

El judo y sus lesiones

Dr. R. Balus y Dr. J. Domingo

JU

DO

Judo significa etimológicamente "camino de la flexibilidad o agilidad" (Ju, flexibilidad; Do, camino o vía). Es un deporte de lucha cuyos orígenes hay que buscarlos en el ju-jutsu (o jujitsu), que significa "práctica de la flexibilidad", lucha japonesa eminentemente guerrera. A fines del siglo XIX, un antiguo alumno de la escuela de ju-jutsu de Tenshin Shin-yo, JIGORO KANO, fundó el Judo de KIDOKAN, entidad que aún hoy día constituye el centro del Judo mundial. El método propuesto por KANO se apoyaba en objetivos pacíficos y con rapidez inaudita logró, en poco más de medio siglo, pasar de un reducido número, nueve, de practicantes japoneses a los millones que en la actualidad se dedican al cultivo de este deporte en todos los continentes.

En España es quizás el más joven de los deportes, por lo menos de los de lucha, ya que únicamente desde 1.950 se introdujo de manera oficial gracias a la creación en Barcelona del primer "dojo" o sala de entrenamiento por el Sr. HENRI BIRBAUM, cinturón negro 5º Dan de la Federación Francesa, discípulo de MIKONOSUKA KAWAISHI. A pesar de esta corta existencia el número de Judokas es cada día más numeroso y nos atrevemos a decir que supera con creces al de los practicantes de los demás deportes de lucha, incluido el boxeo.

En el judo es importante la perfección técnica y la rapidez y oportunismo en la ejecución de llaves y contrallaves, aprovechando tanto la fuerza propia como la que el oponente utiliza contra nosotros. Gracias a esta última se comprende que la potencia física no constituya factor esencial en el desenlace de los combates, lo cual es concepto básico y fundamental del judo. Sin

embargo el triunfo en el último Campeonato Mundial, celebrado en París en 1.961, del gigante holandés GEESINK (2 metros por 115 Kg), hizo tambalear estas ideas básicas y a pesar de la oposición de los sectores más conservadores del KODOKAN, en la Olimpiada de Tokio se disputarán los títulos por pesos. Parece lógico que a igual ciencia los judokas rápidos y pesados debían imponerse, caso GEESINK, pero no olvidemos la rareza de esta conjunción, rapidez y pesadez.

El judo es probablemente el deporte en el que la traumatología, con sus distintas variedades de lesiones, refleja más fielmente la capacidad técnica del deportista y sus caracteres de combatividad. A mayor perfeccionamiento, menos lesiones, tanto individual como colectivamente, de forma que el mejoramiento del nivel técnico de un judoka, de un club o de una Nación podrían medirse por la calidad y cantidad de su lesionología.

Basamos nuestro trabajo en casos tratados o conocidos directamente, en uno de nosotros concurre la doble condición de traumatólogo y judoka cinturón negro en activo, en una encuesta realizada entre 25 de los más significados judokas de Barcelona y en una revisión de la escasa literatura existente sobre el tema.

Las lesiones más frecuentes en la práctica del judo podemos clasificarlas en tres grandes apartados:

- 1º. - Lesiones tegumentarias.
- 2º. - Lesiones músculo-tendinosas.
- 3º. - Lesiones ósteo-articulares.

Se producen estas lesiones por causas variadas que van desde la colisión con otros judokas (en un mismo "tatami" o lona de competición, combaten simultáneamente varias parejas durante los entrenamientos), hasta las imperfecciones de la lona o el kimono, pasando por la inhabilidad propia o del adversario y la diferencia de capacidad entre ambos.

Lesiones tegumentarias. - Dentro de este grupo de incluyen las contusiones, con o sin hematoma, las heridas y las erosiones.

Entre las contusiones, las más frecuentemente observadas son las localizadas en la cara antero-externa o antero-interna de la tibia. Las primeras se producen al percutir con el borde interno del pie (fig. 1), en lugar de hacerlo con la planta como es correcto (fig. 2), la región antero-externa de la tibia del adversario (HIZA-GURUMA: 3ª de pierna). Las segundas por el contrario, se presentan cuando en el curso del mismo movimiento, el adversario, situado demasiado cerca, al flexionar la rodilla para evitar la percusión sobre la pierna, ofrece esta rodilla al borde antero-interno de la tibia del atacante (fig. 3). Por tanto, las contusiones antero-externas las sufren los atacados y las antero-internas los atacantes; de aquí la mayor importancia de es

tas últimas, ya que suponen una repetición del traumatismo al producirse éste por impericia en la ejecución del movimiento.

