

Zeitschrift:	Macolin : mensile della Scuola federale dello sport di Macolin e di Gioventù + Sport
Herausgeber:	Scuola federale dello sport di Macolin
Band:	53 (1996)
Heft:	4
Artikel:	Un esempio, la distrofia simpatica riflessa : quando lo sport si trasforma in trauma
Autor:	Corti, Mario
DOI:	https://doi.org/10.5169/seals-999196

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

Download PDF: 07.02.2026

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Un esempio: la distrofia simpatica riflessa

Quando lo sport si trasforma in trauma

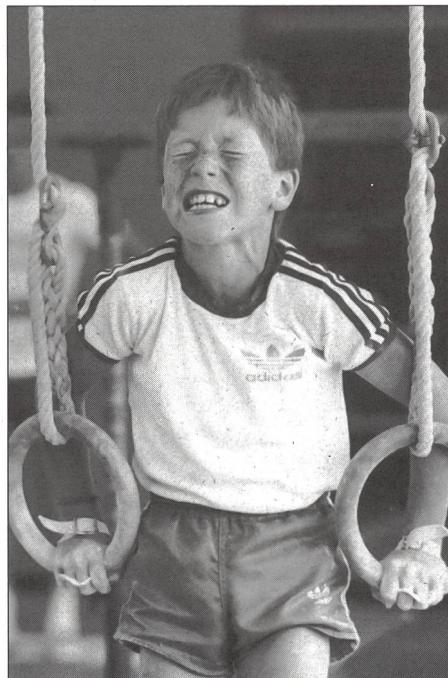
di Mario Corti

I bambini, ancora troppo spesso, vengono considerati, nello sport, dei piccoli adulti e quindi sottoposti a intensi allenamenti. Possono insorgere gravi danni. Uno di questi è descritto e spiegato in questo articolo.

È a partire dagli anni settanta che il mondo dello sport si è trovato confrontato con un fenomeno nuovo e per certi versi imprevisto: quello di atleti sempre più giovani che si affacciavano ai massimi livelli fino ad ottenere risultati e prestazioni strabilianti in numerose discipline. L'esempio più eclatante si è avuto nella ginnastica artistica femminile, dove l'apparizione sulla scena di ragazze molto dotate ha avuto un impatto emozionale enorme sul grande pubblico, visto il grande fascino da esse esercitato su milioni di spettatori. A poco a poco si è affacciato alla ribalta un numero sempre più grande di ragazzine sempre più giovani e sempre più determinate a cercare di emulare il nuovo modello rappresentato da queste famose coetanee. Parallelamente altri sport si trovarono confrontati col medesimo fenomeno: basti qui ricordare il tennis, il nuoto, la ginnastica ritmica, il pattinaggio artistico. Questo fenomeno trovò impreparate numerose federazioni, che si videro poi costrette in fretta e furia a cambiare i loro regolamenti: esempio tipico quello della Federazione Internazionale di Tennis che nel 1974 si vide costretta ad abrogare le norme che prescrivevano un'età minima di partecipazione a livello agonistico a 16 anni! Certo oggi viene da sorridere se si pensa a questo regolamento di soli 20 anni fa, che avrebbe impedito ad esempio di vedere all'opera autentici fenomeni come la Capriati o attualmente la nostra grande promessa Martina Hingis. E oggi, in cui la pressione esercitata dall'ambiente (genitori, società, allenatori, sponsor, ecc.) costringe

tanti giovani e giovanissimi a cercare di raggiungere traguardi sempre più alti e prestazioni sempre più spettacolari, in cui lo stress è direttamente proporzionale all'entità e all'intensità delle richieste, in cui la chimera del successo e del facile guadagno economico incombe come un'ombra minacciosa, in cui il fatto stesso di «riuscire» e di «emergere» diventa occasione di avanzamento sociale e di lucro, ci dobbiamo interrogare e chiedere: ma qual è il prezzo da pagare? Quanto costa il successo e la vittoria in questi giovani atleti?

