

Guía Rápida de las Lesiones del Corredor II.

Enrique García-Torralba Iglesias.

Especialista en Fisioterapia Traumatológica y Deportiva. Fisioterapeuta Colegiado nº 1209 Madrid

quiquetorralba@gmail.com / www.quiquetorralba.blogspot.com

El mes pasado, hablamos sobre las lesiones del sistema músculo esquelético que más frecuentemente pueden darse en un corredor. Explicué en que consistía una contractura muscular, una rotura fibrilar o que eran realmente las agujetas, entre otros.

Una vez entendido esto, toca definir lesiones concretas en estructuras concretas, y siguiendo con el formato planteado en el número anterior, trataré de resumir en puntos específicos cada lesión con el objeto de ofrecer una “Guía Rápida” en la que el lector pueda identificar su dolencia de una manera lo más rápida y sencilla posible.

1. Fascitis Plantar

DEFINICIÓN

Se trata de una afectación inflamatoria y retráctil de las estructuras fasciales y musculares que se encuentran en la planta del pie. Estas estructuras son las encargadas de mantener la bóveda plantar longitudinal además de realizar movimientos de flexión propias de los dedos por ejemplo, por lo que harán un importante trabajo durante la marcha y más todavía en la carrera a pie.

Se trata de una patología por sobre uso, como la mayoría de las que afectan a los corredores, y será casi exclusiva de individuos con pies cavos o muy cavos, quedando excluidos (casi siempre) los pies planos, puesto que estas estructuras se encuentran bastante distendidas (de ahí el hundimiento de la bóveda o pie plano) y por lo tanto no sufrirán en exceso un ligero incremento de tensión, produciéndose otro tipo de dolencias en estos casos.

Hay que decir, que aunque lo normal es que las molestias no nos permitan entrenar y nos obliguen a parar un tiempo, se dan casos más graves de lo normal o en los que el corredor fuerza más allá de lo recomendable en los que puede llegar a producirse una Rotura de la Fascia Plantar más o menos importante, pero que eleva a otro nivel desde luego el grado de lesión y por consiguiente el tiempo de recuperación.

ESTRUCTURAS IMPLICADAS

En principio lo que hemos comentado; primero la fascia plantar que será una especie de abanico de tejido fibroso parecido al de los ligamentos, más plano y mucho más amplio que estos que recorre toda la planta del pie desde el calcáneo (talón) hasta los dedos. Eso en el caso de la fascia plantar profunda, ya que existe una más superficial que se continúa por encima del calcáneo y se comunica directamente con la fascia crural posterior que cubre la parte posterior de la pierna como su nombre indica, y que explica la importante relación de este tipo de lesiones con sobrecargas y acortamientos de gemelos y soleo por ejemplo. Y segundo, los músculos plantares, algunos de los cuales se insertan directamente en la fascia plantar aumentando la tensión sobre esta, sobre todo en la fase de impulso de la carrera, donde estos músculos tienen un papel imprescindible, lo que quiere decir que sin ellos no sería posible este gesto, y eso en un deporte tan repetitivo en ese punto nos da una idea de lo que sufren estos músculos.

MECANISMOS DE PRODUCCIÓN

Un exceso de entrenamiento o una mala técnica de carrera como siempre unido a una mala elección del material suelen ser los principales desencadenantes.

A nivel muscular. el exceso de trabajo de estos músculos plantares directamente o gemelos y soleo a distancia van a aumentar la tensión en esta zona provocando una inflamación de la fascia y de sus inserciones, como ocurre corriendo cuesta arriba por ejemplo.

Falta de estiramiento de estas estructuras.

Andar descalzos o con calzado con poca suela (zapatillas muy ligeras para competir por ejemplo) o muy dura, va a provocar que impactemos demasiado sobre las inserciones del calcáneo o de la articulación metatarso-falángica irritándolas y provocando la reacción retráctil e inflamatoria. Del mismo modo que andar o entrenar en terrenos muy duros (asfalto) sin calzado adecuado (zapatillas de entrenamiento con suela que absorba parte de este impacto).

