

Lesiones deportivas

Parte 1. Generalidades y miembro superior

Àngela Collado Miralles R4 MFYC CS Rafalafena
Tutora: Maria José Monedero Mira



Índice

01

Introducción

Características generales de las lesiones deportivas

03

Cintura escapular y hombro

05

Mano y muñeca

02

Principales lesiones deportivas

Definición, clasificación y manejo general

04

Codo

06

Conclusiones

01

Introducción

Características generales de las lesiones deportivas



Conceptos



Actividad física

Movimiento que ejercita los músculos requiere > energía que el metabolismo basal (entorno doméstico, laboral, desplazamientos activos...).



Lesión deportiva

Aquellas que acontecen a individuos activos.



Ejercicio

Movimiento planificado, estructurado, repetitivo y tiene un objetivo (mejora de componentes de aptitud física).
Mínimo 30' al día, 5 días a la semana.



Deporte

Se desarrolla según un reglamento y con carácter competitivo.
Entorno donde > número de lesiones se producen.



Su origen puede ser brusco, debido a traumatismo o sobreesfuerzos agudos o por movimientos repetitivos o excesivos.

Generalidades



Anamnesis:

- Mecanismo de lesión.
- Características del dolor y relación con la actividad.
- Síntomas.
- Antecedentes deportivos y laborales.
- Antecedentes de lesiones previas.
- Tratamiento recibido.



Generalidades



Exploración física:

puede ser necesario hacerla cuando haya disminuido el dolor.

- Inspección: una gran deformidad sugiere fractura, luxación-subluxación.
- Palpación: evaluación de las articulaciones proximal y distal a la afectada.
- Medir el rango de movilidad articular.
- Hacer análisis de la marcha en extremidades inferiores y patrones de movimiento.
- Realizar un examen neurológico y vascular.



Generalidades

Pruebas complementarias:

no tienen que ser sistemáticas, depende de las características de la lesión.

- Radiografías (Rx): reglas de Ottawa
- Ecografía: partes blandas.
- Tomografía computarizada (TC): fracturas complejas o no visibles en Rx.
- Resonancia magnética (RM): valoración completa de la articulación y las estructuras periarticulares.



02 Principales lesiones deportivas

Definición, clasificación y manejo general



Esguince

Estiramiento de los ligamentos que rodean y estabilizan una articulación (+/- ruptura) → lesión ligamentosa por la acción mecánica de exponer una articulación a un grado máximo de desplazamiento → edema de tejidos blandos, eritema, calor local, dolor a la palpación, equimosis y pérdida de movilidad.

Clasificación: 1 grado (ligamento mínimamente estirado) hasta tercer grado (un desgarramiento completo).

Manejo general: limitar la inflamación y el dolor, e incrementar la actividad progresivamente → estrategia **RICE** las primeras 48-72 horas.



Tabla 1. Principios generales en el tratamiento de lesiones deportivas menores (protocolo RICE)

R (REST). Reposo: limitar las actividades físicas que impliquen el uso del área lesionada durante al menos 1 o 2 días

