

ARTICULOS SELECCIONADOS EN TRAUMATOLOGIA DEL DEPORTE

DR. FEDERICO TORRENTO – DR. VICENTE PAUS

The American Journal of Sports Medicine 35:1756-1769 (2007)

Clinical Sports Medicine Update

Consecuencia a Largo Plazo de Lesiones del Ligamento Cruzado Anterior y Meniscos Osteoartrosis

L. Stefan Lohmander, MD, Martin Englund, MD, Ludvig L. Dahl, PT and Ewa M. Roos, PhD
Department of Orthopaedics, Clinical Sciences Lund, Lund University, Lund, Sweden, and
Boston University School of Medicine, Boston, Massachusetts

Los objetivos de este estudio fueron revisar las consecuencias a largo plazo de lesiones del LCA y meniscos, los mecanismos patogénicos y las causas de la considerable variabilidad de los resultados. El LCA es el ligamento de la rodilla más frecuentemente lesionado, pero no en forma aislada sino asociado a lesiones meniscales en 15% de los casos, de otros ligamentos, del cartílago o hueso subcondral. Cuando esta asociación ocurre, el riesgo de osteoartrosis aumenta en forma significativa. La frecuencia de este tipo de lesiones es más de 100 veces mayor en pacientes deportistas y si son mujeres esta frecuencia aumenta 3 a 5 veces más. La incidencia de lesiones del LCA es de 30/100000 hab. en Dinamarca y 81/100000 hab. en Suecia, lo que deberían significar 5000 reconstrucciones de LCA por año, pero las estadísticas nacionales de Suecia reportan 3000 reconstrucciones del LCA por año, por lo tanto solo algo más del 50% de estas lesiones son reconstruidas. En 1996 USA reportó 107000 reconstrucciones del LCA y este número ha aumentado años tras año. Está totalmente demostrado que la incidencia de artrosis es altísima si estas lesiones no se reconstruyen. A los 10 a 20 años de haberse realizado el diagnóstico de lesión del LCA o meniscal, un promedio del 50% de los pacientes tienen artrosis con dolor y disminución de sus funciones: el paciente joven con una rodilla vieja. El desarrollo de la artrosis en la articulación lesionada es causado por un proceso patogénico que se inicia en el momento de la lesión aguda, combinado con cambios a largo plazo con la carga dinámica de la articulación. Está demostrado el rol preventivo que cumple la reconstrucción del LCA o meniscos contra el desarrollo de la artrosis. En casos de lesiones del LCA, los signos radiográficos de artrosis, la aparición del dolor y la disminución de la función se dan claramente a los 12 años de ocurrida la lesión. En lesiones meniscales aisladas estos cambios se encuentran en 50% de los pacientes a los 15 a 20 años de la lesión. La literatura muestra una amplia variación en los resultados que se relaciona con variables de cada individuo como la edad, sexo, genética, obesidad, fuerza muscular, actividad y nuevas lesiones. Un mejor entendimiento de estas variables puede mejorar la prevención a futuro y las estrategias de tratamiento.

The American Journal of Sports Medicine 35:1135-1143 (2007)

Nivel de Actividad y Función Subjetiva de la Rodilla 15 Años después de una Lesión del Ligamento Cruzado Anterior.

Un estudio Prospectivo, Longitudinal en Pacientes sin Reconstrucción.

Ioannis Kostogiannis, MD, Eva Ageberg, PT, Paul Neuman, MD, Leif Dahlberg, MD, Thomas Fridén, MD, and Harald Roos, MD.

From the Department of Orthopaedics, Clinical Sciences, Lund University, Lund, Sweden, the Division of Physiotherapy, Department of Health Sciences, Lund University, and the Department of Orthopaedics, Clinical Sciences, Lund University, Malmö, Sweden

