

MEDICINA

El hueso es un tejido vivo en continuo equilibrio (formación-reabsorción de hueso calcificado) y sufre más que ningún otro el impacto de nuestras zancadas una y otra vez. Los pequeños daños que son producidos en cada uno de los huesos del esqueleto que soportan nuestro peso son reparados cada día, cuando descansamos, cuando dormimos. Se reparan mejor si nos alimentamos bien, si estamos hidratados, si tenemos una técnica adecuada, si utilizamos material deportivo específico y adaptado a nuestras características, y plantillas si nuestra pisada lo requiere.

Cuando el hueso dice basta

FRACTURAS DE ESTRÉS EN EL CORREDOR

DR. DAVID LÓPEZ CAPAPÉ

En ocasiones subimos rápidamente nuestros volúmenes de entrenamiento, aumentamos la intensidad también. Puede que tengamos factores genéticos o anatómicos que nos hagan más susceptibles que otros. Empezamos a notar un dolor en un pie, en la pierna, o en la ingle. Al principio no muy fuerte, nos deja seguir entrenando, pero no acaba de quitarse. No conseguimos que nuestro fisio lo elimine y cada vez estamos más cojos. ¡Cuidado! Puede ser que uno de nuestros huesos se esté rompiendo. Literalmente. Las fracturas de estrés o por fatiga son unas de las lesiones más temidas, aunque la gente debería saber que si son diagnosticadas bien y pronto se recuperan en general sin ninguna secuela. Ocurren por los microtraumatismos producidos repetidamente en los entrenamientos y competiciones, cuando como hemos dicho el cuerpo no es capaz de reparar entre unos y otras esas microlesiones en un punto determi-

nado. Las fracturas de estrés fueron descritas por primera vez en reclutas militares que las sufrían después de largas marchas. En las mujeres corredoras un factor que favorece estas lesiones es la amenorrea que produce un menor depósito de calcio en los huesos.

La mala fama que tienen es debida a que si no hay una alta sospecha diagnóstica pasa mucho tiempo hasta que se confirman, y generalmente, a más tiempo de evolución más gravedad. Son fracturas que inicialmente no son completas y no se ven o se ven mal en las radiografías simples. Antes se utilizaba bastante la gammagrafía ósea para detectarlas, pero hoy en día la Resonancia Magnética es la prueba de elección. En algunos casos es también muy útil el TAC o escáner, porque delimita mejor el hueso que la resonancia, aunque en casos muy iniciales no es tan sensible.

Las localizaciones más comunes son el pie (los metatarsianos centrales, los sesamoideos,

el escafoides y el calcáneo), la pierna (la tibia es una de las localizaciones más frecuentes, el peroné también en algunas ocasiones), la región inguinal (el cuello del fémur) y la pelvis (cada vez se diagnostican más casos en el sacro y en el pubis).

Cada hueso es diferente y así el tratamiento también lo es. Por eso es importante diferenciar las fracturas de Alto Riesgo de complicación de las de Riesgo Bajo o Intermedio.

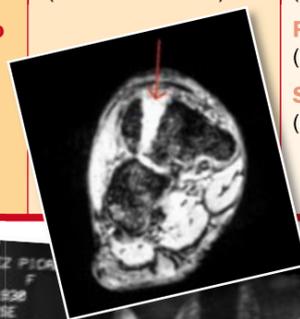
Adjuntamos tabla (en página 26) de las diferentes fracturas según su riesgo y entre paréntesis se indica la localización de los síntomas.

El tratamiento depende mucho del momento del diagnóstico y de la localización.

En general fracturas cogidas pronto, incompletas, en zonas de poco riesgo, solamente precisan reposo, pudiendo continuar la actividad física en piscina o gimnasio. Por ejemplo la fractura del borde interno de la tibia >>>

Son fracturas que inicialmente no son completas y no se ven o se ven mal en las radiografías simples

ALTO RIESGO	RIESGO INTERMEDIO	BAJO RIESGO
Escafoides (EMPEINE)	Sesamoideos (Debajo dedo gordo)	Metatarsianos 2º- 3º- 4º (Antepié)
Cuello femoral lateral (Ingle-Cadera)	Cuello femoral medial (Ingle-Cadera)	Calcáneo (Talón)
Diafisis tibial anterior (Borde anterior pierna)	Maleolo tibial (Borde interno tobillo)	Diafisis tibial posteromedial (Borde interno pierna)
Quinto metatarsiano (Borde externo del pie)		Peroné (Borde externo pierna)
Rótula (Cara anterior de rodilla)		Sacro (Región glútea)
Astrágalo (Tobillo-Empeine)		



asdasdLor
adigna ate dio
euissequam
ipsustrud tet,
commodit nis
dit alis eugait
nisi. asdasdLor
adigna ate dio
euissequam
ipsustrud tet,
commodit nis dit
alis eugait nisi. Rud
moloreet adio cor
il utat ipit nonsed
digna feu feu
facidunt nullan ut
vendiam, si.

que debe diferenciarse de la periostitis, se trata de esta forma conservadora.

En fracturas más evolucionadas en algunas localizaciones puede ser necesaria la inmovilización y/o la descarga con muletas. Es el caso del maleolo tibial o el escafoides en casos de fractura incompleta.

Por último fracturas en zonas de alto riesgo pueden requerir incluso tratamiento quirúrgico como por ejemplo aquellas en cuello femoral, o cualquier otra fractura que se haya hecho completa por dejarla evolucionar y se hallan desplazado los fragmentos.

Lo que debemos tener claro es que todo dolor que no mejora en unos días con disminución de la intensidad o frecuencia de los entrenamientos, la toma de algún antiinflamatorio o analgésico y alguna sesión de fisioterapia, debe ser evaluada por un especialista en traumatología del deporte, quien hará un diagnóstico de presunción que habrá que confirmar con la evolución y la realización de las pruebas complementarias que crea oportunas para después indicar el tratamiento correcto, sea una fractura de estrés u otra la causa del problema.

Como en todas las lesiones lo mejor es evitarlas: buena programación, entrenamiento y material adecuado, descanso, alimentación y ayudas ergogénicas, hidratación, y un buen asesoramiento. □

