



EL DEPORTE EXTREMO NO ES SANO **Lesiones Vasculares Asociadas al Deporte**

**Alberto Alonso-Burgos¹, Beatriz Álvarez De
Sierra García², Manuel Cabrera González³, Javier
Fernández Jara², Begoña Gutiérrez San José²,
José Urbano García⁴**

1. Clínica Universidad de Navarra, Madrid, España

2. H.U. Fundación Jiménez Díaz, Madrid, España

3. H.U. 12 de Octubre, Madrid, España

4. Hospital Nisa Pardo de Aravaca, Madrid, España



REVISIÓN del TEMA

OBJETIVOS DOCENTES

Revisar la clínica y hallazgos en imagen de las principales lesiones vasculares asociadas al deporte, incluyendo:

- Síndrome del estrecho torácico
- Síndrome del martillo hipotenar
- Endofibrosis arterial
- Atrapamiento poplíteo
- Lesiones vasculares por trauma no penetrante

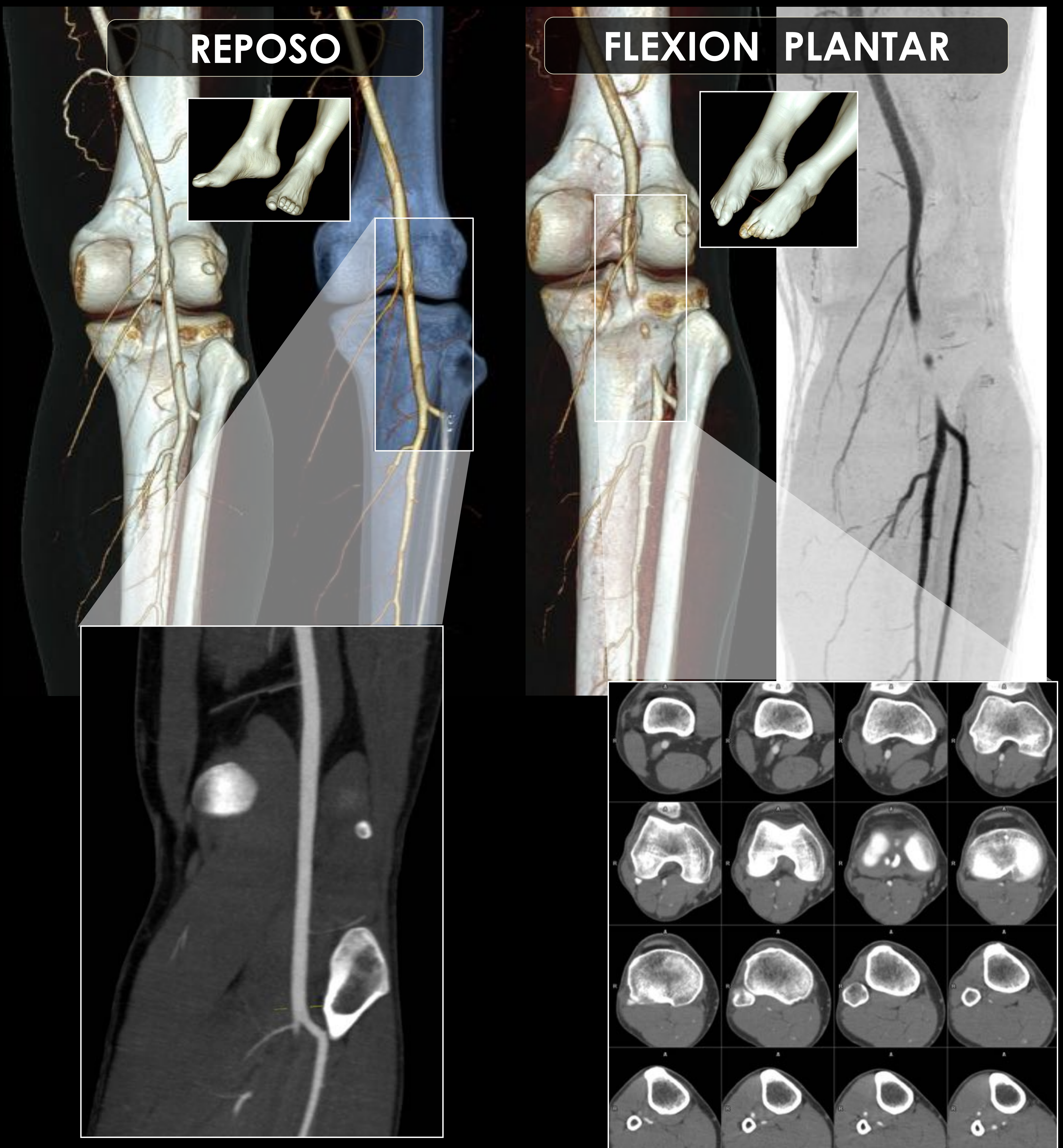


ATRAPAMIENTO POPLITEO (I)

Varón de 37 años. Corredor amateur de larga distancia.

Dolor en miembro inferior derecho distal durante el ejercicio.

Estudios de AngioTC dinámico realizado en reposo y flexión plantar forzada y mantenida. Se objetiva atrapamiento de arteria poplítea derecha por inserción anómala de músculo poplíteo con repercusión hemodinámica positiva durante las maniobras de flexión plantar forzada de ambos pies. El paciente rehusó tratamiento quirúrgico.

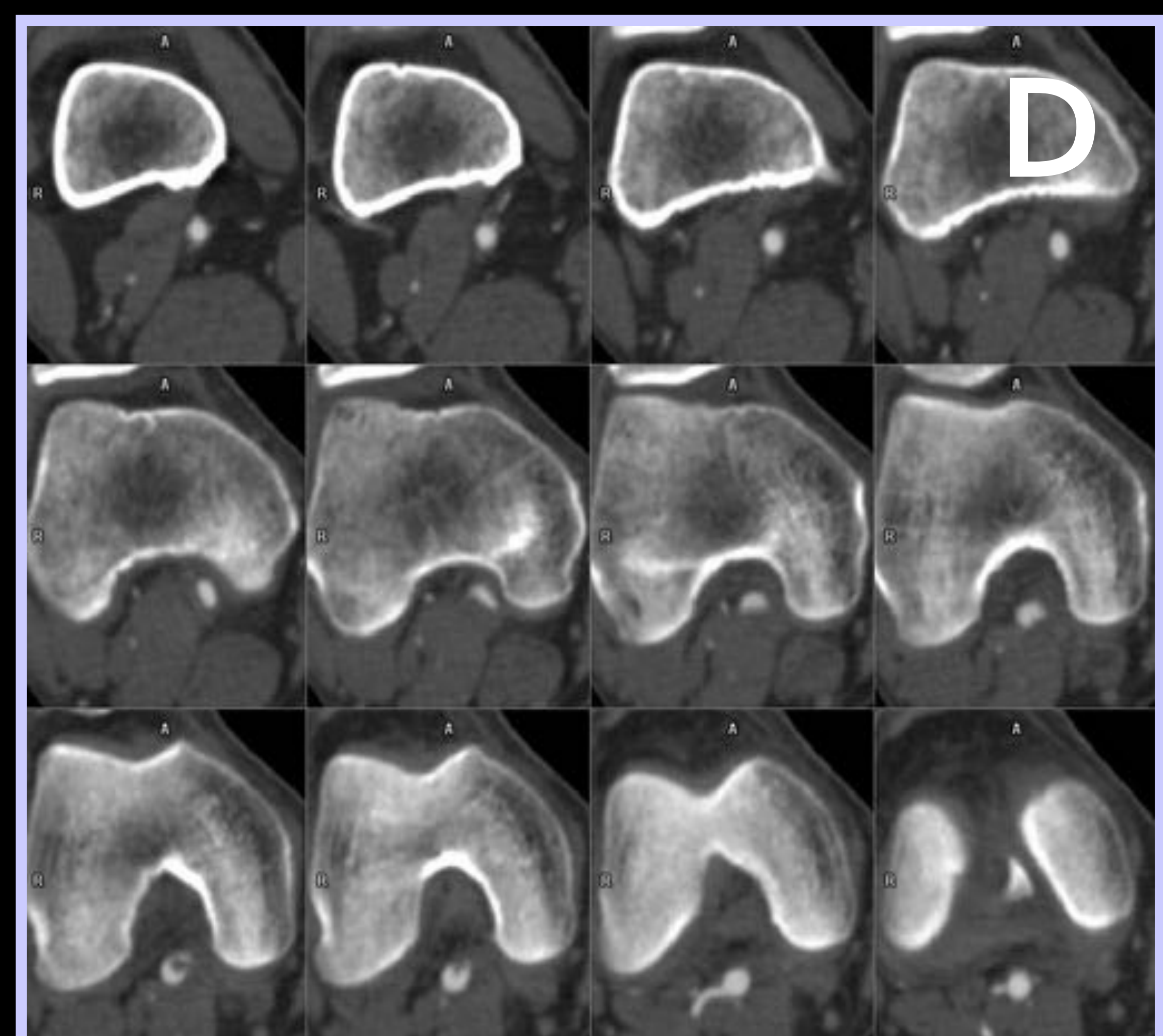
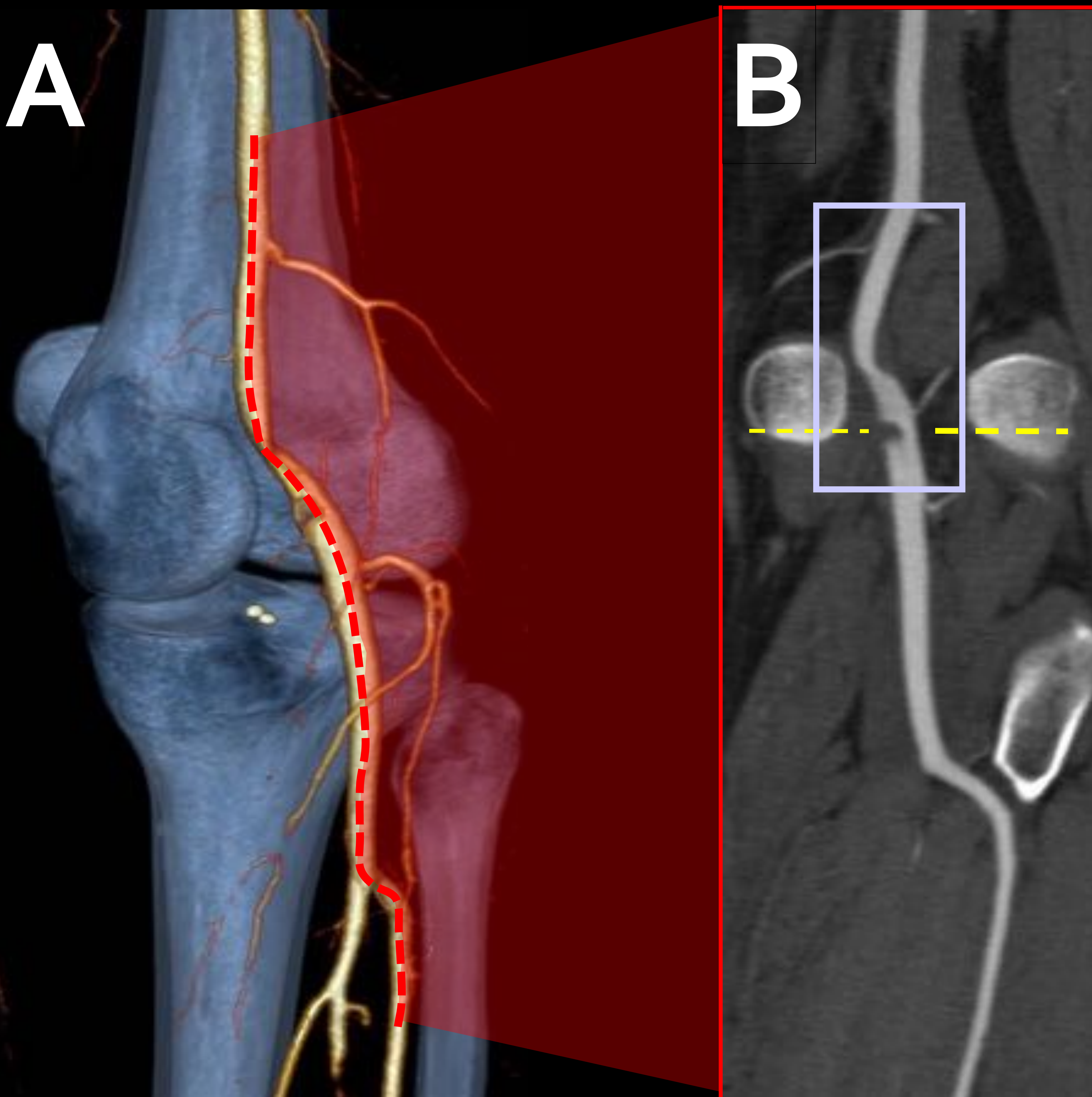