Los autores realizaron este trabajo partiendo de la hipótesis de que los pacientes con rotura del LCA pueden mantener buena función de su rodilla y un adecuado nivel de actividad a largo plazo luego de ser tratados con modificación temprana de la actividad y rehabilitación. Para ello observaron durante 15 años a 100 pacientes con roturas completas del LCA, a los cuales se los sometió a una artroscopia diagnóstica inicial y a un programa de rehabilitación. Se les modificó su nivel de actividad especialmente evitando los deportes de contacto. Los pacientes que tuvieron episodios de giving-way y lesiones meniscales secundarias (6 pacientes) fueron excluidos del estudio y sometidos a una reconstrucción ligamentaria. 67 pacientes con una rodilla lesionada sin haber sido reconstruido su LCA fueron seguidos durante los 15 años. Los scores de Lysholm para rodilla, el del nivel de actividad de Tegner y uno análogo visual fueron registrados a intervalos regulares. Al finalizar el seguimiento los pacientes fueron evaluados con el Score KOOS (Knee injury and Osteoarthritis Outcome Score) y con el formulario IKDC. Los resultados fueron que 40 pacientes retomaron sus actividades al mismo nivel previo a la lesión o a un nivel mayor dentro de los 3 años. El nivel medio de actividad durante los 15 años había disminuido de 7 a 4 en la escala de actividad de Tegner. El promedio del score Lysholm fue 96 y 95 1 y 3 años después de la lesión pero declinó a 86 a los 15 años. 49 pacientes tuvieron buenos y excelentes resultados y 14 regulares o mal resultados (6 y 8 pacientes) a los 15 años. 13 de 67 pacientes fueron reoperados con algún procedimiento artroscópico debido a sus síntomas en la rodilla (19%). Los pacientes que realizaban deportes de contacto tuvieron una disminución subjetiva de su calidad de vida evaluada con la escala KOOS con respecto a los pacientes que realizaban actividades de no contacto. Concluyen los autores en que una modificación temprana de su actividad y una rehabilitación temprana resultaron en una buena función de la rodilla y un nivel de actividad aceptable en la mayoría de los pacientes no reconstruidos. La declinación del nivel de actividad de los pacientes involucrados en los deportes de contacto afectó subjetivamente la calidad de vida en forma mayor que en los pacientes que realizaban actividades de no contacto.

The American Journal of Sports Medicine 35:1070-1074 (2007)

Incidencia de lesiones del ligamento cruzado anterior en esquiadores alpinos de competición. Una Investigación de 25 años

Nicolás Pujol, Marie Philippe Rousseaux Blanchi y Pierre Chambat, MD

Orthopaedic Department, Hopital Andre Mignot, Le Chesnay, Centre de Medecine du Sport Haut Niveau, Albertville, and Centre Orthopédique Santy, Lyon, France

Los autores realizaron un estudio epidemiológico descriptivo para evaluar aspectos diversos de las lesiones del LCA en esquiadores alpinos de competición, con datos obtenidos de los equipos nacionales de competencia de Francia, 379 atletas: 188 mujeres y 191 hombres, desde 1980 hasta 2005. De las mujeres, 53 esquiadoras (28.2%) y 52 de los esquiadores hombres (27.2%) tuvieron al menos 1 lesión del ligamento cruzado anterior. El mecanismo de lesión es distinto del esquiador tradicional que es habitualmente una combinación de fuerzas en valgo y rotación interna. En los esquiadores de competencia, la posición que estos adoptan al estar

permanentemente sentados sobre sus rodillas produciendo una fuerza directa anterior de la tibia en relación al fémur, la cual es controlada por una contracción masiva del cuádriceps. La incidencia promedio de lesiones del LCA fue de 8.5 por 100/sesiones ski, con una tasa de lesión primaria de este ligamento de 5.7/sesiones ski y una prevalencia de reinjuria en la misma rodilla del 19%. La prevalencia de lesión bilateral del LCA fue del 30.5%. Al menos 1 cirugía adicional para el LCA (promedio 2.4 procedimientos) fue necesaria en 39% de los atletas lesionados. Hombres y mujeres tuvieron similaridad en la tasa de lesión primaria del LCA ($P=.21$), de la carrera restante luego de la lesión ($P=.44$) y de la especialidad de ski ($P=.5$). Hubo mayor cantidad de lesiones del LCA (primaria, bilateral y reinjuria) en esquiadores Top 30 del ranking mundial. Los atletas con lesiones del LCA tuvieron una carrera que duró 7.5 años mientras que los que no tuvieron estas lesiones su carrera duró 4.5 años en promedio. Finalmente, las tasas de lesión permanecieron constantes a lo largo de los 25 años. Los datos muestran que los esquiadores alpinos de nivel de elite tienen una tasa de lesión primaria, bilateralidad y reinjuria y que no ha declinado en los últimos 25 años. Es necesario buscar una forma para prevenir estas lesiones devastadoras para los deportistas.

