

EL CORREDOR POPULAR



Marzo
2013

Rafa Moratalla

El corredor popular, sus lesiones más habituales, causas que las producen, consejos para prevenirlas y evitarlas. ¿Cómo puede el terapeuta ayudar a su paciente corredor? Son algunos de los temas que se tratan en este documento, no sólo desde el análisis, sino también bajo un punto de vista personal.

EL CORREDOR POPULAR

UN DEPORTE, UNA PASIÓN, UNA FILOSOFÍA

INTRODUCCIÓN

A lo largo de las últimas décadas, el número de aficionados al *running* (término inglés muy extendido y utilizado para definir la carrera a pie) ha ido creciendo de manera muy importante.

Últimamente, es muy habitual ver en cualquier gran ciudad que cada domingo se celebran carreras populares en las que participan miles de personas de diferentes edades y de ambos sexos. El *running* está de moda. Las marcas de ropa deportiva patrocinan gran número de eventos de este tipo. Existe gran variedad de revistas especializadas que tratan el tema, y van naciendo nuevas modalidades para practicar este deporte, que ayuda a mantenerse en forma, contribuye a las relaciones sociales entre sus practicantes y ha llegado a crear una corriente en torno a una vida más sana.

El número de personas que practican este deporte en nuestro país está creciendo a pasos agigantados. Prueba de ellos es que las carreras que se llevan a cabo batan records año tras año de participantes inscritos. Y también aumenta el número de pruebas que se celebran en nuestro país; así como la variedad de ellas en cuanto a distancia, tipo de carrera, causas benéficas, época del año en que se desarrollan, etc. Si damos un paseo por cualquier población, ya se trate de una pequeña localidad o de una gran ciudad, es fácil que por sus calles, parques, caminos o carreteras nos encontremos con algún corredor que disfruta de su entrenamiento.

Por norma general, el corredor popular comienza a practicar este deporte por diferentes motivos: tratar de perder algo de peso, intentar llevar una vida más sana, o como un propósito más de principios de cada año. Por tratarse de un deporte que no requiere de gran despliegue logístico, (es suficiente con unas zapatillas y un espacio abierto donde practicarlo) es el elegido por muchas de las personas que se deciden a cambiar los hábitos sedentarios de su vida diaria.

Pero muchos de los que comienzan a practicarlo de manera ocasional, acaban seducidos por el mismo de tal forma, que éste se convierte prácticamente en una forma de vida y le dedican gran parte de tiempo, llegando a participar en carreras de larga distancia y preparándose para ello con largos entrenamientos que ocupan gran parte de su calendario de ocio y agenda social. El tratar de rebajar una marca, aumentar las distancias de los entrenamientos y las carreras en que se participa, formar parte de un club o grupo de entrenamiento, son los siguientes pasos de quien se acaba convirtiendo en un corredor de fondo.

Sin embargo, la falta de conocimiento que en un principio se tiene sobre este deporte y las prisas por prosperar más rápidamente de lo recomendable, suelen llevar al corredor a cometer excesos en su práctica deportiva que le acaban pasando factura en forma de lesión. Además, la persistencia en seguir practicando la carrera cuando se comienzan a notar los primeros síntomas de una lesión, hacen que ésta se agrave y que su tratamiento o cura se prolongue en el tiempo más de lo deseado.

LAS LESIONES

Nadie duda de los beneficios de practicar deporte de forma regular y estructurada: mejor función cardiovascular, incremento de la fuerza muscular y aumento de la flexibilidad, todo ello contribuye a una mayor calidad de vida. Sin embargo, uno de los pocos inconvenientes del ejercicio es una mayor propensión a las lesiones.

Mientras que una lesión física en general puede ser definida como cualquier tensión en el cuerpo que impide que el organismo funcione adecuadamente y da como resultado que el cuerpo precise un proceso de reparación, una lesión deportiva se puede definir además como cualquier tipo de lesión, dolor o daño físico, que se produce como resultado del deporte, la actividad física o el ejercicio.

El *running* es un deporte que castiga en exceso las articulaciones, sobre todo en las extremidades inferiores, aunque también se pueden producir algunas lesiones en columna a nivel dorsal y lumbar, ya que el atleta somete a su cuerpo a una gran cantidad de impactos a lo largo de un entrenamiento o carrera.

¿CÓMO EVITARLAS?

Existen muchos factores que pueden influir para que un corredor sufra una lesión, pero según mi criterio, el factor más extendido con el que nos solemos encontrar es que al corredor le cuesta mucho aprender a “escuchar a su cuerpo”.

Para el corredor, siempre es mal momento para tomar un pequeño descanso de unos días para recuperarse o reponerse de una lesión. Los corredores que menos se lesionan son aquellos que acaban por asumir que deben prestar atención a los mensajes que su propio cuerpo les traslada, es decir, tratar de bajar el nivel de exigencia o descansar cuando se detectan los primeros síntomas de una posible lesión. Pero no nos engañemos, este tipo de corredor prácticamente no existe. El atleta le exige constantemente más a su cuerpo, olvidando en ocasiones los dictados del sentido común, e incluso exponiéndose a situaciones verdaderamente peligrosas para su salud. Por supuesto, pueden existir excepciones que confirmen la regla, pero no es lo habitual.

Una buena forma de recuperarse para el corredor es el “descanso activo”. Se trata sin lugar a dudas de una de las mejores estrategias para recuperarse, reponerse o evitar lesiones. Hacer ver a nuestro paciente que el descanso durante unos días es necesario y que este puede consistir en alternar con la práctica de otras actividades deportivas como la natación o el ciclismo, calmará su sed de actividad y ayudará a que se fortalezcan otros grupos musculares, a la vez que descargamos en parte de trabajo a los más utilizados en su actividad deportiva principal. Considero que es uno de los mejores consejos que se le pueden dar al paciente verdaderamente “enganchado” a su actividad deportiva cuando este precisa de forma inequívoca de un cese temporal de la misma.

También es muy aconsejable el trabajo de fuerza para ganar potencia en la musculatura del tren inferior y para no olvidar que además se deben trabajar otras zonas, como la lumbar y la

abdominal, ya que reforzar toda la cintura abdominal le evitará al corredor el tener una lesión segura de la zona lumbar que aparecerá más tarde o más temprano.

Uno de los errores más comunes cometidos por los corredores noveles al iniciarse en el *running* comienza con la elección incorrecta del calzado para desarrollar esta actividad. Una mala elección de calzado inapropiado suele ser el culpable de la primera lesión que le llega al nuevo corredor. Más adelante hablaremos más extensamente de ello.

Es cierto que los atletas ponen todo su empeño en superar las afecciones óseas, tendinosas y musculares, pero una y otra vez suelen caer en los mismos errores: recuperación insuficiente, sobreesfuerzo en los entrenamientos, y la mayoría de los corredores populares no le dan importancia a detalles que ayudan a prevenir la lesión, tales como realizar estiramientos, el calentamiento y el enfriamiento al inicio y al finalizar cada sesión de entrenamiento, cuidar el descanso, la alimentación y la hidratación.

Es por ello que, como terapeutas, debemos mentalizar al corredor de que no todo es correr; el trabajo de estiramiento y fortalecimiento de piernas, lumbares y abdominales son una base importante para que la musculatura no se resienta. Por otra parte, acudir al masajista, al podólogo o al osteópata, son también algunos de los mejores consejos que le podemos dar a nuestro paciente. Se trata por tanto de mentalizar al corredor de que el descanso forma parte importante de su entrenamiento. Es algo que cuanto antes entienda e interiorice, antes le reportará beneficios.