ATRAPAMIENTO POPLITEO (II)

Varón de 40 años, corredor amateur. Ingresa en Urgencias por dolor agudo de < 24h en miembro inferior derecho.

Refiere además historia previa de dolor y claudicación distal durante actividad física continua.

AngioTC que muestra atrapamiento poplíteo derecho que condiciona foco de trombosis arterial aguda.

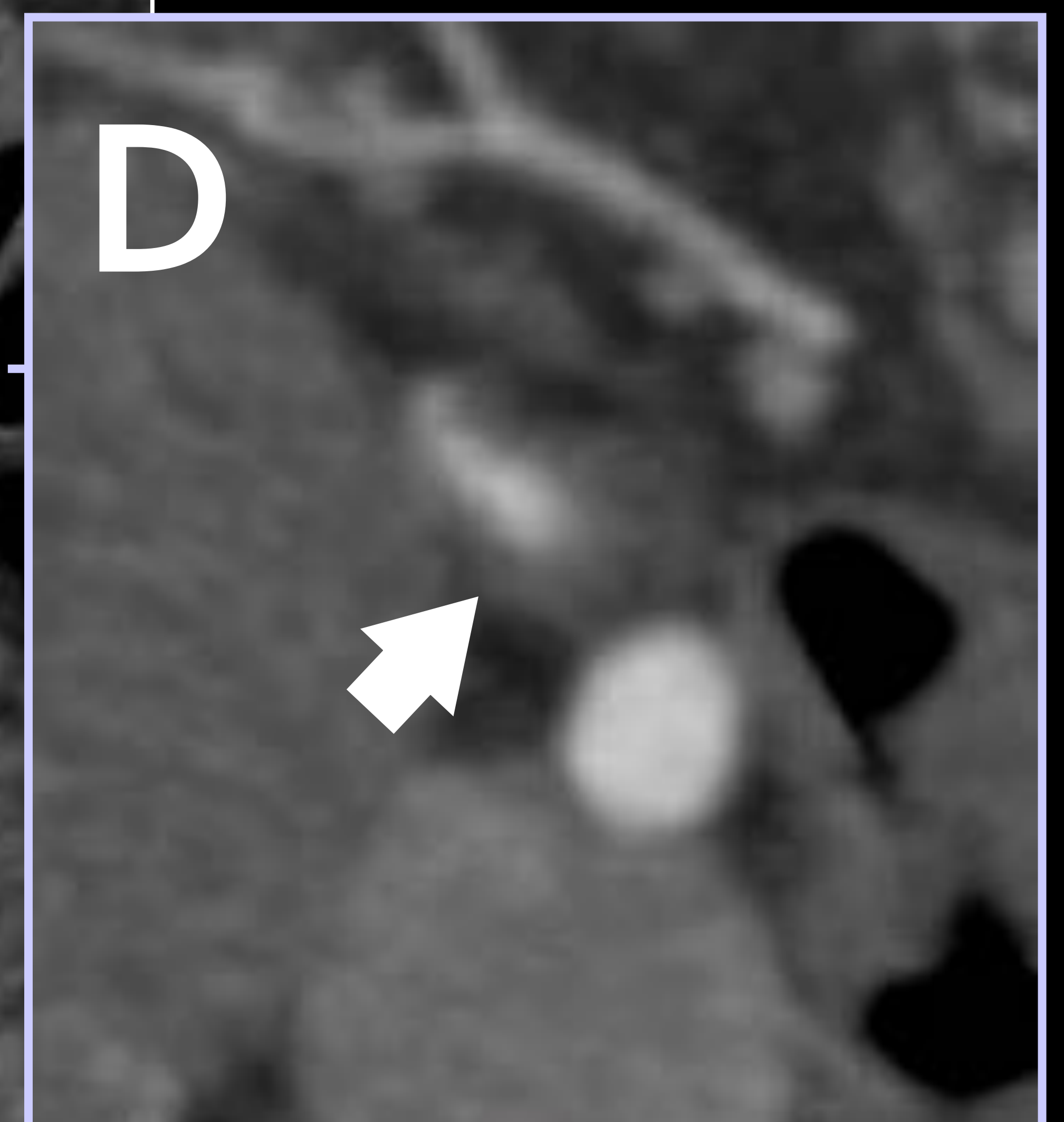
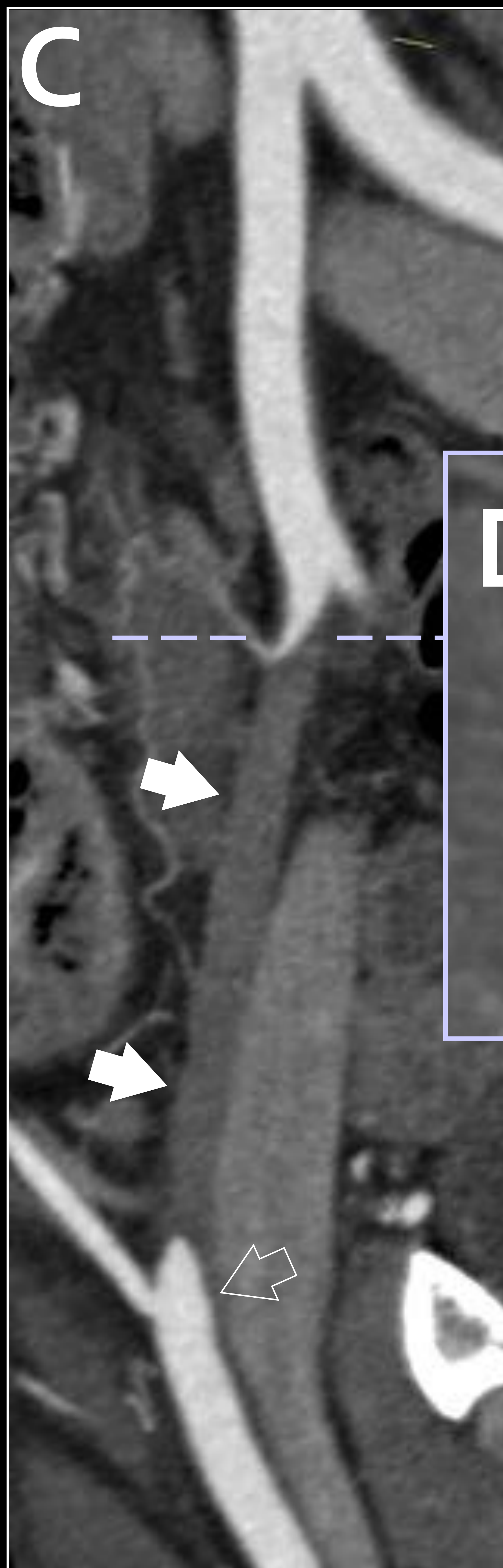
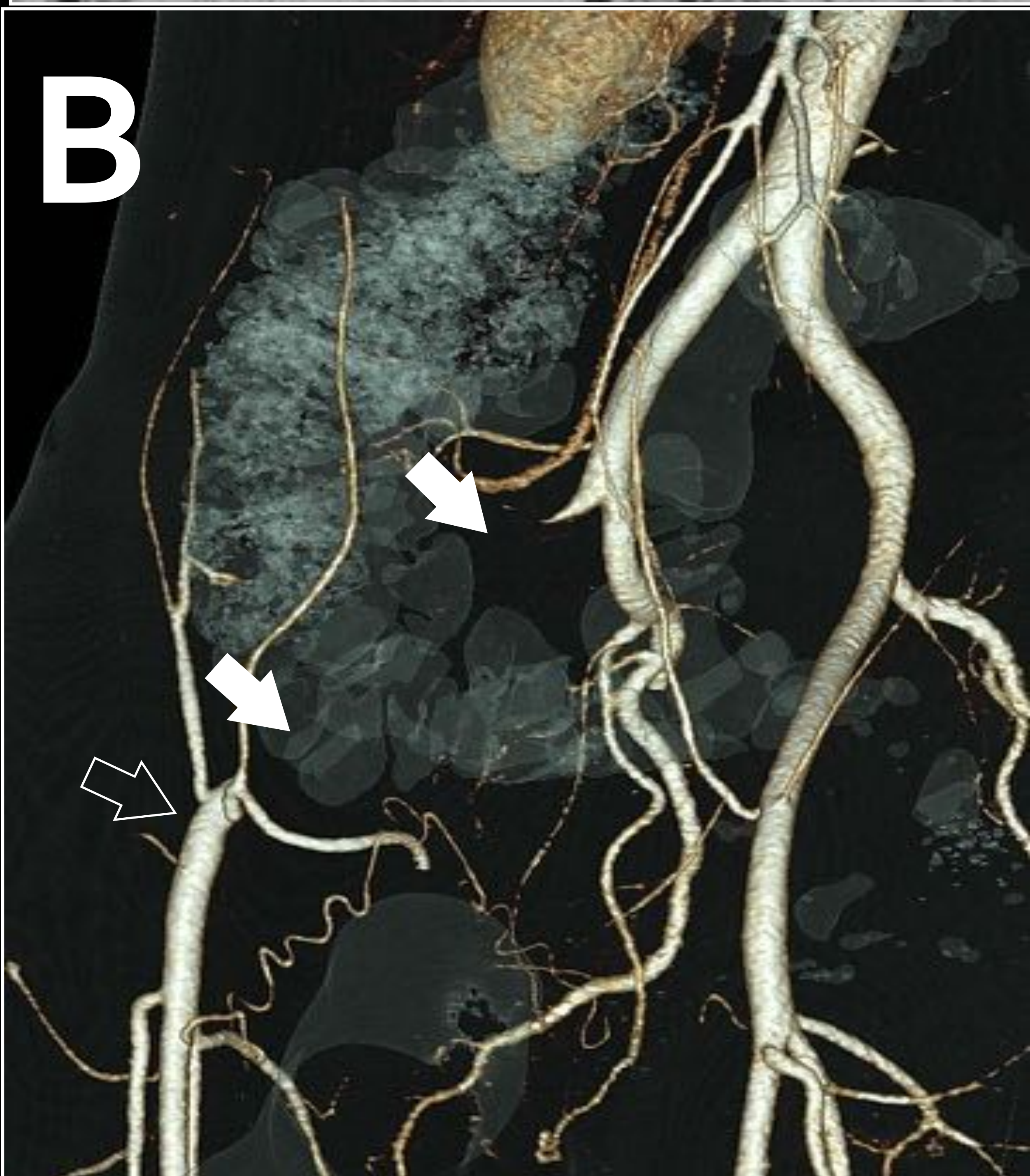
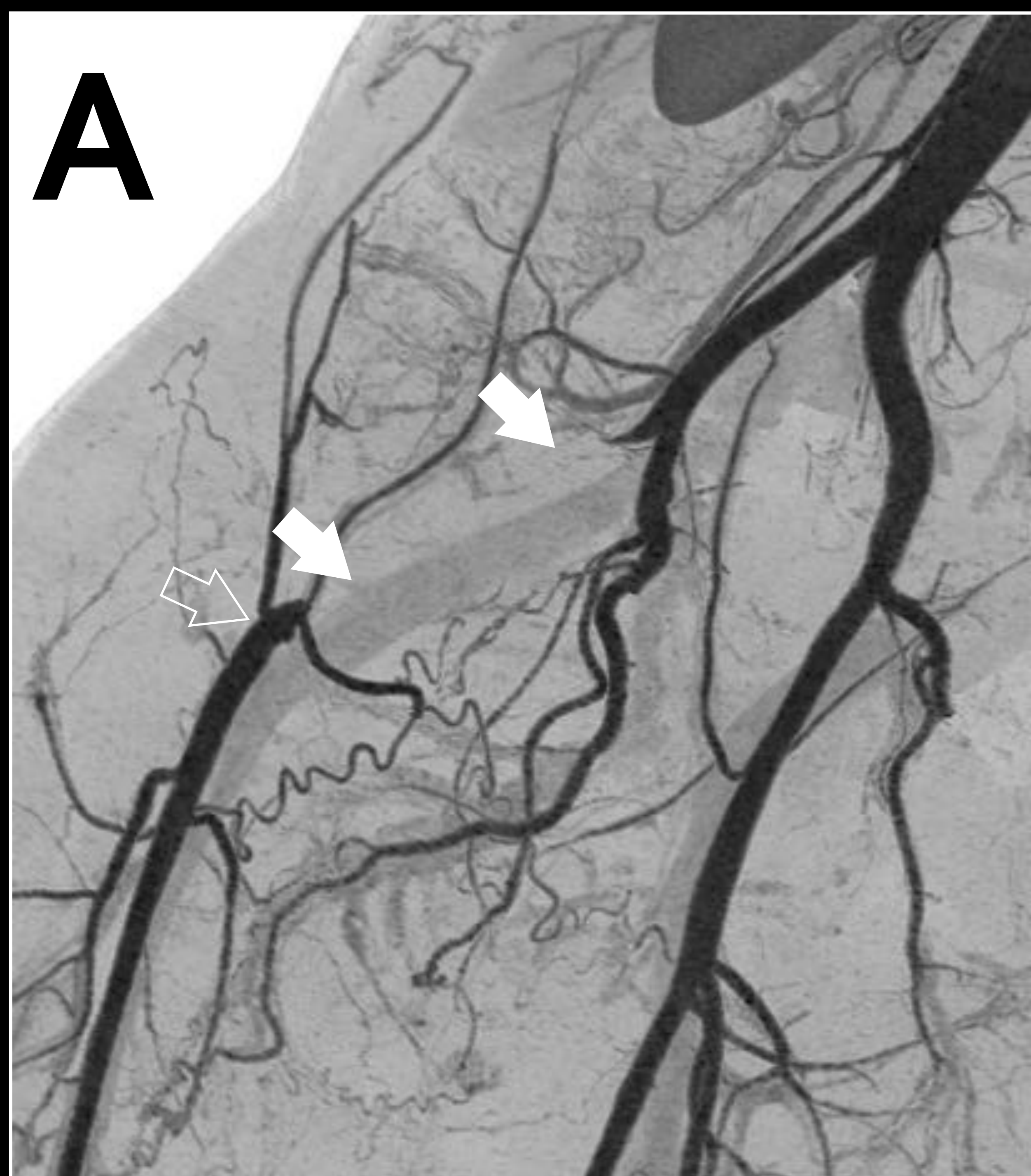


ENDOFIBROSIS ILIACA

Paciente varón de 34 años. Corredor aficionado de carreras de ultralarga distancia y ciclismo.

Refiere historia de dos años de evolución de claudicación de muslo derecho durante ejercicio intenso y continuado.

AngioTC que muestra ausencia de opacificación de arteria iliaca externa derecha (flechas en A y B) con recanalización en arteria femoral común (flecha hueca en A, B y C) en relación con obstrucción crónica parcialmente compensada a través de colaterales glúteas. El estudio muestra afilamiento brusco del muñón proximal de la arteria asociado a manguito de partes blandas perilesional, todo ello en relación con endofibrosis iliaca (flecha y detalle en D). EL paciente fue sometido a bypass iliacofemoral con escaso resultado .

