FISIODRI

GUÍA CLÍNICA

LESIÓN MUSCULAR DE ISQUIOSURALES EN RUNNING

Diagnóstico, readaptación y retorno a la carrera basado en criterios

- VALORACIÓN Y DIAGNÓSTICO
- FUERZA Y LONG-LENGTH
- PROGRESIÓN DE CARRERA
- SPRINT Y ALTA VELOCIDAD
- PREVENCIÓN DE RECAÍDAS



Correr es mucho más que correr

ANTES DE EMPEZAR ·

Cómo utilizar esta guía

Un recurso educativo para corredores con una lesión muscular de isquiosurales o en proceso de readaptación.

- Entender qué se ha lesionado y por qué una “rotura” no describe por sí sola el pronóstico.
- Diferenciar una lesión muscular de problemas tendinosos, neurales o avulsiones que requieren otro manejo.
- Saber cuándo tiene sentido una ecografía o resonancia y qué NO pueden decidir por sí solas.
- Progresar desde la activación y la fuerza hasta carrera rápida y sprint.
- Utilizar criterios funcionales, no únicamente el paso de los días, para volver a entrenar y competir.

Esta guía no sustituye una valoración individual. Dolor muy intenso, gran hematoma, “chasquido” o pérdida marcada de fuerza tras una lesión proximal requieren valoración profesional temprana.

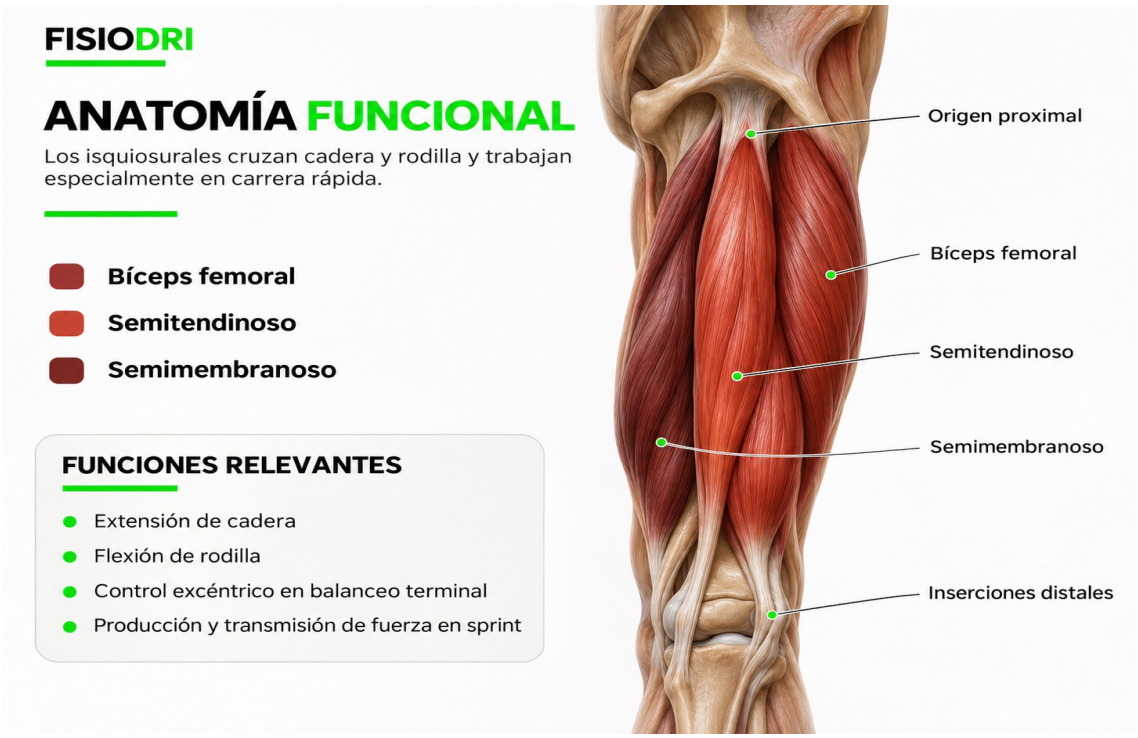
01 ·

ENTENDER · Qué es una lesión muscular de isquiosurales

La lesión muscular aguda aparece cuando la demanda supera temporalmente la capacidad del tejido para tolerar tensión y velocidad.

