

Las lesiones de la mano en el escalador extremo de roca

XABIER GARAIOA

ESKUKO tendoi malgutzaileak oso menta handi-koak dira gaur egungo eskaladan; beraz, kontu berezia eman behar zaie tendoi horien anatomiari, beren mugimendu-mekanismoari eta kirol-praktika superespezializatu horrek dakarren apurtzeko arriskuari edo desgasteari.

Revisando la información del centro de datos de Medicina de Montaña de la UIAA, encuentro que el porcentaje de lesiones de los tendones flexores de la mano en Gran Bretaña, durante la temporada 1983-84, es de cerca del 30% del total de lesiones producidas en los escaladores de roca.

Cada dedo está accionado para su flexión por un par de tendones fibrosos que se insertan en los huesos de los dedos, las falanges. El tendón flexor profundo se inserta en la base de la última falange. Este tendón es el que más sometido se encuentra a las grandes tracciones, particularmente cuando se suspende el peso del cuerpo sobre las últimas falanges, pudiendo producirse esguinces (rupturas de fibras) o rupturas totales con arrancamientos óseos.

En el interior de los dedos, los ligamentos actúan como cuerdas que poseen una resistencia propia. A veces, cuando el esfuerzo es muy intenso, se produce un ruido o chasquido acompañado de un dolor intenso durante un movimiento. Ocasionalmente el dolor aparece algunas horas más tarde. El dedo puede ponerse infla-

mado y rígido, sospechando una fractura. El dedo medio (anular) es el más afectado habitualmente, al ser el más largo.

El flexor profundo atraviesa vainas fibrosas a nivel de las primeras falanges. Estas vainas permiten el deslizamiento de este tendón por las zonas más estrechas (las falanges). Y precisamente es en estas zonas donde aparecen la mayor parte de los traumatismos.

Inicialmente el tratamiento urgente de este problema es el reposo, dejando de escalar y no utilizando la mano si esto es posible. Una buena medida de urgencia consiste en el vendaje de los dedos entre sí, solidarizándolos para conseguir la inmovilización. Luego será preciso explorar si ha habido o no una ruptura del tendón.

Las pequeñas lesiones pueden tratarse con reposo, fisioterapia, ultrasonidos, etc., pero las lesiones importantes requieren intervenciones quirúrgicas de reconstrucción del tendón por manos expertas. La reparación espontánea de las rupturas

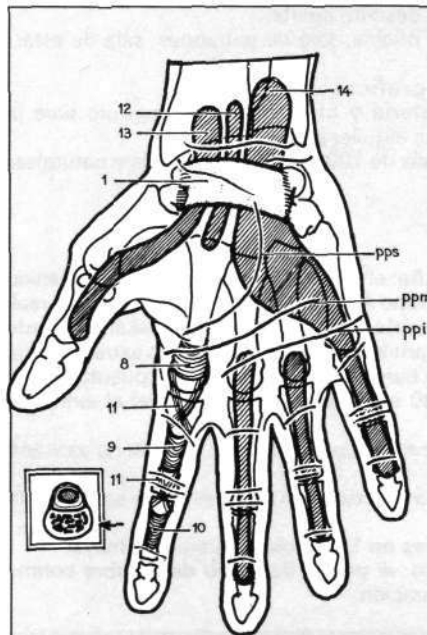


Fig. 43

Cara anterior (palmar) de la mano, donde los tendones flexores atraviesan las vainas ligamentosas a nivel de las falanges de los dedos, como si fueran unas verdaderas poleas osteofibrosas.

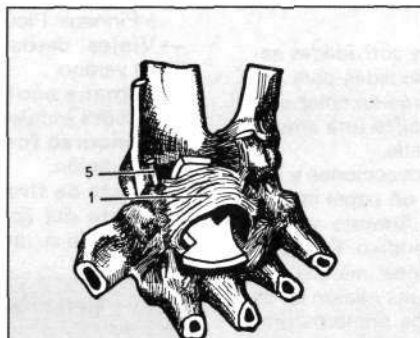


Fig. 44

El canal carpiano por donde pasan todos los tendones flexores que van del antebrazo a la mano.

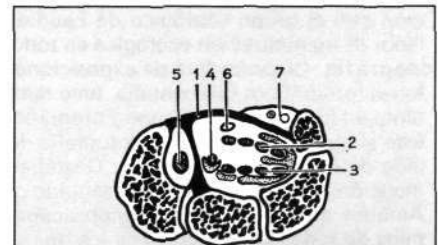


Fig. 45

Corte transversal de la muñeca.

tendinosas puede costar varias semanas o meses y acompañarse de hinchazón, molestias y crujidos en los dedos. El dedo lesionado puede quedar con secuelas permanentes y no sentirlo nunca tan fuerte como los dedos no lesionados.

La prevención de este tipo de lesiones es muy difícil, pero lo primero es sugerir un buen «calentamiento» antes de comenzar la escalada.

Lo verdaderamente importante es conocer que este tipo de lesiones son muy co-

munes, y por tanto debemos tratar de prevenirlas con el entrenamiento y un buen calentamiento antes de iniciar la escalada, ya que pueden tardar varios meses en curar y a veces persisten de forma crónica permanentemente.

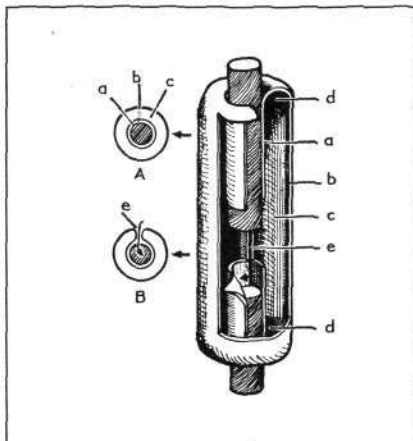


Fig. 47

Esquema simplificado de los tendones a su paso por las vainas o poleas osteofibrosas de cada falange.

