
GUÍA CLÍNICA
TENDINOPATÍA
ROTULIANA
EN RUNNING
EVIDENCIA
VALORACIÓN
TRATAMIENTO
FUERZA
RETORNO A LA CARRERA
PREVENCIÓN

Cómo utilizar esta guía

Un recurso práctico para corredores con dolor en el tendón rotuliano.

La tendinopatía rotuliana es un problema de tolerancia a la carga del tendón que conecta la rótula con la tibia. Aunque es especialmente frecuente en deportes de salto, también puede aparecer en corredores cuando coinciden aumentos de carga, cuestas, gimnasio, pliometría o ritmos intensos con una capacidad insuficiente del sistema extensor de rodilla.

Qué encontrarás

- Cómo reconocer el patrón típico y diferenciarlo de otras causas de dolor anterior de rodilla.
- Cómo ajustar running, fuerza, cuestas y saltos sin caer automáticamente en reposo completo.
- Cómo progresar desde cargas tolerables hasta fuerza pesada, impacto y carrera específica.
- Qué papel tienen isométricos, HSR, excéntricos, imagen, taping, ondas de choque e infiltraciones.
- Criterios prácticos para volver a correr rápido, competir y reducir el riesgo de recaída.

IMPORTANTE

Esta guía es educativa y no sustituye una valoración individual. Consulta si existe traumatismo importante, bloqueo articular, derrame marcado, incapacidad para apoyar, fiebre, dolor nocturno no mecánico o pérdida importante de fuerza.

01 · ENTENDER

Qué es la tendinopatía rotuliana

Dolor localizado y relacionado con la carga del aparato extensor de la rodilla.

El tendón rotuliano transmite la fuerza del cuádriceps desde la rótula hasta la tuberosidad tibial. Durante correr, frenar, saltar, aterrizar o subir pendientes, este tendón participa en la producción y absorción de fuerza.

El cuadro típico combina dolor localizado en el polo inferior de la rótula o en el propio tendón con dolor que aumenta cuando sube la demanda mecánica. No debe entenderse simplemente como una inflamación aguda.

IDEA CLAVE

El objetivo no es “apagar” el tendón, sino recuperar su capacidad para tolerar las cargas que exige tu entrenamiento.

Anatomía y función

Un tendón clave para transmitir fuerza entre cuádriceps, rótula y tibia.

El tendón rotuliano forma parte del mecanismo extensor de la rodilla. En carrera trabaja junto con cuádriceps, cadera, tobillo y pie para gestionar fuerzas en cada apoyo.



Dónde suele doler

- Polo inferior de la rótula: localización clásica.
- Cuerpo del tendón: menos frecuente, pero posible.
- Inserción tibial: considerar otras entidades según edad y contexto.

EN RUNNING
Las demandas aumentan especialmente cuando sube la velocidad, el desnivel, la rigidez del apoyo o se añade trabajo de fuerza/pliometría a una semana ya cargada.

Síntomas y patrón típico

El diagnóstico es principalmente clínico cuando la historia y la exploración encajan.

- Dolor bien localizado en el polo inferior de la rótula o tendón rotuliano.
- Dolor con tareas que cargan el extensor de rodilla: sentadilla, escaleras, saltos, carrera rápida o cuestas.
- Rigidez o molestia al comenzar que puede “calentar” durante la actividad.
- Sensibilidad a la palpación del tendón.
- Capacidad variable: algunos corredores toleran rodajes fáciles pero empeoran con cuestas o series.

NO TODO DOLOR ANTERIOR ES TENDÓN

El síndrome femoropatelar, grasa de Hoffa, tendinopatía del cuádriceps, bursas y lesiones intraarticulares pueden dar síntomas diferentes y deben considerarse.

Diagnóstico diferencial y señales de alarma

Localizar bien la fuente del dolor evita tratar como tendón algo que no lo es.

Posible origen	Pistas clínicas
Síndrome femoropatelar	Dolor más difuso/perirrotuliano, tareas como escaleras o sedestación.
Tendón cuadricipital	Dolor superior a la rótula.
Grasa de Hoffa	Dolor anterior/infrarrotuliano, a veces con extensión.
Bursa infrarrotuliana	Dolor más superficial y localizado.
Lesión intraarticular	Bloqueo, derrame, síntomas mecánicos o historia traumática.

Consulta pronto si aparece

- Traumatismo con pérdida brusca de fuerza o incapacidad para extender la rodilla.
- Derrame importante, bloqueo articular o inestabilidad nueva.
- Dolor nocturno no mecánico, fiebre o síntomas sistémicos.
- Empeoramiento progresivo pese a una reducción razonable de carga.

05 · POR QUÉ APARECE

Carga, capacidad y factores asociados

No existe una única causa: importa la relación entre lo que le pides al tendón y lo que puede tolerar.

