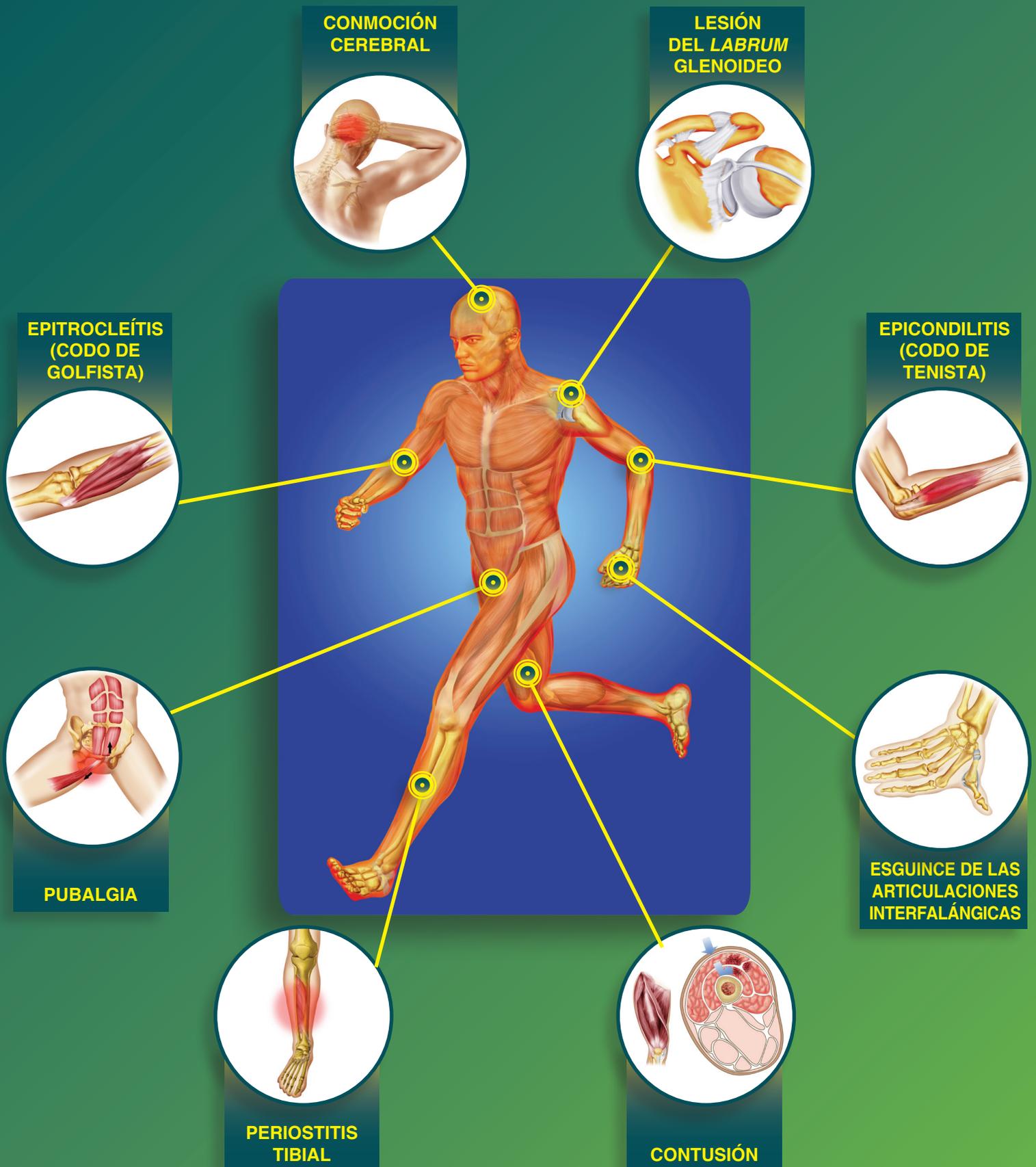


# PRINCIPALES CAUSAS DEL DOLOR PRODUCIDO POR LESIONES DEPORTIVAS

IBUPROFENO ESTÁ INDICADO COMO ANALGÉSICO Y ANTIINFLAMATORIO PARA EL ALIVIO SINTOMÁTICO DEL DOLOR PRODUCIDO POR LESIONES DEPORTIVAS