Por el contrario, **entrenar sobre terrenos muy blandos y descalzos** (un tatami en artes marciales por ejemplo) va a hacer que elonguemos en exceso la fascia provocando la misma reacción.

Las zapatillas voladoras van a tener otro inconveniente. Al ser muy bajas de talón para aumentar nuestra fuerza de impulso, van a elongar la cadena cinética posterior (gemelos y soleo entre otros) aumentando a distancia la tensión sobre las estructuras plantares.

Algo parecido ocurre en el caso de **mujeres que suelen usar tacones** a lo largo del día (lo que acorta bastante estos músculos de la pierna) y se los quitan de repente para entrenar con zapatillas ligeras y sin estirar previamente.

El uso de sandalias o zuecos que no nos “sujetan” el pie por detrás, van a obligarnos a hacer, sin darnos cuenta, un trabajo extra con estos músculos de la planta para “agarrarlas” con los dedos y que no se nos escapen al andar. Esta situación y el uso de este tipo de calzado en verano es una de las causas que más fascitis plantares provocan en corredores y en los que no lo son, y desde luego está totalmente desaconsejado su uso bajo ninguna circunstancia.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Otras lesiones parecidas con síntomas similares que puedan confundirnos van a ser el Hundimiento del Arco Tarsiano Anterior, el Espolón Calcáneo (muy frecuentemente asociado a fascitis plantares como consecuencia o como causa de la misma) o Fracturas por Estrés de los Metatarsianos por ejemplo, como las más comunes.

CLÍNICA

Dolor, mucho dolor e impotencia funcional. Frecuentemente el paciente percibe la primera sensación de dolor al levantarse por la mañana y empezar a andar posiblemente descalzo, cuando todas las estructuras musculares y fasciales del pie se encuentran frías y retraídas. Las molestias van disminuyendo a medida que andamos y calentamos la zona, pero la lesión ya nos está avisando.

En otros casos, y sobre todo en fases más avanzadas de la patología, el dolor aumentará a medida que aumentemos las exigencias sobre esta zona, y nos hará cojear ya que duele bastante al apoyar el pie en el suelo, y más todavía al intentar andar con normalidad, sobre todo en la fase de impulso con el pie afectado.

TRATAMIENTO CORRECTIVO

Llegado el caso habrá que tratar la lesión, y como siempre habrá que valorar personalmente al paciente y adaptar un plan de tratamiento específico a sus características particulares, aunque a grandes rasgos habrá que corregir la causa (calzado posiblemente), Técnicas manuales musculares y fasciales (muy importante), estiramientos de las estructuras implicadas, y si fuera necesario podríamos recurrir al vendaje funcional, muy eficaz en esta lesión. Se suele utilizar también, sobre todo en fases de remisión o como prevención, el automasaje longitudinal con una pelota específica sobre la zona. Aunque tradicionalmente se usaba una pelota de tenis o incluso un rodillo de amasar de cocina, estas nuevas herramientas convierten al ejercicio en algo más cómodo y bastante más efectivo. En el video “Ejercicios para fascitis plantar con Réflex Ball” colgado en la sección “Pruebas Material” en mi blog www.quiquetorralba.blogspot.com explico la forma correcta de hacerlo.

TRATAMIENTO PREVENTIVO

Sobre todo vigilar el calzado y no usar modelos inapropiados para nuestras características. Prohibidas las “chanclas” y similares, mucho ojo con abusar de los tacones y no pasarnos con el asfalto o las cuestas. Y si, claro que lo natural es andar descalzos, pero si lo hemos hecho desde pequeños y en la selva o en el campo, pero no tiene demasiado sentido adoptar esas costumbres ancestrales viviendo en un piso en la ciudad...

2. Esguince de Tobillo

DEFINICIÓN

Se trata de una distensión o rotura (según el grado) de uno o más ligamentos y la cápsula articular (ya que en este caso van juntos) del tobillo. Puede producirse tanto en la zona interna como en la externa, aunque con mucha más frecuencia se da en esta última localización.