- Aumento rápido de volumen, intensidad o desnivel.
- Introducción de cuestas, series o sprints sin adaptación.
- Añadir sentadillas, prensa, saltos o pliometría a semanas ya cargadas.
- Retorno demasiado rápido tras lesión, vacaciones o enfermedad.
- Déficits de fuerza del cuádriceps o tolerancia reducida a cargas específicas.
- Sueño, fatiga, calendario competitivo y recuperación insuficiente.

NO BUSQUES UNA CAUSA ÚNICA

La biomecánica puede modificar la distribución de carga, pero no existe un patrón universal que explique por sí solo la tendinopatía. La valoración debe integrar carga, capacidad y contexto.

Qué debería evaluar un profesional

La valoración debe cuantificar dolor, función, fuerza y demandas reales del corredor.



Medidas útiles

- Localización del dolor y palpación.
- Single-leg decline squat o tarea equivalente para reproducir síntomas.
- Fuerza del cuádriceps: isométrica y/o dinámica cuando sea posible.
- Sentadilla, step-down y tareas unipodales.
- Saltos y aterrizajes en fases posteriores.
- Running: volumen, intensidad, cuestas, superficies y distribución semanal.
- VISA-P para monitorizar dolor, función y deporte.

VALORAR ≠ SOLO PROVOCAR DOLOR

Una buena evaluación también identifica qué cargas todavía toleras. Esa información permite mantener actividad mientras reconstruimos capacidad.

¿Hace falta ecografía o resonancia?

La imagen puede ayudar en casos seleccionados, pero no sustituye la historia y la exploración.

Ecografía y resonancia pueden mostrar engrosamiento, cambios estructurales o alteraciones de señal. Sin embargo, los hallazgos estructurales no se correlacionan perfectamente con dolor ni función y también pueden aparecer en personas asintomáticas.



Cuándo puede ser útil

- Presentación atípica o diagnóstico incierto.
- Sospecha de rotura parcial u otra lesión.
- Mala evolución pese a rehabilitación bien dosificada.
- Planificación de procedimientos seleccionados.

DECIDE POR FUNCIÓN
La progresión debe guiarse principalmente por síntomas, fuerza y capacidad, no por “normalizar” una imagen.

Semáforo del dolor y respuesta de 24 horas

El dolor puede utilizarse como información para dosificar la carga.

Zona	Dolor	Respuesta	Qué hacer
VERDE	0-3/10	Carga tolerable y respuesta estable al día siguiente.	Mantener/progresar gradualmente.
AMARILLO	4-5/10	Molestia moderada o rigidez mayor de lo habitual.	Mantener o reducir una variable y vigilar 24-48 h.
ROJO	>5-6/10	Dolor alto, pérdida de función o empeoramiento persistente.	Reducir carga y reevaluar.

NO ES UNA REGLA MATEMÁTICA

El dolor tolerable depende de irritabilidad, historial y tarea. Lo importante es que la respuesta no empeore de forma progresiva durante varios días.

¿Tengo que dejar de correr?

No siempre. La carrera puede mantenerse si la dosis es compatible con la capacidad actual del tendón.

Puedes mantener carrera si

- Dolor bajo o moderado y estable.
- No altera claramente tu técnica por protección.
- No empeora de forma sostenida al día siguiente.
- La fuerza progresa y la función diaria es estable.

Qué modificar primero

1. Reduce temporalmente series, cuestas o sprints si son el principal detonante.
2. Evita concentrar carrera intensa + fuerza pesada + saltos en 24-48 h.
3. Ajusta volumen antes de eliminar por completo la carrera si todavía existe una dosis tolerable.
4. Utiliza bici o elíptica cuando necesites descargar impacto manteniendo el estímulo cardiovascular.

Qué tiene mayor respaldo

La combinación de educación, gestión de carga y ejercicio progresivo es el núcleo del tratamiento.

Intervención	Papel práctico
Ejercicio progresivo	Primera línea. No existe una única modalidad universalmente superior.
HSR / fuerza pesada lenta	Útil para desarrollar fuerza y capacidad del tendón.
Excéntricos	Pueden funcionar, pero no son la única opción ni necesariamente superiores.
Isométricos	Pueden ser una herramienta para cargar y, en algunos casos, modular síntomas.
Ondas de choque	No deben considerarse primera línea o sustituto del ejercicio.
Taping	Puede aliviar a algunas personas, pero no añade beneficio consistente a un buen programa de carga.
Infiltraciones	Dependen de la sustancia; la evidencia y riesgos varían. No sustituyen rehabilitación.

PRIORIDAD

Antes de buscar tratamientos “extra”, asegúrate de que la dosis de ejercicio y la gestión de carga están realmente bien diseñadas y sostenidas durante semanas.

