

Article

Lesiones en El Rugby: Estudio Prospectivo Epidemiológico en Plantel Superior del Club Atlético del Rosario (CAR)

Santiago Mainini, Gabriel Martinez Lotti, Pablo Milikonsky, Nicolás Gerosa y Guillermo Marconi

¹Centro de Ortopedia y Traumatología (COT)

Dr. Santiago Mainini
Centro de Ortopedia y Traumatología (COT) (0341) 4351035
santiagomainini@hotmail.com

RESUMEN

El objetivo de este trabajo fue el de analizar en forma prospectiva la cantidad, naturaleza y severidad de las lesiones sufridas en un plantel de 138 jugadores correspondientes al plantel superior del Club Atlético del Rosario durante la temporada anual de 2015. Se registraron 81 lesiones en 60 jugadores (43%), de las cuales el 25 % fueron lesiones menores, el 44 % moderadas y el 31 % mayores. Este estudio refleja que el rugby al ser un deporte de colisión, es una actividad de riesgo y los jugadores deben tomar conciencia de ello. Tras el análisis etiopatogénico llegamos a la conclusión de que muchas lesiones podrían evitarse. Por otra parte, el empleo de medios de protección permitidos, sobre todo el casco, y más en los delanteros, los consideramos fundamentales en la prevención de la lesión traumática.

ABSTRACT

The purpose of this prospective investigation was to study the nature and severity of rugby injuries occurring in 138 players in the Club Atlético del Rosario team during the 2015 season. A total of 81 injuries were sustained by 60 players, of which 25% were minor, 44% were moderate and 31% were major. Rugby is a collision sport and a risk activity and participants should be aware of the potential for injury. After the etiopathogenic analysis we conclude that many injuries could be avoided. On the other hand, we consider the use of protection, especially the helmet, is fundamental for the prevention of traumatic injury.

INTRODUCCIÓN

El rugby es un deporte de colisión en el que la mayoría de las lesiones se producen por traumas directos (1) (2). Se trata de una actividad en que los jugadores chocan continuamente no solo con los competidores del equipo contrario sino que resultan igualmente frecuentes los contactos con jugadores del propio equipo (3), hecho que ocurre no solo en los partidos sino también en los entrenamientos. El rugby ha sido catalogado siempre como un deporte noble, en el que los atletas dominan y controlan sus impulsos, no dejándose llevar por las emociones propias de cada jugada y centrándose en las reglas del juego. Sin embargo, cuando estamos hablando de la máxima competición y debido a la intensidad del juego, en ocasiones resulta difícil el control anteriormente descrito (4). El objetivo de este trabajo fue el de analizar en forma prospectiva durante una temporada anual de juego la cantidad, naturaleza y severidad de las lesiones sufridas en un plantel de 138 jugadores correspondientes al Club Atlético del Rosario.

MATERIAL Y METODOS

Durante el año 2015, en la pretemporada y en el campeonato de la URBA, el plantel superior del CAR fue evaluado por los autores, registrando en forma prospectiva las lesiones sufridas durante el juego o el entrenamiento de este deporte. La población en estudio incluyó aquellos jugadores que participaron durante los 26 partidos de la pretemporada y del campeonato en los cinco primeros equipos del club. No se tomaron en cuenta las divisiones inferiores, ni los jugadores que entrenaron y no jugaron ningún partido. Ciento treinta y ocho jugadores fueron evaluados durante los entrenamientos y los partidos.

Han sido seguidas durante el tiempo de duración del trabajo 81 lesiones que fueron clasificadas para su estudio pormenorizado en función al tipo de lesión y su localización, concertándose también el puesto del deportista lesionado en el terreno de juego así como la circunstancia en la que la lesión tenía lugar. En función al tipo de lesión se estableció la siguiente subclasificación: musculares, tendinosas, óseas, ligamentosas y/o articulares y heridas. En función a su localización se consideraron las zonas clásicas de cabeza, cuello, tronco y extremidades tanto superiores como inferiores. Los deportistas fueron individualizados (respecto a función y acción dentro del terreno de juego) en delanteros y tres cuartos, diferenciándose si las lesiones tenían lugar durante los partidos de competición o a lo largo de los entrenamientos.

Para el registro de las lesiones se utilizó la modificación de un protocolo realizado para evaluar lesiones en el fútbol (fig. 1) (5) (6). Se definió lesión aquella que ocurrió durante el entrenamiento o partido, y no permitió al jugador entrenar durante la semana para jugar el siguiente partido. De acuerdo a la duración de la inactividad, la lesión se clasificó en 3 grados: Menor: inactividad menor de 7 días. Moderada: inactividad entre 7 y 30 días. Mayor: cuando fue mayor de 30 días. No fueron registrados los cortes superficiales.

