



FUNDACIÓN H. A.
BARCELÓ
FACULTAD DE MEDICINA



TRABAJO DE INVESTIGACIÓN FINAL CARRERA: KINESIOLOGÍA Y FISIATRÍA

DIRECTOR DE LA CARRERA:

Diego Bernardini

NOMBRE Y APELLIDO:

Ezequiel Fabián Casas

TUTOR:

Jesica Ricci

FECHA DE PRESENTACIÓN

FECHA DE DEFENSA DE TRABAJO FINAL:

TÍTULO DEL TRABAJO:

SEDE:

Sede Buenos Aires
Av. Las Heras 1907
Tel./Fax: (011) 4800 0200
☎ (011) 1565193479

Sede La Rioja
Benjamín Matienzo 3177
Tel./Fax: (0380) 4422090 / 4438698
☎ (0380) 154811437

Sede Santo Tomé
Centeno 710
Tel./Fax: (03756) 421622
☎ (03756) 15401364

Resumen

La mayoría de lesiones que se registran en la práctica del baloncesto se localizan en la extremidad inferior, especialmente en el tobillo, y son la principal causa de ausencia en las sesiones de entrenamiento. Estas lesiones pueden repercutir en un aumento del riesgo de recidiva de la lesión.

Usando el Star Excursión Balance Test medimos en jugadores de basquet la estabilidad en esguinces de tobillo , para ver la diferencia con el tobillo sano .

Materiales y métodos : realizamos un estudio analítico transversal .En donde evaluamos a 20 jugadores de basquet que sufrieron un esguince de tobillo con una edad de entre 18 a 30 años . Usamos el SEBT donde formamos una estrella de 8 puntas con un ángulo de 45 grados entre cada una de ellas , con cuatro tiras de cinta de pvc con una longitud de 2 metros cada cinta .

Palabras clave : Jugadores de Basquet , esguince de tobillo , Star Excursión Balance Test.

Summary:

Introduction: The vast majorities of injuries that occur in basketball are localized on the lower extremities, particularly on the ankles, and are the main cause of absence from training. These injuries may affect the increase of relapse risk.

To see the difference from the healthy ankle, we measured the basketball players' ankle stability resulting in sprains, using the Star Excursion Balance Test.

Materials and methods: we conducted an analytic cross-sectional study among twenty basketball players whose age ranged from 18 to 30 years, and had suffered an ankle sprain.

Using the SEBT, we formed an eight-sided star with a 45° internal angle, with four strips of PVC tape that were 2 meters long each.

Key words: basketball players, ankle sprain, Star Excursion Balance Test

Introducción :

El baloncesto es un deporte en el que se dan gran variedad de lesiones tanto agudas como las provocadas por la repetición de los gestos, es decir lesiones por sobrecarga. Este deporte, a pesar de definirse de no contacto, existe un contacto entre competidores, e incluso entre compañeros del mismo equipo. Así, son frecuentes las repeticiones de gestos, aceleraciones y desaceleraciones bruscas, desplazamientos laterales, saltos, etc. Por otro lado, las características antropométricas del jugador de baloncesto son muy peculiares, predominando grandes estaturas y pesos elevados.

Según McKay, Goldie, Payne y Oakes, 2001 " El esguince de tobillo es la lesión más frecuente en la práctica de actividad física, y una vez producida la lesión existe 4.7 veces más de posibilidades de sufrir otro esguince ,lo que puede derivar en una inestabilidad crónica de tobillo ".El mecanismo lesional es siempre indirecto, siendo un movimiento forzado torsional el que provoca la distensión de los tejidos capsulo-ligamentosos. El movimiento más frecuente es una inversión forzada del pie y el ligamento más afectado es el lateral externo más precisamente el peroneoastragalino anterior.

En lo que corresponde a la anatomía :La estabilidad estática del tobillo depende de la integridad y funcionalidad de los complejos ligamentosos distales, unidos entre sí por la sindesmosis tibioperonea. Dinámicamente, los ligamentos se ven reforzados por la acción muscular, el ligamento lateral por los peroneos y el medial por el tibial posterior.

Clasificación :

Grado I: lesión parcial de un ligamento sin pérdida funcional o con limitación leve

Grado II: Lesión incompleta de un ligamento, dolor y edema moderados

Grado III: Lesión completa con pérdida de la integridad del ligamento, edema y equimosis severa. Pérdida de función y movimiento , inestabilidad mecánica .

Materiales y Métodos :

Se realizo un estudio analítico de corte transversal

Población y muestra :

La población de estudio estará conformada por 24 jugadores de basquet , masculinos , de una edad de entre 18 a 30 anos , que tuvieron un esguince de tobillo en su carrera .