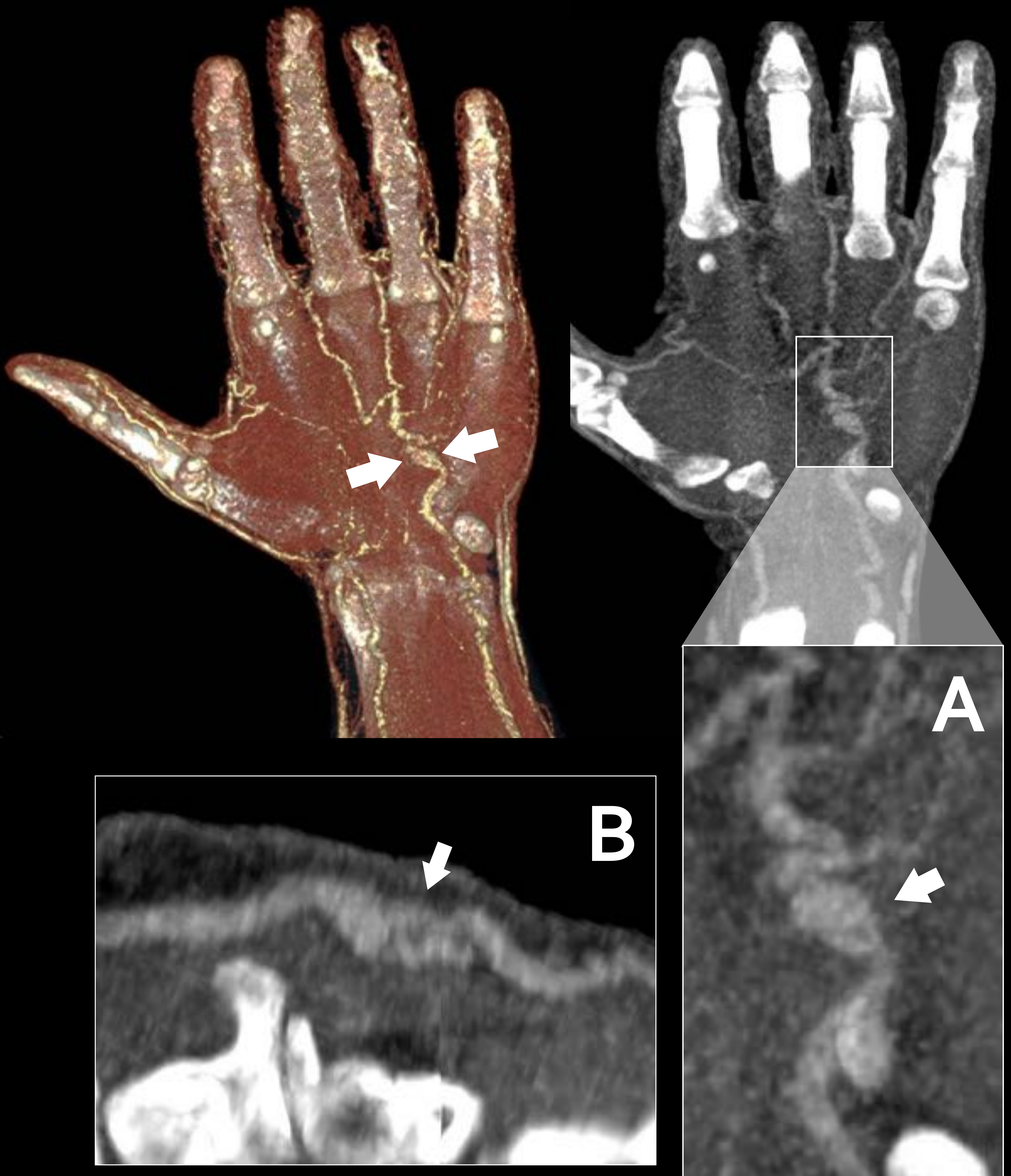


SND. MARTILLO HIPOTENAR

Paciente varón de 54 años. Jugador aficionado de golf.

Refiriere dolor de características pulsátil localizado en la eminencia hipotenar de la mano izquierda.

AngioTC de MMSS que muestra dilatación arrosariada del componente radial de la arcada palmar profunda: Flechas en imagen de Reconstrucción Volumétrica y detalle en A. Reconstrucción MIP curva en B.

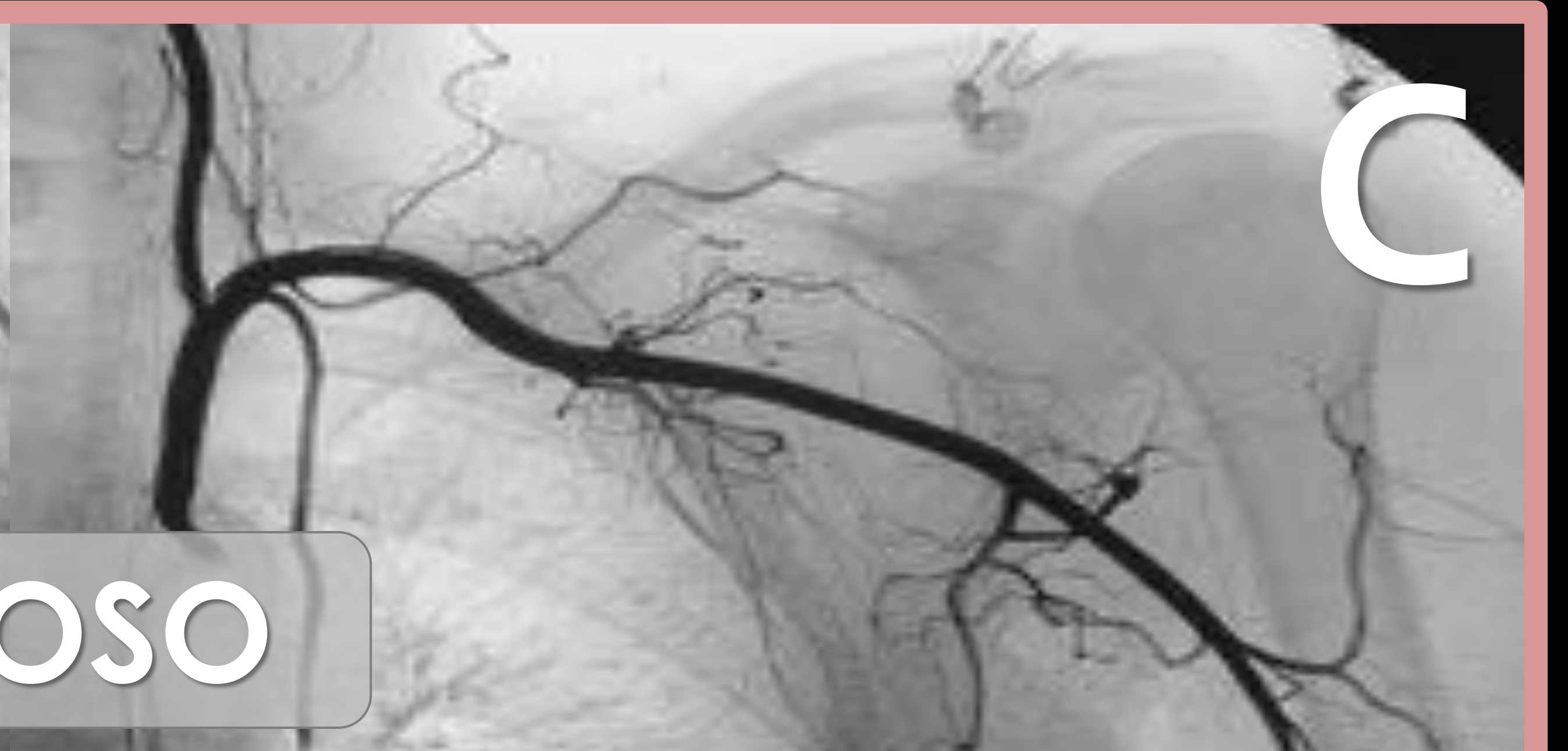
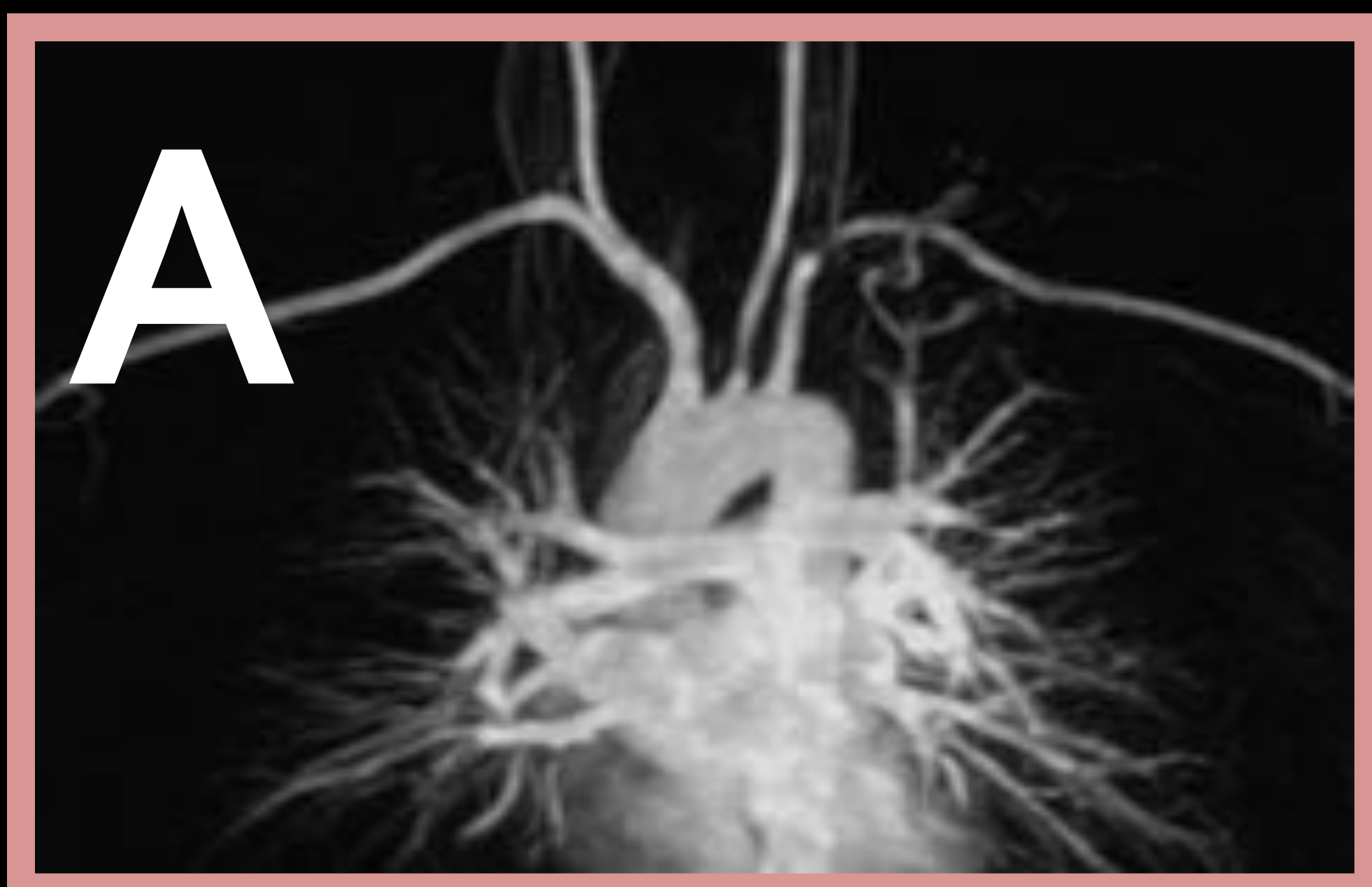


