



Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

242/5028 - ESTE DOLOR NO ME PERMITE CAMINAR

I. Campuzano Juárez^a, I. Vilariño Fariña^b, D. Gil Loayza^c, V. Ruíz Cuevas^d, M. Hernández Carrasco^e y N. Rodríguez Panedas^f

^aMédico Residente de 4^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Plaza del Ejército. Valladolid.

^bMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Plaza del Ejército. Valladolid.

^cMédico Residente de 4^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Delicias. Valladolid. ^dMédico

Residente de 4^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Covaresa. Valladolid. ^eMédico

Residente de 4^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Arturo Eyries. Valladolid. ^fMédico

Residente de 4^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Parquesol. Valladolid.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 67 años sin alergias medicamentosas, dislipemia en tratamiento con estatinas, Asma bronquial y cáncer de próstata intervenido. Inicio hace una semana con dolor espontáneo tipo pedrada, en región de tendón de Aquiles valorado en ese momento por una rotura fibrilar. Tras persistir dolor e impotencia funcional así como imposibilidad para deambular acude para control por el médico habitual.

Exploración y pruebas complementarias: Hematoma en cara lateral externa e interna de pie izquierdo con inflamación de región posterior de tobillo, sin conseguir flexión pasiva a la compresión de gemelos ipsilateral. Se palpa una discontinuidad del tendón de Aquiles, imposibilidad de flexión plantar ipsilateral y marcha en puntillas. Pulsos periféricos conservados.

Juicio clínico: Rotura de tendón de Aquiles.

Diagnóstico diferencial: Esguince de tobillo, bursitis calcánea, apofisitis calcánea.

Comentario final: Una tendinopatía a nivel aquileo puede afectar tanto a deportistas como personas sedentarias, caracterizado clínicamente por dolor, edema, calor local e inflamación tendinosa. Existen diversos factores de riesgo como la edad, sexo masculino, obesidad y siendo 4 o 5 veces más frecuente en varones que mujeres. Se puede asociar al uso de ciertos fármacos como las fluoroquinolonas, glucocorticoides orales y estatinas, así como a otras patologías sobretodo en las mujeres con hipertensión arterial, psoriasis o espondilitis anquilosante. La mayoría del dolor y rupturas tendinosas ocurren cuando hay insuficiente aporte sanguíneo en los músculos gastrocnemio y soleo, 2 a 6 cm arriba de su inserción. La sospecha clínica sigue siendo alta mediante el signo de Thompson o compresión de gemelos con una sensibilidad del 96% y especificidad del 93% utilizando la ecografía o RM como gold standard. Asimismo valorar si el pie afectado es dorsiflexo o neutro (ambos son anormales) en comparación con el lado no lesionado, donde el pie debe aparecer en flexión plantar. La ecografía permite una rápida confirmación del diagnóstico. Además, la ecografía dinámica puede demostrar si los fragmentos tendinosos entran en

contacto durante la flexión plantar. Si no lo hacen, este es un fuerte indicio de que la reparación quirúrgica es necesaria. El paciente debe ser evaluado por el cirujano dentro de aproximadamente un día o dos de la lesión. El tratamiento inicial es aplicar frío en la zona, analgésico (paracetamol o AINEs) reposo, inmovilización con el tobillo en flexión plantar y derivar a trauma para valoración quirúrgica.

Bibliografía

1. Maughan K, Achilles tendinopatía and tendón ruptura. Uptodate.

Palabras clave: Rotura de tendón de Aquiles.