También es muy recomendable que el corredor se realice una prueba de esfuerzo que ayude a conocer donde debe fijar sus límites. Existen clínicas que se dedican a realizar este tipo de pruebas, consistente en un reconocimiento articular, de fuerza y flexibilidad, una exploración interna con electrocardiograma en reposo, medición de la tensión arterial y espirometría. El test se ve completado con una carrera en cinta durante la que se vuelve a medir el comportamiento del corazón, así como se miden también el consumo de gases mientras

se práctica el ejercicio (al pasar de practicar la carrera de forma aeróbica a hacerlo de forma anaeróbica). Al final de la prueba se le entrega al atleta un informe completo.

Suelen ser pruebas algo caras, pero en mi opinión, considero que es un dinero bien invertido como seguimiento y prevención; y si con ello se evitan problemas mayores, el deportista gana en tranquilidad. Por mi parte, lo encuentro elemental tanto para primerizos, como para corredores de dilatada experiencia, es algo a lo que creo que todo corredor se debería someter de forma periódica.

EL PAPEL DEL TERAPEUTA

Bajo mi punto de vista, el terapeuta además de llevar a cabo como quiromasajista los tratamientos necesarios para tratar las posibles lesiones con que un corredor puede acudir a visitarnos, debe tratar de asesorar en la medida de lo posible a su paciente corredor indicándole ciertos

comportamientos ideales a seguir y dándole las recomendaciones oportunas descritas en el punto anterior.

De la misma manera que tratamos de inculcar algo de higiene postural a aquella persona que pasa horas y horas en su puesto de trabajo sentada frente a un ordenador, en el caso del corredor, debemos tratar de llegar a ser un consejero en cuanto a sus hábitos y comportamientos en el entrenamiento. Cuanto mejor informados podamos estar sobre el mundo del corredor, mejor podremos llevar a cabo esta tarea. Recomendar a nuestro paciente que siga una serie de pautas para evitar lesiones deberá formar parte de nuestro trabajo con él, y ayudará a prevenir de manera activa posibles lesiones. Ambos sacaremos provecho de ello.

Realizar preguntas sobre los hábitos del corredor puede ayudarnos a la hora de valorar ciertas lesiones y poder atajarlas de la mejor forma posible. Recomendar una serie de pautas para el entrenamiento, como realizar estiramientos antes y después de cada sesión de entrenamiento, hacer un buen calentamiento y enfriamiento en cada una de ellas o preguntar si el corredor ha realizado una buena elección del calzado que utiliza para la práctica de su actividad deportiva, si lo ha cambiado recientemente, deben estar en nuestro procedimiento habitual ya que nos puede aportar información que nos ayudará a detectar posibles problemas o la causa de estos.

Por supuesto, los estiramientos deben formar parte siempre en cualquiera de las sesiones de tratamiento que realicemos con nuestro paciente corredor. Es quizás la parte más importante de la sesión, que jamás debemos olvidar. Todo tratamiento en un paciente de estas características no estará completo sin una buena sesión de estiramientos.

Ciertas preguntas planteadas de forma correcta a nuestro paciente corredor pueden ayudarnos a llegar a una valoración o identificación de alguna de las lesiones más habituales en el corredor. El pasado de nuestro paciente también es importante, su historial de lesiones y como se trataron estas nos puede dar alguna pista. Debemos intentar averiguar lo máximo posible sobre la forma en que se produjo la lesión, intentando que el paciente nos describa el origen de los síntomas:

¿Qué hacías en ese momento?, ¿Cuánto duró el dolor?, ¿Persiste este desde entonces?

Es importante procurar conseguir una descripción sobre qué es lo que agudiza o alivia el dolor, si este ha empeorado en los últimos días, si ha sido con o sin actividad deportiva, si ha cambiado la zona dolorosa, si se ha tomado algún tipo de analgésico.

El masaje reduce las molestias en un porcentaje muy alto debido a que aumenta el flujo sanguíneo a las zonas dañadas y ayuda a la recuperación. Luego el rey de los consejos por definición ha de ser que el corredor visite al masajista periódicamente. Este debe pasar a ser un hábito muy saludable en el corredor, sin duda alguna los beneficios que el masaje llega a producir en el corredor, ayudan de tal manera a su progresión deportiva, que todo aquel que lo descubre, acaba por incorporarlo como una parte más en su rutina de entrenamiento.

Los masajes de descarga en corredores, pese a resultar dolorosos y no ser en ocasiones un plato agradable a primera instancia para ellos, les producen finalmente una sensación placentera, de alivio, y dejan al paciente con una suave mezcla de estado de bienestar y de euforia para reanudar su actividad deportiva. Sin embargo, lo mejor que podemos aconsejar a nuestro paciente tras una sesión de este tipo es que dedique un par de días al descanso, ya que al haber soltado la musculatura, en los primeros dos días tras esta sesión, el corredor se notará lento, pesado, tendrá la sensación de haber perdido parte de su tono muscular. Esta sensación suele remitir en un plazo no

superior a dos días. Se trata más de una preferencia personal por mi experiencia, que de un parámetro establecido.

BIOMECÁNICA

El aspecto biomecánico ha de ser tomado en cuenta de manera escrupulosa. Existe un factor importante que nos puede ayudar a encontrar el posible origen de la lesión. A veces los patrones de pisada nos pueden dar la clave. Por tanto, es básico que prestemos atención a estas pistas que seguro nos llegarán a través de los pies de nuestro paciente. Si además tuviéramos la oportunidad de ver al corredor “en acción”, es decir, corriendo para poder observar de qué manera lo hace, si tiene vicios ocultos, esto ya sería ideal.

Influyen de tal manera tanto la pisada como la forma de correr, que pueden contribuir a desarrollar lesiones o a sacar a la luz pequeñas sobrecargas en articulaciones y musculatura, provocadas por el entrenamiento, o bien por la repetición sistemática de defectos en la pisada al correr.



Se trata de un factor determinante. De hecho, muchas de las lesiones más frecuentes son incentivadas por el tipo de pisada. Esta va a determinar de qué manera actúan ciertos grupos o cadenas musculares. Se pueden encontrar gran cantidad de casos de corredores que acaban de comenzar con su actividad y que compran un tipo de zapatilla sin conocer exactamente qué tipo de pisada tiene. Lamentablemente este nuevo corredor es muy probable que se encuentre ante una lesión garantizada.

Hoy en día cualquier marca de calzado deportivo realiza zapatillas para preparadas para corregir la pronación o la supinación. Las suelen dividir en dos categorías, para pronadores o neutras y también según su nivel de amortiguación, ya que un corredor de mayor peso o que cubra largas distancias necesitará mayor amortiguación que un corredor de menor peso u otro que cubra distancias menores.

Es imprescindible que todo corredor conozca cuál es su tipo de pisada. Esta puede ser neutra, pronadora o supinadora. Son las tres formas con que se puede apoyar el pie en el suelo, sin tener en cuenta los grados diferentes, incluso de un pie a otro. Al comenzar, en algunas tiendas especializadas de calzado deportivo realizan pruebas simples que nos pueden dar una orientación, pero lo ideal si se va a continuar corriendo y se van a aumentar las distancias, es realizarse un

estudio podológico, ponerse en manos de un profesional que nos haga un completo estudio.