Criterios de inclusión : serán incluidos en este estudio jugadores varones de entre 18 y 30 anos que se desempeñan en la práctica del basquet y que puedan realizar el test .

Criterios de exclusión : excluyeron participantes por tener esguince de tobillo en las 6 semanas previas al estudio, sufrir una contusión cerebral tres meses antes de la realización de la prueba,

padecer desórdenes vestibulares ó enfermedades de oído, y sufrir resfriado, infección del tracto respiratorio superior o infección de oído en el momento de realizar el test. Estos factores fueron incluidos ya que podían influir en los resultados, y por lo tanto en la fiabilidad del SEBT

Tamaño de la muestra :

Se estudiaron 20 jugadores quienes cumplían con los criterios .

Con un promedio de altura de 188,95 cm y una longitud promedio de miembros inferiores de 88,30cm

Procedimiento :

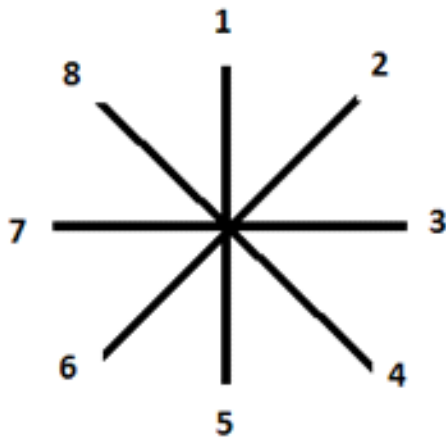
El Star Excursion Balance Test (SEBT) es un test dinámico que requiere fuerza, flexibilidad y propiocepción. Es una forma de medir el equilibrio dinámico de una forma bastante retadora e indicado para individuos activos y con un mínimo de condición física. El test puede ser utilizado para asesorar y/o detectar deficiencias en el control postural dinámico derivado de asimetrías, descompensaciones o lesiones músculo esqueléticas como inestabilidad de tobillo, rodilla, cadera o falta de fuerza en el CORE, siendo un buen indicativo de una potencial lesión en el tren inferior. Es muy habitual ver este test en la rehabilitación de lesiones ortopédicas en deportistas. Usamos el SEBT donde formamos una estrella de 8 puntas con un ángulo de 45 grados entre cada una de ellas , con cuatro tiras de cinta de pvc con una longitud de 2 metros cada cinta.

Para realizar el SEBT, el sujeto debe mantenerse sobre una sola pierna en el centro del asterisco mientras que alcanza con la pierna contralateral (pierna del alcance) lo más lejos posible a lo largo del vector que corresponde a las diferentes direcciones (A, AM, AL, L, etc.). El sujeto debe tocar ligeramente el punto más lejano posible en la línea con la parte más distal del pie de alcance asegurándonos de que la estabilidad fue alcanzada con el control neuromuscular adecuado de la pierna de apoyo; es por esto que no puede cargar peso con la pierna de alcance mientras ésta llega a la distancia más lejana que pueda sobre la línea. El sujeto debe volver a una posición central después de cada alcance. El examinador medirá manualmente la distancia del centro del asterisco al punto de alcance con una cinta métrica en cm. Las medidas serán tomadas después de cada alcance por el mismo examinador. Se realizarán 3 alcances para cada pierna en cada una de las 8 direcciones, registrando como alcance definitivo el mejor de los 3 intentos.

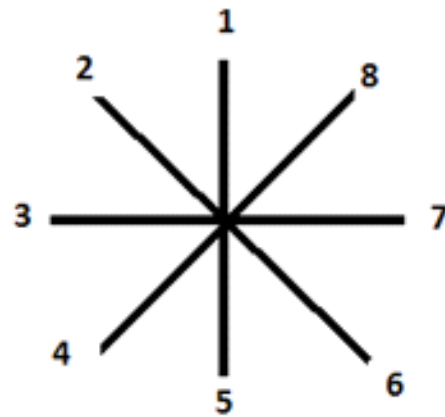
Método :

EL test consiste en mantenerse en equilibrio a una pierna mientras se intenta llegar lo más lejos posible con la contraria. La persona que realiza el test se mantiene con el apoyo de una pierna mientras la otra se aleja en las 8 direcciones: anterior, antero medial, medial, posteromedial, posterior, posterolateral, lateral y anterolateral. Las anterior, posteromedial y posterolateral serán las más importantes a la hora de detectar inestabilidad y serán señal de un mayor riesgo de lesión. Se debe repetir el test 3 veces para mayor fiabilidad con cada pierna .

