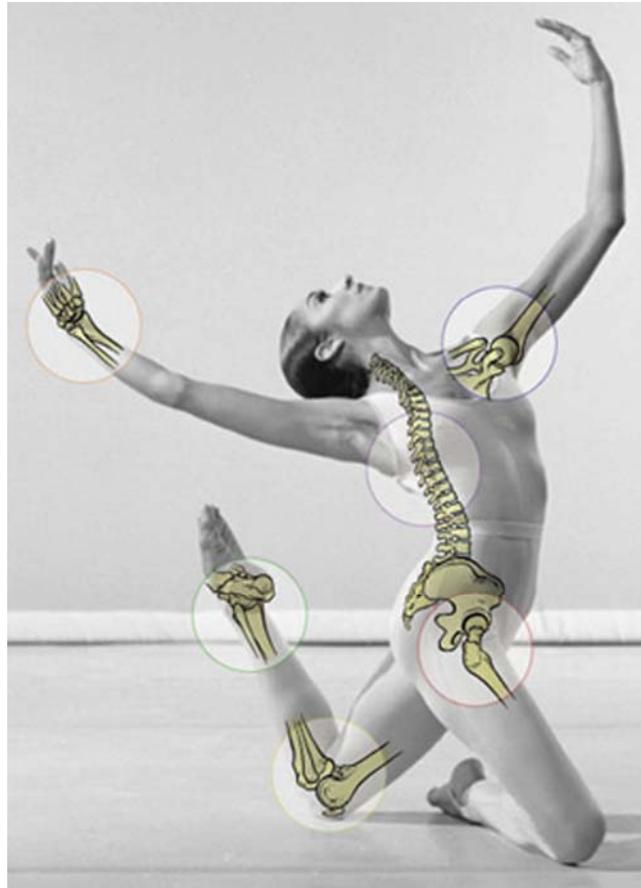


## Lesiones por tipo de actividad: DANZA

Considerada como un medio de expresión que conjunta el arte y el movimiento corporal. Posee todos los elementos de las artes como el drama, poesía, literatura, pintura, escultura, diseño, música y por si misma la danza. Desde edades tempranas la bailarina debe aprender el ser una artista, gimnasta y atleta. Esta disciplina requiere de un entrenamiento físico para el control perfecto del cuerpo sin ser un deporte, entendido este como competencia reglamentada. Sin embargo, ambos comparten temas como metodología del acondicionamiento, manejo y prevención de lesiones, nutrición, fisiología (resistencia aeróbica y anaeróbica), biomecánica y composición corporal. Existen múltiples técnicas dancísticas siendo las más estudiadas la clásica y la contemporánea.

La danza produce afecciones músculo esqueléticas por la intensidad y la frecuencia del gesto técnico específico. Puede presentar patologías comunes a otras actividades físicas como esguinces, tendinitis, fracturas y raramente luxaciones. Por frecuencia nos encontramos predominantemente con lesiones del tobillo y pie, dolor lumbar, síndrome patelofemoral (dolor en la cara anterior de la rodilla), lesiones musculares y contusiones.



Los bailarines mayoritariamente basan su participación sobre giros, carrera, sostener y levantar a las bailarinas mientras que estas últimas, mucha de su ejecución la realizan con los pies en posición de puntas. Estas características generan variaciones en el tipo de lesiones entre hombres y mujeres. En los primeros predominan lesiones por sobreuso y en las segundas las afecciones del pie y tobillo.

## PIE Y TOBILLO DE LA BAILARINA

La bailarina depende en forma importante de sus pies. Estos requieren de una extraordinaria fuerza y sobre todo flexibilidad (90 grados de flexión plantar en el complejo articular del tobillo-pie y de 90 a 110 grados de dorsiflexión de la primera articulación metatarsofalángica para ejecutar las posiciones relevé (levantamiento) y en point (en punta).



Se describen 5 tipos de pies entre los bailarines:

1. GRIEGO ( MORTON ). El segundo y tercer metatarsianos son más grandes que el primero y el quinto.
2. EGIPCIO. El primer rayo es más grande que los metatarsianos centrales. Este tipo puede predisponer a artrosis degenerativa de la primera articulación metatarsofalángica o hallux rigidus.
3. SIMIO. Posee un metatarso primo-varo, con un primer rayo que puede desarrollar dolor sobre las articulaciones metatarsofalángicas centrales.
4. CUADRADO. Predomina la simetría en la longitud de los metatarsianos (el primero y segundo al menos son iguales). Lo anterior lo torna como el ideal para las bailarinas.
5. DE MODELO. Este pie es delgado y largo con una disminución de la longitud de los metatarsianos en cascada desde el primero al quinto, lo que dificulta la posición demi-pointe (media-punta).



A continuación describiremos las lesiones y problemas más comunes del pie y tobillo entre bailarinas.

### ARTICULACIÓN METATARSOFalángica DEL HALLUX (PRIMER DEDO O DEDO GRUESO).

1. HALLUX RIGIDUS. Cualquier restricción en la dorsiflexión de la primera articulación metatarsofalángica limitará lograr la posición relevé (levantamiento). Este signo es el más evidente, además del dolor. Radiológicamente se identifica un proceso osteodegenerativo con la formación de osteofitos y disminución del espacio articular por destrucción de su cartílago articular.
2. DOLOR SOBRE LOS HUESOS SESAMOIDEOS. Estos huesos se encuentran dentro de los tendones de los flexores cortos del hallux. Frecuentemente se lesionan dentro del proceso de caída al tener el pie contacto con el piso. Como diagnóstico diferencial se contemplarán las siguientes patologías:
  - A. Sesamoiditis.
  - B. Fracturas por estrés.
  - C. Esguinces de los sesamoideos.
  - D. Artrosis de la articulación metatarso-sesamoidea.
  - E. Osteonecrosis sesamoidea.
  - F. Inestabilidad sesamoidea.
  - G. Bursitis sesamoidea.
  - H. Neuroma de Joplin
  - I. Atrapamiento de nervio digital lateral.

