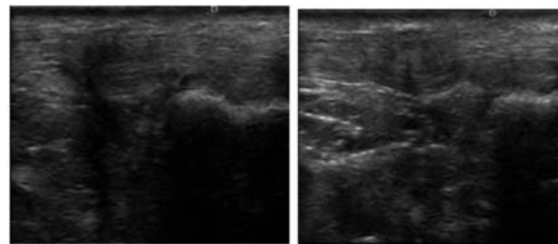
Hospital Universitario Severo Ochoa. Leganés, Madrid.

Introducción: La patología tendinosa va tomando protagonismo en la práctica de la medicina deportiva. Si bien en parte se debe a atletas de élite, está incrementándose en deportistas aficionados. La incidencia de ruptura del tendón Aquileo es de 7/100000, 80% de las rupturas ocurren durante las actividades deportivas. En corredores ocasionales la incidencia es del 6 al 17%. Entre los factores de riesgo tenemos la edad (30 – 40 años), sexo (masculino 4-5/1 femenino), obesidad, hipertensión arterial y diabetes. El tendón de Aquiles es el tendón más grueso y resistente del cuerpo con una resistencia de 7000 Newton. Presenta una zona adelgazada de escasa vascularización, sitio más frecuente de rupturas.

Caso Clínico: Paciente varón de 40 años, hipertenso, diabético tipo 2, obeso. Acude por dolor a nivel posterior de tobillo derecho que inicia de manera súbita al realizar un salto brusco, notando latigazo, dolor e impotencia funcional.

Exploración física: en decúbito ventral, presentaba tumefacción, dolor y solución de continuidad de tendón Aquileo, maniobra de Thompson positiva.

Ecografía: pérdida de la ecoestructura fibrilar del tendón, rotura de espesor completo, a unos dos centímetros de su inserción calcánea.



Tratamiento: quirúrgico, tenorrafia y posterior comprobación con maniobra de Thompson negativa. Férula suropédica posterior en equino. No incidencias postquirúrgicas, alta tras 24 horas.

Discusión y conclusiones: El número de casos de lesiones antes asociadas a los deportes de élite van en aumento entre los deportistas aficionados. Una buena historia clínica y exploración física nos dan el diagnóstico clínico, confirmado con el diagnóstico por imagen. La pronta solución mediante cirugía y una adecuada recuperación y rehabilitación física permitirá que el paciente retorne en unos meses, de manera progresiva, a la práctica deportiva.

Palabras clave: Tendón. Aquiles. Deportista.

P-54. TRATAMIENTO DEL DOLOR ROTULIANO MEDIANTE MUSCULACIÓN CUADRICIPITAL Y/O CLORURO DE GLUCOSAMINA

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

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

Introducción: El dolor fémoro-rotuliano es uno de los más frecuentes en la mujer joven, haga o no deporte y está relacionado con múltiples factores: biomecánicos, genéticos, hormonales y de stress físico. Efectuamos en este trabajo una comparación del

tratamiento: 1- mediante potenciación muscular, 2- con cloruro de glucosamina y 3- simultáneo de ambos para cotejar sus resultados, procurando diseñar un programa sencillo de hacer y fácil de controlar y reproducir en casa por las pacientes

Material y método: Se revisan 90 mujeres entre 18 y 35 años con el siguiente criterio de selección: dolor rotuliano durante o después de la actividad física moderada, correr, subir y bajar escaleras o cuestras, no alteraciones de ejes, no displasias rotulianas y RNM sin patología o condropatía grado I (edema) o dos (fibrilación).

Un primer grupo de 30 mujeres efectúa un trabajo de potenciación de cuádriceps isométrico y excéntrico con una fuerza inferior al 5% de peso corporal, durante tres meses, que va aumentando de forma suave de mes en mes.

Un segundo grupo toma durante los tres meses 1250mg. diarios de cloruro de glucosamina. Un tercer grupo realiza los dos tratamientos simultáneos.

Se efectúan valoraciones clínicas mensuales mediante el Test de Zholen contra resistencia y valoración del dolor según una escala analógica.

Resultados: En el primer grupo se produce una mejoría el primer mes del 35%, en el segundo mes de un 50% y en el tercer mes de un 65%.

En el segundo grupo se produce una mejoría de la clínica el primer mes de un 45%, en el segundo mes de un 52% y en el tercer mes de un 63%.

En el tercer grupo de produce una mejoría clínica en el primer mes de un 55%, en el segundo mes de un 68% y en el tercer mes de un 82%.

Conclusiones: El tratamiento de las condropatías rotulianas de bajo grado de afectación es más eficaz cuando se combinan y simultanean el tratamiento de estabilización del aparato extensor de la rodilla mediante potenciación muscular cuadrípital con la ingesta de cloruro de glucosamina, mejorando la clínica de forma muy significativa con respecto al tratamiento por separado de ambos tratamientos.

Es significativo que en el caso del trabajo muscular la mejoría es más lenta en aparecer al principio, mientras que con el tratamiento con cloruro de glucosamina la mejoría es ya evidente en las primeras dos semanas de tratamiento y más lento al final del tratamiento.

Los dos tratamientos individualmente son positivos, pero simultáneamente la mejoría clínica es un 18% superior.

Los casos de mejoría clínica más importante son los de condropatía de más bajo grado en RNM, existiendo también mejorías significativas en los de grado 2.

La mejoría clínica es mayor cuanto más jóvenes son las pacientes.

Palabras clave: Rotula. Dolor. Cloruro de glucosamina. Potenciación cuadrípital.

P-57. VUELTA LA ACTIVIDAD DEPORTIVA EN ARTROPLASTIA DE CADERA

Pérez Moro O, Llopis R, Neira I, Hernández P.
Hospital Universitario Santa Cristina Madrid.

Introducción: El interés por mantener una actividad deportiva más años ha aumentado el número de artroplastias de cadera. A lo largo de tres décadas las actividades deportivas permitidas han ido aumentando, los avances en las técnicas quirúrgicas favorecen las expectativas con claros objetivos, mejorar o mantener la anatomía, biomecánica articular, propiocepción, estabilidad y minimizar el desgaste.

Material y métodos: Estudio prospectivo de 1012 pacientes, 800 artroplastias totales, 212 de superficie. Ha sido recogida la actividad deportiva previa y posterior a la cirugía así como el tipo de deporte realizado y el número de fracturas posteriores a la intervención.

Resultados: De los 800 pacientes con artroplastia total un 12% realizaban actividad deportiva previa y un 6% posterior a la cirugía, todos deporte de no impacto. No se ha registrado ninguna complicación a 5 años de seguimiento. De los 212 con resurfacing, un 42% realizaban deportes de impacto y un 24% de no impacto previo a la cirugía, pasando a un 21% y 27% respectivamente posterior a la misma, 3 pacientes presentaron fractura subcapital de los cuales 3 practicaban deporte no impacto.

Conclusión: Los pares de fricción, la vía de abordaje y la rehabilitación son claves en deportistas con artroplastia. La participación en deportes de alto impacto podría reducir la durabilidad del implante. Estudios recientes han mostrado mejorías a medio plazo con par metal metal y resurfacing.

Palabras clave: Artroplastia. Resurfacing. Deporte.