

LESIONES DEPORTIVAS EN CORREDORES

Juan Pablo Martínez Cano, MD, MSc - Ortopedia y Traumatología deportiva

INTRODUCCIÓN

Hoy escribo como médico pero también como corredor. Por eso hay que empezar diciendo que los corredores somos unos apasionados con este deporte. Se convierte en una adicción. No se corre de vez en cuando, se hace por lo menos 5 días a la semana. Y los días que no corremos, quedamos incompletos. Eso es lo que siente un corredor, una sensación que parecería que sólo la entiende quien ha corrido. Tal vez por eso las lesiones deportivas son tan sentidas en este gremio de atletas, nadie quiere parar de correr.

En el mundo hay una tendencia cada vez mayor hacia correr y Colombia no es ajena a este fenómeno. En los últimos 15 años la gente ha empezado a correr mucho más que antes y esto se explica en gran parte por el aumento en las enfermedades cardiovasculares, que ha enviado un mensaje claro a una sociedad que ahora busca en la alimentación apropiada y en el deporte, mantenerse sana. ¿Y qué forma más sencilla de hacer deporte que correr? Sólo se necesita voluntad y volcarse al pavimento. Es gratis, es fácil, no se necesita de nadie más, se puede hacer a cualquier hora y puede durar el tiempo que se desee. Estos son algunos motivos por los que la gente sigue eligiendo correr.

Contrario a lo que algunos podrían pensar correr es uno de los deportes con menos lesiones asociadas, si se compara contra el conjunto de todos los demás deportes la incidencia de lesiones es entre 2 y 2.5 veces menor para los atletas, y 6 veces menor que deportes arriesgados como esquiar en la nieve. Las tres causas más frecuentes de lesiones en los corredores son: la progresión rápida en el kilometraje semanal (en especial después de los 60 kms/semana), correr sin estar recuperado por completo de una lesión previa y entrenar para una competencia (que lleva consigo esfuerzos adicionales). Ser un corredor veterano es, por otro lado, un factor protector. Al parecer, se aprende a “oír el cuerpo” y hacer los ajustes necesarios para evitar una lesión.

Salvo algunas excepciones, como el maestro Haruki Murakami (autor de “De qué hablo cuando hablo de correr”), extraordinario escritor y además corredor, la mayoría de los corredores sufren lesiones. Una corredora experimentada me decía un día que con el tiempo entendió que lo más satisfactorio para un corredor no es bajar su tiempo en la media maratón o terminar su primera maratón. No. Lo mejor es lograr llegar al día de la carrera sin haber tenido lesiones en la preparación. Estirar en la línea de salida con esa tranquilidad. Quienes se han lesionado entienden de lo que estoy hablando.



¿CÓMO EVITAR LESIONES DEPORTIVAS EN ATLETAS?

En casi todos los casos las lesiones de los corredores son prevenibles. Aunque parezca difícil de entender, no siempre se trata tan sólo de correr, hay una serie de actividades y planes que debe seguir un corredor. Algunas recomendaciones importantes para prevenir lesiones incluyen un juicioso plan de estiramiento diario que se extienda a los principales grupos musculares comprometidos como son los isquiotibiales (parte trasera del muslo), la bandeleta iliotibial (parte lateral del muslo), el complejo gastrosoleo (pantorrilla) y el recto anterior (parte delantera del muslo). El estiramiento debe ser antes y después de realizar la actividad física.

El fortalecimiento muscular de miembros inferiores es de vital importancia, no sólo en la pretemporada sino durante toda la preparación para una carrera. Se debe realizar por lo menos una vez a la semana. Fortalecer los miembros superiores pareciera no tener relevancia, sin embargo, el braceo ayuda a mantener el equilibrio, haciéndolos más eficientes al correr y así, más rápidos. Los zapatos no se deben escoger por sus colores sino pensando en que su diseño sea para correr y que el modelo seleccionado se ajuste apropiadamente al tipo de pisada de cada corredor.

