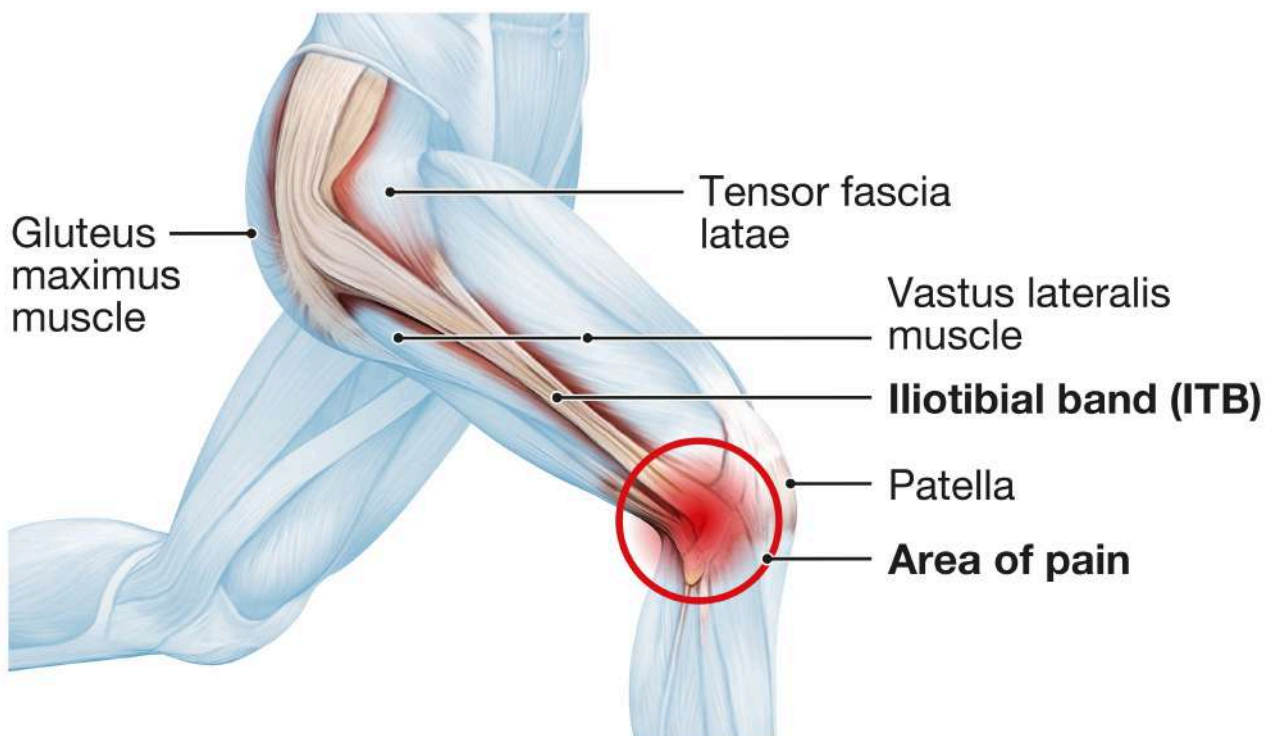


Síndrome de la Cintilla Iliotibial o Rodilla del Corredor

El síndrome de la banda iliotibial (un tejido fijo 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 **30° de flexión de la rodilla**.

Iliotibial Band Syndrome



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; ocurre 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



S. Cintilla iliotibial

Corredores



Medicine



Causas de que provocan la rodilla del corredor

Existen diferentes factores que pueden influir en la aparición de la rodilla del corredor:

1. Errores en el entrenamiento:

- No seguir un programa progresivo y controlado de entrenamiento.
- No hacer un trabajo previo o paralelo de refuerzo de grupos musculares grandes (cuádriceps, glúteo, isquiotibiales) que nos estabilicen correctamente rodilla y cadera.
- Calentamiento y estiramiento insuficientes.
- Uso de calzado inadecuado.
- Cambio de superficie y pendiente de entrenamiento (la molestia suele iniciarse en bajadas)

2. Errores de técnica de carrera:

- Un apoyo excesivo de talón que provoca excesiva extensión de rodilla, perdiendo además amortiguación.
- El “overstriding” o intento de alargar la zancada manteniendo el tronco rígido y vertical.

3. Factores individuales:

- Alteraciones de la estática y dinámica: Arqueo de rodillas o genu varo, rodillas en X o genu valgo, hiperpronación de pie y tobillo que durante la marcha pueden provocar las alteraciones mencionadas anteriormente.
- Dismetría de extremidades inferiores (tener una pierna más larga que la otra).
- Desequilibrios musculares debidos a una mala postura estática corporal.
- Epicóndilo femoral externo muy prominente.
- Hiperlaxitud cápsulo-ligamentosa.
- Edad

¿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 resaca 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 al ritmo previo. El éxito del tratamiento está 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 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 otra de las opciones que debemos evaluar. Deben suspenderse los rodajes largos y con cuestas abajo. Puede continuarse con trabajo de musculación. Uno de los inconvenientes de esta lesión es que a veces no deja hacer tampoco trabajo alternativo como elíptica, bicicleta o natación porque la rodilla realiza un gesto parecido y también molesta. Hay que revisar la pisada y valorar la necesidad de utilizar plantillas a medida para corregir la pronación y la dismetría si es que existen.