Arthroscopy, Volume 23, Issue 3, Pages 312-315 (March 2007)

Lesiones Condrales de la Rodilla: Incidencia y Correlación entre Cambios Artroscópicos y de Resonancia Magnética

David Figueroa, M.D., Rafael Calvo, M.D., Alex Vaisman, M.D., Miguel A. Carrasco, M.D., Claudio Moraga, M.D., Iris Delgado, M.Sc. Bio. Los autores realizaron este trabajo para determinar la incidencia y características morfológicas de lesiones condrales de la rodilla halladas por artroscopia y su correlación con la RMN. Evaluaron en forma prospectiva 190 procedimientos artroscópicos realizados entre Marzo de 2003 y Febrero de 2004, pacientes con una edad promedio de 34.8 años (14 – 77 años). La indicación para la cirugía incluyó lesiones del LCA, roturas meniscales y dolor anterior de rodilla. Las RMN del preoperatorios fueron realizadas en un resonador de 1.5 Tesla con secuencias T1 y T2 y fueron examinadas por especialistas reconocidos en diagnóstico por imágenes, y se excluyó del estudio a los pacientes que no tenían una RMN preoperatoria. Las lesiones condrales fueron clasificadas de acuerdo a la ICRS (International Cartilage Repair Society). Durante los procedimientos artroscópicos fueron encontradas 115 lesiones condrales en 82 pacientes, la mayoría fueron lesiones únicas (72%) localizadas en el cóndilo medial (32%) o cara medial de la rótula (22.6%); 62.6% de las lesiones fueron clasificadas como lesiones ICRS tipo 2 o 3 A con una superficie promedio de 1.99cm². Encontraron una correlación directa entre la edad de los pacientes y el tamaño de las lesiones. La sensibilidad de la RMN fue del 45% con una especificidad del 100%, y la sensibilidad fue mayor en las lesiones profundas (relación directa con la clasificación de la ICRS). Concluyen en que la RMN con las secuencias convencionales T1 y T2 es adecuada para mostrar lesiones condrales profundas y defectos de la rótula y que el estudio sirvió para confirmar que un considerable número de lesiones puede permanecer sin detectarse hasta realizar una artroscopia que sigue siendo el gold standard para realizar el diagnóstico de certeza

Retorno al Deporte y la Actividad Recreativa luego de una Artroplastía Unicompartimental de Rodilla

Florian D. Naal, MD, Michael Fischer, MD, Alexander Preuss, MD, Joerg Goldhahn, MD, Fabian von Knoch, MD, Stefan Preiss, MD, Urs Munzinger, MD and Tomas Drobny.

Department of Orthopedic Surgery, Joint Center, Schulthess Clinic, Zurich, Switzerland

Los autores realizaron este trabajo para demostrar que los pacientes tratados con una prótesis unicompartimental de rodilla serían capaces de retornar a la actividad deportiva. Interrogaron por cuestionario postal a 83 pacientes para determinar su actividad deportiva y recreativa en un tiempo promedio de 18 +/- 4.6 meses (rango 12 – 28 meses) luego de la cirugía protésica de rodilla. Para analizar los datos los pacientes fueron divididos en grupos de hombres y mujeres y de pacientes jóvenes y añosos. Antes de la cirugía 77 de 83 pacientes tenían un promedio de 5.0 actividades deportivas y recreativas. Luego de la cirugía 73 de 83 pacientes (88%) participaron en un promedio de 3.1 actividades deportivas diferentes, con un nivel de retorno deportivo del 95%. La frecuencia de actividad en el preoperatorio fue de 2.9 (sesiones por semana) y permaneció constante en el momento de la encuesta (2.8). El grupo de pacientes añosos (edad promedio 73 años) mostró una frecuencia significativamente mayor que el grupo de los pacientes jóvenes (edad promedio 57.8 años). La duración mínima de una sesión fue de 66 minutos antes de la cirugía y de 55 después de la misma. Las actividades más frecuentes fueron caminata, ciclismo y natación. Actividades de alto impacto como carreras de cross country y ski tuvieron una importante disminución en los pacientes participantes. La mayoría de los pacientes (90.3%) mantuvieron o mejoraron su capacidad para realizar sus actividades deportivas. Concluyen con que la mayoría de los pacientes fueron capaces de retornar a la actividad deportiva o recreativa luego de una artroplastía unicompartimental de rodilla. Sin embargo el número de disciplinas que los pacientes desarrollaron fue menor así como la duración de cada sesión y la mayoría prefirieron realizar actividades deportivas o recreativas de bajo o sin impacto.