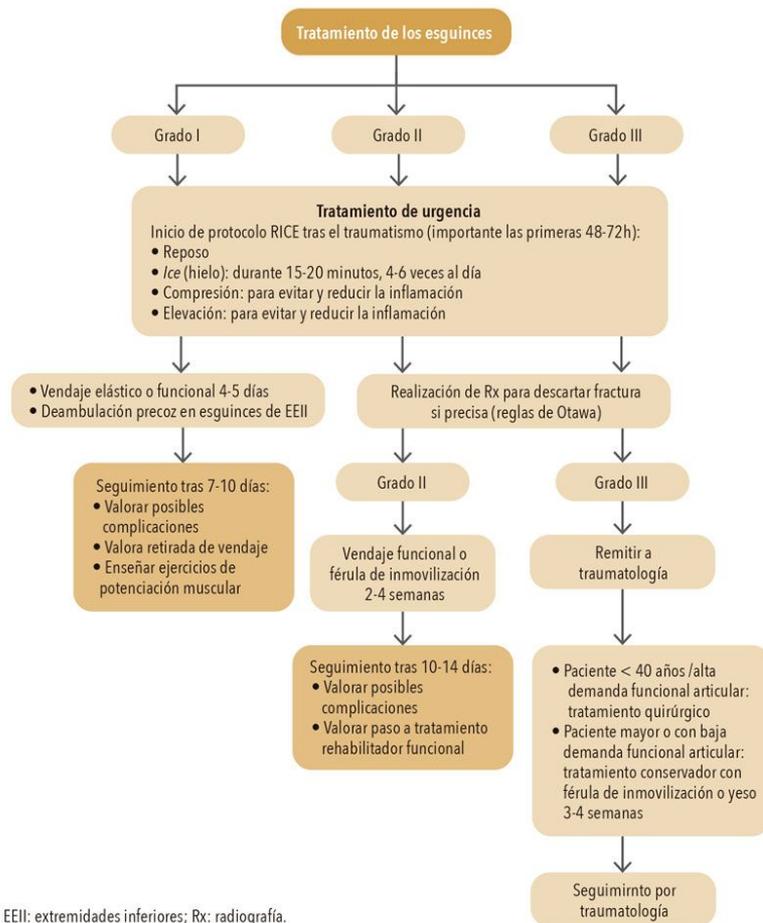
I (ICE). Frío local: aplicar frío local en el área lesionada durante 20 minutos, de 4 a 8 veces al día. No aplicar el hielo directamente ni durante más de 20 minutos. El calor después de la lesión aumenta el sangrado y la inflamación. Se puede usar más tarde para aliviar la tensión muscular y promover la relajación

C (COMPRESSION). Compresión local: mantener la presión sobre el área lesionada puede ayudar a reducir la inflamación. Se podrá usar vendaje elástico de compresión media o ligera

E (ELEVATION). Elevación: si es posible, mantener la región afectada elevada sobre una superficie blanda por encima del nivel del corazón para ayudar a disminuir la inflamación

*Protocolo RICE modificado de Añón Varela P³.

Figura 1. Manejo general del esguince



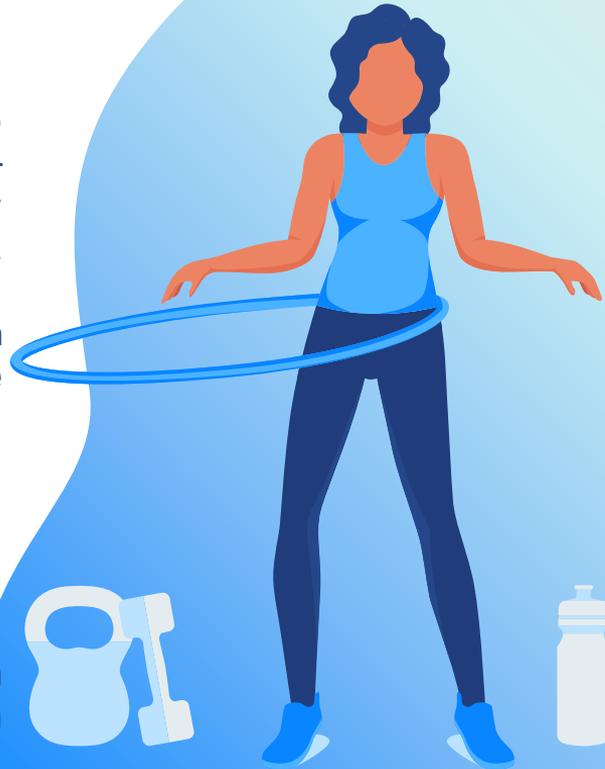
EEII: extremidades inferiores; Rx: radiografía.
Modificado de: Van den Bakern MP².

Distensión

Desgarro de un músculo, tendón o cordón de tejido que conecta un músculo con el hueso donde se inserta (+ frecuente en muslo, recto femoral, columna cervical y lumbar, y pantorrilla). Tras contracción violenta con estiramiento excesivo simultáneo en músculos cuya acción principal es la contracción (durante el ejercicio con entrenamiento de fuerza), tras movimientos de extensión forzada o demasiado rápida.

Clasificación: = que los esguinces.

