



Copa del Rey: estas son las lesiones más comunes del baloncesto

►La mayoría de las contusiones mecánicas ocurren en los cambios de dirección y las frenadas bruscas

Belén Tobalina. MADRID

El jueves arranca la Copa del Rey de baloncesto 2026 que tendrá lugar hasta el 22 de febrero en Valencia. Y comienza con varios jugadores de distintos equipos marcados por problemas físicos que podrían ser baja en el último minuto. Y es que el baloncesto, caracterizado por su intensidad y los constantes saltos, cambios de ritmo y contacto físico, es un deporte en el que son frecuentes las lesiones.

Muchas de ellas pueden prevenirse con un calentamiento adecuado, fortalecimiento muscular, técnica y descanso. Pero no siem-

pre es posible. De hecho, en el caso del esguince de tobillo, raro es el jugador que no sufre uno.

«En un torneo de alta intensidad y tan corto como la Copa del Rey –de la que Quirónsalud es Proveedor Médico de Salud– la incidencia suele rondar las 2 a 4 lesiones que requieren baja médica, aunque el número de “pequeños incidentes” (torceduras leves, golpes, lesiones cutáneas) es mucho mayor. La acumulación de partidos en pocos días y el estrés competitivo elevan el riesgo de fatiga muscular, que es la antesala de la lesión», explica el Dr. Diego Giménez, jefe del Servicio de Traumatología del Hospital Quirónsalud Murcia, centro que es Servicio Médico Oficial del UCAM Murcia CB.

La lesión «estrella» de este deporte para este especialista «es, sin duda, el esguince de tobillo (especialmente el del ligamento lateral externo). Es prácticamente imposible que un jugador de baloncesto no tenga un esguince de tobillo. Es el “peaje” por jugar al baloncesto.

Debido a la naturaleza del juego, tarde o temprano, casi todos los jugadores profesionales han sufrido una distensión y los que parecen “inmunes” suele ser porque tienen una genética privilegiada en sus tejidos conectivos o realizan un trabajo preventivo de propiocepción y fuerza extraordinario».

Al esguince de tobillo le siguen de cerca, por frecuencia, «las lesiones de rodilla (como las roturas de menisco o del ligamento cruzado anterior) y las lesiones en los dedos de las manos, causadas por el impacto directo del balón», añade el doctor Giménez.

«La mayoría de las lesiones mecánicas ocurren durante los cambios de dirección y las frenadas bruscas. El baloncesto es un deporte de “corte” (cutting), donde el pie queda anclado al parqué mientras el cuerpo gira, lo que genera una torsión enorme en los ligamentos. Sin embargo, los saltos son los responsables principales de las tendinopatías, como la famosa “rodilla del saltador” (tendinitis rotuliana)», precisa el especialista.

Más o menos roturas según el género

►Los hombres y las mujeres no se lesionan igual cuando juegan al baloncesto. Aunque parezca que ellos sufren más lesiones, la realidad es que ellas se lesionan más, debido a toda una serie de condicionales. «Existe una diferencia biológica clave: las mujeres tienen un riesgo de hasta 4 a 6 veces mayor de sufrir una rotura del ligamento cruzado anterior (LCA) que los hombres», manifiesta el doctor Giménez. «Esto se debe a factores hormonales, a una pelvis más ancha que cambia el ángulo de la rodilla y a una fosa intercondilea (donde se aloja el ligamento) algo más estrecha», añade.

La Copa del Rey se celebrará hasta el 22 de febrero en Valencia

Las contusiones son aparatosas, pero rara vez mantienen al jugador fuera de la cancha durante mucho tiempo, a diferencia de una mala caída. «Las lesiones de mayor gravedad suelen producirse por caídas o aterrizajes tras un salto. Así, cuando un jugador cae sobre el pie de otro compañero o contrincante, el tobillo o la rodilla pierden su eje natural de apoyo, lo que provoca roturas ligamentosas graves».

Vuelta rápida

Consultado sobre cómo es posible que un jugador con una lesión grave vuelva a la cancha en semanas y una persona cualquiera con un esguince de tobillo mantenga el dolor casi de por vida, Giménez recuerda que «la diferencia no está en la lesión, sino en el “ecosistema” de recuperación. Un profesional dedica de 6 a 8 horas diarias a la rehabilitación; dispone de tecnología punta: cámaras hiperbáricas, magnetoterapia de alta intensidad y fisioterapia manual constante; sus músculos protegen la articulación mucho mejor que los de una persona sedentaria, y sus procesos de reparación suelen estar optimizados por nutrición y suplementación de élite».

Además, «una persona común suele “esperar a que cure solo”, lo que genera una cicatrización deficiente y dolor crónico», añade.

Respecto al tren superior, «en los partidos más exigentes, los hombres son los que más sufren por la carga constante en lanzamientos, bloqueos y contactos», detalla el doctor Vicente Carratalá, jefe de Servicio de Traumatología del Hospital Quirónsalud Valencia, centro que es Servicio Médico Oficial del Valencia Basket.

«También los codos y muñecas se ven muy afectados por la repetición de tiros, pases y el manejo del balón. Estas articulaciones –prosigue el doctor Carratalá– trabajan en conjunto y, al estar sometidas a movimientos repetitivos e impactos, acumulan mucha tensión y riesgo de sobreuso».

De ahí que sea tan importante la preparación. «El tren superior se trabaja con ejercicios de fuerza, como press de banca (un ejercicio de peso libre que trabaja principalmente la zona superior del cuerpo) o dominadas, y también con ejercicios de core para mantener estabilidad», afirma Carratalá.

«Además, se entrena la resistencia muscular para soportar el esfuerzo repetido, y se incluyen movimientos funcionales que simulan situaciones reales de juego, todo sin descuidar la prevención de lesiones, sobre todo en hombros y espalda», añade.

QUIRONSALUD