Non vogliamo con questo contributo entrare nel merito dei numerosi disturbi che lo stress da competizione esercita sui giovani (stanchezza,



disturbi del sonno, stati d'ansia sino a vere e proprie depressioni, fino a tutte le numerose sofferenze fisiche in cui è chiaramente riscontrabile un correlato psico-somatico come le cefalee, i disturbi digestivi, i dolori muscolari e delle parti molli, ecc.) che sono ben noti e già segnalati in vari lavori.

Vogliamo qui focalizzare invece l'attenzione su una entità patologica molto importante, foriera talora anche di gravi conseguenze ma di significato prognostico molto variabile, che spesso viene misconosciuta e mal curata, ma la cui frequenza e importanza nei giovani atleti è in continua progressione così da fare oggetto di numerose recenti segnalazioni in letteratura.

Ci riferiamo alla distrofia simpatica riflessa secondo la terminologia cara agli autori anglosassoni o all'algodistrofia o morbo di Sudek come viene invece definita nei paesi latini e francofoni. Il presente contributo cercherà dunque di focalizzare tale problematica nei suoi vari aspetti clinici, etiologici, patogenici e terapeutici.

Cos'è la distrofia simpatica riflessa e come si manifesta

L'algodistrofia è a prima vista una malattia articolare che si caratterizza per 2 segni principali: il dolore e l'impotenza funzionale; ma l'aspetto peculiare è che viene colpita una regione del corpo e tutti i tessuti di tale regione (dalle parti molli e dalla cute fino all'osso) sono interessati dal processo morboso. L'evoluzione della affezione avviene caratteristicamente in 3 fasi:

1. *Fase acuta o fase calda:* il dolore è brutale o lentamente progressivo, continuo o presente solo coi movimenti e può condurre ad impotenza funzionale assoluta del segmento interessato. Interessa una parte o tutta la regione articolare sofferente e può estendersi verso gli arti adiacenti. Parallelamente compaiono turbe vasomotorie con tumefazione locale, calore, rossore, sudorazione e interessamento anche degli annessi cutanei con caduta dei peli e fragi-

lità delle unghie. L'osso presenta caratteristicamente un processo di demineralizzazione maculare, per cui assume un aspetto chiazzato, picchiettato. Tale fase può durare (se non trattata adeguatamente) per settimane o mesi.

2. *Fase distrofica o fase fredda*: i dolori scompaiono o sono presenti solo al movimento o al carico. I tegumenti appaiono freddi, pallidi e cianotici, di aspetto sclerodermiforme. L'impotenza funzionale può persistere talora per parecchi mesi.
3. *Fase delle sequele*: dopo mesi i dolori e l'impotenza funzionale scompaiono, ma possono residuare retrazioni capsulari, tendinee o aponeurotiche che lasciano delle sequele molto invalidanti dal punto di vista funzionale (esito infausto, per fortuna molto raro).

Nella maggior parte dei casi invece si assiste ad una guarigione senza postumi residui di tipo funzionale.

Cenni storici ed interpretazione patogenetica

La prima descrizione clinica di un quadro riportabile oggi alla distrofia simpatica riflessa risale a Mitchell (1864), relativa a un soldato ferito nella guerra di secessione americana. Sudeck nel 1900 parlò di «atrofia ossea infiammatoria» e da allora l'affezione è anche chiamata col suo nome, anche se l'ipotesi infiammatoria è oggi completamente abbandonata. Nel 1914 Leriche stabilì l'origine vascolo-simpatica della forma introducendo il termine (tuttora valido) di distrofia simpatica riflessa. Oggi l'interpretazione patogenetica di Leriche è considerata ancora valida: essa postula un arco riflesso che ha per via afferente i nervi sensitivi, per centro delle formazioni vegetative del corno laterale del midollo spinale e per via efferente le fibre simpatiche post-gangliari che decorrono nei nervi misti e nelle pareti arteriose. Si spiega così come gli stimoli nocicettivi provenienti dalla periferia determinano per l'intermediario di questo circuito degli impulsi efferenti responsabili dei disturbi

vasomotori e trofici dei tessuti. Ma molti interrogativi rimangono ancora aperti: ad esempio perché la distrofia simpatica riflessa si manifesta talora dopo molti mesi da un trauma o perché può colpire articolazioni distanti dalla sede della primitiva lesione o perché traumi minimi possono determinare l'insorgenza di forme gravissime di algodistrofia mentre traumi talora importanti non la determinano affatto?