Los isquiosurales forman un grupo muscular situado en la parte posterior del muslo. Las lesiones agudas suelen producirse durante acciones de alta velocidad, aceleración, sprint o posiciones de gran elongación. En corredores, el contexto habitual es un cambio brusco de ritmo, series, sprint final, cuesta rápida o retorno demasiado agresivo tras una pausa.

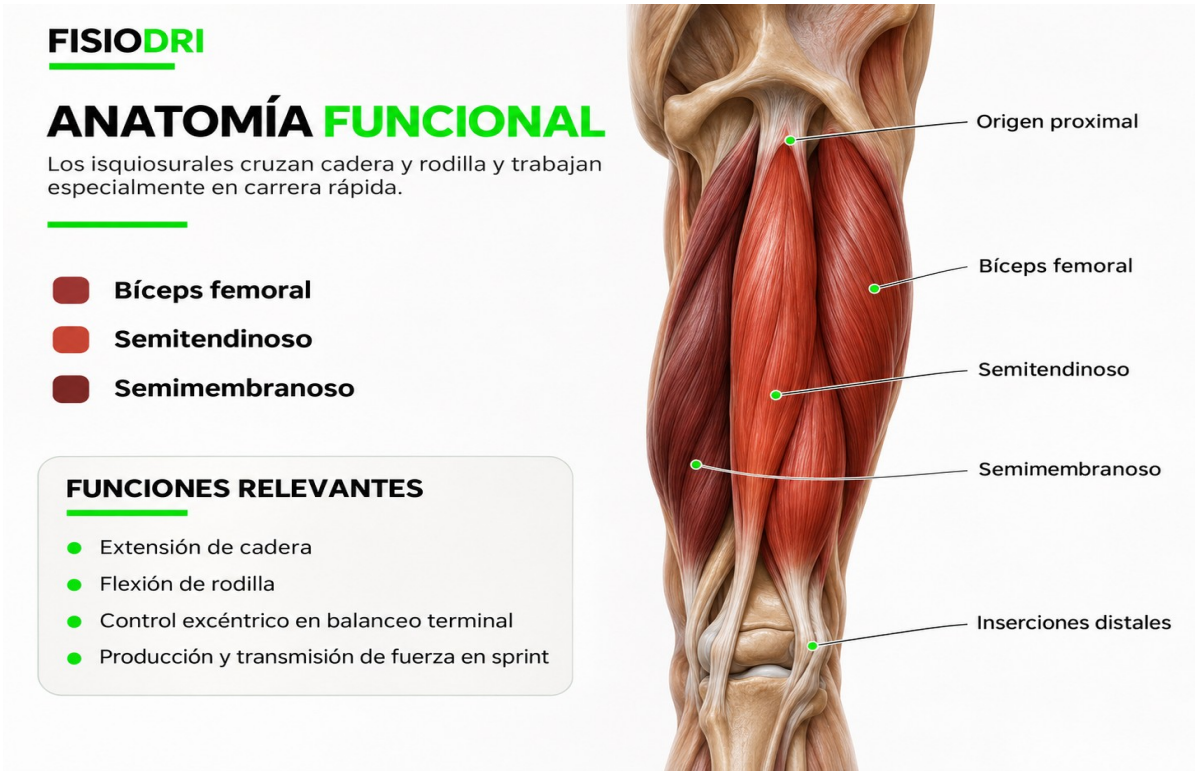
No toda molestia posterior de muslo es una "rotura". La historia, la localización, la función y la evolución orientan el diagnóstico.



02 ·

ANATOMÍA Y FUNCIÓN

Bíceps femoral, semitendinoso y semimembranoso comparten funciones, pero no reciben exactamente la misma carga.



Vista simplificada del grupo isquiosural y sus funciones relevantes para correr.

