

## ALGO MAS SOBRE LA TENDINITIS

### Opiniones de un entrenador de atletismo

J. M. BALLESTEROS.

Mi postura al escribir unas líneas para una publicación de este género no puede ser más modesta, puesto que tan sólo se trata de hacer constar las experiencias de un entrenador en un terreno cuyo conocimiento último es mucho más propio del médico.

Ni siquiera mi exposición va a ser pseudocientífica y en el plano del «quiero y no puedo», sino directamente descriptiva de aquellos puntos que considero pueden ser útiles para otras personas que no hayan observado con el mismo detenimiento que yo el cuadro clínico de tantos atletas aquejados de lesiones de este tipo.

Mi planteamiento está en función directa sobre todo de corredores, y en especial de medio fondo y fondo, cuyos problemas —en mi calidad de entrenador nacional responsable de estas especialidades— conozco más a fondo.

En primer lugar describiré los tipos más frecuentes de dolores con los que el entrenador de estos especialistas debe enfrentarse, y después el por qué de su aparición y los tratamientos que suelen dar más resultado.

El tendón de Aquiles suele ser el más afectado por el entrenamiento moderno de carrera y el atleta nota como efecto, por orden prioritario: dolor difuso sobre la zona, un fuerte dolor localizado, endurecimiento, inflamación generalizada y a veces puntos de inflamación localizados. En el caso de las tendinitis rotulianas toda la rodilla se ve afectada y el dolor impide por completo toda acción de carrera; aquí un dato que no suele faltar y sin embargo no siempre aparece en el pie es el crujir del tendón (como nieve aplastada) al presionar al tacto. Las causas son generalmente las siguientes: o bien una cantidad de trabajo grande,

con el consiguiente efecto de los microtraumatismos, o el cambio en el tipo de trabajo que se lleva a cabo. En ambos casos la causa última es la sobrecarga bien por exceso o bien por actitudes negativas. Naturalmente tiene que haber una predisposición del individuo a estas dolencias y normalmente los pacientes son de tendencia reumática (en cuyo caso la humedad recrudece su mal) o tienen defectos que producen posturas de desequilibrio o sobrecarga en las articulaciones con los consiguientes efectos en su aparato locomotor. Así vemos cómo la mayor parte de las tendinitis aparecen en el invierno o al cambiar de terreno de entrenamiento. Las largas distancias (¡y no digamos recorridas con zapatillas de clavos!) llevan consigo un trabajo excesivo para el tendón de Aquiles incluso en terrenos donde el choque no es violento en las tomas de contacto del pie con el suelo. Como salvaguarda tenemos los talones alzados y protegidos por suelas gruesas y muelles (los calzados de diferentes marcas llamados «Interval»). Tanto corriendo «de talón», o de «puntillas», como defectos extremos o bien correctamente «de planta», la tensión mayor o menor es evidente a lo largo de una gran cantidad de kilómetros. Otra motivación reside en el paso de terrenos más o menos muelles de tipo natural, a la dureza de la pista de ceniza, o de la ejecución de un entrenamiento de tipo largo-suave a otro más rápido que requiera mayor fuerza de impulsión (sobre todo coincidiendo con la transición bosque-pista). Sin embargo no falta el efecto contrario, y a veces aparece la lesión al entrenar en terrenos más blandos por determinar una variación en la

forma del «apoyo». A lo antedicho hay que unir otra causa que produce dolores en el tendón, y es el calzado que aprieta y fricciona esa delicada zona; cuando es así lo que no es más que un simple roce acaba produciendo una inflamación que puede degenerar en aguda. En resumen: hemos visto que la repetición de un número muy elevado de choques con el suelo, el cambio de terreno de sustentación, la carrera en suelos duros, la mala realización de los apoyos y los calzados defectuosos son las causas primordiales de la inflamación localizada en el tendón de Aquiles.