11 · FASE 1

Reducir irritabilidad y recuperar tolerancia

No buscamos reposo completo: buscamos una carga que el tendón pueda aceptar.

- Mantener actividad diaria dentro de una respuesta tolerable.
- Reducir temporalmente los picos de carga: series, cuestas pronunciadas, sprints, saltos repetidos.
- Introducir isométricos o fuerza dinámica de baja-moderada carga según tolerancia.
- Mantener cadera, gemelo y cadena posterior activos.

Ejemplo inicial

Extensión de rodilla o sentadilla isométrica: 4-5 series de 30-45 s, esfuerzo moderado-alto pero tolerable. No es obligatorio si el ejercicio dinámico ya se tolera bien.

OBJETIVO DE LA FASE

Disminuir la reactividad del cuadro sin perder innecesariamente fuerza ni condición física.

12 · FASE 2

Fuerza progresiva

El tendón necesita recuperar capacidad para producir y absorber fuerza.



Ejercicio	Dosis orientativa
Sentadilla / hack / prensa	3-4 series · 6-12 repeticiones
Extensión de rodilla	3-4 series · 8-15 repeticiones
Split squat / zancada	3-4 series · 6-12 por lado
Step-up / step-down	3 series · 8-12 por lado
Sóleo y gemelo	3-4 series · 8-15 repeticiones

La carga debe progresar según respuesta. En fases de fuerza pesada, una velocidad controlada y una carga alta pueden ser útiles, pero el objetivo no es perseguir un tempo concreto a cualquier precio.

NO SOLO CUÁDRICEPS

Cadera, pantorrilla y tronco forman parte de la estrategia global porque el running distribuye carga a través de toda la cadena.

De la fuerza lenta a la energía elástica

Correr rápido y cambiar de ritmo exige ciclos rápidos que no se entrenan únicamente con ejercicios lentos.

- Pogos bilaterales.
- Pogos unipodales.
- Saltos adelante y laterales.
- Skipping y dribbles.
- Saltos reactivos.
- Aceleraciones y strides.

La progresión no debe hacerse solo porque “han pasado X semanas”. Avanza cuando la fuerza, los síntomas y la respuesta del día siguiente permiten aumentar la demanda.

IMPORTANTE
En un corredor puro la pliometría debe dosificarse en relación con la carrera. Ambos estímulos cargan el tendón y compiten dentro del mismo presupuesto semanal.

Técnica de carrera y carga del tendón

La técnica puede modular la carga, pero no existe una corrección universal para la tendinopatía rotuliana.

Velocidad, longitud de zancada, cadencia, rigidez del miembro inferior, inclinación, desnivel y calzado pueden modificar las fuerzas de la rodilla. Sin embargo, cambiar técnica solo tiene sentido si encontramos una relación plausible entre la mecánica, los síntomas y el objetivo del corredor.

Cuándo puede ser útil analizarla

- Dolor que aparece sistemáticamente a determinada velocidad o pendiente.
- Recaídas al introducir series o cuestas.
- Cambios técnicos claros por dolor.
- Necesidad de optimizar rendimiento además de rehabilitación.

FISIODRI
La biomecánica debe servir para tomar decisiones, no para buscar un patrón “perfecto”.

Progresión específica para running

El retorno se construye desde una dosis reproducible hacia velocidad, cuestas y competición.



Una secuencia práctica puede ser: RODAJE SUAVE → MÁS VOLUMEN → STRIDES → UMBRAL → CUESTAS → INTERVALOS RÁPIDOS → COMPETICIÓN.

Paso	Contenido	Objetivo
1	Rodaje fácil y llano	Consolidar tolerancia.
2	Aumentar duración	Subir volumen sin empeorar 24 h.
3	Strides	Introducir velocidad con poca densidad.
4	Umbral controlado	Acumular tiempo a intensidad alta moderada.
5	Cuestas / intervalos	Añadir picos de fuerza y velocidad.
6	Competición	Reproducir demandas específicas.

16 · CRITERIOS

Cuándo progresar hacia calidad y competición

No necesitas cero molestias absolutas; necesitas margen suficiente para tolerar la siguiente demanda.

- Dolor en vida diaria bajo y estable.
- Sentadilla/step-down tolerados sin aumento claro al día siguiente.
- Fuerza de cuádriceps suficiente para el nivel del corredor.
- Saltos básicos y reactivos tolerados.
- Rodajes fáciles repetidos sin tendencia creciente de síntomas.
- Sesiones específicas progresivas toleradas.
- Confianza para correr sin protección excesiva.

MEJOR CRITERIOS QUE FECHAS

El calendario importa, pero la decisión de competir debería basarse en capacidad y respuesta, no solo en el número de semanas desde que empezó el dolor.