RESULTADOS

Sobre los 138 jugadores evaluados, se registraron 81 lesiones en 60 jugadores (43%), de las cuales el 24% fueron lesiones menores, el 47% moderadas, y el 29% mayores. La edad promedio de los jugadores lesionados fue de 26 años, con un rango entre 18 y 34 años. El 77% de las lesiones ocurrieron durante los partidos, de las cuales el 65% fueron en el segundo tiempo. El 23% restante ocurrieron durante los entrenamientos.

El 94% de las lesiones tuvo un origen traumático, ya sea directo o indirecto, mientras que el 6% restante se originó por sobreuso.

En función al tipo de lesión nos encontramos con 43 lesiones ligamentosas y/o articulares, 20 musculares, 5 óseas, 5 traumas de cráneo, 3 tendinosas, 3 heridas cortantes y 2 traumas de raquis.

El tipo de lesión más frecuente fue el esguince articular (42%), comprometiendo primero el tobillo (19 casos) y luego la rodilla (15 casos). (Tabla I).

Tabla 1. Tipos de lesiones. (N=81).

LESIÓN	NÚMERO	PORCENTAJE %
Lesión ligamentaria	34	42
Lesión muscular	20	25
Luxaciones	9	11
Fracturas	5	6
Trauma de cráneo	5	6
Heridas cortantes graves	3	4
Tendinosis	3	4
Trauma de raquis	2	2

El segundo tipo de lesión más frecuente fue la patología muscular (25%) que en su mayoría comprometió el grupo de los isquiotibiales. El 83 % de esta lesión se presentó en los delanteros, y dentro de ellos la mayoría fueron terceras líneas.

La luxación fue la tercer lesión más frecuente (11%), ocurriendo con mayor frecuencia en la articulación esternoclavicular (4 casos).

Luego en cuarto lugar aparecen las fracturas (6%). Topográficamente la región más comprometida fue el miembro inferior, siendo el tobillo, la rodilla y el muslo las regiones más afectadas. En orden de frecuencia le siguen la cabeza, el tronco y el hombro. (Tabla II).

Tabla 2. Localización de las lesiones. (N=81).

LOCALIZACIÓN	NÚMERO	PORCENTAJE %
Tobillo	20	25
Rodilla	15	19
Muslo	13	16
Cabeza y cara	9	11
Tronco	7	9
Pierna	5	6
Hombro	4	5
Mano	3	4
Raquis	2	2
Codo	1	1
Pie	1	1
Ingle	1	1

Según la posición dentro de la cancha la frecuencia de lesiones fue similar entre delanteros y tres cuartos, (32 delanteros y 28 tres cuartos), la mayoría de las lesiones fueron traumáticas (ya sea directas o indirectas). Hubo muy pocas lesiones por sobreuso, es importante remarcar esto ya que hace referencia a una buena preparación física y a un entrenamiento específico durante la pretemporada y el torneo.

El 6% de las lesiones requirió cirugía (5 casos), siendo la artroscopia de rodilla (ya sea compleja o simple) la operación más frecuente. (Tabla III).

Tabla 3. Lesiones tratadas quirúrgicamente. (N=81).

DIAGNÓSTICO	CANTIDAD
Ruptura ligamento cruzado anterior	1
Desinserción tibial ligamento colateral medial	1
Luxo-fractura tobillo	1
Lesión meniscal interna en asa de balde	1
Ganglión post-ligamento cruzado posterior más cuerpo libre osteocondral	1

DISCUSIÓN

El rugby es un deporte de contacto por lo que es de esperar que el trauma directo sea la causa más frecuente de producción de patología (7). Sin embargo, por los resultados obtenidos por nosotros determinamos que, en nuestro medio, la lesión articular y muscular ocupan un lugar muy importante dentro de la casuística, presentándose estas de manera aguda, no existiendo antecedentes de microtraumas o sobrecargas.

Nuestros resultados coinciden con los de otros autores en relación a la localización más frecuente de las lesiones (8). El 68% ocurrieron en el miembro inferior, siendo el tobillo la articulación mayormente afectada.

La principal causa de las lesiones articulares y ligamentosas ha sido el trauma indirecto. Los tackles, las caídas después de un moule, así como el propio estado de los terrenos de juego se constituyen en las principales causas de estas patologías. Hoy día los jugadores de rugby usan protecciones en sus hombros; las 4 luxaciones acontecidas en la región esternoclavicular no pueden ser vinculadas a la falta de las mismas sino al propio trauma, consecuencia de las características e intensidad del juego. Las mayorías de las lesiones ligamentosas de tobillo y rodilla han tenido lugar en terrenos de juego embarrados (9).