En este caso, se trata de una lesión traumática y no por sobre uso que son las que más encontramos en este deporte con diferencia, aunque no la única.

ESTRUCTURAS IMPLICADAS

La cápsula articular la encontramos en todas las articulaciones del cuerpo, o por lo menos en las llamadas “articulaciones verdaderas” en las que existen cartílagos articulares y líquido sinovial, y que son las que tienen una mayor movilidad.

La articulación la forman los extremos de dos huesos. Esos extremos están cubiertos de Cartílago Hialino o Articular para aumentar la capacidad de deslizamiento entre ambos, y se encuentran bañados por el Líquido Sinovial, que los nutre y, a modo de aceite lubricante, aumenta y facilita el movimiento. Para mantener unidos esos extremos, además de la fuerza coaptadora (que junta, que encaja...) de los músculos y en algunos casos de la propia gravedad terrestre, tenemos la cápsula articular, cuya capa interna además “fabrica” el líquido sinovial intra articular y que no es otra cosa que una “bolsa estanca” que rodea la articulación y en la que se “introducen” los extremos de los huesos que la forman, haciendo que, salvo en caso de rotura, el líquido sinovial no salga fuera de ella y permanezca bañando y nutriendo las superficies articulares. Además, esta cápsula que está formada por tejido conjuntivo fibroso (el mismo que los ligamentos) muy fuerte y resistente, flexible aunque poco elástico, va a tener unas medidas exactas para mantener unidos los extremos, como decíamos antes, permitir un determinado grado de movilidad e impidiendo que este se sobrepase, tensándose al final del movimiento lógico de la articulación.

Cada articulación va a tener una movilidad diferente, y sobre todo un eje que va a permitir más grado de movimiento en uno u otro punto. Pues bien, precisamente en esos puntos hacia donde más se mueve cada articulación, o en aquellos que con más fuerza debemos limitarlo para evitar que el movimiento excesivo interfiera en la estabilidad por ejemplo de la bipedestación, la cápsula se va a ver reforzada con los Ligamentos. Estos no van a ser más que eso, refuerzos de la propia cápsula allí donde más resistencia sea necesaria, siendo en muchas ocasiones parte de la propia cápsula formando un engrosamiento de su propia estructura y sobre todo con una muy concreta disposición de sus fibras. En otros casos, estos ligamentos van a ser “extracapsulares”, lo que quiere decir que sin dejar de ser meros refuerzos, no van a formar parte de la cápsula sino que son estructuras separadas físicamente aunque no en su función.

En el caso del tobillo, los ligamentos son “capsulares”, y por consiguiente si este se rompe, lo hará a la vez que la cápsula. Esta situación no siempre es así en los ligamentos “extracapsulares” donde puede romperse el ligamento sin afectar ninguna otra estructura, pero no en el tobillo.

MECANISMOS DE PRODUCCIÓN

Cualquier tropezón, caída o torcedura que lleve el pie más allá de lo que las estructuras de fijación de esa articulación puedan soportar.

El ligamento que más frecuentemente se ve lesionado es el “peroneo-astragalino-anterior” seguido del “peroneo-calcáneo”, y por último, el menos frecuente será el “peroneo-astragalino-posterior”.

Un esguince previo mal curado (con una cicatriz demasiado retraída que limite todavía a pesar del tiempo la normal movilidad de la articulación), la edad (a mayor edad menor flexibilidad de los tejidos), una mala hidratación, un calzado o un terreno inapropiado, o simplemente la mala suerte, van a favorecer esta lesión.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Al ser una lesión traumática y violenta, no es raro ver fracturas óseas asociadas, por lo que SIEMPRE va a ser recomendable acudir a urgencias para poder valorarlo por medio de una radiografía.

Menos urgente pero igual de implacable a la hora de dejar molestas secuelas es la “subluxación anterior del Astrágalo”, que deberá ser corregida lo antes posible por medio de una sencilla e indolora manipulación.