The American Journal of Sports Medicine 35:705-711 (2007)

Deportes luego de Artroplastía de Superficie de la Cadera

Florian-D. Naal, MD, Nicola A. Maffiuletti, PhD, Urs Munzinger, MD and Otmar Hersche, MD

From the Joint Center, Schulthess Clinic, Zurich, Switzerland

Los autores realizaron este trabajo con la hipótesis que los pacientes operados con una prótesis de superficie de cadera serían capaces de realizar actividades deportivas a un alto nivel. Evaluaron a 112 pacientes por medio de un cuestionario postal para determinar su nivel de actividad deportiva a una media de 23.5 meses (9-40) luego de una cirugía de reemplazo de superficie de la cadera. Los datos fueron analizados por separado entre pacientes jóvenes y mayores, y hombres y mujeres. De los 112 pacientes, 110 participaron en 4.6 disciplinas deportivas luego de la cirugía comparados con 105 que participaban en 4.8 actividades deportivas previas a la cirugía. El 26% realizaron 4 sesiones semanales y en más del 60% de los casos cada sesión duró más de 60 minutos. Una alta proporción de los pacientes continuaron realizando esquí (51%), tenis (12%) o deportes de contacto (22%) y más del 50% de los

pacientes comenzaron su actividad deportiva dentro de los 3 meses posteriores a la cirugía. El 70% de ellos realizaron dichas actividades libres de dolor. El grupo de los pacientes mayores (edad promedio 60.2 años) participó en mayor diversidad de actividades, con una mayor frecuencia semanal y con mayor duración de cada sesión deportiva que el grupo de los pacientes jóvenes (edad promedio 46.4 años). Este es el primer artículo en el que se muestran resultados detallados sobre la actividad deportiva que pueden desarrollar pacientes luego de una artroplastía de superficie de la cadera. Los pacientes pudieron retornar a un alto nivel deportivo luego de la cirugía, sin embargo se debe determinar con estudios a futuro la influencia de estas actividades en la tasa de aflojamiento y revisión de estas prótesis.

The American Journal of Sports Medicine 35:1341-1345 (2007)

Degeneración del Disco Intervertebral Lumbar en Nadadores Competitivos de Elite: un Estudio de Caso Control.

Koji Kaneoka, MD, Ken Shimizu, MD, Mika Hangai, MD, Toru Okuwaki, MD, Naotaka Mamizuka, MD, Masataka Sakane, MD and Naoyuki Ochiai, MD, PhD

Department of Orthopaedic Surgery, Institute of Clinical Medicine, Graduate School of Comprehensive Human Sciences, University of Tsukuba, Tsukuba, Japan, and Department of Sports Medicine, Japan Institute of Sports Sciences, Japan

