



PALABRA DE MÉDICO

Por DAVID LÓPEZ CAPAPÉ

Especialista en traumatología del deporte y cirugía ortopédica



La atleta Loli Checa tuvo que tratarse los músculos de la parte posterior del muslo.

Hablemos de los isquiotibiales

Uno de los mayores motivos de preocupación de los corredores son los isquiotibiales –semitendinoso, semimembranoso y bíceps femoral– localizados en la parte posterior del muslo. Deben su nombre a que los dos primeros se originan en el isquion (el hueso de la pelvis donde nos apoyamos al sentarnos). Se insertan en la tibia, mientras que el bíceps lo hace en el peroné. De ahí que algunos profesionales prefieran llamarlos ‘isquiosurales’.

En algunos casos, la parte proximal (superior), concretamente los tendones y su inserción en el isquion, se ve afectada como consecuencia de la carrera, sobre todo cuando se corre a máxima velocidad. No es una lesión extraña, pero menos común en cualquier caso que en el fútbol o el atletismo, donde los tirones y las roturas de fibras son más frecuentes.

El dolor de la tendinopatía o entesopatía (se refiere a la unión del tendón con el hueso) de los isquio-

tibiales se localiza bajo el pliegue glúteo, limita la carrera, sobre todo al alargar la zancada, y en ocasiones es muy molesto o incómodo al sentarse, especialmente al conducir. Si el médico no tiene en mente esta patología, muchas veces se piensa que la causa del dolor es una ciática de origen lumbar.

La mejor prueba para valorar esta compleja región anatómica es la resonancia magnética. Con ella se puede comprobar si hay degeneración o rotura de los tendones, inflamación de la bursa (bursitis) o del hueso del isquion (edema óseo reactivo). La ecografía define menos y es menos completa, pero se elige como herramienta diagnóstica de primera elección (aunque depende totalmente de la experiencia del operador y del equipo), porque puede ayudarnos a realizar tratamientos ecoguiados.

El tratamiento inicial siempre es conservador, con fisioterapia para disminuir la tensión de la región posterior del muslo (terapia

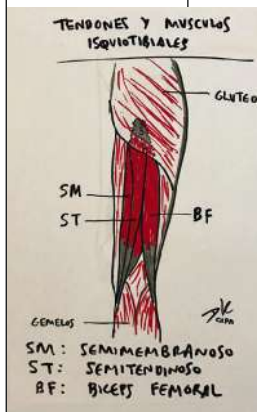
manual y miofascial), aunque a veces es necesario masaje específico Cyriax en el tendón.

En nuestra experiencia, también solemos optar por el tratamiento con radiofrecuencia (tecarterapia) en lesiones musculares y de los tendones isquiotibiales: siempre es bueno revisar y tratar áreas relacionadas y de la cadena posterior, como la zona lumbar, el glúteo y los gemelos.

El origen de esta lesión suele estar en la debilidad muscular, por lo que siempre es recomendable un trabajo de readaptación y fortalecimiento. En las entesopatías y roturas parciales no solemos aconsejar los estiramientos, pero sí los ejercicios isométricos y trabajo de core y glúteo. Según el caso, recurrimos a infiltraciones, que pueden ser de corticoides (si hay mucho dolor e irritación del nervio ciático), de colágeno (nos ayuda a fortalecer el tejido conjuntivo) o de plasma rico en plaquetas (PRP), muy útiles en las roturas.

Es una lesión difícil de abordar con precisión, dada la localización más profunda del tejido dañado (nada que ver con áreas más superficiales, como la fascia plantar o el tendón de Aquiles). Muchos corredores, de hecho, tienen que permanecer sin correr durante algunos meses por la falta de respuesta a los tratamientos, aunque sí

pueden mantener ejercicio alternativo o modificado como bici, elíptica, piscina y trabajo en el gimnasio. Solo en los pocos casos en los que la evolución no es positiva recurrimos a una cirugía consistente en ‘alargar’ el tendón semimembranoso o hacer un refuerzo de la inserción o perforaciones del isquion, así como liberar las adherencias que pueda tener el nervio ciático.



La parte proximal o superior de los isquiotibiales suele ser motivo de dolencias y lesiones en muchos corredores.