Encontraremos estos tres tipos diferentes de pisada:

NEUTRA: Se trata de la pisada más eficiente, pero por desgracia no será la que más encontremos. El pie impacta contra el suelo, por lo general, por el lado exterior del talón y cuando el cuerpo se apoya con todo su peso sobre el pie, éste se mueve por toda la superficie central. El ángulo que forma el talón con la pierna está entre 0 y 5 grados. No hay problemas relacionados con este tipo de pisada.

PRONADORA: Es la pisada más común y extendida entre la mayoría de las personas, ya que una pronación leve significa una amortiguación natural en las extremidades inferiores. Lo más natural es que todos pronemos un poco. El pie impacta contra el suelo, por lo general por el lado exterior del talón y cuando se apoya con todo su peso sobre el pie, este rota hacia el interior. Según los grados del ángulo que se produce, la pronación puede ser mínima o natural, moderada, o en casos muy exagerados estaríamos hablando de una hiper-pronación.

SUPINADORA: Este tipo de pisada es muy poco frecuente, el porcentaje de corredores que supina es mínimo, según estudios, entre el 3 y el 5% y en general se trata de individuos con pies con un arco muy alto y pronunciado.

Es evidente que según el tipo de pisada que tenga cada corredor, deberá de utilizar un tipo de calzado distinto para su práctica deportiva. El podólogo, tras realizar el estudio, puede recomendar el uso de unas plantillas personalizadas que ayuden a corregir la pisada para evitar lesiones. Existen multitud de casos de individuos que no pisan de la misma forma con un pie con el otro. Para ellos la mejor solución es este tipo de plantillas personalizadas. En este caso lo mejor será que este tipo de corredor utilice zapatillas neutras y sustituya las plantillas originales de estas por las que le haya creado su podólogo tras el análisis. Evitará de esta manera gran número de posibles lesiones.

LAS LESIONES HABITUALES EN EL CORREDOR

Partiendo de la base de que cada individuo es distinto y por ende, cada corredor también, existe un buen número de lesiones que son comunes a este grupo de deportistas, y que suelen llegar en muchas ocasiones tras las mismas situaciones. Se trata de las lesiones que podríamos llamar genéricas o habituales en este tipo de deportista. Por supuesto, todas ellas se pueden dar también en personas que no practiquen el *running*, pueden llegar por su actividad cotidiana diaria o por algún tipo de accidente, pero todo corredor es susceptible de padecer alguna o varias de ellas debido a la actividad propia de la carrera.

Por norma general, gran parte de ellas se localizarán en las extremidades inferiores, ya que es aquella zona del cuerpo a la que el corredor mayor esfuerzo le exige. Pero podemos encontrarnos también con alguna lesión en otras zonas a las que también habrá que prestar atención. Por tanto, es importante que aconsejemos a nuestro paciente corredor que trate de potenciar otros grupos musculares que no se encuentran localizados en las extremidades inferiores.

Trataré de definir las más habituales ante las que un corredor se puede encontrar, la forma en que se suelen presentar, algunos consejos para evitarlas y su tratamiento desde el punto de vista del quiromasajista.

PERIOSTITIS TIBIAL

Las lesiones de la pierna en el corredor alcanzan una gran incidencia debido tanto a los mecanismos lesionales directos e indirectos como al sobreesfuerzo. Al margen de las fracturas y otros tipos de lesión, existen otros tipos de patologías específicas, que eventualmente, pueden suponer un problema para el desarrollo de la actividad deportiva. La periostitis es una de ellas. En algunos círculos se le conoce también como el “síndrome del corredor novato”, ya que este, como hemos descrito anteriormente, descuida por desconocimiento el tipo de calzado, la superficie en la que entrena y las desviaciones de la pisada, entre otras causas.



El periostio es la membrana fibrosa y vascular que cubre el hueso por su superficie externa, excepto en las superficies articulares y lugares de inserción de ligamentos y tendones. La periostitis es la inflamación aguda o crónica del periostio. La periostitis tibial se produce por una excesiva vibración del periostio que recubre la tibia y con ello una inflamación del mismo, que suele ser muy dolorosa. Esto se debe a una combinación de factores: calzado demasiado duro o demasiado blando, terreno demasiado duro (hay que evitar el asfalto y sobre todo el cemento), falta de estiramiento de los sóleos, de los gemelos y de las fascias y, por último, desequilibrio muscular entre la parte frontal de la pierna (tibiales y peroneos) y la posterior (sóleo y gemelo). También se suele producir después de un largo periodo de inactividad.

Las vibraciones causadas por los entrenamientos repetitivos, las tracciones excesivas sobre las zonas de inserción de los músculos sobre el periostio, teniendo como origen las rigideces musculares o los apoyos incorrectos, la excesiva rotación de la cadera, una torsión tibial externa aumentada, la hiper-pronación, o correr en pista siempre, con los mismos giros y en el mismo sentido, suelen ser factores que ayudan a que se produzca.

El primer síntoma es el dolor, que se suele dar en la zona tibial baja y aumenta con el esfuerzo y por la noche, en el descanso. La palpación de la zona aviva el dolor y en ocasiones evidencia unas “bolitas” en puntos muy localizados (“rosario perióstico”) entre una capa de inflamación muy fina. A veces puede presentar hematoma, aunque no es habitual.

El dolor suele ser de aparición gradual para ir aumentando conforme pasa el tiempo. Al principio el dolor se presenta relacionado con la actividad física, sobre todo al correr bajando pendientes. Al principio y al final del ejercicio y posteriormente se va agudizando hasta el simple hecho de caminar o subir y bajar escaleras. El dolor se percibe como una quemazón a nivel



de la cara interna de la tibia, que se presenta mientras se está corriendo.

La palpación permite descubrir un punto doloroso específico o una superficie ósea irregular y dolorosa. Es importante su valoración precoz, para no retrasar el tratamiento, ya que si el corredor persiste en su actividad durante largo tiempo, estando el dolor muy concentrado en un punto concreto, se puede llegar a producir una fractura por estrés, y aquí ya estaríamos hablando de una lesión muy seria, con evolución muy lenta y largos plazos de curación. No olvidemos que el atletismo es el deporte más afectado por fracturas de fatiga, llegando en algunas estadísticas a abarcar el 60% de los casos, a los cuales habría que añadir otro 15% del que sólo el *running* es responsable.

Como describíamos al principio del documento, lo peor del tratamiento en un corredor es su negativa ante los primeros síntomas a dejar de correr, sin darse cuenta de que el reposo en esta fase es fundamental para no alargar el proceso evolutivo. Correr con molestias es la falsa creencia de que éstas pasarán, y es sólo cuando el dolor se agudiza en su vida diaria, cuando acude a nosotros o a un médico en busca de una posible solución. En ocasiones, llega tan tarde en busca de una terapia, que si el entrenamiento ha sido excesivo, se puede encontrar con una fractura por estrés. En ocasiones, el corredor se empeña en enmascarar el dolor con analgésicos para seguir entrenando o compitiendo, sin dejar que sea el propio organismo el que dicte las normas para seguir o parar.

TRATAMIENTO

El masaje en la zona suele ser muy doloroso, sobre todo en la fase más aguda de la lesión, si bien éste ayuda, será difícil que en esta fase podamos incidir demasiado en la zona.

