



Sección : Palabra de Expertos

Mi experiencia como cirujano ortopedista en un plantel de futbol profesional

Dr. Miguel Ángel Crespo*

■ INTRODUCCION

Desde julio de 1995 hasta noviembre de 2006, algo más de once años, me desempeñé como médico del Plantel Profesional del Club Atlético San Lorenzo de Almagro.

Además del sinnúmero de actividades inherentes al cargo, que sería tedioso enumerar en detalle, tenía bajo mi responsabilidad la realización de todas las intervenciones quirúrgicas de la especialidad, en los jugadores fichados por AFA, desde la 9ª división en adelante, que así lo requirieran.

Debemos dar por sentado que las contusiones, los desgarros musculares y los esguinces articulares leves son los accidentes deportivos más frecuentes en la práctica médica diaria. El tratamiento de elección de estas afecciones es médico y fisiokinésico, y excepcionalmente son pasibles de intervenciones cruentas.

El objetivo de esta entrega es la descripción de las dolencias que requirieron tratamiento quirúrgico, el comentario de las operaciones practicadas en esos casos y los resultados obtenidos, tanto en lo que respecta a la curación de las lesiones, como en función del retorno a la actividad deportiva.

Con respecto a esto último, se ha dicho que el éxito de nuestra actividad, como médicos de deportistas, es acortar los tiempos de recuperación. No es así. Debemos esforzarnos en recuperar al jugador en los tiempos mínimos, pero estos son inamovibles. El desafío consiste en identificar el momento justo, distinto para cada individuo, para dar el alta deportiva. Ni antes, en resguardo de la salud del

paciente, ni más tarde, por las implicancias psicológicas y socioeconómicas que se plantean por la ausencia del deportista en el terreno de juego.

Es justo enfatizar que la recuperación no sólo depende de lo actuado en el quirófano, sino también de protocolos de rehabilitación precisos, llevados a la práctica con la ayuda imprescindible de un kinesiólogo con experiencia en estas lesiones deportivas. Se llevaron a cabo 86 operaciones, con un promedio de casi ocho por año, según el siguiente detalle:

Rotura meniscal:	25
Rotura del LCA, aislada o asociada:	19
Fractura del 5º metatarsiano:	9
Pubialgia:	8
Cicatriz de desgarro muscular:	2
Luxación recidivante del hombro:	2
Luxación recidivante de la rótula:	2
Rotura del neoligamento cruzado anterior:	2
Lesión cápsulo ligamentaria aguda en la rodilla:	1
Inestabilidad medial de la rodilla:	1
Plica sinovial:	1
Sinovitis crónica de la rodilla:	1
Hemartrosis en la rodilla:	1
Fractura-luxación del tobillo:	1
Tobillo del futbolista:	1
Fractura del escafoides carpiano:	1
Fractura patológica de la rótula:	1
Rotura patológica del tendón rotuliano:	1
Hematoma postraumático en el muslo:	1
Extracción de osteosíntesis:	4
Movilización de la rodilla bajo anestesia general:	2

Es de hacer notar que de los 25 a 30 jugadores que conformaron habitualmente el Plantel Profesional

* Miembro Fundador y Ex Presidente de la AATD.
• Médico del Plantel profesional de San Lorenzo (1995-2006)

durante mi gestión, ninguno fue operado por otros cirujanos. Me consta que algunos deportistas de las divisiones inferiores sí han sido intervenidos por otros colegas, y no están incluidos en esta casuística.

Rotura meniscal: En todos los casos practicamos la meniscectomía parcial artroscópica. Un jugador requirió la meniscectomía interna en ambas rodillas, efectuadas en el mismo acto quirúrgico. No observamos lesiones osteocondrales severas. El retorno promedio a la actividad deportiva fue de cuatro semanas para el menisco interno y de seis semanas para el externo, sin secuelas.