- El bíceps femoral de cabeza larga es una localización frecuente en lesiones asociadas a sprint.
- Los isquiosurales controlan excéntricamente la extensión de rodilla durante el final del balanceo.
- También contribuyen a la extensión de cadera y a la producción de fuerza en apoyo.
- La participación de tejido tendinoso o del tendón libre proximal puede modificar el tiempo de recuperación.

03 ·

MECANISMOS Y TIPOS DE LESIÓN

El mecanismo aporta información útil sobre qué tareas deberán recuperarse después.



- Patrón sprint: suele aparecer durante carrera rápida, aceleración o cambios bruscos de velocidad.
- Patrón de estiramiento: puede ocurrir con flexión elevada de cadera y extensión de rodilla, y en algunos casos presenta recuperación más prolongada.
- Una lesión puede afectar músculo, unión miotendinosa, fascia o componentes tendinosos.
- Los grados 1–3 son una simplificación útil, pero la función real del corredor importa más que la etiqueta aislada.

04 ·

SÍNTOMAS Y SEÑALES DE ALERTA

El patrón típico combina inicio relacionado con una acción concreta y dolor posterior de muslo que limita velocidad o fuerza.

- Dolor súbito durante sprint, aceleración, cambio de ritmo o gesto de gran elongación.
- Sensación de tirón, pinchazo o “latigazo”.
- Dolor al caminar rápido, correr, flexionar la rodilla contra resistencia o alargar el músculo.
- Posible hematoma en lesiones de mayor entidad.
- Pérdida de fuerza o confianza al acelerar.

Consulta pronto si hubo un “pop” proximal, gran hematoma, deformidad, imposibilidad para caminar con normalidad, debilidad marcada, síntomas neurológicos o sospecha de avulsión.

05 ·

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

El dolor posterior de muslo puede tener orígenes diferentes y no todos se rehabilitan igual.



06 ·

VALORACIÓN PROFESIONAL

Una buena valoración cuantifica función y permite decidir qué carga puede empezar hoy el corredor.



- Registrar el mecanismo y la velocidad a la que ocurrió.
- Palpar localización y extensión del dolor.
- Comparar rango de movimiento, dolor y fuerza.
- Valorar tareas de cadena posterior y control lumbopélvico cuando sean relevantes.
- Repetir medidas durante la rehabilitación para objetivar progreso.

07 ·

IMAGEN · ECOGRAFÍA Y RESONANCIA

La imagen puede ayudar a caracterizar la lesión, pero no sustituye la evolución clínica ni las pruebas funcionales.



- No toda lesión leve necesita una RM para empezar tratamiento.
- La RM puede ser especialmente útil en lesiones proximales, profundas, intratendinosas, avulsiones o diagnósticos inciertos.
- La ecografía permite evaluar lesiones accesibles y puede utilizarse de forma dinámica.
- Persistir con alteraciones en imagen al volver al deporte no significa automáticamente que el retorno sea inseguro.

La imagen debe modificar la decisión clínica cuando aporta información relevante, no dictarla de forma aislada.

08 ·

PRIMEROS DÍAS · QUÉ HACER

El objetivo inicial no es "curar en 48 horas", sino proteger sin desentrenar y comenzar a recuperar función.

- Reduce temporalmente las tareas que reproducen dolor alto: sprint, series rápidas, cuestas agresivas o estiramientos intensos.
- Mantén actividad y carga tolerable: caminar, bicicleta o ejercicio de fuerza no doloroso según el caso.
- Compresión puede ser útil si existe hematoma o sensación de soporte.
- Evita masajes muy agresivos o estiramientos máximos sobre una lesión irritable.
- Empieza pronto con activación y fuerza dentro de una dosis tolerable cuando la valoración lo permita.

Reposo completo prolongado suele ser menos útil que una exposición progresiva a carga adecuada.

09 ·

DOLOR Y RESPUESTA A 24 HORAS

La progresión se guía por cómo toleras la sesión y cómo respondes después.