Recomendaremos reposo y frío local. La colocación de hielo en la zona durante quince minutos, tres o cuatro veces al día, ayudará. El vendaje de compresión para evitar vibraciones excesivas del periostio y para que el músculo esté más próximo al hueso. Estirar correctamente y fortalecer los músculos interiores de la pierna, caminando con la parte externa de los pies y de puntillas. La utilización de zapatillas con buena capacidad de absorción de impactos, son algunos de los mejores consejos que podemos dar. A quien es propenso a este tipo de lesión, le suelen ir bien las medias de compresión. Los vendajes neuromusculares con “kinesiotape” también ayudan si los utilizamos con el objetivo de relajar el tibial posterior. Algunos fisioterapeutas utilizan el tratamiento con ultrasonidos para esta lesión.

Se puede realizar el “descanso activo” mientras persistan las molestias, evitando el impacto, por tanto, recomendaremos una actividad física alternativa que evite el apoyo, la bicicleta, el gimnasio o la piscina serán los aliados del deportista en este caso.

Considero que el mejor tratamiento de la periostitis es, ante todo preventivo. Es importante para quien recae una y otra vez en esta lesión la evaluación de un podólogo que analice y recomiende unas plantillas personalizadas. Recomiendo dosificar las superficies duras de forma progresivas para adaptarse a ellas, un buen calentamiento previo a la realización de la carrera y en la medida de lo posible evitar las superficies duras, las bajadas con mucha pendiente y en definitiva la corrección de aquellos factores que pueden haber hecho aparecer la lesión, aun siendo repetitivo, estos suelen ir de la mano de una mala elección del calzado.

CONDROMALACIA ROTULIANA

Igual que ocurre con la periostitis, se suelen dar algunos casos de inicio de esta lesión entre los corredores novatos, ya que una de las causas más probable en este tipo de corredor radica en el uso de un calzado con mala amortiguación. Veremos que este es un factor a tener en cuenta en muchas de las lesiones habituales del corredor. El *runner* castiga a su cuerpo con un gran número de impactos en cada entrenamiento, luego toda la amortiguación extra de la que se pueda proveer será bienvenida.

Probablemente sea una de las lesiones más extendidas entre los corredores. Tanto es así que esta lesión, que es una alteración del cartilago, es también conocida como "rodilla del corredor". Su origen puede estar en situaciones muy comunes: Zapatillas muy gastadas, correr por terreno excesivamente inclinado (playa, arcén de carreteras, carrera en hierba o pista siempre en el mismo sentido), una pronación anormalmente aumentada, desvíos o acortamientos en las piernas, bloqueos pélvicos o padecer o haber padecido el síndrome de isquiotibiales cortos. El paciente tipo suele ser de edad media, entre 35 y 50 años, corredor de maratón y marchadores. Algunos expertos defienden que suele aparecer más frecuentemente en la rodilla izquierda en los corredores diestros y a la inversa, en la rodilla derecha en los zurdos.

También se consideran influyentes el poco desarrollo o displasia del vasto interno del muslo, el aumento del ángulo cuadrícipital que forma dicho músculo al insertarse a la espina tibial anterior, una rótula o patela excesivamente alta o la excesiva torsión tibial externa.

El modelo biomecánico que más se usa para explicar esta lesión es el siguiente. Si el tobillo permanece pronado durante la fase de media postura del movimiento de andar o correr, la pronación excesiva impide a la tibia (pierna) que desarrolle su normal rotación. Ello repercute sobre la rodilla y el fémur (muslo), pues este último gira internamente sobre la tibia para proporcionar la adecuada rotación necesaria para la extensión en la zancada. Puesto que el pie está fijo sobre el suelo durante la fase de media postura, obtenemos una acomodación de la articulación de la rodilla en la que resulta «comprimida» en su borde lateral, durante escasos segundos. Unos pocos grados de pronación extra que causen esta pequeña compensación en la rodilla no van a originar síntomas, pues la compresión patelofemoral (de rótula sobre fémur) es pequeña. Pero las desviaciones estructurales grandes acabarán dando irritación del cartilago y ligamentos, y finalmente dolor anterior de la rodilla.



El dolor suele aparecer en frío, comenzando en el borde patelar externo, a veces con afectación de la zona posterior de la rodilla; se acentúa al aumentar el tiempo de entrenamiento o la velocidad de las series o cuestas. El dolor se agudiza con determinados movimientos: en cuclillas, al bajar escaleras y al levantarse de la posición de sentado. En ocasiones se acompaña de rigidez y sonidos secos.

Además de un fuerte dolor de rótula, se puede observar inestabilidad y falsos bloqueos. Para que la rótula trabaje correctamente, ha de encontrarse centrada, con espacio entre el fémur y la tibia para moverse en cada zancada. Si no lo está, al correr

puede desviarse hacia uno de los lados y provocar irritación articular que, en caso de agravarse, puede llevar al desgaste del cartílago y a la condropatía rotuliana.

TRATAMIENTO

Según varios doctores especializados en medicina deportiva, el clásico tratamiento de reposo y antiinflamatorios resulta insuficiente para erradicar este dolor en la zona anterior de la rodilla pues, como hemos visto, se trata de una cuestión puramente biomecánica y la solución pasa por modificar esa «desalineación».

La recuperación ha de comenzar con reposo parcial o descanso activo, con lo que durante un tiempo se recomendará practicar otros deportes: bicicleta, natación (evitando el estilo braza), pesas o algunos aparatos de *fitness*, pero siempre ejercicios sencillos y a baja intensidad, y sobre todo, evitando el impacto. Si una vez comience la mejora, se pretende continuar con el *running*, habrá de ser con una frecuencia menor y a una intensidad más baja, cuidando también el estilo y el terreno: nada de superficies duras como el asfalto, ni subidas bruscas o bajadas demasiado pronunciadas. Recomendaremos que se caliente muy bien y estirar de forma especial, cuádriceps e isquiotibiales antes y después de realizar el entrenamiento.

Las rodilleras de rótula libre (abiertas) pueden ayudar en la recuperación, pero conviene no utilizarlas todo el tiempo ni para todas las actividades, pues se pierde bastante tono muscular. Es más conveniente la cintilla rotuliana, que no disminuye la fuerza del cuádriceps. Se debe poner en la parte superior de la rótula cuando aparezcan molestias en el tendón bajo (tendinitis rotuliana) y en la parte inferior cuando las molestias se localicen en el alto (tendinitis cuadrípital).

Todo el trabajo de fuerza que el corredor realice en sus cuádriceps para fortalecerlos, restarán trabajo a su articulación de la rodilla. Este es uno de los mejores consejos que podemos dar a nuestro paciente corredor. Pedalear en una bicicleta ergométrica es muy aconsejable, siempre que hayamos regulado convenientemente la resistencia (no debe ser fuerte al principio) y la altura del sillín (al disminuir dicha altura, las fuerzas patelofemorales aumentan).

Cuando se haya pasado la fase aguda, es muy aconsejable realizar un estudio biomecánico con análisis de la secuencia de marcha y estudio dinámico de la pisada. Con el resultado de dicho estudio podría concluir el tratamiento, pues sea con ejercicios o con plantillas u otros medios ortopédicos el objetivo es crear una buena alineación de rodilla, muslo y pierna. Sólo así solucionaremos un problema tan común, cuyo origen se identifica con causas estrictamente mecánicas, más que con inflamaciones pasajeras de sobrecarga o sobre-entrenamiento.

