

El codo del tirador - La lesión y su tratamiento

Todos los deportes pueden causar lesiones en el que lo practica. El tiro no iba a ser menos. En arma corta la afección mas frecuente, dolorosa e incapacitante es "el codo de tirador". articulo muy interesante publicado en su día por J. I. Velasco Montes.

En la vida no todo es alegría. La práctica de cualquier deporte presupone la posibilidad de lesiones. Sin embargo, hay deportes con un elevado índice de lesiones, como ocurre con el baloncesto (manos y tobillos), fútbol (miembros inferiores), judo (muchos niveles), etcétera. En el tiro, las lesiones son muy poco frecuentes y los accidentes tienen un nivel infinitesimal. El que esos índices sean bajos no implica que no existan. Existen y hay que tenerlos en cuenta. La lesión del codo es frecuente en arma corta. Las molestias de columna vertebral lo son en arma larga. Veámoslo.

Dado que hace tiempo prometí hablar del codo de tirador, sus causas y cómo "tratar" de resolverlo y han sido muchas las personas que han llamado y escrito para recordarme mi promesa, paso a cumplirla, para que así, aprovechando que se aproxima una época en el calendario del tiro en la que todos, o casi todos, descansamos, la aprovechen para hacer reposo del tiro y tratar de resolver esa cruel lesión que es el codo de tirador.

El Codo de tirador

Desde la cuádruple perspectiva que me da el ser cirujano traumatólogo y rehabilitados especialista en medicina deportiva por el I.N.E.K. tirador de arma corta que ha sufrido con resignación la afección articular de la que hablamos y el primero que publicó un artículo sobre el tema en la revista de la Unión Internacional de Tiro (que fue mi presentación como Miembro de la Comisión Médica de la U.I.T, ponencia que leí en Ginebra. Suiza, en 1973), me atrevo a tratar el tema con un mínimo de conocimientos reales sobre él.

El codo de tirador es una afección benigna, pero tremendamente incapacitante y con tendencia a hacerse crónica, que sufrimos una determinada proporción de tiradores de arma corta. Y digo una determinada proporción en tanto en cuanto no todos los tiradores de pistola la padecen. Cuando la afección se establece, el tirador tiene un dolor fijo, agudo, puntual, puesto que el área afectada es muy pequeña y se produce siempre en el mismo punto del codo del brazo con el que se sujeta la pistola: inmediatamente por debajo y hacia fuera del codo. El dolor es tan agudo que le imposibilita tirar. Cuando el cuadro está bien desarrollado, la persona que lo padece no puede coger nada que tenga un mínimo de peso: un libro, un vaso de agua ni, por supuesto, una pistola, cuyo peso está en torno al kilo o un poco más. Por otra parte, incluso compañeros de profesión que no están muy al tanto de la especial patología de cada deporte y menos del nuestro, en un examen superficial de la cuestión diagnostican y etiquetan la afección como epicondilitis o, lo que es lo mismo, "codo de tenis". Este error diagnóstico es serio por cuanto ambas lesiones son muy diferentes y tienen tratamientos distintos por completo. Pero veamos primero una serie de aspectos que nos interesan para llegar a la comprensión y solución del cuadro.

Para que el cuadro clínico se establezca, es necesario que se den una serie de circunstancias que no en todos los tiradores de pistola se dan. Y digo tirador de pistola, pues en el tirador de carabina no la padece. El carabinero tiene su propia patología, generalmente de columna vertebral, sobre todo si empezó a tirar muy joven y sin una mínima y básica preparación física. Pero vamos al tema y no nos desviemos de la cuestión que nos atañe. En otra ocasión hablaremos de la patología del tirador de carabina.

Las causas

En primer lugar, es necesario tener una característica anatómica que no todas las personas tienen. Sin embargo, el hecho de tener esta especial disposición anatómica tampoco hace obligatorio sufrir el codo de tirador, pero casi siempre acaba desarrollándose. Esta anomalía de la articulación del codo es que éste tenga tendencia a la hiperextensión. Me explico. En la articulación del codo, al extender el antebrazo con respecto al brazo, el ángulo máximo de extensión del codo no debe superar los 180°. es decir, no debe pasar de una línea recta. Sin embargo, una cierta proporción de personas, sean tiradores o no, o sobrepasan los 180° o quedan en algo más de 170°. Es en el primer caso, más de 180°. cuando el codo de tirador aparece en muchos casos. Una extensión no completa, menos de 180°. es casi un seguro de que no padecerán el codo de tirador (¡felices ellos!).