PAGET SCHROETTER

Mujer de 40 años. Escaladora profesional.

Refiere historia de dos años de evolución de dolor y pérdida de fuerza en ambos miembros superiores durante el ejercicio.

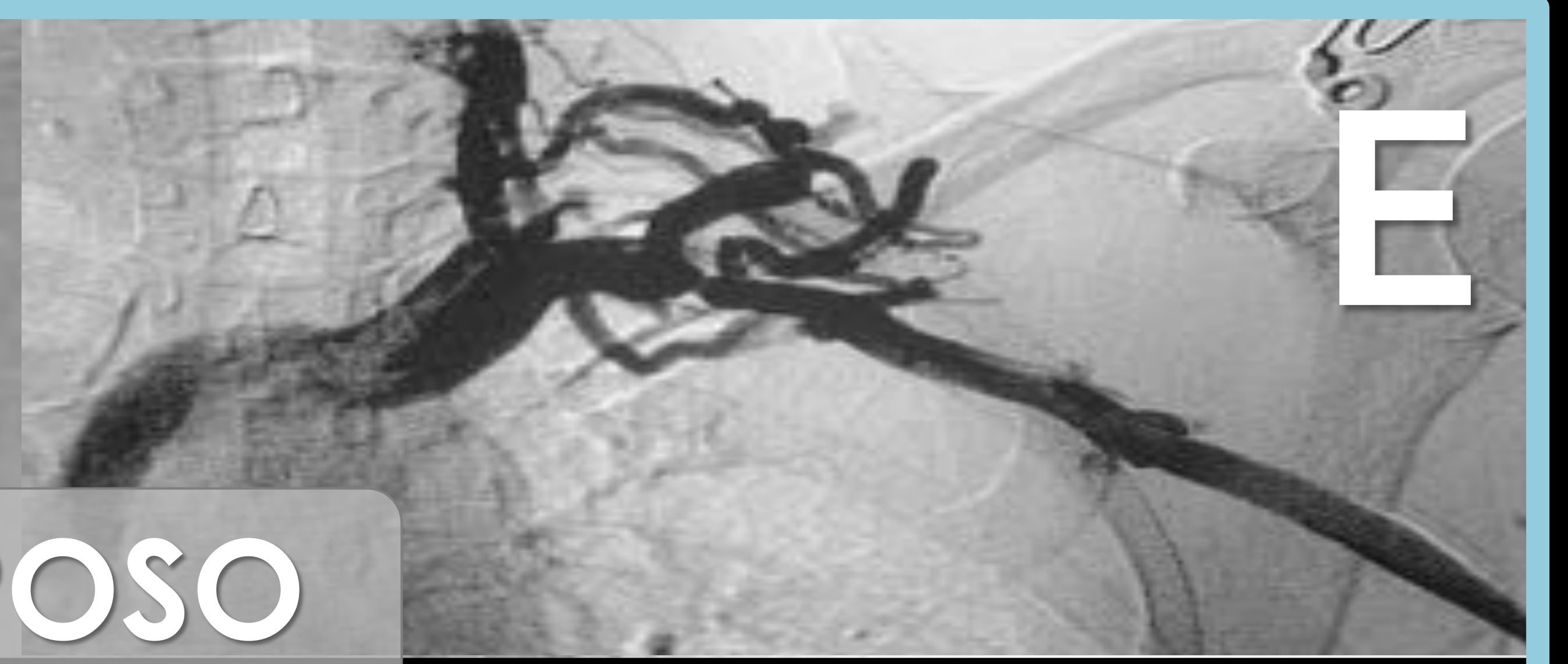
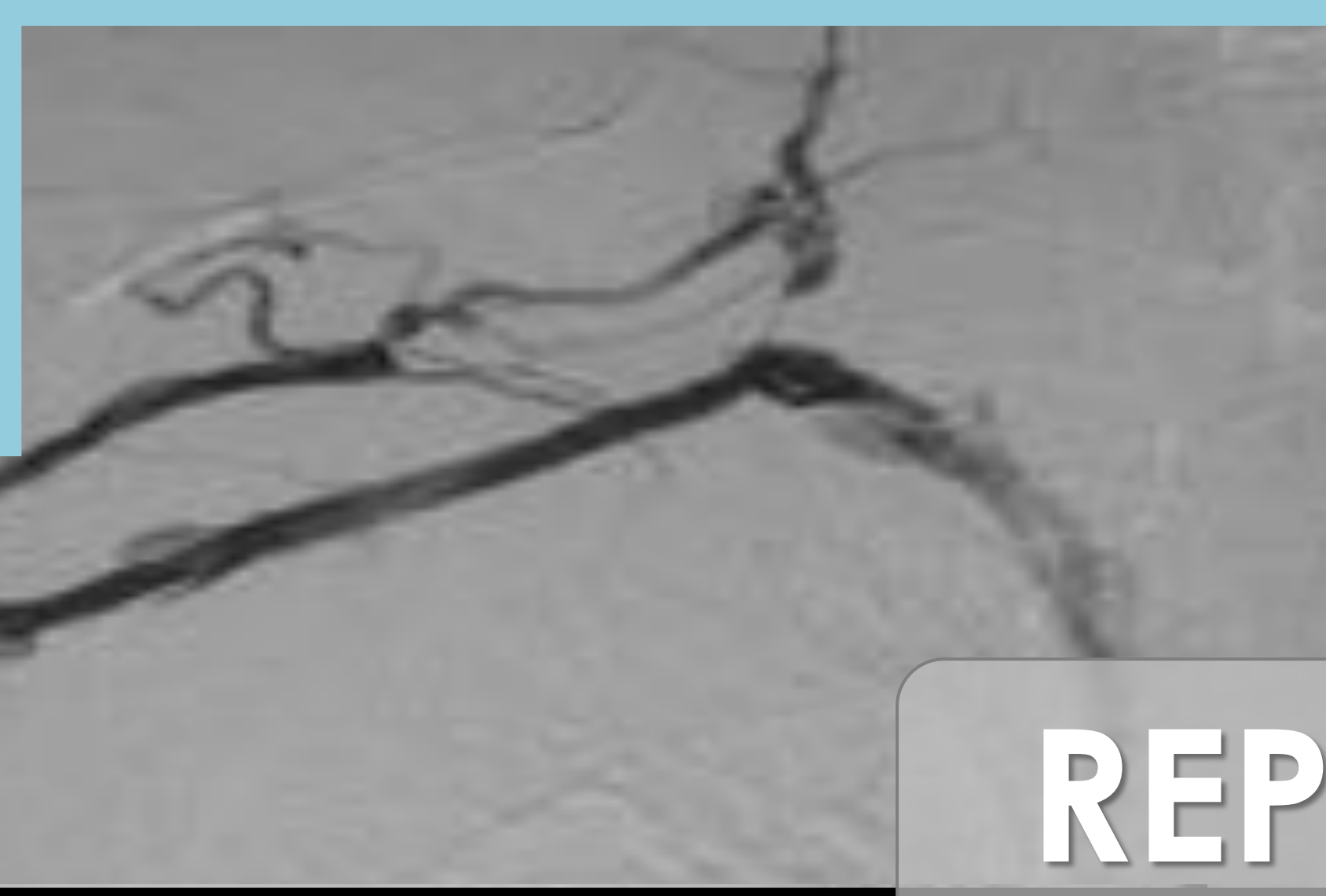
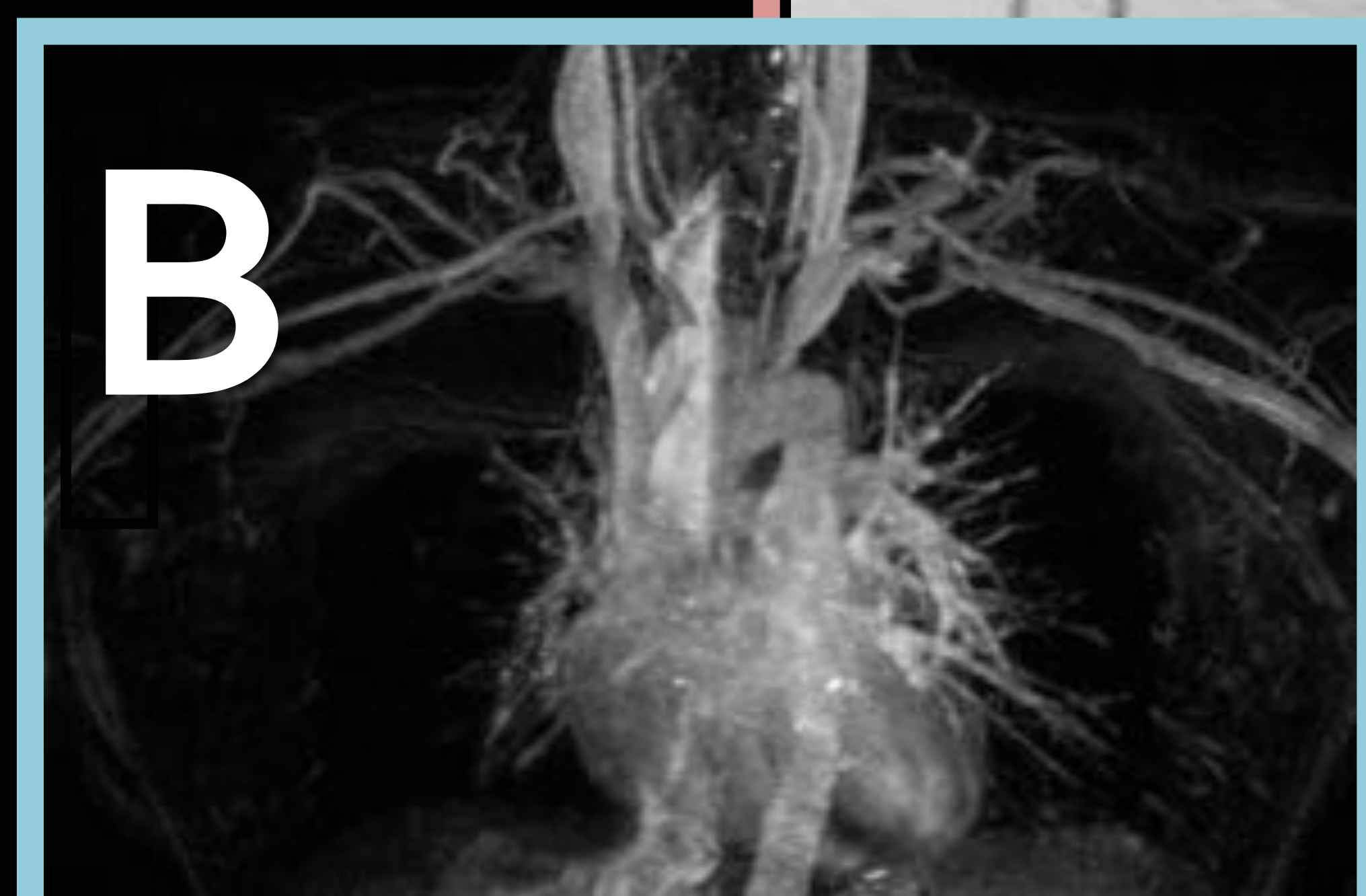
AngioRM estático que muestra un estudio morfológico normal en fase arterial (imagen A) y una fase venosa con abundante desarrollo de circulación colateral (imagen B). Ante esta situación se realiza estudio angiográfico convencional con maniobras de provocación postural que ponen de manifiesto un compromiso hemodinámicamente significativo tanto en el estudio arterial (imágenes C y D) como flebográfico (imágenes E y F).



