

ROTURAS FIBRILARES COMUNES EN EL ATLETISMO

Las roturas de fibras o ruptura miofibrilar, o lo que conocemos coloquialmente como “tirón”, es una lesión que ocasiona la rotura de varias miofibrillas (pequeñas fibras musculares). Las lesiones musculares oscilan en un 35% del total de lesiones deportivas, de ahí su importancia y necesidad de un buen tratamiento.

- **¿CÓMO OCURREN?**

Antes de nada, debemos diferenciar dos mecanismos de producción de este tipo de lesiones: 1) de manera directa: traumatismo directo (contusión); 2) de manera indirecta: lesiones por sobreuso o sobreesfuerzo, y lesiones por sobreestiramiento (distensión) o contracción violenta (normalmente excéntrica)

- 1) De manera directa:

En el caso de la **contusión**, sucede tras un traumatismo importante directamente sobre el muslo que produce un aplastamiento de las fibras musculares, pudiendo generar rotura de esas fibras con su posterior sangrado (hematoma).

- 2) De manera indirecta:

Las **lesiones por sobreestiramiento** o **contracción violenta** ocurren cuando la elasticidad del tejido muscular se ve superada por un estiramiento violento o contracción súbita. Cuando ocurren por **sobreuso** o **sobre- esfuerzo** son el resultado de “hacer demasiado, con demasiada frecuencia, demasiado rápido y con poco descanso”, es decir, cuando el entrenamiento excede la capacidad de adaptación del tejido muscular.

Todas estas lesiones producen lesión en el tejido muscular (de diferente magnitud), sangrado y dolor. En ocasiones también aparecen asociadas lesión de nervios, vasos sanguíneos y hueso.

- **SÍNTOMAS**

Tras una rotura de músculo o tendón se puede apreciar un “hundimiento” o depresión en el área de lesión y, gradualmente, sangrado hacia abajo desde el área de lesión. Éste sangrado será visible en una lesión intermuscular (entre músculos), ya que el sangrado puede ser evacuado, pero no en una lesión intramuscular (interna al músculo y su fascia) que dificulta la evacuación de sangrado interno. Aparece dolor, limitación de la movilidad, disminución de la fuerza, alteración de la función normal. Hay ciertos hallazgos clínicos que nos pueden llevar a la sospecha o confirmación de la rotura, como, por ejemplo, si existe dolor a la palpación, contracción y estiramiento.

- **INCIDENCIA EN EL ATLETISMO**

Los grupos musculares más afectados suelen ser los isquiotibiales, aductores de cadera y gastrocnemios (gemelos), pero la incidencia de lesión en los músculos isquiotibiales es la mayor de ellas.

1. ISQUIOTIBIALES

Su lesión es muy frecuente en velocistas. Esta lesión se asocia con desgarro muscular a nivel de la unión miotendinosa (unión músculo-tendón), pudiendo localizarse en cualquier sitio de esta región. La disminución de la flexibilidad o pérdida de elasticidad de esta musculatura los hace más susceptibles de lesión, más aún si existen antecedentes de lesión similares. La debilidad de la musculatura isquiotibial frente a la del cuádriceps (relación agonista-antagonista) también los hace más predisponentes a lesión. Normalmente el daño del tejido aparece en aceleraciones/deceleraciones bruscas, sprints, salidas e incluso saltos. Esta lesión se manifiesta con dolor intenso e inmediato que obliga a detener la actividad deportiva. En muchas ocasiones, el deportista refiere como un golpe en la zona posterior del muslo, con disminución de la fuerza e imposibilidad para esprintar.

2. GASTROCNEMIOS (GEMELOS)

Las lesiones en esta región suelen presentarse como distensión o rotura parcial de la musculatura de la pierna (gemelo y sóleo). La zona de mayor incidencia es la cabeza medial (interna) del gemelo, aunque la lesión se puede producir en cualquier zona, con preferencia de la unión miotendinosa. Existe mayor incidencia de lesión en deportes en los que la velocidad y los saltos son factores importantes, como por ejemplo en los vallistas y velocistas. La afectación más común es la llamada "tennis leg" en la que el paciente refiere una sensación de pedrada en la cabeza interna del gemelo. El deportista presenta dolor repentino en la zona de lesión y dificultad para andar de puntillas. Aparece un aumento de sensibilidad en la zona, pero la hemorragia suele quedar contenida debido al grosor de la fascia muscular de la pierna.

3. ADUCTORES

La distensión o rotura de esta musculatura es la lesión más frecuente en la región inguinal, pelviana y cadera. Los músculos aductores más comprometidos son el pectíneo, los aductores (largo, corto y mayor) y el grácil. Las regiones que suelen afectarse son la zona más cercana a la cadera, la unión miotendinosa y en la inserción púbica de estos músculos. La lesión se produce en un movimiento brusco de la cadera en abducción (separación) unido a una activación excéntrica y sobrecarga de la musculatura aductora. Es posible que se afecten varios músculos aductores en una misma lesión. Aparece un dolor intenso y súbito en la ingle, o ligeramente más hacia la cara interna del muslo. Si el tendón próximo a la rodilla se rompe sorprendentemente se puede experimentar poco dolor. Cuando existe distensión grave del aductor, la aducción de cadera contra resistencia hace que aparezca una masa de tejido blando sobre la cara interna y superior del muslo. El deportista experimenta dolor y disminución de la fuerza muscular.

- **CONCLUSIONES**

Las lesiones musculares de este tipo son una afección muy común en los atletas. Esta condición hace necesario un diagnóstico adecuado y un tratamiento personalizado, asegurando la correcta recuperación del deportista para minimizar el riesgo de recidivas, frecuentes en estas lesiones.

Gracias a la fisioterapia avanzada estas lesiones podemos tratarlas de manera precoz. Hoy en día estamos capacitados para acelerar el proceso de recuperación, así que cuanto menos tiempo pase desde la lesión antes nos recuperaremos y mejor serán los resultados del tratamiento.

En [Fisioalmat](#) contamos con la tecnología más avanzada para el tratamiento de las roturas de fibras, así que si tienes una rotura o dudas si puedes tenerla contacta con nosotros y te ayudaremos.