Manejo general: minimizar la propagación del daño, aliviar el dolor y el espasmo postraumático, reducir la hemorragia y el edema y facilitar la recuperación. En la fase inicial → protocolo RICE.



Tendinitis

Inflamación de un tendón. Por sobreentrenamiento, movimientos excesivos o repetitivos, ascenso rápido de cargas o posturas incómodas durante actividades diarias o laborales. *Medicamentos como fluoroquinolonas, glucocorticoides o inhibidores de la aromatasas también aumentan el riesgo de tendinopatía aguda y crónica.*

Manejo general: meses para su resolución completa. Los síntomas suelen empeorar al inicio de los ejercicios, pero no significa que la lesión se esté agravando → reducir o modificar actividades que provocan dolor en el tendón. Pueden usarse AINEs (tópicos u orales) y glucocorticoides.



Luxación

Separación completa de los huesos que forman una articulación. + frecuente por un traumatismo, directo o indirecto.

Clasificación: abiertas o cerradas en función de si se afecta o no la piel. Suelen afectar a una extremidad.

Manejo general: reducción mediante manipulación de los fragmentos. La inmovilización inicial ayuda a controlar el dolor y disminuir la inestabilidad asociada.



Artritis posttraumática

Sinovitis traumática aguda producida por un traumatismo cerrado, pudiendo asociar o no un derrame articular seroso de diversa cuantía. Síntoma principal → dolor inflamatorio, agravado con la movilización. Se produce tras un traumatismo → respuesta inflamatoria aguda sobre la membrana sinovial.

Manejo general: terapia RICE, junto con AINE → manejo inicial. Ejercicios isométricos. Inmovilización si mala evolución.



Fractura

Pérdida de continuidad de un hueso o la alteración de su forma original. Traumatismos directos o indirectos. La fractura por estrés → lesión ósea secundaria al sobreuso o a traumatismos de repetición.

Manejo general: depende del hueso lesionado y del tipo de fractura. Inmovilización con férula o yeso cerrado → consolidación, y en muchas ocasiones la derivación urgente para su tratamiento.



03

Cintura escapular y hombro

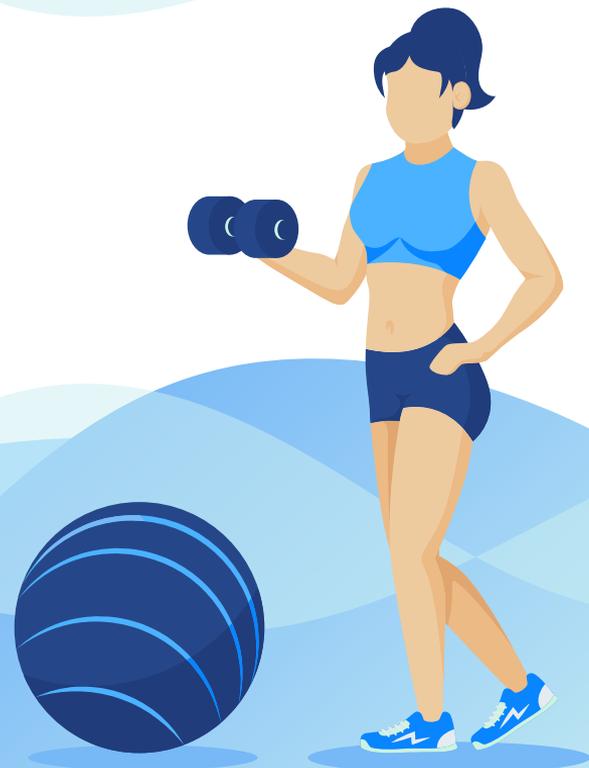
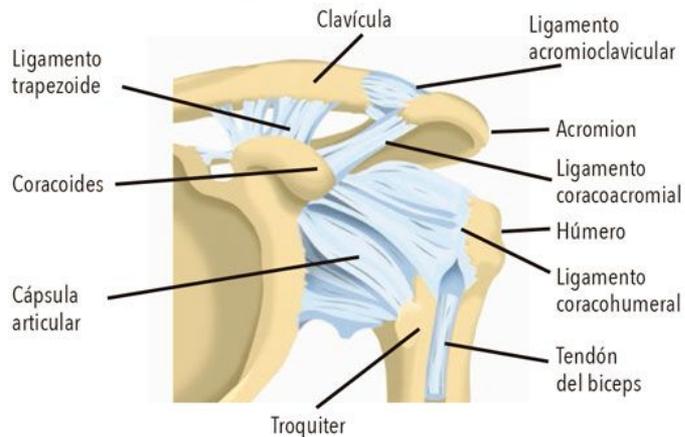
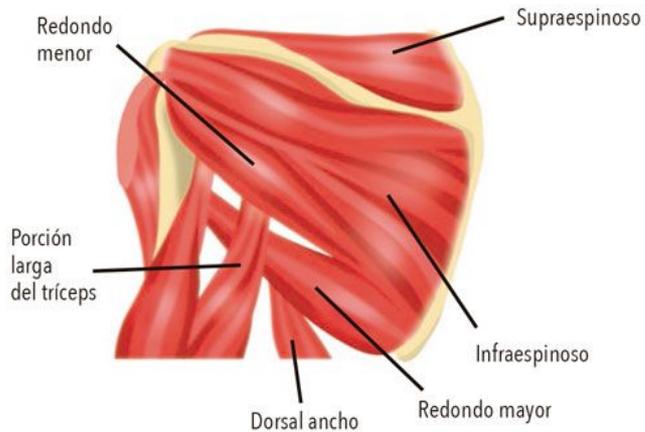