La mayoría de los problemas ortopédicos experimentados por nadadores de competencia están relacionados con dolores de hombro, de espalda y de rodilla. Estudios previos mostraron que 25% de los nadadores del equipo nacional japonés tuvieron dolores lumbares, 21% de los nadadores de equipos del Campeonato Mundial 2001 de la FINA tuvieron dolores de espalda y 3 de ellos tuvieron que abandonar la competencia. Dolores lumbares relacionados con alteraciones de los discos intervertebrales se dan en otros deportes, como en 75% de los integrantes de un grupo de 24 gimnastas de elite, en 43% de gimnastas femeninas de elite y 63% de gimnastas de nivel olímpico y en 44% de un grupo de 45 jugadores de volleyball de competición. En este estudio 56 nadadores de elite, 35 hombres y 21 mujeres fueron seleccionados para entrenar en los equipos nacionales por el Instituto de Ciencias Deportivas de Japón entre 2001 y 2002. Este grupo fue llamado el “grupo de alta carga”, tuvo una edad promedio de 19.6 años (15 - 27 años) y el 77% de ellos tenía alguna historia de dolor lumbar. El grupo control fue de 38 estudiantes nadadores recreativos 24 hombres y 14 mujeres con edad promedio de 21.1 años (18 – 24 años) y fue llamado “grupo de baja carga” de los cuales el 87% tenían antecedentes de dolor lumbar. Se evaluó la presencia de patología discal degenerativa con RMN secuencias T2 desde los segmentos L1-2 hasta L5-S1, y los discos se clasificaron en 5 grados de acuerdo a la clasificación de Pfirrmann, de los cuales los grados 3, 4, y 5 son considerados discos degenerativos. Los resultados fueron los siguientes: 38 (68%) de los nadadores de elite y 11 (29%) de los recreativos tuvieron discos degenerativos en varios niveles discales y la prevalencia fue significativamente mayor en los nadadores de elite ($P=.0002$). En el grupo de alta carga la prevalencia de los niveles discales afectados reveló que el nivel L5-S1 fue significativamente el más afectado ya que dicho espacio es la articulación entre la columna lumbar y la pelvis y esta demostrado que en competencias de distancia o duración excesiva el mayor estrés que recibe esta zona predispone a la degeneración. No hubo diferencias entre hombres (69%) y mujeres (67%), y la tasa de degeneración fue 83% para estilo libre, 62% para espalda, 67% para pecho y 60% para mariposa, no habiendo diferencias significantes entre

estos estilos. No se observó una relación significativa entre las variables dolor lumbar, estilos de natación y degeneración discal. Se concluye que las actividades de natación competitivas pueden exagerar la degeneración discal intervertebral especialmente en el segmento intervertebral L5-S1.

The American Journal of Sports Medicine 35:1500-1506 (2007)

Parámetros de Imágenes de Resonancia Magnética Para Disminuir el Riesgo de Recidiva en Lesiones de los Isquiotibiales en Atletas de Elite

George Koulouris, David A. Connell, Peter Brukner, and Michal Schneider-Kolsky, PhD

From the Department of Medical Imaging, Victoria House Hospital, Melbourne, Australia, the Department of Radiology, Royal National Orthopaedic Hospital, Stanmore, London, United Kingdom, Centre for Health, Exercise and Sports Medicine, University of Melbourne, Melbourne, Australia, and the Department of Medical Imaging & Radiation Sciences, Monash University, Clayton, Victoria, Australia

Está establecida la utilidad de las imágenes de RMN en el diagnóstico de los desgarramientos musculares de los isquiotibiales y para identificar los hechos relacionados con la duración de la rehabilitación en atletas, y afortunadamente se puede predecir cuáles son los parámetros de imágenes para predecir un nuevo desgarramiento muscular. Estas recidivas ocurren aproximadamente en 30% de los jugadores a pesar de que se piensa que el tiempo de curación y el programa de rehabilitación son suficientes para que ello no ocurra. Esto desafortunadamente no ha variado en los últimos años, sin embargo se espera que pueda disminuir con la aplicación de ejercicios excéntricos preventivos, entrenamiento específico del deporte, mejoría en el manejo de la rehabilitación y adecuada localización anatómica de la lesión por imágenes de RMN. Este estudio fue diseñado para investigar si se pueden utilizar ciertos parámetros de imágenes de RMN para predecir cuáles lesiones tienen mayor riesgo de recidivar. Entre Febrero y Agosto de 2002, fueron evaluados 41 jugadores de la Liga de Fútbol Australiano quienes sufrieron un desgarramiento de los isquiotibiales y se les realizó un examen con RMN dentro de los 3 días posteriores a la lesión. Los parámetros de imagen de RMN evaluados fueron el tamaño de la lesión, el área de corte seccional, el músculo involucrado, y la localización de la lesión dentro de la unidad músculo tendinosa. Los jugadores que sufrieron una recidiva de su lesión fueron reexaminados con imágenes y los parámetros de la lesión inicial y los de la recidiva fueron comparados. Además se los comparó con los que sufrieron un desgarramiento simple que no tuvo complicaciones como la recidiva. De los 41 jugadores con desgarramientos de isquiotibiales confirmados con imágenes de RMN, 31 tuvieron un desgarramiento simple y 10 sufrieron una segunda lesión. El largo promedio de la lesión muscular en el grupo de desgarramiento simple fue de 83.4mm comparados con los 98.7 mm del grupo de recidiva, en el cual además el largo de la segunda lesión fue mayor que el de la lesión inicial (promedio 107.5 mm). El 90% de los jugadores que tuvieron una recidiva mostraron un largo de lesión inicial mayor de 60 mm, comparable solo con el 58% del grupo del desgarramiento simple. Solo 7% de los jugadores con un desgarramiento de menos de 60 mm sufrieron una recidiva de su lesión. De los 27 jugadores que tuvieron un desgarramiento de menos de 60 mm, 33% (9 de 27) sufrieron una recidiva. De todos los parámetros evaluados, solo la historia de una lesión de LCA fue estadísticamente predictiva de sufrir un segundo desgarramiento dentro de la misma temporada de competencia. De los parámetros