REPOSO



ELEVACIÓN MMSS



REPOSO



GIRO CERVICAL

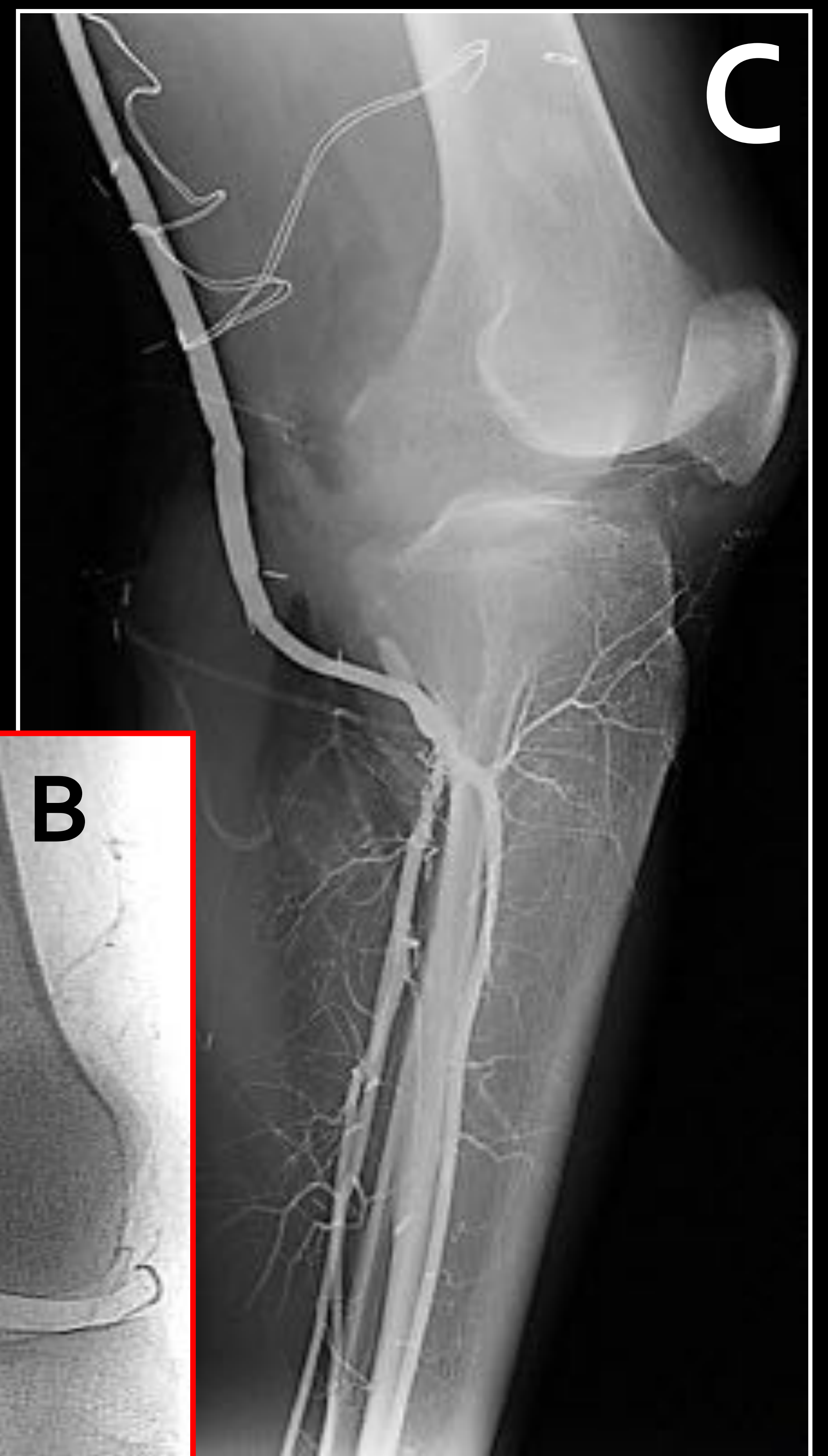
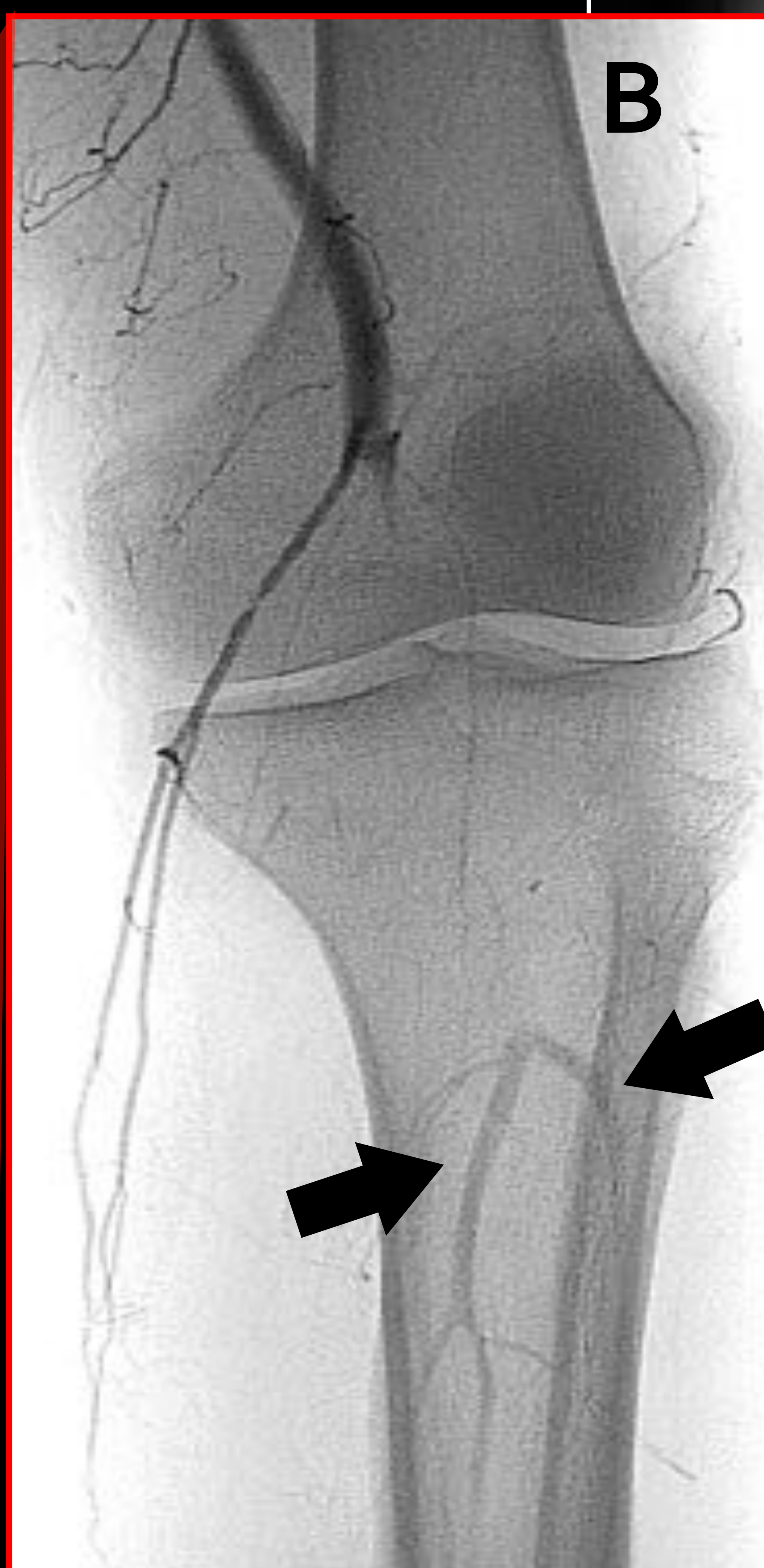
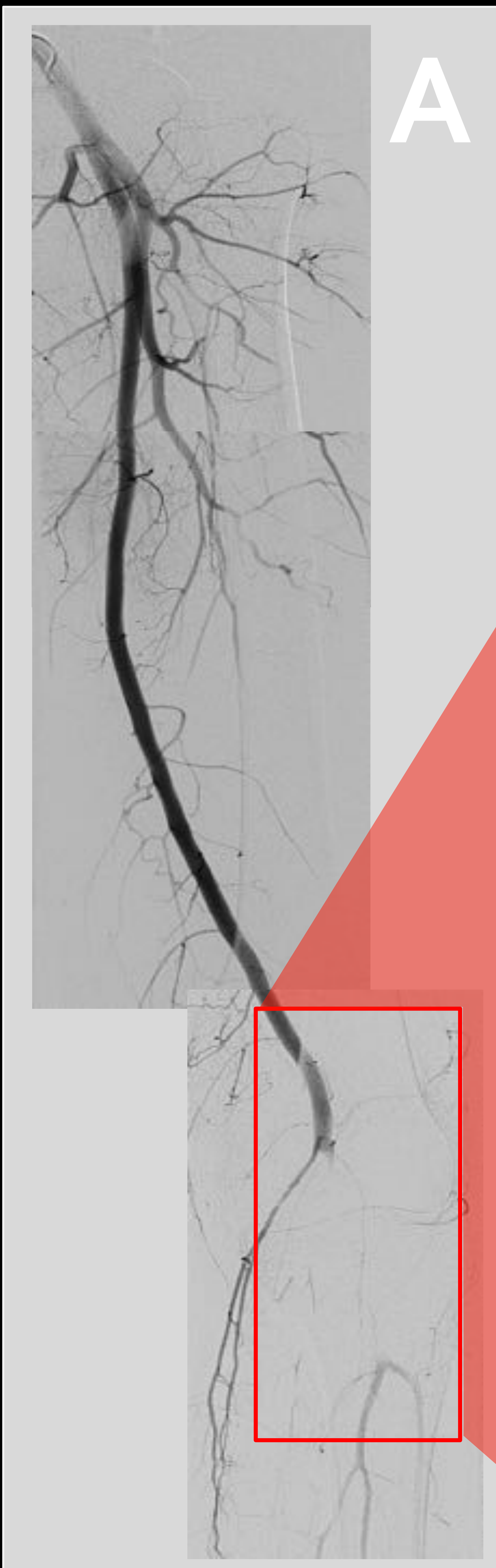
08080808
ROTACION 130º DEL CUELLO

