



Comparación de esguinces de tobillo entre jugadores de basquet profesionales y amateurs

Gustavo A. Gumpel

RESUMEN: La lesión ligamentaria aguda del tobillo, denominada esguince o entorsis es la lesión del tobillo que ocurre con mayor frecuencia en el ámbito deportivo (aproximadamente 25% de las lesiones), el básquet es una de las actividades deportivas con mayor riesgo de lesión (20 – 50 %) y se afecta el complejo lateral externo en el 85% de los casos.

El propósito de éste trabajo es comparar la frecuencia, la gravedad de la lesión, las complicaciones y recidiva de la misma entre jugadores de básquet profesionales y amateurs.

ABSTRACT: The ankle sprains are very common injuries, are the most frequently in sport activity (approximately 25% of the injuries) in the sport occurs most frequently in basketball players (20-50%) and the lateral ligament complex are involved in 85% of the cases. The purpose of this paper is to compare the frequency, gravity and complications of his injuries in professional and amateurs basketball players.

■ INTRODUCCION

El esguince agudo de tobillo es la lesión mas frecuente en el ámbito deportivo, el básquet es una de las actividades mas frecuentemente asociadas a éste tipo de lesión. (Fig 1,2,3)

De acuerdo a la bibliografía internacional (2) un estudio de 1560 estudiantes de secundario que practicaban deporte, se reportó que el deporte en el que ocurría ésta lesión con mayor frecuencia era en el básquet.

Los ligamentos del tobillo se dividen en 3 grupos: laterales, mediales y ligamentos de la sindesmosis (3). El complejo lateral es el más frecuentemente afectado



Figura 1

Gustavo A. Gumpel.
Centro médico Belgrano(Belgrano 359 (Paraná-E.R).CP:3100.
Cuerpo Médico Centro juventud Sionista.
E-mail:gumpelgustavo@hotmail.com.



Figura 2



Figura 3

de ellos el ligamento que se lesiona con mayor frecuencia es el Peroneo- astragalino anterior (PAA).

En general ocurre por un mecanismo indirecto de flexión plantar e inversión del tobillo.

Los esguinces mediales son poco frecuentes, 5 a 6% de los casos, y en ellos la porción anterior de las fibras del ligamento deltoideo son la más afectadas.

Las lesiones de la sindesmosis se estiman en el 1% de todos los esguinces de tobillo y son causa frecuente de dolor prolongado. El mecanismo más frecuente es la rotación externa con el pie en dorsiflexión forzada (1).

En función de la gravedad se clasifican en Grado I o Leve (distensión del PAA, ausencia completa de signos de inestabilidad clínico-radiológico), Grado II o Moderado (lesión parcial del PAA, eventual lesión capsular y lesión parcial del LPC. Puede haber derrame y equimosis en el borde externo del tobillo y pie) y Grado III o Grave (lesión completa del complejo lateral, impotencia funcional e inestabilidad articular). Hay una serie de factores que predisponen a sufrir un esguince de tobillo y se dividen en intrínsecos y extrínsecos.

Factores Intrínsecos:

- 1) Edad: la mayoría de los estudios coinciden en que cuanto mas veterano es el deportista, mayor es el riesgo de sufrir un esguince (4) (5) (6).
- 2) Historia previa de esguinces de tobillo: la probabilidad de sufrir un nuevo esguince es dos o cuatro veces mayor si hay una historia previa. (7) (8)
- 3) Factores relacionados con el pie: el pie varo, tena constantemente el complejo LE, el retropié valgo (el complejo lateral externo y los músculos peroneos se encuentran sin tensión propioceptiva)
- 4) Otros: Sobrepeso, mal estado físico.

Factores Extrínsecos: (5) (8).

- 1) Tipo de actividad deportiva: en la NBA, el esguince de tobillo representa el 21% del total de



Figura 4

las lesiones del jugador profesional.