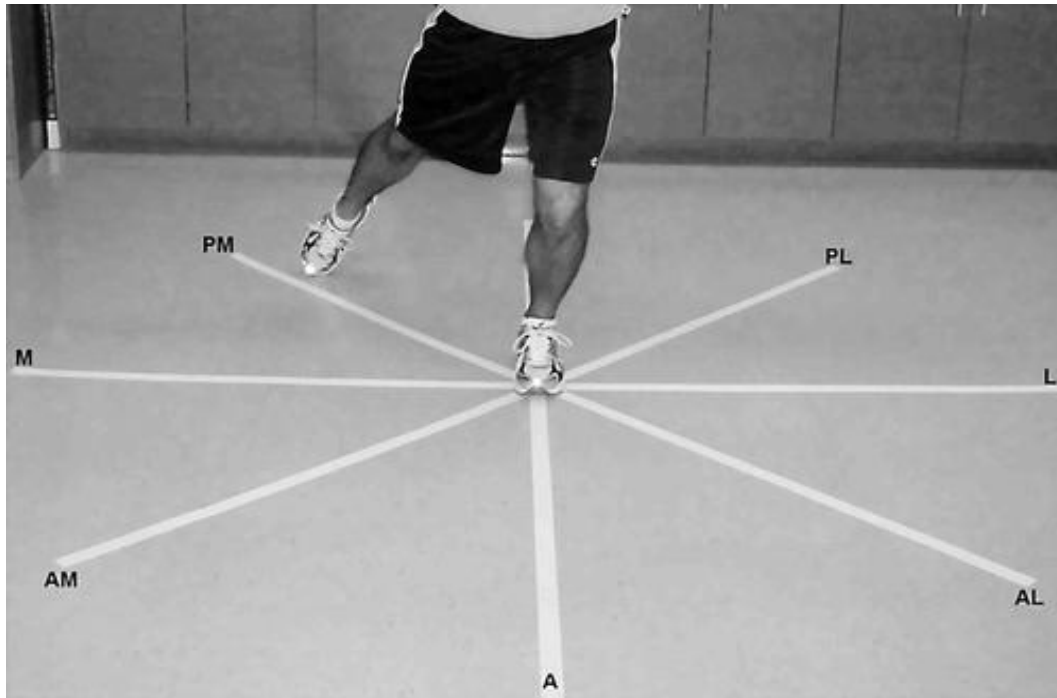
Standing on LEFT limb



Standing on RIGHT limb



- 1. Anterior
- 2. Anteromedial
- 3. Medial
- 4. Posteromedial
- 5. Posterior
- 6. Posterolateral
- 7. Lateral
- 8. Anterolateral



Resultados :

7 De los participantes terminaron el test de forma completa arrojando los siguientes resultados

| Mediciones SEBT | Promedios | |
|-----------------|--------------|-------------------|
| | Tobillo sano | Tobillo lesionado |
| Anterior | 86cm | 83cm |
| Antero medial | 65cm | 63cm |
| Medial | 62cm | 60cm |
| Posteromedial | 70cm | 68cm |
| Posterior | 85cm | 82cm |
| Posterolateral | 78cm | 74cm |
| Lateral | 85cm | 83cm |
| Anterolateral | 70cm | 69cm |

5 Participantes que estuvieron dentro de la población de muestra no pudieron concluir el test por presentar gonalgia , la cual les impidió finalizar el mismo .

4 De los evaluados no pudieron completar el test acusando fatiga muscular en las piernas , la cual los hizo abandonar .

2 no pudieron terminar el SEBT por dolor en el tobillo lesionado , en alguna de las mediciones .

2 no pudieron terminar el test por dolor lumbar que les impedía lograr la amplitud de movimiento normal .

Conclusión :

Luego de evaluar al grupo de muestra nos encontramos con resultados q no fueron concluyentes para la medición propuesta , con el test pudimos observar la diferencia del tobillo sano al lesionado , pero la muestra fue insuficiente ya que gran parte de la población no pudo concluir el SEBT por diversos motivos . Esto nos lleva a determinar que la medición propuesta no es lo suficientemente específica para la inestabilidad de tobillo en particular , ya que mucho factores no correspondientes del tobillo afectaron la medición y redujeron de forma significativa el grupo de muestra .

Opinamos que el SEBT no es una medición idónea para el tipo de evaluación que propusimos . Ya que en muchos casos se ve modificado el resultado del test por factores como movilidad de tobillo con una disminución de la misma el test se ve afectado haciendo que el evaluado no logre el optimo alcance en la medición .Otro de los problemas que pudimos visualizar que modificaban los resultados fueron las tendinopatias de rodilla o gonalgias las cuales muchas veces hacían modificar la posicion del cuerpo y no alcanzar una medición fiable .