de imágenes de RMN el tamaño de la lesión tuvo muy fuerte correlación con la repetición del desgarro y puede ayudar a identificar cuales atletas son más propensos a sufrir una recidiva.

Knee Surgery, Sports Traumatology, Arthroscopy, Volume 15, Number 1, Enero de 2007

Tendinosis Patelar Distal: Una Inusual Forma de Rodilla del Saltador.

Janne Sarimo, Jussi Sarin, Sakari Orava, Jouni Heikkilä, Jussi Rantanen, Mika Paavola and Timo Raatikainen.

Mehiläinen Sports Trauma Research Center, Mehiläinen Sports Clinic and Hospital, Paavo Nurmi Center, Turku, Finland.

La rodilla del saltador es un problema común en deportistas que participan en actividades que involucren correr y saltar. Típicamente el dolor relacionado con la actividad se siente en el sector proximal del tendón patelar. Los síntomas y cambios en la parte más distal del tendón son inusuales. Todos los pacientes de este estudio retrospectivo fueron atletas que sufrieron una tendinopatía patelar distal. Hubo 19 hombres y 4 mujeres con una edad promedio de 24 años (rango 12 – 32). Todos los pacientes fueron operados luego de haber fracasado el tratamiento conservador, en promedio 23 meses luego de la finalización de este tratamiento. Luego de un seguimiento post operatorio promedio de 42 meses, 21 de las rodillas tuvieron buenos resultados significando esto que el atleta retorno al nivel deportivo previo a la lesión sin ningún síntoma. En 3 pacientes el resultado fue regular, los pacientes pudieron retornar al deporte pero continuaban con algunos síntomas. No se reportaron resultados malos. Todos los pacientes fueron capaces de retornar al mismo nivel deportivo entre las semanas 8 y 12 luego de la cirugía. Los autores concluyen con que el tratamiento quirúrgico es una buena opción ante el fracaso del tratamiento conservador en esta patología inusual de la rodilla.

Arthroscopy, Volume 23, Issue 6, Page 682 (June 2007)

Artroscopia de Cadera: el Emerger de un Gold Standard

Paul Beauyle, M.D., John Clohisy M.D., Perry Schoenecker M.D., Young-Jo Kim M.D., Michael Millis M.D., Robert Trousdale, M.D.