Sigue en frecuencia la contusión de la pantorrilla por talonazo, al efectuar defectuosamente un movimiento cuya finalidad es la de arrastrar con pierna y pie la pierna del adversario (O-SOTO-GARI: 1ª de pierna; KO-SOTO-GAKE: 4ª de pierna; O-UCHI-GARI: 5ª de pierna) (fig. 4).

No son raros los otophematomas, más frecuentes en los judokas especializados en la lucha en el suelo, durante la cual se intentan movimientos de estrangulación (SHIME-WAZA) (fig. 5). También al empujar hacia arriba el borde del cuello del kimono para desequilibrar al contrario, es fácil percutir las orejas.

Menos frecuentes son las contusiones en nariz, boca, testículos (UCHI-MATA: 10ª de cadera) (fig. 6), aunque todas ellas precisan un mecanismo derivado de un movimiento mal efectuado.

Las erosiones son muy frecuentes en el dorso de los pies por mala colocación de los mismos y roce consiguiente con la lona, durante los intentos de inmovilización en el suelo (KATAME-WAZA) (fig. 7 y 8) y en el dorso de los dedos de la mano, al ser arrastrados sobre la lona por el cuerpo del adversario en su intento de evitar la presa. El roce repetido del kimono, es capaz también, de producir erosiones en cuello, codos, región pectoral, etc.

Rarísimas y totalmente accidentales son las heridas producidas en el curso de los combates y entrenamientos.

Lesiones músculo-tendinosas. - Aunque existentes, son poco características del judo y consisten en roturas, esguinces y distensiones musculares en todos sus grados. En general, es preciso atribuir tal tipo de lesiones tanto a un deficiente grado de entrenamiento como a una falta de calentamiento previo. No es raro se presenten lesiones musculares ante movimientos bruscos, aunque en estos casos influye sin duda la inadecuada ejecución de los mismos. Las localizaciones más afectadas se hallan a nivel de los músculos paravertebrales y aductores.

Se ha citado como lesión muy característica del judo la tendinitis del tendón de Aquiles, sin embargo en nuestra experiencia no hemos podido confirmar tal frecuencia.

Lesiones ósteo-articulares. - Se incluyen en este apartado las distorsiones, subluxaciones, luxaciones y fracturas. Por el tipo de mecanismos productores las subluxaciones y luxaciones son más frecuentes que las fracturas.

Una de las causas más frecuentes de la aparición de lesiones son las caídas defectuosas en el curso de los encuentros. En judo es fundamental

el saber caer a partir de cualquier posición fija ó móvil, siendo conocidos con el nombre de "ukemis" los métodos adecuados en cada ocasión de amortiguar la caída. La caída defectuosa sobre el muñón del hombro, que queda aprisionado entre la lona y el propio cuerpo del deportista al que se suma generalmente el peso del adversario, es el mecanismo de producción de las subluxaciones y luxaciones de la articulación acromio-clavicular, lesión que ocupa un lugar preferente por su frecuencia. (Llaves de cadera; SUTEMIS)(fig. 9 y 10).

En nuestra experiencia ocupan un lugar destacado las luxaciones de hombro, que se producen al quedar el brazo fijado perpendicularmente a la lona o al adversario y describir el cuerpo un arco cuyo eje de giro está situado en la articulación escápulo-humeral (TOMOE-NAGE; ler. SUTEMI)(fig. 11).

No son raras las luxaciones y subluxaciones de los dedos de los pies y de las manos. El dedo más afectado es el gordo del pie, siguiéndole en incidencia el pulgar y los restantes dedos del pie. Estas lesiones de los pies se producen por mecanismos similares a los que provocan las fracturas digitales que posteriormente estudiamos.

Con menor frecuencia son observables luxaciones y distorsiones de codo cuyo mecanismo es necesario buscarlo también en una caída defectuosa hacia atrás apoyando el miembro superior hiperextendido sobre la lona (TAI-OTOSHI: 1ª de brazo)(fig. 12).

En la encuesta por nosotros efectuada las distorsiones de rodilla y de tobillo se dieron con bastante frecuencia.