También tuvimos problemas con algunos jugadores que sentían una fatiga en el miembro inferior de apoyo antes de terminar el test . Y por ultimo algunos casos de lumbalgia que modificaban la postura de el evaluado y también modificaba en los resultados esperados .

El SEBT no nos parece el optimo test para medir la estabilidad de tobillo porque muchos factores que no son propios del tobillo modifican los resultados del mismo .

Anexo

Esguince de tobillo

El esguince de tobillo es la distensión o ruptura parcial o total de un ligamento la cual es producida por una tracción o excesivo estiramiento del mismo, es una de las lesiones que se da con mayor frecuencia del aparato locomotor.

ANATOMÍA

El tobillo es una articulación tipo bisagra, reforzada por ligamentos a su alrededor encargados de ofrecer estabilidad y brindar propiocepción. El ligamento lateral tiene menor resistencia que el medial haciendo que éste sea más débil comparado con su contraparte medial.

El ligamento lateral está formado por tres bandas, LAPA, LCP y el ligamento astragaloperoneo posterior.

La articulación del tobillo tiene movimientos en el plano vertical; la dorsiflexión efectuada por los músculos del compartimiento anterior de la pierna y la plantiflexión por los del compartimiento posterior. La eversión e inversión ocurren en las articulaciones subtalar y talocalcanea.

Fisiopatología y Mecanismo

El mecanismo fisiopatológico básico es la inversión forzada del tobillo, lo que supone una acción combinada de flexión y supinación del pie; es entonces cuando el ligamento PAA se encuentra verticalizado y cualquier fuerza que actúe obligando al tobillo a una mayor supinación puede producir un desgarro del LPAA. Si en ese momento aún aumenta la fuerza inversora, o cae el peso del cuerpo, soportado en ese momento por el ligamento en tensión o parcialmente desgarrado, puede hacer que se verticalice el haz PC, desgarrándose también.

Clasificación

Esta lesión se clasifica en tres grados. El grado I ocurre cuando se compromete de manera leve el ligamento (microdesgarros), los pacientes refieren poco dolor, acompañado de discreto edema, y finalmente no hay pérdida de la funcionalidad, no hay dificultad en la marcha (

.En el grado II se encuentra daño en menos del 50% del ligamento, el paciente presenta dolor moderado, sensibilidad al tacto y puede presentar equimosis, acompañado de una marcha dolorosa con pérdida funcional

. Por último en el grado III se aprecia la lesión completa del ligamento, el paciente refiere intenso dolor aunque algunos autores refieren que no siempre se presenta por la denervación secundaria a la extensión severa de la lesión; gran edema, siempre hay equimosis, dificultad marcada para la marcha y pérdida de funcionalidad articular

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Apunts Med Esport. 2015;50(187):95-102
2. Hertel J., S.J. Miller, C.R. Denegar. Intratester and Intertester Reliability During the Star Excursion Balance Tests. 2000. Journal Sport Rehabilitation. 9:104-116.
3. Kinzey S.J., C.W. Armstrong. 1998. The Reliability of the Star-Excursion Test in Assessing Dynamic Balance. Journal of Orthopaedic and Sport Physical Therapy
4. Gribble P.A., J. Hertel. 2003. Considerations for normalization of measures of the Star Excursion Balance Test. Measurement in Physical Education and Exercise Science. 7:89-100.
5. Bahr R, Maehlum S. Lesiones deportivas: diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. Medica Panamericana. 2007
6. Marqueta P, Tarrero L. Epidemiología de las lesiones en el baloncesto. Archivos de medicina del deporte. 1988; 15 (68): 479-483.
7. Moraes P. Lesiones en el baloncesto: epidemiología, patología, terapéutica y rehabilitación de las lesiones. Efdeportes. Julio de 2003
8. Hertel J., R.A. Braham, S. A. Hale, L. C. Olmsted-Kramer. 2006. Simplifying the Star Excursion Balance Test: Analyses of subjects with and without Chronic Ankle Instability. Journal of Orthopaedic and Sport Physical Therapy.

9.Rev.int.med.cienc.act.fís.deporte- vol. 11 - número 41 - marzo 2011 - ISSN: 1577-0354

10.Revista de la Universidad Industrial de Santander. Revisión del tema Salud Vol.47 No.1
Enero -Abril de 2015

11.Benítez S: Epidemiología en las lesiones del basquetbol. G-se. Enero de 2013

12.Freeman M.A.R. 1965. Instability of the Foot After Injuries to the Lateral Ligament of the
Ankle. The Journal of the Bone and Joint Surgery. 47 (4): 669-677

13.Sabin MJ, Ebersole KT, Martindale AR, Price JW, Broglio SP. Balance performance in male
and female collegiate basketball athletes: Influence of testing surface. J Strength Cond Res.
2010;24(8):2073-2078.