El plan muchos especialistas en medicina deportiva proponen pasa por el masaje transversal profundo en el tendón rotuliano y conjuga el ultrasonido pulsado con el calentamiento y el masaje de toda la articulación utilizando como vehículo una crema de metilsalicilato al 15%, y movilidad articular de corto recorrido (pasiva y activa asistida, en ángulos indoloros), además de una tabla de estiramientos pélvicos y de miembros inferiores.

TENDINITIS DE LA PATA DE GANSO

Se trata posiblemente de la lesión del corredor más difícil de hacerle entender a nuestro paciente *runner*. Aunque suele ser una de las más habituales entre los corredores de fondo, a este le cuesta localizar exactamente su dolor.

Entre los grupos musculares del muslo, en su cara anterior y posterior, existen tres músculos de acciones bien diferentes: hablamos del semitendinoso (isquiotibial), recto interno (adductor) y del sartorio (oblicuo del muslo). Estos tres músculos tienen orígenes distintos y realizan acciones distintas pero tienen algo en común. Comparten su inserción. Estos tres músculos finalizan en un “tridente” tendinoso, es decir, comparten un tendón para insertarse en un lugar común: el borde superior de la cara supero interna de la tibia, aunque no exactamente de forma clara y agrupada.

Esta agrupación tendinosa que actúa como inserción, es denominada “pata de ganso”. Su localización en la cara interna de la rodilla, hacia la tibia, es un lugar muy susceptible de lesión para el corredor. La lesión suele llegar por sobrecarga, que se puede producir por incrementar de manera repentina los entrenamientos, el cambio de zapatillas o el terreno en que se corre. Una vez más nos encontramos con las mismas causas comunes para distintas lesiones que estoy explicando.

El dolor en el paciente se encuentra siempre localizado en la zona descrita anteriormente, aunque suele ser percibido de forma difusa en un principio, y este se evidencia a la presión digital en la zona de inserción descrita. Acaba por percibirse una quemazón en la parte interna de la rodilla con incremento progresivo del dolor.



TRATAMIENTO

Siempre será lo principal conocer la causa que origina la inflamación tendinosa, pues es determinante para el tratamiento que decidamos aplicar. Así, comenzamos por tratar el músculo o músculos que hayan sido evidenciados en la exploración. El masaje con fricciones superficiales y profundas, seguido de amasamientos palmo-digitales en la masa muscular y de amasamientos pulgares en la zona de inserción supone una buena preparación para el resto de técnicas manuales.

Es interesante desfibrosar aquellas zonas de fijación tendinosa cercanas a la inserción tibial. Para ello, se aconsejan las técnicas de Moneyron y Cyriax. La recuperación de la tendinitis exigirá la descontracturación del músculo afectado, desinflamar el tendón y encontrar el origen de la lesión.

Por supuesto, como en todos los tratamientos, son imprescindibles los estiramientos, que realizaremos en la camilla, y que será conveniente enseñar a nuestro paciente corredor para que los realice en el día a día, actuando sobre los músculos implicados en la lesión.

Debemos educar a nuestro paciente para que evite estirar de pie y a pata coja estos músculos, pues el desequilibrio pélvico que acarrea esta popular forma de realizarlos es nefasta para cualquier lesionado de estas zonas, además de resultar muy poco efectiva. Creo que es muy importante que sepamos inculcar hábitos saludables de estiramientos, no sólo para esta lesión, sino como parte de una prevención de otras posibles. Concretamente para esta lesión, los masajes y los estiramientos son el mejor tratamiento para tratar de recuperar lo antes posible.

Como en otras lesiones sobre las que he tratado anteriormente, el descanso activo es una pauta muy recomendable. El entrenamiento suave e indoloro y utilizar algo de protección, como una rodillera o un vendaje funcional, puede ayudarnos. El trabajo de fortalecimiento de cuádriceps con ejercicios isométricos será positivo para tratar de evitar la lesión. Como mejor prevención, debemos recomendar el correcto estiramiento de estos músculos antes y después del ejercicio.

TENDINITIS DEL AQUILES

Cuando hay marcada inflamación de un tendón hablamos de tendinitis. La palabra es temida por los corredores, pero sí afecta al tendón de Aquiles aún lo es más. No en vano las lesiones del gemelo y tendón de Aquiles son de las más serias para el corredor, y si son tratadas tarde o incorrectamente pueden cortar definitivamente cualquier progresión deportiva.

El tendón de Aquiles es el más grande y fuerte del cuerpo, es una de las zonas que más puede hacer padecer al corredor. Esta poderosa palanca de la pierna proporciona la fuerza para la fase de despegue en la carrera. El tendón puede verse sometido hasta doce veces el peso corporal en cada paso en carrera.

Los corredores que entrenan demasiado, que realizan un trabajo excesivo de cuestas, que corren frecuentemente en pista, quienes tienen poca flexibilidad en las caderas, rodillas y tobillos o debilidad de los músculos que estabilizan el tobillo y que soportan los arcos plantares pueden ser más propensos a sufrir una tendinitis de Aquiles. Por lo general esta lesión responde a un daño en más de un músculo. Se suelen encontrar más casos entre las mujeres corredoras, ya que el calzado de tacón influye en la tendinitis, y aunque su uso por sí solo no está demostrado que la llegue a causar, en caso de lesión recomendaremos a nuestra paciente corredora que abandone durante un tiempo los tacones.

Los principales síntomas son la inflamación en el tendón, dolor al caminar, la zona está caliente y



quizás enrojecida. El dolor y la rigidez son mayores al levantarse por la mañana, tras la inactividad. La hinchazón permanece alrededor del tendón, coincidiendo con dolor difuso que aumenta a la palpación (se puede coger el tendón a modo de pinza con el pulgar y el índice, y no conseguiremos moverlo a los lados sin producir dolor).

Una vez más, el uso de calzado inadecuado y el tipo de pisada son los factores que más influyen en esta lesión. Los corredores supinadores son los más propensos a padecerla. Durante la fase de despegue del ciclo de carrera se produce una cierta supinación natural, cuando el talón se eleva del suelo y el antepié y los dedos ayudan a impulsar el cuerpo hacia delante. Sin embargo, una supinación excesiva tensa los músculos y tendones que



estabilizan el tobillo.

En algunos casos, se puede llegar a producir incluso rotura en el tendón. Para descartar que el tendón esté roto, se sitúa al paciente en la camilla tumbado boca abajo; presionando suavemente el gemelo hacia arriba el pie se mueve. En caso de rotura importante el pie queda prácticamente quieto.

Para su prevención puede ser útil el uso de taloneras de descarga, plantillas o vendajes funcionales que reduzcan la fuerza de tracción y torsión sobre el tendón, sobre todo en corredores que sean propensos a padecer este tipo de lesión, aunque lo más recomendable bajo mi opinión cuando la lesión se produce de manera repetitiva es realizar un estudio podológico al paciente a manos de un profesional que le recomendará el mejor tipo de calzado o si fueran necesarias unas plantillas.

TRATAMIENTO

En primer lugar, trataremos de reducir el edema y la inflamación si existen, caso más que probable. Para ello utilizaremos la aplicación de frío local y masaje de descarga tanto gemelar, como tibial. Lo ideal es repetir esta pauta 2-3 veces en la primera semana y por supuesto recomendar reposo o el típico descanso activo del que he hablado anteriormente, si bien es importante el reposo durante esta primera semana, especialmente si el dolor y la hinchazón están demasiado presentes. Podemos también recomendar estiramientos muy suaves de toda la pierna, incidiendo en gemelos, sóleo, peroneos y tibiales.

