

Síndrome de la Cintilla Iliotibial o Rodilla del Corredor

“Porque un enfermo informado es un enfermo preparado”

El síndrome de la banda iliotibial (un fijo tejido que va desde la cadera hasta la rodilla por la cara externa) es una de las causas más comunes de **dolor en la cara EXTERNA de la rodilla** (en torno 10-15% de lesiones por sobreuso), siendo más frecuente en corredores.

El roce que provoca dolor en la cintilla ileotibial ocurre en torno a los **30º de flexión de la rodilla**.

El síndrome de **fricción de la banda iliotibial** ocurre cuando el tendón largo del músculo **tensor de la fascia lata** roza de manera repetida con la parte exterior de la articulación de la rodilla, concretamente con el cóndilo femoral externo provocando dolor e inflamación, sobretodo en corredores de fondo y por eso a este síndrome se le llama comúnmente **rodilla del corredor**, y cualquiera de los que somos corredores habituales hemos experimentado en menor o mayor medida estos síntomas de dolor externo en la rodilla.

El síntoma principal es el dolor mecánico en la parte externa de la rodilla que se activará



gradualmente y empeora progresivamente con la carrera, siendo más intenso cuantos más kilómetros hemos avanzado. Si la inflamación es suficientemente intensa no nos quedará otra que detener nuestro entrenamiento o la carrera. Clásicamente se acepta que el

descanso del atleta durante un período de tiempo hace que los síntomas desaparezcan, sin embargo, la tendencia a que los síntomas vuelvan es alta si no cambiamos nada.

¿Qué causa el Síndrome de la Cintilla Iliotibial o Rodilla del Corredor?

Existen factores biomecánicos demostrados que hacen al corredor más susceptible de desarrollar este síndrome. Todos estas variantes anatómicas son factores que van a aumentar el roce de la fascia lata en la parte lateral del cóndilo femoral externo:

- Una cintilla iliotibial naturalmente estrecha o ancha puede hacer que seas más susceptible a esta lesión.
- La debilidad en los músculos abductores de la cadera, concretamente el glúteo medio, nos llevará a sobre-tensar la fascia lata.
- La pronación excesiva o una biomecánica pobre del pie (tendencia al pie plano) pueden aumentar el riesgo de esta lesión.
- Otros factores incluyen la diferencia de longitud de las piernas (dismetría), correr frecuentemente en descenso.
- Al igual que otros problemas biomecánicos en la pierna, el exceso de carrera con poco



entrenamiento muscular va a agravar este problema

¿Qué síntomas tiene la Rodilla del Corredor?

Los síntomas del síndrome de la cintilla iliotibial consisten en dolor en la parte externa de la rodilla, más específicamente en el epicóndilo lateral del fémur donde roza el tendón de la fascia lata (o cintilla iliotibial). Aparece en un momento dado de la carrera y empeora gradualmente hasta que el corredor tiene que detenerse. Después de un período de descanso el dolor desaparece habitualmente para regresar cuando la carrera comience nuevamente. El dolor se agrava habitualmente al correr cuesta abajo donde el trabajo de la

fascia lata es mayor. En algunos casos muy agresivos se puede producir incluso un resalta o gatillo al saltar la cintilla por encima del cóndilo, emitiendo un chasquido que se puede confundir con una subluxación de la tibia.

¿Cómo se diagnostica el síndrome de la cintilla iliotibial?

En la historia que nos cuenta el paciente en la consulta ya podemos sospechar de este síndrome. El dolor externo de la rodilla, a diferencia del interno, suele estar debido a pocas causas, entre ellas, el síndrome de la cintilla iliotibial. En la exploración confirmaremos el diagnóstico al presionar el tendón de la fascia lata en la rodilla contra el cóndilo lateral. La resonancia magnética nos ayuda de hecho con más frecuencia a descartar otros diagnósticos más que a confirmar el síndrome de la cintilla, que suele dar imágenes normales.

¿Cómo se trata el Síndrome de la Cintilla Iliotibial?

El tratamiento para este síndrome de fricción necesita combinar varias opciones de tratamiento a la vez. El objetivo principal es reducir el dolor y la inflamación, para a continuación acondicionar los músculos para que la lesión no se repita cuando vuelvas a entrenar a tu ritmo previo. El éxito del tratamiento esta inversamente relacionado con el tiempo de evolución, es decir, a más meses corriendo con dolor, menos probable es que el dolor mejore con terapias locales y programas de musculación. En cualquier caso, siempre vamos a proponer comenzar un tratamiento basado en mejorar los factores biomecánicos demostrados para padecer este síndrome, así como técnicas anti-inflamatorias locales (muy eficaces en los casos agudos). Este tratamiento incluye pilares como:

- **Modificación de la actividad:** Comenzaremos suspendiendo o modificando temporalmente las actividades que te provocan dolor y cambiar a actividades de bajo impacto como el ciclismo, la elíptica y la natación. Cambios en la superficie de entrenamiento o calzado es otras de las opciones que debemos evaluar.
- **Crioterapia y AINES Locales:** Acostúmbrate a aplicar terapia de frío o hielo para reducir el dolor y la inflamación cada vez que llegues a casa. Se debe aplicar hielo de 10 a 15 minutos 2 o 3 veces al día combinándolo con pomadas de diclofenaco o dexketoprofeno. Una buena rutina es ponerlo después de hacer ejercicio para garantizar que el dolor no regrese.
- **Infiltración de corticoides:** En casos de mucha bursitis podemos valorar la infiltración de corticoides, los cuales dan un rápido alivio, pero no ayudan a mejorar el pronóstico.
- **Fisioterapia:** masajes deportivos para liberación miofascial ,TENS , ultrasonido , punción seca o la acupuntura.