Rotura del LCA: Sumadas a las roturas meniscales representaron más de la mitad de las operaciones realizadas (Fig.1). La técnica empleada fue siempre: 1) diagnóstico artroscópico, 2) tratamiento de las ocasionales lesiones asociadas y 3) reconstrucción con injerto de hueso-tendón rotuliano-hueso, a cielo abierto, a través de una única incisión recta oblicua parapatelar medial, de diez a doce centímetros. Fijación con tornillos de interfase de acero. No se usaron guías ni tensores (Fig.2). Con respecto a las lesiones asociadas observamos seis roturas del menisco lateral y una del menisco medial, todas de resolución artroscópica, tres lesiones del ligamento colateral medial, tratadas mediante reinserción o retensado y dos del ligamento colateral lateral tratadas con reparación más plástica del corner posterolateral. Un paciente presentó en el postoperatorio inmediato una hemartrosis infectada. A las 72 horas practicamos el drenaje y lavado por vía artroscópica. Luego



Fig. 1.- RMN. Rotura del LCA.

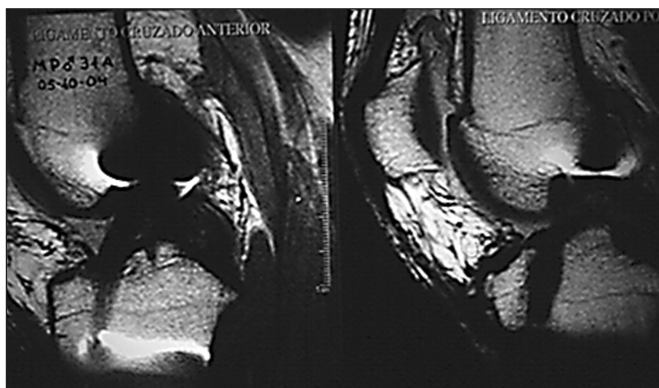


Fig. 2.- RMN. Injerto HTH.

del tratamiento antibiótico de elección curó sin secuelas, reintegrándose al deporte a los ocho meses. Este es un buen ejemplo para demostrar que las complicaciones bien tratadas no tienen por qué condicionar malos resultados. En dos oportunidades fue necesario movilizar la rodilla bajo anestesia general, al no superarse los 90° de flexión entre los 40 y 60 días de la operación. En un caso, a más de un año de operado y más de seis meses de reintegro al deporte, se produjo el desprendimiento del tornillo proximal, resuelto mediante su extracción con ayuda artroscópica. Observamos dos roturas del neoligamento, ambas a los ocho meses del alta deportiva y a más de un año de la operación, en plena práctica de fútbol de competición. Fueron reoperados mediante plástica con semitendinoso y recto interno. En todos los casos la vuelta al deporte se produjo entre los seis y ocho meses, salvo un paciente que falleció durante el postoperatorio alejado.

Fractura del quinto metatarsiano: Se efectuaron 9 operaciones en 8 jugadores, ya que uno fue intervenido en forma bilateral. En todos los casos se trataba de fracturas por fatiga, a nivel metafisodiafisario proximal (Fractura de Jones) (Fig. 3). En casi todos se practicó el atornillado endomedular a cielo cerrado, en cuanto se efectuó el diagnóstico, el más temprano a los cuatro días de producida la lesión (Fig. 4). En un paciente que nos llegó a los 40 días, con un retardo de consolidación, además del



Fig. 3.- Rx: Fractura de Jones.



Fig. 4.- Rx: Osteosíntesis.

atornillado le efectuamos la decorticación osteoperiostica del foco a lo Judet, más injerto rotado inlay (Operación del cubo de Piñeyro). El paciente operado bilateralmente sufrió la fractura en el pie izquierdo, y el centellograma óseo mostró hipercaptación en la base de ambos quintos metatarsianos. La TAC evidenció la fractura en el lado izquierdo e importantes cambios estructurales óseos en el lado derecho, interpretados como un estadio pre fractura. Autorizados por el paciente y sus padres, pues se trataba de un menor, operamos ambos metatarsianos sucesivamente, en el mismo acto quirúrgico, en el lado derecho en forma preventiva. Todos los pacientes retornaron a la actividad deportiva alrededor de los dos meses de la operación. No se observaron secuelas. En un caso se extrajo el tornillo a más de un año de operado, por presentar molestias locales.

