



PALABRA DE MÉDICO

Por DAVID LÓPEZ CAPAPÉ

Especialista en traumatología del deporte y cirugía ortopédica

El dolor anterior de rodilla en corredores



Con frecuencia acuden a mi consulta corredores, deportistas o pacientes más sedentarios aquejados de dolor en la rodilla, referido en su parte anterior y que puede variar mucho en intensidad, desde leves molestias y pinchazos hasta gran limitación para caminar, correr o subir y bajar escaleras o cuestas.

En la mayoría de los casos el dolor se origina en la articulación entre la rótula y el fémur (femoropatear). La rótula es el hueso situado en la parte anterior de la rodilla, en el llamado 'aparato extensor', formado por el tendón del cuádriceps, la rótula y el tendón rotuliano. Las dos lesiones más frecuentes en ella son la condropatía rotuliana ('condromalacia' es un término incorrecto) y la tendinopatía rotuliana (llamada también 'rodilla del saltador').

La condropatía es superfrecuente, y no siempre causa problemas: muchas veces se diagnostica casualmente al hacer una resonancia de rodilla por cualquier otro motivo, como una lesión de menisco o ligamentos. Los corredores que notan un dolor limitante en la zona anterior de la rodilla deben consultar y, normalmente, recomendaremos la realización de la resonancia.

El espesor del cartílago de la rótula y de la tróclea del fémur es de varios milímetros. Cuando existe en alguna zona un reblandecimiento podemos hablar de un grado I. Si hay fibrilación (como cuando se levanta la pintura de una pared) pasamos a un grado II y si las fisuras son más profundas, es un grado III. Cuando el hueso subcondral (el que hay bajo el cartílago) queda expuesto hablamos de un grado IV.

SABES QUE...

La mejor prueba para valorar el dolor anterior de rodilla es la resonancia magnética (RM). Y es que en este caso la ecografía no es útil para estudiar el estado del cartílago de la rótula.

Uno de los tratamientos que resultan más eficaces y seguros es la infiltración con ácido hialurónico o sus derivados, que puede realizar el médico en consulta.



La gravedad de una condropatía no se puede reducir a esta clasificación, que tanto asusta a los pacientes al leer su informe de resonancia, y que les lleva a consultar Internet. Importa mucho más la superficie que ocupa la condropatía, la posición, forma y estabilidad de la rótula, y otros condicionantes. Existen pacientes con grados III-IV corriendo sin dolor o con molestias leves, y pacientes con grado I-II que no pueden caminar sin molestias.

Aunque la fisioterapia puede ayudar a recuperar la musculatura atrofiada y mejorar el tracking rotuliano (deslizamiento de la rótula sobre el fémur cuando realizamos la flexión y extensión de la pierna), los tratamientos que mejores resultados nos ofrecen son, sin duda, los intraarticulares, puesto que ponemos el remedio justo en su sitio.

Recomendamos ampliamente el uso de infiltraciones con ácido hialurónico, que mejora los síntomas y ayuda a proteger y fortalecer el cartílago. Hemos tratado a maratonianas de élite que han seguido preparando sus competiciones con apenas paradas de uno o dos días por la infiltración. En los casos muy avanzados y rebeldes, el tratamiento con artroscopia de rodilla es muy sencillo y útil. Se trata de una intervención ambulatoria de menos de media hora, en la que mejoramos la superficie de deslizamiento con técnicas de condroplastia (utilizamos instrumental de radiofrecuencia para evitar un mayor daño al cartílago sano) y sinovectomía perirrotuliana (quitar la membrana sinovial inflamada alrededor de la rótula).

Las lesiones del tendón, que en algunas ocasiones se presentan a la vez, requieren un enfoque diferente y merecen un artículo solo para ellas. 