

SÍNDROME DE LA CINTILLA ILIOTIBIAL NUEVO ENFOQUE TERAPÉUTICO

Molina Trigueros LJ, Lillo González MJ, Escobar Barral E, Peña Moya P, Alba Somalo A, Torres Sansegundo JM

Introducción:

El síndrome de la cintilla iliotibial (SCIT) es la lesión más común de la cara externa de la rodilla en corredores (1,2), con una incidencia entre 5% y 14%(3). Sin embargo todavía nos queda mucho por aprender acerca de la etiología, el diagnóstico y el tratamiento de esta lesión (3).

La cintilla iliotibial se origina a nivel del trocánter mayor como una coalescencia de las inserciones fasciales de los músculos tensor de la fascia lata, glúteo mayor y medio.(4).

El diagnóstico está basado fundamentalmente en la historia clínica y en la exploración física (5) (test de Ober (6)).

Numerosos estudios asocian el SCIT a diversas alteraciones biomecánicas (7-9). Recientes estudios sugieren que los pacientes con SCIT presentan una mayor aducción de la cadera y una mayor rotación interna de la rodilla (7). Frederikson et al (8) encontraron una debilidad de la musculatura abductora de la cadera en comparación con el MI sano y en comparación con el grupo control. Las mayores diferencias entre los grupos control y grupo con SCIT se encuentran a nivel de la biomecánica de la cadera (9). Frederikson M et al al refieren mejoría del cuadro con la realización de autoestiramientos de la cintilla iliotibial y del glúteo medio(15). La mayoría de estudios hablan de una reincorporación progresiva a la actividad deportiva una vez superada la fase aguda y subaguda (12), recomendando la vuelta a la carrera transcurridas 3 o 4 semanas desde el inicio de tratamiento (2,11).

El tratamiento del SCIT se ha centrado en medidas antiinflamatorias locales (10,11), sonoforesis (12,13) y en el fortalecimiento de la musculatura abductora de cadera(2,11,14).

Objetivos:

Proponer un protocolo de tratamiento basado en técnicas de terapia manual, centrado en la articulación de la cadera, con el cual hemos obtenido unos resultados superiores, tanto en mejoría sintomática, como en reincorporación deportiva y con menor coste.

Material y Método:

Estudio retrospectivo de una serie de 8 casos de corredores con SCIT a los que se les aplicó el protocolo propuesto, basado en terapia manual centrada en la articulación de la cadera y punción seca de la musculatura pelvicoantérea.

PROTOCOLO DE TRATAMIENTO

Caso	Sexo y Edad	Deportes	Síntomas	Tiempo de Evolución	Tratamientos previos	Evolución Ttos previos	Nº Sesiones	EVA Pre Protocolo	EVA post Protocolo	Realización autoestiramientos	Inicio actividad Deportiva: Carrera
1	H. 39 a.	Carrera 10-15 km	EVA 7/10. Dolor en región externa de la rodilla dicha al correr	5 meses	20 ss. de OC + US + Electroestimulación de CO. 15 ss. De TENS + masaje en CIT.	EVA 5/10 Sin correr. No corría.	2	6/10	0/10	Si	Al día siguiente a la 1ª sesión.
2	H. 38 a.	Maratón	9/10 a los 10 min. de carrera	3 semanas	2 ss. masoterapia en rodilla y muslo. Crioterapia.	No.	1	8/10	1,5/10	Si	A día siguiente de la 1ª sesión.
3	H. 36 a.	Maratón	EVA: 9/10 en región ext.l rodilla dicha al correr	1 semana	-----	-----	1	9/10	0/10	Si	A los 2 días post tto.
4	H. 35 a.	Patinaje Carrera	7/10 al correr y subir escaleras en región externa	1 mes	-----	-----	1	7/10	1/10	Si	En la semana post tto.
5	H. 39 a.	Triatlón Spinning	El dolor en región externa le impide correr	3 meses	Plantillas	Mejoría parcial con recidiva	1	8/10	3/10	No	-----
6	H. 30 a.	Carrera Natación	El dolor impide correr	1,5 meses	-----	-----	3	8,5/10	4/10	Si	A los 2 días después de la 1ª sesión.
7	H. 39 a.	Carrera	Dolor importante al correr	1 mes	Reposo 3 semanas	Mejoría parcial	1	5/10	0/10	Si	Al día ss. Post tto.
8	H. 43 a.	Ultrafondo 100 km	El dolor le impedía correr	2,5 meses	2 ss. De tto. en la rodilla masaje	No	1	8/10	0/10	Si	A los 2 días post tto.
Media	H. 37,4 a.	carrera	El dolor impide correr	1,9 meses	-----	No les permitía correr	1,4 ss	7,5/10	1,2/10	Si	A los 2,3 días post tto.

Resultados:

Los 8 pacientes refirieron disminución significativa de la sintomatología dolorosa desde la primera sesión (disminución media de 6,3 puntos de la EVA). 7 de ellos reiniciaron su actividad deportiva (carrera) en la misma semana de la primera sesión de tratamiento.