Pubialgia: Se trata de una afección frecuente en los jugadores de fútbol. La expresión poco feliz de que “las pubialgias están de moda” implica el desconocimiento de la enfermedad y de sus antecedentes históricos. De hecho fue incluida en primer lugar, en el listado inicial de las atlopatías, publicado en el año 1962 por la Unión Europea de Medicina del Deporte, con el nombre de osteopatía dinámica del pubis en futbolistas (Fig. 5). Cuando luego de dos meses de tratamiento médico-kinésico la dolencia no remite, o frente a recidivas ya tratadas, practicamos la intervención quirúrgica, consistente en la tenotomía bilateral de los aductores y de los rectos internos del muslo según necesidad, y la aponeurotomía suprapúbica de los rectos anteriores del abdomen. Nos ha dado buen resultado estético cicatrizal la incisión paralela y distal a la arcada inguinal, con cierre intradérmico y drenaje por contra-beratura. Los ocho pacientes operados recuperaron su capacidad deportiva plena alrededor de los dos meses desde la intervención. No se registraron secuelas.



Fig. 5.- Rx: Osteopatía dinámica del pubis.

Cicatriz de desgarro muscular: A pesar de la alta tasa de lesiones musculares, sin dudas uno de los accidentes deportivos más frecuentes en el futbolista, solamente operamos a dos jugadores con cicatrices remanentes dolorosas, mediante la resección simple. Una localizada en el tercio medio del recto anterior del muslo y la otra en el tercio distal del semimembranoso. Ambos pacientes curaron sin secuelas.

Luxación recidivante del hombro: Dos casos requirieron el tratamiento operatorio: un arquero con más de diez episodios de subluxación y los dos últimos de luxación escapulohumeral, y un jugador de campo de veintiún años, luego de su segundo episodio de luxación (Fig. 6). Ambos fueron operados a cielo abierto, mediante la transferencia del músculo subescapular con técnica de Magnuson-Stack, a través de la vía axilar anterior de Leslie y Ryan. Los dos pacientes obtuvieron un resultado estético y funcional excelente, sin limitación de la rotación externa del hombro, secuela injustamente asignada a este procedimiento. El reintegro se produjo pocos días después de los dos meses, lapso ínfimo, más aun en el arquero, que revistaba como titular en la primera división.

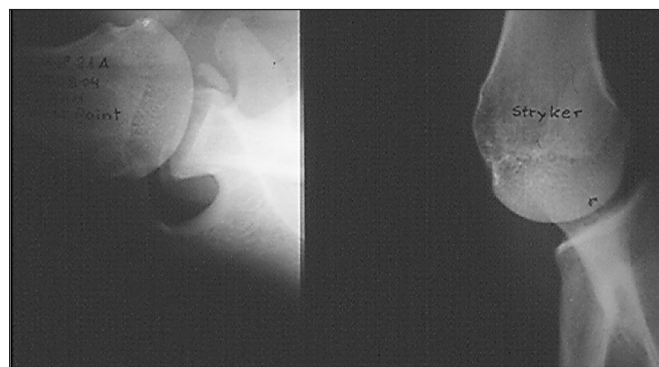


Fig. 6.- LRAH. Rx. West Point y Stryker.

Luxación recidivante de la rótula: Se trata de una afección poco frecuente en los varones. Los dos casos presentaban genu valgum como alteración postural predisponente. En uno efectuamos una realineación proximal con plicatura medial y transferencia dinámica de Madigan y en el otro una realineación distal con técnica de Emslie-Trillat más Madigan. Ambos casos a cielo abierto. El segundo tardó casi cuatro meses en volver al deporte.

Lesión cápsulo ligamentaria aguda en la rodilla: Un deportista juvenil sufrió en un partido un esguince grave en flexión, varo y rotación interna, presentando gran hemartrosis e inestabilidad lateral marcada, con la rodilla en semiflexión. No se observaban lesiones óseas ni afectación del nervio ciático-poplíteo externo.

