

Guía Rápida de las Lesiones del Corredor V

Tendinopatía de Pata de Ganso y Tendinopatía de Cintilla Iliotibial.

Enrique García-Torralba Iglesias.

Especialista en Fisioterapia Traumatológica y Deportiva. Fisioterapeuta Colegiado nº 1209 Madrid
quiquetorralba@gmail.com / www.quiquetorralba.blogspot.com

Y seguimos con la rodilla. En el número anterior hablábamos sobre tendón infrarotuliano y Condromalacia Rotuliana, es decir, de la rodilla “por delante”.

Hoy vamos a hacerlo por los lados, el interno con la Tendinopatía de Pata de Ganso, y el externo con la Tendinopatía de Cintilla Iliotibial. Dos viejas amigas de las que ya hemos hablado largo y tendido, pero de las que todavía podemos aprender algo, pues por desgracia siguen estando muy presentes en nuestros entrenamientos a juzgar por la cantidad de consultas que recibo sobre ellas de los lectores.

9. Tendinopatía de Pata de Ganso

DEFINICIÓN

Llamamos Pata de Ganso a la zona alta e interior de la tibia (rodilla) donde se insertan juntos, aunque cada uno con un tendón específico, los músculos; Sartorio, Recto Interno (aductor) y Semitendinoso (Isquiotibial).

Todos ellos vienen desde la pelvis a lo largo del muslo, el Sartorio desde la parte anterior cruzando por delante del cuádriceps, el Recto Interno por la cara interna del muslo desde el pubis y el Semitendinoso por la cara posterior desde la tuberosidad isquiática. Bajan por lo tanto hacia la rodilla formando una “V” hasta su inserción distal en la meseta tibial en su zona antero-interna, justo debajo de su articulación con el Fémur.

Y aunque cada uno va a tener un cometido diferente, por encontrarse en grupos musculares incluso antagonistas, los tres, en conjunto van a tener una importante función estabilizadora lateral de la pierna. Esto va a cobrar un importante papel durante la recepción de la zancada y a lo largo de todo el apoyo unipodal durante la práctica del running.

Por lo tanto, a la afectación de los tendones de estos músculos a nivel de su inserción, o un poco más arriba, cuando pasan por encima del cóndilo interno del Fémur, vamos a llamarla “Tendinopatía de pata de ganso”.

Al tratarse de un grupo muscular que actúa conjuntamente en esa labor de estabilización que comentábamos antes, no es raro encontrarlos afectados, aunque en diferente medida, todos juntos. Pero no debemos olvidar, que cada uno de ellos trabaja en un momento diferente, y con la ayuda de grupos musculares distintos, por lo que normalmente los encontraremos lesionados, o afectados por separado.

En cualquiera de los dos casos, vamos a hablar de Tendinopatía o afectación tendinosa de la pata de ganso, sin riesgo de equivocarnos. Incluso ecográficamente, muchas veces es difícil distinguir el grado de afectación de unos y otros, y acabamos metiéndolos todos en el mismo saco...

MECANISMOS DE PRODUCCIÓN

Una contractura, un acortamiento o una sobresolicitación de uno o varios de los músculos que forman este conjunto, así como un traumatismo directo o microtraumatismos de repetición, alteraciones estructurales de la cadera, rodilla o tobillo podrán conducirnos a sufrir esta lesión.

Muy frecuentemente, una “simple” falta de flexibilidad de los aductores, por no estirar con cierta regularidad, o incluso por no haberlo hecho nunca, van a ser la única causa, ya entre corredores o entre la población sedentaria en general. Yo personalmente, he tratado a varios pacientes (corredores y no deportistas) aquejados de molestias en la zona cuya causa era esta, simplemente enseñándoles a estirar correctamente e instándoles a hacerlo varias veces a lo largo del día. Y creerme si os digo que ha sido más que suficiente para resolver COMPLETAMENTE la lesión.

