



sofmmoo.com 2003

Raquialgias comunes y equitación

Marie-José Teyssandier, Médecine Physique, Nice

Traducción : F. Colell (GBMOIM)

Se admite por lo común que la práctica de la equitación puede ser responsable de dolores vertebrales. Desde esta perspectiva es habitual que se desaconseje la práctica de este deporte. ¿Está justificada esta recomendación?

Parámetros de variación

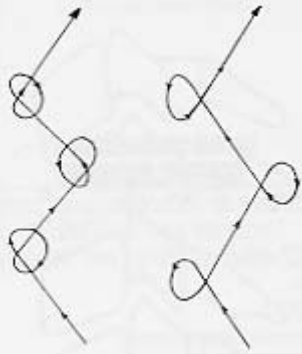
Los problemas no se plantean de la misma manera dependiendo de que la equitación se practique por grandes deportistas, a veces profesionales que entrenan de una a seis horas diarias, o por aficionados, adeptos a una equitación de esparcimiento, a razón de una a tres horas por semana. La equitación engloba muchas actividades practicadas en grados diferentes según los jinetes: trote sentado o de pie, galope, salto, doma, cross... Pueden variar otros factores como la edad, la cualificación, el número de años de práctica, distancia de los estribos, etc....

¿Qué raquialgia para qué jinete?

Frecuencia

Se trata de dorsolumbalgias en el 80-90% de los casos; y de lumbalgias, ciática, o cervicalgia en el 10-20% restante. Su frecuencia varía según las estadísticas del 33%⁽⁸⁾ al 83,90%⁽²⁾ incluso 100% para los jinetes profesionales⁽⁵⁾. En equitación de aficionado es comparable a la de una población testigo^(2, 4, 6, 9). Es no obstante más elevada cuanto más se intensifica la práctica de este deporte.

Recordemos los trabajos de HORDEGEN a propósito de 115 jinetes de 20 a 79 años con un mínimo de 10 años de equitación. Estos sujetos se quejaban o padecían dorsolumbalgias con una frecuencia del 54% entre los profesionales con monta de 8 a 9 horas diarias; 45% para los deportistas con 1 a 3 horas



diarias de monta; y del 35% para los aficionados con monta de 1 hora por semana de promedio.

Estudio clínico

Las dorsolumbalgias del jinete no presentan diferencias fundamentales con las que se observan como raquialgias «comunes». Son dolores poco invalidantes que no provocan nunca el cese definitivo de la práctica ecuestre ^(1, 9, 11) y no alteran su cualidad ^(2, 7, 9). Personalmente nos ha parecido que las dorsolumbalgias de origen torácico inferior o toracolumbar eran más frecuentes.

No se deben confundir estas raquialgias con las «contracturas o agujetas musculares» que a veces duran 4 o 5 días. No siempre es fácil. Frecuentes entre los debutantes, afectan a los paravertebrales, los aductores, los glúteos, cuadrado lumbar, etc.; todos particularmente solicitados para facilitar la propiocepción, el sentido del equilibrio y la armonía del gesto deportivo.

Incidencia de la monta y evolución

Las dorsolumbalgias del jinete excepcionalmente aparecen o se agravan por la monta ^(4, 5, 6). Y por lo tanto, el trote sentado es el paso de trabajo utilizado más frecuentemente en una recuperación o para adquirir un buen asiento, pero también el más traumatizante para el raquis.

Los dolores aparecen a menudo con la interrupción del entrenamiento deportivo y desaparecen al volver a la monta. Todos los jinetes expertos lo saben. Prácticamente todos los autores citan esta curiosidad e interpretan su aparición como una pérdida de tonicidad del abanico muscular paravertebral y su sedación al reemprender la musculación.

Parece que la práctica regular de la equitación disminuye la frecuencia y la intensidad de las dorsolumbalgias crónicas en los jinetes, incluso si se trata de dolores residuales postraumáticos ^(3, 6, 7).

Ir al paso, cuando es regular, tiene virtudes sedantes remarcables en las algias crónicas. ¿Qué mecanismo podemos invocar? Al paso, la columna vertebral del caballo tiene movimientos helicoidales y de traslación (Fig. 1), regularmente rítmicos, repetidos de 1 a 1,75 veces por segundo, lo que corresponde a unas 40 y 70 batidas por minuto. Una batida es el momento en el que el caballo toca el suelo, y por analogía, el ruido que produce al tocarlo. Estos movimientos helicoidales se transmiten a la pelvis y luego a la columna del jinete.

De esta manera el anillo fibroso es comprimido y descomprimido sucesivamente, lo que implica, como dice Renier, un "fenómeno de bombeo" favorable a la imbibición discal, que podría "relajar" al disco intervertebral.