Las fracturas más repetidas se localizan en los dedos de los pies y su mecanismo productor está en relación con hiperflexiones forzadas sobre la lona o con contusiones contra la pierna del adversario al efectuar incorrectamente el inicio de algunas llaves (O-SOTO-GARI: 1ª de pierna; O-UCHI-GARI: 5ª de pierna). Es curioso que la mayoría de estas pequeñas fracturas pasan desapercibidas de los judokas, a pesar de que son claramente demostrables radiológicamente en buena proporción de ellos. LUCARELLI y colaboradores describen un pie típico de judoka en el cual el 1er. y 5º dedos son los más afectados sobresaliendo varias alteraciones morfológicas, expresión de precedentes traumatismos ya curados, tales como aposición ósea periostal, osteofitosis, espículas marginales, deformidades en las superficies articulares, etc. En un grupo de judokas a quienes practicamos exploraciones radiológicas de los pies, hallamos en buena proporción lesiones similares a las descritas por los autores italianos, en contraste con algunos casos en que la negatividad era absoluta. Este hecho hay que atribuirlo sin duda al distinto modo de "trabajar" de estos judokas, que practican técnicas diferentes a las empleadas por los que presentan el llamado "pie de judoka".

Bastante frecuentes son las contusiones del tórax con o sin fractura de costillas, producidas por aplastamiento a cargo del contrario en una caí

da, eventualidad no rara en la mayoría de llaves de cadera. Así terminó el combate que enfrentó al holandés GEESINK con el francés PARiset en la final del Campeonato de Europa celebrado en Barcelona en 1.958, al caer el primero con sus 115 Kg. sobre el costado del segundo.

Por mecanismo parecido al de las lesiones acromio-claviculares, pueden originarse fracturas de clavícula.

Del anterior estudio, se desprende que es posible considerar por su mecanismo de producción, dos grandes grupos de lesiones: las producidas por causa totalmente accidental (contusiones torácicas, distorsiones de tobillo, otophematomas, etc.) y las producidas por deficiencias técnicas (lesiones acromio-claviculares, lesiones de los dedos del pie, fracturas de clavícula, etc.). Al comparar nuestra encuesta con la publicada por el japonés Prof. SAITO se observa que en ésta última predominan las lesiones puramente accidentales sobre las debidas a errores técnicos, mientras que en nuestro ambiente los hechos ocurren de forma inversa. Nadie debe sorprenderse de que el nivel técnico del Japón, con sus 300.000 cinturones negros, supere al de nuestra Patria.

En cuanto al tratamiento de las lesiones estudiadas, en nada difiere del usualmente utilizado. Unicamente queremos precisar nuestra conducta frente a las lesiones acromio-claviculares; en todos los casos intentamos la reducción y contención de la luxación mediante la técnica de ROBERT-JONES, gracias a la cual hemos obtenido excelentes resultados; en caso de no lograrse la contención y acusar el lesionado molestias, nos inclinamos hacia la extirpación del tercio externo de la clavícula, ya que las intervenciones de osteosíntesis al repetirse los traumatismos están fatalmente condenados al fracaso.

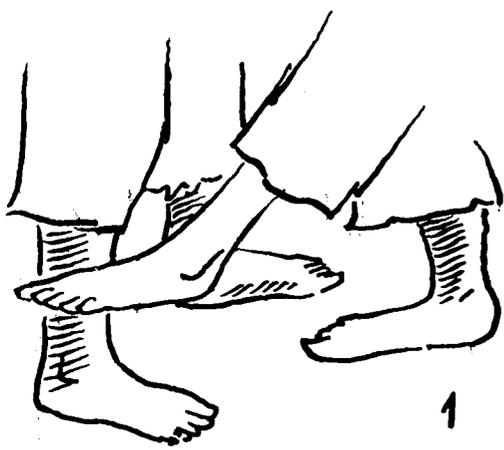
Aparte estas lesiones que podemos calificar de agudas, tiene interés el estudio de algunas molestias de tipo crónico sufridas por los judokas. Ocupa el primer lugar la lumbalgia que al principio carece de sustrato óseo ó discal, pero que a la larga puede adquirirlo. Debe atribuirse dicha lumbalgia a una deficiente estabilización muscular de la columna vertebral y probablemente un entrenamiento en el que se conjugasen los ejercicios encaminados a lograr una mayor flexibilidad con los del entrenamiento en potencia, olvidado este con harta frecuencia, lograría evitar tales trastornos. Siguen en orden de frecuencia las algias a nivel de los pulgares y de los dedos del pie, principalmente el primero, relacionables con artrosis más o menos desarrolladas, apercidas a consecuencia de las estudiadas lesiones osteo-articulares.

BIBLIOGRAFIA

1. BALIUS JULI, R y DOMINGO PECH, J. Traumatología del Judo. Comunicación al IV Congreso Internacional de Medicina Deportiva. Barcelona 1.963.
2. LUCARELLI, V., ROSSI, F., SILVI, S. I traumi osteo-articolari dell'avam

piedenel judoista. Med. dello Sport. 2: 853; 1.962.

