

EL SINDROME DE LA BANDA ILEOTIBIAL “RODILLA DEL CORREDOR”

INTROCCIÓN

El síndrome de la banda iliotibial (SBIT), comúnmente conocida como rodilla del corredor, se trata de una lesión por fricción de tipo inflamatorio, no traumático, generada por un contacto continuo entre la banda iliotibial y el epicóndilo lateral en la región externa e inferior de la rodilla, que en la mayor parte de los casos se desarrolla de forma gradual como resultado de entrenamientos intensos o realizados de manera inadecuada.

La banda iliotibial (BIT) o cintilla iliotibial es una banda fibrosa que corre longitudinalmente a lo largo de la cara lateral del muslo desde su origen en la cresta ilíaca hasta la tibia proximal, y tiene un papel muy importante sobre el control de cadera y la estabilización de la rodilla. Proximalmente, el tensor de la fascia lata, el glúteo mayor, el glúteo medio y el vasto lateral tienen conexiones con la BIT. Distalmente, la BIT discurre sobre el epicóndilo femoral lateral, antes de insertarse en el tubérculo de Gerdy en la tibia anterolateral, justo debajo de la línea de la articulación de la rodilla.

El síntoma principal es el dolor mecánico en la parte externa de la rodilla, que se inicia gradualmente y empeora progresivamente con la carrera, siendo más intenso cuantos más kilómetros hemos avanzado. Si la inflamación es suficientemente intensa, dificulta continuar con la actividad, siendo un motivo habitual de abandono en las carreras de fondo.

Los atletas suelen describir la aparición insidiosa de dolor localizado en la parte externa de la rodilla coincidiendo con el lugar donde discurre la BIT sobre el epicóndilo femoral lateral (EFL). Inicialmente el dolor aparece sólo durante el deporte, pero con el tiempo sin el manejo adecuado, éste puede volverse constante y profundo, persistiendo durante todo el ejercicio e incluso en reposo.

La prevalencia del SBIT varían del 2 al 25 por ciento en personas físicamente activas, constituyendo la segunda causa más común de dolor de rodilla después de la disfunción femorrotuliana. Afecta predominantemente a corredores y ciclistas, pero también se ha descrito en esquiadores nórdicos, jugadores de fútbol y otros atletas. Según estudios observacionales limitados, la incidencia de la SBIT se sitúa entre el 1,6 y el 12 por ciento de los corredores.



CAUSAS

El síndrome de la banda iliotibial se produce por sobreuso, sin embargo, la causa precisa del dolor y los factores biomecánicos responsables siguen sin estar claros, siendo el roce repetido contra el hueso en la parte externa de la rodilla uno de los más aceptados.

Existen factores biomecánicos demostrados que hacen al corredor más susceptible de desarrollar este síndrome. Todas estas variantes anatómicas son factores que van a aumentar el roce de la fascia lata en la parte lateral del cóndilo femoral externo.

Podemos clasificar los factores de riesgo en:

Intrínsecos:

- Debilidad de los abductores de la cadera, sobre todo, la debilidad del glúteo medio que hace que aumente la tensión sobre la fascia lata.
- Corredores con Genu Varo (piernas arqueadas).
- Pronación excesiva o una biomecánica pobre del pie (tendencia al pie plano).
- Banda iliotibial corta y tensa
- Contractura del músculo iliopsoas.
- Inflexibilidad de los músculos gastrocnemio y sóleo.
- Discrepancia en la longitud de las piernas.

Extrínsecos: Entrenamientos muy intensos con poco entrenamiento muscular, correr distancias largas sin descanso, calzado inapropiado, correr sobre superficies irregulares o pendientes con demasiada inclinación, mal ajuste de la bicicleta.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS:

El síntoma más predominante consiste en dolor en la parte externa de la rodilla, más específicamente en el epicóndilo lateral del fémur donde roza el tendón de la fascia lata (o cintilla iliotibial). Aparece en un momento dado de la carrera y empeora gradualmente hasta que el corredor tiene que detenerse. Después de un período de descanso, el dolor desaparecerá habitualmente para regresar cuando la carrera comience nuevamente. El dolor se agrava habitualmente al correr cuesta abajo donde el trabajo de la fascia lata es mayor.

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico se basa primordialmente en una detallada historia clínica y la exploración física. En la exploración confirmaremos el diagnóstico al presionar el tendón de la fascia lata en la rodilla contra el cóndilo lateral. En ocasiones se palpa la tensión en la banda iliotibial que se extiende por la parte exterior del muslo hacia la cadera.

Entre las pruebas específicas para su exploración encontramos:

La prueba de Noble: se efectúa con el paciente en decúbito supino, el dedo pulgar del médico se coloca sobre el cóndilo lateral externo, se efectúa una flexoextensión en la rodilla del paciente, el máximo dolor aparece cuando la rodilla está en una flexión de 30 grados.