En lo concerniente a la tendinitis rotuliana, yo considero que en el caso de los corredores de largas y medias distancias, se encuentra motivada sobre todo por un desequilibrio articular cuyas causas habrá que buscar. La mayor parte de las veces es una falta de tensión adecuada provocada por una colocación defectuosa del pie en el suelo lo cual lleva consigo, al faltar la tensión de tobillos, una descompensación al nivel de la rodilla. La convexidad articular también es causa frecuente, pero insisto en que la mayoría de las veces el defecto viene de abajo. La caída del arco plantar (frecuente entre los corredores que realizan largos entrenamientos) es un mal necesario cuya única solución es la colocación de plantillas adecuadas (previniendo y no curando, pues a algunos médicos no les gusta aplicarlas hasta que el defecto ya es evidente, cuando a veces puede preverse). Otra clase de descompensación lleva consigo el que ceda la parte interna del pie, con la consiguiente sobrecarga para la rodilla (aquí los talones sobre alzados en su zona interna son utilísimos).

En todos los casos la primera cosa a aconsejar es la carrera continua, incluso en forma de trote. Aquí hemos de aclarar que la tendinitis, desde el punto de vista clínico, no suele aparecer en los corredores dando un cuadro completo más que raramente; así pues lo que vamos a decir a continuación no debe parecer un disparate. Lo que deseo indicar es que si bien el reposo absoluto es lo más indicado cuando se trata de una inflamación aguda localizada, y la intervención quirúrgica cuando existe peligro de fractura, «deshilachamiento», y no digamos fractura, la aparición de los primeros síntomas no siempre debe significar el cese de la actividad, y en este punto es donde hablo de acuerdo con mi experiencia personal que me permite considerar que un reposo de 2-3 semanas e incluso más no proporciona la desaparición de las molestias, que, además, vuelven a aparecer en cuanto se reanudan los esfuerzos, todo ello con la consiguiente pérdida

de tiempo; no olvidemos que el arte del médico deportivo no sólo reside en curar (el tiempo todo lo cura, sobre todo con un tratamiento adecuado y dejando al deportista «fuera de concurso»), sino en hacerlo procurando que la curación aún siendo completa —y esto nunca ha de sacrificarse— sea también rápida y evitando en lo posible la pérdida de entrenamientos. Realmente si se evita la carrera continua, se espacian los esfuerzos y se alternan entrenamientos y descansos, todo a la par de un tratamiento eficaz, los dolores van desapareciendo sin tener que dejar la preparación. La fórmula podría generalizarse así: no trotar más de 300-500 metros seguidos o correr distancias similares, alternar carrera o trote y andar, no utilizar clavos y a ser posible llevar calzado sobrealzado o plantillas, preferir los esfuerzos intensos pero cortos a los largos y lentos (que favorecen más las malas posturas), descansar ampliamente entre cada ejercicio pero andando para no enfriarse por completo. Nunca habrán de utilizarse sobrecargas y menos en ejercicios como el «squat» o flexión de piernas. Tampoco se pueden hacer saltos que supongan choque violento, y menos aún si son repetidos. Se evitará todo calzado que presione o roce la parte dolorida. De esta forma el atleta puede seguir entrenando incluso en la etapa de inflamación ligera o de tendón «acartonado y crujiendo» y poco a poco la mejoría se iniciará más o menos en el mismo tiempo que los casos tratados con reposo completo.

En lo relativo a los medicamentos, y aunque no me siento inclinado a detallar al respecto, he de tratar de los que he utilizado con éxito en los diferentes casos, siguiendo prescripción facultativa. Hay muchos tratamientos de tipo «curandero» y a veces empleados con resultado, pero ya sabemos que cada paciente es una historia distinta, y por tanto lo bueno para uno no lo es para el que parece similar. Sin embargo, los anti-inflamatorios miorrelajantes son de la máxima eficacia. En los primeros momentos los antirreumáticos, tipo pirazolonas, suelen dar muy buenos resultados para luego seguir con los precitados. Cuando se trata de sujetos reumatoides la aplicación conjunta de antirreumáticos-prednisonas es práctica. El uso de vitamina B y su acción neuromuscular ayuda al restablecimiento al facilitar que los grupos musculares interesados no perjudiquen la curación con una acción antagonista, producto de la reacción provocada por el tendón lesionado, y por otra parte sirve para mantener el tono muscular que, como en el caso del cuádriceps en las lesiones de tipo rotuliano, suele resultar disminuido. En cuanto a la utilización de onda-corta he podi-

do comprobar que aparte de la normal reactivación dolorosa que es comúnmente pasajera, provoca una tolerancia a partir de un tiempo de aplicación superior a los 10 minutos, y asimismo he observado que muchas sesiones, 20-30, del orden de 6-8 minutos dan óptimos resultados. Por último, aunque imagino su sonrisa al leer lo que sigue, considero sumamente eficaz la aplicación de los clásicos parches sobre la zona dolorida, mejor si no padece afecciones en la piel; la temperatura constante, el mejor riego de la zona, y la ligerísima sujeción son sin duda la causa del efecto beneficioso. Por el