La aplicación de cremas que contengan árnica, por su propiedad anti-inflamatoria, nos ayudarán a reducir la inflamación.

Habrá que repetir el tratamiento en la semana siguiente. En algunos casos, se pueden llegar a producir fibrosis o adherencias que habrá que trabajar para deshacerlas.

Tras este primer periodo, lo mejor será recomendar al corredor que retome su actividad deportiva lo más paulatinamente posible, es decir, que comience a trotar suave sin prolongar los entrenamientos durante mucho tiempo, pudiendo aumentar la intensidad y duración de estos según vayan desapareciendo las molestias.

SÍNDROME DE LA CINTILLA O BANDA ILIOTIBIAL

La banda o cintilla iliotibial es la condensación de la fascia formada por el músculo tensor de la fascia lata y el glúteo mayor.

El síndrome de la cintilla iliotibial es una lesión por sobreuso de los tejidos blandos en la parte distal del muslo, en la parte externa de la rodilla. Es una de las principales causas de dolor lateral de rodilla en los corredores de fondo y también en los ciclistas. La banda iliotibial es una banda gruesa del tejido blando fibroso que se extiende de la cadera hacia abajo por la parte exterior del muslo, y se inserta en la tibia. La banda es crucial para la estabilización de la rodilla en la marcha, desplazándose desde la parte posterior del fémur a la parte anterior durante la marcha. El rozamiento continuo de la banda sobre el epicóndilo lateral femoral con la flexión y extensión repetida de la rodilla durante la carrera puede provocar inflamación de la zona. Ocasionalmente, la banda iliotibial se inflama en su origen proximal y causa dolor referido de la cadera.

En el corredor, los cambios en los movimientos, circuitos de asfalto o demasiado blandos como terrenos embarrados, pendientes pronunciadas o un incremento en la intensidad de la carrera pueden ser causas que desencadenen en esta lesión, que suele aparecer cuando existe demasiada fricción entre la cintilla y los tejidos próximos a ella.



El primer síntoma en aparecer es el dolor repentino o gradual en la parte externa de la rodilla al empezar a correr, que suele agudizarse cuando se trata de terrenos irregulares o cuestas. Por norma general el corredor nota un chasquido al extender y flexionar la rodilla.

Cuando apretamos la zona externa siguiendo el tracto iliotibial encontramos un punto doloroso externo a la rodilla. Puede ocurrir que sólo se sienta cuando la rodilla forma cierto ángulo (cercano a los treinta grados). Así, puede incluso explorarse partiendo del ángulo recto de rodilla con los dedos índice y medio, friccionando las zonas fibrosas hasta localizar una crepitación dolorosa puntual, para lo que a veces se debe profundizar hasta el propio fémur.

TRATAMIENTO

En un principio el dolor que se padece seguramente no nos permita realizar masajes muy profundos, por lo que quizás en los primeros días si la lesión se encuentra en su fase más aguda, los debemos dedicar a realizar estiramientos en camilla y a recomendar algunos a nuestro paciente para que los realice por sí solo.

Como quiromasajista, se deben utilizar técnicas como la fricción transversa y profunda tipo Cyriax, y aquellas con las que conseguimos romper las posibles adherencias que ya hayan creado las repetidas inflamaciones del tracto iliotibial. De la misma manera que con la tendinitis, nos podemos ayudar de algún tipo de crema que contenga árnica como solución anti-inflamatoria. La prescripción de ejercicios de flexión y extensión potenciadores de pierna, con extensión o moderada flexión serán la norma, en cuanto la lesión lo permita. Intentaremos que no duela al hacer los ejercicios, aunque cuanto antes se inicien estos, mejor para la recuperación.

Al salir de la lesión, es importante que el corredor evite las cuestas durante un tiempo prudencial, y como consejos para la prevención, recomiendo revisar el terreno por el que se corre, en especial los lados inclinados de carreteras o caminos, ya que estos suponen un peligro añadido. En la medida de lo posible, es muy positivo que el corredor entrene técnicas de carrera en las que se depure el estilo de la misma.

SÍNDROME DEL PIRAMIDAL

Cuando las molestias de espalda no se localizan exactamente en la zona lumbar y se centran más en glúteos alcanzado parte del muslo posterior podemos pensar que nuestro corredor lesionado tenga un “síndrome del piramidal”.

Parece mentira que un músculo tan “pequeño” pueda generar tanto quebradero de cabeza, entre mis amigos corredores, que en un principio tienen problemas para localizar exactamente el lugar exacto de su dolor, hasta que, en un grado de confianza total, más de uno asevera “es como si un

perro me mordiese en pleno glúteo” (dicho de forma correcta). Además, “cuanto más amplia es la zancada, mas tira”.

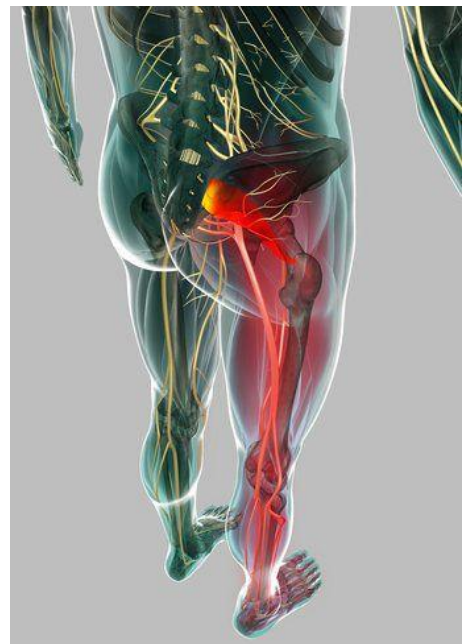
En muchos trabajos en los que el personal pasa tantas horas frente a una pantalla de ordenador, sentado en su puesto de trabajo, el nervio ciático se comprime, con lo que esta “falsa ciática” es muy habitual entre un porcentaje alto de población. Si además se es corredor de larga distancia (a partir de medio maratón o maratón) el individuo tendrá altas posibilidades de padecer esta lesión.

Entre *runners*, esta es una lesión muy típica de nuestro *corredor popular*, ya que el corredor profesional, al entrenar y cuidar más su técnica de carrera con ejercicios específicos que tratan de pulir su carrera, adapta mejor su zancada al tipo de terreno por el que entrena, mientras que el corredor popular, al no prestar atención por norma general a este tipo de técnica es “carne de cañón” para ser presa de esta lesión.

En los años en los que llevo practicando el running, raro es el corredor al que he conocido que no haya sufrido en algún momento de su historial deportivo al practicar este deporte con su piramidal. Y me aventuraría a decir que más de uno lo habrá padecido pensando en que atravesaba un proceso de ciática en lugar del llamado “síndrome del piramidal”.

Dolor en el glúteo y muslo, con sensación de quemazón son los síntomas que se sufren al padecer esta lesión. El dolor siempre aumenta al estar mucho tiempo sentado, de ahí que la persona que lo padezca como corredor y a la vez como trabajador “ensillado” confundirá fácilmente los síntomas.