Prueba de Ober: se utiliza para determinar la flexibilidad o la tirantez de la banda iliotibial. El paciente se acuesta sobre el lado sano, la cadera y el muslo se estabilizan con la otra mano para evitar la flexión, colocando la mano sobre la pelvis, con la otra mano se hace abducción del lado de la lesión y se coloca en flexión de 90 grados de la rodilla haciendo una extensión de la cadera. A continuación, se suelta la pierna que está en abducción, si la banda iliotibial es normal el muslo caerá hacia la posición de aducción. Si hay contractura de la fascia lata o la banda iliotibial, el muslo no caerá manteniéndose en la misma posición o lo hará ligeramente, si esto sucede la prueba se considera positiva.



Prueba de Noble



Prueba de Ober

PRUEBAS DE IMAGEN:

Rara vez se necesitan imágenes radiográficas para confirmar el SBIT y se obtienen con mayor frecuencia para buscar otras patologías en pacientes con síntomas persistentes.

- Las radiografías simples rara vez muestran anomalías en casos de SBIT aislado. En raras ocasiones se puede identificar un epicóndilo femoral lateral prominente.
- La evaluación ecográfica puede mostrar un engrosamiento de la SBIT en el epicóndilo femoral lateral (LFE).
- Los hallazgos de resonancia magnética asociados con SBIT pueden incluir engrosamiento de la BIT y anomalías inespecíficas en la intensidad.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:

Los pacientes con SBITse quejan de dolor focalizado en el compartimento lateral de la rodilla. Otros diagnósticos que tenemos que tener en cuenta incluyen los siguientes:

- A. Dolor patelofemoral: causa dolor anterior de la rodilla, pudiéndose irradiar a la cara media y lateral. El dolor a la palpación en la BIT sobre el epicóndilo femoral lateral (EFL) y la ausencia de dolor a la palpación en la articulación femorrotuliana ayudan a distinguir ambas patologías.
- B. Lesión del menisco lateral (normalmente postraumática): la palpación de la rodilla lateral puede aclarar el diagnóstico, ya que el dolor por un desgarro del menisco lateral se encuentra en la línea articular inferior a la ubicación de la BIT.
- C. Tendinopatía poplítea: el origen del tendón poplíteo se encuentra justo anterior e inferior a la inserción proximal del ligamento colateral lateral (LCL). Correr cuesta abajo repetidamente es la causa más común de lesión. Por lo general, los pacientes se quejan de un dolor cada vez mayor en la rodilla posterolateral cuando intentan evitar la aceleración mientras corren cuesta abajo.
- D. Tendinopatía de inserción del tendón del bazo lateral (bíceps femoral): aunque la aparición del dolor asociado con la tendinopatía del tendón es gradual, hay sensibilidad en la inserción del tendón en la cabeza del peroné.
- E. Osteoartritis de rodilla (OA) del compartimento lateral: la OA de rodilla se asocia con rigidez articular matutina, sensibilidad que típicamente se localiza en la línea articular lateral y hallazgos radiológicos característicos.
- F. Lesión del ligamento colateral lateral (LCL): una lesión del LCL es causada por un traumatismo agudo, generalmente una tensión en varo en la rodilla, que causa dolor cuando se estira el LCL y sensibilidad focal directamente sobre el ligamento

TRATAMIENTO:

El objetivo principal del tratamiento es reducir el dolor y la inflamación, y posteriormente realizar los ejercicios adecuados para prevenir recaídas. El éxito del tratamiento conservador está inversamente relacionado con el tiempo de evolución, es decir, a más meses con la clínica de dolor, menos probable es que el dolor mejore con terapias locales y programas de musculación.

1. **Modificación de la actividad:** Modificar temporalmente las actividades que provocan el dolor optando por actividades de bajo impacto (elíptica, natación, fuerza...) hasta que se resuelva la molestia. El descanso completo si bien es válido, empeora la forma física, con los consecuentes problemas asociados al regresar a la actividad deportiva habitual. También es importante el abordaje del calzado al realizar la actividad, valorando la biomecánica del pie.
2. **Crioterapia y AINES Locales:** Aplicar frío durante 10 minutos 3 veces al día combinándolo con pomadas de diclofenaco o dexketoprofeno. Es recomendable aplicarlo después de hacer ejercicio para garantizar que el dolor no regrese.
3. **Fisioterapia:** Realizar masajes dirigidos para ayudar a relajar los tejidos y la fascia lata y utilizar técnicas de liberación miofascial. El uso de técnicas de tratamiento electroterapéutico como TENS o ultrasonido ayudan igualmente a reducir el dolor y la inflamación. Las técnicas de punción seca o la acupuntura también pueden haber demostrado ser beneficiosas en este síndrome.
4. **Infiltración de corticoides:** En casos de mucha bursitis podemos valorar la infiltración de corticoides, los cuales dan un rápido alivio, pero no ayudan a mejorar el pronóstico.
5. **Ejercicios de musculación:** Mejorar la fuerza de los músculos, sobre todo el fortalecimiento del músculo tensor de la fascia lata y el glúteo medio.
6. **Vuelta progresiva "correcta":** Reanudar la actividad deportiva de forma gradual identificando posibles errores anteriores.
7. En caso de que el tratamiento conservador falle y se prolongue en el tiempo con agudización de la clínica, o en casos de fascia lata muy fibrosada, se podría valorar la intervención quirúrgica.