El advenimiento de la artroscopia de cadera trae aparejado el paulatino conocimiento de las indicaciones precisas para su realización, y es poco comparable a otras articulaciones. No como en la rodilla, donde las lesiones de los ligamentos o del cartílago representan la patología fundamental, en la cadera, ocurre justamente lo contrario. En la gran mayoría de los casos la patología tiene que ver con algún dismorfismo óseo como displasia o impingement femoroacetabular que subsecuentemente lleva al daño del complejo labral/condral. Esto es crítico ya que este dismorfismo representa la causa para el desarrollo de artrosis de cadera y la falla en el reconocimiento y tratamiento de estas deformidades puede afectar el resultado del tratamiento quirúrgico y la supervivencia de la articulación original. Entender y tratar las anormalidades estructurales asociadas debe ser enfatizado y no olvidar mas allá de nuestro entusiasmo por los procedimientos artroscópicos que por ejemplo está muy bien documentado el éxito de las osteotomías alrededor de la cadera. Otro razonamiento simple: ¿es la artroscopia el gold standard en la rodilla para tratar una artrosis leve con una deformidad en varo?. Estamos entusiasmados con el avance de la artroscopia para tratar la cadera dolorosa y alentamos nuestro deseo de avanzar en el conocimiento de las aplicaciones de la artroscopia de cadera. Sin embargo debemos ser cautos para evitar la expansión descontrolada de la cirugía artroscopia de la cadera y evitar el fenómeno repetido que ocurre en la cirugía en general

donde hubo un aumento de la tasa de colecistectomías con la introducción de la colecistectomía laparoscopia. Alentamos fuertemente a aquellos cirujanos que realizando artroscopías de cadera permiten entender la patofisiología y la patomecánica de las caderas sintomáticas y contemplamos con criterio crítico el destino de la artroscopia especialmente subrayando que la enfermedad estructural de la cadera como displasia acetabular y desórdenes de impingement no focal las cuales son mejor analizadas con el estudio radiográfico de la cadera.

The American Journal of Sports Medicine 35:1537 (2007)

Epidemiología de las lesiones del hombro en la Unión de Rugby de Inglaterra

Julia Headey, John Brooks, and Simon Kemp

University of Birmingham, Birmingham, United Kingdom y Rugby Football Union, Twickenham, United Kingdom.

Los autores realizan este trabajo para describir la incidencia, severidad y factores de riesgo asociados con lesiones del hombro en jugadores de la unión profesional de rugby. Las lesiones del hombro constituyen un considerable riesgo para los jugadores de rugby y estudios previos muestran que el porcentaje de las lesiones del hombro son entre el 9 y 11% del total de las lesiones y con una tasa de recurrencia cercana al 75%. Los factores de riesgo no son comparables a los de otros deportes, cuestiones propias del rugby como la posición en el campo del jugador, las fases del juego constituyen riesgos únicos. Tomaron parte del estudio 546 jugadores (300 forwards y 246 backs) de 12 de los 13 clubes de la English Premiership Rugby Union en las temporadas 2002-2003 y 2003-2004. y se analizaron las lesiones del hombro producidas durante los partidos (420 partidos, 16 782 hs) y entrenamientos (196.409 hs). Durante esta exposición hubo 169 lesiones del hombro (149 en partidos y 20 en entrenamientos), las cuales causaron 5301 días de ausencia a partidos y entrenamientos. La incidencia de lesiones fue significativamente menor durante los entrenamientos (0.10/1000 hs. de entrenamiento por jugador) comparada con los partidos (8.9/1000 hs. de partido por jugador), y tanto la incidencia como la severidad de estas lesiones fue similar en los forwards y los backs. Las lesiones mas frecuentes fueron de la articulación acromioclavicular (32%) seguidas por las del manguito rotador (23%) y las luxaciones e inestabilidades (14%). Las más severas fueron las luxaciones de hombro con un promedio de ausencia de 81 días, las cuales tuvieron además la mayor proporción de las ausencias (42%) La tasa de recurrencia fue del 27% de las 169 lesiones, y las luxaciones/inestabilidades estuvieron en la cima con el 62% del total. La mayoría de las lesiones en los partidos ocurrió con los tackles (65%) y los backs del lado de afuera fueron los más afectados en estas circunstancias. Las lesiones ocurridas durante los entrenamientos fueron más severas (61 días de ausencia promedio) que aquellas que ocurrieron en los partidos (27 días) y las sesiones de entrenamientos defensivas tuvieron el mayor riesgo de lesión (0.45/1000 hs jugador). Se perdieron un promedio de 241 días por jugador por club por temporada por las lesiones del hombro. Los resultados sugieren la necesidad de reducir las lesiones modificando las actividades de entrenamiento e implementando estrategias de prerrehabilitación en un esfuerzo para minimizar el riesgo de luxación/inestabilidad ya que estas lesiones fueron las más severas, tuvieron la mayor tasa de recurrencia y ocasionaron la mayor cantidad de días de pérdida de la actividad deportiva.

