



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

262/208 - EL ENIGMA DE LOS AQUILES

F. Breña Casco^a, E. Guarinos Blanco^b, M. Pinedo Hoyos^c, R. Expósito García de la Mora^c, I. Guillermo España^d y V. González Rodríguez^e

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Navalcarnero. Madrid. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Villaviciosa de Odón. Madrid. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Laín Entralgo. Alcorcón. Madrid. ^dMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Gregorio Marañón. Alcorcón. Madrid. ^eMédico de Familia. Centro de Salud Ciudad Rodrigo. Salamanca.

Resumen

Descripción del caso: Paciente varón de 45 años, con antecedentes destacables: epilepsia mioclónica juvenil de Janz. Fractura traumática accidental de radio derecho en 1998. amigdalectomizado. En 2013 extirpación de carcinoma basocelular en surco nasogeniano derecho. En 2014 rotura parcial tendón de Aquiles derecho. Consulta porque encontrándose previamente bien, sin molestias aparentes, cuando disputaba una maratón, y después de haber realizado entrenamientos con normalidad, test previos en los que el rendimiento era mejor del esperado, en el km 5 notó talalgia que identificó similar al episodio de la rotura del tendón de Aquiles previa. Tras realizar una rápida maniobra de exploración, ver que el mismo estaba indemne, por precaución, decidió abandonar la prueba y tomar un descanso en la actividad física ante la sospecha de una entesitis. Tras las semanas pertinentes de reposo, el dolor no solo no cedía, sino que aumentaba y adquiría características de dolor inflamatorio, puesto que no respetaba el descanso nocturno. Al tiempo que aparecía, si bien con menos intensidad y menos frecuencia en otras localizaciones (rodillas, tobillo contralateral, etc.). El alivio, a pesar de los analgésicos y antiinflamatorios era muy limitado. Se solicitan pruebas complementarias y se deriva a Traumatología, con seguimiento estrecho. Tras el diagnóstico e intervención, se comienza con prednisona 10 mg ante la sospecha de autoinmunidad, con mejoría y posterior empeoramiento.

Exploración y pruebas complementarias: Pie izquierdo: no hematoma, no deformidad, no crepitación. Dolor a la palpación de inserción de tendón aquileo. Maniobra de Thompson negativa. Inversión y eversión pasiva y activa no dolorosas. Dolor y ligera impotencia funcional con marcha de talones. NVD sin déficits. Analítica completa con perfil autoinmune: sin datos patológicos. Radiografía tobillos: sin alteraciones óseas. Resonancia magnética ambos tobillos: compatible con necrosis avascular de ambos astrágalos.

Juicio clínico: Osteonecrosis multifocal de etiología incierta.

Diagnóstico diferencial: Entesitis tendón de Aquiles. Rotura tendón de Aquiles. Enfermedades autoinmunes con afectación articular.

Comentario final: A veces la clínica sugestiva esconde algo más de lo aparente.

Bibliografía

1. Sun W, Shi Z, Gao F, Wang B, Li Z. The pathogenesis of multifocal osteonecrosis. *Sci Rep.* 2016;6:29576.