En el tiro de combate a dos manos, el codo nunca llega a los 180° y, en consecuencia, la propensión al codo de tirador es ínfima. Por el contrario, en los tiradores de precisión pura, como pistola libre y pistola neumática, pruebas en las que el brazo se extiende y debe mantenerse extendido durante 10 a 20 segundos o más (y realizarlo unas 75 veces), con el arma en el extremo del brazo, la posibilidad de un codo de tirador es grande. En pruebas de velocidad, standard, pistola deportiva y grueso calibre, la tendencia a sufrirlo es media, dada la índole de la competición y el menor tiempo en el que se mantiene la fase de puntería. En I.P.S.C el tiro se hace a dos manos y, por tanto, no se suele presentar por cuanto no se hiperextiende el codo.

La segunda causa de propensión a sufrir esta afección es constitucional y está ligada a debilidad muscular, falta de tono muscular a nivel de la musculatura que actúa sobre y en torno al codo. La falta de una preparación física adecuada al ejercicio de esta modalidad deportiva es otra causa desencadenante. He repetido incansablemente el hecho de que todo deporte exige por parte del que lo practica de una preparación física básica (algo más que mínima) para practicarlo. Pero si el deporte es como el tiro con arma corta (asimétrico, puesto que sólo usamos un brazo; descompensado, ya que el arma se coloca al extremo de un largo brazo de palanca, que es el miembro superior y en el que además se repite durante un mínimo de 75 veces por modalidad el mismo hecho (en tiradores de varias modalidades el número de disparos por sesión puede ser muy superior a esos 75 disparos), es evidente que se va a producir una sobrecarga sobre la articulación del codo y a la larga se van a producir lesiones. La longitud del brazo (bracilargos y bracicortos) también tiene su influencia en el conjunto del problema. Y es que la constitución influye en todo. Los longilíneos o asténicos, están más predispuestos a lesiones que los atléticos, ya que la potencia muscular es inferior en los primeros.

La tercera cuestión va intrínsecamente englobada en la segunda. Para evitar (es mejor prevenir que lamentar) que aparezca el cuadro, es necesario tener y mantener una preparación física adecuada y continua en el tiempo. Esta preparación física del cinturón escapular, brazo, antebrazo y codo no sólo nos hará mejorar la puntuación de manera impresionante, sino que además nos evitará sufrir el codo de tirador.

Un cuarto factor puede influir en la aparición de esta lesión y es el peso del arma. Ya hace tiempo que no se ven ciertas empuñaduras metálicas, muy pesadas por cierto, que en los años 70 se vieron por los polígonos y que fueron causa de no pocos codos de tirador. Un tirador menudo, con poca potencia muscular y bajo tono, de muñecas delicadas, brazos largos, etcétera, debe evitar armas pesadas, culatas muy macizas y cañones muy largos como los de pistola libre. Hacerlo le está llevando a la aparición de un codo de tirador. Las damas lo sufren con cierta frecuencia pero como son menos numerosas que los varones y en general disparan menor número de cartuchos que éstos, es inferior el número de damas que podemos ver con la lesión, pero conozco a unas cuantas.

El quinto factor de aparición es el super-entrenamiento y no intercalar entre sesión y sesión las suficientes horas de descanso para el codo. Como sexto factor, y muy importante por cierto, nos encontramos con un uso inadecuado de la preparación física del brazo con pesas. Todo lo que se haga con pesas con el brazo en extensión es hacer lo posible para que aparezca el cuadro. Este aspecto de cómo hacer pesas lo veremos más adelante.



En las fotografías que acompañan a este estudio podemos ver la localización de la lesión y el diagnóstico diferencial con el codo de tenis. Aunque próximos, los dos puntos son muy diferentes. La mejor prueba de saber si tenemos o no la lesión, aunque sea poco manifiesta, estriba en apretar ese punto del codo con el dedo gordo de la mano contraria. Al apretar ligeramente notaremos un "pinchazo" manifiesto > muchos se asombrarán de comprobar que, aunque mínimo, lo tienen. En ese caso aconsejo que hagan el tratamiento, como profilaxis, para evitar que se le haga agudo o se le convierta en crónico. No sólo lo evitará, sino que se prepara para obtener mejores puntuaciones. Téngalo en cuenta.

Tratamiento

El codo de tirador tiene un difícil tratamiento por cuanto no siempre el tirador es capaz de seguirlo de una manera adecuada. La lesión causante del dolor es una distensión o alargamiento de un ligamento, el ligamento anular, que rodea la cabeza del radio. Es por ello que la pronosupinación (gírar la mano) es dolorosa y le hace parecerse al codo de tenis. Al distenderse, el ligamento se inflama y la inflamación por definición confluye con al menos tres aspectos: dolor, aumento de volumen del área y aumento de la circulación de sangre en el área. Pero esto al lector poco le interesa.