- 2) Nivel de competición: la posibilidad de sufrir un esguince durante la competición es 24 veces más frecuente que durante un entrenamiento.
- 3) Uso de ortesis o taping. (12)(14). (Fig 4, 5)

El objetivo de este trabajo fue realizar un estudio retrospectivo comparativo de esguinces de tobillo, evaluando dos categorías del Centro Juventud Sionista de Paraná (Entre Ríos): 1ra local (Jugadores amateurs) y el equipo de Liga A (LNB-Liga nacional de Básquet- Jugadores profesionales)

■ MATERIAL Y METODOS

Se realizó un estudio retrospectivo desde octubre de 2005 a octubre de 2008, evaluando dos categorías del Centro Juventud Sionista de Paraná (Entre Ríos): 1ra local (Jugadores amateurs) y el equipo de Liga A (LNB-Liga nacional de Básquet- Jugadores profesionales), todos los jugadores fueron evaluados por el mismo cuerpo médico y todos fueron rehabilitados por el mismo kinesiólogo usando siempre el mismo protocolo.

Se evaluaron 20 esguinces de tobillo en 16 pacientes, 12 esguinces en 9 jugadores en el grupo A de Jugadores amateurs y 8 esguinces en 7 jugadores en el Grupo B de jugadores profesionales; 14 de los esguinces ocurrieron en el tobillo dominante, 18 de los esguinces fueron laterales y 2 mediales. Los pacientes tenían entre 17 y 32 años (promedio de 22.6).

De los 12 esguinces del grupo A, 6 jugadores se vendaban y de ellos solo 3 usaban la técnica correcta de vendaje deportivo.

De los 8 esguinces del grupo B, 3 jugadores se realizaban vendaje deportivo, 2 se realizaban vendajes adhesivos (taping), 1 usaba tobillera tipo brace y 2



Figura 5

no se protegían el tobillo.

Los esguinces fueron clasificados en Leves, Moderados y Graves.

■ IRESULTADOS

Ocurrieron 11 esguinces leves y 9 moderados, no hubo esguinces graves. De los 20 esguinces 12 ocurrieron en competencia (7 en el grupo A y 4 en el grupo B) y 8 en entrenamientos (2 en el grupo B y 4 en el grupo A).

Dos jugadores del grupo A y tres del B usaban plantillas, de ellos todos menos uno tenían pie plano valgo, el restante tenía pie cavo.

En cuanto a la posición en el campo de juego, de los 12 jugadores del grupo A, 3 eran pivot, 2 base, 1 ala pivot y el resto aleros.

En el grupo B, había 1 pivot, 1 ala pivot, 1 base y en el grupo B, había 1 pivot, 1 ala pivot, 1 base y el resto aleros.

En 6 esguinces Grado II consideramos necesario realizar radiografías; no se consideró realizar Rx con stress ni RMN en ninguno de los casos, acorde a la bibliografía internacional y siguiendo los criterios de Ottawa (9).

Solamente 1 de los jugadores del grupo B requirió ser inmovilizado con una bota tipo Walker (72 hs) por dolor y el grado de inflamación, el resto se trató con reposo elevación, compresión con vendaje elástico, crioterapia, DAINES y rehabilitación kinésica.

Todos los jugadores retornaron a la competencia antes del mes de ocurrida la lesión.

Tres jugadores del grupo A sufrieron recidivas y solamente 1 del grupo B.

No hemos registrado complicaciones tales como inestabilidad ni osteocondritis.

Tres de los jugadores requirieron (todos del grupo B) ser infiltrados (corticoanestésica).

■ DISCUSION

Los datos volcados en este trabajo coinciden con la bibliografía mundial sobre este tema ampliamente estudiado.

Luego de comparar la carga y la intensidad en entrenamientos (el grupo A de jugadores amateurs entrena 1 hs por día y realizan 2 hs de gimnasio semanales más 1 partido por semana, el grupo B de jugadores profesionales, entrenan 8 hs semanales mas 5 hs de gimnasio semanales y 2 partidos semanales) sumado a la diferencia de intensidad en el juego. (10)

Los jugadores del grupo B cuentan con todos los medios de protección y rehabilitación: Kinesiólogo



Figura 6

permanente, tabla de propiocepción en vestuario y gimnasio, ortesis y tape a disposición. (Fig 6)

Los jugadores del grupo A no tienen kinesiólogo a disposición y no tienen provisión de ortesis y tape.

