

TRATAMIENTO DE LAS LESIONES MÁS FRECUENTES EN LA PRÁCTICA DEL BALONCESTO

F. Xavier Vázquez Amela¹

1. Profesor Colaborador Permanente del Departamento de Podología de la Universidad de Barcelona.

CORRESPONDENCIA

F. Xavier Vázquez Amela
Departamento de Podología
Universidad de Barcelona.

RESUMEN

En este artículo los autores describirán las patologías más frecuentes en la práctica habitual de baloncesto, así como los tratamientos recomendados para cada una de ellas.

ABSTRACT

In this article, the authors describe the more frequent diseases in the practice of basketball, as well as the recommended treatments for each.

PALABRAS CLAVES

Baloncesto. Patología. Pie. Tratamiento.

KEY WORDS

Basketball. Pathology. Foot. Treatment

INTRODUCCIÓN

En primer lugar quisiéramos efectuar una breve pincelada sobre este juego y el suelo donde se practica.

El baloncesto es un deporte de reciente invención, concretamente se debe a James Naismith de Massachussets en 1891, al contrario que la mayoría de los deportes practicados en la actualidad que son la culminación de infinidad de cambios realizados sobre juegos practicados desde la antigüedad.

A pesar de su reciente origen, ha sufrido diferentes modificaciones en sus reglas de juego si bien sigue siendo un juego de equipo donde se enfrentan dos conjuntos formados por diez o doce jugadores de los que solamente pueden participar en cada momento 5 de ellos que tratan de introducir la pelota en la canasta del campo contrario situada a una

altura de 3,05 m. La pelota fue creada por Spalding, y la NBA sigue jugando con una pelota elaborada por la empresa de su primer diseñador.

En 1936 entró a formar parte de los juegos olímpicos de Berlín. La Federación Internacional de Basketball Amateur (FIBA), organización mundial que rige los destinos de este deporte, en la actualidad agrupa a más de 175 países.

El baloncesto se juega en una pista de forma rectangular de superficie dura, que tiene 15 m en su lado más corto y 28 m. en el largo. La altura del techo o del obstáculo más bajo debe ser, como mínimo, 7 m. El campo está dividido en dos mitades iguales separadas por la línea denominada de medio campo.

En el baloncesto amateur la pista puede ser de cemento, o tenisquik (sintética), aunque actualmente van predominando el suelo de parket flotante, que es el mismo que el utilizado en el profesional.

Este tipo de suelo amortigua en parte el choque debido al impacto en las articulaciones de la extremidad inferior y evita en cierto modo las sobrecargas que se producen al practicar este deporte en terrenos más duros.

Los jugadores se reparten según sus características físicas así podemos dividirlos en jugadores exteriores o alejados de la canasta donde encontraremos al base, al escolta y al alero y jugadores interiores que serán el ala-pívot y el pívot.

El base es quien organiza el juego atacante del equipo e indica la jugada a realizar, debe tener rapidez, capacidad para realizar fintas y cambios de ritmo, con desplazamientos laterales.

El escolta debe poseer unas características físicas parecidas al base con capacidad para romper dentro de la zona rival y entrar a canasta.

El alero cumple con la misión de ayudar en defensa con lo cual debe combinar rapidez para adoptar posición anotadora y buen salto para coger rebotes tanto defensivos como ofensivos.

Al ala pívot centra su tarea en la ayuda en defensa para rebotear y su principal característica es el salto.

El pívot aporta consistencia física para defender y un buen salto.

Actualmente todos tienen suficiente capacidad anotadora, si bien los dos últimos centran su acierto en el tiro interior o cercano a canasta y los tres primeros su tiro exterior para obligar a la defensa rival a abrirse con lo cual pueden efectuar asistencias a los hombres altos para que anoten cerca del aro.

La velocidad en el baloncesto actual es un requisito indispensable en cualquier posición que se juegue, pero podríamos resumir que los hombres de afuera tienen mayor capacidad para cambiar de ritmo y efectuar desplazamientos laterales y los hombres de dentro para carreras lineales y salto.

Esto nos lleva a situar que la mayoría de patologías que encontremos en este deporte vendrán dadas según sea el rol del jugador.

Es probable encontrar diferentes lesiones como:

PERIOSTITIS TIBIAL

Este dolor está localizado en la parte anteroinferior de la tibia (espinilla).