Tratamiento con Ejercicios Eccéntricos, Ondas de Choque o Política de Esperar y Ver para las Tendinopatías del Cuerpo del Tendón de Aquiles

Jan D. Rompe, MD, Bernhard Nafe, MD, John P. Furia, MD, and Nicola Maffulli, MD.
OrthoTrauma Clinic, Gruenstadt, Germany, Rüsselsheim-Bauschheim, Germany, SUN
Orthopaedic Group, Lewisburg, Pennsylvania, and Department of Trauma and Orthopaedic
Surgery, Keele, University School of Medicine, Staffordshire, England

Los autores realizan un trial randomizado controlado para comparar la efectividad de tres diferentes métodos de tratamiento para las tendinopatías del cuerpo del tendón de Aquiles. Dividieron a los pacientes en 3 grupos, el grupo 1 tratado en ejercicios excéntricos, el grupo 2 tratado con ondas de choque y el grupo 3 sin tratamiento, con la política de esperar y ver los resultados. Seleccionaron 75 pacientes con tendinopatías crónicas del Aquiles (de más de 6 meses de evolución) a los cuales los enrolaron en un estudio controlado randomizado. Todos estos pacientes habían recibido tratamiento con malos resultados por al menos 3 meses, incluyendo inyecciones locales peritendinosas, DAINES, y fisioterapia. Utilizaron el Score VISA-A (Victorian Institute of Sport Assessment), que a los 4 meses de haber comenzado los 3 grupos cada tratamiento, se incrementó en todos ellos, mejorando de 51 a 76 puntos en el grupo 1 (excéntrico), de 50 a 70 en el grupo 2 (ondas de choque), y de 48 a 55 en el grupo 3 (esperar y ver). El dolor disminuyó en todos los grupos, de 7 a 4 puntos en el grupo 1, de 7 a 4 en el grupo 2, y de 8 a 6 puntos en el grupo 3. 15 de 25 pacientes en el grupo 1 (60%), 13 de 25 en el grupo 2 (52%) y 6 de 25 en el grupo 3 (24%) reportaron una escala de Likert de 1 o 2 puntos (completamente recuperado o muy mejorado). En todos los resultados evaluados, no hubo diferencias significativas entre los grupos 1 y 2, pero si ambos grupos tuvieron diferencias significativas con el grupo 3 mostrando mejores resultados. Concluyen en que tanto el tratamiento con ejercicios excéntricos como con ondas de choque son efectivos para el tratamiento de las tendinopatías crónicas del Aquiles así como no mostraron buenos resultados los pacientes en los cuales se optó por no tratarlos y esperar y ver los resultados.

Am J Sport Med 2007 Apr 27

¿Cual es la repercusión clínica de la tenotomía de la porción larga del bíceps en las reparaciones del manguito rotador por artroscopía?

Charoussat C, Grimberg J, Vu-Huong L, Duranthon L, Bellaiche L, Petrovert D.
Paris, France.

Los que reparamos por artroscopia las rupturas del manguito rotador, la porción larga del bíceps esta habitualmente lesionada. Existe una controversia sobre el gesto que se debe realizar: una tenotomía o una tenodesis . El objeto de este estudio es determinar la repercusión clínica de la tenotomía de la PLB como así también a nivel del aspecto estético y funcional. Analizan de enero del 2000 a junio del 2005 510 reparaciones artroscópicas del manguito rotador, 355 tuvieron una tenotomía de la PLB asociada. Los resultados muestran que la tenotomía del tendón de la porción larga del bíceps dieron en 20 casos un signo de

“popeye” positivo, dolor anterior o crepitación en menos del 10 % de los casos y que no disminuye la fuerza de supinación de manera significativa. Concluyen que la tenotomía del tendón de la PLB, gesto simple bajo artroscopía no deteriora el resultado funcional de la reparación del manguito rotador por esta vía. El dolor anterior residual es poco frecuente y la fuerza en la supinación esta conservada.