El tratamiento, al menos en mi experiencia, requiere las siguientes pautas de obligado cumplimiento por parte del tirador:

1º Reposo absoluto cuando la fase es aguda y está empezando. Este reposo puede durar mucho tiempo. Meses en ocasiones.

2º En fase aguda (dolor muy fuerte en cualquier posición que se incrementa con un peso mínimo o mediano), además del reposo, debemos usar antiinflamatorios por vía general (boca o inyección intraglutéa). El uso de pomadas, sprays, cremas, etcétera es inoperante. La infiltración local con corticosteroides o fármacos similares puede usarse, pero debe ser encomendada a un especialista con mucha práctica pues hay un nervio muy cercano y la anestesia local que debe acompañar a la inyección produce parálisis temporal (dura unas horas) de la mano en el mejor de los casos. Ojo, pues.

3º El uso de masajes, láser, crioterapia (frío), calor local, electroterapia digitopuntura, acupuntura, quiromasaje, fisioterapia china, moxas y reflexología pueden ir más o menos bien según la habilidad y conocimientos del que lo practica, pero en términos generales es sólo una ayuda de poco nivel para ayudar a resolverlo.

4º El único tratamiento que me ha demostrado utilidad es la preparación física adecuada de la musculatura del codo tras un período de reposo absoluto durante un tiempo proporcional a la gravedad de la lesión. Y aun así, hay casos en los que se hacen necesarios meses de reposo de ese brazo y mano para que desaparezca el cuadro.

5º La cirugía es el último recurso para resolver, y no del todo, cuadros graves de esta lesión. Durante mis treinta años de ejercicio profesional en la Ciudad Sanitaria de La Paz, en Madrid, he tenido ocasión de operar unos seis casos con este cuadro. Curiosamente, sólo uno era tirador de pistola y los otros afectados eran obreros manuales que trabajaban con martillos pesados y labores que necesitaban de un uso poco adecuado del codo. En todos ellos, la lesión del ligamento anular era muy clara. El ligamento aparecía elongado, engrosado y muy inflamado. La técnica operatoria que empleé fue acortar el ligamento (plegarlo y coserlo) para que la holgura del ligamento dejara ajustada la cabeza del radio y no estuviera bailando dentro del ligamento. Los resultados fueron buenos en todos los casos, pero no excepcionales, dado que volvieron al trabajo antes de que dejaran pasar el tiempo (por razones laborales) suficiente. Pero el cuadro agudo e incapacitante desapareció en un tiempo de 3 a 6 semanas.

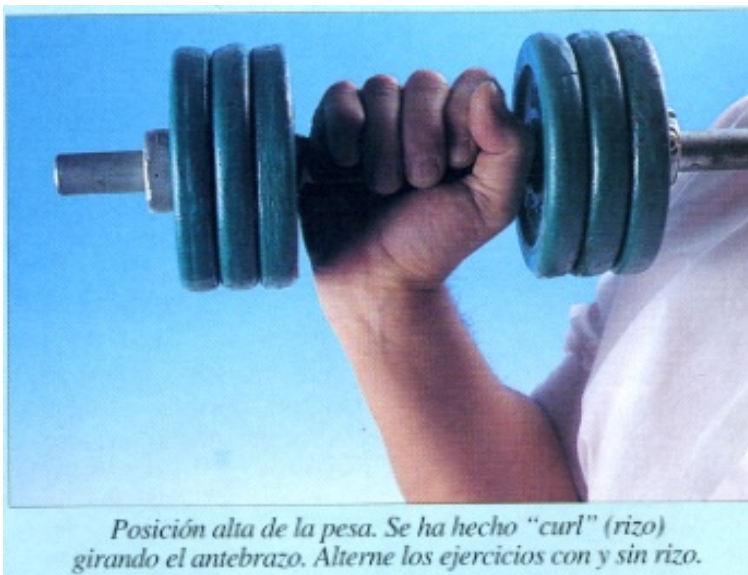
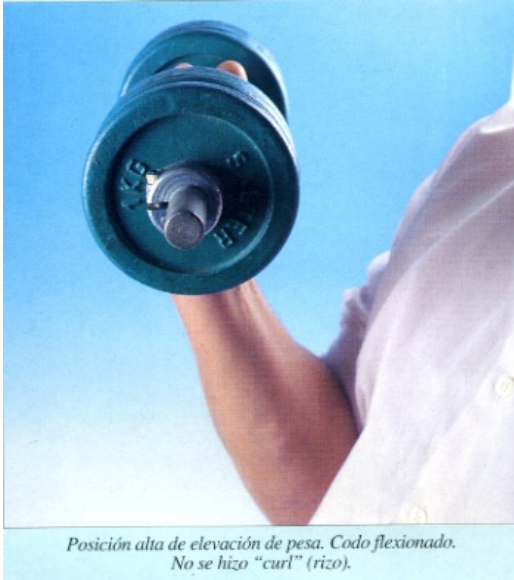
El uso de las pesas