### ARTICULACIONES METATARSOFalángicas MENORES (DEDOS 2-3-4-5).

De igual forma existen varias patologías a contemplar como diagnósticos diferenciales:

1. Inestabilidad metatarsofalángica.
2. Luxaciones.
3. Infarto o enfermedad de Freiberg.
4. Sinovitis idiopática.
5. Osteoartrosis.

### METATARSIANOS

1. Fracturas por estrés.
2. Fracturas por trauma directo o indirecto.



## TOBILLO

ESGUINCES. Representa la lesión más frecuente. De persistir con dolor a pesar del tratamiento conservador (reposo, hielo, inmovilización y medicación antiinflamatoria) deberá buscarse la valoración ortopédica dado que los síntomas residuales pueden deberse a:

- a. Fractura avulsión de la punta del peroné.
- b. Osículo accesorio (os subfibularae).
- c. Fractura del os calcis o avulsión del extensor corto de los dedos.
- d. Fractura del os peroneum
- e. Fractura del astrágalo o del calcáneo.
- f. Subluxación del cuboides.
- g. Atrapamiento de partes blandas.
- h. Síndrome del seno del tarso.
- i. Fractura del os trigonum o fractura de Shepherd.
- j. Disrupción de la sindesmosis.
- k. Lesión de Maisoneuve.
- l. Fibrosis anterolateral o Fenómeno de Ferkel.
- m. Luxación o subluxación de los tendones peroneos.
- n. Inestabilidad del tobillo o disfunción ligamentaria.
- o. Atrapamiento de ramas nerviosas de los peroneos.

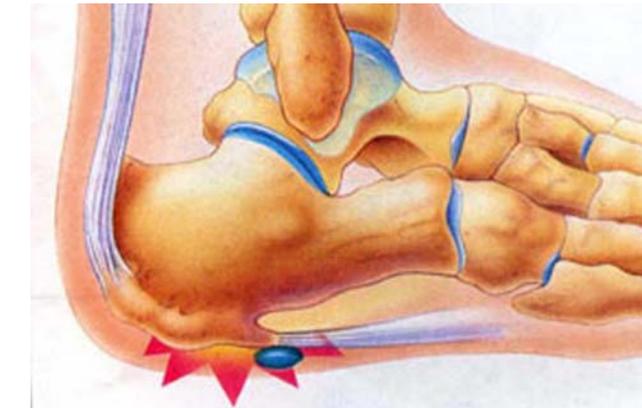
TOBILLO ANTERIOR. El pie cavo es ideal para los bailarines toda vez que incrementa la flexión plantar y de hecho el entrenamiento tiende a conformar esta característica. Sin embargo, esto ocurre a expensas de castigar la dorsiflexión. La forma más común de pinzamiento anterior se observa típicamente en aquellos bailarines masculinos que ejecutan grandes saltos conjuntamente con la posición bravura. El pinzamiento del labio anterior de la tibia contra el astrágalo origina irritación del periostio y esta a su vez produce hueso reactivo con osteofitos en espejo. Esto representa un círculo vicioso que incrementa la formación de hueso en forma local lo que finalmente restringe la dorsiflexión.

TOBILLO POSTERIOR. En un bailarín profesional idealmente deben lograrse 100 grados de flexión plantar. Gran parte de este movimiento se genera sobre la articulación subastragalina. Evidentemente cualquier tipo de fusión subastragalina se torna en un factor limitante para el desarrollo de la danza.

1. SÍNDROME DE PINZAMIENTO POSTERIOR. La tuberosidad posterior del astrágalo varía enormemente en tamaño. En este síndrome, tanto la tuberosidad como un os trigono muy prominentes se pinzan con el labio posterior de la tibia y el os calcis (cuando el bailarín ejecuta las posiciones relevé, frappe o tendu).
2. TENDONITIS DEL BAILARÍN O DEL FLEXOR LARGO DEL HALLUX (dedo grueso o primero). El tendón pasa sobre el túnel fibro-óseo de la parte posterior del astrágalo para correr posteriormente en lo profundo del sustentaculum tali. Dentro de este sistema de polea puede inflamarse y originar dolor e inclusive obstruir su incursión similar al dedo en resorte. Esta condición se le conoce como Hallux saltans. Si la obstrucción llega a ser completa se genera un Pseudo Hallux rigidus.
3. TENDÓN DE AQUILES. Este tendón puede soportar cargas hasta 6 veces el peso corporal durante la carrera y saltos. Comúnmente el tendón se lesiona por mecanismos de sobreuso o por una mala técnica dancística. Sus patologías más comunes son los procesos inflamatorios (peritendonitis y tendonitis) y eventualmente puede existir ruptura del mismo.

## TALÓN

Los principales diagnósticos diferenciales son:



- 2.
3. FASCITIS PLANTAR. El dolor sobre el origen medial de la fascia es la presentación más habitual. Se puede reducir su presencia al calentar y realizar ejercicios de flexibilidad plantar.
4. BURSITIS CALCÁNEA PLANTAR.
5. NEUROPRAXIA DE BAXTER. Se presenta por atrapamiento de la primera rama del nervio plantar lateral en la fascia profunda del abductor del hallux. El dolor se exagera cuando el bailarín pronar el pie. Habitualmente se presenta como dolor sobre la parte medial del talón, cerca de la tuberosidad medial del calcáneo.