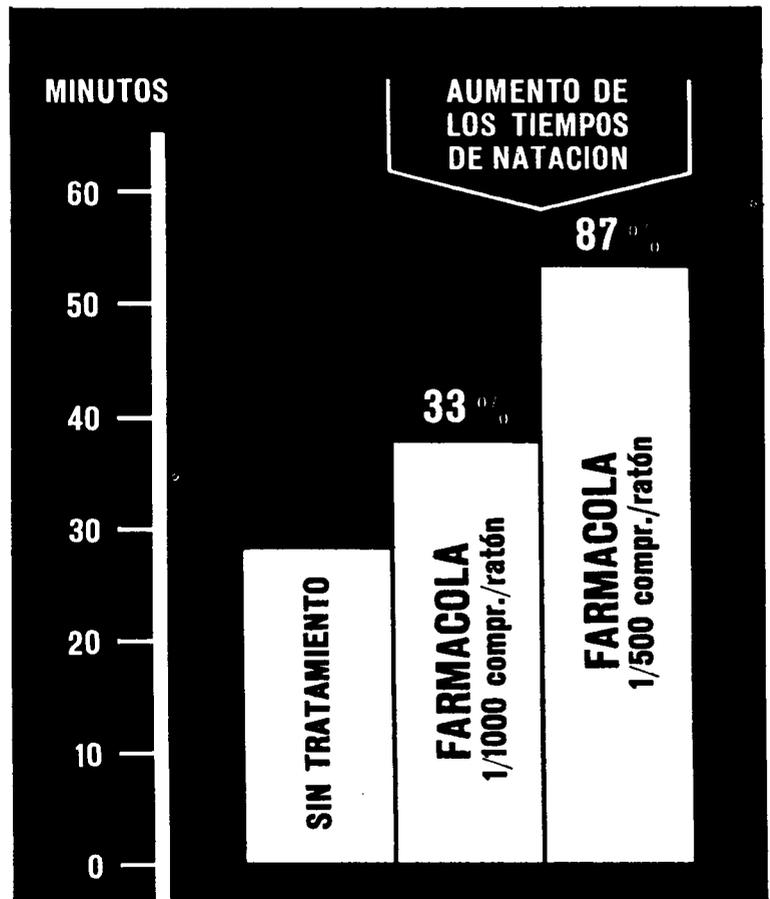
contrario las rodilleras y tobilleras son perjudiciales.

No hay que olvidar, que ya hemos citado medicamentos, que hay una serie de contraindicaciones que conviene tener en cuenta: úlceras o dolencias intestinales, insuficiencias o enfermedades hepáticas y en algunos casos las lesiones cardíacas, suelen ser impedimentos para usar en demasía algún tipo de medicina que sin embargo aplicado con algunas pausas y en períodos no superiores a una o dos semanas no ofrece, normalmente, peligro alguno.

# Farmacola

DEFATIGANTE NEURO-MUSCULAR EFERVESCENTE DE ACCION FISIOLÓGICA

**Prueba de resistencia a la fatiga realizada en el departamento de Farmacología del Laboratorio Dr. Andreu**



Se obligó a nadar hasta fatiga total varios lotes de ratones, anotando los tiempos de natación. Al día siguiente se les administró FARMACOLA y se repitió la prueba, comprobándose una notable prolongación de los tiempos de natación.

Cada comprimido contiene: Aspartato potásico, 150 mg; aspartato magnésico, 150 mg; ATP disódico, 2 mg; glucosa anh. 1000 mg; vitamina C, 500 mg; tintura nuez cola, 100 mg, reforzada hasta 20 mg de cafeína. En tubos de 10 comprimidos (2-3 al día disueltos en medio vaso de agua).