DISECCIÓN POPLITEA

Varón de 28 años. Esquiador extremo. Ingreso en urgencias tras traumatismo a alta velocidad con luxación posterior de rodilla izquierda.

Se objetiva frialdad y ausencia de pulso pedio.

Angiografía de miembro inferior izquierdo que muestra obstrucción brusca sugestiva de disección que interesa a segunda y tercera porción poplítea (imagen A y detalle en B) con recanalización posterior de troncos infrapoplíteos (flechas en B). El paciente fue intervenido con realización de bypass poplíteo con injerto venoso (imagen C).

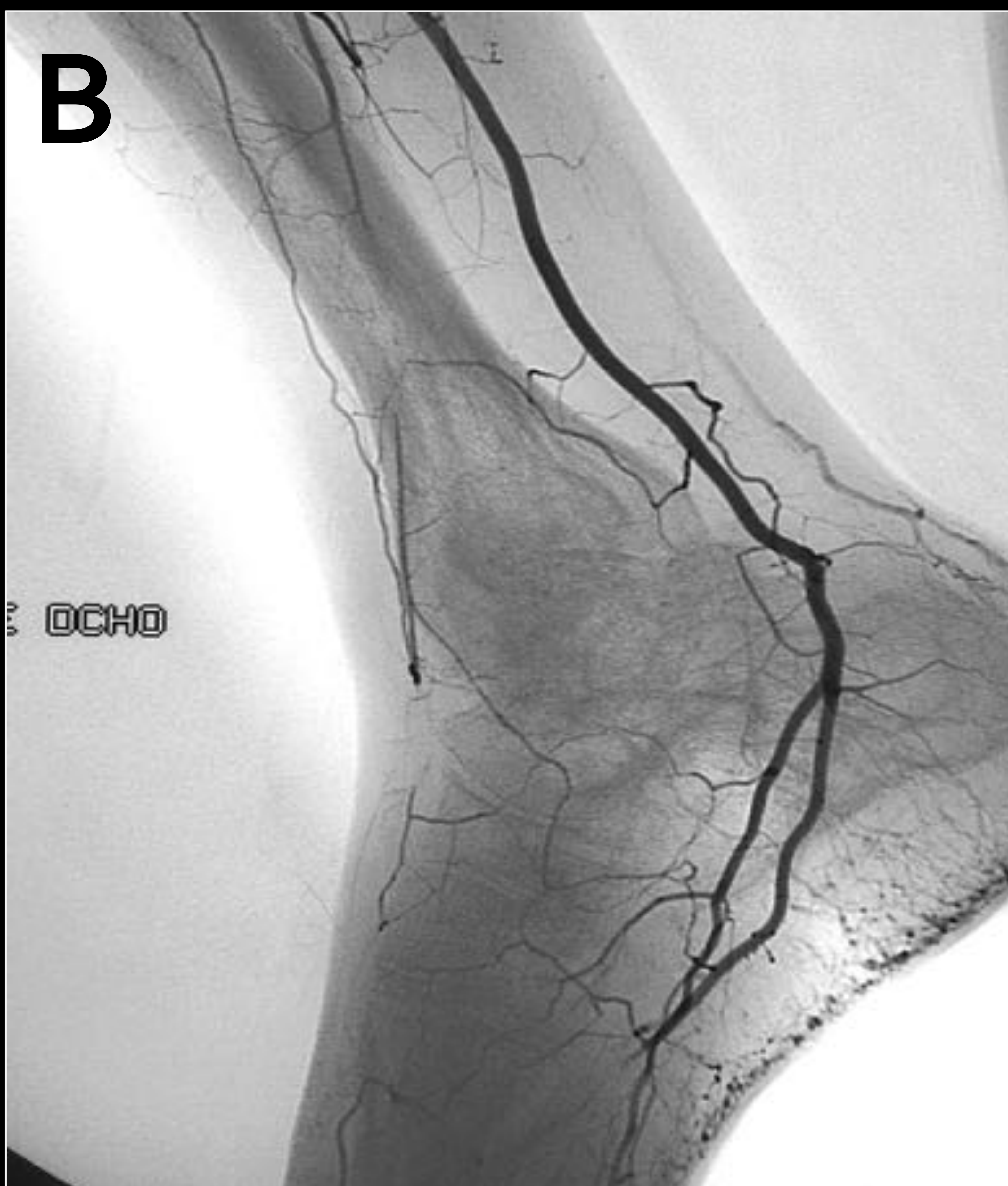


DAÑO MICROVASCULAR DIFUSO

Varón de 55 años. Militar retirado perteneciente a la Brigada Paracaidista con más de 1200 saltos.

Consulta por frialdad en miembros inferiores y ausencia de pulso pedio. Se realiza arteriografía convencional diagnóstica.