El periostio es la envoltura fibrosa con vasos sanguíneos y nervios que cubre los huesos cuya función es nutrirlos y darles sensibilidad.

Los músculos se insertan en el hueso a través de los tendones y, al correr, ejercen una fuerza sobre el hueso proporcional a la intensidad y duración de la carrera.

En pretemporada debido a que el cuerpo viene de no realizar actividad física, es posible que los deportistas sufran una sobrecarga muscular que repercute en los tendones e incrementa la inflamación del periostio dando lugar a la periostitis.

El dolor aparece como un ligero pinchazo en la cara anterointerna de la tibia que se incrementa con el paso del tiempo y del entrenamiento.

Esta sensación de pinchazo puede convertirse en un dolor quemante que aumenta con el esfuerzo.

Con el reposo desaparece, pero no se puede dejar muchos días al jugador inactivo porque esto repercutirá en su forma física a lo largo de la temporada.

Por eso es interesante estudiar que motivo puede favorecer esta patología, y estudiando cada caso se ha observado que una excesiva pronación obligue al músculo tibial anterior a un esfuerzo excesivo. Frecuentemente encontraremos un antepié supinado o un antepié varo como desencadenantes de la periostitis.

Entonces el tratamiento adecuado para esta patología será en primer lugar el reposo y la crioterapia pero también un estudio de la marcha y si es preciso la confección de soportes plantares manteniendo el ALI y en ocasiones reforzándolo mediante un post medial de retropie.

Muchas veces la periostitis se presenta al cambiar de calzado o a entrenar sobre superficies duras. En estos casos con detectar el motivo desencadenante podemos encontrar la solución.

Para volver a la práctica deportiva sería conveniente disminuir la intensidad de entrenamiento, para progresivamente volver a la normal actividad.

Desestimar las superficies duras para entrenar.

Confección de soportes plantares que corrijan la posición del pie.

Efectuar estiramientos.

Aplicar crioterapia.

Los masajes y los vendajes también pueden ser tratamientos coadyuvantes.

ESGUINCE DE TOBILLO

Generalmente del ligamento lateral externo. Según su gravedad pueden ser de primer grado, de segundo grado y de tercer grado.

El esguince de primer grado presenta los siguientes signos y síntomas: Dolor, rubor, edema, y cierta impotencia funcional.

El de segundo grado además añade cierta laxitud ligamentosa y una equimosis más notable y finalmente el de tercer grado donde puede existir rotura del ligamento, el dolor es más agudo, la impotencia funcional mucho mayor y un bostezo articular más acentuado.

Dentro de los esguinces del L.L.E., el más común es el del fascículo anterior (ligamento peroneo astragalino anterior).

Esta lesión puede ser debida a una causa fortuita como puede suceder en un jugador que tras un salto cae sobre el pie de otro jugador y provoca que el tobillo tenga que soportar el peso del cuerpo en caída y sobre una superficie no plana con la consiguiente inversión forzada del pie.

O bien a una mala función biomecánica en la cual el jugador debido a que no mantiene una buena estabilidad en sus pies sufre varios episodios de entorsis de tobillo llegando alguna de ellas a provocar el esguince.

Los esguinces aunque parece que sean el paradigma de lesión del jugador de baloncesto ocurren generalmente en categoría inferiores y amateurs.

En jugadores profesionales son escasas estas lesiones.

Esto se debe a que los jugadores profesionales por lo general salen a la pista en los entrenamientos como en los partidos con los pies vendados mediante los llamados "tapings", que protegen a los tobillos de este tipo de lesión.

En cualquier caso nuestra labor como podólogos es intentar que no se produzcan estas lesiones y el tratamiento ortopodológico puede ayudar a que así sea.

Ante un esguince de tobillo el tratamiento consistirá siempre en la aplicación de crioterapia unos 20 min. Para evitar que el edema aumente, tratamiento fisioterápico y tratamiento ortopodológico.

Siempre después de una exploración clínica y un estudio biomecánico de la marcha podemos confeccionar el tipo de soporte plantar que mejor se adapte a las características fisiológicas de cada individuo.