De las 3 heridas presentadas que requirieron la necesidad de sutura, todas tuvieron lugar en la cabeza y todas ellas podrían haberse evitado con la utilización de un casco protector. Gran cantidad de jugadores afirman no utilizar casco por el agobio que este les supone, sobre todo si hace calor. Sin embargo, creemos que es un elemento fundamental en la protección y seguridad del jugador por lo que incluso propondríamos la obligatoriedad del mismo, al menos en los jugadores de la delantera. Los jugadores de campo más afectados fueron los delanteros. Este es un hecho esperado al tratarse de los deportistas más implicados en las acciones de contacto (10). Igualmente las lesiones en rodilla fueron mucho más frecuentes en estos jugadores. Las lesiones en tobillo en los tres cuartos. Los primera y terceras líneas se vieron más afectados por lesiones de tipo muscular. Aparte de la casuística lesional propiamente dicha podemos añadir la observación a lo largo del tiempo de duración del estudio la presencia de 5 episodios de trauma de cráneo con pérdida dudosa de la conciencia. Aconsejamos la retirada del terreno de juego del jugador que presente el más mínimo episodio de pérdida de conciencia o un estado de desorientación témporo-espacial (11). En muchas ocasiones el deportista se niega a abandonar el terreno deportivo, por lo que el médico tiene que tenerla autoridad suficiente para imponerse.

Es muy importante remarcar que hubo muy pocas lesiones por sobreuso, lo que indica que los jugadores tuvieron una excelente preparación física durante la pretemporada y durante todo el año deportivo.

Es de vital importancia el uso de protectores bucales y el vendaje de los tobillos los cuales en la mayoría de los casos son deficientes o inexistentes. Además en el entretiempo la toma de soluciones con electrolitos previene fatigas musculares, ya que la deshidratación es considerada una causa común de este tipo de patología. Es importante considerar que las lesiones ocurren en mayor porcentaje en el segundo tiempo. Las heridas cortantes son relativamente comunes en este deporte, por esta razón los jugadores deberían estar inmunizados frente al teta-nos cada 5 años.

A pesar de ser un porcentaje menor, las lesiones durante el entrenamiento existen. Por esta razón consideramos que las recomendaciones para prevenir lesiones deben ser tenidas en cuenta para los entrenamientos.

Hemos registrado solamente aquellas lesiones traumáticas agudas ocurridas durante la pretemporada y temporada anual en partidos o entrenamientos. La cantidad de lesiones degenerativas o crónicas que ocurrirán en estos jugadores podrán

solo ser establecidas con el seguimiento de esta población (5).

El aporte de estudios epidemiológicos producen el mejor conocimiento de este tipo de lesiones así como su frecuencia y consecuencias.

En conclusión, este estudio refleja que el rugby es un deporte de colisión y los jugadores deben tomar conciencia de la posibilidad de sufrir una lesión. Es importante efectuar un adecuado seguimiento de las lesiones que ocurren durante la práctica del rugby. Por tal motivo es necesaria la presencia de un médico familiarizado con estas lesiones deportivas, no solo en los partidos.

AGRADECIMIENTOS

- Al Club Atlético del Rosario y a la subcomisión de rugby.
- A los managers Jorge Casals, Daniel M.ussio y José Farruggia por la ayuda durante todo el año y por la información recibida.
- A los preparadores Físicos Tomas Pierucci, Eduardo Cavaglia, Lucas Ayala y Francisco Senor por aceptar recomendaciones médicas durante los entrenamientos y enseñarnos sobre la métodos de preparación física actuales.
- A los entrenadores de todo el plantel superior, especialmente a los de primera, José Orengo, Mauro Cingolani y Franco Rossi por escucharnos y respetar la decisión médica durante todo el año.

REFERENCIAS

1. Davies J, Gibson T. (1978). Injuries in rugby union football. *Br Med J*; 2:1759-61.
2. Garraway W, Lee A, Hutton S, Russell E, Macleod A. (2000). Impact of professionalism on injuries in rugby union. *Br Sports Med*; 34:348-51..
3. 3. Gibbs N. (1993). Injuries in professional rugby league. *A three year prospective study of the South Sydney Professional Rugby League. Am J Sports Med*; 21:696-700.
4. Garraway M., Macleod D. (1995). Epidemiology of Rugby football injuries *Lancet*; 345:1485-7..
5. Dr.. Matías Costa Paz, Dr. Daniel Godoy, Dr. Miguel A. Ayerza. (1997). Lesiones en el Rugby. *Estudio prospectivo epidemiológico en equipos de primera división "A". Rev. de la AAA*; 4(2): 77-81.
6. Lovell ME, Donnachie NJ, Rostron PKM. (1995). Injuries affecting professional rugby league players. *An overview. J Bone Joint Surg (Br) 77-B (Supp III): 342.*
7. Dalley D, Laining D, Mccartin P. (1992). Injuries in rugby football. *New Zealand Journal of Sports Medicine*; 20:2-5.
8. McLatchie GR and Lennox CME. (1996). Risks and injuries in rugby football. *In The Soft Tissues. Trauma and Sports injuries. Edit Butterworth Heinema. pp 371-381.*
9. 9. Bottini E, Poggi E, Luzuriaga F, Secin F. (2000). Incidence and nature of the most common rugby injuries sustained in Argentina". *Br j Sports Med*; 34:94-7..
10. O'Brien C. (1992). Retrospective survey of Rugby injuries in the Leinster.