Figura 1. Anatomía ósea y musculoesquelética del hombro

Anatomía ósea del hombro



Anatomía musculotendinosa de hombro



Tendinopatía manguito rotadores

Descripción: inflamación por atrapamiento entre acromion y troquiter

Mecanismo lesión:

- Movimientos repetitivos por encima de cintura escapular
- Traumatismos en la zona
- Sobreesfuerzo por estiramiento agudo o por carga de peso
- *Característica de ejercicios con máquina y pesas en gimnasio → crossfit, pádel, natación*

Clínica: inicio agudo o subagudo

- Dolor leve-moderado con movimientos sobre cabeza, dolor al coger peso
- Dolor intenso ocasional, al cambiar de posición en la cama

Exploración:

- Patrón extracapsular (movimiento pasivo conservado) - dolor a maniobra de Apley, Hawkins, Neer
- No debilidad ni atrofia - arco doloroso 60-120°
- Maniobras resistentes: Hawkins, Jobe y Yokum `+ (supraespinoso), Patte + (infraespinoso), Gerber
+(subescapular)

Tendinopatía manguito rotadores

Pruebas de imagen:

- Ecografía: DD con tendinosis, rotura de tendón o bursitis subacromial
- Rx hombro: en general no aporta información (salvo si traumatismo previo)
- RM: útil si intención quirúrgica

Tratamiento:

- Médico: frío local, AINE. Reposo deportivo
- Infiltraciones: si no mejoría
- Rehabilitación: fisioterapia activa útil desde momentos iniciales, según edad y capacidad funcional.
Estiramiento y fortalecimiento de manguito de los rotadores en fases no agudas.

Derivación:

- Urgencias: no suele precisar
- Programada: si dolor crónico que no mejora o pérdida funcional significativa

Desgarro de manguito rotadores

Descripción: rotura total o parcial de algún tendón del manguito de los rotadores (+ frecuente supraespinoso)

Mecanismo lesión:

- tendinitis repetidas de larga evolución
- Traumatismos repetidos en la zona
- Sobreesfuerzo por estiramiento agudo o por carga de peso
- *Característica de ejercicios con máquina y pesas en gimnasio → crossfit, pádel, natación*

Clínica:

- Dolor moderado con movimientos sobre cabeza
- Dolor intenso nocturno
- Debilidad miembro superior o atrofia

Exploración:

- Patrón extracapsular (movimiento pasivo conservado)
- Atrofia o debilidad si desgarros
- Maniobras resistidas Jobe y Yokum `+
- dolor a maniobra de Apley, Hawkins, Neer
- arco doloroso 60-12

Desgarro de manguito rotadores

Pruebas de imagen:

- Ecografía: identifica la rotura
- Rx hombro: = tendinitis rotadores
- RM: útil si intención quirúrgica

Tratamiento:

- Médico: frío local, AINE. Reposo deportivo
- Infiltraciones: alivian el dolor, facilitan la actividad. Poca utilidad funcional largo plazo
- Rehabilitación: ejercicios de movimiento pasivo y de reforzamiento isométrico
- Cirugía: individualizar

Derivación:

- Urgencias: individualizar
- Programada: en pacientes jóvenes. En ancianos según situación funcional.