- El dolor no necesita ser siempre cero en todos los ejercicios.
- Para volver a sprintar, el objetivo debe acercarse a una exposición sin dolor y con plena confianza.
- Una respuesta peor al día siguiente suele indicar que la dosis fue excesiva.
- La tendencia de varias sesiones importa más que una única sensación aislada.

10 ·

FASE 1 · ACTIVACIÓN Y FUERZA TEMPRANA

Recuperar contracción y tolerancia sin provocar una respuesta excesiva.

Ejemplos orientativos: heel-dig isométrico, puente bilateral, puente con pies más alejados, flexión de rodilla isométrica en distintos ángulos y bisagra de cadera sin carga o con carga ligera.

- Prioriza calidad de contracción y control.
- Utiliza diferentes ángulos de rodilla y cadera según tolerancia.
- Mantén fuerza de glúteo, gemelo, tronco y pierna contralateral.
- Progresa volumen o intensidad de una variable cada vez.



FASE 2 · FUERZA PROGRESIVA

El objetivo es reconstruir capacidad de producir fuerza en tareas de rodilla y cadera.

- Puentes y curls progresivamente más exigentes.
- RDL bilateral → unilateral.
- Sliders o curls deslizantes.
- Hip thrust y variantes de extensión de cadera.
- Nordic asistido cuando exista capacidad suficiente.
- Trabajo global de cadera, cuádriceps, gemelo y tronco según necesidades.

No existe un "mejor ejercicio" universal. La combinación debe cubrir fuerza de flexión de rodilla, extensión de cadera y diferentes longitudes musculares.



12 ·

LONG-LENGTH Y EXCÉNTRICOS

La fuerza en posiciones de mayor longitud muscular es una pieza importante para preparar al isquio para correr rápido.

Los protocolos que incluyen ejercicios de alargamiento o carga excéntrica a longitudes musculares largas han mostrado resultados favorables en algunos ensayos, aunque la evidencia no justifica usar un protocolo idéntico para todos.

- RDL y variantes de bisagra con control.
- Slider excéntrico y curl deslizante.
- Nordic progresivo, asistido si es necesario.
- Flexión de rodilla con cadera flexionada.
- Aumentar progresivamente rango, carga y velocidad.

La carga excéntrica no debe aparecer como un “test final”. Se introduce progresivamente durante la rehabilitación.

13 ·

VOLVER A CORRER

Trotar es solo el primer escalón: el tejido debe recuperar capacidad para ritmos cada vez más rápidos.



- Empieza cuando caminar y las tareas básicas sean suficientemente cómodas.
- Utiliza una dosis de trote que puedas repetir sin empeorar al día siguiente.
- Aumenta primero la continuidad y después la velocidad, según el perfil del corredor.
- No acumules volumen, desnivel y velocidad simultáneamente.