Estudio radiológico

Prácticamente todos los estudios confirman la ausencia de correlación entre las lesiones radiovisibles y la sintomatología. Así HORDEGEN, a propósito de jinetes practicando equitación deportiva o de competición, con anomalías radiológicas del raquis, señala que solo un 50% de ellos se quejaban de dolores dorsolumbares. Por el contrario, la evolución de las lesiones degenerativas era mayor entre los profesionales con respecto a los adeptos a la equitación de esparcimiento ^(5, 6, 7, 9).

Entre los profesionales, la hiperlordosis lumbar asociada a una hipercifosis torácica muy frecuente, puede correlacionarse con dorsolumbalgias ^(4, 5, 11, 12). Recordemos el estudio de AUVINET en 42 jinetes profesionales de «l'Ecole Nationale d'Equitation», jóvenes (32 años de promedio) que montaban de 3 a 5 horas diarias durante 13 años y medio de promedio, y algunos ejecutaban saltos de escuela (courbette croupade, cabriole). Presentaban una hiperlordosis anormalmente elevada (72 a 87% de los casos) asociada a una hipercifosis alta en el 38% de los casos, y alegaban dorsolumbalgias con una mayor frecuencia que una población testigo (28 jinetes de 42).

Conclusiones prácticas

Nos parece que a la equitación no puede atribuírsele la responsabilidad de la aparición o la agravación de lesiones degenerativas raquídeas, bajo las premisas: práctica de equitación de esparcimiento, respeto a las contraindicaciones médicas, y buena adaptación de la biomecánica pelvi raquídea del jinete.

La práctica ecuestre

La ausencia de nocividad específica de la equitación de aficionado en el raquis es la regla, contrariamente a lo que se observa en los jinetes deportivos o profesionales. Este concepto debe modularse en los casos de los sujetos que sufren o han sufrido dorsolumbalgias, y que nunca han practicado el deporte ecuestre y deciden someterse al aprendizaje riguroso de la equitación académica. El gesto deportivo del debutante, naturalmente, imperfecto, puede favorecer la aparición de raquialgias que progresivamente se vuelven menos frecuentes a medida que el jinete está más calificado, es lo habitual.

Contraindicaciones médicas

Para la mayoría de los médicos toda patología raquídea debe ser considerada una contraindicación para la práctica de la equitación

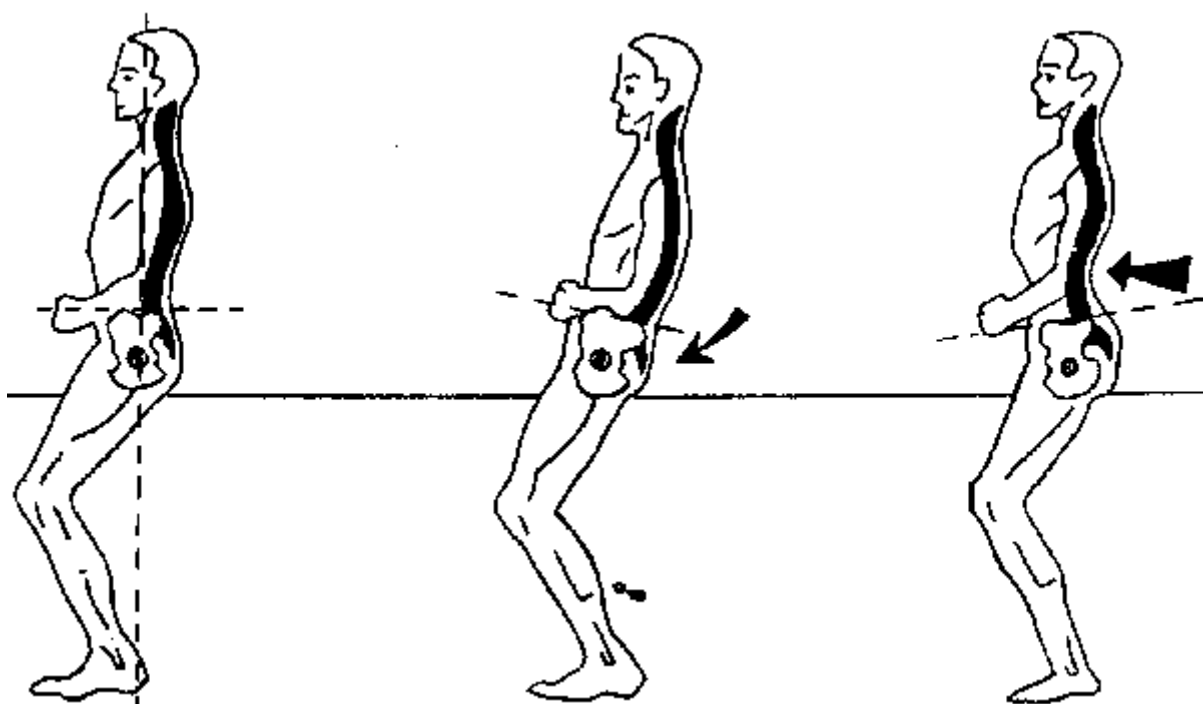
Ésta no es nuestra opinión. Consideramos contraindicaciones:

En el adulto: las secuelas graves de distrofia de crecimiento raquídeo. Las alteraciones importantes de la estática vertebral. Las espondilolistesis de la charnela lumbosacra de grado superior o igual a II, es decir del 50% de

desplazamiento ^(1, 2, 6, 12) y las afecciones raquídeas inflamatorias, infecciosas y metabólicas.

En el niño y el adolescente : distrofia raquídea de crecimiento en fase evolutiva y dolorosa, la práctica de equitación en poney antes de los 5 años y a caballo antes de los 12 años, o más de dos o tres horas al día de monta durante la duración de las vacaciones, por ejemplo.

Adaptación de la biomecánica pelvi-raquídea del jinete



La adaptación de la biomecánica pelvi-raquídea del jinete en función de los pasos de su montura tiene como finalidad el reparto y la amortiguación de las fuerzas a las que se ve sometido el conjunto. Ante todo constatar que una buena adaptación va a la par con el gesto deportivo considerado como ideal en equitación académica.

El testigo más objetivo está en el asiento del jinete que instala su pelvis y su columna vertebral en la posición menos traumática y más confortable para ser mantenida mucho tiempo. De esta manera se reconoce (Fig.2) una buena adaptación, caracterizada por la automatización de un asiento normal al paso y el asiento en «riñón salido» al trote sentado; y una adaptación defectuosa que hay que proscribir por nociva reconocible como asiento en «riñón entrado».

No se debe contraindicar sistemáticamente la práctica de la equitación a todos los sujetos que consultan, o han consultado, por las raquialgias comunes, mecánicas.

Este deporte puede ser incluso aconsejado en ciertos casos y en ciertas condiciones, en el cuadro de lo que ya es clásico llamar la reeducación por la equitación.

-
- 1 ALLEMANDOU A. Pathologie vertébrale et équitation. *Cinésiologie*, 1978, 14, 68, 53-63.
 - 2 AUVINET B. Equitation académique. Adaptation du cavalier. 1 Analyse du geste sportif *Médecine du sport*, 1978, 52, 6, 11/335-15/339 2 Cavalier professionnel, troubles statiques. *Médecine du sport*, 1978, 52, 6, 16/340-23/347 3 Cavalier professionnel, algies et lésions rachidiennes *Médecine du sport*, 1978, 52, 6, 25/349 28/352.
 - 3 BLICKENS DORFER H. Aspects sociaux et médico-sportifs du cavalier de compétition.
 - Comptes-rendus du 111^e Congrès National, 11^e Congrès Européen de Médecine et Sports équestres, SAUMUR, 1981, 164-168.
 - 4 BONAVENTURE J.M.. Algies rachidiennes et équitation. Thèse Méd. Marseille, 1979, 356, 1 42.
 - 5 CHARRAYRE M.N. Indications et contre-indications de l'équitation dans la pathologie lombaire non traumatique. Thèse Méd. Paris Sud, 1979, 61, 42.
 - 6 CUCHE M.C. Equitation académique et sportive, aspects actuels de la pathologie de l'appareil locomoteur du cavalier. Thèse Méd. Nice, 1984, 140-134.
 - 7 DAEMGEN F. Pathologie d'hypersollicitation et séquelles traumatiques de l'appareil locomoteur du cavalier. Thèse Méd. Strasbourg, 1987, 89, 25-121.
 - 8 DESPROGES-GOTTERON R. Rhumatisme et équitation. *Méd. Ed. Phys. et Sport*, 1966, 4012, 102-105.
 - 9 HORDEGEN K.M. The influence of horse riding on the spine of the rider. compte-rendus du 3^e Congrès National, Congrès Européen de Médecine et Sports Equestres, Saumur, 1981, 299-311.
 - 10 MOSELER W. Equitation. Paris, Berger Levrault Edit., 1967, 1 vol.
 - 11 REDON G. Le rachis du cavalier. Thèse Med. Limoges, 1973, 14, 1 34.
 - 12 WELLINGER C. Déterminisme de l'arthrose inter-apophysaire et des glissements vertébraux au niveau de la charnière lombo-sacrée des rachis hyperlordotiques. *Rev. Rhum.*, 1970, 37, 561-570.
 - 13 RENIER J.C. Introduction à la bio-mécanique du rachis lombaire. *Rev. Rhum.* 1988, 55, 341-350.