



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

199/178 - DOCTOR, ¿Y TENGO QUE DEJAR DE CORRER?

A. Gala González^a, I. Galán Muriel^b, J. Castro Moreno^c y J. Hernández García^d

^aMédico Residente de 4º año; ^bMédico de Familia. Médico de Urgencias; ^dMédico de DCCU. CS de Montoro. Córdoba. ^cMédico Residente de 3º año. CS de La Carlota. Córdoba.

Resumen

Descripción del caso: Paciente varón de 34 años, sin antecedentes personales de interés que desde hace dos años trabaja en Paraguay y no ha podido consultar antes por este problema. Acude a consulta en marzo 2016 porque quiere correr la maratón de Río de Janeiro a finales de mayo 2016 y desde la semana anterior refiere dolor a nivel aquileo bilateral acompañado de un bultoma que ha ido aumentando de meses de evolución y ya le preocupa porque quiere correr la maratón y no se ha podido preparar esta semana.

Exploración y pruebas complementarias: A la exploración dolor a la palpación en inserción de tendón de Aquiles bilateral con bultomas a dicho nivel de consistencia dura e inmóvil, fijado a hueso. Se le solicita radiografía de ambos pies y tobillos (aportó fotografías de las radiografías) donde se aprecian sesamoideos fracturados en cabeza del primer metatarsiano de ambos pies, ambos escafoides hipertrofiados y prominencia de la tuberosidad posterior de ambos calcáneos, que ante los hallazgos se contacta telefónicamente con el radiólogo de guardia del hospital quien nos refiere que se denomina ost trigonum y va relacionado con la patología comúnmente llamada síndrome de Haglund. Tras los hallazgos derivamos al paciente a aparato locomotor y le aconsejamos reposo relativo, modificación del calzado (uso de zapato blando o sin contrafuerte posterior), antiinflamatorios orales, hielo y uso de taloneras, para elevar el talón y evitar el roce.

Juicio clínico: Síndrome de Haglund.

Diagnóstico diferencial: Xantomatosis (produce un engrosamiento parecido del tendón de Aquiles), algunas entesitis (síndrome de Reiter), las artritis gotosa y reumatoides.

Comentario final: Tras la interconsulta le diagnostican de enfermedad de Haglund y se le pauta higiene postural, plantillas de descarga metatarsial con protección de ortopedia a nivel posterior del talón y evitar la sobrecarga (disminuir el nivel de entrenamiento en maratón). La deformidad de Haglund es una alteración en la morfología del calcáneo, que forma una prolongación ósea vertical en la tuberosidad posteriosuperior. La tríada clásica es tendinitis aquilea, bursitis retrocalcánea y deformidad de Haglund. El tendón de Aquiles suele estar aumentado de tamaño en su inserción y su afectación puede incluir la degeneración mucosa o la rotura parcial. En cierta medida el factor hereditario influye en la deformidad de Haglund. Las personas pueden heredar un tipo de estructura del pie que las hace propensas a desarrollar esta condición: un pie con arco elevado, un tendón de Aquiles tenso y la tendencia a caminar sobre el lado exterior del talón. Esta enfermedad suele ceder con el tratamiento médico conservador antes expuesto pero si empeorase se puede plantear el tratamiento quirúrgico. Nuestro paciente ha mejorado considerablemente con la ortesis plantar, la protección de talón a nivel posterior y la higiene postural disminuyendo el dolor y la sobrecarga a nivel de la

inserción del tendón de Aquiles.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sierra-Solís A, Romero-López AI, Martín-Rodrigo JL. Síndrome de Haglund. Revista Semergen. 2012;38(1).
2. Lee JC, Calder JC, Healy JC. Posterior impingement syndromes of the ankle. Semin Musculoskelet Radiol. 2008;12:154-69.