Bursitis hombro

Descripción: inflamación bursa en espacio subacromial

Mecanismo lesión:

- Fenómeno traumático agudo o como consecuencia de tendinitis previa
- *Característica de ejercicios con máquina y pesas en gimnasio → crossfit, pádel, natación*

Clínica:

- Dolor muy intenso e invalidante. Difícil de explorar

Exploración:

- Signos inflamatorios superficiales en espacio subacromial
- Maniobras resistidas difíciles de realizar por importante limitación funcional.

Bursitis hombro

Pruebas de imagen:

- Ecografía: identifica incremento de volumen en bursa
- Rx hombro: = tendinitis rotadores

Tratamiento:

- Médico: frío local, AINE. Reposo deportivo
- Infiltraciones: precoz
- Rehabilitación: ejercicios recomendados (SERMEF). Esitramiento y fortalecimiento en fases no agudas

Derivación:

- Urgencias: si sospecha artritis séptica u origen traumático
- Programada: dolor crónico con limitación funcional que no mejora

04

Codo



Epicondilitis (codo de tenista)

Descripción: tendinosis que afecta músculos extensores de dedos y supinador del antebrazo en entesis

Mecanismo lesión:

- Sobrecarga de músculos: primer y segundo radial, extensor común de dedos y supinador largo
- *Característica de padel, tenis, ciclistas, pesas...*

Clínica:

- Dolor en epicóndilo (insidioso e irradiado en sentido distal y dorsolateral de antebrazo +/- sensación de pérdida de fuerza en la mano).

Exploración:

- Palpación dolorosa en epicóndilo, movilidad normal
- Dolor en los músculos extensores del antebrazo, disminución de la fuerza de prensión en la mano
- Maniobras: extensión resistida de muñeca y dedos y supinación de antebrazo dolorosos.

Epicondilitis (codo de tenista)

Pruebas de imagen:

- Rx simple: ante sospecha de patología ósea
- Ecografía: si no hay respuesta al tratamiento habitual
- RM: si hay indicación quirúrgica

Tratamiento:

- Inicial (< 1 mes, leve): conducta expectante + reducir actividad física + crioterapia/ AINE. Inmovilización: ortesis de epicondilitis o vendaje funcional → corto periodo de tiempo
- > 1 mes: infiltración de corticoides +/- anestésicos

Derivación:

- Urgencias: si hay sospecha de fractura asociada
- Programada: si > 1 año con síntomas de dificultad en ABVD

Figura 1. Ortesis de epicondilitis



Epitrocleititis (codo de golfista)

Descripción: tendinosis que afecta músculos flexores del carpo y los dedos, o al pronador redondo en su inserción en epitróclea

Mecanismo lesión:

- Actividades repetitivas de flexión de muñeca o pronación de antebrazo
- *Característica de golf, tenis y padel (deportes de raqueta), bolos, arquería, fútbol americano y lanzamiento de jabalina.*

Clínica:

- Dolor en la epitróclea
- El 20-50% puede asociar atrapamiento del nervio cubital (peor pronóstico)

Exploración:

- Dolor a la epitróclea. Movilidad codo normal.
- Dolor en origen de tendón flexor/pronador.
- Maniobras: dolor a la flexión resistida de muñeca y pronación resistida de antebrazo

Epitrocleititis (codo de golfista)

Pruebas de imagen:

- Rx simple: si hay dudas diagnósticas
- Ecografía: si hay dudas diagnósticas. Engrosamiento tendinoso, heterogeneidad...
- EMG: si existe clínica neurológica
- RM: si planificación quirúrgica

Tratamiento:

- Inicial: reducir actividad física causal. Análisis de la técnica y modificación de elementos deportivos. Crioterapia. AINE 10-14 días. Ortesis en epitroclea. NO inmovilización total.
- Infiltraciones de corticoides +/- anestésicos efectivos a largo plazo (1as semanas) pero no a largo
- Recomendación de ejercicios individualizados (flexo-extensión arcos de movilidad, estiramientos musculares, isométricos...)