Aortograma y arteriografía de MMII que muestra amputación no conocida de arteria renal izquierda así como una disminución significativa y difusa de la vascularización de pequeño vaso de ambos antepies en relación con traumas de alto impacto de repetición. Nótese en B y C los significativos cambios degenerativos en ambas articulaciones tibioastragalin.

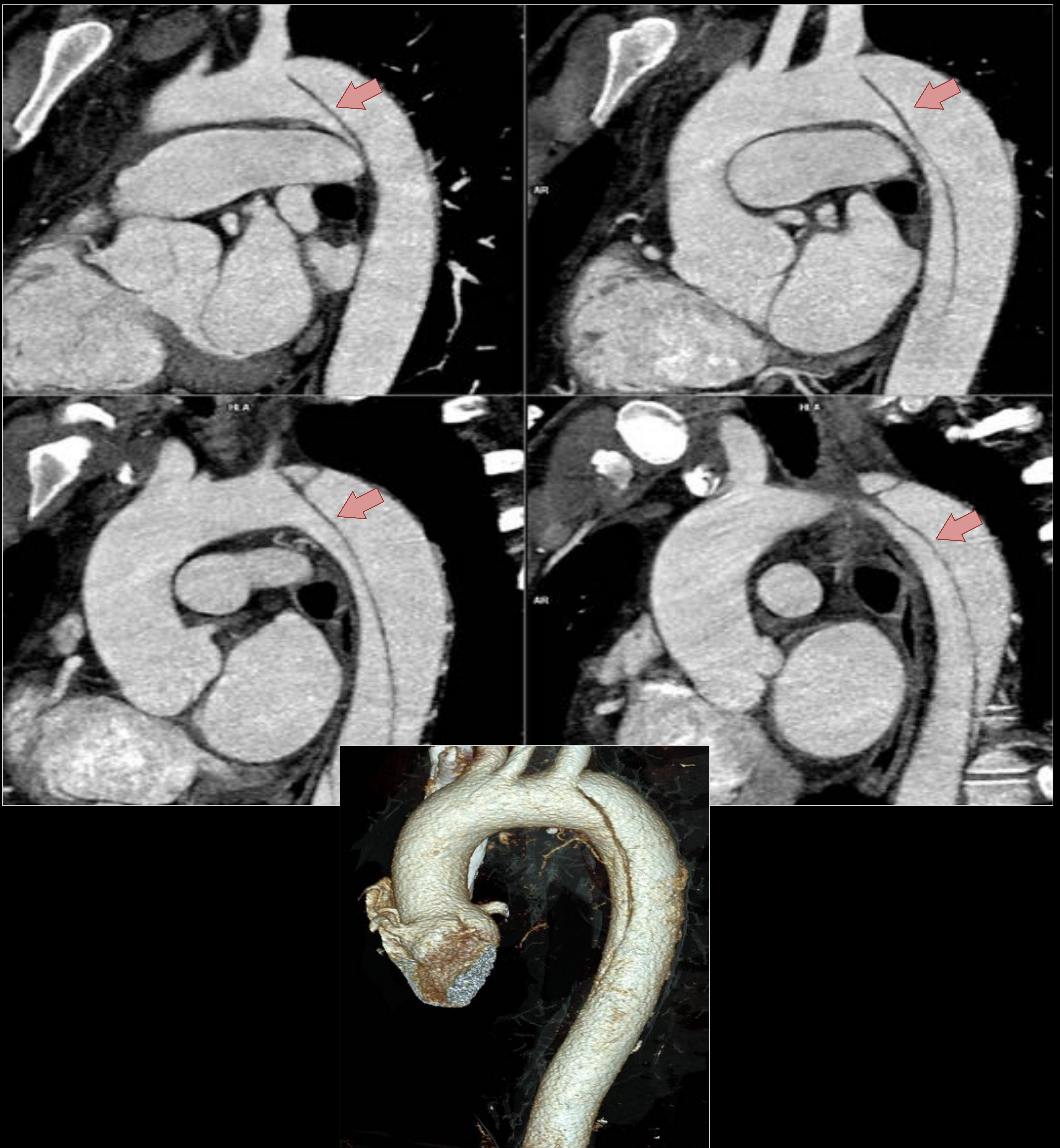


DISECCIÓN AORTICA

Varón de 25 años. Jugador profesional de Hockey.

Consulta por dolor torácico lancinante ocasional a raíz de traumatismo de alto impacto hace dos semanas.

AngioTC que muestra imagen característica de flap intimal (flechas) en relación con disección aórtica tipo B. El paciente se manejó conservadoramente.

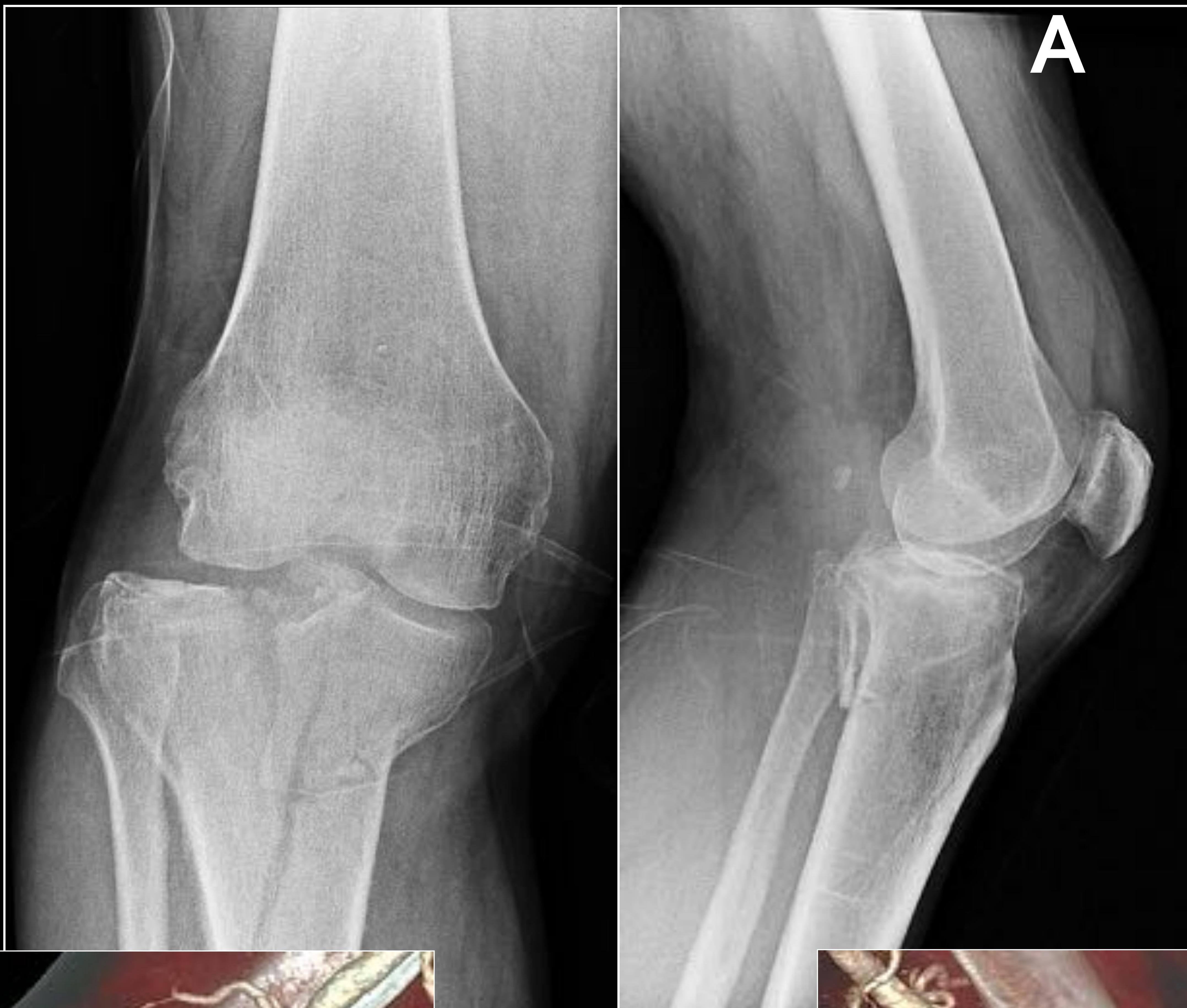


CONTUSIÓN POPLITEA

Varón de 28 años. Jugador de fútbol profesional.

Ingreso en urgencias tras traumatismo de en rodilla derecha con asimetría de pulsos en miembros inferiores.

Fractura-luxación de rodilla derecha (placa PA y L en imagen A) que en el estudio de angioTC muestra ausencia de compromiso desde el punto de vista arterial (imagen B y C)



CONCLUSIONES

El deporte extremo no es sinónimo de salud

El deporte está de moda, y la literatura sobre medicina deportiva está repleta de descripciones de lesiones músculo-esqueléticas en el atleta activo, pero rara vez se abordan lesiones arteriales o venosas derivadas de la práctica deportiva intensa.

En este contexto la lesión vendrá determinada por la confluencia de unos factores anatómicos favorables que hagan a la estructura vascular más proclive a sufrir un daño prolongado en el tiempo en el contexto de un ejercicio físico cuya biomecánica comprometa implique la realización de un patrón de movimiento repetitivo de dicha área anatómica.

El diagnóstico adecuado requiere un alto nivel de conocimiento de la anatomía y la biomecánica relacionada con el deporte, una historia y exploración vascular detallada del paciente así como un estudio completo en imagen incluyendo Doppler, angioCT, angioRM o angiografía convencional cuando sea necesario.