Operado a los seis días del accidente se comprobó avulsión de la inserción conjunta del tendón del bíceps sural y del ligamento colateral lateral en el peroné y rotura capsular inframeniscal interesando el corner posterolateral, con indemnidad tanto del menisco como del LCA. Se procedió a la reinserción, a través de túneles óseos en la tibia, del corner y de la cápsula, y a la reinserción ósea del tendón conjunto en la cabeza del peroné. Evolucionó sin complicaciones y se reintegró al deporte a los seis meses, sin secuelas.

Inestabilidad medial de la rodilla: Un jugador que había sufrido una lesión aislada del LCM hacía casi cuatro años tratada, como es habitual, en forma incruenta, comenzó a presentar episodios de dolor y resalto al forzarse la rodilla en valgo, producto de una rotura meniscal agregada. Es frecuente ver como una rodilla que tolera una lesión ligamentaria, aún del LCA (estabilizadores primarios), se desestabiliza al sufrir una rotura meniscal (estabilizadores secundarios). Se procedió a la meniscectomía medial parcial por vía artroscópica y al retensado del LCM a nivel proximal a cielo abierto. El resultado fue muy satisfactorio, con reintegro asintomático a partir de los tres meses de operado.

Plica sinovial de la rodilla: Un paciente con un cuadro de dolor medial, resaltos articulares e hidrartrosis a repetición fue intervenido por vía artroscópica, encontrándose una plica parapatelar súper medial hipertrófica y fibrosada. Procedimos a la sección y resección de la misma, con resultado excelente.

Sinovitis crónica de la rodilla: Un deportista comenzó, sin que mediara accidente traumático ostensible, con fenómenos de hinchazón, dolor y limitación de la flexión articular a repetición. Al examen físico se encontró sólo hidrartrosis y empastamiento sinovial. Mejoró parcialmente con tratamiento médico, kinésico y un par de infiltraciones intraarticulares con corticoides, recidivando al poco tiempo. La artroscopia evidenció una sinovitis hipertrófica congestiva generalizada. Tomamos muestras para examen anatómico-patológico y practicamos una sinovectomía artroscópica meticulosa aunque, como es la regla en estos casos, incompleta. El postoperatorio cursó en forma normal, disminuyendo la hidrartrosis progresivamente y curando sin secuelas, con reintegro deportivo a las seis semanas. El informe A.P. indicó: Sinovitis hipertrófica vellosa, no pigmentaria.

Fractura-luxación del tobillo: Durante un partido oficial un delantero sufrió un movimiento forzado en pronación del tobillo derecho. Dolor, inestabilidad e impotencia funcional. En las radiografías se observó una fractura suprasindesmal del peroné, siete u ocho centímetros por arriba de su extremo

distal. Esta fractura se acompaña siempre con la lesión de los ligamentos de la sindesmosis tibioperonea y, en ausencia de un trazo en el maléolo tibial, con la rotura o desinserción del ligamento deltoideo. Estas roturas ligamentarias están siempre presentes cuando el peroné se fractura por encima de la sindesmosis, aún en los casos en los que las radiografías no muestren signos de diastasis tibioperonea o tibioperonea, no siendo necesario recurrir a la RMN para demostrarlo. Es una lesión altamente inestable y requiere ser tratada quirúrgicamente. En este caso se efectuó la osteosíntesis del peroné con placa 1/3 de tubo y tornillos para pequeños fragmentos, la reinserción del ligamento deltoideo mediante perforaciones en el maléolo tibial y la sutura ligamento-perióstica del ligamento peroneoastragalino anterior. Como los controles radiográficos intraoperatorios (Fig. 7) mostraron una reducción anatómica, sin diastasis, consideramos innecesario agregar un tornillo tibioperoneo (Fig. 8). Bota de yeso por cuatro semanas sin apoyo y luego "walker" con apoyo progresivo en cuatro puntos con muletas, acompañado de tratamiento kinésico (electroestimulación muscular, movilización activa, magnetoterapia, masoterapia) hasta cumplir los dos meses, continuando con vendaje