Derivación:

- Urgencias: si patología concomitante que precise tratamiento urgente
- Programada: tras 6 meses de tratamiento conservador inefectivo o si inicia neuropatía cubital

Bursitis olecraniana

Descripción: inflamación de bursa rotoolecraniana

Mecanismo lesión:

- Traumatismos con fricción constante en bursa. Otras causas (inflamatoria, infecciosas).
- *Frecuentemente en deportes de lanzamiento (lanzar dardos), y deportes de fricción.*

Clínica:

- Bulto fluctuante en zona posterior del codo, doloroso

Exploración:

- Tumefacción líquida dolorosa a la palpación y flexión junto con eritema.
- Limitación extensión

Bursitis olecraniana

Pruebas de imagen:

- Rx hombro: si se sospecha lesión ósea asociada
- Ecografía: aporta más detalle de la bursa y como guía punción

Tratamiento:

- Inicial: reposo relativo sin inmovilizar completamente: AINE y vendaje compresivo,
- Si mayor tamaño y origen traumático: drenaje +/- infiltración con corticoides
- Rehabilitación: en fase aguda ejercicios suaves de flexoextensión de codo
Resuelta la bursitis: ejercicios de fortalecimiento muscular

Derivación:

- Urgencias: si sospecha artritis séptica u origen traumático
- Programada: bursectomía en bursitis crónica que interfieren en ABVD

05

Mano y muñeca



Síndrome tunel carpiano

Descripción: síntomas que provoca la compresión de nervio mediano a su paso por el túnel del carpo

Mecanismo lesión:

- Compromiso del espacio del túnel del carpo que ocasiona la compresión del n. Mediano
- *Característica de tenis, halterofilia, golf y ciclismo (movimientos repetitivos forzados de muñeca)*

Clínica:

- Parestesias con alteraciones sensitivas y entumecimiento en la región plamar de los primeros tres dedos y la zona radial del cuarto
- En fases más avanzadas, irradia a antebrazo y codo
- Finalmente puede producir pérdida sensorial y afectación motora de los dedos afectados con disminución de fuerza y atrofia

Exploración:

- Signo de Flick positivo (valor mayor pp)
- Hipoalgesia en territorio del n. Mediano y examen de la fuerza del pulgar
- Maniobras de Phalen y Tinel (escaso valor predictivo)

Síndrome tunel carpiano

Pruebas de imagen:

- Rx muñeca: no indicada
- Ecografía y RM: pruebas alternativas para detectar compresión del n. Mediano

Tratamiento:

- Analgesia/antiinflamatorios: si causa inflamatoria
- Corticoides orales / infiltración con corticoides
- Inmovilización: férula nocturna con muñeca en posición neutra (mejora en 80%)
- Rehabilitación: ejercicios y estiramiento de muñeca en flexión, extensión y movilidad de dedos
Ejercicios neurodinámicos del n.mediano.

Derivación:

- Urgencias: no indicada
- Programada: si dudas diagnósticas, no respuesta a tratamiento o afectación severa (atrofia eminencia tenar, alteraciones motoras).

Figura 2. Férula nocturna para túnel carpiano



Fractura de escafoides

Descripción: fractura + frecuente del carpo

Mecanismo lesión:

- Caída con la mano en hiperextensión y desviación radial
- *Accidentes deportivos con impacto de alta energía, como en baloncesto, balonmano y voleibol.*

Clínica:

- Dolor y edema en dorso de muñeca.

