



Medicina de Familia. SEMERGEN

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



482/1169 - ROTURA DEL TENDÓN DE AQUILES: NO PUEDE CORRER, ¡NO SE PUEDE ESCAPAR!

F. Aulet Garau¹ y B. Aulet Caldes²

¹Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Manacor-Sa Torre. Manacor. Islas Baleares.

²Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Migjorn-Llucmajor. Llucmajor. Islas Baleares.

Resumen

Descripción del caso: Hombre 42 años. Acude al centro de salud por dolor intenso y súbito en región posterior pierna derecha de 8 horas de evolución iniciado mientras estaba corriendo sus 10 km diarios. Es orientado como posible rotura fibrilar recomendando frío local, ibuprofeno y reposo relativo. El paciente reconsulta a los dos días por persistencia de dolor ajustando pauta analgésica. Paciente vuelve a la semana porque dolor no ha mejorado y ha notado dificultad para caminar ya que la parte anterior del pie derecho “se levanta sola”.

Exploración y pruebas complementarias: Pie derecho: dolor a la palpación tendón de Aquiles con edema, hematoma e imposibilidad de flexión plantar. Maniobra de Thompson positiva. Se palpa defecto en región del tendón de Aquiles (signo del hachazo). No signos de trombosis venosa profunda. Pulsos distales conservados. Ecografía: tendón de Aquiles izquierdo con importante solución de continuidad por rotura completa del mismo a nivel de su inserción en el calcáneo, con retracción del tendón y con ocupación del espacio entre ambos por contenido hipoecoico sugestivo de hematoma.

Orientación diagnóstica: Rotura del tendón de Aquiles. Paciente es derivado a Urgencias Traumatología hospitalarias.

Diagnóstico diferencial: Rotura fibrilar gemelar, trombosis venosa profunda, rotura quiste de Backer.

Comentario final: Las roturas del tendón de Aquiles son más frecuentes en personas de edad media, sobre todo en deportistas. Clínica: tirón fuerte en zona posterior de pierna que ocasiona mucho dolor y limitación para caminar. Es importante valorar siempre el tendón por que en ocasiones no se diagnostican y son tratadas como una rotura muscular. Signo del hachazo: se palpa defecto del contorno del tendón. Maniobra de Thompson: aparición de una flexión plantar del pie al apretar la pantorrilla. Positiva: no aparece flexión plantar. Principal maniobra para confirmar diagnóstico clínico. Permite valorar la integridad del tendón. Confirmación diagnóstica: ecografía o resonancia magnética. Tratamiento definitivo: 1. Tratamiento conservador: Inmovilización con botina de yeso + rehabilitación. Indicado en deportistas aficionados sin necesidad urgente de retomar entrenamientos. En rupturas recientes detectadas los primeros días. 2. Tratamiento quirúrgico: Suturas con enlazamiento de cabos seccionados + rehabilitación. Reservado para

pacientes con actividad deportiva habitual y para deportistas de élite.

Bibliografía

1. Appenzaller O. Medicina Deportiva: forma física, entrenamiento, lesiones. Barcelona: Doyma, 1991.

Palabras clave: Tendón de Aquiles. Rotura.