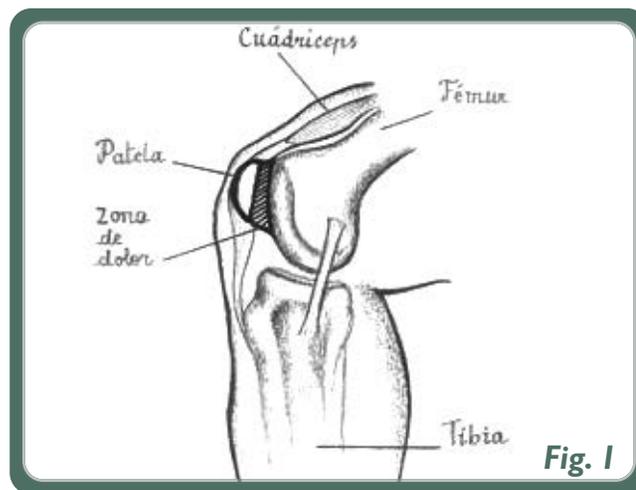
Finalmente, si está entrenando para una carrera y debe ir aumentando la distancia semanal que corre, debe hacerse lentamente, idealmente siguiendo un plan de entrenamiento ya sea con un entrenador o en internet donde se consiguen muchos modelos de entrenamiento.

La buena noticia es que la mayoría de estas lesiones ortopédicas en los corredores se pueden resolver exitosamente sin cirugía. Aquí se exponen las características, sintomatología y elementos que permitan reconocer las lesiones más comunes en los corredores.

DOLOR ANTERIOR DE RODILLA

También conocido como dolor patelofemoral, condromalacia o “rodilla del corredor”, el dolor anterior de rodilla es una de las entidades más frecuentes en el corredor principiante y de no ser corregido rápido puede progresar en intensidad. Típicamente, es una molestia en la rodilla que permite correr, pero va a impedir el incremento en kilometraje y velocidad. Ya que aparece muy pronto puede desestimular al corredor “nuevo”.

Se localiza en la parte delantera de la rodilla y se origina en la articulación de la rótula/patela con el fémur (Figura 1). Suele empeorar con las cuclillas o al subir y bajar escaleras. La mayoría de los pacientes tienen debilidad en el cuádriceps y falta de estiramiento global, y este es el objetivo principal del tratamiento. Que se fundamenta en la fisioterapia, medidas locales y analgésicos. Una vez instaurado el manejo se resuelve relativamente rápido y permite retornar a la actividad física pronto.

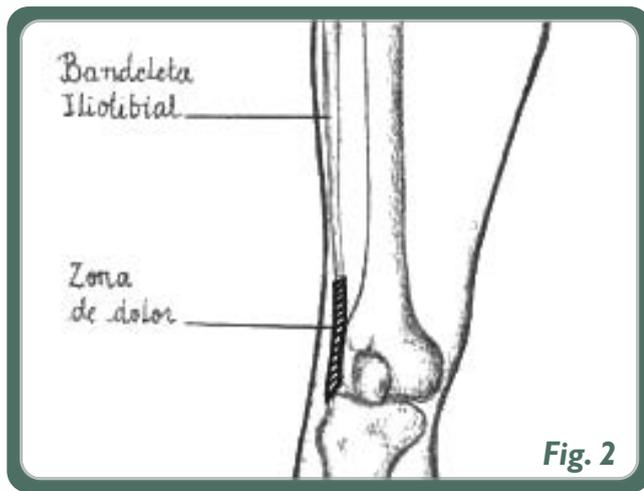


SÍNDROME DE BANDELETA ILIOTIBIAL

La bandeleta iliotibial es el tendón del músculo tensor de la fascia lata, músculo que se origina en la pelvis, avanza por la región externa del muslo y termina como bandeleta en la parte lateral de la rodilla. El dolor se ubica en esa zona, en la cara lateral de la rodilla (Figura 2), aparece después de correr y puede durar un par de días. De no ser corregido, empeora en intensidad, en duración y en limitación no sólo para correr sino para caminar. Lo que se inicia como un dolor tolerable se convierte en un dolor que obliga a parar y dejar de correr.

Es una entidad de sobreuso, lo que quiere decir por sobrecarga muscular. Así, se presenta con más frecuencia en los corredores que superan los 60 km a la semana y que típicamente están en el punto más alto y exigente de preparación para una maratón. El ascenso y especialmente el descenso de colinas lo favorecen.

Es fundamental el tratamiento precoz, hay que dejar de correr y mantener la condición cardiovascular con otra actividad física como la elíptica, arc trainer o bicicleta. El hielo local, cambio de zapatos, fisioterapia y paciencia, hacen parte del manejo de esta condición.



