

## RODILLA DE CORREDOR

El recorrido de mi vida deportiva y el gran número de deportistas que pasan por mis consultas me han permitido comprobar que damos aproximadamente 2.000 pasos cuando corremos un kilómetro a un ritmo de 4 minutos. Además, en cada apoyo para dicho paso, nuestra rodilla soporta entre 3 y 4 veces nuestro peso corporal. Es decir, cuando participamos en una carrera popular de 5 kilómetros con el objetivo de llegar a meta en unos 20 minutos, nuestras rodillas tendrán que estirarse y flexionarse más de 10.000 veces, soportando un esfuerzo equivalente al triple de nuestro peso. A esto hay que añadir las pisadas que se dan durante el calentamiento y durante la “vuelta a la calma”.

Uno de los elementos músculo-tendinoso que más se “sobrecarga” es la banda o cintilla iliotibial. Se manifiesta con dolor en la parte externa de la rodilla mientras corres, andas o vas en bici. Comienza con una ligera molestia durante el primer y segundo día, que se va intensificando en los rodajes, de manera que a los 10-20



minutos del comienzo te obliga a parar. En reposo no suele molestar pero a la siguiente vez que realizas esa misma actividad el dolor aparece en el mismo o menor intervalo de tiempo y se hace más intenso. El punto de máximo dolor se siente cuando la rodilla está flexionada a 30°, es decir, cuando el ritmo de carrera es lento. La cintilla iliotibial a 30° de flexión sufre el máximo rozamiento con la zona que más sobresale de la cara externa de la rodilla (cóndilo femoral externo). Cuanto más intensamente roza y más veces roza, más probabilidad hay de que la cintilla se inflame. Por el mecanismo de producción, algunos autores lo han dado en llamar el “síndrome del limpiaparabrisas”

Por otro lado, hay factores internos y externos que favorecen este síndrome: alteraciones de la pisada, mala alineación de los miembros y disimetría, debilidad de los músculos (en especial del glúteo medio), el aumento en volumen o intensidad de los entrenamientos, carreras cuesta abajo, calzado inadecuado o desgastado, falta de descanso, mala alimentación, mala hidratación, ...

El diagnóstico es fundamentalmente clínico, de ahí la importancia de una valoración especializada, ya que muchas veces las pruebas de imagen, Rx, RMN, etc no son válidas. Las medidas antiinflamatorias fracasarán si no se interrumpe la carrera a pie o la bicicleta. Las infiltraciones con corticoides permiten un rápido control de los síntomas inflamatorios, pero no solucionan el problema de base. Sería conveniente hacer un estudio biomecánico de la pisada que valore la prescripción de plantillas a medida y la necesidad o no de un alza en caso de disimetría.

Según la intensidad de los síntomas y la evolución de los mismos, se puede comenzar la vuelta al deporte progresivamente. Deben evitarse carreras cuesta abajo en las primeras semanas de reincorporación a los entrenamientos. La mayoría de los corredores bien diagnosticados y tratados se recuperan en aproximadamente 6 semanas. La cirugía no se descarta en los casos rebeldes.



### Dr. Emilio L. Juan García

Médico Especialista en Cirugía Ortopédica y Traumatología  
Director del Instituto Aragonés de la Rodilla (INAROD)

[www.larodilla.es](http://www.larodilla.es)