Cause di distrofia simpatica riflessa

Si distinguono classicamente forme primitive e forme secondarie.

1. *Forme primitive*: rappresentano il 20% circa dei casi: non è possibile trovare alcuna causa evidente, anche se malattie metaboliche come il diabete mellito o le malattie della tiroide rappresentano dei fattori predisponenti. Nella massima parte dei casi si trova un terreno psichico particolare predisponente: si tratta di soggetti emotivi, ansiosi, a volte con tendenza francamente depressiva, molto competitivi e che danno grande importanza alla riuscita e al successo.
2. *Forme secondarie*: nei 2/3 dei casi sono in causa dei traumatismi (dalle semplici contusioni e distorsioni fino a fratture e lussazioni). L'intervallo libero fra il trauma

e l'insorgenza della algodistrofia può essere di giorni o di mesi e la distrofia riflessa si può istituire anche a distanza dalla sede della lesione primitiva. Da notare che non esiste alcun rapporto fra gravità del trauma e importanza della distrofia riflessa, mentre la frequenza di insorgenza cresce con la gravità del trauma. Altri fattori casuali comprendono le *immobilizzazioni* prolungate, specie con apparecchi gessati, gli *interventi chirurgici* sulle parti molli o sullo scheletro e i *microtraumi ripetuti* (si pensi ad esempio alle sollecitazioni che discipline come la ginnastica artistica o il pattinaggio, colle loro esibizioni sempre più spettacolari e pericolose, richiedono ai giovani atleti).

È interessante notare anche che la frequenza di insorgenza è uguale nei due sessi e che qualunque settore articolare può esserne colpito, compresa anche la colonna vertebrale.

La distrofia simpatica riflessa nel giovane atleta

È sintomatico notare come la prima descrizione di distrofia riflessa nei giovani atleti risalga al 1977. Prima di allora tale patologia era stata ripetutamente documentata negli atleti



adulti, ma mai nei giovani. Negli ultimi anni invece sono sempre più numerose le segnalazioni in letteratura; occorre ad esempio ricordare Lyle Micheli, traumatologo di Boston, che ha trattato e studiato ogni anno decine di casi di algodistrofia nei giovani atleti. Valutando il fenomeno dall'alto della sua larga esperienza, Micheli attribuisce grande importanza nel determinismo della distrofia riflessa alle particolari condizioni di stress psico-fisico in cui si trova a gareggiare l'atleta bambino. *Lo stress fisico* è rappresentato come abbiamo visto dai traumi di ogni e qualsiasi entità e dai microtraumi ripetuti. Si consideri a tale riguardo che in molte discipline (ginnastica ritmica o artistica ad esempio) oggi ci si comincia ad allenare all'età di 4-5 anni, all'età di 9-10 anni siamo già di fronte ad atleti di sicuro interesse che a 13-15 anni si possono esprimere ai massimi livelli (Olimpiadi e Mondiali!), ma che a 18-20 anni sono già troppo «invecchiati» per figurare ancora degnamente. Ora la spettacolarizzazione di tali discipline e il fatto che a praticarle fossero soggetti sempre più giovani ha condotto all'esecuzione di esercizi sempre più difficili e affascinanti ma anche sempre più pericolosi, richiedendo grande concentrazione, velocità ed agilità. Di qui la facilità ad incorrere in incidenti traumatici che possono poi complicarsi con una distrofia riflessa.

Lo stress psichico invece si è visto che fa la sua apparizione verso i 10-12 anni, spesso in contemporanea colla crisi puberale; il giovane atleta che fino ad allora si era divertito, che non aveva mai sentito su di sé alcuna pressione particolare, improvvisamente comincia ad esperimentare tale situazione, comincia a rendersi conto che società, allenatori, sponsor hanno investito su di lui, comincia anche a realizzare l'importanza sociale e talora anche ideologica (come succedeva nei paesi marxisti) del rendimento e del successo sportivo, comincia a intravedere nella vittoria la possibilità anche di un'ascesa nella scala sociale. E si è visto che sono proprio questi giovani atleti che vogliono ottenere ottimi risultati in tutto, nello sport come nella scuola, che sono molto ambiziosi, che provengono da famiglie o ambienti molto esigenti, che

sono pressati ad emergere fino all'eccellenza, che possono più facilmente poi incappare in una distrofia riflessa.