– **Crioterapia y AINES Locales:** Acostúmbrese a aplicar terapia de frío o hielo para reducir el dolor y la inflamación cada vez que llegue 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.

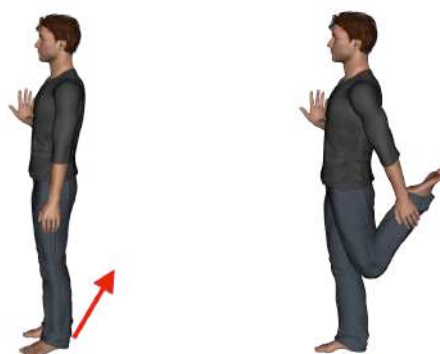
Si todo lo anterior falla, en casos de fascia lata muy fibrosada, o casos donde la “prisa por competir” apremia se indica una intervención quirúrgica.



EJERCICIOS CINTILLA ILEOTIBIAL

Los ejercicios descritos a continuación están destinados al tratamiento de el síndrome de la cintilla iliotibial. Se recomienda comenzar con repeticiones de cada ejercicio descansando al final de cada uno. Pudiendo posteriormente aumentar hasta realizar dos series de 15.

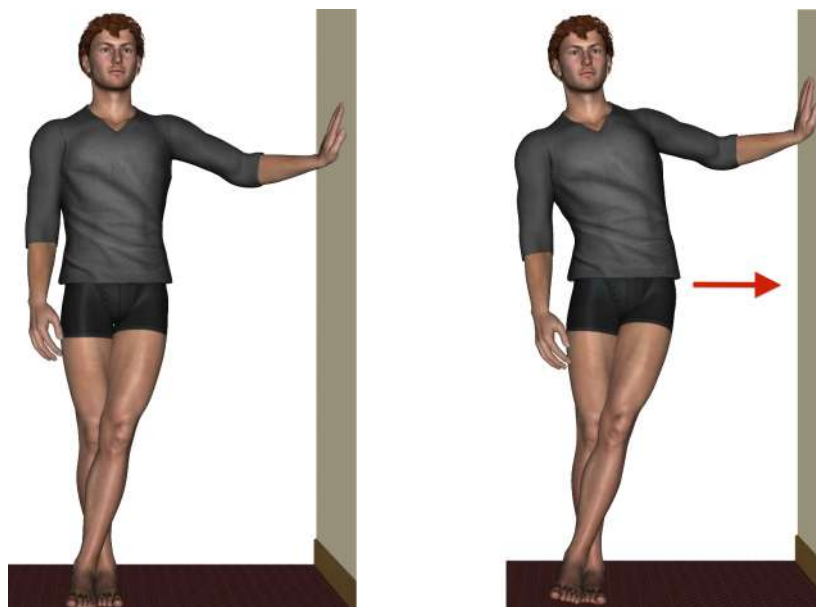
1. **Estiramiento de Cuádriceps:** Póngase de pie junto a una pared, con la pierna sana al lado de la pared. Apóyese en la pared con la mano para mantener el equilibrio. Con la otra mano, sujete el tobillo del lado lesionado y lleve el talón hacia el glúteo. No doble la espalda. Mantenga las rodillas juntas. Mantenga durante 15-30 segundos y relaje.



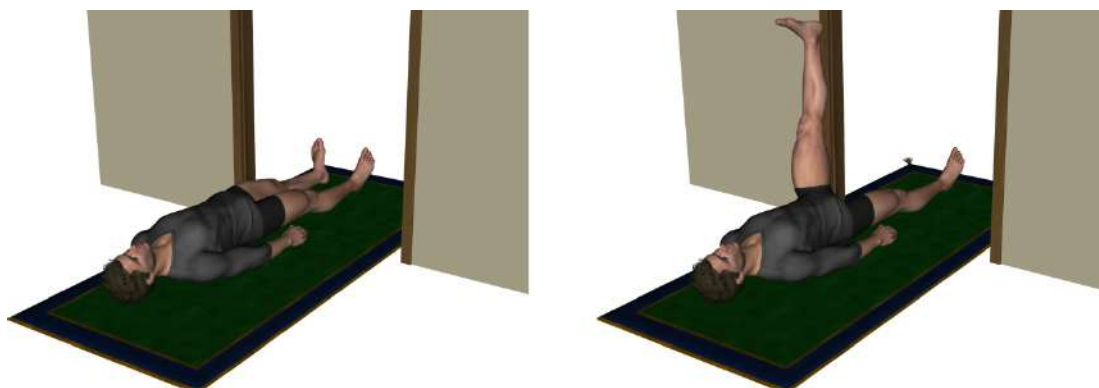
2. **Estiramiento de la banda iliotibial de pie:** Cruce la pierna sana por delante de la afectada y agáchese sin doblar las rodillas, intentando tocar la punta de los pies con las manos. Mantenga la posición durante 15-30 segundos y vuelva a la posición inicial.