- a) Vaina interna en contacto con el tendón
- c) Cavidad virtual serosa.
- b) Vaina externa del tendón.

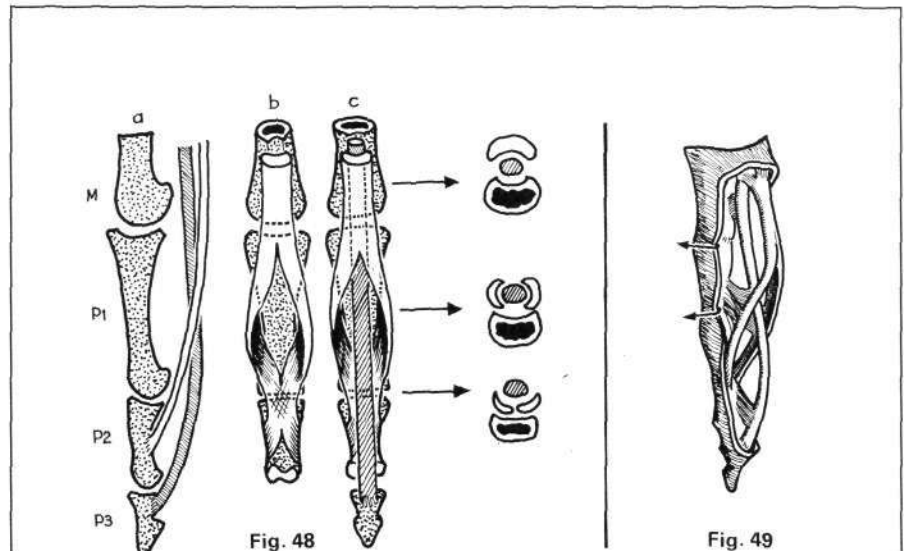


Fig. 48

Fig. 49

Figs. 48 y 49

Vista lateral y anteroposterior de un dedo de la mano

- M = Metacarpiano
- P1 = Primera falange
- P2 = Segunda falange
- P3 = Tercera falange

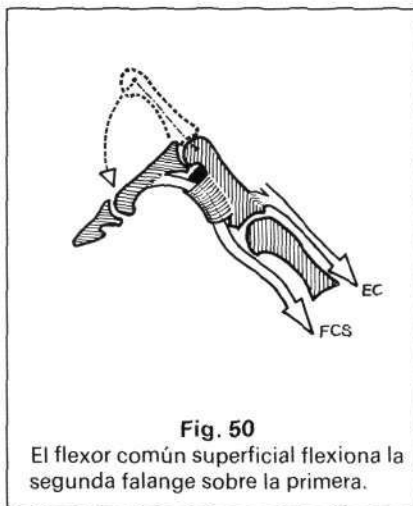


Fig. 50

El flexor común superficial flexiona la segunda falange sobre la primera.

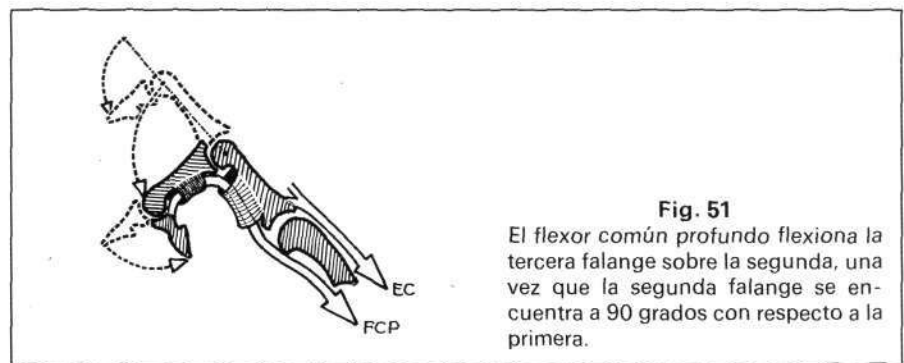


Fig. 51

El flexor común profundo flexiona la tercera falange sobre la segunda, una vez que la segunda falange se encuentra a 90 grados con respecto a la primera.

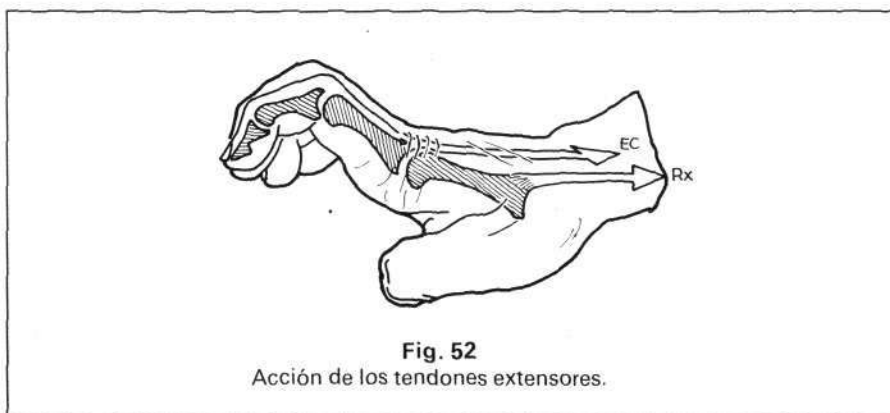


Fig. 52

Acción de los tendones extensores.

Figuras tomadas de Rouvier (44, 45) y de I. A. Kapandji, «Fisiología articular», tomo III.