Este es el aspecto más importante. Cuando aparezca el cuadro doloroso, deje de inmediato de tirar. Consulte a su médico para un tratamiento con antiinflamatorios vía oral o parenteral. Dése calor local y no use ese brazo y mano para nada. Si su cuadro está establecido hace tiempo, olvídense de lo dicho hasta ahora y pase a la fase de las pesas que expongo a continuación.

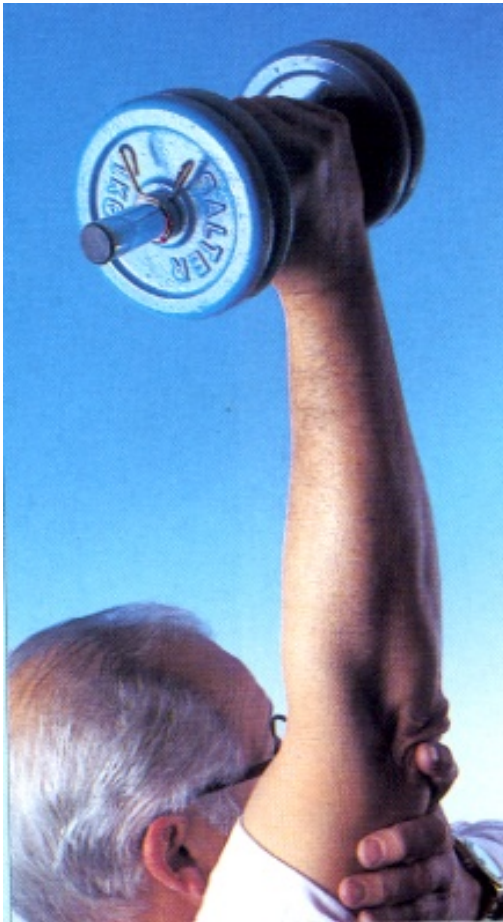
El uso de pesas que fortalezcan muy lentamente la musculatura que actúa sobre el codo es la mejor solución. Es importante empezar con muy poco peso (1 o 2 kilos) y hacer sesiones cortas (2 al día) durante una a dos semanas. Después se va aumentando el peso de medio en medio kilo y se aumenta el número de veces que se hace el ejercicio en cada sesión. Si aumenta el dolor, habrá que reducir peso y número de ejercicios por sesión. El máximo al que se debe llegar depende de cada persona, pero nunca más de seis kilos cuando se ha logrado una gran mejoría o no se tienen molestias.



*Posición baja de inicio de elevación de pesa.
Codo en menos de 170°.*



En todo caso, la forma de hacer pesas es tal como se muestra en las figuras adjuntas y nunca que el codo llegue a los 170° de extensión. Sujetar la pesa con el brazo en extensión y hombro en 90° no debe hacerse jamás. Fíjese en las figuras. Haga todo sentado y que la pierna sirva de tope para no pasar de 160 o 170°. Hay dos movimientos que deben hacerse: directos sin girar la pesa y "curl" o rizados, girando la muñeca durante la subida de la pesa.



*Trabajando el deltoides.
Desde atrás hacia adelante, elevando la pesa.*



Y hágalo de por vida si sigue tirando con arma corta. Lo ideal es tener una hoja en casa y apuntar lo que se hace cada día de los diferentes ejercicios que indico en las fotografías. Si por cualquier razón deja de hacerlo por un tiempo, disminuya peso y número de ejercicios hasta volver al punto en el que lo dejó. El tono muscular se pierde en poco tiempo y pasarse de peso inicial cuando se vuelve a empezar es muy perjudicial. Estos mismos ejercicios son de gran utilidad para preparar el brazo para el tiro y evitar así que el cuadro se presente. Todos ellos tratan de dar una gran potencia a los músculos bíceps, tríceps y resto de extensores y flexores del codo. Cuando pase la fase aguda y note mejoría clara, es el momento de empezar con el uso de pinzas para la mano, lo que añade gran estabilidad y potencia de mano y muñeca. Suerte a todos y que mejoréis. *