3. **Estiramiento de la banda iliotibial apoyado:** Póngase de pie junto a una pared, con el lado lesionado más cerca de la pared. Coloque una mano en la pared para apoyarse. Cruce la pierna sana sobre la otra pierna manteniendo el pie afectado apoyado en el suelo. Incline la pelvis (caderas) hacia la pared sin doblar el brazo de apoyo. Mantenga la posición durante 15-30 segundos y vuelva a la posición inicial.



4. **Estiramiento isquiotibiales en la pared:** Acuéstese boca arriba, con las nalgas cerca de una puerta y las piernas estiradas como indica el dibujo, manteniendo la pierna afectada cerca de la pared. Levante la pierna lesionada y apóyela contra la pared al lado del marco de la puerta, manteniéndola lo mas recta posible. Debe notar un estiramiento en la parte posterior del muslo. Mantener la posición de 15 a 30 segundos y volver a la posición inicial.



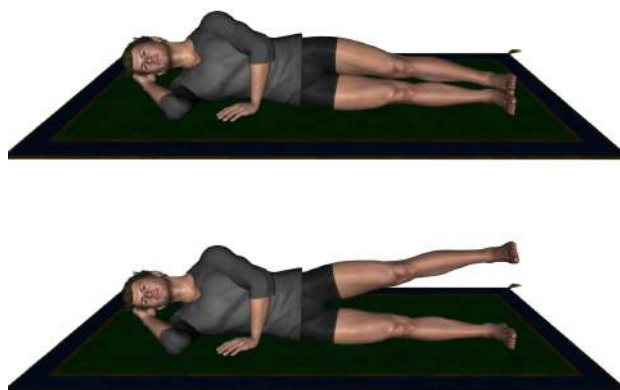
5. **Estiramiento glúteos:** Acuéstese boca arriba con las piernas dobladas. Apoye el tobillo de la pierna lesionada sobre la rodilla de la otra pierna. Sujete el muslo de la pierna sana y aproxímelo al pecho. Debe sentir un estiramiento en el glúteo del lado lesionado y posiblemente a lo largo de la cara externa de la cadera. Mantener durante 15-30 segundos y volver a la posición inicial.



6. **Estiramiento de la cadera en prono:** Acuéstese boca abajo con las piernas estiradas. Contraiga los músculos abdominales tratando de llevar el ombligo a la columna. Contraiga los músculos del glúteo y el muslo de la pierna lesionada y levántela del suelo una cuarta (20 cm). Mantenga la pierna estirada. Mantener durante 5 segundos y luego bajar la pierna y descansar.



7. **Elevación de la pierna en decúbito lateral:** Acuéstese sobre su lado sano. Contraiga los músculos de la cara anterior del muslo de la pierna afectada y levante la pierna unos 20-25 cm. Mantenga la pierna estirada unos 10 segundos y bajar lentamente.



8. **Estiramiento Cintilla iliotibial de pie:** De pie, coloque la pierna afectada por detrás de la sana y incline el tronco hacia el lado sano, apoyando la mano del lado sano en la cintura y pasando el brazo del lado afectado estirado por encima de la cabeza. Mantener unos 10 segundos y volver a la posición inicial.





Cirugía para el síndrome de la Cintilla Iliotibial

Si bien hay técnicas clásicas en las que se hace un alargamiento abierto de la fascia lata o z-plastia, se ha visto que esta actuación puede provocar a largo plazo una deformidad de la pierna (en varo). Por otra parte el perfil de pacientes que sufrís el síntoma de la cintilla, no podéis permitir una pérdida de potencia muscular tan importante. Existe también una técnica mínimamente invasiva, quitando el tejido inflamatorio que causa dolor y ajustando la tensión de la cintilla para que no vuelva a repetirse el cuadro realizando una artroscopia de toda la rodilla de manera rutinaria para confirmar el estado del cartílago/menisco y tratar la inflamación sinovial de la parte externa de la rodilla, y a continuación realizar una resección artroscópica del tejido inflamatorio entre el cóndilo femoral externo y la cintilla, esculpiendo incluso el cóndilo en los casos que se encuentren pequeños espolones.

Posteriormente se realiza un alargamiento controlado de las fibras posteriores del tendón de la cintilla iliotibial, bien por una mínima incisión lateral o preferiblemente de manera percutánea (sin abrir), guiándonos por visión de ecografía y/o por artroscopia. La recuperación de esta intervención implica musculación desde la semana 2 y carrera progresiva desde la semana 6, acortando muchos los plazos frente a otras intervenciones.