

Lesiones por tipo de actividad: FUTBOL AMERICANO

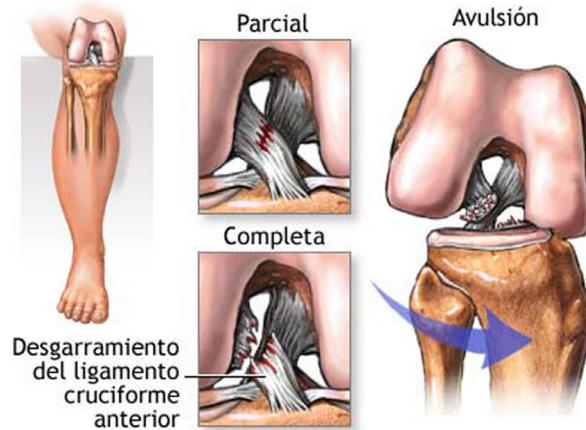
Se considera que al menos el 50% de los jugadores de cualquier nivel desarrollarán algún tipo de lesión durante alguna de las fases que involucran la preparación y el desarrollo de una temporada. Cualquier segmento corporal puede presentar lesiones habituales como contusiones, tendinitis, esguinces, luxaciones y fracturas. Sin embargo, consideramos que las siguientes patologías son un tanto representativas de este deporte.



LESIONES DE LAS EXTREMIDADES INFERIORES

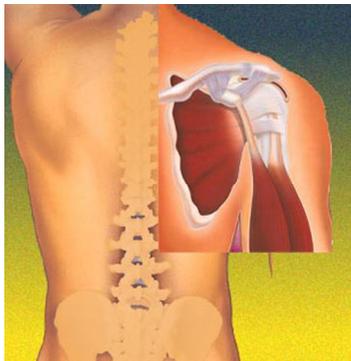


- **ESGUINCE DEL LIGAMENTO COLATERAL MEDIAL.** Representa la lesión más frecuente de la rodilla. Es el resultado de un movimiento forzado en posición valgo cuando el jugador recibe un impacto sobre la cara lateral de dicha articulación durante las maniobras de bloqueo o de tacleo. El tipo I corresponde únicamente a la distensión del ligamento sin generar laxitud. En el grado II existe una ruptura parcial del ligamento con cierto grado de laxitud. El grado III incluye la lesión o rotura completa de esta estructura. En este último caso se deberá descartar la existencia de lesiones del ligamento cruzado anterior, los meniscos o lesiones del cartílago articular, patologías que al sumarse, pueden inclinar la balanza hacia un tratamiento quirúrgico.
- **LESIONES DEL LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR.** Es una de las lesiones más devastadoras y que frecuentemente se observa en este deporte. Habitualmente se origina por golpes sobre la cara lateral de la rodilla cuando esta se encuentra en discreta flexión, pero predominan en frecuencia las lesiones sin contacto. Hay dolor importante, inflamación, sensación de inestabilidad de la rodilla y frecuentemente el paciente menciona la presencia de un chasquido. En atletas competitivos y personas jóvenes generalmente se requiere su reconstrucción quirúrgica.



LESIONES DE LAS EXTREMIDADES SUPERIORES

- **DEDO DE JERSEY.** Se origina por una extensión forzada de un dedo que se encuentra activamente flexionado, como ocurre en un intento de agarrar al oponente para taclearlo de la camiseta. Este mecanismo puede resultar en una avulsión del tendón del flexor profundo del dedo sobre su inserción distal en la cara palmar de la falange. Los dedos mayormente involucrados son el anular y el medio. Comúnmente el atleta menciona que percibió un chasquido durante la lesión. Deberá tratarse quirúrgicamente en forma temprana.



- **INESTABILIDAD DEL HOMBRO.** Relativamente frecuente. Resulta de golpes y repetición de esfuerzos durante las maniobras de tacleo, bloqueo y contrabloqueo. Puede quedar como remanente de luxaciones verdaderas. Frecuentemente se debe considerar su tratamiento quirúrgico con el propósito de evitar la recurrencia de dolor crónico, subluxaciones y luxaciones. En los atletas de línea tiende a presentarse más la inestabilidad posterior por la carga frecuente contra el oponente y donde se emplean las extremidades superiores en extensión al frente, este mecanismo exige a la cápsula posterior del hombro.

LESIONES NEUROLÓGICAS Y DE LA COLUMNA

- **LESIONES DE LA COLUMNA VERTEBRAL.** Durante sus inicios en el fútbol americano predominaban los traumatismos craneoencefálicos. Al mejorar las tecnologías sobre el empleo y elaboración de los cascos, se observó una disminución muy drástica sobre estas lesiones craneales. Sin embargo, obligó a los jugadores a modificar sus técnicas de bloqueo y tacleo, convirtiendo a la cabeza y al cuello en elementos de ejecución de estas maniobras ("bloqueo o tacleo de careta, pijo, o cuernos"), maniobras que tienen como elemento común el solicitar enormemente a la columna cervical. El llevar a esta última a 30 grados o más de flexión hace que pierda su curvatura normal (lordosis), tornándola recta o inclusive generando una curvatura inversa (cifosis). Esta última posición disminuye la capacidad del cuello para soportar cargas axiales y predispone a un mayor esfuerzo sobre los cuerpos vertebrales, los cuales de verse exigidos por una carga en línea (axial), pueden llegar a fracturarse y lesionar la médula espinal.



medycs
sports

CLÍNICA DE MEDICINA DEL DEPORTE Y REHABILITACIÓN

- **NEUROPRAXIA DE LA MÉDULA ESPINAL.** Corresponde a una cuadriplejía transitoria (falta de movilidad de las cuatro extremidades). Es originada por una deformación o contusión de la médula espinal. Típicamente dura menos de 15 minutos pero puede llegar hasta las 48 horas. Existen factores predisponentes como un canal medular estrecho de origen congénito. Una vez recuperado del evento, se considera que puede repetir hasta en un 56% de los jugadores, por lo que amerita un estudio exhaustivo de las características morfológicas y dinámicas de la columna cervical.
- **NEUROPRAXIA DEL PLEXO BRAQUIAL.** Se origina por compresión o tracción del entramado inicial de troncos nerviosos que originan los nervios finales que inervan la extremidad superior. Habitualmente se originan por una flexión lateral violenta del cuello. Es más común en los jugadores defensivos. El atleta mencionará la presencia de un dolor quemante, adormecimiento y calambres, desde la región supraclavicular hasta los dedos. Puede acompañarse de debilidad muscular. Los síntomas típicamente se resuelven en minutos. Si persisten estas sensaciones se debe descartar la presencia de una avulsión sobre las raíces nerviosas cervicales.
- **COLUMNA RECTA DEL TACLEADOR.** Se caracteriza por estrechez del canal medular y una alineación recta o en cifosis de la columna cervical (la curvatura normal de este segmento es de lordosis o curva de concavidad posterior). Estos individuos se encuentran particularmente en riesgo de lesiones de la columna cervical por lo que deberán ser evaluados a grado tal que inclusive puede restringirse su participación en este deporte.