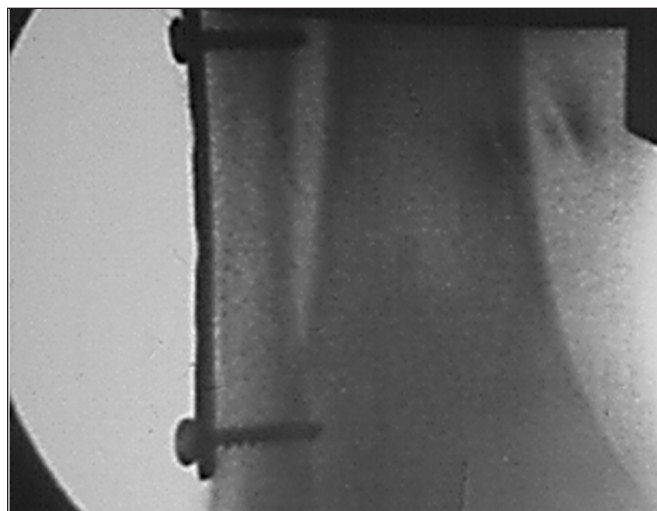


Fig. 7.- Fractura del tobillo. Control operatorio.

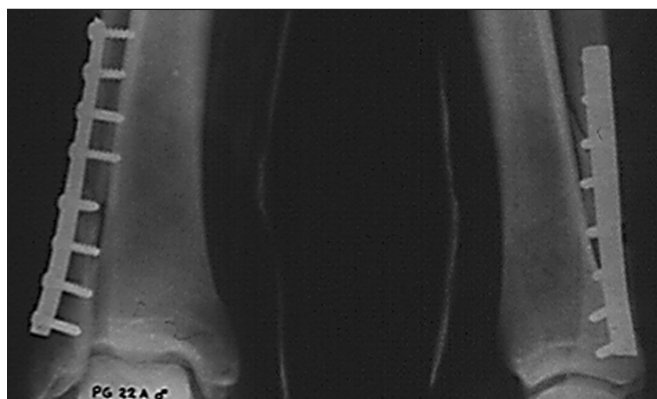


Fig. 8.- Fractura del tobillo. Control postoperatorio.

elástico y ejercicios de campo dosificados paulatinamente. La vuelta a la competencia se produjo a los cuatro meses del accidente y sin secuelas.

Tobillo del futbolista: Es una atlopatía muy frecuente en el jugador de fútbol como resultado de los repetidos esguinces del tobillo acaecidos durante esta práctica en la alta competencia. Se trataba de un paciente con múltiples episodios de hinchazón dolorosa de la articulación, con el antecedente de haber recibido varias infiltraciones con corticoides y anestésicos, que sólo remitían parcialmente con tratamiento médico y kinésico. Se practicó cirugía artroscópica por vía anterior, realizando sinovectomía, extirpación de cuerpos libres, y fresado y resección de osteofitos del reborde anterior de la tibia y del dorso del cuello del astrágalo. El resultado fue excelente, con retorno al deporte a los dos meses.

Fractura del escafoides carpiano: Un futbolista juvenil de 18 años, tratado mediante inmovilización enyesada durante tres meses, presentaba un trazo fracturario diastasado en el tercio medio del escafoides carpiano. Con el diagnóstico de retardo de consolidación fue operado mediante autoinjerto por vía palmar con técnica de Matti-Rüsse y osteodesis percutánea con clavijas. Se obtuvo la consolidación en el lapso habitual.