Una de las pistas que nos pueden ayudar a diferenciar frente a una ciática (aunque no es prueba definitiva) es que en el caso del piramidal, el dolor y la sensación de debilitamiento comienzan en la nalga y el muslo, pero no sobrepasan la rodilla. Estos síntomas aumentan al permanecer largo tiempo sentado (en la oficina, en viajes, etc.) por tratarse de posturas en las que se comprime más la salida del nervio. Aunque también hemos de tener en cuenta que una inflamación del piramidal al rozar con el nervio, puede rozar, presionar e incluso comprimir la salida del nervio ciático por el agujero obturador de la pelvis, lo cual nos puede hacer pensar de nuevo en una verdadera ciática.



En el corredor, el dolor del piramidal aumenta durante la carrera con trabajos de cambios de ritmos o el denominado “interval”, es decir, cualquier exigencia que precise de un aumento de la zancada. Al principio se trata de una punzada en el glúteo, y con el tiempo se acaba sintiendo una punzada quemante que afecta a toda la zona lumbar y a las nalgas.

Normalmente las molestias aparecen al comienzo del ejercicio, pero si unos días después el dolor se mantiene durante todo el entrenamiento, este puede acabar durando meses. La mayor señal de alerta se produce cuando el dolor no cesa durante todo el entrenamiento y aumenta al estar sentado durante tiempo.

En la exploración, es muy fácil que observemos que los pies del corredor cuando está tumbado decúbito supino suele tener el pie de la extremidad afectada más rotado hacia fuera como corresponde a un hipertono de un músculo rotador externo de la cadera como es el piramidal. Este test puede servirnos de ayuda

TRATAMIENTO

Si tenemos la fortuna de que el corredor acuda a nosotros al notar los primeros síntomas, recomendaremos estiramientos de pelvis al terminar de correr: isquiotibiales, psoas, cuádriceps, aductores, abductores, rotadores internos y rotadores externos de cadera así como el poplíteo. También es interesante cuidar la zona lumbar y abdominal con refuerzo casi isométrico o trabajo selectivo de transversos abdominal y oblicuos.

Pero si hay que recomendar con mayúsculas algo es un buen calentamiento y sobre todo un estiramiento para el piramidal que debemos realizar de forma suave e indolora hasta notar que cede la tensión y el dolor. Se realiza de la siguiente manera: Tumbado boca arriba, la pierna afectada con rodilla y cadera flexionadas a 90° tiramos hacia el lado contrario sobre la otra pierna que permanece recta. Para ello nos ayudamos de la mano contraria al lado afectado.

Por ejemplo, si nos molesta el glúteo derecho: Utilizamos la mano izquierda para coger la rodilla derecha y llevar la pierna flexionada de rodilla y cadera hacia el lado izquierdo hasta notar tensión sin dolor y ahí mantenemos veinte segundos. Después presionamos hacia fuera y resistimos unos seis segundos con la mano que agarraba. Pasados esos seis segundos ganamos nuevamente recorrido y permanecemos otros veinte segundos estirando. Estos estiramientos post-isométricos suelen ser suficientes para disipar un posible pinzamiento del piramidal pues eliminamos el exceso de tono de este músculo y por tanto la posibilidad de compresión o roce sobre su vaina por parte del piramidal. En este ejercicio estamos realizando las acciones contrarias al músculo piramidal: Rotación interna y adducción o aproximación, por ello estiramos correctamente el músculo y por ello esta técnica tan básica funciona como prevención.

No entraré a hablar de la articulación sacro-iliaca ya que como quiromasajista, y sin conocimientos de osteopatía o quiropraxia, considero que no procede, aunque si diré que la correcta manipulación sacra a manos de un experto osteópata o quiropráctico resolverá en un porcentaje muy alto el problema, siendo muy importante (y aquí entra el trabajo del masajista) que se aplique sobre muslo, glúteos y zona lumbar un masaje completo y realicemos una correcta liberación fascial y una adecuada inhibición del punto de gatillo.

Al finalizar el tratamiento debemos insistir en la vuelta gradual a los entrenos y en la correcta ejecución de los ejercicios de estiramiento y pélvicos. Como siempre, es importante recordar que es más adecuado tratar el origen que los síntomas.

FASCITIS PLANTAR

He dejado esta lesión para la última de manera premeditada, ya que la considero “la reina de las lesiones del corredor popular”. En el tiempo en que llevo practicando este deporte como un amante más de la locura de liberar endorfinas de una manera casi enfermiza, he conocido a cientos de corredores con los que he compartido experiencias. Pues bien, puede que muy pocos de aquellos que he conocido se hayan salvado de padecer fascitis plantar en algún momento de su vida deportiva.

La revista “**Runner’s**” (muy conocida y popular entre los practicantes de este deporte) tras una encuesta entre sus lectores, publicó que un 24% de ellos en todo el mundo había padecido esta lesión en el último año. ¡Sólo en el último año!



Grandes deportistas conocidos en deportes de seguimiento masivo han protagonizado casos recientemente en los que se han visto obligados a abandonar durante largos periodos la competición de elite. Como ejemplo de caso famoso y reciente, Juan Carlos Navarro, baloncestista escolta del equipo F.C. Barcelona y de la Selección Española, tuvo en el aire su participación en el campeonato europeo de baloncesto de 2012 y esta lesión le mantuvo apartado del equipo durante gran parte de la temporada, prácticamente 6 meses.

El test es sencillo: ¿has cambiado recientemente de zapatillas, tu rutina de entrenamiento o tu pisada? Si nuestro paciente corredor responde afirmativamente a alguna estas preguntas y ha comenzado a notar molestias en la planta del pie, no hay que asustarle, pero si estas permanecen al pasar los días e incluso las semanas, tiene todas las posibilidades de que le toque en el sorteo

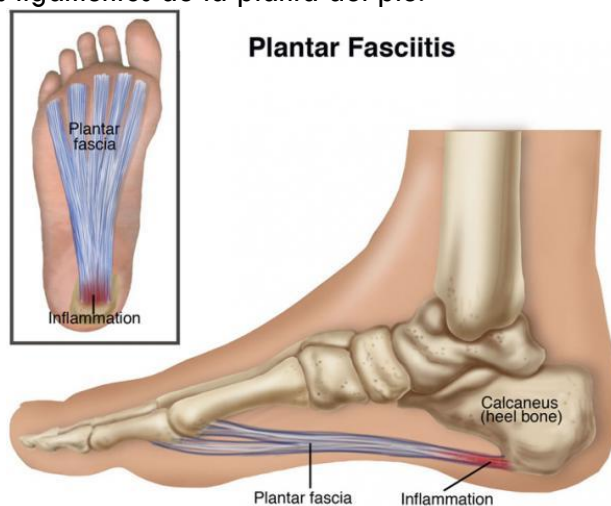
de las lesiones el premio más habitual: La fascitis plantar.

Es bastante frecuente padecerla al finalizar el verano, cuando se vuelve a entrenar tras haber pasado mucho tiempo sin hacerlo y andando descalzos o con chanclas, más aún en los casos en que se han realizado actividades de salto o carrera sin calzado. Aprovecho para mencionar que en verano es muy habitual ver corredores a primera hora de la mañana corriendo descalzos por la orilla de la playa; se trata sin lugar a dudas del mejor nido de cultivo para muchas lesiones, no solo esta, sino muchas otras de las que he hablado en este documento.

Esta lesión consiste en la inflamación de la fascia plantar, la envoltura que cubre los músculos cortos de la bóveda del pie: desde los dedos hasta el calcáneo. Suele aparecer cuando se solicita en exceso el músculo o cuando se dañan los huesos o los ligamentos de la planta del pie.