En la práctica de nuestro deporte deberemos tener especial cuidado con las cuestas, sobre todo cuestas abajo. Con los terrenos resbaladizos, como barro o hielo, que harán que nuestros aductores tengan que

realizar un trabajo extra para evitar que en el impacto de la zancada, nuestro pie se deslice hacia el exterior. Con entrenar muy pasados de peso o con un calzado inapropiado que no amortigüe lo suficiente o que no corrija lo que tenga que corregir, ya sea por exceso o por defecto.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Al tratarse de un dolor localizado en la cara interna de la rodilla, debemos tener cuidado de no confundirlo con otras lesiones como meniscopatía interna o esguince de ligamento lateral interno, por lo que, como siempre, un correcto diagnóstico puede evitarnos muchos problemas. He visto incluso, corredores que en un intento de auto diagnóstico, han confundido los síntomas con condromalacia rotuliana, incluso con tendinopatías de polo inferior de la rótula, lo que por supuesto les ha conducido antes o después a enfrentarse a un tratamiento más prolongado, más costoso, y lo que es peor, a un mayor tiempo de inactividad deportiva.

Es rara la semana que no tengo que contestar algún correo, o comentario en youtube o similares, en los que se me plantea algo como:

“siento un dolor en el talón del pie izquierdo cuando corro o cuando me lleva mi mujer de compras..., ¿que puede ser? ¿que debo hacer?”

Obviamente, ni yo, ni nadie (o eso creo...) puede hacer un diagnóstico con esos datos, y mucho menos plantear un tratamiento concreto. Lo que debe hacer ese corredor, es acudir a que le vean ese talón, y no seguir los consejos de alguien que ni siquiera le ha visto personalmente, ni le ha tocado, pues existen diferentes patologías que pueden estar causándole molestias en esa zona, o en la cara interna de la rodilla, como es el caso.

CLÍNICA

Dolor. Al principio en frío o cuando forzamos en exceso, en cuestas por ejemplo. A medida que se agrava la lesión, sentiremos más dolor, y durante más tiempo, pudiendo, en ocasiones, llegar a impedirnos andar con normalidad.

No es raro que un paciente nos cuente que no puede soportar dormir de lado en la cama, pues al apoyar una rodilla sobre la otra comprimimos la zona afectada, aumentando considerablemente el dolor.

Puede llegar a ser por lo tanto, una lesión muy incapacitante, no ya solo para la práctica del running, sino para la actividad diaria normal.

TRATAMIENTO

Una vez detectada la causa, solo nos queda corregirla. Muy importante van a ser las técnicas miorelajantes como masajes de descarga o técnicas de inhibición por presión. Habrá que hacer paralelamente un tratamiento sintomático y específico sobre los tendones afectados, hielo, y por supuesto, estiramientos, como de costumbre.

Y aunque hemos visto que esta lesión se nos puede complicar bastante, hasta el punto de no permitirnos una actividad diaria mínimamente normal siquiera, es sin embargo, una de las lesiones del corredor que más rápidamente se solucionan. Eso si, aplicando el tratamiento exacto que cada paciente precise.

10. Tendinopatía de Cintilla Iliotibial

DEFINICIÓN Y ESTRUCTURAS IMPLICADAS

En este caso en cambio, la cosa se complica. Y bastante, pues posiblemente sea esta patología una de las más persistentes y difíciles de resolver de las vistas en estas páginas. Recordemos por que.

La cintilla iliotibial es la porción inferior de la fascia lata, que como un enorme tendón, une esta con la tibia, en lo que llamamos Tubérculo de Gerdy, situado en la cara antero externa de la meseta tibial, justo debajo de la articulación de la rodilla en su cara externa.

Especialmente sensible, por el roce al que se encuentra sometido, va a ser la zona que pasa por encima del cóndilo femoral lateral. Un ligero aumento de la tensión en la fascia lata, va a aumentar ese grado de fricción conduciéndonos a la lesión. Y es precisamente ese componente de fricción, lo que hace que esta lesión sea tan pesada, que no complicada, de tratar y resolver.

La fascia lata, discurre por el lateral de la pierna, desde la cresta iliaca hasta la rodilla, y tiene como misión transmitir la fuerza y la acción de los abductores, glúteo medio, menor, porción anterior del glúteo mayor y tensor de la fascia lata, o lo que es lo mismo; el “Deltoides Glúteo”, hasta la rodilla.

MECANISMOS DE PRODUCCIÓN

Ese aumento de tensión puede venir desde arriba, por un acortamiento o contractura de los músculos que forman el deltoides glúteo, o por una alteración mecánica en la pisada o en la rodilla.

Unas rodillas con exceso de varo o más separadas de lo normal, van a llevar a la cintilla a “apoyarse” en exceso sobre el relieve óseo que representa el cóndilo lateral del fémur.

