



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

424/2129 - ENFERMEDAD DE HAGLUND, A PROPÓSITO DE UN CASO

I. Fernández Sala¹, P. Cuadau¹, A. Fernández Gómez¹ y A. Martínez Asensio²

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. CAP Santa Eulàlia Sud. Hospitalet de Llobregat. Barcelona. ²Médico de Familia. Centro de Salud Amadeu Torne. Hospitalet de Llobregat. Barcelona.

Resumen

Descripción del caso: Hombre de 71 años con antecedentes de dislipemia e hipertensión arterial en tratamiento médico, acudió a consulta por talalgia bilateral de predominio derecho no irradiada de 6 meses de evolución. Realizó tratamiento analgésico de primer escalón con mejoría parcial de la sintomatología, continuando con reagudizaciones. Se le realizó una radiografía lateral de ambos pies junto a ecografía. Se derivó al servicio de traumatología para valoración.

Exploración y pruebas complementarias: A la exploración física destacó dolor a la palpación de la inserción del talón de Aquiles, no en fascia plantar. Presentaba molestias al despegue del talón a la marcha, no en la punta. En la radiografía lateral se apreciaba una prominencia en la tuberosidad posterior del calcáneo. En la ecografía, se objetivaron calcificaciones en la inserción del tendón de Aquiles bilaterales de predominio derecho, con engrosamiento e hipoecogeneidad tendinosa, con signos de bursitis.

Orientación diagnóstica: Enfermedad de Haglund.

Diagnóstico diferencial: Entesitis. Xantomatosis. Artritis reumatoide. Gota. Espondilitis anquilosante.

Comentario final: La enfermedad de Haglund causa dolor bilateral a nivel del tendón de Aquiles y aumento de partes blandas. Suele incluir la tríada característica: tendinitis aquilea, bursitis retrocalcánea y espolón calcáneo posterosuperior. Las pruebas radiológicas son características de la enfermedad que suelen llevarnos al diagnóstico. Se trata de una enfermedad de especial interés en atención primaria puesto que es motivo de reiteradas consultas con un tratamiento dirigido, el cual debe ser inicialmente conservador, desde evitar calzado ajustado y de tacón, usando ortesis plantares, antiinflamatorios orales, infiltraciones peritendinosas con corticoides y rehabilitación. Si no hubiera respuesta, se debe recurrir a la cirugía, la técnica más utilizada es la bursectomía retrocalcánea con osteotomía de la deformidad. En nuestro caso, después de la visita con traumatología, el paciente fue derivado al servicio de rehabilitación y se le dieron las pautas higiénico-posturales para evitar progresión.

Bibliografía

1. Jiménez Martín F, Alonso Valdazo M, Díaz Peña G, Fernández Leroy J, Hernández Herrero D,

et al. Síndrome de Haglund. A propósito de 2 casos. Reumatología Clínica. 2017;13(1):37-8.

Palabras clave: Tendinitis Aquiles. Enfermedad de Haglund.