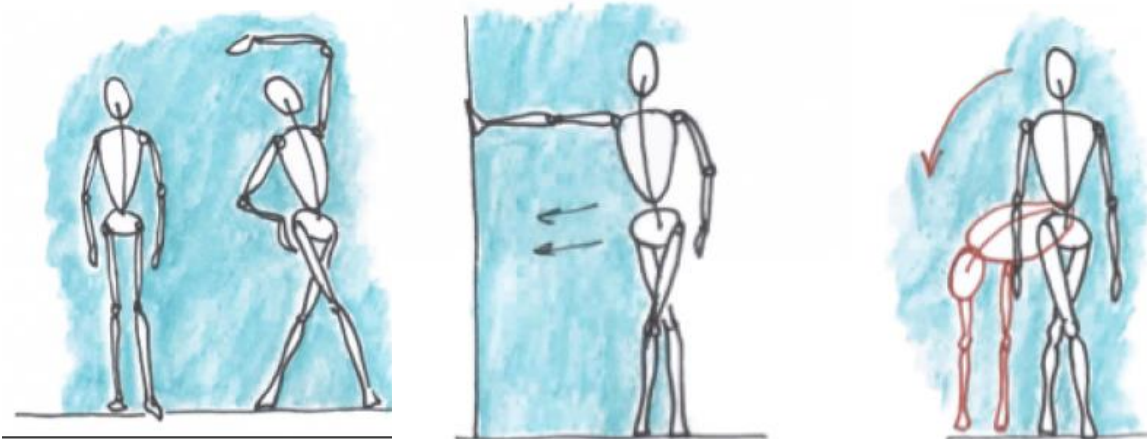
– **Ejercicios de musculación:** Mejorar la fuerza de los músculos en la parte exterior de la cadera evitará que la rodilla gire hacia dentro al correr, y por lo tanto ayudará a reducir la fricción en el tendón de ITB en la rodilla. En particular, son importantes los ejercicios de fortalecimiento para el músculo tensor de la fascia lata y el glúteo medio.

– **Vuelta progresiva “correcta”:** Los errores en el entrenamiento deben ser identificados y corregidos.

Si todo lo anterior falla, en casos de fascia lata muy fibrosada, o casos donde la “prisa por competir” apremia se indica una intervención quirúrgica.

ESTOS PRIMEROS **EJERCICIOS ESTIRAN LA FASCIA LATA** EN DIFERENTES POSICIONES.

SE RECOMIENDA COMENZAR AL MENOS CON 5 REPETICIONES EN 2 / 3 TANDAS Y MANTENER LA POSTURA AL MENOS 10 SEGUNDOS.



SE PUEDE SEGUIR CON ESTOS EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO AYUDADOS DEL APOYO EN UNA BARRA



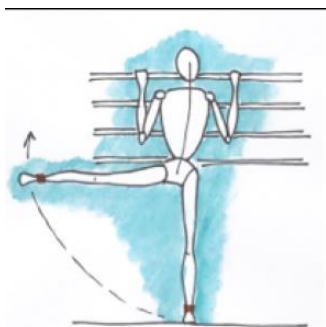
Y FINALMENTE EN EL SUELO FORZANDO PAULATINAMENTE MÁS LA BANDA ILIOTIBIAL



AHORA SEGUIREMOS CON **EJERCICIOS DE POTENCIACIÓN DE GLÚTEO MEDIO**

EMPEZAMOS CON LOS MÁS SUAVECITOS Y VAN SUBIENDO EN DIFICULTAD. MÍNIMO TRES SERIES DE 15-25 REPETICIONES

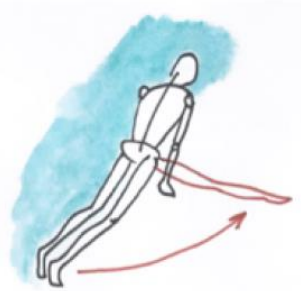
SIEMPRE EMPEZAMOS CON ESTIRAMIENTO GENERAL DE MUSLO Y PIERNA



SEGUIMOS CON SEPARACIÓN DEL MUSLO APOYADOS, QUE SI ES MUY SENCILLA SE PUEDE AUMENTAR CON PESAS EN LOS TOBILLOS



SE PUEDE AUMENTAR A CONTINUACIÓN LOS GRADOS DE SEPARACIÓN SI ES POSIBLE



FINALMENTE ACABAMOS DE NUEVO CON LOS ESTIRAMIENTOS GENERALES