# PRINCIPALES CAUSAS DEL DOLOR PRODUCIDO POR LESIONES DEPORTIVAS



## CONMOCIÓN CEREBRAL<sup>1</sup>

Es una lesión encefálica que se presenta cuando la cabeza golpea un objeto o un objeto en movimiento impacta la cabeza. Es relativamente frecuente durante la práctica de deportes de contacto. El deportista puede presentar desorientación, trastornos de la visión, mareos, cefalea y pérdida del equilibrio. Entre los síntomas que requieren evaluación médica se encuentran los cambios en el comportamiento o en el habla, la confusión y somnolencia, la visión doble o borrosa, los vómitos, las dificultades motrices o las convulsiones. También son signos de alarma la pérdida de líquido cefalorraquídeo –LCR– o sangre por nariz u oídos, la fiebre o el agravamiento de la cefalea. El dolor de cabeza se trata con analgésicos, pero es fundamental el seguimiento del paciente mediante estudios de diagnóstico (radiografías, tomografía computada, etc.) que permitan descartar, por ejemplo, lesiones por sangrado.



## LESIÓN DEL LABRUM GLENOIDEO<sup>2</sup>

El *labrum*, cartílago que rodea la cavidad glenoidea del hombro, le da profundidad a dicha cavidad y aumenta la estabilidad del hombro. El desgarro labral habitualmente es causado por caídas con el brazo en extensión o por esfuerzos repetitivos realizados con los brazos por encima de la cabeza (lanzamiento, natación, levantamiento de pesas, tenis, béisbol). Un desgarro SLAP (*Labrum Superior de Anterior a Posterior*) es un tipo especial de desgarro del *labrum* que puede ser extremadamente doloroso y, en los casos graves, llega al desgarro o la rotura del tendón del bíceps. Las primeras medidas terapéuticas son reposo, administración de fármacos analgésicos y antiinflamatorios y ejercicios de terapia física.



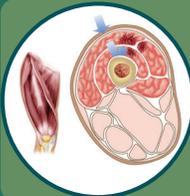
## EPICONDILITIS (CODO DE TENISTA)<sup>3</sup>

En la epicondilitis externa, epicondilitis humeral o “codo de tenista” están afectados los tendones que extienden la muñeca y los dedos de la mano. Es una lesión frecuente entre las personas que juegan habitualmente al tenis u otros deportes de raqueta. El tipo de golpe más común como causa de síntomas es el revés. El dolor se irradia desde la parte externa del codo hacia el antebrazo y el dorso de la mano. Suele verse también en personas que realizan movimientos frecuentes de pronación y supinación del antebrazo. Entre las diferentes estrategias de tratamiento es fundamental tener en cuenta el abordaje del dolor, utilizando, por ejemplo, ibuprofeno. También es aconsejable que el paciente realice sesiones de fisioterapia.



## ESGUINCE DE LAS ARTICULACIONES INTERFALÁNGICAS<sup>4</sup>

Las luxaciones y roturas de los ligamentos colaterales en las manos son lesiones frecuentes en deportes en los que existe un impacto con un objeto (balón) o con otro deportista (judo). Son comunes en deportes como el rugby y el básquet. También en gimnasia deportiva, en donde el impacto de los dedos con el suelo es frecuente. Es importante el abordaje del dolor con analgésicos como el ibuprofeno. Se deben tratar los desplazamientos y asegurar la estabilidad posreducción. Las lesiones en las articulaciones y los ligamentos que no fueron diagnosticadas, o fueron tratadas en forma deficiente, pueden ocasionar discapacidad o deformidad a largo plazo.