Conclusiones:

Proponemos un protocolo nuevo que puede ser una herramienta válida en el tratamiento del SCIT, y es especialmente interesante cuando el objetivo es reincorporación inmediata a la actividad deportiva. Al parecer, los ejercicios de estiramiento para el domicilio se antojan claves para una reincorporación precoz. Son necesarios más estudios prospectivos y con mayor número de casos, que confirmen el papel fundamental de la biomecánica de la cadera en el SCIT y que avalen la eficacia de los distintos tratamientos en esta patología

Bibliografía:

- (1) Noehren B, Davis I, Hamill J. ASB clinical biomechanics award winner 2006 prospective study of the biomechanical factors associated with iliotibial band syndrome. Clin Biomech (Bristol, Avon) 2007 Nov;22(9):951-956.
- (2) Frederikson M, Wolf C. Iliotibial band syndrome in runners: innovations in treatment. Sports Med 2005;35(5):451-459.
- (3) van der Worp MP, van der Horst N, de Wijer A, Backx FJ, Nijhuis-van der Sanden MW. Iliotibial Band Syndrome in Runners: A Systematic Review. Sports Med 2012 Sep 20.
- (4) Mühle C, Ahn JM, Yeh L, Bergman GA, Boutin RD, Schweitzer M, et al. Iliotibial band friction syndrome: MR imaging findings in 16 patients and MR arthrographic study of six cadaveric knees. Radiology 1999 Jul;212(1):103-110.
- (5) Strauss EJ, Kim S, Caloei JG, Park D. Iliotibial band syndrome: evaluation and management. J Am Acad Orthop Surg 2011 Dec;19(12):728-736.
- (6) Gajdosik RL, Sandler MM, Marr HL. Influence of knee positions and gender on the Ober test for length of the iliotibial band. Clin Biomech (Bristol, Avon) 2003 Jan;18(1):77-79.
- (7) Ferber R, Noehren B, Hamill J, Davis IS. Competitive female runners with a history of iliotibial band syndrome demonstrate atypical hip and knee kinematics. J Orthop Sports Phys Ther 2010 Feb;40(2):52-58.
- (8) Frederikson M, Cookingham CL, Chaudhari AM, Dowdell BC, Oestreicher N, Sahrman SA. Hip abductor weakness in distance runners with iliotibial band syndrome. Clin J Sport Med 2000 Jul;10(3):169-175.
- (9) Grau S, Krauss I, Mawald C, Axmann D, Horstmann T, Best R. Kinematic classification of iliotibial band syndrome in runners. Scand J Med Sci Sports 2011 Apr;21(2):184-189.
- (10) Gunter P, Schwelnus MP. Local corticosteroid injection in iliotibial band friction syndrome in runners: a randomised controlled trial. Br J Sports Med 2004 Jun;38(3):269-72; discussion 272.
- (11) Frederikson M, Weir A. Practical management of iliotibial band friction syndrome in runners. Clin J Sport Med 2006 May;16(3):261-268.
- (12) Lavine R. Iliotibial band friction syndrome. Curr Rev Musculoskelet Med 2010 Jul 20;3(1-4):18-22.
- (13) Ellis R, Hing W, Reid D. Iliotibial band friction syndrome—a systematic review. Man Ther 2007 Aug;12(3):200-208.
- (14) Beers A, Ryan M, Kasubuchi Z, Fraser S, Taunton JE. Effects of Multi-modal Physiotherapy, Including Hip Abductor Strengthening, in Patients with Iliotibial Band Friction Syndrome. Physiother Can 2008 Spring;60(2):180-188.
- (15) Frederikson M, White JJ, Macmahon JM, Andriacchi TP. Quantitative analysis of the relative effectiveness of 3 iliotibial band stretches. Arch Phys Med Rehabil 2002 May;83(5):589-592.

LICENCIA DE USO DE ESTE DOCUMENTO

El presente documento se presentó a la 2ª Jornada interhospitalaria de fisioterapia, celebrada el 16 de Noviembre de 2012 en el Hospital Universitario de Fuenlabrada (Madrid, España).

Usted es libre de:

- copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra
- Remezclar — transformar la obra
- hacer un uso comercial de esta obra

Bajo las condiciones siguientes:

- reconocimiento — Debe reconocer los créditos de la obra de la manera especificada por el autor o el licenciador (pero no de una manera que sugiera que tiene su apoyo o apoyan el uso que hace de su obra).
- Compartir bajo la misma licencia — Si altera o transforma esta obra, o genera una obra derivada, sólo puede distribuir la obra generada bajo una licencia idéntica a ésta.

Entendiendo que:

- Renuncia — Alguna de estas condiciones puede no aplicarse si se obtiene el permiso del titular de los derechos de autor
- Dominio Público — Cuando la obra o alguno de sus elementos se halle en el dominio público según la ley vigente aplicable, esta situación no quedará afectada por la licencia.
- Otros derechos — Los derechos siguientes no quedan afectados por la licencia de ninguna manera:
- Los derechos derivados de usos legítimos u otras limitaciones reconocidas por ley no se ven afectados por lo anterior.
- Los derechos morales del autor;
- Derechos que pueden ostentar otras personas sobre la propia obra o su uso, como por ejemplo derechos de imagen o de privacidad.
- Aviso — Al reutilizar o distribuir la obra, tiene que dejar bien claro los términos de la licencia de esta obra

<http://creativecommons.org/licenses/by-sa/3.0/es/>