Fractura patológica de la rótula: Este jugador, operado antes de nuestro ingreso a la Institución, por rotura del LCA de la rodilla derecha a cielo abierto, presentó luego una bursitis prerrotuliana, por lo que, a los cinco meses de operado, le practicaron una burssectomía, que evolucionó en forma tórpida, con una fístula y posterior dehiscencia de la herida, curando luego de una sutura secundaria. Cursando los ocho meses de postoperatorio, muy recuperado, durante un encuentro de fútbol informal, al "shotear", sufre la fractura por avulsión del polo distal de la rótula. Le efectuamos la reposición transósea, con síntesis con PDS por tunelización y sutura de los alerones. Consolidada la fractura, se reintegró a las actividades de campo y a la práctica informal a los tres meses.

Rotura patológica del tendón rotuliano: Se trata del mismo caso anterior que, dos meses después de las condiciones antedichas, en iguales circunstancias que en el episodio anterior, sufrió la rotura del tendón rotuliano. Operado nuevamente le efectuamos la plástica con tendón del semitendinoso mediante la técnica de Kelikian. Retornó a la práctica activa en partidos oficiales a los seis meses de la última intervención y a los dos años de la primitiva plástica del LCA. Poco tiempo después, ya con 32 años, se retiró de la práctica profesional.

Hematoma postraumático en el muslo: La contusión muscular anterolateral del muslo o "paralítica" es muy frecuente y de resolución médico-kinésica eficaz, pero pocas veces, traumatismos violentos en la cara anterior del tercio distal del muslo, pueden provocar un hematoma de evolución tórpida (Fig. 9). En este caso se acompañaba de hidrartrosis de la rodilla y de

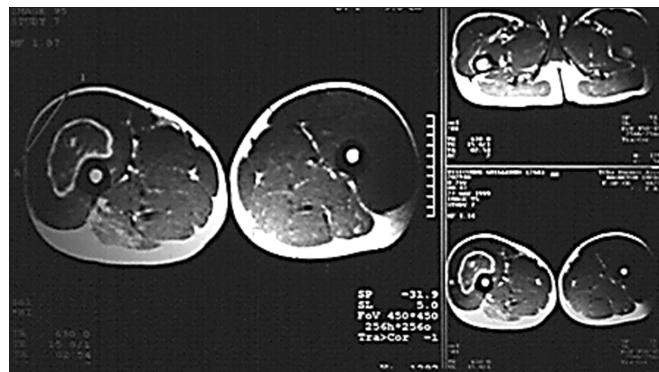


Fig. 9.- "Paralítica". Imagen en la TAC.

franca limitación de la flexión articular. El tratamiento quirúrgico, según técnica descrita por Piñeyro, consiste en el abordaje lateral, y luego de reclinar hacia anterior el vasto externo llegar a la celda anterior donde se encuentra el hematoma organizado acompañado por parte del músculo crural parcialmente necrosado. Se procede entonces a la extracción meticolosa del abundante material y al lavado exhaustivo, con cierre en tres planos dejando drenaje aspirativo por 48 horas. La recuperación fue rápida, con el retorno deportivo a los dos meses de operado.

Extracción de osteosíntesis: Se extrajeron, por provocar molestias locales, un tornillo de interfase femoral libre en la rodilla, una grapa de fijación del LCL en el cóndilo lateral, un tornillo de osteosíntesis de un quinto metatarsiano y un tornillo de interfase de fijación de injerto patelar en la tibia. Un caso anecdótico es el de un jugador que sufrió la rotura del LCA en la rodilla izquierda. Hacía varios años se le había efectuado un enclavado endomedular en la tibia derecha a raíz de una fractura de la pierna, con excelente resultado. La osteosíntesis era bien tolerada. A solicitud del jugador y aprovechando la anestesia general, luego de tratar la rotura del LCA intentamos la extracción del clavo. El acto resultó fallido. Luego de varios intentos se logró retirarlo parcialmente unos cinco centímetros, pero luego de la rotura de dos extractores y para no provocar mayor demolición ósea, con la consiguiente morbilidad, se reintrodujo el clavo, dando por terminada la operación. Recuperado de su rodilla izquierda retornó al deporte a los siete meses sin molestias en la pierna derecha. Nunca más acertado el dicho:

"El que te enjabonó que te afeite."