Ejemplo de progresión de 12 semanas

Plantilla orientativa: debe adaptarse a irritabilidad, nivel previo y calendario.

Semanas	Prioridad	Objetivo
1-2	Control de picos de carga + fuerza tolerable	Mantener actividad y estabilizar síntomas.
3-4	Fuerza progresiva	Aumentar carga del cuádriceps.
5-6	Fuerza pesada / unilateral	Mejorar capacidad y reducir déficits.
7-8	Impacto básico + strides	Preparar energía elástica.
9-10	Umbral / cuestas progresivas	Reintroducir demandas específicas.
11-12	Intervalos y competición	Integrar rendimiento y prevención.

Reglas de progresión

- No subas simultáneamente volumen, velocidad, desnivel y carga de gimnasio.
- Repite una semana si la respuesta es claramente peor.
- Reduce una variable antes de abandonar todo el plan.
- La fuerza puede mantenerse 2-3 días/semana según fase y tolerancia.

Reducir el riesgo de recaída

Salir del dolor no debería significar abandonar las capacidades que te permitieron volver a correr.



- Mantén fuerza de cuádriceps y miembro inferior durante la temporada.
- Reconstruye gradualmente la carga tras vacaciones, lesión o enfermedad.
- Evita introducir a la vez más kilómetros, más series y más gimnasio.
- Planifica las cuestas y la pliometría como cargas reales, no como “extras”.
- Controla las primeras señales de cambio en dolor y tolerancia.
- Prioriza continuidad sobre cambios agresivos de última hora.

Hoja semanal

Registra síntomas, carga y respuesta para detectar tendencias.

Semana	Dolor 0-10	Running	Fuerza	Saltos	Notas
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					

QUÉ BUSCAR

No persigas un día perfecto. Busca una tendencia: más carga con el mismo dolor, menos dolor con la misma carga o mejor función semana a semana.

Preguntas frecuentes

Las dudas más habituales de corredores con tendinopatía rotuliana.

¿Debo dejar de correr?

No siempre. Si existe una dosis tolerable y la respuesta de 24 h es estable, mantener carrera puede formar parte de la rehabilitación.

¿Los isométricos son obligatorios?

No. Son una herramienta, no un tratamiento imprescindible. Si toleras bien fuerza dinámica, puede utilizarse desde fases tempranas.

¿Tengo que hacer solo excéntricos?

No. La evidencia actual respalda diferentes estrategias de carga progresiva; no existe un ganador universal.

¿Cuánto tarda?

La evolución varía mucho. En cuadros persistentes, piensa en semanas o meses de progresión, no en soluciones de pocos días.

¿Puedo hacer sentadilla profunda?

Depende de la irritabilidad y tolerancia. La profundidad es una variable de carga que puede progresarse.

¿Necesito una resonancia?

No en todos los casos. La clínica suele ser suficiente y la imagen se reserva para dudas diagnósticas o situaciones seleccionadas.

Referencias esenciales

Guías, revisiones y ensayos que sustentan las recomendaciones de esta guía.

1. Breda SJ et al. Effectiveness of progressive tendon-loading exercise therapy in patients with patellar tendinopathy: a randomised clinical trial. Br J Sports Med. 2021;55:501-509.

2. Malliaras P, Cook J, Purdam C, Rio E. Patellar Tendinopathy: Clinical Diagnosis, Load Management, and Advice for Challenging Case Presentations. J Orthop Sports Phys Ther. 2015;45:887-898.

3. Núñez-Martínez P, Hernández-Guillen D. Management of Patellar Tendinopathy Through Monitoring, Load Control, and Therapeutic Exercise: A Systematic Review. J Sport Rehabil. 2022;31:337-350.

4. Dutch multidisciplinary guideline on anterior knee pain: Patellofemoral pain and patellar tendinopathy. 2024.

5. Exercise Loading Strategies for Patellar Tendinopathy: A Systematic Review and Meta-Analysis of Clinical Outcomes. 2026.

6. Comparative effectiveness of exercise interventions for patellar tendinopathy: systematic review and network meta-analysis. 2026.

7. Clinical Management of Patellar Tendinopathy in Athletes: diagnosis, treatment and return to sport. 2026.

LECTURA DE LA EVIDENCIA

La mayor parte de la investigación procede de deportistas de salto y poblaciones atléticas. En corredores, la aplicación debe adaptarse a las demandas específicas de carrera y al perfil individual.

FISIODRI

TENDINOPATÍA ROTULIANA EN RUNNING

Entender la carga. Recuperar capacidad. Volver a correr.

¿NECESITAS AYUDA PARA VOLVER A CORRER?
Una valoración individual permite integrar dolor, fuerza, carga de entrenamiento y objetivos para construir una progresión ajustada a tu caso.

Correr es mucho más que correr.

@fisiodri.run · run.fisiodri.workers.dev