

Deporte con garantías

El ejercicio físico es una actividad reconocida como factor importante para la salud del ser humano. Pero la práctica deportiva, pese a sus múltiples beneficios, conlleva algunos riesgos. El doc-

tor Gerardo Garcés, jefe de los servicios médicos de la Unión Deportiva Las Palmas, y su equipo, responsables en el ámbito traumatológico de la salud de la plantilla amarilla como especialistas

en Traumatología y Cirugía Ortopédica de Hospital Perpetuo Socorro, servicio médico oficial también del Herbalife Gran Canaria, analizan al detalle cuáles son y cómo prevenirlos.

Traumatismos de menisco y deporte: una asociación frecuente

En personas jóvenes los meniscos suelen romperse por un mecanismo brusco de giro en la rodilla. También puede producirse por un mecanismo forzado de flexión

Los meniscos son estructuras en forma de semiluna que están situados entre el fémur y la tibia en ambas rodillas. Hay dos en cada una de las rodillas, y reciben el nombre de menisco interno y externo. Están formados por fibrocartilago. Esto quiere decir que tienen una composición fibrosa y elástica, lo que les permite hacer de amortiguadores entre el fémur y la tibia, favoreciendo que el movimiento entre estos huesos sea más preciso y con menos fricción. De este modo absorben los impactos entre ambos huesos evitando un desgaste excesivo de los mismos. Son móviles para adaptarse en todo momento al contacto entre esos huesos.

Para que se produzca una lesión hay dos mecanismos fundamentales. Por un lado, lo que sucede en personas jóvenes, en los que los meniscos suelen romperse por un mecanismo brusco de giro en la rodilla, generalmente cuando el pie está anclado al suelo. Este es el mecanismo típico en futbolistas o luchadores, entre otros. También puede producirse por un mecanismo forzado de flexión de la rodilla, en el cual el menisco es atrapado entre el fémur y la tibia.

Sin embargo, el mecanismo más frecuente de lesión es el paso del tiempo. Es lo que se denomina meniscopatía degenerativa. De hecho, por encima de los 50 años de edad más del 40% de la población tiene una lesión en alguno de sus meniscos, aunque no lo sepa. "Esto se produce porque al pasar el tiempo los meniscos van degenerando, perdiendo su elasticidad y por tanto su poder de amortiguación. Viene a ser un equivalente a que la piel se arrugue o salgan canas. Es bastante frecuente en deportistas que llevan años practicando actividades con impacto, y que un día comienzan a sentir dolor en la rodilla, sin que haya existido una causa aparente", explica el doctor Gerardo Garcés, especialista en Traumatología y Cirugía Ortopédica y jefe de los servicios médi-



Doctor Gerardo Garcés, especialista en Traumatología y Cirugía Ortopédica de Hospital Perpetuo Socorro y jefe de los servicios médicos de la Unión Deportiva Las Palmas. | LP / DLP

cos de la Unión Deportiva Las Palmas.

El síntoma principal que sugiere la existencia de una lesión es el dolor en la rodilla afecta. Es fácil de sospechar en una persona joven después de un mecanismo de giro como el descrito. La rodilla suele hincharse al cabo de unas horas y el dolor va aumentando, siendo difícil movilizar la rodilla. Hay una serie de maniobras clínicas que permiten efectuar el diagnóstico con una gran certeza. No obstante, una maniobra sencilla y muy clarificadora es que el paciente intente ponerse en cuclillas. Si el dolor se lo impide, tiene altas posibilidades de tener una rotura meniscal.

Es importante tener en cuenta que en pacientes de mayor edad no suele haber un mecanismo productor que haga pensar en la lesión y el dolor suele aparecer sin causa aparente. En estos casos es más importante realizar las maniobras específicas de detección del problema, las cuales serán realizadas por el médico que valore al paciente. Esas maniobras

están bastante estandarizadas y son bastante precisas, si bien no son específicas al 100%. Ante un dolor de rodilla persistente normalmente se suele solicitar un estudio radiológico en dos proyecciones. Lamentablemente éste no tiene utilidad en los problemas meniscales y casi siempre será normal, salvo que haya alguna fractura o artrosis. Ante una sospecha de rotura meniscal la prueba más específica para confirmar el diagnóstico es la resonancia magnética. No obstante hay que tener en cuenta que entre el 1 y 3% de los casos de lesión meniscal no serán detectados ni siquiera con esta prueba, evidenciando que es mucho más importante la sospecha clínica. Un detalle importante al respecto es la calidad de las imágenes de resonancia. En muchos casos las roturas no se detectan porque la calidad de la imagen no es buena, lo que sucede cuando se obtienen a partir de aparatos de baja resolución. En personas jóvenes la mayoría de lesiones son las denominadas

longitudinales, que significa que la rotura se produce a lo largo de todo el espesor del menisco, en una parte de su extensión. También existen roturas con distintos tipos de trazos y roturas que afectan una gran parte del menisco por degeneración (las ya comentadas degenerativas). Lo importante es tener en cuenta que mientras la parte periférica del menisco, es decir la pegada a la cápsula, está vascularizada y por tanto tiene poder de curación, la parte interior, la zona del borde libre del menisco, no tiene vasos sanguíneos por lo que no es posible su curación.

Es fundamental diferenciar entre la rotura aguda, propia de la gente joven y deportista, y la rotura degenerativa. Cuando un deportista joven tiene una lesión meniscal, generalmente el menisco estaba sano hasta ese momento y por ello es importante tratarlo lo antes posible. En estos casos el cirujano hará lo posible por conservar el menisco y procederá a suturarlo para conservar al máximo su integridad.

Es muy importante precisar que cuanto más lejos esté la rotura de la zona de la cápsula, menos probabilidad de que cicatrice la sutura. Ello implica que en ocasiones no es posible proceder a reparar la lesión, porque la rotura es compleja, o porque está muy alejada de la zona viable de cicatrización. Por el contrario si la rotura ya lleva tiempo evolucionada o se detecta en personas mayores, normalmente se efectuará una resección parcial de ese menisco, limitándose solo a la zona lesionada y evitando en lo posible reseccionar todo el menisco ya que es preferible conservar al máximo los meniscos en la intervención.

"Cuando se reseca un menisco la articulación se queda sin amortiguación y las posibilidades de que aparezca una artrosis secundaria son muy elevadas. Por ello si hay que reseccionar parte del menisco, debe intentar conservarse todo lo que se pueda. Con las técnicas artroscópicas actuales podemos ser muy selectivos y reseccionar solo la parte lesionada, manteniendo el resto, incluso aunque a veces ello implique un cierto retraso en la reincorporación a la práctica deportiva", explica el doctor Garcés.

Respecto a la rehabilitación, depende en gran medida del tipo de paciente y la intervención que se haya llevado a cabo. En los casos en los que se ha suturado el menisco es esencial un buen programa de rehabilitación, en manos expertas, para permitir que la cicatrización no se vea perjudicada por el exceso de movilidad. El paciente tendrá que estar entre cuatro y seis semanas sin apoyar la pierna lesionada. Cuando se ha efectuado una resección parcial del menisco la rehabilitación estará encaminada a recuperar cuanto antes el arco de movimiento y la fuerza muscular. En estos casos se puede apoyar sin problemas desde el principio. En estos casos muchos pacientes pueden recuperarse sin necesidad de rehabilitación específica.