Occorre ricordare che a determinare lo stress psichico nei giovani atleti di élite oggi concorrono non solo la tensione dell'allenamento e della competizione ai massimi livelli, ma anche le particolari condizioni ambientali (trasferimenti ripetuti, viaggi internazionali in aereo, lunghe permanenze in albergo, ecc.). Tutti questi fattori associati possono condurre a una rottura dell'equilibrio psico-fisico con perdita di concentrazione che a sua volta influisce sul rendimento dell'atleta e in ultima analisi porta a una maggior frequenza di infortuni e quindi di distrofia simpatica riflessa.

Occorre però anche qui quel particolare terreno psicologico predisponente, di cui si faceva cenno sopra, se è vero che, pur con tutta l'esperienza in questo ambito, Micheli conclude che «nessuno sa perché la distrofia simpatica riflessa si verifichi in alcuni giovani atleti e non in altri».

Come prevenire e come curare la distrofia simpatica riflessa

Per *prevenire* la distrofia simpatica riflessa occorre innanzitutto che il grado di stress sul giovane atleta sia tollerabile: se un certo grado di stress è necessario e anzi spesso utile nella competizione, e talora può avere addirittura un valore educativo, occorre assolutamente evitare che esso sfoci in una esasperazione psico-fisica del dover vincere ed imporsi ad ogni costo.

Appare pertanto fondamentale insegnare ai giovani atleti quelle tecniche di rilassamento (come ad esempio lo Yoga o il Training Auto-geno) che permetteranno loro di passare indenni attraverso le stressanti condizioni colle quali si trovano confrontati.

Si è visto come l'allenamento nelle tecniche di rilassamento sia in grado di sviluppare le capacità psicologiche del soggetto in maniera tale da contribuire alla riduzione dello stress.

Una volta invece che la distrofia simpatica riflessa si sia instaurata occorre procedere con una *terapia combinata medica, psicoterapeutica e fisioterapeutica*.

Terapia medica: si basa sulla messa a riposo dell'articolazione interessata, specie nella fase acuta, e sull'uso di calcitonina (che ha un ottimo effetto sul dolore e frena i processi osteoclastici responsabili della osteoporosi maculare). Talora è necessario pure il ricorso ai farmaci steroidi, sia per via sistemica che per infiltrazione locale; come ulteriore approccio si può fare ricorso anche a farmaci ansiolitici e/o antidepressivi per l'impatto positivo che essi hanno sul dolore e per la capacità di indurre un sonno fisiologico fino agli stadi più profondi in cui si raggiunge il completo rilassamento muscolare.

Fondamentale una *psicoterapia* di appoggio vista la frequenza di quel particolare terreno psichico di base già menzionato precedentemente. Ci piace a questo riguardo citare quanto affermava Daniel Bovet, il famoso premio Nobel per la Medicina di origine svizzera, che sosteneva con convinzione che le reazioni psicologiche hanno un ruolo importante nello sviluppo di ogni affezione e rappresentano l'espressione di una tendenza personale dell'individuo.

La terapia fisica appare indispensabile e basilare e si basa sull'uso a scopo antalgico della stimolazione transcutanea o TENS, su bagni alternati a 28-36 °C per lottare contro le turbe vasomotorie e trofiche e su di una Kinesiterapia attiva assistita, molto cauta, ma pluriquotidiana, con sedute brevi e indolori, dei segmenti interessati dal processo morboso.

Utile anche il drenaggio linfatico manuale per riprodurre gli edemi e la tumefazione alla fase calda.

Occorre assolutamente evitare il dolore durante la mobilizzazione e occorre evitare che si instaurino atteggiamenti viziati, legati a retrazioni capsulari e/o muscolo-tendinee o aponeurotiche.

Se la terapia sarà condotta con questi criteri il decorso della distrofia simpatica riflessa ne risulterà molto raccorciato, le sequele verranno evitate e sarà possibile una piena ripresa funzionale e competitiva. ■