



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

242/4028 - NO PARAR DE ANDAR Y DE ANDAR HASTA ESTALLAR

R. Guerrero Tejada^a, D. Zalama Sánchez^b, M. Rojas Hernández^c, K. Yanez Cabrera^a, R. Fernández González^a e I. Asenjo Cabrero^a

^aMédico de Familia. Centro de Salud Tórtola. Valladolid. ^bMédico de Familia. Centro de Salud Gamazo. Valladolid. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Gamazo. Valladolid.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 69 años de edad, sin alergias medicamentosas conocidas con antecedentes de: diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial, dislipemia, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, fibrilación auricular, insuficiencia venosa crónica, obesidad mórbida, artritis reumatoide, aplastamiento vertebral D8, hipertrofia benigna de próstata, hipotiroidismo subclínico, tendinitis aquiliana, fumador activo 5 cigarrillos/día. En tratamiento con: Acfol 5, Celebrex 200, atorvastatina 10, amlodipino 10, omperazol 20, irbesartan 300, hidroclorotiazida 25, metformina 850, amiodarona 200, tamsulosina 0,4, apixaban 5, Metoject 15, Oviscal D, Duklair genuair. Derivado desde Atención Primaria por dolor en el tendón de Aquiles desde hace un mes, recientemente, refiere haber pisado mal un bordillo y ha sentido como una "pedrada". Desde entonces, presenta dolor y tumefacción en esa zona, con movilidad reducida.

Exploración y pruebas complementarias: No deformidad, no hematoma, ni equimosis, inflamación en región aquilea derecha, signos de Thompson y del hachazo positivos, e imposibilidad para la flexión plantar del pie derecho. Correcta movilidad de los dedos, neurovascular distal conservado. Radiografía tobillo y pie derecho: no signos de patología ósea aguda. Ecografía clínica de Aquiles: objetivándose rotura del espesor parcial de tendón de Aquiles derecho.

Juicio clínico: Rotura crónica de Aquiles derecho.

Diagnóstico diferencial: Fascitis plantar, tenosinovitis del flexor del dedo gordo, patología de la cola del astrágalo y del os trigonum, síndrome del túnel tarsiano, osteonecrosis del astrágalo o del calcáneo, fracturas de insuficiencia del calcáneo o artropatías.

Comentario final: La lesión del tendón de Aquiles puede ser la primera manifestación de ciertas patologías de tipo sistémico, es importante conocer la medicación habitual del paciente, puesto que otra etiología importante es la farmacológica. Las exploraciones radiológicas más indicadas son la US y la RM. Tratamiento, inmovilización con férula de yeso en equino, y posteriormente, intervención quirúrgica con reparación mediante plastia de descenso V-Y, y contención con bota de yeso.

Bibliografía

1. Bianchi S, Martinoli C, Gaignot C, De Gautard R, Meyer JM. Ultrasound of the ankle: anatomy of the tendons, bursae, and ligaments. Semin Musculoskelet Radiol. 2005;9(3):243-59.
2. Krahe MA, Berlet GC. Achilles tendon ruptures, rerupture with revision surgery, tendinosis, and insertional disease. Foot Ankle Clin. 2009;14(2):247-75.

Palabras clave: Rotura. Tendinitis. Tendón de Aquiles.