Se trata de un dolor sordo, focalizado en la planta del pie; por lo general aparece al final del día y al comenzar a andar, paradójicamente desapareciendo al correr, pero cuando se finaliza la actividad, este retorna de forma más concentrada e intensa. En muchas ocasiones las molestias suelen desaparecer de por sí solas, si solamente han llegado a ser eso, molestias. Pero si el corredor no les presta atención puede que estas se conviertan en crónicas, y entonces su solución será más que dificultosa.

Cuando se lesiona la fascia se hace sensible a la palpación toda la bóveda plantar, pero conforme aumenta la tensión por excesivo y/o incorrecto trabajo el dolor se fija cerca del talón, haciéndose muy sensible a la presión la zona delantera del hueso calcáneo. Justamente donde se inserta el haz fibroso de la fascia. El talón duele al andar y correr, y al ponerse de pie después de un rato sentados. También duele cuando se extiende la planta del pie tirando de los dedos hacia nosotros. Y después de una prueba o entrenamiento fuerte, al enfriarnos. Cuando la lesión se torna crónica cualquier roce de la zapatilla o el calzado, incluso andando deprisa, despierta el dolor.





Se puede correr con fascitis plantar, pero el runner deberá bajar la intensidad del entrenamiento, evitando hacer éste en asfalto, observando el desgaste de las zapatillas (y cambiándolas si procede), buscando terrenos más blandos e incluso utilizando vendajes funcionales y/o alguna buena talonera que amortigüe bien, siempre que podamos aplicando hielo después; pero en todo caso no forzando, y esto, de nuevo he de decirlo, es muy difícil de inculcar en un corredor (yo diría que imposible).

Según algunos especialistas, la fascitis plantar en algunos casos puede llegar a ser incluso el origen de un espolón calcáneo. En otras palabras, podría ser la peor complicación de una fascitis.

La mejor prevención para el corredor es incluir en el programa de estiramientos post-entreno el de la planta del pie, tirando de los dedos y antepie hacia durante veinte segundos. Igualmente es preciso usar varios pares de zapatillas y cambiarlas con asiduidad. Y si se conocen problemas de pisada utilizaremos las plantillas correctoras oportunas.

TRATAMIENTO

Prácticamente todos los especialistas coinciden en que la infiltración debe ser rechazada como primera opción, hago este comentario porque durante un tiempo se utilizaba esta solución como uno de los primeros pasos a adoptar.

Desde el punto de vista del masajista se aplicará el siguiente tratamiento: Masaje de descarga de los músculos cortos del pie y de toda la planta del pie, con amasamientos nudillares y fricciones cortas longitudinales. En segundo lugar se recomienda realizar un masaje transversal profundo en la inserción del calcáneo de manera diaria si es posible y durante un mínimo de entre 10-15 minutos.

Es muy importante que el corredor estire correctamente los músculos cortos del pie; así como los tibiales y tríceps sural. La aplicación de frío local después de los entrenamientos y en la última parte del día ayudará para rebajar la inflamación. Y por último, se puede realizar un vendaje funcional específico plantar para evitar la inflamación por impacto durante el entrenamiento y que ayude a que la fascia no sufra tanto cuando se entrene y por tanto se produzca el impacto.



También es muy recomendable la aplicación de un vendaje funcional específico de fascitis plantar con tape que evitará mayor inflamación por repetición de impacto y como en tantas otras lesiones de este tipo, los vendajes neuromusculares o también llamados kinesiotaping ayudan a disipar el dolor, cosa que nuestro paciente corredor agradecerá sin lugar a dudas.



Una vez más, utilizar un calzado con la amortiguación correcta (cuanto más, mejor) será uno de los factores clave que pueden ayudar al corredor a evitar esta temida lesión, así que será importante que dediquemos algo de tiempo a aconsejar en este sentido al *runner* en este sentido, sobre todo si se trata de un nuevo corredor que pueda necesitar de mayor orientación.

Por otra parte, hay una serie de ejercicios que pueden ayudar a que el paciente se recupere antes: Una simple pequeña botella de agua mineral puede servirnos a modo

de rodillo para que deslizándola hacia delante y atrás ayude a amasar la fascia. Otro ejercicio recomendable es el uso de una goma elástica o toalla con la que ejercer fuerza de modo isométrico para que tengamos que trabajar con el pie de la misma forma que al pisar un pedal acelerador. Por último, la simple tracción hacia atrás con los dedos de la mano manteniendo durante aproximadamente 20 segundos, será también de agradecer.

No es necesario que se tenga esta lesión para que se realicen estos ejercicios, pero en caso de sufrirla será necesario hacerlos a diario para acelerar la recuperación.

COMENTARIO FINAL

Por supuesto, existen más lesiones que el corredor popular puede sufrir debido a su actividad deportiva, pero he procurado recoger en este documento aquellas que considero se pueden dar en el día a día del *runner* con mayor facilidad o sobre todo, las que más se suelen encontrar al comenzar con esta afición aquellos principiantes en el *running*, personas que se deciden por dar un paso adelante y comenzar a introducir nuevos hábitos saludables en su vida a través de este deporte.

Quizás los esguinces de tobillo y las lumbalgias sean aquellas lesiones que más se vean representadas en este grupo de deportistas, aunque estas lesiones se producen también a diario en muchos otros deportes e incluso en la vida cotidiana de cualquier persona.

Por otra parte, he omitido cualquier sobrecarga que por norma general se suele producir con mucha frecuencia en las extremidades inferiores del corredor, ya que estas se pueden producir también con mucha frecuencia tanto en otros deportes como en la actividad cotidiana. Entre ellas, gemelos, sóleo, cuádriceps e isquiotibiales, son las más cotidianas.

Otros conceptos que se deben vigilar y sobre los que podemos ampliar nuestra formación si queremos poder llegar a asesorar correctamente a los pacientes, son la nutrición y la hidratación que deben ser factores claves para cualquier deportista. Y sobre todo, me gustaría recordar y hacer hincapié en la importancia de que cualquier persona que se vea atraída por practicar el *running* de forma habitual, se realice una prueba de esfuerzo en manos de profesionales, nuestra salud no tiene precio.

EL CORREDOR POPULAR

UN DEPORTE, UNA PASIÓN, UNA FILOSOFÍA

INDICE DE LESIONES

Periostitis tibial.....	7
Condriomalacia rotuliana.....	9
Tendinitis de la pata de ganso.....	10
Tendinitis del Aquiles.....	12
Síndrome de la Cintilla Iliotibial.....	13
Síndrome del Piramidal.....	14
Fascitis Plantar.....	16

BIBLIOGRAFÍA

Brad Walker, La Anatomía de las Lesiones Deportivas, editorial Paidotribo

Leon Chaiton, Terapia Manual, valoración y diagnóstico, Mc Graw-Hill Interamericana

Bahr – Maehlum, Lesiones Deportivas, diagnóstico tratamiento y rehabilitación, Editorial Médica Panamericana

Kristian Berg – Guía Ilustrada de los Estiramientos Terapéuticos, Editorial Tutor

Toni Bové - El Vendaje Funcional, Elsevier

Hal Higdon – Correr con Inteligencia, Editorial Paidotribo

Mariano García-Verdugo – Principios del autoentrenamiento, Editorial Gymnos

Artículos del Dr. Hernán Silván en la revista Runner's World y Metodos Runner's Coach

Artículos del Dr. Francisco Gilo en la revista Correr (antigua Corricolari)