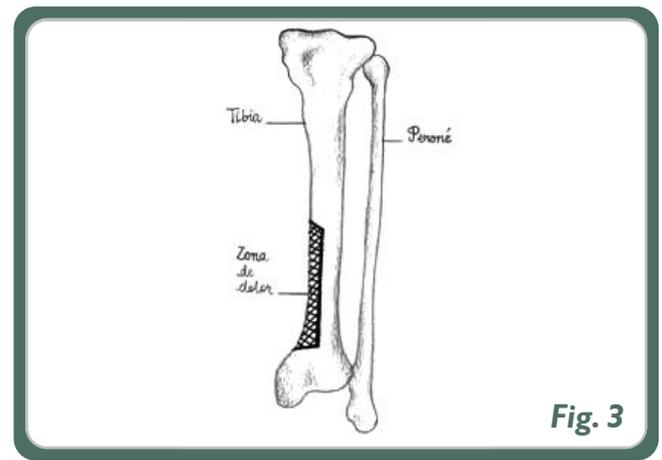
SHIN SPLINTS

Este es el término para el dolor en la tibia, específicamente en la parte interna y delantera de las piernas debajo de la rodilla y encima del tobillo (Figura 3). También se trata de una enfermedad por sobreuso y se presenta en corredores que pueden haber cambiado de superficie, que aumentan muy rápido el kilometraje o la intensidad con la que corren.

Hay tres orígenes para este dolor:

1. Una fractura por estrés (de la tibia).
2. Periostitis de la tibia (inflamación del periostio o membrana que recubre el hueso de la tibia y que recibe las inserciones de los músculos de la pierna).
3. Síndrome compartimental del ejercicio (un aumento anormal en las presiones que hay entre los músculos, lo que implica dolor).

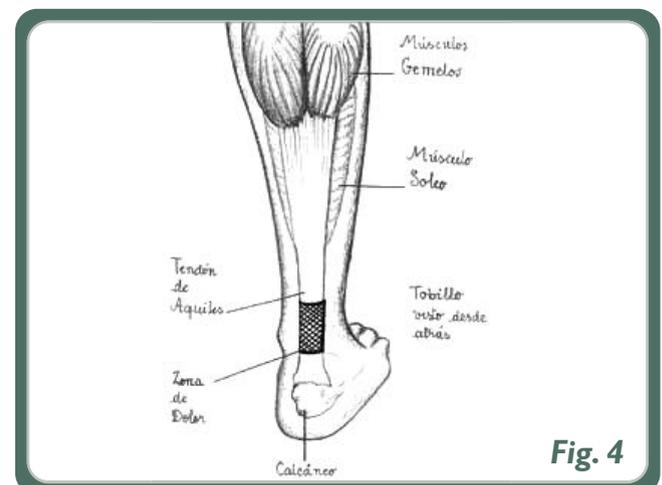
El diagnóstico de “Shin Splints” requiere por lo general de la toma de algunos exámenes paraclínicos que variarán dependiendo del enfoque que se haga según el origen del dolor. El tratamiento también depende de la causa, pero en todos los casos hay que dejar de correr por un tiempo. En las fracturas por estrés obliga a suspender cualquier actividad que implique impacto por un par de meses; en las periostitis hay buena respuesta con la terapia física; y en el síndrome compartimental del ejercicio puede requerir intervención quirúrgica para un alivio definitivo.



TENDINOPATÍA DEL AQUILES

Se caracteriza por dolor y edema en la parte posterior del tobillo, sobre el tendón de Aquiles (Figura 4), y disminución en la movilidad. Este es el tendón en el que terminan los músculos gemelos y soleo en el calcáneo. El dolor puede estar dado por inflamación (tendinitis) o por degeneración (tendinopatía) del aquiles. Nuevamente es un problema por sobreuso en el corredor, más frecuente cuando hay pobre estiramiento, cuando los zapatos de correr tienen poco acolchado en el talón y cuando se ha aumentado la intensidad de los entrenos. Hay factores de riesgo en relación con el tipo de pisada como ser sobrepronador (término con el que se describe la pisada de quienes apoyan más la parte interna del pie).

En el caso de las tendinosis, si continúan avanzando pueden terminar en ruptura completa del tendón de aquiles, una situación mucho más severa e incapacitante. Su manejo incluye la aplicación de hielo, el uso de plantillas, cambio de zapatos de correr y la fisioterapia. Las infiltraciones con esteroides están contraindicadas pues aumentan el riesgo de ruptura del tendón. La cirugía puede ser útil en algunos casos severos que no responden a otros tratamientos.