CLÍNICA

*Cuando solamente exista distensión (sin rotura) será un Esguince de **1º Grado**, no habrá sangrado ni por lo tanto hematoma, si habrá en cambio mucho dolor, edema e impotencia funcional.

*Si se produce una rotura parcial de las fibras, habrá sangrado, hematoma, mucho dolor, bastante edema, impotencia funcional y además percibiremos una inestabilidad articular que normalmente no notamos en el grado anterior. Estaremos entonces hablando de un Esguince de **2º Grado**.

*Ahora la rotura ya no es parcial, sino total o casi, habrá mucho sangrado y un importante hematoma, edema, mucha impotencia funcional debido principalmente a una gran inestabilidad articular. En cambio estos esguinces no suelen producir demasiado dolor ya que las terminaciones nerviosas se encuentran completamente rotas y no son capaces de transmitir la sensación “nociceptiva”.

Esto es lo que llamamos un Esguince de **3º Grado**, y normalmente requerirán cirugía reparadora, ya que al encontrarse los extremos separados por la gran rotura, será imposible que acaben soldando por ellos mismos, que es lo que ocurre en los casos anteriores gracias a una parcial inmovilización según los casos.

TRATAMIENTO CORRECTIVO

Acabamos de ver que un esguince es una rotura más o menos grande de fibras (una distensión en el mejor de los casos), y como toda rotura, va a precisar de un tiempo de inmovilización total o relativa según cada caso, para curar, eso es todo. Y va a curar por si mismo. Por lo tanto ningún profesional sanitario, sea de la especialidad que sea, nos lo va a curar (salvo con cirugía en caso de ser necesario). Lo que si vamos a hacer es, además de resolver molestias asociadas como el edema que suele formarse y que además puede retrasar la curación, inducir con diversas técnicas a una correcta cicatrización para evitar adherencias y retracciones que nos garantizarían futuras recaídas.

Es cierto que en ocasiones la visita al fisioterapeuta puede parecer “mágica” y que salgamos andando con casi total normalidad, pero no debemos engañarnos, necesitaremos un tiempo de reposo para que el organismo repare el desgarro. Nadie nos lo va a curar en una sesión, por muy bueno que sea...

Así, deberemos escayolar en situaciones muy graves, o hacer un vendaje funcional o “Tapping” cuando la lesión nos lo permita, incluso una simple tobillera en casos leves, pero siempre deberemos reposar.

Compresión (vendaje) para el edema, Pie en alto las primeras horas también para el edema, Frío local (en tandas de 15 minutos y protegiendo la piel) como analgésico y anti edema, pueden ayudarnos los primeros días. Y una vez que la cicatriz haya empezado a aparecer, podremos emplear técnicas manuales como Cyriax para mejorar y acelerar la cicatriz. Baños de contraste alternando agua fría y caliente una vez eliminado el vendaje, ejercicios de propiocepción y fortalecimiento para recuperar fuerza, equilibrio y ejercicios de flexibilidad articular para la movilidad. Aunque siempre deberemos hacerlos bajo la indicación y supervisión de nuestro fisioterapeuta, ya que cada técnica tiene un momento y una forma correcta de hacerse, y si no la respetamos escrupulosamente, corremos el riesgo de “arrastrar” la lesión mucho, mucho tiempo.

TRATAMIENTO CORRECTIVO

No llevar las zapatillas muy sueltas y tener mucha precaución con los terrenos abruptos, pero sobre todo, lo más importante, mira por donde pisas...

3. Sobrecarga del Tibial Anterior

DEFINICIÓN

El Tibial Anterior, es un músculo del que rara vez nos acordamos pues no suele dar demasiados problemas, pero como cualquier músculo, puede contracturarse y sobrecargarse, aunque en este caso sin demasiadas complicaciones.

No obstante, y como no es raro que suframos una sobrecarga en esta estructura con determinados entrenamientos, no está de más que lo conozcamos.

