

La importancia del interrogatorio

Dr. Ricardo G. Denari

en el diagnóstico de las lesiones deportivas

*Presidente de la Asociación Argentina de
Traumatología del Deporte*

Es frecuente observar al deportista lesionado ingresar al consultorio, entregar los estudios solicitados -R.N.M., T.A.C., ecografía- y anticiparnos el diagnóstico leído previamente en el informe.

Personalmente le devuelvo los estudios sin leerlos, y comienzo con el interrogatorio.

El 90% del diagnóstico presuntivo se obtiene de una correcta anamnesis, sin observar ningún examen complementario e inclusive sin tocar al paciente.

Ordenadamente, lo primero que le preguntamos es el **motivo de consulta**.

El **dolor**, en la rodilla, nos orientará hacia una patología meniscal, osteocondral o fémoro-rotuliana. Si lo refiere al bajar escaleras, pensar en la articulación fémoro-rotuliana (osteocondritis, síndrome de hiperpresión, subluxación externa, etc.). Este dolor es provocado por la flexión de la rodilla en 30°-40° necesaria para descender el escalón, con contracción del cuádriceps, comprimiendo la rótula contra la tróclea femoral.

El **bloqueo articular** ("se me traba") será siempre en la rodilla de origen meniscal hasta que una radiografía simple nos demuestre lo contrario. En el tobillo sospechar de una osteocondritis del astrágalo.

En cambio la **inestabilidad** ("se me va" la rodilla o el tobillo) es casi siempre debida a una lesión ligamentaria - L.C.A. o ligamento lateral externo del tobillo.

Los **fallos articulares** ("se me afloja la rodilla") nos hablan de una hipotrofia muscular secundaria a la inactividad deportiva.

Los **derrames** a repetición indican sinovitis por lesiones meniscales u osteocondrales.

Luego averiguamos sobre el **mecanismo de acción** que produjo la lesión inicial, muchas veces no recordado por el deportista y que es fundamental para un diagnóstico presuntivo lesional.

Si se trata de la articulación de la rodilla, un esguince en valgo -flexión puro, sin rotación, lesionará al ligamento colateral medial ("trabar la pelota con la cara interna del pie")- los esguinces en varo-flexión (menos frecuentes) lesionarán al ligamento colateral lateral.

Cuando se le agrega a los mecanismos anteriores un componente rotatorio, se pueden lesionar los meniscos o el ligamento cruzado anterior.

Si se trata de la articulación del tobillo, un esguince en equino-inversión lesionará el ligamento lateral externo o podrá fracturar la base del quinto metatarsiano; en cambio en eversión, el ligamento lateral interno (más raro).

El deportista que refiere haber sentido una **mialgia aguda** ("tirón") en la cara posterior del muslo o de los gemelos al "picar" o acelerar bruscamente, o sobre el recto anterior del cuádriceps al shotear, seguramente ha sufrido un desgarro muscular.

Caso contrario al que refiere que se le "endureció" una parte localizada de un músculo ("se me agarrotó") producto casi con seguridad de una **contractura**, o de un **calambre** si toma todo un grupo muscular y aparece al finalizar el partido.

Todo esguince de rodilla en el cual el deportista

recuerda haber "sentido" **un ruido articular** ("chasquido") nos orientará casi con seguridad a pensar en dos lesiones: ruptura del ligamento cruzado anterior o ruptura meniscal. En el tobillo, en ruptura del ligamento lateral externo.

El mismo "chasquido articular" en una evolución crónica traducirá fragmentos meniscales rotos y desplazados, cuerpos libres, un menisco externo discoideo, o más raramente una plica sinovial.

El tiempo de evolución transcurrido desde el momento de la lesión hasta la consulta nos orientará no sólo hacia el diagnóstico, sino también hacia el probable tratamiento.

Este último -el **tratamiento** recibido- debe ser siempre interrogado, ya que nos aportará datos sobre etapas o secuencias del mismo ya agotadas.

Así, el antecedente de una punción evacuadora de una hemartrosis después de un esguince grave de rodilla será sospechoso de una ruptura de LCA.

Punciones a repetición de hidroartrosis nos harán pensar en lesiones meniscales u osteocondrales.

Una pubialgia de varios meses de evolución, tratada con reposo deportivo, fisioterapia e infiltraciones, que no cura, muy probablemente será de tratamiento quirúrgico.

Una inestabilidad crónica externa de tobillo que no se recupera con ejercicios propioceptivos, estará cerca de una plástica ligamentaria.

Las tendinitis crónicas rebeldes a los distintos tratamientos médico-kinésicos instaurados, se encontrarán muy cerca del tratamiento quirúrgico. E inclusive podrán ser producidas por tratamiento de rehabilitación muscular -con cargas excesivas-.

También del interrogatorio surgirán antecedentes de infiltraciones e intervenciones quirúrgicas previas.

Preguntas que parecen triviales, como el **tipo de deporte** que practica (lesiones en el aparato extensor de la rodilla en el jugador de voley y basquet "jumper knee" o "rodilla del saltador") o en el hombro en el jugador de rugby (inestabilidad, fractura de clavícula,

esguince acromio-clavicular) e inclusive el **puesto que ocupa** dentro del equipo, nos aportarán sin embargo datos interesantes para incorporar a la historia clínica

¿La lesión fue con o sin contacto? No subestimar las lesiones de rodilla producidas en el deportista sin que lo hayan tocado, capaces de provocar graves lesiones menisco-ligamentarias.

La continuidad en juego o no después de la lesión es importante para medir e interpretar la gravedad de la misma.

En los niños con los cartílagos abiertos, interrogar a los padres sobre la frecuencia de la práctica deportiva, causante de las rebeldes osteocondritis localizadas en la tuberosidad anterior de la tibia, calcáneo, escafoides tarsiano, etc.

Averiguar las **superficies** sobre las que se practican los distintos deportes, los pisos duros son grandes generadores de tendinitis, lumbalgias y pubialgias.

En cuanto a las tendinitis, no olvidarnos nunca de preguntar sobre los antecedentes heredo-familiares, ya que muchos padres gotosos son los "responsables" de las tendinitis de sus hijos deportistas.

Los implementos utilizados (sobre todo el calzado) muchas veces son los causantes de las lesiones en el pie, tobillo, e inclusive la rodilla.

El objetivo de este trabajo es estimular a los médicos jóvenes a efectuar una prolija y detallada **anamnesis**, la cual bien realizada, no sólo les aportará un gran porcentaje del diagnóstico presuntivo, sino que los orientará a pedir los estudios específicos para cada caso.

Recordar que con el interrogatorio y una radiografía simple también se pueden hacer buenos diagnósticos.

Es fundamental que el médico interprete la terminología empleada por el deportista para describir la lesión y traducirla a términos médicos.

Y si a todo esto le sumamos una detenida revisión al paciente, seguramente tendremos éxito en el tratamiento, lo que sólo es posible con un correcto diagnóstico.