Como factores intrínsecos predisponentes, la estructura anatómica del pie (cavo o plano), no ha influido en la incidencia de esta lesión.

Hemos encontrado diferencias en el número y en las recidivas de esguinces, éstos han disminuido a partir de contar con tablas de propiocepción en vestuario y gimnasio. (11) (12) (13).

Se les indicó a los jugadores realizar estos ejercicios previos y postentrenamiento.

Hemos encontrado diferencias en la disminución del número y recidivas de esguinces a partir del uso de tape, no así con el vendaje deportivo común.

No hemos encontrado diferencias entre los vendajes adhesivos y la ortesis, coincidiendo con la bibliografía mundial. (12) (13).

■ CONCLUSION

Hay diferencias entre ambos grupos:

Los jugadores amateurs se lesionan con mayor frecuencia y gravedad que los jugadores profesionales y el número de recidivas también es mayor. Esto se debe principalmente a las condiciones de entrenamiento, disposición de equipo médico-kinésico y dedicación exclusiva de un jugador profesional.

Creemos por lo tanto que una rutina de propiocepción adecuada de los tobillos, vendajes adhesivos con técnica correcta en entrenamiento y competencia y controlar los factores de riesgo intrínsecos ayudará a prevenir el número y la gravedad de la lesión.

■ BIBLIOGRAFIA

1. Monografías AAOT-SECOT, Inestabilidad de tobillo. A.J. Pérez-Caballer y G.B. Pfeffer. Ed Panamericana- 2/2004.
2. Garrick J.G, Requa R.K, Role of the external support in the prevention of ankle sprains. *Med and science in sports* 5:200-203/1973.
3. Foot and Ankle clinics. Athletic injuries of the foot and ankle. Richard Ferkel. Saunders Company. 4/4/1999.
4. Alvarez Valverde A., Barragán Vazquez A, Centeno Prada RA, Galiano Orea D, Gallardo Rodriguez F, Omenac Veloso I, Pequera Guerrero R, Olivé Vilás R. El baloncesto: antecedentes, lesiones mas frecuentes y mecanismos de prevención. Barcelona: Laboratorios Menarini. S.A.2000, 117-121.
5. Murphy DF, Conolly DA, Beynnon B. Risk factors for lower extremity injury: A review of the literature. *Br.J.sport Med*, 2001,35,103-106.
6. McKey GD, Goldie PA, Payne WR, Oakes BW. Ankle injuries in basketball: Injury, rate and risk factors. *Br.J Sport Med*, 2001,35;103-106.
7. Baumhauer JF, Alosa DM, Renstrom PA, Trevino S, Beynnon B, A prospective Study of ankle injury risk factors. *Am J. Sport Med*, 1995, 23;564.
8. Ankle Sprain: Twist and Shout 61 by Madeline Heron FIBA ASSIST MAGAZINE | 02 2003
9. Stiell I.G, McKnight RD, Greemberg GH et al. Implementation of the Ottawa ankle rules. *JAMA*, 1994, 271-827.
10. Rates and risks of injury during intercollegiate basketball. *Am J Sports Med* 2003 May-Jun;31(3): p379-85.
11. Ankle joint proprioception and postural control in basketball players with bilateral ankle sprains. *Am J Sports Med* 2005 Aug;33(8): p1174-82 Fu AS; Hui-Chan CW Department of Rehabilitation Sciences, The Hong Kong Polytechnic University, Hung Hom, Kowloon, Hong Kong.
12. Balance as a predictor of ankle injuries in high school basketball players. *SO- Clin J Sport Med* 2000 Oct;10(4): p239-443-
13. Per AF, Renstrom and S. Lynch Athletic injuries of the foot and ankle. Acute ligament Injuries of the foot and ankle. *Foot and Ankle clinics- 4/4/1999-705-707..*