Es importante sin embargo no pretender enderezar ningún pie, es decir, debemos mantener a cada tipo de pie en su posición morfológica menos lesiva, sabiendo que no podemos convertir a los diferentes tipos de pies de adulto en pies neutros. En general no es una buena idea colocar a un pie que ha sufrido un esguince por inversión una cuña posterexterna para evitar una recidiva, porque lo que conseguiremos es que aquel tobillo funcione en una posición mucho más forzada obligándole a pronar hasta un extremo indeseable a veces y provocando lesiones iatrogénicas.

Si al hacer el estudio biomecánico observamos que la inestabilidad del tobillo se produce debido a un antepié supinado (pronación por acomodación de los tejidos blandos) con mantener a la ASA en su posición neutra conseguiremos que el pie mantenga una buena dinámica y evitaremos recidivas de esta lesión.

Si la alteración que presenta el deportista es estructurada en el antepié, (antepié varo) debemos colocar una cuña anterointerna de modo que no obliguemos al retropié a pronar más de lo debido y acercando de este modo (mediante la cuña) el suelo al pie.

Si por el contrario el antepié está evertido respecto al retropié (antepié valgo) deberemos colocar una cuña anteroexterna para que todas las cabezas metatarsales lleguen al suelo uniformemente.

Si se debe a un retropié varo parcialmente compensado o no compensado aplicaremos una cuña medial en el retropié para mantener a la ASA en una pronación que no le sea lesiva.

FASCITIS PLANTAR

Es una de las patologías más frecuentes en los jugadores de baloncesto.

Es una reacción inflamatoria en la planta del pie, provocando dolor en la misma y que tiene su origen en el calcáneo en el tubérculo medial del mismo. El dolor está causado por una degeneración de la fibra colágeno que provoca una inflamación crónica.

El jugador presenta un típico dolor en la parte inferior del talón, comienza con un vago dolor, intermitente, que puede convertirse en agudo y persistente al producirse la fascitis plantar y llega a ser punzante, penetrante, especialmente por las mañanas en los primeros pasos al levantarse de la cama, y va desapareciendo, en general después de unos minutos. También se hace presente después de períodos de inactividad (estar sentado un rato). Y al final del día la molestia se acentúa.

El dolor se presenta como la imposibilidad al apoyo, al subir escaleras, al andar descalzo, de puntillas, o de talones.

Puede llegar a limitar la actividad diaria.

Generalmente el dolor se presenta al presionar el tubérculo medial del calcáneo en su parte anterior, aunque también se puede presentar en el recorrido de la fascia, aumentando con la flexión de los dedos del pie.

Al comenzar a correr, como en otras lesiones debidas a sobrecarga deportiva, se puede desentender el dolor principalmente al comienzo de una sesión de entrenamiento. Puede disminuir durante la carrera, no reapareciendo hasta el final de la misma, a veces, varias horas después o al final del día.

Si el deportista no deja de entrenar, caerá en un círculo vicioso, donde con cada entreno se agravará más la lesión, llegando en casos más severos a incapacitar al jugador para la actividad diaria.

La lesión puede estar localizada en un pie (unilateral) que representa a la mayoría de los casos, o en los dos (bilateral) más raramente. Se describe como un dolor agudo, que imposibilita el apoyo del pie, y que va hacia toda la planta del mismo.

El tratamiento será siempre en primer lugar crioterapia. Posteriormente se podrá aplicar un vendaje funcional para fascitis plantar y un tratamiento ortopodológico adecuado a la biomecánica del paciente.

Si se realiza un estudio de la marcha en estos pacientes debemos tener en cuenta que en el estudio dinámico estos pacientes, debido al dolor, deambularán con una marcha antiálgica, intentando apoyar lo menos posible en la zona medial del pie.

Por eso será de gran importancia el estudio clínico en sedestación.

Como norma general si se aplica un vendaje funcional para que el deportista efectúe las sesiones de entrenamiento o los partidos, éste deberá retirarse inmediatamente después de la actividad deportiva.

Si el vendaje se realiza al deportista en una fase de no actividad deportiva, puede dejarse el mismo hasta una semana, tiempo suficiente para dedicarlo a confeccionar los soportes plantares y que el paciente pueda deambular con menos molestias.

CONTRACTURAS LIGAMENTOSAS

En cuádriceps y gemelos. Son los llamados popularmente "tiriones".

En el momento de la lesión suele producirse un dolor intenso, espasmo muscular, y pérdida de fuerza.