PROGRAMA EJERCICIOS SERMEF

Estiramiento banda iliotibial de pie-brazos alto

Cruzar la pierna sana por delante de la pierna afectada. Inclinar el tronco hacia el lado sano manteniendo los brazos por encima de la cabeza. Mantener 20-30 segundos y volver lentamente a la posición inicial.

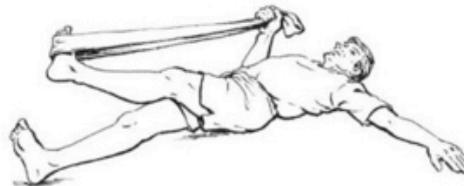
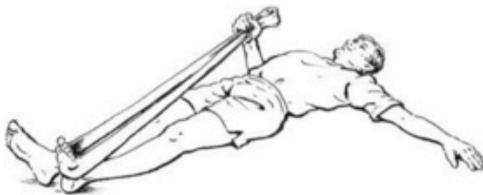
Series: 1
Repeticiones: 5



Estiramiento banda iliotibial con banda inelástica

Tirar de la banda con la mano para elevar la pierna afectada recta cruzándola por encima de la otra. Mantener 20-30 segundos y volver a la posición inicial.

Series: 1
Repeticiones: 5



Estiramiento musculatura glútea/piramidal

El pie del lado afectado se coloca encima de la rodilla contralateral. Tirar con las manos de la rodilla del lado afectado en dirección al hombro contralateral. Mantener 20-30 segundos y volver a la posición inicial.

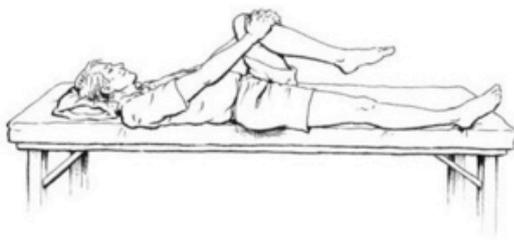
Series: 1
Repeticiones: 5



Estiramiento de psoas y recto anterior

Bajar la pierna del lado afectado por fuera de la camilla., manteniendo una flexión de rodilla. Llevar la rodilla del lado contralateral hacia el pecho. Mantener 20-30 segundos y descansar.

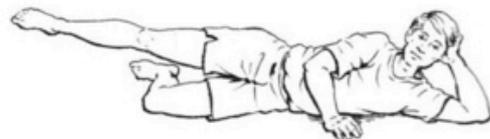
Series: 1
Repeticiones: 5



Glúteo medio decúbito lateral I

Elevar la pierna del lado afectado unos 20 cm. Mantener 5 segundos y volver a la posición inicial.

Series: 1
Repeticiones: 10



Sentadilla con apoyo posterior y balón

Descender flexionando las caderas y las rodillas sujetando el balón. Mantener 5 segundos y volver a la posición inicial.

Series: 1
Repeticiones: 10



Glúteo medio de pie

Separar la pierna del lado afectado unos 25-30 cm con respecto a la vertical manteniendo el tronco recto sin inclinarse. Mantener 5 segundos.

Series: 1
Repeticiones: 10



Glúteo medio de pie en carga

Separar la pierna del lado sano unos 25-30 cm con respecto a la vertical manteniendo el tronco recto sin inclinarse. Mantener 5 segundos.

Series: 1
Repeticiones: 10



BIBLIOGRAFÍA:

- 1- Iliotibial band syndrome. UpToDate. 2023
- 2- Foch E, Aubol K, Milner CE. Relationship between iliotibial band syndrome and hip neuromechanics in women runners. Gait Posture. 2020
- 3- Charles D, Rodgers C. A literature review and clinical commentary on the development of Iliotibial Band Syndrome in runners. Int J Sports Phys Ther. 2020
- 4- Dolor de rodilla. AMF 2023; 19(5); 255-267
- 5- Programa ejercicios SERMEF. Cadera.