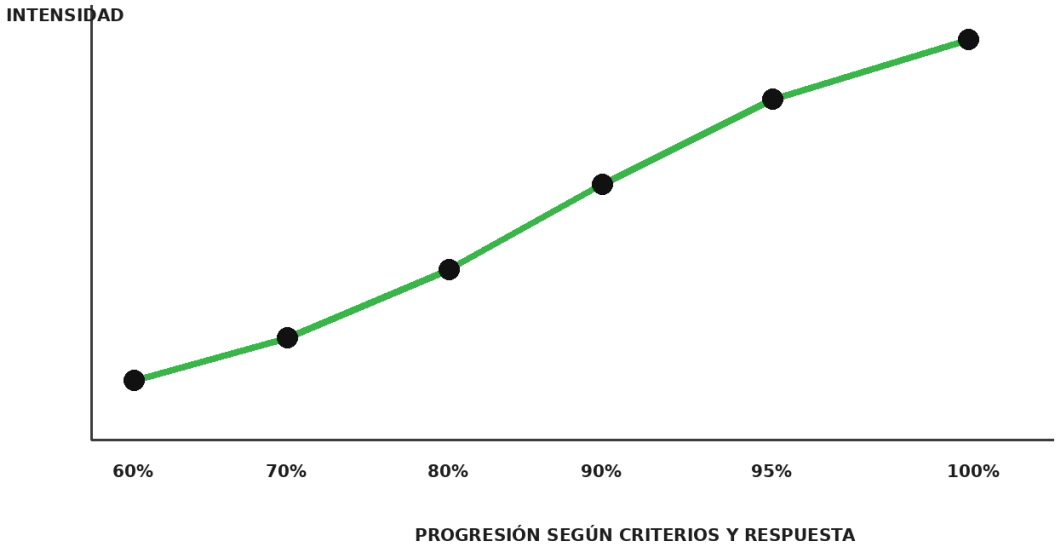
14 ·

VOLVER A LA VELOCIDAD Y AL SPRINT

La alta velocidad es una carga específica que la fuerza de gimnasio no reproduce completamente.

EXPOSICIÓN A VELOCIDAD

La progresión debe recuperar intensidad y también volumen de carrera rápida.



- Introduce aceleraciones submáximas antes del sprint máximo.
- Controla tanto la intensidad como el número total de metros rápidos.
- Utiliza recuperaciones completas para mantener calidad.
- El sprint de alta velocidad debe ser indoloro o prácticamente indoloro y técnicamente seguro.
- En corredores de fondo, los strides pueden ser un puente útil antes de series rápidas.

15 ·

PLIOMETRÍA, POTENCIA Y ELASTICIDAD

Antes de competir, el isquio debe tolerar tareas rápidas, no solo cargas lentas.

- Pogos y saltos bilaterales cuando el impacto esté tolerado.
- Saltos unipodales y bounds progresivos.
- Drills de carrera y aceleraciones.
- Cambios de ritmo y cuestas rápidas según objetivo.
- Trabajo de potencia de cadena posterior con cargas moderadas y ejecución rápida cuando proceda.

La progresión debe reflejar las demandas reales del corredor: un maratoniano y un velocista no necesitan la misma exposición final.

16 ·

BIOMECÁNICA Y CADENA CINÉTICA

No hay una postura “incorrecta” universal que cause una lesión, pero algunas demandas pueden merecer atención individual.

- Control lumbopélvico y capacidad de cadera pueden formar parte de la valoración.
- La técnica de carrera solo debe modificarse si existe una hipótesis clara y una respuesta favorable.
- La fatiga, la velocidad y el historial de exposición cambian la mecánica de carrera.
- La mejor prevención biomecánica suele ser desarrollar capacidad para tolerar la técnica que realmente utilizas.

Evita atribuir la lesión a un único hallazgo como “pelvis caída”, “falta de flexibilidad” o “pisada incorrecta” sin contexto.

17 ·

CRITERIOS PARA PROGRESAR Y VOLVER AL DEPORTE

El retorno no debería decidirse únicamente por el calendario o por una resonancia.

- Dolor mínimo o ausente en vida diaria y tareas específicas.
- Rango de movimiento funcional recuperado.
- Fuerza isométrica y excéntrica suficientemente restaurada respecto al lado sano y a las demandas del corredor.
- Capacidad para completar sesiones de carrera progresiva sin respuesta negativa.
- Exposición a carrera rápida y, cuando corresponda, sprint sin dolor.
- Tolerancia a cargas específicas del entrenamiento real.
- Confianza y sensación de preparación del deportista.

Los porcentajes de simetría pueden ayudar, pero ningún umbral aislado garantiza que el corredor esté listo.

18 ·

VUELTA A ENTRENAR Y COMPETIR

Volver a correr no es lo mismo que volver a entrenar al 100 % ni competir.

1. Completa rodajes fáciles repetidos.
2. Recupera volumen habitual progresivamente.
3. Introduce strides y ritmos controlados.
4. Recupera series y cuestas específicas.
5. Completa una o varias sesiones similares a las demandas competitivas.
6. Vuelve a competir cuando la carga específica esté tolerada y exista confianza.

El primer entrenamiento completo es una prueba de tolerancia; no es el final automático de la rehabilitación.

PROGRAMA ORIENTATIVO DE 12 SEMANAS

Una plantilla para entender la lógica de progresión, no un calendario obligatorio.

PROGRAMA ORIENTATIVO DE 12 SEMANAS

No es una receta: la progresión real depende de lesión, función y respuesta.