La causa más corriente es una contracción súbita de los ligamentos, por ejemplo al esprintar.

Puede ser debido a unos estiramientos previos insuficientes.

Un tirón también puede deberse a una sobrecarga en una carrera larga que incluya la subida de pendientes, o puede ser resultado de tener unos cuádriceps mucho más fuertes que los ligamentos.

El tratamiento en un primer momento será la aplicación de hielo y reposo hasta la total recuperación.

El tratamiento recomendado en este caso será fisioterápico. Una contractura puede tener una curación lenta, y el músculo debe ser estirado suavemente y preparado hasta el entrenamiento. Los desgarros graves pueden hacer necesarias las muletas.

Una forma de prevenir estas contracturas o tirones es realizar siempre antes de cualquier práctica deportiva, un calentamiento adecuado con estiramientos de los grupos musculares que se verán afectados por la práctica deportiva.

TENDINITIS ROTULIANA

Es una patología que también se presenta en baloncestistas, bien sea a nivel superior o a nivel inferior.

El tratamiento específico además de la aplicación de frío es la colocación de una cincha en la inserción inferior del tendón de modo que se relaje la porción superior y en caso de una tendinitis rotuliana en la inserción inferior, la aplicación de la cincha será superior por encima de la rótula relajando la porción inferior del ligamento rotuliano.

TENDINITIS AQUILEA

Es otra patología que sufren los jugadores de baloncesto, y frecuentemente jugadores interiores donde el salto es continuado.

El tratamiento será como en todas las lesiones la aplicación de crioterapia en primer momento, y la exploración concienzada para saber si existe un acortamiento de la musculatura posterior bien de gemelos y soleo o bien de isquiotibiales.

O si se trata de una alteración morfológica que debido a la práctica deportiva agudiza su problemática. Como por ejemplo un equino o un cavo anterior o un pie pseudoequino. Todos estos tipos de pies conllevarán una retracción muscular posterior y pueden ante un sobreesfuerzo de dicha musculatura provocar la tendinitis.

El tratamiento será un soporte plantar que lleve al pie a su posición menos lesiva y que permita al complejo posterior estar un poco más relajado.

Podemos complementar el tratamiento mediante un vendaje funcional para tendinitis aquilea de modo que relajemos la inserción del tendón de Aquiles.



Tratamiento ortopédico realizado con termofusión de resinas, cobertura de EVA y refuerzo medial con rovalfoam de 1 cm.



Soportes acabados.

Tratamiento ortopédico con refuerzo en AII y con refuerzo de post interno y retrapié.



Soporte de resinas.



Detalle de post medial.

BIBLIOGRAFÍA

1. Broido, B. Enciclopedia de las reglas deportivas. Editorial Robinbook. S.L. Barcelona, 2000.
2. Moreno de la Fuente, J. L. Podología Deportiva. Masson, Barcelona 2005
3. Santonja Medina, F., Martínez González-Moro, I., Ferrer López, V. Esguince de Tobillo y deporte. Diputación de Albacete, 1996.
4. Moreno de la Fuente, J. L. Podología General y Biomecánica. Masson, Barcelona 2003.
5. Sánchez Rable, L. J. Tratamiento del síndrome de fascitis crónica del calcáneo con fasciotomía endoscópica. Revista Española de Podología. 1995; 8, 438-441.
6. Protos Climent, B., Vázquez Amela, X. Tratamiento ortopédico de la fascitis plantar en el deportista. Revista Española de Podología. 1994; 2, 66-68.
7. Vázquez Amela, X. Tratamiento integral de la fascitis plantar. Podoscopia 1999; 7: 11-16
8. Viel E., Asensio G., Blanc Y., Casillas J.M. La marcha humana la carrera y el salto. Masson, Barcelona, 2002.
9. Moreno de la Fuente, J.L. Podología Física. Masson. Barcelona, 2006.
10. Anikawa, I, MD Franssen, JLM. Orthopedic Medical Approach including taping to Painful Achilles Tendon Syndrome, Korean Society of Physical Therapy, Kinsae Korea, 2001.
11. Vinzenzino B., Falding J., Howard R., Smith S. An investigation of the antipronation effect of two taping methods after application and exercise. Gait & Posture 1997; 5: 1-5.

108.2