## CONTUSIÓN<sup>5</sup>

Las contusiones son las lesiones provocadas por golpes, caídas o cualquier impacto que no ocasiona heridas abiertas. Se clasifican como leves o de primer grado, moderadas o de segundo grado y graves o de tercer grado. En las leves existe dolor y rotura de capilares y pequeños vasos sanguíneos locales y superficiales. En las moderadas se producen hematomas, con edema y dolor más intensos. En las contusiones graves se pueden encontrar fracturas y lesiones en órganos internos. Las contusiones más frecuentes en los deportistas son las de primero y segundo grado y es muy importante el tratamiento del dolor. Es fundamental el seguimiento y control de las lesiones porque pueden cambiar de pronóstico rápidamente.



## PERIOSTITIS TIBIAL<sup>6</sup>

La periostitis tibial consiste en la inflamación del periostio en el tercio anterior de la cara anterointerna de la tibia, si bien las hipótesis más recientes sugieren una reacción de estrés dolorosa del hueso. Habitualmente bilateral, provoca dolor quemante en el área y afecta con frecuencia a corredores de fondo y bailarines. La mayor parte de los casos se recupera con reposo y analgésicos antiinflamatorios como el ibuprofeno.



## PUBALGIA<sup>7</sup>

En la pubalgia están afectados los tendones de inserción de los aductores del muslo en la pelvis. El mecanismo de producción más frecuente es el cambio brusco de dirección al correr, habitual en deportes como el fútbol o el básquet. Provoca dolor agudo e intenso, con dificultades para caminar o separar y aproximar las piernas. Incluso puede haber dolor al levantarse de la cama. Entre las medidas terapéuticas se encuentra el tratamiento con AINE y realizar sesiones de fisioterapia.



## EPITROCLEÍTIS (CODO DE GOLFISTA)<sup>8</sup>

La epicondilitis interna, conocida también como “codo de golfista” o epitrocleítis, es provocada por movimientos repetitivos de flexión de la muñeca, como ocurre entre los jugadores de golf al repetir la maniobra del *swing*, y en otros deportes como en el lanzamiento de jabalina. La lesión del tendón flexoprónador puede progresar hacia la rotura estructural, la fibrosis o la calcificación. El paciente tiene dolor persistente medial unilateral en el codo y el área cercana, que se agrava con las actividades cotidianas. Suele verse también en personas que realizan movimientos frecuentes de pronación y supinación del antebrazo. El tratamiento incluye los antiinflamatorios no esteroideos (AINE) y, luego de resuelta la etapa aguda, la rehabilitación kinésica.

1. Leong DF, Balcer LJ, Galetta SL, Evans G, Gimre M, Watt D. The King-Devick Test for Sideline Concussion Screening in Collegiate Football. *J Optom* 8(2):131-139, 2015.  
 2. Rowbotham EL, Grainger AJ. Superior Labrum Anterior to Posterior Lesions and the Superior Labrum. *Semin Musculoskelet Radiol* 19(3):269-276, 2015.  
 3. Sanders TL, Maradit Kremers H, Bryan AJ, Ransom JE, Morrey BF. Health Care Utilization and Direct Medical Costs of Tennis Elbow: A Population-Based Study. *Sports Health* 8(4):355-358, 2016.  
 4. Prucz RB, Friedrich JB. Finger Joint Injuries. *Clin Sports Med* 34(1):99-116, 2015.  
 5. Runer A, Lampl K, Neunhäuserer D, Runer F, Frick N, Seitzinger G, Resch H, Moroder PA. 1-Year Prospective Analysis of Ice Climbing Injuries. *Clin J Sport Med*, Jul 2016.  
 6. Reshef N, Guelich DR. Medial Tibial Stress Syndrome. *Clin Sports Med* 31(2):273-290, 2012.  
 7. Chopra A, Robinson P. Imaging Athletic Groin Pain. *Radiol Clin North Am* 54(5):865-873, 2016.  
 8. Amin NH, Kumar NS, Schickendantz MS. Medial Epicondylitis: Evaluation and Management. *J Am Acad Orthop Surg* 23(6):348-355, 2015.