Fase 1	**Sem 1–2**	Control síntomas + activación
Fase 2	**Sem 3–4**	Fuerza básica + trote
Fase 3	**Sem 5–6**	Long-length + rodaje
Fase 4	**Sem 7–9**	Excéntrico + strides
Fase 5	**Sem 10–12**	Velocidad + especificidad

- Lesiones leves pueden progresar más rápido y lesiones con componente tendinoso pueden tardar bastante más.
- Repite o retrocede una fase si la respuesta empeora.
- La velocidad máxima se introduce por criterios, no por la semana que marca el calendario.

20 ·

PREVENIR RECAÍDAS

El mayor factor de riesgo es haber tenido una lesión previa; por eso el mantenimiento importa.



- Mantén fuerza de isquios durante toda la temporada.
- Incluye exposición a carrera rápida de forma progresiva cuando tu deporte la requiera.
- Evita pasar de semanas sin velocidad a sesiones máximas de forma brusca.
- El Nordic es útil, pero no sustituye sprint, fuerza de cadera ni gestión de carga.

21 ·

RECAÍDA Y PREGUNTAS FRECUENTES

Una molestia durante la vuelta no significa automáticamente una nueva rotura, pero merece interpretación.

¿Tengo que hacer una resonancia?
No siempre. Se utiliza cuando el resultado puede cambiar el manejo o existe sospecha de una lesión de mayor entidad.

¿Puedo estirar?
Sí, de forma progresiva. Al inicio se evita forzar rangos que disparen dolor; después se recupera longitud y tolerancia.

¿Nordic desde el primer día?
No necesariamente. Se progresa desde cargas tolerables hasta ejercicios excéntricos exigentes.

¿Cuándo puedo hacer series?
Cuando rodajes y aceleraciones previas estén tolerados y la fuerza/función hayan progresado.

¿Una ecografía limpia significa que estoy curado?
No. El retorno combina síntomas, función, carga específica y confianza.

22 ·

EVIDENCIA Y REFERENCIAS ESENCIALES

Las recomendaciones combinan guías, consensos, revisiones y ensayos clínicos relevantes.

1. Gilliam B, et al. Diagnosis, Rehabilitation, and Return to Sport after Athletic Hamstring Injury: ICCUS Society Consensus Statement. Int J Sports Phys Ther. 2026.

2. London International Consensus and Delphi study on hamstring injuries, part 3: rehabilitation, running and return to sport. Br J Sports Med. 2023.

3. Martin RL, et al. Hamstring Strain Injury in Athletes: Clinical Practice Guideline recommendations. J Orthop Sports Phys Ther. 2022.

4. Askling CM, et al. Acute hamstring injuries in Swedish elite sprinters and jumpers: comparison of two rehabilitation protocols. Br J Sports Med. 2014.

5. Schmitt B, et al. Rehabilitation emphasizing eccentric strengthening at long muscle lengths. J Sport Rehabil. 2017.

6. Criteria for progressing rehabilitation and determining return-to-play clearance following hamstring strain injury: systematic review. Sports Med. 2017.

7. Comparative effectiveness of rehabilitation protocols for hamstring injuries: systematic review and meta-analysis. J Bodyw Mov Ther. 2025.

8. Residual imaging abnormalities after acute hamstring strain injury: implications for return-to-sport decision-making. 2026.

9. Afonso J, et al. Revisiting the hamstring injury prevention and rehabilitation literature. Br J Sports Med. 2024.

La evidencia cambia. Esta guía resume conocimiento actual y debe interpretarse junto a la valoración individual del corredor.

FISIODRI

¿NECESITAS AYUDA PARA VOLVER A CORRER?

La recuperación no termina cuando desaparece el dolor.
El objetivo es recuperar fuerza, velocidad, confianza y tolerancia a tu entrenamiento real.

PLANIFICACIÓN · FISIOTERAPIA · FUERZA · RENDIMIENTO

Consulta y planificación personalizada para corredores.

@fisiodri.run

run.fisiodri.workers.dev

Correr es mucho más que correr