



**Dr. David López Capapé**  
Especialista en Cirugía Ortopédica y Traumatología  
Clínica CENTRO (Madrid)

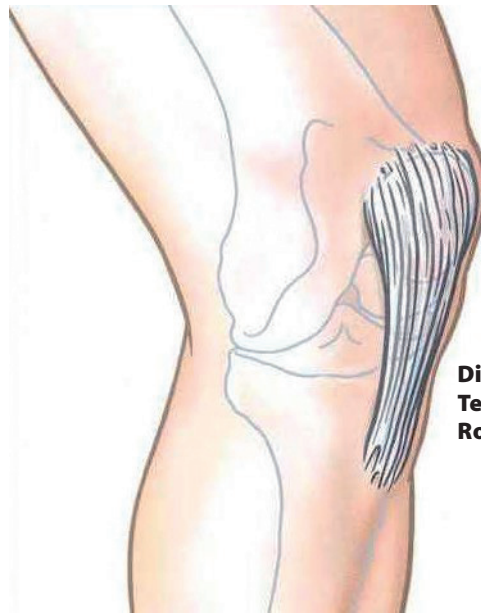
La tendinitis rotuliana es una de las lesiones más frecuentes en el deporte. Como los atletas de saltos (longitud, triple y altura) desarrollan muy a menudo esta patología recibió el nombre de Rodi-

lla del Saltador, aunque puede presentarse en deportistas en los que el salto no es un gesto específico. El término "tendinitis rotuliana" sigue siendo útil para entender que nos referimos a esta lesión, pero en la literatura médica actualizada se está abandonando, siendo más correcto hablar de tendinopatía rotuliana. Esto es debido fundamentalmente a que es una lesión por sobrecarga (overuse injury) en la que la inflamación (a la que se refiere el término tendinitis) no es muy evidente. Los cambios anatomopatológicos reciben el término correcto de tendinosis, el mismo proceso que afecta a otros tendones como el del Extensor Carpi Radialis Brevis en la epicondilitis, el tendón de Aquiles o el tendón Supraespinoso del hombro. En muchas ocasiones si hay inflamación a nivel del peritendon que recubre el tendón, hablando entonces de una peritendinitis, siendo esta de presentación más aguda y en deportistas más jóvenes habitualmente.

La presentación clínica es variable, habitualmente se caracteriza por dolor en la región anterior de la rodilla que al principio no impide realizar la actividad, pero a medida que pasa el tiempo, si no es diagnosticada y tratada, progresa de forma que el dolor se hace incapacitante, perdura después del ejercicio, y puede ser molesto incluso para realizar una vida normal, con dolor al caminar, bajar escaleras, estar sentado, etc...

Blazina propuso una clasificación en relación a los síntomas para valorar el estado de la lesión:

- I. Dolor después de la actividad.
- II. Dolor durante y después de la actividad
- III. Igual al anterior pero que incapacita al deportista a realizar su actividad
- IV. Rotura tendinosa



**Dibujo de la Anatomía del Tendón Rotuliano de la Rodilla.**

En la exploración física es constante el dolor en la región de la inserción del tendón rotuliano en el polo inferior de la rótula. El rango de movimiento y el aspecto de la rodilla son habitualmente normales. Sí puede existir pérdida de masa muscular del cuádriceps si el proceso es de larga evolución.

Deben descartarse otras causas de dolor anterior de rodilla como las bursitis prerrotuliana e infrarrotuliana, las enfermedades de Sinding-Larsen-Johansson y Osgood-Schlatter en adolescentes, el dolor a nivel de la grasa de Hoffa y sobre todo explorarse a fondo la articulación femoropatelar, valorar globalmente el miembro inferior y otras alteraciones biomecánicas que pueden afectar al paciente. Hay que ver si existen contracturas del cuádriceps o isquiotibiales asociadas, disimetrías y vigilar la dinámica plantar.

Las pruebas de imagen nos ayudan a estudiar mejor la lesión, pero no suelen cambiar el planteamiento terapéutico. La radiografía simple de rodilla con proyec-

ciones anteroposterior, lateral y axial de la rótula, nos permite descartar la presencia de calcificaciones, valorar la altura rotuliana y la situación de la rótula con respecto al surco troclear.

El estudio más preciso puede hacerse mediante Ecografía, Resonancia Magnética, o ambas.

En el estudio con ultrasonidos la zona degenerada o alterada se ve como hipoeicoica, mientras que en la resonancia la intensidad de señal está aumentada. Si el estudio es de eco-doppler suelen existir proliferaciones vasculares. La ventaja de la ecografía es que permite acciones terapéuticas guiadas en el mismo momento, se puede comparar con el lado contralateral y es rápida y económica, pero como contrapartida todo eso es dependiente del explorador, y la resonancia tiene la gran ventaja de permitir una valoración diferida en el tiempo y por múltiples especialistas.

El tratamiento inicial y fundamental consiste en la modificación de la actividad, patrón de oro en todas las lesiones



**Imagen sagital de Resonancia Magnética en la que evidencia alteración de la inserción del tendón rotuliano y marcado engrosamiento del mismo a ese nivel**

deportivas. El periodo de tiempo debe ser el suficiente para que remitan los síntomas y la vuelta a los gestos más perjudiciales debe ser siempre lenta y progresiva. El problema en esta lesión es que a veces no se tolera la bicicleta ni el aquajogging, de modo que el trabajo aeróbico se puede ver más comprometido.

Pueden tomarse antiinflamatorios unos días si es muy aguda, existe mucho dolor o inflamación. Puede utilizarse el frío local también en fases iniciales y peritendinitis, en mi opinión no es útil en casos más evolucionados o crónicos, en los que el problema fundamental es la tendinosis.

Es muy importante para resolver definitivamente la lesión el fortalecimiento controlado del cuádriceps, sin dejar de trabajar los músculos de la pantorrilla y el glúteo. Es necesario trabajar también la flexibilidad de isquiotibiales y cuádriceps.



El trabajo excéntrico con una sola piera apoyada en plano inclinado ha demostrado resultados muy satisfactorios.

Las terapia física, empezando con el masaje transversal profundo puede ser útil. Las infiltraciones con corticoides las reservamos para casos de peritendinitis y dolor anterior difuso en el tendón, pero no las proponemos en la típica rodilla del saltador. En los países nórdicos se han obtenido resultados muy satisfactorios mediante la esclerosis de los neovasos con polidocanol. Este procedimiento invasivo debe realizarse supervisando la inyección de dicha sustancia con un ecodoppler.

También hay estudios de tratamiento con ondas de choque extracorpóreas y de infiltraciones con factores de crecimiento plaquetarios.

En nuestra opinión ninguna de estas terapias solucionará el problema si no se acompaña de la parte del fortalecimiento muscular y del tendón a las que antes nos referíamos.

La cirugía se reserva para casos en los que no ha habido mejora tras 6 meses a 1 año de tratamiento conservador. Los resultados son buenos, el paciente mejora significativamente de sus síntomas, tarda 6 meses a 1 año en competir, pero el porcentaje de deportistas que llegados

a este punto recuperan el nivel previo no supera el 80%.

En la actualidad hay trabajos prometedores con cirugía artroscópica, que se presenta una vez más como una alternativa a la cirugía abierta. ■