Exploración:

- Palpación: dolor a la presión sobre tabaquera anatómica
- Maniobras: dolor a la compresión axial del 1 dedo y con la pronosupinación de la muñeca

Fractura de escafoides

Pruebas de imagen:

- Rx con proyección escafoides: fractura de trazo capilar.
Si clínica compatible y no se observa fractura, repetir en 10-14 días
- Ecografía: detección de complicaciones como la pseudoartrosis
- TC o RM: en casos de sospecha con radiografía normal pueden confirmar el diagnóstico



Tratamiento:

- Médico: AINES/analgésicos. Si clínica compatible: tratar como fractura con férula de yeso y reevaluar en 2 semanas. Si se confirma: yeso cerrado. Qx si fracturas desplazadas.
- Inmovilización: yeso que engloba muñeca y falange proximal del 1 dedo en proinación completa, desviación radial y abducción intermedia.
- Rehabilitación: tras la consolidación, movilización activa-asistida, propiocepción y con carga.

Derivación:

- Urgencias: para realizar pruebas de imagen
- Programada: a las 6 semanas si no hay dolor y hay consolidación: retirar inmovilización
Si no se produce consolidación: inmovilización 12 semanas y según evolución valorar qx

Enfermedad de de quervain

Descripción: lesión de los tendones abductor largo y extensor corto del pulgar y de su vaina sinovial

Mecanismo lesión:

- Fricción repetida, sobreesfuerzos o traumatismos en la zona del estiloides radial
- *Característica de golf, voleibol, balonmano, raqueta (padel, tenis), ciclistas, pesas...*

Clínica:

- Dolor en la región de estiloides radial al realizar movimientos de pinza con el primer dedo

Exploración:

- Palpación: dolor sobre estiloides radial que puede irradiarse hacia el 1 dedo
- Dolor con la abducción y flexión pasiva del 1 dedo con desviación cubital de la mano (Finkelstein)
- Extensión y abducción resistida del primer dedo dolorosa

Enfermedad de de quervain

Pruebas de imagen:

- Rx muñeca: descartar patología ósea y DD con rizartrosis
- Ecografía: confirmar diagnóstico en casos dudosos

Tratamiento:

- Médico: reposo relativo con descarga funcional, analgésicos y AINEs, infiltración local con corticoides si fracasan las medidas previas y ortesis de descarga (61% efectividad)
- Si el tratamiento conservador fracasa: posibilidad qx.
- Inmovilización: vendaje funcional u ortesis semirrígida del 1 dedo
- Ejercicios recomendados: después del tratamiento conservador.

Derivación:

- Urgencias: si sospecha afectación ósea
- Programada: si dudas diagnósticas o inadecuada evolución

Figura 4. Ortesis semirrígida de primer dedo para tendinitis de De Quervain

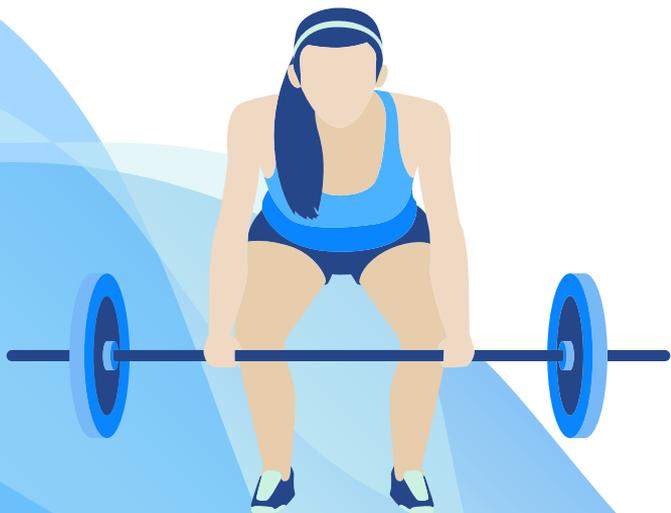


06

Conclusiones



Conclusiones



- El **ejercicio físico**, tanto en lo que se refiere a la práctica regular de actividad física como a la evitación del sedentarismo, es uno de los **pilares** fundamentales que sustenta los **hábitos de vida saludables**
- El deporte y la actividad física tienen múltiples beneficios, con impacto positivo tanto en la salud física como en la mental, y la balanza, pese al aumento del riesgo de lesión, **es favorable a los beneficios.**
- El papel de la Atención Primaria es importante para la prevención de las lesiones y la rehabilitación precoz para su recuperación y retorno a la actividad.

**¡Muchas gracias por vuestra
atención!**