En el caso opuesto, unas rodillas más juntas de lo normal que denominamos como valgo, aunque separan estas dos estructuras disminuyendo el roce, van a provocar que toda la fascia lata se encuentre acortada y retraída, lo que facilita, aunque de otro modo, la tendinopatía.

Aunque quizás el punto más comprometido en la valoración y posterior tratamiento de esta patología, va a ser la implicación de un exceso de pronación del pie, su falta de compensación y su posterior corrección. Me explico:

Durante la fase de apoyo e impulso del pie, este va a apoyarse en mayor o menor medida sobre su borde interno. Esto es lo que llamamos pronación, y es fisiológica, lo que quiere decir que todos pronamos durante esa fase. Lo que ocurre es que mucha gente pronamos en exceso, aunque sea un poco. Esto no tiene por que darnos demasiados problemas en general siempre que sea un grado moderado, y menos en personas sedentarias. Pero en un deporte tan exigente a este nivel como la carrera, puede acarrear problemas más o menos serios. Esta lesión es uno de ellos.

¿de que manera?

La pronación siempre irá acompañada de una rotación interna de tibia, mayor cuanto mas pronunciada sea la pronación. Y esta rotación interna de la tibia va a provocar directamente una tracción de la cintilla iliotibial hacia abajo, además de posicionar su inserción de modo que esta apoye mas sobre el cóndilo. Lo que nos conduce irremediabilmente hacia un aumento del estrés de la estructura y un aumento de la fricción con el hueso.

Este factor va a ser decisivo tanto en la prevención como en el tratamiento de esta patología, y difícilmente vamos a poder resolverla sin tenerlo muy en cuenta.

Yo personalmente, es lo primero que valoro en un paciente aquejado de esta lesión. Analizar su pisada, ver personalmente sus zapatillas y sus plantillas en caso de usarlas, comprobar que ambas son correctas, y remitirle al especialista en caso de no serlo. Por lo que el trabajo conjunto de un fisioterapeuta, un podólogo y un asesor especializado en calzado deportivo, que podéis encontrar en cualquier tienda de running que se precie, va a ser fundamental. De echo, me parece la única forma válida de actuar en casos como este.

Aunque nos falta lo más importante. Todo esto que acabamos de decir sería irrelevante si no se diera un movimiento repetitivo de flexo extensión de rodilla, principal causante de esta situación. Pues va a ser en ese movimiento donde se de la fricción de la que venimos hablando, muy presente por supuesto en este deporte.

Podemos decir por tanto, que es una lesión propia de la carrera y de deportes en los que se de algún tipo de carrera o salto.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

En esa misma zona, o alrededores, podríamos sentir igualmente los síntomas de una lesión de ligamento lateral externo de rodilla, una meniscopatía externa, incluso algún tipo de alteración de la articulación tibio peronea, o del tendón del bíceps crural, que deberemos descartar lo antes posible.

CLÍNICA

Aquí se va a dar un aspecto curioso. Es habitual que el corredor sienta más dolor cuando baja el ritmo de carrera casi hasta el trote, lo que se hace instintivamente frente a cualquier dolor. El motivo es que al correr despacio, relajamos las caderas (los músculos abductores) y la pelvis se desplaza lateralmente en cada apoyo. Esto elonga los músculos que se insertan en la fascia lata (los del deltoides glúteo) y “tira” hacia arriba de ella aumentando la tensión, y por consiguiente la fricción.

Por supuesto que esto no tiene por que darse en todos los pacientes por igual, pues dependerá de diversos factores, pero creo que es lo suficientemente “particular” como para comentarlo.

Por lo demás, como siempre; dolor al solicitar las estructuras implicadas, al correr, al subir y bajar escaleras o saltar, etc...

TRATAMIENTO

Lo primero como siempre, corrección del factor lesivo, donde intervendremos diferentes profesionales como hemos comentado más arriba. El resto es lo habitual, con técnicas relajantes sobre la musculatura implicada, específicas sobre la zona de la cintilla afectada donde se aplica frío con buenos resultados, estiramientos y reposo relativo.

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

* **Tendinopatía de Pata de Ganso** / Planeta Running N° 4 /Agosto de 2008

* **Tendinopatía de Cintilla Iliotibial** / Planeta Running N° 6 /Octubre de 2008

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.