MECANISMOS DE PRODUCCIÓN

Se encuentra situado a lo largo de la tibia, y transcurre hacia abajo por la parte antero externa de la pierna (desde la rodilla hasta el tobillo), y se encarga de extender el pie (levantar la punta) y supinarlo (levantar el borde interno), por consiguiente va a ser un importante “antipronador” que, en caso de que necesitemos controlar un exceso de pronación, y no lo hagamos con unas zapatillas correctas, va a tener que trabajar más de la cuenta frenando la caída “hacia dentro” del pie. También trabajará más de lo normal subiendo cuestas (para que no choquemos con la punta del pie contra el suelo) por medio de una contracción concéntrica, y más todavía bajándolas, pues aquí lo haremos con una contracción excéntrica, que como ya sabemos son bastante más exigentes y por consiguiente, más lesivas.

Cuando corremos sobre terreno mojado y embarrado, dependiendo del tipo de tierra, suele acumularse una importante cantidad de barro bajo nuestras suelas, lo que obliga a estos músculos a levantar más peso, pudiendo provocar una importante sobrecarga, y si a esto le sumamos que suele costarnos más trabajo “despegar” el pie del suelo, al que se encuentra casi adherido por el barro, no es de extrañar, que al día siguiente de realizar un entrenamiento en esas condiciones, sintamos molestias en esa zona. Los corredores madrileños que suelen entrenar en “La Casa de Campo” sabrán a lo que me refiero, pues el terreno parece una tarta de chocolate el día después de haber llovido. Y para los que no lo conozcan, habría que imaginarse corriendo en un terreno con 4 o 5 cm de “Nocilla” bajo nuestros pies. Imagino que no será la única zona de España en la que se den estas condiciones...

Si recordamos las causas de la fascitis plantar, vemos como el uso de chancletas o similares nos obligaban a “agarrarlas” con los dedos en garra para que no se nos escaparan al andar, verdad? Pues no todo el mundo las “agarra” del mismo modo, aunque probablemente se deba más al modelo de chancleta y a su tipo de sujeción, pero es habitual que en ocasiones busquemos que no se nos escapen levantando los dedos de los pies hacia arriba, lo que activa esa cadena cinética sobrecargando también el Tibial Anterior. Así no es raro que tras unos días usando ese tipo de calzado, o después de haber andado más de la cuenta con el, amanezcamos un buen día con dolor en la zona. Ahora ya sabemos por que.

TRATAMIENTO CORRECTIVO

Normalmente, como ya hemos dicho, no suele representar un gran problema, y una o dos sesiones de masaje de descarga y estiramiento suelen ser suficientes, aunque como siempre, dependerá de cada paciente. Eso si, una vez corregido el agente lesivo y posiblemente con un reposo relativo de unos pocos días en los que deberemos evitar las cuestas, sin más.

TRATAMIENTO CORRECTIVO

No abusar de las cuestas, y si vamos a hacer una carrera por montaña por ejemplo con mucho desnivel, deberemos preverlo entrenando progresivamente con tiempo para no cometer excesos de última hora. Entrenar con unas zapatillas adecuadas para nuestro tipo de pisada y vigilar desgastes, pues como ya hemos comentado en muchas ocasiones, una zapatilla dejará de cumplir su cometido pasados un número de kilómetros que dependerán de nuestro tipo de entrenamiento, terreno y peso corporal, entre otros aspectos. Y por supuesto evitar en la medida de lo posible calzados inadecuados de diario como “chanclas” o similares.

Estas lesiones han sido tratadas en “Planeta Running” en artículos dedicados en los siguientes números:

****Fascitis Plantar - publicado en la revista "Planeta Running" N°3 (julio - 2008)***

Todos ellos pueden consultarse en números atrasados o en www.quiquetorralba.blogspot.com

Todos los artículos que he publicado en Planeta Running desde su lanzamiento, pueden consultarse y descargarse desde www.quiquetorralba.blogspot.com, lo que espero contribuya a una mejor

comprensión por parte del lector, sobre todo de aquel que no tiene en su poder todos los números de la revista y tiene interés en lesiones tratadas con anterioridad.

Planeta Running nº25 Mayo de 2010