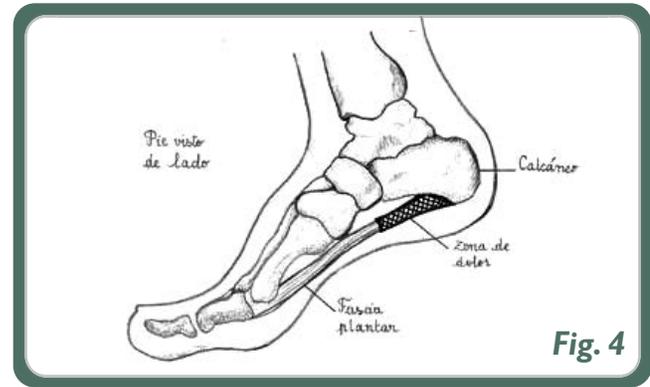




FASCITIS PLANTAR

La fascitis plantar es la responsable de la mayoría de los dolores en el talón y en la planta del pie de un corredor. Algunos factores de riesgo incluyen el sobrepeso, uso de calzado plano o de tacones altos. En los corredores se presenta con el aumento en frecuencia y duración de los entrenamientos, cambios en el terreno, por el empleo de zapatos inadecuados para el tipo de pisada, o por el uso de zapatos muy gastados (los zapatos se deben cambiar cada 500-700 km), pues pierden la capacidad para amortiguar en la zona del talón.

La sintomatología consiste en dolor plantar, hacia el talón (Figura 5), que es peor con los primeros pasos de la mañana o después de correr. El tratamiento puede requerir unos días de reposo según la intensidad, aplicación de hielo local en la planta, fisioterapia enfocada en el estiramiento de la fascia plantar, cambio de zapatos de correr y anti-inflamatorios. Si no hay mejoría se puede infiltrar. Es muy raro que requiera cirugía.



RECOMENDACIONES GENERALES

- Hielo local y anti-inflamatorios en el momento agudo del dolor.
- Plan de rehabilitación física diseñado según el problema.
- Evaluación médica del tipo de apoyo durante la marcha para seleccionar el calzado acorde para correr (es muy frecuente que los corredores usen los zapatos opuestos a los que necesitan).
- Puede ser necesaria una infiltración según el problema.
- En un porcentaje pequeño puede ser necesaria una intervención quirúrgica.
- Colocación de bandas elásticas sobre la piel tipo kinesiotaping.

El paciente es el principal protagonista de su recuperación y la familia la primera colaboradora.

Comité Editorial:

- | | | | |
|-----------------------------------|-------------------------------|----------------------------|--------------------------------|
| • Dr. Martín Wartenberg | • Nancy Montes de Oca Escobar | • Dra. Marisol Badiel | • Dra. Sonia Jiménez Suárez |
| • Dra. Martha Ligia López de Mesa | • Dr. Jaime Orrego | • Dr. Carlos Alberto Cañas | • Dra. Karen Feriz |
| • Dra. Diana Prieto | • Dr. Jorge Madriñán | • Dr. Carlos Serrano Reyes | • Enfermera Ma. Elena Mosquera |
| • Dr. Pablo Barreto | • Dr. César Augusto Arango | • Dr. Jaime Andrés Barreto | • Enfermera Julia Alba Leal |
| • Dra. Zamira Montoya | | • Óscar A. Escobar | |

Los conceptos y opiniones contenidos en los artículos de la Carta de la Salud, corresponden únicamente al de los autores y editorialistas. Esta publicación pretende mejorar su información en temas de la salud en general. Las inquietudes que se relacionen con su salud personal, deben ser consultadas y resueltas con su médico.

Dirección: Carta de la Salud - Fundación Valle del Lili - Cr. 98 # 18-49 - Tel.: 331 9090 - Fax: 331 7499 - Santiago de Cali
e-mail: cartadelasalud@fcvl.org

Esta publicación de 30.000 ejemplares, es cortesía de:



EL PAIS
El Diario de nuestra gente

 **FUNDACIÓN VALLE DEL LILI**
Excelencia en Salud al servicio de la comunidad

 **FUNDACIÓN VALLE DEL LILI**
UNIDAD DE APOYO SOCIAL