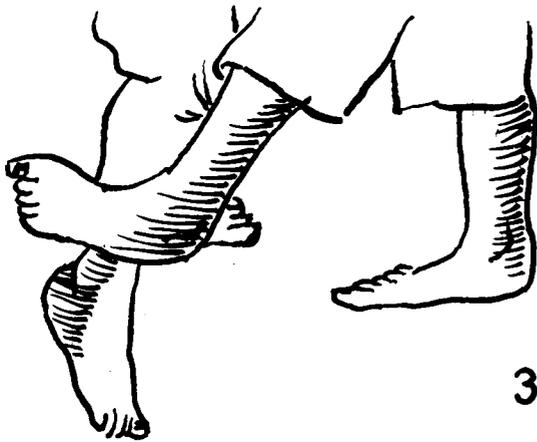
3. MICAGLIO, E. y ANCONA, M. La traumatología da Judo. Med dello Sport. 2: 828; 1.962.
4. SAITO. Citado por SASA.
5. SASA. Blessures des judokas japonais. Revue du Judo KADOCAN. 9; 1.959.
6. TOSATTI, E. La lesioni da Judo. Med. Sport. 13: 609; 1.959.



1



2



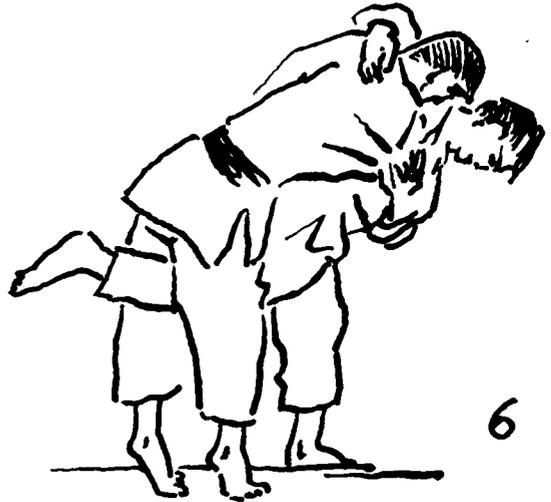
3



4



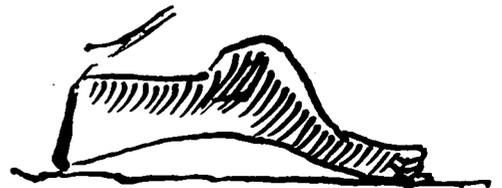
5



6



7



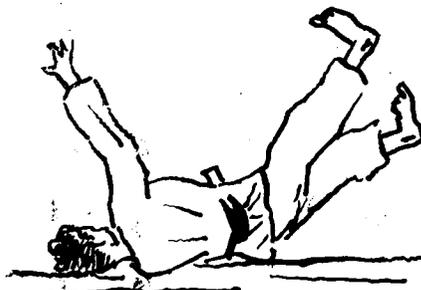
8

Posición correcta

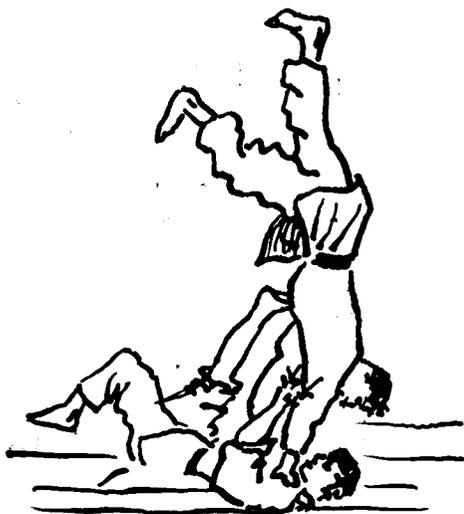
Posición incorrecta



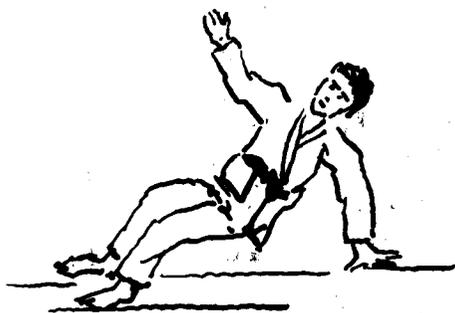
Caida correcta ⁹



Caida sobre el hombro ¹⁰



11



12



13